ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

ΡΕΜΠΕΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ – ΝΙΚΟΛΕΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

ΡΕΜΠΕΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ – ΝΙΚΟΛΕΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κα ΠΑΣΧΑΛΗ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

α) Κα Πασχάλη Αντωνία, Επίκουρος Καθηγητής (επιβλέπων)

β) Κος Μιχαήλ Χατζούλης, Επίκουρος Καθηγητής

γ) Κος Γεώργιος Καλλέργης, Αναπληρωτής Καθηγητής

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματά της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο συγγραφέας, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραιτήτως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Ο/Η υποφαινόμενος/νη δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά την συγγραφή ακολούθησα την πρέπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την καθηγήτριά μου, Κα Πασχάλη Αντωνία, η οποία με καθοδήγησε για την επαρκή ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας και συνέβαλε τα μέγιστα στην ορθή εκπόνησή της. Επιπλέον, τους γονείς μου Δημήτρη και Ζαχαρούλα, τον αδερφό μου Θανάση και το σύντροφό μου Βαγγέλη που με στήριξαν συναισθηματικά και δεν έπαψαν ποτέ να πιστεύουν σε μένα.

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή 9

Σκοπός και επιμέρους στόχοι 11

Δομή της εργασίας 11

Α. Θεωρητικό μέρος 12

1. Ησχιζοφρένεια 12

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία 12

1.2 Χαρακτηριστικά 14

1.3 Αίτια και Συμπτώματα 17

1.3.1 Παράγοντες που συμβάλουν στην εκδήλωση σχιζοφρένειας 17

1.3.2 Συμπτωματολογία 19

1.3.3 Συμπτώματα στη γνωστική λειτουργία 24

1.4 Διαγνωστικά κριτήρια 25

1.5 Επιθετικότητα και σχιζοφρένεια 27

1.5.1 Αξιολόγηση της παρορμητικότητας και της επιθετικότητας 30

1.6 Σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών 32

1.6.1 Επιδημιολογικά στοιχεία συνυπάρχουσας διαταραχής χρήσης ουσιών 32

1.6.2 Αυξημένη εμφάνιση χρήσης ουσιών στη σχιζοφρένεια 34

1.6.3 Νικοτίνη και σχιζοφρένεια 37

1.6.4 Κάνναβη και σχιζοφρένεια 38

1.6.5 Κοκαΐνη και σχιζοφρένεια 39

2. Παρεμβάσεις και αγωγή για τη σχιζοφρένεια 41

2.1 Αντιψυχωσικά φάρμακα 41

2.1.1 Αγωγή για τη σχιζοφρένεια με συνυπάρχουσα χρήση ουσιών 43

2.2 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις 46

2.2.1 Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία 46
2.2.2 Γνωστική αναλυτική θεραπεία 47
2.2.3 Διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς. 50
2.2.4 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT) 50
2.2.5 Αφηγηματική θεραπεία 51
2.2.6 Παρεμβάσεις που βασίζονται στην οικογένεια. 51
2.2.7 Θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης. 52
2.2.8 Θεραπεία επικεντρωμένη στο σχήμα. 52
2.2.9 Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. 53
2.2.10 Θεραπεία επικεντρωμένη στο συναίσθημα. 54
2.2.11 Υπνοθεραπεία. 54
2.2.12 Ψυχοεκπαίδευση. 55
2.2.13 Αυτοβοήθεια ..... .56
2.3 Συνέντευξη κινητοποίησης 57
2.3.1 Η προσέγγιση της συνέντευξης κινητοποίησης 57
2.3.2 Το πνεύμα της Συνέντευξης Κινητοποίησης 58
2.3.3 Οι αρχές της Συνέντευξης Κινητοποίησης 59
2.3.4 Αποτελεσματικότητα της Συνέντευξης Κινητοποίησης 61
Β. Ερευνητικό μέρος 63
3. Μεθοδολογία 63
3.1 Στρατηγική αναζήτησης της βιβλιογραφίας 63
3.2 Κριτήρια ένταξης - αποκλεισμού 64
3.3 Ανάλυση των μελετών 64
3.3.1 Διαδικασία επιλογής των μελετών της ανασκόπησης 66
4. Αποτελέσματα 67

4.1 Ανάλυση των δεδομένων 67

4.1.1 Εμπειρικές μελέτες αναφορικά στην εφαρμογή MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια 67

4.1.2 Συστηματικές ανασκοπήσεις αναφορικά στην εφαρμογή της MI 84

5. Συζήτηση 101

5.1 Αποτελεσματικότητα MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια..... 101

5.2 Αποτελεσματικότητα MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών. 105

6. Συμπεράσματα 108

Βιβλιογραφία 110

Πηγές θεωρητικού μέρους 110

Πηγές ερευνητικού μέρους 119

Περίληψη 124

Abstract 125

Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια αλλά και η συνύπαρξη της σχιζοφρένειας με την κατάχρηση ουσιών συνιστά αντικείμενο ολοένα και αυξανόμενης προσοχής τα τελευταία χρόνια, με τη συζήτηση πολλών πιθανών δεσμών μεταξύ των δύο αυτών οντοτήτων. Πιο συγκεκριμένα στους δεσμούς αυτούς πιθανολογούνται οι παράγοντες της γενετικής ευπάθειας, των νευροβιολογικών πτυχών, των παρενεργειών των φαρμάκων αλλά και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Πράγματι, στην βιβλιογραφία αποκαλύπτεται υψηλός επιπολασμός ασθενών με σχιζοφρένεια που παρουσιάζουν ταυτόχρονη επιβλαβή και επικίνδυνη κατανάλωση ουσιών. Εκτός από την κατάχρηση αλκοόλ, οι ουσίες που συνήθως βρίσκονται σε κατάχρηση σε αυτή την ομάδα ασθενών περιλαμβάνουν τη νικοτίνη, την κοκαΐνη και την κάνναβη, αλλά και την υπέρμετρη και επιβλαβή κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών. Η κατανάλωση αυτών των ουσιών δεν μπορεί να μην ενδιαφέρει τους κλινικούς του χώρου της ψυχικής υγείας, αφού δεν αφήνει ανεπηρέαστους τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Πιο συγκεκριμένα, η χρήση κάνναβης έχει αναφερθεί ότι προκαλεί υποτροπή σε σχιζοφρενείς ασθενείς αλλά και γενικότερα η χρήση ουσιών στην ψύχωση σχετίζεται με φτωχότερα θεραπευτικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένων των αυξημένων ψυχωτικών συμπτωμάτων και της χειρότερης συμμόρφωσης με τη θεραπεία.

Δεδομένου λοιπόν ότι η σχιζοφρένεια και η κατάχρηση επιβλαβών ουσιών έχουν παρατηρηθεί ότι είναι στενά σχετιζόμενες διαταραχές, απαιτείται ειδική θεραπεία για σχιζοφρενείς ασθενείς με συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών προκειμένου να παρέχεται πιο αποτελεσματική φροντίδα (1). Στα πλαίσια λοιπόν της θεραπευτικής υποβοήθησης αυτών των ασθενών εφαρμόζεται προσφάτως ενεργά στην κλινική πρακτική και η συνέντευξη κινητοποίησης (MI).

Οι βασικές αρχές και οι μεθοδολογίες της συνέντευξης κινητοποίησης (Motivational Interview-MI) έχουν εφαρμοστεί και δοκιμαστεί σε διάφορα περιβάλλοντα και τα ευρήματα της έρευνας έχουν αναδείξει την αποτελεσματικότητά της. Πράγματι, η

ΜΙ έχει πλέον καθιερωθεί ως πρακτική που βασίζεται σε ενδείξεις για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές αλλά και διαταραγμένης και εξαρτητικής χρήσης ουσιών.

Πιο αναλυτικά, η συνέντευξη κινητοποίησης επικεντρώνεται στη διερεύνηση και επίλυση της αμφιθυμίας του ασθενούς και εστιάζει στις παρακινητικές διαδικασίες μέσα στο άτομο που διευκολύνουν την αλλαγή. Η μέθοδος διαφέρει από τις πιο καταναγκαστικές ή εξωτερικά κατευθυνόμενες μεθόδους για την παρακίνηση της αλλαγής, καθώς δεν επιβάλλει αλλαγή (που μπορεί να είναι ασυμβίβαστη με τις αξίες, τις πεποιθήσεις ή τις επιθυμίες του ατόμου), αλλά μάλλον υποστηρίζει την αλλαγή κατά τρόπο σύμφωνο με τις αξίες και τις ανησυχίες του ατόμου. (2)

Υπάρχει προηγούμενη έρευνα σχετικά με την εφαρμοσιμότητα της ΜΙ σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή σχιζοφρένεια και ταυτόχρονη κατάχρηση ουσιών (3-5). Προηγούμενες συστηματικές ανασκοπήσεις επισημαίνουν τη σημασία της περαιτέρω έρευνας στο πεδίο, καθώς οι ενδείξεις που υπήρχαν δεν πληρούσαν τα κριτήρια για εξαγωγή καθολικών συμπερασμάτων λόγω περιορισμένου δείγματος ή περιορισμένου χρόνου παρακολούθησης και αξιολόγησης των επιδόσεων της ΜΙ.

Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την υλοποίηση παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν συνέντευξη κινητοποίησης (MI) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών. Συγκεκριμένα, οι επιμέρους στόχοι είναι οι εξής: Αρχικά είναι η καταγραφή αποτελεσμάτων προηγούμενων εμπειρικών μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Επιπλέον, η καταγραφή αποτελεσμάτων προηγούμενων εμπειρικών μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών και τέλος, η αξιολόγηση των ευρημάτων και εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών.

Δομή της εργασίας

Η παρούσα διπλωματική εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται βιβλιογραφική προσέγγιση της σχιζοφρένειας, ως προς τα χαρακτηριστικά, τα αίτια και συμπτώματα, τα διαγνωστικά κριτήρια, αλλά και τη συνύπαρξη κατάχρησης ουσιών. Στη συνέχεια αναφέρονται παρεμβάσεις και αγωγή για τη σχιζοφρένεια και γίνεται λόγος για τις αρχές, το πνεύμα και τη προσέγγιση της συνέντευξης κινητοποίησης (MI).

Στο ερευνητικό μέρος, επιτελείται βιβλιογραφική ανασκόπηση εμπειρικών ερευνών και συστηματικών ανασκοπήσεων που δημοσιεύτηκαν την περίοδο 2002-2018 και εξάγονται συμπεράσματα για τα ως τώρα ευρήματα και την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα. Το χρονικό αυτό όριο ορίσθηκε δεδομένου ότι η πλειονότητα των αξιόπιστων τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών που επιστρατεύουν την ψυχοθεραπευτική μέθοδο της MI εντοπίζονται από το 2002 κι έπειτα. Εξάλλου, η ολοκληρωμένη διατύπωση της MI από τους Miller και Rollnick απαντάται το 1991 και 2002.

Α. Θεωρητικό μέρος

1. Η σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική ασθένεια[1] που χαρακτηρίζεται από προβληματική κοινωνική συμπεριφορά και αδυναμία κατανόησης της πραγματικότητας. Τα συνηθισμένα συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδείς πεποιθήσεις, ασαφή ή συγκεχυμένη σκέψη, ακρόαση φωνών που δεν έχουν οι άλλοι, μειωμένη κοινωνική δέσμευση και συναισθηματική έκφραση και έλλειψη κινήτρων. Τα άτομα με σχιζοφρένεια συχνά έχουν επιπλέον προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως άγχος, κατάθλιψη ή διαταραχές χρήσης ουσιών. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως σταδιακά, αρχίζουν σε νεαρή ηλικία και είναι χρόνια (6). Αν και δεν υπάρχει θεραπεία για τη σχιζοφρένεια, το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας με αντιψυχωσικά φάρμακα και ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορεί να είναι υψηλό.

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η σχιζοφρένεια αν και δεν συνιστά μια εξαιρετικά συνήθη στον πληθυσμό ασθένεια, είναι σοβαρή και χρόνια. Σε ολόκληρο τον κόσμο, περίπου το 1% του πληθυσμού διαγιγνώσκεται με σχιζοφρένεια, και περίπου το 1,2% των Αμερικανών (3,2 εκατομμύρια) έχει την ψυχιατρική αυτή διαταραχή (7). Με βάση στοιχεία του 2013, περίπου 0,3-0,7% των ανθρώπων επηρεάζονται από τη σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της ζωής τους και το 2013 υπήρχαν 23,6 εκατομμύρια περιπτώσεις παγκοσμίως.

Είναι δύσκολο να ληφθούν ακριβείς εκτιμήσεις για τη συχνότητα της σχιζοφρένιας λόγω κλινικών και μεθοδολογικών παραγόντων, όπως η πολυπλοκότητα της διάγνωσης της σχιζοφρένειας, η αλληλοεπικάλυψη με άλλες διαταραχές και ποικίλες

[1] Η «ψυχική ασθένεια» και η «ψυχική διαταραχή» συνήθως χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ως όροι. Ωστόσο, ιστορικά υπήρξε διαφορά μεταξύ της ψυχικής ασθένειας και των ψυχικών διαταραχών. Επειδή ο ορισμός της «διαταραχής» περιλαμβάνει συγκεκριμένα μια διαταραχή του νου (όπως μια ψυχική διαταραχή) ταιριάζει καλύτερα σε αυτό που ονομάζουμε τώρα ψυχική ασθένεια. Επειδή η «ασθένεια» καθορίζει ότι η παθολογική κατάσταση αφορά ένα μέρος του σώματος, πριν διαπιστωθεί ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι πραγματικά διαταραχές του εγκεφάλου (δηλαδή ενός μέρους του σώματος και όχι απλά του νου), ήταν λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιηθεί ο όρος «ψυχική ασθένεια». Επομένως, η διαφορά μεταξύ των όρων της «ψυχικής διαταραχής» και της «ψυχικής ασθένειας», σχετίζεται με την προέλευση της παθολογικής κατάστασης (Tracy, 2016).

μέθοδοι διαγνωστικής προσέγγισης. Δεδομένων αυτών των περιπλοκών, η σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωσικές διαταραχές συχνά συνδυάζονται σε μελέτες εκτίμησης επιπολασμού. Παρακάτω παρουσιάζεται μια σύνοψη των διαθέσιμων δεδομένων:

Σε μελέτες που χρησιμοποιούν δείγματα ερευνών, κλινικές διαγνωστικές συνεντεύξεις και ιατρικά αρχεία, οι εκτιμήσεις της επικράτησης της σχιζοφρένειας και των σχετικών ψυχωσικών διαταραχών στις ΗΠΑ κυμαίνονται μεταξύ 0,25% και 0,64% (8). Οι εκτιμήσεις για τη διεθνή επικράτηση της σχιζοφρένειας μεταξύ των ατόμων που δεν βρίσκονται σε νοσοκομεία είναι 0,33% έως 0,75% (9).

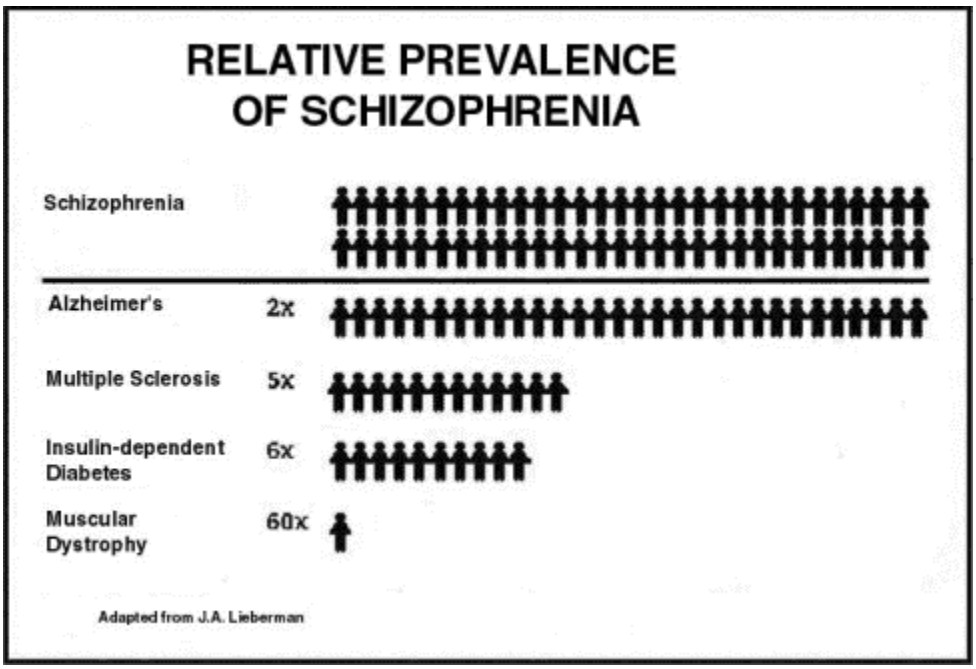
Σύμφωνα με μια άλλη πηγή, τουλάχιστον 51 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από σχιζοφρένεια, η γεωγραφική κατανομή των οποίων εκτιμάται ως εξής (10): Περίπου 6 έως 12 εκατομμύρια άτομα στην Κίνα (μια χονδρική εκτίμηση βασισμένη στον πληθυσμό), 4.3 έως 8.7 εκατομμύρια άτομα στην Ινδία (μια χονδρική εκτίμηση που βασίζεται στον πληθυσμό), 2,2 εκατομμύρια άτομα στις ΗΠΑ, 285.000 άτομα στην Αυστραλία, πάνω από 280.000 άτομα στον Καναδά και τέλος πάνω από 250.000 ασθενείς πάσχουν από σχιζοφρένεια στη Βρετανία.

Τα ποσοστά της σχιζοφρένειας είναι γενικά παρόμοια από χώρα σε χώρα με περίπου το 0.5% έως 1% του πληθυσμού, όπως εκτιμάται, να πάσχει από σχιζοφρένεια (υπάρχουν διαφοροποιήσεις - αλλά η διακύμανση είναι δύσκολο να εντοπιστεί λόγω διαφορετικών προτύπων μέτρησης σε πολλές χώρες). Ένας άλλος τρόπος για να εκφραστεί ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας σε οποιοδήποτε χρόνο είναι ο αριθμός των ατόμων που επηρεάζονται ανά 1.000 συνολικό πληθυσμό.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό αυτό είναι 7,2 ανά 1.000. Αυτό σημαίνει ότι μια πόλη 3 εκατομμυρίων ανθρώπων θα έχει πάνω από 21.000 άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Ο αριθμός των ατόμων που θα διαγνωσθούν ότι έχουν σχιζοφρένεια σε ένα χρόνο είναι περίπου ένας στους 4.000. Έτσι, περίπου 1,5 εκατομμύρια άνθρωποι θα διαγνωστούν με σχιζοφρένεια φέτος, παγκοσμίως. (10).

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η επικράτηση της σχιζοφρένειας σε σχέση με άλλες γνωστές ασθένειες. Βλέπουμε ότι η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται δύο φορές

συχνότερα από το Αλτσχάιμερ, πέντε φορές συχνότερα από τη σκλήρυνση κατά πλάκας, έξι φορές συχνότερα από τον διαβήτη τύπου 1 και εξήντα φορές συχνότερα από τη μυϊκή δυστροφία (10).

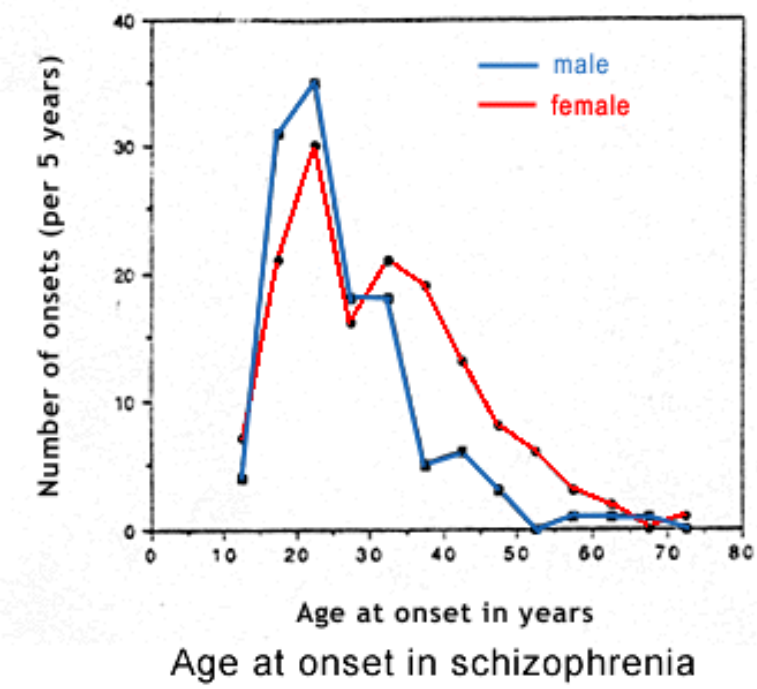


Διάγραμμα 1 Επικράτηση της σχιζοφρένειας σε σχέση με άλλες γνωστές ασθένειες (10)

1.2 Χαρακτηριστικά

Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που αρχίζει συνήθως στην πρώιμη ενηλικίωση (ηλικίες 15 έως 25 ετών). Οι άνδρες τείνουν να αναπτύσσουν σχιζοφρένεια λίγο νωρίτερα, μεταξύ 16 και 25 ετών, ενώ οι γυναίκες αναπτύσσουν συμπτώματα αρκετά χρόνια αργότερα και η επίπτωση στις γυναίκες είναι αισθητά υψηλότερη μετά την ηλικία των 30 ετών. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι 18 ετών στους άνδρες και 25 ετών στις γυναίκες. Η έναρξη της σχιζοφρένειας είναι αρκετά σπάνια για άτομα κάτω των 10 ετών ή άνω των 40 ετών. Το παρακάτω διάγραμμα καταδεικνύει τις γενικές τάσεις ηλικίας

έναρξης για τη σχιζοφρένεια σε άνδρες και γυναίκες, από αντιπροσωπευτική μελέτη για το θέμα (11), όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.



Διάγραμμα 2: Γενικές τάσεις ηλικίας έναρξης για τη σχιζοφρένεια σε άνδρες και γυναίκες (11)

Οι άνδρες τείνουν να επηρεάζονται συχνότερα και κατά μέσο όρο εμφανίζουν πιο σοβαρά συμπτώματα. Περίπου το 20% των ανθρώπων έχει καλή πρόγνωση και μερικοί ασθενείς μάλιστα ανακάμπτουν πλήρως με την κατάλληλη θεραπευτική υποστήριξη. Ωστόσο, περίπου το 50% υποφέρει διά βίου. Κοινωνικά προβλήματα, όπως η μακροχρόνια ανεργία, η φτώχεια και η έλλειψη στέγης είναι κοινά σε αυτούς τους ασθενείς. Το μέσο προσδόκιμο ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι από δέκα έως είκοσι πέντε χρόνια λιγότερο από ό,τι ισχύει για τον γενικό πληθυσμό.

Το παρόν προκύπτει ως αποτέλεσμα αυξημένων προβλημάτων σωματικής υγείας και υψηλότερου ποσοστού αυτοκτονιών (περίπου 5%). Το 2015 εκτιμάται ότι 17.000 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχασαν τη ζωή τους από τη συμπεριφορά που σχετίζεται ή

προκαλείται από σχιζοφρένεια (12-13). Το κύριο σύμπτωμα της σχιζοφρένειας είναι η ψύχωση.

Η ψύχωση ως ένδειξη ψυχιατρικής διαταραχής αποτελεί διάγνωση αποκλεισμού. Αυτό σημαίνει ότι ένα απομονωμένο επεισόδιο ψύχωσης δεν θεωρείται σύμπτωμα ψυχιατρικής διαταραχής μέχρι να αποκλεισθούν σωστά άλλες σχετικές και γνωστές αιτίες ψύχωσης. Οι ιατρικές και βιολογικές εργαστηριακές εξετάσεις θα πρέπει να εξαιρούν τις ασθένειες και τους τραυματισμούς του κεντρικού νευρικού συστήματος, τις ασθένειες και τους τραυματισμούς άλλων οργάνων, τις ψυχοδραστικές ουσίες και τις τοξίνες, ως αίτια των συμπτωμάτων της ψύχωσης πριν από τη διάγνωση οποιασδήποτε ψυχιατρικής ασθένειας.

Στην ιατρική εκπαίδευση, η ψύχωση ως σημάδι ασθένειας συχνά συγκρίνεται με τον πυρετό, καθώς και τα δύο αυτά σημεία μπορεί να έχουν πολλαπλές αιτίες που δεν είναι άμεσα εμφανείς (14). Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι η ψύχωση μπορεί να αποτελέσει ένδειξη αλλά όχι απόδειξη ψυχιατρικής διαταραχής.

Να σημειωθεί εδώ ότι η σχιζοφρένεια δεν συνεπάγεται μια «διπλή προσωπικότητα» ή μια «σχιζοτυπική διαταραχή προσωπικότητας» - συνθήκες με τις οποίες συχνά συγχέεται στην αντίληψη του κοινού (15-16). Πράγματι, η σχιζοτυπική διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί εύκολα να συγχέεται με τη σχιζοφρένεια. Εντούτοις, υπάρχουν ειδοποιοί διαφορές. Ενώ τα άτομα με σχιζοτυπική διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να παρουσιάσουν σύντομα ψυχωσικά επεισόδια με παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις, τα επεισόδια δεν είναι τόσο συχνά, παρατεταμένα ή έντονα όπως στη σχιζοφρένεια. Μια άλλη βασική διάκριση είναι ότι τα άτομα με σχιζοτυπική διαταραχή της προσωπικότητας συνήθως μπορούν να συνειδητοποιήσουν τη διαφορά μεταξύ των παραμορφωμένων ιδεών τους και της πραγματικότητας.

Βέβαια, παρά τις διαφορές, τα άτομα με σχιζοτυπική διαταραχή της προσωπικότητας μπορούν να ωφεληθούν από θεραπείες παρόμοιες με εκείνες που χρησιμοποιούνται για σχιζοφρένεια. Η σχιζοτυπική διαταραχή της προσωπικότητας μερικές φορές θεωρείται ότι βρίσκεται στο φάσμα της σχιζοφρένειας, με λιγότερο σοβαρά συμπτώματα (17).

Η διάγνωση βασίζεται στην παρατηρούμενη συμπεριφορά, στις εμπειρίες που αναφέρει το άτομο και στις αναφορές άλλων που είναι εξοικειωμένοι με το άτομο. Κατά τη διάρκεια της διάγνωσης πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη η κουλτούρα ενός ατόμου. Από το 2013 δεν υπάρχει αντικειμενικό διαγνωστικό εργαλείο. Ο βασικός άξονας της θεραπείας είναι η αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή, η συμβουλευτική και η κοινωνική αποκατάσταση.

Σε εκείνους που δεν βελτιώνονται με συνήθη αντιψυχωσικά, μπορεί να δοκιμαστεί το άτυπο αντιψυχωσικό κλοζαπίνη. Σε πιο σοβαρές καταστάσεις όπου υπάρχει κίνδυνος για τον εαυτό ή για άλλους, η ακούσια νοσηλεία μπορεί να είναι απαραίτητη, αν και οι νοσηλείες είναι πλέον συντομότερες και λιγότερο συχνές από ό, τι κάποτε (18).

1.3 Αίτια και Συμπτώματα

1.3.1 Παράγοντες που συμβάλουν στην εκδήλωση σχιζοφρένειας

Οι αιτίες της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Οι πιθανοί περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι η ανατροφή σε αστικό περιβάλλον, η χρήση κάνναβης κατά την εφηβεία, ορισμένες λοιμώξεις, η ηλικία των γονέων και η κακή διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι γενετικοί παράγοντες περιλαμβάνουν μια ποικιλία κοινών και σπάνιων γενετικών παραλλαγών. Οι παράγοντες κινδύνου για τη σχιζοφρένεια μπορούν να ομαδοποιηθούν σύμφωνα με τον Cooper (1978) σε τρεις κατηγορίες: (19) α) κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, β) παράγοντες προδιάθεσης και τέλος γ) παράγοντες ενίσχυσης.

Στην πρώτη κατηγορία, η συσχέτιση μεταξύ της χαμηλότερης κοινωνικής τάξης και της σχιζοφρένειας στις αστικές περιοχές των ανεπτυγμένων χωρών είναι ένα από τα πιο ισχυρά επιδημιολογικά ευρήματα. Αυτό εξηγείται επί του παρόντος κυρίως από την υπόθεση επιλογής-μετακίνησης, σύμφωνα με την οποία τα άτομα που είναι ευάλωτα στη

σχιζοφρένεια ή με ύπουλη έναρξη της διαταραχής εμποδίζονται είτε να αποκτήσουν υψηλότερη τάξη είτε κινούνται σταδιακά διολισθαίνουν κοινωνικά (20).

Ωστόσο, είναι πιθανό οι παράγοντες που σχετίζονται με τις περιβαλλοντικές συνθήκες στις γειτονιές χαμηλότερης κοινωνικής τάξης, όπως οι επαγγελματικοί κίνδυνοι, η κακή μητρική και μαιευτική φροντίδα ή οι υψηλοί ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι, να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο σε ορισμένες υποομάδες ατόμων με σχιζοφρένεια. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι στις μη δυτικές χώρες, όπως η Ινδία και αλλού, παρατηρήθηκε το αντίθετο πρότυπο: η επικράτηση της σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερη στις υψηλότερες κοινωνικές ομάδες (21).

Τα ευρήματα για την οικογενειακή κατάσταση είναι εξίσου αξιοσημείωτα. Ο δείκτης κινδύνου για τα άγαμα άτομα σε σύγκριση με τους έγγαμους συνομιλήκους τους είναι περίπου 4 (20). Αν και αυτό πιθανότατα σχετίζεται με μια διαδικασία επιλογής ανάλογη με εκείνη που περιγράφεται για την κοινωνική τάξη, υπάρχουν κάποιες προτάσεις ότι ο γάμος, καθώς και οποιαδήποτε στενή διαπροσωπική σχέση, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως προστατευτικός παράγοντας για την εκδήλωση της ψυχικής αυτής νόσου.

Μεταξύ των προδιαθεσικών παραγόντων, οι γενετικοί παράγοντες, βάσει μελετών κοόρτης φαίνεται να είναι πιο σημαντικοί για την εκδήλωση αυτού του πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, γενετικού ψυχικού νοσήματος. Η γενετική συμβολή στη σχιζοφρένεια έχει καθιερωθεί και εκτιμάται γύρω στο 60% (22), παρόλο που τα μοντέλα γενετικής μετάδοσης, τα προδιαθεσικά γονίδια και η σχέση μεταξύ των γενετικών παραγόντων και του φαινοτύπου της σχιζοφρένειας απέχουν πολύ από την ταυτοποίησή τους.

Τα διαθέσιμα δεδομένα αφήνουν σημαντικό περιθώριο για περιβαλλοντικές επιδράσεις. Για την ακρίβεια, αυτό προκύπτει από μελέτες προτύπου κληρονόμησης, όπου παρατηρείται ασυμπτωτικότητα και ποσοστά εκδήλωσης μικρότερα από 50% στα μονοζυγωτικά δίδυμα σχιζοφρενούς αδελφού. Αντίστοιχα, ο κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου κατά την διάρκεια της ζωής είναι περίπου 45% σε παιδιά δύο σχιζοφρενών

γονέων. Τέλος, μόνο το 10% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν έναν γονέα με σχιζοφρένεια (23).

Ο ρόλος δε της εγκυμοσύνης και των γεννητικών επιπλοκών είναι λιγότερο βέβαιος. Συνολικά, τα στοιχεία δείχνουν ότι μια υποομάδα ανθρώπων που αναπτύσσουν αργότερα σχιζοφρένεια θα έχει αντιμετωπίσει μεγαλύτερο αριθμό περιγεννητικών προβλημάτων (24), αν και η ισχύς της συσχέτισης δεν είναι εντυπωσιακή κλινικά και στατιστικά. Επιπλέον, αυτό μπορεί απλά να είναι μια πτυχή της τάσης για αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε άτομα που έχουν υποστεί περιγεννητική βλάβη.

Μεταξύ της ποικιλίας διαπροσωπικών, κοινωνικών και πολιτισμικών μεταβλητών που θεωρούνται ενισχυτικοί παράγοντες εκδήλωσης σχιζοφρένειας, το οικογενειακό περιβάλλον παραμένει η καλύτερα τεκμηριωμένη μεταβλητή. Μια μεγάλη έρευνα δείχνει ότι τα πρότυπα οικογενειακής αλληλεπίδρασης που χαρακτηρίζονται από ασαφή ή ανύπαρκτη επικοινωνία, οι αρνητικές συναισθηματικές σχέσεις, η κριτική, η εχθρότητα και η υπερευαισθησία είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες της υποτροπής στη σχιζοφρένεια, αν και η βιβλιογραφία της επίδρασής τους στην εκδήλωση της νόσου είναι πολύ περιορισμένη (25) .

Στον αντίποδα του παραπάνω δε, στην βιβλιογραφία έχουν συγκεντρωθεί επίσης ενδείξεις ότι άλλες λιγότερο καθορισμένες πτυχές του οικογενειακού περιβάλλοντος μπορούν να ασκήσουν προστατευτικά αποτελέσματα στα ευάλωτα άτομα (26).

1.3.2 Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χωρίζονται σε θετικά και αρνητικά. Τα θετικά συμπτώματα είναι διαταραχές που «προστίθενται» στην προσωπικότητα του ατόμου. Εν συντομία, περιλαμβάνουν (27):

- Παραληρητικές ιδέες: λανθασμένες ιδέες όπου τα άτομα μπορεί να πιστεύουν ότι κάποιος τους κατασκοπεύει ή ότι είναι κάποιος διάσημος (ή θρησκευτική φιγούρα).

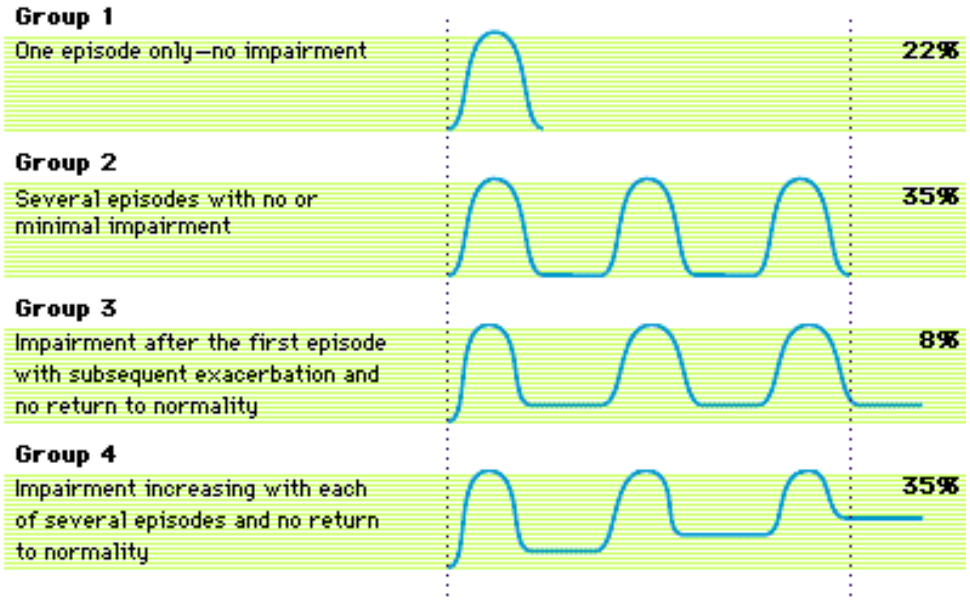
- Ψευδαισθήσεις: το να αισθάνεται, να ακούει, να γεύεται ή μυρίζει κάποιος κάτι που δεν υπάρχει. Η πιο κοινή εμπειρία είναι η ακρόαση φανταστικών φωνών που δίνουν εντολές ή σχόλια στο άτομο.
- Διαταραγμένη σκέψη και ομιλία: μετακίνηση από το ένα θέμα στο άλλο, χωρίς λογικό τρόπο και ειρμό. Τα άτομα μπορούν επίσης να συνθέτουν τα δικά τους λόγια ή ήχους, να κάνουν ρήμα με έναν τρόπο που δεν έχει νόημα ή να επαναλαμβάνουν λέξεις και ιδέες.
- Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά: αυτή μπορεί να κυμαίνεται από την ύπαρξη προβλημάτων με συνηθισμένες συμπεριφορές όπως η υγιεινή ή την επιλογή του κατάλληλου ρουχισμού για τις καιρικές συνθήκες, ως απροσδόκητες εκρήξεις, για παρορμητικές και ανεμπόδιστες ενέργειες. Ένα άτομο μπορεί επίσης να κάνει κινήσεις που δείχνουν ανησυχία, αναστάτωση, ένταση, ακινησία χωρίς εμφανή λόγο.

Όλα τα παραπάνω είναι αντιδράσεις που ανήκουν στη συμπτωματολογία της ψύχωσης. Η ψύχωση αποτελεί ένα σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, αλλά δεν είναι αρκετό για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας[2]. Πάραυτα, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα συμπτώματα, οπότε κρίνεται σημαντική η περαιτέρω ανάλυση του. Μερικοί άνθρωποι έχουν ψυχωσικά επεισόδια ασθένειας που διαρκούν εβδομάδες ή μήνες με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων τους μεταξύ κάθε επεισοδίου ενώ άλλοι έχουν μια κυμαινόμενη πορεία στην οποία τα συμπτώματα είναι συνεχή αλλά αυξάνονται και μειώνονται σε ένταση.

Επίσης, άλλοι έχουν σχετικά μικρή διακύμανση στα συμπτώματα της ασθένειάς τους με την πάροδο του χρόνου. Στο ένα άκρο του φάσματος, το άτομο έχει ένα και μόνο

[2] Η ψύχωση είναι ένα σύνδρομο ή μια ομάδα συμπτωμάτων. Κάποιος που βιώνει ένα επεισόδιο ψύχωσης παρουσιάζει διάσπαση με την πραγματικότητα. Τα κύρια συμπτώματα της ψύχωσης είναι ψευδαισθήσεις και αυταπάτες. Η ψύχωση μπορεί να επηρεάσει ακόμη και τον τρόπο που οι άνθρωποι κινούνται ή εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Αντίθετα, η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική ασθένεια που προκαλεί ψύχωση, αλλά η σχιζοφρένεια έχει και άλλα συμπτώματα και δεν είναι η μόνη αιτία της ψύχωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, άλλες ψυχικές ασθένειες προκαλούν ψύχωση, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, διπολικής διαταραχής, άνοιας και οριακής διαταραχής της προσωπικότητας. Η ψύχωση μπορεί να εμφανιστεί σε περιόδους ακραίων πιέσεων, σημαντικής έλλειψης ύπνου ή τραύματος. Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν ή αποσύρονται από ορισμένα φάρμακα μπορεί να παρουσιάσουν ψύχωση. Η ψύχωση μπορεί επίσης να προκληθεί από εγκεφαλική βλάβη, νευρολογικό πρόβλημα ή άλλο πρόβλημα υγείας. Έτσι, ενώ η ψύχωση μπορεί να είναι μέρος της σχιζοφρένειας, μπορεί να προκληθεί και από πολλές άλλες αιτίες (Canadian Mental Health Association, 2015).

ψυχωσικό επεισόδιο σχιζοφρένειας που ακολουθείται από πλήρη αποκατάσταση, στο άλλο άκρο του φάσματος είναι μια πορεία στην οποία η ασθένεια δεν μειώνεται ποτέ και οι εξουθενωτικές επιδράσεις αυξάνονται. Η διαδικασία της νόσου της σχιζοφρένειας βλάπτει τον εγκέφαλο του ατόμου βαθμιαία και σημαντικά και ότι οι θεραπείες (φάρμακα και άλλες θεραπείες) φαίνεται να έχουν ως αποτέλεσμα μικρότερο ποσοστό εκδήλωσης παρενεργειών με την πάροδο του χρόνου (10).



Διάγραμμα 3: Η πορεία της σχιζοφρένειας και τα συμπτώματα της (10)

Η ψύχωση είναι μια ανώμαλη κατάσταση του νου που συνεπάγεται απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα. Οι άνθρωποι που βιώνουν ψύχωση μπορεί να παρουσιάσουν αλλαγές προσωπικότητας και διαταραχή σκέψης. Ανάλογα με τη σοβαρότητά του, ένα επεισόδιο ψύχωσης μπορεί να συνοδεύεται από ασυνήθιστη ή παράξενη συμπεριφορά, καθώς και δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση και αποτυχία σε λειτουργίες της καθημερινής ζωής.

Εντούτοις, ο όρος ψύχωση είναι πολύ ευρύς και μπορεί να σημαίνει τις σχετικά φυσιολογικές παρεκκλίνουσες εμπειρίες μέχρι τις πολύπλοκες και κατατονικές εκφράσεις της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής τύπου 1. Σε σωστά

διαγνωσμένες ψυχιατρικές διαταραχές (όπου άλλες αιτίες έχουν αποκλειστεί, με εκτεταμένες ιατρικές και βιολογικές εργαστηριακές εξετάσεις), η ψύχωση είναι ένας περιγραφικός όρος για τις παραισθήσεις, τις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες και τις διαταραχές που μπορεί να προκύψουν.

Γενικά, η ψύχωση συνεπάγεται αξιοσημείωτα ελλείμματα στην λειτουργική συμπεριφορά (αρνητικά σημεία) και πιο συχνά διαφορετικούς τύπους ψευδαισθήσεων ή παραληρηματικών πεποιθήσεων, ιδιαίτερα όσον αφορά τη σχέση μεταξύ εαυτού και άλλων όπως στην μεγαλοπρέπεια και την πρόνοια ή την παράνοια (28). Τα άτομα με ψύχωση συνήθως έχουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα (29-30):

- ψευδαισθήσεις
- αυταπάτες-παραληρηματικές πεποιθήσεις
- κατατονία
- διαταραχή σκέψης
- βλάβες στην κοινωνική γνωστική λειτουργία

Ψευδαισθήσεις. Μια ψευδαίσθηση ορίζεται ως αισθητηριακή αντίληψη όταν δεν υπάρχουν εξωτερικά ερεθίσματα. Οι ψευδαισθήσεις είναι διαφορετικές από τις αυταπάτες ή τις αντιληπτικές παραμορφώσεις, οι οποίες είναι η εσφαλμένη αντίληψη των εξωτερικών ερεθισμάτων. Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε από τις αισθήσεις και να πάρουν σχεδόν οποιαδήποτε μορφή, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει απλές αισθήσεις (όπως φώτα, χρώματα, γεύσεις και μυρωδιές) σε εμπειρίες όπως η όραση και η αλληλεπίδραση με πλήρως σχηματισμένα ζώα και άτομα, το να ακούει κανείς φωνές και να έχει αίσθηση αφής (31).

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα οι εμπειρίες ακοής φωνών, είναι το πιο κοινό και συχνά εμφανές χαρακτηριστικό της ψύχωσης. Οι φωνές μπορεί να μιλήσουν για το άτομο ή να του μιλήσουν και μπορεί να περιλαμβάνουν διάφορους ομιλητές με ξεχωριστές προσωπικότητες. Οι ηχητικές ψευδαισθήσεις τείνουν να είναι ιδιαίτερα ενοχλητικές όταν είναι υποτιμητικές, επιβλητικές ή ανησυχητικές. Ωστόσο, η εμπειρία ακοής φωνών δεν χρειάζεται πάντα να είναι αρνητικές. Μια ερευνητική μελέτη έδειξε ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων που ακούν φωνές δεν χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια (32).

Αυταπάτες - Παραληρηματικές πεποιθήσεις. Η ψύχωση μπορεί να περιλαμβάνει παραληρηματικές πεποιθήσεις, μερικές από τις οποίες είναι παρανοϊκές στη φύση. Με απλά λόγια, οι παραληρηματικές ιδέες είναι ψευδείς πεποιθήσεις, τις οποίες μπορεί κανείς να υιοθετήσει, χωρίς επαρκή αποδεικτικά στοιχεία. Μπορεί να είναι δύσκολο να αλλάξει η πεποίθηση, ακόμη και αν υπάρχουν αποδείξεις για το αντίθετο. Τα κοινά θέματα της αυταπάτης είναι ο διωγμός (το άτομο πιστεύει ότι άλλοι είναι έξω για να τους βλάψουν), και η μεγαλοπρέπεια (το άτομο πιστεύει ότι έχει ειδικές εξουσίες ή δεξιότητες), κλπ. Άτομα με σύνδρομο Ekbom μπορεί να έχουν παραληρητικές πεποιθήσεις μιας φανταστικής παρασιτικής μόλυνσης, ενώ οι καταθλιπτικοί άνθρωποι μπορεί να έχουν αυταπάτες συνεπείς με τη χαμηλή διάθεση τους (π.χ. παραληρητικές ατασθαλίες ή σοβαρή ασθένεια κλπ.).

Ο Karl Jaspers έχει ταξινομήσει τις ψυχωσικές αυταπάτες σε πρωτογενείς και δευτερογενείς. Οι πρωτογενείς αυταπάτες ορίζονται ως αιφνιδιαστικές και μη κατανοητές από την άποψη των φυσιολογικών διανοητικών διαδικασιών, ενώ οι δευτερεύουσες αυταπάτες θεωρείται συνήθως ότι επηρεάζονται από το ιστορικό ή την τρέχουσα κατάσταση του ατόμου (π.χ. εθνότητα, θρησκευτικές, πεποιθήσεις ή πολιτικά πιστεύω) (33).

Κατατονία. Η κατατονία περιγράφει μια βαθιά διαταραγμένη κατάσταση στην οποία η εμπειρία της πραγματικότητας γενικά θεωρείται μειωμένη. Υπάρχουν δύο πρωταρχικές εκδηλώσεις της κατατονικής συμπεριφοράς. Η κλασική παρουσίαση είναι ένα άτομο που δεν κινείται ή δεν αλληλοεπιδρά με τον κόσμο με κανέναν τρόπο, ενώ είναι ξύπνιο. Αυτός ο τύπος κατατονίας παρουσιάζεται μαζί με την κηροειδή δυσκαμψία. Η κηροειδής δυσκαμψία είναι η κλινική κατάσταση κατά την οποία όταν κάποιος κινητοποιεί παθητικά μέρος του σώματος ενός κατατονικού ασθενούς με σχιζοφρένεια, ο ασθενής να παραμένει στη θέση που τοποθετήθηκε για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. (33).

Ο άλλος τύπος κατατονίας είναι περισσότερο μια εξωτερική παρουσίαση της βαθιά αναστατωμένης κατάστασης που περιγράφεται παραπάνω. Περιλαμβάνει την υπερβολική και άσκοπη κινητική συμπεριφορά, καθώς και την ακραία ψυχική ανησυχία

που εμποδίζει την απρόσκοπτη εμπειρία της πραγματικότητας. Ένα παράδειγμα είναι κάποιος που περπατάει πολύ γρήγορα σε κύκλους, αποκλείοντας οτιδήποτε άλλο με ένα επίπεδο ψυχικής προτίμησης (δηλαδή δεν επικεντρώνεται σε κάτι σχετικό με την κατάσταση) που δεν ήταν τυπικό του ατόμου πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων.

Και στους δύο τύπους κατατονίας δεν υπάρχει γενικά καμία αντίδραση σε ερεθίσματα που συμβαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον. Είναι σημαντικό να διακρίνουμε την κατατονική διέγερση από την σοβαρή διπολική μανία, αν και υπάρχει το ενδεχόμενο κάποιος ασθενής να βιώνει και τα δύο.

Διαταραχές της σκέψης. Η διαταραχή της σκέψης περιγράφει μια υποκείμενη διαταραχή της συνειδητής σκέψης και ταξινομείται σε μεγάλο βαθμό από τις επιπτώσεις της στην ομιλία και τη γραφή. Τα επηρεαζόμενα πρόσωπα δείχνουν χαλάρωση των συσχετίσεων, δηλαδή αποσύνδεση και αποδιοργάνωση του σημασιολογικού περιεχομένου της ομιλίας και της γραφής. Στη σοβαρή μορφή ο λόγος γίνεται ακατανόητος (33).

Τα αρνητικά συμπτώματα είναι δυνατότητες που «αφαιρούνται» από την προσωπικότητα του ατόμου και περιλαμβάνουν τα εξής (27): κοινωνική απόσυρση, εξαιρετική απάθεια (έλλειψη ενδιαφέροντος ή ενθουσιασμό), έλλειψη κινήτρου ή πρωτοβουλίας, συναισθηματική ισοπέδωση

1.3.3 Συμπτώματα στη γνωστική λειτουργία

Τα γνωστικά συμπτώματα είναι λιγότερο έντονα και συχνά ανιχνεύονται μόνο όταν εκτελούνται νευροψυχολογικές εξετάσεις. Περιλαμβάνουν τα εξής (34): α) κακή "εκτελεστική λειτουργία" (διολισθαίνει δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να αντλεί και να ερμηνεύει πληροφορίες από το περιβάλλον του και να λαμβάνει αποφάσεις με βάση αυτές τις πληροφορίες), β) αδυναμία διατήρησης της προσοχής, και γ) προβλήματα με τη "μνήμη εργασίας" (περιορίζεται δηλαδή η δυνατότητα του ασθενή να διατηρήσει τις πληροφορίες που έχει μάθει πρόσφατα και να τις χρησιμοποιήσετε αμέσως).

Οι γνωστικές διαταραχές συχνά παρεμβαίνουν στην ικανότητα του ασθενούς να έχει λειτουργική συμπεριφορά στην καθημερινή του ζωή και να κερδίζει τα προς το ζην. Τέλος, μπορούν να προκαλέσουν μεγάλη συναισθηματική δυσφορία (34).

1.4 Διαγνωστικά κριτήρια

Η σχιζοφρένεια διαγιγνώσκεται βάσει κριτηρίων, όπως αυτά διατυπώνονται στην πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM 5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) είτε στη διεθνή στατιστική ταξινόμηση ασθενειών και συναφών προβλημάτων υγείας (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας .

Αυτά τα κριτήρια χρησιμοποιούν τις αυτοαναφερόμενες εμπειρίες του ατόμου και αναφερόμενες ανωμαλίες στη συμπεριφορά. Έπειτα ακολουθεί κλινική αξιολόγηση από επαγγελματία ψυχικής υγείας για την επιβεβαίωση της σημειολογίας και την παγίωση της διάγνωσης. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια συμβαίνουν κατά μήκος ενός συνεχούς στον πληθυσμό και πρέπει να φθάσουν σε μια ορισμένη σοβαρότητα και επίπεδο της βλάβης, πριν από τη διάγνωση. Από το 2013 δεν υπάρχει αντικειμενικός έλεγχος.

Το 2013, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία κυκλοφόρησε την πέμπτη έκδοση του DSM (DSM-5). Για να τεθεί διάγνωση ασθενούς με σχιζοφρένεια, πρέπει να πληρούνται δύο διαγνωστικά κριτήρια για μεγάλο χρονικό διάστημα, τουλάχιστον ενός μηνός. Θα πρέπει ακόμη η νόσος να επιφέρει σημαντικό αντίκτυπο στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία για τουλάχιστον έξι μήνες. Το άτομο πρέπει να υποφέρει από αυταπάτες, ψευδαισθήσεις ή αποδιοργανωμένο λόγο. Ένα δεύτερο σύμπτωμα μπορεί να είναι αρνητικά συμπτώματα ή σοβαρή αποδιοργάνωση ή κατατονική συμπεριφορά (6). Ο ορισμός της σχιζοφρένειας στο DSM-5παρέμεινε ουσιαστικά ο ίδιος με αυτόν που καθορίστηκε από την προηγούμενη έκδοση του DSM (IV-TR) του 2000, αλλά το DSM-5 επέφερε μια σειρά αλλαγών (35-37).

Οι αλλαγές αυτές διατυπώνονται ως εξής (35-37) :α) Οι ταξινομήσεις υποτύπων - όπως η κατατονική και η παρανοϊκή σχιζοφρένεια - αφαιρούνται. Αυτοί διατηρήθηκαν

σε προηγούμενες αναθεωρήσεις, κυρίως για λόγους παράδοσης, αλλά στη συνέχεια αποδείχθηκαν ελλιπείς. β) Η κατατονία δεν συνδέεται πλέον τόσο έντονα με τη σχιζοφρένεια. γ) Κατά την περιγραφή της σχιζοφρένειας ενός ατόμου, συνιστάται να γίνεται καλύτερη διάκριση μεταξύ της τρέχουσας κατάστασης και της ιστορικής της προόδου, ώστε να επιτευχθεί σαφέστερος γενικός χαρακτηρισμός. δ) Δεν συνιστάται πλέον ειδική θεραπεία των πρώτων τάξεων του Schneider. ε) Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ορίζεται καλύτερα για να την οριοθετήσουμε πιο ξεκάθαρα από τη σχιζοφρένεια. στ) Μια αξιολόγηση που να καλύπτει οκτώ τομείς της ψυχοπαθολογίας - όπως το αν υπάρχει ψευδαίσθηση ή μανία - συνιστάται να συμβάλει στην κλινική λήψη αποφάσεων.

Τα κριτήρια του ICD-10 χρησιμοποιούνται συνήθως στις ευρωπαϊκές χώρες, ενώ τα κριτήρια DSM χρησιμοποιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε διαφορετικούς βαθμούς σε όλο τον κόσμο και επικρατούν στις ερευνητικές μελέτες. Τα κριτήρια του ICD-10 έδωσαν μεγαλύτερη έμφαση στα πρώτα συμπτώματα της Schneider. Στην πράξη, η συμφωνία μεταξύ των δύο συστημάτων είναι υψηλή (38). Η τρέχουσα πρόταση για τα κριτήρια του ICD-11 για τη σχιζοφρένεια συνιστά την προσθήκη αυτοδιάθεσης ως σύμπτωμα (39).

Εάν παρουσιαστούν σημάδια διαταραχής για περισσότερο από ένα μήνα αλλά λιγότερο από έξι μήνες, εφαρμόζεται η διάγνωση σχιζοφρενοειδούς διαταραχής. Τα ψυχωτικά συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα μπορεί να διαγνωσθούν ως σύντομη ψυχωσική διαταραχή και διάφορες καταστάσεις μπορούν να ταξινομηθούν ως ψυχωσική διαταραχή που δεν καθορίζεται διαφορετικά. Αντιστοίχως, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή διαγιγνώσκεται εάν τα συμπτώματα της διαταραχής διάθεσης είναι ουσιαστικά παρόντα μαζί με τα ψυχωτικά συμπτώματα.

Εάν τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι το άμεσο φυσιολογικό αποτέλεσμα μιας γενικής ιατρικής πάθησης ή μιας ουσίας, τότε η διάγνωση είναι μία από μια δευτεροπαθή ψύχωση σε αυτή την κατάσταση (6). Η σχιζοφρένεια δεν διαγιγνώσκεται εάν υπάρχουν συμπτώματα διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής εκτός εάν υπάρχουν επίσης εμφανείς παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις (6).

1.5 Επιθετικότητα και σχιζοφρένεια

Η επιθετικότητα αποτελεί την κοινωνική αλληλεπίδραση με επιβλαβή τρόπο, ενώ έχει σκοπό να προκαλεί δυσαρέσκεια σε άλλο άτομο. Ενδέχεται να συμβεί είτε ως αντίποινα είτε χωρίς να υπάρχει κάποια πρόκληση. Η απογοήτευση όταν ο άνθρωπος δεν επιτυγχάνει κάποιο στόχο, μπορεί να οδηγήσει σε έκφραση επιθετικότητας. Η επιθετικότητα στους ανθρώπους μπορεί να διακριθεί σε άμεση και έμμεση. Η περίπτωση της άμεσης επιθετικότητας χαρακτηρίζεται από σωματική ή λεκτική συμπεριφορά και αποσκοπεί στην πρόκληση ζημιάς σε μεμονωμένο άτομο, ενώ η έμμεση επιθετικότητα αφορά συμπεριφορά που βλάπτει τελικά τις κοινωνικές σχέσεις ενός ατόμου ή μιας ομάδας (40).

Στην αποτίμηση των ορισμών που χρησιμοποιούνται τόσο στις κοινωνικές επιστήμες όσο και στις συμπεριφορικές, ως επιθετικότητα χαρακτηρίζεται η αντίδραση ενός ατόμου που προκαλεί κάτι δυσάρεστο σε κάποιον άλλο. Σε ορισμένους ορισμούς συμπεριλαμβάνεται η έννοια της σκοπιμότητας για να συμβεί κάτι δυσάρεστο σε κάποιο άλλο πρόσωπο. Σε κάθε περίπτωση, υπάρχουν διάφορες μορφές με τις οποίες μπορεί να εκφραστεί η επιθετικότητα.

Μία περίπτωση είναι να εκφραστεί σωματικά. Άλλες εκφάνσεις της επιθετικότητας αποτελούν η προφορική και η μη προφορική έκφραση. Παραδείγματα αυτών αποτελούν τα εξής: αμυντική επιθετικότητα (δίνεται έμφαση στον φόβο που προκαλείται), κυριαρχική επιθετικότητα, επιθετικότητα μεταξύ αρσενικών, επιθετικότητα ανάμεσα σε κάτοικο-εισβολέα, μητρική επιθετικότητα, εδαφική επιθετικότητα, την επιθετικότητα που μπορεί να επιφέρει η απομόνωση.

Επιπροσθέτως, όταν υπάρχει θυμός πολλές φορές εκδηλώνεται με επιθετικότητα καθώς υπάρχει διέγερση συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου (πίσω υποθάλαμος). Για την ανθρώπινη επιθετικότητα έχουμε δύο τύπους: α) τη συντελεστική που χαρακτηρίζεται από επιθετικές πράξεις μεν, οι οποίες ως στόχο έχουν να εξασφαλίσουν ή να διατηρήσουν μία κατάσταση και β) την παρορμητική που δεν έχει την έννοια του εσκεμμένου και δεν διακρίνεται για τη συχνότητά της.

Κρίνεται αναγκαίο να διαφοροποιήσουμε την έννοια της επιθετικότητας και της αυτοπεποίθησης, καθώς συγχέονται και τελικά στην καθημερινότητά μας αποδίδουμε λάθος νόημα για τη συμπεριφορά ενός ατόμου(για παράδειγμα, έχουμε ακούσει τη φράση «επιθετικός πωλητής», ενώ πρόκειται για περίπτωση αυτοπεποίθησης και όχι έκφραση επιθετικότητας στον πελάτη) (41).

Στην επιστημονική βιβλιογραφία, η επιθετικότητα έχει οριστεί ως «η κατηγορία συμπεριφοράς που προκαλεί ή απειλεί τη σωματική βλάβη σε άλλους» (42). Οι συγγραφείς σημειώνουν ότι η επιθετικότητα, όπως χρησιμοποιείται γενικά, είναι ένας ενιαίος όρος, αλλά περιλαμβάνει μια ποικιλία συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένων της λεκτικής επιθετικότητας, του εκφοβισμού, της σωματικής πάλη, της ληστείας, του βιασμού και της ανθρωποκτονίας. Δεδομένου ότι η έρευνα δεν καθιστά πάντα σαφείς αυτές τις διακρίσεις, και διάφορες μορφές επιθετικότητας τείνουν να είναι αλληλένδετες, η παρούσα εργασία εστιάζει στον εκφοβισμό και τη σωματική βία.

Ένα αξιοσημείωτο και σταθερό εύρημα της έρευνας, είναι ότι η επιθετική συμπεριφορά αρχίζει νωρίς στη ζωή και, στα περισσότερα παιδιά, φτάνει σε ένα μέγιστο στα περίπου τέσσερα έτη και ύστερα μειώνεται. Ο Campbell και οι συνεργάτες του επισημαίνουν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι επιθετικές συμπεριφορές γίνονται εμφανείς κατά την ηλικία έναρξης της σχολικής ζωής (43).

Μέχρι τότε η συμπεριφορά εξηγείται μακριά ως συνάρτηση παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, ή της αναπτυξιακής φάσης του παιδιού. Αυτές οι υποθέσεις αντικρούονται από τα αποδεικτικά στοιχεία που υποδηλώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των επιθετικών, προκλητικών, υπερδραστήριων νηπίων και παιδιών προσχολικής ηλικίας θα συνεχίσουν να έχουν προβλήματα στην ηλικία έναρξης του σχολείου (44).

Πρόσφατα αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με τα προηγούμενα ευρήματα, καθώς το 67% των παιδιών που αξιολογήθηκαν στο πλαίσιο του κλινικού φάσματος της διαταραχής συμπεριφοράς στην ηλικία των 2 ετών εξακολουθούν να παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή σε ηλικίες των πέντε και έξι ετών, ενώ και σχεδόν το ένα τρίτο των επιθετικών πεντάχρονων ήταν ακόμα επιθετικά στην ηλικία των 14 (45) έδειξε ότι το

86% των παιδιών που είχαν διαταραχή συμπεριφοράς στην ηλικία των επτά, εξακολουθούν να παρουσιάζουν αυτές τις συμπεριφορές στα 15. Σε περίπτωση που το πρόβλημα επιθετικής συμπεριφοράς παρουσιαστεί σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, το 50% των παιδιών αυτών των παιδιών θα διατηρήσουν αυτές τις συμπεριφορές στην εφηβεία και ένας σημαντικός αριθμός από αυτά θα παρουσιάσουν αντικοινωνική συμπεριφορά.

Παρόλο που ο επιπολασμός της επιθετικότητας είναι παρόμοιος στους ψυχιατρικούς ασθενείς και στον γενικό πληθυσμό, οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια απεικονίζονται συχνά στα μέσα ενημέρωσης ως απρόβλεπτα επιθετικοί και παρορμητικοί. Το αποτέλεσμα είναι ο αυξημένος στιγματισμός, η θυματοποίηση καθώς και χειρότερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Πολλοί παράγοντες, όπως η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, η κατάχρηση ουσιών και οι παροξύνσεις των συμπτωμάτων, μπορεί να προκαλέσουν επιθετική συμπεριφορά. Επιπλέον, η αποτυχία επαρκούς περίθαλψης των σχιζοφρενικών ασθενών αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την επιθετικότητα (46).

Η επιθετική συμπεριφορά και η παρορμητικότητα ανευρίσκονται συχνά στην παρανοειδή σχιζοφρένεια και μπορούν να εμφανιστούν τόσο κατά την οξεία φάση όσο και κατά τη διάρκεια της χρόνιας φάσης της ασθένειας. Η παρορμητικότητα ορίζεται ως ενέργεια χωρίς σχεδιασμό ή ανάκλαση και φαίνεται ότι σχετίζεται με την αποτυχία του φιλτραρίσματος της συμπεριφοράς έξω από τη συνείδηση (46).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίζουν δυσλειτουργική παρορμητικότητα και παρορμητική επιθετικότητα. Αν και οι νευροβιολογικές πτυχές της επιθετικότητας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια εξακολουθούν να μην είναι καλά κατανοητές, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα μπορεί να συσχετιστούν με εγκεφαλικές ανωμαλίες. Πιο αναλυτικά, τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις μπορούν να οξύνουν την καχυποψία του ασθενούς και συνεπακόλουθα να εγείρουν την εχθρότητα και εν κατακλείδι να οδηγήσουν στην επιθετική συμπεριφορά. Τέλος, κατά γενική ομολογία, οι ασθενείς τείνουν να είναι πιο επιθετικοί και βίαιοι κατά τη διάρκεια οξειών επεισοδίων (46).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν λιγότερη γνώση, βιώνουν μεγαλύτερη διαταραχή σκέψης και έχουν χειρότερο έλεγχο των επιθετικών παρορμήσεών τους. Η συννοσηρότητα με κατάχρηση αλκοόλ ή άλλες ουσίες που προξενούν εξάρτηση είναι συχνή και περιπλέκει την παρορμητικότητα. Μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή, ο κίνδυνος για ανθρωποκτονία βρέθηκε να αυξάνεται με συνυπάρχουσα κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ (46).

1.5.1 Αξιολόγηση της παρορμητικότητας και της επιθετικότητας

Οι McNiel & Binder (47) κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες κινδύνου για επιθετικότητα σε τέσσερα σύνολα μεταβλητών: α) Δημογραφικά ή προσωπικά: ιστορία βίας, βίαιες απειλές ή φαντασιώσεις, ηλικία, φύλο, ιστορικό κακοποίησης παιδιών, β) Κλινικά: διάγνωση, σχετικά συμπτώματα, προσκόλληση θεραπείας, γ) Κατάστασης: κοινωνική στήριξη, διαθεσιμότητα όπλων και τέλος δ) Ιατρός: η φύση της σχέσης με τον ασθενή, η πιθανή γνωστική προκατάληψη του αξιολογητή

Η αξιολόγηση μέσω του κλινικού ιστορικού εξακολουθεί να παραμένει ο σημαντικότερος τρόπος εκτίμησης-πιθανολόγησης της βίαιης συμπεριφοράς σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, αν και είναι ακόμα αδύνατο να προβλεφθεί με βεβαιότητα εάν ένας ασθενής θα γίνει επιθετικός. Η δυσλειτουργική παρορμητικότητα μπορεί να εκτιμηθεί με πολλά ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και με διάφορες δοκιμές γνωστικής ικανότητας (46-47).

TABLE Assessment tools that can be used for dysfunctional impulsivity

Scale	Design	Function
General aggression		
The Hostility Scale[12]	50-item self-report	Used to assess cynicism and distrust
Buss-Durkee Hostility Inventory[13]	75 (true/false)-item questionnaire	Used to assess direct aggression, indirect and verbal aggression, crossness, negativism, resentment, and suspiciousness, as well as total aggression; also provides an inhibition/disinhibition index
Hostility and Direction of Hostility Questionnaire[14]	51-item self-report questionnaire with 5 subscales	Used to assess the range of possible manifestations of aggression, hostility, and punitiveness; distinguishes hostility as it is directed either externally (extra-punitive: psychopathic, paranoid, hysterical) or internally (internal-punitive: guilt, self-criticism)
Novaco Anger Scale and Provocation Inventory[15]	85-item self-report questionnaire; easy to administer; composed of 2 parts	Part 1 elicits how the patient experiences anger; part 2 identifies situations that induce anger
Acute aggression		
Bunney-Hamburg Individual Mood and Behavior Checklist[16]	24-item clinician-rated checklist;	Used to assess depression, anger, anxiety, and psychotic behavior
Nursing Rating Scale[17]	26-item clinician-rated checklist; nurse-administered	In addition to the items on the Bunney-Hamburg checklist, used to assess thought disorders, interpersonal behavior, and social functioning
Inpatient Behavioral Rating Scale[18]	26-item nursing observation scale	Used to assess daily mood and behavior of patients in a clinical setting
Acute Psychiatric Rating Scale[19]	28-item clinician-rated scale	Used to assess functionally disturbed psychiatric inpatients; neuroticism, aggression, emotional withdrawal, cognitive impairment, schizophrenia, hypomania, and self-injuriousness
Violence risk		
Aggression Risk Profile[20]	39-item rating scale	Identifies the characteristics of chronically aggressive patients, to foresee future manifestations of violent behavior
Past Feelings and Acts of Violence Scale[21]	12-item self-report scale	Used to assess the presence of angry feelings and tendency to act violently; measures past violent behavior and the feeling of connectedness to aggression
Suicide and Aggression Survey[22]	Semistructured clinician-administered interview and research tool; divided into 5 parts	Elicits a brief medical history, recent and lifetime suicidality, and tendency to social violence; measures recent and past aggressiveness expressed by suicidal acts and thoughts

Πίνακας 1: Εργαλεία αξιολόγησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για δυσλειτουργική παρορμητικότητα (46).

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα και ο τομέας αναπτύσσει κάποια συναίνεση για την καλύτερη κατανόηση των αιτιωδών μηχανισμών καθώς και για μεγαλύτερους προγνωστικούς και θεραπευτικούς τρόπους για ασθενείς με σχιζοφρένεια που διαπράττουν πράξεις επιθετικότητας (48).

Όσον αφορά την πρόβλεψη της εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς, πολλοί παράγοντες έχουν εντοπιστεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι Volavka και οι συνεργάτες διατυπώνουν τους διάφορους παράγοντες πρόβλεψης της επιθετικότητας στη σχιζοφρένεια ξεκινώντας από αναπτυξιακούς και περιγεννητικούς παράγοντες καθώς επίσης τονίζουν τη σημασία της συννοσηρής κατάχρησης ουσιών, της ψύχωσης και λοιπών διαταραχών προσωπικότητας (49). Αντίστοιχα, ο Singh και οι συνεργάτες αυτού επανεξετάζουν τους διάφορους νευρογνωστικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των εκτελεστικών ελλειμμάτων, που συνδέονται στενά με την επιθετικότητα στη σχιζοφρένεια. Η κατανόηση των αναπτυξιακών αιτίων και των ιστορικών τροχιών που

οδηγούν στην επιθετική συμπεριφορά θα βοηθήσει στην πρόβλεψη και θα ενισχύσει τη θεραπεία με στόχο τη μείωση της επιθετικότητας (50).

Από την άποψη της βιολογικής κατανόησης (51) επισημαίνεται ότι καμία ενιαία νευροβιολογική θεωρία δεν απέκτησε αρκετή υποστήριξη για να εξηγήσει την επιθετική συμπεριφορά στη σχιζοφρένεια. Προτείνεται ότι τα γονίδια που σχετίζονται με τη ντοπαμινεργική ή τη σεροτονινεργική νευροδιαβίβαση, είναι πιθανά υπόλογα για την επιθετικότητα, χωρίς όμως πλήρη επιβεβαίωση. Βάσει της ανασκόπησης, εξήχθη το συμπέρασμα ότι τα ελλείμματα στον τροχιακό και χρονικό φλοιό μπορεί να σχετίζονται με την εκδήλωση επιθετικότητας σε σχιζοφρενείς ασθενείς (52).

1.6 Σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών

1.6.1 Επιδημιολογικά στοιχεία συνυπάρχουσας διαταραχής χρήσης ουσιών

Η υψηλή συχνότητα της συνυπάρχουσας επιβλαβούς και επικίνδυνης κατανάλωσης ουσιών στη σχιζοφρένεια συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ασθένειας και τραυματισμού. Εκτός από την εξασθένιση της γνωστικής λειτουργίας, η επιβλαβής χρήση της ουσίας συνδέεται με φτωχότερες θεραπευτικές εκβάσεις στην ψύχωση και υψηλότερα ποσοστά υποτροπής και επανεισαγωγής των ασθενών σε τμήματα υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης.

Ένα άλλο πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών στην σχιζοφρένεια, είναι αυτό της εμφάνισης υψηλών ποσοστών εγκλεισμού σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Το παρόν αφορά πρωτίστως άτομα με συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και τοξικομανίας. Τα άτομα αυτά διατρέχουν επίσης μεγάλο κίνδυνο να φυλακιστούν λόγω παραβατικής και επιθετικής συμπεριφοράς. Συνεπώς, οι διαταραχές κατάχρησης ουσιών σε σχιζοφρενείς ασθενείς έχουν αποδειχθεί ότι αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην αποτελεσματική θεραπεία. Η ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων παρέμβασης προϋποθέτει την κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη μιας συνυπάρχουσας διαταραχής της ουσίας, καθώς και των συνεπειών της κατάχρησης ουσιών στη σχιζοφρένεια (53).

Η επιδημιολογική έρευνα στον τομέα αυτό επικεντρώνεται στον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου, στη χρονική σχέση των διαταραχών και σε συγκεκριμένα συμπτώματα. Η αναλογία των σχιζοφρενών ασθενών με συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών ποικίλει σε δημοσιευμένες μελέτες από 10% έως 70%, ανάλογα με τον τρόπο διάγνωσης των ασθενών με σχιζοφρένεια, τους τύπους πληθυσμών που μελετήθηκαν και τους διαφορετικούς τρόπους καθορισμού των διαταραχών των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών ουσιών.

Ωστόσο, ολοένα και αυξανόμενος αριθμός δημοσιεύσεων καταδεικνύει έναν υψηλό επιπολασμό της κατάχρησης ουσιών στη σχιζοφρένεια. Έως και το 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια εμφανίζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή άλλες παράνομες ναρκωτικές ουσίες και πάνω από 70% εξαρτώνται από τη νικοτίνη. Συγκεκριμένα, η κακή χρήση κάνναβης έχει αναφερθεί ως στρεσογόνος παράγοντας, προκαλώντας υποτροπή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και σχετικές διαταραχές (1, 54).

Τα συνεκτικά ευρήματα σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις πτυχές του φύλου δείχνουν ότι οι άντρες μικρότερης ηλικίας και χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι δυσκολίες κατάχρησης ουσιών στις γυναίκες με σχιζοφρένεια συχνά δεν προσδιορίζονται επαρκώς και ότι οι γυναίκες με συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν θεραπεία κατάχρησης ουσιών (55).

Η μελέτη Epidemiologic Area Catchment (RCA) διερεύνησε ένα δείγμα 20.291 ατόμων από κοινοτικά και θεσμικά πλαίσια όσον αφορά τον επιπολασμό και την συννοσηρότητα, χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο πρόγραμμα διάγνωσης συνεντεύξεων σύμφωνα με την τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-III) (56). Στα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, το 47% των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της ζωής τους πληρούσαν τα κριτήρια για κάποια μορφή κατάχρησης ουσιών. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι πιθανότητες να έχουν μια διάγνωση κατάχρησης ουσιών βρέθηκαν

να είναι 4,6 φορές υψηλότερες για τα άτομα με σχιζοφρένεια σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (56).

1.6.2 Αυξημένη εμφάνιση χρήσης ουσιών στη σχιζοφρένεια

Η συννοσηρότητα της σχιζοφρένειας και της κατάχρησης ουσιών έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας εδώ και δεκαετίες. Έχουν συζητηθεί πολλαπλοί δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της γενετικής ευπάθειας, των παρενεργειών των φαρμάκων και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που ωθούν τα άτομα με ψυχική νόσο στην διαταραγμένη κατανάλωση εξαρτησιογόνων και επιβλαβών ουσιών.

Ωστόσο, ισχυρότερο κίνητρο για την κατανάλωση ουσιών φαίνεται να είναι η προσπάθεια για αυτοθεραπεία. Πράγματι, η κατανάλωση ουσιών από σχιζοφρενείς και γενικότερα ψυχικά ασθενείς επιστρατεύεται κυρίως για την αντιμετώπιση αρνητικών συμπτωμάτων όπως η κοινωνική απόσυρση και η απάθεια, η δυσφορία και τα προβλήματα ύπνου. Αντίστοιχα, παρατηρείται χρήση ναρκωτικών, σε μια προσπάθεια να μειωθεί η ενόχληση από τις παρενέργειες του αντιψυχωτικού φαρμάκου. Τέλος, το ίδιο ισχύει και για το κάπνισμα, αφού, όπως διαπιστώθηκε, η νικοτίνη θα μπορούσε να αντιστρέψει τα επαγόμενα από την αλοπεριδόλη ελλείμματα στη μνήμη και τον σύνθετο χρόνο αντίδρασης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (1).

Ωστόσο, η αποτελεσματική δόση θεραπείας αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής αυξάνεται στους καπνιστές, εν μέρει λόγω της αύξησης του νευροληπτικού μεταβολισμού που προκαλείται από το κάπνισμα. Συνεπώς αν και η διακοπή της νικοτίνης υποστηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε προγράμματα πρόληψης της υγείας παγκοσμίως, κάτι τέτοιο δεν ισχύει για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, αφού η νικοτίνη βελτιώνει τις γνωστικές επιδόσεις σε σχιζοφρενείς ασθενείς. Ο ρόλος της κατάχρησης ουσιών σε σχέση με τη σχιζοφρένεια συζητήθηκε επίσης από την άποψη της ψυχοπαθολογίας. Συνολικά, τα θετικά συμπτώματα έχουν βρεθεί να είναι πιο εμφανή μεταξύ των σχιζοφρενικών ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών. Ειδικότερα, οι

ψευδαισθήσεις και οι παρανοϊκές παραληρητικές ιδέες εμφανίζονται πιο συχνά μεταξύ των αλκοολικών (1, 57).

1.6.2.1 Παράγοντες κινδύνου

Διάφοροι παράγοντες γενετικής και περιβαλλοντικής ευπάθειας, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών και κοινωνικών επιρροών, των ειδικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, των τραυμάτων πρώιμης ζωής και της κακής λειτουργίας του μετωπιαίου λοβού, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ψυχιατρικής δυσφορίας και της κατάχρησης ναρκωτικών (58). Συνολικά, το χρόνιο στρες παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη σοβαρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια όσο και στη χρήση ουσιών.

Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, καθώς και ο πειραματισμός με εθιστικές ουσίες και η εμφάνιση εθιστικών διαταραχών, συμβαίνουν κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου της ζωής, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες άγχους, που αλληλοεπιδρούν με τις αλλαγές στον εγκέφαλο και τη λειτουργία του, περιγράφονται ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών. Επιπλέον, αναφορικά στους προδιαθεσικούς παράγοντες, η ηλικία και πιο συγκεκριμένα η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος για τη νευροεπεξεργασία των περιοχών του εγκεφάλου που συνδέονται με την παρορμητικότητα, τα κίνητρα και τον εθισμό, και συνιστά περίοδο εκδήλωσης θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (1).

1.6.2.2 Νευροβιολογική προσέγγιση

Γενικά, οι συνήθεις νευροβιολογικές οδοί και ανωμαλίες φαίνεται να εμπλέκονται άμεσα στον εθισμό και στις διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές (58). Υποτίθεται ότι, από τη μία πλευρά, ο εθισμός και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές είναι διαφορετικές, συμπτωματικές εκφράσεις παρόμοιων προϋπάρχουσων νευροβιολογικών ανωμαλιών και από την άλλη η επανειλημμένη χορήγηση φαρμάκου οδηγεί σε βιολογικές αλλαγές που

έχουν κοινά στοιχεία με τις ανωμαλίες που προκαλούν ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές (59).

Η σχιζοφρένεια συγκεκριμένα έχει προταθεί ότι επηρεάζει το νευρικό σύστημα που μεσολαβεί στην ανταμοιβή, οδηγώντας σε αυξημένη ευπάθεια στον εθισμό. Ο Chambers και οι συνεργάτες υποθέτουν ότι οι ανωμαλίες στον σχηματισμό του ιππόκαμπου και το μετωπιαίο φλοιό που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια επηρεάζουν τις ενισχυτικές επιδράσεις της ανταμοιβής και του αποτελέσματος λιπόφιλων φαρμάκων και μειώνουν τον ανασταλτικό έλεγχο της συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα την αυξημένη τάση για κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών (60).

Αρκετοί νευροδιαβιβαστές, όπως γλουταμινικό οξύ και ντοπαμίνη εμπλέκονται τόσο στην εμφάνιση όσο και την πορεία της ψύχωσης και του εθισμού. Για την ακρίβεια, η μη ρυθμισμένη νευρωνική ενσωμάτωση της ντοπαμίνης και του γλουταμινικού σε πυρήνα του στελέχους θα μπορούσε να οδηγήσει σε νευρικές και κινητικές αλλαγές παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται στη μακροχρόνια κατάχρηση ουσιών (60).

Χρησιμοποιώντας τη λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI), ο Juckel και οι συνεργάτες διαπίστωσαν ότι μειωμένη ενεργοποίηση του αριστερού ραβδωτού σώματος, μία από τις κεντρικές περιοχές του συστήματος ανταμοιβής του εγκεφάλου, φαίνεται να συσχετίζεται με τη σοβαρότητα των αρνητικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (61).

Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε δυσλειτουργία στο κοιλιακό ραβδωτό σώμα σε ασθενείς με σφοδρή επιθυμία κατανάλωσης αλκοόλ. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν μια συγκεκριμένη νευρωνική συσχέτιση στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, που μπορεί να είναι εμφανής στους σχιζοφρενικούς ασθενείς με συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών (1).

Ο Mathalon και οι συνεργάτες του συνέκριναν εικόνες μαγνητικού συντονισμού σε ομάδες ατόμων με σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικούς ασθενείς με συννοσηρότητα εξάρτησης από το αλκοόλ και ασθενείς εξαρτώμενους από το αλκοόλ με εκείνους από μια ομάδα ελέγχου που ταιριάζει (62). Παρόλο που βρέθηκαν σημεία και στις τρεις

ομάδες ασθενών, οι ποσότητες της χρωστικής ουσίας ήταν μεγαλύτερες στην ομάδα με συννοσηρότητα, με τα μεγαλύτερα ελλείμματα στις προμετωπικές και τις πρόσθιες ανώτερες χρονικές περιοχές. Συνεπώς, ως αποτέλεσμα μιας αλληλεπιδραστικής επίδρασης, η συννοσηρότητα μπορεί να συνθέσει τα προμετωπιαία φλοιώδη ελλείμματα που είναι ανεξάρτητα παρόντα στη σχιζοφρένεια, καθώς και στην εξάρτηση από το αλκοόλ (1).

1.6.3 Νικοτίνη και σχιζοφρένεια

Η νικοτίνη αλληλοεπιδρά με αρκετές κεντρικές οδούς που εμπλέκονται στη σχιζοφρένεια, όπως οι ντοπαμινεργικές και οι γλουταμινεργικές οδοί στις περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος. Περισσότερο από το 70% των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι εθισμένοι στη νικοτίνη (63). Χαρακτηριστικά, ο Goff και οι συνεργάτες του (1992) συγκρίνουν τους καπνιστές έναντι των μη καπνιστών σχιζοφρενικών ασθενών όσον αφορά τους παράγοντες φύλου και ηλικίας, καθώς και τη δόση νευροληπτικών (64). Η μελέτη κατέληξε στο ότι οι καπνιστές ήταν πολύ πιθανότερο να είναι άνδρες και είχαν μικρότερη ηλικία εμφάνισης και μεγαλύτερο αριθμό προηγούμενων νοσημάτων. Επιπλέον, οι καπνιστές έλαβαν σημαντικά υψηλότερες δόσεις νευροληπτικών από ό, τι οι μη καπνιστές.

Κατά αντιστοιχία, σε μια πρόσφατη μελέτη, ένα δείγμα περισσότερων από 14.000 εφήβων παρακολουθήθηκαν σε διάστημα 4 έως 16 ετών. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι που καπνίζουν περισσότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα στην αρχική αξιολόγηση ήταν σημαντικά πιο πιθανό να νοσηλευτούν για τη σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης (65).

Συνεπώς, είτε το κάπνισμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αυτο-φαρμακευτική αγωγή για την διαχείριση των συμπτωμάτων, είτε οι ανωμαλίες στη μετάδοσης του χημικού μορίου στους νικοτινικούς υποδοχείς μπορεί να εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Συνιστάται λοιπόν περαιτέρω έρευνα στον τομέα αυτό για τον προσδιορισμό του ρόλου της εξάρτησης από νικοτίνη σε σχιζοφρενείς ασθενείς.

1.6.4 Κάνναβη και σχιζοφρένεια

Κατά τη διάρκεια πρόσφατων ετών, έλαβαν χώρα αμφιλεγόμενες συζητήσεις σχετικά με το αν η κατανάλωση κάνναβης ενδέχεται να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Πράγματι, φαίνεται πως η κάνναβη μπορεί να είναι παράγοντας αιτιώδους κινδύνου για μεταγενέστερη σχιζοφρένεια. Πολλές πρόσφατες μελέτες έχουν διερευνήσει τον παράγοντα κινδύνου της χρήσης κάνναβης για μελλοντικά ψυχωσικά συμπτώματα και η έρευνα στον τομέα αυτό έχει δώσει όλο και περισσότερα στοιχεία ότι η χρήση κάνναβης μπορεί να σχετίζεται με αυξημένους κινδύνους ψύχωσης και ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Ακριβέστερα, η χρήση κάνναβης στην εφηβεία φαίνεται να προσδίδει διπλό κίνδυνο για σχιζοφρένεια ή σχιζοφρενική διαταραχή κατά την ενηλικίωση, ενώ σε νεαρή ηλικία έναρξης χρήσης κάνναβης συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχωσικές εκβάσεις. Ειδικότερα, η βαριά χρήση κάνναβης μπορεί να επιταχύνει ή να επιδεινώσει τα ψυχωτικά συμπτώματα σε ευάλωτα άτομα (1). Αυτό φυσικά, συνιστά μια εξαιρετικά κρίσιμη κλινική παρατήρηση καθώς αφενός κατά την περίοδο της εφηβείας, το άτομο είναι περισσότερο επιρρεπές στην κατανάλωση κανναβιδοειδών. Αφετέρου, κατά την περίοδο της εφηβείας, η επίπτωση της σχιζοφρένειας είναι εξαιρετικά υψηλή.

Τα τελευταία χρόνια, έχουν λάβει χώρα ενδιαφέρουσες εξελίξεις στην κατανόηση της λειτουργίας του υποδοχέα κανναβινοειδών στον εγκέφαλο και η σχέση μεταξύ των κανναβινοειδών ενώσεων και της ψύχωσης. Δεδομένα από μια διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη και αντισταθμισμένη μελέτη τύπου clinical trial δείχνουν ότι η ενδοφλεβίως χορηγούμενη dclta-9-τετραϋδροκανναβινόλη (delta 9-THC) παράγει ένα ευρύ φάσμα παροδικών συμπτωμάτων, συμπεριφορών και γνωστικών βλαβών σε υγιή άτομα, που μοιάζουν με διάφορες πτυχές των ενδογενών ψυχώσεων (66).

Μια μελέτη κοόρτης από τη Νέα Ζηλανδία βασίστηκε σε μια γενιά 1073 ανθρώπων που γεννήθηκαν το 1972 και το 1973 (67). Στην ηλικία των 11 ετών, τα ψυχωτικά συμπτώματα αξιολογήθηκαν από αυτοαναφορές. Ακολουθώντας την ίδια διαδικασία στα 15 έως 18 χρόνια, τα άτομα εξετάστηκαν σε σχέση με τη χρήση κάνναβης. Σε ηλικία 26 ετών, τα ψυχιατρικά συμπτώματα αξιολογήθηκαν

χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο πρόγραμμα συνεντεύξεων για τη λήψη διαγνωστικών κριτηρίων σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 4η έκδοση (DSM-IV).

Τα αποτελέσματα από ένα σύνολο 759 μελών της μελέτης δείχνουν ότι, οι χρήστες κάνναβης ηλικίας 15 και 18 ετών εμφάνισαν περισσότερα σχιζοφρενικά συμπτώματα σε ηλικία 26 ετών από τους ελέγχους. Μια άλλη διαχρονική μελέτη της Νέας Ζηλανδίας διερεύνησε μια ομάδα 1265 ατόμων που γεννήθηκαν στα μέσα του 1977 (68). Στις ηλικίες 18, 21 και 25 ετών διοργανώθηκε μια ολοκληρωμένη συνέντευξη για την ψυχική υγεία με σκοπό την εκτίμηση ορισμένων πτυχών της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Επιπλέον, σε κάθε αξιολόγηση, τα άτομα ερωτήθηκαν σχετικά με τη χρήση κάνναβης. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης, με βάση ένα δείγμα 1055 συμμετεχόντων, υποδεικνύουν ότι οι καθημερινοί χρήστες κάνναβης είχαν ποσοστά ψυχωσικών συμπτωμάτων που ήταν 1,6 έως 1,8 φορές υψηλότερα από ό, τι στους μη χρήστες κάνναβης (68).

Γενικά, η κάνναβη ως μονήρης παράγοντας δεν μπορεί με ασφάλεια να τεθεί ως ικανός και αναγκαίος παράγων για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, παρόλο που η πλειονότητα των νέων που χρησιμοποιούν κάνναβη στην εφηβεία το κάνουν χωρίς επιβλαβές αποτέλεσμα, υπάρχουν διαπιστώσεις ότι η χρήση κάνναβης αυξάνει πράγματι τον κίνδυνο για σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωσικές διαταραχές σε ευάλωτα άτομα.

1.6.5 Κοκαΐνη και σχιζοφρένεια

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που κάνουν επικίνδυνη χρήση κοκαΐνης έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, είναι λιγότερο συμβατοί με τη θεραπεία και έχουν υψηλότερο ρυθμό επανεισαγωγής σε σχέση με τους ασθενείς που δεν κάνουν χρήση κοκαΐνης. Όσον αφορά τον αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης κοκαΐνης στη σχιζοφρένεια, μηχανισμοί που συνδέονται με τη ντοπαμίνη έχουν συνδεθεί και με τις δύο διαταραχές.

Αναλυτικότερα, η κοκαΐνη προκαλεί αποκλεισμό της προσυναπτικής επαναπρόσληψης ντοπαμίνης (έμμεσο συμπαθομιμητικό), προκαλώντας μεγάλη αύξηση της ποσότητας στη ντοπαμίνη στο συναπτικό χάσμα. Με βάση την υπόθεση

αυτοθεραπείας, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορούν να χρησιμοποιήσουν κοκαΐνη για να εξουδετερώσουν ανεπιθύμητες εξωπυραμιδικές παρενέργειες που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της θεραπείας με κλασσικά αντιψυχωσικά όπως η αλοπεριδόλη.

Επιπρόσθετα, η κοκαΐνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ξεπεραστεί ένα ελάττωμα στα κυκλώματα ανταμοιβής με τη μεσολάβηση της ντοπαμίνης (69). Έχει προταθεί ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά μπορεί να έχουν ενισχυμένη αποτελεσματικότητα στη θεραπεία των σχιζοφρενικών ασθενών με συννοσηρή κατάχρηση κοκαΐνης σε σύγκριση με τους παραδοσιακούς αντιψυχωτικούς παράγοντες, όπως η αλοπεριδόλη (1).

2. Παρεμβάσεις και αγωγή για τη σχιζοφρένεια

2.1 Αντιψυχωσικά φάρμακα

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα χρησιμοποιούνται κυρίως για τη διαχείριση και αντιμετώπιση της ψύχωσης. Η λέξη «ψύχωση» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις καταστάσεις που επηρεάζουν το μυαλό. Κατά την διάρκεια της ψύχωσης υπάρχει κάποια απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, που συχνά περιλαμβάνει αυταπάτες (ψευδείς, σταθερές πεποιθήσεις) ή ψευδαισθήσεις (ακούγοντας ή βλέποντας πράγματα που δεν υπάρχουν πραγματικά). Μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα μιας φυσικής κατάστασης όπως κατάχρηση φαρμάκων ή ψυχικής διαταραχής όπως σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή ή πολύ σοβαρή κατάθλιψη (γνωστή και ως «ψυχωτική κατάθλιψη»).

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα χρησιμοποιούνται συχνά σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα για τη θεραπεία του παραληρήματος, της άνοιας και λοιπών διαταραχών των συνθηκών ψυχικής υγείας, όπως Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), Βαρεία- Μη αντιρροπούμενη κατάθλιψη, Διατροφικές διαταραχές, Μετατραυματικό Στρες, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) και Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (70).

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν θεραπεύουν αυτές τις καταστάσεις, αλλά λειτουργούν ως συμπτωματική αγωγή. Χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Τα παλαιότερα αντιψυχωσικά φάρμακα ονομάζονται επίσης συμβατικά ή κλασσικά-τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα. Μερικά από τα κοινά αντιψυχωσικά περιλαμβάνουν την χλωροπρομαζίνη, την αλοπεριδόλη, την περφεναζίνη και τέλος την φλουφαιναζίνη (70).

Τα προαναφερθέντα, δεν έχουν αποτέλεσμα στην αρνητική συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας. Εδώ λοιπόν έρχονται τα νεότερα ή δεύτερης γενιάς φάρμακα που ονομάζονται και άτυπα αντιψυχωσικά. Μερικά από τα κοινά άτυπα αντιψυχωσικά περιλαμβάνουν (70): την ρισπεριδόνη, την ολανζαπίνη, την κουετιαπίνη, την αριπιπεραζόλη, την παλιπεριδόνη και την κλοζαπίνη.

Σύμφωνα με μια έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2013 και η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Οργανισμό για την Έρευνα και την Ποιότητα στον τομέα της Υγείας, τα τυπικά και άτυπα αντιψυχωσικά λειτουργούν για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και της μανιακής φάσης της διπολικής διαταραχής. Αρκετά άτυπα αντιψυχωσικά έχουν ένα ευρύτερο φάσμα δράσης από τα παλαιότερα φάρμακα και χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης ή κατάθλιψης που δεν έχουν ανταποκριθεί μόνο σε ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο (70).

Ορισμένα συμπτώματα, όπως αίσθημα ανησυχίας και παραισθήσεις, συνήθως απομακρύνονται μέσα σε λίγες ημέρες από την έναρξη ενός αντιψυχωσικού φαρμάκου. Τα συμπτώματα όπως οι αυταπάτες συνήθως εξαφανίζονται μέσα σε λίγες εβδομάδες, αλλά οι πλήρεις επιδράσεις του φαρμάκου μπορεί να μην εμφανιστούν για έως και έξι εβδομάδες. Κάθε ασθενής αποκρίνεται διαφορετικά, οπότε μπορεί να χρειαστούν αρκετές δοκιμές με διαφορετικά αντιψυχωσικά φάρμακα για να βρεθεί αυτός που λειτουργεί καλύτερα. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να υποφέρουν από υποτροπή - που σημαίνει ότι τα συμπτώματά τους επανέρχονται ή χειροτερεύουν.

\Συνήθως υποτροπές συμβαίνουν όταν οι άνθρωποι σταματούν αιφνίδια να παίρνουν τα φάρμακά τους (το λεγόμενο φαινόμενο rebound), ή όταν το παίρνουν μόνο μερικές φορές. Μερικοί άνθρωποι σταματούν να παίρνουν το φάρμακο επειδή αισθάνονται καλύτερα ή μπορεί να αισθάνονται ότι δεν το χρειάζονται πια, αλλά κανείς δεν πρέπει να σταματήσει να παίρνει ένα αντιψυχωτικό φάρμακο χωρίς να μιλάει με τον γιατρό του. Πολλοί άνθρωποι πρέπει να παραμένουν σε ένα αντιψυχωτικό συνεχώς για μήνες ή χρόνια, προκειμένου να παραμείνουν λειτουργικοί. Η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε περίπτωση (70).

Τα αντιψυχωσικά έχουν πολλές παρενέργειες (ή ανεπιθύμητες ενέργειες) και κινδύνους. Ο FDA απαριθμεί τις ακόλουθες παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων (70): υπνηλία, ζάλη, ανησυχία, αύξηση βάρους (ο κίνδυνος είναι υψηλότερος με ορισμένα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα), ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ναυτία, έμετος, θολή όραση, χαμηλή πίεση αίματος, εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις και Parkinsonικό Σύνδρομο, δηλαδή, μη ελεγχόμενες κινήσεις, όπως τικ και τρόμος (ο κίνδυνος είναι

υψηλότερος με τα τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα) και τέλος δυσκρασία του αίματος, δηλαδή μπορεί να σου κάνουν λευκοκυττάρωση, ηωσινοφιλία ή και ακοκκιοκυτταραιμία.

Ένα άτομο που παίρνει ένα άτυπο αντιψυχωσικό φάρμακο πρέπει να έχει το βάρος του, τα επίπεδα γλυκόζης και τα επίπεδα λιπιδίων να παρακολουθούνται τακτικά από γιατρό. Τα τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα μπορούν επίσης να προκαλέσουν επιπλέον παρενέργειες που σχετίζονται με τη σωματική κίνηση, όπως (70): Ακαμψία, τρόμο, ανησυχία αλλά και επίμονους μυϊκούς σπασμούς.

Η μακροχρόνια δε χρήση τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε μια κατάσταση που ονομάζεται όψιμη δυσκινησία (TD). Το TD προκαλεί μυϊκές κινήσεις, συνήθως γύρω από το στόμα, που ένα άτομο δεν μπορεί να ελέγξει. Το TD μπορεί να κυμαίνεται από ήπιο έως σοβαρό και σε μερικούς ανθρώπους το πρόβλημα δεν μπορεί να θεραπευτεί. Μερικές φορές τα άτομα με TD θεραπεύονται μερικώς ή πλήρως μετά τη διακοπή της λήψης τυπικών αντιψυχωσικών φαρμάκων (70).

2.1.1 Αγωγή για τη σχιζοφρένεια με συνυπάρχουσα χρήση ουσιών

Παρότι είναι σχεδόν αλληλένδετες η σχιζοφρένεια με την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, εντούτοις η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με την συννοσηρότητα αυτή, προϋποθέτει να δοθεί έμφαση σε κάθε μια από τις δύο παθολογίες ξεχωριστά.

Στις μέρες μας, στα πλαίσια θεραπευτικής προσέγγισης, οι ερευνητές επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους σε μια σειρά από ψυχολογικές στρατηγικές, όπως η συμμετοχή της οικογένειας στην ψυχική υποστήριξη του ασθενή, η ανάληψη τεχνικών δραστηριοτήτων, η εφαρμογή γνωστικής ψυχοθεραπείας και η προσπάθεια διακοπής λήψης της εξαρτησιογόνου ουσίας.

Οι περισσότερες από αυτές τις ψυχολογικές παρεμβάσεις βασίζονται στις γνωστικές συμπεριφορικές διαδικασίες. Μέχρι σήμερα, υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι οι παρεμβάσεις κινητοποίησης, οι οποίες τείνουν να μεταβάλλουν τη χρήση

ναρκωτικών και να βελτιώνουν τις δεξιότητες, μπορεί να είναι μια εφικτή αρχική παρέμβαση για τη κατάχρηση ουσιών στην πρώιμη ψύχωση.

Χαρακτηριστικά, ο Kavanagh και οι συνεργάτες του συνιστούν διαίρεση τουλάχιστον σε τρεις ομάδες: σχιζοφρενείς ασθενείς με ήπια προβλήματα που σχετίζονται με την ουσία, οι οποίοι επωφελούνται, από σύντομες, παρεμβάσεις κινητοποίησης, ασθενείς που επωφελούνται από την κοινωνική στήριξη και την εκτενέστερη κατάρτιση δεξιοτήτων και τελικά ασθενείς με σοβαρά νοητικά ελλείμματα που χρειάζονται συνεχή περιβαλλοντική δομή και κοινωνική υποστήριξη, για αόριστο χρονικό διάστημα (57, 62).

Ωστόσο, η κύρια εστίαση της θεραπείας για αυτούς τους ασθενείς συνίσταται στη σταθεροποίηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, της εχθρότητας και της διέγερσης. Αρκετά νέα αντιψυχωσικά φάρμακα, όπως η ρισπεριδόνη, η κλοζαπίνη ή η ολανζαπίνη, έχουν εισαχθεί και φαίνεται να είναι τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματικά με τα τυπικά αντιψωσικά φάρμακα. Επιπλέον, έχουν τεκμηριωθεί ισχυρά στοιχεία ότι αυτά τα «άτυπα» νευροληπτικά παράγουν λιγότερες εξωπυραμιδικές παρενέργειες (RPS) και χαμηλότερο κίνδυνο όψιμης δυσκινησίας. Οι ασθενείς που αναπτύσσουν RPS ή νευροληπτική δυσμορφία μπορούν να χρησιμοποιήσουν ουσίες για να ανακουφίσουν αυτές τις πλευρές και επομένως ορισμένα άτυπα αντιψυχωσικά μπορεί να είναι επωφελή.

Επί του παρόντος, τα περισσότερα από τα στοιχεία για την συννοσηρότητα βασίζονται στην κλοζαπίνη, η οποία έχει βρεθεί ότι είναι περίπου εξίσου αποτελεσματική σε ανθεκτικούς σε θεραπεία ασθενείς με και χωρίς κατάχρηση ουσιών. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με νεότερους παράγοντες τείνουν επίσης να αποδίδουν καλύτερα σε νευρογνωστικά μέτρα από ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν παραδοσιακά αντιψυχωσικά φάρμακα. Έτσι, οι βελτιώσεις στις νευρογνωστικές επιδόσεις μπορούν να βοηθήσουν αυτούς τους ασθενείς να σχεδιάσουν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές για την πρόληψη της κατάχρησης ουσιών. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νεότερα αντιψυχωσικά παράγουν επίσης κάποια δυσμενή αποτελέσματα (71).

Αν και τα δεδομένα από τις άτυπες παρεμβάσεις στον τομέα αυτό περιορίζονται σε αυτά από μικρές, συνήθως μη τυχαιοποιημένες μελέτες, η χορήγηση άτυπων

αντιψυχωσικών σχετίζονται με τη μείωση της κατάχρησης ουσιών σε σχιζοφρενείς ασθενείς. Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα μπορούν να εξηγηθούν από τη σκοπιμότητα νέων αντιψυχωσικών στην ομαλοποίηση της επίδρασης των δυνατοτήτων ανίχνευσης σήματος του κυκλώματος ανταμοιβής.

Τέλος, η αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προκαλέσει δυσφορία και ανηδονία, η οποία μπορεί όμως να είναι συνέπεια της εξασθενισμένης λειτουργίας της ντοπαμίνης στους πυρήνες στο μεταιχμιακό σύστημα και να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά τη συννοσηρότητα με τις διαταραχές κατάχρησης ουσιών.

Κατά συνέπεια, είναι σημαντική η βελτιστοποίηση και η εξατομίκευση της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ένα ποσοστό παρατήρησης του D2 υποδοχέα μεταξύ 60% και 70% είναι το βέλτιστο για την υποκειμενική εμπειρία των ασθενών, η οποία είναι κλινικά σημαντική, όσον αφορά τη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή και την ποιότητα ζωής. Παρόλα αυτά, συνιστάται προσεκτική ερμηνεία, καθώς απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να διερευνηθούν οι επιδράσεις των αντιψυχωσικών στην υποκειμενική ευεξία, καθώς και τον εθισμό σε ουσίες (66).

Κατόπιν εκτενούς αναζήτησης στη βιβλιογραφία, προκύπτει ότι τα ολοκληρωμένα μοντέλα θεραπείας που αντιμετωπίζουν αμφότερες τις διαταραχές έχουν βρεθεί ότι αυξάνουν τη συγκράτηση και τη συμμετοχή την εγκράτεια και συμμόρφωση στη θεραπεία, μειώνοντας τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου αλλά και την επιβλαβή χρήση ουσιών. Επομένως, κρίνεται απαραίτητο να παρέχονται μεθοδολογίες αξιολόγησης της περίθαλψης και στην χώρα μας ώστε να διαμορφωθεί ένα βασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο των πασχόντων. Η αξιολόγηση κρίνεται αδήριτη η ανάγκη να αφορά και στα δύο συστήματα, δηλαδή, τόσο στις κλινικές απεξάρτησης όσο και στις κλινικές ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν ασθενείς τόσο με σχιζοφρένεια όσο και τις διαταραχές κατάχρησης ουσιών (1).

2.2 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

2.2.1 Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy-CBT) είναι μια εστιασμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση βασισμένη στην υπόθεση ότι οι γνωστικές επιρροές επηρεάζουν τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές και ότι οι επακόλουθες συμπεριφορές και συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν με την σειρά τους τις γνωστικές λειτουργίες.

Ο θεραπευτής βοηθά τους ανθρώπους να εντοπίζουν μη χρήσιμες σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές που όμως φαίνεται να συνιστούν το υπόβαθρο της επιβλαβούς τους συμπεριφοράς. Το CBT έχει δύο πτυχές: τη συμπεριφορική θεραπεία και τη γνωστική θεραπεία. Η θεραπεία συμπεριφοράς βασίζεται στη θεωρία ότι η συμπεριφορά είναι επίκτητη και επομένως μπορεί να αλλάξει. Παραδείγματα τεχνικών συμπεριφοράς περιλαμβάνουν έκθεση, προγραμματισμό δραστηριότητας, χαλάρωση και τροποποίηση της τρέχουσας συμπεριφοράς.

Από την άλλη, η γνωστική θεραπεία βασίζεται στη θεωρία ότι τα συναισθήματα που προκαλούν δυσφορία και οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα ελαττωματικών μοντέλων σκέψης. Ως εκ τούτου, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η γνωσιακή αναδιάρθρωση και η αυτοεκπαίδευση, στοχεύουν στην αντικατάσταση τέτοιων δυσλειτουργικών σκέψεων με πιο χρήσιμες, πράγμα που οδηγεί σε ανακούφιση προβληματικών σκέψεων, συναισθημάτων και δυσλειτουργικής συμπεριφοράς. Η απόκτηση δεξιοτήτων (π.χ. διαχείριση άγχους, κατάρτιση κοινωνικών δεξιοτήτων, εκπαίδευση γονέων και διαχείριση θυμού) είναι ένα άλλο σημαντικό στοιχείο της CBT (72-73).

Μέχρι σήμερα, έχουν δημοσιευθεί πάνω από 30 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές όπου εφαρμόζεται γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία στη σχιζοφρένεια, και οι οποίες δείχνουν ότι αυτή η μη παρεμβατική μέθοδος έχει (κατά μέσον όρο) μέτρια θεραπευτικά οφέλη. Ωστόσο, ορισμένες από αυτές τις δοκιμές είχαν προβλήματα σχεδιασμού.

Πιο αναλυτικά, το κύριο εύρημα των Wykes και των συνεργατών του το 2008, είναι ότι όσο πιο αυστηρή είναι η μελέτη, τόσο ασθενέστερη είναι η επίδραση της CBT. Αν και οι περισσότεροι έχουν χρησιμοποιήσει ένα γενικότερο μοντέλο CBT για τη ψύχωση, εστιάζοντας σε όλα τα θετικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, διαταραχή σκέψης, παράξενη συμπεριφορά), ορισμένοι στόχευαν συγκεκριμένα ένα μόνο σύμπτωμα (π.χ. φωνές ή παρανοϊκές παραληρητικές ιδέες) για την τροποποίηση άλλων συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια, δηλαδή τα αρνητικά συμπτώματα (π.χ. απάθεια, εξάντληση περιεχομένου και σκέψης, επίπεδη επίδραση) και ψυχολογική δυσφορία όπως κατάθλιψη ή άγχος

Αρκετές κλινικές μελέτες, όπως φαίνεται από εμπεριστατωμένη μετα-ανάλυση έχουν αρχίσει να αντιμετωπίζουν το λειτουργικό αποτέλεσμα (δηλαδή την ικανότητα ανάπτυξης και διατήρησης σχέσεων και εργασίας), αλλά μόνο ως δευτερεύον αποτέλεσμα στα συμπτώματα(73). Μερικές εξαιρετικές εργασίες κατέδειξαν ότι η CBT μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για να αποφευχθεί η υποτροπή της σχιζοφρένειας (74) και να μειωθούν οι ψευδαισθήσεις εντολών (δηλαδή οι ψευδαισθήσεις που καθοδηγούν τον ασθενή να εκτελεί ορισμένες πράξεις), τα οποία συγκαταλέγονται μεταξύ των πιο δυσάρεστων και υψηλού κινδύνου συμπτωμάτων. επικίνδυνο για τον ασθενή και άλλους (75).

2.2.2 Γνωσιακή αναλυτική θεραπεία

Η γνωσιακή αναλυτική θεραπεία (Cognitive Analytic Therapy - CAT) είναι μια ολοκληρωμένη ψυχολογική θεραπεία που βασίζεται στη θεωρία των αντικειμενικών σχέσεων και στην κοινωνική αναπτυξιακή θεωρία (76-77). Η CAT αναπτύχθηκε στο πλαίσιο συναισθηματικών και προσωπικών δυσκολιών, αλλά από τότε έχει εξεταστεί και για τη ψύχωση σε αρκετές μελέτες (78).

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι σήμερα η πιο ευρέως υποστηριζόμενη και συνιστώμενη θεραπεία για την ψύχωση (79). Η βάση αποδεικτικών στοιχείων υποστηρίζει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα της CBT για την ψύχωση (73, 80-81). Εντούτοις, η CBT δεν λειτουργεί για όλους και η CAT μπορεί να είναι βιώσιμη εναλλακτική λύση για την ψύχωση, ιδιαίτερα όταν η CBT είναι

αναποτελεσματική, όπου υπάρχουν συναφείς διαπροσωπικές ή διαταραχές προσωπικότητας (82).

Πολλές ψυχωσικές εμπειρίες έχουν διαπροσωπική φύση (83). Τα άτομα μπορούν να βιώσουν μια σχέση με τις φωνές τους (84) και αυτή η ψευδαίσθηση συνεπάγεται μια ανησυχία για τη διαπροσωπική απειλή (85). Έτσι, το μοντέλο της γνωστικής αναλυτικής θεραπείας δίνει έμφαση στη συνεργασία με τον πελάτη και επικεντρώνεται στην κατανόηση των προτύπων κακής προσαρμογής συμπεριφορών. Ο σκοπός της θεραπείας είναι να επιτρέψει στον πελάτη να αναγνωρίσει αυτά τα μοτίβα, να κατανοήσει την προέλευσή τους και στη συνέχεια να μάθει εναλλακτικές στρατηγικές για να αντιμετωπίσει καλύτερα (72).

Η CAT είναι μια σχεσιακή προσέγγιση, εστιάζοντας στα πρότυπα των πελατών που σχετίζονται με τους άλλους και τους ίδιους. Αυτά τα μοτίβα συσχετισμού, εσωτερικοποιημένα από τη συνεχιζόμενη διαπροσωπική αλληλεπίδραση, αναφέρονται ως «αμοιβαίοι ρόλοι». Τα ψυχολογικά προβλήματα φαίνονται να εμφανίζονται όταν κυριαρχούν οι ιδιαίτεροι αμοιβαίοι ρόλοι και ενισχύονται από τα πρότυπα σκέψης, αίσθησης και δράσης που αναφέρονται ως «προβληματικές διαδικασίες» (86).

Το μοντέλο πολλαπλών ιδίων καταστάσεων (86-87) παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση πιο σύνθετων δυσκολιών μέσα στη CAT. Το MSSM καθορίζει πόσο μπορεί να καταρρεύσει η ρευστότητα και η κατάλληλη μετάβαση μεταξύ των RR σε ορισμένες περιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της ψύχωσης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συγκεκριμένων «αυτο-καταστάσεων», ιδιαίτερα υπερβολικών ή κυριαρχικών αμοιβαίων ρόλων. Αυτές οι αποσυνδεδεμένες αυτο-καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε φαινόμενα που μπορεί τελικά να φαίνονται εξωτερικά του εαυτού (π.χ. ψευδαισθήσεις) (88).

Το MSSM καθορίζει επίσης τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να υποβαθμιστεί ο αυτοανακλασμός, εμποδίζοντας μια αλλαγή στα μη χρήσιμα μοτίβα. Το πρώιμο τραύμα θεωρείται ως μια εμπειρία που συμβάλλει σε αυτές τις διαταραχές στις αυτο-καταστάσεις, σύμφωνα με τα στοιχεία ότι το τραύμα αυξάνει τον κίνδυνο ψύχωσης. Το MSSM παρέχει έναν τρόπο κατανόησης της ψύχωσης στο πλαίσιο του CAT, αλλά είναι

επίσης δυνατό να κατανοηθεί το περιεχόμενο των ψυχωσικών εμπειριών εντός της CAT χωρίς αυτό το μοντέλο (π.χ., εστιάζοντας κυρίως στις αμοιβαίες διαδικασίες ρόλου) (89).

Η θεραπευτική διαδικασία είναι πάντα χρονικά περιορισμένη, συνήθως πραγματοποιείται σε 8-24 εβδομαδιαίες συνεδρίες (ο ακριβής αριθμός συμφωνείται στην αρχή της θεραπείας). Δεκαέξι συνεδρίες είναι ίσως ο πιο κοινός αριθμός. Στο πρώτο τρίμηνο της θεραπείας (η φάση Αναμόρφωσης) ο θεραπευτής συλλέγει όλες τις σχετικές πληροφορίες, ζητώντας από τον ασθενή τα σημερινά προβλήματα και τις προηγούμενες εμπειρίες ζωής. Σε αυτό το σημείο ο θεραπευτής γράφει μια επιστολή αναδιατύπωσης στον πελάτη.

Αυτή η επιστολή συνοψίζει την κατανόηση του θεραπευτή για τα προβλήματα του πελάτη. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ παιδικών προτύπων συμπεριφοράς και των επιπτώσεών τους στην ενήλικη ζωή. Η επιστολή συμφωνείται μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή και αποτελεί τη βάση για το υπόλοιπο έργο.

Μετά την επιστολή αναδιατύπωσης μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να συμπληρώσει ημερολόγια ή φύλλα αξιολόγησης για να καταγράψει την εμφάνιση προβλημάτων και το περιβάλλον τους. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (γνωστή ως φάση αναγνώρισης), ο ασθενής και ο θεραπευτής κατασκευάζουν μια διαγραμματική διαμόρφωση για να απεικονίσουν τις άχρηστες διαδικασίες που διατηρούν προβλήματα για τον ασθενή. Στόχος αυτής της φάσης είναι να επιτρέψει στον ασθενή να αναγνωρίσει πότε και πώς συμβαίνουν τα προβλήματα (86-87).

Στο δεύτερο μισό της θεραπείας περνάει η φάση της αναθεώρησης, όπου ο ασθενής και ο θεραπευτής εντοπίζουν και ασκούν «εξόδους» από το διαδικαστικό διάγραμμα που δημιουργήθηκε στην προηγούμενη φάση. Για παράδειγμα, μια προβληματική διαδικασία μπορεί να μετακινήσει έναν ασθενή από το να αισθανθεί θυμωμένος να πάρει υπερβολική δόση. Μια έξοδος μπορεί να συνεπάγεται την έκφραση του θυμού κατά κάποιον τρόπο ως εναλλακτική λύση στην αυτοτραυματική συμπεριφορά.

Στο τέλος της θεραπείας, ο ασθενής και ο θεραπευτής σταματούν να ανταλλάσσουν επιστολές, συνοψίζοντας τι έχει επιτευχθεί στη θεραπεία και τι μένει να γίνει. Μετά το τέλος του συμφωνημένου αριθμού εβδομαδιαίων συνεδριών, πραγματοποιούνται προγραμματισμένες συνεδριάσεις παρακολούθησης για την παρακολούθηση και υποστήριξη των αλλαγών που έχουν γίνει. Συνήθως, μια συνεδρία με 16 συνεδρίες μπορεί να ακολουθηθεί από μία μόνο συνεδρία ένα μήνα μετά το τέλος της θεραπείας και μία τελευταία τρεις μήνες αργότερα (72, 89).

2.2.3 Διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς.

Η διαλεκτική συμπεριφοριστική θεραπεία έχει σχεδιαστεί για να εξυπηρετεί πέντε λειτουργίες: α) να ενισχύει τις δυνατότητες, β) να αυξάνει τα κίνητρα, γ)να ενισχύει τη γενίκευση στο φυσικό περιβάλλον, δ)να διαρθρώνει το περιβάλλον και ε) να ενισχύει τις δυνατότητες του θεραπευτή και την παροχή κινήτρων για αποτελεσματική θεραπεία. Ο γενικός στόχος είναι η μείωση των αναποτελεσματικών τάσεων δράσης που συνδέονται με τα απορυθμισμένα συναισθήματα.

Σαν ψυχοθεραπευτική μέθοδος, παρέχεται σε τέσσερις τρόπους θεραπείας. Ο πρώτος τρόπος περιλαμβάνει μια παραδοσιακή διδακτική σχέση με τον θεραπευτή. Ο δεύτερος τρόπος είναι η κατάρτιση δεξιοτήτων, η οποία περιλαμβάνει τη διδασκαλία των τεσσάρων βασικών δεξιοτήτων DBT της προσοχής, της ανεκτικότητας, της συναισθηματικής ρύθμισης και της διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας. Η γενίκευση των δεξιοτήτων είναι ο τρίτος τρόπος θεραπείας, ο οποίος και εστιάζει στην παροχή βοήθειας στο άτομο ώστε να ενσωματώσει τις δεξιότητες που αποκτήθηκαν σε πραγματικές καταστάσεις. Τέλος, ο τέταρτος τρόπος θεραπείας που χρησιμοποιείται είναι η συμβουλευτική ομάδα, η οποία έχει σχεδιαστεί για να υποστηρίζει πρωτίστως τους θεραπευτές που εργάζονται με δύσκολους πελάτες (72).

2.2.4 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT)

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι μια σύντομη, δομημένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που αντιμετωπίζει τα διάφορα διαπροσωπικά θέματα. Η υποκείμενη υπόθεση της IPT είναι ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τα διαπροσωπικά προβλήματα είναι

αλληλένδετα. Ο στόχος της IPT είναι να βοηθήσει τους πελάτες να κατανοήσουν πώς αυτά τα προβλήματα, που λειτουργούν στην τρέχουσα κατάσταση της ζωής τους, τα οδηγούν να γλιτώσουν και να τους θέσουν σε κίνδυνο από προβλήματα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα διαπροσωπικά προβλήματα, όπως διαμορφώνονται στην IPT, περιλαμβάνουν διαπροσωπικές διαφορές, μεταβάσεις ρόλων, θλίψη και διαπροσωπικές ελλείψεις. Η IPT διερευνά τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες των ατόμων σχετικά με τις σχέσεις και στοχεύει στη βελτίωση των επικοινωνιακών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων (72).

2.2.5 Αφηγηματική θεραπεία

Η αφηγηματική θεραπεία βασίζεται στην κατανόηση των «ιστοριών» που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να περιγράψουν τη ζωή τους. Ο θεραπευτής ακούει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι περιγράφουν τα προβλήματά τους ως ιστορίες και τους βοηθά να σκεφτούν πώς οι ιστορίες μπορεί να τους εμποδίσουν να ξεπεράσουν τις σημερινές δυσκολίες τους.

Η συγκεκριμένη θεραπεία θεωρεί τα προβλήματα ξεχωριστά από τους ανθρώπους και βοηθά τους ανθρώπους να αναγνωρίσουν το φάσμα των δεξιοτήτων, πεποιθήσεων και ικανοτήτων που έχουν ήδη και που έχουν χρησιμοποιήσει με επιτυχία στο παρελθόν (αλλά δεν μπορούν να αναγνωρίσουν. Η αφηγηματική θεραπεία επαναπροσδιορίζει τις ιστορίες που λένε οι άνθρωποι για τη ζωή τους και δίνει μεγάλη έμφαση στον εντοπισμό των ισχυρών δυνατοτήτων των ανθρώπων, ιδιαίτερα αυτών που χρησιμοποίησαν με επιτυχία στο παρελθόν (72).

2.2.6 Παρεμβάσεις που βασίζονται στην οικογένεια.

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να οριστεί ως οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική προσπάθεια που επικεντρώνεται ρητά στην αλλαγή των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας ή μεταξύ των μελών της οικογένειας και επιδιώκει να βελτιώσει τη λειτουργία της οικογένειας ως μονάδας ή των υποσυστημάτων της ή / και τη λειτουργία των μεμονωμένων μελών της οικογένειας. Υπάρχουν πολλές οικογενειακές θεραπευτικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν ψυχοεκπαιδευτικές, συμπεριφορικές,

αντικειμενικές (ψυχοδυναμικές), συστηματικές, δομικές, εξευγενισμένες και αφηγηματικές θεραπείες (72).

2.2.7 Θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης.

Η Θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης ή πιο σύντομα ACT βασίζεται σε μια δομική θεωρία της γλώσσας και της γνώσης που είναι γνωστή ως σχεσιακή θεωρία των πλαισίων. Σαν ψυχοθεραπευτική τεχνική χρησιμοποιεί μια σειρά θεραπευτικών στρατηγικών, πολλές από τις οποίες τις δανείζεται από άλλες προσεγγίσεις. Το ACT βοηθά τα άτομα να αυξήσουν την αποδοχή τους από το πλήρες φάσμα των υποκειμενικών εμπειριών, συμπεριλαμβανομένων δυσάρεστων σκέψεων, πεποιθήσεων, αισθήσεων και συναισθημάτων, σε μια προσπάθεια να προωθηθεί η επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς που θα οδηγήσει εν τέλει σε βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Μια βασική αρχή της τρέχουσας θεραπευτικής προσέγγισης είναι ότι οι προσπάθειες για τον έλεγχο ανεπιθύμητων υποκειμενικών εμπειριών (π.χ. άγχος) συχνά είναι όχι μόνο αναποτελεσματικές αλλά και αντιπαραγωγικές αφού συχνά μπορούν να οδηγήσουν σε καθαρή αύξηση της δυσφορίας με αποτέλεσμα σημαντικό ψυχολογικό κόστος.

Κατά συνέπεια, τα άτομα ενθαρρύνονται να επικοινωνούν με τις εμπειρίες τους πλήρως και χωρίς υπεράσπιση, ενώ κινούνται προς αξιολογούμενους στόχους. Η ACT βοηθά επίσης τα άτομα να προσδιορίσουν τις αξίες τους και να τις μετατρέψουν σε συγκεκριμένους στόχους συμπεριφοράς ώστε να επιλύσουν το πρόβλημα τους (72).

2.2.8 Θεραπεία επικεντρωμένη στο σχήμα.

Η θεραπεία επικεντρωμένη στο σχήμα εστιάζει στην αναγνώριση και αλλαγή των σφαλμάτων κακής προσαρμογής και των συναφών αναποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του ατόμου. Τα σχήματα είναι ψυχολογικές κατασκευές που περιλαμβάνουν πεποιθήσεις που έχουμε για τον εαυτό μας, τον κόσμο και άλλους ανθρώπους, οι οποίες είναι το αποτέλεσμα του τρόπου αντιμετώπισης των βασικών

παιδικών μας αναγκών. Η αλλαγή σχήματος απαιτεί τόσο γνωστική όσο και βιωματική εργασία.

Η γνωσιακή εργασία αλλαγής σχήματος χρησιμοποιεί βασικές γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές για τον εντοπισμό και την αλλαγή των αυτόματων σκέψεων, τον εντοπισμό νοηματικών στρεβλώσεων και τη διεξαγωγή εμπειρικών δοκιμασιών σχετικά με τους δυσανασχετικούς κανόνες των ατόμων για το πώς να επιβιώσουν στον κόσμο που έχουν αναπτυχθεί από τα σχήματα. Η δε βιωματική εργασία περιλαμβάνει εργασία με οπτικές εικόνες, τεχνικές gestalt, δημιουργική εργασία που συμβολίζει τις θετικές εμπειρίες, περιορισμένο επαναπατρισμό και τις θεραπευτικές εμπειρίες ενός επικυρωμένου κλινικού ιατρού (72).

2.2.9 Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.

Η βραχυπρόθεσμη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι μια σύντομη, επικεντρωμένη θεραπευτική προσέγγιση που βασίζεται στην μετάδοση και βοηθά τα άτομα να διερευνήσουν και να εργαστούν μέσα από συγκεκριμένες ενδοψυχικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις. Χαρακτηρίζεται από την εξερεύνηση μιας εστίασης που μπορεί να εντοπιστεί τόσο από τον θεραπευτή όσο και από το ίδιο το άτομο.

Το παρόν αποτελείται από υλικό από τρέχουσες και παρελθούσες διαπροσωπικές και ενδο-ψυχικές συγκρούσεις και ερμηνεία σε μια διαδικασία στην οποία ο θεραπευτής δραστηριοποιείται στη δημιουργία της συμμαχίας και στην εξασφάλιση της χρονικά περιορισμένης εστίασης. Αντίθετα, η μακροχρόνια ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι ανοικτή και εντατική και χαρακτηρίζεται από ένα πλαίσιο στο οποίο τα κεντρικά στοιχεία είναι η εξερεύνηση των ασυνείδητων συγκρούσεων, τα αναπτυξιακά ελλείμματα και η παραμόρφωση των ενδοψυχιακών δομών(72).

Η αντιπαράθεση, η διευκρίνιση και η ερμηνεία αποτελούν βασικά στοιχεία, καθώς και οι δράσεις του θεραπευτή για τη διασφάλιση της συμμαχίας και τη διεξαγωγή της θεραπευτικής σχέσης ώστε να επιτευχθεί η επίλυση συγκρούσεων και μεγαλύτερη αυτογνωσία (72).

2.2.10 Θεραπεία επικεντρωμένη στο συναίσθημα.

Η θεραπεία επικεντρωμένη στα συναισθήματα συνδυάζει μια θεραπευτική προσέγγιση με επίκεντρο τον πελάτη με οδηγίες διεργασίας, επεξηγηματικές παρεμβάσεις που βασίζονται σε δείκτες και προέρχονται από βιωματικές θεραπείες και θεραπείες gestalt που εφαρμόζονται σε ενδοψυχικούς και / ή διαπροσωπικούς στόχους κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Αυτοί οι στόχοι πιστεύεται ότι παίζουν εξέχοντα ρόλο στην ανάπτυξη και επιδείνωση διαταραχών όπως η κατάθλιψη. Οι μείζονες παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία αυτή (π.χ. κενή διάσκεψη και διμερείς διάλογες, εστιάζοντας σε μια ασαφή αισθησιακή αίσθηση) διευκολύνουν τη δημιουργία νέου νοήματος διαφόρων περιστάσεων και καταπολεμούν το θυμό ή κάποιο άλλο αρνητικό συναίσθημα σε σχέση με άλλο πρόσωπο. Ακόμη εντείνουν την αποδοχή και την συμπόνια για τον εαυτό και συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας νέας άποψης για τον εαυτό και ενισχύουν τις προσπάθειες αυτό-ενδοσκόπησης και κατανόησης του (72).

2.2.11 Υπνοθεραπεία.

Η υπνοθεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση της ύπνωσης για ψυχοθεραπευτικούς λόγους. Πρόκειται για μια διαδικασία κατά την οποία ο θεραπευτής υποδεικνύει ότι το άτομο βιώνει αλλαγές στις αισθήσεις, τις αντιλήψεις, τις σκέψεις ή τη συμπεριφορά κατά την διάρκεια του ύπνου που έχει προκληθεί τεχνητά. Το υπνωτικό πλαίσιο γενικά καθορίζεται με μια διαδικασία επαγωγής. Παραδοσιακά, η υπνοθεραπεία περιλαμβάνει: εκπαίδευση σχετικά με την ύπνωση και συζήτηση για κοινές παρανοήσεις, δηλαδή, μια διαδικασία επαγωγής, όπως η σταθεροποίηση των ματιών, τεχνικές εμβάθυνσης, όπως η προοδευτική χαλάρωση των μυών, θεραπευτική πρόταση, όπως καθοδηγούμενη απεικόνιση, τεχνικές αγκύρωσης και ενίσχυσης του εγώ αλλά και μια φάση προειδοποίησης που περιλαμβάνει τον προσανατολισμό του ατόμου στο περιβάλλον (72).

2.2.12 Ψυχοεκπαίδευση.

Η ψυχοεκπαίδευση δεν είναι ένας τύπος θεραπείας, αλλά μια συγκεκριμένη μορφή εκπαίδευσης. Η ψυχοεκπαίδευση περιλαμβάνει την παροχή και εξήγηση πληροφοριών στους ασθενείς σχετικά με το τι είναι ευρέως γνωστό για τα χαρακτηριστικά της διάγνωσής τους. Τα άτομα συχνά χρειάζονται συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωσή τους, όπως η έννοια των συγκεκριμένων συμπτωμάτων και τα γνωστά σχετικά με τις αιτίες, τα αποτελέσματα και τις επιπτώσεις του προβλήματος.

Στα πλαίσια της ψυχοεκπαίδευσης παρέχονται επίσης πληροφορίες σχετικά με τα φάρμακα, την πρόγνωση και τους μετριαστικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες. Παρέχονται επίσης πληροφορίες σχετικά με τα πρώτα σημάδια υποτροπής και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να παρακολουθούνται και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά. Τα άτομα βοηθούνται να κατανοήσουν τη διαταραχή τους για να ενισχύσουν τη θεραπεία τους και να τους βοηθήσουν να ζήσουν πιο παραγωγικές και εκπληρωμένες ζωές. Η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να παρέχεται σε ατομική ή ομαδική μορφή (72).

Σαν όρος, η ψυχοεκπαίδευση, πρωτοεμφανίστηκε στην βιβλιογραφία στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Ο όρος αυτός περιγράφει μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση που εμπεριέχει τις έννοιες της ενημέρωσης αλλά και της εκπαίδευσης, μέσα από την χρήση πάντα ψυχοθεραπευτικών τεχνικών (90).

Όπως διατυπώνεται και από την Οικονόμου, η ψυχοεκπαίδευση χωρίζεται σε τρείς επιμέρους συνιστώσες οι οποίες και είναι: α) ενημέρωση: απαραίτητη για την κατανόηση της ψυχικής νόσου. Εν προκειμένω δε της σχιζοφρένειας/ β) εκπαίδευση: με στόχο την απόκτηση και ανάδειξη δεξιοτήτων για επίλυση προβλήματος. Εν προκειμένω για την συμμόρφωση με την θεραπεία και την αποφυγή κατανόησης εξαρτησιογόνων ουσιών./ γ) υποστήριξη: συναισθηματική και ψυχολογική ώστε οι ασθενείς με σχιζοφρένεια να μη στιγματίζονται, να μη βιώνουν την κοινωνική απομόνωση και την θυματοποίηση (90).

Στόχοι της όλης θεραπευτικής παρέμβασης της ψυχοεκπαίδευσης, συμπεριλαμβανομένης σαφώς και της Συνέντευξης Κινητοποίησης (MI) που θα αναλυθεί εκτενέστερα παρακάτω είναι οι εξής: α) αρχικά θα πρέπει να διαλευκανθούν τυχόν παρανοήσεις αναφορικά στην ψυχική νόσο, β) η εκπαίδευση επί της αιτιολογίας, θεραπείας και πρόγνωσης, γ) η μείωση των μη ρεαλιστικών προσδοκιών από την θεραπεία, δ) η ενίσχυση αυτό-αντιμετώπισης και τέλος, ε) η επίτευξη της προσκόλλησης στην φαρμακευτική αγωγή, γεγονός εξαιρετικά κρίσιμο σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (90).

Τέλος, αξίζει να υπογραμμίσουμε ότι οι τεχνικές της ψυχοεκπαίδευσης αξιοποιούνται δυναμικά τα τελευταία τριάντα χρόνια σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είτε σε ομαδικά, οικογενειακά πλαίσια, είτε σε ατομικά. Επιπλέον, τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια ο ρόλος της έχει διευρυνθεί και σε πάσχοντες από διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκασμό, διαταραχές διατροφής αλλά και βαρειά αγχώδη διαταραχή (90).

Η αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης και η ανάγκη για εκτενέστερη μελέτη και κατανόηση της εφαρμοσιμότητας και αποτελεσματικότητας της συνέντευξης κινητοποίησης σε αυτούς τους ασθενείς αποτέλεσε και το εναρκτήριο λάκτισμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

2.2.13 Αυτοβοήθεια.

Η θεραπεία αυτοβοήθειας (επίσης γνωστή ως «βιβλιοθεραπεία») χρησιμοποιείται τόσο ως συμπλήρωμα στην παραδοσιακή θεραπεία όσο και ως αυτόνομη θεραπεία. Τα περισσότερα προγράμματα αυτοβοήθειας βασίζονται σε αρχές CBT και συνήθως συνδυάζουν την ψυχοεκπαίδευση με την κατάρτιση δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων κατ 'οίκον. Στα προγράμματα αυτοβοήθειας τα άτομα διαβάζουν βιβλία ή χρησιμοποιούν προγράμματα υπολογιστών για να βοηθηθούν στο να ξεπεράσουν τυχόν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ορισμένα προγράμματα αυτοβοήθειας

περιλαμβάνουν σύντομη επαφή με έναν θεραπευτή (καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια) ενώ άλλοι όχι (καθαρή αυτοβοήθεια) (72).

2.3 Συνέντευξη κινητοποίησης

Ο ορισμός της Συνέντευξης Κινητοποίησης (MI) έχει εξελιχθεί και εξευγενιστεί από τις αρχικές δημοσιεύσεις σχετικά με τη χρησιμότητά του ως προσέγγιση αλλαγής συμπεριφοράς. Η αρχική περιγραφή, από τον Miller το 1983, αναπτύχθηκε από την εμπειρία του ιδίου στη θεραπεία ατόμων με εθισμό στο αλκοόλ (91). Ο πιο πρόσφατος ορισμός της Συνέντευξης Κινητοποίησης την καθιστά μια συνεργατική, ανθρωποκεντρική μορφή καθοδήγησης για την ανάδειξη και ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου-θεραπευόμενου για αλλαγή (92).

2.3.1 Η προσέγγιση της συνέντευξης κινητοποίησης

Η συνέντευξη κινητοποίησης βασίζεται στην υιοθέτηση μιας στάσης σεβασμού με επίκεντρο την οικοδόμηση της σχέσης θεραπευτή- θεραπευόμενου στα αρχικά στάδια της συμβουλευτικής διαδικασίας. Μια κεντρική ιδέα της MI είναι η αναγνώριση, η εξέταση και η επίλυση αμφιθυμίας σχετικά με την αλλαγή συμπεριφοράς. Η αμφιθυμία, όπου το άτομο αισθάνεται με δύο τρόπους για τη μεταβολή της συμπεριφοράς, θεωρείται φυσικό μέρος της διαδικασίας αλλαγής. Ο εξειδικευμένος επαγγελματίας της MI είναι επικεντρωμένος στην αμφιθυμία και την ετοιμότητα για αλλαγή του πελάτη και χρησιμοποιεί προσεκτικά τεχνικές και στρατηγικές που ανταποκρίνονται στον πελάτη. Οι πρόσφατες περιγραφές της MI περιλαμβάνουν τρία βασικά στοιχεία, που αναλύονται παρακάτω (93): 1) Η MI είναι ένα ιδιαίτερο είδος συζήτησης με στόχο την αλλαγή (συμβουλευτική, θεραπεία, διαβούλευση, μέθοδος επικοινωνίας) 2) Η MI είναι συνεργατική (προσωποκεντρική, συνεργατική, αυτονομία) και 3) Η MI είναι ανακλητική (επιδιώκει να βγάλει στην επιφάνεια το ίδιο το κίνητρο και τη δέσμευση του ατόμου)

Αυτά τα βασικά στοιχεία περιλαμβάνονται σε τρία όλο και πιο λεπτομερή επίπεδα ορισμού (92). Χαρακτηριστικά ισχύει ότι : Με επίκεντρο το άτομο - Η MI είναι μια συνεργατική συνομιλία για την ενίσχυση του κινήτρου του ατόμου και της δέσμευσης για αλλαγή. Επιπλέον, από τη πλευρά του θεραπευτή η MI είναι μια μέθοδος

προσωπικής συμβουλευτικής για την αντιμετώπιση του κοινού προβλήματος αμφιθυμίας σχετικά με την αλλαγή. Πιο συγκεκριμένα, είναι μια συνεργατική μέθοδος στόχευσης με ιδιαίτερη έμφαση στη γλώσσα της αλλαγής. Έχει σχεδιαστεί για να ενισχύσει το κίνητρο και τη συμπεριφορά ενός ατόμου προς ένα συγκεκριμένο στόχο, διεγείροντας και διερευνώντας τα επιχειρήματα του ατόμου για αλλαγή.

2.3.2 Το πνεύμα της Συνέντευξης Κινητοποίησης

Η ΜΙ είναι κάτι περισσότερο από τη χρήση ενός συνόλου τεχνικών παρεμβάσεων. Χαρακτηρίζεται από ένα συγκεκριμένο πνεύμα ή κλινικό τρόπο ύπαρξης που είναι η σχέση ή η διαπροσωπική σχέση θεραπευτή- θεραπευόμενου μέσα στην οποία χρησιμοποιούνται οι διάφορες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές. Το πνεύμα της ΜΙ βασίζεται σε τρία βασικά στοιχεία: α) συνεργασία μεταξύ του θεραπευτή και του πελάτη, β)την εμφάνιση ή την εξαγωγή των ιδεών του πελάτη σχετικά με την αλλαγή, και γ) ανάδειξη της αυτονομίας του πελάτη (91, 93-94).

Συνεργασία (αντί σύγκρουσης). Η συνεργασία είναι μια συνεργασία μεταξύ του θεραπευτή και του πελάτη, βασισμένη στην άποψη και τις εμπειρίες του πελάτη. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με κάποιες άλλες προσεγγίσεις για τη θεραπεία διαταραχών της χρήσης ουσιών, οι οποίες βασίζονται στον θεραπευτή που αναλαμβάνει ένα ρόλο εμπειρογνώμονα, επιβάλλοντας την προοπτική του στη συμπεριφορά χρήσης του περιεχομένου του πελάτη και την κατάλληλη πορεία θεραπείας και έκβασης. Η συνεργασία αναπτύσσει σχέσεις και διευκολύνει την εμπιστοσύνη στη σχέση βοήθειας, η οποία μπορεί να είναι δύσκολη σε μια πιο ιεραρχική σχέση. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο θεραπευτής συμφωνεί αυτόματα με τον πελάτη σχετικά με τη φύση του προβλήματος ή τις αλλαγές που μπορεί να είναι καταλληλότερες. Αν και μπορούν να δουν τα πράγματα με διαφορετικό τρόπο, η θεραπευτική διαδικασία επικεντρώνεται στην αμοιβαία κατανόηση και όχι στο ότι ο θεραπευτής είναι σωστός.

Αποκατάσταση (εξάσκηση, αντί για επιβολή ιδεών). Η προσέγγιση της ΜΙ είναι ότι ο θεραπευτής αξιοποιεί τις σκέψεις και τις ιδέες του ατόμου, αντί να επιβάλλει τις απόψεις του, καθώς το κίνητρο και η δέσμευση για αλλαγή είναι πιο ισχυρή και ανθεκτική όταν προέρχεται από τον πελάτη. Ανεξάρτητα από τους λόγους που μπορεί να

προσφέρει ο θεραπευτής για να πείσει τον πελάτη σχετικά με την ανάγκη να αλλάξει τη συμπεριφορά του ή πόσο μπορεί να θέλει το άτομο να το κάνει, είναι πιθανότερο να υπάρξει μόνιμη αλλαγή όταν ο πελάτης ανακαλύψει τους λόγους και την αποφασιστικότητά του να αλλάξει. Η δουλειά του θεραπευτή είναι να αντλήσει τα ίδια τα κίνητρα και τις ικανότητες του ατόμου για αλλαγή.

Αυτονομία (έναντι αυταρχισμού). Σε αντίθεση με κάποια άλλα μοντέλα θεραπείας που υπογραμμίζουν τον κλινικό ιατρό ως σχήμα αρχής, η MI αναγνωρίζει ότι η αληθινή δύναμη για αλλαγή βρίσκεται στον πελάτη. Τελικά, εναπόκειται στο άτομο να ακολουθήσει την πραγματοποίηση αλλαγών. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στο άτομο, αλλά και την ευθύνη για τις ενέργειές του. Οι σύμβουλοι ενισχύουν την ιδέα ότι δεν υπάρχει κανένας σωστός τρόπος αλλαγής και ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να υπάρξει αλλαγή. Εκτός από το αν αποφασίζουν αν θα κάνουν μια αλλαγή, οι πελάτες ενθαρρύνονται να αναλάβουν ηγετικό ρόλο στην ανάπτυξη μιας ομάδας επιλογών σχετικά με τον τρόπο επίτευξης της επιθυμητής αλλαγής.

2.3.3 Οι αρχές της Συνέντευξης Κινητοποίησης

Υπάρχουν τέσσερις ξεχωριστές αρχές που καθοδηγούν την πρακτική του MI. Ο θεραπευτής που χρησιμοποιεί MI θα τηρεί τις αρχές αυτές καθ 'όλη τη διάρκεια της θεραπείας (91, 94).

Έκφραση εμπάθειας

Η εμπάθεια συνεπάγεται να βλέπεις τον κόσμο μέσα από τα μάτια του πελάτη, να σκέφτεσαι τα πράγματα όπως ο πελάτης σκέφτεται γι’ αυτά, να αισθάνεσαι τα πράγματα όπως τον αισθάνεται ο πελάτης, μοιράζοντας τις εμπειρίες του πελάτη. Αυτή η προσέγγιση παρέχει τη βάση για την ακρόαση και κατανόηση των πελατών και με τη σειρά τους, οι πελάτες έχουν περισσότερες πιθανότητες να μοιραστούν ειλικρινά τις εμπειρίες τους σε βάθος. Η διαδικασία έκφρασης της εμπάθειας εξαρτάται από τον αν ο πελάτης εκλαμβάνει τον σύμβουλο ως ικανό να δει τον κόσμο όπως τον βλέπει ο πελάτης.

Υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας

Η ΜΙ είναι μια προσέγγιση βασισμένη στα πλεονεκτήματα που πιστεύει ότι οι πελάτες έχουν μέσα τους τις δυνατότητες να αλλάξουν με επιτυχία. Η πεποίθηση ενός πελάτη ότι η αλλαγή είναι δυνατή (αυτο-αποτελεσματικότητα) είναι απαραίτητη για την ενθάρρυνση της ελπίδας για την πραγματοποίηση αυτών των δύσκολων αλλαγών. Οι πελάτες συχνά έχουν δοκιμάσει προηγουμένως και δεν ήταν σε θέση να επιτύχουν ή να διατηρήσουν την επιθυμητή αλλαγή, δημιουργώντας αμφιβολίες για την ικανότητά τους να επιτύχουν. Στη συνέντευξη, οι σύμβουλοι υποστηρίζουν την αυτο-αποτελεσματικότητα εστιάζοντας σε προηγούμενες επιτυχίες και επισημαίνοντας δεξιότητες και πλεονεκτήματα που έχει ήδη ο πελάτης.

Αποκλιμάκωση της αντίστασης

Από τη σκοπιά της ΜΙ, η αντίσταση στη θεραπεία συμβαίνει όταν ο πελάτης βιώνει μια σύγκρουση μεταξύ της άποψης του προβλήματος ή της λύσης και εκείνης του κλινικού ιατρού ή όταν ο πελάτης νιώθει ότι η ελευθερία ή η αυτονομία του επηρεάζεται. Αυτές οι εμπειρίες συχνά βασίζονται στην αμφισημία του πελάτη σχετικά με την αλλαγή. Στην ΜΙ, οι σύμβουλοι αποφεύγουν να προκαλέσουν αντίσταση, ενώ όταν παρουσιαστεί αντίσταση, εργάζονται για να αποσυμφορήσουν και να αποφύγουν μια αρνητική αλληλεπίδραση. Οι ενέργειες και οι δηλώσεις που αποδεικνύουν την αντίσταση παραμένουν χωρίς αμφισβήτηση, ιδιαίτερα στις αρχές της συμβουλευτικής σχέσης. Έτσι αποφεύγεται κάθε διαμάχη που μπορεί να συμβεί και η σύνοδος δεν μοιάζει με ένα επιχείρημα ή με τον υποστηρικτή του διαβόλου του πελάτη ή με ναι, αλλά με τις προτάσεις του συμβούλου. Η αρχή της ΜΙ κατά την οποία ο πελάτης ορίζει το πρόβλημα και αναπτύσσει τις δικές του λύσεις δεν αφήνει περιθώρια στον πελάτη να αντισταθεί.. Στην εξερεύνηση των ανησυχιών των πελατών, οι σύμβουλοι καλούν τους πελάτες να εξετάσουν νέες απόψεις και είναι προσεκτικοί να μην επιβάλλουν τους δικούς τους τρόπους σκέψης. Μια βασική ιδέα είναι ότι ο σύμβουλος αποφεύγει το αντανακλαστικό της διόρθωσης, μια τάση που γεννιέται από την ανησυχία, για να εξασφαλίσει ότι ο πελάτης κατανοεί και συμφωνεί με την ανάγκη αλλαγής και επίλυσης του προβλήματος.

Κατανόηση της αμφιθυμίας

Το κίνητρο για αλλαγή συμβαίνει όταν οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται μια αναντιστοιχία μεταξύ του που βρίσκονται τώρα και του που θέλουν να είναι και ο σύμβουλος εργάζεται για να αναπτύξει αυτή την αντίληψη βοηθώντας τους πελάτες να εξετάσουν τις διαφορές μεταξύ της τρέχουσας κατάστασης / συμπεριφοράς και των αξιών και των μελλοντικών στόχων τους. Όταν οι πελάτες αναγνωρίζουν ότι οι τρέχουσες συμπεριφορές τους βρίσκονται σε σύγκρουση με τις αξίες τους ή παρεμβαίνουν στην επίτευξη αυτοπροσδιοριζόμενων στόχων, είναι πιο πιθανό να βιώσουν αυξημένα κίνητρα για να κάνουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή. Είναι σημαντικό ο σύμβουλος που χρησιμοποιεί την MI να μην χρησιμοποιεί στρατηγικές για την ανάπτυξη διαφορών σε βάρος των άλλων αρχών, αλλά σταδιακά βοηθά τους πελάτες να αντιληφθούν πώς οι τρέχουσες συμπεριφορές μπορούν να τους οδηγήσουν μακριά από τους σημαντικούς τους στόχους.

2.3.4 Αποτελεσματικότητα της Συνέντευξης Κινητοποίησης

Η συνέντευξη κινητοποίησης αποτελεί μια σχετικά καινούρια και καινοτόμο μορφή ψυχοεκπαίδευσης. Πρόκειται για μια πολλά υποσχόμενη μέθοδο που στηρίζεται στην οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου αλλά και σε στρατηγικές γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας που στοχεύουν στον ασθενή (91).

Η συνέντευξη κινητοποίησης έχει ορισθεί ως μέθοδος για την ανάδειξη και ενίσχυση κινήτρων του ασθενούς με σκοπό την αντιμετώπιση της αμφισημίας (92-94) και τελικά την ενίσχυση θετικής στάσης του ίδιου του θεραπευόμενου στην προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος.

Από την έκδοση του πρωτόλειου συγγράμματος των Miller και Rollnick το 1991 κι έπειτα πολλαπλές εμπειρικές μελέτες στην βιβλιογραφία προσεγγίζουν ερευνητικά το ζήτημα της αποτελεσματικότητας της συνέντευξης κινητοποίησης σε διάφορα κλινικά προβλήματα (95). Από αυτές τις πρωτογενείς μελέτες αρκετές (Miller, Benefield, & Tonigan,1993; Project MATCH, 1997; Stephens, Roffman, & Curtin, 2000) ανέδειξαν

την αποτελεσματικότητα της MI στη διαχείριση της κατάχρησης ουσιών όπως το αλκοόλ και η κάνναβη (95).

Η αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης σε κάθε περίπτωση φαίνεται να οφείλεται στην επιστράτευση των προαναφερθέντων βασικών της αρχών αλλά και στην ευελιξία του θεραπευτή απέναντι σε έκαστο διαφορετικό θεραπευόμενο (95).

Εν κατακλείδι, βάσει τρέχουσων μετα-αναλύσεων στη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται πως η συνέντευξη κινητοποίησης συνιστά μια εφαρμόσιμη και αποτελεσματική μέθοδο σε ποικίλους κλινικούς χώρους, περιλαμβανόμενων ζητημάτων συμμόρφωσης με αγωγή στα πλαίσια ψυχικών νοσημάτων αλλά και διαχείρισης εξαρτήσεων από αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες (95-96). Εντούτοις, είναι σαφές ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα αναφορικά στην εφαρμοσιμότητα και αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης και πιο συγκεκριμένα στην αντίληψη της σχέσης μεταξύ των παρεμβάσεων γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και των σχεσιακών παραγόντων που έχουν διατυπωθεί από τον Rogers (91).

Β. Ερευνητικό μέρος

3. Μεθοδολογία

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης εμπειρικών μελετών και ανασκοπήσεων σχετικά με την συνέντευξη κινητοποίησης ως θεραπευτικό εργαλείο στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια με ταυτόχρονη κατάχρηση ουσιών. Συγκεκριμένα αναζητήθηκαν και αναλύθηκαν μελέτες που ικανοποιούν τα κριτήρια διερεύνησης του ερευνητικού σκοπού της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Η διαδικασία της συστηματικής ανασκόπησης περιγράφεται παρακάτω και παρουσιάζεται επίσης στο Διάγραμμα 4.

3.1 Στρατηγική αναζήτησης της βιβλιογραφίας

Ο σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης είναι να καταγραφούν τα ευρήματα μελετών της περιόδου 2002-2018 σχετικά με την μεθόδευση και την αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και συνυπάρχουσα κατάχρηση ουσιών. Αναζητήθηκαν δημοσιευμένες εμπειρικές μελέτες σε επιστημονικά περιοδικά που σχετίζονται με τον παραπάνω σκοπό. Η αναζήτηση έγινε μέσω διαδικτύου και συγκεκριμένα στην ηλεκτρονική σελίδα του NCBI (National Center for Biotechnology Information, USA) και συγκεκριμένα στις βάσεις PubMed, PMC και Books, οι οποίες περιλαμβάνουν επιστημονικά άρθρα και αναφορές που έχουν δημοσιευθεί σε επιστημονικά περιοδικά και εκδόσεις οργανισμών υγείας. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση είναι: schizophrenia, alcohol use disorder, comorbidity, motivational interventions, randomized controlled trial, motivational interviewing.

Με βάση τις παραπάνω λέξεις κλειδιά έγινε η αναζήτηση και ο εντοπισμός των υποψήφιων μελετών και έγινε μια σύντομη ανάγνωση των περιλήψεων τους για επιβεβαίωση της συνάφειας με το ερευνητικό σκοπό της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Στη συνέχεια έγινε λήψη των ολοκληρωμένων επιστημονικών άρθρων. Δεδομένης της περιορισμένης πρόσβασης της ερευνήτριας στα πλήρη κείμενα αρκετών

μελετών, λήφθηκαν υπόψιν μόνο οι μελέτες στις οποίες υπήρχε πρόσβαση στα πλήρη κείμενα, μόνο εφόσον αυτές έδιναν στοιχεία σχετικά με τα κριτήρια ένταξης-αποκλεισμού. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε στην ανασκόπηση φαίνεται στο Διάγραμμα 4 (94).

3.2 Κριτήρια ένταξης - αποκλεισμού

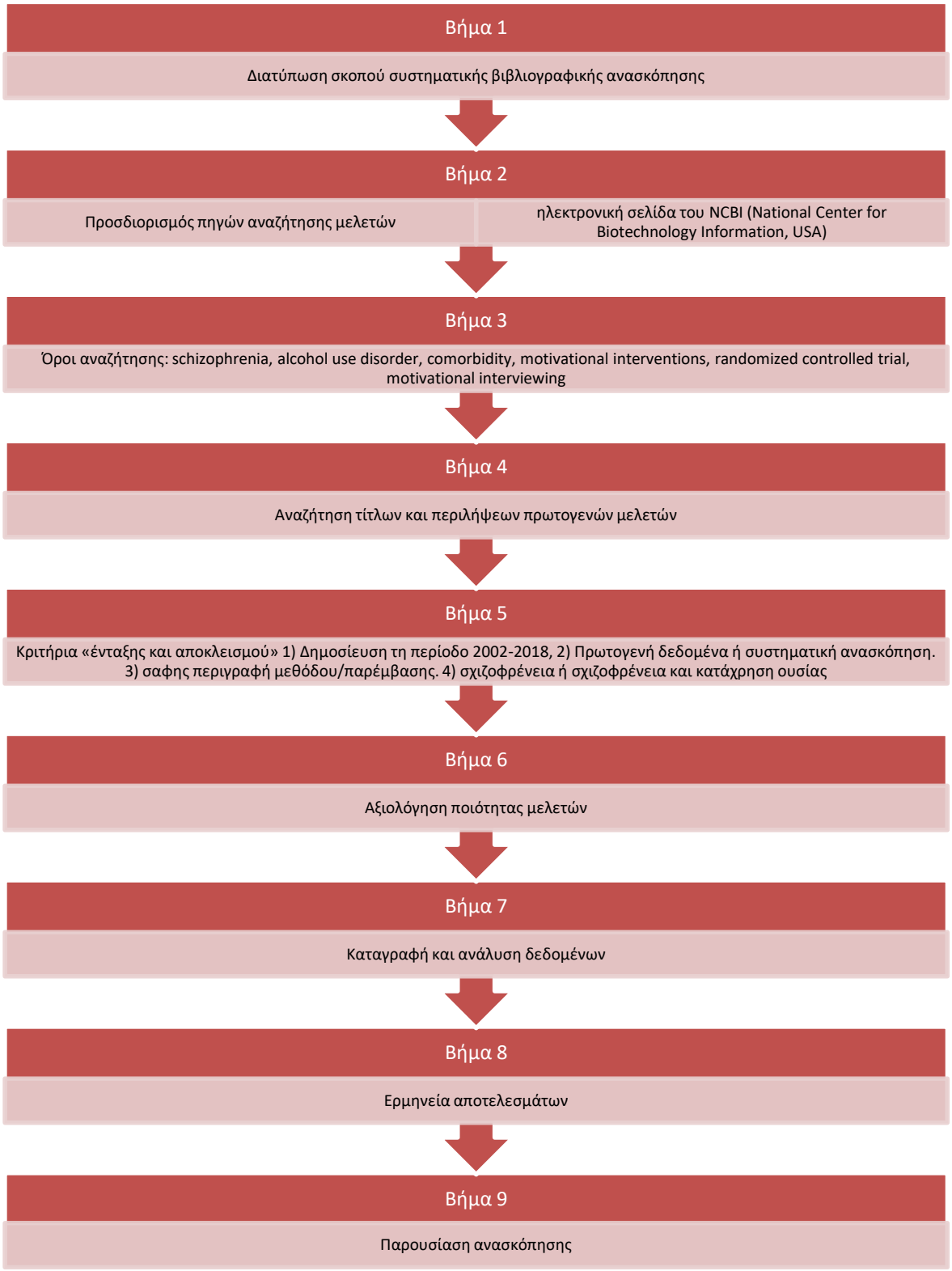
Τα κριτήρια ένταξης-αποκλεισμού ήταν τα εξής:

- Η μελέτη δημοσιεύτηκε μέσα στη τελευταία δεκαετία και συγκεκριμένα τη περίοδο 2002-2018, διότι από το 2002 κι έπειτα δημοσιεύονται πρωτίστως από τους Miller και Rollnick, αλλά και λοιπούς αξιόλογους ερευνητές εμπειρικές μελέτες όπου αξιοποιείται η MI στους ασθενείς που μελετώνται.
- Η μελέτη χρησιμοποιεί πρωτογενή δεδομένα ή αποτελεί συστηματική ανασκόπηση άλλων εμπειρικών μελετών
- Στην περίπτωση των μελετών με πρωτογενή δεδομένα, υπάρχει σαφής περιγραφή της μεθόδου της έρευνας.
- Η μελέτη υλοποιεί MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια ή και συνυπάρχουσα κατάχρηση κάποιας ουσίας.

3.3 Ανάλυση των μελετών

Για την αξιολόγηση και τη σύνθεση των ερευνητικών στοιχείων στο πεδίο μελέτης, έγινε συστηματική ανάλυση των μελετών της ανασκόπησης με βάση τα κύρια εννοιολογικά και μεθοδολογικά χαρακτηριστικά τους, όπως περιγράφεται στην συνέχεια.

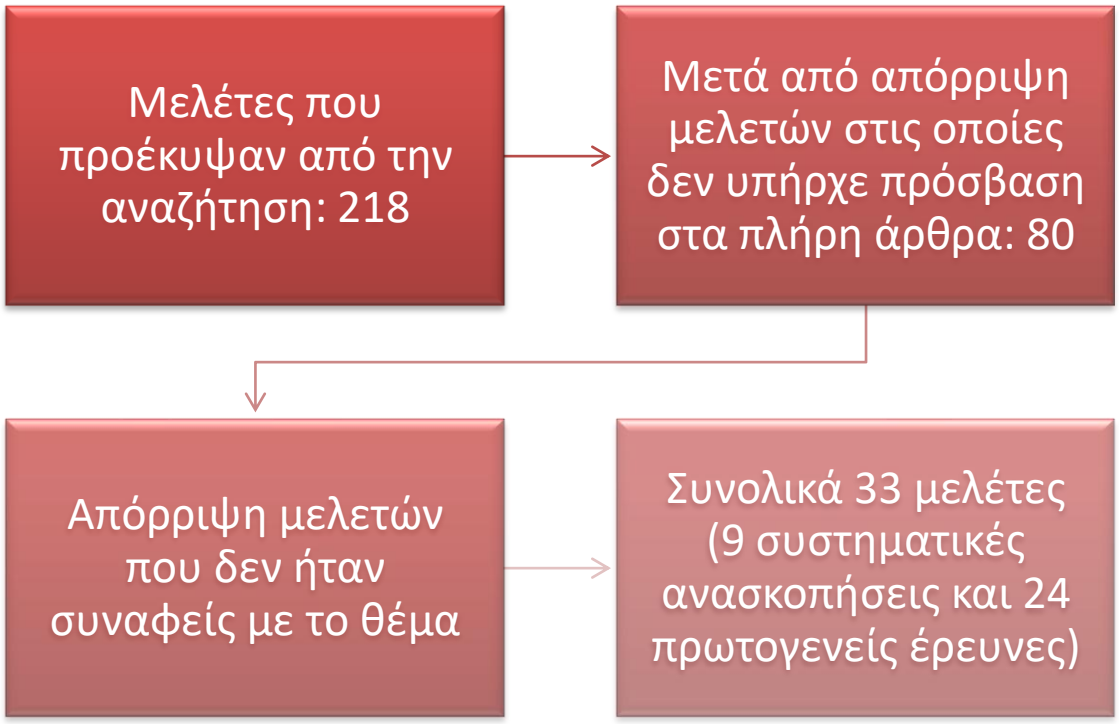
Χρησιμοποιήθηκε μια φόρμα για την εξαγωγή των πληροφοριών από κάθε άρθρο που περιλήφθηκε στην έρευνα. Η φόρμα αναπτύχθηκε με βάση, την χρονολογία έκδοσης, τα στοιχεία των συγγραφέων, τον τίτλο, τον σκοπό της έρευνας, την παρέμβαση (ή των αριθμό των μελετών-δείγματος, στην περίπτωση των συστηματικών ανασκοπήσεων) και περίληψη των βασικών αποτελεσμάτων της μελέτης που σχετίζονται με το σκοπό της παρούσας έρευνας.



Διάγραμμα 4: Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης κατά Μπελλάλη (97).

3.3.1 Διαδικασία επιλογής των μελετών της ανασκόπησης

Από την αναζήτηση με τους όρους που αναφέρθηκαν παραπάνω, προέκυψαν 218 αποτελέσματα εμπειρικών μελετών. Από αυτά, τα 138 άρθρα δεν συμπεριλήφθηκαν γιατί δεν υπήρχε πρόσβαση στα πλήρη κείμενα. Από τα 80 άρθρα η πλειοψηφία των μελετών απορρίφθηκε γιατί δεν ήταν συναφής με το θέμα που μελετάται, άλλα άρθρα απορρίφθηκαν γιατί δεν έδιναν στοιχεία για τα κριτήρια ένταξης-αποκλεισμού. Από τα αποτελέσματα της αναζήτησης και μετά τη διαδικασία επιλογής, στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν τριάντα τρία επιστημονικά άρθρα, εκ των οποίων εννέα συστηματικές ανασκοπήσεις και εικοσιτέσσερις εμπειρικές μελέτες οι οποίες εκδόθηκαν το διάστημα 2002-2018 (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 5 Διάγραμμα ροής της διαδικασίας επιλογής μελετών κατά Μπελλάλη (97).

4. Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται τα δεδομένα που προέκυψαν από τη συστηματική ανασκόπηση. Οι μελέτες και τα βασικά στοιχεία τους παρουσιάζονται στους Πίνακες 2 και 3.

4.1 Ανάλυση των δεδομένων

4.1.1 Εμπειρικές μελέτες αναφορικά στην εφαρμογή MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια

Η μελέτη των Carey και συνεργατών του το 2007 εξετάζει μια σειρά ασκήσεων που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση κινήτρων για ασθενείς που δε νοσηλεύονται και χαρακτηρίζονται από τη συννοσηρότητα της σχιζοφρένειας και της κατάχρησης ουσιών (98). Επίσης, περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο κάθε άσκηση προσαρμόστηκε στον συγκεκριμένο πληθυσμό-δείγμα και με ποιον τρόπο έχει σχεδιαστεί προκειμένου να ενισχύει τα κίνητρα για μεταβολή καθώς και δέσμευση στη θεραπείας. Εξήντα μη νοσηλευόμενοι ασθενείς με συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και κατάχρησης ουσιών συμμετείχαν στη μελέτη. Πραγματοποιήθηκαν 12 συνεδρίες με συνεντεύξεις κινητοποίησης. Η κάθε συνεδρία ήταν προγραμματισμένη να έχει διάρκεια μεταξύ 20-30 λεπτά. Στις συνεδρίες γίνεται χρήση κλινικών αρχείων προκειμένου να γίνει κατανοητό πώς οι συνεντεύξεις κινητοποίησης (MI) προσαρμόζονται στα γνωστικά, κοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας. Τα αποτελέσματα οδήγησαν σε συστάσεις με ορισμένες να επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του είδους της παρέμβασης (98).

Η μελέτη των Chien και συνεργατών του, η οποία δημοσιεύτηκε το 2016 προβαίνει σε αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της συνέντευξης κινητοποίησης, βασισμένη στη θεραπεία προσκόλλησης για άτομα με σχιζοφρένεια. Ως μέθοδος αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή. Συμμετείχαν 134 μη νοσηλευόμενοι ασθενείς με σχιζοφρένεια, εκ των οποίων οι 67 συμμετείχαν σε 6 συνεδρίες προσκόλλησης εκτός των συνήθων θεραπειών και οι άλλοι 67 συμμετείχαν στη συνήθη θεραπεία. Η ομάδα που συμμετείχε στις θεραπείες προσκόλλησης κατέδειξε

μεγαλύτερη βελτίωση στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ($p<0.003$), μείωση διάρκειας επανεισαγωγών ($p<0.005$), ενώ ανταποκρίθηκε καλύτερα στη θεραπευτική θεραπεία ($p<0.005$) σε διάστημα 18 μηνών συγκριτικά με την ομάδα της συνήθους θεραπείας. Συμπερασματικά, η συνέντευξη κινητοποίησης βασισμένη στη θεραπεία προσκόλλησης δύναται να είναι αποτελεσματική για τα άτομα που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο της σχιζοφρένειας και δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή (99).

Ο Garcia-Portilla και οι συνεργάτες (2013) εξετάζουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια για να γίνει η διακοπή του καπνίσματος από ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε μελέτη παρακολούθησης στην Ισπανία, διάρκειας 9 μηνών και οι συμμετέχοντες ήταν αρχικά 82 ασθενείς μη νοσηλευόμενοι με σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική ή και διπολική διαταραχή. Ωστόσο, τελικά 78 ήταν ασθενείς που συμμετείχαν. Η θεραπεία αποτελούνταν από ένα πρόγραμμα ειδικά σχεδιασμένο από την ερευνητική ομάδα, για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και το οποίο πρόγραμμα περιλάμβανε δύο φάσεις. Αρχικά, έχουμε τη θεραπεία κινητοποίησης ανά εβδομάδα σε ατομικό επίπεδο με διάρκεια 4-12 εβδομάδες και η δεύτερη φάση αφορά σε 12 εβδομάδες. Αναλυτικότερα, σε κάθε επίσκεψη οι ασθενείς λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή (μία ή δύο εβδομάδων) με οδηγίες για τον τρόπο και τη συχνότητα χρήσης, ενώ παράλληλα συμμετείχαν σε ομάδα ψυχοθεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος. Η σημαντικότητα της έρευνας έγκειται στο υψηλό ποσοστό χρήσης καπνού από ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (100).

Στη μελέτη των Chien και συνεργατών το 2015 διερευνώνται οι επιδράσεις της συνέντευξης κινητοποίησης (MI) στην βελτίωση της προσκόλλησης στην φαρμακευτική αγωγή για τη σχιζοφρένεια, μέσω τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής σε διάστημα παρακολούθησης διάρκειας έξι μηνών. Στη μελέτη συμμετείχαν 114 άτομα με σχιζοφρένεια που μετά τον έλεγχο, χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες ($N_1=N_2=57$). Οπότε, η κάθε ομάδα συμμετείχε είτε στις 8 συνεδρίες με θεραπεία προσκόλλησης καθώς και συνήθη θεραπεία ή στη συνηθισμένη θεραπευτική παρέμβαση. Τελικά, τον έλεγχο ολοκλήρωσαν οι 110 συμμετέχοντες με τη δεύτερη ομάδα να είναι λιγότερο αποτελεσματική από την πρώτη, καθώς η πρώτη ομάδα εμφάνισε καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τον αριθμό

επανεισαγωγών και την προσκόλληση στην φαρμακευτική αγωγή. Συμπερασματικά, η συνέντευξη κινητοποίησης που έχει ως βάση της την προσκόλληση στη θεραπεία δύναται να είναι αποτελεσματική για άτομα με σχιζοφρένεια, καθώς μειώνεται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και οι επαναλαμβανόμενες νοσηλείες στο νοσοκομείο στα πλαίσια υποτροπής της νόσου (101).

Σκοπός της μελέτης μονής περίπτωσης (case study) των Makuuchi και συνεργατών το 2015 ήταν η εξέταση των θετικών αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων κινητοποίησης σε έναν ασθενή με σχιζοφρένεια και συνυπάρχουσα κατάχρηση αλκοόλ. Ο ασθενής, ηλικίας 42 ετών, νοσηλεύθηκε σε νοσοκομείο όπου βρέθηκε πως το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης ήταν 2,8 g/dL, λόγω έλλειψης φυλλικού οξέος. Γεγονός που εξηγείται από την κατάχρηση αλκοόλ και την μη κατανάλωση ισορροπημένων γευμάτων. Η εφαρμογή της συνέντευξης κινητοποίησης επέφερε θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς ώστε να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής (102). Αν και πρόκειται για μελέτη μονής περίπτωσης , εντούτοις αναφέρεται καθότι τα αποτελέσματα της MI φανήκαν σημαντικά.

Η μελέτη του Smeerdijk και των συνεργατών του, εξέτασε το κατά πόσο δύναται να επιτευχθεί η εκπαίδευση της συνέντευξης κινητοποίησης σε γονείς εφήβων με σχιζοφρένεια και παράλληλη χρήση κάνναβης. Η εκπαίδευση έλαβε χώρα σε ένα κέντρο ψυχικής υγείας και συμμετείχαν 97 γονείς. Με τυχαίο τρόπο , 53 εκ των 97 ακολούθησαν την συνέντευξη κινητοποίησης σε οικογενειακό επίπεδο και οι υπόλοιποι 44, την συνήθη οικογενειακή υποστήριξη που παρέχεται. Αφού πέρασαν τρεις μήνες από την ολοκλήρωση των ανωτέρω παρεμβάσεων, κρίθηκε σκόπιμο να σχηματιστεί μια πρώτη εικόνα των δεξιοτήτων των γονέων που συμμετείχαν στην παρέμβαση MI. Για να γίνει αυτό, συμμετείχαν ηθοποιοί που διαδραμάτισαν το ρόλο των παιδιών των γονέων και τελικά οι γονείς από τη συνέντευξη κινητοποίησης σε οικογενειακό επίπεδο βρέθηκε να παρουσιάζουν μεγαλύτερη προσκόλληση ($p = 0.03<0.05$), μεγαλύτερη εκφραστικότητα ενσυναίσθησης ($p = 0.01<0.05$). καθώς και επάρκεια MI ($p = 0.04<0.05$) συγκριτικά με τους γονείς που έδειξαν τη συνήθη οικογενειακή υποστήριξη. Επομένως, η συνέντευξη κινητοποίησης σε οικογενειακό πλαίσιο (Family Motivational Interview) αποτελεί όντως μια μέθοδο για την αύξηση των δεξιοτήτων MI στους γονείς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι

δεν απαιτείται επιπρόσθετη έρευνα προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονεά-παιδιού (103).

Ο κύριος στόχος της μελέτης των Drake και συνεργατών (2015) ήταν ο σχεδιασμός μιας παρέμβασης με τη χρήση συνέντευξης κινητοποίησης και την υπενθύμιση μέσω μηνυμάτων στο κινητό για τη λήψη φαρμάκων, προκειμένου να βελτιωθεί η προσκόλληση στη φαρμακευτική αγωγή μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Λήφθηκαν δεδομένα από 309 ασθενείς που ανταποκρίνονταν στα κριτήρια του DSM-IV για μη συναισθηματική ψύχωση (83% πρώτο επεισόδιο). Τα δεδομένα αυτά αναλύθηκαν ώστε να ελεγχθεί η υπόθεση πως η στάση απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή συσχετίζεται με την διορατικότητα και την αυτοεκτίμηση και η μεταβολή κάποιου από τα ανωτέρω, επηρεάζει και προκαλεί μεταβολή και στα υπόλοιπα (104). Η αξιολόγηση βασίστηκε στην κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg, την κλίμακα Insight Psychosis του Birchwood και την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (DAI). Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε μετά από διάστημα 6 εβδομάδων, 3 μηνών καθώς και 18 μηνών. Έγινε σύγκριση με μοντέλα δομικών εξισώσεων. Μετά την ανάλυση, βρέθηκε ότι οι μεταβλητές που καθορίζουν την συμπεριφορά σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή είναι η αυτοεκτίμηση και η στάση απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η μοντελοποίηση των δεδομένων απέδειξε ότι η παρέμβαση με τη χρήση συνέντευξης κινητοποίησης και την υπενθύμιση μέσω μηνυμάτων στο κινητό για τη λήψη φαρμάκων, δύναται να ενισχύσει την προσκόλληση χωρίς να υπάρχει αρνητική επίδραση (104).

Η μελέτη του Choi και συνεργατών (2016) εξετάζει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ενεργοποίησης κινήτρων και συμπεριφοράς (mBA) σε μια μη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη πιλοτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν άτομα με σχιζοφρένεια ήπιων έως μέτριων αρνητικών συμπτωμάτων που έλαβαν ψυχιατρική βοήθεια. Η ενεργοποίηση συμπεριφοράς (BA) έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική για την καταπολέμηση της κατάθλιψης και του άγχους σε ενήλικες με ποικίλες ψυχικές διαταραχές. Για την αντιμετώπιση της κυκλοθυμίας ή της έλλειψης κινήτρων προς θεραπεία έχει εφαρμοστεί η συνέντευξη κινητοποίησης (MI) και μάλιστα με επιτυχία. Στο σύνολο συμμετείχαν 73 άτομα με σχιζοφρένεια. Σαράντα επτά από τους

συμμετέχοντες τελικά έλαβαν μέρος σε παρέμβαση παρακινητικής και συμπεριφορικής ενεργοποίησης (mBA) μαζί με συνηθισμένη θεραπευτική παρέμβαση είτε μόνο σε συνηθισμένη θεραπευτική παρέμβαση (TAU) (105). Αναφορικά με την ομάδα που συμμετείχε στο TAU, η ομάδα που συμμετείχε στο mBA βρέθηκε να έχει ελαττώσει αρκετά τα αρνητικά συμπτώματα, ενώ η αξιολόγηση έγινε με τη χρήση της κλίμακας εκτίμησης Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS) και της Brief Negative Symptom Scale (BNSS). Οι συμμετέχοντες στην ομάδα mBA συγκριτικά με εκείνους της ομάδας TAU, έδειξαν βελτίωση στη μάθηση μέσω της όρασης καθώς και στη μνήμη. Σε άτομα με σχιζοφρένεια που λαμβάνουν τις συνήθεις μορφές ψυχιατρικής θεραπείας, το mBA δρα συμπληρωματικά για την αντιμετώπιση των ήπιων έως μέτριων αρνητικών συμπτωμάτων (105).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Fiszdon και συνεργατών (2016), η συνέντευξη κινητοποίησης χρησιμοποιείται για την αύξηση της γνωστικής αποκατάστασης στην σχιζοφρένεια. Πιο συγκεκριμένα, διεξήχθη τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη δοκιμή που στόχο είχε να διερευνήσει αν η συνέντευξη κινητοποίησης (MI) δύναται να χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση των κινήτρων και της προσκόλλησης που αποκτήθηκε από τη γνωστική αποκατάσταση. Το δείγμα αποτελούνταν αρχικά από 69 άτομα με ψυχωσικά συμπώματα, εκ των οποίων οι δύο αποχώρησαν με δική τους βούληση και άλλοι δύο δεν πληρούσαν τα κριτήρια. Από τους 64 μηη νοσηλευόμενους ασθενείς με σχιζοφρένεια, μέσω της τυχαιοποίησης, προέκυψε πως οι 33 συμμετείχαν στην παρέμβαση της συνέντευξης κινητοποίησης με 2 συνεδρίες στοχευμένες στη λειτουργική λειτουργία και οι 31 σε ομάδα ελέγχου που γινόταν εικονική συνέντευξη με στόχο την εκμάθηση και την ανατροφοδότηση. Σε αυτό το σημείο έγιναν 4 αποχωρήσεις και ως εκ τούτου, αναλύθηκαν 32 άτομα από όσους συμμετείχαν στην MI και 28 από την ομάδα ελέγχου. Έπειτα, όλοι οι συμμετέχοντες είχαν στη διάθεσή τους συνολικά 4 εβδομάδες κατά τη διάρκεια των οποίων είχαν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν έως και 10 συνεδρίες. Η συνέντευξη κινητοποίησης βρέθηκε να συσχετίζεται περισσότερο με την ενίσχυση των κινήτρων για συγκεκριμένα καθήκοντα που αφορούν στην εργασία καθώς και την αύξηση της συμμετοχής σε εκπαιδευτικά προγράμματα κατάρτισης (106).

Σκοπός της μελέτης των Methapatara και Srisuraponont (2011), ήταν ο σχεδιασμός και η εξέταση ενός προγράμματος για τους Ταϊλανδούς με σχιζοφρένεια που είναι και υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Η διάρκεια του προγράμματος ήταν 12 εβδομάδες και ακολουθήθηκε τυχαιοποιημένη, ανοιχτού τύπου, ελεγχόμενη δοκιμή σε ασθενείς με ήπια συμπτώματα σχιζοφρένειας και δείκτη μάζας τουλάχιστον 23kg/m2. Αυτή ήταν μια τυχαία, παράλληλη, ανοικτή, ελεγχόμενη δοκιμή σε ήπια αρρώστια σχιζοφρενική ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 23,0 kg / m2 ή περισσότερο. Κάθε συμμετέχων που συμμετείχε είτε στην παρέμβαση είτε στην ομάδα ελέγχου έλαβε ένα φυλλάδιο με τίτλο «Τι είναι ένας υγιεινός τρόπος ζωής;» 1η εβδομάδα του σχεδιασμένου προγράμματος περιλάμβανε πέντε συνεδρίες διάρκειας 1 ώρας η κάθε μια και μπορεί να αφορούσε είτε συνέντευξη κινητοποίησης, είτε ομαδική εκπαίδευση, στοχοθέτηση και εξάσκηση Πεζομέτρησης με Περπάτημα. Η ομάδα παρέμβασης ήταν η μόνη στην οποία δόθηκαν βηματοδότες. Οι μετρήσεις του βάρους, ύψους, δείκτη μάζας σώματος και περιφέρειας μέσης πραγματοποιήθηκαν στην αρχή, στην 4η εβδομάδα, στην 8η εβδομάδα και στην 12η εβδομάδα. Ως αρχικό αποτέλεσμα αυτής της δοκιμής παρατηρήθηκε η αλλαγή σωματικού βάρους την 4η εβδομάδα, την 8η εβδομάδα και την 12η εβδομάδα. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 64 άτομα. Οι 32 ήταν επιλέχθηκαν τυχαία για την συμμετοχή στην παρέμβαση και οι άλλοι 32 ομοίως για την ομάδα ελέγχου (107). Όλοι οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Η σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων παρουσιάστηκε κατά τη 12η εβδομάδα και αφορούσε τη μεταβολή του σωματικού βάρους την 12η εβδομάδα (P = 0,03). Τη συγκεκριμένη εβδομάδα, το σωματικό βάρος της ομάδας που συμμετείχε στην παρέμβαση συνέντευξης κινητοποίησης μειώθηκε σημαντικά συγκριτικά με την ομάδα του ελέγχου με μέση διαφορά 2,21kg (95% διάστημα εμπιστοσύνης στο 4.12-0.29). Συμπερασματικά, ο συνδυασμός αυξημένης σωματικής δραστηριότητας με Πεζόμετρο Περμάτημα καθώς και συνέντευξη κινητοποίησης δύναται να συνιστά αποτελεσματικό πρόγραμμα για τη μείωση σωματικού βάρους και του Δείκτη Μάζας Σώματος στους Ταϊλανδούς σχιζοφρενείς ασθενείς που είναι είτε παχύσαρκοι είτε υπέρβαροι (107).

Εν συνεχεία, στη μελέτη των Gill και συνεργατών (2015), εξετάζονται οι λόγοι για τη χρήση κάνναβης μεταξύ των νέων που χαρακτηρίζονται από εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο ψύχωσης (CHR) (105). Το δείγμα αποτελείται από 102 ασθενείς με εξαιρετικά

υψηλό κίνδυνο ψύχωσης (CHR), εκ των οποίων οι 24 (23% του δείγματος) ενέκριναν τη χρήση κάνναβης και ερωτήθηκαν ως προς τους λόγους χρήσης, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα που προηγουμένως χορηγήθηκε σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (48). Μέλη της ομάδας κινδύνου ανήκαν τόσο στην εφηβεία όσο και στην ηλικία των είκοσι. Το 75% ήταν άνδρες, από διαφορετικές εθνικότητες και το ένα τρίτο περίπου του δείγματος λάμβανε συνταγογραφούμενα ψυχιατρικά φάρμακα (κατά κύριο λόγο αντικαταθλιπτικά). Αυτοί οι 24 συμμετέχοντες συμμετείχαν σε Δομημένη Συνέντευξη για Προδρομικά Σύνδρομα/Κλίμακα Προδρόμων Συμπτωμάτων (SIPS/SOPS). Η υπόθεση για το κύριο κίνητρο αφορούσε τη βελτίωση της διάθεσης που σχετίζεται με την ανηδονία. Έγινε αξιολόγηση της "αυτοφαρμακευτικής αγωγής" εξετάζοντας εάν το κίνητρο για την ανακούφιση των συμπτωμάτων σχετίζεται με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Η σειρά με την οποία απαντήθηκαν οι λόγοι χρήσης της κάνναβης σε ασθενείς με CHR ήταν παρόμοια με εκείνη των ασθενών με σχιζοφρένεια. Πρωταρχικοί λόγοι αποτέλεσαν η βελτίωση της διάθεσης και τα κοινωνικά κίνητρα, ενώ η απάντηση χρήσης κάνναβης για ανακούφιση των συμπτωμάτων ήταν λιγότερο κοινή. Το κίνητρο για τη βελτίωση της διάθεσης συσχετιζόταν με την ανηδονία. Το κίνητρο για την ανακούφιση των συμπτωμάτων φάνηκε πως δεν είχε σχέση με την ταυτόχρονη σοβαρότητα των συμπτωμάτων θετικού και άγχους. Συμπερασματικά, όπως και στη σχιζοφρένεια, οι ασθενείς με CHR χρησιμοποιούν κυρίως κάνναβη για τη βελτίωση της διάθεσης. Τα αρνητικά συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν τη χρήση κάνναβης στη σχιζοφρένεια και οι επικινδυνότητα καταστάσεων μπορεί να επιδεινώσουν τα θετικά συμπτώματα. Αντίθετα, οι ασθενείς με CHR δεν αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν κάνναβη για να «αυτοθεραπεύσουν» τα αναδυόμενα θετικά συμπτώματα (108).

Η μελέτη των Fischer (2015) εξετάζει τα μέτρα λήψης κινδύνου και αποφάσεων σε άτομα με ή χωρίς σχιζοφρένεια με συνυπάρχουσα ή όχι εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης. Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από άτομα με σχιζοφρένεια (n = 24), άτομα με εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης (n = 23), άτομα με σχιζοφρένεια και συνυπάρχουσα εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης (n = 18) καθώς και από κλινικά υγιείς (n = 24). Συμμετείχαν σε αξιολογήσεις για τη λήψη αποφάσεων με βάση τον κίνδυνο, τη στάση στα τυχερά παιχνίδια, σε γνωστικές αξιολογήσεις καθώς και σε αξιολογήσεις εθισμού. Αυτή η έκθεση παρουσιάζει αυτοξιολογήσεις για τον αυτοέλεγχο, τη

αισιοδοξία, την παρορμητικότητα και τη συμπεριφορά στον κίνδυνο. Αναφορικά με τις αυτοαξιολογήσεις οι βαθμολογίες για τον αυτοέλεγχο και την παρορμητικότητα, ήταν μεταξύ των συμμετεχόντων με σχιζοφρένεια και συνυπάρχουσα εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης και εκείνων που είχαν μόνο εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης ή μόνο σχιζοφρένεια. Δεν υπήρχαν ομαδικές διαφορές όσον αφορά τις αξιολογήσεις αισιοδοξίας. Η συμπεριφορά τους στη λήψη αποφάσεων απέναντι στον κίνδυνο (BART), προσέγγιζε λιγότερο τους συμμετέχοντες με σχιζοφρένεια και περισσότερο τους συμμετέχοντες που παρουσίαζαν μόνο εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης ή που ανήκαν στους υγιείς. Συμπερασματικά, τα άτομα με σχιζοφρένεια και συνυπάρχουσα εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης δύναται να αποτελούν μια μοναδική ομάδα από την άποψη της αντίληψης κινδύνου και της ανάληψης κινδύνου. Αυτό έχει επιπτώσεις στις παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί για να επηρεάσουν τις συμπεριφορές της υγείας, όπως η συνέντευξη κινητοποίησης (109).

Στόχος της μελέτης των Jose M. Trigo και συνεργατών (2016) είναι η διερεύνηση μιας σειράς περιπτώσεων σχετικά με το Sativex και τη στρατηγική πρόληψης της συμπεριφοράς-υποτροπής ως θεραπεία για την εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης. Πιο συγκεκριμένα, εκτιμήθηκε η χρήση δοσολογιών του συνδυασμού Sativex (1: 1, Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη (THC) / κανναβιδιόλη (CBD)) ως παρέμβαση χρησιμοποιήθηκε η Θεραπεία Ενίσχυσης Κινήτρου και Θεραπείας Γνωστικής Συμπεριφοράς (MET/CBT) για την εξάρτηση από τη χρήση κάνναβης. Στους 5 συμμετέχοντες με κριτήρια DSM-IV, χορηγήθηκε Sativex (μέχρι 113,4 THC / 105 mg CBD) και σε εβδομαδιαία βάση συμμετείχαν στη Θεραπεία Ενίσχυσης Κινήτρου και Θεραπεία Γνωστικής Συμπεριφοράς (MET/CBT) με παρακολούθηση για 3 μήνες. Το Sativex βρέθηκε ότι είναι ανεκτό από όλους τους συμμετέχοντες (μέση δόση 77,5 THC / 71,7 mg CBD). Η χρήση κάνναβης μειώθηκε χωρίς σημαντική αύξηση της διακοπής. Η ανάγκη για φαγητό αυξήθηκε κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων εβδομάδων ωστόσο σταδιακά επέστρεψαν στα βασικά επίπεδα από την τρίτη εβδομάδα θεραπείας. Η συγκέντρωση των μεταβολιτών THC / CBD έδειξε μειωμένη χρήση κάνναβης και συμμόρφωση με τα φάρμακα (110).

Κατά αντιστοιχία, ο σκοπός της μελέτης των Dwinger και συνεργατών (2013) είναι η αξιολόγηση βάσει τηλεφωνικής συμβουλετικής για την παρακολούθηση της

υγείας χρόνιων ασθενών στη Γερμανία. Πραγματοποιείται τυχαιοποιημένη ομάδα ελέγχου και συγκρίνονται οι επιπτώσεις αυτής της περίπτωσης για διάστημα 4 ετών. Τα δεδομένα συλλέγονται κατά την έναρξη και μετά από 12, 24 και 36 μήνες. Οι ασθενείς επιλέγονται επειδή πάσχουν από τις ακόλουθες χρόνιες ασθένειες: διαβήτης, στεφανιαία νόσο, άσθμα, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια (111). Η παρέμβαση διεξάγεται από εκπαιδευμένους στην ΜΙ νοσηλευτές που απασχολούνται από νόμιμη γερμανική ασφάλιση υγείας. Η συχνότητα και τα θέματα της παρακολούθησης υγείας που γίνεται μέσω τηλεφώνου είναι φυσικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες και την κατάσταση των ασθενών και γίνεται στο πλαίσιο της συνέντευξης κινητοποίησης και της από κοινού λήψη αποφάσεων. Περίπου 12.000 συμμετέχοντες εγγράφηκαν και τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδες παρέμβασης και ελέγχου. Το κύριο αποτέλεσμα αφορά στο διάστημα μέχρι την επανεισαγωγή στο νοσοκομείο εντός δύο ετών μετά την εγγραφή στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και επόμενα αποτελέσματα είναι οι ενδεχόμενες αλλαγές στην ποιότητα ζωής, την κατάθλιψη και το άγχος και βαθμολογίες που προκύπτουν ανάλογα των ερωτηματολογίων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου που υιοθετεί της αρχές της ΜΙ δύναται να είναι αποδοτική στην προσκόλληση των ασθενών στην θεραπευτική τους αγωγή ώστε να αποσυμφορήσει τα κέντρα υγείας (111).

Στη μελέτη των Barkhof και συνεργατών (2013) διερευνάται η επίδραση της συνέντευξης κινητοποίησης με στόχο τη διατήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και νοσηλείας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια πολλαπλών επεισοδίων. Πραγματοποιήθηκε τυχαιοποιημένη ομάδα ελέγχου με 114 ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν ψυχωτικό επεισόδιο εξαιτίας μη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή τον περασμένο χρόνο. Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος είτε σε προσαρμοσμένη συνέντευξη κινητοποίησης είτε παρεμβάσεις ελέγχου και εκπαίδευσης για την υγεία. Και οι δύο παρεμβάσεις αποτελούνταν από 5-8 συνεδρίες, στις οποίες οι ασθενείς έλαβαν και τη συνήθη θεραπευτική παρέμβαση. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη, στους 6 μήνες και 12 μήνες παρακολούθησης (112). Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η συνέντευξη κινητοποίησης δεν βελτίωσε τη διατήρηση της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς που δεν ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή αυστηρά και επίσης εμφάνισαν υποτροπή ψυχωτικού επεισοδίου. Ωστόσο, η ΜΙ είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηλείας στις

γυναίκες (9% έναντι 63%, P = 0.041<0.05), σε όσους δεν έκαναν χρήση κάνναβης (20% έναντι 53%, P=0.041<0.05), σε ασθενείς νεότερης ηλικίας (14% έναντι 50%, P = 0.012<0.05) και σε ασθενείς με ασθένειες μικρότερης διάρκειας (14% έναντι 42%, P = 0.040<0.05). Συμπερασματικά, η χρήση της συνέντευξης κινητοποίησης σε συγκεκριμένες ομάδες είναι πιθανό να είναι αποδοτική για τη βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής (112).

Σκοπός της μελέτης του Marshall και συνεργατών (2015) ήταν η διερεύνηση του προγράμματος HELPER που αφορούσε στην Υγιεινή Διαβίωση και Πρόληψη της Πρώιμης Υποτροπής. Πραγματοποιούνται τρεις διερευνητικές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές για το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης. Πιο συγκεκριμένα, έλαβαν χώρα δύο διερευνητικές παρεμβάσεις και μία συνήθη. Η δοκιμή IMPACT περιελάμβανε 61 ασθενείς που βρίσκονταν σε αναμονή για τη γνωστική θεραπεία, με τους 31 τυχαιοποιημένα να συμμετέχουν για λήψη CR και οι υπόλοιποι 30 κατόπιν τυχαιοποίησης, συμμετείχαν στην ομάδα κοινωνικής επαφής. Στη δοκιμή InterACT, συμμετείχαν 105 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 54 τυχαιοποιήθηκαν για την ομάδα της υγιεινής διαβίωσης και 51 τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα συνήθους θεραπείας (TAU). Στη δοκιμή ReCAP συμμετείχαν 110 άτομα, εκ των οποίων οι n = 38 ανήκαν στη θεραπεία που ήταν σύντομης διάρκειας, οι n = 37 σε θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας και οι n=35 στη συνήθη θεραπεία (TAU) (113).

Στην έρευνα του Barrowclough και συνεργατών (2010) μελετάται με τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή η ολοκληρωμένη συνέντευξη κινητοποίησης και γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για άτομα με ψύχωση και σύνδρομο κατάχρηση ουσιών. Η δοκιμή λαμβάνει χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο και συμμετέχουν 327 ασθενείς με κλινική διάγνωση τη σχιζοφρένεια, τη σχιζοφρενική διαταραχή, ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή καθώς και την διάγνωση εξάρτησης ή κατάχρησης ναρκωτικών, οινοπνεύματος ή και των δύο σύμφωνα με το DSM-IV. Η παρέμβαση περιελάμβανε τη συνέντευξη κινητοποίησης, τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και τη συνήθη θεραπεία(114). Η πρώτη φάση της θεραπείας αφορά την εμπλοκή του ασθενούς, τη διερεύνηση και την επίλυση της αμφιθυμίας για την αλλαγή στη χρήση ουσιών. Η δεύτερη φάση αφορά στη δράση και υποστηρίζει την αλλαγή

χρησιμοποιώντας γνωστικές συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Στο διάστημα ενός έτους πραγματοποιήθηκαν μέχρι και 26 συνεδρίες. Το κύριο αποτέλεσμα ήταν ο θάνατος από οποιαδήποτε αιτία ή νοσηλεία στο νοσοκομείο στους πρώτους 12 μήνες αφού είχε ολοκληρωθεί η θεραπεία. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα αφορούσαν στη συχνότητα και την ποσότητα χρήσης ουσιών, αντιληπτικές αρνητικές συνέπειες της χρήσης, τον αριθμό και τη διάρκεια των υποτροπών ψυχωτικών επεισοδίων και της επιθυμίας να βλάψει ο συμμετέχον τον εαυτό του εσκεμμένα εντός 12 και 24 μηνών. Οι 164 εκ των 327 συμμετεχόντων κατόπιν τυχαιοποιημένου ελέγχου, συμμετείχαν στην παρέμβαση συνέντευξης κινητοποίησης και οι υπόλοιποι 163 στη συνήθη θεραπεία. Εντός 2 ετών αξιολογήθηκαν οι 326 (99,7% του δείγματος) για το πρωτεύον αποτέλεσμα που αναφέραμε ανωτέρω και οι 246 (75,2% του δείγματος) αξιολογήθηκαν στα δευτερεύοντα αποτελέσματα(114). Η θεραπεία δεν είχε ευεργετική επίδραση στις νοσηλείες ή στον θάνατο κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, με 23,3% (38/163) της ομάδας θεραπείας MI και 20,2% (33/163) των ελέγχων. Η θεραπεία δεν είχε καμία επίδραση στη συχνότητα εμφάνισης της χρήσης ουσιών ή στις αντιληπτές αρνητικές συνέπειές της, αλλά βρέθηκε ότι είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στην ποσότητα που χρησιμοποιείται ανά ουσία ανά ημέρα. Επιπλέον, η θεραπεία είχε στατιστικά σημαντική επίδραση για την ετοιμότητα αλλαγής χρήσης στους πρώτους 12 μήνες. Δεν βρέθηκαν επιδράσεις της θεραπείας σε κλινικά αποτελέσματα, όπως οι υποτροπές και τα ψυχωτικά συμπτώματα. Συμπερασματικά, οι συνεντεύξεις κινητοποίησης και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για άτομα με ψύχωση και η κατάχρηση ουσιών δεν βελτιώνουν το αποτέλεσμα για παράδειγμα σχετικά με τη νοσηλεία, τα συμπτώματα, ή λειτουργικές ικανότητες. Η προσέγγιση αυτή μειώνει την ποσότητα της χρησιμοποιούμενης ουσίας για τουλάχιστον ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (114).

Στην μελέτη του Dobber και των συνεργατών του, η οποία δημοσιεύθηκε το 2018, διερευνήθηκε διεξοδικά το κατά πόσον η συνέντευξη κινητοποίησης (MI) συνιστά αποτελεσματική παρέμβαση για τη βελτίωση της συμμόρφωσης ασθενών με σχιζοφρένεια με την θεραπεία και συγκεκριμένα την προσκόλληση στα φάρμακα (115). Στην παρούσα εμπειρική μελέτη οι ερευνητές πραγματοποίησαν μια ποιοτική πολλαπλή περιπτωσιολογική μελέτη (case series) στην οποία έγινε αξιολόγηση των συνεδριών MI και εν συνεχεία ανάλυση της διαδικασίας αλληλεπίδρασης που επηρεάζει τα κίνητρα σε

ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μελετήθηκαν συνολικά δεκατέσσερις περιπτώσεις ασθενών ηλικίας 21-50 ετών, με σχιζοφρένεια που εμφάνισαν πρόσφατα ψυχωσική υποτροπή μετά από φαρμακευτική αγωγή - μη προσκόλληση. Στην παρούσα μελέτη συμμετείχε σύσσωμη η ομάδα επιστημόνων ψυχικής υγείας, περιλαμβανομένων ενός ψυχιάτρου, ενός ψυχολόγου και τριών νοσηλευτών εξειδικευμένων στην ψυχική υγεία. Στις πρώτες συνεδρίες ΜΙ, οι ασθενείς εξέφρασαν ανοιχτά στον κλινικό τις νοοτροπίες τους για τη φαρμακευτική αγωγή . Στην συνέχεια, οι κλινικοί-ερευνητές χρησιμοποιήσανε αυτές τις γνωστικές ικανότητες για να ανιχνεύσουνε τα διαφορετικά μοτίβα των ασθενών και την αμφισημία κατά τη διάρκεια της παρέμβασης του ΜΙ. Με βάση λοιπόν τις εκφρασμένες απόψεις των ασθενών σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή , οι ερευνητές βρήκανε τέσσερα διαφορετικά πρότυπα που διατύπωναν την άποψη του ασθενούς. Πιο αναλυτικά φάνηκε ότι κάποιοι ασθενείς α) υποστηρίζουν την διεργασία κινητοποίησης για να επιτύχουν την συμμόρφωση με την αγωγή τους, β) αυτοί που προβάλλουν επιχειρήματα για να διακόψουν την αγωγή τους, γ) αυτοί που παρουσιάζουν αμφιβολίες και τέλος δ) ασθενείς με διαφορετικές θεωρήσεις. Ακολούθησαν άλλες οκτώ συνεδρίες ΜΙ για έκαστο ασθενή, οι οποίες και ηχογραφούνταν για να προσλαμβάνουν κρίσιμες πληροφορίες ανατροφοδότησης οι θεραπευτές. Επιπλέον, οι ερευνητές εντόπισαν τρεις παράγοντες επιτυχίας της παρέμβασης, οι οποίοι και είναι: η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενούς και θεραπευτή, η ικανότητα του θεραπευτή να προσαρμόσει ΜΙ-στρατηγική του για έκαστο ασθενή καθώς και η συσχέτιση των αξιών έκαστου ασθενή με την μακροχρόνια προσήλωση στην φαρμακευτική αγωγή. Σύμφωνα λοιπόν με την μελέτη, η συνέντευξη κινητοποίησης (ΜΙ) σχετίζεται άμεσα με την βελτίωση της συμμόρφωσης στην αγωγή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια . Η επιτυχία της ΜΙ ως παρέμβασης, για τη φαρμακευτική προσήλωση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια φαίνεται ότι μπορεί να εξηγηθεί από τους τρεις προαναφερθέντες καλά καθορισμένους παράγοντες επιτυχίας. Με άλλα λόγια, η προσκόλληση μπορεί να βελτιωθεί εάν οι θεραπευτές θεωρούν αυτούς τους παράγοντες κατά τη διάρκεια συνεδριών ΜΙ (115).

Αναφορικά στην εφαρμογή της συνέντευξης κινητοποίησης σε ασθενείς με ψυχωσικά επεισόδια και ταυτόχρονη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ενδιαφέρουσα κρίνεται η μελέτη του Bonsack και των συνεργατών του, η οποία και δημοσιεύθηκε το 2007. Στην εμπειρική αυτήν πιλοτική μελέτη, η παρέμβασή που χρησιμοποιείται από

τους ερευνητές είναι για άλλη μια φορά η συνέντευξη κινητοποιήσης MI σε συνδυασμό με την standard ψυχολογική υποστήριξη εκπαιδευτικού χαρακτήρα (TAU), σε ασθενείς με κατάχρηση κάνναβης και ψύχωση, με στόχο την ανάπτυξη της διορατικότητας σχετικά με τις πιθανές συνέπειες της κατάχρησης κάνναβης. Τελικά έγινε η αξιολόγηση της εφαρμοσιμότητας και αποτελεσματικότητας της MI μέσω ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς (116). Οι βασικές αρχές της συνέντευξης κινητοποίησης που χρησιμοποιήθηκαν για άλλη μια φορά είναι: α) η ταυτόχρονη αντιμετώπιση ζητημάτων που σχετίζονται με την ψύχωση και την κάνναβη, β) να λαμβάνει υπόψη τη γνωστική δυσλειτουργία που σχετίζεται με την ασθένεια και τη θεραπεία, γ) την προσαρμογή των τεχνικών της αντανακλαστικής ακρόασης και δ) να διαρθρώνουν τη συνέντευξη μέσω συχνών περιλήψεων και εξετάζοντας διαδοχικά τις θετικές και αρνητικές πτυχές της κάνναβης. Η παρέμβαση αποτελείται από τέσσερις συνεδρίες: α) δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς και αξιολόγηση του ποσοστού κατάχρησης κάνναβης, β) ανάπτυξη κινήτρων για αλλαγή με την αύξηση των αντιφάσεων μεταξύ των επιβεβαιώσεων του ασθενούς , γ) καθορισμός στόχων ανάλογα με το επίπεδο των κινήτρων για αλλαγή και εν τέλει δ) προσαρμογή της επακόλουθης παρέμβασης ανάλογα με το βαθμό της κινητοποίησης για αλλαγή. Η μελέτη δείχνει ότι η MI συνιστά μια μέθοδο επιθυμητή από τους ασθενείς που πάσχουν από ψύχωση και έχει βραχυπρόθεσμο αντίκτυπο στη χρήση κάνναβης όταν προστίθεται στην κανονική περίθαλψη, όπως φάνηκε σε 100% των ασθενών σε Follow-up στους 3 και τους 6μήνες κατόπιν ολοκλήρωσης των 4 συνεδριών MI. Η αξιολόγηση της ελάττωσης κατανάλωσης κάνναβης υπολογίσθηκε από τον αριθμό των τσιγάρων που κατανάλωσαν οι ασθενείς της μελέτης με ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς. Ωστόσο, η διαφορική επίδραση δεν διατηρήθηκε με την παρακολούθηση ενός έτους. Η MI φαίνεται ότι αποτελεί χρήσιμο ενεργό στοιχείο για τη μείωση της χρήσης κάνναβης, το οποίο πρέπει να ενσωματωθεί στην κλινική πρακτική ρουτίνας. Αν και τα αποτελέσματα αυτής της πιλοτικής μελέτης σε δείγμα τριάντα ασθενών ηλικίας 18-35 χρόνων, είναι ελπιδοφόρα, εντούτοις, κρίνεται αναγκαία η περεταίρω διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της συνέντευξης κινητοποίησης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια για την προσήλωση στην αγωγή και κυρίως την διακοπή ή τον περιορισμό της κατανάλωσης κάνναβης (116).

Παρόμοια είναι και η μελέτη του Smeerdijk και των συνεργατών του, η οποία δημοσιεύτηκε το 2015. Πρόκειται για τυφλή τυχαιοποιημένη δοκιμή, στην οποία οικογένειες εφήβων με σχιζοφρένεια έλαβαν την παρέμβαση οικογενειακής συνέντευξης κινητοποίησης (Family MI- FMI) ή απλά ψυχολογική υποστήριξη από τους κλινικούς-ερευνητές. Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν να διερευνηθεί το κατά πόσον η FMI δύναται να βοηθήσει νέους με πρόσφατη εκδήλωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας να συμμορφωθούν στην διακοπή της ταυτόχρονης επιβλαβούς κατανάλωσης ινδικής κάνναβης μέσα από την εκπαίδευση όχι μόνο αυτών αλλά και των γονιών τους (117). Πραγματοποιήθηκε μια τυφλή δοκιμή με 75 έφηβους ασθενείς που λάμβαναν φαρμακευτική θεραπεία για πρόσφατη εκδήλωση σχιζοφρένειας αλλά και σε 97 ενδιαφερόμενους γονείς που τοποθετήθηκαν τυχαία σε FMI ή απλά σε ψυχολογική υποστήριξη. Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη αλλά και στους 3 και στους 15 μήνες μετά την ολοκλήρωση των παρεμβάσεων. Οι αναλύσεις διεξήχθησαν σε βάση πρόθεσης για θεραπεία με τη χρήση μοντέλων παλινδρόμησης μικτού αποτελέσματος. Από τη βασική γραμμή έως την παρακολούθηση των 15 μηνών , υπήρξε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση του FMI σε σύγκριση με την ψυχολογική υποστήριξη, στην ποσότητα των ασθενών ($p = 0,01$) και τη συχνότητα χρήσης ($p <0,01$) της κάνναβης . Η επιθυμία των ασθενών για χρήση κάνναβης ήταν επίσης σημαντικά χαμηλότερη στο FMI σε μέτρηση στους 15 μήνες παρακολούθησης ($p <0,01$). Και οι δύο ομάδες βελτιώθηκαν στη γονική δυσφορία και την αίσθηση του φορτίου. Ωστόσο, μόνο η αξιολόγηση των συμπτωμάτων των ασθενών από τους γονείς του FMI έδειξε περαιτέρω βελτίωση κατά την παρακολούθηση των 15 μηνών ($p <0,05$). Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη σταθερή αποτελεσματικότητα του FMI στη μείωση της χρήσης κάνναβης σε ασθενείς με πρόσφατη εκδήλωση σχιζοφρένειας σε 15 μήνες παρακολούθησης(117).

Στην μελέτη του Beckdolf και των συνεργατών αυτού (2012), διερευνάται η αποτελεσματικότητα της χρήσης της MI ως θεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατανάλωση επιβλαβών εξαρτησιογόνων ουσιών. Για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία, η παρούσα μελέτη συγκρίνει την αποτελεσματικότητα εφαρμογής τεσσάρων συνεδριών MI και τεσσάρων συνεδριών υποστηρικτικής θεραπείας (ST). Οι ερευνητές αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της MI και της ST μέσα από την

συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή που επιδεικνύουν οι ασθενείς. Στην τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή αυτή, συνολικά 60 ασθενείς με σχιζοφρένεια και διαταραχές της χρήσης ουσιών, τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ξεχωριστές ομάδες για να λάβουν είτε τέσσερις συνεδρίες MI είτε τέσσερις συνεδρίες ST. Οι αποκρυπτογραφημένες αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη της θεραπείας, μετά τη θεραπεία και την παρακολούθηση 3 και 6 μηνών. Το ολοκληρωμένο πρόγραμμα έγινε σε εξωνοσοκομειακή βάση. Το 70,0% των ασθενών παρακολούθησε MI (n = 30) και το 40,0% των ασθενών ST (n = 30, p = 0,020). Δεν υπήρξαν διαφορές όσον αφορά τη δευτερογενή έκβαση μεταξύ ομάδων MI και ST. Χαρακτηριστικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι η ενσωμάτωση της βραχυπρόθεσμης εφαρμογής MI για άτομα με ψύχωση και κατάχρηση ουσιών θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά τις πιθανότητες των ασθενών να συμμορφωθούν με την θεραπευτική αγωγή (118).

Στην εμπειρική μελέτη του Kavanagh και των συνεργατών του στην Ιατρική Σχολή του Κούινσλαντ της Αυστραλίας σε συνεργασία με το Κέντρο Μελέτης για τη Σχιζοφρένεια (2004), διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα ψυχολογικών παρεμβάσεων, περιλαμβανομένης και της MI σε πληθυσμό ασθενών με σχιζοφρένεια και κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών (119). Αναλυτικότερα, στην παρούσα πιλοτική μελέτη σύντομης παρέμβασης του Πανεπιστημίου, αναφορικά σε κατάχρηση ουσιών στην πρώιμη ψύχωση, συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης (MI) με την σταθερά παρεχόμενη ψυχολογική υποστήριξη-φροντίδα (SC). Στην μελέτη λοιπόν, είκοσι πέντε ασθενείς ηλικίας 18-35 ετών με πρώιμη ψύχωση και τρέχουσα επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση οπιοειδών φαρμάκων χωρίσθηκαν τυχαία στην ομάδα παρέμβασης (MI) και στην ομάδα σύγκρισης (SC). Η χρήση ουσιών και τα συναφή προβλήματα εκτιμήθηκαν κατά την έναρξη, στις 6 εβδομάδες και στους 3, 6 και 12 μήνες. Οι τελικές εκτιμήσεις ήταν τυφλές. Όλοι οι 13 συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης που προχώρησαν σε κινητοποίηση συνεντεύξεων ανέφεραν λιγότερη χρήση ουσιών σε 6 μήνες, σε σύγκριση με 58% μόνο σε SC. Οι επιδράσεις της MI αδιατηρήθηκαν καλά σε 12 μήνες. Ωστόσο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης έζησαν με συγγενή ή συνεργάτη, και αυτό συνδέθηκε επίσης με καλύτερα αποτελέσματα. Όπως διαπιστώθηκε και από τους ερευνητές του Πανεπιστημίου, περαιτέρω έρευνα θα αυξήσει

το μέγεθος του δείγματος και θα αντιμετωπίσει τόσο τη δέσμευση όσο και τις πιθανές συγχύσεις (119).

Σε μια αντίστοιχη τυχαιοποιημένη μελέτη, ο Bellack και οι συνεργάτες αυτού το 2006, επιστράτευσαν και εν συνεχεία αξιολόγησαν μια σειρά από ψυχοθεραπευτικές μεθόδους (BTSAS), περιλαμβανομένης της συνέντευξης κινητοποίησης σε ασθενείς με βαριά ψυχικά νοσήματα, περιλαμβανομένης της σχιζοφρένειας με σκοπό την διακοπή της κατανάλωσης ναρκωτικών όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη και η ηρωίνη (120). Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες ασθενείς ταξινομήθηκαν τυχαία σε δύο διαφορετικές ομάδες. Η ομάδα παρέμβασης έλαβε 6 μήνες συμπεριφορικής θεραπείας για βαρέως ψυχικά πάσχοντες με εξάρτηση BTSAS(περιλαμβανομένης της μεθόδου MI) ενώ η ομάδα ελέγχου την κοινή υποστηρικτική θεραπεία για αποκατάσταση εθισμού (STAR). Η θεραπεία και στις δύο περιπτώσεις διεξήχθη σε κοινοτικές κλινικές μη νοσοκομειακών ασθενών και σε ιατρικό κέντρο βετεράνων. Η θεραπεία γινόταν σε μικρά group 4 με 6 ασθενών, 2φορές έκαστη εβδομάδα για χρονικό διάστημα 6 μηνών. Οι συμμετέχοντες ήταν 129 σταθεροποιημένοι μη νοσοκομειακοί ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια DSM για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά (κοκαΐνη, ηρωίνη ή κάνναβη) και σοβαρή ψυχική ασθένεια: 39,5% πληρούσαν κριτήρια DSM-IV για σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, οι 55,8%, για μείζονες συναισθηματικές διαταραχές και τα υπόλοιπα πληρούσαν κριτήρια για σοβαρές και επίμονες ψυχικές ασθένειες και άλλες διαταραχές του Άξονα I. Αμφότερες οι μορφές θεραπείας χορηγήθηκαν από εκπαιδευμένους στις τρέχουσες παρεμβάσεις επαγγελματίες υγείας σε μικρές ομάδες, δύο φορές την εβδομάδα για 6 μήνες. Το πρόγραμμα παρέμβασης είναι ένας συνδυασμός ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που περιλαμβάνει της συνέντευξη κινητοποίησης και την κατάρτιση κοινωνικών δεξιοτήτων στα πλαίσια συμπεριφορικής θεραπείας (BTSAS). Στην ομάδα ελέγχου πάλι, εφαρμόσθηκε μια υποστηρικτική θεραπεία υπό μορφή συζήτησης σε ομάδα (STAR). Το κύριο μέτρο έκβασης ήταν τα αποτελέσματα της ανάλυσης ούρων από συνεδρίες θεραπείας δύο φορές την εβδομάδα για να αποκαλυφθεί η κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών ή όχι. Η ανάλυση ούρων ξεκίνησε στην τρίτη συνεδρία και επαναλήφθηκε στις 4, 8 εβδομάδες και ξανά στους 6 μήνες με την ολοκλήρωση της αγωγής. Όσον αφορά στα αποτελέσματα, φάνηκε ότι η θεραπεία στην ομάδα παρέμβασης ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική από αυτήν της ομάδας ελέγχου

ως ποσοστό των καθαρών αποτελεσμάτων των εξετάσεων ούρων, της επιβίωσης κατά τη θεραπεία και της παρακολούθησης των συνεδριών. Η διαφορά αυτή φάνηκε και στατιστικά σημαντική (χ^2: 6.88; P:.009). Τέλος, φάνηκε πώς ο κίνδυνος υποτροπής είναι διπλάσιος στους ασθενείς που λαμβάνουν την θεραπευτική μέθοδο STAR έναντι όσων ήταν στην ομάδα BTSAS. Το πρόγραμμα της ομάδας ελέγχου είχε επίσης σημαντικές επιπτώσεις στις σημαντικές κοινοτικές μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλείας, στα διαθέσιμα για έξοδα διαμονής και βέβαια στην ποιότητα ζωής (120).

Επιπρόσθετα, σε εμπειρική πιλοτική μελέτη του Graeber και των συνεργατών του το 2003 διερευνήθηκε για άλλη μια φορά η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της συνέντευξης κινητοποίησης (MI) ως ψυχοθεραπευτικής μεθόδου σε σχιζοφρενείς ασθενείς με κατανάλωση αλκοόλ. Η αποτελεσματικότητα της MI σε αυτούς τους ασθενείς τέθηκε σε σύγκριση με συνεδρίες εκπαίδευσης των πασχόντων για αποχή από την υπερκατανάλωση αλκοολούχων (121). Πιο αναλυτικά, δείγμα 29 άρρενων ασθενών και μόλις μιας γυναίκας ασθενούς, διαμοιράσθηκε τυχαία σε δύο ομάδες δεκαπέντε ατόμων. Η ομάδα ελέγχου λάμβανε μονόωρες εκπαιδευτικές συνεδρίες για ένα μήνα, τρεις φορές έκαστη βδομάδα, ενώ η ομάδα παρέμβασης, λάμβανε θεραπεία MI διάρκειας μιας ώρας για το ίδιο χρονικό διάστημα. Η αξιολόγηση των μεθόδων υποστήριξης των πασχόντων, γινόταν με την χρήση ερωτηματολογίου αναφορικά στην κατανάλωση αλκοόλ (ημέρες και ποσότητα) στις 4, 8 και 24 εβδομάδες αντίστοιχα κατόπιν λήξης των θεραπευτικών συνεδριών. Η έρευνα κατέδειξε ότι η συνέντευξη κινητοποίησης σαν θεραπευτική μέθοδος υποστήριξης ασθενών με σχιζοφρένεια στην προσπάθεια διακοπής της κατάχρησης αλκοόλ συνιστά επαρκή θεραπευτική παρέμβαση. Το παρόν υποστηρίζεται από το γεγονός ότι και οι 15 ασθενείς της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν επιβλαβή ή και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλης για το χρονικό διάστημα 6 μηνών. Χαρακτηριστικά, ενώ αρχικά παρατηρούταν κατάχρηση αλκοόλ σε όλες τις μέρες της εβδομάδας από τους ασθενείς της ομάδας παρέμβασης, στην $4^{η}$ εβδομάδα η κατανάλωση περιορίστηκε κατά μέσο όρο σε 4.60 μέρες , 5.87 σε 8 εβδομάδες και 3.10 στις 24 εβδομάδες με $p < .01$. Ωστόσο, δεδομένου ότι η τρέχουσα μελέτη είναι πιλοτική και σε μικρό δείγμα ασθενών δεν μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα αναφορικά στην αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια για την ενίσχυση των κινήτρων προς διακοπή κατάχρησης αλκοολούχων (121).

4.1.2 Συστηματικές ανασκοπήσεις αναφορικά στην εφαρμογή της MI

Στη μελέτη των Bradizza και συνεργατών (2014) εξετάζονται οι παρεμβάσεις συμπεριφοράς για άτομα με συνυπάρχουσα σοβαρή ψυχική ασθένεια και εξάρτηση χρήσης ουσιών. Διεξάγεται βιβλιογραφική ανασκόπηση για τα έτη 2011-2014 και αξιολογούνται 5 μελέτες που περιλαμβάνουν συνέντευξη κινητοποίησης (MI) και τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT), αλλά και συνδυασμούς αυτών. Περιλαμβάνονται τρεις τυχαιοποιημένες δοκιμές και εξετάζονται η νικοτίνη, η κάνναβη, το αλκοόλ, αλλά και άλλα ναρκωτικά. Καμία παρέμβαση συμπεριφοράς δεν έδειξε σαφώς καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με εκείνα της συνήθους περίθαλψης. Καταδεικνύεται η ανάγκη για διεξαγωγή μιας σειράς μελετών για την περαιτέρω ανάπτυξη και δοκιμή συμπεριφορικών παρεμβάσεων για τη θεραπεία της κατάχρησης ουσιών σε αυτόν τον πληθυσμό (122).

Στη μελέτη του Barkhof και συνεργατών (2012) εξετάζονται 15 μελέτες από το 2000-2009 που αφορούν παρεμβάσεις για τη βελτίωση της προσκόλλησης και τήρησης των αντιψυχωσικών φαρμάκων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση κατά την προηγούμενη δεκαετία σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές συνέκρινε μια ψυχοκοινωνική παρέμβαση περιλαμβανομένης της MI με μια άλλη παρέμβαση ή με τη συνήθη θεραπεία στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Εντοπίστηκαν, όπως αναφέραμε και πιο πάνω, δεκαπέντε μελέτες, με μεγάλη ετερογένεια στο σχεδιασμό, τα μέτρα τήρησης και τις μεταβλητές των αποτελεσμάτων. Οι παρεμβάσεις που περιελάμβαναν περισσότερες συνεδρίες σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και ιδίως εκείνες με συνεχή εστίαση στην προσκόλληση, φαίνεται ότι είναι πιθανό να κριθούν επιτυχείς. Το ίδιο ισχύει και για τις παρεμβάσεις που επικεντρώνονται σε προβλήματα προσοχής και μνήμης. Η έλλειψη συμμόρφωσης με την αγωγή παραμένει ένα δύσκολο πρόβλημα για τη σχιζοφρένεια (123).

Στη μελέτη του Kondo και των συνεργατών (2015), εξετάζονται οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της προσκόλλησης-τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής μεταξύ ενηλίκων με διαταραχές ψυχωτικού φάσματος, διπολική διαταραχή και διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD). Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση 24 μελετών, εκ των οποίων οι 7 αναφέρονται σε μελέτες με ασθενείς με ψυχωσικά

συμπτώματα και η 1 μελέτη αφορά σε παρέμβαση με συνέντευξη κινητοποίησης και γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας. Δε βρέθηκε καμία σημαντική επίδραση της θεραπείας, αλλά χρειάζεται περισσότερη έρευνα, αφού δεν υπάρχουν μελέτες που να αφορούν για παράδειγμα πληθυσμούς με διαταραχή μετατραυματικού στρες (124).

Σύμφωνα με τη μελέτη των De Witte και συνεργατών (2013), διερευνάται η θεραπεία για ασθενείς που δε νοσηλεύονται και χαρακτηρίζονται από συνυπάρχουσα σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών. Συνολικά 14 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με χρήση της ΜΙ συμπεριλήφθηκαν. Μολονότι οι μελέτες χαρακτηρίζονται από ετερογένεια, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ορισμένα προγράμματα, όπως για παράδειγμα η συμπεριφορική θεραπεία για κατάχρηση ουσιών σε σοβαρή ψυχική ασθένεια καθώς και συγκεκριμένες παρεμβάσεις, όπως είναι η συνέντευξη κινητοποίησης και οι οικογενειακές παρεμβάσεις) μπορούν να είναι αποτελεσματικές. Η ολοκληρωμένη θεραπεία φαίνεται ωφέλιμη, αν και τα μεγέθη του πληθυσμού δεν επιτρέπει την εξαγωγή στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων (125).

Στη μελέτη των Kelly και συνεργατών (2012), διερευνάται η αποτελεσματικότητα της ΜΙ και λοιπών θεραπειών στην διαχείριση της κατάχρησης ουσιών από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές. Πραγματοποιήθηκαν 24 συστηματικές ανασκοπήσεις και 43 εμπειρικές μελέτες με τυχαιοποιημένες δοκιμές. Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν βρέθηκαν από τη βιβλιοθήκη Pubmed χρησιμοποιώντας ως λέξεις-κλειδιά τους όρους διπλή διάγνωση και συννοσηρότητα. Παρατηρήθηκε χρήση φαρμακευτικής αγωγής, συμπεριφορικών θεραπειών καθώς και συνεντεύξης κινητοποίησης (ΜΙ). Η τελευταία φαίνεται να είναι μια πολύ αποτελεσματική μέθοδος για την καθιέρωση της θεραπευτικής σχέσης. Αυτό το εύρημα κρίνεται κρίσιμο, καθώς η διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης κατά την ΜΙ είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας (126).

Στην μελέτη του Drymalski και των συνεργατών αυτού, γίνεται και πάλι αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΜΙ ως μεθόδου βελτίωσης της συμμόρφωσης με την θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Για την εξαγωγή ασφαλών ερευνητικών συμπερασμάτων διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιστημονικών άρθρων δημοσιευμένων στην διεθνή βιβλιογραφία μεταξύ του 1965 και του 2006 (127). Σύμφωνα με την τρέχουσα ανασκόπηση, διαφαίνεται ότι η

MI συνιστά μια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, αποτελεσματική στην αύξηση της προσκόλλησης στα θεραπευτικά σχήματα συμπεριφοράς. Ωστόσο, το μικρό δείγμα μελετών και οι μεθοδολογικοί περιορισμοί του καθενός καθιστούν δύσκολη την εξαγωγή καθολικών συμπερασμάτων(127).

Κατά αντιστοιχία, στη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας της, η Vanderwaal (2015) εξετάζει την αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης (MI) στη βελτίωση της προσκόλλησης στην φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Από την ερευνήτρια έγινε χρήση των λέξεων-κλειδιών "σχιζοφρένεια", "φαρμακευτική προσήλωση" και ένα από τα παρακάτω: «κινητοποίηση συνεντεύξεων», «θεραπεία προσκόλλησης» ή «θεραπεία συμμόρφωσης» με ορισμένο χρονικό διάστημα τα δέκα χρόνια. Το αποτέλεσμα ήταν να συμπεριληφθούν σε αυτή την βιβλιογραφική ανασκόπηση μόλις έξι εμπειρικές μελέτες (128). Μία από τις εμπεριεχόμενες μελέτες έδειξε στοιχεία για μια άμεση αιτιολογική και κλινική σχέση μεταξύ των συνεντεύξεων κινητοποίησης και της φαρμακευτικής προσκόλλησης. Πάραυτα, οι περισσότερες μελέτες δεν υποστήριξαν με σαφήνεια αυτή τη σχέση. Ορισμένες μελέτες βρήκαν στοιχεία για μια σχέση μεταξύ των συνεντεύξεων με κίνητρα και άλλων αποτελεσμάτων, όπως βελτιωμένα ψυχωτικά συμπτώματα και μειωμένα ποσοστά επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Η ερευνήτρια κατέληξε στο ότι η συνέντευξη κινητοποίησης μπορεί να είναι επωφελής για μερικούς ασθενείς με σχιζοφρένεια αλλά δεν πρέπει να θεωρείται θεραπεία πρώτης γραμμής ή μοναδική θεραπευτική προσέγγιση (128).

Σε μια άλλη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ο Hunt και οι συνεργάτες του το 2014, καταλήγουν σε αντικρουόμενα συμπεράσματα εν συγκρίσει με τα προαναφερθέντα αφού, συμπεριέλαβαν συνολικά 32 τυχαιοποιήμενες κλινικές δοκιμές αναφορικά σε ψυχολογικές παρεμβάσεις που σχετίζονται με την συμμόρφωση στην αγωγή ασθενών με σχιζοφρένεια και την διακοπή κατανάλωσης επιβλαβών εξαρτησιογόνων ουσιών (129). Βάσει της μελέτης αυτής, η συνέντευξη κινητοποίησης σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία (7 RCTs, συνολικά n = 878) δεν αποκάλυψε κανένα πλεονέκτημα για τη συμμόρφωση σε συμμετέχοντες μέσα σε διάστημα 12 μηνών (n = 327, 1 RCT, RR 0,99, CI 0,62 έως 1,59, χαμηλή ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων) και κανένα όφελος για τη μείωση της χρήσης ουσιών (n = 119, 1 RCT, MD 0.19, CI-0.22 έως 0.6, χαμηλή ποιότητα αποδεικτικών στοιχείων), υποτροπή (n = 36, 1 RCT, RR

0,5, CI 0,24-1,04, πολύ χαμηλή ποιότητα αποδεικτικών στοιχείων) ή παγκόσμια λειτουργία (n = 445, 4 RCTs, MD 1.24, CI 1.86-4.34,πολύ χαμηλή ποιότητα αποδεικτικών στοιχείων) (129) Με άλλα λόγια, η μελέτη δεν υπογράμμισε την ισχυρότερη αποτελεσματικότητα της MI σε σύγκριση με άλλες τεχνικές.

Επιπρόσθετα, στη συστηματική ανασκόπηση του Hjorthøj και των συνεργατών του αναφορικά σε φαρμακολογικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις, περιλαμβανομένης της συνέντευξης κινητοποίησης και συσχέτισης τους με την διακοπή της κατανάλωσης εξαρτησιογόνων ουσιών ,περιλαμβάνονται συνολικά 41 εμπειρικές μελέτες (130). Εξ αυτών, μονάχα οι 5 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης ως μεθόδου που επιδρά στην διακοπή της χρήσης κάνναβης και άλλων επιβλαβών εξαρτησιογόνων ουσιών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι οι ψυχοθεραπευτικοί συνδυασμοί της MI με γνωσιακή θεραπεία φαίνονται ότι είναι αναποτελεσματικοί στις μελέτες που αντιμετωπίζουν την διακοπή χρήσης κάνναβης ως ξεχωριστό αποτέλεσμα, εκτός από μία μελέτη χωρίς τυχαιοποίηση. Είναι ενδιαφέρον, ωστόσο, ότι οι περισσότερες μελέτες που επεξεργάζονται την κάνναβη ως ομαδοποιημένη έκβαση, έδειξαν θετικές επιδράσεις των προαναφερθέντων ψυχοθεραπευτικών συνδυασμών. Μία εξήγηση για αυτό μπορεί να είναι ότι οι μελέτες με διακοπή χρήσης της κάνναβης ως ξεχωριστό αποτέλεσμα απλά δεν ήταν αρκετά μεγάλες ή δεν είχαν σχεδιαστεί επαρκώς για να ανιχνεύσουν τα πιθανά οφέλη τέτοιων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Μια άλλη εξήγηση, ωστόσο, είναι ότι μπορεί να υπάρχει διαφοροποιημένη επίδραση αυτών των τύπων θεραπείας, καθώς μπορεί να είναι αποτελεσματική μόνο για ορισμένους τύπους διαταραχών χρήσης ουσιών σε ασθενείς με διπλή διάγνωση(130).

Πίνακας 2: Πίνακας αποτελεσμάτων εμπειρικών μελετών

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Graeber et al, 2003	N=30 ασθενείς (σχιζοφρένεια + κατάχρηση αλκοόλ)	N1=15 παρέμβαση με MI, 3 συνεδρίες για 1 μήνα N2= 15 ST	Η MI είχε θετικά αποτελέσματα στη μείωση της ουσίας που λαμβάνεται, καθώς και στην πρόθεση για αλλαγή της συμπεριφοράς, όπως μελετήθηκε με ερωτηματολόγια για κατανάλωση αλκοόλ στις 4, 8 εβδομάδες και διατηρήθηκε στους 6 μήνες.
Kavanagh et al, 2004	N=25 ασθενείς (σχιζοφρένεια + κατάχρηση ναρκωτικών)	N1=13 παρέμβαση με MI 5 συνεδρίες, N2= 12 SC	η MI σε συνδυασμό με τη SC είχε θετικά αποτελέσματα στη μείωση της ουσίας που λαμβάνεται στο 100% των συμμετεχόντων, καθώς και στην πρόθεση για αλλαγή της συμπεριφοράς, διατηρήθηκαν στους 12 μήνες.
Bellack et al, 2006	N=129 ασθενείς (σχιζοφρένεια + κατάχρηση ναρκωτικών)	N1=65 παρέμβαση με BTSAS 6μηνες συνεδρίες, N2= 64 STAR	η BTSAS είχε θετικά αποτελέσματα στη μείωση της ουσίας που λαμβάνεται, καθώς και στην

			πρόθεση για αλλαγή της συμπεριφοράς, όπως μελετήθηκε με αναλύσεις ούρων στους 6 μήνες.
Bonsack et al, 2007	N=30 ασθενείς (σχιζοφρένεια + κατάχρηση ναρκωτικών)	N1=15 παρέμβαση με MI+TAU 6 συνεδρίες, N2= 15 TAU	η MI σε συνδυασμό με τη TAU είχε θετικά αποτελέσματα στη μείωση της ουσίας που λαμβάνεται, καθώς και στην πρόθεση για αλλαγή της συμπεριφοράς, διατηρήθηκαν στους 3, 6 και τέλος 12 μήνες
Carey et al, 2007	N=60 ασθενείς μη νοσηλευόμενοι (σχιζοφρένεια+κατάχρηση αλκοόλ)	N=12 συνεδρίες MI με διάρκεια 20-30 λεπτών η καθεμιά	Προτάσεις για τον τρόπο με τον οποίο η MI προσαρμόζεται στα γνωστικά, κοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας
Barrowclough et al, 2010	N=327 ασθενείς (σχιζοφρένεια + κατάχρηση ναρκωτικών ή αλκοόλ)	N1=164 παρέμβαση με MI+CBT 26 συνεδρίες, N2= 163 TAU	η MI σε συνδυασμό με τη CBT είχε θετικά αποτελέσματα στη μείωση της ουσίας που λαμβάνεται, καθώς και στην πρόθεση για

			αλλαγή της συμπεριφοράς, διατηρήθηκαν στους 12 μήνες αλλά όχι στους 24 μήνες
Methapatara & Srisurapanont, 2011	N=64 Ταϊλανδοί με σχιζοφρένεια + υπέρβαροι/παχύσαρκοι, N1=N2=32	N1= Ομάδα παρέμβασης MI, N2= Ομάδα ελέγχου 12 εβδομάδες Τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής Follow up στην 4η, 8η και 12η εβδομάδα	Αξιοσημείωτη βελτίωση στο N1 τη 12η εβδομάδα P=0.03. Σημαντική μείωση σωματικού βάρους με μέση διαφορά 2.21kg
Beckdolf et al, 2012	N=60 ασθενείς (σχιζοφρένεια + κατάχρηση ναρκωτικών)	N1=30 παρέμβαση με MI+ST 26 συνεδρίες, N2= 30 ST	η MI σε συνδυασμό με τη ST είχε θετικά αποτελέσματα στη μείωση της ουσίας που λαμβάνεται, καθώς και στην πρόθεση για αλλαγή της συμπεριφοράς στους 3 και 6 μήνες. Ωστόσο, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ N1 και N2. Απαιτείται μεγαλύτερο δείγμα.

Sarah Dwinger, et al, 2013	N=12.000 συμμετέχοντες, >18 ετών και ασφαλισμένοι στο ΚΚΗ, κάποιοι από αυτούς σχιζοφρένεια, όλοι χρόνιες παθήσεις	Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή, N1=Τυχαιοποιημένη ομάδα παρέμβασης MI, N2= ομάδα ελέγχου. Συνολικά διήρκησε 4 χρόνια, με δεδομένα που συλλέχθηκαν στους 12 μήνες, 24 μήνες και 36 μήνες	Ενδείξεις ότι η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου που υιοθετεί τις αρχές της MI μπορεί να είναι αποδοτική, ώστε να αποσυμφορήσει τα κέντρα υγείας
Barkhof et al, 2013	N=114=ψυχιατρικοί ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική θεραπεία με επεισόδιο υποτροπής	Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή, N1= 5-8 συνεδρίες MI N2= 5-8 συνεδρίες Παρεμβατικού Ελέγχου και εκπαίδευση υγείας. Follow up 6 και 12 μήνες	N1=N2 κανένα αποτέλεσμα Σε γυναίκες ασθενείς , χρήστες εκτός κάνναβης, νεότερους ασθενείς και ασθενείς με μικρότερη διάρκεια ασθένειας η MI μείωσε το ποσοστό νοσηλείας.
Garcia-Portilla et al, 2013	N=82 ασθενείς μη νοσηλευόμενοι, κλινικά σταθεροί (σχιζοφρένεια + κατάχρηση καπνού)	N=78 ασθενείς συμμετείχαν σε μία μη τυχαιοποιημένη παρέμβαση διάρκειας 9 μηνών κατά την οποία λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή +MI	Είναι εφικτό να γίνει εφαρμογή προγράμματος αντιμετώπισης του εθισμού στο κάπνισμα με MI σε ψυχιατρικές κλινικές

Smeerdijk et al, 2014	N=97 γονείς νεαρών ενηλίκων με πρόσφατη εκδήλωση σχιζοφρένειας και συνυπάρχουσα χρήση κάνναβης. Τυχαιοποίηση δείγματος	N1=53 στην ομάδα παρέμβασης MI σε οικογενειακό επίπεδο N2=44 στην ομάδα παρέμβασης RFS	Οι γονείς που παρευρέθηκαν στις συνεδρίες MI παρουσίασαν αύξηση των δεξιοτήτων MI
Chien et al, 2015	N=114 άτομα με σχιζοφρένεια, N1=N2=57 με τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή	N1 = 8 συνεδρίες συνηθισμένης θεραπευτικής παρέμβασης + MI N2= συνηθισμένη θεραπευτική παρέμβαση	Μέτρηση αποτελεσμάτων άμεσα και 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Ολοκλήρωσαν 110 άτομα. N2 λιγότερο αποτελεσματική από N1. Follow up στους 6 μήνες
Makuuchi et al, 2015	N=1 ασθενής με σχιζοφρένεια και παράλληλα κατάχρηση αλκοόλ	MI	Αποφυγή αλκοολούχων ποτών και διατήρηση ισορροπημένης διατροφής με λαχανικά
Drake et al, 2015	N=309 ασθενείς με μη συναισθηματική ψύχωση	MI και υπενθύμιση μέσω μηνυμάτων στο κινητό για τη λήψη φαρμάκων Αξιολόγηση με κλίμακα Rosenberg, Insight Psychosis (Birchwood) και DAI μετά από 6 εβδομάδες, 3 και 18	Οι μεταβλητές που καθορίζουν την συμπεριφορά σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή είναι η αυτοεκτίμηση και η στάση απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή. Η παρέμβαση είχε θετικά

		μήνες	αποτελέσματα στη συμπεριφορά των ασθενών ως προς τη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής
Gill et al, 2015	N=102, ασθενείς ψύχωση υψηλού κινδύνου	N=Δομημένη συνέντευξη για προδρομικά σύνδρομα/Κλίμακα προδρόμων συμπτωμάτων (SIPS/SOPS)	Το κίνητρο για την ανακούφιση των συμπτωμάτων δε συσχετιζόταν με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ψύχωσης
Fischer et al, 2015	N1=24 συμμετέχοντες με σχιζοφρένεια, N2=23 εξαρτώμενοι από χρήση κάνναβης, N3=18 συμμετέχοντες με σχιζοφρένεια και εξαρτώμενοι από χρήση κάνναβης, N4=24 κλινικά υγιείς	Αξιολογήσεις για αυτοέλεγχο, αισιοδοξία, παρορμητικότητα και συμπεριφορά στον κίνδυνο (BART)	Η ομάδα N3 παρουσίασε ενδιάμεσα επίπεδα αυτοπεποίθησης, αναζήτησης διέγερσης και παρορμητικότητας, σε σχέση με τις ομάδες N1 και N2. Δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά την αισιοδοξία μεταξύ των ομάδων. Σχετικά με τους παράγοντες που καταγράφει το BART, τα αποτελέσματα της N3 ~=N2 και αρκετά διαφορετικά από τη

			N1
Marshall et al, 2015	N=276 ασθενείς (σχιζοφρένεια + κατάχρηση κάνναβης)	3 Διερευνητικές Τυχαιοποιημένες Δοκιμές Ελέγχου-παρεμβάσεις στο πρώτο επεισόδιο ψύχωσης (IMPACT, InterACT, **ReCAP**). N1=38 σύντομη θεραπεία, N2=37 θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας, N3= TAU. συνεδρίες CR για 12 εβδομάδες	Η MI σε συνδυασμό με τη CBT έγινε αποδεκτή από τους ασθενείς, με προτίμηση κυρίως για τη σύντομη εκδοχή της θεραπείας. Τα δεδομένα για τη σύγκριση της απόδοσης των διαφορετικών παρεμβάσεων δεν είναι ακόμα διαθέσιμα
Chien et al, 2016	N=134 ασθενείς μη νοσηλευόμενοι N1=N2=67	N1 = 6 συνεδρίες MI+συνήθης θεραπεία N2=συνήθης θεραπεία μόνο	N1 σε σύγκριση με N2 μεγαλύτερη βελτίωση, μείωση συμπτωμάτων και διάρκειας

			επανεισαγωγών, καλύτερη ανταποκρισιμότητα σε φαρμακευτική θεραπεία, follow up > 18 μήνες
Choi et al, 2016	N=73 ασθενείς με σχιζοφρένεια, μη τυχαιοποιημένη δοκιμή	N1=47 στην ομάδα παρέμβασης mBA (παρακινητική και συμπεριφορική ενεργοποίηση) N2=26 συνηθισμένη θεραπευτική παρέμβαση (TAU)	Οι συμμετέχοντες στην ομάδα mBA συγκριτικά με εκείνους της ομάδας TAU, παρουσίασαν βελτίωση στα ήπια έως μέτρια αρνητικά συμπτώματα.
Fiszdon et al, 2016	N=64 ασθενείς με ήπια ψυχωσικά συμπτώματα	N1= 2 συνεδρίες MI & Γνωστική Λειτουργία, N2= Εικονική Συνέντευξη με Εκμάθηση & Ανατροφοδότηση. Διάρκεια=4 εβδομάδες, 10 συνεδρίες.	N1=Αυξάνει το κίνητρο για συγκεκριμένα καθήκοντα μαζί με μεγαλύτερη συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα

Jose M. Trigo, et, al, 2016	N=5 συμμετέχοντες με κριτήρια DSM-IV για την εξάρτηση χρήσης κάνναβης	N= MET / CBT. Follow up 3 μήνες	Το Sativex ήταν ανεκτό από όλους τους συμμετέχοντες. Η χρήση κάνναβης μειώθηκε χωρίς σημαντική αύξηση της απόσυρσης. Τα ποσοστά φαγητού αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων εβδομάδων, αλλά σταδιακά επέστρεψαν στα βασικά επίπεδα από την τρίτη εβδομάδα θεραπείας. Η συγκέντρωση των μεταβολιτών THC / CBD έδειξε μειωμένη χρήση κάνναβης και συμμόρφωση με τα φάρμακα

Dobber et al, 2018	N=14 ασθενείς με σχιζοφρένεια Case series	MI	Η MI κινητοποιεί τους ασθενείς σε κάθε μελέτη περίπτωσης, ενισχύει θέληση για συμμόρφωση με την θεραπεία και προσκόλληση στα φάρμακα. Σχετίζεται άμεσα με μειωμένο ποσοστό επανεισαγωγών.

Πίνακας 3: Πίνακας αποτελεσμάτων συστηματικών ανασκοπήσεων

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ	**ΔΕΙΓΜΑ**	**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**	**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**
Drymalski, et, al, 2009	22 εμπειρικές μελέτες με τυχαιοποιημένες δοκιμές στο διάστημα 1965-2006	Φαρμακευτική αγωγή, +MI	Η MI φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική για την καθιέρωση της θεραπευτικής σχέσης και την βελτίωση προσκόλλησης στην φαρμακευτική αγωγή

E. Barkhof, et al, 2012	15 μελέτες μεταξύ 2000-2009	Σύγκριση αποτελεσμάτων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια με συνήθη θεραπεία, χωρίς παρέμβαση	Περαιτέρω διερεύνηση για το πώς επηρεάζεται η ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία.
Hjorthoj et al, 2012	41 εμπειρικές μελέτες με τυχαιοποιημένες δοκιμές	Εξαρτησιογόνες ουσίες+MI	Η MI φαίνεται να είναι μια πολύ αποτελεσματική για την καθιέρωση της θεραπευτικής σχέσης και ελάττωση κατανάλωσης κάνναβης. Ενδείξεις από 5 RCTs.
Thomas M. Kelly, et, al, 2012	24 συστηματικές ανασκοπήσεις και 43 εμπειρικές μελέτεσμε τυχαιοποιημένες δοκιμές	Φαρμακευτική αγωγή, συμπεριφορικές θεραπείες +MI	Η MI φαίνεται να είναι μια πολύ αποτελεσματική για την καθιέρωση της θεραπευτικής σχέσης. Αυτό το εύρημα είναι κρίσιμο, καθώς η διατήρηση της θεραπείας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας.

Nele A.J. De Witte, et al, 2013	14 τυχαιοποιημένες δοκιμές	CBT+MI	Ορισμένα προγράμματα και συγκεκριμένες παρεμβάσεις όπως MI είναι αποτελεσματικές. Επιπλέον, τα προγράμματα που ενσωματώνουν πολλαπλές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικά.
Clara M. Bradizza, et al, 2014	Βιβλιογραφική ανασκόπηση 2011-2014 (5 μελετών MI+CBT), τρεις τυχαιοποιημένες δοκιμές, εξετάζουν νικοτίνη, κάνναβη, αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά	Γνωστικές-συμπεριφορικές, συνεντεύξεις κινητοποίησης (MI) και παρεμβάσεις διαχείρισης έκτακτης ανάγκης, καθώς και συνδυασμούς των ανωτέρω.	Καμία παρέμβαση συμπεριφοράς δεν απέδειξε σαφώς την αποτελεσματικότητα πέρα από εκείνη της συνήθους περίθαλψης.
Hunt et al, 2014	32 εμπειρικές μελέτες με τυχαιοποιημένες δοκιμές	Φαρμακευτική αγωγή, συμπεριφορικές θεραπείες +MI 7 RCTS για την MI (n=878 ασθενείς)	Η MI φαίνεται να μην έχει σημαντικό θεραπευτικό όφελος στην μείωση κατανάλωσης εξαρτησιογόνων ουσιών , ούτε και στην συμμόρφωση με την αγωγή στους 12 μήνες από την λήξη των συνεδριών

Karli Kondo, et al, 2015	Συστηματική ανασκόπηση 24 μελετών (ασθενείς με διαταραχές ψυχωτικού φάσματος, διπολική διαταραχή και PTSD)	7 μελέτες για ασθενείς με ψυχωσικά συμπτώματα, 1 μελέτη για παρέμβαση CBT+MI	Δεν βρέθηκε καμία σημαντική επίδραση της θεραπείας, αλλά χρειάζεται περισσότερη έρευνα
Vanderwaal, 2015	6 εμπειρικές μελέτες με τυχαιοποιημένες δοκιμές	Φαρμακευτική αγωγή, +MI	Η MI φαίνεται να είναι μια πολύ αποτελεσματική για την βελτίωση συμμόρφωσης με την αγωγή και μείωση των επανεισαγωγών. Πάραυτα το συμπέρασμα δεν υποστηρίζεται πλήρως λόγω του περιορισμένου δείγματος.

5. Συζήτηση

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάστηκαν εικοσιτέσσερις εμπειρικές μελέτες και εννέα συστηματικές ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τη περίοδο 2002-2018, σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΜΙ σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της ανάλυσης των εμπειρικών μελετών και γίνεται αντιπαραβολή αυτών με τα συμπεράσματα των προηγούμενων συστηματικών ανασκοπήσεων.

5.1 Αποτελεσματικότητα ΜΙ σε ασθενείς με σχιζοφρένεια

Η συνέντευξη κινητοποίησης (ΜΙ), ως μέθοδος παρέμβασης βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται πως είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση στους ασθενείς με σχιζοφρένεια προκειμένου να βελτιωθεί η συμμόρφωσή τους με τη θεραπεία και η προσκόλληση τους στη σωστή λήψη φαρμάκων (115).

Αναλυτικότερα, όπως διαπιστώθηκε κατόπιν συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας έχουν εξαχθεί τα παρακάτω κλινικά ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Αναλυτικότερα, ο Carey και οι συνεργάτες του (2007) υποστηρίζουν ότι η ΜΙ, ως μέθοδος προσαρμόζεται στα γνωστικά, κοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας και άρα τείνει να υποβοηθά τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (98). Η αποτελεσματικότητα της ΜΙ φαίνεται αναντίρρητα καθοριστικής σημασίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και τεκμηριώνεται από ποικίλες εμπειρικές μελέτες.

Πιο συγκεκριμένα, σε μακροχρόνια μελέτη του Dwinger και των συνεργατών αυτού (2013) βρέθηκε ότι ακόμη και η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου που υιοθετεί τις αρχές της ΜΙ μπορεί να είναι αποδοτική στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, ώστε να αποσυμφορήσει τα κέντρα υγείας και να διευκολύνει τους κλινικούς ψυχικής υγείας (111). Κατά αντιστοιχία, ο Drake και οι συνεργάτες του (2015) έδειξαν ότι η παρέμβαση ΜΙ και υπενθύμιση μέσω μηνυμάτων στο κινητό για τη λήψη φαρμάκων είχε θετικά αποτελέσματα στη συμπεριφορά των ασθενών ως προς τη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (104) .

Παρομοίως, στη μελέτη των Chien και συνεργατών (2016), όπου δείγμα ήταν ασθενείς με σχιζοφρένεια, η ομάδα στόχου συμμετείχε σε παρέμβαση MI σε συνδυασμό με τη συνήθη θεραπεία, ενώ η ομάδα ελέγχου σε συνήθη θεραπεία. Βρέθηκε ότι ο συνδυασμός της MI με τη συνήθη θεραπεία μειώνει τα συμπτώματα και τη διάρκεια των επανεισαγωγών αλλά και την ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία (99). Το εν λόγω εύρημα είναι σύμφωνο με προηγούμενη μελέτη των Chien και συνεργατών (2015), όπου και πάλι τα αποτελέσματα της παρέμβασης με MI ήταν καλύτερα από αυτά της συνήθους θεραπείας (101). Επίσης, οι Fiszdon και συνεργάτες (2016) κατέδειξαν ότι η παρέμβαση με MI αυξάνει το κίνητρο για συγκεκριμένα καθήκοντα μαζί με μεγαλύτερη συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα σε ασθενείς με ήπια ψυχωσικά συμπτώματα (106).

Σε αντίστοιχη μελέτη, ο Choi και οι συνεργάτες του (2016) βρήκαν ότι η παρακινητική και συμπεριφορική ενεργοποίηση βελτιώνει τα ήπια έως μέτρια αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, τα οποία είναι και τα πλέον δύσκολα διαχειρίσιμα (105). Επιπρόσθετα, ο Gill και οι συνεργάτες του (2015) βρήκαν ότι η MI αυξάνει το κίνητρο για ανακούφιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, αυτό δε σχετίζεται με τη μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων (108).

Ακόμη και όταν σε εμπειρικές τυχαιοποιημένες μελέτες βρέθηκαν μικτά αποτελέσματα αναφορικά στην αποτελεσματικότητα της MI και τη συμμόρφωση στην αγωγή σε άτομα πάσχοντα από σχιζοφρένεια, οι έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, σε κάθε περίπτωση η MI, μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση ορισμένων συμπεριφορών των ασθενών αφού μέσω αυτής της παρέμβασης εγκαθιδρύεται μια σχέση εμπιστοσύνης και ουσιώδους επικοινωνίας του θεραπευτή με τον ασθενή (115).

Εξάλλου, οι επιμέρους παρεμβάσεις της συνέντευξης κινητοποίησης περιλαμβάνουν τέσσερις αλληλεπικαλυπτόμενες διαδικασίες: α) εμπλοκή (καθιέρωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης), β) εστίαση (προσδιορισμός της συμπεριφοράς στόχου για αλλαγή), γ) υποκίνηση (πρόκληση των καλών κινήτρων των ασθενών υπέρ της αλλαγής) και τέλος δ) τη μετάβαση στην πραγματική αλλαγή (93).

Στην θεωρία δε της συνέντευξης κινητοποίησης, τρία βασικά στοιχεία του κινήτρου περιλαμβάνουν (1) την προθυμία / σημασία, (2) την ικανότητα / εμπιστοσύνη

και (3) την ετοιμότητα αλλαγής (94). Οι ασθενείς, και ειδικά οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι συχνά αμφίθυμοι, εκφράζοντας αντικρουόμενα κίνητρα για αλλαγή (111). Η υποστήριξη του ασθενούς για την επίλυση αυτής της αμφιθυμίας είναι ένα σημαντικό καθήκον του MI-θεραπευτή (93). Κατά την εφαρμογή της MI, οι θεραπευτές επηρεάζουν σκόπιμα αυτά τα συστατικά για να προκαλέσουν ενδογενή κίνητρα και να επιτρέψουν την αλλαγή συμπεριφοράς (93).

Με άλλα λόγια, όπως διατυπώνουν παραστατικά οι Miller και Rollnick, στη συνέντευξη κινητοποίησης ο θεραπευτής επικοινωνεί σε ένα ηθικό στυλ με τον θεραπευόμενο και με το "MI-Spirit" (τις βασικές δηλαδή αξίες του MI: σύμπραξη, αποδοχή, υποκίνηση και συμπόνια) (93). Η τρέχουσα "γλώσσα αλλαγής" διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διεργασία της συνέντευξης κινητοποίησης.

Πράγματι, οι θεραπευτές που επιστρατεύουν τη μέθοδο της συνέντευξης κινητοποίησης προκαλούν συζήτηση για την αλλαγή ασθενούς, στην οποία ο ασθενής ακούει τον εαυτό του να υποστηρίζει την αλλαγή. Εν τω μεταξύ, οι θεραπευτές προσπαθούν να αποφύγουν τη "συζήτηση για την υπομονή του ασθενούς" (υπέρ του status quo). Για να είναι αποτελεσματική η όλη παρέμβαση, ο θεραπευτής ταιριάζει τη στρατηγική συνέντευξης κινητοποίησης με τη διάθεση του ασθενούς ώστε να γίνει περισσότερο ενθουσιώδης (94). Ειδικές γνώσεις σχετικά με τη φύση αυτής της διαδικασίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να βελτιώσουν το συντονισμό της κινητήριας διαδικασίας στις συνεδρίες MI και να ενισχύσουν τις επιδράσεις της συνέντευξης κινητοποίησης για συνεχή φαρμακευτική προσκόλληση (115).

Βάσει των παραπάνω παρατηρήσεων μπορούμε να διατυπώσουμε ότι η συνέντευξη κινητοποίησης (MI) είναι μια τόσο εφαρμόσιμη όσο και αποτελεσματική παρέμβαση για την ενίσχυση της κινητοποίησης για αλλαγή συμπεριφοράς σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και τη βελτίωση της συμμόρφωσής τους με την αγωγή. Ακόμη τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμών στη συντριπτική τους πλειονότητα, αν και το δείγμα δεν είναι ικανοποιητικό, υποδεικνύουν ότι η MI συνιστά μια πολλά υποσχόμενη μέθοδο για την υποβοήθηση ασθενών με σχιζοφρένεια, αλλά και άλλες ψυχικές νόσους

να προσαρμοσθούν στη θεραπεία, να ακολουθήσουν την φαρμακευτική τους αγωγή και συνεπώς να μειωθεί το ποσοστό επανεισαγωγής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα (112, 115).

Συνεπακόλουθα, μπορούμε να συμπεράνουμε με ασφάλεια ότι η παρέμβαση υπό μορφή συνέντευξης κινητοποίησης (MI) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια θα μπορούσε να βοηθήσει στην υιοθέτηση κάποιων θετικών συμπεριφορών και στη μείωση της συχνότητας ή και βαρύτητα των ψυχωσικών επεισοδίων (μείωση επανεισαγωγών) αλλά δεν είναι βέβαιο ακόμα αν μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στη διατήρηση βελτιωμένης συμπεριφοράς σε μακροχρόνια κλίμακα.

Εν κατακλείδι, ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας (SSD) παρουσιάζουν μια ποικιλία συμπτωμάτων που προκαλούν συχνά καχυποψία, φόβο και μη αντίληψη της πραγματικότητας και ως εκ τούτου παρεμποδίζουν τη λειτουργία τους εντός της κοινότητας. Οι πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες προσεγγίσεις για τη θεραπεία ασθενών με αυτές τις καταστάσεις περιλαμβάνουν τη χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων. Ωστόσο, συχνά τα αποτελέσματα δεν είναι ενθαρρυντικά. Ένας κοινός λόγος για την αποτυχία της θεραπείας είναι η έλλειψη προσκόλλησης στα φάρμακα και η πιο συνηθισμένη μορφή μη συμμόρφωσης είναι η χρήση αυτών των φαρμάκων.

Στα πλαίσια λοιπόν της συμμόρφωσης με τη θεραπευτική αγωγή, η συνέντευξη κινητοποίησης (MI) έχει προταθεί ήδη από το 2008 από την APA (Αμερικανική Ψυχιατρική Κοινότητα) για την αντιμετώπιση προβλημάτων χρήσης ουσιών, προσδιορισμού στόχων, διορατικότητας και προσκόλλησης θεραπείας και φαρμακευτικής προσκόλλησης σε άτομα με SSD. Τα αποτελέσματα κρίνονται ενθαρρυντικά αλλά είναι σαφές ότι η παρέμβαση της MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια χρήζει πολυάριθμων πολυετών τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών και αένανης αξιολόγησης (131).

5.2 Αποτελεσματικότητα MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών

Όπως διαπιστώνεται και στη διεθνή βιβλιογραφία, ασθενείς με ψύχωση τείνουν σε σύγκριση με τους ψυχικά υγιείς να έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ αλλά και παράνομης χρήσης ναρκωτικών και υπέρμετρης κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφίμων (114).

Όπως εύστοχα διατυπώνεται από την Barrowclough και τους συνεργάτες αυτής, τα διπλά αυτά προβλήματα που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί συνδέονται με πολλές επιπλοκές της ψυχικής νόσου της σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης σοβαρότητας των συμπτωμάτων, της αυτοκτονίας, της φτωχότερης συμμόρφωσης με τη θεραπεία, της μη τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και της θυματοποίησης των πασχόντων αυτών (114).

Μια συστηματική ανασκόπηση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για άτομα με σχιζοφρένεια όσο και κατάχρηση ουσιών εντόπισε και συμπεριέλαβε 15 πρωτογενείς μελέτες. Μετά από τη λεπτομερή τους ανάγνωση, καταλήγει κανείς στο γενικό συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία που να υποστηρίζουν οποιαδήποτε από ψυχοκοινωνική θεραπεία για τη μείωση της χρήσης ουσιών ή για τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης σε αυτή την ομάδα ασθενών. Εντοπίστηκαν επίσης σημαντικά προβλήματα στις μελέτες που διεξήχθησαν, συμπεριλαμβανομένων μικρών ετερογενών δειγμάτων, ελλιπών πειραματικών σχεδίων, υψηλών ποσοστών τριβής και σύντομων περιόδων παρακολούθησης.

Παρόλο που η βάση δεδομένων είναι περιορισμένη, και δε δύναται να εξαχθούν καθολικά συμπεράσματα αναφορικά στην εφαρμοσιμότητα και αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης σε σχιζοφρενείς ασθενείς με συνδυασμό κατάχρησης ουσιών, ορισμένα ερευνητικά αποτελέσματα φαίνονται ιδιαίτερα ελπιδοφόρα και ενδιαφέροντα.

Πιο συγκεκριμένα, ο Garcia-Portilla και οι συνεργάτες του (2013) υποστηρίζουν ότι είναι εφικτή η υλοποίηση παρεμβάσεων με τη χρήση της συνέντευξης κινητοποίησης (MI) στην θεραπεία νοσηλευόμενων ασθενών με σχιζοφρένεια και εθισμό στον καπνό

(100). Στο ίδιο πνεύμα, οι Marshall και συνεργάτες (2015) υποστηρίζουν ότι η MI σε συνδυασμό με τη CBT είναι αποδεκτή θεραπεία για ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση κάνναβης, με προτίμηση κυρίως για τη σύντομη εκδοχή της θεραπείας (113).

Κατά αναλογία, ο Barkhof και συνεργάτες (2013) βρήκαν ότι γενικά η MI δεν επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών, εντόπισαν όμως μειωμένα ποσοστά νοσηλείας στις γυναίκες ασθενείς, σε ασθενείς μικρότερης ηλικίας και στους ασθενείς με χρήση ουσιών εκτός κάνναβης (112).

Αναφορικά πάλι σε νεαρούς ασθενείς, ο Smeerdijk και συνεργάτες (2014 και το 2015) έδειξαν ότι η συμμετοχή των γονέων στις παρεμβάσεις MI σε νεαρούς ασθενείς με σχιζοφρένεια και συνυπάρχουσα χρήση κάνναβης, βελτιώνει τις δεξιότητες MI των γονέων και υποβοηθά στην ενίσχυση κινήτρων των εφήβων ασθενών αμέσως μετά από το πρώτο ψυχωσικό τους επεισόδιο (103, 117).

Επιπρόσθετα, η Barrowclough και συνεργάτες (2010) υποστηρίζουν ότι η MI σε συνδυασμό με τη CBT είχε θετικά αποτελέσματα στη μείωση της ουσίας που λαμβάνεται, καθώς και στην πρόθεση για αλλαγή της συμπεριφοράς σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ναρκωτικών ή αλκοόλ (114).

Οι Makuuchi και συνεργάτες (2015) μελέτησαν έναν ασθενή με σχιζοφρένεια και παράλληλα κατάχρηση αλκοόλ όπου εφάρμοσαν MI και βρήκαν θετικά αποτελέσματα ως προς την αποφυγή αλκοολούχων ποτών και διατήρηση ισορροπημένης διατροφής με λαχανικά (102). Επίσης, οι Methapatara & Srisurapanont (2011) βρήκαν ότι σε ασθενείς με σχιζοφρένια και συνυπάρχουσα παχυσαρκία, η MI έχει σημαντική επίδραση στη μείωση του βάρους (107).

Όσο δε αφορά την υπερκατανάλωση αλκοόλης, σε πιλοτική μελέτη του Graeber και των συνεργατών (2003) φάνηκε ότι η συνέντευξη κινητοποίησης ενδυναμώνει το κίνητρο σχιζοφρενών ασθενών να περιορίσουν την επιβλαβή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών όπως αξιολογήθηκε σε διάστημα ως και 6 μηνών από τη λήξη των θεραπευτικών συνεδριών(121). Ωστόσο, τόσο το δείγμα, όσο και ο χρόνος παρακολούθησης των πασχόντων είναι αρκετά περιορισμένα για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Συμπερασματικά, η συνέντευξη κινητοποίησης φαίνεται ως μια ελπιδοφόρα ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στην υποβοήθηση των ψυχικά πασχόντων να αποστασιοποιηθούν από επιβλαβείς και εξαρτησιογόνες ουσίες. Εντούτοις, η βιβλιογραφία είναι σημαντικά περιορισμένη και σαφώς είναι επιτακτική η ανάγκη διεξαγωγής περαιτέρω μελετών.

6. Συμπεράσματα

Με βάση τις εμπειρικές έρευνες που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία, φαίνεται ότι η MI μπορεί να ενταχθεί στη συνήθη θεραπεία και να έχει θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την υιοθέτηση κάποιων συμπεριφορών (τήρηση φαρμακευτικής αγωγής) από τους ασθενείς, αλλά και της συχνότητας και βαρύτητας των επεισοδίων. Εξάλλου κάτι τέτοιο προωθείται τόσο από την APA (131) όσο και από τον κλινικό προσανατολισμό των πλέον πρόσφατων πιλοτικών τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών.

Επιπλέον, ο de Witte και οι συνεργάτες αυτού (2013), επισημαίνουν ότι ορισμένα προγράμματα και συγκεκριμένες παρεμβάσεις με MI έχουν θετικά αποτελέσματα, ενώ δε τα προγράμματα που ενσωματώνουν πολλαπλές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικά (125). Επίσης, οι Kelly και συνεργάτες (2012) υποστηρίζουν ότι η MI φαίνεται να είναι αποτελεσματική για την καθιέρωση της θεραπευτικής σχέσης η οποία ενισχύει τη διατήρηση των βελτιώσεων (126).

Παρά βέβαια τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, υπάρχει κατάφορη ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της MI, καθώς ο αριθμός των μελετών είναι μικρός, ενώ δε οι περισσότερες μελέτες περιλαμβάνουν μικρό δείγμα ασθενών. Ειδικότερα, χρειάζεται περισσότερη έρευνα σχετικά με το πως επηρεάζεται η ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία, όπως επισημαίνουν και οι Barkhof και συνεργάτες του (123).

Επίσης, η συστηματική ανασκόπηση των Kondo και συνεργατών (2015) ανέδειξε ότι δεν υπάρχει καμία σημαντική επίδραση της θεραπείας με MI στους ασθενείς με σχιζοφρένειας, αλλά χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση(124). Πολλές από τις εμπειρικές μελέτες, που εξετάσθηκαν στην παρούσα εργασία, δεν περιλάμβαναν ομάδες ελέγχου, οπότε εισάγονται ζητήματα σχεδιασμού.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών και σύμφωνα με τις έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία, παρατηρούμε ότι οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν MI και έχουν ως ομάδες

στόχο τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και συνυπάρχουσα κατάχρηση ουσιών, σχεδιάζονται και εξετάζονται ως προς την εφαρμοσιμότητά τους σε κλινικά και μη κλινικά περιβάλλοντα. Υπάρχουν ενδείξεις από μία μελέτη ότι η αποτελεσματικότητα της ΜΙ εξαρτάται από το φύλο και την ηλικία.

Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΜΙ μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα όταν η κατάχρηση ουσίας αφορά το αλκοόλ ή το φαγητό, αλλά τα ευρήματα ως προς τη χρήση κάνναβης δεν φαίνεται να παρέχουν σημαντικά αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, λόγω του μικρού αριθμού των μελετών και των περιορισμών του σχεδιασμού τους, συμπεραίνουμε ότι καμία έρευνα δεν αποδεικνύει σαφώς την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης με ΜΙ έναντι της συνήθους περίθαλψης, όπως άλλωστε υποστηρίζεται από τους Bradizza και συνεργάτες το 2014 (122) .

Συνεπακόλουθα, είναι σαφές ότι η μέθοδος της ΜΙ θα πρέπει να ενταχθεί άμεσα στη θεραπευτική φαρέτρα των επιστημόνων ψυχικής υγείας και στην Ελλάδα. Μια τέτοια καινοτομία, θα μπορούσε αφενός να υποβοηθήσει ασθενείς με σχιζοφρένεια να ενισχύσουν τη συμμόρφωση τους στη θεραπευτική αγωγή, αφετέρου δε να αποσυμφορήσει τις ήδη υπάρχουσες δομές ψυχικής υγείας, αφού όπως διαπιστώθηκε και από άλλες έρευνες, οι βασικές αρχές της ΜΙ μπορούν να εφαρμοσθούν και μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένεια του.

Εν κατακλείδι, μια τέτοια εξέλιξη στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα θα μπορούσε ακόμη να διευρύνει τους ορίζοντες των ερευνητικών διεργασιών και προσφέρει αξιόλογα και κλινικά σημαντικά συμπεράσματα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Σε όλη αυτή την ερευνητική διεργασία είναι σαφές ότι κρίνεται αναγκαία η συνεργασία όλων των μελών της ομάδας των επιστημόνων ψυχικής υγείας. Μια τέτοια συνεργασία θα μπορούσε να αναδείξει τη χρηστικότητα και την αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινητοποίησης σε βαρέως ψυχικά πάσχοντες αλλά και να τους ενισχύσει τα κίνητρα για βελτίωση συμπεριφοράς, αποφυγή λήψης βλαπτικών ουσιών, συμμόρφωση με την αγωγή, ελάττωση ψυχωσικών επεισοδίων και αύξηση της λειτουργικότητας τους εντός της κοινωνίας και τελικά πρόληψη της θυματοποίησής τους.

Βιβλιογραφία

Πηγές θεωρητικού μέρους

1. Winklbaur, B., Ebner, N., Sachs, G., Thau, K., & Fischer, G. (2006). Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *8*(1), 37–43.
2. Miller WR, Moyers TB. (2017) Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers.. *J Consult Clin Psychol.* Aug;85(8):757-766.
3. Garcia-Portilla MP, Gomar JJ, Bobes-Bascaran MT, Menendez-Miranda I, Saiz PA, Muñiz J, Arango C, Patterson TL, Harvey PD, Bobes J, Goldberg TE. (2013) Validation of a European Spanish-version of the University of California performance Skills Assessment (Sp-UPSA) in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*. Nov;150(2-3):421-6.
4. Marshall MS, Jakubauskas B, Bogue W, Stoskute M, Hauck Z, Rue E, Nichols M, DiAntonio LL, van Breemen RB, Kordower JH, Saavedra-Matiz CA, Bongarzone ER. (2018) Analysis of age-related changes in psychosine metabolism in the human brain. *PLoS One.* Feb 26;13(2):e0193438.
5. Barkhof, E., Meijer, C. J., de Sonneville, L. M. J., Linszen, D. H., & de Haan, L. (2013). The Effect of Motivational Interviewing on Medication Adherence and Hospitalization Rates in Nonadherent Patients with Multi-Episode Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(6), 1242–1251.
6. [APA] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing. pp. 101–05. ISBN 978-0-89042-555-8
7. R Nemade and M. Dombeck. (2014) Schizophrenia Symptoms, Patterns And Statistics And Patterns. https://www.mentalhelp.net/articles/schizophrenia-symptoms-patterns-and-statistics-and-patterns/ (Ημερομηνία επίσκεψης 12/6/18)
8. Desai, P., Lawson, K., Barner, J., & Rascati, K. (2013). Estimating the direct and indirect costs for community-dwelling patients with schizophrenia. *Journal Of Pharmaceutical Health Services Research*, *4*(4), 187-194.

9. Moreno-Küstner, B., Martín, C., & Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLOS ONE, 13*(4), e0195687.
10. Schizophrenia.com. (2018). Schizophrenia Facts and Statistics. Retrieved from http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm#
11. Sham, P., MacLean, C., & Kendler, K. (1994). A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*(2), 135-141.
12. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet (London, England)*, *386*(9995), 743–800.
13. Foster, A., Gable, J., & Buckley, J. (2012). Homelessness in Schizophrenia. *Psychiatric Clinics Of North America*, *35*(3), 717-734.
14. Kelly, E.B. (2001). *Coping with schizophrenia* (1st ed.). New York: Rosen Publications
15. Chadwick, B., Miller, M. L., & Hurd, Y. L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, 129.
16. Picchioni MM, Murray RM. (2007) Schizophrenia. *BMJ*. Jul 14;335(7610):91-5.
17. Mayo Clinic. (2017). *Schizotypal personality disorder - Symptoms and causes*. *Mayo Clinic*. Retrieved 3 April 2018, from https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizotypal-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353919
18. Kane, J. M., & Correll, C. U. (2010). Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 345–357.
19. Cooper SA, Smiley E, Allan L, Morrison J. (2018) Incidence of unipolar and bipolar depression, and mania in adults with intellectual disabilities: prospective cohort study. Br J Psychiatry. 2018 May;212(5):295-300.
20. Eaton W. (2012) Mortality gap between people with schizophrenia or bipolar disorder and the general population persists in England. *Evid Based Ment Health*. 2012 Feb;15(1):14.

21. Nandi DN, Banerjee S. (1958) Studies on biochemical and hematological changes produced by electric convulsion therapy in patients suffering from schizophrenia. *Indian J Med Res.* Nov;46(6):765-70.
22. Kendler KS1, Diehl SR. (1993) The genetics of schizophrenia: a current, genetic-epidemiologic perspective. *Schizophr Bull.* 19(2):261-85.
23. Gottesman, I. I. (1991). A series of books in psychology. Schizophrenia genesis: The origins of madness. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co. Διαθέσιμο σε: http://psycnet.apa.org/record/1990-98902-000 (Ημερομηνία επίσκεψης 12/11/17)
24. McNeil TF. (1995) Perinatal Risk Factors and Schizophrenia: Selective Review and Methodological Concerns. *Epidemiologic Reviews*, Volume 17, Issue 1, 1 January 1995, Pages 107–112.
25. Miklowitz DJ. (1994) Family risk indicators in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 20(1):137-49.
26. Tienari P, Lahti AS, Wahlberg MN, Moring JPJ. (1985) Interaction of Genetic and Psychosocial Factors in Schizophrenia. *Acta Psych Scand*; (7): 19-30.
27. Sims, A. (2002). *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. Philadelphia: W. B. Saunders.
28. Freudenreich, O. (2012). *Differential Diagnosis of Psychotic Symptoms: Medical Mimics*. Psychiatric Times. UBM Medica.
29. Rattehalli, R.D., Jayaram, M.B., Smith, M. (2010). Risperidone Versus Placebo for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 36*(3), 448–449.
30. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. (2009) Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet.* 3;373(9657):31-41.
31. Harper, D. (2001). *Hallucinate.* Online Etymology Dictionary
32. Honig A., Romme M.A., Ensink B.J., Escher S.D., Pennings M.H., deVries M.W. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 186*(10), 646–51.

33. Jaspers, K. (1997/1963). *Allgemeine Psychopathologie (General Psychopathology)*. Translated by J. Hoenig and M.W. Hamilton from German (Reprint ed.). Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
34. WebMD. (2018). Cognitive Symptoms of Schizophrenia. Retrieved from https://www.webmd.com/schizophrenia/cognitive-symptoms-schizophrenia (Ημερομηνία επίσκεψης 14/12/2017)
35. Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D.M., Bustillo, J., Gur, R.E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research, 150* (1): 3–10.
36. Barch, D.M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., Carpenter, W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research, 150* (1), 15–20.
37. Heckers S, Tandon R, Bustillo J. (2010) Catatonia in the DSM--shall we move or not? *Schizophr Bull*;36(2):205-7.
38. Jakobsen, K., Frederiksen, J., Hansen, T., Jansson, L., Parnas, J., & Werge, T. (2005). Reliability of clinical ICD-10 schizophrenia diagnoses. *Nordic Journal Of Psychiatry*, *59*(3), 209-212.
39. Heinz, A., Voss, M., Lawrie, S., Mishara, A., Bauer, M., & Gallinat, J. et al. (2016). Shall we really say goodbye to first rank symptoms?. *European Psychiatry*, *37*, 8-13.
40. de Almeida, Rosa Maria Martins; Cabral, João Carlos Centurion; Narvaes, Rodrigo. (2015). Behavioural, hormonal and neurobiological mechanisms of aggressive behaviour in human and nonhuman primates". Physiology & Behavior. 143, 121–135.
41. Akert, R.M., Aronson, E., & Wilson, T.D. (2010). Social Psychology (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
42. Loeber R. & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. Annual Rev Psychol. 48:371-410.

43. Campbell, S.B., Shaw, D. S. & Gilliom, M. (2000). Early externalising behaviour problems: Toddlers and pre-schoolers at risk for later maladjustment. Development and psychopathology, 12, 467-488.
44. Shaw, D. S. & Bell, R. Q., (1993), Developmental theories of parental contributors to antisocial behavior. Journal of abnormal child psychology, 21, 493-518.
45. Bor, W, Najman, J M, O'Callaghan, M, Williams, G M & Anstey, K. (2001)Aggression and the development of delinquent behaviour in children. Australian Institute of Criminology: Trends & Issues in Crime and Criminal Justice, Australian Institute of Criminology, May 2001.
46. Pompili, M., & Fiorillo, A. (2015). Aggression and Impulsivity in Schizophrenia. Schizophrenia. *Trauma And Violence, 32*(7). Retrieved from http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/aggression-and-impulsivity-schizophrenia
47. McNiel, D., & Binder, R. (1994). The Relationship Between Acute Psychiatric Symptoms, Diagnosis, and Short-Term Risk of Violence. *Psychiatric Services, 45*(2), 133-137.
48. Spencer E, Birchwood M, McGovern D. (2001) Management of first-episode psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*; vol. 7, pp. 133–142.
49. Volavka J and Citrome L. (2011) Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. Schizophr Bull. 2011 Sep;37(5):921-9.
50. Singh, J. P., Serper, M., Reinharth, J., & Fazel, S. (2011). Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments. *Schizophrenia Bulletin, 37*(5), 899–912.
51. Soyka, M. (2011). Neurobiology of Aggression and Violence in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 37*(5), 913–920. http://doi.org/10.1093/schbul/sbr103
52. Serper, M. (2011). Aggression in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 37*(5), 897-898.

53. Huguelet, P., Borras, L., Gillieron, C., Brandt, P., & Mohr, S. (2009). Influence of Spirituality and Religiousness on Substance Misuse in Patients with Schizophrenia or Schizo-Affective Disorder. *Substance Use & Misuse*, *44*(4), 502-513.
54. Basu, A., & Nebhinani, N. (2013). Nicotine dependence in patients with schizophrenia. *British Journal Of Psychiatry*, *202*(01), 74-75.
55. Alexander, M. (1996). Women with co-occurring addictive and mental disorders: An emerging profile of vulnerability. *American Journal Of Orthopsychiatry*, *66*(1), 61-70.
56. Regier, D. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, *264*(19), 2511-2518.
57. Kavanagh, D., McGrath, J., Saunders, J., Dore, G., & Clark, D. (2002). Substance Misuse in Patients with Schizophrenia. *Drugs*, *62*(5), 743-755.
58. Brady, K., & Sinha, R. (2007). Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of Chronic Stress. *FOCUS*, *5*(2), 229-239.
59. Markou, A. (1998). Neurobiological Similarities in Depression and Drug Dependence: A Self-Medication Hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, *18*(3), 135-174.
60. Chambers, R., Krystal, J., & Self, D. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *50*(2), 71-83.
61. Juckel G, Schlagenhauf F, Koslowski M, Wüstenberg T, Villringer A, Knutson B, Wrase J, Heinz A. (2006) Dysfunction of ventral striatal reward prediction in schizophrenia. *Neuroimage.* 15;29(2):409-16.
62. Mathalon, D., Pfefferbaum, A., Lim, K., Rosenbloom, M., & Sullivan, E. (2003). Compounded Brain Volume Deficits in Schizophrenia-Alcoholism Comorbidity. *Archives Of General Psychiatry*, *60*(3), 245.
63. Rogers, T., & de Leon, J. (1997). Nicotine dependence among schizophrenic inpatients. *Schizophrenia Research*, *24*(1-2), 257.
64. Goff DC, Henderson DC, Amico E. (1992) Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry.* Sep;149(9):1189-94.

65. Wolźniak, A., & Szafrański, T. (2004). Smoking in schizophrenia –Relationship to psychopathology and side-effects. *Pharmacopsychiatry*, *36*(05).
66. D'Souza, D., Perry, E., MacDougall, L., Ammerman, Y., Cooper, T., & Wu, Y. et al. (2004). The Psychotomimetic Effects of Intravenous Delta-9-Tetrahydrocannabinol in Healthy Individuals: Implications for Psychosis. *Neuropsychopharmacology*, *29*(8), 1558-1572.
67. Arseneault, L. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*, *325*(7374), 1212-1213.
68. Fergusson, D., Horwood, L., & Ridder, E. (2005). Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*, *100*(3), 354-366. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01001.x
69. Green, A., Zimmet, S., Straus, R., & Schildkraut, J. (1999). Clozapine for Comorbid Substance Use Disorder and Schizophrenia: Do Patients with Schizophrenia Have a Reward-Deficiency Syndrome That Can Be Ameliorated by Clozapine?. *Harvard Review Of Psychiatry*, *6*(6), 287-296. doi: 10.3109/10673229909017206
70. NIMH. (2018). Mental Health Medications. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-medications/index.shtml#part_149866
71. Citrome L, Casey DE, Daniel DG, Wozniak P, Kochan LD, Tracy KA. (2004) Adjunctive divalproex and hostility among patients with schizophrenia receiving olanzapine or risperidone. *Psychiatr Serv.* Mar;55(3):290-4.
72. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller A, Perkins DO, Kreyenbuhl J. (2004) Practice guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American psychiatric association (APA) steering committee on practice guidelines.
73. Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(3), 523-537.
74. Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized

controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, *33*(3), 419-431.

75. Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A., & Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *British Journal Of Psychiatry*, *184*(04), 312-320.
76. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, and Mueser KT. (2001) A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2007 Dec; 164(12): 1791–1802.
77. Ryle A and Kerr IB. (2002) Cognitive analytic therapy. *Br J Psychiatry.* 183;(1): 79-83.
78. Taylor M and Perera U. (2015) NICE CG178 Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management - an evidence-based guideline? *Br J Psychiatry*. 2015 May;206(5):357-9.
79. NICE. (2014) Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management –updated edition 2014. National Clinical Guideline Number 178, edited by: National Collaborating Centre for Mental Health. Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence.
80. Sarin F, Wallin L, Widerlöv B. (2011) Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry.* Jun;65(3):162-74.
81. 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.* May;171(5):523-38.
82. Gleeson J, Larsen T. K., McGorry P. (2003) Psychological Treatment in Pre- and Early Psychosis. The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry: Vol. 31, The Schizophrenic Person and the Benefits of the Psychotherapies-Seeking a PORT in the Storm, pp. 229-245.
83. Berry K., Wearden A., Barrowclough C., & Liversidge T. (2006). Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences, 41,* 707–718.

84. Pérez-Álvarez M., García-Montes J. M., Perona-Garcelán S., & Vallina-Fernández O. (2008). Changing relationship with voices: New therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*, 75–85.
85. Bentall R., Corcoran R., Howard R., Blackwood N., & Kinderman P. (2001). Persecturoty delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 21*, 1143–1192.
86. Ryle A. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. Chichester, UK: Wiley
87. Canadian Mental Health Association. (2015). *What's the difference between psychosis and schizophrenia?*. *Heretohelp.bc.ca*. Retrieved 3 April 2018, from http://www.heretohelp.bc.ca/ask-us/whats-the-difference-between-psychosis-and-schizophrenia (Ημερομηνία επίσκεψης 12/7/18)
88. Taylor, P. J., Jones, S., Huntley, C. D., & Seddon, C. (2017). What are the key elements of cognitive analytic therapy for psychosis? A Delphi study. *Psychology and Psychotherapy, 90*(4), 511–529.
89. Rollnick, S., & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 325-334.
90. Μαδιανός Μ. και Οικονόμου Μ. (2014) Ελληνική κρίση, "εθνική" κατάθλιψη και ασκήσεις επιβίωσης. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
91. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *37*, 129-140.
92. Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 862-878.
93. Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd Edition. New York: Guilford Press.
94. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2010). What's new since MIF2? Presentation at the International Conference on Motivational Interviewing (ICMI). Stockholm, June 6, 2010. Διαθέσιμο σε: http://www.fhi.se/Documents/ICMI/Dokumentation/JuneF6/MillerFandFRollnickFjune6FpreF conferenceFworkshop.pdf

95. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* Oct;71(5):843-61.
96. Arkowitz, H., & Mann, B. J. (2002). A cognitive–behavioral assimilative integration. In F. Kaslow (Series Ed.) & J. Lebow (Vol. Ed.), Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol. 4. Integrative and eclectic therapies (pp. 317–340). New York: Wiley
97. Μπελλάλη Θ. (2011) Βασικές Αρχές και Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης Ποσοτικών Μελετών. *Νοσηλευτική*. 50(1): 10–22.

Πηγές ερευνητικού μέρους

98. Carey, K. B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S. A., & Batki, S. L. (2007). Adapting Motivational Interventions for Comorbid Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Clinical Psychology : A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, *14*(1), 39–57.
99. Chien, W. T., Mui, J., Gray, R., & Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *16*, 42.
100. Garcia-Portilla, M. P., Garcia-Alvarez, L., Saiz, P. A., Diaz-Mesa, E., Galvan, G., Sarramea, F., … Bobes, J. (2014). Effectiveness of a Multi-Component Smoking Cessation Support Programme (McSCSP) for Patients with Severe Mental Disorders: Study Design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(1), 373–389.
101. Chien, W. T., Mui, J. H., Cheung, E. F., & Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*, *16*, 270.
102. Makuuchi, A., Takemoto, Y., Okamura, H., Nakane, T., Namikawa, H., Fukumoto, K., … Shuto, T. (2017). Favorable effects of motivational interviewing and support in a patient with schizophrenia and alcohol abuse. *Journal of General and Family Medicine*, *18*(5), 271–274.

103. Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, *46*(3), 340-345.

104. Drake, R. J., Nordentoft, M., Haddock, G., Arango, C., Fleischhacker, W. W., Glenthøj, B., … Lewis, S. W. (2015). Modeling Determinants of Medication Attitudes and Poor Adherence in Early Nonaffective Psychosis: Implications for Intervention. *Schizophrenia Bulletin*, *41*(3), 584–596.

105. Choi, K.-H., Jaekal, E., & Lee, G.-Y. (2016). Motivational and Behavioral Activation as an Adjunct to Psychiatric Rehabilitation for Mild to Moderate Negative Symptoms in Individuals with Schizophrenia: A Proof-of-Concept Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1759.

106. Fiszdon, J. M., Kurtz, M. M., Choi, J., Bell, M. D., & Martino, S. (2016). Motivational Interviewing to Increase Cognitive Rehabilitation Adherence in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(2), 327–334.

107. Methapatara, W., & Srisurapanont, M. (2011). Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai schizophrenic patients with obesity or overweight: A 12-week, randomized, controlled trial. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, *65*(4), 374-380.

108. Gill, K. E., Poe, L., Azimov, N., Ben-David, S., Vadhan, N. P., Girgis, R., … Corcoran, C. M. (2015). Reasons for Cannabis Use Among Youths at Ultra High Risk for Psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*(3), 207–210.

109. Fischer, B. A., McMahon, R. P., Kelly, D. L., Wehring, H. J., Meyer, W. A., Feldman, S., … Gorelick, D. A. (2015). Risk-taking in schizophrenia and controls with and without cannabis dependence. *Schizophrenia Research*, *161*(0), 471–477.

110. Trigo, J. M., Soliman, A., Staios, G., Quilty, L., Fischer, B., George, T. P., … Le Foll, B. (2016). Sativex Associated With Behavioral-Relapse Prevention Strategy as Treatment For Cannabis Dependence: A case series. *Journal of Addiction Medicine*, *10*(4), 274–279.

111. Dwinger, S., Dirmaier, J., Herbarth, L., König, H.-H., Eckardt, M., Kriston, L., … Härter, M. (2013). Telephone-based health coaching for chronically ill patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *14*, 337.

112. Barkhof, E., Meijer, C. J., de Sonneville, L. M. J., Linszen, D. H., & de Haan, L. (2013). The Effect of Motivational Interviewing on Medication Adherence and Hospitalization Rates in Nonadherent Patients with Multi-Episode Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(6), 1242–1251.

113. Marshall, M., Barrowclough, C., Drake, R. et al. (2015). *The HELPER programme: HEalthy Living and Prevention of Early Relapse – three exploratory randomised controlled trials of phase-specific interventions in first-episode psychosis*. Southampton (UK): NIHR Journals Library. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285604

114. Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Tarrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *The BMJ*, *341*, c6325.

115. Dobber J, Latour C, de Haan L, Scholte Op Reimer W, Peters R, Barkhof E, van Meijel B. (2018) Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry*. May 18;18(1):135.

116. Bonsack C1, Montagrin Y, Favrod J, Gibellini S, Conus P. (2007) Motivational interviewing for cannabis users with psychotic disorders. *Encephale*. Oct;33(5):819-26.

117. Smeerdijk M, Keet R, van Raaij B, Koeter M, Linszen D, de Haan L , Schippers G. (2015) Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychol Med;*45 (13): 2839-48.

118. Bechdolf A, Pohlmann B, Güttgemanns J, Geyer C, Lindner K, Ferber C, Gouzoulis-Mayfrank E. (2012) State-dependent motivational interviewing for people with schizophrenia and substance use: results of a randomised controlled trial. *Nervenarzt*. Jul;83(7):888-96.

119. Kavanagh D.J, Young R, White A. Saunders J.B. Wallis J, Shockley N. Jenner,L, Clair A. (2004) A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug and Alc Review;* 23(2): 151-155.

120. Bellack, AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, Yang Y. (2006) A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People With Severe and Persistent Mental Illness. *Arch Gen Psychiatry.* Apr;63(4):426-32.

121. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. (2003) ADDICTIONS SERVICES- A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders. *Community Mental Health Journal;*39(3): 189-202.

122. Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., & Dermen, K. H. (2014). Behavioral Interventions for Individuals Dually-Diagnosed with a Severe Mental Illness and a Substance Use Disorder. *Current Addiction Reports*, *1*(4), 243–250.

123. Barkhof, E., Meijer, C., de Sonneville, L., Linszen, D., & de Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia–A review of the past decade. *European Psychiatry*, *27*(1), 9-18.

124. Kondo, K., Low, A., Jindai, K., Mendelson, A., Motuapuaka, M., Mansoor, D., Judge, M., Kansagara, D., Freeman, M. & Hartung, D. (2015). *Interventions to Improve Pharmacological Adherence among Adults with Psychotic Spectrum Disorders, Bipolar Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder*.

125. De Witte, N., Crunelle, C., Sabbe, B., Moggi, F., & Dom, G. (2014). Treatment for Outpatients with Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders: A Review. *European Addiction Research*, *20*(3), 105-114.

126. Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of Substance Abusing Patients with Comorbid Psychiatric Disorders. *Addictive Behaviors*, *37*(1), 11–24.

127. Drymalski WM, Campbell TC. 2009. A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: evidence and recommendations. *J Ment Health*;18:6–15.

128. Vanderwaal FM. (2015) Impact of Motivational Interviewing on Medication Adherence in Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs;*36(11):900-4.

129. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. (2014) Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophr Bull*;40(1):18-20.

130. Hjorthøj C, Fohlmann A, Nordentoft M. (2009) Reprint of "Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders--a systematic review". *Addict Behav*;34(10):846-51.

131. McCracken, S. G., & Corrigan, P. W. (2008). Motivational interviewing for medication adherence in individuals with schizophrenia. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), Applications of motivational interviewing. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems (pp. 249-276). New York, NY, US: Guilford Press.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την υλοποίηση παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν ως ψυχοθεραπευτική μέθοδο τη συνέντευξη κινητοποίησης (MI) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση ουσιών. Αρχικά αναπτύσσεται το θεωρητικό πλαίσιο και στη συνέχεια παρουσιάζεται η έρευνα των δευτερογενών δεδομένων. Στη συστηματική ανασκόπηση περιλαμβάνονται 33 μελέτες, 24 εκ των οποίων είναι εμπειρικές μελέτες και 9 είναι συστηματικές ανασκοπήσεις. Όλες αναφέρονται σε παρεμβάσεις με MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και 14 από αυτές αφορούν ασθενείς με σχιζοφρένεια και επιβλαβή και επικίνδυνη κατανάλωση ουσιών. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης καταδεικνύουν την εφαρμοσιμότητα της MI στη συνήθη θεραπεία της σχιζοφρένειας, καθώς υπάρχουν ενδείξεις για θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την υιοθέτηση κάποιων συμπεριφορών από τους ασθενείς, αλλά και της συχνότητας και βαρύτητας των επεισοδίων. Παρόλα αυτά, οι εμπειρικές μελέτες περιλαμβάνουν μικρά δείγματα και παρουσιάζουν περιορισμούς σχεδιασμού. Σχετικά με την αποτελεσματικότητα της MI σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και κατάχρηση, οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν MI μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα όταν πρόκειται για αλκοόλ ή για υπέρμετρη κατανάλωση ανθυγιεινού φαγητού, καθώς και ως προς τη χρήση κάνναβης. Αναδεικνύεται, τόσο από το μικρό αριθμό των υπαρχουσών εμπειρικών μελετών όσο και από τα συμπεράσματα των προηγούμενων συστηματικών ανασκοπήσεων, η ανάγκη για περισσότερη έρευνα στο πεδίο.

Abstract

The purpose of this diploma thesis is to systematically review the literature on the implementation of interventions involving a motivational interview (MI) in patients with schizophrenia and substance abuse. Initially, the theoretical framework is developed and then the secondary data is presented. The systematic review includes 33 studies, 24 of which are empirical studies and 9 are systematic reviews. All refer to interventions with MI in schizophrenic patients, and 14 of them are patients with schizophrenia and substance abuse. The results of the review demonstrate the applicability of MI to the normal treatment of schizophrenia in addition to its efficacy. In fact, there are indications of positive outcomes concerning the adoption of therapeutic behaviors from the patients. There are also indications of lower incidence and severity of recurrent psychotic episodes in these patients. However, empirical studies include small samples and design constraints. Regarding the efficacy of MI in patients with schizophrenia and abuse, interventions involving MI may have positive effects when it comes to alcohol, excessive food consumption or even cannabis. This is evidenced, both by the small number of existing empirical studies and by the conclusions of previous systematic reviews, for the need for more research in this field.