

Διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας πασχόντων ως προς την ανάρρωση από σοβαρή ψυχική νόσο: Συστηματική ανασκόπηση των ποιοτικών μελετών

Χάρις Π. Καϊτέ,¹ Μαρία Ν.Κ. Καρανικόλα²

Systematic review of qualitative studies of the recovery experience from severe mental illness

Abstract at the end of the article

¹PhD, MSc, PsyD

²PhD, MSc, RN,

Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Κύπρος

Υποβλήθηκε: 22/8/2015

Επανυποβλήθηκε: 30/9/2015

Εγκρίθηκε: 12/10/2015

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Χάρις Καϊτέ, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο
Κύπρου, Βραγαδίνου 15, 341 Λεμεσός,
Κύπρος
e-mail: charis.kaite@cut.ac.cy

Εισαγωγή: Η ανάρρωση από τη σοβαρή ψυχική νόσο συνιστά μια σημαντική φάση του συνεχούς «υγεία-ψυχική ασθένεια». **Σκοπός:** Διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας της ανάρρωσης από σοβαρή ψυχική νόσο μέσα από αφηγήσεις ατόμων με σοβαρή και εμμένουσα ψυχική νόσο (ΣΕΨΝ). **Υλικό και Μέθοδος:** Διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας ποιοτικών μελετών κατά τον Ιανουάριο του 2015. Χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων: CINAHL, Medline, PubMed, PsychInfo και Psychology and Behavioral Science Collection, και οι λέξεις-κλειδιά: "recovery" AND/OR "severe mental illness" AND/OR "qualitative studies". Εφαρμόστηκαν τα παρακάτω κριτήρια εισόδου: (α) Αγγλική γλώσσα δημοσίευσης, (β) δημοσίευση σε περιοδικό με σύστημα ανεξαρτήτων κριτών, (γ) ποιοτικός σχεδιασμός, με σκοπό τη διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας της ανάρρωσης, κυρία από διπολική διαταραχή ή ψύχωση, (δ) ημερομηνία δημοσίευσης από το 2000 έως σήμερα. Από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση απορρίφθηκαν μελέτες οι οποίες: (α) αφορούσαν σε μελέτες περίπτωσης ή στην ιστορία ζωής ενός μόνο ατόμου, (β) βασίζονταν σε δεδομένα αφηγήσεων τρίτων προς τους πάσχοντες άτομα. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Critical Appraisal Skills Programme (CASP) για την κριτική αξιολόγηση της ακρίβειας των υπό επιλογή μελετών. Συμπεριλήφθηκαν 31 ποιοτικές μελέτες. **Αποτελέσματα:** Η ανάρρωση από τη σοβαρή και εμμένουσα ψυχική νόσο φαίνεται να αφορά σε μια εξωτερική προς το άτομο διαδικασία, καθώς κατά κύριο λόγο προσδιορίζεται βάσει κοινωνικών παραμέτρων, και όχι από το τελικό αποτέλεσμα

της παθοφυσιολογικής πορείας της νόσου. Ειδικότερα, η φαρμακευτική αγωγή δεν φαίνεται να αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα που προάγει την ανάρρωση, ενώ περιγράφονται και άλλοι βοηθητικοί παράγοντες με κυριότερο από αυτούς την ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων με την οικογένεια, τους φίλους και τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, περιγράφονται εμπόδια ως προς την ανάρρωση, όπως ο κοινωνικός στιγματισμός και η έλλειψη υλικών πόρων, αλλά και η δυσκολία αναδιαμόρφωσης της ατομικής και κοινωνικής ταυτότητας υπό το πλαίσιο των συνθηκών της ασθένειας. **Συμπεράσματα:** Η διαδικασία της ανάρρωσης από τη ΣΕΨΝ φαίνεται να αφορά σε μία πολύπλοκη και πολυ-παραγοντική διεργασία. Η προαγωγή της απαιτείται να υποστηρίζεται από πολυ-επίπεδες παρεμβάσεις, με στόχο τόσο τους ίδιους τους πάσχοντες όσο και τα μέλη της οικογένειάς τους, τους επαγγελματίες και το σύστημα υγείας, καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ειδικότερα, θεωρείται αναγκαίο να ενισχυθούν οι παρεμβάσεις ενδυνάμωσης της ενσυναισθησιακής κατανόησης και περιορισμού του κοινωνικού στιγματισμού σε όλα τα προαναφερθέντα επίπεδα. Επίσης απαραίτητο θεωρείται να ενισχυθούν, όπως επίσης και οι υπηρεσίες εργασιακής και κοινωνικής αποκατάστασης. Επιπλέον, προτείνονται παρεμβάσεις ενδυνάμωσης της ατομικής ταυτότητας και επεξεργασίας δυσλειτουργικών συναισθημάτων και αντιλήψεων απότοκων λόγω της χρόνιας πορείας της νόσου.

Λέξεις-ερευρηρίου: Ανάρρωση, βιωμένη εμπειρία, διπολική διαταραχή, σοβαρή και παγιωμένη ψυχική νόσος, συστηματική ανασκόπηση, ψυχικά πάσχοντες.

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια αρκετές μελέτες εστιάζονται στα ζητήματα αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων και στη διαδικασία της ανάρρωσης από τη σοβαρή και εμμένουσα ψυχική νόσο (ΣΕΨΝ).¹⁻³ Ο όρος «ανάρρωση», επιδέχεται διαφορετικές ερμηνείες στη διεθνή βιβλιογραφία.^{4,5} Σύμφωνα με τη Fitzpatrick,⁴ η ανάρρωση μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από: (α) το βιοϊατρικό μοντέλο, (β) το μοντέλο της αποκατάστασης, και (γ) το μοντέλο της ενδυνάμωσης.⁴ Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η ψυχική ασθένεια είναι μια σωματική ασθένεια και η ανάρρωση αφορά στην επιστροφή στο σημείο της υγείας προ της εκδήλωσης των ενεργών συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής.⁴ Από την άλλη, σύμφωνα με το μοντέλο της αποκατάστασης υποστηρίζεται ότι η ανάκτηση κάποιου βαθμού ποιότητας ζωής, και μάλιστα υποδεέστερου συγκριτικά με αυτόν που είχε το άτομο πριν από την εκδήλωση της ασθένειας, είναι εφικτή μέσα από τη συνεχή προσπάθεια του ατόμου.⁶ Το μοντέλο της αποκατάστασης στηρίζεται στο βιοϊατρικό μοντέλο, και μάλιστα βάσει αυτού η σοβαρή ψυχική ασθένεια θεωρείται χρόνια, και επομένως μη ιάσιμη.

Αντίθετα, βάσει του μοντέλου της ενδυνάμωσης, η ψυχική ασθένεια δεν έχει βιολογικό υπόβαθρο, αλλά είναι το αποτέλεσμα μιας έντονης συναισθηματικής δυσφορίας λόγω παρατεταμένων και σοβαρών στρεσογόνων παραγόντων.⁵ Μάλιστα, ο τρόπος που αντιδρά το άτομο σε κάθε στρεσογόνο παράγοντα φαίνεται να επηρεάζει την περαιτέρω ανάπτυξή του. Μέσω της ενσυναίσθησης, της προαγωγής της θετικής και λειτουργικής στάσης και ιδιαίτερα της ενδυνάμωσης το άτομο μπορεί να θεραπευθεί και να επανέλθει πλήρως στον προηγούμενο κοινωνικό του ρόλο, αποφεύγοντας το στίγμα της ψυχικής ασθένειας.⁵ Οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου δεν ασπάζονται το συνεχές της ψυχικής ασθένειας, και ως εκ τούτου την αναγκαιότητα της φαρμακευτικής θεραπείας.

Την ίδια στιγμή, υπάρχει σωρεία μελετών αναφορικά με τη βιοματική εμπειρία της ανάρρωσης, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ψυχικά πάσχοντες.¹⁻³ Οι περισσότερες από αυτές υποστηρίζουν ότι η εμπειρία της ανάρρωσης ενσωματώνει τις αρχές τόσο του μοντέλου της αποκατάστασης όσο και του μοντέλου της ενδυνάμωσης. Έμφαση δίνεται στην ψυχολογική ανάρρωση και στην εγκαθίδρυση ενός νέου τρόπου ζωής με γνώμονα

την αισιοδοξία και την ενίσχυση της αυτοδιάθεσης, αλλά και μιας θετικής αντίληψης της ύπαρξης.⁶ Ειδικότερα, η ανάρρωση από τη σοβαρή ψυχική νόσο περιλαμβάνει την ανάκτηση του νοήματος της ζωής στην κοινότητα και την πλήρη συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες.⁷ Υπό το πρίσμα αυτό, στη διαδικασία της ανάρρωσης υπογραμμίζεται η σπουδαιότητα των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως της εργασιακής απασχόλησης, της κοινωνικής ενσωμάτωσης, της κοινωνικής στήριξης και της ικανότητας του ατόμου για ανεξάρτητη διαβίωση.^{3,7,8}

Σύμφωνα με τους Noordsy et al,⁹ η ανάρρωση προσδιορίζεται από τρία βασικά κριτήρια, τα οποία δύναται να συγκεκριμενοποιηθούν και να μετρηθούν. Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι σε θέση να επιφέρουν αλλαγές σε συγκεκριμένες πτυχές της ύπαρξής τους, ως μέρος της διαδικασίας της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο, οι οποίες αντιστοιχούν στα κριτήρια αυτά, και μάλιστα όχι κατ' ανάγκη με μια διαδοχική σειρά. Συγκεκριμένα, η προσωπική εξέλιξη προς την ανάρρωση επιτυγχάνεται μέσα από την: (α) απόκτηση ελπίδας, (β) ανάληψη προσωπικής ευθύνης και (γ) επαναπροσδιορισμό της ατομικής ταυτότητας προς εκείνη ενός λειτουργικού πολίτη.⁹

Παρόλο που μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί ανασκοπήσεις για το θέμα της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο, ωστόσο αυτές φέρουν σαφείς περιορισμούς. Για παράδειγμα, στην ανασκόπηση των Andersen et al¹⁰ με σκοπό τον προσδιορισμό ενός ορισμού της ανάρρωσης, βάσει των ιδίων των πασχόντων, δεν: (α) περιγράφονται τα μεθοδολογικά χαρακτηριστικά των μελετών που ανασκοπήθηκαν, (β) αναφέρονται κριτήρια εισδοχής και αποκλεισμού, (γ) χρησιμοποιήθηκε κάποιο δομημένο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των μελετών που ανασκοπήθηκαν. Επιπλέον στο σύνολο των ανασκοπήσεων μέχρι και σήμερα δεν παρέχονται καθόλου πληροφορίες για το δείγμα και τα μεθοδολογικά χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν και ειδικότερα δεν γίνεται καμία αναφορά στη στρατηγική αναζήτησης, σε χρήση κάποιου εργαλείου αξιολόγησης της ποιότητας των μελετών του δείγματος.¹¹

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας της ανάρρωσης από σοβαρή ψυχική νόσο μέσα από αφηγήσεις πασχόντων ατόμων. Ειδικότερα, τέθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα: (α) Με ποιον τρόπο νοηματοδοτούν οι πάσχοντες την ανάρρωση; και (β) Ποιοι παράγοντες προάγουν και ποιοι αναστέλλουν την ανάρρωση;

Υλικό και Μέθοδος

Σχεδιασμός

Εφαρμόστηκε συστηματική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας ποιοτικών μελετών.

Μεθοδολογία

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε τον Ιανουάριο του 2015, στις βάσεις δεδομένων: Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL, Medline, PsychInfo και PubMed, και με τις εξής λέξεις κλειδιά: "recovery" AND/OR "severe mental illness" AND/OR "qualitative studies".

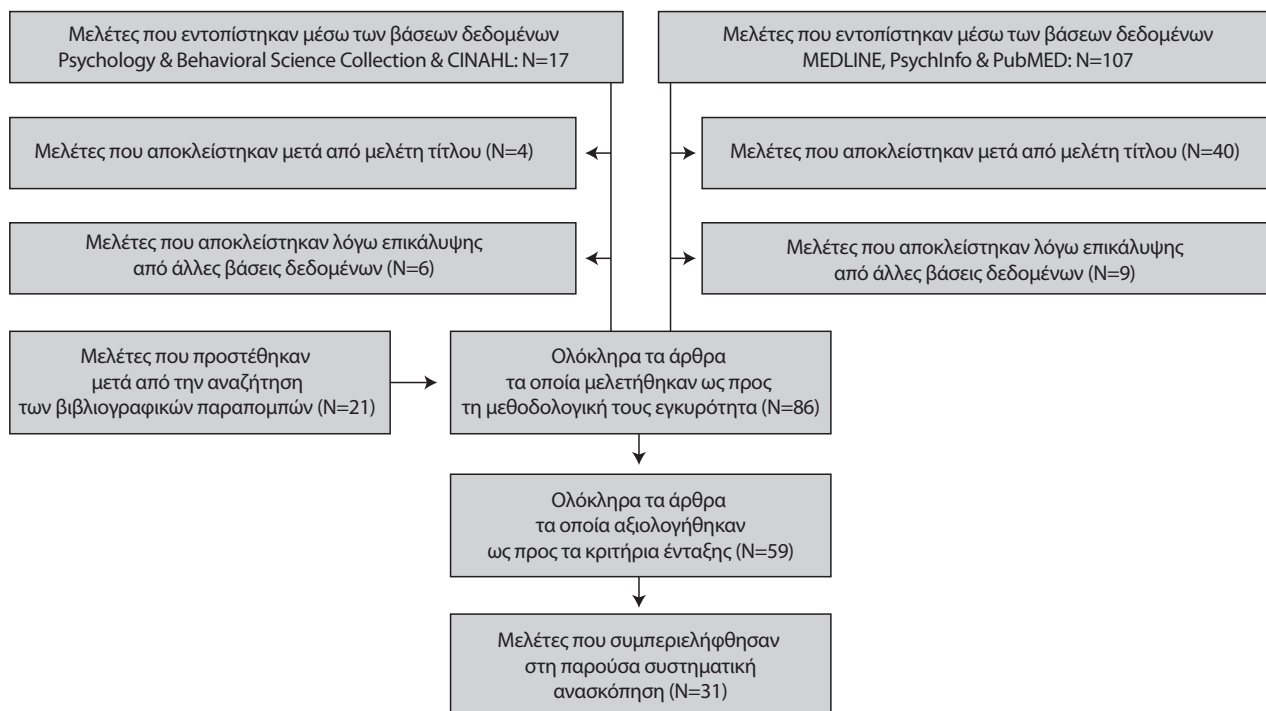
Τα κριτήρια εισόδου που τέθηκαν ήταν: (α) η μελέτη να έχει δημοσιευθεί: (i) κατά το χρονικό διάστημα 2000 και 2015, (ii) στην αγγλική γλώσσα, (iii) σε περιοδικό με σύστημα ανεξαρτήτων κριτών, (β) η μελέτη να ακολουθεί ποιοτικό σχεδιασμό με σκοπό τη διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας από την ανάρρωση, κυρίως διπολικής διαταραχής ή ψύχωσης και (γ) τα δεδομένα της μελέτης να προέρχονται από την αφήγηση των ιδίων των πασχόντων από ΣΕΨΝ, και όχι από άλλες ομάδες ατόμων όπως μέλη της οικογένειας ή επαγγελματίες υγείας.

Οι μελέτες, οι οποίες απορρίφθηκαν από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση είχαν τα εξής χαρακτηριστικά: (1) το δείγμα τους περιοριζόταν αποκλειστικά σε: (i) άτομα τα οποία είχαν διαγνωστεί με άλλου είδους ψυχική διαταραχή, όπως ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κατάχρηση ουσιών, επιλόχεια κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας και (ii) σε αστέγους, (2) ήταν μεταπτυχιακές και προπτυχιακές διατριβές, δεδομένης της περιορισμένης προσβασιμότητας σε αυτές. (3) αφορούσαν σε μελέτες περίπτωσης ή αφηγήσεις της ιστορίας της ζωής ενός μόνο ατόμου. Οι μελέτες αυτές αποκλείστηκαν λόγω των συγκεκριμένων περιορισμών που απορρέουν από τέτοιου είδους σχεδιασμούς, όπως: (α) περιορισμένο εύρος κάλυψης ενός συγκεκριμένου φαινομένου και μη δυνατότητα αναπαραγωγής των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων, (β) ύπαρξη υψηλότερης πιθανότητας σφάλματος του ερευνητή συγκριτικά με άλλους τύπους ποιοτικών σχεδιασμών λόγω περιορισμένων δυνατοτήτων ελέγχου της ακρίβειας των αποτελεσμάτων.

Η διαδικασία της αναζήτησης αποτυπώνεται στο διάγραμμα ροής της εικόνας 1. Από τις 124 μελέτες, οι οποίες βρέθηκαν αρχικά βάσει των λέξεων κλειδιών που προαναφέρθηκαν, τελικά με βάση τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού, αλλά και την αξιολόγηση της ποιότητας της μεθοδολογίας αυτών, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν 31 ποιοτικές μελέτες (εικόνα 1).

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - SYSTEMATIC REVIEW

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ



Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής μελετών διερεύνησης της εμπειρίας της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο.

Κριτική αξιολόγηση της ποιότητας των υπό επιλογή μελετών με το εργαλείο CASP

Όλες οι μελέτες οι οποίες ανασκοπήθηκαν για συμπερίληψη στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση αξιολογήθηκαν ως προς τη μεθοδολογική τους επάρκεια και αξιοπιστία με το εργαλείο κριτικής αξιολόγησης ακαδημαϊκών άρθρων Critical Appraisal Skills Programme (CASP).¹² Το CASP περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις μεθοδολογικού περιεχομένου. Οι ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν με «ναι», «όχι», ή «δεν μπορώ να απαντήσω». Οι πρώτες δύο είναι ερωτήσεις διερεύνησης, και εφόσον απαντηθούν θετικά ο ερευνητής μπορεί να προχωρήσει με τις υπόλοιπες οκτώ. Σημειώνεται ότι στην περίπτωση που απαντηθούν αρνητικά, τότε ο ερευνητής σταματά τη διαδικασία και ως εκ τούτου τα εν λόγω άρθρα δεν συμπεριλαμβάνονται στην ανασκόπηση. Αυτό συμβαίνει καθότι η πρώτη ερώτηση συνδέει τη συνάφεια του σκοπού με τα ερευνητικά ερωτήματα και η δεύτερη ερώτηση αφορά στο κατά πόσο η ποιοτική μεθοδολογία θεωρείται ως κατάλληλη για τη διερεύνηση των συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Συνολικά, οι απαντήσεις στις οκτώ αυτές ερωτήσεις θα προσδιορίσουν την κατηγοριοποίηση της υπό αξιολόγηση μελέτης σε μία από τις δύο κατηγορίες ποιότητας Α και Β. Οι μελέτες οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία Α χαρακτηρίζονται από χα-

μηλού βαθμού σφάλματος μεροληψίας, δεδομένου ότι πληρούν 9 από τα 10 προτεινόμενα κριτήρια ακρίβειας, απαντούν δηλαδή θετικά στις 9 από τις 10 ερωτήσεις. Η κατηγορία Β περιλαμβάνει μελέτες, οι οποίες πληρούν μερικώς τα προτεινόμενα κριτήρια ακρίβειας, και ως εκ τούτου απαντούν θετικά σε λιγότερες από οκτώ ερωτήσεις και συνεπακόλουθα χαρακτηρίζονται από μετρίου βαθμού πιθανότητα σφάλματος μεροληψίας. Οι μελέτες περίπτωσης και οι μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούν δείγμα ευκολίας ανήκουν σε αυτή την κατηγορία.

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση όλες οι μελέτες αξιολογήθηκαν με το CASP και από τους δύο ερευνητές, ανεξάρτητα. Η πρώτη συγγραφέας είναι κάτοχος διδακτορικού τίτλου σε θέμα σχετικό με την ποιοτική διερεύνηση της εμπειρίας της ΣΕΨΝ. Η δεύτερη συγγραφέας είναι Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, με εκπαίδευση και εμπειρία στην ποιοτική ανάλυση.

Αρχικά, κάθε ερευνητής, διάβαζε μόνος του τα άρθρα και χρησιμοποιούσε ένα ξεχωριστό αντίγραφο του CASP,¹² με σκοπό την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ακρίβειας κάθε μελέτης, η οποία πληρούσε τα κριτήρια εισόδου στην παρούσα ανασκόπηση. Κατόπιν συνάντησης των δύο ερευνητών προέκυψε η επιλογή των μελετών που θα αποτελούσαν το δείγμα της παρούσας ανασκόπησης βάσει των κοινών

αποτελεσμάτων τους στην αξιολόγηση κατά CASP.¹² Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν οι μελέτες που είχαν καταταγεί στην κατηγορία Α βάσει των δέκα ερωτήσεων του εργαλείου CASP.¹² Διευκρινίζεται ότι δεν υπήρξαν διαφωνίες μεταξύ των δύο ερευνητών ως προς την κατηγοριοποίηση των μελετών. Συγκεκριμένα σε όλες τις μελέτες: (α) ο σκοπός ήταν ξεκάθαρος, (β) η ποιοτική μεθοδολογία ήταν η καταλληλότερη για το υπό μελέτη φαινόμενο, (γ) ο μεθοδολογικός ποιοτικός σχεδιασμός, ο οποίος εφαρμόστηκε ήταν ο καταλληλότερος σε σχέση με τους στόχους της μελέτης, (δ) η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν η καταλληλότερη βάσει των στόχων της μελέτης, (ε) τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τρόπο, ο οποίος εξασφάλιζε την απαιτούμενη κάλυψη του υπό μελέτη φαινομένου, (στ) η σχέση μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων είχε ληφθεί επαρκώς υπόψη, (ζ) τα ηθικά θέματα είχαν ληφθεί υπόψη, (η) η ανάλυση των δεδομένων ήταν επαρκώς τεκμηριωμένη, (θ) υπήρχε ξεκάθαρη αναφορά των αποτελεσμάτων και (ι) η χρησιμότητα και η εφαρμογή των ευρημάτων της μελέτης, καθώς και οι περιορισμοί της συζητούνταν επαρκώς. Συνολικά, δεν υπήρξε καμία διαφωνία μεταξύ των δύο ερευνητών σχετικά με το ποιες μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής, αλλά και τα κριτήρια του εργαλείου CASP.¹²

Αποτελέσματα

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ενσωματώνει τα αποτελέσματα 31 μελετών, αναφορικά με 657 συμμετέχοντες, η πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες, ηλικίας 25–74 ετών. Η χώρα διεξαγωγής, ο σκοπός, και η μεθοδολογία των μελετών του δείγματος αναφέρονται στον πίνακα 1.

Παρακάτω ακολουθούν τα κυριότερα ευρήματα αναφορικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν.

α. Νοηματοδότηση και ερμηνεία της διαδικασίας της ανάρρωσης από τη σοβαρή ψυχική νόσο

Ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύεται η ανάρρωση ως διαδικασία της Σοβαρής Ψυχικής Νόσου (ΣΨΝ), φαίνεται να περιλαμβάνει πολλαπλές διαστάσεις. Οι βασικοί άξονες πάνω στους οποίους φαίνεται να κινούνται τα κύρια θέματα των περισσότερων μελετών αφορούν: (α) στην αλλαγή της αντίληψης του εαυτού, και (β) στην επίτευξη κοινωνικής επαν-ενσωμάτωσης, και (γ) στον έλεγχο των συμπτωμάτων.

Η διεργασία της ανάρρωσης και η αλλαγή στην αντίληψη του εαυτού

Συνολικά, η ανάρρωση περιγράφεται ως μία διά βίου, εξατομικευμένη πορεία προς τα εμπρός,^{15,25,26} η οποία όμως αν και έχει συνεχείς διακυμάνσεις,^{17,21,29} το χαρακτηριστικό της είναι η εξέλιξη και ο μετασχηματισμός της

ύπαρξης.^{3,21,28,29,36,38} Στις περισσότερες μελέτες η εξέλιξη αυτή περιγράφεται μέσα από το πρίσμα της συμφιλίωσης με το παρελθόν και της αποδοχής των περιορισμών λόγω της νόσου, διαδικασία που οδηγεί στη διεύρυνση της αυτογνωσίας και στον ενδυναμωμένο εαυτό,^{28,40} όπως περιγράφεται από αντίληψη ελέγχου ζωής,²⁹ ενισχυμένη αυτοεκτίμηση και αποφασιστικότητα. Η επανάκτηση της λειτουργικότητας του ατόμου θεωρείται στόχος της διεργασίας αυτής.^{27,40}

Η συνεχής πάλη με τον φόβο της υποτροπής^{15,31,36} κατά τη φάση της ανάρρωσης περιγράφεται σε αρκετές μελέτες. Μάλιστα ο έλεγχος του φόβου αυτού καθώς και του πόνου που συνοδεύει τις κάθε είδους απώλειες φαίνεται να συνιστά προσδιοριστικό χαρακτηριστικό μιας επιτυχημένης πορείας προς την ανάρρωση.³⁹ Επιπλέον, το δεδομένο αυτό περιγράφεται ως ενδεικτικό της προσαρμογής και της αποδοχής της χρονιότητας της νόσου.²⁹ Ωστόσο, αν και σε κάποιες μελέτες η διαδικασία της ανάρρωσης φαίνεται να προσδιορίζεται από τον βαθμό στον οποίο το άτομο γυρνάει στον προ της νόσου εαυτό,^{24,29,31} και σε αυτή την περίπτωση η πορεία χαρακτηρίζεται πάλι ως εξέλιξη.

Κοινωνική επανενσωμάτωση

Μία επιπλέον κύρια παράμετρος, η οποία φαίνεται να προσδιορίζει την επίτευξη ανάρρωσης είναι ο βαθμός κοινωνικής επανενσωμάτωσης^{1,15} και επανάκτησης ενός φυσιολογικού τρόπου ζωής και καθημερινής ρουτίνας.^{3,25} Το ζήτημα της εργοδότησης^{15,20,22,25} φαίνεται να είναι πυρηνικό στη διαδικασία αυτή, καθώς επίσης και η επαν-απόκτηση των «απωλεσθέντων» κοινωνικών προνομίων λόγω της νόσου.¹⁵ Μάλιστα, ο βαθμός αποτελεσματικής κοινωνικής επαν-ενσωμάτωσης φαίνεται να προσδιορίζεται από τον βαθμό στον οποίο τα άτομα με ψυχικό νόσημα συνεχίζουν να βιώνουν τον κοινωνικό στιγματισμό λόγω της νόσου και της λήψης ψυχοτρόπου αγωγής.^{1,2,23}

Έλεγχος συμπτωμάτων και περιορισμός της φαρμακευτικής αγωγής (ΦΑ)

Η εξάλειψη των ενεργών συμπτωμάτων περιγράφεται ως ακόμη ένα προσδιοριστικό στοιχείο της ανάρρωσης^{28,38,40} και συγκεκριμένα όχι μόνο η κλινική βελτίωση του ατόμου αλλά και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του μέσα από την ύφεση των συμπτωμάτων.³⁹ Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ο απώτερος στόχος φαίνεται να είναι η διατήρηση των συμπτωμάτων σε ύφεση για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα³ και η πρόληψη των υποτροπών,²⁹ ενώ σε κάποιες μελέτες γίνεται λόγος για ισορροπία φυσικής ενέργειας²⁵ και για αποκατάσταση της εγκεφαλικής χημικής ισορροπίας.³¹ Επιπλέον, επισημαίνεται το δεδομένο της διακοπής²⁷ ή τουλάχιστον περιορισμού της ΦΑ.²⁹

Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά και αποτελέσματα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Anthony ¹³	ΗΠΑ	Διερεύνηση των αντιλήψεων ατόμων με ΣΨΝ για τα χαρακτηριστικά των ΕΥ που προάγουν την ανάρρωσή τους.	- Φαινομενολογία - 10 άτομα με ΔΔ, ΜΚΔ, Σχιζοφρένεια - Δομημένος οδηγός συνέντευξης (RPIT)	Κύρια θέματα: Άξονες δράσης αποτελεσματικού θεραπευτή: • Επικοινωνία βάσει αμοιβαίου σεβασμού & φροντίδας • Πηγή αποθεμάτων • Υπομονή & κουλτούρα ανάρρωσης • Γνώσεις • Προαγωγή πνευματικότητας • Προαγωγή ανεξαρτησίας • Εκπαίδευση/μετάδοση γνώσεων • Κινητοποίηση της δημιουργικότητας • Αξιολόγηση του χρόνου στη σχέση • Προαγωγή ορθής εφαρμογής φαρμακοθεραπείας.
Borg & Krinstiansen ¹⁴	Νορβηγία	Διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ΕΥ και ΧΥΨΥ, και του τρόπου με τον οποίο οι θεραπευτές μπορούν να συνεργαστούν αποτελεσματικά με τους ΧΥΨΥ.	- Φαινομενολογία - 15 άτομα με Σχιζοφρένεια - Ανοικτού τύπου ερωτήσεις	Πυρηνικό θέμα: Επαναπροσδιορισμός του νοήματος του ΕΥ. Κύρια θέματα: • Ανθρώπινη διάσταση του θεραπευτή • Καθημερινά διαθέσιμοι θεραπευτές • Θεραπευτική στάση • Κατάργηση κανόνων
Bradshaw et al ¹	ΗΠΑ	Διερεύνηση της αποκατάστασης από ΣΨΝ στην πορεία του χρόνου, καθώς και των σημαντικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων στο ΣΥ που προάγουν ή παρεμποδίζουν την ανάρρωση.	- Ερμηνευτική φαινομενολογία - 45 άτομα με Σχιζοφρένεια, Σχιζοσυναισθηματική Διληταραχή, ΔΔ,ΜΚΔ - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις	Πυρηνικό θέμα: Εύρεση μιας θέσης στην κοινότητα Κύρια θέματα: Παράγοντες κοινωνικής επανενσωμάτωσης: επίθυμια κανονικότητας, εγκατάσταση ρουτίνας καθημερινότητας & κατάργηση στίγματος Προαγωγή αυτονομίας έναντι υπερπροστασίας στις σχέσεις με την οικογένεια & φίλους Μακροχρόνια σχέση υποστήριξης με τον συντονιστή θεραπείας Αποδοχή εαυτού & περιορισμών νόσου Εμπόδια κοινωνικής ενσωμάτωσης: έλλειψη υλικών πόρων, περιορισμένες δυνατότητες κοινωνικών επαφών
Bromley et al ²	ΗΠΑ	Διερεύνηση του νοήματος και της αξίας της κοινότητας από άτομα με ΣΨΝ.	- Θεμελιωμένη θεωρία - 30 άτομα με ΔΔ, ΜΚΔ, Ψυχωτικές Διαταραχές - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις	Κύρια θέματα: Η κοινότητα ως μέσο και χώρος ανταπόδοσης της προσφοράς Βιώματα προκαταλήψεων & ετικετοποίησης ως φραγμοί κοινωνικοποίησης Η κοινότητα ως μέσο και χώρος ανταπόδοσης της προσφοράς

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διαγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Davidson et al ³	Ιταλία, Νορβηγία, Σουηδία & ΗΠΑ.	Διερεύνηση του νοήματος της ανάρρωσης από άτομα που βιώνουν ψύχωση	- Ανάλυση περιεχομένου - Πολυκεντρική μελέτη/12 άτομα με Σχιζοφρένεια, ΜΚΔ με ψυχωτικά στοιχεία, παρανοειδή ψύχωση - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις	Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία ανάρρωσης: επανάκτηση φυσιολογικής ζωής, αναδόμηση εαυτού, απόκτηση ελέγχου • Στρατηγικές αντιμετώπισης: διατήρηση συμπτωμάτων σε ύφεση, πίστη στον εαυτό, θέσπιση επιτευξιμων στόχων, εκμάθηση διαχείρισης προβλημάτων • Παράγοντες σχετιζόμενοι με την ανάρρωση: (α) υλικοί πόροι (ασφαλής ιδιωτικός χώρος, χρήματα), (β) τυπικά & άτυπα ΣΥ, (β) σημαντικά πρόσωπα (αίσθημα ανήκειν & αποδοχής, σχέσεις κατανόησης με ΕΥ), • Κοινωνικο-πολιτισμικά καθοριζόμενοι παράγοντες ανάρρωσης (Ιταλία: εργοδότηση, Σκανδιναβία: συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες, ΗΠΑ: συμμετοχή σε ομάδες συνηγορίας ΧΥΨΥ). • Εμπόδια ανάρρωσης: στίγμα & ετικετοποίηση
Henderson ¹⁵	Αυστραλία	Διερεύνηση των μηχανισμών ανάρρωσης από ΣΨΗ	- Θεμελιωμένη θεωρία - 15 άτομα με Σχιζοφρένεια, ΜΚΔ και ΔΔ - Μη δομημένες συνεντεύξεις	Πυρηνικό θέμα: Αντιμετώπιση της απώλειας. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • 1η Φάση: Επανάκτηση (εργοδότηση, φόβος υποτροπής, άρνηση αρρώστιας, κατανόηση εμπειρίας/ αναζήτηση γνώσης) • 2η Φάση: Προχωρώντας μπροστά (Αποδοχή περιορισμένων ικανοτήτων & αναγκαϊότητες αλλαγής τρόπου ζωής) • 3η Φάση: Επαν-απόκτηση απολεσθέντων (επανάκτηση ισορροπίας & ηρεμίας, κατάργηση φόβου υποτροπής & κοινωνική ενσωμάτωση) • Λειτουργικές συμπεριφορές αντιμετώπισης απωλειών: λήψη ΦΑ, συνέπεια στις θεραπευτικές συναντήσεις, περιορισμός δυσλειτουργικών συναναστροφών, περιορισμός εργασιακού στρες, πνευματικότητα & πίστη • Εξωτερικοί παράγοντες ανάρρωσης: σχέσεις εμπιστοσύνης με ΕΥ, υποστηρικτικές σχέσεις με οικογένεια, φίλους, συνεργάτες
Sun Kyung & Eun Hee ¹⁶	Κορέα	Διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας από τη ζωή σε έναν ομαδικό ξενώνα (clubhouse) και της νοηματοδότησης της ανάρρωσης των ατόμων με ΣΨΗ	- Ερμηνευτική φαινομενολογία - 9 άτομα με Σχιζοφρένεια, ΔΔ - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις	Πυρηνικό θέμα: Ο ξενώνας ως καταφύγιο, όπως η πατρίδα Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Είσοδος στο καταφύγιο: αντίληψη προσωπικής αξίας, αίσθηση ανήκειν, κατάργηση μοναξιάς, αίσθηση ζωτικότητας • Η ζωή στο καταφύγιο: κοινωνικές συναναστροφές, θαλαπωρή

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Gwinner et al ¹⁷	Αυστραλία	Διερεύνηση της πολυπλοκότητας της νόσου και της αποκατάστασης υπό το πρίσμα της προσαγωγής της ζωής στην κοινότητα	- Συμμετοχική μελέτη 8 καλλιτέχνες με ψυχική νόσο Ημερολόγια, πολυλαπλές ατομικές συνεντεύξεις, παρατήρηση, σκίτσα τέχνης των συμμετεχόντων.	Πυρηνικό θέμα: Επικράτηση της ατομικής ταυτότητας στο πλαίσιο της ψυχικής ασθένειας Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Πολυ-επίπεδη ατομική ταυτότητα (επικράτηση της ταυτότητας του καλλιτέχνη έναντι του ψυχικά πάσχοντα, θετική αντίληψη προσωπικών ικανοτήτων & αυτοσεβασμός). • Αντίληψη του υποφέρειν εαυτού λόγω ψυχικής νόσου ως συμπληρώματος της ατομικής ταυτότητας. • Εμπλεκόμενα συστήματα στη διαδικασία αποκατάστασης: κλινικές παρεμβάσεις & προσπάθεια για κανονικότητα και λειτουργικότητα • Ερμηνεία αποκατάστασης: συνεχής πορεία διακυμάνσεων και ανάπτυξης στρατηγικών αντιμετώπισης.
Kooij ¹⁸	Καναδάς	Διερεύνηση του νοήματος της ΣΨΗ μέσα από τους στίχους τραγουδιών γραμμένων από άτομα με ΣΨΗ που συμμετείχαν σε πρόγραμμα μουσικοθεραπείας.	- Ερμηνευτική φαινομενολογία - 3 συμμετέχοντες σε πρόγραμμα μουσικοθεραπείας	Πυρηνικό θέμα: Το ταξίδι μεταξύ υγείας και νόσου. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Οι προορισμοί: νόσος και υγεία (Νόσος: φυλακή, εφιάλτης, συνεχής μάχη, κόλαση, μαύρη τρύπα & Υγεία: ελευθερία, ειρήνη, ζωή, φως). • Απίστευτα και ανακατασκευη ταυτότητας • Απίστευτα και επανάκτηση ελέγχου • Κοινωνική δέσμευση έναντι κοινωνικής απομόνωσης
Liberman et al ¹⁹	ΗΠΑ	Διερεύνηση: (α) των ατομικών παραμέτρων, (β) των κλινικών χαρακτηριστικών και (γ) των νευρολογικών & γνωστικών προγνωστικών παραμέτρων ανάρρωσης από σχιζοφρένεια.	- Ομάδες εστίασης/ ανάλυση περιεχομένου - 23 άτομα με Σχιζοφρένεια - Δομημένες συνεντεύξεις	Πυρηνικό θέμα: Ερμηνεία της ανάρρωσης από τη σχιζοφρένεια υπό το πρίσμα της λειτουργικότητας. Κύρια θέματα/Υποθέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Παράγοντες προαγωγής ανάρρωσης: • Υποστηρικτικές οικογενειακές σχέσεις (κυρίως συζυγικές) • Αποφυγή χρήσης ουσιών • Ελαχιστοποίηση του διαστήματος παρουσίας ψυχωτικών συμπτωμάτων χωρίς θεραπεία • Ορθή εφαρμογή φαρμακοθεραπείας • Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία & συνεργατική θεραπευτική συμμαχία • Καλή νευρο-γνωστική λειτουργία • Αναγνώριση αρνητικών συμπτωμάτων ως προγνωστικού δείκτη ανάρρωσης • Βαθμός λειτουργικότητας προ νόσησης • Πρόσβαση σε συντονισμένη, αποτελεσματική και συνεχή θεραπεία

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Makdissi et al ²⁰	Μ. Βρετανία	Διερεύνηση των αντιλήψεων ατόμων με ψύχωση σχετικά με τους παράγοντες που προάγουν την ανάρρωση τους.	- Συμμετοχική μελέτη/θεμελιωμένη θεωρία - 2 ομάδες εστίασης: 13 άτομα με ψύχωση	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως ικανοποιητική διαβίωση μέσω ισορροπημένης αντίληψης εαυτού Κύρια θέματα: • Υποβοηθητικοί παράγοντες διαβίωσης παρουσίας ψύχωσης: Υποστηρικτικές κοινωνικές & οικογενειακές σχέσεις, υπευθύντητα, αποδοχή εαυτού & προσωπικής ευθύνης ανάρρωσης, έλεγχος φόβου υποτροπής, αναστοχασμός, ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης, εργασία • Εμπόδια ανάρρωσης: παρεξηγήσεις περίγυρου, στιγματισμός, κοινωνική υποτίμηση, αποστασιοποιημένοι ΕΥ, μοναξιά, έλλειψη εμπιστοσύνης, φόβος
Mancini ²¹	ΗΠΑ	Διερεύνηση των σημαντικών γεγονότων στη διαδικασία ανάρρωσης.	- Θεμελιωμένη θεωρία - 16 άτομα με Σχιζοφρένεια, Σχιζο-συναισθηματική Διαταραχή, ΜΚΔ και ΔΔ - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως αναπτυξιακή διαδικασία εξέλιξης με καμπές & μετασχηματισμού Κύρια θέματα: • Αναζήτηση & αποδοχή βοήθειας • Αντίσταση στην επικετοποίηση και στους περιορισμούς του ΣΥ μέσω μη-συμμόρφωσης στη ΦΑ • Αμοιβαία υποστήριξη, συνηγορία και ακτιβισμός
Mazor & Doron ²²	Ισραήλ	Διερεύνηση της νοηματοδότησης της ανάρρωσης και της επιστροφής στην κοινωνία υπό το πρίσμα της νέας νομοθεσίας στο Ισραήλ	- Φαινομενολογία, - 15 άτομα με Σχιζοφρένεια, - Εις βάθος συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Αναγέννηση Κύρια θέματα: • Έναρξη της νόσου στην κοινότητα: δυσκολία κατανόησης & φόβος • Η νοσηλεία ως μέσο αναγέννησης: το νοσοκομείο ως μητέρα και ο πάσχων ως παιδί • Η τραυματική εμπειρία της επιστροφής στην κοινότητα: το νοσοκομείο ως προστατευτική μονάδα & μέσο απόκτησης καινούργιας ταυτότητας • Η αποκατάσταση ως προαγωγή & ενδυνάμωση της καινούργιας ζωής: υποστηρικτικοί ΕΥ, υλικοί πόροι, συναισθηματική υποστήριξη, εργασία

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Mansell et al ²³	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση της βιω- ματικής εμπειρίας της ανάρρωσης ατόμων με διπολική διαταρα- χή.	- Ερμηνευτική φαι- νομενολογία - 13 άτομα με ΔΔ, - SCID –I, καταγρα- φή δημογραφι- κών - ημι-δομημένες ερωτήσεις	Πυρηνικό θέμα: Αμφιθυμία Κύρια θέματα: Παράγοντες αμφιθυμίας • Αποφυγή συμπεριφορών πυροδότησης μανίας (ελλιπής ύπνος, υπερ-δραστηριοποίηση) έναντι κοινωνικής δραστηριοποίησης • ΦΑ: (α) μέσο ελέγχου συμπτωμάτων αλλά και σύνδεσης με τον «άρρωστο εαυτό, (β) διακοπή λόγω παρενεργειών έναντι λήψης λόγω φόβου υποτροπής • Παρούσα κατάσταση (θετική αντίληψη εαυτού, φόβος υποτροπής, θετική ανατροφοδό- τηση οικογένειας, γνώση στρατηγικών αντιμετώπισης) έναντι κατάστασης νόσου Παράγοντες ανάρρωσης • Αποστigmatisμός & θετική αντίληψη ταυτότητας • Αποτελεσματική Συμβουλευτική, έγκαιρη πρόσβαση στις ΥψΥ, ενημέρωση/ εκπαίδευση • Κάλυψη θεμελιωδών αναγκών φυσιολογικής ζωής (ισορροπία, σταθερότητα, φυσιολο- γικός ύπνος, διατροφή, ρουτίνα καθημερινότητας & εργασίας). • Διαπροσωπική υποστήριξη & συντροφικότητα (στάση αποδοχής, θετική ανατροφοδό- τηση) • Κοινωνική αλλαγή (αυξημένη κοινωνική δραστηριότητα, βελτίωση κοινωνικών δεξιο- τήτων) • Άρση εμποδίων (stigmatisμός)
Michalak et al ²⁴	Καναδάς	Διερεύνηση της νοσημα- τοδότησης της ανάρ- ρωσης από άτομα με Διπολική Διαταραχή.	- Ομάδες εστίασης, - 13 άτομα με ΔΔ, - Ανοικτού τύπου ερωτήσεις.	Πυρηνικό θέμα: Ερμηνεία της ανάρρωσης. Κύρια θέματα: • Επαναπροσδιορισμός της γλώσσας της ανάρρωσης και η σπουδαιότητα όρων που αντα- νακλούν την πολυπλοκότητα της εμπειρίας της ΔΔ (η ανάρρωση ως θεραπεία, διά βίου διεργασία & εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης). • Μετατόπιση από τη νόσο στην ευεξία & έκφραση στην ποιότητα ζωής, στην ευτυχία και στη συμμετοχή στη ζωή. • Η τέχνη της διαχείρισης της ΔΔ (ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης, σωματική άσκη- ση, ορθή λήψη ΦΑ, αποδοχή υποστήριξης από οικογένεια και φίλους, εκπαίδευση αυτο- διαχείρισης συμπτωμάτων/αγωγής & ανεπιθύμητων ενεργειών). • Κατανόηση του ταξιδιού: αντίληψη εαυτού (επιστροφή στον προ νόσου εαυτό μέσω ανοικοδόμησης & μεταμόρφωσης της ζωής και απόκτησης νέας ταυτότητας), ταυτο- ποίηση των απωλειών και αποδοχή των περιορισμών λόγω νόσου, χειρισμός στίγματος (χειρισμός ντροπής & αμηχανίας, ενεργοποίηση στρατηγικών χειρισμού).

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Milbourn et al ²⁵	Αυστραλία	Διερεύνηση της βιω- ματικής εμπειρίας της ανάρρωσης από άτο- μα με ΣΨΝ τα οποία θεωρούνται «δύσκολα στην συμμετοχή» και τα οποία λαμβάνουν assertive community treatment (ACT).	- Φαινομενολογία, - 11 άτομα με Σχιζοφρένεια και Κατάθλιψη ψυχω- τικού τύπου, - Μη δομημένες συνεντεύξεις, σημειώσεις πεδι- ου, ημερολόγια καταγραφής.	Πυρηνικό θέμα: Ένα ταξίδι εξοτοικευμένης ανάρρωσης. Κύρια θέματα: • Εξοτοίκευση της ερμηνείας της ανάρρωσης (ισορροπία φυσικής ενέργειας, μέσο εξέ- λιξης, εύρεση εργασίας & απόκτηση άδειας οδήγησης) & φραγμοί (άρνηση, παθοφυσιο- λογία νόσου). • Πρόληψη (ενασχόληση με δημιουργικές δραστηριότητες, ΦΑ, παρακολούθηση από ΕΥ). • Διατήρηση ρουτίνας καθημερινότητας.
Mizock et al ²⁶	ΗΠΑ	Διερεύνηση της αντι- μετώπισης ζητημά- των στη διαδικασία ανάρρωσης ατόμων με ΣΨΝ.	- Συνεντεύξεις βασισμένες σε φωτογραφίες επιλογής των συμμετεχόντων, - 23 φωτογραφίες από πιλοτική με- λέτη, παρέμβαση με φωτογραφίες για 10 εβδομά- δες, 2 φορές με 10 άτομα, - Χρήση του λογι- σμικού μνημονι- κού SHOWeD	Πυρηνικό θέμα: Νέοι δρόμοι στρωμένοι πάνω στις απώλειες. Κύρια θέματα: • Το νόημα της ψυχικής νόσου μέσα από μεταφορές (αλλαγή πορείας ζωής & ταυτότητας) • Απώλειες λόγω ψυχικής νόσου (ταυτότητα, δυνατότητες, στόχοι, εργασία, σχέσεις, γνω- στικές λειτουργίες, προοπτική, ανεξαρτησία, κοινωνικό κύρος, ανθρώπινη διάσταση). • Στρατηγικές ανάρρωσης (προσωπική κινητοποίηση, κοινωνική υποστήριξη, ΦΑ). • Αποτελέσματα ανάρρωσης (μεταμόρφωση εαυτού, ετοιμότητα για αλλαγή, αποδοχή στήριξης, έμπνευση, ιδεαλισμός, ελπίδα, επίγνωση προόδου, συνειδητοποίηση ελπίδας, αποφασιστικότητα, πάθος, επιμονή, δύναμη, ενδοσκόπηση, αίσθημα ανήκειν, αυτονομία, αποδοχή των περιορισμών λόγω νόσου). • Μηνύματα ανάρρωσης (Ερμηνεία της ανάρρωσης ως μιας μη γραμμικής διά βίου διαδι- κασίας, προσωπικής εξέλιξης & επιβεβαίωσης ταυτότητας). • Παράγοντες ανάρρωσης (ενεργητική αντιμετώπιση, αποδοχή επικινδυνότητας & απω- λειών, μάθηση από το παρελθόν, επούλωση τραυμάτων, κοινωνική στήριξη, πνευματι- κότητα, ΦΑ, αντιμετώπιση απελπισίας).

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Ng et al ²⁷	Χόγγκ Κονγκ	Διερεύνηση της νοηματοδότησης της διαδικασίας ανάρρωσης μέσα από την οπτική από την Κίνα, τα οποία πάσχουν από Σχιζοφρένεια και ζουν στο Χονγκ Κονγκ.	- Συγχρονική μελέτη, - 8 άτομα με Σχιζοφρένεια, - Ομάδες εστίασης.	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση είναι μόνο ένα γλυκό όνειρο. Κύρια θέματα: • Ερμηνεία ανάρρωσης: αποκατάσταση λειτουργικότητας (διακοπή ΦΑ, εξάλειψη συμπτωμάτων, καλή σχέση με την οικογένεια, ανάπτυξη ρομαντικής σχέσης, ανεξάρτητη ζωή). • Αποδοχή αναγκαιότητας ΦΑ (έλεγχος ψυχικών συμπτωμάτων, υποκατάσταση πρόληψης εγκεφαλικού εκφυλισμού, βελτίωση γνωστικής λειτουργίας, αποφυγή υποτροπής). • Ατελής και απόγνωση ως προς την προοπτική πλήρους ανάρρωσης (έλλειμμα γνώσης περί ψυχικής νόσου & αβεβαιότητα πρόγνωσης, απουσία κατανόησης και υποστήριξης, μη ρεαλιστικές προσδοκίες περί πλήρους ανάρρωσης). • Παράγοντες ανάρρωσης (δικαίωμα επιλογής θεραπείας, ορθή εφαρμογή ΦΑ, ψυχολογική υποστήριξη, συντροφικότητα).
Noiseux & Ricard ²⁸	Καναδάς	Η ανάπτυξη ενός θεωρητικού πλαισίου επεξήγησης της διαδικασίας της ανάρρωσης από μων με σχιζοφρένεια.	Θεμελιωμένη θεωρία, 16 άτομα με Σχιζοφρένεια. Ημι-δομημένες συνεντεύξεις και σημειώσεις πεδίου.	Κύρια θέματα: • Η σχιζοφρένεια ως «κάθοδος στην κόλαση». • Αβάσταχτο υποφέρειν. • Εξοστρακισμός από την οικογένεια και τους φίλους. • Μία σπιθαμή ελπίδας (κινητοποίηση vs ταυτότητα πάσχοντα, κοινωνική λειτουργικότητα vs υποφέρειν). • Απογοήτευση (παθολογία νόσου vs επιθυμία για ζωή). • Απόκτηση εναισθησίας & εύρεση σημείων αναφοράς για την ανοικοδόμηση της αντίληψης αυτού. • Πηγές κινητοποίησης & ενδυνάμωσης επιθυμίας για ζωή (ενεργοποίηση προσωπικότητας & ικανοτήτων, πνευματικότητα, πίστη στον Θεό). • Αντιπίεση & αποτίναξη της κυριαρχίας της σχιζοφρένειας. • Στρατηγικές αντιμετώπισης (πειραματισμός τρόπων αντιμετώπισης, οραματισμός αυτού στο μέλλον, αυτοκυριαρχία & αυτο-προστασία, δεκτικότητα, διατήρηση ισορροπίας μεταξύ εσωτερικών εξωτερικών δυνάμεων, επίλυση συγκρούσεων αυτού-κοινωνικού περιβάλλοντος, διαχείριση ασυνέπειας ΣΥ & κοινωνικο-πολιτικού συστήματος). • Εσωτερικές & εξωτερικές προκλήσεις (συμπτώματα, στρεσογόνες καταστάσεις, υπερπροστασία, αντιμετώπισης της κατάστασης ως τεχνικού προβλήματος vs ως πρόβλημα ύπαρξης). • Σημεία βελτίωσης: βιολογική & ψυχολογική βελτίωση (ΦΑ, σωματική άσκηση).

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Piat et al ²⁹	Καναδάς	Διερεύνηση του τρόπου που ερμηνεύουν την ανάρρωση οι ΧΥΨΥ	- 54 άτομα, με ΔΔ ή Σχιζοφρένεια, - 6 ημι-δομημένες συνεντεύξεις, - θεματική ανάλυση.	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως ψυχοκοινωνική διαδικασία και ως ιατρικό συμβάν. Κύρια θέματα/υποθέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Η ανάρρωση ως: <ul style="list-style-type: none"> - προς τη νόσο: προσαρμογή στη νόσο, αποδοχή χρονιότητας & αιτιών νόσου (μηχανική δυσλειτουργία) - προς την ίαση: θεραπεία ψυχικής νόσου, επανάκτηση λειτουργικότητας, απουσία συμπτωμάτων, αποδοχή περιορισμών νόσου & πρόληψη υποτροπής, θετική νοηματοδότηση, περιορισμός ΦΑ, εξιτήριο. - προς τη ΦΑ (μεταμόρφωση εαυτού, ελπίδα, αναγκαιότητα ορθής εφαρμογής, περιορισμένη διάρκεια). - επιστροφή στον προ νόσου εαυτό. - προς την ευεξία: να μάθει να ζει με τη νόσο, με αυθεντικότητα & να παλεύει για φυσολογική ζωή. - απόκτηση ελέγχου της ζωής, ανάληψη πρωτοβουλιών, επίτευξη στόχων, διαδικασία εξέλιξης & μάθησης και νέας αντίληψης εαυτού. - μακρόχρονη, εξελικτική διαδικασία με скаμπανεβάσματα, προς νέο εαυτό: αποδοχή νόσου & οδύνης, αποφασιστικότητα & συνέχιση προσπάθειας, προσπάθεια αυτοπραγμάτωσης, αλλαγή, θετική σκέψη, αυτοπεποίθηση & πάλη βελτίωσης. • Παράγοντες ανάρρωσης & εμπόδια: ενδυνάμωση, προαγωγή υπευθυνότητα, υπομονή vs βόλημα & φόβος αλλαγής
Pitt et al ³⁰	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας της διαδικασίας ανάρρωσης από τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.	- Ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση, - 7 άτομα με ψυχώσεις, Συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως σταδιακή, άνιση & σχετική διαδικασία. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Αναδόμηση εαυτού: κατανόηση εαυτού (συμφιλίωση με το παρελθόν, διεύρυνση αυτογνωσίας & κατανόηση ψυχικής δυσφορίας), ενδυνάμωση (αναζήτηση γνώσης, απόκτηση ελέγχου, ενίσχυση αυτοεκτίμησης & αποφασιστικότητας). • Αναδόμηση ζωής (δραστηριοποίηση, απόκτηση σκοπού, ανακίνηση κοινωνικής υποστήριξης & υποστήριξης ΕΥ). • Ελπίδα βελτίωσης μέσω αλλαγής (προσωπική εξέλιξη & κοινωνική ένταξη), επιθυμία αλλαγής (ενεργός συμμετοχή ως ΧΥΨΥ, ανάληψη πρωτοβουλιών) • Παράγοντες ανάρρωσης: αλλαγές ΥΨΥ (διατήρηση θεραπευτικού συνεχούς, μεγαλύτερο εύρος επιλογών θεραπείας/εναλλακτικές του βιοϊατρικού μοντέλου, προστασία ΧΥΨΥ έναντι λαθών ΕΥ, έμφαση & καθοδήγηση στην ανάρρωση, κατάργηση στίγματος/ διακρίσεων) & προσέγγισης ΕΥ (προαγωγή κατανόησης, συνεργατική κουλτούρα, συνηγορία).

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα, μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Ridge & Ziebland ³¹	Ηνωμένο Βασίλειο	Διερεύνηση της νοηματοδότησης και των διαφορετικών διαδικασιών που συμπεριλαμβάνονται στην ανάρρωση.	- Θεμελιωμένη θεωρία, - 38 άτομα με ΜΚΔ σε ανάρρωση, - ανοικτού τύπου ερωτήσεις/σε βάθος συνεντεύξεις.	Κύρια θέματα: • Ερμηνεία ανάρρωσης: επιθυμία επανάκτησης της προ νόσου ζωής, κανονικότητας & ευχαρίστησης, αποκατάσταση εγκυφαλικών χημικών ανισορροπιών & επούλωση τραυματικών εμπειριών παιδικής ηλικίας • Ενδυνάμωση διαφορετικών μορφών ενιαυσθρίας: - ερμηνεία νόσου (προς λειτουργικότερο τρόπο). - επίγνωση εαυτού & άλλων (μέσω συμβουλευτικής, αγωγής, βιβλίων, προσευχής, ομάδων κοινωνικής στήριξης, γιόγκα). - αντίληψη εικόνας εαυτού (διαφοροποίηση από την κοινωνικά προβλεπόμενη αρνητική εικόνα & ανάδειξη υγιών ιδιοτήτων/ χαρακτηριστικών) μέσω: (α) προαγωγής αυθεντικού εαυτού & τρόπου διαβίωσης (έκφραση καταθλιπτικού εαυτού, λήψη αγωγής, έκφραση επιλογών), (β) ανάληψης ευθύνης ανάρρωσης (αναζήτηση πληροφορήσης) και (γ) αντιμετώπισης καταθλιπτικών σκέψεων & φόβου υποτροπής.
Roe et al ³²	ΗΠΑ	Διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης κατά τη διαδικασία ανάρρωσης.	- Ποιοτική προοπτική μελέτη - 43 άτομα με Σχιζοφρένεια, Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, ΜΚΔ, - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις.	Κύρια θέματα: • Ρύθμιση σωματικής δραστηριότητας & εξωτερικών ερεθισμάτων (αποφυγή στρεσογόνου περιβάλλοντος, αποδοχή ατομικών πλεονεκτημάτων/ μειονεκτημάτων, ατομική προσπάθεια). • Στρατηγικές ελέγχου συμπτωμάτων (εκμάθηση απομόνωσης ακουστικών ψευδαισθήσεων, έλεγχος ρυθμού ομιλίας). • Αποφασιστικότητα και ελπίδα (θρησκευτική πίστη, εμφύσηση προοπτικής μέλλοντος & ορθολογικής εξήγησης). • Αλλαγή στάσης ζωής και θετική κοινωνικών σχέσεων, απομόνωση ψυχωτικών ιδεών). - Δραστηριοτήτων, δόμηση κοινωνικών σχέσεων, απομόνωση ψυχωτικών ιδεών).
Schön ³³	Σουηδία	Διερεύνηση των παραγόντων τους οποίους οι ψυχικά πάσχοντες θεωρούν καθοριστικούς για την ανάρρωσή τους και για ποιους λόγους.	- Θεμελιωμένη θεωρία, - 58 άτομα με Σχιζοφρένεια, Ψύχωση ή ΔΔ - Ανοικτού τύπου ερωτήσεις.	Πυρηνικό θέμα: Ανάρρωση μέσω μιας κοινωνικής διαδικασίας. Κύρια θέματα: • Ερμηνεία ανάρρωσης: διαδικασία μετακίνησης από τον παθητικό προς τον ενεργό εαυτό. • Παράγοντες ανάρρωσης: προσωπική πρωτοβουλία και: - Στρατηγικές αντιμετώπισης: λειτουργική νοηματοδότηση, αυτο-έκφραση, εύρεση λειτουργικού περιβάλλοντος δραστηριοποίησης, σταθεροποίηση στον λειτουργικό ρυθμό. - Κοινωνικές παρεμβάσεις: συνεργασία με ΕΥ, ορθή λήψη ΦΑ (παρούσα αμφιθυμία), νοσηλεία (θετικές & αρνητικές επιδράσεις και σπουδαιότητα θεραπευτικής σχέσης), οργανωμένες δραστηριότητες εκτός σπιτιού - Σύνδεση με άλλους (οικογένεια, φίλοι).

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Schön ³⁴	Σουηδία	Διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων ως προς τη νοσηματοδότηση των παραγόντων που θεωρούνται καθοριστικοί για την ανάρρωση από ΣΨΗ.	- Θεμελιωμένη θεωρία - 30 άτομα (15 γυναίκες/15 άνδρες) σε φάση ανάρρωσης από Ψύχωση, ΔΔ, ΔΠ - ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, σε βάθος συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Προσωπική πάλη ανάρρωσης. Κύρια θέματα: Παράγοντες ανάρρωσης: <ul style="list-style-type: none"> • Προσωπική ικανότητα: ευθύνη & συμμετοχή στη θεραπεία, νοηματοδότηση νοσοκομειακής νοσηλείας, αποδοχή χρονικών απαιτήσεων ανάρρωσης, συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (λέσχες, ομάδες), αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων, αποστασιοποίηση από τη νόσο (ανάγνωση βιβλίων, κοινωνικές έξοδοι, επαφή με την ιστορία ζωής άλλων), νοηματοδότηση μέσω ημερολογίων, σημειώσεων, ζωγραφικής. [Άνδρες: (α) ανάληψη ευθύνης κατά τη νοσηλεία, σε αρχικό στάδιο (vs γυναίκες) & υπό μορφή συνεργασίας με τους ΕΥ, (β) απόκτηση αισθήματος ανήκειν μέσω επαφής με την εμπειρία άλλων, διαβάσιματος & συμμετοχής σε λέσχες. Γυναίκες: (α) η νοσοκομειακή νοσηλεία ως εμπόδιο ανάρρωσης, κλιμάκωση αντίληψης αδυναμίας & χώρος πολυφαρμακίας, (β) κατανόηση του εαυτού και των αιτιών νόσησης του μέσω της εμπειρίας άλλων, (γ) στόχος ανάρρωσης η αυθεντικότητα και η συνηθισμένη ζωή, (δ) σπουδαιότητα πίστης για την ανάρρωση]. • Διά του σώματος ανάρρωση (εμπειρία & σωματική εκδήλωση ψυχικής νόσου). [Άνδρες: (α) φόβος άγχος, παράλυση, αυτοκτονικός ιδεασμός, (β) η ΦΑ ως καθοριστικός παράγοντας πρόληψης υποτροπής. Γυναίκες: (α) προσπάθεια επίτευξης φυσιολογικής εμφάνισης & κάλυψης σωματικών αναγκών, αλλά και εμπλοκή σε επιβλαβείς για το σώμα συμπεριφορές, όπως απόπειρα αυτοκτονίας, (β) αμφιθυμία αναγκαιότητας ΦΑ]. • Κοινωνική σύνδεση (εγκατάλειψη απομόνωσης λόγω νόσου, σύνδεση με άλλους & ενσωμάτωση σε υποστηρικτικά περιβάλλοντα). (Άνδρες: υποστηρικτικές σχέσεις κυρίως με ψυχιάτρους λόγω παροχής ΦΑ & εργαλείων ενδυνάμωσης της κατανόησης, ελέγχου και αντιμετώπισης της νόσου. Γυναίκες: υποστηρικτικές σχέσεις με ΕΥ βάσει εμπιστοσύνης, ενεργητικής ακρόασης & μη επικριτικής στάσης). • Υποστηρικτικές σχέσεις με την οικογένεια. [Άνδρες: σύντροφοι που ενθαρρύνουν τους πάσχοντες να ζητήσουν βοήθεια. Γυναίκες: σύντροφοι που (α) τους μεταδίνουν το αίσθημα ότι είναι αγαπητές, (β) αναλαμβάνουν τις οικιακές εργασίες]. • Σύνδεση με έναν πιο υγιή εαυτό. (Γυναίκες: ικανότητα ανάπτυξης νέων σχέσεων & αισθηματος ανήκειν. Άνδρες: ικανότητα ελέγχου συμπτωμάτων & ενσωμάτωση σε ομάδες ομοτίμων).

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Schön ³⁵	Σουηδία	Διερεύνηση της αντίληψης γυναικών και ανδρών για την επίδραση της ακούσιας νοσηλείας στη διαδικασία της ανάρρωσης από ΣΨΝ.	- Θεμελιωμένη θεωρία, - 30 άτομα με Σχιζοφρένεια, Ψύχωση, ΔΠ, ΔΔ - Ανοικτού τύπου ερωτήσεις, σε βάθος συνεντεύξεις.	Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Αμφίθυμια αναγκαιότητας (Άνδρες: παρουσία έμπιστων και καταρτισμένων ΕΨΥ & άμεση πρόμβαση στη ΦΑ vs. Γυναίκες: καταναγκαστική λήψη ΦΑ & απουσία μη φαρμακευτικής φροντίδας). • Εμπειρίες καταπίεσης (Γυναίκες: νοσηλεία ως καταναγκαστική, τραυματική και χωρίς έλεγχο λήψη ΦΑ. Άνδρες: νοσηλεία ως απαραίτητη παρά την ερμηνεία της ως ήττας & αποτυχίας. Το νοσοκομείο ως μηχανικό περιβάλλον με συχνά ακατάλληλο προσωπικό, όπου αποφασίζουν άλλοι). • Απουσία πραγματικής θεραπείας (αποκλειστικά ΦΑ και περιορισμός στον χώρο). (Γυναίκες: βιώματα απουσίας, θλίψη, εγκατάλειψης & έλλειψης εμπιστοσύνης από τους ΕΨΥ, ανάγκης αναζήτησης βοήθειας. Άνδρες: Απογοητευτική και αγχογόνος εμπειρία. • Η ΦΑ ως απαραίτητη για την ανάρρωση (Γυναίκες: αναγκαιότητα μείωσης δόσεων, οι ανεπιθύμητες ενέργειες ως φυλακική & εμπόδιο δραστηριοποίησης. Άνδρες: καθοριστικό εργαλείο αποτροπής υποτροπής & ελέγχου συμπτωμάτων).
Shea ³⁶	ΗΠΑ	Διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας της αλλαγής ταυτότητας από άτομα με σχιζοφρένεια τα οποία βρίσκονταν σε διαφορετικά στάδια κοινωνικής προσαρμογής.	- Θεμελιωμένη θεωρία - 10 άτομα με Σχιζοφρένεια. - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις.	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση του εαυτού ως μια περίπλοκη διαδικασία αλλαγής & εξέλιξης, Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Είσοδος στην περιοχή (σαφής & σταδιακή έναρξη συμπτωμάτων, ένταση & απώλειες, συμπεριλαμβανομένης του εαυτού). • Συνεχής πάλη απόκτησης ελέγχου: διατήρηση καθημερινής δραστηριοποίησης & κατήντησης νόσου (σύγχυση, φόβος) • Φροντίδα εαυτού (πρωτοβουλία ενίσχυσης εαυτού) • Κοινωνική προσαρμογή (εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες, συναναστροφή με άτομα με αποδοχή και ενσυναίσθηση). • Αξιολόγηση εαυτού (αναγνώριση προόδου & βελτίωση ικανότητας ελέγχου συμπτωμάτων). • Επιστροφή στην κανονικότητα (λήψη ΦΑ, απουσία συμπτωμάτων, ενδυνάμωση αυτογνωσίας, προσπάθεια αποδοχής νόσου/ εαυτού, αποδοχή διαφορετικών πτυχών ατομικής ταυτότητας, ενσωμάτωση παρελθόντος, παρόντος και μέλλοντος, θέσπιση στόχων).

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Skärsäter et al ³⁷	Σουηδία	Διερεύνηση των αντιλήψεων των γυναικών με ΜΚΔ για τις στρατηγικές αντιμετώπισης της καθημερινής ζωής.	- Φαινομενογραφική περιγραφική μελέτη - 13 γυναίκες με ΜΚΔ - Δομημένες συνεντεύξεις.	<p>Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση από την κατάθλιψη ως μια διεργασία συνεχούς ανάπτυξης αλλά και μετακίνησης εμπρός-πίσω.</p> <p>Κύρια θέματα: Παράγοντες ανάρρωσης (ανάγκη για):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πίστη ικανότητας αυτο-ίασης (παροχή χρόνου & χώρου για αναστοχασμό & ενδυνάμωση εμπιστοσύνης στις ενδογενείς δυνάμεις) • Επιβεβαίωση της ύπαρξης (αίσθημα ασφάλειας μέσω είσπραξης επιβεβαίωσης από τους ΕΥ ότι δεν είναι τρελοί & ότι υπάρχει δυνατότητα ανάρρωσης). • Αναγνώριση της προσωπικότητας από τον περίγυρο (απόδοση αξίας στην ολότητα της προσωπικότητας vs. «περιστατικό» & ενδυνάμωση προσαρμοστικότητας & ανθεκτικότητας προσωπικότητας). • Αυτο-διαχείριση νόσου: (α) στρατηγικές αντιμετώπισης: άσκηση, μασάζ, θετική σκέψη, ύπνωση, μουσική, διάβασμα, ζωγραφική, λήψη βιταμινών & αλάτων, διάλογος με φίλους και ΕΥ ως ουσιαστικός παράγοντας εξέλιξης), (β) ενεργοποίηση της μετάβασης (απόρριψη προηγούμενων στάσεων και ρόλων & αντιμετώπιση της καθημερινότητας με νέα αποθέματα, αναπτύσσοντας αντίληψη ελέγχου, (γ) ενδυνάμωση (ανάληψη ευθύνης ανάρρωσης) • Κοινωνική υποστήριξη: (α) ανάκτηση ελέγχου καθημερινών δραστηριοτήτων μέσω υποστηρικτικών ΕΥ («δίχτυ ασφάλειας»), (β) συμμετοχή σε ομάδες, (γ) πληροφόρηση πάσχοντος/οικογένειας/συντρόφων για τη νόσο και την ανάρρωση (vs ενοχή & ντροπή λόγω νόσου). • Ερμηνεία ανάρρωσης: (α) αναστοχασμός ζωής & προσωπική ανάπτυξη, (β) πίστη στο μέλλον, αυτοπεποίθηση & θέσπιση στόχων.

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Smith ³⁸	ΗΠΑ	Διερεύνηση: (α) της νοσηματοδότησης, (β) των καθοριστικών παραγόντων, (γ) των εμποδίων και (δ) των στρατηγικών αντιμετώπισης της ανάρρωσης.	- 10 άτομα με Σχιζοφρένεια, ΔΔ, ΜΚΔ - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις - ανάλυση με το λογισμικό ποιοτικής ανάλυσης QSR NUD IST.	<p>Κύρια θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία ανάρρωσης: μια μακροχρόνια διαδικασία, κατά την οποία: (α) υπάρχει απουσία/έλεγχος συμπτωμάτων και (β) αναπτύσσονται/ολοκληρώνεται η ύπαρξη. • Σημεία κριτής ανάρρωσης: (α) επεξήγηση παθοφυσιολογίας νόσου & έναρξη ορθής λήψης ΦΑ, (β) διακοπή προσπάθειας λόγω αρνητικών εμπειριών νοσηλείας, (γ) απόρριψη παλαιών πεποιθήσεων θεραπείας/ΦΑ, (δ) αποδοχή νόσου, (ε) κατανόηση αναγκαιότητας προσπάθειας & ενεργητικής στάσης, (στ) στρατηγικές αντιμετώπισης: (i) υποστηρικτικές επαγγελματικές σχέσεις, (ii) μετακόμιση σε ομαδικά σπίτια, (iii) ψυχιατρική βοήθεια • Παράγοντες ανάρρωσης: (α) κατάλληλη ΦΑ (αναγνώριση αναγκαιότητας ΦΑ & προσωπικής εμπλοκής), (β) υποστηρικτικές σχέσεις με ΕΥ, φίλοι με ενσυναίσθηση & ομότιμοι, (γ) δημιουργικές δραστηριότητες (ανάπτυξη ενδιαφερόντων, περπάτημα, εθελοντισμός, εκκλησία, ομάδες ψυχικά πασχόντων, κινηματογράφος, εργασία & δικαίωμα επιλογής τύπου εργασίας), (δ) αντίληψη ελέγχου & ανεξαρτησίας (χρήματα, σπίτι), (ε) αποφασιστικότητα διατήρησης ανάρρωσης, (στ) θετική θεώρηση παρόντος και μέλλοντος (ενίσχυση αυτοεκτίμησης & αντίληψης ολοκλήρωσης). • Εμπόδια ανάρρωσης (έλλειψη κοινωνικής αποδοχής, απώλεια εργασίας λόγω στίγματος ΦΑ, συμπτώματα & ανεπιθύμητες ενέργειες ΦΑ, έλλειψη οικονομικών πόρων, περιορισμένη πρόσβαση ΥΠΥ, έκθεση σε στρεσογόνα ερεθίσματα • Στρατηγικές ανάρρωσης: αποδοχή νόσου, πίστη εαυτού και ανάρρωσης, υποστηρικτικές σχέσεις με ΕΥ (χωρίς επικριτική στάση) & κατάλληλη ΦΑ (μέσο σταθερότητας), αποδοχή προσωπικής ευθύνης έναντι ανάρρωσης, εμπλοκή στις καθημερινές δραστηριότητες & εγκαθίδρυση ρουτίνας, συμμετοχή σε ΚΚΨΑ, ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες, απόκτηση γνώσεων για τη νόσο/ ΦΑ, αποφυγή στρεσογόνων σχέσεων & καταστάσεων.

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Ερευνητές	Χώρα	Σκοπός	Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, δείγμα: μέγεθος/ διάγνωση, εργαλείο)	Αποτελέσματα
Spaniol et al ³⁹	ΗΠΑ	Διερεύνηση της εμπειρίας βελτίωσης της λειτουργικότητας και της ανάρρωσης από μω με σχιζοφρένεια.	- Ποιοτική διαχρονική μελέτη - 12 άτομα με Σχιζοφρένεια & Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή - Ανοικτού τύπου ερωτήσεις, κάθε 4-8 μήνες για περίοδο τεσσάρων χρόνων.	Πυρηνικό θέμα: Ζωή πέρα από την ανικανότητα. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Καταβολή λόγω ανικανότητας (απόρροια ψυχικής & σωματικής πάλης με τη νόσο, προσπάθειας κατανόησης & ελέγχου συμπτωμάτων, φόβου, ΦΑ ως μέσου εξάρτησης από το ΣΥ). • Ζωή με την ανικανότητα (αυτοπεποίθηση ελέγχου συμπτωμάτων & πορείας ζωής, αποδοχή, ενεργοποίηση στρατηγικών αντιμετώπισης) • Στρατηγικές αντιμετώπισης & ελέγχου ανικανότητας: περιορισμός παρενεργειών ΦΑ υποστηρικτική οικογένεια & επικοινωνία με φίλους, οικονομικοί πόροι, σταθερός τόπος διαμονής, σχέσεις συνεργασίας με ΕΥ, πρόσβαση στις ΥΥ, έλεγχος χρήσης ουσιών, περιρισμός στρεσογόνων δραστηριοτήτων, υποστηρικτικοί συνάδελφοι, ΕΥ με ενσυναίσθηση • Άλλα νόσου (χημικά & μερικές ψυχολογικά): περιβαλλοντικό στρες, δοκιμασία Θεού, ουσίες, χημική ανισορροπία. • Εμπόδια ανάρρωσης: συννοσηρότητα με διαταραχές χρήσης ουσιών, φτώχεια, χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, μη προνομιούχα φυλή, ηλικία έναρξης σχιζοφρένειας. • Παράγοντες ανάρρωσης: υποστηρικτική οικογένεια, φίλοι και ΕΥ, πίστη στον Θεό, ενσόχληση με την εκκλησία, υιοθέτηση λειτουργικών ρόλων (π.χ. του εργαζομένου). • Ερμηνεία ανάρρωσης: (α) αναπτυξιακή διαδικασία, (β) προσαγωγή ελέγχου ζωής, (γ) κλιτική βελτίωση & βελτίωσης ποιότητας ζωής (αντίληψη ενδυναμωμένου εαυτού, ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων, εύρεση νοήματος ζωής, κοινωνική δραστηριοποίηση).
Tooth et al ⁴⁰	Αυστραλία	Διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων ανάρρωσης και η διάμορφωση ορισμού της ανάρρωσης σε άτομα με σχιζοφρένεια.	- Ποιοτική μελέτη τεσσάρων σταδίων - 57 άτομα με Σχιζοφρένεια (44 άντρες και 16 γυναίκες σε ανάρρωση) - Ομάδες εστίασης - Ημι-δομημένες συνεντεύξεις,, SCID-P - Ανάλυση περιεχομένου	Πυρηνικό θέμα: Η ανάρρωση ως περιήλικη διεργασία μεταμόρφωσης & η σπουδαιότητα της αυτο-ενδυνάμωσης. Κύρια θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Παράγοντες ανάρρωσης: (α) αυτο-προσδιορισμός (ισχυρή θέληση διατήρησης κανονικότητας/καταπολέμησης νόσου), (β) αυτο-διαχείριση νόσου (διαλογισμός, επιβεβαίωση περιβάλλοντος, ΦΑ, πίστη στον Θεό), (γ) αυτο-βοήθεια, (δ) δίκτυο φίλων (ασφάλειας & σταθερότητα). • Εμπόδια ανάρρωσης: (α) ανεπιθύμητες ενέργειες ΦΑ (σύγχυση, παρεμπόδιση δραστηριοτήτων, εκφραστικότητα), (β) στιγματισμός. • Ερμηνεία ανάρρωσης: ανάληψη ευθύνης, εγκαθίδρυση ρουτίνας, κανονικότητα, σταδιακή μεταμόρφωση (ανάδωση νέου λειτουργικού εαυτού), αυτοπροσδιορισμός, γαλήνη, ικανοποίηση, ενεργοποίηση στρατηγικών αντιμετώπισης, εξάλειψη συμπτωμάτων.

ACT: Assertive Community Treatment, QSR NUD IST: Qualitative Research Software Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorizing, RPIT: Recovery Partnership Interview Tool, SCID-I Standardized Clinical Interview, SCID-P: Standardized Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patient Edition, SHOWed: See Here Our Lives Why does Do: acronym for a photovoice technique, ΚΚΨΑ: Κοινωνικά Κέντρα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ΔΔ: Διπολική Διαταραχή, ΜΚΔ: Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, ΣΨΝ: Σοβαρή Ψυχική Νόσος, ΧΥΨΥ: Χρήστης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, ΔΠ: Διαταραχές Προσωπικότητας, ΦΑ: Φαρμακευτική αγωγή

β. Παράγοντες που προάγουν την ανάρρωση από τη σοβαρή ψυχική νόσο

Οι παράγοντες, οι οποίοι φάνηκε να διευκολύνουν την ανάρρωση, συνοψίζονται ως εξής: (α) παρουσία υποστηρικτικών σχέσεων με την οικογένεια,^{3,15,19,20,27,39} (β) ανάληψη προσωπικής ευθύνης ως προς την ανάρρωση,^{25,31,34,38} (γ) πνευματικότητα και ουσιαστική σχέση με τη θρησκεία,^{15,26,28} (δ) υποστηρικτικές σχέσεις με τους Επαγγελματίες Υγείας (ΕΥ),^{11,13,14,22} (ε) ορθή εφαρμογή ΦΑ,^{15,19,26} (στ) υλικοί πόροι,^{3,22} (ζ) ενεργοποίηση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης.

Ανάληψη προσωπικής ευθύνης

Η ανάληψη προσωπικής ευθύνης κατά την πορεία της νόσου και την ανάρρωση φάνηκε να λαμβάνει τη μορφή: (α) προσωπικής προσπάθειας για απόκτηση γνώσης σχετικά με τη κατάσταση της υγείας και τη νόσο,³¹ (β) προσωπικής ενεργοποίησης και ανάληψης δράσης,^{26,36} (γ) αποφασιστικής προσπάθειας διατήρησης μιας φυσιολογικής ζωής και ελέγχου αυτής,^{11,40} (ε) αποδοχής του εαυτού με τους περιορισμούς που επιβάλλει η νόσος,^{1,20} (στ) ελέγχου των συμπτωμάτων με ενεργοποίηση κατάλληλων στρατηγικών.³⁶

Υποστηρικτικές σχέσεις με τους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας (ΕΨΥ)

Η ανάγκη για την ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων συνεργασίας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όλων των ειδικοτήτων περιγράφηκε ως ένας καθοριστικός παράγοντας προαγωγής της ανάρρωσης.^{1,11,33,23,37-39} Ειδικότερα, περιγράφηκαν: (α) συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ΕΨΥ, προκειμένου οι τελευταίοι να γίνουν αντιληπτοί ως υποστηρικτικοί και αποτελεσματικοί στην πορεία προς την ανάρρωση, καθώς και (β) διακριτές πλευρές του ρόλου των ΕΨΥ. Συγκεκριμένα, οι ΕΨΥ περιγράφηκαν σαν «δίκτυ προστασίας»,³⁷ με έμφαση στη διατήρηση του θεραπευτικού συνεχούς,^{19,30} την αμοιβαία εμπιστοσύνη,^{13,15} και κύρια την αντι-εξουσιαστική κλινική πρακτική.^{14,19} Βέβαια, εκτός από την προαγωγή της ενεργού συμμετοχής των Χρηστών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΧΥΨΥ) στη λήψη των αποφάσεων,^{17,30} στις περισσότερες μελέτες τονίστηκε η ανάγκη για προαγωγή της ορθής εφαρμογής της ΦΑ από τους πάσχοντες.^{13,38} Περαιτέρω, άλλες διαστάσεις του ρόλου του αποτελεσματικού θεραπευτή, οι οποίες περιγράφηκαν ήταν: (α) εκπαίδευση του πάσχοντος και της οικογένειάς του σχετικά με τη νόσο, τη ΦΑ και τις υγιείς συμπεριφορές,¹³ (β) προαγωγή της πνευματικότητας,¹³ (γ) κατάργηση του στίγματος,³⁰ Επιπλέον, τονίστηκε το στοιχείο της ανθρωπίνης διάστασης και της ενσυναίσθησης του θεραπευτή³⁹ καθώς και της καθημερινής διαθεσιμότητάς του προς τους

ΧΥΨΥ,¹⁴ αλλά και η αναγκαιότητα υψηλού επιστημονικού υποβάθρου από πλευράς τους.³⁵

Υποστηρικτικές σχέσεις με την οικογένεια και την ευρύτερη κοινωνία

Αναφορικά με τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, στις περισσότερες μελέτες τονίζεται το στοιχείο της ενσυναίσθησης³⁸ και της θετικής και χωρίς όρους αποδοχής,^{15,19} καθώς επίσης η κατάργηση της υπερπροστασίας και η ενδυνάμωση της αυτενέργειας.¹ Επίσης, η ανάγκη του «ανήκειν» μέσα από τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις αναδείχτηκε σε σημαντικό βαθμό.^{3,16} Συνολικά, η ανάγκη για διαπροσωπική και κοινωνική υποστήριξη^{3,15,19,20} και θετική ανατροφοδότηση²³ προκειμένου οι πάσχοντες να ελέγξουν τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές υγείας και τα ενεργά συμπτώματα καθώς και η ανάγκη για συντροφικότητα^{19,20,27,34} περιγράφηκαν ως σημαντικοί παράγοντες προαγωγής της ανάρρωσης, δεδομένου ότι οι σχέσεις αυτές δημιουργούν συναισθήματα σταθερότητας και ασφάλειας.⁴⁰ Επίσης, σημαντικές φαίνεται να είναι και οι ομάδες αυτο-βοήθειας και οι σχέσεις με άλλα άτομα που έχουν την εμπειρία της ΣΨΝ.^{38,40}

Η φαρμακοθεραπεία

Η αναγκαιότητα της ΦΑ φάνηκε να συνιστά θέμα μιας συνεχούς διαπραγμάτευσης λόγω αμφιθυμίας αναφορικά με τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή από τους πάσχοντες.^{23,32,35-38} Από τη μία, γίνεται αναφορά στη βιβλιογραφία για τη θετική επίδρασή της στην αναδιοργάνωση του εαυτού, στον έλεγχο των συμπτωμάτων και στη λειτουργικότητα των πασχόντων^{15,19,24-28} και από την άλλη, στις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες φαίνεται να οδηγούν στον στιγματισμό και στην κοινωνική απομόνωση.^{28,33,34,39} Υπάρχουν δε και μελέτες^{27,29} στις οποίες η μείωση ή και διακοπή της ΦΑ περιγράφεται ως στόχος της ανάρρωσης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι για κάποιους πάσχοντες η μη ορθή εφαρμογή της ΦΑ είναι ένας τρόπος για να προβάλουν την αντίστασή τους στην ετικετοποίηση, στην εξάρτηση και στους περιορισμούς του συστήματος υγείας.^{21,39}

Αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης

Πλήθος ατομικών στρατηγικών αντιμετώπισης περιγράφηκαν ως βοηθητικές για τους ΧΥΨΥ αναφορικά με την προαγωγή της ανάρρωσης. Οι κυριότερες από αυτές ήταν: (α) ορθή λήψη ΦΑ,^{15,25-27,38-40} (β) πίστη στον εαυτό,^{3,28} ενδυνάμωση και κινητοποίηση,^{26,32,33,37,40} (γ) θέσπιση επιτεύξιμων στόχων,³ (δ) εκμάθηση τεχνικής διαχείρισης προβλημάτων³ και κοινωνικών δεξιοτήτων,²³ (ε) πνευματικότητα και πίστη,^{15,28,32,40} (στ) περιορισμός δυσλειτουργικών συνανα-

στροφών,^{14,21,32} (ζ) κάλυψη βασικών αναγκών στέγασης,³⁴ (η) κοινωνική δραστηριοποίηση,^{33,34} και επικοινωνία,³⁷⁻³⁹ (η) συμπληρωματικές θεραπευτικές μέθοδοι (άσκηση, μασάζ, ύπνωση, μουσική, διάβασμα, ζωγραφική, λήψη βιταμινών & αλάτων, διαλογισμός).^{37,40}

γ. Εμπόδια ανάρρωσης

Συγκεκριμένα εμπόδια περιγράφηκαν στη διαδικασία της ανάρρωσης, όπως: α) περιθωριοποίηση και κοινωνικός στιγματισμός,^{1,3,20,38} β) έλλειψη υλικών πόρων,^{1,38,39} και χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη,³⁹ γ) περιορισμένη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και περιορισμένος αριθμός αποτελεσματικών Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας,^{20,38} δ) παθητική στάση απέναντι στην ανάρρωση και φόβος της αλλαγής,^{20,27,29} ε) στρεσογόνες καταστάσεις,^{28,38} στ) συννόηση με διαταραχές χρήσης ουσιών.³⁹ Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα μελετών, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τα ζητήματα φύλου, και βάσει αυτών ενώ η νοσοκομειακή νοσηλεία και η ΦΑ για τους άνδρες γίνονται αντιληπτά ως παράγοντες προαγωγής της ανάρρωσης, για τις γυναίκες ερμηνεύονται ως ανασταλτικοί,³⁸ με έμφαση στην αναπαραγωγή της αδυναμίας, της καταπίεσης και της πολυφαρμακίας.^{34,35,39}

Συζήτηση

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση συμπεριελήφθησαν ποιοτικές μελέτες, ποικίλων σχεδιασμών, οι οποίες είχαν ως σκοπό τη διερεύνηση της εμπειρίας της ανάρρωσης από ΣΨΝ. Συνολικά φάνηκε ότι η ανάρρωση από τη ΣΨΝ αφορά σε μία πολύπλοκη και πολυ-παραγοντική διεργασία. Κατά κύριο λόγο, απαιτούνται πολυ-επίπεδες παρεμβάσεις με στόχο τους πάσχοντες, τα μέλη της οικογένειάς τους, τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ειδικότερα, οι παρεμβάσεις ενίσχυσης της ενσυναισθησιακής κατανόησης και περιορισμού του κοινωνικού στιγματισμού σε όλα τα προαναφερθέντα επίπεδα φαίνεται αναγκαίο να ενισχυθούν, όπως επίσης και οι υπηρεσίες εργασιακής και κοινωνικής αποκατάστασης. Επιπλέον, προτείνονται παρεμβάσεις ενδυνάμωσης της ατομικής ταυτότητας και επεξεργασίας δυλειτουργικών συναισθημάτων και αντιλήψεων αποτόκων των αλλαγών λόγω της χρόνιας πορείας της νόσου.

Βέβαια, τα ανωτέρω αποτελέσματα πρέπει να ερμηνευθούν υπό το πρίσμα των περιορισμών της παρούσας μελέτης. Ο βασικότερος περιορισμός αφορά στο γεγονός ότι συμπεριελήφθησαν μελέτες αποκλειστικά στην αγγλική γλώσσα. Ενδεχομένως, μελέτες δημοσιευμένες σε γλώσσα έτερη της Αγγλικής να παρείχαν αντιφατικά αποτελέσματα, τα οποία να μην έχουν συμπεριληφθεί στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον, το γεγονός ότι συμπεριελήφθησαν μελέτες κάθε είδους ποιοτικού σχεδιασμού ενδεχομένως να έχει

προσδώσει μια ετερογένεια στο δείγμα και στην ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων. Μάλιστα, το δεδομένο ότι οι συμπεριληφθείσες μελέτες απορρέουν από ποικίλες φιλοσοφικές προσεγγίσεις και ποικίλα θεωρητικά πλαίσια, τα οποία καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, ενισχύει τον ισχυρισμό αυτό.

Αναφορικά με τους βασικότερους περιορισμούς των μελετών που ανασκοπήθηκαν, για παράδειγμα, στη μελέτη των Mansell et al²³ οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ένα συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο για την ερμηνεία της Διπολικής Διαταραχής, γεγονός το οποίο δύναται να επηρέασε την ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, γνωστό ως μοντέλο γνωστικής ενσωμάτωσης,²³ η διαδικασία της ανάρρωσης συνδέεται με τη σταδιακή αποδοχή και ανοχή των εσωτερικών μεταβολών και συνεπακόλουθα της αυτο-εκτίμησης. Η αποδοχή αυτή αναμένεται να ενισχύσει την υιοθέτηση λιγότερο ακραίων συμπεριφορών, αλλά και την πρόκληση των υπαρχουσών πεποιθήσεων σχετικά με την κατάσταση της διάθεσης και τη διαχείρισή της. Συνολικά αναμένεται η προαγωγή της ανάπτυξης μιας πιο συνεκτικής εικόνας του εαυτού, η οποία είναι λιγότερο συνδεδεμένη με τις εσωτερικές καταστάσεις. Το συγκεκριμένο μοντέλο θα προέβλεπε ότι η ανάρρωση ενθαρρύνει τη συνοχή του εαυτού (π.χ. ανάπτυξη διαχρονικών σχέσεων υποστήριξης) και θα μπορούσε να διαρκεί περισσότερο από προσεγγίσεις οι οποίες διατηρούν την αμφιθυμία σχετικά με εσωτερικές καταστάσεις (π.χ. η προσπάθεια να κατασταλούν ή να βελτιωθούν συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις). Με αυτόν τον τρόπο, βλέπουμε πως οι συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη μελέτη, υποστηρίζουν την ανάγκη για ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων συνεργασίας με τους επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων ως έναν καθοριστικό παράγοντα προαγωγής της ανάρρωσης.

Επίσης, στη μελέτη της Koij¹⁸ ενδεχομένως να παραλήφθησαν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων σημαντικά ζητήματα που απασχολούσαν τους πάσχοντες, δεδομένου ότι αναλύθηκαν μόνο οι στίχοι των τραγουδιών που έγραψαν οι πάσχοντες, έχοντας αποκλείσει τη μουσική υπόκρουση που επέλεξαν οι προαναφερθέντες. Επίσης, στην ανάλυση δεν συμπεριελήφθησαν οι αφηγήσεις των ιδίων των δημιουργών σχετικά με την ερμηνεία των συγκεκριμένων στίχων. Όμοια, στη μελέτη της Shea³⁶ χρησιμοποιήθηκε συγχρονικός σχεδιασμός με σκοπό τη μελέτη μιας μακροχρόνιας διαδικασίας, γεγονός το οποίο ίσως να οδήγησε στην παράλειψη σημαντικών σταδίων της πορείας αυτής. Επίσης, στην ίδια μελέτη, ο αριθμός των ατόμων τα οποία έφτασαν στο στάδιο της «επιστροφής στην κανονικότητα» ήταν σημαντικά μικρότερος συγκριτικά με τον αρχικό αριθμό των συμμετεχόντων στη μελέτη, χωρίς να έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση τους παράγοντες που συνέβαλαν στο γεγονός αυτό. Περαιτέρω, στη μελέτη της

Henderson,¹⁵ στην οποία χρησιμοποιήθηκε η θεμελιωμένη θεωρία προκειμένου να ερμηνευθεί η διαδικασία μέσα από την οποία αναρρώνουν οι πάσχοντες, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αλλαγή ή στην ερμηνεία της παρούσας κατάστασης, με αποτέλεσμα να μη διευκρινίζεται από ποια και προς ποια κατάσταση αφορά η ανάρρωση, και σε τι είδους διεργασία. Μια άλλη προσέγγιση, η οποία περιγράφεται ως “salutogenic”, και η οποία χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη των Skärsäter et al¹⁷ παρέχει μια συγκεκριμένη προοπτική στον τρόπο θεώρησης της υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην αποκάλυψη και ενεργοποίηση των προσωπικών πόρων, είτε ως εσωτερική διαδικασία είτε κατόπιν αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Αυτή η προσέγγιση βρίσκεται σε αντίθεση με την παραδοσιακή θεώρηση στη φροντίδα υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην αναζήτηση και αντιμετώπιση των αιτιών της νόσου.⁴¹ Ειδικότερα, τέτοιου είδους προσεγγίσεις επικεντρώνονται στους παράγοντες για τους οποίους κάποιοι άνθρωποι νοσούν, ενώ κάποιοι άλλοι όχι.⁴¹ Στο πλαίσιο αυτό, η επικέντρωση των ερευνητών στην ενεργοποίηση των προσωπικών πόρων, ενδέχεται να περιόρισε τη σπουδαιότητα άλλων παραγόντων.

Περαιτέρω, ένας βασικός περιορισμός στις περισσότερες μελέτες²⁹ αφορά στο γεγονός ότι τα άτομα με σοβαρή έντασης κλινικά συμπτώματα και διαταραχές τις περισσότερες φορές δεν συμμετέχουν στις μελέτες (volunteer bias effect), γεγονός το οποίο ενδέχεται να έχει επηρεάσει την αποκάλυψη των παραγόντων που παρεμποδίζουν την ανάρρωση ή το μέγεθος της επίδρασης των παθοφυσιολογικών διαταραχών στην πορεία της ανάρρωσης. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Mazor & Doron²² δεν συμπεριλήφθηκαν τα άτομα με σοβαρή έντασης διαταραχές, οι οποίοι φιλοξενούνταν σε ξενώνες. Αντίστοιχα, στη μελέτη των Sun Kyung & Eun Hee¹⁶ το δείγμα περιορίστηκε σε άτομα τα οποία εργάζονταν και ήταν μεσαίας τάξης και στη μελέτη της Shea³⁶ το δείγμα αποτέλεσαν άτομα από χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, οπότε στα αποτελέσματα οι υλικόι πόροι εμφανίζονται ως εμπόδιο προς την ανάρρωση. Παρατηρεί, επομένως κανείς την «κατεύθυνση» ίσως των αποτελεσμάτων της εν λόγω μελέτης. Τέλος, στη μελέτη των Mansell et al²³ συμπεριλήφθηκαν άτομα τα οποία προσδιόριζαν τον εαυτό τους ως πάσχοντες με Διπολική Διαταραχή και αυτό ενδεχομένως να απέκλεισε άλλα άτομα με ΣΨΝ και να περιόρισε την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Επίσης, η νοηματοδότηση της ανάρρωσης στη συγκεκριμένη μελέτη εστιάζεται κυρίως στο γεγονός αποφυγής της νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Ωστόσο, η αποφυγή της νοσοκομειακής νοσηλείας ενδεχομένως να υποδηλώνει ακριβώς το αντίθετο δεδομένο, και συγκεκριμένα πτωχή εναισθησία, και ως εκ τούτου απομάκρυνση από την ανάρρωση.²² Επιπλέον, στη μελέτη των Ng et al²⁷ εφόσον ο τόπος διεξαγωγής της μελέτης περιορίζεται σε έναν ημι-προστατευμένο ξενώνα

(clubhouse), έμμεσα υποδηλώνεται ότι οι συμμετέχοντες είχαν υψηλότερα ποσοστά ορθής εφαρμογής της ΦΑ, και ως εκ τούτου καλύτερη προσαρμογή στη νόσο, αποκλείοντας από το δείγμα άτομα με βαρύτερη κλινική εικόνα.

Από την άλλη, στη μελέτη των Makdisi et al,²⁰ η οποία είναι μια συμμετοχική μελέτη και επομένως οι συμμετέχοντες θεωρούνται εξ' ορισμού ενεργά μέλη μιας συνεργατικής ερευνητικής ομάδας, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων από τους ερευνητές διακατέχεται από «αισιοδοξία» και την επισήμανση ότι οι συμμετέχοντες βρίσκονταν πολύ κοντά στην κανονικότητα.

Άλλοι περιορισμοί των εν λόγω μελετών αφορούν: (α) τη διαφορετική κουλτούρα στην οποία διεξήχθησαν αυτές οι μελέτες, η οποία φαίνεται να επηρεάζει και τη νοηματοδότηση από την ανάρρωση^{30,31,40} και (β) στο γεγονός ότι στις περισσότερες μελέτες δεν λαμβάνονται υπόψη τα δεδομένα του φύλου αναφορικά με την ερμηνεία των θεμάτων που άπτονται της ανάρρωσης, τη στιγμή που υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν την ότι υφίσταται τέτοια διαφοροποίηση.^{34,35}

Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη τους περιορισμούς των πιο πάνω μελετών, θεωρούνται αναγκαία τα εξής: (α) διεξαγωγή διαχρονικών μελετών για εντοπισμό της αλλαγής της νοηματοδότησης της ανάρρωσης σε όλα τα στάδια της νόσου, (β) συμπερίληψη και άλλων ατόμων από εθνικές μειονότητες με σκοπό την διερεύνηση της αντίληψης της ανάρρωσης στις διαφορετικές εθνικότητες, (γ) μέριμνα για τα ζητήματα φύλου.

Συμπεράσματα

Η ανάρρωση από τη σοβαρή και εμμένουσα ψυχική νόσο φαίνεται να αφορά σε μια εξωτερική προς το άτομο διαδικασία, καθώς κατά κύριο λόγο προσδιορίζεται βάσει κοινωνικών παραμέτρων, και όχι από στο τελικό αποτέλεσμα της παθοφυσιολογικής πορείας της νόσου. Ειδικότερα, η φαρμακευτική αγωγή δεν φαίνεται να αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα που προάγει την ανάρρωση, ενώ περιγράφονται και άλλοι βοηθητικοί παράγοντες με κυριότερο από αυτούς την ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων με την οικογένεια, τους φίλους και τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, περιγράφονται εμπόδια ως προς την ανάρρωση, όπως ο κοινωνικός στιγματισμός και η έλλειψη υλικών πόρων, αλλά και η δυσκολία αναδιαμόρφωσης της ατομικής και κοινωνικής ταυτότητας υπό το πλαίσιο των συνθηκών της ασθένειας.

Κατευθύνσεις

Η διαδικασία της ανάρρωσης από τη ΣΨΝ φαίνεται να αφορά σε μια πολύπλοκη και πολυ-παραγοντική διεργασία. Η προαγωγή της υποστηρίζεται από πολυ-επίπεδες παρεμβάσεις, με στόχο τόσο τους ίδιους τους πάσχοντες όσο και

τα μέλη της οικογένειάς τους, τους επαγγελματίες και το σύστημα υγείας, καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ειδικότερα, οι παρεμβάσεις ενίσχυσης της ενσυναισθησιακής κατανόησης και περιορισμού του κοινωνικού στιγματισμού σε όλα τα προαναφερθέντα επίπεδα φαίνεται αναγκαίο να

ενισχυθούν, όπως επίσης και οι υπηρεσίες εργασιακής και κοινωνικής αποκατάστασης. Επιπλέον, προτείνονται παρεμβάσεις ενδυνάμωσης της ατομικής ταυτότητας και επεξεργασίας δυσλειτουργικών συναισθημάτων και αντιλήψεων από τον ασθενή λόγω της χρόνιας πορείας της νόσου.

ABSTRACT

Exploration of patients' lived experience of recovery from severe mental illness: A systematic review of qualitative studies

Charis P. Kaite,¹ Maria NK Karanikola²

¹PhD, MSc, PsyD, ²PhD, MSc, RN,

Nursing Department, Cyprus University of Technology, Cyprus

Background: The process of recovery from severe mental illness is an important phase in ill health. **Aim:** Exploration of the experience of recovery from severe mental illness (SMI) through the narratives of patients. **Method:** A systematic review of qualitative studies was undertaken during January of 2015 in the following databases: CINAHL, Medline, PubMed, Psych Info, Psychology and Behavioral Science Collection. The following terms were used as key words: "recovery" AND/OR "severe mental illness" AND/OR "qualitative studies". The following inclusion criteria were applied: (a) publication in the English language and in a peer reviewed journal, (b) qualitative design, aiming to explore the lived experience of recovery, mainly of bipolar disorder or psychosis, (c) publication date from 2000 to present. The studies excluded from the present systematic were: (a) case-studies or studies based on the life history of solely one person, (b) based on narratives/ perspective of the lived experience of SMI of people who were not patients. The Critical Appraisal Skills Program (CASP) tool was used for the assessment of the rigor of the selected studies. Thirty one qualitative studies were finally included. **Results:** Recovery from SMI seems to be an external to the individual process, since it is described as irrelevant to the patho-physiological course of the disorder, thus mainly determined by social factors. According to patients' narratives, medication does not seem to be the optimal factor that promotes recovery. In particular, supportive relationships with family, friends and health professionals, as well as supportive social networks have been described as the most effective means towards recovery. Also, the major obstacles towards recovery seem to be social stigma and lack of incomes. Moreover, the difficulty of reframing personal and social identity within the context of disease has been also revealed as a barrier for effective rehabilitation. **Conclusions:** Recovery from SMI is a complex process, which entails multi-dimensional interventions. These interventions need to be focused on mental health patients, family members, health professionals and mental health care system, and to broader social institutions, too. Furthermore, special focus must be given to interventions aiming to (a) empower empathy of mental health care professionals, (b) decrease social stigma of mental disorders, and (c) promote employment and social rehabilitation of mentally ill people. In addition, interventions for the empowerment of personal identity and enhancement of coping strategies towards dysfunctional perceptions due to the chronic course of mental diseases are also proposed.

Key-words: *Bipolar disorder, lived experience, mental health patients, recovery, serious mental illness, systematic review.*

✉ **Corresponding Author:** Charis P. Kaite, Nursing Department, Cyprus University of Technology, Cyprus, e-mail: charis.kaite@cut.ac.cy

Βιβλιογραφία

1. Bradshaw W, Peterson MA, Roseborough, D. Finding A Place in the World: The Experience of Recovery from Severe Mental Illness. *Qual Soc Work* 2007, 6,27–47.
2. Bromley E, Gabrielian S, Brekke B, Pahwa R, Daly Ka, Brekke Js et al. Experiencing community: perspectives of individuals diagnosed as having serious mental illness. *Psych Serv* 2013, 64:672–679.
3. Davidson L, Marit B, Marin I, Topor A, Mezzina R, Sells, D. Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *Am J Psychiatr Rehabil* 2006, 8:177–201.
4. Fitzpatrick C. A new word in serious mental illness recovery. *Behav Health C Tomorrow* 2002, 11:16–21, 33–44.
5. Ahern L, Fisher D. Recovery at your own PACE (Personal Assistance in Community Existence). *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2001, 39:50–51.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - SYSTEMATIC REVIEW

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

6. Anthony WA, Liberman RP. Principles and practice of psychiatric rehabilitation. In: Liberman RP (ed) *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New York, Macmillan, 1992:1–29.
7. Whitley R, Harris M, Drake RE. Safety and security in small-scale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study. *Psychiatr Serv* 2008, 59:165–169.
8. Becker D, Drake R. *A working life for people with severe mental illness*. New York, Oxford University Press, 2003.
9. Noordsy D, Torry W, Mueser K, Mead S, O'keefe & Fox L. Recovery from severe mental illness: An intrapersonal and functional outcomes definition. *Int Rev Psychiatry* 2002, 14:318–326.
10. Andersen AJW, Larsen LB. Hell on Earth: Textual Reflections on the experience of mental illness. *JMH* 2003, 21:174–181.
11. Davidson L, O'Connell MJ, Tondora J, Lawless M, Evans AC. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 36:480–487.
12. CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP) (cited 2015 June 16). Available from: <http://www.casp-uk.net/>.
13. Anthony, KH. Helping partnerships that facilitate recovery from severe mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008, 46:25–33.
14. Borg M, Krinstiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *JMH* 2004, 13:493–505.
15. Henderson, AR. A substantive theory of recovery from the effects of severe persistent mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2010, 57:564–573.
16. Sun Kyung K, Eun Hee K. A Phenomenological Study of the Lived Experiences of Koreans with Mental Illness. *J Soc Serv Res* 2014, 40:468–480.
17. Gwinner K, Knox, M, Brough M. Making Sense of Mental Illness as a Full Human Experience: Perspective of Illness and Recovery Held by People With a Mental Illness Living in the Community. *Soc Work Ment Health* 2013, 11:99–117.
18. Kooij CV. Recovery themes in songs written by adults living with serious mental illnesses. *Can J Mus Ther* 2009, 15:37–58.
19. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from Schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002, 14:256–272.
20. Makdisi L, Blank A, Bryant W, Andrews C, Franco L, Parsonage J. Facilitators and barriers to living with psychosis: an exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *Br J Occup Ther* 2013, 76:418–426.
21. Mancini, MA. A Qualitative Analysis of Turning Points in the Recovery Process. *Am J Psychiatr Rehabil* 2007, 10:223–244.
22. Mazor U, Doron I. The meaning of community rehabilitation for schizophrenia patients in Israel. *Community Ment Health J* 2011, 47:351–360.
23. Mansell W, Powell S, Pedley R, Thomas N, Jones SA. The process of recovery from bipolar I disorder: a qualitative analysis of personal accounts in relation to an integrative cognitive model. *Br J Clin Psychol* 2010, 49:193–215.
24. Michalak E, Hole R, Holmes C, Velyvis V, Austin J, Pesut B et al. Implications for Psychiatric Care of the Word 'Recovery in People with Bipolar Disorder. *Psychiatr Ann* 2012, 42:173–178.
25. Milbourn BT, Mcnamara BA, Buchanan AJ. Do the everyday experiences of people with severe mental illness who "are hard to engage" reflect a journey of personal recovery? *JMH* 2014, 23:241–245.
26. Mizock L, Russinova Z, Hani R. New roads paved on losses: photovoice perspectives about recovery from mental illness. *Qual Health Res* 2014, 24:1481–1491.
27. Ng RM, Pearson V, Lam M, Law Cw, Chiu CP, Chen EY. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of long-term patients. *Int J Soc Psychiatry* 2008, 54:2,118–130.
28. Noiseux S, Ricard N. Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory. *Int J Nurs Stud* 2008, 45:1148–1162.
29. Piat M, Sabetti J, Couture A, Sylvestre J, Provencher H, Botschner J et al. What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatr Rehabil J* 2009, 32:199–207.
30. Pitt L, Kilbride M, Nothard S, Welford M, Morrison AP. Researching recovery from psychosis: a user-led project. *Psychiatr Bull* 2007, 31:55–60.
31. Ridge D, Ziebland S. The old me could never have done that: how people give meaning to recovery following depression. *Qual Health Res* 2006, 16:1038–1053.
32. Roe D, Chopra M, Rudnick A. Persons with Psychosis as Active Agents Interacting with their Disorder. *Psychiatr Rehabil J* 2004, 28:22–128.
33. Schön UK. How men and women in recovery give meaning to severe mental illness. *JMH* 2009, 18:433–440.
34. Schön UK. Recovery from severe mental illness: a gender perspective. *Scand J Caring Sci* 2010, 24:557–564.
35. Schön UK. Recovery in involuntary psychiatric care: Is there a gender difference? *JMH* 2013, 22:420–427.
36. Shea JM. Coming back normal: The process of self-recovery in those with schizophrenia. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2009, 16:43–51.
37. Skärsäter I, Dencker K, Bergbom I, Häggström L, Fridlund B. Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. *Issues Ment Health Nurs* 2003, 24:419–439.
38. Smith MK. Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 2000, 24:149–158.
39. Spaniol L, Wewiorski NJ, Gagne C, Anthony WA. The process of recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002, 14:327–336.
40. Tooth B, Kalyanasundaram V, Glover H, Momezadah S. Factors consumer identify as important to recovery from Schizophrenia. *Austr Psychiatry* 2003, 11:S70–S77.
41. EU Thematic conference, 2010, "Mental Health and Well-being in Older People-Making it Happen" 19th–20th April 2010, Madrid, Salutogenesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People, Available at: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_salutogenesis.pdf.

