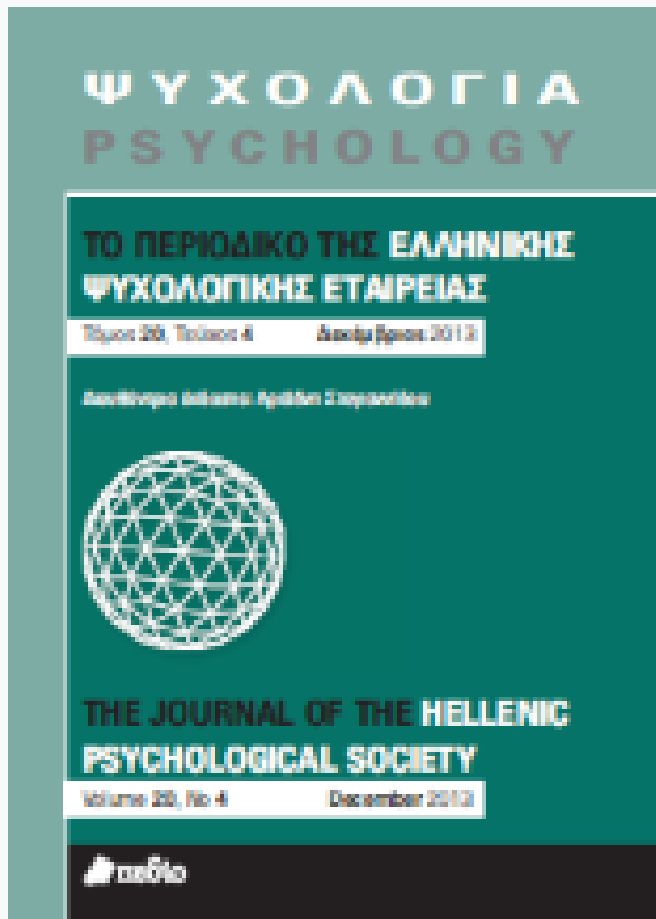


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 20, No 1 (2013)



The efficacy of social skills training for individuals with schizophrenia

Παρασκευή Ντούσια, Αντώνης Κατσαμάγκος, Μαρίνα Οικονόμου

doi: [10.12681/psy_hps.23518](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23518)

Copyright © 2020, Παρασκευή Ντούσια, Αντώνης Κατσαμάγκος, Μαρίνα Οικονόμου



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Ντούσια Π., Κατσαμάγκος Α., & Οικονόμου Μ. (2020). The efficacy of social skills training for individuals with schizophrenia. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 20(1), 34–53.
https://doi.org/10.12681/psy_hps.23518

Η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες σε άτομα με σχιζοφρένεια

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΝΤΟΥΤΣΙΑ¹

ΑΝΤΩΝΗΣ ΚΑΤΣΑΜΑΓΚΟΣ²

ΜΑΡΙΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ³

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δέκα άτομα με σχιζοφρένεια και δύο με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή συμμετείχαν σε μια ομάδα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων. Η δομημένη παρέμβαση συμπεριέλαβε δεξιότητες συζήτησης, επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων με στόχο τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων. Η εκπαίδευση έγινε σε συνδυασμό με τη διαχείριση περιστατικών από πρόσωπα αναφοράς και πραγματοποιήθηκε δύο φορές την εβδομάδα για 5 μήνες, με την κάθε συνεδρία να διαρκεί μία ώρα. Για την αξιολόγηση της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν 2 υποκλίμακες (Κοινωνικής Επαφής και Επικοινωνίας) από το ερωτηματολόγιο Δεξιοτήτων Ζωής, το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής και η Υποκλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας / Αυτοεκτίμησης από την Κλίμακα Ενδυνάμωσης. Με βάση αυτά εκτιμήθηκαν αντίστοιχα, η κοινωνική λειτουργικότητα, η κοινοτική λειτουργικότητα και η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών. Πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις, μια πριν την παρέμβαση και η δεύτερη, αμέσως μετά το τέλος της παρέμβασης. Η κοινωνική λειτουργικότητα και η κοινοτική λειτουργικότητα των ασθενών βελτιώθηκαν ενώ αντίθετα οι αντιλήψεις τους σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητά τους δεν παρουσίασαν σημαντική μεταβολή. Οι ασθενείς που συμπλήρωναν συχνά τις εργασίες για το σπίτι παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση στην κοινωνική επαφή σε σύγκριση με τους ασθενείς που συμπλήρωναν εργασίες για το σπίτι σπανιότερα. Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες σε χρόνιους ψυχικά ασθενείς που διαμένουν στην κοινότητα αποδεικνύεται αποτελεσματική, καθώς οδηγεί στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων απαραίτητων στην καθημερινή τους ζωή. Η διαχείριση περιστατικών αποτελεί σημαντικό μέρος του προγράμματος εκπαίδευσης που ενισχύει την εκμάθηση, αλλά και τη μεταφορά των δεξιοτήτων έξω από το περιβάλλον της άμεσης εκμάθησης. Τα οφέλη από τις ασκήσεις για το σπίτι εξαρτώνται κυρίως από τον τύπο της άσκησης.

Λέξεις-κλειδιά: Κοινωνικές δεξιότητες, Σχιζοφρένεια.

1. Αμερικανικό Κολλέγιο Ελλάδος (Deree). Πληροφορίες επικοινωνίας: κ. Παρασκευή Ντούτσια. Παπαδιαμαντοπούλου και Αλκμάνος 2, 11528 Αθήνα. Τηλ.: 210 7217165. Fax: 210 7222159. E-mail: edoutsia@gmail.com

2. Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.)

3. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). Α' Ψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

1. Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια είναι μία χρόνια διαταραχή και οι πάσχοντες αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στην προσπάθειά τους να λειτουργήσουν κοινωνικά και να διατηρήσουν μια καλή ποιότητα ζωής (Bellack & Mueser, 1993). Οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν ένα σημαντικό τομέα της λειτουργικότητας, τον οποίο πλήττει η ασθένεια. Τα άτομα με σχιζοφρένεια συχνά παρουσιάζουν ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες και έτσι, δυσκολεύονται να δημιουργήσουν διαπροσωπικές σχέσεις και να εκπληρώσουν τους κοινωνικούς τους ρόλους.

Από τα άτομα με σχιζοφρένεια που εμφανίζουν ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες, μια κατηγορία τα παρουσίαζε ήδη πριν την έναρξη της νόσου. Τα άτομα αυτά μπορεί να μην έμαθαν ποτέ κοινωνικές δεξιότητες και σε αυτό μπορεί να συνέβαλαν χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητάς τους. Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί ότι είναι πιο κοινωνικά συνεσταλμένα πριν νοσήσουν απ' ό,τι τα υγιή άτομα (Goldberg & Smidt, 2001). Η κοινωνική συστολή και η μειωμένη κοινωνικότητα μπορούν να προδιαθέσουν το άτομο να αναπτύξει άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις, οδηγώντας το σε φόβο και αποφυγή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και κατά συνέπεια, στην απόκτηση ελλειπών κοινωνικών δεξιοτήτων. Η φτωχή προνοσηρή κοινωνική λειτουργικότητα φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό δείκτη της φτωχής κοινωνικής λειτουργικότητας μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ασθένειας (Pratt, Mueser, Smith, & Lu, 2005).

Μια δεύτερη κατηγορία ασθενών ήταν κοινωνικά λειτουργικοί πριν νοσήσουν και παρουσίασαν κοινωνικά ελλείμματα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, παρόλο που διέθεταν το κίνητρο να διατηρήσουν τις κοινωνικές τους σχέσεις. Ανεξάρτητα πάντως από το επίπεδο της προνοσηρής κοινωνικής λειτουργικότητας, τα άτομα που ανήκουν και στις δύο κατηγορίες παρουσιάζουν ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες (Bellack, Morrison, Wixted, & Mueser, 1990. Bellack et al., 1993. Marder, Wirshing, Mintz, McKenzie, Johnston, Eckman, Lebell, Zimmerman, & Liberman, 1996).

Σε μια τυπική μελέτη, όπου αξιολογήθηκαν οι κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με σχιζοφρένεια μέσω παιχνιδιών ρόλου, βρέθηκε ότι το 50% των ατόμων με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από κοινωνική αδεξιότητα σε σύγκριση με τους ψυχικά υγιείς συνομηλίκους τους, ενώ μόνο το 11% έχει επάρκεια στις κοινωνικές δεξιότητες (Mueser, Bellack, Douglas, & Morrison, 1991). Η κοινωνική αδεξιότητα παρατηρείται ακόμα και στην περίπτωση που απουσιάζουν τα ενεργά ψυχωτικά συμπτώματα ή τα αρνητικά συμπτώματα από την κλινική εικόνα (Bellack et al., 1990. Bellack et al., 1993. Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001).

Παράγοντες που σχετίζονται με τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες

Γνωστική δυσλειτουργία

Οι γνωστικές λειτουργίες που σχετίζονται με την κοινωνική λειτουργικότητα είναι η λεκτική μνήμη και η λεκτική ικανότητα (π.χ. Addington & Addington, 2000. Bellack et al., 1993. Foster Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000), η οπτική μνήμη (Prouteau, Verdoux, Briand, Lesage, Lalonde, Nicole, Reinharz, & Strip, 2005), η μνήμη εργασίας (Smith, Hull, Goodman, Hedayat-Harris, Willson, Israel, & Munich, 1999), η προσοχή (Addington, McCleary, & Munroe-Blum, 1998. Bellack et al., 1993. Prouteau et al., 2005), οι οπτικοχωρικές ικανότητες (Smith et al., 1999), η επίλυση προβλήματος (Addington et al., 2000. Foster Green et al., 2000) και η ικανότητα για σχεδιασμό (Prouteau et al., 2005).

Η κοινωνική νόηση (social cognition) είναι ένας όρος ο οποίος συνδέει τις γνωστικές λειτουργίες και την κοινωνική συμπεριφορά και επηρεάζει την κοινωνική λειτουργικότητα (Green, Olivier, Crawley, Penn, & Silverstein, 2005. Coutoure, Penn, & Roberts, 2006). Εστιάζει στο πώς οι άνθρωποι κατανοούν τον εαυτό τους και τους άλλους και στον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζονται τα ερεθίσματα από το κοινωνικό περιβάλλον όταν αλληλεπιδρούν. Περιλαμβάνει την αναγνώριση συναισθήματος, την κοινωνική αντίληψη, την κοινωνική γνώση (social knowledge), το ύφος απόδοσης αιτίων (attributional style) και τη

θεωρία του νου (theory of mind) (Coutoure et al., 2006. Green et al., 2005). Τα άτομα με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να αντιλαμβάνονται το συναίσθημα από τις εκφράσεις του προσώπου (Mueser, Doonan, Penn, Blanchard, Bellack, Nishith, & DeLeon, 1996. Mueser, Penn, Blanchard, & Bellack, 1997) ή τη φωνή (Hooker & Park, 2002). Δυσκολεύονται επίσης να διακρίνουν τα σημαντικά από τα μη σημαντικά κοινωνικά ερεθίσματα και να επεξεργάζονται τις πληροφορίες από το περιβάλλον, καθώς ο χρόνος επεξεργασίας πληροφοριών και ο χρόνος αντίδρασής τους είναι μειωμένος (Bellack et al., 1993. Corrigan, Wallace, & Green, 1992. Foster Green et al., 2000).

Το ύφος απόδοσης αιτίων αναφέρεται στην τάση των ατόμων να ερμηνεύουν τα γεγονότα στη ζωή τους. Τα άτομα με παρανοϊκά συμπτώματα τείνουν να αποδίδουν τα αίτια αρνητικών γεγονότων σε άλλα πρόσωπα ή σε εξωτερικούς παράγοντες περισσότερο απ' ό,τι σε παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον εαυτό τους (Martin & Penn, 2002). Η έλλειψη αίσθησης ελέγχου για τα πράγματα μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση ακόμα και στην περίπτωση που απουσιάζουν τα αρνητικά συμπτώματα από την κλινική εικόνα.

Η θεωρία του νου αναφέρεται στην επίγνωση των πεποιθήσεων και των προθέσεων του ίδιου του ατόμου και στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις πεποιθήσεις και τις προθέσεις των άλλων (Bruene, 2005. Green et al., 2005). Ένας σχετικός όρος, η *αυτοπαρακολούθηση* (self-monitoring), αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του βάσει κοινωνικών ενδεικτικών στοιχείων (social cues) (Snyder, 1974) και επομένως να καθοδηγείται από πληροφορίες στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι ικανότητες αυτές είναι περιορισμένες στα άτομα με σχιζοφρένεια (Bruene, 2005. Frith & Corcoran, 1996. Green et al., 2005. Farrer & Franck, 2007. Stirling, Hellewell, & Ndlovu, 2001).

Ευρήματα νευροαπεικονιστικών μελετών δείχνουν πιθανή προδιάθεση για προβλήματα σε γνωστικές λειτουργίες κατά την προνοσηρή περίοδο (Auther, Lencz, Smith, Bowie, & Cornblatt, 2003. Corcoran, Walker, Huot, Mittal, Tessner,

Kestler, & Malaspina, 2003), η οποία έρχεται σε συμφωνία με το μοντέλο ευαισθησίας-στρες της σχιζοφρένειας (Zubin & Spring, 1977). Συγκεκριμένες γνωστικές λειτουργίες μπορεί να παρουσιάζουν μια σταδιακή έκπτωση κατά την περίοδο της εφηβείας και σημαντική έκπτωση με την έναρξη της ασθένειας. Προοπτικές μελέτες που χρησιμοποιούν γνωστικές και νευροψυχολογικές συστοιχίες δοκιμασιών υποστηρίζουν ότι η γνωστική δυσλειτουργία παραμένει σταθερή με την πάροδο του χρόνου (Rund, 1998. Seaton, Goldstein, & Allen, 2001). Αυτό ισχύει κυρίως για τη λεκτική έκφραση, τη λεκτική μνήμη και την ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών και λιγότερο για την προσοχή και τη συγκέντρωση. Η γνωστική δυσλειτουργία που χαρακτηρίζει τη σχιζοφρένεια πιθανόν να είναι γενικευμένη και να εμπλέκει διάφορες συνδεδεμένες περιοχές του εγκεφάλου, όπως φαίνεται από τη φτωχή επίδοση ασθενών σε πολλαπλές γνωστικές δοκιμασίες (Blanchard & Neale, 1994. Braff, Heaton, Kuck, Cullum, Moranville, Grant, & Zisook, 1991. Dickinson, Iannone, Wilk, & Gold, 2004). Το 70% των ατόμων με σχιζοφρένεια εμφανίζει γνωστικά ελλείμματα.

Τα ψυχιατρικά συμπτώματα

Τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα σχετίζονται με τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες (Mueser, Bellack, Morrison, & Wixted, 1990. Penn, Hope, Spaulding, & Kucera, 1994) και παρεμβαίνουν στην καλή κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Bellack et al., 1993. Mueser et al., 1991. Penn & Mueser, 1996). Τα αρνητικά συμπτώματα συνδέονται με συμπεριφορές κοινωνικού άγχους και συγκεκριμένα το συχνό κούνημα του κορμιού, τον αργό ρυθμό ομιλίας και τη μειωμένη ευφράδεια. Από την άλλη, τα θετικά συμπτώματα συνδέονται με τον φόβο σε κοινωνικές καταστάσεις, τη μειωμένη βλεμματική επαφή και τη μειωμένη ικανότητα για αυτοπαρακολούθηση της συμπεριφοράς. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα 1ης και 2ης γενιάς είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και προλαμβάνουν την υποτροπή αλλά δε βοηθούν στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων και των γνωστικών και κοινωνικών ελλειμμάτων

(Buchanan, Kreyenbuhl, Kelly, Noel, Boggs, Fischer, Himelhoch, Fang, Peterson, Aquino, & Keller, 2010).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Παραδείγματα παραγόντων στο περιβάλλον που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου είναι πρώτον, η έλλειψη κοινωνικών ερεθισμάτων (Bellack, 2004. Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008). Στην περίπτωση αυτή, το περιβάλλον μπορεί να είναι ένα μη υποστηρικτικό οικογενειακό-κοινωνικό σύστημα χωρίς θετικά πρότυπα μίμησης, όπου δεν καλλιεργείται μια κατάλληλη και αποτελεσματική κοινωνική συμπεριφορά και τα επίπεδα εκφραζόμενου συναισθήματος προς τον ψυχικά πάσχοντα είναι υψηλά (Inoue, Tanaka, Shimodera, & Mino, 1997). Μπορεί επίσης να είναι ένα ψυχιατρικό ίδρυμα, όπου οι ασθενείς έχουν μάθει κοινωνικούς κανόνες και συμπεριφορές που δεν γενικεύονται σε κοινωνικό πλαίσιο όταν εκείνοι διαμένουν πλέον στην κοινότητα. Άλλοι παράγοντες για τους οποίους τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν λιγότερες πιθανότητες να λειτουργήσουν κοινωνικά είναι η έλλειψη ευκαιριών για υποστηριζόμενη εργασία και διαθέσιμων πηγών ψυχαγωγίας, καθώς και οι συμπεριφορές προκατάληψης και διακρίσεων απέναντί τους (Bellack, 2004. Corrigan et al., 2008. Liberman, 2008).

Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες

Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι συμπεριφορές μέσω των οποίων εκφράζουμε τα συναισθήματά μας και επικοινωνούμε τις επιθυμίες μας στους άλλους προκειμένου να πραγματοποιήσουμε προσωπικούς στόχους και να καλύψουμε συναισθηματικές και υλικές ανάγκες (Liberman, 2008). Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι απαραίτητες για την κατάλληλη και αποτελεσματική αλληλεπίδραση (Segrin, 1992). Όταν η επικοινωνία των ατόμων μεταξύ τους οδηγεί σε επιθυμητά αποτελέσματα, τότε αυτό υποδηλώνει κοινωνική ικανότητα ή αλλιώς «κοινωνική νοημοσύνη» (Liberman, 2008).

Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες αποτελεί μία από τις βασικές ψυχοκοινωνικές παρεμ-

βάσεις που στοχεύουν στην εκμάθηση επαρκούς κοινωνικής συμπεριφοράς και τη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας (Οικονόμου, 2000α). Αποτελεί δομημένη συμπεριφορική παρέμβαση που ακολουθεί συγκεκριμένα βήματα και χρησιμοποιεί ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Bellack, 2004). Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι μαθαίνουν κοινωνικές συμπεριφορές μέσω παρατήρησης και μίμησης προτύπου, καθώς και από τα φυσικά επακόλουθα των δράσεών τους (Bandura, 1969). Βασικές συνιστώσες της εκπαίδευσης είναι οι δεξιότητες έκφρασης (η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, η παραγωγιστική ή εξωλεκτική συμπεριφορά), οι δεξιότητες κοινωνικής αντίληψης, οι συμπεριφορές αλληλεπίδρασης, η κοινωνική νοημοσύνη, οι δεξιότητες θετικής διεκδίκησης, οι δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και τέλος, οι δεξιότητες επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή/χρήστη υπηρεσιών και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας με στόχο τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα αποτελέσματα των μελετών που χρησιμοποιούν δείκτες σχετικούς με την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας (σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αριθμός των υποτροπών, αριθμός των νοσηλειών) τείνουν να είναι δυσμενή (Benton & Shroeder, 1990. Pfammater, Jungham, & Brenner, 2006. Bustillo et al, 2001. Piling, Bebington, Kuipers, Garety, Geddes, Martindale, Orbach, & Morgan, 2002. Matousek, Edwards, Jackson, Rudd, & McMurry, 2004. Patterson, Mausebach, McKibbin, Goldman, Bucardo, & Jeste, 2004. Kurtz & Mueser, 2008). Βάσει αυτών των δεικτών, η βελτίωση και η διάρκεια των αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης αμφισβητούνται ακόμα κι όταν αυτή συνδυάζεται με θεραπείες άλλου τύπου π.χ. την ψυχοεκπαίδευση των μελών της οικογένειας των ασθενών.

Τα αποτελέσματα όμως των μελετών που χρησιμοποιούν άλλους δείκτες αξιολόγησης όπως η κοινωνική λειτουργικότητα, η κοινοτική λειτουργικότητα, η ολική προσαρμογή (global adjustment) και η ποιότητα ζωής τείνουν να είναι θετικά. Δεν υπάρχει συμφωνία ως προς το τι ακριβώς περιλαμβάνει ο όρος *κοινοτική λειτουργικότητα* παρό-

λο που χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης αξιολόγησης σε μελέτες για την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων (Bellack, Green, Cook, Fenton, Harvey, Heaton, Laughren, Leon, Mayo, Patrick, Patterson, Rose, Stover, & Wykes, 2007). Ορισμένοι ερευνητές αναφέρονται σε εμφανείς συμπεριφορές και στη λειτουργικότητα του ατόμου ως προς τους διάφορους ρόλους που καλείται να επωμιστεί στην καθημερινή του ζωή στο πλαίσιο της κοινότητας, ενώ κάποιοι άλλοι μιλούν για παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής (Corrigan et al., 2008). Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι τα ψυχιατρικά συμπτώματα (Bradshaw & Brekke, 1999. Katschnig, 2000), η εργασία, η ανεξάρτητη διαβίωση, οι κοινωνικές σχέσεις (Bradshaw et al., 1999. Eklund & Hannson, 2007), η ηλικία, η διάρκεια της ασθένειας, η διάρκεια παραμονής σε ψυχιατρικό ίδρυμα, η εμφάνιση όψιμης δυσκινησίας (Browne, Roe, Lane, Morris, Kinsella, Larkin, & Ocallaghan, 1996), το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια (Katschnig, 2000) και διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Έχει βρεθεί συσχετισμός ανάμεσα στη μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και στα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες καθώς και στην κοινωνική απόσυρση (Bellack et al., 1993. Hayes, Halford, & Varghese 1995).

Ένας άλλος όρος που συναντάται συχνά στη διεθνή βιβλιογραφία για την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι η *κοινωνική λειτουργικότητα*. Ο όρος αυτός μπορεί κάλλιστα να θεωρηθεί μέρος του ευρύτερου όρου της κοινοτικής λειτουργικότητας. Ως «κοινωνική λειτουργικότητα» ορίζεται η λειτουργικότητα ενός ατόμου στους διάφορους ρόλους του, ο αριθμός των κοινωνικών του σχέσεων και η ποιότητα που επιτυγχάνει στις σχέσεις αυτές (Corrigan et al., 2008).

Η πλειονότητα των μελετών (π.χ. Anzai, Yoneda, Kumagai, Nakamura, Ikebuchi, & Liberman, 2002. Bellack, Turner, Hersen, & Lubert, 2003. Liberman, Wallace, Blackwell, Kopelowitz, Vaccaro, & Mintz, 1998), των ανασκοπήσεων μελετών (Halford & Hayes, 1991. Heinssen, Liberman, & Kopelowicz, 2000. Penn & Mueser, 1996. Scott & Dixon, 1995) και των μετα-αναλυτικών ανασκοπήσεων μελετών (Benton et al, 1990. Diik & Bond, 1996. Kurtz et al.,

2008. Mojtabai, Nicholson, & Carpenter 1998. Pfammater et al, 2006) που χρησιμοποιούν τέτοιου τύπου δείκτες συμφωνούν στο ότι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες είναι μια αποτελεσματική πρακτική όταν συνδυάζεται με φαρμακευτική αγωγή. Θετικά αποτελέσματα έχουν καταγραφεί και στην περίπτωση που η εκπαίδευση συνδυάζεται με φαρμακευτική αγωγή και την οικογενειακή θεραπεία (Hayes et al., 1995. Valencia, Rascon. Juarez, & Murow, 2007), τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία (Granhholm, McQuaid, McClure, Auslander, Perivoliotis, Pedrelli, Patterson, & Jeste, 2005), την απαρτιωτική ψυχολογική θεραπεία (Integrated Psychological Therapy) (Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson, & Weiler, 1999) και την τεχνολογία της εικονικής πραγματικότητας (Park, Ku, Choi, Jang, Park, Kim, & Kim, 2011). Οι ασθενείς μπορούν να διατηρήσουν τις δεξιότητες και να βελτιώσουν την κοινωνική τους λειτουργικότητα ακόμα κι όταν έχουν σοβαρά συμπτώματα ή είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία.

Η εκπαίδευση έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν εφαρμόζεται σε εξωτερικούς ασθενείς (Corrigan, 1991) και όταν λαμβάνονται επιπλέον μέτρα για την επίτευξη της γενίκευσης των δεξιοτήτων σε πλαίσια εκτός του θεραπευτικού περιβάλλοντος, όπως οι υπενθυμιστικές συνεδρίες και η διαχείριση περιστατικού με ή χωρίς εκπαίδευση σε ζώντα οργανισμό (in vivo training) (Hayes et al., 1995. Glynn, Marder, Liberman, Blair, Wirshing, Wirshing, Ross, & Mintz, 2002), καθώς και η συμμετοχή της οικογένειας στην εφαρμογή των δεξιοτήτων (Kopelowitz, Zarate, Gonzalez Smith, Mintz, & Liberman, 2003). Ο ελάχιστος αριθμός συνεδριών θα πρέπει να είναι δύο φορές την εβδομάδα. Οι δεξιότητες διατηρούνται για διάστημα ενός έτους μετά το τέλος της εκπαίδευσης (Eckman, Wirshing, Marder, Liberman, Johnston-Cronk, Zimmermann, & Mintz, 1992. Holmes, Hansen & Lawrence, 1984. Wallace, Liberman, McKain, Blackwell, & Eckman, 1992).

Η αυτοεκτίμηση είναι ένας δείκτης έκβασης ο οποίος χρησιμοποιείται συχνά σε μελέτες ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες φαίνεται να έχει θετική επίδραση στην αυτοεκτίμηση των ασθενών με

σχιζοφρένεια (Lieberman et al., 1998. Ji-Min, Sukhee, Eun-Kyung, & Chul-Kweon, 2007). Η αυτοεκτίμηση, η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας (self-efficacy) και η ενδυνάμωση παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάρρωση των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα (Bullock, Ensing, Alloy, & Weddle, 2010). Η διερεύνηση της αυτοαποτελεσματικότητας έχει προταθεί στη βιβλιογραφία για την εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες (Kopelowicz, Lieberman, & Zarate, 2006). Η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται με την κοινωνική λειτουργικότητα (Bentall, Simpson, Lee, Williams, Elves, Brabbins, & Morrison, 2010. Pratt et al., 2005) και με τη χρησιμοποίηση καλύτερων στρατηγικών αντιμετώπισης για τη διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε υποτροπή (Mueser, Valentiner, & Agresta, 1997. Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Green, & Gitlin 2004). Επιπλέον, θεωρείται ενδιάμεση μεταβλητή στη σχέση ανάμεσα στις δεξιότητες αντιμετώπισης της ασθένειας και στην επιτυχή συναισθηματική προσαρμογή.

Σύμφωνα με ένα θεωρητικό μοντέλο (Lieberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman, & Massel, 1986), υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στην αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών με σχιζοφρένεια, τις κοινωνικές δεξιότητες και την κοινωνική ικανότητα. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι οι ασθενείς χρειάζονται τόσο μια θετική αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας όσο και κοινωνικές δεξιότητες για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά σε μια κοινωνική κατάσταση. Η υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας συνδέεται με την καλύτερη προνοσηρή λειτουργικότητα, τα λιγότερα αρνητικά συμπτώματα και την καλύτερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (Pratt et al., 2005). Η φύση αυτής της σχέσης δεν είναι ξεκάθαρη. Η επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα μπορεί να είναι έμμεση και να εξαρτάται από άλλους παράγοντες όπως το κοινωνικό στίγμα. Η έρευνα για την επίδραση της εκπαίδευσης στην αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι απαραίτητη καθώς μπορεί να επηρεάζει το βαθμό προσπάθειας και επιμονής

τους ως προς την εφαρμογή των δεξιοτήτων στην καθημερινή τους ζωή.

2. Μέθοδος

Πληθυσμός μελέτης

Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν να λάβουν μέρος στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν στο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών του Κέντρου Ημέρας του Πανελληνίου Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ) (Οικονόμου, 2000b). Για να συμμετάσχουν στην παρέμβαση, οι ασθενείς έπρεπε να πληρούν τα εξής κριτήρια: (α) να μην πάσχουν από οργανικό σύνδρομο και να μην αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας που ενδεχομένως να εμποδίζει την παρουσία, τη συμμετοχή ή την ικανότητα μάθησης, (β) να έχουν επίσημη ψυχιατρική διάγνωση, (γ) να είναι σταθεροποιημένοι για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μηνός, (δ) να παρακολουθούνται συστηματικά, τουλάχιστον μια φορά το μήνα από ψυχίατρο, (ε) να μην πάσχουν από νοητική υστέρηση, και (στ) να μην εμφανίζουν συννοσηρότητα με εξάρτηση από αλκοόλ ή ουσίες.

Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν ύστερα από ανεπίσημη εκτίμηση των κοινωνικών τους δεξιοτήτων μέσω συνέντευξης και παρατήρησης κατά τις οποίες διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Συνολικά συμμετείχαν 14 άτομα. Δύο ασθενείς αποσύρθηκαν από τη μελέτη πριν την ολοκλήρωσή της. Οι ασθενείς αυτοί είχαν παρόμοια δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά με τους λοιπούς συμμετέχοντες. Από τους 12 ασθενείς που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της εκπαίδευσης οι 5 ήταν άνδρες (42%) και οι 7 γυναίκες (58%), με μέσο όρο ηλικίας περίπου τα 45 έτη ($S.D.=7,61$). Δέκα ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια της διάγνωσης της σχιζοφρένειας (83,3%) και 2 ασθενείς τη διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (16,7%). Τέσσερις ασθενείς είχαν από 0 έως 1 νοσηλείες στη ζωή τους, 4 ασθενείς από 2 έως 4 νοσηλείες και 4 ασθενείς είχαν νοσηλευτεί πάνω από 5 φορές σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Εννιά ασθενείς διέμεναν με την οικογένεια καταγωγής τους (75%) και 3 σε

ξενώνα (25%). Κανείς τους δεν είχε παντρευτεί, 11 δεν είχαν αισθηματική σχέση (92%) και 1 ασθενής είχε αισθηματική σχέση (8%) κατά την έναρξη της παρέμβασης. Οι ασθενείς είχαν συμπληρώσει τα 11,33 έτη βασικής εκπαίδευσης κατά μέσο όρο ($SD = 2,61$). Κανείς δεν εργαζόταν.

Ψυχομετρικά εργαλεία

Υποκλίμακα Κοινωνικής Επαφής και Υποκλίμακα Επικοινωνίας του Ερωτηματολογίου Δεξιότητων Ζωής. Το Ερωτηματολόγιο Δεξιότητων Ζωής (Life Skills Profile, LSP-39) (Rosen, Hadzi-Pavlovic, Parker, & Trauer, 2006) εκτιμά τη λειτουργικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια, οι οποίοι διαμένουν στο νοσοκομείο ή στην κοινότητα για χρονικό διάστημα των τελευταίων τριών μηνών. Ο εκτιμητής, ο οποίος πρέπει απαραίτητως να γνωρίζει τον ασθενή καλά, καταγράφει ποσοτικές διαβαθμίσεις παρατηρούμενων συμπεριφορών. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 υποκλίμακες με 39 ερωτήσεις στο σύνολο, οι οποίες εκτιμούν τη λειτουργικότητα σε 5 σημαντικούς τομείς: την αυτοφροντίδα, την ηπιότητα (non-turbulence), την κοινωνική επαφή, την επικοινωνία και την υπευθυνότητα. Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν 2 υποκλίμακες, Κοινωνικής Επαφής και Επικοινωνίας, για την εκτίμηση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών. Η υποκλίμακα Κοινωνικής Επαφής εκτιμά την κοινωνική διαντίδραση, τις φιλίες, τα διαπροσωπικά ενδιαφέροντα και τις διαπροσωπικές δραστηριότητες. Η υποκλίμακα Επικοινωνίας εκτιμά τις δεξιότητες συζήτησης, την αποδιοργανωμένη σκέψη, τη βλεμματική επαφή, τις κατάλληλες χειρονομίες και τις εκφράσεις προσώπου. Κάθε μία από τις υποκλίμακες αποτελείται από 6 ερωτήσεις. Η βαθμολόγηση γίνεται σε τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερες οι δεξιότητες ζωής και άρα τόσο καλύτερη η κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

Το Ερωτηματολόγιο Δεξιότητων Ζωής είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο ερευνητικό εργαλείο. Η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης κυμαίνεται από 0,78 μέχρι 0,90, η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογι-

τών από 0,53 μέχρι 0,75 (Rosen, Hadzipavlovic, & Parker, 1989. Parker, Rosen, Emdur, & Hadzipavlovic, 1991) και η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας είναι ικανοποιητική (Cronbach's α από 0,67 έως 0,88 για τις υποκλίμακες και 0,93 συνολικά για την κλίμακα) (Rosen et al., 1989. Parker et al., 1991. Trauer, Duckmanton, & Chiu, 1995). Επιπλέον, το Ερωτηματολόγιο Δεξιότητων Ζωής παρουσιάζει καλή συγχρονική εγκυρότητα με άλλες κλίμακες (Parker et al., 1991. Trauer et al., 1995), καθώς και εγκυρότητα περιεχομένου (Parker et al., 1991). Δεν έχει σταθμιστεί επίσημα στον ελληνικό πληθυσμό, ωστόσο οι 2 υποκλίμακες μεταφράστηκαν αντίστροφα στα ελληνικά από 2 ανεξάρτητους μεταφραστές για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης.

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής. Η σύντομη έκδοση του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά την υποκειμενική ποιότητα ζωής σε διάστημα των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Βασίζεται στην αυτοαναφορά και αποτελείται από 26 ερωτήσεις οι οποίες καλύπτουν τους ακόλουθους 4 τομείς: τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον. Οι ασθενείς αξιολογούνται με τη βοήθεια πεντάβαθμης κλίμακας τύπου Likert. Η βαθμολογία σε κάθε τομέα προκύπτει αφού ο μέσος όρος πολλαπλασιαστεί με 4 και μετατραπεί σε κλίμακα 0-100 ενώ η συνολική βαθμολογία βγαίνει από το άθροισμα των ερωτήσεων σε όλους τους τομείς. Η υψηλότερη βαθμολογία αντικατοπτρίζει υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας. Πρόκειται για ένα έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης της λειτουργικότητας ασθενών με σχιζοφρένεια (Bobes, Garcia-Portilla, Saiz, Bascaran, & Bousoño, 2005).

Η πλήρης έκδοση του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-100) έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Ginieri-Coccosis, Triantafyllou, Tomaras, Liapas, Christodoulou, & Papadimitriou, 2009) και παρουσιάζει καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28) (Pearson's correlation coefficient $r=0,67$, $p<0,01$) και την Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (LSI) (0,74 ανάμεσα στον τομέα των κοινω-

νικών σχέσεων και τη συνολική βαθμολογία του LSI και 0,78 ανάμεσα στο WHOQOL-100 και το LSI). Το WHOQOL-BREF παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια (Cronbach's α από 0,68 έως 0,82) και καλή φαινομενική εγκυρότητα και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Shevington, Lofly, & O'Connell, 2004). Στην παρούσα μελέτη, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της κοινοτικής λειτουργικότητας των ασθενών.

Υποκλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας/Αυτοεκτίμησης της Κλίμακας Ενδυνάμωσης. Η Κλίμακα Ενδυνάμωσης (Rogers, Chamberlin, Langer Ellison, & Crean, 1997) βασίζεται στην αυτοαναφορά και περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, οι οποίες έχουν στόχο να εκτιμήσουν την υποκειμενική αίσθηση ενδυνάμωσης των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο καλύπτει τους εξής 5 παράγοντες: την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας/αυτοεκτίμησης, την αίσθηση ισχύος-αδυναμίας, τον ακτιβισμό, τον δικαιολογημένο θυμό και την αισιοδοξία-αίσθηση ελέγχου για το μέλλον. Η βαθμολόγηση γίνεται σε τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η βαθμολογία σε κάθε παράγοντα προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων σε κάθε παράγοντα.

Η Κλίμακα Ενδυνάμωσης παρουσιάζει εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha=0,85$, ενώ για την Υποκλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας/ Αυτοεκτίμησης, Cronbach's $\alpha=0,91$) (Rogers, et al., 1997. Wowra & McCarter, 1999) και συγχρονική εγκυρότητα με την Κλίμακα Ανάρρωσης (Recovery Scale) (Pearson's correlation coefficient $r=-0,71$, $p<0,001$) (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, & Okeke, 1999), τη Συνέντευξη Ποιότητας Ζωής (The Quality of Life Interview) ($r=-0,58$, $p<0,001$) και την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg ($r=0,59$, $p<0,001$). Παρ' όλα αυτά, είναι αναγκαίο να δοκιμαστεί περαιτέρω με ένα μεγάλο δείγμα ψυχικά ασθενών έτσι ώστε να καθοριστεί η σταθερότητα και η ευαισθησία της σε αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου (Rogers et al., 1997).

Η Κλίμακα Ενδυνάμωσης δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό κι έτσι η Υποκλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας/Αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη μετά από αντίστροφη μετάφρασή της από την αγγλική στην ελ-

ληνική γλώσσα από 2 ανεξάρτητους μεταφραστές. Αποτελείται από 9 ερωτήσεις και η βαθμολογία κυμαίνεται από 6 έως 36. Η βαθμολόγηση των απαντήσεων αντιστράφηκε έτσι ώστε η υψηλότερη βαθμολογία να υποδεικνύει υψηλότερη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας.

Η ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων

Η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο χώρο του Κέντρου Ημέρας του ΣΟΨΥ, 2 φορές την εβδομάδα και η κάθε συνεδρία διαρκούσε 1 ώρα. Η συνολική διάρκεια της εκπαίδευσης ήταν 5 μήνες. Οι συντονιστές της ομάδας κοινωνικών δεξιοτήτων ήταν 2 ψυχολόγοι. Επιπλέον, 2 ψυχολόγοι ανέλαβαν τη διαχείριση περιστατικών ως πρόσωπα αναφοράς (case managers), οι οποίοι υπενθύμιζαν στους ασθενείς την ημερομηνία παράδοσης των εργασιών για το σπίτι και τους βοηθούσαν σε περίπτωση που εκείνοι αντιμετώπιζαν δυσκολία να επιδώσουν επαφή με άλλα άτομα στο Κέντρο Ημέρας. Το περιεχόμενο του προγράμματος των συνεδριών βασίστηκε στο έργο των Bellack, Mueser, Gingerich, & Agresta (2004) και Liberman, DeRisi, & Mueser (1989). Το εγχειρίδιο εκπαίδευσης δημιουργήθηκε ειδικά για τη συγκεκριμένη μελέτη και εστίαζε σε 14 δεξιότητες, συζήτησης, επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων με στόχο τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων με φίλους και συντρόφους. Οι συμμετέχοντες δεν είχαν λάβει εκπαίδευση στις συγκεκριμένες δεξιότητες στο παρελθόν.

Βασικές συνιστώσες του προγράμματος ήταν οι οδηγίες, η μίμηση προτύπου, τα παιχνίδια ρόλου, η επανάληψη της σκηνής με συγκεκριμένες οδηγίες και διακριτικές προτροπές, τα σινιάλα με τα χέρια, η επιβράβευση κατά τη διάρκεια της προσπάθειας και τέλος, η δομημένη εργασία για το σπίτι. Οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν σε λεκτικά, εξωλεκτικά και παραγλωσσικά στοιχεία όπως τα κοινωνικά ενδεικτικά στοιχεία, η βλεμματική επαφή, ο ρυθμός, η ένταση και το ύψος της φωνής, η ευφράδεια λόγου, οι κατάλληλες εκφράσεις προσώπου και χειρονομίες και η στάση του σώματος. Εκπαιδεύτηκαν επίσης στην επίλυση προβλημάτων (D'Zurilla & Goldfried, 1971), την οποία οι

ασθενείς καλούνταν να χρησιμοποιήσουν κατά τη διάρκεια των συνεδριών όποτε αυτό κρινόταν αναγκαίο.

Οι στρατηγικές για την επίτευξη της γενίκευσης των δεξιοτήτων σε πλαίσια εκτός του θεραπευτικού περιβάλλοντος περιλάμβαναν την παροχή πολλαπλών παραδειγμάτων από την καθημερινή ζωή των ασθενών, τις εξασθενημένες προτροπές, τη θετική επιβράβευση υπό μορφή επαίνου για τις επιτυχημένες σκηνές παιχνιδιών ρόλου, την ενθάρυνση για επιβράβευση του εαυτού από τους ίδιους τους ασθενείς, την εφαρμογή της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων σε υπαρκτά διαπροσωπικά προβλήματα και τέλος, την εξατομικευμένη εργασία. Τη γενίκευση των δεξιοτήτων βοήθησε η συμμετοχή των ασθενών στις δραστηριότητες του Κέντρου Ημέρας, καθώς εκείνοι είχαν την ευκαιρία να εφαρμόσουν τις δεξιότητες στις οποίες εκπαιδεύτηκαν στην κοινωνική λέσχη. Σε αυτό τους ενθάρυναν και επιβράβευαν τις προσπάθειές τους τα πρόσωπα αναφοράς.

Ανάλυση των δεδομένων της μελέτης

Για να εκτιμηθεί αν κατέκτησαν οι ασθενείς τις κοινωνικές δεξιότητες στις οποίες εκπαιδεύτηκαν, αν βελτιώθηκε η λειτουργικότητά τους στην κοινωνία και αν ενισχύθηκε η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους σε κοινωνικές καταστάσεις, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι t κατά ζεύγη. Για κάθε ένα από τα προαναφερόμενα εργαλεία αξιολόγησης πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις, η πρώτη με την ένταξη των ασθενών στην ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων και η δεύτερη με την ολοκλήρωση του προγράμματος, μετά από 5 μήνες. Οι συσχετίσεις ανάμεσα στις δημογραφικές μεταβλητές και τις μεταβλητές που σχετίζονται με την ασθένεια με τις εξαρτώμενες μεταβλητές (δεξιότητες επικοινωνίας, κοινωνική επαφή, ποιότητα ζωής και αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας) καθορίστηκαν μέσω του συντελεστή συσχέτισης Pearson. Τα στατιστικά τεστ ήταν δίπλευρα. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς (MANOVA) με 2 ανεξάρτητες μεταβλητές μεταξύ των υποκειμένων (την παρουσία στην ομάδα και τον αριθμό των συ-

μπληρωμένων εργασιών για το σπίτι) για την εκτίμηση του βαθμού βελτίωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσης. Τέλος, αξιολογήθηκε η ύπαρξη συσχέτισμού ανάμεσα στο βαθμό που οι ασθενείς παρακολουθούσαν την ομάδα και στο βαθμό που συμπλήρωναν τις εργασίες για το σπίτι.

3. Αποτελέσματα

Η συμφωνία μεταξύ των 2 εκτιμητών για τους 2 παράγοντες του ερωτηματολογίου Δεξιοτήτων Ζωής, την κοινωνική επαφή και την επικοινωνία πριν και μετά την παρέμβαση ήταν 0,81 και 0,80 για την κοινωνική επαφή και 0,76 και 0,77 για την επικοινωνία, όπως καθορίστηκε από τον συντελεστή συσχέτισης Pearson r . Η μέση τιμή των εκτιμήσεων χρησιμοποιήθηκε στις περαιτέρω αναλύσεις.

Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για την κοινωνική επαφή, την επικοινωνία, την ποιότητα ζωής και την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών κατά την έναρξη της παρέμβασης και μετά από 5 μήνες παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Ο κύριος στόχος της παρέμβασης ήταν οι δύο δείκτες της κοινωνικής λειτουργικότητας, η κοινωνική επαφή και η επικοινωνία. Εφαρμόστηκε ο έλεγχος t επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για την εκτίμηση της στατιστικής σημαντικότητας των μέσων τιμών μεταξύ των δύο μετρήσεων. Υπήρξε σημαντική διαφορά ανάμεσα στην κοινωνική επαφή ($M_{diff} = 1,88$, $SE = 0,47$), $t(11) = 4,03$, $p = 0,002$, $r = 0,77$, καθώς και στην επικοινωνία ($M_{diff} = 1,38$, $SE = 0,41$), $t(11) = -3,36$, $p = 0,006$, $r = 0,71$ των ασθενών πριν και μετά το τέλος της παρέμβασης. Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι κατά μέσο όρο οι ασθενείς διέφεραν στην ολική ποιότητας ζωής ($M_{diff} = 15,79$, $SE = 2,95$) πριν και μετά το τέλος της παρέμβασης, $t(11) = 5,36$, $p = 0,00$, $r = 0,85$. Εξετάστηκαν επίσης και 2 υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF), η Ψυχολογική Υγεία και οι Κοινωνικές Σχέσεις. Τα αρχικά σκορ της ψυχολογικής υγείας ήταν στατιστικά σημαντικά μη κανονικά, $D(12) = 0,30$, $p = 0,005$ κι έτσι εφαρμόστηκε ο προσημικός έλεγχος

Πίνακας 1

Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για την κοινωνική επαφή, την επικοινωνία, την ποιότητα ζωής και την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας σε δύο χρονικά σημεία (N = 12)

| | Πριν την παρέμβαση | | Μετά την παρέμβαση | |
|---|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> |
| ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ | | | | |
| LSP | | | | |
| Κοινωνική επαφή | 13,08 | 3,69 | 14,96 | 2,97 |
| Επικοινωνία | 17,96 | 3,09 | 19,33 | 2,57 |
| WHOQOL-BREF | | | | |
| Συνολική ποιότητα ζωής | 59,54 | 10,17 | 75,33 | 9,97 |
| Ψυχική υγεία | 56,00 ^a | 8,71 | 75,00 ^a | 10,07 |
| Κοινωνικές σχέσεις | 51,08 | 24,95 | 77,67 | 18,82 |
| ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ-ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ | | | | |
| Αυτοαποτελεσματικότητα | 25,33 | 3,17 | 27,25 | 2,70 |

Σημείωμα: ^aΔιάμεσος

βαθμίδων του Wilcoxon. Σύμφωνα με αυτό, τα σκορ της ψυχικής υγείας των ασθενών ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα μετά το τέλος της παρέμβασης συγκριτικά με αυτά πριν την έναρξη της παρέμβασης, ($z=2,94, p=0,003, r=0,85$), καθώς 11 ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ, 1 ασθενής διατήρησε το ίδιο σκορ και κανένας δεν είχε χαμηλότερο σκορ μετά από 5 μήνες. Το ίδιο ισχύει και για τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών, όπου σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($M_{diff}=26,58, SE=7,04$) από τη γραμμή αναφοράς μέχρι το τέλος της παρέμβασης, $t(11)=3,78, p=0,00, r=0,75$). Η μέση τιμή της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας πριν και μετά το τέλος της παρέμβασης ($M_{diff}=1,92, SE=0,97$) δεν διέφερε σημαντικά, $t(11)=1,97, p=0,07$.

Το τελευταίο μέρος της ανάλυσης εξέτασε αν η παρουσία στην ομάδα και η συμπλήρωση των ασκήσεων για το σπίτι είχαν διαφορετική επίδραση στα σκορ των ασθενών μετά το τέλος της παρέμβασης. Οι διάμεσες τιμές της κατανομής για

τα δεδομένα της παρουσίας στην ομάδα και της συμπλήρωσης των ασκήσεων χρησιμοποιήθηκαν ως σημεία αποκοπής βάσει των οποίων κατηγοριοποιήθηκαν οι ασθενείς σε δύο ομάδες, σε αυτούς που είχαν συχνή παρουσία και συμπλήρωναν συχνά τις ασκήσεις και σε αυτούς οι οποίοι δεν είχαν συχνή παρουσία και δεν συμπλήρωναν συχνά τις ασκήσεις. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τους δύο δείκτες της κοινωνικής λειτουργικότητας, την κοινωνική επαφή και την επικοινωνία ανάμεσα στις δύο ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Η διπαραγοντική πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς (MANOVA) για την παρουσία στην ομάδα (συχνή, όχι συχνή) και τη συμπλήρωση των ασκήσεων για το σπίτι (συχνή, όχι συχνή) εφαρμόστηκε με τη μέση τιμή της επικοινωνίας και της κοινωνικής επαφής μετά το τέλος της παρέμβασης ως εξαρτώμενες μεταβλητές. Μόνο η συμπλήρωση των ασκήσεων φάνηκε να επηρεάζει τις δεξιότητες επικοινωνίας και το επίπεδο κοινω-

Πίνακας 2

Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για την κοινωνική λειτουργικότητα στο τέλος της παρέμβασης με την παρουσία στην ομάδα και τη συμπλήρωση των ασκήσεων για το σπίτι

| Ψυχ/κό εργαλείο | Παρουσία στην ομάδα | | | | Συμπλήρωση των ασκήσεων | | | |
|-----------------|---------------------|------|-----------------|------|-------------------------|------|-----------------|------|
| | Συχνή (n=7) | | Όχι συχνή (n=5) | | Συχνή (n=7) | | Όχι συχνή (n=5) | |
| LSP | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Κοιν/κή επαφή | 15,14 | 3,61 | 14,70 | 2,14 | 16,86 | 2,06 | 12,30 | 1,68 |
| Επικοινωνία | 19,57 | 3,15 | 19,00 | 1,73 | 20,43 | 2,35 | 17,80 | 2,20 |

Πίνακας 3

Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης διασποράς για κάθε υποκλίμακα του LSP

| | Df | MS | F | p |
|---|----|-------|-------|-------|
| Επίδραση για την Κοινωνική επαφή | | | | |
| Παρουσία | 1 | 9,47 | 4,06 | ns |
| Άσκηση για το σπίτι | 1 | 56,38 | 24,16 | 0,001 |
| Παρουσία × Άσκηση | 1 | 2,56 | 1,10 | ns |
| Επικοινωνία | | | | |
| Παρουσία | 1 | 3,41 | 0,69 | ns |
| Άσκηση για το σπίτι | 1 | 16,50 | 3,34 | ns |
| Παρουσία × Άσκηση | 1 | 4,91 | 1,00 | ns |

νικής επαφής των ασθενών μετά το τέλος της παρέμβασης, [Wilks's $\lambda = 0,23$, $F(2,7) = 11,76$, $p < 0,01$, $\text{partial } h^2 = 0,77$]. Ακολούθησε ανάλυση διασποράς (ANOVA) σε κάθε εξαρτώμενη μεταβλητή, σύμφωνα με την οποία η δέσμευση στη συμπλήρωση των ασκήσεων είχε μια στατιστικά σημαντική επίδραση μόνο στα σκορ της κοινωνικής επαφής των ασθενών μετά το τέλος της παρέμβασης, $F(1,8) = 24,16$, $p < 0,01$, $\text{partial } h^2 = 0,75$. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι οι ασθενείς που συμπλήρωναν τις ασκήσεις συχνά ($M = 16,86$, $S.D. = 2,06$) βελτιώθηκαν πιο πολύ στην κοινωνική επαφή από αυτούς που συμπλήρωναν τις ασκήσεις μη συστηματικά ($M = 12,30$, $SD = 1,68$). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική αλληλε-

πίδραση ανάμεσα στην παρουσία στην ομάδα και στη συμπλήρωση των ασκήσεων στη μέση τιμή της κοινωνικής επαφής [$F(1,8) = 1,10$, $p = 0,33$] ή της επικοινωνίας [$F(1,8) = 0,99$, $p = 0,35$] των ασθενών μετά την παρέμβαση. Αυτό δείχνει ότι η παρουσία στην ομάδα δεν επηρέασε διαφορετικά τους ασθενείς που συμπλήρωναν συχνά τις ασκήσεις και αυτούς που δεν τις συμπλήρωναν συχνά (Πίνακας 3).

Τέλος, σύμφωνα με τον συντελεστή συσχέτισης Pearson, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός συσχετισμός ανάμεσα στον αριθμό των συνεδριών που παρακολούθησαν οι ασθενείς και στον αριθμό των εργασιών που συμπλήρωσαν, $r = 0,03$, p (one-tailed) = 0,47.

4. Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, μετά από 5 μήνες παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στους 2 δείκτες της κοινωνικής λειτουργικότητας, την κοινωνική επαφή και την επικοινωνία, με βάση τις εκτιμήσεις των 2 επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν τα ευρήματα άλλων ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία, δηλαδή ότι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες βελτιώνει την κοινωνική αλληλεπίδραση (Hayes, et al., 1995. Spencer, Gillespie, & Ekisa, 1983) και τις δεξιότητες επικοινωνίας των ασθενών με σχιζοφρένεια (Bellack et al., 1984. Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003. Hayes et al., 1995. Patterson et al., 2006. Wallace & Liberman, 1985).

Επιπλέον, με την ολοκλήρωση της παρέμβασης παρατηρήθηκε βελτίωση στην υποκειμενική αίσθηση της ψυχικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών που αναφέρουν ότι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες σε συνδυασμό με τη διαχείριση περιστατικών βελτιώνει την υποκειμενική αίσθηση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Hayes et al., 1995. Glynn et al., 2002). Η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων φαίνεται πως ωθεί τους ασθενείς να δημιουργήσουν συνδέσμους με άλλους ανθρώπους, να είναι λιγότερο κοινωνικά αποσυρμένοι και κατ' επέκταση να δημιουργήσουν μια θετική εικόνα του εαυτού, να αντιλαμβάνονται τις σχέσεις τους ως ικανοποιητικές και τη ζωή τους ουσιαστική. Θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθώς η ποιότητα ζωής εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, οι οποίοι προαναφέρθηκαν, και αποτελεί μεταβλητή που σχετίζεται έμμεσα με την εφαρμογή των κοινωνικών δεξιοτήτων.

Η υπόθεση ότι η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών θα παρουσίαζε αύξηση μετά το τέλος της εκπαίδευσης δεν επιβεβαιώθηκε. Στην παρούσα μελέτη, οι δύο δείκτες της κοινωνικής λειτουργικότητας, η κοινωνική επαφή και η επικοινωνία αποτελούσαν τις πιο άμεσα συνδεδεμένες μεταβλητές με την παρέμβαση (proximal

variables), ενώ η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και η ποιότητα ζωής ήταν έμμεσα συνδεδεμένες (intermediate variables). Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες έχει μεγαλύτερη επίδραση στους τομείς που θεωρούνται ότι είναι άμεσα συνδεδεμένοι μαζί της και μικρότερη στους έμμεσα συνδεδεμένους τομείς (Kurtz et al., 2008).

Η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει έμμεσα την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων με διαταραχή στο φάσμα της σχιζοφρένειας και η σχέση αυτή διαμεσολαβείται από άλλους παράγοντες όπως τα αρνητικά συμπτώματα (Pratt et al., 2005). Οι ασθενείς των οποίων η κλινική εικόνα κυριαρχείται από αρνητικά συμπτώματα όπως αβουλία, ανηδονία και κοινωνική απόσυρση, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή, έχουν μειωμένη διάθεση για διαπροσωπικές σχέσεις και δραστηριότητες. Ενδεχομένως, εξαιτίας της παρουσίας αρνητικών συμπτωμάτων η παρέμβαση δεν είχε αποτέλεσμα ως προς την αυτοαποτελεσματικότητα. Επιπλέον, είναι πιθανό ότι μια αλλαγή στη νόηση (cognition) να είναι πιο δύσκολο να επιτευχθεί από μια αλλαγή στη συμπεριφορά των ασθενών με το συγκεκριμένο βαθμό της εκπαίδευσης. Συνεπώς, μπορεί να χρειάζεται εκπαίδευση μεγαλύτερη σε διάρκεια και συχνότητα για να μετατρέψει την αντίληψη των ασθενών σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητά τους σε κοινωνικές καταστάσεις.

Η αρχική υπόθεση ότι η παρουσία στην ομάδα και η δέσμευση στη συμπλήρωση των ασκήσεων για το σπίτι θα ήταν απαραίτητα στοιχεία της παρέμβασης δεν επιβεβαιώθηκε. Οι ασθενείς οι οποίοι είχαν συχνή παρουσία στην ομάδα δε διέφεραν στις δεξιότητες επικοινωνίας ή στην κοινωνική επαφή από τους ασθενείς οι οποίοι έχασαν πολλές συνεδρίες. Αντίθετα, οι ασθενείς οι οποίοι συμπλήρωσαν περισσότερες ασκήσεις επιδίωξαν την κοινωνική επαφή σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτούς οι οποίοι συμπλήρωσαν λιγότερες ή καθόλου ασκήσεις. Η άσκηση για το σπίτι έχει βρεθεί ότι επιδρά θετικά στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τις κοινωνικές δραστηριότητες των μη νοσηλευόμενων ασθενών με σχιζοφρένεια ή άλλη διαταραχή π.χ. κατάθλιψη, κοινωνική φοβία, διαταραχή προσωπικότητας, σεξουαλική διατα-

ραχή (Falloon, Lindley, McDonald, & Marks, 1977).

Η δέσμευση στη συμπλήρωση των ασκήσεων δεν επηρέασε τις δεξιότητες επικοινωνίας των ασθενών. Το εύρημα αυτό δεν αποτελεί έκπληξη αν λάβουμε υπόψη το περιεχόμενο των ασκήσεων, το οποίο εστίαζε στην επιδίωξη διαπροσωπικής επαφής με σκοπό την εξάσκηση των δεξιοτήτων που μάθαιναν οι ασθενείς στην ομάδα. Θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο οι ασκήσεις να στοχεύουν στις δεξιότητες επικοινωνίας των ασθενών, καθώς αυτές είναι στενά συνδεδεμένες με τα πυρηνικά γνωστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως η έλλειψη συγκέντρωσης, προσοχής και κινητοποίησης. Επομένως, οι ασκήσεις είχαν τη μορφή παιχνιδιών ρόλου όπου οι ασθενείς καλούνταν να εξασκήσουν τις κοινωνικές δεξιότητες που μάθαιναν στην ομάδα με άλλους ανθρώπους. Τα πρόσωπα αναφοράς επιβράβευαν τους ασθενείς όταν οι τελευταίοι επεδείκνυαν κατάλληλες δεξιότητες επικοινωνίας κατά τη διάρκεια αλληλεπίδρασής τους με άλλα άτομα στην κοινωνική λέσχη του Κέντρου Ημέρας αλλά με τρόπο τέτοιο ώστε να μη παρεμβαίνουν, άρα με τρόπο μη συστηματικό. Κατά συνέπεια, συστηματική επιβράβευση των κατάλληλων δεξιοτήτων επικοινωνίας των ασθενών έγινε μόνο μέσα στην ομάδα, κάτι που μετά από 5 μήνες οδήγησε σε βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας τους αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς οι οποίοι παρουσίασαν υψηλή δέσμευση και σε αυτούς οι οποίοι παρουσίασαν χαμηλή δέσμευση στη συμπλήρωση των ασκήσεων.

Ο συσχετισμός ανάμεσα στην παρουσία στην ομάδα και στη δέσμευση για τη συμπλήρωση των ασκήσεων για το σπίτι δεν επιβεβαιώθηκε και κατά συνέπεια οι ασθενείς οι οποίοι συμπλήρωσαν περισσότερες ασκήσεις δεν ήταν αυτοί που παρακολούθησαν και τις περισσότερες συνεδρίες. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε συμφωνία με τη δομή της εκπαίδευσης όπου οι δεξιότητες είναι μοιρασμένες σε αλληλένδετες αλλά ανεξάρτητες μεταξύ τους δεξιότητες. Ένας ασθενής που έχανε μια συνεδρία μπορούσε να παρακολουθήσει την επόμενη ακόμα κι αν δεν είχε αναπληρώσει τη χαμένη συνεδρία. Σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που συμμετεί-

χαν ενεργά σε συζητήσεις στην ομάδα συμπλήρωναν περισσότερες εργασίες γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (Granholtm, Auslander, Gottlieb, McQuaid, & McClure, 2006). Ο τύπος της παρέμβασης και η μορφή των εργασιών ήταν διαφορετική με αυτή της παρούσας μελέτης, επομένως δεν είναι δυνατή η άμεση σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων τους. Παρόλα αυτά, είναι πιθανό η δέσμευση στη συμπλήρωση των ασκήσεων και η ενεργή συμμετοχή στην ομάδα να είναι απαραίτητα συστατικά της παρέμβασης σε αντίθεση με την παρουσία στην ομάδα.

Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Το δείγμα πληθυσμού ήταν μικρό άρα η στατιστική ισχύς των αποτελεσμάτων είναι ανεπαρκής. Βασικό μειονέκτημα αποτελεί η απουσία ομάδας ελέγχου στον σχεδιασμό, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Οι ασθενείς δεν επιλέχθηκαν με τρόπο τυχαίο κι έτσι το δείγμα μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού των ασθενών με σχιζοφρένεια. Επίσης, το δείγμα δεν ήταν ομοιογενές ως προς την ψυχοπαθολογία, καθώς 10 ασθενείς είχαν διάγνωση σχιζοφρένειας και 2 ασθενείς διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, γεγονός που μειώνει την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Τα άτομα με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έχουν καλύτερη προνοσηρή κοινωνική λειτουργικότητα και καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες μετά την έναρξη της νόσου (Mueser et al., 1990). Ακόμα και μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια όμως παρατηρείται σημαντική ανομοιογένεια ως προς τη συμπτωματολογία και τις γνωστικές λειτουργίες (Seaton et al., 2001), επομένως ούτως ή άλλως θα υπήρχε μια επιφύλαξη για την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης.

Δεν θα πρέπει να θεωρήσουμε την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως κάτι ανεξάρτητο από τη φαρμακοθεραπεία ή άλλου τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις, δεδομένου ότι οι ασθενείς λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή από τον ψυχίατρο που τους παρακολουθούσε ανεξάρτητα

από το πρόγραμμα. Προβληματική είναι επίσης η παράλληλη παρακολούθηση ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας υποστηρικτικού τύπου ή η ένταξη σε κάποια μη θεραπευτική ομάδα στο Κέντρο Ημέρας για μέρος του δείγματος, ενώ κάποιοι άλλοι δεν είχαν ενταχθεί κάπου. Η επαφή με τον θεραπευτή και άλλοι παράγοντες (confounding variables) ενδέχεται να έχουν αλλοιώσει τα αποτελέσματα.

Για την εκτίμηση της κοινωνικής λειτουργικότητας και της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα τμήμα του Ερωτηματολογίου Δεξιοτήτων Ζωής και της Κλίμακας Ενδυνάμωσης αντίστοιχα. Οι συγκεκριμένες κλίμακες δεν έχουν σταθμιστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Επιπλέον, το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής δεν έχει δημιουργηθεί ειδικά για τον πληθυσμό των ατόμων με σχιζοφρένεια και δεν αξιολογεί αντικειμενικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής ή σχετικούς ενδοψυχικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα το κίνητρο και η συναισθηματική εμπλοκή στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Έναν ακόμη περιορισμό θέτει η μη συμφωνία στη διεθνή βιβλιογραφία ως προς τους ορισμούς των εννοιολογικών κατασκευών (constructs), τη μεθοδολογία, τα εργαλεία αξιολόγησης και τα δείγματα πληθυσμών που σχετίζονται με την εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και τις διαφορές ανάμεσα στο περιεχόμενο των προγραμμάτων της εκπαίδευσης. Οι παράγοντες αυτοί αναμφισβήτητα καθιστούν την επικοινωνία στην επιστημονική κοινότητα δύσκολη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η παρούσα μελέτη ήταν πιλοτική και ως τέτοια έχει την αξία της, καθώς ανέδειξε πολύτιμες παραμέτρους του θέματος και μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες με αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού. Είναι σημαντικό το ότι ανάμεσα στα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν υπήρχε και ένα που βασίστηκε στην αξιολόγηση από ψυχολόγους που γνώριζαν καλά τους ασθενείς. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιήθηκε για να αντισταθμιστεί η πιθανή αναξιοπιστία της αυτοαναφοράς ως μέτρησης για την αξιολόγηση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών

με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα. Οι ασθενείς με ψύχωση μπορεί να μην είναι σε θέση να παρατηρήσουν με ακρίβεια τον τρόπο συμπεριφοράς τους λόγω κάποιων γνωστικών ελλειμμάτων, μειωμένης εναισθησίας, συννοσηρότητας με συμπτώματα κατάθλιψης (Harvey, Jeffreys, McNaught, Blizard, & King, 2007) ή άλλων παραγόντων. Συνεπώς, η πιθανότητα εύρεσης του πραγματικού επιπέδου της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών μπορεί να είναι μεγαλύτερη όταν ο εκτιμητής δεν είναι ο ίδιος ο ασθενής αλλά κάποιος τρίτος ή όταν χρησιμοποιείται κάποιο τεστ γνώσεων στις κοινωνικές δεξιότητες. Καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος η αξιολόγηση να επηρεαστεί από τη νοητική και συναισθηματική κατάσταση του εκτιμητή, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή των αξιολογήσεων δύο εκτιμητών. Υπήρχε υψηλός βαθμός συμφωνίας για τους δύο παράγοντες του ερωτηματολογίου για την κοινωνική λειτουργικότητα, γεγονός που αποτελεί ένδειξη απουσίας ιδιοσυγκρατικών αξιολογήσεων.

Η μελέτη επιβεβαιώνει το γεγονός ότι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες είναι μια αποτελεσματική ψυχοκοινωνική παρέμβαση που βελτιώνει την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια και τη λειτουργικότητά τους στην κοινότητα. Η διαχείριση περιστατικών αποτελεί σημαντικό μέρος της εκπαίδευσης και θα πρέπει να ενσωματώνεται στον σχεδιασμό της. Επίσης, τα μέλη της οικογένειας των ασθενών, καθώς και εθελοντές μπορούν κάλλιστα να ενταχθούν στον σχεδιασμό έτσι ώστε να ενισχύουν τις προσπάθειες των προσώπων αναφοράς και να διευκολύνουν τη διαδικασία της γενίκευσης των δεξιοτήτων στην κοινότητα. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται και η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Γενικά επικρατεί η πεποίθηση ότι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες οδηγεί και σε άλλα αποτελέσματα όπως στην αύξηση του αριθμού και στη βελτίωση της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς επίσης και στην ενεργό συμμετοχή στην κοινότητα και σε κοινωνικές δραστηριότητες. Θα ήταν σημαντικό ο σχεδιασμός των ερευνών να συμπεριλάβει, πέρα από μετρήσεις αναφοράς των ίδιων των ασθενών και των

εξωτερικών εκτιμητών, εκτιμήσεις από παρατηρήσεις σε ζώντα οργανισμό κατά τη διάρκεια διαπροσωπικών δραστηριοτήτων και δραστηριοτήτων στην κοινότητα. Αυτές θα μπορούν να καθορίσουν το βαθμό στον οποίο οι ασθενείς καταφέρνουν να μεταφέρουν τις δεξιότητες στην καθημερινή τους ζωή και την οικειότητα που επιτυγχάνουν στις σχέσεις τους. Η σύγκριση ανάμεσα στην εκπαίδευση σε κλινικό χώρο και στην εκπαίδευση σε ζώντα οργανισμό θα απαντήσει σε ερωτήματα σχετικά με την οικονομική και χρονική αποδοτικότητα της συγκεκριμένης εκπαίδευσης. Επιπλέον, θα ήταν σκόπιμο για την κατάλληλη τροποποίηση της εκπαίδευσης, να διερευνηθούν περαιτέρω οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητά τους, όπως και κάποιες άλλες γνωστικές διεργασίες που σχετίζονται με κοινωνικές συμπεριφορές, για παράδειγμα το ύφος απόδοσης αιτίων και η αυτοπαρακολούθηση. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί αποτελεσματικότερα μέσω μιας προοπτικής μελέτης. Τέλος, είναι σημαντικό να διερευνηθεί η επίδραση διαφορετικών τύπων ασκήσεων για το σπίτι, ως μέρους της εκπαίδευσης, στις κοινωνικές δεξιότητες των ασθενών.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά τη Δρ. Χρυσούλα Καρακίτσου και τον Δρ. Αντώνη Κοτσάφτη για τις πολύτιμες συμβουλές τους, καθώς επίσης την κ. Ελεονώρα Κανελλοπούλου και την κ. Κατερίνα Γκόμπλια για τη βοήθειά τους στην ερευνητική διαδικασία.

Βιβλιογραφία

- Addington, J., & Addington, D. (2000). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 44, 47-56.
- Addington, J., McCleary, L., & Munroe-Blum, H. (1998). Relationship between cognitive and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 34, 59-66.
- Anzai, N., Yoneda, S., Kumagai, N., Nakamura, Y., Ikebuchi, E., & Liberman, R. P. (2002). Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services*, 53(5), 545-547.
- Auther, A. M., Lencz, T., Smith, C. W., Bowie, C. R., Cornblatt, B. A., (2003). Overview of the first annual workshop on the schizophrenia prodrome. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 625-631.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart, & Winston.
- Bellack, A. S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P.D., Heaton, R. K., Laughren, T., Leon, A. C., Mayo, D. J., Patrick, D. L., Patterson, T. L., Rose, A., Stover, E., & Wykes, T. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 805-822.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T., & Mueser, K. T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Bellack, A. S., & Mueser K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia. A step-by-step guide*. New York: The Guilford Press.
- Bellack, A. S., Turner, S. M., Hersen, M., & Luber, R., F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Community Psychiatry*, 35, 1023-1028.
- Bentall, R. P., Simpson, P. W., Lee, D. A., Williams, S., Elves, S., Brabbin, C., & Morrison, A. P. (2010). Motivation and avolition in schizophrenia patients: The role of self-efficacy. *Psychosis*, 2(1), 12-22.
- Benton, M. K. & Shroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(6), 741-747.
- Blanchard, J. J., & Neale, J. M. (1994). The neuropsychological signature of schizophrenia: generalized or differential deficit? *American Journal of Psychiatry*, 151, 40-48.
- Bobes, J., Garcia-Portilla, P., Saiz, P. A., Bascaran, T., & Bousono, M. (2005). Quality of life measures

- in schizophrenia. *European Psychiatry*, 20, 313-317.
- Bradshaw, W. & Brekke, J. S. (1999). Subjective experience in schizophrenia: factors influencing self-esteem, satisfaction with life, and subjective distress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(2), 254-260.
- Braff, D. L., Heaton, R., Kuck, J., Cullum, M., Moranville, J., Grant, I., & Zisook, S. (1991). The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogeneous Wisconsin Card Sorting Test results. *Archives of General Psychiatry*, 48, 891-898.
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., O'Callaghan, E. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118-124.
- Bruene, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature, *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42.
- Buchanan, W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J. M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., Himelhoch, S., Fang, B., Peterson, E., Aquino, P. R., & Keller, W. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 71-93.
- Bullock, W. A., Ensing, D. S., Alloy, V. E., & Weddle, C. C. (2010). Leadership education: evaluation of a program to promote recovery in persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 3-10.
- Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., & Keith, S. J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*, 158, 163-175.
- Chien, H., Ku, C., Lu, R., Chu, H., Tao, Y., & Chou, K. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5), 228-236.
- Corcoran, C., Walker, E., Huot, R., Mittal, V., Tessner, K., Kestler, L., & Malaspina, D. (2003). The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 671-692.
- Corrigan, P. W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(3), 203-210.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation. An Empirical Approach*. New York: The Guildford Press.
- Corrigan, P. W., Gifford, D., Rashid, B. S., Leary, M. S., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231-239.
- Corrigan, P. W., Wallace, C. J., & Green, M. F. (1992). Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8, 129-135.
- Couture, S., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 44-63.
- Dickinson, D., Iannone, V. N., Wilk, C. M., & Gold, J. M. (2004). General and specific cognitive deficits in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 55, 826-833.
- Dilk, M. N. & Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1337-1346.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- Eckman, T. A., Wirshing, W. C., Marder, S. R., Liberman, R. P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K., & Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555.
- Eklund, M. & Hansson, L. (2007). Social network among people with persistent mental illness: associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 293-305
- Falloon, I. R., Lindley, P., McDonald, R., & Marks, I. M. (1977). Social Skills Training of out-patient groups. A controlled study of rehearsal and homework. *British Journal of Psychiatry*, 131(6), 599-609.
- Foster Green, M., Kern, R.S., Braff, D. L. & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136.
- Farrer, C. & Franck, N. (2007). Self-monitoring in

- schizophrenia. *Current Psychiatry Reviews*, 3(4), 243-251.
- Frith, C. D. & Corcoran, R. (1996). Exploring the 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 521-530.
- Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman, R. P., Blair, K., Wirshing, W. C., Wirshing, D. A., Ross, D., & Mintz, D. (2002). Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 829-837.
- Goldberg, J. O. & Smidt, L. A. (2001). Shyness, sociability, and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 343-349.
- Granholm, E., Auslander, L. A., Gottlieb, J. D., McQuaid, J. R., & McClure, F. S. (2006). Therapeutic factors contributing to change in cognitive-behavioral group therapy for older persons with schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 31-41.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., Patterson, T., & Jeste, D. V. (2005). A randomized controlled trial of cognitive behavioral skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 520-529.
- Green, M. F., Olivier, B., Crowley, J. N., Penn, D. L., & Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in Schizophrenia New Approaches Seminar. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 882-887.
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Liapas, I. A., Christodoulou, G. N., & Papadimitriou, G. N. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 23-37.
- Halford, W. K., & Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11, 23-44.
- Harvey, C. A., Jeffreys, S. E., McNaught, A. S., Blizard, R. A., & King, M. B. (2007). The Camden schizophrenia surveys III: five-year outcome of a sample of individuals from a prevalence survey and the importance of social relationships. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 340-356.
- Hayes, R. L., Halford, W. K., & Varghese, F. T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*, 26, 433-449.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia.: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21-46.
- Holmes, M. R., Hansen, D. J., & Lawrence, J., S. (1984). Conversational skills with aftercare patients in the community: social validation and generalization. *Behavior Therapy*, 15, 84-100.
- Hooker, C., & Park, S. (2002). Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 112, 41-50.
- Inoue, S., Tanaka, S., Shimodera, S., & Mino, Y. (1997). Expressed emotion and social function. *Psychiatry Research*, 72, 33-39.
- Ji-Min, S., Sukhee, A., Eun-Kyung, B., & Chul-Kweon, K. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), 317-326.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 33-37.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), S12-S23.
- Kopelowicz, A., Zarate, R., Gonzalez Smith V., Mintz, J., Liberman, R. P. (2003). Disease management in latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 211-228.
- Kurtz, M. M. & Mueser K.T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 491-504.
- Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability. Manual of psychiatric rehabilitation*. VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. MA: Allyn & Bacon.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs,

- H. E., Eckman T., & Massel, H. K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 631-647.
- Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Kopelowitz, A., Vaccaro, J., & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1087-1091.
- Marder, S. R., Wirshing, W. C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T. A., Lebell, M., Zimmerman, K., & Liberman, R. P. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153(12), 1585-1592.
- Martin, J. A. & Penn, D. L. (2002). Attributional style in schizophrenia: an investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 131-141.
- Matousek, N., Edwards, J., Jackson, H. J., Rudd, R. P., & McMurry, N. E. (2004). Social skills training and negative symptoms. *Behavior Modification*, 16, 39-63.
- Mojtabai, R., Nicholson, R. A., & Carpenter, B. N. (1998). Role of psychosocial treatment management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 569-587.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S., & Morrison, R. L. (1991). Prevalence and stability of social skills deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Morrison, R. L., & Wixted, J. T. (1990). Social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *Journal of Psychiatric Research*, 24(1), 51-63.
- Mueser, K. T., Doonan, R., Penn, D. L., Blanchard, J. J., Bellack, A. S., Nishith, P., & DeLeon, J. (1996). Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 271-275.
- Mueser, K. T., Penn, D. L., Blanchard, J. J., & Bellack, A. S. (1997). Affect recognition in schizophrenia: a synthesis of findings across three studies. *Psychiatry*, 60(4), 301-308.
- Mueser, K. T., Valentiner, D. P., & Agresta, J. (1997). Coping with negative symptoms of schizophrenia: patient and family perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 329-339.
- Οικονόμου, Μ. (2000a). Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες. Στο βιβλίο «Ψυχιατρική» Β' Τόμος, (επιμ. έκδοσης: Γ. Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες). Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα: ΒΗΤΑ, σελ. 806-814.
- Οικονόμου, Μ. (2000b). Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο βιβλίο «Προληπτική Ψυχιατρική», (επιμ. έκδοσης: Γ. Ν. Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Π. Οικονόμου), Αθήνα: Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, σελ. 181-186.
- Patterson, T. L., Mausbach, B. T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J., & Jeste, D. V. (2006). Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 86, 291-299.
- Park, K., Ku, J., Choi, S., Jang, H., Park, J., Kim, S. I., & Kim, J. (2011). A virtual reality application in role plays of social skills training for schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 189, 166-172.
- Parker, G., Rosen, A., Edmur, N., & Hadzi-Pavlov, D. (1991). The Life Skills Profile: Psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 145-152.
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 607-617.
- Penn, D. L., Hope, D. A., Spaulding, W., & Kucera, J. (1994). *Social anxiety in schizophrenia*. *Schizophrenia Research*, 11, 277-284.
- Pfammater, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 64-80.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized control trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.
- Pratt, S. I., Mueser, K. T., Smith, T. E., & Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: a mediational analysis. *Schizophrenia Research*, 78, 187-197.

- Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinhartz, D., & Stip, E. (2005). Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research*, 77, 343-353.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Langer Ellison, M., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, G., Trauer, & T. (2006). The Life Skills Profile. Background, items, and scoring for the LSP-39, LSP-20, and the LSP-16. Προήλθε από <http://www.blackdoginstitute.org.au/research/tools/index.cfm>, 3 Οκτωβρίου, 2009.
- Rund, B. R. (1998). A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 425-435.
- Seaton, B. E., Goldstein, G., & Allen, D. N. (2001). Sources of heterogeneity in schizophrenia: the role of neuropsychological functioning. *Neuropsychology Review*, 11(1), 45-67.
- Scott, J. E. & Dixon, L. B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 621-630.
- Segrin, C. (1992). Specifying the nature of social skill deficits associated with depression. *Human Communication Research*, 19(1), 89-123.
- Shevington, S. M., Lofty, M., & O'Connell, A. K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 229-310.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Willson, D. F., Israel, L. M., & Munich, R. L. (1999). The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(2), 102-108.
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 526-537.
- Spaulding, W. D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., & Weiler, M. (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 657-676.
- Spencer, P. G., Gillespie, C. R., & Ekisa, E. G. (1983). A controlled comparison of the effects of social skills training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 143, 165-172.
- Stirling, J. D., Hellewell, J. S. E., & Ndlovu, D. (2001). Self-monitoring dysfunction and the positive symptoms of schizophrenia. *Psychopathology*, 34, 198-202.
- Trauer, T., Duckmanton, R.A. Chiu, E. (1995). The life skills profile: a study of its psychometric properties. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(3), 492-499.
- Valencia, M., Rascon, M. L., Juarez, F., & Murow, E. (2007). A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 37, 1393-1402.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., & Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 343-352.
- Wallace, C. J., & Liberman, R. P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15, 239-247.
- Wallace, C. J., Liberman, R. P., McKain, S. J., Blackwell, G., & Eckman, T. A. (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149(5), 654-658.
- Wowra, S. A., & McCarter, R. (1999). Validation of the empowerment scale with an outpatient mental health population. *Psychiatric Services*, 50(7), 959-961.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.

The efficacy of social skills training for individuals with schizophrenia

PARASKEVI NTOUTSIA¹

ANTONIS KATSAMAGKOS²

MARINA ECONOMOU³

ABSTRACT

Ten individuals with schizophrenia and two with schizoaffective disorder received group training in social skills, including conversation skills, friendship skills, and dating skills as well as problem-solving skills. The training, coupled with case management, was administered twice per week for one hour each session for a total of 5 months. The primary outcome measures were the Social Contact and Communication subscales of the Life Skills Profile, the WHOQOL-BREF, and the Self-efficacy/self-esteem subscale of the Empowerment Scale. Based on these, participants' social functioning, community functioning, and self-efficacy perceptions were assessed respectively. Measures were taken at pre-treatment and post-treatment. Patients' social functioning and community functioning improved over time whereas self-efficacy beliefs did not significantly change. Patients who completed homework assignments frequently improved more in social contact compared to patients who completed homework assignments infrequently. Findings suggest that social skills training for outpatients with chronic mental illness leads to acquisition of social skills that are important in everyday life. Case management is a critical aspect of treatment that enhances learning and transfer of social skills outside the immediate training setting. Benefits from social skills homework assignments mainly depend on the type of homework.

Keywords: Social skills training, Schizophrenia.

1. The American College of Greece (Deree). Contact Information: Miss Paraskevi Ntoutsia. Papdiamantopoulou and Alkmanos 2, 11528 Athens. Tel: +30 210 7217165. Fax: +30 210 7222159. E-mail: edoutsia@gmail.com
2. Panhellenic Association for Families with Mental Health Problems (S.O.P.S.I.).
3. University Mental Health Research Institute (U.M.H.R.I.). A' Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens.