

Ψυχοεκπαίδευση & Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας στη Σχιζοφρένεια: κλινική εφαρμογή στην Ελλάδα

Οικονόμου Μαρίνα^{1,2}, Πάλλη Αλεξάνδρα¹, Πέππου Αίλη Ευαγγελία¹, Λουκή Ελένη¹, Πατελάκης Αθανάσιος¹,
Κολοστούμης Δημήτριος¹, Παπαδημητρίου Γεώργιος Ν.²

¹Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, ΕΠΨΥ

²Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Αλληλογραφία: Μαρίνα Οικονόμου, ΕΠΨΥ: Σωρανού του Εφεσίου 2, Αθήνα, 11527

E-mail: antistigma@epipsi.eu, Τηλ: 2106170071, Fax: 2106519796

Περίληψη

Ο ρόλος των συγγενών στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της σοβαρής ψυχικής ασθένειας θεωρείται σημαντικός, μιας κι η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή και τη βασική πηγή φροντίδας για αυτόν. Ως απάντηση στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια, μοντέλα ψυχοεκπαίδευσης έχουν διαμορφωθεί και εφαρμοσθεί διεθνώς με καταγεγραμμένη αποτελεσματικότητα. Στην Ελλάδα, η θεραπευτική αξία της ψυχοεκπαίδευσης δεν έχει στοιχειοθετηθεί επαρκώς. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να καλύψει το εν λόγω κενό στη βιβλιογραφία, διερευνώντας την αποτελεσματικότητα του μοντέλου Συμπεριφορικής Θεραπείας Οικογένειας, που παρέχεται στο πλαίσιο εκπαιδευτικού προγράμματος για επαγγελματίες ψυχικής υγείας, έναντι της τρέχουσας καθιερωμένης φροντίδας ως προς τους εξής δείκτες: (1) αριθμός νοσηλειών των ασθενών, (2) οικογενειακή συνοχή, (3) επιβάρυνση συγγενών και (4) ψυχική υγεία συγγενών. Συνολικά 108 οικογένειες με μέλος που πάσχει από διαταραχή του σχιζοφρενικού φάσματος τοποθετήθηκαν με τυχαίο τρόπο στην ομάδα παρέμβασης ή την ομάδα ελέγχου. Το ερευνητικό εργαλείο εσωμάτωσε την κλίμακα Οικογενειακών Συνθηκών, της Οικογενειακής Επιβάρυνσης και την κλίμακα Γενικής Υγείας -28. Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν με δομημένη συνέντευξη σε τρεις χρονικές περιόδους: πριν την παρέμβαση, κατά την ολοκλήρωσή της και ένα χρόνο μετά. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν βελτίωση της οικογενειακής συνοχής, μείωση της επιβάρυνσης των συγγενών και ενίσχυση της ψυχικής τους υγείας ως απόρροια της παρέμβασης. Ωστόσο, δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς τον αριθμό νοσηλειών των ασθενών. Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας αποτελεί σημαντικό κλινικό εργαλείο για την ενίσχυση του ρόλου της οικογένειας στη φροντίδα ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο.

Λέξεις κλειδιά: ψυχοεκπαίδευση, ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια, συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, σχιζοφρένεια, σοβαρή ψυχική νόσος

Εισαγωγή

Ο ρόλος της οικογένειας στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, και ειδικά αυτής που έχει σοβαρή και χρόνια μορφή, θεωρείται εξαιρετικά σημαντικός μιας και η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή και τη βασική, και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας γι' αυτόν.¹

Ειδικά η σχιζοφρένεια έχει αποδιοργανωτικές συνέπειες τόσο στο ίδιο το άτομο, αφού επηρεάζει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής του ζωής, όσο και στην οικογένεια, τις οικογενειακές σχέσεις και την οικογενειακή ατμόσφαιρα. Σε μελέτες, κυρίως στις τρεις τελευταίες δεκαετίες, διατυπώθηκε η άποψη ότι η οικογένεια

επωμίζεται το μεγαλύτερο φορτίο της παροχής φροντίδας και υποστήριξης του ψυχικά ασθενή και ο ρόλος παραγόντων της οικογενειακής ζωής και του οικογενειακού περιβάλλοντος φάνηκε να είναι σημαντικός στην πορεία της ψυχικής νόσου¹⁻³. Στις οικογένειες αυτές όμως συχνά παρατηρούνται κοινά προβλήματα, όπως ένταση, stress και αίσθημα επιβάρυνσης, διαταραγμένη επικοινωνία, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, έλλειψη κατανόησης της φύσης της νόσου και των συνεπειών της στη ζωή και τη λειτουργικότητα του ασθενή, καθώς και αίσθημα κοινωνικού στιγματισμού και απομόνωσης^{1,4-6}. Αυτά με τη σειρά τους έχουν συνδεθεί με επιδείνωση της ψυχιατρικής

κής συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας των ασθενών και επομένως με αυξημένη συχνότητα υποτροπών και νοσηλείων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία⁷⁻⁹.

Η διαπίστωση της σημασίας αυτών των προβλημάτων, αλλά και της σημασίας του συναισθηματικού κλίματος μέσα στην οικογένεια, του εκφραζόμενου συναισθήματος και της οικογενειακής επιβάρυνσης, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι για τους ασθενείς που ζουν με την οικογένειά τους, η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία παίζει σημαντικό και ουσιαστικό ρόλο στη θεραπεία και ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση¹.

Επίσης, από έρευνες σε οικογένειες που είχαν ένα μέλος τους να πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο και ειδικά σχιζοφρένεια, διαπιστώθηκε ότι οι οικογένειες αυτές εκδήλωσαν την επιθυμία να συμμετέχουν σε θεραπείες που δίνουν έμφαση στη βιολογική βάση της σοβαρής ψυχικής νόσου, δεν κατηγορούν την οικογένεια για την εμφάνιση της νόσου και έχουν ως στόχο να υποστηρίξουν την οικογένεια και να την ανακουφίζουν από το συναισθηματικό βάρος και από το βάρος της φροντίδας.¹⁰⁻¹²

Αναπτύχθηκαν έτσι διάφορες παρεμβάσεις που απευθύνονται τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του, με στόχο να καλύψουν τις ανάγκες των οικογενειών και να συμβάλλουν στην καλύτερη πρόγνωση της ψυχικής νόσου. Οι παρεμβάσεις αυτές ακολουθούν τις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης στην οικογένεια και πλήθος ερευνών και μετα-αναλύσεων έχουν υπογραμμίσει τη θετική τους επίδραση τόσο στη βελτίωση της πορείας της νόσου του ασθενή όσο και στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας και λειτουργίας και της γενικότερης ποιότητας ζωής της οικογένειας¹³⁻¹⁵. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις συστήνονται ως μια καλή πρακτική (good practice) και έχουν συμπεριληφθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας (treatment guidelines) για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας και γενικότερα των σοβαρών και χρόνιων ψυχικών διαταραχών^{16,17}.

Παρά την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά τους, οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις για οικογένειες ασθενών με ψύχωση δεν έχουν υιοθετηθεί επαρκώς από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δεν έχουν διαδοθεί ευρέως και έτσι η ενσωμάτωσή τους στην καθιερωμένη ψυχιατρική φροντίδα δεν έχει επιτευχθεί παρά σε μικρά μόνο ποσοστά διεθνώς^{18,19}.

Παρομοίως και στην Ελλάδα, παρότι η οικογένεια αποτελεί έναν ισχυρό θεσμό και παρότι το άμεσο συγγενικό περιβάλλον του ψυχικά ασθενή επωμίζεται ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας του^{20,21}, οι ψυχοεκπαιδευτικού τύπου οικογενειακές παρεμβάσεις δεν εφαρμόζονται ευρέως. Παράλληλα, δεν υπάρχουν πολλές οργανωμένες και συστηματικές εκπαιδευτικές ευκαιρίες για επαγγελματίες ψυχικής υγείας με αντικείμενο την ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια. Για να καλυφθεί το εν λόγω κενό, αναπτύχθηκε το 2004 από την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπι-

στημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ένα διετές μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα με τίτλο «Ψυχοεκπαιδευτικές Παρεμβάσεις – Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας στην Ψύχωση» που απευθύνεται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων.

Το πρώτο έτος του προγράμματος περιελάμβανε τη θεωρητική εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση στην επαφή με τις οικογένειες-μέλη του Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ) μέσω της παρακολούθησης επιλεγμένων συνεδριών υποστηρικτικής ομάδας συγγενών, καθώς και μέσω της συμμετοχής-παρατήρησης ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε ομάδα συγγενών. Κατά το δεύτερο έτος, οι εκπαιδευόμενοι ανέλαβαν δύο οικογένειες και εφαρμόσαν ανά ζεύγη τη Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένεια^{1,21} σε μεμονωμένη οικογένεια με εποπτεία.

Η παρέμβαση που εφαρμόστηκε στηρίχθηκε στο μοντέλο του Ian RH Falloon²² που απευθύνεται στην οικογένεια με τη συμμετοχή του ασθενούς. Η όλη παρέμβαση υλοποιείται στο σπίτι της οικογένειας και το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει 4 ενότητες:

- Εκπαίδευση για τη νόσο (information about illness)
- Εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες (communication skills training)
- Εκπαίδευση στην αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων (problem solving) και επίτευξη στόχων (goal achievement)
- Εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης ειδικών προβλημάτων (specific coping strategies).

Για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος έγιναν 10-12 συνεδρίες σε εβδομαδιαία βάση που ακολουθήθηκαν από 1 συνεδρία ανά δεκαπενθήμερο για τους επόμενους 6 μήνες. Μέρος του θεραπευτικού προγράμματος αποτελούσε και μια τακτή, εβδομαδιαία οικογενειακή συνάντηση, χωρίς τους θεραπευτές, με στόχο να διευκολυνθεί η επικοινωνία των μελών της οικογένειας μεταξύ τους στην καθημερινή ζωή, ο διάλογος και η προσπάθεια για επίλυση των προβλημάτων τους με βάση όσα είχαν διδαχθεί κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών.

Το εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα αποτέλεσε το κατάλληλο έδαφος για να εξεταστεί ερευνητικά η αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε οικογένειες που έχουν μέλος τους να πάσχει από σχιζοφρένεια.

Έτσι, στην εν λόγω έρευνα αξιολογήθηκε η επίδραση της εφαρμογής της Συμπεριφορικής Θεραπείας Οικογένειας σε οικογένειες που ένα μέλος τους πάσχει από σχιζοφρένεια –επιπρόσθετα στη φαρμακοθεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής-, έναντι της τρέχουσας καθιερωμένης φροντίδας η οποία δεν περιλαμβάνει ειδικές παρεμβάσεις στην οικογένεια, ως προς συγκεκριμένους δείκτες έκβασης. Αναφορικά με τους ασθενείς, οι δείκτες αυτοί σχετίζονταν με τον αριθμό νοσηλείων και τη «συμμόρφωση» στη θεραπεία, ενώ αναφορικά με τους συγγενείς, οι δείκτες έκβασης αφορούσαν τις γνώσεις τους για τη σχιζοφρένεια, τις στάσεις τους απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθέ-

νεια, την οικογενειακή συνοχή, την επιβάρυνση που βιώνουν και την ψυχική τους υγεία.

Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν και θα συζητηθούν μόνο τα αποτελέσματα που αφορούν στους κύριους δείκτες έκβασης: αριθμός νοσηλειών για τους ασθενείς, οικογενειακή συνοχή, οικογενειακή επιβάρυνση και ψυχική υγεία των συγγενών. Η οικογενειακή συνοχή εκτιμήθηκε μέσω της αποτύπωσης των οικογενειακών συνηθειών, οι οποίες έχουν βρεθεί να αποτελούν μία από τις κύριες εκφάνσεις της²⁰.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί η βαρύνουσα σημασία της εποπτείας τόσο κατά την εφαρμογή του μοντέλου όσο και κατά την αξιολόγησή του. Συγκεκριμένα, ο ρόλος της εποπτείας, η οποία γινόταν σε εβδομαδιαία βάση για το σύνολο των εκπαιδευόμενων επαγγελματιών, από ψυχίατρο ή κλινικό ψυχολόγο με τουλάχιστον δεκαετή προϋπηρεσία στο χώρο των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων και της θεραπείας οικογένειας, ήταν διττός: αφενός μεν εκπαιδευτικός, καθώς παρείχε ένα πλήθος πληροφοριών που αναδύονταν από την εφαρμογή της παρέμβασης σε μεγάλο αριθμό οικογενειών με ποικιλία προβλημάτων και ιδιαιτεροτήτων· αφετέρου δε, διασφαλιστικός της ποιότητας της μεθοδολογίας της έρευνας παρέμβασης στις οικογένειες. Συγκεκριμένα, η εποπτεία υποβοηθούσε την τήρηση του πρωτοκόλλου παρέμβασης (treatment protocol fidelity) και επομένως την εγκυρότητα του μοντέλου Συμπεριφορικής Θεραπείας Οικογένειας κατά την εφαρμογή του στην πράξη, ενώ ταυτόχρονα εξασφάλιζε και την ομοιογένεια της προσέγγισης μεταξύ των θεραπευτών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, τα αποτελέσματα που προέκυψαν αποδίδονται στο περιεχόμενο της παρέμβασης και όχι στην εφαρμογή κάποιου άλλου ψυχοθεραπευτικού μοντέλου ή στις μεμονωμένες κλινικές-ψυχοθεραπευτικές ικανότητες κάποιου θεραπευτή.

Μεθοδολογία

Δείγμα

Στη μελέτη έλαβαν συνολικά μέρος 108 οικογένειες, οι οποίες προσεγγίστηκαν από τον Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ) και είχαν ένα μέλος τους να πάσχει από σχιζοφρένεια ή διαταραχή του σχιζοφρενικού φάσματος. Η διάγνωση του ασθενούς επιβεβαιώθηκε μέσω κλινικής συνέντευξης από ψυχίατρο, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV. Αποκλείστηκαν από την παρέμβαση οικογένειες που λάμβαναν κάποια άλλη μορφή οικογενειακής θεραπείας κατά τη διάρκεια της μελέτης (κριτήριο αποκλεισμού). Όλες οι οικογένειες δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, ενώ καμία από αυτές δεν εγκατέλειψε την ερευνητική διαδικασία. Για τη συμμετοχή τους, έδωσαν την έγγραφη συγκατάθεσή τους, αφού πρώτα ενημερώθηκαν για την ερευνητική διαδικασία και συζητήσαν οποιουδήποτε προβληματισμούς τους.

Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με την ομάδα ελέγχου να λαμβάνει την τρέχουσα καθιερωμένη φροντίδα για τον ασθενή, δηλαδή ψυχιατρική παρακολούθηση, λήψη φαρμακευτικής αγωγής και υποστηρικτικού τύπου παρεμβάσεις, χωρίς καμία παρέμβαση στην οικογένεια, και την ομάδα παρέμβασης να συμμετέχει η οικογένεια στη θεραπεία και να λαμβάνει επιπρόσθετα Ψυχοεκπαίδευση και Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας.

Οι οικογένειες του δείγματος κατανεμήθηκαν «τυφλά» και με τυχαίο τρόπο στις δύο ομάδες της μελέτης, ύστερα από τη σχετική επεξεργασία με το στατιστικό πακέτο SPSS. Συγκεκριμένα, 54 οικογένειες τοποθετήθηκαν στην ομάδα ελέγχου και 54 στην ομάδα παρέμβασης.

Για λόγους ηθικής και δεοντολογίας μετά το πέρας της συμμετοχής τους στην έρευνα, οι οικογένειες της ομάδας ελέγχου έλαβαν υποστηρικτικού τύπου παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας του ΣΟΨΥ.

Το πρωτόκολλο της μελέτης έλαβε σχετική έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής, σύμφωνα με το περιεχόμενο της Διακήρυξης του Ελσίνκι 1964.

Εργαλείο

Το εργαλείο της αξιολόγησης περιλάμβανε τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και των συγγενών τους, καθώς και τους προσδιορισμένους δείκτες αποτελεσματικότητας της παρέμβασης: αριθμός νοσηλειών ασθενών, οικογενειακή συνοχή, επιβάρυνση συγγενούς και γενική ψυχική υγεία συγγενών. Για τους δείκτες των συγγενών και την οικογενειακή συνοχή χρησιμοποιήθηκαν οι εξής σταθμισμένες κλίμακες:

Κλίμακα Οικογενειακών Συνηθειών²⁰. Η Κλίμακα Οικογενειακών Συνηθειών δημιουργήθηκε από τους Μαδιανό και Οικονόμου με σκοπό να αποτυπώσει το βαθμό οικογενειακής συνοχής και έχει σταθμιστεί σε οικογένειες που έχουν ένα μέλος τους να πάσχει από διαταραχή του σχιζοφρενικού φάσματος και σε οικογένειες χωρίς μέλος με ψυχική νόσο. Περιλαμβάνει 11 λήμματα, τα οποία περιγράφουν οικογενειακές συνήθειες και παραδόσεις, όπως παραδείγματος χάρη να γευματίζουν όλα μαζί τα μέλη της οικογένειας κατά το σαββατοκύριακο, να χαρίζουν δώρα μεταξύ τους την περίοδο των εορτών, κτλ. Οι απαντήσεις στα λήμματα ακολουθούν τετραβάθμια κλίμακα που αποτυπώνει χρονική συχνότητα (0= Πολύ συχνά, 1= Μερικές φορές, 2= Σπάνια, 3= Ποτέ), με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μικρότερη οικογενειακή συνοχή. Η κλίμακα έχει επιδείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες [20], ενώ στο παρόν δείγμα, η εσωτερική συνοχή κρίθηκε επαρκής (εύρος Cronbach $\alpha = 0,71-0,74$).

Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης²³. Η Κλίμακα Οι-

κογενειακής Επιβάρυνσης δημιουργήθηκε από το Μανδανό και συνεργάτες με σκοπό να καταγράψει το βαθμό υποκειμενικής και αντικειμενικής επιβάρυνσης που συνοδεύει τη φροντίδα ενός ασθενούς με σοβαρή ψυχική νόσο κατά τους τελευταίους 6 μήνες που προηγούνται της συμπλήρωσης της κλίμακας. Περιλαμβάνει 23 λήμματα, τα οποία αντιστοιχούν σε 4 υποκλίμακες: (1) επίδραση στην καθημερινότητα και τις κοινωνικές σχέσεις, (2) επιθετική συμπεριφορά, (3) επίδραση στην υγεία και τη συμπεριφορά και (4) οικονομικό φορτίο. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση ακολουθούν τριτοβάθμια κλίμακα, με την τιμή «0» να υποδηλώνει καμία επιβάρυνση και την τιμή «2» να υποδηλώνει μεγάλη επιβάρυνση. Οι υψηλότερες βαθμολογίες τόσο ανά παράγοντα όσο και συνολικά αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη επιβάρυνση. Η κλίμακα έχει βρεθεί να έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες [23], ενώ στο παρόν δείγμα η εσωτερική συνοχή βρέθηκε να είναι υψηλή (εύρος Cronbach $\alpha=0,83-0,86$).

Κλίμακα Γενικής Υγείας – 28²⁴. Η Κλίμακα Γενικής Υγείας-28 αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία ανίχνευσης της παρουσίας ψυχικής νόσου στο γενικό πληθυσμό και σε μη ψυχιατρικά πλαίσια φροντίδας (εξωτερικά ιατρεία και δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας). Περιλαμβάνει 28 λήμματα, τα οποία αντιστοιχούν στις εξής 4 υπο-κλίμακες: Σωματικά συμπτώματα, Άγχος/Αϋπνία, Κοινωνική Δυσλειτουργία και Σοβαρή Κατάθλιψη. Κάθε ερώτηση απαντάται σε μία κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων, οι οποίες βαθμολογούνται με δύο διαφορετικούς τρόπους: είτε 0-0-1-1 είτε 0-1-2-3. Καθώς στην παρούσα μελέτη, ο ερευνητικός σκοπός αφορούσε στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των συγγενών και όχι στην ανίχνευση του αριθμού των συγγενών που θεραπεύθηκαν από ενδεχόμενη ψυχική νόσο, επιλέχθηκε ο δεύτερος τρόπος βαθμολόγησης. Η Κλίμακα Γενικής Υγείας- 28 έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες διεθνώς (ενδεικτικά αναφέρεται μια πρόσφατη δημοσίευση²⁵), αλλά και στον ελληνικό πληθυσμό, σύμφωνα με στάθμιση που πραγματοποίησε ο Γαρυφαλλός και συνεργάτες²⁶. Στο παρόν δείγμα, το εύρος του Cronbach α ήταν πολύ υψηλό για όλες τις υπο-κλίμακες και τη συνολική βαθμολογία σε όλες τις μετρήσεις (Cronbach $\alpha>0,07$).

Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν και για τις δύο ομάδες σε τρεις χρονικές στιγμές: πριν την έναρξη της μελέτης (τ0), κατά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (τ1) και ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (τ2).

Από κάθε οικογένεια επιλέχθηκε τυχαία ένα πρόσωπο (εκτός του ασθενούς) για να συμπληρώσει το ερευνητικό εργαλείο και στις τρεις χρονικές στιγμές.

Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν με τη μορφή δομημένης συνέντευξης από επαγγελματία ψυχικής υγείας, ο οποίος δεν γνώριζε την ομάδα στην οποία ανήκε ο κάθε συμμετέχων συγγενής (blinding) προς αποφυγή μεροληπτικού

σφάλματος του ερευνητή (investigator bias).

Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές και τις μεταβλητές διάταξης και μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τις αριθμητικές-συνεχείς μεταβλητές.

Για τη διερεύνηση διαφορών ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς τα βασικά κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 για τις κατηγορικές μεταβλητές ή τις μεταβλητές διάταξης, με τη διόρθωση Yates για πίνακες 2X2, και ο έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα για αριθμητικές-συνεχείς μεταβλητές. Τέλος για τη διερεύνηση διαφορών ανάμεσα στις δύο ομάδες κατά τις χρονικές στιγμές τ0, τ1 και τ2, χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t test για ανεξάρτητα δείγματα.

Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικά Δείγματος

Στην αξιολόγηση της παρέμβασης έλαβαν συνολικά μέγιστος 108 συμμετέχοντες. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες, άτομα που είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και που δεν εργάζονταν. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 57 έτη με τυπική απόκλιση τα 9,86 χρόνια. Ως προς τη συγγενική τους σχέση με τον ασθενή, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γονείς του ασθενούς, ενώ ένα σαφώς μικρότερο ποσοστό είχε αδελφική σχέση μαζί του/της. Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ασθενών, η πλειοψηφία ήταν άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 32,5 έτη (τ.α. = 9,72). Όλοι ανεξαιρέτως έπασχαν από σχιζοφρένεια/ σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (κριτήριο εισαγωγής) και ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της νόσου ήταν τα 22 έτη (τ.α. = 4,82).

Τα εν λόγω χαρακτηριστικά ήταν παρόμοια για τις δύο ομάδες της έρευνας (μη στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις κατανομές ή τους μέσους όρους), επιβεβαιώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την «επιτυχία» της διαδικασίας της τυχαιοποίησης.

Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 1 και 2.

Έκβαση: Αριθμός Νοσηλειών Ασθενών

Ως προς τον αριθμό νοσηλειών των ασθενών, δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις χρονικές στιγμές των μετρήσεων για καμία από τις δύο ομάδες (Γράφημα 1). Ομοίως, και για τις τρεις χρονικές στιγμές, οι δύο ομάδες δεν διαφοροποιούνται μεταξύ τους με στατιστικά σημαντικό τρόπο ως προς τον αριθμό νοσηλειών των ασθενών ($p>0,05$).

Πίνακας 1: Κατανομές συχνότητας ως προς τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά συγγενών και ασθενών

	Σύνολο		Ομάδα Παρέμβασης		Ομάδα Ελέγχου		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Συγγενείς							
Φύλο							
Άνδρας	33	30,6%	17	31,5%	16	29,6%	>0,05
Γυναίκα	75	69,4%	37	68,5%	38	70,4%	>0,05
Εκπαιδευτικό Επίπεδο							
Πρωτοβάθμια	24	22,2%	13	24,1%	12	22,2%	>0,05
Δευτεροβάθμια	53	49,1%	27	50,0%	26	48,1%	>0,05
Τριτοβάθμια	31	28,7%	14	25,9%	16	29,6%	>0,05
Απασχόληση							
Εργάζεται	36	33,3%	19	35,2%	17	31,5%	>0,05
Δεν Εργάζεται	72	66,7%	35	64,8%	37	68,5%	>0,05
Συγγενική Σχέση							
Πατέρας/Μητέρα	90	83,3%	46	85,2%	44	81,5%	>0,05
Αδελφός/ή	11	10,2%	5	9,3%	6	11,1%	>0,05
Άλλο	7	6,5%	3	5,6%	4	7,4%	>0,05
Ασθενείς							
Φύλο							
Άνδρας	78	72,2%	40	74,1%	38	70,4%	>0,05
Γυναίκα	30	27,8%	14	25,9%	16	29,6%	>0,05
Διάγνωση							
Σχιζοφρένεια	63	58,3%	31	57,4%	32	59,3%	>0,05
Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή	45	41,7%	23	42,6%	22	40,7%	>0,05

Πίνακας 2: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις ηλικιών συγγενών, ασθενών και ηλικίας έναρξης νόσου ασθενών

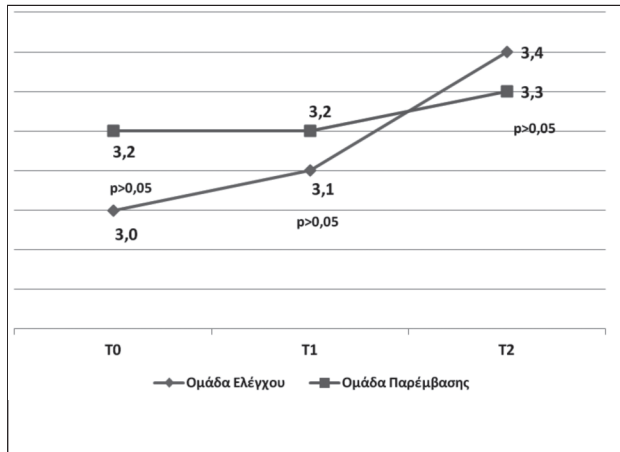
	N	M.O.	τ.α.	N	M.O.	τ.α.	N	M.O.	τ.α.	p-value
Συγγενείς										
Ηλικία	108	57,0	9,86	54	56,5	11,41	54	57,5	8,10	>0,05
Ασθενείς										
Ηλικία	108	32,5	9,72	54	33,1	10,91	54	32,0	9,72	>0,05
Ηλικία έναρξης νόσου	108	21,9	4,82	54	21,6	4,88	54	22,2	4,79	>0,05

Έκβαση: Οικογενειακή Συνοχή

Ως προς το βαθμό οικογενειακής συνοχής, οι δύο ομάδες παρουσιάζουν παρόμοιες συνολικές βαθμολογίες στην Κλίμακα των Οικογενειακών Συνηθειών τη χρονική στιγμή ο (Πίνακας 3). Ωστόσο, ενώ για την ομάδα ελέγχου οι μετρήσεις αυτές παραμένουν σταθερές στις επόμενες δύο μετρήσεις, για την ομάδα παρέμβασης παρατηρείται σταδιακή βελτίωση της οικογενειακής συνοχής. Επομένως, οι δύο ομάδες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον βαθμό οικογενειακής συνοχής τόσο κατά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (τ1) όσο και ένα χρόνο μετά το πέρας αυτής (τ2).

Έκβαση: Επιβάρυνση συγγενών

Παρόμοια ευρήματα με αυτά της οικογενειακής συνοχής παρατηρήθηκαν και ως προς την οικογενειακή επιβάρυνση (Πίνακας 4). Συγκεκριμένα, πριν την έναρξη της παρέμβασης, οι δύο ομάδες δεν βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το συνολικό βαθμό της κλίμακας. Ωστόσο, κατά την ολοκλήρωση της παρέμβασης και ένα χρόνο μετά το πέρας αυτής, η ομάδα παρέμβασης παρουσιάζει σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης από τα αντίστοιχα της ομάδας ελέγχου. Σε αντίθεση με τη βελτίωση που παρατηρείται στις μετρήσεις της ομάδας παρέμβασης τις χρονικές στιγμές τ1 και τ2, η ομάδα ελέγχου δεν παρουσιάζει κάποια μεταβολή.



Γράφημα 1. Διαφορές μέσων όρων νοσηλειών ασθενών ανάμεσα στις δύο ομάδες

Έκβαση: Ψυχική Υγεία συγγενών

Αναφορικά με τα ευρήματα της Κλίμακας Γενικής Υγείας -28, οι δύο ομάδες πριν την έναρξη της παρέμβασης δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ούτε ως προς τις βαθμολογίες ανά παράγοντα (Πίνακας 5). Ωστόσο, στις χρονικές στιγμές t1 και t2 οι συγγενείς της ομάδας παρέμβασης παρουσιάζουν βελτιωμένα επίπεδα ψυχικής υγείας τόσο συνολικά όσο και κατά παράγοντα, σε αντίθεση με τους συγγενείς της ομάδας ελέγχου. Οι διαφορές αυτές ανάμεσα στις δύο ομάδες βρέθηκαν να αγγίζουν τα όρια στατιστικής σημαντικότητας.

Συμπερασματικά, με εξαίρεση τον αριθμό νοσηλειών, κατά τις χρονικές στιγμές t1 και t2 η ομάδα παρέμβασης παρουσιάζει βελτίωση ως προς την οικογενειακή συνοχή, την επιβάρυνση των συγγενών και την ψυχική υγεία των συγγενών σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου.

Συζήτηση

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες με μέλος που πάσχει από διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος έχουν βρεθεί να έχουν θετική επίδραση σε διάφορους δείκτες σχετικούς τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους συγγενείς τους¹³⁻¹⁵. Ωστόσο, παρά την ενδεδειγμένη αποτελεσματικότητά τους σε διεθνές επίπεδο, στην ελληνική βιβλιογραφία απουσιάζει μια τέτοια συστηματική διερεύνηση. Το εν λόγω κενό καλύπτει η παρούσα έρευνα.

Η παρέμβαση που αξιολογήθηκε στην παρούσα εργασία υλοποιήθηκε στο πλαίσιο μεγάλου διετούς εκπαιδευτικού προγράμματος για επαγγελματίες ψυχικής υγείας με αντικείμενο την Ψυχοεκπαίδευση και τη Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας στις μείζονες ψυχικές διαταραχές. Στο πρόγραμμα αυτό λάμβαναν μέρος εκπαιδευόμενοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, διαφορετικών ειδικο-

τήτων και από ποικιλία υπηρεσιών και δομών ψυχικής υγείας (ψυχιατρικά νοσοκομεία, δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης κτλ.), γεγονός που έδωσε τη δυνατότητα διάχυσης και πιθανής εφαρμογής του μοντέλου σε διαφορετικά κλινικά πλαίσια. Λόγω της φύσης του εκπαιδευτικού προγράμματος και της επικέντρωσης στην οικογένεια και τις οικογενειακές παρεμβάσεις, τη βασική πηγή πληροφόρησης, αλλά και εστία παρέμβασης αποτελούσαν οι συγγενείς και εκείνοι οι ασθενείς που η κλινική τους κατάσταση τους επέτρεπε να συμμετέχουν. Έτσι κατά την αξιολόγηση δόθηκε μεγαλύτερο βάρος στη διερεύνηση μεταβολών ως προς παραμέτρους της οικογενειακής ζωής και της υγείας των συγγενών και λιγότερο ως προς κλινικούς δείκτες των ασθενών. Ο βασικός κλινικός δείκτης από την πλευρά των ασθενών αφορούσε στην καταγραφή των νοσηλειών, πληροφορία που αντλήθηκε από τους συγγενείς.

Αναφορικά με τον αριθμό νοσηλειών των ασθενών, σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία που στοιχειοθετεί θετική επίδραση των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια ως προς το συγκεκριμένο δείκτη¹³⁻¹⁵, στην παρούσα μελέτη δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Η διαφοροποίηση αυτή ως προς τα ευρήματα πιθανώς εξηγείται από το μικρό χρονικό διάστημα ανάμεσα στις χρονικές στιγμές εκτίμησης (ένα έτος από την ολοκλήρωση της παρέμβασης), αλλά και από το γεγονός ότι και οι δύο ομάδες οικογενειών είχαν στρατολογηθεί αποκλειστικά από τον Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία. Στον Σύλλογο αυτόν απευθύνονται κατά κύριο λόγο οικογένειες με υψηλό βαθμό κινήτρου και ευαισθητοποίησης γύρω από τα θέματα των άρρωστων συγγενών τους και οικογένειες που προσπαθούν να κρατούν τον ασθενή μέσα στους κόλπους τους, αναζητώντας δίκτυα υποστήριξης. Έτσι, οι οικογένειες της ομάδας ελέγχου, που ήταν κι αυτές μέλη του ΣΟΨΥ, λάμβαναν μία βασική υποστήριξη από τον σύλλογο και τις άλλες οικογένειες - μέλη του που τους ενδυνάμωναν στο να αντέξουν τα συμπτώματα της νόσου, να διαχειριστούν καλύτερα θέματα κοινωνικού στιγματισμού και να στηρίξουν τον ασθενή ούτως ώστε να αποφευχθούν για το μικρό αυτό χρονικό διάστημα επιπλέον νοσηλείες. Ωστόσο, οι οικογένειες του παρόντος δείγματος δεν είναι αντιπροσωπευτικές των οικογενειών με μέλος που πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο, οι οποίες έχουν συνήθως μια πιο αραιή παρακολούθηση από ψυχιατρικές υπηρεσίες ή ειδικούς ψυχικής υγείας και ελάχιστα ή καθόλου υποστήριξη από άλλα κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα.

Αναφορικά με την οικογενειακή συνοχή, η παρούσα μελέτη κατέγραψε θετική επίδραση της Συμπεριφορικής Θεραπείας Οικογένειας ως προς τον συγκεκριμένο δείκτη. Το εν λόγω αποτέλεσμα μπορεί να εξηγηθεί από το ίδιο το περιεχόμενο της Συμπεριφορικής Θεραπείας Οικογένειας, το οποίο εκτός από την εκπαίδευση στις επι-

Πίνακας 3: Διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την οικογενειακή συνοχή κατά τις χρονικές μετρήσεις τ0, τ1 και τ2.

Μετρήσεις	Κλίμακα Οικογενειακών Συνηθειών				p-value
	Ομάδα Ελέγχου		Ομάδα Παρέμβασης		
	M.O.	τ.α.	M.O.	τ.α.	
T0	31,5	1,90	30,8	2,62	>0,05
T1	30,1	2,16	24,8	2,98	<0,001
T2	30,1	3,26	21,8	2,26	<0,001

Πίνακας 4: Διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την επιβάρυνση των συγγενών (συνολική και ανά παράγοντα) κατά τις χρονικές μετρήσεις τ0, τ1 και τ2.

Μετρήσεις	Ομάδα Ελέγχου			Ομάδα Παρέμβασης		p-value
	M.O.	τ.α.	M.O.	τ.α.		
Επίδραση στην καθημερινότητα και τις κοινωνικές σχέσεις	T0	13,6	1,71	13,1	1,17	>0,05
	T1	13,2	1,37	11,8	1,19	<0,001
	T2	13,0	1,07	11,5	1,39	<0,001
Επιθετική Συμπεριφορά	T0	6,8	0,86	6,6	0,59	>0,05
	T1	6,6	0,69	5,9	0,59	<0,001
	T2	6,5	0,54	5,7	0,69	<0,001
Επίδραση στην Υγεία και τη Συμπεριφορά	T0	10,2	1,28	9,8	0,88	>0,05
	T1	9,9	1,03	8,9	0,89	<0,001
	T2	9,7	0,80	8,6	1,04	<0,001
Οικονομικό Φορτίο	T0	8,5	1,07	8,2	0,73	>0,05
	T1	8,3	0,86	7,4	0,74	<0,001
	T2	8,1	0,67	7,2	0,87	<0,001
Σύνολο	T0	39,0	4,92	37,7	3,37	>0,05
	T1	38,0	3,94	34,0	3,41	<0,001
	T2	37,3	3,07	33,0	3,98	<0,001

κοινωνιακές δεξιότητες και δεξιότητες επίλυσης προβλήματος που στοχεύουν στη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και την από κοινού επίλυση των προβλημάτων που τους απασχολούν, προωθεί και τον «θεσμό» της οικογενειακής συνάντησης. Κατά τη συνάντηση αυτή, ενισχύονται τα μέλη της οικογένειας να βρίσκονται όλοι μαζί μια φορά τουλάχιστον την εβδομάδα, χωρίς την παρουσία του θεραπευτή, στο πιο «ζεστό» και οικείο μέρος του σπιτιού προκειμένου να συζητούν τα θέματα που τους απασχολούν, τα προβλήματα και τους στόχους τους και να αναπτύσσουν δραστηριότητες που καλλιεργούν τη συνοχή στην οικογένεια, συσφίγγουν τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και ευοδώνουν τη θετικοποίηση της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας προάγει ένα συνεργατικό και συνεκτικό μοντέλο οικογενειακής λειτουργίας, το οποίο βοηθά όχι μόνο στη διαχείριση της

νόσου και τη φροντίδα του ασθενούς, αλλά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της οικογενειακής ζωής. Ενισχύονται έτσι οι οικογενειακές συνήθειες και παραδόσεις, απαραίτητα συστατικά στοιχεία μιας συνεκτικής οικογένειας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η επίδραση των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στις οικογενειακές συνήθειες αποτυπώνεται σε αυτήν την έρευνα για πρώτη φορά στη διεθνή βιβλιογραφία, αναδεικνύοντας τη σημασία των ισχυρών οικογενειακών δεσμών που χαρακτηρίζουν την ελληνική οικογένεια²⁰.

Παρομοίως με την οικογενειακή συνοχή, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση ως προς την επιβάρυνση των συγγενών που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης. Παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα η οικογένεια είναι ένας ισχυρός θεσμός που λειτουργεί υποστηρικτικά για τα μέλη της σε καταστάσεις έντασης και στρες²³, οι οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια βιώνουν υψηλά

Πίνακας 5: Διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την ψυχική υγεία των συγγενών κατά τις χρονικές μετρήσεις τ0, τ1 και τ2.

	Μετρήσεις	Ομάδα Ελέγχου		Ομάδα Παρέμβασης		p-value
		M.O.	τ.α	M.O.	τ.α	
Σωματικά συμπτώματα	T0	15,4	3,76	15,2	3,31	>0,05
	T1	15,1	3,23	12,8	3,38	<0,001
	T2	15,0	4,25	12,2	3,26	<0,001
Άγχος/Αϋπνία	T0	16,2	3,72	16,6	3,24	>0,05
	T1	16,4	3,84	14,5	3,19	<0,05
	T2	15,9	3,39	14,0	3,73	<0,05
Κοινωνική δυσλειτουργία	T0	15,1	3,51	15,3	3,67	>0,05
	T1	15,4	3,11	13,2	4,01	<0,05
	T2	15,3	3,94	12,9	3,46	<0,05
Μειζων κατάθλιψη	T0	13,0	4,18	12,0	3,51	>0,05
	T1	12,5	3,29	8,7	3,64	<0,001
	T2	12,2	3,67	8,6	3,05	<0,001
Σύνολο	T0	59,7	8,27	59,1	6,95	>0,05
	T1	59,3	7,11	49,1	6,85	<0,001
	T2	58,3	7,72	47,7	6,36	<0,001

επίπεδα επιβάρυνσης από τη φροντίδα του ασθενούς και συναισθηματικής φόρτισης, όπως διαφάνηκε και από τις αρχικές μετρήσεις και στις δύο ομάδες της έρευνας (χρονική στιγμή τ0). Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση όμως στην οικογένεια, με τη συμμετοχή του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία, φαίνεται να λειτουργεί ανακουφιστικά μέσα από ποικίλες συνιστώσες της. Η ενημέρωση για τη νόσο και η ενστάλλαξη ελπίδας, η βελτίωση στην επικοινωνία και η έκφραση και διαχείριση «δύσκολων» συναισθημάτων φαίνεται να λειτουργούν αποφορτιστικά, ενώ η από κοινού -με τη συμμετοχή του ασθενή- επεξεργασία των θεμάτων που απασχολούν την οικογένεια προσφέρουν ένα πλαίσιο απτής και πρακτικής αντιμετώπισης των προβλημάτων, με επακόλουθο την ελάφρυνση της επιβάρυνσης του συγγενή-φροντιστή. Παρόμοιες τάσεις καταγράφονται και στη διεθνή βιβλιογραφία σε μελέτες που υπογραμμίζουν τα οφέλη των ψυχοεκπαιδευτικών οικογενειακών παρεμβάσεων σε δείκτες έκβασης συγγενών^{27,28}.

Σε άμεση συνάφεια με το αίσθημα επιβάρυνσης του συγγενή βρίσκεται η ψυχική του κατάσταση και το επίπεδο της γενικής υγείας του. Χαρακτηριστικά, έρευνες έχουν δείξει ότι συγγενείς που φροντίζουν ασθενείς με χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία άξια κλινικής προσοχής σε ποσοστά της τάξης του 17%-40%²⁹⁻³¹. Παράλληλα, άλλες μελέτες υποδεικνύουν τη συνεισφορά των οικογενειακών ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στη μείωση της ψυχικής πίεσης και καταπόνησης³², με ενδεχόμενους διαμεσολαβητικούς μηχανισμούς τη μείωση της επιβάρυνσης και την ανάπτυξη προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης (coping strategies) των προβλημάτων και δυσκολιών³³. Το

μοντέλο που εφαρμόστηκε στην παρούσα έρευνα ενσωματώνοντας την ενίσχυση των μηχανισμών διαχείρισης του στρες και επίλυσης των προβλημάτων στην όλη παρέμβαση φάνηκε αποτελεσματικό στη μείωση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των ψυχοσωματικών εκδηλώσεων, προάγοντας παράλληλα την κοινωνική λειτουργικότητα και ευεξία του συγγενή.

Περιορισμοί

Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί την πρώτη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή διερεύνησης της αποτελεσματικότητας της Συμπεριφορικής Θεραπείας Οικογένειας στην Ελλάδα. Η έρευνα είχε συγκεκριμένα πλεονεκτήματα που ενισχύουν τη βαρύτητα των αποτελεσμάτων της: τακτική εποπτεία των θεραπευτών-εκπαιδευομένων, τυχαία κατανομή του δείγματος, αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας σε τρεις χρονικές στιγμές, εφαρμογή της τυφλής μεθόδου κατά την τυχαιοποίηση και τη συνέντευξη των συμμετεχόντων (blinding) και απουσία αποχωρήσεων (drop-outs). Ωστόσο, υπήρχαν και κάποιοι μεθοδολογικοί περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά την ερμηνεία των συμπερασμάτων. Συγκεκριμένα, καθώς η ομάδα ελέγχου λάμβανε μόνο την τρέχουσα καθιερωμένη φροντίδα, είναι πιθανό κάποια από τα αποτελέσματα που παρατηρούνται στους δείκτες των συγγενών πως ομάδας παρέμβασης να οφείλονται στο ότι γνώριζαν πως λάμβαναν μια ειδική παρέμβαση και κατ' επέκταση είχαν προσδοκίες από τη συμμετοχή αυτή (πιθανό placebo effect). Κατ' αυτόν τον τρόπο, ήταν εφικτή η εφαρμογή της τυφλής μεθόδου μόνο κατά την τυχαιοποίηση και στους συνεντευκτές, αλλά όχι στους συμμετέχοντες. Επίσης, το δείγμα στρατολογήθηκε από τον Σύλλογο Οικογε-

νειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ) με αποτέλεσμα οι συγγενείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα σοβαρής ψυχικής νόσου και πιο ενδυναμωμένοι σε σύγκριση με τους συγγενείς ασθενών με σχιζοφρένεια που δεν έχουν ποτέ απευθυνθεί σε κάποιες συλλογικές δομές υποστήριξης. Επομένως, οι τρόποι με τους οποίους θα λειτουργούσε η παρέμβαση σε συγγενείς με χαμηλότερο κίνητρο ή βαθμό ενδυνάμωσης, αναμένεται να διερευνηθεί σε περαιτέρω έρευνα, που θα στρατολογεί οικογένειες από διαφορετικά κλινικά πλαίσια.

Ένας άλλος περιορισμός σχετίζεται με την επικέντρωση στη μελέτη της αποτελεσματικότητας ως προς τους δείκτες της οικογενειακής ζωής και της υγείας των συγγενών και όχι στους κλινικούς δείκτες των ασθενών, παρά μόνο δευτερογενώς, σε συμφωνία και με τη διεθνή βιβλιογραφία³⁴. Έτσι, δεν ήταν δυνατή η ενδελεχής διερεύνηση του τρόπου και των μηχανισμών επίδρασης των μεταβολών των οικογενειακών παραγόντων (οικογενειακή συνοχή, οικογενειακή επιβάρυνση, ψυχική κατάσταση συγγενών, κτλ) στην βελτίωση της κλινικής εικόνας και την αλλαγή συγκεκριμένων δεικτών έκβασης ασθενών (υποτροπές, βαρύτητα συμπτωματολογίας, κοινωνική λειτουργικότητα).

Psychoeducation & Behavioural Family Management in Schizophrenia: clinical implementation in Greece

Economou M.^{1,2}, Palli A.¹, Peppou L.-E.¹, Louki E.¹, Patelakis A.¹, Kolostoumpis D.¹, Papadimitriou G.N.²

¹University Mental Health Research Institute, UMHRI

²National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, 1st Department of Psychiatry, Eginition Hospital

Correspondence: Marina Economou, University Mental Health Research Institute, UMHRI, Soranou tou Efesiou 2, Athens, 11527
E-mail: antistigma@epipsi.eu,
Tel: 2106170071, Fax: 2106519796

Summary

The role of relatives in the integrated treatment of severe mental illness is pivotal, given that the family constitutes the main system of support for the patient and the basic source of care. In response to the difficulties faced by families with a member suffering from schizophrenia, psychoeducational interventions have been developed and implemented worldwide with established efficacy. In Greece, the therapeutic value of psychoeducation has not been adequately demonstrated. Therefore, the present study aims at filling this literature gap by investigating the

effectiveness of the behavioural family management model, delivered in the context of a large educational programme for mental health professionals, against standard care with regard to the following indices: (1) patient hospitalization rates, (2) family cohesion, (3) relatives' burden and (4) relatives' mental health. A total of 108 families with a member suffering from schizophrenia spectrum disorders were randomly allocated to the intervention or the control group. The research instrument incorporated the Family Rituals scale, the Family Burden scale and the General Health Questionnaire-28. Data were gleaned in the form of a structured interview at three time points: at baseline, upon completion of the intervention and at one-year follow-up. The results indicated improvement in family cohesion, alleviation of relatives' burden and enhancement in relatives' mental health as a corollary of the intervention. Nonetheless, no statistically significant difference was found for hospitalization rates between the two groups. Behavioural family management constitutes a valuable clinical tool for enhancing the role of family in the care of patients with severe mental illness.

Key words: psychoeducation, family psychoeducation, behavioural family treatment, schizophrenia, severe mental illness

Βιβλιογραφία

- [1] Οικονόμου Μ. Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Σε: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ, & Οικονόμου Μ, Πρωληπτική Ψυχιατρική. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2000, 181-186.
- [2] Οικονόμου Μ, Χριστοδούλου ΓΝ. Η λειτουργία της οικογένειας και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Σε: Κονταξάκης ΒΠ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, & Χριστοδούλου ΓΝ, Πρωληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2005, 141-145.
- [3] Ohaeri JU. The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 16: 457-465.
- [4] Dixon L, Lyles A, Scott J, Lehman A, Postrado L, et al. Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 233-238.
- [5] Falloon IR, McGill CW, Boyd JL, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychol Med*. 1987; 17:59-66.
- [6] Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, et al. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:291-298.
- [7] Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 125-137.
- [8] Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, Blaszczynski A, Fox A, et al. The relationship between relatives' expressed emotion and schizophrenic relapse: An Australian replication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27: 10-15.
- [9] Marom S, Munitz H, Jones PB, Weizman A, Hermesh H. Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull* 2005; 31: 751-758.
- [10] Hatfield AB. Help-seeking behavior in families of schizophrenics. *Am J Community Psychol* 1979; 7: 563-569.
- [11] Hatfield AB, What families want of family therapists. In: McFarlane WR, Family Therapy in Schizophrenia. New York: Guildford, 1983, 41-65.

- [12] Goldberg-Arnold JS, Fristad MA, Gavazzi SM. Family psychoeducation: giving caregivers what they want and need. *Fam Relations* 1999; 48: 411-417.
- [13] Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27: 73-92.
- [14] Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: CD002831.
- [15] Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 6: CD002831
- [16] American Psychiatric Association. Guidelines for treatment of schizophrenia. Washington DC, USA: APA, 2004.
- [17] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie & Nervenheilkunde. S-3- Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt, Germany: Steinkopff, 2006.
- [18] Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:405-412.
- [19] Getachew H, Dimic S, Priebe S. Is psychoeducation routinely provided in the UK? Survey of community mental health teams. *Psychiatrist* 2009; 33: 102-103.
- [20] Madianos M, Economou M. Schizophrenia and family rituals: measuring family rituals among schizophrenics and "normals". *Eur Psychiatry* 1994; 9: 45-51.
- [21] Οικονόμου Μ, Τριανταφύλλου Ε, Πλουμπίδης Δ. Το στίγμα της ψυχικής νόσου, ψυχοεκπαίδευση, επαγγελματική εξουθένωση. Σε: Παπαδημητρίου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, & Λύκουρας Ε, Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2013, 648-661.
- [22] Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family care for schizophrenia: A problems-solving approach to the treatment of mental illness. New York, USA: Guildford Press, 1984.
- [23] Madianos M, Economou M, Dafni, O, Koukia E, Palli A, et al. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psychiatry* 2004; 19: 408-414.
- [24] Goldberg DP. Manual of the general health questionnaire. Windsor: NFER-Nelson, 1978.
- [25] Prady SL, Miles JNV, Pickett KE, Fairley L, Bloor K, et al. The psychometric properties of the subscales of the GHQ-28 in a multi-ethnic maternal sample: results from the Born in Bradford cohort. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 55-68.
- [26] Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, et al. Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 371-378.
- [27] Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 2009; 8: 17-22.
- [28] Khoshknab MF, Sheikhsa M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013; doi: 10.1111/jpm.12107.
- [29] Oldridge ML, Hughes IC. Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 249-251.
- [30] Struering EL, Stueve A, Vine P, Kreisman DF, Link BG, et al. (1995). Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness. *Community Ment Health* 1995; 8: 91-124.
- [31] Stengard E. Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in schizophrenia and the Experience of Caregivers of People with Severe Mental Disorder. Academic Dissertation, Acta Universitatis Tampereensis 1066, 2005.
- [32] Hazel Na, McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, et al. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 35-41.
- [33] Magliano L, Fadden F, Fiorillo A, Malangone C, Sorrentino D, et al. Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different from other relatives? *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99:10-15.
- [34] Solomon P. Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 1996; 47, 1364-1370.

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ 20/1/2014 ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ 2/6/2014