

Ερευνητική εργασία Research article

Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές: Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή τους στις υποστηρικτικές ομάδες

Z. Καλογεράκης, A. Πετρούτσου, A. Χατζάκης, Δ. Πλουμπίδης,
X. Παπαγεωργίου, M. Οικονόμου

*Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής,
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Ψυχιατρική 2019, 30:108–119

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με σοβαρές-χρόνιες ψυχικές διαταραχές (ΣΧΨΔ) κύριο στόχο έχει την κοινωνική ενσωμάτωσή τους μέσω της ενίσχυσης της λειτουργικότητας, της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην κοινωνική αναπηρία. Αναπόσπαστο κομμάτι της πολυδιάστατης αυτής διαδικασίας αποτελούν οι Υποστηρικτικές Ομάδες (ΥΟ). Κύριος σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που επηρέασαν τη συμμετοχή ατόμων με ΣΧΨΔ σε μια ΥΟ, που πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής. Η συγκεκριμένη ΥΟ γινόταν σε εβδομαδιαία βάση, ήταν 45λεπτης διάρκειας, συντονιζόταν από δύο θεραπευτές και ήταν ανοικτή στην υποδοχή των νέων μελών που τοποθετούνταν περιοδικά στη Μονάδα. Οι απαραίτητες για τα μέλη πληροφορίες προήλθαν από τους ατομικούς φακέλους τους στο ΚΚΨΥ, ενώ τα σχετικά με την ΥΟ στοιχεία συλλέχθηκαν από τις γραπτές αναφορές που τηρούνταν για κάθε συνεδρία. Το χρονικό διάστημα της συγκεκριμένης καταγραφής, στην ΥΟ συμμετείχαν 18 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 38,56 ($\pm 6,92$) έτη. Στην πλειοψηφία τους ήταν απόφοιτες Λυκείου (61,1%), άγαμες (83,3%), χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (55,5%), έπασχαν από κάποια διαταραχή του σχιζοφρενικού φάσματος (61,1%) και είχαν μέση διάρκεια νόσου 15,22 ($\pm 8,44$) έτη. Από τις 83 συνεδρίες της ΥΟ που πραγματοποιήθηκαν, 22 (26,5%) έγιναν με την παρουσία ενός μόνο

συντονιστή, 11 (13,3%) μετά από είσοδο νέου ή/και αποχώρηση παλιού μέλους και 11 (13,3%) μετά από ματαίωση της προηγούμενης συνεδρίας. Αναφορικά με τη θεματολογία τους, στις συνεδρίες συζητούνταν κατά μέσον όρο τέσσερα θέματα, με δημοφιλέστερα τα σχετικά με την ψυχική νόσο (62,7%) και τις διαπροσωπικές σχέσεις (73,5%). Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι τα ιδιαίτερα δημογραφικά (όπως ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, τρόπος διαμονής, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και εργασιακή εμπειρία) και ψυχιατρικά χαρακτηριστικά (όπως διάγνωση, διάρκεια νόσου και συμμετοχή σε Προγράμματα αποκατάστασης) των μελών που εξετάστηκαν, δεν φάνηκε να σχετίζονται σημαντικά με το ποσοστό των παρουσιών τους στην ΥΟ. Παρομοίως, το ποσοστό προσέλευσης στις συνεδρίες δεν βρέθηκε να μεταβάλλεται σημαντικά από την απουσία ενός συντονιστή, την είσοδο ή αποχώρηση κάποιου μέλους και τις ματαιώσεις συνεδριών. Αντίθετα, η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε (με ανεξάρτητες μεταβλητές τον αριθμό θεμάτων ανά συνεδρία και τη συζήτηση θεμάτων για τις προσδοκίες των μελών), ανέδειξε ότι η συζήτηση θεμάτων σχετικών με τις προσδοκίες τους (για δημιουργία οικογένειας, περαιτέρω εκπαίδευση, ανεύρεση εργασίας), επιδρούσε (αρνητικά) σημαντικά στη συμμετοχή τους στην ΥΟ ($Beta = -0,32$, $p = 0,006$). Το συγκεκριμένο εύρημα υπογραμμίζει την αναγκαιότητα περαιτέρω έρευνας για την ενσωμάτωση στα Προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης παρεμβάσεων, που θα στοχεύουν στην προώθηση και την ικανοποίηση των μελλοντικών στόχων και των προσδοκιών των ατόμων με ΣΧΨΔ.

Λέξεις ευρητηρίου: Σοβαρές-χρόνιες ψυχικές διαταραχές, υποστηρικτικές ομάδες, συμμετοχή, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Εισαγωγή

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί τη συνισταμένη επιμέρους εξειδικευμένων τεχνικών στρατηγικής υγείας, που κύριο στόχο έχει την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με σοβαρές-χρόνιες ψυχικές διαταραχές (ΣΧΨΔ) μέσω της ενίσχυσης της ατομικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην κοινωνική αναπηρία. Στο πλαίσιο αυτό, τις τελευταίες δεκαετίες καταγράφονται πολλές προσπάθειες εφαρμογής πολυδιάστατων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ποικίλων αναγκών που εμφανίζουν τα άτομα με ΣΧΨΔ,¹ και τη διασφάλιση ενός θεραπευτικού συνεχούς στη φροντίδα τους.²

Αναπόσπαστο κομμάτι αυτών των παρεμβάσεων είναι οι Υποστηρικτικές Ομάδες (ΥΟ). Οι ομάδες αυτές, για τις οποίες συναντά κανείς βιβλιογραφικά μεγάλο εύρος ορισμών και περιγραφών αναφορικά με τις τεχνικές και τα γνωρίσματά τους, στηρίζουν το θεωρητικό τους υπόβαθρο στις αρχές της Υποστηρικτικής Ψυχοθεραπείας. Βασικός προσανατολισμός των ΥΟ για τα άτομα με ΣΧΨΔ είναι η

δημιουργία του «χώρου» μέσα στον οποίο με ασφάλεια θα μπορέσουν να εκφράσουν τις σκέψεις τους, τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους, για την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας, καθώς και για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην καθημερινότητά τους.³ Με τον θεραπευτή-συντονιστή σε ρόλο επικοινωνιακού καταλύτη, στις ΥΟ διευκολύνεται η αλληλεπίδραση και η ανταλλαγή των κοινών βιωμάτων και προωθείται εντέλει η αίσθηση του «ανήκειν» και η κοινωνικοποίηση, μέσα από την αποδοχή και την αλληλοϋποστήριξη.^{3,4} Παράλληλα, στις ΥΟ επιχειρείται η ενίσχυση της επίγνωσης των ορίων που θέτει η ψυχική νόσος, η εκμάθηση τρόπων επίλυσης προβλημάτων, η οργάνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων, αλλά και ο προσδιορισμός των εξατομικευμένων μελλοντικών στόχων και σχεδίων.⁵

Αναμφίβολα, δεν είναι λίγες οι μελέτες που αναδεικνύουν τα οφέλη των ΥΟ, επισημαίνοντας την αποτελεσματικότητά τους αναφορικά με την ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΣΧΨΔ.⁶⁻⁸ Την ίδια στιγμή, απουσιάζουν συμπληρωματικές μελέτες που να διερευνούν τους παράγοντες που διευκολύ-

νουν ή παρεμποδίζουν την ομαλή συμμετοχή των ατόμων με ΣΧΨΔ στις ΥΟ. Η σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, κατέγραψε κατά κύριο λόγο μελέτες που σκιαγραφούν τη γενικότερη συνέπεια-συμμόρφωση των ατόμων με ΣΧΨΔ τόσο στις θεραπευτικές διαδικασίες που μετέχουν (όπως είναι οι συναντήσεις με ειδικούς στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και η ολοκλήρωση μιας ψυχοθεραπείας), όσο και στη λήψη της φαρμακευτικής θεραπείας. Τα ευρήματα των μελετών αυτών θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια ως τα πιο συναφή διαθέσιμα, για την απόδοση μιας εποικοδομητικής αντιπαραβολής με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, αναφορικά με τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμμετοχή των ατόμων με ΣΧΨΔ στις ΥΟ.

Με το σκεπτικό αυτό, μελέτες έχουν στοιχειοθετήσει ότι κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως το φύλο και η ηλικία) δεν φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με την απόσυρση των ατόμων με ΣΧΨΔ από τις αυτο-συντονιζόμενες υποστηρικτικές τους συναντήσεις (peer support groups).⁶ Αντίθετα, η ηλικία και το φύλο (άρρεν) των ατόμων με ΣΧΨΔ βρέθηκε να συνδέεται με την αδυναμία ολοκλήρωσης των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που συμμετέχουν, όπως αναφέρεται σε μετα-αναλυτική συστηματική ανασκόπηση.⁹ Επιπρόσθετα, σε μελέτη των Berghofer et al¹⁰ διαπιστώθηκε ότι η αυτόνομη διαβίωση, η ύπαρξη στενών και υποστηρικτικών σχέσεων με τα μέλη της οικογένειας, καθώς και η ικανοποίηση από τις συνθήκες διαβίωσης, αποτελούν σημαντικούς δείκτες συνέπειας στην προσέλευση των ατόμων με ΣΧΨΔ στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Παράλληλα, μακροχρόνια μελέτη με ασθενείς μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο υπέδειξε πως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με τη μη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και με τη μειωμένη παρακολούθηση των προγραμματισμένων συνεδριών στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.¹¹ Παρομοίως, για τη μη προσέλευση των ατόμων με ΣΧΨΔ στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας έχουν «ενοχοποιηθεί» τόσο το χαμηλό εισόδημα, όσο και η ανεργία.^{10,12}

Αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά, μελέτη κατέδειξε ότι παράμετροι όπως η διάγνωση (στο

σχιζοφρενικό φάσμα), η διάρκεια της ψυχιατρικής νόσου και η σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας, δεν φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τη συμμετοχή των ατόμων με ΣΧΨΔ στις αυτο-συντονιζόμενες υποστηρικτικές τους συναντήσεις.⁶ Από την άλλη πλευρά, ευρήματα άλλων μελετών μαρτυρούν ότι παράγοντες όπως η διάρκεια της νόσου, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της και το επίπεδο της λειτουργικότητας, είναι σημαντικοί για την προσέλευση των ατόμων με ΣΧΨΔ στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.^{9,13-15} Παρομοίως, η μη προσέλευση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και η μη ολοκλήρωση της θεραπείας για άτομα άλλων διαγνωστικών ομάδων (μη ψυχωσικές διαταραχές ή διαταραχή προσωπικότητας) έχει σχετισθεί με τη μη συμμετοχή στο παρελθόν σε αντίστοιχες θεραπευτικές διαδικασίες και παρεμβάσεις και με την απουσία εμπειρίας σε συναλλαγές-επαφές με κοινωνικές και ψυχικής υγείας Υπηρεσίες.^{16,17}

Την ίδια στιγμή, το κοινωνικό και υποστηρικτικό σύστημα του θεραπευομένου αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για την προσέλευσή του στις θεραπευτικές συναντήσεις. Οι Corriss et al¹⁸ ανέδειξαν ότι για τα άτομα με ΣΧΨΔ που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα Κέντρου Ημέρας αμέσως μετά την οξεία φάση της νόσου, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ήταν ο καθοριστικότερος παράγοντας για τη συνέπεια στην τήρηση της φαρμακευτικής θεραπείας, ενώ «η δυνατότητα συσχέτισης με τους άλλους» αποτελούσε τον σημαντικότερο παράγοντα για την πιστή συμμετοχή στις υπόλοιπες (μη φαρμακευτικές) θεραπευτικές δραστηριότητες του Προγράμματος. Ως αξιοσημείωτοι παράμετροι ενίσχυσης «της δυνατότητας συσχέτισης με τους άλλους» περιγράφονται η ύπαρξη αρμονικών σχέσεων με τα μέλη της οικογένειας, το αίσθημα εγγύτητας με τον κοινωνικό περίγυρο και η θέσπιση στόχων και προσδοκιών για τη ζωή.^{18,19} Είναι γεγονός ότι το κοινωνικό στίγμα που συχνά επιφέρει η ψυχική νόσος συνδέεται σημαντικά με την «αδυναμία» των ατόμων με ΣΧΨΔ να τηρήσουν τη θεραπεία,^{15,20} ενώ η επίτευξη των μελλοντικών τους στόχων και προσδοκιών (για την ανεύρεση εργασίας για παράδειγμα), δεν ενισχύει μόνο την τήρηση της όποιας θεραπείας, αλλά συμβάλλει και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.²¹

Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση του θεραπευομένου από την παρέμβαση αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές παραμέτρους για τη συνέχεια της συμμετοχής του σε αυτή.^{10,22} Βασικό κριτήριο αυτής της ικανοποίησης συχνά είναι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο,²³ που όπως επεσήμαιναν μελέτες σε άτομα με ΣΧΨΔ, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάρκεια και την ανταπόκριση στην ψυχοθεραπεία,²⁴ καθώς και για την ουσιαστική δέσμευση-σύνδεση με τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.²⁵ Σύμφωνα με μια ποιοτική έρευνα σε άτομα με ΣΧΨΔ, για να είναι ουσιαστική μια θεραπευτική σχέση είναι σημαντικό, ανεξάρτητα της συχνότητας, να εμπεριέχει τακτική και μακροπρόθεσμη επαφή με τον θεραπευτή¹⁹ και να αφήνει τα περιθώρια για ενεργή συμμετοχή του θεραπευομένου στον σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος^{26,27} και στην υπό προϋποθέσεις από κοινού λήψη αποφάσεων κατά την εφαρμογή του.²⁸

Συνοψίζοντας, με δεδομένη τη δυσκολία των ατόμων με ΣΧΨΔ να παραμένουν συνεπείς-τακτικοί στην παρακολούθηση μιας θεραπευτικής δράσης, ή/και ενός θεραπευτικού Προγράμματος συνολικά,^{29,30} κύριος σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρέασαν τη συμμετοχή ατόμων με ΣΧΨΔ σε μια ΥΟ. Στο σκεπτικό αυτό, μελετήθηκε η σχέση του ποσοστού παρουσιών των μελών της ΥΟ, τόσο με τα ιδιαίτερα δημογραφικά και κλινικά τους χαρακτηριστικά, όσο και με σημαντικές παραμέτρους των συνεδριών της ΥΟ.

Υλικό και μέθοδος

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν τα μέλη με ΣΧΨΔ που παρακολουθούσαν το Πρόγραμμα κατάρτισης του εργαστηρίου «Κοπτικής-Ραπτικής» του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ) Βύρωνα-Καισαριανής και συμμετείχαν στην ΥΟ κατά το χρονικό διάστημα από τον Νοέμβριο του 2003 έως τον Ιούνιο του 2007. Λόγω της φύσης του αντικειμένου της κατάρτισης οι συμμετέχοντες στο εργαστήριο, άρα και στη μελέτη, ήταν αποκλειστικά γυναίκες. Παράλληλα, η συγκεκριμένη ΥΟ γινόταν σε εβδομαδιαία βάση, ήταν 45λεπτης διάρκειας, συντονι-

ζόταν από δύο θεραπευτές και ήταν ανοικτή στην υποδοχή των νέων μελών που τοποθετούνταν περιοδικά στο εργαστήριο.

Οι πληροφορίες για τα δημογραφικά και ψυχιατρικά χαρακτηριστικά των μελών προήλθαν από τους ατομικούς ιατρικούς φακέλους τους στο ΚΚΨΥ. Τα σχετικά με την ΥΟ στοιχεία, όπως παρουσίες ανά συνεδρία και θεματολογία, συλλέχθηκαν από τις γραπτές αναφορές που τηρούνταν από τους συντονιστές για κάθε συνεδρία.

Το χρονικό διάστημα της συγκεκριμένης καταγραφής στην ΥΟ συμμετείχαν συνολικά 18 μέλη, ηλικίας 29 έως 54 χρόνων (ΜΟ=38,56, ΤΑ=6,92). Στην πλειοψηφία τους ήταν απόφοιτες Λυκείου (Ν=11, 61,1%), άγαμες (Ν=15, 83,3%), που διέμεναν με την πατρική ή τη δική τους οικογένεια (Ν=10, 55,5%), ήταν χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Ν=10, 55,5%) και είχαν εργασιακή εμπειρία τουλάχιστον ενός έτους (Ν=11, 61,1%). Κατά κύριο λόγο έπασχαν από κάποια διαταραχή του σχιζοφρενικού φάσματος (Ν=11, 61,1%), είχαν μέση διάρκεια νόσου τα 15,22 έτη (ΤΑ=8,44, εύρος: 1-29 έτη) και προηγούμενη συμμετοχή σε Προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ν=10, 55,5%), ενώ παρακολούθησαν κατά μέσον όρο τη συγκεκριμένη ΥΟ για 30 περίπου μήνες (ΜΟ=29,56, ΤΑ=16,63).

Το χρονικό διάστημα της συγκεκριμένης καταγραφής, πραγματοποιήθηκαν 83 συνολικά συνεδρίες της ΥΟ. Είκοσι δύο (26,5%) από αυτές, έγιναν με την παρουσία του ενός μόνο συντονιστή, 11 (13,3%) μετά από είσοδο νέου ή αποχώρηση παλαιού μέλους, 11 (13,3%) μετά από ματαίωση της προηγούμενης συνεδρίας και 30 (36,1%) πριν ή μετά από επίσημες αργίες ή διακοπές (Χριστουγέννων, Πάσχα, καλοκαιριού). Αναφορικά με τη θεματολογία, στις συνεδρίες της ΥΟ συζητούνταν κατά μέσον όρο τέσσερα θέματα περίπου (ΜΟ=3,78, ΤΑ=1,65). Πιο αναλυτικά, σε 52 (62,7%) συνεδρίες συζητήθηκαν θέματα σχετικά με την ψυχική νόσο (όπως διαχείριση υποτροπών, φαρμακευτική αγωγή, στίγμα), σε 20 (24,1%) θέματα σχετικά με την ΥΟ (όπως αποχώρηση μέλους, χαμηλό ποσοστό προσέλευσης, αξιολόγηση ΥΟ), σε 61 (73,5%) θέματα σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις (όπως σχέση με μέλη της οικογένειας-συντρόφους-φίλους,

μοναξιά), σε 49 (59,0%) θέματα καθημερινότητας (όπως διαχείριση νοικοκυριού, οικονομικά προβλήματα, δραστηριότητες ψυχαγωγίας) και σε 22 (26,5%) συνεδρίες θέματα προσδοκιών ζωής (σχέδια για δημιουργία οικογένειας, περαιτέρω εκπαίδευση, ανεύρεση εργασίας).

Στατιστική ανάλυση

Για να διαπιστωθεί αν οι κατανομές των συνεχών μεταβλητών ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, εφαρμόστηκαν έλεγχοι Shapiro-Wilk. Για να διερευνηθούν οι συσχετίσεις μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν συντελεστές συσχέτισης Pearson's r όταν οι μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και Spearman's ρ όταν δεν την ακολουθούσαν (όπως προέκυψε για τις μεταβλητές που αφορούσαν στον χρόνο συμμετοχής των μελών στην ΥΟ και στον αριθμό των ανά συνεδρία θεμάτων της). Λόγω της (διαπιστωθείσας) κανονικότητας της κατανομής των εξαρτημένων συνεχών μεταβλητών (δηλαδή του ποσοστού παρουσιών κάθε μέλους στην ΥΟ και του ποσοστού προσέλευσης των μελών ανά συνεδρία της) και προκειμένου να ανιχνευθούν οι επιδράσεις που είχαν σε αυτές οι ανεξάρτητες κατηγορικές μεταβλητές ενδιαφέροντος, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι με τη δοκιμασία Student t -test για ανεξάρτητα δείγματα (όταν η κατηγορική μεταβλητή ήταν δίτιμη) και ανάλυση διακύμανσης κατά έναν παράγοντα-ANOVA (για τις κατηγορικές μεταβλητές με περισσότερα των δύο επίπεδα). Για την περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης του ποσοστού προσέλευσης των μελών ανά συνεδρία, με τις παραμέτρους που βρέθηκε να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά, εφαρμόστηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Το σύνολο των στατιστικών ελέγχων έγινε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, ενώ η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 22.0.

Αποτελέσματα

Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μελών, το ποσοστό παρουσιών τους στην ΥΟ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την ηλικία τους ($r=0,20$, $p=0,437$). Αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, το μέσο ποσοστό συμμετοχής

των μελών βρέθηκε να αυξάνεται αντίστοιχα με την εκπαιδευτική τους διαβάθμιση ($M_{\text{ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ}}=0,55$, $M_{\text{ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ}}=0,69$, $M_{\text{ΛΥΚΕΙΟΥ}}=0,77$), διαφοροποίηση που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Μη στατιστικά σημαντικές ήταν και οι διαφορές στο ποσοστό παρουσιών των μελών βάσει της οικογενειακής και της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης, της εργασιακής τους εμπειρίας και του τρόπου διαμονής τους, με τα μέλη που διέμεναν αυτόνομα να σημειώνουν τα υψηλότερα μέσα ποσοστά συμμετοχής και εκείνα που φιλοξενούνται σε προστατευμένη δομή, τα χαμηλότερα.

Αναφορικά με τη διάγνυσή τους, τα μέλη με διαταραχή προσωπικότητας σημείωσαν το υψηλότερο μέσο ποσοστό συμμετοχής στην ΥΟ, για να ακολουθήσουν εκείνα με συναισθηματική διαταραχή και σχιζοφρένεια, διαφορές που και σε αυτήν την περίπτωση δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές. Ομοίως, το ποσοστό συμμετοχής των μελών στην ΥΟ δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάρκεια της νόσου τους ($r=-0,003$, $p=0,992$), την εμπειρία τους σε Προγράμματα αποκατάστασης και τον χρόνο συμμετοχής στην ΥΟ ($\rho=0,06$, $p=0,811$). Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά οι διαφορές στο ποσοστό παρουσιών των μελών στην ΥΟ σε σχέση με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

Το μέσο ποσοστό προσέλευσης των μελών στις συνεδρίες της ΥΟ μειωνόταν στο πέρασμα του χρόνου [$(M_{1\text{ο έτος}}=0,74) > (M_{2\text{ο έτος}}=0,71) = (M_{3\text{ο έτος}}=0,71) > (M_{4\text{ο έτος}}=0,69)$], αλλά όχι στατιστικά σημαντικά ($F=0,74$, $p=0,531$). Για να διερευνηθεί αν το ποσοστό προσέλευσης μιας συνεδρίας επηρεάζεται από παραμέτρους-συμβάντα της προγενέστερης της, από την ανάλυση εξαιρέθηκαν τα δεδομένα της πρώτης συνεδρίας της συγκεκριμένης καταγραφής, γιατί ως «εναρκτήρια», θεωρήθηκε ότι δεν είχε προηγούμενη ($N_{\text{ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ}}=82$). Στο πλαίσιο αυτό, το ποσοστό προσέλευσης στην ΥΟ δεν βρέθηκε να επηρεάζεται σημαντικά από παραμέτρους όπως η απουσία του ενός συντονιστή και η μεταβολή του αριθμού των μελών της. Παράλληλα, συνεδρίες μετά από ματαιώση της προηγούμενης τους εμφάνισαν μειωμένο μέσο ποσοστό προσέλευσης, ενώ συνεδρίες πριν ή μετά από επίσημες αργίες και διακοπές σχετικά

Πίνακας 1. Μέση τιμή (τυπική απόκλιση) του ποσοστού παρουσιών των μελών στην ΥΟ βάσει των κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών τους χαρακτηριστικών.

Χαρακτηριστικό	n (%)	ΜΟ (ΤΑ)	F	t	p
Μορφωτικό επίπεδο			1,21		0,343
Απόφοιτη Δημοτικού	4 (22,2)	0,55 (0,31)			
Απόφοιτη Γυμνασίου	2 (11,1)	0,69 (0,15)			
Απόφοιτη Λυκείου	11 (61,1)	0,77 (0,16)			
Απόφοιτη Πανεπιστημίου	1 (5,6)				
Οικογενειακή κατάσταση			0,54		0,593
Άγαμη	15 (83,3)	0,69 (0,21)			
Έγγαμη	2 (11,1)	0,85 (0,03)			
Διαζευγμένη	1 (5,6)				
Διαμονή			0,87		0,438
Μόνη	3 (16,7)	0,83 (0,14)			
Με οικογένεια	10 (55,5)	0,71 (0,22)			
Σε προστατευμένη δομή	5 (27,8)	0,64 (0,22)			
Κοινωνικοοικονομική κατάσταση			0,16		0,857
Χαμηλή	10 (55,5)	0,70 (0,25)			
Μέτρια	6 (33,4)	0,75 (0,13)			
Υψηλή	2 (11,1)	0,66 (0,23)			
Εργασιακή εμπειρία (τουλάχιστον ενός έτους)				-1,34	0,216
Ναι	11 (61,1)	0,77 (0,14)			
Όχι	7 (38,9)	0,63 (0,26)			
Διάγνωση			0,66		0,533
Διαταραχές σχιζοφρενικού φάσματος	11 (61,1)	0,67 (0,25)			
Συναισθηματικές διαταραχές	5 (27,8)	0,75 (0,12)			
Διαταραχές προσωπικότητας	2 (11,1)	0,83 (0,04)			
Εμπειρία σε προγράμματα αποκατάστασης				-0,09	0,993
Ναι	10 (55,5)	0,72 (0,23)			
Όχι	8 (44,5)	0,71 (0,18)			

αυξημένο, διαφοροποιήσεις που όμως δεν καταγράφηκαν ως σημαντικές.

Ως προς τη θεματολογία των συνεδριών της ΥΟ, βρέθηκε ότι ο αριθμός των ανά συνεδρία θεμάτων ήταν σε σημαντική αρνητική συσχέτιση με το ποσοστό προσέλευσης ($p=-0,25$, $p=0,024$). Το γεγονός αυτό μαρτυρά ότι ένας ενδεχομένως μεγάλος αριθ-

μός θεμάτων συζήτησης μιας συνεδρίας προκαλούσε αντίστοιχη μείωση του ποσοστού προσέλευσης των μελών στην επόμενη συνεδρία και αντίστροφα. Αντίθετα, μη σημαντική διαφοροποίηση στο ποσοστό προσέλευσης των μελών συνέβαινε, μετά από τη διαπραγμάτευση θεμάτων σχετικών με την ψυχική νόσο, τις διεργασίες της ΥΟ, τις διαπροσωπι-

κές σχέσεις και την καθημερινότητα. Από την άλλη, στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού προσέλευσης των μελών σε μια συνεδρία βρέθηκε ότι προκαλούσε η συζήτηση στην προηγούμενη της, θεμάτων σχετικών με τις προσδοκίες τους. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι διαφορές στο ποσοστό προσέλευσης των μελών στην ΥΟ σε σχέση με παραμέτρους των συνεδριών της.

Από την ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε, με ανεξάρτητες μεταβλητές τον αριθμό των ανά συνεδρία θεμάτων και τη συζήτηση θεμάτων σχετικών με τις προσδοκίες (adjusted $R^2=0,13$), επιβεβαιώθηκε ότι η συζήτηση θεμάτων σχετικών με τις προσδοκίες των μελών επιδρούσε (αρνητικά) σημαντικά (Beta=-0,32, $p=0,006$) στο ποσοστό προσέλευσής τους στην ΥΟ, κάτι που δεν καταγράφηκε και για τον αριθμό των ανά συνεδρία θεμάτων (Beta=-0,12, $p=0,289$).

Συζήτηση

Στη συγκεκριμένη εργασία έγινε προσπάθεια μελέτης των παραγόντων που καθόρισαν τη συμμετοχή γυναικών με ΣΧΨΔ σε μια τετραετή υποστηρικτική ομάδα, που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος κατάρτισης της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής. Στο πλαίσιο αυτό διαπιστώθηκε ότι

τα χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων μελών, δεν επηρέασαν σημαντικά την παρουσία τους στην ΥΟ. Ειδικότερα, δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ο τρόπος διαμονής, δεν φάνηκε να καθόρισαν τη συνέπεια στη συμμετοχή τους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αντίστοιχα μελέτης, που εξέτασε την επίδραση παρόμοιων δημογραφικών παραμέτρων, στην προσέλευση ατόμων με ΣΧΨΔ στις προγραμματισμένες υποστηρικτικές τους συναντήσεις.⁶

Παρόλο που οι προαναφερθείσες διαφοροποιήσεις (πιθανότατα και λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος της μελέτης) δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές, αξίζει να καταγραφεί περιγραφικά ο τρόπος που τα συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρέασαν τη συμμετοχή στην ΥΟ. Έτσι, η διαπίστωση ότι το μέσο ποσοστό συμμετοχής αυξάνεται αντίστοιχα με την εκπαιδευτική βαθμίδα, καθώς και το ότι τα μέλη με μέτρια κοινωνικοοικονομική κατάσταση εμφάνισαν υψηλότερο μέσο ποσοστό συμμετοχής (σε σχέση με εκείνα με χαμηλή), συμφωνεί με τα ευρήματα προγενέστερων μελετών που εξέτασαν τα ίδια χαρακτηριστικά, διερευνώντας τη συνέπεια των ατόμων με ΣΧΨΔ στην παρακολούθηση προγραμματισμένων συνεδριών στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.^{10,11} Επίσης, η εκτίμηση

Πίνακας 2. Μέση τιμή (τυπική απόκλιση) του ποσοστού προσέλευσης των μελών ανά συνεδρία (N=82) στην ΥΟ βάσει των παραμέτρων της (προηγούμενης) συνεδρίας.

Συνεδρία μετά από...	n (%)	ΜΟ (ΤΑ)	t	p
Απουσία ενός συντονιστή	22 (26,8)	0,71 (0,10)	-0,19	0,854
Είσοδος/αποχώρηση μέλους	11 (13,4)	0,71 (0,14)	-0,03	0,979
Ματαίωση συνεδρίας	11 (13,4)	0,67 (0,10)	1,18	0,243
Μετά ή πριν από αργίες/διακοπές	30 (36,6)	0,72 (0,13)	-0,68	0,498
Συζήτηση θεμάτων σχετικών με:				
Την ψυχική νόσο	51 (62,2)	0,71 (0,11)	0,32	0,748
Διεργασίες της ομάδας	19 (23,2)	0,74 (0,11)	-1,45	0,151
Διαπροσωπικές σχέσεις	61 (74,4)	0,71 (0,11)	0,56	0,577
Την καθημερινή ζωή	48 (58,5)	0,71 (0,12)	0,43	0,667
Προσδοκίες ζωής	22 (26,8)	0,64 (0,08)	3,53	0,001

ότι οι συμμετέχουσες που διέμεναν μόνες τους (αν και λίγες στον αριθμό) εμφάνισαν υψηλότερα μέσα ποσοστά συμμετοχής στην ΥΟ, σε σχέση με εκείνες που έμεναν με την οικογένειά τους ή σε προστατευμένη στεγαστική δομή, συμφωνεί με τα ευρήματα των Bergofer et al¹⁰ αναφορικά με την προσέλευση των ατόμων με ΣΧΨΔ στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Μια πιθανή εξήγηση για τη διαφοροποίηση αυτή θα μπορούσε να είναι οι αυξημένες ανάγκες για ενίσχυση που εμφανίζουν τα άτομα με ΣΧΨΔ χωρίς άμεσο οικογενειακό-υποστηρικτικό περιβάλλον, καθώς και το διευρυμένο άγχος που πιθανόν τους δημιουργεί η αυτόνομη διαβίωση, η οποία κατά τα άλλα αποτελεί βασική προϋπόθεση για την καλύτερη ποιότητα της ζωής τους.³¹

Αναφορικά με τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά τους, τόσο η διάγνωση, όσο και η διάρκεια της ψυχικής νόσου των συμμετεχουσών, δεν φάνηκαν να τροποποιούν τη συμμετοχή τους στην ΥΟ, ευρήματα που συμφωνούν με τα αντίστοιχα σχετικής μελέτης.⁶ Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί πως σε κάποιες άλλες μελέτες η επίδραση αντίστοιχων κλινικών χαρακτηριστικών έχει αναδειχθεί ως σημαντικός φραγμός στην προσέλευση των ατόμων με ΣΧΨΔ σε ποικίλες θεραπευτικές δραστηριότητες στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.^{9,13-15}

Επίσης, στη μελέτη αυτή, παράμετροι όπως ο χρόνος συμμετοχής στην ΥΟ και η προηγούμενη εμπειρία σε παρόμοια Προγράμματα αποκατάστασης, δεν αναδείχτηκαν ικανές να επηρεάσουν την προσέλευση των μελών στην ΥΟ. Έρευνες με συμμετέχοντες ασθενείς με μη ψυχωσικές διαταραχές και διαταραχή προσωπικότητας έχουν καταγράψει αντίθετα αποτελέσματα, επισημαίνοντας τη σύνδεση της μη προσέλευσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και της μη ολοκλήρωσης της θεραπείας, με τη μη συμμετοχή στο παρελθόν σε αντίστοιχες θεραπευτικές διαδικασίες και παρεμβάσεις.^{16,17} Η αντίθεση αυτή ενδεχομένως οφείλεται τόσο στις διαφορές στην ψυχοπαθολογία των μελετώμενων πληθυσμών, όσο και στη διαφορετικότητα των χαρακτηριστικών των εξεταζομένων θεραπευτικών παρεμβάσεων (για παράδειγμα, η ΥΟ της τρέχουσας μελέτης είχε μακροχρόνια διάρκεια σε αντίθεση με

θεραπευτικές διαδικασίες και παρεμβάσεις των άλλων μελετών).

Παράλληλα, στη συγκεκριμένη μελέτη διερευνήθηκε αν παράμετροι των συνεδριών της ΥΟ επηρέασαν το μέσο ποσοστό προσέλευσης των μελών της σε αυτήν. Αναλυτικότερα, η απουσία του ενός συντονιστή, η μεταβολή (είσοδος νέου μέλους ή αποχώρηση παλαιού) του αριθμού των μελών, η ματαίωση μιας συνεδρίας και η χρονική περίοδος (πριν ή μετά από επίσημες αργίες και διακοπές) που πραγματοποιήθηκε μια συνεδρία, βρέθηκε ότι δεν αποτέλεσαν σημαντικά «συμβάντα» για τη μεταβολή του μέσου ποσοστού προσέλευσης των μελών. Από τη σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, δεν κατέστη δυνατή η εύρεση μελετών που διερεύνησαν αντίστοιχες παραμέτρους, ώστε να αποδοθεί μια αντιπαραβολή με τα ευρήματα αυτής της μελέτης.

Δύο ακόμη σημαντικοί παράγοντες που εξετάστηκαν, ήταν ο αριθμός των ανά συνεδρία θεμάτων και η θεματολογία των συνεδριών της ΥΟ. Έτσι, ο μεγάλος αριθμός θεμάτων σε μία συνεδρία βρέθηκε να συνδέεται καταρχάς με τη μειωμένη προσέλευση των μελών στην επόμενη της. Το γεγονός αυτό μοιάζει να αποδίδει την κούραση ή/και τη δυσκολία τους να βρουν «χώρο» στην ΥΟ μέσα στον «καταιγισμό» συχνά δύσκολων θεμάτων. Από την άλλη, η διαπραγμάτευση θεμάτων σχετικών με την ψυχική νόσο (όπως διαχείριση υποτροπών, φαρμακευτική αγωγή, στίγμα), τις διεργασίες της ΥΟ (όπως αποχώρηση μέλους, χαμηλό ποσοστό προσέλευσης, αξιολόγηση ΥΟ), τις διαπροσωπικές σχέσεις (όπως σχέση με μέλη της οικογένειας-συντρόφους-φίλους, μοναξιά) και την καθημερινότητα (όπως διαχείριση νοικοκυριού, οικονομικά προβλήματα, δραστηριότητες ψυχαγωγίας), δεν φάνηκε να επηρέασε τη συμμετοχή των μελών στις συνεδρίες της ΥΟ.

Αντίθετα, η συζήτηση σε μία συνεδρία θεμάτων σχετικών με τις προσδοκίες τους, όπως η δημιουργία οικογένειας, η συνέχιση της εκπαίδευσης-κατάρτισής τους και η επαγγελματική τους αποκατάσταση, φαίνεται ότι κρατούσε μακριά από την επόμενη συνεδρία τις συμμετέχουσες, που στην πλειοψηφία τους ήταν άγαμες, απόφοιτες Λυκείου και με προ-

ηγούμενη εργασιακή εμπειρία. Είναι γεγονός ότι, για τα άτομα με ΣΧΨΔ, η ύπαρξη στόχων και προσδοκιών αποτελεί σημαντική παράμετρο προσέλευσης στα θεραπευτικά Προγράμματα.¹⁸ Ποιοτικές μελέτες, έχουν αναδείξει την ανάγκη τους να συζητούν και να εμβαθύνουν στα μελλοντικά τους σχέδια.¹⁹ Την ίδια στιγμή όμως, η επίγνωση των επιπτώσεων της ψυχικής νόσου στη συνολική τους λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τις επαγγελματικές τους δεξιότητες,³²⁻³⁴ μπορεί να ενισχύει το άγχος και πιθανόν τη ματαίωση, που έτσι κι αλλιώς εμπεριέχει μια διαπραγμάτευση θεμάτων σχετικών με τις προσδοκίες της ζωής και εντέλει να λειτουργεί ανασταλτικά στην ομαλή πορεία της όποιας θεραπευτικής-υποστηρικτικής διαδικασίας. Γιατί, πέρα από τον διαχωρισμό ψυχικής υγείας και ψυχικής νόσου, μελέτες στον γενικό πληθυσμό έχουν δείξει πως το άγχος για την επίτευξη ενός στόχου, κινητοποιεί και διευκολύνει κάποιον όταν έχει μια θετική προσδοκία σχετικά με την ολοκλήρωση του στόχου, αλλά τον αποθαρρύνει όταν αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί ή δεν έχει τον αναμενόμενο έλεγχο για να τον επιτύχει.³⁵

Αναμφίβολα, δεν είναι λίγοι οι περιορισμοί που χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη μελέτη, με πρώτο τον μικρό αριθμό των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα της. Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στην ΥΟ ήταν αποκλειστικά γυναίκες, πιθανότατα περιόρισε το εύρος και την ανάλυση των υπό επεξεργασία θεμάτων και καθόρισε σε σημαντικό βαθμό τη συνολική τους στάση-συμμετοχή, που ενδεχομένως να ήταν διαφορετική, αν στην ΥΟ συμμετείχαν και άνδρες.^{9,36} Παράλληλα, ως έλλειμμα στη διερεύνηση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων των μελών που επιδρούν στην προσέλευσή τους στην ΥΟ, θα μπορούσε να καταγραφεί η απουσία δεικτών που θα αξιολογούσαν την ποιότητα του υποστηρικτικού (οικογενειακού και κοινωνικού) τους περιβάλλοντος. Ομοίως, στα κλινικά τους χαρακτηριστικά, θα μπορούσαν ενδεχομένως να ενσωματωθούν και η ύπαρξη υποτροπής (με ή χωρίς ψυχιατρική νοσηλεία), η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου, η συμμόρφωση στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ο βαθμός της εναισθησίας τους και η ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας, κατά την περίοδο της συγκεκριμένης καταγραφής.

Αναφορικά δε με την επίδραση των παραμέτρων της ΥΟ στο μέσο ποσοστό των ανά συνεδρία παρουσιών, ενδιαφέρον θα είχε η προσμέτρηση του ρόλου (όπως ηγετικός, παθητικός) και της στάσης (όπως ομιλητική, διεκδικητική, σιωπηλή) του κάθε μέλους σε αυτήν, καθώς επίσης και η ποιότητα της σχέσης του με τους θεραπευτές, έναν παράγοντα ιδιαίτερα σημαντικό για την ολοκλήρωση-επιτυχία κάθε θεραπευτικής παρέμβασης.^{24,25}

Καταλήγοντας, η συγκεκριμένη εργασία στόχο είχε να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρέασαν τη συμμετοχή ατόμων με ΣΧΨΔ σε μια ΥΟ. Από τη διερεύνηση αυτή, σημαντική σε σχέση με την επίδραση που είχε στην προσέλευση των μελών στην ΥΟ αποδείχθηκε η διαπραγμάτευση θεμάτων σχετικών με τις προσδοκίες τους για δημιουργία οικογένειας, συνέχιση της εκπαίδευσης-κατάρτισης και επαγγελματική αποκατάσταση. Το συγκεκριμένο εύρημα υπογραμμίζει την αναγκαιότητα ανάπτυξης θεραπευτικών και αποκαταστασιακών παρεμβάσεων, που θα στοχεύουν στην προώθηση και κατά το δυνατόν εκπλήρωση των προσδοκιών των ατόμων με ΣΧΨΔ. Οι θεραπευτές οφείλουν να ενημερώνονται για τις επιθυμίες των θεραπευόμενων τους, καθώς και για τους τομείς της ζωής που θα ήθελαν να βελτιωθούν³⁷ και να διαμορφώνουν από κοινού το θεραπευτικό πλάνο που θα αποσκοπεί στην επίτευξη των μελλοντικών τους προσδοκιών. Παράλληλα, περαιτέρω έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων, που ενδεχομένως θα συμπεριλάβει και περισσότερους παράγοντες (όπως τα χαρακτηριστικά του υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου, η εναισθησία και η ποιότητα της σχέσης τους με τους θεραπευτές), αναμένεται να εμπλουτίσει τη γνώση για τις παραμέτρους που δύνανται να κινητοποιούν τα άτομα με ΣΧΨΔ να συμμετέχουν σε μια ΥΟ, αλλά και γενικότερα να παρακολουθούν αποτελεσματικά και να ολοκληρώνουν θεραπευτικά-αποκαταστασιακά Προγράμματα και δράσεις.

Αφιέρωση

Η παρούσα εργασία αφιερώνεται στη μνήμη της αγαπημένης συναδέλφου-κοινωνικής λειτουργού και φίλης, Έφης Βαπορίδου.

Psychosocial rehabilitation and severe mental illness: Factors that influence patients' attendance in a support group

Z. Kalogerakis, A. Petroutsou, A. Chatzakis, D. Ploumpidis,
Ch. Papageorgiou, M. Economou

*Psychosocial Rehabilitation Unit, Byron-Kaissariani Community Mental Health Centre,
First Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*

Psychiatriki 2019, 30:108–119

Psychosocial rehabilitation for people with chronic-severe mental illness mainly aims to social integration by restoring independent functioning in the community, improving quality of life, and addressing risk factors that lead to social disability. Support groups (SG) are usually part of this multilevel mental health process. Given that non-adherence to treatment is a common phenomenon in people with chronic-severe mental illness, the aim of the current study was to identify which factors influence members' attendance in a support group in a vocational training Program of the Psychosocial Rehabilitation Unit of Byron-Kaissariani Community Mental Health Centre. The SG sessions were weekly, with 45-minute duration, opened to any new member of the Program and coordinated by two therapists. Members' demographic and psychiatric data were gathered from the medical records of the Center. Information about SG was obtained from the reports of the sessions. The sample consisted of 18 women, with mean age 38.56 (± 6.92) years. Most of them were high school graduates (61.1%), unmarried (83.3%), with low socioeconomic status (55.5%), suffering from a schizophrenic spectrum disorder (61.1%) with a mean duration 15.22 (± 8.44) years. Out of 83 sessions in total, twenty-two (26.5%) were in absence of a co-therapist, 11 (13.3%) after a member's entrance or withdrawal and 11 (13.3%) after a session cancellation. Furthermore, an average of four issues was discussed per session, with mental illness (62.7%) and interpersonal relationships (73.5%) being the most popular topics during the sessions. The statistical analysis demonstrated that members' demographic (age, education, marital status, residence, socioeconomic status, working experience) and psychiatric characteristics (diagnosis, illness duration, rehabilitation program experience) were not associated with the attendance rate in the SG. Similarly, the proportion of participants attending the sessions did not seem to be significantly related to the absence of a co-therapist, to a member's entrance or withdrawal and to a session cancellation. In contrast, attendance seemed to be significantly reduced when the topic of a session focused on members' future expectations/goals (having a family, further education, finding a job) (Beta=-0.32, $p=0.006$). This finding highlights the need for future research in order to incorporate interventions that promote and address future goals and expectations of people with chronic-severe mental illness in psychosocial rehabilitation services.

Key words: Chronic-severe mental illness, support group, attendance, psychosocial rehabilitation.

Βιβλιογραφία

1. Meneer M, Briand C. Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: part 1 - Review of major initiatives and implementation strategies. *Can J Psychiatry* 2014, 59:178–186, doi: 10.1177/070674371405900402
2. Crawford MJ, de Jonge E, Freeman GK, Weaver T. Providing continuity of care for people with severe mental illness- A narrative review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:265–272, doi: 10.1007/s00127-004-0732-x
3. Castelein S, Bruggeman R, Davidson L, van der Gaag M. Creating a supportive environment: Peer support groups for psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2015, 41:1211–1213, doi: 10.1093/schbul/sbv113
4. Salzer MS, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J* 2002, 25:281–288, doi: 10.1037/h0095014
5. Penn DL, Meyer PS, Evans E, Wirth RJ, Cai K, Burchinal M. A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophr Res* 2009, 109:52–59, doi: 10.1016/j.schres.2008.12.009
6. Castelein S, Bruggeman R, van Busschbach J, van der Gaag M, Stant A, Knegtering H et al. The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2008, 118:64–72, doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01216.x
7. Chien WT, Thompson D. An RCT with three-year follow-up of peer persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013, 64:997–1005, doi: 10.1176/appi.ps.201200243
8. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophr Bull* 2006, 32:443–450, doi: 10.1093/schbul/sbj043
9. Villeneuve K, Potvin S, Lesage A, Nicole L. Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophr Res* 2010, 121: 266–270, doi: 10.1016/j.schres.2010.04.003
10. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002, 37:276–282, doi: 10.1007/s001270200020
11. Segarra R, Ojeda N, Pena J, Garcia J, Rodriguez-Morales A, Ruiz I et al. Longitudinal changes of insight in first episode psychosis and its relation to clinical symptoms, treatment adherence and global functioning: one-year follow-up from the Eiffel study. *Eur Psychiatry* 2012, 27:43–49, doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.06.003
12. Tehrani E, Krussel J, Borg L, Munk-Jorgensen P. Dropping out of psychiatric treatment: A prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 94:266–271, doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb09859.x
13. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance: Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry* 2000, 176:160–165, doi: 10.1192/bjp.176.2.160
14. Spidel A, Greaves C, Yuille J, Lecomte T. A comparison of treatment adherence in individuals with a first episode of psychosis and inpatients with psychosis. *Int J Law Psychiatry* 2015, 39:90–98, doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.026
15. Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010, 180:10–15, doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.001
16. Fenger M, Mortensen E, Poulsen S, Lau M. No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nord J Psychiatry* 2011, 65:183–191, doi: 10.3109/08039488.2010.515687
17. Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Lynd LD, Piper WE, Steinberg PI, Richardson K. Predictors of premature termination of day treatment for personality disorder. *Psychother Psychosom* 2008, 77:365–371, doi: 10.1159/000151390
18. Corriss DJ, Smith TE, Hull JW, Lim RW, Pratt SI, Romanelli S. Interactive risk factors for treatment adherence in a chronic psychotic disorders population. *Psychiatry Res* 1999, 89:269–274, doi: 10.1016/S0165-1781(99)00111-0
19. Gunnmo P, Fatouros-Bergman H. What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *Int J Qual Stud Heal Well-being* 2011, 6:1–11, doi: 10.3402/qhw.v6i1.5412
20. Fung KMT, Tsang HWH, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr Rehabil J* 2008, 32:485–495, doi: 10.2975/32.2.2008.95.104
21. Bryson G, Lysaker P, Bell M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002, 28:249–257, PMID: 12693431
22. Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. Dropping out of care: Inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *Br J Psychiatry* 2002, 181:331–338, doi: 10.1192/bjp.181.4.331
23. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: A systematic review. *BMC Psychiatry* 2012, 12:87, doi: 10.1186/1471-244X-12-87
24. Bentall R, Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Kinderman P, Kingdon D et al. The therapeutic alliance in early psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:69–106, doi: 10.1034/j.1600-0447.106.s413.1_119.x
25. Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bentall RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res* 2008, 102:295–302, doi: 10.1016/j.schres.2008.01.024

26. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making - The pinnacle of patient centered care. *N Engl J Med* 2012, 366:780-781, doi: 10.1056/NEJMp1109283
27. Kane J, Kishimoto T, Correll C. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: Epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry* 2013, 12:216-226, doi: 10.1002/wps.20060
28. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017, 16:146-153, doi: 10.1002/wps.20412
29. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophr Bull* 2009, 35:696-703, doi: 10.1093/schbul/sbp046
30. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med* 2003, 33:1149-1160, doi: 10.1017/S0033291703008328
31. Hansson L, Middelboe T, Merinder L, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Nilsson L et al. Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *Int J Soc Psychiatry* 1999, 45:247-258, doi: 10.1177/002076409904500403
32. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: A population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophr Bull* 2015, 42:476-483, doi: 10.1093/schbul/sbv141
33. Winokur G, Tsuang M. *The natural history of mania, depression, and schizophrenia*. American Psychiatric Press, Washington, 1996
34. Jobe T, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review. *Can J Psychiatry* 2005, 50:892-900, doi: 10.1177/070674370505001403
35. Jones G, Hanton S. Interpretation of competitive anxiety symptoms and goal attainment expectancies. *J Sport Exerc Psychol* 1996, 18:144-157, doi: 10.1123/jsep.18.2.14
36. Pure DL. Single-gender or mixed-gender groups: Choosing a perspective. In: Kleinberg JL (ed) *The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy*. Wiley-Blackwell, Chichester, 2012
37. Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R et al. Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007, 191:420-426, doi: 10.1192/bjp.bp.107.036939

Αλληλογραφία: Ζ. Καλογεράκης, Δήλου 14, 161 21 Καισαριανή, Τηλ: 210-76 44 705, 210-76 61 069, e-mail: zachkalo@med.uoa.gr