

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ:ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΕΙ
ΤΙΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΠΑΤΡΑ ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1995



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1597

**ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ -ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΕΙ
ΤΙΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΚΙΡΑΛΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΚΟΚΑΛΙΑΡΗ ΕΦΗ

ΤΑΜΠΟΥΡΑΤΖΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΔΡ. ΑΜΑΛΙΑ ΤΖΟΝΣΟΝ-ΤΟΥΡΝΑ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ**

Τ.Ε.Ι-ΠΑΤΡΑΣ

ΠΑΤΡΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1995

ΑΝΑΓΝΩΡΗΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια, Δρ. Αμαλία Τζόνσον-Τουρνά, κλινική κοινωνική λειτουργό για τη συνεργασία, τη βοήθεια και την υποστήριξη στη μελέτη αυτή.

Επίσης ευχαριστούμε τη διευθύντρια της Ψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Άγιος Ανδρέας», κ. Μπεράτη που δέχθηκε να πραγματοποιηθεί η έρευνα στα εξωτερικά ιατρεία και στο επισκεπτήριο της Ψυχιατρικής Κλινικής του νοσοκομείου, καθώς και το διευθυντή του Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής της Πάτρας, τον κ. Κούλη, ψυχίατρο, ο οποίος μας έδωσε κατάσταση με τα ονόματα των οικογενειών που θα μπορούσαμε να συμπεριλάβουμε στην έρευνα. Χωρίς τη βοήθεια τους δε θα ήταν δυνατό να διεξαχθεί το ερευνητικό μέρος αυτής της μελέτης. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επίκουρη

καθηγήτρια της ψυχιατρικής κλινικής, κ. Ι. Γαβριήλ καθώς και όλους τους ψυχιάτρους που τόσο μας διευκόλυναν.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον οικονομολόγο κ. Η. Μοσχονά για τη προσωπική του εργασία στις γραφικές παραστάσεις και στους πίνακες..

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή, στοχεύει να παρουσιάσει μέσω της ερευνητικής προσπάθειας την ενημέρωση που έχει η οικογένεια όσον αφορά τη νόσο, τη βοήθεια που έχει ή θα μπορούσε να έχει από υπηρεσίες και κοινοτικά προγράμματα καθώς και τις προσδοκίες που έχει από το σχιζοφρενή της μέλος.

Η ολοκλήρωση της μελέτης αυτής ήταν αποτέλεσμα μελέτης συγγραμμάτων Ελλήνων και ξένων επιστημόνων και ερευνητικής εργασίας που πραγματοποίησαν οι σπουδάστριες.

Η πρώτη ενότητα της θεωρίας αναφέρεται σε μια μελέτη της νόσου σχιζοφρενεία, σε μια συνοπτική παρουσίαση αυτής της ψυχικής ασθένειας και της σταδιακής κατανόησης της, από τους προϊστορικούς χρόνους μέχρι σήμερα. Επίσης αναφέρονται οι αιτιολογικοί παράγοντες της σχιζοφρενείας, τα συμπτώματα που συνήθως εκδηλώνουν οι ασθενείς και η επιδημιολογική κατάσταση που επικρατεί.

Η δεύτερη ενότητα της θεωρίας αναφέρεται στη μελέτη του οικογενειακού περιβάλλοντος του σχιζοφρενή, κατά πόσο οι μη υγιείς ενδοοικογενειακές σχέσεις, οι μη ικανοί τρόποι επικοινωνίας και οι εντάσεις που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των μελών ενισχύουν την εκδήλωση της σχιζοφρένειας σε κάποιο μέλος της.

Η τρίτη ενότητα της θεωρίας αναφέρεται στη μελέτη της θεραπείας, στη χρησιμότητα της οικογένειας στη θετική εξέλιξη του ασθενή όπου σύμφωνα με τους θεραπευτές είναι αναγκαία και τέλος ακολουθεί μια παρουσίαση των κυριότερων σχολών που την εφαρμόζουν.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Πάτρας, με οικογένειες μ' ένα σχιζοφρενή μέλος που οι ερευνήτριες συναντούσαν στα εξωτερικά ιατρεία καθώς και στο επισκεπτήριο της Ψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου

«Άγιος-Ανδρέας» ή μετά από κατ'οίκον επισκέψεις σε οικογένειες που μας είχε συστήσει το επιστημονικό προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Για την επίτευξη του σκοπού της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο.

-VII-

Το αρχικό μέρος του ερωτηματολογίου αφορά τη συγκέντρωση των δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων. Το κυριότερο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά τις προσδοκίες, πεποιθήσεις των γονέων, την ενημέρωσή τους για τη νόσο, τις αρμόδιες υπηρεσίες που γνωρίζουν, ποιες χρησιμοποιούν, τι ελλείψεις υπάρχουν σ' αυτές, καθώς και το προφίλ της οικογένειας.

Από τα ευρήματα της έρευνας προέκυψαν τα εξής:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δε γνωρίζουν τι είναι σχιζοφρένεια, ενώ συγχρόνως δήλωσαν ότι ο ασθενής τους παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες που είναι και σύμπτωμα της νόσου. Οι περισσότεροι γονείς πιστεύουν πως η σχιζοφρένεια οφείλεται σε προβλήματα της ζωής όπως π.χ. η ανεργία. Όσον αφορά την ολοκληρωμένη θεραπεία της

σχιζοφρένειας, οι μισοί από τους ερωτηθέντες πιστεύουν πως υπάρχει. Οι πιο πολλοί γονείς νομίζουν ότι η καλύτερη θεραπεία για τον ασθενή είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας με ψυχοφάρμακα. Περισσότεροι γονείς είναι θετικοί όσον αφορά τη θεραπεία με οικογένεια ενώ δε θέλουν τη θεραπεία

-VIII-

μόνο με ασθενή. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό δε γνώριζε τις ομάδες αυτοβοήθειας. Οσον αφορά τους άγαμους ασθενείς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γονείς (57,6%) που πιστεύουν ότι το παιδί τους θα παντρευτεί και σ' αυτούς (42,4%) που νομίζουν ότι το παιδί τους δεν είναι ικανό να δημιουργήσει οικογένεια. Σ' αντίθεση με τους έγγαμους ασθενείς, όπου οι περισσότεροι γονείς (75%) των ασθενών θεωρούν ότι το παιδί τους μπορεί να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της συζυγικής ζωής. Αρκετοί γονείς (60,9%) δεν νομίζουν ότι το παιδί τους είναι ικανό για εργασία. Τέλος, εκείνο που περιμένουν από την πολιτεία είναι αποκεντρωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και καλύτερη και πιο εμπειριστατωμένη μελέτη πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συχνότητα της σχιζοφρένειας κατά φύλλο.....σελ 220

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 1: Συχνότητα της σχιζοφρένειας

κατά φύλλοσελ.221

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Μορφωτικό επίπεδο ασθενούς- πατέρα &

μητέρας του.....σελ 222

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 2: Μορφωτικό επίπεδο ασθενούς - πατέρα &

μητέρας του.....σελ 223

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Σειρά των σχιζοφρενών παιδιών μεταξύ των

αδερφών.....σελ 224

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 3: Σειρά των σχιζοφρενών παιδιών

μεταξύ των αδερφών.....σελ.225

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Αν υπάρχει παρόμοιο ιστορικό στο συγγενικό

περιβάλλον.....σελ.226

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 4: Αν υπάρχει παρόμοιο ιστορικό

στο συγγενικό περιβάλλον.....σελ. 227

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Τι είναι η σχιζοφρένεια:.....σελ 228

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 5: Τι είναι η σχιζοφρένεια:.....σελ 229

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Πηγές ενημέρωσης για τη σχιζοφρένειασελ. 230

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 6: Πηγές ενημέρωσης για τη

σχιζοφρένειασελ 231

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Που οφείλεται η σχιζοφρένεια.....σελ. 232

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 7: Που οφείλεται η σχιζοφρένεια.....σελ	233
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Θεραπεία οικογένειας.....σελ	234
ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 8 : Θεραπεία οικογένειας.....σελ	235
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Αλλαγές στη καθημερινή συμπεριφορά.....σελ	236
ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 9: Αλλαγές στη καθημερινή συμπεριφορά.....σελ	237
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Σε ποιά ηλικία πρωτοπαρουσιάστηκε η σχιζοφρένεια;.....σελ	238
ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 10: Σε ποιά ηλικία πρωτοπαρουσιάστηκε η σχιζοφρένεια.....σελ	239
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Ποιά η πρώτη σας σκέψη για τη διαφορετική του συμπεριφορά;.....σελ.	240
ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 11: Ποιά η πρώτη σας σκέψη για τη διαφορετική του συμπεριφορά;.....σελ	241
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Προσδοκίες της οικογένειας από το σχιζοφρενή της μέλος.....σελ	242
ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 12: Προσδοκίες της οικογένειας από το σχιζοφρενή της μέλος.....σελ	243
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Ποιες υπηρεσίες βοηθούν καλύτερα;.....σελ	244
ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 13: Ποιές υπηρεσίες βοηθούν καλύτερα;..σελ	245
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Ποιές υπηρεσίες έχουν χρησιμοποιηθεί;.....σελ	246
ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 14: Ποιές υπηρεσίες έχουν χρησιμοποιηθεί;.....σελ	247

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Με ποιά συχνότητα χρησιμοποιούνται
οι υπηρεσίες;.....σελ 248

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 15: Με ποιά συχνότητα χρησιμοποιούνται
οι υπηρεσίες.....σελ 249

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Πως χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες.....σελ 250

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 16: Πως χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες.....σελ 251

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

Κεφαλαίο I

Εισαγωγή.....σελ 1
Το Πρόβλημα.....σελ 4
Σκοπός της Μελέτης.....σελ 6
Ορισμοί όρων.....σελ 8

Κεφάλαιο II

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ιστορική Αναδρομή.....σελ 13
Συμπτωματολογία.....σελ 20
Σύννοδα Συμπτώματα.....σελ 31
Αιτιολογικοί Παράγοντες.....σελ 34
Σωματικά Αίτια.....σελ 34
Ψυχολογικά Αίτια.....σελ 38
Κοινωνικά Αίτια.....σελ 41
Διάγνωση (Διαγνωστικά κριτήρια).....σελ 47
Διαφοροδιάγνωση.....σελ 50

Κλινικοί τύποι.....	σελ 53
Επιδημιολογία.....	σελ 58
Μορφές Θεραπείας.....	σελ 62
Σωματικές Θεωρίες.....	σελ 62
Ψυχοκοινωνικές Θεωρίες.....	σελ 66
Αποκατάσταση/Μετανοσοκομειακή Φροντίδα.....	σελ 74

Κεφάλαιο III

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ

Γενική Θεώρηση της Οικογένειας.....	σελ 79
Ιστορική Αναδρομή της Οικογένειας.....	σελ 82
Η έννοια του Θεσμού της Οικογένειας.....	σελ 85
Μορφές της Οικογενειακής Οργάνωσης.....	σελ 88
Η Οικογένεια του Σχιζοφρενή.....	σελ 93
Το Οικογενειακό Περιβάλλον των Σχιζοφρενών.....	σελ 95
Η Μητέρα του Σχιζοφρενή Ασθενή.....	σελ 99
Μητέρα με Γιο Σχιζοφρενή.....	σελ 103
Μητέρα με Σχιζοφρενή Κόρη.....	σελ 104
Ο Πατέρας του Σχιζοφρενή Ασθενή.....	σελ 105
Τα Αδέλφια των Σχιζοφρενών Ασθενών.....	σελ 109
Η Ψευδοαμοιβαιότητα.....	σελ 111
Το Φαινόμενο του Διπλού Δεσμού.....	σελ 113
Το Φαινόμενο του Αποδιοπομπαίου Τράγου και το Σύστημα Παραλόγου στον Ασθενή.....	σελ 117

Κεφάλαιο IV

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Εισαγωγή.....	σελ 119
Ιστορική Αναδρομή της Θεραπείας με Οικογένεια.....	σελ 121
Γιατί Οικογενειακή Θεραπεία;.....	σελ 124
Συστημική Θεραπεία Οικογένειας.....	σελ 126
Εισαγωγή.....	σελ 126
Γενική Θεώρηση Συστημάτων.....	σελ 129
Η Θεωρητική άποψη του M.Bowen.....	σελ 129
Η Θεωρία της Επικοινωνίας.....	σελ 132
Δομική Θεραπεία Οικογένειας.....	σελ 133
I.Τεχνικές του Θεραπευτή.....	σελ 135
Στρατηγική Θεραπεία Οικογένειας.....	σελ 136
I.Εισαγωγή.....	σελ 136
II.Γενική Θεώρηση.....	σελ 137
III.Σχολές στη Στρατηγική Θεραπεία Οικογένειας.....	σελ 137
IV.Ο Θεραπευτής στη Στρατηγική Θεραπεία Οικογένειας.....	σελ 138
V.Το Παράδοξο.Παράδοξες Στρατηγικές Παρεμβάσεις και το Συστημικό Παράδοξο.....	σελ 139
VI.Στρατηγική Θεραπεία σε Οικογένεια μ'ένα Σχιζοφρενή Μέλος.....	σελ 141

Σχολή του Μιλάνου.....	σελ 154
Διαμεθοδική θεραπεία οικογένειας.....	σελ 165
Η έννοια της θεραπείας.....	σελ 166
Ο ρόλος του θεραπευτή.....	σελ 168
Κριτική πάνω στη μέθοδο της θεραπείας οικογένειας.....	σελ 171
Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού.....	σελ 174

Κεφάλαιο V

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	σελ 177
Είδος Έρευνας.....	σελ 177
Σκοπός της Έρευνας.....	σελ 177
Κατάρτηση Σχεδίου Έρευνας.....	σελ 178
Δείγμα.....	σελ 178
Απόφαση για τη φύση των πληροφοριών.....	σελ 179
Απόφαση για το τρόπο συλλογής πληροφοριών.....	σελ 181
Τρόπος αντιμετώπισης πληροφοριών.....	σελ 182
Κατάρτηση πλαισίου.....	σελ 182
Διοικητικά κόστος - χρόνος.....	σελ 183

Κεφάλαιο VI

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	σελ 184
-------------------------------	---------

Κεφάλαιο VII

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	σελ 193
ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	σελ 202

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....σελ 206
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ & ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ.....σελ 219.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ 252

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Η τεχνολογική επανάσταση, η αφόρητη ατμόσφαιρα της καταναλωτικής κοινωνίας, οι έντονοι και οι ανταγωνιστικοί ρυθμοί που επικρατούν, η αλλοτρίωση των διανθρώπινων σχέσεων, ο απρόσωπος χαρακτήρας της διαβίωσης μέσα στο κοινωνικό σύνολο, η δυσκολία προσαρμογής και επικοινωνίας τόσο με το στενό, όσο και με το ευρύτερο περιβάλλον κλυδωνίζουν την ψυχική ευεξία.

Εξ' αιτίας όλων αυτών των σημαντικών και θλιβερών φαινομένων που βρίσκονται σε έξαρση τον τελευταίο αιώνα, γίνεται φανερή η απουσία της ψυχικής υγείας. Οι ψυχικές ασθένειες βρίσκονται σε έξαρση χωρίς να ξεχωρίζουν κοινωνικοοικονομικό ή μορφωτικό επίπεδο. Ξεχωρίζοντας μία από τις ψυχικές ασθένειες, επικεντρώνουμε το ενδιαφέρον μας στη σχιζοφρένεια.

Η νόσος αυτή δε μπορεί να αφήσει ανέγγιχτο κανένα. Μόνο η λέξη τρομάζει. Είναι μια ασθένεια που μπορεί να προσβάλλει το γείτονα ή ένα οποιοδήποτε μέλος από το κοινωνικό σύνολο, αλλά δε μπορεί να συμβεί σε κάποιο μέλος της οικογένειας μας. Ενώ αντίθετα, όλοι πολύ εύκολα σε φιλονικίες,

διαπληκτισμούς δε διστάζουμε να αποκαλέσουμε τον άλλο «τρελό» ή «σχιζοφρενή». Και αν τελικά συμβεί σε κάποιο δικό μας άνθρωπο, δεχόμαστε καλύτερα ότι μπορεί να αντιμετωπίζει αόριστα ψυχολογικά προβλήματα, αλλά όχι σχιζοφρένεια. Όλη αυτή η προκατάληψη και οι μύθοι που ακολουθούν τον όρο «σχιζοφρένεια» ήταν το έναυσμα για τη συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Η προσπάθεια του επιστημονικά τεκμηριωμένου ορισμού, της επιστημονικά τεκμηριωμένης αιτιολογίας και των συμπτωμάτων της νόσου είναι το πρώτο βήμα για να δοθεί στον όρο «σχιζοφρένεια» μια επιστημονική βάση και θεώρηση που παρουσιάζει αντικειμενικά και ρεαλιστικά την εικόνα της ψυχικής ασθένειας.

Όσο για την οικογένεια που έχει σύμφωνα με τους μελετητές και θεωρητικούς, μια σημαντική σχέση με την εμφάνιση της ψυχικής νόσου σ' ένα της μέλος, δίνεται έμφαση σε θεωρητικό επίπεδο, στη στάση και στους ρόλους των μελών της, στις σχέσεις μεταξύ τους στην επικοινωνία και στο γενικότερο οικογενειακό περιβάλλον. Συγχρόνως παραθέεται μια συνοπτική πληροφόρηση πάνω στις διάφορες μεθόδους θεραπείας οικογένειας μ' ένα

σχιζοφρενή μέλος. Επίσης, οι προσδοκίες και πεποιθήσεις της οικογένειας για το ασθενή μέλος της, η ενημέρωση της και η στάση της τόσο απέναντι στη νόσο όσο και στις θεραπείες που εφαρμόζονται σχετικά με τη σχιζοφρένεια και τέλος η γνώση της για τις αρμόδιες υπηρεσίες της χώρας μας εμπεριέχονται στο ερευνητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας μαζί με τα στατικά στοιχεία.

Ευελπιστούμε ότι η συγγραφή του θεωρητικού μέρους που βασίζεται σε ξένη και ελληνική βιβλιογραφία, καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνας θα προσφέρουν μια μικρή βοήθεια σ' αυτόν που θα θελήσει να ενημερωθεί για τη σχιζοφρένεια και τη σχέση της οικογένειας με τη νόσο και το σχιζοφρενή μέλος της.

Το Πρόβλημα

Η ψυχική υγεία αποτελεί ένα θέμα που ειδικά τις τελευταίες δεκαετίες έχει εισβάλλει για καλά στη ζωή μας. Άγχος, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, ψύχωση είναι λέξεις που πλέον κατακλύζουν το λεξιλόγιο μας.

Στην εργασία αυτή αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με την πιο γνωστή - άγνωστη ψυχική νόσο, τη σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια είναι γνωστή από αρχαιωτάτων χρόνων, μια νόσος για την οποία όμως η επιστήμη έχει καταφέρει να φωτίσει πολύ λίγες πλευρές της.

Οι σχιζοφρενείς κατακλύζονται από πληθώρα συμπτωμάτων όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα κ.α. Πέρα όμως απ' αυτά, αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες προσαρμογής, επικοινωνίας και αποκατάστασης, τόσο στο στενό οικογενειακό περιβάλλον όσο και στο ευρύτερο, δηλ. στο επαγγελματικό και στο κοινωνικό περιβάλλον.

Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα είδος οικογενειακού και κοινωνικού στίγματος με άσχημες συνέπειες για την οικογένεια. Έτσι ο σχιζοφρενής αντιμετωπίζεται ποικιλόμορφα από το περιβάλλον του, άλλοτε

υπερπροστατευτικά, άλλοτε αρνητικά, πολλές φορές απορριπτικά και πιο συχνά θα λέγαμε αμφιθυμικά. Κάθε οικογένεια αντιμετωπίζει το πρόβλημα της σχιζοφρένειας διαφορετικά. Κάποιες οικογένειες θα φροντίσουν να ενημερωθούν για τη νόσο και για το πως θα την αντιμετωπίσουν, ενώ άλλες θα υψώσουν άμυνες και θα συνεχίζουν να πιστεύουν ότι δε συμβαίνει τίποτα πιστεύοντας ότι όλα είναι μια παροδική «νευρική κρίση» που θα περάσει και το μέλος θα συνεχίσει την εργασία του, τις σπουδές του, θα παντρευτεί και γενικότερα οτιδήποτε σχεδίαζε πριν την εμφάνιση της νόσου.

Ακριβώς εδώ είναι και το σημείο που έγινε πηγή προβληματισμού μας για αυτήν την εργασία. Τι ακριβώς περιμένει η οικογένεια από το σχιζοφρενή, πόσο ρεαλιστικές ή λανθασμένες είναι αυτές οι προσδοκίες που δύναται να αποτελέσουν τροχοπέδη στη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή.

Μέσα από την εμπειρία της πρακτικής άσκησης και της μελέτης εντοπίσαμε την αναγκαιότητα της διερεύνησης του θέματος από την πλευρά της οικογένειας γιατί πιστεύουμε ότι όταν νοσεί ένα μέλος, νοσεί ολόκληρο το σύστημα της και επειδή η οικογένεια μπορεί να παίζει μεγάλο ρόλο στη θεραπεία και στην αποφυγή συχνής εισαγωγής του μέλους στο νοσοκομείο.

Σκοπός της Μελέτης

Κύριος σκοπός της μελέτης αυτής είναι να παρουσιάσει τις προσδοκίες της οικογένειας από το σχιζοφρενή της μέλος και κατά πόσο αυτές είναι ρεαλιστικές και εφικτές. Επίσης, μέσω της μελέτης αυτής θέλουμε να φανεί η ενημέρωση της οικογένειας πάνω στη νόσο.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας μας, κρίνουμε χρήσιμο να αναφερθούμε στα εξής θέματα βιβλιογραφικά:

- τι είναι η σχιζοφρένεια; ποιά τα αίτια, τα συμπτώματα, οι κλινικοί τύποι κλπ. έτσι ώστε να παρουσιάσουμε την εικόνα της νόσου.
- τι είναι η οικογένεια; ποιά η ιστορική της εξέλιξη; πώς είναι η οικογένεια του σχιζοφρενή, ο πατέρας, η μητέρα, τα αδέρφια και ποιά η μεταξύ τους αλληλεπίδραση; τέλος πώς λειτουργεί η οικογένεια αυτή σαν κλειστό σύστημα ή ανοικτό σύστημα;
- ποιοί λόγοι κάνουν τη θεραπεία της οικογένειας πρωταρχικό στόχο του θεραπευτή καθώς και στις πιο αντιπροσωπευτικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται στη σχιζοφρένεια .

- μέσα από τη βιβλιογραφία αλλά και από συνεντεύξεις κοινωνικών

λειτουργών θα αναφερθούμε στο ρόλο του κ.λ. στο ψυχιατρικό πλαίσιο, ποιά τα περιθώρια δράσης του και τι μπορεί να προσφέρει στο σχιζοφρενή και στην οικογένεια του (πώς είναι τώρα και πώς θα έπρεπε να είναι).

Πιο αναλυτικά μέσα από την έρευνα θα παρουσιαστούν τα εξής:

- οι προσδοκίες της οικογένειας από τον ασθεν όσον αφορά την επαγγελματική του αποκατάσταση, τη δημιουργία δικής του οικογένειας τη συνέχιση των σπουδών του

- η ενημέρωση της οικογένειας για τη σχιζοφρένεια

- οι αρμόδιες υπηρεσίες που γνωρίζει η οικογένεια, αν τις χρησιμοποιεί και με

ποια συχνότητα και τελικά αν πιστεύει η οικογένεια ότι της παρέχεται

ουσίαστικό έργο και τέλος, το προφίλ της οικογένειας όπως το μορφωτικό,

βιοτικό επίπεδο.

Ορισμοί Όρων

Στην εργασία μας θα αναφερθούμε σε ορισμένους όρους η ερμηνεία των οποίων όπου χρησιμοποιούνται, είναι η εξής:

Σχιζοφρένεια. Βαρεία ψυχοπάθεια που οδηγεί σε βαθιά αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Το βασικό χαρακτηριστικό της είναι η διάσπαση της συνοχής μεταξύ των διάφορων λειτουργιών της ψυχής. Οι χαρακτηριστικές διαταραχές της αφορούν τη σκέψη, το συναίσθημα και τη βούληση. Οι ψευδαισθήσεις και τα παραληρήματα είναι συνηθισμένα στη σχιζοφρένεια. Συντελούν και αυτά στη μεταβολή του σχιζοφρενούς μερικές φορές σε επικίνδυνο ψυχοπαθή. Επίσης η σχιζοφρένεια είναι ενδογενής ψυχική πάθηση που ακολουθεί χρόνια πορεία με προοδευτική εξέλιξη έστω και εάν συχνά παρουσιάζει περιόδους φαινομενικά ψυχικής υγείας, χωρίς ενοχλήματα που μερικές φορές διαρκούν πολύ (Ιατρικός Οδηγός, τόμ.1,3, 1968).

Οικογένεια. Η οικογένεια είναι ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι που αποτελεί τη διαρκή και νόμιμη γενετήσια ένωση. Περιλαμβάνει τους συζύγους, τα τέκνα τους και συχνά και τρίτα πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους με στενούς συγγενικούς δεσμούς (Τσαούσης 1987).

Ψύχωση. Ορίζεται σα μια μείζονα ψυχική διαταραχή στην οποία σκέψη, συναίσθημα, επικοινωνία και συμπεριφορά είναι τόσο σοβαρά διαταραγμένα ώστε η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής παρακωλύεται σημαντικά. Η ψύχωση συχνά χαρακτηρίζεται από έκπτωση του ελέγχου των παρορμήσεων, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, παλινδρόμηση, απρόσφορη συναισθηματική διάθεση. Τεκμήριο για την ψύχωση είναι το μπέρδεμα ανάμεσα στο τι προέρχεται απ' το μυαλό και τι απ' τον εξωτερικό χώρο (Mitchell Alexander, 1979).

Νεύρωση Όταν λέμε νεύρωση, εννοούμε πρώτα απ' όλα κάτι που δεν είναι ψύχωση, δηλαδή μια ψυχιατρική διαταραχή που δεν είναι τόσο σοβαρή, τόσο βαριά στην παθολογική της έκφραση και στην πρόγνωση της όσο μια ψύχωση. Ο νευρωτικός άρρωστος έχει επίγνωση της καταστάσεώς του, ξέρει ότι είναι άρρωστος και γυρεύει συνήθως βοήθεια (Χαρτοκόλλης, 1986).

Ψυχασθένεια. Ψυχονεύρωση, που αποτελεί το υπόστρωμα των περισσότερων ιδεοληπτικών και ψυχαναγκαστικών καταστάσεων του ατόμου (Εγκ. Υδρία, τόμ. 55).

Ψυχανάλυση. Γενικός όρος με τριπλή σημασία: 1) Μέθοδος έρευνας που αντικείμενό της έχει να φέρει στο φως την ενδεχόμενη ασυνείδητη σημασία λέξεων, πράξεων και πνευματικών εικόνων (παραστάσεων), 2) ψυχοθεραπευτική μέθοδος, η οποία στηρίζεται σ' αυτήν την έρευνα και η οποία χρησιμοποιεί ειδικές τεχνικές, όπως είναι η ερμηνεία των κρυφών επιθυμιών και της αντίστασης που εμποδίζει την ελεύθερη έκφραση του, και 3) σύστημα ψυχολογικών και ψυχοπαθολογικών θεωριών, που δημιουργήθηκαν με βάση τα δεδομένα της μεθόδου ερμηνείας ή εκείνων που αναδύονται κατά την πορεία της θεραπείας των άρρωστων (Εγκ. Υδρία, τόμ. 55).

Ψυχοθεραπεία. Το σύνολο των μεθόδων για τη θεραπεία των ψυχικών ή ψυχοσωματικών διαταραχών ενός ατόμου. Οι μέθοδοι ψυχοθεραπείας αποτελούν σημαντικό θεραπευτικό μέσο και η εφαρμογή τους εξαρτάται βασικά από τη φύση της διαταραχής αλλά και από το διανοητικό επίπεδο και τις υλικές δυνατότητες του αρρώστου (Εγκ. ΧΑΡΗ ΠΑΤΣΗ, Τόμ. 22).

Οικογενειακή Θεραπεία. Απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την αρρώστια του ασθενή. Σημασία, όμως, έχει και η

εκπαίδευση των συγγενών πάνω στη φύση και τις συνέπειες της αρρώστιας και στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του σχιζοφρενικού μέλους (Μάνος ,1988).

Θεραπεία συμπεριφοράς. Επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της συμπεριφοράς-συμπτώματος, είτε αυτή αποτελεί «υπερβολή» συμπεριφοράς είτε είναι προϊόν ελλειμματικής συμπεριφοράς (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια, τόμ.4, 1989).

Προσωπικότητα. Ο σχετικά πληρέστερος ορισμός της προσωπικότητας είναι εκείνος που ορίζει την προσωπικότητα ως «την ενότητα και ακεραιότητα του ατόμου»: το σύνολο των διακριτικών του χαρακτηριστικών και της ιδιοτυπίας της συμπεριφοράς του (Μ.Νασιάκου, 1982).

Διαφορική Ψυχολογική Διάγνωση. Η διαδικασία καθορισμού μιας ασθένειας, μεταξύ δύο ή περισσότερων ασθενειών με κοινά συμπτώματα, που ισχύει στην περίπτωση ενός συγκεκριμένου ασθενή (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια, τόμ .4 , 1989) .

Ψυχολογική Ωριμότητα μπορεί να ορισθεί ως μια εξελικτική διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα διαφοροποιούνται_αποχωρίζονται συναισθηματικά από την αρχική τους οικογένεια (family of origin), ενώ εξακολουθούν να διατηρούν κάποια συναισθηματική επαφή μαζί τους και μ' αυτό το τρόπο επιτυγχάνουν μια σχετική διαφοροποίηση, αυτονομία ή εξατομίκευση.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Ιστορική Αναδρομή

Στις πρωτόγονες κοινωνίες «τρέλλω» για τον προϊστορικό άνθρωπο ήταν η εξουσία κακών πνευμάτων σ' αυτόν. Σε αρχαιολογικές ανασκαφές έχουν βρεθεί τρυπανισμένα κρανία που δείχνουν ότι από τότε οι άνθρωποι προσπαθούσαν να ελευθερώσουν το σώμα από τα κακά πνεύματα μέσω χειρουργικών επεμβάσεων (Χαρτοκόλλης, 1986).

Σε όλες τις αρχαίες μυθολογίες αναφέρονται ψυχιατρικές διαταραχές. Στις Ινδίες γίνεται διαχωρισμός μεταξύ ψυχοπαθών και διανοητικά καθυστερημένων. Κατά την αρχαία Ινδική Ιατρική αναφέρονται μορφές νοσημάτων όπως μανία, μελαγχολία, επιληψία, υστερία. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι πίστευαν πως η ψυχοπάθεια προέρχεται από τα κακά πνεύματα και γι' αυτό κατέφευγαν στους ναούς των θεών για εξορκισμό του κακού πνεύματος (Θεοδωρακόπουλος, 1990).

Στην Αρχαία ελληνική μυθολογία επικρατεί η άποψη, ότι οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε κακά πνεύματα που αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα. Υπήρχε επίσης η αντίληψη ότι ο ψυχικά άρρωστος είναι αντικείμενο ιερό. Αυτό εξηγείται ταυτίζοντας τα πνεύματα με το κόσμο των νεκρών που ξαναγυρίζουν στα όνειρα μας ή πιο μόνιμα στον κόσμο των ψυχικά ασθενών (Χαρτοκόλλης, 1986).

Στην Αρχαία Ελλάδα, το ρόλο του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπεία. Εκεί κατέφευγαν οι άρρωστοι που δε μπορούσαν να θεραπευτούν από τους συνηθισμένους ιατρούς, οι περισσότεροι των οποίων ήταν ψυχικά ασθενείς. Από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπεία, ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τα οποία χρησίμευαν ως μέσο επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια (Χαρτοκόλλης, 1986).

Τα συμπτώματα της νόσου που σήμερα είναι γνωστή σα σχιζοφρένεια έχουν περιγραφεί τουλάχιστον 2000 χρόνια πριν. Στα ρωμαϊκά χρόνια ο Αρεταίος από τη Καπαδοκία το 1ο αι. π.χ. περιέγραψε μερικούς από τους ασθενείς του σαν «ανόητους, απών, ονειροπόλους, με μια αποβλάκωση των αισθήσεων της λογικής και άλλων ικανοτήτων του μυαλού» (E.R. Straube, K. Hahlweg, 1990).

Επιχείρησε μάλιστα και να τη διαχωρίσει σε διάφορες μορφές. Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς ήταν ποικίλοι όπως μανία, τρέλλα ή παραφροσύνη. Για τη προέλευση της κάθε λαός σε κάθε εποχή είχε τις δοξασίες του περιγραμμένες μέσα σε θρησκευτικά κατά κανόνα πλαίσια.

Στο Μεσαίωνα η πίστη ότι ο κόσμος κυριαρχείται από αντιμαχόμενα καλά και κακά πνεύματα τροφοδοτεί ένα μεταφυσικό πρότυπο της τρέλλας που διατηρείται μέχρι και τις αρχές του 18ου αι. Αόρατες δαιμονικές δυνάμεις εξουσιάζουν τον ψυχασθενή και κατευθύνουν την ιδιόρρυθμη συμπεριφορά του, έτσι ώστε αυτός όταν δεν οδηγείται στην πυρά για να εξαγνιστεί από την κυριαρχία τους, συνωστίζεται μαζί με φτωχούς και κακοποιούς σε άσυλα - φυλακές, όπου δεσπόζει ένας κατασταλτικός τιμωρητικός χαρακτήρας (Τσαλίκογλου- Κωστοπούλου Φωτεινή , 1984).

Η επιρροή των φιλοσόφων του Διαφωτισμού θα θέσει τέρμα στη σκοταδιστική θεώρηση του ψυχασθενούς. Ο Γάλλος ψυχίατρος, Pinel, το 1793 σε μια στιγμή «φιλανθρωπικής έξαρσης» βγάζει τις αλυσίδες από τους τρελούς, εγκαινιάζοντας μια εποχή που ο Foucault θα αποκαλέσει εποχή του «μεγάλου εγκλεισμού». Στα ψυχιατρεία που έρχονται τώρα να αντικαταστήσουν τα άσυλα ο ψυχασθενής αποβάλλει το μεταφυσικό του περίβλημα και παραδίνεται στα χέρια της επιστήμης. Μιας επιστήμης, όμως, που θα τον αντιμετωπίσει όχι σαν ένα πρόσωπο, αλλά σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων και θα τον καταδικάσει στη σιωπή του ψυχιατρείου.

Το 19ο αι. όπου κυριαρχεί το πνεύμα του ορθολογισμού, η ακλόνητη πίστη στη θεώρηση της ψυχής και του σώματος σαν αδιαχώριστες ενότητες προσανατολίζει την ψυχιατρική έρευνα στο συσχετισμό όλων των ψυχικών ασθενειών με ανατομικό - εγκεφαλικές βλάβες.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια ο Morel το 1857 εισάγει για πρώτη φορά τον προδρομικό όρο της σχιζοφρένειας ως «πρώιμη άνοια». Η εμφάνιση της αρχικά ανακαλύφθηκε όχι σε γηραιά, αλλά σε νεαρά άτομα ηλικίας έως τριάντα ετών, τα οποία οδηγούνται σε μια βαθειά ψυχο-διανοητική αποδιοργάνωση. Ο

Morel αναζητά την αιτιοπαθογένεση της ασθένειας αυτής σε βεβαρημένη κληρονομικότητα , σεξουαλικές καταχρήσεις και στον αλκοολισμό.

Οι έρευνες του Morel για την πρώιμη άνοια θα διευκρινιστούν περισσότερο με τη συμβολή του Hecker που περιγράφει το 1871 την ηβηφρένεια με όλες τις κλινικές της λεπτομέρειες. Τονίζει ιδιαίτερα τη βαθμιαία εγκατάσταση της με συναισθηματικού τύπου διαταράχες την εξέλιξη της σε ανόητη και διεγερτική συμπεριφορά και την κατάληξη της σε νοητική έκπτωση.

Αργότερα ο Kraepelin προσανατολίστηκε στη δομή του ψυχικού φαινομένου και όχι στο περιεχόμενό του, στις συνέπειες. Ο ασθενής εμφανίζεται όχι σαν ένα πρόσωπο αλλά σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων. Η κριτική αυτή θεώρηση του Kraepelin αντιπροσωπεύει πλήρως τη βιολογιστική θεώρηση της ψυχικής ασθένειας για την εποχή εκείνη. Η συμβολή της θεώρησης αυτής είναι σημαντική γιατί συνέβαλλε στην απαλλαγή της ψυχικής ασθένειας από το μεταφυσικό περίβλημα.

Με τον Bleuler εγκαινιάζεται η απαρχή μιας ψυχολογικής περιόδου στην προσέγγιση της σχιζοφρένειας. Ο όρος σχιζοφρένεια εισάγεται για πρώτη φορά από αυτόν το 1911 αντικαθιστώντας τον όρο πρώιμη άνοια για να υποδηλώσει μ' αυτόν τον τρόπο ότι η άνοια δεν αποτελεί αναγκαστική κατάληξη της νόσου και ότι κύριο χαρακτηριστικό της έχει το σύμπτωμα της σχίσεως των ψυχονοητικών λειτουργιών. Επιπλέον ο Bleuler διακρίνει πρωταρχικά και δευτερεύοντα συμπτώματα που μαζί με τον όρο της σχιζοφρένειας υιοθετήθηκαν σε παγκόσμια κλίμακα (Στεφανής, 1987).

Ο Freud το 1881 συνδέει το διωκτικό παραλήρημα με λανθάνουσες ομοφυλοφιλικές τάσεις και με απόσυρση των λιβιδινικών επενδύσεων από το αντικείμενο στον εαυτό (επαναγωγή στο πρώιμο αυτοερωτισμό). Διατυπώνει την άποψη πως η διαταραχή στις αντικειμενότροπες σχέσεις και η προσπάθεια για ανάκτηση του αντικειμένου καθορίζουν το περιεχόμενο της σχιζοφρένειας. Μετά το 1915 επεξεργάζεται συστηματικότερα τις αντιλήψεις του αυτές και παραλληλίζει τη σχιζοφρενική με την ονειρική κατάσταση λαμβάνοντας υπ' όψη του την κυριαρχική και στις δυο καταστάσεις παρουσία των μηχανισμών συμπυκνώσεως και μεταθέσεως (Στεφανής, 1987).

Ο Jung στη μονογραφία του «Η ψυχολογία της πρώιμου άνοιας» προλαβαίνει τον Freud στο παραλληλισμό ονείρου και σχιζοφρένειας γράφοντας στη μονογραφία του «Σκέψου τον ονειρευόμενο να περπατά και να ενεργεί σαν να ήταν ξύπνιος και έχεις αμέσως την κλινική εικόνα της πρώιμου άνοιας». Ο Abraham το 1908 συνδέει τόσο τις παραληρηματικές ιδέες όσο και τις ψευδαισθήσεις των σχιζοφρενών με τις πρώιμες παιδικές εμπειρίες.

Ο Pavlov στις εργασίες του μετά το 1920 υποστηρίζει πως η σχιζοφρένεια αντιστοιχεί σε μια «χρόνια ύπνωση». Οι Cerletti και Bini στα 1938 εισάγουν στη θεραπεία της σχιζοφρένειας την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (electroshock).

Ο H.S Sullivan το 1935 υποστηρίζει τη νεοφρουδική άποψη ότι η σχιζοφρένεια τις καταβολές της δεν τις έχει σε ενδοψυχικά αίτια αλλά σε διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις κυρίως γονέων - παιδιών (Στεφανής 1987).

Συμπτωματολογία

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Χαρακτηριστικά υπάρχουν ανωμαλίες ή διαταραχές τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και στο περιεχόμενό της, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στη βούληση, στην προσωπική ταυτότητα, την ψυχοκινητικότητα, κλπ.

Επίσης θ' αναφερθούμε και σε κάποια ειδικά συμπτώματα που προκύπτουν από τη συνδυασμένη διαταραχή πολλών λειτουργιών. Τα τρία βασικότερα απ' αυτά είναι ο αυτισμός, η ανηδονία και η αντικοινωνικότητα.

Σκέψη

Διαταραχές στη σκέψη παρουσιάζονται στο περιεχόμενο και τη μορφή της. Διαταραχές στο περιεχόμενο εμφανίζονται με τη μορφή παραληρητικών ιδεών. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες είναι οι παραληρητικές ιδέες τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προελεύσεως (Μάνος, 1988).

Το παραλήρημα είναι μια προσωπική φαντασίωση που εκείνος που την κάνει την πιστεύει για αληθινή, μόλο που είναι φανερό ή αποδεδειγμένο ότι δε συμβαίνει στην πραγματικότητα και δεν είναι αναγνωρισμένη από το

περιβάλλον του. Η ύπαρξη του παραληρήματος υποδηλώνει μια ανασφάλεια του ΕΓΩ, ένα άτομο που αισθάνεται πως κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι, και την αμυντική πρόθεση να αποφευχθεί ο κίνδυνος ή να ενισχυθεί η συνοχή του ΕΓΩ (Χαρτοκόλλης, 1986).

Ανάλογα με το περιεχόμενο τους τις παραληρητικές ιδέες τις διακρίνουμε σε διάφορους τύπους. Οι σπουδαιότεροι είναι:

1. Διωκτικό παραλήρημα

Έχει απειλητικό περιεχόμενο. Ο ασθενής αναφέρεται συνήθως στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι μας έχουν επισημάνει και μας ενοχλούν με άδικες επικρίσεις (Χαρτοκόλλης, 1986).

Το άτομο πιστεύει πως επιβουλεύονται τη ζωή του, την περιουσία του, το μυαλό του, την ηθική του υπόσταση, τη φυλετική του ταυτότητα, τη σωματική του αριμεία κ.α. Παράδειγμα: δεν τρώει σπίτι του μην τον δηλητηριάσουν. Οι λέξεις «πόλεμος νεύρων», «σπόντες», «συνωμοσία και προδοσία» είναι από τις πιο συνηθισμένες που χρησιμοποιεί το άτομο με διωκτικό παραλήρημα (Στεφανής, 1987).

2. Παραλήρημα μεγαλείου

Ο ασθενής έχει την ιδέα ότι είναι προικισμένος με κάποια μοναδική ιδιότητα ή ότι ενσαρκώνει κάποια ιστορική προσωπικότητα. Οι ιδέες μεγαλείου είναι συνήθως εξοργιστικά παράλογες και εξωπραγματικές (π.χ. είμαι ο Ναπολέων) (Χαρτοκόλλης, 1986).

Στο παραλήρημα αυτό αυξάνεται ο ναρκισσισμός στο άτομο και δεν αποκλείεται να φτάσει στη μανία και στην έκσταση (Dr. Lewis L. Robbins , 1966).

3. Το υποχονδριακό παραλήρημα

Είναι από τα πιο συχνά και από τα πιο πρώιμα στη σχιζοφρένεια. Ο άρρωστος κατέχεται από επίμονες ιδέες ότι πάσχει σωματικά, έχει την ιδέα ότι συμβαίνει κάτι καταστροφικό ή ανεξήγητο στο σώμα του (Στεφανής , 1987).

4. Προφητικό ή παραλήρημα καταστροφής

Εκφράζονται ιδέες αποκαλύψεως του μυστηρίου του σύμπαντος, επικειμένων κοσμογονικών μεταβολών, ερχομός της δευτέρας παρουσίας κ.λ.π. Στον τύπο αυτών των ιδεών δίνεται μεγάλη διαγνωστική αξία (Στεφανής , 1987).

5. Παραλήρημα ελέγχου

Έχει την ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι, συχνά μέσα από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα του, τη σκέψη του ή τις ενέργειές του. Όπως προαναφέραμε, εκτός από το περιεχόμενο της σκέψης στη σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίζεται διαταραχές και η μορφή της. Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει μερικές φορές την ασυναρτησία ή τη γλωσσική σαλάτα (Μάνος, 1988).

Στη χάλαση των συνειρμών, οι ιδέες διαδέχονται η μια την άλλη χωρίς φανερή λογική σχέση ή με μια σύνδεση εντελώς συμπτωματική χωρίς αυτός που μιλάει ή γράφει να έχει συναίσθηση της ασυναρτησίας του. Άλλες φορές η σκέψη όπως εκφράζεται, φαίνεται λογική, αλλά στο τέλος ο ακροατής μένει με το συναίσθημα ότι δεν ειπώθηκε τίποτα το συγκεκριμένο (Χαρτοκόλλης, 1986).

Όπως συγκεκριμένα αναφέρει και ο Cameron όποιος ξεκινά να δουλέψει ή ακόμα και να μιλήσει με ένα σχιζοφρενικό άτομο αργά ή γρήγορα βρίσκει τον εαυτό του μπλεγμένο σε μια μάταιη κατάσταση. Αν και οι δύο φαίνονται να μιλάνε για το ίδιο θέμα επανελλειμένα χάνουν ο ένας τον άλλον...ο

σχιζοφρενής φαίνεται να καταφέρνει να φθάνει σε ερμηνείες που οι άλλοι δεν μπορούν να μοιραστούν μαζί του, γιατί προσπαθούν με λογικές μεθόδους να τον ακολουθήσουν (Ping-Nie Pao, M.D. 1979).

Άλλες διαταραχές της σκέψης που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια είναι η πτωχεία του λόγου, η συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, οι νεολεξίες, οι ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή, η ηχολαλία κ.α. (Μάνος ,1988).

Αντίληψη

Οι βασικές διαταραχές της αντιλήψεως που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια είναι οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις.

Παραισθήσεις

Οι παραισθήσεις παρατηρούνται κυρίως στους παρανοϊκούς αρρώστους και εκφράζουν την τάση για παρερμηνεία του περιβάλλοντος. Ιδιαίτερα συχνές είναι οι ακουστικές με λεκτικό περιεχόμενο (Στεφανής ,1987).

Ψευδαίσθησεις

Οι ψευδαισθήσεις αποτελούν ένα από τα πιο εντυπωσιακά συμπτώματα. Η ψευδαίσθηση δημιουργείται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα. Πρόκειται για μια πιο ολοκληρωμένη ακραία μορφή παραληρήματος. Όταν η παραληρητική φαντασίωση γίνεται ιδιαίτερα έντονη, χάνει τη διανοητική της μορφή και μετατρέπεται σε εμπειρία, παίρνοντας μια ή περισσότερες από τις αισθητήριες διαστάσεις - ακουστική, οπτική, απτική, οσφρητική ή κιναισθητική (Χαρτοκόλλης, 1986).

Ακουστική ψευδαίσθηση

Ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, χαρακτηριστικές όμως θεωρούνται οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους (διάλογος) ή του δίνουν εντολές. Αυτές είναι επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους.

Οπωσδήποτε, καθώς ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορούν σπάνια να εμφανισθούν και σε φυσιολογικά άτομα, θα πρέπει οι φωνές που αναφέραμε να είναι παρούσες για μέρες ή εβδομάδες είτε συνέχεια είτε κατά διαστήματα (Μάνος, 1988).

Οπτικές

Οι οπτικές ψευδαισθήσεις αντιπροσωπεύουν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του αρρώστου γι' αυτό και προκαλούν μεγαλύτερο φόβο από τις ακουστικές. Πιο συχνές από τις γνήσιες οπτικές ψευδαισθήσεις είναι οι ψευδοψευδαισθήσεις που τις βιώνει ο άρρωστος σαν οράματα.

Ο κατακλυσμός του ατόμου από συνδυασμένες οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις συνθέτει την ονομαζόμενη «φανταστική ψευδαισθητική εμπειρία». Ο άρρωστος βιώνει ζωντανές εικόνες βιβλικών καταστροφών ή άλλες παρόμοιες σκηνές μαζικού πανικού και καταστροφής (Στεφανής 1987).

Απτικές και κιναισθητικές

Άλλοτε έχουν το χαρακτήρα του παράλογου και του έκδηλα ψυχοπαθολογικού (φίδια που βρίσκονται στο έντερο, ηλεκτρικά ρεύματα, που διαπερνάνε τα γεννητικά όργανα κ.ο.κ.) και άλλοτε παίρνουν τον τύπο των

συνηθισμένων υποχονδριακών αιτιάσεων (Στεφανής, 1987).

Οσφρητικές

Συνδυάζονται ως επι το πλείστον με παραληρητικές ιδέες όταν υπάρχουν ως μεμονωμένα συμπτώματα. Είναι ενδεικτικές οργανικής βλάβης (επιληψία κ.τ.λ.) (Στεφανής, 1987).

Γευστικές

Οι αναφερόμενες μεταβολές στη γεύση έχουν παραληρητική μάλλον παρά ψευδαισθητική προέλευση (Στεφανής, 1987).

Μια γενική υπερευαισθησία στον ήχο, το φως και τις οσμές είναι συχνές στη σχιζοφρένεια.

Βούληση

Γενικά το σχιζοφρενή τον χαρακτηρίζει μια πτώση της βουλητικής του ικανότητας. Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται με περιορισμό της πρωτοβουλίας, με τη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, με την αναβλητικότητα, με ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη, με την κόπωση σε παρατεταμένη προσπάθεια και με την « ανεργία» (δε κάνουν τίποτα).

Οι άρρωστοι στην αρχή της αρρώστειας ή στις φάσεις βελτιώσεως έχουν επίγνωση της βουλητικής διαταραχής και ενοχλούνται απ' αυτή.

Παραπονιούνται πως δε μπορούν να «προωθήσουν» τον εαυτό τους σε μια σκόπιμη, συνεπή και δημιουργική δραστηριότητα. Τελικά ο άρρωστος παύει να δείχνει οποιαδήποτε ανησυχία για την απραγμοσύνη του. Μέσα στα πλαίσια της υποβουλησίας εντάσσεται και η κλινοφιλία που συνδυάζεται όμως με την ανάπτυξη της αυτιστικής σκέψης και συμπεριφοράς (Στεφανής, 1987).

Διαταραχή της βούλησης αποτελεί και η αμφιβουλησία που παρατηρείται συχνά στη σχιζοφρένεια και που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης (Μάνος, 1988).

Συναίσθημα

Οι διαταραχές του συναισθήματος και των συγκινήσεων είναι βασικές στη σχιζοφρένεια. Συχνά στη σχιζοφρένεια παρατηρούμε αμβλύ ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή του συναισθήματος εκτός από τις περιπτώσεις που είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό (πρόσωπο ακίνητο σαν μάσκα, ανόητο γέλιο) δεν είναι από τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά στοιχεία, καθώς είναι και δύσκολο να προσδιοριστεί ακριβώς (Στεφανής, 1987).

Στη σχιζοφρένεια, η σχέση συναισθήματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, καθώς η μορφή του παραμένει ανέκφραστη ή καθρεφτίζει κάτι το ουδέτερο, το αινιγματικό, το απροσπέλαστο. Ο ίδιος συχνά παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται, ότι δεν του κάνει εντύπωση, ότι δεν αισθάνεται ούτε χαρά ούτε λύπη. Αλλές φορές φαίνεται σαν να αισθάνεται το αντίθετο από εκείνο που λέει, όπως π.χ. όταν παραπονιέται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις τον καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάει χαρούμενα, ξένοιαστα. Αλλες φορές από ήρεμος που είναι, ξαφνικά, χωρίς φανερή αιτία, γίνεται ανήσυχος, φωνάζοντας οργισμένα ή τρομαγμένα (Χαρτοκόλλης, 1986).

Επίσης τα αντιψυχωτικά φάρμακα συχνά προκαλούν επιπέδωση του συναισθήματος που μπερδεύει ακόμη περισσότερο τη διαγνωστική αξιολόγηση. Ιδιαίτερα, στον παρανοϊκό τύπο της σχιζοφρένειας είναι συχνή η ύπαρξη του φυσιολογικού συναισθήματος (Μάνος, 1988).

Επιπλέον σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί μια διαταραχή του συναισθήματος ταυτότητας, της ικανότητας να διακρίνει τον εαυτό του από

τους άλλους σα μια οντότητα δική του, με κάποια προσωπική ιστορία με κάποια ιδιαίτερη κατεύθυνση στη ζωή του. Καθώς το συναίσθημα ταυτότητας αδυνατίζει, ο άρρωστος αρχίζει να νιώθει σα να χάνει τον εαυτό του, σαν τα όρια του εαυτού του να θρυμματίζονται, σαν το ίδιο το σώμα του να διαμελίζεται, να αποσυντίθεται (Χαρτ. 1986).

Ψυχοκινητικότητα

Στις διαταραχές αυτές εντάσσουμε κυρίως τις διαταραχές της βουλήσεως όπως εκφράζονται στην έκδηλη συμπεριφορά. Παρουσιάζονται σε βαριά χρόνιους ασθενείς ή σε έντονα οξείες κρίσεις. Εκτός από την έντονη διέγερση που μπορεί να χαρακτηρίσει τον ασθενή που βρίσκεται σε οξεία φάση, η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας μπορεί να εμφανισθεί σαν αντίσταση σε εντολές, σαν κατατονική διέγερση ή σαν ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων. Επίσης μπορεί να εμφανίζονται παράξενοι μαννερισμοί, ηχοπραξία ή κηρώδεις ευκαμψία (κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση ότι αυτά λυγίζουν σαν να είναι από κερί) (Μάνος, 1988).

Σύννοδα Συμπτώματα

Αυτισμός

Ο όρος αποδίδει την παθολογική εκείνη κατάσταση που το άτομο αποσύρεται από την πραγματικότητα και αναδιπλώνεται στον εαυτό του. Ο αυτιστικός άρρωστος ζει σε ένα δικό του φανταστικό κόσμο όπου κυριαρχεί η αυτιστική (εξωπραγματική) σκέψη. Αποτραβιέται από τους ανθρώπους, κλείνεται, ασχολείται με τον εαυτό του, τα σωματικά του ενοχλήματα, ή με τις ιδέες και τις θεωρίες του. Ζει δηλαδή στον κόσμο του αλλά εξακολουθεί στον κόσμο των άλλων να αναζητάει τα βασικά μέσα (π.χ. τροφή) για την επιβίωση του (Στεφανής, 1987).

Η ανηδονία

Η ανηδονία αποτελεί μια διαταραχή στο ενστικτοσυναισθηματικό επίπεδο που εκδηλώνεται με την αδυναμία του ασθενή να αντλεί ηδονή από οποιαδήποτε πηγή της αντικειμενικής πραγματικότητας. Συνεχώς νιώθει ότι η ζωή του τον προδίδει και τείνει να αναζητήσει χαρά σε πηγές όχι πολύ συνηθισμένες π.χ. ναρκισσισμός (Στεφανής, 1987).

Η αντικοινωνικότητα

Ο σχιζοφρενικός άρρωστος στη διάρκεια της νόσου, αλλά και πριν από την επίσημη έναρξη της, αποφεύγει την κοινωνική συναλλαγή. Συνέπεια αυτής της διαταραχής είναι η προσπάθεια για υποκατάσταση της συναλλακτικής δραστηριότητας με την τάση για κυριαρχία πάνω στον άλλον ή με την απομόνωση και τον αυτισμό. Οι συναισθηματικές σχέσεις γίνονται ρηχές και περιορίζεται η δυνατότητα για προβλητική ταυτοποίηση του συναισθήματος (να καταλαβαίνει τον άλλον, να μπαίνει στο πετσί του) (Στεφανής, 1987).

Σωματικά συμπτώματα

Οι σχιζοφρενικοί άρρωστοι παρουσιάζουν ποικίλα σωματικά συμπτώματα που όμως κανένα από αυτά δεν έχει παθογνωμική αξία. Συνδέονται με τον τύπο, τη διάρκεια, την ένταση κ.λ.π. των διαταραχών των ψυχικών λειτουργιών. Παρατηρούνται μερικές φορές ίλιγγοι, σωματική αδυναμία, λιποθυμικές τάσεις και όχι σπάνια συμπτώματα σωματικής μετατροπής (υστερικά). Στη φάση της υφέσεως υπάρχει μια τάση για παχυσαρκία που είναι ανεξάρτητη από τη χρησιμοποίηση των σύγχρονων φαρμάκων. Συχνές είναι οι αγγειοκινητικές

διαταραχές, τα οιδήματα στα κάτω άκρα (κυρίως στους κατατονικούς που στέκονται ώρες όρθιοι και ακίνητοι) και μια τάση σε πολλούς να αναστρέφουν το βιολογικό τους ρολόι (κοιμούνται τη μέρα και ξαγρυπνούν το βράδυ) (Στεφανής 1987).

Αιτιολογικοί Παράγοντες

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος για την οποία ανέκαθεν υπήρχαν και εξακολουθούν να υπάρχουν διαφωνίες ως προς τα αίτια που την προκαλούν. Έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες σωματικές, κοινωνιολογικές, ψυχολογικές κ.λ.π. αλλά καμία δεν προσδιορίζει ολοκληρωτικά την αιτιολογία της.

Η δυσκολία λοιπόν δε βρίσκεται στη σύσταση θεωριών αλλά στο να διακρίνουμε ποιες είναι αυτές που αρμόζουν περισσότερο σε κάθε περίπτωση και ποια είναι η μεταξύ τους σχέση (Mitchell Alexander ,1979).

Σήμερα οι διαφωνίες των ειδικών προσανατολίζονται κυρίως στον καθορισμό του ποσοστού κατά το οποίο συμμετέχει κάθε αιτιολογικός παράγοντας.

Παρακάτω θα προσπαθήσουμε συνοπτικά να παρουσιάσουμε τις κυριότερες θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας με τις διάφορες υποομάδες τους.

Σωματικά Αίτια

Γενετική θεωρία

Το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ορισμένες οικογένειες δημιούργησε από πολύ παλιά την υπόθεση της

κληρονομικής της καταβολής (Στεφανής ,1987).

Σύμφωνα με τον Mitchell, υπάρχει ένα γονίδιο ή μια ομάδα γονιδίων που προκαλούν τη σχιζοφρένεια. Το γονίδιο είναι ένα συστατικό των χρωμοσωμάτων που μεταβιβάζεται κληρονομικά και όχι μόνο καθοδηγεί και ελέγχει την ανάπτυξη των διάφορων τμημάτων ενός οργανισμού, αλλά είναι επίσης υπεύθυνο για διάφορες αρρώστιες. Η διατύπωση της θεωρίας αυτής βασίζεται στην αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας στους συγγενείς ενός σχιζοφρενή και σε διάφορες μελέτες που έχουν γίνει πάνω σε δίδυμα. Αυτό που κληρονομικά μεταβιβάζεται είναι η προδιάθεση και μόνο για σχιζοφρένεια η οποία όμως οφείλεται σε άλλους παράγοντες (Mitchell Alexander, 1979).

Επίσης οι έρευνες του Rosenthal το 1971 πάνω στη γενετική θεωρία σε αρχαία νοσοκομείων κατάληξε πως στο γενικό πληθυσμό και σε θετά παιδιά ο κίνδυνος νοσηρότητας από τη σχιζοφρένεια είναι από 0.3 - 2.8 %, σε σχιζοφρενικούς γονείς που μελετήθηκαν είναι από 0.2 εως 12%, σε αδέρφια 3 εως 14% και για παιδιά με ένα σχιζοφρενικό γονέα είναι 8 εως 18%. Εάν και οι δυο γονείς είναι σχιζοφρενείς το ρίσκο για τα παιδιά είναι μεταξύ 15 και

55%. Για Β βαθμού συγγενείς ο κατά μέσο όρος νοσηρότητας είναι 2.5%

(Karold J Kaplam MD, 1990.)

Τέλος υπάρχει και η άποψη ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μια συγκεκριμένη αρρώστεια, αλλά διάφορες αρρώστειες ή τύποι αρρώστειας που οφείλονται σε διαφορετικά γονίδια (Χαρτοκόλλης, 1986).

Εγκεφαλική θεωρία

Μια βλάβη στον εγκέφαλο πιθανόν να προκαλέσει επιληψία και περιστασιακά μπορούν να παρουσιαστούν σχιζοφρενικές καταστάσεις σε αρρώστους που παρουσιάζουν ήδη μια προδιάθεση. Οι επιστήμονες ελπίζανε ότι με τη μελέτη των ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων των σχιζοφρενών θα αποκάλυπταν κάποιες διατραχές. Δυστυχώς όμως ποτέ δεν κατορθώθηκε να βρεθεί μια συγκεκριμένη ανωμαλία που να έχει σχέση με τη σχιζοφρένεια.

Βιοχημικοί παράγοντες

Ολες σχεδόν οι παλαιότερες βιοχημικές έρευνες στη σχιζοφρένεια είχαν βασική αφετηρία τους την υπόθεση ότι υπάρχει μια ουσία στον οργανισμό που

συνδέεται αιτιολογικά ή παθογενετικά με τη νόσο (Στεφανής 1987).

Γνωστό παράδειγμα νευροχημικών θεωριών αποτελεί η υπόθεση της ντοπαμίνης, - ενός νευροδιαβιβάστη - για την οποία δημιουργήθηκε η υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται ή τουλάχιστον να σχετίζεται με υπερβολικά επίπεδα δραστηριότητας της στον οργανισμό. Ομως η υπόθεση της ντοπαμίνης δεν έχει αποδειχθεί ακόμα γιατί αντιμετωπίστηκαν αρκετά προβλήματα π.χ. δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα της ντοπαμίνης στους εγκεφάλους των σχιζοφρενών (Μάνος ,1988).

Θεωρία μεταβολισμού

Ο εγκέφαλος είναι ευαίσθητος σε αλλαγές του μεταβολισμού, δηλαδή στις αλλαγές των χημικών συστατικών του αίματος. Μια σπάνια μορφή σχιζοφρένειας γνωστή σαν κατατονία του Gjessing έχει αποδειχθεί ότι οφείλεται σε υπερλειτουργία του θηρεοειδή. Επίσης παρατηρείται μια αύξηση των σχιζοφρενικών περιπτώσεων στις περιόδους αμέσως μετά από ένα τοκετό και κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης (Mitchell Alexander 1979).

Ψυχολογικά Αίτια

Ψυχολογία του ΕΓΩ

Είναι η ψυχολογία που αναφέρεται στον εαυτό μας: αυτή η μοναδική εμπειρία του εαυτού μας σαν πρόσωπο διαφορετικό από τα άλλα και η εμπειρία της γνώσης ότι αποτελούμε μια ζωντανή ύπαρξη διαφορετική από τα άψυχα αντικείμενα που μας περιτριγυρίζουν.

Στη σχιζοφρένεια τα όρια του ΕΓΩ συγχέονται και καταστρέφονται έτσι ώστε ο άρρωστος χάνει την έννοια του εαυτού του και αισθάνεται ότι διαχέεται στο περιβάλλον του. Δεν έχει πια την αίσθηση του τι είναι ο εαυτός του και τι δεν είναι. Χάνει την ικανότητα της δημιουργίας μορφών και τις συγχέει με αυτά που βρίσκονται πίσω του και εμπρός του. Έτσι οι άρρωστοι τρομοκρατούνται με την αίσθηση ότι διαχέονται στους γύρω τους φοβούμενοι ότι θα τους καταπιεί το περιβάλλον. Πολλές φορές αναφέρουν ότι αισθάνονται ότι είναι κάποιος άλλος, ενώ ταυτόχρονα διατηρούν και τη δική τους προσωπικότητα (Mitsell Alexander ,1979).

Υπάρχει η άποψη ότι η σχιζοφρένεια έχει τις πρωταρχικές της καταβολές σε άλυτη ενδοψυχική διαμάχη στα πρώιμα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Για την ομαλή ανάπτυξη της προσωπικότητας προϋποτίθεται ότι το ΕΓΩ είναι σε θέση να εξισορροπήσει επιτυχώς τις ενορμήσεις (σεξουαλικές, επιθετικές) του Εκείνου με τις απαγορεύσεις του Υπερεγώ και τις ανάγκες του ιδανικού του ΕΓΩ, λαμβάνοντας υπόψη του τις επιταγές της εξωτερικής πραγματικότητας. Στο σχιζοφρενή, σύμφωνα με αυτές τις απόψεις το ΕΓΩ βρίσκεται σε αδυναμία να ασκήσει αποτελεσματικά το συμβιβαστικό και συντονιστικό του ρόλο ανάμεσα στις αλληλοσυγκρουόμενες εσωψυχικές τάσεις και στις απαιτήσεις της πραγματικότητας. Έτσι προκύπτουν η αποδιοργάνωση του ΕΓΩ κι η παθολογική χρήση μη προσαρμοστικών αμυντικών μηχανισμών του ΕΓΩ που σχετίζονται με τη βαθμιαία εγγκατάσταση της σχιζοφρενικής ψυχοπαθολογίας.

Θεωρία του διπλού δεσμού ή διπλοσύνδεση

Ο G. Bateson εξέτασε τις σχέσεις ανάμεσα στα σχιζοφρενικά παιδιά και τους γονείς τους και απέδειξε ότι αυτές οι οικογένειες δημιουργούσαν για τα παιδιά τους την κατάσταση αυτή που λέμε «διπλά δεσμά». Με αυτό εννοούμε

ότι οι γονείς έβαζαν συνεχώς στα παιδιά τους περιορισμούς με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά π.χ τους έδιναν την εντολή «κάνε αυτό»,μετά μια αντίθετη απαγόρευση «μην το κάνεις» και τέλος μια απαίτηση να μην ξεφύγει το παιδί από αυτούς τους περιορισμούς αλλά να αντιδράσει με κάποιο τρόπο.Ο Bateson λέει ότι αυτού του είδους οι περιορισμοί δεν είναι αποκλειστικότητα των οικογενειών με σχιζοφρενείς αλλά είναι κάτι το πολύ συνηθισμένο σ' αυτές.Έτσι κατά κάποιο τρόπο μπορούμε να πούμε ότι οι ίδιοι οι γονείς τρελλαίνουν τα παιδιά τους (Mitchell Alexander ,1979).

Για το θύμα της διπλοσύνδεσης είναι προτιμότερο σε μια δύσκολη κατάσταση να προσποιείται κάποιον άλλον και να ισχυρίζεται ότι βρίσκεται κάπου αλλού.Η διπλοσύνδεση χάνει τότε την επίδραση της πάνω στο θύμα γιατί δεν είναι πια ο εαυτός του,και πέρα από αυτό βρίσκεται κάπου αλλού (Bateson, 1978).

Θεωρία της ασυνείδητης ανησυχίας

Στα όνειρα μας οι φόβοι και οι ανησυχίες μας που σε κατάσταση εγρήγορσης είναι καταπιεσμένα ξεπηδούν από το υποσυνείδητο και

εκφράζονται με διάφορους συμβολικούς τρόπους. Έτσι τα όνειρα παίζουν θεραπευτικό ρόλο επιτρέποντας μια κάθαρση από τα καταπιεσμένα αισθήματα. Το συνειδητό δε μπορεί να υποφέρει τις αρχέτυπες ανησυχίες της ύπαρξης και της επιβίωσης και το λογικό διαταράσσεται όταν αυτές οι ανησυχίες ξεφεύγουν και περνούν στο συνειδητό. Πιστεύεται ότι η ψύχωση που δημιουργείται από τη σχιζοφρένεια είναι κατά κάποιο τρόπο ένα διαρκές όνειρο σε κατάσταση εγρήγορσης, μια κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει έλεγχος αυτών των βαθειά θαμμένων αρχέγονων ανησυχιών (Mitchell Alexander, 1979).

Κοινωνικά αίτια

Σύμφωνα με τις κοινωνιολογικές απόψεις η σχιζοφρένεια αποδίδεται στις πιέσεις μιας καταναλωτικής και ανταγωνιστικής χωρίς σταθερές ηθικές αξίες κοινωνίας, στην ανάγκη προσαρμογής στους απρόσωπους όρους ζωής ενός βιομηχανικού, τεχνοκρατικού πολιτισμού, στον αγώνα για μια ατομική κοινωνική υπόσταση που συμβαίνει να είναι ακόμη πιο προβληματική για τις γυναίκες, ιδίως των κατώτερων κοινωνικών τάξεων (Χαρτοκόλλης, 1986).

Η θεωρία του ρόλου

Χρησιμοποιείται για να αναλύσει τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλλά μπορεί να εφαρμοστεί καλά και σε σχέσεις έξω από το σπίτι. Επειδή όλα τα άτομα επιδιώκουν να είναι μέλη μιας ή περισσότερων ομάδων προσπαθούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της ομάδας. Αν ένα άτομο βρεθεί μέσα σε μια ομάδα που χρειάζεται ένα τρελλό για «αποδιοπομπαίο τράγο» και τύχει το άτομο αυτό να δείχνει τρελό ή να υπάρχει μια προΐστορία τρέλας στον ίδιο ή στην οικογένεια του, τότε ο μόνος τρόπος για να γίνει δεκτός από την ομάδα είναι να παίξει το ρόλο του τρελλού. Κατ' αυτήν την έννοια οι κοινωνίες δημιουργούν τους τρελούς τους και οι οικογένειες προετοιμάζουν ορισμένα μέλη τους, για μια σταδιοδρομία στη σχιζοφρένεια (Mitchell Alexander, 1979).

Θεωρία της μητέρας με σχιζοφρενικά παιδιά

Διάφοροι ερευνητές μελέτησαν το χαρακτήρα των μητέρων που έχουν σχιζοφρενικά παιδιά και τις συνέκριναν με άλλες που έχουν φυσιολογικά παιδιά και αμέσως φάνηκε ότι υπήρχε μια ιδιαίτερη μητρική συμπεριφορά. Οι μητέρες με τα σχιζοφρενή παιδιά παρουσίαζαν δυο χαρακτηριστικά: α) ήταν περισσότερο απαιτητικές και καταδικαστικές απέναντι στα παιδιά τους και β) παρουσίαζαν μια μεγάλη ασυνέπεια στη συμπεριφορά τους και τα αισθήματα που έτρεφαν προς τα παιδιά τους. Αντιμετωπίζοντας μια τέτοια μητέρα, το παιδί νιώθει χαμένο και αισθάνεται ένα και μόνο πράγμα ότι της είναι ανεπιθύμητο παρότι πολλές φορές μπορεί να του λέει το αντίθετο (Mitchell Alexander, 1979).

Θεωρία των ενδοοικογενειακών αλληλεπιδράσεων

Με την ανάπτυξη των κοινωνιολογικών μεθόδων ανάλυσης της συμπεριφοράς των ανθρώπων μέσα σε ομάδες, έγινε μια προσπάθεια μελέτης ολόκληρων οικογενειών που είχαν έναν σχιζοφρενή. Το αποτέλεσμα ήταν να αποκαλυφθεί μια ιδιαίτερη συμπεριφορά και αλληλεπίδραση. Έτσι διατυπώθηκαν δυο απόψεις: ή μια λέει ότι αυτή ακριβώς η συμπεριφορά συνετέλεσε στο να γίνει

αυτό το μέλος της οικογένειας σχιζοφρενικό και η άλλη, ότι οι ιδιαίτερες αυτές σχέσεις δημιουργήθηκαν σαν αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας που ήδη καποιο από τα μέλη της οικογένειας είχε. Έχει διαπιστωθεί ότι σε οικογένειες με σχιζοφρενικά μέλη εμφανίζεται δυσκολία στην επικοινωνία, με μεγάλη συχνότητα. Υπάρχουν οικογένειες που φαίνεται ότι υπάρχουν σωστά τοποθετημένες σχέσεις (μια αμοιβαιότητα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας). Αλλά μπορεί αυτή η κατάσταση να είναι φαινομενική και οι σχέσεις που υπάρχουν είναι απλώς και μόνο το κάλυμμα που κρύβει το γεγονός ότι δεν υπάρχει ψυχική επαφή. Ανάμεσα στα μέλη υπάρχει μια συνομοτική σιωπή που αρνείται αυτή την απάτη. Πιστεύεται ότι αυτή η κατάσταση οδηγεί στην τρέλα. Σε άλλες οικογένειες αυτό που φταίει δεν είναι τόσο το είδος σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας όσο ο εκφυλισμός του ρόλου που έχει ο κάθε ένας μέσα στην οικογένεια. Είναι καθιερωμένο οι γονείς να προσέχουν τα παιδιά τους και όσον αφορά τις σεξουαλικές σχέσεις να μην αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Σε μερικές οικογένειες σχιζοφρενών αυτοί οι κανόνες δεν ισχύουν. Ανάμεσα στους γονείς

δημιουργείται ένα χάσμα και τότε αρχίζουν να δημιουργούνται έντονες σχέσεις ανάμεσα σε δυο μέλη της οικογένειας που στρέφονται εναντίον τρίτου. Πιστεύεται ότι αυτή η σύγχυση, που δημιουργείται από τη στρέβλωση και την αντιστροφή των ρόλων μέσα στην οικογένεια, είναι η βάση πάνω στην οποία δημιουργείται και αναπτύσσεται μια ψύχωση. Επομένως βγαίνει το συμπέρασμα ότι ίσως αυτή η αστάθεια των σχέσεων, η σύγχυση των ρόλων του κάθε ατόμου μειώνουν την ικανότητα αντίληψης της πραγματικότητας και της ύπαρξης του σε σχέση με το σπίτι του και γενικότερα το περιβάλλον του (Mitchell Alexander ,1979).

Θεωρία του κοινωνικού αποκλεισμού

Οι ερευνητές έχουν δείξει ότι τους σχιζοφρενείς τους συναντούμε πιο συχνά στα χαμηλότερα στρώματα ενώ τις οικογένειες από τις οποίες προέρχονται με την ίδια συχνότητα σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Αυτό το γεγονός είναι μια ακόμα επιβεβαίωση ότι η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται στην οικογενειακή κατάσταση του άρρωστου, αλλά αντίθετα ακριβώς αυτή είναι η αιτία του κοινωνικού ξεπεσμού του σχιζοφρενή. Επίσης υπάρχουν κάποιες

παρατηρήσεις ότι οι σχιζοφρενείς βρίσκονται πολύ συχνότερα από ότι αναμένεται σε μοναχικούς τόπους π.χ. βόρεια Σκανδιναβία και σε επαγγέλματα που προσφέρουν απομόνωση π.χ. Εμπορικό Ναυτικό. Επειδή οι σχιζοφρενείς δε βρίσκουν εύκολο το να επικοινωνήσουν με τους υπόλοιπους ανθρώπους, κατευθύνονται σε περιοχές όπου υπάρχει μια σχετική κοινωνική απομόνωση και όπου ασχολούνται μόνο με άψυχα αντικείμενα με τα οποία αισθάνονται πιο άνετα παρά με τους ανθρώπους (Mitchell Alexander 1979).

Διάγνωση

Για δεκαετίες ερευνητές σ' όλο τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα γιατί η ακριβής διάγνωση της είναι σημαντική για την πρόγνωση και τη θεραπεία του αρρώστου.

Η πιο πρόσφατη και η πιο ολοκληρωμένη προσπάθεια είναι αυτή του DSM - III και DSM - III - R που περιλαμβάνει τα εξής διαγνωστικά κριτήρια :

A. Παρουσία χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση: είτε το (1), είτε το (2) είτε το (3) τουλάχιστον για μια εβδομάδα (εκτός αν τα συμπτώματα θεραπευθούν με επιτυχία):

(1) Δύο από τα παρακάτω:

(α) Παραληρητικές ιδέες

(β) Προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις (σε όλη τη διάρκεια της μέρας για αρκετές μέρες ή αρκετές φορές την εβδομάδα για αρκετές εβδομάδες και κάθε ψευδαισθητική εμπειρία δεν περιορίζεται σε λίγα σύντομα λεπτά)

(γ) Ασυναρτησία ή εξεσημασμένη χάλαση των συνειρμών

(δ) Κατατονική συμπεριφορά

(ε) Επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναίσθημα

(2) Αλλόκοτες παραληρητικές (δηλ. που περιλαμβάνουν ένα φαινόμενο το οποίο η πολιτισμική ομάδα του ατόμου θα το θεωρούσε εντελώς απίθανο)

(3) Προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις μιας φωνής με περιεχόμενο που δεν έχει προφανώς σχέση με κατάθλιψη ή έξαρση ή μιας φωνής που σχολιάζει συνεχώς τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή δύο ή περισσότερων φωνών που συνομιλούν μεταξύ τους.

Β. Στη διάρκεια της πορείας της διαταραχής, η λειτουργικότητα σε περιοχές όπως η εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις και η αυτοφροντίδα είναι

εξεσημασμένα κάτω από το υψηλότερο επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την

έναρξη της διαταραχής (ή όταν η έναρξη είναι στην παιδική ηλικία ή στην

εφηβεία, αδυναμία του ατόμου να επιτύχει το αναμενόμενο επίπεδο κοινωνικής ανάπτυξης).

Γ. Έχουν αποκλειστεί η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Διαταραχή της

Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία, δηλ. αν ένα Μείζον Καταθλιπτικό ή Μανιακό

Σύνδρομο ήταν ποτέ παρόν στη διάρκεια μιας ενεργού φάσης της

διαταραχής, η συνολική διάρκεια όλων των επεισοδίων ενός συνδρόμου

διαταραχής της διάθεσης ήταν βραχεία σε σχέση με τη συνολική διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών φάσεων της διαταραχής.

Δ. Συνεχή σημεία της διαταραχής τουλάχιστον για έξι μήνες. Η περίοδος των έξι μηνών πρέπει να περιλαμβάνει ενεργό φάση (τουλάχιστον μιας βδομάδας ή λιγότερο αν τα συμπτώματα θεραπεύθηκαν με επιτυχία) στη διάρκεια της οποίας υπήρχαν ψυχωτικά συμπτώματα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας (συμπτώματα του Α), με ή χωρίς πρόδρομη ή υπολειμματική φάση.

Ε. Δε μπορεί να αποδειχθεί ότι ένας οργανικός παράγοντας άρχισε ή συντήρησε τη διαταραχή.

ΣΤ. Εάν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις (Μάνος, 1988).

Διαφοροδιάγνωση

Η ακριβής διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία κυρίως για ψυχιατροδικαστικά προβλήματα γιατί λόγω της κακής πρόγνωσης της εύκολα συγχέεται με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές. Επιπλέον η διαφοροδιάγνωση προετοιμάζει τον ασθενή, την οικογένεια, και τον κλινικό για την αποτελεσματική άμεση, βραχύχρονη και μακρόχρονη θεραπεία.

Η διάκριση γίνεται από:

1) Τις ψυχανωμαλίες

Κοινές εκδηλώσεις είναι η αντικοινωνική συμπεριφορά, οι σεξουαλικές διαστροφές και το παγερό συναίσθημα.

2) Τη σχιζοειδή προσωπικότητα

Έχει πολλά κοινά με την απλή σχιζοφρένεια αλλά διαχωρίζεται από το γεγονός, ότι ενώ η απλή μορφή έχει σαφή εξελικτική πορεία αυτή είναι μια πάγια σχεδόν κατάσταση.

3) Την ηβηφρένεια

Το πρόβλημα προκύπτει όταν τα παραγωγικά συμπτώματα της ηβηφρένειας δεν είναι έκδηλα από την αρχή ή όταν και η αρρώστεια μετά από μακρύα πορεία κατα σταλάζει σε μη παραγωγική φάση ανάλογη με την εικόνα της απλής (Στεφανής 1987).

Επίσης υπάρχουν και άλλες διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από τη σχιζοφρένεια. Οι κυριότερες είναι:

- Διαταραχές της διάθεσης (μανία κατάθλιψη)
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Παραληρητική (παρανοειδής) διαταραχή
- Οργανικές ψυχικές διαταραχές
- Διαταραχές προσωπικότητας, συγκεκριμένα η Σχιζότυπη μετεχμιακή,
- Σχιζοειδή και Παρανοειδή διαταραχή
- Βραχεία αντιδραστική ψύχωση
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Υποχονδρίαση και πιο
- σπάνια Φοβική διαταραχή

- Αυτιστική διαταραχή και Διανοητική καθυστέρηση
- Ακατανόητα προσποιητή διαταραχή με ψυχολογικά συμπτώματα (Μάνος 1988).

Κλινικοί Τύποι

Στη Σχιζοφρένεια παρατηρούνται διάφοροι κλινικοί τύποι στους οποίους θα αναφερθούμε παρακάτω με βάση το DSM-III και DSM- III-R και σημειώνουμε ότι αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πιο πρόσφατης εκτίμησης του ασθενή.

Κατατονικός Τύπος

Σήμερα, παρουσιάζεται λιγότερο συχνά και είναι πιο σπάνιος στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της σκέψης, του αισθήματος και της συμπεριφοράς (Mitchell Alexander, 1979).

Η κατατονική σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε δύο διαφορετικούς τύπους. Ο ένας τύπος χαρακτηρίζεται από κατατονική εμβροντησία (stupor) ή βωβότητα και αναστολή ενώ ο άλλος από έντονη διέγερση. Και οι δυο τύποι εμφανίζουν διαταραχές της ψυχοκινητικότητας (κατατονικός αρνητισμός, κατατονική δυσκαμψία, μαννερισμοί, κηρώδεις ευκαμψία, παθολογικές επαναλήψεις κινήσεων των άλλων). Επίσης χρειάζονται προσεκτική επιτήρηση.

Στο διεγερμένο τύπο της κατατονίας οι ασθενείς παρουσιάζουν ακραίες ψυχοκινητικές διαταραχές. Συνεχώς φωνάζουνε, μιλάνε και ο λόγος τους

χαρακτηρίζεται από γλωσσική ασυναρτησία. Η συμπεριφορά του κατατονικού σχεδόν αποκλειστικά καθοδηγείται από εσωτερικές προηγούμενες εμπειρίες. Για τέτοιους ασθενείς χρειάζεται παρακολούθηση για να μη βλάψει τον εαυτό του ή άλλους και ειδική φροντίδα για να μην καταρεύσει από εξάντληση ή υπερκόπωση ή λόγω μη λήψης τροφής και αυτοτραυματισμού.

Ο STAUDER (1934) εισήγαγε τον όρο «pernicious catatonia» (κακοήθη κατατονία) για ένα εξαιρετικά διεγερμένο τύπο κατατονίας που δε μπορούσε να ελεγχθεί από τους τύπους των ηρεμιστικών φαρμάκων που ήταν διαθέσιμα, και ήταν απειλητική για τη ζωή του ατόμου. Οι ασθενείς αυτού του τύπου συχνά πέθαιναν μετά από 1 ή 2 εβδομάδες. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από έντονη εμβροντησία (stupor) και έντονες μεταβολές στις λειτουργίες του συμπαθητικού συστήματος (π.χ. υπερθερμία, αχυκαρδία). Ο κίνδυνος αυξάνεται όταν ο ασθενής σταματήσει να τρώει και να πίνει. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να προστατευτεί από το θάνατο μόνο με ηλεκτροσπασμολυτική θεραπεία (Strauber, 1990).

Αποδιοργανωμένος τύπος

Πρόκειται για τον τύπο της σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομάζονταν ηβηφρενικός.

Η απουσία συστηματικών παραληρητικών ιδεών χαρακτηρίζει την ηβηφρένεια. Παισιθήσεις και ψευδαισθήσεις είναι παρούσες κατά διαστήματα χωρίς όμως οργανωμένο περιεχόμενο (Strauber, 1990).

Μαννερισμοί, υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και παραξενιές στη συμπεριφορά είναι συχνές. Στον αποδιοργανωμένο τύπο συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρῶιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση (Μάνος, 1988).

Τα περιστατικά των ηβηφρενών ανάμεσα στους σχιζοφρενείς φθάνουν το 11% (Strauber, 1990).

Παρανοϊκός τύπος

Αυτός ο τύπος της σχιζοφρένειας βασικά χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία των παραληρητικών ιδεών (συνήθως πρόκειται για παραλήρημα μεγαλείου ή

διωκτικό) (Strauber, 1990).

Ο παρανοικός τύπος παρουσιάζεται κατά μέσο όρο σε άτομα ηλικίας 25 - 40; σχετικά δηλαδή αρχίζει αργότερα από ότι στους άλλους τύπους. Άτομα που μέχρι αυτή την ηλικία ήταν τελείως υγιείς έχουν αποκτήσει κάποιο ρόλο στην κοινωνία κατά συνέπεια το Εγώ τους είναι δυνατότερο από των δύο παραπάνω τύπων καθώς και οι πνευματικές τους ικανότητες, η συναισθηματική τους σταθερότητα ενώ η γενική τους συμπεριφορά δεν επιδεινώνεται όσο στους άλλους τύπους.

Ο τυπικός παρανοικός είναι επιφυλακτικός, καχύποπτος σε συνεχή υπερένταση, εμφανίζει υπερευαισθησία στη διαπροσωπική επαφή, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου ή φόβο ότι θα θεωρηθεί ομοφυλόφιλος ή ότι θα τον προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι. Επίσης συχνά μπορεί να είναι εχθρικός και επιθετικός.

Η παρανοική σχιζοφρένεια είναι η υποομάδα της σχιζοφρένειας που παρουσιάζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα 40% (E. Straube, 1990).

Υπολειμματικός τύπος

Σ' αυτόν τον τύπο της σχιζοφρένειας υπάρχει ιστορικό ενός τουλάχιστον προηγούμενου επεισοδίου, υπάρχουν όμως συνεχιζόμενες ενδείξεις ύπαρξης της νόσου, όπως π.χ. αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη ή χάλαση του ειρμού (Ντόνιας - Μάνος, 1980).

Αδιαφοροποίητος τύπος

Στον τύπο αυτό υπάρχουνε προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

Επιδημιολογία

Πριν επιχειρήσουμε να δώσουμε μερικά στοιχεία για τη σχιζοφρένεια χρειάζεται να τονίσουμε ότι όλες οι σχετικές έρευνες για την επιδημιολογία της σχιζοφρένειας πάσχουν από μια βασική αδυναμία. Στηρίζονται σε διαγνωστικά κριτήρια που δεν είναι απόλυτα καθορισμένα, δεν έχουν καθολική ισχύ και δεν υπόκεινται σε αντικειμενικό έλεγχο. Η αδυναμία αυτή α) μας επιβάλλει την ανάγκη να δεχόμαστε προκαταβολικά την πιθανότητα του λάθους και β) μας επιτρέπει έως ένα βαθμό να εξηγήσουμε γιατί μελέτες με φαινομενικά κοινή μεθοδολογία καταλήγουν σε διαφορετικά επιδημιολογικά συμπεράσματα (Στεφανής, 1987).

Συστηματικές και σχετικά μεθοδολογικά άρτιες μελέτες είναι μέχρι τώρα γνωστές μόνο από δυτικοευρωπαϊκού τύπου πολιτιστικές περιοχές. Με βάση αυτές τις μελέτες όπου συγκρίνουν τον πληθυσμό μιας ορισμένης περιοχής σε σχέση με τον αριθμό των νοσηλευόμενων σχιζοφρενών προκύπτουν τα ακόλουθα δεδομένα:

α)Στους δέκα χιλιάδες κατοίκους και για διάστημα ενός χρόνου πέντε μέχρι εικοσιπέντε άτομα προσβάλλονται από σχιζοφρένεια. β)υπολογίζεται ότι 15 -20 νεογέννητα στα χίλια θα νοσηλευτούν κάποτε στη ζωή τους για σχιζοφρένεια γ)Στις περισσότερες χώρες και σε κάθε δεδομένη στιγμή,περίπου το 25% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών καταλαμβάνονται από αρρώστους νοσηλευόμενους για σχιζοφρένεια (Στεφανής '87).

Στα παραπάνω αποτελέσματα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα ακόλουθα :

- 1.ένα ποσοστό σχιζοφρενών δε νοσηλεύεται και έτσι είναι δύσκολο να επισημανθεί.Πολλοί από αυτούς βρίσκονται σε φυλακές,σε οίκους ανοχής ή χαρακτηρίζονται ιδιότροποι ή ψυχανώμαλοι.
- 2.ένα ποσοστό διαφεύγει τη στατιστική γιατί παρουσιάζει παροδικά μόνο επεισόδια αντιμετωπιζόμενα με επιτυχία σε βραχύ χρονικό διάστημα με τα υπάρχοντα σήμερα μέσα
- 3.η σχιζοφρένεια εξακολουθεί να αποτελεί κοινωνικό στίγμα και οι προσπάθειες από την οικογένεια για απόκρυψη είναι σε σημαντικό ποσοστό επιτυχείς (Στεφανής 1987).

Η σχιζοφρένεια βρίσκεται παντού, σε κάθε μέρος του κόσμου και σε κάθε πολιτισμό. Ο επιπολασμός της είναι περίπου σταθερός και μελέτες σε διάφορα μέρη του κόσμου τον υπολογίζουν από 0.2 - 1 % (Μάνος 1988).

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει εξίσου και άντρες και γυναίκες και διαγνώσκεται πιο συχνά σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Μάνος, 1988).

Διαπιστώθηκε όμως πως σε ορισμένες περιοχές όπως στην Αγγλία τα συμπτώματα παρουσιάζονται νωρίτερα στον άρρενα πληθυσμό. Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια στην όψιμη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας. Υπάρχει όμως και έναρξη της σχιζοφρένειας σε πιο όψιμα χρόνια, ακόμα και μετά τα 45. Στις γυναίκες φαίνεται η σχιζοφρένεια να αρχίζει αργότερα (Μάνος, 1988).

Πιο αναλυτικά τα 60% των νοσηλευομένων είναι κάτω από την ηλικία των 35 χρόνων και λιγότεροι από 1% υπερβαίνουν την ηλικία των 65%. Σχεδόν το σύνολο των αρρώστων όταν πρωτοεισάγονται σε νοσοκομεία, έχουν ηλικία 15 - 40 ετών (Στεφανής, 1987).

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 65% περίπου όλων των ασθενών που νοσηλεύονται με συμπτώματα σχιζοφρένειας επιστρέφουν στα σπίτια τους όταν τελειώσει η νοσηλεία τους. Απ' αυτούς το 25% θεωρούνται χρόνιοι ασθενείς (Εκλογή, 1993).

Μορφές Θεραπείας

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει τους ειδικούς για εκατοντάδες έτη. Όπως προαναφέραμε, στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη και ολοκληρωμένη αιτιολογία που να δικαιολογεί την ύπαρξη της, κατά συνέπεια δε μπορεί να υπάρχει και μια συγκεκριμένη θεραπεία.

Επομένως η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχασθενή (Μάνος 1988).

Οπότε στις παρακάτω σελίδες θα αναφερθούμε στις κυριότερες θεωρίες που είναι οι σωματικές και οι ψυχοκοινωνικές.

Σωματικές θεωρίες

Αντιψυχωτικά φάρμακα

Τα πρώτα αποτελεσματικά φάρμακα της σχιζοφρένειας έκαναν την εμφάνισή τους στο θεραπευτικό προσκήνιο το 1952. Ήταν οι φαινοθειαζίνες και ειδικότερα η χλωροπρομαζίνη (Στεφανής, 1987).

Στην προκειμένη περίπτωση τα φάρμακα αναμένεται είτε να μετριάσουν την

επίδραση των διαφόρων παραγόντων που οδηγούν στη σχιζοφρένεια είτε απλώς να καταστείλουν τα κλινικά συμπτώματα. Οτιδήποτε εκ των δύο και αν επιτευχθεί ο άρρωστος θα αισθάνεται καλύτερα και πιστεύεται ότι θα είναι πιο συνεπής στη συμπεριφορά του (Mitchell Alexander ,1979) .

Η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους ικανότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν 6 εβδομάδες. Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4 - 12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης που είναι περίπου 20 - 50 % της ποσότητας φαρμάκων που χρειάστηκε στην οξεία κρίση (Μάνος ,1988).

Η δοσολογία και το είδος των φαρμάκων διαφοροποιείται ανάλογα με την περίπτωση και τη σοβαρότητα της. Σήμερα προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε τη μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό. Ακόμα περισσότερο αν είναι δυνατόν, προσπαθούμε ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή

θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μαζί του να τον οδηγήσουμε ουσιαστικά σε αυτορύθμιση, δηλαδή αυτός να κανονίζει πόσα φάρμακα χρειάζεται. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία ενόψει κοινωνικών ή διαπροσωπικών απαιτήσεων όπως σαββατοκύριακο, σεξουαλικές σχέσεις κλπ., όπου προσωρινή ελάττωση ή διακοπή του φαρμάκου μπορεί να συνοδεύεται από βελτιωμένη λειτουργικότητα (Μάνος, 1988).

Τα φάρμακα προκαλούν πολλές φορές παρενέργειες, όπως καταστολή, θάμπωμα της όρασης, ξηρότητα στο στόμα και στους άνδρες προβλήματα στη στύση και την εκσπερμάτωση. Άλλες πάλι φορές μπορεί να προκαλούν τρόμο, μυϊκή δυσκαμψία, μυϊκούς σπασμούς και κινητική δυσκαμψία (Αγγελίδης Γεώργιος, 1991).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Το ηλεκτροσόκ είναι μια μέθοδος δημιουργίας σπασμών με ηλεκτρισμό. Μόλο που η ιδέα μιας τέτοιας επιθετικής επεμβάσεως στον εγκέφαλο και στο σώμα γενικά δημιουργεί ενδοιασμούς, ιδίως όταν δεν είμαστε βέβαιοι για τον τρόπο με τον οποίο ενεργεί, τα αποτελέσματα της σε τέτοιες βαριές και

επικίνδυνες περιπτώσεις μπορεί να είναι σωτήρια. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα σε περιπτώσεις μελαγχολίας, επίσης όταν ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι άμεσος ή ύστερα από επανειλημμένες απόπειρες.

Κατά κανόνα όμως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δε χρησιμοποιείται παρά μόνο αφού πρώτα έχει εξαντληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια θεραπείας με φαρμακευτικά ή ψυχολογικά μέσα (Χαρτοκόλλης ,1986).

Προμετωπική λευκοτομή

Είναι μια χειρουργική τεχνική, σύμφωνα με την οποία οι νευρικές ίνες που συνδέουν την μετωπική περιοχή του εγκεφάλου με τα βαθύτερα στρώματα αποκόπτονται. Η μέθοδος αυτή, εξαιτίας της σοβαρότητας της, εφαρμόζεται σε αρρώστους μετά από αυστηρή επιλογή όταν όλες οι άλλες μέθοδοι έχουν αποτύχει και η κατάσταση τους χειροτερεύει σε ανησυχητικό βαθμό (Mitchel Alexander ,1979).

Ψυχοκοινωνικές Θεωρίες

Τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες μπορούμε να τις διακρίνουμε σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές, πού ταυτόχρονα όμως η μία είναι και συνέχεια της άλλης γιατί αποσκοπεί να φέρει τον ασθενή από το νοσοκομείο στην κοινότητα και συγχρόνως να αποφύγει όσο το δυνατό την επανάληψη της νοσηλείας.

Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές ψυχοθεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία, ή η εργοθεραπεία. Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων (Μάνος ,1988).

Ψυχοθεραπεία

Είναι μια μέθοδος κατά την οποία ο άρρωστος έρχεται σε επικοινωνία με κάποιον άλλον, με έναν ιδιαίτερο τρόπο μέσα από διαδικασίες ανάλυσης,

ερμηνείας και αποκατάστασης σχέσεων, έτσι ώστε οι νέες εμπειρίες που αποκτά ο άρρωστος τον κάνουν να απαρνηθεί τον παλιό ανεπαρκή τρόπο ζωής και του υποδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο θα αποκαταστήσει σε σωστές βάσεις τις σχέσεις του με βάση τους άλλους ανθρώπους. Οποιοδήποτε είδος ψυχοθεραπείας και αν ακολουθείται περιλαμβάνει πάντα τα εξής τρία στοιχεία :

α. μια υποστηρικτική συναισθηματική αγωγή μέσα στην οποία ο άρρωστος αισθάνεται ασφαλής,

β. μια θεώρηση της ψυχωτικής συμπεριφοράς του αρρώστου που τον φέρνει αντιμέτωπο με την αρρώστεια του και τον κάνει να προσπαθήσει να τη διορθώσει.

γ. μια σταδιακή προσπάθεια για την ανασυγκρότηση του διαλυμένου ψυχικού κόσμου του αρρώστου. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί είτε μεμονωμένα σε ένα άτομο είτε ομαδικά. Στη περίπτωση της αντιμετώπισης μιας μεμονωμένης περίπτωσης, ο σχιζοφρενής συναντιέται τακτικά με το γιατρό του και οι μεταξύ τους συζητήσεις έχουν σα βάση το ερώτημα «ποιός είμαι», και σα σκοπό τη συνειδητοποίηση της προσωπικότητας του αρρώστου από τον

ίδιο. Σε περίπτωση ομαδικής θεραπείας ένας αριθμός αρρώστων συναντιέται με ένα ή δύο ειδικούς (ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α.) και η θεραπεία ακολουθεί το πρότυπο των συζητήσεων κατά τις οποίες οι άρρωστοι μιλούν και ερωτούν τόσο μεταξύ τους όσο και με τους ειδικούς. Η ομαδική θεραπεία έχει το πλεονέκτημα ότι ο άρρωστος αντιμετωπίζει μια ποικιλία χαρακτήρων με τον καθένα από τους οποίους πρέπει να αποκαταστήσει επαφή και με αυτή τη θεραπεία είναι πιο κοντά στον πραγματικό κόσμο που πρέπει να ζήσουν οι άρρωστοι αντιμετωπίζοντας άλλους ανθρώπους (Mitchell Alexander, 1979).

Θεραπεία οικογένειας

Η θεραπεία της οικογένειας είναι μόλις 40 ετών και εφαρμόζεται παντού και σχεδόν σε οποιαδήποτε ψυχική νόσο. Όμως συγκεκριμένα με τη σχιζοφρένεια οι αναφορές στις τεχνικές θεραπείας και ακόμη και έρευνες έχουν διχάσει τη βιβλιογραφία που αναφέρεται στη θεραπεία οικογένειας καθώς οι περισσότεροι θεραπευτές έχουν γίνει σταδιακά απρόθυμοι να θεραπεύσουν τις οικογένειες σχιζοφρενών (W. Farlane, 1983).

Αναλυτικά όμως στη θεραπεία οικογένειας καθώς και στις σπουδαιότερες

στρατηγικές της θα αναφερθούμε στο τρίτο μέρος της πτυχιακής εργασίας.

Θεραπεία περιβάλλοντος

Η περιβαλλοντική θεραπεία αναγνωρίζει ότι το περιβάλλον (άμεσο ή γενικότερο) επηρεάζει τα αισθήματα του ανθρώπου και προς τον εαυτό του και προς τους άλλους και επομένως είναι δυνατόν να επιδράσουμε πάνω σ' αυτά μέσω του περιβάλλοντος. Έτσι κάνοντας μια προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση, δημιουργούμε τη κατάλληλη ατμόσφαιρα μέσα στην οποία ο άρρωστος μας μπορεί να αναπτύξει μια κοινωνική δραστηριότητα, πρώτα μέσα στη μικρή κοινωνία του ψυχιατρείου, και στη συνέχεια μέσα στην οικογένεια του (Mitchell Alexander, 1979).

Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι ο συνεκτικός ιστός της αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας, η θετική συνισταμένη των αρμονικών σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας, η άνετη εφαρμογή μιας ξεκάθαρης και συμφωνημένης θεραπευτικής φιλοσοφίας που επικοινωνεί ταυτόχρονα με όρια και δόμηση αλλά και ελευθερία και αυτονομία. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό

περιβάλλον (Milieu) - χώροι του νοσοκομείου, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις κ.λ.π είναι έτσι σχεδιασμένο έτσι ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση. Το περιβάλλον δηλαδή σχεδιάζεται έτσι ώστε να είναι θεραπευτικό.

Το ψυχόδραμα

Το ψυχόδραμα είναι μια ειδικευμένη τεχνική που βασίζεται πάνω στη «Θεωρία του ρόλου». Στο ψυχόδραμα προδιαγράφουμε το ρόλο που θα παίζει ο άρρωστος σε ένα σκηνοθετημένο δράμα, ελπίζοντας ότι θα του εμφυτεύσουμε τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που πιστεύει ότι ταιριάζουν σε αυτόν το ρόλο. Το Ψυχόδραμα εργάζεται τόσο προς την κατεύθυνση της απελευθέρωσης των εσωτερικών τάσεων (κάθαρση) όσο και προς την κατεύθυνση της εκμάθησης της ταυτοποίησης με ένα νέο ρόλο και τα χαρακτηριστικά του. Οι άρρωστοι ενθαρρύνονται να απαρνηθούν το ρόλο του

«ψυχασθενή», του «τρελού», του «σχιζοφρενικού» και να προσπαθήσουν σε άλλους ρόλους όπως του «καλού συζύγου», του «φιλόδοξου γιού» ή της «ικανής κόρης» (Mitchel Alexander ,1979).

Η θεραπεία της συμπεριφοράς

Είναι σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενών ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων γιατί η σχιζοφρένια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας κλπ. Επίσης, όμως, ιδιαίτερα ενδονοσοκομειακά, καλό είναι το περιβάλλον να είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε να επιβραβεύεται η θετική, ενεργητική συμμετοχή στις δραστηριότητες και η κοινωνικοποίηση των ασθενών και να αποθαρρύνεται η αρνητική, παθητική στάση και η απόσυρση (Μάνος ,1988).

Η απασχολησιοθεραπεία ή εργασιοθεραπεία

Έχει ξεφύγει σήμερα από την περιοχή της χειροτεχνίας όπως η υφαντική και η καλαθοπλεκτική και έχει περάσει σε ένα στάδιο που θα μπορούσαμε να

το χαρακτηρίσουμε «βιομηχανικό». Σε αυτήν την περίπτωση διάφορες βιομηχανίες συνεργάζονται με νοσοκομεία-εργαστήρια και εκπονούν προγράμματα στα πλαίσια των οποίων, οι άρρωστοι μέσα σε μια ατμόσφαιρα παρόμοια με την ατμόσφαιρα του εργοστασίου εργάζονται και πληρώνονται ανάλογα με την ποσότητα και την ποιότητα της δουλειάς που αποδίδουν. Σε αυτήν την περίπτωση είναι σπουδαίο το γεγονός ότι ο άρρωστος συνειδητοποιεί το πρόγραμμα στο οποίο έχει ενταχθεί και βλέπει τη σχέση που έχει με αυτό και την ομάδα εργασίας. Όταν ο άρρωστος είναι ένα μέλος μιας ομάδας, που έχει αναλάβει μια αλυσιδωτή εργασία, γρήγορα μαθαίνει όχι μόνο τη δουλειά του που έχει σε αυτόν ανατεθεί και για την οποία πληρώνεται, αλλά και το πως να προσαρμόζεται αποτελεσματικά με την υπόλοιπη ομάδα. Έτσι συμμετέχει σε μια συλλογική προσπάθεια στην οποία η συνεισφορά του είναι πολύτιμη όχι μόνο ατομικά σ' αυτόν αλλά και στην ομάδα σαν σύνολο (Mitchell Alexander, 1979).

Δημιουργική Θεραπεία

Προσπαθεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη οποιουδήποτε ταλέντου είναι κρυμμένο μέσα στον άρρωστο. Οι δημιουργικές θεραπείες όπως θεραπεία τέχνης, μουσικής, δράματος κλπ. βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής κλπ (Μάνος , 1988).

Οι διάφορες τεχνικές κοινωνικοποίησης χρησιμοποιούνται με σκοπό να φέρουν την κοινωνία μέσα στο νοσοκομείο δίπλα στον άρρωστο και ακόμα τον άρρωστο έξω στην κοινωνία. Πολλά νοσοκομεία σήμερα οργανώνουν εξορμήσεις σε ενδιαφέροντα μέρη (Θέατρο, κινηματογράφος , μουσεία , κλπ).

Όλα αυτά δεν γίνονται μόνο για ψυχαγωγία αλλά κυρίως για να γκρεμίσουν τα τείχη που χωρίζουν τους τρελούς από τους γνωστικούς, τους σχιζοφρενείς από τους σχιζοφρενείς (Mitchell Alexander , 1979).

Αποκατάσταση Μετανοσοκομειακή Φροντίδα

Καθώς η σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών - κοινωνική, επαγγελματική κλπ - πάντα χρειάζεται συγκεκριμένη παρέμβαση για να βοηθηθεί ο ασθενής να επανακτήσει σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό τη λειτουργικότητα του. Η όλη διεργασία αποκατάστασης αρχίζει από το νοσοκομείο με ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία, δραστηριότητες και συνεχίζεται και εξωνοσοκομειακά με την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, προεπαγγελματική και επαγγελματική εκπαίδευση, εκπαίδευση, .. για τη φροντίδα του σπιτιού, τη μαγειρική, ανεύρεση τόπου διαμονής και εργασίας. Όσο περισσότερο χρόνο ο ασθενής έχει παραμείνει στο νοσοκομείο, τόσο πιο συστηματική, έντονη και επίμονη είναι η προσπάθεια αποκατάστασης (Μάνος, 1988).

Έχει διαπιστωθεί πως ο σχιζοφρενής που βγαίνει από το νοσοκομείο χρειάζεται σταθερή και πολύπλευρη περίθαλψη για να περιοριστούν οι πιθανότητες υποτροπής της νόσου. Μερικοί ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα ενώ άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές

τους λειτουργίες π.χ. αγορά και παρασκευή φαγητού, διαχείριση χρημάτων κ.λ.π. Άλλοι ζουν με τις οικογένειες τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοδοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν συνεργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από νοσοκομεία διαμερίσματα, άλλοι σε ξενώνες, οικοτροφεία κ.λ.π. (Μάνος, 1988).

Τα οικοτροφεία και τα ειδικά ξενοδοχεία προσφέρουν μια χρήσιμη λύση ανάμεσα στην απομόνωση του νοσοκομείου και την εντελώς ελεύθερη και ανεξάρτητη ζωή μέσα στην κοινωνία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί επισκέπτονται τα ειδικά ξενοδοχεία μια φορά την εβδομάδα (Mitchell Alexander 1979).

Μεγάλη σημασία έχουν οι μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα ψυχικής υγείας (νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας) με σκοπό είτε την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο είτε την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο των ασθενών και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα. Στις μονάδες αυτές υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας (ημερήσια περίθαλψη) με σκοπό την καλύτερη κοινωνικοποίηση τους, την προετοιμασία για απόκτηση εργασίας, τη μη λίκνωση στο σπίτι ή

τους ξενώνες και τα οικοτροφεία κλπ

Οι ασθενείς που καταφέρνουν να εργασθούν, χρειάζονται τακτική επαφή με τους εργοδότες για την ανακούφιση των διαπροσωπικών εντάσεων που εύκολα μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή. Συνήθως απλές και επαναληπτικές δουλειές που συχνά αποφεύγουν οι άλλοι λόγω της μονοτονίας που παρουσιάζουν είναι οι πιο κατάλληλες για τους σχιζοφρενείς. Παρ' όλα αυτά πρέπει να γίνει κατανοητό ότι μοντέρνες τεχνικές μέθοδοι αλλάζουν τόσο γρήγορα το μηχανικό εξοπλισμό τους ώστε αυτές οι απλές δουλειές να γίνονται από τις μηχανές που έτσι αποκλείουν τον ανιδείκευτο ή με περιορισμένες ικανότητες εργάτη (Mitchell Alexander 1979).

Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας λειτουργούν και στα τρία επίπεδα αποκατάστασης - το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, το ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και το ψυχιατρικό νοσοκομείο με βάση και πάλι τη θεραπευτική ομάδα. Επίσης θα πρέπει να τονίσουμε ότι ούτε τα φάρμακα μόνα, ούτε οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μόνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη σχιζοφρένεια. Η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός σωματικής και

ψυχοκοινωνικής θεραπείας (Μάνος, 1988).

Βασικά η περισσότερη βοήθεια σε έναν σχιζοφρενή που έχει φύγει από το νοσοκομείο του δίνεται από το παθολόγο του ή τα εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής. Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί διατηρούν αρχείο των αρρώστων της περιοχής τους και με την συμπράξη των παθολόγων επισκέπτονται και παρακολουθούν ιδιαίτερα τους πιο απομονωμένους από αυτούς. Η υπηρεσία «κατ' οίκον νοσηλείας» παίζει επίσης σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη και είναι ένα μεγάλο μέρος του μηχανισμού της έγκαιρης προειδοποίησης. Η εκπαίδευση της κοινωνίας γύρω από τα θέματα ψυχικής υγιεινής είναι κάτι πολύ σοβαρό και βοηθάει άμεσα τους ψυχασθενείς με το να ενημερώνει το περιβάλλον τους για τον τρόπο που πρέπει να τον αντιμετωπίζει και να του προσφέρει βοήθεια όταν χρειάζεται. Τα τελευταία χρόνια έχουμε δει να αναπτύσσονται προγράμματα (καλού σωμαρείτη), τα οποία υλοποιούνται από εθελοντές που προσφέρουν πραγματική βοήθεια με το να επισκέπτονται να φροντίζουν και γενικά να έχουν υπό τη προστασία τους διάφορους αρρώστους. Οι σχιζοφρενείς δεν πρέπει πια να ζουν στην απομόνωση μακριά από τη πραγματικότητα

τριγυρισμένοι από τους φόβους τους. Η κοινωνία έχει πράγματι απλώσει ένα χέρι τόσο μέσα στα ψυχιατρεία όσο και στα σπίτια τους (Mitchell Alexander 1979).

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Γενική Θεώρηση της Οικογένειας

Η οικογένεια με την έννοια μιας διαρκούς οργάνωσης συγγενικών σχέσεων αίματος ή σχέσεων γονέων - παιδιού με σκοπό τη κοινή διαβίωση και τη διατήρηση του είδους αποτελεί μια πολύ πρώιμη μορφή ανθρώπινης συμβίωσης (Αυγέλης, 1991).

Η «οικογένεια» σύμφωνα με τον Αμερικανό εθνολόγο Lious Henry Morgan «εκπροσωπεί μια ζώντανή αρχή. Ποτέ δε μένει στάσιμη, μα προχωρεί από μια χαμηλότερη σε μια υψηλότερη μορφή, όπως η κοινωνία προχωρεί από ένα κατώτερο σε ένα ανώτερο επίπεδο» (Εκλογή, 1991).

Σύμφωνα με τον Αντλερ, η οικογένεια είναι οργάνωση που πρέπει να λειτουργεί με πειθαρχία και με την ελάχιστη σύγκρουση. Όλα της τα μέλη αναπτύσσονται αν αποδεχτούν τους σκοπούς και τις προοπτικές της και αν συμβάλλουν στην επίτευξή τους (Ρ. Ντράικωρ, Σ. Κόντ, 1974).

Ακολούθως ο Φ.Ε θεωρεί ότι η οικογένεια είναι η μικρή ομάδα που βασίζεται στο γάμο ή στην εξ' αίματος συγγένεια και που τα μέλη της τα συνδέει η κοινή συμβίωση, η αμοιβαία ηθική ευθύνη και η αλληλοβοήθεια (Φ. Ενκελς, Κ. Μάρξ, 1982)

Σύμφωνα με τον τον Ρόναλντ Λαίγκ «Ορίζουμε οικογένεια τα δίκτυα των ατόμων που ζουν μαζί για ορισμένο χρονικό διάστημα που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς γάμου και συγγένειας» (Ρόναλντ Λαίγκ, 1975).

Κατά τον Τσαούση, «Η οικογένεια είναι ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι που αποτελεί τη διαρκή και νόμιμη γενετήσια ένωση. Περιλαμβάνει τους συζύγους, τα τέκνα τους και συχνά και τα τρία πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους με στενούς συγγενικούς δεσμούς» (Τσαούσης, 1984).

Σύμφωνα με τη Χουρδάκη, «Οικογένεια είναι το σύνολο των προσώπων του ίδιου αίματος, που ζουν κάτω από την ίδια στέγη, ιδίως ο πατέρας, η μητέρα και τα παιδιά. Για να πούμε μια ομάδα οικογένεια πρέπει τα άτομα να ζουν κάτω από την ίδια στέγη και να έχουν το ίδιο αίμα» (Χουρδάκη, 1982).

Στον παιδαγωγικό τομέα, η οικογένεια ως «πρωτογενής ομάδα» διατηρεί χωρίς αμφιβολία τον πρώτο ρόλο απέναντι στις άλλες κοινωνικές ομάδες.

Θεωρείται η «μάννα» της δεύτερης «κοινωνικοπολιτιστικής» γένεσης του ανθρώπου, γιατί θέτει τις βάσεις για την κοινωνικοποίηση και εκπολιτίζει τους απογόνους της (Αυγέλης Ν. 1991).

Σα θεσμό λοιπόν κοινωνικοποίησης και εκπολιτισμού θα θεωρηθεί η οικογένεια για να μπορέσει να διαφανεί η σχέση και η συνάρτηση της με τη σχιζοφρένεια σε ένα από τα μέλη της.

Ιστορική Αναδρομή της Οικογένειας

Ήταν μια εποχή που οι άνθρωποι ζούσαν χωρισμένοι σε αγέλες. Οι σχέσεις των δυο φύλων σ' αυτά τα ανθρώπινα κοπάδια ήταν τελείως ελεύθερες. Δεν απαγορεύονταν ούτε μεταξύ συγγενών. Μέσα σ' αυτήν την ερωτική ασυδοσία γεννήθηκε η πρώτη οικογένεια και ονομάστηκε «αγχιστειακή» (περ.» Ιστορία», 1984).

Διάδοχος της οικογενειακής αυτής μορφής, ήταν κατά τον Ενγκελς, η οικογένεια Runalua (η λέξη έχει την καταγωγή της από τα νησιά της Χαβάης και σημαίνει τον σύντροφο στο γάμο), στην οποία απαγορευόταν η συνεύρεση των δυο φύλων με σκοπό την τεκνοποίηση. Επακόλουθο αυτού του θεσμού ήταν η εξωγαμία, η οποία έβαλε τέρμα στην αιμομιξία και στα βιολογικά της επακόλουθα για τους απόγονους που ήδη είχαν αρχίσει να προβληματίζουν τον άνθρωπο (περ.» Ιστορία», 1984).

Καρπός αυτής της ερωτικής συγχύσεως το παιδί, που είναι «αγνώστου πατρός». Ξέρει μόνο την μητέρα του κι από αυτήν καθορίζεται η εξ' αίματος συγγένεια και η καταγωγή του. Έτσι, το σύστημα της οικογένειας γίνεται μητριαρχικό, με κοινή και ελεύθερη συμβίωση των δυο

φύλων(περ.»Ιστορία»,1984).

Η κτηνοτροφία που εμφανίζεται πρώτα στους Σημίτες και στους Αρίους, δημιούργησε το θεσμό δούλων,αφού τα μέλη της οικογένειας δεν επαρκούσαν για τη φύλαξη των κοπαδιών.Οι δούλοι λοιπόν,μπαίνουν στην οικογένεια και τη διαφοροποιούν. Αρχίζει τώρα η αναγνώριση των παιδιών και από τον πατέρα,ο οποίος είναι αφέντης του ποιμνίου,των δούλων και της μητέρας. Η μητριαρχία ανατρέπεται.Ανατέλλει η πατριαρχία,η οποία από τους προϊστορικούς χρόνους συνεχίζεται στους ιστορικούς. Με τον άνδρα αφέντη,η γυναίκα περιορίζεται στα του οίκου και στην ανατροφή των παιδιών.Δεν της συγχωρείται καμιά παρέκκλιση απ'αυτά τα καθήκοντα,κι αν την επιχειρήσει, ανακαλείται αμέσως στην τάξη(περ.»Ιστορία»,1984).

Στους αρχαίους Έλληνες,τους Εβραίους,αλλά και στους Ρωμαίους , εμφανίζεται το έθιμο της coemptio,μορφή συμβολικής αγοράς της συζύγου.Το έθιμο της αγοράς της νύφης διασώθηκε μέχρι τον περασμένο αιώνα σε μερικές περιοχές της πατρίδας μας,όπως στην Μάνη,Τεγέα,κ.α.(περ.»Ιστορία»,1984).

Ο Χριστιανισμός δίνει ιδιαίτερο βάρος στην οικογένεια και διδάσκει την

ισότητα και την αγάπη μεταξύ όλων των μελών της. Η Χριστιανική Εκκλησία θεωρεί την οικογένεια, θεμέλιο της κοινωνικής ζωής. Χρειάζεται οικογένεια με υγιή οικονομικά, νομικά και ηθικά στηρίγματα. Παράλληλα, η Εκκλησία περιορίζει την εξουσία του αρχηγού της οικογένειας και αναγνωρίζει δικαιώματα και στη σύζυγο (περ.»Ιστορία», 1984).

Κατά την περίοδο των πρώτων χριστιανικών χρόνων, επικρατεί η αντίληψη ότι μόνο τα αγόρια είναι οι συνεχιστές της οικογένειας και μόνο τα αγόρια αποκαλούνται «παιδιά». Τα κορίτσια είναι το βάρος της οικογένειας. Μετά τη στοιχειώδη εκπαίδευση τους, κι όταν μπαίνουν στην ήβη, κλείνονται στο «κουβούκλιο», ένα ιδιαίτερο δωμάτιο μέσα στο σπίτι, και στις σπάνιες εξόδους τους βάζουν κάλυπτρα στο πρόσωπο (περ.»Ιστορία», 1984).

Ο Φ.Ενγκελς υποστήριξε ότι στους τρεις σταθμούς της εξέλιξης της οικογενειακής ζωής, αντιστοιχούν τρία στάδια του πολιτισμού.

- Στην περίοδο του ομαδικού γάμου, αντιστοιχεί η άγρια κατάσταση του ανθρώπου.
- Στο γάμο κατά ζεύγη, η περίοδος της βαρβαρότητας και
- Στη μονογαμία, η πολιτισμένη κατάστασή του.

Η έννοια του θεσμού της οικογένειας

Η σύγχρονη οικογένεια είναι μονογαμική(τουλάχιστον νομικά). Είναι μια οικογένεια που στηρίζεται κύρια στους συζύγους και στα παιδιά.Οπως αποκαλύπτει ο Μάρξ,μια τέτοια οικογένεια είναι «αξεχώριστη από την ιδιωτική διάθρωση της κοινωνίας(Κέντρο Μαρξιστικών Ερευνών και Μελετών ,1978).

Στο θέμα «οικογένεια»πρέπει να δυσπιστούμε στις γενικεύσεις,γιατί δεν υπάρχει καθεαυτή,αλλά διάφοροι τύποι οικογενειών διαθρωμένων αντικειμενικά από την ταξική κοινωνία.Υπάρχουν οικογένειες που ζουν στις πόλεις,οικογένειες αγροτικές, αστικές,εργατικές,και ο τρόπος με τον οποίο ωθούν στην κοινωνία τα παιδιά τους,ο τρόπος με τον οποίο μοιράζονται τους ρόλους τα ζευγάρια,είναι διάφοροι (Κέντρο, Μαρξιστικών Ερευνών και Μελετών,1978).

Σύμφωνα όμως με τις απόψεις του Ζακ Λουκάν»η οικογένεια εμφανίζεται κατ'αρχήν σα μια φυσική ομάδα ατόμων,ενωμένων με μια διπλή βιολογική σχέση:την αναπαραγωγή,η οποία προσφέρει τα συστατικά στοιχεία της ομάδας,και τους περιβαντολογικούς όρους διαβίωσης,τους οποίους απαιτεί η

ανάπτυξη των νέων και οι οποίοι διατηρούν την ομάδα,εφ'όσον οι ενήλικες γεννήτορες διασφαλίζουν τη λειτουργία της»(Ζ.Λουκάν,1990).

Μεταξύ των ανθρώπινων ομάδων,η οικογένεια παίζει έναν πρωταρχικό ρόλο στη μετάδοση του πολιτισμού.Εαν οι πνευματικές παραδόσεις,η διαφύλαξη των τελετών και των ηθών,η διατήρηση των τεχνικών και της κοινής πολιτιστικής κληρονομιάς,της αμφισβητούνται από άλλες κοινωνικές ομάδες,η οικογένεια επικρατεί στον τομέα των πρώτων μορφωτικών βημάτων της καταστολής των ενστίκτων,της πρόσκτησης της γλώσσας που ονομάζεται μητρική.Κατ'αυτόν τον τρόπο πρωτανεύει στις θεμελιακές διαδικασίες της ψυχικής ανάπτυξης,σ'αυτήν την οργάνωση των συγκινήσεων,σύμφωνα με τύπους διαμορφωμένους σε εξάρτηση από την περιρρέουσα ατμόσφαιρα,η οποία βρίσκεται στη βάση των αισθημάτων (Shand,1987).Σε ευρύτερη κλίμακα μεταδίδει δομές συμπεριφοράς και παράστασης,το υφαντό των οποίων υπερβαίνει τα όρια της συνείδησης(Ζ.Λουκάν,1990).

Αποκαθιστά έτσι,ανάμεσα στις γενιές μια ψυχική συνέχεια,η οντότητα της οποίας είναι νοητικής τάξης.Αυτή η συνέχεια,όσο κι αν αποκαλύπτει το

επίπλαστο των θεμελίων της μέσα στις ίδιες τις έννοιες που ορίζουν την ενότητα της γενεολογικής γραμμής, από το τοτέμ ως το πατρώνυμο, δεν παύει να εκδηλώνεται με την μετάδοση στους επίγονους ψυχικών διαθέσεων (Ζ.Λουκάν,1990).

Μορφές Οικογενειακής Οργάνωσης

Πυρηνική Οικογένεια

Η οικογένεια-πυρήνας απαρτίζεται αποκλειστικά από τα βασικά μέλη της οικογένειας: γονείς και παιδιά. Ενώ η οικογένεια-πυρήνας είναι μια τυπική ενότητα στα πλαίσια της διευρυμένης οικογένειας, διακρίνεται ως ανεξάρτητη μονάδα, μόνο αν οικιστικά και λίγο-πολύ κοινωνικά είναι χωρισμένη από τις συγγενικές ενότητες οικογενειών-πυρήνα και την πατρική οικογένεια

(H. Anderson, 1986).

Θα έπρεπε να μη μας διαφεύγει ότι η διευρυμένη οικογένεια και η οικογένεια-πυρήνας αντιπροσωπεύουν ιδεατές κατηγορίες. Οι περισσότερες πραγματικές οικογένειες περιέχουν στοιχεία και των δυο κατηγοριών.

Διευρυμένες Οικογένειες

Μεταξύ των πιο συνηθισμένων γενικεύσεων στην κοινωνιολογία της οικογένειας είναι ότι οι αγροτικές κοινωνίες περιλαμβάνουν οικογένειες με διευρυμένη δομή και οι βιομηχανικές κοινωνίες, οικογένειες με πυρηνική

δομή. Η διευρυμένη οικογένεια περιλαμβάνει μερικές πυρηνικές οικογένειες και κάθε άγαμο ή προστατευόμενο μέλος συνήθως κάτω από τον τίτλο της πατρικής εποπτείας. Κατά μια έννοια, η διευρυμένη οικογένεια αποτελεί μια «ένωση», ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλειας που ανταποκρίνεται στις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές ανάγκες των μελών. Είναι «διευρυμένη», με την έννοια ότι καταλήγει ξεκινώντας από τον πατέρα να ενσωματώνει σε ένα συνεργαζόμενο κοινωνικό και οικονομικό δίκτυο, πολυάριθμα συγγενή άτομα. Το σύστημα της διευρυμένης οικογένειας τείνει να είναι μια αυστηρή, κοινωνική δομή, η οποία καθορίζει με προσοχή τα αμοιβαία δικαιώματα και τις υποχρεώσεις, και τοποθετεί ρητά τους άνδρες πάνω από τις γυναίκες, και τους μεγάλους πάνω από τα παιδιά (H. Anderson, 1986).

Ιδιαίτερα γνωστή υπήρξε στην Ελλάδα, η διευρυμένη οικογένεια εως τις αρχές του αιώνα μας και μέχρι την επανάσταση στο Κιλελέρ. Η οικογένεια, μέχρι τις αρχές της βιομηχανικής επανάστασης και του φαινομένου της αστυφιλίας ήταν το ζωτικό οικονομικό κύτταρο του νεοσύστατου Ελληνικού κράτους. Συγχρόνως, είναι πολύ ενδιαφέρουσα η παρατήρηση ότι σημεία και

αρχές της διευρυμένης οικογένειας διαιώνίζονται και διατηρούνται ακόμη στην σύγχρονη Ελληνική-πυρηνική οικογένεια. Αυτή η παρατήρηση μας ανάγει στην προηγούμενη διαπίστωση, ότι δεν υπάρχει ιδεατή πυρηνική οικογένεια, τουλάχιστον στην πατρίδα μας.

Μονογονεϊκή Οικογένεια

Αποτελείται από έναν γονέα και το ή τα παιδιά του. Μονογονεϊκές οικογένειες προκύπτουν από το θάνατο του ενός γονέα, από το διαζύγιο ή το χωρισμό. Δημιουργούνται ακόμη, όταν ένα ανύπαντρο άτομο ανατρέφει παιδιά μόνο του. Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, η μονογονεϊκή οικογένεια (ιδιαίτερα αυτή που ο γονέας είναι γυναίκα) γίνεται όλο και πιο σύνηθες και κοινωνικά ανεκτή. Σε πολλές παραδοσιακές κοινωνίες η ανύπαντρη μητέρα ενθαρρύνεται ή και εξαναγκάζεται να δώσει το παιδί της για υιοθεσία. Και σ' αυτές, ωστόσο, γίνεται όλο και πιο σύνηθες μια μητέρα να ανατρέφει η ίδια τα παιδιά της, συχνά συνεπικουρούμενη ή από τους γονείς της ή από το κράτος (Ν. Αυγελής, 1991).

Πολυγαμική Οικογένεια

Απαντάτε ιδιαίτερα σε περιοχές όπου επιτρέπεται η πολυγαμία και αποτελείται από ένα κεντρικό πρόσωπο(συνήθως την κεφαλή του νοικοκυριού)τις ή τους συζύγους,ορισμένες φορές και παλλακίδες και τα παιδιά τους(H.Anderson,1986).

Στη Δυτική Αφρική,ένας άνδρας μπορεί να έχει αρκετές γυναίκες-συζύγους και κάθε γυναίκα είναι επικεφαλής μιας οικογενειακής υπομονάδας που αποτελείται από αυτήν και τα παιδιά της.Επίσης,μπορεί να έχει ιδιαίτερο κατάλυμα μέσα στο νοικοκυριό,ενώ συχνά συνεργάζεται με τις άλλες γυναίκες στις δραστηριότητες.Η μορφή αυτή οικογενειακής οργάνωσης μπορεί να θεωρηθεί ως ένα αλληλοεπικαλυπτόμενο σύνολο πυρηνικών οικογενειών, καθεμιά από τις οποίες έχει τον ίδιο άνδρα-σύζυγο ως κεφαλή της οικογένειας(H.Anderson,1986).

Ενιαία Οικογένεια

Αποτελεί τύπο οικογενειακής οργάνωσης, στον οποίο τα μέλη μιας ομάδας μονογραμμικής καταγωγής (όπου η καταγωγή ορίζεται από τον ένα από τους δύο γεννήτορες), όπως όταν μια ομάδα αδελφών ζουν μαζί με τους συζύγους και τους απογόνους τους στο ίδιο νοικοκυριό. Στην Ινδία, όπου η ενιαία οικογένεια είναι τυπική σε πολλές περιοχές, υπάρχει επίσης η από κοινού ιδιοκτησία και εκμετάλλευση εκ μέρους των ανθρώπων της οικογενειακής περιουσίας, σ' άλλες περιοχές του κόσμου ωστόσο (όπως στην Κίνα), δεν υπάρχει κατ' ανάγκην αυτή η ρύθμιση (H. Anderson, 1986).

Δεν υπάρχει ακριβής διάκριση μεταξύ της ενιαίας οικογένειας και της διευρυμένης, και ο τελευταίος όρος μπορεί να περικλείει και τους δυο όρους. Με μια στενότερη έννοια, ωστόσο οι κοινωνιολόγοι συνήθως θεωρούν την εκτεταμένη οικογένεια ως μεγαλύτερη μονάδα η οποία διατηρεί χαλαρότερο έλεγχο στα μέλη της (H. Anderson, 1986).

Η οικογένεια του σχιζοφρενή

Εισαγωγή

Διαφαίνεται κατάλληλο να εντοπισθούν τα ευρήματα και συμπεράσματα που σχετίζονται με το πως το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας κριτικός παράγοντας στην ανάπτυξη των σχιζοφρενών απογόνων. Όπως και ο S. Freud διατύπωσε :»πάνω από όλα, το ενδιαφέρον μας πρέπει να προσανατολιστεί και στον οικογενειακό περίγυρο».

Από όλους τους ορισμούς που προαναφέρθηκαν, ο ορισμός που δίνει ο Δ.Γ. Τσαούσης για την οικογένεια είναι ο πιο εμπειριστατωμένος για την ενότητα αυτή:»Η οικογένεια είναι ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι που αποτελεί τη διαρκή και νόμιμη γενετήσια ένωση. Περιλαμβάνει τους συζύγους, τα τέκνα τους και συχνά και τα τρία πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους με στενούς συγγενικούς δεσμούς»(Τσαούσης, 1984).

Τα παρακάτω κεφάλαια που αναφέρονται στα μέλη της οικογένειας των σχιζοφρενών και στο οικογενειακό περιβάλλον, είναι βασισμένα σε διάφορα ξενόγλωσσα βιβλία, αλλά το μεγαλύτερο μέρος βασίζεται στα αποτελέσματα μιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Ψυχιατρικό Ινστιτούτο του Yale στις

Η.Π.Α.,στο διάστημα από το 1952 έως το 1965,με επικεφαλής τον Theodore Lidz & Stephen Fleck.

Πάρθηκαν υπόψη περιπτώσεις σχιζοφρενών με διάγνωση «borderline» (μεταιχμιακή) & «ψευδονευρωτική» σχιζοφρένεια.

Μελετήθηκε το θεραπευτικό και οικογενειακό ιστορικό και κατόπιν ο κλινικός κοινωνικός λειτουργός ή ψυχίατρος έπαιρνε συνεντεύξεις από όλα τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια μηνών ή και χρόνων αν χρειαζόταν.

Με βάση τ' αποτελέσματα αυτής της έρευνας σκιαγραφείτε εδώ το οικογενειακό περιβάλλον του σχιζοφρενή, οι μορφές των γονέων και των αδερφών και τα συστατικά στοιχεία της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας και του σχιζοφρενή.

Το Οικογενειακό Περιβάλλον των Σχιζοφρενών

Ο Terry Kain Pennie (1938) δίνει έμφαση στον ρόλο της οικογένειας, συγχρόνως με άλλα χαρακτηριστικά στη διαδικασία της ανάπτυξης .

Παρατήρησαν ότι δυσκολίες μεταξύ των γονέων ή η αποστέρηση από το γονέα, φαινόταν να συμμετάσχει στην ανασφάλεια των παιδιών και ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών στη μελέτη τους, είχε καθημερινή επαφή με ψυχωτικούς, εκκεντρικούς ή ασταθείς γονείς (P.H.Lids, 1985).

Ο Pollock, Malzberg και Fuller (1939), στην στατιστική τους έρευνα για την κληρονομικότητα ή τους οικογενειακούς παράγοντες στην αιτιολογία της παραφροσύνης και της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, βρήκανε εκτός από τα χτυπητά σημεία επαφής μεταξύ των δύο ομάδων, «ότι η κοινωνική ζωή των γονιών των σχιζοφρενών ασθενών ήταν παραδόξως περιορισμένη κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας των ασθενών». Επίσης, υπήρχε μια ορισμένη αστάθεια στο σπίτι προσδιοριζόμενη από την απουσία του ενός κατά την διάρκεια των διαπλαστικών χρόνων (T.Lidz, 1985).

Το οικογενειακό περιβάλλον των πρώτων χρόνων είναι δεκτό συνήθως σε μια κριτική δύναμη στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, τόσο της φυσιολογικής όσο και της ασθενούς. Ο αριθμός και άλλων παραγόντων πιθανόν διαταράσσουν την εξέλιξη της προσωπικότητας, αλλά λίγοι μόνο μπορούν να διαρκέσουν τόσο πολύ και να είναι τόσο διαβρωτικοί όσο οι ενδοοικογενειακές σχέσεις. Εδώ, οι βασικές συμπεριφορές σύμφωνα με τις τελευταίες ενδοοικογενειακές σχέσεις είναι διαμορφωμένες ως εξής: ο σχηματισμός του προοδευτικού συστήματος με το οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο έχει ξεκινήσει. Πιθανόν, έχει παρθεί υπόψη στη βάση των προκαταρκτικών εντυπώσεων ότι ίσως υπάρχει μια σχέση μεταξύ του μεγάλου βαθμού της κακής ρύθμισης της προσωπικότητας και του βαθμού της κακής ρύθμισης της οικογένειας και ακόμα είναι σύνηθες ότι οι σχιζοφρενείς ασθενείς έχουν αναδειχθεί από οικογενειακό περιβάλλον στα πρώτα χρόνια της ζωής τους, που ήταν σοβαρά διαταραγμένα (T.H. Lidz, 1985)

Η συμπεριφορά κάποιων γονέων σχιζοφρενών παιδιών, ίσως διαφέρει στην

ένταση, αλλά όχι στην ποιότητα από τη συμπεριφορά των γονεών φυσιολογικών παιδιών. Οι μηχανισμοί δια των οποίων η εμπειρία της ζωής πλάθει το σχιζοφρενή παιδί, είναι περισσότερο συγκρούσεις δημιουργημένες στο παιδί ή παράλογες αντιδράσεις και τρόποι σκέψης που έχουν διδαχθεί στο παιδί από μίμηση ή αναγνώριση. Οι ακοινώνητοι τρόποι συμπεριφοράς των σχιζοφρενών ατόμων εξηγούνται από το γεγονός ότι η κοινωνική μάθηση ίσως έχει αποτύχει σ' αυτά τα παιδιά εξαιτίας του παθολογικού περιβάλλοντος, οδηγώντας τα σε μια ισόβια παρερμηνεία των άλλων ανθρώπων (K. Kaplan, Sadac, 1982).

Μεγάλος αριθμός ερευνών έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι σχιζοφρενείς ασθενείς αντιλαμβάνονται είτε τον ένα, είτε και τους δύο γονείς ως απολυταρχικούς... Δεν είναι ξεκάθαρο από αυτές τις μελέτες που οι παραπάνω αντιλήψεις των παιδιών για τους γονείς τους είναι παραποιημένες ή που οι γονείς είναι πραγματικά απολυταρχικοί και επομένως οι αντιλήψεις των παιδιών είναι ορθές (K. I. Kaplan, Sadac, 1982).

Ο Theodore Lidz (1963) απέδωσε τη γένεση της σχιζοφρένειας στο «σχίσμα και τη διαστρέβλωση» που επικρατούν στην οικογένεια. Σχίσμα είναι η διαίρεση της οικογένειας σε δύο ανταγωνιστικά στρατόπεδα. Διαστρέβλωση υπάρχει όταν κάποιος από τους συζυγούς επικρατεί δυναμικά και θέλει να

επιβάλλει με κάθε τρόπο τη θέληση του στην οικογένεια σαν αποτέλεσμα μιας διαταραχής που έχει στην προσωπικότητα του (Κοινωνική Εργασία, 1993).

Η σύγχρονη άποψη της ομάδας του Μιλάνου (Selvini, Palazzolletal, 1978)

υποστηρίζει ότι δεν υπάρχουν σχιζοφρενικά άτομα, αλλά οικογένειες σε «σχιζοφρενή διαντίδραση». Τα μέλη μιας τέτοιας οικογένειας είναι εμπλεγμένα σε ένα παιχνίδι ανταγωνισμού για την εξασφάλιση του ελέγχου στις σχέσεις τους και με κανένα τρόπο δε δέχονται να μην επικρατήσουν.

Περιμένουν τους άλλους να αλλάξουν. Στο τέλος ένα μέλος γίνεται παράξενο, διαφορετικό δηλαδή «σχιζοφρενικό».

Στη συνέχεια παραθέτουμε την άποψη που εισήγαγαν ο Lyman Wynne και οι συνεργάτες του (1958). Θεώρησαν ότι το παθολογικό χαρακτηριστικό των οικογενειών των σχιζοφρενών είναι η ψευδοαμοιβαιότητα που χαρακτηρίζει τις σχέσεις τους. Αυτή αναφέρεται με κάθε τρόπο στη διατήρηση επιφανειακά καλών σχέσεων, με την προσπάθεια από κάθε μέλος να ανταποκρίνεται η συμπεριφορά του στις ανάγκες και στις προσδοκίες των άλλων μελών, σε βάρος της πραγματικής του άποψης (Κοινωνική Εργασία, 1993).

Η Μητέρα του Σχιζοφρηνή Ασθενή

Πριν στρέψουμε την προσοχή μας στην εξέταση αυτών των μητέρων, θα ήταν χρήσιμο να ειπωθεί ότι η μητρότητα δεν είναι μια οντότητα. Δεν είναι ένα αίσθημα το οποίο θα δημιουργηθεί στη μητέρα από τις προγενετικές ομάδες, από τη φυσική γέννα ή το τάισμα του βρέφους από το στήθος. Οι λειτουργίες μιας μητέρας εκτείνονται από προηγούμενα χρόνια και είναι μια σύνθεση από ποικιλία αισθημάτων και στάσεων, μια σειρά από αλληλοσχετιζόμενα προσόντα, τρόπους επικοινωνίας κ.α. και η μητρότητα περιβάλλει τις σχέσεις της γυναίκας με τους δικούς της γονείς, τ' αδέρφια της, το σύζυγο της και με τ' άλλα της παιδιά όπως και με το ειδικό αυτό παιδί που απασχολεί την εργασία μας (T.H. Lidz, St. Flerk, 1985)

Μεγάλη προσοχή έχει δοθεί στις προσωπικότητες των μητέρων των σχιζοφρενών ασθενών και στον τρόπο που σχετίζονται με τους απογόνους τους. Οι περιγραφές ωστόσο είναι συχνά αντιφατικές (Abraham and Varan 1953; Gerald and Siegel 1950, Lidz 1952).

Ο Hill 1955 προώθησε μια σημαντική ενόραση, αν και κάπως ασυνεπής...

για τις μητέρες των σχιζοφρενών. Η θεωρία του για την καταστροφική, υπερκτητική αγάπη δεν απορρίφθηκε, αλλά ήταν μη ρεαλιστική και γενική σε σχέση με τις πεποιθήσεις του J. Rosen (1953) ότι η μητρική απόρριψη κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου ζωής, διαμορφώνει το σημαντικότερο αιτιολογικό παράγοντα της σχιζοφρένειας (T.H. Lidz, St. Flerk, 1985).

Μελετώντας τη βιβλιογραφία βλέπουμε τη Frieda Fromm - Reichmann (1948) να χρησιμοποιεί τον όρο «σχιζοφρενικογόνος μητέρα» για να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο ωθεί η οικογένεια το μέλος της στη σχιζοφρένεια. Είναι η μητέρα με νεφελώδη διαχωριστικά του «ΕΓΩ», που συμπεριφέρεται στο παιδί σαν προέκταση του εαυτού της (Κοιν. εργασία 1993).

Μια άλλη κατηγορία είναι η «απορριπτική μητέρα», η οποία δεν ήθελε και δε μπορούσε να καθοδηγήσει το παιδί της, ένας παράγοντας ο οποίος έχει περιγραφεί ως αίτιο της σχιζοφρένειας. Τα όρια μεταξύ αυτών των ομάδων, φυσικά δεν είναι στέρα και συγχωνεύονται μέσα σε λιγότερο ξεκάθαρους τύπους μητέρας, οι οποίοι αναγνωρίζονται και κατανοούνται μέσω

της εκτίμησης των ομοιοτήτων με τους πιο ακραίους τύπους. Υπάρχουν μητέρες που θα μπορούσαν να έχουν μια πολύ καλή και λογική σχέση με το γιό αλλά όχι και με την κόρη και αντίθετα μια «ευκαιριακή μητέρα» μπορεί να αλληλεπιδρά πιο υγιεινά με την κόρη (T.H Lidz, St.Flerk 1985).

Πολλοί άνθρωποι, για παράδειγμα που έγιναν ψυχωτικοί σε κάποια στιγμή της ζωής τους, είπαν ότι είχαν γίνει ιδιαίτερα φλεγματικοί από πολύ νεαρή ηλικία ή ανίκανοι να αντιδράσουν συναισθηματικά ή να παράγουν χαμογελαστή απάντηση, εξαιτίας ότι οι μητέρες τους απότυχαν να έχουν τέτοιες αντιδράσεις από τα παιδιά τους. Άλλοι ασθενείς έχουν περιγράψει τη μητέρα του δυναμικά σχιζοφρενή σαν επιθετική, απορριπτική, κυριαρχική και ανασφαλή. Ορισμένες μητέρες παραδέχτηκαν ότι επωμίστηκαν το ρόλο του μάρτυρα, επειδή ήθελαν να περιορίσουν την ελευθερία των παιδιών τους και να εμποδίσουν αυτά να εκφράσουν άμεσα την εχθρότητα τους (K Karlam, Bay Sadac, 1982) .

Αναφορικά με την επίδραση της μητέρας δε μπορούμε να την προσδιορίσουμε στον πρώτο, δεύτερο χρόνο της ζωής του παιδιού. Δε μπορούμε να

περιγράψουμε τότε τη μητέρα του σχιζοφρενή ασθενή. Ωστόσο, όλες αυτές οι γυναίκες είναι σοβαρά ακρωτηριασμένες από τη δική τους ελαττωματική ανάτροφή και συνήθως από τους «ατυχείς γάμους» στους οποίους έχουν περιπλακεί (T.H Lidz, St.FFleck 1985).

Οι μητέρες αυτές τείνουν να μην καταλαβαίνουν τις ανάγκες των παιδιών τους και τα συναισθηματικά τους, είναι υπερπροστατευτικές και δένουν τα παιδιά μαζί τους με έναν εχθρικό δεσμό. Αυτός ο τύπος μητέρας συμπεριφέρεται στα παιδιά της όπως είχε συμπεριφερθεί στην ίδια η μητέρα της. Σε τέτοιες οικογένειες, η γιαγιά κυβερνά την οικογενειακή φωλιά και η μητέρα του σχιζοφρενή ασθενή είναι ανώριμη. Δεν είναι ξεκάθαρο από τέτοιες μελέτες, εάν η μητέρα και η γιαγιά μεταφέρουν επίσης σχιζοφρενή γονίδια, αν οι συμπεριφορές των γονιών και οι στάσεις προς τα παιδιά τους ήταν συντελεστικές για να έχουν μια προδιάθεση προς τη σχιζοφρένεια τα παιδιά ή εάν λαμβάνουν τα παιδιά τη γενετική έκφραση σε μια αλληλεπίδραση μαζί μ' αυτές τις μητριαρχικές συμπεριφορές (K. Karlam B.Sadoc ,1982).

Μητέρα με Γιό Σχιζοφρενή

Αυτός ο τύπος της μητέρας αναζητά αποζημίωση για τις απογοητεύσεις της ζωής της και για το βάρος να είναι γυναίκα με το να αποκτήσει ένα γιό.

Περιμένει ελάχιστα από τους άνδρες και τους θεωρεί ασθενείς οντότητες, εξαρτημένες από τις συζύγους τους ή τις μητέρες τους. Ίσως παντρεύτηκε για τον πρωταρχικό λόγο να αποκτήσει ένα γιό και υποσυνείδητα ή συνειδητά διάλεξε έναν αδύναμο άνδρα, ο οποίος θα παραμένει ένας ακόλουθος της. Οι τρόποι επικοινωνίας της είναι ασαφείς, θρυμματισμένοι, στερεότυποι αλλά έχουν ειπωθεί δημιουργώντας σύγχυση στον ακροατή. Η αξία της εικόνας του συζύγου σαν πατέρας προς το γιό έχει διαλυθεί από τον έλεγχο της μητέρας προς αυτόν ή εξ αιτίας μιας μεγάλης ανεπάρκειας του συζύγου (TH Lidz, St Flerk 1985).

Πιθανόν έχει θελήσει πάρα πολύ το παιδί και φαντάζεται πως θα γεμίσει τα όνειρα της με το μεγαλείο του. Συνήθως προβάλλει τις δικές της ανασφάλειες στο παιδί και γίνεται υπερπροστατευτική απέναντι του. Τα αισθήματά της για συγχώνευση με το παιδί, η ανάγκη της γι' αυτό και η προστατευτικότητά της, συγχρόνως με τις συμπεριφορές ελέγχου προς όλα τα αρσενικά, εμποδίζει

το παιδί στο να διαφοροποιηθεί και να καταφέρει να φτάσει σταδιακά σε μια αίσθηση αυτονομίας. Η μητέρα χρησιμοποιεί το γιο στη θέση του συζύγου, σαν την κύρια πηγή συναισθηματικής ευχαρίστησης, η οποία συχνά περιέχει υψηλό βαθμό ερωτισμού και συμπεριφορά αποπλάνησης, συγχωνεύοντας την οιδιπόδεια μετάβαση (Th. Lidz, St Fleck, 1985).

Μητέρα με Σχιζοφρενή Κόρη

Οι μητέρες με σχιζοφρενείς κόρες συγκαταλέγονται σε μια πιο μονογενετική ομάδα. Χαρακτηριστικά, η μητέρα έχει παγιδευτεί σε ένα δυστυχημένο, γεμάτο συγκρούσεις γάμο, στον οποίο η χαμηλή της αυτοεκτίμηση στα γυναίκα εξευτελίζεται περισσότερο από την αποδοκιμασία του συζύγου της. Είναι παντρεμένη με έναν άνδρα που χρειάζεται να υπερασπίζεται την εικόνα του σαν άνδρας και απαιτεί το θαυμασμό και την κολακεία από τη γυναίκα, αλλά δύναται να δώσει ελάχιστη συζυγική υποστήριξη. Πολλές από αυτές τις μητέρες είναι πιο όμορφες από ότι οι μητέρες με σχιζοφρενείς γιούς, τείνοντας να γίνουν άχρωμες. Έχει αισθανθεί

ανεπιθύμητη σαν παιδί, έχει χαμηλή εκτίμηση για τις γυναίκες και τη
 γυναικεία φύση και αντιμετωπίζει μεγάλες δυσκολίες στο να καθοδηγεί μια
 κόρη. Ενώ, ίσως είναι ανυπόμονη και υπερπροστατευτική με την κόρη της, στην
 πραγματικότητα όμως είναι πολύ μακριά της και μια εχθρική ποιότητα
 χρωματίζει την υπερπροστασία της. Η απογοήτευση το να έχει μια κόρη ίσως
 είναι εμφανής. Προβάλλει ένα φτωχό πρότυπο γυναίκας, συζύγου και
 μητέρας, για ν' ακολουθήσει το κορίτσι και ο σύζυγός της κάνει να φαίνεται
 ξεκάθαρο στην κόρη ότι οποιοσδήποτε που μοιάζει στην μητέρα της δε μπορεί
 να κερδίσει τη στοργή και την εκτίμησή του (T.H.Lidz, St.Fleck, 1985).

Ο Πατέρας του Σχιζοφρενή Ασθενή

Ο ρόλος του πατέρα δεν είχε πάντα παραγκωνιστεί στις μελέτες για τους
 σχιζοφρενείς ασθενείς. Πρώτος, ο Freud στη γνωστή μελέτη του παρανοϊκού
 Schzeber, απέδωσε την κατάσταση του στη σκληρή ανατροφή του από έναν
 τυρανικό πατέρα. (Κοιν.Εργασία, 1993).

Ο Lidz και Lidz(κεφ.2) επισημαίνει στην έρευνά του σε πενήντα
 οικογένειες ότι «...οι πατρικές επιδράσεις είναι βλαβερές τόσο συχνά όσο και

οι μητρικές...η μελέτη κάποιων περιπτώσεων αφήνει την εντύπωση ότι οι ασθενείς είχαν πάρει το ρόλο ενός σταθερού πατέρα...οι ασθενείς δε θα μπορούσαν να είχαν επηρεασθεί τόσο σημαντικά από τις δυσκολίες της μητέρας» (T.H.Lidz,St.Fleck,1985).

Η έλλειψη αποτελεσματικότητας του πατρικού ρόλου,η παθητικότητα ή η αδυναμία και η αδιαφορία του για τον ασθενή, έχουν επισημανθεί από τον Gerard και Stegel(1950),Ellison και Hamilton(1949),και Frazee(1953).Ο Reichard και Tillman(1950)περιέγραψαν ένα σχιζοφρενογενετικό τύπο πατέρα που είναι κυριαρχικός,σαδιστής,και σε μεγάλο βαθμό απορριπτικός. Σημειώνουν επίσης,ότι τέτοιος πατέρας είναι βασικά αδύναμος και αναποτελεσματικός και η ζηλοτυπία του για τα παιδιά και η ανταγωνιστικότητα για την προσοχή της μητέρας,εμποδίζει τη μητέρα στο να δώσει την σωστή φροντίδα και προσοχή στα παιδιά (T.H.Lidz,St.Fleck,1985).

Πολλοί σχιζοφρενείς ασθενείς έχουν περιγράψει τον πατέρα σα μια ανεπαρκή, αθητική και ουδέτερη μορφή.Κάπου αλλού επίσης στη βιβλιογραφία για τον πατέρα του σχιζοφρενή έχει περιγραφεί ο πατέρας σαν

άμεσα εκφοβιστής, επιθετικός ή κτηνώδης ή ακόμα και σαν συντριφτής του παιδιού (Kaplan, B Sadac, 1982).

Σε μερικές οικογένειες, ο πατέρας ίσως επιδιώξει να εξασφαλίσει τη συμμαχία της κόρης του στη μάχη του με τη σύζυγο του και να υποσκάψει την εξουσία της. Σε άλλες οικογένειες ο πατέρας ίσως είναι αναποτελεσματικός ή εμπλεγμένος σε άμεση ανταγωνιστικότητα με τους γιούς για χάρη της προσοχής και φροντίδας της συζύγου ή είναι ένα φτωχό και άπραγο πρότυπο για τους γιούς. Άλλοι πατέρες είναι υπεροπτικοί, αδιάφοροι ή απομακρυσμένοι (K. Kaplan, B. Sadac, 1982).

Ίσως με πιο γενικούς όρους, κάποιος μπορεί να ακολουθήσει τους Zelditch (1955) Parson και Bales (1955) για να επισημάνει ότι ο πατέρας είναι ο αρχηγός της οικογένειας σε κατάλληλα διαμορφωμένους ρόλους σαν αντίθεση στην ολοκληρωτική, εκδηλωτική πρωτοκαθεδρία της μητέρας και γι' αυτό ένας αδύναμος άπρακτος πατέρας είναι περισσότερο σπουδαίος για την εμφάνιση της ασθένειας παρά μια αδύναμη άπρακτη μητέρα, ενώ μια ψυχρή ανυποχώρητη μητέρα είναι μεγαλύτερο πρόβλημα από έναν ψυχρό

ανυποχώρητο πατέρα. Είναι συνήθως ο πατέρας στη μεσαία ή ανώτερη τάξη που εκπροσωπεί την οικογενειακή θέση στον εξωοικογενειακό κόσμο που εγκάθιδρύει την οικογενειακή θέση στην κοινωνία και που διαμορφώνει την κυριότερη πηγή για την οικογενειακή εικόνα, υπερηφάνεια και αυτοεκτίμηση. Ίσως περισσότερο από τη μητέρα η φιλική ή ύποπτη συμπεριφορά του στους γύρω τους, καλλιεργεί το σύνολο των συμπεριφορών της οικογένειας προς το περιβάλλον (TH Lidz, St. Flerk 1985).

Πιθανόν να μη φωτίσαμε όλες τις ανάγκες για ένα ικανοποιητικό πρότυπο πατέρα στην οικογένεια, αλλά έχουμε δώσει έμφαση στο ζωτικό ρόλο που εκλαμβάνει ο πατέρας στην ανάπτυξη των παιδιών. Θα θέλαμε να προσθέσουμε άλλη μια θεωρία η οποία έχει πολλές διακλαδώσεις αλλά θα ήταν καλύτερο να την περιορίσουμε λέγοντας ότι η οικογενειακή δομή και η ικανοποιητική ανάπτυξη των παιδιών προϋποθέτει ότι δεν υπάρχει σύγχυση των γενεών μεταξύ γονέων και παιδιών. Ο πατέρας που συναγωνίζεται σαν ο γιός της συζύγου του, ή παραμένει ένα παθητικό παιδί εκτοπισμένος από την τρυφερότητα της συζύγου του εξ αιτίας του παιδιού του, ή αντίθετα αναζητά να αντικαταστήσει την κόρη ή ακόμη και το γιό στη γυναίκα του, εκφοβίζει την

υποχρεωτική διαίρεση μεταξύ των γενεών, η οποία προσφέρει ασφάλεια στο παιδί από διαφόρων ειδών καταστροφικά άγχη (TH Lidz, St Flerk 1985).

Τα Αδέλφια των Σχιζοφρενών Ασθενών

Γνωρίζουμε ότι πολλά αδέλφια σχιζοφρενών ασθενών είναι ικανοποιητικά σταθερά άτομα και επίσης με υψηλή ευαισθησία και παραγωγικότητα. Ένας αριθμός διακεκριμένων συγγραφέων είχαν σχιζοφρενοί αδέλφια και μερικοί έχουν φανερά επηρεασθεί απ' την τραυματική ζωή τους στα καλλιτεχνήματά τους. Μερικοί ψυχίατροι με σχιζοφρενοί αδέλφια είχαν χρησιμοποιήσει με μεγάλη ευαισθησία τις βαθιές γνώσεις που είχαν πάρει απ' τις δικές τους οικογένειες, για να κατανοήσουν και να θεραπεύσουν σχιζοφρενείς ασθενείς (TH. Lidz, St. Fleck, 1985).

Πολλά αδέλφια αντιλήφθηκαν ότι πρέπει να φύγουν απ' το διαταραγμένο περιβάλλον όσο το δυνατόν γρηγορότερα για να μην επηρεασθούν σταδιακά και τα ίδια. Πολλά απ' αυτά τα αδέλφια ξαναμετρούν πως παρέμειναν συναισθηματικά αδιάφοροι για πολλά χρόνια ως την στιγμή που μπόρεσαν να

δραπετεύσουν. Σε άλλους, η δυσχέρεια απ' το σχιζοφρενή αδελφό είχε γίνει τόσο αφόρητη και τρομακτική που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν το σπίτι, όπως έκανε ένας χαρακτήρας του Τένεση Ουίλιαμς στο έργο του ο «Γυάλινος Κόσμος». Φεύγοντας απ' το σπίτι, προσπαθούν να φράξουν το παρελθόν και να απαγκιστρώθουν απ' τις οικογένειες τους. Βεβαίως, αυτά τα αδέρφια συχνά είναι πιο ικανά να εγκαταλείψουν τους γονείς και να επιβιώσουν μόνοι τους σ' αντίθεση με τους ασθενείς, που τέτοιες ανεπιτυχείς προσπάθειες να απαγκιστρωθούν ίσως συμβάλλουν για ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο (T.H. Lidz, St. Fleck, 1985).

Παρακάτω θα αναφερθούμε συγκεκριμένα σε συμπεριφορές του περιβάλλοντος που φαίνεται να υπάρχουν σε οικογένειες σχιζοφρενών

Η Ψευδοαμοιβαιότητα

Η έκφραση ψευδο-αμοιβαιότητα περιγράφει το χαρακτήρα μιας σχέσης με διαφορετικά συστατικά στοιχεία. Κάθε άτομο προσφέρει στη σχέση μια πρωτογενή επένδυση με σκοπό να διατηρήσει την αίσθηση μιας σχέσης. Η ανάγκη και η επιθυμία για την ιδιαίτερη αυτή σχέση είναι για έναν ή περισσότερους λόγους εξαιρετικά ισχυρή στους ενήλικους π.χ. οφείλεται στην απομόνωση ή στην αποτυχία άλλων σχέσεων εξαιτίας χαρακτηριστικών ή περιστασιακών προβλημάτων, στα παιδιά εξαιτίας οδυνηρών προηγούμενων βιωμάτων από το άγχος του αποχωρισμού. Η παλιά εμπειρία και οι παρούσες συνθήκες της σχέσης οδηγούν το άτομο στην επιδίωξη να διατηρήσει την ιδέα ή το συναίσθημα, ότι η προσωπική του συμπεριφορά και οι προσδοκίες του ταυτίζονται μέσα στη σχέση με τη συμπεριφορά και τις ελπίδες του άλλου, ακόμα κι όταν τούτο είναι μονάχα μια αυταπάτη (D.Ron, 1978).

Από την σκοπιά του παρατηρητή, η οικογενειακή ψευδο-αμοιβαιότητα παρουσιάζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που διαπιστώνονται εύκολα:

1. Μόνιμη αμεταβλητότητα της δομής των ρόλων της οικογένειας, παρά τις

φυσικές και περιστασιακές αλλαγές του τρόπου ζωής των οικογενειακών μελών και τις μεταβολές στα βιώματα της οικογενειακής ζωής των οικογενειακών μελών.

2.Αγκίστρωμα στο επιθυμητό και σκόπιμο αυτής της δομής ρόλων.

3.Δείγματα έντονης ανησυχίας μπροστά στην πιθανότητα απόκλισης ή και ολοκληρωτικής ανεξαρτησίας από τη δομή αυτή.4.Ελλειψη αυθορμητισμού, πρωτοτυπίας,χιούμορ και δροσιάς στις αμοιβαίες,συναισθηματικές σχέσεις (D.Ron,1978).

Ο Lyman Wynne και οι συνεργάτες του θεώρησαν ότι το παθολογικό χαρακτηριστικό των οικογενειών των σχιζοφρενών είναι η ψευδο-αμοιβαιότητα που χαρακτηρίζει τις σχέσεις τους.Αυτή αναφέρεται στη με κάθε τρόπο διατήρηση επιφανειακά καλών σχέσεων με την προσπάθεια από κάθε μέλος να ανταποκρίνεται η συμπεριφορά του στις ανάγκες και τις προσδοκίες των άλλων μελών σε βάρος της πραγματικής του άποψης(Κοινωνική Εργασία,1992).

Το Φαινόμενο του Διπλού Δεσμού

Ο Gregory Bateson στο κλασικό άρθρο του «Προς μια θεωρία της Σχιζο - φφρένειας» (Bateson, κ.α., 1956), πρότεινε ότι το αδύναμο εγώ των σχιζοφρενών είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας που έχουν να διακρίνουν μηνύματα αλληλοαναιρούμενα από το περιβάλλον τους και τα οποία τελικά οδηγούν σε αδυναμία διάκρισης και των δικών τους σκέψεων, αντιλήψεων και συναισθημάτων. Οι απόψεις αυτές οδήγησαν στη διατύπωση του «διπλού δεσμού». Σύμφωνα με αυτήν, ένα άτομο αναπτύσσει σχιζοφρένεια όταν διαρκώς βρίσκεται κάτω από τις παρακάτω συνθήκες: Κάποιος του δίνει μια εντολή να κάνει ή να μην κάνει κάτι, υποδεικνύοντας και κάποια τιμωρία για την περίπτωση ανυπακοής. Ταυτόχρονα, του δίνει λεκτικά ή μη λεκτικά και μια δεύτερη εντολή που έρχεται σε αντίθεση με την πρώτη, επισείοντας και πάλι απειλή για τιμωρία επί ανυπακοής (Κοινωνική Εργασία, 1993).

Κλασικό παράδειγμα από τον ίδιο τον Bateson είναι η περίπτωση ενός νοσηλευόμενου νέου που βρισκόταν σε βελτίωση όταν δέχτηκε την επίσκεψη της μητέρας του. Μόλις την είδε αυτός χάρηκε τόσο που την αγκάλιασε. Εκείνη κοκάλωσε. Τότε, αυτός μάζεψε από πάνω της τα χέρια

του. Τότε τον ρώτησε: «Δεν μ' αγαπάς πια;» Αυτός κοκκίνησε κι εκείνη είπε: «Αγαπητέ μου δεν πρέπει να αισθάνεσαι τόσο εύκολα ντροπή, ούτε να σε φοβίζουν τα συναισθήματα σου». Μόλις έφυγε η μητέρα του από την κλινική, ο ασθενής επιτέθηκε σ' ένα νοσοκόμο (Κοινωνική Εργασία, 1993).

Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για μια κατάσταση διπλοσύνδεσης σύμφωνα με τον Bateson, Haley και Weakland είναι:

1. Δύο ή περισσότερα πρόσωπα. Για να διατυπώσουμε έναν ορισμό χαρακτηρίζουμε ένα από τα πρόσωπα σαν «θύμα»
2. Επαναλαμβανόμενη εμπειρία. Η υπόθεση της δεν υποστηρίζει μια μεμονωμένη τραυματική εμπειρία αλλά μια τέτοια επαναλαμβανόμενη πείρα που έχει σαν αποτέλεσμα η δομή της διπλοσύνδεσης να γίνεται «καθ' έξιν» προσδοκία.
3. Μια πρωτεύουσα αρνητική εντολή. Αυτή μπορεί να έχει δύο μορφές: «Μην το κάνεις αυτό θα σε τιμωρήσω ή αν δε το κάνεις αυτό θα σε τιμωρήσω». Εδώ έχουμε μια κατάσταση μάθησης που στηρίζεται περισσότερο στην αποφυγή της τιμωρίας, παρά μια κατάσταση που επιδιώκει τον έπαινο.

4.Μια δευτερεύουσα εντολή που έρχεται σε ένα πιο αφηρημένο επίπεδο - σε σύγκρουση με την πρώτη και επιβάλλεται όπως και εκείνη με τιμωρίες και απειλητικά σήματα.Η δευτερεύουσα εντολή περιγράφεται πολύ δυσκολότερα,για το λόγο ότι η δευτερεύουσα εντολή δίνεται στο παιδί α - λεκτικά και ακόμη ότι μπορεί να προσκρούσει σ' ένα στοιχείο της πρωτεύουσας απαγόρευσης.

5.Μια τριτεύουσα αρνητική εντολή που απαγορεύει στο θύμα να φύγει.Με την τυπική έννοια δεν χρειάζεται ίσως να παρουσιασθεί αυτή η εντολή σαν ξεχωριστό σημείο,εφόσον η ενίσχυση στα άλλα δύο επίπεδα είναι απειλητική και η φυγή γίνεται φυσικά αδύνατη όταν οι διπλοσυνδέσεις επιβάλλονται στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.Φαίνεται ωστόσο πως η φυγή σ' ορισμένες περιπτώσεις αποφεύγεται με συγκεκριμένα μέσα, που δεν είναι ολότελα αρνητικά π.χ. άστατες υποσχέσεις αγάπης (Bateson,Haley ,1978).

Η ικανότητα κάθε ατόμου να διακρίνει τους διαφόρους λογικούς τύπους,καταρρέει μόλις εμπλακεί σε μια διπλοσυνδετική κατάσταση.Τα γενικά χαρακτηριστικά μιας τέτοιας κατάστασης είναι τ' ακόλουθα:

1. Το άτομο είναι μπλεγμένο σε μια έντονη σχέση, μια σχέση δηλαδή όπου έχει ζωτική σημασία να διακρίνει ακριβώς το είδος του μηνύματος που του μεταβιβάζουν για να μπορέσει ν' αντιδράσει ανάλογα.

2. Το άτομο είναι αιχμαλωτισμένο σε μια κατάσταση στην οποία το άλλο μέλος της σχέσης εκφράζει δύο αλληλοαναιρούμενα είδη μηνυμάτων.

3. Το άτομο δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει κριτικά τα μηνύματα που έλαβε για να επανορθώσει την απόφαση του, σε ποιά απ' αυτά πρέπει να

αντιδράσει, τούτο σημαίνει πως δεν μπορεί να κάνει καμία μετεπικοινωνιακή διαπίστωση (Bateson, Haley, 1978)

Η έννοια του διπλού δεσμού, η οποία επικεντρώνεται στους συγκεκριμένους τρόπους που συμπεριφέρεται η μητέρα με τα παιδιά. Τα τελευταία δε μπορούν να κερδίσουν στη σχέση τους με τη μητέρα, ενώ ο πατέρας στέκεται αμήχανος τα παιδιά είναι έτοιμα να νιώσουν αβοήθητα, φοβισμένα, εξοργισμένα και μπορούν να χειριστούν αυτήν τη δύσκολη θέση με το να οδηγηθούν στη ψύχωση (Kaplansky, Sadac, Fourlli Edition).

Το Φαινόμενο του Αποδιοπομπαίου Τράγου και το Σύστημα του
Παραλόγου στον Ασθενή

Ήπιστεύετε ότι το κυνήγι του αποδιοπομπαίου τράγου δημιουργείται από τις εντάσεις μεταξύ των γονέων, που δεν λύθηκαν ικανοποιητικά μ' άλλο τρόπο. Οι σύζυγοι αισθάνονταν ότι δεν μπορούσαν να συνεννοηθούν άμεσα για τη κατάσταση, γιατί τους φαινόταν επικίνδυνο και κατέφευγαν έτσι στην απόκρυψη, την υπεκφυγή κ.τ.λ. Οι γονείς λοιπόν, στις διαταραγμένες αυτές οικογένειες, είχαν γενικά εσωτερικεύσεις σε τέτοιο βαθμό τις νόρμες του περιβάλλοντος που τους ήταν δύσκολο, ελλείψη κατάλληλης βάσης να δώσουν τον ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου σ' ένα τρίτο. Ακόμα κι αν μια φορά κατάφερναν να εκφράσουν την αντιπάθεια τους, αυτό είχε τόσες επιπλοκές, ώστε η οικογένεια προτιμούσε να κάνει αποδιοπομπαίο τράγο το ίδιο της το παιδί (E. Vogel, N Bell, 1978).

Εξ' αιτίας του φαινομένου του αποδιοπομπαίου τράγου, αλλά και των παθολογικών οικογενειακών χαρακτήρων και σχέσεων θα πρέπει να επιδιώξουμε την υπόθεση ότι σχιζοφρενής ασθενής έχει περισσότερη τάση ν' αποσυρθεί μέσω της παραποίησης του συμβολισμού του για την

πραγματικότητα απ' ότι οι άλλοι ασθενείς, επειδή η βάση του για την εξέταση της πραγματικότητας είναι αβέβαιη, έχοντας αναπτυχθεί εν μέσω του παραλόγου και της χρόνιας έκθεσης σε ενδοοικογενειακές επικοινωνίες οι οποίες παραποιούν και αρνούνται αυτό που θα πρέπει να είναι η ολοφάνερη ερμηνεία του περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένου της αναγνώρισης και κατανόησης των παρορμήσεων και της πλέον επηρεασμένης συμπεριφοράς από τα μέλη της οικογένειας (TH Lidz, St Fleck 1985).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Εισαγωγή

Η οικογένεια είναι η πρώτη κοινωνική ομάδα με την οποία το άτομο έρχεται σε επαφή και γίνεται μέλος. Είναι το κύτταρο και η βάση της ψυχολογικής και κοινωνικής ανάπτυξης του, και το μονοπάτι που θα το οδηγήσει στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Γι' αυτόν τον ιδιαίτερα πρωτεύοντα ρόλο της οικογένειας στην εξέλιξη του ατόμου, παρατηρήθηκε ότι πολλές φορές η μη υγιή διάθρωση και επικοινωνία μέσα στην οικογένεια δημιουργεί εντάσεις και ρίζεις οδηγώντας πολλές φορές ένα μέλος της ή και περισσότερα σε αδιέξοδο και σε καταστροφική συμπεριφορά τόσο στον εαυτό του, όσο και στους άλλους.

Η μελέτη της οικογένειας και η σημαντικότητά της φέρνει στο προσκήνιο τους θεωρητικούς και θεραπευτές της οικογένειας, ως σύνολο, και τη σπουδαιότητα θεραπείας μιας συμπεριφοράς ή στάσης ενός ατόμου, με την

παρουσία και ενεργή συμμετοχή όλων των μελών της οικογένειας του. Υπήρξαν θεωρητικοί μελετητές και σχολές πάνω στη θεραπεία οικογένειας και αρκετοί απ' αυτούς όπως ο Bowen ή ο J.Haley, επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους στην οικογένεια μ' ένα σχιζοφρενή μέλος

Αυτές οι οικογένειες έχουν ενδιαφέρον για τους μελετητές εξ' αιτίας της ιδιαίτερης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας, μορφής και ρόλων που παρουσιάζουν.

Για το λόγο αυτό οδηγήθηκαν πολλοί θεραπευτές στην ιδιαίτερη μελέτη, ενόραση και θεραπεία των οικογενειών αυτών.

Το τρίτο μέρος είναι μια περιεκτική παρουσίαση των κυριότερων μελετητών, σχολών και θεραπευτών που ασχολήθηκαν, διατύπωσαν άποψη και εφάρμοσαν θεραπεία οικογένειας μ' ένα σχιζοφρενή μέλος.

Ιστορική Αναδρομή της Θεραπείας με Οικογένεια

Η κίνηση για την ανάπτυξη της μεθόδου στη θεραπεία της οικογένειας έχει τις ρίζες της στη δεκαετία του 1940 και στις αρχές του 1950 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.

Ο πιο διακεκριμένος πρωτεργάτης θεραπείας με οικογένεια είναι ο Ackerman που υποδεικνύει ότι «κανείς από εμάς δεν περνάει τη ζωή του τελείως μόνος. Αυτοί που προσπαθούν και το κάνουν είναι καταδικασμένοι να ζουν μια ανυπόφορη ζωή. Πάντα ζούμε κατά κύριο λόγο με άλλους και στα πρώτα μας χρόνια κατά αποκλειστικότητα σχεδόν με άλλα μέλη της οικογένειας μας (Μουζακίτης, 1990).

Μεταξύ των ετών 1950 και 1975 η κίνηση για την ανάπτυξη της μεθόδου (Οικογενειακής Θεραπείας) διήλθε μέσω μιας σειράς από πολύ ενδιαφέρουσες αλλαγές.

Στα 1957 και 1958 η κίνηση για τη θεραπεία της οικογένειας ήρθε στην επικαιρότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο Speigel οργάνωσε μια ομάδα που είχε σαν θέμα «Ερευνα πάνω στην οικογένεια» και παρουσιάστηκε τον

Μάρτιο του 1957 στο Εθνικό Συνέδριο Ορθοψυχιατρικής, το οποίο ήταν και το πρώτο που περιέλαβε θέματα έρευνας πάνω στην οικογένεια. Το συνέδριο αυτό ακολούθησαν και άλλα μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα με θέματα που σχετίζονται με την οικογένεια και τα προβλήματα τους.

Οι παρουσιάσεις στα συνέδρια αυτά αποτέλεσαν τις βάσεις για την έκδοση πολλών βιβλίων σε σχέση με την οικογένεια, π.χ. ο Jackson, «Αιτιολογία της σχιζοφρένειας», ο Bowen, «Εντατική οικογενειακή θεραπεία». Το 1964 ιδρύεται το «ανστίτουτο της οικογένειας» στην Φιλαδέλφεια στο οποίο ομάδα ερευνητών εκδίδουν σ' ένα τόμο όλες τις έρευνες με τίτλο

Εντατική Οικογενειακή θεραπεία. Ο Bowen άρχισε την εργασία του με σχιζοφρενείς και τις οικογένειες τους στην αρχή της δεκαετίας του 1950. Δεχόταν στο νοσοκομείο τους ασθενείς με τις οικογένειες τους προκειμένου να μελετήσει την οικογένεια σα σύνολο. Ο Bowen το 1966 εκδίδει την πρώτη του εργασία που είχε τίτλο «Η χρήση της οικογενειακής θεωρίας στην κλινική εφαρμογή». Απ' αυτή την εργασία και τις κατοπινές μελέτες του προήλθε η σύνδεση των ψυχοδυναμικών απόψεων του με τη συστηματική θεωρία με οικογένεια και πολλές από τις απόψεις σχετικά με τη λειτουργία της

οικογένειας και την εξέλιξη της σχιζοφρένειας σε ένα μέλος της

(Εκλογή, 1991).

Αργότερα η Virginia Satir εκδίδει το βιβλίο «Conjoint Family Therapy» που

και σήμερα ακόμη χρησιμοποιείται από τους ειδικούς και οι προσφορές του

Bateson, Weaklan, Haley είναι αναμφίβολα σημαντικές στην κίνηση αυτή της

οικογενειακής θεραπείας. Συνείσφεραν εκτεταμένες έρευνες και δημοσιεύσεις

για την κατανόηση της σχιζοφρένειας σαν ένα πρόβλημα που είναι

αποτέλεσμα της επικοινωνίας μέσα στον οικογενειακό χώρο

(Μουζακίτης, 1990).

Γιατί οικογενειακή θεραπεία:

Όπως προαναφέραμε η οικογενειακή θεραπεία(Family therapy) είναι η πιο πρόσφατη θεραπεία αλλά αυτή όμως κερδίζει έδαφος.

Αμέτρητες μελέτες έχουν δείξει ότι η οικογένεια συμπεριφέρεται σε σύνολο,σαν ενότητα.Το 1954 ο Jackson εισήγαγε τον όρο «οικογενειακή ομοιόστασις» για να αναφερθεί σ'αυτή τη συμπεριφορά.

Σύμφωνα με την αντίληψη αυτή της οικογενειακής ομοιόστασης,η οικογένεια δρα με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να πετύχει ισορροπία στις σχέσεις της και τα μέλη με κάθε πράξη τους βοηθούν στη διατήρηση αυτής της ισορροπίας.Όταν ... η οικογενειακή ομοιόσταση βρίσκεται σε κίνδυνο τα μέλη ασκούν μεγάλη πίεση προκειμένου να τη διατηρήσουν (Virginia Satir,1978).

Συχνά θα αναπτύξουν και παθολογικά συμπτώματα σαν ένα σήμα «SOS» ως προς τους γονείς ή τα παιδιά για να δηλώσουν την αναταραχή.Τα συμπτώματα είναι ένα μήνυμα,ειδικά όταν προέρχονται από το παιδί,ότι διαταράσσει τη δική του ανάπτυξη προκειμένου να προσπαθήσει να ανακουφίσει και να απορροφήσει τον πόνο των γονιών του.

Γι'αυτό οι θεραπευτές θεωρούν πως τα συμπτώματα του ασθενή εξυπερετούν

την ομαλή λειτουργία της οικογένειας οπότε είναι φυσικό επακόλουθο το επίκεντρο της θεραπείας να μετατίθεται από το άτομο σ'ολόκληρη την οικογένεια.

Συστημική Θεραπεία οικογένειας

Εισαγωγή

Η συστημική θεραπεία οικογένειας, βασισμένη πάνω στη θεωρία συστημάτων, περικλύει και εμπεριέχει μια σειρά θεωριών θεραπείας με οικογένεια. Μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία παρατηρείται ότι ο καθείς συγγραφέας όπως ο Β. Τομαράς, ο W. Mc. Farlane κ.α., σημασιοδοτεί και ιεραρχεί τους μελετητές και ερευνητές της οικογένειας ανάλογα με τον τρόπο που επικεντρώνεται στη θεραπεία της οικογένειας. Γι' αυτόν το λόγο η κατοπινή σειρά και ιεραρχία των μελετητών και σχολών θεραπείας με οικογένεια είναι μια υποκειμενική ταξινόμηση κατόπιν μελέτης της βιβλιογραφίας για την καλύτερη κατανόηση της θεραπείας οικογένειας μ' ένα σχιζοφρενή μέλος.

Ο Murray Bowen είναι ένας από τους πρώτους θεωρητικούς ψυχαναλυτές που αναφέρεται στη θεωρία συστημάτων σε σχέση με την οικογένεια και ένας θεραπευτής οικογενειών με σχιζοφρενή παιδιά, από τις αρχές της δεκαετίας του '50 έως το τέλος της δεκαετίας του '70.

Συγχρόνως, η ομάδα του Palo Alto στην Καλιφόρνια με επικεφαλής τον G. Bateson, θεμελιώνει και διατυπώνει μια σημαντική θεωρία, βάση και οδηγό της συστημικής θεραπείας, τη θεωρία της επικοινωνίας.

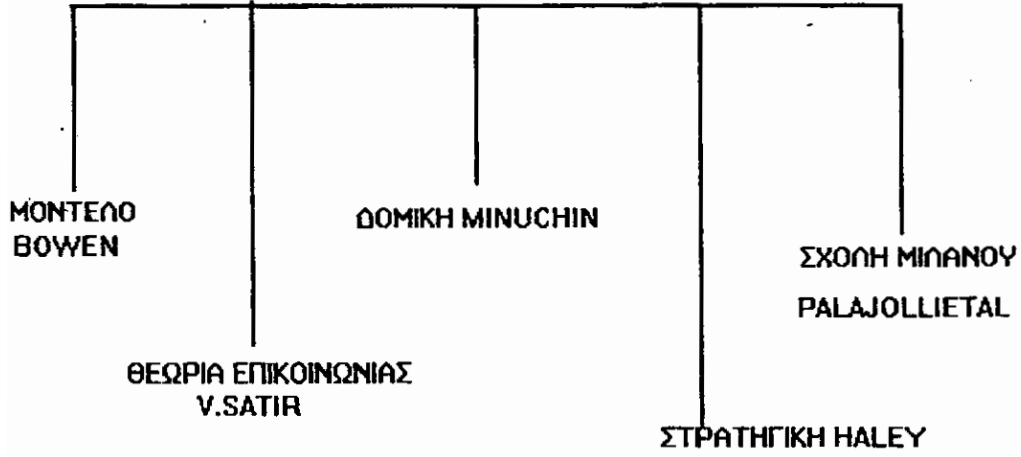
Σα συνέπεια της θεωρίας της επικοινωνίας είναι η δημιουργία της δομικής θεραπείας οικογένειας με ιδρυτή τον S. Minuchin και η στρατηγική θεραπεία οικογένειας με εκπρόσωπους την ομάδα της βραχείας θεραπείας του

M.R.I., αλλά σαν πιο σημαντικό πρεσβευτή τον Jay Haley που προσπάθησε να γεφυρώσει τη δομική με τη στρατηγική θεραπεία.

Τέλος, έρχεται η σχολή του Μιλάνου που αναπτύχθηκε στο Milan center και είχε μια ευρεία εφαρμογή στη δεκαετία του εβδομήντα, ενθουσιάζοντας τους θεραπευτές στις Η.Π.Α.

Το παρακάτω σχεδιάγραμμα είναι μια προσπάθεια να κατατάξει τις διάφορες θεωρίες θεραπείας οικογένειας που φαίνεται να έχουν συστημική κατεύθυνση

ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ



Γενική Θεώρηση Συστημάτων

Η συστημική θεραπεία οικογένειας πήρε το όνομα της από τη σύνδεση της με τη θεωρία των συστημάτων. Βασικά στοιχεία από τη γενική θεωρία

συστημάτων είναι τα ακόλουθα:

- Κατ' αντίθεση προς την Καρτεσιανή σκέψη, η συστημική μεθοδολογία θεωρεί το αντικείμενο ως σύνολο (σύστημα).
- Σύμφωνα με τη συστημική σκέψη, η ανατροφοδότηση (feedback) και η αλληλεπίδραση των στοιχείων αποκλείουν τη διάκριση αιτίου-αποτελέσματος στη συμπεριφορά του συστήματος. Μ' αυτόν τον τρόπο η γραμμική (linear) αιτιότητα αντικαθίσταται από την κυκλική.
- Η συστημική μεθοδολογία είναι στοχαστική (τελεολογική) και όχι αιτιοκρατική. Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται στο τι κάνει το σύστημα και όχι στο τι είναι το αντικείμενο καθ' αυτό. Ο επιστήμονας δεν είναι απλά παρατηρητής, αλλά επεμβαίνει στο σύστημα (B. Τομαράς, 1989).

Η Θεωρητική άποψη του Murray Bowen

Μία από τις κυρίαρχες αντιλήψεις του Bowen, μελετώντας οικογένειες με σχιζοφρενή μέλη, είναι η «αδιαφοροποίητη μάζα του οικογενειακού εγώ» που αναφέρεται στη συμβιωτική φύση των συγχωνευμένων «εγώ» της οικογένειας

που έχουν κοινά σύνορα.Ανάλογα με το βαθμό που τα μέλη της οικογένειας αντιλαμβάνονται τη συγχώνευση του εγώ ή και τη διαφοροποίηση του εαυτού,καθορίζονται και οι υγιείς ή δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις (Εκλογή,1991).

Ο Bowen στο βιβλίο του «Family Therapy in Clinical Practice» το 1978 λέει ότι «...η σχιζοφρένεια είναι το προϊόν μιας οικογενειακής διεργασίας κατά την οποία το παιδί κάθε γενεάς είναι πιο επιβαρυνμένο από το γονέα.Η διεργασία επαναλαμβάνεται για αρκετές γενεές μέχρις ότου υπάρχει απόγονος με χαμηλό επίπεδο διαφοροποίησης του «εγώ» που μετά το γάμο του θα έχει ένα τόσο επιβαρυνμένο γονεϊκό,μαζικό «εγώ» που θα δημιουργήσει σχιζοφρένεια στο παιδί»,και υποθέτει ο Bowen ότι χρειάζονται τουλάχιστον τρεις γενεές προκειμένου να αναπτυχθεί η σχιζοφρένεια σε ένα μέλος της οικογένειας (Εκλογή,1991).

Ο Bowen προτιμάει μεθόδους που επιτρέπουν στην οικογένεια να συνειδητοποιήσει το ρόλο που παίζει κάθε μέλος στη λειτουργία της.Οι στόχοι της θεραπείας του είναι να μετριάσει το άγχος,να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα του και να αυξήσει το επίπεδο διαφοροποίησης

κάθε μέλους της οικογένειας, ώστε να καλυτερεύσει η προσαρμοστικότητα τους. Η θεραπευτική του μέθοδος αποτελείται από τα εξής στάδια:

α) οικογενειακές συνεντεύξεις αξιολόγησης, προσδιορίζονται από αντικειμενικότητα και ουδετερότητα ώστε να συλλέγουν πληροφορίες για το παρουσιαζόμενο πρόβλημα, τον τύπο και την έκταση του συναισθηματικού κλίματος, τα σημαντικά γεγονότα που δημιούργησαν stress όπως γεννήσεις, θάνατοι, σειρά των αδελφών κ.α. Αυτές οι πληροφορίες βοηθούν το θεραπευτή να καταλάβει την οικογένεια και να προγραμματίσει ένα σχέδιο θεραπείας.

β) Διαδικασία διαφοροποίησης του εαυτού, ώστε να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να αποκτήσουν υψηλότερο βαθμό διαφοροποίησης του εαυτού. Ο θεραπευτής ενεργεί σαν προπονητής που ενθαρρύνει τα μέλη να ξεδιαλύνουν τα προβλήματά τους (Εκλογή, 1991).

γ) Τεχνικές οικογενειακής ψυχοθεραπείας, είναι να αρχίσει θεραπεία μόνο με τους γονείς με βάση την αρχή ότι όλο το σύστημα της οικογένειας αλλάζει όταν η γονεϊκή σχέση καλυτερεύει. Η θεραπευτική στάση διευκολύνει το ζεύγος να λύσει τα προβλήματα και να προχωρήσει σε διαφοροποίηση του

εαυτού(Εκλογή,1991).

Η Θεωρία της επικοινωνίας

Η ομάδα του Palo Alto στην Καλιφόρνια,με επικεφαλή τον G.Bateson, μελετώντας την ανθρώπινη επικοινωνία,διατύπωσε τις εξής αρχές:

- Δεν υπάρχουν απλά μηνύματα στην ανθρώπινη επικοινωνία. Είμαστε άντοτε πομποί και δέκτες πολλαπλών λεκτικών και εξωλεκτικών που το καθένα τους προσδιορίζει ή τροποποιεί το άλλο.
- Το μήνυμα δεν είναι μόνο νόημά,αλλά και επίδραση στη συμπεριφορά.Η μία πλευρά του αντιστοιχεί στην πληροφορία,η άλλη όμως υποδηλώνει κατεύθυνση ή εντολή.
- Η επίδραση της επικοινωνίας συντελείται μέσω ενεργοποίησης της ενέργειας του δέκτη του μηνύματος.Αυτό εξηγεί το γιατί μικρής έντασης εκπεμπόμενα σήματα παράγουν δυσανάλογα μεγάλο αποτέλεσμα(B.Τομαράς,1989).

Κατ'επέκταση,η κάθε συμπεριφορά-φυσιολογική ή παθολογική- είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας επικοινωνίας σε κάποιο κοινωνικό πλαίσιο που

είναι ταυτόχρονα και σύστημα επικοινωνίας(B.Τομαράς,1989)

Η θεωρία της επικοινωνίας ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την περίπτωση των σχιζοφρενών και τα μηνύματα που δέχονται ως πομποί και δέκτες μέσα στην οικογένεια.Η ομάδα του Palo Alto θεμελίωσε και διατύπωσε την υπόθεση του «διπλού δεσμού»,όπου γίνεται η ειδική μνεία σε προηγούμενο κεφάλαιο.Η επικοινωνία,το πεδίο της,η διαφυγή από αυτή,είναι σημαντικό κομμάτι στην ερμηνεία της σχιζοφρένειας,και πάνω στη θεωρία της επικοινωνίας στήριξαν παρατηρήσεις από έρευνες τόσο ο Μ.Βowen,όσο και ο J.Haley.

Δομική Θεραπεία Οικογένειας

Η δομική θεραπεία οικογένειας,δημιουργός της οποίας είναι ο MINUCHIN, έχει δώσει προσοχή στη θεωρία της οικογένειας και ιδιαίτερα στο κομμάτι εκείνο της θεωρίας συστημάτων που αφορά τη δομή τους (B.Τομαράς ,1989).

Η βάση της θεωρίας βρίσκεται στην αλλαγή της οργάνωσης της οικογένειας κατά τέτοιο τρόπο ώστε τα μέλη της να έχουν μια εμπειρία αλλαγής. Η αντίληψη περί παθολογίας της οικογένειας είναι ευρεία.Σύμφωνα

λοιπόν με τον Minuchin, η παθολογία μπορεί να υπάρξει: α) μέσα στον

ασθενή, β) μέσα στον κοινωνικό χώρο, γ) ή στην ανατροφοδότηση των δύο

(Χ. Μουζακίτης, 1990).

Γι' αυτό η θεραπεία βασίζεται σε τρεις αξιωματικούς κανόνες:

1) Η ψυχική ζωή του ατόμου δεν είναι καθολοκληρίαν μια εσωτερική

διεργασία, αλλά είναι το αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων με τα άλλα μέλη

μέσα στην οικογένεια.

2) Αλλαγές στη δομή της οικογένειας συνεισφέρουν στην συμπεριφορά και

στην εσωτερική ψυχική διεργασία των μελών του συστήματος.

3) Η συμπεριφορά του θεραπευτή έχει μεγάλη σπουδαιότητα στην αλλαγή. Ο

θεραπευτής και η οικογένεια ενώνονται και σχηματίζουν ένα νέο θεραπευτικό

σύστημα (Χ. Μουζακίτης 1990).

Οι έννοιες που κατ' εξοχήν χρησιμοποιούνται στη δομική θεραπεία

οικογένειας είναι η εγγύτητα ή η απόσταση μεταξύ των μελών, τα όρια των

σχέσεων τους, οι κανόνες και η ιεραρχία στους ρόλους εξουσίας, οι ακραίες

θέσεις που δύναται να πάρουν τα μέλη και τέλος η τριγωνοποίηση στις

αρρυθμιστες γονεϊκές σχέσεις (Β. Τομαράς 1989).

Τεχνικές του θεραπευτή

Ο θεραπευτικός στόχος είναι η τροποποίηση της οργάνωσης και δομή της οικογένειας. Ανάμεσα στις τεχνικές της αναδόμησης του συστήματος

ξεχωρίζουν:

- Η αποσταθεροποίηση (unbalancing) δηλ. η προσπάθεια πρόκλησης των ιεραρχικών σχέσεων που υφίσταται μεταξύ των μελών του συστήματος,
- Η αναπαράσταση των τρόπων συναλλαγής και επικοινωνίας των μελών της οικογένειας μέσα στη συνεδρία,
- Η ενδυνάμωση της ενδοοικογενειακής ψυχοσυναλλαγής με παράταση της πέραν του επιτρεπτού (από τα μέλη της οικογένειας) ορίου.

Στρατηγική Θεραπεία Οικογένειας

Εισαγωγή

Η στρατηγική θεραπεία οικογένειας, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι μια εξειδίκευση της ευρύτερης συστημικής θεραπείας. Ωστόσο είναι μια μέθοδος που δε χρησιμοποιείται συχνά σε οικογένειες με σχιζοφρενή μέλη. Οι οικογένειες αυτές είναι πολύ και βαθιά διαταραγμένες, με μεγάλες απογοητεύσεις και ολοκληρωτικές αρνήσεις, ώστε ο θεραπευτής προτιμά να χρησιμοποιήσει πιο συγκεκριμένες μεθόδους της συστημικής θεραπείας. Η στρατηγική θεραπεία οικογένειας δεν είναι πάντα η πιο κατάλληλη. Εντούτοις, ο θεραπευτής δύναται να τη χρησιμοποιήσει, αν μπορέσει να απομονώσει εκείνα τα στοιχεία που θα τον βοηθήσουν στη θεραπεία οικογένειας με ένα σχιζοφρενή μέλος και αν έχει τη γνώση και ευελιξία να συνδυάσει στοιχεία και από άλλες μεθόδους.

Στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου δίνεται μια σταδιακή εφαρμογή της στρατηγικής θεραπείας σε οικογένειες σχιζοφρενών, η οποία μπορεί να φανεί βοηθητική σ' αυτόν που επιθυμεί να έχει ένα πλάνο εργασίας του θεραπευτή που εφαρμόζει τη στρατηγική θεραπεία σε τέτοιες οικογένειες.

Γενική θεώρηση

«Στρατηγική» σημαίνει ότι ο θεραπευτής (ή η θεραπευτική ομάδα) ενεργεί με βάση πάνω σε ένα ορισμένο σχέδιο που δημιουργείται προκαταβολικά, για τη λύση του παρουσιαζόμενου προβλήματος όσο το δυνατόν γρήγορα και αποτελεσματικά (Μουζακίτης, 1991).

Αντικειμενικός σκοπός της θεραπείας είναι να λύσει προβλήματα μέσω ελάχιστης, αλλά επαρκούς ενέργειας, ώστε τα άτομα να μπορούν να συνεχίσουν κανονικά τη ζωή τους (Μουζακίτης, 1991).

Σχολές στη Στρατηγική Θεραπεία Οικογένειας

Αν και οι στρατηγικοί θεραπευτές διαφέρουν στις απόψεις και τον τρόπο δουλειάς τους, δυο τάσεις είναι ευδιάκριτες:

A) Η ομάδα του M.R.I. (P. Watzlawick κ.α.) και B) Jay Haley.

A) Οι εκπρόσωποι της βραχείας θεραπείας του M.R.I. ασχολούνται με την παρατηρήσιμη και μετρήσιμη συμπεριφορά και εργάζονται για την επίλυση συγκεκριμένου προβλήματος. Για τυχόν επέκταση και σε άλλα προβλήματα, υπάρχει η σύναψη νέου συμβολαίου (B. Τομαράς, 1989).

B) Ο Jay Haley διαφοροποιείται στο ότι μελετά ευρύτερους κύκλους

συμπεριφοράς γύρω από το πρόβλημα(δυάδες,ολόκληρη την οικογένεια),στο ότι γεφυρώνει τη στρατηγική με τη δομική θεραπεία οικογένειας,και στο ότι δίνει έμφαση στον κύκλο ζωής της οικογένειας(Β.Τομαράς,1989).

Ο θεραπευτής στη Στρατηγική Θεραπεία Οικογένειας

Ο θεραπευτής στο πρότυπο αυτό,συνήθως δεν συμμερίζεται το σχέδιο του ανοικτά με τα άτομα(πελάτες).Ετσι λοιπόν,το Modus Operande της στρατηγικής θεραπείας είναι ένα είδος θεραπευτικού Judo (Μουζακίτης,1991).

Ο Haley υποστηρίζει ότι όταν ο θεραπευτής διαμορφώνει το σύστημα της οικογένειας είναι απ'έξω.Από αυτή με την οποία επιδιώκεται η μεταβολή του χάρτη της πραγματικότητας που έχουν στο μυαλό τους τα μέλη της οικογένειας.Η αναπλαισίωση ενός συμπτώματος ή μιας συμπεριφοράς γίνεται με τρόπο ώστε ξένα στοιχεία να μετασχηματιστούν ή να ενσωματωθούν ως ουσιώδη στοιχεία της λειτουργίας μέρους ή όλου του οικογενειακού συστήματος (Β.Τομαράς,1989).

Παρακάτω αναφέρουμε κύριες έννοιες και τεχνικές αυτής της θεραπείας και ακολουθεί πιο συγκεκριμένα η στρατηγική θεραπεία με οικογένεια με σχιζοφρενή μέλος

Το Παράδοξο

Παράδοξες Στρατηγικές Παρεμβάσεις και Συστημικό Παράδοξο

Το παράδοξο έχει τις ρίζες του στις μεθόδους ψυχοθεραπείας του S.Freud για τις φοβίες (W.Mc.Farlane 1983).

Συναντάμε το συστημικό παράδοξο και τις παράδοξες παρεμβάσεις της στρατηγικής θεραπείας. Το συστημικό παράδοξο αποτελείται από το τρίπτυχο :

α) Θετική σημασιοδότηση, (positive conotation), β) Συνταγή συμπτώματος και γ) Συγκράτηση αλλαγής. Η θετική σημασιοδότηση είναι αναπλαισίωση, όπου όμως επισημαίνεται θετικά από τον θεραπευτή το σύμπτωμα, οι κύκλοι συμπεριφοράς μέσα στην οικογένεια που το διατηρούν. Η συνταγή συμπτώματος προκύπτει ως λογική συνέπεια της θετικής σημασιοδότησης, εννοώντας ότι εφ' όσον το σύμπτωμα ρυθμίζει την λειτουργία του συστήματος, η τυχόν απομάκρυνση του θα αφήσει αρρυθμιστες κάποιες άλλες πλευρές της λειτουργίας του (B. Τομαράς, 1989).

Οι παράδοξες παρεμβάσεις έχουν αντίστοιχα την μορφή: α) Συνταγή συμπτώματος (symptom prescription), όπου ολόκληρο το σύμπτωμα ή μέρος αυτού επιτάσσονται από τον θεραπευτή, σε χρόνο όμως σε συχνότητα και σε συνθήκες που εκείνος καθορίζει. β) υιοθέτησης από τον θεραπευτή και μάλιστα

υπό την μορφή πλειοδοσίας μιας στάσης της οικογένειας απέναντι στο πρόβλημα γ) συγκράτηση της αλλαγής, ο θεραπευτής αποθαρρύνει την αλλαγή ή ζητά την επιβράδυνση της (B. Τομαράς, 1989).

Σχετικά με την παράδοξη συνταγή, όπως έχει ειπωθεί από τον Fisher, Anderson και Jones (1981), είναι ένα δυναμικό επίπεδο παρέμβασης που χρησιμοποιείται με τις οικογένειες εκείνες που δεν απαντούν στη θετική αναπλαισίωση. Αν η απουσία ανάπτυξης και προόδου συνεχίζεται, συνταγή συμπτώματος και ομοιοστατικής άποψης του οικογενειακού συστήματος, δεν χρησιμοποιούνται.

Φυλάγονται από τον θεραπευτή σαν αδιέξοδος, υπερβατικές παρεμβάσεις, ειδικά όταν η διαμάχη με τον θεραπευτή φαίνεται να δημιουργείται. Έτσι, η συνταγή παραδόξου φαίνεται σαν μια δραματική τεχνική, όταν η θεραπεία έχει βαλτώσει και για να αποφύγει συγκρούσεις (W. Mc. Farlane, 1983).

Στρατηγική θεραπεία σε οικογένεια μ'ένα σχιζοφρενή μέλος

Ο Haley λέει ότι οι οικογένειες που έχουν ένα σχιζοφρενικό μέλος, έχουν κανόνες επικοινωνίας που είναι μάλλον πολύ άκαμπτοι. Στις επικοινωνίες τους τα μέλη αυτών των οικογενειών υποτιμούν τα λεγόμενα των άλλων μελών. Για παράδειγμα, όταν ένα μέλος λέει κάτι, ένα άλλο μέλος αντιδρά «αυτό δεν έπρεπε να το πεις ή αυτό που είπες δεν ήταν σωστό». Σ' αυτές τις οικογένειες διακρίνει κανείς έλλειψη ηγεσίας ή οικογενειακές συμμαχίες.

Επίσης τα μέλη της οικογένειας δε δημιουργούν σχέσεις εκτός της οικογένειας και κατά κάποιον τρόπο είναι περιορισμένα μέσα στην οικογένεια. Κάθε μέλος έχει την ομάδα του για να εξουδετερώσει την ενοχή, π.χ. η μητέρα προβάλλει την ενοχή της σ' άλλα μέλη, ενώ ο πατέρας χρησιμοποιεί μηχανισμούς που συμπληρώνουν τις άμυνες της μητέρας. Το παιδί τείνει να αισθάνεται ένοχο όταν είναι συναισθηματικά διαταραγμένο ή αρνείται ότι κάτι συμβαίνει όταν δεν είναι συναισθηματικά διαταραγμένο (Εκλογή, 1991).

Σύμφωνα με τον Haley, ο σχιζοφρενής αποφεύγει να καθορίσει σχέσεις, με το να αρνείται να μιλάει, να αρνείται ότι κάτι λέγεται, να αρνείται ότι λέγεται

σε κάποιο πρόσωπο ή με το να αρνείται ότι κάτι συμβαίνει σε ένα δεδομένο μέρος μια δεδομένη στιγμή(Haley, 1963).Ο Haley θεωρεί ότι ένας στόχος του θεραπευτή είναι να ενισχύσει τον άρρωστο να αναπτύξει άλλους τρόπους συναλλαγής και να επιτύχει εξάλειψη της συμπτωματικής συμπεριφοράς (Goldenberg k Goldenberg,1985).

Ο Haley συνιστά το επίκεντρο του θεραπευτή να είναι η δομή της οικογένειας και η συναλλαγή των μελών μεταξύ τους και όχι ο τρόπος που ο καθένας αντιλαμβάνεται τα πράγματα,το πως αισθάνεται,το πως συμπεριφέρεται.Το επίκεντρο της θεραπείας είναι η αλλαγή της αλληλουχίας της συμπεριφοράς και όχι η αλλαγή των μελών(Εκλογή,1991).

Η διατάραγμενη συμπεριφορά που το άτομο προκαλεί,γίνεται το κυρίως θέμα στις ζωές των γονιών του.Τα προσωπικά προβλήματα των γονιών δεν έχουν σημασία και παραμερίζονται σα λιγότερο σημαντικά σε αντίθεση με την τραγωδία του παιδιού τους.Οι γονείς θα παραμελήσουν τις δικές τους δυσκολίες,θα προσπεράσουν τις διαφορές τους,τις ατέλειες τους και θα κρατηθούν μαζί,έτσι ώστε να βοηθήσουν το παιδί τους.Απ'αυτήν την άποψη η διαταραχή του παιδιού είναι βοηθητική ως προς τους γονείς(Εκλογή,1991).

Σε περίπτωση που το άτομο συμπεριφέρεται φυσιολογικά, χάνει τη δύναμη που του δίνει η ακραία συμπεριφορά πάνω στους γονείς του. Όταν το άτομο είναι ανίκανο, ελαττωματικό, εξαρτάται από τους γονείς του όσον αφορά την προστασία, την τροφή, το καταφύγιο και τα χρήματα. Και οι γονείς είναι σε μία ανώτερη θέση με το να του προσφέρουν τα παραπάνω και να το φροντίζουν. Ταυτόχρονα όμως οι γονείς κυριαρχούνται από το παιδί λόγω των απειλών του ή της επικίνδυνης συμπεριφοράς του. Απ' αυτήν την άποψη δύο αταίριαστες ιεραρχίες ταυτόχρονα αναπτύσσονται σ' αυτές τις οικογένειες. Είναι πιθανόν, η διαταραγμένη συμπεριφορά του ατόμου πρωταρχικά να παρέχει μία βοηθητική λειτουργία για τους γονείς. Εντούτοις όμως, οι συνέπειες αυτής της βοήθειας αποτελούν μια αύξηση της δύναμης πάνω στους γονείς (Εκλογή, 1991).

Το θέμα είναι ότι για να λυθεί το πρόβλημα, η ιεραρχία πρέπει να αποκατασταθεί σε μία, αντί για δύο. Η δυσκολία του θεραπευτή είναι να καταφέρει το παιδί να διακόψει τη διαταραγμένη συμπεριφορά, η οποία είναι η βάση της δύναμης του. Αυτό όμως δε μπορεί να γίνει άμεσα από το θεραπευτή. Η δύναμη του παιδιού είναι πάνω στους γονείς του και οι γονείς πρέπει να την αφαιρέσουν απ' αυτό. Η θεραπεία σ' αυτές τις δύσκολες

υποθέσεις μπορεί να γίνει σε τέσσερα στάδια, τα οποία είναι:

1ο Στάδιο: Πριν την πρώτη συνέντευξη, ο θεραπευτής πρέπει να κανονίσει να είναι υπεύθυνος για την υπόθεση, έτσι ώστε αυτό το γεγονός να μπορεί να διευκρινισθεί ξεκάθαρα στην οικογένεια. Αυτό περιλαμβάνει ότι είναι υπεύθυνος για τα φάρμακα (μέσω κάποιου παθολόγου) και την εισαγωγή ή εξαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο. Η θεραπεία αρχίζει πριν βγει από το νοσοκομείο, το εξιτήριο θα πρέπει να εξαρτηθεί από τα σχέδια που έχουν οι γονείς για τον ασθενή. Αυτό δίνει δύναμη και στους δύο, στο θεραπευτή και στους γονείς, απ' τη στιγμή που το παιδί βγαίνει από το νοσοκομείο και εξαρτάται απ' αυτούς (C. Madanes, 1983).

Είναι καλύτερο όταν το παιδί εξέρχεται από το νοσοκομείο, να έρχεται σπίτι στους γονείς του, έτσι ώστε να είναι δυνατό να ξαναοργανωθεί η ιεραρχία μ' έναν τρόπο που τελικά θα ενδυναμώσει το παιδί για να αφήσει επιτυχώς τους γονείς του. Οι γονείς πρέπει να συζητήσουν μεταξύ τους και να συμφωνήσουν όσον αφορά τις προσδοκίες και τους ρόλους που περιμένουν απ' το παιδί σε θέματα εργασίας, σχολείου, προγραμματισμού δραστηριοτήτων κ.α. Οι ρόλοι

πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο συγκεκριμένοι και πρακτικοί. Σε περίπτωση που το παιδί παραβαίνει τους ρόλους, θα πρέπει να υπάρχει προδιάγεγραμμένη συνέπεια απ'τους γονείς(C.Madanes, 1983).

Αφού οι γονείς έχουν συμφωνήσει πάνω στους ρόλους και τις συνέπειες, πρέπει να τις μεταφέρουν στο παιδί έστω κι αν ήταν παρών κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Το παιδί συνήθως θα διαμαρτυρηθεί και θα απαιτήσει περισσότερη ανεξαρτησία. Ο θεραπευτής πρέπει τότε να επιμένει ότι η διαταραγμένη συμπεριφορά τον οδήγησε στο ψυχιατρείο και ότι οι γονείς του πρέπει να του δώσουνε την καθοδήγηση που χρειάζεται μέχρι να αποδείξει ότι συμπεριφέρεται σαν υπεύθυνο άτομο. Ο θεραπευτής ωστόσο, σ' αυτό το στάδιο, πρέπει να ξεκαθαρίσει στους γονείς ότι η εισαγωγή στο νοσοκομείο δεν πρέπει να είναι μέρος του σχεδίου τους(C.Madanes, 1983).

2ο Στάδιο: Μέσα στις επόμενες εβδομάδες, ο θεραπευτής πρέπει να μιλήσει με τους γονείς για το αν οι κανονισμοί ακολουθήθηκαν και αν όχι, αν οι συνέπειες εφαρμόστηκαν. Νέοι ρόλοι και συνέπειες πρέπει να συνταχθούν. Ο θεραπευτής πρέπει να παλέψει να παραμείνουν οι γονείς σε μια ανώτερη θέση, καθώς το παιδί τους υποβάλλει συνεχώς σε δοκιμασίες. Σ' αυτό το στάδιο όχι μόνο το

παιδί, αλλά και οι γονείς απαντούν αρνητικά στην προσπάθεια του θεραπευτή να διορθώσει την ιεραρχία. Οι γονείς αποφεύγουν να προσδιορίσουν την οικογενειακή ιεραρχία, επειδή το παιδί είναι πιο ισχυρό απ' αυτούς.

Φοβούνται μη κάνουν λάθος κινήσεις και πληγώσουν το παιδί, γιατί φοβούνται μη χάσουν το παιδί τους. Οι γονείς μπορούν να μειώσουν τις δικαιοδοσίες τους πάνω στο παιδί με διάφορους τρόπους και ο θεραπευτής πρέπει εδώ να είναι ευέλικτος, ώστε να κρατά τους γονείς υπεύθυνους (C. Madanes, 1983).

1. Δίνοντας εξουσία στους ειδικούς

Οι γονείς μπορεί να επικαλεστούν την εξουσία των ειδικών λέγοντας για παράδειγμα ότι ο θεραπευτής ή ο επικεφαλής του τμήματος θα πρέπει να παίρνει τις αποφάσεις όσον αφορά τα διαταραγμένα νεαρά άτομα. Ο θεραπευτής πρέπει να μεταφέρει τη δύναμη πίσω στους γονείς κατανομάζοντας ξανά τα προβλήματα του νεαρού ατόμου έτσι ώστε να είναι στο πεδίο της πείρας των γονιών παρά του γιατρού ή του ψυχιατρικού ειδικού.

Οι γονείς συχνά δίνουν εξουσία στους ειδικούς εκφράζοντας αδιαφορία (άγνοια) με το τι πρέπει να γίνει σχετικά. Ο θεραπευτής θα πρέπει να τους πείσει ότι οι ίδιοι χρειάζεται να αντιμετωπίσουν το δύσκολο μέρος, με το να

δώσουν καθαρή καθοδήγηση στο συγχισμένο γιο ή κόρη, έτσι ώστε η σύγχυση του νεαρού ατόμου σχετικά με την ίδια του τη ζωή ή τη ζωή της θα ξεκαθαρίσει. Θα ήταν λάθος να πιστέψουμε ότι οι γονείς είναι στην πραγματικότητα αδιάφοροι. Οι εκφράσεις της αδιαφορίας τους εξυπηρετούν το σκοπό, του να κανονίζουν για τους άλλους να πάρουν την ευθύνη (C.Madanes, 1983).

Ο θεραπευτής δε θα πρέπει να επιβάλλει κανόνες και συνέπειες για το/τη νέο/νέα, αλλά αντίθετα θα πρέπει να προνοεί, έτσι ώστε αυτό να το κάνουν οι γονείς. Εφόσον ο θεραπευτής επιθυμεί μια ιεραρχία, με τους γονείς στην ανώτερη θέση, δε δύναται τότε ο θεραπευτής να τοποθετήσει τους γονείς κάτω, μπροστά απ' το παιδί τους και ο ίδιος να πάρει μια πατριαρχική θέση. Μόνο εαν ο θεραπευτής νοιώθει έντονα ότι οι αποφάσεις των γονιών σχετικά με το νεαρό άτομο, είναι σοβαρά λανθασμένες, θα πρέπει ο θεραπευτής να κλονίσει την εξουσία τους ή να προτείνει εναλλακτικές λύσεις, και αυτό θα γίνει μόνο με την παρουσία των γονιών και όχι του ασθενή (C.Madanes, 1983).

II. Δίνοντας εξουσία σ'έναν προβληματικό νέο

Μερικές φορές οι γονείς θα προσφέρουν εξουσία στον προβληματικό νέο,με το να'στραφούν σ' αυτόν για αποφάσεις και συμβουλές.Ο θεραπευτής θα πρέπει να τονίσει ότι είναι αναγκαίο για τους γονείς να προσφέρουν την καθοδήγηση και μόνο όταν το παιδί θα συμπεριφέρεται σωστά,θα μπορεί να πάρει την ευθύνη του εαυτού του.Στο μεταξύ,το νεαρό πρόσωπο θα ζήσει σ' ένα κόσμο,γνωρίζοντας ποιές είναι οι υποχρεώσεις του και τα δικαιώματα του (C. Madanew,1983).

Στην αρχή της θεραπείας,τα συμπτώματα είναι ότι κάθε φορά που οι γονείς αρχίζουν να μιλούν μεταξύ τους,το νεαρό άτομο θα ζητήσει να το προσέξουν,καθώς θα συμπεριφέρεται με αλλόκοτους ή αποδιοργανωμένους τρόπους.Αυτή η ενοχλητική συμπεριφορά,θα εμποδίσει την πιθανότητα μιας συμμαχίας ανάμεσα στους γονείς,που θα τους δώσει δύναμη πάνω στα παιδιά τους.Ο θεραπευτής πρέπει να ηρεμήσει το νεαρό ή να ζητήσει να το κάνουν αυτό οι γονείς,έτσι ώστε οι τελευταίοι να μπορέσουν να συνεχίσουν να μιλούν μεταξύ τους και να φθάνουν σε συμφωνίες (C.Madanes,1983).

Μερικές φορές το παιδί χρησιμοποιεί την απειλή της αυτοκτονίας για να

αποκτήσει δύναμη.Σ' αυτήν την περίπτωση υπάρχουν δύο πιθανότητες για το θεραπευτή :Πρώτον να βάλει στο νοσοκομείο το νεαρό άτομο που αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να ξαναρχίσει η θεραπεία απ' την αρχή ή να βάλει τους γονείς υπεύθυνους για το παιδί και να τους βοηθήσει να οργανωθούν, ώστε να το προστατεύσουν από την αυτοκτονία (C.Madanes,1983).

III.Οταν οι γονείς αυτοπροσδιορίζονται ως ανεπαρκείς

Εάν οι γονείς συμπεριφέρονται με διαταραγμένους τρόπους (π.χ. κλαίνε, ουρλιάζουν ή απειλούν με βία) είναι καλύτερα για το θεραπευτή να ρυθμίσει αυτή τη συμπεριφορά χωρίς το παιδί να είναι στο δωμάτιο.Ο θεραπευτής πρέπει να δώσει έμφαση σ' αυτό που έκαναν οι γονείς στο παρελθόν,πρέπει να πιέσει τους γονείς για ευγένια και φοσίωση,περισσότερη υπομονή,μέχρι να σχεδιασθεί τι θα κάνει το παιδί στη ζωή του (C.Madanes,1983).

IV.Καθιστώντας ανίκανο τον άλλο γονιό

Μερικές φορές,ο ένας γονιός μπορεί να προσδιορίσει τον άλλο γονιό ως ανίκανο να φροντίσει το παιδί.Ο θεραπευτής εδώ, μπορεί να υποδείξει ότι είναι μια νέα κατάσταση στην οποία μπορούν αν δουλέψουν μαζί του,

σκεπτόμενοι πάντα ότι το παρελθόν σ' αυτήν την περίπτωση είναι άσχετο. Ο θεραπευτής πρέπει επίσης να ξαναδιατυπώσει τη συμπεριφορά του ανίκανου γονέα, έτσι ώστε η αδυναμία να μετατρέπεται σε ευαισθησία, η σκληρότητα σε απεγνωσμένες προσπάθειες να παρέχει καθοδήγηση στον αποπροσανατολισμένο νεογέννητο, ή η κατάθλιψη και η συναισθηματική ανικανότητα μετατρέπονται σε αφοσιωμένη φροντίδα (C.Madanes, 1983).

V. Καθιστώντας ανίκανο το παιδί

Οι γονείς μπορούν να καταστήσουν τα παιδιά τους ανίκανα, δηλώνοντας ότι ... δε μπορούν ν' αλλάξουν προς το καλύτερο. Πιθανόν να περιγράψουν το παιδί τους ως ανεπαρκή και ελαττωματικό. Αυτό θα συμβεί όταν θα υπενθυμίζουν συνέχεια στο παιδί και στο θεραπευτή, το πόσο συγχισμένο, αποδιοργανωμένο και διαταραγμένο είναι το παιδί. Ο «υπενθυμητής» συχνά παρεμβαίνει σε περιόδους που ο θεραπευτής ετοιμάζεται να ενθαρρύνει το παιδί ή όταν το παιδί σχεδιάζει να κάνει τα πρώτα του βήματα σε μια νέα ζωή (C.Madanes, 1983).

Η ακαταλληλότητα μπορεί μερικές φορές να εκφραστεί με θετικά σχόλια, για παράδειγμα «έχει καλύτερεύσει τον τελευταίο μήνα. Δεν χάθηκε ούτε στο

δρόμο «Ο θεραπευτής πρέπει να είναι σβέλτος και γρήγορα να αντιλαμβάνεται αυτά τα καταστροφικά σχόλια έτσι ώστε να τα μπλοκάρει, ενώ ταυτόχρονα να έχει στο μυαλό του ότι αυτές οι παρατηρήσεις απ' τους γονείς ή τους συγγενείς δε σκοπεύουν να υπονομεύσουν το παιδί, αλλά να αποφύγουν να πάρουν ευθύνη για το παιδί (C.Madanes, 1983).

Αρνητικά σχόλια μπορεί να γίνουν βασισμένα στον τρόπο που το παιδί κάθεται, στην έκφραση του προσώπου και στο τόνο της φωνής του. Ο θεραπευτής πρέπει να επιμένει ότι τέτοια σχόλια από τους γονείς πρέπει να εκφράζονται σαν συμβουλές για αλλαγή, παρά σαν απλή κριτική. Ο θεραπευτής πρέπει να θυμάται συνεχώς ότι ένα μεγάλο μέρος της δουλειάς του είναι να προστατεύσει το παιδί από επιθέσεις προσωπικότητας, ανεπιτυχείς υπενθυμήσεις προηγούμενων λαθών και τρομερών προβλέψεων. Εάν αυτά μπλοκαριστούν, το παιδί θα έχει την ευκαιρία να καλυτερεύσει, οι γονείς και οι συγγενείς την ικανοποίηση ότι το βοήθησαν (C.Madanes, 1983).

3ο Στάδιο: Αλλαγές σε άλλες σχέσεις στην οικογένεια πρέπει να αναμένονται, εκεί που έχουν υπάρξει αλλαγές στην ιεραρχική σχέση ανάμεσα στο παιδί και στους γονείς. Μερικές φορές ένας αδελφός μπορεί να συμμαχήσει με το

διαταραγμένο παιδί για να το υποστηρίξει ενάντια στους γονείς και να αποκαταστήσει την οργάνωση στην οποία οι γονείς δεν θα είναι σε μια ανώτερη θέση. Στην πραγματικότητα όσο πιο διαταραγμένο είναι το παιδί στην αρχή της θεραπείας, τόσο πιο πιθανό είναι η ιεραρχική δομή να γίνεται κατάλληλη στην πυρηνική οικογένεια. Αντίθετα, ο θεραπευτής θα ανακαλύψει εμπόδια στις εκτεταμένες οικογένειες που υπάρχουν συχνά ιεραρχίες μ' έναν από τους δύο γονείς σε ανώτερη θέση (C. Madanes, 1983).

Καθώς οι γονείς αρχίζουν να αναλαμβάνουν την ευθύνη, το παιδί κλιμακώνει τη διαταραγμένη συμπεριφορά του, σε σημείο που γίνεται εξαιρετικά αλλόκοτη ή απειλητική. Συχνά υπάρχει μια κρίση και οι γονείς τότε συνιστούν εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ο θεραπευτής εδώ προτείνει εναλλακτικές επιπτώσεις στην ακραία συμπεριφορά του παιδιού, όπως περιορισμός χρημάτων φαγητού κ.α. Αν όμως η εισαγωγή είναι απαραίτητη για το παιδί, ο θεραπευτής θα πρέπει να θυμάται ότι το παιδί μπορεί να βγει μετά από λίγες μέρες και η θεραπεία να ξαναρχίσει από εκεί που έμεινε. Μερικές οικογένειες ποτέ δε φαίνεται να τα καταφέρνουν με το τρίτο στάδιο. Κάθε χρόνο αντιμετωπίζουν μια κρίση και μια εισαγωγή. Ο θεραπευτής δεν πρέπει να απαγοητεύεται και πρέπει να σκέφτεται

ότι η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι προτιμότερη από το ρίσκο μιας πιθανής νευρολογικής ζημιάς που προκαλείται από τα φάρμακα (C.Madanes, 1983).

4ο Στάδιο: Όσο πιο γρήγορα ο νεαρός εμπλέκεται σ' ένα φυσικό τρόπο ζωής που επικεντρώνεται γύρω από τη δουλειά ή το σχολείο, ο θεραπευτής μπορεί να αρχίσει να συναντιέται με αυτόν ατομικά, να οργανώσει δουλειές, συνδεδεμένες με δραστηριότητες και κοινωνικές σχέσεις. Μπορεί να υπάρχουν επίσης συναντήσεις με το νεαρό, και τους γονείς για να οργανώσουν πιθανούς, βασικούς, τελικούς στόχους, όπως το νεαρό άτομο να επιτύχει κοινωνική και τελική ανεξαρτησία απ' τους γονείς. Όταν διάφοροι στόχοι συναντιούνται, οι συναντήσεις μειώνονται σε συχνότητα, μέχρι η θεραπεία να τελειώσει (C.Madanes 1983).

Σχολή του Μιλάνου

Έχει αποκαλεσθεί και «συστημική σχολή» γιατί βρίσκεται πιο κοντά στις θεωρητικές προτάσεις του G.Bateson. Αναπτύχθηκε στο Milan center για τη μελέτη των οικογενειών από τους Mara Selvin - Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Guiliana Prata & Luigi Boscolo (1978) (B. Τομαράς 1989).

Ο σκελετός της σχετίζεται με τη σχολή επικοινωνίας του Bateson και τις γενικές συστημικές θεωρίες. Ωστόσο, δέχεται στοιχεία της στρατηγικής θεραπείας που είναι η σύνδεση και η ζεύξη της στρατηγικής θεραπείας με τη θεωρία της επικοινωνίας του Bateson.

Σύμφωνα με την ομάδα του Μιλάνου, ο ασθενής στη σχιζοφρένεια παραμένει φρενοβλαβής για να προστατέψει καταστροφές από οικογενειακές διαμάχες που μπορούν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερες και σοβαρότερες διαρταραχές από τις ήδη υπάρχουσες. Καθώς το άτομο καθίσταται ανίκανο εξ' αιτίας της σχιζοφρενικής συναλλαγής, κάθε μέλος της οικογένειας θεωρεί ανούσια όχι μόνο τα λεγόμενα των άλλων, αλλά και τα δικά του. Μ' αυτόν τον τρόπο καμιά δέσμευση ή σύναψη σχέσεως δεν τον ενδιαφέρει. Η ομάδα του Μιλάνου σχετικά μ' αυτό αναφέρει «Μην πάτε πολύ μακριά και πιστεύεται ότι η

οικογένεια οδηγεί το άτομο στην τρέλα»- μια πρόχειρη και επιπλέον άχρηστη αντίληψη. Το πρόβλημα δεν είναι τα συμπτώματα ή ακόμα ο πόνος της οικογένειας, αλλά το γεγονός ότι όλες οι πιθανότητες για αλλαγή είναι μπλοκαρισμένες, ειδικά όταν οδηγούν στην ανάπτυξη και στην κίνηση στο επόμενο στάδιο του κύκλου ζωής της οικογένειας (W. Mc. Farlane 1983).

Ενώ η θεωρία της ομάδας του Μιλάνου οφείλει πολλά στο Bateson, Jackson, Watzlawk & Haley η λύση, σύμφωνα με την ομάδα του Μιλάνου σ' αυτά τα διλήμματα είναι μια προοδευτική αλλαγή. Συμπεραίνουν ότι η αλλαγή στο σύστημα της άκαμπτης οικογένειας πρέπει να παρουσιάζεται σε μια αντίθεση. Τα μέλη της ομάδας προχωρούν με το να οδηγούν την οικογένεια σε κρίση που ξαφνικά σπάει την υπάρχουσα ομοιόσταση (ομοιοστατικό αδιέξοδο). Αυτό ολοκληρώνεται από μια επαρκή περιγραφή, με εξαιρετική λεπτομέρεια των θυσιών και προσαρμογών που κάθε μέλος της οικογένειας έχει πραγματοποιήσει για να διαφυλλάξει την ψυχολογική ακεραιότητα των υπόλοιπων μελών και την ισορροπία όλης της οικογένειας. Αυτή η τεχνική καλείται θετική σημασιοδότηση (positive connotation) (W. Mc Farlane 1983).

Οι συνεργάτες της σχολής του Μιλάνου αντιμετωπίζουν την κριτική και τις υποδείξεις για αλλαγή απ' το θεραπευτή σαν «αναρμοδιότητα, άρνηση» του θεραπευτή προς την οικογένεια. Σε κάθε περίπτωση «οι λέξεις πρέπει να έχουν διαλεχτεί ώστε να μην οδηγούν σε καμιά κριτική από πλευράς θεραπευτή... δεχόμενοι το σύστημα του «εδώ και τώρα» σαν την μοναδική εξήγηση» (Selvini-Palazzoli). Ενώ αυτό ίσως φαίνεται σε μερικούς να είναι κυνισμός, η επιχειρηματολογία πίσω από την θετική σημασιοδότηση, είναι μια βαθειά προσπάθεια εμπάθειας να συνδεθεί με την οικογένεια, ειδικά με τους γονείς, και να δώσει κύρος στα κίνητρα, αξίες, κριτικές και απόψεις της οικογένειας για την παρούσα κατάσταση (W. Mc.Farlane, 1983).

Συναντιούνται με τις οικογένειες για έναν περιορισμένο αριθμό συνεδριών, συνήθως δώδεκα, με μεγάλο διάστημα της ώρας. Σημαντική προσοχή δίνεται στις λεπτομέρειες για κάθε οικογενειακή αλληλεπίδραση σχετική με το παρών σύστημα και στις λεπτομέρειες του άμεσου οικογενειακού ιστορικού. Η θετική σημασιοδότηση, με ή χωρίς παράδοξη συνταγή, δίνεται στο τέλος των συνεδριών, χωρίς δικαίωμα για περαιτέρω συζήτηση. Η παρέμβαση γίνεται με προσεκτικά επιλεγμένες λέξεις. Οι θεραπευτές εκθέτουν μια σημαντική,

στέρεη ουδετερότητα. Το σχήμα παραμένει διαμορφωμένο, συζητήσεις από την οικογένεια για παρεμβάσεις είναι προγραμμαμένες και η θεραπευτική ομάδα δεν έχει την ευθύνη για τα φάρμακα, τις κρίσεις, την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή άλλες υπηρεσίες (W. Mc. Farlane, 1983).

1. Οικογενειακά φαινόμενα

Όπως έχει ειπωθεί από πολλούς που έχουν χρησιμοποιήσει παράδοξες τεχνικές (paradoxical) σε οικογένειες (Papp, 1980. Stanton, 1981), αυτές θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε οικογένειες στις οποίες η «γραμμική» (linear), (άμεσα βοηθητική, υποστηρικτική, κακ/η δομική) παρέμβαση έχει αποτύχει. Αυτές οι οικογένειες ίσως έχουν διάφορες αντιδράσεις σε τέτοιες θεραπείες, αλλά τρεις από αυτές τις αντιδράσεις είναι αναγνωρίσιμες και συγγενικά προβλέψιμες σε μια επιθυμητή αντίδραση στη συστηματική παρέμβαση (W. Mc Farlane, 1983).

Πρόκληση (Defiance)

Η πρόκληση εδώ, είναι μία απάντηση συμπεριφοράς στην οποία τα μέλη της οικογένειας, ειδικά οικογένειας με χρόνια ασθενή, αυτοπαρουσιάζονται σαν να προκαλούν το θεραπευτή να επιτύχει. Ίσως αυτό να συμβαίνει, επειδή

στο παρελθόν έχουν δει τόσους πολλούς θεραπευτές να αποτυγχάνουν, ώστε η όλη διαδικασία αρχίζει να φαίνεται σ' αυτούς σαν παιχνίδι με το παρών υποκείμενο και όχι σε θεραπεία ή σταμάτημα του κατήφορου της ασθένειας, αλλά το μόνο που επιθυμούν είναι η διατήρηση της αυτοεκτίμησης και της αξιοπρέπειας τους. Μ' αυτόν τον τρόπο, η οικογένεια παθητικά ακούει τις τελευταίες υποδείξεις, τις καταμετρούν (συνχνά με ανοιχτή περιφρόνηση), και κατόπιν τις αγνοούν εντελώς. Βοήθεια του οποιουδήποτε τύπου απορρίπτεται, συχνά ακόμη και πρόταση για τα φάρμακα ή την εισαγωγή στο νοσοκομείο (W. Mc.Farlane, 1983).

Προσδιορισμός (Determination)

Ο προσδιορισμός εδώ είναι ένας παράγοντας διάθεσης. Τα μέλη της οικογένειας υπήρξαν μάρτυρες ή αντικείμενα τόσο πολλών θεραπευτικών περιπλοκών και παρούσας ανικανότητας, ώστε έχουν φτάσει στο δικό τους συμπέρασμα γύρω από το τι είναι λάθος, γιατί ο ασθενής είναι άρρωστος, ποιά είναι η πρόγνωση και τι πραγματικά βοηθάει αυτόν/αυτήν.

Δίνοντας όλα αυτά, μετρούν τις νέες πληροφορίες με μία σειρά απαντήσεων που φαίνονται ως βολές, με σκοπό όλες να δείξουν ότι η οικογένεια έχει

ανακαλύψει πως ο ασθενής είναι και πως πρέπει να είναι (W.Mc.Farlane, 1983).

Επιδείνωση (Deterioration)

Η επιδείνωση έχει σχέση με τον ασθενή. Πολύ συχνά ο ασθενής απλά καταρρέει στο μέσο των προσπαθειών για να αποφυγεί μια άμεση βοήθεια, πρωτίστως επειδή αυτός/αυτή είναι στη μέση δύο αντίπαλων τριγώνων, το ένα με το οικογενειακό σύστημα και το άλλο με το θεραπευτικό.

II. Το θεραπευτικό Σύστημα

Πριν εξετάσουμε τα αποτελέσματα στη συστηματική θεραπεία των τριών D complex (απ' τις αγγλικές λέξεις), είναι σημαντικό να δούμε από κοντά το ίδιο το θεραπευτικό σύστημα, συνδεδεμένο με το χρόνιο σχιζοφρενή, την οικογένεια του, το ψυχιατρικό ίδρυμα και/ή τον θεραπευτή (W.Mc.Farlane, 1983).

1. Πρωταρχικός περιορισμός. Αυτός είναι σχετικός με την ευθύτητα και την ειλικρίνεια. Όταν οι οικογένειες συναντιούνται με το θεραπευτή, η συναφή προσταγή είναι ότι ο θεραπευτής θα και πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια και τον ασθενή, αλλά αυτό θα πρέπει να γίνει μέσω αλλαγής της άποψης για την οργάνωση της οικογένειας, ειδικά για τον τρόπο που ο καθένας συμπεριφέρεται, σκέφτεται, αισθάνεται ή αντιλαμβάνεται. Σχεδόν ο καθένας

τώρα μεταφέρει τη στοιχειώδη, πολιτιστική, γενική παιδεία για την ψυχιατρική θεραπεία και την ψυχοθεραπεία. Η Selvini-Palazzoli και οι άλλοι έχουν επικεντρωθεί στην πρόταση ότι η αλλαγή είναι ισάξια της κατηγορίας και της κριτικής ή ότι μπορεί εύκολα να εμηνευθεί μ' αυτόν τον τρόπο (W. Mc. Farlane, 1983).

2. Δεύτερος Περιορισμός: Εδώ είναι όπου το πρόβλημα ενκύπτει. Η προηγούμενη εμπειρία της οικογένειας μέσα σε ένα θεραπευτικό σύστημα έχει συνήθως δημιουργήσει μια άλλη αντιφατική, συναφή προσταγή-ότι η αλλαγή πρέπει να αποφευχθεί. Διαφορές οικογένειες έχουν εκφράσει ή διατυπώσει ποικίλες απόψεις γι' αυτό το θέμα. Μερικές παρουσιάζονται εδώ:

«Ήταν η αλλαγή-συνήθως η προσπάθεια του ασθενή να πετύχει μια αυτονομία σα νεαρός ενήλικας-που προκάλεσε αυτήν την καταστροφή σε πρώτο επίπεδο και αυτό προκάλεσε σειρά νευρικών κλονισμών».

Τα ψυχωτικά επεισόδια από μόνα τους είναι αρκετά φρικτά απ' οτιδήποτε άλλο που είχαμε φανταστεί ότι θα μπορούσε να συμβεί σε μας, έτσι λοιπόν ποιός ξέρει τι θα συμβεί αν προσπαθήσουμε να αλλάξουμε και ένα μικρό κομμάτι από την παρούσα, εύθραστη ισορροπία» (W. Mc. Farlane, 1983).

Ακόμη μπορούμε να προσθέσουμε κι άλλο ένα επίπεδο αντιλογίας, ότι δηλαδή, οι θεραπευτές αρνούνται στην οικογένεια ότι τη θεωρούν αιτία για την ασθένεια του αρρώστου, ενώ ακριβώς αυτό πιστεύουν και αντιδρούν σύμφωνα μ' αυτό το πιστεύω (W.Mc.Farlane, 1983).

3. Τρίτος Περιορισμός. Αυτός παίρνει τη μορφή μιας συναφής, πολιτιστικής προσταγής, της άρνησης του δικαιώματος των ερωτήσεων και δικαιοδοσιών του επαγγελματία. Απ' τη στιγμή που οι συγγενείς συνήθως πιστεύουν ότι το πρόβλημα είναι νευρολογικό ή ιατρικό, τείνουν να δίνουν εξουσία στους ψυχιάτρους. Αυτή η κατάσταση ικανοποιεί την απαίτηση για έναν περιορισμό του σχολιασμού του αντίθετου (W.Mc.Farlane, 1983).

4. Τέταρτος Περιορισμός. Ο σχιζοφρενής και η οικογένεια του δε μπορούν να εγκαταλείψουν το πεδίο των περιορισμών του, απ' τη στιγμή που το πεδίο είναι συναφή με την ιδρυματική θεραπεία. Σχιζοφρένεια και ψυχιατρική είναι αδιάλυτα συνδεδεμένες από την ιστορία, τον πολιτισμό και το νομικό σύστημα. Δεν υπάρχει πουθενά αλλού να πάει ο σχιζοφρενής πέρα από κάποιο ψυχιατρικό πλαίσιο, με τον ένα ή άλλον τρόπο. Έτσι, απευθείας, το άτομο που

είναι σχιζοφρενής, παραμένει σχεδόν αμετάβλητο στο πεδίο των περιορισμών του (W. McFarlane, 1983).

III. Η εφαρμογή της συστημικής θεραπείας στη σχιζοφρένεια

Αν κάποιος δεχτεί την άποψη ότι η δυσκολία στα τρία-D της οικογένειας δεν είναι μόνο ότι αποκρύπτουν εσωτερικές, ανεπτυγμένες, παρακινούμενες τάσεις, αλλά έχουν δημιουργηθεί και για να οδηγήσουν στη δημιουργία ενός διπλού δεσμού στο θεραπευτικό σύστημα, τότε μια ολοφάνερη λύση εμφανίζεται. Περιλαμβάνει λίγα περισσότερα από το παλιό ρητό «Αν δεν μπορείς να τους νικήσεις, πήγαινε με το μέρος τους».

Μπορεί να αναλογισθεί κανείς τα αποτελέσματα σ' αυτού του είδους την κατάσταση (που περιγράφηκε παραπάνω), αν ο θεραπευτής με συνέπεια, ειλικρίνεια και εμπάθεια πει στην οικογένεια (με σχηματικό τρόπο) «Δέχομαι, καταλαβαίνω και πραγματικά σέβομαι τις φιλίπνες προσπάθειές σας να παραμείνετε σ' αυτήν την εύθραστη κατάσταση. Αυτό το προτιμώμαι τώρα, γιατί είναι η μοναδική, εναλλακτική λύση, η οποία βοηθά τον καθένα να αισθάνεται καλά για το τι κάνει και για το τι βοηθάει τον ασθενή. Δεν πρέπει να αλλάξετε. Θα συναντιέμαι μαζί σας για να σας βοηθήσω να παραμείνετε

έτσι, ή έστω να σας βοηθήσω να αποφασίσετε τί μικρές αλλαγές σκέφτεστε ότι μπορείτε να κάνετε, που θα επιτρέψουν στον καθένα να παραμείνει πιστός στον άλλον και στην οικογένεια». Βεβαίως αυτή είναι μια θετική σημασιοδότηση και μια σύνοψη του παράδοξου (W. McFarlane, 1983).

Αυτό που φαίνεται ότι συμβαίνει και εξηγεί τις συχνές δραματικές, θεραπευτικές απαντήσεις είναι το εξής:

Βασικά, ο θεραπευτής παίρνει την ευθύνη για την εξάλειψη του δεύτερου περιορισμού-πρώτου, με το να τον κάνει φανερό. Δεύτερον, με την άμεση πληροφόρηση της οικογενειακής προκατάληψης, ότι ενα τιώνεται ως προς την αλλαγή. Τρίτον, με το να αντιλέγει ότι όλα προσδιορίζουν μειονεκτήματα και κατηγορίες-Αν όλα πάνε καλά, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι για το θεραπευτή: (1) να λάβει ευθύνη για το ενεργό ομοιοστατικό αποτέλεσμα, (2) να δώσει κύρος σε κάθε βασικό επίπεδο, στην οικογενειακή ταυτότητα, αξίες και κίνητρα, (3) να κάνει τα μέλη να αισθανθούν ασφάλεια και να τους επιτρέψει να χαλαρώσουν και (4) να καταστήσει μη αναγκαία τα ενεργά τους τεχνάσματα για την αποφυγή της αλλαγής. Το «μεταπαράδοξο» είναι ότι: με το να συμμετάσχει, να δώσει κύρος και να υποστηρίξει τις οικογενειακές προσπάθειες να

διατηρήσουν τη στατική των πραγμάτων, ο θεραπευτής προκαλεί αλλαγή με το να ελευθερώσει ή να αποδεσμεύσει τις ικανότητες των μελών για ανάπτυξη. Η ενέργεια που ξοδεύτηκε για να παραμείνει η οικογένεια στην προηγούμενη άποψη της, ίσως ελευθερωθεί προς αναζήτηση νεώτερου και περισσότερου ανοιχτού οικογενειακού προσανατολισμού. Η αλλαγή θα πρέπει να φαίνεται και να βιώνεται από την οικογένεια σαν μια εμπειρία αυτοεισαγωγής (και έτσι πρέπει να περιγραφεί από το θεραπευτή) (W. Mc. Farlane, 1983).

Κι άλλα πλεονεκτήματα είναι παρόντα σχετικά με τη στάση του θεραπευτή. Ένα από αυτά είναι ότι υπάρχει μικρότερη πιθανότητα ο θεραπευτής να απορριφθεί από την οικογένεια. Ένα ακόμη πλεονέκτημα είναι ότι η διαλεκτική της αλλαγής και της σταθερότητας έχει γίνει φανερή και είναι ένα θέμα που απασχολεί και συζητιέται. Αν όλα έχουν γίνει σωστά, το αποτέλεσμα θα είναι ένα μη περιορισμένο θεραπευτικό σύστημα, κάτω από τον έλεγχο του θεραπευτή, και μια υπεύθυνη συμμαχία που συνεχώς δουλεύεται από το θεραπευτή με όλη την οικογένεια. Ακόμη, ίσως είναι πιθανόν να γίνουν από το θεραπευτή δοκιμαστικές και διακριτικές υποδείξεις για «μικρές αλλαγές» που μπορούν να γίνουν (W. Mc. Farlane, 1983).

Διαμεθοδική Θεραπεία Οικογένειας

Σχετικά με τη θεραπεία αυτή, θα παραθέσουμε μια συνοπτική έκθεση τόσο της θεραπείας, όσο και της τεχνικής, εξ' αιτίας του ότι δεν υπάρχει πρόσφορο βιβλιογραφικό έδαφος στη χώρα μας, ώστε να την παραθέσουμε πιο εμπειριστατωμένη. «Μητέρω» της θεραπείας αυτής είναι η Virginia Satir, κοινωνική λειτουργός, αναγνωρισμένη ως μια παγκόσμια φυσιογνωμία στην πρακτική της θεραπείας με οικογένεια. Όπως η ίδια λέει, η πίστη της γι' αυτήν τη μέθοδο αναπτύχθηκε από παρατηρήσεις στα πρώτα χρόνια της πρακτικής της: «Κάθε ανθρώπινη συμπεριφορά είναι μια απάντηση στο πολύπλοκο σύνολο των ομαλών και προβλέψιμων κανόνων που κυβερνούν την οικογενειακή ομάδα του ατόμου και μπορεί αυτοί οι κανόνες να μην είναι συνειδητά γνωστοί τόσο απ' το ίδιο το άτομο, όσο και από την οικογένεια του. Σύμφωνα λοιπόν μ' αυτήν την άποψη, θα πρέπει να πάψουμε να αντιμετωπίζουμε τις δραστηριότητες των συγγενών του ασθενή, μόνο ως κίνδυνο και να τις δούμε σα δυνάμεις για ανάπτυξη και προσδιορισμό της δύναμης των αλληλεπιδρατικών πράξεων» (V. Satir, 1978).

Η διαμεθοδική θεραπεία οικογένειας είναι το αποτέλεσμα μεθόδων που διαιρούνται σε μια ποικιλία καταστάσεων και που δοκιμάζονται καθημερινά. Το κλειδί της έμπνευσης της V.Satir, είναι η βαθιά ριζωμένη πεποίθηση της ότι η αλλαγή είναι πάντα πιθανή. Και ότι η πραγματικότητα είναι πάντα συνδεδεμένη με 'μένα και εσένα, εδώ και τώρα (V.Satir, 1978).

Η έννοια της θεραπείας

Το πιο σημαντικό κομμάτι της θεραπείας, επειδή είναι ο λίθος για τα υπόλοιπα, είναι η ωρίμανση. Ωρίμανση, σύμφωνα με τον ψυχολογικό ορισμό, μπορεί να οριστεί μια εξελικτική διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα διαφοροποιούνται/αποχωρίζονται συναισθηματικά από την αρχική τους οικογένεια (family of origin), ενώ εξακολουθούν να διατηρούν κάποια συναισθηματική επαφή μαζί τους και μ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνουν μια σχετική διαφοροποίηση, αυτονομία ή εξατομίκευση (Τζ'ονσον Τουρνά, 1991).

Τα πρότυπα συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν ένα σχετικά ώριμο άτομο, καλούνται λειτουργικά, επειδή βοηθούν αυτό να σχετιστεί ικανά και επακριβώς μέσα στον κόσμο όπου ζει. Καλείται ένα άτομο δυσλειτουργικό, όταν δεν έχει μάθει να επικοινωνεί σωστά. Από τη στιγμή που

δε δηλώνει φανερά μια έννοια που να τον βοηθάει να αντιλαμβάνεται και να επεξηγεί τον εαυτό του επακριβώς, ή να επεξηγεί επακριβώς τα μηνύματα από το εξωτερικό περιβάλλον, οι υποθέσεις που στηρίζει τις αντιδράσεις του πιθανόν θα είναι λαθεμένες και τα αποτελέσματα των απόψεων του για την πραγματικότητα θα είναι συγχισμένα και ακατάλληλα (V. Satir, 1978).

Ενα δυσλειτουργικό άτομο θα αντιλαμβάνεται τον εαυτό του διαμετρικά αντίθετο από ότι είναι, θα λαμβάνει αντικρουόμενα μηνύματα, μέσω διαφορετικών επιπέδων επικοινωνίας και θα χρησιμοποιεί διαφορετικά σήματα. Δυσκολίες λοιπόν, στην επικοινωνία είναι στενά συνδεδεμένες με την αυτοεκτίμηση, την αυτοεικόνα και την αυτο-άποψη του ατόμου για τον ίδιο του τον εαυτό. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε δυσλειτουργία της επικοινωνίας και η δυσλειτουργία της επικοινωνίας με την σειρά της θα ακολουθήσει, όταν το άτομο είναι ανίκανο να αντιμετωπίσει το διαφορετικό (V. Satir, 1978).

Συγχρόνως, όσο περισσότερη συγχώνευση υπάρχει σύμφωνα με τον Bowen, στις σχέσεις ενός ατόμου τόσο λιγότερη εξατομίκευση έχει. Συνεπώς ο άνθρωπος που ζει κυρίως σε μια κατάσταση συγχώνευσης (Fusion), ενεργεί σε πιο χαμηλά στρώματα ψυχολογικής ωρίμανσης (A. Τζόνσον-Τουρνά, 1991).

Ο ρόλος του θεραπευτή

Ο καλύτερος τρόπος για να δει ο θεραπευτής το ρόλο του μέσα στη θεραπεία, είναι να αυτοαντιμετωπιστεί ως πηγή για τον ασθενή. Δεν είναι Θεός, δεν είναι γονιός ή δικαστής. Ο θεραπευτής έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να μελετήσει την οικογενειακή κατάσταση σαν ένας έμπειρος παρατηρητής, ενώ συγχρόνως θα παραμείνει έξω απ' αυτήν έχοντας το δικαίωμα να παρέμβει. Εξ' αιτίας αυτού του γεγονότος, η οικογένεια μπορεί να καλλιεργήσει ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς αυτόν σαν έναν επαγγελματία παρατηρητή, ο οποίος θα αναφέρει ό,τι βλέπει και ακούει, μα πάνω απ' όλα θα αναφέρει όσα η οικογένεια αδυνατεί να δει και να αντιληφθεί (V. Satir, 1978).

Ο θεραπευτής μπορεί επίσης να δει τον εαυτό του σαν ένα μοντέλο επικοινωνίας. Πρώτα απ' όλα, θα πρέπει να ενδιαφερθεί για τις δικές του προκαταλήψεις και υποσυνείδητες υποθέσεις, ώστε να μην πέσει στην παγίδα που προειδοποιεί τους άλλους.

Αναφερομένοι για πρώτη φορά στον όρο « προκατάληψη », θα δώσουμε τον ορισμό της, θεωρώντας τη σα μια γνώμη που σχηματίζεται πρόωρα, ένα συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε χωρίς πριν να λάβουμε υπόψην όλα τα

δεδομένα. Η προκατάληψη προυποθέτει κατηγορηματικές γενικότητες βασισμένες σε ατελή συμπεράσματα (inadequate data) που δεν δίνουν το ανάλογο βάρος (sufficient regard) σε ατομικές διαφορές (Α. Τζονσον- Τουρνα, 1991).

Η έλλειψη φόβου για την αποκάλυψη του εαυτού του, ίσως είναι η πρώτη εμπειρία που η οικογένεια έχει, σχετικά με την καθαρή επικοινωνία.

Συγχρόνως, ο τρόπος που εξάγει και δομεί την πρακτική της θεραπείας από την αρχή, είναι το πρώτο βήμα για να συστήσει στην οικογένεια νέες τεχνικές στην επικοινωνία (V. Satir, 1978).

Χαρακτηρίζοντας μια ασθένεια είναι ένα μέρος της θεραπείας που ο θεραπευτής πρέπει να πλησιάσει με ιδιαίτερη φροντίδα. Η κοινωνία πολλές φορές χρησιμοποιεί τους χαρακτηρισμούς «ηλίθιος», «τρελός», «άρρωστος» ή «κακός» για το ασθενή άτομο. Ο θεραπευτής θα χρησιμοποιήσει τους χαρακτηρισμούς «πνευματικά ελαττωματικός», «σχιζοφρενής»,

«μανιοκαταθλιπτικός». Αν ο θεραπευτής έχει χαρακτηρίσει ένα άτομο ως «σχιζοφρένη» για παράδειγμα, ίσως ο θεραπευτής έχει στηρίξει την πρόγνωση του γι' αυτό το άτομο στην ιδέα που έχει για τη σχιζοφρένεια, παρά στην παρατήρηση του ατόμου αυτού, το οποίο εκτός από αυτόν το χαρακτηρισμό είναι ένα «ανθρώπινο όν», «ο Γιάννης», «ο σύζυγος», «ο πατέρας» και έχει το χαρακτηρισμό του σχιζοφρενή.

Ο θεραπευτής πρέπει να τονίσει στον ασθενή ότι:

«Συμπεριφέρεσαι τώρα μ'έναν τρόπο συμπεριφοράς, τον οποίο εγώ ως κλινικός επιστήμονας, έχω χαρακτηρίσει ως «σχιζοφρένεια». Αλλά αυτός ο χαρακτηρισμός δηλώνει μόνο τη συγκεκριμένη στιγμή, στο συγκεκριμένο τόπο και στο συγκεκριμένο περίγυρο. Μελλοντικές στιγμές, μέρη και περίγυροι ίσως δείξουν κάτι διαφορετικό».

Μ'αυτήν την τεχνική, ο θεραπευτής επικεντρώνεται στην έννοια της συμπεριφοράς και της επικοινωνίας, δηλώνοντας έμμεσα ότι η αλλαγή είναι εφικτή και δυνατή, ένα χειροπιαστό διάβημα του ασθενή, αν και όταν οι τοποχρονικές συνθήκες και η στάση του προς τον ίδιο του τον εαυτό και τον κοινωνικό του περίγυρο διαφοροποιηθούν.

Κριτική πάνω στη μέθοδο της θεραπείας οικογένειας

Τελειώνοντας το κεφάλαιο της θεραπείας οικογενειών, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι όλες οι διαταραγμένες οικογένειες δε θεραπεύονται με θεραπεία οικογένειας. Για μερικές οικογένειες μπορεί να είναι πια πολύ αργά για να ανατραπεί η δυναμική της οικογένειας, σε άλλες οικογένειες τα μέλη δεν προσφέρονται ή αρνούνται να συμμετάσχουν σε συνεδρίες θεραπείας οικογένειας. Η προσδοκία μιας ανοιχτής επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορεί να φοβίζει την οικογένεια που δεν είναι έτοιμη να μοιραστεί αισθήματα, ιδέες, επιθυμίες και σκέψεις. Επίσης, όταν παρεμβαίνει κανείς στους μηχανισμούς άμυνας της οικογένειας μπορεί να αντιμετωπίσει άλλα παθολογικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, ψυχοσωματικές κρίσεις κ.λ.π. Σε άλλες οικογένειες το άρρωστο μέλος μπορεί να είναι τόσο καταστροφικό και παρανοϊκό που οι συνεδρίες της οικογενειακής θεραπείας να μη μπορούν να γίνουν (Davis, 1987). Καμιά φορά οι εν ενεργεία σχιζοφρενείς κατέχονται από τέτοιο πανικό που δε μπορούν να αντέξουν τη θεραπεία της οικογένειας, εάν δεν έχει προηγηθεί μια σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το θεραπευτή. Άλλοι σχολιαστές λένε ότι η θεραπεία οικογένειας εναποθέτει

μεγάλο βάρος στην οικογένεια, όταν υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η σχιζοφρένεια είναι μια οργανική κατάσταση (Εκλογή, 1991).

Οι θεραπευτές οικογένειας πρέπει να αντιμετωπίσουν τη σχιζοφρένεια από μια ευρύτερη σκοπιά. Μία τέτοια άποψη υποστηρίζει ο Zubin, που ενσωματώνει τα μοντέλα της οικογενειακής θεραπείας με άλλα περιβαλλοντολογικά και βιολογικά μοντέλα. Το μοντέλο του Zubin προωθεί την άποψη ότι όλοι είμαστε ευάλωτοι ή προδιαθετειμένοι να αναπτύξουμε σχιζοφρένεια, είτε για γενετικούς, είτε για βιολογικούς λόγους. Ο προσδιοριστικός παράγων είναι πόσο καλά προσαρμοζόμαστε και χειριζόμαστε το stress (περιβαντολλογικό και κοινωνικό) στην καθημερινή μας ζωή. Όσο πιο υψηλή αντοχή έχουμε στο stress, τόσο λιγότερες πιθανότητες έχουμε να αρρωστήσουμε (Εκλογή, 1991).

Συμπερασματικά, η θεραπεία οικογένειας ήταν και θα εξακολουθήσει να είναι ένα δυναμικό εργαλείο για τη βοήθεια σε σχιζοφρενείς και τις οικογένειές του, συμπληρωμένη από τη φαρμακευτική θεραπεία, την ατομική και την ομαδική θεραπεία. Η αξιολόγηση των οικογενειών πρέπει να γίνεται από πολλούς επιστήμονες του χώρου της ψυχικής υγείας με ευρεία προοπτική

και με μεθόδους και τεχνικές που αρμόζουν στις ανάγκες και στα προβλήματα της κάθε οικογένειας (Εκλογή, 1991).

Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Η ψυχική υγεία είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι μέσα στη ζωή του εκάστοτε ατόμου και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να υπάρχει η σωστή και ανάλογη ενημέρωση γύρω από τα θέματα που τήν αφορούν που σκοπό θα έχει να ευαισθητοποιήσει τον πολίτη με στόχο πάντα να προστατέψει τον εαυτό του, την οικογένεια του αλλά και για να διαμορφωθεί σ' ένα χειραφετημένο και ενημερωμένο άτομο μέσα στη κοινότητα. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί σ' αυτό το στάδιο να έχει ένα προληπτικό ρόλο, προλαμβάνοντας καταστάσεις και αδιέξοδα που δημιουργούνται από έλλειψη ενημέρωσης ή λανθασμένης πληροφόρησης και οδηγούν σε οδηγηρές εμπειρίες και σε επιβάρυνση των ατόμων με προκαταλήψεις, φοβίες και δεισιδεμονίες.

Συγχρόνως, ο κοινωνικός λειτουργός παρέχει στα ψυχικά ασθενή άτομα συμβουλευτική και ενημέρωση για τη φύση της ασθένειας, τα τυχόν προβλήματα που δημιουργούνται από αυτή, σε σχέση πάντα με την ψυχολογική υποστήριξη, αλλά δεν παραμερίζει την οικογένεια του ασθενή. Θα είναι αυτός που θα έχει συμβουλευτική και υποστηρικτική παρουσία για την οικογένεια του ψυχικά ασθενή που πιθανόν να αισθάνεται συντετριμμένη και αποδιοργανωμένη. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο αρμόδιος που θα έρθει σε επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον του νοσούντα, θα τους πληροφορήσει για την ασθένεια θα τους λύσει τις τυχόν απορίες και θα τους βοηθήσει να δουν πιο ρεαλιστικά την παρούσα κατάσταση. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο επαγγελματίας που θα τους προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση δυσκολιών και ενοχών.

Ο κοινωνικός επιστήμονας δύναται να αποτελέσει μέλος της θεραπευτικής ομάδας και να εφαρμόσει τη θεραπεία οικογένειας σε ανάλογα κέντρα. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι ένα σημαντικό κομμάτι της εργασίας του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας και οφείλει να υπερνικήσει τις δυσκολίες που του παρουσιάζονται από έλλειψη εμπιστοσύνης στις γνώσεις του, τόσο από τον ίδιο του τον εαυτό, όσο και από το ψυχιατρικό κατεστημένο. Ας μην ξεχνάμε ότι η V. Satir, μια διάσημη και αξιολογήσιμη θεραπεύτρια οικογένειας, υπήρξε κοινωνική λειτουργός.

Η θεραπεία του ασθενή γίνεται σε συνδυασμό με ατομική ψυχοθεραπεία από το επιστημονικό προσωπικό που περιλαμβάνει και τον κοινωνικό λειτουργό, και η θεραπεία του ασθενή περιλαμβάνει την ομαδική θεραπεία, όπου η θεραπευτική ομάδα χρειάζεται να απαρτίζεται και από κοινωνικό λειτουργό.

Ο επιστήμονας της κοινωνικής εργασίας οφείλει να έχει την καλύτερη πληροφόρηση για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη χώρα μας, και για το βαθμό και την ποιότητα της βοήθειας που προσφέρουν. Οφείλει να αναπτύξει κριτικό πνεύμα στη σχέση με το σύνολο των υπηρεσιών και να είναι σε θέση να έχει μια τεκμηριωμένη άποψη, όταν θα θελήσει να ζητήσει αλλαγές ή αύξηση των υπηρεσιών αυτών. Εξ' αιτίας λοιπόν της θέσης και της εμπειρίας του, είναι κατάλληλο να συμμετέχει ως μέλος της ομάδας κοινωνικού σχεδιασμού σε θέματα ψυχικής υγείας.

Όμως για τους ρόλους που ο κοινωνικός δύναται να έχει μέσα στο χώρο της ψυχικής υγείας, χρειάζεται ο κοινωνικός επιστήμονας να ενισχυθεί με εμπειρία και περισσότερη και πιο εξειδικευμένη γνώση τόσο για τα θέματα

που αφορούν την ψυχική ευεξία, όσο και για τον ίδιο του τον εαυτό και
χρειάζεται να δουλέψει πολύ με τα ίδια του τα συναισθήματα, τις
προκαταλήψεις και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο και τη
ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.Είδος της έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι Διερευνητική γιατί πρωταρχικός σκοπός ήταν η διατύπωση ενός προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση και αναζήτηση απαντήσεων πάνω στο θέμα.

2. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι :

α.να ερευνηθεί η ενημέρωση της οικογένειας πάνω στη νόσο.

β.να παρουσιασθούν οι προσδοκίες της οικογένειας από τον ασθενή σχετικά με τη δημιουργία δικής του οικογένειας,την επαγγελματική του αποκατάσταση, τη δυνατότητα συνέχισης σπουδών.

γ.να παρουσιασθεί η ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τις υπηρεσίες και τη βοήθεια που τυχόν έχει απ' αυτές,με ποιά συχνότητα και η ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται στη κοινότητα τους ή την ευρύτερη περιοχή όπου κατοικούν.

δ.και τέλος,το προφίλ της οικογένειας όπως το μορφωτικό, βιοτικό επίπεδο.

3. Κατάρτιση σχεδίου έρευνας

α. Ερευνώμενος Πληθυσμός-Δειγματοληψία

Ο ερευνώμενος πληθυσμός αποτελείται από 30 οικογένειες που έχουν ένα μέλος σχιζοφρενή και των δύο φύλων-με ηλικία κατά μέσο όρο 18 εως 30 ετών, από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και ποικίλου μορφωτικού επιπέδου.

β. Δείγμα

Επειδή δεν ήταν δυνατό να ερευνηθεί τυχαίο δείγμα σε μεγαλύτερο αριθμό οικογενειών που έχουν ένα μέλος σχιζοφρενή, επιλέχθηκε μη τυχαίο δείγμα 30 οικογενειών (το μέλος της οικογένειας που συνόδευε τον ασθενή στο Νοσοκομείο, δηλ. ο πατέρας, ή η μητέρα) που προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου «Άγιος Ανδρέας» στην πόλη της Πάτρας ή στο επισκεπτήριο του Νοσοκομείου ή μετά από επίσκεψη μας σε σπίτια οικογενειών με σχιζοφρενή μέλος που μας είχε συστήσει το Κ.Ψ.Υ. Πατρών. Το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό. Τα αποτελέσματα δεν γενικεύονται για όλες τις οικογένειες που έχουν ένα σχιζοφρενή μέλος αλλά αυτά είναι αντιπροσωπευτικά για τις 30 ερωτώμενες οικογένειες. Ο αριθμός

των ερωτώμενων θεωρείται επαρκής για μια πιλοτική έρευνα που σκοπό έχει να εντοπίσει, διασταυρώσει και συγκρίνει στοιχεία που δίνουν μια συγκεκριμένη εικόνα οικογενειών με μέλος σχιζοφρενή ανάμεσα τους. Χρησιμοποιήσαμε αυτό το είδος της έρευνας για να διασφαλιστεί η έκβαση της από χρονοβόρες διαδικασίες και άλλα πρακτικής φύσεως προβλήματα όπως α. διάρκεια της έρευνας, β. προϋπολογισμός κόστους, γ. υλικό της έρευνας, δ. επεξεργασία και καταμέτρηση στοιχείων.

γ. Απόφαση για τη φύση των πληροφοριών

Το είδος των πληροφοριών που συγκεντρώθηκε βασίστηκε στους σκοπούς της έρευνας που έχουν ήδη διατυπωθεί (προσδοκίες και ενημέρωση της οικογένειας).

Ακολούθησαν 2 συγκεκριμένοι τρόποι για να ληφθούν οι πληροφορίες που μας ενδιέφεραν. Κατά τον πρώτο τρόπο, βλέπαμε τις οικογένειες στα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αγιος Ανδρέας» και κατά το επισκεπτήριο 4-6μ.μ στην Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου.

Κατόπιν επικοινωνίας με την διευθύντρια της Κλινικής, ενημερώθηκαν οι ψυχίατροι των εξωτερικών ιατρείων, οι οποίοι μας υποδείκνυαν ποιες οικογένειες μπορούσαμε να συμπεριλάβουμε στην έρευνα. Βλέπαμε δηλ. τον γονέα που συνόδευε τον ασθενή, κατόπιν υποδείξεως του ψυχιάτρου. Τα απογεύματα, κατά τη διάρκεια του επισκεπτήριου, πάλι κατόπιν υποδείξεως του ψυχιάτρου βλέπαμε τους γονείς σε ιατρείο της Κλινικής. Κατά τον δεύτερο τρόπο, μας δόθηκε μια κατάσταση με τα ονόματα των οικογένειων που έχουν ένα σχιζοφρενή μέλος από τον διευθυντή του Κ.Ψ.Υ. Βλέπαμε τον ένα γονέα ή και τους δυο μαζί, χωρίς βέβαια να είναι παρών ο ασθενής, κατόπιν ραντεβού που κλείναμε μαζί τους τηλεφωνικά ώστε να μη τους επισκεφθούμε απροειδοποίητα και για να μας ενημέρωναν αν ήθελαν να συμμετάσχουν στην πιλοτική έρευνα. Είναι χρήσιμο να τονισθεί ότι οι οικογένειες που περιλήφθηκαν στην πιλοτική έρευνα είχαν ένα μέλος με διάγνωση σχιζοφρένεια.

Το δείγμα μοιράστηκε ισόποσα από τις δύο σπουδάστριες ενώ η κάθε μια από αυτές πραγματοποιούσε τις επισκέψεις μόνη της, ενώ η τρίτη ανέλαβε περισσότερη θεωρητική καταγραφή

δ Απόφαση για τον τρόπο συλλογής πληροφοριών

Σαν εργαλείο για τον τρόπο συλλογής πληροφοριών, επιλέχθηκε και χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Πριν τη τελική μορφή του ερωτηματολογίου έγινε μια προέρευνα σε δείγμα 5 ατόμων όπου ορισμένες ερωτήσεις χρειάστηκαν διαφοροποίηση.

Στην τελική του μορφή το ερωτηματολόγιο περιείχε τα εξής είδη ερωτήσεων: προκατασκευασμένες, πίστης ή γνώμης, κλειστές, πραγματικές, άμεσες ή έμμεσες και ερωτήσεις «γιατί». Διαλέχθηκαν ερωτήσεις κατανοητές να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και σχετικά εύκολες στο να απαντηθούν. Μας ενδιέφερε το μέγεθος του ερωτηματολογίου να μην είναι ούτε μικρό, ούτε μεγάλο για να μη κουράζει τους ερωτώμενους. Προτιμήθηκε συνέντευξη (δομημένη) γιατί με αυτόν τον τρόπο η επικοινωνία γίνεται πιο άμεση, οι απαντήσεις δίνονται αυθόρμητα και υπάρχει δυνατότητα να διευκρινιστούν σημεία που δεν θα ήταν ίσως κατανοητά και έτσι να εξασφαλιστεί μεγάλη αξιοπιστία.

Επιπλέον, τονίστηκε το απόρρητο των απαντήσεων, η ανωνυμία της

οικογένειας, με σκοπό να εξασφαλισθεί ειλικρίνεια σ' αυτές και να δεχθούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

ε. Τρόπος αντιμετώπισης αποτυχίων

Το αρχικό δείγμα αποτελείται από 35 άτομα στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και 15 στη Ψυχιατρικά κλινική.

Το 31,5% του αρχικού δείγματος του Κ.Ψ.Υ (11 άτομα) και το 6,6% (1 άτομο) της Ψυχιατρικής Κλινικής, αρνήθηκε να απαντήσει, με την πρόφαση έλλειψης χρόνου, προβλημάτων υγείας, λόγω δυσπιστίας και φυσικά λόγω του περιεχομένου της έρευνας που μας έδωσαν να καταλάβουμε ότι και οι ίδιες οι οικογένειες δεν έχουν ξεπεράσει το «ταμπού» πάνω στο θέμα. Δεν έλλειψαν κι εκείνοι που αρνήθηκαν να απαντήσουν ακόμα και μετά από ραντεβού που είχαμε κλείσει μαζί τους ή που δέχθηκαν ενώπιον του ψυχιάτρου και στη συνέχεια αρνήθηκαν.

στ. Κατάρτιση πλαισίου

Πλαίσιο έρευνας αποτέλεσαν τα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αγιος Ανδρέας», η Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου «Αγιος Ανδρέας» κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου 4-6μ.μ και

το Κ.Ψ.Υ, όπου η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε οικογένειες με κατ'οίκον επίσκεψη από τις σπουδάστριες.

Επικοινωνήσαμε αρχικά με την διευθύντρια της Ψ.Κ., όπου μας επέτρεψε να πραγματοποιηθεί η πιλοτική αυτή έρευνα, με τους ψυχιάτρους της Κλινικής οι οποίοι ήταν πρόθυμοι να μας εξυπερετήσουν και τέλος με τον διευθυντή του Κ.Ψ.Υ, ο οποίος ενθουσιάστηκε από τους σκοπούς της πιλοτικής αυτής έρευνας και δέχθηκε να μας βοηθήσει.

ζ. Διοικητικά - Κόστος - Χρόνος

Η διατύπωση του σκοπού, η κατάρτιση του σχεδίου και η μέθοδος συλλογής πληροφοριών είχε διάρκεια 2 μήνες και 15 ημέρες (Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 1995).

Προηγουμένως πραγματοποιήθηκε προέρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκε δείγμα 5 ατόμων για να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές.

Το κόστος της προέρευνας και της έρευνας, η επεξεργασία και η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις μετέχουσες σπουδάστριες με την χρήση Η/Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει αγόρια και κορίτσια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας διαπιστώθηκε πως η συχνότητα της σχιζοφρένειας είναι 63,3% στα αγόρια και 36,7% στα κορίτσια.

2. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε οικογένειες ανεξαρτήτου μορφωτικού επιπέδου. Η πιλοτική αυτή έρευνα έδειξε τα εξής:

- Στις 30 οικογένειες που ρωτήθηκαν 20% των ασθενών ήταν απόφοιτοι δημοτικού, 20% πτυχιούχοι Α.Ε.Ι., 16,6% παρακολούθησαν Λύκειο, 16,6% απόφοιτοι Λυκείου, 13,5 παρακολούθησαν Γυμνάσιο, 10% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου και 3,3% παρακολούθησαν Α.Ε.Ι.
- Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα του ασθενή, 50% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 23,5% πτυχιούχοι Α.Ε.Ι., 10% παρακολούθησαν δημοτικό, 6,6% παρακολούθησαν Λύκειο 3,3% παρακολούθησαν Γυμνάσιο, 3,3% απόφοιτοι Λυκείου και τέλος 3,3% ήταν αναλφάβητοι.

- Σχετικά με τη μητέρα του ασθενή, 53,4% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, 16,8% παρακολούθηση δημοτικού, 10% αναλφάβητοι, 6,6% απόφοιτοι γυμνασίου, 6,6% παρακολούθηση Λυκείου, 3,3% απόφοιτοι Λυκείου και 3,3% πτυχιούχοι Ανώτατης σχολής.

3. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι 83,4% των οικογενειών έμεναν χωρίς άλλα συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα (π.χ. γιαγιά) ενώ μόλις το 16,6% ζούσαν με άλλους συγγενείς.

4. Σύμφωνα πάλι με την έρευνα η σχιζοφρένεια παρατηρείται εξίσου στο πρώτο και στο δεύτερο κατά σειρά παιδί της οικογένειας, με ποσοστό 33,3 % ενώ στο τρίτο κατά σειρά παιδί εμφανίζεται με ποσοστό 23,3% και στο τελευταίο μειώνεται σε 10,1%

5. Για βεβαρημένο ιστορικό σχιζοφρένειας στο οικογενειακό περιβάλλον η έρευνα έδειξε πως μόνο στο 30% υπήρξαν παρόμοια περιστατικά ενώ στο 70% όχι.

6. Στο ερώτημα «τι κατά τη γνώμη σας είναι η σχιζοφρένεια;» μόνο το 13,3% έδωσε τη σωστή απάντηση, το 30% δεν είχε άποψη ενώ το 56,7% επέλεξε λάθος απαντήσεις.

7. Στην ερώτηση μας πως διαμορφώθηκε η άποψη τους για τη νόσο το 30%

ισχυρίστηκε ότι η γνώμη του προέρχεται από το προσωπικό της

κλινικής, 23,3% από προσωπική εμπειρία, 6,6% από τα μέσα μαζικής

ενημέρωσης και από περιοδικά ευρείας κυκλοφορίας, 3,3% από ψυχιατρικά

βιβλία, 3,3% από φιλικά ή γειτονικά πρόσωπα και τέλος 33,3% δεν απάντησε.

8. Σύμφωνα με την έρευνα το 80% των ασθενών παρουσίαζε παραληρητικές

ιδέες (π.χ. κάποιος ελέγχει τη σκέψη του, ιδέες μεγαλείου) ενώ μόνο το 20%

δεν έχει εμφανίσει παραληρητικές ιδέες.

9. Συνεχίζοντας με τις παραληρητικές ιδέες, η έρευνα έδειξε ότι 20% πιστεύει

πως οφείλονται σε ερωτική απογοήτευση, 13,3% διαφώνησε με τις επιλογές

του ερωτηματολογίου και έδωσαν μια διαφορετική άποψη (π.χ. ήταν πολύ

όμορφος), 13,3% τις απέδωσε σε σχολική ή επαγγελματική αποτυχία, 10% σε

σύμπτωμα της κατάθλιψης, 6,6% σε σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, 6,6% σε μάγια

6,6% δεν γνώριζε, 3,3% σε χτύπημα στον εγκέφαλο, 3,3% πίστευε ότι είναι κάτι

που μπορεί να συμβεί στον καθένα και 16,6% δεν απάντησε καθόλου.

10. Σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν τη σχιζοφρένεια 53,3% απάντησε ότι οφείλεται σε προβλήματα της ζωής 13,3% σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, 3,3% σε κληρονομικούς 6,6% στο συνδυασμό κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, 20% δεν ήξερε.

11. Οσον αφορά την καθημερινή ζωή του ασθενή, οι απόψεις με βάση την έρευνα διαμορφώθηκαν ως εξής:

α. το 56,7% των ασθενών δεν έχει διάθεση να σηκωθεί από το κρεβάτι, ενώ 43,3% έχει.

β. το 53,3% των ασθενών αποφεύγει να βουρτσίζει τα δόντια του σ' αντίθεση με το 46,7%

γ. το 46,7% των ασθενών δεν έχει διάθεση να κάνει μπάνιο δυο φορές την εβδομάδα ενώ το 53,3% έχει.

δ. το 53,3% των ασθενών πολλές φορές κοιμάται την ημέρα και την νύχτα μένουν ξύπνιοι, ενώ το 46,7% δεν παρουσίαζε διαταραχές στον ύπνο.

ε. το 70% των ασθενών δεν παρουσιάζει ιδιοτροπίες σχετικά με την διατροφή, σ' αντίθεση με το 30%.

στ.το 46,7% των ασθενών δεν επιδιώκει να φορά καθαρά ρούχα ,ενώ το 53,3% είναι προσεκτικοί με την εμφάνιση τους.

ζ.το 56,7% των ασθενών επιδιώκει να βγαίνει έξω με παρέες,ενώ το 43,3% αποφεύγει.

η.το 60% των ασθενών επιδιώκει να γνωρίζει φίλους σ'αντίθεση με το 40% που δεν θέλει.

θ.το 30% των ασθενών δεν γελάει χωρίς να υπάρχει προφανής λόγος,ενώ το 70% μερικές φορές γελάει.

12.Σύμφωνα με την έρευνα,46,6% πιστεύει ότι οι αλλαγές στην καθημερινή συμπεριφορά του ασθενή οφείλονται σε συμπτώματα της νόσου και πρέπει να αναφέρονται σε γιατρό,20% ότι είναι συνέπειες των φαρμάκων που παίρνει,16,7% πιστεύει ότι τον απασχολούν πολλά και παραμελεί τον εαυτό του και 16,7% δεν γνώριζε.

13.Από την έρευνα διαπιστώθηκε πως 60% των ασθενών πρωτοπαρουσίασε διαφορετική συμπεριφορά στην νεανική ηλικία,36,7% στην εφηβική και 3,3% στην παιδική ηλικία.

14. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, 40% των ερωτώμενων την πρώτη φορά για την διαφορετική συμπεριφορά του ασθενή σκέφτηκε ότι οφείλεται σε κάποια αποτυχία στο σχολείο ή στην δουλειά του, 20% να συμβουλευτεί κάποιο γιατρό, 16,6% ότι περνάει κάποια ερωτική απογοήτευση, 6,7% ότι τον έχει επηρεάσει κάποιο έντονο πρόσφατο οικογενειακό γεγονός, 3,7% πως είναι σύμπτωμα της ηλικίας, 0% στο στρατό και στο 13,3% των ερωτώμενων η πρώτη τους σκέψη ήταν διαφορετική από τις επιλογές του ερωτηματολογίου.

15. Σύμφωνα με την έρευνα διαπιστώθηκαν τα εξής:

- 57,6% των ερωτώμενων πιστεύει ότι ο ασθενής δε θα δημιουργήσει μια σχέση που θα οδηγήσει στον γάμο, ενώ 42,4% νομίζει ναι.
- 25% των ερωτώμενων πιστεύει πως ο έγγαμος ασθενής δε θα μπορέσει να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της συζυγικής ζωής ενώ 75% ισχυρίζεται το αντίθετο.
- 71,5% των ερωτώμενων δεν πιστεύει πως ο ασθενής που εργαζόταν πριν την εισαγωγή θα συνεχίσει να εργάζεται κανονικά και μετά την έξοδο του, σ' αντίθεση με το 28,5% που πιστεύει πως θα μπορέσει.
- 60,9% των ερωτώμενων δεν πιστεύει πως ένας άνεργος ασθενής θα

μπορέσει μετά την έξοδο του να βρεί εργασία, ενώ 39,1% έχει αντίθετη άποψη.

- 33,3% των ερωτώμενων πιστεύει πως ο ασθενής δεν θα μπορέσει να συνεχίσει τις σπουδές και 66,6% έχει αντίθετη γνώμη.
- 81,9% των ερωτώμενων δεν πιστεύει ότι ο ασθενής, αν είναι αγόρι και δεν έχει στρατευθεί ότι θα μπορέσει να ανταπεξέλθει στην στρατιωτική του θητεία, ενώ 18,1% πιστεύει πως μπορεί να στρατευθεί.
- 40% των ερωτώμενων δεν νομίζει πως ο ασθενής θα επιδιώξει να κάνει παρέες και να βγαίνει έξω, ενώ 60% πιστεύει θα θελήσει.

16.Όσον αφορά τις απόψεις σχετικά με τη θεραπεία της σχιζοφρένειας οι απόψεις διαμορφώθηκαν ως εξής:

α.Το 46,6% πιστεύει ότι υπάρχει ολοκληρωμένη θεραπεία για τη

σχιζοφρένεια, 46,6% πάλι πιστεύει πως δεν υπάρχει και 6,6% δεν ήξερε

β.το 46,6% πιστεύει ότι η θεραπεία με ψυχοφάρμακα είναι η μόνη

αποτελεσματική θεραπεία ενώ το 50% διαφώνησε και ένα 3,3% δεν γνώριζε.

γ.το 33,3% πίστευε ότι η ψυχοθεραπεία είναι η μόνη αποτελεσματική, το 63,3%

διαφώνησε και το 3,3% δεν ήξερε.

δ.το 83,3% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με τα ψυχοφάρμακα είναι η μόνη αποτελεσματική θεραπεία ενώ το 10% διαφώνησε και το 6,6% δεν είχε άποψη.

ε.το 83,3% θεωρεί ότι η θεραπεία με οικογένεια είναι πάντα απαραίτητη το 10% διαφωνεί ενώ το 6,6% δεν ήξερε.

στ.το 80% δεν υποστηρίζει την θεραπεία αποκλειστικά μόνο με τον ασθενή σε αντίθεση με το 13,3% ενώ το 6,6% δεν εξέφρασε άποψη.

ζ.το 53,3% δεν θεωρεί τις ομάδες ασθενών απαραίτητες ενώ το 40% τις θεωρεί και το 6,6% δεν εξέφρασε άποψη.

η.όσον αφορά τις θεραπευτικές ομάδες με οικογένειες το ποσοστό αυτών που τις αποδέχονται με το ποσοστό αυτών που τις απορρίπτουν είναι ακριβώς το ίδιο 46,6% και το 6,6% δεν απάντησε.

θ.το 70% των ερωτηθέντων δεν θεωρεί τις ομάδες αυτοβοήθειας για τους ασθενείς απαραίτητες σε αντίθεση με το 23,4% ενώ το 6,6% δεν απάντησε.

ι.το 63,3% των ερωτηθέντων δεν θεωρεί τις ομάδες αυτοβοήθειας για τις οικογένειες απαραίτητες ενώ το 30,1% τις θεωρεί και το 6,6% δεν απάντησε.

17.Σε έρώτηση με ποιά συχνότητα χρησιμοποιούν κάποιες υπηρεσίες,το 40% απάντησε μια φορά το μήνα,το 23,5% μια φορά στις δεκαπέντε,το 16,7% καθημερινά,το 6,6% μια φορά την εβδομάδα,το 6,6% μια φορά το εξάμηνο,το 3,3% μια φορά το χρόνο και το 3,3% σπανιότερα.

18.Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι 50% των ερωτώμενων θεωρεί τις υπηρεσίες που παρέχονται καλές, 26,6% πολύ καλές, 23,4% μέτριες και 0% απαράδεκτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πιλοτική έρευνα που διεξάχθηκε σε οικογένειες μ' ένα σχιζοφρενή μέλος οπωσδήποτε δεν είναι αντιπροσωπευτική για όλο τον πληθυσμό, όπως προαναφέρθηκε, αλλά καταλήξαμε σ' ορισμένα συμπεράσματα όσον αφορά τις αντιλήψεις των γονέων για τη νόσο, τις προσδοκίες τους από τον ασθενή και την ενημέρωσή τους.

Ίσως κάποια πράγματα έχουν αλλάξει ή άλλα έμειναν ίδια. Πολύ σημαντικό όμως είναι ότι ακόμα και σήμερα κανένας γονιός, εκτός από έναν που και αυτός το ψιθύρισε χαμηλόφωνα, δεν είπε πως το παιδί του έχει σχιζοφρένεια. Όλοι αναφέρθηκαν στο πρόβλημα σαν «ψυχολογικό», «έχει νεύρα», κ.λ.π.

Από την ερευνητική προσπάθεια που έγινε για την ενημέρωση των γονεών όσον αφορά τη ψυχική νόσο, σχιζοφρένεια, και τις προσδοκίες τους από τον ασθενή, καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

α. Σύμφωνα με τη συγκέντρωση των δημογραφικών στοιχείων, η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άρρενες, ενώ αντίθετα στη βιβλιογραφική αναφορά η

σχιζοφρένεια παρατηρείται εξίσου και στα δύο φύλα. Παρατηρείται ότι η οικογένεια ανήκει σε χαμηλό ή μεσαίο κοινωνικοοικονομικό στρώμα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τη μητέρα να ασχολείται με τα οικιακά. Το συμπέρασμα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η έρευνα διεξάχθηκε σε δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου «Αγιος-Ανδρέας»), ενώ άτομα από τα υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά και μορφωτικά στρώματα εξαιτίας του στιγματισμού και της προκατάληψης που ακολουθεί τη διάγνωση σχιζοφρένεια απευθύνονται με μεγάλη μυστικότητα σε ιδιωτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή προσφεύγουν στο εξωτερικό.

β. Τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας των ασθενών που οφείλονται στην ύπαρξη της νόσου και το χαμηλό κρατικό συνταξιοδοτικό επίδομα οδηγεί τους γονείς σε έντονο άγχος και πίεση για το μέλλον των παιδιών τους. Νιώθουν απογοήτευση από την ελλιπή χρηματική βοήθεια της πολιτείας και ενισχύονται μ' αυτόν τον τρόπο οι ήδη μεγάλες φοβίες και ανασφάλειες τους.

Επιπλέον σύμφωνα με την έρευνα, οι περισσότερες οικογένειες (83,4%) με ένα σχιζοφρενή μέλος δε ζουν με άλλα συγγενικά πρόσωπα, ποτελούν δηλαδή

κλειστά συστήματα ,απορροφημένοι από το πρόβλημα τους κάτι που επαληθεύεται και από τη βιβλιογραφία.

γ. Η ενημέρωση τους πάνω στη νόσο της σχιζοφρένειας είναι φοβερά ελλιπής, μ'ένα πάρα πολύ μικρό αριθμό να γνωρίζει τι πραγματικά είναι σχιζοφρένεια με συνέπεια να καταφανεί ο χαμηλός βαθμός ενημέρωσης ή η πιθανόν υποσυνείδητη άρνηση τους να δεχθούν τη νόσο δίνοντας το σωστό ορισμό. Είναι αξιοσημείωτο ότι ένα σεβαστό ποσοστό αρνήθηκε να απαντήσει, προφασιζόμενοι ότι δε γνωρίζουν γιατί η σχιζοφρένεια δεν τους αφορά.

δ. Η άποψη τους για τη σχιζοφρένεια προέρχεται είτε από το προσωπικό της κλινικής, είτε από προσωπική εμπειρία. Κατά συνέπεια, οι γονείς αντιφάσκουν γιατί ενώ δε γνωρίζουν τι είναι σχιζοφρένεια και εφόσον δεν πιστεύουν ότι το παιδί τους είναι σχιζοφρενής, παρ'όλα αυτά αναφέρουν ότι η γνώμη τους προέρχεται από τη προσωπική τους εμπειρία και αυτή η στάση, κατά τη γνώμη μας, δείχνει έλλειψη χειραφέτησης και αποδοχής.

ε. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες που όπως γνωρίζουμε από τη θεωρία αποτελούν χαρακτηριστικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, παρ'όλα αυτά οι γονείς αρνούνται να τις δούνε σα σύμπτωμα

της σχιζοφρένειας γιατί δεν έχουν αποδεχτεί τη νόσο. Προτιμούν να αποκρύψουν την αλήθεια από τον εαυτό τους αποδίδοντάς τες σε ερωτική απογοήτευση, σχολική ή επαγγελματική αποτυχία, ή ότι είναι σύμπτωμα κατάθλιψης την οποία αποδέχονται ευκολότερα σα λέξη σε σχέση με τη σχιζοφρένεια.

στ. Οσον αφορά τις αλλαγές των ασθενών στην καθημερινή τους ζωή, ορισμένοι γονείς παρατήρησαν πως δεν ήθελαν να σηκωθούν να σηκωθούν από το κρεβάτι τους ή ότι παραμελούσαν τον εαυτό τους. Κατά τη γνώμη τους, οι αλλαγές αυτές οφείλονται σε συμπτώματα της νόσου. Πιστεύουμε όμως ότι οι γονείς δε θα έδιναν αυτή την απάντηση αν στο ερωτηματολόγιο η απάντηση ήταν διατυπωμένη «ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας» και όχι ως σύμπτωμα της νόσου. Έτσι οφείλονται στη νόσο που γι' αυτούς δεν είναι η σχιζοφρένεια αλλά κάποιο περιστασιακό ψυχολογικό πρόβλημα.

ζ. Η πλειοψηφία των γονιών πιστεύει πως η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται σε κληρονομικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες ή σε συνδυασμό και των δύο, μ' αυτόν τον τρόπο πιθανόν απενοχοποιούνται, κρατούν την εσωτερική τους ισορροπία, τον αυτοσεβασμό τους ενώ ταυτόχρονα τοποθετούν σαν αιτιολογικό

παράγοντα της σχιζοφρένειας τα προβλήματα της ζωής(π.χ. ανεργία)

μεταθέτοντας έτσι όλες τις τύψεις και ενοχές τους σ'αυτά.

η.Η ψυχική ασθένεια,σχιζοφρένεια,πρωτοπαρουσιάζεται τόσο στην όψιμη εφηβική ηλικία όσο και στην τρίτη δεκαετία της ζωής του ατόμου σύμφωνα με τη βιβλιογραφία,το οποίο επαληθεύεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας.

θ.Σχετικά με το αν υπάρχει ολοκληρωμένη θεραπεία της σχιζοφρένειας οι απόψεις δίστανται.Για μια φορά ακόμη επαναλαμβάνεται το συμπέρασμα ότι η ενημέρωση τους πάνω στη νόσο είναι ανεπαρκής και ειδικά για ένα θέμα τόσο σημαντικό όσο η θεραπεία.Συγχρόνως,σύμφωνα με τις παρατηρήσεις μας κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων,εντοπίσαμε ότι οι γονείς που πιστεύουν πως υπάρχει ολοκληρωμένη θεραπεία είναι εκείνοι που το παιδί τους βρίσκεται στην έναρξη της νόσου,ενώ όσοι απάντησαν πως δεν υπάρχει είναι αυτοί που οι ασθενείς τους είναι ήδη χρόνιοι.Ετσι επαληθεύεται η θεωρία ότι οι γονείς με χρόνιους ασθενείς είναι εκείνοι που έχουν απογοητευτεί και διαψευθεί από τις διάφορες θεραπείες.Ενθαρρυντικό είναι ότι οι γονείς (83,3%) θεωρούν σαν ιδανική θεραπεία τον συνδυασμό ψυχοθεραπείας με

ψυχοφάρμακα ενώ πλέον δέχονται ότι η θεραπεία με οικογένεια (83,3%) είναι απαραίτητη σχεδόν πάντα. Είναι αρνητικά προδιατεθειμένοι στις ομάδες αυτοβοήθειας των ασθενών (70%) και λιγότερο στην ομαδική θεραπεία των ασθενών (53,3%). Η άρνηση τους δικαιολογείται γιατί θεωρούν ότι οι υπόλοιποι ασθενείς έχουν σοβαρότερα προβλήματα και θα επηρεάσουν το δικό τους αρνητικά.

ι. Αναφερόμενοι στις προσδοκίες των γονέων για τους ασθενείς παρατηρήθηκε μεγάλη συναισθηματική φόρτιση, δίνοντας απαντήσεις οδηγούμενοι από τις τύψεις, τις ενοχές ή το συναίσθημά και όχι από αντικειμενική κρίση.

1. Όσον αφορά τις προσδοκίες τους για ένα μελλοντικό γάμο, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε αρνητικά γιατί όπως και οι ίδιοι ανέφεραν έχουν απογοητευθεί από τις τακτικές εισαγωγές, τις υποτροπές, τις θεραπείες και εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα εργασίας του ασθενή είναι δύσκολο να δημιουργηθεί μια σχέση. Όσοι πάλι απάντησαν θετικά δεν ήθελαν να αρνηθούν μια φυσιολογική ζωή για το παιδί τους εφ' όσον δεν είχε τίποτα το σοβαρό.

2. Αντίθετα, η συντριπτική πλειοψηφία των γονιών που είχαν έγγαμα παιδιά ήταν θετικά προδιαθετιμένοι στην ιδέα ότι τα παιδιά μπορεί να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της συζυγικής ζωής. Κι αυτό γιατί πιθανόν οι γονείς υποσυνείδητα έχουν μεταφέρει τις ευθύνες και το άγχος στο/στη σύζυγο του σχιζοφρενή παιδιού τους και δε θα ήθελαν να επωμιστούν την ολοκληρωτική ευθύνη αν το παιδί τους δεν μπορεί να λειτουργήσει στη συζυγική ζωή. Ίσως ακόμη ένας πιθανός χωρισμός θα επιβάρυνε πιο πολύ την ψυχική υγεία του παιδιού τους γι' αυτό προτιμούν να υποστηρίζουν ότι όλα θα συνεχιστούν όπως πριν.

3. Οι περισσότεροι γονείς λόγω της επανειλημμένης άρνησης των εργοδοτών να προσλάβουν το παιδί τους για εργασία δεν πιστεύουν ότι ο ασθενής θα έχει μια επαγγελματική σταδιοδρομία. Η γνώμη τους ενισχύεται από την ιδιόρρυθμη συμπεριφορά και στάση του ασθενή στην καθημερινή τους ζωή.

4. Οι γονείς ήταν θετικοί προς τη συνέχιση των σπουδών του ασθενή και αυτό ίσως οφειλόταν στο ότι τα συγκεκριμένα περιστατικά βρίσκονταν στην έναρξη της νόσου οπότε δεν είχαν ακόμη δεχτεί μεγάλες απογοητεύσεις.

5.Όσον αφορά τις στρατιωτικές υποχρεώσεις για τους άρρενες ασθενείς πιθανόν απάντησαν αντικειμενικά και όχι επηρεαζόμενοι από τα συναισθήματα τους, αναγνωρίζοντας ότι η λειτουργικότητα του παιδιού τους υστερεί σε σχέση με των άλλων και γνωρίζοντας πόσο δύσκολο πλαίσιο αποτελεί ο στρατός.

6.Όσον αφορά τη διάθεση του ασθενή να κάνει παρέες ή να διατηρήσει αυτές που ήδη είχε, οι γονείς ήταν θετικοί στην ιδέα ότι το παιδί τους θα συνεχίσει να έχει μια ομαλή κοινωνική ζωή και δεν υπάρχει λόγος να μη συμμετέχει. Η πεποίθηση τους συγκρούεται με τη θεωρία όπου αναφέρεται η αντικοινωνικότητα σα βασική συνέπεια της ψυχικής νόσου.

κ.Τέλος, οι περισσότεροι γονείς δέχονται καλύτερα να χρησιμοποιούν για τα παιδιά τους υπηρεσίες που παρέχει η Ψυχιατρική κλινική και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής της πόλης τους παρά ενός δημόσιου Ψυχιατρείου, επειδή δεν είναι ικανοποιημένοι από την κατάσταση που επικρατεί στα μεγάλα άσυλα και το στιγματισμό που ακολουθεί τον ασθενή μετά από μια εισαγωγή σ' αυτά. Δε γνωρίζουν για τις εναλλακτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες όπως την κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου, τους συμβουλευτικούς

σταθμούς και τα νοσοκομεία ημέρας γιατί αφ' ενός δεν υπάρχει ενημέρωση για αυτές τις υπηρεσίες και αφ' ετέρου δεν υπάρχουν στη πόλη τους. Κατά τη γνώμη τους, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και η Ψυχιατρική κλινική προσφέρουν ικανοποιητικό βαθμό και ποιότητα υπηρεσιών γιατί ίσως δεν έχουν να τις συγκρίνουν με άλλες υπηρεσίες.

Σαν κατακλείδα, οι γονείς ζητούν αποκεντρωμένες υπηρεσίες, νιώθοντας μια πικρία για την έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών σε άλλες πόλεις πέρα από την πρωτεύουσα και το γεγονός αυτό δείχνει την υδροκέφαλη διάρθρωση και κατανομή των ψυχιατρικών υπηρεσιών που υπάρχει στη χώρα μας.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Η σχιζοφρένεια με τη πάροδο του χρόνου επισκιάστηκε από προκάταλήψεις, δεισιδαιμονίες, φόβο και με περιθωριοποίηση των ασθενών στα ψυχιατρεία.

Η συμπεριφορά των γονέων ήταν επιζήμια για τον ασθενή γιατί σκεπτόμενοι τις αντιδράσεις της κοινότητας, είχαν σα πρώτιστο μέλημα τους τη διατήρηση της μυστικότητας γύρω από τη νόσο παραμελώντας έτσι τον ασθενή αλλά και τη θεραπεία του. Τα πράγματα δεν έχουν αλλάξει και πολύ όπως φάνηκε από τη βιβλιογραφική καταγραφή και την έρευνα, οι οικογένειες επιζητούν και πάλι τη μυστικότητα αλλά ταυτόχρονα ενδιαφέρονται και στηρίζουν περισσότερο τον ασθενή, χωρίς όμως να αποδέχονται ότι πάσχει από τη νόσο σχιζοφρένεια αλλά ότι έχει απλώς κάποιο παροδικό πρόβλημα. Η βιβλιογραφική μελέτη, η άμεση επαφή μας με τη ψυχική ασθένεια αλλά και οι εμπειρίες μας από τις συναντήσεις με τις οικογένειες των σχιζοφρενών μας βοήθησαν να καταλήξουμε στα συμπεράσματα που προαναφέραμε και στις παρακάτω προτάσεις

Οι προτάσεις μας δεν είναι ούτε πρωτοποριακές ούτε επαναστατικές αλλά χρειάζεται κάποια στιγμή να υλοποιηθούν, προκειμένου να προχωρήσουμε

στην πραγματική αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων.

1) Η πρώτη πρόταση μας αφορά τη καλύτερη ενημέρωση. Να οργανωθούν σεμινάρια συμβουλευτικού και υποστηρικτικού χαρακτήρα, τα οποία δεν θα αφορούν μόνο ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς αλλά θα είναι προσιτά στο ευρύτερο κοινό ώστε η σχιζοφρένεια να πάψει να αποτελεί στίγμα και να προκαλεί φόβο.

2) Είναι καιρός να ελαχιστοποιηθεί η δόση των φαρμάκων και να αρχίσει να εφαρμόζεται εντατικά η θεραπεία οικογένειας, να δημιουργηθούν ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους και φυσικά όλα να στραφούν προς τη σύγχρονη μορφή αντιμετώπισης ψυχικών νόσων, την κοινοτική ψυχιατρική.

3) Το κράτος μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στο θέμα σχιζοφρένεια αλλά και γενικότερα στις ψυχικές νόσους. Κατ' αρχήν, χρειάζεται καλύτερο συνταξιοδοτικό πρόγραμμα έτσι ώστε να μην αναγκάζεται η πλειοψηφία των νοσούντων να ζει υπό άθλιες συνθήκες. Καλύτερη κοινωνική πρόνοια δηλαδή να κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρεία και να παραμείνουν μόνο οι ψυχιατρικές κλινικές βραχείας νοσηλείας γιατί ο ασθενής πέρα από τις φάσεις που

υποτροπιάζει και πρέπει να είναι υπό συνεχή επίβλεψη, τον υπόλοιπο καρδό μπορεί να ζει έξω. Δηλαδή μπορεί να παραμένει στην κοινότητα όπου θα τον επισκέπτεται ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός για να παρακολουθούν τη κατάσταση της ψυχικής υγείας του, κάτι που θα κόστιζε πολύ λιγότερο στο κρατικό προϋπολογισμό. Επίσης, αποκεντρωμένες υπηρεσίες ώστε οι ασθενείς από επαρχιακές πόλεις να μη χρειάζονται να απευθυνθούν, στα μεγάλα αστικά κέντρα για βοήθεια, κάτι που είναι δαπανηρό, εξαντλητικό και άλλοτε αναγκάζει τον ασθενή να παραμένει στο ψυχιατρείο για να μην πηγαινοέρχεται ή τον αναγκάζει να μην πηγαίνει καθόλου. Αντιθέτως με τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες θα μπορεί να συμμετάσχει σε θεραπείες και προγράμματα απασχόλησης.

Τέλος οι κρατικοί φορείς δεν πρέπει να ξεχνούν πως και οι σχιζοφρενείς μπορούν να συνεισφέρουν στην πρόοδο και ευημερία της χώρας δουλεύοντας σε προστατευόμενα εργαστήρια ή σε κρατικές ελαφριές δουλειές ή ακόμα και να μεριμνήσει για προμοδοτήσεις εργοδοτών δίνοντας έτσι κίνητρα για τη πρόσληψη τους.

Ακόμη ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού θα μπορούσε να είναι πολύ βασικός σε ενδονοσοκομειακά πλαίσια αλλά και στη κοινότητα. Ως μέλος της

διεπιστημονικής ομάδας θα μπορεί και να προσφέρει βοήθεια αλλά και να συμμετέχει στη συνεχόμενη επιμόρφωση των οικογένειών των σχιζοφρενών αλλά και της ευρύτερης κοινότητας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- Ποια η ακριβή συγγένεια σας με τον/την ασθενή:

- Ποιός είναι ο τόπος διαμονής της οικογένειας του/της ασθενή:

Πόλη [] Κωμόπολη [] Χωριό []

Αν ο/η ασθενής δεν μένει με την οικογένεια του/της ποιός ο τόπος διαμονής του/της:

Πόλη [] Κωμόπολη [] Χωριό []

- Ποιό το φύλο του/της ασθενούς; Αγόρι [] Κορίτσι []

- Ποιό είναι το έτος γεννήσεως του/της ασθενούς:

19__

Ποιό είναι το έτος γεννήσεως του πατέρα του/της ασθενούς:

19__

Ποιό είναι το έτος γεννήσεως της μητέρας του/της ασθενούς:

19__

-Ποιές οι γραμματικές γνώσεις του/της: ΑΣΘΕΝΗ ΠΑΤΕΡΑ ΜΗΤΕΡΑ

Δεν πήγε σχολείο	_____
Παρακολούθηση Δημοτικού	_____
Απόφοιτος Δημοτικού	_____
Παρακολούθηση Γυμνασίου	_____
Απόφοιτος Γυμνασίου	_____
Παρακολούθηση Λυκείου	_____
Απόφοιτος Λυκείου	_____
Παρακολούθηση Ανωτέρας Σχολής	_____
Πτυχίο Ανώτερης Σχολής	_____
Παρακολούθηση Ανώτατης Σχολής	_____
Πτυχίο Ανώτατης Σχολής	_____

-Μαζί με την οικογένεια του/της ασθενούς μένουν και άλλα συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα. Αν "ναι", σημειώστε και ποιά.

(Σημειώστε μια ή περισσότερες επιλογές με ένα X)

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

ΠΑΠΠΟΥΣ []

ΓΙΑΓΙΑ []

ΘΕΙΟΣ []

ΘΕΙΑ []

ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ [] Αναφέρετε τη συγγένεια/φιλία _____

-Αναφέρετε τα παιδιά της οικογένειας από την οποία προέρχεται ο/η ασθενής, με τη χρονολογία γέννησης και το φύλο τους.
(Αν υπάρχουν και άλλα παιδιά, αναφέρετέ τα κατά τον ίδιο τρόπο)

	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ
Πρώτο παιδί	19__ []	[]
Δεύτερο παιδί	19__ []	[]
Τρίτο παιδί	19__ []	[]
Τέταρτο παιδί	19__ []	[]
Πέμπτο παιδί	19__ []	[]

-Ποιό είναι το επάγγελμα του/της;

ασθενούς _____

πατέρα του/της ασθενούς _____

μητέρα του/της ασθενούς _____

-Υπάρχουν και άλλα άτομα στο οικογενειακό ή συγγενικό περιβάλλον με παρόμοια νόσο:

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

1. Τι είναι κατά τη γνώμη σας η σχιζοφρένεια;

- Είναι μια έντονη και παροδική νευρική διαταραχή
- Είναι μια βαρεία ψυχοπάθεια στην οποία ο/η άρρωστος παρουσιάζει διανοητική καθυστέρηση
- Είναι ψυχική νόσος στην οποία ο/η άρρωστος έχει επίγνωση τι του/της συμβαίνει και αναζητά βοήθεια
- Είναι μια βαρεία ψυχοπάθεια που κυρίως χαρακτηρίζεται από βαθειά αποδιοργάνωση της προσωπικότητας
- Δεν ξέρω

2. Η άποψη σας για τη σχιζοφρένεια προέρχεται κυρίως:

- Από ψυχιατρικά βιβλία
- Από το προσωπικό της κλινικής (ψυχίατροι, ψυχολόγοι)
- Από φιλικά και γειτονικά πρόσωπα
- Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από περιοδικά ευρείας κυκλοφορίας
- Από προσωπική εμπειρία

3. Σας έχει αναφέρει ο/η ασθενής σας ότι

- Ακούει φωνές μέσα στο κεφάλι του/της που απευθύνονται σ'αυτόν/τήν.
- Παίρνει μηνύματα από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση.
- Κάποιος ελέγχει και καθοδηγεί την σκέψη του/της.
- Ενσαρκώνει κάποια ιστορική προσωπικότητα (π.χ. Ναπολέον)
- Δεν μας έχει αναφέρει τίποτα από τα παραπάνω.

4. Αν σας έχει αναφέρει κάποια από τις παραπάνω ιδέες, που νομίζετε κατά την γνώμη σας ότι οφείλονται:

- Σε χτύπημα στον εγκέφαλο
- Σε ερωτική απογοήτευση
- Σε σχολική ή επαγγελματική αποτυχία
- Είναι αποτέλεσμα χρήσης διαφόρων ουσιών(αλκοόλ,χάπια).
- Είναι σύμπτωμα της σχιζοφρένειας
- Είναι σύμπτωμα της κατάθλιψης
- Του έχουν κάνει μάγια
- Είναι ένα φαινόμενο που μπορεί να συμβεί στον καθένα
- Δεν ξέρω
- Κάτι άλλο. Τι; _____

5. Ποιοί από τους παρακάτω παράγοντες προκαλούν κατά τη γνώμη σας τη σχιζοφρένεια;

- Κληρονομικοί παράγοντες
- Περιβαντολογικοί παράγοντες
- Ο συνδυασμός των δύο παραπάνω
- Προβλήματα της ζωής (ανεργία,ερωτική απογοήτευση)
- Δεν ξέρω.

6. Για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας: (απαντήστε σε όλες)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Πιστεύω ότι υπάρχει ολοκληρωμένη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Πιστεύω ότι η θεραπεία με ψυχο- φάρμακα είναι η μόνη αποτελεσματική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Πιστεύω ότι η ψυχοθεραπεία είναι η μόνη αποτελεσματική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Πιστεύω ότι η ψυχοθεραπεία μαζί με τα ψυχοφάρμακα είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε. Πιστεύω ότι η θεραπεία με οικογένεια είναι απαραίτητη πάντα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ. Πιστεύω ότι η θεραπεία μόνο με τον ασθενή είναι απαραίτητη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ. Πιστεύω ότι η θεραπεία με ομάδες ασθενών είναι απαραίτητη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η. Πιστεύω ότι οι θεραπευτικές ομάδες με οικογένειες είναι αποτελεσματικές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
θ. Πιστεύω ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας με τους ασθενείς είναι απαραίτητες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ι. Πιστεύω ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας με οικογένειες είναι απαραίτητες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Οσον αφορά την καθημερινή του/της ζωή ο/η ασθενής:

(απαντήστε σε όλες)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εχει διάθεση να σηκωθεί από το κρεβάτι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βουρτσίζει τα δόντια του/της καθημερινά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνει μπάνιο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πολλές φορές κοιμάται την ημέρα και την νύχτα μένει ξύπνιος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παρουσιάζει ιδιοτροπίες σχετικά με την διατροφή του/της τις οποίες δεν είχε πριν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιδιώκει να φορά καθαρά ρούχα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιδιώκει να βγαίνει έξω με παρέες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιδιώκει να γνωρίζει φίλους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μερικές φορές γελάει χωρίς να υπάρχει προφανής λόγος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Αν έχετε παρατηρήσει κάποιες αλλαγές στην καθημερινή ζωή του/της ασθενή σας που κατά την γνώμη σας οφείλονται:

Είναι συνέπειες των φαρμάκων που παίρνει

Είναι συμπτώματα της νόσου και πρέπει να αναφέρονται στον γιατρό

Τον/την απασχολούν πολλά και παραμελεί τον εαυτό του/της

Δεν ξέρω

9. Πότε κατά την γνώμη σας πρωτοπαρουσιάστηκε η διαφορετική συμπεριφορά του/της ασθενή σας:

στην παιδική ηλικία(6-12ετών)

στην εφηβική ηλικία(13-18)

Στην νεανική ηλικία(18 και ανώ).Αναφέρτε την ηλικία _____

10. Ποιά η πρώτη σας σκέψη για τη διαφορετική του συμπεριφορά:

Τον/την έχει επηρεάσει κάποιο πρόσφατο έντονο οικογενειακό γεγονός

Είναι σύμπτωμα της ηλικίας

Θα είχε κάποια αποτυχία στο σχολείο ή στη δουλειά του

Θα περνάει ερωτική απογοήτευση

Από το στρατό αν είναι αγόρι

Χρειάζεται να συμβουλευτεί κάποιον γιατρό

Κάτι άλλο. Τι; _____

11. Ποιά από τα παρακάτω πιστεύετε ότι μπορεί να κάνει ο/η ασθενής βγαίνοντας από την κλινική; (απαντήστε σε όσα τον/την αφορούν)

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Αν είναι άγαμος/η θα δημιουργήσει μια σχέση που θα οδηγήσει στο γάμο
- Αν είναι έγγαμος/η θα μπορέσει να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της συζυγικής ζωής
- Αν εργαζόταν πριν την πρώτη του/της εισαγωγή θα συνεχίσει να εργάζεται κανονικά και μετά την έξοδο του/της
- Αν είναι άνεργος θα μπορέσει μετά την έξοδο του/της να βρεί εργασία
- Αν σπούδαζε θα μπορέσει να συνεχίσει τις σπουδές του/της με κανονικό ρυθμό
- Αν είναι αγόρι και δεν έχει στρατευθεί θα καταταγεί και θα μπορέσει να ανταπεξέλθει στην στρατιωτική του θητεία
- Θα επιδιώξει να κάνει παρέες και να βγαίνει έξω

12. Ποιές από τις παρακάτω υπηρεσίες νομίζετε ότι βοηθούν στη
θεραπεία και αποκατάσταση του/της ασθενούς; (σημειώστε όσες
επιλογές θέλετε)

[] Ιδιωτικός ψυχίατρος

[] Ψυχιατρική Κλινική

[] Ψυχιατρείο

[] Κέντρο ψυχικής υγιεινής

[] Κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου

[] Συμβουλευτικός σταθμός

[] Νοσοκομεία ημέρας

13. Έχετε χρησιμοποιήσει κάποια ή κάποιες από τις παραπάνω
υπηρεσίες. Αν απαντήσετε ΝΑΙ αναφέρετε τις

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

A. _____

B. _____

Γ. _____

Δ. _____

14. Αν χρησιμοποιείται κάποιες υπηρεσίες με ποιά συχνότητα γίνεται αυτό;

- Καθημερινά
- Μια φορά την εβδομάδα
- Μια φορά στις δεκαπέντε μέρες
- Μια φορά το μήνα
- Μια φορά το εξάμηνο
- Μια φορά το χρόνο
- Σπανιότερα.

15. Πως θα χαρακτηρίζατε τις υπηρεσίες που σας παρέχονται;

- Πολύ καλές
- Καλές
- Μέτριες
- Απαράδεκτες

16. Τι κατά την γνώμη σας λείπει από τις υπηρεσίες που θα βοηθούσε στην καλύτερη εξυπηρέτηση του/της ασθενούς αλλά και της οικογένειας του/της; (Σημειώστε όσες επιλογές θεωρείται εσείς απαραίτητες)

- Επιστημονικό προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί)
- Διοικητικό προσωπικό
- Αποκεντρωμένες υπηρεσίες
- Παροχή υπηρεσιών και στο σπίτι
- Δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων για τους ασθενείς και για τις οικογένειες τους
- Οργάνωση σεμιναρίων για καλύτερη ενημέρωση του/της ασθενούς και της οικογένειας του/της
- Τίποτα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

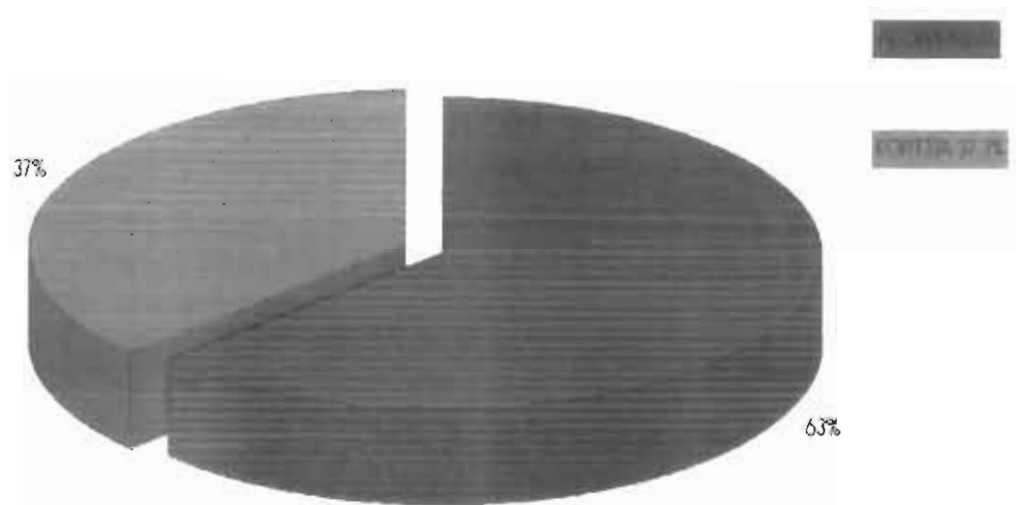
ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ & ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

Πίνακας 1
Συχνότητα της Σχιζοφρένειας κατά Φύλλο

	ΑΡΙΘΜ.	ΠΟΣΟΣΤ.
ΑΓΟΡΙΑ	19	63,30%
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	11	36,70%
ΣΥΝΟΛΟ	30	100%

Γραφική Παράσταση 1

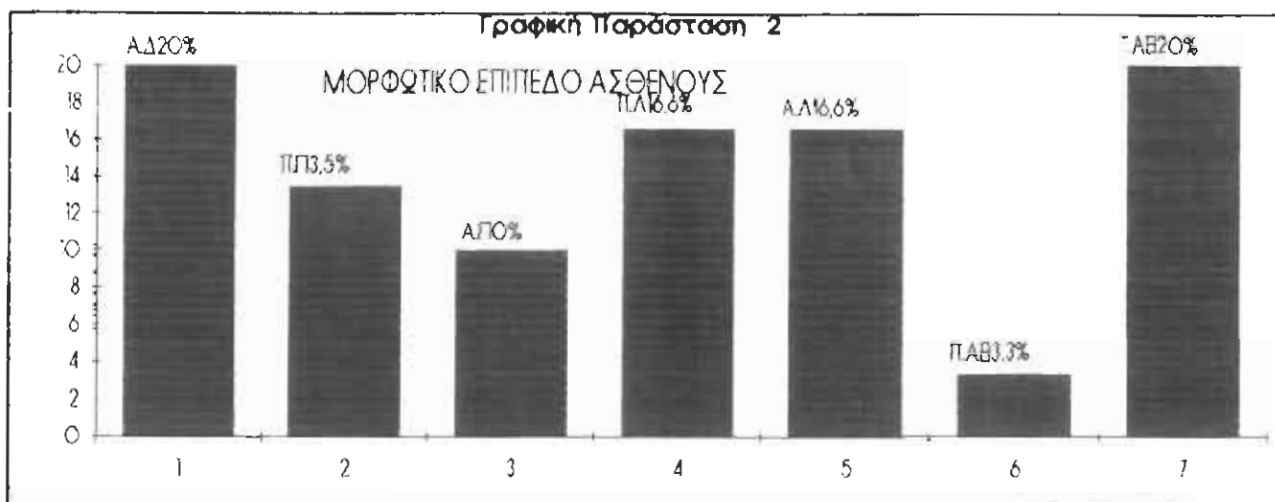
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΛΟ



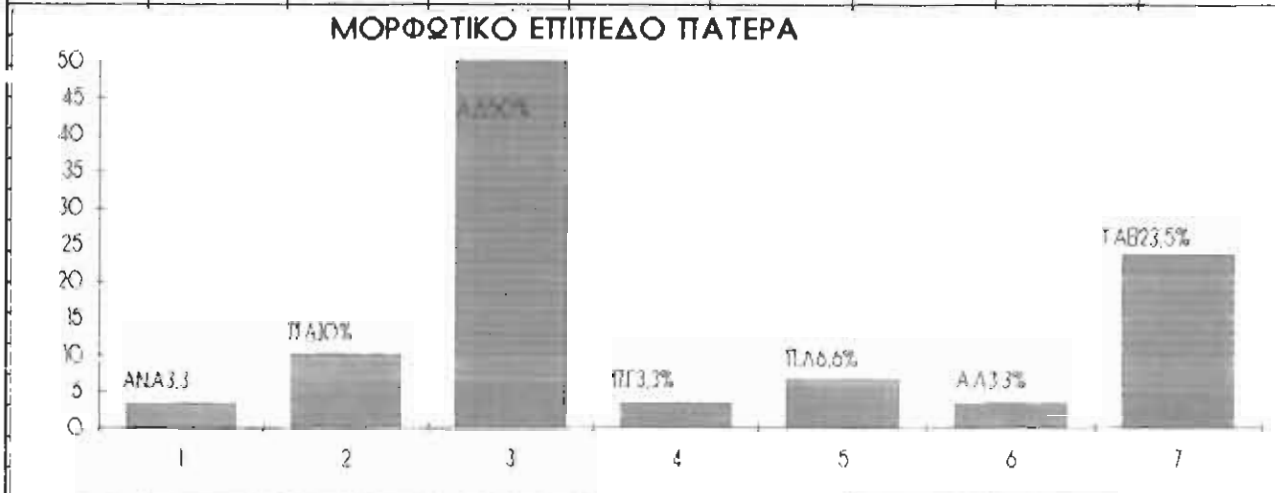
Πίνακας 2
Μορφωτικό Επίπεδο Ασθενούς Πατέρα και Μητέρας

	ΑΣΘΕΝ.	ΠΑΤΕΡΑ	ΜΗΤΕΡΑ	ΑΣΘ %	ΠΑΤ %	ΜΗΤ. %
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	0	1	3	0	3,3	10
ΠΑΡΑΚ.ΔΗΜΟΤ.	0	3	5	0	10	16,8
ΑΠΟΦ.ΔΗΜΟΤ	6	15	16	20	50	53,4
ΠΑΡΑΚ.ΓΥΜΝΑΣ	4	1	0	13,5	3,3	0
ΑΠΟΦ.ΓΥΜΝΑΣ	3	0	2	10	0	6,6
ΠΑΡΑΚ.ΛΥΚΕΙΟ	5	2	2	16,6	6,6	6,6
ΑΠΟΦ.ΛΥΚΕΙΟΥ	5	1	1	16,6	3,3	3,3
ΠΑΡΑΚ.ΑΝΩΤΕΡΑΣ	0	0	0	0	0	0
ΑΠΟΦ.ΑΝΩΤΕΡΑΣ	0	0	0	0	0	0
ΠΑΡΑΚΟΛ . Α.ΕΙ	1	0	0	3,3	0	0
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Α.ΕΙ	6	7	1	20	23,5	3,3
ΣΥΝΟΛΟ	30	30	30	100	100	100

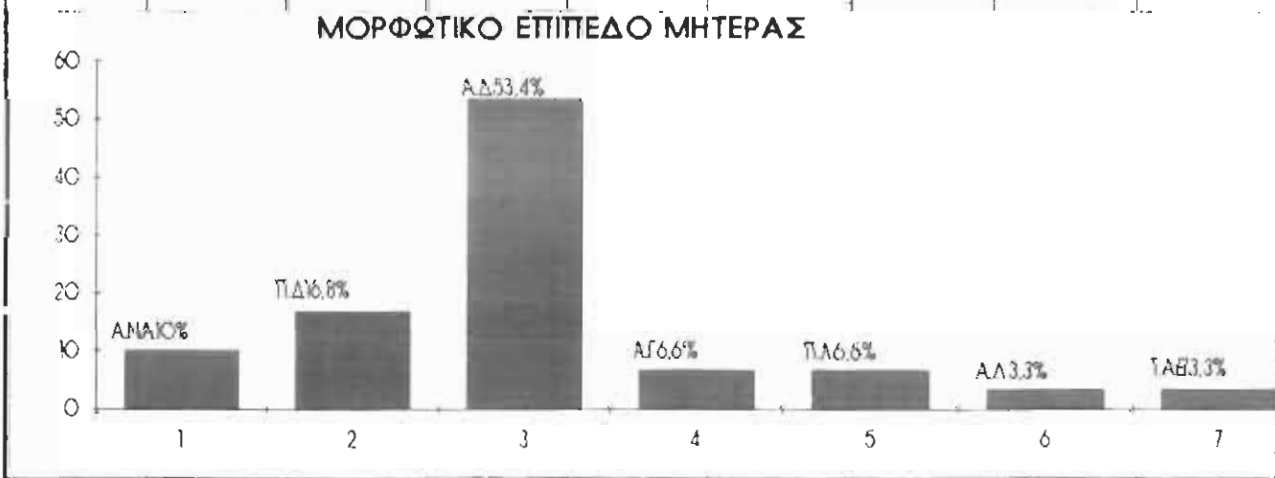
Γραφική Παράσταση 2



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

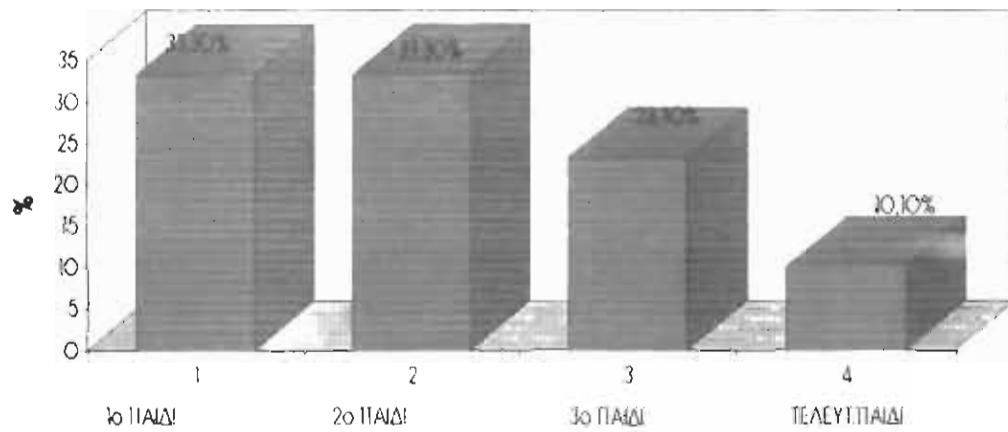


- ΑΝΑ - ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ
- Π.Δ - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ
- Α.Δ - ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ
- Π.Γ - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ
- Α.Γ - ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ
- Π.Λ - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΛΥΚΕΙΟΥ
- Α.Λ - ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΛΥΚΕΙΟΥ
- Τ.Α.Ε.Ι - ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΙ Α.Ε.Ι

Πίνακας 3
Σειρά των Σχιζοφρενών Παιδιών Μεταξύ των Αδερφών

	ΑΡΙΘΜΗΤ	ΠΟΣΟΣ %
1ο ΠΑΙΔΙ	10	33,3
2ο ΠΑΙΔΙ	10	33,3
3ο ΠΑΙΔΙ	7	23,3
ΤΕΛΕΥΤ.	3	10,1
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

Γραφική Παράσταση 3
ΣΕΙΡΑ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΔΕΡΦΩΝ

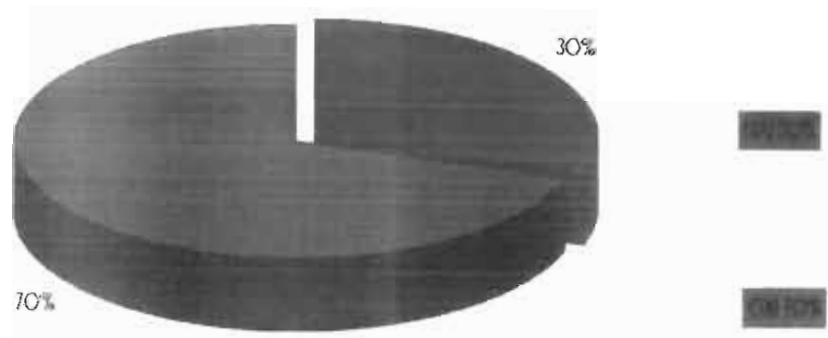


Πίνακας 4
Αν Υπάρχει Παρόμοιο Ιστορικό στο Συγγενικό Περιβάλλον

	ΑΡΙΘΜΗΤ	ΠΟΣΟΣ.%
ΝΑΙ	9	30
ΟΧΙ	21	70
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

Γραφική Παράσταση 4

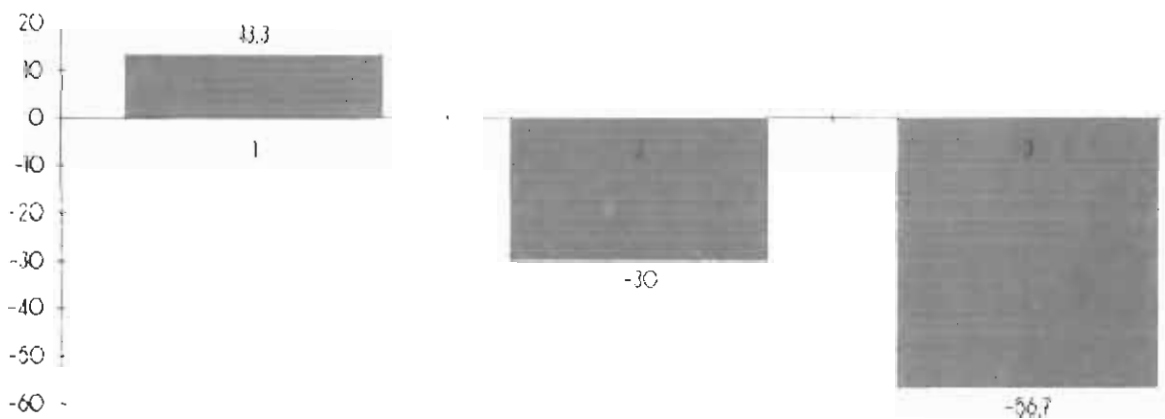
ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΑΡΟΜΟΙΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΤΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ;



Πίνακας 5
Τι Είναι η Σχιζοφρένεια

	ΑΡΙΘΜΗΤ	ΠΟΣΟΣ.%
ΣΩΣΤΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	4	13,3
ΛΑΘΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	17	56,7
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	9	30
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

Γραφική Παράσταση 5
ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ;



13,3% ΣΩΣΤΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ, 30% ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ, 56,7 ΛΑΘΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

Πίνακας 6
 Πηγές Ενημέρωσης για την Σχιζοφρένεια

	ΑΡΙΘΜΗΤ	ΠΟΣΟΣ.%
ΨΥΧΙΑΤΡ.ΒΙΒΛΙΑ	1	3,3
ΠΡΟΣΩΠ.ΚΛΙΝΙΚΗΣ	9	30
ΦΙΛΟΙ & ΓΕΙΤΟΝΕΣ	1	3,3
Μ.Μ.ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	2	6,6
ΠΡΟΣΩΠ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ	7	23,5
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	10	33,3
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

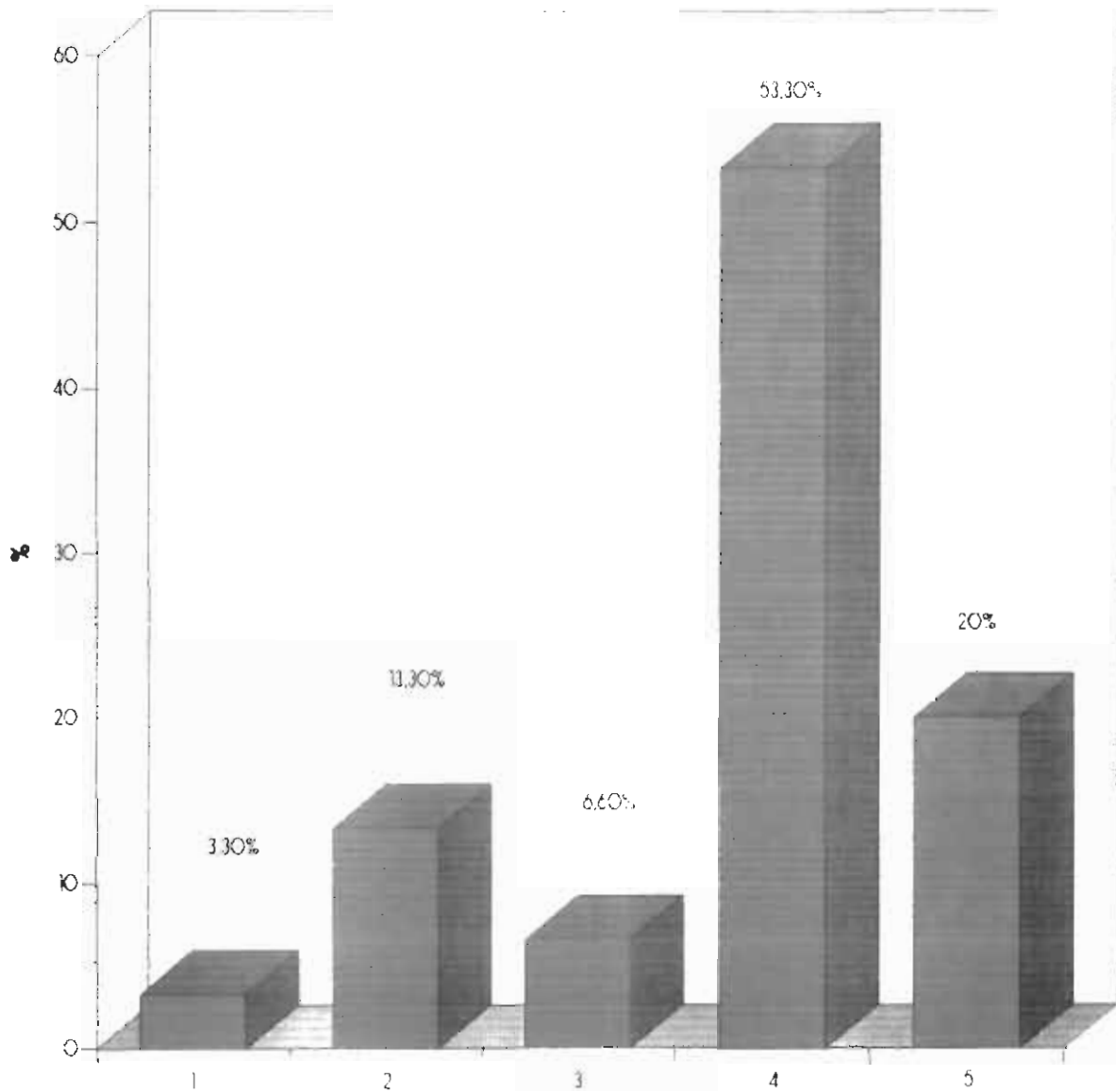
Γραφική Παράσταση 6
ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ



Πίνακας 7
Που Οφείλεται η Σχιζοφρένεια

	ΑΡΙΘΜΗΤ	ΠΟΣΟΣΤ%
ΚΛΗΡΟΝ.ΠΑΡΑΓΟΝ	1	3,3
ΠΕΡΙΒΑΛ.ΠΑΡΑΓΟΝ	4	13,3
ΚΛΗΡΟΝ & ΠΕΡΙΒΑΛ	2	6,6
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΖΩΗΣ	16	53,3
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	7	20
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

Γραφική Παράσταση 7
ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ;



1= ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2= ΠΕΡΙΒΑΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3= ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

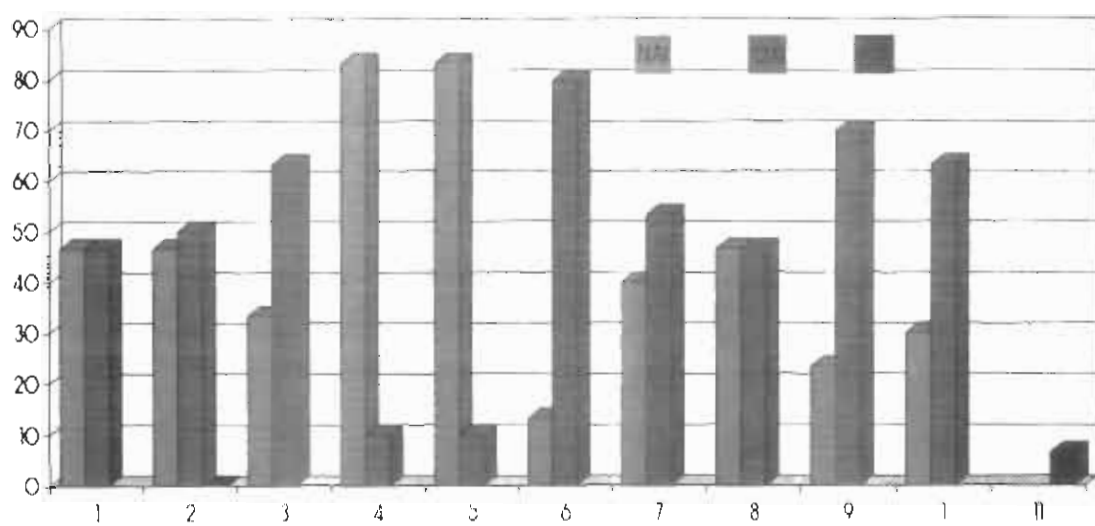
4= ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ (ΑΝΕΡΓΙΑ, ΕΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΧΩΣΗ, ΤΕΥΧΗ κ.λπ.)

5= ΔΕΝ ΞΕΡΩ

Πίνακας 8
Θεραπεία της Σχιζοφρένειας

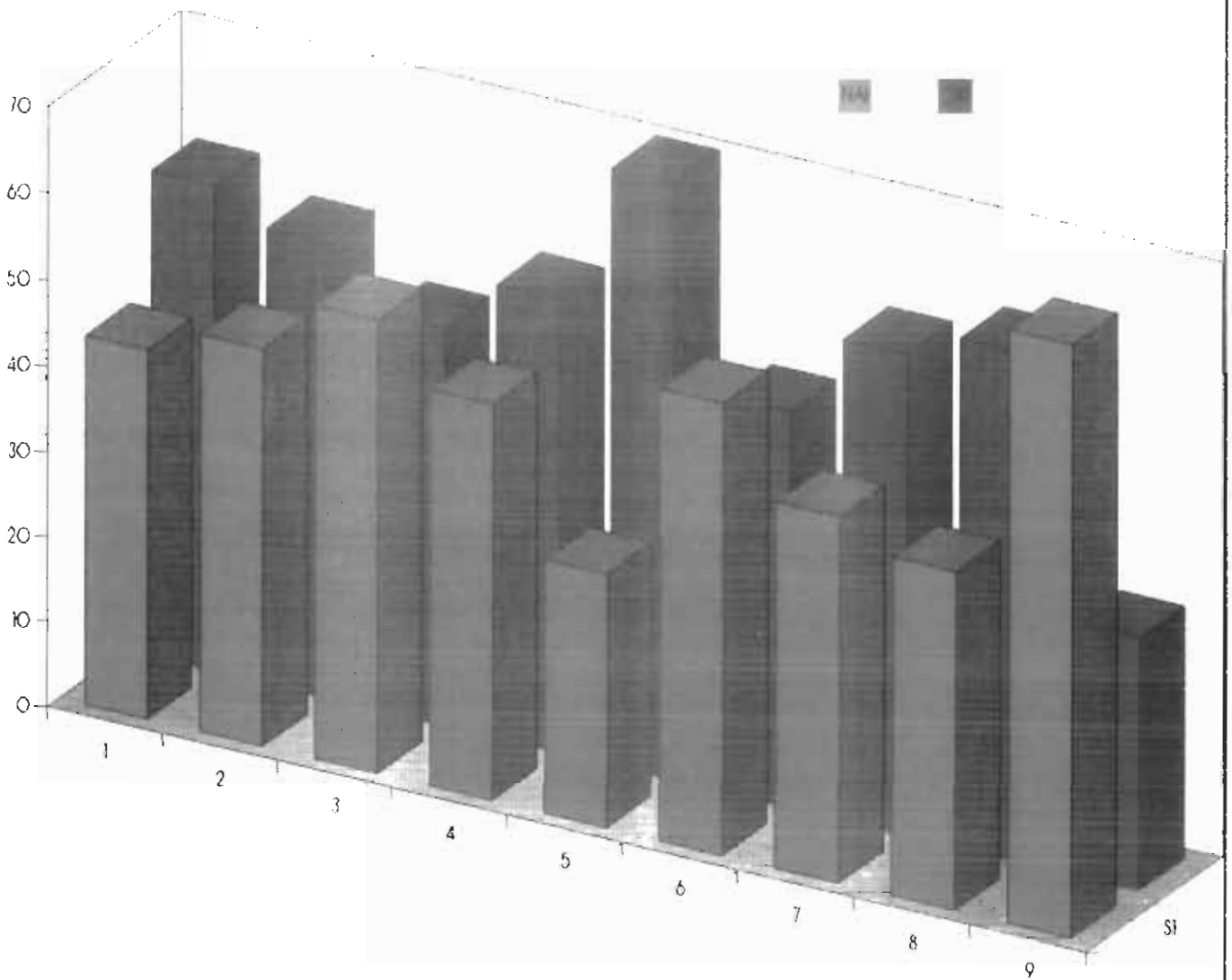
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ. ΑΠΑΝ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΛΟΚΛΗΡ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	14 (46,6)%	14(46,6)%	2 (6,6)%	30(100%)
ΥΠΟΣΤ.ΨΥΧΟΦΑΡΜ	14(46,6)%	15(50%)	1 (3,3%)	30(100%)
ΥΠΟΣΤ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠ	10(33,3%)	19(63,3%)	1 (3,3%)	30(100%)
ΨΥΧΟΦ & ΨΥΧΟΘΕΡ	25(83,3%)	3 (10%)	2 (6,6%)	30(100%)
ΥΠΟΣΤΗΡ.Θ.ΟΙΚΟΓΕΝ	25(83,3%)	3 (10%)	2 (6,6%)	30(100%)
ΥΠΟΣΤ.Θ.ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ	4(13,3%)	24(80%)	2(6,6)%	30(100)%
ΘΕΡ.ΟΜΑΔ.ΑΣΘΕΝΩΝ	12(40 %)	16(53,35)	2(6,6%)	30(100%)
ΘΕΡ.ΟΜΑΔ.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ	14(46,6%)	14(46,6%)	2(6,6%)	30(100%)
ΟΜΑΔ.ΑΥΤΟΒΟΗΘ.ΑΣΘ	7(23,4%)	21(70%)	2(6,6%)	30(100%)
ΟΜΑΔ.ΑΥΤΟΒ.ΟΙΚΟΓΕΝ	9(30,1%)	19(63,35)	2(6,6%)	30(100%)

Γραφική Παράσταση 8
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ



Πίνακας 9
Αλλαγές στην Καθημερινή Συμπεριφορά

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ	ΝΑΙ%	ΟΧΙ%	ΣΥΝΟΛ%
ΚΛΙΝΟΦΙΛΙΑ	13	17	30	43,3	56,7	100
ΒΟΥΡΤΙΖΕΙ ΔΟΝΤΙΑ	14	16	30	46,7	53,3	100
ΚΑΝΕΙ ΣΥΧΝΑ ΜΠΑΝΙΟ	16	14	30	53,3	46,7	100
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ	14	16	30	46,7	53,3	100
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	9	21	30	30	70	100
ΦΟΡΑ ΚΑΘΑΡΑ ΡΟΥΧΑ	16	14	30	53,3	46,7	100
ΒΓΑΙΝΕΙ ΜΕ ΠΑΡΕΕΣ	13	17	30	43,3	56,7	100
ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΦΙΛΟΥΣ	12	18	30	40	60	100
ΓΕΛΑΕΙ ΧΩΡΙΣ ΛΟΓΟ	21	9	30	70	30	100

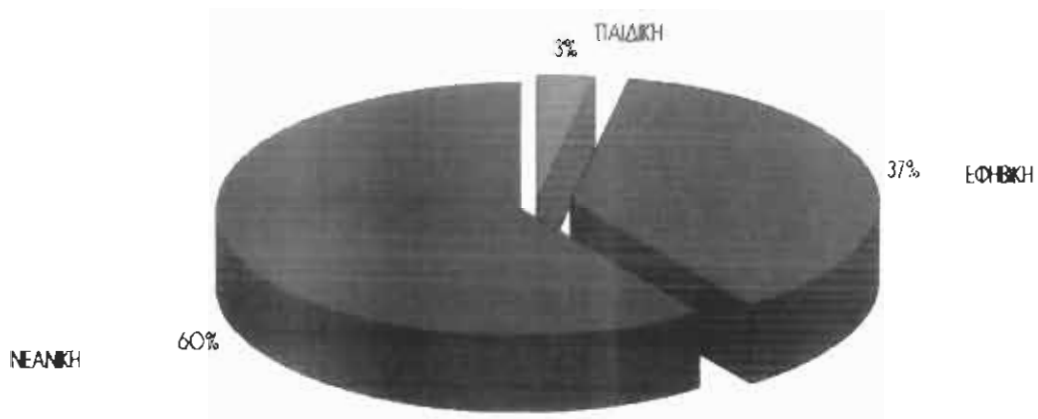


- ΕΧΕΙ ΔΙΑΘΕΣΗ ΝΑ ΣΗΚΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ;
- ΒΟΥΡΤΣΙΖΕΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΤΟΥ;
- ΚΑΝΕΙ ΜΠΑΝΙΟ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ;
- ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΚΟΙΜΑΤΑΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΝΥΧΤΑ ΞΑΓΡΥΠΝΑ;
- ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΙΔΙΟΤΡΟΠΙΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΠΡΙΝ;
- ΕΠΙΔΙΟΚΕΙ ΝΑ ΦΟΡΑ ΚΑΘΑΡΑ ΡΟΥΧΑ;
- ΕΠΙΔΙΟΚΕΙ ΝΑ ΒΓΑΙΝΕΙ ΕΞΩ ΜΕ ΠΑΡΕΕΣ;
- ΕΠΙΔΙΟΚΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ;
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΓΕΛΑΕΙ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΦΑΝΗ ΛΟΓΟ;

Πίνακας 10
Σε Ποιά Ηλικία Πρωτοπαρουσιάσθηκε η Σχιζοφρένεια

	ΑΡΙΘΜΗΤ	ΠΟΣΟΣΤ.%
ΠΑΙΔΙΚΗ	1	3
ΕΦΗΒΙΚΗ	11	37
ΝΕΑΝΙΚΗ	18	60
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

Γραφική Παράσταση 10
ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΘΗΚΕ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ;

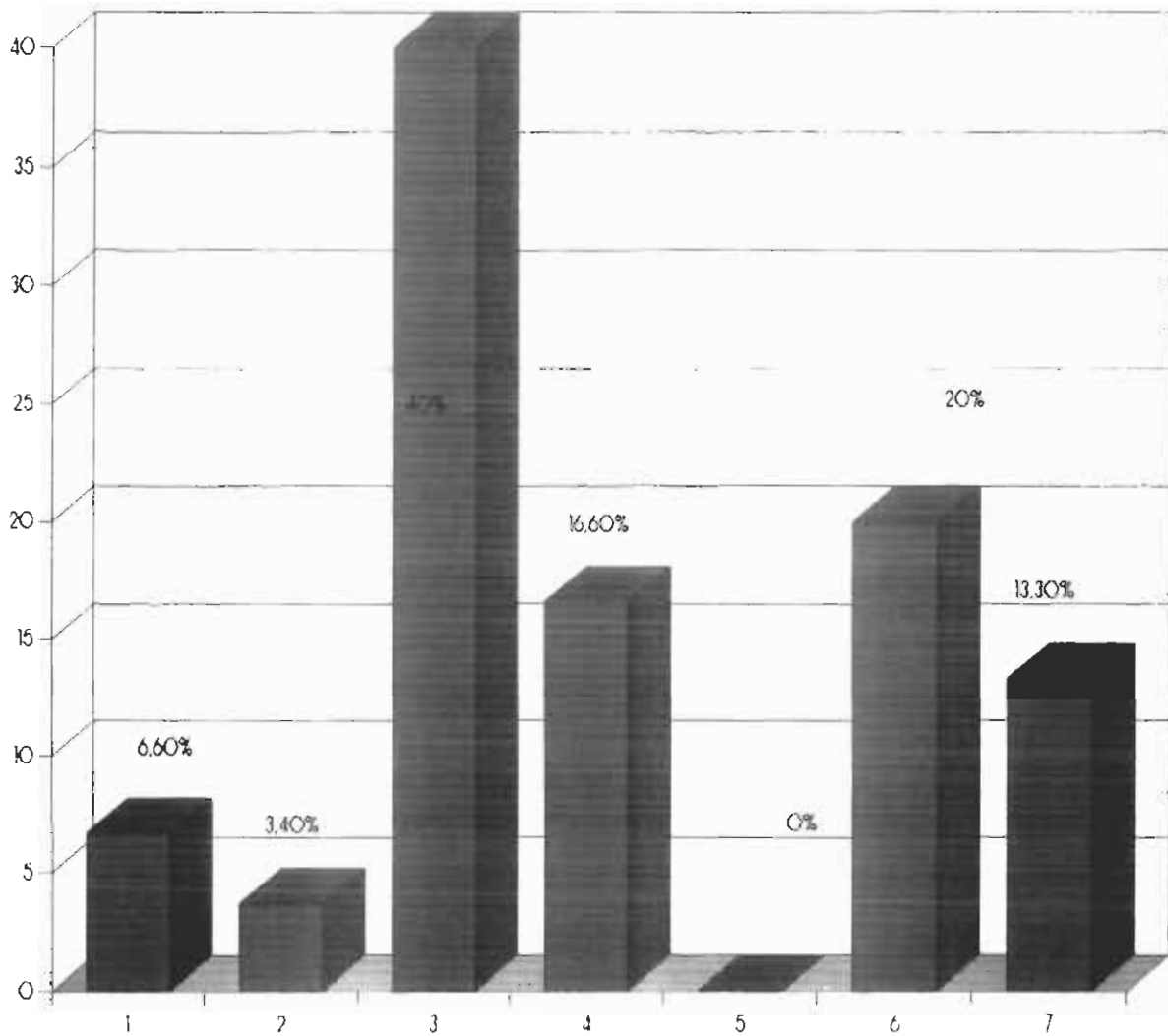


Πίνακας 11
 Ποιά η Πρώτη σας Σκέψη για την Διαφορετική του Συμπεριφορά

	ΑΡΙΘΜΗΤ	ΠΟΣΟΣΤ%
ΑΠΟ ΟΙΚΟΓΕΝ.ΓΕΓΟΝΟΣ	2	6,6
ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	1	3,4
ΕΠΑΓΓΕΛΜ. ΑΠΟΤΥΧΙΑ	12	40
ΕΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ	5	16,6
ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΡΑΤΟ	0	0
ΝΑ ΠΑΕΙ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ	6	20
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ *	4	13,3
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

Γραφική Παράσταση 11

ΠΟΙΑ Η ΠΡΩΤΗ ΣΑΣ ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΤΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

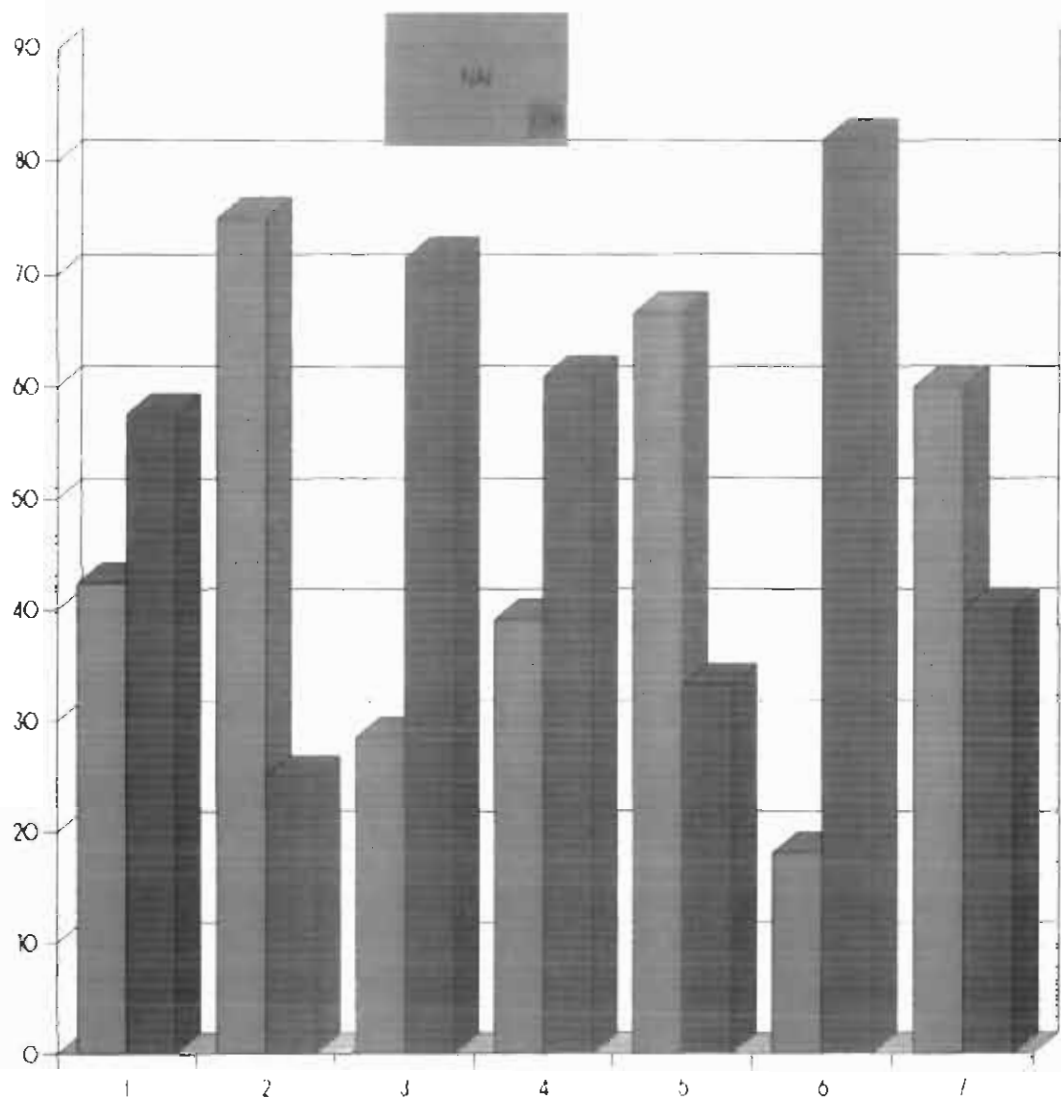


1. ΤΟΝ ΕΧΕ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΟΙΚΟΓ. ΓΕΓΟΝΟΣ
2. ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
3. ΘΑ ΕΧΕ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Ή ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΤΟΥ
4. ΘΑ ΠΕΡΝΑΒΕ ΕΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ
5. ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΡΑΤΟ ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΟΡΙ
6. ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΑΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΗ ΚΑΠΟΙΟΥ ΓΙΑΤΡΟ
7. ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ (Π.Χ. ΕΠΕΔΗ ΗΤΑΝ ΠΟΛΥ ΩΡΑΙΟΣ)

Πίνακας 12
Προσδοκίες της οικογένειας από το Σχιζοφρενή της Μέλος

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ	ΝΑΙ%	ΟΧΙ%	ΣΥΝΟΛ%
ΑΝ ΘΑ ΠΑΝΤΡΕΥΤΕΙ	11	15	26	42,4	57,6	100
ΦΥΣΙΟΛ. ΣΥΝΕΧ. ΓΑΜΟΥ	3	1	4	75	25	100
ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	2	5	7	28,5	71,5	100
ΕΥΡΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	9	14	23	39,1	60,9	100
ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ	4	2	6	66,6	33,4	100
ΑΝ ΘΑ ΣΤΑΤΕΥΘΕΙ	2	9	11	18,1	81,9	100
ΑΝ ΘΑ ΚΑΝΕΙ ΠΑΡΕΕΣ	18	12	30	60	40	100

Γραφική Παράσταση 12
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ ΜΕΛΟΣ



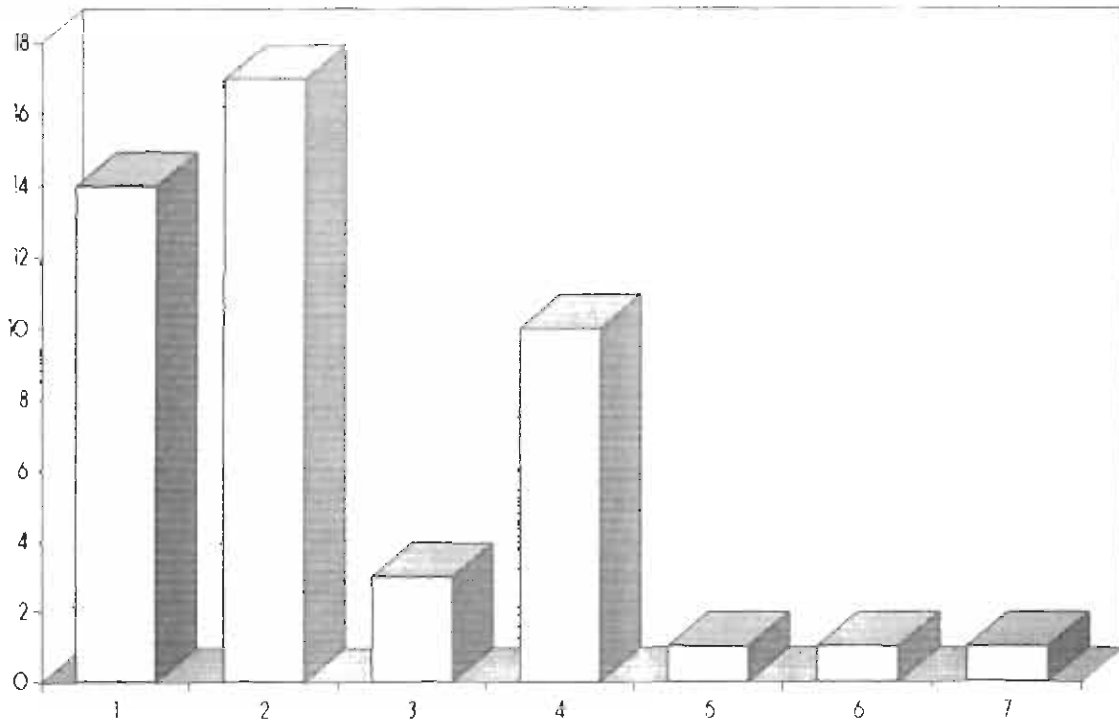
1. ΑΝ ΘΑ ΠΑΝΤΡΕΥΤΕΙ
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΓΑΜΟΥ
3. ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
4. ΕΥΡΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
5. ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ
6. ΑΝ ΘΑ ΣΤΡΑΤΕΥΘΗ
7. ΑΝ ΘΑ ΚΑΝΕΙ ΠΑΡΕΕΣ

Πίνακας 13
Ποιές Υπηρεσίες Βοηθούν Καλύτερα

	ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	14
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	17
ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ	3
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧ. ΥΓΕΙΑΣ	10
Κ.Μ.Ψ. ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ	1
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ	1
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ	1
ΣΣ: ΔΕΝ ΠΑΡΑΤΙΘΕΤΑΙ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΔΙΟΤΙ ΟΙ ΕΡΩΤΟΜΕΝΟΙ ΕΙΧΑΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΕΣ	

Γραφική Παράσταση 13

ΠΟΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΒΟΗΘΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ



1. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

3. ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

4. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

5. ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

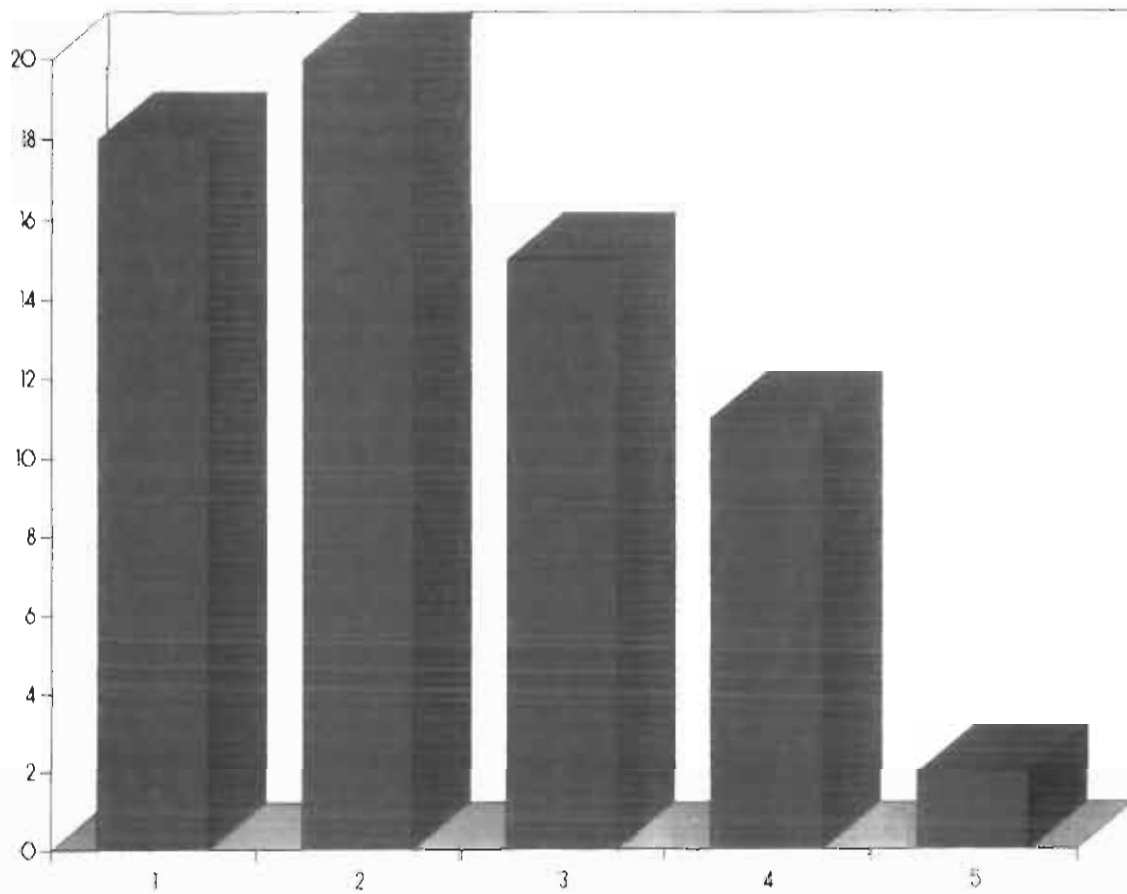
6. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ

7. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ

Πίνακας 14
 Ποιές υπηρεσίες Έχουν Χρησιμοποιηθεί

	ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	18
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	20
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ	15
ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ	11
ΙΔΙΩΤ.ΨΥΧΙΑΤΡ.ΚΛΙΝΙΚΗ	2
ΣΣ: ΔΕΝ ΠΑΡΑΤΙΘΕΤΑΙ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ	
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΔΙΟΤΙ ΟΙ ΕΡΩΤΟΜΕΝΟΙ ΕΧΑΝ	
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΕΣ	

Γραφική Παράσταση 14
ΠΟΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΧΟΥΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ



1= ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

2= ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

3= ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

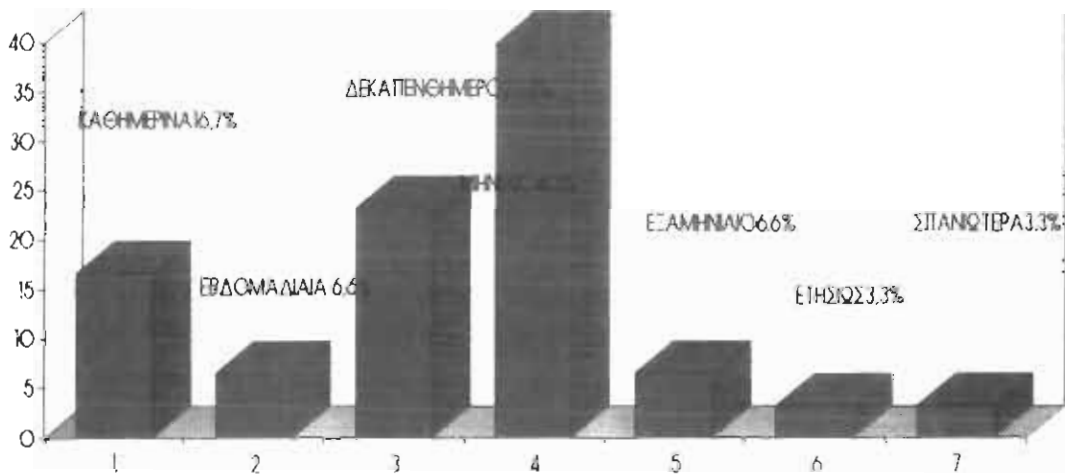
4= ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

5= ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Πίνακας 15
Με Ποιά Συχνότητα Χρησιμοποιούνται οι Υπηρεσίες

	ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ	ΠΟΣΟΣΤ.%
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	5	16,7
ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ	2	6,6
ΑΝΑ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ	7	23,5
ΑΝΑ ΜΗΝΑ	12	40
ΑΝΑ ΕΞΑΜΗΝΟ	2	6,6
ΑΝΑ ΕΤΟΣ	1	3,3
ΣΤΑΝΙΩΤΕΡΑ	1	3,3
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

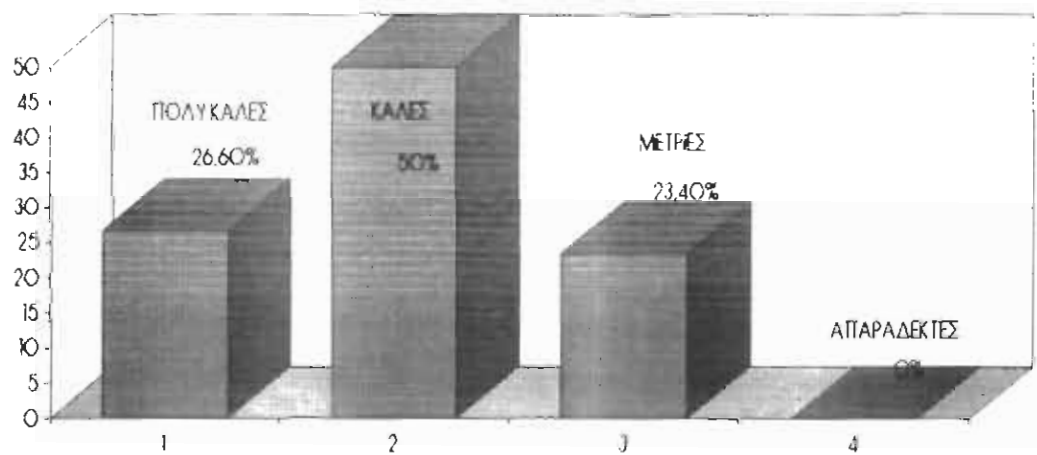
Γραφική Παράσταση 15
ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ



Πίνακας 16
Πως Χαρακτηρίζουν τις Υπηρεσίες

	ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ	8	26,6
ΚΑΛΕΣ	15	50
ΜΕΤΡΙΕΣ	7	23,4
ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΕΣ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	30	100

Γραφική Παράσταση 16
ΠΩΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ;



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελίδης Γ. Ζώντας με τη σχιζοφρένεια στο σπίτι και στη δουλειά, Εκτύπωση Θεραπευτική κοινότητα Ιθάκη, Κατερίνη 1991.
2. Anderson H. Charles Προς μια νέα κοινωνιολογία, (μετ. Κοκοσαίου Ελ.), Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1986
3. Bateson G., Σχιζοφρένεια και οικογένεια Εκδ. Γράμματα Αθήνα 1978.
4. Γεωργιάδης Δ. «Ιστορική εξέλιξη της οικογένειας», περιοδικό Ιστορία, τεύχος 192, εκδ. Πάπυρος Press Ιούνιος 1984
5. Λ. G Zaphiris Η. Zaphiris « Δύο προσεγγίσεις της θεραπείας οικογένειας στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας», (μετ. Παυλίνα Ματαθία), Εκλογή τευχ. 91, Αθήνα 1991
6. Καραστεργίου Α. «Οικογένεια και σχιζοφρένεια» περιοδ. Κοινωνική εργασία, τεύχ. 31, 1993
7. Κέντρο Μαρξίστικων Ερευνών και Μελετών Γαλλίας, εβδομάδα Μαρξίστικης σκέψης, (μετ. Γιαντιλή Ασπασία), Εκδ. Μνήμη, Αθήνα 1978
8. Κούπερ Ντιβιντ Ψυχιατρική και αντιψυχιατρική Εκδ. Ράππα Αθήνα 1974.

9. Λαίηγκ Ρόναλντ, Η πολιτική της οικογένειας, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 1975.
10. Λουκάν Ζακ Η οικογένεια. Τα οικογενειακά συμπλέγματα στη διαμόρφωση του ατόμου (μετ. Βεργέτης Δ). Εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα 1990
11. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Εκδ. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσ/κη 1988.
12. Mitchell Alexander Σχιζοφρένεια και κοινωνία
Εκδ. Δανία, Αθήνα 1979.
13. Μουζακίτης Χρηστος «Θεραπεία οικογένειας» Σημειώσεις για τη σχολή κοινωνικής εργασίας, Πάτρα 1991.
14. Νασιάκου Μ Η ψυχολογία σήμερα, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1982.
15. Παιδαγωγική - Ψυχολογική - Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό
Εκδ. Ελληνικά γράμματα» Αθήνα 1989, τόμος Δ.
16. Στεφανής Θέματα Ψυχιατρικής, Εκτύπωση Αθανασόπουλος, Αθήνα 1987.

17. Τομαράς Βλάσης «Εξέλιξη στη συστηματική θεραπεία οικογένειας»
Σημειώσεις για το πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1989.
18. Τουρνά -Johnson - Αμαλία «Ψυχολογική Ωρίμανση -
Προκατάληψη» Σημειώσεις για τη Σχολή Κοινωνικής Εργασίας, Πάτρα 1991.
19. Γσαούσης Δ.Γ. Η κοινωνία του ανθρώπου
Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1987.
20. «Υδρία», Εγκυκλοπαίδεια
Εκδ. «Εταιρεία Ελληνικών Εκδόσεων», Αθήνα 1989, τόμος 55
21. «Χάρη Πάτση» Εγκυκλοπαίδεια,
Εκδ. Χάρη Πάτση, Αθήνα 1988, τόμος 22
22. Χαρτοκόλλης Π. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, Εκδ. Θεμέλιο.
Αθήνα 1986.
23. Χουρδάκη Μ., Οικογενειακή Ψυχολογία, Εκδ. Γρηγόρη, Αθήνα 1982.
24. John Walton, Νευρολογία, (μετ. Παπαπετρόπουλος, Πασχάλης), Ιατρικές
εκδόσεις Λίτσας, Πάτρα 1984.
25. University studio of press Σύντομος οδηγός διαγνωστικών κριτηρίων από
το DSM - III, (μετ. Ντόνιας Σ., Μάνος Ν.) Θεσσαλονίκη 1980.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.W.R. Mc Farlane Family therapy in schizophrenia,
Εκδ. The Guildford Press, 1983 New York.
- 2.Goldenberg I & Goldenberg H.Family therapy :an interview,
Brooks publishing,Monterey,California,1985.
3. Kaplam I Karold,Sadac J. Bev Comprehensive textbook of
psychiatry IV Fourth edition
- 4..Dr.Lewis L.Robbins A discussion of schizophrenia ,New York 1966
5. PING-NIE PAO, M.D., Schizophrenic Disorders, Εκδ International
Universities Press,New York 1979.
- 6.E.Straube K. Hahlweg, Schizophrenia Εκδ. Springer - Verlag ,
Berlin, Germany 1990
- 7.Satir Virginia, Conjoint family therapy, Souvenir Press,
London 1978.

