



Π.Μ.Σ. Κοινωνική Ψυχιατρική

Η Ψυχοεκπαίδευση σήμερα: από τη θεωρία στην πράξη, από τη σχιζοφρένεια στον Covid-19

Μαρίνα Οικονόμου

Καθηγήτρια Ψυχιατρικής

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α.- Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής

Ακριβείας «Κώστας Στεφανής» Ε.Π.Ι.Ψ.Υ



PSYCHOEDUCATION

meaning, definition, explanation...



ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



Ψυχοεκπαίδευση

Ο «**όρος**» και η «**σημασία**» του
ή
ΟΙ ΠΕΡΙΠΕΤΕΙΕΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ...

Ψυχοεκπαίδευση



Εκπαίδευση

ή

Ψυχοθεραπεία



Ψυχοεκπαίδευση

- Ενημέρωση;
- Εκπαίδευση;
- Για ποιες διαταραχές;
- Εκπαίδευση για ψυχικές διαταραχές;
- Εκπαίδευση για προβλήματα υγείας;
- Ψυχοθεραπεία;
- Πού απευθύνεται; **στον ασθενή; στην οικογένεια;**

Ψυχοεκπαίδευση

Είναι **εκπαίδευση** και **ψυχοθεραπεία**

Είναι εκπαίδευση για **ψυχικές διαταραχές** και για γενικότερα **προβλήματα υγείας**

Απευθύνεται **και στον ασθενή και στην οικογένεια**

Ορισμοί

Η Ψυχοεκπαίδευση αποτελεί ένα οργανωμένο σχέδιο **ενημέρωσης** για ποικίλα **προβλήματα υγείας** και απευθύνεται και στον ασθενή και την οικογένεια.

Pitschel-Walz et al., 2001

Η Ψυχοεκπαίδευση προωθεί τη χρήση ψυχοθεραπευτικών και εκπαιδευτικών τεχνικών, μεθόδων και προσεγγίσεων οι οποίες συμβάλλουν σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας των μειονεξιών που προκαλεί η **ψυχική ασθένεια**.

Barter, 1984

Η Ψυχοεκπαίδευση είναι μια μη-φαρμακολογική θεραπεία, η οποία παρέχει συστηματική, δομημένη και με διδακτικό τρόπο ενημέρωση σχετικά με την **ψυχική νόσο** και περιλαμβάνει την ενσωμάτωση συναισθηματικών-ψυχοθεραπευτικών διαστάσεων με στόχο να διευκολυνθούν οι **ασθενείς** και οι **οικογένειες** να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου.

Rummel-Kluge & Kissling, 2008

Ορισμοί

Η Ψυχοεκπαίδευση αντιστοιχεί σε «οποιαδήποτε δομημένη **ατομική ή ομαδική ή οικογενειακή** παρέμβαση που αντιμετωπίζει μια ασθένεια πολυδιάστατα, περιλαμβάνοντας τις οικογενειακές, κοινωνικές, βιολογικές και φαρμακολογικές πτυχές της, παρέχοντας πληροφορίες, υποστήριξη και στρατηγικές διαχείρισης τόσο στους λήπτες των υπηρεσιών όσο και στους φροντιστές τους»

Τι είναι Ψυχοεκπαίδευση;

Στην πραγματικότητα σήμερα η **Ψυχοεκπαίδευση** αντιστοιχεί σε μια μακράς διάρκειας οργανωμένη παρέμβαση που παρέχεται **από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας** και στο πλαίσιο μιας ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας συνδυάζει την

- **Ενημέρωση** για τη νόσο
- **Εκπαίδευση** για την απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων
- **Υποστήριξη**

Ειδικοί στόχοι

- **Να δοθεί ένα σκεπτικό για τη θεραπεία**

Να διευκολυνθεί η κατανόηση της νόσου, της ανάγκης για φαρμακευτική θεραπεία και για ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση.

«Όχι μόνο να γίνει καλά αλλά και να παραμείνει καλά»

- **Να ενισχυθεί η αυτο-αντιμετώπιση**

Να βοηθηθεί ο ασθενής και η οικογένεια να αποκτήσουν ενεργητικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου.

«Να γίνουν οι ειδικοί»

- **Να αναπτυχθεί θεραπευτική συμμαχία**

Ο θεραπευτής παρουσιάζεται ως ένα υποστηρικτικό άτομο που είναι γνώστης της νόσου και της αντιμετώπισής της.

«Η δύναμη της θεραπευτικής σχέσης»

Ψυχοεκπαίδευση είναι

- Καλή πρακτική που ενδυναμώνει τον ασθενή
- Καλή πρακτική που ενδυναμώνει την οικογένεια
- Συνιστώσα ενός ευρύτερου θεραπευτικού σχεδίου



Τι δεν είναι η Ψυχοεκπαίδευση

- **μόνο ενημέρωση**
- **απλώς και μόνο μια καλή ιατρική πρακτική**
- **μόνο για τους ασθενείς**
- **μόνο για την οικογένεια**
- **ενημέρωση μόνο από φυλλάδια και διευθύνσεις στο διαδίκτυο**
- **μόνο εργαλείο αυτοβοήθειας**

Φιλοσοφία της Ψυχοεκπαιδευτικής Προσέγγισης

- Η νόσος είναι ένα πολύπλοκο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο
- Δικαίωμα στη γνώση
- Η γνώση είναι δύναμη
- Η γνώση οδηγεί στην **αποδοχή**
- Όλοι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα στην υπεύθυνη ενημέρωση για τη νόσο τους
- Η νόσος έχει επιπτώσεις στον **ασθενή** και την **οικογένεια**

Λόγοι που οδήγησαν στην ανάπτυξη των Ψυχοεκπαιδευτικών Παρεμβάσεων στην οικογένεια

- **Η οικογένεια αποτελεί ένα φυσικό υποστηρικτικό σύστημα.** Περίπου 65% των ασθενών με σχιζοφρένεια επιστρέφουν στην οικογένεια μετά το νοσοκομείο, **92% στην Ελλάδα**
- **Έλλειψη συναίνεσης.** Οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν παίρνουν καθόλου προληπτική αγωγή (Kane 1985, Kissling 1998,2003) με αποτέλεσμα τα πραγματικά ποσοστά υποτροπών να παραμένουν κοντά στο 50% (Gabel & Pietzcker 1985, Kissling 2003)
- **Ανάπτυξη κινημάτων οικογενειών.** Ανάγκη ενημέρωσης – Μείωση του στίγματος. Οικογένειες εκδήλωσαν την επιθυμία να συμμετέχουν ως σύμμαχοι στις θεραπείες που δίνουν έμφαση στη βιολογική βάση της σχιζοφρένειας, δεν κατηγορούν την οικογένεια για την εμφάνιση της νόσου και έχουν ως στόχο να υποστηρίξουν την οικογένεια και να την ανακουφίσουν από το βάρος της φροντίδας
- **Έρευνες** έδειξαν ότι το στρεσογόνο οικογενειακό περιβάλλον (υψηλό ΕΣ) συμβάλλει στην αύξηση της πιθανότητας υποτροπών



KNOWLEDGE

Η **Ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση** χρησιμοποιεί στοιχεία και τεχνικές από ποικίλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις:

- **Τη γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία**
- **Την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία**
- **Την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία**
- **Την οικογενειακή θεραπεία**
- **Τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία**
- **Την ομαδική θεραπεία**

Ψυχοεκπαιδευτικές Τεχνικές

- **Συμπεριφορική Θεραπεία** (Pavlov, Skinner, Watson, Mary Cover Jones)
- **Ευρύτερο ψυχοθεραπευτικό πεδίο:**
 - **Role-playing από Ψυχόδραμα** (Moreno)
 - **Μιμητική μάθηση** (Bandura)
 - **Αμοιβαιότητα οικογενειακών συνδιαλλαγών** (Stuart)
 - **Γνωσιακές τεχνικές** (Ellis, Beck και Meichenbaum)
 - **Σταδιακή έκθεση στο φόβο** (Marks)
 - **Εκπαίδευση σε δεξιότητες** (Argyle)
 - **Επίλυση προβλήματος** (Spivack)
- **Υποστηρικτικό πλαίσιο**

- **Ο Θεραπευτής** παρουσιάζεται ως ένα υποστηρικτικό άτομο, με βαθιά γνώση της νόσου και της αντιμετώπισής της, γεγονός που βοηθά να αναπτυχθεί θεραπευτική συμμαχία.
- **Η αποτελεσματικότητα** της Ψυχοεκπαίδευσης στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και όχι στην ετεροβαρή σχέση εξουσίας ιατρού-ασθενή.
- **Η Ψυχοεκπαίδευση ως Θεραπευτικό μοντέλο** ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία, σέβεται τις επιλογές τους και προάγει τη συμμετοχή των οικογενειών στη θεραπευτική διαδικασία.

Ψυχοεκπαίδευση

- **Ενημέρωση** για τη νόσο
- **Εκπαίδευση** για την απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων
- **Υποστήριξη**



psychoeducation

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

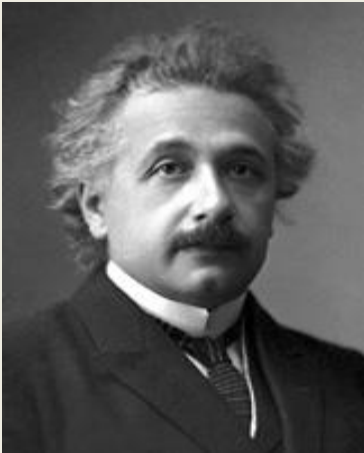
Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΠΕΙΘΟΥΣ

&

**ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ
ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

**Οι πλέον θεμελιώδεις έννοιες
της επιστήμης είναι
στην ουσία απλές και μπορούν...
να εκφραστούν σε μια γλώσσα
κατανοητή από όλους.**



**Albert Einstein,
The Evolution of Physics**









Η Τέχνη της Ενημέρωσης

- **Θεραπευτική σχέση**
- **Εξατομίκευση**
- **Γνώση θεραπευτή vs «εξουσία»/ Υποστήριξη**
- **Ενσυναίσθηση**
- **Ασθενής και οικογένεια**
- **Η δύναμη των λέξεων**
- **Τι και πως**

Τι να πούμε;

- Σχιζοφρένεια;;;;;
- Ψύχωση;;;;;.....
- Χρόνια νόσος;;;;;
- Ανίατη νόσος;;;;;

Πώς ;

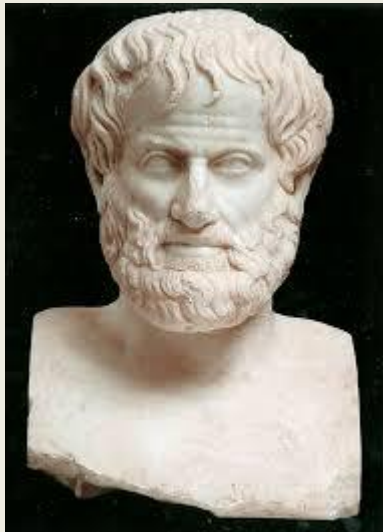
- Να μιλάμε σε απλή, κατανοητή, ανθρωποκεντρική γλώσσα
- Να αποφεύγουμε ταμπέλες και χαρακτηρισμούς
- Να εξατομικεύουμε
- Να σεβόμαστε τις προτιμήσεις του ασθενή
- Να χρησιμοποιούμε παραδείγματα
- Να απαντάμε σε ερωτήσεις
- Να εξηγούμε την ιατρική ορολογία / το ρόλο των φαρμάκων

...Να πείθουμε

...Να χτίζουμε σχέση

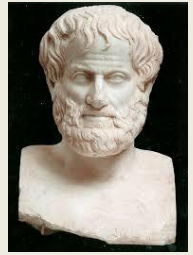
Να πείθουμε...

Από τη Ρητορική του Αριστοτέλη στη Σύγχρονη Ψυχοεκπαίδευση



Η ρητορική τέχνη αφορά την ικανότητα εύρεσης, στην κάθε επιμέρους περίπτωση, των στοιχείων που **μπορούν να πείσουν**

Μέθοδος πειθούς



Η πειθώ επιτυγχάνεται μέσω της **απόδειξης**, πραγματικής ή φαινομενικής, με βασικούς πυλώνες:

- **το παράδειγμα**, δηλαδή τη ρητορική επαγωγή
- **το ενθύμημα**, δηλαδή τον ρητορικό συλλογισμό
- **τα τεκμήρια**

Αρετές του ρήτορα

Η λειτουργία της πειθούς του ρητορικού λόγου επιτελείται όχι μόνο μέσω των αποδεικτικών επιχειρημάτων που παρέχει ο ρήτορας, αλλά και:

- μέσω του **πάθους** (συναισθήματος) που ο ρητορικός λόγος εγείρει στην ψυχή του ακροατή
- μέσω του **ήθους** (χαρακτήρα) και των αρετών του ρήτορα, που προσδίδουν αξιοπιστία στο λόγο του
(**διανοητικές αρετές, ηθικές αρετές**)

Η Ρητορική του Αριστοτέλη στη σύγχρονη ιατρική και ψυχοθεραπευτική πρακτική

- **Στο πεδίο της Ιατρικής** η ρητορική τέχνη ασκείται ενισχυτικά με σκοπό να προωθήσει τη θεραπεία
- **Στο πεδίο της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης**, ο θεραπευτής έχει τον ρόλο του “υποστηρικτικού δασκάλου”, έναν ρόλο που θα μπορούσε να παραλληλιστεί με αυτόν του ρήτορα-παιδαγωγού όπως σκιαγραφείται από τον Αριστοτέλη. Ο θεραπευτής αποσκοπεί να διοχετεύσει τη γνώση μέσα από τρόπο βιωματικό και όχι απλώς να μεταδώσει στείρες πληροφορίες
- **Στο πεδίο της ψυχοεκπαίδευσης-ψυχοθεραπείας** οι ποιότητες ενός ικανού θεραπευτή συμπίπτουν με αυτές ενός ικανού ρήτορα, ο οποίος, κατά τον Αριστοτέλη, ορίζεται ως **αυτός που είναι σε θέση να κάνει συλλογισμούς, να μελετάει τους χαρακτήρες, τις αρετές και τα πάθη του ακροατηρίου του**

Ρητορική και Ψυχοεκπαίδευση

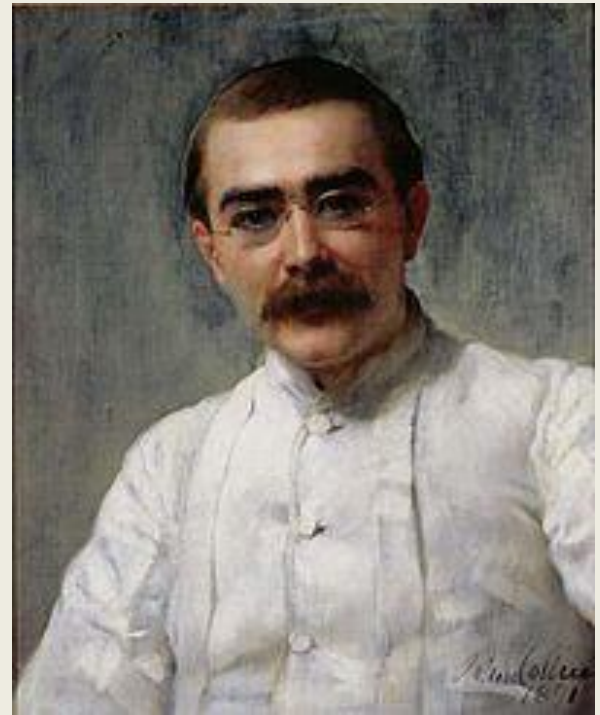
Η Ψυχοεκπαίδευση:

- **Παρέχει ουσιαστική εκπαίδευση**, αναδεικνύοντας την **ενημέρωση** ως υψίστης σημασίας στη θεραπευτική πρακτική
- **Υπογραμμίζει τον καίριο ρόλο του θεραπευτή**, ο οποίος, κατ' αναλογία προς έναν επιδέξιο και ικανό ρήτορα-παιδαγωγό, επιτυγχάνει να διοχετεύσει κατάλληλα την ενημέρωση αυτή στους ασθενείς του μέσω της αρτιότητας της προσωπικότητας και της τεχνικής του

Οι “ηθικές αρετές” του θεραπευτή είναι συχνά ίσης βαρύτητας με τις “διανοητικές αρετές” της επιστημονικής του κατάρτισης



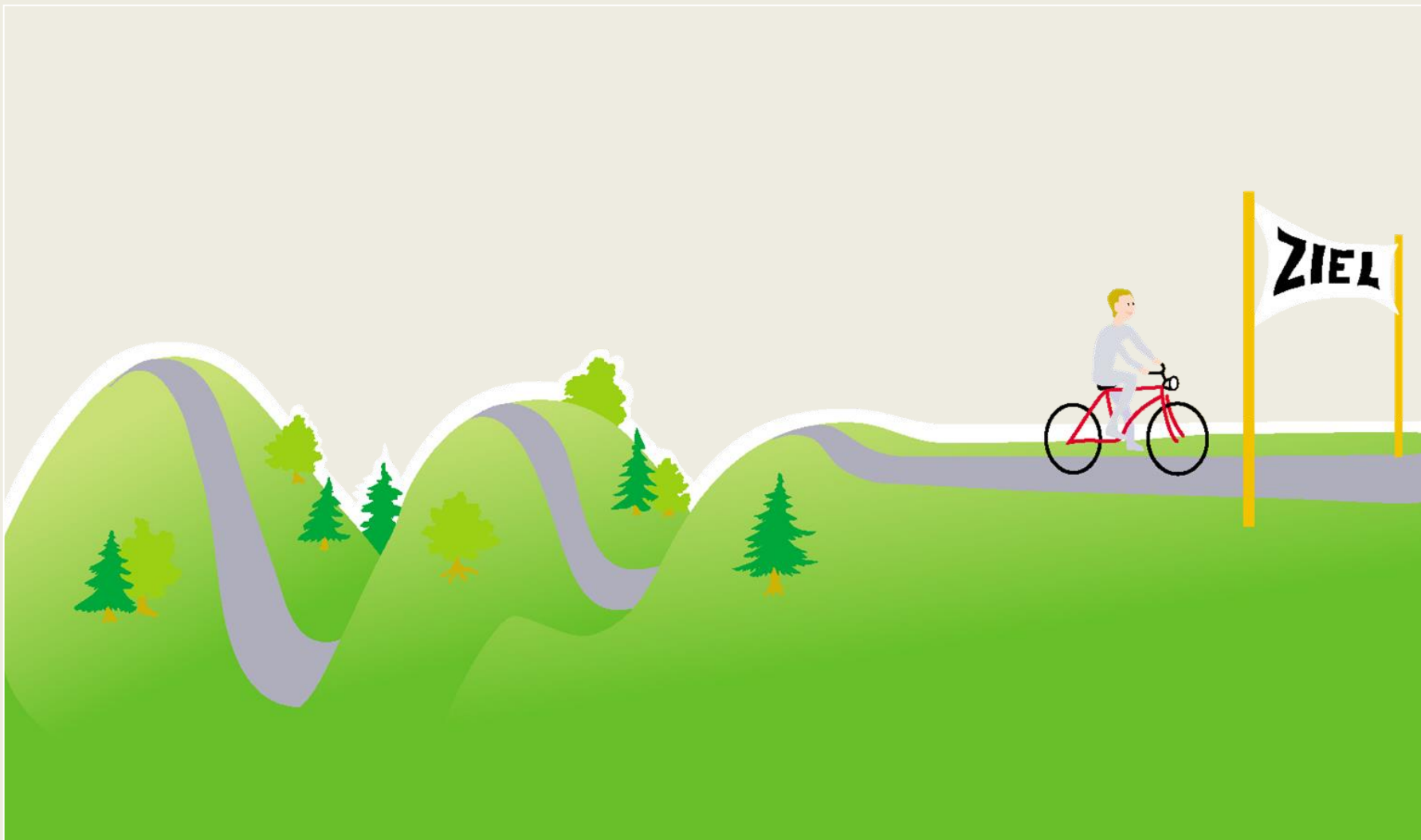
«Οι λέξεις - το πιο ισχυρό φάρμακο»



Joseph Rudyard Kipling

1865 –1936

Να αφήνουμε παράθυρο στην ελπίδα



THERE IS NO MEDICINE LIKE **HOPE**, NO INCENTIVE SO GREAT,
NO TONIC SO POWERFUL AS THE EXPECTATION OF TOMORROW.

— ORISON S. MARDEN —

(1848 – 1924)

1881 —*Doctor of Medicine* (M.D.), Harvard Medical School



HOPE

**IS A COMBINATION OF LESSENING
SUFFERING AND PSYCHIC PAIN AND BUILDING
MORE POSITIVE EXPECTATIONS....**



Friedrich Nietzsche

ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΡΗΤΟΡΙΚΗΣ

Επιμέλεια: Δημήτρης Παπαδόπουλος, Μετάφραση: C. Βασιλάκης, E.L. Ούλιαν

ΠΑΡΕΣΟΝ



Νίτσε 1844- 1900

Η τέχνη του ρήτορα έγκειται στο να μην αφήσει ποτέ να διαφανεί το τεχνητό.

Ο αληθινός ρήτορας μιλάει έχοντας ως βάση το ήθος του.

Εφευρίσκει τις καλύτερες απολογίες και επιχειρήματα, **τα πιο πειστικά λόγια** και τους τρόπους του λέγειν.

Πρόκειται για μια ανταλλαγή του εγώ.

Ο Νίτσε στη **Ρητορική** αναφέρεται πέραν των τεχνικών της ευγλωττίας, **στη δύναμη της αλήθειας και του εκφέροντος την αλήθεια**, όπου μόνο έτσι θα οδηγηθούμε **στην πειθώ**.

Η ρητορική γίνεται η **σύγχρονη γέφυρα ανάμεσα στον άνθρωπο συνολικά** (ανθρώπινη σκέψη, γνώση, προσωπικότητα και στάση στη ζωή) και **την εκφορά της γλώσσας- αλήθειας** όπου **γνώση και ηθική** είναι λειτουργίες της γλώσσας.

Πώς ;

- Να μιλάμε σε απλή, κατανοητή, ανθρωποκεντρική γλώσσα
- Να αποφεύγουμε ταμπέλες και χαρακτηρισμούς
- Να εξατομικεύουμε
- Να σεβόμαστε τις προτιμήσεις του ασθενή
- Να χρησιμοποιούμε παραδείγματα
- Να απαντάμε σε ερωτήσεις
- Να εξηγούμε την ιατρική ορολογία / το ρόλο των φαρμάκων

...Να πείθουμε

...Να χτίζουμε σχέση

Θεραπευτική Σχέση

- **Σχέση** που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο
- Αποτελεί το βασικό συστατικό της οικοδόμησης της θεραπευτικής παρέμβασης, στο πλαίσιο της οποίας γίνεται διερεύνηση των γνωστικών διεργασιών του ατόμου, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του
- Αποτελεί **ένα από τα βασικά συστατικά στοιχεία** κάθε ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης (Mahoney, 1991)
- Αναγνωρίζεται ως υψίστης σημασίας για την πρόοδο της ψυχοθεραπείας από όλες τις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Luborsky et al 1975)

Θεραπευτική Σχέση

- Η θεραπευτική σχέση, ανεξάρτητα από τη θεραπευτική προσέγγιση που υιοθετεί ο ψυχοθεραπευτής, θεωρείται **πυρήνας κάθε ψυχοθεραπείας**
- Πέρα από τη μεθοδολογία και τις τεχνικές που κάθε θεραπευτής χρησιμοποιεί για να πραγματοποιήσει το θεραπευτικό του έργο σε συνεργασία με τον θεραπευόμενο, τα συστατικά της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο παίζουν βασικό ρόλο ως προς την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας (Holmes, 2012)

Θεραπευτική Σχέση

- Στην **Ψυχιατρική** η θεραπευτική σχέση είναι κεντρικό θεραπευτικό εργαλείο, αλλά προφανώς υπάρχει σε ολόκληρη **την Ιατρική πρακτική** και έχει λάβει διάφορα ονόματα αλλά και περιεχόμενα στη διάρκεια των αιώνων
- Σε κάθε ιστορική περίοδο η θεραπευτική σχέση διαμορφώνεται τόσο από τον τύπο της εκπαίδευσης των θεραπειών όσο και από τις κοινωνικές απαιτήσεις και τις συνθήκες διαπροσωπικής συνάντησης θεραπευτή και θεραπευόμενου

Θεραπευτική Σχέση

- **Χαρακτηριστικά του θεραπευτή**
 - Προσδοκίες
 - Επικοινωνιακές δεξιότητες
 - Προσωπικότητα
 - Τριάδα του Rogers: ζεστασιά, γνησιότητα, ενσυναίσθηση
- **Χαρακτηριστικά του ασθενή**
 - Αισιοδοξία για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας
 - Κίνητρο
 - Ελπίδα
 - Κοινωνική υποστήριξη
- **Χαρακτηριστικά της θεραπείας - παρέμβασης**
 - Ο ρόλος της Ψυχοθεραπευτικής κατεύθυνσης
 - Ο ρόλος της Ψυχοεκπαίδευσης

Θεραπευτική Συμμαχία

- Ο όρος «θεραπευτική συμμαχία», εισήχθη αρχικά από τον Freud (1913)
- Ο άνθρωπος όμως που έδωσε στον όρο «θεραπευτική συμμαχία» τη σημερινή του σημασία και συνέβαλε ουσιαστικά στη διάδοσή του ήταν ο Edward Bordin (1976), ο οποίος υποστήριξε ότι **η θεραπευτική συμμαχία αντιπροσωπεύει την αρμονική συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου με σκοπό την ανακούφιση του τελευταίου**



Θεραπευτική Συμμαχία

Η θεραπευτική συμμαχία:

- Αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης.
- Είναι ένα είδος συμμαχίας/συνεργασίας που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο
- Αποτελεί **την ασφαλή βάση** πάνω στην οποία θα οικοδομηθεί η θεραπεία
- Παρέχει στον θεραπευόμενο ένα ασφαλές περιβάλλον για να εξερευνήσει τον εαυτό του
- Είναι **«ένας τρόπος ασφαλής - προετοιμάζοντας το έδαφος της ψυχοθεραπείας»** (L. Havens Άγγρα 2012).

Ενσυναίσθηση

- Η ικανότητα να αντιλαμβάνομαι το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς ενός άλλου ανθρώπου με ακρίβεια σαν να ήμουν εκείνο το άτομο, χωρίς όμως να χάνω αυτή τη **«σαν να συνθήκη»** (Rogers 1959).
- Ένα άνοιγμα με σεβασμό στην ατομικότητα του άλλου (Levasseur and Vance 1993).
- **Στην Ιατρική** η ικανότητα του ιατρού να εστιάζει την προσοχή του στον ασθενή, να ακούει προσεκτικά το ιστορικό του και να καταλαβαίνει ακριβώς πώς μπορεί να αισθάνεται ο ασθενής του (Stepien and Bernstein 2006).
- Τελευταία προστέθηκε **η διάσταση της συναισθηματικής εμπλοκής** του ιατρού με τον ασθενή η οποία αξιολογείται ως ωφέλιμη στην παροχή φροντίδας με ανθρωποκεντρικό πλαίσιο (Lionis and Shea 2015).

Θεραπευτική συμμαχία μία σχέση πολύπλοκη και πολυδιάστατη

- Σεβασμός στον ασθενή
- Αίσθημα ασφάλειας, εμπιστοσύνης
- Εμπιστευτικότητα
- Χρόνος
- Αναγκαίες πληροφορίες, Καθοδήγηση
- Ενσυναίσθηση, Ενδιαφέρον, Ζεστασιά
- Υποστήριξη
- Ελπίδα vs Εξωπραγματικές Προσδοκίες
- Μεταβίβαση, Αντιμεταβίβαση ως θεραπευτικό εργαλείο

Λόγοι μη ικανοποίησης των ασθενών από τον ψυχίατρο

- δεν αφιέρωσε αρκετό χρόνο (52%)
- δεν με κατάλαβε (49%)
- δεν μου εξήγησε τα φάρμακα (40%)
- δεν έδωσε σημασία στις ανησυχίες μου για τα φάρμακα (40%)
- δεν με φρόντισε (39%)
- δεν με σεβάστηκε (32%)
- δεν εξέλαβε σοβαρά το πρόβλημά μου (21%)

The ethical justification

The ethical justification put forward for SDM is that it is a **human right**.

“No decision about me without me”

Coulter A, Collins A. Making shared decision making a reality.
No decision about me, without me. London: King's Fund, 2011.



Enhancing Therapeutic Alliance and Promoting Shared Decision Making

Why effective communication and collaboration between patients and healthcare professionals matters

Report authors:
Lucy Ashworth
Clara Moloney
October 2017

Η ανακοίνωση της αλήθειας

Ένα πολύπλοκο θέμα....

- **Βαθμός ανοχής** της αλήθειας από τον ασθενή (απελπισία, κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός, απόπειρες αυτοκτονίας μετά την ανακοίνωση της αλήθειας)
- Συντριπτική πλειονότητα των ανθρώπων θέλουν να γνωρίζουν με **ακρίβεια την αλήθεια**

Ωστόσο **ο ιατρός επωμίζεται την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων**

Ενημέρωση ασθενούς και ανακοίνωση της αλήθειας

- Από την εποχή της Ιπποκρατικής ιατρικής, ο ιατρός διατηρούσε το δικαίωμα να χειρίζεται τις πληροφορίες που θα έδινε στον ασθενή με όποιον τρόπο επέλεγε και με κριτήριο το **όφελος του ασθενούς**
- Η μεγάλη πλειονότητα των ιατρών απέφευγε να ανακοινώσει τα δυσάρεστα νέα στους πάσχοντες
- Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο κοινωνικές, πολιτικές, νομικές και ιατρικές ανακατατάξεις άλλαξαν τη στάση των ιατρών
 - α) **Αποτελεσματικότητα των νέων θεραπειών** που μετέτρεψαν θανατηφόρες νόσους σε χρόνιες
 - β) **Δικαιώματα** του ασθενούς (ανάπτυξη της έννοιας της προσωπικής αυτονομίας και ευθύνης)
 - γ) **Συναίνεση** του ασθενούς για τις θεραπευτικές ενέργειες στις οποίες θα προβεί ο ιατρός

Δεξιότητες του ιατρού για την ανάπτυξη καλής θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή

- Γνώση των επιστημονικών δεδομένων
- Οριοθέτηση του πλαισίου της συνεργασίας και των θεραπευτικών συναντήσεων
- Δημιουργία κλίματος σεβασμού, εμπιστευτικότητας και συνεργασίας
- Ικανότητες διαγνωστικές και θεραπευτικές, καθώς και διατήρηση της **θεραπευτικής συμμαχίας**
- Εκμαίευση των κατάλληλων πληροφοριών από τον ασθενή και το οικογενειακό περιβάλλον
- Ενεργητική ακρόαση και ικανότητα αποκωδικοποίησης των μη-λεκτικών μηνυμάτων της επικοινωνίας
- Αφιέρωση του απαιτούμενου χρόνου

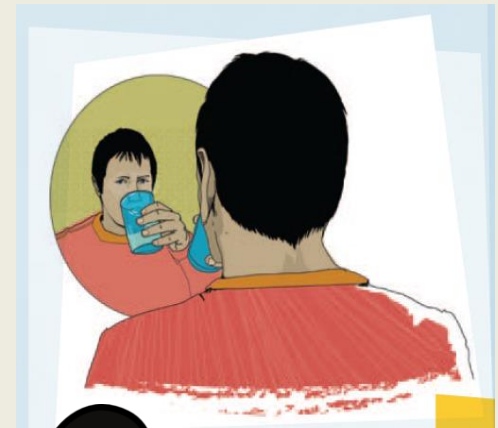
- Κατανόηση της θέσης και της συμπεριφοράς του ασθενούς **(ενσυναίσθηση)** και της ανάγκης υποστήριξής του
- Αντοχή στις «δύσκολες» καταστάσεις και συμπεριφορές του ασθενούς
- Ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων, διαφορών και συγκρούσεων που δημιουργούνται στην πορεία της θεραπείας
- Αντίληψη τόσο των «αντικειμενικών προβλημάτων» στη σωστή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης, όσο και της «μεταβίβασης» και «αντιμεταβίβασης» των ενδοψυχικών συγκρούσεων, των φαντασιώσεων, της κατάδυσης στο **παρελθόν** και της πορείας προς το **μέλλον**

Βασικά πρότυπα σχέσης ιατρού- ασθενούς

- **Πατερναλιστικό ή πατριαρχικό ή προστατευτικό πρότυπο (paternalistic model).** Ο ιατρός παίζει ρόλο κηδεμόνα, κατέχει γνώση, κυριαρχεί στη συζήτηση, δίνει μόνο τις πληροφορίες που κρίνει κατάλληλες και παίρνει τις αποφάσεις για τη θεραπεία
- **Πρότυπο της συμμετοχικής αντίληψης στη λήψη απόφασης (shared decision-making style).** Ο ιατρός και ο ασθενής σε ισότιμη βάση καταθέτουν τη γνώση και την εμπειρία τους για να λάβουν τις σχετικές αποφάσεις. **Ο ιατρός διαθέτει γνώσεις για τη φύση της νόσου,** την πρόγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές, και συμβουλεύει σχετικά τον ασθενή, ενώ από την πλευρά του **ο ασθενής διαθέτει εμπειρία με τη νόσο** και έχει δικές του πεποιθήσεις και προτεραιότητες
- **Πληροφοριακό ή τεχνοκρατικό πρότυπο (informative model).** Ο ιατρός «τεχνοκράτης» προσφέρει όλη την αναγκαία πληροφόρηση, αλλά ο ασθενής είναι αυτός που αποφασίζει τελικά τη θεραπεία

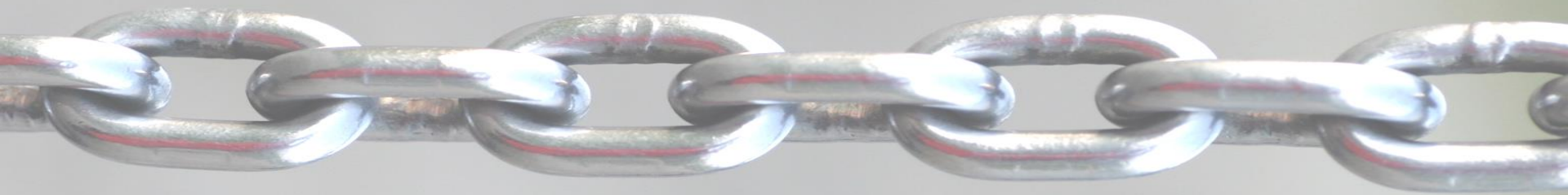


Η αξία της θεραπευτικής σχέσης



Η θεραπευτική σχέση αναδεικνύεται

Ο απαραίτητος αγνοούμενος κρίκος ανάμεσα
στο **φάρμακο** και τον **ασθενή**



Ας μην ξεχνάμε...

«Το **φάρμακο** που χρησιμοποιείται πιο συχνά στην ιατρική είναι ο ίδιος ο **ιατρός**...»



M. Balint (1957)

Damien
Hirst

calendar 2013



Ο ρόλος του ψυχιάτρου

Ο ψυχίατρος είναι ο γιατρός που μέσα στη **θεραπευτική σχέση**, με συνείδηση της «ασυμμετρίας» της σχέσης γιατρού, ασθενή, οικογένειας, πρέπει να καταφέρνει αυτή η ασυμμετρία να μη γίνεται ποτέ απαγορευτική για μια ειλικρινή, ζεστή και ουσιαστική ανθρώπινη συνεργασία.

Η ιατρική είναι τέχνη

Ε. Παπανούτσος (1974):

«Και ο άρρωστος δεν είναι αφηρημένη οντότητα, αλλά ένα επώνυμο άτομο με την εντελώς δική του μοίρα, με την προσωπική του ιστορία. Αυτήν πρέπει να εξερευνήσει ο γιατρός και μέσα σ' αυτήν να τοποθετήσει και να εξηγήσει τα περιστατικά της νόσου, το χαρακτήρα και τη θεραπεία της»

Η τέχνη της ενημέρωσης

psychoeducation

Ψυχοεκπαίδευση

- **Ενημέρωση** για τη νόσο
- **Εκπαίδευση** για την απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων
- **Υποστήριξη**



psychoeducation



EDUCATION

FUTURE

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση για τη νόσο
- **Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας**
 - Πώς να εκφράζουμε θετικά συναισθήματα
 - Πώς να εκφράζουμε αρνητικά συναισθήματα
 - Πώς να ζητάμε κάτι με θετικό τρόπο
 - Ενεργητική ακρόαση
- **Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων και την επίτευξη στόχων**

ΕΚΦΡΑΖΟΝΤΑΣ ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

- **ΚΟΙΤΑΞΕΤΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΙ ΕΚΑΝΕ ΠΟΥ ΣΑΣ
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΕ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙΤΕ**

ΖΗΤΩΝΤΑΣ ΚΑΤΙ ΜΕ ΚΑΛΟ – ΕΥΓΕΝΙΚΟ ΤΡΟΠΟ*

- **ΚΟΙΤΑΞΤΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΙ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΙ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΘΑ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΝΟΙΩΣΕΤΕ**

- *** ΟΤΑΝ ΖΗΤΑΤΕ ΚΑΤΙ, ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΦΡΑΣΕΙΣ ΟΠΩΣ:**
- **"ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΠΟΛΥ ΝΑ..."**
- **"ΘΑ ΤΟ ΕΚΤΙΜΟΥΣΑ ΠΟΛΥ ΑΝ ..."**
- **"ΘΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΟΜΟΥΝΑ ΠΟΛΥ ΑΝ .. ."**
- **"ΘΑ ΗΤΑΝ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΓΙΑ ΜΕΝΑ ΑΝ.. ."**

ΕΚΦΡΑΖΟΝΤΑΣ ΔΥΣΑΡΕΣΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

- **ΚΟΙΤΑΞΤΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ:
ΜΙΛΑΤΕ ΣΤΑΘΕΡΑ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΙ ΕΚΑΝΕ ΠΟΥ ΣΑΣ
ΣΤΕΝΟΧΩΡΗΣΕ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙΤΕ**
- **ΥΠΟΔΕΙΞΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΘΑ ΑΠΟΦΥΓΕΙ ΤΕΤΟΙΟ
ΓΕΓΟΝΟΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ**

ΑΚΟΥΓΟΝΤΑΣ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

- **ΚΟΙΤΑΞΤΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΜΙΛΑΕΙ**
- **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΤΙ ΛΕΕΙ**
- **ΚΟΥΝΗΣΤΕ ΤΟ ΚΕΦΑΛΙ, ΠΕΙΤΕ "ΟΥ, ΟΥ, Μ..."**
- **ΚΑΝΕΤΕ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**
- **ΣΙΓΟΥΡΕΥΤΕΙΤΕ ΓΙ'ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΑΚΟΥΣΑΤΕ**

ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ & ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΣΤΟΧΟΥ

- **ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ / ΣΤΟΧΟ**
- **ΒΡΕΙΤΕ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ**
- **ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ & ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥΣ**
- **ΣΥΜΦΩΝΗΣΤΕ ΣΤΗΝ "ΚΑΛΥΤΕΡΗ" ΛΥΣΗ**
- **ΣΧΕΔΙΑΣΤΕ & ΕΦΑΡΜΟΣΤΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΑΤΕ**
- **ΣΥΖΗΤΗΣΤΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ψυχοεκπαίδευση

- **Ενημέρωση** για τη νόσο
- **Εκπαίδευση** για την απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων
- **Υποστήριξη**





support

Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι μορφή ψυχολογικής υποστήριξης η οποία παρέχεται σε ένα άτομο, ζευγάρι, οικογένεια ή ομάδα ανθρώπων που βρίσκονται **σε καταστάσεις κρίσης** ή έντονων μεταβολών, μεταβάσεων και προκλήσεων στη ζωή τους.

Το θεραπευτικό έργο έχει το στόχο να υποστηρίξει το άτομο:

- να εκφράσει τον τρόπο με τον οποίο βιώνει την κατάσταση,
- να νιώσει ασφάλεια και
- να λάβει εξατομικευμένη καθοδήγηση

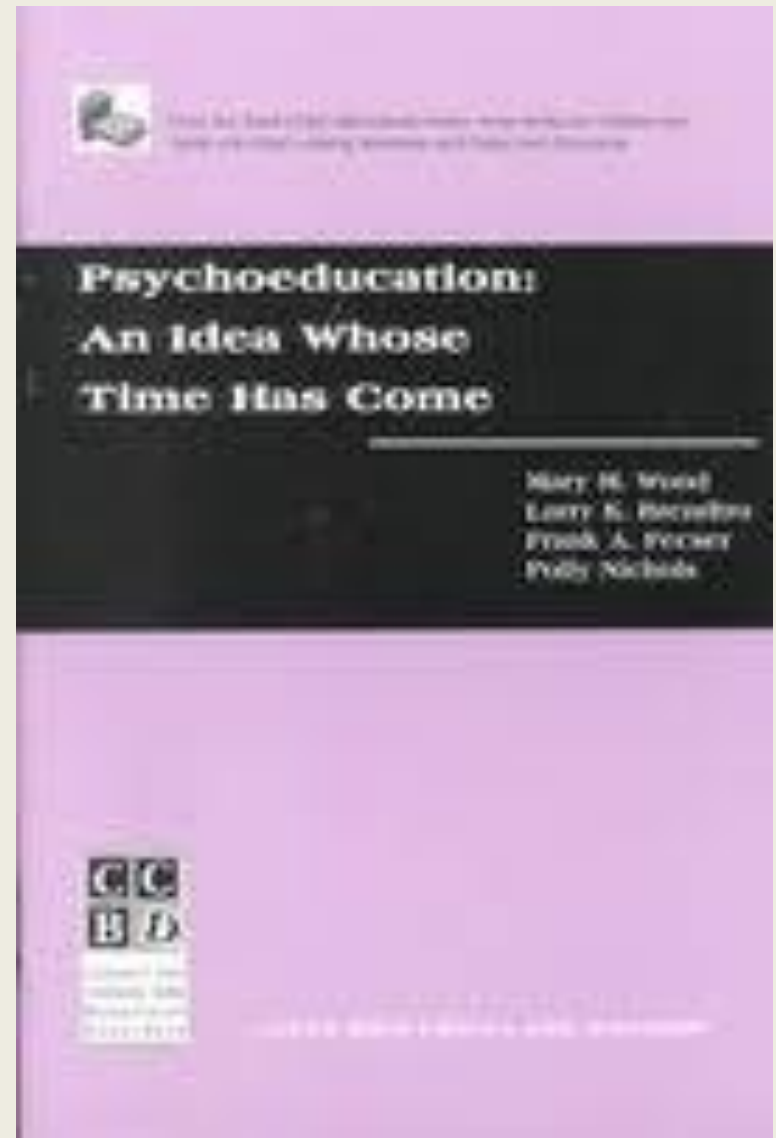
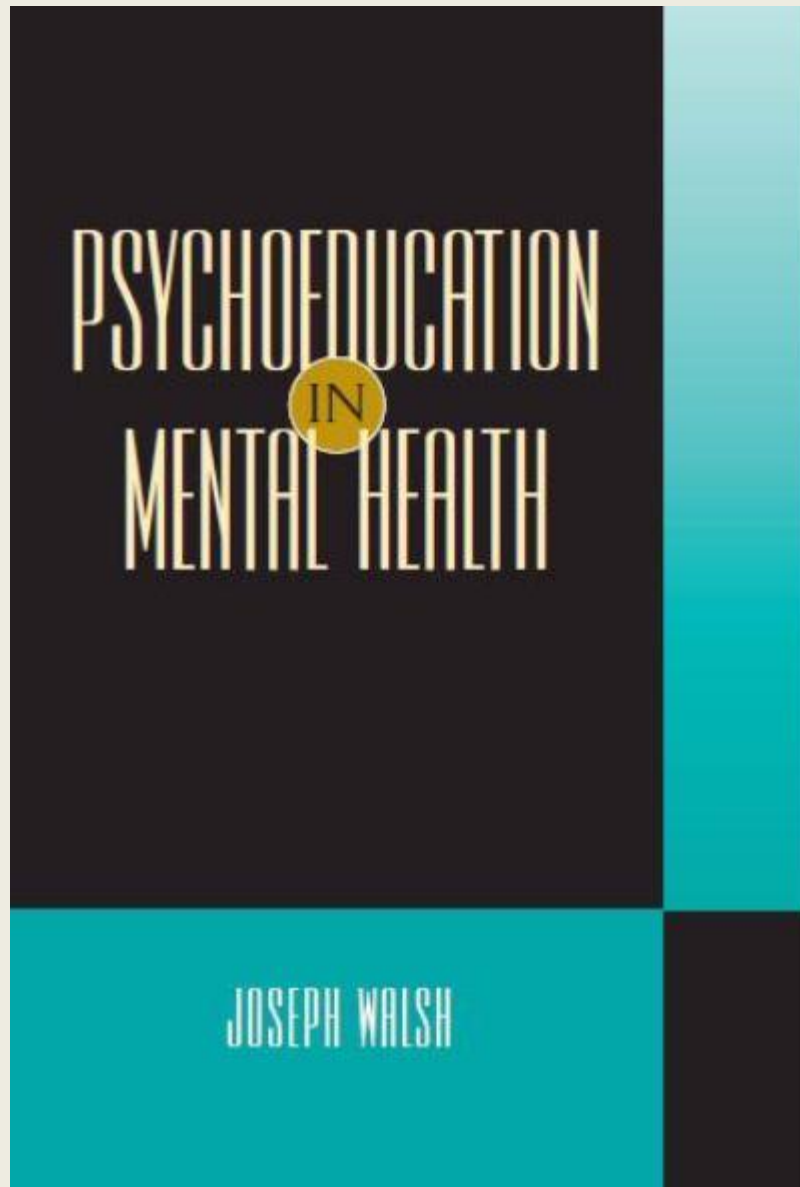
Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία

- Βασίζεται στην **ενσυναισθητική ακρόαση** των προβλημάτων και προβληματισμών του θεραπευόμενου, με τρόπο που αυτός να μπορεί να βιώσει τη θεραπευτική σχέση ως θετική και υποστηρικτική και με αυτόν τον τρόπο να αλλάξει προβληματικές διαδικασίες, πεποιθήσεις και στάσεις του.
- Επικέντρωση γίνεται στην **υποστηρικτική στάση του Θεραπευτή**, ο οποίος με αυτόν τον τρόπο μπορεί να γίνει άτομο εμπιστοσύνης και να αναδείξει σημεία του ψυχισμού του θεραπευόμενου, τα οποία χρειάζεται να αλλάξει ώστε να νιώσει καλύτερα.

Ψυχοεκπαιδευτικές Παρεμβάσεις και Ψυχικές Διαταραχές

Που εφαρμόζονται οι Ψυχοεκπαιδευτικές Παρεμβάσεις

- **Στη χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή**
- **Στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή**
- **Σε διαταραχές στην πρόσληψη τροφής**
- **Σε διαταραχές ελλειμματικής προσοχής**
- **Σε ειδικές νευρωσικού τύπου διαταραχές**



The Family Forum: Directions for the Implementation of Family Psychoeducation for Severe Mental Illness

Amy N. Cohen, Ph.D.
Shirley M. Glynn, Ph.D.
Aaron B. Murray-Swank, Ph.D.
Concepcion Barrio, Ph.D.
Fischer, Ph.D., M.P.A.
Theon, Ed.D., R.N.

Deborah A. Perlick
Armando J. Rotor
Steven L. Sayers,
Michelle D. She
Lisa B. Dixon, J

...tion decreases r
...nce, sur

Improving Knowledge About Mental Illness Through Family-Led Education: The Journey of Hope

Susan A. Pickett-Schenk, Ph.D.
Richard C. Lippincott, Ph.D.

Psychiatry Research 169 (2009) 180–182



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Brief report

Psychoeducation in anxiety disorders: Results of a survey in institutions in Germany, Austria and Switzerland

Christine Rummel-Kluge*, Gabriele Pitschel-Walz, Werner Kissling

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

ARTICLE INFO

Article history:
Received 26 February 2008
Received in revised form 7 August 2008
Accepted 23 October 2008

Keywords:
Psychoeducation
Anxiety disorder
Panic disorder
Survey
Family

ABSTRACT

The aim was to study the distribution of psych addressing all psychiatric institutions in Gerr patients with anxiety disorders participated in institutions offered such an intervention. substantially by offering adequate psychoedu



ELSEVIER

Journal of Affective Disorders 120 (2010) 272–276

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Brief report

A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rate in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial

Russell D'Souza^{a,b}, Danijela Piskulic^{a,b}, Suresh Sundram^{a,b,c,*}

^a Northern Psychiatry Research Centre, Mental Health Research Institute, Melbourne, Australia
^b Department of Psychiatry University of Melbourne, Mental Health Research Institute, Melbourne, Australia
^c Molecular Psychopharmacology, Mental Health Research Institute, Melbourne, Australia

ARTICLE INFO

Article history:
Received 11 November 2008
Received in revised form 27 March 2009
Accepted 27 March 2009
Available online 9 May 2009

Keywords:
Bipolar I disorder
Group psychoeducation
Clinical trial

ABSTRACT

Background: Various adjunctive psychotherapies assist in decreasing relapse and improving outcomes for people with bipolar disorder (BD). Psychoeducation programs involving patient- or caregiver-only groups have demonstrated some efficacy. We tested in recently remitted BD if a combined group based psychoeducation program involving patient-companion dyads decreased relapse.
Method: 58 recently remitted BD out-patients were randomised to receive either treatment as usual (TAU, n = 31) or 12 × 90 minute psychoeducation sessions delivered weekly in a group program to the patient and companion (SIMSEP, n = 27). After 12 weeks SIMSEP patients reverted to TAU and all patients were followed until week 60 or relapse. The primary outcome measure was relapse requiring hospital or intensive community intervention.
Results: 45 patients completed the study. 29 patients remained well at week 60 (SIMSEP TAU n = 12), whilst 16 had relapsed (SIMSEP n = 3, TAU n = 13). The SIMSEP group was likely to relapse compared to the TAU group (Fisher's exact test p = 0.013; OR = 0.16; 95% CI 0.04–1.2).
Conclusion: The study was limited by... completion time to relapse compared to the TAU group (chi-square U = 2.55, p < 0.01).
Conclusion: A brief group psychoeducation program involving patient-companion dyads and improved... companions resulted in... treatment...

The impact of a psychoeducational intervention on family members' views about schizophrenia: Results from the OASIS Italian multi-centre study

Andrea Fiorillo¹, Mariano Bassi², Giovanni de Girolamo
Francesco Catapano¹ and Fabio Romeo⁴

Journal of Mental Health,
February 2011; 20(1): 21-31

Abstract

Background: The opinions of relatives of patients with schizophrenia. **Alms:** In 2003, the Italian Psychiatric Association promoted its effectiveness in improving relatives' opinions and beliefs about the disorder. **Methods:** In each of the 10 Italian mental health centres randomly recruited to receive the experimental intervention consisted of 12 manual-based informative sessions on schizophrenia. **Results:** The treated sample included 107 patients and 118 relatives. In both groups, stress, traumas, hereditary to have children and to vote, improved and the beliefs about the disorder. **Conclusions:** These results confirm that relatives' opinions about patients' schizophrenia improved and the beliefs about the disorder. **Keywords:** schizophrenia, psychoeducational intervention

Developing an online psychoeducation package for bipolar disorder

EMMA BARNES¹, SHARON SIMPSON², EMILY GRIFFITHS¹,
KERRY HOOD², NICK CRADDOCK¹, & DANIEL J. SMITH¹

¹Department of Psychological Medicine and Neurology, Cardiff University, Cardiff, UK and
²Department of Primary Care & Public Health, South East Wales Trial Unit (SEWTU), Cardiff University, Cardiff, UK

Abstract

Background. Medications are known to be effective for bipolar disorder but treatment non-adherence and psychosocial effects can impact adversely on long-term outcome. Psychoeducation may help address some of these issues. **Aims.** This article describes the development of a novel online psychoeducation programme (www.BeatingBipolar.org) for patients with bipolar disorder. **Method.** The programme was developed in three stages – a literature review, development of the programme and focus groups with mental health professionals. **Results.** Data highlighted the importance of presenting a supportive outline of the programme and the importance of presenting a supportive outline of the programme. **Conclusion.** The iterative development of the programme provided improved health professionals provided improved understanding for patients and professionals. **Conclusion.** The iterative development of the programme provided improved health professionals provided improved understanding for patients and professionals. **Conclusion.** The iterative development of the programme provided improved health professionals provided improved understanding for patients and professionals.



Effects of Mindfulness-Based Psychoeducation on the Internalized Stigmatization Level of Patients With Schizophrenia

Emine Yılmaz, PhD¹ 
and Funda Kavak, PhD²

Abstract

The aim of this study was to determine the effects of mindfulness-based psychoeducation on internalized stigma in patients with schizophrenia. The patients were recruited from the community mental health centers. This quasiexperimental study was conducted using pretests and posttests with a control group. The participants were 69 patients with schizophrenia; 34 were part of the experimental group and 35 were part of the control group. The patients in the experimental group participated 2 days a week for 6 weeks in a total of 12 sessions which were given in the form of face-to-face group training. The difference between the scale mean posttest scores of the patients in the experimental and control groups was found to be statistically significant ($p < .05$). In the intragroup comparisons, a significant difference was found between the stigma mean scores in the experimental group ($p < .05$). It was concluded that mindfulness-based psychoeducation was effective in reducing stigma in patients with schizophrenia.

Group therapy for schizophrenia: A meta-analysis.

 EXPORT  Add To My List    Request Permissions 

Database: APA PsycArticles

Journal Article

[Burlingame, Gary M.](#) [Svien, Hal](#) [Hoppe, Lars](#) [Hunt, Isaac](#) [Rosendahl, Jenny](#)

Citation

Burlingame, G. M., Svien, H., Hoppe, L., Hunt, I., & Rosendahl, J. (2020). Group therapy for schizophrenia: A meta-analysis. *Psychotherapy, 57*(2), 219–236. <https://doi.org/10.1037/pst0000293>

Abstract

The effectiveness of group treatments for people with schizophrenia has not been examined on symptom-specific (positive and negative symptoms) outcomes, and the differential effects of the most popular group treatments remain unknown. We conducted a meta-analysis of randomized controlled trials that tested (a) the effectiveness of 7 frequently used group treatments on positive and negative symptoms and (b) if treatment-specific outcome improvement was associated with improvement on schizophrenia symptoms. Major databases were searched from 1990 to 2018 for randomized controlled trials of group treatment for people with schizophrenia, including first-episode psychosis. A random effects meta-analysis and meta-regression was conducted on 52 studies representing 4,156 individuals that produced a significant, small effect on symptom-specific outcomes ($g = 0.30$), with 4 group treatments (cognitive remediation, multifamily, psychoeducational, and social skills training) posting significant improvement. In addition, change on treatment-specific outcomes explained 16% of schizophrenia symptom and 44% of general functioning improvement. Results are discussed with respect to how they replicate past meta-analytic findings and possible revision of practice guidelines to incorporate evidence-based group treatments for schizophrenia. (PsycInfo Database Record (c) 2020 APA, all rights reserved)

Family Therapy & Chronic Illness



JOAN D. ATWOOD & CONCETTA GALLO
(and Contributors)



Evidence-Based Practices Series

Family Psychoeducation for Serious Mental Illness

Harriet P. Leffley

multifamily groups

in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders

William R. McFarlane

Copyrighted Material

Diane T. Marsh
A FAMILY-FOCUSED
APPROACH TO
SERIOUS MENTAL
ILLNESS:
EMPIRICALLY
SUPPORTED
INTERVENTIONS

PRACTITIONER'S RESOURCE SERIES



FAMILY CARE OF SCHIZOPHRENIA

IAN R. H. FALLOON, JEFFREY L. BOYD,
AND CHRISTINE W. MCGILL

FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

COGNITIVE BEHAVIOURAL INTERVENTION

CHRISTINE BARROWCLOUGH
NICHOLAS TARRIER

nelson thames

International Journal of Mental Health

Vol. 44, No. 4

2015

Special Issue: Psychoeducation for Severe Mental Illness

Guest Editor:
Marina P. Economou

IJM

 **Routledge**
Taylor & Francis Group

Ψυχοεκπαιδευτικές Παρεμβάσεις και Σωματικές νόσοι

Ψυχοεκπαιδευτικές Παρεμβάσεις και Σωματικές νόσοι

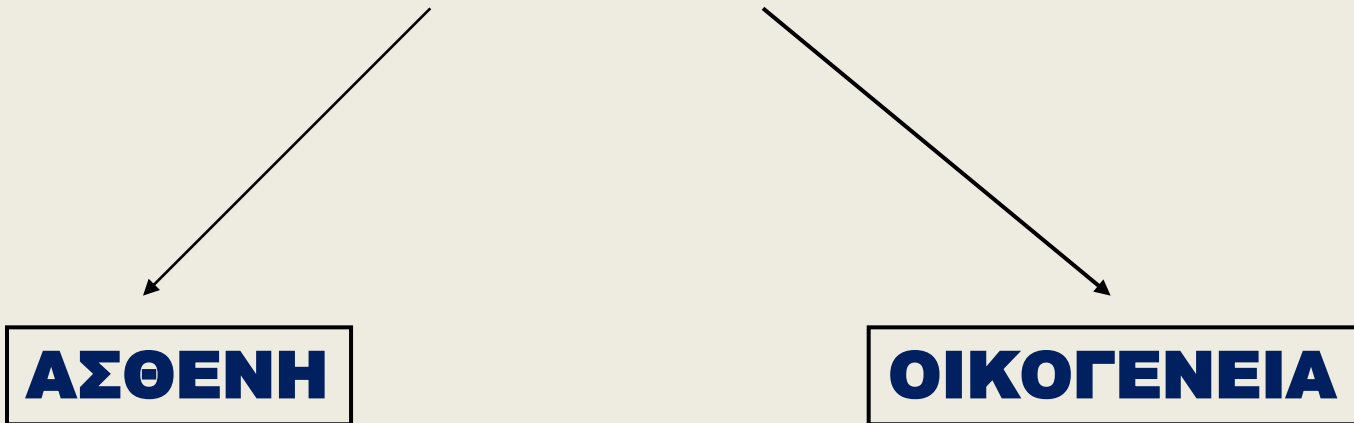
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Καρκίνος
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- HIV
- Λειτουργικές μη επιληπτικές κρίσεις (FNEA)
- Χρόνια ασθένεια στην παιδική ηλικία

Ψυχοεκπαιδευτικές Παρεμβάσεις και Χρόνια νόσος

- Αποδοχή
- Αντιμετώπιση
- Αυτοδιαχείριση
- Απαρτίωση
- Προσαρμογή

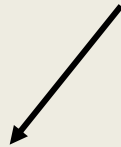
ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ



**ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΚΑΙ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ



στον ασθενή



στην οικογένεια*

SCHIZOPHRENIA
 SYMPTOM
 DRUG INTERVENTION
 PSYCHOSOCIAL
 ANTIPSYCHOTIC
 REVISSES
 DIAGNOSIS
 MENTAL HEALTH
 HALLUCINATIONS
 NEUROCOGNITIVE
 ARTICLES
 MONOZYGOTIC
 LARRE
 DEPRESSION
 SPEECH
 ATYPICAL FACTOR
 SOCIAL
 DIAGNOSED
 PSYCHOSIS
 LIFE
 DISORGANIZED
 NEUROLEPTIC
 MEDICAL MISUSE
 DISEASE
 VOICE EFFECT
 GLUTAMATE
 DOPAMINE
 DELUSIONAL
 COGNITIVE
 EVIDENCE
 PHENCYCLIDINE
 DEMENTIA
 LOBE
 NEGATIVE
 CRITERION
 YEAR
 POSITIVE
 DISTURBANCE
 COGNITIVE
 PROGNOSIS
 NEUROBIOLOGY
 PERSON
 DELUSIONS
 DIFFERENCE
 COGNITION
 DISABILITY
 HALLUCINATIONS
 NEUROCOGNITIVE
 PURPOSES
 MENTAL HEALTH
 ARTICLES
 SYMPTOM
 DRUG INTERVENTION
 PSYCHOSOCIAL
 ANTIPSYCHOTIC
 REVISSES
 DIAGNOSIS
 MENTAL HEALTH
 LARRE
 DEPRESSION
 SPEECH
 ATYPICAL FACTOR
 SOCIAL
 DIAGNOSED
 PSYCHOSIS
 LIFE
 DISORGANIZED
 NEUROLEPTIC
 MEDICAL MISUSE
 DISEASE
 VOICE EFFECT
 GLUTAMATE
 DOPAMINE
 DELUSIONAL
 COGNITIVE
 EVIDENCE
 PHENCYCLIDINE
 DEMENTIA
 LOBE
 NEGATIVE
 CRITERION
 YEAR
 POSITIVE
 DISTURBANCE
 COGNITIVE
 PROGNOSIS
 NEUROBIOLOGY
 PERSON
 DELUSIONS
 DIFFERENCE
 COGNITION
 DISABILITY

Σχιζοφρένεια

- **Η φύση της νόσου - Έλλειψη εναισθησίας**
- **Το “μυστηριώδες” της συμπεριφοράς**
- **Η επικινδυνότητα**
- **Το κοινωνικό στίγμα**
- **Η χρονιότητα - Η εξελικτική πορεία**
- **Η έλλειψη αυτονομίας**
- **Ο ρόλος της οικογένειας**
- **Η θεραπεία;;;**
- **Η ανάγκη λήψης φαρμάκων**

Ειδικά ζητήματα που έχουν σχέση με τη Θεραπεία

- **Συναισθήματα - προσδοκίες ασθενή**
- **Συναισθήματα - προσδοκίες οικογένειας**
- **Η «συμμόρφωση»**
- **Η θεραπευτική σχέση**

Συναισθήματα - προσδοκίες ασθενή

Απάθεια

Άγχος

Αδιαφορία

Θυμός

Απροσφορότητα

Ντροπή

Αμβλύτητα

Φόβος

Άρνηση

Ανησυχία

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΧΙЗОΦΡΕΝΕΙΑ



Συναισθήματα - προσδοκίες οικογένειας

Δυστυχία

Ματαίωση

Φόβος

Θλίψη

Θυμός

Ντροπή

Άγχος

Ενοχή

Αγωνία

Ανασφάλεια

Απόγνωση

Άρνηση

Απελπισία

Οικογένεια και αιτιολογία της σχιζοφρένειας

■ **Θεωρίες παθογόνων σχέσεων**

Θεωρία Σχιζοφρενιογόνου μητέρας (Frieda Fromm-Reichmann 1948)

Θεωρία των διασυζυγικών σχέσεων (Lidz et al 1957)

Θεωρία της δυσαρμονίας του ζεύγους (Bowen 1960)

■ **Θεωρίες διαταραγμένης επικοινωνίας**

Θεωρία του διπλού δεσμού (Bateson et al 1956)

Θεωρία της ψευδοαμοιβαιότητας (Wynne & Singer 1965)

Οικογένεια ως παθογόνος θεσμός (Laing 1960)

«Οικογένεια: ρίζα του κακού»

Οικογένεια και εξέλιξη της σχιζοφρένειας

Παράγοντες της οικογενειακής ζωής που έχει βρεθεί ότι παίζουν ρόλο στην πορεία της σχιζοφρένειας

- Εκφραζόμενο συναίσθημα
- Συναισθηματικό κλίμα
- Επιβάρυνση

«Οικογένεια: παράγοντας ‘κλειδί’ στο δρόμο προς τη θεραπεία»

Προβλήματα που παρατηρούνται στις οικογένειες που ένα μέλος τους έχει σχιζοφρένεια

- Έλλειψη κατανόησης της φύσης της σχιζοφρένειας και των συνεπειών της στη ζωή και τη λειτουργικότητα του αρρώστου
- Έλλειψη δεξιοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των χρόνιων και οξέων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας
- Δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων προς τον άρρωστο
- Δυσκολίες στη μείωση της έντασης μέσα στην οικογένεια
- Δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων
- Διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία
- Τάση για αίσθημα στίγματος και περιορισμό των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο

Τι περιμένουν οι ασθενείς και οι οικογένειες από τον ψυχίατρο

- Ο ασθενής → **τίποτα ! ! !**
- Οικογένεια → **τα πάντα.....**
(το θαύμα)

Τι περιμένουν οι ειδικοί από τις οικογένειες

**Ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν πολύπλοκες
διαταραχές και συμπεριφορές:**

- **Χωρίς γνώση**
- **Χωρίς εκπαίδευση**
- **Χωρίς διάλειμμα – εικοσιτέσσερις ώρες την
ημέρα και μαζί με κάποιον με τον οποίο
διατηρούν ισχυρή συναισθηματική επαφή**



Η διαπίστωση της σημασίας αυτών των προβλημάτων οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι **για τους ασθενείς που ζουν με την οικογένειά τους**, η εμπλοκή και η **ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία** παίζει σημαντικό και ουσιαστικό ρόλο στη θεραπεία και ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.





Από **έρευνες σε οικογένειες** που είχαν ένα μέλος τους να πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο και ειδικά σχιζοφρένεια, διαπιστώθηκε ότι οι οικογένειες αυτές εκδήλωσαν την επιθυμία να συμμετέχουν σε **θεραπείες** που δίνουν έμφαση στη βιολογική βάση της σοβαρής ψυχικής νόσου, δεν κατηγορούν την οικογένεια για την εμφάνιση της νόσου **και έχουν ως στόχο να υποστηρίξουν την οικογένεια και να την ανακουφίζουν από το συναισθηματικό βάρος και από το βάρος της φροντίδας** (Hatfield 1979, 1983, Goldberg-Arnold et al. 1999).

Τι χρειάζονται οι οικογένειες

Ενημέρωση

Εκπαίδευση

Υποστήριξη

Ενθάρρυνση



ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

- Αναπτύχθηκαν **παρεμβάσεις** που απευθύνονται τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του, με στόχο να καλύψουν τις ανάγκες των οικογενειών και να συμβάλλουν στην καλύτερη πρόγνωση της ψυχικής νόσου.
- Οι παρεμβάσεις αυτές ακολουθούν τις αρχές της **ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης στην οικογένεια.**



**Παρεμβάσεις που
απευθύνονται στον ασθενή
και στην οικογένεια**



**ΕΝΣΩΜΑΤΩΝΟΝΤΑΣ
ΤΗΝ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ**

ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

**Ατομικά
ή
Ομαδικά**

Μοντέλα ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε οικογένειες που έχουν μέλος με σχιζοφρένεια

- **Σε μεμονωμένη οικογένεια** (Goldstein et al., 1978, Falloon et al., 1982, Hogarty et al., 1986, Terrier et al., 1988, Randolph et al., 1994)
- **Σε μεμονωμένη οικογένεια και ομάδες συγγενών** (Leff et al., 1982)
- **Σε ομάδες συγγενών** (Leff et al., 1989)
- **Σε παράλληλες ομάδες ασθενών και ομάδες συγγενών** (Kissling, 1994)
- **Σε ομάδες πολλαπλών οικογενειών** (McFarlane et al., 1995)

ΤΥΠΟΙ

- 1. Παρεμβάσεις** που έχουν σχεδιασθεί κυρίως για να παρέχουν **ενημέρωση**
- 2. Παρεμβάσεις εκπαίδευσης σε δεξιότητες** που έχουν σχεδιασθεί κυρίως για την ανάπτυξη δεξιοτήτων
- 3. Υποστηρικτικές παρεμβάσεις** που έχουν σχεδιασθεί κυρίως για να ενδυναμώσουν τη συναισθηματική ικανότητα της οικογένειας να αντιμετωπίζει στο στρες
- 4. Ολοκληρωμένες παρεμβάσεις** που συμπεριλαμβάνουν την ενημέρωση, την εκπαίδευση σε δεξιότητες και την υποστήριξη σε μια και μόνη παρέμβαση

Κοινά σημεία των επιτυχών παρεμβάσεων στις οικογένειες που έχουν μέλος τους με σχιζοφρένεια

- **Υπεύθυνη ενημέρωση**
- **Έμφαση στη θεραπευτική και προληπτική αξία των φαρμάκων**
- **Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων**
- **Εκπαίδευση σε τεχνικές αντιμετώπισης του stress**
- **Βελτίωση της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας**
- **Μείωση του υψηλού εκφραζόμενου συναισθήματος**
- **Μείωση των μη ρεαλιστικών προσδοκιών**
- **Διεύρυνση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου**

Family Psychoeducation and Schizophrenia



Carol Anderson, Ph.D.

- Καθηγήτρια Ψυχιατρικής στο University of Pittsburgh Medical Center
- Έχει διατελέσει Πρόεδρος στο American Family Therapy Academy

SCHIZOPHRENIA
and the
FAMILY

*A Practitioner's Guide to
Psychoeducation and Management*

CAROL M. ANDERSON

DOUGLAS J. REISS

GERARD E. HOGARTY

The Pittsburgh Psychoeducational Program

(Anderson, Hogarty and Reiss 1980)

Phases	Goals	Techniques
Phase I Connection	Connect with the family and enlist cooperation with program Decrease guilt, emotionality, negative reactions to the illness Reduction of family stress	Joining Establishing treatment contract Discussion of crisis history, and feelings about the patient and the illness Empathy Specific practical suggestions which mobilize concerns into effective coping mechanisms
Phase II Survival skills workshop	Increased understanding of illness and patient's needs by family Continued reduction of family stress De-isolation—enhancement of social networks	Multiple family (education and discussion) Concrete data on schizophrenia Concrete management-suggestions Basic communication skills
Phase III Reentry and application	Patient maintenance in community Strengthening of marital/parental coalition Increased family tolerance for low level dysfunctional behaviors Decreased and gradual resumption of responsibility by the patient	Reinforcement of boundaries (generational and interpersonal) Task assignments Low key problem solving
Phase IV Maintenance	Reintegration into normal roles in community systems (work, school) Increased effectiveness of general family processes	Infrequent maintenance sessions Traditional or exploratory family therapy techniques

multifamily **groups**

in the
Treatment of
Severe Psychiatric
Disorders

William R. McFarlane

MULTIPLE FAMILY GROUP SESSIONS

Core elements of multiple family group model

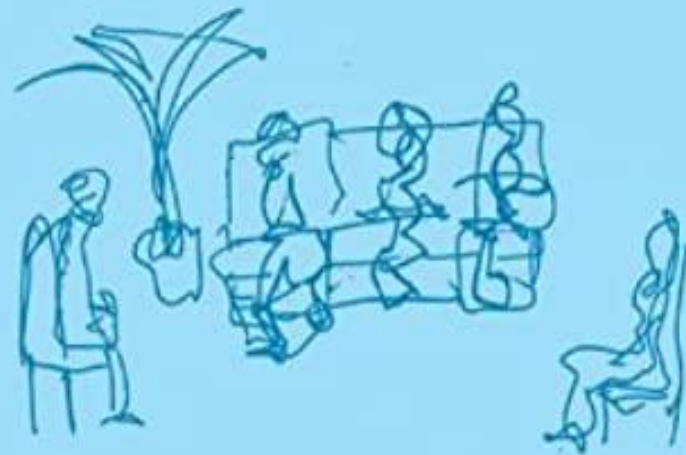
- Joining
- Education
- Problem-solving



Family work for schizophrenia

A practical guide

Second edition



Elizabeth Kuipers
Julian Leff
Dominic Lam

Advanced

family work for
schizophrenia

AN EVIDENCE-BASED APPROACH



JULIAN LEFF



World
Psychiatric
Association

Families and Mental Disorders

From Burden to Empowerment

Editors

Norman Sartorius

Julian Leff

Juan José López-Ibor

Mario Maj

Ahmed Okasha

 WILEY





FAMILY CARE OF

SCHIZOPHRENIA

IAN R.H. FALLOON, JEFFREY L. BOYD,
AND CHRISTINE W. MCGILL

INTEGRATED MENTAL HEALTH CARE

*A comprehensive
community-based
approach*



Jan M. H. Falloon and Graham Foodes

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΜΟΝΤΕΛΟ IAN R.H. FALLOON

Περιλαμβάνει:

- **Εκπαίδευση για τη νόσο**
- **Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας**
 - Πώς να εκφράζουμε θετικά συναισθήματα**
 - Πώς να εκφράζουμε αρνητικά συναισθήματα**
 - Πώς να ζητάμε κάτι με θετικό τρόπο**
 - Ενεργητική ακρόαση**
- **Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων και την επίτευξη στόχων**

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

1. Συνάντηση με την οικογένεια
2. Θεραπευτικό συμβόλαιο με την οικογένεια
3. Συμπεριφορική εκτίμηση του κάθε μέλους της οικογένειας
4. Εκτίμηση της οικογένειας συνολικά στην επικοινωνία και τη δυνατότητα επίλυσης προβλήματος
5. Διατύπωση από το θεραπευτή των δυνατοτήτων, προβλημάτων και στόχων της οικογένειας
6. Θεραπευτική παρέμβαση
 - 6α. Εκπαίδευση σχετικά με τη νόσο
 - 6β. Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας
 - 6γ. Επίλυση προβλήματος
7. Αναμνηστικές συνεδρίες



ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

α) Διάρκεια της συνεδρίας

Περίπου μία ώρα.

β) Παρακολούθηση

Όλα τα μέλη της οικογένειας αναμένεται να παρακολουθούν τη συνεδρία.

γ) Τόπος

Στο σπίτι της οικογένειας.

δ) Διάρκεια της επαφής και αριθμός συνεδριών

Η επαφή διατηρείται για δύο τουλάχιστον χρόνια. Συνήθως απαιτούνται 10-12 συνεδρίες (μια συνεδρία ανά βδομάδα), που ακολουθούνται από 1 συνεδρία ανά δεκαπενθήμερο για 6-9 μήνες και 1 συνεδρία το μήνα τους υπόλοιπους μήνες.



ε) Δομή κάθε συνεδρίας

Κάθε συνεδρία αποτελείται από 4 μέρη:

- 1.** Εκτίμηση της προόδου και σύντομη ανασκόπηση των προβλημάτων.
- 2.** Ανασκόπηση του έργου που είχε ανατεθεί για το σπίτι στο τέλος της προηγούμενης συνεδρίας. Αυτό περιλαμβάνει επανάληψη των όσων διαδραματίστηκαν στο σπίτι κατά την εκτέλεση του έργου που είχε ανατεθεί.
- 3.** Εκμάθηση της δεξιότητας: Τα μέλη της οικογένειας θα λάβουν οδηγίες, θα χρησιμοποιήσουν τη μίμηση προτύπου, την πρόβα συμπεριφοράς και θα δοθεί επανατροφοδότηση για να ενισχυθούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων τους.
- 4.** Ανάθεση έργου για το σπίτι: Συγκεκριμένο έργο θα ανατεθεί για να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να κάνουν πρακτική εξάσκηση στις δεξιότητες στην καθημερινή τους ζωή.

στ) Συνάντηση της οικογένειας

Εκτός από τις θεραπευτικές συνεδρίες, κανονίζεται μια τακτή, εβδομαδιαία, συνάντηση όλων των μελών της οικογένειας, διάρκειας μισής ώρας.

Ο στόχος είναι να συζητήσει η οικογένεια τους στόχους και τα προβλήματα όλων των μελών της και να χρησιμοποιηθούν οι δεξιότητες στην επικοινωνία και την επίλυση προβλήματος που διδάχτηκαν στις συνεδρίες.



Διευκολύνεται έτσι η οικογένεια να υιοθετήσει τη βελτιωμένη πλέον μέθοδο επίλυσης προβλήματος στην καθημερινή τους ζωή.

ΔΟΜΗ ΚΑΘΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ (2 - 5 λεπτά)

2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ (5 - 10 λεπτά)

3. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΘΕΣΗΣ ΕΡΓΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ (5 - 10 λεπτά)

- αναφορές στο **Φύλο Θεραπευτικών Σημειώσεων** για τις δεξιότητες που αναπτύχθηκαν
- επανάληψη σ' αυτή τη φάση της συνεδρίας των δεξιοτήτων που αναπτύχθηκαν

4. ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΩΝ ΕΛΛΕΙΨΕΩΝ - ΑΔΥΝΑΜΙΩΝ (5- 10 λεπτά) :

- ειδικές συμπεριφορικές στρατηγικές
- αντιμετώπιση κρίσης: μέθοδος επίλυσης προβλήματος

5. ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (20 - 30 λεπτά)

- σκεπτικό
- ανασκόπηση του επιπέδου των δεξιοτήτων
- καθορισμός των συστατικών στοιχείων κάθε δεξιότητας
- επίδειξη της χρήσης της δεξιότητας
- εκμάθηση της δεξιότητας μέχρι να επιτευχθεί επαρκής επίδοση

6. ΑΝΑΘΕΣΗ ΕΡΓΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (5 - 10 λεπτά)

- σκεπτικό
- εξήγηση των **Φύλων Θεραπευτικών Σημειώσεων / Φύλων Υπενθύμισης**
- **οικογενειακή συνάντηση**

7. ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΕΛΤΙΩΝ ΤΩΝ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ (5-10 λεπτά, μετά τη συνεδρία)

1. ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΜΕΡΟΣ 1: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ

ΜΕΡΟΣ 2: ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομα της Νόσου: _____

Πως λέγεται; Τι καταλαβαίνετε εσείς για το πρόβλημα;

Αιτία /ες: _____

Βλαπτικοί παράγοντες:

Ευεργετικοί παράγοντες:

Τι νομίζετε ότι θα γίνει με το πρόβλημα: _____

Φαρμακευτική αγωγή. Είδος: _____

Οφέλη: _____

Παρενέργειες ή ανεπιθύμητες ενέργειες: _____

Ιστορικό συμμόρφωσης στη φαρμακοθεραπεία: _____

ΜΕΡΟΣ 3: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ & ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ από τη νόσο

Κύριες Δυσκολίες: _____

Τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών: _____

Βάρος από τη νόσο: _____

Αν τα λάβετε όλα υπόψη σας, πόσο σας επιβαρύνει ο ασθενής/η ή η ασθένεια;

ΜΕΡΟΣ 4: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΝΙΣΧΥΣΕΩΝ

ΜΕΡΟΣ 5: ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΙΧΟΙ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

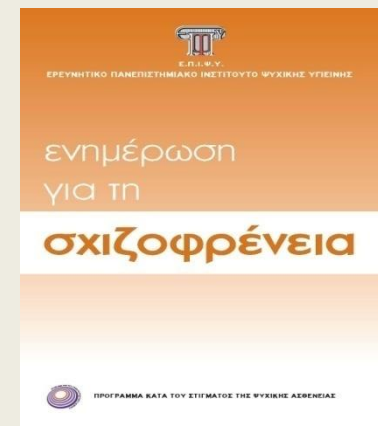
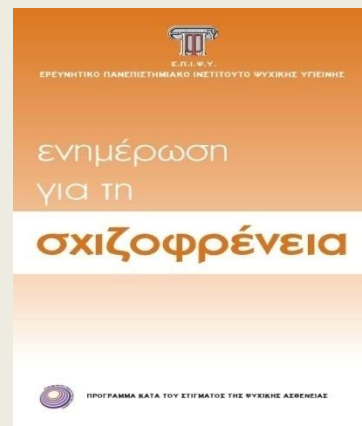
ΜΕΡΟΣ 6: ΆΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ



3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ

Τι είναι σχιζοφρένεια – Συμπτώματα – Πορεία – Πρόγνωση
- Πρόδρομα σημάδια της υποτροπής – Αιτιολογία – Ο
ρόλος του στρες – Ο ρόλος της κληρονομικότητας - Ο
ρόλος της οικογένειας – Θεραπεία – Ο ρόλος των
φαρμάκων – Το μοντέλο του σακχαρώδη διαβήτη –
Χρονιότητα – Άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις – Ζωή στην
κοινότητα – Εργασία



4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Πώς να :

- εκφράζουμε θετικά-ευχάριστα συναισθήματα
- ζητάμε κάτι με καλό-ευγενικό τρόπο
- εκφράζουμε αρνητικά- δυσάρεστα συναισθήματα
- ακούμε προσεκτικά



ΕΚΦΡΑΖΟΝΤΑΣ ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

- **ΚΟΙΤΑΞΕΤΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΙ ΕΚΑΝΕ ΠΟΥ ΣΑΣ
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΕ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙΤΕ**

ΕΚΦΡΑΣΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

ΗΜΕΡΑ	ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΕ	ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΕΚΑΝΕ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΕ;	ΤΙ ΤΟΥ / ΤΗΣ ΕΙΠΑΤΕ;
Δευτέρα			
Τρίτη			
Τετάρτη			
Πέμπτη			

Παραδείγματα:

Ήταν καλοντυμένος /η
Ήταν στην ώρα του /της
Βοήθησε στο σπίτι
Μαγείρεψε

Πήγε στη δουλειά
Βγήκε έξω
Ήταν ευχάριστος /η
Είχε όρεξη για κουβέντα

Πρότεινε κάτι
Προσέφερε βοήθεια
Τακτοποίησε
Έστρωσε το κρεβάτι

Έδειξε ενδιαφέρον
Πήρε τα φάρμακα
Ακολούθησε την θεραπεία
Πήρε τηλέφωνο

ΖΗΤΩΝΤΑΣ ΚΑΤΙ ΜΕ ΚΑΛΟ – ΕΥΓΕΝΙΚΟ ΤΡΟΠΟ*

- **ΚΟΙΤΑΞΤΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΙ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΙ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΘΑ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΝΟΙΩΣΕΤΕ**

- *** ΟΤΑΝ ΖΗΤΑΤΕ ΚΑΤΙ, ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΦΡΑΣΕΙΣ ΟΠΩΣ:**
- **"ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΠΟΛΥ ΝΑ..."**
- **"ΘΑ ΤΟ ΕΚΤΙΜΟΥΣΑ ΠΟΛΥ ΑΝ ..."**
- **"ΘΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΟΜΟΥΝΑ ΠΟΛΥ ΑΝ .. ."**
- **"ΘΑ ΗΤΑΝ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΓΙΑ ΜΕΝΑ ΑΝ.. ."**

**ΖΗΤΩΝΤΑΣ ΚΑΤΙ ΜΕ ΚΑΛΟ – ΕΥΓΕΝΙΚΟ ΤΡΟΠΟ
ΚΟΙΤΑΞΤΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ /
ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΙ /
ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΘΑ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙΤΕ**

ΗΜΕΡΑ	ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΖΗΤΗΣΑΤΕ ΚΑΤΙ	ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΖΗΤΗΣΑΤΕ;
Δευτέρα		
Τρίτη		
Τετάρτη		

*** ΟΤΑΝ ΖΗΤΑΤΕ ΚΑΤΙ, ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΦΡΑΣΕΙΣ ΟΠΩΣ:**

- **"ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΠΟΛΥ ΝΑ..."**
- **"ΘΑ ΤΟ ΕΚΤΙΜΟΥΣΑ ΠΟΛΥ ΑΝ ..."**
- **"ΘΑ ΜΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΣΕ ΑΝ ..."**

ΕΚΦΡΑΖΟΝΤΑΣ ΔΥΣΑΡΕΣΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

- **ΚΟΙΤΑΞΤΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ:
ΜΙΛΑΤΕ ΣΤΑΘΕΡΑ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΙ ΕΚΑΝΕ ΠΟΥ ΣΑΣ
ΣΤΕΝΟΧΩΡΗΣΕ**
- **ΠΕΙΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙΤΕ**
- **ΥΠΟΔΕΙΞΤΕ ΤΟΥ ΠΩΣ ΘΑ ΑΠΟΦΥΓΕΙ ΤΕΤΟΙΟ
ΓΕΓΟΝΟΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ**

ΕΚΦΡΑΖΟΝΤΑΣ ΔΥΣΑΡΕΣΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

ΠΕΙΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΙ ΣΑΣ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΣΕ / ΠΕΙΤΕ ΣΤΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙΤΕ / ΥΠΟΔΕΙΞΤΕ ΤΟΥ ΕΝΑ ΤΡΟΠΟ ΓΙΑ ΝΑ ΤΟ ΑΠΟΦΥΓΕΙ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

ΗΜΕΡΑ	ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΣΕ	ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΕΚΑΝΕ ΠΟΥ ΣΑΣ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΣΕ;	ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΑΤΕ; (θυμωμένος /η, λυπημένος /η)	ΤΙ ΤΟΥ ΖΗΤΗΣΑΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΓΙΑ ΝΑ ΤΟ ΑΠΟΦΥΓΕΙ;
Δευτέρα				
Τρίτη				
Τετάρτη				

Παραδείγματα:

Θύμωσα που μου φώναξες, Μαίρη. Θα προτιμούσα να μιλούσες πιο ήρεμα την επόμενη φορά.

Στενοχωρήθηκα πολύ που δεν πήρες αυτή τη δουλειά. Θα ήθελα να καθίσουμε κάτω, μετά το φαγητό και να συζητήσουμε ποιες άλλες δουλειές υπάρχουν.

Νοιώθω άγχος όταν με πιέζεις ότι θα έπρεπε να δουλέψω. Θα με βοηθούσε περισσότερο αν δεν μου γκρίνιαζες γι' αυτό το θέμα.

ΑΚΟΥΓΟΝΤΑΣ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

- **ΚΟΙΤΑΞΤΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΜΙΛΑΕΙ**
- **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΤΙ ΛΕΕΙ**
- **ΚΟΥΝΗΣΤΕ ΤΟ ΚΕΦΑΛΙ, ΠΕΙΤΕ "ΟΥ, ΟΥ, Μ..."**
- **ΚΑΝΕΤΕ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**
- **ΣΙΓΟΥΡΕΥΤΕΙΤΕ ΓΙ'ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΑΚΟΥΣΑΤΕ**

ΑΚΟΥΓΟΝΤΑΣ

ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΙΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΕ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΝΕΙ ΜΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΓΙΑ ΝΑ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙ ΤΙΣ ΙΔΕΕΣ Ή ΤΑ ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

	ΜΕΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ 1	ΜΕΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ 2	ΜΕΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ 3	ΜΕΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ 4	ΜΕΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ 5
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	(ΟΝΟΜΑ)	(ΟΝΟΜΑ)	(ΟΝΟΜΑ)	(ΟΝΟΜΑ)	(ΟΝΟΜΑ)

ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΚΡΑΤΑΕΙ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ: _____

ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ & ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΣΤΟΧΟΥ

- **ΚΑΘΟΡΙΣΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ / ΣΤΟΧΟ**
- **ΒΡΕΙΤΕ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ**
- **ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ & ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥΣ**
- **ΣΥΜΦΩΝΗΣΤΕ ΣΤΗΝ "ΚΑΛΥΤΕΡΗ" ΛΥΣΗ**
- **ΣΧΕΔΙΑΣΤΕ & ΕΦΑΡΜΟΣΤΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΑΤΕ**
- **ΣΥΖΗΤΗΣΤΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

5.ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΣΤΟΧΩΝ

ΣΤΑΔΙΟ 1: ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ / ΣΤΟΧΟΣ;

Μιλήστε γύρω από το πρόβλημα /το στόχο, ακούστε προσεκτικά, κάνετε ερωτήσεις, ζητήστε τη γνώμη όλων.

Μετά γράψτε ακριβώς ποιο είναι το πρόβλημα /ο στόχος.

ΣΤΑΔΙΟ 2: ΚΑΝΕΤΕ ΕΝΑ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΜΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ

Αναζητήστε ιδέες, ακόμα και όχι τόσο καλές. Προσπαθήστε ώστε όλοι να δώσουν τουλάχιστον μια πιθανή λύση. Κάνετε ένα κατάλογο με όλες τις λύσεις χωρίς να τις συζητήσετε σ' αυτό το στάδιο.

1. _____

2. _____

ΣΤΑΔΙΟ 3: ΣΥΖΗΤΗΣΤΕ ΚΑΘΕ ΠΙΘΑΝΗ ΛΥΣΗ

Συζητήστε τα κυριότερα προτερήματα ή μειονεκτήματα κάθε πιθανής λύσης από τον κατάλογο.

ΣΤΑΔΙΟ 4: ΔΙΑΛΕΞΤΕ ΤΗΝ "ΚΑΛΥΤΕΡΗ" ΛΥΣΗ

Διαλέξτε τη λύση που μπορεί να εφαρμοσθεί πιο εύκολα για να λύσετε πρόβλημα.

ΣΤΑΔΙΟ 5: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΤΕ ΠΩΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΕΤΕ ΤΗΝ 'ΚΑΛΥΤΕΡΗ' ΛΥΣΗ

Μέσα που απαιτούνται. Μεγαλύτερες παγίδες που πρέπει να αποφύγετε. Κάνετε πρακτική εξάσκηση στα δύσκολα βήματα. Ορίστε χρόνο για συζήτηση της πορείας.

1ο Βήμα _____

2ο Βήμα _____

ΣΤΑΔΙΟ 6: ΞΑΝΑΣΚΕΦΤΕΙΤΕ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΤΕ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ

Επανεξετάστε όλες τις προσπάθειες που έγιναν. Ξανασυζητήστε για το σχεδιασμό. Αλλάξτε κάτι αν το κρίνετε απαραίτητο.

6. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

7. ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ



ΓΕΝΙΚΑ

Οι παρεμβάσεις στην οικογένεια ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν αξιολογηθεί ως:

- **σημαντικές στη μείωση των υποτροπών και ωφέλιμες για τα μέλη της οικογένειας** (Addington et al. The role of family work in early psychosis. Schizophrenia Research, 2005)
- **σημαντικές στη βελτίωση της “συμμόρφωσης” στην αγωγή, μείωση των υποτροπών και βελτίωση της ψυχοπαθολογίας** (Cochrane Rev, 2006)

Ποσοστά υποτροπών σε μελέτες που συγκρίνουν οικογενειακή θεραπεία με συνήθη θεραπεία ή άλλες ψυχολογικές θεραπείες

Θεραπεία	N	Ποσοστά υποτροπών (% ασθενών) 1ος χρόνος	Ποσοστά υποτροπών (% ασθενών) 2ος χρόνος
Leff et al (1982,1985) Οικογενειακή θεραπεία (στο σπίτι & το νοσοκομείο) Συνήθης θεραπεία	19	8 50	50 75
Hogarty et al (1986,1991) Οικογενειακή θεραπεία Οικογενειακή θεραπεία & εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων Συνήθης θεραπεία	90	19 0 20 38	29 25 50 62
Falloon et al (1982,1985)* Οικογενειακή θεραπεία Ατομική ψυχοθεραπεία	36	11 50	22 56
Randolph et al (1994) Οικογενειακή θεραπεία Συνήθης θεραπεία	41	14 55	
Tarrier et al. (1988,1989) Οικογενειακή θεραπεία και ομάδες οικογενειών Συνήθης θεραπεία, υψηλό Ε.Σ Συνήθης θεραπεία, χαμηλό Ε.Σ.	72	12 49 21	33 39 33

Όλα τα οικογενειακά ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα στις έρευνες παρέμβασης, συγκρινόμενα με τη συνήθη ατομική υποστηρικτική παρέμβαση στον ασθενή, σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακευτική θεραπεία, αποδείχθηκαν εξαιρετικά αποτελεσματικά όχι μόνο στη μείωση των υποτροπών αλλά και στη μείωση της έντασης και του άγχους μέσα στην οικογένεια, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα της επιβάρυνσης, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της οικογένειας προς τον ασθενή και τέλος στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας.

(Leff et al., 2006)



The Questionnaire of Family Functioning: A Preliminary Validation of a Standardized Instrument to Evaluate Psychoeducational Family Treatments

Rita Roncone, M.D.
Monica Mazza, Ph.D.
Donatella Ussorio, M.D.
Rocco Pollice, M.D.
Ian R.H. Falloon, M.D.
Pierluigi Morosini, M.D.
Massimo Casacchia, M.D.

ABSTRACT: The aim of the study was to develop and preliminarily validate a self-completed questionnaire that could help in the assessment of families before and during psycho-educational interventions. The questionnaire was developed according to the cognitive-behavioural psycho-educational model. From an initial 38-item version of the questionnaire, a final shorter 24-item version was derived. The validation study of the final version was conducted on relatives of schizophrenic and schizoaffective patients: 31 for the test-retest reliability study and 92 for the confirmation of the subscales and convergent validity study vs. SF-36 and the questionnaire on Family Problems, PF. The final questionnaire showed good psychometric properties. The three-

The Family Forum: Directions for the Implementation of Family Psychoeducation for Severe Mental Illness

Amy N. Cohen, Ph.D.

Shirley M. Glynn, Ph.D.

Aaron B. Murray-Swank, Ph.D.

Concepcion Barrio, Ph.D.

Ellen P. Fischer, Ph.D., M.P.A.

Susan J. McCutcheon, Ed.D., R.N.

Deborah A. Perlick, Ph.D.

Armando J. Rotondi, Ph.D.

Steven L. Sayers, Ph.D.

Michelle D. Sherman, Ph.D.

Lisa B. Dixon, M.D., M.P.H.

It is well documented that family psychoeducation decreases relapse rates of individuals with schizophrenia. Despite the evidence, surveys indicate that families have minimal contact with their relative's treatment team, let alone participate in the evidence-based practice of family psychoeducation. The Department of Veterans Affairs (VA) sponsored a conference, the Family Forum, to assess the state of the art regarding family psychoeducation and to form a consensus regarding the next steps to increase family involvement. The forum reached consensus on these issues: family psychoeducation treatment models should be optimized by efforts to identify the factors mediating their success in order to maximize dissemination; leadership support, training in family psychoeducation models for managers and clinicians, and adequate resources are necessary to successfully implement family psychoeducation; because family psychoeducation may not be appropriate, indicated, or acceptable for all families, additional complementary strategies are needed that involve families in the mental health care of the patient; and work is required to develop and validate instruments that appropriately assess the intervention process and consumer and family outcomes. A treatment heuristic for working with families of persons with severe mental illness is also offered and provides a match of interventions at varying levels of intensity, tailored to family and consumer needs and circumstances. The article describes opportunities for the research and clinical communities to expand the proportion of families served. (*Psychiatric Services* 59:40-48, 2008)

Improving Knowledge About Mental Illness Through Family-Led Education: The Journey of Hope

Susan A. Pickett-Schenk, Ph.D.

Richard C. Lippincott, M.D.

Cynthia Bennett, M.A.

Pamela J. Steigman, M.A.

Objective: Families often do not receive the information that they need to care for their adult relatives with mental illness. This study examined the effectiveness of a family-led education intervention, the Journey of Hope, in improving participants' knowledge about mental illness and its treatment and decreasing their information needs. **Methods:** A total of 462 family members of adults with mental illness in Louisiana participated in the study; 231 were randomly assigned to immediate receipt of the Journey of Hope course (intervention group), and 231 were randomly assigned to a nine-month waiting list for the course (control group). Participants completed in-person, structured interviews assessing their knowledge of mental illness and problem-solving skills and their information needs at study enrollment (baseline), three months postbaseline, and eight months postbaseline. **Results:** Random regression analyses indicate that at three and eight months postbaseline, compared with participants assigned to the control group, those in the intervention group reported greater knowledge gains ($\beta = .84, p \leq .01$) and fewer needs for information on coping with positive symptoms ($\beta = -.63, p \leq .05$), coping with negative symptoms ($\beta = -.80, p \leq .001$), problem management ($\beta = -1.00, p \leq .001$), basic facts about mental illness and its treatment ($\beta = -.73, p \leq .01$), and community resources ($\beta = -.07, p \leq .05$). These significant differences in knowledge and information needs were maintained over time and were significant even when controlling for participants' demographic characteristics and their relatives' clinical characteristics. **Conclusions:** Participation in family-led education interventions, such as the Journey of Hope, may provide families with the information they need to better cope with their relative's mental illness. (*Psychiatric Services* 59:49–56, 2008)

Partnering With Families: Multiple Family Group Psychoeducation for Schizophrenia



Thomas C. Jewell

*Coordinated Care Services, Inc. & University of Rochester
Medical Center*



Donna Downing

Maine Medical Center



William R. McFarlane

Maine Medical Center & University of Vermont

Family psychoeducation (FPE) is one of six evidence-based practices endorsed by the Center for Mental Health Services for individuals suffering from chronic mental illnesses. Multiple family group psychoeducation (MFG) has been shown to be an effective component of FPE in reducing symptom relapses and rehospitalizations for individuals with schizophrenia. It is especially effective when family members participate on a consistent basis, which allows them to increase their understanding of the biology of the disorder, learn ways to be supportive, reduce stress in the environment and in their own lives, and develop a broader social network. When used in conjunction with medication, MFG can help an individual with schizophrenia progress towards the rehabilitation phase of recovery. A case illustration describes the engagement of a chronically ill, mid-thirties male in MFG and how his family's participation for 2 years benefits all members, in spite of the longevity of his illness. © 2009 Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol*: In Session 65: 868–878, 2009.

Keywords: evidence-based practices; schizophrenia; family psychoeducation; multifamily group; family intervention; serious mental illness

Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial

F. Colom, E. Vieta, J. Sánchez-Moreno, R. Palomino-Otiniano, M. Reinares, J. M. Goikolea, A. Benabarre and A. Martínez-Arán

Background

The long-term efficacy of psychological interventions for bipolar disorders has not been tested.

Aims

This study assessed the efficacy of group psychoeducation to prevent recurrences and to reduce time spent ill for people with bipolar disorders.

Method

A randomised controlled trial with masked outcome assessment comparing group psychoeducation and non-structured group intervention during 5-year follow-up. One hundred and twenty people with bipolar disorders were included in the study and 99 completed 5-year follow-up. Time to any recurrence, number of recurrences, total number of days spent ill, frequency and length of hospitalisations were the main outcome measures.

Results

At the 5-year follow-up, time to any recurrence was longer for the psychoeducation group (log rank=9.953, $P<0.002$). The psychoeducation group had fewer

recurrences (3.86 v. 8.37, $F=23.6$, $P<0.0001$) of any type and they spent less time acutely ill (154 v. 586 days, $F=31.66$, $P=0.0001$). The median number of days of hospitalisation per hospitalised participant was also lower for the psychoeducation group (45 v. 30, $F=4.26$, $P=0.047$).

Conclusions

Six-month group psychoeducation has long-lasting prophylactic effects in individuals with bipolar disorders. Group psychoeducation is the first psychological intervention showing such a long-term maintained efficacy in people with bipolar disorders.

Declaration of interest

E.V. has served as consultant, advisor or speaker for the following companies: AstraZeneca, Bial, Bristol-Myers, Eli Lilly, Glaxo-Smith-Kline, Janssen-Cilag, Lundbeck, Merck-Sharp and Dohme, Novartis, Organon, Otsuka, Pfizer Inc, Sanofi-Aventis, Servier and UCB Pharmaceuticals. F.C. has served as advisory or speaker for the following companies: Astra Zeneca, Eli-Lilly, Sanof-Aventis, Tecnifar and Shire. Funding detailed in Acknowledgements.

ORIGINAL PAPER

José Gutiérrez-Maldonado · Alejandra Caqueo-Urizar · Marta Ferrer-García

Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia

Received: 25 February 2008 / Revised: 10 October 2008 / Published online: 3 November 2008

Abstract *Background* In recent years there has been increased interest in the role played by families in the treatment of patients with schizophrenia. Some family interventions may significantly reduce clinical difficulties and may have a positive impact, both emotionally and economically. The aim of this study is to assess the efficacy of a family psychoeducational program in changing attitude and health perceptions in relatives of patients with schizophrenia. *Methods* Sample: 45 relatives, key caregivers of patients with schizophrenia seen at a public mental health outpatient centre in Arica (Chile). *Instruments* Attitudes of Relatives toward Schizophrenia Questionnaire and General Health Questionnaire SF-36. *Procedure* The sample was randomly divided into a control group, in which caregivers received the usual treatment (a monthly interview with a psychiatric nurse), and an experimental group, which participated in a family psychoeducational intervention program in addition to the usual treatment. Medication of patients remained unchanged in both groups. *Results* The psychoeducational program was effective in modifying caregivers' attitudes. However, it had no effect on their health perceptions. *Conclusions* This family psychoeducational treatment program modifies the negative attitudes of relatives towards schizophrenia. However, programs of this

kind may not improve health problems; alternatively, their effects may only be seen in the long term.

Key words mental health – continuity of care – community medicine psychoeducation

Primary research

Open Access

Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial

Tanveer Nasr* and Rukhsana Kausar

Address: Department of Psychology and Applied Psychology, University of the Punjab, Lahore, Pakistan

Email: Tanveer Nasr* - tanveernasr@hotmail.com; Rukhsana Kausar - rukhsana.saddul@gmail.com

* Corresponding author

Published: 28 July 2009

Received: 16 June 2009

Annals of General Psychiatry 2009, 8:17 doi:10.1186/1744-859X-8-17

Accepted: 28 July 2009

This article is available from: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/8/1/17>

© 2009 Nasr and Kausar; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: The majority of patients with schizophrenia live with their relatives in Pakistan, thereby families experience a considerable burden. We aimed to study the impact of psychoeducation on the burden of schizophrenia on the family in a randomised controlled trial.

Methods: A total of 108 patients with schizophrenia and their family members from the outpatient department of a teaching hospital in Lahore, Pakistan were randomised. Both groups received psychotropic drugs but one group received psychoeducation in addition. Family burden was assessed at the time of recruitment and at 6 months post intervention.

Results: In all, 99 patients and their relatives completed the treatment. There was significant reduction in burden at post-intervention assessment in the psychoeducation group based on intention to treat analysis.

Conclusion: Family psychoeducation can be an important intervention for patients with schizophrenia in Pakistan.



Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres



Brief report

Psychoeducation in anxiety disorders: Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland

Christine Rummel-Kluge*, Gabriele Pitschel-Walz, Werner Kissling

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Germany

ARTICLE INFO

Article history:

Received 26 February 2008

Received in revised form 7 August 2008

Accepted 23 October 2008

Keywords:

Psychoeducation

Anxiety disorder

Panic disorder

Survey

Family

ABSTRACT

The aim was to study the distribution of psychoeducation for anxiety disorders using a two-part survey addressing all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. We found that 77% of the patients with anxiety disorders participated in psychoeducation when it was offered. However, only 8% of the institutions offered such an intervention. Health care costs and patient suffering could be reduced substantially by offering adequate psychoeducation for anxiety disorders.

© 2008 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Special article

Cognitive model of caregiving in psychosis

Elizabeth Kuipers, Juliana Onwumere and Paul Bebbington

Background

There is a long history of research into the attributes of carers of people with psychosis, but few interventions target their distress or their difficulties.

Aims

To describe an empirically based model of the relationships of those caring for people with psychosis to inform clinical and theoretical advances.

Method

We developed a model of informal carer relationships in psychosis, based on an integration of the literature elaborating the concept of expressed emotion. The model accounts for divergent outcomes of three relationship types: positive, overinvolved and critical/hostile relationships.

Results

Good evidence supports a number of hypotheses concerning

the origin and maintenance of these relationship outcomes, which relate to specific differences in carer attributions, illness perceptions, coping behaviour, social support, distress, depression and low self-esteem predicted by our model. We propose that interventions aimed at modifying the specific maintenance factors involved in the different styles of relationships will optimise therapeutic change both for service users with psychosis and for their carers.


Conclusions

Family work in psychosis, which improves relationships through problem-solving, reduces service user relapse. It is now time to consider theory-based interventions focused on improving carer outcomes.

Declaration of interest

None.



Available online at

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

EUROPEAN
PSYCHIATRY

European Psychiatry 25 (2010) 39–46

Original article

Gender differences in patient and caregiver psychoeducation for schizophrenia

T. Reichhart^{a,*}, G. Pitschel-Walz^a, W. Kissling^a, J. Bäuml^a,
T. Schuster^b, C. Rummel-Kluge^a

^a Department of Psychiatry and Psychotherapy, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Möhlstrasse, 26, 81675 München, Germany

^b Institute of Medical Statistics and Epidemiology (IMSE), Technische Universität München, 22, Ismaninger Strasse, 81675 München, Germany

Received 9 September 2008; received in revised form 15 June 2009; accepted 8 August 2009

Available online 18 November 2009

Abstract

Objective: The aim of this research is to detect gender-related differences in patients and caregivers regarding knowledge about schizophrenia and attitudes towards drugs as well as gender as predictor for changes in these variables during psychoeducation.

Methods: Data sets of one randomised-controlled (study 1) and one naturalistic psychoeducation study (study 2) were reanalysed. Main outcome measures (knowledge about schizophrenia, drug attitude, confidence in medication) were assessed at baseline, post-intervention and 12 months after index discharge.

Results: The reanalysed samples consisted in total of 1002 patients and 176 caregivers. In study 2, baseline knowledge was significantly better in male patients and female caregivers. All participants improved significantly their knowledge. The amount of knowledge gain did not differ between genders in either study or either group. Gender was not a major predictor of baseline knowledge or knowledge gain. Only in study 1 did gender significantly impact the knowledge gain from baseline to follow-up. Regarding improvement of drug attitude, females seemed to benefit significantly better from psychoeducation. In both studies, however, changes in drug attitudes respectively confidence in medication were best explained by lower corresponding baseline scores, not gender. Patients' gender did not influence outcomes of their caregivers.

Conclusion: Our findings suggest that psychoeducational programs might be better adapted to males in order to improve their drug attitude. Concerning knowledge, gender-related changes do not seem to be necessary.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Psychoeducation; Gender; Schizophrenia; Knowledge; Drug attitude



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Brief report

A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial

Russell D'Souza ^{a,b}, Danijela Piskulic ^{a,b}, Suresh Sundram ^{a,b,c,*}

^a Northern Psychiatry Research Centre, Mental Health Research Institute, Melbourne, Australia

^b Department of Psychiatry University of Melbourne, Mental Health Research Institute, Melbourne, Australia

^c Molecular Psychopharmacology, Mental Health Research Institute, Melbourne, Australia

ARTICLE INFO

Article history:

Received 11 November 2008

Received in revised form 27 March 2009

Accepted 27 March 2009

Available online 9 May 2009

Keywords:

Bipolar 1 disorder

Group psychoeducation

Clinical trial

ABSTRACT

Background: Various adjunctive psychotherapies assist in decreasing relapse and improving outcomes for people with bipolar disorder (BD). Psychoeducation programs involving patient-only or caregiver-only groups have demonstrated some efficacy. We tested in recently remitted BD if a combined group based psychoeducation program involving patient–companion dyads decreased relapse.

Method: 58 recently remitted BD out-patients were randomised to receive either treatment as usual (TAU, $n = 31$) or 12 × 90 minute psychoeducation sessions delivered weekly in a group program to the patient and companion (SIMSEP, $n = 27$). After 12 weeks SIMSEP patients reverted to TAU and all patients were followed until week 60 or relapse. The primary outcome measure was relapse requiring hospital or intensive community intervention.

Results: 45 patients completed the study. 29 patients remained well at week 60 (SIMSEP $n = 17$, TAU $n = 12$), whilst 16 had relapsed (SIMSEP $n = 3$, TAU $n = 13$). The SIMSEP group were less likely to relapse (Fisher's exact test $p = 0.013$; OR = 0.16; 95% CI 0.04–0.70) and had an 11 week longer time to relapse compared to the TAU group (chi-square (1) = 8.48, $p < 0.01$). At study completion SIMSEP compared to TAU patients had lower Young Mania Rating Scale scores (Mann–Whitney $U = 255$, $p < 0.01$).

Limitations: The study was limited by a small sample size.

Conclusion: A brief group psychoeducation program with recently remitted BD patients and their companions resulted in a decreased relapse rate, longer time to relapse, decreased manic symptoms and improved medication adherence suggesting utility in the adjunctive psychotherapeutic treatment of BD.



ELSEVIER
MASSON

Available online at
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com

EUROPEAN
PSYCHIATRY

European Psychiatry 25 (2010) 33–38

Original article

Caregiver psychoeducation for first-episode psychosis

Stephen McWilliams^{a,*}, Patrick Egan^a, Deirdre Jackson^a, Laoise Renwick^a,
Sharon Foley^a, Caragh Behan^a, Emma Fitzgerald^a, Alastair Fetherston^a,
Niall Turner^a, Anthony Kinsella^a, Eadbhard O'Callaghan^{a,b}

^aDETECT Early Intervention in Psychosis Service, DETECT, Avila House, Block 5, Blackrock Business Park, Carysfort Avenue, Co. Dublin, Ireland

^bDepartment of Psychiatry, University College Dublin, Donnybrook, Dublin 4, Ireland

Received 23 March 2009; received in revised form 18 August 2009; accepted 21 August 2009

Available online 18 November 2009

Abstract

Introduction: International best-practice guidelines for the management of first-episode psychosis have recommended the provision of psychoeducation for multifamily groups. While there is ample evidence of their efficacy in multiepisode psychosis, there is a paucity of evidence supporting this approach specifically for first-episode psychosis. We sought to determine whether a six-week caregiver psychoeducation programme geared specifically at first-episode psychosis improves caregiver knowledge and attitudes.

Methods: Caregivers of people with first-episode psychosis completed a 23-item adapted version of the self-report Family Questionnaire (KQ) and a 17-item adapted version of the self-report Drug Attitudes Inventory (DAI) before and after the six-week DETECT Information and Support Course (DISC). Using a Generalised Linear Repeated Measures Model, we analyzed the differences in proportions of correct answers before and after the programme.

Results: Over a 24-month study period, 31 caregivers (13 higher socioeconomic; 13 lower socioeconomic; five unspecified socioeconomic; 19 female; 12 male) participated in the DISC programme and completed inventories before and after the course. Knowledge of psychosis and specific knowledge of medication treatment improved among caregivers overall ($p < .01$; effect sizes 0.78 and 0.94 respectively). There were no significant gender or socioeconomic differences in any improvement.

Discussion: This study confirms that caregiver psychoeducation specifically for first-episode psychosis directly improves knowledge of the illness overall and, in particular, knowledge of medication. Gender is not a factor in this, while the lack of any socioeconomic differences dispels the myth that patients in lower socioeconomic groups are disadvantaged because their caregivers know less.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: First-episode psychosis; Multiepisode psychosis; Schizophrenia; Caregiver; Gender; Socioeconomic; Psychoeducation; Knowledge; Attitudes

Effects of Family Psychoeducation on Expressed Emotion and Burden of Care in First-Episode Psychosis: A Prospective Observational Study

César González-Blanch, Vanessa Martín-Muñoz, Gema Pardo-García,
Obdulia Martínez-García, Mario Álvarez-Jiménez, José Manuel
Rodríguez-Sánchez, José Luis Vázquez-Barquero,
and Benedicto Crespo-Facorro
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Spain)

The present study aimed to examine the levels and interactions of family burden (FB) and expressed emotion (EE) in first episode psychosis (FEP) patients and, secondly, to observe the potential change after a brief psychoeducational group intervention implemented in a real world clinical setting. Twenty-three key relatives of FEP patients received a brief psychoeducational group intervention. FB and EE were assessed before and after the intervention. EE-change and correlations between variables were examined. Half of the sample of key-relatives showed high levels of EE. No severe family burden was observed. FB and EE did not change after the intervention. Family subjective and objective burden were correlated with emotional overinvolvement, but not with criticism. Brief psychoeducational groups may not be sufficient to reduce FB and EE associated to the experience of caregiving for a family member with a first-episode psychotic disorder.

Keywords: expressed emotion, burden, first-episode psychosis, psychoeducation, family intervention.

Multi-Family Psycho-Education Group for Assertive Community Treatment Clients and Families of Culturally Diverse Background: A Pilot Study

Wendy Chow · Samuel Law · Lisa Andermann ·
Jian Yang · Melyn Leszcz · Jiahui Wong ·
Joel Sadavoy

Received: 9 January 2009 / Accepted: 8 April 2010 / Published online: 23 April 2010
© The Author(s) 2010. This article is published with open access at Springerlink.com

Abstract This study evaluates the incorporation of Multi-Family Psycho-education Group (MFPG) to an Assertive Community Treatment Team developed to serve culturally diverse clients who suffers from severe mental illness. Participants included Chinese and Tamil clients and their family members. Family members' well-being, perceived burden, and acceptance of clients were assessed before and after the intervention. Focus group interviews with clinicians were conducted to qualitatively examine MFPG. Family members' acceptance increased after MFPG. Regular attendance was associated with reduction in perceived family burden. Culturally competent delivery of MFPG enhanced family members' understanding of mental illness and reduced stress levels and negative feelings towards clients.

Keywords Cultural diversity · Assertive community treatment team · Multi-family psycho-education · Severe and persistent mental illness

The Role of Expressed Emotion in Relationships Between Psychiatric Staff and People With a Diagnosis of Psychosis: A Review of the Literature

Katherine Berry^{1,2}, Christine Barrowclough², and Gillian Haddock²

²School of Psychological Sciences, University of Manchester, Manchester, *M13 9PL*, UK

¹To whom correspondence should be addressed; 2nd Floor Zocohnis Building, Brunswick Street, Manchester, M13 9PL. UK; tel: +44-161-3060400, fax: +44-161-3060406, e-mail: katherine.berry@manchester.ac.uk.

The concept of expressed emotion (EE) has been extended to the study of staff-patient relationships in schizophrenia. A comprehensive review of the literature identified a total of 27 studies investigating EE in this group published between 1990 and 2008. The article aims to assess whether the concept of EE is a useful and valid measure of the quality of professional caregiver and patient relationships, given that staff may be less emotionally invested in relationships than relatives. In doing so, it summarizes methods of measuring EE, the nature of professional EE compared with familial EE, associations between high EE and patient outcomes, associations between EE and both patient and staff variables, and intervention studies to reduce staff high EE. The available evidence suggests that the Camberwell Family Interview is an acceptable measure of EE in staff-patient relationships, although the Five Minute Speech Sample may provide a less resource intensive alternative. However, in contrast to familial research, neither the EE status on the Camberwell Family Interview nor the Five Minute Speech Sample show a robust relationship with outcomes. The presence or absence of a positive staff-patient relationship may have more predictive validity in this group. There is relatively consistent evidence of associations between staff criticism and poorer patient social functioning. Consistent with findings in familial research, staff attributions may play a key role in driving critical responses, and it may be possible to reduce staff high EE by modifying negative appraisals.



Research report

Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial

Ma. Asunción Lara*, Claudia Navarro, Laura Navarrete

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México

ARTICLE INFO

Article history:

Received 21 November 2008

Received in revised form 27 April 2009

Accepted 12 June 2009

Keywords:

Antenatal

Depression

Intervention

Psycho-educational

Postnatal

Mexican

ABSTRACT

Background: This study aims to evaluate the effectiveness of an antenatal psycho-educational intervention to prevent postpartum depression in Mexican women.


Method: Pregnant women at high risk for depression were randomized to intervention or a usual care condition. Assessments of depression (SCID, BDI-II) occurred during pregnancy, 6 weeks and 4–6 months postnatally, and subjective impact of the intervention in the postpartum.

Results: Of the 6484 women approached, 377 were eligible and consented to randomization (250 intervention, 127 control). Sixty-eight intervention (27.2%) and 68 (53.5%) control participants completed the three assessment periods. The cumulative incidence of major depression over three time periods was significantly lower ($p < 0.05$) in the intervention (10.7%) than the control group (25%). Repeated-measures analysis of variance showed a significant reduction of BDI-II in both groups, but no significant treatment effect. Even when controlling for initial levels of depressive and anxiety symptoms, a treatment effect on depressive symptoms could not be confirmed, although there was a trend demonstrating that intervention participants with high initial symptoms had a larger reduction of BDI-II. Most participants that completed the intervention reported that it had a medium to great influence on their well-being, depression, current problems, role as mothers and their relationship with the baby.

Limitations: Attrition was the most salient methodological problem in this study.

Conclusions: This is the first randomized control depression prevention trial in high-risk pregnant Mexican women. Available data are consistent with the possibility that the incidence of depression may have been reduced by the intervention, but differential attrition makes interpretation of the findings difficult.



Available online at
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Original article

Telepsychiatry and carer education for schizophrenia

C. Haley^a, E. O'Callaghan^{b,c,d,*}, S. Hill^b, N. Mannion^b, B. Donnelly^a, A. Kinsella^{a,d},
A. Murtagh^{b,c}, N. Turner^{b,d}

^a Donegal Mental Health Services, Letterkenny, Co. Donegal, Ireland

^b St John of God Hospitaller Services, Co. Dublin, Ireland

^c Department of Psychiatry, School of Medicine, University College, Dublin, Ireland

^d DETECT, Early Intervention Service in Psychosis, Block 5, Blackrock Business Park, Blackrock, Co. Dublin, Ireland

ARTICLE INFO

Article history:

Received 23 October 2009

Received in revised form 21 December 2009

Accepted 21 December 2009

Keywords:

Telepsychiatry

Schizophrenia

Family education

ABSTRACT

Objective: Despite the scientific evidence, most families of people with schizophrenia in Europe never receive a carer education programme. We evaluated whether a carer education course delivered by telepsychiatry was as effective as a carer education course delivered in situ.

Method: We delivered the carer education course for schizophrenia simultaneously to a carers group in rural north west Ireland (remote) via three ISDN lines and live to a carers group in a city (host). We compared knowledge gains using the Knowledge Questionnaire before and after each course.


Results: Fifty-six carers of people with schizophrenia participated in the trial. At baseline, participants at the remote and host centers did not differ in terms of knowledge about schizophrenia. After the course, carers at both centers improved significantly and the knowledge gains between groups were equivalent at 6 weeks.

Conclusion: Telepsychiatry can deliver effective carer education programmes about schizophrenia and may provide one solution to bridging the chasm between scientific evidence and clinical reality.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

The impact of a psychoeducational intervention on family members' views about schizophrenia: Results from the OASIS Italian multi-centre study

Andrea Fiorillo¹, Mariano Bassi², Giovanni de Girolamo³,
Francesco Catapano¹ and Fabio Romeo⁴

International Journal of
Social Psychiatry
XX(X) 1–8
© The Author(s) 2010
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0020764010376607
<http://isp.sagepub.com>


Abstract

Background: The opinions of relatives of patients with schizophrenia about this disorder can influence its course and outcome.

Aims: In 2003, the Italian Psychiatric Association promoted a study on family psychoeducational intervention to explore its effectiveness in improving relatives' opinions and beliefs about schizophrenia.

Methods: In each of the 10 Italian mental health centres, 30 patients with schizophrenia and 30 key relatives were randomly recruited to receive the experimental intervention or the standard care. The experimental intervention consisted of 12 manual-based informative sessions on schizophrenia. Each relative filled in the self-reported questionnaire on family opinions about schizophrenia.

Results: The treated sample included 107 patients and 112 relatives; the control group consisted of 105 patients and 118 relatives. In both groups, stress, traumas, heredity and family difficulties were most frequently mentioned as causing the disorder. Relatives' opinions about patients' civil rights and social competence, in particular the right to get married, to have children and to vote, improved and the belief that patients with schizophrenia are unpredictable decreased at the end of the intervention.

Conclusions: These results confirm that relatives of patients with schizophrenia should receive psychoeducational interventions, particularly in Italy where family involvement in schizophrenia care is particularly frequent.

Keywords

schizophrenia, psychoeducational interventions, family opinions

Developing an online psychoeducation package for bipolar disorder

EMMA BARNES¹, SHARON SIMPSON², EMILY GRIFFITHS¹,
KERRY HOOD², NICK CRADDOCK¹, & DANIEL J. SMITH¹

¹*Department of Psychological Medicine and Neurology, Cardiff University, Cardiff, UK and*

²*Department of Primary Care & Public Health, South East Wales Trial Unit (SEWTU), Cardiff University, Cardiff, UK*

Abstract

Background. Medications are known to be effective for bipolar disorder but treatment non-adherence and psychosocial effects can impact adversely on long-term outcome. Psychoeducation may help address some of these issues.

Aims. This article describes the development of a novel online psychoeducation programme (www.BeatingBipolar.org) for patients with bipolar disorder.

Method. The programme was developed in three stages – a literature review, development of a draft outline of the programme and focus groups with mental health professionals and service users.

Results. Data highlighted the importance of presenting a supportive style of programme, realistic stories and positive role models within the programme and providing a variety of information delivery styles. Desired outcomes of the programme were an increased sense of control over bipolar disorder, reduced stigma and improved understanding for family and carers.

Conclusion. The iterative development process using focus groups with service users and mental health professionals provided important insights into users' needs and preferences as well as identifying valued outcomes. Interactive online psychoeducation materials benefit from a systematic design process which is informed by a range of viewpoints.

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) και της Γερμανικής Εταιρείας Ψυχιατρικής, Ψυχοθεραπείας και Νευρολογίας (DGPPN), οι **ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ παρεμβάσεις πρέπει να αποτελούν βασικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος** για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και τις οικογένειές τους.

(Bauml et al., Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. Schizophrenia Bulletin. 2006;32: 1-8.)



Η **Ψυχοεκπαίδευση** αποτελεί ένα βασικό τμήμα στο πακέτο των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.

Αποτελεί έτσι **βασική παρέμβαση** στην εφαρμογή της θεωρίας της **Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης** στην πράξη και καθιστά την οικογένεια σύμμαχο και αρωγό στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.



ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ



στον ασθενή*



στην οικογένεια

Χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή

- **Ολοκληρωμένος θεραπευτικός συνδυασμός**
- **Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση**
- **Τι περιλαμβάνει;**

Φαρμακολογικές Παρεμβάσεις για τον ασθενή



Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις για τον ασθενή και την οικογένεια

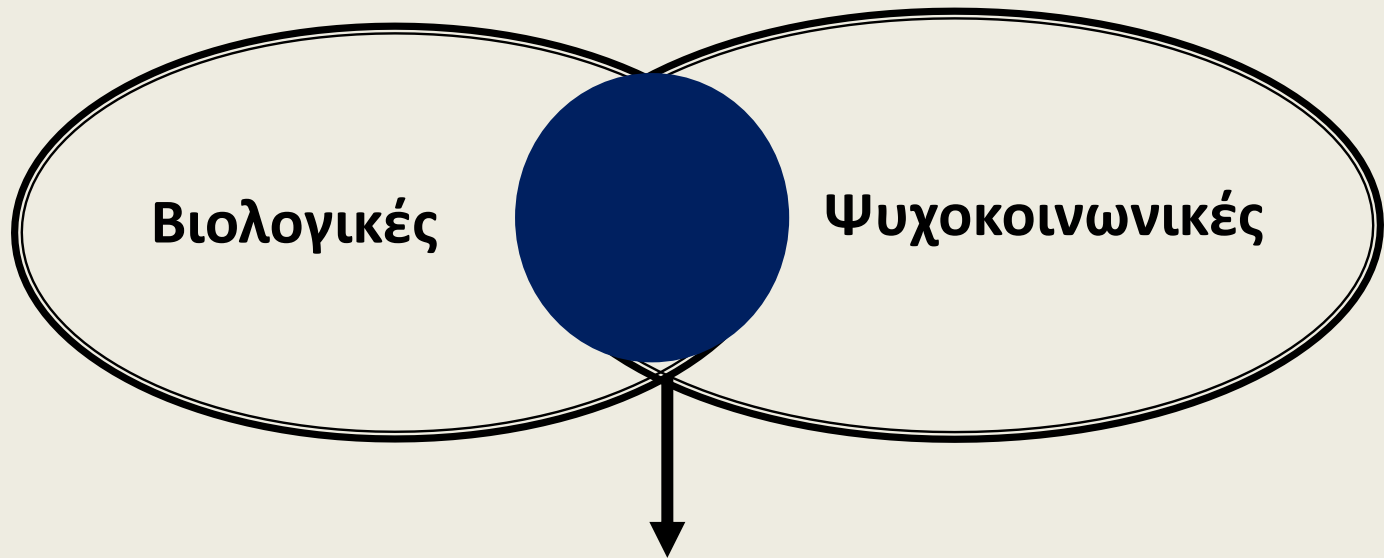


Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις για τον ασθενή και την οικογένεια

- **Ψυχοεκπαίδευση**
- **Γνωσιακή αναδόμηση**
- **Εκπαίδευση σε δεξιότητες**
- **Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία**
- **Διαχείριση του στρες**
- **Θεραπεία οικογένειας**
- **Ομαδικές θεραπείες**

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

**Κοινός τόπος βιολογικών
και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων**



Κατανόηση της νόσου

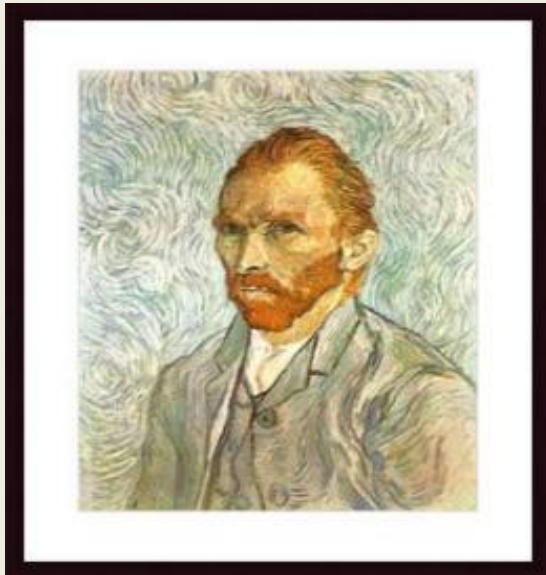
Αποδοχή της νόσου

Βελτίωση της «συμμόρφωσης»

Αποδοχή της νόσου από τον ασθενή



«Όσο για μένα, δεν θα έλεγα ότι θα επέλεγα την τρέλα εάν είχα επιλογή. Αυτό που με παρηγορεί είναι ότι αρχίζω να θεωρώ την τρέλα σαν μια αρρώστια όπως όλες τις άλλες και έτσι να την αποδέχομαι»



Vincent Van Gogh, 1889

Ψυχοεκπαίδευση

και

«Συμμόρφωση» ↑↑↑↑

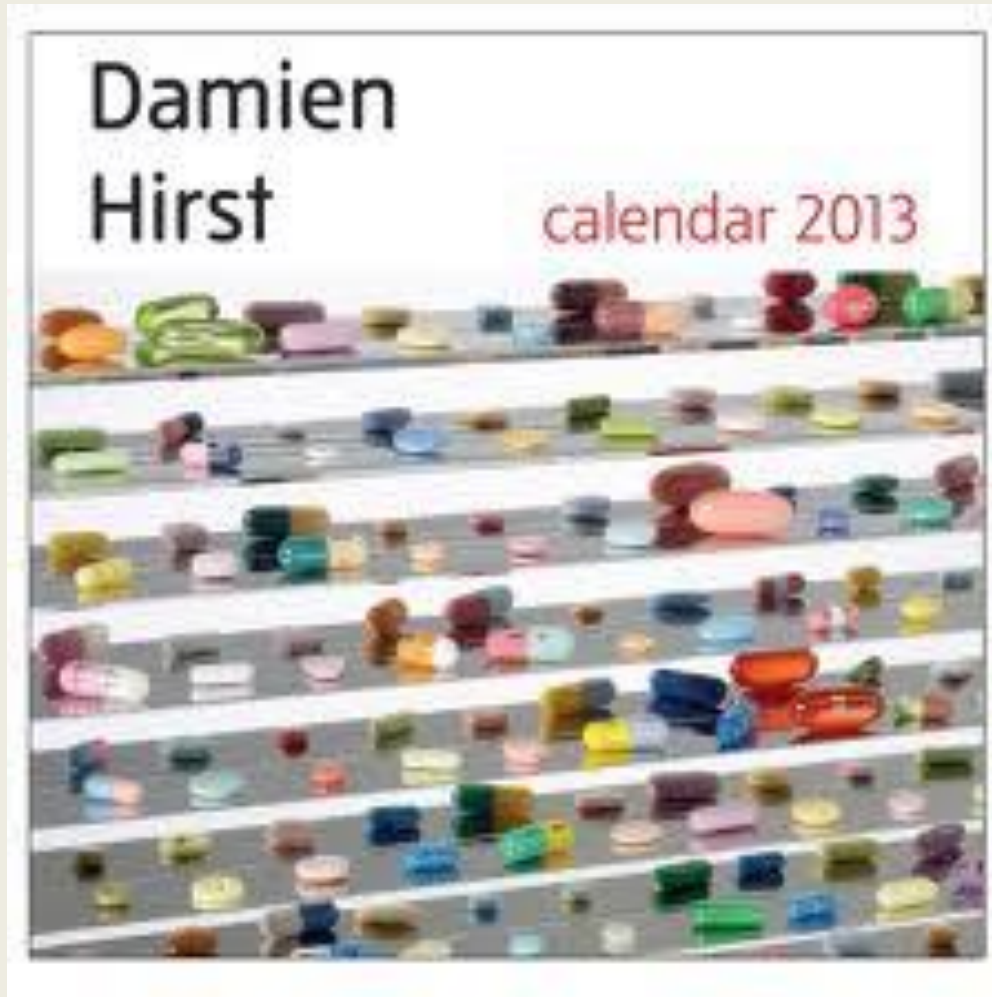


Αν

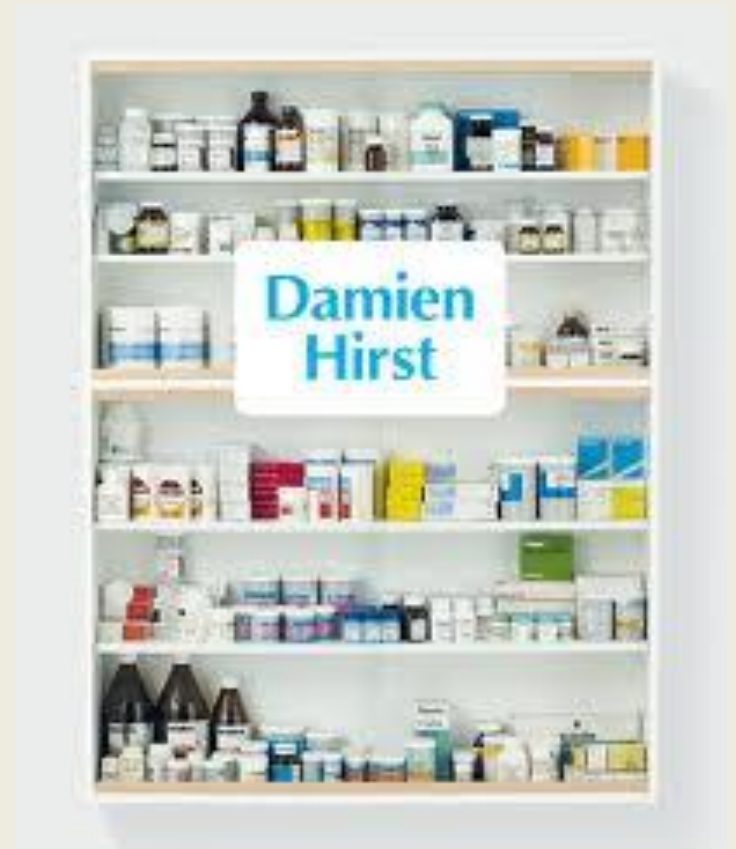
“η συμμόρφωση”

ήταν ένα απλό θέμα δεν θα αποτελούσε πρόβλημα...

Τι γίνεται στην πράξη ;



...Γιατί και το καλύτερο φάρμακο να δίνει κανείς στον ασθενή, αυτό δεν θα έχει κανένα αποτέλεσμα εάν **δεν λαμβάνεται συστηματικά** από τον ασθενή.



Πεποιθήσεις των ψυχιάτρων γύρω από τη «συμμόρφωση»

131 ψυχίατροι και 429 ασθενείς με ΔΔ (79% ΔΔ-I, 21% ΔΔ-II)

Ποιο ποσοστό ασθενών σας θεωρείτε ότι δεν παίρνει θεραπεία;

Απάντηση Ψυχιάτρων : 6%

Πραγματικότητα : 34% των ασθενών δήλωσαν ότι
δεν παίρνουν τη θεραπεία τους

(Baldessarini et al., Hum Psychopharmacol, 2008)

Απόψεις ασθενών για τα φάρμακα

- Προκαλούν εξάρτηση >20%
- Είναι σκλαβιά >10%
- Φόβος για τις παρενέργειες >10%
- Φόβος για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες >10%

(Baldessarini et al., Hum Psychopharmacol, 2008)

άρα

Χρειάζεται

μετακίνηση από την απλή παροχή ενημέρωσης σε μια ολοκληρωμένη εκπαιδευτική και ψυχοθεραπευτική πλατφόρμα που να αλλάζει τη συμπεριφορά.....





.....Ψυχοεκπαίδευση

**ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:
ΕΝΙΣΧΥΟΝΤΑΣ ΤΗ
ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΠΕΡΙΕΧΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **Ενημέρωση σχετικά με τη νόσο**
- **Ψυχοδυναμική κατανόηση ιστορικού ασθενούς**
- **Εκπαίδευση δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων που αναφύονται από τη νόσο**
- **Συνεργασία με σημαντικά πρόσωπα**
- **Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης**

Αποτελεσματικότητα των Ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων

Όλα τα οικογενειακά ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα στις έρευνες παρέμβασης, συγκρινόμενα με τη συνήθη ατομική υποστηρικτική παρέμβαση στον ασθενή, **σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακευτική θεραπεία**, αποδείχτηκαν αποτελεσματικά όχι μόνο στη **μείωση των υποτροπών** αλλά και στη **μείωση της έντασης και του άγχους μέσα στην οικογένεια**, στη **μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων**, στην **ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα της επιβάρυνσης**, στην **αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της οικογένειας προς τον ασθενή** και τέλος στη **βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας**.

Πλήθος ερευνών και μετα-αναλύσεων έχουν υπογραμμίσει τη **θετική επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης** τόσο στη **βελτίωση της πορείας της νόσου του ασθενή** όσο και στη **βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας και λειτουργίας** και της γενικότερης **ποιότητας ζωής της οικογένειας**

(Pitschel-Walz et al., 2001, Pekkala & Merinder 2002, Pilling et al., 2002, Chien & Wong, 2007, Chien & Norman, 2009, Xia et al., 2011, Bisbee & Vickar, 2012, Calvo et al., 2014)

PSYCHOEDUCATION

Study (Date)	Results
<p><u>Xia et al. (2011)</u></p> <p>[review of randomized controlled trials]</p> <p><i>Cochrane Database Syst Rev</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• reduced noncompliance, relapse, readmission, and improved social and global functioning, satisfaction with mental health services , and quality of life compared to standard psychiatric treatment
<p><u>Bisbee & Vickar (2012)</u></p> <p>[review]</p> <p><i>Psychiatric Annals</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• improved patient understanding of illness, improved patient adherence to treatment, reduced delay in seeking treatment

PSYCHOEDUCATIONAL FAMILY INTERVENTIONS	
Study (Date)	Results
<p><u>Pilling et al. (2002)</u></p> <p>[meta-analysis of randomized controlled trials]</p> <p><i>Psychol Med</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • improved medication compliance and reduced relapse and readmission
<p><u>Chien & Wong (2007)</u></p> <p><i>Psychiatric Ser</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • greater improvements in families' and patients' functioning, families' burden of care, and the number and length of patients' rehospitalizations over the 12-month follow-up period compared with the standard care group
<p><u>Chien & Norman (2009)</u></p> <p>[review]</p> <p><i>Int J Nurs Stud</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • increased knowledge about the illness, enhanced coping ability and social support, and reduced burden and distress
<p><u>Calvo et al. (2014)</u></p> <p>[randomized clinical trial]</p> <p><i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • reduced visits in the emergency department and improved negative symptoms

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) και της Γερμανικής Εταιρείας Ψυχιατρικής, Ψυχοθεραπείας και Νευρολογίας (DGPPN), οι **ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αποτελούν βασικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος** για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και τις οικογένειές τους.

(Bauml et al., Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. Schizophrenia Bulletin. 2006;32: 1-8.)





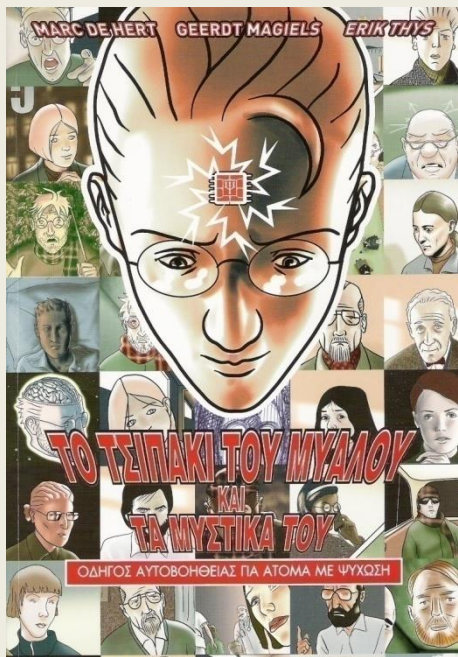
ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ



Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Βασ. Σοφίας 72-74, Αθήνα 11528



Ψυχοεκπαίδευση και η κρίση από την πανδημία του Covid 19

- Ψυχοεκπαίδευση και κρίση
- Ο ρόλος της ενημέρωσης και των ψυχοεκπαιδευτικών τεχνικών στην αντιμετώπιση της πανδημίας
- Ψυχοεκπαίδευση και αρνητές του ιού- θεωρίες συνομωσίας
- Στίγμα και Ψυχοεκπαίδευση: Η έννοια του στίγματος στα κρούσματα του Covid 19

Τι είναι στίγμα;



ΦΟΒΟΣ
ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ
ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ
ΑΤΝΟΙΑ
ΜΟΝΑΞΙΑ
ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ

Κυνηγοί Στιγματος



A close-up photograph of a man's neck and chest. He is wearing a white dress shirt and a teal necktie. The necktie is covered in the word "DEPRESSIVE" written in white, capital letters, repeated in a pattern. The background is blurred, showing what appears to be an office or industrial setting.

**“See me
I’m a person,
not a label.”**

see me...

LET'S STOP THE STIGMA OF MENTAL ILL HEALTH
www.seemescotland.org



**the label
nobody
wants to
wear**

**everybody has a label for mental illness
isn't it time for you to**

rethink
www.rethink.org

severe mental illness



**ΣΤΙΓΜΑ
ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ**



Erving Goffman: η κυρίαρχη άποψη για την ασθένεια εξυπηρετεί κάποιες κοινωνικές σκοπιμότητες, όπως για παράδειγμα τη διατήρηση δεδομένων ισορροπιών.

Ο Goffman παντρεύει έννοιες **και** ιδέες από την κοινωνιολογία με την ψυχιατρική **και** γι' αυτό το έργο του χρησιμοποιήθηκε **και** από τους δύο κλάδους.

Στίγμα

- Έντονα μειωτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγεί.
- Ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και τον αναγκάζει να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση

(Goffman, 1963)

**«Το στίγμα είναι μια κοινωνική κατασκευή,
είναι η αντανάκλαση του ιδίου του
πολιτισμού μιας κοινωνίας και όχι μια
ιδιότητα των ατόμων».**

(Goffman, 1963)

Στίγμα = Κοινωνικό Στίγμα



**ΣΤΙΓΜΑ
ΚΑΙ
ΙΑΤΡΙΚΗ**

- Το κοινωνικό στίγμα αποτελεί το βασικότερο **εμπόδιο** στην παροχή επαρκούς ψυχιατρικής φροντίδας και την παροχή αποτελεσματικής θεραπείας (*WHO 2001, Sartorius 2002*)
- Έρευνες καταδεικνύουν πως το στίγμα είτε **εμποδίζει** την αναζήτηση βοήθειας είτε την **καθυστερεί** (*Thornicroft 2008*)
- Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία έχουν χαρακτηρίσει το στίγμα ως «**μέγιστη πρόκληση**» για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (*WHO 2001, WPA 2004*)

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

η πιο σοβαρή
αλλά και η πιο στιγματισμένη ψυχική νόσος

Σχιζοφρένεια

Στίγμα

Στίγμα



Δεύτερη Νόσος

Το έτος 1911

Σχιζοφρένιες του Bleuler



Οι περιπέτειες του όρου:

σχίζειν, σχάση, σχίζω τας φρένας,
νόσος του διαχωρισμένου νου, τρέλα,
παραφροσύνη,,,
διαταραχή της ολοκλήρωσης
ή αποσυντονιστική διαταραχή

Οι περιπέτειες της νόσου:

το βάρος των συμπτωμάτων

Αρνητικό ενοποιητικό στοιχείο

Στίγμα



**ΣΤΙΓΜΑ
ΚΑΙ
ΑΣΘΕΝΗΣ**

Τις μένεις στίγμα είναι
ο φόβος που βλέπω
στο βλέμμα των άλλων,
το χύρισμα της πλάτης,
ο ήχος της πόρτας που
κλείνει.

Μ., 31 ΧΡΟΝΩΝ

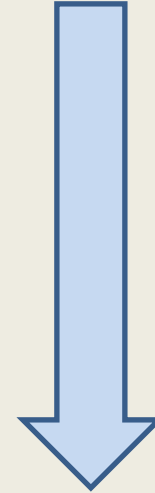


Στίγμα



Κοινωνικός Στιγματισμός:

αρνητική κοινωνική αντίδραση σε βάρος
ατόμων ή ομάδων



Αυτοστιγματισμός: υποκειμενικό
βίωμα του ασθενή που απορρέει από την
υιοθέτηση των αρνητικών στερεοτύπων
που του αποδίδονται (εσωτερίκευση)

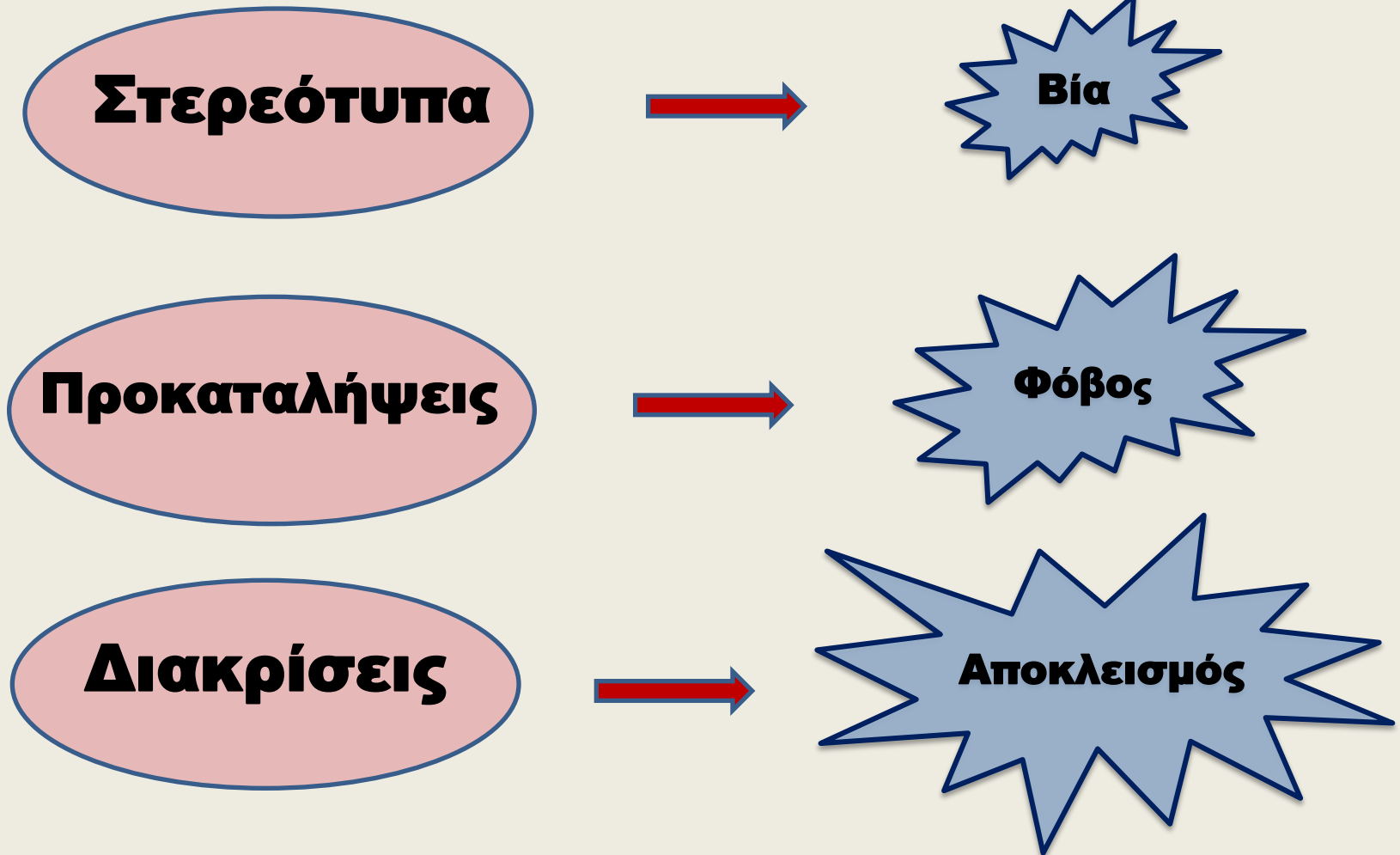
Αυτοστιγματισμός

Υποκειμενικό βίωμα του ασθενή που απορρέει από την υιοθέτηση των αρνητικών στερεοτύπων που του αποδίδονται.





ΣΤΙΓΜΑ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ





Οι συνέπειες του κοροναϊού στο ψυχικό πεδίο

FACT SHEET

Stigma

during COVID-19



Το στιγμή της άγνοιας





**υποστηρίζουν ότι η
υπεύθυνη
πληροφόρηση είναι
το ισχυρότερο
αντίδοτο ενάντια
στον στιγματισμό
όσων νοσοούν ή
έχουν ήδη νοσήσει.**



Η παρούσα κρίση φαίνεται να λειτουργεί πέρα από τάξεις. Ο φόβος και ο πανικός που σπέρνει φέρει μια παράδοξη “δημοκρατία”, απειλώντας όλους με τις ίδιες πιθανότητες.





NO VAXX

NO
MASKS

TS
CHERS
ETIZERS
CAN HANDLE
SERIES

Time to correct myths, rumours and stereotypes

WHY STIGMA AGAINST COVID

- It's a new disease with many unknowns
- Anxiety, confusion and fear among public
- These factors fuelling harmful stereotypes

WHAT STIGMA DOES TO INDIVIDUALS

- Drives public to hide their illness to avoid discrimination
- Prevents people from seeking healthcare immediately
- Discourages them from adopting healthy behaviour

WHAT CAN BE DONE

Do not harass, abuse, hurt or harm anyone with Covid-19

- Not all who cough or sneeze have Covid-19
- Face fears and anxiety with facts, not discrimination
- Despite precautions, if anybody catches Covid-19, it's not their fault
- Stay positive and take care of mental health
- Do not stigmatise people in home quarantine
- Remember, Covid-19 will heal but stigma and mental trauma left behind, won't



Fear and peculiarity of coronavirus are driving stigma and discrimination. This trend is universal. The only way to get out of this is to spread awareness and educate people

— DR S R R Y SRINIVAS,
Government
Medical College, Warangal



#coronavirus
#combatcovid19



World Health
Organization

www.who.int

South-East Asia



THE VIRUS DOESN'T DISCRIMINATE.

And neither should we.

Look the virus, not your heart.
Take care what you say and do, and
give every person the compassion a
fellow human deserves.

**It's on us to bring out
the best in humanity.**



Viruses don't
discriminate and
neither should we.

#SolidarityNotStigma fights
the spread of **#COVID19**.



Social Stigma associated with COVID-19



A guide to preventing and addressing social stigma¹

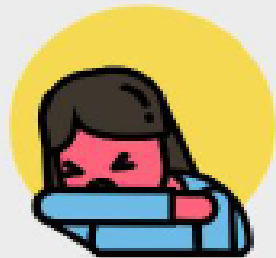
Target audience: Government, media and local organisations working on the new coronavirus disease (COVID-19).

WHAT IS SOCIAL STIGMA?

Social stigma in the context of health is the negative association between a person or group of people who share certain characteristics and a specific disease. In an outbreak, this may mean people are labelled, stereotyped, discriminated against, treated separately, and/or experience loss of status because of a perceived link with a disease.

Such treatment can negatively affect those with the disease, as well as their caregivers, family, friends and communities. People who don't have the disease but share other characteristics with this group may also suffer from stigma.

The current COVID-19 outbreak has provoked social stigma and discriminatory behaviours against people of certain ethnic backgrounds as well as anyone perceived to have been in contact with the virus.



ΓΙΑΤΙ Η ΝΟΣΟΣ COVID-19 ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟΣΟ ΕΝΤΟΝΟ ΣΤΙΓΜΑ;

Το επίπεδο στιγματισμού που σχετίζεται με τη νόσο COVID-19 βασίζεται σε **τρεις βασικούς παράγοντες**:

- Αφορά μια ασθένεια που είναι καινούργια και για την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν πολλές άγνωστες παράμετροι
- Συχνά παρατηρείται φόβος για το άγνωστο
- Είναι εύκολο ο φόβος αυτός να συνδεθεί με τους «άλλους»

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ;

Το στίγμα μπορεί:

- Να οδηγήσει τα άτομα στην απόκρυψη της ασθένειας για να αποφύγουν τις διακρίσεις
- Να αποτρέψει τα άτομα από την άμεση αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης
- Να αποθαρρύνει τα άτομα από το να υιοθετούν υγιείς συμπεριφορές

ΠΩΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

- **Οι λέξεις έχουν σημασία:** Τι πρέπει και τι δεν πρέπει να κάνετε όταν μιλάτε για τον νέο κορωνοϊό
- **Συμβάλλετε:** Απλές ιδέες για να απομακρύνετε το στίγμα
- **Συμβουλές επικοινωνίας** και μηνύματα



ΟΙ ΛΕΞΕΙΣ ΕΧΟΥΝ ΣΗΜΑΣΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΚΑΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ

- **ΠΡΕΠΕΙ** - Μιλήστε για τον νέο κορωνοϊό
- **ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ** - Μην συνδέετε, μην ταυτίζετε τοποθεσίες ή εθνικότητες με την ασθένεια, δεν πρόκειται για έναν "ιό της Wuhan", "κινεζικό ιό" ή "ασιατικό ιό"
- Η επίσημη ονομασία της ασθένειας επιλέχθηκε σκόπιμα για να αποφευχθεί ο στιγματισμός - το "co" συμβολίζει τη λέξη Corona, το "vi" συμβολίζει τον ιό και το "d" συμβολίζει την ασθένεια, το 19 αφορά το έτος 2019 όπου και εμφανίστηκε η νόσος

- **ΠΡΕΠΕΙ** - Κάνετε λόγο για "άτομα που έχουν COVID-19", "άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για τη νόσο COVID-19", "άτομα που αναρρώνουν από την COVID-19" ή "άτομα που πέθαναν αφότου κόλλησαν τον ιό COVID-19"
- **ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ** - Μην αναφέρεστε στα άτομα που έχουν τη νόσο ως "κρούσματα του ιού COVID-19" ή ως "θύματα"
- **ΠΡΕΠΕΙ** - Κάνετε λόγο για "άτομα που μπορεί να έχουν COVID-19" ή "άτομα που ενδέχεται να έχουν COVID-19/ άτομα για τα οποία υπάρχει η υπόθεση ότι έχουν COVID-19/ άτομα που μπορεί υποθετικά να έχουν COVID-19"
- **ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ** - Μην λέτε "ύποπτοι νόσησης από COVID-19" ή "ύποπτα κρούσματα"

- **ΠΡΕΠΕΙ** - Κάνετε λόγο για άτομα που "αποκτούν" ή "κολλούν" COVID-19
- **ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ** - Μην μιλάτε για άτομα που "μεταδίδουν τον ιό COVID-19", "μολύνουν άλλους" ή "εξαπλώνουν τον ιό", καθώς αυτό συνεπάγεται τη σκόπιμη μετάδοση και την απόδοση ευθυνών (γλώσσα που αποδίδει ευθύνες)
- **ΠΡΕΠΕΙ** - Μιλήστε με ακρίβεια και σαφήνεια για τον κίνδυνο από τον COVID-19 βασισμένοι σε επιστημονικά δεδομένα και σύγχρονες επίσημες συστάσεις για την υγεία
- **ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ** - Μην επαναλαμβάνετε ή μοιράζεστε ανεπιβεβαίωτες πληροφορίες, ειδήσεις, φήμες και αποφύγετε τη χρήση «υπερβολικής» γλώσσας που έχει σχεδιαστεί με σκοπό την πρόκληση φόβου, όπως "πανούκλα", "αποκάλυψη" κλπ.

- **ΠΡΕΠΕΙ** - Μιλήστε με θετικό τρόπο και τονίστε την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης και θεραπείας. Για τους περισσότερους ανθρώπους αυτή είναι μια ασθένεια που μπορεί να ξεπεραστεί. Υπάρχουν απλά βήματα που μπορούμε όλοι να κάνουμε για να κρατήσουμε τους εαυτούς μας, τους αγαπημένους μας και τους πιο ευάλωτους στον ιό ασφαλείς.
- **ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ** - Μην τονίζετε, μην υπεραναλύετε τα αρνητικά ή τα απειλητικά μηνύματα. Κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία όλων μας, ώστε να βοηθήσουμε τις ευπαθείς στον ιό ομάδες να παραμείνουν ασφαλείς.
- **ΠΡΕΠΕΙ** - Τονίστε την αποτελεσματικότητα της υιοθέτησης προστατευτικών μέτρων για την πρόληψη της απόκτησης του νέου κορωνοϊού, καθώς και της έγκαιρης ανίχνευσης, των τεστ και της θεραπείας.

A person with dark hair and glasses is shown in profile, looking out over a body of water. They are wearing a dark jacket and a thick, brown, textured scarf. The background is a soft, hazy landscape with water and a pale sky. The text "CHANGING THE STIGMA" is centered over the image, flanked by two horizontal white lines.

CHANGING THE STIGMA



We are all at risk
**Support,
not Stigma**

ahfcovid19.org

AHF

Anyone can get it.

Anyone can spread it.

**Everyone can help
stop COVID-19.**

psychoeducation



Ευχαριστώ