

Ειδικό άρθρο Special article

Ένα γνωσιακό συμπεριφορικό ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια

Κ. Ευθυμίου,¹ Σ. Ρακιτζή,² V. Roder³

¹Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα

³Μονάδα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής,
Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Βέρνη, Ελβετία

Ψυχιατρική 2009, 20:245–254

Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί τη βάση της περίθαλψης ασθενών με σχιζοφρένεια για τη διαχείριση των ψυχωσικών συμπτωμάτων και την πρόληψη της υποτροπής. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) δεν αναπτύχθηκε ως εναλλακτική λύση ή μόνη θεραπεία της σχιζοφρένειας αλλά ως προσθήκη στις καθιερωμένες πρακτικές. Η ΓΣΘ για τη σχιζοφρένεια και τις ψυχωτικές διαταραχές αποτελεί στις μέρες μας μια καθιερωμένη, τουλάχιστον σε μερικές χώρες της Ευρώπης, επιλογή. Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μεγάλη αύξηση του ενδιαφέροντος για τις ΓΣΘ προσεγγίσεις για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχώσεων. Αυτό το ενδιαφέρον έχει παραγάγει μια βάση δεδομένων που έχει γίνει αποδεκτή και επαρκής για να συμπεριληφθεί στον καθορισμό οδηγιών καλής πρακτικής. Το Βρετανικό Εθνικό Ίδρυμα για την καλή κλινική πρακτική (NICE) περιέλαβε τη ΓΣΘ για την ψύχωση ως συνιστώμενη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια. Η σημερινή ΓΣΘ για τη σχιζοφρένεια περιλαμβάνει τόσο τεχνικές για τη διαχείριση της οξείας φάσης, όσο και ιδιαίτερα καλά δοκιμασμένες ψυχοεκπαιδευτικές πρακτικές για την αποκατάσταση. Στο παρόν άρθρο περιγράφεται η δομή ενός ομαδικού θεραπευτικού προγράμματος, από τα πιο καλά εμπειρικά τεκμηριωμένα, για τη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια, γνωστό ως «απαρτιωτικό, θεραπευτικό πρόγραμμα» (IPT).

Λέξεις ευρητηρίου: Σχιζοφρένεια, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ομαδικές παρεμβάσεις, γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία και πρακτική

Εισαγωγή

Είναι γνωστό από σειρά ερευνών ότι οι ποικίλες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή.¹⁻⁵ Με δεδομένη και αδιαμφισβήτητα απαραίτητη τη φαρμακευτική αγωγή, η αποτελεσματικότητα της συμπεριφορικής θεραπείας οικογένειας με μέλος με σχιζοφρένεια έχει τεκμηριωθεί επαρκώς από πολλές έρευνες. Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας με πάσχον από σχιζοφρένεια μέλος φαίνεται ότι περιορίζει τις υποτροπές και την επιστροφή στο νοσοκομείο, βελτιώνει τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, αν και τα ευρήματα αυτά χρήζουν περαιτέρω έρευνας αναφορικά με τον αντίκτυπο αυτών των αλλαγών στην ψυχοπαθολογία και στη μακρόχρονη κοινωνική προσαρμογή.

Οι παρεμβάσεις στο επίπεδο της οικογένειας για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θεωρούνται σημαντικές. Η θεραπεία οικογένειας, όπως προκύπτει από τις έρευνες, συντελεί σημαντικά στη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων, στην πρόληψη των υποτροπών που όπως έχει φανεί συσχετίζονται με το «Εκφραζόμενο Συναίσθημα» (EE), στην ανακούφιση της οικογένειας από το βάρος της φροντίδας των ασθενών, στην κατανόηση της ασθένειας και της μείωσης του άγχους που αυτή προκαλεί. Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας συμβάλλει –πέρα από τα παραπάνω– και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων από όλα τα μέλη της οικογένειας στην αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων, στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, στην εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης διαφόρων καταστάσεων, στη βελτίωση της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας. Καθώς η οικογένεια θεωρείται σημαντικός αρωγός στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας θεωρούνται αναγκαίες.^{2-4,6-7}

Πέραν των ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων που εστιάζονται στην οικογένεια του ασθενούς με σχιζοφρένεια, έχουν αναπτυχθεί ιδίως σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, μια σειρά από γνωσιακά συμπεριφορικά προγράμματα αποκατάστασης, τα οποία βασίζονται σε διαφορετικό θεωρητικό πλαίσιο εστιάζονται στην αποκατάσταση γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων χωρίς να εμπλέκουν την οικογένεια.⁸ Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί ένα από τα πιο γνωστά και εμπειρικά τεκμηριωμένα προγράμματα.

Το απαρτιωτικό θεραπευτικό πρόγραμμα (IPT)

Το IPT (Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei Schizophren Erkrankten) είναι ένα γνωσιακό συμπεριφορικό ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο σκοπεύει στη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια και δεν στοχεύει στην οικογένεια. Οι πρώτες εφαρμογές του προγράμματος πραγματοποιήθηκαν πριν από 20 χρόνια. Το πρόγραμμα αυτό ερευνήθηκε εμπειρικά σε 28 δημοσιευμένες έρευνες με 1329 ασθενείς, κυρίως στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Βέρνης.⁹

Με το πέρασμα του χρόνου λήφθηκαν υπόψη οι νεότερες θεωρητικές και εμπειρικές γνώσεις της έρευνας για τη σχιζοφρένεια και με βάση αυτές το πρόγραμμα αυτό επεξεργάστηκε και μετεξελιχθηκε.¹⁰ Σήμερα υπάρχει στην πέμπτη του έκδοση, η οποία και έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά.¹¹

Αιτιοπαθογενετικά μοντέλα

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζονται και συζητούνται στη βιβλιογραφία διάφορα θεωρητικά αιτιοπαθογενετικά μοντέλα για την εξήγηση και κατανόηση της σχιζοφρένειας. Η γνώση τριών μοντέλων είναι απαραίτητη για την κατανόηση της αρχιτεκτονικής του προγράμματος. Τα τρία αυτά προγράμματα παρουσιάζονται εν συντομία πιο κάτω.

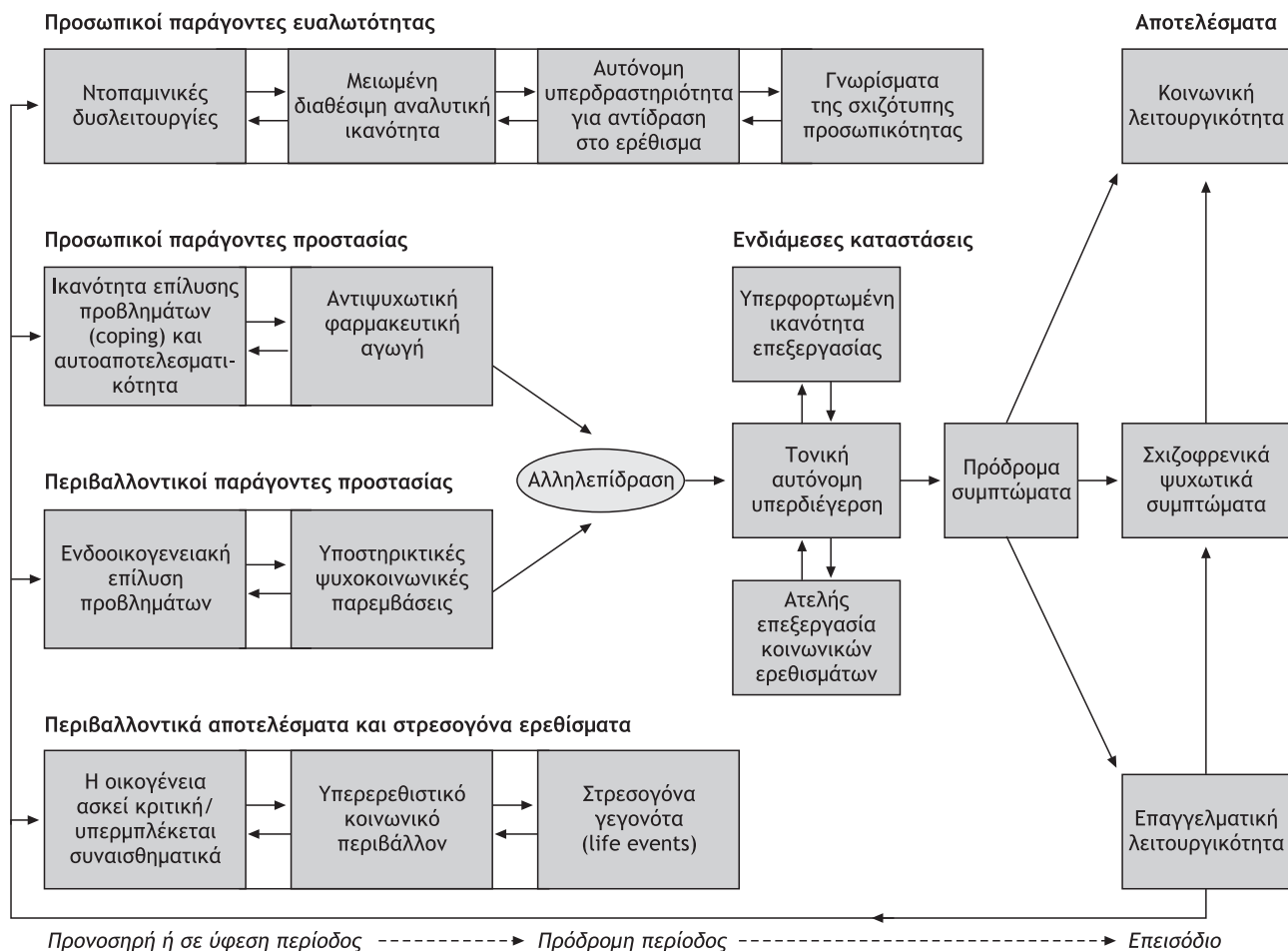
α. Η προσέγγιση στρες-ευαλωτότητα (προδιάθεση) για την εξήγηση της σχιζοφρένειας (Vulnerability–Stress Model) των Zubin & Spring (1977)¹² προεβύει ότι βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν για την έναρξη και στην πορεία της νόσου. Ο όρος «προδιάθεση» αναφέρεται στους γενετικούς παράγοντες, που μπορεί να επηρεάσουν και τους νευροβιολογικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν. Η προδιάθεση μπορεί να είναι ένας απαραίτητος παράγοντας, αλλά δεν είναι αρκετός για την εμφάνιση της νόσου, δηλαδή, κάποιος με βιολογική προδιάθεση μπορεί να μην εμφανίσει τη νόσο, εάν δεν συμβάλουν περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ο όρος «στρες» σε αυτή την προσέγγιση αναφέρεται σε καταστάσεις που επηρεάζουν τον οργανισμό κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής του, ή επιβαρύνουν την ικανότητα του ατόμου με τάση προς τη νόσο να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Αυτές οι καταστάσεις μπορεί να προέρχονται από το περιβάλλον, όπως ιώσεις που

προσβάλλουν τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, ή και ψυχολογικές δυσκολίες, π.χ. αρνητικά γεγονότα στη ζωή κ.ά.

Οι Zubin & Spring εισήγαγαν την υπόθεση ότι ένας άνθρωπος δεν παρουσιάζει διαταραχή εφόσον το στρες, το οποίο προκαλείται από ψυχοπνευστικά γεγονότα ζωής, παραμένει κάτω από το όριο της ευαλωτότητάς του. Όταν το μέγεθος του στρες υπερβεί το όριο της ευαλωτότητας, τότε το άτομο είναι πιθανόν να παρουσιάσει ένα επεισόδιο. Με τον ίδιο τρόπο μπορεί να υποχωρήσει. Οι Murray et al το 1988¹³ εξετάζοντας την έννοια της ευαλωτότητας συμπεριέλαβαν σε αυτήν τη γενετική προδιάθεση, οργανικούς παράγοντες (προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες), νευροπαθολογία του εγκεφάλου καθώς και την ύπαρξη σχιζοειδών χαρακτηριστικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ευαλωτότητα είναι απαραίτητη αλλά όχι επαρκής συνθήκη για

την εμφάνιση ψύχωσης. Τα μοντέλα ευαλωτότητας, στα οποία λαμβάνονται υπόψη βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο) έχουν τεκμηριωθεί εμπειρικά και είναι όλο και πιο αποδεκτά.^{12,14} Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες λαμβάνονται υπόψη για τη διάγνωση, γένεση, πορεία και θεραπεία της σχιζοφρένειας (εικόνα 1).

Με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται ως μία συστημική διαταραχή.^{9,15} Οι αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου είναι έκφραση μιας βιολογικής ευαλωτότητας και οι διαταραχές της επεξεργασίας πληροφοριών αποτελούν έκφραση μιας γνωστικής ευαλωτότητας.¹⁶ Αυτές οι ατομικές διαφορές αλληλεπιδρούν με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ένα ψυχωσικό επεισόδιο μπορεί να παρουσιαστεί σε ένα ευάλωτο άτομο, όταν το άτομο αυτό έρχεται αντιμέ-

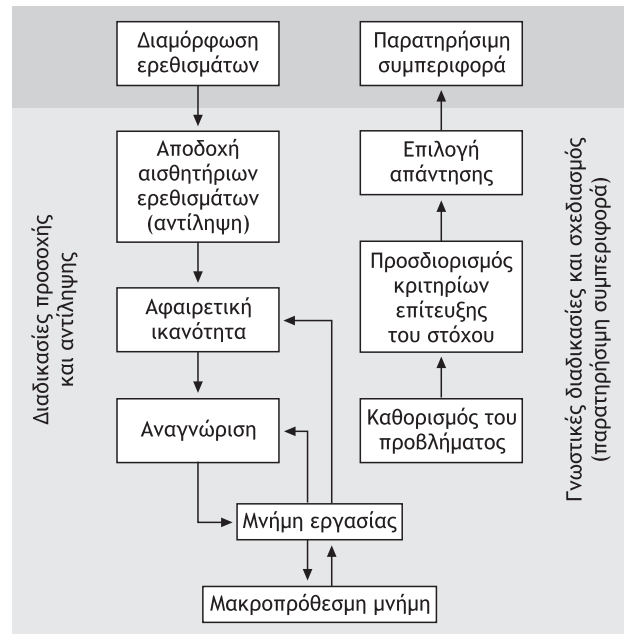


Εικόνα 1. Σχηματική αναπαράσταση για την κατανόηση της αλληλεπίδρασης της σχιζοφρένειας με τους παράγοντες ευαλωτότητα, στρες, ικανότητες και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (Nuechterlein et al 1994).

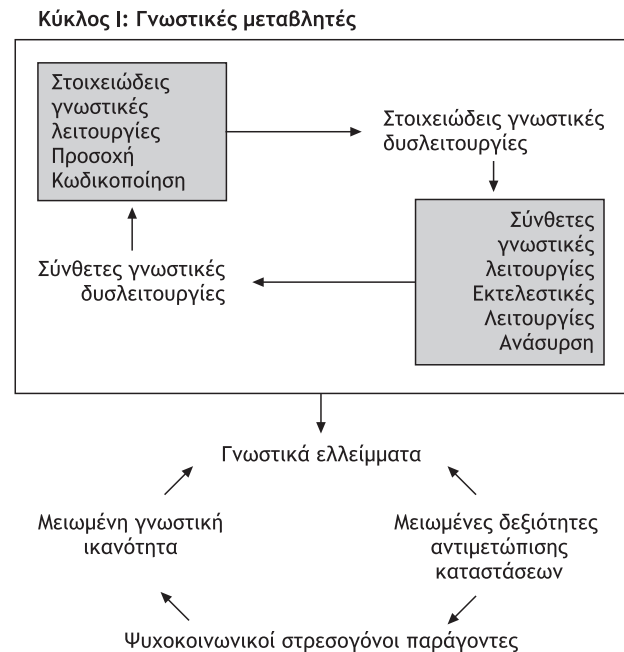
τωπο με προβλήματα και επιβαρύνσεις, τις οποίες δεν μπορεί να αντιμετωπίσει. Οι επιβαρύνσεις και οι στρεσογόνοι παράγοντες σε αυτά τα μοντέλα προκαλούν ή αυξάνουν την πιθανότητα κάποιων συμπτωμάτων.

β. Σήμερα είναι ευρέως γνωστό ότι οι γνωστικές διαταραχές είναι χαρακτηριστικές για τη σχιζοφρένεια και συμβάλλουν σε πολύ μεγάλο βαθμό στα θετικά συμπτώματα. Τα μοντέλα επεξεργασίας πληροφοριών συμβάλλουν στην κατανόηση των διαταραγμένων συστημάτων επεξεργασίας πληροφοριών στους σχιζοφρενείς.¹⁷ Η επεξεργασία πληροφοριών συνδέεται άμεσα με τις διαδικασίες της κατηγοριοποίησης, σύνδεσης και αξιολόγησης πληροφοριών, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με την ανθρώπινη συμπεριφορά (εικόνα 2).

γ. Το «μοντέλο των φαύλων κύκλων» του Brenner^{9,16} περιγράφει τα καταστροφικά αποτελέσματα της ελλειμματικής επεξεργασίας της πληροφορίας σε άλλα επίπεδα της λειτουργικότητας. Βασίζεται στην υπόθεση ότι οι διαταραχές στην επεξεργασία της πληροφορίας όχι μόνο ενισχύουν η μία την άλλη αλλά επιδρούν αρνητικά τόσο στον συμπεριφορικό σχεδιασμό όσο και στην κοινωνική δράση. Αυτές οι διαδικασίες περιγράφονται με τη μορφή δύο συμπληρωματικών φαύλων κύκλων (σύγκρινε εικόνα 3): Ο Κύκλος I συνδυάζει τις στοιχειώδεις και τις πιο σύνθετες γνωστικές δυσλειτουργίες στη σχιζοφρένεια. Ελλείμματα στις στοιχειώδεις γνωστικές διεργασίες, όπως είναι η προσοχή και η αντίληψη, μειώνουν υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας, που ολοκληρώνουν και συνθέτουν την εισερχόμενη πληροφορία. Ταυτόχρονα, βλάβες στις υψηλότερες γνωστικές διεργασίες εμποδίζουν τον συντονισμό των στοιχειωδών γνωστικών διεργασιών και έτσι η προσοχή και η κωδικοποίηση διαχέονται. Αυτός ο φαύλος κύκλος τελικά καταλήγει σε ελαττωματική αντίληψη και σε δυσπροσαρμοστική κοινωνική ανταπόκριση. Στον Κύκλο II, τα γνωστικά ελλείμματα εμποδίζουν την επαρκή απόκτηση διαπροσωπικών στρατηγικών αντιμετώπισης καταστάσεων, χωρίς τις οποίες οι ασθενείς είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε στρεσογόνες συνθήκες. Η νοητική ικανότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια (σε συνδυασμό με τα γνωστικά ελλείμματα) είναι σημαντικά περιορισμένη κάτω από συνθήκες διέγερσης. Ο συνδυασμός των δύο φαύλων κύκλων περιγράφει την απαρχή των συμπτωμάτων, τη δυσχέρεια στην κοινωνική λειτουργικότητα και το μηχανισμό με τον



Εικόνα 2. Σχηματική αναπαράσταση της θεωρίας επεξεργασίας των πληροφοριών (Brenner 1986).



Κύκλος II: Κοινωνική δυσλειτουργία
Εικόνα 3. Το μοντέλο των 2 κύκλων (τροποποιημένο μοντέλο των Brenner et al 1992).

οποίο αυτές οι δυσλειτουργίες διαιωνίζονται καθώς απουσιάζουν εμφανείς αιτιακοί παράγοντες.

Το μοντέλο των 2 κύκλων δημιουργεί μία συσχέτιση ανάμεσα στις γνωστικές διαταραχές και την

κοινωνική συμπεριφορά.¹⁶ Εδώ παρουσιάζονται οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στην επεξεργασία πληροφοριών και την κοινωνική συμπεριφορά

Θεραπευτικό πλαίσιο του IPT

Τα ψυχοκοινωνικά θεραπευτικά προγράμματα αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία με βάση και τα μοντέλα ψυχοπαθολογίας, τα οποία παρουσιάστηκαν πιο πάνω. Προτιμούνται συμπεριφορικά προγράμματα, τα οποία περιλαμβάνουν γνωσιακές μεθόδους, εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά και ψυχοεκπαιδευτικές θεραπείες οικογένειας.¹⁵

Ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, στο οποίο έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία και το οποίο εφαρμόζεται σε πολλούς χώρους της γερμανόφωνης Ευρώπης τα τελευταία χρόνια, είναι το ομαδικό ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για ασθενείς με σχιζοφρένεια.^{18,19} Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού στοχεύει στη βελτίωση των γνωστικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Πρόκειται για ένα ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο αποτελείται από 5 υποπρογράμματα: γνωστική διαφοροποίηση, κοινωνική αντίληψη, λεκτική επικοινωνία, κοινωνικές δεξιότητες και διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων (σύγκρινε εικόνα 4).

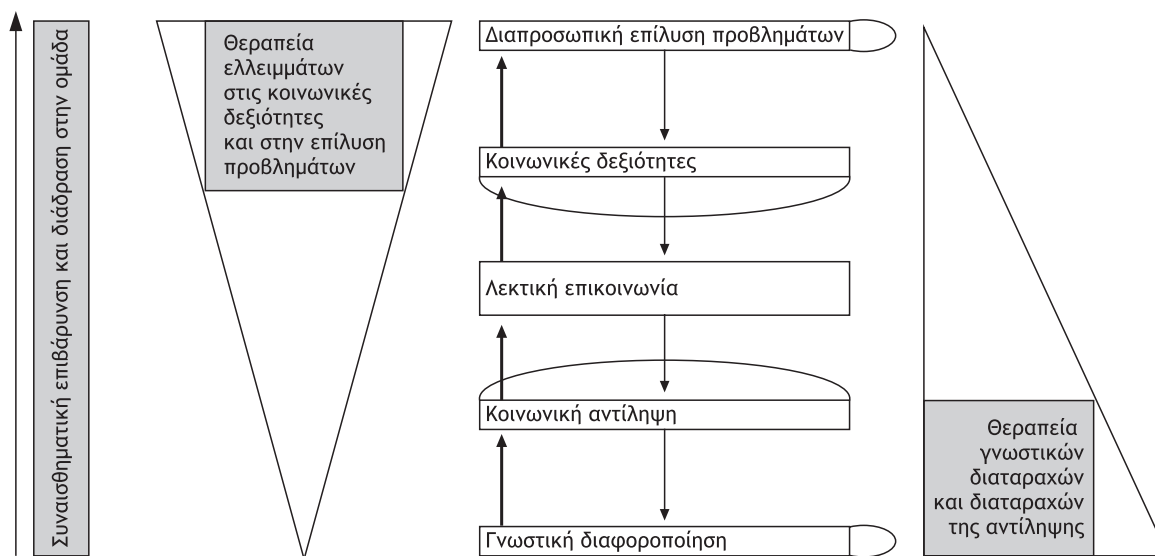
Στα πρώτα 2 υποπρογράμματα –γνωστική διαφοροποίηση και κοινωνική αντίληψη– δίνεται έμφαση σε διαδικασίες προσοχής, αντίληψης και σε γνωστικές διαδικασίες. Βασικές λειτουργίες, όπως σχηματισμός εννοιών, κατανόηση, αφηρημένη σκέψη, βρίσκονται στο επίκεντρο.

Στα επόμενα υποπρογράμματα –κοινωνικές δεξιότητες και διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων– εξασκούνται πιο σύνθετες κοινωνικές (διαπροσωπικές) δεξιότητες και η επίλυση προβλημάτων. Με αυτόν τον τρόπο εμπλουτίζεται το ρεπερτόριο της συμπεριφοράς του ατόμου. Το τρίτο υποπρόγραμμα (λεκτική επικοινωνία) έχει μία ενδιάμεση θέση.

Κάθε υποπρόγραμμα είναι έτσι σχεδιασμένο, ώστε με το πέρασμα της θεραπείας να αυξάνουν οι απαιτήσεις για κάθε μέλος της ομάδας και για την ομάδα συνολικά. Οι απαιτήσεις αυξάνονται καθώς γίνεται η μετάβαση από το ένα στο άλλο υποπρόγραμμα τόσο όσον αφορά το περιεχόμενο όσο και τον τρόπο εφαρμογής της θεραπείας. Έτσι λοιπόν περνάμε από μία αυξημένη δόμηση και προσανατολισμό στις ασκήσεις σε μία μεγαλύτερη σημασία της διάδρασης στην ομάδα και από ένα κατευθυντικό θεραπευτή σε έναν θεραπευτή-συντονιστή, ο οποίος έχει πιο παθητικό ρόλο. Οι ασκήσεις ενός υποπρογράμματος πραγματοποιούνται στην αρχή με πιο αντικειμενικό θεραπευτικό υλικό, το οποίο δεν επιβαρύνει συναισθηματικά τους ασθενείς. Με την πρόοδο της θεραπείας εισάγεται υλικό, το οποίο επιβαρύνει συναισθηματικά τα μέλη της ομάδας.

Στόχοι της θεραπείας

Μείωση των γνωστικών ελλειμμάτων και των διαταραχών επεξεργασίας πληροφοριών, πραγματική ρεαλιστική αντίληψη και ιδιαίτερα των διαπροσωπικών καταστάσεων οι οποίες επιβαρύνουν συναισθη-



Εικόνα 4. Η δομή των 5 υποπρογραμμάτων του IPT.

ματικά τον ασθενή, η καλύτερη ποιότητα ζωής γενικότερα και καλύτερη προσαρμογή σε σημαντικούς τομείς της ζωής αποτελούν τους βασικούς στόχους του προγράμματος. Οι θεραπευτικοί στόχοι θα πρέπει να προσδιοριστούν μετά από ανάλυση της συμπεριφοράς και του προβλήματος για κάθε ασθενή. Η συμπεριφορολογική ανάλυση είναι ένα βασικό διαγνωστικό εργαλείο στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία.

Εφαρμογή του IPT

Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόζεται κατά κανόνα 2 φορές την εβδομάδα, κάτι το οποίο όμως εξαρτάται από τις εξωτερικές συνθήκες, την επιβάρυνση και τη διάρκεια της ασθένειας των μελών. Η διάρκεια κάθε συνεδρίας κυμαίνεται από 30–90 min. Οι πρώτες συνεδρίες του υποπρογράμματος «γνωστική διαφοροποίηση» δεν θα πρέπει να διαρκούν περισσότερο από 30–40 min, ενώ για τα τελευταία 2 υποπρογράμματα χρειάζονται 60–90 min για κάθε συνεδρία. Οι θεραπευτές ανακοινώνουν εκ των προτέρων τα ραντεβού για τη θεραπεία για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα. Η διάρκεια της θεραπείας για τα μεμονωμένα υποπρογράμματα ή για το συνολικό θεραπευτικό πρόγραμμα εξαρτάται από την ένταση των διαταραχών και το κίνητρο όλων των μελών της ομάδας για τη συμμετοχή.

Η θεραπεία σε ασθενείς με μεγάλα χρονικά διαστήματα νοσηλείας διαρκεί 1–2 χρόνια. Ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται συγκεκριμένα υποπρογράμματα, μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά μετά από διάρκεια θεραπείας 3–4 μηνών.

Κάθε συνεδρία πραγματοποιείται από έναν κύριο θεραπευτή και από 2 συνθεραπευτές. Ο κύριος θεραπευτής έχει ως στόχο να καθοδηγήσει τη συνεδρία: αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να τη δομήσει τυπικά και από άποψη περιεχομένου, να αυξήσει το κίνητρο των μελών και να δώσει ανατροφοδότηση, η οποία ενισχύει τις αλλαγές. Οι συνθεραπευτές υποστηρίζουν τον κύριο θεραπευτή σε προβλήματα, τα οποία αφορούν την ομάδα και την εφαρμογή διαφόρων θεραπευτικών τεχνικών. Μπορούν π.χ. να αποτελέσουν ένα μοντέλο στην εφαρμογή κάποιων ασκήσεων ή να βελτιώσουν την ομαδική διαδικασία υποστηρίζοντας πιο αδύναμα μέλη. Το θεραπευτικό υλικό υπάρχει για κάθε υποπρόγραμμα και περιγράφεται αναλυτικά στο εγχειρίδιο των Roder et al (2002).²⁰

Το υποπρόγραμμα «γνωστική διαφοροποίηση»

Η πρώτη συνεδρία εδώ είναι και η πρώτη συνεδρία συνάντησης της ομάδας. Γι' αυτό το λόγο πρέπει κάθε μέλος της ομάδας να προετοιμαστεί καλά για την ομάδα και να αυξηθεί το κίνητρό του για συμμετοχή, κάτι το οποίο πραγματοποιείται με ατομικές συναντήσεις με τον θεραπευτή. Στόχοι αυτού του υποπρογράμματος είναι η βελτίωση της προσοχής και συγκέντρωσης, της επεξεργασίας εννοιών και αφηρημένων εννοιών και της γενικότερης βελτίωσης των λειτουργιών της μνήμης. Το υλικό των ασκήσεων αποτελείται μεταξύ άλλων από κάρτες με διαφορετικά περιεχόμενα ερεθισμάτων. Τα επίπεδα του υποπρογράμματος είναι τα εξής:

Επίπεδο 1: Ασκήσεις με κάρτες: Ο θεραπευτής μοιράζει ένα συγκεκριμένο αριθμό καρτών, οι οποίες διαφοροποιούνται με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά (π.χ. αριθμοί, χρώματα, σχήματα). Θα πρέπει να συλλεχτούν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Οι μεμονωμένες λύσεις των μελών εξετάζονται από όλη την ομάδα συνολικά. Οι απαιτήσεις μπορούν να αυξηθούν με το πέρασμα του χρόνου με την αύξηση του αριθμού των κριτηρίων.

Επίπεδο 2: Προφορικά συστήματα εννοιών

α. *Ιεραρχίες εννοιών:* Τα μέλη κατονομάζουν σε μία δοσμένη έννοια όλες τις λέξεις, οι οποίες έρχονται αυθόρμητα στο μυαλό τους και στο τέλος ταξινομούνται σε κύριες και δευτερεύοντες έννοιες.

β. *Συνώνυμα, αντίθετα:* Για μία λέξη καλούνται τα μέλη της ομάδας να βρουν λέξεις με την ίδια ή αντίθετη σημασία. Διαφορές και ομοιότητες συζητούνται με το πέρασμα του χρόνου με τη βοήθεια παραδειγμάτων.

γ. *Ερμηνείες λέξεων:* Η ομάδα πρέπει να εξηγήσει ένα συγκεκριμένο αντικείμενο με τη βοήθεια διαφόρων χαρακτηριστικών, όπως τόπος, λειτουργία, υλικό. Από την αρχή δουλεύει κανείς με συγκεκριμένες έννοιες και στη συνέχεια χρησιμοποιούνται πιο αφηρημένες έννοιες.

δ. *Κάρτες με λέξεις:* Ένα μέλος παίρνει μία κάρτα με 2 λέξεις, τις οποίες διαβάζει στην ομάδα. Μόνο εκείνος/η γνωρίζει ποια λέξη είναι υπογραμμισμένη. Στη συνέχεια κατονομάζει το άτομο έννοιες, με τη βοήθεια των οποίων μπορούν τα υπόλοιπα μέλη να αναγνωρίσουν την υπογραμμισμένη λέξη.

ε. *Έννοιες με διαφορετική ερμηνεία:* Η ομάδα επεξεργάζεται τη διαφορετική ερμηνεία μιας λέξης.

Επίπεδο 3: στρατηγικές αναζήτησης: Ένας ασθενής επιλέγει ένα αντικείμενο, το οποίο προσπαθούν οι υπόλοιποι να διαπιστώσουν με συγκεκριμένες ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν με ένα ναι ή όχι. Γενικές στρατηγικές ερωτήσεων επεξεργάζονται και συζητούνται.

Το υποπρόγραμμα «κοινωνική αντίληψη»

Στόχος είναι η βελτίωση της αντίληψης και ερμηνείας κοινωνικών καταστάσεων με τη βοήθεια σχετικών προηγούμενων εμπειριών. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η ρεαλιστική αντίληψη της έκφρασης. Το υλικό ασκήσεων αποτελείται από μία σειρά διαφανειών με κοινωνικές καταστάσεις, οι οποίες ταξινομούνται σύμφωνα με τη δυσκολία ερεθισμάτων και τον βαθμό συναισθηματικής επιβάρυνσης από το περιεχόμενο της εικόνας.

Επίπεδο 1: Συλλογή πληροφοριών: Τα μέλη θα πρέπει να υπογράψουν μία διαφάνεια σχετικά με όλες τις λεπτομέρειες. Εστιάζουν την προσοχή τους κυρίως στα πρόσωπα και στην αλληλεπίδραση αυτών.

Επίπεδο 2: Ερμηνεία και συζήτηση: Σε αυτό το επίπεδο συλλέγονται ερμηνείες των περιεχομένων των μεμονωμένων διαφανειών. Κάθε ερμηνεία αιτιολογείται με την περιγραφή λεπτομερειών από το επίπεδο 1. Η ομάδα συζητάει στο τέλος όλες τις ερμηνείες σχετικά με το κατά πόσο ρεαλιστικές είναι, ενώ οι θεραπευτές λύνουν τυχόν διαφωνίες.

Επίπεδο 3: Αναζήτηση τίτλου: Τέλος πρέπει να βρεθεί ένας σύντομος και ακριβής τίτλος, ώστε να εξηγηθούν για μια ακόμη φορά οι βασικές πληροφορίες του περιεχομένου της εικόνας.

Το υποπρόγραμμα «ηλεκτική επικοινωνία»

Αυτό το υποπρόγραμμα είναι ο συνδυασμός κρίκος ανάμεσα στην εξάσκηση βασικών γνωστικών λειτουργιών και σε πιο σύνθετες δεξιότητες διεκδικητικής συμπεριφοράς. Η δόμηση της θεραπευτικής στρατηγικής παίζει όλο και λιγότερο ρόλο. Σε αυτό το πρόγραμμα εξασκούνται οι βασικές δεξιότητες επικοινωνίας ανάμεσα στον πομπό και στον δέκτη. Ακούω, καταλαβαίνω και αντιδρώ. Το υλικό των ασκήσεων είναι μεταξύ άλλων οι κάρτες με λέξεις ή προτάσεις.

Επίπεδο 1: Ακριβής απόδοση δοσμένων προτάσεων. Μία πρόταση, η οποία διαβάζεται, θα πρέπει να αποδοθεί κατά λέξη.

Επίπεδο 2: Απόδοση του νοήματος των προτάσεων, οι οποίες διατυπώνονται από τους ασθενείς. Με τη βοήθεια 1 ή 2 λέξεων ερεθισμάτων φτιάχνονται 1–2 προτάσεις από τα μέλη της ομάδας και ένα άλλο μέλος προσπαθεί να επαναλάβει το νόημα της πρότασης. Τα υπόλοιπα μέλη παρατηρούν σε επίπεδο 1 και 2 την ορθότητα της εφαρμογής των ασκήσεων και δίνουν σχετικές ανατροφοδοτήσεις.

Επίπεδο 3: Ερωτήσεις με απάντηση. Με τη βοήθεια μιας ερώτησης προσπαθούν τα μέλη της ομάδας να συλλέξουν πληροφορίες σε ένα θέμα. Η ομάδα αξιολογεί κατά πόσο η ερώτηση είναι σχετική με το θέμα και αν η απάντηση σχετιζόταν με την ερώτηση.

Επίπεδο 4: Η ομάδα κάνει ερωτήσεις σε 1–2 μέλη για ένα θέμα, όπως π.χ. ένα άρθρο εφημερίδας. Η αξιολόγηση γίνεται όπως και στο επίπεδο 3 και αφορά τη σχετικότητα της επικοινωνίας.

Επίπεδο 5: (ελεύθερη επικοινωνία): Το θέμα με το οποίο θα ασχοληθεί η ομάδα (π. χ. άρθρο εφημερίδας, ιστορία), αποτελεί και το μόνο στοιχείο, το οποίο δίνεται από τον θεραπευτή. Η συζήτηση για την αξιολόγηση της επικοινωνίας γίνεται με βάση το περιεχόμενο (κατανόηση, αντίδραση, επιλογή μιας γραμμής) ή με βάση τυπικά χαρακτηριστικά, όπως βλεμματική επαφή, ένταση, ρυθμός, ροή της γλώσσας και έτσι γίνεται προετοιμασία για το τέταρτο υποπρόγραμμα.

Το υποπρόγραμμα «κοινωνικές δεξιότητες»

Στόχος αυτού του υποπρογράμματος είναι η ανάπτυξη και βελτίωση ενός κατάλληλου ρεπερτορίου κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως π.χ. παίρνω πληροφορίες, ασκή κριτική, ζητώ συγγνώμη, έρχομαι σε επαφή, υποστηρίζω τη θέση μου. Το περιεχόμενο της θεραπείας είναι μεμονωμένες καταστάσεις, όπως η ζωή στην κλινική, εύρεση κατοικίας και εργασίας, επαφή με υπηρεσίες, επαφή στον ελεύθερο χρόνο και άλλα παρόμοια.

Επίπεδο 1: (γνωστική επεξεργασία): Η συνεδρία ξεκινά με μία καθορισμένη κατάσταση, στην οποία θα γίνουν ασκήσεις. Η επίτευξη του στόχου προϋποθέτει μία κοινωνική αλληλεπίδραση. Στη συνέχεια επεξεργάζεται η ομάδα έναν διάλογο, ο οποίος μπορεί να γίνει γι' αυτήν την κατάσταση και ο οποίος γράφεται στον πίνακα. Τέλος η ομάδα προσπαθεί να βρει έναν σύντομο και ακριβή τίτλο για την κατάσταση, στην οποία πρέπει να γίνει εξάσκηση. Παράλληλα συζητούνται και οι πιθανές δυσκολίες, οι οποίες προκύπτουν από την πραγματοποίηση της αλληλεπίδρασης.

Ακολουθεί ένα παιχνίδι ρόλου, στο οποίο εμφανίζονται αυτές οι δυσκολίες. Τέλος αξιολογεί κάθε μέλος το βαθμό δυσκολίας της κατάστασης σε μία κλίμακα.

Επίπεδο 2: Εφαρμογή: Στην αρχή πραγματοποιείται το παιχνίδι ρόλου από τους συνθεραπευτές, ώστε τα μέλη της ομάδας να έχουν ένα πρότυπο και στη συνέχεια συμμετέχουν οι ασθενείς σε αυτό το παιχνίδι ρόλου. Ακολουθεί στη συνέχεια μία θετική ανατροφοδότηση με συγκεκριμένες προτάσεις βελτίωσης. Κάθε άσκηση συνοδεύεται και από μία άσκηση στο σπίτι για κάθε ασθενή και κατά αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η γενίκευση του αποτελέσματος. Παράλληλα μπορούν να πραγματοποιηθούν και εκτός κλινικής κάποιες ασκήσεις. Στην αρχή της επόμενης συνεδρίας συζητούνται οι εμπειρίες των μελών από την άσκηση στο σπίτι. Σε προχωρημένες ομάδες χρησιμοποιούνται και video.

Το υποπρόγραμμα «διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων»

Στόχος είναι η βελτίωση της αντίληψης του προβλήματος, της ορθολογιστικής αντίληψης των προβλημάτων και της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των προβλημάτων. Οι θεραπευτές ενισχύουν την εύρεση περισσότερων εποικοδομητικών λύσεων του προβλήματος και την εφαρμογή τους στην καθημερινότητα. Το πρόγραμμα αυτό είναι σε γενικές γραμμές δομημένο, διότι η θεραπευτική στρατηγική προσαρμόζεται στο εκάστοτε πρόβλημα, το οποίο αναλύεται. Πρόκειται για μία μέθοδο με πολλές απαιτήσεις τόσο για τους θεραπευτές όσο και για τους ασθενείς. Γι' αυτό το λόγο το υποπρόγραμμα αυτό δεν είναι κατάλληλο για όλους τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Έτσι μπορούν κάποιοι ασθενείς να φορτιστούν και να επιβαρυνθούν γρήγορα. Η εφαρμογή συνιστάται σε θεραπευτικές ομάδες, στις οποίες υπάρχει συνοχή και έχει αναπτυχθεί ήδη η εμπιστοσύνη μεταξύ τους.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα θεραπευτικά βήματα:

Στην αρχή αναγνωρίζεται ένα πρόβλημα. Η επιλογή προβλημάτων γίνεται με βάση κάποια κριτήρια, όπως η πιθανότητα επίλυσης προβλημάτων ή η αναγκαιότητα της κατάστασης. Το επόμενο βήμα είναι η γνωστική επεξεργασία του προβλήματος. Το πρόβλημα χωρίζεται σε μικρότερα βήματα, τα οποία είναι ξεκάθαρα και μπορούν να επιλυθούν. Επεξεργάζονται και συζητούνται στη συνέχεια εναλλακτικές λύσεις και αποφασίζεται η επιλογή μιας λύ-

σης. Μία προτεινόμενη λύση μπορεί να εφαρμοστεί σε παιχνίδι ρόλου στη συνεδρία και στη συνέχεια μπορεί να εφαρμοστεί στα πλαίσια της άσκησης στο σπίτι και έτσι εξασφαλίζεται η εφαρμογή στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Στην επόμενη συνεδρία συζητιέται η επιτυχία ή η αποτυχία της εφαρμογής στην πράξη. Έτσι ενισχύεται κάθε δυνατότητα για εποικοδομητική επίλυση προβλημάτων.

Δυνατότητες εφαρμογής και ενδείξεις για το IPT

Το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε αρχικά για ασθενείς με μεγάλη διάρκεια νοσηλείων. Σήμερα εφαρμόζεται τόσο σε ασθενείς, οι οποίοι παρακολουθούνται εξωτερικά όσο και σε ασθενείς, οι οποίοι επισκέπτονται μία κλινική ημέρας. Για παράδειγμα νέοι ασθενείς των πιο πάνω κατηγοριών μπορούν να επωφεληθούν από τα 2 τελευταία υποπρογράμματα (κοινωνικές δεξιότητες, διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων). Η εφαρμογή των 5 υποπρογραμμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά από μία προσεκτική συμπεριφορολογική ανάλυση.

Η δημιουργία ομάδας με ασθενείς με σχιζοφρένεια απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Η ομάδα θα πρέπει να είναι ομοιογενής σε σχέση με συγκεκριμένα κριτήρια, όπως νοημοσύνη, δυνατότητα μάθησης και διαταραχές της επεξεργασίας πληροφοριών. Η ομάδα πρέπει να είναι ετερογενής σε σχέση με κριτήρια, όπως φύλο και ηλικία. Στην ομάδα γίνονται αποδεκτοί ασθενείς, οι οποίοι έχουν τη διάγνωση «σχιζοφρένεια», διότι το πρόγραμμα είναι σχεδιασμένο για σχιζοφρενείς. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σε θέση να συμμετέχουν σε μία ομάδα, να εκφράζονται και δεν θα πρέπει να παρουσιάζουν σαφή θετικά συμπτώματα.

Θεραπευτές

Οι IPT- θεραπευτές θα πρέπει να έχουν επαρκείς γνώσεις σε 2 βασικά θέματα: Πρώτον, θα πρέπει να γνωρίζουν καλά τη μεθοδολογία των 5 υποπρογραμμάτων, κάτι το οποίο είναι στο επίκεντρο στα πρώτα 2 υποπρογράμματα. Δεύτερον, να έχουν γνώσεις για τις ομαδικές διαδικασίες και τη δυναμική της ομάδας, που είναι απαραίτητες και γίνονται όλο και πιο σημαντικές στα τελευταία υποπρογράμματα.

Εμπειρικές έρευνες

Διάφορες ανεξάρτητες έρευνες αξιολόγησης του προγράμματος IPT σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έδει-

ξαν σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα και κυρίως σε βασικές γνωστικές λειτουργίες. Τα αποτελέσματα των ερευνών σε σχέση με τις πιθανές αλλαγές στην κοινωνική συμπεριφορά και στην ψυχοπαθολογία ήταν διαφορετικά.¹⁹ Σε περαιτέρω έρευνες αναδείχθηκαν και συζητήθηκαν τα πλεονεκτήματα γνωσιακών παρεμβάσεων σε σχέση με ομάδες σύγκρισης. Οι έρευνες αυτές επικεντρώθηκαν στο να αναλύσουν την επίδραση της γνωσιακής θεραπείας, τις ειδικές αλληλεπιδράσεις γνωστικών και κοινωνικών παραγόντων, τη σταθερότητα του θεραπευτικού αποτελέσματος και την ένδειξη γνωσιακών μεθόδων. Διαπιστώθηκε ότι οι γνωσιακές τεχνικές από μόνες τους έχουν λιγότερο άμεση επίδραση στη βελτίωση της διεκδικητικής συμπεριφοράς.¹⁶ Η γενίκευση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων εκτός θεραπευτικού πλαισίου δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί, δηλαδή η υπόθεση μιας άμεσης επικράτησης και επίδρασης των γνωστικών λειτουργιών σε επίπεδο συμπεριφοράς δεν επιβεβαιώθηκε. Τέλος φαίνεται ότι ο κύκλος ανάμεσα στις γνωστικές και κοινωνικές διαταραχές (εικόνα 2) ενισχύεται ακόμα περισσότερο από τις συναισθηματικές επιβαρύνσεις (σύγκριση περίληψη του Hodel & Brenner, 1994¹⁶).

Περαιτέρω εξέλιξη του IPT

Τα παραπάνω αποτελέσματα συνέβαλλαν σε μεγάλο βαθμό στην εξέλιξη του ομαδικού αυτού θεραπευτικού προγράμματος σε 2 προσανατολισμούς: Ο πρώτος αφορά την αποτελεσματική αντιμετώπιση συναισθημάτων.²¹ Ο δεύτερος αφορά τη δημιουργία γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπευτικών προγραμμάτων για την αποκατάσταση σε σχέση με διάφορους τομείς (κατοικία, εργασία και ελεύθερος χρόνος).¹⁰ Η προσπάθεια αυτή στηρίχτηκε στο γεγονός ότι οι κοινωνικές δεξιότητες βελτιώνονται καλύτερα με θέματα στις συνεδρίες, τα οποία αυξάνουν το κίνητρο των ασθενών.

Υπάρχουν και περαιτέρω έρευνες, στις οποίες παρουσιάζεται η εξέλιξη του προγράμματος αυτού και συγκεκριμένα τα προγράμματα για την αποκατάσταση των ατόμων με σχιζοφρένεια σε διάφορους τομείς, όπως εργασία, κατοικία και ελεύθερος χρόνος.^{20,21}

Ευχαριστίες

Τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Νίκο Βαϊδάκη για την κριτική ανάγνωση του άρθρου και τις πολύτιμες παρατηρήσεις του.

A cognitive behavioural group therapy program for the improvement of the cognitive and social abilities of patients with schizophrenia

K. Efthimiou,¹ S. Rakitzi,² V. Roder³

¹Department of Psychology, University of Athens, ²Institute of Behavioral Research and Therapy, Athens

³Unit of Social and Community Psychiatry, Department of Psychiatry, University of Bern, Switzerland, Greece

Psychiatriki 2009, 20:245–254

Pharmacotherapy is the main therapy for the positive and negative symptoms and for the relapse prevention for patients with schizophrenia. The cognitive and behavioural therapy can be combined with other therapies for schizophrenia. Within this frame of reference the cognitive behavioural therapy for schizophrenia and other psychotic syndromes is the first choice for psychiatrists and psychologists in European countries. The National Institute of Clinical Excellence (NICE) has included the cognitive behavioural therapy as a recommended therapy for schizophrenia. The Cognitive Behavioral Therapy includes interventions for the acute phase in an episode (relapse) as well as for the rehabilitation of patients with schizophrenia. The Integrated Psychological Therapy, which is an effective group therapy for the improvement of cognitive and social abilities of patients with schizophrenia, will be represented in the following article.

Key words: Schizophrenia, cognitive-behavioural therapy, group interventions, cognitive-behavioural theory and praxis

Βιβλιογραφία

1. National Institute for Clinical Excellence. *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. National Institute for Clinical Excellence. UK, 2003
2. Οικονόμου ΜΠ. Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ, Οικονόμου ΜΠ (Συντ.) *Προληπτική Ψυχιατρική*. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2000:181-186
3. Οικονόμου ΜΠ, Χριστοδούλου ΓΝ. Οικογένεια και πρόληψη. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ, Οικονόμου ΜΠ (Συντ.): *Προληπτική Ψυχιατρική*. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2000:55-60
4. Οικονόμου ΜΠ, Δασκαλοπούλου Ε, Κόλλιας Κ, Πάλλη Α, Παπαϊωάννου Α. Ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα σε συγγενείς από την Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτειο νοσοκομείο. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Τομαράς, Βλ, Οικονόμου, ΜΠ (Συντ.): *Από το Ψυχιατρείο στην Κοινότητα*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2002:109-114
5. Penn D, Mueser K. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996, 153:607-617
6. Μαδιανός Μ. *Η μηλιά κάτω από το μήλο. Άτομο και οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
7. Falloon I, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *Br J Psychiatry* 1985, 147:156-163
8. Ευθυμίου Κ, Θεοδώρου Β. *Γνωσιακή-συμπεριφοριστική ομαδική παρέμβαση ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα σε σχιζοφρενείς ασθενείς στον γερμανόφωνο χώρο*. Πανερωπαϊκό συνέδριο «καινοτόμες πρωτοβουλίες στην ψυχιατρική αποκατάσταση», ΕΠΙΨΥ, Αθήνα, 9-10.12. 2000
9. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated Psychological Therapy (IPT). Is it effective? *Schizophr Bull* 2006 32:81-93
10. Roder V, Jenull B, Brenner HD, Heimberg D, Hirsbrunner A. Kognitive Verhaltenstherapie mit schizophren Erkrankten im Wohn, Arbeits- und Freizeitbereich: *Erste Ergebnisse*. *Verhaltenstherapie* 1995, 5:68-80
11. Roder V, Brenner H, Kienzle D, Ευθυμίου Κ. *Το απαρτιωτικό ψυχολογικό θεραπευτικό πρόγραμμα για τη σχιζοφρένεια (IPT)*. *Εγχειρίδιο για τον θεραπευτή και βιβλίο ασκήσεων*. Scientific Publications, Αθήνα, 2007
12. Zubin J, Spring BJ. Vulnerability- a new view of schizophrenia. *Abnorm Psychol* 1977, 86:103-126
13. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive therapy of schizophrenia. guides to individualised evidenced-based treatment*. Guilford, New York, 2005
14. Nuechterlein KH, Dawson ME et al. The vulnerability stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 89:58-64
15. Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993, 19:317-336
16. Hodel B, Brenner HD. Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 90:108-115
17. Brenner HD. Zur Bedeutung von Basisstörungen für die Behandlung und Rehabilitation. In: Boeker W, Brenner HD. (Hrsg): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern, 1986:142-156
18. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B. *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm fuer schizophrene Patienten (IPT)*. PVU, Weinheim, 1995
19. Brenner HD, Hodel B, Kube G, Roder V. Kognitive Therapie bei Schizophrenen: Problemanalysen und empirische Ergebnisse. *Nervenarzt* 1987, 58:72-83
20. Roder V, Brenner HD et al. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of multi-centre study. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 105:363-371
21. Hodel B. *Die Weiterentwicklung des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms (IPT): Emotionsbezogene Interventionen*. Unveroeffentliches Arbeitspapier. Psychiatrische Universitätsklinik Bern, 1989
21. Roder V, Brenner HD et al. Effekte neuer kognitiv-behavioraler Therapieprogramme zur Verbesserung spezifischer sozialer Fertigkeiten bei schizophren Erkrankten. *Nervenarzt* 2001, 72:709-716

Αλληλογραφία: Κ. Ευθυμίου, Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα