

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Σύζευξη ψυχοεκπαίδευσης και θετικής Ψυχολογίας Μια πρόκληση στη διαχείριση της χρόνιας νόσου

Η χρόνια νόσος και η βέλτιστη διαχείρισή της αποτελούν κυρίαρχη πρόκληση για την παγκόσμια υγεία. Η χρονιότητα συνεπάγεται σημαντικές συναισθηματικές πιέσεις, ενώ οι απαιτήσεις της φροντίδας έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη λειτουργικότητα της οικογένειας. Από την άλλη πλευρά, η ίδια η λειτουργία του οικογενειακού συστήματος μπορεί να επηρεάσει την πορεία της ασθένειας. Σήμερα, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν πολύτιμο σύμμαχο για την αποτελεσματική, διά βίου διαχείριση της χρόνιας νόσου. Προεξάρχουσα θέση στο πλαίσιο αυτό έχει η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση, που συνδυάζει την παροχή ενημέρωσης για την ασθένεια και τη θεραπεία της με την εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας και διαχείρισης των προβλημάτων. Η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει την αποτελεσματικότητα των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές και –κυρίως– ψυχικές ασθένειες ως προς την κατανόηση της ασθένειας και την καλύτερη φαρμακευτική συνεργασία, τη μείωση των υποτροπών και των νοσηλείων, καθώς και τη βελτίωση του συναισθηματικού κλίματος και της ποιότητας ζωής της οικογένειας. Παράλληλα, η προσέγγιση της θετικής Ψυχολογίας, στοχεύοντας στην προαγωγή θετικών συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών, στη βελτίωση της αυτάρκειας, καθώς και στην ανάπτυξη του κοινωνικού δικτύου στήριξης, συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στη λειτουργικότερη προσαρμογή και διαχείριση της χρόνιας νόσου. Έρευνες δείχνουν ότι τα μοντέλα θετικής παρέμβασης σχετίζονται με σημαντική αύξηση της ψυχικής ευεξίας και της ελπίδας, με μείωση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, των διαταραχών του ύπνου και των επιπέδων σωματικού πόνου. Ο συνδυασμός παρεμβάσεων ψυχοεκπαίδευσης και θετικής Ψυχολογίας αποτελεί μια δυναμική προσέγγιση για την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών και μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στις σύγχρονες κοινωνίες.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δημογραφικές μεταβολές που συμβαίνουν τις τελευταίες δεκαετίες, όπως η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η γήρανση του πληθυσμού, έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των χρόνιων ασθενειών στις σύγχρονες κοινωνίες. Τα σοβαρά και χρόνια προβλήματα υγείας συνιστούν ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας καθώς αποτελούν συχνά αίτια ανικανότητας και αναπηρίας για τους πάσχοντες, ενώ η αντιμετώπισή τους είναι αδιαμφισβήτητη η κυρίαρχη πρόκληση για την παγκόσμια υγεία.^{1,2} Ειδικότερα, η ιατρική περίθαλψη πλέον αφορά σε πολύ μεγάλο

ποσοστό στην αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών, με τις συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες που προκύπτουν από τη φύση της εκάστοτε ασθένειας αλλά και από τον χαρακτήρα της ως χρόνιας.³

Ως προς την αιτιοπαθογένεια των χρόνιων νόσων, η επιστημονική βιβλιογραφία αναδεικνύει μελέτες που εστιάζουν σε βιολογικές κυρίως παραμέτρους και πολύ λιγότερο στην αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων. Ως προς την αντιμετώπιση των χρόνιων νόσων και, πιο συγκεκριμένα, των χρόνιων ψυχικών διαταραχών, η συμβολή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην πορεία και

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2019, 36(2):264–276
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2019, 36(2):264–276

Μ. Οικονόμου,^{1,2}
Μ. Θεοχάρης,²
Ε. Διέτη,²
Α. Λεγάκη,¹
Μ. Χαρίτση,²
Α. Πάλλη,²
Χ. Παπαγεωργίου^{1,2}

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), Αθήνα

Integrating psychoeducation
and positive psychology:
A challenge in managing
chronic illness

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου:

Αποτελεσματικότητα
ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων
Θετική Ψυχολογία
Χρόνια νόσος
Ψυχοεκπαίδευση
Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Υποβλήθηκε 14.12.2017
Εγκρίθηκε 19.1.2018

στην έκβασή τους είναι σήμερα ευρέως αναγνωρισμένη στο πλαίσιο της σύγχρονης βιοψυχοκοινωνικής ιατρικής προσέγγισης. Αντίστοιχα, θετικά αποτελέσματα προκύπτουν όταν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις εφαρμόζονται και συνεπικουρούν στη διαχείριση των χρόνιων σωματικών ασθενειών.

2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Στο επιστημονικό πρότυπο της σύγχρονης Ιατρικής, η έννοια της νόσου αναφέρεται στις ανωμαλίες της δομής και της λειτουργίας των οργάνων και των συστημάτων του σώματος.^{4,5} Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο υγείας, οι νόσοι είναι παθολογικές οντότητες οι οποίες μπορούν να προσδιοριστούν και να περιγραφούν με συγκεκριμένη αναφορά σε βιολογικά, βιοχημικά ή άλλα δεδομένα. Η αιτιολογία, τα συμπτώματα και τα σημεία, η φυσική ιστορία, η θεραπεία και η πρόγνωση θεωρούνται παρόμοιες σε οποιοδήποτε άτομο, πολιτισμό ή ομάδα ανθρώπων.^{4,6,7} Η καθολικότητα της μορφής μιας νόσου σχετίζεται με τους ορισμούς του ιατρικού μοντέλου για την υγεία και τη φυσιολογία. Σε πολλές περιπτώσεις θεωρείται ότι η φυσιολογία μπορεί να οριστεί αναφορικά με ορισμένες φυσικές και βιοχημικές παραμέτρους και η νόσος εννοολογείται συχνά ως απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές των εν λόγω παραμέτρων. Όμως, το συγκεκριμένο μοντέλο της νόσου δεν μπορεί να συμπεριλάβει προσωπικούς, πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες για την κακή υγεία, παράγοντες που περιγράφονται καλύτερα από τον όρο ασθένεια.⁸

Η έννοια της ασθένειας ορίζει «τι αισθάνεται ο ασθενής όταν πηγαίνει στον ιατρό», ενώ αυτή της νόσου «τι έχει επιστρέφοντας στο σπίτι από το ιατρείο».⁶ Η ασθένεια αναφέρεται στην υποκειμενική ανταπόκριση του ασθενούς στην αδιαθεσία, στο πώς αυτός και οι γύρω του αντιλαμβάνονται την πρόελευση και τη σημασία του συγκεκριμένου γεγονότος, πώς επηρεάζει τη συμπεριφορά του ή τις σχέσεις του με άλλους ανθρώπους και τα βήματα που εκτελεί για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κατάστασης.^{4,7} Η εν λόγω οπτική είναι πολύ διαφορετική από εκείνη του μοντέλου της νόσου και ενδέχεται να επηρεαστεί από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν με τη σειρά τους να επηρεάσουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς του ασθενούς και της οικογένειάς του.⁹ Κατά συνέπεια, δημιουργείται η ανάγκη μιας ολιστικής προσέγγισης στη διαχείριση της νόσου, που εστιάζει σε όλες τις παραπάνω διαστάσεις του ατόμου αξιολογώντας αυτό ως βιοψυχοκοινωνικό και πνευματικό ον.¹⁰

Ο όρος «χρόνια ασθένεια» εμφανίστηκε στα μέσα της

δεκαετίας του 1970 και ήταν μια επανάσταση για την εποχή, καθώς άλλαξε τη μέχρι τότε οπτική για τις χρόνιες νόσους και αποτέλεσε την αφετηρία για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών πτυχών τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει τη χρόνια ασθένεια ως μια διαδικασία με «μακρά διάρκεια και, σε γενικές γραμμές, βραδεία εξέλιξη, η οποία απαιτεί συνεχιζόμενη διαχείριση για αρκετά έτη ή και δεκαετίες».³

Πολλές διεθνείς επιστημονικές ενώσεις και οργανισμοί επιχειρήσαν κατά καιρούς να ορίσουν τη «χρόνια νόσο». Ωστόσο, εξ αιτίας της σύνθετης φύσης της η εξεύρεση ενός ορισμού που θα κάλυπτε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις αποδείχθηκε δύσκολη. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι τέσσερις κύριοι τύποι χρόνιων παθήσεων είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, οι χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες και ο σακχαρώδης διαβήτης.¹¹ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Οικογενειακών Ιατρών (WONCA), στις χρόνιες νόσους περιλαμβάνονται τόσο μεταδοτικές ασθένειες, όπως το AIDS, αλλά κυρίως οι μη μεταδοτικές σωματικές ασθένειες, όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), ο καρκίνος, οι σοβαρές νευρολογικές νόσοι, η χρόνια νεφρική νόσος και άλλες νεφρικές παθήσεις που χρήζουν μεταμόσχευσης, αλλά και ψυχικές διαταραχές όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κατάθλιψη και οι διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος.¹² Στη χρόνια νόσο περιλαμβάνεται οποιαδήποτε επιδείνωση ή απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση, η οποία διαρκεί τουλάχιστον 3 μήνες και έχει ένα ή και περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: είναι μόνιμη, προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές, έχει περιόδους υφέσεων και εξάρσεων των συμπτωμάτων, αφήνει υπολειμματικά συμπτώματα που εμποδίζουν τη λειτουργικότητα, απαιτεί μακροχρόνια ιατρική παρακολούθηση, επίβλεψη ή φροντίδα και ο ασθενής χρειάζεται επανένταξη ή ειδική εκπαίδευση για να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει.^{13,14}

Στην έκθεση του ΠΟΥ για την παγκόσμια κατάσταση των χρόνιων νόσων αναφέρεται ότι οι χρόνιες, μη μεταδοτικές παθήσεις οδηγούν σχεδόν στα δύο τρίτα των θανάτων παγκόσμια, καθώς το 2012 ευθύνονταν για το 68% των θανάτων,³ από τους οποίους >40% ήταν πρόωροι θάνατοι σε ασθενείς ηλικίας <70 ετών. Επίσης, το 87% των θανάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση οφείλονται σε χρόνιες παθήσεις,¹⁵ ενώ σχεδόν 25% των ανθρώπων με χρόνιες νόσους πάσχουν ταυτόχρονα από περισσότερες της μίας.¹⁶ Επί πλέον, η επιβάρυνση της χρόνιας νόσου δεν κατανέμεται ισότιμα, καθώς τα άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση ή εισόδημα, συγκεκριμένων φυλών ή εθνικοτήτων και σε συγκεκριμένες γεωγραφικές τοποθεσίες επηρεάζονται δυσανάλογα.¹⁷

3. ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Ένα μείζον θέμα που εγείρεται στην προβληματική της χρονιότητας και των συνεπειών της είναι αυτό των δικαιωμάτων των ασθενών, τα οποία, μεταξύ άλλων, αφορούν στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, στην παροχή φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στο δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης των προτεινόμενων διαγνωστικών ή θεραπευτικών πράξεων, και στο δικαίωμα πλήρους και ακριβούς πληροφόρησης που να επιτρέπει στον ασθενή να έχει πλήρη εικόνα των ιατρικών και των κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του και να λαμβάνει ή να μετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων που πρόκειται να επηρεάσουν τη ζωή του.¹⁸ Οι νομοθεσίες δεν περιλαμβάνουν ειδική πρόβλεψη για τα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων, παρά τις πολλαπλές ιδιαιτερότητες που φέρει η χρόνια νόσος και η φροντίδα της.

Επίσης, στους ασθενείς με χρόνια νόσο ο επιπολασμός της ψυχιατρικής συννοσηρότητας είναι 2–4 φορές υψηλότερος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό¹⁹ και η συννοσηρότητα συνδέεται στενά με περαιτέρω μείωση των επιπέδων της συνολικής σωματικής υγείας.²⁰

Η μεγαλύτερη διάρκεια ζωής με χρόνια ασθένεια θέτει σημαντικές συναισθηματικές πιέσεις στον ασθενή και στους πλησιέστερους σημαντικούς του ανθρώπους.^{21,22} Κάθε χρόνια ασθένεια έχει τις ιδιαιτερότητές της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο το άτομο και την οικογένεια. Οι συνέπειες και οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, αλλά οι σημαντικότεροι από αυτούς μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: (α) Στους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την ασθένεια (π.χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, την πιθανότερη πορεία της, το είδος της θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχομένως τη συνοδεύουν), (β) στους παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με τη χρονική στιγμή κατά την οποία εμφανίζεται η ασθένεια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. βρεφική ή νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία) και (γ) στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, υποστηρικτικό δίκτυο, οικογένεια κ.λπ.).¹

Τα άτομα με χρόνιες ασθένειες, σωματικές ή ψυχικές, μπορεί να έχουν μεμονωμένες κλινικές ανάγκες, αλλά μοιράζονται ένα κοινό σύνολο προβλημάτων. Είναι ευνόητο ότι η ποιότητα διαχείρισης μιας ασθένειας, η πορεία της οποίας εκτείνεται για όσο θα διαρκέσει η ανθρώπινη ζωή, επηρεάζει σημαντικά τόσο την ίδια την έκβαση της νόσου όσο και τη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενούς, αλλά και

της οικογένειας. Η έναρξη μιας χρόνιας ασθένειας συχνά συνδέεται με απώλεια της εμπιστοσύνης στις σωματικές δυνάμεις, αμηχανία στις κοινωνικές συναναστροφές, ενώ μπορεί να κάνει τον ασθενή να αμφισβητήσει την προσωπική του αξία. Επί πλέον, η ασθένεια εύκολα γίνεται τμήμα της ταυτότητας του πάσχοντα, καθώς αφ' ενός ο ίδιος αντιμετωπίζει τον εαυτό ως ασθενή και αφ' ετέρου το κοινωνικό σύνολο ταυτίζει τον άνθρωπο με την ασθένειά του.²³ Η ζωή με χρόνια ασθένεια είναι μια σύνθετη, δυναμική, κυκλική και πολυδιάστατη διαδικασία, με τελικό επιθυμητό στόχο την επίτευξη «θετικής διαβίωσης» (positive living). Θεωρείται σύνθετη, επειδή δημιουργεί αλλαγές σε όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου, δυναμική καθώς τροποποιείται στη διάρκεια του χρόνου, κυκλική γιατί κυμαίνεται μεταξύ θετικών και αρνητικών εμπειριών και πολυδιάστατη επειδή περιλαμβάνει πολλά διαφορετικά χαρακτηριστικά.²⁴

Ειδικότερα, στη ζωή ενός ενήλικα με χρόνια ασθένεια εντοπίζονται πέντε κύρια χαρακτηριστικά στάδια: η *αποδοχή*, η *αντιμετώπιση*, η *αυτοδιαχείριση*, η *απαρτίωση* και η *προσαρμογή*.²⁵

Η *αποδοχή* αφορά στη συνειδητοποίηση της ασθένειας και στην ετοιμότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει τις αλλαγές που προκαλεί αυτή. Το εν λόγω στάδιο χαρακτηρίζεται από απουσία συναισθημάτων θυμού ή μηχανισμών άρνησης, γεγονός που οφείλεται στο ότι ο άνθρωπος αναγνωρίζει πως βρίσκεται σε μια νέα κατάσταση και είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες οι οποίες σχετίζονται με αυτή.^{2,25}

Η *αντιμετώπιση* έπεται της *αποδοχής*, επειδή συνεπάγεται επίσης την εκμάθηση και την εφαρμογή διαφορετικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Ορίζεται ως μια γνωστική και συναισθηματική διαδικασία στην οποία το άτομο μαθαίνει να ανέχεται και να αντέχει την ασθένεια.²⁶

Η *αυτοδιαχείριση* θεωρείται το επόμενο στάδιο της διαδικασίας, επειδή, εκτός των χαρακτηριστικών των προηγούμενων σταδίων, συνεπάγεται επίσης κάποια γνώση για την ίδια την ασθένεια, τη συμμόρφωση με ένα θεραπευτικό πλάνο και την ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην ασθένεια.²⁷ Ειδικότερα, η *αυτοδιαχείριση* συνεπάγεται μια «δυναμική ενεργό διαδικασία μάθησης, εξάσκησης και εξερεύνησης των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για τη δημιουργία μιας υγιούς και συναισθηματικά ικανοποιητικής ζωής», μέσω της οποίας οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες αναλαμβάνουν την ευθύνη για την υγεία τους και μαθαίνουν πώς να διαχειρίζονται την ασθένεια.^{27,28}

Η *απαρτίωση* αφορά στον «συμβιβασμό με τα συναισθήματα, τη δημιουργία μιας νέας δομής, την αναζήτηση

ικανοποίησης, την εξερεύνηση του εαυτού και των εσωτερικών συγκρούσεων, την εξεύρεση ισορροπίας και την ανάπτυξη ενός νέου ρυθμού στη ζωή». Πρόκειται για ένα περίπλοκο και πολυδιάστατο στάδιο, που καθορίζεται κυρίως από τη διαδικασία αλλαγής στον τρόπο ζωής του ατόμου ώστε να προσαρμοστεί τελικά στην ασθένεια.^{27,29}

Τέλος, το στάδιο της *προσαρμογής* εμπεριέχει, μαζί με την αναζήτηση μιας «νέας φυσιολογικότητας» στη ζωή, και μια προοδευτική διαδικασία μετασχηματισμού της αυτοδιάθεσης και της ταυτότητας του ατόμου, αφού η ασθένεια αποτελεί πλέον μέρος του. Ο τελικός επιθυμητός στόχος είναι η επίτευξη θετικής διαβίωσης με τη χρόνια ασθένεια.^{25,29}

Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται ο ρόλος της οικογένειας στη διαχείριση αλλά και στην εξέλιξη της χρόνιας νόσου. Αναλυτικότερα, μέλη της οικογένειας ατόμων με σοβαρή και χρόνια νόσο δυσκολεύονται να αποδεχθούν την αλήθεια και να συμφιλιωθούν με τη νέα πραγματικότητα, αναφέροντας συχνά αισθήματα έκπληξης και πανικού, άγχους, θλίψης, ενοχής και απελπισίας.³⁰ Εν τούτοις, οι ασθενείς πολλές φορές βασίζονται στην οικογένειά τους για οικονομική και συναισθηματική υποστήριξη, για βοήθεια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στο πολυδαίδαλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και για την προάσπιση των δικαιωμάτων τους.^{18,30,31}

Οι οικογένειες δεν υφίστανται μόνο τις επιδράσεις της χρόνιας ασθένειας ενός μέλους τους, αλλά –και κυρίως– μπορούν οι ίδιες να έχουν επίδραση στην πορεία της νόσου, η οποία ενδέχεται να είναι τόσο ισχυρή όσο οι παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου για την υγεία.³² Ειδικότερα, οι οικογένειες μπορεί να επηρεάσουν τη χρόνια ασθένεια ενός μέλους τους με δύο τρόπους: (α) Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας και ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη της ανταποκρίνονται στη νόσο μπορεί να έχει άμεσο αντίκτυπο στη φυσιολογία του ασθενούς³³ και (β) η συμμετοχή τους στη διαχείριση της ασθένειας επηρεάζει τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας του ασθενούς.³⁴ Οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή σε χρόνιες ασθένειες είναι κυρίως η υποστήριξη της οικογένειας, οι διαθέσιμοι πόροι και η αισιοδοξία.³⁵

4. ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑ, ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η χρόνια ψυχική ασθένεια επηρεάζει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ζωής του ασθενούς, αλλά και τις σχέσεις και την ατμόσφαιρα μέσα στην οικογένεια. Μελέτες δείχνουν ότι η οικογένεια επωμίζεται το μεγαλύτερο φορτίο της φροντίδας και της υποστήριξης του ασθενούς με χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο, καθώς

και ότι ο ρόλος παραγόντων της οικογενειακής ζωής και του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι σημαντικός στην πορεία της νόσου.^{36,37} Στις οικογένειες αυτές, όμως, συχνά παρατηρούνται κοινά προβλήματα, όπως ένταση, stress και αίσθημα επιβάρυνσης, διαταραγμένη επικοινωνία, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, έλλειψη κατανόησης της φύσης της νόσου και των συνεπειών της στη ζωή και στη λειτουργικότητα του ασθενούς, καθώς και αίσθημα κοινωνικού στιγματισμού και απομόνωσης.³⁸ Τα εν λόγω προβλήματα με τη σειρά τους έχουν συνδεθεί με επιδείνωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας των ασθενών και επομένως με αυξημένη συχνότητα υποτροπών και νοσηλείων.^{39,40}

Η σημασία των σχετικών προβλημάτων, αλλά και η σημασία του συναισθηματικού κλίματος μέσα στην οικογένεια, του εκφραζόμενου συναισθήματος και της οικογενειακής επιβάρυνσης, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη θεραπεία και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών.⁴¹ Επίσης, οικογένειες των οποίων ένα μέλος έπασχε από σοβαρή ψυχική νόσο και ειδικά σχιζοφρένεια, εκδήλωσαν την επιθυμία συμμετοχής σε θεραπείες οι οποίες δίνουν έμφαση στη βιολογική βάση της νόσου και αποσκοπούν στην υποστήριξη της οικογένειας και στην ανακούφιση από το συναισθηματικό βάρος και από το βάρος της φροντίδας.⁴² Με στόχο την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών και τη συμβολή στην καλύτερη πρόγνωση της ψυχικής νόσου, αναπτύχθηκαν διάφορες παρεμβάσεις που ακολουθούν τις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης και οι οποίες τεκμηριωμένα έχουν θετική επίδραση τόσο στη βελτίωση της πορείας της νόσου όσο και στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας, της λειτουργίας και της γενικότερης ποιότητας ζωής.⁴³⁻⁴⁵

5. ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η ψυχοεκπαίδευση αποδεικνύεται σε έναν σημαντικό αριθμό μελετών ως η πλέον κατάλληλη, συμπληρωματική στη φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση τόσο για τις χρόνιες σωματικές νόσους,⁴⁶⁻⁵¹ όσο και, κυρίως, για τις ψυχικές.^{40,52-57} Η απαρχή εφαρμογής της ψυχοεκπαίδευσης μπορεί να εντοπιστεί στη δεκαετία του 1980, στο πλαίσιο της οικογενειακής θεραπείας για τη σχιζοφρένεια. Ο όρος «ψυχοεκπαίδευση» δημιουργήθηκε αρχικά για την περιγραφή μιας θεραπευτικής προσέγγισης με συμπεριφορικό προσανατολισμό που περιλάμβανε ενημέρωση για την ασθένεια, εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων, εκπαίδευση στην επικοινωνία και ανάμιξη των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία.⁵²

Την ίδια περίοδο διατυπώθηκε και το πρωτόκολλο παρέμβασης το οποίο εφαρμόζεται μέχρι σήμερα, γνωστό ως «συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας» για μεμονωμένες οικογένειες με ένα μέλος που πάσχει από διαταραχή στο φάσμα της σχιζοφρένειας.⁵³ Από τη δεκαετία του 1980, η ψυχοεκπαίδευση έχει επεκτείνει την εστίαση και τις τεχνικές της, με αποτέλεσμα να έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί για να συμπεριλάβουν αυτόν τον μετασχηματισμό. Σήμερα, ο όρος αντιστοιχεί σε «οποιαδήποτε δομημένη ομαδική ή ατομική παρέμβαση που αντιμετωπίζει μια ασθένεια πολυδιάστατα, περιλαμβάνοντας οικογενειακές, κοινωνικές, βιολογικές και φαρμακολογικές πτυχές της, παρέχοντας πληροφορίες, υποστήριξη και στρατηγικές διαχείρισης τόσο στους λήπτες των υπηρεσιών όσο και στους φροντιστές τους».⁵⁸

Στην αντιμετώπιση της χρόνιας ψυχικής νόσου, η ψυχοκοινωνική αυτή μέθοδος αποτελεί τον πλέον δομημένο, αποτελεσματικό και περιεκτικό τρόπο υποστήριξης του ασθενούς και της οικογένειας, με απώτερο σκοπό την καλύτερη έκβαση της ασθένειας, τη μείωση των συνεπειών της και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας συνολικά. Πιο αναλυτικά, οι ειδικοί στόχοι των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι η μετάδοση γνώσεων για τις αιτίες, τη θεραπεία, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου, η διευκόλυνση της κατανόησής της και η διόρθωση των σχετικών παρανοήσεων, η μείωση των μη ρεαλιστικών προσδοκιών για πλήρη θεραπεία και ταχεία επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας, η ενίσχυση της αυτο-αντιμετώπισης και η υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του, με σκοπό την απόκτηση ενεργητικού ρόλου στην αντιμετώπιση της νόσου.³⁸ Η κατανόηση των θεραπευτικών επιλογών οδηγεί στην εδραίωση σφαιρικής γνώσης για την ασθένεια, τη βελτίωση της «συμμόρφωσης» στη φαρμακευτική αγωγή και της συνεργασίας των οικογενειών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.⁴⁵

Η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση δεν αφορά απλά στην παροχή πληροφόρησης, αλλά συνδυάζει πολλαπλά ψυχοθεραπευτικά στοιχεία και τεχνικές. Σε αυτό το πλαίσιο, στις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις εντάσσεται η ενίσχυση των γενικών «στρατηγικών» αντιμετώπισης, όπως δεξιότητες επικοινωνίας, επίλυσης προβλήματος-επίτευξης στόχου και η ενθάρρυνση στην καλλιέργεια θετικής διεκδικητικής συμπεριφοράς και θετικής Ψυχολογίας. Παράλληλα, παρέχεται εκπαίδευση για τη διαχείριση των επιπτώσεων της ασθένειας στην καθημερινότητα του ασθενούς και για την πρόληψη επιδείνωσής της.³⁸ Η ψυχοεκπαίδευση αλλάζει τη στάση της οικογένειας και προκαλεί αισιοδοξία για το μέλλον και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Όταν δε η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση παρέχεται σε ομάδες ασθενών ή συγγενών, συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση

των ασθενών και στην άρση του κοινωνικού στίγματος και του αισθήματος απομόνωσης που βιώνουν στη συντριπτική πλειοψηφία τους οι οικογένειες.⁵⁹

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις εφαρμόζονται κατ'εξοχήν στις χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές και κυρίως στη σχιζοφρένεια, όπου υπάρχει εμπειρία 30 και πλέον ετών.^{40,53,54,57} Τα τελευταία 15 έτη χρησιμοποιούνται ευρέως στη διπολική διαταραχή, αλλά και σε άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής.⁶⁰⁻⁶² Μέσα από ποικίλους μηχανισμούς, οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση του άγχους και της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων μέσα στην οικογένεια, στην ανακούφιση των μελών της από το αίσθημα επιβάρυνσης λόγω της φροντίδας του ασθενούς, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της οικογένειας προς τον ασθενή, στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας και στη μείωση της αυτοκτονικότητας.⁶³

Σχετικές μελέτες έχουν εντοπίσει τις πλέον αποτελεσματικές τεχνικές των μοντέλων ψυχοεκπαίδευσης που απευθύνονται στις οικογένειες ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο. Συγκεκριμένα, στις ομαδικές συνεδρίες συγγενών αποδείχθηκε ιδιαίτερα βοηθητική διαδικασία η εστίαση στις ανάγκες τους και κυρίως στην ενίσχυση των συμμετεχόντων να μοιραστούν τις ανάγκες και τις δυσκολίες που βιώνουν ως φροντιστές ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο.⁶⁴ Η ανάπτυξη ικανοτήτων διαχείρισης των συμπεριφορών των ασθενών στην οικογένεια φάνηκε να είναι η δεύτερη σημαντικότερη θεραπευτική στρατηγική που συνέβαλε στη μείωση των επιπέδων άγχους της οικογένειας. Επιπρόσθετα, η αναγνώριση και η κατανόηση των συναισθημάτων των συγγενών, δηλαδή η συναισθηματική στήριξή τους από το θεραπευτικό σύστημα και από τους άλλους συγγενείς, κατείχε κεντρική θέση στη θεραπευτική διαδικασία.⁶⁴

Οι μελετητές διαπίστωσαν τον σημαντικό ρόλο των παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση της υπερεμπλοκής και στην αναπλαισίωση των απόψεων των συγγενών. Σε αυτό το πλαίσιο, οι θεραπευτές απενοχοποιούν τους συγγενείς ως προς την ευθύνη που αισθάνονται για τη γένεση της νόσου, τους ενθαρρύνουν να προάγουν την αυτονομία του ασθενούς, ενώ τους επισημαίνουν και τη σημασία της δικής τους αυτονομίας, της κοινωνικής δραστηριότητας και της ψυχικής ευεξίας στην ψυχική ευεξία όλης της οικογένειας. Η τεχνική της αναπλαισίωσης των απόψεων των συγγενών

(μετατροπή του γνωσιακού και του συναισθηματικού πλαισίου όπου βιώνεται μια κατάσταση σε θετική αξιολόγηση της κατάστασης συνοδευόμενη με βίωμα αποδοχής) επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ρύθμιση του εκφραζόμενου συναισθήματος. Στις συνεδρίες μεμονωμένων οικογενειών ειδικότερα, η αντιμετώπιση της υπερεμπλοκής, η ανάπτυξη ικανοτήτων διαχείρισης των συμπεριφορών του ασθενούς και η αναπλαισίωση των απόψεων των μελών της οικογένειας για τις συμπεριφορές του ασθενούς φάνηκαν να είναι οι πιο συχνά εφαρμοσμένες και ωφέλιμες τεχνικές των συγκεκριμένων μοντέλων παρέμβασης.⁶⁴

6.1. Σχιζοφρένεια

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και στα μέλη της οικογένειάς τους καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ψυχοεκπαίδευση ενισχύει την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, μειώνει τις υποτροπές και τις επανειλημμένες νοσηλείες, καθώς και τη διάρκειά τους, βελτιώνει την κοινωνική και τη συνολική λειτουργικότητα των ασθενών και συνακόλουθα το κοινωνικό κόστος, ενισχύει την ποιότητα ζωής των ασθενών και αυξάνει την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.^{45,65} Ως εκ τούτου, η ψυχοεκπαίδευση προτείνεται ως κλινικά αποτελεσματική και οικονομικά ωφέλιμη θεραπευτική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια. Στον ελληνικό πληθυσμό, σχετική έρευνα για την επίδραση μιας ομαδικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε συγγενείς ασθενών με σχιζοφρένεια κατέδειξε σημαντική αύξηση στην οικογενειακή συνοχή και ευημερία, καθώς και μείωση της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους συγγενείς. Οι μεγαλύτερες βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στους φροντιστές χρόνιων ασθενών, καθώς η ψυχοεκπαίδευση φαίνεται να αποκαθιστά το αίσθημα ελπίδας, παρά τις επαναλαμβανόμενες υποτροπές με την πάροδο των ετών.⁶⁶

6.2. Διπολική διαταραχή

Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση σε ομάδες ασθενών με διπολική διαταραχή διευκολύνει στην κατανόηση της νόσου, αποκαλύπτει, τροποποιεί και ανασκευάζει τις λανθασμένες γνώσεις από τις οποίες έχει βρεθεί ότι διακατέχονται οι περισσότεροι ασθενείς όσον αφορά στη νόσο και στη θεραπεία της,⁶⁷ προάγει την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και τη συνεργασία σε όλες τις πλευρές του θεραπευτικού σχεδιασμού, ενισχύει την αυτο-διαχείριση από πλευράς του πάσχοντα και τον ενεργητικό ρόλο της οικογένειάς του. Ως αποτέλεσμα, η εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς, επικουρικά στη φαρμακοθεραπεία, οδηγεί σε λιγότερες υποτροπές, μικρότερο αριθμό και διάρκεια

νοσηλείων, επιμήκυνση του χρονικού διαστήματος της νορμοθυμίας,⁶⁸ ενώ επίσης μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των επιπέδων νευροτροφικών παραγόντων όπως του GDNF (glial cell-derived neurotrophic factor).⁶⁹ Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι σε περιπτώσεις συννόσησης διπολικής διαταραχής και αγχωδών διαταραχών, μόνο ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων όπως η ψυχοεκπαίδευση φαίνεται να οδηγεί σε βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.⁷⁰ Τέλος, η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση σε ομάδες συγγενών ασθενών με διπολική διαταραχή οδηγεί σε μείωση των υποτροπών των ασθενών, βελτίωση των γνώσεων για τη νόσο και μείωση των επιπέδων επιβάρυνσης και ψυχικής δυσφορίας.⁷¹

6.3. Κατάθλιψη

Η εφαρμογή της ψυχοεκπαίδευσης σε ασθενείς με κατάθλιψη οδηγεί σε βελτίωση της κλινικής πορείας τους και ενίσχυση της τήρησης της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητάς τους.⁶⁰

6.4. Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή

Στην ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή, μια βραχείας διάρκειας παρέμβαση βασισμένη σε ψυχοεκπαιδευτικές τεχνικές οδηγεί σε σημαντική υποχώρηση των συμπτωμάτων, βελτίωση των συνθηκών ζωής της οικογένειας και μείωση του εκφραζόμενου συναισθήματος.⁶¹

6.5. Άνοια

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε συγγενείς ασθενών με άνοια (νευρογνωστική διαταραχή) βελτιώνουν τις γνώσεις των συγγενών για την ασθένεια, τους ενισχύουν στη διαχείριση των αλλαγών μνήμης των ασθενών και στην ικανότητα λήψης αποφάσεων, καθώς και στη διαχείριση του stress και στην κοινωνική λειτουργικότητά τους.

6.6. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας και σύνδρομο Tourette

Ενθαρρυντικά ευρήματα προκύπτουν για την εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας ή και σύνδρομο Tourette και στους συγγενείς τους. Οι παρεμβάσεις βελτιώνουν τη γνώση για την ασθένεια, ενισχύουν τις θετικές στάσεις και συμπεριφορές προς τους ασθενείς και βελτιώνουν τη «συμμόρφωση» των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή.⁷³

6.7. Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές και στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και ιδιαίτερα στις «διαδικασίες επούλωσης» (αυτογνωσία, οριοθέτηση, αυτο-κινητοποίηση, αυτορρύθμιση και αυτο-βελτίωση), οδηγώντας εμμέσως σε μεγαλύτερη ετοιμότητα για αναζήτηση θεραπείας.⁶²

6.8. Σύνδρομο Munchausen by proxy

Σε περιπτώσεις συνδρόμου Munchausen by proxy έχει βρεθεί ότι η ψυχοεκπαίδευση είναι πολύ αποτελεσματική σε συνδυασμό με συμπεριφορικές τεχνικές έκθεσης.⁷⁴

6.9. Διαταραχή μυοσπασμάτων (τικ)

Στη διαταραχή μυοσπασμάτων (τικ) βρέθηκε ότι η θεραπεία πρέπει πάντα να αρχίζει με εξατομικευμένες ψυχοεκπαιδευτικές στρατηγικές, ώστε να εξασφαλίζεται η καλύτερη πορεία της διαταραχής.⁷⁵

6.10. Σακχαρώδης διαβήτης

Στις χρόνιες σωματικές νόσους, η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση δεν έχει εφαρμοστεί τόσο εκτεταμένα όσο στις ψυχικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά, όσον αφορά στον σακχαρώδη διαβήτη, ολοκληρωμένες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις τόσο σε ασθενείς τύπου 1 όσο και σε ασθενείς τύπου 2 ενισχύουν την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και έχουν συνδεθεί με μείωση των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Επί πλέον, η παράλληλη εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων και στους φροντιστές ενισχύει τα αποτελέσματα.^{46,76}

6.11. Καρκίνος

Καθώς η επιβίωση σε διάφορες μορφές καρκίνου αυξάνεται, έρχεται στο προσκήνιο η ανάγκη για παρεμβάσεις τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας που ενισχύουν την αποκατάσταση των πασχόντων από νεοπλασίες. Βάσει διεθνών μελετών των τελευταίων δεκαετιών έχουν διαμορφωθεί διάφορες μέθοδοι προσέγγισης των ασθενών με καρκίνο,⁷⁷ οι οποίες εμπίπτουν σε ένα συγκεκριμένο πεδίο του φάσματος της ψυχοεκπαίδευσης, αυτό της ενημέρωσης. Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα ολοκληρωμένων ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων, έχει φανεί ότι η εφαρμογή τους σε ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού, καρκίνο προστάτη, καρκίνο θυρεοειδούς και άλλες μορφές, βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών που σχετίζεται με τη νόσο και τη συνολική ποιότητα ζωής,

μειώνει τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και βελτιώνει συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με τη νόσο, όπως κόπωση, πόνος και σεξουαλική δυσλειτουργία.⁴⁷⁻⁵⁰ Επί πλέον, η εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο και στις οικογένειές τους βελτιώνει τις γνώσεις για την ασθένεια και την ικανότητα ελέγχου των συμπτωμάτων.⁷⁸

6.12. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Η εφαρμογή της ψυχοεκπαίδευσης σε ασθενείς με ΧΑΠ βρέθηκε να αυξάνει την ικανότητα αυτοδιαχείρισης της ασθένειας από τους ίδιους τους πάσχοντες.⁵¹

6.13. HIV-λοίμωξη

Σε ασθενείς με HIV-λοίμωξη έχει βρεθεί ότι η ψυχοεκπαίδευση πρέπει να διεξάγεται κατά την αρχική αξιολόγηση για τη μείωση των αρνητικών πεποιθήσεων σχετικά με την αντιρετροϊκή θεραπεία.⁷⁹

6.14. Λειτουργικές μη επιληπτικές κρίσεις

Η εφαρμογή της ψυχοεκπαίδευσης σε ασθενείς με λειτουργικές μη επιληπτικές κρίσεις (FNEA) οδήγησε σε μείωση των επεισοδίων, ενώ σχεδόν το 40% όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ανέφεραν ότι δεν είχαν προσβληθεί από άλλο επεισόδιο μέχρι το τέλος της. Σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε επίσης στο πεδίο της ψυχικής δυσφορίας, των πεποιθήσεων για την ασθένεια και της κατανόησής της.⁸⁰

6.15. Χρόνια ασθένεια στην παιδική ηλικία

Λόγω των προόδων της Παιδιατρικής και της Παιδοχειρουργικής, ο αριθμός παιδιών που επιβιώνουν με χρόνια ασθένεια είναι διαρκώς αυξανόμενος. Οι χρόνιες ασθένειες όπως το άσθμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δρεπανοκυτταρική αναιμία, η κυστική ίνωση ή οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου δεν έχουν γνωστές θεραπείες, αλλά μπορούν να αντιμετωπιστούν ιατρικά. Ομαδικές ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις με γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές σε διάφορες ηλικιακές ομάδες οδηγούν σε βελτίωση στις συμπεριφορικές και στις συναισθηματικές εκδηλώσεις, στις κοινωνικές δεξιότητες, στην αναζήτηση πληροφοριών, στη χαλάρωση και στη θετική σκέψη, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μεσοπρόθεσμα.⁸¹

7. ΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Η θετική Ψυχολογία είναι ένας από τους νεότερους και διαρκώς εξελισσόμενους κλάδους της επιστήμης της Ψυ-

χολογίας, που ιδρύθηκε το 1998, όταν ο Martin Seligman, πρόεδρος της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας (APA) και θεμελιωτής της θετικής Ψυχολογίας, απηύθυνε έκκληση στους ψυχολόγους να ξαναθυμηθούν τον «χαμένο» στόχο της Ψυχολογίας, δηλαδή την *ανάπτυξη των δυνατοτήτων και την αξιοποίηση της ευφυΐας και των ταλέντων του ανθρώπου*.⁸²

Η θετική Ψυχολογία επικεντρώνεται στη μελέτη της φύσης, της ανάπτυξης και του ρόλου των συναισθημάτων, γνωσιών και συμπεριφορών που συνδέονται με αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή και λειτουργική σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον.⁸³ Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ, ως «ψυχική υγεία ορίζεται η κατάσταση ψυχικής ευεξίας στην οποία το άτομο έχει συνείδηση των ικανοτήτων του, διαχειρίζεται επαρκώς τα φυσιολογικά άγχη της ζωής, εργάζεται παραγωγικά και είναι ικανό να προσφέρει στην κοινότητα».⁸⁴ Συνεπώς, δείκτης ψυχικής υγείας δεν είναι μόνο η απουσία ψυχικής διαταραχής αλλά και το βίωμα ψυχικής ευεξίας, καθώς και η θετική λειτουργικότητα του ατόμου. Επίκεντρο της μελέτης της θετικής Ψυχολογίας αποτελούν οι θετικές διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης, δηλαδή οι δυνατότητες, το νόημα ζωής, η ποιότητα ζωής, η ψυχική ανθεκτικότητα, η ευημερία, η αισιοδοξία, τα θετικά συναισθήματα και η ισορροπία προσωπικής-επαγγελματικής ζωής.⁸²

Βασικές έννοιες της θετικής Ψυχολογίας αποτελούν η *θετικότητα (positivity)*, η *αρνητικότητα (negativity)* και η *ψυχική ανθεκτικότητα (resilience)*. Πιο συγκεκριμένα, η θετικότητα αφορά στη σωματική, στη γνωστική και στη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, όταν αυτό βιώνει θετικά συναισθήματα ή βρίσκεται σε θετική διάθεση. Μια από τις σημαντικές λειτουργίες της θετικότητας είναι ότι ενισχύει τους σωματικούς, τους γνωστικούς, τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικούς πόρους του ατόμου. Αντίθετα, ως αρνητικότητα ορίζεται η γενική αρνητική διάθεση που καταβάλλει τα άτομα όταν είναι αγχωμένα, όταν κάνουν αρνητικές σκέψεις ή έχουν αρνητικά συναισθήματα (π.χ. ανασφάλεια, αγανάκτηση), τα οποία συνοδεύονται συχνά με υψηλή αρτηριακή πίεση, μυαλγίες και γαστρεντερικά συμπτώματα.⁸² Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση, η οποία προκύπτει από ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ότι οι αρνητικές επιπτώσεις που έχει το stress στη σωματική υγεία, όπως ο διαβήτης, το έμφραγμα, η υψηλή αρτηριακή πίεση, σχετίζονται περισσότερο με την *απουσία θετικών συναισθημάτων* παρά με την έντονη παρουσία αρνητικών.⁸⁵

Εντυπωσιακό είναι επίσης το εύρημα ότι η παρουσία θετικών συναισθημάτων διευρύνει τη δημιουργικότητα και την ευελιξία της νοητικής διεργασίας και συμβάλλει στην ανάπτυξη των ψυχολογικών εφεδρειών του ατόμου που

αντιμετωπίζει αντίξοες συνθήκες ζωής.⁸⁶ Η *ψυχική ανθεκτικότητα* αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ψυχολογικές εφεδρείες και αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να αντιμετωπίζουν και να ξεπερνούν τις αρνητικές εμπειρίες, καθώς και τις επώδυνες συνέπειές τους στη σωματική και στην ψυχική τους υγεία.⁸⁷ Τα άτομα με μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα βιώνουν και αποδέχονται κάθε στιγμή, αρνητική ή θετική. Επιτρέπουν στον εαυτό τους να νιώσουν τα αρνητικά, αλλά και τα θετικά συναισθήματα, όπως ευγνωμοσύνη, ανακούφιση, ικανοποίηση, που ενυπάρχουν ακόμη και στην πιο σκληρή και στρεσογόνο πραγματικότητα. Τέλος, αξιολογούν το σύνολο μιας κατάστασης πέρα από τις μικρές ή μεγάλες δυσκολίες που βιώνουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ψυχική ανθεκτικότητα καλλιεργείται και αναπτύσσεται. Το βίωμα των θετικών συναισθημάτων αυξάνει καθοριστικά την ανθεκτικότητα των ατόμων και η εν λόγω αύξηση οδηγεί σε καλύτερη προσαρμογή σε τραυματικά γεγονότα και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Η μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, με συντομότερο χρόνο ανάκαμψης από μια κρίση και με λιγότερη ανησυχία για τον έλεγχο του μέλλοντος.⁸⁸ Τα αποτελέσματα πρόσφατης συστηματικής ανασκόπησης των σχετικών μελετών υποδηλώνουν ότι σε φροντιστές ατόμων με άνοια η μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης, καλύτερη σωματική υγεία, καθώς και θετικότερη αξιολόγηση της κοινωνικής στήριξης και μεγαλύτερη άντληση ικανοποίησης από αυτή.⁸⁹

Σε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, η προσέγγιση της θετικής Ψυχολογίας εστιάζει στις εφεδρείες και στις δυνατότητες του ατόμου, ενώ μελετά όχι μόνο τη δυσλειτουργία αλλά και τη θετική λειτουργία του, έτσι ώστε να κατανοήσει και να θεραπεύσει την υπάρχουσα διαταραχή. Τα διάφορα μοντέλα θετικής παρέμβασης που εφαρμόζονται (π.χ. strengths-based assessment, well-being therapy, positive psychotherapy, positive psychology interventions) προάγουν θετικά συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές και ενισχύουν την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας.⁸²

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΘΕΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Έρευνες δείχνουν ότι τα μοντέλα θετικής παρέμβασης είναι σε σημαντικό βαθμό αποτελεσματικά στην αύξηση της ψυχικής ευεξίας και της ελπίδας, καθώς και στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα σχετικής μετα-ανάλυσης σε κλινικό πληθυσμό.⁹⁰ Παρόμοιες ενδείξεις προκύπτουν από μετα-ανάλυση ερευνών στον γενικό πληθυσμό και σε άτομα με

ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπου οι παρεμβάσεις θετικής Ψυχολογίας φάνηκαν αποτελεσματικές στη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας και στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ακόμη και 6 μήνες μετά την ολοκλήρωσή τους.⁹¹ Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων θετικής Ψυχολογίας επιβεβαιώνεται και σε μελέτη ατόμων με ψύχωση, όπου η θετική ομαδική παρέμβαση συσχετίστηκε με σημαντική βελτίωση στην ψυχική ευεξία, στα συμπτώματα κατάθλιψης, στην ελπίδα και στην αίσθηση συνοχής των ασθενών.⁹² Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι η εφαρμογή του μοντέλου *positive psychotherapy* σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή βρέθηκε να σχετίζεται με σημαντική ύφεση σε υψηλότερο ποσοστό ασθενών, σε σύγκριση με εκείνους που υποβλήθηκαν σε κλασική μορφή ψυχοθεραπείας, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία.⁹³ Με βάση τα εν λόγω ευρήματα, οι μελετητές προτείνουν ότι οι τεχνικές θετικής παρέμβασης θα πρέπει να ενσωματωθούν στο κλινικό έργο των θεραπειών που ασχολούνται με καταθλιπτικούς ασθενείς, με ασθενείς προχωρημένης ηλικίας ή με ασθενείς οι οποίοι χαρακτηρίζονται από υψηλό κίνηση βελτίωσης.

Ως προς την εφαρμογή αντίστοιχων παρεμβάσεων θετικής Ψυχολογίας στο πεδίο της σωματικής υγείας, σχετική μελέτη σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο έδειξε σημαντική αύξηση της χαράς και της ελπίδας, καθώς και μείωση της κατάθλιψης, ιδιαίτερα 15 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης.⁹⁴ Επίσης, έχει βρεθεί ότι σε άτομα τα οποία υποβάλλονται σε γονιδιακό έλεγχο για κληρονομικότητα καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος η ύπαρξη ελπίδας συσχετίζεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα,⁹⁵ γεγονός που καθιστά σημαντικό να συμπεριληφθούν παρεμβάσεις οι οποίες αυξάνουν τον βαθμό ελπίδας στα προγράμματα γενετικής συμβουλευτικής που απευθύνονται στις συγκεκριμένες ομάδες. Τέλος, ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα που προκύπτουν από πρόσφατη ανασκόπηση της εφαρμογής παρεμβάσεων θετικής Ψυχολογίας στη θεραπεία ασθενών με χρόνια πόνου.⁹⁶ Οι μελετητές αξιολογούν ότι οι αρνητικές γνωσιακές και συναισθηματικές διεργασίες, όπως η καταστροφολογία, η αποφυγή και η απόσυρση, συμβάλλουν στο να καταλήξει ο χρόνιος πόνος σε μια κατάσταση μακρόχρονης ανικανότητας συνοδευόμενης από εμφάνιση σωματικών και ψυχικών νόσων. Αντίθετα, η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας προάγει την προσαρμοστική ικανότητα και τη λειτουργικότητα του ατόμου με χρόνια πόνου μέσω της αυτορρύθμισης των θετικών συναισθημάτων. Χαρακτηριστικό είναι δε ότι οι αλλαγές στο βίωμα του πόνου που έπονται μιας παρέμβασης θετικής Ψυχολογίας είναι αποτέλεσμα της επίδρασής της σε βιολογικές διεργασίες, όπως στη μείωση της φλεγμονής και στη δημιουργία νευ-

ροπλαστικών μεταβολών στο μεσομεταιχμιακό σύστημα της ανταμοιβής.

9. ΑΠΑΡΤΙΩΣΗ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΘΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Η ψυχοεκπαίδευση συστήνεται ως μια καλή θεραπευτική πρακτική για πολλές νοσολογικές οντότητες και περιλαμβάνεται στις περισσότερες επίσημες οδηγίες (guidelines) για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών, αποτελώντας ειδικότερα βασικό τμήμα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της χρόνιας και σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία, διαδραματίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στη στρατηγική της όλης θεραπευτικής προσπάθειας, όχι μόνο για την πρόληψη των υποτροπών αλλά και για τη γενικότερη ποιότητα ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του.⁹⁷⁻⁹⁹ Αν και ο αρχικός στόχος της ψυχοεκπαίδευσης ήταν η μείωση του υψηλού εκφραζόμενου συναισθήματος ως μέσο πρόληψης των υποτροπών, στις μεταγενέστερες εκδοχές της παρέμβασης ο στόχος διευρύνθηκε, εστιάζοντας στην κοινωνική λειτουργικότητα και στην *οικογενειακή ψυχική ευεξία*.¹⁰⁰ Με εξαίρεση τις μείζονες χρόνιες ψυχικές διαταραχές, στη χώρα μας φαίνεται να υπάρχει ένα σημαντικό κενό ως προς την ένταξη των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ένα απαρτιωμένο σχέδιο βιοψυχοκοινωνικής φροντίδας της χρόνιας ψυχικής και σωματικής νόσου. Μάλιστα, ακόμη και στην περίπτωση της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής, παρά την ευρύτατη κατοχύρωση της σημασίας των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων διεθνώς, στην Ελλάδα τέτοιες παρεμβάσεις παρέχονται μεμονωμένα και απέχουν από το να αποτελέσουν τμήμα της συνήθους φροντίδας. Το εν λόγω γεγονός συνιστά ένα σημαντικό έλλειμμα, το οποίο όχι μόνο αντανάκλαται στην πορεία της υγείας και στην ποιότητα ζωής των ίδιων των χρονίως πασχόντων, αλλά αποτυπώνεται και στον βαθμό στον οποίο η χρόνια νόσος οδηγεί σε αναπηρία, ανικανότητα προς εργασία και αποδυνάμωση του παραγωγικού δυναμικού της κοινωνίας.

Εστιάζοντας στο ότι δείκτης της ψυχικής υγείας είναι το βίωμα ψυχικής ευεξίας και θετικής λειτουργικότητας του ατόμου, η θετική Ψυχολογία επικεντρώνεται στην ενδυνάμωση των θετικών συναισθημάτων, των σκέψεων και των συμπεριφορών ως διαδικασία βελτίωσης, ακόμη και έντονα αντίξων καταστάσεων που βιώνουν οι άνθρωποι. Αδιαμφισβήτητα, η εμφάνιση χρόνιας ασθένειας αποτελεί τραυματική εμπειρία για όλα τα μέλη της οικογένειας. Η ψυχοεκπαίδευση στοχεύει στην αναχαίτιση της επίδρασης των αρνητικών γεγονότων ζωής, στην ανάπτυξη συγκεκριμένων

ικανοτήτων διαχείρισης των δυσκολιών στους ασθενείς και στους συγγενείς τους, καθώς και στην ενίσχυση της δημιουργίας κοινωνικών δικτύων που προσφέρουν κοινωνική στήριξη.¹⁰⁰ Συνεπώς, ο συνδυασμός ψυχοεκπαίδευσης και παρεμβάσεων θετικής Ψυχολογίας αποτελεί μια δυναμική προσέγγιση που στοχεύει στην καλύτερη διαχείριση των

χρόνιων ασθενειών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, καθώς και στη θετικότερη γνωσιακή και συναισθηματική αξιολόγηση της ζωής στο σύνολό της από κάθε μέλος της οικογένειας, ενισχύοντας έτσι την ψυχική ανθεκτικότητα και αυξάνοντας τη λειτουργικότητα, καθώς και την αίσθηση ψυχικής ευεξίας του ατόμου και της οικογένειάς του.

ABSTRACT

Integrating psychoeducation and positive psychology: A challenge in managing chronic illness

M. ECONOMOU,^{1,2} M. THEOCHARIS,² E. DIETI,² E. LEGAKI,¹ M. CHARITSI,² A. PALLI,² C. PAPAGEORGIOU^{1,2}

¹First Psychiatric Department, "Eginition Hospital", National and Kapodistrian University of Athens, Athens,

²University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2019, 36(2):264–276

Chronic illness and its management constitute a major challenge for global health. The chronicity of a disease creates significant emotional pressures, and the requirements of long-term care have a significant impact on family functioning. Conversely, the functioning of the family can itself affect the course of chronic illness. Nowadays, psychosocial intervention constitutes a valuable ally for the effective, lifelong management of chronic illness. Most prominent among the forms of intervention is the psychoeducational approach, which consists of providing information about the illness and its treatment, along with training in communication and problem-solving skills. The effectiveness of psychoeducational intervention for patients with chronic physical and, even more, mental illness, is well documented, in terms of enhancement of the understanding of the illness, promotion of adherence to medication, reduction of relapses and hospitalization, and improvement in the family atmosphere and the overall quality of life of its members. The positive psychology approach contributes to the management of chronic illness through promotion of positive emotions, thoughts and behaviors, encouragement of self-sufficiency and development of social support networks. Studies have shown that positive psychology intervention is associated with a significant increase in well-being and hope, and a reduction in anxiety, depressive symptoms, sleep disturbances and physical pain. In modern societies, the combination of psychoeducation and positive psychology methods constitutes a dynamic approach to the management of chronic illness that can lead to an improved health outcome.

Key words: Chronic illness, Efficacy of psychosocial intervention, Positive psychology, Psychoeducation, Psychosocial intervention

Βιβλιογραφία

1. YACH D, HAWKES C, GOULD CL, HOFMAN KJ. The global burden of chronic diseases: Overcoming impediments to prevention and control. *JAMA* 2004, 291:2616–2622
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Political declaration of the high level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. WHO, General Assembly, 2011. Available at: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non-communicable diseases. WHO, 2014. Available at: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
4. EISENBERG L. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1977, 1:9–23
5. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΝΕΟΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ (ΙΔΡΥΜΑ ΜΑΝΩΛΗ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗ). Λεξικό της κοινής νεοελληνικής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΙΝΣ, Θεσσαλονίκη, 1998:918
6. CASSELL EJ. *The healer's art: A new approach to the doctor-patient relationship*. Pelican (Penguin Books), Harmondsworth, 1978
7. KLEINMAN A. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press, Berkeley, 1980
8. HELMAN CG. Disease versus illness in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1981, 31:548–552
9. CHRISMAN NJ. The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Cult Med Psychiatry* 1977, 1:351–377
10. PORTILLO VEGA MC, SENOSIAIN GARCÍA JM, ARANTZAMENDI SOLA-BARRIETA M, ZARAGOZA SALCEDO A, NAVARTA SÁNCHEZ MV, CERIO AYESA SD ET AL. Proyecto ReNACE. Convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: resultados preli-

- minares de la Fase I [IRENACE project. Patients and relatives living with Parkinson's disease: Preliminary results of Phase I]. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol* 2012, 36:31–38
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non-communicable diseases 2010. WHO, 2011. Available at: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
 12. BENTZEN N. WONCA dictionary of general/family practice. WONCA International Classification Committee, Copenhagen, 2003. Available at: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf>
 13. MINAIRE P. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Bull World Health Organ* 1992, 70:373–379
 14. BLACKWELL DL, LUCAS JW, CLARKE TC. Summary health statistics for US adults: National health interview survey, 2012. *Vital Health Stat* 2014, 260:1–161
 15. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ. Γενική Διεύθυνση SANTE: Ασφάλεια των τροφίμων και υγεία. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases_el
 16. WARD BW, BLACK LI. State and regional prevalence of diagnosed multiple chronic conditions among adults aged ≥18 years – United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016, 65:735–738
 17. BRAVEMAN PA, KUMANYIKA S, FIELDING J, LAVEIST T, BORRELL LN, MANDERSCHIED R ET AL. Health disparities and health equity: The issue is justice. *Am J Public Health* 2011, 101(Suppl 1):S149–S155
 18. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΝΗ Σ. Τα ανθρώπινα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων ασθενών και η πρακτική εφαρμογή του νόμου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017, 34:553–558
 19. HARTER M, BAUMEISTER H, REUTER K, JACOBI F, HÖFLER M, BENDEL J ET AL. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom* 2007, 76:354–360
 20. MOUSSAVI S, CHATTERJI S, VERDES E, TANDON A, PATEL V, USTUN B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007, 370:851–858
 21. PRINCE M, PATEL V, SAXENA S, MAJ M, MASELKO J, PHILLIPS MR ET AL. No health without mental health. *Lancet* 2007, 370:859–877
 22. HOLMES AM, DEB P. The effect of chronic illness on the psychological health of family members. *J Ment Health Policy Econ* 2003, 6:13–22
 23. ECONOMOU M, RICHARDSON C, GRAMANDANI C, STALIKAS A, STEFANIS C. Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2009, 55:361–371
 24. KRALIK D, TELFORD K, CAMPLING F, CROUCH P, KOCH T, PRICE K. "Moving on": The transition to living well with chronic illness. *Aust J Holist Nurs* 2005, 12:13–22
 25. AMBROSIO L, SENOSIAIN GARCÍA JM, RIVEROL FERNÁNDEZ M, ANAUT BRAVO S, DÍAZ DE CERIO AYESA S, URSÚA SESMA ME ET AL. Living with chronic illness in adults: A concept analysis. *J Clin Nurs* 2015, 24:2357–2367
 26. STANTON AL, REVENSON TA, TENNEN H. Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol* 2007, 58:565–592
 27. WHITTEMORE R, DIXON J. Chronic illness: The process of integration. *J Clin Nurs* 2008, 17(7B):177–187
 28. WHITTEMORE R, CHASE SK, MANDLE CL, ROY SC. Lifestyle change in type 2 diabetes. A process model. *J Nurs Res* 2002, 51:18–25
 29. SCHULMAN-GREEN D, JASER S, MARTIN F, ALONZO A, GREY M, McCORKLE R ET AL. Process of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh* 2012, 44:136–144
 30. ANDERSON G. *Chronic care: Making case for ongoing care*. Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, 2010
 31. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΧΑΡΙΤΣΗ Μ. Διπολική διαταραχή και οικογένεια. Η συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017, 34:32–41
 32. EAKER ED, SULLIVAN LM, KELLY-HAYES M, D'AGOSTINO RB Sr, BENJAMIN EJ. Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosom Med* 2007, 69:509–513
 33. KIECOLT-GLASER JK, NEWTON TL. Marriage and health: His and hers. *Psychol Bull* 2001, 127:472–503
 34. MOLLOY GJ, JOHNSTON DW, WITHAM MD. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *Eur J Heart Fail* 2005, 7:592–603
 35. AMBROSIO L, NAVARTA MV, PORTILLO MC. Living with Parkinson's disease in the community: Improving assessments and interventions. *Prim Health Care* 2014, 24:26–29
 36. OHAERI JU. The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Curr Opin Psychiatry* 2003, 16:457–465
 37. LEFF J. Needs of the families of people with schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat* 1998, 4:277–284
 38. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ε, ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ. Ψυχοεκπαίδευση. Στο: Παπαδημητρίου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, Λύκουρας Ε (Επιμ.) *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2013:653–656
 39. MAROM S, MUNITZ H, JONES PB, WEIZMAN A, HERMESH H. Expressed emotion: Relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull* 2005, 31:751–758
 40. VAUGHN CE, LEFF JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976, 129:125–137
 41. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ, Οικονόμου ΜΠ (Επιμ.) *Προληπτική Ψυχιατρική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2000:181–186
 42. GOLDBERG-ARNOLD JS, FRISTAD MA, GAVAZZI SM. Family psychoeducation: Giving caregivers what they want and need. *Fam Relat* 1999, 48:411–417
 43. PITSCHER-WALZ G, LEUCHT S, BÄUML J, KISSLING W, ENGEL RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001, 27:73–92
 44. PEKKALA E, MERINDER L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, 2:CD002831
 45. XIA J, MERINDER LB, BELGAMWAR MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, 6:CD002831
 46. VIANA LV, GOMES MB, ZAJDENVERG L, PAVIN EJ, AZEVEDO MJ; BRAZILIAN TYPE 1 DIABETES STUDY GROUP. Interventions to improve patients' compliance with therapies aimed at lowering glycosylated hemoglobin (HbA_{1c}) in type 1 diabetes: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled clinical

- trials of psychological, telecare, and educational interventions. *Trials* 2016, 17:94
47. MATSUDA A, YAMAOKA K, TANGO T, MATSUDA T, NISHIMOTO H. Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Qual Life Res* 2014, 23:21–30
 48. PARAHOO K, McDONOUGH S, McCAUGHAN E, NOYES J, SEMPLE C, HALSTEAD EJ ET AL. Psychosocial interventions for men with prostate cancer: A Cochrane systematic review. *BJU Int* 2015, 116:174–183
 49. EGAN MY, McEWEN S, SIKORA L, CHASEN M, FITCH M, ELDRED S. Rehabilitation following cancer treatment. *Disabil Rehabil* 2013, 35:2245–2258
 50. XIAO W, CHOW KM, SO WK, LEUNG DY, CHAN CW. The effectiveness of psychoeducational intervention on managing symptom clusters in patients with cancer: A systematic review of randomized controlled trials. *Cancer Nurs* 2016, 39:279–291
 51. BOVE DG, MIDTGAARD J, KALDAN G, OVERGAARD D, LOMBORG K. Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences. *J Psychosom Res* 2017, 98:71–77
 52. ANDERSON CM, HOGARTY GE, REISS DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980, 6:490–505
 53. FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL CW. *Family care for schizophrenia: A problem solving approach to the treatment of mental illness*. Guilford Press, New York, 1984
 54. MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ, NUECHTERLEIN KH, SNYDER KS, MINTZ J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988, 45:225–231
 55. BUTZLAFF LR, HOOLEY JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:547–552
 56. LEFF J. Working with the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1994, 164(Suppl 23):71–76
 57. MAGLIANO L, FIORILLO A. Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2007, 16:22–34
 58. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH & CLINICAL EXCELLENCE. *Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care*. London, 2006
 59. ECONOMOU MP. Psychoeducation: A multifaceted intervention. *Int J Ment Health* 2015, 44:259–262
 60. TURSI MF, BAES CV, CAMACHO FR, TOFOLI SM, JURUENA MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2013, 47:1019–1031
 61. BARUAH U, PANDIAN RD, NARAYANASWAMY JC, BADA MATH S, KANDAVEL T, REDDY YCJ. A randomized controlled study of brief family-based intervention in obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord* 2018, 225:137–146
 62. PETTERSEN G, ROSENVINGE JH, WYNN R. Eating disorders and psychoeducation – patients' experiences of healing processes. *Scand J Caring Sci* 2011, 25:12–18
 63. RABOVSKY C, TROMBINI M, ALLEMANN D, STOPPE G. Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: Results from a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012, 262:431–440
 64. GRÁCIO J, GONÇALVES-PEREIRA M, LEFF J. Key elements of a family intervention for schizophrenia: A qualitative analysis on an RCT. *Fam Proc* 2016; doi: 10.1111/famp.12271
 65. ECONOMOU M, PALLI A, PEPOU L, MADIANOS M. Recovery from schizophrenia: A four-year study of an inner city cohort. *Community Ment Health J* 2011, 47:660–667
 66. PALLI A, KONTOANGELOS K, RICHARDSON C, ECONOMOU MP. Effects of group psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia spectrum disorders: Results on family cohesion, caregiver burden, and caregiver depressive symptoms. *Int J Ment Health* 2015, 44:277–285
 67. PINI S, DELL'OSSO L, AMADOR XF, MASTROCINQUE C, SAETTONI M, CASSANO GB. Awareness of illness in patients with bipolar I disorder with or without comorbid anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2003, 37:355–361
 68. COLOM F, VIETA E, SÁNCHEZ-MORENO J, PALOMINO-OTINIANO R, REINARES M, GOIKOLEA JM ET AL. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009, 194:260–265
 69. WIENER CD, MOLINA ML, MOREIRA FP, DOS PASSOS MB, JANSEN K, DA SILVA RA ET AL. Brief psychoeducation for bipolar disorder: Evaluation of trophic factors serum levels in young adults. *Psychiatry Res* 2017, 257:367–371
 70. CAZARD F, FERRERI F. Bipolar disorders and comorbid anxiety: Prognostic impact and therapeutic challenges. *Encephale* 2013, 39:66–74
 71. KOLOSTOUMPI D, BERGIANNAKI JD, PEPOU LE, LOUKI E, FOUSKETAKI S, PATELAKIS A ET AL. Effectiveness of relatives' psychoeducation on family outcome in bipolar disorder. *Int J Ment Health* 2015, 44:290–302
 72. HUIS IN HETVELD JG, VERKAIK R, MISTIAEN P, VAN MEIJEL B, FRANCKE AL. The effectiveness of interventions in supporting self-management of informal caregivers of people with dementia; a systematic meta-review. *BMC Geriatr* 2015, 15:147
 73. NUSSEY C, PISTRANG N, MURPHY T. How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Care Health Dev* 2013, 39:617–627
 74. BOLAT N, YALÇIN Ö. Factitious disorder presenting with stuttering in two adolescents: The importance of psychoeducation. *Noro Psikiyatrs Ars* 2017, 54:87–89
 75. MARTINO D, MINK JW. Tic disorders. *Continuum (Minneapolis)* 2013, 19:1287–1311
 76. LI J, DRURY V, TAYLOR B. A systematic review of the experience of older women living and coping with type 2 diabetes. *Int J Nurs Pract* 2014, 20:126–134
 77. ΑΛΑΜΑΝΟΥ Δ, ΦΩΤΟΣ Ν, ΜΠΡΟΚΑΛΑΚΗ-ΠΑΝΑΝΟΥΔΑΚΗ Η. Μέθοδοι ενημέρωσης ασθενών με καρκίνο και η ενημερωμένη συναίεση. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017, 34:151–164
 78. THOMPSON AL, YOUNG-SALEME TK. Anticipatory guidance and psychoeducation as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer* 2015, 62(Suppl 5):S684–S693
 79. BETANCUR MN, LINS L, OLIVEIRA IR, BRITES C. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: A cross-sectional

- study in Salvador, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2017, 21:507–514
80. COPE SR, SMITH JG, KING T, AGRAWAL N. Evaluation of a pilot innovative cognitive-behavioral therapy-based psychoeducation group treatment for functional non-epileptic attacks. *Epilepsy Behav* 2017, 70:238–244
 81. LAST BF, STAM H, ONLAND-VAN NIEUWENHUIZEN AM, GROOTENHUIS MA. Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: First results. *Patient Educ Couns* 2007, 65:101–112
 82. ΣΤΑΛΙΚΑΣ Α, ΜΥΤΣΚΙΔΟΥ Π. *Εισαγωγή στη θετική Ψυχολογία*. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα, 2011
 83. SELIGMAN ME, CSIKSZENTMIHALYI M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol* 2000, 55:5–14
 84. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting mental health: Concepts emerging evidence, practice. Summary report/a report from the World
 85. Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. WHO, Geneva, 2004. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
 86. STEPTOE A, WARDLE J, MARMOT M. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proc Natl Acad Sci* 2005, 102:6508–6512
 87. FREDRICKSON BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-built theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001, 56:218–226
 88. BLOCK J, KREMEN AM. IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol* 1996, 70:349–361
 89. TUGADE MM, FREDRICKSON BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol* 2004, 86:320–333
 90. DIAS R, SANTOS RL, SOUSA MF, NOGUEIRA MM, TORRES B, BELFORT ET AL. Resilience of caregivers of people with dementia: A systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends Psychiatry Psychother* 2015, 37:12–19
 91. BOLIER L, HAVERMAN M, WESTERHOF GJ, RIPER H, SMIT F, BOHLMMEIJER E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013, 13:1–20
 92. SELIGMAN MEP, RASHID T, PARKS AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006, 61:774–788
 93. SCHRANK B, BROWNE LL, JAKAITE Z, LARKIN C, PESOLA F, RICHES S ET AL. Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: Pilot randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016, 25:235–246
 94. SIN NL, LYUBOMIRSKY S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol* 2009, 65:467–487
 95. NIKRAHAN GR, SUAREZ L, ASGARI K, BEACH SR, CELANO CM, KALANTARI M ET AL. Positive psychology interventions for patient with heart disease: A preliminary randomized trial. *Psychosomatics* 2016, 57:348–358
 96. HO SM, HO JW, BONANNO GA, CHU AT, CHAN EM. Hopefulness predicts resilience after hereditary colorectal cancer genetic testing: A prospective outcome trajectories study. *BMC Cancer* 2010, 10:279
 97. HASSETT AL, FINAN PH. The role of resilience in the clinical management of chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2016, 20:39
 98. GOODWIN GM, HADDAD PM, FERRIER IN, ARONSON JK, BARNES TR, CIPRIANI A ET AL. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2016, 30:495–553
 99. FOUNTOLAKIS KN, GRUNZE H, VIETA E, YOUNG A, YATHAM L, BLIER P ET AL. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 3: The clinical guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol* 2017, 20:180–195
 100. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Guidelines for treatment of schizophrenia. APA, Washington, DC, 2004
 101. McFARLANE WR. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Fam Process* 2016, 55:460–482
- Corresponding author:*
- M. Economou, University Mental Health Research Institute (UMHRI), 2 Soranou tou Efesiou street, 115 27 Athens, Greece
e-mail: antistigma@epipsi.eu; meconomu@otenet.gr