

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ
ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ:
Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ
ΑΝΟΙΚΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

κ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΤΟΥ ΕΥΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΝΤΑΣΙΑΠΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2000

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΑΞΟΝΑΣ 1

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- | | |
|---------------------|----|
| 1.1. Εισαγωγή | 9 |
| 1.2. Σκοπός μελέτης | 11 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- | | |
|--------------------------|----|
| 2.1. Ορισμός του «ρόλου» | 13 |
| 2.2. Είδη ρόλων | 15 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- | | |
|---|----|
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | 17 |
| 3.1. Εισαγωγή | 17 |
| 3.2. Ορισμός της οικογένειας | 18 |
| 3.3. Ιστορική αναδρομή στη δομή της οικογένειας | 19 |
| 3.4. Είδη οικογενειών | 21 |
| 3.5. Φάσεις της οικογενειακής ζωής | 23 |
| 3.6. Ο νομικός προσδιορισμός του όρου «γονείς» | 24 |
| 3.7. Τύποι γονέων | 25 |
| 3.8. Γενικά ο ρόλος της οικογένειας | 27 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- | | |
|--|----|
| 4.1. Ορισμός «χρόνιου ψυχικά αρρώστου» και «ψύχωσης» | 30 |
|--|----|

	Σελίδα
4.2. Ιστορική ανασκόπηση της αντίληψης των ψυχώσεων	31
4.2.1. Πρωτόγονη εποχή	31
4.2.2. Αρχαία Ελλάδα	32
4.2.3. Ελληνορωμαϊκή εποχή	34
4.2.4. Μεσαίωνας	36
4.2.5. Αναγέννηση	37
4.2.6. 17 ^{ος} και 18 ^{ος} αιώνας	37
4.2.7. Τέλη 18 ^{ου} κι αρχές 19 ^{ου} αιώνα	38
4.2.8. Η κατάσταση σήμερα	38
4.3. Ταξινόμηση των ψυχώσεων	39
4.4. Χαρακτηριστικά της οικογένειας αρρώστου με ψυχική νόσο	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	47
5.1. Ο ορισμός της σχιζοφρένειας	47
5.2. Κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας	49
5.3. Εξελικτική πορεία – Στάδια της σχιζοφρένειας	52
5.4. Συμπτωματολογία σχιζοφρένειας	55
5.5. Παράγοντες που συντελούν στην παθογένεια της σχιζοφρένειας	65
5.5.1. Βιολογικοί παράγοντες	65
5.5.2. Γενετικοί παράγοντες	68
5.5.3. Ψυχολογικοί παράγοντες	70
5.5.4. Ψυχαναλυτική θεωρία	71
5.5.5. Κοινωνικοπολιτιστική θεωρία	72
5.5.6. Οικογενειακοί παράγοντες	75
5.6. Θεραπευτική αγωγή	83
5.6.1. Αντιψυχωτικά φάρμακα	83
5.6.2. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις – Ψυχοθεραπείες	86

Σελίδα

5.6.3. Θεραπεία περιβάλλοντος	89
5.6.4. Συνεργασία και παράλληλη θεραπεία της οικογένειας	90
5.6.5. Αποκατάσταση – Αποθεραπεία	95

ΑΞΟΝΑΣ 2

Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΑΝΟΙΚΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Εισαγωγή	98
6.1. «Διαμόρφωση»	99
6.2. Ιδρύματα	100
6.2.1. Ορισμός και κατηγορίες Ιδρυμάτων	100
6.2.2. Ιδρυματική φάση περίθαλψης	101
6.3. Κοινωνική αλλαγή	105
6.4. Τί είναι μεταρρύθμιση;	107
6.5. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση	108
6.5.1. Βήματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	108
6.5.2. Στόχοι ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	110
6.6. Κοινωνική ψυχιατρική	112
6.6.1. Ορισμός κοινωνικής ψυχιατρικής	112
6.6.2. Στόχοι κοινωνικής ψυχιατρικής	113
6.6.3. Αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής	113
6.6.4. Αρχές κοινωνικής ψυχιατρικής σχετικές με σχιζοφρενικά διαταραγμένους	115
6.7. Αποκατάσταση και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	116
6.7.1. Ορισμοί	116
6.7.2. Ποιους αφορά η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και τι περιλαμβάνει	117
6.7.3. Αρχές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	118
6.7.4. Οι στόχοι της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	120

6.7.5. Οικογένεια και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	121
6.8. Αγωγή Κοινότητας	122
6.9. Τομεοποίηση	123
6.10. Εναλλακτικές δομές περίθαλψης	123
6.11. Οι δομές ψυχιατρικής περίθαλψης που τελικά λειτουργούν ανά την Ελλάδα	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Κριτική της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	141
---------------------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Νομικό Πλαίσιο περί ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	147
---	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Συμπεράσματα – Αξιολόγηση	150
---------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Προτάσεις	155
-----------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	158
---------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	163
------------------	-----

1. ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ ΣΧΗΜΑΤΙΚΑ
2. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΣΗ

*Κάθομαι και σκέφτομαι, πόσο ψεύτης και υποκριτής είναι ο κόσμος μας.
Άλλα λέει με το στόμα κι άλλα κάνει με το νου του.*

*Κόσμος λοιπόν και κοσμάκης, ασχολείται για το πώς θα ξαναβρεθούμε
ελεύθεροι ανάμεσά του. Αλήθεια, πώς μπορεί να μιλάει για ελευθερία, αφού την
έκλεισε σε λόγια, σχήματα, διατάξεις και χαρτιά;*

*Όταν μπορώ να σβήσω την ετικέτα που μου κόλλησες στο κούτελο, όταν
μπορώ να δείξω τι αξίζω, μου κόβεις τη φόρα με τους δισταγμούς σου – κόσμε
αγγελικά πλασμένε – κι αρνιέσαι ότι είμαι κομμάτι σου – ασθενικό βέβαια, αλλά όχι
άχρηστο – με αποτέλεσμα να μ' αφήνεις στη γωνιά...*

*Μέσα στην αίθουσα του πανεπιστημίου σου, στο γραφείο του υπουργείου
σου, στο κοινοβούλιό σου, κορδώνεσαι για τη εντύπωση που έκανε η ομιλία σου
για μας, για τις ελπίδες και τις ευχές σου, όμως εμείς, θα παραμείνουμε στη
γωνιά...*

*Πολιτικάντηδες, ιερωμένοι, νομικοί, δικαστικοί, επιστήμονες, καλλιτέχνες,
παιδαγωγοί, μύστες, ιδεαλιστές, υλιστές, γιατί μας κρατάτε πεισματικά σε
απόσταση;*

*Γιατί δε μας δεχόσαστε στα συμβούλιά σας, στα κοινοβούλιά σας, στις
συσκέψεις σας, τις διασκέψεις σας, στις συνδιασκέψεις σας, να σας πούμε εμείς το
πρόβλημά μας, που το ξέρουμε και το ζούμε καθημερινά;*

*Αν θέλεις κόσμε να είσαι τίμιος με τον εαυτό σου, άφησέ μας να σου πούμε
εμείς, ξάστερα και παστρικά, το δράμα μας, πριν πάρεις οποιαδήποτε απόφαση
για μας, χωρίς εμάς.*

Δικαιούμαστε αντιπροσώπευση.

ΒΑΣΙΛΗΣ Σ.

(Τετράδια Ψυχιατρικής, 1990, σελ. 71).

ΑΞΟΝΑΣ 1

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ
ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Οι κοινωνίες δεν είναι απλά ή τυχαία σύνολα ανθρώπων. Είναι σύνολα οργανωμένα. Η θέση κι ο ρόλος είναι ουσιώδη στοιχεία της οργάνωσης αυτής. (Τσαούσης Δ. Γ., 1993, σελ. 143).

Η θέση ή οι θέσεις που κατέχει κάποιος αντιστοιχούν σε συγκεκριμένο ρόλο ή ρόλους, τους οποίους ο κάτοχος είναι υποχρεωμένος ν' αναλάβει. Σε συγκεκριμένο, δηλαδή, χώρο ενέργειας και δράσης στα πλαίσια μιας ομάδας, αναμένεται συγκεκριμένη συμπεριφορά του ατόμου, κάτω από συγκεκριμένες καταστάσεις.

Οπωσδήποτε, η οικογένεια αποτελεί ομάδα, τα μέλη της οποίας είναι χρεωμένα με θέσεις στις οποίες αντιστοιχούν οι ανάλογοι ρόλοι: ο πατέρας, η μητέρα, τα παιδιά. Η συμπεριφορά, που προβλέπει ο ρόλος των γονέων, έχει σημαντική αξία για τη διαμόρφωση και πιο συγκεκριμένα τη βιολογική, κοινωνική, συναισθηματική, εκπαιδευτική, ψυχολογική εξέλιξη του παιδιού. Οι γονείς είναι υπεύθυνοι στο να δώσουν στο παιδί το μήνυμα της θετικής πλευράς της οικογενειακής συμβίωσης, κι αυτό θα επιτευχθεί μόνο εάν το συναίσθημα που τους συνδέει είναι ισορροπημένο. Διαφορετικά, είναι δυνατό να προκαλέσουν στο παιδί συναισθήματα, τα οποία θα επηρεάσουν αρνητικά την ψυχολογική εξέλιξη του παιδιού, με αποτέλεσμα να εξελιχθούν, ενδεχομένως, αρνητικά και οι υπόλοιποι τομείς της ζωής του.

Υφίσταται λοιπόν, σχέση ανάμεσα στη γονεϊκή διαταραχή και στην έκλυση ψυχωσικής διαταραχής στο παιδί. Η ακριβής ωστόσο φύση της σχέσης αυτής παραμένει αδιευκρίνιστη, παρά το γεγονός ότι έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες μελέτες.

Ένα είδος ψυχωσικής διαταραχής που μπορεί να προκληθεί στο παιδί, είναι κι εκείνο που καλείται «σχιζοφρενική διαταραχή». Είναι γεγονός, ότι η σχιζοφρένεια παραμένει ακόμη αινιγματική διαταραχή, ενώ πολλοί πιστεύουν, ότι κάτω από το «σχιζοφρενικό σύνδρομο» στεγάζονται αρκετές νοσολογικές

οντότητες, με διαφορετική αιτιοπαθογένεια και κλινικά χαρακτηριστικά. Όλοι σχεδόν συμφωνούν, ότι μόνο μια ολιστική, βιοψυχωκοινωνική θεώρηση μπορεί να βοηθήσει στην πληρέστερη κατανόηση αυτής της διαταραχής που εξακολουθεί να αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα ψυχικής υγείας σε παγκόσμια κλίμακα» (Τομαράς Β., Μαυρέας Β., 1990, σελ. 243).

1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου των γονέων στην πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, κατά τη διάρκεια που η φροντίδα των ψυχιατρικά ασθενών στηριζόταν στην ιδρυματική περίθαλψη.

Επιπρόσθετος σκοπός μέσω αυτής της βιβλιογραφικής μελέτης, είναι η ανάλυση και συσχέτιση των παραμέτρων της συγκεκριμένης θεματολογίας (ρόλος γονέων στην πορεία και θεραπεία της σχιζοφρένειας – διαμόρφωση ρόλου γονέων – δημιουργία ανοιχτών δομών περίθαλψης), έτσι ώστε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα για το αν η δημιουργία ανοιχτών δομών περίθαλψης μετέβαλε το ρόλο των γονέων τελικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ «ΡΟΛΟΥ»

2.2. ΕΙΔΗ ΡΟΛΩΝ

2.1. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ «ΡΟΛΟΥ»

«Ο κάτοχος μιας θέσης είναι φορέας ενέργειας ή δράσης. Αυτή η ενέργεια ή δράση θα μπορούσε να ονομαστεί συμπεριφορά. Η συμπεριφορά αυτή, βέβαια, δεν είναι ούτε τυχαία ούτε αυθαίρετη. Είναι εκείνη που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη θέση. Είναι, επομένως, δεδομένη από πριν και συνεπώς προβλεπόμενη κι αναμενόμενη. Τη συμπεριφορά που αναμένουμε από τον κάτοχο μιας θέσης, την ονομάζουμε ρόλο. Από τον ορισμό αυτό προκύπτει ότι η θέση κι ο ρόλος είναι αλληλένδετα.

Όπως είπε ο Ραλφ Λίντον, ο ρόλος είναι η δυναμική όψη της θέσης, γι' αυτό και «δεν υπάρχουν θέσεις χωρίς ρόλους και ρόλοι χωρίς θέσεις». (Δ. Γ. Τσαούσης, 1993, σελ. 138).

Με τον Ραλφ Λίντον, συμφωνεί κι ο καθηγητής Κοινωνικής Ψυχολογίας Γεώργιος Δ. (1995), ότι «ο ρόλος έχει άμεση σχέση με τη θέση του ατόμου στο κοινωνικό σύστημα και συμπληρώνει ότι η σχέση του είναι άμεση και με τους θεσμούς της ομάδας στην οποία το άτομο ανήκει». (Γεώργιος Δ., 1995, σελ. 38).

«Από την άλλη μεριά το γεγονός ότι ο ρόλος είναι αναμενόμενη συμπεριφορά, σημαίνει ότι η συμπεριφορά αυτή έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα για τον κάτοχο της θέσης. Ο ρόλος περικλείει, έτσι, ένα κανόνα για ενέργεια με ορισμένη μορφή. Αποτελεί, επομένως, ένα κανονιστικό πρότυπο». (Τσαούσης Δ. Γ., 1993, σελ. 138).

«Ο ορισμός του ρόλου ως αναμενόμενης συμπεριφοράς από τον κάτοχο μιας θέσης δεν πρέπει να οδηγήσει στο εσφαλμένο συμπέρασμα ότι σε κάθε θέση αντιστοιχεί ένας και μόνο ρόλος. Ο ορισμός αυτός δηλώνει τη συμπεριφορά του κατόχου της θέσης σε αναφορά προς τον κάτοχο κάποιας άλλης θέσης. Σπάνια, όμως, μια θέση συνδέεται με μίαν μόνο άλλη θέση. Ο κανόνας είναι ότι η θέση αποτελεί το κέντρο σχέσεων με πολλές άλλες και διαφορετικές μεταξύ τους θέσεις. Αυτό σημαίνει πως η συμπεριφορά που αναμένεται από τον κάτοχο καθεμιάς από τις πολλές αυτές θέσεις είναι διαφορετική κάθε φορά. Έτσι, η κάθε θέση συνδέεται

με πολλούς ταυτόχρονα ρόλους. Ο κάτοχος μιας θέσης είναι έτσι φορέας ενός συμπλέγματος ρόλων που απορρέουν από αυτήν». (Βλ. παραπάνω, σελ. 139).

Όποιος, όμως, κι αν είναι ο αριθμός των ρόλων που αντιστοιχούν σε μια θέση, ο κάτοχός της είναι απαραίτητο να έχει εκτιμήσει τις ικανότητές του πριν την αναλάβει. Αυτή η παρατήρηση, γίνεται, γιατί αν παρατηρήσουμε την πραγματικότητα θα διαπιστώσουμε ότι, δυστυχώς, πολλοί αναλαμβάνουν ή τοποθετούνται σε θέσεις των οποίων τους ρόλους δε μπορούν ή δε γνωρίζουν ή δε τους συμφέρει να παίξουν, χωρίς να σκέπτονται ότι μ' αυτό τον τρόπο επηρεάζουν τη θέση και κατά συνέπεια το ρόλο των άλλων μελών της ομάδας στην οποία ανήκουν.

«Τέλος το πόσο καθορισμένοι είναι οι ρόλοι των μελών μιας ομάδας κι ο βαθμός της αλληλοεξάρτησης μεταξύ τους, εξαρτάται τόσο από τη μορφή της ομάδας, όσο κι από τη φάση της εξέλιξης στην οποία βρίσκεται». (Γεώργια Δ., 1995, σελ. 19-20).

Εφ' όσον, λοιπόν, ο καθορισμός των ρόλων εξαρτάται από τη μορφή της ομάδας στην οποία ανήκουν οι κάτοχοί τους κι από τη φάση εξέλιξης στην οποία βρίσκεται η ομάδα, θα πρέπει να γίνει ο διαχωρισμός τους κατά είδη.

2.2. ΕΙΔΗ ΡΟΛΩΝ

«Όταν διάφοροι ρόλοι που πηγάζουν από την ίδια θέση είναι μεταξύ τους αντιφατικοί, έτσι που ο κάτοχος της θέσης να βρίσκεται σε δίλημμα ποιά συμπεριφορά πρέπει να ακολουθήσει, τότε λέμε πως υπάρχει εσωτερική σύγκρουση ρόλων. Κάθε άτομο, όμως, κατέχει περισσότερες από μια θέσεις. Όταν συμβαίνει οι ρόλοι που απορρέουν από διαφορετικές θέσεις να είναι αντιφατικοί έχουμε εξωτερική σύγκρουση ρόλων». (Δ. Γ. Τσαούση, 1993, σελ. 140).

«Το περιεχόμενο του ρόλου καθορίζεται άλλοτε από τους κανόνες της κοινωνικής πρακτικής (ήθη, έθιμα, συνήθειες), οπότε έχουμε άτυπους ρόλους, κι άλλοτε από γραπτούς κανόνες συμπεριφοράς (νόμους, καταστατικά, κανονισμούς εργασίας), οπότε έχουμε τυπικούς ρόλους. Η διάκριση αυτή διευκολύνει την καλύτερη ανάλυση και μελέτη της πραγματικότητας». (Βλ. παραπάνω).

Οι ρόλοι καθορίζονται άλλοτε με λεπτομέρεια κι άλλοτε με γενικότητες. Μπορούμε, έτσι, να διακρίνουμε αυστηρούς και χαλαρούς ρόλους. Ο αυστηρός ρόλος είναι πιο δεσμευτικός. Αντίθετα, ο χαλαρός ρόλος αφήνει μεγάλα περιθώρια προσαρμογής στις προσωπικές εκτιμήσεις των καταστάσεων.

Στην πράξη οι περισσότεροι ρόλοι έχουν μικτό χαρακτήρα». (Βλ. παραπάνω, σελ. 141).

Είναι φανερό, λοιπόν, ότι η αποδοτική σύνδεση ρόλων αποτελεί σοβαρή υπόθεση, γι' αυτό θετικό βήμα θα ήταν η καθοδήγηση κάθε νέου κατόχου και στο συγκεκριμένο θέμα, το άτομο που ετοιμάζεται να αναλάβει το ρόλο του γονέα, θετικό βήμα θα ήταν να ενημερωθεί και να προετοιμαστεί από οικογενειακό σύμβουλο, για να αποφύγει τυχόν συγκρούσεις τόσο εσωτερικές όσο κι εξωτερικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

3.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

3.4. ΕΙΔΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

3.5. ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΖΩΗΣ

3.6. Ο ΝΟΜΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΓΟΝΕΙΣ»

3.7. ΤΥΠΟΙ ΓΟΝΕΩΝ

3.8. ΓΕΝΙΚΑ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Μπορεί να φανταστεί κανείς την οικογένεια σαν ιστό, σα λουλούδι, σαν τάφο, σα φυλακή, σαν κάστρο. Ο εαυτός ενδέχεται να έχει μεγαλύτερη συνείδηση μιας εικόνας της οικογένειας, παρά της οικογένειας αυτής καθαυτής και να απεικονίζει τις εικόνες αυτές πάνω στην οικογένεια». (Ρόναλντ Λαίινγκ, 1989, σελ. 20).

Όταν μιλάμε για οικογένεια, αναφερόμαστε σ' ένα κοινωνικό θεσμό, ο οποίος αποτελεί τον πρώτο σταθμό στην εκκίνηση της ζωής του ατόμου. Μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον το άτομο εξελίσσεται τόσο βιολογικά όσο ψυχολογικά και κοινωνιολογικά, έτσι ώστε στη συνέχεια, να «προκύψουν» και οι υπόλοιποι κοινοτικοί δεσμοί με τους οποίους θα έρθει σε επαφή. Η οικογένεια είναι εκείνη που μας δίνει την ευκαιρία να αισθανθούμε πολλά θετικά κι αρνητικά συναισθήματα.

«Δυστυχώς, όμως, μιλάμε για τις οικογένειες σα να ξέρουμε όλοι μας τι είναι οι οικογένειες. Ορίζουμε οικογένειες τα δίκτυα ατόμων που ζουν μαζί για ορισμένο χρονικό διάστημα, που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς γάμου και συγγένειας. Όσο περισσότερο μελετάει κανείς τη δυναμική της οικογένειας, τόσο πιο ασαφής γίνεται όσον αφορά τους τρόπους με τους οποίους η οικογενειακή δυναμική συγκρίνεται και συγκρούεται με τη δυναμική άλλων ομάδων που δεν αποκαλούνται οικογένειες, πόσο μάλλον όσον αφορά τους τρόπους με τους οποίους διαφέρουν οι οικογένειες αυτές καθαυτές». (Ρόναλντ Λαίινγκ, 1989, σελ. 17).

«Η δυναμική και η δομή αυτών των ομάδων που αποκαλούνται οικογένειες στην κοινωνία μας μπορεί να μην είναι εμφανείς στις ομάδες άλλων τόπων κι εποχών που φέρουν την ονομασία οικογένεια. Η σχέση της δυναμικής και της δομής της οικογένειας με τη διαμόρφωση της προσωπικότητας είναι απίθανο να

είναι σταθερή μέσα σε διαφορετικές κοινωνίες ή ακόμη και μέσα στη δική μας». (Βλ. παραπάνω).

«Κατά τον 20^ο αιώνα, λοιπόν, ο κόσμος άλλαξε. Η μεταβολή υπήρξε ποιοτική κι οφείλεται σε μια σειρά σημαντικών εξελίξεων, καινούργιων ως προς την έκταση και τη σημασία τους αν κι όχι πάντα νέων. Οι κυριότερες από τις αλλαγές, που παρατηρούνται, αφορούν τους χώρους των νέων τεχνολογιών, της παγκοσμιοποίησης, της εργασίας, της εξατομίκευσης των συνθηκών ζωής, της επικράτησης συνθηκών ρευστότητας κι ασάφειας στον ατομικό αλλά και το συλλογικό βίο, της θέσης και των ρόλων της Ευρώπης. Οι επιπτώσεις των αλλαγών αυτών στην οικογένεια υπήρξαν εντονότατες. Η οικογένεια που προοδευτικά γίνεται πιο ασταθής και πιο ευάλωτη, γίνεται προοδευτικά πιο σημαντική για τα άτομα-μέλη της. Ωστόσο, οι αλλαγές αυτές υπέσκαψαν την ικανότητα των ατόμων να οικοδομούν την οικογενειακή συνοχή και να τη διασφαλίζουν. Το μέλλον της οικογένειας τον 21^ο αιώνα φαίνεται, λοιπόν, να εξαρτάται από την ανάπτυξη και την ενίσχυση της ικανότητας αυτής». (Μουσούρου Λ. Μ., Περιλήψεις Συνεδρίου, 1998).

3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Τί εννοούμε τελικά όταν λέμε οικογένεια; «Σύμφωνα με τον ορισμό της οικογένειας από το λεξικό του Littrè “Οικογένεια είναι το σύνολο των προσώπων του ίδιου αίματος, που ζουν κάτω από την ίδια στέγη, ιδίως ο πατέρας, η μητέρα και τα παιδιά». (Χουρδάκη Μ., 1982, σελ. 278).

Οι ψυχολόγοι, όμως, θελήσανε να βάλουνε και τη δική τους άποψη. Έτσι, ο Maurice Porot στο βιβλίο του «Rèlations Familiales» γράφει: «Καλά είναι να υπάρχει στην οικογένεια η ίδια στέγη και το ίδιο αίμα, μα αυτό που δένει την οικογένεια είναι η αγάπη, είναι το συναίσθημα που πρέπει να συνδέει αυτούς που καλούνται να ζήσουν μαζί. Μ’ αυτή την άποψη προσανατολιζόμαστε προς τα ψυχολογικά θεμέλια της οικογένειας». (Χουρδάκη Μ., 1982, σελ. 249).

«Η οικογένεια δε δημιουργείται με τα δύο άτομα. Τα δύο άτομα αποτελούν το ζευγάρι. Την οικογένεια τη σχηματοποιεί το παιδί». (Χουρδάκη Μ., 1982, σελ. 249).

Απ' αυτή την άποψη απορρέει και η διαπίστωση για την οικογένεια, ότι αποτελεί τυπική ομάδα. «Ομάδα με πολλαπλή λειτουργία και συνεκτικούς δεσμούς μεταξύ των μελών της σε πολλά επίπεδα: βιολογικά, κοινωνικά, ψυχολογικά. [Σ' αυτό έγκειται και η πρωταρχική της σημασία στην ανάπτυξη κάθε ατόμου]. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ομάδας οικογένεια είναι ότι αλλάζει μέσα στο χρόνο. (Ζάχου Δ., 1990, σελ. 146).

Συνδέοντας, λοιπόν, την άποψη του Maurice Porot και του Ζάχου Δ. (1990), γίνεται φανερό ότι μεταξύ των μελών της οικογένειας υπάρχει άμεση αλληλεπίδραση. Εφ' όσον είναι υπαρκτή αυτή η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της οικογένειας, υπαρκτό θα πρέπει να είναι και το στοιχείο του σεβασμού μεταξύ τους, έτσι ώστε να κατορθώσουν να αναπτύξουν και στη συνέχεια να διατηρήσουν αξιοπρεπή σχέση κι ακλόνητη οικογενειακή δομή.

3.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οι διαδικασίες εκβιομηχάνισης και η επικράτηση σύγχρονων καταναλωτικών προτύπων, συνδέονται άμεσα με τις αλλαγές ως προς τις οικογενειακές δομές και τους ρόλους των ανδρών και των γυναικών.

«Η μετάβαση από το «συζυγικό τύπο οικογένειας» στο «συντροφικό» όπου όλες οι ευθύνες και οι υποχρεώσεις θα επιβαρύνουν εξίσου τους άνδρες και τις γυναίκες δεν έχει, όπως φαίνεται, ακόμη συντελεστεί, ενώ αυτό προϋποθέτει ισότητα και σε άλλους τομείς της καθημερινής ζωής κι όχι μόνο τη μεγαλύτερη εμπλοκή των αντρών στην οικιακή οργάνωση». (Αλιπράντη Λ., Περιλήψεις Συνεδρίου, 1998).

«Φυσικά, η οικογένεια, συνεχίζει ως κοινωνική ομάδα να έχει δομή. Αυτή συνίσταται σε ένα σταθερό πλέγμα κοινωνικών θέσεων και κοινωνικών ρόλων». (Μουσούρου Λ. Μ., 1996, σελ. 23-24).

Η κεντρική σημασία που αποδίδεται από τον παραδοσιακό άνθρωπο στην οικογένεια και στη διατήρηση της ενότητας ερμηνεύεται εύκολα αν σκεφτεί κανείς, ότι άλλοτε το άτομο μέσα από την ένταξή του σε μια σταθερή κι αναλλοίωτη ομάδα, ικανοποιούσε όλες του τις ανάγκες. «Ο τρόπος παραγωγής των αγαθών, που συνδέονταν άμεσα με το μοναδικό και κοινό σκοπό της συνύπαρξής τους, δηλαδή την επιβίωση, δημιουργούσε ένα στέρεο υπόβαθρο για την ανάπτυξη και διατήρηση αρμονικών σχέσεων. Μέσα στον κοινό αγώνα για την επιβίωση, το άτομο είχε τη δυνατότητα να ικανοποιεί ταυτόχρονα και δικές του ανάγκες και των άλλων. Η διάσπαση της ενότητας αποτελούσε απειλή για την επιβίωση». (Κατάκη Δ. Χ., 1984, σελ. 57).

«Παραδοσιακά, οι θέσεις και οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια, εξαρτώνται από το φύλο και την ηλικία, δηλαδή από χαρακτηριστικά που είναι δεδομένα για το άτομο, και δεν επηρεάζονται από την προσωπικότητα, τις ικανότητες ή τις επιθυμίες του. Αυτό σημαίνει, πως η θέση κι ο ρόλος του ατόμου προσδιορίζονται από ένα σταθερό κι ένα ρευστό συνεχώς μεταβαλλόμενο χαρακτηριστικό. Οι οικογενειακοί ρόλοι χαρακτηρίζονται έτσι από μια εγγενή ασάφεια, ρευστότητα κι αντιφατικότητα οι οποίες επιτείνονται από τη στιγμή κατά την οποία η οικογένεια κι ο κοινωνικός της περίγυρος εισέρχονται στη διαδικασία του εκσυγχρονισμού». (Μουσούρου Λ. Μ., 1996, σελ. 24).

«Στην αστική οικογένεια ένα μέλος της, το παιδί, αποκτά ξαφνικά πρωταρχικό ρόλο. Πάνω σ' αυτό βασίζεται ο γάμος και η δημιουργία της οικογένειας. Οι επιδιώξεις και οι φιλοδοξίες δύο ανθρώπων που αποφασίζουν να ζήσουν μαζί εναποτίθενται τελικά σ' ένα τρίτο, στο παιδί. (Καζάκη Δ. Χ., 1984, σελ. 62-63).

«Στη σύγχρονη αστιακή-βιομηχανική κοινωνία, η παραδοσιακή διάκριση του χώρου σε ιδιωτικό (:οίκος) - γυναικείο και σε δημόσιο(:αγορά) - ανδρικό, σε συνδυασμό προς την παραδοσιακή κατανομή ρόλων, σημαίνει την καθημερινή απασχόληση του συζύγου-πατέρα έξω και μακριά από τον ιδιωτικό χώρο για περιόδους που είναι μακρές και σαφώς προσδιορισμένες. Τούτο οδηγεί σε δύο σημαντικές εξελίξεις: i) ο σύζυγος-πατέρας χάνει τον απόλυτο έλεγχο του ιδιωτικού χώρου. Η τακτική απουσία του από αυτό υποσκάπτει την εξουσία του

και ii) τα παιδιά επικοινωνούν με το δημόσιο χώρο μέσω της μητέρας τους, η οποία όπως είναι εξ ορισμού απομονωμένη στον ιδιωτικό χώρο, έχει μια αφηρημένη αν όχι φαντασική εικόνα του χώρου αυτού. Έτσι, η κοινωνικοποίηση των παιδιών, δεν ανταποκρίνεται ενδεχομένως στην πραγματικότητα του δημοσίου χώρου και των απαιτήσεών του». (Μουσούρου Λ. Μ., 1996, σελ. 25).

Παράλληλα με τη διαφοροποίηση της δομής της οικογένειας φαίνεται να γίνεται και η διαφοροποίηση των ειδών της.

3.4. ΕΙΔΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

«Η οικογένεια είναι ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι που αποτελεί την 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. Τα διάφορα είδη οικογένειας μπορούμε να τα κατατάξουμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις μονογαμικές και τις πολυγαμικές». (Τσαούση Δ. Γ., 1993, σελ. 439).

«Μονογαμικές είναι οι οικογένειες που ως πυρήνα τους έχουν ένα ζεύγος συζύγων. Κυριότερος τύπος μονογαμικής οικογένειας είναι η συζυγική οικογένεια, την οποία αποτελούν το ζευγάρι των συζύγων και τα ανήλικα παιδιά τους. Στη μονογαμική ανήκει και η εκτεταμένη οικογένεια που περιλαμβάνει τρεις ή περισσότερες γενιές. Η εκτεταμένη οικογένεια μπορεί να έχει ως πυρήνα της μια συζυγική οικογένεια και στενούς συγγενείς των συζύγων.

Η πολυγαμική οικογένεια αποτελείται από δύο ή περισσότερες παράλληλες οικογένειες που συνδέονται μεταξύ τους με πολλαπλούς γάμους του ενός τουλάχιστον από τους συζύγους. Αυτό που διαφοροποιεί την πολυγαμική από την εκτεταμένη οικογένεια, είναι η έλλειψη αυτοτελών συζυγικών οικογενειών. Υπάρχουν τριών ειδών πολυγαμικές οικογένειες. Η ομαδογαμία, η πολυανδρία και η πολυγυνία. Όπως παρατηρεί ο Μάρντοκ, «η ομαδογαμία δε φαίνεται να αποτελεί πουθενά κοινωνικό κανόνα. Παρατηρείται σε ελάχιστες φυλές κι εκεί πάλι

μόνο με τη μορφή εξαιρετικά σπάνιων μεμονωμένων περιπτώσεων». (Βλ. παραπάνω).

«Η πολυανδρία είναι η ένωση με περισσότερους γάμους μιας γυναίκας, με δύο ή περισσότερους άνδρες. Για να υπάρχει πολυγαμική μορφή οικογένειας, είναι απαραίτητο να αναγνωρίζεται κοινωνικά ως θεμιτή, να υπάρχει συνοίκηση και οικονομική συνεργασία των συζύγων». (Βλ. παραπάνω).

«Με κριτήριο τον τόπο κατοικίας των συζύγων κατατάσσουμε τις οικογένειες σε πατροτοπικές, μητροτοπικές και νεοτοπικές. Πατροτοπικές είναι οι οικογένειες όπου η νύφη εγκαθίσταται στο σπίτι του γαμπρού ή κοντά του. Μητροτοπικές είναι εκείνες που ο γαμπρός εγκαθίσταται στο σπίτι της νύφης ή κοντά του. Νεοτοπικές είναι οι οικογένειες που εγκαθίστανται ανεξάρτητα από τις γονεϊκές οικογένειες των συζύγων. Στις σύγχρονες βιομηχανικές-αστεακές κοινωνίες η νεοτοπική οικογένεια είναι πολύ συνηθισμένη». (Βλ. παραπάνω, σελ. 440).

«Στη θεωρία αναφέρεται, με αύξουσα συχνότητα τα τελευταία χρόνια, ως ιδιαίτερος τύπος η μονογονεϊκή οικογένεια, η οποία περιλαμβάνει έναν ενήλικα και τα ανήλικα τέκνα του. Η μονογονεϊκή οικογένεια μπορεί να είναι μητροκεντρική ή πατροκεντρική, ανάλογα με το ποιος από τους δύο γονείς είναι ο αρχηγός της οικογένειας». (Βλ. παραπάνω).

«Τέλος, μια άλλη μορφή είναι η χωλή οικογένεια, που εμφανίζεται άλλοτε ως μονογονεϊκή κι άλλοτε ως μέρος μιας εκτεταμένης οικογένειας. Το χαρακτηριστικό του τύπου αυτού είναι η μακρά απουσία του ενός από τους συζύγους-γονείς, χωρίς αυτό να δηλώνει τη διάσπαση της συναισθηματικής ενότητας και της λειτουργίας της οικογένειας». (Βλ. παραπάνω, σελ. 441).

Προκειμένου να προσδιοριστούν κάποια απ' αυτά τα σχήματα-είδη οικογένειας, χρησιμοποιήθηκαν δύο κριτήρια. «Το πρώτο κριτήριο είναι η άρνηση ή έστω η ανυπαρξία της μίας ή και των δύο σχέσεων πάνω στις οποίες θεμελιώνεται η οικογένεια - δηλαδή της συζυγικής ή της γονεϊκής. Με βάση το κριτήριο αυτό διαμορφώθηκε το σχήμα της μονογονεϊκής οικογένειας. Το δεύτερο κριτήριο, είναι η ουσιαστική διαφοροποίηση των οικογενειακών σχέσεων (δηλαδή της δομής) στα πλαίσια ενός σχήματος που, ως προς τη μορφή του, εμφανίζεται συμβατικό. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι «χωλές» οικογένειες. (Μουσούρου, Λ. Μ., 1996, σελ. 79).

Σε κανένα από τα παραπάνω είδη οικογενειών δεν αποκλείεται η ύπαρξη τέκνων, οποιαδήποτε κι αν είναι η διαδικασία απαίτησής τους. Εφ' όσον, λοιπόν, ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της εξέλιξής του περνάει διάφορες φάσεις, όταν ανήκει σε κάποια ομάδα στις οποίες τα μέλη υπάρχει αλληλεπίδραση, φυσιολογικά και η ομάδα θα περνάει εξελικτικά διάφορες φάσεις.

3.5. ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΖΩΗΣ

«Ο κύκλος της οικογενειακής ζωής ενός ατόμου περιλαμβάνει διάφορες φάσεις. Η Λ. Μουσούρου διακρίνει τις ακόλουθες έξι φάσεις:

- i. Προγονεϊκή φάση, που διαρκεί από το γάμο έως την απόκτηση του πρώτου παιδιού.
- ii. Α' Γονεϊκή φάση, που διαρκεί από τη γέννηση του πρώτου παιδιού έως και την εγγραφή και του τελευταίου στην πρώτη τάξη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.
- iii. Β' Γονεϊκή φάση, που διαρκεί από την εγγραφή του τελευταίου παιδιού στην πρώτη τάξη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης και διαρκεί, όσο διαρκεί η εκπαίδευση αυτή.
- iv. Γ' Γονεϊκή φάση, που διαρκεί από το τέλος της υποχρεωτικής εκπαίδευσης του μεγαλύτερου παιδιού έως την ηλικία κατά την οποία το μικρότερο, εφόσον συνέχιζε να σπουδάζει κανονικά, θα συμπλήρωνε τη μέση εκπαίδευση.
- v. Δ' Γονεϊκή φάση, που αρχίζει με το τέλος της μέσης εκπαίδευσης του μικρότερου παιδιού, διαρκεί όσο τα παιδιά θεωρούνται ακόμα μέλη του νοικοκυριού και τελειώνει όταν και το τελευταίο παιδί εγκαταλείψει τη γονεϊκή στέγη.
- vi. Μετα-γονεϊκή φάση, που αρχίζει με την αποχώρηση και του τελευταίου παιδιού από τη γονεϊκή στέγη και τελειώνει με το θάνατο των συζύγων.

Η διάκριση των επιμέρους φάσεων του ατομικού κύκλου της οικογενειακής ζωής δεν έχει μόνο θεωρητική αξία. Η πρακτική της εγκυρότητα έγκειται στο ότι μας επιτρέπει να διαγνώσουμε χαρακτηριστικά συμπλέγματα ρόλων και σχέσεων, που προσδιορίζουν σε σημαντικό βαθμό το πλαίσιο ζωής και τις δυνατότητες ενός προσώπου σε κάθε συγκεκριμένη φάση, ανεξάρτητα από το είδος της οικογένειάς του». (Τσαούση Δ. Γ., 1993, σελ. 457-458).

Επειδή, όμως, πολλές φορές δημιουργείται σύγχυση μεταξύ των ρόλων και των σχέσεων τόσο από την πλευρά των γονέων όσο κι από την πλευρά των παιδιών, ο όρος «γονείς» έχει προσδιορισθεί νομικά, όπως προσδιορίζεται νομικά καθετί είναι δυνατό να προκαλέσει σύγχυση.

3.6. Ο ΝΟΜΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΓΟΝΕΙΣ»

«Η συγγένεια του προσώπου προς τη μητέρα του και τους συγγενείς της δημιουργείται με μόνη τη γέννηση. Η συγγένεια, με τον πατέρα και τους συγγενείς του συνάγεται από το γάμο της μητέρας με τον πατέρα ή ιδρύεται με την εκούσια ή δικαστική αναγνώριση. Οι γονείς προς τα τέκνα είναι συγγενείς εξ' αίματος Α' βαθμού. Με βάση τη σχέση αυτή το Οικογενειακό Δίκαιο αποδίδει ορισμένες νόμιμες συνέπειες που αποτελούν βάση για διάφορα δικαιώματα». (Νομική Ομάδα, σελ. 145).

3.7. ΤΥΠΟΣ ΓΟΝΕΩΝ

«Σήμερα οι άνθρωποι βασανίζονται από πολλά συμπλέγματα που οφείλονται σε βιώματα της παιδικής τους ηλικίας ή στο γεγονός πως οι άνθρωποι αυτοί δεν ολοκλήρωσαν τις κρίσεις προσωπικότητας, δε βοηθήθηκαν από το περιβάλλον και την παιδεία τους. [Έτσι, κάποιοι γονείς έχουν διαμορφώσει διάφορους τύπους οι οποίοι χαρακτηρίζονται από ανωριμότητα κι ανευθυνότητα ταυτόχρονα].

Βασικά, υπάρχει μια μεγάλη κατηγορία γονέων που τους ονομάζουμε νευρωτικούς. Όταν λέμε νευρωτικούς γονείς εννοούμε αυτούς που έχουν υπερβολή στις απαιτήσεις τους. Κι αυτό είναι βλαβερό». (Χουρδάκη Μ., 1982, σελ. 325).

«Ένας τύπος αυτών των γονέων, είναι αυτοί που λέμε ευερέθιστοι γονείς, γονείς που περιμένουν το παραμικρό για να εκνευριστούν. Ο Smyrnofff γράφει τα εξής σχετικά στο βιβλίο του: «Οι νευρωτικοί γονείς»: «Πολλοί γονείς εκνευρίζονται με τις πιο μικρές αντιθέσεις της καθημερινής ζωής. Ιδίως στο τέλος της ημέρας που η κούραση είναι μεγαλύτερη, αναπτύσσεται στην ατμόσφαιρα ένα τεταμένο κλίμα που δεν περιμένει παρά ένα σπινθήρα για να ξεσπάσει». (Βλ. παραπάνω).

«Αυτό είναι ο φανερός εκνευρισμός, η ερεθιστικότητα των γονέων η φανερή. Υπάρχει, όμως και μια ερεθιστικότητα των γονέων κρυφή, παρασκηνιακή, που όμως είναι κατά τον ίδιο τρόπο επιβλαβής για το παιδί». (Βλ. παραπάνω).

«Άλλη κατηγορία γονέων είναι οι απαιτητικοί γονείς. Είναι οι γονείς που χρειάζονται το παιδί τους για να τους βοηθάει στις διάφορες δουλειές του σπιτιού τους. Αυτοί οι γονείς εξαντλούν τη δύναμη του παιδιού τους, τη διάθεσή τους να εργασθεί και γίνονται κουραστικοί.

Ένας άλλος τύπος γονέων είναι οι υπερπροστατευτικοί γονείς. Αυτός είναι εύκολος τύπος να τον καταλάβουμε: τον συναντάμε συχνά, ιδίως στις μητέρες. Οι άντρες λιγότερο σπεύδουν να προστατεύσουν το παιδί. Οι μητέρες πάλι παίρνουν την αντίθετη τακτική. Ίσως και σαν κάποια αντίδραση στη φαινομενική αδιαφορία του συζύγου, προστατεύουν το παιδί σε υπερβολικό βαθμό. Δεν το αφήνουν να κινηθεί». (Βλ. παραπάνω, σελ. 326).

«Άλλη κατηγορία γονέων νευρωτικών είναι οι ανήσυχτοι γονείς. Είναι αυτοί που συνεχώς φοβούνται πως οποιοδήποτε κακό συμβαίνει στον κόσμο θα έρθει πρώτα στα παιδιά τους. Βέβαια, δεν αδικεί κανείς τους γονείς αυτούς, αφού μέσα στην έννοια του γονέα είναι συνυφασμένη και η έννοια της ανησυχίας. Αυτού του είδους οι γονείς υπερβάλουν σ' ένα κίνδυνο που είναι δυνατό να υπάρχει». (Βλ. παραπάνω, σελ. 328).

«Ένας πέμπτος τύπος γονέων είναι οι φιλόδοξοι γονείς. Κι εδώ όταν λέμε φιλόδοξοι γονείς θα σταθούμε και πάλι στην υπερβολή. Οι γονείς οι φιλόδοξοι, και γι' αυτό ίσως νευρωτικοί, δεν ξεκινούν από τις δυνατότητες του παιδιού μα από τον εαυτό τους. Έτσι, το παιδί συντρίβεται και συνθλίβεται κάτω από τις τόσο επιτακτικές αξιώσεις των γονέων. (Βλ. παραπάνω, σελ. 331).

[Τελειώνοντας τους τύπους γονέων η Χουρδάκη Μ. αναφέρει μια τελευταία κατηγορία] «που δημιουργείται ιδίως στην εποχή μας, που τους λέμε κοσμικούς «μποέμ» γονείς. Αυτοί πάλι ξεκινώντας από δική τους ψυχολογία, θέλουν να ρυθμίσουν τη ζωή του σπιτιού κατά εγωκεντρικό τρόπο. Γιατί οι άνθρωποι αυτοί είναι εγωκεντρικοί. Αρνούνται ίσως το ρόλο του πατέρα ή της μητέρας και διατηρούν το συζυγικό ρόλο. Οι «μποέμ» γονείς συνήθως ενδιαφέρονται να ικανοποιήσουν τις δικές τους αποστερήσεις, ανάγκες που δεν ικανοποίησαν μικροί, δεν τις έζησαν νέοι και θέλουν να τις ζήσουν στην ηλικία τους αυτή, κάνοντας αφαίρεση πως δεν έχουν παιδιά, ενώ στην πραγματικότητα έχουν και ζουν γύρω τους». (Βλ. παραπάνω, σελ. 332-333).

Σ' αυτούς τους τύπους γονέων, φαίνεται να επικρατεί μια έντονη παθολογία, γιατί η Χουρδάκη (1982) περιγράφοντας τους ευερέθιστους, τους απαιτητικούς, τους υπερπροστατευτικούς, τους ανήσυχους, τους φιλόδοξους, τους «μποέμ» γονείς, δίνει μια εικόνα ψυχολογικά ανώριμων γονέων. Αυτό, όμως, δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και φυσιολογικοί τύποι γονέων, διότι κάτι τέτοιο θα σήμαινε ότι οι διάδοχοι όλων των οικογενειών θα χαρακτηρίζονταν από κάτι παθολογικό. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η οικογένεια καλείται να παίξει πολύτιμο ρόλο για τα μέλη της.

3.8. ΓΕΝΙΚΑ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

«Αναλλοίωτη μένει η δομή της οικογένειας. Σ' αυτή την ομάδα την οικουμενικά αναγνωρισμένη, θεσμοθετημένη, κατοχυρωμένη, ανα-δεικνύονται ρόλοι, αυστηρά περιχαρακωμένες αρμοδιότητες που αναλαμβάνει κάθε άνθρωπος μέσα στον οργανωμένο κοινωνικό κορμό. Έτσι, έχουμε μέσα την οικογένεια τους ρόλους: του αρχηγού, του πατέρα, του συζύγου, της μητέρας, της συζύγου, του παιδιού, του αδελφού, του πρωτότοκου κ.ο.κ. (Ζάχου Ηλ, 1990, σελ. 146).

Ένα και το ίδιο άτομο μπορεί να έχει πολλούς ρόλους. Επίσης, ένα άτομο στην πορεία του αναλαμβάνει και νέους ρόλους, διατηρώντας ή εγκαταλείποντας έναν προηγούμενο (ο πρωτότοκος γιος αναλαμβάνει το ρόλο του αρχηγού της οικογένειας παραμένοντας αδελφός και γιος της μητέρας του και μπορεί να γίνει – σε μια νέα οικογένεια που δημιουργείται κάποια στιγμή – αρχηγός, σύζυγος, πατέρας). Αυτές οι εναλλαγές είναι δυνατές, καθώς προκύπτουν – από την ίδια αρχική οικογένεια – νέες οικογένειες. (Βλ. παραπάνω, σελ. 147).

Σύμφωνα με τον ψυχολόγο Γεώργα Δ., γύρω από το θέμα του ρόλου της οικογένειας, «είναι φανερό ότι και στην οικογένεια υπάρχει μια σαφής ιεράρχηση ρόλων». (Γεώργα Δ., 1995, σελ. 18). Η θέση του, λοιπόν, φαίνεται να είναι σύμφωνη με αυτή του Ζάχου Η., στο ότι «ο πατέρας, η μητέρα, τα παιδιά έχουν τους καθορισμένους ρόλους τους, συμπληρώνοντας ότι αυτοί καθορίζονται ανάλογα με το φύλο στο οποίο ανήκει ο καθένας τους και τους συσχετίζει με την οργάνωση, τους θεσμούς και το πολιτιστικό υπόβαθρο της κοινωνίας στην οποία ανήκουν». (Γεώργα Δ., 1995, σελ. 18).

Η Μουσούρου Λ. Μ., (1996) στο ρόλο της οικογένειας συμπεριλαμβάνει και «τις λειτουργίες της, οι οποίες γίνονται προσδευτικά λιγότερες και διαφοροποιούνται καθώς η κοινωνία «εκσυγχρονίζεται». Αυτές οι λειτουργίες μπορούν να συνοψισθούν στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες:

1. **Αναπαραγωγική λειτουργία:** Πρόκειται για την απαραίτητη λειτουργία εξασφάλισης της βιολογικής αναπαραγωγής της κοινωνίας.

2. **Οικονομικές λειτουργίες:** Κατά την άποψη πολλών μελετητών, οι οικονομικές λειτουργίες διαφοροποιούνται περισσότερο από όλες τις άλλες σαν αποτέλεσμα του κοινωνικο-οικονομικού εκσυγχρονισμού. Σε μια παραδοσιακή κοινωνία οι λειτουργίες αυτές συνίστανται σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων, όπου η κατανομή της εργασίας εξαρτάται από το φύλο και καθιστούν την οικογένεια ως ομάδα μια πλήρη οικονομική μονάδα - δηλαδή μια μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης. Ο εκσυγχρονισμός επέδρασε καταλυτικά στις οικονομικές λειτουργίες της οικογένειας. Έτσι, στις σύγχρονες κοινωνίες, η οικογένεια ως ομάδα είναι κατά κύριο λόγο μια μονάδα κατανάλωσης – κι όχι μια μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης, όπως στις παραδοσιακές κοινωνίες.
3. **Εκπαιδευτικές λειτουργίες:** Πρόκειται για λειτουργίες απαραίτητες, προκειμένου να εξασφαλισθεί η πολιτισμική αναπαραγωγή της κοινωνίας, δηλαδή η αναπαραγωγή της ως κοινωνία.
4. **Ψυχολογικές λειτουργίες:** Οι λειτουργίες αυτές συνίστανται κυρίως στην ικανοποίηση της ανάγκης των ατόμων να αισθάνονται ασφαλή και να απολαμβάνουν της στοργής των άλλων. (Μουσούρου Α .Μ., 1996, σελ. 19-22).

Τέλος, σύμφωνα με την άποψη της Αμερικάνας Κοινωνιολόγου Margarete Mead, «η οικογένεια θα πρέπει να είναι μια ομάδα στην οποία θα συνεργάζονται οι γονείς και τα παιδιά κι ο ρόλος των πρώτων θα πρέπει να διατηρείται ενεργός ως την ψυχολογική ωριμότητα των παιδιών». Η συνεργασία μέσα στην οικογένεια σημαίνει διάλογο σωστό από τα πρώτα βήματα της ζωής του παιδιού, από την πρώτη φάση της ύπαρξής του με αντίστοιχη στάση των γονέων σε αυτό το σχήμα του διαλόγου, της διαλεκτικής. (Χουρδάκη Μ., 1982, σελ. 286-287).

Ο ρόλος της οικογένειας παρουσιάζεται γενικά, γιατί αποτελεί βασική λέξη στην υπόθεση που μελετάται, δίνεται η έμφαση που πρέπει να δοθεί στο ρόλο της προς τα μέλη της εφ' όσον αποτελεί ομάδα η οποία χαρακτηρίζεται από σχέση αλληλεπιδράσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

**4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ «ΧΡΟΝΙΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ»
ΚΑΙ «ΨΥΧΩΣΗΣ»**

**4.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ
ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ**

4.2.1. ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

4.2.2. ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

4.2.3. ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΪΚΗ ΕΠΟΧΗ

4.2.4. ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ

4.2.5. ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ

4.2.6. 17^{ος} ΚΑΙ 18^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

4.2.7. ΤΕΛΗ 18^{ου} ΚΙ ΑΡΧΕΣ 19^{ου} ΑΙΩΝΑ

4.2.8. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ

4.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

**4.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ**

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ «ΧΡΟΝΙΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ» ΚΑΙ «ΨΥΧΩΣΗΣ»

Σύμφωνα με τον Liberman (1988), ως χρόνιος άρρωστος ορίζεται «ο άρρωστος που ανταποκρίνεται σε δύο κριτήρια: το κριτήριο της διάγνωσης, ότι δηλαδή νοσεί από σχιζοφρενικές και συναισθηματικές διαταραχές, και το κριτήριο της εξάρτησης για οικονομική υποστήριξη από την οικογένεια ή την κοινωνική πρόνοια». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 21).

Σύμφωνα με τον Liberman (1988), ένας άλλος ορισμός διακρίνει «τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο, σε ψυχοκοινωνικά ανάπηρο (disabled), και σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο και ψυχοκοινωνικά ανάπηρο συγχρόνως». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 21).

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό (Community Support Program Guidelines 1977), «ένας ψυχικά άρρωστος ορίζεται ως χρόνιος όταν έχει ένα μόνο επεισόδιο νοσηλείας τα τελευταία πέντε χρόνια με διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών». Σύμφωνα με τον Goldman και συνεργάτες (1981), ως χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι θεωρούνται «άτομα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές κι από άλλες διαταραχές που μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητάς τους σε τρία ή περισσότερα επίπεδα της καθημερινής ζωής, όπως είναι η προσωπική υγιεινή και φροντίδα, η δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής αυτονομίας τους». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 22).

Όσον αφορά την ψύχωση, αρχικά ορίζεται σαν η πιο βαριά μορφή ψυχικών διαταραχών. «Είναι το είδος των ψυχικών παθήσεων που βρίσκεται πιο κοντά σε αυτό που ο κοινός άνθρωπος αποκαλεί «τρέλα», γιατί χαρακτηρίζεται από τις πιο ακραίες και δραματικές ψυχοπαθολογικές αποκλίσεις. Οι ψυχωσικές διαταραχές παίρνουν ποικίλες μορφές. Κοινό χαρακτηριστικό των διαφόρων μορφών είναι ότι

το άτομο έχει χάσει την επαφή με την πραγματικότητα». (Παρασκευόπουλος Ν. Ι., 1988, σελ. 18).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο DSM III (1987), ο όρος «ψυχώσεις χρησιμοποιείται για ορισμένες σοβαρές ψυχικές διαταραχές οργανικής, συναισθηματικής ή λειτουργικής προέλευσης, με κύριο χαρακτηριστικό τη σοβαρή αντίληψη της πραγματικότητας». (Σταθόπουλος Π., 1995, σελ. 266).

Παραπάνω γίνεται φανερό ότι ο Παρασκευόπουλος (1988) κι ο Σταθόπουλος (1995) είναι σύμφωνοι με το γεγονός ότι κοινό χαρακτηριστικό των ψυχώσεων είναι η έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα, κάτι το οποίο δεν αναφέρει σε κανένα από τους τρεις ορισμούς που αποδίδει στην ψύχωση ο Μαδιανός (1994).

«Η ψύχωση είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζει τον άνθρωπο κι έχει διαπιστωθεί η ύπαρξή της εδώ και 4.000-5.000 χρόνια πριν. Η κάθε εποχή αποδίδει διάφορες αιτίες και θεραπείες προς την ψύχωση». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 11).

4.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

4.2.1. ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΑ

«Η αναδρομή ξεκινάει από τον τρυπανισμό, ο οποίος πιο συγκεκριμένα ανήκει στη Νεολιθική Περίοδο (4.000 ή 5.000 χρόνια πριν) κι ο οποίος τράβηξε την προσοχή του Broca πριν ένα αιώνα. Ο τρυπανισμός ίσως είναι η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί ψυχικής αρρώστιας γιατί σύμφωνα με τους ανθρωπολόγους ο σκοπός του ήταν να φύγουν τα κακά πνεύματα. Συνεχίσθηκε μέχρι τον Μεσαίωνα». (Μάνος Μ., 1988, σελ. 17-18).

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη Π. (1986), «κατά τη διάρκεια αυτής της εποχής, πραγματικά τρυπανισμένα κρανία από αρχαιολογικές ανασκαφές σε

διάφορα μέρη του κόσμου υποβάλλουν την ιδέα μιας χειρουργικής επέμβασης που είχε σκοπό να ελευθερώσει το σώμα από τα κακά πνεύματα, τα οποία θεωρούνταν υπεύθυνα για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Υπάρχει, επίσης, η αντίληψη, λιγότερο ίσως στην Ελλάδα, ότι ο ψυχιατρικός άρρωστος είναι ιερό αντικείμενο. (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 25).

«Ο τρυπανισμός σιγά-σιγά εγκαταλείφθηκε κι άρχισε να διαδίδεται ο σαμανισμός που εξακολουθεί να εξασκείται ακόμη και σήμερα. Ο όρος σαμανισμός προέρχεται από τη λέξη «σαμάν» που σημαίνει κάτι ανάλογο προς «άνθρωπος μάγος» στη γλώσσα Tungus της Β. Σιβηρίας». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 18).

Ο Χαρτοκόλλης Π. (1986), σύμφωνα με την ύπαρξη του σαμανισμού, συμπληρώνει ότι «ο σαμάνας είναι ο χαρακτηριστικός τύπος ανθρώπου που ασχολείται με ψυχικά αρρώστους, προικισμένους με την ικανότητα να πέφτει σε μια κατάσταση εκστάσεως, που χαρακτηρίζεται από μία προοδευτική διέγερση και υποβοηθείται με διάφορα φυσικά, μέσα, όπως ο καπνός από αρωματικά βότανα ή χρήση οινόπνευματων ποτών κι άλλων χημικών ουσιών, που περιέχονται σε μανιτάρια, σπόρους ή εκχύλισμα φυτών, όπως το πεότι και η ινδική κάνναβη». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 26).

4.2.2. ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

A. ΑΣΚΛΗΠΕΙΑ

«Στην Αρχαία Ελλάδα, τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπεία. Μια από τις αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του – ονείρων που χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή ονείρων που αντανάκλυσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική αιτιολογία της». (Χαρτοκόλλης Λ., 1986, σελ. 27).

B. ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Πρώτος ο Ιπποκράτης διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος κι όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις. Γι' αυτό και θεωρείται ο πατέρας της Ιατρικής (Χαρτοκόλλης Λ., 1986, σελ. 28).

«Ο Ιπποκράτης θεωρεί την ψυχική ασθένεια ότι προέρχεται από την διαντίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών – αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα, που με τη σειρά τους προέρχονται από τις τέσσερις βασικές ιδιότητες της φύσης – θερμότητα, ψύχος, υγρασία και ξηρασία». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 18).

«Η αναλογία των «χυμών» αυτών προσδιορίζει τον ανθρώπινο χαρακτήρα, που κατά το ιπποκράτειο σύστημα διακρίνεται σε αιματώδη, φλεγματικό και χολερικό». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 28).

Ο Μάνος Ν., στη βιβλιογραφία του, συμφωνεί μεν ότι οι «χυμοί» είναι αυτοί που προσδιορίζουν τον ανθρώπινο χαρακτήρα, διαφωνεί ως ένα σημείο δε με τις ονομασίες των χαρακτήρων, διαχωρίζοντάς τους ο ίδιος σε αιματώδη, χολερικό, μελαγχολικό και φλεγματικό (Μάνος Ν., 1988, σελ. 18).

Γ. ΦΙΛΟΣΟΦΟΙ - ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ

«Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στον Πλάτωνα και στον Αριστοτέλη. Οι δύο τους μιλούν για ψυχικές ασθένειες και για την κάθαρση ως βασικό τρόπο θεραπείας, αλλά ο μεν Πλάτων (428-348 π.Χ.) τονίζει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης, ενώ ο Αριστοτέλης (348-322 π.Χ.) τη θεωρεί σαν φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 19).

«Κατά τον Πλάτωνα, οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι παρά ειδικές, μα αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής, που δεν έχουν ανάγκη από εξωτερικές αιτίες ή επιδράσεις για να υπάρχουν. Προκειμένου, ωστόσο για τα

συναισθήματα, τα συσχέτισε με τη λειτουργία του εγκεφάλου μάλλον παρά της καρδιάς.

Ο Αριστοτέλης είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές λειτουργίες με τρόπο αναλυτικό ως σκέψη, θυμικό και βούληση. Υποστήριξε την οργανική προέλευση κάθε αρρώστιας, σωματικής ή ψυχικής, αλλά αντί να τις αποδώσει σε διάφορους «χυμούς» και την πυκνότητά τους, επικαλέστηκε την ύπαρξη αερίων ή πνευμάτων που, κυκλοφορώντας στο σώμα και τον εγκέφαλο και ανάλογα με την υγρότητα ή ξηρότητά τους, προκαλούν τις διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 30).

4.2.3. ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΪΚΗ ΕΠΟΧΗ

A. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ

Στους επόμενους αιώνες οι Ρωμαίοι επικρατούν, αλλά κατά κανόνα επαναλαμβάνουν τις απόψεις των Ελλήνων. «Μόλο που η αλεξανδρινή εποχή έχει να επιδείξει αξιόλογους γιατρούς κι ανατόμους του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως ο Ηρόφιλος κι ο Ερασίστρατος, η ελληνορωμαϊκή αρχαιότητα δε σημειώνει καμιά πρόοδο, ούτε στην ψυχολογία ούτε στην ψυχιατρική. Αντιθέτως, επικράτησαν μυστικιστικές, μαγικοθρησκευτικές αντιλήψεις, που με τη μορφή της δαιμονολογίας πέρασαν στα Ευαγγέλια και στο χριστιανισμό». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 30).

Μια από τις φωτεινές εξαιρέσεις ήταν ο Ασκληπιιάδης, γύρω στα μέσα του 1^{ου} π.Χ. αιώνα, ο οποίος σύμφωνα με τον Μάνο (1988), «διαχωρίζει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις και ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών». (Ν. Μάνος, 1988, σελ. 19).

Ο Ασκληπιιάδης απέρριψε την παράδοση του Ιπποκράτη, περιγράφοντας το ανθρώπινο σώμα με βάση την ατομική θεωρία του Δημόκριτου ως μια μάζα ατόμων σε συνεχή κίνηση. Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1986) «ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε σε οξείες και χρόνιες καταστάσεις, ξεχωρίζοντας τις λειτουργικές ψυχώσεις από τις οργανικές διαταραχές που οφείλονται στον πυρετό». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 30).

«Ο Ασκληπιάδης έδωσε ιδιαίτερη σημασία στη θεραπεία των ψυχιατρικών αρρώστων, προσπαθώντας να τους ηρεμήσει με ειδικές συσκευές, διαφόρων ειδών λουτρά κι απαλή μουσική.

Ονομαστός, επίσης, στην αρχαιότητα ήταν ο Αρεταίος από την Καππαδοκία, ο οποίος έδωσε προσοχή στο πως σκέπτεται κι αισθάνεται ο άρρωστος. Ο Αρεταίος με βάση τον Χαρτοκόλλη (1986) «ασχολήθηκε και με την υστερία, για την οποία, όμως, σε αντίθεση με την επικρατούσα αντίληψη, υποστήριξε πως μπορούσε να υπάρχει και στους άντρες. Επιπρόσθετα ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές διαταραχές της γεροντικής ηλικίας και διαχώρισε τη σχιζοφρένεια από τη μανία». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 31).

Όσον αφορά την προσφορά του Αρεταίου, ο Μάνος (1988), προσθέτει ότι «ο διαχωρισμός που έκανε αναφερόταν στους μελαγχολικούς, μανιακούς και παρανοϊκούς. (Μάνος Ν., 1988, σελ. 20).

«Πάνω-κάτω τον ίδιο καιρό διέπρεψε ο Σωρανός από την Έφεσο, γνωστός ανάμεσα στους σύγχρονούς του ως «ο πρίγκιπας των γιατρών». Ο Σωρανός δεν πίστευε στη χρησιμότητα της ανατομίας και της φυσιολογίας, κι απορρίπτοντας τη θεωρία των «χυμών» του Ιπποκράτη, υποστήριξε την ιδέα της ατομικής δομής του σώματος και της αρρώστιας, υποδεικνύοντας πως πρώτ' απ' όλα ο γιατρός πρέπει να βλέπει στον άρρωστο τον άνθρωπο και να του συμπεριφέρεται ανάλογα». (Χαρτοκόλλης Λ., 1986, σελ. 32).

Ο Μάνος Ν. προσθέτει ότι «ο Σωρανός (2^{ος} αιώνας μ.Χ.) περιέγραψε τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και το "stupor" και εισήγαγε ανθρωπιστικές μεθόδους για τους ασθενείς». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 20).

B. ΓΑΛΗΝΟΣ

Η ελληνορωμαϊκή περίοδος περί ψυχιατρικής κλείνει με τον Γαληνό (130 – 200 μ.Χ.), ο οποίος σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1986) «συγκέντρωσε και συστηματοποίησε όλες τις θετικές γνώσεις των προγενεστέρων του, εμπλουτίζοντάς τες με δικές του κλινικές παρατηρήσεις. Έδωσε μεγάλη προσοχή στο κεντρικό νευρικό σύστημα, θεωρώντας τον εγκέφαλο ως την απόρροια των αισθήσεων και της κινητικότητας, και γενικά, ως την έδρα των ψυχικών

λειτουργιών. Ο Γαληνός υπογράμμισε τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία των σωματικών διαταραχών. Επίσης, συσχέτισε την κατάθλιψη με τη μανία». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 33).

Στο έργο του Γαληνού προστίθεται μέσω του Μάνου (1988) η άποψη ότι «πρότεινε πως η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία του λογικού, του παράλογου και του ηδονιστικού τμήματός της (που μοιάζει με το Εγώ, το Υπερεγώ και το Εκείνο του Freud). (Μάνος Ν., 1988, σελ. 19).

4.2.4. ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ

A. ΔΑΙΜΟΝΟΛΟΓΙΑ

«Η πίστη σε δαίμονες ως τα αίτια των ψυχικών διαταραχών, ύστερα από μια σχετική ύφεση που έφερε η επίδραση του Ιπποκράτη, επικράτησε και πάλι κατά την ελληνιστική περίοδο, για να περάσει τελικά στη χριστιανική θρησκεία.

Οι ιδέες του Αυγουστίνου επικράτησαν στην Ευρώπη του μεσαίωνα και της Αναγεννήσεως, οπότε κάθε διάκριση μεταξύ δαιμονισμένων και ψυχικά αρρώστων ουσιαστικά εξέλειπε, ιδίως στην περίπτωση της υστερίας». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 34).

Τα χαρακτηριστικά, λοιπόν, του μεσαίωνα υποστηρίζει κι ο Μάνος (1988) είναι: «**α**) η συνέχιση των απόψεων της ελληνιστικής περιόδου περί χυμών (χολή-μελαγχολία) χρωματισμένων από προλήψεις, ηθικολογία και φανατική θρησκευτικότητα και **β**) η συνέχιση της παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τον ψυχασθενή». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 20).

4.2.5. ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ (16^{ος} ΑΙΩΝΑΣ)

«Αν και η ενασχόληση με τη μαγεία άρχισε το Μεσαίωνα, εντούτοις έφθασε στο αποκορύφωμά της στην Αναγέννηση. Έτσι, κάτω από το επωνύμιο του αιρετικού, η εκκλησία (Ιερά Εξέταση) αφάνισε ένα μεγάλο αριθμό «μάγων» και «μαγισσών», μερικοί εκ των οποίων βάση των περιγραφών, ήταν οπωσδήποτε ψυχασθενείς». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 20-21).

Κατά την περίοδο της Αναγέννησης γίνεται αναφορά στον Παράκελσο, ο οποίος πρώτος αναφέρεται στο ασυνείδητο και υποθέτει ότι σεξουαλικό παράγοντες παίζουν ρόλο στην παθογένεια της υστερίας και των νευρώσεων. Ο Παράκελσος χρησιμοποίησε σαφείς διαγνωστικές κατηγορίες και σαφείς ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. (Βλ. παραπάνω, σελ. 21).

4.2.6. 17^{ος} ΚΑΙ 18^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Οι δύο αυτοί αιώνες χαρακτηρίζονται οπωσδήποτε από αυξανόμενη κλινική αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών. Δυστυχώς, όμως, η «μελαγχολία» εξακολουθεί να είναι ο ψυχιατρικός όρος που σημαίνει σχεδόν κάθε ψυχιατρική ασθένεια και επικράτηση της λογικής είναι έναντι του παραλόγου των προηγούμενων αιώνων αποβαίνει και πάλι σε βάρος των ψυχικών ασθενών των ασύλων – θεωρούνται ότι είναι άτρωτα ζώα που δεν προσβάλλονται από φυσικές αρρώστιες, τους δένουν και τους συμπεριφέρονται σε σκληρότητα και τους εκθέτουν για ένα «reppny» τις Κυριακές στην κοινή θέα». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 22).

4.2.7. ΤΕΛΗ 18^{ου} ΚΙ ΑΡΧΕΣ 19^{ου} ΑΙΩΝΑ

«Ο Chiarugi το 1789, ενώ διηύθυνε το Νοσοκομείο Bonifacio όπου οι σκληρές μέθοδοι απαγορεύονταν, είπε: «είναι υπέρτατο ηθικό καθήκον και ιατρική υποχρέωση να σεβόμαστε τον παράφρονα σαν άτομο».

Ο Tuke ίδρυσε το 1976 στη Ν. Υόρκη το Retreat, ένα αναπαυτήριο για 30 ασθενείς, που τους συμπεριφέρονταν με ιδιαίτερη καλοσύνη σαν φιλοξενούμενους, χωρίς περιορισμούς και με ιδιαίτερη έμφαση στην εργασιοθεραπεία.

Ο Pinel δημιούργησε για πρώτη φορά ορθές ιατρικές κατατάξεις της ψύχωσης: **1)** Μελαγχολία (διαταραχή της διανοητικής λειτουργίας), **2)** Μανία (υπερβολική νευρική διέγερση με ή χωρίς παραλήρημα), **3)** Άνοια (διαταραχή στη λειτουργία της σκέψης), **4)** Ιδιωτεία (εξάλειψη των διανοητικών ικανοτήτων και των συναισθημάτων). Επίσης, εισήγαγε την «ηθική θεραπεία», κατά την οποία ο γιατρός πρώτα αντιμετώπιζε τον άρρωστο με απόλυτη επιβλητικότητα και κοιτώντας τον στα μάτια υπέτασσε τη θέλησή του, και μετά η θεραπεία συνεχιζόταν με ένα συνδυασμό σταθερότητας, καλοσύνης και πίεσης-πειθούς. (Μάνος Ν., 1988, σελ. 23).

4.2.8. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ

«Η εισαγωγή της ψυχαναλυτικής θεωρίας και κατά δεύτερο λόγο της ψυχοβιολογίας και του υπαρξισμού παραμέρισαν κάπως την οργανική άποψη στην Ευρώπη και, πολύ πιο ριζικά, ιδίως μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στην Αμερική. Πιο πρόσφατα, ωστόσο, η ανακάλυψη χημικών ουσιών με ειδική ψυχοφαρμακευτική δραστηριότητα και η παράλληλη ανάπτυξη εργαστηριακών μεθόδων έρευνας των μηχανισμών της λειτουργίας του εγκεφάλου έχουν προκαλέσει μια ανακατάταξη των κατευθύνσεων, δημιουργώντας το ενδεχόμενο μιας επιστροφής στη διπολική παράδοση της ψυχιατρικής: μιας οργανικής και μιας ψυχολογικής. Αλλά, δεδομένου ότι οι ψυχοδυναμικές και κοινωνιολογικές

αρχές έχουν στο μεταξύ δεθεί λειτουργικά με την κλινική πράξη, μια τέτοια παλινδρομική εξέλιξη φαίνεται να αποκλείεται. Αντίθετα, όλες οι ενδείξεις υπόσχονται μια δημιουργική σύνθεση μάλλον παρά μια καινούργια διαμάχη ή απλώς συνύπαρξη - τη δημιουργία μιας ενιαίας ψυχοκοινωνιοβιολογικής επιστήμης». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 45-46).

Διαβάζοντας κανείς την ιστορική ανασκόπηση, συναντάει πολλά είδη ψυχώσεων που κατά καιρούς ονόμαζε ο καθένας, που μέχρι και σήμερα ταξινομούνται.

4.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ

Ο Χαρτοκόλλης (1986) στο βιβλίο του «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική» παραθέτει μια λεπτομερή ταξινόμηση των ψυχώσεων η οποία συμπεριλαμβάνει:

«1. Γεροντικές και Προγεροντικές Οργανικές Ψυχωτικές Καταστάσεις

α. Γεροντική άνοια, απλού τύπου

β. Προγεροντική άνοια

- Εγκεφαλικό Σύνδρομο με Προγεροντική Εγκεφαλική Νόσο
- Περιγεγραμμένη ατροφία του εγκεφάλου
- Άνοια στη νόσο του Alzheimer
- Άνοια στη νόσο του Pick

γ. Γεροντική άνοια, καταθλιπτικού ή παρανοειδούς τύπου

δ. Γεροντική άνοια με οξεία συγχυτική κατάσταση

ε. Αρτηριοσκληρωτική άνοια

2. Αλκοολικές Ψυχώσεις

α. Τριμώδες παραλήρημα

- Αλκοολικό παραλήρημα

β. Αλκοολική ψύχωση του Korsakow

- Αλκοολική πολυνευριτική ψύχωση

- γ. Άλλη αλκοολική άνοια
- δ. Άλλη αλκοολική ψευδαισθητική κατάσταση.
- ε. Παθολογική μέθη
- στ. Αλκοολική ζηλοτυπία
 - Αλκοολική παράνοια
- ζ. Άλλη
 - Αλκοολικό Σύνδρομο αποσύρσεως εκτός από το τρομώδες παραλήρημα

3. Φαρμακευτικές Ψυχώσεις

- α. Σύνδρομο φαρμακευτικής αποσύρσεως
- β. Παρανοειδείς και/ή ψευδαισθητικές καταστάσεις που προκαλούνται από φάρμακα
- γ. Παθολογική φαρμακευτική δηλητηρίαση

4. Παροδικές Οργανικές Ψυχωτικές Καταστάσεις

- α. Οξεία συγχυτική κατάσταση
- β. Υποξεία συγχυτική κατάσταση

5. Άλλες Οργανικές Ψυχωτικές Καταστάσεις (Χρόνιες)

- α. Ψύχωση ή σύνδρομο του Korsakow (μη αλκοολικό)
- β. Άνοια σε καταστάσεις που ταξινομούνται αλλού
 - Άνοια σε εγκεφαλική λιπίδωση, επιληψία, χορεία του Huntington κ.λ.π.

ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Ομάδα ψυχώσεων στις οποίες υπάρχει μια θεμελιώδης διαταραχή της προσωπικότητας, μια χαρακτηριστική παραμόρφωση της σκέψης, συχνά μια αίσθηση ελέγχου από ξένες δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες που μπορεί να είναι παράξενες, διαταραγμένη αντίληψη, ένα ανώμαλο συναίσθημα που δεν εναρμονίζεται με την πραγματικότητα κι αυτισμός. Παρ' όλα αυτά, η συνείδηση και

η διανοητική ικανότητα διατηρούνται συνήθως διαυγείς». (Χαρτοκόλλης Π, 1986, σελ. 351-353).

Όσον αφορά την ταξινόμηση των ειδών της σχιζοφρένειας, θα παρουσιαστεί με ειδικότερα στοιχεία της.

Συνεχίζοντας ο Χαρτοκόλλης (1986) την ταξινόμηση των ψυχώσεων αναφέρεται στις:

«2. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Ψυχικές διαταραχές, συνήθως υποτροπιάζουσες, στις οποίες υπάρχει μια σοβαρή ενόχληση του συναισθήματος (κυρίως μείγμα καταθλίψεως κι άγχους, αλλά επίσης ως έξαρση και διέγερση), που συνοδεύεται από ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: παραληρήματα, αμηχανία, διαταραγμένη ταυτότητα, διαταραγμένη αντίληψη και συμπεριφορά. Όλα αυτά είναι συμβατά με την επικρατούσα διάθεση του αρρώστου. Υπάρχει μια ισχυρή τάση για αυτοκτονία.

α. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, μανιακού τύπου

- α Υπομανιακή NOS
- α Υπομανιακή ψύχωση
- α Μανιο(μονοπολική) NOS
- α Μανιακή διαταραχή
- α Μανιακή ψύχωση
- α Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση ή αντίδραση: υπομανιακή, μανιακή

β. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, καταθλιπτικού τύπου

- Καταθλιπτική ψύχωση
- Ενδογενής κατάθλιψη
- Υποστροφική μελαγχολία
- Μανιοκαταθλιπτική αντίδραση, καταθλιπτική
- Μονοπολική κατάθλιψη
- Ψυχωτική κατάθλιψη

γ. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, κυκλικού τύπου, αλλά για την ώρα μανιακή

- Διπολική διαταραχή , μανιακή
- δ.** Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, κυκλικού τύπου, καταθλιπτική
 - Διπολική διαταραχή, καταθλιπτική
- ε.** Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, κυκλικού τύπου, μεικτή

3. ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

- α.** Παρανοειδής κατάσταση, απλή
- β.** Παράνοια
- γ.** Παραφρένεια
 - Υποτροφική παρανοϊκή κατάσταση
 - Καθυστερημένη παραφρένεια
- δ.** Επακτή ψύχωση
 - Folie à deux
- ε.** Άλλες
 - Παράνοια querulans
 - Sensitiver Beziehungswahn

4. ΑΛΛΕΣ ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

- α.** Καταθλιπτικού τύπου
 - Αντιδραστική καταθλιπτική ψύχωση
 - Ψυχογενής καταθλιπτική ψύχωση
- β.** Διεγερτικού τύπου
- γ.** Αντιδραστική σύγχυση
 - Ψυχογενής σύγχυση
 - Ψυχογενής λυκοφωτική κατάσταση
- δ.** Οξεία παρανοειδής αντίδραση
- ε.** Ψυχογενής παρανοϊκή ψύχωση
- στ.** Άλλες
 - Υστερική ψύχωση
 - Ψυχογενής εμβροντησία

5. ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η κατηγορία αυτή χρησιμοποιείται μόνο για ψυχώσεις που αρχίζουν πάντα πριν από την ήβη.

α. Νηπιακός αυτισμός

- Παιδικός αυτισμός
- Βρεφική ψύχωση
- Σύνδρομο του Kanner

β. Αποδιοργανωτική ψύχωση

- Σύνδρομο του Heller

γ. Άλλες

- Άτυπη παιδική ψύχωση». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 351-356).

Αυτή ήταν η ταξινόμηση που κάνει ο Χαρτοκόλλης (1986) στις ψυχώσεις, ενώ ο Παρασκευόπουλος (1988, παραθέτει μια ταξινόμηση, η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ελλιπής, εφ' όσον συμπεριλαμβάνει:

«α. Τη σχιζοφρένεια

β. Την παράνοια

γ. Τις μανία – μελαγχολία». (Παρασκευόπουλος Ν., 1988, σελ. 19-20).

Για κάθε στάδιο, λοιπόν, της ανθρώπινης εξέλιξης υπάρχει ένα είδος ψύχωσης που μπορεί να το χαρακτηρίσει. Αυτό, ίσως, αποτελεί μια ένδειξη του ότι το άτομο πολύ πιθανό να επηρεάζεται από ορισμένα χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντός του, εφ' όσον κι αυτό αποτελεί μέλος του από τη στιγμή της σύλληψής του.

4.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Σύμφωνα με τον Τσιάντη (1989) υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, που παρατηρούνται συχνά σε οικογένειες στις οποίες υπάρχει ασθενής με ψυχική νόσο.

«1. Έλλειψη σαφών ορίων αυτονομίας μεταξύ των μελών. Ορισμένα μέλη της οικογένειας παρεμβάλλονται στη ζωή των άλλων και παρεμποδίζουν, με αυτόν τον τρόπο, την ανεξάρτητη λειτουργία τους. Είναι σαφές ότι ένας από τους σκοπούς της θεραπείας είναι να καθορίσει όρια και να εξασφαλίσει κάποια δυνατότητα αυτόνομης λειτουργίας σε κάθε μέλος της οικογένειας.

2. Διάλυση των συγκρούσεων που παρατηρούνται στην οικογένεια. Δηλαδή οι συγκρούσεις δεν αντιμετωπίζονται και δεν ξεκαθαρίζονται από τα μέλη που αφορούν. Αντίθετα, η ανησυχία κι άλλα συναισθήματα που δημιουργούνται, μετατοπίζονται σε κάτι άλλο, το οποίο συχνά είναι τα ψυχικά συμπτώματα του παιδιού.

3. Υπερπροστασία του παιδιού, το οποίο έχει την ψυχοσωματική διαταραχή σε βαθμό που παρεμποδίζεται η ανάπτυξη των ικανοτήτων του.

4. Δυσκαμψία στην αντιμετώπιση καταστάσεων που δημιουργούνται και χρήση των ίδιων τρόπων αντίδρασης, παρόλο που οι συνθήκες απαιτούν άλλους μηχανισμούς άμυνας για καλύτερη προσαρμογή.

5. Συγκεκριμένη συμμετοχή του παιδιού, που έχει την ψυχική διαταραχή, στις συγκρούσεις των άλλων μελών της οικογένειας και κυρίως των γονιών του». (Τσιάντη Γ., 1989, σελ. 99-100).

Πολλά, λοιπόν, είναι τα είδη των ψυχώσεων και πολλοί οι εκκλητικοί παράγοντες. Οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις, όμως, είναι το είδος που ερευνά η υπόθεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

5.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

5.2. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

5.3. ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ – ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

5.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

5.5.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

5.5.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

5.5.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

5.5.4. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

5.5.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

5.5.6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

5.6. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

5.6.1. ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

**5.6.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

5.6.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

**5.6.4. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

5.6.5. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

5.1. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

«Μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι τα σχιζοφρενικά σύνδρομα έχουν περιγραφεί σε όλους τους πολιτισμούς, σε όλες τις φυλές και σε όλες τις πολιτισμικές ομάδες. (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 475).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1988) «ο όρος Σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που πρωτύτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια (démence précoce-dementia praecox) και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin (1896) το διέδωσε σε όλο τον κόσμο.

Βέβαια, γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν επρόκειτο για «άνοια» («που άρχιζε νωρίς») κι ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, για «σχίσσιμο του μυαλού», εξ' ου κι ο όρος Σχιζοφρένεια». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 137-138).

Ο Χαρτοκόλλης (1986) στη βιβλιογραφία του αναφέρει ότι «ο ίδιος ο Μπλόουερ παρατήρησε ότι θα έπρεπε να αναφερόμαστε σε μια ομάδα συγγενών διαταραχών, τις σχιζοφρένιες, μάλλον παρά σε μια ενιαία διαταραχή, τη σχιζοφρένεια. Και η τελευταία ταξινόμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης της Υγείας αναφέρεται στις σχιζοφρενικές ψυχώσεις, ενώ η ανάλογη ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας τις αποκαλεί σχιζοφρενικές διαταραχές». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 133).

Η έννοια που αποδίδει στον όρο «σχιζοφρένεια ο Σακελλαρόπουλος (1995) είναι ότι «πρόκειται για μια ομάδα ψυχώσεων, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό θεμελιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση (dissociation). Η έννοια αυτή, εκφράζει την αποδιάρθρωση των διαφόρων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως της νοημοσύνης, της σκέψης, του θυμικού, της ζωϊκής ορμής, καθώς επίσης των διαπροσωπικών σχέσεων και της επίγνωσης της πραγματικότητας. Είναι δυνατό με γνώμονα την αποσυνθετική αυτή διαδικασία να διακρίνουμε ένα σύνολο κλινικών συνδρόμων,

τα οποία παρουσιάζουν κοινή αιτιολογία και συμπτωματολογία. Δεν υπάρχει μια ενιαία οντότητα «σχιζοφρένεια», αλλά σχιζοφρενείς ασθενείς, οι οποίοι εκφράζουν την έντονη και δραματική ψυχική τους οδύνη με συμπτώματα διαφορετικά μεταξύ τους, όπως η αποπροσωποποίηση, το παραλήρημα, η αυτιστική απόσυρση, οι ψυχοκινητικοί αυτοματισμοί, οι άτυποι δυσθυμικοί παροξυσμοί κ.λ.π.». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 473).

Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (1995) είναι ο Παρασκευόπουλος (1988) ο οποίος υποστηρίζει ότι «η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει μια ομάδα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που χαρακτηρίζονται από διαταραχές στη σκέψη, στο συναίσθημα και στην κινητική-πραξιακή συμπεριφορά. Οι διαταραχές στη σκέψη συνίστανται σε μεταβολή του τρόπου σχηματισμού των εννοιών και των κρίσεων που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και, καμιά φορά, παραγωγή ψευδαισθήσεων κι αλλόκοτων παραληρηματικών ιδεών. Οι διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές καταστάσεις, υποτονικό θυμικό κι απρόσφορες συναισθηματικές αποκρίσεις. Οι διαταραχές στον κινητικό-πραξιακό τομέα συχνά περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα». (Παρασκευόπουλος Ν., 1988, σελ. 18-19).

«Έτσι, λοιπόν, σήμερα η σχιζοφρένεια θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής κι εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 138).

Παρατηρώντας εξελικτικά τους ορισμούς που αποδίδονται στη σχιζοφρένεια, γίνεται φανερό ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές, εκτός αν εξαιρέσουμε τον αρχικό ορισμό. Φαίνεται, λοιπόν, να είναι όλοι σύμφωνοι με την άποψη ότι δεν υπάρχει ασθένεια που ονομάζεται σχιζοφρένεια, αλλά υπάρχουν σχιζοφρενείς ασθενείς, οι οποίοι σίγουρα χαρακτηρίζονται από ορισμένους κλινικούς τύπους.

5.2. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Ο Μάνος Ν. (1988), λοιπόν, αναφέρει στη βιβλιογραφία του αρχικά τον παρανοϊκό τύπο, «ο οποίος κατά DSM-III R παρουσιάζει χαρακτηριστικά όπως:

A. Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες ή με συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με ένα μόνο θέμα. Επιπρόσθετα, η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού συνήθως παραβλάπτεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και παρανοϊκοί σχιζοφρενικοί μπορεί να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές καταστάσεις που δε διεγείρουν τους παρανοϊκούς φόβους του.

Άγχος, θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαίσθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο, όπως επίσης κι αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου ή φόβος ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο ή θα το προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 147).

«Ένας άλλος τύπος είναι ο αποδιοργανωμένος ή ηβηφρενικός που τα βασικά χαρακτηριστικά του είναι κατά DSM-III R: **A.** Ασυναρτησία, εκσεσημασμένη χάλαση των συνειρμών ή εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, **B.** Επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναίσθημα. Λείπουν οι συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες μπορεί όμως να υπάρχουν διασπασμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Μαννερισμοί, υποχονδριακά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και παραξενιές στη συμπεριφορά είναι συχνά. Η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη». (Βλ. παραπάνω, σελ. 148).

«Σύμφωνα με τον Μάνο (1988), ένας άλλος τύπος είναι ο κατατονικός τα χαρακτηριστικά του οποίου σύμφωνα με το DSM-III R είναι: **(1)** κατατονική εμβροντησία (stupor) (εκσεσημασμένη ελάττωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον και/ή ελάττωση των αυτόματων κινήσεων και της αυτόματης δραστηριότητας) ή βωβότητα, **(2)** κατατονικός αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο) σε κάθε εντολή ή προσπάθεια μετακίνησης, **(3)** κατατονική δυσκαμψία (διατήρηση μιας δύσκαμπτης στάσης του

σώματος σαν αντίσταση σε προσπάθειες μετακίνησής του), **(4)** κατατονική διέγερση (διεγερμένη κινητική δραστηριότητα, προφανώς άσκοπη και μη επηρεαζόμενη από εξαιρετικά ερεθίσματα, **(5)** κατατονικές στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις). Συνοδὰ συμπτώματα του τύπου αυτού είναι στερεοτυπία». (Βλ. παραπάνω).

«Τέλος, δύο σχιζοφρενικοί τύπου που παρουσιάζει ο Μάνος (1988) είναι ο αδιαφοροποίητος, τον οποίο κατά DSM-III R χαρακτηρίζουν: Α. Προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή εμφανώς αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και ο υπολειμματικός ο οποίος κατά DSM-III R αναφέρεται σε περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας αλλά που στην τωρινή κλινική εικόνα: Α. Απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, όμως, Β. υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνερίζεται, όπως αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη, χάλαση συνειρμών κ.λ.π.

Ο Χαρτοκόλλης Π. (1986), παρουσιάζει τους σχιζοφρενικούς τύπους στη βιβλιογραφία του αποδίδοντας στον καθένα τα εξής χαρακτηριστικά:

«1) Όσον αφορά τον παρανοϊκό τύπο αναφέρει, σύμφωνα με τον Μάνο (1988), ότι τον χαρακτηρίζουν: α) Καχυποψία, β) Υπερευαίσθησία στις φιλικές σχέσεις, γ) Ψευδαισθήσεις, δ) Επιθετικότητα, ε) Ιδέες μεγαλείου.

2) Αναφερόμενος στον κατατονικό τύπο υποστηρίζει ότι παρουσιάζει: α) Ελάττωση της αντίδρασης προς το περιβάλλον του, συμφωνώντας με τον Μάνο (1988), β) Ψευδαισθήσεις και γ) Ασυνάρτητες σκέψεις.

3) Ο αποδιοργανωμένος τύπος περιλαμβάνει: α) Ασυνάρτητες σκέψεις, β) Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, γ) Κοινωνική απόσυρση και δ) Παραληρητικές ιδέες, χαρακτηριστικά τα οποία αναφέρει κι ο Μάνος (1988) στη βιβλιογραφία του.

4) Τέλος, ο μεικτός τύπος, ο οποίος χαρακτηρίζεται από: α) Μειωμένη δραστηριότητα και β) Παρανοϊκές ιδέες. (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 160-170).

Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά των σχιζοφρενικών τύπων, συμπεραίνονται, μελετώντας τις περιπτώσεις που παρουσιάζει στη βιβλιογραφία του ο Χαρτοκόλλης Π. (1986).

Στη συνέχεια, ο Σακελλαρόπουλος (1995), αναφέρεται στους σχιζοφρενικούς τύπους, παρουσιάζοντας τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Η απλή σχιζοφρένεια περιλαμβάνει: α) Αλλόκοτους τρόπους συμπεριφοράς, β) Έλλειψη αυθορμητισμού, γ) Συναισθηματική αδιαφορία, δ) Αναποφασιστικότητα, ε) Φτωχές συναισθηματικές σχέσεις, στ) Ουδετερότητα του θυμικού, ζ) Παρορμητικές εκρήξεις με έντονα διασχιστικά χαρακτηριστικά.
2. Η παρανοειδής σχιζοφρένεια περιλαμβάνει: α) Αποσύνθεση της προσωπικότητας, β) Διαρκή παραληρητική δραστηριότητα, γ) Απουσία δομής κι οργάνωσης του παραληρήματος και δ) Σαν τελευταίο στάδιο της αναφέρεται η αυτιστική συμπεριφορά.
3. Σύμφωνα με τον Μάνο (1988) και τον Χαρτοκόλλη (1986), ο Σακελλαρόπουλος (1995) αποδίδει ως πρώτο χαρακτηριστικό στον αποδιοργανωμένο τύπο την απροσφορότητα στη σκέψη, νοημοσύνη, λόγο και θυμικό και στη συνέχεια αναφέρεται στην καθολική έκπτωση ως τελική κατάληξη.
4. Τέλος, στην ηβηφρενοκατατονία αποδίδει το ηβηφρενικό κενό και τα κατατονικά συμπτώματα και σύμφωνα με τον Μάνο (1988) περιλαμβάνει: α) την απροσφορότητα, η οποία προσβάλλει την ψυχοκινητικότητα, β) την έντονη εναντίωση και τον αρνητισμό και γ) τις στερεοτυπικές χειρονομίες. Αναφέρει, επίσης, ότι οι κατατονικές εκδηλώσεις δε διαρκούν πολύ. (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 496-498).

Τέλος, ο Γεωργαράς (1987) παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά των σχιζοφρενικών τύπων, μερικά από τα οποία είναι κοινά, με τις προηγούμενες αναφορές, όπως η αντικοινωνική συμπεριφορά και η συναισθηματική άμβλυση στην απλή σχιζοφρένεια. Αυτά τα δύο χαρακτηριστικά αναφέρονται και στη βιβλιογραφία του Σακελλαρόπουλου (1995). Επιπρόσθετα χαρακτηριστικά της απλής σχιζοφρένειας, στη βιβλιογραφία του Γεωργαρά (1987), είναι: α) Η αποδιοργάνωση, β) Η βαθμιαία έκπτωση της ικανότητας προσαρμογής στις υποχρεώσεις απέναντι στο περιβάλλον, γ) Η αυτιστική συμπεριφορά και σκέψη, δ) Η επαγγελματική πτώση, ε) Η έλλειψη πρωτοβουλίας, στ) Η στάση για ονειροπωλήσεις, ζ) Η αδυναμία συγκέντρωσης και η) Τα παραληρητικά στοιχεία.

Στην ηβηφρενική μορφή σχιζοφρένειας ο Γεωργαράς (1987) περιλαμβάνει: α) Τη διαταραγμένη σκέψη, β) Τη συναισθηματική αμβλύτητα, γ) Τη φιλητική αδιαφορία, δ) Την ψυχοκινητική διέγερση, ε) Τις ψευδαισθήσεις και κυρίως

ακουστικές και στ) Τις συνειρμικές διαταραχές και τα υποχονδριακά στοιχεία, τα οποία αναφέρει κι ο Μάνος (1988) στη βιβλιογραφία του.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της κατατονικής σχιζοφρένειας, ο Γεωργαράς (1987) αναφέρει: α) Την ψυχοκινητική διέγερση και σύμφωνος με το Μάνο (1987) τον ψυχοκινητικό αρνητισμό, την υποβολιμότητα, τις στερεοτυπίες και την κυρώδη ευκαμψία.

Τελευταία, παρουσιάζει την παρανοειδή μορφή σχιζοφρένειας, της οποίας τα χαρακτηριστικά είναι: α) Ακουστικές ψευδαισθήσεις, β) Διακοπή του συνειρμού και γ) Παραληρητικές ιδέες και διαταραχές της σκέψης, τις οποίες αναφέρει κι ο Σακελλαρόπουλος (1995). (Γεωργαράς, 1987, σελ. 135-141).

Οποιαδήποτε, όμως, κι αν είναι η μορφή σχιζοφρένειας που θα παρουσιαστεί στο άτομο, από πλευράς εξέλιξης εμφανίζει ορισμένα κοινά στάδια.

5.3. ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ – ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

«Ανάμεσα στα πολλά σχήματα εξέλιξης της σχιζοφρένειας που έχουν προταθεί κατά καιρούς, αρκετά πρακτικό και που ανταποκρίνεται ίσως περισσότερο στα δεδομένα της Κλινικής ψυχιατρικής είναι αυτό του Arrietti, που συμπεριλαμβάνει τέσσερα στάδια». (Λεοντόπουλος Ι., Μιχοπούλου Α., 1987, σελ. 61).

«Το πρώτο ή αρχικό στάδιο υποδιαιρείται σε τρία υποστάδια: Το υποστάδιο του προψυχωτικού πανικού, ο άρρωστος αισθάνεται πως η αντίληψη για τον κόσμο και οι σχέσεις του με αυτόν μεταβάλλονται. Η ανησυχία, η αϋπνία, η ευερεθιστότητα και το αίσθημα ξενισμού κυριαρχούν κατά το υποστάδιο αυτό, από πλευράς ψυχοπαθολογίας. Αρκετά συχνά, το υποστάδιο αυτό περνά απαρατήρητο από το περιβάλλον του αρρώστου ή ερμηνεύεται ποικιλότροπα από αυτό ή και δεν εκτιμάται όσο πρέπει από τον γιατρό. Έτσι ο ασθενής «γλιστράει»

στο υποστάδιο της ανοικτής ψυχωσικής συμπτωματολογίας, η οποία είναι ανάλογη προς τη μορφή της σχιζοφρενικής νόσου». (Βλ. παραπάνω).

«Στη συνέχεια ακολουθεί το υποστάδιο της ψυχωσικής ενόρασης. Εδώ η γνήσια ευαισθησία του ασθενή χάνεται και το άγχος του μειώνεται. Τώρα ανακαλύπτει τι του πάει στραβά και γιατί. Αρχίζει να ερμηνεύει τα ενοχλήματά του κατά εξωπραγματικό τρόπο. Έτσι, χάνει την επίγνωση του πραγματικού κι αποκτά την ψυχωσική ευαισθησία. Υιοθετεί νέους τρόπους σκέψης και νομίζει πως ποτέ στη ζωή του δε σκέφτηκε τόσο «καθαρά» όσο τώρα». (Βλ. παραπάνω).

«Στο υποστάδιο αυτό οι κακοί χειρισμοί του ασθενή από πλευράς περιβάλλοντος ή γιατρού μπορεί να ενισχύσουν, εδραιώσουν ή επεκτείνουν το παραλήρημα που αρχίζει τώρα να εμφανίζεται. Στο υποστάδιο αυτό εκτός από το παραλήρημα κάνουν την εμφάνισή τους και οι ψευδαισθήσεις.

Υπάρχουν περιπτώσεις που ο άρρωστος είναι δυνατόν να παραμείνει για όλα του τα χρόνια στο αρχικό στάδιο. Αυτό, όμως, συμβαίνει σπάνια και κυρίως όταν αναπτυχθούν ψυχολογικοί μηχανισμοί νευρωσικού τύπου, που να κυριαρχούν έντονα και συνεχώς στην όλη σχιζοφρενική συμπτωματολογία. Η περίπτωση αυτή είναι η καλούμενη «νευροποίηση της ψύχωσης».

Μετά το αρχικό στάδιο ακολουθεί το δεύτερο ή προχωρημένο στάδιο της νόσου. Κατά το στάδιο αυτό τα συμπτώματα αποκρυσταλλώνονται και προσλαμβάνουν καθορισμένη κι απόλυτη μορφή. Διαμορφώνεται έτσι μια κλινική εικόνα που επιτρέπει υπαγωγή της νόσου σε μια από τις μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες της. Ακόμη, κατά το στάδιο αυτό αρχίζουν να περιορίζονται οι δραστηριότητες του ασθενή και να μετατρέπονται σε δραστηριότητες ρουτίνας. Έτσι επαναλαμβάνουν περίπου τα ίδια πράγματα με μικρές διαφορές. Κάτι άλλο που συμβαίνει κατά το στάδιο αυτό είναι ότι οι άρρωστοι αρχίζουν να γράφουν γράμματα που συνήθως εκφράζουν θυμό. Όσο προχωρεί η αρρώστια τόσο η γλώσσα αποδιοργανώνεται και τόσο τα γραπτά αρχίζουν να γίνονται δυσνόητα.

Κατά το τέλος του δεύτερου σταδίου η σεξουαλική ζωή κάμπτεται ανεξάρτητα από τη λήψη φαρμάκων. Έχει διαπιστωθεί ότι μέχρι και το τέλος του δεύτερου σταδίου οι ασθενείς θυμούνται την έναρξη της ασθένειάς τους που συνήθως την αποδίδουν σε εξάντληση, υπερκόπωση, φόβο, στενοχώρια, ερωτική απογοήτευση, σωματική αρρώστια, σε μάγια κ.ά.» (Βλ. παραπάνω, σελ. 62).

«Το τρίτο ή προτελικό στάδιο εμφανίζεται 5-15 χρόνια από την έναρξη της νόσου, μπορεί, όμως, να εμφανισθεί και πολύ αργότερα ή και νωρίτερα. Στο

στάδιο αυτό τα περισσότερα συμπτώματα χάνουν τη «ζωντάνια» τους, και θα μπορούσε να ισχύσει ο όρος «χρόνια αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια, έστω κι αν πιο μπροστά η ψύχωση είχε έναν εμφανή τύπο. Αρκετές φορές οι ασθενείς παρουσιάζουν διάφορες συνήθειες κατά το στάδιο αυτό. Σαν παράδειγμα αναφέρεται το τράβηγμα των μαλλιών ή του δέρματος, η εκτέλεση ρυθμικών κινήσεων, η απόκρυψη κι ο αυτοστολισμός». (Βλ. παραπάνω).

«Το τέταρτο ή τελικό στάδιο είναι το τελευταίο στάδιο στην εξέλιξη της σχιζοφρένειας. Σε αυτό η ανωμαλία φτάνει σε επίπεδο που η νευρολογία και η ψυχιατρική συμφύονται. Η απαντητικότητα σε στοιχειώδη αισθητικά ερεθίσματα χάνεται. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζονται ανάληγοι κι αν δείξουν συμπτώματα πόνου, η συμπεριφορά τους είναι εμφανώς δυσανάλογη προς το ερέθισμα και πολύ μικρότερη τούτου. Το ίδιο συμβαίνει και με τη θερμοκρασία. Κρατούν κομμάτια πάγου στο χέρι χωρίς καμιά αντίδραση. Μπορεί να κάθονται πολύ κοντά στη σόμπα ή στο καλοριφέρ.

Πολλοί πιστεύουν πως όλα αυτά δεν είναι κανονική αναισθησία, αλλά ειδική κατατονική αδράνεια ή ορισμένο είδος άρνησης και τούτο από την παρατήρηση πως μερικοί ασθενείς από αυτούς επαναποκτούν κανονική αισθητικότητα παροδικά ή μόνιμα. Αλλά και διαταραχές στη γεύση μπορούν να παρουσιάσουν οι ασθενείς κατά το στάδιο αυτό. Τέλος, στο τελικό αυτό στάδιο δημιουργείται και η συνήθεια «θέση στο στόμα», όπως χαρακτηριστικά ονομάζεται. Κατ' αυτήν το κάθε τι που βρίσκουν βρώσιμο ή μη το βάζουν στο στόμα όπως τα πολύ μικρά παιδιά. Πολλά ατυχήματα από τη συνήθεια αυτή έχουν αποδοθεί λαθεμένα σε αυτοκτονία». (Βλ. παραπάνω, σελ. 63).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι κατά την εξέλιξη του σχιζοφρενικού συνδρόμου υπάρχουν ανωμαλίες ή διαταραχές τόσο στη μορφή της σκέψης όσο και στο περιεχόμενο της αντίληψης, στο συναίσθημα, στη βούληση και στις διαπροσωπικές σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου: Τα συμπτώματα αυτά ποικίλλουν ανάλογα με τη σοβαρότητα, την εξελικτική φάση και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή.

5.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Κατά την έναρξή της, κάθε μορφή σχιζοφρενικής διαταραχής, παρουσιάζει συνήθως τα ακόλουθα ευρήματα:

- ∅ «Μείωση της πνευματικής απόδοσης: απροσδόκητη αποτυχία σε κάποια εξέταση ή σε ένα διαγωνισμό, από ένα άτομο με λαμπρές μέχρι τότε επιδόσεις, εγκατάλειψη μιας επαγγελματικής απασχόλησης.
- ∅ Μεταβολές του χαρακτήρα: βαρυθυμία κι ακεφιά, εχθρότητα προς το οικογενειακό περιβάλλον, τάση για απομόνωση, δύστροποι ιδεομηρυκασμοί.
- ∅ Εγκατάλειψη ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων: (π.χ. μουσική, αθλητισμός, ανάγνωση, ταξίδια) που μέχρι τότε ήταν έντονα επενδεδυμένες συναισθηματικά, χωρίς να υπάρχει εύλογη εξήγηση της εγκατάλειψης.
- ∅ Αντιστρόφως, αιφνίδια εκδήλωση έντονου ενδιαφέροντος για τον αποκρυφισμό, τη μαγεία, τις μικρές θρησκευτικές ομάδες ή τις μυστικιστικές επιστήμες. Στις μέρες μας, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο, ο νεαρός σχιζοφρενής να καταφεύγει σε διάφορες περιθωριακές, απομονωμένες κοινότητες, στις οποίες άλλωστε η ένταξή του δεν είναι παρά προσωρινή. Σε αυτό το στάδιο εξέλιξης, η ευκαιριακή και πολύ περισσότερο η συστηματική χρήση «ναρκωτικών» είναι δυνατό να έχει το νόημα μιας φαρμακευτικής «αυτοαγωγής» για την αντιμετώπιση του άγχους που κατακλύζει το άτομο. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να επιταχύνει την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.
- ∅ Είναι δυνατόν, επίσης, να παρατηρηθούν ορισμένες διαταραχές νευρωσικού τύπου:
- ∅ Η αγχώδης συμπτωματολογία είναι συνήθως αόριστη και διάχυτη. Το άγχος κι ο φόβος αποδίδονται σε αιτίες αφηρημένες (φόβος ότι η γη θα σταματήσει να γυρίζει) ή εξωπραγματικές (φόβος ότι ο πλανήτης θα εκραγεί). Μερικές φορές παίρνουν ψευδοευφορική μορφή, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από

ιδέες συσχετίσεως ή αναφοράς που είναι πολύ συχνά κατά την έναρξη της νόσου: ο ασθενής έχει την εντύπωση ότι τον κοιτάζουν επίμονα ή τον παρατηρούν όταν βγαίνει στο δρόμο ή ακόμη δηλώνει ότι αισθάνεται να υπάρχει κάποια εχθρότητα στην ατμόσφαιρα.

- ∅ Η ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία: το άτομο πολιορκείται προοδευτικά από αμφιβολίες ή επιβάλλει στον εαυτό του να πλένεται πολλές φορές την ημέρα με σκοπό να «εξαγνιστεί». Οι ιδεοληψίες δε, συνοδεύονται εδώ από την αγχώδη διαπάλη με τον εαυτό που παρατηρείται συνήθως στις νευρωσικές διαταραχές.
- ∅ Η υστερική συμπτωματολογία περιλαμβάνει υστερικές κρίσεις, σωματικά άλγη με μεταβαλλόμενη εντόπιση, αδιαθεσίες και συχνότερα διαταραχές της διατροφής, όπως ανορεξία, βουλιμία ή εναλλαγή αυτών των δύο παθολογικών τύπων συμπεριφοράς.
- ∅ Η υποχονδριακή συμπτωματολογία είναι η πιο συχνή. Οι ασθενείς παρουσιάζουν αυξανόμενη ενασχόληση σε ό,τι αφορά τις σωματικές τους λειτουργίες και τη σωματική τους ακεραιότητα. Ο κυριότερος πόλος ενδιαφέροντος είναι το πεπτικό σύστημα. Ορισμένες αιτιάσεις αφορούν τα σεξουαλικά όργανα και τις αντίστοιχες λειτουργίες: πεπτοίθηση εγκυμοσύνης, εντύπωση ότι το πέος αρχίζει να ατροφεί. Όλες αυτές οι υποχονδριακές αιτιάσεις υποδηλώνουν την παράξενη αίσθηση αποσύνδεσης των μερών του σώματος και την εντύπωση μεταμόρφωσης των σπλάχνων». (Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ. 493-494).

Σ' αυτό το σημείο θα παρατεθούν ειδικότερα οι διάφορες διαταραχές που χαρακτηρίζουν τη σχιζοφρενική διάσχιση:

A) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

«Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης με τη μορφή παραληρητικών ιδεών είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης: π.χ. παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες

ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους κ.λ.π. Κοινές είναι και οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης. Συχνά στη σχιζοφρένεια είναι παρούσα και η διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης (μορφολογική ή τυπική διαταραχή της σκέψης). Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φτάσει μερικές φορές την ασυναρτησία ή τη «γλωσσική σαλάτα». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 140).

«Οι ιδέες διαδέχονται η μια την άλλη χωρίς φανερό 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. Η συστηματική χρήση νεόκοπων λέξεων (νεολογισμών), η εμμονή στις ίδιες ιδέες ή λέξεις (ιδεοληψία), η συνάρτηση λέξεων που απλώς έχουν την ίδια κατάληξη ή άλλη ηχητική ομοιότητα χωρίς λογική σχέση (ηχολαλία), το απότομο σταμάτημα μιας σκέψης στη μέση χωρίς προσπάθεια να διατυπωθεί αλλιώς (ανακοπή), η στερεότυπη επανάληψη μιας υποδείξεως ή ενός ερωτήματος (στερεοτυπία) είναι μερικά ακόμα παραδείγματα του παθολογικού φαινομένου που ονομάζουμε βασική διαταραχή της σκέψης». (Χαρτοκόλλης Π, 1986, σελ. 140).

Ο Γεωργαράς (1987), αναφέρει στη βιβλιογραφία του ότι σύμφωνα με τον De Clerambault, υπάρχει μια ομάδα συμπτωμάτων, που για μερικούς θεωρούνται πολύ χαρακτηριστικά στη σχιζοφρένεια, και ονομάζεται ψυχοδιανοητικός αυτοματισμός. Ο ψυχοδιανοητικός αυτοματισμός συμπεριλαμβάνει:

α. Ηχώ των σκέψεων: Ο άρρωστος νομίζει ότι η σκέψη του επαναλαμβάνεται (σαν ηχώ) πολλές φορές.

β. Ηχηρά σκέψη. Νομίζει ότι ακούει τη σκέψη του.

γ. Υφαρπαγή των σκέψεων. Ο άρρωστος νομίζει ότι άλλοι άνθρωποι του κλέβουν τη σκέψη. Νομίζει, επίσης, ότι η σκέψη του υφίσταται επίδραση από άλλους ανθρώπους, οι οποίοι και του την καθοδηγούν». (Γεωργαράς Κ. Α., 1987, σελ. 133).

Αυτό το σύμπτωμα ο Σακελλαρόπουλος (1995) στη βιβλιογραφία του το ονομάζει ιδεοεμμονή (perseveration) και ιδεομόλυνση (contamination).

δ. «Ροή της σκέψης κι ανακοπή αυτής. Οι άρρωστοι παραπονούνται ότι σταματάει η σκέψη τους». (Γεωργαράς Α. Κ., 1987, σελ. 133).

B) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

«Από τις πιο εντυπωσιακές διαταραχές της σκέψης ή πιο συγκεκριμένα της αντίληψης είναι η ψευδαίσθηση, που δημιουργείται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό εξωτερικό ερέθισμα. Πρόκειται για μια ολοκληρωμένη ακραία μορφή παραληρήματος». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 142).

«Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, χαρακτηριστικές όμως θεωρούνται οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα απ' το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μία, συζητούν μεταξύ τους ή του δίνουν εντολές. Οι τελευταίες είναι πολύ 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 ακόμη άτομα, θα πρέπει οι φωνές που αναφέραμε να είναι παρούσες για μέρες ή εβδομάδες είτε συνέχεια είτε κατά διαστήματα. Οπτικές, απτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις συμβαίνουν λιγότερο συχνά στη σχιζοφρένεια.

Σωματικές ψευδαισθήσεις – και κιναισθητικές ψευδαισθήσεις – παρατηρούνται επίσης στη σχιζοφρένεια». (Μάνος Μ., 1988, σελ. 140-141).

«Η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποια προσφέρεται καλύτερα στην έκφραση του ψυχολογικού προβλήματος που απασχολεί το υποκείμενο. Συναισθήματα ενοχής εκφράζονται πιο εύκολα με την ομιλία, γι' αυτό ο ψυχωτικός άρρωστος ακούει φωνές που τον ψέγουν ή τον κατηγορούν ότι είναι ομοφυλόφιλος, ερωτομανής κι ανήθικος – φωνές που αντανakλούν τα λόγια των γονέων του όπως έχουν καταγραφεί στο υπερεγώ του, επικρίνοντάς τον για απαράδεκτες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προδίδουν μια σύγχυση ανάμεσα στον εσωτερικό κι εξωτερικό κόσμο του ατόμου, που οφείλεται στην αποσύνθεση του υπερεγώ». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 143).

Γ) ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

«Συχνά στη σχιζοφρένεια παρατηρούμε αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα ή απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή του συναισθήματος, εκτός από τις περιπτώσεις που είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό, δεν είναι από τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά στοιχεία, καθώς είναι και δύσκολο να προσδιορισθεί ακριβώς». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 141).

«Είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς τη σκέψη από το συναίσθημα ή το θυμικό, κι όσο παράδοξο κι αν φαίνεται, δεν ξέρει κανένας ποιο έρχεται πρώτο, η σκέψη ή το συναίσθημα; Κατά την κλασική θεωρία Τζαίημς-Λάνγκσλεη, όταν ακούσουμε ότι πέθανε ένα αγαπητό πρόσωπο κλαίμε πρώτα και ύστερα λυπόμαστε. Με άλλα λόγια, η εμπειρία του συναισθήματος βασίζεται σε ορισμένες νευροφυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού, που είναι αντανακλαστικές μάλλον παρά αποτέλεσμα σκέψης και πιο συγκεκριμένα διανοητικής εκτίμησης των συνθηκών στις οποίες ανταποκρίνεται το οποιοδήποτε συναίσθημα». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 144).

«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 απροσπέλαστο. Ο ίδιος συχνά παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται, ότι δεν αισθάνεται ούτε χαρά ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται σαν να αισθάνεται το αντίθετο από εκείνο που λέει ότι αισθάνεται ή που θα έπρεπε να αισθάνεται σύμφωνα μ' αυτά που λέει. Άλλες φορές από ήρεμος που είναι, ξαφνικά, χωρίς φανερή αιτία, γίνεται ανήσυχος, φωνάζοντας οργισμένα ή τρομαγμένα. Παραδόξως, τα αντιψυχωτικά φάρμακα, ενώ έχουν μια ευεργετική επίδραση πάνω στη σκέψη κι αντίληψη του ασθενή, τείνουν να ισοπεδώσουν τα συναισθήματα και την εκφραστική του ικανότητα». (Βλ. παραπάνω σελ. 145).

Δ) ΒΟΥΛΗΣΗ

«Όπως είναι επόμενο, η συναισθηματική άμβλυση που φέρνει η χρόνια σχιζοφρένεια αντανακλά στην ικανότητα του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία κι ενδιαφέρον σε οτιδήποτε έξω από τον εαυτό του εμποδίζοντας τον να συμμετέχει ενεργά σε κοινές ασχολίες και γενικά να κάνει τη δουλειά του σωστά, με συνέπεια κι αποτελεσματικότητα». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 145).

«Διαταραχή της βούλησης αποτελεί και η αμφιβουλησία (αμφιθυμία) που παρατηρείται συχνά στη σχιζοφρένεια και που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. Η αμφιβουλησία μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της στοχο-κατευθυνόμενης δραστηριότητας». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 141-142).

Ε) ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ – ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ

«Κάτι που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αντικειμενικά, αλλά που κυριαρχεί στην υποκειμενική ζωή του αρρώστου σε σημείο που να τον φέρνει σε απόγνωση, είναι μια βαθιά διαταραχή του συναισθήματος ταυτότητας, της ικανότητας να διακρίνει τον εαυτό του από τους άλλους σαν 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 σαν να χάνει τον εαυτό του, σαν τα όρια του εαυτού του να θρυμματίζονται, σαν το ίδιο το σώμα του να διαμελίζεται». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 145).

«Αυτή η απώλεια αισθήματος της ατομικότητας, προσβάλλει την αίσθηση της σωματικής ακεραιότητας και ταυτότητας, τη συνείδηση του ψυχικού εγώ και συνοδεύεται από εμπειρίες ξενισμού ή ακόμα και καθολικής αταξίας του εξωτερικού κόσμου. Στη σχιζοφρένεια, η αποπροσωποποίηση συνυπάρχει (αιτία ή αποτέλεσμα) με πολύ έντονο άγχος: άγχος αποχωρισμού (angoisse de séparation), αφανισμού (angoisse de néantisation), διασχιστικού κατακερματισμού (angoisse de morcellement dissociatif). Σε περίπτωση που η αποπροσωποποιητική εμπειρία είναι αιφνίδια κι έντονη, συνοδεύεται συχνά από

την πολύμορφη συμπτωματολογία του οξέος παραληρητικού επεισοδίου. Όταν εγκαθίσταται σταδιακά, οδηγεί σε δραστηριότητες και στάσεις που μαρτυρούν ένα βίωμα σωματικού διασκορπισμού: ο ασθενής κοιτάζει επίμονα τα χέρια του και κυρίως το πρόσωπό του, μένοντας για ώρες μπροστά στον καθρέφτη (σημείο του καθρέφτη, *signe du miroir*). Αμφιβάλλοντας για τη συνοχή των σωματικών του ορίων, έχει την αίσθηση ότι τα μέλη του σώματός του αλλάζουν σχήμα κι όγκο, προσπαθεί να βεβαιωθεί για την ακεραιότητά τους κοιτάζοντάς τα, ψηλαφώντας τα και ζητώντας από τους άλλους να τον καθησυχάσουν. Σε ακραίες περιπτώσεις, ο ασθενής έχει την αίσθηση απώλειας των ζωϊκών ιδιοτήτων (*impressie de dènvitalisation de soi – mème et du monde etèrieur*), όσον αφορά τον εαυτό του ή/και άτομα του περιβάλλοντός του. Παράλληλα, μπορεί να υπάρχει και η αίσθηση εκμηδένισης (*anèantisement*), αποσύνθεσης (*dècomprossition*), μεταλλοποίησης (*mineralisation*) του σώματος». (Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ. 484-485).

ΣΤ) ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

«Μια ποικιλία διαταραχών χαρακτηρίζει την ψυχοκινητικότητα ιδιαίτερα του βαριά χρόνιου ή σε έντονα οξεία φάση ασθενή». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 142).

«Η απροσφορότητα, λοιπόν, στον τομέα της ψυχοκινητικής δραστηριότητας περιγράφεται με το όνομα κατατονία (*catatonie*), όρο που περιλαμβάνει πολυάριθμα συμπτώματα. Ορισμένα, όπως η αναποφασιστικότητα των χειρονομιών, το απροσδιόριστο των στάσεων, οι αυτόματες κινήσεις, η επιτήδευση της εμφάνισης και των χειρονομιών, συναντώνται συχνά. Τα συμπτώματα αυτά παραξενεύουν τον παρατηρητή, εξαιτίας του προσποιητού κι αφύσικου χαρακτήρα τους, πολύ περισσότερο μάλιστα, όταν συνοδεύονται από παραμιμίες (μορφασμοί, αναίτιοι γέλωτες, συσπάσεις του προσώπου). Εξίσου συχνές, είναι οι στερεοτυπίες. Χαρακτηρίζονται από την επανάληψη της ίδιας κίνησης (ξύσιμο, ταλάντευση της κεφαλής και του κορμιού), ή της ίδιας συμπεριφοράς (π.χ. ο ασθενής γράφει κάθε μέρα το ίδιο γράμμα, ζωγραφίζει το ίδιο σχέδιο, επαναλαμβάνει τους ίδιους απaráλλακτους περιπάτους)». (Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ. 487-488).

Z) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

«Οι διαταραχές αυτές προσβάλλουν τον προφορικό λόγο, τη γραφή και την εικαστική έκφραση. Αντανακλούν τις διαταραχές της σκέψης κι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος τους. Μερικές φορές, παρατηρούμε στον ασθενή καταστάσεις αλαλίας ή ημιαλαλίας (οι οποίες μπορεί να συνδέονται με αιφνίδιες χειρονομίες και λεκτικές παρορμήσεις), που προφανώς αποσκοπούν στο να διακόψουν την επικοινωνία και να ικανοποιήσουν την ανάγκη αναδίπλωσης του ασθενούς στον εαυτό του. Συχνά ο προφορικός λόγος του σχιζοφρενούς περιλαμβάνει μια λέξη-κλειδί που μπορεί να μην ανήκει στο λεξιλόγιο της γλώσσας του. Το συμβολικό της περιεχόμενο αναγνωρίζεται σχετικά εύκολα (για παράδειγμα ένας ασθενής ισχυριζόταν κατά τη νοσηλεία του ότι η μητέρα του κι ο γιατρός «φαρμακοραφούσαν» για να τον δηλητηριάσουν, όρος που προέρχεται εμφανώς από τη συναί-ρεση των ρημάτων «φαρμακώνω» και «μηχανοραφώ». Οι συντακτικές αλλοιώσεις (αναγραμματισμός, παραγραμματισμός) κι ο πολλαπλασιασμός των νεολογισμών, μπορεί σε ορισμένες πολύ βαριές μορφές, να καταλήξουν σε ένα απόλυτα ακατανόητο παραγλωσσικό ιδίωμα (σχιζοφασία, schizophasie). Τέλος, τα εικαστικά έργα των σχιζοφρενών εμπεριέχουν ένα συμβολικό υλικό, το οποίο μερικές φορές είναι πολύ πλούσιο, άλλοτε, όμως, είναι εξαιρετικά φτωχό. Το υλικό αυτό αντανακλά την αφθονία, την έντονη αντιφατικότητα του περιεχομένου ή την εξάντληση της φαντασιωσικής ζωής των ασθενών». (Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ. 486-487).

H) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

«Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αρχικές εκδηλώσεις της κακοήθους σχιζοφρένειας είναι μια προϊούσα διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων. Κατά κανόνα, οι σχέσεις του αρρώστου με τους άλλους δεν είναι ποτέ καλές. Καθώς η επαφή του με την πραγματικότητα χειροτερεύει, η συμπεριφορά του επίσης αλλάζει, συνήθως σιγά-σιγά, ανεπαίσθητα, προοδευτικά, αν και καμιά φορά

εντελώς ξαφνικά. Εμφανίζεται μια νευρική κατάσταση, μια υπερκινητικότητα ή υποκινητικότητα, οι ώρες αναπαύσεως και η διάρκεια του ύπνου μικραίνουν ή μακραίνουν αντίστοιχα. Εμφανίζεται μια αδιαφορία ως προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, μια έλλειψη προσοχής προς τις υποδείξεις ή ανάγκες των άλλων, μια βαθμιαία κοινωνική απομόνωση, που πολλές φορές συνοδεύεται από αδέξιες, προσβλητικές ή επιθετικές εκφράσεις, στερεότυπους μορφασμούς και κινήσεις, αδικαιολόγητα γέλια ή κλάματα και, γενικά, μιαν αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 146).

«Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους συνανθρώπους του, τα διάφορα μέλη της οικογένειάς του, τους φίλους του, συμμαθητές του, γίνονται δύσκολες, προβληματικές και από μια στιγμή κι έπειτα, μπορεί να διακοπούν εντελώς. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, ζώντας με τη φαντασία του, μη δίνοντας πια καμιά προσοχή στον κόσμο της πραγματικότητας αγνοώντας τους πάντες και τα πάντα γύρω του. Σ' αυτή την κατάσταση, ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να χάσει κάθε συναίσθημα ευθύνης ή ντροπής, αυνανιζόμενος και, γενικά ικανοποιώντας τις σωματικές του ανάγκες δημόσια, χωρίς κανέναν ενδοιασμό, σε σημείο που να αποπατεί στο πάτωμα και να τρώει τα ίδια τα απορρίμμάτα του. Στην εποχή μας, με τη συστηματική χρήση των ψυχοφαρμάκων, το έσχατο αυτό στάδιο του αυτισμού έχει γίνει σπάνιο».

Θ) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΘΥΜΙΚΟΥ

«Η απροσφορότητα του θυμικού συγγέεται συχνά με την αδιαφορία, η οποία στην πραγματικότητα δεν υπάρχει ποτέ. Ο όρος αθυμορμία (athymhormie), που προτάθηκε από τους Dide και Guirand, συμπυκνώνει ταυτόχρονα την άμβλυση της συναισθηματικής ζωής και την απώλεια της ζωϊκής ορμής. Η συναισθηματική ζωή του σχιζοφρενούς, διαποτίζεται από αμφιθυμία (ambivalence): σε κάθε συναισθηματική του αντίδραση, συνυπάρχουν ταυτόχρονα αγάπη και μίσος, επιθυμία να γοητεύσει κι επιθυμία να κάνει κακό, επιθυμία να συγχωνευθεί με τον άλλο κι επιθυμία να αποχωριστεί από αυτόν οριστικά. Η συναισθηματική ατονία, η ψυχρότητα, η απομάκρυνση, καλύπτουν ή

τείνουν να εξουδετερώσουν την υπέρμετρη ευαισθησία, που επιζητά τη φροντίδα των άλλων και τις έντονες συναισθηματικές εμπειρίες, οι οποίες όμως αμέσως αυτο-αναστέλλονται. Προκύπτουν έτσι παράδοξες ενστικτο-συναισθηματικές εκδηλώσεις, οι οποίες αντανακλούν την ανικανότητα για αρμονική διευθέτηση των αντιφατικών συναισθημάτων, όπως π.χ. έκκλησης για βοήθεια που συνοδεύεται αμέσως από άρνηση για επικοινωνία ή ερωτικές εκδηλώσεις». (Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ. 487).

«Η σεξουαλικότητα είναι έντονα επηρεασμένη από αυτή τη βαθύτατη διαστρέβλωση των σχέσεων με τους άλλους. Άλλοτε έχει αποκλειστικά αυτοερωτικό κι αυνανιστικό χαρακτήρα (και συνήθως δε συνοδεύεται από κάποια φαντασίωση), άλλοτε χρησιμοποιεί τον ερωτικό σύντροφο ως απλό κάτοχο του συμπληρωματικού γενικού οργάνου για τον προσπορισμό ζωδών γενετήσιων ικανοποιήσεων, στερημένων από κάθε συναισθηματική δόνηση. Οι σεξουαλικές επιθυμίες, οι οποίες υπό φυσιολογικές συνθήκες (αιμομικτική διάθεση, στοματικός, ουρηθρικός ή πρωκτικός ερωτισμός) καταπιέζονται, εκφράζονται λεκτικά ή έμπρακτα από ορισμένους ασθενείς χωρίς την παραμικρή αυτοσυγκράτηση, ιδιαίτερα σε περιόδους υποτροπής της νόσου». (Βλ. παραπάνω).

1) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

«Στους χρόνιους σχιζοφρενείς εμφανίζεται συνήθως δυσκοιλιότητα, καθώς επίσης και υπερθυρεοειδισμός. Η κακή θερμоруθμιση δημιουργεί απόφραξη των σμηγματογόνων αδένων και δίνει μια χαρακτηριστική όψη «σμηγματόρροιας» στον χρόνιο σχιζοφρενή». (Γεωργαράς Α. Κ., 1987, σελ. 135).

Για να προκληθούν, όμως, όλα τα παραπάνω συμπτώματα που θα σχηματίζουν κάποιον σχιζοφρενικό τύπο, είναι σίγουρο ότι συντελούν ορισμένοι παράγοντες, είτε ο καθένας μεμονωμένα, είτε αλληλεπιδρώντας ο ένας προς τον άλλο.

5.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

«Η αιτία της σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια, χωρίς ν' ανευρεθεί. Προοδευτικά, όμως, έχει γίνει αντιληπτό, ότι πιθανότατα είναι λάθος ν' αναζητάμε ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα κι ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων βιολογικών, ψυχολογικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών. Οι έρευνες μέχρι τώρα συνήθως έψαχναν για αίτια με μονοδιάστατο τρόπο - παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, μεταβολικές διαταραχές, νευροχημικές ανωμαλίες, ενδοκρινική δυσλειτουργία κ.λ.π. – χωρίς επιτυχία. Ήδη, όμως, έχουν σχεδιασθεί νέες ερευνητικές μεθοδολογίες ικανές να εξετάσουν την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων, π.χ. γενετικής προδιάθεσης και περιβάλλοντος, που ίσως δώσουν στο μέλλον κάποιες πιο ουσιαστικές απαντήσεις». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 152).

Παρακάτω, αναφέρονται ορισμένες αιτιολογικές υποθέσεις της σχιζοφρένειας.

5.5.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

«Η ιατρική άποψη που επικρατεί σήμερα είναι ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά πάσα πιθανότητα, πάσχουν από κάποια ασθένεια του εγκεφάλου με συμπτώματα που καταπραΰνονται κατά τρόπο προβλέψιμο από τα φάρμακα που επηρεάζουν συγκεκριμένα νευρολογικά συστήματα κι ότι η πορεία και η έκβαση της νόσου μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά με ειδικές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις». (Juan R. Bustillo, John Lauriello, Samuel J. Keith, 1999, σελ. 8).

«Από τις πρόσφατες βιολογικές προσεγγίσεις της σχιζοφρένειας αναφέρονται οι ακόλουθες:

- Οι περισσότερες βιοχημικές μελέτες προσανατολίστηκαν προς την αναζήτηση μιας χημικής διαταραχής υπεύθυνης για την παραγωγή ενός τοξικού μεταβολίτη, ικανού να διαταράξει την ψυχοκοινωνική λειτουργία. Σε αυτά τα πλαίσια, ο Osmond πρότεινε το 1952 την υπόθεση της διαμεθυλίωσης των κατεχολαμινών, ως αίτιο για την παραγωγή μεταβολιτών, η χημική δομή των οποίων, συγγενής με αυτή της μεσκαλίνης, θα ήταν δυνατό να έχει ψευδαισθησιογόνο δράση. Η χρωμογραφική ανίχνευση στα ούρα των σχιζοφρενών της διμεθοξυφαινυλαιθυλαμίνης (D.M.P.E.A.) σε μορφή «πορφυράς κηλίδας» (pink spot) αποδείχθηκε ότι δεν αποτελεί ειδικό εύρημα της νόσου και η υπόθεση καταρρίφθηκε από τον Kety και τους Delay. Η απομόνωση από τον Heath (1954) μη φυσιολογικών πρωτεϊνών (ταραξιΐνη) στο πλάσμα των σχιζοφρενών δεν επιβεβαιώθηκε στη συνέχεια. Μία από τις πιο πρόσφατες υποθέσεις, είναι αυτή που διατυπώθηκε από τους Stein και Wise (1971-1973), σύμφωνα με τους οποίους μια διατάραξη του εγκεφαλικού ντοπαμινεργικού συστήματος οδηγεί στο σχηματισμό της τοξικής 6-υδροξυντοπαμίνης, ουσίας ικανής να προκαλέσει ανωμαλίες στη λειτουργία του κατεχολαμινεργικού συστήματος. Πάντως, τα μέχρι τώρα αποτελέσματα αυτών των ερευνών, δεν επιτρέπουν να θεωρηθεί καμία υπόθεση ικανή να εξηγήσει τις διαταραχές που παρατηρούνται στους σχιζοφρενείς.
- Οι φαρμακολογικές έρευνες βασίζονται στις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και τις φαρμακευτικές ψυχώσεις (και ιδιαίτερα τις ψυχώσεις που οφείλονται στη λήψη ουσιών που προκαλούν διαταραχές της αντίληψης, όπως το L.S.D. 25, η μεσκαλίνη, τα ψευδαισθησιογόνα με δομή παρόμοια με αυτή των εγκεφαλικών μονοαμινών). Οι νευροφυσιολογικές και βιοχημικές διαταραχές που εμφανίζονται μετά από χορήγηση ψευδαισθησιογόνων είναι δυνατό να συγκριθούν, απλώς, με αυτές που παρατηρούνται σε ορισμένες σχιζοφρένεις.
- Οι μελέτες στατιστικής φασματικής ανάλυσης του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος επιτρέπουν την υπόθεση ότι «μια λειτουργική ιδιομορφία στη σχέση του κυρίαρχου ημισφαιρίου που «αποφασίζει» με το

ημισφαίριο που «προτείνει», ενέχεται στην ανάπτυξη της σχιζοφρενικής ψύχωσης». (Boissier – Etevenon).

- Οι μελέτες του κύκλου εγρήγορση-ύπνος, που βασίζονται κι αυτές στην ηλεκτροεγκεφαλογραφία, τείνουν να αποδείξουν ότι η εγρήγορση, ο ύπνος βραδέων κυμάτων κι ο παράδοξος ύπνος, παρουσιάζουν σημαντική αποδιοργάνωση στους σχιζοφρενείς.
- Η συσχέτιση της σχιζοφρένειας με το σωματότυπο δεν έχει αμφισβητηθεί έντονα. Μετά τις εργασίες του Kretschmer (1921), έχει γίνει αποδεκτό ότι συχνά η σχιζοφρένεια συνδυάζεται με το λεπτόσωμο μορφολογικό τύπο, ο οποίος χαρακτηρίζεται από σωματική διάπλαση επιμηκή και λεπτή, περιορισμένη μυϊκή ανάπτυξη, αργές και παρατεταμένες νευροφυτικές αντιδράσεις. Ο σωματότυπος αυτός αντιδιαστέλλεται από τον πυκνικό σωματότυπο (ο οποίος παρατηρείται στη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση), συνδυάζεται δε συχνά με το «σχιζοθυμικό» ψυχολογικό τύπο, ο οποίος χαρακτηρίζεται από εσωστρέφεια. Αυτός ο τύπος, θεωρείται επιρρεπής σε μια περισσότερο παθολογική κατάσταση, τη σχιζοειδία. Ορισμένοι σχιζοφρενείς, παρουσιάζουν πράγματι σχιζοειδική προσωπικότητα πριν από την εκδήλωση των νοσηρών συμπτωμάτων. Ωστόσο, ενώ ο σχιζοειδής τύπος χαρακτηρίζεται από συγκρατημένη υπερευαισθησία, έντονη ψυχρότητα και τάσεις απομόνωσης από τον υπόλοιπο κόσμο, ο σχιζοφρενής βιώνει τη διάσχιση στον εσωτερικό ψυχικό του κόσμο: η τομή γίνεται μέσα του.
- Υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις σχιζοφρένεις και τις αλλεργικές παθήσεις: Αυτό αποδείχθηκε από διάφορες έρευνες σε ασυλικό περιβάλλον κι επιβεβαιώθηκε από πειραματικές μελέτες, που πιστοποιούν μια διαταραχή της ικανότητας ανοσολογικής αντίδρασης των σχιζοφρενών. Η ικανότητα αυτή διαταράσσεται και δευτερογενώς από την αγωγή με νευροληπτικά, τα οποία λαμβάνουν χρονίως οι ασθενείς». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 478-480).

«Άλλες, λιγότερο επεξεργασμένες βιολογικές υποθέσεις αναφέρονται σε ενζυματικές ανωμαλίες στη δράση των ενδορφινών». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 151).

5.5.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

«Υπάρχει μια σαφής τάση μέσα σ' ορισμένες οικογένειες να έχουν περισσότερα σχιζοφρενικά άτομα απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Το φαινόμενο αυτό θεωρήθηκε από πολύ παλιά σαν ενδεικτικό της συμβολής γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Το φαινόμενο, όμως, αυτό θα μπορούσε το ίδιο καλά να εξηγηθεί από την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως π.χ. την παθογόνο μητρομέριμνα ή την διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία σ' αυτές τις οικογένειες (Rosenthal, 1970)». (Ρινιέρης Π., 1981, σελ. 176).

«Έτσι, μελέτες με υιοθετημένα παιδιά μας έχουν δείξει σημαντική συγκέντρωση της σχιζοφρένειας στους βιολογικούς συγγενείς των σχιζοφρενικών μολονότι τα παιδιά αυτά ανατράφηκαν σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Μελέτες διδύμων δείχνουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης της σχιζοφρένειας και στους δύο μονοζυγώτες διδύμους (περίπου 40%) παρά στους διζυγώτες διδύμους (περίπου 20%).

Οπωσδήποτε, λοιπόν, υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στη σχιζοφρένεια, αλλά δεν πρέπει να μας διαφύγει και το ότι σ' ένα μεγάλο ποσοστό διζυγωτών (περίπου 80%) αλλά και μονοζυγωτών (περίπου 60%) δεν αναπτύσσεται σχιζοφρένεια και στα δύο μέλη του ζεύγους, πράγμα που δείχνει ουσιαστική τη σημασία και των μη γενετικών παραγόντων». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 154).

«Η διαπίστωση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας στους συγγενείς των σχιζοφρενών είναι θετικά συναρτημένη με τον βαθμό συγγένειας που έχουν με τους αρρώστους, θεωρήθηκε σαν ενδεικτική της συμβολής γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας, μια κι όσο μεγαλύτερη είναι η γενετική ομοιότητα μεταξύ ενός σχιζοφρενού και κάποιου συγγενούς του, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα που έχει ο συγγενής αυτός να έχει ή να αναπτύξει αργότερα σχιζοφρένεια. Και τα παραπάνω, όμως, θα μπορούσαν το ίδιο καλά να εξηγηθούν από την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων. Έτσι, η μεγαλύτερη επίπτωση της σχιζοφρένειας στους συγγενείς πρώτου βαθμού των σχιζοφρενών απ' ό,τι στους πιο μακρινούς συγγενείς θα μπορούσε ν' αποδοθεί

στο ότι οι πρώτοι βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών (αδέλφια, γονείς) εκτίθενται στις ίδιες με τους σχιζοφρενείς νοσηρές περιβαλλοντικές επιδράσεις» (Ρινιέρης Π., 1981, σελ 176).

«Το γεγονός ότι όλες οι μελέτες με δίδυμα – με μοναδική εξαίρεση την εργασία του Tiemati (1963) – έδειξαν πως η σύμπτωση της σχιζοφρένειας στα μονοωογενή δίδυμα είναι ψηλότερη, απ' ό,τι στα διωογενή δίδυμα, θα συνηγορούσε για την συμβολή γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Οι υποστηρικτές, όμως, των περιβαλλοντογενών για τη σχιζοφρένεια απόψεων, θα μπορούσαν να ισχυρισθούν πως τα μονοωογενή δίδυμα υπόκεινται σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι τα διωογενή σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις και σχιζοφρενικές εμπειρίες, μια και σαν συνέπεια της φυσικής ομοιότητάς τους αντιμετωπίζουν και ψυχολογικό πρόβλημα «ταυτότητας». Μ' αυτήν, όμως, τη θεωρία ο Ρινιέρης Π. (1981) διαφωνεί». (Ρινιέρης Π., 1981, σελ. 176).

«Αρκετές θεωρίες έχουν κατά καιρούς υποστηριχθεί από διάφορους συγγραφείς σχετικά με τον τρόπο γενετικής μεταβιβάσεως της σχιζοφρένειας. Όλες αυτές οι θεωρίες μπορούν, σύμφωνα με τον Rosenthal (1970), να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: στις «μονογονιδιακές – βιοχημικές» θεωρίες και στις θεωρίες «προδιαθέσεως-stress».

Οι «μονογονιδιακές – βιοχημικές» θεωρίες υποστηρίζουν πως ένα παθολογικό γονίδιο είναι υπεύθυνο για τη σχιζοφρένεια. Ο σχιζοφρενικός φαινότυπος μπορεί να είναι επικρατητικός, υποχωρητικός ή ενδιάμεσος, ενώ ο γονότυπος είναι υπεύθυνος για ένα συγκεκριμένο μεταβολικό λάθος που οδηγεί σε παθογνωμικά για τη σχιζοφρένεια πρότυπα συμπεριφοράς (Book 1953, Kallman 1953, Slater 1958, Rosenthal 1970). Οι θεωρίες που υποστηρίζουν πως δύο γονίδια είναι υπεύθυνα για τη σχιζοφρένεια, θα μπορούσαν κι αυτές να υπαχθούν στις «μονογονιδιακές – βιοχημικές» θεωρίες, μια που κι αυτές προϋποθέτουν πως τα δύο γονίδια σε συνδυασμό προκαλούν μια ειδική βιοχημική ανωμαλία που οδηγεί στην αρρώστια. (Karlsson 1966, Rosenthal 1970)». (Ρινιέρης Π., 1981, σελ. 176-177).

Ο Χαρτοκόλλης Π. (1986), τη θεωρία κατά την οποία η διαταραχή οφείλεται σε μια ποικιλία από γονίδια με διαφορετική ισχύ, την ονομάζει «πολυγονιδική» θεωρία.

«Σύμφωνα με τις θεωρίες «προδιαθέσεις – stress», αυτό που μεταβιβάζεται στη σχιζοφρένεια είναι η προδιάθεση για την εκδήλωση της αρρώστιας. Γύρω από τη φύση της προδιαθέσεως αυτής υπάρχει αρκετή ασάφεια. Συχνά η προδιάθεση αυτή έχει ταυτιστεί με ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που παρουσιάζονται νωρίς στη ζωή, όπως η εσωστρέφεια, τα ψηλά επίπεδα άγχους, η εκκεντρικότητα, η έλλειψη ενδιαφερόντων, η αυτοενασχόληση κ.ά. Η υπεύθυνη για την προδιάθεση, γενετική εκτροπή έχει συνδεθεί με μια προγεννητική δομική ανωμαλία στο Κ.Ν.Σ. που βασικά παίρνει τη μορφή μιας νευρωνικής απαρτιωτικής μειονεξίας (Meehl 1962, Rosenthal 1970)». (Ρινιέρης Π., 1981, σελ. 117).

5.5.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

«Χαρακτηριστική είναι η θεωρία του Μέντικ, κατά την οποία η σχιζοφρένεια οφείλεται σε μια αγχώδη διάθεση, που ο εθισμός δεν καταφέρνει να την αποδυναμώσει αρκετά γρήγορα. Η διάθεση αυτή μπορεί να είναι είτε κληρονομική είτε επίκτητη. Όταν το άγχος βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, τα ερεθίσματα του εξωτερικού κι εσωτερικού κόσμου ενός τέτοιου ατόμου γενικεύονται, παύοντας να ξεχωρίζουν το ένα από το άλλο, κάτι που προκαλεί περισσότερο άγχος και μεγαλύτερη σύγχυση στην αντίληψη του ατόμου. Μια τέτοια κλιμάκωση άγχους και γενικεύσεως ερεθισμάτων οδηγεί τελικά σε μια σχιζοφρενική κρίση. Με την απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου να βρει απομακρυσμένους συνειρμούς σκέψης, έτσι ώστε να αποφύγει ή να μειώσει το άγχος του, επέρχεται μια αποσύνθεση των νοητικών και συναισθηματικών λειτουργιών του, δηλαδή μια κατάσταση που χαρακτηρίζει τη χρόνια σχιζοφρένεια». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 151).

«Ουσιαστικά ψυχολογική στην αντίληψή της είναι η άποψη του Μάνφρεντ Μπλούλερ, για πολλά χρόνια διευθυντή της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Ζυρίχης. Κατά την άποψη αυτή δεν υπάρχουν οργανικές βλάβες, παθολογικά γονίδια ή ειδικοί παράγοντες στο περιβάλλον του αρρώστου που να εξηγούν τη διαταραχή. Η τάση για τη σχιζοφρένεια σ' ένα οποιοδήποτε άτομο υπάρχει στα κληρονομημένα γονίδια, που αν κι ομαλά αυτά καθεαυτά σχηματίζουν ένα

δυσαρμονικό σύνολο έτσι ώστε, καθώς το άτομο αναπτύσσεται, να δημιουργείται μια ασυμφωνία μεταξύ της προσωπικότητάς του και της κοινωνικής του εμπειρίας. Όταν η ασυμφωνία αυτή φτάσει σ' ένα κρίσιμο επίπεδο, ο άρρωστος εγκαταλείπει την προσπάθεια να τη διορθώσει, στρεφόμενος προς τον κόσμο της φαντασίας και του αυτισμού, που χαρακτηρίζουν τη σχιζοφρένεια. (Βλ. παραπάνω, σελ. 152).

5.5.4. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

«Χωρίς να αποκλείει το ενδεχόμενο μιας γενετικής προδιαθέσεως, η ψυχαναλυτική άποψη υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχογενής λειτουργική διαταραχή, συγκεκριμένα μια διαταραχή των λειτουργιών του εγώ, που έχει ως αποτέλεσμα την απόσυρση του ενδιαφέροντος του ατόμου από το περιβάλλον του στον εαυτό του (εξού και ναρκισσιστική νεύρωση)». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 153).

«Κατά την ψυχαναλυτική θεωρία, κάθε ψυχογενής διαταραχή έχει την προέλευσή της σε κάποια τραυματική εμπειρία ή ενδοψυχική διαμάχη της παιδικής ηλικίας που υποβόσκει μέσα στο ασύνειδο, χωρίς να προξενεί φανερές ή σοβαρές ενοχλήσεις, ως τη στιγμή που ειδικές συγκυρίες-βασικά, οι αυξημένες βιολογικές και κοινωνικές απαιτήσεις που αντιμετωπίζει το άτομο με το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην εφηβεία – θα την αναζωπυρώσουν, προκαλώντας άγχος και, σε αντιπερισπασμό, ψυχιατρικά συμπτώματα. Κατά πόσο το ασύνειδο πρόβλημα της παιδικής ηλικίας θα εξελιχθεί σε μια ψυχική διαταραχή σαν τη σχιζοφρένεια εξαρτάται από το στάδιο αναπτύξεως στο οποίο βρισκόταν το άτομο όταν πρωτοεμφανίστηκε το τραύμα ή η ψυχική διαμάχη κι ο εντοπισμός ή καθήλωση ενός μέρους του ψυχισμού του, που προκαλεί μια τάση για παλινδρόμηση στο στάδιο αυτό. Όσο πιο πρωτόγονο το στάδιο όπου δημιουργήθηκε μια τέτοια καθήλωση, τόσο μεγαλύτερη η τάση για παλινδρόμηση και χειρότερη η εξέλιξη της διαταραχής. Η σχιζοφρένεια συνδέεται με το στοματικό στάδιο». (Βλ. παραπάνω).

«Μέσα στα εξελικτικά στάδια που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη οντογένεση δημιουργείται η ψυχική δομή – που χαρακτηρίζεται από το εγώ, το υπερεγώ και το εκείνο. Η στερεότητα ή συνοχή της ψυχικής αυτής δομής, πάνω

στην οποία θα στηριχθεί η ψυχική ισορροπία του ατόμου αργότερα, εξαρτάται από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, που δίνουν υπόσταση στην εμπειρία του. Στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού, πρωτεύοντα ρόλο, όπως είναι φυσικό, παίζει η μητέρα του. Με άλλα λόγια, από τις αγαθές σχέσεις μητέρας-παιδιού, ξεκινώντας από την πρώτη επαφή του αμέσως μετά τη γέννησή του, δημιουργούνται οι βάσεις της ψυχικής δομής του ανθρώπου και οι προϋποθέσεις για μια ομαλή εξέλιξη της προσωπικότητάς του. Εάν οι πρώτες αυτές σχέσεις δεν είναι καλές, είτε επειδή η μητέρα έχει προσωπικά προβλήματα που της φέρνουν άγχος είτε επειδή το παιδί είναι δύσκολο κι αγχώδες, δημιουργείται μια τραυματική εμπειρία, με άσχημες επιπτώσεις για την ποιότητα της ψυχικής δομής του παιδιού. Συγκεκριμένα, οι λειτουργίες του εγώ και του υπερεγώ δεν έχουν τη δύναμη να ελέγξουν την αυξημένη επιθετικότητα του παιδιού, προδιαθέτοντάς το για τη σχιζοφρένεια, εφόσον η τραυματική εμπειρία εντοπίζεται μέσα στο στοματική περίοδο της ψυχοσεξουαλικής εξελίξεως, ή για μίαν οριακή διαταραχή προσωπικότητας εφόσον το τραύμα συμπίπτει με ένα κάπως πιο προχωρημένο στάδιο αναπτύξεως. Στην πρώτη περίπτωση προκύπτει μια ψυχωτική δομή, στη δεύτερη μια οριακή». (Βλ. παραπάνω, σελ. 154).

«Το ομαλό, ψυχικά ισορροπημένο άτομο καθοδηγείται από την κρίση του. Όταν το εγώ του ατόμου είναι αδύνατο, όπως συμβαίνει στη σχιζοφρένεια, το υπερεγώ έρχεται στην επιφάνεια με έναν αυταρχικό, απαγορευτικό ή κηδεμονικό τρόπο, που θυμίζει τις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του και προπάντων τον πατέρα τον καιρό που το υπερεγώ αρχίζει να διαμορφώνεται ως ψυχολογική δομή. Μια ανάλογη ερμηνεία είναι ότι τα ψυχικά τραύματα, ή συγκρούσεις που ευθύνονται για τη σχιζοφρενική διαταραχή ανάγονται σε μια κρίσιμη εξελικτική περίοδο της ζωής του ατόμου, που συμπίπτει με την οργάνωση της γλώσσας ως μέσου εκφράσεως εσωτερικών αναγκών σε σχέση με την εξωτερική πραγματικότητα». (Βλ. παραπάνω, σελ. 154).

5.5.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

«Υφίσταται και η κοινωνιολογική άποψη, που αποδίδει τη σχιζοφρένεια στις πιέσεις μιας καταναλωτικής κι ανταγωνιστικής, χωρίς σταθερές ηθικές αξίες, κοινωνίας στην ανάγκη προσαρμογής στους απρόσωπους όρους ζωής ενός

βιομηχανικού, τεχνοκρατικού πολιτισμού, στον αγώνα για μίαν ατομική υπόσταση, που συμβαίνει να είναι ακόμα πιο προβληματική για τις γυναίκες, ιδίως των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Χαρακτηριστικά, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις πιο φτωχές κι αποργανωμένες συνοικίες βιομηχανικών πόλεων, παρατήρηση που είχε κάμει από τις αρχές του αιώνα ο Μπλούλερ, ο οποίος, όμως, θεώρησε ένα τέτοιο περιβάλλον ως το αποτέλεσμα μάλλον παρά την αιτία της διαταραχής.

Κατά μίαν άλλη, πιο ακραία κοινωνιολογική άποψη, η σχιζοφρένεια αντιπροσωπεύει μίαν ατομική διαμαρτυρία εναντίον των απάνθρωπων κι αντιφατικών όρων που επιβάλλει η παραδοσιακή κοινωνία στα μέλη της, με άλλα λόγια ότι δεν πρόκειται για μίαν αρρώστια, αλλά για μίαν ατομική επαναστατική πράξη». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 155).

Ο Σακελλαρόπουλος (1995) αναφέρει στη βιβλιογραφία του ότι «έγινε δυνατό να τεκμηριωθεί η συσχέτιση ανάμεσα στη σχιζοφρενική νοσηρότητα και σε ορισμένους κοινωνικούς-πολιτιστικούς παράγοντες:

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Πολυάριθμες κοινωνιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η σχιζοφρένεια είναι αναλογικά συχνότερη στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα παρά στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις. Η σημαντική αυτή διαπίστωση ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η σοβαρή αυτή πάθηση των νεαρών ατόμων συνεπάγεται, ευθύς μετά την έναρξή της, βαθμιαία κοινωνική έκπτωση και κατολίσθηση του ατόμου αλλά και της οικογένειάς του προς τις κατώτερες κοινωνικο-επαγγελματικές τάξεις. Πράγματι, αν λάβουμε όμως υπόψη μας την κοινωνική κατάσταση του πατέρα κατά την εποχή της γέννησης του μελλοντικού σχιζοφρενούς, παρατηρούμε ότι η κατανομή σε κοινωνικές τάξεις δε διαφέρει από αυτή του γενικού πληθυσμού.

2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, το υψηλότερο ποσοστό σχιζοφρένειας παρατηρείται στις περισσότερο φτωχές συνοικίες των μεγάλων πόλεων και των

προαστίων. Αυτή η κατανομή των σχιζοφρενών οφείλεται, αφενός στη διαδικασία κοινωνικού υποβιβασμού, την οποία ο ασθενής αποδέχεται παθητικά, αφετέρου στην ενεργό επιλογή της μοναχικής ζωής από τον ίδιο. Συνεπώς, η κοινωνική απομόνωση είναι περισσότερο συνέπεια παρά αιτία της νόσου. Οι ίδιοι παράγοντες συμβάλλουν στο να μένουν άγαμοι πολλοί σχιζοφρενείς.

3. ΠΙΕΣΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Ποικίλες κοινωνικές καταστάσεις, που προκαλούν αναστάτωση, όπως η ανάπτυξη της βιομηχανικής κοινωνίας και της αστυφιλίας, ο πολλαπλασιασμός των κοινωνικών υποχρεώσεων και των ψυχοπνευματικών επιδράσεων, η μετανάστευση και οι γλωσσικές και οικονομικές δυσκολίες, τις οποίες συνεπάγεται αυτή, ο ρατσισμός, έχουν ενοχοποιηθεί ως ενδεχομένως σχιζοφρενογόνες. Χωρίς να αρνούμαστε τις ψυχολογικές τους επιπτώσεις, πιστεύουμε ότι οι συνθήκες αυτές μάλλον δεν αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Είναι δυνατόν, ωστόσο, να επιταχύνουν τη διαδικασία κοινωνικής αλλοτρίωσης του σχιζοφρενούς». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 476).

Ειδικότερα, τώρα, ο Δημητρίου Ε. (1981), αναφέρει ότι «οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, οι πολιτιστικοί παράγοντες, η μετανάστευση κι όλες οι μεταβολές στον τρόπο ζωής του ατόμου έχουν μελετηθεί σε σχέση με τη σχιζοφρένεια, όμως, για κάθε θετική συσχέτιση έχει βρεθεί και μία αρνητική (Weiner 1980). Το ότι οι μετανάστες παρουσιάζουν πιο συχνά σχιζοφρενική συμπτωματολογία το δέχονται οι περισσότεροι. Διαφωνούν, όμως, στην ερμηνεία του φαινομένου. Η αρχική ερμηνεία του Odegaard (1936) ήταν ότι μεταναστεύουν πιο συχνά αυτοί που έχουν αυξημένες πιθανότητες να νοσήσουν από σχιζοφρένεια. Η ερμηνεία αυτή αμφισβητήθηκε σύντομα τόσο από άλλους όσο κι από τον ίδιο τον Odegaard (Braatoy 1937, Odegaard 1945). Τονίσθηκε η σημασία του περιβαλλοντικού «stress» που δέχονται οι μετανάστες, κυρίως σε χώρες όπου η διεργασία της αφομοίωσης των μεταναστών με τους γηγενείς είναι πολύ γρήγορη (Murphy, 1973)». (Δημητρίου Ε., 1981, σελ. 172).

«Έχει βρεθεί, επίσης σχέση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και της ικανότητας των μεταναστών να μιλούν τη γλώσσα της χώρας στην οποία μεταναστεύουν (Von Cranach 1977). Ακόμη, έχει βρεθεί ότι ο βαθμός

αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των μεταναστών, όπως και το αν ανήκουν σε υψηλή κοινωνική τάξη, παίζουν προστατευτικό ρόλο στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών (Murphy 1973, Hitch και Rack 1980). Τονίσθηκε, επίσης, η υπόθεση ότι οι σχιζοφρενείς μετανάστες εισάγονται πιο συχνά στα νοσοκομεία γιατί είναι λιγότερο ανεκτοί από το περιβάλλον στο οποίο ζουν, όπως και η υπόθεση ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας μπαίνει πιο εύκολα σ' αυτούς (Hare 1967). Τα δύο αυτά γεγονότα ασφαλώς ανεβάζουν τεχνητά το ποσοστό των σχιζοφρενών ανάμεσα στους μετανάστες.

Η μετανάστευση, τόσο η εσωτερική όσο και η εξωτερική, είναι ακόμα, στενά συνδεδεμένη με την αστικοποίηση του πληθυσμού, γεγονός που προκαλεί αυξημένη ψυχιατρική συμπτωματολογία (Cox 1977, Cooper και Sartorius 1977).

Σήμερα, παρά το ότι έχουν περάσει 50 χρόνια από την πρώτη έρευνα του Odgaard, δεν έχει γίνει γνωστό αν η μετανάστευση είναι αποτέλεσμα ή αιτία της σχιζοφρένειας». (Βλ. παραπάνω).

5.5.6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- ***ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ***

«Η άποψη ότι η σχιζοφρένεια απορρέει από τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, επικράτησε για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πρώτος ο Freud στη γνωστή μελέτη του παρανοϊκού Schreder απέδωσε την κατάστασή του στη σκληρή ανατροφή του από ένα τυραννικό πατέρα. Η Frieda Fromm-Reichmann (1948) χρησιμοποίησε τον όρο «σχιζοφρενι-κογόνος μητέρα» για να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια ωθεί το μέλος της στη σχιζοφρένεια». (Καραστεργίου Ε., 1993, σελ. 169-170).

«Υπάρχει αντιγνωμία σχετικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των γονέων των σχιζοφρενών. Όλοι δέχονται ότι υπάρχει διαντίδραση μεταξύ γονέων κι ασθενών, αλλά δε συμφωνούν για το είδος της. Έχουν περιγραφεί σχιζοφρενικογόνες μητέρες, που χαρακτηρίζονται ως ψυχρές, κυριαρχικές

(dominant), εριστικές, απορριπτικές, υπερπροστατευτικές, αυτοθυσιαζόμενες, μη επηρεαζόμενες από τα συναισθήματα των άλλων, άκαμπτες, επιθετικές, ανασφαλείς και πολύ ηθικές στα θέματα του σεξ, φοβούμενες κάθε στενή σχέση. (Davidson και Neale 1974, Weiner 1980)». (Δημητρίου Ε., 1981, σελ. 170).

«Σε μια συγκριτική μελέτη (Alanen 1958) βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των μητέρων σχιζοφρενών, φυσιολογικών και νευρωτικών παιδιών κι εφήβων. Οι μητέρες των σχιζοφρενών είχαν αδυναμία στο να αντιληφθούν τα συναισθήματα και τις ανάγκες των παιδιών τους και ήταν συχνά εχθρικές προς αυτά.

Όσον αφορά τους πατέρες των σχιζοφρενών, έχουν περιγραφεί ως ανοιχτά επιθετικοί, βάρβαροι και καταστρεπτικοί (Weiner, 1980).

Έχει βρεθεί ότι η αυξημένη ψυχοπαθολογία στους φυσικούς γονείς παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την εκδήλωση της σχιζοφρένειας στα παιδιά τους. Παράλληλα, όμως, βρέθηκε ότι τα ζεύγη που υιοθετούν παιδιά, τα οποία αργότερα εκδηλώνουν σχιζοφρένεια, παρουσιάζουν εντονότερη ψυχοπαθολογία σε σύγκριση με τα ζεύγη, που υιοθετούν παιδιά τα οποία δεν εκδηλώνουν σχιζοφρένεια. (Wender και συν. 1968)». (Βλ. παραπάνω).

- **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**

«Η κατάσταση κι εδώ δεν είναι πιο καθαρή. Βασικά διακρίνονται τέσσερις κατηγορίες προνοσηρής συμπεριφοράς:

1. Ασθενείς που κατά την παιδική τους ηλικία ήταν προσκολλημένοι στη μητέρα τους, κοιμόταν στο ίδιο σωματίο μέχρι και την αρχή της εφηβείας τους, ήταν ενουρητικοί, είχαν εφιάλτες και φοβόταν ν' απομακρυνθούν από το σπίτι.
2. Ασθενείς που ως παιδιά ήταν σχολαστικά, μοναχικά, χωρίς φίλους, συγκρατημένα, απαθή, ντροπαλά, αδιάφορα, αποσυρμένα, ονειρο-πόλα, απομονωμένα, υπερευαίσθητα και με περιστασιακά ξεσπάσμα-τα θυμού».
3. Ασθενείς που ως παιδιά ήταν αντικοινωνικά χωρίς ντροπή και κοσμιότητα,
4. και τέλος, ασθενείς που ως παιδιά ήταν υπάκουα, χωρίς ποτέ να διαμαρτύρονται και που έδιναν μεγάλη σημασία στα λόγια των γονέων και συμμαθητών τους. Ήταν σεμνότυφα, χωρίς να τολμούν να εκφέρουν τις δικές

τους γνώμες, με πολύ προσεγμένη συμπεριφορά, με έντονο άγχος για να ευχαριστήσουν τους άλλους, αφανή, νωθρά.

Όλα τα παραπάνω σημαίνουν διαταραχές στις σχέσεις του παιδιού με τους άλλους ανθρώπους και τάση για απόσυρση κι ονειροπόληση. (Wan and Lubensky 1976, Weiner 1980).

Άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι παιδιά που είναι φυγόπονα, αδιόρθωτα, καυγατζήδικα, ευερέθιστα, πεισματάρικα, αναπτύσσουν συχνότερα σχιζοφρενική συμπτωματολογία παρά παιδιά που έχουν χαρακτηριστεί ως νευρωτικά ή μικροπαραβάτες του νόμου. (Ο'Neal και Robins, 1958)». (Δημητρίου Ε., 1981, σε. 170).

Εφ' όσον, λοιπόν, τα ευρήματα δείχνουν ότι υφίστανται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τόσο στα παιδιά που αναπτύσσουν σχιζοφρενικές ψυχώσεις, όσο και στους γονείς των οποίων τα παιδιά αναπτύσσουν σχιζοφρενικές ψυχώσεις, σίγουρα αυτά διαντιδρούν μεταξύ τους, αφού μεταξύ των μελών μιας ομάδας υπάρχει αλληλεπίδραση. Επομένως, σίγουρα οι γονείς επιδρούν στην έκλυση και στην πορεία της νόσου.

- ***ΡΟΛΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ***

«Η διερεύνηση του ρόλου του περιβάλλοντος στην εμφάνιση της Σχιζοφρένειας ακολούθησε ποικίλες υποθέσεις. Άλλοι ερευνητές θεώρησαν ότι ειδική προσωπικότητα (π.χ. σχιζοειδής) ήταν πιο ευάλωτη στη Σχιζοφρένεια. Αποδείχτηκε, όμως, ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι προσωπικότητας, που αναπτύσσουν αργότερα Σχιζοφρένεια. Άλλοι ερευνητές μελέτησαν τον τρόπο επικοινωνίας και τις διαντιδράσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας των σχιζοφρενικών και περιέγραψαν παθολογικούς τύπους επικοινωνίας, όπως π.χ. παράλογη, ασυνεπή, διπλού δεσμού κ.λ.π. ή γενικά χαμηλότερο επίπεδο ικανοτήτων κι επάρκειας στις οικογένειες αυτές απ' ότι σε οικογένειες χωρίς σχιζοφρενικά άτομα. Οπωσδήποτε, όμως, όλες αυτές οι υποθέσεις, θεωρούνται σήμερα ότι δεν οδήγησαν στην ανακάλυψη αιτιολογικής σχέσης μεταξύ

προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας στη λειτουργία της οικογένειας και Σχιζοφρένειας. Υπάρχει, πλέον, απόσταση από την απλοϊκότητα των προηγούμενων δεκαετιών για την ύπαρξη συγκεκριμένου τύπου «σχιζοφρενικογόνου μητέρας» ή συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια που προκαλεί Σχιζοφρένεια. Έτσι, ήταν άδικη η ενοχή που τέτοιες θεωρίες προκαλούσαν ενοχές στους συγγενείς των σχιζοφρενικών. Οι οικογένειες των σχιζοφρενικών διαφέρουν πολύ μεταξύ τους κι αυτό που έχει σημασία σήμερα είναι ν' αναγνωρίσουμε, κυρίως, ποια σχήματα συμπεριφοράς και ποιοι τρόποι επικοινωνίας κι έκφρασης συναισθημάτων επιδεινώνουν την κατάσταση και ποιοι την ανακουφίζουν ή την βελτιώνουν». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 154-155).

Ο Μάνος Ν. (1988), φαίνεται αρχικά να διαφωνεί με την άποψη ότι οι γονείς επωμίζονται ένα μέρος του φορτίου που προκαλεί στο παιδί τη σχιζοφρενική ψύχωση. Στη συνέχεια, όμως, φάσκει κι αντιφάσκει, διότι εφόσον αναφέρει ότι επηρεάζουν τα σχήματα συμπεριφοράς και οι τρόποι επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας στην έκλυση της σχιζοφρένειας, πώς είναι δυνατόν να υφίστανται ταυτόχρονα αυτές οι δύο απόψεις;

Ο Σακελλαρόπουλος (1995) αναφέρει στη βιβλιογραφία του, λοιπόν, ότι «το οικογενειακό περιβάλλον είναι ο κατ' εξοχήν χώρος, όπου σε πολύ πρώιμα στάδια αναπτύσσονται οι πρώτες διαπροσωπικές σχέσεις (οι λεγόμενες αντικειμενότροπες σχέσεις, *relations dites d'objet*) σε συνθήκες πλήρους εξάρτησης κι έντονης ανάγκης για ασφάλεια. Η προοδευτική εξατομίκευση της προσωπικότητας, ή προσωποπλασία (*personotion*) κατά τον Racamier πραγματοποιείται κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής σύμφωνα με την εξής διαδικασία: το παιδί συνειδητοποιεί το ενδιαφέρον και την αγάπη που τρέφουν γι' αυτό οι γονείς του, όχι επειδή είναι υποχρεωμένοι, αλλά επειδή το θέλουν. Αυτή η συνειδητοποίηση ωθεί το παιδί στο να προσδώσει ιδιαίτερα θετική αξία στον εαυτό του ως αντικείμενο αγάπης. Η ατμόσφαιρα ικανοποίησης και συναισθηματικής ασφάλειας επιτρέπει την ενδοβολή του εξωτερικού κόσμου, δηλαδή στη συγκεκριμένη περίπτωση, τη διάθεση του Εγώ μέσα από την αφομοίωση των διαθέσεων, των αισθημάτων και των λεκτικών συμβόλων που εκπορεύονται από τη μητέρα. Αν η γονεϊκή και ιδιαίτερα η μητρική στάση δεν είναι η πρέπει, το σύνολο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων του παιδιού θα υποστεί μια από καταβολής διαστρέβλωση, εξαιτίας των ματαιώσεων και των συναισθηματικών στερήσεων ή ακόμα και της διαστροφής των συναισθημάτων.

Σύμφωνα με ορισμένες υποθέσεις, οι γονείς των σχιζοφρενών είναι ανίκανοι να παράσχουν στο παιδί τους μια σταθερή κι εναρμονισμένη συναισθηματική σχέση και μάλιστα σε μία φάση, κατά την οποία η σχέση αυτή είναι τόσο απαραίτητη για να διασφαλισθεί η αρμονική διάπλαση της προσωπικότητας». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 480).

«Ο Lidz και οι συνεργάτες του, που μελέτησαν το θέμα από την ψυχαναλυτική σκοπιά, θεωρούν τη σχιζοφρένεια όχι νόσημα, αλλά λαθεμένη διέξοδο του ατόμου στην προσπάθειά του να ανεξαρτητοποιηθεί, περνώντας μέσα από εμπόδια που του κλείνουν το δρόμο από την παιδική ηλικία προς την ωριμότητα (Litz, 1958). Θεωρούν ότι τουλάχιστον ένας από τους γονείς του σχιζοφρενή συμπεριφέρεται παράξενα. Διακρίνουν δύο μορφές παθολογικών ζευγαριών: τα «λοξά» (skewed) και τα «σχισματικά» (schismatic). Στην πρώτη περίπτωση ο ένας από τους συζύγους (κυρίως η μητέρα) παρουσιάζει παράξενη ή παθολογική συμπεριφορά κι ο άλλος σύζυγος ακολουθεί και υποτάσσεται με αποτέλεσμα, επιφανειακά, να μη φαίνεται καμιά διαταραχή στο γάμο. Στη δεύτερη περίπτωση υπάρχει συνεχής και χρόνια επιθετική συμπεριφορά μεταξύ του ζευγαριού και μείωση του «status» του ενός από τον άλλο μπροστά στο παιδί. Εξαιτίας αυτών των ενδοοικογενειακών προστριβών το παιδί μαθαίνει λαθεμένους τρόπους συμπεριφοράς, διαστρεβλώνεται η σεξουαλική του ταυτότητα και παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής στις απαιτήσεις της ηλικίας και του φύλου του. (Litz και συν. 1958, Lidz και συν. 1963). Οι ίδιοι ερευνητές, επίσης, υποστηρίζουν ότι τα σχιζοφρενή αγόρια προέρχονται από «λοξές» οικογένειες ενώ τα σχιζοφρενή κορίτσια από «σχισματικές». (Fleck και συν. 1963)». (Δημητρίου Ε., 1981, σελ. 171).

Ο Σακελλαρόπουλος (1995) στη βιβλιογραφία του αναφέρει κάποιες οικογενειακές καταστάσεις, τα οποίες προκαλούν οι γονείς και οι οποίες συμβάλλουν στην ανάπτυξη ενός σχιζοφρενού παιδιού:

- α Οι γονείς είναι συνήθως καλά προσαρμοσμένοι στις ισχύουσες κοινωνικές επιταγές κι έχουν μια μόνιμη ανάγκη να επιδεικνύουν τον υπερβάλλοντα κομφορμισμό τους. Οι κοινωνικές τους σχέσεις είναι συχνά πολύ περιορισμένες.
- α Οι γονείς δίνουν συχνά την εντύπωση ότι επωμίζονται με δυσκολία τον γονεϊκό ρόλο:

Ο πατέρας είναι συχνά απών ή παθητικός και παραιτημένος. Όταν αποφασίσει να χρησιμοποιήσει το κύρος και την εξουσία του ρόλου του, το κάνει με ακαμψία και δογματισμό.

Η μητέρα εμφανίζει συνήθως μεγαλύτερη ποικιλία στη συμπεριφορά της. Συνδυάζει την αγχώδη δεσποτική υπερπροστασία με παράδοξες εκδηλώσεις απόρριψης κι αδιαφορίας. Μερικές φορές, προσπαθεί να σαγηνεύσει το γιό της, ενώ φέρεται με επιθετικότητα και υπερβολικό αυταρχισμό στην κόρη της.

Το γονεϊκό ζεύγος είναι φαινομενικά σταθερό (τα διαζύγια δεν είναι συχνά στους γονείς των σχιζοφρενών). Πίσω, όμως, από αυτή τη συνοχή, συχνά συναντάμε συναισθηματικές σχέσεις διφορούμενες, όπου συνυπάρχουν η εχθρότητα, ο φόβος και η περιφρόνηση του/της συζύγου. Οι αντιθέσεις είναι μάλλον σιωπηρές και υποβόσκουσες, παρά λεκτικά διατυπωμένες κι έμπρακτες». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 481).

«Ο Gregory Bateson στο κλασικό άρθρο του «Προς μια θεωρία της Σχιζοφρένειας» (Bateston 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 στην διατύπωση της θεωρίας 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.

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 τα χέρια του από πάνω της. Τότε τον ρώτησε: «Δεν μ' αγαπάς πια;» Αυτός κοκκίνισε κι εκείνη είπε: «Αγαπητέ μου δεν πρέπει να αισθάνεσαι τόσο εύκολα ντροπή, ούτε να σε φοβίζουν τα συναισθήματά σου». Μόλις έφυγε η μητέρα του από την κλινική, ο ασθενής επιτέθηκε σ' ένα νοσοκόμο.

Ο Lyman Wynne και οι συνεργάτες του (1958) εισήγαγαν μιαν άλλη άποψη. 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». (Δημητρίου Ε., 1981, σελ. 171).

«Στη Βρετανία ο Ronald Laing (1965) μελέτησε τις οικογένειες των σχιζοφρενικών και θεώρησε ότι οι παράγοντες που κυρίως ευθύνονται είναι «η μυστικοποίηση, η σύγχυση και η σύγκρουση». Το γνωστό παράδειγμα αποτελεί το παιδάκι που παίζει ξένοιαστο το βράδυ και η μητέρα του θέλει να το βάλει να κοιμηθεί. Υπάρχουν πολλοί ευθείς τρόποι για να του το πει αυτό, π.χ. ότι πρέπει να κοιμηθεί γιατί είναι η ώρα του ύπνου ή γιατί έχει η ίδια κουραστεί. Ένα σχόλιο γεμάτο μυστικοποίηση θα ήταν : «Είμαι σίγουρη πως αισθάνεσαι κουρασμένος αγάπη μου και θέλεις να πας για ύπνο. Έτσι, δεν είναι;» Στη περίπτωση αυτή μια εντολή μεταμφιέζεται σε έκφραση αλληλεγγύης και φροντίδας και δημιουργεί πραγματική σύγχυση στο ίδιο το παιδί». (Βλ. παραπάνω).

«Ο Murray Bowen (1960) παρατήρησε σημαντική συναισθηματική απόσταση ανάμεσα στους γονείς των σχιζοφρενών, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται στη λήψη των απαραίτητων αποφάσεων για την οικογένεια. Την κατάσταση αυτή αποκάλεσε «συναισθηματικό διαζύγιο».

Συνέχεια των θεωριών αυτών αποτελεί και η πιο σύγχρονη άποψη της Ομάδας του Μιλάνου (Selvini, Palazzoli et al., 1978). Σύμφωνα με την άποψή τους δεν υπάρχουν σχιζοφρενικά άτομα, αλλά οικογένειες σε «σχιζοφρενική διαντίδραση». Τα μέλη μιας τέτοιας οικογένειας είναι εμπλεγμένα σ' ένα παιχνίδι ανταγωνισμού για την εξασφάλιση του ελέγχου στις σχέσεις τους και με κανένα τρόπο δεν δέχονται να μην επικρατήσουν. Περιμένουν τους άλλους να αλλάξουν. Στο τέλος ένα μέλος γίνεται παράξενο, διαφορετικό, δηλαδή «σχιζοφρενικό». (Καραστεργίου Α., 1993, σελ. 170).

Οι Brown και Birley (1968), παρατήρησαν ότι στο περιβάλλον του αρρώστου συμβαίνουν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό, ψυχοτραυματικά γεγονότα τόσο πριν από την εκδήλωση όσο και πριν από την υποτροπή της σχιζοφρένειας». (Βλ. παραπάνω).

Είναι γνωστές, λοιπόν, οι θεωρίες για το ρόλο της οικογένειας στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας.

«Η ανάγκη, όμως, εκτίμησης συγκεκριμένων παραγόντων που συνθέτουν τη συναισθηματική στάση απέναντι στον άρρωστο ή γενικότερα, τη συναισθηματική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα, οδήγησε στη διαμόρφωση διαφόρων οργάνων, από τα οποία κυρίως χρησιμοποιείται το εκφραζόμενο συναίσθημα (ΕΣ) (expressed emotion).

Η αρχική υπόθεση των Brown et al. ήταν, ότι ορισμένου τύπου συμπεριφορά προς το σχιζοφρενικό άρρωστο, μετά την έξοδό του απ' το νοσοκομείο, ανυψώνει το επίπεδο του «stress» μέσα στο σπίτι. Η διερεύνηση αυτής της υπόθεσης δεν απαιτεί παρά τη μέτρηση κάποιων παραμέτρων της οικογενειακής ατμόσφαιρας (ΕΣ) και (ΣΣ) 0 συναισθηματικό στυλ (affective style) που αποτελεί μέτρο διαντιδράσεων μέσα στην οικογένεια-, καθώς επίσης και την παρακολούθηση της αρρώστιας.

Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που ζουν με συγγενείς υψηλού ΕΣ έχουν πολλαπλάσια πιθανότητα να υποτροπιάσουν απ' ό,τι εκείνοι που ζουν με συγγενείς χαμηλού ΕΣ.

Δύο παράγοντες που αλληλεπιδρούν με το ΕΣ κι έτσι είναι σε θέση να τροποποιούν την επίδραση που έχουν οι υψηλού ΕΣ οικογένειες είναι α) η διάρκεια του χρόνου που ο ασθενής κι ο συγγενής βρίσκονται σε άμεση επαφή και β) η τήρηση φαρμακευτικής αγωγής.

Υπάρχουν ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της συσχέτισης της ενδοοικογενειακής ατμόσφαιρας όχι μόνο με τις υποτροπές, αλλά και με όλη την κλινική εικόνα του αρρώστου. Ασθενείς από οικογένειες υψηλού ΕΣ εμφανίζουν περισσότερα υπολειμματικά, αλλά κι ενεργά συμπτώματα της αρρώστιας, συγκρινόμενοι με ασθενείς χαμηλού ΕΣ. Ασθενείς με μακροχρόνια έκδηλη συμπτωματολογία, προέρχονται κυρίως από νοικοκυριά υψηλού ΕΣ. Τέλος, έχει επισημανθεί μεγαλύτερη υπολειμματική συμπτωματολογία σε ασθενείς με υπερεμπλεγμένους συγγενείς από ό,τι σε ασθενείς με επικριτικούς συγγενείς.

Με βάση τα στοιχεία αυτά, μπορεί να υποστηριχθεί, ότι τα πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος που έχουν αρνητική στάση προς τον άρρωστο, ασκούν διεγερτική επίδραση πάνω του που εμποδίζει την εξοικείωσή του, δηλαδή τη διαδικασία προσαρμογής σε κάθε νέο ερέθισμα. Αντίθετα, οι οικείοι με θετική στάση, ασκούν ηρεμιστική επίδραση που διευκολύνει την εξοικείωση του αρρώστου». (Τομαράς Β., Μαυρέας Β., 1990, σελ. 239-240).

Με την παραπάνω συσχέτιση, είναι σύμφωνοι στη βιβλιογραφία τους και οι Juan R. Bustillo και John Lauriello (1999).

Είναι σαφές, λοιπόν, ότι τόσο οι βιολογικοί όσο και οι γενετικοί, ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες διαντιδρούν για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Κατά πάσα πιθανότητα η σχιζοφρένεια μεταβιβάζεται γενετικά, ίσως, όμως, για την εκδήλωσή της είναι απαραίτητη και η περιβαλλοντική επίδραση.

Εφ' όσον, λοιπόν, δεν είναι απόλυτα γνωστοί οι εκλυτικοί παράγοντες της σχιζοφρένειας, δεν είναι δυνατό να υπάρξει από μόνη της μια ικανοποιητικά αποτελεσματική θεραπεία της. Οπωσδήποτε, όμως, μπορεί να υπάρξει περιορισμένη αποτελεσματικότητα με φαρμακευτικές παρεμβάσεις, καθώς επίσης και με παρεμβάσεις που αφορούν την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους και την οικογένειά τους.

5.6. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

5.6.1. ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η σύγχρονη θεραπευτική αγωγή των σχιζοφρενών συνδυάζει τη φαρμακοθεραπεία με τις ψυχοθεραπευτικές μεθόδους και τη θεραπεία της αποκατάστασης.

«Η πρώτη μορφή αγωγής συμβάλλει πολύ στην επιτυχία των άλλων δύο . Θα ήταν σφάλμα, όμως, να νομίσει κανείς ότι είναι δυνατό να αναχθεί και να περιοριστεί η προσέγγιση του σχιζοφρενούς σε μία και μόνο θεραπευτική μέθοδο, αποκλειστικά χημική, διαπροσωπική ή κοινωνική». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 502).

«Βέβαια, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στο θεραπευτικό χειρισμό της Σχιζοφρένειας». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 156).

Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε ότι «η χορήγηση φαρμάκων συνιστά και πράξη ψυχοθεραπευτική, είτε στα πλαίσια της

εξωνοσοκομειακής νοσηλείας είτε στα πλαίσια της ενδονοσοκομειακής. Με τη φαρμακοθεραπεία, τροποποιούμε τα συμπτώματα, που επηρεάζουν την προσωπικότητα του ασθενούς και τον τρόπο ζωής του. Παράλληλα, τροποποιούμε και τις ψυχολογικές εκδηλώσεις της νόσου (που μπορεί να ήταν παραληρητικού αυτιστικού ή έντονα αγχώδους χαρακτήρα). Έτσι, ελαττώνουμε τα συμπτώματα που καθορίζουν τις σχέσεις του ασθενούς με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 502).

«Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο σχιζοφρενής έχει την τάση να παραμελεί ή και ηθελημένα να διακόπτει τη φαρμακοθεραπεία του, είτε γιατί αισθάνεται πως τα φάρμακα τον ενοχλούν, είτε γιατί ελπίζει πως δε θα ξαναγυρίσουν τα συμπτώματα της αρρώστιας εφόσον δεν τον έχουν ενοχλήσει για κάμποσο καιρό». (Χαρτοκόλλης, Π., 1986, σελ. 157).

Η παραπάνω ανησυχία στηρίζει την άποψη ότι «δε θα πρέπει να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή. Ασθενείς που εμφανίζουν πλήρη ύφεση για έξι μήνες ή περισσότερο κι αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση συντήρησης, αξίζει να δοκιμάσουν μήπως δε χρειάζονται φάρμακα, καθώς υπάρχει κι ο φόβος της όψιμης δυσκινησίας (περιλαμβάνει ακούσια κινητική δραστηριότητα)». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 157).

«Θα πρέπει, επίσης, να λάβουμε υπόψη μας την παθογόνο επίδραση ορισμένων οικογενειακών σχηματισμών ή ορισμένων κοινωνικών συνεπειών και να προσδιορίσουμε ποιες από αυτές τις καταστάσεις μπορεί να τροποποιηθούν με τη θεραπευτική παρέμβαση. Είναι φανερό ότι, η θεραπευτική αγωγή του σχιζοφρενούς επιβάλλει να λάβουμε υπόψη μας και να χειριστούμε πολυάριθμες παραμέτρους εξίσου σημαντικές με την αρχική συμπτωματολογία. Παράμετροι με αποφασιστικό ρόλο στην πορεία του αρρώστου είναι οι εξελίξεις στην ιδιωτική του ζωή, οι οικογενειακές και κοινωνικές του σχέσεις, οι αναπροσαρμογές της ψυχοφαρμακευτικής αγωγής, όπως αναφέρθηκε παραπάνω και οι πολύπλευρες επιπτώσεις των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 502).

Αν θελήσουμε να αναφερθούμε ειδικότερα στην επίδραση του περιβάλλοντος προς τον ασθενή, αξιόλογη θα ήταν η άποψη του Μαντωνάκη Ι. (1983) που υποστηρίζει ότι «το περιβάλλον του αρρώστου, φαίνεται να επηρεάζει τη συμμόρφωση, όχι μόνο στην περίπτωση που ο άρρωστος, για λόγους

ψυχικούς ή σωματικούς, αδυνατεί να εφαρμόσει μόνος του τη θεραπεία – λ.χ. σε παθήσεις ψυχιατρικές, γηριατρικές, παιδιατρικές ή ορθοπεδικές – αλλά ακόμη κι όταν πρόκειται για ενήλικες ασθενείς με πλήρη ψυχική υγεία και σωματική ακεραιότητα.» (Μαντωνάκης Ι., 1983, σελ. 209).

«Η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως τουλάχιστον υπαγορεύει η κοινή εμπειρία, αναμένεται να είναι μεγαλύτερη σε οικογένειες με μεγάλη συνοχή κι έντονες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών τους, όπως είναι η Ελληνική οικογένεια (Safilios-Rothchild, 1969, Vassiliou, 1970). Η επίδραση αυτή, μπορεί να είναι θετική ή αρνητική, ανάλογα με τη στάση που θα έχει το περιβάλλον απέναντι στη θεραπευτική αγωγή που συστήθηκε. Έτσι, μπορεί ο άρρωστος να πεισθεί να διακόψει τη θεραπεία του, ή να την τροποποιήσει, παραβλέποντας τις οδηγίες του γιατρού, επειδή τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα του περιβάλλοντός του εκτιμούν διαφορετικά την κατάστασή του». (Βλ. παραπάνω).

«Έχει διαπιστωθεί ότι, οι άρρωστοι που ζούσαν με την πατρική τους οικογένεια, ήταν ασυνεπείς στη συνέχιση της φαρμακοθεραπείας τους σε υπερδιπλάσιο ποσοστό από τους άλλους (ποσοστό 48% έναντι 22%). Φαίνεται ότι, η έλλειψη ευαισθησίας των συγγενών των σχιζοφρενών πάνω στη φύση και τα προβλήματα της νόσου, η μη ενημέρωσή τους πάνω στα προβλήματα της θεραπείας και το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο, αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας αρνητικής στάσης απέναντι στη φαρμακοθεραπεία, με επιπτώσεις στη συμμόρφωση του αρρώστου και ιδιαίτερα του αρρώστου που ζει με την πατρική του οικογένεια». (Βλ. παραπάνω, σελ. 210).

«Μόλο, λοιπόν, που τα ψυχοφάρμακα καθυστερούν τον άρρωστο και τον απαλλάσσουν από τα πιο χτυπητά κι ενοχλητικά συμπτώματά του, δεν είναι συνήθως ικανά από μόνα τους να του εξασφαλίσουν την επάνοδό του στην κοινωνία κι ακόμα λιγότερο να τον προστατέψουν από μίαν υποτροπή. Είναι σκόπιμο η φαρμακοθεραπεία να συνοδεύεται από μια ψυχοθεραπευτική αγωγή και κάποιου είδους ψυχοκοινωνική παρέμβαση». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 157).

5.6.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ – ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

«Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει, ν' αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι, πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους- στην κοινότητα- είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις κι όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά, λοιπόν, είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες.

Έτσι, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές κι εξωνοσοκομειακές σ' ένα συνεχές, όμως, που έχει κατεύθυνση από το νοσοκομείο προς την κοινότητα και ταυτόχρονα που έχει σκοπό την αποφυγή κατά το δυνατό της επανάληψης της νοσηλείας». (Μάνος Ν., 1988 σελ. 158).

Κατά τον Καραστεργίου Ι., «όσον αφορά τη φροντίδα των σχιζοφρενών, στην Ελληνική κοινωνία, είναι μακροχρόνια κι απαιτεί εξειδικευμένες κι εξατομικευμένες για τον ασθενή υπηρεσίες με εκπαιδευμένο προσωπικό. Συνοπτικά στον Πίνακα 1 αναφέρονται οι λειτουργίες που παρέχονται και που βασικό στόχο έχουν να βοηθήσουν τον ασθενή και την οικογένειά του να ζήσουν όσο το δυνατό πιο φυσιολογικά». (Καραστεργίου Ι., 1993, σελ. 176).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	
1.	Απασχόληση – εργασία
2.	Ημερήσια φροντίδα
3.	Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων
4.	Ψυχαγωγία
5.	Φροντίδα με βάση το σπίτι
6.	Παρέμβαση σε κρίση
7.	Οικοτροφεία – ξενώνες
8.	Ομαδική ψυχοθεραπεία
9.	Ομάδες στήριξης συγγενών
10.	Οικογενειακή θεραπεία

Πηγή: Καραστεργίου Α. «Κοινωνική Εργασία», 1993 (Τεύχος 31, σελ.176).

Για να δώσουν ικανοποιητικά αποτελέσματα οι παραπάνω ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, εφαρμόζονται ορισμένες μέθοδοι για σχιζοφρενείς. Αυτές οι μέθοδοι παρατίθενται στον Πίνακα 2. (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 193-197, Μάνος Ν., 1988, σελ. 161).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΣ	
1.	Εναισθητική ψυχοθεραπεία (Stewart, 1975)
2.	Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (Luborsky, 1984)
3.	Ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη (Rogers, 1951)
4.	Θεραπεία συμπεριφοράς (Lazarus, 1976)
5.	Δημιουργική θεραπεία
6.	Οικογενειακή θεραπεία

Σ' αυτό το σημείο θεωρείται αξιόλογη μια περιληπτική αναφορά στο που στοχεύει καθεμία μέθοδος ξεχωριστά:

«α) Εναισθητική ψυχοθεραπεία: Οι στόχοι της θεραπείας είναι η λύση των συγκρούσεων κι ο περιορισμός των παθολογικών μηχανισμών άμυνας. Η σχέση θεραπευτή - θεραπευόμενου περιλαμβάνει λιγότερη έμφαση στους ελεύθερους συνειρμούς και μεγαλύτερη στη συζήτηση με έμφαση στην ερμηνεία της μεταβίβασης σε σχέση με άλλα πρόσωπα. Αποφεύγεται η νεύρωση της μεταβίβασης κι ενισχύεται η θεραπευτική συμμαχία. Η παλινδρόμηση δεν ενισχύεται, εκτός αν επιτρέπει την ανάκληση υλικού από το ασυνείδητο». (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 193).

«β) Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία: Οι θεραπευτικοί της στόχοι περιλαμβάνουν και την έννοια της αναδιοργάνωσης της ισορροπίας, της μείωσης του άγχους και της βοήθειας στην ανοχή καταστάσεων που δεν μπορούν να αλλάξουν. Ο θεραπευόμενος διαβεβαιώνεται για τους εξωπραγματικούς του φόβους. Ο θεραπευτής παρεμβαίνει ενεργητικά, ελέγχει τη συζήτηση ή συμβουλεύει με καθαρικά αποτελέσματα. Η ερμηνεία των μεταβιβάσεων δεν είναι αναγκαία πάντοτε. Η επικέντρωση ανάγεται στα εξωτερικά γεγονότα». (Βλ. παραπάνω, σελ. 195).

«γ) Ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη: Η ψυχοθεραπεία αυτή έχει ως επίκεντρο τον (θεραπευόμενο) πελάτη με την έννοια ότι ο θεραπευτής δεν είναι ουδέτερος, αλλά θετικά τοποθετημένος απέναντί του, ότι είναι παρών και συμμετέχει άμεσα (εδώ και τώρα) στις εμπειρίες του μέσα από μία θετική σχέση με τον θεραπευόμενο, ότι εστιάζει στο φαινομενικό κόσμο του πελάτη, ενώ ως επιθυμητή αλλαγή θεωρείται η αλλαγή και η συνέπεια στον τρόπο που βιώνει εδώ και τώρα την πραγματικότητα, χωρίς αμυντικούς μηχανισμούς, ενώ το στρες μπορεί να θεωρηθεί ως το κίνητρο για τη θεραπεία και τέλος ότι δε διαφέρει αν είναι «νευρωσικός ή ψυχωσικός». (Βλ. παραπάνω, σελ. 196).

«δ) Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία: Στην ομάδα θεραπειών αυτού του τύπου, ανήκουν η συστηματική απευαισθητοποίηση από συγκεκριμένο φοβογόνο ερέθισμα, η κατακλυσμική (flooding) ή αρνητική πρακτική, η μίμηση προτύπου (modeling) και η συντελεστική μάθηση.

Οι θεραπείες συμπεριφοράς στοχεύουν στην εξάλειψη του προβλήματος συμπτώματος, όπως είναι ο φόβος σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο. Οι θεραπείες συμπεριφοράς είναι σε σύντομο χρόνο αποτελεσματικές, στοιχίζουν λιγότερο από

άλλου είδους θεραπείες, συνδυάζονται με ψυχοφάρμακα, ενώ οι θεραπευτές δεν είναι απαραίτητο να είναι ψυχίατροι». (Βλ. παραπάνω, σελ. 197).

Ο Μάνος (1988) στη βιβλιογραφία του αναφέρει σχετικά με τη συμπεριφορική θεραπεία «ότι είναι σημαντική για τη θεραπεία των σχιζοφρενών ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η Σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας κ.λ.π.. 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 Ν., 1988, σελ. 161).

ε) Δημιουργική θεραπεία: Στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών θεραπειών ανήκουν και οι δημιουργικές θεραπείες – θεραπεία τέχνης, μουσικής, δράματος κ.λ.π., που βασίζονται στην αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή μέσω της ζωγραφικής, της μουσικής κ.λ.π., καθώς και η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία με πηλό, χειροτεχνία κ.λ.π.

στ) Οικογενειακή θεραπεία: Τέλος, η οικογενειακή θεραπεία είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας. Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που αναζωπυρώνουν την ασθένεια. 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». (Βλ. παραπάνω).

5.6.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

«Μια τέτοιου είδους θεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τα φάρμακα, κι όταν η κατάσταση του αρρώστου είναι οξεία ή υπάρχει κίνδυνος να γίνει χρόνια, ενδείκνυται η περιβαλλοντική θεραπεία σε ένα ψυχοθεραπευτικό ίδρυμα. Μέσα

από τη συναισθηματική μεταβίβαση που δημιουργείται τόσο με τον ψυχοθεραπευτή όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό, γίνεται μια συντονισμένη προσπάθεια να ενισχυθούν οι λειτουργίες του Εγώ και παράλληλα να εξουδετερωθούν οι ψυχωτικοί αμυντικοί μηχανισμοί και, γενικά, η παλινδρομική, παρορμητική ή αυτιστική συμπεριφορά του σχιζοφρενικού αρρώστου. Το νοσηλευτικό προσωπικό, κρατάει ενήμερο τον ψυχοθεραπευτή για την καθημερινή συμπεριφορά του αρρώστου, ενώ η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία κι αποθεραπεία του είναι κρίσιμη». (Χαρτοκόλλη Π., 1986, σελ. 158).

Ο Μάνος (1988) συμπληρώνει στα λεγόμενα του Χαρτοκόλλη (1986) όσον αφορά τη θεραπεία του περιβάλλοντος, ότι «αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα κ.λ.π. Το όλο, δηλαδή, νοσοκομειακό περιβάλλον (milieu) – χώροι, διαρρύθμιση, διαπροσωπικές σχέσεις κ.λ.π. είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να απαιτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία κι αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάτπωση κι έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 160).

5.6.4. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Στα περισσότερα σημεία του 5^{ου} κεφαλαίου φαίνεται ότι η οικογένεια επιδρά έντονα, τόσο στην έκλυση όσο και στην πορεία και τη θεραπεία του σχιζοφρενικού μέλους της. Επομένως, γίνεται απαραίτητη η συνεργασία των θεραπευτών με την οικογένεια του ασθενή, έτσι ώστε να υπάρξει μία, αν όχι πιο ολοκληρωμένη θεραπεία του, ένα μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης των συμπτωμάτων του.

«Έτσι, λοιπόν, από την αρχή οι συγγενείς θα πρέπει να καταλάβουν πως η απόφαση να νοσηλευθεί ο άνθρωπός τους σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να τον αποχωριστούν, απόφαση αρκετά εύκολη και συνήθως ανακουφιστική όταν πρόκειται για ψυχωτικό άρρωστο, που

αναστατώνει το σπίτι με τα παραληρήματά του, τις κρίσεις άγχους και την αυθαίρετη ή προκλητική συμπεριφορά του.

Είναι αναγκαίο οι συγγενείς να κατατοπιστούν πάνω στη φύση της ψυχιατρικής αρρώστιας, γενικά, και να καταλάβουν πως η δική τους συμπεριφορά και τα δικά τους προβλήματα έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία κι εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής του αρρώστου. Θα τους υποδειχτεί, επίσης, ότι υπάρχουν κι άλλοι παθογόνοι παράγοντες, που δεν τους αφορούν προσωπικά, για να καταλάβουν ότι δε χρειάζεται να αισθάνονται ένοχοι, εφόσον παραδεχτούν τη συμμετοχή τους και συνεργαστούν ψυχολογικά για την περίθαλψη του ασθενή. Θα πρέπει οι συγγενείς να καταλάβουν ότι η συνεργασία τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, αρχίζοντας από την χωρίς επιφύλαξη αναφορά στο προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του και συνεχίζοντας με την τακτική συμμετοχή σε κοινές ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις με τον άρρωστο και το γιατρό ή άλλα μέλη του κλινικού προσωπικού, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ψυχιατρικής περιθάλψεως, απαραίτητο για μια ευνοϊκή πρόγνωση. Από πολύ νωρίς θα πρέπει αν αντιμετωπιστεί η επιστροφή του αρρώστου στο σπίτι του και στην κοινότητα, για μια περίοδο αναρρώσεως που θα αποκτήσει την εξακολούθηση της θεραπείας με φάρμακα, με ψυχοθεραπεία ή και με τα δύο, για αρκετό καιρό ή για ένα ποσοστό αρρώστων, για πάντα». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 159).

Για την επίτευξη, λοιπόν, όλων των παραπάνω στόχων της συνεργασίας θεραπευτή-οικογένειας κρίθηκε απαραίτητο από ομάδες ειδικών κατά καιρούς, παράλληλα με την ανάπτυξη υπηρεσιών απασχόλησης, ψυχαγωγίας και παρέμβασης σε κρίση, να δημιουργηθούν και προγράμματα Οικογενειακής θεραπείας για τις οικογένειες των σχιζοφρενών. (Πίνακας 3). (Τομαράς Β. – Μαυρέας Β., 1990, σελ. 242, Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 197, Τομαράς Β. – Μαυρέας Β., 1990, σελ. 243).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΣ	
1.	Συστηματική θεραπεία Ομάδα Μιλάνου (Selvini – Palazzoli κ.ά.)
2.	Πολλαπλή θεραπεία
3.	Ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση (Anderson κ.ά.)
4.	Ομάδες οικογενειών (berkowitz κ.ά.)
5.	Συμπεριφορική προσέγγιση (Falloon και συν.)

Γίνεται φανερό, για μια φορά ακόμη, μέσω της έντονης ενασχόλησης των ειδικών με την οικογένεια κι επιπρόσθετα της δημιουργίας προγραμμάτων για τη θεραπεία της, το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος της και στη θεραπεία – εκτός από την έκλυση και της πορείας που ακολουθεί το σχιζοφρενικό μέλος της - της νόσου. Είναι, λοιπόν, οπωσδήποτε απαραίτητη η περιληπτική αναφορά και στα προγράμματα οικογενειακής θεραπείας:

α) Συστηματική θεραπεία:

«Σύμφωνα με την επιστημολογία της σχολής αυτής, που στηρίζεται στη θεωρία γενικών συστημάτων και δανείζεται πολλές από τις έννοιες της κυβερνητικής, τα συμπτώματα του μέλους που ταυτοποιείται ως άρρωστος χρησιμεύουν στη λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Πρόκειται για δυσλειτουργικές οικογένειες που χρησιμοποιούν κατ' εξοχήν το μηχανισμό της αρνητικής ανατροφοδότησης με αποτέλεσμα τη διατήρηση του status quo, σε αντίθεση με τις φυσιολογικές οικογένειες που διαφοροποιούνται κι εξελίσσονται, προσαρμοζόμενες στις νέες ανάγκες των μελών τους που η ίδια η ζωή θέτει. Η διόρθωση των δυσλειτουργικών μηχανισμών της οικογένειας, μέσω της

θεραπείας, οδηγεί και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων, που το σύστημα δε θα τα έχει πια ανάγκη για τη λειτουργία του» . (Τομαράς Β., Μαυρέας Β., 1990, σελ. 142).

«β) Πολλαπλή θεραπεία:

Οι κύριοι στόχοι της δομικής παραλλαγής αυτής της τεχνικής είναι: η πρόληψη των υποτροπών, η αντιμετώπιση της απομόνωσης, η ανακούφιση του στίγματος και του βάρους της οικογένειας, η μείωση του ΕΣ, η ανάταξη προβλημάτων που αφορούν στην επικοινωνία ή στη δομή της οικογένειας καθώς και η επέκταση του κοινωνικού της χώρου.

γ) Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση:

Οι βασικοί της στόχοι είναι δύο:

1. Η μείωση της ευπάθειας του αρρώστου στα στρεσογόνα ερεθίσματα του περιβάλλοντος με την επαύξηση της συνεργασιμότητας του ίδιου και του περιβάλλοντός του.
2. Η σταθεροποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος με την ελάττωση του άγχους που έχει ως επίκεντρο τον άρρωστο, την απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων σχετικά με την αρρώστια και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των μελών της οικογένειας σε ό,τι αφορά την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τα ίδια τον άρρωστο και τα προβλήματά του. Με την επίτευξη της σταθεροποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος, αναμένεται ότι θα ελαχιστοποιηθούν οι τριβές στο σπίτι κι ότι οι διάφορες πλευρές της οικογενειακής ζωής θα παύσουν να αποτελούν παράγοντα υπερδιεγερσιμότητας για τον άρρωστο».

δ) Ομάδες οικογενειών:

«Πρόκειται για την ταχύτερα αναπτυσσόμενη μορφή θεραπείας στο δυτικό κόσμο. Η ομαδική θεραπεία αποτελεί εκείνο τον τύπο ψυχοθεραπείας, όπου μετά από επιλογή, άτομα με σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα – και στη συγκεκριμένη περίπτωση μέλη οικογενειών με σχιζοφρενικούς ασθενείς –

διαμορφώνουν μια ομάδα καθοδηγούμενη από ένα θεραπευτή με σκοπό την αλληλοβοήθεια μέσα από ποικίλους χειρισμούς, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αλλαγή στα άτομα κι επομένως και στην επικοινωνία τους με τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους». (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 197).

ε) Συμπεριφορική προσέγγιση:

«Το μοντέλο αυτό που ανέπτυξε ο I. Falloon, αποτελεί προέκταση του ψυχοεκπαιδευτικού πλαισίου παρέμβασης με τη χρήση συμπεριφοριολογικών τεχνικών. Στη βάση της υπόθεσης, ότι όλη η οικογένεια μπορεί να δυσλειτουργεί, λόγω της επιβάρυνσης που δέχεται από το άρρωστο μέλος της, επιχειρείται να εκτιμηθούν, μέσω συμπεριφοριολογικής ανάλυσης, οι δεξιότητες και οι αδυναμίες της, στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων. Ακολουθούν παρεμβάσεις με στόχο όχι μόνο την ανακούφιση των συμπτωμάτων του αρρώστου, αλλά και της ψυχικής δυσφορίας που συχνά διακατέχει τα υπόλοιπα μέλη, καθώς και τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους. Η φάση της παρέμβασης περιλαμβάνει ενημέρωση για την αρρώστια, εκπαίδευση για την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των μελών κι εκπαίδευση για την αποτελεσματικότερη επίλυση προβλημάτων. Η εκπαίδευση αυτή συστηματοποιείται με την πιστή εφαρμογή συμπεριφοριολογικών κανόνων π.χ. η εκμάθηση επίλυσης προβλημάτων περνά από τα εξής στάδια: προσδιορισμό του συγκεκριμένου προβλήματος – καταγραφή εναλλακτικών λύσεων – συζήτηση για τα υπέρ και τα κατά της καθεμιάς – στάθμιση κι επιλογή της καλύτερης – σχεδιασμό της εφαρμογής της – υλοποίηση κι ανασκόπηση της προσπάθειας κ.ο.κ.». (Τομαράς Β., Μαυρέας Β., 1990, σελ. 243).

Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο της θεραπείας είναι απαραίτητο να τονισθεί ότι, καμία από τις παραπάνω θεραπείες – φάρμακα, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις κ.λ.π. – μόνη της δε μπορεί να αποτελέσει θεραπεία αποτελεσματική για τη Σχιζοφρένεια. Η πιο αποδοτική θεραπευτική εκλογή που θα μπορέσει να οδηγήσει τον ασθενή και στην αποκατάστασή του θα είναι ο συνδυασμός όλων.

5.6.5. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

«Καθώς, λοιπόν, σε προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρεται ότι η Σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών – κοινωνική, επαγγελματική κ.λ.π. – πάντα χρειάζεται συγκεκριμένη παρέμβαση για να βοηθηθεί ο ασθενής να επανακτήσει σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό τη λειτουργικότητά του. (Μάνος Ν., 1988, σελ. 161).

Ο Χαρτοκόλλης (1986) στη βιβλιογραφία του υποστηρίζει ότι «για την αποκατάσταση σχιζοφρενικών αρρώστων που δεν έχουν τη δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένειά τους, ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθογόνος, είναι ανάγκη να βρεθεί ένα καινούργιο, κατάλληλο για μια νέα αποκατάσταση, περιβάλλον. Η ύπαρξη φορέων ανοιχτής περιθάλψεως – όπως μια θετή οικογένεια, ιατρεία αποθεραπείας, νοσοκομεία ημέρας και νοσοκομεία νύχτας, ξενώνες, εργαστήρια προστατευμένης εργασίας – θα μπορούσε να προσφέρει μια εναλλακτική λύση». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 160).

ΑΞΟΝΑΣ 2

Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ
ΑΝΟΙΚΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

6.1. «ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ»

6.2. ΙΔΡΥΜΑΤΑ

6.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

6.2.2. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

6.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ

6.4. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ;

6.5. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

6.5.1. ΒΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

6.5.2. ΣΤΟΧΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

6.6. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

6.6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

6.6.2. ΣΤΟΧΟΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

6.6.3. ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

6.6.4. ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΑ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΟΥΣ

6.7. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6.7.1. ΟΡΙΣΜΟΙ

6.7.2. ΠΟΙΟΥΣ ΑΦΟΡΑ Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ

6.7.3. ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

6.7.4. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

6.7.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6.8. ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

6.9. ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

6.10. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

6.11. ΟΙ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΟΥ ΤΕΛΙΚΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΑΝΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη λήξη του τελευταίου κεφαλαίου του Άξονα 1, γίνεται αναφορά στην άποψη του Χαρτοκόλλη Π. (1986), ο οποίος θεωρεί απαραίτητη τη δημιουργία ανοικτών δομών περίθαλψης, έτσι ώστε να είναι δυνατή η πραγματοποίηση της αποκατάστασης των σχιζοφρενικά ασθενών.

Όταν, όμως, γίνεται αναφορά στη δημιουργία ανοικτών δομών περίθαλψης ειδικά, ταυτόχρονη είναι και η αναφορά στην κοινωνική αλλαγή γενικότερα, εφόσον η κοινωνική αλλαγή είναι εκείνη που διακρίνεται για τη μεταβολή της στις δομές ενός κοινωνικού συνόλου.

Ο κεντρικός άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η υπόθεση είναι ο ασθενής που πάσχει από σχιζοφρενική διαταραχή. Γενικότερα, η φροντίδα αυτών των ασθενών αποτελεί για κάθε οργανωμένη κοινωνία πρόβλημα περίπλοκο και μεγάλη είναι η έμφαση που έχει δοθεί, τελευταία, στο θεραπευτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει αυτή χώρα.

«Για πάρα πολλά χρόνια, η παραδοσιακή, κλειστή δομή περίθαλψης αποτελούσε τη μόνη θεραπευτική πραγματικότητα. Με τη διάδοση, όμως, των αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής, άρχισαν να δρομολογούνται νέες προσπάθειες για τη θεραπεία κι αποκατάσταση των ασθενών, κύριο μέλημα των οποίων ήταν η δημιουργία εναλλακτικών δομών περίθαλψης, προσανατολισμένων προς την κοινότητα και την κοινωνική πραγματικότητα». (Μηλιώνη Δ.- Κοντοπούλου Ε., 1998, σελ. 30).

Η δρομολόγηση αυτή, της δημιουργίας εναλλακτικών δομών περίθαλψης, έγκειται στην προσπάθεια για κοινωνική αλλαγή, όσον αφορά την ψυχιατρική περίθαλψη. Πρόκειται για την γνωστή, πλέον, ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία επιχειρήθηκε τα προηγούμενα 15 χρόνια, ως υλοποίηση των προγραμμάτων του κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ., που αναφέρεται γενικότερα στην αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.

Μέσω των αναφορών του Άξονα 2 της υπόθεσής μας, λοιπόν, συμπεραίνει κανείς εάν τελικά η δημιουργία ανοικτών δομών περίθαλψης ψυχικά ασθενών, διαμόρφωσε το ρόλο των γονέων τους, εφόσον μέσω της αποασυλοποίησης θα έπρεπε να επιτευχθεί κι αυτή η διαμόρφωση.

6.1. «ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ»

Ο όρος «διαμόρφωση» αποτελεί λέξη «κλειδί» για την υπόθεση. Η «διαμόρφωση», είναι παράγωγο του ρήματος διαμορφώνω, που σημαίνει δίνω μορφή. Εάν πάλι θελήσει κανείς να εξηγήσει τη λέξη ετυμολογικά, διαπιστώνει ότι τα συστατικά της είναι το δια-(για) και η λέξη μορφή. Οπωσδήποτε, όμως, για να πάρει μορφή ένα αντικείμενο, μία κατάσταση κ.ο.κ. είναι απαραίτητο να προηγηθούν ορισμένες διαδικασίες – είτε προϋπήρχε μορφή και στοχεύουμε να τη μεταβάλλουμε, είτε πρόκειται να την πλάσουμε απ' την αρχή.

Εφόσον, λοιπόν, η διαμόρφωση στη συγκεκριμένη υπόθεση αφορά το ρόλο των γονέων στην πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και η διαδικασία μέσω της οποίας θα πραγματοποιηθεί αυτή, καλείται να είναι η δημιουργία ανοικτών δομών περίθαλψης – πρόκειται για διαμόρφωση των προϋπάρχουσων δομών περίθαλψης – γίνεται φανερό ότι η διαδικασία αυτή ονομάζεται αρχικά «κοινωνική αλλαγή».

Πριν, όμως, εξετασθεί εκτενέστερα αυτή η κοινωνική αλλαγή και τα περιεχόμενά της, αξιολογή θα ήταν η αναφορά στη μορφή των δομών περίθαλψης ψυχικά ασθενών πριν από αυτήν, και πιο συγκεκριμένα στην ιδρυματική μορφή περίθαλψης.

6.2. ΙΔΡΥΜΑΤΑ

6.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

«Όταν μιλάμε για θεσμούς κοινωνικοποίησης, έχουμε κατά νου διαδικασίες οι οποίες εκτυλίσσονται σε ιδιαίτερους χώρους, που, όμως, δεν είναι αποκομμένοι από το κοινωνικό περιβάλλον. Τα κοινωνικοποιούμενα άτομα κινούνται ελεύθερα μέσα σ' αυτούς τους χώρους και τους άλλους, τους εκτός. Οι κοινωνίες γνωρίζουν, όμως και διαδικασίες που εκτυλίσσονται σε χώρους αποκλειστικούς, απομονωμένους. Είναι η περίπτωση των θεσμών κοινωνικοποίησης που ανήκουν στη γενικότερη κατηγορία των κλειστών ιδρυμάτων, τα οποία μελέτησε ο Έρβιν Γκόφμαν με το έργο του Άσυλα». (Τσαούση Δ. Γ., 1993, σελ. 560).

«Ο Γκόφμαν όρισε το κλειστό ίδρυμα ως τόπο κατοικίας κι εργασίας ενός μεγάλου αριθμού ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση και που, ξεκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για μια σημαντική χρονική περίοδο, ζουν μαζί υπό συνθήκες περιορισμένης κι απόλυτα οργανωμένης διαβίωσης. Επομένως, τα βασικά στοιχεία του κλειστού ιδρύματος είναι (α) κοινός τόπος κατοικίας κι εργασίας, (β) έλλειψη μετακίνησης, (γ) κοινή διαβίωση ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, (δ) οργανωμένη συμβίωση υπό συνθήκες περιορισμού κι αποκοπής από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, (ε) συμβίωση του είδους αυτού για μια σχετικά μακρά χρονική περίοδο». (Βλ. παραπάνω, σελ. 561).

«Ο Γκόφμαν διακρίνει πέντε κατηγορίες κλειστών ιδρυμάτων που όπως λέει ο ίδιος, είναι ενδεικτικές. Υπάρχουν πρώτα από όλα, τα ιδρύματα που αποσκοπούν στην περίθαλψη προσώπων που θεωρούνται και ανάκανα και ακίνδυνα. Οίκοι τυφλών, γηροκομεία, ορφανοτροφεία, πτωχοκομεία, είναι ιδρύματα αυτού του είδους. Υπάρχει, δεύτερον, η κατηγορία εκείνη των ιδρυμάτων που αποβλέπουν στην περίθαλψη προσώπων που θεωρούνται ανάκανα μεν να επιμεληθούν τον εαυτό τους, τα οποία όμως, έστω κι άθελά τους, συνιστούν κίνδυνο για την κοινωνία. Είναι άτομα ακουσίως επικίνδυνα για το κοινωνικό σύνολο. Λεπροκομεία, σανατόρια, άσυλα ανιάτων κ.ά. Τρίτη κατηγορία είναι τα

ιδρύματα που αποσκοπούν ευθέως στην προστασία της κοινωνίας από πρόσωπα που θεωρούνται εκούσιοι πρόξενοι κινδύνων. Φυλακές, αναμορφωτήρια. Στην τέταρτη κατηγορία κατατάσσονται οι μορφές συλλογικής συμβίωσης ή ιδρύματα που αποσκοπούν στην καλύτερη εκτέλεση ενός συγκεκριμένου έργου π.χ. ο στρατώνας. Πέμπτη, τέλος, κατηγορία είναι τα ιδρύματα που εξυπηρετούν αυτούς που αποτραβιούνται από τα εγκόσμια. Τέτοια ιδρύματα είναι τα μοναστήρια». (Βλ. παραπάνω, σελ. 562).

«Ο Hochman (1990) πιο συγκεκριμένα διαχωρίζει σε τρεις κατηγορίες τα ψυχιατρικά ιδρύματα: 1) σ' εκείνα τα λεγόμενα της «θείας χάριτος», όπου όλα γίνονται από φιλανθρωπικά αίτια χωρίς να υπάρχει εξήγηση, αφού έχουν παγιωθεί από δεκάδες χρόνια, 2) στα «χαρισματικά ιδρύματα», των οποίων ο διευθυντής είναι χαρισματικός. Ως εκ τούτου, όλοι ταυτίζονται με αυτόν μέσα από ένα ναρκισσισμό που έχει επιπτώσεις και στο θεραπευτικό σκέλος, ευνοώντας την προβολή των επιτυχιών προς τα έξω. Η εξιδανίκευση αυτή προκαλεί ίσως την απόρριψη του προτύπου αυτού από τους εκτός του ιδρύματος ευρισκόμενους με αντίστοιχη συνέπεια τη δημιουργία επιθετικότητας, 3) τέλος, μια Τρίτη κατηγορία είναι να διαπραγματευτικά ιδρύματα (contractuel), που μέσα από τις συναλλακτικές διεργασίες μπορούν να επιφέρουν τη μεταρρύθμιση». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 31-32).

Οποιαδήποτε, όμως, κι αν είναι η μορφή ή η ονομασία ενός ιδρύματος, είναι δυνατό να επιτυγχάνεται η κοινωνικοποίηση των ατόμων που φιλοξενεί, εφ' όσον λειτουργεί με πόρτες κλειστές προς την κοινωνία; Μήπως τελικά αυτό που επιτυγχάνεται πραγματικά είναι η αποπαίδευση, όπως πολύ εύστοχα θέτει ο Τσαούσης (1993), η επιδίωξη δηλαδή του ιδρύματος έτσι ώστε το άτομο που φιλοξενεί να «πετάξει» από επάνω ου τις αξίες και τους τρόπους ζωής που έφερνε μαζί του; (σελ. 103).

6.2.2. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

«Η ιστορική εξέλιξη της περίθαλψης των ψυχικά αρρώστων στη χώρα μας είναι παράλληλη με την έννοια (concept) της ψυχικής αρρώστιας, όπως αυτή

διαμορφώνεται μέσα από την ιστορική πορεία του έθνους». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 165).

«Η ψυχιατρική περίθαλψη από το τέλος του περασμένου αιώνα σηματοδοτείται από τη δημιουργία των μεγάλων Ψυχιατρείων, όπου οι ασθενείς εφυλάσσοντο, απομονωμένοι από το κοινωνικό σύνολο και χωρίς ουσιαστικές δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 391).

«Μέσα σε μια κοινωνία διαρθρωμένη μέσω αντιφάσεων, οι διαδικασίες του αποκλεισμού λειτουργούν διαχωρίζοντας ομάδες, στη βάση ταξικών και κανονιστικών κριτηρίων. Είναι το ίδιο το πλέγμα των ανταγωνιστικών κοινωνικών σχέσεων που δημιουργεί διαρκώς χώρους αποκλεισμού, μια αέναη διαδικασία αντικειμενοποίησης της υποκειμενικότητας, του εαυτού μας και των άλλων». (Μεγαλοοικονόμου Θ., 1990, σελ. 17).

«Η πιο ανυπεράσπιστη κι αδύναμη για αντίσταση από αυτές τις ομάδες, είναι οι ψυχοπαθείς, καθώς κάθε πράξη αντίστασής τους, κάθε πράξη επιβεβαίωσης του εαυτού τους, είναι ήδη προδιαγραμμένη από την κατηγοριοποίησή τους σαν ψυχασθενών κι ακυρωμένη εκ των προτέρων». (Βλ. παραπάνω).

«Ο ψυχασθενής υφίσταται ένα διπλό αποκλεισμό: είναι μια ύπαρξη ακατανόητη (από την κλασική ψυχιατρική), που, ως εκ τούτου, απορρίπτεται και οι ειδικές ανάγκες του αγνοούνται. Κι ακόμα, είναι μια ύπαρξη κοινωνικά εξοστρακισμένη, επειδή είναι ακατανόητη.

Μέσα στους χώρους του αποκλεισμού, που ιδρύθηκαν για να χρησιμεύσουν σαν άμυνα των υγιών απέναντι στο φόβο της τρέλας και του τρελού, επιβλήθηκαν οι περιορισμοί και οι απαγορεύσεις που διέπουν την ευρύτερη κοινωνία». (Βλ. παραπάνω).

Ποιος, όμως, είναι τελικά εκείνος που είναι σε θέση με απόλυτη σιγουριά να υπερασπιστεί ότι είναι «υγιής»; Ή θέτοντας το ερώτημα διαφορετικά, ποιος είναι εκείνος ο απόλυτα «υγιής» που μπορεί να ονομάσει εκείνον που είναι απέναντί του «τρελό»; (σελ. 104).

«Ο ασθενής, πριν καν αντιμετωπιστεί σαν ασθενής, αντιμετωπίζεται σαν επικίνδυνος. Κατά συνέπεια, το ψυχιατρικό ίδρυμα λειτουργεί με άξονα την επικινδυνότητα κι όχι τις ανάγκες του υποκειμένου, σαν θεραπευτικός χώρος. Επιπλέον, η απομάκρυνση από την κοινωνία σημαίνει απομάκρυνση από την ίδια

την ουσία και τις συνιστώσες όπου αρθρώνεται η ανθρώπινη ύπαρξη». (Βλ. παραπάνω).

Ο Σακελλαρόπουλος Π. (1995) αναφέρει στην βιβλιογραφία του ότι λόγω των προκαταλήψεων που υπήρχαν για την ψυχική διαταραχή και του κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών, ο ασθενής ήταν ανεπιθύμητος για το «υγιές» κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα, λοιπόν, με την υποτιθέμενη προστασία του αρρώστου, το κοινωνικό σύνολο προστατευόταν από τον άρρωστο. Το στερεότυπο του ανεύθυνου, επικίνδυνου κι ανίατου ψυχασθενή κυριαρχούσε και η ψυχιατρική περίθαλψη χαρακτηριζόταν από περιοριστικά μέτρα ασφαλείας. Η λεγόμενη θεραπεία ήταν στην ουσία μόνο φροντίδα και κάλυψη στοιχειωδών αναγκών διαβίωσης των ασθενών. Ο πληθυσμός των Ψυχιατρείων διαρκώς αυξανόταν, επειδή οι πιθανότητες επανόδου των ασθενών στο κοινωνικό τους περιβάλλον ήταν πολύ μικρές». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 391).

«Τα ψυχιατρεία συνήθως ήταν εγκατεστημένα μακριά από τις πόλεις κι από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Οι δε επισκέψεις κι επαφές με την οικογένεια ήταν περιορισμένες. Παρότι κατά καιρούς υπήρχαν προσπάθειες ανθρωπιστικής μεταχείρισης των ασθενών με την απασχολησιοθεραπεία και τη λεγόμενη πολιτική των ανοικτών θυρών (π.χ. ο Pinel στη Γαλλία και οι Connally και Tuke στην Αγγλία τον 18^ο αιώνα) – όχι, όμως, στην Ελλάδα – οι ασθενείς σπάνια διέβαιναν την εξωτερική πύλη του ψυχιατρείου. Συχνά, λόγω του κινδύνου αυτοκαταστροφής, απαγορευόταν στους ασθενείς να χρησιμοποιούν κουτάλια και μαχαίρια και η απομόνωση των ανήσυχων ασθενών ήταν καθημερινή πρακτική, όπως επίσης και η καθήλωσή τους με αλυσίδες, ζουρλομανδύα ή κι άλλους τρόπους». (Βλ. παραπάνω).

Βασίζόμενος κανείς την παραπάνω παράγραφο δικαιολογημένα οδηγείται στον προβληματισμό: «Πώς είναι δυνατόν να ισχυρίζεται ένα κράτος ότι παρέχει ψυχιατρική περίθαλψη και θεραπεία στον ψυχικά ασθενή, από τη στιγμή που το συμπέρασμα που βγαίνει από την βιβλιογραφική μελέτη θεωρεί ότι η οικογένεια αποτελεί βασικό παράγοντα τόσο στην έκλυση όσο και στην πορεία και θεραπεία της σχιζοφρένειας, ενώ η περίθαλψη κι ο τρόπος θεραπείας παρέχεται μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον; Είναι δυνατό ένα ίδρυμα να καταφέρει να αντικαταστήσει το θεσμό της οικογένειας; Οι παραπάνω προβληματισμοί φαίνεται ότι παραμένουν διαβάζοντας και τις επόμενες παραγράφους αυτού του υποκεφαλαίου. (Σελ. 105).

«Η μακρά παραμονή και διαβίωση του ασθενούς στο Ψυχιατρείο τον στερούσε από τις κοινωνικές του δραστηριότητες και του αφαιρούσε βαθμιαία και τα λίγα εκείνα υπολείμματα κοινωνικότητας που απέμεναν μετά τη χρόνια επίδραση της νόσου». (Βλ. παραπάνω).

Ο Μεγαλοοικονόμου Θ. (1990) υποστηρίζει ότι «αυτές οι συνθήκες είναι που οδηγούν στην εκμηδένιση και «πραγματοποίηση» του τροφίμου, τον κατακερματισμό και την απανθρωποποίησή του, το πέρασμά του πίσω από ένα τείχος απάθειας κι αδιαφορίας για πάντα – μια στάση ύστατης άμυνας απέναντι στην ανυπόφορη (και χωρίς διέξοδο κι ελπίδα διαφυγής) κατάσταση του εξοστρακισμού και της αποκέντρωσης της ύπαρξης. Έτσι, παράγεται ο λεγόμενος «χρόνιος» ασθενής των ιδρυμάτων-ασύλων». (Μεγαλοοικονόμου Θ., 1990, σελ. 17).

Έτσι, μέσα από όλη αυτή τη διαδικασία αναπτύσσεται κι ο «ιδρυματισμός» του ασθενούς, στον οποίο αναφέρεται ο Μαδιανός Μ. (1989). «Ο ιδρυματισμός ή ιδρυματική νεύρωση είναι όροι που έχουν καθιερωθεί από τις «Wing (1962) και Barton (1966), αντίστοιχα, κι εμφανίζεται ως ψυχοπαθολογική κατάσταση μετά από μακρόχρονη νοσηλεία του ασθενή σε άσυλο. Χαρακτηρίζεται από απάθεια, αδιαφορία, παθητική συμπεριφορά, αδιαφορία για τον εαυτό του. Μια παρόμοια κλινική εικόνα είναι εκείνη του συνδρόμου της κοινωνικής αποδόμησης, που περιγράφηκε από τους Gruenberg et al (1962, 1967) και περιλαμβάνει παρόμοια συμπεριφορά μ' εκείνη του ιδρυματισμού, όπως άρνηση εργασίας και διασκέδασης, απομόνωση, επιθετικότητα ή τάσης αυτοκαταστροφής, αδυναμία συζήτησης, άρση αναστολών». (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 155-156).

Οπωσδήποτε, λοιπόν, η χιλιομετρική απομάκρυνση του ψυχιατρικά ασθενή από το οικογενειακό περιβάλλον του – συγκεκριμένα, με βάση την υπόθεσή μας, του παιδιού που πάσχει από σχιζοφρενική διαταραχή από τους γονείς του – καθώς επίσης και η ανάπτυξη ιδρυματικής νεύρωσης, προκαλούσαν παράλληλα αμοιβαία συναισθηματική απομάκρυνση παιδιού-γονέων, με αποτέλεσμα να επικρατεί χρόνια θλίψη – είτε συνειδητή είτε ασυνείδητη – τόσο στο σχιζοφρενικό μέλος που νοσηλεύονταν, όσο και στους γονείς του, χωρίς, βέβαια, να γίνεται προσπάθεια μείωσης αυτού του βάρους, μέσω κάποιας ουσιαστικής μορφής θεραπείας.

Έτσι, για να μπορέσουν να εξαλείψουν όλες τις παραπάνω αρνητικές επιπτώσεις της ιδρυματικής περίθαλψης, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε συνεργασία

με την Ελληνική κυβέρνηση, αποφάσισαν να προβούν σε πραγματοποίηση κοινωνικής αλλαγής, η οποία βασικά περιελάμβανε την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών, μέσω της δημιουργίας ανοιχτών δομών περίθαλψης και ονομάστηκε «ψυχιατρική μεταρρύθμιση».

6.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ

«Ο όρος «κοινωνική αλλαγή» είναι δημιούργημα του αιώνα μας. Εισάγεται το 1922 με το ομώνυμο έργο του Αμερικανού κοινωνιολόγου Ουίλιαμ Φ. Όγκμπορν. Πρόθεση του Όγκμπορν ήταν να αντικαταστήσει τον μέχρι τότε κρατούντα όρο «κοινωνική εξέλιξη», που είχε έντονη αλλά και μονομερή φιλοσοφικά και ιδεολογική φόρτιση. Το πλεονέκτημα του νέου όρου ήταν ο γενικός κι ουδέτερος χαρακτήρας του, γεγονός που του επέτρεψε να καταστεί με τον καιρό ένας τεχνικός όρος γένους, ο οποίος καλύπτει όλες τις θεωρίες κοινωνικού μετασχηματισμού που διατυπώθηκαν από τότε, αλλά και παλαιότερα». (Τσαούσης Δ. Γ., 1993, σελ. 185).

«Ότι η αλλαγή είναι επακόλουθο μιας κίνησης δε σημαίνει ότι κάθε κίνηση συνεπάγεται και τη μεταβολή ενός συστήματος. Ανάγκη, λοιπόν, είναι να προσδιοριστεί σαφέστερα η έννοια της κοινωνικής αλλαγής. Για τον σκοπό αυτό, παρακάτω, ακολουθείται σε γενικές γραμμές η ανάλυση του Καναδού Γκυ Ροσέ (1968)». (Βλ. παραπάνω).

«Πρώτο χαρακτηριστικό της είναι ότι η κοινωνική αλλαγή αφορά κοινωνικά σύνολα κι όχι μεμονωμένα άτομα ή ομάδες ατόμων. Για να μιλήσει κανείς για κοινωνική αλλαγή πρέπει τα πρόσωπα στα οποία αναφέρεται να αποτελούν ένα σημαντικό σε μέγεθος τμήμα του πληθυσμού ή μία ή περισσότερες κατηγορίες ατόμων με σαφή και συγκεκριμένη θέση στην κοινωνική οργάνωση.

Η έννοια της κοινωνικής αλλαγής αναφέρεται σε μεταβολές στις δομές ενός συστήματος. Οι δομές αυτές μπορεί να αφορούν στο σύνολο του συστήματος, όπως π.χ. η ταξική συγκρότηση μιας κοινωνίας, μπορούν όμως και να αφορούν επιμέρους υποσυστήματα λ.χ. την οργάνωση της οικογένειας». (Βλ. παραπάνω, σελ. 186).

«Από το γεγονός ότι η κοινωνική αλλαγή είναι ένα διαρθρωτικό φαινόμενο έπεται ότι πρέπει να είναι εμφανής και συγκεκριμένη. Πρέπει μ' άλλα λόγια να μπορεί να παρατηρηθεί και να μπορεί να περιγραφεί η διαφορά της νεότερης από την προγενέστερη κατάσταση. Αόριστες ή αφανείς μεταβολές δεν συνιστούν κοινωνική αλλαγή.

Η κοινωνική μεταβολή δεν έχει παροδικό ή πρόσκαιρο χαρακτήρα. Γνώρισμά της είναι κάποιο στοιχείο μονιμότητας. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι φυσικό επακόλουθο του γεγονότος ότι η κοινωνική αλλαγή είναι ένα διαρθρωτικό φαινόμενο». (Βλ. παραπάνω).

«Η κοινωνική αλλαγή, είναι, αποτέλεσμα μιας κίνησης στο χρόνο. Για την έννοια της κοινωνικής αλλαγής η διάρκεια της κίνησης δεν έχει, εκ πρώτης όψεως, αποφασιστική σημασία. Μια αλλαγή μπορεί να είναι σταδιακή, όπως μπορεί να είναι κι απότομη. Η έννοια της εξέλιξης ή της ανάπτυξης αναφέρεται κατά κανόνα σε μια σταδιακή μεταβολή με κάποια περισσότερο ή λιγότερο μακρά χρονική διάρκεια». (Βλ. παραπάνω).

«Η κοινωνική αλλαγή είναι αποτέλεσμα μιας μακράς προπαρασκευαστικής διεργασίας. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να διαστείλουμε την περίοδο της προπαρασκευαστικής διεργασίας της ζύμωσης ή της σταδιακής μεταβολής των συνθηκών από τον χρόνο που συντελείται και που ολοκληρώνεται η κοινωνική αλλαγή. Η διαστολή αυτή δεν είναι ούτε θεωρητικά ούτε πρακτικά εύκολη. Συναρτάται τόσο από τη φύση του φαινομένου που μελετάται όσο κι από τον τρόπο που συλλαμβάνεται ή αναλύεται η διαδικασία της κοινωνικής αλλαγής, σαν συνολική κίνηση. Υπάρχουν, όμως, δύο ακραίοι περιορισμοί που πρέπει να θυμάται κανείς. Η κοινωνική αλλαγή δεν είναι ένα στιγμιαίο συμβάν. Από την άλλη μεριά δεν εκτείνεται και σε τόσο χρονική διάρκεια ώστε να ξεπερνάει μια ολόκληρη γενιά ανθρώπων». (Βλ. παραπάνω, σελ. 187).

«Η κοινωνική αλλαγή, τέλος, είναι ένα γεγονός που επηρεάζει τη μελλοντική πορεία του κοινωνικού συνόλου. Η κοινωνική αλλαγή είναι ένας σταθμός στην ιστορία μας κοινωνίας.

Θα μπορούσε, λοιπόν, η κοινωνική αλλαγή να οριστεί ως μια ευδιάκριτη μεταβολή στις δομές ενός κοινωνικού συνόλου η οποία δεν είναι ένα στιγμιαίο συμβάν ούτε ξεπερνάει τα όρια ζωής μιας γενιάς, η οποία έχει ένα χαρακτήρα μονιμότητας κι αποτελεί σταθμό στην ιστορία μιας κοινωνίας». (Βλ. παραπάνω).

Με βάση τον τελικό ορισμό της κοινωνικής αλλαγής, η ύπαρξή της υφίσταται μόνο όταν συνυπάρχουν όλα τα χαρακτηριστικά της. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση άραγε αποτελεί θεωρητικά και πρακτικά κοινωνική αλλαγή; (σελ. 110).

6.4. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ;

«Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός (reform) όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα.

Η μεταρρύθμιση αφορά:

- α Το νομικό πλαίσιο
- α Το οργανωτικό πλαίσιο
- α Το διοικητικό πλαίσιο
- α Το διαχειριστικό πλαίσιο

του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών. Βέβαια, η μεταρρύθμιση των τεσσάρων αυτών πλαισίων πρέπει να είναι προϊόν ιδεολογικών ζυμώσεων, αναζητήσεων και προτάσεων από τη βάση κι όχι το αποτέλεσμα κυβερνητικών επιλογών. Η μεταρρύθμιση, εάν αποτελεί κρατική επιλογή, θα παραμείνει ένα ανεκπλήρωτος στόχος – ή ακόμη μία ουτοπία – αν δεν συμπεριλάβει και τους τέσσερις παραπάνω τομείς οι οποίοι καθορίζουν τη μορφή και την ποιότητα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης, ή καλύτερα τη φροντίδα (care) ψυχικής υγείας». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 25-26).

6.5. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

6.5.1. ΒΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

«Είναι γενικά αποδεκτό ότι σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας παρατηρούνται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Σε αυτές πρέπει να περιληφθούν:

- Η ψήφιση του Ν. 1397 το 1983 που μπορεί να θεωρηθεί ως ορόσημο για τη μεταβατική, τωρινή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης με το άρθρο 21 του Ν. 1397/83 του Ε.Σ.Υ. για την ψυχική υγεία.
- Ο κανονισμός 815 της 26-3-1984 του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν το διοικητικό οργανωτικό μέσο για την αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Πιο συγκεκριμένα «το 1984 συγκροτήθηκε μια δεύτερη Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Κ.Ε.Σ.Υ., η οποία σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας με δύο φάσεις στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ. (Κανονισμός 815/84). Ο Κανονισμός 8/5/84 της 25-3-1984 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου προσφέρει ειδική οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα, για τον τομέα της εγκατάστασης κι εξοπλισμού Κέντρων Αποκατάστασης ψυχασθενών,, για την τετραετία 1984-1988, με το ποσό των 60 εκατομμυρίων μονάδων ECU (9 δισ. 840 εκατομ. δραχμές). Σύμφωνα, με το πρόγραμμα αυτό, επρόκειτο, μέχρι το 1988, να ιδρυθούν 135 μονάδες (Κ.Ψ.Υ., Μονάδες σε Γεν. Νοσοκομεία, Ξενώνες, Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης κ.λ.π.) στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. Επίσης, προβλέπεται η παροχή υποτροφιών και ταχύρρυθμης εκπαίδευσης, ενώ τα υπάρχοντα ψυχιατρεία θα τροποποιήσουν την οργάνωση των υπηρεσιών τους με τη δημιουργία νέων ή την κατάργηση παλαιών.

Μέχρι το 1988 είχε υπολογιστεί ότι θα είχαν μειωθεί τα ψυχιατρικά κρεβάτια σε 6.860 από τα 8.486, ενώ αντίστοιχα θα έχουν προστεθεί 598 κρεβάτια σε 28 μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία.

Ο κανονισμός 815/84 προέβλεπε συνολικά 120.000.000 ECU, από τα οποία τα 60.000.000 θα διετίθεντο στο Υπουργείο Εργασίας (σκέλος Α' του Κανονισμού 815) και τα υπόλοιπα 60.000.000 θα διετίθεντο στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (σκέλος Β' του Κανονισμού 815) (C.E.C. 1984-1989).

Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποίησε τον Κανονισμό 815/84 με ένα νέο Κανονισμό 4130/1988 (16-12-1988).

Σύμφωνα με το νέο κανονισμό, δόθηκε παράταση μέχρι τις 31-12-1994 χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της Επιτροπής, εφόσον εφαρμοστούν μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης κι ελέγχου με την παροχή εκ μέρους των Κοινοτήτων τεχνικής βοήθειας για σύστημα παρακολούθησης κι αξιολόγησης. Στο σύστημα περιελήφθη και χρήση εμπειρογνομόνων οι οποίοι καθορίστηκαν με κοινή συμφωνία μεταξύ Ελλάδας κι Επιτροπής.

Σύμφωνα με τους όρους της παράτασης του Κανονισμού, επιτράπηκε κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, η χρηματοδότηση δαπανών για την αγορά κτιρίων ή οικοπέδων για την υλοποίηση συγκεκριμένων προγραμμάτων που είχαν εγκριθεί». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 221, 223, 224).

Μελετώντας κανείς μέχρι σ' αυτό το σημείο τα βήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, χωρίς να γνωρίζει τα ακριβή χρηματικά ποσά που απαιτούνται για τη δράση της, θα αναρωτιόταν δικαιολογημένα: «Και τελικά αφού υπήρχε ο σχεδιασμός αρχικά και η οικονομική άνεση στη συνέχεια, γιατί απέτυχε στο έργο της η ψυχιατρική μεταρρύθμιση;» Υπάρχει, όμως, και συνέχεια στο έργο... (Σελ. 113).

«Στις 7-7-1990 μετά το θόρυβο που ξεσήκωσε η κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρου και μετά από συζητήσεις για κακή διαχείριση των πόρων, το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αποφάσισε την προσωρινή αναστολή του Κανονισμού 815 και κατά παρέκκλιση την καταβολή των ποσών για πρόγραμμα που ήταν σε εξέλιξη.

Σύμφωνα με την απόφαση της 7-7-1990, ζητήθηκε από το Υ.Υ.Π.Κ.Α.:

- Να υποβάλλει εντός 6 μηνών έκθεση για ό,τι αφορούσε την υλοποίηση του προγράμματος για την αναμόρφωση του συστήματος ψυχικής υγείας.
- Να ζητηθεί να επιστραφούν τα ποσά που καταβλήθηκαν για έργα που δεν υλοποιήθηκαν στη Λέρο,

- Να συνδέσει κάθε χρηματοδότηση προγράμματος με τη σύσταση των επιτροπών συστήματος αξιολόγησης και παρακολούθησης (απόφαση 4130/1988) και τη λειτουργία τριμερούς Επιτροπής παρακολούθησης (Υ.Υ.Π.Κ.Α., Υπουργείο Εργασίας, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων) καθώς και την κατάρτιση προγράμματος αποϊδρυματισμού και βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των εγκλείστων στη Λέρο παράλληλα με το σχεδιασμό ενός αναθεωρημένου προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.
- Για την υλοποίηση όλων αυτών των προϋποθέσεων δημιουργήθηκε: (1) επιτροπή εμπειρογνομόνων για τη μελέτη των παραπάνω, (2) ομάδα για να καταρτίσει σειρά εκθέσεων παρακολούθησης της υλοποίησης των προγραμμάτων και (3) επιτροπή εξωτερικών αξιολογήσεων.

Μετά την παράδοση των εκθέσεων από τον γενικό συντονιστή των τριών ομάδων εργασίας εμπειρογνομόνων και την κατάρτιση των τεσσάρων εκθέσεων παρακολούθησης της εξέλιξης των προγραμμάτων του Κανονισμού, εγκρίθηκε από τη διαχειριστική Επιτροπή του Κανονισμού 815/84 η συνέχιση των προγραμμάτων στις 8-10-1991. Σύμφωνα με την παράταση του Κανονισμού, εγκρίθηκαν 64 νέα προγράμματα: 25 στην Αθήνα, 8 στη Θεσσαλονίκη και 31 στην λοιπή χώρα. Από τα 64 αυτά προγράμματα, τα 28 ήταν παλαιότερα που δεν είχαν αρχίσει να υλοποιούνται». (Βλ. παραπάνω, σελ. 225-236).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται φανερό ότι ήταν πολλές οι κινήσεις που πραγματοποιήθηκαν για την επίτευξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, οι οποίες οπωσδήποτε είχαν ορισμένους στόχους, εφόσον καμία κίνηση δεν γίνεται άσκοπα. Ποιος όμως ήταν ο σκοπός των δράσεων;

6.5.2. ΣΤΟΧΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

«Με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, γεννήθηκαν νέες ιδέες, προβληματισμοί κι αμφισβητήσεις. Η διαδικασία της μεταρρύθμισης είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία που μπορεί να γίνει μόνο σε βαθμιαία συρρίκνωση της νοσηλείας στο άσυλο, διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών δομών

περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, ευαισθητοποίηση κι επιμόρφωση της κοινότητας ώστε να αποδεχτεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις κι ανησυχίες που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.

Μεγάλη βαρύτητα έχει η δημιουργία κι εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού το οποίο θα διαθέτει τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις που απαιτούνται για την υλοποίηση της περίθαλψης στην κοινότητα. Σημαντικές αλλαγές πρέπει να γίνουν στη στάση του προσωπικού, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η ψυχική υγεία κι ασθένεια αποτελούν ένα συνεχές κι ότι οι ανάγκες του ασθενή δεν καλύπτονται με την πρόληψη και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, αλλά χρειάζεται επίσης φροντίδα για την κάλυψη αναγκών διαβίωσης, επανεκπαίδευση για την επανάκτηση των χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενή κι εκπαίδευσης για την επαγγελματική του αποκατάσταση.

Έτσι, η ανάπτυξη του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού συναρτάται απολύτως με τη λειτουργία σύγχρονων δομών περίθαλψης που λειτουργούν με τις αρχές και τη φιλοσοφία της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, κι απαιτεί σημαντικό χρόνο.

Ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να προβλέπει υπηρεσίες για την πρόληψη, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 396-397).

Πώς, όμως, θα μπορέσει να παρουσιαστεί σαν ανάγκη, από μέρους του ψυχικά ασθενή, η επαγγελματική αποκατάσταση και η επανάκτηση των χαμένων δεξιοτήτων του, εάν πριν από αυτό δεν δημιουργηθούν οι κατάλληλες νέα δομές ψυχιατρικής περίθαλψης κι έστω έως ένα ικανοποιητικό επίπεδο θεραπείας; (Σελ. 115).

6.6. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

6.6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

«Σύμφωνα με το Ψυχιατρικό Γλωσσάριο της Α.Ψ.Ε. του 1954, η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητά του.

Η Κοινοτική Ψυχιατρική στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη κι έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα παρά όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο ή στις συγκεντρωτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Σύμφωνα με τον Duhl, η Κοινοτική Ψυχιατρική έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση των προσαρμοστικών δυναμικών και των ψυχο-κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως και τη μείωση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας σε ομάδες πληθυσμών της κοινότητας με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ανίχνευσης περιπτώσεων, θεραπευτικής παρέμβασης κι αποκατάστασης. Το άτομο δεν παραμένει ως ένα ατομικό πρόβλημα αλλά ως η έκφραση μιας περισσότερο γενικής ψυχιατρικής ανάγκης μιας ομάδας πληθυσμού (Golston, 1965).

Η Κοινοτική Ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών». (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 28-29).

6.6.2. ΣΤΟΧΟΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

«Οι βασικοί στόχοι της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι:

1. Η αύξηση του εύρους του αριθμού και της εξειδίκευσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
2. Η ύπαρξη υπηρεσιών ισότιμα διαθέσιμων και προσεγγίσιμων από κάθε άτομο, ανεξάρτητα γεωγραφικής θέσης, οικονομικής κατάστασης και φυλής.
3. Η παροχή υπηρεσιών να είναι ανάλογη των αναγκών της κοινότητας.
4. Η μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία.
5. Η μεγιστοποίηση της συμμετοχής των πολιτών στα προγράμματα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.
6. Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.
7. Ο συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα στον τομέα και
8. Η αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς κόστους-ώφελους».
(Μαδιανός Μ., 1989).

6.6.3. ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

«Όπως είναι γνωστό, ο Carlan, το 1964, έχει διατυπώσει τις τρεις ακόλουθες βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την οργάνωση και λειτουργία των Κοινοτικών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών:

1. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής, με το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος. Έτσι μπορεί να αποδοθεί ο όρος «comprehensiveness». Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια

της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικά πλαίσια εναρμονισμένα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

2. Η αρχή της τομεοποίησης (catchmentation – sectorization) δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Χωρίς την τομεοποίηση, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη. Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας πρέπει να κυμαίνεται από 1 έως 15 λεπτά.
3. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς (continuity of care) από τον ίδιο θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας. Αυτό για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού του ασθενούς στο άσυλο. Η διάσπαση της θεραπευτικής σχέσης αυτής της συμμαχίας έχει αρνητικά αποτελέσματα στην εξέλιξη του θεραπευτικού αποτελέσματος (outcome). Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς.

Το 1983 διατυπώθηκε μία τέταρτη αρχή, εκείνη της ανταποκριτικότητας (Μαδιανός, 1987).

4. Η αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προέλευση του κοινού στο Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. Όσο το δίκτυο αναπτύσσεται διεισδυτικά στην κοινότητα, τόσο περισσότερο μειώνεται η απόσταση του ψυχικά πάσχοντος μέλους για την αναζήτηση βοήθειας από τις Υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας». (Μαδιανός Γ., 1994, σελ. 60-61).

Εκτός, όμως, από τις βασικές αρχές που διέπουν γενικά την κοινοτική ψυχιατρική, έχουν διατυπωθεί, επιπρόσθετα βασικές αρχές κοινοτικής ψυχιατρικής που αφορούν αποκλειστικά άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενική διαταραχή.

6.6.4. ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΑ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΟΥΣ

«Βασική αρχή κατά την ανάληψη της περίπτωσης (intake) είναι η διευκρίνιση και ιεράρχηση των προβλημάτων. Η αξία της λεπτομερούς διαγνωστικής έχει κάποια σημασία, όχι, όμως την πρωταρχική. Σημασία έχει η εξακρίβωση των άμεσων αναγκών. Οι βασικές αρχές που ακολουθούν μετά από την εξακρίβωση αυτή είναι: **1)** η αποφυγή της εισαγωγής ή της επανεισαγωγής του αρρώστου αλλά και η παράλληλη συνεργασία με την οικογένεια για την ελάφρυνσή της από τα προβλήματα, **2)** η σύναψη ειλικρινούς σχέσης με τον άρρωστο που ή συνεργάζεται, οπότε του τονίζεται ότι η ομάδα πιστεύει μέσα από την εκτίμηση των γεγονότων ότι υπάρχει ένα πρόβλημα και ζητούν τη συνεργασία του στη λύση του, ή δε συνεργάζεται, οπότε πάλι τονίζεται ότι είναι ελεύθερος να επιλέξει τον τρόπο αναζήτησης βοήθειας, **3)** η στάση του προσωπικού απέναντι στο άτομο είναι εναρμονισμένη με την ιδεολογία της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, που είναι ότι η ψυχική αρρώστια δε διαφέρει από μια σωματική αρρώστια, **4)** ο σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης και τους αποκαταστασιακούς χειρισμούς μέσα στην κοινότητα, **5)** πολλές φορές θα χρειαστεί να συνεκτιμηθεί ο βαθμός κινδύνου για πιθανές τάσεις αυτοκαταστροφής ή επιθετικής πράξης με το βαθμό στον οποίο το άτομο θα εισπράξει την απόρριψή του, με τον εγκλεισμό του στο ψυχιατρείο και **6)** τις περισσότερες φορές η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία σε ένα Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας με το ψυχωσικό άτομο, με παράλληλη χρήση ψυχοφαρμάκων μακράς δράσης, είναι το βασικό θεραπευτικό σχήμα. (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 148-149).

6.7. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6.7.1. ΟΡΙΣΜΟΙ

«Αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών κι επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φθάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία. (Π.Ο.Υ. 1981).

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο Ευρώπης 1958)». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 48).

«Κατά τους Wing, Bennett και Denham (1964), «αποκατάσταση είναι κάθε δραστηριότητα που έχει ως στόχο την πρόληψη ή μείωση των δευτερογενών επιπτώσεων ή των αναπτυσσόμενων αναπληρωματικών μηχανισμών για τις πρωτογενείς και δευτερογενείς επιπτώσεις της νόσου που δεν επιδέχονται μείωση». Είναι εμφανές ότι ο ορισμός αυτός έχει ψυχιατρική κατεύθυνση.

Ένας ορισμός της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης που δόθηκε από το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α. είναι ο εξής: Η ψυχιατρική αποκατάσταση έχει στόχο να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς (Anthony et al., 1988, 1983).

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση» (psychosocial rehabilitation) που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων (Μαδιανός, 1985)». (Βλ. παραπάνω, σελ. 49).

«Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα – με έκπτωση της λειτουργικότητας, ανάικα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή – να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο την βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατό περισσότερο ποιοτική για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας». (Π.Ο.Υ., 1996, σελ. 2).

6.7.2. ΠΟΙΟΥΣ ΑΦΟΡΑ Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ

«Λόγω του γεγονότος ότι αρχικά εφαρμοζόταν στα ασυλικού τύπου, παλιά και μεγάλα κρατικά ψυχιατρεία, οι περισσότερες από τις τεχνικές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η ορολογία της, συνδέονται με τη νοσοκομειακή φροντίδα. Παρά ταύτα, πρόσφατες προσπάθειες και πρωτοβουλίες έχουν αποδείξει ότι η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση αφορά όχι μόνο ανθρώπους που συνδέονται με τη νοσοκομειακή φροντίδα αλλά επίσης - και ιδιαίτερα – εκείνους που ακολουθούν κυρίως κοινοτική φροντίδα.

Οι μέθοδοί της συμπεριλαμβάνουν τρόπους οργάνωσης των υπηρεσιών με στόχο τη μεγιστοποίηση της συνέχειας της φροντίδας, της θεραπείας και των ολοκληρωμένων παρεμβάσεων, βελτιώνοντας ταυτόχρονα τις ικανότητες των ατόμων και μειώνοντας το άγχος με σκοπό να καταστήσουν δυνατή την όσο το δυνατό καλύτερη οικονομική και κοινωνική συμμετοχή και την αποτροπή των υποτροπών. Θα μπορούσε να αποτελέσει μια κοινή ενέργεια στην οποία οι

επαγγελματίες και οι χρήστες συνεργάζονται για να μετασχηματίσουν τους κοινωνικούς ρόλους των αποδεκτών των υπηρεσιών.

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι πολύπλοκη και φιλόδοξη επειδή συμπεριλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τομείς και διαφορετικά επίπεδα, από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, στα σπίτια και τους χώρους εργασίας. Ακόμη, η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συμπεριλαμβάνει την κοινωνία ως σύνολο. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι ένα ουσιαστικό κι ακέραιο κομμάτι της συνολικής διαχείρισης των ατόμων που μειονεκτούν λόγω ψυχονοητικών διαταραχών. Κατά συνέπεια, αυτοί που εμπλέκονται στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ποικίλουν επίσης αρκετά π.χ. χρήστες υπηρεσιών, επαγγελματίες, οικογένειες, εργοδότες, υπεύθυνοι και διοικητικοί των κοινοτικών υπηρεσιών κι όλης της κοινότητας. Με δεδομένη αυτή την πολυπλοκότητα, τα μέσα για την παροχή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ποικίλουν, ανάλογα με τα γεωγραφικά, πολιτισμικά, οικονομικά, πολιτικά, κοινωνικά κι οργανωτικά χαρακτηριστικά των χώρων όπου παρέχεται η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση». (Π.Ο.Υ., 1996, σελ. 1, 3).

Όπως η κοινοτική ψυχιατρική διέπεται από ορισμένες αρχές, έτσι και η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση κατά την διάρκεια της πραγματοποίησης των διεργασιών που περιλαμβάνει διέπεται από συγκεκριμένες αρχές.

6.7.3. ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι βασικές αρχές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι οι εξής:

1. Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμη και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε έναν τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.

2. Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέα ικανότητες.
3. Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα. Είναι εμφανές ότι η αρχή αυτή βασίζεται στις έννοιες των θετικών ή αρνητικών ενισχύσεων όπως αυτές θεμελιώθηκαν από τον B.F. Skinner.
4. Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των ψυχοθεραπευτών κι εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να δρα «φυσιολογικά», αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν την συμπεριφορά.
5. Η επιδίωξη της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα των ψυχιατρείων να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής έξω στην κοινότητα.]
6. Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδρασή του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στον οποίο εκείνη το επηρεάζει.
7. Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει ν' αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών. Γι' αυτό στην ομάδα της ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν κι άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί ν' αποτελεί σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών.
8. Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 55, 56).

6.7.4. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

«Επειδή η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση έχει ως στόχο τη μείωση του στίγματος και της αναπηρίας και την προαγωγή της ισότητας και των ευκαιριών, οι λειτουργοί της συμμετέχουν σε προσπάθειες οργανωτικού, νομοθετικού, επαγγελματικού χαρακτήρα, σε προσπάθειες διασφάλισης τα ποιότητας της φροντίδας και της ποιότητας της ζωής, στις οργανώσεις των οικογενειών και στήριξης, αυτοβοήθειας και συμμετοχής, σε εκπαιδευτικές προσπάθειες και προσπάθειες προαγωγής για την ενίσχυση κι επέκταση των υπηρεσιών και της έρευνας και τη βελτίωση των συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Ως τέτοια, η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα να απολαμβάνουν πλήρως τα δικαιώματά τους, όπως αυτά εκφράζονται σε διεθνή νομικά όργανα κι, όταν ενδείκνυται, από την εθνική νομοθεσία.

Οι ενδιάμεσοι στόχοι της διαδικασίας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης εμπλέκουν μια σειρά βημάτων τα οποία, ενώ είναι ξεχωριστά και πολύτιμα καθ' εαυτά, αποκτούν την πλήρη σημασία και ισχύ τους όταν διαπλέκονται στενά. Αυτά τα βήματα–στόχοι περιλαμβάνουν:

- ∅ Τη μείωση της συμπτωματολογίας μέσω κατάλληλης φαρμακοθεραπείας, ψυχολογικών χειρισμών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.
- ∅ Τη μείωση των ιατρογενών προβλημάτων μέσα από τη μείωση ή και την απάλειψη – όπου είναι δυνατό – των αρνητικών σωματικών και συμπεριφορικών συνεπειών των ανωτέρω αναφερομένων ιατρικών παρεμβάσεων, όπως επίσης- και ιδιαίτερα – του παρατεταμένου ιδρυματισμού.
- ∅ Τη βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων μ'έσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων, της ψυχολογικής αντιμετώπισης (coping) και της απασχόλησης.
- ∅ Τη μείωση των διακρίσεων και του στίγματος.
- ∅ Την παροχή υποστήριξης σε εκείνες τις οικογένειες που έχουν ένα μέλος με ψυχοκοινωνική διαταραχή.

- ∅ Την κοινωνική υποστήριξη μέσω της δημιουργίας και διατήρησης ενός μακρόπνοου συστήματος κοινωνικής στήριξης, της ελάχιστης κάλυψης των βασικών αναγκών αναφορικά με τη στέγη, την απασχόληση, το κοινωνικό δίκτυο και τον ελεύθερο χρόνο.
- ∅ Την ενίσχυση των χρηστών των υπηρεσιών μέσα από την αύξηση της αυτονομίας, της αυτάρκειας και των ικανοτήτων αυτο-υποστήριξης των χρηστών και των επαγγελματιών». (Π.Ο.Υ., 1996, σελ. 3-4)

6.7.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

«Η οικογένεια συνήθως, βιώνει μαζί με τον άρρωστο τις συνέπειες της κοινωνικής προκατάληψης και του στίγματος και πολλές φορές αδυνατεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να διεκδικήσει αυτά που δικαιούται για λογαριασμό του αρρώστου. Έτσι, η οικογένεια έχει ανάγκη από υπεύθυνη ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα και τις δυσκολίες που προκαλεί η ψυχική νόσος. Σ' αυτή την κατεύθυνση έχουν αναπτυχθεί παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού και υποστηρικτικού τύπου που παίρνουν συνήθως τη μορφή των ψυχοεκπαιδευτικών και υποστηρικτικών ομάδων συγγενών». (Περιλήψεις Συνεδρίου, 1999, σελ. 22).

«Από αυτές τις ομάδες ξεπήδησαν σιγά-σιγά οργανώσεις και σύλλογοι οικογενειών κι αναπτύχθηκε έτσι το κίνημα των συγγενών και των οικογενειών που στις μέρες μας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της υπεράσπισης τόσο των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, όσο και των οικογενειών τους. Για να πετύχουν οι στόχοι του κινήματος των οικογενειών χρειάζεται η ενεργός στήριξη και βοήθεια από την κοινωνία». (Βλ. παραπάνω).

6.8. ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

«Με αυτό τον όρο εννοούμε την εργασία με τον πληθυσμό και την ευαισθητοποίησή του, ώστε να αλλάξει στάση απέναντι στην ψυχική νόσο. Εννοούμε επίσης, όλη τη διαδικασία εκπαίδευσης και κατάρτισης επιμέρους ομάδων του πληθυσμού (δασκάλων, αγροτικών ιατρών, αστυνομικών) ώστε να βοηθήσουν, είτε εθελοντικά είτε στα πλαίσια των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων, στο έργο της πρόληψης και της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών». (Παπαδοπούλου Χ., 1998, σελ. 38).

«Η εργασία για την αγωγή της κοινότητας, απαιτεί γνώσεις Ατομικής και Κοινωνικής Ψυχολογίας και λιγότερο γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και Θεραπευτικής. Εμπειρίες, όπως η ομαδική ψυχοθεραπεία, μπορούν να βοηθήσουν τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας. Αλλά είναι βέβαιο, ότι για την αγωγή κοινότητας, δεν είναι αρκετή η παραδοσιακή εκπαίδευση [των ειδικών]». (Βλ. παραπάνω).

Η Παπαδοπούλου Χ. στη βιβλιογραφία της αναφέρει ορισμένους τρόπους εργασίας, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί η αγωγή κοινότητας: «Ομιλίες, συζητήσεις, κοινή αντιμετώπιση περιπτώσεων καθώς και σεμινάρια. Πρέπει η κοινωνική ομάδα να γνωρίζει [πως εργάζεται η ομάδα των ειδικών για να τους δεχθεί]. Δεν είναι δυνατόν ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας να λειτουργεί ως ξένο σώμα μέσα στην κοινότητα». (Βλ. παραπάνω, σελ. 39).

«Πρόκειται ασφαλώς για έργο δύσκολο κι εξειδικευμένο. Πρέπει όμως όλοι να ξέρουν με λεπτομέρειες, τη δομή και τους τρόπους παρέμβασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρέπει να γνωρίζουν πού θα απευθυνθούν, αλλά και πώς θα ενεργήσουν οι ίδιοι. Τα ενημερωτικά φυλλάδια [των υπηρεσιών ψυχικής υγείας] διανέμονται σταθερά σε όλους. Το περιεχόμενό τους επεξηγείται σε διαλέξεις, συζητήσεις, σε επισκέψεις στις διάφορες υπηρεσίες, στα μαθήματα που γίνονται στους εκπαιδευόμενους σχολών, αλλά και στις επαφές με τον άρρωστο και στους συγγενείς του». (Βλ. παραπάνω).

6.9. ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

«Σύμφωνα με τις αρχές της σύγχρονης κοινωνικής – κοινοτικής ψυχιατρικής, με τον όρο «τομεοποίηση» (catchment area, secteur) εννοούμε ένα σύστημα αλληλοσυμπληρούμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που εξυπηρετεί πληθυσμό συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, με τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στην ψυχιατρική φροντίδα των περιθαλπομένων (continuity of care) μέσα στην κοινότητα». (Παπαδοπούλου Χ., 1998, σελ. 46).

Σύμφωνα με τον Σαραντίδη Δ. (1999) «απαραίτητη προϋπόθεση σε τομεοποιημένες υπηρεσίες είναι η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας που προέρχονται από διαφορετικές μονάδες και με διαφορετική εκπαίδευση. Η ποιότητα αυτής της συνεργασίας, αλλά και γενικότερα ο συντονισμός των διαφόρων επαγγελματιών είναι η «Αχίλλειος πτέρνα» της τομεοποίησης». (Σαραντίδης Δ., 1999, σελ. 93).

Σύμφωνα με τον Σαραντίδη (1999), μπορεί η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση σε τομεοποιημένες υπηρεσίες. Είναι, όμως, δυνατόν να συνυπάρχουν η συνεργασία με τον ανταγωνισμό που παρατηρείται μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας; (Σελ. 128).

6.10. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

«Η ανάπτυξη κοινοτικών μορφών περίθαλψης βασίζεται στη δημιουργία υπηρεσιών προσανατολισμένων στις ανάγκες του ψυχικά πάσχοντος οι οποίες ποικίλλουν στις διαφορετικές φάσεις της νόσου, όπως επίσης ποικίλλουν και σε διαφορετικές ψυχικές διαταραχές. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο

προσδιορισμός των αναγκών αυτών ποιοτικά και ποσοτικά». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 397).

«Οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης στην κοινότητα περιλαμβάνουν Μονάδες Νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Αποκατάστασης, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Νοσοκομεία Ημέρας κι άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες. Θα πρέπει να τονισθεί η σημασία της ανάπτυξης Μονάδων Νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο ως σύγχρονη μορφή ψυχιατρικής νοσηλείας.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας με την ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Συμβουλευτικών Σταθμών και την παρέμβαση στο σχολείο κι ευρύτερα στην κοινότητα για ενημέρωση κι ευαισθητοποίηση του κοινού στα προβλήματα ψυχικής υγείας εξυπηρετούν τις ανάγκες πρόληψης των ψυχικών διαταραχών. Με την ανάπτυξη ψυχολογικών θεραπειών (ομαδικών, ατομικών και οικογενειακών) καλύπτονται οι ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών. Μπορούν επίσης να αναπτύξουν Εξωτερικά Ιατρεία για την εκτίμηση νέων περιπτώσεων και την παρακολούθηση των ασθενών που βρίσκονται στην κοινότητα κι έχουν ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης ή και Κέντρα Ημέρας». (Βλ. παραπάνω, σελ. 398).

«Η ανάπτυξη μονάδων νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο αποτελεί κλειδί της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης γιατί παρέχει τη δυνατότητα νοσηλείας του ασθενή με συνθήκες ισότιμες των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων κι εναλλακτική λύση της νοσηλείας στο Ψυχιατρείο. Ταυτόχρονα, η Ψυχιατρική επανακτά το ρόλο που της ανήκει λειτουργώντας ισότιμα με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες στο νοσοκομείο». (Βλ. παραπάνω).

Τέλος, μία εναλλακτική μορφή περίθαλψης που χρησιμοποιείται, είναι εκείνη που ονομάζεται «Ψυχιατρική Περίθαλψη στο Σπίτι». Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (1994) «η τεχνική της θεραπείας από ομάδα στο σπίτι, ανάγει τις ρίζες της σε εμπειρίες της τριετίας 1964-1967, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Η συστηματική, όμως, εφαρμογή της «Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο Σπίτι του Αρρώστου» (Ψ.Π.Σ.Α.), άρχισε το 1980 ως μια από τις κυριότερες δραστηριότητες της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Σύντομα η Ψυχιατρική Περίθαλψη στο Σπίτι του Αρρώστου άρχισε να εφαρμόζεται ως βασική θεραπευτική πρακτική από τις Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης των αγροτικών περιοχών Φωκίδας κι Έβρου». (Σακελλαρόπουλος Π., 1994, σελ. 44).

«Πρωταρχικά κίνητρα για την ανάπτυξη της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο Σπίτι του Αρρώστου ήταν: α) Η αποφυγή του νοσοκομειακού ψυχιατρικού συστήματος που έτσι όπως λειτουργούσε (άσυλο, κλινικές), προσέφερε περίθαλψη πολύ χαμηλής ποιότητας, η οποία συνοδευόταν μάλιστα από το κοινωνικό στίγμα του εγκλεισμού. β) Η επιθυμία να προληφθούν οι ενοχές, τις οποίες ένιωθε η οικογένεια, όταν προκαλούσε τον εγκλεισμό. Επιπλέον, από την αρχή της εφαρμογής της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο Σπίτι του Αρρώστου, φάνηκε πως η ταχεία υπευθυνοποίηση του αρρώστου και η συμμετοχή του στη θεραπεία, καθώς και η δυνατότητα υγιών ταυτίσεων, όχι μόνον του αρρώστου, αλλά και των μελών της οικογένειάς του με τα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας, αποτελούσαν αποφασιστικής σημασίας παράγοντες για μια θετική εξέλιξη του ψυχωσικού επεισοδίου ή της υποτροπής. Άλλωστε, και οι θεραπευτές είχαν τη δυνατότητα να αποκτήσουν σημαντική εμπειρία και να δουν περισσότερο καθαρά, αφού πια δε μεσολαβούσε η κλειστή δομή, τον ψυχωσικό άρρωστο σε κρίση μέσα στην οικογένειά του. Έτσι, με σφαιρική γνώση της ψυχοπαθολογίας όλων των μελών, είχαν τη δυνατότητα να παρέμβουν περισσότερο αποτελεσματικά». (Βλ. παραπάνω, σελ. 45).

«Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στο Σπίτι του Αρρώστου λειτουργεί εκπαιδευτικά και σε ένα άλλο επίπεδο: στη διαμόρφωση μιας διαφορετικής αντίληψης για το άσυλο και την ψύχωση. Είναι μια θεραπευτική δραστηριότητα που αυτονόητα είχε κι έχει μιαν αντικατάστατη εκπαιδευτική λειτουργία στις βασικές κατευθύνσεις που αφορούν τον επαγγελματία, τον άρρωστο και την αναμόρφωση των θεσμών. Η σύνδεσή της με την κοινωνική ψυχιατρική είναι αυτονόητη. Με το σεβασμό του αρρώστου τόσο από τη θεραπευτική ομάδα όσο κι από την κοινότητα, με την αποφυγή του εγκλεισμού και συνακόλουθα την παράκαμψη και την αποσυμφόρηση των ασύλων, με τη στροφή της παροχής υπηρεσιών προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλάζει προοδευτικά η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο. Παράλληλα, εξαιτίας του τρόπου εργασίας της ομάδας, των δεσμών της με τους κατοίκους και της αγωγής κοινότητας, γίνεται φανερό η αναγκαιότητα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης». (Βλ. παραπάνω, σελ. 46).

Στα κεφάλαια που προηγήθηκαν και περιλαμβάνονται στον άξονα 2, αναφέρθηκε το πως θα έπρεπε να λειτουργήσει εξ αρχής η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, έτσι ώστε να υλοποιηθούν οι στόχοι της, ενώ στα επόμενα

κεφάλαια αναφέρεται ποια ήταν και είναι η πορεία της μέχρι και σήμερα, ξεκινώντας από την αρίθμηση και περιγραφή των τελικά υπαρχουσών υγειονομικών περιφερειών (τομεοποίηση). (Σελ. 131).

6.11. ΟΙ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΟΥ ΤΕΛΙΚΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΑΝΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Περιγραφή της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης

«Ο συνολικός πληθυσμός της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης είναι 570.496 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 43,5% αγροτικός, 16,6% ημιαστικός και 39,7% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει πέντε (5) Νομούς:

- Έβρου
- Ροδόπης
- Ξάνθης
- Δράμας
- Καβάλας

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 13 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - 5 Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.),
 - 2 Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης και
 - 8 Μονάδες ΙΚΑ (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**

- 6 Γενικά Νοσοκομεία, σε 5 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - Μία Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική στην Καβάλα,
 - 3 Νοσοκομεία Ημέρας,
 - 2 Ξενώνες,
 - 6 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,
 - 3 Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες,
 - 2 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων,
 - 2 Κέντρα για άτομα με ειδικές ανάγκες και
 - 2 Κέντρα Ενημέρωσης και Πρόληψης για εξαρτημένα άτομα στην Δράμα».
- (Μαδιανός Μ., 1997, σελ. 3).

Περιγραφή της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας

«Ο συνολικός πληθυσμός της Κεντρικής Μακεδονίας είναι 1.708.977 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 26,3% αγροτικός, 16,5% ημιαστικός και 57% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει επτά (7) Νομούς:

- Σερρών
- Θεσσαλονίκης
- Χαλκιδικής
- Κιλκίς
- Πέλλας
- Ημαθίας
- Πιερίας

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 30 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,
 - 2 Κοινωνικές Υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - 8 Κέντρα Ψυχικής Υγείας,
 - 2 Κινητές Μονάδες,
 - 12 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία) και
 - 3 Κέντρα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης.
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
 - 2 Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία,
 - 11 Γενικά Νοσοκομεία, σε 9 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - 6 Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές,
 - 5 Νοσοκομεία Ημέρας,
 - 7 Ξενώνες,
 - 30 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,
 - 9 Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες,
 - 3 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης,
 - 3 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων,
 - 12 Ιδρύματα για ΑΜΕΑ και
 - 3 Κέντρα Ενημέρωσης, Πρόληψης και Αποκατάστασης για εξαρτημένα άτομα». (Βλ. παραπάνω, σελ. 27).

Περιγραφή της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας

«Ο συνολικός πληθυσμός της Δυτικής Μακεδονίας είναι 293.015 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 55,6% αγροτικός, 15% ημιαστικός και 29% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει τέσσερις (4) Νομούς:

- Φλώρινας
- Κοζάνης
- Καστοριάς
- Γρεβενών

Η υπάρχουσα υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει τα εξής:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 7 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - 2 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
 - 5 Γενικά Νοσοκομεία, σε 3 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - 2 Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές στην Κοζάνη και
 - Ένα Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων στην Καστοριά». (Βλ. παραπάνω, σελ. 69).

Περιγραφή της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Ηπείρου

«Ο συνολικός πληθυσμός της Ηπείρου είναι 339.728 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 59,4% αγροτικός, 9,8% ημιαστικός και 30,8% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει τέσσερις (4) Νομούς:

- Ιωαννίνων
- Άρτας
- Θεσπρωτίας
- Πρέβεζας

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 15 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,
 - Μία Κοινωνική Υπηρεσία του Ο.Τ.Α. και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - Ένα (1) Κέντρο Ψυχικής Υγείας στα Ιωάννινα,
 - Μία Μονάδα Ι.Κ.Α. (Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία) και
 - 2 Συμβουλευτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
 - 4 Γενικά Νοσοκομεία, σε 2 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - 2 Ξενώνες στα Ιωάννινα,
 - Ένα (1) Προστατευόμενο διαμέρισμα,
 - 3 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης,
 - Ένας (1) Συμβουλευτικός Σταθμός για εξαρτημένα άτομα,
 - Ένα (1) Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων και
 - 3 Ειδικά Κέντρα για ΑΜΕΑ στα Ιωάννινα, Άρτα και Πρέβεζα». (Βλ. παραπάνω, σελ. 79).

Περιγραφή της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας

«Ο συνολικός πληθυσμός της Θεσσαλίας είναι 734.846 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 40% αγροτικός, 16,4% ημιαστικός και 43,6% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει τέσσερις (4) Νομούς:

- Λάρισας
- Καρδίτσας
- Μαγνησίας
- Τρικάλων

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**

- 20 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,
- 2 Κοινωνικές Υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. και
- Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - 3 Κέντρα Ψυχικής Υγείας και
 - 4 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
 - 4 Γενικά Νοσοκομεία, σε 3 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - 2 Ξενώνες,
 - Ένα Προστατευόμενο Διαμέρισμα στη Λάρισα,
 - 8 Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές,
 - 2 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης,
 - 3 Κέντρα ενημέρωσης, πρόληψης και αποκατάστασης για εξαρτημένα άτομα,
 - Ένα Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων και
 - 4 Ειδικά Κέντρα για ΑΜΕΑ». (Βλ. παραπάνω, σελ. 95).

Περιγραφή της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Ιονίων Νήσων

«Ο συνολικός πληθυσμός των Ιονίων Νήσων είναι 193.734 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 62,5% αγροτικός, 11,3% ημιαστικός και 26,2% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει τέσσερις (4) Νομούς:

- Κέρκυρας
- Λευκάδας
- Κεφαλονιάς
- Ζακύνθου

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 8 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,
 - Μία (1) Κοινωνική Υπηρεσία του Ο.Τ.Α. και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - Ένα (1) Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) και
 - 2 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
 - Ένα (1) Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο στην Κέρκυρα και (4) Γενικά Νοσοκομεία στα οποία:
δεν λειτουργούν ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - Ένας Ξενώνας,
 - 2 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης και,
 - Ένα (1) Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων». (Βλ. παραπάνω, σελ. 117).

Περιγραφή της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας

«Ο συνολικός πληθυσμός της Δυτικής Ελλάδας είναι 706.687 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 43,5% αγροτικός, 11,4% ημιαστικός και 45% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει τρεις (3) Νομούς:

- Αιτωλοακαρνανίας
- Αχαΐας
- Ηλείας

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 16 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**

- Ένα (1) Κέντρο Ψυχικής Υγείας και
- 3 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
 - 8 Γενικά Νοσοκομεία, σε 4 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - 2 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων,
 - 2 Θεραπευτικά Παιδαγωγικά Κέντρα για άτομα με ειδικές ανάγκες,
 - Ένα Κέντρο ενημέρωσης και πρόληψης για εξαρτημένα άτομα στην Πάτρα και
 - Μία Θεραπευτική Μονάδα Προ & επαγγελματικής Αποκατάστασης». (Βλ. παραπάνω, σελ. 129).

Περιγραφή της 8^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας

«Ο συνολικός πληθυσμός της Στερεάς Ελλάδας είναι 582.280 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 45,4% αγροτικός, 29,5% ημιαστικός και 25,1% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει πέντε (5) Νομούς:

- Φθιώτιδας
- Ευρυτανίας
- Φωκίδας
- Βοιωτίας
- Εύβοιας

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 16 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - 2 Κέντρα Ψυχικής Υγείας,
 - Μία Κινητή Μονάδα και

- Μία Μονάδα Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικό Εξωτερικό Ιατρείο).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
- 6 Γενικά Νοσοκομεία, σε 4 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
- 3 Ξενώνες,
- 4 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,
- 4 Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες,
- 3 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης,
- 2 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων». (Βλ. παραπάνω, σελ. 145).

Περιγραφή της 9^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής

«Ο συνολικός πληθυσμός της Αττικής είναι 3.523.407 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 1,4% αγροτικός, 5,2% ημιαστικός και 93,4% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει τέσσερις (4) Νομούς:

- Νομαρχία Αθηνών
- Νομαρχία Ανατολικής Αττικής
- Νομαρχία Δυτικής Αττικής
- Νομαρχία Πειραιώς

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
- 13 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,
- 19 Κοινωνικές Υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. και
- Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
- 18 Κέντρα Ψυχικής Υγείας,
- 32 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία),
- 4 Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Στήριξης και
- 3 Συμβουλευτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

- Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:
 - 5 Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία,
 - 37 Γενικά Νοσοκομεία, σε 17 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - 8 Νοσοκομεία Ημέρας,
 - 11 Ξενώνες- Οικοτροφεία,
 - 19 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,
 - 5 Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες,
 - 16 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης,
 - 16 Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές,
 - 22 Κέντρα Ενημέρωσης, Πρόληψης και Αποκατάστασης για εξαρτημένα άτομα,
 - 6 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων,
 - 22 Κέντρα - Ιδρύματα για άτομα με ειδικές ανάγκες και
 - Μία υπηρεσία υποστήριξης για πάσχοντες από AIDS». (Βλ. παραπάνω, σελ.165).

Περιγραφή της 10^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου

«Ο συνολικός πληθυσμός της Πελοποννήσου είναι 604.428 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 56,7% αγροτικός, 19,1% ημιαστικός και 24,2% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει πέντε (5) Νομούς:

- Κορινθίας
- Αργολίδας
- Αρκαδίας
- Μεσσηνίας
- Λακωνίας

Η υγειονομική της υποδομή περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 26 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία, και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - Ένα (1) Κέντρο Ψυχικής Υγείας και
 - 4 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
 - Ένα (1) Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο,
 - 6 Γενικά Νοσοκομεία, σε 2 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
 - Ένα (1) Νοσοκομείο Ημέρας,
 - 3 Ξενώνες,
 - 2 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,
 - Μία Θεραπευτική Συνεταιριστική Μονάδα,
 - 2 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης,
 - Μία υπηρεσία για εξαρτημένα άτομα και
 - 3 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων». (Βλ. παραπάνω, σελ. 243).

Περιγραφή της 11^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου

«Ο συνολικός πληθυσμός του Βορείου Αιγαίου είναι 199.231 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 55,7% αγροτικός, 16,7% ημιαστικός και 27,6% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει τρεις (3) Νομούς:

- Λέσβου
- Χίου
- Σάμου

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**

- 6 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,
- 2 Κοινωνικές Υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. και
- Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
- 3 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
- 3 Γενικά Νοσοκομεία, σε 2 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
- Ένα Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων και
- 2 Κέντρα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες». (Βλ. παραπάνω, σελ.259).

Περιγραφή της 12^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου

«Ο συνολικός πληθυσμός του Νοτίου Αιγαίου είναι 257.481 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 40,4% αγροτικός, 24,7% ημιαστικός και 34,9% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει δύο (2) Νομούς:

- Κυκλάδων
- Δωδεκανήσου

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
- 11 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,
- Μία Κοινωνική Υπηρεσία του Ο.Τ.Α. και
- Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
- Ένα (1) Κέντρο Ψυχικής Υγείας και
- 3 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**

- Ένα (1) Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο,
- 2 Γενικά Νοσοκομεία, στα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
- 19 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,
- 3 Ξενώνες,
- 7 Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες,
- 2 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων και
- Ένα (1) Κέντρο για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες». (Βλ. παραπάνω, σελ. 271).

Περιγραφή της 13^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης

«Ο συνολικός πληθυσμός της Κρήτης είναι 504.054 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεσή του είναι 45,2% αγροτικός, 12,3% ημιαστικός και 42,5% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει τέσσερις (4) Νομούς:

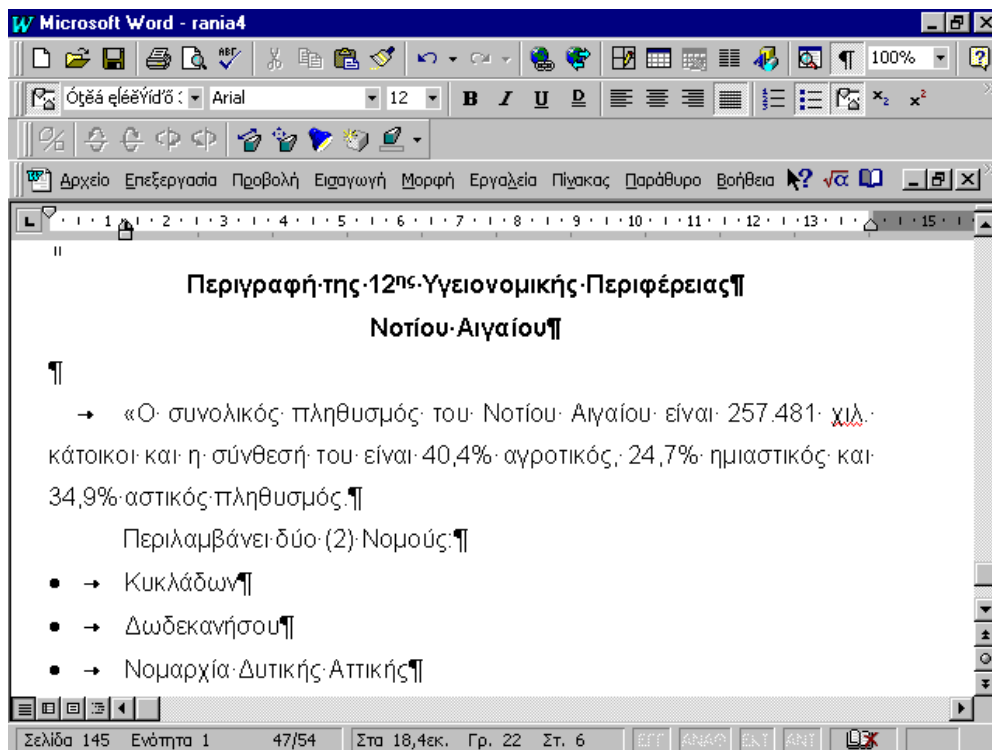
- Χανίων
- Ρεθύμνης
- Ηρακλείου
- Λασιθίου

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:**
 - 6 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,
 - 2 Κοινωνικές Υπηρεσίες των Ο.Τ.Α. και
 - Ιδιωτικά Ιατρεία.
- **Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:**
 - 2 Κέντρα Ψυχικής Υγείας,
 - Μία Κινητή Μονάδα και
 - 3 Μονάδες Ι.Κ.Α. (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία).
- **Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:**
 - Ένα (1) Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο,

- 5 Γενικά Νοσοκομεία, σε 4 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,
- Μία ιδιωτική ψυχιατρική κλινική,
- 2 Νοσοκομεία Ημέρας,
- 2 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,
- 5 Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες,
- 2 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης,
- 4 Υπηρεσίες για εξαρτημένα άτομα,
- 2 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων και
- 6 Ιδρύματα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες». (Βλ. παραπάνω, σελ. 283).

* Η κατανομή των υγειονομικών περιφερειών παρατίθενται και σχηματικά στο Παράρτημα της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

ΚΡΙΤΙΚΗ

ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ειδικών που ασχολούνται με την ψυχική υγεία, αισθάνθηκε να προβεί σε κριτική που αφορά το αν τελικά όλες αυτές οι θεωρίες που αναπτύχθηκαν γύρω από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, κατάφεραν να γίνουν επιτυχημένη πράξη.

Έτσι, η Παπαδοπούλου Χ. (1998) στην κριτική της αναφέρει ότι «η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και των σύγχρονων μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας ήταν μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70 σχεδόν ανύπαρκτη. Χαρακτηρίζεται από παντελή απουσία τομεοποίησης, έλλειψη αποκέντρωσης, με συγκέντρωση των υπηρεσιών κυρίως στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη κι ασυλιακού τύπου φροντίδα για τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών του Δημόσιου Τομέα. Η νοσηλεία των ασθενών γίνεται κατά κανόνα στα ψυχιατρεία της χώρας τα οποία δέχονται ασθενείς από οποιαδήποτε περιοχή κι αν προέρχονται». (Παπαδοπούλου Χ., 1998, σελ. 47).

«Έτσι, οι προσπάθειες για την ανάπτυξη εναλλακτικών προς το ίδρυμα μορφών περίθαλψης, η οποία άρχισε πρόσφατα χρηματοδοτούμενη κι από τον κανονισμό 815 της Ε.Ο.Κ. γίνεται απρογραμμάτιστα και με μόνο ίσως κριτήριο την αίτηση κάποιου φορέα». (Βλ. παραπάνω, σελ. 48).

Ο Κοκκινάκος Γ. (1999) με τη σειρά του, θεωρεί ότι «αν ανατρέξει κανείς στην πρώτη μελέτη για την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα που έγινε το Μάρτιο του 1984 από την Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με τη συμμετοχή κι Ελλήνων επιστημόνων και η οποία περιελάμβανε εκτός από μία καλή καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης κι ένα συγκεκριμένο σχέδιο αλλαγών, αυτό θα αποτελεί μια καλή κίνηση για να εκτιμήσει σήμερα τα πράγματα στον ελληνικό ψυχιατρικό χώρο. Εκεί διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι η κατάσταση στα ελληνικά ψυχιατρεία είναι τραγική, με μια ατμόσφαιρα διαποτισμένη από

παθητικότητα, απελπισία και θεραπευτική απραξία». (Κοκκινάκος Γ., 1999, σελ. 79).

«Ο ρόλος του ψυχιατρικού ιδρύματος δεν άλλαξε. Η διατήρηση του Ασύλου ως κλειστού ιδρύματος, με επιδιόρθωση των πιο ακραίων και σκανδαλιστικών πλευρών του, συντηρεί μάλλον την αθλιότητα της ιδρυματικής φροντίδας, παρά γεννά ελπίδες για μια μεταρρύθμιση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Οι κοινοτικές δομές με τον τρόπο που λειτούργησαν κι εξακολουθούν να λειτουργούν επιβεβαιώνουν την «αναγκαιότητα» των ασύλων. Οι πύλες του ασύλου παραμένουν ανοιχτές για να «υποδεχθούν» τους ψυχικά ασθενείς μετά από κάποια περιπέτεια στις κοινοτικές δομές. Η ιδρυματική καριέρα ακολουθεί πάντα τη δόκιμη θητεία σε κάποια κοινοτική δομή. Το μήνυμα εγκατάλειψης από το μικροκοινωνικό-οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό ακολουθεί αμέσως μετά την είσοδο του ασύλου. Οι κοινωνικές σχέσεις ακρωτηριάζονται κι ακολουθεί η ιδρυματική σταδιοδρομία και μία ζωή χωρίς νόημα. Το χαρακτηρισμένο από όλους ως «κοινωνικό όνειδος» ασυλικό πρότυπο ψυχιατρικής περίθαλψης δεν λέει να αλλάξει». (Βλ. παραπάνω).

«Σήμερα όλοι μιλούν, αλλά μόνο μιλούν, για την αντι-θεραπευτικότητα του ασύλου. Σήμερα όλοι μιλούν για την ανάγκη μιας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όμως σήμερα περισσότερο παρά ποτέ άλλοτε είναι ανάγκη να ανακαλύψουμε το χαμένο νόημα κάποιων λέξεων όπως ψυχιατρική μεταρρύθμιση, νέες δομές, αποκατάσταση κ.λ.π.». (Βλ. παραπάνω, σελ. 80).

Στα πλαίσια της κριτικής που ασκείται γύρω από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση ο Μαδιανός (1994) αναφέρει ότι «η ελληνική κοινωνία βρίσκεται, από πλευράς πρωτοβάθμιας αλλά και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, τελείως ανέτοιμη να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες, όπως αυτές διαπιστώθηκαν μετά από σειρά επιδημιολογικών ερευνών στη δεκαετία του 1980. Με τη νομοθετική θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τίθενται οι προϋποθέσεις για την υλοποίησή του, ώστε οι «υπηρεσίες του συστήματος να παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική κι επαγγελματική του κατάσταση μέσα από ενιαίο κι αποκεντρωμένο σύστημα υγείας».

Με το άρθρο 21 του Νόμου 1397/1983 αναμορφώνεται όλο το σύστημα της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Το ερώτημα που τίθεται είναι

σε ποιο βαθμό; Μια γενικότερη κριτική του άρθρου 21 και του Ν. 1397 αποκαλύπτει ότι:

- α απουσιάζει η ιδεολογική κατεύθυνση,
- α εμφανίζει ένα νοσοκομειοκεντρικό σχεδιασμό και ιατροκεντρισμό,
- α δεν εμπεριέχει την έννοια του συντονισμού περιφέρειας-κέντρου, αποκλείει τη συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης/Κοινότητας,
- α δεν διασφαλίζει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών,
- α απουσιάζουν οι σύγχρονες μέθοδοι οικονομικής διαχείρισης,
- α διατηρεί την πολυμορφία του νομικού καθεστώτος των υπηρεσιών και των ασφαλιστικών φορέων». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 225).

Ο Σακελλαρόπουλος Π. (1995) σύμφωνα με την Παπαδοπούλου (1998) αναφέρει ότι «με το κλείσιμο του 815 έχουν υλοποιηθεί στη χώρα μας 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα, δηλαδή 1,6 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους. Παρ' ότι ο αριθμός αυτός φαίνεται πολύ ικανοποιητικός, δυστυχώς, λόγω απουσίας τομεοποίησης της χώρας, η κατανομή των προγραμμάτων δεν έγινε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 401).

Ο Σακελλαρόπουλος (1994), επίσης, φαίνεται να είναι σύμφωνα και με τους Κοκκινάκο (1999) και Μαδιανό (1994) εφόσον υποστηρίζει ότι «είναι ανύπαρκτη η οργάνωση εξωνοσοκομειακών κι ενδιάμεσων δομών, μεταξύ του ασύλου και της οικογένειας του αρρώστου, με αποτέλεσμα την αποκοπή του αρρώστου από την οικογένειά του και την κοινότητα ως συνέπεια του εγκλεισμού του, ενώ συνήθως ανύπαρκτη είναι και η συνεχής φροντίδα του αρρώστου μετά την έξοδό του από το ψυχιατρικό νοσοκομείο ή την ιδιωτική κλινική (Παναγούτσος, 1991)». (Σακελλαρόπουλος Π., 1994, σελ. 337)..

Η Λαμπροπούλου (1994) λαμβάνοντας την δική της θέση στην κριτική που ασκείται γύρω από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση αναφέρει ότι «στην Ελλάδα η προώθηση της κοινωνικής αποκατάστασης κι επανένταξης [των ψυχικά ασθενών], η οποία αφορά σε μεγάλο βαθμό τη φροντίδα και συμβίωση στα πλαίσια της οικογένειας και της κοινότητας, δεν ακολουθήθηκε από μια

επανεξέταση του ρόλου της οικογένειας στη φροντίδα και το ρόλο των ατόμων που είναι επιφορτισμένα με το κύριο βάρος της φροντίδας.

Η πολιτική που απευθύνεται [στα άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο] και στις οικογένειές τους, αφορά κυρίως επιδοματική πολιτική που αναπαράγει το άτομο ως πρόβλημα και το περιθωριοποιεί, και δεν απευθύνεται καθόλου στα άτομα που παρέχουν φροντίδα. Σε αυτό προστίθεται πάντα η ελλιπής χρηματοδότηση και οι περικοπές κοινωνικών δαπανών, κυρίως για την πρόνοια». (Λαμπροπούλου Κ., 1994, σελ. 372).

Στο 1^ο Πανελλαδικό Συνέδριο, που πραγματοποιήθηκε το 1998, αναφέρθηκαν οι παράγοντες που συνετέλεσαν στην τελικά αποτυχημένη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, οι οποίοι είναι αξιοσημείωτοι, γι' αυτό κι αναφέρονται παρακάτω:

1. οι κρατικές επιλογές, η απουσία μιας κεντρικά σχεδιασμένης πολιτικής για την Ψυχική Υγεία που να εμπνέεται από τις αρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Είναι πια φανερό ότι όταν η επίσημη ελληνική πολιτεία μιλούσε για Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση εννοούσε βασικά μια διαδικασία εξασφάλισης της Ευρωπαϊκής χρηματοδότησης απ' τη μια και των ευμενών σχολίων του ξένου αλλά και του ελληνικού τύπου απ' την άλλη.
2. Το αρνητικό πολιτικό κλίμα, το οποίο κυριάρχησε εμποδίζοντας οποιαδήποτε σε βάθος συζήτηση του αρνητικού στην πλειοψηφία του ρόλου των Μ.Μ.Ε.
3. Οι επιλογές της επίσημης, της Ακαδημαϊκής Ψυχιατρικής, που παραμένει δέσμια του νεοθετικιστικού μοντέλου, της Ψυχοφαρμακολογίας των βιολογικού τύπου θεραπειών.
4. Η έλλειψη εκπαίδευσης κι εξειδίκευσης στελεχών της Ψυχικής Υγείας, όλων των κλάδων με κουλτούρα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.
5. Η απουσία του κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου που να ρυθμίζει την τομεοποίηση, να θεσμοθετεί τις νέες δομές, να επιτρέπει το σχεδιασμό υπηρεσιών με βάση τις πραγματικές ανάγκες κι όχι από τα πάνω, ερήμην

όσων καλούνται να υλοποιήσουν τα συγκεκριμένα σχέδια σε επίπεδο λειτουργιών της ψυχικής υγείας αλλά και τοπικής κοινότητας.

6. Η τραγικά ανεπαρκής παρέμβαση στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας πρόληψης.
7. Η καθυστέρηση της ελληνικής Ψυχιατρικής πραγματικότητας που ενίσχυε ακόμα περισσότερο την αδράνεια των ασυλικών δομών.
8. Η στάση της επιστημονικής κοινότητας συνολικά». (Απόφαση του 1^{ου} Πανελλαδικού Συνεδρίου για την Ψυχική Υγεία, 1999, σελ. 18).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- **Το νομικό πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 1994)**

«Ο Νόμος 1648/1986 «για την προστασία πολεμιστών, αναπήρων και θυμάτων πολέμου και μειονεκτούντων προσώπων, ο οποίος κατήργησε τον ισχύοντα Νόμο 963/1979 (Φ.Ε.Κ. 202) και τον 1320/1983, αποβαίνει μάλλον αρνητικός για την προώθηση της αποκατάστασης ενός ψυχικά ανάπηρου ατόμου. Δεν υπάρχει επίσης μέχρι σήμερα νομοθετική κατοχύρωση της τοποθέτησης σε οικογένεια ενός ψυχωσικού αρρώστου, ούτε προβλέπονται κίνητρα γι' αυτή.

Επίσης, το Ν. Δ. 104/73 που ίσχυε μέχρι πρόσφατα, δεν διασφάλιζε σε όλες τις περιπτώσεις την προαγωγή της αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων. Ιδιαίτερα στην περίπτωση της αναγκαστικής νοσηλείας θέτει σε κίνδυνο τα ίδια τα δικαιώματα των αρρώστων με την απουσία ρεαλιστικού μηχανισμού για την έξοδό τους από το ψυχιατρείο.

- **Το νομικό πλαίσιο της ψυχιατρικής πράξης**

Ο νόμος ΨΜΒ της 22-3-1862, ρύθμιζε τα της ψυχιατρικής περίθαλψης μέχρι το 1973. Ο νόμος αυτός ήταν εμπνευσμένος από το γαλλικό αντίστοιχο νόμο του 1834. Ο νόμος 104 της 11-8-1973 κατήργησε τον ΨΜΒ και τον Ν. 6077 του 1934 «Περί οργανώσεως των δημόσιων ψυχιατρείων». Η υπουργική απόφαση Α2β/5345/20-11-1978 αντικατέστησε το άρθρο 2 της υπ' αριθμ. Γ2β/3036/73 απόφασης «Περί εφαρμογής του άρθρου 4 του Ν.Δ. 104/73 «περί ψυχικής υγιεινής» και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων».

Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι δεν διασφαλίζονται τα συνταγματικά δικαιώματα του ψυχικά άρρωστου ατόμου.

Ο νέος νόμος για την Ψυχική Υγεία 2071/1992 έχει ήδη αντικαταστήσει το Ν.Δ. 104/1973.

- **Το νομικό πλαίσιο της τομεοποίησης**

Άμεσος νόμος δεν υφίσταται. Με το διάταγμα του 1953 «Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης» προτάθηκε η διαίρεση της χώρας σε 13 υγειονομικές περιφέρειες. Οι υπηρεσίες περίθαλψης οργανώνονται σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο. Οι διατάξεις του Διατάγματος αυτού δεν στάθηκε δυνατό να εφαρμοστούν.

Στο Ν.Δ. 104/73 εμπεριέχονται ορισμένες αδρές κατευθύνσεις για την τομεοποίηση των μεγάλων ψυχιατρειών (άρθρο 3 της Ερμηνευτικής Υπουργικής Εγκυκλίου).

Στο νόμο 1397/83 (Φ.Ε.Κ. 143/A/7-10-83) για το ΕΣΥ, αναφέρεται η δημιουργία υγειονομικών περιφερειών χωρίς να καθορίζεται ο αριθμός τους ούτε τα κριτήρια με τα οποία θα συσταθούν.

Το 1986 στο Π.Δ. 31 (Φ.Ε.Κ. 12/A/13-2-86), ορίζεται η διαίρεση της χώρας σε 9 υγειονομικές περιφέρειες. Η πρόταση διαμορφώνεται από το Κ.Ε.Σ.Υ. και το Υ.Υ.Π.Κ.Α.

Ένα χρόνο αργότερα, το 1987, με το Π.Δ. 51 (Φ.Ε.Κ. 26/A/6-3-1987) ορίζονται οι περιφέρειες σε 13, προκειμένου να επιτευχθεί «ο προγραμματισμός και συντονισμός της περιφερειακής ανάπτυξης». Στη διαμόρφωση των περιφερειών δεν συμμετέχει το Υ.Υ.Π.Κ.Α., δεδομένου ότι η πρόταση διαμορφώνεται από το Υπουργείο Εσωτερικών, Εθνικής Οικονομίας και Περιβάλλοντος –Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων.

Τέλος, στις εκθέσεις του Υ.Υ.Π.Κ.Α. για τον Κανονισμό 815/84 αναφέρονται 12 περιφέρειες». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 247, 248, 249).

Τα κυριότερα νομοθετικά κείμενα που αναφέρονται στα σχετικά θέματα, παρατίθενται στο Παράρτημα της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Συμπερασματικά, όσον αφορά τις ψυχώσεις θα έλεγε κανείς ότι κοινό χαρακτηριστικό τους είναι η έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα, κι ότι όσον αφορά συγκεκριμένα τη «σχιζοφρένεια», υπάρχουν «σχιζοφρενικές διαταραχές» κι όχι σχιζοφρένεια ως ενιαία διαταραχή.
2. Οι τομείς που διαταράσσονται στους σχιζοφρενικά ασθενείς είναι: η σκέψη, η αντίληψη, το συναίσθημα, η βούληση, η αίσθηση του εαυτού, η ψυχοκινητικότητα, ο λόγος, η συμπεριφορά, το θυμικό, το σώμα.
3. Μελετώντας κανείς την κοινωνικοπολιτισμική θεωρία και πιο συγκεκριμένα το κοινωνικό επίπεδο σε συνδυασμό με τις πιεστικές κοινωνικές συνθήκες, καθώς επίσης και με τη μετανάστευση, ίσως φτάσει στο συμπέρασμα ότι δεν υφίσταται πραγματικά η άποψη ότι η σχιζοφρενική διαταραχή παρουσιάζεται κυρίως στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Διότι δεν μεταναστεύουν αποκλειστικά άτομα των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων, ούτε όμως, τους «ανήκουν» αποκλειστικά οι πιεστικές κοινωνικές συνθήκες. Ίσως, λοιπόν, η σχιζοφρενική διαταραχή έχει ως συνέπειά της την κατάληξη του ασθενή στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα κι όχι το αντίθετο.
4. Όσον αφορά την άποψη της Μουσούρου (1998) «ότι η οικογένεια προοδευτικά γίνεται πιο ασταθής και πιο ευάλωτη» κι ότι «γίνεται προοδευτικά πιο σημαντική για τα μέλη της», θα έλεγε κανείς ότι η οικογένεια ήταν πάντα σημαντική για τα μέλη της, απλούστατα σήμερα εκτιμάται ο ρόλος της προς αυτά. Σήμερα, που μέσω της μεταβολής της, άρχισαν να φαίνονται οι αρνητικές επιπτώσεις στα μέλη της, έγινε κατανοητή η τεράστια σημασία της. Είναι κάτι σαν το πολύ απλό και κλασσικό ρητό ότι «μόνο όταν χάσουμε κάτι το εκτιμούμε».

5. Γίνεται φανερό, λοιπόν, ότι η δομή της οικογένειας, μπορεί να μεταβλήθηκε με την πάροδο του χρόνου και να συνεχίσει να μεταβάλλεται, δεν έπαψε, όμως, σαν οικογένεια να αποτελεί στις οποίες τα μέλη υπάρχει άμεση αλληλεπίδραση. Είναι, λοιπόν, δυνατό οι γονείς να είναι εκείνοι που μέσω της παθολογικής-νευρωτικής συμπεριφοράς τους, προκαλούν την παθολογική συμπεριφορά στα παιδιά τους κι ενδεχομένως και ψυχωσικές διαταραχές – και πιο συγκεκριμένα σχιζοφρενικές διαταραχές.
6. Μπορεί, βέβαια, μελετώντας κανείς την παραπάνω βιβλιογραφική έρευνα, να οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι διαντιδρούν μεταξύ τους βιολογικοί, γενετικοί, κοινωνικοπολιτισμικοί, ψυχολογικοί και οικογενειακοί παράγοντες, έτσι ώστε να «γεννηθεί» οποιαδήποτε σχιζοφρενική διαταραχή. Επειδή, όμως, ο παράγοντας που αποτελεί «κλειδί» της συγκεκριμένης θεματολογίας είναι η οικογένεια κατά τα συμπεράσματα – αξιολόγησή της θα δοθεί μεγάλη έμφαση σε αυτή. Και πραγματικά γίνεται φανερό ότι ο ρόλος της τόσο πριν όσο και μετά από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση παρουσιάζεται σημαντικότερος και καθοριστικός τόσο στην έκλυση όσο και στην πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Δεν είναι τυχαίο, όπως, αναφέρθηκε και στο υποκεφάλαιο 5.6.4., το γεγονός ότι υπήρχε και υπάρχει έντονη ενασχόληση με την οικογένεια του σχιζοφρενικά ασθενή ως εκλυτικού παράγοντα, όπως επίσης, δεν θεωρούνται τυχαία και τα συμπεράσματα των ερευνών τα οποία εικάζουν ότι οι τρόποι επικοινωνίας και οι συναισθηματικοί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας μπορούν να προκαλέσουν σχιζοφρενικές διαταραχές σε κάποιο από αυτά. Επιπρόσθετα, άξιο λόγου είναι και το γεγονός ότι μέσω αυτών των ερευνών οι ειδικοί οδηγούνται στο συμπέρασμα ότι οι γονείς του σχιζοφρενικά ασθενή καλούνται να συμβάλλουν και στην θεραπεία του, σε συνάρτηση πάντα με τις υπόλοιπες θεραπευτικές αγωγές που αναφέρονται στο υποκεφάλαιο 5.6.
- Διαμορφώθηκε, όμως, μέσω της δημιουργίας ανοικτών δομών περίθαλψης και γενικότερα μέσω της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης;
7. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, ήταν αποτέλεσμα κρατικών επιλογών, γεγονός που ο Μαδιανός (1994) κρίνει ότι ευθύς εξ' αρχής οδηγεί στην αποτυχία.

8. Μπορεί σύμφωνα με τον Τσαούση (1993), ο Ραλφ Λίντον να υποστηρίζει ότι «δεν υπάρχουν ρόλοι χωρίς θέσεις και θέσεις χωρίς ρόλους», αλλά η ελληνική κυβέρνηση, ίσως «να μη γνώριζε» αυτή την αλληλεπίδραση και προσπάθησε να γίνει κάτοχος μιας θέσης, χωρίς ν' αναλάβει τον αντίστοιχο ρόλο. Γι' αυτό κι απέτυχε η δράση της. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι τυπικοί ρόλοι και ταυτόχρονα αυστηροί που έπρεπε ν' αναλάβουν οι κάτοχοι των θέσεων – και συγκεκριμένα η κυβέρνηση αρχικά και οι ειδικοί της ψυχικής υγείας στη συνέχεια- δεν ακολούθησαν την απαραίτητη προβλεπόμενη συμπεριφορά που τους άρμοζε.

9. Θεωρητικά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτέλεσε κι αποτελεί προς το παρόν κοινωνική αλλαγή, εφ' όσον αρχικά η μεταρρύθμιση αφορά άτομα τα οποία εντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο και συμπληρώνουν ένα σημαντικό σε μέγεθος τμήμα του πληθυσμού. Έπειτα, μέσω της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα γινόταν προσπάθεια για μεταβολή των δομών περίθαλψης των ψυχικά ασθενών, η οποία μεταβολή, όμως, θα ήταν εμφανής. Τέλος, βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ήταν μια σειρά διεργασιών, οι οποίες θα υλοποιούνταν σταδιακά. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τελικά, δεν κατάφερε να αποτελέσει κοινωνική αλλαγή.

10. Ενώ η ψύχωση και ειδικότερα οι ψυχωσικές διαταραχές, σαν ορισμός και σαν αντιμετώπιση έχουν περάσει χρονολογικά από διάφορα στάδια, γίνεται ολοφάνερο κατά τη μελέτη της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής έρευνας, πως οι ειδικοί της ψυχικής υγείας αποκαλούν τον ψυχικά ασθενή «ανάπηρο» (Lieberman, 1988), «άρρωστο» (Goldman, και συν., 1981, Χαρτοκόλλης Π., 1986) κ.λ.π. σε βιβλιογραφία πρόσφατη, άσχετα αν ηχεί όμορφο περιέχοντας και οίκτο το ότι θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όροι οι οποίοι να δείχνουν σεβασμό προς αυτόν. Πώς, λοιπόν, είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί «ολόκληρη» ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ταυτόχρονα διαμόρφωση του ρόλου των γονέων προς τη πορεία και θεραπεία συγκεκριμένα της σχιζοφρένειας – προσπάθεια η οποία περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό πράξεων – χωρίς να μεταβληθεί αρχικά από τους ειδικούς ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται την ψυχική ασθένεια; Την αντίληψη κι αντιμετώπισή τους

προς την ψύχωση θα την χαρακτήριζε κανείς πιο αρνητική σε σχέση με την αντίληψη κι αντιμετώπισή τους από τους ειδικούς της παλαιολιθικής εποχής, εφ' όσον άλλοτε, δεν είχαν πραγματοποιηθεί, τουλάχιστον, όλες αυτές οι έρευνες γι' αυτήν, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι και σήμερα.

- 11.** Μέσω της μελέτης της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας, οδηγείται κανείς στο συμπέρασμα ότι, εφ' όσον η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν υλοποιήθηκε ικανοποιητικά, σίγουρα συνεχίζει να παίζει τον πρωταγωνιστικό ρόλο στην ψυχική υγεία η ιδρυματική περίθαλψη. Επομένως, είναι αδύνατο να μεταβλήθηκε κι ο ρόλος των γονέων στην πορεία και τη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές- και συγκεκριμένα από σχιζοφρενικές διαταραχές. Εκτός εάν η ελληνική κυβέρνηση και οι ειδικοί της ψυχικής υγείας συγχέουν τη σταθερή συνεργασία τους με τους οικογένειες με τις «πυροσβεστικές υπηρεσίες». Εάν συνεχίσουν να ενεργούν με βάση αυτή τη φιλοσοφία, θα συνεχίσουν να αποτυγχάνουν και στο έργο τους.
- 12.** Έτσι, λοιπόν, εάν ήταν δυνατό να διαγνωστεί ένα είδος ασθένειας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ίσως ήταν η μόνη που θα κατάφερνε να της αποδοθεί η «σχιζοφρένεια» ως ενιαία διαταραχή, εφ' όσον περιέχει στοιχεία τόσο από την απλή σχιζοφρένεια (αναποφασιστικότητα για τη δράση της), όσο κι από τον αποδιοργανωμένο τύπο (η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά της προς τους χρήστες των υπηρεσιών της, καθώς επίσης κι από τον παρανοειδή τύπο (απουσία δομής κι οργάνωσης των πράξεων κι εργασιών της).
- 13.** Τελικά, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση απέτυχε να ξεπεράσει το βάρβαρο θεσμό του ασύλου, που εξακολουθεί να σηκώνει το μεγαλύτερο βάρος της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Τα θεμέλια που είναι απαραίτητα, όχι μόνο για την επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αλλά και για άλλους τομείς, είναι η μεταρρύθμιση της εκπαίδευσης. Κι εφ' όσον αναφορά γίνεται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, θα πρέπει να γίνει κι αναφορά για εκπαιδευτική μεταρρύθμιση των ειδικών της ψυχικής υγείας. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει την αλλαγή προγράμματος σπουδών, καθώς επίσης και την αξιοκρατική πρόσληψη των καθηγητών της 3/Βάθμιας Εκπαίδευσης.
2. Επειδή, όμως, είναι αδύνατον να γυρίσει ο χρόνος πίσω, οι ειδικοί της ψυχικής υγείας που έχουν ήδη προσληφθεί, εάν δεν έχουν τα απαραίτητα προσόντα, θα πρέπει να επανεκπαιδευτούν, έτσι ώστε είτε εάν κατέχουν θέση θεραπευτική να εκπληρώνουν ικανοποιητικά το ρόλο τους, όπως το ίδιο ισχύει και για εκείνους που κατέχουν θέση θεραπευτική προς τους ψυχικά ασθενείς και τις οικογένειές τους.
3. Στη συνέχεια απαραίτητο υλικό για το οικοδόμημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αποτελεί η συνεργασία μεταξύ των ειδικών της ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να βρεθεί η «χρυσή τομή», και η μείωση της κατάχρησης εξουσίας από εκείνους που κατέχουν υψηλές θέσεις. Η ταυτόχρονη ύπαρξη αυτών των δύο είναι αδύνατη.
4. Επιπρόσθετο υλικό αποτελεί η τίμια διαχείριση των κονδυλίων, τα οποία προέρχονται από την Ε.Ο.Κ., έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί η δημιουργία νέων κτιρίων, εγκαταστάσεων, καθώς επίσης και η πρόσληψη μεγαλύτερου αριθμού ειδικευμένου προσωπικού στις υπηρεσίες που θα δημιουργηθούν. Διότι, μπορεί να προβλέπεται με βάση τη χρηματοδότηση από την Ε.Ο.Κ.,

έναν συγκεκριμένο αριθμό νέων δομών ψυχιατρικής περίθαλψης, αυτό, όμως, δε σημαίνει ότι θα υλοποιηθεί κιόλας.

5. Έτσι, αμέσως μετά από αυτή την πρόταση ακολουθεί ως απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης η εποπτεία από εμπειρογνώμονες, για το εάν πραγματικά υλοποιούνται με επιτυχία και σταθερότητα οι προσχεδιασμένες δράσεις κι αν στη συνέχεια τα άτομα που απασχολούνται στις νέες δομές ψυχικής υγείας είναι σε θέση να εκπληρώσουν ικανοποιητικά τους στόχους τους. Κι εάν πάλι δεν είναι να καθοδηγηθούν από κάποιον που γνωρίζει, που η εκπαίδευσή του είναι ανώτερη. Η εποπτεία είναι απαραίτητη και για τις παρακάτω προτάσεις.
6. Απαραίτητη είναι και η έρευνα για το ποιες είναι πραγματικά οι ανάγκες κάθε περιοχής, όσον αφορά την ψυχική υγεία, έτσι ώστε να δημιουργηθούν και οι κατάλληλες δομές ψυχιατρικής περίθαλψης. Διαφορετικά, θα συνεχίσει να παρουσιάζεται μπροστά στον πολίτη η επικάλυψη ή η έλλειψη των αναγκαίων υπηρεσιών.
7. Εάν πραγματοποιηθεί η παραπάνω πρόταση, σίγουρα θα πραγματοποιηθεί με επιτυχία και η τομεοποίηση, έτσι ώστε να είναι δυνατή η ίση κατανομή πόρων για τη δημιουργία νέων δομών ανά υγειονομικές περιφέρειες, όπως αυτές έχουν διαχωριστεί ανά την Ελλάδα.
8. Έτσι, σιγά-σιγά θα είναι δυνατή και η σταθερή ενασχόληση κι ευαισθητοποίηση της κοινότητας-αγωγής κοινότητας. Δεν είναι δυνατό να επιτύχει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, από τη στιγμή που δεν ολοκληρώνεται το κάθε βήμα σχεδιασμού με τη σειρά του.
9. Επίσης, απαραίτητη είναι και η αλλαγή στάσης της επιστημονικής κοινότητας συνολικά προς την ψυχική νόσο, έτσι ώστε να επιτευχθεί και η αγωγή κοινότητας.
10. Μόνο εάν πραγματοποιηθούν τα παραπάνω βήματα, θα επιτευχθεί και η αλλαγή του ρόλου των γονέων προς την πορεία και θεραπεία της

σχιζοφρένειας. Επιπρόσθετα, δεν είναι δυνατόν χωρίς την παρέμβαση και στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας πρόληψης να επιτευχθεί κάτι τέτοιο. Είναι απαραίτητη η ενασχόληση με την οικογένεια του ψυχικά ασθενή, σε συστηματική βάση. Ανάγκη είναι η σταθερή συνεργασία των ειδικών ψυχικής υγείας με την οικογένεια, διότι όπως παλινδρομεί ο σχιζοφρενικά διαταραγμένος όταν παραμελείται, έτσι παλινδρομεί και η οικογένειά του. Οι ειδικοί θα πρέπει να ενημερώσουν την οικογένεια για όλα τα θέματα που μπορεί να της προκαλούν διάφορα αρνητικά συναισθήματα.

- 11.** Τέλος, η ενασχόληση με την οικογένεια θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο την ενημέρωσή της από τους ειδικούς για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που υπάρχουν, όσο και την παρότρυνσή της απ' αυτούς για τη δημιουργία συλλόγων γονέων παιδιών που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Αλιπράντη Λ.:** «Καταμερισμός ή Συνεργεία; Ένα δίλημμα για άντρες και γυναίκες. Οι ρόλοι των φύλων στις σύγχρονες κοινωνίες. Οικογένειες διπλής σταδιοδρομίας», «Περιλήψεις Ομιλιών Forum για την Οικογένεια», Αθήνα, 1998.
- 2. Απόφαση 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου για την ψυχική υγεία:** «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και Κοινωνική Χειραφέτηση», Τετράδια Ψυχιατρικής, ΙΟΥΝΙΟΣ, 1998.
- 3. Γεωργαράς Κ. Ανδρέας:** «Συνοπτική Ψυχιατρική», Εκδόσεις «Πασχαλίδη», Αθήνα, 1987.
- 4. Γεωργιάς Δ.:** «Κοινωνική Ψυχιατρική», Β' ΤΟΜΟΣ, Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα, 1995.
- 5. Δημητρίου Χ. Ευάγγ.:** «Σχιζοφρένεια και κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες», Περιοδικό «Εγκέφαλος», Τεύχος 18, 1981.
- 6. Διακήρυξη της Π.Ο.Υ. για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση,** 1996.
- 7. Ζάχου Ηλ. Δ.:** «Στοιχεία Ψυχολογίας», Εκδόσεις «Πελεκάνος», Αθήνα, 1990.
- 8. Ζερβάκη Ε.:** «Οικογένεια και παιδικά με ειδικές ανάγκες», Περιλήψεις Συνεδρίου «Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική σ' ένα μεταβλητό κόσμο», Εκδόσεις «Επτάλοφος», Αθήνα, 1994.

9. **Καραστεργίου Α.:** «Οικογένεια και Σχιζοφρένεια», «Κοινωνική Εργασία», Τεύχος 31, 1993.
10. **Κατάκη Δ. Χ.:** «Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας», Εκδόσεις «Κέδρος», Αθήνα, 1985.
11. **Κοκκινάκος Γ.:** «Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», Τετράδια Ψυχιατρικής, Ιούνιος, 1998.
12. **Λεοντόπουλος Ι., Μιχοπούλου Α.:** «Η εξελικτική πορεία της σχιζοφρένειας», Τετράδια Ψυχιατρικής, ΟΚΤ.-ΝΟΕΜ.-ΔΕΚ., 1987.
13. **Μαδιανός Γ. Μ.:** «Κοινωνία και Ψυχική Υγεία», ΤΟΜΟΣ Α', Εκδόσεις «Καστανιώτη», Αθήνα, 1989.
14. **Μαδιανός Γ. Μ.:** «Κοινωνία και Ψυχική Υγεία», ΤΟΜΟΣ Β', Εκδόσεις «Καστανιώτη», Αθήνα, 1989.
15. **Μαδιανός Μ., Στεφανής Κ.:** «Οδηγός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Υποστήριξης στην Ελλάδα», Εκδόσεις Ερευνητικού Ινστιτούτου, Αθήνα, 1997.
16. **Μαδιανός Μ.:** «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της», Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα, 1994.
17. **Μαδιανός Μ.:** «Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση: Από το άσυλο στην κοινότητα», Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα, 1994.
18. **Μάνου Ν.:** «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», Εκδόσεις «Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών», Θεσ/νίκη, 1988.

- 19. Μαντωνάκης Ι.:** «Ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος του σχιζοφρενούς στη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία», «Εγκέφαλος», Τεύχος 20, 1983.
- 20. Μεγαλοοικονόμου Θ.:** «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ή Διαχείριση Εκσυγχρονισμού», Τετράδια Ψυχιατρικής, Ιούνιος, 1998.
- 21. Μεγαλοοικονόμου Θ.:** «Λέρος: μια ζωντανή αμφισβήτηση της κλασσικής ψυχιατρικής», Τετράδια Ψυχιατρικής, ΙΑΝ-ΑΠΡ., 1990.
- 22. Μουσούρου Λ. Μ.:** «Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Οικογένειας», «Βιβλιοθήκη Gutenberg», Αθήνα, 1996.
- 23. Μουσούρου Λ. Μ.:** «Τάσεις κι εξελίξεις που επηρεάζουν την οικογένεια», «Περίληψεις Ομιλιών Forum για την Οικογένεια», Αθήνα, 1998.
- 24. Οικονόμου Μ., Πάλλη Α., Χατζάκης Α., Τρικοπούλου Δ., Ανδρόνικος Π., Τζεδάκη Μ., Χρηστίδου Χρ., Αναγνώστου Γ.:** «Οικογένειες-Εθελοντικές Οργανώσεις και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση», Περίληψεις Ομιλιών 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.
- 25. Παπαδοπούλου Χ.:** «Τομέας Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας: Ψυχοκοινωνική Φροντίδα των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα», Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ, 1998.
- 26. Παρασκευόπουλου Ν. Ι.:** «Κλινική Ψυχολογία», Αθήνα, 1988.
- 27. Ρινιέρης Π.:** «Γενετικοί παράγοντες στην παθογένεια της σχιζοφρένειας», Εγκέφαλος, Τεύχος 18, 1981.
- 28. Ρόναλντ Λαίγκκ:** «Η πολιτική της Οικογένειας», Εκδόσεις «Καστανιώτη», Αθήνα, 1989.

- 29. Σακελλαρόπουλος Π.:** «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Α' Τόμος, Αθήνα, 1994.
- 30. Σακελλαρόπουλος Π.:** «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Εκδόσεις «Παπαζήση», Αθήνα, 1995.
- 31. Σαραντίδης Δ.:** «Τομεοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας», Τετράδια ψυχιατρικής, Ιούνιος, 1998.
- 32. Σαρδέλλης Δ.:** «Ο θεσμός της Οικογένειας», Περιλήψεις Ομιλιών Forum για την Οικογένεια, Αθήνα, 1998.
- 33. Σταθόπουλος Π.:** «Κοινωνική Πρόνοια», Εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα, 1995.
- 34. Τσαούση Δ. Γ.:** «Η κοινωνία του ανθρώπου», Εκδόσεις «Gutenberg», Αθήνα, 1993.
- 35. Τσιάντης Γ.:** «Σύγχρονα θέματα ψυχιατρικής», Εκδόσεις «Καστανιώτη», Αθήνα, 1989.
- 36. Τομαράς Β., Μαυρέας Β.:** «Σχιζοφρένεια και Οικογένεια», Τετράδιο Ιατρικής, Τεύχος 57 (3), 1990.
- 37. Χαρτοκόλλης Π.:** «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Εκδόσεις «Θεμέλιο», Αθήνα, 1986.
- 38. Χουρδάκη Μ.:** «Οικογενειακή Ψυχολογία», Εκδόσεις «Γρηγόρη», Αθήνα, 1982.
- 39. Juan R. Bustillo, Lauriello J, Keith J. S.:** «Σχιζοφρένεια: Βελτίωση της έκβασης, *Harvard Rev. Psychiatry*, VOL. 6, Nr. 5, ΜΑΙΟΣ-ΙΟΥΝ., 199.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στο Παράρτημα περιλαμβάνονται:

1. Οι 13 υγειονομικές περιφέρειες σχηματικά.
2. Νομοθεσία σχετική με την τομεοποίηση.
3. Νομοθεσία σχετική με τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας.
4. Νομοθεσία σχετική με τον τομέα της ειδικής αγωγής.
5. Νομοθεσία σχετική με τα γενικά μέτρα προστασίας.
6. Νομοθεσία σχετική με την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κι άλλες διατάξεις.