ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Ιατρικής

Διδακτορική Διατριβή

Η εφαρμογή της σύντομης συστημικής θεραπείας επικεντρωμένης στη λύση (brief solution-focused therapy) σε χρόνιους σχιζοφρενείς

ΑΪΒΑΛΙΩΤΗ ΕΛΕΝΗ
Ψυχολόγος MSc
Ψυχιατρική Κλινική Πα.Γ.Ν.Η.

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΒΓΟΝΤΖΑΣ

Ομότ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2023

*Creative****Commons Αναφορά Παρόμοια Διανομή (CC BY-SA):

*Η άδεια αυτή επιτρέπει στον χρήστη να χρησιμοποιεί, μοιράζεται και δημιουργεί παράγωγα έργα επί του αδειοδοτούμενου περιεχομένου και να το διαμοιράζεται με την προϋπόθεση να κάνει αναφορά στο δημιουργό, ή το δικαιούχο ή/και το φορέα που κάνει το περιεχόμενο διαθέσιμο καθώς επίσης και να μοιράζεται οποιοδήποτε νέο περιεχόμενο δημιουργεί με βάση το αδειοδοτημένο περιεχόμενο (π.χ. μια διασκευή ή μια μετάφραση) με την ίδια άδεια που έλαβε το αρχικό περιεχόμενο (δηλαδή τηνCreativeCommonsΑναφορά Παρόμοια Διανομή.

Πρόλογος και Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κου Αλέξανδρου Ν. Βγόντζα, χωρίς τη βοήθεια του οποίου δε θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωση της. Ο κος Βγόντζας με προθυμία ανέλαβε το 2018 την ολοκλήρωση της διατριβής μου, καθώς η μελέτη επαναλήφθηκε με νέο δείγμα. Χωρίς τις χρήσιμες συμβουλές του δε θα είχαν παρακαμφθεί τα όποια εμπόδια είχαμε να αντιμετωπίσουμε. Θερμές ευχαριστίες και στην κα Μαρία Μπάστα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, της οποίας οι συμβουλές, η καθοδήγηση και η υποστήριξη ήταν πολύτιμο εφόδιο σε όλη αυτή τη διαδρομή και στον κο Παναγιώτη Σίμο, Καθηγητή Νευροψυχολογίας που στάθηκε υποστηρικτικά δίπλα μου σε κάθε δυσκολία.

Η εργασία δε θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί χωρίς τη βοήθεια του ιατρικού προσωπικού της ψυχιατρικής κλινικής του ΠαΓΝΗ, που συνέβαλε στην εξεύρεση του δείγματος της μελέτης και στην κινητοποίηση των ασθενών να συμμετέχουν σε αυτήν.

Επίσης, ευχαριστώ πολύ την Γραμματέα Διδακτορικών Σπουδών της Ιατρικής Σχολής, κα Σκουλά Μαρία, για την απεριόριστη συμπαράστασή της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής αυτής και την ουσιαστική βοήθειά της σε όλα τα επίπεδα.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ και την ευγνωμοσύνη μου στο σύζυγό μου Γιώργο για την αμέριστη συμπαράσταση και πίστη του σε μένα και βέβαια στα τρία μου παιδιά, Μαριάννα, Εμμανουήλ και Παναγιώτη που πάντα μου λένε ''Μαμά θα τα καταφέρεις''.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έχουν δημοσιευθεί στο επιστημονικό περιοδικό "Ψυχιατρική", στην αγγλική έκδοση (impact factor=1.2).

Σύνθεση 7 μελούς εξεταστικής επιτροπής

Βγόντζας Α., Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΠΚ

Σίμος Π., Καθηγητής Εξελικτικής Νευροψυχολογίας, Ιατρική Σχολή ΠΚ

Μπάστα Μ., Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΠΚ

Γιοβαζιολάς Θ., Καθηγητής Συμβουλευτικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας, ΠΚ

Καραδήμας Ε., Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας, Τμήμα Ψυχολογίας, ΠΚ

Μουδάτσου Μ., Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΕΛΜΕΠΑ

Κουρκούτας Ηλίας, Καθηγητής Ειδικής Αγωγής, ΠΤΔΕ, ΠΚ

Πίνακας Περιεχομένων

Άδεια χρήσης……2

Πρόλογος και Ευχαριστίες……...3

Σύνθεση Επταμελούς Επιτροπής……4

Πίνακας περιεχομένων…….……...….5

Περίληψη στα ελληνικά…….……...……...7

Περιληψη στα αγγλικά/ Abstract……..……8

1.Εισαγωγή……...9

1.1. Η νόσος της σχιζοφρένειας……9

1.2.Ιστορική Αναδρομή…….….10

1.3. Κλινικά Χαρακτηριστικά……12

1.4. Επιδημιολογία……..14

1.5. Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας……..……16

1.5.1. Μοντέλα επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια……..……17

1.5.2. Εκφραζόμενο συναίσθημα (Expressed emotion)…….……18

1.5.3. Απόκλιση στην επικοινωνία και η θεωρία του "Διπλού Δεσμού"…….……..……19

1.6. Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας……21

1.6.1.Ψυχαναλυτική Προσέγγιση……22

1.6.2.Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες (Social Skills Training)....24

1.6.3.Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία ……..27

1.6.4. Γνωσιακή – Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία...…...…….….….28

1.6.5.Ψυχοεκπαίδευση ……..……...……..……31

1.6.6. Άλλες προσεγγίσεις…….…..35

1.6.7. Η Συστημική Θεραπεία…….36

1.6.8. Η αποτελεσματικότητα της Συστημικής Θεραπείας…….50

1.6.8.1. Συστημική θεραπεία και άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις...…….53

1.6.9. Σύντομη Εστιασμένη στη Λύση θεραπεία……54

1.6.9.1.Η αποτελεσματικότητα της Brief Solution Focused Therapy στη Σχιζοφρένεια..……61

2.Σκοπός της Μελέτης..…….…….63

3.Υλικό και Μεθοδολογία.....64

3.1. Συμμετέχοντες…….…...….64

3.1.1. Πειραματική Ομάδα…….66

3.1.2. Ομάδα Ελέγχου…….…….…..66

3.2.Κλίμακες…….…..68

3.2.1. Η Βραχεία Κλίμακα Ψυχιατρικής Αξιολόγησης (BPRS -18) ….68

3.2.2. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES)…….…..69

3.2.3.Το γενεόγραμμα……..……...72

3.3.Δομή της παρέμβασης……..73

3.4. Ερευνητικές υποθέσεις …….…….……..……..….74

4.Περιγραφή του πρωτοκόλλου παρέμβασης…….……76

5.Στατιστική Ανάλυση …….……..…77

6. Αποτελέσματα ……77

6.1.Προκαταρκτικές αναλύσεις……..77

6.1.1. Επίδραση της παρέμβασης στην κύρια μεταβλητή έκβασης (Βαθμολογία στην κλίμακα BPRS)……79

6.1.2. Επίδραση της παρέμβασης στις βαθμολογίες των υποκλιμάκων της FES……...……...79

6.2. Προβλεπτικοί παράγοντες της βελτίωσης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στην Ομάδα Παρέμβασης……...82

7. Συζήτηση……....84

8. Κλινικές Προεκτάσεις της έρευνας.……..…88

9.Περιορισμοί της έρευνας……..……...88

10. Συμπεράσματα…….……...89

11. Βιβλιογραφία……90

11.1. Ξενόγλωσση……..90

11.2. Ελληνική……..……117

12. Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1…….……119

Πίνακας 2…….……120

Πίνακας 3…….……121

Πίνακας 4…….……122

13. Παράρτημα

1. Έγγραφο Ενημέρωσης Ασθενών……..123

2. Έγγραφο αποδοχής συμμετοχής στην έρευνα……...……...124

3. Κλίμακα οικογενειακού περιβάλλοντος (FES)..……...125

4. Παρουσίαση μέρους Συνεδριών……...……....128

Περίληψη

Η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται αποτελεσματική στη μείωση των υποτροπών της σχιζοφρένειας, περιορίζοντας χαρακτηριστικά της οικογένειας που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Υπό τη συστημική θεώρηση υπάρχουν κυκλικές αιτιώδεις σχέσεις ανάμεσα σε μοτίβα επικοινωνίας, οικογενειακούς κανόνες και όρια καθώς και το σύστημα των πεποιθήσεων κάθε μέλους. Η Σύντομη Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία (BSFT) έχει αναπτυχθεί στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης. Εστιάζει στο μέλλον, ενθαρρύνει τους θεραπευόμενους να "μιλούν για αλλαγή" αντί να "μιλούν για το πρόβλημα" και για στιγμές που έχουν καταφέρει μια επιτυχή λύση.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα της BSFT σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, εστιάζοντας στην επίδραση αλλαγών σε οικογενειακά χαρακτηριστικά όπως η συνοχή, οι συγκρούσεις, η οργάνωση και ο έλεγχος, στη βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας. Μελετήθηκαν 30 ασθενείς, οι οποίοι κατανεμήθηκαν τυχαία στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης δέχθηκε τη Σύντομη Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία συμμετέχοντας σε 5 συνεδρίες σε διάστημα 3 μηνών, ενώ η ομάδα ελέγχου συνέχισε με τη συνήθη θεραπεία. Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά, κατά την άποψη των συμμετεχόντων, αξιολογήθηκαν με τη Family Environment Scale (FES) και η ψυχοπαθολογία με τη Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Οι δύο ομάδες δε διέφεραν στην ηλικία, το φύλο, τον αριθμό των υποτροπών, τον αριθμό νοσηλειών και το σκορ ψυχοπαθολογίας κατά την έναρξη της μελέτης.

Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν σημαντική μείωση του επιπέδου συγκρούσεων ($p=0.001$) και αύξηση της συνοχής και της εκφραστικότητας ($p=0.004$) καθώς και του προσανατολισμού στη δράση ($p=0.001$) συγκριτικά με το σημείο έναρξης (αλλά και με την ομάδα ελέγχου κατά τη δεύτερη μέτρηση). Επίσης, στην ομάδα παρέμβασης, καταγράφηκε ης σημαντική μείωση στη βαθμολογία στην κλίμακα BPRS σε σχέση με το σημείο έναρξης, ($p<0.001$) ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη μεταβολή. Αυτά τα προκαταρκτικά ευρήματα προτείνουν ότι η Βραχεία Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία μπορεί να συμβάλει στην αλλαγή των ιδιοτήτων του οικογενειακού συστήματος και συγκεκριμένα της συνοχής, των συγκρούσεων, της οργάνωσης και του ελέγχου, ιδιότητες που με τη σειρά τους επιδρούν στη μείωση της ψυχοπαθολογίας του ασθενούς.

The application of systemic solution-focused psychotherapy in chronic schizophrenia patients

Abstract

Family therapy for schizophrenia has been shown to be effective in reducing the risk for clinical relapse by moderating family characteristics associated with relapse. In a systemic context, there is circular causality among communication patterns, family rules and boundaries or family structure and the belief system of each member. The Brief Solution Focused therapy is a future–oriented psychotherapy model which encourages clients to focus on "change-talking" instead of "problem-talking" and on instances where a successful solution has been achieved.

The purpose of this study was to examine the effectiveness of BSFT in patients with schizophrenia focusing on the impact of change in family characteristics, such as cohesion, conflict, organization and control on patients' psychopathology. Thirty patients were randomly assigned to the control or intervention group. The intervention group participated in 5 BSFT sessions over 3 months, whereas the control group received the standard care for chronic schizophrenia.

Main outcomes were patient-rated family characteristics measured by the Family Environment Scale (FES), and severity of psychopathology measured by the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). The two groups did not differ on age, sex, number of relapses, hospital admissions, and BPRS score at baseline. Patients in the intervention group, reported significant reduction on Conflict ($p=0.001$), and increases in Cohesion and Expressiveness ($p=0.004$), and Active Recreational Dimension ($p=0.001$) FES subscales. In addition, the intervention group displayed a significant reduction of BPRS scores ($p<0.001$) as compared to baseline, whereas no statistically significant changes were noticed in the control group after 3 months.

These preliminary findings suggest that BSFT in patients with schizophrenia is effective in altering the global properties of the whole family system, specifically cohesion, conflict, organization and control which, in turn, have an impact on reducing patient psychopathology.

1. Εισαγωγή

1.1.Η νόσος της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας – ο ψυχωτικός πυρήνας της ασθένειας– παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα (Μάνος, 1997).

Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα επίμαχο επιστημονικό θέμα από τότε που αρχικά ο όρος προτάθηκε από τον E. Bleuler το 1919 για να περιγράψει ένα σύνδρομο προφανώς διαταραγμένης συμπεριφοράς (Hirsch and Weinberger, 1995).

Πρόκειται για τη συχνότερη και σημαντικότερη διαταραχή της ομάδας των ψυχωτικών διαταραχών. Η διαταραχή αφορά στις πιο βασικές λειτουργίες που δίνουν στο φυσιολογικό άτομο το αίσθημα της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του ελέγχου του εαυτού του. Το άτομο αισθάνεται ότι οι πιο προσωπικές του σκέψεις, συναισθηματικές του καταστάσεις και πράξεις είναι συχνά γνωστές στους άλλους ή ότι τις μοιράζεται με αυτούς. Το άτομο θεωρεί τον εαυτό του ως τον άξονα των πάντων που συμβαίνουν γύρω του.

Ως νόσος η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από “διάχυτες βλάβες στην κοινωνική, γνωστική, συναισθηματική και καθημερινή λειτουργικότητα” (Penn et al., 1996). Πρόκειται για μια πολύ σύνθετη νοσολογική οντότητα, “η οποία κατά βάση χαρακτηρίζεται από μια ουσιαστική (πυρηνική) μεταβολή της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, που εκφράζεται με σειρά διαταραχών στη σκέψη, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στη βούληση και στη συμπεριφορά” (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004).

Η σημασία της νόσου, που διαπερνά τα χρονικά, φυλετικά και γεωγραφικά όρια, έγκειται μεταξύ άλλων στα εξής (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου,2004) :

- προσβάλλει κυρίως νεαρά άτομα με αποτέλεσμα να κατακερματίζεται η παραγωγικότερη και δημιουργικότερη περίοδος της ζωής τους.
- αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως. Υπολογίζεται από ερευνητικά δεδομένα ότι περίπου 1-1.5% του γενικού πληθυσμού νοσεί από σχιζοφρένεια, ενώ οι σχιζοφρενείς καταλαμβάνουν τις μισές από τις κλίνες των ψυχιατρικών νοσοκομείων (Somaiya et al., 2014).

• τα μισά περίπου από τα κονδύλια που δαπανώνται για τη διερεύνηση των ψυχικών παθήσεων διατίθενται για την έρευνα για τη σχιζοφρένεια (Somaiya et al., 2014).Σε σχετική έρευνα για το κόστος της νόσου στην Ελλάδα (Γείτονας κ.α. 2007), το ετήσιο κόστος θεραπείας της σχιζοφρένειας αναλόγως του τρόπου αντιμετώπισης, σκιαγραφείται ως εξής: 1) 3.187 € (2.659–4.166 €) ανά ασθενή, για εξωτερικούς ασθενείς, 2) 10.135 € (7.439–13.9772 €) ανά ασθενή, για εξωτερικούς ασθενείς με περιστασιακές νοσηλείες και 3) 17.577 € (17.482–25.462 €) ανά ασθενή, για ασθενείς που διαβιούν σε μονάδες ψυχικής υγείας. Σε παρόμοια μελέτη (Olesen, 2012) το συνολικό κόστος για τη σχιζοφρένεια στην Ευρώπη ήταν το 2010 29 δις Ευρώ ενώ η μέση ετήσια δαπάνη ανά ασθενή εκτιμήθηκε περίπου στα 5.800 Ευρώ, κυμαινόμενο από τα 533 Ευρώ στην Ουκρανία στις 13.704 Ευρώ στην Ολλανδία.

1.2.Ιστορική αναδρομή

Αν και ορισμένα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας αναδύονται μεμονωμένα μέσα από κείμενα ήδη 3000 χρόνια πριν (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004), είναι μόνο στις αρχές του 18ου αιώνα που παρουσιάζονται οι πρώτες κλινικές μελέτες και παρατηρήσεις για τη νόσο. Η επιστημονική διερεύνηση των κλινικών εκδηλώσεων της σχιζοφρένειας αρχίζει ουσιαστικά στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα. Το 1861 ο Griesinger περιέγραψε ότι μετά από ένα πρώιμο συναισθηματικό επεισόδιο θα μπορούσε να αναπτυχθεί αυτό που σήμερα θα αποκαλούσαμε χρόνια σχιζοφρενική διαταραχή (Hirsch and Weinberger, 1995). Αργότερα ο Griesinger συμφώνησε ότι θα μπορούσε να παρουσιαστεί μια πρώιμη ψύχωση ακόμα και με την απουσία αυτών των προκαταρκτικών συμπτωμάτων (Janzarik, 1987).

Βεβαίως, το μέγεθος και η σημασία του κλινικού προβλήματος της σχιζοφρένειας έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον μεγάλων μορφών στην επιστήμη της Ψυχιατρικής και της Νευρολογίας στην πορεία της ιστορίας της νόσου. Δύο από αυτές τις μορφές ήταν και ο Emil Kraepelin (1856-1926) και ο Eugen Bleuler (1857-1939). Νωρίτερα, το 1857, ο Benedict Morel, γάλλος ψυχίατρος είχε εισαγάγει τον όρο “πρώιμη άνοια” (dementia precox) για να περιγράψει επιδεινωμένους ασθενείς των οποίων η νόσος είχε ξεκινήσει στην εφηβεία (Kaplan and Sadock, 1998, p 456). Προσπάθειες ένταξης των διαφόρων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες αναφέρονται και από τον Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), ο οποίος το 1863 περιέγραψε τα συμπτώματα της κατατονίας ενώ ο Ewold Hacker (1843-1909) έγραψε το 1871 για την περίεργη

συμπεριφορά που έχουν οι ασθενείς με ηβηφρένεια (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004).

Το 1896 ο E.Kraepelin καθιέρωσε τις διάφορες μορφές της νόσου και τις "…ενέταξε σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα 2 χρόνια αργότερα…" (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004). Μετέφρασε τον όρο του Morel "démence précoce" σε "dementia precox", δίνοντας έμφαση στην ευδιάκριτη γνωστική διαδικασία της άνοιας (dementia) και στην πρώιμη έναρξη (precox) της διαταραχής. Οι ασθενείς με "dementia precox" περιγράφονται να έχουν μια μακρόχρονα επιδεινούμενη πορεία και τα κοινά κλινικά συμπτώματα των παραληρημάτων και ψευδαισθήσεων (Kaplan and Sadock, 1998, p 456). Ο E.Kraepelin διέκρινε τους ασθενείς με αυτά τα συμπτώματα από αυτούς που είχαν μανιοκαταθλιπτική ψύχωση και οι οποίοι είχαν σαφή επεισόδια της νόσου που εναλλάσσονταν με περιόδους φυσιολογικής λειτουργίας (Kaplan and Sadock, 1998).

Ο Eugen Bleuler το 1919 εισήγαγε τον όρο "σχιζοφρένεια", αντικαθιστώντας το "dementia precox", για να εκφράσει την παρουσία της διάσχισης (dissociation) στη σκέψη, τις διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος. Ο όρος αυτός είναι και που έχει επικρατήσει διεθνώς για την ονομασία της συγκεκριμένης διαταραχής (Kaplan and Sadock, 1998, p 456). Ο Bleuler αναγνώρισε συγκεκριμένα θεμελιώδη ή πρώιμα συμπτώματα της σχιζοφρένειας προκειμένου να αναπτύξει τη θεωρία του για το εσωτερικό ψυχικό σχίσμα των ασθενών (Kaplan and Sadock, 1998). Περιέγραψε την ασυναρτησία (associational disturbances), τη συναισθηματική απάθεια-ακαμψία-απροσφορότητα (affective disturbances), αμφιθυμία-αμφιβουλησία (ambivalence) και τον αυτισμό (autism), τα οποία είναι γνωστά στη βιβλιογραφία σαν τα 4 ''Α '' (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004, σελ. 265). Ο Bleuler αναγνώρισε δευτερεύοντα συμπτώματα, τα οποία συμπεριελάμβαναν εκείνα τα σημεία που ο Kraepelin θεώρησε ως τις μεγαλύτερες ενδείξεις της "dementia precox", δηλ., τις ψευδαισθήσεις και τα παραληρήματα (Kaplan and Sadock, 1998, p 456).

Στην πορεία του χρόνου και άλλοι μελετητές όπως οι A. Meyer, H. Sullivan, E. Krandschmer, G. Langfeldt, K. Schneider και K. Jaspers συνέβαλαν πολύ με τις μελέτες τους στην κατανόηση της νόσου (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004, σελ. 265). Συγκεκριμένα, ο Meyer, ως ιδρυτής της ψυχοβιολογίας, θεώρησε τη σχιζοφρένεια αλλά και τις ψυχικές νόσους ως μια αντίδραση σε στρεσσογόνα γεγονότα. Ο Sullivan, ψυχαναλυτικής και κοινωνικής κατεύθυνσης, έδωσε έμφαση στην κοινωνική απομόνωση ως αιτία αλλά και σύμπτωμα της σχιζοφρένειας. Ο Kretschmer συνέλεξε υλικό για να καθορίσει το σωματότυπο των ασθενών με σχιζοφρένεια. Ο Langfeldt

ταξινόμησε τους ασθενείς με τα κύρια ψυχωτικά συμπτώματα σε 2 κατηγορίες, εκείνους με την "αληθινή σχιζοφρένεια" και εκείνους με "σαν τη σχιζοφρένεια νόσο". Στην περιγραφή που έκανε για την "αληθινή σχιζοφρένεια", ο Langfeldt τόνισε διάφορους παράγοντες όπως ύπουλη έναρξη, αισθήματα αποπραγμάτωσης και αποπροσωποίησης, αυτισμό και συναισθηματική αμβλύτητα. Μελετητές μετά τον Langfeldt έδωσαν στον όρο "αληθινή σχιζοφρένεια", ονόματα όπως πυρηνική σχιζοφρένεια (nuclear schizophrenia) ή υπολειμματική σχιζοφρένεια (nonremitting schizophrenia).

Οι όροι «θετικά» και «αρνητικά» συμπτώματα της νόσου χρησιμοποιοιούνται πρώτη φορά τον 19ο αιώνα από τους παθολόγους John Russel Reynolds (1858-1861) που περιέγραψε έτσι τα συμπτώματα της επιληψίας και John Hughlings Jackson που πρότεινε να θεωρούνται τα αρνητικά συμπτώματα ως αποτέλεσμα ανασταλτικών διαδικασιών και τα θετικά ως αποτέλεσμα έλλειψης καταστολής σε κάποια λειτουργία εγκεφάλου ενώ θεώρησε τα αρνητικά ως πιο γενικευμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία (Hirsch and Weinberger, 2003). Ο Schneider (Kaplan et al., 2000) περιέγραψε τα πρώτης σειράς συμπτώματα τα οποία θεώρησε πολύ χρήσιμα στη διάγνωση. Σύμφωνα με τη θεώρησή του, τα πρωτεύοντα είναι τα θετικά συμπτώματα όπως η παρεμβολή σκέψης, το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις με περιεχόμενο σχολιασμό.

1.3. Κλινικά χαρακτηριστικά

Α. Συμπτώματα

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου έχουν ήδη από τους πρώτους ιστορικούς χρόνους περιγραφεί αλλά η νοσολογική τους οριοθέτηση έγινε μόλις τα τελευταία 100 χρόνια. Η ποικιλία των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου, οδηγεί στη θεώρηση της σχιζοφρένειας ως συνδρόμου που συνίσταται από διαταραχές διαφόρου τύπου (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004). Κατά το DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη νόσο της σχιζοφρένειας επειδή αφενός βοηθούν στον καθορισμό της διάγνωσης και αφετέρου συχνά συνυπάρχουν, είναι πολύ χρήσιμο να ταξινομηθούν σε ομάδες, όπως:

α) Ηχώ της σκέψης, παρεμβολή στη σκέψη, απόσυρση και εκπομπή της σκέψης

Β) Παραληρητικές ιδέες ελέγχου, επίδρασης ή παθητικότητας, που σαφώς αναφέρονται στις κινήσεις του σώματος ή των άκρων ή σε ιδιαίτερες σκέψεις, πράξεις ή αισθήσεις· παραληρητική αντίληψη.

Γ) Ακουστικές ψευδαισθήσεις βιούμενες ως ‘’φωνές’’ που σχολιάζουν τη συμπεριφορά του ασθενούς ή συζητούν μεταξύ τους για τον ασθενή ή άλλοι τύποι ακουστικών ψευδαισθήσεων που έρχονται υπό τύπο φωνών από κάποια περιοχή του σώματος.

Δ) Επίμονες παραληρητικές ιδέες άλλων τύπων που είναι πολιτισμικά μη αποδεκτές και τελείως απίθανες, θρησκευτικής ή πολιτικής ταυτότητας ή υπεράνθρωπων δυνάμεων και ικανοτήτων (π.χ. δυνατότητα ελέγχου του καιρού ή επικοινωνία με εξωγήινους).

Ε) Επίμονες ψευδαισθήσεις παντός τύπου, όταν συνοδεύονται από παροδικές ή μισοσχηματισμένες παραληρητικές ιδέες χωρίς να υπάρχει σαφές συναισθηματικό περιεχόμενο ή από επίμονες ιδέες υπερεκτίμησης ή όταν συμβαίνουν συνεχώς κάθε μέρα επί αρκετές εβδομάδες ή μήνες.

Στ) Ανακοπές ή παρεμβολές στη ροή της σκέψης, με αποτέλεσμα ασυναρτησία ή ασχετολογία ή νεολογισμούς.

Ζ) Κατατονική συμπεριφορά, λήψη παράξενων στάσεων ή κηρώδης ευκαμψία, αρνητισμός αλαλία και εμβροντησία.

Η) “Αρνητικά” συμπτώματα όπως έντονη απάθεια, διακοπή της ομιλίας και αμβλύτητα ή ασυμβατότητα των συναισθηματικών αντιδράσεων, που συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα την κοινωνική απόσυρση και τη μείωση της απόδοσης στις κοινωνικές σχέσεις· στη συγκεκριμένη περίπτωση, πρέπει να είναι σαφές ότι αυτά δεν οφείλονται σε κατάθλιψη ή σε λήψη νευροληπτικών.

Θ) Έντονη και συνεχής μεταβολή στη συνολική ποιότητα κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικής συμπεριφοράς, που εκδηλώνονται ως απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη σκοπού, οκνηρία, στάση που δείχνει αυτοενασχόληση και κοινωνική απόσυρση.

Η σχιζοφρένεια περιγράφεται ως “…μια διαταραχή που διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες και περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα μήνα ενεργούς φάσης των συμπτωμάτων (δηλ., 2 ή περισσότερα από τα ακόλουθα: παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, αρνητικά συμπτώματα π.χ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλησία”) (American Psychiatric Association, 2015). Όσον αφορά στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα, αναφέρεται στο DSM-V ότι για ένα σημαντικό τμήμα του χρόνου από τη στιγμή της έναρξης της διαταραχής, μία ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας π.χ. η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτομέριμνα είναι καταφανώς κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη (ή όταν η έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).

Β. Υπότυποι τους σχιζοφρένειας

Ανάλογα με την προεξάρχουσα συμπτωματολογία κατά τη χρονική στιγμή που γίνεται η διάγνωση, μπορούν κατά το DSM-V, να διακριθούν οι ακόλουθοι τύποι της νόσου:

1. Παρανοειδής τύπος: παρατηρείται έντονη ενασχόληση με μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις και δεν προεξάρχει κανένα από τα ακόλουθα: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.

2. Αποδιοργανωμένος τύπος: προεξάρχουν ο αποδιοργανωμένος λόγος, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα και δεν πληρούνται τα κριτήρια του Κατατονικού τύπου.

3. Κατατονικός τύπος: κυριαρχούν δύο από τα εξής: α) κινητική ακαμψία που εμφανίζεται με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης της κηρώδους ευκαμψίας) ή εμβροντησία, β) υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα (η οποία είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα), γ) υπερβολικός αρνητισμός (μια αντίσταση με προφανή έλλειψη κινήτρων σε οδηγίες ή διατήρηση μιας άκαμπτης στάσης ενάντια σε προσπάθειες να κινηθεί) ή βωβότητα, δ) ιδιορρυθμίες των εκουσίων κινήσεων που εμφανίζονται με στάσεις (εκούσια ανάληψη απρόσφορων ή αλλόκοτων στάσεων) στερεότυπες κινήσεις, χαρακτηριστικούς μαννερισμούς μορφασμούς, ε) ηχολαλία ή ηχοπραξία.

4. Αδιαφοροποίητος τύπος: συναντά κανείς συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια του Παρανοειδούς, Αποδιοργανωμένου ή Κατατονικού Τύπου.

5. Υπολειμματικός τύπος: Α. απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά και Β. υπάρχουν συνεχιζόμενες ενδείξεις της διαταραχής, που φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσοτέρων συμπτωμάτων που συγκαταλέγονται στο Κριτήριο Α, τα οποία είναι παρόντα σε πιο εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αισθητηριακά βιώματα).

1.4. Επιδημιολογία

Η σχιζοφρένεια ως νόσος φαίνεται να εμφανίζεται σε κάθε κοινωνία και σε κάθε πολιτισμό ανεξαρτήτως γεωγραφικής θέσης. Αναφορικά με την επιδημιολογία της νόσου υπάρχουν έρευνες που αφορούν κυρίως στις αναπτυγμένες κοινωνίες και αναφέρουν ότι η επικράτηση της σχιζοφρένειας στο γενικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια της ζωής

κυμαίνεται στο ποσοστό 1-1,5% (WHO, 2022). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σχετικές έρευνες δείχνουν το ίδιο ποσοστό, ενώ το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ αναφέρει ότι η εμφάνιση της σχιζοφρένειας στη διάρκεια της ζωής είναι από 0.6 έως 1.9% (Wu et al., 2006).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σύμφωνα με το Global Burden of Diseases (GBD, 2022) το ποσοστό εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών έχει αυξηθεί παγκοσμίως, από 654·8 εκατομύρια το 1990 (95% UI 603·6–708·1) σε 970·1 εκατομύρια το 2019 (900·9–1044·4) χωρίς ωστόσο να παρατηρείται αλλαγή στην ηλικία εμφάνισης για καμμία από τις ψυχικές διαταραχές το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Συγκεκριμένα για τη σχιζοφρένεια, η αύξηση ανέρχεται από 14·2 εκατομύρια το 1990 (12·2–16·5),σε 23·6 (20·2–27·2) το 2019.

Σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με σχιζοφρένεια, φαίνεται να παίζουν ρόλο παράγοντες όπως το φύλο, η εποχή, η σειρά και ο τόπος της γέννησης, η μετανάστευση, η κοινωνικο-οικονομική τάξη, η χρήση ουσιών, κληρονομικοί παράγοντες όπως δομικές εγκεφαλικές βλάβες, νευροχημικές διαταραχές, ιογενείς παράγοντες, ενδοκρινικοί παράγοντες κλπ (WHO, 2022˙Jauhar et al., 2022).

<u>Το φύλο</u>

Η σχιζοφρένεια φαίνεται να εμφανίζεται με τον ίδιο ρυθμό τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες. Συγκεκριμένα στους άνδρες εμφανίζεται ελαφρώς συχνότερα (Jauhar et al., 2022). Διαφορές υπάρχουν στο χρόνο έναρξης και στην πορεία της νόσου (McGrath et al, 2008).

Συγκεκριμένα η έναρξη της νόσου γίνεται νωρίτερα στους άνδρες (15-25 έτη) από ότι στις γυναίκες (25-35 έτη). Στους άνδρες η μέση ηλικία έναρξης της συμπτωματολογίας είναι τα 20 έτη σε αντίθεση με τις γυναίκες που η μέση ηλικία έναρξης θεωρείται τα 30 χρόνια ενώ η πρώιμη έναρξη αποτελεί έναν κακό προγνωστικό παράγοντα (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004). Έναρξη της νόσου πριν τα 10 και μετά τα 50 έτη είναι εξαιρετικά σπάνια, ενώ σε ποσοστό περίπου 90% των θεραπευόμενων για σχιζοφρένεια ασθενών είναι ηλικίας μεταξύ 15 και 55 ετών (Abel et al., 2010).

Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η έκβαση της νόσου της σχιζοφρένειας είναι καλύτερη για τις γυναίκες σχιζοφρενείς παρά για τους άνδρες καθώς οι άνδρες "προσβάλλονται" περισσότερο από τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες και φαίνεται να έχουν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα από τους άνδρες (Goldstein and Tsuang, 1990, Ochoa et al, 2012).

Εποχή, τόπος και σειρά γέννησης

Υπάρχουν αξιόπιστα ευρήματα ερευνών που υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι που τελικά νοσούν από σχιζοφρένεια κατά κανόνα έχουν γεννηθεί τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της άνοιξης και όχι τόσο άνθρωποι γεννημένοι τους τελευταίους μήνες της άνοιξης ή το καλοκαίρι (Kendler and Diehl, 1993˙ Karlsson et al., 2019˙ Hsu et al. 2021).

Μια υπόθεση που προβάλλεται για τη διαπίστωση αυτή είναι ότι μπορεί να παίζει ρόλο κάποιος εποχιακός παράγοντας κινδύνου, όπως ιός ή μια εποχιακή αλλαγή στη διατροφή. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι οι άνθρωποι με γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση σχιζοφρένειας, έχουν αυξημένο βιολογικό πλεονέκτημα να επιζήσουν από εποχιακές προσβολές ιών (Kaplan and Sadock, 1998˙ Sadock et al.,2017) ή με άλλα λόγια μια αυξημένη πιθανότητα, εξαιτίας γενετικής υπεροχής, επιβίωσης των προσχιζοφρενών νεογνών και αυξημένης βιολογικής αντίστασής τους σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2004).

Γεωγραφική κατανομή

Σε γενικές γραμμές η εμφάνιση της σχιζοφρένειας παρουσιάζει μια ομοιομορφία όσον αφορά στην εμφάνισή της στο γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποιες περιοχές του κόσμου που παρουσιάζουν ασυνήθιστα υψηλά ποσοστά εμφάνισης της νόσου και οι ερευνητές έχουν αποδώσει αυτό το φαινόμενο ως μια πιθανή ένδειξη για μια μολυσματική π.χ. ιογενή αιτία της σχιζοφρένειας (Kaplan and Sadock, 1998˙ Sadock et al.,2017).

1.5. Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας

Μεγάλος αριθμός μελετών έχει εστιάσει στην επίδραση οικογενειακών χαρακτηριστικών ως αιτιολογικών παραγόντων στη δημιουργία της νόσου της σχιζοφρένειας (Vaughn et al., 1976, Brown et al., 1962, 1968, 1972, Leff et al 1973, Hirsch and Leff, 1975). Παράλληλα, οι Brown et al. (1972), συμπεραίνουν ότι ο υψηλός βαθμός εκφραζόμενου συναισθήματος από τους συγγενείς κατά την περίοδο της εισαγωγής σε ψυχιατρική κλινική, βρέθηκε να συσχετίζεται υψηλά με την υποτροπή των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια έως και 9 μηνών μετά το εξιτήριο. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ψυχιατρική Κλινική (Koutra et al., 2015) του ΠαΓΝΗ σε δείγμα ψυχιατρικών ασθενών, φάνηκε, επίσης, ότι το εκφραζόμενο συναίσθημα μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της υποτροπής

που μπορεί να οδηγήσει στη νοσηλεία. Ορισμένες από τις σημαντικότερες θεωρίες σχετικά με την επίδραση της οικογένειας στη νόσο της σχιζοφρένειας παρουσιάζονται επιγραμματικά:

1.5.1. Μοντέλα επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια

Ήδη από το 1963 οι Wynne and Singer (Wynne and Singer, 1963) επεσήμαναν ότι ο τρόπος που επικοινωνούν οι γονείς των ασθενών πριν νοσήσουν χαρακτηρίζεται από αυτό που ονομάζεται επικοινωνιακή απόκλιση (communication deviance) και αφορά σε μια μέτρηση των ελαττωμάτων και των αποκλίσεων τους επικοινωνίας. Συνήθως η απόκλιση της επικοινωνίας αξιολογείται με ένα προβλητικό τεστ είτε το Rorschach Test είτε Thematic Apperception Test προκειμένου να διευκρινιστεί η επικοινωνία ανάμεσα στον ομιλητή και στον ακροατή με έναν τυποποιημένο τρόπο. Όταν ο ομιλητής έχει υψηλά επίπεδα επικοινωνιακής απόκλισης τότε ο ακροατής έχει δυσκολία να κατανοήσει τι είναι αυτό που ο ομιλητής θέλει να πει και να έχει μια κοινή εστίαση με τον πομπό (Nugter et al, 1997). Οι Wynne and Singer (Wynne and Singer, 1963) υποστήριξαν ότι τα υψηλά επίπεδα επικοινωνιακής απόκλισης των γονέων σχετίζονται με την ανάπτυξη της γλώσσας και της σκέψης και επιπλέον διευκολύνουν την ανάπτυξη των διαταραχών της σκέψης, που αποτελεί ένα από τα κεντρικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας. Συγκεκριμένες μελέτες της επικοινωνιακής απόκλισης για τις σχιζοφρενικές διαταραχές (Singer and Wynne 1963, Morris and Wynne 1965, Jones 1977, Miklowitz and Stackman 1992) έχουν επανειλημμένως δείξει ότι οι γονείς των σχιζοφρενικών ασθενών έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα επικοινωνιακής απόκλισης από ό,τι οι γονείς της ομάδας ελέγχου ή οι γονείς άλλων ασθενών με μη ψυχωτικές διαταραχές. Είναι πολύ πιθανόν ότι τα υψηλά επίπεδα της επικοινωνιακής απόκλισης δρουν ως μια πηγή συνεχούς άγχους στη ζωή του ασθενούς και ως τέτοια συμβάλει στην επιδείνωση της πορείας και της έκβασης της ασθένειας (Doane and Mintz, 1987). Μια άλλη ερμηνεία είναι ότι τα υψηλά επίπεδα της επικοινωνιακής απόκλισης μπορεί να θεωρηθούν ως μια αντανάκλαση του άγχους που βιώνουν οι γονείς εξαιτίας της αλληλεπίδρασής τους με το διαταραγμένο παιδί που διατρέχει τον κίνδυνο να νοσήσει από σχιζοφρένεια (Miklowitz, 1994).

Οι Miklowitz, Goldstein and Nuechterlein (1995) βρήκαν ότι οι γονείς των πρόσφατα νοσούντων ενηλίκων ασθενών με σχιζοφρένεια σε σχέση με τους γονείς ενηλίκων ασθενών με διπολική διαταραχή, εκδηλώνουν περισσότερο αρνητική συναισθηματική στάση και λεκτικές συμπεριφορές (κριτικά και αδιάκριτα σχόλια) όταν συναλλάσσονται

με τα παιδιά τους. Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς με σχιζοφρένεια κάνουν περισσότερα αυτό-δυσφημιστικά σχόλια (self–denigrating statements) και δέχονται λιγότερες υποστηρικτικές δηλώσεις από τους γονείς τους κατά τη διάρκεια των οικογενειακών συναλλαγών, σε σχέση με τους ασθενείς με τη διπολική διαταραχή.

Περιορισμένος αριθμός ερευνών έχει γίνει και σχετικά με τη μη λεκτική επικοινωνία στις οικογένειες που εμπεριέχουν ένα μέλος με διάγνωση σχιζοφρένειας. Υπάρχουν αξιόλογες ερευνητικές αποδείξεις (Harrow & Grossman et al. 1984, Grossman et al. 1991) που υποστηρίζουν ότι οι γονείς των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν περισσότερο ατελείς κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τους γονείς ασθενών με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ατέλειες που πιθανότατα επεκτείνονται και στις μη λεκτικές συμπεριφορές (Jones and Pansa, 1979). Φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο συναισθηματικό τόνο των λεκτικών αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στις οικογένειες με μέλος ασθενή με σχιζοφρένεια σε σχέση με τις οικογένειες με μέλος ασθενή με άλλη ψυχιατρική νόσο. Οι Hahlweg, Goldstein et al. (1989) μελέτησαν τη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά των σχιζοφρενικών ασθενών και των γονιών τους σε οικογένειες με χαμηλά και υψηλά επίπεδα εκφραζόμενου συναισθήματος και βρήκαν ότι στις οικογένειες με υψηλά επίπεδα εκφραζόμενου συναισθήματος η δυάδα γονέα – ασθενή χαρακτηριζόταν από διπλής κατεύθυνσης (bidirectional) "αρνητικής κλιμάκωσης κύκλους" τόσο στο πεδίο των λεκτικών όσο και των μη – λεκτικών μηνυμάτων.

Η επικοινωνιακή απόκλιση στη δυάδα των γονιών του ασθενή φαίνεται να συνδέεται με το φάσμα της σχιζοφρένειας και μάλιστα υψηλά επίπεδα απόκλισης μπορεί να θεωρηθούν ως ένας προγνωστικός παράγοντας ανάπτυξης της νόσου ειδικά σε υψηλού κινδύνου ομάδες (Roisko et al., 2011, 2014) καθώς επίσης και με την υποτροπή της νόσου (O'Driscoll et al., 2019).

1.5.2. Εκφραζόμενο συναίσθημα

Ο όρος "εκφραζόμενο συναίσθημα" (expressed emotion) είναι ουσιαστικά μια κλινική έννοια και αποτελεί ένα καλό προγνωστικό στοιχείο σχετικά με την πορεία της νόσου όταν ένας ασθενής ζει με τους συγγενείς του. Οι αρχικές έρευνες για το "εκφραζόμενο συναίσθημα" έγιναν τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 (Brown & Rutter 1966, Brown et al., 1972) στη Μ. Βρετανία ενώ τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών σχετικά με την οικογενειακή ατμόσφαιρα στις οικογένειες των σχιζοφρενών, την οποία ονόμασαν "εκφραζόμενο συναίσθημα", επαληθεύτηκαν αργότερα από διαπολιτισμικές έρευνες

(Vaughn et al., 1984, Jenkins et al., 1986, Leff et al., 1987, Mino et al, 1990). Κάτω από τον όρο αυτό εννοούνται τρεις στάσεις των μελών της οικογένειας προς τον σχιζοφρενικό ασθενή. *Η κριτική στάση και τα κριτικά σχόλια* είναι μια άμεση έκφραση του θυμού και θεωρείται ότι ο αριθμός των κριτικών σχολιών κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης υποδηλώνει πόσο θυμωμένο είναι το μέλος της οικογένειας με τον ασθενή (Kuipers et al., 2002˙ Kymalainen et Weisman de Mamani, 2008). *Η επιθετικότητα* αποτελεί μια ακραία μορφή κριτικής και υποδηλώνει μεγάλο θυμό, που συχνά συνοδεύεται με την απόρριψη του ασθενούς. Τέλος, το τρίτο στοιχείο του όρου αφορά σε αυτό που λέγεται *υπερεμπλοκή* και αποτελεί μια μίξη άγχους και ενοχής. Η αίσθηση της ενοχής συχνά ωθεί τους συγγενείς να κάνουν ό,τι είναι δυνατόν για τον ασθενή για να επανορθώσουν την επίδραση της νόσου στη ζωή του, με αποτέλεσμα ο ασθενής να γίνεται ολοένα περισσότερο εξαρτημένος από τους συγγενείς αλλά και αγχώδης για το αν μπορεί τελικά να τα καταφέρει μόνος του. Κατά τους Kuipers et al. (2002), ο όρος "εκφραζόμενο συναίσθημα" δεν προσφέρει πολλά στην κατανόηση της αιτιολογίας της σχιζοφρένειας ωστόσο είναι ένα στοιχείο που μπορεί να προβλέψει την υποτροπή του ασθενούς καθώς υπάρχουν σχετικές έρευνες (Leff, Kuipers et al., 1982, Goldstein and Strachan 1986, Hogarty et al., 1986, Hooley, 2007, Cutting, 2006) που υποστηρίζουν ότι σε οικογένειες σχιζοφρενών με υψηλό δείκτη εκφραζόμενου συναισθήματος, η συχνότητα των υποτροπών είναι μεγάλη (Ma et al., 2021).

1.5.3. Απόκλιση στην επικοινωνία και η θεωρία του "Διπλού Δεσμού"

Βασική θεωρία για την έναρξη και την υποτροπή της νόσου θεωρείται η επικοινωνιακή απόκλιση (communication deviance (CD) (Goldstein, 1985· Goldstein et al, 1994) δηλαδή η αρνητική συναισθηματική ατμόσφαιρα στην οικογένεια, που είναι μια έκφανση του "εκφραζόμενου συναισθήματος" και η απόκλιση στη σαφήνεια και στη δομή της επικοινωνίας. Αυτή η επικοινωνιακή απόκλιση σε συνδυασμόμε μια βιολογική προδιάθεση ή με ψυχοπαθολογία (για παράδειγμα διαταραχές συμπεριφοράς ή άγχος) μπορεί να συμβάλει στην έναρξη της νόσου (Tienari et al., 2004). Συγκεκριμένα έχει φανεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης νόσου της σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερος (37%) σε υιοθετημένα παιδιά με κληρονομική επιβάρυνση που μεγαλώνουν σε οικογενειακά περιβάλλοντα με υψηλό επιπέδο αρνητικότητας, προβλήματα οριοθέτησης και οικογενειακής ακαμψίας σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά (6%) με ανάλογη κληρονομική επιβάρυνση που μεγαλώνουν σε πιο υγιή περιβάλλοντα (Tienari et al., 2004).

Σχετική με τη θεωρία της επικοινωνιακής απόκλισης είναι και η θεωρία του διπλού δεσμού που διατυπώθηκε από τους Bateson, Jackson, Haley και Weakland (1956), και υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια είναι κατά κύριο λόγο αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια και του είδους των βιωμάτων που το παιδί έχει μέσα σε αυτήν. Εστίασαν σε σε ένα παθολογικό τρόπο επικοινωνίας που αποκάλεσαν "διπλοσύνδεση", τονίζοντας ότι τα απαραίτητα χαρακτηριστικά της κατάστασης αυτής είναι: 1) δύο ή περισσότερα πρόσωπα, θεωρώντας ότι η διπλοσύνδεση δημιουργείται είτε από τη μητέρα είτε από τη σύμπραξη του πατέρα με τα αδέλφια, 2) επαναλαμβανόμενη εμπειρία, θεωρώντας ότι μια μεμονωμένη εμπειρία δεν είναι τραυματική αλλά ότι υπάρχει τέτοια επανάληψη στην κατάσταση αυτή ώστε η δομή της διπλοσύνδεσης να γίνεται "μια καθ' έξιν" προσδοκία, 3) μια πρωτεύουσα αρνητική εντολή που μπορεί να έχει δύο μορφές, δηλ., ή "μην το κάνεις αυτό γιατί θα σε τιμωρήσω" ή "αν δεν το κάνεις αυτό θα σε τιμωρήσω". Η τιμωρία κατά τους συγγραφείς έγκειται είτε στη στέρηση της αγάπης ή στην εκδήλωση μίσους και θυμού ή το χειρότερο σε μια μορφή εγκατάλειψης που προέρχεται από την εκδήλωση ακραίας αδυναμίας από την πλευρά των γονέων, 4) μια δευτερεύουσα εντολή που έρχεται σε πιο αφηρημένο επίπεδο σε σύγκρουση με την πρωτεύουσα και επιβάλλεται και αυτή με τιμωρίες και απειλητικά σήματα ενώ εκφράζεται συνήθως μη λεκτικά και μπορεί να προσκρούει σε ένα στοιχείο τους πρωτεύουσας εντολής, 5) μια τριτεύουσα αρνητική εντολή που "απαγορεύει" στο δέκτη του μηνύματος να φύγει από την κατάσταση της διπλοσύνδεσης, ειδικά όταν οι εντολές αυτές δίνονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, 6) ο δέκτης της διπλοσύνδεσης τελικά μαθαίνει να αντιλαμβάνεται τον κόσμο μέσα από το πρότυπο της διπλοσύνδεσης.

Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι μόλις το άτομο εμπλακεί σε μια τέτοια κατάσταση διπλοσύνδεσης, η ικανότητά του να διακρίνει τους διάφορους λογικούς τύπους, καταρρέει. Έτσι τα γενικά χαρακτηριστικά μιας τέτοιας κατάστασης είναι:

1) Το άτομο εμπλέκεται σε μια έντονη σχέση, όπου είναι ζωτικής σημασίας το να μπορεί να διακρίνει ακριβώς το είδος του μηνύματος που του μεταβιβάζουν, έτσι ώστε να μπορέσει να αντιδράσει ανάλογα.

2) Το άτομο είναι αιχμαλωτισμένο σε μια κατάσταση όπου το άλλο μέλος της σχέσης εκφράζει 2 αλληλοαναιρούμενα είδη μηνυμάτων.

3) Το άτομο, τέλος, δεν είναι σε θέση να κρίνει τα μηνύματα που έλαβε ώστε να μπορέσει να διορθώσει την απόφασή του για το σε ποιο από τα δύο μηνύματα θα πρέπει

να αντιδράσει. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί να κάνει καμμία μετεπικοινωνιακή διαπίστωση.

Αυτή η κατάσταση της επικοινωνίας επικρατεί ανάμεσα στον προσχιζοφρενή και στη μητέρα, ωστόσο, κατά τους συγγραφείς, είναι δυνατό να παρουσιαστεί και σε φυσιολογικές σχέσεις.

Η ομάδα αυτή παρατήρησε ότι οι διαταραχές που προκύπτουν εξαιτίας των λογικών παραδόξων που λαμβάνουν χώρα στην επικοινωνία της οικογένειας, μπορούν να θεραπευτούν με "θεραπευτικά παράδοξα" δηλαδή, με θεραπευτικούς διπλούς δεσμούς.

Η θεωρία του Bateson (1972) για τη σχιζοφρένεια εγκαινίασε την οικογενειακή θεραπεία της σχιζοφρένειας, θεωρώντας και υποστηρίζοντας ότι η σχιζοφρένεια είναι περισσότερο θέμα της οικογένειας παρά του ατόμου προσωπικά.

Η θεωρία του Bateson για το διπλό δεσμό επέδρασε σημαντικά κατά τη δεκαετία του 1960 στη στροφή των ειδικών στο ρόλο που παίζει η οικογένεια στην εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας και επομένως στην ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας. Παρά το γεγονός ότι μέχρι και σήμερα θεωρείται αμφιλεγόμενη καθώς δεν έχει αποδειχθεί εμπειρικά.

1.6. Ψυχοθεραπεία στη σχιζοφρένεια

Για πολλά χρόνια η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας υπήρξε ένας δύσκολος και επίπονος αγώνας και μεγάλη αμφισβήτηση δημιουργήθηκε κατά καιρούς όσον αφορά στα οφέλη που αυτή μπορεί να παράσχει στην αντιμετώπιση της νόσου (Mueser and Bellack, 1995). Ο Kraepelin (1919) και οι προγενέστεροι αυτού έκαναν λίγες συστάσεις όσον αφορά σε αυτό το θέμα. Ο Bleuler τους αφιέρωσε ένα κεφάλαιο του βιβλίου του "Dementia Praecox or the group of Schizophrenias" (Bleuler, 1911) για να συζητήσει την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη νόσο και τη θεραπεία τους. Τελικά φαίνεται καθαρά εκεί ότι ο Bleuler πίστευε ότι η ψυχοθεραπεία για τη σχιζοφρένεια μπορεί να είναι κλινικά αποτελεσματική, παρόλο που αυτή του η αισιοδοξία μετριαζόταν από την ειλικρινή του διαπίστωση ότι λίγα πράγματα ήταν γνωστά τότε σχετικά με το πώς θα έπρεπε να είναι αυτή η ψυχοθεραπεία. Ακολουθώντας τα γραπτά του Bleuler, στην ακαδημαϊκή ψυχιατρική κοινότητα αναδύθηκε ένας διαχωρισμός όσον αφορά στο αν η σχιζοφρένεια θα μπορούσε να θεραπευθεί με την ψυχοθεραπεία (Mueser and Bellack, 1995). Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει μια συσσώρευση ερευνητικών δεδομένων που υποστηρίζει τη βιολογική διάσταση της

νόσου της σχιζοφρένειας (Weinberger 1987, Roberts 1991, Henriksen et al., 2017, Trubandskoy et al., *2022*), θέση που είχε οδηγήσει στη λανθασμένη υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια δεν ανταποκρίνεται στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και ότι η πρόοδος εξαρτάται αποκλειστικά και μόνον από τη φαρμακευτική θεραπεία (Mueser and Bellack, 1995).

Η αλήθεια είναι ότι καμία ψυχοθεραπευτική μέθοδος δε βρέθηκε από μόνη της να είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, ωστόσο υπάρχουν πια σημαντικές αποδείξεις για την επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην πορεία και εξέλιξη της νόσου (Mueser and Bellack, 1995) καθώς και της ψυχοθεραπείας (Pharoah et al., 2010, Dickerson et Lehman, 2011).

Στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως είναι τα επικριτικά σχόλια (Vaughn and Leff, 1976, Ma et al., 2021), τα στρεσσογόνα γεγονότα ζωής (Brown & Birley 1968, Ventura et al. 1989) και ένα αρνητικό συναισθηματικό κλίμα στην οικογένεια (Brown et al. 1972, Kavanagh 1992) ευθύνονται για τις υποτροπές και έτσι κατά συνέπεια οι αλλαγές στο περιβάλλον τους όπως αυτές που συμβαίνουν μέσω της οικογενειακής θεραπείας (Leff et al. 1985,Mueser & Glynn, 1993, Ma et al., 2021) μπορούν ουσιαστικά να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς.

Σχετικά με την ατομική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας, οι ψυχοδυναμικές ή ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις ήταν τα κυρίαρχα θεραπευτικά μοντέλα για περισσότερο από το μισό του 20$_{ου}$ αιώνα (Mueser and Bellack, 1995).

1.6.1.Ψυχαναλυτική Προσέγγιση

Ο πατέρας της Ψυχαναλυτικής σκέψης, Sigmund Freud, θεωρούσε ήδη πολύ νωρίς ότι οι σχιζοφρενείς και οι άλλοι ψυχωσικοί δεν μπορούσαν να αναλυθούν, επειδή κατά τη γνώμη του δεν μπορούσαν να κάνουν τη μεταβίβαση. Σε γραπτά του (Freud, 1905), εκφράζει την ελπίδα ότι στο μέλλον ίσως κάποιες τροποποιήσεις στις ψυχαναλυτικές τεχνικές να έκαναν δυνατή την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία για την ψύχωση και μάλιστα διατήρησε αυτή τη συγκρατημένη του αισιοδοξία έως το τέλος (Freud, 1940).

Στο πέρασμα του χρόνου πολλοί άλλοι ψυχαναλυτές εργάστηκαν με ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την "ψυχαναλυτική κατανόηση" της οικογένειας και των δυναμικών μέσα σε αυτήν, δόθηκε από τους παιδοψυχιάτρους όταν αυτοί άρχισαν να μελετούν μητέρες και τα παιδιά τους ταυτόχρονα (Burlingham, 1951). Κατά συνέπεια, η ταυτόχρονη ανάλυση των έγγαμων ζευγαριών αποκάλυψε την

οικογένεια ως μια ομάδα αλληλοσυνδεόμενων ενδοψυχικών συστημάτων (interlocking intrapsychic systems) (Martin and Bird, 1953). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο όρος των "αλληλοσυνδεόμενων πνευμάτων" (interlinked psyches) παραμένει ένα σημαντικό σημείο στην ψυχαναλυτική θεώρηση της οικογένειας (Sander, 1989). Σε αντίθεση με τους κλασικούς φροϋδικούς που θεωρούσαν ότι τα θεραπευόμενά τους άτομα ζούσαν σε σταθερά περιβάλλοντα και δεν ήταν για αυτούς απαραίτητο να έχουν πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια καθενός, ο N. Ackerman διαπίστωσε ότι οι οικογένειες σπάνια είναι σταθερές, εξαρτώμενες ή προβλέψιμες και αντί να τους αφήνει στο περιθώριο, πίστευε ότι μπορούσαν να αλλάξουν προς το καλύτερο (Ackerman, 1966). Έγραψε (Ackerman, 1961) ότι η ακριβής κατανόηση του ατομικού ασυνειδήτου απαιτεί, την κατανόηση του πλαισίου του μέσα στην πραγματικότητα των οικογενειακών αλληλεπιδράσεων. Με τη λογική ότι οι άνθρωποι δε ζουν στην απομόνωση, θεωρούσε ότι δεν μπορούν και να θεραπεύονται στην απομόνωση.

Όσον αφορά στη σχιζοφρένεια, η κατανόηση της ψυχωτικής εμπειρίας εμπνέει ελπίδα ενώ η αμοιβαία εμπιστοσύνη μπορεί να είναι πολύ βοηθητική για να "επιδιορθωθεί" το θρυμματισμένο εγώ και περιορισμοί στη θεραπεία μπορεί να οφείλονται στην ικανότητα του θεραπευτή να "πάρει τη μεταβίβαση" όπως λένε οι κλαϊνικοί θεωρητικοί (Mitrani, 2001). Κατά τον Buber (Buber, 1958), η ψυχοθεραπεία της ψύχωσης γίνεται μια μορφή προσευχής καθώς ο θεραπευτής αγωνίζεται να επιφέρει τάξη μέσα από το χάος, να βοηθήσει τους ασθενείς να επαναφέρουν την εμπιστοσύνη στην ανθρώπινη τους υπόσταση και να ψάξουν κάτι για την αναβίωσή τους.

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ήταν η κυρίαρχη προσέγγιση για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας για περισσότερο από το μισό του 20ου αιώνα (Freud, 1911). Παρόλο που η φήμη και η επίδραση αυτών των προσεγγίσεων έχει εξασθενήσει τα τελευταία χρόνια, ωστόσο αυτές εξακολουθούν να εφαρμόζονται παρά τις περιορισμένες ερευνητικές αποδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους (Mueser & Berenbaum, 1990). Η έρευνα για την επάρκεια της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια έχει δώσει αντιφατικά ευρήματα και έχει αποτύχει να αποδείξει την επάρκειά της στη θεραπεία της νόσου (Hirsch and Weinberger, 1995, May 1968, Grinspoon et al., 1972, Gunderson et al., 1984, Kottgen et al. 1984, Fenton, 2000, Gomes-Schwartz, 1984, Carpenter et al., 1981, Malmberg et al., 2001, Mueser and Berenbaum, 1990, Smith et al. 1980, Leichserning et al., 2022).

1.6.2.Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά της νόσου της σχιζοφρένειας είναι και η δυσλειτουργία σε κοινωνικό επίπεδο, δυσλειτουργία η οποία αλληλεπιδρά με άλλα συμπτώματα της νόσου (Strauss et al. 1974, Lenzenweger et al. 1991). Η κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς μπορεί να αποτελέσει ένα στοιχείο πρόβλεψης για την πορεία και την έκβαση της νόσου (McGlashan, 1986, Johnstone et al., 1990). Σύμφωνα με τον Liberman (Liberman et al., 1986) τόσο η κοινωνική υποστήριξη όσο και οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping skills) μπορούν να μειώσουν τις επιβλαβείς συνέπειες του άγχους στον ασθενή, προστατεύοντάς τον από υποτροπές.

Με τον όρο κοινωνικές δεξιότητες (social skills) εννοούνται συγκεκριμένες ικανότητες ανταπόκρισης στο περιβάλλον που είναι απαραίτητες για αποτελεσματική λειτουργικότητα, για να μπορέσει το άτομο να επικοινωνήσει, να συνδιαλλαγεί με άλλα άτομα. Πρόκειται για συμπεριφορές που υπόκεινται στους νόμους της μάθησης και το άτομο τους αποκτά μέσα από τους μηχανισμούς της μάθησης. Αυτές οι δεξιότητες τείνουν να είναι σταθερές στο χρόνο και έχουν μια μοναδική συμβολή στην απόδοση σε κοινωνικούς ρόλους και στην ποιότητα της ζωής (Bellack et al., 1990, Mueser et al., 1991).

Πολύ συχνά στους πληθυσμούς με ψυχιατρική διάγνωση και ιδιαίτερα σε εκείνους που εμφανίζουν μια χρόνια και σοβαρή ψυχιατρική νόσο, όπως είναι η σχιζοφρένεια, εμφανίζονται σοβαρότατες κοινωνικές δυσκολίες και προβλήματα σε ένα ευρύ φάσμα διαπροσωπικών καταστάσεων, παρουσιάζουν με άλλα λόγια μια μορφή “κοινωνικής ανεπάρκειας”, δηλαδή “…αδυναμία αντιμετώπισης μιας σειράς από συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις απαραίτητες στην καθημερινή ζωή…” (Οικονόμου, 2004, Turner et al., 2018).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί εκτενώς αρχές για την εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες (Social Skills Training), που ως μέθοδος “…επικεντρώνεται στη συστηματική διδασκαλία των συνιστωσών δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για τις αποτελεσματικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις…” (Οικονόμου, 2004, Turner et al., 2018). Στα πλαίσια του μοντέλου αυτού, η παρέμβαση απευθύνεται κυρίως σε συγκεκριμένες συμπεριφορές και δίνει βαρύτητα στη συνεχή άσκηση και στις δοκιμές της συμπεριφοράς. Μια πρότυπη και συνήθης ακολουθία βημάτων της προσέγγισης αυτής, μπορεί να σκιαγραφηθεί ως εξής (Οικονόμου, 2004, Turner et al., 2018):

- Προσδιορισμός του σκεπτικού πάνω στο οποίο βασίζεται η εκπαίδευση σε μια συγκεκριμένη δεξιότητα.
- Οδηγίες αλλά και επίδειξη της συγκεκριμένης δεξιότητας μέσω της υπόδυσης ρόλου.
- Συμμετοχή του θεραπευόμενου στο παίξιμο ρόλου.
- Θετικός επανέλεγχος και διόρθωση της απόδοσης του θεραπευόμενου.
- Συμμετοχή του θεραπευόμενου και σε άλλους ρόλους, μετά το παίξιμο των οποίων γίνεται εποικοδομητική κριτική από το θεραπευτή.
- Ανάθεση έργου για το σπίτι, οπότε ο θεραπευόμενος ασκεί τη δεξιότητα σε πραγματικές συνθήκες μέχρις ότου αυτή να εμπεδωθεί.

Χωρίς να αποκλείεται η εφαρμογή τους και σε ατομικό επίπεδο, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων κατά βάση, γίνεται σε ομάδες και έχει τους ακόλουθους στόχους (Bellack et al., 1997):

- Να βοηθηθούν οι ασθενείς να αναπτύξουν μια θετική κοινωνική συμπεριφορά.
- Να βελτιωθεί ο τρόπος που επικοινωνούν.
- Να έχουν ευκαιρίες για πρακτική άσκηση στην κοινότητα.
- Να βελτιωθεί η κοινωνική τους λειτουργικότητα.

Από μεγάλο αριθμό μελετών περίπτωσης και μικρών ομάδων έχει διαφανεί η αποτελεσματικότητα της Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων, σε μια ευρεία γκάμα δεξιοτήτων, όπως είναι οι δεξιότητες συζήτησης, διεκδικητικότητας και χειρισμού της φαρμακευτικής αγωγής (Hersen and Bellack, 1976, Wallace et al. 1980). Πολλές μελέτες που έχουν ευρήματα παρόμοια με αυτά των προηγούμενων μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου, δείχνουν ότι η επίδραση της Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων, παραμένει για τουλάχιστον 6 έως 12 μήνες (Brown and Munford 1983, Liberman et al. 1986, Bellack et al. 1984, Hogarty et al. 1986,1991, Marder et al. 1993). Σημαντική είναι η αποτελεσματικότητα της προσέγγισης στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου ($g=0.267$, $p<0.05$) (Turner et al., 2014 ˙ Yadav, 2015).

Στην έρευνα των Hogarty et al. (1986, 1991) εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της ατομικής προσέγγισης στην Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων, η οικογενειακή

ψυχοεκπαίδευση, η Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε συνδυασμό με την οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση και η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της. Όλοι οι ασθενείς που πήραν μέρος στην έρενα ζούσαν μαζί ή είχαν επαφή με μέλη της οικογένειας με υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα. Τα αποτελέσματα έδιξαν ότι η ατομική προσέγγιση Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων μόνη της και σε συνδυασμό με την οικογενειακή θεραπεία σχετιζόταν με μείωση του ρυθμού των υποτροπών κατά τη διάρκεια των 21 πρώτων μηνών της μελέτης. Όμως μετά τον 24^{ο} μήνα, τα αποτελέσματα της Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων δεν είχαν πια κάποια σημαντικότητα, καθώς το τελευταίο τρίμηνο συνέβη σχετικός αριθμός υποτροπών σε αυτήν την ομάδα παρέμβασης.

Οι Bellack et al. (1984) συνέκριναν την ομαδική Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε ένα Νοσοκομείο Ημέρας με τη συνήθη θεραπεία που παρεχόταν στο Νοσοκομείο Ημέρας. Μετά από 6 μήνες φάνηκε στο follow – up ότι οι ασθενείς που δέχτηκαν την παρέμβαση Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων ήταν λιγότερο συμπτωματικοί και είχαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή, όμως μετά από ένα χρόνο δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων στη συχνότητα των υποτροπών. Οι Eckman et al. (1992) και Marder et al. (1993) συνέκριναν μια ομάδα ασθενών που δέχτηκε ομαδική παρέμβαση Εκπαίδευσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων με μία ομάδα υποστήριξης. Κατά την επανεκτίμηση μετά από 2 χρόνια, οι ασθενείς που δέχτηκαν την ομαδική Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων είχαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή ενώ η συχνότητα των υποτροπών δε διέφερε από εκείνη της ομάδας ελέγχου.

Σε μεταανάλυση ερευνών για την αποτελεσματικότητα του μοντέλου οι Turner et al, (2018) καταλήγουν ότι η προσέγγιση αυτή έχει καλά αποτελέσματα στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων παρόμοια με αυτά που αναφέρονται από τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία για τα θετικά συμπτώματα της νόσου. Οι ερευνητές καταλήγουν, ότι παρόλο η προσέγγιση δεν προτείνεται στις οδηγίες ψυχολογικής παρέμβασης στην οικογένεια, ωστόσο μπορεί να έχει πολύ καλά αποτελέσματα εφόσον εφαρμοστεί ευρέως.

Από αυτές τις μελέτες φαίνεται ότι η Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων βελτιώνει την κοινωνική λειτουργικότητα, παράμετρο που αποτελεί κεντρικό σημείο στη θεραπεία, όμως παραμένει ασαφές αφενός το ποιες ακριβώς πλευρές της κοινωνικής λειτουργικότητας επηρεάζονται από αυτήν και αφετέρου η έκταση στην οποία η μάθηση στο πλαίσιο της κλινικής γενικεύεται κατόπιν ως ένας λειτουργικός ρόλος στη ζωή στην

κοινότητα. Παράλληλα, εξακολουθούν να παραμένουν ερωτήματα για την προσέγγιση αυτή, όπως ποια πρέπει να είναι η συχνότητα των συνεδριών, για πόσο καιρό πρέπει να διαρκεί η θεραπεία, σε ποια φάση της ασθένειας θα πρέπει να ξεκινά η θεραπεία, ποιοι ασθενείς ωφελούνται περισσότερο από την Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων κλπ. (Hirsch and Weinberger,1995· Segrin & Givertz, 2003 ˙ Bellack & Hersen, 2013).

1.6.3.Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Η Συμπεριφορική θεωρία προσπαθεί να ερμηνεύσει την ανθρώπινη συμπεριφορά μέσα από τις αρχές της μάθησης. Η μεγαλύτερη επίδραση στη συμπεριφορική οικογενειακή θεραπεία προέρχεται από τον B. Skinner (1953), ο οποίος προσπάθησε να αποδείξει τις σχέσεις συμπεριφοράς και περιβάλλοντος, και ερεύνησε τις περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες επιτυγχάνεται η αποτελεσματική μάθηση.

Οι θεραπείες της συμπεριφοράς ξεκίνησαν κυρίως από μελέτες με παιδιά. Είναι γνωστές οι μελέτες για τη δημιουργία φόβων σε παιδιά των Watson και Rayner (1920) αλλά και τη θεραπεία της φοβίας από τη Jones (1924a,b). Το κύριο χαρακτηριστικό των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων της εποχής τους είναι αφενός ο “παιδοκεντρισμός”, που επικράτησε και στις μελέτες της δεκαετίας του 1920 και αφετέρου οι συμπτωματολογικές αναλύσεις μονοκατευθυντικής αιτιολογίας, χαρακτηριστικά που επέτειναν και τις έντονες κριτικές ακόμη και από τους ίδιους τους συμπεριφοριστές (Robins, 1963).

Επιπρόσθετα, η εφαρμογή των μεθόδων της κλασικής υποκατάστασης σε οικογενειακά προβλήματα αρχικά χρησιμοποιήθηκε στη θεραπεία αγχωδών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων της αγοραφοβίας και των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, με πρωτοπόρο τον J. Wolpe (1958) και αργότερα με συνεργάτες τους Masters & Johnson (Masters & Johnson, 1970) στο Πανεπιστήμιο της Washington. Γενικότερα κύριος στόχος της θεραπείας είναι να τροποποιηθούν οι συγκεκριμένες συμπεριφορές έτσι ώστε να ανακουφιστούν οι θεραπευόμενοι από το παρουσιαζόμενο σύμπτωμα.

Αναφορικά με τη συμπεριφορική θεραπεία της σχιζοφρένειας τίθενται οι εξής στόχοι (Falloon et al., 1984): 1) προώθηση της κλινικής αντιμετώπισης της συνολικής κατάστασης του ασθενούς μέσα από την κατανόηση της νόσου, την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία, την αποτελεσματική αντιμετώπιση του στρες και την εφαρμογή ειδικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση υπολειμματικών συμπτωμάτων και προβληματικών συμπεριφορών, 2) βοήθεια προς κάθε μέλος της οικογένειας να πετύχει

τους προσωπικούς του στόχους, και 3) διευκόλυνση της αντιμετώπισης του στρες κάθε μέλους της οικογένειας μέσω της αποτελεσματικής διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων. Το θεραπευτικό πρόγραμμα σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει 4 μεγάλους τομείς, (Οικονόμου, 1992): 1) εκπαίδευση για τη σχιζοφρένεια, 2) εκπαίδευση για την επικοινωνία, 3) εκπαίδευση για την επίλυση προβλημάτων και 4) θεραπευτικές στρατηγικές για ειδικά προβλήματα.

Σχετικές έρευνες (Falloon et al. 1982, 1985, Tarrier et al. 1988, 1989, 1994, Randolph et al. 1994, Xiong et al. 1994, Telles et al. 1995, Lewis 2002, Turkington et al. 2006, Nowak et al. 2016,) δείχνουν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που λαμβάνουν Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία από 9 μήνες μέχρι και 2 χρόνια, είχαν μικρότερο αριθμό υποτροπών από εκείνους τους ασθενείς που δέχονταν τη συνηθισμένη θεραπεία

Συμπερασματικά, η συμπεριφορική οικογενειακή θεραπεία της σχιζοφρένειας όταν συνδυαστεί με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία αποτελεί μια αποτελεσματική ψυχοκοικωνική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια (Οικονόμου, 1992).

1.6.4.Γνωσιακή – Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας

Θεωρητικό πλαίσιο

Η Γνωσιακή–Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) έχει κυρίως εφαρμοστεί στη θεραπεία της κατάθλιψης και των διαταραχών άγχους. Η προσέγγιση αυτή "…χαρακτηρίζεται τόσο από συμπεριφορικές τεχνικές, που έχουν σα στόχο τη διόρθωση των συνεπειών του αρνητικού τρόπου σκέψης στην καθημερινή ζωή με συγκεκριμένες πράξεις – ασκήσεις, όσο και από γνωσιακές τεχνικές που βοηθούν το άτομο να αναγνωρίσει και να διορθώσει τα δυσλειτουργικά του σχήματα" (Μάνος, 1997).

Στις απαρχές του μοντέλου αυτού αναφέρονται μόνο 2 μελέτες που έχουν εφαρμόσει τεχνικές ΓΣΘ στη θεραπεία της σχιζοφρένειας (Beck, 1952 & Shapiro and Ravenette, 1959). Μόνο τα τελευταία χρόνια, η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία έχει εφαρμοστεί με τρόπο σαφή απευθείας στα ψυχωτικά συμπτώματα (Wykes and Castle, 2003). Οι κύριοι σκοποί της θεραπείας τους είναι η μείωση της θλίψης, της ανικανότητας και της συναισθηματικής διαταραχής καθώς και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής των έντονων συμπτωμάτων (Fowler et al., 1998).

Παρόλο που υπάρχουν διαφορές στην εφαρμογή των τεχνικών του μοντέλου ανάλογα με τον επαγγελματία αλλά και τον ασθενή στον οποίο η θεραπεία εφαρμόζεται, ωστόσο υπάρχουν κάποια γενικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να σκιαγραφηθούν ως εξής (Wykes and Castle, 2003):

- δέσμευση με τον ασθενή
- αναγνώριση του προβλήματος
- επίτευξη συμφωνίας για μια συνεργατική φόρμουλα των προβλημάτων που θα συζητηθούν
- χρήση εναλλακτικών ερμηνειών που θα αμφισβητήσουν τους παραληρητικές και δυσλειτουργικές σκέψεις
- εδραίωση του δεσμού ανάμεσα στις σκέψεις και στα συναισθήματα
- ενθάρρυνση του ασθενούς να εξετάσει μια εναλλακτική θεώρηση των γεγονότων
- ενθάρρυνση του ασθενούς να εξετάσει το δεσμό ανάμεσα στις σκέψεις και στη συμπεριφορά
- χρησιμοποίηση πειραματικών συμπεριφορών στην εξέταση της αλήθειας
- θέσπιση συμπεριφορικών σκοπών και στόχων
- ανάπτυξη και απόκτηση στρατηγικών για την αποφυγή της υποτροπής
- ανάπτυξη της αυτό-εκτίμησης
- αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης και των κοινωνικών δικτύων

Η εφαρμογή της ΓΣΘ στη σχιζοφρένεια διαφέρει από τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις καθώς χρησιμοποιεί το μοντέλο της ευπάθειας στο στρες (Zubin et al, 1977, Ryan et al., 2022, · Rathod et al., 2010). Βασίζεται στη θεώρηση ότι η νόσος αποτελεί ιδιαιτερότητα γενετικής φυσιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής προδιάθεσης, κάνοντας τους ασθενείς ιδιαίτερα ευπαθείς σε μια ψυχωσική κατάρρευση. Μια ακόμη διαφορά της ΓΣΘ είναι ότι χρησιμοποιεί τη λογική της φυσιολογικοποίησης. Συνήθως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν φτωχές στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) και για αυτό το λόγο αποσύρονται κοινωνικά αλλά και αποδεσμεύονται εύκολα από τις υπηρεσίες (Rathod and Turkington, 2005). Με τη χρήση της ΓΣΘ μπορεί να αναπτυχθούν στρατηγικές αντιμετώπισης με έναν τρόπο συνεργατικό, κάτι που θα βοηθήσει στη βελτίωση των συμπτωμάτων (Tarrier et al., 1998).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται μεγάλος αριθμός μελετών για την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στη θεραπεία της σχιζοφρένειας (Zimmermann et al., 2005, Turkington et al., 2002, Tarrier et al. 1993, 2004, Haddock et al. 2003, Garandy et al., 1994, Chadwick and Birchwood, 1994) και ειδικότερα στη θεραπεία τόσο των θετικών συμπτωμάτων (Alford and Beck, 1994, Tarrier et al, 1998, Chadwick and Lowe, 1994) όσο και των αρνητικών (Sensky et al. 2000). Οι Pilling et al. (2002) κάνοντας μια ανασκόπηση 8 τυχαιοποιημένων μελετών που έχουν γίνει για το θέμα καταλήγουν ότι παρά 1) το γεγονός ότι η ΓΣΘ βρίσκεται σε σχετικά πρώιμο στάδιο ανάπτυξης, 2) το ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων ασθενών στις έρευνες τείνει να είναι μικρός και 3) τον περιορισμένο αριθμό των ερευνών, η ΓΣΘ ήταν αποτελεσματική στις έρευνες που αξιολόγησαν τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης των ασθενών τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και κατά το follow – up. Καταλήγουν ότι θέματα όπως είναι: 1) η επίδραση της ΓΣΘ στη γενικότερη ψυχική κατάσταση και όχι μόνο στις ψευδαισθήσεις και στα παραληρήματα, 2) η διάρκεια και η συχνότητα της θεραπείας, 3) η επίδραση της ΓΣΘ στην εμφάνιση και τη συχνότητα των υποτροπών της νόσου θα πρέπει να αποτελέσουν το αντικείμενο μελλοντικών ερευνών ώστε να διασαφηνιστεί το εύρος της αποτελεσματικότητας του εν λόγω θεραπευτικού μοντέλου. Σε άλλη βιβλιογραφική ανασκόπηση για την επίδραση της ΓΣΘ στη νόσο της σχιζοφρένειας, οι Rathod & Turkington (Rathod & Turkington, 2005) αναφέρουν ότι παρά τις διαφορές των ερευνών σε αρκετές παραμέτρους (π.χ. διάρκεια της παρέμβασης, αριθμός συνεδριών, τρόπος θεραπείας και αποτελέσματα μετά την παρέμβαση και κατά την επανεκτίμηση) η ΓΣΘ φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στο να βοηθά ασθενείς με σχιζοφρένεια και πιο συγκεκριμένα στην καθολική βελτίωση των συμπτωμάτων τόσο στο τέλος της θεραπείας όσο και μετά από 9-12 μήνες σε σύγκριση με τη συνηθισμένη θεραπεία. Παρόμοια αποτελέσματα δείχνουν οι μελέτες και για τη μείωση των υποτροπών (Gumley et al. 2003, Bechdolf et al., 2004).

Σχετικά συμπεράσματα προέρχονται και από έρευνες (Patterson et al, 2003, 2006· Granholm et al., 2005· Granholm et al., 2007) για την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας στην κοινωνική λειτουργικότητα, τα οποία θετικά αποτελέσματα διατηρήθηκαν και κατά την επανεκτίμηση (follow-up) 6 ως 12 μήνες αργότερα. Παράλληλα, αξιοσημείωτα είναι τα αποτέλεσματα της προσέγγισης στη μείωση των θετικών συμπτωμάτων της νόσου (Turner et al., 2014) ενώ παρόμοια δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας και

τις Γνωσιακές Συμπεριφορικές θεραπείες του τρίτου κύματος, στη μείωση των θετικών συμπτωμάτων, ως τον πυρήνα της νόσου της σχιζοφρένειας, επιβεβαιώνονται από πρόσφατη μεταναάλυση ερευνών (Modesti et al.,2023).

Συμπερασματικά, η ΓΣΘ εμφανίζεται ως μια αποτελεσματική θεραπεία για τη νόσο της σχιζοφρένειας συμπληρωματικά της ψυχοτρόπου φαρμακευτικής αγωγής ιδιαιτέρως στη μείωση των θετικών συμπτωμάτων της νόσου (Zimmermann al. 2005) και θα μπορούσε να αποδειχτεί ιδιαίτερα χρήσιμη ειδικά αν εφαρμοζόταν στην έναρξη της νόσου και να προσφέρει και οικονομικά οφέλη τόσο για νοσηλευόμενους ασθενείς όσο και για ασθενείς σε εξωτερική βάση (Rathod and Turkington, 2005, Bighelli, 2021).

1.6.5.Ψυχοεκπαίδευση

Το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο γεννήθηκε από τη δυσαρέσκεια για την παραδοσιακή οικογενειακή θεραπεία και για τις ψυχιατρικές προσεγγίσεις στη σχιζοφρένεια (Anderson et al., 1986). Η άποψη της παραδοσιακής ψυχιατρικής ότι η μεγάλη συχνότητα των υποτροπών οφειλόταν κυρίως στη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής από τους ασθενείς, κλονίστηκε από το μεγάλο αριθμό των ερευνών που έδειχναν ότι η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή από μόνη της δεν εμπόδιζε τις υποτροπές. Έτσι το περιβάλλον του ασθενούς ήρθε και πάλι στο επίκεντρο της μελέτης (Nichols and Schwartz, 1991, p. 487).

Από το τέλος της δεκαετίας του 1960 και μέχρι τη δεκαετία του 1970, οι ερευνητές στο Medical Research Council's Social Psychiatry Unit στο Λονδίνο μελετούσαν το αν η οικογενειακή ατμόσφαιρα μπορούσε να επηρεάσει την έκβαση της νόσου της σχιζοφρένειας (Kuipers et al., 2002). Το αποτέλεσμα αυτών των ερευνών ήταν ο όρος "υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα" ("high expressed emotion"), όρος που περιέγραφε αυτές τις οικογένειες που χαρακτηρίζονταν από κριτικά σχόλια και υπερεμπλοκή (Brown et al., 1972). Πρόκειται για ένα βασικά κλινικό όρο, μια κλινική ιδέα που παρόλο που έχει συμβάλει λίγο στην κατανόηση της αιτίας της σχιζοφρένειας ωστόσο αποτελεί ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την έκβαση της νόσου όταν ένας ασθενής με σχιζοφρένεια ζει με τους συγγενείς του (Kuipers et al., 2002).

Το "εκφραζόμενο συναίσθημα" αποτέλεσε το επίκεντρο πολλών ερευνών σχετικά με το ρόλο των κοινωνικών και περιστασιακών παραγόντων στην εκδήλωση υποτροπών (οπ.π., 1972 , Chien et al. 2004).

Παρόλο που αρχικά οι έρευνες μελέτησαν το ρόλο και των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων, τελικά εστίασαν στις αρνητικές ή ενοχλητικές συμπεριφορές (intrusive) των συγγενών προς τον ασθενή (Kavanagh, 1992). Από τη δεκαετία του 1960 και μέχρι σήμερα δεκάδες ερευνών σε διαφορετικούς πολιτισμούς και γλώσσες έχουν περιγράψει τη σχέση ανάμεσα στο "εκφραζόμενο συναίσθημα" των συγγενών και την εμφάνιση της σχιζοφρένειας (Leff, 2000).

Μέσα στα πλαίσια των ερευνών για το εκφραζόμενο συναίσθημα αναπτύχθηκαν τέλη της δεκαετίας του 1970 διάφορα "ψυχοεκπαιδευτικά" προγράμματα οικογενειακής θεραπείας της σχιζοφρένειας που εστιάζουν κυρίως στην εκπαίδευση των συγγενών σχετικά με τη νόσο (Dixon et al., 2001, Goldstein & Miklowitz, 1995). Επρόκειτο για ένα νέο τρόπο παρέμβασης στις οικογένειες των σχιζοφρενών καθώς τα προγράμματα αυτά κατά βάση στηρίζονταν στο μοντέλο "ευπάθειας στο στρες" (Zubin and Spring, 1977) και σύμφωνα με το οποίο οι εμπειρίες μέσα στην οικογένεια μπορούν να συμβάλουν σε αυτήν την ευπάθεια. Ωστόσο, οι περισσότεροι πρωτεργάτες του ψυχοεκπαιδευτικού μοντέλου θεώρησαν ότι υπάρχει μια βιολογική προδιάθεση για την εκδήλωση της νόσου, η οποία σχετίζεται με προγεννητικούς ή περιγεννητικούς παράγοντες και αργότερα οδηγεί σε μια ευπάθεια στο στρες και ενδεχομένως στην εκδήλωση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Οι συνθήκες μέσα στην οικογένεια κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, θεωρήθηκαν από αυτούς άσχετες (Johnstone, 1993). Σε γενικές γραμμές, τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα της οικογένειας περιλαμβάνουν 2 βασικά στοιχεία (Aderhold & Gottwalz, 2004, Xia et al., 2011):

- "Εκπαίδευση" σχετικά με τη νόσο της σχιζοφρένειας σύμφωνα με το μοντέλο ευπάθειας στο στρες.
- Ενεργητική εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, επίλυσης προβλημάτων, διαχείρισης του στρες και παρέμβασης στην κρίση, δεξιότητες που κατά βάση στοχεύουν στη μείωση του υψηλού εκφραζόμενου συναισθήματος.

Το στοιχείο της εκπαίδευσης σε δεξιότητες προέρχεται κυρίως από συμπεριφορικά και γνωσιακά προγράμματα θεραπείας και είναι σχετικά ανεξάρτητο από το μοντέλο της ασθένειας που διδάσκεται στο εκπαιδευτικό κομμάτι του προγράμματος. Μάλιστα, υπάρχουν σχετικές έρευνες (Kavanagh 1992, Tarrier et al. 1989) που υποστηρίζουν ότι προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης που περιλαμβάνουν μόνο το "εκπαιδευτικό" κομμάτι δεν έχουν αποτελεσματικότητα στη μείωση της συχνότητας των υποτροπών, όσο αυτά που εμπεριέχουν και το κομμάτι της εκπαίδευσης δεξιοτήτων επικοινωνίας, χειρισμού

του στρες, που ενεργητικά αποθαρρύνουν την κριτική των γονέων, την υπερπροστατευτικότητα και μειώνουν την ποσότητα των επαφών του ασθενούς με τους γονείς του. Γενικότερα, ο βασικός στόχος των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια είναι η ανάπτυξη γνώσης και λειτουργικών δεξιοτήτων για την ανάρρωση του μέλους με τη νόσο και παράλλληλα η αποφυγή παλαιότερων θεωριών για τη δυσλειτουργία της οικογένειας (Jewell, Downing, & McFarlane, 2009).

Οι Leff et al. (1982, 1985, 1987, 1989, 1990), ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης για την οικογένεια του ασθενούς. Αυτό το πρόγραμμα περιελάμβανε ένα σύντομο πρόγραμμα εκπαίδευσης, μια συνεδρία της ομάδας των συγγενών και συνεδρίες οικογένειας στο σπίτι. Οι επαγγελματίες που εργάζονται σύμφωνα με το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο προσπαθούν να εγκαθιδρύσουν μια σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τα μέλη της οικογένειας του σχιζοφρενικού ασθενή έτσι ώστε να αισθανθούν συμπάθεια, υποστήριξη και ενθάρρυνση για να αντιμετωπίσουν το ασθενές μέλος. Δίνουν ελπίδα ότι τα πράγματα μπορούν να γίνουν καλύτερα αν και είναι πολύ προσεκτικοί να μη δίνουν ψευδείς ελπίδες πλήρους θεραπείας από τη σχιζοφρένεια. Από τους βασικούς στόχους της ψυχοεκπαίδευσης είναι να βοηθηθούν τα μέλη να αποφύγουν τις συγκρούσεις και ακόμα και όταν χρειάζεται να βάλουν όρια και κανόνες, που ο ασθενής ίσως να έχει ανάγκη, αυτό θα πρέπει να γίνεται με ένα φυσικό τρόπο και όχι με θυμό και επιθετικότητα. Τα μέλη τους οικογένειας ενθαρρύνονται να βλέπουν τον ασθενή ως έναν άνθρωπο που είχε μια “φυσική” ασθένεια και τώρα χρειάζεται κάποιο χρονικό διάστημα για να αναρρώσει. Είναι γεγονός ότι μετά από ένα επεισόδιο οι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται περισσότερο ύπνο και ξεκούραση, να απομονώνονται ή να έχουν μειωμένη δραστηριότητα και για αυτό το λόγο να φαίνεται ότι είναι τεμπέληδες, αδιάφοροι και ότι έχουν δυσκολία να συγκεντρωθούν. Οι ψυχοεκπαιδευτές θεωρούν ότι όταν η οικογένεια είναι ενήμερη για όλα αυτά τότε θα μειωθούν οι εντάσεις και οι συγκρούσεις που πολύ συχνά οφείλονται στη ματαίωση και απογοήτευση από τις αυξημένες προσδοκίες και τους ανέφικτους για τον ασθενή στόχους.

Γενικότερα αναφέρεται (Kuipers et al., 2002) ότι βασικές υποθέσεις και η φιλοσοφία της παρέμβασης μέσα στα πλαίσια του μοντέλου της Ψυχοεκπαίδευσης, είναι ότι η σχιζοφρένεια θεωρείται ως μια κατάσταση με βιολογική βάση στη δυσλειτουργία του εγκεφάλου και μπορεί να συμβεί ακόμη και σε οικογένειες που λειτουργούν πολύ καλά. Χρησιμοποιείται ένα μοντέλο ευαισθησίας στο στρες για να εξηγηθεί το πώς σε ένα

ευάλωτο άτομο, πιέσεις όπως απρόσμενες αλλαγές ζωής μπορεί να επιφέρουν την ασθένεια ή την υποτροπή.

Αντί οι συγγενείς να κατηγορούνται, αντίθετα θεωρούνται ως πελάτες για θεραπεία προκειμένου να βοηθήσουν τους ασθενείς. Παρόλο που οι οικογένειες δεν ασκούν μια αιτιώδη επίδραση, ωστόσο μπορούν να τροποποιήσουν την έκβαση της νόσου. Επιπλέον, τα εμπόδια αλλά και το στρες που έχει η ζωή με ένα άτομο με σχιζοφρένεια, λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

Σχεδόν όλες οι έρευνες για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης στη μείωση της συχνότητας των υποτροπών κατά τον πρώτο χρόνο μετά από ένα οξύ ψυχωσικό επεισόδιο, δείχνουν μεγάλη επιτυχία, καθώς η ψυχοεκπαίδευση φαίνεται ότι μπορεί να αποτρέψει, να καθυστερήσει ή να κάνει πιο σύντομες τις υποτροπές (Goldstein and Strachan 1986, Hogarty et al., 1986, Mc Farlane et al 1995, Rummel-Kluge & Kissling 2008, Cassidy et al. 2020) μέσω της μείωσης του υψηλά εκφραζόμενου συναισθήματος ή του ποσοστού των επαφών μεταξύ του ασθενούς και των γονιών του καθώς και της επιθετικότητας και εχθρότητας των γονιών απέναντι στο σχιζοφρενές παιδί τους, περνώντας το μήνυμα ότι οι ασθενείς δεν έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους (Falloon et al., 1982, Leff et al. 1982, McGill et al., 1983). Οι Brown et al. (1972) καταλήγουν ότι "ένας υψηλός βαθμός εκφραζόμενου συναισθήματος από τους συγγενείς τη στιγμή της εισαγωγής βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την υποτροπή σε διάρκεια 9 μηνών μετά από το εξιτήριο". Οι Dixon and Lehman (1995) συμπεραίνουν ότι "υπάρχει ένας εντυπωσιακός αριθμός αποδείξεων που προτείνουν ότι οι οικογενειακές παρεμβάσεις είναι επαρκείς στην καθυστέρηση αν όχι αποφυγή της υποτροπής σε άτομα με σχιζοφρένεια που έχουν σημαντικές οικογενειακές επαφές" (Anderson et al., 1986,· Leff, Kuipers et al., 1982,· Berkowitz et al., 1981, Leff et al. 1989, 1990, Kuippers, 1996, Falloon et al., 1982, 1985a,b, Anderson et al., 1986). Σε μια ανασκόπηση μεταναλύσεων για την αποτελεσματικότητα της προσέγγισης στη σχιζοφρένεια, ο McFarlane (2016) καταλήγει ότι το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο όταν εφαρμόζεται στην οικογένεια, μειώνει τη συχνότητα των υποτροπών σε ποσοστό 50%-60% συγκρινόμενη με τη συνήθη θεραπεία, στα πλαίσια της οποίας το ποσοστό των υποτροπών είναι 30%-40% ενώ όταν συνδυάζεται με την ψυχοεκπαίδευση, το ποσοστό υποτροπών είναι γύρω στο 15%.Παράλληλα, σε πρόσφατες μελέτες (Mansuroglu et Kutlu, 2022) φάνηκε ότι η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να συμβάλει θετικά και σε άλλες εκφάνσεις της ζωής του

ασθενή με σχιζοφρένεια όπως η ποιότητα της διατροφής, η φυσική άσκηση, η διαχείριση του άγχους, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η πνευματική αυτοβελτίωση.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν σαφώς ότι η οικογενειακή θεραπεία σύμφωνα με το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο μπορεί να μειώσει την υποτροπή των σχιζοφρενών και την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

1.6.6. Άλλες προσεγγίσεις

Στη βιβλιογραφία επίσης αναφέρεται η Πελατοκεντρική Θεραπεία της σχιζοφρένειας που τις δεκαετίες του 1940 και 1950 από τον Carl Rogers, σύμφωνα με τον οποίο κάθε άτομο συμπεριφέρεται με βάση την αντίληψη που έχει για μια κατάσταση, το πώς αντιλαμβάνεται μια κατάσταση και επειδή κανείς άλλος δε γνωρίζει την κατάσταση τόσο καλά όσο το ίδιο το άτομο που τη ζει, καθένας είναι ο καλύτερος ειδικός για τον εαυτό του. Η προσωποκεντρική προσέγγιση δίνει ιδιαίτερη βάση στο πως είναι δομημένος ο εαυτός μας. Όπως χαρακτηριστικά γράφει ο Rogers (1959), «Ο σκοπός αυτής της νέας προσέγγισης δεν είναι να λύσει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, αλλά να βοηθήσει το άτομο να αναπτυχθεί έτσι ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα… Βασίζεται πολύ περισσότερο στην τάση του ατόμου προς την ανάπτυξη, την υγεία και την προσαρμογή… Αυτή η νέα θεραπεία τονίζει περισσότερο τα συναισθηματικά στοιχεία…παρά τις νοητικές διαδικασίες… Τονίζει περισσότερο την παρούσα κατάσταση παρά το παρελθόν του ατόμου… Τέλος αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στην ίδια την θεραπευτική σχέση ως μια αναπτυξιακή εμπειρία».

Ο Rogers et al. (1967) εξέτασε τα αποτελέσματα της πελατοκεντρικής θεραπείας (client-centred therapy) σε χρόνιους σχιζοφρενείς για μεγάλα διαστήματα μέχρι και 2 χρόνια. Στο follow – up φάνηκε ότι οι ασθενείς που είχαν δεχτεί την πελατοκεντρική θεραπεία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που είχε δεχτεί τη συνηθισμένη θεραπεία και αντιμετώπιση, είχαν μόνο μια μικρή βελτίωση. Πρέπει να σημειωθεί ότι η εμπειρία των θεραπευτών ήταν διαφορετική και ότι η φαρμακευτική θεραπεία δεν ήταν σταθερή στις ομάδες παρέμβασης.

Επίσης, αναφέρεται και η Θεραπεία Ρόλων (Major Role Therapy) του Hogarty (1974a) που βασίστηκε στην παρατήρηση ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν απίθανο να έχουν αποτελεσματική λειτουργικότητα. Η στρατηγική περιλάμβανε κοινωνικούς λειτουργούς και συμβούλους αποκατάστασης για να παρακινήσουν, να υποκινήσουν και να

υποστηρίξουν τους ασθενείς να συμμετάσχουν σε εργασιακούς, οικιακούς ή μαθητικούς ρόλους.

Οι Hogarty et al. (1974a,b & 1979) σε δύο μελέτες εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Ρόλων στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Πρόκειται για μια προσέγγιση που συνδυάζει την ατομική θεραπεία, τη συμβουλευτική για επάγγελμα και τη φαρμακευτική αγωγή και απευθύνεται σε σταθεροποιημένους εξωτερικούς ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Στην πρώτη έρευνα, οι ασθενείς τυχαία χωρίστηκαν σε 4 πειραματικές ομάδες, όπου μια ελάμβανε μόνο φαρμακευτική αγωγή, μία δέχτηκε τη θεραπεία ρόλων, μία δε δέχτηκε καμία θεραπεία και μία δέχτηκε και τις δύο σε μια διάρκεια 2 χρόνων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η φαρμακευτική θεραπεία μείωσε σημαντικά τις υποτροπές και όταν δόθηκε μόνη της και όταν δόθηκε σε συνδυασμό με τη θεραπεία ρόλων. Η ομάδα που δέχτηκε μόνο τη θεραπεία ρόλων δεν παρουσίασε μικρότερο κίνδυνο υποτροπών σε σύγκριση με την ομάδα που δε δέχτηκε καμία θεραπεία. Συμπερασματικά, η θεραπεία ρόλων δε φάνηκε στη συγκεκριμένη έρευνα να μειώνει τον αριθμό και τη συχνότητα των υποτροπών.

Στην άλλη έρευνα Hogarty et al. (1979), επίσης δε βρέθηκε καμία στατιστική σημαντικότητα στη διαφορά των υποτροπών ανάμεσα στην ομάδα που δέχτηκε και εκείνη που δε δέχτηκε τη θεραπεία ρόλων.

1.6.7. Η Συστημική Θεραπεία

Στην πορεία της εξέλιξης των διαφόρων μοντέλων και μεθόδων ψυχοθεραπείας, υπήρξαν πολλοί θεωρητικοί μελετητές που αναγνώρισαν τη σημασία της οικογένειας στην εμφάνιση διαφόρων συμπτωμάτων. Ακόμα και ο Freud, είδε αυτή τη διάσταση των διαφόρων συμπτωμάτων αλλά ο ίδιος έκανε μικρή προσπάθεια να δει μαζί σε θεραπεία όλα τα μέλη της οικογένειας (Βαρτζόπουλος κα, 2002). Η θεραπεία της οικογένειας αναπτύχθηκε σταδιακά από τη σύγκλιση ψυχαναλυτών και συστημικών επιστημόνων. Οι ψυχαναλυτές παρατήρησαν ότι η θεραπεία και των άλλων μελών της οικογένειας συντελούσε στην καλύτερη και ταχύτερη θεραπεία των ατόμων με διαταραγμένες ψυχικές λειτουργίες (Dare, 1979). Υπάρχουν μελετητές που είδαν τη σπουδαιότητα του συστήματος της οικογένειας στη συμπτωματολογία (Haley, 1990)· για πρδ., παρατήρησαν ότι όταν ένα μέλος της οικογένειας ανάρρωνε από κάποια νόσο ή όταν ο ιδρυματοποιημένος ασθενής με σχιζοφρενικά συμπτώματα, έπαιρνε εξιτήριο, τότε ένα

άλλο μέλος εμφάνιζε κάποιο σύμπτωμα. Έτσι, λοιπόν, υπήρχε η τάση να υιοθετούν μια αιτιακή σύνδεση με την οικογένεια και να ρίχνουν την ευθύνη σε αυτήν για την εμφάνιση του συμπτώματος.

Η οικογενειακή θεραπεία εμφανίζεται στη δουλειά κοινωνικών λειτουργών της αρχής του αιώνα στην Αμερική σε φτωχές και άπορες οικογένειες. Γνωστές για το έργο τους είναι δύο κοινωνικοί λειτουργοί, οι Z. Smith και M. Richmond, που για πρώτη φορά μιλούν για την "οικογένεια ως όλον" (Broderick et al, 1980). Θεώρησαν την οικογένεια ως μια καθοριστικής σημασίας μονάδα παρέμβασης (Ackerman et al., 1961) και ξεκινούν να συζητούν με όλα τα μέλη της οικογένειας όταν κάνουν κατ' οίκον επισκέψεις, προκειμένου να έχουν μια πληρέστερη εικόνα των παρουσιαζόμενων οικογενειακών προβλημάτων (Siporin, 1980), υποστηρίζοντας ότι οι οικογένειες θα πρέπει να εξετάζονται και να αντιμετωπίζονται ως σύνολα. Η M. Richmond το 1917 (Richmond, 2015), περιγράφει τη θεραπεία "ολόκληρης της οικογένειας" (whole family), αναφέρεται στον όρο "οικογενειακή συνοχή" ("family cohesion"), συμβάλλοντας με κάποιον τρόπο στη μελλοντική δουλειά άλλων συστημικών θεραπευτών. Για αυτήν, ο βαθμός του συναισθηματικού δεσίματος ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας ήταν ένας καθοριστικός παράγοντας για την ικανότητά τους να "επιβιώσουν" και να αναπτυχθούν.

Ο Nathan Ackerman, παιδοψυχίατρος με ψυχαναλυτικό υπόβαθρο, δημοσιεύει το 1938 άρθρο του "Η ενότητα της οικογένειας" (Broderick et al, 1980). Θεωρείται ως ο πατέρας της οικογενειοκεντρικής θεραπείας (Καφτατζή-Χαστά, 1996). Υποστήριξε την άποψη ότι το κοινωνικό πλαίσιο έχει μεγάλη συμβολή στην ανάπτυξη συναισθηματικών προβλημάτων και στρέφει την προσοχή του από το παρελθόν στο παρόν της οικογένειας. Ο Ackerman (1961) έγραφε ότι "…είναι πολύ σημαντικό στο ξεκίνημα να εδραιωθεί μια σημαντική συναισθηματική επαφή με όλα τα μέλη της οικογένειας, να δημιουργηθεί ένα κλίμα όπου κάποιος αλήθεια τους αγγίζει και αυτοί αισθάνονται την ανάγκη να αγγίξουν και εκείνοι…". Αν και άλλοι οικογενειακοί θεραπευτές μειώνουν τη σημασία που έχει η ψυχολογία των ατόμων στο όνομα της συστημικής οργάνωσης και των διαδικασιών, ο Ackerman πάντα ενδιαφερόταν τόσο για το τι συμβαίνει στο άτομο, στα συναισθήματά του, τις ελπίδες του, τις επιθυμίες του όσο και για το τι γίνεται ανάμεσα στα άτομα. Ο Ackerman ενδιαφερόταν για το πώς οι οικογένειες αντιμετωπίζουν κάποια ζητήματα ενώ αποφεύγουν και αρνούνται άλλα, όπως είναι οι συγκρούσεις και ζητήματα που αφορούν το σεξ και την επιθετικότητα. Θεωρούσε ότι ο ρόλος του θεραπευτή ήταν να προκαλέσει

την οικογένεια και να φέρει στην επιφάνεια μυστικά της οικογένειας και ότι δε θα έπρεπε να είναι ούτε ουδέτερος, ούτε παθητικός αλλά κεφάτος και ειλικρινής. Δε δίσταζε να αντιμετωπίζει τις οικογένειες, να τις προκαλεί ακόμα και να μαλώνει μαζί τους καθώς πίστευε ότι είναι πιο θεραπευτικό να γίνεται ο θεραπευτής στόχος θυμού και εχθρότητας παρά κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας (Nichols and Scwartz 1991. P.55).

Μέσα από τις διάφορες αυτές επιδράσεις, τελικά, η Συστημική Επιστήμη αποτέλεσε το θεωρητικό πλαίσιο της θεραπείας της οικογένειας και αρχίζει να επικρατεί ο όρος "Συστημική Θεραπεία" (Ζαφείρης κα., 1999). Ο Murray Bowen την ίδια περίοδο, ερευνά τη συμβιωτική σχέση ανάμεσα στη μητέρα και τον σχιζοφρενή ασθενή και υποθέτει ότι η νόσος της σχιζοφρένειας οφείλεται στη δυαδική σχέση μητέρας – ασθενή (Bowen,1960). Ξεκινά το κλινικό του έργο θεραπεύοντας ξεχωριστά κάθε οικογένεια και κατέληξε να κάνει ομαδική οικογενειακή θεραπεία. Η θεραπευτική του προσέγγιση ήταν ιδιαίτερα δομημένη και κατευθυντική (Bowen, 1961). Η μεγαλύτερη προσπάθειά του ήταν να αποφευχθεί η ιδέα του "αποδιοπομπαίου τράγου" από τις οικογένειες και αυτό το κατάφερνε με το να τους δείχνει πότε και με ποιον τρόπο τα μέλη "χρησιμοποιούν" τον ασθενή ως μια δικαιολογία για να αποφύγουν άλλα προβλήματα. Παράλληλα, ο Bowen διεξήγαγε και μια άλλη μεγάλη κλινική δοκιμασία για οικογένειες με παιδιά με μια ευρεία γκάμα προβλημάτων. Στην πορεία των μελετών του υποστήριξε ότι τα χαρακτηριστικά που διέπουν την οικογένεια με σχιζοφρενές μέλος, ήταν παρόντα και σε άλλες οικογένειες αν και σε μικρότερο βαθμό. Από το 1960 και έπειτα άρχισε να δουλεύει μόνο με τους γονείς των συμπτωματικών παιδιών με κύριο σκοπό να τους βοηθήσει να εστιάσουν σε προβλήματα της δικής τους σχέσης χωρίς να αποσπάται η προσοχή τους από τα προβλήματα των παιδιών τους. Παρόλο που αρχικά επικεντρώθηκε στις εσώτερες ψυχικές διαδικασίες και στην ερμηνεία των ονείρων, αργότερα στράφηκε στη μελέτη των σχέσεων ανάμεσα στο ζευγάρι και αφού πειραματίστηκε με διαφορετικές μεθόδους δουλειάς κατέληξε το 1964 στη διαμόρφωση της μεθόδου του, που έκτοτε δεν έχει υποστεί αλλαγές (Nichols and Scwartz 1991. P.49, Bowen, 1976).

Αρχές Συστημικής Θεωρίας

Η συστημική θεραπεία έχει τις βάσεις της στη Συστημική Επιστήμη και την Κυβερνητική. Τρία είναι τα βασικά της χαρακτηριστικά της (Κεφαλάς, 1986): "α) η συστημική σκέψη είναι μια κοσμοθεωρία (Viewpoint) 2) η συστημική σκέψη είναι διεπιστημονική (Interdisciplinary) 3) η συστημική σκέψη θεωρεί τα φαινόμενα της πραγματικότητας ως συστήματα και υπογραμμίζει τις μεταξύ τους σχέσεις και

αλληλεπιδράσεις".

Η στροφή στη συστημική επιστήμη είναι ένας "αναπροσανατολισμός της επιστημονικής σκέψεως" (Δεκλερής, 1986), που υποστηρίζει ότι "…το αντικείμενο της μελέτης πρέπει να υποβάλλεται στην επιστημονική έρευνα πάντοτε σαν ενιαίο και αδιαίρετο σύνολο ("σύστημα"). Η ολότητα του αντικειμένου δεν πρέπει να ξεφεύγει ποτέ από την προσοχή μας, αλλά πρέπει να είναι διαρκώς στο επίκεντρό μας, γιατί το σύνολο είναι κάτι **διαφορετικό** από τα μέρη του, ακριβώς επειδή αυτό έχει διαφορετικές ιδιότητες που δεν έχουν τα μέρη του και που το ξεχωρίζουν απ' αυτά…" (Δεκλερής, 1986, σελ. 21).

Τη δεκαετία του 1930, ερευνητές από διάφορα επιστημονικά πεδία και ιδιαίτερα οι βιολόγοι, άρχισαν να απογοητεύονται από την αναλυτική μέθοδο, κυρίως επειδή ένιωθαν ότι η οργανωμένη πολυπλοκότητα των ζωντανών συστημάτων και το ζήτημα του σκοπού μιας πράξης, παραμεριζόταν από αυτήν (Jackson et al., 2000).

Ο Ludwig von Bertalanffy, βιολόγος, μέσα από τις μελέτες του υποστήριξε ότι το σύστημα θα έπρεπε να μελετηθεί ως "πολύπλοκο όλον" σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του (von Bertalanffy 1950). Η συστημική θεωρία συνδέεται άμεσα με το επιστημονικό έργο του Ludwig von Bertalanffy, βιολόγου, ο οποίος συνέβαλε στη διατύπωση των αρχών της Γενικής Θεωρίας Συστημάτων (von Bertalanffy, 1971) διαπιστώνοντας την ανεπάρκεια της αναλυτικής και μηχανιστικής μεθόδου στη Βιολογία ήδη στις αρχές του 1920. Για το λόγο αυτό υποστήριξε την ανάγκη μελέτης του οργανισμού ως ένα σύνολο (σύστημα) και τόνισε ότι αντικείμενο της Βιολογίας είναι η "ανακάλυψη των αρχών οργανώσεως (των φαινομένων της ζωής) στα διάφορα επίπεδα"(von Bertalanffy, 1971). Ήδη από το 1932 είχε συλλάβει την ιδέα μιας "γενικής θεωρίας συστημάτων" αλλά μόνο τέλη της δεκαετίας του 1930, διαπίστωσε και περιέγραψε τις βασικές αρχές που διέπουν όλα τα βιολογικά κατά βάση συστήματα, λέγοντας ότι τα βιολογικά συστήματα δεν είναι στατικά αλλά αναπτύσσονται και αυτοοργανώνονται. Ο von Bertalanffy εργάστηκε προς την κατεύθυνση ενοποίησης της επιστήμης και προσπάθησε να διατυπώσει γενικούς νόμους και αρχές που να διέπουν διαφορετικές ομάδες φαινομένων, δηλ., τις αρχές που διέπουν τα καθαρά βιολογικά φαινόμενα αν ισχύουν και για την ανθρώπινη συμπεριφορά και κατ' επέκταση και για τα κοινωνικά φαινόμενα. Διατύπωσε τις αρχές της Γενικής Θεωρίας Συστημάτων και ενδιαφέρθηκε για τα ονομαζόμενα "ανοιχτά συστήματα" που ανταλλάσσουν ύλη, πληροφορίες και ενέργεια με το περιβάλλον τους.

Ο von Bertalanffy διατύπωσε τις ιδέες του σε επιστημονική βάση και θεωρούσε ότι θα

μπορούσαν εύκολα και αποτελεσματικά να εφαρμοστούν στα πλαίσια και άλλων επιστημονικών πεδίων (Μηχανολογία, Συστήματα Υπολογιστών και Επικοινωνίας, Ιατρική, Ψυχολογία, Οικολογία, Διοίκηση, Κοινωνικές Επιστήμες κλπ) και αυτό γιατί οι επιστημονικοί "νόμοι" που διατύπωσε ίσχυαν για τη συμπεριφορά των συστημάτων και ήταν εφαρμόσιμοι σε πολύπλοκα συστήματα όλων των τύπων (Jackson et al., 2000).

Επίδραση στη Συστημική Επιστήμη είχε και η Επιστήμη της Κυβερνητικής, που ξεκίνησε από το N. Wiener και τους συνεργάτες του κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου στην Αμερική. Ο N. Wiener τόνισε τη σημασία της επανατροφοδότησης του συστήματος με την πληροφορία και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο έλεγχος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την επικοινωνία με την έννοια ότι κάθε διαδικασία ελέγχου εξαρτάται από τη ροή της πληροφορίας (Wiener, 1948). Η νέα αυτή επιστήμη ονομάστηκε "Κυβερνητική" "…από την ελληνική λέξη του κυβερνήτη, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα κυρίως σήμαινε τον κυβερνήτη του πλοίου, ο οποίος διατάζει, ελέγχει και επικοινωνεί με το πλήρωμα, ώστε να φέρει το πλοίο που κυβερνά στο λιμάνι του προορισμού…" (Novikov, 2016). Ιστορικά, ο όρος εμφανίζεται στην Πολιτεία του Πλάτωνα και έχει διπλή έννοια, δηλ., κυριολεκτικά την Κυβέρνηση του πλοίου και μεταφορικά την Κυβέρνηση του Κράτους. Από την αρχαιοελληνική ρίζα προέρχεται η λατινική λέξη gubernator που χρησιμοποιήθηκε κυρίως με τη μεταφορική της έννοια και από τα λατινικά προέρχεται η λέξη governor (Κεφαλάς, 1986). Αυτή η ιστορία της χρήσης του όρου ενθάρρυνε το Wiener το 1947 να επανεισαγάγει τον όρο και να ενώσει τους όρους "έλεγχος" και "επικοινωνία" για να τονίσει το γεγονός ότι " στην Κυβερνητική ο έλεγχος πραγματοποιείται ως αποτέλεσμα επικοινωνίας ή ανταλλαγής μηνυμάτων…" (Κεφαλάς, 1986). Έτσι η Κυβερνητική ορίστηκε από το Wiener (1949), "ως η επιστήμη που εξετάζει τους μηχανισμούς ελέγχου και επικοινωνίας τόσο στα ζώα όσο και στις μηχανές". Μια ομάδα επιστημόνων που συνέβαλε σημαντικά στην Επιστήμη της Κυβερνητικής αποτελούμενη από το βιολόγο και καρδιολόγο Rosenblueth, το μαθηματικό Wiener, τον ψυχίατρο McCulloch, τον μαθηματικό Pitts, επεδίωξαν το 1941-1943 "…να διατυπώσουν τις γενικές αρχές που διέπουν τα συστήματα που έχουν κάποιο σκοπό ή επιτελούν κάποια λειτουργία, όπως τα βιολογικά συστήματα… προσπάθησαν να βρουν μια γλώσσα κοινή ώστε να μπορούν να συνεννοούνται οι μαθηματικοί, οι φυσικοί, οι βιολόγοι και άλλοι επιστήμονες…" (Novikov, 2016). Αργότερα, στη δεκαετία του 1960, στο Ινστιτούτο Κυβερνητικής της Αγγλίας, μια άλλη ομάδα αποτελούμενη από τους Ross Ashby, Grey Walter, Stafford Beer, Gordon Pask και Frank George ασχολούνται με τα συστήματα συμπεριφοράς, όχι

μόνο στο επίπεδο της ανθρώπινης συμπεριφοράς αλλά στο επίπεδο των επιχειρήσεων (Novikov, 2016). Ο R. Ashby στο βιβλίο του "An introduction to Cybernetics" (1958) περιγράφει την Κυβερνητική ως την επιστήμη που, ανεξάρτητα από την κατασκευή του τεχνολογικού ή του ζωντανού συστήματος, εξετάζει τις διαδικασίες επεξεργασίας πληροφοριών. Έτσι διατύπωσε αρχές που διέπουν τα συστήματα που επεξεργάζονται πληροφορίες, αρχές που μπορούν να εφαρμοστούν τόσο στα ζωντανά συστήματα και στον άνθρωπο όσο και στα τεχνολογικά συστήματα (Novikov, 2016).

Πολλές από τις αρχές της επιστήμης της Κυβερνητικής εφαρμόστηκαν και στην οικογενειακή συστημική θεραπεία, ξεκινώντας από τους Bateson, Jackson, Haley, Weakland που εφήρμοσαν αρχές της Κυβερνητικής Επιστήμης σχετικά με την πληροφορία και τον έλεγχο, στην ανάλυση και θεραπεία της οικογένειας με ψυχιατρικά προβλήματα όπως είναι η σχιζοφρένεια. Σήμερα η Συστημική Θεωρία και η Κυβερνητική αποτελούν τη βάση της Συστημικής Θεραπείας.

Αργότερα, τέλη της δεκαετίας του 1970, ο J.G. Miller εκδίδει ένα βιβλίο με τίτλο "Living Systems" (Miller, 1978), στο οποίο μιλά για τα ζωντανά συστήματα, τα οποία επεξεργάζονται πληροφορίες, ύλη και ενέργεια. Χρησιμοποιεί όρους από τη Θεωρία της Πληροφορίας και διατυπώνει γενικούς κανόνες που ισχύουν για αυτά. Η θεωρία του Miller αναφέρεται γενικότερα στα συστήματα συμπεριφοράς καθώς κάποιες από τις αρχές που περιγράφει ο J.G. Miller αναφέρονται και στις μηχανές με την έννοια ότι μπορούν να εξηγήσουν ορισμένες λειτουργίες των τεχνολογικών συστημάτων συμπεριφοράς.

Βασικές έννοιες Συστημικής Θεωρίας

Υπάρχουν ορισμένες από τις βασικές έννοιες του Συστημικού τρόπου σκέψης, η γνώση των οποίων είναι ιδιαίτερα σημαντική στην κατανόηση του Συστημικού Μοντέλου Ψυχιθεραπείας (Kerr, 1981, Hoffman, 1981). "… Όπως το υποδηλώνει και ο όρος, αντιπροσωπεύει (ο συστημικός τρόπος σκέψης) εννοιολογικά σχήματα, που θεωρούν τα πραγματικά φαινόμενα του κόσμου τους ως συστήματα" (Κεφαλάς, 1986).

Σύστημα

Πρόκειται για την κεντρική έννοια, για την οποία έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί. Η ελληνική αυτή λέξη υποδηλώνει ότι "…"σύστημα" είναι κατασκεύασμα από μέρη που έχουν συνδυασθεί (σύν – ίστημι). Η επιλογή της λέξεως είναι επιτυχής, γιατί μόνη της η λέξη αυτή εκφράζει συγχρόνως τα δυο συστατικά της συστημικής σκέψεως, δηλ., α) ότι

το “σύστημα” είναι “κατασκευή”, και β) ότι η “κατασκευή” είναι σύνθεση μερών σε ενιαίο σύνολο.” (Δεκλερής, 1986). Πιο συγκεκριμένα, “σύστημα είναι 1) ένα σύνολο από μέλη, 2) ένα σύνολο από ιδιότητες των μελών, 3) ένα σύνολο από τις σχέσεις ανάμεσα σε αυτά τα μέλη και 4) ένα σύνολο από αναδυόμενες ιδιότητες, που (α) προκύπτουν από τα 1,2,3 και αλληλεπιδρούν με αυτά και (β) αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον” (Δεκλερής, 1986). Με άλλα λόγια, “σύστημα είναι ένα **Ενιαίο Σύνολο** που αποτελείται από **αλληλένδετα μέρη**, δηλ., από στοιχεία που έχουν διασυνδέσεις αλληλεξαρτήσεως και αλληλεπιδράσεως. Το υψηλό επίπεδο αφαιρέσεως στο οποίο διατυπώνεται η έννοια του συστήματος, την κάνει κατάλληλη να καλύψει κάθε είδους σύνολο” (Δεκλερής, 1986). Κατά τον Κεφαλά (1986), σύστημα είναι “…ένα σύνολο στοιχείων με ένα ορισμένο σύνολο σχέσεων ανάμεσα στα στοιχεία και τις ιδιότητες τους, με τρόπο που να σχηματίζεται μία ολότητα, η οποία είναι σε συνεχή επικοινωνία με το εξωτερικό της περιβάλλον”.

Ο Daellenbach (1994), δίνει ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος: 1) ένα σύστημα είναι μια οργανωμένη συγκέντρωση στοιχείων, ενώ ανάμεσα στα στοιχεία υπάρχουν ειδικές σχέσεις, 2) το σύστημα βιώνει μια συμπεριφορά μοναδική για αυτό, 3) κάθε στοιχείο συμβάλει στη συμπεριφορά του συστήματος και επηρεάζεται από το γεγονός ότι ανήκει σε αυτό, κανένα στοιχείο δεν έχει ανεξάρτητη επίδραση στο σύστημα ενώ η συμπεριφορά του συστήματος αλλάζει αν οποιοδήποτε στοιχείο μετακινηθεί ή φύγει, 4) σύνολα στοιχείων μέσα στο σύστημα μπορεί να σχηματίζουν υποσυστήματα, 5) το σύστημα έχει ένα εξωτερικό περιβάλλον το οποίο του παρέχει εισροές και λαμβάνει εκροές από αυτό. Το σύστημα διαχωρίζεται από το περιβάλλον του με τα όρια, 6) το σύστημα έχει αναγνωριστεί από κάποιον ότι έχει ειδικό ενδιαφέρον.

Δεδομένης της ευρύτητας του ορισμού του συστήματος, αναφέρονται στη βιβλιογραφία ποικίλες διακρίσεις ανάμεσα στους τύπους των συστημάτων, οι οποίες μπορεί να είναι χρήσιμες σε διαφορετικές καταστάσεις. Η διάκριση που έχει κάνει ο von Bertalanffy, ανάμεσα σε **“ανοικτά και κλειστά”** είναι ίσως αυτή που έχει βρει τη μεγαλύτερη υποστήριξη (Barker, 1986). Ένα κλειστό σύστημα δε λαμβάνει τίποτε από το περιβάλλον ούτε και δίνει τίποτε σε αυτό. Κατά μια έννοια, ένα κλειστό σύστημα θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι δεν έχει περιβάλλον. Σε αντίθεση, το ανοικτό σύστημα εισάγει πόρους από το περιβάλλον, τους μετασχηματίζει σε κάτι και εξάγει το αποτέλεσμα. Επειδή το ανοικτό σύστημα αποκτά τους πόρους του από το περιβάλλον, έχει τη δυνατότητα της αυτό-ανανέωσης (Jackson et al., 2000).

Τα συστήματα διακρίνονται σε **“σκληρά”** που περιλαμβάνουν κυρίως τα φυσικά ή

τεχνολογικά συστήματα και χαρακτηρίζονται "…από απόλυτη ακρίβεια στην περιγραφή τους και πλήρη έλεγχο της συμπεριφοράς τους γιατί υπόκεινται σε μετρήσεις" (Δεκλερής, οπ.π.). Από την άλλη πλευρά είναι τα λεγόμενα **"μαλακά"** συστήματα που περιλαμβάνουν τα ζωντανά συστήματα, δηλ., 1) τα βιολογικά (κύτταρο, οργανισμός, οικοσύστημα κλπ και 2) τα ανθρώπινα (άνθρωπος, οικογένεια, ομάδα, οργάνωση, κοινωνικό, πολιτικό σύστημα κλπ). Από τα "μαλακά" συστήματα, τα **ανθρώπινα**, που αποτελούν και το αντικείμενο της Συστημικής Θεραπείας, παρουσιάζουν κάποιες ιδιομορφίες, η γνώση των οποίων θεωρείται απαραίτητη προκειμένου για την κατανόηση τους. Συγκεκριμένα, (Δεκλερής, οπ.π., σ. 39):

- Είναι πιο πολύπλοκα, δηλ., παρουσιάζουν υψηλή διαφοροποίηση των στοιχείων και ένταση, πολαπλότητα, πυκνότητα και ποικιλία των λειτουργικών δικτύων και ελέγχων.
- Αυτορρυθμίζονται, δηλ., τα ανθρώπινα συστήματα αυτοδιευθύνονται κατά την αλληλεπίδρασή τους με το περιβάλλον και αναπροσαρμόζουν συνεχώς τις λειτουργίες και τις εφαρμογές τους με σημαντικό βαθμό ελευθερίας. Κανένα ανθρώπινο σύστημα δεν υπακούει στον έλεγχο, όπως ένα τεχνολογικό σύστημα.
- Είναι δυναμικά, δηλ., με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν. Η πράξη που στηρίζεται στην απόφαση αποτελεί μια χαρακτηριστική ανθρώπινη συμπεριφορά ενώ η έννοια του σκοπού είναι βασική προκειμένου για την κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Με άλλα λόγια, τα ανθρώπινα συστήματα είναι ενεργητικά καθώς δεν προσαρμόζονται παθητικά αλλά ενεργούν εσκεμμένα και μεταρρυθμίζονται συνεχώς ανάλογα με τις απαιτήσεις της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον τους.
- Είναι ιεραρχικά, δηλ., η δομή και η λειτουργία τους είναι πολυεπίπεδη (multi-level) με την έννοια ότι περιλαμβάνει περισσότερα επίπεδα ελέγχου. Ιεραρχική οργάνωση σημαίνει ότι κάθε στοιχείο που βρίσκεται σε ορισμένο επίπεδο μπορεί να είναι ταυτόχρονα υπο-σύστημα σε σχέση με ένα ορισμένο σύστημα του αμέσως ανώτερου επιπέδου αλλά και σύστημα σε σχέση με ορισμένα στοιχεία του αμέσως κατώτερου επιπέδου. Η ιεραρχική δομή των ανθρωπίνων συστημάτων είναι αποτέλεσμα της εξέλιξής τους.
- Επεξεργάζονται πολύπλοκη πληροφορία που αποκαλείται σύμβολο ενώ κεντρικής σημασίας στην επεξεργασία αυτή είναι η "μετατροπή αξιών" που είναι μια διαδικασία λήψης αποφάσεων και εκτέλεσης πράξεων. Στην επιλογή και εκτέλεση

μιας πράξης ρόλο παίζει η έννοια της αξίας, δηλ., με άλλα λόγια, η απόφαση για την εκτέλεση μιας πράξης και ο καθορισμός του σκοπού που αυτή έχει συνδέονται άμεσα με το επίπεδο ικανοποίησης που ελέγχει και ρυθμίζει το άτομο μέσω των αξιών του, οι οποίες αποτελούν βασικά κριτήρια συμπεριφοράς με γνωστικό αλλά και συναισθηματικό περιεχόμενο. Με τον όρο "αξίες" θεωρούνται εννοιολογικές κατηγορίες "αγαθών", υλικών και μη με γνωστικό και συναισθηματικό (ηθικό) περιεχόμενο, τα οποία επιδιώκουν οι άνθρωποι στην κοινωνική τους δράση.

Αναδυόμενες ιδιότητες

Πρόκειται για μια έννοια που σχετίζεται με το γεγονός ότι το σύστημα είναι διαφορετικό από το άθροισμα των μερών του. "Αναδυόμενες είναι οι ιδιότητες που προκύπτουν από τα μέλη του συστήματος, τις ιδιότητες και τις σχέσεις τους".. Σύμφωνα με τους διάφορους ορισμούς του "συστήματος", το σύστημα επιδεικνύει ορισμένες ιδιότητες, που κανένα από τα στοιχεία του χωριστά δε θα μπορούσε να επιδείξει. Με άλλα λόγια, το "όλον" είναι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του, ενώ τα συστήματα συνήθως δημιουργούνται για να παράγουν επιθυμητές αναδυόμενες ιδιότητες (Jackson et al., 2000). Φαίνεται ότι αυτές οι αναδυόμενες σφαιρικές ιδιότητες του συστήματος επηρεάζουν και τις ιδιότητες των μερών αλλά και τις σχέσεις μεταξύ τους.

Αναδυόμενες ιδιότητες είναι για παράδειγμα οι ιδιότητες του ύδατος που είναι υγρό, οι οποίες δεν υπάρχουν στα αέρια υδρογόνο και οξυγόνο, τα οποία αποτελούν μέρη του. Οι ιδιότητες που έχει το νερό είναι αναδυόμενες, καθώς δεν προϋπήρχαν σε κανένα από τα μέρη του συστήματος πριν αυτά ενωθούν για να αποτελέσουν ένα σύστημα.

Έτσι οι διαδικασίες στο επίπεδο των νευρικών κυττάρων αλληλεπιδρούν με τις διαδικασίες του ψυχικού οργάνου, και εκείνες με τη σειρά τους αλληλεπιδρούν με τις διαδικασίες και τη δυναμική της οικογένειας κ.ο.κ.

Σχέσεις

Η επιστημολογία της Συστημικής Επιστήμης δεν αποδέχεται ότι ο αναγωγισμός (reductionism), σαν μέθοδος της επιστημονικής γνώσης είναι επαρκής για την περίπτωση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών φαινομένων. Δηλαδή, δεν είναι επαρκές να γνωρίζουμε τα μέρη για να οδηγηθούμε σε ακριβή συμπεράσματα για το σύνολο. Όπως προκύπτει και από τον ορισμό της έννοιας "σύστημα" που δόθηκε παραπάνω, το σύνολο των σχέσεων ανάμεσα στα στοιχεία προσδιορίζουν την εμφάνιση νέων ιδιοτήτων στο σύνολο ή και στα μέρη του, οι οποίες δεν υπήρχαν προηγουμένως.

Κύριο χαρακτηριστικό της Συστημικής Θεωρίας είναι η θεώρηση των σχέσεων μεταξύ των στοιχείων του συστήματος ως "αιτιωδών σχέσεων". Όπως γράφει ο Δεκλερής (1986), "…**η αιτιώδης σχέση** είναι διασύνδεση (connection) μικρών και σχετικά απλών συστημάτων (φυσικο-μηχανικών). Σε πολύπλοκα συστήματα οι διασυνδέσεις είναι πολλαπλές και έχουν ποικίλο χαρακτήρα, η μέσω δι' αυτών αλληλεπίδραση όλων των στοιχείων του συστήματος, καθώς επίσης και η "ανάδραση πληροφορίας" (feedback) στην σχέση του με το περιβάλλον αποκλείει τη διάκριση αιτίου και αποτελέσματος στη συμπεριφορά του…".

Ο τύπος των σχέσεων και αλληλεπιδράσεων που συνδέουν τα στοιχεία του συστήματος ποικίλει ανάλογα με τον τύπο του συστήματος. "…Αν λ.χ. το σύστημα επεξεργάζεται ύλη-ενέργεια, οι διασυνδέσεις είναι φυσικές ή χημικές λειτουργίες των στοιχείων. Αν το σύστημα επεξεργάζεται πληροφορία, οι διασυνδέσεις είναι δίαυλοι επικοινωνίας (communication) δηλ., ροής της πληροφορίας στις διάφορες φάσεις της επεξεργασίας της από τα στοιχεία του συστήματος…" (Δεκλερής, 1986, σελ.34).

Οι σχέσεις ανάμεσα στα στοιχεία είναι τόσο σημαντικές για τη συμπεριφορά του συστήματος ώστε μια χαρακτηριστική αρχή των συστημάτων που έχει υποστηριχθεί από τον Bogdanov (1949) είναι ότι αν οι σχέσεις ανάμεσα στα στοιχεία είναι σχέσεις συνεργασίας τότε το σύστημα είναι περισσότερο από το άθροισμα των μελών του ενώ αν πρόκειται για σχέσεις ανταγωνισμού τότε το σύστημα είναι λιγότερο από το άθροισμα των μελών του.

Επικοινωνία

Η επικοινωνία μπορεί να οριστεί ως η κωδικοποίηση και η αποκωδικοποίηση της πληροφορίας και των μηνυμάτων. Η επιστήμη της Κυβερνητικής έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τα λεγόμενα συστήματα επικοινωνίας τα οποία αποτελούνται από ορισμένα υποσυστήματα. Συγκεκριμένα, ένα σύστημα επικοινωνίας πρέπει να έχει μια πηγή, ένα υποσύστημα που να διαθέτει πληροφορίες και να πρόκειται να τις μεταδώσει σε ένα άλλο. Αυτή η πηγή πληροφορίας, δίνει μια "έξοδο" που αποτελεί την "είσοδο" για το υποσύστημα του πομπού, που θα εκπέμψει την πληροφορία για να την παραλάβει ένα άλλο υποσύστημα. Πριν την έξοδο της πληροφορίας θα γίνει η "κωδικοποίηση" που αποτελεί ένα πολύ σημαντικό τμήμα στη διαδικασία της επικοινωνίας, και κατόπιν θα γίνει η εκπομπή του μηνύματος, για να εισαχθεί σε ένα κανάλι επικοινωνίας και να προωθηθεί στο επόμενο υποσύστημα του "δέκτη", του παραλήπτη του μηνύματος. Εκεί θα πραγματοποιηθεί η αντίστροφη της κωδικοποίησης λειτουργία, δηλ., η

“αποκωδικοποίηση” με τον ίδιο κώδικα που έγινε και η κωδικοποίηση. Αφού το μήνυμα γίνει κατανοητό, θα αποσταλεί στον αποδέκτη. Έτσι ολοκληρώνεται ένα σύστημα επικοινωνίας.

Όπως γράφει ο Watzlawick (1967), οποιαδήποτε συμπεριφορά ενός ανθρώπινου συστήματος μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδικασία κωδικοποίησης ορισμένων μη-λεκτικών μηνυμάτων τα οποία συνειδητά ή ασυνείδητα λαμβάνονται, αποκωδικοποιούνται, γίνονται αντιληπτά και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του λήπτη της πληροφορίας. Σε ένα από τα βασικότερα και σημαντικότερα έργα του (Pragmatics of Human Communication (Watzlawick, et al. 1967) το οποίο και αποτελεί ένα από τα βασικότερα σχετικά με τη θεωρία της επικοινωνίας, μιλάει για τα απαραίτητα εκείνα στοιχεία που κάνουν λειτουργική την επικοινωνία ανάμεσα σε δύο άτομα. Αν κάποιο από αυτά τα στοιχεία διαταραχτεί τότε η επικοινωνία τελικά θα αποτύχει. Στην ουσία πρόκειται για αξιώματα που αφορούν στην επικοινωνία, πολλά από τα οποία προέρχονται από τη δουλειά του Gregory Bateson και συμπεριλαμβάνονται στο “Steps to an Ecology of Mind” (Bateson,1972). Περιληπτικά τα αξιώματα αυτά μπορούν να περιγραφούν ως εξής:

- ***Κάποιος δεν μπορεί να μην επικοινωνεί:*** Κάθε συμπεριφορά είναι ένα είδος επικοινωνίας. Επειδή η συμπεριφορά δεν έχει μη-συμπεριφορά (there is no anti-behaviour), είναι αδύνατο κάποιος να μην επικοινωνεί.

- ***Κάθε επικοινωνία έχει ένα περιεχόμενο και μια διάσταση σχέσης έτσι ώστε κάθε μετέπειτα να ταξινομεί το προηγούμενο και κατά αυτόν τον τρόπο υπάρχει μια μετεπικοινωνία.***: Αυτό σημαίνει ότι κάθε επικοινωνία περιλαμβάνει πέρα από το καθαρό νόημα των λέξεων, περισσότερη πληροφορία, δηλαδή πληροφορία σχετικά με το πώς ο ομιλητής θέλει να γίνει κατανοητός και πως ο πομπός βλέπει τη σχέση του με τον παραλήπτη της πληροφορίας.

- ***Η φύση μιας σχέσης εξαρτάται από τη στίξη της διαδικασίας της επικοινωνίας των μερών***: Και οι δύο, ομιλητής και παραλήπτης της πληροφορίας, δομούν τη ροή της πληροφορίας διαφορετικά και κατά συνέπεια καθένας ερμηνεύει τη συμπεριφορά του κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας, κυρίως ως αντίδραση στη συμπεριφορά του άλλου (με άλλα λόγια κάθε μετέχων στην επικοινωνία θεωρεί τον άλλο ως αιτία μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς). Η ανθρώπινη επικοινωνία

δεν μπορεί να θεωρηθεί στα πλαίσια μιας γραμμικής αιτιότητας αλλά μάλλον εμφανίζεται να είναι κυκλική.

- ***Η ανθρώπινη επικοινωνία εμπεριέχει και ψηφιακές και αναλογικές πληροφορίες***: Η επικοινωνία δεν περιλαμβάνει μονάχα τις αναφερόμενες λέξεις (ψηφιακή επικοινωνία) αλλά και τη μη-λεκτική και αναλογική λεκτική επικοινωνία.
- **Οι διαδικασίες της ανθρώπινης επικοινωνίας είναι ή συμμετρικές ή συμπληρωματικές,** ανάλογα με το αν η σχέση των 2 μερών βασίζεται στις διαφορές ή στην ισότητα.

Με τη διαδικασία της επικοινωνίας των συστημάτων σχετίζεται και η έννοια της πληροφορίας, έννοια η οποία διαμορφώθηκε από τους Shannon και Wiener (1949). Η ποσότητα της πληροφορίας εξαρτάται από την έννοια της αταξίας ή του τυχαίου και από την έννοια της ποικιλίας. μηνύματα τα οποία έρχονται χωρίς να είναι σε τάξη καθώς και μηνύματα που τα στοιχεία ή τα σύμβολά τους έχουν μεγαλύτερη ποικιλία, έχουν περισσότερη εντροπία (Shannon & Wiener 1949). Όταν προσληφθούν από ένα σύστημα μειώνουν την αβεβαιότητα σε μεγαλύτερο βαθμό και οδηγούν σε μεγαλύτερη ποσότητα Ο Miller (1978) γράφει ότι κάθε ζωντανό σύστημα έχει μια συγκεκριμένη ποσότητα της πληροφορίας που μπορεί το σύστημα αποτελεσματικά να επεξεργαστεί. Έτσι όταν μια οικογένεια ή τα μέλη της, λαμβάνουν μια ποσότητα πληροφορίας που θεωρητικά είναι λιγότερη ή περισσότερη από αυτήν που η οικογένεια μπορεί να επεξεργαστεί, τότε το άτομο ή η οικογένεια βιώνει ένα στρες υποφόρτωσης ή υπερφόρτωσης της πληροφορίας (Miller 1978). Συγχρόνως, υπάρχει η άριστη ποσότητα της πληροφορίας για το σύστημα που είναι εκείνη που παράγει το μέγιστο αποτέλεσμα μάθησης και ανάπτυξης του συστήματος χωρίς να δημιουργεί στρες υπερφόρτωσης της πληροφορίας.

Στην Επιστήμη της Κυβερνητικής, η οποία έπαιξε σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση ορισμένων από τις βασικές αρχές της Συστημικής Θεωρίας, η έννοια της επικοινωνίας συνδέεται στενά με την έννοια του ελέγχου, καθώς θεωρείται ότι ο έλεγχος πραγματοποιείται ως αποτέλεσμα επικοινωνίας ή ανταλλαγής μηνυμάτων (Jackson et al. 2000). “Ειδικότερα, το σύστημα διατηρεί μια κρίσιμη μεταβλητή, π.χ. μια εκροή μεταξύ δύο προκαθορισμένων ορίων (έλεγχος). Με τη μετάδοση του μηνύματος, μια απόκλιση από κάποιο επιθυμητό επίπεδο (στόχος) γίνεται γνωστή. Αυτό το μήνυμα περιέχει, όπως

είναι γνωστό, πληροφορία επανατροφοδότησης που εξαναγκάζει το σύστημα να αλλάξει την παρούσα δραστηριότητά του (αρνητική ανατροφοδότηση)…" (Κεφάλας, 1986, σ. 201)

Υπάρχει και η έννοια της μετα-επικοινωνίας, δηλ. του σχολιασμού της επικοινωνίας. Θεωρείται ότι όταν κάποιος σχολιάζει τη συμπεριφορά ή την επικοινωνία του άλλου, αυτόματα τοποθετεί τον εαυτό του σε ένα ανώτερο ιεραρχικό επίπεδο από αυτόν.

Αιτιότητα

Η έννοια της αιτιότητας αναφέρεται στη σχέση αιτίας και αποτελέσματος, σχέση την οποία πρώτος ανέλυσε ο Αριστοτέλης. Η ιδέα της γραμμικής αιτιότητας, βασισμένη στην Καρτεσιανή φιλοσοφία και στη Νευτώνεια Φυσική, υπήρξε η βάση της Αναλυτικής μεθόδου που για αιώνες μελετούσε τα φαινόμενα αναλύοντας τα σε όσο το δυνατόν μικρότερα στοιχεία ψάχνοντας γραμμικά για αιτία και αποτέλεσμα και προσπαθώντας έτσι να βρει την εξήγησή τους (Καφτανζτή – Χαστά, 1996). Το γραμμικό μοντέλο ανάλυσης υπήρξε η βάση μεγάλων ανακαλύψεων της επιστήμης, π.χ. η σχέση μικροβίων και εμφάνιση ασθένειας από τον Παστέρ, η οργανική άποψη για τις ψυχικές παθήσεις κλπ.

Στις αρχές του αιώνα, σημαντικές ανακαλύψεις στο χώρο των φυσικών επιστημών εμπλουτίζουν τον τρόπο της σκέψης ενώ παράλληλα η εμφάνιση σύνθετων και πολύπλοκων φαινομένων αναδύουν την ανάγκη για έναν κυκλικό τρόπο σκέψης, την αναγνώριση των κυκλικών διασυνδέσεων μεταξύ των μερών του ενοποιημένου "όλου" (Καφτανζτή – Χαστά, 1996). "Στην Κυβερνητική και τη συστημική επιστήμη η γραμμική αιτιότητα είναι αποδεκτή και χρησιμοποιείται, αλλά έχει παρατηρηθεί ότι η πιο σημαντική αιτιότητα είναι η κυκλική, δηλαδή όταν το αποτέλεσμα δρα και ως αιτία πάνω στο ίδιο το αίτιο (Παπαδιώτη – Αθανασίου, 2000). Σε κάθε σύστημα υπάρχει κυκλική σχέση ανάμεσα στις δράσεις και αντιδράσεις των επιμέρους ενοτήτων του. Η αλληλεξάρτηση των μερών του συστήματος σχετίζεται με την κυκλική ή διάσπαρτη αιτιότητα καθώς φαίνεται ότι η κλασική, γραμμική αιτιότητα του παρελθόντος, δηλ., η ύπαρξη μιας αιτίας στο παρελθόν που παράγει ένα αποτέλεσμα στο μέλλον είναι μάλλον η εξαίρεση παρά ο κανόνας στα ζωντανά συστήματα (Κεφάλας, 1986).

Αξίζει να αναφερθεί ότι στη συστημική σκέψη η αιτιότητα δεν περιλαμβάνει μόνο τη δράση αλλά και τη μη-δράση, καθώς ορισμένες φορές η ικανοποίηση κάποιου στόχου μπορεί να απαιτεί την αναμονή και την απραξία.

Πλαίσιο

Το περιβάλλον ή το πλαίσιο γύρω από το σύστημα είναι εκείνο που κατά τον ορισμό του συστήματος παρέχει εισροές σε αυτό και δέχεται τις εκροές του. Ορίζεται ως "…οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν μεν το σύστημα ή επηρεάζονται από αυτό χωρίς, όμως να είναι υπό τον έλεγχό του…" (Δεκλερής 1986, σελ.34). Το πλαίσιο ή το περιβάλλον επιδρά πάνω στο σύστημα και ίσως και να το αλλάξει. Το πλαίσιο μπορεί μεταξύ άλλων να είναι:

- "Το εννοιολογικό πλαίσιο του παρατηρητή, δηλ., ο τρόπος του σκέπτεσθαι και η γνώση του ατόμου που παρατηρεί το σύστημα και το καταγράφει
- Το φυσικό πλαίσιο, για πρδ. Το πλαίσιο ή το περιβάλλον του ατόμου
- Το ανθρώπινο πλαίσιο, που δίνει πληροφορίες στο σύστημα και συναλλάσσεται
- Το πλαίσιο του νου ή η οικολογία του νου (the ecology of mind), όπως θα έλεγε και ο Bateson (1972)"

Στη συστημική προσέγγιση "ένα σύστημα θα πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με το περιβάλλον του, γιατί το περιβάλλον εξ ορισμού επιδρά και αλλάζει το σύστημα…" (Δεκλερής, 1986).

1.6.8. Η αποτελεσματικότητα της Συστημικής Θεραπείας

Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων μοντέλων της συστημικής θεραπείας στη νόσο της σχιζοφρένειας έχει εξεταστεί σε διάφορες μικρής, κυρίως, κλίμακας έρευνες. Οι Bertrando et al. (2006) μελέτησαν την επίδραση της συστημικής θεραπείας του Μοντέλου του Μιλάνο σε ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια. Βασιζόμενοι κυρίως στη μέθοδο των κυκλικών ερωτήσεων, οι ερευνητές διαμόρφωσαν μια θεραπευτική προσέγγιση για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους που έκαναν μεγάλη χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η μέθοδος εφαρμόστηκε σε 10 ασθενείς (με 8 ασθενείς ως ομάδα ελέγχου). Όλοι οι ασθενείς, με ηλικία < 14 έτη, έφεραν διάγνωση για > 5 έτη. Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου θεραπείας εκτιμήθηκε σε 3 τομείς, 1) σε ατομικό, δηλαδή σε αλλαγή στα κλινικά συμπτώματα των υποκειμένων, 2) σε επίπεδο σχέσεων, δηλαδή σε αλλαγή στο εκφραζόμενο συναίσθημα της οικογένειας και 3) σε επίπεδο δομών, δηλαδή σε συχνότητα εισαγωγής σε ψυχιατρικό τμήμα και στα αιτήματα οικογενειών και ασθενών σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Οι ερευνητές πραγματοποίησαν δύο μετρήσεις στην αρχή της έρευνας και μετά από 6 μήνες, αφού ολοκληρώθηκαν οι 6 μηνιαίες συνεδρίες στην ομάδα παρέμβασης. Μετρήθηκε το ποσοστό εκφραζόμενου

συναισθήματος με τη Camberwell Family Interview (Leff and Vaughn, 1985) καθώς και η συχνότητα των υποτροπών. Όσον αφορά στο εκφραζόμενο συναίσθημα κατά την έναρξη της μελέτης δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ερευνητικές ομάδες. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν μείωση του ποσοστού εκφραζόμενου συναισθήματος στους συγγενείς των ασθενών της πειραματικής ομάδας μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης ενώ καμμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε στο εκφραζόμενο συναίσθημα των συγγενών των ασθενών της ομάδας ελέγχου ($p<0.02$). Παράλληλα, όταν έγινε σύγκριση των 2 ερευνητικών ομάδων αναφορικά με τη συχνότητα των υποτροπών, στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε διπλάσια συχνότητα υποτροπών σε συγκριτικά με την ομάδα παρέμβασης (62.5% vs. 30%), παρόλο που τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά.

Οι Cinzia Bressi et al. (2008) μελέτησαν την επίδραση του μοντέλου συστημικής θεραπείας του Μιλάνο σε 20 ασθενείς με σχιζοφρένεια 18 έως 65 ετών και τους συνέκριναν με 20 ασθενείς που έλαβαν τη συνήθη θεραπεία. Πραγματοποιήθηκαν 12 συνεδρίες με την πειραματική ομάδα σε διάστημα ενός έτους από δύο θεραπεύτριες ψυχολόγους ειδικευμένες στη συστημική θεραπεία. Στις συνεδρίες συμμετείχαν οι ασθενείς καθώς και τα μέλη της οικογένειάς τους με τα οποία συγκατοικούσαν. Τα κριτήρια αξιολόγησης της συστημικής θεραπείας ήταν ο αριθμός των υποτροπών, η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, επίσκεψη στο τμήμα επειγόντων του ψυχιατρικού τομέα και ο αριθμός των επανεισαγωγών σε ψυχιατρική κλινική. Κατά τη λήξη της παρέμβασης καταγράφηκαν σημαντικά λιγότερες επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων του ψυχιατρικού τομέα ($p = 0.02$) και καλύτερη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ($p = 0.009$), ενώ μόνο 3 ασθενείς της ομάδας παρέμβασης υποτροπίασαν σε σχέση με 13 ασθενείς της ομάδας ελέγχου ($p = 0.03$). Στην επανεκτίμηση των 2 ομάδων 1 χρόνο μετά το τέλος της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, καμμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων δε σημειώθηκε όσον αφορά στις υπό εξέταση μεταβλητές. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η συστημική οικογενειακή θεραπεία είναι αποτελεσματική όσο διαρκεί η παρέμβαση ενώ τα αποτελέσματα της αμφισβητούνται σε μακροπρόθεσμη βάση.

Οι Von Sydow et al (2010) σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα της συστημικής θεραπείας στη σχιζοφρένεια αναφέρονται σε 8 μελέτες, 3 ιταλικές (Bertrando et al., 2006· Bressi, Manenti, Frongia, Porcellana, & Invernizzi, 2008· Giacomo et al., 1997), 1 ισπανική (Espina & Gonzalez, 2003), και 4 κινέζικες (Cao & Lu, 2007· Zhang, Liu, Pan et al., 2006· Zhang, Yuan, Yao et al., 2006·

Zhou, 2003). Οι ερευνητές συμπεριέλαβαν μελέτες για μοντέλα συστημικής θεραπείας όπως το Δομικό, το Στρατηγικό, το Μοντέλο του Μιλάνο, το Λειτουργικό, την Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία, το Αφηγηματικό (Cottrell & Boston, 2002 ·Grawe et al., 1994 · Justo et al., 2007).

Τα αποτελέσματα της μεταανάλυσης δείχνουν ότι ο συνδυασμός της συστημικής οικογενειακής θεραπείας με την αντιψυχωσική αγωγή είναι πιο αποτελεσματικός από την αντιψυχωσική αγωγή μόνη της στη μείωση του ρίσκου της υποτροπής, στη μείωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, στην αύξηση της συμμόρφωσης με την αγωγή, της ποιότητας της ζωής και στην υγεία του ασθενή, των οικογενειακών και άλλων κοινωνικών σχέσεων. Όσον τα ποσοστά των drop outs, φαίνεται ότι αυτά είναι χαμηλότερα στην περίπτωση της συστημικής θεραπείας συγκριτικά με άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (Beutler et al., 1993· Giacomo et al., 1997· Leff et al., 2000· Prado et al., 2002· Stanton & Shadish, 1997).

Οι Pinquart et al (2014) σε μεταανάλυση ερευνών μελετούν την αποτελεσματικότητα της συστημικής θεραπείας σε ψυχικές διαταραχές ενηλίκων. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνουν στην έρευνα τους 5 άρθρα για τις αγχώδεις διαταραχές, 7 για τις διατροφικές διαταραχές, 13 για τις διαταραχές συναισθήματος, 2 για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, 7 για τη σχιζοφρένεια, 8 για τη χρήση ουσιών και τις εξαρτήσεις, 1 για τις σωματόμορφες διαταραχές και 1 για τις μικτές διαταραχές. Ένα από τα ερευνητικά τους ερωτήματα ήταν αν οι ασθενείς που δέχτηκαν τη συστημική θεραπεία, παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση των συμπτωμάτων τους σε σύγκριση με τους ασθενείς που δέχτηκαν άλλες θεραπείες ή τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου που δεν έλαβαν καμία θεραπεία. Τα αποτελέσματα της μεταανάλυσης έδειξαν ότι η αποτελεσματικότητα της συστημικής θεραπείας στη σχιζοφρένεια (g = .69) ήταν παρόμοια με την αποτελεσματικότητα που έδειξαν μετααναλύσεις για άλλες ψυχοθεραπείες (d = .58; Müller, Roder, & Brenner, 2007) και για την ατομική ψυχοθεραπεία (d = .65; Gottdiener & Haslam, 2002). Επίσης, φάνηκαν μικρότερα ποσοστά drop outs συγκριτικά με άλλες προσεγγίσεις, γεγονός που δείχνει κατά τους ερευνητές ότι η συστημική θεραπεία είναι καλά ανεκτή από τους θεραπευόμενους.

Σημαντικά αποτελέσματα έδειξε και μελέτη για την αποτελεσματικότητα της συστημικής θεραπείας σε νέους υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ψύχωσης. Οι Shi et al. (2017) εφήρμοσαν (n = 13). συστημική θεραπεία για 6 μήνες με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων και την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και την συνέκριναν με την υποστηρικτικού τύπου θεραπεία. Η ψυχωσική και καταθλιπτική

συμπτωματολογία, η αυτοεκτίμηση και η κοινωνική υποστήριξη μετρήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση οπότε και φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των θετικών συμπτωμάτων , στην κοινωνική υποστήριξη και στην αυτοεκτίμηση ($P < 0.05$). Τα συγκεκριμένα ευρήματα δείχνουν ότι η συστημική θεραπεία μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στη μείωση της συμπτωματολογίας και στην αύξηση της αυτοεκτίμησης όταν εφαρμοστεί σε φοιτητές με υψηλού ρίσκου εμφάνισης ψύχωσης.

Επιπρόσθετα, ο Miller (2022) σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη συστημική θεραπεία σε ασθενείς με ψύχωση, καταλήγουν ότι τα διάφορα μοντέλα της συστημικής θεραπείας μπορούν πραγματικά να συμβάλλουν αποτελεσματικά, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, στη θεραπεία ασθενών με ψύχωση.
Παράλληλα, ανασκοπήσεις μετααναλύσεων καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συστημική ψυχοθεραπεία έχει θετικά αποτελέσματα και στην προσαρμογή των μη-συμπτωματικών μελών της οικογένειας καθώς μειώνει την επιβάρυνση από τη φροντίδα του ασθενή και το εκφραζόμενο συναίσθημα. (Lobban et al., 2013; Ma et al., 2017; Sin et al., 2017).

1.6.8.1. Συστημική θεραπεία και άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις

Τα αποτελέσματα ερευνών και μεταναναλύσεων για την αποτελεσματικότητα της Συστημικής Θεραπείας στη σχιζοφρένεια είναι συγκρίσιμα με τα αποτελέσματα άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (Bighelli et al., 2021· Ryan al,. 2022). Συγκεκριμένα οι Bighelli et al. (2021) σε μεταανάλυση 72 ελεγχόμενων δοκιμών για την αποτελεσματικότητα 20 τύπων παρέμβασης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, βρίσκουν ότι οι οικογενειακές παρεμβάσεις, η ψυχοαεκπαίδευση οικογένειας, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η ψυχοεκπαίδευση ασθενούς και τα προγράμματα πρόληψης της υποτροπής έχουν καλύτερη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη των υποτροπών σε διάστημα ενός έτους σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία. Μάλιστα επισημαίνουν ότι οι οικογενειακού τύπου παρεμβάσεις βοηθούν στη μείωση των συμπτωμάτων της νόσου και στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή, άρα η πρόληψη των υποτροπών, καταλήγουν συνδέεται με παράγοντες όπως η μείωση των συμπτωμάτων, η καλύτερη λειτυοργικότητα, η εμπλοκή μελών της οικογένειας στη θεραπεία ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται την υποτροπή και να αποτρέπουν την νοσηλεία. Παρόμοια ήταν τα

αποτελέσματα της μεταανάλυσης και για την ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας που φάνηκε επίσης να συμβάλει στην αποτροπή των υποτροπών και στη μείωση των συμπτωμάτων.

Οι Ryan al,(2022) κάνουν ανασκόπηση ερευνών για την αποτελεσματικότητα εννέα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που είτε υποθεραπεύονταν είτε ήταν στη φάση μείωσης της φαρμακευτικής τους αγωγής, μεταξύ των οποίων ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, Θεραπεία ανοιχτού διαλόγου, Ψυχαναλυτική / Ψυχοδυναμική προσέγγιση, Θεραπεία Ρόλων, Πρόγραμμα ‘’Σωτηρία’’, Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης επιβεβαιώνουν αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών ότι ο συνδυασμός λήψης φαρμακευτικής αγωγής με ψυχοκοινωνικού τύπου παρεμβάσεις προσφέρει πολύ καλύτερα αποτελέσματα από τη συνήθη θεραπεία της νόσου της σχιζοφρένειας.

Σχετικά με τη Γνωσιακή Συμπεριφορική θεραπεία, οι Jones et al. (2018) κάνουν μια ανασκόπηση 60 ερευνών με 5.992 συμμετέχοντες συγκρίνοντας τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή με τη συνήθη αντιμετώπιση. Κριτήρια αποτελεσματικότητας της προσέγγισης ήταν οι υποτροπές, οι επανεισαγωγές, η ψυχική κατάσταση, οι ανεπιθύμητες ενέργειες, η ποιότητα της ζωής και η ικανοποίηση από τη θεραπεία. Συμπεραίνουν ότι η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία συνδυαστικά με τη συνήθη θεραπεία συγκρινόμενη με τη συνήθη θεραπεία μόνη της, δε φαίνεται να έχει μακροπρόθεσμη επίδραση στη μείωση του κινδύνου υποτροπής, ενώ ένα μικρό ποσοστό των διαθέσιμων αποδείξεων έδειξε ότι μπορεί να βελτιώσει μακροπρόθεσμα τη συνολική κατάσταση και να μειώσει τον κίνδυνο των ανεπιθύμητων ενεργειών. Είναι ασαφές το αν ο συνδυασμός της Γνωσιακής Συμπεριφορικής θεραπείας με τη συνήθη θεραπεία μπορεί να συμβάλλει σε μακροπρόθεσμη κλινικά σημαντική βελτίωση της ψυχικής κατάστασης των ασθενών, της ποιότητας της ζωής και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Καταλήγουν ότι παρά το γεγονός υπάρχει πολύ έρευνα στο πεδίο, τα διαθέσιμα δεδομένα είναι χαμηλής ή πολύ χαμηλής ποιότητας επομένως δεν μπορούν να οδηγήσουν σε ασφαλή συμπεράσματα.

1.6.9. Σύντομη Εστιασμένη στη Λύση Συστημική θεραπεία

Η Σύντομη Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία (Brief Solution Focused Therapy: BSFT) αρχικά αναπτύχθηκε το 1980 και πήρε το όνομά της το 1982 από τους Insoo Kim Berg

και Steve de Shazer και τους συνεργάτες τους στο Brief Family Therapy Center στο Milwaukee (Berg & Miller, 1992· de Shazer, 1985). Αυτοί οι θεραπευτές ενδιαφέρθηκαν να αναγνωρίσουν ποιες ήταν οι τεχνικές που είχαν αποτέλεσμα στη θεραπεία των πελατών τους. Αυτό που συμπέραναν ήταν ότι το να κάνεις κάτι διαφορετικό στην προβληματική συνθήκη, μπορεί να εμπνεύσει θετική αλλαγή και ελπίδα στο θεραπευόμενο (de Shazer, 1985). Η αλλαγή συμβαίνει όταν ο θεραπευόμενος ανακαλύψει ποιο είναι αυτό που ήδη λειτουργεί και είναι χρήσιμο για αυτόν και αρχίσει να το εφαρμόζει (Miller & de Shazer, 2000). Οι λύσεις είναι αλλαγές στην αντίληψη και τις αλληλεπιδράσεις που δεν μπορούν να προκληθούν από το θεραπευτή αλλά μάλλον να συγκατασκευαστούν με το θεραπευόμενο (Berg & De Jong, 1996).

Πρόκειται για ένα νέο επιστημονικό παράδειγμα που διαφέρει από τις παραδοσιακές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες εστιάζουν στο πως το πρόβλημα διαμορφώνεται και πως αυτό μπορεί να επιλυθεί. Αντιθέτως η BSFT εστιάζει στη δυναμική και τους πόρους του θεραπευόμενου και εξετάζει προηγούμενες λύσεις και εξαιρέσεις (φορές που το πρόβλημα δεν εμφανίζεται ή μειώνεται) του προβλήματος ενθαρρύνοντας το θεραπευόμενο να υιοθετήσει αυτές τις συμπεριφορές (de Shazer, 1991). Θεωρείται ότι ανεξάρτητα του πόσο σοβαρό ή χρόνιο είναι ένα πρόβλημα, υπάρχουν πάντα εξαιρέσεις σε αυτό, οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν την αφετηρία για να βρει ο θεραπευόμενος τη λύση των προβλημάτων του. Βασική θεώρηση των εμπνευστών της προσέγγισης είναι ότι ο θεραπευόμενος γνωρίζει αφενός ποιο είναι αυτό που τον οφελεί και αφετέρου πως μπορεί να το σχεδιάσει αποτελεσματικά ώστε να το επιτύχει. Υπό αυτή τη θεώρηση, αντί να αναλύεται το ιστορικό του προβλήματος, η έμφαση δίνεται στην περιγραφή του μέλλοντος, στο πως θα ήθελαν να είναι η ζωή τους χωρίς το πρόβλημα, επισημαίνοντας τις φορές εκείνες που η λύση ή μέρος της έχει ήδη συμβεί και αναγνωρίζοντας τι χρειάζεται να γίνει ώστε η λύση να επέλθει και πάλι (de Shazer, 1994). Έτσι η θεραπεία από “επίλυση προβλήματος” έγινε “ανάπτυξη λύσεων” μελετώντας περισσότερο τους πόρους του συστήματος και τις μελλοντικές ελπίδες παρά το παρόν πρόβλημα και τις αιτίες του. Είναι μια σύντομη παρέμβαση που περιλαμβάνει 3 έως 5 συνεδρίες (de Shazer 1988, 1994).

Παρομοίως άλλαξε και ο ρόλος του θεραπευτή καθώς θεωρήθηκε ότι ο πλέον ειδικός για τη ζωή του είναι ο ίδιος ο πελάτης. Έτσι ο θεραπευτής καλείται να κάνει εκείνες τις ερωτήσεις που θα βοηθήσουν το θεραπευόμενο να αντιληφθεί την πραγματικότητα από μια άλλη οπτική και να χρησιμοποιήσει τεχνικές αναγνώρισης των ενδείξεων ότι η λύση είναι ήδη παρούσα στη ζωή του (Franklin & Jordan, 1999). Θεραπευτής και

θεραπευόμενος εμπλέκονται σε ένα διάλογο προκειμένου να συγκατασκευάσουν τις καλύτερες απαντήσεις για τα προβλήματα του θεραπευόμενου.

Η σύντομη εστιασμένη στη λύση θεραπεία (SFBT) έχει εφαρμοστεί σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων όπως οι ψυχιατρικές διαταραχές, η κατάχρηση αλκοόλ, οι εξαρτήσεις (Berg and Miller, 1992; De Shazer & Isebaert, 2003), τα προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο (Franklin, Biever, Moore, Clemons, & Scamardo, 2001), η θεραπεία ζεύγους (Hoyt & Berg, 1998; Murray & Murray, 2004), η σεξουαλική κακοποίηση (Dolan, 1991), η θεραπεία της σχιζοφρένειας (Eakes et al., 1997),η παρέμβαση σε κοινωνικά πλαίσια (Pichot & Dolan, 2003) και επιχειρήσεις (Berg & Cauffman, 2002).

Βασικές αρχές της BSFT

Η σύντομη εστιασμένη στη λύση θεραπεία έχει επηρεαστεί από τη θεωρία του κοινωνικού κονστρουξιονισμού που υποστηρίζει ότι η πραγματικότητα δεν είναι αντικειμενική αλλά μια κοινωνική ή/και ψυχολογική κατασκευή του ατόμου (Berg & De Jong, 1996; Franklin, 1998). Υπό αυτήν την έννοια θεωρείται ότι η πραγματικότητα του κάθε ατόμου σχηματοποιείται από τον τρόπο που αντιδρά και σχετίζεται με τους γύρω του ή με άλλα λόγια αυτό που θεωρεί κάθε άτομο ως αληθινό είναι το αποτέλεσμα των κοινωνικών του συναλλαγών (Ratner et al., 2012). Οι άνθρωποι αλληλεπιδρώντας και παρατηρώντας τους άλλους διαμορφώνουν την αντίληψη της πραγματικότητας και έτσι η αλλαγή συμβαίνει μέσω της ανάπτυξης νέων κατασκευών νοήματος (Franklin, 1998). Το μέσο για την ανάπτυξη των νέων νοημάτων είναι η γλώσσα.

Σε αυτό το πλαίσιο, η BSFT χρησιμοποιεί τη γλώσσα (Lipchik, 2002) και τις ερωτήσεις για να τεθούν οι στόχοι της θεραπείας και σε συνεργασία με το θεραπευόμενο επιλύεται το πρόβλημα. Ο εστιασμένος στη λύση θεραπευτής δίνει μεγάλη σημασία στις λέξεις που ο θεραπευόμενος επιλέγει για να περιγράψει το πρόβλημά του και σέβεται την περιγραφή του για την πραγματικότητα δεδομένου ότι αυτός είναι ο ειδικός για τα νοήματά του καθώς έχει λεπτομερή γνώση της πραγματικότητάς του και των προηγούμενων εμπειριών του που συνδέονται με το πρόβλημα (Berg & De Jong, 1996). Ο θεραπευτής δημιουργεί ένα πλαίσιο ακούγοντας και απορροφώντας τις λέξεις και τα νοήματα του θεραπευόμενου, το τι είναι σημαντικό για αυτόν, τι θέλει και ποιες είναι οι στιγμές που τα καταφέρνει. Κατόπιν διαμορφώνει την επόμενη ερώτηση συνδέοντας τα νοήματα και τις φράσεις κλειδιά του θεραπευόμενου. Βρίσκεται έτσι ο θεραπευτής σε μια διαρκή διεργασία ακρόασης και απορρόφησης των νοημάτων του θεραπευόμενου και δόμησης νέων ερωτήσεων μέσω της οποίας συγκατασκευάζουν νέα διαφορετικά

νοήματα προς την κατεύθυνση των λύσεων. Ο θεραπευόμενος έτσι συμμετέχει σε μια διαδικασία ανακάλυψης και δόμησης του εαυτού ως ένα πρόσωπο με ικανότητα και θετικές δεξιότητες που προσπαθεί να δημιουργήσει μια πιο ικανοποιητική ζωή (McGee, Del Vento, and Bavelas 2005). Η συζήτηση που πραγματοποιείται ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο στη διάρκεια μιας συνεδρίας BSFT επικεντρώνεται στα ενδιαφέροντα του, στο τι ο ίδιος θεωρεί σημαντικό, στο όραμά του για το μέλλον που προτιμά, στη δυναμική του να βρίσκει λύσεις που γενικότερα αυξάνουν την πίστη του ότι μπορεί να τα καταφέρει (De Jong & Berg, 2008).

Η μεγάλη διαφορά του μοντέλου συγκριτικά με παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι ότι ο θεραπευτής δεν ισχυρίζεται ότι είναι ο ειδικός και ούτε προσπαθεί να κάνει ερμηνείες ή να επιλύσει το πρόβλημα για τον πελάτη (Berg & De Jong, 1996). Αντιθέτως ο θεραπευτής θεωρεί ότι ο θεραπευόμενος διαθέτει τη γνώση, τη δυνατότητα, τις δεξιότητες και την έμπνευση για να επιλύσει τα προβλήματά του. Από αυτή τη θεώρηση προκύπτουν τα ακόλουθα (de Shazer 1988, 1994):

- Κάθε θεραπευόμενος είναι μοναδικός, παραδοχή που προέρχεται από τον κονστρουξιονισμό και οδηγεί σε εξατομικευμένες λύσεις για κάθε άτομο
- Ο πελάτης έχει εγγενείς δυνάμεις και πόρους να βοηθήσει τον εαυτό του και εστιάζοντας περισσότερο σε αυτές παρά στην περιγραφή του προβλήματος, η αλλαγή συμβαίνει γρηγορότερα
- Η αλλαγή είναι συνεχής και αναπόφευκτη και μια μικρή αλλαγή μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερες αλλαγές. Αυτό σημαίνει ότι σε φάσεις που ο θεραπευόμενος είναι εγκλωβισμένος σε δυσκολίες, μια μικρή αλλαγή προς τον επιδιωκώμενο στόχο, μπορεί να προσφέρει ελπίδα και να οδηγήσει σε μεγαλύτερες αλλαγές.
- Κανείς δεν μπορεί να αλλάξει το παρελθόν για αυτό θα πρέπει να εστιάσει στο παρόν και στο μέλλον. Δεν είναι αναγκαίο να αναλύσει κανείς παρελθοντικές συμπεριφορές που οδήγησαν στο πρόβλημα ώστε να βρει τη λύση. Ο εστιασμένος στη λύση θεραπευτής εστιάζει εξ αρχής στη συγκατασκευή του θεραπευτικού στόχου και στην ανεύρεση των πεδίων εκείνων στη ζωή του θεραπευόμενου που η “λύση” ήδη συμβαίνει (Lipchik, 2002).
- Ο θεραπευτής καθοδηγεί ευρισκόμενος ένα βήμα πίσω από το θεραπευόμενο (Cantwell & Holmes, 1994) σεβόμενος το πώς ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται το πρόβλημα.

- Η κατανόηση της αιτίας του προβλήματος δεν είναι απαραίτητη για να βρεθεί και η λύση του (Landhem, 2002)
- Το κλειδί της επιτυχίας στη θεραπεία είναι να γνωρίζει ο πελάτης που θέλει να φτάσει
- Όσο και αν το μοτίβο συμπεριφορών που συντηρεί το πρόβλημα φαίνεται μόνιμο και σταθερό, πάντα υπάρχουν στιγμές που ο πελάτης οικοδομεί λύσεις
- Τα προβλήματα δεν αναπαριστούν υποκείμενη παθολογία ή αδυναμία
- Η ιδέα της αντίστασης δε θεωρείται χρήσιμη για τη θεραπεία

Αυτές οι θεωρητικές αρχές είναι που διακρίνουν τη BSFT από άλλα θεραπευτικά μοντέλα.

Δομή της Συνεδρίας

Σύμφωνα με τη BSFT η θεραπευτική συνεδρία χωρίζεται σε 3 μέρη:

1. Στο πρώτο μέρος διάρκειας 5-10 λεπτών ο θεραπευτής προσπαθεί να μάθει κάποια πράγματα για τη ζωή του θεραπευόμενου, να καταλάβει τα ενδιαφέροντά του, τα κίνητρα, τις αδυναμίες του και το σύστημα των πεποιθήσεων του (Franklin & Jordan, 1999).
2. Στο δεύτερο μέρος γίνεται η προσπάθεια να αναγνωριστεί το βασικό πρόβλημα που απασχολεί τον πελάτη, να εντοπιστούν εκείνες οι φορές που το πρόβλημα δεν είναι παρόν και να αναπτυχθούν εφικτοί στόχοι για την επίλυση του προβλήματος. Αυτό το μέρος της συνεδρίας ξεκινά με ερωτήσεις όπως: “Πως μπορώ να σας βοηθήσω”. Η ερώτηση αυτή βοηθά τον πελάτη να διατυπώσει με το δικό του τρόπο το πρόβλημά του και παράλληλα να εδραιωθεί μια συνεργατική σχέση με το θεραπευτή επιτρέποντας στον πελάτη να έχει έναν ενεργητικό ρόλο στη συνεδρία (Sklare, 1997). Έτσι ο θεραπευτής παύει να είναι ο “ειδικός” αφήνοντας αυτόν το ρόλο στον πελάτη και αναγνωρίζοντάς τον ως “ειδικό στη ζωή του”. Τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο δεύτερο μέρος της συνεδρίας είναι η “φυσιολογικοποίηση του προβλήματος” (normalizing the problem), η “εξωτερίκευση του προβλήματος” (externalizing the problem) και οι “ερωτήσεις εξαιρέσεων” (exception questions).
3. Το τρίτο και τελικό μέρος της θεραπευτικής συνεδρίας διαρκεί περίπου 5-10 λεπτά και περιλαμβάνει ένα μικρό διάλειμμα, θετικά σχόλια (compliments) για τον πελάτη και κάποια tasks για το σπίτι. Το διάλειμμα χρειάζεται για να σκεφτεί ο θεραπευτής το προηγούμενο μέρος της συνεδρίας και ενημερώνει τον πελάτη ότι το χρειάζεται. Μετά από αυτό επιστρέφει στον πελάτη εκφράζοντας του κάποια θετικά σχόλια με

νόημα κυρίως αναφερόμενος στη δυναμική και τους στόχους που τέθηκαν από τον πελάτη και παράλληλα δίνοντάς του κάποια tasks για το σπίτι για να ενισχυθεί η αλλαγή (Hawkes, Marsh, & Wilgosh, 1998).

Σύμφωνα με τους de Shazer and Berg (1997), υπάρχουν 4 χαρακτηριστικά απαραίτητα στη BSFT. Συγκεκριμένα:

- ✓ Η ερώτηση θαύματος (miracle question)
- ✓ Οι ερωτήσεις διαβάθμισης (scaling questions)
- ✓ Ένα μικρό διάλειμμα στο τέλος τους συνεδρίας
- ✓ Μετά το διάλειμμα ο θεραπευτής προσφέρει στον πελάτη κοπλιμέντα και ένα σετ από tasks.

Τεχνικές της BSFT

Η ερώτηση θαύματος (The "miracle question") : πρόκειται για τεχνική της Insoo Kim Berg που τυπικά διατυπώνεται ως εξής: "ας υποθέσουμε ότι ένα βράδυ ενώ κοιμάσαι, γίνεται ένα θαύμα και το πρόβλημα που σε απασχολεί λύνεται. Πως θα το καταλάβεις; Τι θα είναι διαφορετικό; Πως θα το καταλάβουν οι άλλοι χωρίς εσύ να πεις ούτε κουβέντα σχετικά με αυτό;" (de Shazer, 1988, p. 5). Η τεχνική αυτή επιτρέπει στον πελάτη να οραματιστεί τη ζωή του διαφορετική και τον μετακινεί μακριά από τον παρόντα χρόνο που το πρόβλημα για το οποίο παραπονιέται υφίσταται, στο μέλλον του, μετά που το πρόβλημα θα έχει λυθεί. Η "ερώτηση θαύματος" βοηθάει τον πελάτη να αναγνωρίσει τρόπους που η λύση ίσως ήδη συμβαίνει στη ζωή του. Σε συνδυασμό με την τεχνική αυτή γίνεται **η ερώτηση επέκτασης του θαύματος ("Expanding the exceptions")** για παράδειγμα "τι μέρος του θαύματος συμβαίνει ήδη;"

Ερωτήσεις διαβάθμισης ("Scaling questions") : πρόκειται για τεχνική που χρησιμοποιείται για να προσδιοριστεί σε ποιο βαθμό έχουν οι πελάτες επιτύχει τους στόχους τους και αξιολογούν πόσο έχουν προοδεύσει από την έναρξη της θεραπείας. Συνεπής με τις θεωρητικές αρχές του μοντέλου, η τεχνική αυτή σέβεται και αποδέχεται την αντίληψη και τις απόψεις του πελάτη (Berg & De Jong, 1996). Τυπικά, οι "ερωτήσεις διαβάθμισης" ζητούν από τον πελάτη να τοποθετηθεί σε μια κλίμακα από το 0 (το χειρότερο ή το χαμηλότερης έντασης) ως το 10 (το καλύτερο ή το υψηλότερης έντασης). Πρόκειται για πολύ χρήσιμη τεχνική για την αξιολόγηση της προόδου, ειδικά με τους ασθενείς εκείνους που δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν την πρόοδό τους.

Ερωτήσεις για τυχόν αλλαγή πριν τη συνεδρία (Questions about pre-session change): Ο θεραπευτής διερευνά τυχόν αλλαγές πριν τη συνεδρία, για παράδειγμα

“μεταξύ της μέρας που κλείσαμε το ραντεβού μας και σήμερα, ποιο είναι αυτό που πηγαίνει λίγο καλύτερα;”

Ερωτήσεις αντιμετώπισης (“Coping questions”): χρησιμοποιούνται στην περίπτωση που ο πελάτης δυσκολεύεται να μοιραστεί το πλαίσιο επικοινωνίας που κατευθύνεται στη λύση. Μια μορφή τέτοιας ερώτησης μπορεί να είναι: “ Δεδομένων όλων αυτών που λέτε ότι συμβαίνουν στη ζωή σας, τι είναι αυτό που κάνετε και σας βοηθάει να τα καταφέρνετε μέσα στη μέρα;”. Με αυτόν τον τρόπο ο θεραπευτής εστιάζει στις αποτελεσματικές συμπεριφορές του πελάτη και σιγά σιγά ίσως μπορεί να τις αναγνωρίσει (De Jong & Berg, 2008).

Διάλειμμα και κοπλιμέντα (“break and compliments”) : τεχνική που θεωρείται απαραίτητη στη BSFT καθώς το διάλειμμα στην ουσία προετοιμάζει τον πελάτη για το τελικό στάδιο ενώ ο θεραπευτής οργανώνει τα θετικά σχόλια (compliments) και τα tasks. Κάποιοι θεραπευτές φεύγουν από την αίθουσα της θεραπείας ενώ άλλοι απλώς κάθονται στο γραφείο τους και καταγράφουν τις σημειώσεις τους (Hawkes, Marsh, & Wilgosh, 1988). Το νόημα αυτής της τεχνικής είναι ότι δημιουργεί ένα ισχυρό “ψυχολογικό κενό” κι έτσι όταν ο θεραπευτής “επιστρέφει”, ο πελάτης είναι απόλυτα προσανατολισμένος και προσεκτικός στο τι ο θεραπευτής θα πει. Παράλληλα, τα θετικά σχόλια που του κάνει ο θεραπευτής στην ουσία τοποθετούν τον πελάτη σε ένα πλαίσιο, που είναι έτοιμος να δεχτεί οποιαδήποτε νέα θεραπευτική πρόταση αφού γνωρίζει ότι ο θεραπευτής είναι με το μέρος του (de Shazer, 1985).

Φυσιολογικοποίηση του προβλήματος (“normalizing the problem”): πρόκειται για τεχνική που διαβεβαιώνει τον πελάτη ότι το πρόβλημά του δεν είναι μοναδικό, ότι δεν είναι ο μόνος που βιώνει ένα τέτοιο πρόβλημα, ότι άλλοι άνθρωποι με παρόμοια προβλήματα τα έχουν καταφέρει και ότι υπάρχει κάποια ελπίδα να βρεθεί κάποια λύση στο πρόβλημά του (Christensen, Todahl, & Barrett, 1999).

Εξωτερίκευση του προβλήματος (“externalizing the problem”): πρόκειται για τεχνική με την οποία ο θεραπευτής αναφέρεται στο πρόβλημα σαν αυτό να υπάρχει έξω από τον πελάτη. Ως τεχνική είναι δανεισμένη από το αφηγηματικό μοντέλο συστημικής θεραπείας (White & Epston, 1990) και προσφέρει στον πελάτη την ιδέα ότι ο ίδιος με το θεραπευτή, συνασπίζονται ενάντια στο πρόβλημα (Christensen, Todahl, & Barrett, 1999).

Εξαιρέσεις του προβλήματος (“ exceptions to the problem”): με την τεχνική αυτή ο πελάτης ενθαρρύνεται να προσανατολιστεί σε εκείνες τις φορές που το πρόβλημά του δεν ήταν παρόν στη ζωή του και πως τα κατάφερε. Οι “ερωτήσεις εξαίρεσης” υπενθυμίζουν και υπογραμμίζουν στον πελάτη ότι το πρόβλημα δεν είναι πάντα παρόν και ότι ο ίδιος κάποιες φορές είναι ελεύθερος από το πρόβλημα καθώς διαθέτει τις δεξιότητες και τη γνώση να το επιτύχει (Landhem, 2002). Έτσι ενισχύεται η αυτοπεποίθηση του πελάτη και ενθαρρύνεται να συνεχίσει να αξιοποιεί τις δυνάμεις του. Στις περιπτώσεις που ο πελάτης δυσκολεύεται να εντοπίσει εξαιρέσεις του προβλήματος, τότε ενθαρρύνεται να εντοπίσει στιγμές που το πρόβλημα δεν ήταν τόσο έντονο ή συχνό (Franklin & Jordan, 1999).

Διαμόρφωση στόχων (“developing goals”) : η διαδικασία αυτή συμβαίνει στο δεύτερο μέρος της θεραπευτικής συνεδρίας. Σύμφωνα με τη BSFT οι θεραπευτικοί στόχοι πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, επιτεύξιμοι και σημαντικοί για τον πελάτη ώστε να κινητοποιηθεί για να τους επιτύχει. Πρέπει να εστιάζουν σε μια συγκεκριμένη παρούσα συμπεριφορά και να περιγράφουν θετικές συμπεριφορές που ο πελάτης κάνει (Franklin, 1999). Ο Sklare (1997) διακρίνει δύο τύπους στόχων: 1) τους θετικούς που είναι μετρήσιμοι και περιγράφουν τι θέλει ο πελάτης, π.χ. “θέλω καλύτερους βαθμούς”, “θέλω να έχω περισσότερους φίλους” και 2) τους αρνητικούς στόχους που εκφράζονται με την απουσία κάποιας συμπεριφοράς ή συνθήκης, συνήθως μιας συμπεριφοράς των άλλων που είναι ενοχλητική για τους ίδιους π.χ. “θέλω οι γονείς μου να σταματήσουν να με πιέζουν”. Όταν ο πελάτης διατυπώνει αρνητικό στόχο, τότε ο θεραπευτής αναπλαισιώνει το στόχο με τρόπο που προσφέρει στον πελάτη την ευθύνη, για παράδειγμα προσδιορίζοντας τα κίνητρα του για το σταμάτημα αυτής της συμπεριφοράς (Sklare, 1997).

1.6.9.1.Η αποτελεσματικότητα της Brief Solution Focused Therapy στη Σχιζοφρένεια

Δεν υπάρχει μεγάλος όγκος ερευνών για την αποτελεσματικότητα της βραχείας εστιασμένης στη Λύση Θεραπείας και υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι για αυτό (Corcoran & Pillai 2009). Καταρχήν, η προσέγγιση αυτή θεωρεί ότι η παρέμβαση ξεκινά ήδη από τη φάση της εκτίμησης – αξιολόγησης του θεραπευόμενου συστήματος και το γεγονός ότι οι περισσότερες μετρήσεις εστιάζουν στο πρόβλημα θα αποσπούσε το θεραπευόμενο από το να προσανατολιστεί στη δυνατότητα του να επιλύσει το όποιο πρόβλημα. Η σύντομη διάρκεια της θεραπείας (5-7 συνεδρίες) μπορεί να μην καθιστά μετρήσιμη την αλλαγή με τα παραδοσιακά ερευνητικά εργαλεία. Άλλωστε, το να τεθεί

ένας προκαθορισμένος αριθμός συνεδριών, αφαιρεί τη δυνατότητα του θεραπευόμενου να επιλέξει τη διάρκεια της θεραπείας που αποτελεί μία από τις αρχές της προσέγγισης.

Ο θεμελιωτής της προσέγγισης de Shazer (1994) περιγράφει μια μελέτη περίπτωσης με ψυχωσικό ασθενή του οποίου το ενδιαφέρον καταφέρνει να μετακινήσει από την παραληρητική του σκέψη, σε καθημερινά θέματα της ζωής του. Οι Jakes & Rhodes (2002) αναφέρουν επίσης μια μελέτη περίπτωσης με ασθενή με παρανοειδή σχιζοφρένεια ο οποίος παρακολουθήθηκε για 3 συνεδρίες και κατόπιν σε συνεδρίες επανεκτίμησης για 2 χρόνια. Μετά τις 3 συνεδρίες σημειώθηκε μείωση της έντασης των παραληρητικών του πεποιθήσεων. Οι ίδιοι συγγραφείς (Jakes & Rhodes, 2003) αναφέρουν ότι η Βραχεία Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία όταν εφαρμόζεται σε ασθενείς με παραληρήματα, μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης και διαχείρισης και σε στόχους που δε σχετίζονται με το παραλήρημά τους. Το πλεονέκτημα της προσέγγισης με αυτούς τους ασθενείς, όπως αναφέρουν, είναι ότι δε χρειάζεται να συμφωνήσει ο θεραπευτής μαζί τους στην αντίληψη τους για το πρόβλημα.

Οι Eakes et al (1997) μελέτησαν σε ένα δείγμα 10 ασθενών με σχιζοφρένεια και των οικογενειών τους, την αποτελεσματικότητα της προσέγγισης αξιοποιώντας την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale). Μετά από 5 συνεδρίες Βραχείας Εστιασμένης στη Λύση Θεραπείας στην πειραματική ομάδα (n=5) οι συγγραφείς κατέγραψαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στην εκφραστικότητα (Expressiveness), στον ενεργητικό –δημιουργικό προσανατολισμό (Active–Recreational Orientation), στην ηθική–θρησκευτική έμφαση (Moral-Religion Emphasis) και στην οικογενειακή συνοχή (Cohesion).

Πιο πρόσφατα, οι Erdoğan & Demir (2022) την επίδραση της Εστιασμένης στη Λύση Ομαδικής Ψυχοεκπαίδευσης σε 39 ασθενείς (πειραματική και ομάδα ελέγχου) με σχιζοφρένεια όσον αφορά στην αυτοεκτίμηση, στο στιγματισμό και στην υποκειμενική αίσθηση της ανάρρωσης. Σημειώνουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.001$) στην εσωτερίκευση του στίγματος ("Internalized Stigma of Mental Illness Scale), στην υποκειμενική αίσθηση της ανάρρωσης (βάσει της Subjective Recovery Assessment Scale, ($p = 0.001$).

Οι Panayotov et al. (2011) μελέτησαν την επίδραση της Βραχείας Εστιασμένης στη Λύση Θεραπείας στη συμμόρφωση των 51 ασθενών με σχιζοφρένεια στη φαρμακευτική αγωγή. Τα αποτελέσματα έδειξαν αύξηση της διάρκειας λήψης της φαρμακευτικής αγωγής από 244 σε 827 ημέρες ή 3.4 φορές περισσότερο.

Με δεδομένα τα περιορισμένα σε έκταση αλλά πολύ ενθαρρυντικά αυτά αποτελέσματα, σχεδιάστηκε η συγκεκριμένη μελέτη. Η BSFT είναι μια προσέγγιση που έχει μελετηθεί αρκετά στις μέρες μας σε μια πληθώρα προβλημάτων και μάλιστα οι μελέτες δείχνουν ότι αρκετά 70 – 85 % των θεραπευομένων δηλώνουν ικανοποιημένοι από την προσέγγιση αυτή, ωστόσο δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες, τουλάχιστον σύμφωνα με τη δική μας γνώση, για την αποτελεσματικότητά της σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Δεδομένου ότι η προσέγγιση αυτή ξεκίνησε από το θεμελιώτη της Steve de Shazer σε ένα κλινικό πλαίσιο (de Shazer, 1994), αποτέλεσε μια ερευνητική και θεραπευτική πρόκληση ο συνδυασμός της προσέγγισης αυτής με τη φαρμακοθεραπεία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια με στόχο την αλλαγή των οικογενειακών χαρακτηριστικών (συνοχή, συγκρούσεις, εκφραστικότητα και προσανατολισμός στη δράση) και την επίδραση αυτών των αλλαγών στο σκορ ψυχοπαθολογίας των ασθενών. Αυτή υπήρξε και η πρωτοτυπία της μελέτης.

2. Σκοπός της Μελέτης

Η έρευνα που θα περιγραφεί στην εργασία αυτή, αφορά στη Σύντομη εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία (Brief Solution Focused Therapy, BSFT) (De Shazer, 2007), μια μέθοδο η οποία στηρίζεται στο ευρύτερο πλαίσιο της συστημικής θεωρίας. Η συστημική θεραπεία επικεντρωμένη στη λύση δεν έχει εφαρμοστεί εκτενώς στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Δεδομένου ότι διέπεται από τις αρχές της συστημικής θεραπείας και αξιοποιεί τη δυναμική του θεραπευόμενου συστήματος θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά της συνήθους θεραπείας της νόσου της σχιζοφρένειας. Πρόκειται για μια συνεργατική στοχοκατευθυνόμενη προσέγγιση, η οποία δομείται από την ευθεία παρατήρηση των απαντήσεων του θεραπευόμενου σε μια σειρά δομημένων ερωτήσεων. Σημαντικό είναι ότι δε διερευνάται το παρελθόν παρά μόνο για να διευκολύνει την ακριβή κατανόηση των ενδιαφερόντων του θεραπευόμενου και τη δημιουργία ενσυναίσθησης. Είναι βραχεία θεραπεία πέντε συνεδριών, διάρκειας 45 λεπτών με μεσοδιάστημα ενός μήνα. Έτσι όλη η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει κάποιους μήνες (Iveson, 2002). Ο σκοπός της έρευνας αυτής είναι να εξετάσει και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου ψυχοθεραπευτικού μοντέλου στην συσχέτιση ανάμεσα στα οικογενειακά χαρακτηριστικά και στη μείωση της ψυχοπαθολογίας των χρόνιων σχιζοφρενών, όπως αυτή μπορεί να εκτιμηθεί με συγκεκριμένα ερευνητικά εργαλεία. Η θεραπεία θα γίνει σε ατομικό επίπεδο εκτιμώντας την υποκειμενική

αντίληψη των ασθενών για τα χαρακτηριστικά της οικογένειάς τους και τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν και συμπεριφέρονται τόσο ο ίδιος όσο και τα άλλα μέλη της οικογένειας. Υπό μια συστημική θεώρηση, ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται το μέλος του συστήματος τις σχέσεις του με τα μέλη του συστήματος στο οποίο ανήκει, είναι αυτό που επιδρά και στη συμπεριφορά του και αντίστροφα. Επομένως, παρεμβαίνοντας στην αντίληψη του ασθενή με σχιζοφρένεια στοχεύουμε στην αλλαγή τόσο της δικής του συμπεριφοράς όσο και της συμπεριφοράς των υπολοίπων μελών, των σχέσεων μεταξύ τους άρα και των χαρακτηριστικών του οικογενειακού συστήματος. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι στις οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια παρατηρούνται ελλείμματα τόσο στην οικογενειακή συνοχή όσο και στην οικογενειακή προσαρμοστικότητα σε σύγκριση με "ασυμπτωματικές" οικογένειες (Friedmann et al., 1997; Sun & Cheung, 1997).

Ως εκ τούτου, θα γίνει προσπάθεια να απαντηθούν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1) Μπορεί η BSFT να συμβάλει στη μείωση της ψυχοπαθολογίας των χρόνιων σχιζοφρενών που διαβιούν στην κοινότητα ή σε ξενώνα βραχείας νοσηλείας;

2) Σχετίζεται η βελτίωση στο οικογενειακό προφίλ, και συγκεκριμένα σε χαρακτηριστικά όπως οι συγκρούσεις, η συνοχή, η οργάνωση, η ανεξαρτησία, όπως αυτό προκύπτει μέσα από την Family Environment Scale και σύμφωνα με την υποκειμενική άποψη των ασθενών, με τη μείωση της ψυχοπαθολογίας τους;

Δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι υποβαθμίζεται ο ρόλος της χρήσης των ψυχοφαρμάκων για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι πρώτον καμία ψυχοθεραπεία δεν έχει φθάσει την αποτελεσματικότητα των ψυχοφαρμάκων στην θεραπεία της σχιζοφρένειας και δεύτερον ότι όλες οι θεραπευτικές δοκιμές μείωσης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως και η παρούσα, έγιναν κάτω από παράλληλη φαρμακοθεραπεία.

3.Υλικό και Μεθοδολογία

3.1. Συμμετέχοντες

Στη μελέτη αυτή εντάχθηκαν 30 άτομα με διάγνωση "σχιζοφρένεια" από τους οποίους, οι 15 αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης που δέχτηκε τη Σύντομη Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία και οι υπόλοιποι 15 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου που δε δέχτηκε καμία άλλη παρέμβαση εκτός της συνηθισμένης θεραπείας που είχαν μέχρι την έναρξη της μελέτης (βλ. Σχήμα 1).

Τρόπος επιλογής του δείγματος

Προκειμένου για την ανεύρεση του δείγματος, που να πληροί τις προϋποθέσεις της έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι τρόποι. Συγκεκριμένα:

- Έρευνα στα αρχεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Πα.Γ.Ν.Η. για ασθενείς με διάγνωση χρόνιας σχιζοφρένειας, που είχαν νοσηλευτεί την τελευταία διετία.
- Ενημέρωση των ιατρών της Ψυχιατρικής Κλινικής ΠαΓΝΗ για την έρευνα ώστε να παραπέμπουν στην ερευνήτρια ασθενείς των ιατρείων τους.

Η ανεύρεση και ενημέρωση του δείγματος καθυστέρησε λόγω της πρώτης φάσης της πανδημίας Covid-19, καθώς αρκετοί πιθανοί συμμετέχοντες μετά την τηλεφωνική ενημέρωσή τους για το σκοπό της μελέτης, δεν επιθυμούσαν να προσέλθουν στο χώρο του Νοσοκομείου από το φόβο της έκθεσής τους στον κορονοϊό και πιθανής νόσησης.

Συνολικά ανευρέθησαν 61 ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια, η πλειοψηφία των οποίων είχε κάποια στιγμή νοσηλευθεί στην Ψυχιατρική Κλινική ΠαΓΝΗ με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Έγινε τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, ενημερώθηκαν για τη μελέτη, το γενικό σκοπό της, τη διαδικασία και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και δόθηκε το πρώτο ραντεβού. Τελικά δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη οι 30 οι οποίοι και πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες έπρεπε να:

- είναι κάτοικοι της πόλης του Ηρακλείου ή κοντινών χωριών, προκειμένου να είναι εφικτή η προσβασιμότητά τους στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
- είναι σε σταθερή κατάσταση όσον αφορά στην ψυχοπαθολογία τους τουλάχιστον το τελευταίο τρίμηνο (να μην έχουν υποτροπιάσει ή να έχουν εισαχθεί στην ψυχιατρική κλινική). Έτσι θα ήταν εφικτό να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης
- βρίσκονται υπό σταθερή φαρμακευτική αγωγή τουλάχιστον το τελευταίο τρίμηνο, με καλή ανοχή στη φαρμακευτική αγωγή, και αποτελεσματικότητα για την οποία δεν υπήρχε προοπτική να αλλαχθεί το επόμενο χρονικό διάστημα
- νοσούν από σχιζοφρένεια για τουλάχιστον 3 χρόνια, προκειμένου να ικανοποιηθεί το κριτήριο της χρονιότητας
- είναι Έλληνες με καλή κατανόηση της ελληνικής γλώσσας ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στη συμπλήρωση των κλιμάκων

- συναινέσουν να συμμετάσχουν στη μελέτη υπογράφοντας το έγγραφο συναίνεσης
- έχουν ηλικία 18 έως 60 έτη

Με τυχαίο τρόπο (νόμισμα) οι ασθενείς χωρίστηκαν σε πειραματική και ομάδα ελέγχου, δηλαδή, 15 άτομα σε κάθε ομάδα. Κλήθηκαν όλοι σε μια αρχική συνέντευξη προκειμένου να γίνει διαπίστωση της κατάστασης στην οποία βρίσκονταν οι ενδιαφερόμενοι καθώς και η ενημέρωσή τους με το "Έγγραφο Ενημέρωσης για την Έρευνα" (παρατίθεται στο Παράρτημα) για τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας. Όσοι τελικά δέχθηκαν να ενταχθούν στη μελέτη, κλήθηκαν να υπογράψουν το "Έγγραφο Αποδοχής Συμμετοχής στην Έρευνα" (παρατίθεται στο Παράρτημα). Το Πρωτόκολλο της Μελέτης εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του ΠαΓΝΗ (Αρ. Απόφασης 32/17-10-2018).

3.1.1. Πειραματική Ομάδα

Η ομάδα των ασθενών με σχιζοφρένεια που αποτέλεσε την πειραματική ομάδα της έρευνας αποτελούνταν από 15 ασθενείς, 8 γυναίκες και 7 άντρες ηλικίας από 33 έως 59 έτη. Δύο ασθενείς ήταν έγγαμοι, ένας διαζευγμένος και οι υπόλοιποι 12 άγαμοι. Οι 5 από τους συμμετέχοντες ζούσαν μόνοι τους σε αυτόνομη διαβίωση ενώ οι υπόλοιποι 10 ζούσαν με τις πυρηνικές ή πατρικές τους οικογένειες ή σε δομή ψυχικής υγείας. από τους 10, οι 4 διέμεναν στο Μετανοσοκομειακό Ξενώνα Βραχείας Νοσηλείας κατά τη διεξαγωγή της μελέτης. Όλοι ζούσαν στην πόλη του Ηρακλείου. Τρεις ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, 3 απόφοιτοι ΤΕΙ, 6 απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 3 Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης. Κανείς από τους ασθενείς δεν έκανε χρήση τοξικών (ναρκωτικών) ουσιών κατά τη διάρκεια της έρευνας ή στο παρελθόν, ενώ όλοι ήταν σταθεροποιημένοι στη φαρμακευτική τους αγωγή και έτσι αυτή δε χρειάστηκε να αλλάξει κατά τη διάρκεια των 3 μηνών που διήρκεσε η παρέμβαση. Σχετικά με τη διάρκεια και την πορεία της ασθένειας των συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα της μελέτης, η μέση διάρκεια νόσου ήταν 19.06 έτη, 2 από αυτούς είχαν κάνει στο παρελθόν απόπειρες αυτοκαταστροφής ενώ μόνο ένας ασθενής δεν είχε ποτέ νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική και οι υπόλοιποι είχαν από 1 έως και 10 νοσηλείες. Οι 7 από τους συμμετέχοντες ελάμβαναν συνδυασμό ενέσιμης και Per os αγωγής και οι υπόλοιποι 8 μόνο Per os αγωγή.

3.1.2. Ομάδα Ελέγχου

Στην ομάδα ελέγχου συμμετείχαν 15 ασθενείς εκ των οποίων 11 άνδρες και 4 γυναίκες ηλικίας 33 έως 62 ετών. Δύο ασθενείς ήταν έγγαμοι, 2 διαζευγμένοι και οι υπόλοιποι 11 άγαμοι. Οι 5 από τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης ζούσαν σε δομές ημι-αυτόνομης διαβίωσης, δηλαδή στο Μετανοσοκομειακό Ξενώνα ΠαΓΝΗ και στα Προστατευόμενα Διαμερίσματα, οι 8 ζούσαν μόνοι τους αυτόνομοι και οι 2 με τις πυρηνικές τους οικογένειες. Όλοι ζούσαν στην πόλη του Ηρακλείου. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, ένας ήταν απόφοιτος ΑΕΙ, 7 απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 7 Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης. Κανείς από τους ασθενείς δεν έκανε χρήση τοξικών (ναρκωτικών) ουσιών κατά τη διάρκεια της έρευνας ή στο παρελθόν, ενώ όλοι ήταν σταθεροποιημένοι στη φαρμακευτική τους αγωγή και έτσι αυτή δε χρειάστηκε να αλλάξει κατά τη διάρκεια των 3 μηνών που διήρκεσε η παρέμβαση στην πειραματική ομάδα. Η μέση διάρκεια νόσου ήταν 21.9 έτη. Τρεις από αυτούς είχαν κάνει στο παρελθόν απόπειρες αυτοκαταστροφής και όλοι οι συμμετέχοντες είχαν στο παρελθόν από 1 έως και 10 νοσηλείες σε ψυχιατρική κλινική. Οι 9 από τους συμμετέχοντες ελάμβαναν συνδυασμό ενέσιμης και Per os αγωγή και οι υπόλοιποι 6 μόνο Per os αγωγή. Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες σε όλες τις κλινικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, p=.7, διάρκεια νόσου, p=.6), φύλο, p=.2, οικογενειακή κατάσταση, p=.8), αριθμός ψυχιατρικών νοσηλειών, p=.2). Συγκεντρωτικά δεδομένα για τις δύο ομάδες περιλαμβάνονται στον Πίνακα 1 ενώ ατομικά δεδομένα εμφανίζονται στο Παράρτημα (Πίνακες 1-4).

Πίνακας 1: Κλινικά και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων.

	Ομάδα Παρέμβασης	Ομάδα Ελέγχου
Φύλο		
Γυναίκες	8 (46.7%)	4 (26.7%)
Άνδρες	7 (52.3%)	11 (73.3%)
Μέσος όρος ηλικίας Age (mean [SD] σε έτη	46.8 (6.9)	47.7 (8.4)
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος	12 (80%)	11 (73.3%)
Έγγαμος	2 (13.4%)	2 (13.4%)
Διαζευγμένος	1 (6.3%)	2 (13.4%)

Διάρκεια Νόσου (mean [SD] σε έτη)	20.13 years	21.9 years
Εκπαιδευτικό Επίπεδο		
Πρωτοβάθμια	3 (20%)	7 (46.6%)
Δευτεροβάθμια	6 (40%)	7 (46.6%)
Τριτοβάθμια	6 (40%)	1(6.3%)
Αριθμός Νοσηλειών		
0 – 1	3 (20%)	1 (6.3%)
2 – 5	9 (60%)	7 (46.6%)
6 – 10	3 (20%)	7 (46.6%)
Τρέχουσα κατάσταση		
Διαμένοντες σε Ξενώνα	7 (46.6%)	7 (46.6%)
Διαμένοντες στην κοινότητα	8 (53.4%)	8 (53.4%)
Φαρμακευτική Αγωγή		
Per os	8 (53.4%)	6 (40%)
Per os & Depot	7 (46.6%)	9 (60%)
Ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας	2 (13.4%)	3 (20%)

3.2. Κλίμακες

Για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της Συστημικής Παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία:

3.2.1. Η Βραχεία Κλίμακα Ψυχιατρικής Αξιολόγησης (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS -18)

Η Βραχεία Κλίμακα Ψυχιατρικής Αξιολόγησης αναπτύχθηκε προκειμένου να προσφέρει μια γρήγορη εκτίμηση της αλλαγής του ασθενούς (Overal & Gohran, 1962). Πρόκειται για μια σύντομη και εύχρηστη κλίμακα που έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες ασθενών με διάφορες ψυχοπαθολογίες (Pirkis et al 2005) και έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματική στην αξιολόγηση ασθενών με σχιζοφρένεια (Overall et al, 1962· Bowling, 1995· Hedlund et al 1980). Στόχος της Κλίμακας είναι να περιγραφούν τα κύρια συμπτώματα των ασθενών με ψυχιατρική διάγνωση αλλά και να εκτιμηθεί η αλλαγή στην ψυχοπαθολογία έπειτα από φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (Overall & Gorham, 1962).

Στην αρχική του μορφή περιελάμβανε 16 ερωτήματα τα οποία προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση 2 εκτενέστερων κλιμάκων αξιολόγησης (Overall & Gorham, 1962). Στην πορεία όμως προστέθηκαν 2 ακόμη ερωτήματα (Overall & Gorham, 1988) ώστε να υπάρχει μια πιο περιεκτική αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας. Η κλίμακα

διερευνά την ένταση των συμπτωμάτων σχιζοφρένειας και κατάθλιψης κατά την προηγούμενη εβδομάδα, εκτός από 6 ερωτήματα που αναφέρονται στις 3 προηγούμενες ημέρες. Συμπληρώνεται κατά τη διάρκεια σύντομης συνέντευξης του κλινικού με τον ασθενή, στην κλίμακα 0-7, με το 0 να δηλώνει την ανυπαρξία του συμπτώματος και το 7 να δηλώνει πολύ βαριά έκφραση του (Πανέρα & Crawford, 2004). Το συνολικό σκορ της ψυχοπαθολογίας ορίζεται από το άθροισμα των 18 επιμέρους ερωτημάτων και αποτελεί ένδειξη της συνολικής ψυχοπαθολογίας του ασθενούς. Όσο υψηλότερο είναι το συνολικό σκορ όλων των υποκλιμάκων της κλίμακας BPRS τόσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα του ασθενούς ενώ η μείωση στην συνολική βαθμολόγηση της κλίμακας δηλώνει μείωση της έντασης των συμπτωμάτων.

Τα 18 ερωτήματα αφορούν:

1. την ανησυχία για την σωματική υγεία
2. το άγχος
3. τη συναισθηματική απόσυρση
4. την αποδιοργάνωση της σκέψης
5. το αίσθημα ενοχής, το αίσθημα έντασης
6. τους ιδιοτροπισμούς και στάσεις
7. τις ιδέες μεγαλείου
8. την καταθλιπτική διάθεση
9. την εχθρικότητα
10. την καχυποψία
11. τις ψευδαισθήσεις
12. την κινητική επιβράδυνση
13. την έλλειψη συνεργασιμότητας
14. το ασύνηθες περιεχόμενο σκέψης
15. το επίπεδο συναίσθημα
16. την ψυχοκινητική διέγερση
17. τη διαταραχή προσανατολισμού
18. συνεργασία κατά τη βαθμολόγηση

Η BPRS έχει χρησιμοποιηθεί με αξιοπιστία και εγκυρότητα σε ψυχιατρικούς ασθενείς σε Γαλλία, Γερμανία,Αυστρία, Ελβετία, Τουρκία και σε άλλες χώρες (Hedlund & Vieweg, 1980) και στην κλινική πράξη έχει βρεθεί πολύ αποτελεσματική στην αξιολόγηση ασθενών με σχιζοφρένεια Overall et al (1962).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή της BPRS (Panera A. & Crawford, 2002) που παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνάφεια όσον αφορά στη συνολική κλίμακα (Cronbach's a= 0,80) και ικανοποιητική όσον αφορά στις υποκλίμακες (Cronbach's a κυμαίνεται από 0,61 έως 0,86).

3.2.2. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale)

Για τη μελέτη των χαρακτηριστικών του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, καθώς και την αξιολόγηση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών αλλά και των συνολικών ιδιοτήτων της οικογένειας των ασθενών, χορηγήθηκε η αυτοσυμπληρούμενη Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale [FES]) (Moos and Moos 1986). Χρησιμοποιήθηκε η απόδοση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά από τις Πολέμη-Τοδούλου και Λαμπίδη. Η FES μπορεί να χορηγηθεί σε τρεις μορφές 1) την ιδανική μορφή (Ideal Form), όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει το πώς θα έπρεπε να είναι διαμορφωμένες οι σχέσεις μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, 2) τον τύπο των προσδοκιών (Expectations Form), όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει το πώς αυτός ο ίδιος θα επιθυμούσε να είναι διαμορφωμένες οι σχέσεις μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον και 3) την πραγματική μορφή (Real Form) όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει το πώς πραγματικά είναι οι σχέσεις και τα πράγματα μέσα στην οικογένειά του. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η Πραγματική Μορφή της FES επειδή ενδιέφερε ποια ήταν η αντίληψη των εξεταζομένων για τα ισχύοντα σε παρόντα χρόνο χαρακτηριστικά του οικογενειακού τους περιβάλλοντος αλλά και να εξακριβωθεί αν και με ποιο τρόπο οι συνολικές ιδιότητες του οικογενειακού συστήματος, κατά την αντίληψη του εξεταζόμενου, άλλαξαν μετά το τέλος των συνεδριών.

Δομή και Περιεχόμενο της FES

Περιλαμβάνει 90 δηλώσεις που αξιολογούν τις πεποιθήσεις σχετικά με το οικογενειακό περιβάλλον. Ο εξεταζόμενος σημειώνει "ισχύει" – "δεν ισχύει" ανάλογα με το αν συμφωνεί ή όχι με το περιεχόμενο της δήλωσης (βλ Παράρτημα).

Αξιολογούνται οι παρακάτω 10 υποκλίμακες:

1. Συνοχή (Cohesion): περιγράφει το βαθμό της δέσμευσης, αλληλοβοήθειας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.

2. Εκφραστικότητα (Expressiveness): περιγράφει το βαθμό της αλληλοενθάρρυνσης για ανοικτή δράση και σαφή έκφραση των συναισθημάτων των μελών της οικογένειας.

3. Συγκρούσεις (Conflict): περιγράφει το βαθμό της ανοικτής έκφρασης θυμού, επιθετικότητας και διαμάχης μεταξύ των μελών της οικογένειας.

4. Ανεξαρτησία (Independence): περιγράφει το βαθμό της αυτοπεποίθησης, αυτάρκειας και ικανότητας για λήψη αποφάσεων κάθε μέλους της οικογένειας.

5. Προσανατολισμός στην απόδοση–επιτυχία (Achievement Orientation): περιγράφει το βαθμό των δραστηριοτήτων που γίνονται με σκοπό την επιτυχία ή το συναγωνισμό.

6. Πνευματικός–Πολιτιστικός Προσανατολισμός (Intellectual–Cultural Orientation): περιγράφει το βαθμό του ενδιαφέροντος των μελών της οικογένειας για πολιτικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και πνευματικές δραστηριότητες.

7. Ενεργητικός–δημιουργικός προσανατολισμός (Active–Recreational Orientation): περιγράφει το βαθμό συμμετοχής των μελών της οικογένειας σε κοινωνικές και δημιουργικές δραστηριότητες.

8. Ηθική–θρησκευτική έμφαση (Moral-Religion Emphasis): περιγράφει το βαθμό πίστης των μελών σε ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις και αξίες.

9. Οργάνωση (Organization): περιγράφει το βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας θεωρούν σημαντική την καθαρή οργάνωση και δομή στις οικογενειακές δραστηριότητες και υπευθυνότητες.

10. Έλεγχος (Control): περιγράφει το βαθμό που χρησιμοποιούνται κανόνες και διαδικασίες στην καθημερινή οικογενειακή ζωή.

Αξιοπιστία και Εγκυρότητα

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της FES έχει ελεγχθεί από τους συγγραφείς (Moos and Moos 1986) και έχει βρεθεί να είναι υψηλή ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες έρευνες για νοητική υστέρηση, ψυχιατρικές ασθένειες, χρήση ουσιών κλπ (Warring and Russel 1980, Mc Burney and Baer 1981, Moos and Moos 1986).

Τρόπος Χορήγησης

Δίδεται στον εξεταζόμενο το ερωτηματολόγιο που περιέχει και τις οδηγίες συμπλήρωσής του, οι οποίες όμως του δίδονται πρώτα προφορικά και μετά καλείται να τις διαβάσει και

ο ίδιος. Ο εξετάζων βρίσκεται στη διάθεση του εξεταζόμενου σε όλη τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Αν ο εξεταζόμενος ζητήσει κάποιες διευκρινίσεις, ο εξεταστής θα πρέπει να επαναλάβει και πάλι τη συγκεκριμένη ερώτηση, παρεμβαίνοντας μόνο στο νόημα κάποιας λέξης και όντας ιδιαίτερα προσεκτικός να μην επηρεάσει με τη διευκρίνησή του την κατεύθυνση της απάντησης που θα δώσει ο εξεταζόμενος. Αν κάποιος εξεταζόμενος εμφανίζεται σχετικά αναποφάσιστος, ο εξεταστής μπορεί δυνητικά να τον βοηθήσει λέγοντας να απαντήσει σύμφωνα με το αν η συγκεκριμένη δήλωση ισχύει τον περισσότερο καιρό, ή για τα περισσότερα μέλη της οικογένειάς του. Αν παρόλα αυτά εξακολουθεί να έχει αμφιθυμία για το ποια κατεύθυνση να απαντήσει, ο εξεταστής μπορεί να ζητήσει από τον εξεταζόμενο να κάνει μόνο μια υπόθεση σχετικά με το πιστεύει και να τη γράψει δίπλα από τη συγκεκριμένη δήλωση.

Βαθμολόγηση

Οι απαντήσεις μεταφέρονται σε ειδικό απαντητικό φύλλο και ο υπολογισμός των επιμέρους βαθμολογιών στις υποκλίμακες γίνεται με τη βοήθεια διάτρητης κλείδας. Τέλος, οι αρχικές βαθμολογίες μετατρέπονται σε τυπικούς βαθμούς βάσει πινάκων στο εγχειρίδιο χορήγησης (Moos and Moos, 1986).

Οι δύο κλίμακες (FES, BPRS) χορηγήθηκαν σε όλους τους συμμετέχοντες δύο φορές: πριν και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης στην ομάδα παρέμβασης και σε 2 χρονικές στιγμές σε διάστημα 3 μηνών στην ομάδα ελέγχου.

3.2.3.Το Γενεόγραμμα

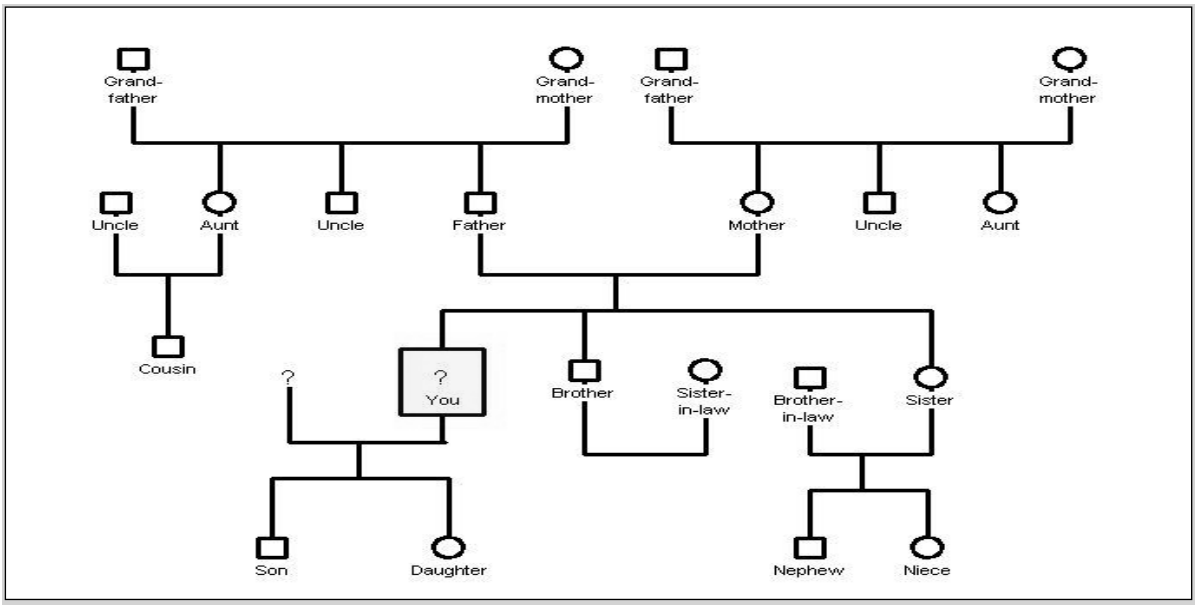
Το γενεόγραμμα είναι το οικογενειακό δέντρο που απεικονίζει τις σχέσεις τριών γενεών (Silvestri, 2010). Πρόκειται για μια διαγενεακή απεικόνιση του προτύπου της οικογένειας, ένα απτό και οπτικοποιημένο μέσο για να χαρτογραφηθούν με συνοπτικό τρόπο: 1) η οικογενειακή δομή, 2) να γίνει καταγραφή των πληροφοριών γύρω από την οικογένεια και 3) να απεικονισθούν γραμμικά οι οικογενειακές σχέσεις (McGoldrick & Gerson, 1999). Αυτή η απεικόνιση γίνεται με σχήματα που συμβολίζουν ανθρώπους και γραμμές που δηλώνουν τις σχέσεις μεταξύ τους. Υπάρχουν κάποια τυποποιημένα σύμβολα που βοηθούν την εύκολη ανάγνωση του γενεογράμματος.

Η τεχνική του γενεογράμματος προέρχεται από το δομικό συστημικό μοντέλο (Bowen,1976) σύμφωνα με το οποίο η θέση μας σε ορισμένο σημείο της οικογενειακής δομής επηρεάζει τη λειτουργία μας, το πλέγμα των σχέσεων μας και τον τύπο

οικογένειας που θα σχηματίσουμε για την επόμενη γενιά. Το φύλο και η σειρά γέννησης παίζουν σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση μας. Σε αυτό το πλαίσιο, το γενεόγραμμα, βοηθάει στην περιγραφή των οικογενειών και των λειτουργιών τους, της πολυπλοκότητας των σχέσεων του οικογενειακού πλαισίου και των συνδέσεων με τα μοτίβα σχέσεων του παρελθόντος.

«Το γενεόγραμμα επιτρέπει στον ειδικό να ανακαλύψει έντονες σχέσεις μέσα στην οικογένεια και, με δεδομένη τη δομή της οικογένειας και τη θέση τους στον κύκλο ζωής, να κάνει υποθέσεις γύρω από τα σημαντικά τριγωνικά σχήματα και τα όρια της οικογένειας. Η κατανόηση τέτοιων τριγωνικών σχημάτων είναι ουσιαστική για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης. Η "αποτριγωνοποίηση" είναι μια σημαντική θεραπευτική διαδικασία μέσω της οποίας τα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν να αποδεσμεύονται από άκαμπτα τριγωνικά σχήματα» (Bowen, 1996)

Παράδειγμα Απεικόνισης Γενεογράμματος



Το γενεόγραμμα περιλαμβάνει τύπους λειτουργίας, σχέσεων και δομής της οικογένειας που συνεχίζονται από τη μια γενιά στην άλλη (McGoldrick & Gerson, 1999) και βοηθάει τόσο στην κατανόηση του παρόντος όσο και του ιστορικού συμφραζόμενου της οικογένειας, δηλαδή, επαναλαμβανόμενα πρότυπα σχέσεων, συμπεριφορών και δομής

της οικογένειας. Στόχος είναι η αναγνώρισή τους ώστε να βοηθηθεί ο θεραπευόμενος να αποφύγει την επανάληψή τους (McGoldrick & Gerson, 1999).

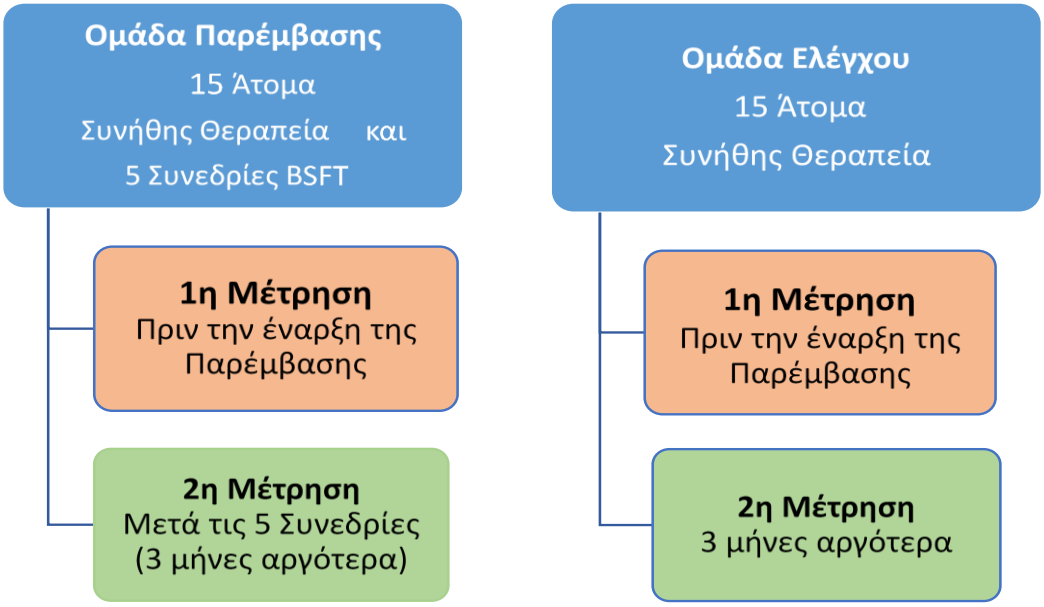
3.3. Δομή της παρέμβασης

Η πρώτη συνεδρία: όπως γράφει ο de Shazer (Bannink, 2010) ένας καλά προσδιορισμένος στόχος, είναι το κλειδί για τη σύντομη θεραπεία προκειμένου να υπάρξει επιτυχές αποτέλεσμα. Στην πρώτη συνεδρία ορίζεται ο θεραπευτικός στόχος που πρέπει να είναι σαφής, προσδιορισμένος με λεπτομέρειες και με συμπεριφορικούς όρους, ρεαλιστικός και χρήσιμος στον ασθενή για το παρόν ή για την ανάπτυξη ή την παρουσία μιας συνθήκης παρά για την απουσία τους. Προκειμένου να προσδιοριστεί ο στόχος, χρησιμοποιούνται έξι είδη ερωτήσεων:

- Ερωτήσεις για αλλαγές πριν τη συνεδρία (“Από τη στιγμή που σας τηλεφώνησα για το ραντεβού ως σήμερα, τι είναι αυτό που θα λέγατε ότι είναι λίγο καλύτερα;”)
- Ερωτήσεις θαύματος (δίνουν την ευκαιρία στο θεραπευόμενο να περιγράψει τι είναι αυτό που θα ήθελε από τη θεραπεία)
- Ερωτήσεις επέκτασης (“ποιο μέρος του θαύματος συμβαίνει ήδη”;)
- Ερωτήσεις διαβάθμισης (ζητείται από το θεραπευόμενο να τοποθετήσει τον εαυτό του σε μια κλίμακα όπου το 0 είναι η λιγότερο επιθυμητή κατάσταση και το 10 η περισσότερο επιθυμητή)
- Αναγνώριση της αλλαγής (ζητείται από το θεραπευόμενο να πει πως ο ίδιος και το περιβάλλον του θα αναγνωρίσουν ότι έχει συμβεί κάποιου βαθμού αλλαγή)
- Ερωτήσεις αντιμετώπισης που γίνονται όταν ο θεραπευόμενος έχει δυσκολία να εισέλθει σε ένα πλαίσιο λύσεων (“αν υποθέσουμε ότι όλα αυτά συμβαίνουν στη ζωή σας, τι είναι αυτό που κάνετε και τα καταφέρνετε κάθε μέρα;

Επόμενες συνεδρίες: στο τέλος κάθε συνεδρίας σχεδιάζεται η επόμενη συνεδρία και ο θεραπευόμενος έχει την ευκαιρία να επιλέξει το μεσοδιάστημα των 2 ή 3 εβδομάδων. Κάθε συνεδρία ξεκινά με την ερώτηση “Τι πάει καλύτερα;” σε μια κλίμακα διαβάθμισης και σχεδιάζονται τα επόμενα βήματα. Στο τέλος κάθε συνεδρίας δίνονται θετικά σχόλια στο θεραπευόμενο καθώς επίσης και σχόλια τύπου “Κάνε περισσότερο από αυτό που

κάνεις και ήδη δουλεύει” ή “Είναι καιρός να δοκιμάσεις να κάνεις κάτι διαφορετικό” που βοηθούν να διατηρηθεί η αλλαγή μετά τη συνεδρία.



Σχήμα 1. Σχεδιασμός της μελέτης.

3.4. Ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τη γνώση που προέρχεται κυρίως από ένα πλήθος ερευνών από την Κοινωνική Ψυχιατρική και την Οικογενειακή Θεραπεία, διατυπώθηκαν οι κύριες ερευνητικές υποθέσεις πάνω στις οποίες στηρίχθηκε η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Συνοψίζοντας τη βιβλιογραφία, είναι γνωστό ότι :

1. Οι οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από ένα μοτίβο επικοινωνίας που χαρακτηρίζεται ως “διπλοσύνδεση”, δηλαδή έκφραση αλληλοαναιρούμενων μηνυμάτων από τους γονείς προς τα παιδιά τους (Bateson et al., 1956).

2. Υπάρχουν διαφωνίες των γονέων, που είτε προηγούνται της έναρξης μιας σοβαρής ψυχωσικής διαταραχής (Nugter et al. 1997) ή δύναται να προβλέψουν την υποτροπή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Velligan et al. 1996), συχνά μακρόχρονες και σοβαρές συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς (Napier et al. 1990) και τέλος ένας αγώνας ελέγχου και ισχύος του ενός μέρους του ζευγαριού πάνω στο άλλο (Haley 1990, Bowen 1960).

3. Το περιεχόμενο της επικοινωνίας είναι συνήθως κριτικά σχόλια και δηλώσεις αποδοκιμασίας, θυμού και απόρριψης (Ariandi 1978). Συνήθως αυτά τα σχόλια αυξάνουν την ένταση και τις συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια.
4. Υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα δηλαδή, α) *κριτική στάση και κριτικά σχόλια* ως άμεση έκφραση του θυμού (Kuipers et al., 2002) *β) επιθετικότητα* που συχνά συνοδεύεται με την απόρριψη του ασθενούς, γ) *υπερεμπλοκή* που αποτελεί μια μίξη άγχους και ενοχής που συχνά ωθεί τους συγγενείς να κάνουν ό,τι είναι δυνατόν για τον ασθενή, με αποτέλεσμα ο ασθενής να γίνεται ολοένα περισσότερο εξαρτημένος από τους συγγενείς αλλά και ανήσυχος για το αν μπορεί τελικά να τα καταφέρει μόνος του.

Σε αυτό το πλαίσιο διατυπώθηκαν τρεις ερευνητικές υποθέσεις:

1. Η Βραχεία Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία πιθανά μπορεί να μειώσει την ψυχιατρική συμπτωματολογία των ασθενών όπως αυτή εκτιμάται με την κλίμακα BPRS.
2. Η Βραχεία Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία πιθανά μπορεί να τροποποιήσει την αντίληψη των ασθενών σχετικά με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ενδο-οικογενειακών σχέσεων (πχ. το επίπεδο των συγκρούσεων, την οικογενειακή συνοχή, την οργάνωση και τον έλεγχο).
3. Η πιθανή μείωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας των ασθενών μπορεί να αποδοθεί σε ένα βαθμό σε μεταβολές στην αντίληψή τους για τα χαρακτηριστικά των ενδο-οικογενειακών σχέσεων.

4.Περιγραφή του πρωτοκόλλου της παρέμβασης

Για την εξεύρεση του δείγματος της μελέτης έγινε ενημέρωση των ιατρών της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του ΠαΓΝΗ σχετικά με τους στόχους της μελέτης και τα κριτήρια ένταξης των ασθενών με σχιζοφρένεια στη μελέτη.

Οι ψυχίατροι που ενδιαφέρθηκαν να βοηθήσουν στην προσέγγιση του δείγματος, ενημέρωναν τους ασθενείς τους και αν εκείνοι δέχονταν, παραπέμπονταν στην ερευνήτρια, η οποία τους κατέτασε με τυχαίο τρόπο στην ομάδα παρέμβασης ή στην ομάδα ελέγχου. Κατόπιν τους προσέγγιζε τηλεφωνικώς, τους έδινε ραντεβού και τους εξηγούσε τη διαδικασία της μελέτης. Αρχικά, στην πρώτη συνάντηση, όλοι οι ασθενείς υπέγραφαν το έντυπο συναίνεσης στην έρευνα.

Επίσης, στην πρώτη συνάντηση γινόταν η συμπλήρωση των ερευνητικών εργαλείων, δηλαδή, η λήψη της Brief Psychiatric Rating Scale για την εκτίμηση του σκορ ψυχοπαθολογίας από την ερευνήτρια και η συμπλήρωση του Family Environment Scale από τον ασθενή με την παρουσία της ερευνήτριας.

Όσοι ασθενείς κατατάσσονταν στην ομάδα ελέγχου ενημερώνονταν και συμφωνούσαν ότι θα έχουν ένα ακόμη ραντεβού σε λίγους μήνες οπότε και θα χρειαζόταν να συμπληρώσουν και πάλι τα ερωτηματολόγια αυτά ενώ διαβεβαιώνονταν ότι θα συνεχίσουν να έχουν την τακτική παρακολούθησή τους από τον ψυχίατρό τους.

Στους ασθενείς που κατατάσσονταν στην ομάδα παρέμβασης γινόταν περιγραφή της διαδικασίας και δινόταν το πρώτο ραντεβού για τη συνεδρία. Στην πρώτη συνεδρία γινόταν το θεραπευτικό συμβόλαιο (εχεμύθεια, αριθμός, διάρκεια και συχνότητα συνεδριών, ενημέρωση για τα αποτελέσματα της μελέτης). Οι συνεδρίες ακολουθούσαν την τυπική μορφή της προσέγγισης Brief Solution Focused Therapy, όπως αυτή περιγράφηκε στο θεωρητικό μέρος. Μετά την ολοκλήρωση των 5 συνεδριών γινόταν η συμπλήρωση εκ νέου των ερευνητικών εργαλείων και ακολουθούσε το κλείσιμο της συνεργασίας.

Στο παράρτημα παρατίθενται αποσπάσματα συνεδρίας με δύο από τους συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης.

5. Στατιστική Ανάλυση

Η 1η ερευνητική υπόθεση εξετάστηκε μέσω Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα BPRS, μεταβλητή μεταξύ υποκειμένων την Ομάδα (Παρέμβασης, Ελέγχου) και 2 επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (πριν και μετά την παρέμβαση). Το επίπεδο σημαντικότητας για κύριες επιδράσεις και την αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και μέτρησης ορίστηκε σε $\alpha=0.05$.

Η 2η ερευνητική υπόθεση εξετάστηκε μέσω Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) με εξαρτημένες μεταβλητές τη βαθμολογία στις 11 υποκλίμακες της FES, μεταβλητή μεταξύ υποκειμένων την Ομάδα (Παρέμβασης, Ελέγχου) και 2 επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (πριν και μετά την παρέμβαση). Το επίπεδο σημαντικότητας για κύριες επιδράσεις και την αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και μέτρησης ορίστηκε σε $\alpha=0.05/11=0.0045$ (με διόρθωση Bonferroni για 11 μετρήσεις).

Η 3η ερευνητική υπόθεση εξετάστηκε μέσω δεικτών γραμμικής συσχέτισης Pearson μεταξύ της μεταβολής στη βαθμολογία στην κλίμακα BPRS και της μεταβολής στις υποκλίμακες της FES μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης. Το προτεινόμενο μέγεθος δείγματος εκτιμάται ότι επαρκεί για την ανίχνευση στατιστικά σημαντικής συσχέτισης σε επίπεδο σημαντικότητας α=.05 εξασφαλίζοντας ελάχιστη στατιστική ισχύ 80% εφόσον ο πραγματικός βαθμός συνάφειας μεταξύ των δύο μεταβλητών ρ >.45.

6. Αποτελέσματα

6.1.Προκαταρκτικές αναλύσεις

Οι δύο ομάδες της μελέτης βρέθηκε να είναι συγκρίσιμες στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα BPRS κατά την πρώτη μέτρηση (p>0.15).

Πίνακας 2. Βαθμολογίες των δύο ομάδων στην κλίμακα BPRS και στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FES ανά περίοδο μέτρησης

	1η Μέτρηση		2η Μέτρηση		P values			
Ομάδα	1. Παρέμβασης	2. Ελέγχου	3. Παρέμβασης	4. Ελέγχου	1 vs. 2	3 vs 4	2 vs 4	1 vs. 3
BPRS	55.3 (10.8)	61.4 (11.9)	28.8 (4.5)	62.7 (9.9)	0.1	**<0.001**	0.4	**<0.001**
Συνοχή	34.2 (17.6)	29.8 (19.7)	47.0 (16.5)	27.3 (18.2)	0.5	**0.004**	0.09	0.01
Εκφραστικότητα	35.7 (9.6)	34.7 (13.4	35.5 (10.2)	34.2 (13.1)	0.8	0.7	0.6	0.9
Σύγκρουση	63.5 (13.5)	53.9 (14.9)	39.5 (4.8)	53.9 (13.9)	0.075	0.001	0.9	<0.001
Ανεξαρτησία	25.5 (20.4)	33.0 (13.7)	30.1 (21.5)	31.9 (13.8)	0.3	0.08	0.1	0.1
Προσανατολισμός στην απόδοση–επιτυχία	45.3 (16.0)	46.0 (13.9)	48.2 (13.7)	45.5 (14.4)	0.8	0.07	0.7	0.2
Πνευματικός – Πολιτισμικός Προσανατολισμός	40.5 (16.4)	31.7 (11.0)	43.2 (15.7)	31.6 (11.4)	0.1	0.027	0.9	0.1
Ενεργητικός–δημιουργικός προσανατολισμός	38.5 (12.9)	29.4 (8.4)	43.8 (11.9)	29.4 (8.4)	0.03	**0.001**	0.9	0.05
Ηθική–θρησκευτική έμφαση	52.3 (12.2)	51.4 (13.8)	53.4 (12.8)	51.0 (13.4)	0.8	0.6	0.3	0.4
Οργάνωση	51.7 (11.8)	53.6 (10.8)	58.0 (9.9)	52.9 (11.3)	0.7	0.2	0.1	0.01
Έλεγχος	64.5 (12.9)	61.9 (10.2)	59.5 (9.6)	62.7 (9.5)	0.6	0.3	0.1	0.015

Συντομεύσεις; FES: Family Environment Scale; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale. *Σημείωση: Οι τιμές αντιπροσωπεύουν μέσους όρους και τυπικές αποκλίσεις σε παρένθεση. Στατιστικά σημαντικές διαφορές σημειώνονται με έντονη γραφή (p<0.004).*

6.1.1. Επίδραση της παρέμβασης στην κύρια μεταβλητή έκβασης (Βαθμολογία στην κλίμακα BPRS)

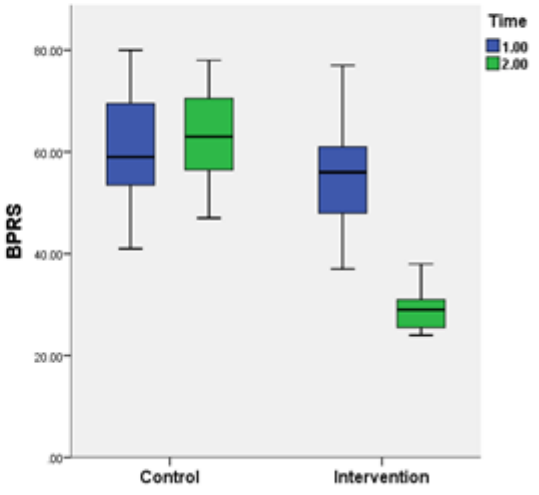
Η 1η ερευνητική υπόθεση υποστηρίζεται από τη στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και μέτρησης (T1, T2) για τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα BPRS ($F[1,28] = 93.11$, $p<0.001$). Περαιτέρω διερευνητικές αναλύσεις απλής ανάλυσης διακύμανσης φανέρωσαν ότι κατά τη δεύτερη μέτρηση η ομάδα παρέμβασης σημείωσε σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα BPRS ($F[1,28] = 145.38$, $p <0.001$] σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, σημαντική μείωση στη βαθμολογία στην κλίμακα BPRS ($F[1,14] = 129.98$, $p<0.001$) παρατηρήθηκε στην ομάδα παρέμβασης μεταξύ των δύο μετρήσεων, ενώ η αντίστοιχη μεταβολή ήταν αμελητέα στην ομάδα ελέγχου ($p>0.5$). Η παραπάνω μεταβολή στην ομάδα παρέμβασης αντιστοιχεί σε μεγάλο μέγεθος επίδρασης (Cohen's d= 3.3).

Επίδραση της παρέμβασης στην κύρια μεταβλητή έκβασης (BPRS)

Αλληλεπίδραση ομάδας και μέτρησης: $F[1,28] = 93.11$, $p<0.001$):

Σημαντική μείωση ($F[1,14] = 129.98$, $p<0.001$) στην ομάδα παρέμβασης με μεγάλο μέγεθος επίδρασης (Cohen's d= 3.3).

Αμελητέα αύξηση στην ομάδα ελέγχου ($p>0.5$).



6.1.2. Επίδραση της παρέμβασης στις βαθμολογίες των υποκλιμάκων της FES

Η 2η ερευνητική υπόθεση υποστηρίζεται από τη στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και μέτρησης (T1, T2) στις υποκλίμακες **Συνοχή ($F[1,28] = 11.28$, $p=0.002$), Σύγκρουση ($F[1,28] = 38.60$, $p<0.001$), Οργάνωση ($F[1,28] = 10.52$, $p=0.003$), και Έλεγχος ($F[1,28] = 9.34$, $p=0.005$).** Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, οι δύο ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους στις παραπάνω υποκλίμακες τις FES κατά την πρώτη

μέτρηση (p>.2) με εξαίρεση τις υψηλότερες τιμές της Ομάδας Παρέμβασης, από την ομάδα ελέγχου, στη Σύγκρουση (p=0.075).

Κατά τη δεύτερη μέτρηση η ομάδα παρέμβασης σημείωσε υψηλότερη βαθμολογία από την ομάδα ελέγχου στην υποκλίμακα Συνοχή (p=0.004) και χαμηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα Σύγκρουση (p=0.001, συγκρίσεις κατά ζεύγη διορθωμένες με τη μέθοδο Bonferroni σε επίπεδο σημαντικότητας a=0.05/11 = 0.004).

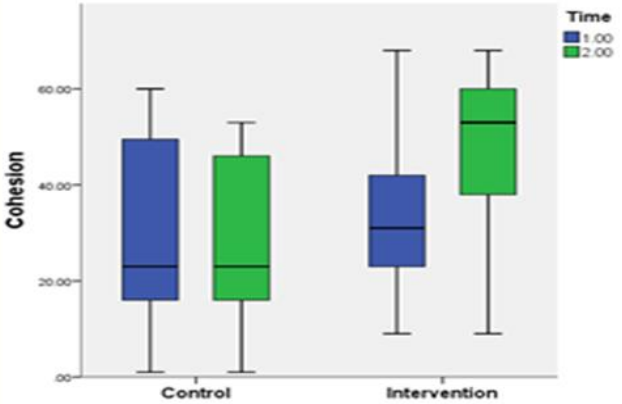
Επίδραση της παρέμβασης στις βαθμολογίες των υποκλιμάκων της FES

Αλληλεπίδραση ομάδας και μέτρησης στη **Συνοχή** (F[1,28] = 11.28, p=0.002):

Οι ομάδες δεν διέφεραν στην T1 (p>0.2)

Σημαντική αύξηση στην ομάδα παρέμβασης (p<0.004)

Αμελητέα μεταβολή στην ομάδα ελέγχου (p=0.08)



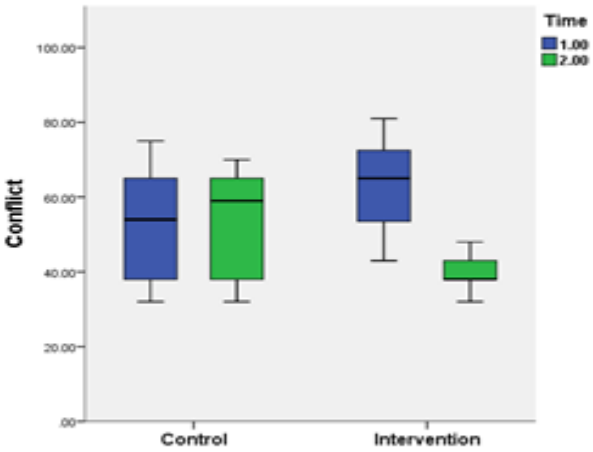
Επίδραση της παρέμβασης στις βαθμολογίες των υποκλιμάκων της FES

Αλληλεπίδραση ομάδας και μέτρησης στη **Σύγκρουση** (F[1,28] = 38.60, p<0.001):

Οι ομάδες δεν διέφεραν στην T1 (p=0.075)

Σημαντική μείωση στην ομάδα παρέμβασης (p<0.001)

Αμελητέα αύξηση στην ομάδα ελέγχου (p>0.5)



Στην Ομάδα Παρέμβασης, σημειώθηκε σημαντική μείωση στις τιμές της υποκλίμακας Σύγκρουση μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης (p<0.001, Cohen's d= 3.0), οριακά

σημαντική μείωση (που αντιστοιχεί σε μέτριο μέγεθος επίδρασης) στην υποκλίμακα Έλεγχος (p=0.015, Cohen's d= 0.5), καθώς και οριακά σημαντική αύξηση (με μέτριο μέγεθος επίδρασης) στις υποκλίμακες Συνοχή (p=0.01, Cohen's d= 0.8) και Οργάνωση (p=0.01, Cohen's d= 0.63).

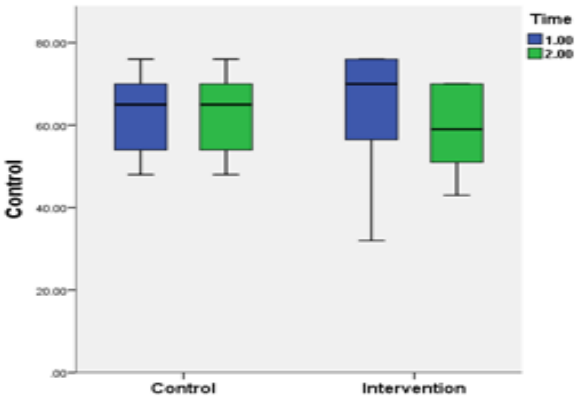
Επίδραση της παρέμβασης στις βαθμολογίες των υποκλιμάκων της FES

Αλληλεπίδραση ομάδας και μέτρησης στον **Έλεγχο** (F[1,28] = 9.34, p=0.005):

Οι ομάδες δεν διέφεραν στην T1 (p>0.2)

Σημαντική μείωση στην ομάδα παρέμβασης (p=0.015)

Χωρίς αντίστοιχη μεταβολή στην ομάδα ελέγχου (p>0.1)



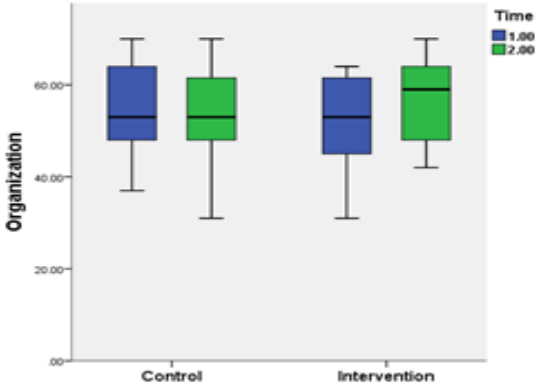
Επίδραση της παρέμβασης στις βαθμολογίες των υποκλιμάκων της FES

Αλληλεπίδραση ομάδας και μέτρησης στην **Οργάνωση** (F[1,28] = 10.52, p=0.003):

Οι ομάδες δεν διέφεραν στην T1 (p>0.2)

Οριακά σημαντική αύξηση στην ομάδα παρέμβασης (p=0.01)

Χωρίς αντίστοιχη μεταβολή στην ομάδα ελέγχου (p>0.1)

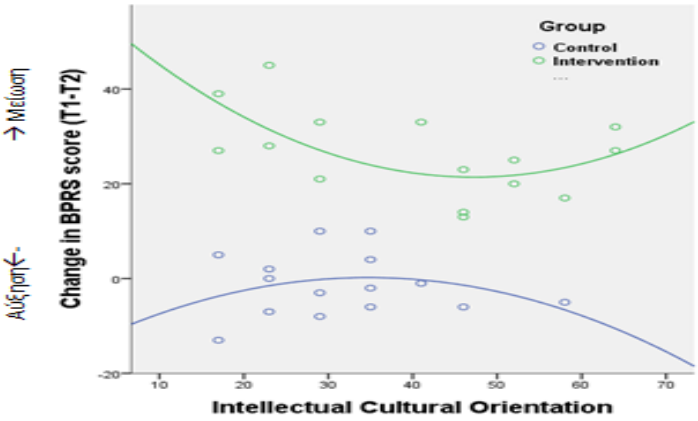


Αντίθετα, δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή σε καμία εκ των υποκλιμάκων της FES στην Ομάδα Ελέγχου μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης (p>0.09).

6.2. Προβλεπτικοί παράγοντες της βελτίωσης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στην Ομάδα Παρέμβασης

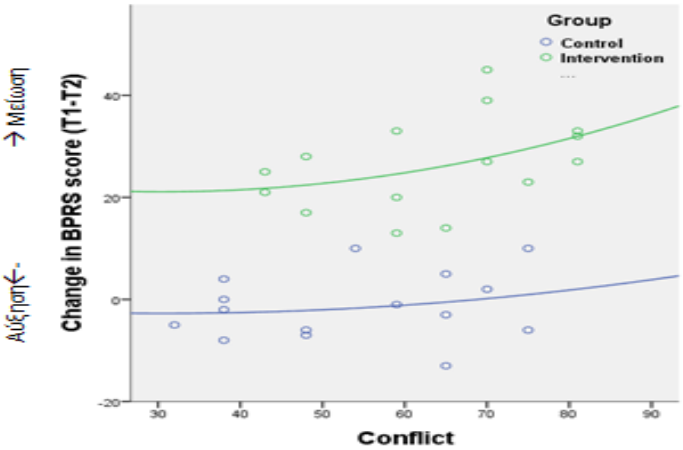
Αναφορικά με την τρίτη ερευνητική υπόθεση σημειώθηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού μεταβολής στην κλίμακα BPRS και της υποκλίμακας "Πνευματικός – Πολιτισμικός Προσανατολισμός" όπως καταγράφηκε πριν από την παρέμβαση (r=-0.611, p=0.008).

Μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού μεταβολής στην κλίμακα BPRS και της υποκλίμακας "Πνευματικός – Πολιτισμικός Προσανατολισμός"-T1 (r2=-0.384, p=0.008).



Βρέθηκε επίσης μέτριου βαθμού θετική συσχέτιση μεταξύ της βελτίωσης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και της υποκλίμακας Σύγκρουση όπως καταγράφηκε στην πρώτη μέτρηση (r=0.413, p=0.06).

Μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της βελτίωσης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και της υποκλίμακας "Σύγκρουση"-T1 (r2=0.186, p=0.06).



Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του βαθμού μεταβολής στην κλίμακα BPRS και κλινικών (διάρκεια νόσου, αριθμός υποτροπών προ της παρέμβασης) και άλλων χαρακτηριστικών της οικογένειας (r<0.32, p>0.2).

Προβλεπτικοί παράγοντες της βελτίωσης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στην Ομάδα Παρέμβασης

Καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού μεταβολής στην κλίμακα BPRS και κλινικών/δημογραφικών μεταβλητών

	γυναίκα	ηλικία	άγαμος	Διάρκεια νόσου	Αρ. υποτροπών
ρ	-0.26	0.08	-0.04	-0.02	0.02
p	0.3	0.7	0.9	0.9	0.9

7.Συζήτηση

Προηγούμενες μελέτες έχουν περιγράψει ότι οι οικογένειες του ασθενούς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν παρόμοια χαρακτηριστικά, κυρίως συγκρούσεις και επιθετικότητα μεταξύ των μελών τους (Hirsch & Leff, 1975· McDonell 2003).

Ειδικά οι γονείς των ασθενών εμφανίζουν μια τεράστια δυσκολία να συνεννοηθούν μεταξύ τους ως ζευγάρι (Farina 1960) και εκφράζουν αντιφατικά μηνύματα προς τον ασθενή (Bateson, 1956). Ο πυρήνας του "εκφραζόμενου συναισθήματος" (expressed emotion), δηλαδή, η επικριτικότητα, η εχθρικότητα και η συναισθηματική υπερεμπλοκή Brown et al., 1972, King & Dixon 1999, Leff & Vaughn, 1985) δημιουργούν ένα αρνητικό και στρεσογόνο συναισθηματικό κλίμα, το οποίο μπορεί να επισπεύσει την υποτροπή (Kavanagh, 1992, Hooley, 1985)

Είναι πολύ καλά εδραιωμένο το συμπέρασμα ότι η ποιότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά στη συμπτωματολογία του ασθενούς (Weisman et al, 2005, Linszen et al, 1997,· Scazufca et al, 2001, Tompson et al, 1995). Συγκρουσιακά οικογενειακά περιβάλλοντα σχετίζονται ισχυρά με μεγαλύτερη βαρύτητα των συμπτωμάτων (Cutting & Docherty, 2000· Cutting et al, 2006) ενώ ο τρόπος που ο ασθενής αντιλαμβάνεται το οικογενειακό του περιβάλλον καθώς και η κακή ποιότητα των σχέσεων μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων και/ή στη νοσηλεία (Onwumere et al, 2009, Barrowclough et al, 2003).

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει πέραν της φαρμακευτικής αγωγής και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, και πρόγραμμα οικογενειακής θεραπείας. Υπάρχουν ερευνητικές αποδείξεις ότι προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης της οικογένειας (Anderson et al., 1986), συμπεριφορικές οικογενειακές παρεμβάσεις (Fallon et al., 1984), μοντέλα οικογενειακής παρέμβασης στην κρίση (Goldstein et al., 1978 · Goldstein & Strachan, 1986) και η συστημική οικογενειακή θεραπεία μπορούν να συμβάλλουν ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές σε ασθενείς των οποίων η ψυχοπαθολογία ήδη βρίσκεται σε μερική ύφεση εξαιτίας της φαρμακευτικής αγωγής (Barbado & D'Avanzo, 2000).

Παρόλα αυτά, λίγες μελέτες στο παρελθόν έχουν εξετάσει το πώς οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αντιλαμβάνονται το οικογενειακό τους περιβάλλον και τα χαρακτηριστικά του (Bachmann et al., 2006). Υπό μια συστημική θεώρηση, φαίνεται ότι υπάρχει μια σχέση κυκλικής αιτιότητας ανάμεσα στην στην αντίληψη του ασθενούς για τα οικογενειακά χαρακτηριστικά και τις οικογενειακές σχέσεις , στον τρόπο που ο ασθενής σχετίζεται με την οικογένειά του και τη συμπεριφορά του, στον τρόπο που τα μέλη της

οικογένειας σχετίζονται με τον ασθενή, στα χαρακτηριστικά της οικογένειας ως “όλον” και στη βαρύτητα των συμπτωμάτων του.

Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα μελέτη ερεύνησε την αποτελεσματικότητα της Βραχείας Εστιασμένης στη Λύση Θεραπείας (Brief Solution Focused Therapy) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική τους αγωγή, ένα θέμα που έχει μικρή συστηματική ερευνητική υποστήριξη όπως φαίνεται από σχετικές ανασκοπήσεις ερευνών (Corcoran and Pillai, 2009˙ Gingerich & Peterson, 2013). Για παράδειγμα οι Zhang et al (2010) μελετώντας την επίδραση της συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης σε σταθεροποιημένους ασθενείς με σχιζοφρένεια βρήκαν ότι βελτιώθηκε η κοινωνική στήριξη που ελάμβαναν από το περιβάλλον τους σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία. Τα βασικά ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι ότι οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης εμφάνισαν σημαντική μείωση του επιπέδου συγκρούσεων ($p=0.001$) και αύξηση της συνοχής και της εκφραστικότητας ($p=0.004$) καθώς και του προσανατολισμού στη δράση ($p=0.001$) συγκριτικά με το σημείο έναρξης (αλλά και με την ομάδα ελέγχου κατά τη δεύτερη μέτρηση). Επίσης, στην ομάδα παρέμβασης, καταγράφηκε σημαντική μείωση στη βαθμολογία στην κλίμακα BPRS σε σχέση με το σημείο έναρξης, ($p<0.001$) ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη μεταβολή.

Το ένα βασικό εύρημα της μελέτης είναι ότι η BSFT μπορεί να έχει μια θετική επίδραση σε σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες (McKeel, 1996, Spiegel and Wissler, 1983) όπως η σχιζοφρένεια, τουλάχιστον σε ασθενείς που είναι σταθεροί υπό φαρμακευτική αγωγή. Όσο γνωρίζουμε, η σπουδαιότητα της παρέμβασης στα οικογενειακά χαρακτηριστικά μέσω της BSFT έχει φανεί και σε μια άλλη μελέτη (Eakes et al , 1997), που χρησιμοποίησε την Family Environment Scale (Chipuer and Villegas, 2001). Συγκεκριμένα, 5 ασθενείς με σχιζοφρένεια και οι οικογένειές τους δέχτηκαν παρέμβαση με 5 συνεδρίες BSFT σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή ενώ οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου και οι οικογένειές τους, είχαν τη συνήθη ψυχιατρική φροντίδα. Μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη FES και συγκεκριμένα στην εκφραστικότητα, στον ενεργητικό–δημιουργικό προσανατολισμό και στην ηθική – θρησκευτική έμφαση.

Η αποτελεσματικότητα της BSFT (DeJong and Berg, 2008) έχει φανεί και σε μία μελέτη περίπτωσης που ανέφερε μείωση της καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας σε υποκλινικά επίπεδα, σε έναν ασθενή με διάγνωση παρανοειδούς σχιζοφρένειας. Στην

παρούσα μελέτη, το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές ούτε στη βαρύτητα των συμπτωμάτων ούτε στα χαρακτηριστικά της οικογενειακής λειτουργίας, της ομάδας ελέγχου που ελάμβανε τη συνήθη θεραπεία, δηλαδή, φαρμακευτική αγωγή και τακτική επίσκεψη στο θεράποντα ψυχίατρο, προσφέρει μία ακόμη υποστήριξη στο εξειδικευμένο αποτέλεσμα της BSFT.

Ένα δεύτερο βασικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι η μείωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων που παρατηρήθηκε μόνο στην ομάδα παρέμβασης, συνδυάστηκε με τις συνακόλουθες αλλαγές στα αυτοαναφερόμενα χαρακτηριστικά της οικογενειακής λειτουργικότητας. Επιπλέον, η μείωση των συγκρούσεων (*βαθμός της ανοικτής έκφρασης θυμού, επιθετικότητας και διαμάχης μεταξύ των μελών της οικογένειας*) και η βελτίωση της αυτοαναφερόμενης συνοχής (*βαθμός της δέσμευσης, αλληλοβοήθειας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη*) της οικογένειας μετά την παρέμβαση της BSFT, σχετιζόταν με τη μείωση της ψυχοπαθολογίας των ασθενών.

Το μικρό δείγμα και η έλλειψη πρόσθετων μακροπρόθεσμων μετρήσεων στις μεταβλητές κλειδιά (υποκλίμακες του FES και BPRS) καθιστά οποιοδήποτε συμπέρασμα αναφορικά με την αιτιότητα αστήρικτο. Μία πιθανότητα είναι ότι η συστημική παρέμβαση επέδρασε άμεσα σε διάφορα χαρακτηριστικά της οικογενειακής λειτουργικότητας όπως αυτά αναφέρθηκαν από τους ασθενείς, μετριάζοντας τις ψυχοπαθολογικές διαδικασίες και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Αυτή η παρατήρηση είναι σύμφωνη με προηγούμενες αναφορές ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια που βιώνουν υψηλά επίπεδα επικριτικών σχολίων από τους συγγενείς τους, βιώνουν πιο σοβαρά θετικά συμπτώματα (Barrowclough et al., 2003, Barrowclough et al., 1994).

Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος υποτροπής για ασθενείς με σχιζοφρένεια που ζουν σε περιβάλλον με υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα και επικριτικά σχόλια (είναι στα τρία χαρακτηριστικά του εκφραζόμενου συναισθήματος) (Hooley, 2007) είναι παραπάνω από διπλάσιος συγκριτικά με ασθενείς που ζουν σε οικογενειακά περιβάλλοντα με χαμηλά επίπεδα εκφραζόμενου συναισθήματος (Eakes et al., 1997).

Είναι καλά θεμελιωμένο ότι οι σφαιρικές ιδιότητες του οικογενειακού συστήματος και συγκεκριμένα οι συγκρούσεις και η συνοχή, σχετίζονται με την έναρξη ή / και υποτροπή της νόσου της σχιζοφρένειας (Leff & Vaughn, 1985). Συγκεκριμένα, ασθενείς που αναφέρουν χαμηλά επίπεδα οικογενειακής συνοχής, έχουν βαρύτερη συμπτωματολογία (González-Pinto et al., 2011) ενώ ασθενείς που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα οικογενειακής συνοχής βιώνουν λιγότερο στρες (Weisman et al., 2005). Παράλληλα,

υψηλά επίπεδα οικογενειακής συνοχής φαίνεται να προστατεύουν από την ψύχωση (Lebell et al., 1993).

Υπό μια συστημική άποψη, φαίνεται ότι υπάρχει μια κυκλική αιτιακή σχέση ανάμεσα στη μείωση της ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων που έλαβαν την παρέμβαση και στην αντίληψη των ασθενών για τα χαρακτηριστικά της οικογένειάς τους. Έτσι, ανεξάρτητα από την κατεύθυνση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της περιόδου παρέμβασης, οι συσχετίσεις που βρέθηκαν ανάμεσα στις σφαιρικές ιδιότητες της οικογένειας και στο σκορ του BPRS προτείνουν ότι οι ασθενείς που βοηθήθηκαν περισσότερο από την παρέμβαση, ήταν εκείνοι που βίωναν μεγαλύτερη δυσλειτουργία στην οικογένειά τους κατά τη χρονική στιγμή της εκκίνησης της μελέτης (όπως διαφαίνεται από το υψηλότερο αυτοαναφερόμενο επίπεδο συγκρούσεων και το χαμηλότερο πνευματικό – πολιτιστικό προσανατολισμό). Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της συστημικής προσέγγισης της BSFT είναι ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ενθαρρύνονταν να εκφράσουν τον εαυτό τους και να συζητούν περισσότερο σχετικά με τις λύσεις στα προβλήματά τους παρά για τις δυσκολίες αυτές καθαυτές. Τα προβλήματα που απορρέουν από την ασθένεια "εξωτερικεύονταν", δίνοντας στους ασθενείς την ευκαιρία να αξιοποιήσουν τους διαθέσιμους πόρους και να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα προβλήματά τους. Αυτό βρίσκεται σε συνάφεια με την κυκλική αιτιότητα ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και τη λειτουργικότητα σε διάφορες πλευρές της οικογενειακής ζωής. Από την άλλη, η ομάδα ελέγχου που λάμβανε τη συνήθη θεραπεία, δεν παρουσίασε αλλαγές στα χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντος ή στη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Αυτή είναι μια έμμεση ένδειξη ότι όποιες αλλαγές συνέβησαν στην ομάδα παρέμβασης, οφείλονταν στις συνεδρίες της BSFT που προστιθέμενες στη φαρμακευτική αγωγή και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, μπορεί να μειώσει περαιτέρω το σκορ της ψυχοπαθολογίας και να βελτιώσει το οικογενειακό κλίμα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές στο σκορ της BPRS στην ομάδα ελέγχου ανάμεσα στην έναρξη και στην επανεκτίμηση. Μια πιθανή ερμηνεία για αυτό είναι το μικρό διάστημα ανάμεσα στις δύο μετρήσεις και το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ψυχιατρικά σταθεροί και παρακολουθούνταν σταθερά από τους θεράποντες ψυχιάτρους τους για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών πριν να ενταχθούν στη μελέτη.

Τελικά φαίνεται ότι η Βραχεία Εστιασμένη στη Λύση Θεραπεία, όταν εφαρμοστεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να βελτιώσει τα οικογενειακά τους χαρακτηριστικά, τα οποία με τη σειρά τους επιδρούν στη μείωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων τους.

8.Κλινικές προεκτάσεις της έρευνας

Η πρώτη κλινική προέκταση είναι ότι η παρούσα μέθοδος ως ένα σύνολο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μια επιπρόσθετη θεραπεία για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Επίσης, τα αποτελέσματα συνιστούν ότι αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη σχιζοφρένεια θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν τη διερεύνηση των οικογενειακών χαρακτηριστικών και ιδιαίτερα των επικριτικών σχολίων.

Η τρίτη έμμεση προέκταση πιθανότατα περιλαμβάνει τη σύλληψη και περιγραφή της νόσου της σχιζοφρένειας, όπως αυτή διατυπώθηκε παραπάνω, δεδομένου ότι αυτή η περιγραφή μπορεί να συμβάλει σε μια επιτυχή παρέμβαση για τη μείωση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Η τέταρτη κλινική προέκταση θα μπορούσε να είναι ότι τα αποτελέσματα αυτής της παρέμβασης υποστηρίζουν την πρόταση ότι μια επικεντρωμένη παράλληλη παρέμβαση ή θεραπεία σε πολλά επίπεδα (το άτομο και την οικογένεια, συναισθήματα και γνώσεις και στις σχέσεις τους), δεν έχει μόνο μια επιπρόσθετη συνέπεια αλλά ένα περισσότερο σύνθετο και μη-γραμμικό αποτέλεσμα.

9. Περιορισμοί της έρευνας

Ο πρώτος περιορισμός προέρχεται από το μικρό μέγεθος του δείγματος των δύο ερευνητικών ομάδων που κάνει δύσκολη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων και μπορεί επίσης να εξηγεί τη μη εύρεση στατιστικής σημαντικότητας σε κάποιες από τις αναλύσεις.

Ο δεύτερος περιορισμός είναι ότι δεν έγινε εκτίμηση του μέσου – μακροπρόθεσμου αποτελέσματος της BSFT στους ασθενείς με σχιζοφρένεια διότι αυτό δεν περιλαμβανόταν στον ερευνητικό μας σχέδιο.

Ο τρίτος περιορισμός είναι ότι όλοι οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης είχαν λίγο ή πολύ σταθερή συμπτωματολογία και δε βρίσκονταν σε υποτροπή στην έναρξη της παρέμβασης. Με βάση αυτό, η μελέτη αυτή δεν μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα αυτού του θεραπευτικού μοντέλου σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

Τέλος, οι αλλαγές που προέκυψαν στα οικογενειακά χαρακτηριστικά στηρίχθηκαν αποκλειστικά στην υποκειμενική αντίληψη των ασθενών και όχι στην οικογενειακή λειτουργικότητα καθαυτή.

Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να διασαφηνιστούν οι περιορισμοί αυτοί. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον αν ολόκληρη η οικογένεια του ασθενούς μπορούσε να συμμετάσχει στη θεραπεία και αν μπορούσε να μελετηθεί και η δική τους αντίληψη καθώς επίσης και ο τρόπος που τα μέλη της οικογένειας αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Περαιτέρω μελέτη θα μπορούσε να γίνει στην επίδραση της BSFT στη συχνότητα των υποτροπών της νόσου, στη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε μακρόχρονη βάση καθώς και στην επίδραση της προσέγγισης και σε άλλες παραμέτρους όπως για παράδειγμα το εκφραζόμενο συναίσθημα ή την επικοινωνιακή απόκλιση που φαίνεται ότι σχετίζονται με την έναρξη και την υποτροπή της νόσου.

10. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, όπως φαίνεται από σχετικές μετααναλύσεις (Carr, 2020) σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου η συστημική θεραπεία αποδίδει μέτριο ως μεγάλο μέγεθος αποτελέσματος (0.5 and 0.8). (Compared with waiting-list control groups, systemic therapy yields medium to large posttreatment effect sizes, between 0.5 and 0.8.). Σε αριθμούς αυτό συνεπάγεται ότι στα συνήθη προβλήματα ψυχικής υγείας και δυσκολίες σχέσεων, 3 στις 4 περιπτώσεις θα βελτιωθούν μετά τη συστημική θεραπεία. Αυτά τα ποσοστά είναι παρόμοια με αυτά της ατομικής θεραπείας τόσο για προβλήματα παιδιών (Weisz et al., 2017) όσο και για προβλήματα ενηλίκων (Wampold & Imel, 2015)

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν και συμπληρώνουν τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, δείχνοντας ότι η Βραχεία Εστιασμένη στη Λύση Συστημική Θεραπεία, όταν εφαρμοστεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, μπορεί να επιδράσει στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες της οικογένειάς τους, κατά συνέπεια τον τρόπο που αλληλεπιδρούν μέσα στην οικογένεια και εν τέλει στη βαρύτητα των συμπτωμάτων τους.

Πιθανά τα δεδομένα όλων αυτών των μελετών και ανασκοπήσεων για την επάρκεια και αποτελεσματικότητα των διαφόρων μοντέλων της συστημικής θεραπείας, θα μπορούσαν να έχουν σημαντική εφαρμογή στην πολιτική της ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας. Θα ήταν πολύ χρήσιμη περαιτέρω εξειδικευμένη έρευνα ώστε οι συστημικοί θεραπευτές να εξελίξουν τη γνώση και τη θεραπευτική τους πρακτική.

11. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

11.1. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. (2010). Sex differences in schizophrenia. Int Rev Psychiatry; 22:417.

2. Ackerman N.W., Beatman F.L., Sherman S.N. (eds), (1961). Exploring the base of Family Therapy, Family Services Association of America, New York.

3. Ackerman N.W. (1966). Treating the troubled family, Basic Books, New York.

4. Adergold V., Gottwalz E. (2004). Family Therapy and Schizophrenia· Replacing ideology with openness, in J. Read, L.R. Mosher, R.P. Bentall (eds), Models of Madness, Routledge Taylor and Francis Group.

5. Anderson C.M., Reiss D., Hogarty B. (1986). Schizophrenia and the family, Guilford, New York.

6. Alford B.A., Beck A.T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs, Behaviour Research and Therapy 32(3), 369-380.

7. Anderson C.M., Reiss D., Hogarty B. (1986). Schizophrenia and the Family, New York, Guilford.

8. Arieti S. (1978). On Schizophrenia, Phobias, Depression, Psychotherapy and the farther Shores of Psychiatry, Brunner/mazel, Publishers, USA.

9. Ashby R. (1958). An introduction to Cybernetics, Chapman and Hall, London.

10. Bachmann S, Bottmer C, Jacob S, Schroder J. (2006), Perceived criticism in schizophrenia: A comparison of instruments for the assessment of the patient's perspective and its relation to relatives' expressed emotion. Psychiatry Research :142 167 – 175

11. Bannink F. (2010). 1001 Solution-Focused Questions 2th ed. NY: Norton & Company, New York

12. Barbado A. and B. D'Avanzo (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. Acta Psychiatrica Scandinavica 102: 81-97.

13. Barker P. (1986). Some Basic Theoretical Concepts, in Basic Family Therapy, London.

14. Barrowclough C, Johnston M, Tarrier N. (1994). Attributions, expressed emotion and patient relapse: An attributional model of relatives' responses to schizophrenic illness. Behav Ther, 25:67-88.

15. Barrowclough C, Tarrier N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B. (2003). Self-Esteem in Schizophrenia: Relationships Between Self-Evaluation, Family Attitudes, and Symptomatology. J Abnorm Psychol, 112 (1): 92-99.

16. Bateson G., Jackson D., Haley J., Weakland J. (1956). Toward a theory of schizophrenia, Behavioral Science, 1, 251-264.

17. Bateson G. (1972). Steps to an ecology to mind, Ballantine, New York.

18. Bechdolf A., Knost B., Kuntermann C. et al. (2004). A randomized comparison of group cognitive behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia, Acta Psychiatr Scand, 110: 21-28.

19. Beck AT, (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt, J Study Interpers Process 15: 305 – 312.

20. Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted J.T., Mueser K.T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia, Brit J Psychiatry, 156, 809-818.

21. Bellack A.S., Turner S.M., Hersen M., Luber R.F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients, Hospital and Community Psychiatry, 35, 1023-1028.

22. Bellack A.S., Mueser K.T., Gingerich S., Agresta J. (1997). Social skills training for schizophrenia, New York, Guilford.

23. Bellack A.S., Hersen M., (2013). Research and Practice in Social Skills Training, Springer.

24. Berg, I. K. & Miller, S. (1992). Working with the Problem Drinker: A Solution Focused Approach. New York: Norton.

25. Berg, I. K. & De Jong, P. (1996). Solution-building conversation: Co-constructing a sense of competence with clients. Families in Society, 77, 376-391.

26. Berg, I. K., & Cauffman, L. (2002). Solution focused corporate coaching. Lernende Organisation, Jänner/Februar, 1–5

27. Berkowitz R., Kuipers L., Eberlain-Frief R., Leff J.P. (1981), Lowering expressed emotion in relatives. In: M.J. Goldstein, ed., New Developments in interventions with families of schizophrenics, Jossey-Bass, San Francisco.

28. Bertalanffy von, L. (1950), The theory of open systems in physics and biology, Science, 111, 2872, 23 – 29.

29. Bertallanffy von L. (1971), General systems theory, Penguin Press.

30. Bertrando P., Cecchin G., Clerici M., Beltz J., Milesi A., Cazzullof C. (2006). Expressed emotion and Milan systemic intervention: a pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia. Journal of Family Therapy28: 81–102

31. Beutler, L.E., Patterson, K., Jacob, T., Shoham, V., Yost, E., & Rohrbaugh, M. (1993). Matching treatment to alcoholism subtypes. Psychotherapy, 30, 463–472

32. Bighelli I., Rodolico D., García-Mieres H., Pitschel-Walz G., Hansend W.P., Schneider-Thoma J., Siafis S., et.al. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry, 8, 969-980

33. Bleuler E. (1911). Dementia praecox or the group of Schizophrenias, transl. By J. Zinkin 1950, International Universities Press, New York.

34. Bogdanov A. (1949). Tectology, in Dadley P. (ed) Center for system studies, University of Hull, Hull.

35. Bowen M. (1960). A family concept of schizophrenia, in The etiology of Schizophrenia, D.P., Jackson Ed., New York, Basic Books.

36. Bowen M. (1976). Theory in the practice of Psychotherapy, in “Family Therapy · Theory and Practice, Ed. P. J. Guerin, For American Orthopsychiatric Association, Gardner Press, INC.

37. Bowling, A. (1995). Measuring disease. Buckingham, UK: Open University Press.

38. Bressi C., S. Manenti, P. Frongia, M. Porcellana, G. Invernizzi. (2008). Systemic Family Therapy in Schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. *Psychother Psychosom* 77:43–49

39. Broderick C., Schrader S. (1980). The history of Professional marriage and family therapy, in Gurman's A., Kniskern's D.: Handbook of Family therapy, Brunner/Mazel Publishers, N. York.

40. Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M. & Wing J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness, Br J Preventative and Social Medicine, 16. 55-68.

41. Brown G., Rutter M. (1966). The measurement of family activities and relationships: a methodological study, Human Relations, 19, 241-263.

42. Brown G.W., Birley J.L.T. (1968). Crisis and life changes and the onset of schizophrenia, J Health Social Behav, 9, 203-214.

43. Brown G.W., Birley J.L. T., Wing J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication, Brit J Psychiatry, 121, 241-258.

44. Brown M.A., Munford A.M. (1983). Life skills training for chronic schizophrenics, J Nervous and Mental Disease, 17, 466-470

45. Buber M. (1958). I and Thou, Scribner, New York.

46. Burlinghame D.T. (1951). Present trends in handling the mother-child relationship during the therapeutic process, Psychoanalytic Study of the Child, 6, 31-37.

47. Cantwell, P. & Holmes, S. (1994). Social construction: A paradigm shift for systemic therapy and training. Australia and New Zealand Journal for Family Therapy, 15(1), 17-26.

48. Carr, A. (2020). Evidence for the Efficacy and Effectiveness of Systemic Family Therapy. The Handbook of Systemic Family Therapy, 119–146. doi:10.1002/9781119790181.ch6

49. Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Hanlon, T. E. (1981). Methodologic standards for treatment outcome research in schizophrenia. The American Journal of Psychiatry, 138(4), 465–471.

50. Cassidy E., S. Hill, E. O'Callaghan, Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation, European Psychiatry, Vol 16 Issue 8. 2020, pp. 446-450

51. Chadwick P., Birchwood M. (1994). The Omnipotence of Voices: A Cognitive Approach to Auditory Hallucinations. Brit J Psychiatry 164, 190-201

52. Chadwick D.J., Lowe C. F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. Behaviour Research and Therapy, 32, 355-367

53. Chien WT, Chan SWC. One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia, Psychiatr Serv, 2004, vol. 55 (pg. 1276-1284)

54. Chipuer HM, Villegas T. (2001). Comparing the second-order factor structure of the Family Environment Scale across husbands' and wives' perceptions of their family environment. Fam Proc, 40:187-198.

55. Christensen, D., Todahl, J., & Barrett, W. (1999). Solution-based casework: An introduction to clinical and case management skills in casework practice. (pp.175-198). New York: Aldine De Gruyter.

56. Ciompi L. (1994). Affect-logic-An integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia, Brit J Psychiatry, 164, 51-55 Suppl.

57. Corcoran, J. & Pillai, V. (2009). A Review of the Research on Solution-Focused Therapy. British Journal of Social Work, 39, 234–242

58. Cottrell, D., & Boston, P. (2002). Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 573–586

59. Cutting LP, Docherty NM. (2000). Schizophrenia Outpatients' Perceptions of Their Parents: Is Expressed Emotion a Factor? Journal of Abnormal Psychology, 109: 266-272.

60. Cutting LP, Aakre JM, Docherty NM. (2006). Schizophrenic Patients' Perceptions of Stress, Expressed Emotion, and Sensitivity to Criticism. Schizophrenia Bulletin, 32, 743-750.

61. Daellenbach H. G. (1994). Systems and Decision Making, A Management Science Approach, Willey, Chichester.

62. Dare C. (1979). Psychoanalysis and Systems in Family Therapy, Journal of Family Therapy, 1, 137-152.

63. De Jong P, Berg IK. Interviewing for Solutions. Pacific Grove, Brooks/Cole Publishing Company, California, 1998

64. De Jong, P., & Berg, I. K. (2008). Interviewing for solutions (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole

65. De Shazer, S. (1985). Keys to solution in brief therapy. New York: W.W. Norton.

66. De Shazer, S. (1988) Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy. New York: Norton.

67. De Shazer, S. (1991). Putting difference to work. New York: Norton

68. De Shazer, S. (1994) Words were Originally Magic. New York: Norton.

69. De Shazer S., Isebaert L. (2004). The Bruges Model: A Solution-Focused Approach to Problem Drinking. Journal of Family Psychotherapy, 14, 43-52

70. De Shazer, S. & Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E. & Berg I.K. (2007). More Than Miracles: the State of the Art of Solution-focused Brief Therapy. New York: Routledge.

71. Dickerson F. B. Lehman A. F. (2011). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease 199(8):520-526.

72. Dixon L.B., Lehman A.F. (1995). Family interventions for schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 21 :631-643.

73. Dixon L.B., et al. (2001). Evidence-based practices for services to families with psychiatric disabilities, Psychiatric Services 52 :903-910.

74. Doane J.A., Mintz J. (1987). Family Process and Family Therapy three studies. Communication deviance in adolescence and adulthood: a longitudinal study, Psychiatry:50: 5-13.

75. Dolan, Y. (1991). Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for survivors. New York: Norton

76. Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Cain, H., & Swanson, M. (1997). Family-centered brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: A pilot study. Journal of Family Therapy, 19, 145–158.

77. Eckman, T. A., Wirshing, W. C., Marder, S. R., Liberman, R. P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K., & Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. American Journal of Psychiatry, 149(11), 1549–1555.

78. Epdtein N., Schlesinger S.F., Dryden W. eds, (1988). Cognitive-behavioral Therapy with Families, Brunner / Mazel, New York.

79. Erdoğan E., Demir S. (2022). The Effect of Solution Focused Group Psychoeducation Applied to Schizophrenia Patients on Self-Esteem, Perception of Subjective Recovery and Internalized Stigmatization. Issues in Mental Health Nursing, 43

80. Espina, A., & Gonzalez, P. (2003). Intervenciones familiares en la esquzofrenia. Cambios en la sintomatologia y el ajuste social (Family interventions in Schizophrenia. Changes in symptoms and social adjustment). Salud Mental, 26(1): 51–58.

81. Falloon IRH, Boyd J.L., McGill C.W., Razani J., Moss H.B., Gilderman A.M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia, N. Engl J. Med., 306:1437-1440.

82. Falloon IRH, Boyd J.L., McGill C.W. (1984). Family case of Schizophrenia, Guilford Press, New York.

83. Falloon IRH, Boyd J.L., McGill C.W., Williamson M., Razani J., Moss H.B., Gilderman A.M., Simpson G.M. (1985a). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two year longitudinal study, Arch. Gen Psychiatry, 42:887-896.

84. Falloon IRH, Boyd J.L., McGill C.W. (1985b). Family Care of Schizophrenia, Guilford, New York.

85. Farina A. (1960). Patterns of role dominance and conflict in parents of schizophrenic patients. The Journal of Abnormal and Social Psychology, 61(1): 31–38.

86. Fenton W.S. (2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 26:47-72.

87. Fowler D., Garandy P., Kuipers E. (1998). Cognitive Therapy for Psychosis: Formulation, treatment, effects and service implications, J Ment Health 7: 123-33.

88. Franklin, C. (1998). Distinction between social constructionism and cognitive constructivism: Practice applications. In C. Franklin & P. Nurius (Eds.), Constructivism in practice: methods and challenges (pp. 57-94). Milwaukee, WI: Families International, Inc.

89. Franklin, C. & Jordan, C. (1999). Solution-focused brief family therapy. In Family Practice: brief systems methods for social work (pp105-141). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

90. Franklin, C., Biever, J., Moore, K., Clemons, D., & Scamardo, M. (2001). The effectiveness of solution-focused brief therapy with children in a school setting. Research on Social Work Practice, 11(4), 411-434.

91. Freud S. (1905). On Psychotherapy, Standard Edition 7: 255-68.

92. Freud S. (1940). Outline of psychoanalysis, Standard Edition 23: 139-301.

93. Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. Family Process, 36, 357–367.

94. Garandy P.A., Kuipers L., Fowler D., Chamberlain F., Dunn G. (1994). Cognitive behavior therapy for drug resistant psychosis, Brit J Medical Psychology, 67, 259-271.

95. Giacomo, P., de Pierri, G., Santoni Rugiu, A., Buonsante, M., Vadruccio, F., & Zavoianni, L. (1997). Schizophrenia: A study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. Acta Psychiatrica Scandinavica, 95(3): 183–188.

96. Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy. *Research on Social Work Practice,* 23(3), 266–283. doi:10.1177/1049731512470859

97. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet, 9, 137-150.

98. Goldstein JM, Rodnik EH, Evans JR, May PR, Steinberg M. (1978). Drug and Family Therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia, Arch Gen Psychiatry, 35:1169-1177.

99. Goldstein, M. (1985). Family factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: The results of a fifteen year prospective longitudinal study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 71(Suppl. 319), 7–18.

100. Goldstein J.M., Strachan A. (1986). The impact of Family intervention programs on family commu000nication and the short term course of schizophrenia. In M. Goldstein et al. (eds) Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention. Berlin: Springer.

101. Goldstein JM, Tsuang MT, (1990). Gender and schizophrenia: an introduction and synthesis of findings, Schizophrenia Bulletin 16: 179.

102. Goldstein, M., Rosenfarb, I., Woo, S., & Nuechterlein, K. (1994). Intrafamilial relationships and the course of schizophrenia. Acta Psychiatry Scandinavica Supplement, 384, 60–66.

103. Goldstein J.M., Miklowitz D. (1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders, Journal of Marital and Family Therapy, 21: 361-376.

104. Gomes-Schwartz B. (1984). Individual psychotherapy for schizophrenia. In A. Bellack (ed) Schizophrenia: Treatment. Management and rehabilitation, New York, Grune & Stratton.

105. González-Pinto A, Ruiz de Azúa S, Ibáñez B, Otero-Cuesta S, Castro-Fornieles J, Montserrat GB, Ugarte A et al. (2011). Can Positive Family Factors Be Protective Against the Development of Psychosis? Psychiat Res, 186: 28-33,

106. Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2002). The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. Ethical Human Science and Services, 4, 163–187.

107. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, et al. A randomized, controlled trial of cognitive behaviors social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. Am J Psychiatry. 2005;162(3):520-529.

108. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. J Clin Psychiatry. 2007;68(5):730-737.

109. Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: Von the Konfession zur Profession. Go¨ttingen: Hogrefe.

110. Grinspoon L., EwaltJ.R., Shader R.I. (1972). Schizophrenia: Pharmacotherapy And Psychotherapy, Williams & Wilkins, Baltimore.

111. Grossman, L. S., Harrow, M., Goldberg, J. F., & Fichtner, C. G. (1991). Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups: Comparisons with outcome of schizophrenia and affective disorders. American Journal of Psychiatry, 148(10), 1359–1365.

112. Gumley AL., O' Grady M., McNay L. et al. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12 month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy, Psych Medicine, 33:419-431.

113. Gunderson J.G., Frank A., Katz H.M., Vanicelli M.L. Frosch J.P., Knapp P.H. (1984). Effects of Psychotherapy in schizophrenia. II. Comparative outcome of two forms of treatment, Schizophrenia Bulletin, 10,564-598.

114. Haddock G., Barrowclough C., Tarrier N. et al. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse: 18 month outcomes of a randomized controlled trial, Brit J Psychiatry, 183:418-426.

115. Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magaña, A. B., Mintz, J., Doane, J. A., Miklowitz, D. J., & Snyder, K. S. (1989). Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(1), 11–18.

116. Haley Jay, (1990). The Schizophrenic: his methods and his therapy, in Strategies of Psycotherapy, Triangle Press, USA, 2nd Ed.

117. Harrow M, Grossman LS, (1984). Outcome in Schizoaffective Disorders: A Critical Review and Reevaluation of the Literature. Schizophrenia Bulletin, 10(1), 87-108.

118. Hawkes, D., Marsh, T.I., & Wilgosh, R. (1998). Solution focused therapy: A handbook for health care professionals. Boston, MA: Butterworth Heinemann.

119. Hedlund, J.L.&Vieweg, B.W. (1980). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review. Journal of Oprerational Psychiatry, II, 48-65

120. Henriksen M.G., Nordgaard J., Jansson L., B. (2017). Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations, Front Hum Neurosci., 22 June.

121. Hersen M. Bellack A.S. (1976). Social skills training for chronic psychiatric patients: rationale, research findings, and future directions, Comprehensive Psychiatry, 17, 559-580.

122. Hirsch S. and Leff J. (1975). Abnormalities in the parents of schizophrenics. Maudsley Monographs No 22, Institute of Psychiatry, Oxford University Press, London.

123. Hirsch R.S., Weinberger R.D. (1995). Schizophrenia, Blackwell Science Ltd.

124. Hirsch SR, Weinberger D. (2003). Schizophrenia. 2nd ed. Oxford: Blackwell Science Ltd.

125. Hoffman Lynn, (1981). Foundations of Family Therapy, Basic Books, New York.

126. Hogarty G.E., Goldberg S.C., Schooler N.R. (1974a). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients, Arch Gen Psychiatry, 31: 609-618.

127. Hogarty G.E., Goldberg S.C., Schooler N.R., Ulrich R.F. (1974b). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two year relapse rates, Arch Gen Psychiatry, 31: 603-608.

128. Hogarty G.E., Schooler N.R., Ulrich R., Mussare F, Ferro P., Herronv E. (1979). Fluphenazine and Social Therapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients: Relapse Analyses of a Two-Year Controlled Study of Fluphenazine Decanoate and Fluphenazine Hydrochloride. Arch Gen Psychiatry. 36(12):1283-1294.

129. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion, Arch Gen Psychiatry,43, 633-642.

130. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. Two years effects of a controlled study on relapse and adjustment, Arch Gen Psychiatry, 48, 340-347.

131. Hooley JM. (1985). Expressed emotion: A review of the critical literature. Clinical Psychology Review, 5:119-139.

132. Hooley JM. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. Ann Rev Clin Psycho, 3:329-352.

133. Hoyt, M. F., & Berg, I. K. (1998). Solution-focused couple therapy: Helping clients construct self-fulfilling realities. In F. M. Dattilio (Ed.), Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives (pp. 203–232). New York: Guilford Press.

134. Hsu C.W., Tseng P.T., Tu Y.K. Lin P.Y., Hung C.F., Liang C.S., Hsieh Y., Yang Y.H., Wang L.J., Ka H.Y., Month of birth and mental disorders: A population-based study and validation using global meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2021;144:153–167

135. Jackson C. M., Warren L., Jelepides P. (2000). The Cybernetic Approach: Origins and Development, in Nich. Paritsis (ed.), Systems and Intelligence, University of Crete, Iraklion.

136. Jakes, S. C., & Rhodes, J. E. (2003). The Effect of Different Components of Psychological Therapy on People with Delusions: Five Experimental Single Cases. Clinical Psychology & Psychotherapy, 10(5), 302–315.

137. Janzarik W. (1987). The concept of Schizophrenia. History and problems. In Häfner H., Gattaz W.F. & Janzarik W. (eds) Search for the causes of Schizophrenia, Springer-Verlag, Heidelberg.

138. Jenkins J.M., Karno M., DeLa Selva A., et al. (1986). Expressed emotion in cross cultural context: familial responses to schizophrenic illness among mexican americans. In M.J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlweg (eds), Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention. Berlin: Springer – Verlag.

139. Jewell, T. C., Downing, D., & McFarlane, W. R. (2009). Partnering with families: Multiple family group psychoeducation for schizophrenia. Journal of Clinical Psychology, 65(8), 868–878.

140. Jones J.E. (1977). Patterns of transactional style deviance in the TATs of parents of schizophrenics, Fam Process: 16: 327-337.

141. Jones M.C. (1924a). A laboratory study for fear: the case of Pander, Pedagogical Seminar, 31, 308-315.

142. Jones M.C. (1924b). The elimination of children's fears, Journal of Experimental Psychology, 7, 383-390.

143. Jones, I. H., & Pansa, M. (1979). Some nonverbal aspects of depression and schizophrenia occurring during the interview. Journal of Nervous and Mental Disease, 167(7), 402–409.

144. Jones C., Hacker D., Xia J., Meaden A., Irving C.B., Zhao S., Chen J., Shi C., Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care for people with schizophrenia (Review).,2018, The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.

145. Johnstone E.C., MacMillan J.F., Frith C.D., Benn D.K., Crow T.J. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes, Brit J Psychiatry, 157, 182-189.

146. Justo, L.P., Soares, B.G.O., & Calil, H.M. (2007). Family interventions for bipolar disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. No.: CD005167, doi: 10.1002/14651858. CD005167.pub2

147. Iveson Ch. (2002). Solution-focused brief therapy. Advances in Psychiatric Treatment. vol. 8. pp. 149–157

148. Karlsson H., Dal H., Gardner R. M. Torrey F., Dalman C., Birth month and later diagnosis of schizophrenia. A population-based cohort study in Sweden. Journal of Psychiatric Research. Volume 116, September 2019

149. Kymalainen J.A. Weisman de Mamani A.G. (2008). Expressed Emotion, Communication Deviance, and Culture in Families of Patients With Schizophrenia: A Review of the Literature. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14, 85–91.

150. Kaplan H.I., Sadock B.J. (1998). Synopsis of Psychiatry·Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Williams &Wilkins, 8th edition, USA.

151. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. (2000). Ψυχιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λιτσας;

152. Kavanagh Dav. (1992). Recent Developments in Expressed Emotion and Schizophrenia, Br J Psychiatry, 160, 601-620.

153. Kendler K.S., Diehl S.R. (1993). The genetics of schizophrenia: a current, genetic – epidemiologic perspective, Schizophrenia Bulletin 19: 261.

154. Kerr M.E. (1981). Family systems theory and therapy, in A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds), Handbook of Family Therapy, New York, NY: Brunner/Mazel.

155. King S, Dixon MJ. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. Schizophrenia Bulletin 25: 377-386.

156. Kottgen C., Sonnischen I., Mollenbauer K., Jurth R. (1984). Group therapy with the families of schizophrenic patients: results of the Hamburg Camberwell – Family – Interview Study, III. Int. J. Family Psychiatry, 5: 83-94.

157. Koutra K., Triliva S., Roumeliotaki T., Basta M., Simos P., Lionis Cb., Vgontzas AN. (2015). Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. Comprehensive Psychiatry, 62, 1-12

158. Kraepelin E. (1919). Dementia Praecox and Paraphrenia, transl. By R.M. Barclay, 1971, Robert E. Krieger, New York.

159. Kuippers Eliz. (1996). The management of Difficult to treat patients with schizophrenia, Using Non-Drug Therapies, Brit J Psychiatry, 169 (suppl. 31), 41-51.

160. Kuipers Eliz., Leff J., Lam Dom. (2002). Family Work for Schizophrenia: a practical guide, 2nd Ed., GASKELL, London.

161. Landhem, J. (2002). Brief Solution Focused Therapy. *Child and Adolescent Mental Health,* 7(4), 189-192.

162. Lebell MB, Marder SR, Mintz J, Mintz LI, Tompson, M, Wirshing W, Johnston-Cronk K et al. (1993). Patients' Perceptions of Family Emotional Climate and Outcome in Schizophrenia. Brit J Psychiat, 162:751-754.

163. Leff JP, Hirsch SR, Gaind R, Rohde PD, Stevens BC. (1973). Life events and maintenance therapy in schizophrenic relapse, Br J Psychiatry, 123, 659-660.

164. Leff J.P., Kuipers L., Berkowitz R., et al. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients, Brit J Psychiatry, 141, 121-134.

165. Leff J, Vaughn C. (1985). Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. Guilford Press, New York,

166. Leff J.P., Kuipers L., Berkowitz R. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up, Brit J Psychiatry, 146, 594-600.

167. Leff J.P. Wig N., Ghosh A., et al. (1987). Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh, Brit J Psychiatry, 151, 166-173.

168. Leff J.P., Berkowitz R., Shavit N. et al. (1989). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia, Br. J. Psychiatry, 154:58-66.

169. Leff J.P., Berkowitz R., Shavit N., Strachan A., Glass I., Vaughn G. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: two year follow –up, Br. J. Psychiatry, 157:571-577.

170. Leff J. (2000). Family Work for Schizophrenia: practical application, Acta Psychiatrica Scandinavica,102 (Suppl. 407): 78-82.

171. Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexanthe, B., Asen, E., et al. (2000). The London depression intervention trial. Randomised controlled trial of antidepressants vs. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. British Journal of Psychiatry, 177, 95–100 and Corrigendum BJP, 177, 284

172. Leichsenring F., Steinert Ch., Rabung S., Ioannidis J., The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry* 2022; 21:133–145

173. Lenzenweger M.F., Dworkin R.H., Wandhington D.C. (1991). Examining the underlying structure of schizophrenic phenomenology: evidence for a three-process model, Schizophrenia Bulletin, 17, 515-524.

174. Lewis S, Tarrier N, Haddock G, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. Br J Psychiatry Suppl. 2002;43:91-97.

175. Liberman R.P., Mueser K.T., Wallace C.J. et al. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: learning, coping and competence, Schizophrenia Bulletin, 12, 631-647.

176. Liberman R.P., DeRisi W.D. & Mueser K.T. (1989). Social Skills Training for Psychiatric Patients, Allyn & Bacon, Needham Heights.

177. Lipchik, E. (2002). Beyond technique in solution focused therapy. New York, NY: The Guilford Press.

178. Linszen DH, Dingemans PM, Nugter MA, Van der Does JW, Scholte WF, Lenior MA. (1997). Patient Attributes and Expressed Emotion as Risk Factors for Psychotic Relapse. Schizophrenia Bulletin, 23: 119-130.

179. Lobban, F., Postlethwaite, A., Glentworth, D., Pinfold, V., Wainwright, L., Dunn, G., …Haddock, G. (2013). A systematic review of randomized controlled trials of interventionsreporting outcomes for relatives of people with psychosis. Clinical Psychology Review, 33(3), 372–382. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.004

180. Ma C.F., Wa Chan S. K ., Chung Y. L., Siu Man , Ming Hui C. L., Suen Y. N., Hai Chen E.Y. (2021). The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. PPsychological Medicine, 51, 365-375.

181. Malmberg L., Fenton M., Rathbone J, (2001). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews July 2001(3): CD001360.

182. Mansuroglu S., Kutlu Y., The Transtheoretical Model based psychoeducation's effect on healthy lifestyle behaviours in schizophrenia: A randomized controlled trial. Archives of Psychiatric Nursing 41 (2022) 51–61

183. Marder S.R., Wirshing W.C., Eckman T. et al. (1993). Psychosocial and pharmacological strategies for maintenance therapy: effects of two-year outcome. Schizophrenia Research, 9, 260.

184. Martin P.A., Bird H.W. (1953). An approach to the psychotherapy of marriage partners, Psychiatry, 16: 123-127.

185. Masters W.H., Johnson V.E., 1970, Human Sexual Inadequacy, Boston: Little, Brown.

186. Masters, W., & Johnson, V.E. (1970). Human sexual inadequacy. New York, NY: Little, Brown and Company

187. May P.R.A. (1968). Treatment of Schizophrenia: a comparative study of five Treatment Methods, New York: Science House.

188. Mc Burney M., Baer P. (1981). The Family Environment of families with a hypertensive father, Psychosom Med., 43.

189. McDonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. Fam Process., 42:91–103.

190. Mc Farlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J, (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia, 34, 127-144.

191. McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review.Family Process, 55(3), 460–482. doi:10.1111/famp.12235

192. McGee, D. R., Del Vento, A., & Bavelas, J. B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. Journal of Marital and Family Therapy, 31, 371-384.

193. McGill C. et al. (1983). Family educational intervention in the treatment of schizophrenia, Hospital and Community Psychiatry, 34: 934 –8.

194. McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). Genograms: Assessment and intervention, 2nd ed. W W Norton & Co.

195. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiol Rev 30:67-76.

196. Mc Glashan T.H. (1986). The prediction of outcome in chronic schizophrenia. IV. The Chestnut Lodge follow-up study, Arch Gen Psychiatry, 43, 167-175.

197. McKeel AJ. (1996). A clinician's guide to research on solution-focused brief therapy. In: S.D. Miller, M.A. Hubble, B.L. Duncan (eds) The handbook of solution focused brief therapy. San Francisco. Jossey-Bass Inc.

198. Miklowitz D.J., Stackman D. (1992). Communication deviance in families of schizophrenic and other psychiatric patients: current state of the construct. In Walker EF et al. (eds), Experimental personality and psychopathology research, Vol. 15, New York: Springer Publishing Company, 1-46.

199. Miklowitz D.J. (1994). Family risk indicators in schizophrenia: Schizophr Bull: 20: 137-149.

200. Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., & Nuechterlein, K. H. (1995). Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective patients. Journal of Abnormal Psychology, 104(2), 268–276.

201. Miller J.G. (1978). Living Systems, New York, Mc Graw Hill.

202. Miller, G. & de Shazer, S. (2000). Emotions in solution-focused therapy: A reexamination. Family Process, 39(1), 5

203. Millar C. (2022). Systemic Therapies and Consultation for People who Experience Psychosis. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses

204. Mino Y., Kodera R., & Bebbington P. (1990). A comparative study of psychiatric services in Japan and England, Brit J Psychiatry, 157, 416-420.

205. Mitrani J. (2001). 'Taking the transference': some technical implications in three papers by Bion, International Journal of Psychoanalysis 82: 1085-1104.

206. Modesti M.N., Arena F., Palermo N., Del Casale An., A Systematic Review on Add-On Psychotherapy in Schizophrenia Spectrum Disorders J. Clin. Med. 2023, 12(3), 1021; https://doi.org/10.3390/jcm12031021

207. Moos R.H., Moos B.S. (1986). Family Environment Scale: Manual, Consulting Psychologists Press, INC, Palo Alto California.

208. Morris G., Wynne L. (1965). Schizophrenic offspring and parental styles of communication, Psychiatry 28: 19-44.

209. Mueser K.T., Berenbaum H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? Psychological Medicine, 20:253-262.

210. Mueser K.T., Bellack A.S., Douglas M.S., Morrison R.L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia, Schizophrenia Research, 5, 167-176.

211. Mueser K.T., Glynn S.M. (1993). Efficacy of Psychotherapy for schizophrenia, in Giles T.R. (eds) Handbook of Effective Psychotherapy. p.p. 325-354, Plenum Press, New York.

212. Mueser K.T., Bellack A.S. (1995). Psychotherapy for Schizophrenia, in S.R. Hirsch and D.R. Weinberger (eds): Schizophrenia, Blackwell Science.

213. Müller, D. R., Roder, V., & Brenner, H. D. (2007). Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophren Erkrankte [Effectiveness of the

integrated psychological therapy programs for schizophrenics]. Nervenarzt, 78(1),62–73. doi:10.1007/s00115-005-1974-x

214. Murray Chr., Murray K. M. (2004). Child level correlates of teacher–student relationships: An examination of demographic characteristics, academic orientations, and behavioral orientations. Psychology in the schools, 41, 7.

215. Napier Y. Aug., Whitaker A.C. (1997). The Family Crucible, Perennial Library, Harper and Row Publishers, New York.

216. Nichols M.P., Schwartz R.C. (1991). Family Therapy: Concepts and Methods, p. 29, Allyn and Bacon, USA.

217. Novikov D.A. (2016). Cybernetics: From Past to Future. Heidelberg: Springer.

218. Nowak I, Sabariego C, Switaj P, Anczewska M. Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. BMC Psychiatry [Internet] 2016;16:228.

219. Nugter MA, Dingemans PM, Linszen DH, Van der Does AJ, Gersons BP, (1997). Parental Communication deviance its stability and the effect of family treatment in recent-onset schizophrenia, Acta Psychiatr. Scand, Mar, 95:3,199-204.

220. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J, (2012). Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. Schizophr Res Treatment.

221. O'Driscoll C., Sener S.B., Angmark A., Shaikh M., (2019). Caregiving processes and expressed emotion in psychosis, a cross-cultural, meta-analytic review. Schizophr. Res., 208, 8-15

222. Olesen, J.Gustavsson, A.Svensson, M.Wittchen, H.U.Jonsson, B.The economic cost of brain disorders in Europe. Eur J Neurol 2012;19(1):155-62 PMID: 22175760

223. Onwumere J, Kuipers E, Gamble C, Jolley S, Smith B, Rollinson R, Steel C, Fowler D, Bebbington P, Dunn G, Freeman D, Garandy P. (2009). Family interventions in psychosis: a scale to measure therapist adherence. Journal of Family Therapy, 31: 270-283.

224. Overal & Gohran, (1962). Brief Psychiatric Rating Scale, in Psychological Reports, 10: 799.

225. Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. Psychopharmacology Bulletin, 24(1), 97–99

226. Panayotov P., Anichkina A., Strahilov B. (2011). Solution-Focused Brief Therapy and long term medical treatment compliance/adherence with patients suffering from schizophrenia: a pilot naturalistic clinical observation. In Franklin C., Trepper T.S., McCollum E.E., Gingerich W. J. (eds), Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice, Oxford University Press

227. Patterson TL, Mausbach BT, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2006;86(1–3):291-299.

228. Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, et al. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Am J Geriatr Psychiatr*. 2003;11(1):17-23.

229. Penn L.D., Mueser K.T. (1996). Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia, Am J Psychiatry, 153:607-617.

230. Pharoah F., Jair M., Rathbone J., Wong W., Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (12): CD000088.

231. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. et al. (2002). Psychosocial treatments in Schizophrenia: I. Meta-analysis of Family intervention and cognitive behaviour therapy, Psychological Medicine, 32:763-782.

232. Pichot, T., & Dolan, Y. (2003). Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings. New York: Haworth Press.

233. Pinquart M., Oslejsek B., Teubert D., Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders:A meta-analysis. Psychotherapy Research, 2014.

234. Pirkis J E, Burgess MA, Kirk KP, Dodson S, Coombs JT & Williamson M.K. (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family measures. Health and Quality of Life Outcomes (3):76.

235. Prado, G., Szapocznik, J., Mitrani, V.B., Mauer, M., Smith, L., & Feaster, D.J. (2002). Factors influencing engagement into interventions for adaptation to HIV in African Americawomen. AIDS Behavior, 6, 141–151.

236. Randolph E.T., Andh S., Glynn S.M., Paz G.G., Leong G.B., Shanner A.L., Strachan A., Van Vort W., Escobar J.L., Liberman R.P. (1994). Behavioural family management in schizophrenia: outcome of a clinic-based intervention, Br. J Psychiatry, 164:501-506.

237. Rathod S., Turkington D. (2005). Cognitive–behaviour therapy for schizophrenia: a review, Current Opinion in Psychiatry, 18:159-163.

238. Rathod S., Phiri P., Kingdon D., Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 Sep; 33(3):527-36.

239. Ratner, H., & George, E. (2012). Solution focused brief therapy: 100 key points and techniques. London: Routledge/Taylor and Francis Group.

240. Rhodes J, Jakes S. (2002) Using Solution focused Therapy During a Psychotic Crisis: A Case Study. Clin Psychol Psychoth, 9: 139–148.

241. Richmond M. E. Social Diagnosis. London: Forgotten Books, (2015) [1917]

242. Roberts G.W. (1991). Schizophrenia: a neuropathological perspective, Brit J Psychiatry, 158, 8-17.

243. Robins L.N. (1963). The accuracy of parental recall of aspects of child development and child-rearing practice, Journal of Abnormal and Social Psychology, 33,261-270.

244. Rogers, C (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework.

245. Rogers C.R., Gendin E.G., Kiesler D.J., Traux C.B. (1967). The therapeutic relationship and its impact: study of psychotherapy with schizophrenics, University of Wisconsin Press, Madison.

246. Roisko R., Wahlberg K. E., Hakkob H., Wynned L., Tienari P. (2011). Communication Deviance in parents of families with adoptees at a high or low risk of schizophrenia-spectrum disorders and its associations with attributes of the adoptee and the adoptive parents. Psychiatry Research, 185, 66-71.

247. Roisko R., Wahlberg K.E., Miettunen J., Tienari P., Association of parental Communication Deviance with offspring's psychiatricand thought disorders. A systematic review and meta-analysis. European Psychiatry. 29 (2014) 20–31

248. Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2008). Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. Current Opinion in Psychiatry, 21(2), 168–172.

249. Ryan M., Sattenspiel D., Chianese A., Rice H., Cognitive Behavioral Therapy for Symptom Management in Treatment-Resistant Schizophrenia. Am J Nur. 2022 Aug 1;122(8):24-33.

250. Sadock B.J., Sadock V.A. Ruiz P., Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set) 10th Ed., Wolters Kluwer 2017.

251. Sander F.M. (1989). Marital conflict and psychoanalytic therapy in the middle years, in J. Oldham and R. Liebert (eds), The Middle Years: new psychoanalytic perspectives, Yale University Press, New Haven.

252. Scazufca M, Kuipers E. (2001). Perception of Negative Emotions in Close Relatives By Patients with Schizophrenia. British Journal of Clinical Psychology, 40: 167-175.

253. Segrin, C., & Givertz, M. (2003). Methods of social skills training and development. In J. O. Greene & B. R. Burleson (Eds.), Handbook of communication and social interaction skills (pp. 135–176). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

254. Sensky T., Turkington D., Kingdon D. et al. (2000). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication, Arch Gen Psychiatry, 57:165-172.

255. Shannon C., Wiener W. (1949). The mathematical theory of communication, Urbana: University of Illinois Press, London.

256. Shapiro MB, Ravenette AT, (1959). A preliminary experiment on paranoid delusions, J Ment Sci, 105:295-312.

257. Shi, J., Wang, L., Yao, Y., Zhan, C., Su, N., & Zhao, X. (2017). Systemic Therapy for Youth at Clinical High Risk for Psychosis: A Pilot Study. Frontiers in Psychiatry, 8. doi:10.3389/fpsyt.2017.00211

258. Silvestri, K. (2010). Integrating Psychotherapy and Homeopathy: A means to determining the needs of the vital force, Homeopathy and Mental Health Care: Integrative Practice, Principles and Research. Homeolinks Publishers: Netherlands.

259. Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 56, 13–24. doi:10.1016/j.cpr.2017.05.002

260. Singer M.T., Wynne L. (1963). Differentiating characteristics of parents of childhood schizophrenics, childhood neurotics and young adult schizophrenics, Am J Psychiatry:120:234-2

261. Siporin M. (1980). Marriage and Family therapy in social work, Social Casework, 61:11-21.

262. Skinner B.F. (1953). Science and Human Behavior, New York: Macmillan.

263. Sklare, G. (1997). Brief counseling that works: A solution-focused approach for school counselors. (pp. 43-64). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

264. Smith M.L., Gene V Glass GV. (1980). Meta-analysis of Research on Class Size and Its Relationship to Attitudes and Instruction. American Educational Research Journal, November 1

265. Somaiya M, Grover S, Avasthi A, Chakrabarti S. (2014). Changes in cost of treating schizophrenia: comparison of two studies done a decade apart. Psychiatry Res; 215:547.

266. Spiegel D, Wissler T. (1983). Perceptions of Family Environment Among Psychiatric Patients and Their Wives. Fam Proc 22:537-547.

267. Stanton, M., & Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of controlled comparative studies. Psychological Bulletin, 122, 170–191.

268. Strauss J.S., Carpenter W.T. Jr & Barkto J.J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia Part III, Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs, Schizophrenia Bulletin, 11, 61-69.

269. Sun, S. Y., & Cheung, S. K. (1997). Family functioning, social support to families, and symptom remittance of schizophrenia. Hong Kong Journal of Psychiatry, 7, 19–25

270. Tarrier N., Barrowclough C, Vaughn C., Bamrah J., Porceddu K., Watts S., Freeman H. (1988). The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse, Br. J. Psychiatry 153: 532-542.

271. Tarrier N., Barrowclough C, Vaughn C., Bamrah J., Porceddu K., Watts S., Freeman H. (1989). Community management of schizophrenia: a two year follow up of a behavioural intervention with families, Br. J Psychiatry, 154:625-628.

272. Tarrier N., Beckett N., Harwood S., Baker A., Yusupoff L., Ugarteburu I. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual symptoms in schizophrenia patients: outcome, Br J Psychiatry, 162, 524-532.

273. Tarrier N., Barrowclough C., Porceddu K., Fitzpatrick E. (1994). The Salford Family Intervention Project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years, Br. J Psychiatry, 165: 829-832

274. Tarrier N, Yusupoff L., Kinney C, et al. (1998). Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia, BMJ, 317:303-307.

275. Tarrier N., Lewis S., Haddock G. et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first episode and early schizophrenia: 18 month follow up of a randomised controlled trial, Brit J of Psychiatry, 184:231-239.

276. Telles C., Karno M., Mintz J., Paz G., Arias M., Tucker D., Lopez. (1995). Immigrant families coping with schizophrenia: a behavioural family intervention v case management with a low – income Spanish-speaking populations, Br. J. Psychiatry, 167: 473-479.

277. Tienari, P. A., Wynne, L. C., Sorri, A., Lahti, I., Laksy, K., Moring, J. et al. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. British Journal of Psychiatry, 184, 216–222.

278. Tompson M.C., Goldstein M.J., Lebell M.B., Mintz L.I., Marder S. R., Mintz J. (1995). Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. Psychiatry Research, 57, 155-167

279. Trubandskoy, V., Pardiñas, A.F., Qi, T. et al. (2022). Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. Nature 604, 502–508.

280. Turkington D., Kingdon D., Turner T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia, Brit J of Psychiatry, 180:523-527.

281. Turkington D, Kingdon D, Weiden P. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. Am J Psychiatry.;163:365-373

282. Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. 2014. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. Am. J. Psychiatry 171:523–38

283. Turner D.T., McGlanaghy E., Cuijpers P., van der Gaag M., Karyotaki E., MacBeth A. (2018). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 44, 475–491.

284. Vaughn C. and Leff J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness, British Journal of Psychiatry, 129, 125-137.

285. Vaughn C., Snyder K.S., Jones S., et al. (1984). Family Factors in schizophrenic relapse: a California replication of the British research on expressed emotion, Archives of General Psychiatry, 41, 1169-1177.

286. Velligan D.I., Miller A.L., Eckert S.L., Funderburg L.G., True J.E., Mahurin R.K., Diamond P., Hazelton B.C. (1996). The Relationship between parental communication deviance and relapse in schizophrenic in the 1-year period after hospital discharge. A pilot study. J Nerv Ment Dis, 184:8, 490-6.

287. Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

288. Wallace C.J., Nelson C.J., Liberman R.P. et al. (1980). A review and critique of social training with schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 6, 42-63.

289. Waring E.A., Russel L. (1980). Family structure, marital adjustment and intimacy in patients referred to a consultation / liaison service. Gen Hosp Psych 3: 198 – 203.

290. Watson J.B. and Rayner R. (1920). Conditioned emotional reaction, Journal of Experimental Psychology, 3, 1-14.

291. Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. (1967). Pragmatics of Human Communication, Norton, New York.

292. Weinberger D.R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia, Archives of General Psychiatry, 44, 660-669.

293. Weisman A, Rosales G, Kymalainen J, Armesto J. (2005). Ethnicity, Family Cohesion, Religiosity and General Emotional Distress in Patients with Schizophrenia and Their Relatives. J Nerv Ment Dis, 193: 359-368.

294. Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. Vaughn-Coaxum, R., …Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. American Psychologist, 72(2), 79–117. doi:10.1037/a0040360

295. White, M. & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. New York: W.W. Norton.

296. Wiener N. (1948). CyberNetics, M.I.T. Press.

297. Wolpe J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition, Stanford, CA: Stanford University Press.

298. World Health Organization, (2022). Schizophrenia, https://www.who.int/news-room/fact-sheands/dandail/schizophrenia.

299. Wu EQ, Shi L, Birnbaum H, Hudson T, Kessler R. (2006). Annual prevalence of diagnosed schizophrenia in the USA: a claims data analysis approach. Psychol Med. Nov;36(11):1535-40.

300. Wykes T., Castle D. (2003). Psychological approaches to the management of persistent delusions and hallucinations. In Castle D., Copolov D.L., Wykes T. (eds), Pharmacological and Psychosocial Treatments in Schizophrenia, Martin Dunitz, Taylor and Francis Group, London and New York.

301. Wynne L., Singer M.T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics. I. A research strategy, Arch Gen Psychiatry:9: 191-198.

302. Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 37, 21-22.

303. Xiong W., Phillips M.R., Hu X., Ruiwen W., Dai Q., Kleinman J., Kleinman A. (1994). Family – based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial, Br. J. Psychiatry, 165:239-247.

304. Yadav Babu Lal, Efficacy of Social Skills Training in Schizophrenia: A Nursing Review, Current Nursing Journal 2015; Volume 2, Number 1

305. Zhang, M.L., Yuan, G., Yao, J., Ni, S.Q., Zhang, X., An, B.F., et al. (2006). A controlledtreatment trial of systemic family therapy for schizophrenic patients. Chinese Journal of Behavioral Medical Science, 15(8): 711–712.

306. Zhang, S., Liu, L., Pan, S., Feng, Y., Zhang, Y., & Zhou, Q. (2006). A controlled study of theeffect of systemic family therapy on the relapse of schizophrenia. Shandong Archives of Psychiatry, 19(2): 138–139.

307. Zhang, H.-Y., Wu, W.-E., & Wen, W.-J. (2010). Application of solution focused approach in schizophrenia patients of convalescent period. *Medical Journal of Chinese People's Health*, 18, 2410–2412.

308. Zhou, X. (2003). The application of systemic family therapy in patients with schizophrenia. Medical Journal of Chinese People Health, 15(6): 361–362.

309. Zimmerman G. J. Favrod, V. Trieu and V. Pomini (2005). The effect of cognitive behavioural treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis, Schizophrenia Res., 77, (1), 1-9.

310. Zubin J, Spring B. (1977). Vulnerability: a new view on schizophrenia, J Abnormal Psych, 86:103-126.

311. Von Sydow, Beher S., Schweitzer J., Retzlaff R. (2010). The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. Family Process, 49, 457-485.

11.2. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. American Psychiatric Association, 2015, Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5. - Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

2. Βαρτζόπουλος Γ., Διαλλινά Μ., Μαλαγάρης Ε., Πλουμπίδης Δ., Στυλιανίδης Σ., Τζαβάρας Ν., Τζάκσον Δ., 2002, Σχιζοφρένεια· Φαινομενολογική και Ψυχαναλυτική Προσέγγιση, Καστανιώτης, Αθήνα.

3. Bowen, M. 1996. Τα τρίγωνα στην οικογένεια. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

4. Γείτονα Μ., Μ. Ολλανδέζος, Χ. Κουσουλάκου, Η. Αγγελόπουλος, Κ. Ζαχαράκης, Π. Κακαβάς, Β. Καρπούζα, Σ. Κεσίδου, Ν. Μπιλανάκης, Ε. Παπαμιχαήλ, Σ. Παπανικολάου, Α. Χαϊδεμένος, Θ. Χαμογεωργάκης, Γ. Κυριόπουλος, Το κόστος αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας στην Ελλάδα. Ψυχιατρική 2007, 18:47–58

5. Δεκλερής Η. Μιχαήλ, 1986, Συστημική θεωρία κράτους και δικαίου, στο ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ, Ι-ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ-Ι, εισαγ-επιμ.: Μ. Δεκλερής, εκδ. Αντ.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

6. Ζαφείρης Αλ., Ζαφείρη Ελ., Μουζακίτης Χρ., 1999, Οικογενειακή Θεραπεία· Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές, Ελληνικά Γράμματα3 Αθήνα.

7. Καφτατζή-Χαστά Β., 1996, Από την Οικογενειακή στη Συστημική Θεραπεία, στο "Συστημικές Σκέψεις", επιμ. Τριανταφύλλου Φ., Ειδική Έκδοση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

8. Μάνος Ν, 1997, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

9. Μαρκίδης Μ., Βασλαματζής Γ., 2004, Ψυχανάλυση και οι Ψυχαναλυτικής Έμπνευσης Ψυχοθεραπείες, στο Γ.Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες, Ψυχιατρική 2ος Τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

10. Κεφαλάς Α, 1986, Προσέγγιση Συστημάτων: Εφαρμογή στη Διοίκηση Οργανώσεων (Management), στο Συστημική θεωρία, -Ελληνική Ομάς Συστημάτων- εισαγ-επιμ.: Μ. Δεκλερής, εκδ. Αντ.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

11. Οικονόμου Μ., 1992, Η συμπεριφορολογική προσέγγιση στη θεραπεία οικογένειας για τη σχιζοφρένεια, στο "Θέματα Ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς" επιμ. Α.Καλαντζή-Αζίζι και Ν. Δέγλερης, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

12. Οικονόμου Μ., 2004, Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες, στο Γ.Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες, "Ψυχιατρική" 2ος Τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

13. Πανέρα Ά, Crawford JR, (2004). Η χρήση του Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) σε Έλληνες ψυχιατρικούς ασθενείς. Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, 2:183-201

14 Παπαδιώτη–Αθανασίου Β., 2000, Οικογένεια και όρια· συστημική προσέγγιση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

15. Ραμπαβίλας Αν., Χριστοδούλου Γ., 2004, Σχιζοφρένεια, στο "ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ", Γ.Ν. Χριστοδούλου & Συνεργάτες, Α' Τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

12. Κατάλογος Πινάκων

Ατομικά στοιχεία των ασθενών της μελέτης

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 1.</u> Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα

Α/α	**Ηλικία**	**Φύλο**	**Εκπαιδευτικό επίπεδο**	**Μηνιαίο Εισόδημα**	**Οικογενειακή Κατάσταση**
1.	50	Θήλυ	ΔΕ	310ε	Διαζ/μένη
2.	54	Θήλυ	ΑΕΙ	900ε	Έγγαμη
3.	46	Θήλυ	ΥΕ	310ε	Άγαμη
4.	48	Θήλυ	ΤΕΙ	600ε	Άγαμη
5.	50	Άρρεν	ΥΕ	310ε	Άγαμος
6.	49	Άρρεν	ΑΕΙ	900ε	Άγαμος
7.	48	Θήλυ	ΔΕ	290-300ε	Άγαμη
8.	49	Θήλυ	ΔΕ	0	Έγγαμη
9.	55	Άρρεν	ΥΕ	310 ε	Άγαμος
10.	46	Άρρεν	ΤΕΙ	900ε	Άγαμος
11.	33	Άρρεν	ΔΕ	400ε	Άγαμος
12.	39	Άρρεν	ΔΕ	310ε	Άγαμος
13.	59	Θήλυ	ΔΕ	800ε	Άγαμη
14.	42	Θήλυ	ΤΕΙ	310ε	Άγαμη
15.	36	Άρρεν	ΑΕΙ	0	Άγαμος

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κλινικά στοιχεία συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα

Α/α	**Διάρκεια Νόσου**	**Απόπειρες Αυτο/φής**	**Αριθμός Νοσηλειών**	**Φαρμακευτική Αγωγή**
1.	27 έτη	2	2-5	Per os
2.	6 έτη	0	0	Per os
3.	9 έτη	0	2-5	Per os & Depot
4.	9 έτη	0	2-5	Per os & Depot
5.	26 έτη	0	2-5	Per os & Depot
6.	29 έτη	0	2-5	Per os
7.	28 έτη	0	2-5	Per os & Depot
8.	5 έτη	0	2-5	Per os
9.	37 έτη	3	6-10	Per os & Depot
10.	28 έτη	0	2-5	Per os
11.	7 έτη	0	1	Per os
12.	13 έτη	0	6-10	Per os & Depot
13.	39 έτη	0	6-10	Per os & Depot
14.	17 έτη	0	2-5	Per os
15.	6 έτη	0	1	Per os

Πίνακας 3. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στην ομάδα ελέγχου

Α/α	**Ηλικία**	**Φύλο**	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Μηνιαίο Εισόδημα	Οικογενειακή Κατάσταση
1.	59	Άρρεν	ΥΕ	310ε	Άγαμος
2.	41	Θήλυ	ΔΕ	0	Έγγαμη
3.	40	Θήλυ	ΥΕ	310ε	Άγαμος
4.	53	Άρρεν	ΔΕ	310ε	Άγαμος
5.	46	Άρρεν	ΔΕ	310ε	Διαζ/μένος
6.	52	Άρρεν	ΥΕ	310ε	Άγαμος
7.	39	Θήλυ	ΔΕ	310ε	Άγαμη
8.	49	Άρρεν	ΔΕ	950ε	Άγαμος
9.	54	Άρρεν	ΥΕ	310ε	Διαζ/μένος
10	47	Άρρεν	ΑΕΙ	310ε	Άγαμος
11.	50	Άρρεν	ΔΕ	310ε	Έγγαμος
12.	37	Θήλυ	ΥΕ	310ε	Άγαμη
13.	54	Άρρεν	ΔΕ	700ε	Άγαμος
14.	33	Άρρεν	ΥΕ	700ε	Άγαμος
15.	62	Άρρεν	ΥΕ	310ε	Αγαμος

Πίνακας 4. Κλινικά στοιχεία συμμετεχόντων στην ομάδα ελέγχου

Α/α	**Διάρκεια Νόσου**	**Απόπειρες Αυτο/φής**	**Αριθμός Νοσηλειών**	**Φαρμακευτική Αγωγή**
1.	39 έτη	τους	6-10	Per os & Depot
2.	7 έτη	1	2-5	Per os
3.	18 έτη	0	2 – 5	Per os & Depot
4.	33 έτη	0	6-10	Per os & Depot
5.	17 έτη	0	2-5	Per os
6.	35 έτη	0	6-10	Per os
7.	8 έτη	0	2-5	Per os
8.	25 έτη	0	6-10	Per os & Depot
9.	30 έτη	2	6-10	Per os & Depot
10.	9 έτη	0	6-10	Per os
11.	25 έτη	0	1	Per os
12.	18 έτη	0	2- 5	Per os & Depot
13.	15 έτη	0	2-5	Per os & Depot
14.	15 έτη	0	2-5	Per os & Depot
15.	35 έτη	0	6-10	Per os & Depot

13. Παράρτημα

1. Έγγραφο Ενημέρωσης Ασθενών *

Ο Τομέας Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης και η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, διεξάγουν έρευνα σχετικά την αποτελεσματικότητα της Σύντομης Εστιασμένης στη Λύση Συστημικής Ψυχοθεραπείας σε ανθρώπους που νοσούν από ειδικά ψυχιατρικά προβλήματα.
Στο πλαίσιο αυτό, τα άτομα που θα ενταχθούν στην έρευνα πρόκειται με τυχαίο τρόπο να κατανεμηθούν σε δύο ομάδες εκ των οποίων, τα άτομα που θα συμμετάσχουν στη μια από αυτές τις ομάδες θα δεχτούν 5 ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες ανά 15 ημέρες περίπου.

Η παρέμβαση δε θα αφορά στη θεραπευτική δοκιμή με φάρμακα αλλά με ψυχοθεραπεία και δε θα γίνει καμία αλλαγή στη συνήθη φαρμακευτική τους αγωγή.

Οι συναντήσεις θα γίνονται σε χώρους της Ψυχιατρικής Κλινικής Πα.Γ.Ν.Η. είτε του Τομέα Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής.

Δεν πρόκειται να υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Θα τηρηθεί αυστηρά το ιατρικό απόρρητο.

* Αριθμός Έγκρισης Δ.Σ. ΠαΓΝΗ: 32/17-12-2018

2. Έγγραφο αποδοχής συμμετοχής στην έρευνα *

Μετά από τη σαφή ενημέρωσή μου σχετικά με τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας, με τίτλο “ Η εφαρμογή της σύντομης συστημικής θεραπείας επικεντρωμένης στη λύση (brief solution-focused therapy) σε χρόνιους σχιζοφρενείς ”, και αφού μου περιγράφηκαν οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα που προκύπτουν από τη συμμετοχή μου σε αυτήν, δηλώνω ότι δέχομαι να συμμετάσχω σε αυτήν από την έναρξη έως και την ολοκλήρωσή της.

Διατηρώ το δικαίωμα να αποχωρήσω εφόσον προκύψουν λόγοι που κατά την εκτίμησή μου κάνουν την ενέργειά μου αυτή αναγκαία για τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας και των ατομικών μου δικαιωμάτων.

Ο συμμετέχων στην έρευνα

* Αριθμός Έγκρισης Δ.Σ. ΠαΓΝΗ: 32/17-12-2018

4. Κλίμακα οικογενειακού περιβάλλοντος (FES)

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
25/02/2022 13:57:56 EAND - 84.205.230.77

ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

FES – FORM R
ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση. Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν τη δική σας οικογένεια, παρακαλούμε σημειώσετε Χ κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «Σωστό». Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε Χ κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «Λάθος».
Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένεία σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

		Σωστό	Λάθος
1.	Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2.	Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3.	Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4.	Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5.	Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6.	Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7.	Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8.	Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		
9.	Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεχτικά.		
10.	Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11.	Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12.	Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		
13.	Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14.	Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15.	Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16.	Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17.	Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18.	Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19.	Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20.	Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21.	Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22.	Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23.	Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		
24.	Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25.	Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26.	Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα		

27.	Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλιγκ κ.λ.π.		
28.	Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων γιορτών.		
29.	Στο σπιτικό μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		
30.	Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31.	Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32.	Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33.	Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34.	Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35.	Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36.	Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37.	Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38.	Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39.	Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		
40.	Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41.	Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42.	Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43.	Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44.	Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45.	Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46.	Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47.	Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48.	Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
49.	Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50.	Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51.	Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52.	Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός,		
53.	Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.		
54.	Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		
55.	Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		
56.	Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57.	Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58.	Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59.	Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60.	Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61.	Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		
62.	Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
63.	Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		
64.	Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
65.	Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
66.	Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		

67.	Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
68.	Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
69.	Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
70.	Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
71.	Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
72.	Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
73.	Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
74.	Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
75.	Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι «πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι».		
76.	Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		
77.	Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		
78.	Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
79.	Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
80.	Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
81.	Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
82.	Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
83.	Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου		
84.	Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
85.	Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
86.	Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
87.	Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		
88.	Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		
89.	Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
90.	Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

4.Παρουσίαση μέρους Συνεδριών

Περιγράφεται μέρος συνεδριών με συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα. Για λόγους απορρήτου, τα ονόματα που χρησιμοποιούνται δεν είναι αληθινά.

Η κα Άννα

Περιγράφεται μέρος της 1ης συνεδρίας με την κυρία Άννα, ετών 52 η οποία νοσεί από σχιζοφρένεια από την ηλικία των 25 ετών οπότε και χώρισε από το σύζυγό της. Είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δεν εργάζεται και σε παρόντα χρόνο ζει με τη μητέρα της. Ο πατέρας της πέθανε πριν λίγους μήνες. Έχει ένα μικρότερο αδελφό, παντρεμένο με 2 παιδιά. Η κυρία Άννα περιγράφει την καθημερινότητα της πολύ ανιαρή και για αυτό το λόγο περνάει πολλές ώρες στο κρεβάτι της. Ακόμη και όταν την παροτρύνει η μητέρα της να βγει έξω για κάποιες δουλειές και εκείνη το κάνει με πολύ κόπο, μετά απογοητεύεται πολύ και θυμώνει όταν η μαμά της πάντα έχει κάποια παρατήρηση να της κάνει (επικριτικά σχόλια, επιθετικότητα). Το κύριο σύμπτωμά της είναι οι ιδέες δίωξης και αναφοράς κυρίως από άτομα του παρελθόντος της. Επίσης, έχει ιδέες μεγαλείου σχετικά με την ικανότητά της στη συγγραφή. Θεωρεί ότι μεγάλες διεθνείς επιχειρήσεις θέλουν τις ιδέες της και το ταλέντο της και κατά καιρούς της προτείνουν μεγάλα ποσά για να συνεργαστεί μαζί τους.

Στο παράδειγμα που ακολουθεί γίνεται εμφανής ο τρόπος με τον οποίο μέσω των τεχνικών του μοντέλου, αναδύεται μια ιδιότητα της ασθενούς…….

Θεραπεύτρια: Κα Άννα τι περιμένετε από τη σημερινή μας συνεδρία;

Κα Άννα: Τι να σας πω…. Δεν ξέρω. Εσείς ξέρετε.

Θεραπεύτρια: Τι νομίζετε;

Κα Άννα: Πιστεύω ότι κάτι καλό θα βγει. Και η μάνα μου το ίδιο είπε, να έρθω θα μου κάνει καλό. Της είπα πως μου το πρότεινε ο γιατρός μου και είπε να έρθω….

Θεραπεύτρια: Τι εννοείτε θα σας κάνει καλό;

Κα Άννα: Θα με βοηθήσει, ξέρω κι εγώ…. Το πρόβλημα είναι ότι δεν έχω όρεξη να βγω… Μου αρέσει να μένω στο κρεβάτι μου. Τι να βγω να κάνω δηλαδή;;

Θεραπεύτρια: Δηλαδή μου λέτε ότι θα είναι χρήσιμο να σας βοηθήσει αυτή η συνεδρία να βγαίνετε έξω;;

Κα Άννα: Ναι νομίζω…

Θεραπεύτρια: Εντάξει κα Άννα. Για να προχωρήσουμε θα ήθελα να σας κάνω κάποιες ερωτήσεις που δεν είναι τόσο συνηθισμένες.

Κα Άννα: Τι να σας πω. Έχω πάει σε τόσους γιατρούς και ψυχολόγους από τότε που αρρώστησα που είμαι συνηθισμένη.

Θεραπεύτρια: Λοιπόν…. Ας υποθέσουμε ότι απόψε την ώρα που κοιμάστε γίνεται ένα θαύμα και η δυσκολία σας να σηκωθείτε από το κρεβάτι και να βγείτε έξω έχει φύγει… Τι είναι αυτό το διαφορετικό που θα παρατηρήσετε το πρωί και θα σας κάνει να καταλάβετε ότι η δυσκολία αυτή δεν υπάρχει πια;

Κα Άννα: Τι να σας πω; Δεν ξέρω… Δε γίνονται θαύματα. Εγώ δεν πιστεύω στα θαύματα.

Θεραπεύτρια: Ούτε εγώ πιστεύω στα θαύματα αλλά μου είναι πολύ χρήσιμο να έχω μια ιδέα για το πώς θέλετε να είναι η ζωή σας ώστε να κατευθύνουμε τη συζήτησή μας σε μια καλή κατεύθυνση. Να ρωτήσω κάτι… Τι ώρα ξυπνάτε το πρωί;

Κα Άννα: Περίπου στις 10.

Θεραπεύτρια: Ποιο είναι το πρώτο πράγμα που θα κάνατε διαφορετικά που θα σας έλεγε ότι το θαύμα έχει συμβεί;

Κα Άννα: Τίποτε δε θα είναι διαφορετικό. Θα σηκωθώ, θα πλυθώ και θα φτιάξω ένα τσάι να πιω. Εγώ ξέρετε δεν πίνω καφέ, μόνο τσάι… Μετά θα άνοιγα την τηλεόραση και θα ξάπλωνα στον καναπέ… Και μετά θα πήγαινα στο κρεβάτι μου

Θεραπεύτρια: Θα ξαπλώνατε στον καναπέ και μετά στο κρεβάτι σας;;

Κα Άννα: Ναι…

Θεραπεύτρια: Ας υποθέσουμε ότι το θαύμα σας κάνει να μη θέλετε πια να μένετε ξαπλωμένη στον καναπέ ή στο κρεβάτι… Τι θα είναι διαφορετικό;

Κα Άννα: Ξέρω κι εγώ;;;. Θα έκανα καμιά δουλειά ή θα πήγαινα σε εκείνο το καφέ που έκανα πριν καιρό και τα μαθήματα του ψηφιδωτού..

Θεραπεύτρια: Κάνατε κάποτε μαθήματα ψηφιδωτό;

Κα Άννα: Ναι. Έχω φτιάξει την Παναγία.

Θεραπεύτρια: Και που κάνατε τα μαθήματα; Με κάποια ομάδα οργανωμένη;

Κα Άννα: Ναι, ο αδελφός μου την είχε βρει αυτή την ομάδα και πλήρωνε και τη συμμετοχή μου. 20ε το μήνα έδινε… Ήταν ωραία.

Η Σύντομη Θεραπεία Εστιασμένη στη Λύση βασίζεται στη δημιουργική δύναμη του λόγου. Η κα Άννα αρχίζει να μιλά για αυτό που θεωρεί ένα απίθανο μέλλον όταν θα έχει συμβεί το θαύμα, ωστόσο αυτά που περιγράφει δεν είναι ουτοπικά, υπήρξαν μέρος της πραγματικότητάς της πριν κάποιο καιρό. Όσο πιο ξεκάθαρα και με σαφήνεια το περιγράψει τόσο πιο πιθανό είναι να συμβεί. Μέσω της ερώτησης – θαύματος μπορεί να

επιτευχθεί ο θεραπευτικός στόχος και να ξεπεραστούν ψυχολογικά εμπόδια για ένα διαφορετικό μέλλον χωρίς το ενόχλημα. Η συνεδρία συνεχίστηκε με ερωτήσεις σχετικά με το τι θα ήταν διαφορετικό στην καθημερινότητα της κας Άννας αν πήγαινε στα μαθήματα του ψηφιδωτού. Κάθε φορά που αναφερόταν σε ένα πιθανό εμπόδιο, η θεραπεύτρια επικαλούνταν το "θαύμα" για να ρωτήσει πως θα τα κατάφερνε η κα Άννα αν δεν είχε πια τη δυσκολία να παραμένει όλη σχεδόν τη μέρα ξαπλωμένη στο κρεβάτι της. Περιγράφει πόσο ωραία ήταν αυτά τα μαθήματα και ότι τα περίμενε με αγωνία διότι μετά συνήθιζαν να βγαίνουν όλη η ομάδα μαζί και κάποιες φορές πήγαινε κι εκείνη. Σχεδίαζε ο δάσκαλος να κάνει μια έκθεση με έργα της ομάδας αλλά εκείνη έφυγε. Ξέρει ότι ακόμη η ομάδα αυτή συνεχίζει, της το λέει ο αδελφός της καθώς ο δάσκαλος είναι φίλος του….

Κα Άννα: Ίσως θα ήταν καλό να περάσω καμιά μέρα από το δάσκαλο…Η θεραπεύτρια κλείνει σταδιακά τη συνεδρία χωρίς καμία προσπάθεια να ενθαρρύνει την ασθενή να πάει στα μαθήματα αλλά την επαινεί για την ωραία ιδέα και για τη θέλησή της και το ενδιαφέρον της να σταματήσει να μένει ξαπλωμένη στο σπίτι και να αρχίσει να βγαίνει έξω.

Ο κος Κώστας

Ο κος Κώστας είναι 51 ετών, άγαμος και άνεργος. Είναι το 4ο παιδί της οικογένειάς του και νόσησε για πρώτη φορά όταν ήταν στο στρατό. Είναι κάτοικος Ηρακλείου και ζούσε στο οικογενειακό τους σπίτι μέχρι και το θάνατο της μητέρας του πριν από 6 χρόνια. Τότε έκανε μια υποτροπή, νοσηλεύθηκε στην ψυχιατρική κλινική ΠαΓΝΗ και μέχρι πριν από 2,5 χρόνια διαβιούσε στο Μετανοσοκομειακό Ξενώνα ΠαΓΝΗ. Κατόπιν ζει αυτόνομα στην κοινότητα σε μικρό διαμέρισμα μου ενοικιάζει με τα χρήματα του επιδόματος πρόνοιας που λαμβάνει. Τα αδέλφια του έχουν αποστασιοποιηθεί από αυτόν εκτός από το μεγαλύτερο αδελφό του που διατηρεί σχέση μαζί του. Έχουν 11 χρόνια διαφορά και όπως λέει πάντα είχαν μια καλή σχέση. Για τη μελέτη ενημερώθηκε από το θεράποντα ιατρό του και καθώς γνώριζε την ερευνήτρια από την παραμονή του στον ξενώνα, ήταν πολύ πρόθυμος να συμμετάσχει. Εμφανίζει παραλήρημα δίωξης κυρίως από την αδελφή του και θρησκευτικό παραλήρημα ότι οι Άγιοι του μιλούν και τον βοηθούν στις δυσκολίες του. Στην πρώτη συνεδρία διατυπώνεται το αίτημα του να μπορέσει να φτιάξει τα πράγματα με την αδελφή του γιατί " δεν είναι ούτε σωστό ούτε χριστιανικό να μη μιλούν τα αδέλφια. Παρακάτω περιγράφεται μέρος της τρίτης συνεδρίας μας.

Θεραπεύτρια: Κε Κώστα πως είστε αυτόν τον καιρό που έχουμε να βρεθούμε;

Κος Κώστας: Καλά είμαι αλλά σκέφτομαι πως τα έχω κάνει έτσι με τα αδέλφια μου και κυρίως με την αδελφή μου. Αν ζούσε η συγχωρεμένη η μάνα μου θα στενοχωριόταν πάρα πολύ. Δεν ήθελε τα παιδιά της να έχουν διχόνοια…

Θεραπεύτρια: Τι εννοείτε ότι τα έχετε κάνει έτσι με τα αδέλφια σας;

Κος Κώστας: Να… μετά που πέθανε η μάνα μου εγώ έμεινα μόνος μου και πήγαινα στο σπίτι της για ένα πιάτο φαϊ. Δεν είχα και κανέναν άλλο. Τι στις νύφες θα πήγαινα; Μια μέρα μου είπε ότι δεν ξέρει αν μπορεί πια να ασχολείται με μένα γιατί μάλλον θα πηγαίνει στα εγγόνια της και δε θα έχει χρόνο.

Θεραπεύτρια: Ήταν αλήθεια αυτό; Έχει εγγόνια που χρειάζονται τη φροντίδα της;;

Κος Κώστας: Ναι… Οι κόρες της δουλεύουν σε μαγαζιά και η αδελφή μου τις βοηθάει με τα παιδιά τους αλλά ένα πιάτο φαί ήταν το πρόβλημα; Εγώ δούλευα από 14 χρονών και όλα μου τα λεφτά τα έπαιρνε η μάνα μου και βοηθούσε και την αδελφή μου. Τα ξέχασε αυτά;

Θεραπεύτρια: Λυπάμαι που το ακούω αυτό κε Κώστα. Η αλήθεια είναι ότι δεν είναι σπάνιο τα αδέλφια όταν φεύγουν από το σπίτι των γονιών τους και φτιάχνουν τις δικές τους οικογένειες, να παρεξηγούνται μεταξύ τους, να θυμώνουν, να απομακρύνονται. Το ακούω αρκετά συχνά στη δουλειά μου αυτό (παρέμβαση "Φυσιολογικοποίησης του προβλήματος").

Κος Κώστας: (χαμογελάει). Εγώ με την αδελφή μου από παιδιά μαλώναμε γιατί είμαστε οι πιο μικροί και πάντα συνεριζόμασταν… Η μάνα μου όλο μας φώναζε.

Θεραπεύτρια: Και πως καταφέρνατε να τα βρίσκετε τελικά;

Κος Κώστας: Εεεε. Λίγο εγώ υποχωρούσα και την πείραζα, λίγο αυτή με έπιανε με το καλό….

Θεραπεύτρια: Και μετά που μεγαλώσατε και εκείνη έφυγε από το πατρικό σας σπίτι, είχατε διαφωνίες και κόντρες;

Κος Κώστας: Όλο και κάτι συνέβαινε. Θυμάμαι μια φορά (περιγράφει αναλυτικά μια συνθήκη που μάλωσαν) είχαμε να μιλήσουμε 2 μήνες.

Θεραπεύτρια: Ωωωω. Και πως τα καταφέρατε και ξαναμιλήσατε; ("παρέμβαση με ερωτήσεις αντιμετώπισης").

Κος Κώστας: Αυτή με πλησίασε και μου είπε ότι δεν πρέπει να μαλώνουμε γιατί άμα φύγουν οι γονείς μας από τη ζωή, θα έχουμε μόνο τα αδέλφια μας. Δεν είναι κακός άνθρωπος, παράξενη είναι…

Θεραπεύτρια: Κε Κώστα από το 0 ως το 10 πόσο δύσκολο είναι να φτιάξετε πάλι τη σχέση σας με την αδελφή σας; ("παρέμβαση με ερωτήσεις διαβάθμισης της δυσκολίας του προβλήματος").

Κος Κώστας: Εδώ που τα λέμε τώρα δεν είναι και πολύ δύσκολο… Ξερω εγώ; 5 ας πούμε;

Θεραπεύτρια: Ποιο θα ήταν ένα πλάνο που θα κάνατε για να την πλησιάσετε;

Κος Κώστας: Ένα σχέδιο θα ήταν να πω του μεγάλου μου αδελφού να πάμε μια μέρα στο σπίτι της, που μου το λέει δηλαδή αυτός αλλά εγώ δεν ήθελα…

Θεραπεύτρια: Δε θέλατε… Τώρα δηλαδή, θέλετε; Είστε έτοιμος να το κάνετε;

Κος Κώστας: Μάλλον. Δεν πρέπει να κρατάμε κακίες…

Θεραπεύτρια: (παραμένει για λίγο σιωπηλή, γράφοντας κάποιες σημειώσεις εφαρμόζοντας την τεχνική "διάλειμμα και κοπλιμέντα")….Κε Κώστα νομίζω ότι είστε ένας πολύ ευαίσθητος άνθρωπος με αξίες και πολλή αγάπη για τα αδέλφια σας και έτοιμος να κάνετε ό,τι μπορείτε για να φτιάξετε τη σχέση με την αδελφή σας… Και νομίζω ότι ξέρετε πως να το επιτύχετε αυτό.

Η θεραπεύτρια επικεντρωνόμενη στις φορές που ο ασθενής έχει καταφέρει να βελτιώνει τη σχέση με την αδελφή του και στο πλάνο του σε παρόντα χρόνο, στην ουσία υπογραμμίζει τη δυνατότητα του ασθενούς για αλλαγή.