

# Η αποτελεσματικότητα μίας παρέμβασης Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην υπολειμματικού τύπου σχιζοφρένεια και η γενίκευση των αποτελεσμάτων της στον χρόνο.

ΝΙΚΟΣ ΜΠΑΙΖΑΝΗΣ\*, ΧΡΗΣΤΟΣ ΘΕΛΕΡΙΤΗΣ\*\*, ΣΩΤΗΡΗΣ ΚΑΡΒΟΥΝΤΖΗΣ\*, ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΠΑΛΛΗ\*\*\*, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ\*, ΜΑΡΙΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ\*\*

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης παρουσίαση περίπτωσης είναι να καταδείξει τα οφέλη από την εφαρμογή της CBT σε ασθενείς με υπολειμματικού τύπου σχιζοφρένεια.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκαν 30 συνεδρίες, σε εβδομαδιαία βάση, διάρκειας 35 λεπτών, με εποπτεία έμπειρου ψυχοθεραπευτή. Η βασική θεραπευτική παρέμβαση στηρίχτηκε στην ενδελεχή διαμόρφωση του χάρτη διαχείρισης περιστατικού (case formulation) και περιλαμβάνει 5 θεραπευτικές φάσεις. Χρησιμοποιήθηκαν εκτός από την κλινική συνέντευξη και παρατήρηση, ψυχομετρικά εργαλεία για την αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών, και εργαλεία για την μέτρηση λειτουργικότητας και ψυχοπαθολογίας.

Στην διάρκεια της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά από Γνωσιακές και Συμπεριφορικές τεχνικές, ενώ στο πλαίσιο της συνεργατικής σχέσης εφαρμόστηκαν εκτεταμένα η εργασία στο σπίτι.

Μετά το πέρας των συνεδριών, πραγματοποιήθηκαν αναμνηστικές συνεδρίες follow up, ανά 3μήνο, επί 2 έτη. Ο ασθενής επαναξιολογήθηκε ένα έτος μετά τη τελευταία αναμνηστική συνεδρίαση follow up.

Αξιολόγηση με ψυχομετρικά εργαλεία πραγματοποιήθηκε στην αρχή, στο τέλος των συνεδριών, στο τέλος του διετούς follow up, και ένα χρόνο μετά.

**Αποτελέσματα:** Στο τέλος της βασικής θεραπευτικής παρέμβασης ο ασθενής επέδειξε αξιολογητή ύφεση όσον αφορά στα αρνητικά του συμπτώματα. Επιπλέον,

μειώθηκε το επίπεδο της γενικής ψυχοπαθολογίας και το επίπεδο του άγχους ενώ παρατηρήθηκε βελτίωση στη λειτουργικότητα του ασθενούς.

Τα αποτελέσματα της παρέμβασης καταδείχθηκαν μέσω της κλινικής παρατήρησης αλλά και της ψυχομετρικής αξιολόγησης του ασθενούς. Γεγονός αποτελεί ότι τα οφέλη αυτά διατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια του διετούς follow up, περίοδος κατά την οποία σημειώθηκε βελτίωση σε κάποιες παραμέτρους.

Μετά όμως την παρέλευση ενός έτους από το follow up, η βελτίωση που είχε επιτευχθεί στους τομείς που αναφέραμε υποχώρησε, αν και ο ασθενής παρέμεινε σε καλύτερο επίπεδο, από την προ εφαρμογής της CBT θεραπείας.

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται πως η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να ωφελήσει ασθενείς με υπολειμματικού τύπου σχιζοφρένεια τόσο σε επίπεδο γενικής ψυχοπαθολογίας και αγχωδών συμπτωμάτων όσο και στη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων τους. Επιπλέον, η εφαρμογή της CBT σε ψυχωσικούς ασθενείς με αρνητικά συμπτώματα θα ήταν ίσως πιο επωφελής για τους ίδιους καθώς και για το σύστημα υγείας, αν εφαρμόζονταν αναμνηστικές συνεδρίες για μεγάλο χρονικό διάστημα σε, έστω και αραιά χρονικά διαστήματα.

**Λέξεις κλειδιά:** γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, θεραπευτικές τεχνικές, θεραπεία σχιζοφρένειας, εδώ και τώρα, συνεργατικός εμπειρισμός

## Εισαγωγή

### Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις δέκα κυριότερες αιτίες πρόκλησης μακροχρόνιας αναπηρίας παγκοσμίως (Van Os και Karur, 2009). Η πιθανότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας σε όλη τη διάρκεια της ζωής εκτι-

\*Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών- Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας.

\*\*Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών- Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας.

\*\*\*Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

μάται στο 1% του πληθυσμού (μέση τιμή) (Jablensky, 1997).

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (Van Os και Karur, 2009) περιλαμβάνουν θετικά ψυχωσικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις), αρνητικά ψυχωσικά συμπτώματα που αφορούν σε διαταραχές της βούλησης, μείωση της ικανότητας για αυθόρμητο λόγο, κοινωνική απόσυρση γνωσιακές διαταραχές (διαταραχές μνήμης, προσοχής και εκτελεστικών λειτουργιών). Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν δυσλειτουργίες σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο αλλά και σε ζητήματα που αφορούν την φροντίδα του εαυτού τους. Η βασική θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι η αντιψυχωσική φαρμακευτική θεραπεία. Επίσης, μία σειρά ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων όπως οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στο άτομο και στην οικογένεια, η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (CBT) και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες φαίνεται να έχουν θέση στην αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (Stephens, 1978; Birchwood και Tarrier, 1992; Birchwood και συν., 2000; Mc Glashan, 2005; Σολδάτος και Λύκουρας, 2006; Καλλέργης και Μαδιανός, 2009; Economou et al., 2007).

### **Γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (CBT) στη σχιζοφρένεια**

Η CBT φαίνεται να συμβάλλει στη μείωση των θετικών συμπτωμάτων (έλεγχος παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων), των συναισθηματικών συμπτωμάτων, στην ενδυνάμωση του αισθήματος ελέγχου στη νόσο, στην αυτοεκτίμηση και στην ενστάλαξη ελπίδας στον ασθενή (Παπακώστας, 1994; Fowler και συν., 1995; Chadwick και Birchwood, 1996; Jones και συν., 1998; Μπουλουγούρης, 1998; Nelson και συν., 2005; Garety και συν., 2001, 2008; Beck και συν., 2009; Bechdolf και συν., 2011; Berry και Hayward, 2011; Hagen και συν., 2011; Hutton και συν., 2012; Maxwell και συν., 2012).

Μελέτες των τελευταίων χρόνων συνηγορούν υπέρ της αποτελεσματικότητας της CBT στη σχιζοφρένεια είτε στην οξεία φάση (Drury και Birchwood, 1996; Allot και συν., 2011), είτε όταν η διαταραχή είναι ανθεκτική στη φαρμακοθεραπεία, με διατήρηση των καλών θεραπευτικών αποτελεσμάτων σε μελλοντικό follow up (Gumley και συν., 2003; Durham και συν., 2005; Zimmermann και συν., 2006).

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις για τη σχιζοφ-

ρένεια αναπτύχθηκαν διεθνώς τα τελευταία σαράντα χρόνια. Ακολουθούν τις αρχές της CBT και εφαρμόζονται τόσο σε ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους (Falloon et al., 2002). Περιλαμβάνουν ενημέρωση γύρω από τη διαταραχή, εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και τεχνικές επίλυσης προβλήματος και επίτευξης στόχου και υποστήριξη (Οικονόμου, 2000). Έχει βρεθεί ότι μειώνουν τις υποτροπές και κατά συνέπεια τις νοσηλείες των ασθενών (Magliano and Fiorillo, 2007; Rummel-Kluge and Kissling, 2008). Επίσης ενισχύουν τη «συμμόρφωση», εξασφαλίζουν ένα θετικό οικογενειακό κλίμα με χαμηλότερα επίπεδα stress, βελτιώνουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας, μειώνουν την επιβάρυνση της οικογένειας, προδιδέχονται πιο θετικά την οικογένεια απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αυξάνουν τα ποσοστά βοήθειας από αυτές.

Κεντρικός στόχος της εφαρμογής της CBT στη σχιζοφρένεια είναι η σημασία της συσχέτισης των σκέψεων και των συναισθημάτων με την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας και την επαναξιολόγησή τους (Perris, 1989; Turkington και συν., 2004). Με την CBT φαίνεται να επιτυγχάνεται η ανάπτυξη και η έκφραση μιας συναισθηματικής κατανόησης των ψυχωσικών εμπειριών. Ο βασικός άξονας της θεραπείας αυτής είναι η διαμόρφωση μίας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και θεραπευτή.

Συμπερασματικά ένα περίγραμμα CBT παρέμβασης (Kingdon και Turkington, 1994) στη σχιζοφρένεια περιλαμβάνει: την θεραπευτική σχέση, την συμπεριφορική ενίσχυση προσαρμοστικών μηχανισμών, την κατανόηση της ψυχικής εμπειρίας, την επέμβαση στο επίπεδο των αυταπατών, ψευδαισθήσεων, την παρέμβαση στο επίπεδο της κατάθλιψης – άγχους και την πρόληψη υποτροπών – κοινωνικής αναπηρίας.

Ο θεραπευτής χρειάζεται σύμφωνα με τους Nelson και συν., (2005α, β) να διαθέτει: συναισθηματική κατανόηση, ζεστασιά και άνευ όρων θετική θεώρηση του ασθενή, καλή ανατροφοδότηση, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια, μη κριτική στάση και κατανόηση, υπομονή, να ακολουθεί τον ρυθμό του ασθενή υποχωρώντας όταν χρειάζεται, παραδοχή του ασθενή ως ατόμου όχι των απόψεων του, αποφυγή αντιπαράθεσης, σωκρατικό έλεγχο και χρήση του καταϊγισμού ιδεών.

Η εγκατάσταση ψυχοθεραπευτικής σχέσης είναι αναγκαία και αποτελεί προτεραιότητα για τον ασθενή με διαταραγμένο έλεγχο πραγματικότητας (Zimmermann και συν., 2005).

Στην αρχική φάση ο θεραπευτής κατανοεί και αποδέχεται τον ασθενή αποφεύγοντας τις ερμηνείες και τα σχόλια που ενδεχομένως του προκαλούν άγχος (Nelson 1997; Nelson και συν., 2005α, β). Λόγω της δυσκολίας που έχουν οι ψυχωσικοί ασθενείς να ξεχωρίσουν την πραγματικότητα από τις νοητικές κατασκευές που κάνουν γι' αυτήν - δηλαδή η ικανότητα μεταγνώστας τους είναι μειωμένη (Παπακώστας, 1994) - επιχειρείται από το θεραπευτή η γνωσιακή εξοικείωση τους με τη διαταραχή.

Κατόπιν προχωρεί στην Γνωσιακή εξοικείωση του ασθενή με τη σχιζοφρένεια.

Σε μεταγενέστερο στη θεραπεία στάδιο επιδιώκεται να ενισχύσουμε τον ασθενή, παρέχοντας του ελπίδα, στόχους, ενώ γίνεται διερεύνηση των γνωσιακών του ελλειμμάτων. Επιπροσθέτως, ο θεραπευτής αναζητεί την άποψη του ασθενή για την αρρώστια του, το πώς πιστεύει εκείνος πως μπορεί να βοηθηθεί. Επιπλέον διερευνούνται οι απόψεις,πίστεις, πεποιθήσεις του ασθενή για την αρρώστια αλλά και η γνώμη του για το πώς οι άλλοι την αντιμετωπίζουν. Κατόπιν εξετάζεται η αληθοφάνεια των όσων λέει, χρησιμοποιώντας γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές (Nelson και συν., 2005α,β).

Στη μελέτη του συγκεκριμένου περιστατικού, στόχος μας είναι να καταδειχτεί η ωφέλεια που είναι δυνατόν να έχει ένας ασθενής με χρόνια υπολειμματική ψύχωση από μια παρέμβαση CBT με μακρά διάρκεια (NICE, 2002) και λιγότερο συχνές αναμνηστικές συνεδρίες (follow up-π.χ. συνεδριών ευαισθητοποίησης ανά 3μήνο). Επιπλέον θα συνεκτιμηθεί η θετική επίδραση της CBT στη γενίκευση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων στο χρόνο αφού συνεκτιμηθούν η σταθεροποίηση του ασθενούς και η μείωση των υποτροπών (Zimmermann και συν., 2006).

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

### Παραπομπή

Ο ασθενής είναι ένας άνδρας 45 ετών (όταν ξεκίνησε η παρέμβαση) ο οποίος παραπέμπεται στο ΚΕΠ (Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας) του Αιγινητίου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Έχει εικοσαετές ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας. Έλαβε διάγνωση σχιζοφρένειας το 1993. Κατά την περίοδο της παραπομπής, ο ασθενής ήταν άγαμος (ακόμα είναι) και δεν είχε/έχει παιδιά. Του χορηγείτο αντί-ψυχω-

σική αγωγή. Δεν αναφέρθηκε κανένα άλλο πρόβλημα υγείας. Προ της CBT, δεν είχε κάνει ψυχοθεραπεία.

### Παρούσα συμπτωματολογία

Ο ασθενής στον οποίο εφαρμόστηκε η CBT παρέμβαση είναι ένας ασθενής με χρόνια ψύχωση, με προεξάρχοντα τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου (κοινωνική μόνωση, χαμηλό επίπεδο συναισθήματος και απροσφορότητα) (PANSS Negative Scale Score= 41). Επιπλέον ο θεραπευόμενος εμφάνιζε το τελευταίο χρονικό διάστημα μειωμένη διάθεση να ψυχαγωγηθεί, έντονο άγχος και θλίψη.

Στην πρόσκληση του θεραπευτή να περιγράψει αυτό που βιώνει ο ασθενής, αναφέρει πως έχει μειωμένη λειτουργικότητα, λόγω της ασθένειας -φοβάται και αυτό από ότι θυμάται το είχε πάντα -φόβο ότι θα του συμβεί κάτι αναπάντεχο. Δεν συζητάει, δεν διεκδικεί, είναι απομονωμένος, μακριά από τους ανθρώπους. Θέλει να μιλήσει, όμως δεν το κάνει.

Επίσης αναφέρει ότι δεν είχε σκεφτεί ποτέ την αξία του να μιλάει, νομίζει θεωρεί πλέον ότι αυτό είναι πολύ σημαντικό, αλλά δεν ξέρει πώς να το κάνει.

Διερευνήθηκε το γεγονός πως για μια περίπου δεκαετία δεν χρειάστηκε να νοσηλευτεί. Ο ίδιος πιστεύει ότι βοήθησαν πολύ σε αυτό τα φάρμακα. Στις πρώτες νοσηλείες δεν τα λάμβανε κανονικά, τα σταματούσε. Στην πορεία όμως άρχισε να είναι τυπικός στην λήψη τους. Πιστεύει ότι αν έπαιρνε πιο νωρίς φάρμακα θα ήταν σε καλύτερη κατάσταση.

Με τη βοήθεια της γνωσιακής ψυχοθεραπείας επιδιώκει να διατηρηθεί σε καλή κατάσταση, να μην πάθει κατάθλιψη, να εργαστεί ξανά. Αυτό αποτελεί και το εκφραζόμενο αίτημά του.

Οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν για τον ασθενή στα πλαίσια του συνεργατικού εμπειρισμού, και οι οποίοι βέβαια αποτελούν δικές του επιθυμίες, μπορούν να συνοψισθούν στα ακόλουθα: Επιθυμεί να γίνει πιο κοινωνικός, να μπορεί να επικοινωνεί αποτελεσματικότερα, να μειωθεί το άγχος που παρουσιάζει καθώς και να είναι σε θέση να πραγματοποιεί πράγματα που να του παρέχουν ευχαρίστηση και βελτιώνουν την διάθεση του.

## ΧΑΡΑΚΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

### Θεραπεία CBT

Πραγματοποιήθηκαν 30 συνεδρίες, σε εβδομαδιαία βάση, διάρκειας 35 λεπτών, υπό την εποπτεία έμπει-

ου Ψυχοθεραπευτή. Οι συνεδρίες δεν υπερέβαιναν τα 30-35 λεπτά σε χρονική διάρκεια, προκειμένου να προληφθεί η κόπωση του πελάτη.

Μετά το πέρας των συνεδριών, πραγματοποιήθηκαν 10 αναμνηστικές συνεδρίες follow up, σε διάρκεια 2 ετών από την λήξη των βασικών συνεδριών. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν 6 συνεδρίες το πρώτο έτος, ανά 2 μήνες, και 4 το δεύτερο έτος, ανά 3 μήνες. Κατόπιν αξιολογήθηκε ο ασθενής ένα έτος μετά το τελευταίο follow up.

### Αξιολόγηση Γνωστικού Επιπέδου

Εκτός από την κλινική συνέντευξη και παρατήρηση χρησιμοποιήθηκαν, ψυχομετρικά εργαλεία για την αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών του ασθενούς όπως

- Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) για την αξιολόγηση της λεκτικής μνήμης και την αποτελεσματικότητα της μάθησης (Rey, 1941)
- Το Trail Making A και το Trail Making B για την αξιολόγηση της οπτικοχωρικής μνήμης και των εκτελεστικών λειτουργιών (Zaloni και συν., 2008)
- Stroop Neuropsychological Screening Test για την αξιολόγηση της επιλεκτικής μάθησης (Stroop, 1935)
- Το Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) για την αξιολόγηση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (Kay και συν., 1987)
- Το Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (Hall, 1995).

Η αξιολόγηση με τα ψυχομετρικά εργαλεία πραγματοποιήθηκε στην:

1. Αρχή των συνεδριών
2. Στο τέλος των συνεδριών
3. Στο τέλος του διετούς follow up
4. Ένα χρόνο μετά το τελευταίο follow up.

### Αρχική Αξιολόγηση

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε μια διερεύνηση των ελλειμμάτων του (βλέπε πίνακα 1). Ο ασθενής έχει μια μέση φυσιολογική νοημοσύνη, η οποία έκπτωση δείχνει να αφορά το πρακτικό κομμάτι, κυρίως έχει μια δυσκολία στην αναγνώριση και ταξινόμηση πληροφοριών και ποιες από αυτές κάθε φορά θα επιλέγει.

Παράλληλα εμφανίζει ένα χαμηλό, πάντα όμως κοντά στο φυσιολογικό επίπεδο ενεργούς μνήμης, μια οριακή διαταραχή συγκέντρωσής και προσοχής, που φαίνεται να επηρεάζεται και από το περίσσιο άγχος.

Στη διάρκεια των πρώτων συνεδριών ήταν εμφανής η έλλειψη κινήτρου, συνεργασίας, και αυθορμητισμού, ενώ τέθηκε το ερώτημα αν βίωνε την κοινωνική επαφή ως τιμωρία (Falloon, 1985; Hogarty και συν., 1987).

### Θεραπευτική παρέμβαση

Η αρχική βασική θεραπευτική παρέμβαση ολοκληρώθηκε μετά από 30 συνεδρίες και είχε διάρκεια 9 μήνες.

Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά από Γνωσιακές και Συμπεριφορικές τεχνικές, ενώ στο πλαίσιο της συνεργατικής σχέσης εφαρμόστηκε εκτεταμένα η εργασία στο σπίτι (Nelson και συν., 2005 α, β; Beck, 2008). Η εργασία στο σπίτι αφορά σε ένα βασικό δομικό στοιχείο της γνωσιακής παρέμβασης, που τονίζει την υπευθυνότητα του ίδιου του ασθενή για την βελτίωση του, και συμβαδίζει με τον συνεργατικό εμπειρισμό που προσβύει η CBT (Kingdon και Turkington, 1994).

Η βασική θεραπευτική παρέμβαση στηρίχθηκε στις αρχές και την φιλοσοφία της CBT στην ψύχωση (Nelson και συν., 2005 α, β; Kingdon και Turkington, 1994; Tarrier και συν., 1998; Morrison, 2002; Morrison και Barratt, 2010), ενώ έλαβε χώρα σε πέντε φάσεις (Harper, 2011).

### Φάση 1: Αντίληψη περιστατικού-ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης:

Στην 1η φάση (συνεδρίες 1η-4η), πραγματοποιήθηκε μια ενδελεχής καταγραφή του ιστορικού του ασθενή, με πλήρη κλινική αξιολόγηση καθώς και καταγραφή των 4Σ (Συναίσθημα- Σκέψη- Συμπεριφορά- Σωματικά), δηλαδή μια πλήρη καταγραφή σε κλινικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Το πρώτο μέλημα σε αυτές τις αρχικές συνεδρίες ήταν η εγκατάσταση Ψυχοθεραπευτικής Σχέσης που αποτελεί προτεραιότητα για έναν ασθενή με διαταραγμένο έλεγχο πραγματικότητας (Zimmermann και συν., 2005).

Καταρχήν, έγινε διερεύνηση των φοβιών του ασθενή, του χρόνου έναρξης τους, του τρόπου διατήρησής τους και του τρόπου με τον οποίον τις αντιμετωπίζει. Επιπλέον έγινε εξοικείωση με το γνωσιακό μοντέλο στα πλαίσια του συνεργατικού εμπειρισμού (Παπακώστας, 1994).

### Φάση 2: Κατανόηση της νόσου, ενσυναίσθηση,



### **επικέντρωση σε καταγραφή αρνητικών γνωσίων ,διαμόρφωση case formulation - εγκαθίδρυση θεραπευτικής συμμαχίας**

Στις επόμενες συνεδρίες (5η-8η), ο θεραπευτής κατανόησε τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη ψύχωση μέσα από τις εμπειρίες του και από το πώς ο ίδιος ερμηνεύει τα συμπτώματα του. Επιπλέον, σχηματοποιήθηκε ο χάρτης διαχείρισης περιστατικού (case formulation), μέσα από την καταγραφή των αρνητικών γνωσίων και αρνητικών αυτόματων σκέψεων του ασθενή, κάτι που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επιτυχημένη εφαρμογή της CBT (Morberg Pain και συν., 2008; Harper, 2011).

Το case formulation του ασθενή επικεντρώθηκε στην καταγραφή των παραγόντων προδιάθεσης και επίστευσης της ψυχωσικής διαταραχής, των παραμέτρων διαιώνισης της, καθώς και τους τυχόν προστατευτικούς παράγοντες από την ψύχωση { βλ. πιν.3}. Μέσα από αυτήν την δυναμική διαδικασία, ο ασθενής σταδιακά εγκαθίδρυσε θεραπευτική συμμαχία με το θεραπευτή. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή στο εδώ και τώρα (Turkington και συν., 2004).

### **Φάση 3: Αυτορρύθμιση ασθενή, καταγραφή και ερμηνεία αυτόματων σκέψεων, καταπολέμηση αρνητικών συμπτωμάτων, απραξίας:**

Από την 9η -14η συνεδρία , πραγματοποιήθηκε μια συντονισμένη προσπάθεια προκειμένου να σπάσει ο φαύλος κύκλος της απραξίας του ασθενή και να γίνει εφικτή η κινητοποίηση του. Συστήθηκε στον ασθενή να διατηρήσει ημερολόγιο δραστηριοτήτων και να προχωρήσει σε εβδομαδιαίο προγραμματισμό δραστηριοτήτων οι οποίες του προκαλούν ευχαρίστηση και ολοκλήρωση.

Η συγκεκριμένη παρότρυνση είχε ως στόχο την σταδιακή αύξηση των δραστηριοτήτων του, και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Η ανατροφοδότηση από τις συνεδρίες ήταν πολύ θετική. Ο ίδιος ανέφερε ενδεικτικά τη μεγάλη βοήθεια που αποκόμισε από αυτήν την συστηματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Αναγνώρισε πως έχει βελτιωθεί η διάθεση του, έχει μειωθεί το άγχος του, διαθέτει πλέον δραστηριότητες που τον ικανοποιούν περισσότερο ενώ διαπιστώνεται από το θεραπευτή και καλύτερη βλεμματική επαφή του ασθενή.

Στην 11η συνεδρία κατασκευάστηκε μαζί με τον θεραπευόμενο ένα «θερμόμετρο ικανοποίησης» με δια-

βάθμιση από το 0-10, με την οποία βαθμολογούσε πόσο τον ικανοποιούσε κάθε δραστηριότητα. Παράλληλα, έγινε χρήση της τεχνικής TIC-TOC προκειμένου να αναδομηθούν οι δυσπροσαρμοστικές γνώσεις του.

Χρησιμοποιήθηκε συχνά η επανάληψη των συμπερασμάτων και η αντανάκλαση τους στον ασθενή στην διάρκεια των συνεδριών , κάτι που βοήθησε τον ασθενή στη σταδιακή αφομοίωση των νέων γνώσεων.

Σε επόμενες συνεδρίες (12 και 13η συνεδρία) δόθηκε η δυνατότητα στον ασθενή να κατανοήσει την διαφορά μεταξύ ικανοποίησης και ευχαρίστησης. Αυτό επιτεύχθηκε με παραδείγματα εντός της συνεδρίας , κάτι που αύξησε την αυτοπεποίθηση του ενώ συνοδεύθηκε από αισθήματα ευχαρίστησης και ευεξίας.

Χαρακτηριστικά, στη 14η συνεδρία, ο ασθενής ανέφερε πως αισθανόταν μεγαλύτερη ενέργεια, όπως παλαιότερα, όπου μίλαγε πιο συχνά και έκανε βόλτες. Βέβαια, τον απασχολούσε ακόμα το γεγονός πως δεν εργαζόταν.

Επιπλέον, δόθηκε ως εργασία για το σπίτι, η καταγραφή των θετικών δραστηριοτήτων που είχε μέσα στη εβδομάδα και για τις οποίες άξιζε επιβράβευση, καθώς κάποιες φορές έτεινε να επικεντρώνεται περισσότερο στα αρνητικά γεγονότα χωρίς να δίνει σημασία στα θετικά.

### **Φάση 4: Επικέντρωση με σαφή στόχευση στην ενδεδειγμένη εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και γνωσιακές τεχνικές, καθώς και κατανόηση της σύνδεσης σκέψης-συναίσθηματος , και ερμηνεία του τρόπου που επηρεάζεται η συμπεριφορά του:**

Στις συνεδρίες από την 15η -27η πραγματοποιήθηκε ενδεδειγμένη εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, στις οποίες ο ασθενής υπολειπόταν. Ο ασθενής έμαθε να επικοινωνεί αποτελεσματικά.

Στη διάρκεια της 15ης συνεδρίας έγινε προσπάθεια κατανόησης από τον ασθενή της σχέσης/ σύνδεσης της κατάστασης- της σκέψης- του συναίσθηματος. Ο ασθενής δείχνει να κατανοεί τον τρόπο με τον οποίο συνδέεται η σκέψη με το συναίσθημα , όταν αλλάζει η διάθεση του, και είναι σε θέση να ρωτάει τον εαυτό του, τι πέρασε από το μυαλό του. Ο ασθενής ήδη στη 15η συνεδρία παρουσιάζεται πιο κινητοποιημένος, με σαφώς καλύτερη διάθεση μιας και είναι πιο αισιόδοξος για την ζωή του. Στη 16η συνεδρία, προγραμματίσσε δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν όπως οι βόλτες και η επαφή του με συγγενείς, Είχε κατανοήσει

πόσο σημαντικό ήταν να προγραμματίζει ευχάριστες δραστηριότητες, με τον τρόπο αυτό καταπολεμούσε την απραξία και αισθανόταν καλύτερα.

Παράλληλα, έγινε προσπάθεια να μειωθεί ο αυτο-στιγματισμός του, λόγω της ασθένειας ξεκινώντας από το συνεχές της υγείας-αρρώστιας, κάτι που του έκανε μεγάλη εντύπωση. Μας ανέφερε ότι έβλεπε ότι μέσα σε αυτό το συνεχές δεν ήταν ποτέ ούτε συνέχεια άρρωστος ούτε συνέχεια υγιής. Και αυτός όπως και όλοι οι άνθρωποι σε όλη την διάρκεια της ζωής τους βρίσκονται σε κάποιο, κάθε φορά διαφορετικό, σημείο του συνεχούς.

Στη 17η και 18η συνεδρία έγινε μια εισαγωγή από το θεραπευτή για τους τρόπους αποτελεσματικής επικοινωνίας που μπορούσε να έχει ο ασθενής με τους συνανθρώπους του. Συζητήθηκε το τι είναι επικοινωνία, και το πως ο ίδιος την αντιλαμβανόταν. Αναφέρθηκε ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν για τη σωστή επικοινωνία, η βλεμματική επαφή, ο τόνος της φωνής και οι χειρονομίες. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας χρησιμοποιήθηκε δύο φορές η τεχνική του role-playing. Ο ασθενής είχε αρχίσει στο σημείο αυτό να διαχειρίζεται ικανοποιητικά το άγχος του και να καταπολεμά την ανία και την απραξία με εβδομαδιαίες δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν και τον ικανοποιούσαν. Συμφωνήθηκε η συνέχιση της εκπαίδευσης του σε κοινωνικές δεξιότητες που θα βελτίωναν το επίπεδο της διαπροσωπικής του επικοινωνίας.

Στις επόμενες συνεδρίες (19η και 20η ) έγινε εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας. Ο ασθενής έμαθε για την αφοπλιστική τεχνική, την ενσυναίσθηση (συναίσθηματική και νοητική) και τη διερευνητική ερώτηση. Έδειχνε να κατανοεί τις έννοιες αυτές και να συμμετέχει ενεργά. Σε κάθε τεχνική γινόταν role-playing σε σενάρια της καθημερινότητας και ο ασθενής συμμετείχε σε αυτά με μεγάλη επιτυχία.

Στις επόμενες συνεδρίες 21η, 22η συνεχίστηκε η εκπαίδευση του ασθενή στη διεκδικητική συμπεριφορά ή αλλιώς στην παρηρησία, που είναι καλό να επιδεικνύει κάποιος ώστε να προστατεύει τα δικαιώματά του χωρίς να γίνεται παθητικός ή επιθετικός.

Στην 23η και 24η συνεδρία, ο ασθενής εκπαιδεύθηκε στη τεχνική της επίλυσης προβλήματος. Αναφέρθηκαν τα επτά βήματα της τεχνικής. Χρησιμοποιήθηκαν 2,3 παραδείγματα από την καθημερινότητα του ασθενή τα οποία τα επέλυσε ο ίδιος ακολουθώντας τα επτά βήματα.

Κατά την διάρκεια της 25ης και 26ης συνεδρίας

έγινε εκπαίδευση στην τεχνική πλεονεκτημάτων -μειονεκτημάτων ή αλλιώς υπέρ και κατά, για την επιλογή ή όχι μιας εναλλακτικής λύσης. Χρησιμοποιήθηκε εντός της συνεδρίας σχετικό παράδειγμα, ενώ δόθηκε και αντίστοιχη εργασία για το σπίτι.

Ο ασθενής παρουσιάστηκε σταθερά πιο κινητοποιημένος και με αισιοδοξία και ελπίδα για την ζωή του ενώ είχε μειωμένο επίπεδο άγχους. Θεωρούσε ότι μπορούσε να ελέγξει την νόσο του πιο αποτελεσματικά.

Στις επόμενες συνεδρίες έως και την 28η, έγινε επανάληψη και αντανάκλαση των κυριότερων σημείων στην εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων, με αρκετά role playing, εντός των συνεδριών, και εργασία για το σπίτι που αφορούσαν κοινωνικές καταστάσεις, με συγγενείς και φίλους του.

#### **Φάση 5: Τέλος θεραπείας. Ανατροφοδότηση**

28η -30η συνεδρία. Έγινε σταδιακό κλείσιμο της θεραπευτικής προσέγγισης, με αρκετές επαναλήψεις των σημαντικότερων σημείων της παρέμβασης, ανατροφοδότηση και αντανάκλαση.

Τέλος, αξιολογήθηκε 9 μήνες μετά την έναρξη της βασικής βασικής θεραπευτικής CBT παρέμβασης η νέα PANSS, όπου έδειξε βελτίωση αξιοσημείωτη (περίπου στο ύψος των 2 τυπικών αποκλίσεων) κυρίως στα αρνητικά συμπτώματα και τη γενική ψυχοπαθολογία.

Επιπλέον, βελτιώθηκε η λειτουργικότητα του, ενώ παρατηρήθηκε και βελτίωση της επίγνωσης για την σημασία της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και του γεγονότος ότι η αρρώστια του είναι υπεύθυνη για τις μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες που παρουσιάζει. Ο ίδιος αναφέρει πως η γνωσιακή ψυχοθεραπεία συνέβαλλε στην αλλαγή προς το καλύτερο αυτού του τομέα της ζωής του.

Έγινε προετοιμασία για το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας, συζητώντας με τον ασθενή για τους τρόπους με τους οποίους θα αντιμετωπίζει καταστάσεις και πως θα εφαρμόζει στην καθημερινότητα του ότι έμαθε.

Ο ασθενής ευχαρίστησε τον θεραπευτή, ενώ ο θεραπευτής τον επιβράβευσε για την προσπάθεια του και τη βελτίωση του, του εξέφρασε συναισθήματα υπερηφάνειας και συνεχούς υποστήριξης προκειμένου να εφαρμόζει όσα αποκόμισε από τη θεραπεία στην καθημερινότητα του πως ήταν περήφανος για αυτόν και πως θα τον βοηθούσε να προσπαθούσε να εφαρμόζει όσα έμαθε στην καθημερινότητα του. Τέλος ο ασθενής ενημερώθηκε πως μετά το πέρας της ψυχοθεραπευτικής

κής παρέμβασης θα πραγματοποιούνταν κάποιες αναμνηστικές συνεδρίες.

### **Φάση follow up συνεδριών, χρονικής έκτασης 2 ετών, μετά την λήξη της βασικής cbt παρέμβασης:**

Οι συγκεκριμένες συνεδρίες follow up, που εκτείνονταν σε βάθος 2 ετών, είχαν χαρακτήρα αναμνηστικό, ενώ μπορεί να θεωρηθούν και συνεδρίες ευαισθητοποίησης.

Πραγματοποιήθηκαν ανά 3 μήνες, και στο τέλος της διαίτας, τα οφέλη για τον ασθενή όχι μόνο διατηρήθηκαν αλλά και επαυξηθήκαν (πίνακας 1).

### **Φάση μη παρέμβασης επί ένα έτος**

Η όποια βελτίωση δεν διατηρήθηκε στο επίπεδο του τέλους της βασικής παρέμβασης ή στο τέλος του διετούς follow up, όμως σίγουρα δεν εξαφανίστηκε.

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Στο τέλος των βασικών συνεδριών ο ασθενής επέδειξε αξιόλογη ύφεση όσον αφορά στα αρνητικά του συμπτώματα, ενώ μειώθηκε το επίπεδο της γενικής ψυχοπαθολογίας, το επίπεδο του άγχους ενώ σημειώθηκε βελτίωση στη λειτουργικότητα του.

Η βελτίωση μάλιστα της λειτουργικότητας του και η μείωση της γενικής ψυχοπαθολογίας ήταν ιδιαίτερα εμφανής όχι μόνο στο τέλος των βασικών συνεδριών, αλλά κυρίως και μετά το πέρας των συνεδριών του διετούς follow up.

Το αποτέλεσμα αυτό ήταν εμφανές όχι μόνο κλινικά, μέσω της παρατήρησης, αλλά και μετά από αξιολόγηση με ψυχομετρικά εργαλεία {πιν.1}. Επιπλέον, βελτιώθηκε το επίπεδο της προσοχής του, της συγκέντρωσης του καθώς και η μνημονική του και μαθησιακή του επίδοση {πιν.2}.

Είναι γεγονός ότι τα ωφελήματα αυτά διατηρήθηκαν και στην διάρκεια του διετούς follow up, στην διάρκεια του οποίου κάποιοι παράμετροι βελτιώθηκαν.

Μετά όμως την παρέλευση έτους από το follow up, τα περισσότερα από τα ωφελήματα σε όλους τους τομείς που αναφέραμε υποχώρησαν, αν και πάντα παρέμειναν σε καλύτερο επίπεδο, την περίοδο προ της CBT θεραπείας.

Ο ασθενής θεωρεί ότι έχει μάθει να διαχειρίζεται πιο αποτελεσματικά το θυμό του και τις δυσκολίες της καθημερινότητας.

Δεν νιώθει αποξενωμένος και απομονωμένος, έχει αντιμετωπίσει την απραξία, όπως λέει. Είναι αισιόδοξος και με αυτοπεποίθηση και πιστεύει ότι μπορεί και ο ίδιος να είναι αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση των όποιων δυσκολιών παρουσιαστούν μετά το πέρας των συνεδριών.

Παραμένει σταθερά κινητοποιημένος και με καλή διάθεση. Πιστεύει μετά από πολύ καιρό ότι έχει όσο είναι δυνατόν, λόγω της νόσου, τον έλεγχο στην ζωή του. Αρχίζει και κάνει σχέδια και όνειρα για το μέλλον. Γνωρίζει ότι η νόσος είναι χρόνια και ότι θα λαμβάνει φάρμακα για πάντα πιστεύει όμως ότι η ζωή του αξίζει και θα προσπαθεί να την βελτιώνει καθημερινά.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Σε όλη τη διάρκεια των συνεδριών ευαισθητοποίησης, έγινε προσπάθεια να δει ο ασθενής την προοπτική ή μια ευκαιρία να αντιμετωπίζει μόνος του διάφορες καθημερινές καταστάσεις.

Του τονίσαμε ότι αξία έχει η προσπάθεια, και ότι δεν πρέπει να απογοητεύεται από την όποια αποτυχία. Έτσι και αλλιώς πια και ο ίδιος αναγνωρίζει ότι έχει βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής του, έχει ελπίδα και αισιοδοξία για τη ζωή, ενώ σίγουρα έχει βελτιωθεί η αυτοεκτίμησή του.

Μπορεί να υπάρχουν μειονεκτήματα από την αραιή συχνότητα των συνεδριών, όμως καλείται μόνος να διαπιστώσει τα πολλά πλεονεκτήματα του να προσπαθήσει μόνος του, εξάλλου διαθέτει πολλές ικανότητες να επικεντρωθεί που δεν χρειάζεται να μηρυκάζει συνέχεια γύρω από την νόσο του.

Έχει αποδειχτεί ότι η Γνωσιακή παρέμβαση συντελεί στον έλεγχο των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της διαταραχής, βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενή με ψύχωση, και την αυτοπεποίθησή του καθώς πια βλέπει με μεγαλύτερη αισιοδοξία την ζωή του (Nelson και συν.,2005; NICE 2002). Ήδη στην Μ. Βρετανία οι επίσημες οδηγίες θεωρούν την φαρμακοθεραπεία και την CBT στην ψύχωση θεραπεία εκλογής (NICE 2002). Όμως στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ανάλογες δομές για τους ασθενείς με χρόνια ψύχωση, μια που απαιτείται οργάνωση, χρήματα, θεραπευτές και οργανωμένο κέντρο, ώστε και να στηριχθεί ο συγκεκριμένος πληθυσμός ασθενών με ένα ακόμη θεραπευτικό «όπλο», αλλά και για να διαπιστωθεί και εμπειρικά και ερευνητικά η δραστηριότητα της CBT στα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της νόσου (Langer και

συν., 2012).

Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να πούμε πως θεραπεύει τη νόσο, όμως σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό βήμα στην βελτίωση της ζωής του ασθενή με χρόνια ψύχωση (Kemp, 1998), και την αντιμετώπιση της συνυπάρχουσας κατάθλιψης. Παράλληλα, μπορεί να μειώσει τον αυτοστιγματισμό που ο ίδιος και η οικογένεια του έχουν για τη νόσο και άρα να επηρεάσουν την εικόνα που έχει και η ευρύτερη κοινωνία (Falloon, 1985, 1992).

Τα οφέλη της βασικής θεραπευτικής παρέμβασης ενισχύθηκαν μετά την παρέλευση του, για μία διετία, ανά τριμήνου follow up.

Ακόμα και μετά ένα έτος από το διαιτη follow up, χωρίς καμία παρέμβαση στο ενδιάμεσο, κάποιες από τις ωφέλειες της παρέμβασης διατηρήθηκαν, αν και σε μικρότερο βαθμό, και πάντως σε καλύτερο επίπεδο από την προ παρέμβασης κατάσταση του ασθενή.

Η θεραπευτική προσέγγιση που πραγματοποιήθηκε στον ασθενή, θα ήταν πολύ ενδιαφέρον, να γενικευτεί σε μεγαλύτερο πληθυσμό ασθενών με χρόνια ψύχωση, τόσο ώστε να αυξηθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία της παρέμβασης, όσο και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια ψύχωση, αλλά και να μειωθεί το οικονομικό κόστος της περίθαλψής τους, μια που η υποτροπή της νόσου (νοσηλεία, επιπλέον φαρμακευτική αγωγή) επιβαρύνει σαφώς περισσότερο το σύστημα υγείας, από το κόστος της CBT παρέμβασης

(Zimmermann και συν., 2005).

Τέλος, από τα αποτελέσματα της παρούσας CBT παρέμβασης αλλά και αυτά άλλων ερευνητικών μελετών (Sensky και συν., 2000; Rector και συν., 2003; Pinto και συν., 1999; Tarrier και συν., 2001), φαίνεται πως η εφαρμογή της Γνωσιακής Θεραπείας μπορεί να βελτιώσει τα αρνητικά συμπτώματα ασθενών με ψύχωση.

Η εφαρμογή της CBT σε ασθενείς με αρνητικά συμπτώματα θα ήταν ίσως πιο επωφελής για τους ίδιους ίδια καθώς και για το σύστημα υγείας, αν εφαρμοζόταν αναμνηστικές συνεδρίες σε έστω αραιά χρονικά διαστήματα (NICE, 2002) και για μεγάλο χρονικό διάστημα στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχιατρικής (Μαδιανός, 1994; Χριστοδούλου, Τομαράς και Οικονόμου, 2002).

Όπως προαναφέραμε και καταδείχθηκε και από το περιστατικό που εξετάσαμε το διαιτη αραιό follow up ευαισθητοποίησης που εφαρμόσαμε, όχι μόνο διατήρησε τα οφέλη, αλλά σε κάποια σημεία τα επαύξησε.

Η συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης ίσως θα μπορούσε να αποτελέσει οδηγό για μια πιο εκτεταμένη εφαρμογή της CBT στην ψύχωση, και μάλιστα με πιο αραιές και συγχρόνως πιο μακροχρόνιες συνεδρίες ευαισθητοποίησης, που εδραιώνουν τα οφέλη της CBT και συγχρόνως μπορούν να αποδώσουν οικονομία στο σύστημα υγείας (NICE, 2002; Nelson και συν., 2005 α,β; Zimmermann και συν., 2005; Gaynor και συν., 2011).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

	Αρχή	Τέλος	follow up	1 έτος
Θετικά	12	7	13	15
Αρνητικά	41	23	13	31
Γενική ψυχοπαθολογία	73	33	32	59
Λειτουργικότητα	37	53	62	45

Πίνακας 1: Αποτελέσματα PANSS-GAS

TMA	110	75	70	64
TMB	175	137	135	160
STROOP L	46	48	48	44
STROOPX	40	42	42	38
STROOPXL	38	40	40	36
Άμεση μνήμη	5	6	7	8
Καμπύλη μάθησης	15	14	13	12
Παρεμβολή υλικού	12	13	13	13
Παρεμβολή χρόνου	11	13	13	13

Πίνακας 2: Γνωστικές Λειτουργίες



Πίνακας 3: Case Formulation

παράγοντες προδιάθεσης	παράγοντες επίπτωσης	παράγοντες διαίωνισης	προστατευτικοί παρ.
κληρονομική προδιάθεση	θάνατος πατέρα-μητέρα.	φοβίες-άγχος.	συμμόρφωση.
αγγώδης προσωπικότητα	κακή σχέση με μητριά.	έλλειψη υποστηρικτικ-	σχετικά έγκυρη πα-
εσωστρέφεια.	απώλεια οικογενειακής	ού πλαισίου- εκφραζόμε-	ρέμβαση.
κοινωνική μόνωση.	επιχείρησης.	νο συναίσθημα.	ψυχοκοινωνική
	άγχος.	ανεργία, θρησκευτικό	παρέμβαση.
	απώλεια εργασίας.	πλαίσιο.	μίνιμουμ στεγαστι-
	οικογενειακό πλαίσιο.		κής-προνοιακής στη.
υπόβαστες ανησυχίες			
<φόβος ότι θα πεθάνω>, <θα πάθουν κακό τα αδέρφια μου>, < δεν θα είμαι στους εκλεκτούς (είναι μάρτυρας ιαγωβά)>.			
< δεν πρέπει να παγώνω , γιατί μπορεί να πεθάνω>, διάφορες φοβίες για την σωματική του υγεία.			
<δεν ξέρω να επικοινωνώ>.			
σκέψεις	συναίσθηματα	συμπεριφορές	
θα πεθάνω.	άγχος .	μένει μόνος .	
είμαι ανάξιος .	φόβος .	δεν τρώει σωστά.	
θα τρελαθώ.	αβοηθητότητα .	κάνει πολλές άγρηστες εξετάσεις.	
	απελπισία .	απραξία.	
	λύπη .	τσακώνεται με την αδερφή του.	
	αγωνία.		
κοινωνική συμπεριφορά.		σωματικά	
κοινωνική μόνωση.		αδυνατισμένος αρκετά.	
ντροπαλός.		ταχυκαρδίες.	
εσωστρεφής.		μυδιάσματα.	
δεν επικοινωνεί, δεν ξέρει και δεν		δυσκολιότητα.	
θέλει.		γαστρεντολογικά-μυοσκελετικά προβλήματα.	
υποβόσκουσες ανησυχίες			
<να πεθάνω, όταν γίνω 60 ετών>, <να μείνω τελείως μόνος>, < να μην έχω καθόλου λεφτά>, <φοβάμαι ότι ο αδερφός μου θα αλλάξει δόγμα>, <έχουν αδυνατίσει τα οστά μου, γιατί έχω κάνει αμαρτίες>.			

**Βιβλιογραφία**

- Allot K, Alvarez- Jimenez M, Killackey EJ, Bendall S, McGorry PD, Jackson HJ. Patient predictors of symptom and Functional outcome following cognitive behavior therapy or befriending in first-episode psychosis. Schizophr Research 2011; 132:125-30.
- Beck J Εισαγωγή στη Γνωστική Θεραπεία, Βιβλιοθήκη της Ψυχοθεραπείας, Εκδόσεις Πατάκη, 3η έκδοση, 2008.
- Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P Schizophrenia: Cognitive Theory, Research and Therapy. New York: The Guilford Press, 2009.
- Bechdolf A, Müller H, Stützer H, και συν.; PREVENT study group Rationale and baseline characteristics of PREVENT: a second-generation intervention trial in subjects at-risk (prodromal) of developing first-episode psychosis evaluating cognitive behavior therapy, aripiprazole, and placebo for the prevention of psychosis. Schizophr Bull 2011; 37 (Suppl 2):S111-21.
- Berry C, Hayward M What can qualitative research tell us about service user perspectives of CBT for psychosis? A synthesis of current evidence. Behav Cogn Psychother 2011; 39(4):487-94
- Birchwood M, Spencer E, McGovern D. Schizophrenia : early warning signs. Advances in Psychiatric Treatment 2000; 6:93-101.
- Birchwood M, Tarrier N Innovations in the psychological management of Schizophrenia.Chichester, Wiley. 1992
- Chadwick PD, Birchwood M. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester , Wiley, 1996.
- Drury V, Birchwood M. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis, a controlled trial: Impact on recovery time. Brit J Psychiatry 1996; 169: 602-7.
- Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM,

- Macdonald RR, Major KA, Dow MGT, Gumley AI. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment* 2005; 9:42.
11. Economou M., Gramandani C., & Louki E. Behavioral family management for schizophrenia: family communication. *Journal of curative and intercultural psychopedagogy*, 2007;1, 229-244.
  12. Falloon I. Early intervention for first episodes of Schizophrenia ; A preliminary exploration. *Psychiatry* 1992; 55:4-15.
  13. Falloon IRH. Family management of Schizophrenia . Baltimore, John Hopkins University Press, 1985.
  14. Falloon I.R.H., Roncone R., Held T., Coverdale J.H., & Laidlaw T.M. An International Overview of Family Interventions: Developing Effective Treatment Strategies and Measuring their Benefits for Patients, Carers and Communities. In Lefley H.P. & Johnson D.L. (eds.) *Family Interventions in mental illness. International perspectives.* (pp. 3-23). U.S.A. Praeger Publishers, 2002.
  15. Fowler D, Garety P, Kuipers E . *Cognitive Behavioural Therapy for psychosis.* Chichester, Wiley Press, 1995.
  16. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE . A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 2001; 31:189-195.
  17. Garety PA, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 192:412-23.
  18. Gaynor K, Dooley B, Lawlor E, Lawoyin R, O'Callaghan E . Group cognitive behavioural therapy as a treatment for negative symptoms in first-episode psychosis, Schools of Psychology, University College Dublin, Cluain Mhuire Service, Blackrock, Ireland, 2011; 5(2):168-73.
  19. Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Norrie J . Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Department of Psychological Medicine, University of Glasgow*, 2003; 33(3):419-31.
  20. Hagen R, Turkington D, Berge T, Grawe RW (editors) . *CBT for Psychosis: A Symptom Based Approach.* New York: Routledge, 2011.
  21. Harper SF. *Integrating Theories and concepts: Formulation Driven CBT for a client with a Diagnosis of Schizo-Affective Disorder*, Clinical Psychology and Psychotherapy, Puhlised online in Wiley Online Library. 2011 Sep 1.
  22. Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics* 1995; 36:267-75.
  23. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ. Family psycho-education , social skills training and medication in Schizophrenia: the long and the short of it. *Psychopharmacological Bulletin* 1987; 23: 12-13.
  24. Hutton P, Morrison AP, Taylor H. Brief Cognitive Behavioural Therapy for hallucinations: can it help people who decide not to take antipsychotic medication? a case report. *Behav Cogn Psychother* 2012; 40(1):111-6.
  25. Jablensky A. The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schiz Res* 1997; 28:111-125.
  26. Jones CA, Cormac I, Mota JIS, Campbell C. *Cognitive Behaviour Therapy for schizophrenia.* The Cochrane Library, Oxford, 1998.
  27. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA . The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-76.
  28. Kemp R, Kirov G, Everit B, Hayward P, David A . Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *Brit J Psychiatry* 1998; 172:413-9.
  29. Kingdon DG, Turkington D . *Cognitive-Behavioural Therapy of schizophrenia.* Hove, Lawrence Erlbaum, 1994.
  30. Langer AI, Cangas AJ, Salcedo E, Fuentes B. Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behav Cogn Psychother* 2012; 40(1):105-9.
  31. Magliano L. & Fiorillo A. Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e psichiatria Sociale* , 2007; 16(1), 22-34.
  32. Maxwell J, Farhall J, Matyas T. Translating CBT for Voices into a Program for Carers: a pilot study. *Behav Cogn Psychother* 2012; 40:117-23.
  33. Mc Glashan TH (2005). Early detection and intervention in Psychosis : an ethnical paradigm shift. *Brit J Psychiatry* 2005; 48: 113-5.
  34. Morberg Pain C, Chadwick P, Abba N. Clients' experiences of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Brit J Clin Psychol* 2008; 47: 127-38.
  35. Morrison P (ed.) *A case book of Cognitive Therapy for psychosis.* Hove, Brunner Routledge, 2002.
  36. Morrison AP, Barratt S . What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophr Bull* 2010; 36: 136-142.
  37. Nelson H. *CBT with schizophrenia - A practice Manual.* Cheltenham, Stanley Thornes, 1997.
  38. Nelson H, Davies W, Fewtrell D . *Cognitive Behavioural Therapy for psychosis, Module 1, Key knowledge and skills for everyday interactions in psychosis.* Leicester, The APT press, 2005α.
  39. Nelson H, Davies W, Fewtrell D *Cognitive Behavioural Therapy for psychosis, Module 2, The formal treatment of delusions and hallucinations.* Leicester, The APT press, 2005β.
  40. NICE. *Core interventions in the treatment of schizophrenia.* National Institute of Clinical Excellence, UK, 2002.
  41. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, και συν. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007 '64: 19-28.
  42. Perris C . *Cognitive therapy with schizophrenic patients.* New York: Cassell, 1989.
  43. Pinto A, La Pia S, Mennella R, Giorgio D, DeSimone L . *Cognitive- Behavioral therapy for clozapine clients with treatment -refractory schizophrenia.* *Psychiatric Services* 1999; 50: 901-904.
  44. Rector NA, Seeman MV, Segal ZV. Cognitive therapy of schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2003; 63: 1-11.
  45. Rey A . Psychological examination of traumatic encephalopathy. *Archives de psychologie section translated*

- by Corwin J & Bylsma FW. *The Clinical Neuropsychologist*, 1941.
46. Rummel-Kluge C. & Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. *Current Opinion in Psychiatry*, 2008, 21, 168-172.
  47. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott J. A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in Schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:165-172.
  48. Stroop RJ. Studies of interference in serial verbal reaction, that includes three different experiments, *Journal of Experimental Psychology* 1935; 18 (6): 643-662.
  49. Stephens JH. Long-term prognosis and follow-up in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1978; 4(1): 25-47.
  50. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *BMJ* 1998; 317:303-307
  51. Tarrier N, Kinney C, McCarthy E. Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29:45-55.
  52. Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT. Cognitive-behavioral therapy for Schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract* 2004; 10: 5-16.
  54. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635-45.
  55. Zalonis I, Kararizou E, Triantafyllou NI, Kapaki E, Papageorgiou S, Sgouropoulos P, Vassilopoulos D. A Normative Study of the Ttail Making Test A and B in Greek adults. *Clin Neuropsychol* 2008; 22(5):842-50.
  56. Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptomw of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis, *Schizophr Res* 2005; 77(1):1-9.
  57. Zimmermann M, Stark R, Kern G, Laiacker M, Kirsch P, Vaitl D. Positive and negative Spatial Priming in Schizophrenia, *J Clin Exp Neuropsychol* 2006; 28(5):706-20.
  58. Μαδιανός Μ. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, από το άσυλο στην κοινότητα, *Ελληνικά Γράμματα*, 1994.
  59. Καλλέργης Γ, Μαδιανός Μ. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε σχιζοφρενικές διαταραχές. *Εγκέφαλος* 2009; 46(3):111-120.
  60. Μπουλουγούρης Γ. Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφορικής Θεραπείας, *Ελληνικά γράμματα*, 1998.
  61. Οικονόμου Μ. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Στο Γ. Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες (επιμ.). *Ψυχιατρική, Β' Τόμος. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*. Αθήνα. ΒΗΤΑ, 2000α, σελ. 806-814.
  62. Παπακώστας ΙΓ. Σχιζοφρενικές και άλλες ψυχώσεις. Στο «Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη», 1994, σελ. 402-408.
  63. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ. Ψυχοθεραπείες στο «Σύγγραμμα Ψυχιατρικής», Εκδόσεις Βήτα, 2006, σελ. 663-667.
  64. Χριστοδούλου ΓΝ, Τομαράς Βλ, Οικονόμου Μ. Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, Εκδόσεις Βήτα, 2002.