ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ (FAMILY BURDEN): ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Σπουδάστρια:
Δανάη Θεοδοσοπούλου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:
Δρ Αργυρούλα Ε. Καλαϊτζάκη

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2005

΄΄ Για σένα πουλί μου αυτά
και άλλα τόσα
που δεν τα βάζει ο νους σου,
όλα για σένα,
δεν κρατώ τίποτα για μένα,
άφησε μόνο να κρατήσω…Εσένα.΄΄
Χ. Μπουλώτης

Στην οικογένεια μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ *4*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ *10*

1. Ιστορική αναδρομή *10*

1.1 Ορισμός της Σχιζοφρένειας *12*

1.2 Διάγνωση *13*

1.3 Κλινικά χαρακτηριστικά *14*

1.4 Μορφές σχιζοφρένειας κατά DSM-IV *16*

1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες της νόσου *20*

1.5.1 Βιολογικοί παράγοντες *20*

1.5.2 Υπόθεση της Ντοπαμίνης *21*

1.5.3 Γενετικοί παράγοντες *21*

1.5.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες *22*

1.5.5 Ψυχολογικές θεωρίες *23*

1.5.6 Ψυχαναλυτική άποψη *24*

1.5.7 Ψυχοδυναμικές θεωρίες *24*

1.5.8 Κοινωνικές θεωρίες *25*

1.5.9 Θεωρίες που αφορούν την οικογένεια και την επικοινωνία σε αυτή *25*

1.6 Θεραπεία *28*

1.6.1 Σωματικές θεραπείες *29*

1.6.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες *30*

1.6.3 Ψυχαναλυτική θεωρία *31*

1.6.4 Ανθρωπιστικές / επικεντρωμένες στον πελάτη θεραπείες *32*

1.6.5 Συμπεριφοριστικές θεραπείες *33*

1.6.6 Ομαδικές ψυχοθεραπείες *34*

1.6.7 Θεραπεία περιβάλλοντος *35*

2.1 Η οικογένεια ως σύστημα *38*

2.1.1 Διευρυμένη οικογένεια 41

2.1.3 Πυρηνική οικογένεια 41

2.1.4 Μονογονεϊκές οικογένειες 42

2.2 Η ελληνική οικογένεια *42*

2.3 Ψυχική διαταραχή και οικογένεια *45*

2.4 Οικογενειακή Επιβάρυνση *46*

2.4.1 Αντικειμενική Επιβάρυνση 47

2.4.2 Υποκειμενική Επιβάρυνση 48

2.4.4 Παράγοντες που προκαλούν την επιβάρυνση 50

2.4.5 Αντιμετώπιση Οικογενειακής Επιβάρυνσης 51

2.4.6 Εργαλεία Αξιολόγησης της Οικογενειακής Επιβάρυνσης 53

Η Φόρμα Εκτίμησης της Οικογένειας 53
Η Κλίμακα Απόρριψης του Ασθενούς 54
Το Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Στάσεων 54
Η Κλίμακα για την Αξιολόγηση του Οικογενειακού Στρες 55
Το Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Προβλημάτων (Family Problems Questionnaire) 56
Κλίμακα Εκτίμησης της Επιβάρυνσης (Burden Assesment Scale) 56
Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Οικογενειακής Επιβάρυνσης (Perceived Family Burden Scale) .. 57

3.1 Κοινωνιογέννεση της ψυχικής ασθένειας 59

3.2 Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας 62

3.3 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας 63

4.1 Μεθοδολογία της έρευνας 69
4.1.1 Ερευνητικές υποθέσεις 69
4.1.2 Εργαλεία συλλογής δεδομένων 69
4.1.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων 71

4.2 Δείγμα 72

Φύλλο συγγενών. 72

Φύλλο ασθενών 72

Ηλικία δείγματος 72

Τόπος διαμονής δείγματος 74

Οικογενειακή κατάσταση δείγματος 74

Επίπεδο σπουδών δείγματος 74

Είδος εργασίας δείγματος 74

4.9 Στατιστική Ανάλυση 75

5.1 Εξέταση της διαφοράς μεταξύ αντικειμενικής και υποκειμενικής επιβάρυνσης 77

5.2 Παράγοντες που συντελούν στην αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση 77

5.3 Υποστήριξη (οικογενειακή και κοινωνική) και επιβάρυνση 79

5.4 Υποστήριξη από υπηρεσίες και επιβάρυνση 80

5.5 Οικογενειακή Επιβάρυνση στις δύο ομάδες του δείγματος 811

6.1 Συζήτηση 85

6.2 Περιορισμοί της έρευνας 87

6.3 Συμπεράσματα 88

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 89

Παράρτημα 1ο : ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 94

Παράρτημα 2ο : ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071/92 (ΦΕΚ 123/15-7-92) Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας 119

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ-

Πίνακας 1.1 Διαγνωστικά κριτήρια για την Σχιζοφρένεια. 13
Πίνακας 1.2 Κληρονομική Προδιάθεση 22
Πίνακας 2.1 Χαρακτηριστικά της Ελληνικής Οικογένειας 44
Πίνακας 4.1 Ηλικία συγγενών 73
Πίνακας 4.2 Ηλικία ασθενών 73
Πίνακας 4.3Επίπεδο σπουδών συγγενών 74
Πίνακας 4.4 Επαγγελματική κατάσταση 74
Πίνακας 5.1 Συχνότητα Υποκειμενικής και Αντικειμενικής Επιβάρυνσης 77
Πίνακας 5.2 Παράγοντες Υποκειμενικής Επιβάρυνσης 78
Πίνακας 5.3 Παράγοντες Αντικειμενικής Επιβάρυνσης 79
Πίνακας 5. 4 Διαφορά Υποκειμενικής Επιβάρυνσης σε σχέση με την Υποστήριξη από το Κοινωνικό Περιβάλλον 80
Πίνακας 5. 5 Διαφορά Αντικειμενικής Επιβάρυνσης σε σχέση με την Υποστήριξη από τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας 80
Πίνακας 5.6 Σχέση Υποκειμενικής Επιβάρυνσης και Υποστήριξης από τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας 80
Πίνακας 5.7 Σύγκριση Αντικειμενικής Επιβάρυνσης ανάμεσα στις δυο ομάδες 81
Πίνακας 5.8 Σύγκριση Υποκειμενικής Επιβάρυνσης ανάμεσα στις δυο ομάδες 81
Πίνακας 5.9 82
Πίνακας 5.10 Παράγοντες Αντικειμενικής Επιβάρυνσης - Διπολικοί & Σχιζοφρενείς 83

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 3.1 Η σχέση του οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου με την ψυχική ασθένεια 61
Σχήμα 3.2 Διάρθρωση του Τομέα Ψυχικής Υγείας 66

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή διαταραχή. Ως ψυχιατρική νοσολογική οντότητα πέρασε από διάφορα στάδια εξέλιξης μέχρι να διαμορφωθεί το παρόν περιεχόμενο αυτής.

Στα πλαίσια του παρόντος κεφαλαίου θα γίνει ιστορική αναδρομή της πορείας της ασθένειας και της έρευνας. Στη συνέχεια θα δοθεί ο ορισμός της νόσου. Επίσης θα αναφερθούν και οι διάφοροι κλινικοί τύποι της νόσου και η αιτιολογία της έτσι όπως έχει προκύψει μέσα από έρευνες και μελέτες ετών.

1. Ιστορική αναδρομή

Ο Γάλλος ψυχίατρος Benedict A. Morel (1809-1873) χρησιμοποίησε τον όρο demense precoce για εκπτωτικούς ασθενείς, στους οποίους η νόσος άρχισε στην εφηβεία.

Ο Kraepelin (1856-1926) ‘’ πρότεινε’’ στον όρο του Morel την dementia precox, (πρώιμη άνοια). Ως ασθενείς με πρώιμη άνοια χαρακτήρισε όσους έχουν μακροχρόνια εκπτωτική πορεία και κοινά κλινικά συμπτώματα, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

Ο Bleuer (1857-1939) εισήγαγε πρώτος τον όρο *σχιζοφρένεια* και αντικατέστησε αυτόν της *πρώιμης άνοιας. Αίτια* για την χρήση αυτού του όρου ήταν η έμφαση που ήθελε να δώσει ο Kraepelin στην ύπαρξη σχίσματος στη σκέψη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά των ατόμων που νοσούν. Η βάση για τη χρήση του όρου και την αντικατάσταση της *πρώιμης άνοιας* ήταν ότι η εκπτωτική πορεία που ανέφερε ο Bleuler δεν είναι αναγκαία για την διάγνωση της *σχιζοφρένειας*, όσο είναι για την *πρώιμη άνοια.*

Ο Bleuer περιγράφοντας τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ως κύριο ανέφερε τη διαταραχή της σκέψης και ιδιαίτερα έκανε λόγο για διαταραχή του συνειρμού ή χάλαση του συνειρμού, περιέγραψε δε τη διαταραχή του συναισθήματος καθώς επίσης και τον αυτισμό και την αμφιθυμία. Τα παραπάνω χαρακτηρίστηκαν από τον Bleuler ως πρωτεύοντα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Εκτός από αυτά, έκανε λόγο και για δευτερεύοντα συμπτώματα

της νόσου, στα οποία περιλαμβάνονται οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες όπως είχε αναφέρει ο Kraepelin.

Στα πλαίσια της ψυχιατρικής έρευνας για την αιτιολογία και την ταξινόμηση των συμπτωμάτων της νόσου έχουν δημιουργηθεί διάφορες ‘’σχολές’’, κάθε μία από τις οποίες επικεντρωνόταν και μελετούσε ένα συγκεκριμένο παράγοντα που επηρεάζει την ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων

Ο Meyer ιδρυτής της ψυχοβιολογίας θεωρούσε ότι «η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχικές διαταραχές αποτελούν αντίδραση σε ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων της ζωής» (Kaplan and Sadock, 2000. σελ.673), για το λόγο αυτό ονόμασε το σύνδρομο σχιζοφρενική αντίδραση.

Ο ιδρυτής της διαπροσωπικής ψυχαναλυτικής σχολής Sullivan, θεώρησε ότι η κοινωνική απομόνωση είναι ιδιαίτερα σημαντικό κομμάτι της νόσου, και ως αποτέλεσμα ή επακόλουθο αυτής αλλά και ως αίτιο για την εμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Άλλοι ερευνητές διαίρεσαν τους ασθενείς σε ομάδες ανάλογα με την συμπτωματολογία που παρουσίαζαν.

Η πορεία της διαταραχής μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Στη πρώτη περίπτωση (οξεία), η συμπτωματολογία εμφανίζεται με ένα τελείως απρόσμενο τρόπο και πιθανολογείται να είναι απόρροια κάποιας ψυχοπιεστικής εκλυτικής συγκυρίας, η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι λίγες εβδομάδες, ίσως και μήνες και μπορεί να μην εμφανιστούν ξανά ή να εμφανίζονται κατά περιόδους.

Στη δεύτερη περίπτωση, η νόσος χαρακτηρίζεται χρόνια σχιζοφρένεια, η πορεία της εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς, η εμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων γίνεται σταδιακά και βαθμιαία και η κλινική εικόνα του ασθενούς χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και πνευματική αναπηρία.

Τα τελευταία πέντε χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις στην κατανόηση τριών τομέων της σχιζοφρένειας. Ο πρώτος τομέας περιλαμβάνει τις εξελίξεις και τις βελτιώσεις των νευροπαθολογικών τεχνικών, ο δεύτερος αναφέρεται στην εισαγωγή νέων αντιψυχωτικών φαρμάκων με ελάχιστες νευρολογικές παρενέργειες (κλοπαζίνη) και ο τρίτος αφορά το ενδιαφέρον για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της νόσου που επηρεάζουν την έναρξη, τις υποτροπές και την πορεία της, ενδιαφέρον που έχει αυξηθεί με την βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής και αναγνώρισης της βιολογικής βάσης της νόσου. Από τα παραπάνω φαίνεται η πολυπλοκότητα της νόσου και κατ΄ επέκταση της θεραπείας της.

1.1 Ορισμός της Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή για την οποία δεν έχει εντοπιστεί οργανική αιτιολογία (χωρίς αυτό να είναι απόλυτο). Τυπικά η έναρξη των ψυχωτικών συμπτωμάτων γίνεται στην ύστερη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (Στεφανής, 2000 σελ. 34). Σήμερα η σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται κυρίως από την αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Η διαστρέβλωση της πραγματικότητας εκφράζεται από τις διαταραχές στην σκέψη, την αντίληψη, την ομιλία, το συναίσθημα και την ψυχοκοινωνικότητα του ατόμου (Μάνος, 1997, σελ.132). Το σύνδρομο της σχιζοφρένειας, έχει να κάνει με μια βαριά ψυχωτική διαταραχή και επηρεάζει τις πλέον βασικές λειτουργίες που δίνουν σε έναν άνθρωπο την αίσθηση της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του αυτοπροσδιορισμού (Στεφανής, 2000 σελ. 34).

Οι διάφορες μελέτες που κατά καιρούς έχουν γίνει, έχουν δείξει ότι η σχιζοφρενική ψύχωση μπορεί να διαγνωσθεί αξιόπιστα από ένα άθροισμα συμπτωμάτων και σημείων, χωρίς να υπάρχει ομοφωνία για αυτά (Μάλαμα-Παπαιωάνου, 1983, σελ.20). Η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι ευκολότερο να δοθεί σε άτομα που νοσούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, από ό,τι σε ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση.

Κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η μείωση της αίσθησης του πραγματικού σε σχέση με την ατομικότητα, τη μοναδικότητα και του αυτοελέγχου του ατόμου, αφού οι βασικές λειτουργίες που δίνουν την αίσθηση των παραπάνω έχουν διαταραχθεί. Όσον αφορά την συνείδηση και τις νοητικές ικανότητες των ατόμων, παραμένουν σταθερές , χωρίς αυτό να αποκλείει την εμφάνιση διαταραχής και σε αυτά.

Στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, υπάρχει πλήρη ύφεση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, στις περισσότερες των περιπτώσεων όμως ακολουθεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα πορεία με υπολειμματικά συμπτώματα και ελλιπή κοινωνική αποκατάσταση (Στεφανής, 2000 σελ. 34).

1.2 Διάγνωση

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας, έχει απασχολήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα τους επιστήμονες Ψυχικής Υγείας. Το DSM-IV είναι η πιο πρόσφατη ταξινόμηση των διαγνωστικών κριτηρίων για την σχιζοφρένεια, όπου τέθηκαν και διαγνωστικοί περιορισμοί που αφορούν την χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων (έξι μήνες), την απώλεια της λειτουργικότητας και τον αποκλεισμό άλλων ψυχικών διαταραχών (Μάνος, 1997, σελ.132). Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV εμφανίζονται στον Πίνακα 1.1 (Μάνος1997,σελ.133,134).

Πίνακας 1.1 Διαγνωστικά κριτήρια για την Σχιζοφρένεια (Μάνος, 1997, σελ.133-134).

Α. Χαρακτηριστικά συμπτώματα : Δύο ή Περισσότερα από τα Παρακάτω, το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά την διάρκεια περιόδου 1 μηνός ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία : (1) Παραληρητικές ιδέες (2) Ψευδαισθήσεις (3) Αποδιοργανωμένος λόγος (4) έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά (5) αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία)
Β. *Κοινωνική/* επαγγελματική δυσλειτουργία: για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής και σε έναν ή περισσότερους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου (εργασία, αυτοφροντίδα, διαπροσωπικές σχέσεις) κάτω από το επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη της νόσου.
Γ. *Διάρκεια* : τα συμπτώματα της διαταραχής να επιμένουν τουλάχιστον για το χρονικό διάστημα των έξι (6) μηνών. Στο αυτό χρονικό διάστημα, να εμφανίζονται τουλάχιστον για ένα μήνα συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α., ενώ μπορεί να περιλαμβάνονται και περίοδοι με υπόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα.
Δ. *Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης.*
Ε. *Αποκλεισμός ουσίας/ γενικής ιατρικής κατάστασης.*
Στ. *Σχέση με μια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης.*

1.3 Κλινικά χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια της εργασίας θα γίνει μια αναφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Η συμπτωματολογία της νόσου έχει τρία βασικά σημεία. Πρώτον, τα ψυχωσικά συμπτώματα δεν μένουν σταθερά, μπορούν να αλλάξουν με τη πάροδο του χρόνου, για παράδειγμα τα θετικά συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν με τη φαρμακευτική αγωγή χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει επέλθει ίαση. Είναι σύνηθες φαινόμενο να υποχωρούν πρώτα οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και η εξωπραγματική συμπεριφορά, αλλά να παραμένουν τα αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση, αλογία, ανηδονία κ.α.) (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.697).

Δεύτερον, κανένα σύμπτωμα της νόσου δεν είναι παθογνωμικό, για το λόγο αυτό σημαντικό ρόλο για την διάγνωση της νόσου έχει το ιστορικό του ασθενούς, χωρίς το οποίο δεν μπορεί να γίνει διάγνωση σχιζοφρένειας. Τρίτο σημείο της νόσου, είναι το μορφωτικό και νοητικό επίπεδο του ασθενούς, το οποίο θα πρέπει πρώτο να εξετάζεται για την αποφυγή παρερμηνειών και λάθη διάγνωσης (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.697).

Η κλινική περιγραφή ενός ψυχωτικού ασθενούς ποικίλει, γι΄ αυτό δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε ένα συγκεκριμένο τύπο. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι ένας ασθενής μπορεί να εμφανίζεται ομιλητικός και σε κατάσταση ψυχοκινητικής διέγερσης, ενώ άλλος μπορεί να βρίσκεται σε κατατονία, δηλαδή να είναι βωβός και να υποτάσσεται αυτόματα σε εντολές. Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διαταραχή στην αντίληψη, στο συναίσθημα και στη σκέψη.

i. Διαταραχή στην αντίληψη

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά την αντίληψη, οι ασθενείς μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, σωματικές- απτικές, οσφρητικές) συχνότερα ακουστικές, των οποίων το περιεχόμενο ποικίλει (προσβλητικές, απειλητικές, ενοχοποιητικές κ.α.).

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί επίσης να είναι διάφοροι ήχοι, αλλά κυρίως περιγράφονται ως φωνές που προέρχονται από το κεφάλι του ασθενούς ή από κάποιον εξωτερικό παράγοντα (Μάνος, 1997, σελ. 135). Στις οπτικές ψευδαισθήσεις ο ασθενής μπορεί να βλέπει οράματα ή και φωτεινές οπτασίες. Οι

εικόνες αυτές μπορεί να έχουν φυσιολογικό ή όχι μέγεθος (Lemperiere, Feline και Συνεργάτες, 1995, σελ.98).

Σπανιότερα οι ασθενείς αναφέρονται στις απτικές ψευδαισθήσεις. Αυτές μπορεί να είναι επιδερμικές ή υποδόριες και μπορεί να προκληθούν κατά την επαφή του ασθενούς με αντικείμενα ή όχι (Lemperiere, Feline και Συνεργάτες 1995, σελ.106).

Γευστικές και οσφρητικές ψευδαισθήσεις εντοπίζονται λιγότερο σε σχέση με τις προηγούμενες. Στη διαταραχή της αντίληψης εντάσσονται και οι παραισθήσεις, οι οποίες είναι παραμορφώσεις πραγματικών εικόνων ή αισθήσεων (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.699) και αυτές μπορούν να εμφανιστούν σε όλα τα στάδια της νόσου.

ii. Διαταραχή στη διάθεση

Η διαταραχή στη διάθεση μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μείωση της απαντητικότητας του συναισθήματος, ανηδονία και υπερβολικά απρόσφορο συναίσθημα (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.699). Επίσης το επίπεδο συναίσθημα είναι ένα από τα συνήθη συμπτώματα της νόσου, χωρίς όμως να αποκλείεται να προκαλείται από κατάθλιψη που συνυπάρχει ή από τα αντιψυχωτικά φάρμακα.

iii. Διαταραχή στη σκέψη

Η διαταραχή της σκέψης που χαρακτηρίζει τη νόσο αποτελεί ένα από τα πλέον δύσκολα να ερμηνευτούν κλινικά χαρακτηριστικά της ασθένειας. Επίσης οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης θεωρούνται πυρηνικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, για το λόγο αυτό η διαταραχή της σκέψης διακρίνεται σε διαταραχή του περιεχομένου, τη δομής και της ροής (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.699).

Όσον αφορά το περιεχόμενο της σκέψης, οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές είναι οι παραληρητικές ιδέες που μπορεί να είναι ιδέες δίωξης, θρησκευτικές, μεγαλομανίας ή υποχονδριακές. Επίσης το άτομο μπορεί να παρουσιάσει έμμονη ενασχόληση με ιδέες φιλοσοφικού, ψυχολογικού ή συμβολικού περιεχομένου (Μάνος,1997, σελ. 134). Πέρα των παραπάνω, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ¨απώλεια των ορίων του Εγώ¨, όπου ο άρρωστος δεν είναι σε θέση να διαχωρίσει τα σωματικά και νοητικά όρια του εαυτού του σε σχέση με εξωτερικούς παράγοντες (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.699).

Οι διαταραχές στη δομή της σκέψης εμφανίζονται στο προφορικό και γραπτό λόγο του ασθενούς, και περιλαμβάνονται σε αυτές η χάλαση του συνειρμού, η ασυναρτησία, η κατ΄ εφαπτομένη ομιλία, οι νεολογισμοί, η ηχολαλία, η βωβότητα και άλλα χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας (Μάνος,1997, σελ. 134).

Τέλος, η διαταραχή της ροής της σκέψης έχει να κάνει με τον τρόπο που διατυπώνει ο ασθενής τις ιδέες και την ομιλία του, δηλαδή ο ασθενής μπορεί να μεταβαίνει από τη μια σκέψη στην άλλη (Lemperiere, Feline και συνεργάτες 1995, σελ.114). Η φυγή των ιδεών, η ανακοπή της σκέψης, η εμμονή, η διαταραχή της προσοχής, η μειωμένη ικανότητα αφαιρετικής σκέψης, το φτωχό περιεχόμενο της σκέψης, είναι μερικά από τα κλινικά συμπτώματα που περιλαμβάνονται στη διαταραχή της ροής της σκέψης (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.700).

Πέρα από τα κλινικά χαρακτηριστικά που αναφέρονται στη διαταραχή της αντίληψης, της σκέψης και του συναισθήματος, οι ασθενείς με ψυχωσικά συμπτώματα παρουσιάζουν στην κλινική τους εικόνα μη επαρκή εναισθησία και κρίση, εγωκεντρικότητα, κοινωνική απόσυρση, έλλειψη αυθόρμητων κινήσεων, περίεργη αστάθεια και δυσκινησία του σώματος, μυϊκές συσπάσεις, στερεοτυπίες και πληθώρα συμπτωμάτων τα οποία ποικίλουν ανάλογα με τον ασθενή και με τον τύπο σχιζοφρένειας. Όπως θα δούμε στην επόμενη ενότητα, σε κάθε τύπο προεξάρχουν ορισμένα συμπτώματα ενώ απουσιάζουν κάποια άλλα.

1.4 Μορφές σχιζοφρένειας κατά DSM-IV

Η μελέτη γύρω από την σχιζοφρένεια και την συμπτωματολογία που εμφανίζεται στους ασθενείς, έχει οδηγήσει τους επιστήμονες σε μία ταξινόμηση των διάφορων μορφών σχιζοφρένειας με βάση τα συμπτώματα που επικρατούν στη κλινική εικόνα του ασθενούς.

Στο DSM-IV περιλαμβάνονται οι διάφοροι τύποι σχιζοφρένειας που θα παρουσιαστούν παρακάτω.

- Παρανοειδής τύπος

Πρόκειται για τον συχνότερο τύπο της νόσου, στον οποίο κυριαρχούν οι παρανοειδείς και παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές και σπανιότερα οπτικές). Στο παρανοειδή τύπο είναι σπανιότερα στη κλινική εικόνα ο αποδιοργανωμένος λόγος, η αποδιοργανωμένη ή κατατονική

συμπεριφορά και το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. Οι ασθενείς με παρανοειδή σχιζοφρένεια παρουσιάζουν κυρίως παραληρητικές ιδέες διωκτικού ή μεγαλομανιακού τύπου. Η ηλικία που παρουσιάζουν το πρώτο επεισόδιο είναι μεγαλύτερη από των ασθενών με κάποια άλλη μορφή σχιζοφρένειας. Η κοινωνική και νοητική λειτουργία των ασθενών δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα από τα συμπτώματα της νόσου (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.691).

- Αποδιοργανωμένος τύπος

Στον αποδιοργανωμένο τύπο κυριαρχούν στην κλινική εικόνα συμπτώματα όπως ο αποδιοργανωμένος λόγος, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα και δεν πληρούνται τα κριτήρια του κατατονικού τύπου. Παλαιότερα ο αποδιοργανωμένος τύπος ονομαζόταν ηβηφρενικός, όρος που δόθηκε από τον Hecker το 1870. Σε αυτή τη μορφή, η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων είναι μικρή (πριν το 25^{ο} έτος), κυριαρχεί η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και οι μεταβολές του συναισθήματος, η συμπεριφορά των ασθενών είναι απρόβλεπτη και χαρακτηρίζεται από ανευθυνότητα και ιδιοτροπίες (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.693).

Από τον αποδιοργανωμένο τύπο λείπουν οι παραληρητικές ψευδαισθήσεις ή ιδέες, αλλά ακόμα και εάν υπάρχουν είναι χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Επίσης χαρακτηριστικό αυτής της μορφής είναι η χάλαση του ειρμού και η ασυναρτησία στην ομιλία. Οι ασθενείς εμφανίζουν έντονη κοινωνική απόσυρση, καθώς απουσιάζει και η τάση για ενέργεια. Τέλος, στερεοτυπίες, μανερισμοί και υποχονδριακά ενοχλήματα είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα αυτού του τύπου (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.693).

- Κατατονικός τύπος

Για την διάγνωση του κατατονικού τύπου πρέπει να υπάρχουν στην κλινική εικόνα τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω κριτήρια: Κινητική ακαμψία, υπέρμετρη κινητική (άσκοπη) δραστηριότητα, υπερβολικός αρνητισμός, στερεότυπες κινήσεις, μανερισμοί, ηχολαλία ή ηχοπραξία. Ο κατατονικός τύπος είναι πλέον σπάνιος, συχνότερα εμφανιζόταν πριν από μερικές δεκαετίες. Στον τύπο αυτόν εμφανίζεται κυρίως διαταραχή των κινητικών λειτουργιών, καθώς

επίσης και η γρήγορη εναλλαγή αυτών. Οι ασθενείς που νοσούν, παρουσιάζουν αρκετά συχνά προβλήματα σίτισης, εξάντλησης και αυτοτραυματισμού (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.693).

- Υπολειμματικός τύπος

Στον υπολειμματικό τύπο παραμένουν συμπτώματα σε ασθενέστερη μορφή , όπως τα αρνητικά συμπτώματα, ενώ απουσιάζουν οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και ο αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά. Συχνά συμπτώματα του υπολειμματικού τύπου είναι το αμβλύ συναίσθημα, η κοινωνική απόσυρση, η εκκεντρική συμπεριφορά καθώς και η παράλογη σκέψη και η ήπια χάλαση του συνειρμού (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.695).

- Αδιαφοροποίητος τύπος

Σε αυτό τον τύπο ανήκουν οι ασθενείς εκείνοι που αν και εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα δεν μπορούν να καταταγούν σε κάποια άλλη μορφή σχιζοφρένειας(Kaplan and Sadock, 2000 σελ.694).

Εκτός από την παραπάνω κατηγοριοποίηση που έγινε με βάση τα συμπτώματα που επικρατούν κάθε φορά στην κλινική εικόνα του ασθενούς, υπάρχει και μια άλλη κατηγοριοποίηση που χωρίζει την σχιζοφρένεια σε δύο τύπους και κριτήριο για αυτή είναι η παρουσία ή απουσία αρνητικών και θετικών συμπτωμάτων(Kaplan and Sadock, 2000 σελ.695). Να σημειωθεί ότι αυτό το σύστημα ταξινόμησης δεν περιλαμβάνεται στην ταξινόμηση του DSM-IV.

- ΤΥΠΟΣ Ι

Οι ασθενείς που ανήκουν στο Τύπο Ι εμφανίζουν κυρίως θετικά συμπτώματα, στα οποία περιλαμβάνονται :

- Παραληρητικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις
- Χάλαση συνειρμού
- Αλλόκοτη συμπεριφορά

Εκτός από την εμφάνιση θετικών συμπτωμάτων, οι ασθενείς του τύπου Ι παρουσιάζουν μια φυσιολογική εγκεφαλική δομή και η πρόγνωση για την θεραπεία τους είναι θετική καθώς ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε αυτή.

- ΤΥΠΟΣ ΙΙ

Οι ασθενείς τύπου ΙΙ παρουσιάζουν κυρίως αρνητικά συμπτώματα :

- Συναισθηματική επιπέδωση
- Έλλειψη κινήτρων
- Κοινωνική απόσυρση

Επίσης οι ασθενείς αυτού του τύπου παρουσιάζουν αλλοιώσεις και δομικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο και δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία τους.

Στη βιβλιογραφία μπορούμε να συναντήσουμε αρκετά ακόμη συστήματα ταξινόμησης και υποκατηγοριών της νόσου. Τα περισσότερα από τα ονόματα που έχουν δοθεί είναι κυρίως περιγραφικά (όψιμη, παιδική, εξελικτική κ.α.). Κάποιες παλαιότερες υποκατηγορίες της νόσου είναι :

- Οξεία παραληρητική ψύχωση (Boyffee delirante)

Πρόκειται για μια γαλλική διαγνωστική κατηγορία της νόσου, η οποία έχει γίνει με βάση τη χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων. Στην οξεία παραληρητική ψύχωση τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο των τριών μηνών.(Kaplan and Sadock, 2000 σελ.696).

- Λανθάνουσα

Όταν δεν υπήρχε μια αυστηρά καθορισμένη έννοια για την σχιζοφρένεια αναπτύχθηκε η έννοια της Λανθάνουσας σχιζοφρένειας. Αυτή η διάγνωση μπορεί να γίνει σε ασθενείς που δεν θεωρούνται βαριά άρρωστοι.

- Ονειροειδής

Με τον όρο ονειροειδής περιγράφεται μια κατάσταση στην οποία ο ασθενείς παρουσιάζει έντονη σύγχυση σε σχέση με το χρόνο και το χώρο. Κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών που βρίσκονται σε μια ονειροειδή κατάσταση είναι η απορρόφηση τους από τις ψευδαισθήσεις τους, που τους εμποδίζει να έχουν επαφή με την πραγματικότητα.

- Παραφρένεια

Πρόκειται για έναν ορισμό συνώνυμο με τον Παρανοειδή τύπο, που όμως δεν χρησιμοποιείται από τους ειδικούς.

- Ψευδονευρωτική

Αυτή η υποκατηγορία της νόσου αναφέρεται στους ασθενείς που στην αρχική φάση της ασθένειας παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα άγχους, καθώς τα άτομα αυτά υποφέρουν από φοβίες και άγχος για τα πάντα και από τις κλινικές περιγραφές φαίνεται ότι σπάνια γίνονται βαριά ψυχωτικοί.

- Απλή σχιζοφρένεια

Ο όρος αυτός δόθηκε όταν δεν υπήρχε καθορισμένη έννοια της σχιζοφρένειας. Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας συνήθως δεν είχαν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, κυρίως εμφάνιζαν στην συμπτωματολογία τους κοινωνική απόσυρση. (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.697).

1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες της νόσου

1.5.1 Βιολογικοί παράγοντες

Μέσα από έρευνες στο τομέα της βιολογίας, εντοπίστηκε ο παθοφυσιολογικός ρόλος που έχουν περιοχές του εγκεφάλου, όπως το μεταιχμιακό σύστημα, ο μετωπιαίος φλοιός, και τα βασικά γάγγλια. Λόγω του ότι οι περιοχές αυτές συνδέονται μεταξύ τους, σε περίπτωση που παρουσιαστεί δυσλειτουργία σε μία από αυτές μπορεί να επηρεάσει και να προκαλέσει παθολογία σε μια ή περισσότερες από τις άλλες (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.679).

Εντατικές έρευνες πραγματοποιούνται για να διαπιστωθεί η σχέση που τυχόν έχει μια νευροπαθολογοανατομική βλάβη στον εγκέφαλο και η αλληλεπίδρασή της με περιβαλλοντικού και κοινωνικούς παράγοντες στην εμφάνιση της νόσου (Ιεροδιακόνου, Φωτιάδης, & Δημητρίου, 1988,σελ.168).

Μελέτες επικεντρώνονται στο κατά πόσο συμβάλλει στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας η ανωμαλία στην ανάπτυξη ή η εκφύλιση νευρωτικών κυττάρων

μετά την ανάπτυξή τους. Πρόκληση στις διάφορες γονιδιακές έρευνες αποτελεί το ότι μελέτες με μονοζυγωτικούς διδύμους έχουν δείξει ότι το ποσοστό πιθανότητας να νοσήσουν και οι δύο είναι 50% (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.679). Το παραπάνω εύρημα αποδεικνύει την συμβολή και την σημαντική σχέση που έχει στην αιτιολογία της νόσου η αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος. Πιθανή απάντηση σε αυτό το εύρημα είναι η παρουσία διαφορετικής ρύθμισης των γονιδίων και για αυτό μπορεί να νοσήσει μόνο ο ένας από τους μονοζυγωτικούς διδύμους.

1.5.2 Υπόθεση της Ντοπαμίνης

Μια αιτία που μελετάται από τους επιστήμονες, είναι η ντοπαμίνη. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αύξηση των ποσοστών ντοπαμίνης στον οργανισμό μπορεί να αποτελεί αιτία για την σχιζοφρένεια.

Η υπόθεση της ντοπαμίνης στηρίχτηκε σε δύο ευρήματα που προέκυψαν κατά τις μελέτες. Το ένα αφορά την αποτελεσματικότητα που έχουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα και στο ότι αυτά χαρακτηρίζονται από την ιδιότητα να δρουν ως «ανταγωνιστές των τύπου 2(D2) υποδοχέων της ντοπαμίνης (Kaplan and Sadock,2000 σελ680).

Το δεύτερο εύρημα είναι ότι τα φάρμακα που προκαλούν αύξηση στη δραστηριότητα του ντοπαμινικού συστήματος είναι ψυχωσιομιμητικά.

Η υπόθεση της ντοπαμίνης έχει συμβάλλει πολύ στην ανάπτυξη της έρευνας. Παρ΄ όλα αυτά εμφανίζει κάποια προβλήματα, όπως οι αμφιβολίες για τον τρόπο και το βαθμό συμμετοχής στην ανάπτυξη της νόσου. Πέρα από την ντοπαμίνη μελετώνται και άλλοι νευροδιαβιβαστές (Kaplan and Sadock,2000 σελ. 681) και συγκεκριμένα η δράση του καθενός χωριστά, αλλά και η αλληλεπίδραση του με άλλους, για να αποσαφηνιστεί ο ρόλος τους στην σχιζοφρένεια.

1.5.3 Γενετικοί παράγοντες

Μέσα από γενετικές μελέτες έχουν υπάρξει ευρήματα που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη γενετικών παραγόντων αλλά και κληρονομικότητας της νόσου. Οι πρώτες μελέτες που έγιναν τη δεκαετία του 1930, έδειξαν ότι η πιθανότητα να νοσήσει ένα άτομο αυξάνεται όταν αυτό έχει συγγενείς με σχιζοφρένεια. Στον

Πίνακα 1.2 (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.687) παρουσιάζεται ο επιπολασμός σε ειδικούς πληθυσμούς. Στο γενικό πληθυσμό εμφανίζεται 1% επιπολασμός, σε μη δίδυμους αδερφούς ψυχωτικών ασθενών το ποσοστό είναι υψηλότερο και φτάνει το 8%, όταν πάσχει ο ένας γονέας το ποσοστό να νοσήσει το παιδί είναι 12%, ίδιο ποσοστό εμφανίζεται και στους διζυγωτικούς διδύμους. Πολύ υψηλό ποσοστό (40%) να νοσήσει το παιδί υπάρχει όταν και οι δύο του γονείς έχουν ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό με βάση τα αποτελέσματα των ερευνών, έχει ο μονοζυγωτικός δίδυμος αδερφός (47%). Επιπλέον, μελέτες έδειξαν λίγο υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού της νόσου μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων που έχουν υιοθετηθεί (50%).

Η έρευνα στον τομέα της γενετικής ενισχύει την υπόθεση ότι οι γενετικοί παράγοντες αποτελούν σημαντικότερη αιτία σε σχέση με τους περιβαλλοντικούς.

Πίνακας 1.2 Κληρονομική Προδιάθεση . (Kaplan and Sadock ,2000 σελ.687)

Πληθυσμός	Επιπολασμός (%)
Γενικός πληθυσμός	1.0
Μη δίδυμος αδελφός σχιζοφρενούς	8.0
Παιδί με ένα σχιζοφρενή γονέα	12.0
Διζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενούς	12.0
Παιδί με δύο γονείς σχιζοφρενείς	40.0
Μονοζυγωτικός δίδυμος αδερφός σχιζοφρενούς	47.0

1.5.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Έρευνες που έχουν γίνει σε σχιζοφρενείς έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει ανώμαλες καταγραφές στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.687). Στηριζόμενοι σε αυτό το εύρημα οι επιστήμονες κάνουν λόγο για ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου και εξηγούν γιατί πολλές οργανικές παθήσεις επηρεάζονται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

1.5.5 Ψυχολογικές θεωρίες

Η ανθρώπινη συμπεριφορά κατά ένα μέρος της μορφοποιείται μέσω των αλληλεπιδράσεων με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, οι οποίες αλληλεπιδράσεις μπορεί να έχουν επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα για το άτομο (Στεφανής, 2000 σελ. 13). Ο τρόπος που το κάθε άτομο επεξεργάζεται και αφομοιώνει τις εμπειρίες του, το πώς δημιουργεί σχέσεις με τους άλλους, διαφέρει και αφορά το σύνολο της προσωπικότητάς του (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 18). Από την σκοπιά της ψυχολογίας οι ψυχικές διαταραχές εκλαμβάνονται ως δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, την οποία το άτομο μαθαίνει είτε άμεσα είτε μέσω της παρατήρησης.

Η ψυχολογία έχει δείξει ότι ορισμένοι από τους τύπους των ψυχικών διαταραχών μπορεί να είναι το αποτέλεσμα έλλειψης ικανότητας του ατόμου στο να προσαρμόζεται σε κάποιο αγχογόνο παράγοντα (Στεφανής, 2000 σελ. 14). Σε περίπτωση που το άγχος βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα το άτομο γενικεύει τα ερεθίσματα που δέχεται από τον εσωτερικό και τον εξωτερικό του κόσμο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση περισσότερου άγχους καθώς και σύγχυση στην αντίληψη.

Το άτομο προσπαθεί να βρει τέτοιους συνειρμούς σκέψης ώστε να μειώσει το άγχος και την σύγχυση που αισθάνεται. Αυτό όμως έχει αντίθετα αποτελέσματα και οδηγεί στην αποδιοργάνωση των λειτουργιών του, συναισθηματικών και νοητικών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Ο Mentnia επίσης τονίζει τον παράγοντα του άγχους και πώς αυτός μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της νόσου. Μια άλλη ψυχολογική άποψη για την αιτία της σχιζοφρένειας, δίνει ο Blouer. Στην άποψη του δεν αναγνωρίζονται οι βιολογικές και οργανικές αιτίες της ασθένειας, αλλά κάνει λόγο για γονίδια που κληρονομούνται και σχηματίζουν ένα μη αρμονικό σύστημα (δυσλειτουργικό), με αποτέλεσμα την ύπαρξη απόκλισης της προσωπικότητας του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον και από τις εμπειρίες που έχει αποκτήσει από αυτό. Όταν το χάσμα αυτών των δύο παραγόντων αυξηθεί σε κρίσιμο σημείο, τότε το άτομο δημιουργεί ένα φανταστικό κόσμο και αποτραβιέται σε αυτόν, ενώ παύει να κάνει οποιαδήποτε ενέργεια για να αποκατασταθεί η ισορροπία ανάμεσα στο εξωτερικό του περιβάλλον και την προσωπικότητα του και έτσι οδηγείται στη ψύχωση.

1.5.6 Ψυχαναλυτική άποψη

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, αιτία της σχιζοφρένειας είναι η διαταραχή των λειτουργιών του Εγώ, αποτέλεσμα της οποίας είναι να στραφεί το άτομο στον εαυτό του, ενώ παράλληλα ελαττώνεται σημαντικά το ενδιαφέρον του για τον κόσμο που το περιβάλλει.

Η άποψη αυτή της ψυχαναλυτικής θεωρίας δεν αποκλείει την συνύπαρξη γενετικών παραγόντων και προδιάθεσης. Η θεωρία συνδέει την σχιζοφρένεια με την καθήλωση του ατόμου σε ένα από τα στάδια ανάπτυξής του και συγκεκριμένα στο στοματικό στάδιο. Υποστηρίζει ότι τα άτομα έχουν βιώσει κατά το παρελθόν (παιδική ηλικία) τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες παραμένουν στο ασυνείδητο έως ότου κληθούν στο συνειδητό, εφόσον βέβαια υπάρξουν και κατάλληλες συγκυρίες.

Το αν μια καθήλωση σε ένα από τα στάδια της ανάπτυξης θα οδηγήσει σε ψύχωση εξαρτάται από το ποιο είναι το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο πρωτοεμφανίστηκαν το τραύμα ή οι διαταραχές. Η ψυχαναλυτική άποψη επικεντρώνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσει το παιδί με το άμεσο περιβάλλον του και κυρίως με τη μητέρα του, κάνει λόγο για τη ψυχική ισορροπία που αποκτά μέσα από την καλή σχέση και την επαφή με την μητέρα του και για την τραυματική εμπειρία που βιώνει εάν συμβεί το αντίθετο και τις επιπτώσεις αυτής (Kaplan and Sadock, 2000 σελ.687). Σε αυτές τις περιπτώσεις το Εγώ και η κρίση του ατόμου (μια από τις κυριότερες λειτουργίες του Εγώ) είναι αδύναμη, με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις να αναπτύξει ψυχωσικά συμπτώματα.

1.5.7 Ψυχοδυναμικές θεωρίες

Οι σύγχρονες ψυχοδυναμικές θεωρίες διαφέρουν αρκετά από τις ψυχαναλυτικές θεωρίες για την νόσο. Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, η υπερευαισθησία στα αντιληπτικά ερεθίσματα (Kaplan and Sadock,2000 σελ.688) θεωρείται ως ανεπάρκεια, η οποία εμφανίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα, τα οποία νοιώθουν αυξημένο στρες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Ένα παράδειγμα που αναφέρεται στη βιβλιογραφία είναι ότι εάν ένας ασθενής παρουσιάσει ιδέες μεγαλείου στη κλινική του εικόνα, αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα έλλειψης αυτοεκτίμησης.

1.5.8 Κοινωνικές θεωρίες

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ραγδαίες αλλαγές που χαρακτηρίζουν τις σημερινές κοινωνίες, οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής, η απομάκρυνση του ανθρώπου από την φύση, η έντονη εκβιομηχάνιση, αστικοποίηση καθώς και η βίαιη είσοδος της τεχνολογίας στην ζωή, είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Οι θεωρίες που υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικές αλλαγές και οι αλλαγές στις αξίες και τα ήθη των σημερινών κοινωνιών επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογία των ατόμων καθώς και το βαθμό προσαρμογής τους σε αυτές τις νέες συνθήκες, θεωρούν ότι αποτέλεσμα αυτού είναι η απομόνωση του ατόμου στον εαυτό του, η εμφάνιση άγχους και άλλων επιπτώσεων ικανών να προκαλέσουν ψυχωτικά συμπτώματα στο άτομο (Ιεροδιακόνου, Φωτιάδης, & Δημητρίου, 1988,σελ.169). Για τις θεωρίες αυτές υπάρχουν πολλά τεκμηριωμένα ευρήματα. Παρ' όλα αυτά οι περισσότεροι επιστήμονες θεωρούν ότι όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τον χρόνο έναρξης της νόσου και την πορεία αυτής και όχι τόσο ότι είναι αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνισή της.

1.5.9 Θεωρίες που αφορούν την οικογένεια και την επικοινωνία σε αυτή.

Στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής άποψης έχει αναπτυχθεί η θεωρία ότι ανεξάρτητα από τα ψυχολογικά τραύματα, το περιβάλλον και τους παράγοντες της κληρονομικότητας, η οικογένεια και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Foudrain «Η σχιζοφρενική αντίδραση αποτελεί την τελευταία φάση μιας αλυσίδας γεγονότων, που η πρωτογενής αιτία της οφείλεται στις βαριά διαταραγμένες διανθρώπινες σχέσεις ανάμεσα στο παιδί ''κατοπινό ασθενή'' και τους γονείς του» (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1967).

Με βάση την παραπάνω υπόθεση, η ανικανότητα των ψυχωτικών να δημιουργήσουν σχέσεις και ό,τι συνεπάγεται αυτές (αίσθημα ασφάλειας, κάλυψη βασικών τους αναγκών) είναι αποτέλεσμα χρόνιων βιωμάτων και εμπειριών κακών σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1967). Η αδυναμία αυτή οδηγεί το άτομο στην δημιουργία ενός φαντασιακού κόσμου και στην συνέχεια στον εγκλεισμό του

σε αυτόν, σε μια αυτιστική συμπεριφορά και κατ΄ επέκταση σε ψυχωτική συμπτωματολογία.

Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού. Μέσα στα πλαίσια της οικογένειας δομούνται οι βάσεις της προσωπικότητας και οι αρχές τις επικοινωνίας. Η οικογένεια είναι το πρώτο σύστημα το οποίο συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση του ατόμου και στην εκμάθηση κανόνων συμπεριφοράς και επικοινωνίας.

Ένας από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με την οικογένεια και το πώς αυτή επηρεάζει ή συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων, είναι ο Ferenczi ο οποίος υποστήριξε ότι «η πραγματικότητα είναι αυτή που επιφέρει βλάβες στο παιδί και οι συνειδητές φαντασιώσεις είναι η συμβολική έκφρασή της» (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1967). Δηλαδή η καθημερινή πραγματικότητα που βιώνει το παιδί μέσα από το οικογενειακό του περιβάλλον είναι αυτή που του δίνει τις βάσεις για επικοινωνία, κοινωνικοποίηση, ανάπτυξη δεξιοτήτων και διαπροσωπικών σχέσεων. Με βάση αυτή την πραγματικότητα που βίωσε ως παιδί θα δημιουργήσει και θα αναπτύξει σχέσεις και τρόπους επικοινωνίας με τα άτομα του περιβάλλοντός του στην συνέχεια της ζωής του.

Μέσα από τη σύγχρονη ψυχοθεραπεία και τις έρευνες που έχουν γίνει, μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα τις αλληλεπιδράσεις και τις δομές αυτών, ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς του. Η έρευνα γύρω από τα αίτια αλλά και την θεραπεία της οικογένειας επικεντρώθηκε σε αυτή ως σύστημα – ομάδα όπου τα μέλη της αναπτύσσουν σχέσεις, δυναμικές και υποσυστήματα. Επίσης η δομή της οικογένειας έχει απασχολήσει το χώρο της έρευνας, η οποία επικεντρώνεται αρχικά στη σχέση μητέρας- παιδιού. Στο κομμάτι αυτό της έρευνας σημαντικό στοιχείο και παράγοντας που επηρεάζει την μετέπειτα εξέλιξη του παιδιού θεωρείται η επικοινωνία και ιδιαίτερα η επικοινωνία μέσα από τα διπλά μηνύματα, η λεγόμενη διπλοσύνδεση.

Κατά τους Bateson, Jackson, Haley & Weakland (1967) για την διπλοσύνδεση υπάρχουν έξι απαραίτητες προϋποθέσεις, τις οποίες θα παρουσιάσουμε στη συνέχεια :

1^{η}. Η παρουσία (επικοινωνία) δύο ή περισσότερων προσώπων, το ένα από τα οποία χαρακτηρίζεται στην βιβλιογραφία ως «θύμα».

2^{η}. Μια πρωτεύουσα αρνητική εντολή, η οποία επιβάλλεται στο θύμα μέσα από τον εκφοβισμό του με τιμωρίες και απειλές.

3η.Μια δευτερεύουσα εντολή που έρχεται σε αντίθεση με την πρώτη και επιβάλλεται όπως και η πρώτη με απειλή και τιμωρίες. Αυτή η δεύτερη εντολή αναιρεί ένα ή περισσότερα από τα στοιχεία της πρώτης και συνήθως δίνεται μέσω της μη- λεκτικής επικοινωνίας.

4η. Μία τριτεύουσα αρνητική εντολή που εγκλωβίζει το άτομο. Μέσα από αυτή την τρίτη εντολή το παιδί αδυνατεί να φύγει από την σχέση του με το άτομο-πομπό. Αυτό γίνεται κατανοητό αν αναλογιστούμε την χρονική περίοδο (παιδική ηλικία), όπου το άτομο έχει ανάγκη και είναι εξαρτημένο από τις οικογενειακές του σχέσεις και τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να αμφισβητεί και να εναντιώνεται σε αυτές.

5η. Το θύμα έχει μάθει να επικοινωνεί μέσω των διπλών μηνυμάτων και πλέον όλες του οι αντιλήψεις για τον κόσμο και τον τρόπο επικοινωνίας βασίζονται στη διπλοσύνδεση.

6η. Τέλος η διπλοσύνδεση είναι μια επαναλαμβανόμενη εμπειρία που βιώνεται από το «θύμα»

Κύριο αποτέλεσμα της διπλοσύνδεσης είναι η ανικανότητα που προκύπτει στο άτομο να διακρίνει τους διάφορους λογικούς τύπους. Αυτό χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1967):

- Το παιδί – «θύμα» βρίσκεται εγκλωβισμένο σε μια σχέση την οποία έχει ανάγκη και είναι μεγάλης σημασίας για αυτό.
- Το άτομο βρίσκεται συνεχώς σε μια σχέση όπου το άλλο μέλος αυτής εκφράζεται και επικοινωνεί συνεχώς με διπλά μηνύματα, όπου το ένα συνεχώς αναιρεί το άλλο.
- Το «θύμα» δεν είναι ικανό να έχει κριτική θέση απέναντι στα μηνύματα που δέχεται και κατ΄ επέκταση δεν αντιδρά σε αυτά και δεν αντιμετωπίζει τις αντιφάσεις. Κύριο αίτιο αυτής της φαινομενικής ‘’αδράνειας’’ είναι η ανάγκη του να παραμείνει σε αυτή τη σχέση.

Τα άτομα φοβούνται να θέσουν ερωτήσεις για να αποσαφηνίσουν τα διπλά μηνύματα και για αυτό παραμένουν σε αυτό τον τρόπο επικοινωνίας. Η χρόνια ‘’χρήση’’ της διπλοσύνδεσης ως μέσο επικοινωνίας επηρεάζει καταλυτικά τις σχέσεις με άλλα άτομα, καθώς το άτομο δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τα μηνύματα που δέχεται και το τι πραγματικά εννοεί ο συνομιλητής του. Επίσης βρίσκεται σε μια συνεχή ανησυχία για την πραγματική έννοια των λόγων των άλλων. Κύριο μέλημά του στην επικοινωνία με τους γύρω του είναι να

προστατευτεί από τα μηνύματα τους, κάτι που εκφράζεται από το άτομο με διάφορες συμπεριφορές. Άλλοτε γίνεται έντονα καχύποπτος, ενώ επίσης μπορεί να αντιδρά με το να μην λαμβάνει σοβαρά υπ' όψιν την επικοινωνία, ή μπορεί να γίνει εσωστρεφής και να κλειστεί στον εαυτό του αποφεύγοντας να συναλλάσσεται με τα άτομα του περιβάλλοντός του (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1967). Με όποιο τρόπο και αν επιλέξει να φέρεται στις σχέσεις του, το αποτέλεσμα είναι ότι χάνει τις κοινωνικές του δεξιότητες και εγκλωβίζεται σε ένα κόσμο μη πραγματικό, με πιθανό αποτέλεσμα να παρουσιάσει ψυχωσικά συμπτώματα.

Εν κατακλείδι, αναλύοντας τα αίτια που έχουν προταθεί και τεκμηριωθεί από τους ερευνητές, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει μια και μόνο αιτιολογία για την εμφάνιση της νόσου. Αυτό που προκύπτει είναι ένα σύμπλεγμα αιτιών και παραγόντων που προκαλεί στο άτομο την ψυχωτική κλινική του εικόνα. Αυτό είναι και ένας από τους κυριότερους λόγους που καθιστά δύσκολη και μακροχρόνια την θεραπεία των συμπτωμάτων στους ασθενείς. Η έρευνα στο τομέα αυτό είναι το κύριο μέσο που έχουν οι επιστήμονες για την ανακάλυψη αποτελεσματικότερων θεραπειών.

1.6 Θεραπεία

Η σχιζοφρένεια, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι μια ασθένεια της οποίας η αιτία είναι ένα σύμπλεγμα βιολογικών, γενετικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων. Όπως γίνεται κατανοητό η πολύπλευρη διάσταση της ασθένειας καθιστά ανεπαρκή για την αντιμετώπιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων μια και μοναδική θεραπευτική διαδικασία. Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων μπορεί να βελτιώσει την κλινική εικόνα του ασθενούς. Εκτός αυτού η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να προσαρμόζεται στο κάθε άτομο, ανάλογα με το ιδιαίτερο ατομικό, κοινωνικό, οικογενειακό και ψυχολογικό προφίλ που έχει (Διακογίαννης, 1982, σελ.71).

Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούμε στις θεραπευτικές διαδικασίες, όπως αυτές ταξινομούνται σε σωματικές, ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές. Όσον αφορά την νοσηλεία των ψυχωτικών ασθενών, θα αναφέρουμε ότι αυτή πραγματοποιείται για να ρυθμιστεί η θεραπευτική αγωγή (είναι συχνό το φαινόμενο να διακόπτουν οι ασθενείς την φαρμακευτική αγωγή όταν περάσει

κάποιο χρονικό διάστημα), όταν ο ασθενής έχει αυτοκαταστροφικές ή επιθετικές τάσεις, όταν υπάρχει έντονη αποδιοργάνωση στη συμπεριφορά του και επίσης για να γίνει διάγνωση.

Η θεραπεία παρέχεται κυρίως στα πλαίσια της νοσηλείας του ασθενούς. Ένας από τους στόχους του πλαισίου είναι να συνδέει τους νοσηλευόμενους σε αυτό με συστήματα και υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης. Επίσης η νοσηλεία συντελεί στη μείωση του άγχους που νοιώθει ο ασθενής και τον βοηθά να αποκτήσει ένα πρόγραμμα στη καθημερινότητα του.

Ο χρόνος νοσηλείας ποικίλλει ανάλογα με την πορεία του ασθενούς και με το πλαίσιο στο οποίο νοσηλεύεται (ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου ή ψυχιατρικό ίδρυμα). Τέλος, η νοσηλεία θα πρέπει να έχει ως επιπλέον στόχο τον προσανατολισμό του ασθενούς και την εξοικείωση του με εξωνοσοκομειακούς φορείς όπως είναι τα νοσοκομεία ημέρας, τα διάφορα προγράμματα επανένταξης, οι ξενώνες και τα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης.

Τόσο κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς , όσο και μετά από αυτή εφαρμόζονται οι ακόλουθες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

1.6.1 Σωματικές θεραπείες

Από τη δεκαετία του 1950 εισήχθησαν στη ψυχιατρική τα αντιψυχωτικά φάρμακα ή αλλιώς νευροληπτικά, τα οποία αντιμετωπίζουν τα ψυχωσικά συμπτώματα (Kaplan and Sadock,2000 σελ.705).

Τα αντιψυχωτικά περιλαμβάνουν τις εξής τρεις κατηγορίες :

α) οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης, τα οποία όμως προκαλούν ανεπιθύμητες και σοβαρές παρενέργειες.

β) η ρισπεριδόνη. Τα πλεονεκτήματα αυτού του φαρμάκου είναι ότι προκαλεί ελαφρότερες νευρολογικές παρενέργειες από τα κλασικά νευροληπτικά.

γ) η κλοζαπίνη. Ο μηχανισμός δράσης της δεν έχει κατανοηθεί απόλυτα, πρόκειται για φάρμακο δεύτερης επιλογής όταν ο ασθενής δεν απαντά σε προηγούμενες φαρμακευτικές αγωγές Όσον αφορά τις παρενέργειες που προκαλεί, αυτές είναι η ακοκκιοκυτταραιμία και γι΄ αυτό είναι αναγκαίος ο συχνός έλεγχος του αίματος των ασθενών. Ωστόσο είναι ακριβό φάρμακο, κάτι που περιορίζει την συνταγογράφησή του.

Πέρα από τα παραπάνω, υπάρχουν φάρμακα νέας γενιάς, όπως η ζιπραζινόδη, η κουετιαπίνη, η ολανζαπίνη (Jenkis, Tinsley & Van Loon, 2004).

Κατά την θεραπεία των ψυχωτικών παθήσεων η συμμόρφωση του ασθενούς είναι ένα από τα σημαντικότερα θέματα. Συχνά οι ασθενείς δεν έχουν σωστή και ολοκληρωμένη γνώση της πάθησης τους και όταν υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες η πιθανότητα να συνεχίσουν να παίρνουν το φάρμακό τους σύμφωνα με τις οδηγίες είναι μικρότερη (Jenkis, Tinsley & Van Loon, 2004).

Συχνές παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι η ξηροστομία, η δυσχέρεια μνήμης, η καταστολή, η υπνηλία, η όψιμη δυσκινησία και άλλα (Jenkis, Tinsley & Van Loon, 2004). Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τις τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων για την καλύτερη συμμόρφωση προς την θεραπεία του.

Συμπληρωματικά φάρμακα που χορηγούνται είναι το λίθοι, οι βενζοδιαζεπίνες και τα αντιεπιληπτικά. Εκτός από την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, υπάρχουν σωματικές θεραπείες, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία είναι λιγότερο αποτελεσματική από τα αντιψυχωτικά και ενδείκνυται σε ασθενείς που δεν μπορούν να πάρουν αντιψυχωτικά και σε κατατονικούς ασθενείς. Σε μερικούς ασθενείς η ταυτόχρονη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων και ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματική από τη χρήση μόνο αντιψυχωτικών φαρμάκων (Jenkis, Tinsley & Van Loon,2004). Στις ανεπιθύμητες ενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας περιλαμβάνονται οι γνωσιακές μεταβολές, όπως η οξεία σύγχυση μετά την κρίση και η έκπτωση της μνήμης (Jenkis, Tinsley & Van Loon, 2004). Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται και οι καρδιαγγειακές επιδράσεις καθώς και γενικά σωματικά ενοχλήματα όπως κεφαλαλγία, μυαλγίες, τα οποία είναι συχνά και παροδικά (Jenkis, Tinsley &Van Loon, 2004).

Τέλος, παλιότερα προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν την νόσο με ινσουλινικά και βαρβιτουρικά κώματα, τα οποία έθεταν σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς(Kaplan and Sadock,2000 σελ.707).

1.6.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Αναφορικά με τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες, θα πρέπει να σημειωθεί ξανά ότι η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να προσαρμόζεται στο άτομο ανάλογα με τις δυνατότητες του και την πορεία της νόσου. Η ψυχολογική

κατεύθυνση έχει ως κύρια άποψη ότι η ψυχική πάθηση συνδέεται άμεσα με τις εμπειρίες του ατόμου και τις σχέσεις που αναπτύσσει με τους άλλους.

Η ψυχολογική παρέμβαση γίνεται συνήθως σε προφορικές συζητήσεις με τον ασθενή. Ειδικά σε ό,τι αφορά τις ψυχοκοινωνικές μεθόδους, έχουν διαμορφωθεί διάφορες και ποικίλες θεωρίες της ψυχικής διαταραχής με τις αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να επιλεχθεί από τον θεραπευτή εκείνος ο τύπος ψυχολογικής παρέμβασης που θα βοηθήσει το άτομο και θα επικεντρωθεί τόσο στις δυνατότητες του ασθενούς όσο και στις ανεπάρκειες αυτού. Οι ψυχολογικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών παθήσεων μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω γενικότερες κατηγορίες: τις ψυχοδυναμικές/ ψυχαναλυτικές, τις συμπεριφοριστικές, τις ανθρωπιστικές και τις ομαδικές. Στη συνέχεια της ενότητας θα παρουσιάσουμε τις διάφορες προσεγγίσεις των θεωρητικών ψυχολογικών μοντέλων ως προς τη μορφή και την εστίαση της θεραπείας (Μάνος, 1997, σελ.656).

1.6.3 Ψυχαναλυτική θεωρία

Η πιο σημαντική θεωρητική προσέγγιση που άσκησε τη μεγαλύτερη επίδραση στο χώρο των ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων είναι η ψυχαναλυτική θεωρία, με κύριο εκφραστή της τον Sigmund Freud (1985- 1939). Ο Freud στήριξε την θεωρία του στις προσωπικές του εμπειρίες από τις περιπτώσεις που αντιμετώπιζε στην κλινική του πράξη.

Επειδή η ψυχαναλυτική προσέγγιση των ψυχιατρικών παθήσεων υποστηρίζει ότι οι ψυχολογικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα της ανεπιτυχούς αντιμετώπισης των ενδοψυχικών συγκρούσεων (Lynda A.,Heiden & M. Hersen, 1995,σελ. 56), η θεραπευτική διαδικασία είναι μακροχρόνια. Κύριο μέσο της, ο λόγος. Ο ασθενής μιλάει για τα βιώματά του, ενώ ο ψυχαναλυτής έχει τον ρόλο του ¨ακροατή¨.

Η κυριότερη θεραπευτική στρατηγική στην ψυχανάλυση είναι η χρήση της μεταβίβασης, μιας διαδικασίας κατά την οποία ο ασθενής αποδίδει στον θεραπευτή χαρακτηριστικά σημαντικών προσώπων κατά την παιδική του ηλικία. Παράλληλα χρησιμοποιείται και η ερμηνεία, όπου ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίσει μη ρεαλιστικά συναισθήματα που έχει νοιώσει. Ο κύριος στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι η αποκάλυψη ασυνείδητων

συγκρούσεων, οι οποίες συντελούν στη διαμόρφωση της παθολογίας του ασθενούς με βάση την ψυχαναλυτική προσέγγιση (Μάνος, 1997, σελ.658). Επίσης οι ψυχαναλυτές χρησιμοποιούν την ανάλυση ονείρων, τον ελεύθερο συνειρμό, την ύπνωση .

Πρωταρχικός στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπευτικής προσέγγισης είναι η εξερεύνηση του ασυνείδητου και η αλλαγή των κινήτρων που έχει το άτομο. Η ψυχαναλυτική θεώρηση δεν θεωρείται η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση για τις ψυχώσεις και αυτό εξαιτίας του αδύναμου Εγώ των ψυχωτικών ασθενών. Παρά την έντονη κριτική που έχει ασκηθεί σε αυτή, η ψυχαναλυτική θεωρία είχε σημαντική προσφορά στη κλινική ψυχολογία και στην ανάπτυξη άλλων θεωριών.

1.6.4 Ανθρωπιστικές / επικεντρωμένες στον πελάτη θεραπείες

Αυτό το μοντέλο προσέγγισης εστιάζει την θεραπευτική διαδικασία στο μοναδικό αντιληπτό κόσμο κάθε ατόμου. Με βάση αυτό τα άτομα δημιουργούν την «πραγματικότητα» μέσω των προσωπικών αντιλήψεών τους για τον κόσμο (Lynda A.,Heiden & M. Hersen, 1995,σελ. 56). Σύμφωνα με τις ανθρωπιστικές θεωρίες, η συμπεριφορά δεν είναι προϊόν των ασυνείδητων ενορμήσεων και ενστίκτων, το άτομο είναι υπεύθυνο για τις επιλογές του και έχει δυνατότητα αυτοεξέλιξης. Στην ανθρωπιστική θεωρία τονίζονται τρία χαρακτηριστικά της ψυχικής ζωής του ανθρώπου, η πολυπλοκότητα, η μοναδικότητα και η ικανότητα για ανάπτυξη. Τα αίτια των ψυχικών διαταραχών, σύμφωνα με το ανθρωπιστικό μοντέλο, θα πρέπει να αναζητηθούν στην κοινωνία, στο πολιτικό και οικονομικό σύστημα και όχι στο άτομο (Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 114), Στην επικεντρωμένη στον πελάτη θεραπεία, ο πελάτης μαθαίνει να αναγνωρίζει τις ικανότητες του, να κατευθύνει την ζωή του με βάση τις προσωπικές του απόψεις. Η προσέγγιση αποβλέπει στο να απελευθερώσει τις δυνάμεις που έχει το άτομο ώστε να επανακτήσει την ελεύθερη έκφραση. Έτσι επικεντρώνεται στο «εδώ» και «το τώρα», στοχεύοντας στη συνολική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση του ατόμου. Το ανθρωπιστικό μοντέλο θεραπείας έχει δεχθεί κριτική, η οποία επικεντρώνεται στο ότι η ανθρωπιστική προσέγγιση είναι περισσότερο μια φιλοσοφία ζωής παρά μια επιστημονική θεωρία.

1.6.5 Συμπεριφοριστικές θεραπείες

Η θεωρία της συμπεριφοράς αναπτύχθηκε κατά τις δεκαετίες 1950 και 1960 εξαιτίας της δυσαρέσκειας προς την ψυχαναλυτική και την ανθρωποκεντρική θεωρία. Η παθολογική συμπεριφορά θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα εσφαλμένης- ανεπιθύμητης μάθησης. Η θεραπεία αποτελείται από την τροποποίηση της συμπεριφοράς, όπου ο θεραπευτής μέσα από τη διαδικασία της μάθησης διδάσκει στον ασθενή την ομαλή συμπεριφορά και στοχεύει στο να κάνει το άτομο πράγματα τα οποία θα οδηγήσουν σε αλλαγή της συμπεριφοράς του (Καλλινικάκη, 2000, σελ.216). Η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση στοχεύει στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου, έτσι ώστε να μπορέσει να επανενταχθεί στο κοινωνικό περιβάλλον και να είναι ενεργό μέλος αυτού, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχει υποστηρικτικό χαρακτήρα.

Στη συμπεριφοριστική προσέγγιση περιλαμβάνονται οι θεωρίες :

Της κοινωνικής μάθησης, κατά την οποία η συμπεριφορά καθορίζεται από τις αρχές της συντελεστικής ή της κλασικής εξάρτησης. Από τις σημαντικότερες έννοιες αυτής της προσέγγισης είναι η *μίμηση* προτύπων και η έννοια της *αυτοαποτελεσματικότητας.* Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στηρίζονται στα διάφορα είδη μάθησης (Καλλινικάκη, 2000, σελ.218).

Της *γνωστικής – συμπεριφοριστικής*. Κύριο χαρακτηριστικό της προσέγγισης είναι η άποψη ότι η ψυχολογία πρέπει να ασχολείται μόνο με τις εξωτερικές εκδηλώσεις (Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 81). Σύμφωνα με την γνωστική- συμπεριφοριστική θεωρία, η καταλληλότερη ψυχολογική μέθοδος είναι η ενδοσκόπηση, ενώ δίνεται έμφαση στις γνωστικές διεργασίες οι οποίες μεσολαβούν μεταξύ ερεθίσματος και συμπεριφοράς (Lynda A.,Heiden & M. Hersen, 1995,σελ. 56) Και ο *ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός,* που βασίζεται στην αρχή της συντελεστικής εξάρτησης όπως διατυπώθηκε από τον Skinner. Με βάση αυτή, η εμφάνιση συγκεκριμένης αντίδρασης στη συμπεριφορά εξαρτάται από περιβαλλοντικές εξαρτήσεις.

Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που δημιουργεί αρκετά προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών, στην έκφραση των συναισθημάτων και στην ικανότητα λεκτικής και μη επικοινωνίας. Η συμπεριφοριστική θεραπεία επικεντρώνεται στην ανάπτυξη αυτών των κοινωνικών δεξιοτήτων και σε

συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή συντελεί στην καλυτέρευση της κλινικής εικόνας του ασθενούς.

1.6.6 Ομαδικές ψυχοθεραπείες

Το κύριο πλεονέκτημα αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η θεραπευτική αξία των διαπροσωπικών επιδράσεων της ομάδας, στα πλαίσια της οποίας το άτομο διαπιστώνει ότι παρόμοιες δυσκολίες και προβλήματα αντιμετωπίζουν και άλλοι, με αποτέλεσμα την ενθάρρυνση και την ενεργό εμπλοκή του στην θεραπευτική διαδικασία (Σκαπινάκης, 2004).

Η ομαδική θεραπεία έχει τρεις τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης, προς το άτομο, προς τις διαντιδράσεις μεταξύ των μελών και προς την ομάδα ολόκληρη σαν ενότητα. Η αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας επικεντρώνεται στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης βελτιώνοντας τον έλεγχο της πραγματικότητας των ασθενών (Kaplan and Sadock,2000 σελ.709). Στην ομαδική θεραπεία μπορούν να συμμετάσχουν ασθενείς οποιασδήποτε διαγνωστικής κατηγορίας, αρκεί να υπάρχει μια στοιχειώδης ομοιογένεια στην ομάδα, ο αριθμός των μελών της οποίας κυμαίνεται ανάμεσα στα 6 έως 10 άτομα. Η ομαδική θεραπεία ψυχωτικών ασθενών έχει σαν στόχο να αποδώσει στους ασθενείς τον έλεγχο της πραγματικότητας και την κοινωνικοποίηση αυτών.

Από τις πιο συνήθεις μορφές ομαδικής θεραπείας είναι η *οικογενειακή θεραπεία*, η οποία στηρίζεται στην άποψη ότι, όταν ένα μέλος της οικογένειας παρουσιάζει πρόβλημα αυτό είναι ένα «σήμα» ότι ολόκληρη η οικογένεια έχει ανάγκη από βοήθεια (Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 125). Το πρόβλημα συχνά εντοπίζεται στον γενικό τρόπο που η οικογένεια λειτουργεί σαν ομάδα. Το θεωρητικό υπόβαθρο της θεραπευτικής μεθόδου περιλαμβάνει ψυχοδυναμική θεωρία, θεωρίες γενικών συστημάτων, κοινωνικής εκμάθησης, ενώ και άλλες θεωρητικές απόψεις μπορούν να ενσωματωθούν στην ομαδική θεραπευτική διαδικασία. Έως τώρα έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες και μοντέλα θεραπείας ανάλογα με την προσωπικότητα του θεραπευτή και τη θεωρητική του προσέγγιση. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε παρακάτω ορισμένες από τις σχολές οικογενειακής θεραπείας.

Η Δομική Οικογενειακή Θεραπεία, της οποίας το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον εντοπισμό των παραγόντων που διατηρούν την ψυχοπαθολογία και όχι στο τι την προκαλεί (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ. 51). Κύριος

στόχος της θεραπείας είναι η οικογένεια να προβεί σε τροποποιήσεις της οργάνωσής της προς μια κατεύθυνση που να είναι συμβατή με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η οικογένεια.

Η Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία είναι επίσης ένα από τα μοντέλα οικογενειακής θεραπείας, κύριο χαρακτηριστικό της οποίας και στόχος του θεραπευτή είναι η επινόηση μιας στρατηγικής για την επίλυση του προβλήματος (Καλαιτζάκη, 2000 σελ53).

Η Συστημική Οικογενειακή Θεραπεία, της οποίας βασική αρχή είναι ότι όλο το οικογενειακό σύστημα αποτελεί το επίκεντρο της θεραπείας και ότι η συμπτωματολογία είναι η έκφραση του τρόπου λειτουργίας της οικογένειας (δεν νοσεί το άτομο αλλά όλο το σύστημα).

Η σχολή του Μιλάνου άσκησε σημαντική επίδραση στη δεκαετία του ΄70 και ΄80. Ιδρυτές της ήταν οι Mara Selvini- Palazzoli και ο Luigi Boscolo το 1967. Σύμφωνα με τη σχολή του Μιλάνου κατά την θεραπεία της οικογένειας πρέπει να εξετάζονται πολλές παράμετροι, όπως το χρονικό πλαίσιο στο οποίο έρχεται μια οικογένεια για θεραπεία, ποιος το επιθυμεί αυτό και άλλα.

Κατά την διαδικασία της οικογενειακής θεραπείας τα μέλη καλούνται να εκφράσουν τα συναισθήματα που έχουν για τους άλλους, να επικεντρωθούν στις δυσκολίες όσον αφορά την μεταξύ τους επικοινωνία. Επίσης μέσα από την θεραπευτική διαδικασία τα άτομα καλούνται να αλλάξουν τους τρόπους που χρησιμοποιούν για την ικανοποίηση των αναγκών τους και όχι τόσο αυτές τις ίδιες τις ανάγκες.

Συγκεκριμένα για την σχιζοφρένεια ένα σημαντικό θέμα που έχει να αντιμετωπίσει η οικογενειακή θεραπεία, είναι η έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο και η επανένταξη του στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Στις περισσότερες των περιπτώσεων η θεραπεία θα πρέπει να εστιάζει στα άμεσα προβλήματα και στον εντοπισμό ενοχλητικών καταστάσεων, για να προκύψει αλλαγή.

1.6.7 Θεραπεία περιβάλλοντος

Η θεραπεία περιβάλλοντος απευθύνεται στο θεραπευτικό πλαίσιο το οποίο παρέχει φροντίδα στον ασθενή. Στόχος είναι η αλλαγή του περιβάλλοντος έτσι ώστε να βοηθήσει στην αποκατάσταση του ασθενούς (Μάνος, 1997, σελ. 676). Απαραίτητο τμήμα της θεραπείας περιβάλλοντος είναι η

απασχολησιοθεραπεία και η εργοθεραπεία, μέσα από τις οποίες το άτομο αναπτύσσει εξειδικευμένες δεξιότητες που τον βοηθούν στην κοινωνική επανένταξη και στην ένταξή του σε προστατευμένο ή όχι εργασιακό περιβάλλον. (Μάνος, 1997, σελ. 677) Το άτομο εμπλέκεται σε διάφορες δραστηριότητες που στόχο έχουν την ψυχό- κοινωνική ανάπτυξή του.

Κλείνοντας την αναφορά μας στις θεραπευτικές μεθόδους, διαπιστώνουμε από την κλινική πρακτική ότι ο συνδυασμός των θεραπευτικών προσεγγίσεων κρίνεται απαραίτητος στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου θα πρέπει να γίνεται με γνώμονα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, τη συμπτωματολογία του, καθώς και τις δυνατότητες και αδυναμίες του ίδιου αλλά και του περιβάλλοντος του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

2.1 Η οικογένεια ως σύστημα

Η οικογένεια είναι ένα σύστημα με κανόνες και δομή, είναι ένα ψυχοκοινωνικό σύστημα που έχει δυναμικές αλληλεπίδρασης και διεργασίες. Μέσα στο οικογενειακό σύστημα αναπτύσσονται σχέσεις ανάμεσα στα μέλη του. Μελετώντας και παρατηρώντας τις διεργασίες που γίνονται σε αυτό μπορούν να εκτιμηθούν τα ανθρώπινα προβλήματα και οι συμπεριφορές που αναπτύσσει ο καθένας μας, τα συμπτώματα, αλλά και οι λύσεις που βρίσκονται ώστε να επιβιώσει όλο το σύστημα. (Ζαφείρης, Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999, σελ.71)

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που εκτός από τον ασθενή επηρεάζει σε ένα μεγάλο βαθμό και το σύστημα που τον περιβάλλει, και κυρίως το οικογενειακό του περιβάλλον. Πρόκειται για μια νόσο που διαταράσσει το συναίσθημα, την αντίληψη και την σκέψη, και κατ' επέκταση την επικοινωνία και τις σχέσεις των ασθενών με το οικογενειακό τους πλαίσιο. Με την έναρξη της νόσου οι ρόλοι, οι αξίες, τα όρια, η ιεραρχία και οι σχέσεις των μελών του οικογενειακού συστήματος επαναπροσδιορίζονται και αλλάζουν.

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή στο χώρο της έρευνας για την οικογένεια, βλέπουμε ότι η επιστημονική μελέτη της ξεκίνησε τον 19^{ο} αιώνα. Η πιο καθοριστική θεωρία στη χώρο της κοινωνιολογίας υπήρξε αυτή του Durkeihm το 1888 και το 1892, κατά την οποία προσδιορίζεται η διαδοχή συγκεκριμένων σχημάτων της οικογένειας στην εξέλιξη της ανθρωπότητας. Η κοινωνιολογικές θεωρίες του Durkeihm ήταν οι επικρατούσες στο χώρο της έρευνας για το οικογενειακό σύστημα ως και τα μέσα περίπου του 20^{ο} αιώνα,.

Η πιο σημαντική σύγχρονη θεωρία για την οικογένεια από την επιστήμη της κοινωνιολογίας σε σχέση με την επιρροή και την προσφορά της στο τομέα της έρευνας, είναι αυτή του «δομολειτουργισμού» του Talcott Parsons (1943, 1949, 1965). Η θεωρία του Parsons για την οικογένεια περιλαμβάνει τρία σκέλη: α) τη λειτουργία της οικογένειας, β) τη δομή της αμερικάνικης οικογένειας και γ) τους ρόλους του άντρα και της γυναίκας (Τσιάντης & Γεωργάς,1997 σελ.107). Εξάλλου, οι λειτουργίες του οικογενειακού συστήματος μπορούν να ταξινομηθούν πρώτον σε αυτές που εξασφαλίζουν την επιβίωση και δεύτερον σε εκείνες που σχετίζονται με την αναπαραγωγή και την ανατροφή των παιδιών, όπως η κοινωνικοποίηση.

Πέραν αυτών των δύο θεωριών, έως τώρα έχουν αναπτυχθεί διάφορες άλλες θεωρίες, όπως αυτή των Bales και Slater (1995), που μίλησαν για τη

δυναμική της μικρής ομάδας, και του Zelditch (1995), που επισήμανε και μελέτησε την πυρηνική οικογένεια (Τσιάντης & Γεωργάς,1997 σελ.110). Η έρευνα στο χώρο της οικογένειας, τόσο από τη κοινωνιολογική προσέγγιση όσο και από τη σκοπιά της ψυχολογίας, έχει προσφέρει πληθώρα ευρημάτων που προσπαθούν να προσδιορίσουν και να ορίσουν το οικογενειακό σύστημα και τις λειτουργίες του.

Λόγω της πολυμορφίας των οικογενειακών συστημάτων, κρίνεται αναγκαίο να γίνει προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας.

Σύμφωνα με τον Hope Jence Leichter, *«η οικογένεια είναι μια αρένα μέσα στην οποία εκφράζονται όλα τα ανθρώπινα συναισθήματα και καταστάσεις. Σύγκρουση, αγάπη, βία, τρυφερότητα, εντιμότητα, προδοσία, ιδιωτική περιουσία, κοινοκτημοσύνη, επιβολή εξουσίας, συναίνεση, ιεραρχική κλίμακα, κοινή λήψη αποφάσεων – όλα μπορεί να υπάρξουν μέσα σε μια οικογένεια»* (Νόβα-Καλτσούνη, 2000 σελ.131).

Από τον χώρο της κοινωνικής ανθρωπολογίας ο Murdock (1949) δίνει τον ακόλουθο ορισμό για την έννοια: «Η οικογένεια αποτελεί κοινωνική ομάδα με χαρακτηριστικά την κατοίκηση στον ίδιο χώρο, την οικονομική συνεργασία και την αναπαραγωγή» (Τσιάντης & Γεωργάς,1997 σελ.112). Η οικογένεια χαρακτηρίζεται από κάποιες λειτουργίες που της προσδίδουν τον χαρακτήρα ενός υποστηρικτικού συστήματος. Η οικογένεια λειτουργεί ως (Μαδιανός, 1987 σελ.34) :

- αποδέκτης των πληροφοριών για τον έξω κόσμο,
- ένα σύστημα με καθοδηγητική επανατροφοδότηση (καθοδηγεί και προσφέρει αμοιβές για την πρόοδο των μελών της με σκοπό την αύξηση αυτής,
- πηγή ιδεολογίας, δοξασιών και αξιών που καθορίζουν την συμπεριφορά των μελών,
- φορέας καθοδήγησης και επίλυσης προβλημάτων,
- πηγή πρακτικής βοήθειας σε επείγουσες καταστάσεις
- καταφύγιο για τα μέλη της, για ξεκούραση και ανάρρωση,
- εγγυήτρια της ταυτότητας των μελών μέσα από την παροχή αισθήματος ασφάλειας,
- φορέας ελέγχου συναισθημάτων των μελών μέσα από την προσπάθεια αύξησης της ικανότητας του Εγώ (αίσθημα ενότητας).

Από το χώρο της Συστημικής προσέγγισης, «οικογένεια είναι ένα μικρό κοινωνικό σύστημα, το οποίο επιβάλει περιορισμούς στα μέλη του, και τείνει να διατηρεί τις δομές του στην παρούσα μορφή του.» (Minuchin, 2000, σελ.17)

Λαμβάνοντας την οικογένεια ως σύστημα θα πρέπει να αναφερθούμε στα γενικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος, τα οποία και μεταβάλλονται όταν ένα από τα μέλη του συστήματος νοσεί.

Τα γενικά χαρακτηριστικά του συστήματος σύμφωνα με την Θεωρία των γενικών συστημάτων είναι η ***ολότητα,*** η οποία υποδηλώνει ότι για την μελέτη των συστημάτων θα πρέπει να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο συσχετίζεται το σύνολο των συναλλαγών του συστήματος με την ατομική δραστηριότητα που αναπτύσσεται μέσα σε αυτό (Ζαφείρης, Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999, σελ.72). Η οικογένεια είναι μια ολιστικά οργανωμένη οντότητα, οι σχέσεις που έχουν αναπτύξει τα μέλη μέσα στο οικογενειακό σύστημα είναι πιο ισχυρές από την δύναμη που έχει καθένα από τα άτομα που την πλαισιώνουν.

Η ***σύζευξη (σχέσεις),*** που μπορεί να είναι απλές συσχετίσεις ή αμοιβαίες εξαρτήσεις, είτε αποτελούν στοιχεία του συστήματος είτε βρίσκονται έξω από αυτό. Κάθε μέλος του οικογενειακού συστήματος μπορεί να αναπτύσσει σχέσεις και να ανήκει συγχρόνως σε διάφορα υποσυστήματα (Ζαφείρης, Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999, σελ.74).

Η ***οργάνωση,*** αφορά την σύνθεση σχέσεων και ολότητας, έχει διαβαθμίσεις και προσδιορίζεται από τη συμπεριφορά και τις ιδιότητες του συστήματος. Η ***δομή*** εμπεριέχεται στην έννοια του συστήματος, αφορά το εσωτερικό των σχέσεων. Για την περιγραφή της μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε δύο διευθύνσεις, την *οριζόντια* και *κάθετη*. Η ***ιεράρχηση*** της οργάνωσης του συστήματος χαρακτηρίζει τη διαφορά τάξης των συστημάτων, την υποδιαίρεση τους σε υποσυστήματα, την διαδικασία ανάπτυξης τους καθώς και τις μεταξύ τους σχέσεις.

Τα συστήματα ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους διαιρούνται σε: Απλά, τα οποία έχουν ένα μόνο κύκλωμα ανάδρασης και δεν αναδιοργανώνουν την δομή τους. Συνθετικά, τα οποία είναι διατάξεις μηχανισμών ροής πληροφορίας με πολλές εισόδους, όπου οι δομές αλληλεπιδρούν δημιουργώντας καινούργιες. Η οικογένεια σαν σύστημα έχει τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν, τα οποία όμως ποικίλουν και αλλάζουν σε κάθε οικογενειακό περιβάλλον.

Η οικογένεια είναι η βασικότερη κοινωνική μονάδα, η οποία με την πάροδο των χρόνων έχει αποκτήσει διάφορες μορφές. Οι διαφορετικοί τύποι μπορούν

να διαφοροποιήσουν τον γονεϊκό ρόλο, την ιεραρχία και τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της αλλά και με το εξωτερικό περιβάλλον (Νόβα- Καλτσούνη, 2000 σελ.132). Παρακάτω θα αναφέρουμε τους κύριους τύπους οικογένειας έτσι όπως αυτοί έχουν διαμορφωθεί.

2.1.1 Διευρυμένη οικογένεια

Η πιο συνηθισμένη μορφή της διευρυμένης οικογένειας αποτελείται από τους γονείς τα παιδιά και τους ενήλικους συγγενείς (παππούς, γιαγιά κ.α.) (Νόβα-Καλτσούνη, 2000 σελ.133). Οι διευρυμένες οικογένειες είναι αυτόνομες οικονομικές μονάδες όπου τα μέλη της καλύπτουν μόνα τους τις ανάγκες τους.

Στην σημερινή εποχή ο συγκεκριμένος τύπος οικογένειας είναι διαδεδομένος στους μη δυτικούς πολιτισμούς. Το βασικό πλεονέκτημα στην διευρυμένη οικογένεια είναι η βοήθεια στη φροντίδα των παιδιών και στο νοικοκυριό. Παρόλα αυτά ο ρόλος του γονέα εξασθενεί όσον αφορά τον έλεγχο του παιδιού.

2.1.3 Πυρηνική οικογένεια

Η πυρηνική οικογένεια αποτελείται από τους γονείς και τα παιδιά τους. Σε αυτό τον τύπο οικογένειας δίνεται έμφαση στη σχέση του ζευγαριού και στο δεσμό που αναπτύσσεται. Η πυρηνική οικογένεια υπάρχει ως σαφής και έντονα λειτουργική ομάδα σε κάθε κοινωνία (Τσιάντης,Γεωργάς,1997 σελ.112), επίσης αποτελεί τον πυρήνα σε οποιοδήποτε τύπο οικογένειας (Levinson & Malone, 1980, σελ.88) .

Κύριο πλεονέκτημα αυτού του τύπου είναι η ελευθερία και η ανεξαρτησία των γονέων. Λόγω όμως των μεγαλύτερων οικονομικών αναγκών που δημιουργούνται, υπάρχουν εντάσεις ανάμεσα στο ζευγάρι. Από την άλλη, ο δυναμισμός της πυρηνικής οικογένειας είναι πιθανό να χαλαρώσει τους δεσμούς του γάμου με αποτέλεσμα το διαζύγιο (Νόβα- Καλτσούνη, 2000 σελ.133).

2.1.4 Μονογονεϊκές οικογένειες

Οι Μονογονεϊκές οικογένειες αποτελούνται από ένα γονέα και τα παιδιά. Αυτός ο τύπος οικογένειας είναι πολύ συνηθισμένος στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες.

Άλλοι τύποι οικογένειας είναι: οι οικογένειες από δεύτερο γάμο, οι ανάδοχες και θετές οικογένειες και οι κοινοβιακές και ομαδικές οικογένειες. Η κοινωνική ανθρωπολογία έχει συμβάλει σημαντικά στην θεωρία της οικογένειας, με την καταγραφή και την ανάλυση των σχημάτων της οικογένειας. Οι περισσότεροι ορισμοί για την οικογένεια στηρίζονται στην έννοια της «δομής» και της «λειτουργίας» της. Η έννοια της «δομής» περικλείει τον αριθμό των μελών, των ρόλων και των θέσεων που έχουν στην οικογένεια). Με τη «λειτουργία» εννοούνται οι τρόποι με τους οποίους η οικογένεια συναλλάσσεται και καλύπτει τις φυσικές και ψυχολογικές των μελών της (Τσιάντης & Γεωργάς,1997 σελ.112).

2.2 Η ελληνική οικογένεια

Οι αλλαγές που σημειώθηκαν στην οικονομία και την πολιτική των δυτικών πολιτισμών έφεραν μετασχηματισμούς στην δομή και την λειτουργία της οικογένειας (Νόβα- Καλτσούνη, 2000 σελ.227). Η ανάπτυξη της τεχνολογίας και της γνώσης, οι νέες αντιλήψεις για την ζωή των ανθρώπων, οι διάφορες κοινωνικοπολιτικές ανακατατάξεις, η μετακίνηση του πληθυσμού από τις αγροτικές στις αστικές κοινωνίες, είναι λίγοι από τους λόγους που επηρέασαν την δομή και την λειτουργία της οικογένειας (Ζαφείρης, Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999, σελ.39).

Ιδιαίτερα στην ελληνική κοινωνία έχουν επέλθει σημαντικές αλλαγές σε μικρό χρονικό διάστημα, οι οποίες επαναπροσδιόρισαν τις οικογενειακές δομές. Η σημαντικότερη μεταβολή συνέβη στα τέλη της δεκαετίας του ΄50 με κύριο παράγοντα την εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση (Νόβα- Καλτσούνη, 2000 σελ.227). Η οικογένεια από εκτεταμένη αγροτική μετατρέπεται σε αστεακή πυρηνική οικογένεια, σε περιπτώσεις όμως που η γυναίκα εργάζεται έξω από το σπίτι συναντάμε την διευρυμένη οικογένεια (Συμεωνίδου, 1986 σελ.188- 200).

Οι αλλαγές που έχουν γίνει στην ελληνική κοινωνία και κατ΄ επέκταση στην ελληνική οικογένεια είναι σημαντικές και ραγδαίες. Έχουν επηρεάσει

θεσμούς, αξίες και κοινωνικές διαδικασίες. Η μετάβαση της ελληνικής οικογένειας από αγροτική σε αστική έγινε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα και δεν δόθηκαν σε αυτή τα χρονικά περιθώρια να προσαρμοστεί (Ζαφείρης, Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999, σελ.41).

Οι αλλαγές στα χαρακτηριστικά της ελληνικής οικογένειας, που έχουν γίνει κατά την μετάβασή της από παραδοσιακή σε αστική, επικεντρώνονται στον τύπο, στους ρόλους, στην οικονομική παραγωγή, στο έργο, στην ψυχοσυναισθηματική συναλλαγή ανάμεσα στα μέλη της καθώς και στον προσανατολισμό αξιών (Πίνακας 2.1.) (Μαδιανός, 1989, σελ.43)

Η κοινωνικοποίηση των μελών της οικογένειας είναι πλέον κύριο μέλημα του σχολείου, η οικογένεια έχει πάψει να είναι η κύρια παραγωγική μονάδα. Αυτές οι αλλαγές υποχρεώνουν το οικογενειακό σύστημα να επαναπροσδιορίσει τους ρόλους και την δομή του (Ζαφείρης, Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999, σελ.41).

Από έρευνες που αφορούν την ελληνική οικογένεια, τη λειτουργία και τη δομή αυτής συγκριτικά με οικογένειες άλλων δυτικών χωρών, απορρέει ότι η ελληνική κοινωνία θεωρεί σημαντική την αξία του θεσμού της οικογένειας και την συμβολή του στην υγιή ανάπτυξη των μελών της.

Επίσης θεωρείται ακόμα κύρια μονάδα κοινωνικοποίησης και ανάπτυξης των μελών της, καθώς και στην υποστήριξη αυτών σε καταστάσεις κρίσης. Ιδιαίτερα η ελληνική οικογένεια λειτουργεί ως ένα επιπλέον υποστηρικτικό πλαίσιο για τα μέλη της (όπως στην περίπτωση της ψυχικής ασθένειας) και αυτό λόγω των ισχυρών δεσμών ανάμεσα σε αυτά. Ενώ σε άλλες δυτικές χώρες έχουν αναπτυχθεί κοινωνικές δομές για άτομα που χρειάζονται υποστήριξη, στην Ελλάδα αυτός ο ρόλος παραμένει σε μεγάλο βαθμό στην οικογένεια. Κατά πόσο αυτό έχει λειτουργήσει θετικά ή όχι είναι ένα θέμα προς συζήτηση. Είναι όμως κοινός τόπος ότι η ελληνική οικογένεια επωμίζεται την μεγαλύτερη ευθύνη όταν ένα μέλος της νοσήσει.

Πίνακας 2.1 Χαρακτηριστικά της Ελληνικής Οικογένειας . (Μαδιανός, 1989, σελ.43)

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	ΑΣΤΙΚΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
1. Τύπος	Εκτεταμένη οικογένεια με μέλη τριών γενιών.	Πυρηνική (πατέρας- μητέρα-παιδί)
2. Ρόλοι	*Πατέρας:* Προστάτης της τιμής, κουβαλητής των αγαθών. *Μητέρα:* Ανατρέφει και τιμωρεί τα Παιδία	*Πατέρας:* Κουβαλητής των αγαθών, μοιράζεται μέρος των ρόλων. *Μητέρα:* Σε αρκετό ποσοστό εργάζεται, ανατρέφει τα παιδία
3. Ψυχοσυναισθημ. Συναλλαγή	*Πατέρας:* Συναισθηματικά στο περιθώριο. *Μητέρα:* Συναισθηματικά παρούσα. Εξάρτηση όλων από τους προγόνους (προίκα κ.λ.π.)	Συναισθηματική ομοιόσταση. *Πατέρας:* Πιο συναισθηματικά παρών. Ανεξαρτησία από τους προγόνους.
1. Έργο	Αναπαραγωγή αξιών, Εκπαίδευση, κοινωνικοποίηση παιδιών μέσα στην οικογένεια.	Αναπαραγωγή αξιών
2. Οικονομική παραγωγή	Αυτόνομη.	Εξαρτημένη από τρίτους (κράτος ή εργοδότες) ή αυταπασχόληση
6.Προσανατολισμός αξιών	Προς το παρελθόν.	Προς το παρόν και μέλλον.
7. Συγγενικοί δεσμοί	Στενοί.	Χαλαροί ή ανύπαρκτοι.

2.3 Ψυχική διαταραχή και οικογένεια

Ανεξάρτητα από το ποια είναι η δομή της οικογένειας, είναι ένα σύστημα του οποίου τα μέλη αλληλοεπηρεάζονται, λειτουργεί ως αποδέκτης των πληροφοριών για το εξωτερικό περιβάλλον, καθοδηγεί και προσφέρει αμοιβές στα μέλη της. Η οικογένεια λειτουργεί ως πηγή ιδεολογίας και αξιών που επηρεάζουν και καθοδηγούν την συμπεριφορά των μελών της, είναι ένας φορέας καθοδήγησης για την επίλυση προβλημάτων, παρέχει πρακτική βοήθεια στα μέλη της σε κατάσταση κρίσης, έχει το ρόλο του καταφυγίου για τα μέλη της όταν αυτά αντιμετωπίζουν δύσκολες και επείγουσες καταστάσεις (Μαδιανός, 2000, σελ. 35).

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου είναι άμεσα συναρτημένη με την οικογένεια, την δομή της, τους ρόλους και τους κανόνες που την διέπουν. Η οικογένεια άλλοτε εκτιμάται ως παράγοντας επίλυσης του προβλήματος, και άλλοτε ως ένας αρνητικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των μελών της (Μαδιανός, 2000, σελ. 35). Τα μέλη της οικογένειας αναπτύσσουν μεταξύ τους σχέσεις που αλληλοεπηρεάζονται και ρυθμίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε το σύστημα οικογένεια να διατηρείται σε μια σταθερή κατάσταση (Μαδιανός, 2000, σελ. 35).

Η επίδραση της οικογένειας ως σύστημα απέναντι σε ένα μέλος που εμφανίζει μια ψυχική διαταραχή είναι μεγάλη. Βιβλιογραφικές πηγές επαληθεύουν την δυσκολία και τη δυσαρέσκεια που αναπτύσσεται στο οικογενειακό σύστημα όταν ένα μέλος εμφανίζει ψύχωση, καθώς η φύση της ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι τέτοια που εντείνονται τα ενδοοικογενειακά προβλήματα (Μαδιανός, 1989, σελ.223).

Ένας σημαντικός παράγοντας των υποτροπών και επανεισαγωγών των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών είναι αυτός της αρνητικής οικογενειακής ατμόσφαιρας. Κύρια αιτία της κακής πορείας των ασθενών είναι η υψηλή συναισθηματική έκφραση που χαρακτηρίζει την επικοινωνία σε κάποιες οικογένειες (Μαδιανός, 1989, σελ.223).

Η οικογένεια είναι ο κύριος αποδέκτης των συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας του ασθενούς, αλλά και ένα από τα κυριότερα υποστηρικτικά πλαίσια, με αποτέλεσμα να αντανακλάται σε αυτή το άγχος και η ψυχική κατάσταση του μέλους που νοσεί, με όποια αποτελέσματα και συνέπειες έχει αυτό για τα μέλη της, τις σχέσεις τους αλλά και την λειτουργία και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.

2.4 Οικογενειακή Επιβάρυνση

Η διαδικασία περίθαλψης ενός ψυχωτικού ασθενή εγείρει διαφορετικά συναισθήματα στους φροντιστές που ανήκουν κυρίως στο οικογενειακό του περιβάλλον. Σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τελέσει βασικές διεργασίες και δεν είναι λίγες οι φορές που ο ψυχωτικός ασθενής εξαρτάται κυρίως από το άτομο που το φροντίζει (όπως η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, που είναι κύριο μέλημα της οικογένειας). Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης βασίζεται σε ένα κύριο δεδομένο, που προκύπτει μέσα από τις μελέτες που έχουν γίνει όλα αυτά τα χρόνια στο τομέα της σχιζοφρένειας. Η οικογένεια αποτελεί το κύριο σύστημα φροντίδας για τον ασθενή. Γίνεται κατανοητό, ότι το οικογενειακό σύστημα μπαίνει σε διαδικασία αναπροσαρμογής και μάθησης με την έναρξη των ψυχωτικών συμπτωμάτων στον ασθενή (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ.86).

Αυτή η νέα κατάσταση, στην οποία η οικογένεια καλείται να μάθει να συμβιώνει με το άτομο και να καλύπτει όλες τις νέες ανάγκες που προκύπτουν με την έναρξη της νόσου, ώθησε πολλούς επιστήμονες του χώρου να ασχοληθούν και να μελετήσουν τις επιπτώσεις και τις επιδράσεις που έχει μια τέτοια συμβίωση στην οικογένεια (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ.86).

Το δεδομένο αυτό, σε συνάρτηση με την μεταρρύθμιση που άρχιζε να απασχολεί την ψυχιατρική κοινότητα και οι αλλαγές που αυτή θα έφερνε στο σύστημα της οικογένειας, έθεσαν τις βάσεις για την έννοια της Οικογενειακής Επιβάρυνσης (Family Burden). Η επιρροή που έχει στην οικογένεια ένα μέλος που νοσεί είναι πολύ μεγάλη. Η οικογένεια βιώνει την κοινωνική απομόνωση και επιβαρύνεται συναισθηματικά και σε τομείς όπως η εργασία (Arkar & Eker, 1992).

Με την έννοια Οικογενειακή Επιβάρυνση ορίζονται *«οι δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς και οι σημαντικοί άλλοι»* (Platt, Hirsch, & Knights,1981) .

Η Namislowska (1986) παρατήρησε μέσω της έρευνας ότι ορισμένοι σύζυγοι θεωρούσαν την ασθένεια του/ της συζύγου, ως ένα στοιχείο που συνέβαλε στην ενδυνάμωση της αγάπης στην σχέση τους. Οι Greenberg, Greenley & Benefit (1994) μέσα από μια έρευνα που πραγματοποίησαν είδαν ότι το 59%των συγγενών θεωρούσε τον ασθενή «συντροφιά» και έτσι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα στην οικογένεια έχουν θετικό ρόλο στην έρευνα οι

οικογένειες ασθενών ανέφεραν ότι το μέλος που νοσεί έχει θετικά ενεργό ρόλο στο οικογενειακό σύστημα (Greenberg, Greenley, Benedict, 1994).

Ο πρώτος που διερεύνησε την αρνητική επιβάρυνση ήταν ο Yarrow και οι συνεργάτες του (Yarrow, Schwartz, Murphy, & Deast, 1955). Στη συνέχεια πολλές έρευνες επικεντρώθηκαν σε αυτή και την επαλήθεψαν. Σύμφωνα με μια έρευνα του Schulz και συν. (1982), το 92% των γονέων ψυχωτικών ατόμων, συμφώνησαν με το ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που σχετίζεται με υπερβολική επιβάρυνση. Οι Ohaeri & Fido (2001) σε μια έρευνα που έκαναν στη Νιγηρία μελετώντας την άποψη των φροντιστών ασθενών με σχιζοφρένια, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι φροντιστές εμφάνιζαν υψηλό άγχος και θυμό, παρόλα αυτά θεωρούσαν ότι παρείχαν υποστήριξη στον ασθενή

Η οικογενειακή επιβάρυνση διακρίνεται σε δύο τύπους, στην αντικειμενική και στην υποκειμενική επιβάρυνση. Η αναστάτωση, το άγχος οι ανησυχίες, και τα συναισθήματα που βιώνουν οι συγγενείς και το οικείο περιβάλλον, αναφορικά με την ασθένεια του ατόμου, ορίζεται ως υποκειμενική επιβάρυνση, ενώ αλλαγές που προκύπτουν στην καθημερινότητα της οικογένειας, στις μεταξύ των μελών σχέσεις, στις σχέσεις της οικογένειας με το εξωτερικό περιβάλλον, στο τομέας της εργασίας και των οικονομικών, αναφέρονται στην βιβλιογραφία ως αντικειμενική επιβάρυνση. Η διάκριση της οικογενειακής επιβάρυνσης σε αυτούς τους δύο τύπους έγινε από τους Hoenig & Hamilton (1966).

Στην πορεία της έρευνας δόθηκαν επιπλέον ορισμοί για την αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση και από άλλους συγγραφείς. Ο Lefley (1996) προσδίδει νέο ορισμό που συνδέει τους δύο τύπους. Ο συγγραφέας θεωρεί ότι η αντικειμενική επιβάρυνση προκύπτει λόγω των πολλών απαιτήσεων που έχει η συμβίωση με τον ασθενή και των καθημερινών και πρακτικών προβλημάτων που πηγάζουν από την φροντίδα του. Το άγχος που γεννούν στην οικογένεια τέτοια ζητήματα ορίζεται από τον συγγραφέα ως υποκειμενική επιβάρυνση.

2.4.1 Αντικειμενική Επιβάρυνση

Ως αντικειμενική επιβάρυνση ορίζεται η αρνητική εμπειρία που έχουν τα μέλη της οικογένειας λόγω της φροντίδας του ασθενούς όταν επηρεάζονται οικονομικοί και εργασιακοί κυρίως τομείς της καθημερινής τους ζωής (Provencher, 1997, σελ. 71).

Πέρα από την παραπάνω διαφοροποίηση της οικογενειακής επιβάρυνσης, ο Provencher (1997) διέκρινε την αντικειμενική επιβάρυνση σε :

α). γενική, που αναφέρεται στις γενικές συνέπειες που έχει η φροντίδα του ασθενούς, όπως είναι τα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα που παρουσιάζουν συχνά οι φροντιστές, αλλά και οι αρνητικές συνήθως αλλαγές των ρόλων και των σχέσεων που προκύπτουν στο οικογενειακό σύστημα, και

β). χαρακτηριστική, η οποία αναφέρεται σε συγκεκριμένες επιπτώσεις στην οικογένεια λόγω της ασθένειας του ατόμου. Επιπτώσεις που αφορούν κυρίως τη διαταραχή στον εργασιακό τομέα, τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν από την ευθύνη της φροντίδας και τη γενικότερη αλλαγή της ζωής των μελών της οικογένειας και τις συνέπειες αυτής στο οικογενειακό σύστημα λόγω της φροντίδας του ασθενούς.

Σε έρευνα των Chakrabarti, Raj, Kulhara, Avasthi και Verma, διαπιστώθηκε η αντικειμενική επιβάρυνση που εξέφρασαν οι οικογένειες ψυχωτικών ασθενών, η οποία επικεντρωνόταν κυρίως στις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετώπιζαν (Chakrabarti, et al., 1995, σελ.105).

Ο διαχωρισμός της οικογενειακής επιβάρυνσης στους παραπάνω τομείς βοηθάει την έρευνα αφού μελετώνται διαφορετικοί παράγοντες για τον καθένα.

2.4.2 Υποκειμενική Επιβάρυνση

Ως υποκειμενική επιβάρυνση ορίζεται στη βιβλιογραφία η επιβάρυνση της ψυχολογικής κατάστασης των συγγενών που συνδέεται με την φροντίδα του ασθενή, όπως η κατάθλιψη και η έντονη ανησυχία (Provencher, 1997, σελ. 72). Τα προβλήματα υγείας (σωματικά και ψυχολογικά), η αυξημένη ένταση και το άγχος είναι μερικά από τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Το έντονο άγχος και η ανησυχία που βιώνει η οικογένεια των ψυχωτικών ασθενών είναι από τα κύρια χαρακτηριστικά της επιβάρυνσης τα οποία μπορεί να

έχουν και αρνητικές επιδράσεις στην σωματική και ψυχική υγεία τους (Ρούσση, 2001).

Η επιρροή που έχει η συμπεριφορά του ψυχωτικού ασθενή στο οικογενειακό περιβάλλον και ο ρόλος αυτής στην επιβάρυνση που νοιώθει η οικογένεια είναι μεγάλος. Φαίνεται δε ότι όταν ο ασθενής είναι αγενής και βίαιος προς τα άλλα μέλη της οικογένειας αυξάνεται η υποκειμενική επιβάρυνση (Gopinath & Chaturvedi, 1992, σελ.185).

Έρευνες που έγιναν έδειξαν ότι οι συγγενείς που συμβιώνουν με ψυχωτικούς ασθενείς παρουσιάζουν πολύ συχνά κατάθλιψη, σωματικά προβλήματα, και έντονα το αίσθημα αδυναμίας να αντέξουν άλλο την κατάσταση την οποία βιώνουν. Επίσης ένα ποσοστό των συγγενών είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές και αυτό οφείλεται στην ψυχική εξάντληση που αισθάνονται (Roychaudhuri, Monda, Boral, & Bhattacharya, 1995, σελ.81).

Η πιθανότητα να αποτελέσουν κάποια στιγμή οι συγγενείς ψυχιατρικές περιπτώσεις ερευνήθηκε από την Σκοτσέζικη ερευνητική ομάδα για την σχιζοφρένεια (The Scottish Schizophrenia Research Group, 1987). Βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 75% των συγγενών έχουν διαταραχθεί από το βάρος της φροντίδας του ασθενή σε μεγάλο βαθμό, έτσι ώστε στο μέλλον μπορεί να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές με κύριο σύμπτωμα το άγχος.

Στην Υποκειμενική επιβάρυνση, πέρα από τις ψυχολογικές και σωματικές ενοχλήσεις που αναφέρουν οι συγγενείς, νοιώθουν συναισθήματα όπως είναι ο θυμός, οι ενοχές, η ντροπή, συναισθήματα που εκφράζονται σαν αποτέλεσμα της φροντίδας και της συμβίωσης με τους ασθενείς.

Η Υποκειμενική επιβάρυνση συνδέεται άμεσα με την Αντικειμενική και η μια είναι συνάρτηση της άλλης. Τα αντικειμενικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες, τα οικονομικά προβλήματα, τα προβλήματα εργασίας, η αλλαγή των ρόλων και των σχέσεων μέσα στο οικογενειακό σύστημα, οι κοινωνική απόσυρση, η παραμέληση των προσωπικών τους δραστηριοτήτων, αποτελούν αιτίες για την εμφάνιση άγχους και για τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που εντοπίστηκαν στους συγγενείς των ψυχωτικών ασθενών (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ. 89).

Τα συχνότερα προβλήματα που αναφέρονται από τους συγγενείς, σύμφωνα με τα ευρήματα του Veltro και των συνεργατών του (1994), ήταν η ανάγκη για ξεκούραση, η κατάθλιψη, τα προβλήματα υγείας, η αδυναμία να ανεχτούν την κατάσταση περισσότερο. Φυσικά το υπερβολικό άγχος είναι ένα

από τα κυριότερα και συχνότερα ευρήματα των ερευνητών (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ. 89).

Γίνεται από τα παραπάνω κατανοητό ότι η επιβάρυνση των οικογενειών που έχουν υπό την προστασία τους ψυχωτικούς ασθενείς είναι η συνάρτηση πολλών και ποικίλλων παραγόντων, τους οποίους θα γίνει μια προσπάθεια να προσεγγίσουμε στη συνέχεια της εργασίας.

2.4.4 Παράγοντες που προκαλούν την επιβάρυνση

Για την εμφάνιση της επιβάρυνσης, για το πότε αυτή θα προκληθεί, αλλά και με ποιο τρόπο θα γίνει αυτό, συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες. Αυτοί είναι:

Τα συμπτώματα του ασθενούς είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που προκαλούν Επιβάρυνση. Κυρίως τα αρνητικά συμπτώματα, η επιθετικότητα του ασθενούς και προς τα πού αυτή στρέφεται, οι παράλογες πεποιθήσεις, η συμπεριφορά του και πόσο απρόβλεπτη αυτή μπορεί να είναι, προκαλούν στην οικογένεια έντονο άγχος. Σε μια έρευνα της Schene (1990) βρέθηκε ότι τα αδέρφια των ασθενών που θεωρούσαν ότι μπορούσε ο ασθενής να ελέγξει την συμπεριφορά του παρουσίαζαν λιγότερη επιβάρυνση από αυτούς που πίστευαν το αντίθετο (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ.90).

Η διάρκεια της ασθένειας είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες, που καθορίζουν την επιβάρυνση. Η χρονιότητα που χαρακτηρίζει τη νόσο είναι αναμενόμενο να εξασθενεί ψυχικά κυρίως τους συγγενείς τους.

Ο βαθμός επαφής με τον ασθενή, είναι καθοριστικός παράγοντας για την οικογενειακή επιβάρυνση. Βρέθηκε ότι τα άτομα που έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ασθενή είναι λογικό να βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση από τα άτομα τα οποία έχουν λιγότερη επαφή με τον ασθενή (Roychaudhuri, Monda, Boral & Bhattacharya, 1995, σελ.81). Σε έρευνα που έγινε στο Montreal με οικογένειες και ψυχωτικούς ασθενείς, διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στην Επιβάρυνση που βίωναν οι οικογένειες που είχαν καθημερινή επαφή με τον ασθενή (Carpentier, Lesage, Goulet, Lalonde & Renaud, 1992, σελ. 38)

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η σχέση με την οικογένεια του ασθενούς είναι ένας βασικός παράγοντας και ίσως ο πιο σημαντικός. Όταν οι συγγενείς των ασθενών νοιώθουν ότι υπάρχει ένα καλά οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών αποφορτίζονται από τα συναισθήματα άγχους (Arkar & Eker, 1991, σελ.151) .

Η οικογένεια εκφράζει τη Επιβάρυνση ως ένα αποτέλεσμα της κακής σχέσης που έχει αναπτύξει με το Σύστημα Υγείας και τις υπηρεσίες που παρέχονται από αυτό. Συγκεκριμένα, σε περιόδους κρίσης η Επιβάρυνση αυξάνεται όταν δεν λαμβάνουν την προσδοκώμενη συμπαράσταση από τους φορείς Ψυχικής Υγείας (Francell, Conn & Gray, 1988)

2.4.5 Αντιμετώπιση Οικογενειακής Επιβάρυνσης

Για τη μείωση της Επιβάρυνσης που βιώνει η οικογένεια των ψυχωτικών ασθενών έχουν αναπτυχθεί ποικίλα προγράμματα, τα οποία απευθύνονται τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια αυτού (Rao, Barnabas & Gopinath, 1988, σελ. 131). Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η προσέγγιση του προβλήματος από διάφορες σκοπιές και με διαφορετικές αλλά αλληλοσυμπληρούμενες θεραπευτικές διαδικασίες, μειώνει τόσο την αντικειμενική, όσο και την υποκειμενική επιβάρυνση (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ 92).

Η μείωση του άγχους είναι από τους πρωταρχικούς στόχους που πρέπει να θέτονται στον θεραπευτικό σχεδιασμό για την προσέγγιση του προβλήματος και αυτό γιατί κάτι τέτοιο μειώνει τις βλαπτικές περιβαλλοντικές συνθήκες και βελτιώνει τις προοπτικές του ατόμου για ίαση, συμβάλλει στη συναισθηματική ισορροπία τόσο του ασθενούς όσο και των μελών του οικογενειακού συστήματος, καθιστά το άτομο ικανό να διατηρήσει αλλά και αναπτύξει ικανοποιητικές σχέσεις με άλλα πρόσωπα, καθώς και μειώνει τις πιθανότητες κοινωνικού αποκλεισμού της οικογένειας και του ασθενούς (Cohen & Lazarus, 1979)

Οι Francell, Conn & Gray (1988) αναφέρθηκαν μεταξύ των άλλων στην εκπαίδευση των οικογενειών. Οι Conley & Baker (1990) πρότειναν παρεμβάσεις ψυχοεκπαίδευσης για την προσαρμογή της οικογένειας στην βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς με ψυχωσικά συμπτώματα που προκαλεί έντονο άγχος στην οικογένεια.

Η ψυχοεκπαίδευση είναι μια θεραπευτική διαδικασία που συμβάλλει θετικά στην καλή πορεία της νόσου. Μέσα από αυτή τα άτομα ενημερώνονται για την φύση της νόσου, για τις διάφορες μορφές θεραπείας, για την νοσηλεία (όπου αυτό είναι αναγκαίο). Ορίζεται σαν μια διαδικασία μάθησης του ασθενούς, της οικογένειας και, σε μακροεπίπεδο, της κοινότητας, που στοχεύει στην μείωση του άγχους και στον περιορισμό του στίγματος που συνοδεύει συνήθως τις ψυχικές ασθένειες (Canive, et al., 1996, σελ. 71).

Επιστημονικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχουν αποδείξει πως συγγενείς και φίλοι που φροντίζουν ψυχωτικούς ασθενείς έχουν λιγότερη ένταση και παίρνουν κουράγιο, εφ' όσον έχουν αποκτήσει κάποιες γνώσεις για την διαταραχή. Είναι διαπιστωμένο επίσης ότι όσο περισσότερο η οικογένεια και το άτομο είναι ενήμερο για την νόσο και το βαθμό που αυτή επηρεάζει τη ζωή τους, τόσο πιο πολύ μπορεί να υπάρχει έλεγχος της ασθένειας και των συμπτωμάτων. Όταν η οικογένεια αποκτήσει κατάλληλες γνώσεις και διδαχθεί θεραπευτικές τεχνικές, τότε είναι δυνατό να αποφευχθούν οι συχνές υποτροπές και τα συμπτώματα της νόσου να εμφανίζονται πιο ήπια και να διαρκούν λιγότερο, λόγω της έγκαιρης αντιμετώπισης και δραστηριοποίησης της οικογένειας (Αγγελίδης, Γιαννίκη, Μπέης, Παλαιογιάννη, 2004)

Μελέτες των Pharoah, Mari & Steiner (2000) έδειξαν ότι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις οικογένειες των ψυχωτικών ατόμων μειώνουν τα ποσοστά υποτροπής των ασθενών, συμβάλλουν στην αύξηση της συμμόρφωσής τους με τη φαρμακοθεραπεία και βελτιώνουν το εκφραζόμενο συναίσθημα της οικογένειας (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ.92).

Άλλες βιβλιογραφικές πηγές αναφέρουν ότι η συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία και παρέμβαση συμβάλλουν στην μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης (Francell, Conn & Gray ,1988). Η συνεχής ενημέρωση της οικογένειας για τον θεραπευτικό σχεδιασμό και η συμμετοχή της σε αυτόν μειώνουν το άγχος που αισθάνονται και κυρίως όταν γίνονται αλλαγές στην φαρμακευτική αγωγή του ασθενή.

Γενικότερα η δημιουργία οργανωμένων πλαισίων βραχείας και μακράς θεραπείας, καθώς και η δημιουργία μονάδων αντιμετώπισης κρίσιμων περιστατικών ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας στις οικογένειες των ψυχωτικών ασθενών και κατ΄ επέκταση μειώνει την αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση που βιώνουν (Mubarak & Bhatti, 1988). Η εστίαση των παρεμβάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ενδυνάμωση των ασθενών, στην στήριξή τους μέσα από ομάδες και στην ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων καθώς και στην επαγγελματική τους εκπαίδευση και αποκατάσταση, ανακουφίζει την οικογένεια και κυρίως τους γονείς των ψυχωτικών ασθενών, οι οποίοι προβάλλουν έντονη ανησυχία για το τι μπορεί να συμβεί στους ασθενείς όταν αυτοί δεν θα είναι σε θέση να τους παρέχουν πλέον φροντίδα και στήριξη (Καλαϊτζάκη, 2000 σελ.92)

Άλλοι συγγραφείς δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στη φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς. Έχει βρεθεί ότι η σωστή φαρμακευτική αγωγή που βελτιώνει τα θετικά συμπτώματα των ψυχωτικών ασθενών επιφέρει αλλαγή και βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων, λόγω της ικανότητας του ασθενούς να συνάπτει σχέσεις με τα άτομα του περιβάλλοντός του, και αυξάνεται η ικανότητα και η διάθεση του για κοινωνικές δραστηριότητες (Najarian, 1995).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η θεραπευτική διαδικασία που αναφέρεται σε ψυχωτικούς ασθενείς δεν πρέπει να κατευθύνεται μόνο προς τον ασθενή αλλά σε όλο το περιβάλλον του ατόμου, τόσο για να μειωθούν οι πιθανότητες υποτροπής του ασθενούς, όσο και για να ενισχυθεί και να υποστηριχθεί η οικογένειά του, που είναι ο κύριος φορέας φροντίδας και υποστήριξης.

2.4.6 Εργαλεία Αξιολόγησης της Οικογενειακής Επιβάρυνσης

Για την μελέτη της Οικογενειακής Επιβάρυνσης, έχουν κατασκευαστεί από τους ερευνητές διάφορα εργαλεία - όργανα μέτρησης, που στόχο έχουν να αξιολογήσουν τους ποικίλους παράγοντες που χαρακτηρίζουν και επηρεάζουν την Οικογενειακή Επιβάρυνση (Μαδιανός & Κούκια 2004).

Η Φόρμα Εκτίμησης της Οικογένειας

Η Φόρμα Εκτίμησης της Οικογένειας (Family Evaluation Form), η οποία δημιουργήθηκε από τους Spitzer, Gibbon, & Endicott (1971), περιλαμβάνει έναν οδηγό συνέντευξης και ένα ερωτηματολόγιο 455 στοιχείων, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε 45 κλίμακες (Schene, 1990). Η διάρκεια της συνέντευξης είναι 45 λεπτά και καλύπτει τρεις βασικούς τομείς: την εκτίμηση του ασθενούς, την εκτίμηση της οικογένειας και τις δυσκολίες της οικογένειας εξαιτίας της διαταραχής του ασθενούς. Η επιβάρυνση αξιολογείται ως *υποκειμενική* και αφορά την ψυχοπαθολογία της οικογένειας και το πώς αυτή επηρεάζεται λόγω της διαταραχής του ασθενούς και ως *αντικειμενική* και αφορά στην επίδραση στη ζωή και τη λειτουργικότητα των μελών της οικογένειας (εργασία, οικονομικά κ.ά.).

Η Κλίμακα Απόρριψης του Ασθενούς

Η Κλίμακα Απόρριψης του Ασθενούς (Patient Rejection Scale), η οποία δημιουργήθηκε από τους Kreisman, Simmens, & Joy (1979), είναι ένα ερωτηματολόγιο 11 στοιχείων, το οποίο μετράει το βαθμό στον οποίο η οικογένεια νοιώθει θυμό ή εχθρότητα προς το άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Οι συγγενείς συμπληρώνουν διάφορες προτάσεις (π.χ. «Είμαι πολύ απογοητευμένος/ η στη ……», «Εύχομαι ο/η …… να μην είχε ποτέ γεννηθεί») με βάση μία κλίμακα 7 απαντήσεων που κυμαίνεται από το «Νοιώθω έτσι…. Πάντα», έως το «Ποτέ». Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερη είναι η έκφραση της εχθρότητας από την οικογένεια. Η αναθεώρηση της Κλίμακας (Kreisman et al., 1988) περιλαμβάνει 24 στοιχεία.

Το Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Στάσεων

Το Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Στάσεων (Family Attitude Inventory -FAI), δημιουργήθηκε από τους Haas et al. (1986). Πρόκειται για μια κλίμακα που αξιολογεί την λειτουργία της οικογένειας, την επιβάρυνση, και τις στάσεις που έχουν τα υπόλοιπα μέλη σχετικά με την ασθένεια. Η κλίμακα έχει την μορφή ερωτηματολογίου με 53 στοιχεία και σε αυτό περιέχονται θέματα από την Κλίμακα Απόρριψης του Ασθενούς (Kreisman, Simmens, & Joy, 1979), από την Φόρμα Εκτίμησης της Οικογένειας (Spitzer, Gibbon, & Endicott, 1971) και ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις που έχει το οικογενειακό περιβάλλον προς την νοσοκομειακή και ψυχιατρική θεραπεία και φροντίδα του ασθενούς

Το Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Στάσεων χωρίζεται στις εξής ενότητες:

1) Στάση προς το Νοσοκομείο (η προθυμία που παρουσιάζει η οικογένεια για αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας και υποστήριξης),

2) Απόρριψη του ασθενούς (η αρνητική και συχνά κριτική στάση του ερωτώμενου προς το μέλος που νοσεί),

3) η Κλίμακα οικογενειακής επιβάρυνσης (ο βαθμός της οικογενειακής διατάραξης σε σχέση με τις αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει εξαιτίας της διαταραχής του ασθενούς),

4) η Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (ο βαθμός που η οικογένεια στηρίζεται σε ένα κοινωνικό σύστημα υποστήριξης).

Από την ανάλυση παραγόντων προήλθαν πέντε (5) υποκλίμακες, οι οποίες αξιολογούν τέσσερις (4) διαστάσεις της οικογενειακής εμπειρίας με τον ασθενή και το Νοσοκομείο: 1) την απόρριψη που βιώνει ο ασθενής από το οικογενειακό περιβάλλον (περιλαμβάνει τις θετικές και αρνητικές στάσεις της οικογένειας προς τον ασθενή), 2) τη στάση της οικογένειας προς τη θεραπεία του ασθενούς (η στάση των μελών της οικογένειας προς τη θεραπεία και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας), 3) τις κριτικές στάσεις της οικογένειας (οι αρνητικές κριτικές στάσεις της οικογένειας), 4) την οικογενειακή επιβάρυνση (η αντίληψή τους για τη διατάραξη της οικογένειας εξαιτίας της διαταραχής του ασθενούς) και 5) τη δεκτικότητα που εκφράζει η οικογένεια για κοινωνική υποστήριξη (η προθυμία της οικογένειας να βασιστεί στην υποστήριξη των φίλων).

Η Κλίμακα για την Αξιολόγηση του Οικογενειακού Στρες

Η Κλίμακα για την Αξιολόγηση του Οικογενειακού Στρες (Scale for Assessment of Family Distress -SAFD), δημιουργήθηκε από τους Gopinath & Chaturvedi (1986). Στόχος της κλίμακας είναι η αναγνώριση των συμπεριφορών του ασθενούς που προκαλούν στρες στην οικογένειά του. Περιλαμβάνει διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με το οικογενειακό στρες (επιβάρυνση). Αρχικά οι συγγενείς πρέπει να απαριθμήσουν όσο το δυνατό περισσότερες συμπεριφορές του ασθενούς και στη συνέχεια να προσδιορίσουν το βαθμό του στρες που κάθε μία συμπεριφορά τους προκαλεί. Η ένταση του στρες αξιολογείται σε μία 5-βάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από το «Καθόλου στρες» έως το «Έντονο-Πολύ σοβαρό στρες» και το αντιλαμβανόμενο στρες του ερωτώμενου υπολογίζεται ποσοστιαίως (από το 0: Καθόλου στρες έως το 100: μέγιστο δυνατό στρες).

Τα συμπτώματα που προκαλούν στρες ταξινομούνται στις ακόλουθες κατηγορίες: συμπτώματα που αφορούν τη *δραστηριότητα* του ασθενούς (4 στοιχεία), την *αυτοφροντίδα* (6 στοιχεία), την *επιθετικότητα* που εκδηλώνει ο ασθενής (5 στοιχεία) και την κατάθλιψη (7 στοιχεία). Επίσης ταξινομούνται ανάλογα με το εάν οι συμπεριφορές είναι αρνητικές (δηλαδή τα αρνητικά στρεσσογόνα συμπτώματα) ή θετικές (δηλαδή τα θετικά στρεσσογόνα

συμπτώματα), σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση της Andreasen για τα θετικά και αρνητικά σχιζοφρενικά συμπτώματα.

Το Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Προβλημάτων (Family Problems Questionnaire)

Το Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Προβλημάτων, δημιουργήθηκε από τον Morosini και τους συνεργάτες του το 1991, στο Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας της Ρώμης στην Ιταλία σε συνεργασία με το Ψυχιατρικό τμήμα του Πανεπιστημίου του Naples (Μαδιανός & Κούκια 2004).

.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις που αφορούν την αξιολόγηση της αντικειμενικής και υποκειμενικής επιβάρυνσης. Χωρίζεται σε τέσσερις θεματικές ενότητες που εξετάζουν και αξιολογούν την Οικογενειακή Επιβάρυνση αναφορικά με τις σχέσεις της οικογένειας με το κοινωνικό περιβάλλον και τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Οι δυο τελευταίες ενότητες περιέχουν ερωτήσεις που στόχο έχουν την αξιολόγηση της αντικειμενικής και υποκειμενικής επιβάρυνσης. Τα στάδια της εκτίμησης είναι : *πάντα, συχνά, μερικές φορές, ποτέ.* Καθώς και *μέγιστα, πάρα πολύ, πού, καθόλου.* Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαίνεται μεταξύ των 25 και 45 λεπτών (Morosini,1991, σελ.95, 96).

Κλίμακα Εκτίμησης της Επιβάρυνσης (Burden Assesment Scale)

Η Κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε από τον Reinhard το 1992. Αυτό το εργαλείο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με δύο μορφές : ως προσωπική συνέντευξη και ως ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τους ίδιους του συγγενείς. Σε αυτή περιλαμβάνονται 19 ερωτήσεις που αξιολογούν την επιβάρυνση που βιώνεται από τα άτομα που συμβιώνουν με ασθενή με σοβαρή ψυχική νόσο (Μαδιανός & Κούκια 2004).

Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Οικογενειακής Επιβάρυνσης (Perceived Family Burden Scale)

Δημιουργήθηκε από τον Levene και τους συνεργάτες του, το 1996. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 24 ερωτήσεων που αφορούν στην επιβάρυνση που προκαλείται στο οικογενειακό περιβάλλον από τις συμπεριφορές του ασθενούς εξαιτίας της σχιζοφρένειας. Στο ερωτηματολόγιο αντικειμενική επιβάρυνση θεωρείτε η απουσία ή παρουσία των συμπεριφορών που σχετίζονται με την διαταραχή, ενώ ως υποκειμενική ορίζεται ο βαθμός στον οποίο ενοχλούνται οι συγγενείς από αυτές τις συμπεριφορές (Μαδιανός & Κούκια 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

3.1 Κοινωνιογέννεση της ψυχικής ασθένειας

Καθώς η αιτιολογία της νόσου δεν έχει οριστεί, το συμπέρασμα των διαφόρων μελετών είναι η συνύπαρξη πολλών παραγόντων για την εμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στο άτομο. Ωστόσο αρκετοί ερευνητές κάνουν λόγο για κοινωνιογέννηση της ψυχικής ασθένειας. Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει μια ανασκόπηση αυτής της ερευνητικής προσέγγισης, αναφέροντας απόψεις και μελέτες που αφορούν την κοινωνική διάσταση της ψυχικής νόσου.

Σύμφωνα με τον Moss, η μελέτη των επιδράσεων του φυσικού περιβάλλοντος στην ψυχική υγεία και κατ' επέκταση στη γένεση της ψυχικής ασθένειας (Μαδιανός, 1989, σελ.55) , μπορεί να γίνει εφόσον υπάρχουν οι ακόλουθες τρεις προϋποθέσεις:

i. Η φύση του ανθρώπου δεν είναι δυνατό να κατανοηθεί εάν αυτή αποξενωθεί από το περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο ζει και αναπτύσσεται.
ii. Η μελέτη του φυσικού και του κοινωνικού περιβάλλοντος πρέπει να γίνεται από κοινού.
iii. Υπάρχουν αξίες τις οποίες έχει διαμορφώσει η Κοινωνική Οικολογία, με τις οποίες γίνεται προσπάθεια να ερμηνευτεί η ανθρώπινη φύση.

Κατά τον Becker (1963) οι κοινωνικές ομάδες θέτουν κανόνες. Όταν αυτοί δεν τηρούνται από τα μέλη των ομάδων τότε δημιουργείται η « παρεκτροπή» (Μαδιανός, 1989, σελ.55). Σύμφωνα με την θεωρία του Scheff (1966) που ερμηνεύει την άποψη της κοινωνιογένησης της ψυχικής ασθένειας, η κουλτούρα μιας υπό - ομάδας προσφέρει για τις παρεκτροπές των ατόμων μια ορολογία όπως «εκφυλισμός», «έγκλημα», «τρέλα» και άλλα. Ο κάθε όρος προκύπτει όταν έχουν παρεκτραπεί από κάποιο κανόνα.

Μια άλλη θεωρία αναφέρει το ρόλο του φύλου. Σύμφωνα με τον Gove (1972) η διαφορά της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας μεταξύ αντρών και γυναικών οφείλεται στο ότι οι γυναίκες έχουν βιώσει σε μεγαλύτερο βαθμό εμπειρίες απώλειας του ηθικού, αποθάρρυνσης. Εξάλλου οι έγγαμες γυναίκες παρουσιάζουν στο σύνολο υψηλότερο ποσοστό ψυχοπαθολογίας και αυτό γιατί οι ρόλοι τους στο οικογενειακό σύστημα είναι περισσότερο καθορισμένοι με αποτέλεσμα να βιώνουν συχνότερα ματαιώσεις (Μαδιανός, 1989, σελ.67).

Ένας άλλος λόγος που αιτιολογεί το υψηλότερο ποσοστό ψυχοπαθολογίας στις γυναίκες, είναι η οικογενειακή και σεξουαλική βία την οποία

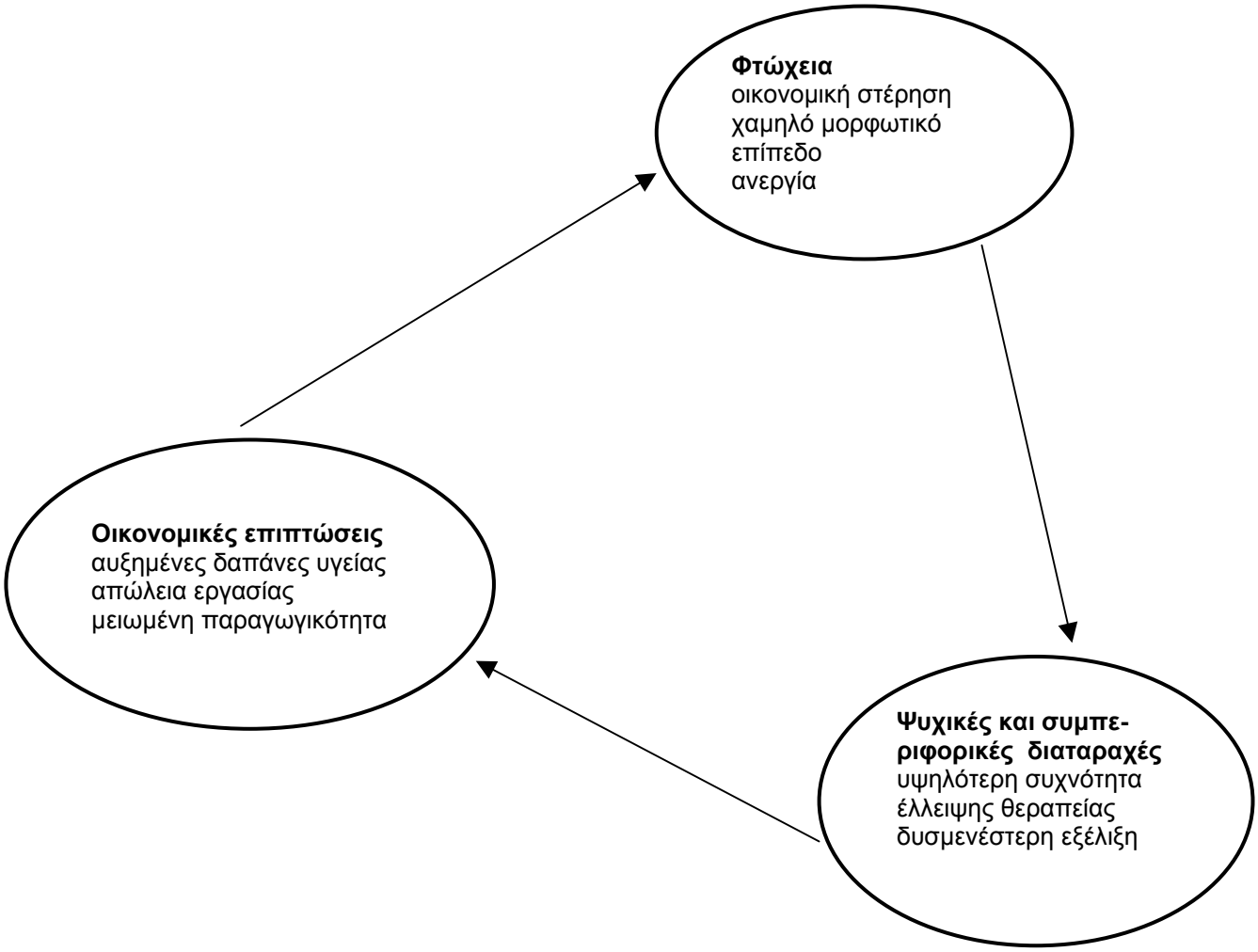
βιώνουν συχνότερα. Αυτά τα τραυματικά γεγονότα έχουν ψυχολογικά επακόλουθα (Στεφανής, 2000 σελ.44). Όπως όμως αναφέρει ο Sartorius (1986), σε ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική συναισθηματική διαταραχή, δεν παρατηρείται μεγάλη διαφορά στον επιπολασμό ανάμεσα στα δυο φύλα, φαίνεται όμως ότι οι παραπάνω διαταραχές αρχίζουν νωρίτερα και η πορεία τους είναι χειρότερη στους άνδρες (Στεφανής, 2000 σελ.44).

Δεδομένα διεθνών ερευνών δείχνουν ότι η φτώχεια και οι συνδεόμενες με αυτήν καταστάσεις, όπως η ανεργία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η περιθωριοποίηση και η έλλειψη ή κακές συνθήκες στέγης και διαβίωσης γενικά, έχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στο άτομο (Στεφανής, 2000 σελ.42). Σύμφωνα με τους Kessler (1994), Saraceno & Barbui (1997), υπάρχουν στοιχεία ότι η πορεία των διαταραχών καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου και αυτό είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων και μεταβλητών που σχετίζονται με τις υπηρεσίες και την πρόσβαση σε αυτές. Τα άτομα που ζουν στα όρια της φτώχιας αρκετές φορές κρύβουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας ή τα αντιμετωπίζουν με λάθος μέσα που συνήθως έχουν αρνητικά αποτελέσματα για την πορεία της υγείας τους (Στεφανής, 2000 σελ.42).

Είναι αποδεκτό ότι η φτώχεια και οι κοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρει στα άτομα, έχουν σχέση με την ανάπτυξη ή /και την εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών, όπως φαίνεται στο Σχήμα 3.1. (Σκαπινάκης 2001)

Ζούμε σε ένα κοινωνικό περιβάλλον το οποίο προβάλλει συγκεκριμένα μοντέλα συμπεριφοράς και επιτυχίας που βασίζονται κυρίως στην οικονομική ευμάρεια και καταξίωση του ατόμου. Αυτή η δυναμική ρυθμίζει την λεπτή ισορροπία ανάμεσα στα οφέλη και τις απογοητεύσεις που δημιουργούνται στα άτομα, και κατ' επέκταση έχει σημαντικό ρόλο στην κοινωνιογέννεση, καθώς και στην πορεία των ψυχικών διαταραχών (Γκιωνάκης, Στυλιανίδης, 2001, σελ. 18).

Σχήμα 3..1 Η σχέση του οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου με την ψυχική ασθένεια (Σκαπινάκης 2001)



3.2 Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας

Η Κοινωνική εργασία έχει εφαρμογές σε όλα τα είδη και τις μορφές των υπηρεσιών και των προγραμμάτων ψυχικής υγείας, έχει ενταχθεί σε όλες τις βαθμίδες υγείας, ιδιαίτερα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, πλαισιώνει όλους τους φορείς στις τρεις κατηγορίες φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια)

Στον ιδιαίτερο χώρο της Ψυχικής Υγείας ο χώρος δράσης των επαγγελματιών Κοινωνικής Εργασίας είναι η πρόληψη και η θεραπεία μέσω της συμβουλευτικής, η δημιουργία ομάδων με άτομα που αντιμετωπίζουν κοινό πρόβλημα, και η αποκατάσταση αυτών. Εκτός από τα άτομα, η επαγγελματική ενασχόληση των Κοινωνικών Λειτουργών επεκτείνεται στην οικογένεια και στο κοινωνικό περιβάλλον των ασθενών.

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την εύρεση και επίλυση εκείνων των κοινωνικών παραγόντων που παρεμβαίνουν τόσο στην έναρξη όσο και στην πορεία της ψυχικής διαταραχής (Μαδιανός, 1989, σελ. 123)

Η κοινωνική εργασία στο χώρο της ψυχικής υγείας εργάζεται τόσο με άτομα ή με ομάδες όσο και με την κοινότητα, μέσα από την συνεργασία με φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλους.

Ο κοινωνικός λειτουργός μέσα από τις θεραπευτικές μεθόδους στοχεύει στην επίτευξη των αντικειμενικών θεραπευτικών στόχων της εκάστοτε υπηρεσίας, με το να εξετάζονται οι οικογενειακές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος.

Εκτός από το παραπάνω ο κοινωνικός λειτουργός συνδέει το θεραπευτικό πλαίσιο με την οικογένεια του ασθενούς, πραγματοποιεί επαφές με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς για την καλύτερη προσαρμογή του σε αυτό όταν θα φύγει από την κλινική, αλλά και για την αντιμετώπιση προβλημάτων που επηρεάζουν την πορεία και εξέλιξη της νόσου (Malcolm, 2000,σελ.60,61).

Ο θεραπευτικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στοχεύει εκτός των άλλων και στην παροχή γνώσεων στον ασθενή για τα προβλήματά του, την βελτίωση των σχέσεων, την ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση των προβλημάτων. Τα παραπάνω δεν επικεντρώνονται μονάχα στο άτομο, αλλά επεκτείνονται σε ομάδες ασθενών, στις οικογένειες αυτών και στο κοινωνικό περιβάλλον.

Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί των συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ασθενή και τις διάφορες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, δημόσιους και μη φορείς για την υποστήριξη του ασθενούς και την αποκατάσταση αυτού. Επιπρόσθετα ο ρόλος του επαγγελματία της Κοινωνικής Εργασίας στο χώρο της ψυχικής υγείας αφορά τον εντοπισμό και την οργάνωση πηγών υποστήριξης, την ενημέρωση και συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς για μια καθολική και ολοκληρωμένη ενεργοποίηση όλων των παραγόντων που μπορούν να σταθούν αρωγοί στην θεραπεία του ασθενούς. Αυτό συνεπάγεται βέβαια τη συνέχιση και παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς, το '' follow up'', προκειμένου να κάνουμε λόγο για σωστή και ολοκληρωμένη παρέμβαση και θεραπεία.

Όπως ήδη αναφέρθηκε ένα σημαντικό κομμάτι του ρόλου των κοινωνικών λειτουργών είναι η χάραξη και η εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής. Στις σύγχρονες κοινωνίες η κοινωνική πολιτική που ασκείται καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τις συνθήκες διαβίωσης και ανάπτυξης του ατόμου (Ιατρίδης, 1987, σελ.229). Βασική αρχή της συμμέτοχής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι να θέτουν ως στόχο την αλλαγή των κοινωνικοοικονομικών θεσμών που σχετίζονται με ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες και με την υπανάπτυξη και δυσλειτουργία του συστήματος της ψυχικής υγείας (Ιατρίδης, 1987, σελ.240).

Για την επίτευξη όλων των παραπάνω απαιτείται η κατάλληλη, εξειδικευμένη και άρτια κατάρτιση των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας καθώς και η συνεχής ανανέωση των γνώσεων, και αυτό πετυχαίνεται μόνο με την δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών της Κοινωνικής Εργασίας,

3.3 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Το είδος, η έκταση και η ποικιλία των κοινωνικών υπηρεσιών διαφέρει από χώρα σε χώρα. Σε αυτό ρόλο παίζει το εισοδηματικό επίπεδο καθώς και ο τρόπος που η κοινότητα αντιμετωπίζει την ομάδα που έχει ανάγκη και χρήζει βοήθειας (Στεφανής, 2002, σελ.111).

Με βάση τον νόμο 2761/9 για την ψυχική υγεία, οι υγειονομικές περιφέρειες της χώρας μας διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 66).

Στους Το. Ψ.Υ. περιέχονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν στην αντίστοιχη περιοχή αρμοδιότητας των Το.Ψ.Υ.. Στόχος τους, η εφαρμογή των αρχών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο. Σκοπός τους είναι η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία, η περίθαλψη, καθώς και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 66,67). Η διάρθρωση του Το.Ψ.Υ. γίνεται όπως φαίνεται και στο Σχήμα 3.2. (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 66,67).

Οι δομές που αποτελούν τον Τομέα Ψυχικής Υγείας, είναι :

Το *Κέντρο Ψυχικής Υγείας*, το οποίο είναι ο κεντρικός πυρήνας του στην κοινότητα, παρέχει δωρεάν υπηρεσίες συμβουλευτικής, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης. Η φροντίδα που δίνει είναι ψυχιατρική, ψυχολογική, ψυχοθεραπευτική, κοινωνική και νοσηλευτική, σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων, κατ' οίκων επισκέψεων και δράσεων μέσα στην κοινότητα (Γκιωνάκης, Στυλιανίδης, 2001, σελ. 69).

Ο *Ψυχιατρικός τομέας Γενικού Νοσοκομείου* , όπου εδρεύει στο Γενικό Νοσοκομείο, έχει 20 κλίνες συνήθως και οι υπηρεσίες που παρέχει στα άτομα είναι ενδονοσοκομιακή περίθαλψη, οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς και υπηρεσίες της κοινότητας. Στα πλαίσια της περίθαλψης ανήκουν οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι θεραπευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις, όπως η παροχή ψυχοφαρμακοθεραπείας, η ψυχοθεραπεία, η συμβουλευτική και πολλές φορές η θεραπεία οικογένειας, καθώς και η εργοθεραπεία (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 69).

Το *Νοσοκομείο Ημέρας* ανήκει επίσης στον Το.Ψ.Υ., απευθύνεται σε άτομα που χρήζουν νοσηλείας αλλά στα πλαίσια της κοινότητας, χωρίς να είναι απαραίτητη η απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Στο *Νοσοκομείο Ημέρας* οι ασθενείς μπορούν να βρίσκονται από το πρωί ως το απόγευμα. Το περιεχόμενο των στόχων του είναι ψυχοθεραπευτικό και αφορά την κοινωνικοποίηση των ατόμων (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 70), την ομαλή και μεθοδευμένη επανένταξη τους στην κοινότητα, χωρίς να χρειάζεται να απομακρυνθούν από τον τόπο διαμονής τους ή την εργασία τους και να βρίσκονται σε ένα κλειστό ίδρυμα.

Τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης αποτελούν :

Το *Κέντρο Ημέρας*, όπου παρέχονται υπηρεσίες και φροντίδα σε άτομα που έχουν ανάγκη να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσής τους καθώς και να αναπτυχθούν οι κοινωνικές τους δεξιότητες. Το πρόγραμμα δραστηριοτήτων του *Κέντρου Ημέρας* στοχεύει στην αυτοφροντίδα, στην κοινωνική συμμετοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και στην προετοιμασία αυτών για επαγγελματική δραστηριότητα (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 71).

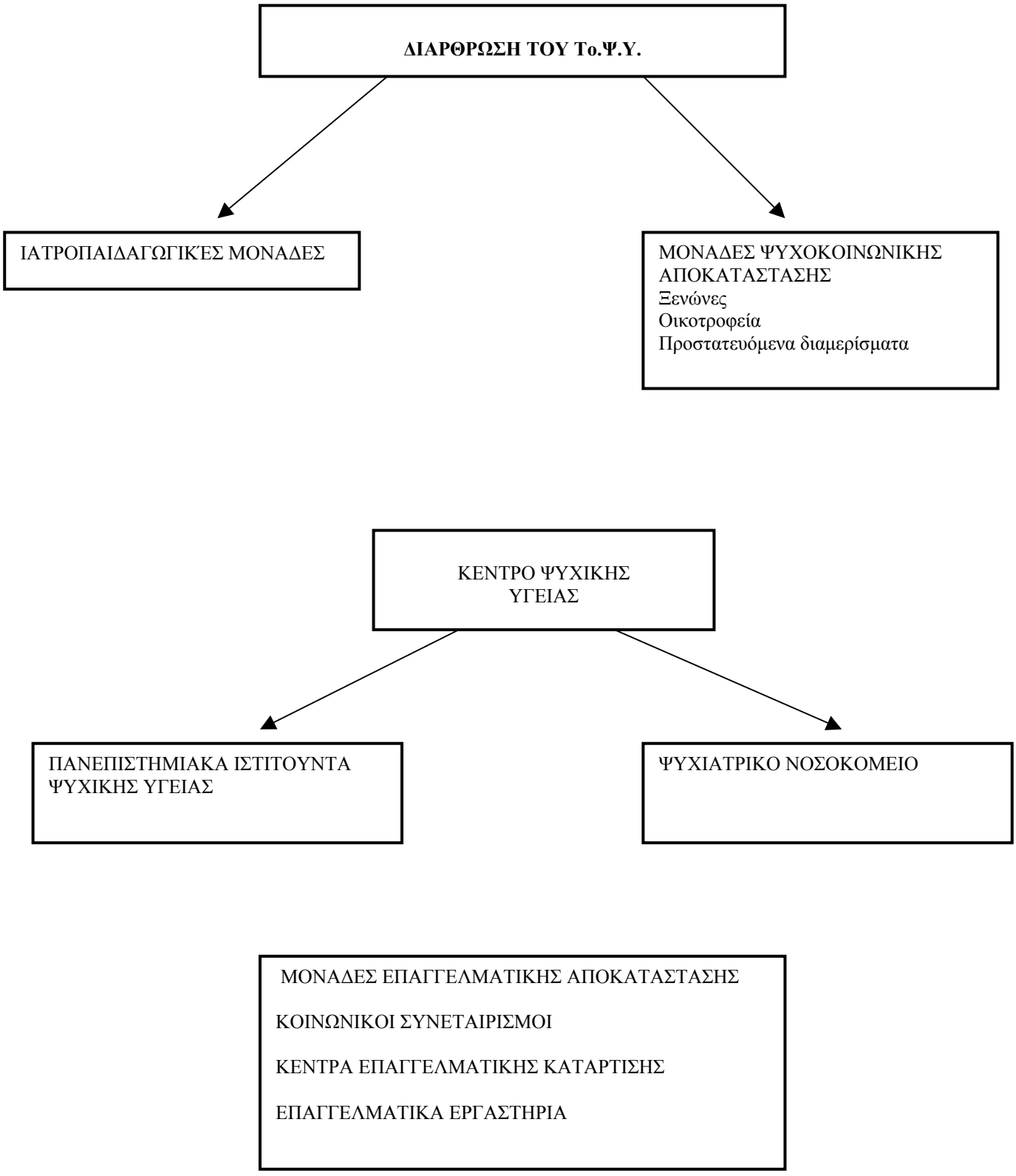
Οι *Ξενώνες*, με χωρητικότητα 15 ατόμων, φιλοξενούν ασθενείς για διαβίωση, για θεραπεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη και χωρίζονται σε βραχείας, μέσης, μακράς, διαμονής, ανάλογα με το χρονικό διάστημα που παραμένουν οι ασθενείς σε αυτούς. Κύριος στόχος του προγράμματος είναι η επίτευξη ανεξαρτησίας και λειτουργικότητας στη κοινότητα (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 71).

Τα *Οικοτροφεία* και τα *Προστατευμένα Διαμερίσματα,* τέλος, περιέχονται στις δομές των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Με χωρητικότητα 25 και 6 ατόμων αντίστοιχα, φιλοξενούν άτομα για διαβίωση, παρέχοντας υποστήριξη και θεραπεία σε άτομα χαμηλού βαθμού αυτοδυναμίας. Τα *Προστατευμένα Διαμερίσματα* απευθύνονται σε άτομα που οι κοινωνικές τους δεξιότητες είναι αρκετά αυξημένες, στοχεύουν στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονομία και απώτερος στόχος τους είναι η πλήρως αυτόνομη διαβίωση των ατόμων (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 72).

Τα παραπάνω προγράμματα στοχεύουν κυρίως στην αποκατάσταση ατόμων που έχουν νοσηλευτεί σε κλινικές βραχείας ή μακράς περίθαλψης. Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση του κοινού είναι σημαντική για την επιτυχία των παραπάνω προγραμμάτων, για την αντιμετώπιση του στίγματος και των άλλων διακρίσεων που βιώνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Για αυτό απαιτείται προσέγγιση της κοινότητας σε πολλά επίπεδα, με την οργάνωση εκστρατειών ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινότητας, με στόχο την κατάρρευση των μύθων που έχουν δημιουργηθεί γύρω από την ψυχική ασθένεια (Στεφανής, 2002, σελ.111). Το νομοθετικό πλαίσιο φαίνεται αναλυτικά στο Παράρτημα 1. που αναφέρεται ο Νόμος υπ' αριθμόν 2007/92 (ΦΕΚ 123/15-7-92) Εκσυγκρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας

Σχήμα 3.2.Διάρθρωση του Τομέα Ψυχικής Υγείας

(Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001, σελ. 67).



Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

4.1 Μεθοδολογία της έρευνας

4.1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

1. Ανάμεσα στους δυο τύπους Οικογενειακής Επιβάρυνσης, η Υποκειμενική Επιβάρυνση αναμένεται να είναι υψηλότερη στους συγγενείς και των δύο ομάδων (ασθενείς με σχιζοφρένεια και ασθενείς με διπολική διαταραχή).
2. Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την οικογενειακή επιβάρυνση. Για παράδειγμα, αναμένεται ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη Υποκειμενική Επιβάρυνση αφορούν την κοινωνική απομόνωση, τον περιορισμό για προσωπικές δραστηριότητες και την έντονη ανησυχία για την πορεία του ασθενή όταν δεν θα μπορούν να τον φροντίζουν.
3. Η υποστήριξη από οικογένεια και κοινωνικό περιβάλλον αναμένεται να συμβάλει στην μείωση της επιβάρυνσης (αντικειμενικής και υποκειμενικής). Δηλαδή, οι οικογένειες των ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα που πιστεύουν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον παρουσιάζουν λιγότερη επιβάρυνση (αντικειμενική και υποκειμενική).
4. Η υποστήριξη από υπηρεσίες αναμένεται να συμβάλει στην μείωση της επιβάρυνσης (αντικειμενικής και υποκειμενικής). Δηλαδή, οι οικογένειες των ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα που πιστεύουν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από υπηρεσίες παρουσιάζουν λιγότερη επιβάρυνση (αντικειμενική και υποκειμενική).
5. Σύγκριση της Οικογενειακής Επιβάρυνσης και των παραγόντων που συμβάλλουν στην αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση) στις δύο ομάδες του δείγματος. Αναμένεται ότι οι οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερα ποσοστά Επιβάρυνσης από ότι οι οικογένειες των ασθενών με διπολική διαταραχή.

4.1.2 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή δεδομένων στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, ήταν δύο ερωτηματολόγια που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία του συγγενή που έλαβε μέρος στην έρευνα και του ασθενή.

Στα ερωτηματολόγια αναφέρεται ο κωδικός του ασθενούς και του συγγενή, για να διατηρηθεί η ανωνυμία τους, το φύλλο και η ηλικία καθώς και ο τόπος διαμονής τους. Στα ερωτηματολόγια για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις για την ψυχική υγεία των ερωτώμενων (1.Χρειάστηκε κατά το παρελθόν να απευθυνθείτε σε Ψυχολόγο- Ψυχίατρο-Κοινωνικό Λειτουργό για προσωπικά σας προβλήματα; 2. Αν ναι, ακολουθήσατε θεραπεία; και αν ναι, ποια ήταν αυτή, 3. Σήμερα υποφέρετε από κάποια ψυχική ασθένεια; και αν ναι, ποια ήταν αυτή, 4. Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή; και αν ναι, ποια ήταν αυτή,)

Επίσης, στα ερωτηματολόγια συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις και για τις συνήθειες των συγγενών και των ασθενών, όπως το αν καπνίζουν και αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα και πόσο αλκοόλ καταναλώνουν εβδομαδιαίως.

Τέλος, υπήρξαν και ερωτήσεις για την διερεύνηση του οικογενειακού ιστορικού, όσον αφορά την κληρονομικότητα (4. Στην οικογένεια σας υπήρχε κάποιος άλλος που να αντιμετώπιζε κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα; 5. Αν ναι, ακολούθησε κάποια θεραπεία; και αν ναι, ποια ήταν αυτή, 7. Στην οικογένεια σας υπήρξε κανένας που να έχει νοσηλευτεί για ψυχολογικά προβλήματα;, και αν ναι, ποιος είναι αυτός).

Στο ερωτηματολόγιο των ασθενών υπάρχει επιπλέον ερώτηση που αναφέρεται σε προηγούμενες νοσηλείες τους (1. Κατά το παρελθόν είχατε νοιώσει παρόμοια συναισθήματα με αυτά που νοιώθετε τώρα; αν ναι, ακολουθήσατε κάποια θεραπεία; έχετε νοσηλευτεί κατά το παρελθόν;)

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της Οικογενειακής Επιβάρυνσης βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο για την Οικογενειακή Επιβάρυνση (Family Problems Questionnaire) του Veltro (1994). Οι ερωτήσεις του τροποποιήθηκαν και με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε μία δομημένη συνέντευξη (βλ. Παράρτημα 1.σελ105)

Το ερευνητικό εργαλείο αποτελείται από 53 ερωτήσεις οι οποίες μελετούν την οικογενειακή επιβάρυνση και είναι χωρισμένες σε 4 ενότητες ανάλογα με το περιεχόμενο αυτών.

Στην πρώτη ($1^{η}$) ενότητα υπάρχουν ερωτήσεις που αναφέρονται στο κοινωνικό περιβάλλον της οικογένειας και πώς αυτό επηρεάζει την διαβίωση της οικογένειας, ένα μέλος της οποίας πάσχει από μια ψυχική διαταραχή.

Στην δεύτερη ($2^{η}$) ενότητα οι ερωτήσεις αφορούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τους επαγγελματίες στο χώρο της ψυχικής υγείας και την υποστήριξη που παρέχουν αυτές στον ασθενή και στην οικογένεια του.

Στην τρίτη ($3^{η}$) ενότητα εξετάζεται η υποκειμενική επιβάρυνση και οι ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτή αναφέρονται κυρίως στην συναισθηματική κατάσταση του συγγενούς που συμμετείχε στην έρευνα και στο πώς η φροντίδα ενός ψυχωτικού ασθενούς επιδρά στην ψυχολογική κατάσταση της οικογένειας του. Επίσης υπήρξαν ερωτήσεις που αναφέρονταν στην φύση της σχέσης που έχει η οικογένεια με το μέλος που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα.

Στην τέταρτη ($4^{η}$) ενότητα συμπεριλήφθηκαν ερωτήματα που εξέταζαν την αντικειμενική επιβάρυνση που μπορεί να βιώνει μια οικογένεια που φροντίζει έναν ασθενή με ψυχωσικά συμπτώματα. Τα ερωτήματα αναφέρονται στην οικονομική κατάσταση της οικογένειας και πώς αυτή επηρεάζεται από τα νοσήλια και την φαρμακευτική αγωγή, αλλά και από το γεγονός ότι οι ασθενείς μπορεί να μην εργάζονται.

4.1.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την συλλογή δεδομένων και τη διεξαγωγή της έρευνας, επιλέχτηκαν ασθενείς από την Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, μετά από γραπτή έγκριση από τον Διευθυντή της κλινικής.

Τα ερευνητικά εργαλεία χορηγήθηκαν σε μια ομάδα (20) ατόμων με σχιζοφρένεια και σε μια ομάδα (20) ατόμων με διπολική διαταραχή που είχαν όμως ψυχωσικά συμπτώματα ενεργά (Πίνακας4.3).

Επιπλέον δεν ήταν δυνατό να χορηγηθεί το ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία στους ασθενείς λόγω της κατάστασης της υγείας τους και για το λόγο αυτό τα δεδομένα συλλέχθηκαν από το φάκελο που διατηρούσε η κλινική για τους ασθενείς.

Όπως ανέφερα ήδη το δείγμα της έρευνάς μας ήταν 40 οικογένειες με έναν ασθενή με ψυχωσικά συμπτώματα. Για την συμπλήρωση των ερευνητικών εργαλείων έγινε συνέντευξη διάρκειας περίπου μιας (1) ώρας. Αφού οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη φύση της έρευνας και για την διαφύλαξη της ανωνυμίας τους και των προσωπικών τους δεδομένων, έγινε ανοικτού τύπου συνέντευξη. Για τα δεδομένα που αφορούσαν τους ασθενείς, μελετήθηκαν οι

φάκελοι αυτών και καταγράφτηκαν από αυτούς τα όσα στοιχεία ήταν απαραίτητα για την ολοκλήρωση της έρευνας,

Το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας είχε διάρκεια περίπου επτά (7) μηνών και αυτό λόγω των προαναφερθέντων προβλημάτων που παρουσιάστηκαν κατά την έρευνα. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώτα τις οικογένειες που συμμετείχαν στην έρευνα για την μέγιστη βοήθεια που πρόσφεραν στην διεξαγωγή αυτής. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, που με βοήθησαν στην εύρεση του δείγματός μου και ανταποκρίθηκαν όταν είχα ανάγκη την βοήθειά τους. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος αναφέρονται στη συνέχεια.

4.2 ΔΕΙΓΜΑ

Φύλλο συγγενών.

Οι συγγενείς των ασθενών που έλαβαν μέρος στην συνέντευξη ήταν 17 (42,5%) άντρες και 23 (57,5%)γυναίκες.

Φύλλο ασθενών

Στη παρούσα έρευνα. έλαβαν μέρος 40 ασθενείς, από τους οποίους 11 άντρες και 9 γυναίκες με ψυχωτική διαταραχή, καθώς και 10 άντρες και 10 γυναίκες με διπολική διαταραχή

Ηλικία δείγματος

Η ηλικία των συγγενών που έλαβαν μέρος στην συνέντευξη και των ασθενών αντίστοιχα, φαίνονται στους Πίνακες 4.4 και 4.4.1. Η μικρότερη ηλικία των συγγενών ήταν 35 ετών ενώ η μεγαλύτερη 74 ετών.

Πίνακας 4.1 Ηλικία συγγενών

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
35,00	1	2,5
36,00	1	2,5
45,00	1	2,5
46,00	2	5,0
49,00	1	2,5
53,00	1	2,5
55,00	2	5,0
56,00	1	2,5
57,00	3	7,5
58,00	1	2,5
60,00	4	10,0
61,00	1	2,5
62,00	1	2,5
63,00	2	5,0
64,00	3	7,5
65,00	4	10,0
66,00	2	5,0
67,00	4	10,0
70,00	1	2,5
72,00	2	5,0
73,00	1	2,5
75,00	1	2,5
Σύνολο	40	100,0

Πίνακας 4.2 Ηλικία ασθενών

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
18,00	2	5,0
20,00	1	2,5
21,00	1	2,5
22,00	2	5,0
23,00	1	2,5
24,00	3	7,5
25,00	3	7,5
26,00	2	5,0
28,00	1	2,5
30,00	1	2,5
32,00	2	5,0
34,00	2	5,0
36,00	1	2,5
38,00	1	2,5
40,00	3	7,5
42,00	4	10,0
43,00	1	2,5
45,00	4	10,0
50,00	1	2,5
53,00	1	2,5
55,00	1	2,5
56,00	1	2,5
65,00	1	2,5
Σύνολο	40	100,0

Τόπος διαμονής δείγματος

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα οι 22 (55%) διαμένουν μόνιμα στο Ηράκλειο Κρήτης, οι 2 (5%) στα Χανιά Κρήτης και 16(40%) στην υπόλοιπη Κρήτη.

Οικογενειακή κατάσταση δείγματος

Από τους συγγενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα ένας ήταν ελεύθερος (2,4%), ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν παντρεμένοι (N = 35, 83,3%) και 4 άτομα είχαν χηρεύσει (9,5%).

Επίπεδο σπουδών δείγματος

Η πλειοψηφία των συγγενών είχε σχετικά χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Το 60% του δείγματος είχε ολοκληρώσει και λίγες τάξεις του Γυμνασίου.
Στον Πίνακα 4.7 φαίνεται αναλυτικά το επίπεδο μόρφωσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Πίνακας 4.3 Επίπεδο Σπουδών συγγενών

ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αγράμματος ή λίγες τάξεις Δημοτικού	3	7,5
Απόφοιτος δημοτικού	10	25,0
Λίγες τάξεις Γυμνασίου	11	27,5
Απολυτήριο Γυμνασίου	1	2,5
Λίγες τάξεις Λυκείου	1	2,5
Απολυτήριο Λυκείου	3	7,5
Απολυτήριο μέσης Τεχνικής Σχολής	2	5,0
Απολυτήριο παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου	7	17,5
Πτυχίο ανώτατης σχολής	2	5,0
Σύνολο	40	100,0

Είδος εργασίας δείγματος

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.8 η πλειοψηφία του δείγματος εργαζόταν ως εργάτες, τεχνίτες ή αγρότες (32%), πιο αναλυτικά το είδος της εργασίας φαίνεται στον Πίνακα 4.8.

Πίνακας 4.4 Επαγγελματική κατάσταση

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Επιστήμονας	2	5,0
Έμπορος, εμπορ/λληλος	8	20,0

Υπάλληλος γραφείου	4	10,0
Παροχή υπηρεσιών	1	2,5
Εργάτες, Τεχνίτες, αγρότες	13	32,5
Οικιακά	8	20,0
Συνταξιούχοι, άνεργοι	4	10,0
Σύνολο	40	100,0

4.9 Στατιστική Ανάλυση

Μετά τη ολοκλήρωση των συνεντεύξεων έγινε εισαγωγή των αποτελεσμάτων στο SPSS, όπου έγινε επεξεργασία αυτών μέσω του προγράμματος, χρησιμοποιώντας το κριτήριο T-test για ανεξάρτητα δείγματα προκειμένου να γίνει η σύγκριση τον δυο ομάδων του δείγματος (διπολικοί και σχιζοφρενείς). Τέλος, έγινε η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η εξαγωγή των συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Εξέταση της διαφοράς μεταξύ αντικειμενικής και υποκειμενικής επιβάρυνσης

Προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι οικογένειες των ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα παρουσιάζουν περισσότερη αντικειμενική ή υποκειμενική επιβάρυνση διαμορφώθηκε μια βαθμολογία για κάθε υποκλίμακα. Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας υπολογίστηκε προσθέτοντας τις βαθμολογίες των αντίστοιχων ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο (Υποκειμενική επιβάρυνση :0-18 =1, 19- 36=2. Αντικειμενική επιβάρυνση : 0-3=1, 4-6=2) . Όπως φαίνεται στους πίνακες 5.1 και 5.2 οι οικογένειες των ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές Υποκειμενικής Επιβάρυνσης σε σχέση με την Αντικειμενική Επιβάρυνση.

Πίνακας 5.1 Συχνότητα Υποκειμενικής και Αντικειμενικής Επιβάρυνσης

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
1,00	16	40,0
2,00	24	60,0
Σύνολο	40	100,0
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
1,00	40	100,0
2,00	0	0
Σύνολο	40	100,0

Επεξήγηση :
1= χαμηλή Υποκειμενική Επιβάρυνση
2 = υψηλή Υποκειμενική Επιβάρυνση

5.2 Παράγοντες που συντελούν στην αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση

Η δεύτερη υπόθεση αφορά τους παράγοντες εκείνους που προκαλούν την τη μεγαλύτερη Υποκειμενική και Αντικειμενική Επιβάρυνση. Στη συνέντευξη που έγινε στους συγγενείς υπήρχαν διάφοροι παράγοντες που αναφέρονταν σε

συμπεριφορές των ασθενών και σε καθημερινές καταστάσεις που μπορεί να αντιμετώπιζαν οι φροντιστές λόγο της ασθένειας. Παρακάτω φαίνεται ποίες από αυτές προκαλούν την μεγαλύτερη Υποκειμενική και Αντικειμενική Επιβάρυνση στους φροντιστές. Στους πίνακες 5.3 και 5.4 φαίνονται οι παράγοντες εκείνοι που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Οικογενειακής επιβάρυνσης.

Όσον αφορά την Υποκειμενική επιβάρυνση υπάρχουν πολλοί παράγοντες που προκαλούν την αύξηση της επιβάρυνσης που νοιώθουν οι οικογένειες των ασθενών (Πίνακας 5.3). Σημαντικά υψηλή συχνότητα παρατηρήθηκε στην ερώτηση 2 «παραμέληση των χόμπι μου» (77,5%), στην ερώτηση 6 « δυσκολία για διακοπές (85%), στην ερώτηση 7 « εξαιτίας του προβλήματος έπαψα να ζω όπως θέλω (80%), στην ερώτηση 9 «δεν μπορώ να αντέξω άλλο» (77,5%), στην ερώτηση 11 «αισθάνομαι ότι θέλω διάλειμμα» (100%), στην ερώτηση 23 «αν δεν υπήρχε αυτό το πρόβλημα όλα θα ήταν εντάξει στην οικογένειά μου» (70%), στην ερώτηση 25 «ο ασθενής χρειάζεται εποπτεία σαν μικρό παιδί» (75%), στην ερώτηση 26 «ανησυχώ για το τι μπορεί να συμβεί στον ασθενή όταν δεν μπορώ να τον φροντίζω» (90%), στην ερώτηση 29 «νοιώθω απογοήτευση» (90%).

Σε σχέση με την Αντικειμενική επιβάρυνση, σημαντικά υψηλή συχνότητα παρατηρήθηκε στην ερώτηση 1 «επηρεάστηκε η εργασία μου» (62,5%), και φανερώνεται σε σχέση με την ερώτηση 2 «εργάζομαι περισσότερο» (17,5%) ότι τα άτομα που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός ασθενή με ψυχωτικά συμπτώματα, εργάζονται λιγότερο.

Πίνακας 5.2 Παράγοντες Υποκειμενικής Επιβάρυνσης

Υποκειμενική επιβάρυνση	Συχνότητα	Ποσοστό
Προβλήματα ύπνου	19	47,5
Παραμέληση χόμπι	31	77,5
Δυσκολία να επισκεφτώ φίλους και συγγενείς	21	52,5
Δυσκολία στην εργασία μου και στις οικιακές δραστηριότητες	22	55
Παραμέλησα άλλα μέλη της οικογένειας	13	32,5
Δυσκολία για διακοπές	34	85
Εξαιτίας του προβλήματος έπαψα να ζω όπως θέλω	32	80
Εξαιτίας της κατάστασης, πρόβλημα υγείας	13	32,5
Δεν μπορώ να αντέξω άλλο	31	77,5
Εξαιτίας της κατάστασης είμαι μόνος , κλαιω	16	40
Αισθάνομαι ότι θέλω διάλειμμα	40	100

Νοιώθω ότι είμαι υπό τον έλεγχο του ασθενή	21	52,5
Ανησυχία μήπως ο ασθενής κάνει κάτι κακό σε κάποιον	12	30
Υπερένταση όταν είμαστε μαζί με τον ασθενή σε δημόσιο χώρο	27	67,5
Χάνω την υπομονή μου	27	67,5
Είμαι ευχαριστημένος με τον τρόπο που βοηθάει στο σπίτι	20	50
Είναι εύκολο να τα πηγαίνω καλά με τον ασθενή	17	42,5
Απολαμβάνω κάτι που κάνω μαζί με τον ασθενή	13	32,5
Ο ασθενής συνεργάζεται με τους γιατρούς και το προσωπικό	22	55
Ανησυχώ μήπως βλάψει κάποιον εκτός οικογένειας	2	5
Η δική μου συμπεριφορά και της οικογένειας έχει συμβάλλει στην ασθένεια	1	2,5
Έχω ενοχές	22	55
Αν δεν υπήρχε αυτό το πρόβλημα όλα θα ήταν εντάξει στην οικογένεια	28	70
Η Παρουσία του επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογική και κοινωνική ζωή των παιδιών μου	25	62,5
Ο ασθενής χρειάζεται εποπτεία σαν μικρό Παιδί	30	75
Ανησυχώ για το τι μπορεί να συμβεί όταν Δεν θα μπορώ να τον φροντίζω	36	90
Έχουν συμβεί επεισόδια λεκτικής βίας	27	67,5
Καταστροφή Περιουσίας	18	45
Νοιώθω απογοήτευση	36	90
Είναι ευαίσθητος	30	75
Ανησυχώ μήπως κάποιος τον βλάψει	26	65
Έχει ιδιαίτερο ταλέντο	13	32,5
Σκέφτομαι να τον αποχωριστώ	2	5
Βγήκε κάτι θετικό από αυτή την κατάσταση	40	100

Πίνακας 5.3 Παράγοντες Αντικειμενικής Επιβάρυνσης

Αντικειμενική επιβάρυνση	**Συχνότητα**	**Ποσοστό**
Επηρεάστηκε η εργασία μου	25	62,5
Εργάζομαι Περισσότερο	7	17,5
Κάποιο μέλος έφυγε από το σπίτι εξαιτίας του προβλήματος	0	0
Χρήματα που ξόδεψα σε ιατρούς και φάρμακα εκτός ταμείου	0	0

5.3. Υποστήριξη (οικογενειακή και κοινωνική) και επιβάρυνση.

Η υπόθεση ήταν ότι οι οικογένειες των ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα που πιστεύουν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον αναμένεται να παρουσιάσουν λιγότερη επιβάρυνση (αντικειμενική και υποκειμενική). Για τη διερεύνηση της υπόθεσης

χρησιμοποιήθηκε το Τ- test για ανεξάρτητα δείγματα. Όπως φαίνεται στους πίνακες δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα ευρήματα.

Πίνακας 5. 4 Διαφορά Υποκειμενικής Επιβάρυνσης σε σχέση με την Υποστήριξη από το Κοινωνικό Περιβάλλον

Υποκειμενική επιβάρυνση	Υποστήριξη από οικογένεια και κοινωνικές σχέσεις		Ανάλυση μέσων όρων (t-test)		
	Χαμηλή Μ.Ο. (Τ.Α)	Υψηλή Μ.Ο. (Τ.Α.)	Μέση διαφορά	t-test	p
	19,33 (3,84)	18,43 (3,91)	0,90	,565	,575

Επεξήγηση:
Μ.Ο. = Μέσος Όρος
Τ.Α. = Τυπική Απόκλιση

5.4. Υποστήριξη από υπηρεσίες και επιβάρυνση.

Η υπόθεση ήταν ότι οι οικογένειες των ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα που λαμβάνουν υποστήριξη από τις υπηρεσίες (π.χ. συμμετέχουν στην θεραπεία του ασθενή ενεργά και ενημερώνονται για την πορεία του συχνά από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας) παρουσιάζουν λιγότερη υποκειμενική επιβάρυνση. Όπως φαίνεται στους πίνακες 5.5 και 5.6 δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 5. 5 Διαφορά Αντικειμενικής Επιβάρυνσης σε σχέση με την Υποστήριξη από τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Αντικειμενική επιβάρυνση	Υποστήριξη από υπηρεσίες		Ανάλυση μέσων όρων (t-test)		
	Χαμηλή Μ.Ο. (Τ.Α)	Υψηλή Μ.Ο. (Τ.Α.)	Μέση διαφορά	t-test	p
	,79 (,70)	,86 (,69)	-,07	-,239	,812

Επεξήγηση:
Μ.Ο. = Μέσος Όρος
Τ.Α. = Τυπική Απόκλιση

Πίνακας 5.6 Διαφορά Υποκειμενικής Επιβάρυνσης σε σχέση με την Υποστήριξη από τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Υποκειμενική επιβάρυνση	Υποστήριξη από υπηρεσίες		Ανάλυση μέσων όρων (t-test)		
	Χαμηλή Μ.Ο. (Τ.Α)	Υψηλή Μ.Ο. (Τ.Α.)	Μέση διαφορά	t-test	p
	18,65 (3,33)	19,88 (4,40)	**-1,23**	**-1,008**	**,320**

Επεξήγηση:
Μ.Ο. = Μέσος Όρος
Τ.Α. = Τυπική Απόκλιση

5.5 Οικογενειακή Επιβάρυνση στις δύο ομάδες του δείγματος

Για την σύγκριση των δύο ομάδων οικογενειών σε σχέση με το βαθμό Επιβάρυνσης, χρησιμοποιήθηκε το T-test. Οι οικογένειες των δύο ομάδων δεν παρουσίασαν διαφορά σε σχέση με την Αντικειμενική επιβάρυνση (πίνακας 5.7). Όσον αφορά την Υποκειμενική επιβάρυνση παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=,000) ανάμεσα στις δύο ομάδες. Επομένως, οι οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια φαίνεται να βιώνουν υψηλότερη Υποκειμενική επιβάρυνση σε σύγκριση με τις οικογένειες που έχουν ασθενείς με διπολική διαταραχή .

Πίνακας 5.7 Σύγκριση Αντικειμενικής Επιβάρυνσης ανάμεσα στις δυο ομάδες

Αντικειμενική επιβάρυνση	Διάγνωση ασθενών		Ανάλυση μέσων όρων (t-test)		
	Σχιζοφρένεια Μ.Ο. (Τ.Α)	Διπολική δ. Μ.Ο. (Τ.Α.)	Μέση διαφορά	t-test	p
	0,80 (0,41)	0,80 (0,89)	0,00	0,00	1,000

Επεξήγηση:
Μ.Ο. = Μέσος Όρος
Τ.Α. = Τυπική Απόκλιση

Πίνακας 5.8 Σύγκριση Υποκειμενικής Επιβάρυνσης ανάμεσα στις δυο ομάδες

Υποκειμενική επιβάρυνση	Διάγνωση ασθενών		Ανάλυση μέσων όρων (t-test)		
	Σχιζοφρένεια Μ.Ο. (Τ.Α)	Διπολική δ. Μ.Ο. (Τ.Α.)	Μέση διαφορά	t-test	p
	21,70 (2,66)	16,65 (3,06)	5,05	5,567	,000

Επεξήγηση:
Μ.Ο. = Μέσος Όρος
Τ.Α. = Τυπική Απόκλιση

Για την μελέτη/σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τους συγκεκριμένους παράγοντες, τόσο της αντικειμενικής, όσο και της υποκειμενικής επιβάρυνσης, χρησιμοποιήθηκε το T-test. Όπως φαίνεται και στους πίνακες 5.10 και 5.11 υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά στους παράγοντες που

προκαλούν την Υποκειμενική Επιβάρυνση ανάμεσα στις δύο ομάδες. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τα «προβλήματα ύπνου» (p=,027), με την «δυσκολία τους να επισκεφτούν φίλους και συγγενείς» (p=,000), με τα «προβλήματα στην εργασία τους» (p=,010), με την «παραμέληση άλλων μελών της οικογένειας» (p=,002), με το γεγονός ότι «έπαψαν να ζουν όπως επιθυμούν» (p=,019), με τα «προβλήματα υγείας εξαιτίας της κατάστασης» (p=,018), και τον παράγοντα « δεν μπορώ να αντέξω άλλο» (p=,001), καθώς και στο γεγονός ότι ο ασθενής «χρειάζεται εποπτεία σαν μικρό παιδί» παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά για την ομάδα των οικογενειών με ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια. Αντίθετα, όσον αφορά τους παράγοντες που αφορούν το ότι «η παρουσία του ασθενή επηρεάζει αρνητικά την προσωπική και κοινωνική ζωή των άλλων μελών της οικογένειας» και ότι « έχουν συμβεί επεισόδια λεκτικής επίθεσης» η ομάδα των οικογενειών με διπολικό ασθενή έχει υψηλότερα ποσοστά (p=,000).

Στην Αντικειμενική Επιβάρυνση υπάρχει στατιστική σημαντικά διαφορά στην ερώτηση « επηρεάστηκε η εργασία μου» (p= ,022) για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, και στην ερώτηση «εργάζομαι περισσότερο» (p=,005) όπου φαίνεται ότι σε αντίθεση με τους συγγενείς των ασθενών με διπολική διαταραχή, οι συγγενείς των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν μειώσει τον χρόνο εργασίας τους για να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της φροντίδας του ασθενή.

Πίνακας 5.9 Παράγοντες Υποκειμενικής Επιβάρυνσης - Διπολικοί & Σχιζοφρενείς

Παράγοντες Υποκειμενικής Επιβάρυνσης - Διπολικοί & Σχιζοφρενείς

Παράγοντες Υποκειμενικής επιβάρυνσης	Διπολικοί		Σχιζοφρενείς		t-test	
	N	%	N	%	t	p
Προβλήματα ύπνου	6	30,0	13	65,0	**2,307**	**,027**
Παραμέληση χόμπι	13	65,0	18	90,0	**1,934**	**,062**
Δυσκολία στο να επισκεφτώ φίλους και συγγενείς	4	20,0	17	42,5	**5,284**	**,000**
Δυσκολία στην εργασία μου και στις οικιακές δραστηριότητες	7	35,0	15	75,0	**2,707**	**,010**
Παραμέλησα άλλα μέλη της οικογένειας	2	10,0	11	55,0	**3,376**	**,002**
Δυσκολία για διακοπές	15	75,0	19	95,0	**1,798**	**,083**
Εξαιτίας του προβλήματος έπαψα να ζω όπως θέλω	13	65,0	19	95,0	**2,494**	**,019**
Εξαιτίας της κατάστασης, πρόβλημα υγείας	3	15,0	10	50,0	**2,483**	**,018**

Δεν μπορώ να αντέξω άλλο	11	55,0	20	100	**3,943**	**,001**
Εξαιτίας της κατάστασης, είμαι μόνος, κλαίω	9	45,0	7	35,0	**-,632**	**,531**
Νοιώθω ότι είμαι υπό τον έλεγχο του ασθενή	11	55,0	10	50,0	**-,309**	**,759**
Ανησυχία, μήπως ο ασθενής κάνει κακό σε κάποιον	5	25,0	7	35,0	**,677**	**,503**
Υπερβολική υπερένταση όταν είμαστε μαζί με τον ασθενή σε δημόσιο χώρο	11	55,0	16	80,0	**1,707**	**,096**
Χάνω την υπομονή μου	14	70,0	13	65,0	**-,330**	**,744**
Είμαι ευχαριστημένος με τον τρόπο που βοηθάει στο σπίτι	9	45,0	1	5,0	**1,939**	**,060**
Είναι εύκολο να τα πηγαίνω καλά με τον ασθενή	2	10,0	1	5,0	**1,611**	**,115**
ο ασθενής συνεργάζεται με τους γιατρούς και το προσωπικό	4	20,0	12	60,0	**-1,949**	**,059**
Ανησυχώ μήπως βλάψει κάποιον εκτός οικογένειας	2	10,0	0	0	**-1,453**	**,163**
η δική μου συμπεριφορά και της οικογένειας έχει συμβάλλει στην ασθένεια	1	5,0	0	0	**-1,000**	**,330**
αν δεν υπήρχε αυτό το πρόβλη-μα τα πράγματα θα ήταν εντάξει στην οικογένεια	12	60,0	16	80,0	**1,378**	**,176**
ο ασθενής χρειάζεται εποπτεία σαν μικρό παιδί	10	50,0	20	100	**4,359**	**,000**
Ανησυχώ για το τι θα συμβεί όταν δεν θα μπορώ να τον φροντίζω	16	80,0	7	35,0	**2,179**	**,042**
Έχουν συμβεί επεισόδια λεκτικής επίθεσης	20	100,0	7	35,0	**-5,940**	**,000**
Καταστροφή περιούσιας	12	60,0	6	30,0	**-1,949**	**,059**
Νοιώθω απογοήτευση	16	80,0	14	70,0	**2,179**	**,042**
Είναι ευαίσθητος	10	50,0	20	100	**4,359**	**,000**
Ανησυχώ μήπως κάποιος τον βλάψει	12	60,0	14	70,0	**,650**	**,520**
Σκέφτομαι να τον αποχωριστώ	2	10,0	0	0	**-1,453**	**,163**

Πίνακας 5.10 Παράγοντες Αντικειμενικής Επιβάρυνσης - Διπολικοί & Σχιζοφρενείς

Παράγοντες Αντικειμενικής Επιβάρυνσης - Διπολικοί & Σχιζοφρενείς

Παράγοντες Αντικειμενικής επιβάρυνσης	Διπολικοί		Σχιζοφρενείς		t-test	
	N	%	N	%	t	P
Επηρεάστηκε η εργασία μου	12	60	20	100	2,390	,022
Εργάζομαι περισσότερο	7	35	0	0,00	-3,199	,005

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Συζήτηση

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου είναι άμεσα συναρτημένη με την οικογένεια, την δομή της, τους ρόλους και τους κανόνες που την διέπουν. Η οικογένεια άλλοτε εκτιμάται ως παράγοντας επίλυσης του προβλήματος, και άλλοτε ως ένας αρνητικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των μελών της (Μαδιανός, 2000, σελ. 35). Η οικογένεια ως σύστημα διέπεται από ρόλους και κανόνες, τα μέλη αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, όταν ένα μέλος αυτού του συστήματος νοσήσει επηρεάζεται ολόκληρο το σύστημα. Οι ψυχικές ασθένειες λόγω της πολύπλοκης συμπτωματολογίας από την οποία συνοδεύονται, καθώς και της σύνθετης θεραπευτικής προσέγγισης, επηρεάζουν καθολικά το οικογενειακό σύστημα του ασθενή.

Η οικογένεια είναι ο κύριος αποδέκτης των συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας του ασθενούς, αλλά και ένα από τα κυριότερα υποστηρικτικά πλαίσια, με αποτέλεσμα να αντανακλάται σε αυτή το άγχος και η ψυχική κατάσταση του μέλους που νοσεί, με όποια αποτελέσματα και συνέπειες έχει αυτό για τα μέλη της, τις σχέσεις τους αλλά και την λειτουργία και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.

Στην πλειοψηφία τους τα προγράμματα και οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας επικεντρώνονται στον ασθενή, είναι όμως κατανοητό ότι μαζί με τον ασθενή που νοσεί, υπάρχει ένα σύστημα στο οποίο ανήκει και τα μέλη αυτού έρχονται καθημερινά αντιμέτωπα με την συμπτωματολογία της ασθένειας και τα επιμέρους προβλήματα, και καλούνται να δώσουν λύσεις και να στηρίξουν ηθικά και υλικά τον δικό τους άνθρωπο.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω είναι κατανοητό λοιπόν ότι η ψυχική ασθένεια δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που νοσεί και εμφανίζει την ενεργό συμπτωματολογία, αλλά και τους φροντιστές, τα άτομα που τον στηρίζουν και τον βοηθούν σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας του.

Έχοντας την ευκαιρία κατά την διάρκεια της Πρακτικής μου Άσκησης να βρεθώ στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, έγινα μάρτυρας πολλές φορές του καθημερινού άγχους και της απογοήτευσης που βιώνουν οι συγγενείς των ψυχικά ασθενών. Συχνά μέλη της οικογένειας των ασθενών παρουσίαζαν έντονη αγωνία που συνοδευόταν με αίσθημα απόγνωσης. Ακόμα και όταν υπήρχε συχνή ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό και το υπόλοιπο προσωπικό της κλινικής δεν μειωνόταν το αίσθημα του άγχους που

βίωναν, και αυτό φάνηκε στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Βρέθηκε δηλαδή, ότι η υποκειμενική επιβάρυνση δεν μειώνονταν σε σχέση με την ενημέρωση από και την ανάπτυξη καλής συνεργασίας με τις υπηρεσίες της κλινικής

Η συμπτωματολογία που παρουσιάζει ο ασθενής είναι σημαντικός παράγοντας για την μείωση ή αύξηση της Επιβάρυνσης. Στα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι οικογένειες των ασθενών με διπολική διαταραχή εμφάνισαν υψηλότερη Υποκειμενική επιβάρυνση όταν ερωτήθηκαν για τα επεισόδια λεκτικής βίας ή την καταστροφή περιουσίας από τον ασθενή, από ό,τι οι οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια, και αυτό γιατί η συμπτωματολογία της διπολικής διαταραχής σε φάση μανίας δημιουργεί περισσότερο άγχος στον φροντιστή για τις πράξεις και τις ενέργειες του ασθενή. Αυτό το αποτέλεσμα βρίσκεται σε συμφωνία με την έρευνα των Jungbauer & Angermeyer (2002), οι οποίοι μελέτησαν την Επιβάρυνση σε μια συγκριτική μελέτη ανάμεσα σε συζύγους και γονείς ασθενών με σχιζοφρένεια.

Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας βρέθηκε ότι και οι δύο ομάδες των οικογενειών παρουσίασαν υψηλότερη Υποκειμενική Επιβάρυνση σε σχέση με την Αντικειμενική. Αυτό οφείλετε σε δυο παράγοντες ο πρώτος αφορά τις ερωτήσεις που εξέταζαν την Αντικειμενική επιβάρυνση και τον μικρό αριθμό αυτών, ο δεύτερος παράγοντας αφορά το γεγονός ότι όλοι οι ασθενείς ήταν ασφαλισμένοι και έτσι τα έξοδα των νοσηλειών τους και της φαρμακευτικής τους αγωγής καλύπτονταν από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Σε σχέση με τις καθημερινές ασχολίες των συγγενών και τον χρόνο για προσωπικές δραστηριότητες, έρευνα έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συγγενών, δεν έχουν χρόνο για την εργασία τους, τα χόμπι τους και ότι η καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας έχει αλλάξει και έχει προσαρμοστεί στις ανάγκες του ασθενή, κάτι που διαπιστώνεται και στην έρευνα του Salleh (1994) για την Επιβάρυνση σε οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια στη Μαλαισία.

Η κοινωνική απόσυρση των οικογενειών και η δυσκολία να συναντήσουν φίλους και συγγενείς φάνηκε ότι είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες της Υποκειμενικής επιβάρυνσης. Οι φροντιστές σπάνια έχουν ελεύθερο χρόνο για να συναναστραφούν με φίλους και άλλα μέλη της οικογένειας και αυτό λόγω της συνεχούς επίβλεψης και εποπτείας που χρειάζεται ο ασθενής. Το ίδιο αποτέλεσμα βρέθηκε και σε έρευνα που έγινε στην Τουρκία από τους Arkar και

Eker (1992) για την επιρροή που ασκεί στην οικογένεια η φροντίδα των ψυχικά ασθενών .

Όσον αφορά τη διαφορά των δύο ομάδων σε σχέση με την Αντικειμενική και Υποκειμενική επιβάρυνση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια στο σύνολο τους παρουσιάζουν μεγαλύτερη Υποκειμενική Επιβάρυνση σε σχέση με τις οικογένειες των ασθενών με διπολική διαταραχή. Όσον αφορά την Αντικειμενική Επιβάρυνση οι συγγενείς των ασθενών με σχιζοφρένεια εργάζονται λιγότερο από τους συγγενείς των ασθενών με διπολική διαταραχή.

Η οικογένεια είναι κατά γενική παραδοχή ο πρώτος και ο τελευταίος δέκτης της ψυχικής ασθένειας, είναι το σύστημα που καλείται να στήριξη σε όλες τις περιόδους τον ασθενή και κατ' επέκταση ο φόρτος της φροντίδας δημιουργεί στα μέλη της έντονη επιβάρυνση και άγχος.

6.2 Περιορισμοί της έρευνας

Για την εκπόνηση της έρευνας χρειάστηκαν έξι μήνες, παρόλα αυτά το δείγμα της έρευνας είναι μικρό και έτσι τα αποτελέσματα δεν κρίνονται αντιπροσωπευτικά για το γενικό πληθυσμό. Για αυτό φταίει η δυσκολία που αντιμετώπιζαν οι συγγενείς των ασθενών να πάρουν μέρος στην έρευνα λόγω του περιορισμένου χρόνου που είχαν στην διάθεση τους κατά την νοσηλεία των ασθενών στο Νοσοκομείο. Επίσης η διαδικασία δεν ήταν κάτι που ήταν πρόθυμοι να περάσουν αφού όπως αναφέρθηκε από πολλούς δεν θα είχε κανένα όφελος από αυτή ο ασθενής.

Ένας άλλος παράγοντας που περιόρισε τα αποτελέσματα της έρευνας είναι η μικρή έμφαση που δόθηκε στην αντικειμενική επιβάρυνση και ο μικρός αριθμός ερωτήσεων που αφορούσαν αυτή. Όμως από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε φάνηκε ότι κυρίως το οικονομικό κόστος είναι ο παράγοντας της αντικειμενικής επιβάρυνσης που επηρεάζει περισσότερο την οικογένεια και για το λόγο αυτό επιλέχτηκε στην παρούσα έρευνα.

Τέλος λόγω της κατάστασης των ασθενών δεν ήταν δυνατό να συμπληρωθεί από τους ίδιους το ερωτηματολόγιο των προσωπικών στοιχείων και έτσι ερωτήσεις που αφορούσαν τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών και τον χρόνο που περνάνε με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας δεν

απαντήθηκαν, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν σημαντικά στοιχεία για τις σχέσεις με την οικογένεια και πως αυτές περιγράφονται από τον ασθενή.

6.3 Συμπεράσματα

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας και τη στατιστική τους ανάλυση προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Ανάμεσα στους δυο τύπους Οικογενειακής Επιβάρυνσης, παρουσιάζεται υψηλότερη η Υποκειμενική Επιβάρυνση στους συγγενείς και των δύο ομάδων
2. Οι παράγοντες που προκαλούν την αύξηση της Υποκειμενικής Επιβάρυνσης συνδέονται με την κοινωνική απομόνωση, τον περιορισμό για προσωπικές δραστηριότητες και την έντονη ανησυχία για την πορεία του ασθενή όταν δεν θα μπορούν να τον φροντίζουν.
3. Οι συγγενείς των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν μειώσει τον χρόνο εργασίας τους για την φροντίδα του ασθενή.
4. Οι οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερα ποσοστά Υποκειμενικής Επιβάρυνσης από ότι οι οικογένειες των ασθενών με διπολική διαταραχή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Arkar, H., & Eker, D. (1992). Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 151-155.
- Βασιλάκη Ε., Τριλίβα Σ, ΜπεζεβέγκηςΗ. (2001) Το στρες, το Άγχος και η αντιμετώπισή του.
- Βασιλείου Γ. & Βασιλείου Β. (1986)Σεμινάριο συστημικής προσέγγισης,
- Bateson, Jackson, Haley & Weakland, (1978). *Σχιζοφρένεια και Οικογένεια*. Κλαίρη Τρικεριώτη (Μτφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Γράμματα.
- Canive, J.M., Sanz-Fuentenebro, J., Vasquez, C., Qualls, C., Fuentenebro, F., Perez, I.G, and Tuason, V.B. (1996). Family Psychoeducational Support Groups in Spain: Parents' Distress and Burden at Nine-Month Follow-Up. *Annals of Clinical Psychiatry, 8(2),* 71-79.
- Carpentier, N., Lesage, A., Goulet, J., Lalonde, P., & Renaud, M. (1992). Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, *43*(1), 38-43.
- Chakrabarti, S., Raj, L., Kulhara, P., Avasthi & Verma, (1995). Comparison of the extent and pattern of family burden in affective disorders and schizophrenia, *Indian Journal of Psychiatry,* 37, 3, 105-112.
- Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1979).Coping with stresses during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*
- Conley, R.R., & Baker, W.R. (1990). Family response to improvement by a relative with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry,* 41(8), 898-901.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. & Cohler, B.J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Orthopsychiatric Association*, 64(3), 435-447.
- Διακογίαννης, (1982) Θεραπεία και Κοινωνική Αποκατάσταση του σχιζοφρενικού αρρώστου, *Εγκέφαλος Αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής* www.encephallos.gr
- Doll, W. (1976). Family coping with the mentally ill. An unanticipated problem of deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry,* 27(3), 183-185.

- Ζαφείρης Α. Γ. ,Ζαφείρη Ε. Α., Μουζακίτης Χ. Μ. (1999). Οικογενειακή Θεραπεία, Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές *Ελληνικά Γράμματα.* 39-53, 71-78
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The Burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry,* 150, 285-292.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.
- Francell, C.G., Conn, V.S., & Gray, D.P. (1988). Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill realtives. *Hospital and Community Psychiatry,* 39(12), 1296-1300.
- Giel, R., de Arango, M. V., Babir, Bonifacio, Climent, Harding, Ibrahim, Ignarcio, Murthy & Wig (1983). The burden of mental illness on the family. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 8, 186-201.
- Gopinath, P.S., & Chaturvedi, S.K. (1992). Distressing behavior of schizophrenics at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 185-188.
- Grad, J., and Sainsbury, P. (1968). The Effects that Patient Have on their Families in a Community Care and a Control Psychiatric Service-A Two Year Follow-Up. *British Journal of Psychiatry, 114,* 265-278.
- Greenberg, J.S., Greenley, J.R., & Benedict, P. (1994). Contributions of persons with serious mental illness to their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(5), 475-480.
- Haas, G.L., DiVitts, A.T., Levitt, M, Spencer, J.H., Clarkin, J.F., & Glick, I.D. (1986). *Preliminary validation of a Family Attitude Scale*. Read before the annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC, May.
- Hoenig, J., & Hamilton, M.W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effects on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, *12*, 165-176.
- Jungbauer, J., & Angermeyer, M.C. (2002). Living With Schizophrenic Patient: A Comparative Study of Burden as It Affects Parents and Spouses. *Psychiatry, 65,(2),* 110-123.
- Ιεροδιακόνου, Φωτιάδης, & Δημητρίου (1988) Ψυχιατρική, *Θεσσαλονίκη Εκδόσεις Μαστορίδη* 165- 173, 411- 463

- Καλαϊτζάκη, Η Επίδραση του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας στις Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ασθενών με Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού Τύπου και Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής, Ρέθυμνο 2000.
- Κουκια Ε. & Μαδιανός Οικογενειακή Επιβάρυνση και ψυχική αρρώστια : Μέθοδοι εκτίμησης *Εγκέφαλος Αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής* www.encephallos.gr
- Kaplan,Sadock' s & Grebb (2000) Ψυχιατρική Τόμος Β΄. *Ιατρικές εκδόσεις* 671 - 711,
- Kreisman, D.E., Simmens, S.J., & Joy, V.D. (1979). Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 220-222.
- Lamb, H.R., & Oliphant, E. (1978). Schizophrenia through the eyes of families. *Hospital and Community Psychiatry*, 29 (12), 803-806.
- Lefley, P.H. (1996). The Family's experience of schizophrenia in transcultural perspective. Paper presented at Schizophrenia Conference, March, Portland, Oregon.
- Lemperiere T, Feline A. & Συνεργάτες (1995) Υπεύθυνος έκδοσης Σακελαρόπουλος Α΄ Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων , Β΄ Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογής στην Ελλάδα, *Αθήνα Εκδόσεις Παπαζήση* ,98-119, 685.- 687
- Levene, J.e., Lancee, W.J., Seeman, M.V. (1996). The perceived family burden scale: measurement and validation, Schizophrenia Research, 22, 151-157.
- Μαδιανός, (1989). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Ψυχιατρική Κοινωνιολογία
- Μαδιανός (2000) Εισαγωγή στη Κοινωνική Ψυχιατρική, *Αθήνα Εκδόσεις Καστανίωτη,* 31-55, 177- 181
- Μαδιανός & Στεφανής, (2000), Οδηγός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Υποστήριξης στην Ελλάδα.
- Μάνος (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. *Θεσσαλονίκη Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press* 132- 139, 809- 810
- Magliano, L., Veltro, F., Guarneri, M., Marasco, C. (1995). Clinical and socio-demographic correlates of coping strategies in relatives of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 10, 155-158.

- Malcom Payne (2000), Επιμέλεια: Καλλινικάκη Θεανώ, Σύγχρονη Θεωρία της Κοινωνικής Εργασίας, *Αθήνα Ελληνικά Γράμματα* 60-61
- Martyns-Yellowe, I.S. (1992). The burden of schizophrenia on the family. A study from Nigeria. *British Journal of Psychiatry,* 161, 779-782.
- Minuchin Salvador (2000), Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης : Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία, *Αθήνα Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.*
- Morosini, P., Roncone, R., Veltro, F., Palomba, U., & Casacchia, M. (1991). Routine Assessment tool in Psychiatry: A case of questionnaire of family attitudes and burden. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences*, I(1), 95-101.
- Mubarak, R., & Bhatti, R. (1988). Social Support System and Family Burden Due to Chronic Schizophrenia in Rural and Urban Background. *Indian Journal of Psychiatry*, 30(4), 349-353.
- Mueser, Sengupta, Bellack, Glick, schooler, Xie & Keith, (2001), Family Treatment and Medication Dosage Reduction in Schizofrenia : Effects on Patient Social Functioning, Family Attitues, and Burden, American *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 3-12
- Najarian, S.P. (1995). Family experience with positive client response to clozapine. *Archives of Psychiatric Nursing*, IX(1), 11-21.
- Ohaeri, J.U.& Fido, A.A. (2001). The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a Nigerian setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36,* 493-499.
- Pai, S., & Kapur R.L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patients: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry,* 138, 332-335.
- Platt, S. D., Hirsch, S. R., & Knights, A. C. (1981). Effects of brief hospitalization on psychiatric patients' behaviour and social functioning.
- Priante & Carpiniello, (1996), Family burden in relatives of schizophrenics and of people with mental retardation : a comparative study, *Europe Psychiatry,* 381-385
- Provencher, H.L. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia, *Schizophrenia Research,* 26(1), 71-80.

- Rao, K., Barnabas, I.P., & Gopinath, P.S. (1988). Family Burden in Chronic Schizophrenia: The Role of the Day Hospital. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 11(2), 131-135.
- Roychaudhuri, J., Mondal, D., Boral, A., & Bhattacharya (1995). Family Burden among Long Term Psychiatric Patients. *Indian Journal of Psychiatry*, 37(2), 81-85.
- Σακελαρόπουλος & Lebovigi,(1984) Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής «Ψυχιατρική Περίθαλψη & Κοινωνική Ψυχιατρική» Στεφανής Αθήνα Εκδόσεις Καστανίωτη 82- 95
- Σκαπινάκης, (2001), Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, Ψυχική Υγεία, Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα., Γενική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Ε. Ζαχαρίας, Μετάφραση: Γ.Πασαντωνόπουλος
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay famlies. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 89, 180-185.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-297.
- Schulz, P.M., Schulz, S.C., Dibble, E., Targum, S.D., van Kammen, D.P., & Gershon, E.S. (1982). Patient and family attitudes about schizophrenia: Implications for genetic counseling, *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 504-513.
- The Scottish Schizophrenia Research Group (1987). The Scottish first episode schizophrenia study. IV. Psychiatric and social impact on relatives. *British Journal of Psychiatry*, 150, 340-344.
- Veltro, F., Magliano, L., Lobrace, S., & Morosini, P.L. (1993). Severely and persistently mentally ill patients in Italy: an overview of epidemiological and psychosocial findings, *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, 4, 285-302.
- Veltro, F., Magliano, L., Lobrace, S., & Morosini, P.L. (1994). Burden on key relatives of patients with schizophrenia vs neurotic disorder: A pilot study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 29, 66-70.
- Yarrow, M., Schwartz, C., Murphy, H., and Deast, L. (1955). The psychological meaning of mental illness in the family. *Journal of Social Issues*, *11*, 12-24.

- Zarit, S. H., Todd, P. A., Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wifes as caregivers: A Longitudinal study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.

Παράρτημα 1ο : ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ - ΣΥΓΓΕΝΗ)

- ΚΩΔΙΚΟΣ

[1] Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς σας από τη μητέρα σας
[2] Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς σας από τον πατέρα σας
[3] Ο μήνας γέννησης σας
[4] Τα δυο αρχικά γράμματα του τόπο γέννησης σας

Φύλο :	r Άρρεν	r Θήλυ

Ηλικία :	

- Ποία είναι η υπηκοότητα σας ;

_____

- Ποίος είναι ο τόπος μόνιμης διαμονής σας ;

1	r Αθήνα	14	r Βόλος
2	r Πειραιάς	15	r Υπόλοιπο Θεσσαλίας
3	r Υπόλοιπο Αττικής	16	r Ιωάννινα
4	r Στερεά Ελλάδα	17	r Υπόλοιπο Ηπείρου
5	r Θεσσαλονίκη	18	r Δωδεκάνησα
6	r Θράκη	19	r Κυκλάδες
7	r Υπόλοιπο Μακεδονίας	20	r Υπόλοιπο Αιγαίου
8	r Πάτρα	21	r Επτάνησα
9	r Υπόλοιπο Πελοποννήσου	22	r Κύπρος
10	r Ηράκλειο Κρήτης	23	r Εξωτερικό
11	r Χανιά Κρήτης	24	r Άλλο
12	r Υπόλοιπο Κρήτης		Αναφέρατε…….
13	r Λάρισα		

- Αριθμός κατοίκων τόπου μόνιμης διαμονής

r1. Σε χωρίο μέχρι 500 κατοίκους
r2. Σε χωρίο από 501 μέχρι 2.000 κατοίκους
r3. Σε κωμόπολη από 2.001 μέχρι 10.000 κατοίκους
r4. Σε πόλη με 10.001 μέχρι 20.000 κατοίκους
r5. Σε πόλη με 20.001 μέχρι 50.000 κατοίκους
r6. Σε πόλη με 50.001 μέχρι 100.000 κατοίκους
r7. Σε πόλη με 101.001 και άνω

1) Χρειάστηκε κατά το παρελθόν να απευθυνθείτε σε Ψυχολόγο- Ψυχίατρο- Κοινωνικό Λειτουργό για προσωπικά σας προβλήματα ;
Ναι r
Όχι r

2) Αν ναι ακολουθήσατε κάποια θεραπείά ;
Ναι r (ποία)
Όχι r (γιατί)

3) Έχετε ποτέ νοσηλευτεί για ψυχολογικά προβλήματά ;
Ναι r
Όχι r

4) Σήμερα υποφέρεται από κάποια σωματική ασθένεια ;
Ναι r
Όχι r
Αν ναι, ποία :

5) Σήμερα υποφέρετε από κάποια ψυχική ασθένεια ;
Ναι r
Όχι r
Αν ναι, ποία :

6) Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή για οποιοδήποτε λόγο ;
Ναι r
Όχι r
Αν ναι, ποία :

7) Καπνίζετε ;
Ναι r
Όχι r
Αν ναι, πόσο τσιγάρα την ημέρα ;

8) Πόσα περίπου ποτά πίνετε την εβδομάδα ;
…….

- Οικογενειακή κατάσταση

r1. Ελεύθερος /η
r2. Παντρεμένος /η
r3. Διαζευγμένος /η
r4. Χήρος /α
r5. Αρραβωνιασμένος /η
r6. Συζείτε

1) Αν έχετε παιδία, αναφέρατε αριθμό :
Αγόρια :
Κορίτσια :

2) Κατάσταση πατρικής οικογένειας
r1. Μοναχοπαίδι
r2. Με αδέλφια. Αναφέρατε αριθμό :
Αγόρια :
Κορίτσια :

3) Αναφέρατε σε ποία σειρά γεννηθήκατε ανάμεσα στα αδέρφια σας (αν υπάρχουν)

_____

4) Στην οικογένειά σας υπήρχε κάποιος άλλος που να αντιμετώπιζε κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ;
Ναι r
Όχι r

5) Αν ναι, ακολούθησε κάποια θεραπεία ;
Ναι r
Όχι r

6) Αν ναι ποια ήταν αυτή ;

_____

7) Στην οικογένειά σας υπήρξε ποτέ κανένας που να έχει νοσηλευτεί για ψυχολογικά προβλήματα ;
Ναι r
Όχι r

8) Αν ναι, ποίος ήταν αυτός ;

_____

9) Εσείς εργάζεστε ;
Ναι r
Όχι r

10) Αν ναι, ποία είναι η εργασία σας ;

_____

11) Επίπεδο σπουδών

Επίπεδο σπουδών	Ερωτούμενος	Πατέρας	Μητέρα
Αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού	1	1	1
Απόφοιτος Δημοτικού	2	2	2
Λίγες τάξεις Γυμνασίου	3	3	3
Απολυτήριο Γυμνασίου (Τριτάξιο)	4	4	4
Λίγες τάξεις Λυκείου	5	5	5
Απολυτήριο Λυκείου	6	6	6
Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής	7	7	7
Απολυτήριο παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου	8	8	8
Φοιτητής/ τρια Ανώτερης Σχολής	9	9	9
Φοιτητής/ τρια Ανώτατης Σχολής	10	10	10
Πτυχίο Ανώτερης Σχολής	11	11	11
Πτυχίο Ανωτάτης Σχολής	12	12	12

12) Τμήμα στο οποίο φοιτήσατε ή στο οποίο φοιτάτε :

_____

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΑΣΘΕΝΗ)

- ΚΩΔΙΚΟΣ

[1] Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς σας από τη μητέρα σας
[2] Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς σας από τον πατέρα σας
[3] Ο μήνας γέννησης σας
[4] Τα δυο αρχικά γράμματα του τόπο γέννησης σας

Φύλο :	r Άρρεν	r Θήλυ

Ηλικία :	

- Ποία είναι η υπηκοότητα σας ;

_____

- Ποίος είναι ο τόπος μόνιμης διαμονής σας ;

1	r Αθήνα	14	r Βόλος
2	r Πειραιάς	15	r Υπόλοιπο Θεσσαλίας
3	r Υπόλοιπο Αττικής	16	r Ιωάννινα
4	r Στερεά Ελλάδα	17	r Υπόλοιπο Ηπείρου
5	r Θεσσαλονίκη	18	r Δωδεκάνησα
6	r Θράκη	19	r Κυκλάδες
7	r Υπόλοιπο Μακεδονίας	20	r Υπόλοιπο Αιγαίου
8	r Πάτρα	21	r Επτάνησα
9	r Υπόλοιπο Πελοποννήσου	22	r Κύπρος
10	r Ηράκλειο Κρήτης	23	r Εξωτερικό
11	r Χανιά Κρήτης	24	r Άλλο
12	r Υπόλοιπο Κρήτης		Αναφέρατε……
13	r Λάρισα		

- Αριθμός κατοίκων τόπου μόνιμης διαμονής

r1. Σε χωρίο μέχρι 500 κατοίκους
r2. Σε χωρίο από 501 μέχρι 2.000 κατοίκους
r3. Σε κωμόπολη από 2.001 μέχρι 10.000 κατοίκους
r4. Σε πόλη με 10.001 μέχρι 20.000 κατοίκους
r5. Σε πόλη με 20.001 μέχρι 50.000 κατοίκους
r6. Σε πόλη με 50.001 μέχρι 100.000 κατοίκους
r7. Σε πόλη με 101.001 και άνω

13) Κατά το παρελθόν είχατε νοιώσει παρόμοια συναισθήματα με αυτά που νοιώθετε τώρα ;
Ναι r
Όχι r

14) Αν ναι, ακολουθήσατε κάποια θεραπεία ;
Ναι r (ποία) ……..
Όχι r (γιατί ……..

15) Έχετε νοσηλευτεί κατά το παρελθόν ;
Ναι r
Όχι r

16) Κατά το παρελθόν χρειάστηκε να απευθυνθείτε σε Ψυχολόγο - Ψυχίατρο-Κοινωνικό Λειτουργό για τα προσωπικά σας προβλήματά ;
Ναι r
Όχι r

17) Αντιμετωπίσατε ποτέ πρόβλημα με το αλκοόλ ;
Ναι r
Όχι r

18) Αν ναι, απευθυνθήκατε σε κάποια αρμόδια υπηρεσία ή φορέα ;
Ναι r
Όχι r

19) Αντιμετωπίσατε ποτέ πρόβλημα με ναρκωτική ουσία ;
Ναι r
Όχι r

20) Αν ναι, απευθυνθήκατε σε κάποια αρμόδια υπηρεσία ή φορέα ;
Ναι r
Όχι r

- Οικογενειακή κατάσταση

r1. Ελεύθερος /η
r2. Παντρεμένος /η
r3. Διαζευγμένος /η
r4. Χήρος /α
r5. Αρραβωνιασμένος /η
r6. Συζείτε

21) Αν έχετε παιδία, αναφέρατε αριθμό :
Αγόρια :
Κορίτσια :

22) Κατάσταση πατρικής οικογένειας
r1. Μοναχοπαίδι
r2. Με αδέλφια. Αναφέρατε αριθμό :
Αγόρια :
Κορίτσια :

23) Αναφέρατε σε ποία σειρά γεννηθήκατε ανάμεσα στα αδέρφια σας (αν υπάρχουν)

_____

24) Ποίο είναι το επάγγελμα του πατέρα σας ;

_____

25) Ποίο είναι τοπ επάγγελμα της μητέρας σας ;

_____

26) Στην οικογένειά σας υπήρχε κάποιος άλλος που να αντιμετώπιζε κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ;
Ναι r
Όχι r

27) Αν ναι, ακολούθησε κάποια θεραπεία ;
Ναι r
Όχι r

28) Αν ναι ποια ήταν αυτή ;

_____

29) Στην οικογένειά σας υπήρξε ποτέ κανένας που να έχει νοσηλευτεί για ψυχολογικά προβλήματα ;
Ναι r
Όχι r

30) Αν ναι, ποίος ήταν αυτός ;

_____

31) Εσείς εργάζεστε ;
Ναι r
Όχι r

32) Αν ναι, ποία είναι η εργασία σας ;

_____

33) Επίπεδο σπουδών

Επίπεδο σπουδών	Ερωτούμενος	Πατέρας	Μητέρα
Αγράμματος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού	1	1	1
Απόφοιτος Δημοτικού	2	2	2
Λίγες τάξεις Γυμνασίου	3	3	3
Απολυτήριο Γυμνασίου (Τριτάξιο)	4	4	4
Λίγες τάξεις Λυκείου	5	5	5
Απολυτήριο Λυκείου	6	6	6
Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής	7	7	7
Απολυτήριο παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου	8	8	8
Φοιτητής/ τρια Ανώτερης Σχολής	9	9	9
Φοιτητής/ τρια Ανώτατης Σχολής	10	10	10
Πτυχίο Ανώτερης Σχολής	11	11	11
Πτυχίο Ανωτάτης Σχολής	12	12	12

34) Τμήμα στο οποίο φοιτήσατε ή στο οποίο φοιτάτε :

_____

35) Μένετε μόνος/ η ;
Ναι r
Όχι r

36) Αν όχι, με ποίον :

_____

37) Πόσες ώρες έρχεστε σε επαφή με το/ τα άτομα που μένετε μαζί, κατά μέσο όρο την εβδομάδα ;

_____

25)Με ποία άτομα περνάτε την περισσότερη ώρα της ημέρας σας ;

_____

25)Υπάρχει κάποιο άτομο που είναι περισσότερο κοντά σας ;
Ναι r
Όχι r

38) Αν ναι, ποίο είναι αυτό ;

_____

27)Πως περνάτε το χρόνο που είσαστε με τον / την _____

26)Υπάρχει κάποιο άλλο άτομο (εκτός από αυτά που μένουν μαζί σας) που συναναστρέφεστε ;
Ναι r
Όχι r

39) Αν ναι, ποιο είναι αυτό ;

_____

40) Αν ναι, πόσες ώρες έρχεστε σε επαφή μαζί του, κατά μέσο όρο την εβδομάδα ;

_____

ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Θεοδοσοπούλου, Δ. & Καλαϊτζάκη Α.Ε.
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Κρήτης

Ηράκλειο, © 2003

(Προσαρμογή του Family Problems Questionnaire; Version for the key-relative).

Η συνέντευξη αυτή έχει σκοπό να ερευνήσει διάφορες καταστάσεις που βιώνετε εσείς και η οικογένειά σας σε σχέση με την ασθένεια του/της .....

Όλες οι πληροφορίες θα παραμείνουν αυστηρά εμπιστευτικές.

~ Κοινωνικό περιβάλλον~

1. Έως τώρα, έχετε πάρει βοήθεια και υποστήριξη από άλλες οικογένειες ή άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα παρόμοια με τα δικά σας;
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

2. Οι γείτονες σας δείχνουν κατανόηση για την κατάσταση ή προσπαθούν να βοηθήσουν;
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

3. Όταν τα πράγματα είναι ιδιαίτερα άσχημα, μπορείτε να ζητήσετε από άλλους να σας βοηθήσουν ή να σας υποστηρίξουν;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4. Σε μια επείγουσα κατάσταση σχετικά με τον/την....., είσαστε σίγουρος/η ότι οι συγγενείς και οι φίλοι θα σας βοηθήσουν;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

~ <u>Υπηρεσίες</u> ~

5. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σας έχουν ενημερώσει για το τι να κάνετε όταν ο/η..... συμπεριφέρεται άσχημα;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. Σε μια επείγουσα κατάσταση σχετικά με τον/την ....., είσαστε σίγουρος/η ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα σας βοηθήσουν αμέσως;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Κατά την διάρκεια των τελευταίων χρόνων είχατε βοήθεια και υποστήριξη από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Θεωρείτε ότι θα έπρεπε να αλλάξει η θεραπεία που δίνεται στον/στην……;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

9. Οι γιατροί, οι νοσοκόμες και το υπόλοιπο προσωπικό που φροντίζει τον/την ……, πιστεύετε ότι τον βοηθούν;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10. Αναφέρατε άλλες θετικές πλευρές του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

11. Πως θα μπορούσε το σύστημα υγείας να βελτιωθεί;

_____

_____

~ **<u>Υποκειμενική επιβάρυνση</u>** ~

12. Τους δύο τελευταίους μήνες, χρειάστηκε να ξυπνάτε εξαιτίας του προβλήματος του/της……;

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

13. Τους δύο τελευταίους μήνες, χρειάστηκε να παραμελήσετε τα χόμπι σας και τα πράγματα που σας αρέσουν να κάνετε τον ελεύθερο χρόνο σας, για να προσέχετε τον/την……..;

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

14. Τους δύο τελευταίους μήνες, ήταν δύσκολο να σας επισκέπτονται συγγενείς ή /και φίλοι ή να βγαίνετε εσείς έξω τα Σαββατοκύριακα εξαιτίας της κατάστασης του/ της……..;

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

15. Τους δύο τελευταίους μήνες, εξαιτίας της κατάστασης του/ της……., σας ήταν δύσκολο να εργάζεστε ή να κάνετε τις οικιακές σας δραστηριότητες/ εργασίες ή έπρεπε να παραμένετε στο σπίτι και να μην πηγαίνετε στην εργασία ή το σχολείο σας;

    _____

    _____

    _____

    _____

_____

_____

16. Τους δύο τελευταίους μήνες, προκειμένου να φροντίζετε τον /την……., παραμελήσατε τα άλλα μέλη της οικογένειας;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

17. Από την έναρξη της ασθένειας του/ της……σας ήταν δύσκολο να πάτε διακοπές εξαιτίας της κατάστασης του / της ;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

18. Τους δύο τελευταίους μήνες, ποια από όλες τις καταστάσεις/ γεγονότα, για τα οποία μιλήσαμε, σας προκάλεσαν τη μεγαλύτερη επιβάρυνση;

_____

_____

_____

_____

19. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, υπήρξε κάποια άλλη κατάσταση, άσχετη με τον/ την……., η οποία σας προκάλεσε σημαντική επιβάρυνση;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

20. Εξαιτίας των προβλημάτων του/ της……., πάψατε να ζείτε όπως εσείς θέλατε;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

21. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών και εξαιτίας αυτής της κατάστασης, εμφανίσατε προβλήματα υγείας (π.χ. αϋπνία, στομαχόπονο, πονοκέφαλο, ταχυκαρδία);

_____

_____

_____

_____

_____

_____

22. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, νοιώσατε ότι δεν θα μπορείτε να αντέξετε την κατάσταση αυτή περισσότερο;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

23. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, όταν ήσασταν μόνος/η, κλαίγατε ή νοιώθατε πάρα πολύ λυπημένος /η εξαιτίας αυτής της κατάστασης;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

24. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών νοιώσατε ότι χρειάζεστε διάλειμμα από την φροντίδα του/ της……;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

25. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, νοιώσατε ότι ήσασταν υπό τον έλεγχο των απαιτήσεων του /της.....;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

26. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, ανησυχήσατε μήπως ο /η..... κάνει κακό σε κάποιον από εσάς;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

27. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, όταν πηγαίνατε σε ένα δημόσιο χώρο με τον / την....., νοιώσατε ότι όλοι σας κοιτάνε ή νοιώσατε υπερβολική υπερένταση για την συμπεριφορά του / της;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

28. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, χάνατε την υπομονή σας με την συμπεριφορά του/ της....., σας εκνεύριζε και του/ της φωνάζατε ή είχατε την τάση να παραπονιέστε και να του / της γκρινιάζετε για την συμπεριφορά του / της ;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

29. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών ήσασταν ευχαριστημένος /η με τον τρόπο που βοηθούσε ο /η ..... στο σπίτι;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

30. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών ήταν εύκολο να τα πηγαίνετε καλά με τον /την.....;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

31. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, απολαμβάνατε να κάνετε κάτι με τον / την..... τα βράδια ή τα Σαββατοκύριακα;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

32. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών ο /η..... συνεργαζόταν με τους γιατρούς και γενικά με τους επαγγελματίες που έχουν αναλάβει την θεραπεία του;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

33. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, ανησυχούσατε μήπως ο/ η…… βλάψει κάποιο άλλο άτομο εκτός της οικογένειάς σας;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

34. Πιστεύετε ότι η δική σας συμπεριφορά ή της οικογένειάς σας γενικότερα συνέβαλλε στην ασθένεια του /της……;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

35. Έχετε ενοχές επειδή πιστεύετε ότι εσείς ή ο σύζυγος σας έχετε συμβάλει στην εμφάνιση και ανάπτυξη-εξέλιξη της ασθένειας του /της ……;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

36. Εάν ο/ η……. δεν είχε αυτό το πρόβλημα, πιστεύετε ότι όλα θα ήταν εντάξει στην οικογένειά σας;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

37. Πιστεύετε ότι η παρουσία του/ της…… επηρεάζει αρνητικά την κοινωνική ζωή ή την ψυχολογική υγεία των παιδιών σας;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

38. Ο/η ……. χρειάζεται εποπτεία και παρακολούθηση σαν να ήταν μικρό παιδί;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

39. Ανησυχείτε για το τι θα συνέβαινε στον /στην……., εάν δεν μπορούσατε πια να τον φροντίζετε;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

40. Έχουν συμβεί επεισόδια λεκτικής επιθετικότητας από τον /την……., από όταν ξεκίνησε η ασθένειά του /της;

_____

_____

_____

_____

41. Έχουν συμβεί επεισόδια καταστροφής περιουσίας ή φυσικής επιθετικότητας από τον / την……., από όταν ξεκίνησε η ασθένειά του /της;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

42. Όταν σκέφτεστε πως ήταν ο /η..... πριν και πως είναι τώρα, νοιώθετε απογοήτευση;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

43. Ο/η είναι ευαίσθητος /η και ενδιαφέρεται για τα προβλήματα των άλλων ανθρώπων;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

44. Ανησυχείτε μήπως κάποιος κάνει κακό στον /στην.....;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

45. Νομίζετε ότι ο /η ..... έχει κάποια ιδιαίτερα ταλέντα ή ικανότητες;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

46. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών, η σκέψη του να αποχωριστείτε από τον / την……. σας πέρασε από το μυαλό;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

47. Δεδομένων όλων των καταστάσεων, βγήκε κάτι θετικό από αυτή την κατάσταση;

_____

_____

_____

_____

_____

_____

~ **<u>Αντικειμενική επιβάρυνση</u>**

48. Τον τελευταίο χρόνο, η εργασίας σας επηρεάστηκε εξαιτίας της κατάστασης του / της……;

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

49. Τον τελευταίο χρόνο, χρειάστηκε να εργάζεστε περισσότερο, προκειμένου να καλύψετε τις οικονομικές ανάγκες του / της……;

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

50. Τον τελευταίο χρόνο, κάποιος από την οικογένειά σας πήγε να ζήσει αλλού εξαιτίας των προβλημάτων του / της……;

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

51. Τους τελευταίους δύο μήνες, περίπου πόσα χρήματα ξόδεψε η οικογένειά σας σε γιατρούς και σε νοσήλια, έξοδα ψυχολόγων, νοσηλευτικές ή άλλες υπηρεσίες, (τα οποία δεν κάλυψε το ταμείο σας);

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

52. Τους τελευταίους δύο μήνες, περίπου πόσα χρήματα ξόδεψε η οικογένειά σας σε εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας (τα οποία δεν κάλυψε το ταμείο σας);

_____

_____

_____

_____

_____

_____

53. Τους τελευταίους δύο μήνες, περίπου πόσα χρήματα ξόδεψε η οικογένειά σας σε ψυχοφάρμακα, (τα οποία δεν κάλυψε το ταμείο σας);

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία σας

Παράρτημα 2^{ο} : ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙθ. 2071/92 (ΦΕΚ 123/15-7-92) Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙθ. 2071/92 (ΦΕΚ 123/15-7-92) Εκσυγκρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91

Σκοποί και αρχές

1. Το κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό των λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας.
2. Για τον ανωτέρω σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς, της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 92

Διάρθρωση σε τομείς

1. Σε κάθε Νομό συνιστάται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε Τομέας Ψυχικής Υγείας, περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. κοινής ωφέλειας.
2. Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο χώρος ευθύνης και η έδρα του κάθε Τομέα, καθώς και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε αυτόν και στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι ήδη υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας, συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ Υ).

Οι Τ.Ε,Ψ.Υ , έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο:

α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.

β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής

Υγείας.
γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.
4. Οι Τ Ε,Ψ.Υ. είναι 5μελείς και αποτελούνται από:
α) Το διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του Νομού στον οποίο ανήκει ο Τομέας ή άλλο ιατρό της ίδιας διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υγείας ή ο αναπληρωτής του ασκούν χρέη προέδρου.
β) Έναν (1) εκπρόσωπο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του, που προτείνεται από αυτόν .
γ) Το διευθυντή κέντρου ψυχικής υγείας, με τον αναπληρωτή του και εφόσον υπάρχουν περισσότεροι του ενός από τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή.
δ) Το διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα νομαρχιακού ή περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του και
ε) Τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή ψυχιατρικής κλινικής ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.
Σε περίπτωση που ελλείπουν μέλη των περιπτώσεων γ' , δ’ και ε' , τη θέση τους καταλαμβάνουν εκπρόσωποι του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνονται από αυτόν. Σε πόλεις στις οποίες έχουν την έδρα τους ιατρικά τμήματα Α.Ε.Ι., οι ΤΕ.Ψ,Υ, είναι επταμελείς (7μελείς), ταδε επί πλέον δύο (2) είναι μέλη Δ.Ε.Π. ψυχίατροι, που ορίζονται από το αντίστοιχο ιατρικό τμήμα των Α.Ε.Ι. με τους αναπληρωτές τους. Η θητεία των Τ.Ε.Ψ Υ. είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.
5. Σε κάθε ασθενή παρέχονται υπhρεσίες από Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.ΨΥ.) του Τομέα στον οποίο κατοικεί εξαίρεση είναι δυνατή μόνο σ τις περιπτώσεις : α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα αρμόδιου Τομέα για λόγους αρτιότερης περίθαλψης, γ) επί απουσίας ανάλογης μονάδας στον αρμόδιο τομέα. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ασθενούς από μονάδα άλλου Τομέα, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια μονάδα του Τομέα κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τον ασθενή μετά τη λήξη της παρασχεθείσας από αυτήν φροντίδας.

Άρθρο 93

Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρος και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις ΜΨΥ διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ Ε.ΨΥ. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου, μπορεί να αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ Υ., συνιστώνται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συνιστώνται ύστερα από γνώμη των ΤΕ.ΨΥ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταφέρονται δε με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.
4. Οι διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, που αφορούν στα κέντρα υγείας, ισχύουν και για τα κέντρα ψυχικής υγείας, που έχουν συσταθεί με την παρ. 2 του άρθρου 21 του ν.1397/1983.
5. Τα κέντρα ψυχικής υγείας διοικούνται από διοικούσα 3μελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δύο (2) μέλη που ορίζονται από το νομάρχη της οικείας νομαρχίας,

στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες συγκρότησης και λειτουργίας της διοικούσας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.
6. Στα κέντρα ψυχικής υγείας, τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συνιστώνται και ως αυτοτελή ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ.
7. Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94

Εκούσια νοσηλεία

1. Εκούσια νοσηλεία είναι η με τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.
2. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.
3. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.
4. Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.
5. Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε ακούσια <ζητήσει> την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. ο δεύτερος ψυχίατρος ή ο παθολόγος ιατρός, δεν ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται

αμέσως στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε κινήσει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

Άρθρο 95

Ακούσια νοσηλεία

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η <φύλαξη> ασθενή με το άρθρο 699 επ. του Ποιν.Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανών, διέπεται από ειδική νομοθεσία.
2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:
1. α. ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.
β.Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.
γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή
II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.
3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ. αυτή ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 96

Διαδικασία εισαγωγής

1. Την ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπέγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.
2. Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές

γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε Ι είτε ΙΙ. ο ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.
3. Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.
4. ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον <Τομέα> ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις των δύο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας, μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 69 του άρθρου αυτού. ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως
μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από το σύνοδό του ασθενή.
5. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξετασθεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων , σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48ώρες.
6. Σε τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή επιμελούμενος άμα για την μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του, <κεκλεισμένων των θυρών>, ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή.

Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή αι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν.
7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.
8. Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. αν ο ασθενής τον οποίον αφορά έχει προσαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που π αίτηση αναγκαστικής νοσηλείας γίνεται δεκτή, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί, ενώ στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.
9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μ.Ψ Υ., ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Άρθρο 97

'Ενδικα μέσα

1. Κατά της απόφασης του πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή κατά τις διατάξεις της πολιτικής δικονομίας. Το ένδικο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένδικα αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης.
2. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, <κεκλεισμένων των θυρών>, μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεσή της. Το εφετείο μπορεί να ζητήσει και νέα γνωμάτευση ψυχιάτρου ή ό,τι άλλο θεωρήσει σκόπιμο.

Άρθρο 98

Συνθήκες νοσηλείας

1. Ο συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.
2. ο προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.
4. ο περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Άρθρο 99

Δακοπή - Διάρκεια - Λήξη ακούσιας νοσηλείας

1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτήν, ο επιστημονικός Διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.
2. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών , ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.
3. Ο ασθενής ή συγγενείς του της παρ.1 του άρθρου 96, ή ο επίτροπός του δικαιούνται με αιτήσή τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από

τρεις (3) μήνες.
4. Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα.

Άρθρο 100

Υποτροπή ασθένειας

Σε περίπτωση υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

Άρθρο 101

Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

1. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα ν.π.ι.δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.
2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων , καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού.