

**Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ
ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Μετέχουσες σπουδάστριες

Μαρούλη Μαρία

Πετροπούλου Γεωργία

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Σικελιανού Δέσποινα

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία
από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας,
της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας
του Ανώτερου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

ΠΑΤΡΑ 2003



Η τριμελής Επιτροπή για την Έγκριση της Πτυχιακής:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	1
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	7
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΩΝ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
1.2. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.....	13
1.3. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	15
1.4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ.....	16
1.5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	19
1.5.1. Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΤΟΥΣ ΚΛΑΣΣΙΚΟΥΣ ΧΡΟΝΟΥΣ.....	19
1.5.1.1. ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΠΟΧΗ.....	19
1.5.1.2. ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ.....	21
1.5.1.3. ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΝΗ ΕΠΟΧΗ.....	25
1.5.1.4. ΡΩΜΑΪΚΗ ΕΠΟΧΗ.....	26
1.5.1.5. ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΕΠΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	27
1.5.2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΕΣΑΙΩΝΑ ΕΩΣ ΤΟ 19 ^ο ΑΙΩΝΑ.....	28
1.5.2.1. ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	31
1.5.2.2. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	40
1.5.3. Η ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΤΟ 1980.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.....	58

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟΓΟΝΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	58
2.1. ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	59
2.2. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΤΡΟΠΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	68
2.3. ΑΛΛΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ.....	75
2.4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΘΕΣΜΟΣ	81
2.5. Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ..	89
2.6. Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	94
2.7. Ο ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΚΟΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΜΕΛΟΣ	97
2.8. ΤΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΠΑΙΔΙ ΩΣ Ο ΑΠΟΔΙΟΠΟΜΠΑΙΟΣ ΤΡΑΓΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	103
2.8.1. «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΖΥΓΙΟ»	107
2.9. ΜΕΛΕΤΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΟ ΠΑΙΔΙ .	112
2.10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	136
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.....	143
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ (ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ).....	143
3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	146
3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	149
3.3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	151
3.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	154
3.4.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ / ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	154
3.4.2. ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (ΚΝΣ).....	157
3.4.3. ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ	159

3.4.4.	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	160
3.4.5.	ΕΠΟΧΗ, ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....	161
3.4.6.	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ	162
3.4.7.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	162
3.4.8.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	163
3.4.9.	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	167
3.5.	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	169
3.5.1.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ.....	169
3.5.2.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ	172
3.5.3.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ.....	174
3.5.4.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΒΟΥΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	175
3.5.5.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	177
3.5.6.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ.....	178
3.5.7.	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΙΗΣΗ	178
3.5.8.	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	179
3.6.	ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	184
3.7.	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	186
3.7.1.	ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	186
3.7.2.	ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	187
3.7.3.	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	190
3.7.4.	ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	190
3.7.5.	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	191
3.7.6.	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	192

5.2.2. ΤΟΠΟΣ – ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	232
5.2.3. ΜΕΘΟΔΟΣ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	232
5.2.4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ – ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	233
5.2.5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	234
5.2.6. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	235
5.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	236
5.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	289
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	355
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	356
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	368
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	371
ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΟΚ) ΑΡΙΘ. 815/84 ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ 26ΗΣ ΜΑΡΤΙΟΥ 1984 ΓΙΑ ΕΚΤΑΚΤΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ.....	373
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	382

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η μελέτη αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας για τη λήψη του πτυχίου.

Ευχαριστούμε θερμά τη καθηγήτριά μας κυρία Σικελιανού Δέσποινα η οποία ανέλαβε το συντονισμό της συγκεκριμένης μελέτης και μας πρόσφερε τις πολύτιμες γνώσεις της για την ολοκλήρωση της προσπάθειάς μας. Κυρίως όμως θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε για την καλή συνεργασία, την εμπιστοσύνη και την υπομονή που έδειξε σ' όλους τους προβληματισμούς και τις δυσκολίες που προέκυψαν.

Επίσης, ευχαριστούμε την Κοινωνική Λειτουργό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας, κυρία Τσαμπά Ευδοκία για την πολύτιμη βοήθειά της στην πραγματοποίηση της έρευνάς μας.

Τέλος, δε θα μπορούσαμε να μην ευχαριστήσουμε τους γονείς μας και ιδιαίτερα τους φίλους μας για την κατανόηση και υποστήριξη που μας έδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης του δύσκολου έργου μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η σχιζοφρένεια είναι ένα φαινόμενο που έχει απασχολήσει κατά καιρούς όλους τους επιστήμονες της Ψυχικής Υγείας. Μελέτες μας δίνουν το δικαίωμα να πούμε ότι η εμφάνισή της είναι τόσο «παλιά» όσο και η ανθρώπινη κοινωνία. Πρόκειται για μια δυσνόητη ασθένεια με πολύπλοκη αιτιολογία και πλούσια συμπτωματολογία η οποία επηρεάζει όχι μόνο το άτομο που πάσχει αλλά και ολόκληρη την οικογένεια.

Θεωρώντας, λοιπόν, το οικογενειακό σύστημα όχι ως μονάδα αλλά ως οντότητα που πάσχει θελήσαμε να μελετήσουμε ποια είναι η στάση της οικογένειας απέναντι στο άρρωστο μέλος όταν βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης.

Έτσι, ξεκινάμε την προσέγγιση του φαινομένου με μία ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Αυτό μας βοήθησε να δούμε πώς αντιλαμβάνονταν τη σχιζοφρενική νόσο οι άνθρωποι στην πρωτόγονη εποχή, στην Αρχαία Ελλάδα, στο Μεσαίωνα, στην Ευρώπη καθώς και τις προσπάθειες που έγιναν για την εδραίωση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζουμε τη στάση της οικογένειας απέναντι στο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια μέσα από θεωρητικές μελέτες που ερμηνεύουν τις σχέσεις των μελών μέσα στην οικογένεια.

Στη συνέχεια στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφουμε την ασθένεια όσον αφορά την κλινική πορεία και πρόγνωσή της, αιτιολογία και συμπτωματολογία της. Επιπλέον παρουσιάζουμε τη θεραπευτική αντιμετώπιση η οποία συνδυάζει

τη φαρμακοθεραπεία με τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες και τη θεραπεία αποκατάστασης.

Επίσης, αναφερόμαστε στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και δίνουμε μεγάλη έμφαση στη δραστηριότητα του Κοινωνικού Λειτουργού καθώς και στον ενισχυτικό, συμβουλευτικό, υποστηρικτικό ρόλο του μέσα στην οικογένεια.

Προχωρώντας στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζουμε την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής προκειμένου να μελετήσουμε τη στάση των γονέων απέναντι στη σχιζοφρενική νόσο των παιδιών τους και αναλύουμε ποιοτικά τα στοιχεία που συλλέξαμε μέσα από την ερευνητική μας προσπάθεια.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο καταγράφουμε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συγκριτική ανάλυση των δεδομένων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΩΝ

κ.λπ.	:	και λοιπά
βλ.	:	βλέπε
κ.ά.	:	και άλλα
ΟΑΕΔ	:	Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
Κ.Ψ.Υ.	:	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
Κ.Κ.Ψ.Υ.	:	Κέντρο Κοινωνική Ψυχικής Υγιεινής
ΚΕ.Σ.Υ.	:	Κέντρο Συνοδευτικών Υπηρεσιών
Ε.Σ.Υ.	:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κ.Ν.Σ.	:	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
Ε.Ο.Κ.	:	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΚΕΠΕΠ	:	
ΠΙΚΠΑ	:	
Ψ.Ν.Λ.	:	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου
ΔΕΠΑΝΟΜ	:	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικογένεια αποτελεί το βασικότερο κύτταρο κάθε οργανωμένης κοινωνίας και τον πυρήνα διαμόρφωσης της προσωπικότητας κάθε ατόμου. μέσα σ' αυτήν το άτομο και κυρίως το παιδί, αρχίζει να δημιουργεί τις πρώτες σχέσεις με τους γονείς και γίνεται πόλος έλξης αξιών και αρχών μάθησης, ενώ συγχρόνως κοινωνικοποιείται και επικοινωνεί με τον κόσμο που τον περιβάλλει.

Έτσι, λοιπόν κάθε μεταβολή στη δομή και λειτουργία της οικογένειας επηρεάζει σημαντικά τόσο τα παιδιά όσο και τους ίδιους τους γονείς. Πιο συγκεκριμένα η εμφάνιση μιας προβληματικής κατάστασης, όπως είναι η ψυχική ασθένεια και ειδικά η σχιζοφρένεια στο παιδί, διαταράσσει την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος και προκαλεί πανικό και ανησυχία στους γονείς. Βρίσκονται σε αδιέξοδο, δεν ξέρουν πώς να αντιδράσουν και να συμπεριφερθούν στο παιδί τους, ώστε να το βοηθήσουν και το υποστηρίξουν ικανοποιητικά.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σπουδαιότητα της λειτουργίας της οικογένειας και τα προβλήματα που μπορούν να προκύψουν από την εκδήλωση συμπτωμάτων μιας ψυχικής ασθένειας στους κόλπους της, θα προσπαθήσουμε να περιγράψουμε τη συναισθηματική κατάσταση των γονέων απέναντι στο παιδί τους που πάσχει από σχιζοφρένεια.

Πιο συγκεκριμένα, θα επιχειρήσουμε να αποδώσουμε την έννοια της σχιζοφρένειας από την πρωτόγονη εποχή έως στις μέρες μας δίνοντας έμφαση στις μεταβολές που έχουν επέλθει στον τομέα της ψυχικής υγείας μέσα από τις

εκάστοτε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Στη συνέχεια, θα μελετήσουμε την οικογένεια ως αιτιοπαθογεννητικό παράγοντα της σχιζοφρένειας καθώς και τους μηχανισμούς που χρησιμοποιεί προκειμένου να αντιμετωπίσει την ασθένεια του παιδιού της. Θα αναφερθούμε στις αιτίες και τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας στις μορφές θεραπείας καθώς και στις δομές ψυχοκοινωνικής – επαγγελματικής αποκατάστασης και την αποτελεσματικότητα αυτών τα παιδιά που πάσχουν.

Παράλληλα θα εξετάσουμε το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας και τις μεθόδους που χρησιμοποιεί ώστε να συμβάλλει υποστηρικτικά και συμβουλευτικά στην ενίσχυση και ενδυνάμωση ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

Τέλος, κυρίως μέρος στη μελέτη αυτή καταλαμβάνει η παρουσίαση της έρευνας που αναφέρεται στα συναισθήματα των γονέων απέναντι στη σχιζοφρενική νόσο των ενήλικων παιδιών τους στη φάση της αποκατάστασης.

1.2. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η σύγχρονη εποχή και η αλματώδης ανάπτυξή της έχει επιφέρει πολλά προβλήματα που επιδρούν με τρόπο καθοριστικό στη ζωή του ανθρώπου. Οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής, ο καταναλωτικός χαρακτήρας της σημερινής κοινωνίας, η μαζικοποίηση, η αλλοτρίωση αρχών και αξιών, η κρίση του θεσμού της οικογένειας, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων, συμβάλλουν στη δημιουργία άγχους και ανασφάλειας για το μέλλον, διαταράσσοντας την ψυχική του ισορροπία.

Η εξάπλωση αυτών των φαινομένων τον τελευταίο αιώνα έχει οδηγήσει σε έντονη έξαρση των ψυχικών ασθενειών, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία τόσο της προσωπικότητας του ατόμου, όσο και της ομαλής συμβίωσής του μέσα στην οικογένεια. Το δικό μας ενδιαφέρον επικεντρώθηκε αποκλειστικά στη σχιζοφρενική νόσο και πώς αυτή επηρεάζει τη συμπεριφορά των γονέων σε γνωστικό και συναισθηματικό τομέα.

Λέξεις όπως άγχος, σύγχυση, ψύχωση, σχιζοφρένεια, χρησιμοποιούνται καθημερινά, όμως όλοι ευχόμαστε να μη συμβεί ποτέ σε εμάς ή στην οικογένειά μας και θεωρούμε πως τέτοιες καταστάσεις απέχουν πολύ από τη δική μας ζωή. Στην περίπτωση όμως που η πραγματικότητα έρθει να μας διαψεύσει τότε αναρωτιόμαστε: «τώρα τι κάνουμε;».

Η απάντηση θεωρούμε πως δεν ωφελεί να την αναζητήσουμε σε εξωτερικούς παράγοντες μόνο, αλλά να στρέψουμε την προσοχή μας στο βασικό κύτταρο της κοινωνίας, την οικογένεια. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η οικογένεια ως πρώτο στάδιο κοινωνικοποίησης του παιδιού, συμβάλλει με

τρόπο καθοριστικό στη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας, στη βιολογική, πνευματική, συναισθηματική και ψυχολογική ανάπτυξή της.

Μια διαταραγμένη σχέση μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι δυνατόν να προκαλέσει σύγχυση στη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, τη βούληση και τη συμπεριφορά του παιδιού. Όταν το παιδί λαμβάνει λάθος ή διπλά μηνύματα ταυτόχρονα από τους δύο γονείς, μπερδεύει τη σκέψη του, νιώθει ότι δεν μπορεί να καταλάβει την πραγματικότητα και αισθάνεται πως βρίσκεται σε αδιέξοδο. Αυτή η κατάσταση διαταράσσει την ψυχική ισορροπία του παιδιού και είναι δυνατόν να οδηγήσει σε «σχίσμα» του μυαλού.

Υιοθετώντας την άποψη ότι όταν νοσεί ένα μέλος στην οικογένεια νοσεί ολόκληρο το σύστημά της και αντίστροφα, θελήσαμε να μελετήσουμε και να ερευνήσουμε τα συναισθήματα των γονέων όταν το παιδί τους βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης, προκειμένου να υπάρξει επαγγελματικά και ψυχοκοινωνικά.

1.3. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην Ελλάδα οι έρευνες σχετικά με τη σχιζοφρενική νόσο είναι αρκετά περιορισμένες συγκριτικά με έρευνες του εξωτερικού. Έτσι, η δική μας προσπάθεια έχει ως σκοπό να μελετήσει τα συναισθήματα των γονέων απέναντι στα ενήλικα παιδιά τους ηλικίας 18-33 ετών που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Επιμέρους στόχοι είναι:

- Να αναζητηθούν τα αίτια εκδήλωσης της νόσου και να περιγραφούν τα συμπτώματά της.
- Να ερμηνευτεί η γένεση της σχιζοφρένειας μέσα από επιστημονικές θεωρητικές μελέτες.
- Να δοθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα των συναισθημάτων της οικογένειας απέναντι στον ασθενή.
- Να δοθεί έμφαση στην προσπάθεια των γονέων για την επαγγελματική και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου.
- Να τονιστεί η αναγκαιότητα της Κοινωνικής Εργασίας στην οικογένεια που αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας.

1.4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

- Ψυχική υγεία. Η Marie Jahodo, 1958, ορίζει τη θετική ψυχική υγεία σαν το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά: 1. την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του, 2. τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο, 3. τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες (μια σύνθεση της πρώτης και της δεύτερης ιδιότητας), 4. τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές, 5. την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, 6. την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει, και 7. τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του. (Μαδιανός, 1989).
- Ψυχιατρική διαταραχή. Ψυχιατρική νόσος ή πάθηση. Οι εκδηλώσεις της είναι κατά κύριο λόγο συμπεριφορικά και / ή ψυχολογικά συμπτώματα και / ή έκπτωση της λειτουργικότητας οφείλεται σε κοινωνική, ψυχολογική, γενετική, σωματική / χημική ή βιολογική διαταραχή ή συνδυασμό τους. (Μάνος, 2000).
- Ψύχωση. Είναι η ψυχολογική διαταραχή στην οποία η σκέψη ενός ατόμου, η συναισθηματική αντίδραση, η ικανότητά του για αναγνώριση της πραγματικότητας, η ικανότητα για επικοινωνία και σχέση με τους άλλους έχουν υποστεί τέτοια έκπτωση, ώστε να διαταράσσεται η ικανότητά του για αντιμετώπιση των συνηθισμένων απαιτήσεων της ζωής. Η ψύχωση συχνά χαρακτηρίζεται από έκπτωση ελέγχου παρορμήσεων, ψευδαισθήσεων,

παραληρητικών ιδεών, παλινδρόμηση, απρόσφορη συναισθηματική διάθεση. (Μάνος, 2000).

- Σχιζοφρένεια. Είναι μια σύμπλοκη νοσολογική οντότητα, η οποία κατά βάση χαρακτηρίζεται από μια ουσιαστική (πυρηνική) μεταβολή της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, που εκφράζεται με σειρά διαταραχών από τη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, τη βούληση και τη συμπεριφορά. (Στεφανής και συνεργάτες, 1990).
- Οικογένεια. Είναι ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ (κοινωνικά προσδιορισμένων) ρόλων, ένα σύνολο τυποποιημένων τρόπων ατομικής και / ή ομαδικής δράσης. Έχει κοινωνικά σημαντικούς σκοπούς που συνοψίζονται στην εξασφάλιση της συνέχειας της κοινωνίας και που αναλύονται στη μεταβίβαση από τη μία γενιά στην άλλη του πολιτισμού ως τρόπου ζωής και τρόπου ύπαρξης, των (υλικών) πραγμάτων και των κοινωνικών θέσεων. (Μουσούρου, 1998).
- Χρόνιος ψυχικά άρρωστος. Σύμφωνα με τον Liberman (1998) ως χρόνιος ψυχικά 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, 1994).
- Αποκατάσταση. Είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει το

μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία.

(Μαδιανός, 1994).

1.5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

1.5.1. Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΤΟΥΣ ΚΛΑΣΣΙΚΟΥΣ ΧΡΟΝΟΥΣ

1.5.1.1. ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Η σωματική – βιολογική ύπαρξη του ανθρώπου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ψυχική του υπόσταση. Έτσι οι ρίζες της ψυχικής υγείας μπορούν να αναζητηθούν από την αρχαιότητα και η ιστορία της είναι τόσο παλιά όσο και το ανθρώπινο γένος. Ο άνθρωπος θέλοντας να ανακαλύψει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή του άρχισε να διεισδύει στον εσωτερικό του κόσμο, συμβάλλοντας στη συλλογή στοιχείων και στη δημιουργία ενός νέου επιστημονικού κλάδου, της Ψυχιατρικής.

Σύμφωνα με τον Ν. Κ. Ρασιδάκι, 1979, οι αντιλήψεις των πρωτόγονων ανθρώπων για της ψυχικές παθήσεις είναι αποτυπωμένες στους μύθους και στους θρύλους των πρώτων χρόνων της ιστορίας. Πιο συγκεκριμένα αναφέρει πως ο άνθρωπος εκείνης της εποχής θεωρεί ότι όλα τα νοσήματα οφείλονται σε δυνάμεις που βρίσκονται έξω από το σώμα. Οι δυνάμεις αυτές είναι συνήθως υπερφυσικές, κακά πνεύματα, μάγια, δαίμονες, θεοί. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα τρυπανισμένων κρανίων που βρέθηκαν κατά τη διάρκεια αρχαιολογικών ανασκαφών σε διάφορα μέρη του κόσμου, δηλώνοντας έτσι την απελευθέρωση του σώματος από τα κακά πνεύματα. Οι αντιλήψεις αυτές αφορούν όλες τις αρρώστιες, σχετίζονται όμως περισσότερο με τις ασθένειες

που αλλοιώνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά· αποτέλεσμα ατομικών εμπειριών από προσωπικές παρατηρήσεις των πρωτόγονων ανθρώπων σε ψυχικά ασθενείς.

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες – την ινδική, την αιγυπτιακή, την εβραϊκή και κυρίως την ελληνική, στον Όμηρο και τις αττικές τραγωδίες. Η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα, η διαταραχή του «μαινόμενου» Ηρακλή και η σχιζοτυπική κρίση του μητροκτόνου Ορέστη αποτελούν μοναδικά παραδείγματα. Παντού επικρατεί η κοινή άποψη πως τα κακά πνεύματα είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών που στην αρχαία ελληνική μυθολογία αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Επίσης, υπάρχει και η αντίληψη ότι ο ψυχικά άρρωστος είναι ένα πρόσωπο ιερό που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και σεβασμού απέναντί του. Ο φόβος του «άγνωστου» θανάτου, η ταύτιση των πνευμάτων, καλών ή κακών, με τον κόσμο των νεκρών, που ξαναγυρίζουν φευγαλέα στα όνειρά μας, το ανεξήγητο φαινόμενο των ονείρων και το ασυνείδητο να κυριαρχεί κατά τη διάρκεια του ύπνου δημιουργούν την εντύπωση χωρισμού του ανθρώπινου πνεύματος από το σώμα και το ταξίδι του πρώτου στον κόσμο των νεκρών. Η αντίληψη αυτή οφείλεται στην ιδέα ότι η ψυχή είναι κάτι το άυλο που εγκαταλείπει τελικά το σώμα όταν ο άνθρωπος πάψει να αναπνέει. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Τέλος, η Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1979, υποστηρίζει πως οι παρατηρήσεις που έκανε ο πρωτόγονος άνθρωπος πάνω στις παράλογες, ασυνάρτητες,

καταστροφικές τάσεις και τις εκδηλώσεις του ψυχικά αρρώστου, καθώς και ο φόβος του μπροστά στην επιληπτική κρίση, πρέπει να θεωρηθούν ότι αποτέλεσαν τους πυρήνες δημιουργίας δαιμονολογικών αντιλήψεων για την περίεργη συμπεριφορά ψυχικά αρρώστων. Έτσι πίστευαν ότι μοναδικός τρόπος θεραπείας για τα ψυχικά νοσήματα ήταν τα μάγια· μορφές θεραπείας που συναντάμε ακόμα και σήμερα μέσα στις τελετουργικές θρησκευτικές εκδηλώσεις.

1.5.1.2. ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

α. Ασκληπιεία

Στην αρχαία Ελλάδα, ο ρόλος του ψυχιάτρου είχε ανατεθεί στους ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα, τα λεγόμενα Ασκληπιεία. Τα πιο γνωστά ήταν της Θεσσαλικής Τρίκκης, της Επιδαύρου και της Κω. Τα κέντρα αυτά φιλοξενούσαν αρρώστους, κυρίως εκείνους που ήταν αδύνατο να θεραπευτούν με τα μέσα που διέθεταν οι κοινοί γιατροί. Συνήθως έπασχαν από ψυχιατρικές αρρώστιες, σωματόμορφες ή μη, στις οποίες ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει πρωτεύοντα ρόλο, όπως η υστερία. Η ερμηνεία των ονείρων ήταν μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας των ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία. Θεωρούσαν πως τα όνειρα χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με μια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή πως τα όνειρα αντανάκλυσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα τη μυστική αιτιολογία της αρρώστιας. (Χαρτοκόλλης, 1991).

β. Ιπποκράτης

Τον 4^ο αιώνα π.Χ. ερευνητές όπως ο Αλκμαίων, μαθητής του Πυθαγόρα, συμπέραναν ότι οι σχέσεις ανάμεσα στον εγκέφαλο και τις ψυχικές λειτουργίες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους και διδάσκουν ότι ο εγκέφαλος είναι η πηγή των αισθημάτων και το κέντρο των αισθήσεων. (Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1974).

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη, 1991, ένας ακόμα ερευνητής γιατρός ήταν ο Ιπποκράτης, απόγονος του θεού Ασκληπιού και μαθητής του Ασκληπιείου της Κω τον 4^ο αιώνα π.Χ. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος ο οποίος εξέφρασε μια διαφορετική άποψη από την μέχρι τότε επικρατούσα αντίληψη, ότι οι ψυχικές διαταραχές αποδίδονται σε υπερφυσικές δυνάμεις, υποστήριξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα είναι γνωστή η περιγραφή του Ιπποκράτη για τις βασικές ψυχικές διαταραχές στις οποίες έδωσε τα ονόματα – υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια – όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο. Η υστερία για τον Ιπποκράτη ήταν μια οργανική περισσότερο παρά ψυχολογική πάθηση που εμφανίζεται αποκλειστικά στις γυναίκες. Είχε αποδώσει το σεξουαλικό χαρακτήρα της υστερίας στην υπερκινητικότητα της μήτρας (υστέρας) και πρότεινε ως θεραπεία το γάμο.

Η επικρατούσα μέχρι και σήμερα άποψη της Ρασιδάκι, 1979, πως οι αιτιολογικοί παράγοντες της σχιζοφρένειας αναζητούνται στην

κληρονομικότητα και στην επίδραση του περιβάλλοντος, συμπληρώνεται με την άποψη του Χαρτοκόλλη, 1991, αναφέροντας την αντίληψη του Ιπποκράτη, ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών – του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέγματος. Εξάλλου, η αναλογία των σωματικών αυτών «χυμών» προσδιορίζει τον ανθρώπινο χαρακτήρα που κατά τον Ιπποκράτη διακρίνεται σε αιματώδη, λεμφατικό και χολερικό.

Με αυτόν τον τρόπο, κατά τον Μαδιανό, 1994, μπαίνει η πρώτη βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής αρρώστιας. Επιπλέον, ο Ιπποκράτης και η σχολή του σύμφωνα με τη Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1979, χωρίζουν τις σωματικές εκδηλώσεις στις συγκινήσεις και αντίστροφα τις ψυχολογικές εκδηλώσεις στις σωματικές αρρώστιες.

Τέλος, σύμφωνα με τον Μαδιανό, οι Ιπποκρατικοί απέρριπταν τη θεολογική άποψη για την επιληψία και την ψυχική αρρώστια, σε αντίθεση με τις επικρατούσες απόψεις και εφάρμοσαν στη θεραπευτική πράξη τις κλινικές τους παρατηρήσεις όπως ήταν η ερμηνεία των ονείρων και η παραμονή σε ιερά του Απόλλωνα στους Δελφούς. Ενδεικτικά αναφέρονται 420 τέτοια ιερά σ' ολόκληρη την Ελλάδα. Ο Απόλλωνας θεωρούνταν ο θεός που τιμωρούσε τους ασεβείς με την εμφάνιση «φρενοβλαβίας» γι' αυτό απεκαλείτο Λοξίας. (Μαδιανός, 1994).

γ. Φιλόσοφοι – ψυχολόγοι

Ο φιλόσοφος Δημόκριτος φαίνεται να παρουσιάζει κοινές αντιλήψεις με τον Ιπποκράτη για την προέλευση των ψυχιατρικών διαταραχών και να επηρεάζει άμεσα τις θεωρίες του πατέρα της Ιατρικής. Την ίδια εποχή, ένας άλλος φιλόσοφος, ο Πλάτων υιοθετεί μια ιδεαλιστική και αντιεμπειρική θέση για την ψυχολογία του ανθρώπου σε αντίθεση με τις απόψεις του Ιπποκράτη παρά την εκτίμηση που υπήρχε στο πρόσωπό του. Κατά τον Πλάτωνα οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι αναπόφευκτες εκδηλώσεις της ψυχής, που δεν έχουν ανάγκη από εξωτερικές αιτίες ή άλλες επιδράσεις για να υπάρχουν. Σε ότι αφορά τα συναισθήματα, συμφωνούσε με τους σύγχρονους τους ψυχολόγους – φιλοσόφους αποδίδοντά τα στη λειτουργία του εγκεφάλου παρά της καρδιάς σε αντίθεση με τον Όμηρο που θεωρούσε πως το κέντρο των συναισθημάτων ή το διάφραγμα ή οι φρένες, εξού και φρενοβλάβεια, φρενοκομείο, παραφρένεια, σχιζοφρένεια, όροι που δημιουργήθηκαν και επικράτησαν σε μια πιο πρόσφατη εποχή. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Σ' αυτό το σημείο δεν μπορούμε να μην αναφερθούμε στην έννοια του εγκλεισμού των «τρελών» που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στους «Νόμους» από τον Πλάτωνα. Κάθε ψυχικά ασθενής ήταν δυνατό να καταδικαστεί από τον Δικαστή σε φυλάκιση πέντε χρόνων με τη ρητή απαγόρευση των επαφών του με την κοινότητα. Αν στο διάστημα αυτό η συμπεριφορά του εγκλειστού βελτιωνόταν ακολουθούσε η απελευθέρωσή του. Σε αντίθετη περίπτωση ο ασθενής έπρεπε να θανατωθεί. Την ίδια εποχή στην Αθήνα οι ψυχικά άρρωστοι κρατούνται στο σπίτι τους κάτω από συνεχή και

άμεση παρακολούθηση ενώ η πιθανή εγκατάλειψή τους από το στενό συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς θεωρούταν ως αξιόποινη πράξη. (Μαδιανός, 1994).

Μαθητής του Πλάτωνα, ο Αριστοτέλης, υπήρξε ο πρώτος εισηγητής εμπειρικής παρατήρησης πάνω στις διαταραχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, όπως αναφέρει ο Μαδιανός, 1994. Είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές λειτουργίες με τρόπο αναλυτικό ως σκέψη, θυμικό και βούληση. Ακολούθησε τις θεωρίες του Ιπποκράτη για την οργανική προέλευση κάθε σωματικής ή ψυχικής αρρώστιας. Απέδωσε όμως τις διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές όχι σε διάφορους χυμούς και την πυκνότητά τους αλλά στην ύπαρξη αερίων ή πνευμάτων και την αναλογική υγρότητα ή ξηρότητα που προκαλούν κατά την κυκλοφορία τους στο σώμα και τον εγκέφαλο. (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.5.1.3. ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΝΗ ΕΠΟΧΗ

Σημαντική στάθηκε και η εποχή των Αλεξανδρινών γιατρών με τις εξαιρετικές μελέτες τους για το νευρικό σύστημα, κυρίως του Γαληνού και της Σχολής του, όπως χαρακτηριστικά τονίζει η Ρασιδάκι, 1979. Η ίδια αναφέρεται ιδιαίτερα στη χρονική εκείνη περίοδο διότι για πρώτη φορά γίνεται διάκριση ανάμεσα στα νοσήματα του εγκεφάλου και στις ψυχώσεις καθώς και περιγραφή των εννοιών μανίας και μελαγχολίας με την πιθανή ταυτόχρονη εκδήλωσή τους στο ίδιο άτομο.

Φωτεινή ύπαρξη της εποχής, ήταν ο Ασκληπιάδης, ο οποίος διαφοροποιήθηκε από την κυριαρχία της μυστικιστικής και

μαγικοθησκευτικής αντίληψης την περίοδο εκείνη. Ρήτορας και έπειτα ψυχίατρος απέρριψε την παράδοση του Ιπποκράτη περιγράφοντας το ανθρώπινο σώμα με βάση την ατομική θεωρία του Δημόκριτου. Δηλαδή ως μία βάση ατόμων σε συνεχή κίνηση, η οποία ανάλογα με την απόσταση, μικρή ή μεγάλη, που δημιουργεί ανάμεσά τους, προκαλεί τις διάφορες αρρώστιες. Ο Ασκληπιάδης πρώτος ασχολήθηκε με τις οξείες και χρόνιες καταστάσεις διαχωρίζοντας τις λειτουργικές ψυχώσεις από τις οργανικές διαταραχές που οφείλονται στον πυρετό. Ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη θεραπεία των ψυχιατρικών αρρώστων, εισάγοντας την ηρεμία μέσα από την απαλή μουσική, τις ειδικές συσκευές και διάφορα λουτρά. (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.5.1.4. ΡΩΜΑΪΚΗ ΕΠΟΧΗ

Τη Ρωμαϊκή εποχή, αρχές 2^{ου} – 3^{ου} αιώνα π.Χ., δύο γιατροί, ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Αρεταίος, όπως υποστηρίζει ο Μαδιανός, 1994, αναπτύσσουν ανθρωπιστικές απόψεις για τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Θεωρούσαν πιο αποτελεσματική τη θεραπεία όταν οι ασθενείς διέμεναν σε δωμάτια με απόλυτη ησυχία και ενθαρρύνονταν να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να παίζουν σε τραγωδίες και κωμωδίες γνωστό σήμερα ως ψυχόδραμα.

Ο Χαρτοκόλλης, 1991, μάλιστα, αναφέρει ότι δεν απέδιδε τις ψυχικές διαταραχές σε λάθη της κρίσης, αλλά υποστήριξε ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται από την αρμονική σχέση τριών λειτουργιών του εγκεφάλου: του λογικού, του παράλογου και του αισθησιακού.

Ειδικότερα, ο Σωρανός, ένας αρκετά σύγχρονος μεταρρυθμιστής για την εποχή του, κατά τον Μαδιανό, σε κείμενά του άφηνε αυστηρές «οδηγίες» για την περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων. Θεωρούσε πως ο εγκλεισμός σε σκοτεινά υπόγεια ή η κάθε είδους χρήση σωματικής βίας και αλυσίδων χειροτερεύουν την κατάσταση των ασθενών. Αντίθετα, πρότεινε τη διαμονή των ψυχασθενών σε χώρους με μέση θερμοκρασία, μέτριο φωτισμό και πλήρη ασφάλεια. (Μαδιανός, 1994).

Από την άλλη, ο Αρεταίος, γιατρός από την Καπαδοκία, το πρώτο μισό του 2^{ου} αιώνα μ.Χ., που απέρριπτε κάθε δεισιδαιμονική πεποίθηση για τη διάγνωση και τη θεραπεία των νοσημάτων, συμπλήρωσε τα δόγματα του Ιπποκράτη με τις δικές του προσωπικές εμπειρίες με τους ασθενείς που παρακολουθούσε. Μελέτησε, ακόμη τις ψυχικές ασθένειες και διέκρινε τρία είδη τους, τη μανία, τη μελαγχολία και την απλή παραφροσύνη. (Παγκόσμιο βιογραφικό λεξικό, Εκπαιδευτική Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 1).

1.5.1.5. ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΕΠΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κατά τους Κλασσικούς χρόνους ο Σακελαρόπουλος αναφέρει πως στην Ελλάδα, για το λαό και για τους ειδικούς ο ψυχικά άρρωστος αποτελούσε ένα μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και αντίστοιχα ορθολογικών στοιχείων. (Μαδιανός, 1994).

1.5.2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΕΣΑΙΩΝΑ ΕΩΣ ΤΟ 19^Ο ΑΙΩΝΑ

α. Μεσαίωνας

Σύμφωνα με τη Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1979, στην εποχή του Μεσαίωνα, η ανθρωπότητα συνέβαλε στην άνθηση της πρόληψης, της δεισιδαιμονίας και της μαγείας, σχετικά με την αιτιολογία και τη θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας, καθώς εμπιστεύτηκε τη θρησκεία για τη θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων. Οι ψυχικά άρρωστοι, ως δαιμονισμένοι εκείνης της εποχής ήταν έγκλειστοι σε ανήλια υπόγεια και κάτεργα, δέρνονταν και υποβάλλονταν σε βασανισμούς και μαρτύρια. Η μεσαιωνική εποχή κάλλιστα θα μπορούσε να ονομαστεί «Σκληρότητα του ανθρώπου για τον άνθρωπο».

Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή που δίνει ο Strecker για τη θεραπεία του ψυχικά ασθενούς στο Μεσαίωνα:

«Άνθρωποι γεμάτοι ακαθαρσίες βρίσκονταν στριμωγμένοι μέσα σε πέτρινα κελιά, κρύα και υγρά, χωρίς αέρα και φως, με μόνο έπιπλο ένα σωρό από άχυρα, που σπάνια ανανεώνονταν και που γρήγορα γέμιζε από παράσιτα, αληθινές τρώγλες, που ούτε για τα φοβερότερα θηρία δεν ήταν κατάλληλες. Ο ψυχικά άρρωστος που θα είχε την ατυχία να ριχτεί μέσα σ' αυτές βρισκόταν στο έλεος των φυλάκων, που συνήθως ήταν κατάδικοι φυλακών. Οι δυστυχισμένοι ασθενείς ήταν δεμένοι χέρια-πόδια με αλυσίδες, σαν σκλάβοι στις γαλέρες.» (Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1979).

Η επικράτηση αυτή της δαιμονολογία για τα αίτια των ψυχικών διαταραχών στη συνέχεια αποδόθηκε στη χριστιανική θρησκεία. Για μεγάλο χρονικό διάστημα η Εκκλησία προσπαθούσε να ερμηνεύσει μια ψυχική

διαταραχή αναρωτώντας αν ο τρελός ήταν άγιος ή οπαδός του διαβόλου για να καταλήξει τελικά ότι κάθε ψυχιατρική αρρώστια ήταν έργο του διαβόλου. Στην εξέλιξη αυτή, αποφασιστική ήταν η επίδραση των γραπτών του Μεγάλου Πατέρα της Δυτικής Εκκλησίας, Αγίου Αυγουστίνου. (Χαρτοκόλλη, 1991).

Ο Αυγουστίνος, αναφερόμενος στα συναισθήματα, παρατήρησε ότι η λογική δύναται να εξασκηθεί μόνο μέχρι τα όρια που της επιτρέπει η ορμέμφυτη διάθεση του ανθρώπου, η σεξουαλικότητα. Για τον Αυγουστίνο, οι σεξουαλικές σχέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται και να επιτρέπονται μόνο για το σκοπό της αναπαραγωγής, διαφορετικά θα θεωρούνται ότι βρίσκονται κάτω από την επίδραση του διαβόλου και των οργάνων του, δαιμόνων και μαγισσών. Οι ιδέες του Αυγουστίνου, ο οποίος ποτέ δε διευκρίνισε ποια ήταν η διαφορά ανάμεσα στους δαιμονισμένους και τους ψυχικά αρρώστους υποστηρίζοντας ότι οι δαιμονισμένοι μπορούσαν να σωθούν μόνο με ένα θαύμα ενώ ψυχικά άρρωστοι ήταν δυνατόν να γίνουν καλά με τα ιατρικά μέσα, επικράτησαν στην Ευρώπη τον Μεσαίωνα και της Αναγέννησης. (Χαρτοκόλλη, 1991).

Σύμφωνα με το Χαρτοκόλλη, 1991, στην εποχή του Αυγουστίνου η ψυχιατρική αρρώστια έπαψε να αποτελεί αντικείμενο ιατρικής μελέτης και η αντιμετώπισή της περνάει στη δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού μέσω του εξορκισμού και της καταδίωξης.

β. Βυζάντιο

Σύμφωνα με τον Μαδιανό, 1994, οργανώνεται το έργο του Μεγάλου Βασιλείου, η «Βασιλειάς» (Κωνσταντέλος, 1984) το οποίο αποτέλεσε

κλασσικό παράδειγμα ασυλιακής φιλανθρωπικής περίθαλψης. Στα ιδρύματα αυτά περιθάλπονται και ψυχικά άρρωστοι.

Δύο αιώνες αργότερα ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει την αντιμετώπιση των ψυχασθενών από τους Άραβες. Οι τελευταίοι, σύμφωνα με γραπτά κείμενα, υποστηρίζουν την ανθρωπιστική αντίληψη για τη θεραπεία των ψυχικά αρρώστων. Γι' αυτό χρησιμοποιούσαν ειδικούς χώρους για τον εγκλεισμό τους πάντα προασπίζοντας ανθρωπιστικές συνθήκες.

Σ' αυτό βοήθησε και η μωαμεθανική αντίληψη ότι ο θεός αγαπάει τον τρελό, που τον έχει επιλέξει για να λέει την αλήθεια. Οι ψυχιατρικά άρρωστοι της εποχής αντιμετωπιζόνταν περισσότερο ως άγιοι άξιοι λατρείας και σεβασμού παρά οίκτου και φόβου. Άξιος εκπρόσωπος των Αράβων υπήρξε ο αρχίατρος Πέρσης Ραζής, γνωστός ως ο Γαληνός των Αράβων. Ο Ραζής, γράφοντας πολλά βιβλία εστίασε την προσοχή του στην ατομικότητα του αρρώστου υπογραμμίζοντας τη θεραπευτική σημασία της σχέσης του με το γιατρό. Όσον αφορά τη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών δεν έδωσε νέες προτάσεις αλλά ακολούθησε τις θεωρίες του Ιπποκράτη και του Γαληνού. Γενικά, οι Άραβες γιατροί δεν πρόσφεραν καινούριες γνώσεις στον χώρο της ψυχιατρικής. Οι παρατηρήσεις τους όμως από τις ψυχιατρικές περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από σαφήνεια και αντικειμενικότητα βοηθώντας σημαντικά σε διάγνωση και θεραπεία. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Επιπλέον, σύμφωνα με το Σακελλαρόπουλο το 14^ο αιώνα υπήρχαν ορισμένα άσυλα που κρατούνταν έγκλειστοι ψυχικά άρρωστοι όπως στο Metz (1100), στην Ουψάλα (1305), στο Bergamo (1325), στη Φλωρεντία (1385).

Την ίδια εποχή, στην πόλη Gheel της Φλαμανδίας λειτούργησε ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας που είχε σχέση με την τοπική λατρεία της Αγίας Δάφνης, η οποία θεωρείται προστάτιδα των «τρελών». (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Οι πιο αξιόλογοι αντιπρόσωποι της βυζαντινής ιατρικής που ασχολήθηκαν με την ψυχιατρική είναι ο Αλέξανδρος ο Τραλλιανός και ο Παύλος ο Αιγινήτης. Ο Τραλλιανός επηρεασμένος από τις προλήψεις της εποχής του πίστευε ότι η σύνθεση φαρμακευτικών κατασκευασμάτων θα μπορούσε να φέρει αποτελέσματα στη θεραπεία ψυχικών ασθενών. Ο Παύλος ο Αιγινήτης θεωρείται ως ένας πιστός αντιγραφείας του παρελθόντος καθώς διατύπωσε τις ιδέες για την ψυχιατρική διαταραχή με βάση τις απόψεις του Γαληνού. (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.5.2.1. ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η σχιζοφρένεια ως ψυχιατρική νοσολογική οντότητα πέρασε από διάφορα εξελικτικά στάδια πριν πάρει το σημερινό περιεχόμενό της. Στο δεύτερο μισό του 18^{ου} αιώνα οι ψυχικές διαταραχές αναγνωρίστηκαν για πρώτη φορά ως αρρώστιες χάρη στο κίνημα του Διαφωτισμού. Ο όρος σχιζοφρένεια προέρχεται από το ρήμα σχίζω και το ουσιαστικό φρην δηλώνοντας το διάφραγμα που χωρίζει την καρδιά και τους πνεύμονες από την κοιλιά, για να σημάνει κατ' επέκταση την καρδιά και την ψυχή. Συνεπώς η σχιζοφρένεια μπορεί να χαρακτηριστεί ως διαταραχή στη σκέψη, στη βούληση και στη συμπεριφορά. (Ζερβής Χ., 1996).

Σύμφωνα με την Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1979, ο Pinell, γάλλος γιατρός, καθηγητής της Υγιεινής και Παθολογίας και διευθυντής του φρενοκομείου της Bicêtre από το 1793 και από το 1795 της Salpêtrière, περιέγραψε τις πρώτες κλινικές εικόνες για τη σχιζοφρένεια. Υπήρξε κυριολεκτικά ο απελευθερωτής των τρελών καθώς αφαίρεσε συμβολικά τις αλυσίδες από πενήντα τροφίμους της Bicêtre. Άξιος συνεχιστής του υπήρξε ο μαθητής του ο Esquirol ο οποίος περιόδευε στη Γαλλία για να διαδώσει τις ανθρωπιστικές αντιλήψεις του δασκάλου του.

Ο Morel, γάλλος ιατρός το 1860 χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «πρώιμη άνοια» (*dementia praecox*) για να περιγράψει μια ομάδα σχιζοφρενικών ψυχώσεων. Διαχώρισε τις ψυχώσεις αυτές που εκδηλώνονται «αυτοδύναμα» στις ηλικιακά πρώιμες και σ' αυτές που προκαλούνται από οργανικά αίτια τις ηλικιακά όψιμες. (Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, 1998). Με τον όρο «άνοια» προσδιόρισε τη βαριά πρόγνωση με αναπότρεπτη απόληξη την άνοια.

Στη Γερμανία, η Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1978, συμπληρώνει πως η σύγχρονη εποχή εγκαινιάστηκε με το Frick ο οποίος άρχισε να εφαρμόζει ανθρωπιστικές θεραπείες στους ψυχικά αρρώστους ελαττώνοντας σημαντικά του μηχανικούς περιορισμούς. Ο Ζερβής, 1996, αναφέρει πως ο Hecker το 1871 απομονώνει και περιγράφει λεπτομερώς ένα σύνδρομο άνοιας που εκδηλώνεται σε νέα άτομα και το αποκαλεί ηβηφρένεια. Τέλος, σύμφωνα με τον Μαδιανό, 1994, ο γερμανός E. Pienitz, μαθητής του Pinel, οργάνωσε το ψυχιατρείο του Sonnestein, όπου η θεραπευτική πρακτική περιελάμβανε την εργασιακή

απασχόληση των ψυχασθενών από τις ελαφρές στις πιο περίπλοκες εργασίες, καθοδηγούμενοι από ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Η Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1979, επίσης αναφέρεται στην Ψυχιατρική μεταρρύθμιση που άρχισε να εκδηλώνεται εκείνη την εποχή και στην Αγγλία. Ο Juke θεωρείται ένας από τους μεγαλύτερους μεταρρυθμιστές της εποχής του στον τομέα της Ψυχιατρικής. Το 1808 άρχισε να εφαρμόζεται στην Αγγλία, ο νόμος Wypne που προέβλεπε για τους ψυχικά αρρώστους ανθρώπινη μεταχείριση. Ενώ η τέλεια και απόλυτη κατάργηση των μηχανικών περιορισμών στη χώρα πραγματοποιήθηκε το 1840 εγκαινιάζοντας τη Νοσοκομειακή Περίοδο της Ψυχιατρικής. Ο ψυχασθενής ενός ψυχιατρείου από τότε αρχίζει να ζει σε συνθήκες ενός συνηθισμένου νοσοκομείου. Ενώ τα κελιά με τις κλειδωμένες πόρτες αντικαταστάθηκαν από μεγάλους θαλάμους στους οποίους έμεναν αρκετοί ασθενείς μαζί.

Αργότερα, τον 20^ο αιώνα, σύμφωνα με τη Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1979, στους περισσότερους κλάδους της Ψυχιατρικής, ο Ε. Κραεραελίν, πατέρας της Ψυχιατρικής, θεμελίωσε την Ψυχιατρική ως επιστήμη και χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «πρώιμη άνοια». Ο Κραεραελίν, σύμφωνα με το Ζερβή Χ., 1996, συνδυάζοντας τις προσωπικές του κλινικές παρατηρήσεις και προγενέστερες εργασίες πρότεινε το 1899 στην έκτη έκδοση της πραγματείας του, την οντότητα άνοια και επιχείρησε να κάνει μια συστηματική περιγραφή στις βασικές μορφές της απλής, παρανοϊκής, ηβηφρενικής και κατατονικής. Σύμφωνα με τον Κραεραελίν η πρώιμη άνοια περιλαμβάνει όλες τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από έντονες διαταραχές

του συναισθήματος, της βούλησης και της σκέψης και που εξελίσσονται δυσμενώς, προκαλώντας ψυχική έκπτωση και χρόνια υπολειμματικά συμπτώματα.

Οι Φωτιάδης Χ., Ε. Δημητρίου, Χ. Ιεροδιακόνου, 1998, αναφέρουν πως ο Bleuler το 1911 χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο σχιζοφρένεια, δίνοντας έμφαση στην άποψη ότι πρόκειται για ομάδα νόσων, αμφισβητώντας την πρόμη εμφάνιση ως αποκλειστικό τρόπο έναρξης και απορρίπτοντας την άνοια ως υποχρεωτική απόληξη. Ο Bleuler έδωσε έμφαση στις διαταραχές του ειρμού των ιδεών και του θυμικού, στην απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα και στην καταφυγή στον κόσμο των φαντασιώσεων (αυτισμός). Υπογράμμισε τη «διάσχιση», την «αποσύνθεση της προσωπικότητας» και εισήγαγε τον όρο «σχιζοφρένεια» και την έννοια «ομάδα σχιζοφρενειών».

Επηρεασμένος, επίσης, από τις ψυχοδυναμικές αντιλήψεις του Freud και Jung θεώρησε ότι η πάθηση χαρακτηρίζεται ταυτόχρονα από συμπτώματα (εκπτωτικά) και δευτερογενή (παραλήρημα) ψυχοκινητικές διαταραχές, τα οποία απορρέουν από τα πρώτα. Ο ίδιος ο Bleuler καθόρισε τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια των σχιζοφρενειών, τα γνωστά τέσσερα: τον αυτισμό (autism), την αμφιθυμία (ambivalence), την άμβλυνση του συναισθήματος (blunted affect) και την ασυναρτησία (loose of associations). (Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, 1998).

Έκτοτε οι περισσότεροι Γάλλοι ψυχίατροι επεξεργάζοντας μεταγενέστερες θεωρίες, εμπλούτισαν το ήδη υπάρχον μοντέλο της

σχιζοφρένειας του Bleuler με καινούρια στοιχεία. Μία από αυτές τις θεωρίες πηγάζει μέσα από την εργασία του Henry. Σύμφωνα με τον ίδιο η σχιζοφρένεια εξακολουθεί να είναι μια «χρόνια ψύχωση» η οποία οδηγεί το άτομο σε αλλοίωση της προσωπικότητάς του, στην απομόνωση από το περιβάλλον του για να φτάσει τελικά μέσα στο δικό του κόσμο των φαντασιώσεων. Μετά την εισαγωγή νεότερων θεραπευτικών μεθόδων, «η χρόνια ψύχωση» θα πρέπει να θεωρηθεί ως η εξέλιξη της νόσου και όχι ως μία κατάσταση οριστικά εγκατεστημένη ή αναπόφευκτη. (Μαδιανός 1994).

Σημαντικές σταθηκαν και οι θεωρίες του μεγάλου Ρώσου ερευνητή I.P. Pavlov για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά στις τελευταίες δεκαετίες του 19^{ου} αιώνα και τις πρώτες του 20^{ου}. Σύμφωνα με τη Ρασιδάκι Ν.Κ., 1979, οι απόψεις του για τη Μάθηση άνοιξαν νέους ορίζοντες στο χώρο της Φυσιολογίας του Νευρικού Συστήματος στη μελέτη της Ψυχικής Σφαίρας γενικά και της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Τέλος, σύμφωνα πάλι με τη Ρασιδάκι Ν.Κ. 1979, ο S. Freud χάραξε έναν καινούριο κόσμο του χώρου της Ψυχολογίας. Ο Βιεννέζος σοφός, με τις έρευνές του προέβη στην ανακάλυψη του υποσυνείδητου και χάρισε στην Επιστήμη όχι μόνο με καινούρια στοιχεία με μια νέα άγνωστη ως τότε διάσταση της ανθρώπινης προσωπικότητας αλλά και έναν νέο τρόπο επιστημονικής σκέψης.

α. Ψυχιατρική Δομή στην Ευρώπη το 15^ο – 19^ο αιώνα

Σύμφωνα με το Μαδιανό, 1994, το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο στην Ευρώπη κτίστηκε στη Βαλένσια το 1409, στην Ισπανική Χερσόνησο. Μεταξύ του 1412 και 1489 πέντε παρόμοια ιδρύματα δημιουργήθηκαν και στην Ισπανία. Το 1247 στο Μοναστήρι της Αγίας Μαρίας στη Βηθλεέμ στο Λονδίνο, αναφέρεται ότι μπήκε ο πρώτος ψυχιατρικός άρρωστος.

Στην τσαρική Ρωσία, το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο ιδρύθηκε το 1762 στο Νοβγκορόντ, ενώ λίγα χρόνια αργότερα ιδρύονται άσυλα στη Μόσχα και στην Αγία Πετρούπολη το 1776. (Galashyan, 1968) (Μαδιανός, 1994).

Κατά τον Μαδιανό, 1994, ο 18^{ος} αιώνας υπήρξε το ορόσημο για τις «επαναστάσεις» στην ψυχιατρική περίθαλψη αρχίζοντας από τον Johann Christian Reil, τον γερμανό γιατρό που πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο «ψυχιατρική».

Ο ίδιος πάλι συγγραφέας, υποστηρίζει πως ο 19^{ος} αιώνας δεν φημίζεται για τις βελτιώσεις των συνθηκών διαμονής των ψυχικά αρρώστων στα άσυλα. Οι άρρωστοι κρατούνταν σε άθλιες συνθήκες, στοιβαγμένοι σε μικρούς ή μεγάλους χώρους χωρίς ήλιο και άχυρα στο δάπεδο. Συνήθως ήταν δεμένοι με αλυσίδες και γεμάτοι ακαθαρσίες. Η τροφή τους ήταν ελάχιστη, τόσο όσο για να διατηρηθούν στη ζωή, η δε θνησιμότητα ήταν μεγάλη. Οι πιο ανήσυχοι και δραστήριοι κρατούνταν σε κλουβιά όπως τα άγρια ζώα των ζωολογικών κήπων. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός που παρατηρήθηκε σε ορισμένα άσυλα της Γαλλίας και Αγγλίας από τους συγγενείς των εγκλειστών στις Κυριακάτικες επισκέψεις τους, οι οποίοι κατέβαλαν ένα ποσό ως επίσκεψη σε

ζωολογικό κήπο. Αντίθετα, στην πόλη της Βασιλείας της προτεσταντικής Ελβετίας, γραπτά κείμενα μαρτυρούν την «εργασιακή απασχόληση» ως θεραπευτική μέθοδος των λεγόμενων «ελαφρών» περιπτώσεων ψυχικής αρρώστιας. (Μαδιανός, 1994).

Κατά τον Μαδιανό, 1994, το 1751 ιδρύθηκε το Ψυχιατρείο της Πενσυλβάνια, στην Φιλαδέλφεια των Η.Π.Α. από τον Benjamin Rush. Το 1773 άνοιξε το πρώτο Πολιτειακό Άσυλο στη Virginia και το 1791 λειτούργησε στην πόλη της Νέας Υόρκης το πρώτο τοπικό Άσυλο. Αξιοσημείωτη είναι η προσπάθεια που σημειώθηκε εκείνη την εποχή από τον Guillance Ferrus, διάδοχος του Pinel στη διεύθυνση του ασύλου της Bicetre, ο οποίος προσπάθησε να διαχωρίσει τους ψυχικά αρρώστους από τους αστέγους, τους εγκληματίες, τους αλήτες, σε ιδιαίτερους θαλάμους και τμήματα, ενώ οργάνωσε μια αγροτική καλλιεργήσιμη έκταση όπου κάποιοι ψυχικά άρρωστοι απασχολούνταν σε αγροτοκτηνοτροφικές εργασίες.

Την ίδια εποχή, η ίδια πηγή αναφέρεται στην ίδρυση του Νοσοκομείου του Αγίου Λουκά στο Moorsfield στην Αγγλία το 1751 καθώς και στην ίδρυση του ησυχαστηρίου της Υόρκης το 1796 από τον William Tuke, με 30 περίπου αρρώστους που ακολουθούσαν μη βίαιες μεθόδους θεραπείας.

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρεται στον Άγγλο ιατρό Connally, ο οποίος στις 21 Σεπτεμβρίου 1839 αφαίρεσε κάθε μέσο καθήλωσης και καταστολής – αλυσίδες, μανδύες – στο άσυλο Hanwell. Τον αιώνα του Διαφωτισμού κτίστηκαν αρκετά ακόμη ιδρύματα για κάθε είδους «περιθωριακούς» όπως το Zuchthaus στο Αμβούργο το 1620, το Hotel-Dieu στο Παρίσι το 1656 στο St.

Lazare (1632) και στο Senlis (1668), ενώ στην Αγγλία, το 1744 ένας νόμος του Κοινοβουλίου καθόριζε τους κανόνες λειτουργίας των ιδρυμάτων αυτών. (Μαδιανός, 1994).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό, 1994, εκείνη την εποχή θεσπίστηκε και ένας ειδικός νόμος για τους φρενοβλαβείς από τον Vincenzo Chiarugi. Ο νόμος αυτός χαρακτηρίζεται ως ένας εξαιρετικά προοδευτικός νόμος, για την εποχή του, κατά τον οποίο απαγορεύονταν οι βίαιες μέθοδοι καταστολής και θεσπίζονταν μέτρα ανθρωπιστικής μεταχείρισης. Έτσι, με τη βιομηχανική επανάσταση του 19^{ου} αιώνα άρχισαν να χτίζονται τα πρώτα άσυλα τόσο στις Η.Π.Α. όσο και σε άλλες περιοχές όπως στην Πενσυλβάνια το 1817, στη Νέα Υόρκη, το άσυλο Bloomingdale το 1821, στη Μασσαχουσέτη, το άσυλο McLean το 1818. Ενώ μεταξύ του 1825 και 1865 είχαν κτιστεί 18 νοσοκομεία καθώς και 62 άσυλα. Το πρώτο ίδρυμα που εφάρμοσε την ανθρωπιστική θεραπευτική ήταν το νοσοκομείο του Worcester στην πολιτεία της Μασσαχουσέτης το 1833, με τον Horace Mann, ενώ στην πολιτεία της Νέας Υόρκης υπήρξαν δύο παρόμοιας κατεύθυνσης ιδρύματα. Αξιοσημείωτη είναι η προσπάθεια μιας δασκάλας από τη Μασσαχουσέτη, της Dorothea Lynde Dix (1802 – 1887), η οποία άρχισε μια εκστρατεία σε όλες σχεδόν τις πολιτείες της Βόρειας Αμερικής για την αλλαγή των τρόπων θεραπευτικής προσέγγισης και της σχετικής νομοθεσίας. Σε αυτήν οφείλεται η κατασκευή 32 ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Τέλος, ο συγγραφέας αναφέρεται στη λειτουργία για πρώτη φορά Ψυχιατρικής Κλινικής στο τοπικό Γενικό Νοσοκομείο του Albany της Νέας

Υόρκης από τον Mosler το 1902 και στην ίδρυση Ψυχιατρικής Κλινικής στη Βαλτιμόρη στο Πανεπιστήμιο John Hopkins από τον A. Meyer το 1912.

β. Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Οθωμανική Αυτοκρατορία μέχρι το 19^ο αιώνα (Μαδιανός, 1994)

Στην Κωνσταντινούπολη εκτός από τα μοναστήρια που δέχονταν τους ψυχικά αρρώστους υπήρχαν και αρκετά ιδρύματα που λειτουργούσαν για τον ίδιο σκοπό:

- Το 1465 ιδρύθηκε από τον Μωάμεθ τον Β' το πρώτο φρενοκομείο στο νοσοκομείο του Τζαμιού Φατίχ.
- Το 1485 στην Ανδριανούπολη ιδρύθηκε από τον Βαγιαζή τον Β' ένα νοσοκομείο που δεχόταν εκτός από ψυχωτικούς και μανιακούς, μελαγχολικούς, αλκοολικούς, πόρνες, άπορους ή και ορφανούς.
- Στα μισά του 16^{ου} αιώνα τοποθετείται η ίδρυση του νοσοκομείου του Γαλατά των Γεμιντζίδων, δηλαδή των ναυτικών, που δεχόταν ψυχοπαθείς.
- Το 1580 ιδρύθηκε το νοσοκομείο Τοπ Ταχί που δέχεται επίσης ψυχικά αρρώστους.
- Το 1538 η Σουλτάνα Βαλιντέ ίδρυσε το ομώνυμο νοσοκομείο για ψυχασθενείς.
- Το 1748 οι Χιώτες Μαντογορδάτος και Σεβαστόπουλος ίδρυσαν το Γραικικό Νοσοκομείο της Σμύρνης με τμήμα φρενοκομείου και ειδικό υδροθεραπευτήριο.

- Το 1750-60 κτίστηκε με δωρεά του Πέτρου Σκυλίτζη νοσοκομείο στη Χίο, το οποίο μετά την ανακατασκευή του μετά τους καταστροφικούς σεισμού το 1881 περιελάμβανε και τμήμα ψυχασθενών το οποίο έπαψε να λειτουργεί το 1948.
- Το 1780 ιδρύθηκε το νοσοκομείο του Σταυροδρομίου.
- Το 1839 ιδρύθηκε το νοσοκομείο του Επταπυργίου πάνω στα θεμέλια του παλιού ξύλινου νοσοκομείου που λειτουργούσε από το 1739 και είχε καταστραφεί από πυρκαγιά.

1.5.2.2. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

α. Ψυχιατρική περίθαλψη στο ελληνικό κράτος μέχρι τον 19^ο αιώνα

Σύμφωνα με τον Μαδιανό, 1994, η προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, ήρθε αρκετές δεκαετίες αργότερα από την εξελικτική δραστηριότητα που είχε ήδη αναπτυχθεί στην Ευρώπη στον τομέα της Ψυχικής Υγείας. Η πιο διαδεδομένη μορφή θεραπείας για τους ψυχοπαθείς στις αρχές του 19^{ου} αιώνα είναι η προσφυγή στην εκκλησία. Μάλιστα οι εναλλακτικές λύσεις προσφυγής άλλων μεθόδων θεραπείας ήταν τόσο ελάχιστες ως ανύπαρκτες που δεν άφηναν περιθώρια, κυρίως στον αγροτικό πληθυσμό, να αποφύγει την προσφυγή στις υπηρεσίες που προσέφερε η εκκλησία για τους ψυχοπαθείς. Έτσι, είχαν διαμορφωθεί πρακτικές από τις εκκλησίες και τα μοναστήρια, οι οποίες με τη φήμη που είχαν αποκτήσει για τις ιδιότητές τους, προσέλκυαν όλο και περισσότερους ασθενείς της ψυχής. Η προσφυγή στις εκκλησίες και τα μοναστήρια συχνά αποτελούσε ένα δεύτερο

βήμα μετά τις ευχές και τους εξορκισμούς του απλού ιερέα της κοινότητας. Ο συγγραφέας, λόγω έλλειψης πληροφοριών, δε δύναται να θίξει το ζήτημα της δαιμονοκατοχής εκείνης της περιόδου αλλά τονίζει πως δεν είναι δυνατόν να μην υπάρχουν «γέφυρες» ανάμεσα στις εκκλησιαστικές πρακτικές που αφορούσαν τις σωματικές ασθένειες ή άλλες καταστάσεις οδύνης.

Κατά τον Πλουμπίδη, 1981, διακρίνουμε δύο τύπους εκκλησιαστικών πρακτικών που χρησιμοποιούνταν εκείνη την εποχή:

- Τα προσκυνήματα, ατομικά και ομαδικά και την παραμονή, συχνά μακροχρόνια, σε μοναστήρια κι εκκλησίες, με καθαρά θεραπευτικό σκοπό.
- Τον εγκλεισμό των ψυχοπαθών σε ορισμένα μοναστήρια. Μια τέτοια πρακτική ξέφευγε πια από τον «θεραπευτικό» ρόλο κι αποτελούσε την αρχή του ασύλου. (Μαδιανός, 1994).

Πολλές είναι οι μαρτυρίες ανθρώπων που είχαν καταφύγει σ' αυτές τις πρακτικές μεθόδους. Χαρακτηριστική είναι η φήμη που είχε αποκτήσει ο Άγιος Γεράσιμος που έγινε προστάτης και θεραπευτής των δαιμονισμένων και των ψυχοπαθών καθώς και η δράση διαφόρων μοναστηριών όπως το μοναστήρι του Μπαλουκλί, κοντά στο ελληνικό νοσοκομείο του Επταπυργίου, το μοναστήρι της Φανερωμένης στη Χερσόνησο της Κυζίκου, το μοναστήρι της Παναγίας της Συλυβριανής, η εκκλησία της Κοίμησης της Θεοτόκου. (Μαδιανός, 1994).

Ο Μαδιανός, 1994, αναφέρει επιπλέον ως περιοχές της Ελλάδας με τέτοια δράση και τουρκοκρατούμενες περιοχές την Χίο όπου υπήρχαν πολλά

μοναστήρια όπως εκείνα των καθολικών Καπουτσίνων του Αγίου Ρόκκου, την Εκκλησία των Ταξιαρχών στα Μεστά, το μοναστήρι της Αγίας Ματρώνας στη Θεσσαλονίκη, το μοναστήρι του Αγίου Αντωνίου, στην Κέρκυρα την εκκλησία του Αγίου Σπυρίδωνα, στην Αττική το μοναστήρι του Δαφνίου, στη Σμύρνη την εκκλησία του Αγίου Χαραλάμπους. Τέλος ψυχασθενείς συγκεντρώνονταν και σε μοναστήρια του Αγίου Όρους.

Ο συγγραφέας επίσης, αναφέρεται και στα μοναστήρια της Κωνσταντινούπολης, στο μοναστήρι του Αγίου Γεωργίου στη νήσο Πρίγκηπο, στην εκκλησία της Αγίας Βλαχέρνας, στα μοναστήρια του Προδρόμου των Ταταούλων, στην Παναγία του Μπαλουκλή, στη Φανερωμένη της Κυζίκου, στην Παναγία της Σιλυβριανής, ειδικά για επιληπτικούς αρρώστους και στην Εκκλησία του Εγρή Καπή στα οποία κατέφευγαν οι ψυχικά άρρωστοι με κάθε είδους πάθηση. Ακόμα, υπήρχε το μοναστήρι του Αγίου Ευστρατίου στην Προύσα, το μοναστήρι του Αγίου Ιωάννου στην Καισάρεια και το μοναστήρι των Ταξιαρχών στη Θράκη – Ανδριανούπολη. (Μαδιανός, 1994).

Τα περισσότερα μοναστήρια δέχονταν και ορθόδοξους και ετερόδοξους χριστιανούς (μουσουλμάνους και εβραίου). Σε μερικά από αυτά η διαλογή αρρώστων ήταν επιλεκτική και άλλα πάλι δέχονταν μόνο ορισμένες παθήσεις όπως επιληψία, μελαγχολία, μανία ή αρρώστους με ήσυχη συμπεριφορά. Αργότερα, αρκετά από αυτά τα μοναστήρια μετατράπηκαν σε άσυλα ή μικρά νοσοκομεία. (Μαδιανός, 1994).

Στην Ελλάδα το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα, το 1838 από βρετανική διοίκηση επί του αρμοστή E. Douglas. Δύο χρόνια αργότερα, το

1840, σ' ένα στρατόνα της Κεφαλληνίας ιδρύθηκε από τους Άγγλους ένα άσυλο κατά το πρότυπο της ίδρυσης του ασύλου της Κέρκυρας. Τέλος, το 1885, στη Μαγνησία ήδη λειτουργούσε ένα μικρό άσυλο για ψυχοσθενείς. (Μαδιανός, 1994).

β. Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στο Ανεξάρτητο Ελληνικό Κράτος (1833-1900)

Η πρώτη Υγειονομική Υπηρεσία στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον Μαδιανό και τον Πλουμπίδη, συστάθηκε τον Ιανουάριο του 1833 ως Υγειονομικό Τμήμα, το οποίο το 1914 έγινε Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Αντιλήψεως στο Υπουργείο Εσωτερικών. Το 1922, μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή, δημιουργήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως και λίγα χρόνια αργότερα, το 1928, το Υφυπουργείο Υγιεινής το οποίο το 1929 μετατράπηκε σε αυτοτελές Υπουργείο Υγιεινής, και εν συνεχεία, το 1932, μετατράπηκε σε Γενική Διεύθυνση Υγιεινής στο Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως. Μια σειρά συγχωνεύσεων και ανεξαρτητοποιήσεων ακολούθησε κατά τα έτη 1935, 1936, 1940, 1945, 1952, 1964, 1967, 1968. (Μαδιανός, 1994).

Παράλληλα θεσπίζονταν μια σειρά νόμων όπως ήταν ο γνωστός νόμος «Περί των Φρενοκομείων» το 1862 και ο νόμος της 6/7/1872 για λωβοκομεία και λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο. Τέλος, ο Νόμος ΨΜΒ της 19/5/1862 «Περί συστάσεως Φρενοκομείων», ύστερα από αίτηση συγγενών ή του κηδεμόνα του αρρώστου, καθόριζε τις διαδικασίες που έπρεπε

να ακολουθήσει ο άρρωστος για να εισαχθεί σ' ένα ψυχιατρείο. (Μαδιανός, 1994).

Στην Ελλάδα, το 19^ο αιώνα, λειτουργούσαν δύο ψυχιατρεία:

- α) το ψυχιατρείο της Κέρκυρας και
- β) το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο

Σύμφωνα με τον Πλουμπίδη, το πρώτο ψυχιατρείο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας ήταν απόρροια των 8 πρώτων αρρώστων που κατέφταναν στην περιοχή. Ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων, Sir Edward Douglas, και εγκαινιάστηκε το 1836 στους στρατώνες του Βρετανικού στρατού στην τότε αγροτική τοποθεσία Άγιος Ρόκκος. Διευθυντής του Ψυχιατρείου ορίζεται το 1874 ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, ο οποίος έχοντας ως όπλο του, τις σπουδές του στην Ιταλία και επηρεασμένος από την ανθρωπιστική ψυχιατρική του Chiarugi προσπάθησε να εφαρμόσει νέες για την εποχή ανθρωπιστικές θεραπευτικές μεθόδους, όπως την εργοθεραπεία και την λεγόμενη «ηθική θεραπεία» προκειμένου να απαλλάξει τους αρρώστους από τις άθλιες συνθήκες διαμονής τους μέσα στο χώρο. Όπως χαρακτηριστικά έλεγε ο Τσιριγώτης στην αναφορά τους οι Σιμάτη και Σουέρεφ, 1989, οι άρρωστοι ήταν: «αναμεμιγμένοι μετά των εξαμβλωμάτων της κοινωνίας, συνδαιτώμενοι μετά των ληστών και κακούργων». (Μαδιανός, 1994).

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο υπήρξε δωρεά ενός Χιώτη εμπόρου του Ζωρζή Δρομοκαΐτη ο οποίος διέθεσε 800.000 γαλλικά φράγκα για να ιδρυθεί το 1887 το ίδρυμα με το όνομα «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου». Τα εγκαίνια έγιναν την

1/10/1887, έχοντας στις υπηρεσίες του τέσσερα νοσηλευτικά περίπτερα, με συνολικό αριθμό 110 κρεβάτια, βοηθητικά κτήρια καθώς επίσης και υδροθεραπευτήριο. Τα προγράμματα του Δρομοκαϊτείου ακολούθησαν τις μη θεραπευτικές μεθόδους της εποχής για να αλλάξουν το 1948, όταν καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιορισμός από τον καθηγητή Γ. Λυκέτσο. Η εποχή της αλλαγής συνεχίστηκε και το 1953 καταργήθηκαν οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της κλινικής και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις όπως αντικατάσταση των πάγκων με τραπέζια και καθίσματα. Παράλληλα, σημειώθηκαν και άλλες δραστηριότητες που απέβλεπαν στην εξοικείωση του κοινού με ψυχική υγεία με σχολές γονέων και διαλέξεις, ενώ εφαρμόστηκαν κοινωνιοθεραπευτικές μέθοδοι όπως η ομαδική ψυχοθεραπεία, η κοινωνιοθεραπεία, το ψυχόδραμα και παραστάσεις αρχαίου δράματος από μια μικρή ομάδα ειδικών η οποία δυστυχώς δεν κατάφερε να πείσει για την αποτελεσματικότητα αυτών των νέων μεθόδων θεραπείας αποτρέποντας την εξάπλωσή τους σε άλλα ψυχιατρεία. (Μαδιανό, 1994).

Το 1988 το Δρομοκαϊτείο διαθέτει 880 κρεβάτια και 29 μόνιμους ιατρούς και από το 1986 ανήκει στο Εθνικό Σύστημα Υγεία του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 12 τεύχος, 1^ο, 13/2/1986). (Μαδιανός, 1994).

1.5.3. Η ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΤΟ 1980

α. Η φάση ασυλικής περίθαλψης στη χώρα μας (Λέρος)

Σύμφωνα με τους T. Lemperiere – A. Feline και τους συνεργάτες τους, 1955, ο Άρης Λιάκος αναφέρει ότι στις αρχές του αιώνα η χώρα μας είχε δύο Ψυχιατρεία, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και το Δρομοκαΐτειο, με συνολικό αριθμό 400 κρεβατιών περίπου. Ο αριθμός των Ψυχιατρείων όμως, συνεχώς αυξανόταν για να φτάσουν τα 6 με την ίδρυση του Ψυχιατρείου της Λέρου το 1958. Σύμφωνα με έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας που έγινε το 1972, στις αρχές της δεκαετίας του '80, τα κρεβάτια στα Ψυχιατρεία της χώρας ανέρχονταν σε 14.826 (154 ανά 100.000 κατοίκους).

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει για τις συνθήκες ίδρυσης του Ψυχιατρείου της Λέρου. Κατά τη δεκαετία του '50 οι ανάγκες σε ασυλικά κρεβάτια διαρκώς αυξάνονταν και τα υπάρχοντα ψυχιατρεία ήταν υπερπλήρη σε τέτοιο βαθμό που συχνά δύο άρρωστοι κοιμόνταν στο ίδιο κρεβάτι. Έτσι προτάθηκε, για την αποσυμφόρησή τους, η δημιουργία μιας «αποικίας» ψυχασθενών στη Λέρο με στόχο την απασχόλησή τους σε αγροτικές εργασίες σύμφωνα με βέλγικα πρότυπα. Το Ψυχιατρείο δημιουργήθηκε σε παλιές ναυτικές εγκαταστάσεις που είχαν παλιότερα χρησιμοποιηθεί και για εξόριστους και ενώ η δύναμή του στην αρχή ήταν 650 κρεβάτια, οι νοσηλευόμενοι μέχρι το 1980 είχαν φτάσει τους 2.000 περίπου. Η κτιριακή υποδομή δεν είχε τις κατάλληλες εγκαταστάσεις υγιεινής και αρχική ιδέα της απασχόλησης των ασθενών σε αγροτικές εργασίες εγκαταλείφθηκε. Το

κριτήριο για τη βαθμιαία μεταφορά των ασθενών από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας ήταν η έλλειψη επισκέψεων από συγγενείς. Οι ασθενείς της Λέρου δεν είχαν απορριφθεί μόνο από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ανήκουν, αλλά και από τα Ψυχιατρεία όπου παρέμεναν. (T. Lempriere – A. Feline και συνεργάτες, 1995).

Οι συνθήκες νοσηλείας στη Λέρο θεωρήθηκαν από τους T. Lempriere – A. Feline και τους συνεργάτες τους, 1995, όπως αναφέρει ο Άρης Λιάκος, ως άθλιες που στο τέλος της δεκαετίας του '80 έγιναν το αντικείμενο διεθνούς κατακραυγής. Με τον τρόπο αυτό, το Ψυχιατρείο της Λέρου, παγκοσμίως θεωρήθηκε ως η αθλιότερη ασυλικού τύπου περίθαλψη. Ταυτόχρονα όμως έγινε και η αφορμή για την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας.

β. Αποϊδρυματισμός

Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, ο Del Aqua ορίζει ότι ο «αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του Ψυχιατρείου». Επιπλέον θεωρεί ότι ο «αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητήσουμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει». Τέλος, ισχυρίζεται ότι ο «αποϊδρυματισμός» είναι «το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευτεί τη θεραπεία του» και να μην λέμε ο «άρρωστός μου», «ο γιατρός μου» όπως γίνεται κατά τον ιδρυματισμό.

Το κίνημα του αποϊδρυματισμού ανέπτυξε μεταξύ άλλων και την ιδεολογία της χειραφέτησης, η οποία ανατρέπει την παραδοσιακή ψυχιατρική λογική με τη χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη ιδεολογία κρίνεται απαραίτητη μια διαφορετική αντιμετώπιση των σχέσεων μεταξύ θεραπευόμενων και θεραπευτών μέσα στα πλαίσια της σχέσης υγείας – αρρώστιας, όπου θεραπευόμενοι (υποκείμενα) και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς διαχωριστικά όρια μεταξύ «τρέλας» και «υγείας» καθώς και οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές, μεταβλητές καταστάσεις. Τα αξεπέραστα όρια μεταξύ των «υγιών» και των λεγόμενων «τρελών» ενισχύουν τον τεχνητό ιδρυματισμό και συμβάλλουν στη διατήρηση των φαινομένων του στιγματισμού της ετικετοποίησης και της απαισιοδοξίας (τίποτα δε γίνεται) με αποτέλεσμα να μη γίνεται καμία προσπάθεια για αλλαγή. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Ο Μαδιανός Μ.Γ., 1994, αναφέρει ότι ένας αριθμός ερευνών στις Η.Π.Α. και τη Μ. Βρετανία κατά τη δεκαετία του 1960, γύρω από την επάνοδο των αρρώστων στην κοινότητα, απέδειξε ότι ένα ποσοστό ψυχιατρικών αρρώστων μεγαλύτερο από το 6,5% επιστρέφει στην οικογένειά του. (Freeman και Simmons, 1963· Lamb, 1968· Sanders και συν., 1967· Silverstein, 1968· Michaux και συν., 1969· Davis και συνεργάτες, 1974· Brown και συνεργάτες, 1966). Γενικά το 35-40% των αρρώστων επιστρέφουν στη συζυγική οικογένεια, το 35-40% στη γονική οικογένεια ή σε άλλους συγγενείς, ενώ το 20-25% ζει μόνο ή σε ξενώνες και οικοτροφεία.

Το κίνημα του αποϊδρυματισμού ανέπτυξε μεταξύ άλλων και την ιδεολογία της χειραφέτησης, η οποία ανατρέπει την παραδοσιακή ψυχιατρική λογική με τη χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη ιδεολογία κρίνεται απαραίτητη μια διαφορετική αντιμετώπιση των σχέσεων μεταξύ θεραπευόμενων και θεραπευτών μέσα στα πλαίσια της σχέσης υγείας – αρρώστιας, όπου θεραπευόμενοι (υποκείμενα) και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς διαχωριστικά όρια μεταξύ «τρέλας» και «υγείας» καθώς και οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές, μεταβλητές καταστάσεις. Τα αξεπέραστα όρια μεταξύ των «υγιών» και των λεγόμενων «τρελών» ενισχύουν τον τεχνητό ιδρυματισμό και συμβάλλουν στη διατήρηση των φαινομένων του στιγματισμού της ετικετοποίησης και της απαισιοδοξίας (τίποτα δε γίνεται) με αποτέλεσμα να μη γίνεται καμία προσπάθεια για αλλαγή. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Ο Μαδιανός Μ.Γ., 1994, αναφέρει ότι ένας αριθμός ερευνών στις Η.Π.Α. και τη Μ. Βρετανία κατά τη δεκαετία του 1960, γύρω από την επάνοδο των αρρώστων στην κοινότητα, απέδειξε ότι ένα ποσοστό ψυχιατρικών αρρώστων μεγαλύτερο από το 6,5% επιστρέφει στην οικογένειά του. (Freeman και Simmons, 1963· Lamb, 1968· Sanders και συν., 1967· Silverstein, 1968· Michaux και συν., 1969· Davis και συνεργάτες, 1974· Brown και συνεργάτες, 1966). Γενικά το 35-40% των αρρώστων επιστρέφουν στη συζυγική οικογένεια, το 35-40% στη γονική οικογένεια ή σε άλλους συγγενείς, ενώ το 20-25% ζει μόνο ή σε ξενώνες και οικοτροφεία.

Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, μια σειρά εκθέσεων αποτελεσμάτων ερευνών έχουν καταδείξει την ανάγκη για αποϊδρυματισμό των χρονίων αρρώστων από τα ψυχιατρεία της χώρας (ΚΕΠΕ 1979· Στεφανής, Μαδιανός, 1980· Stefanis, Madianos, 1981· Μαδιανός, 1983· Madianos, Stefanis, 1984· CEE, 1984· Madianos, 1984· ΚΕΣΥ, 1983· Stefanis, 1986· Madianos, Economou, 1989· Madianos, 1993).

Έχει αναφερθεί ότι ένα ποσοστό που φτάνει σχεδόν το 50% των νοσηλευομένων στα κρατικά ψυχιατρεία, πλην εκείνου της Λέρου του οποίου ο πληθυσμός είναι ολοκληρωτικά μακράς παραμονής, παραμένει στο ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς θα μπορούσε να εξέλθει από τα αντίστοιχα ψυχιατρεία αφού κατά την άποψη των γιατρών τους είναι ελεύθεροι από άποψη ψυχοπαθολογίας. Επειδή όμως οι περισσότεροι από τους τροφίμους των ψυχιατρείων έχουν εγκαταλειφθεί από τους συγγενείς τους και δεν έχουν εναλλακτικές λύσεις διαμονής (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα) παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στα ψυχιατρεία (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

γ. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας

Σύμφωνα με τους T. Lemperiere – A. Feline και τους συνεργάτες τους, 1995, ο Άρης Λιάκος θεωρεί ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του '80 με την ένταξή μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Τη δεκαετία του '80 σημειώθηκαν σημαντικές εξελίξεις στον

τομέα της ψυχικής υγείας. Σε αυτές ο Μαδιανός Μ.Γ., 1994, έχει συμπεριλάβει:

- Την ψήφιση του Ν. 1397 το 1983 που μπορεί να θεωρηθεί ως ορόσημο για τη μετέπειτα μεταβατική περίοδο της ψυχιατρικής περίθαλψης με το άρθρο 21 από το περιεχόμενο του οποίου φαίνεται ότι ο πυρήνας του εθνικού συστήματος υγείας είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο σε κάθε τομέα 90 έως 150.000 κατοίκων υπολογίζεται ότι περιφερειακά θα λειτουργήσουν κέντρα ψυχικής υγείας μαζί με τις υπόλοιπες μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς. Παράλληλα στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, που δεν προβλέπεται η ίδρυση αυτόνομων Κέντρων Ψυχικής Υγείας, θα οργανωθούν κινητές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που θα ανήκουν στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία, όπου ταυτόχρονα θα λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία.
- Τον Κανονισμό 815 της 25-3-1984 του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου. Το 1984 η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τον Κανονισμό 815. Έτσι, συγκροτήθηκε μια δεύτερη Επιτροπή Ψυχικής Υγείας από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, η οποία σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας με δύο φάσεις. Σύμφωνα με τον Κανονισμό 815 της 25-3-1984 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, προσφέρεται ειδική οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα, για τον τομέα της εγκατάστασης και του εξοπλισμού Κέντρων Αποκατάστασης ψυχασθενών, για την τετραετία

1984-1988, με το ποσό των 60 εκατομμυρίων μονάδων ECU. Το πρόγραμμα αυτό είχε σχεδιάσει ότι μέχρι το 1988 θα έχουν ιδρυθεί 135 μονάδες (Κ.Ψ.Υ., Μονάδες σε Γεν. Νοσοκομεία, Ξενώνες, Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης, κ.λπ.), στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. (Πίνακας 1). Επίσης, ο Κανονισμός 815/84 προβλέπει την παροχή υποτροφιών και ταχύρρυθμης εκπαίδευσης καθώς και την τροποποίηση της οργάνωσης των υπάρχοντων ψυχιατρειών με τη δημιουργία νέων ή ακόμα και την κατάργηση των παλιών. Τέλος, κατά τον Κανονισμό 815/84 είχε υπολογιστεί ότι μέχρι το 1988, 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. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Πίνακας 1. Το πενταετές πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής υγείας

ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	Α' ΦΑΣΗ 1984-88			Β' ΦΑΣΗ 1989-93			ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΘΗΝΑ ΠΕΙΡΑΙΑΣ	ΘΕΣΣΑ- ΟΝΙΚΗ	ΛΟΙΠΗ ΧΩΡΑ	ΑΘΗΝΑ ΠΕΙΡΑΙΑΣ	ΘΕΣΣΑ- ΛΟΝΙΚΗ	ΛΟΙΠΗ ΧΩΡΑ	
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	2	15	7	2	15	47
Ψυχικές Μονάδες σε Γεν. Νοσοκομεία (20 κρεβάτια)	3	2	1	3	1	18	28
Ψυχικές Μονάδες σε Παιδιατρικά Νοσοκ. Εφήβων σε Γεν. Νοσ.	2	1	-	-	-	-	3
Ξενώνες 15-20 θέσεων	1	1	15	13	4	15	49
Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης	2	1	-	-	-	-	3
Μον. Οξέων Περιστατικών σε Ψυχιατρεία (25 κρεβάτια)	2	1	-	-	-	-	3
Μον. Αξιολόγησης	2	-	-	-	-	-	2
Σύνολο	18	8	31	23	7	48	135

Κατά τον Μαδιανό, 1994, ο Κανονισμός 815/84 προέβλεπε συνολικά, όπως αναφέρεται και στο άρθρο 4 (βλ. Παράρτημα), 120.000.000 ECU, από τα οποία τα 60.000.000 θα διατίθεντο στο Υπουργείο Εργασίας (σκέλος Α' του Κανονισμού 815/84) και τα υπόλοιπα 60.000.000 θα διατίθεντο στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (σκέλος Β' του Κανονισμού 815/84).

Από το σύνολο των προγραμμάτων που εγκρίθηκαν (182 αιτήσεις την περίοδο 1984-88 και 67 αιτήσεις την περίοδο 1988-1991), τα περισσότερα ήταν κατασκευαστικά ή γενικότερης υποδομής ενώ μόνο 64 προγράμματα είχαν πειραματικό - λειτουργικό χαρακτήρα και 20 αφορούσαν εκπαίδευση προσωπικού ή υποτροφίες. Επιπλέον, το 50% του συνόλου των προγραμμάτων προερχόταν από φορείς της Ευρείας Περιοχής Αθηνών, ενώ αντίθετα, για την περίοδο των αιτήσεων 1984-1988 το ποσοστό αυτό ήταν κάπως μικρότερο (47%). Από τα συγκεκριμένα προγράμματα μόνο τα πειραματικά θα τελειώσουν ή θα συνεχίσουν σε σύγκριση με τα προγράμματα υποδομής. Από τα προγράμματα υποδομής που προέρχονται μόνο από την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη έχει τελειώσει το 40%, ενώ τα υπόλοιπα συνεχίζονται. Από τα 9 προγράμματα πρόνοιας, που είναι όλα κατασκευαστικά, τα 4 έχουν τελειώσει, ένα συνεχίζεται ενώ 4 δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, εγκρίθηκαν 182 ψυχιατρικά προγράμματα τη χρονική περίοδο 1984-88 με προϋπολογισμό 42.095.464 ECU. Από το σύνολο των προγραμμάτων το 45% υποβλήθηκε από φορείς της Ευρείας Περιφέρειας Αθηνών και εμφανίζει το 53.5% του συνολικού κόστους

των προγραμμάτων της περιόδου 1984-1991. Το 21.3% υποβλήθηκε από φορείς της Θεσσαλονίκης και της Κεντρικής Μακεδονίας με 12.9% του συνολικού κόστους, ενώ το 33.7% των προγραμμάτων αφορά στη λοιπή χώρα με 33.6% του συνολικού κόστους. Από τα 197 εγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα 114 προγράμματα είχαν λάβει προκαταβολές, ενώ 17 μόνο προγράμματα (8.6%) είχαν αποπληρωθεί μέχρι το 1988).

Συμπερασματικά, ο Μαδιανός Μ.Γ., 1994, σχολιάζει ότι ο Κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ. έδωσε το έναυσμα για την πραγματοποίηση αλλαγών που δύναται να συμβάλλουν θετικά στην πορεία, για μια επιθυμητή ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Για μια αποτελεσματική, όμως, μεταρρυθμιστική κίνηση στον τομέα της ψυχικής υγείας, απαραίτητο είναι να γίνουν πιο οργανωμένες προσπάθειες από όλους τους φορείς.

Η δεκαετία του '80 σημαδεύτηκε από τις εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας. Αξίζει να σημειώσουμε ότι μεταξύ των παραπάνω αλλαγών σημειώθηκαν και οι ακόλουθες, όπως αναφέρει ο Μαδιανός Μ.Γ., 1994:

α) Η ολοκλήρωση ενός συστήματος υπηρεσιών από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο [Νοσοκομείο Ημέρας, Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής, Εργαστήρια Επαγγελματική προεργασίας (1986), Ξενώνας (1984), Οικοτροφείο (1986), Συνεργατικές (1986), νέα Εξωτερικά Ιατρεία (1986)].

β) Η λειτουργία ψυχιατρικών κλινικών στα Πανεπιστήμια Πατρών (1982), Ιωαννίνων, Θράκης (στην Αλεξανδρούπολη) και Κρήτης, στις οποίες περιλαμβάνονται μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στα εκεί Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες και Εργαστήρια.

γ) Η νομοθεσία 963/79 για την προστασία των σωματικά και ψυχικά αναπήρων και τα ειδικά προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. (Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης) που έχει ιδρύσει σε διάφορες πόλεις σε συνεργασία με τις τοπικές ψυχιατρικές μονάδες και με την οικονομική ενίσχυση του Κοινωνικού Τομέα της Ε.Ο.Κ.

δ) Η ανάπτυξη από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής νέων υπηρεσιών (Κ.Ψ.Υ. Αιγάλεω, Βόλου, Πατρών, Ηρακλείου, Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, κ.λπ.).

ε) Ίδρυση Επιτροπών Ψυχικής Υγείας στο ΚΕ.Σ.Υ. Σχεδιασμός του πενταετούς προγράμματος.

στ) Νέα νομοθεσία για την προστασία και αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων (Ν. 1648/1986).

ζ) Η ίδρυση των πρώτων ψυχιατρικών κλινικών στα Γενικά Νοσοκομεία στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη και σε άλλες πόλεις (1987).

Οι εξελίξεις της δεκαετίας του '80 συνεχίστηκαν και τη δεκαετία του '90 με την τροποποίηση του Κανονισμού 15/84 με ένα νέο κανονισμό 4130/1988 (16-12-1988), όπως αναφέρει ο Μαδιανός Μ.Γ., 1994.

Σύμφωνα με το νέο κανονισμό η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων έδωσε παράταση μέχρι τις 31-12-1994 χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της Επιτροπής, εφόσον εφαρμοστούν μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου με την παροχή εκ μέρους των Κοινοτήτων τεχνικής βοήθειας για σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης. 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.Γ., 1994).

Κατά τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, οι τροποποιήσεις στον Κανονισμό 815/84 περιελάμβανε μεταξύ άλλων και το πρόγραμμα «ΛΕΡΟΣ II» (1991). Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει: 1) γενική αναμόρφωση των θαλάμων με διευθέτηση προσωπικού χώρου για τους νοσηλευόμενους, αντικατάσταση κρεβατιών και καθισμάτων, 2) εντάτικοποίηση των οικοδομικών εργασιών από τη ΔΕΠΑΝΟΜ, 3) παροχή θέρμανσης, αντικατάσταση σωλήνων ύδρευσης και αποθήκευσης νερού, 4) ασφαλιστική κάλυψη όλων των νοσηλευομένων, 5) παροχή καλοκαιρινών ρούχων στους αρρώστους, 6) προετοιμασία για τη λειτουργία δύο αναψυκτηρίων, 7) εγκατάλειψη του 16^{ου} περιπτέρου, 8) οργάνωση κοντά στο νοσοκομείο ξενώνων, 9) τροποποίηση του συστήματος αγορών. Στο πρόγραμμα, επίσης, περιλαμβάνεται η προετοιμασία για την έξοδο μερικών δεκάδων ακόμη νοσηλευόμενων καθώς και η οργάνωση ομάδων παρέμβασης. Παράλληλα έχει ενσωματωθεί το ΚΕΠΕΠ του ΠΙΚΠΑ Λέρου στο Ψ.Ν.Λ. με τη δημιουργία στην Αθήνα και προγράμματος αποϊδρυματισμού.

Κατά τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, ο βαθμός αποτελεσματικότητας επίτευξης των στόχων του πενταετούς προγράμματος ψυχικής υγείας ως προς τη δημιουργία ψυχιατρικών κρεβατιών σε Γενικά Νοσοκομεία, μεταξύ 1984-1988, αγγίζει το 35.9%. Αντίθετα ο βαθμός αποτελεσματικότητας στη δημιουργία Κ.Ψ.Υ. ανέρχεται στο 17.4%. Ο βαθμός αποτελεσματικότητας

στόχων για την ίδρυση ξενώνων / οικοτροφείων ανέρχεται στο 30%. Το ποσοστό 100% αποτελεσματικότητας επιτεύχθηκε μόνο στην ίδρυση Εργαστηρίων Αποκατάστασης.

Σ' αυτό το σημείο, σημαντικό είναι να αναφερθούμε σ' ένα φιλόδοξο πρόγραμμα που χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους και έχει ξεκινήσει από το 1999. Σύμφωνα μ' αυτό το πρόγραμμα, που φέρνει την ονομασία ΨΥΧΑΡΓΩΣ προβλέπεται η επανένταξη στην κοινότητα. Παράλληλα προωθούνται στην εργασία 700 περίπου ασθενείς που νοσηλεύονται στα διάφορα ψυχιατρεία της χώρας μέσω της ίδρυσης και λειτουργίας κατάλληλων κοινοτικών δομών (ξενώνων και χώρων κατάρτισης και απασχόλησης) που υποστηρίζουν αυτή την προσπάθεια. Η εφαρμογή αυτού του προγράμματος, καθώς και η έναρξη άλλων ανάλογων θα δώσει τη δυνατότητα μέχρι το 2005 μερικά περιφερειακά ψυχιατρικά νοσοκομεία (Κέρκυρας, Πέτρας Ολύμπου, Χανίων, Τρίπολης) να κλείσουν, ενώ τα μεγαλύτερα (Θεσσαλονίκης, Αθηνών, Δρομοκαΐτειο) να συρρικνωθούν. Η ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων στην ενδονοσοκομειακή μακρόχρονη νοσηλεία μέσω της λειτουργίας κοινοτικών μονάδων επανένταξης και αποκατάστασης θα επιτρέψει να ξεπεράσει η χώρα μας την ανάγκη του ψυχιατρικού νοσοκομείου.

δ. Χρονολογικός Πίνακας Ίδρυσης Ψυχιατρικών Ίδρυμάτων από το 19^ο και 20^ο αιώνα

ΙΔΡΥΜΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΧΡΟΝΟΣ
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Κέρκυρα	1838
Άσυλο Κεφαλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαΐτειο	Χαϊδάρι Αθηνών	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη Σύρου	1906
Πρώτη Ιδιωτική Κλινική Βλαβιανού	Αθηνά (Πατήσια)	1904
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς Τμήμα Ψυχοπαθών	Θεσσαλονίκη	1908
Άσυλο Φρενοβλανών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Άσυλο Κεφαλονιάς	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο Αθηνών	1914
Άσυλο Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας	Καλλιθέα Αθηνών	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/κης	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσ/κης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης	Πεντέλη Αττικής	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείου Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων (Νέα κτίρια)	Σούδα Χανίων	1971

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟΓΟΝΟΣ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

2.1. ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

α. Θεωρία των Bateson, Weakland, Jackson

Σύμφωνα με την Τρικεριώτη Κ., 1978, οι Bateson, Weakland και Jackson είναι γνωστοί για τη διατύπωση του όρου διπλός δεσμός (double band) που αποδίδει την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε έναν από τους γονείς και τον σχιζοφρενή, στο πλαίσιο της οποίας ο πρώτος δίνει στον δεύτερο ασυμβίβαστα ή αντίθετα μηνύματα. Κατά τον Κούπερ Ντέιβιντ, 1987, ο Weakland και οι συνεργάτες του εισήγαγαν την έννοια της διπλοσύνδεσης, τα γενικά χαρακτηριστικά της οποίας είναι τα εξής:

α) Το άτομο έχει εμπλακεί σε μια έντονη σχέση δηλαδή σε μια σχέση στην οποία νιώθει ότι γι' αυτό είναι ζωτική ανάγκη να διακρίνει με ακρίβεια τι είδους μήνυμα του στέλνεται για να αντιδράσει ανάλογα.

β) Το άτομο είναι παγιδευμένο σε μια κατάσταση όπου το άλλο άτομο εκφράζει 2 αλληλοαναιρούμενα είδη μηνυμάτων.

γ) Το άτομο δεν είναι σε θέση ν' αντιμετωπίζει κριτικά τα μηνύματα που του μεταδίδονται, ώστε να μπορεί να αποφασίσει σε ποιο μήνυμα πρέπει να αντιδράσει. Αυτό σημαίνει πως δεν μπορεί να κάνει μια μετεπικοινωνιακή διαπίστωση.

Παράλληλα ο Bateson και οι συνεργάτες του εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί στα πλαίσια της θεωρίας για την ανθρώπινη επικοινωνία. Ένα σημαντικό στοιχείο αυτής της θεωρίας είναι ότι ανάμεσα στους ανθρώπους δεν υπάρχει μόνο μια μορφή επικοινωνίας αλλά ότι πάνω σ' αυτή τη διαδικασία γίνεται και μια άλλη επικοινωνία. Έτσι περιγράφουν τη

σύγχυση του σχιζοφρενικού ασθενούς προς τα διάφορα επικοινωνιακά επίπεδα. Ο ασθενής προσδιορίζει ποιοτικά όσα λέει μ' έναν αντιφατικό τρόπο. Αυτός ο τρόπος επικοινωνίας οδηγεί στο να αποφεύγεται ο ορισμός της σχέσης και να χαρακτηρίζουν αυτή την κατάσταση διπλοσυνδετική. Σ' αυτή την περίπτωση οι γονείς και ιδίως η μητέρα, αναγκάζουν τα παιδιά να αντιδρούν σε αντιφατικά μηνύματα για να τα εμποδίσουν να προσδιορίσουν τη σχέση μαζί τους. (Τρικεριώτη Κ., 1978).

Σύμφωνα με την Τρικεριώτη Κ., 1978, η διπλοσυνδετική κατάσταση ορίζεται σαν εχθρική σχέση εξάρτησης στην οποία ο ένας απαιτεί να αντιδράσει ο άλλος σε μηνύματα που αλληλοαναιρούνται, ενώ αυτός, δηλαδή ο ασθενής, δεν μπορεί ούτε να σχολιάσει αυτή την αντιφατικότητα, ούτε να αποσυρθεί. Μέσα σε μια τέτοια κατάσταση επικοινωνίας το παιδί ωθείται συνεχώς σε μια θέση από όπου δεν μπορεί να «κερδίσει» γιατί όπως και να απαντήσει στα μηνύματα, θα έχει λάθος και θα τιμωρηθεί. Ο Bateson και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι αυτές οι καταστάσεις παρατηρούνται όταν η μητέρα είναι αγχωμένη, καθώς το παιδί προσπαθεί να έρθει κοντά της. Όμως επειδή η μητέρα δεν μπορεί να δεχτεί τα αγχώδη συναισθήματά της, υποκρίνεται τη στοργική, με αποτέλεσμα να υπάρχει διαφορά σ' αυτό που λέει και σ' αυτό που δείχνει. Οι ίδιοι σκιαγραφούν την περίπτωση αυτή με το εξής παράδειγμα: Μία μητέρα που νιώθει ότι το παιδί της την ενοχλεί και την εκνευρίζει του λέει: «Πήγαινε στο κρεβάτι σου, φαίνεσαι κουρασμένο, πρέπει να κοιμηθείς λιγάκι». Το συναίσθημα που αρνείται είναι: «Χάσου από τα μάτια μου δεν σε αντέχω».

Άλλο παράδειγμα, σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, είναι όταν η μητέρα λέει στο παιδί «μην παίζεις», ενώ συγχρόνως του δίνει τα παιχνίδια του ή το επιδοκιμάζει για κάτι που έκανε και ταυτόχρονα είναι απορριπτική, τότε το παιδί δεν ξέρει τι να κάνει και για να αποφύγει αυτά τα «διπλά μηνύματα» αποσύρεται. Με τον τρόπο αυτό το παιδί οδηγείται σε εξωλογικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς που επιδεινώνονται καθώς εκτίθεται στα κοινωνικά ερεθίσματα.

Ο Bateson αναφέρει ότι η τάση για απόσυρση (αυτισμός) δημιουργείται στο παιδί καθώς δεν μπορεί να εκφραστεί κριτικά για αυτά τα μηνύματα και να δημιουργήσει σχέσεις με άλλους ανθρώπους για να αποκτήσει μια διαφορετική συμπεριφορά. Η θεωρία της διπλοσύνδεσης εξηγεί γιατί ο σχιζοφρενικός ασθενής επικεντρώνεται σε ένα και μόνο επίπεδο επικοινωνίας και είναι ανασφαλής, αφού δεν μπορεί να διακρίνει διαφορετικές μορφές επικοινωνίας. Μεταγενέστερες μελέτες των Bateson, Weakland, Jackson δείχνουν ότι η διπλοσυνδετική κατάσταση αποτελεί ένα επικοινωνιακό σχήμα που διεισδύει σε όλες τις αλληλεπιδράσεις της οικογένειας. Χαρακτηριστικό γνώρισμα σε μια σχιζοφρενογόνο οικογένεια είναι η μόνιμη ασυμφωνία σε αυτά που λέγονται και εκδηλώνονται μέσα στους κόλπους της. Έτσι δημιουργείται μια κατάσταση όπου κανένας δεν παίρνει πρωτοβουλίες και δεν υπάρχει κριτική σκέψη. Μάλιστα ο Ackermann τη χαρακτηρίζει ως εξής: «Η ιδιορρυθμία της διπλοσύνδεσης στην ψυχοπαθολογία του σχιζοφρενικού ασθενούς είναι ότι η μητέρα μιλά και από τις δύο γωνίες του στόματός της». Άλλο λέει με το στόμο της και άλλο με το σώμα της, δηλαδή το παιδί λαμβάνει δύο αντίθετα

μηνύματα και αυτό είναι που θα πρέπει να εξεταστεί ως προς τη σχιζοφρενική νόσο. (Τρικεριώτη Κ., 1978).

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι όλες αυτές οι παρατηρήσεις είναι αρκετά ουσιαστικές. Ωστόσο δεν μπορούμε να πούμε ότι η διπλοσύνδεση αποτελεί τον κύριο παράγοντα για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, αλλά ότι βοηθάει σαν ένα εννοιολογικό πλαίσιο για το πρόβλημα της σχιζοφρένειας.

β. Θεωρία του Lidz

Όπως σημειώνει η Τρικεριώτη Κ., 1978, πρόκειται για εκείνη την επικοινωνιακή προσέγγιση, η οποία θεωρεί ότι βασικό ρόλο στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας παίζουν οι διαταραγμένες σχέσεις ανάμεσα στους γονείς. Ο Lidz και οι συνεργάτες του παρατήρησαν διάφορες διαταραχές στους ρόλους και στις συναισθηματικές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη οικογενειών που περιλαμβάνουν σχιζοφρενείς. Πιο συγκεκριμένα έκαναν μια εργασία στο Πανεπιστήμιο Yale. Το υλικό για αυτή την μελέτη τους ήταν η μακροπρόθεσμη παρατήρηση 16 σχιζοφρενικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Ψυχιατρικό Ινστιτούτο του Πανεπιστημίου Yale. Η πλειοψηφία αυτών των οικογενειών παρουσίασε μια σημαντική παθολογία. Έτσι με βάση την εργασία τους άρχισαν να δίνουν έμφαση στο οικογενειακό περιβάλλον. Η οικογένεια είναι αυτή μέσα στην οποία το άτομο αναπτύσσεται, μαθαίνει να σκέφτεται, να ενεργεί και να επικοινωνεί, προκειμένου να γίνει ένα κοινωνικό ον. Εφόσον όμως οι γονείς είναι αυτοί που θα μεταφέρουν αυτές τις αξίες στα παιδιά τους

θα πρέπει να είναι βοηθητικοί σ' αυτή τη διαδικασία μάθησης και να είναι ενωμένοι σαν ζευγάρι. Τι γίνεται όμως σε περίπτωση αποτυχίας των γονέων;

Ο Lidz και οι συνεργάτες του στη μελέτη τους τονίζουν ότι οι δομές που συναντάμε συχνά στις οικογένειες αυτές είναι δύο: η διάσταση του γάμου ή αλλιώς το σχισμικό ζεύγος και η μετατόπιση της δομής στο γάμο ή αλλιώς το έκτροπο ζεύγος. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει συναισθηματική διάσταση των γονέων, στην οποία κυριαρχούν η δυσπιστία, η εχθρικήτητα και η αλληλουπονόμευση. Το παιδί γίνεται το μέσο με το οποίο ο κάθε γονέας προσπαθεί να εξουδετερώσει τον άλλον. Έτσι ή κάποιος από τους δύο κυριαρχεί και υποκαθιστά τον άλλον παραμερίζοντάς τον ή δεν κυριαρχεί κανένας από τους δύο οπότε η οικογένεια μετατρέπεται σε μια παλαίστρα ενός συνεχούς και αμοιβαίου αγώνα. Στη δεύτερη περίπτωση απουσιάζει η ανοιχτή σύγκρουση μεταξύ των γονέων, υπάρχει όμως η ολοκληρωτική κυριαρχία ενός από τους γονείς και η συνακόλουθη αλλοτρίωση της προσωπικότητας του άλλου. Έτσι, μέσα από αυτές τις καταστάσεις που περιγράφει ο Lidz, οι γονείς χτίζουν γύρω από το παιδί έναν απειλητικό, παράλογο κόσμο, με αποτέλεσμα το ίδιο να απομονώνεται, να αποσύρεται στη δική του «πραγματικότητα». (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000).

γ. Θεωρία των Wynne και Singer

Ο Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, αναφέρει ότι οι Wynne και Singer εισήγαγαν την άποψη της ψευδοαμοιβαιότητας, σύμφωνα με την οποία η ενδοοικογενειακή επικοινωνία είναι συναισθηματικά αποστειρωμένη και

χαρακτηρίζεται από την αμοιβαία προσπάθεια των μελών της οικογένειας να μην εκφράζεται το συναίσθημα και να μη συζητείται τίποτα ανοιχτά από αυτά που θα μπορούσαν να διαταράξουν την ισορροπία της οικογένειας. Ξεκίνησαν από το γεγονός ότι στις οικογένειες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από μια μόνιμη ψευδοαμοιβαιότητα.

Τα άτομα που συμμετέχουν σε τέτοιες σχέσεις προσπαθούν να αποφύγουν την ανοιχτή σύγκρουση γιατί κάτι τέτοιο θα δημιουργούσε στα μέλη μιας οικογένειας φόβο μήπως διαλυθεί η σχέση. Σύμφωνα με την Τρικεριώτη Κ., 1978: «Οι Wynne και Singer περιγράφουν την άκαμπτη οργάνωση των εξαιρετικά συμπυκνωμένων και στερεοτυποποιημένων ρόλων που περιορίζει σημαντικά ή και πνίγει την ατομική ταυτότητα. Τούτο οδηγεί σε βαριά διαταραχή κατά τη διαδικασία της ανάπτυξης μιας ευκαμψίας στην προσαρμογή στους ρόλους και στην ανάληψη και αφομοίωση των παιδικών ταυτίσεων».

Έτσι, δημιουργείται μια στατική οικογένεια που φοβάται να εκφραστεί ελεύθερα, με αποτέλεσμα να υπάρχει επιφυλακτικότητα και το παιδί να αποπροσανατολίζεται από την προσωπική του ταυτότητα. Η σχέση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, που χαρακτηρίζεται από την ψευδοαμοιβαιότητα, δεν μπορεί ούτε να διαλυθεί, ούτε να εξελιχθεί και να αναπτυχθεί. Χωρίς την αμοιβαία αντίληψη και αναγνώριση της ταυτότητας του άλλου, η διατηρημένη σχέση σταδιακά γίνεται αποπνικτική. Με λίγα λόγια η ψευδοαμοιβαία σχέση περιέχει το εξής δίλημμα: «Η διχογνωμία θεωρείται διαταραχή της σχέσης και

γι' αυτό πρέπει να αποφευχθεί, πράγμα όμως που καθιστά αδύνατη την ανάπτυξή της». (Τρικεριώτη Κ., 1978).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε τη διαπίστωση ότι η μελέτη του Wynne δίνει έμφαση και στην πολιτιστική απομόνωση της οικογένειας. Όταν μια οικογένεια είναι φυσιολογική, τότε ανάμεσα σ' αυτήν και την κοινότητα υπάρχει δοτική αλλαγή. Αντίθετα μια σχιζοφρενογόνος οικογένεια συμπεριφέρεται σαν ένα αυτόαρκες κοινωνικό σύστημα με εντελώς κλειστά όρια, τα οποία ο Wynne ονομάζει «λαστιχένιο φράχτη». Αυτό οδηγεί στην πολιτιστική και κοινωνική απομόνωση της οικογενειακής ομάδας, στην κατάρρευση των διανθρώπινων σχέσεων. (Τρικεριώτη Κ., 1978).

δ. Θεωρία του Bowen

Σύμφωνα με την Τρικεριώτη Κ., 1979, ο Bowen θεωρεί τη σχιζοφρένεια σαν «σηματισμό συμπτωμάτων σε μια ενεργή διαδικασία στην οποία συμμετέχει ολόκληρη η οικογένεια». Αξίζει να σημειωθεί ότι η έρευνα του Bowen και των συνεργατών του, τονίζει ότι ο ασθενής είναι κατά κάποιο τρόπο εκείνο το τμήμα του οικογενειακού οργανισμού, μέσω του οποίου εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ψύχωσης. Η αρχική υπόθεση ότι τα προβλήματα οφείλονται στη συμβιωτική σχέση του ασθενούς με τη μητέρα διευρύνθηκε με την αντίληψη ότι η ψύχωση του ασθενούς είναι η εκδήλωση ενός προβλήματος που αφορά ολόκληρη την οικογένεια. Βασικό στην έρευνα αυτή αποτελεί το γεγονός ότι 4 από 7 οικογένειες που εξετάστηκαν, νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο και αυτό έδωσε τη δυνατότητα στους

επιστήμονες της ψυχικής υγείας να παρατηρήσουν τις οικογένειες και να εκθέσουν τις απόψεις τους.

Έτσι, ένα χαρακτηριστικό των οικογενειών αυτών ήταν η συναισθηματική απόσταση ανάμεσα στους γονείς, η οποία ονομάζεται συναισθηματικό διαζύγιο και η αδιαφορία τους απέναντι στα συναισθήματα και στις ανάγκες του παιδιού. Το συναισθηματικό διαζύγιο σταθεροποιείται με βάση ορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς που περιγράφονται σαν καταστάσεις «υπερεπάρκειας» και «ανεπάρκεια». Πρόκειται για δύο ρόλους με υποκριτικό χαρακτήρα, οι οποίοι οδηγούν σε επαναλαμβανόμενες καταστάσεις κυριαρχίας και υποταγής. Με τον τρόπο αυτό τα προσωπικά συναισθήματα και οι φόβοι των γονέων προβάλλονται στο παιδί που αναγκαστικά προσαρμόζεται σε αυτές τις τάσεις και τις κάνει «πραγματικές». (Τρικεριώτη Κ., 1978).

Όπως αναφέρει η Τρικεριώτη Κ., 1978, στον Bowen οφείλουμε την εξής σκιαγράφιση: «Η μητέρα αρνείται το προσωπικό αίσθημα αδυναμίας και την επιθυμία της να την αντιμετωπίζουν σαν μικρό παιδί. Προβάλλει τα συναισθήματα που αρνείται πάνω στο παιδί. Στη συνέχεια αντιλαμβάνεται ότι το παιδί βρίσκεται σε αδυναμία και χρειάζεται τη βοήθειά της. Το παιδί δέχεται την αντίληψη αυτή της μητέρας σαν πραγματικότητα· το ίδιο κάνει και ολόκληρη η οικογένεια. Η μητέρα τότε "φροντίζει" την αδυναμία του παιδιού (τα δικά της συναισθήματα που έχει προβάλλει) με τον αντίστοιχο εαυτό της. Έτσι, η κατάσταση που αρχίζει σαν συναίσθημα της μητέρας καταλήγει σαν πραγματικότητα στο παιδί». Έτσι, με βάση αυτά που λέει ο Bowen μέσω αυτής της κατάστασης, η μητέρα έχει μια λιγότερο αγχώδη στάση απέναντι στον

πατέρα και το κέντρο βάρους μετατοπίζεται προς την τριάδα μητέρα – πατέρας – παιδί. Κατά τον Bowen η ανάπτυξη του παιδιού στην εφηβεία αποτελεί σημαντικό ερέθισμα για την εκδήλωση της σχιζοφρενικής νόσου γιατί διαταράσσει την ισορροπία της αλληλοεξαρτώμενης τριάδας και προκαλεί έντονο άγχος στη συμβιωτική σχέση με τη μητέρα. Το παιδί εκφράζει την επιθυμία να μεγαλώσει όμως αυτή αναστέλλεται από τους γονείς, οι οποίοι προσπαθούν να καθηλώσουν το παιδί στο ρόλο του αδύναμου. Σ' αυτή την προσπάθεια το παιδί έρχεται αντιμέτωπο με την πραγματικότητα και επιδιώκει να τα καταφέρει χωρίς τη μητέρα, έτσι όμως εμφανίζεται η ψύχωση.

2.2. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΤΡΟΠΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

α. Θεωρία της Melanie Klein

Ως μια διαφοροποίηση των ιδεών του Freud αναπτύχθηκε η θεωρία των σχέσεων του αντικειμένου, που αποτελεί μια από τις νεότερες προεκτάσεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Σ' αυτή την κατεύθυνση είναι αδύνατο να αγνοήσει κανείς τη συμβολή της Melanie Klein και πριν από αυτήν τις απόψεις των Abraham K., Glover E., και Jones E. που έχουν υπογραμμίσει τη σημασία των προγεννητικών σταδίων και ιδιαίτερα του στοματικού στην εξέλιξη του παιδιού. Η θεωρία της Klein στρέφεται κυρίως στα συναισθήματα που έχει το παιδί για τη μητέρα του, στην επιθετικότητα απέναντί της και γενικά στο πως αντιλαμβάνεται το παιδί τις σχέσεις του με τους γονείς στα πρώτα στάδια εξέλιξης. (Σακελλαρόπουλος Π., 1998).

Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο Π., 1998, η Klein υποστηρίζει ότι το παιδί κατά τη στοματική και πρωκτική φάση της εξέλιξής του χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα. Αυτή η επιθετική ενόρμηση στρέφεται προς το πρώτο αντικείμενο που είναι η μητέρα του και αρχικά προς το μητρικό στήθος που παίζει το ρόλο μερικού αντικειμένου. Εκτός από την ενόρμηση της libido που αναζητά τον κορεσμό μέσω του θηλασμού, ενορμήσεις καταστροφής ωθούν το παιδί προς το μητρικό στήθος και θέλει να το δαγκώσει και να το καταστρέψει. Αυτή η επιθετικότητα αυξάνεται όταν το μητρικό στήθος αποστερεί και γίνεται αισθητό στο βρέφος ως «κακό αντικείμενο», ενώ από την άλλη πλευρά το βρέφος το αισθάνεται ως «καλό αντικείμενο» όταν ασκεί τη δοτική του λειτουργία. Καθώς περνάει ο χρόνος το ενδιαφέρον του παιδιού και οι

επιθετικές του ενορμήσεις εστιάζονται στο εσωτερικό του σώματος της μητέρας, επιθυμεί να εισέλθει εντός αυτού. Έτσι το παιδί μέσω των φαντασιώσεών του αποδίδει επιθετικές διαθέσεις αντεκδίκησης στη μητέρα. Αυτές οι φαντασιώσεις χαρακτηρίζουν τις σχέσεις μητέρας – παιδιού στα πρώτα στάδια της εξέλιξης.

Κάθε παιδί θα περάσει από μια φάση που οι σχέσεις με τη μητέρα κυριαρχούνται από έντονο άγχος και επιθετικότητα και χρωματίζονται από φαντασιώσεις ενός προ-λογικού κόσμου. Όταν υπάρχει ομαλή ψυχική εξέλιξη τότε αυτές οι φαντασιώσεις αφομοιώνονται από την προσωπικότητα. Το Υπερεγώ, σύμφωνα με την Klein, σχηματίζεται μέσα από τις σαδιστικές επιθυμίες του παιδιού για τη μητέρα και το παιδί ταυτίζει την έννοια του αντικειμένου με το Υπερεγώ. Χρονικά ο σχηματισμός του Εγώ, η δημιουργία των πρώτων αντικειμενότροπων σχέσεων και ο σχηματισμός του Υπερεγώ γίνονται παράλληλα. Η Klein αναφέρεται περισσότερο, σχετικά με αυτή την περίοδο, στις επιθετικές ενορμήσεις και όχι στις ενορμήσεις της libido. (Σακελλαρόπουλος Π., 1998).

Όπως σημειώνει ο Σακελλαρόπουλος Π., 1998, η Klein περιγράφει τις διαδοχικές «θέσεις» που περνάει το άγχος του παιδιού, το οποίο είναι επακόλουθο της επιθετικότητας προς τη μητέρα. Αρχικά περνάει από τη θέση καταδίωξης (παρανοειδής – σχιζοειδής) και ονομάζεται έτσι γιατί η θέση αυτή χαρακτηρίζεται από την προβολή κακών επιθετικών ενορμήσεων του παιδιού προς το πρόσωπο της μητέρας και από το φόβο που προκαλεί η μητέρα ως μια «κακή» καταδιωκτική παράσταση. Η δεύτερη θέση από την οποία περνάει το

άγχος είναι η θέση κατάθλιψης. Το άγχος κατάθλιψης προέρχεται από την ενοχή του παιδιού για την καταστροφή του καλού αντικειμένου και από την επιθυμία του να το επαναφέρει στην προηγούμενη κατάστασή του.

Η Klein έχει ονομάσει τις παραπάνω θέσεις ως σημεία κεντρικής καθήλωσης, δηλαδή πυρήνες παθολογικής κατάστασης γύρω από τους οποίους θα σχηματιστεί και θα οργανωθεί η νοσηρή δομή μιας προσωπικότητας. Έτσι όταν το παιδί παρουσιάσει κάποια ψυχωσική κατάσταση, όπως είναι η σχιζοφρένεια, η παράνοια, η μελαγχολία κ.λπ., θα έχει ως πυρήνα οργάνωσης αυτά τα σημεία κεντρικής καθήλωσης. Αντίθετα το παιδί θα αναπτυχθεί φυσιολογικά, όταν οι επιθετικές ενορμήσεις συγχωνευτούν με τις ενορμήσεις της libido πάνω στο ίδιο αντικείμενο. Με τον τρόπο αυτό το αντικείμενο παύει να είναι καλό ή κακό, γίνεται αντιληπτό από το παιδί και αντιμετωπίζεται ως ολότητα. Η μητέρα ικανοποιεί τις ενορμήσεις της libido του παιδιού και αυτό μειώνει την επιθετικότητα και διαφοροποιεί ευνοϊκά τις φαντασιώσεις του. Οι απόψεις της Klein πάνω στην επιθετικότητα του παιδιού και στις σχέσεις του με το μερικό αντικείμενο συνέβαλλαν σημαντικά στη θεωρία της ψυχανάλυσης. Παρ' όλα αυτά αρκετοί ήταν αυτοί που την κατέκριναν και αμφισβήτησαν την θεωρητική της μελέτη. (Σακελλαρόπουλος Π., 1998).

β. Θεωρία του Lacan J.

Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο Π., 1998, ένα μεγάλο μέρος του έργου του Lacan είναι αφιερωμένο στην ανάπτυξη του παιδιού και στο σχηματισμό του Εγώ. Το άτομο, κατά αυτόν, δομείται ως υποκείμενο μέσα από

τη συμβολική τάξη και για να φτάσει σε αυτή χαρακτηρίζεται από τρεις έννοιες: την ανάγκη, την επιθυμία και το αίτημα. Η ανάγκη είναι ένα οργανικό σωματικό στοιχείο που δεν έχει όμως σχέση με την ενόρμηση που αναφέρει ο Freud. Η επιθυμία είναι η κατάληξη της ενόρμησης και το αίτημα είναι αυτό που συνδέει την επιθυμία με το λόγο, προδίδοντας έτσι το πραγματικό της περιεχόμενο.

Ένα σημαντικό στοιχείο στη θεωρία του Lacan είναι το λεγόμενο «στάδιο του καθρέφτη», που αποτελεί μια καθοριστική φάση της σύστασης του ατόμου. Η φάση αυτή προσδιορίζεται χρονικά από 6-18 μήνες. Ενώ το παιδί βρίσκεται αρχικά σε μια κατάσταση αδυναμίας και ανικανότητας να ελέγξει τις κινήσεις του, «προβλέπει» με τη φαντασία του την εικόνα του σώματός του. Αυτό γίνεται μέσα από την ταύτιση με την εικόνα του εαυτού του ως σύνολο.

Το στάδιο του καθρέφτη περιλαμβάνει τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση το παιδί αντιλαμβάνεται την αντανάκλασή του στον καθρέφτη ως ένα ον πραγματικό και προσπαθεί να το αγγίξει. Στη δεύτερη φάση καταλαβαίνει ότι η αντανάκλασή του δεν είναι ένα πραγματικό ον, αλλά μια εικόνα την οποία όμως δεν αναγνωρίζει ότι είναι δική του. Στην τρίτη και τελική φάση το παιδί αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι αυτή η εικόνα είναι δική του, αυτή που το αναπαριστά και αυτή η κατάσταση βοηθά το παιδί να καταλάβει και τις άλλες εικόνες γύρω του, όπως αυτή της μητέρας του. Έτσι μέσα από αυτή τη διαδικασία επιτυγχάνεται η κατάκτηση της ταυτότητας του υποκειμένου, του παιδιού και οδηγεί στη συσχέτιση με τους τρεις μεγάλους τομείς του ψυχισμού

του ανθρώπου, δηλαδή το Πραγματικό, το Φαντασιωσικό και το Συμβολικό.
(Σακελλαρόπουλος Π., 1998).

γ. Θεωρία της Mahler

Ο Σακελλαρόπουλος, 1998, αναφέρει ότι η Mahler αποδίδει την ψυχοπνευματική λειτουργία του ατόμου σε πρώιμες εμπειρίες στα πλαίσια της ανάπτυξής του και πρότεινε τη γενική θεωρία της ύπαρξης μιας διαδικασίας ατομικοποίησης – αποχωρισμού, συγκρίνοντας την ανάπτυξη ενός υγιούς και ενός ψυχωσικού παιδιού. Έτσι, σύμφωνα με την Mahler υπάρχουν τρεις φάσεις στην εξέλιξη του παιδιού. Η πρώτη φάση ονομάζεται αυτιστική, αντιστοιχεί στις πρώτες εβδομάδες όπου το παιδί δεν μπορεί να διακρίνει ανάμεσα στην εξωτερική και εσωτερική πραγματικότητα. Η δεύτερη φάση είναι η συμβιωτική που ξεκινάει στο δεύτερο μήνα της ζωής. Το παιδί συνειδητοποιεί ότι οι ανάγκες του ικανοποιούνται απ' έξω και βλέπει τη μητέρα του σαν διαφορετικό πρόσωπο, το οποίο θα ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Τέλος, η τρίτη φάση είναι η φάση της διαφοροποίησης – ατομικοποίησης και βασίζεται στην ωρίμανση των αντιληπτικών ικανοτήτων του παιδιού, το οποίο αρχίζει να εξερευνά τον κόσμο γύρω του και να απομακρύνεται σταδιακά από τη μητέρα του.

Η Mahler θεωρεί ότι η σχιζοφρένεια αντιστοιχεί στην αυτιστική φάση της ανάπτυξης. Η καθήλωση του παιδιού στην συμβιωτική φάση θεωρείται δημιουργός της «συμβιωτικής ψύχωσης», όρος που προτείνεται από την ίδια και θα καθορίσει τη ζωή του παιδιού. Σύμφωνα με την Mahler ορίζεται ως

«αδυναμία και άρνηση να ξεπεραστεί η συμβιωτική σχέση, δηλαδή να ξεφύγει το παιδί από το σύστημα που λειτουργεί ως δυαδική ενότητα». Η Mahler αντιπαραθέτει δηλαδή τη συμβιωτική ψύχωση στον αυτισμό. Η ψύχωση εμφανίζεται όταν το παιδί βιώνει τον αποχωρισμό από τη μητέρα του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αποδιοργανώνονται και να χάνονται τα όρια του Εγώ και η πραγματικότητα να αντικαθίσταται από αυτιστικές φαντασιώσεις. (Σακελλαρόπουλος Π., 1998).

δ. Θεωρία του Winnicott

Ο Winnicott δεν διατύπωσε μια ξεκάθαρη άποψη για την παθογένεια της σχιζοφρένειας αλλά αυτή φαίνεται έμμεσα από τη θεωρία του για τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και το ρόλο και τη θέση της μητέρας, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του παιδιού την κατάλληλη στιγμή. Κατά τον Winnicott, το παιδί δεν αποτελεί μια ξεχωριστή ενότητα· υπάρχει η ενότητα μητέρα – νεογέννητο. Αυτό σημαίνει ότι το νεογέννητο δε θα μπορούσε να επιβιώσει χωρίς τη φροντίδα της μητέρας του. Για να περάσει το μωρό από την εξάρτηση στην ανεξαρτησία θα πρέπει το περιβάλλον να είναι «αρκετά καλό», δηλαδή η μητέρα να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις του. (Σακελλαρόπουλος Π., 1998).

Παράλληλα, ο Σακελλαρόπουλος Π., 1998, αναφέρει ότι ο Winnicott στο βιβλίο του «Παιδιατρική και Ψυχανάλυση» γράφει: «η ψυχική υγεία είναι το αποτέλεσμα των αδιάκοπων φροντίδων που επιτρέπουν τη συνέχεια της συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού». Όταν η μητέρα δεν μπορεί να

ανταποκριθεί σ' αυτό το ρόλο, τότε το παιδί κατακλύζεται από έντονο άγχος, άγχος εκμηδενισμού-κομματιάσματος. Έτσι ο Winnicott συνδέει αυτά τα «ψυχωσικά» άγχη με τις διαταραχές του Εγώ. Πιο συγκεκριμένα το Εγώ χαρακτηρίζεται από τρεις τάσεις:

α. Την τάση για απαρτίωση σε σχέση με το ρόλο και τη θέση της μητέρας.

β. Την τάση για προσωποποίηση, δηλαδή ένωση του Εγώ με το σώμα, σε σχέση με τον τρόπο που η μητέρα φροντίζει το παιδί.

γ. Την εγκατάσταση της αντικειμενοτρόπου σχέσης δηλαδή του τρόπου που η μητέρα όχι μόνο ικανοποιεί τις ανάγκες του μωρού αλλά το αφήνει να βρει το αντικείμενο (π.χ. στήθος) και να το εξερευνήσει.

Έτσι, το παιδί περνάει από την ψευδαισθηση στην απομυθοποίηση. Αυτό είναι ένα μεταβατικό στάδιο απαραίτητο για την ανάπτυξη του παιδιού. Όταν η μητέρα δεν μπορεί να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για να ζήσει το παιδί αυτές τις εμπειρίες, τότε αυτό οδηγείται στη σχιζοφρένεια και στον αυτισμό.

2.3. ΑΛΛΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

α. Παθολογικές σχέσεις μητέρας – παιδιού

Ο Σακελλαρόπουλος, 1998, αναφέρει ότι οι παθολογικές σχέσεις ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διαταραχών και ψυχολογικών προβλημάτων σε αυτό. Ως παθολογική θεωρείται εκείνη η σχέση στην οποία το ένα ή το άλλο από τα δύο άτομα δεν αντλεί ικανοποίηση από αυτήν. Κυρίως όμως η μητέρα είναι αυτή που προκαλεί προβλήματα με τον τρόπο που συμπεριφέρεται. Πιο συγκεκριμένα η ύπαρξη του παιδιού αποτελεί πηγή ικανοποίησης για τη μητέρα. Το παιδί είναι γι' αυτήν αντικείμενο αγάπης που της προσφέρει σημαντικές ικανοποιήσεις, συνειδητές και ασυνείδητες. Όμως η μητέρα θα πρέπει να είναι σε θέση να τις δεχτεί. Αυτό εξαρτάται από τη δομή της προσωπικότητάς της και από το παρελθόν της.

Η παθολογική επίδραση της μητέρας στο παιδί άλλες φορές είναι φανερή και αντιληπτή και άλλες φορές είναι έμμεση και δύσκολα διαπιστώνεται. Η παθολογική συμπεριφορά της μητέρας εμφανίζει δυναμικές μεταλλαγές καθώς το παιδί μεγαλώνει, ενώ το παιδί θα αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο με βάση την ηλικία του. Έτσι οι ψυχολογικοί παράγοντες που προέρχονται από τον παθολογικό τρόπο συμπεριφοράς της μητέρας προκαλούν ψυχοσωματικές διαταραχές στο βρέφος, γιατί αυτό, αφού δεν έχει οργανωμένο ψυχισμό, αντιδρά καθολικά σ' αυτούς τους παράγοντες και με τον τρόπο αυτό βλάπτεται η ψυχική του εξέλιξη. (Σακελλαρόπουλος, 1998).

Γι' αυτό ακριβώς κρίνουμε σημαντικό να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο μερικούς τύπους συμπεριφοράς της μητέρας προς το παιδί, οι οποίοι επηρεάζουν τη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της ψυχοσύνθεσής του.

1. Απορριπτική συμπεριφορά. Η μητέρα δείχνει αδυναμία να αναλάβει υπεύθυνα το ρόλο του ενήλικα και η στάση της χαρακτηρίζεται από την ολική απόρριψη της μητρότητας, της εγκυμοσύνης και κατ' επέκταση και του ίδιου του παιδιού. Είναι ανώριμη και αυτό φαίνεται όχι μόνο από τη συμπεριφορά της απέναντι στο παιδί αλλά και απέναντι στο σύζυγό της και στα πρόσωπα που την περιβάλλουν. Μετά τη γέννηση του παιδιού η μητέρα αρνείται να το θηλάσει και να ασχοληθεί μαζί του, γι' αυτό αφήνει συχνά τη φροντίδα σε άλλους. Είναι αδέξια στις κινήσεις και κρατάει το βρέφος σαν να είναι κούκλα και όχι ανθρώπινη ύπαρξη.

Αυτή η καθολική απόρριψη τις πρώτες εβδομάδες, τις πιο πολλές φορές μεταβάλλεται σε επιθετικότητα προς το παιδί. Με το πέρασμα του χρόνου αν δεν βελτιωθεί η κατάσταση, αυτή η επιθετικότητα θα οδηγήσει σε συνεχή σύγκρουση της μητέρας με την προσωπικότητα του παιδιού που ήδη έχει εξελιχθεί. Το παιδί αντιλαμβάνεται αυτή την απορριπτική συμπεριφορά της μητέρας μέσω μη λεκτικών μέσων επικοινωνίας και θα αντιδράσει αρχικά με την ψυχοσωματική του ολότητα, ενώ αργότερα θα εναντιωθεί και θα εκφράσει επιθετικότητα προς τη μητέρα.

2. Αγχώδης και υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Αυτή η συμπεριφορά χαρακτηρίζει εκείνη τη μητέρα που φροντίζει με υπερβολικό τρόπο το παιδί κάτω από την επίδραση του άγχους είτε για τη διατροφή, είτε για την υγεία

του. Η μητέρα κρατάει συνεχώς το παιδί στην αγκαλιά της, πιστεύοντας ότι όταν το μωρό κλαίει αυτό σημαίνει ότι υποφέρει. Ακόμα και η πιο ασήμαντη εκδήλωση του παιδιού αντιμετωπίζεται με αγωνία. Ζει κάτω από την επίδραση «εξωπραγματικών φόβων και προσπαθεί συνεχώς να το προστατεύσει». Άλλες φορές αυτό το άγχος εκδηλώνεται με επιθετικότητα προς το παιδί και αυτή η επιθετικότητα αυξάνει το άγχος και την ενοχή. Αναζητώντας τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς, μπορεί να βρούμε άρνηση της μητρότητας και επιθετικότητα προς το παιδί. Επίσης η υπερπροστατευτική στάση μπορεί να είναι και ένας μηχανισμός υπεραναπλήρωσης.

3. Απότομες μεταβολές του θυμικού. Σ' αυτή την περίπτωση παρατηρείται εναλλαγή τρυφερότητας και επιθετικότητας, χωρίς σαφή εξωτερικά αίτια. Υπάρχει μεταβολή του θυμικού και αυτό συμβαίνει κυρίως στο πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού. Η μητέρα δεν μπορεί να δημιουργήσει σταθερές συναισθηματικές σχέσεις με το παιδί, ούτε αυτό με τη μητέρα. Αυτές οι κυκλικές μεταβολές του θυμικού μπορεί να επαναλαμβάνονται μέσα στην ίδια μέρα ή να εμφανίζονται ανά βδομάδες ή μήνες. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρόκειται για μητέρες που παρουσιάζουν διαταραχή του χαρακτήρα ή έχουν προσωπικότητα με κυκλοθυμικά στοιχεία.

4. Εχθρική συμπεριφορά συνειδητά αντιρροπούμενη. Αναφέρεται σε μητέρες που έχουν συνείδηση της επιθετικότητάς τους προς το παιδί. Είναι απαιτητικές και ζητούν από το παιδί πράγματα που είναι πέρα από τις πραγματικές του ικανότητες, προκειμένου να επιδείξουν στους άλλους τις ικανότητες του παιδιού. Η συμπεριφορά και η πρόοδος του παιδιού είναι ένα

μέσο ικανοποίησης, αλλά οι μητέρες ικανοποιούνται ουσιαστικά από την εκτίμηση και το σεβασμό που εκδηλώνει το περιβάλλον προς το παιδί και όχι από την ίδια την ύπαρξή του.

β. Αποχωρισμός του παιδιού από τη μητέρα

Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο, 1998, όταν το παιδί αποχωρίζεται από τη μητέρα προκαλούνται σοβαρά προβλήματα και ψυχοπαθολογικές διαταραχές στο παιδί. Ως αποχωρισμός του παιδιού από τη μητέρα ορίζεται η κατάσταση εκείνη, όπου ο αποχωρισμός επιβάλλεται απότομα σε παιδιά που δεν είχαν στερηθεί προηγουμένως τις μητρικές φροντίδες. Σ' αυτή την περίπτωση η όλη παθολογική συμπεριφορά του παιδιού χαρακτηρίζεται από ορισμένα συμπτώματα, τα οποία είναι τα εξής:

1. Άγχος. Συνδέεται κυρίως με συναισθήματα καταστροφής εξαιτίας του αποχωρισμού από τη μητέρα και το παιδί αισθάνεται ανασφάλεια μπροστά στο άγνωστο περιβάλλον και στους κινδύνους που θα αντιμετωπίσει.

2. Οπισθοδρόμηση της ψυχοκινητικής εξέλιξης. Αυτό έχει αντίκτυπο στην κινητικότητα, στον έλεγχο των σφιγκτήρων και του λόγου και υπάρχει απώλεια των συναισθηματικών δυνατοτήτων που έχουν αποκτηθεί.

3. Αυτιστική αντίδραση, δηλαδή το παιδί δεν έχει την ικανότητα για διανθρώπινες σχέσεις, με αποτέλεσμα να αποσύρεται στον εαυτό του.

Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται στο παιδί εντονότερα ή ηπιότερα ανάλογα με ορισμένους παράγοντες:

α) Η ηλικία. Το παιδί δε βιώνει τόσο έντονα το φαινόμενο του αποχωρισμού όταν είναι κάτω των 3 μηνών και παίρνει τεχνητή τροφή από την ημέρα που γεννήθηκε. Μεταξύ 3 και 6 μηνών αρχίζουν να γίνονται εμφανείς οι συνέπειες του αποχωρισμού, ενώ από την ηλικία των 6 μέχρι των 12 μηνών οι διαταραχές αυξάνουν σε σοβαρότητα όσο μεγαλύτερο είναι το παιδί.

β) Η ποιότητα των σχέσεων μητέρας – παιδιού πριν τον αποχωρισμό.
Αν οι σχέσεις ήταν αρκετά καλές, υπήρχε συναισθηματικός δεσμός και η μητέρα φρόντιζε το παιδί αποκλειστικά, τότε αυτό δεν μπορεί να δεχτεί τον αποχωρισμό κυρίως στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Αργότερα και ιδιαίτερα μετά τον 6^ο χρόνο το παιδί μπορεί να ανταπεξέλθει ευκολότερα στον αποχωρισμό.

γ) Η διάρκεια του αποχωρισμού. Το παιδί αντιλαμβάνεται διαφορετικά το χρόνο από έναν ενήλικα. Μια χρονική διάρκεια που θεωρείται σύντομη από τον ενήλικα, μπορεί να βιώνεται από το παιδί ως μεγάλη. Γενικά οι βλάβες είναι ανάλογες προς τη διάρκεια του αποχωρισμού και βρίσκονται σε συνάρτηση με την ποιότητα του περιβάλλοντος. Έτσι ένα ακατάλληλο περιβάλλον θα δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα στο παιδί.

Σε γενικές γραμμές πολλές ψυχοπαθολογικές διαταραχές που εμφανίζονται αργότερα σε παιδιά, που μετά την απομάκρυνσή τους από τη μητέρα έχουν παρουσιάζει συμπτώματα αποχωρισμού, είναι πιθανόν να συνδέονται με το γεγονός του αποχωρισμού. (Σακελλαρόπουλος, 1998).

γ. Θεωρία του Pavlov

Η Ν.Κ. Ρασιδάκι, 1979, αναφέρει ότι ο Pavlov ανακάλυψε σημαντικούς νόμους σχετικά με την αντανακλαστική ρύθμιση των λειτουργιών του σώματος. Οι έρευνές του τον οδήγησαν στην περιγραφή των «εξαρτημένων αντανακλαστικών», μια τεχνική που του επέτρεψε να μελετήσει το πως λειτουργεί η ψυχική συσκευή. Χρησιμοποίησε συστηματικά αυτή τη μέθοδο για να προσφέρει μια σημαντική βοήθεια στην έρευνα για το σχηματισμό των εννοιών, των εικόνων, των κινήτρων της προσοχής και της μνήμης και των φαινομένων του ύπνου. Έτσι η πειραματική νεύρωση και ψύχωση είναι ένα από τα επιτεύγματά του.

2.4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΘΕΣΜΟΣ

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι η οικογένεια είναι ο πιο σημαντικός συντελεστής της Ψυχικής Υγείας του παιδιού. Θεωρώντας, λοιπόν, ότι η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου αποτελούν σταθμό για τη μετέπειτα ψυχική υγεία της ενήλικης ζωής του, εξετάζουμε την οικογένεια ως τον θεσμό που ανήκει στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και συμβάλλει, με τις λειτουργίες της, στη διατήρηση, εδραίωση και συνέχιση ολόκληρου του κοινωνικού συστήματος.

Σύμφωνα με την Α.Μ. Μουσούρου, 1998, ο κοινωνικός θεσμός είναι: «ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ (κοινωνικά προσδιορισμένων) ρόλων, ένα σύνολο τυποποιημένων τρόπων ατομικής και ομαδικής δράσης». Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι η σταθερότητα και η τυποποίηση καθώς και ο συγκερασμός ατομικής βούλησης και επίτευξης κοινωνικά αποδεκτών ή και επιθυμητών, τόσο ατομικών όσο και συλλογικών στόχων. Οι σταθεροί αυτοί στόχοι, που διατηρούν τη σημασία τους στο χρόνο, μπορεί να είναι είτε πολλοί (πολύσκοπος θεσμός), είτε λίγοι (ολιγόσκοπος θεσμός), είτε, σπανιότερα, μόνο ένας (μόνοσκοπος θεσμός) και ανάλογα με τη δομή της εκάστοτε κοινωνίας στην οποία ανήκει, με τις όλες αλλαγές που αυτή διέρχεται, προσδιορίζουν τις λειτουργίες του θεσμού.

Η οικογένεια, τώρα, ως κοινωνικός θεσμός έχει κοινωνικά σημαντικούς σκοπούς που της αποδίδουν ένα δημόσιο και έναν ιδιωτικό χαρακτήρα. Από τη μία αναλαμβάνει την εξασφάλιση της συνέχισης της κοινωνίας με την μεταβίβαση από τη μία γενιά στην άλλη του πολιτισμού ως τρόπου ζωής

(μεταβίβαση αξιών), ως τρόπου ύπαρξης των υλικών πραγμάτων (σύστημα κληρονομιάς) και των κοινωνικών θέσεων (σύστημα διαδοχής) και από την άλλη συμβάλλει στην οργάνωση του ιδιωτικού βίου στο επίπεδο της κοινωνίας. (Λ.Μ. Μουσούρου, 1998).

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι η Λ.Μ. Μουσούρου, 1998, ορίζει την οικογένεια ως θεσμό «γιατί συνίσταται σ' ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ κοινωνικά προσδιορισμένων ρόλων (σύζυγος, μητέρα, γιος, αδερφός, κ.λπ.)». Επίσης, θεωρεί πως η οικογένεια με τις πολύμορφες και πολύπλοκες λειτουργίες της (αναπαραγωγική, οικονομική, εκπαιδευτική, ψυχολογική) προωθεί την ικανοποίηση στόχων σημαντικών τόσο για τα ίδια τα άτομα όσο και το κοινωνικό σύνολο· γεγονός που αιτιολογεί την ύπαρξη της καθολικότητας της οικογένειας σ' όλες τις εποχές και σ' όλες τις κοινωνίες.

Παρόμοια είναι και η άποψη του παιδοψυχιάτρου, Γ. Τσιάντη, ο οποίος ορίζει την οικογένεια ως «ένα θεσμό με τη δική του κουλτούρα και τους δικούς του ειδικούς τρόπους για την αντιμετώπιση της ζωής». Ο ίδιος πιστεύει ότι η οικογένεια αποτελείται από «άτομα των οποίων η συμπεριφορά και η εμπειρία επηρεάζεται από ένα σύστημα αλληλοδιαπλεκόμενων σχέσεων, στις οποίες συμμετέχουν και αποτελούν μέρος, ενώ παράλληλα έχουν συγκεκριμένα και βαθιά ριζωμένα χαρακτηριστικά ή εσωτερικές σχέσεις». (Γ. Τσιάντης, 1991).

Η καθολικότητα των λειτουργιών του θεσμού της οικογένειας μας αναγκάζει να προβούμε σε μελέτη των οικογενειακών αξιών και πως αυτές επηρεάζουν την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου, όπως επίσης και

τον τρόπο με τον οποίο οι μεταβολές του οικολογικού συστήματος συμβάλλουν στη διαμόρφωση στάσης του ατόμου.

Κατά τον Δ. Γεωργά, η Κοινωνική Ψυχολογία η οποία επικεντρώθηκε στο πρόβλημα της μεταβολής των αξιών, έχοντας ως κεντρικό άξονα ότι ο άνθρωπος δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο κομμάτι της κοινωνίας αλλά το ακέραιο μέλος αυτής, υποστηρίζει ότι η σχέση ανθρώπου – κοινωνίας είναι αλληλοπαθής: από τη μία η κοινωνία αναλαμβάνει να «αναθρέψει» τον άνθρωπο και από την άλλη ο τελευταίος διαμορφώνει τα ήθη και τα έθιμα της κοινωνίας του. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίτσης, 1990).

Ο ορισμός των αξιών που αποδίδεται από τον ανθρωπολόγο Kluckhohn, 1951, όπως αναφέρει ο Δ. Γεωργάς, ότι αντιπροσωπεύουν «τη σαφή ή υπονοούμενη σύλληψη του επιθυμητού, χαρακτηριστική ενός ατόμου ή κάποιας ομάδας, η οποία επηρεάζει την επιλογή προτύπων, μέσω και ενεργειών στην κοινωνία» μας επιτρέπει να αξιολογήσουμε ότι οι αξίες αναφέρονται σε ιδέες και μορφές συμπεριφοράς που η κοινωνία αξιολογεί ως επιθυμητές και ότι οι αξίες είναι τόσο βαθιά ριζωμένες στη συνείδησή μας που η παραβίασή τους αναστατώνει το ψυχικό μηχανισμό μας, προκαλώντας για παράδειγμα άγχος και τύψεις. Συνεπώς θα λέγαμε ότι η κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τις αξίες της κοινωνίας του. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίτσης, 1990).

Η ανθρώπινη, τώρα, συμπεριφορά σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, όπως αναφέρει ο ίδιος συγγραφέας, επηρεάζεται και διαδραματίζεται ανάλογα με τις αξίες της κοινωνίας στην οποία ανήκει το

άτομο. Οι συγκρούσεις που δημιουργούνται μεταξύ του «Υπερεγώ» και «Εκείνο» (των αξιών, δηλαδή, της κοινωνίας και των ηθικών απαγορεύσεων κυρίως προερχομένων από τους γονείς, με την εσωτερική και ενστικτώδη τάση για ηδονή) και μεταξύ του «Υπερεγώ» και «Εγώ» στην προσπάθεια συμβιβασμού των αναγκών του ατόμου με την κοινωνία, έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργούν στο άτομο καταστάσεις άγχους και τύψεις συνείδησης. Συνεπώς η παραβίαση των κανόνων πρέπουσας συμπεριφοράς της κοινωνίας, ενσωματωμένων στη συνείδηση του ατόμου, προκαλεί σύγκρουση που επιφέρει αναστάτωση στην ψυχική ισορροπία μεταξύ των τριών στοιχείων της προσωπικότητας με τη μορφή άγχους και τύψεις συνείδησης. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίσης, 1990).

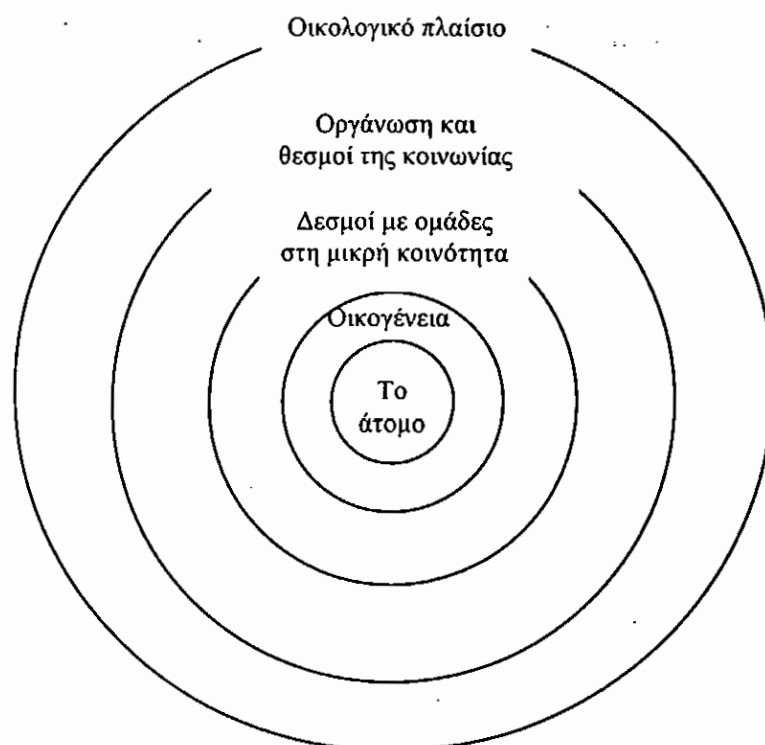
Οι ψυχοδυναμικές αυτές αναστατώσεις στο άτομο, κατά τον Γεωργά Δ., γίνονται πιο πολύπλοκες όταν η δομή της κοινωνίας αλλάζει και μεταβάλλονται οι αξίες της, αφού το αξιοκρατικό σύστημα της κοινωνίας είναι σε ρευστή κατάσταση. Δηλαδή κατά τη διάρκεια κοινωνικών μεταβολών, η μέχρι τότε, πιθανότατα, «φυσιολογική» ψυχολογική κατάσταση του ατόμου αναστατώνεται απέναντι στις απαιτήσεις των κοινωνικών αξιών του «Υπερεγώ» και στις απαιτήσεις των καταβολών του «Εκείνο» ή της επαφής με την πραγματικότητα, του «Εγώ». (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίσης, 1990).

Η κατανόηση της κρίσης των αξιών, συνεχίζει ο Δ. Γεωργάς, στη σύγχρονη εποχή, απαιτεί την ανάλυση επιμέρους οικολογικών και κοινωνικών παραμέτρων στη διαχρονική εξέλιξη της κοινωνίας. Η ανάλυση των ψυχολογικών φαινομένων με βάση κάποιο θεωρητικό οικολογικό – κοινωνικό

πρότυπο έχει απασχολήσει αρκετούς ψυχολόγους, αλλά η πιο διαφοροποιημένη θεωρία της σύγχρονης οικολογικής ψυχολογίας με πλούσια εμπειρική τεκμηρίωση εκπονείται από τον John Berry. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίσης, 1990).

Σύμφωνα με τον Γεωργά Δ., 1995, η θεωρία του Berry αποτελείται από πέντε παραμέτρους, οι οποίες ενδέχεται να διαμορφώσουν ψυχολογικές ιδιότητες:

- 1) το οικολογικό πλαίσιο,
- 2) τις πολιτιστικές προσαρμογές, οργάνωση και θεσμοί κοινωνίας,
- 3) τις βιολογικές προσαρμογές, δεσμοί του ατόμου με ομάδες στη μικρή κοινότητα,
- 4) την οικογένεια,
- 5) το άτομο.



Τοπολογική παράσταση της Οικολογικής – Κοινωνικής Θεωρίας του Berry

Το οικολογικό πλαίσιο αναφέρεται σε στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος, στις κλιματολογικές συνθήκες αυτού, πολικό, τροπικό κλίμα, σε χωροταξικά στοιχεία, χωριό, πόλη και τέλος σε δημογραφικά στοιχεία όπως πυκνότητα των κατοίκων και η κινητικότητα τους. (Δ. Γεωργιάς, 1995).

Ο ίδιος επιστήμονας υποστηρίζει ότι η οργάνωση και οι θεσμοί περιλαμβάνουν το οικονομικό στοιχείο, αγροτική, βιομηχανική κοινωνία, το εκπαιδευτικό σύστημα, τη θρησκεία, το πολιτικό σύστημα με το νομικό καθεστώς, καθώς και τα μέσα επικοινωνίας (τύπος, τηλεόραση). Πρόκειται για αφηρημένες έννοιες της ανθρώπινης διάνοησης προερχόμενες από την επιστήμη της κοινωνιολογίας. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίτσης, 1990).

Ο Berry, κατά τον Γεωργιά Δ., στη θεωρία του για πρώτη φορά αναφέρεται στο ανθρώπινο στοιχείο, στους δεσμούς του ατόμου με ομάδες στη μικρή κοινότητα. Έρευνες του Asch το 1951 δείχνουν ότι τελικά το άτομο συμμορφώνεται, είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα, με τα ήθη και έθιμα της ομάδας του. Πρόσωπα (δάσκαλος, ιερέας, αστυνομός) που αντιπροσωπεύουν έναν αφηρημένο θεσμό της κοινωνίας αντανakλούν περισσότερη ισχύ, με αποτέλεσμα η ποιότητα και η ποσότητα των επαφών με τους συγκεκριμένους εκπροσώπους να επηρεάζουν περισσότερο τη συμπεριφορά του ατόμου απ' ότι την επηρεάζει ο ίδιος ο κοινωνικός θεσμός. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίτσης, 1990).

Συνεχίζοντας, ο Δ. Γεωργιάς αναφέρει ότι ο Berry κάνει λόγο για την οικογένεια την οποία θεωρεί χρονολογικά ως τον πρώτο και κυρίαρχο κοινωνικό φορέα για την ανατροφή του παιδιού. Έτσι, ξεχωρίζει από τις

προηγούμενες κοινοτικές ομάδες, λόγω της σημαντικής επιρροής της στη διαπαιδαγώγηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Κατά τον Berry και τη θεωρία του οι αξίες του ενήλικα διαμορφώνονται στην παιδική του ηλικία με τη μεταβίβαση των πολιτισμικών αξιών της κοινότητας και τους θεσμούς της κοινωνίας από την οικογένειά του σ' αυτό. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίσης, 1990).

Η μορφή της οικογένειας διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία. Για παράδειγμα, στις αγροτικές κοινωνίες το χαρακτηριστικό είδος οργάνωσής της σύμφωνα με τον Τσαούση, 1998, είναι η εκτεταμένη οικογένεια με τρεις ή περισσότερες γενιές οι οποίες συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς καταγωγής. Ενώ στις αστικές περιοχές παρατηρείται η πυρηνική οικογένεια που αποτελείται μόνο από δύο γενιές. Έκδηλη είναι η διαφορά στη σπουδαιότητα των λειτουργιών ανάμεσα στους δύο αυτούς τύπους κοινωνίας, όπου στην αγροτική κοινωνία η οικογένεια έχει αναλάβει την πλήρη ψυχοκοινωνικοπνευματική και βιολογική ανάπτυξη του παιδιού, ενώ στη σύγχρονη αστική κοινωνία μέρος των λειτουργιών της οικογένειας καλύπτονται μέσα από τους διάφορους φορείς μέριμνας και φροντίδας (παιδικοί σταθμοί) ή εξειδικευμένους φορείς που δικαίως προσδίδουν στην κοινωνία τον όρο «ιδρυματική». (Τσαούσης, 1998).

Για την καλύτερη κατανόηση του συνδέσμου μεταξύ των οικολογικών στοιχείων και τρόπου προσαρμογής του ατόμου θεωρούμε σκόπιμο να εισαγάγουμε τον όρο Λειτουργικότητα. Συνεπώς, σύμφωνα με τον Τσαούση, 1998, με τον όρο λειτουργικότητα εννοούμε ότι «κάποιος θεσμός, κάποια αξία

ή κάποιο ψυχολογικό γνώρισμα έχει ενσωματωθεί στο κοινωνικό σύστημα ή στην προσωπικότητα των μελών μιας κοινωνίας, επειδή συμβάλλει στην επιβίωση και στη διατήρηση της ισορροπίας του κοινωνικού συστήματος ή της προσωπικότητας. Εφόσον, λοιπόν, οι κοινωνικοί θεσμοί οδηγούν στην επιτυχή προσαρμογή της κοινότητας στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, είναι λειτουργικοί».

Τέλος, ο Δ. Γεωργάς, συμπεραίνει ότι οι αξίες κάθε κοινωνίας διαμορφώθηκαν επειδή ήταν λειτουργικές και ότι η σημερινή κρίση των αξιών οφείλεται σε μεταβολές στο οικολογικό – κοινωνικό σύστημα. Οι αλλαγές που συμβαίνουν, έστω και σε μία από τις παραμέτρους του οικολογικού – κοινωνικού συστήματος, αντανακλώνται σε όλα τα σημεία του συστήματος, με αποτέλεσμα τη διατάραξη προσαρμογής της κοινωνίας. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Πατρίσης, 1990).

2.5. Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Καθημερινά, σ' ολόκληρο τον κόσμο ένας σημαντικός αριθμός παιδιών βάλλεται από χρόνιες παθήσεις. Το άσθμα, ο νεανικός διαβήτης, η μεσογειακή αναιμία, καρκίνος αλλά και η σχιζοφρένεια ταλαιπωρούν τόσο τα πάσχοντα παιδιά όσο και τις οικογένειές τους. Κάποιες από τις αρρώστιες αυτές δύναται να ελεγχθούν με θεραπεία, δίαιτα ή φυσιοθεραπεία ενώ άλλες απαιτούν περισσότερο χρόνο και ταλαιπωρία από παιδί και οικογένεια. (Δ. Παπαδάτου, 1995).

Η Δ. Παπαδάτου, 1995, υποστηρίζει πως κάθε χρόνια ασθένεια όπως και η σχιζοφρένεια, παρουσιάζουν τέτοιες ιδιαιτερότητες στην εκδήλωση των συμπτωμάτων τους που μπορούν να επηρεάσουν όχι μόνο το παιδί αλλά και ολόκληρη την οικογένειά του. Η νέα πραγματικότητα οδηγεί σε ένα αυξημένο βαθμό δυσπροσαρμογής των παιδιών και της οικογένειας. Μελέτες προσδιορίζουν το βαθμό δυσπροσαρμογής και των ψυχικών διαταραχών που προκύπτουν (Pless, Roghmann, 1971), ενώ άλλες επισημαίνουν ότι τα παιδιά που πάσχουν από οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια είναι περισσότερο ευάλωτα και επιρρεπή στην ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων. (Garralda et al., 1988, Eiser, 1990).

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν μελέτες (Mattson, 1972 και Lipowski, 1971) που αντέκρουαν τον ορισμό της δυσπροσαρμογής και παρατηρούν πως μια χρόνια αρρώστια δύναται να λειτουργήσει και θετικά στον ψυχισμό και στην εξέλιξη του παιδιού. (Δ. Παπαδάτου, 1995).

Σύμφωνα με την Δ. Παπαδάτου, 1995, οι Varni και Wallander, 1988, υποστηρίζουν πως ο βαθμός προσαρμογής ή δυσπροσαρμογής του παιδιού και της οικογένειας επηρεάζεται με θετικό ή αρνητικό τρόπο από ένα σύνολο παραγόντων του περιβάλλοντος και της κοινωνίας. Είναι εντυπωσιακός ο αριθμός των παιδιών με χρόνια πάθηση που βιώνουν την εμπειρία της πάθησης με εξαιρετική ωρίμανση και αναπληρώνοντας την αναπηρία τους επιδίδονται σε αξιοζήλευτα επιτεύγματα, τόσο σε γνώσεις ακαδημαϊκού επιπέδου όσο και σε άλλους τομείς (καλλιτεχνικό, κοινωνικό, πνευματικό).

Παρ' όλα αυτά, η οικογένεια έχοντας στο σύστημά της ένα μέλος με χρόνια και σοβαρή ασθένεια καλείται να αντιμετωπίζει και μεταβατικές περιόδους κρίσεων που θα την οδηγήσουν σε αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό των στόχων, των αξιών και των μέχρι τότε προτεραιοτήτων που έχει ήδη θέσει. Για μια βαθιά γνώση των διεργασιών που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων θα αναφερθούμε στην έννοια της κρίσης και των αντιδράσεων της οικογένειας για αντιμετώπισή της.

Κατά τους Caplan, 1961, Leavitt, 1982, Parad, 1965, όπως αναφέρει η Δ. Παπαδάτου, 1989, «κρίση είναι μια μεταβατική περίοδος, χρονικά περιορισμένη, κατά τη διάρκεια της οποίας συμβαίνουν ορισμένες σημαντικές διεργασίες». Όταν η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση αντιλαμβάνεται ένα ξαφνικό ή αναπόφευκτο γεγονός ως «απειλή», «απώλεια» ή «πρόκληση», που θα φέρει αναστάτωση και θα προκαλέσει ανατροπή της ισορροπία ολόκληρης της οικογένειας. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίσης, 1990).

Στην περίπτωση που οικογενειακά μέλη βρεθούν αντιμέτωπα με το άκουσμα μιας χρόνιας ψυχικής ασθένειας, όπως της σχιζοφρένειας, αντιλαμβάνονται την αρρώστια ανάλογα με τους τρόπους και τις μεθόδους που θα χρησιμοποιήσουν για την αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας.

Οι Patermann και Bode (1986), βασιζόμενοι στο θεωρητικό μοντέλο του Lazarus (1981), σύμφωνα με τη Δ. Παπαδάτου, 1989, διακρίνουν πέντε διαφορετικούς τρόπους εκτίμησης της αρρώστιας από τις οικογένειες και μεθόδους αντιμετώπισής της:

Έτσι έχουμε:

α) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «πρόκληση» και κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητώντας πληροφορίες, μαθαίνοντας νέες δεξιότητες και έχοντας την εσωτερική πεποίθηση ότι με τις δυνάμεις τους θα προσαρμοστούν αποτελεσματικά στην αρρώστια και τις επιπτώσεις της.

β) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «δοκιμασία», αποδίδοντάς την στις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πιστεύω. Θεωρούν πως η σοβαρή αρρώστια αποτελεί δοκιμασία τόσο για την πίστη τους προς το Θεό, όσο και για την αντοχή τους στις δυσκολίες της ζωής, καθώς επίσης και για την ποιότητα των σχέσεών τους.

γ) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «κακοτυχία» βιώνοντας έτσι τη διάγνωση της αρρώστιας ως μια πρόσθετη και απρόβλεπτη στρεσογόνα εμπειρία. Η σχιζοφρένεια για τις οικογένειες αυτές είναι ένα

πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και την ισορροπία του συστήματός τους.

δ) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως αποτέλεσμα της «Μοίρας» και δέχονται παθητικά τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν είναι έξω από τον έλεγχό τους και θεωρούν χρέος τους να τα υπομένουν καρτερικά.

ε) Τις οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «τιμωρία», έχοντας συχνά μια αρνητική κι απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. Μερικές δέχονται παθητικά τη θεραπεία, βιώνοντας ενοχές, ενώ άλλες εξοργίζονται με την αδικία που σημαδεύει τη ζωή τους εκδηλώνοντας αρνητικά συναισθήματα προς το περιβάλλον τους. Αυτές οι οικογένειες δυσκολεύονται να εμπιστευτούν το προσωπικό, οικτίρουν το άρρωστο παιδί και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίσης, 1990).

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Ταϊλάνδη σε 12 μητέρες ενήλικων παιδιών με σχιζοφρένεια. Οι Ταϊλανδές μητέρες, εκπροσωπώντας το οικογενειακό τους σύστημα αντιλαμβάνονται την αρρώστια σύμφωνα με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, το «κάρμα» τους που τους διδάσκει ότι η αρρώστια είναι αποτέλεσμα παραβίασης που διεπράχθησαν στην περασμένη ζωή τους και καρτερικά πρέπει να υπομείνουν την «τιμωρία». (Somporn Rungreangkulki, Catherine Chesia).

Σε οποιαδήποτε κατηγορία και αν ανήκουν, οι Θ. Αϊβαζιάν και Γ. Αγγελίδης, 1994, αναφέρουν ότι οι γονείς που έχουν παιδιά με σχιζοφρένεια υπομένουν στη ζωή τους τεράστιες εντάσεις και διαρκώς αντιμετωπίζουν πολλές κρίσεις. Η φροντίδα του ενήλικου παιδιού με σχιζοφρένεια απαιτεί, μακροχρόνια, τη δημιουργία κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος για την ενίσχυση της λειτουργικότητας του ασθενούς.

2.6. Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σύμφωνα με την Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978, ο Murray Bowen αναφέρει ότι η σχιζοφρένεια είναι «ο σχηματισμός συμπτωμάτων σε μια ενεργή διαδικασία στην οποία συμμετέχει όλη η οικογένεια». Ένα ερευνητικό πρόγραμμα που κράτησε τριάντισι χρόνια παρουσίασε γονείς σχιζοφρενικών ασθενών που ζουν μαζί με τα παιδιά τους στο ψυχιατρικό τμήμα του ερευνητικού κέντρου. Αν η οικογένεια θεωρηθεί ένας ξεχωριστός οργανισμός τότε ο ασθενής – μέλος είναι το μέρος εκείνο του οργανισμού μέσω του οποίου θα εκδηλωθούν τα συμπτώματα της ψύχωσης.

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια απλή ασθένεια. Μάλιστα το πρόβλημά της είναι τόσο πολύπλοκο και μπερδεμένο που κατά καιρούς σημειώνονται πολλές προσπάθειες προσέγγισής της από διάφορους επιστημονικούς κλάδους όπως της ψυχολογίας, της ενδοκρινολογίας, της γενετικής και της ιατρικής. Όλοι οι κλάδοι διαπιστώνουν την πολυπλοκότητα αυτής της ψυχικής ασθένειας και καταλήγουν ότι η σχιζοφρένεια είναι τόσο μπλεγμένη όσο ακριβώς και ο ασθενής. (Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978).

Η Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978, για να μπορέσει να παρουσιάσει τις σκέψεις της για τον τρόπο με τον οποίο η σχιζοφρένεια αναπτύσσεται σ' ολόκληρη την οικογένεια ως μονάδα παραθέτει μια μελέτη που έγινε το 1954 σε τρεις μητέρες οι οποίες συμμετείχαν και αυτές στη θεραπεία των παιδιών τους ζώντας την κάθε μέρα μαζί όπως και στην κανονική ζωή. Μέσα από τη μελέτη αυτή επιχειρεί να παρουσιάσει ορισμένες όψεις των σχέσεων μητέρας –

παιδιών, οι οποίες δεν ήταν δυνατό να προβλεφθούν μόνο από τις συνομιλίες μητέρας – παιδιού ή την ατομική θεραπεία μητέρας και ασθενούς ξεχωριστά.

Έτσι συμπεραίνεται πως η μητέρα ήταν ένα οικείο μέρος του προβλήματος του ασθενούς και η σχέση μητέρας – ασθενούς ένα εξαρτημένο μέρος ενός μεγαλύτερου οικογενειακού προβλήματος στο οποίο ο πατέρας έπαιξε σημαντικό ρόλο. Η σκέψη αυτή μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ψύχωση του ασθενούς εκλαμβάνεται ως σύμπτωμα ενός προβλήματος που αφορά ολόκληρη την οικογένεια. (Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978).

Σύμφωνα με την Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978, κάθε μέλος της οικογένειας εκφράζει μια υποκειμενική και πιθανόν διαφορετική αντίληψη για την οικογένειά του από εκείνη των άλλων μελών. Επίσης, παρατηρεί πως η συμπεριφορά κάθε οικογενειακού μέλους διαφοροποιείται ανάλογα με τις εκάστοτε καταστάσεις. Διαφορετικά συμπεριφέρεται μπροστά στα άλλα μέλη και διαφορετικά στις εξωοικογενειακές και φιλικές του σχέσεις. Συνεπώς, ο θεραπευτής, συναντώντας την οικογενειακή ομάδα σε θεραπευτική συνεδρία, εκφέρει γνώμη για μία μόνο όψη της οικογένειας η οποία διαφέρει από την ατομική αντίληψη της οικογένειας. Έτσι, αντιμετωπίζει την οικογένεια ως «οικογενειακή μονάδα» προκειμένου να προσανατολιστεί και να καθορίσει το θεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθήσει. Ο θεραπευτής βλέποντας την οικογένεια ως «οικογενειακή μονάδα» στον τρόπο ζωής της δύναται να εκφέρει πρόσθετη άποψη από ότι στις συνεδρίες που θα είχε με την οικογένεια.

Η έννοια της «οικογενειακής μονάδας» ή της «οικογένειας σαν ξεχωριστού οργανισμού» όπως αλλιώς μπορεί να ειπωθεί είναι ιδιαίτερα

σημαντική για την κατανόηση και την αντίληψη της σχιζοφρένειας. Η οικογένεια που βρίσκεται σε καθημερινή επαφή με ένα σχιζοφρενικό άτομο, βρίσκεται σε κατάσταση έντονης σύγκρουσης και συναισθηματικής φόρτισης. Κάθε μέλος ξεχωριστά αναζητά υποστήριξη προσπαθώντας να ανταπεξέλθει συναισθηματικά στις απαιτήσεις του ψυχωτικού μέλους. Τότε ο θεραπευτής αντιμετωπίζει δυσκολίες στην αντικειμενική του άποψη καθώς η συναισθηματική ένταση μιας τέτοιας οικογένειας μπορεί να τον εμπλέξει αισθηματικά στο οικογενειακό δράμα. Όταν το επίπεδο της αντικειμενικότητας φτάνει το επίπεδο της ουδετερότητας το πρόβλημα παύει να ανήκει σ' ένα μόνο άτομο και ολόκληρη η οικογένεια αντιμετωπίζεται ως οικογενειακή μονάδα. (Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978).

2.7. Ο ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΚΟΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΜΕΛΟΣ

Η πλειοψηφία του κόσμου αποφεύγει τη χρησιμοποίηση του όρου «σχιζοφρένεια». Από μόνη της προκαλεί αρνητικά συναισθήματα που ο κάθε άνθρωπος εύχεται ποτέ να μην νιώσει και κυρίως έχει την πίστη ότι ποτέ δεν θα κληθεί να την αντιμετωπίσει. Η διάγνωσή της αναστατώνει και προκαλεί πληθώρα πρωτόγνωρων συναισθημάτων που πρέπει να αντιμετωπίσει τόσο το παιδί όσο και η οικογένεια.

Αρχικά, οι γονείς ενημερώνονται από το γιατρό σχετικά με τη φύση της αρρώστιας και τις απαιτήσεις της θεραπείας. Η άγνωστη μέχρι τότε ασθένεια τους δημιουργεί χιλιάδες ερωτηματικά και επιθυμούν να μάθουν οτιδήποτε σχετίζεται με αυτή την αρρώστια. Οι αντιδράσεις τους ποικίλλουν και συχνά περιλαμβάνουν σοκ, άρνηση («Αποκλείεται, δεν μπορεί να συμβαίνει αυτό σε μένα, κάποιο λάθος θα έχει γίνει»), θυμό («Γιατί να τύχει σε μας;»), ενοχές («Δεν ήμουν αρκετά καλός γονιός, εγώ ευθύνομαι που το παιδί μου έγινε σχιζοφρενικό»), άγχος («Τι θα απογίνει το παιδί μας;»), απόγνωση («Δε θα τα βγάλουμε πέρα...»). (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίτσης, 1990).

Γρήγορα, οι γονείς συνειδητοποιούν ότι η ιατρική επιστήμη έχει κάνει άλματα και αρχίζουν να πιστεύουν ότι τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτει θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την κρισιμότητα της ασθένειας. Παρ' όλα αυτά η αβεβαιότητα της εξέλιξης της ασθένειας ξεχειλίζει το μυαλό, την καρδιά και την ψυχή των γονιών. Έτσι, έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές και δύσκολες συνθήκες ζωής στις οποίες για να προσαρμοστούν πρέπει να μάθουν να ζουν

με την αβεβαιότητα της έκβασης της αρρώστιας. Στην πραγματικότητα, δεν απειλείται και δεν αναστατώνεται μόνο η ζωή του παιδιού που πάσχει αλλά ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Παράλληλα ο ρόλος και η ταυτότητα των «γονέων» απειλείται καθώς «δεν κατάφεραν να μεγαλώσουν ένα υγιές ψυχικά παιδί». Η φιλοσοφία για τη ζωή, οι αξίες, τα σχέδια, τα όνειρα, οι προσδοκίες και οι ελπίδες τους αναθεωρούνται, παίρνουν νέες διαστάσεις υπό νέες συνθήκες. Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τις αλλαγές επηρεάζει άμεσα το άρρωστο παιδί όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που αντιλαμβάνονται ότι κάτι πολύ σοβαρό συμβαίνει. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίσης, 1990).

Οι Θ. Αϊβαζιάν και Γ. Αγγελίδης, 1994, υποστηρίζουν ότι η πολιτική της αποϊδρυματοποίησης με την αύξηση του αριθμού των εξιτηρίων και την ταυτόχρονη συντόμευση του χρόνου νοσηλείας των ψυχιατρικά αρρώστων, επέφερε την μεγαλύτερη παραμονή των ψυχασθενών στις οικογένειές τους. Έρευνες στις Η.Π.Α. δείχνουν πως τα ποσοστά των εξερχόμενων από τα ψυχιατρεία αρρώστων που ζουν με τους συγγενείς τους, κυμαίνονται από 32%-70%. Μάλιστα ο Lefley ανέφερε πως πάνω από το 85% των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς είναι γονείς και πολλοί είναι μεγάλοι σε ηλικία. Τα ποσοστά αυτά στη χώρα μας προσεγγίζουν ίσως το 100% μια και στην Ελλάδα δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί ένας ικανοποιητικός αριθμός εναλλακτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης για τους εξερχόμενους από τα ψυχιατρεία.

Έτσι, σύμφωνα με τους Smith G.C., Hatfield A.B., Miller D.C., 2000, ένας μεγάλος αριθμός οικογενειών αντιμετωπίζει το πρόβλημα μελλοντικής

κατοικίας του συγγενή τους όταν αυτοί δεν θα μπορούν πλέον να τον φροντίζουν ενώ παράλληλα βρίσκεται αντιμέτωπος με ποικίλους κινδύνους, με αποτέλεσμα το συνεχές στρες και άγχος των γονιών που φροντίζουν άτομα με διαταραχές στη συμπεριφορά, στη νόηση και στη σκέψη.

Οι Θ. Αϊβαζιάν και Γ. Αγγελίδης, 1994, παρουσίασαν την έρευνά τους που έγινε στα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου στην προσπάθειά τους να εκτιμήσουν τις επιβαρύνσεις, συναισθηματικές και οικονομικές που έχουν οι γονείς μεγάλης ηλικίας κατά τη φροντίδα των ψυχικά άρρωστων ενήλικων παιδιών τους. Εμείς ακολουθώντας τις εκτιμήσεις των συγγραφέων επικεντρώνουμε το ενδιαφέρον μας στον συναισθηματικό κόσμο των ηλικιωμένων γονιών που φροντίζουν τα ενήλικα σχιζοφρενή παιδιά τους. Έτσι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας στο συντριπτικό ποσοστό 100% των γονιών υπάρχει η αγωνία του τύπου: «τι θα γίνει το παιδί, όταν φύγω απ' τη ζωή;». Επίσης σε ποσοστά 98% και 95% αντίστοιχα, οι γονείς εξέφρασαν ανησυχία για το μέλλον του αρρώστου και ομολόγησαν αδυναμία προγραμματισμού μελλοντικών σχεδίων. Επιπλέον διαπιστώθηκαν αισθήματα απογοήτευσης και θλίψης από ματαίωση προσδοκιών κατά το 95% και 92% των γονιών αντίστοιχα. Ακόμα ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γονιών (90%) δήλωσε καταθλιπτική διάθεση καθώς και αισθήματα επιβάρυνσης και στιγματισμού. Επιπρόσθετα, παρατήρησαν ότι το άγχος, ο φόβος και η ψυχική ένταση βρίσκονται σε υψηλά ποσοστά, ενώ το 60% δήλωσαν ότι είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία τους, εξαιτίας της συμπεριφοράς των αρρώστων.

Οι ίδιοι συγγραφείς θεωρούν ότι οι γονείς χρόνιων αρρώστων, για πολλά χρόνια, έχουν υπομείνει εντάσεις στη ζωή τους, από την ψυχική αρρώστια καθώς καλούνται να αντιμετωπίσουν κρίσεις και εγκλεισμούς των παιδιών τους στο Ψυχιατρείο. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των αρρώστων φαίνεται πως επιδεινώνουν την κατάσταση. Η ένταση είναι συνεχιζόμενη ενώ το στρες με το χρόνο αυξάνεται με συνέπεια και την αύξηση του άγχους, της απογοήτευσης, της ανησυχίας και των αισθημάτων επιβάρυνσης σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο. Παρόμοια είναι και η διαπίστωση για την αύξηση της κατάθλιψης του θυμού και του φόβου. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερο διατηρείται ο σχιζοφρενής στο σπίτι τόσο αυξάνει ο κίνδυνος «ανημπορίας» στους άλλους. Η κατάσταση γίνεται ακόμα πιο δύσκολη όταν οι γονείς είναι ηλικιωμένοι καθώς οι δικές τους αντιδράσεις δεν είναι εύκολο να ελεγχθούν απέναντι στην παράδοξη συμπεριφορά του ασθενούς.

Από την άλλη, έντονα αρνητικά είναι τα συναισθήματα που εξέφρασαν οι γονείς όσον αφορά το ίδιο το σύστημα Ψυχικής Υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες οικονομικού σχεδιασμού ή σχεδιασμού κατοικίας όταν οι ίδιοι φύγουν από τη ζωή. Οι Θ. Αϊβαζιάν, Γ. Αγγελίδης, 1994, αναφέρουν ότι ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το Σύστημα Ψυχικής Υγείας απέτυχε να κατανοήσει και να στηρίξει την αγωνία της οικογένειας. Οι οικογένειες δηλώνουν απογοητευμένες και δυσαρεστημένες από το Σύστημα της Ψυχικής Υγείας.

Σύμφωνα με τους Smith G.C., Hatfield A.B., Miller D.C., 2000, οι γονείς δυσκολεύονται ακόμα περισσότερο να επιλέξουν υπηρεσίες που μπορεί

στο μέλλον να χρειαστεί το άρρωστο παιδί τους καθώς η πορεία της σχιζοφρενικής νόσου περικλείει συναισθηματικές ανωμαλίες και ανωμαλίες συμπεριφοράς. Οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι γονείς από τη μία μπορεί να πιστεύουν ότι με το χρόνο η κατάσταση του παιδιού τους θα βελτιωθεί, από την άλλη αισθάνονται ότι αντιμετωπίζουν ένα διπλό εμπόδιο όσον αφορά την αντιμετώπιση αυτής της προβληματικής κατάστασης. Πιο συγκεκριμένα αν οι γονείς αρνηθούν να αποκολληθούν από το παιδί τους ώστε να καλλιεργήσουν την ανεξαρτησία του, σύμφωνα με τις ενθαρρύνσεις των ειδικών, θεωρούνται «κακοί γονείς». Από την άλλη αν επιτρέψουν αυτή την «απομάκρυνση» και το παιδί αποτύχει, μπορεί να αντιμετωπίσουν την οργή και την απογοήτευση, τόσο από τον εαυτό τους όσο και από το παιδί τους.

Αυτή η ενοχή, όπως τη χαρακτηρίζουν οι Θ. Αϊβαζιάν, Γ. Αγγελίδης, 1994, κυριεύει ακόμα και τους λίγους γονείς που έχουν κάποιες γνώσεις στα

θέματα παθογένεσης των ψυχικών νόσων. Ενώ αρκετοί πιστεύουν ότι αν η δική τους συμπεριφορά ήταν διαφορετική ενδεχομένως η κατάσταση του παιδιού τους να ήταν διαφορετική στη συνέχεια. Έτσι, κατηγορούν τον εαυτό τους για τότε που αντιδρούσαν με θυμό σε προκλητικές συμπεριφορές των παιδιών τους και αισθάνονται ένοχοι επειδή χρειάστηκε να πάρουν σημαντικές αποφάσεις που τελικά δεν έφεραν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Όλες αυτές οι καταστάσεις δυσχεραίνουν το δύσκολο ρόλο των γονιών, οι οποίοι όλο και περισσότερο επιζητούν ειδικές οδηγίες-συμβουλές και εκπαίδευση τονίζοντας την αδυναμία του Συστήματος Ψυχικής Υγείας. Τέλος, σημαντικό είναι να σημειώσουμε ότι έχει εκφραστεί η επιθυμία από πολλές

οικογένειες να δρουν ως «υποστηρικτικό σύστημα» με τη μορφή συμπληρωματικής υπηρεσίας στο Σύστημα Ψυχικής Υγείας· ενέργειες που θεωρούμε ότι θα αναλάβουν έναν ενισχυτικό και υποστηρικτικό ρόλο στις οικογένειες που αντιμετωπίζουν τη σχιζοφρενική νόσο.

2.8. ΤΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΠΑΙΔΙ ΩΣ Ο ΑΠΟΔΙΟΠΟΜΠΑΙΟΣ ΤΡΑΓΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια αποτελεί το βασικότερο κύτταρο κοινωνικοποίησης και έκφρασης συναισθημάτων του παιδιού. Η κοινή στέγη και το ίδιο αίμα όπως χαρακτηριστικά λέει ο Maurice Rogot στην αναφορά της η Μ. Χουρδάκη, 1992, αποτελούν το ασφαλές μέρος για το παιδί που στηρίζει την ύπαρξή του στο πανάρχαιο και αγαθό συναίσθημα που συνδέει τους δύο γονείς με τα παιδιά, την αγάπη. Απόψεις μελετητών των οικογενειακών σχέσεων και ιδιαίτερα των ψυχολόγων συγκλίνουν ομόφωνα στην σπουδαιότητα της αγάπης και αναφέρονται στο σημαντικό ρόλο της για το είδος της επικοινωνίας που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών.

Τι γίνεται όμως στην περίπτωση που το οικογενειακό σύστημα βάλλεται από μια αναπάντεχη κατάσταση και καλείται να αντιμετωπίσει μια χρόνια και σοβαρή ψυχική ασθένεια όπως είναι η σχιζοφρένεια; Άραγε οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, η επικοινωνία και γενικότερα η στάση του κάθε μέλους χωριστά με ποιο τρόπο εκδηλώνονται μέσα στους κόλπους της οικογένειας όταν ένα μέλος πάσχει από σχιζοφρένεια;

Σύμφωνα με την Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978, οι Vogel E. και Norman W. Θεωρούν το κυνήγι του αποδιοπομπαίου τράγου τόσο παλιό όσο και η ανθρώπινη κοινωνία. Ο James Frazer σύμφωνα με την ίδια συγγραφέα αποδίδει στο φαινόμενο αυτό τη διαδικασία κατά την οποία «οι επιδράσεις του κακού ενσαρκώνονται ή έστω καταλογίζονται αντιληπτά σ' ένα υλικό μέσο που θα απελευθερώσει τους ανθρώπους απ' όλα τα κακά που τους μαστίζουν».

Ο Frazer εξετάζει το φαινόμενο στο επίπεδο της κοινωνίας του γένους, του χωριού ή της πόλης.

Η δική μας προσπάθεια θα είναι η εξέταση του φαινομένου στο επίπεδο της οικογένειας. Καθώς θεωρούμε ότι το σχιζοφρενικό παιδί δύναται να ενσαρκώσει στο πρόσωπό του τις συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς με αποτέλεσμα να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την μεταξύ τους επικοινωνία.

Το κυνήγι του αποδιοπομπαίου τράγου αποδίδεται στην ειδική περίπτωση ενός γενικού φαινομένου: Η ενότητα μιας ομάδας εξασφαλίζεται με το να στιγματίζεται ένα ορισμένο μέλος της σαν αποδιοπομπαίος τράγος. Είναι ευρύτερα γνωστό πως ορισμένες ομάδες επιτυγχάνουν ενότητα προβάλλοντας με έναν δικό τους τρόπο την εσωτερική τους εχθρότητα προς τα έξω, ενώ άλλες επιδιώκουν να αποδώσουν σε ένα μέλος τον όρο «αποδιοπομπαίος τράγος» για να εξασφαλίσουν την ενότητά τους. Στην περίπτωση αυτή αυτός που αποκλείει λίγο από την ομάδα αποτελεί δικλείδα για τις εντάσεις και βάση για αλληλεγγύη ως ο αποδιοπομπαίος τράγος. (Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978).

Σύμφωνα με την Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978, οι οικογένειες που βρίσκονται αντιμέτωπες με τη σχιζοφρενική νόσο καταφεύγουν στο κυνήγι του αποδιοπομπαίου τράγου για να λυθούν οι εντάσεις μεταξύ των γονέων που δεν μπόρεσαν να λυθούν ικανοποιητικά με άλλο τρόπο. Είναι ευρέως παραδεκτό πως κατά καιρούς όλες οι οικογένειες αντιμετωπίζουν τόσο ισχυρές εντάσεις και θα πρέπει άμεσα να βρεθεί τρόπος και μέσο εκτόνωσης. Δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι ένα αντικείμενο πολλές φορές αποτελεί το σύμβολο των

συγκρούσεων και την εκλογή ως του κατάλληλου μέσου για την μείωση της έντασης. Άλλες πάλι φορές την λειτουργία αυτή την αναλάμβανε ένα άτομο ή μια ομάδα έξω από την οικογένεια. Οι γονείς, όμως που έχουν να αντιμετωπίσουν ένα παιδί με σχιζοφρένεια έχουν γενικά εσωτερικεύσει σε τέτοιο βαθμό τις νόρμες του περιβάλλοντος που τους ήταν τρομερά δύσκολο ως και αδύνατο να διαλέξουν ως αποδιοπομπαίο τράγο έναν τρίτο. Εκτός απ' αυτό οι περισσότερες από αυτές τις οικογένειες έχουν ελάχιστους επικοινωνιακούς δεσμούς με την κοινότητά τους και θέλοντας να διατηρήσουν μια καλή σχέση μαζί της, προκειμένου να είναι αποδεκτοί, δεν ήθελαν και δεν είχαν τη δύναμη να έρθουν σε ρήξη με τον περίγυρό τους. Αρκετές οικογένειες κατά καιρούς έτρεφαν έντονες αντιπάθειες για κάποια μέλη της κοινότητας στην οποία ζούσαν, ελάχιστες όμως φορές κατάφερναν να τις εκδηλώσουν ανοιχτά. Αξίζει να σημειωθεί πως ακόμα και όταν υπήρχε ανοικτή εκδήλωση αντιπάθειας προς ορισμένα μέλη της κοινότητας, οι επιλοκές που δημιουργούνταν στην οικογένεια ήταν τόσο έντονες που οι γονείς προτιμούσαν να αποδώσουν τον αποδιοπομπαίο τράγο στο άρρωστο παιδί τους.

Το παιδί αποτελούσε, στα μάτια των γονέων, το κατάλληλο αντικείμενο για την αντιμετώπιση οικογενειακών συγκρούσεων. Το σπουδαιότερο απ' όλα είναι ότι το συγκεκριμένο παιδί που πάσχει από σχιζοφρένεια βρίσκεται, εν συγκρίσει με τους γονείς του, σε μειονεκτική θέση καθώς εξαρτάται από αυτούς, δεν μπορεί, δεν έχει τις ικανότητες να εγκαταλείψει την οικογένειά του και να αντιπαραβάλει κάτι δραστικό απέναντι στην ανώτερη εξουσία των γονέων του. Έτσι το παιδί αναγκάζεται να αποδεχτεί τον ιδιαίτερο αυτό ρόλο

καθώς η προσωπικότητά του λόγω της ιδιαιτερότητας που παρουσιάζει είναι εύπλαστη. Το παιδί πλέον γίνεται συμβολικά το κατάλληλο αντικείμενο για να διοχετεύσουν οι γονείς μέσα σ' αυτό τους δικούς τους φόβους και τα δικά τους άγχη. Επίσης θα πρέπει να τονίσουμε ότι το παιδί που πάσχει από σχιζοφρένεια, μοιραία, σε σύγκριση με τους ενήλικους της οικογένειας έχει να εκπληρώσει λιγότερους και δευτερεύοντες ρόλους μέσα στην οικογένεια με αποτέλεσμα η εκλογή του ως αποδιοπομπαίου τράγου να γίνεται πιο εύκολα και αβίαστα. Έτσι θα λέγαμε ότι η διαταραχή της ψυχικής υγείας του παιδιού δεν αποτελεί πρόβλημα εκπλήρωσης του οικογενειακού του ρόλου αλλά μάλλον ότι τα οφέλη που αποκομίζει ολόκληρη η οικογένεια από την εκλογή του ως αποδιοπομπαίου τράγου ισοσταθμίζουν τις λειτουργικές δυσκολίες που αναπτύσσει το παιδί κατά καιρούς εξαιτίας της ασθένειάς του. (Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978).

Το παιδί προκειμένου να ανταποκριθεί στο ρόλο του «αποδιοπομπαίου τράγου» πρέπει να παίξει επιπλέον το ρόλο του «δύσκολου παιδιού». Η ήδη προβληματική του συμπεριφορά, λόγω της ασθένειάς του, πρέπει να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο, προκειμένου να διατηρηθεί και να ανταπεξέλθει στις «απαιτήσεις» του ρόλου του, ανεξάρτητα από την εχθρότητα ή τους φόβους που γεννιούνται μέσα του. Η ευαίσθητη αυτή ισορροπία που προσπαθεί να επιτύχει το παιδί έγκειται στην αντιφατική στάση που χρησιμοποιούν οι γονείς απέναντι στο παιδί που πάσχει. (Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978).

Η μεγάλη αντίφαση που παρουσιάζεται από τους γονείς έγκειται ανάμεσα στην ασυνείδητη και σαφή απόδοση του ρόλου. Σ' όλες τις

περιπτώσεις που έχουν μελετηθεί το σχιζοφρενικό παιδί προσκρούει με τη συμπεριφορά του στις αποδεκτές κοινωνικές επιθυμίες. Η αλλοπρόσαλη συμπεριφορά του σχιζοφρενούς παιδιού, οι εχθρικές εκδηλώσεις, οι νυχτερινές ενουρήσεις, η αντίσταση στις εντολές των γονιών του, η επιθετική συμπεριφορά απέναντι στα αδέρφια και τους γονείς του, υπονομεύουν τις σχέσεις της οικογένειας με τον έξω κόσμο, με αποτέλεσμα οι γονείς να ασκούν κριτική στο παιδί και αρκετές φορές να φτάνουν μέχρι και την τιμωρία. Παράλληλα όμως λόγω των ωφελειών που αποκομίζει η οικογένεια με την απόδοση του αποδιοπομπαίου τράγου, οι γονείς προτρέπουν το παιδί να συνεχίσει αυτή τη συμπεριφορά που πριν αποδοκίμαζαν. Από τη μία εκτοξεύονταν απειλές και τιμωρίες από την πλευρά των γονέων και από την άλλη η συνεχής αναβολή αυτών και το υπερτροφικό ενδιαφέρον που εκδήλωναν σε κάθε σύμπτωμα του παιδιού απεδιδόταν ως αποζημίωση στα μάτια του παιδιού για τα συμπτώματά του. Έτσι οι γονείς αφενός εσωτερικευαν τις πρέπουσες κοινωνικές νόρμες και αφετέρου επέτρεπαν στα παιδιά τους να εκδηλώνουν τις προσωπικές τους απωθημένες επιθυμίες. (Κλαίρη Τρικεριώτη, 1978).

2.8.1. «ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΖΥΓΙΟ»

Το κυνήγι του αποδιοπομπαίου τράγου και το λεγόμενο «συναίσθηματικό διαζύγιο» του M. Bowen αποτελούν τα κυριότερα χαρακτηριστικά φαινόμενα που αναπτύσσουν οι γονείς με σχιζοφρενή παιδιά. Η μελέτη του πρώτου φαινομένου μας επιτρέπει σ' αυτό το σημείο να

αναφερθούμε στη διαφορά μητέρας – πατέρα που οδηγεί σε «διαζύγιο», το «συναισθηματικό διαζύγιο».

Μελέτες που έγιναν το 1949 και τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 50 -βασισμένες στη φύση των σχέσεων ανάμεσα στους γονείς του σχιζοφρενικού- απέδειξαν σ' ένα μεγάλο βαθμό, ότι οι σχέσεις αυτές δεν είναι καθόλου ικανοποιητικές. Οι ψυχίατροι προσπαθώντας να περιγράψουν τα κυριότερα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα μέλη της οικογένειας αναφέρουν: πως κατά κανόνα, η μητέρα είναι εκείνη που ρυθμίζει τη συναισθηματική ζωή του αρρώστου με διάφορα τεχνάσματα. Πρόκειται για την αυταρχική, υπερπροστατευτική και ταυτόχρονα απωθητική μητέρα που επεμβαίνει ακόμα και στο συναισθηματικό κόσμο του παιδιού αφαιρώντας του κάθε πρωτοβουλία. Αντίθετα ο πατέρας παρουσιάζεται ως το αδύναμο, παθητικό και γεμάτο έγνοιες μέλος που τις περισσότερες φορές είναι ακόμα και απών από τις οικογενειακές υποθέσεις. (N. Κούπερ, 1967).

Το 1958 ο M. Bowen θέλοντας να αποδώσει αυτή τη διαφορά των σχέσεων ανάμεσα στους γονείς περιέγραψε το «συναισθηματικό διαζύγιο» όπως ακριβώς το αποκάλεσε ανάμεσα στον πατέρα και τη μητέρα και απέδειξε ότι μια τέτοια ρήξη δεν εκδηλώνεται άμεσα. (N. Κούπερ, 1967).

Σύμφωνα με τον Τσιάντη, 1991, για τον Bowen και τους συνεργάτες του η σχιζοφρένεια θεωρείται σαν ένα σύμπτωμα ψυχοπαθολογικής επεξεργασίας στην οποία συμμετέχει όλη η οικογένεια. Καθώς οι γονείς βρίσκονται σε «συναισθηματικό διαζύγιο» ο καθένα από τους δύο μπορεί να έχει μία σχέση με το παιδί, αν ο άλλος το επιτρέπει. Οι συναισθηματικές

διαφορές των γονέων φέρνουν το άρρωστο παιδί μπροστά στο ρόλο του «αποτυχημένου διαιτητή».

Οι συγγραφείς επίσης αναφέρονται στον περιφερειακό ρόλο του πατέρα στις έντονες συγκρούσεις. Ο Cheek, 1965, μάλιστα, συμφωνεί με τον Bowen και κρίνει το ρόλο του πατέρα ως «παθητικό». Αντίθετα, ο Τσιάντης υποστηρίζει πως ο πατέρας δεν αποδέχεται «παθητικά» αυτό το ρόλο αλλά αναγκάζεται από τις περιστάσεις να πάρει αυτό τον περιφερειακό ρόλο για την εξυπηρέτηση ενός χρήσιμου σκοπού, της διατήρησης του σχιζοφρενούς στην οικογένεια. (Τσιάντης, 1991).

Μελέτες για τις σχέσεις των γονέων που έχουν ένα σχιζοφρενικό παιδί διακρίνουν και ξεχωρίζουν κάποιους τύπους οικογενειών που θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε καθώς ο ρόλος του κάθε μέλους κυμαίνεται ανάλογα με τον τύπο της οικογένειας.

Σύμφωνα με τον Lidz ένας τύπος οικογένειας καλείται «βλαισός» («strewed») κατά τον οποίο η μητέρα είναι η κυριαρχική, καταπιεστική μορφή που αναπτύσσει συμβιωτικές σχέσεις κυρίως με τα αγόρια που έχουν σχιζοφρένεια. Εδώ ο πατέρας έχει έναν τελείως δευτερεύων ρόλο που τον δέχεται παθητικά ενώ δεν αποτελεί το κατάλληλο πρότυπο για την απαραίτητη ταυτοποίηση του αγοριού. Ο δεύτερος τύπος οικογένειας που διακρίνει ο Lidz είναι ο «σχισμικός» («schismatic»). Σ' αυτόν οι σχέσεις μητέρα – πατέρα διακρίνονται από έντονη εχθρότητα και συνεχή ανταγωνισμό για την αγάπη των παιδιών. Οι πατέρες εδώ είναι ιδιαίτερα καχύποπτοι, αλλοπρόσαλλοι και με έντονες εκρήξεις θυμού. Αντίθετα, οι μητέρες είναι προσηλωμένες στο

γυναικείο ρόλο τους χωρίς να παρουσιάζουν σε ικανοποιητικό βαθμό εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Οι σχέσεις πατέρα – κόρης είναι συνήθως πολύ παθολογικές και κυρίως οι κόρες είναι εκείνες που παρουσιάζουν σχιζοφρένεια. (Τσιάντης, 1991)

Ένας καινούριος όρος «η ψευδο-αμοιβαιότητα» έρχεται να προστεθεί από τον L.C. Wynne, σύμφωνα με τον N. Κούπερ, για να εξηγηθεί πως ορισμένες οικογένειες προκειμένου να καλύψουν την έντονη εχθρότητα και την αμοιβαία τους καταστροφικότητα εμφανίζουν κάποια αμοιβαιότητα και σύμπνοια. Ο Wynne και οι συνεργάτες του διακρίνουν τρεις τύπους συμπληρωματικότητας της οικογένειας όπως:

- α) την αμοιβαία,
- β) την μη-αμοιβαία, και
- γ) την ψευδο-αμοιβαία

Στη πρώτη περίπτωση πραγματοποιείται προσπάθεια ενίσχυσης των σχέσεων μέσα από τη μεγάλη διαφοροποίηση και την ευλυγισία στο ενδο-οικογενειακό πλέγμα των σχέσεων που διακρίνεται.

Στην περίπτωση της μη-αμοιβαιότητας υπάρχει γενική έλλειψη ενδιαφέροντος στην οικογένεια για ό,τι αφορά τη μη-συμπληρωματικότητα.

Τέλος, στις οικογένειες σχιζοφρενικών που παρατηρείται η ψευδο-αμοιβαιότητα διακρίνεται ένα μακρόχρονο σύστημα που διατηρείται και ενισχύεται μέσα από την οικογενειακή υπο-κουλτούρα και τους μύθους. (Τσιάντης, 1991).

Η απλή αυτή σκιαγράφιση για τον Wynne δείχνει πώς ο καθένας αυτός τύπος ρυθμίζει την ανάπτυξη της προσωπικής εμπειρίας και πώς επηρεάζει τη στάση του κάθε μέλους χωριστά απέναντι στη σχιζοφρένεια. (Τσιάντης, 1991).

Γενικά, όπως αναφέρει ο Χαρτοκόλλης, 1991, έχει παρατηρηθεί ότι οι μητέρες σχιζοφρενικών ατόμων παρουσιάζουν μια δυναμική παρουσία και κυριαρχική επιρροή στις οικογενειακές υποθέσεις. Ο πατέρας, αντίθετα, είναι, κατ' επίφαση, εκείνος που διατηρεί την ευθύνη καθώς στην ουσία είναι μακρινός και αδιάφορος ενώ παραμένει αμέτοχος ή ανίσχυρος να επιβάλλει τη θέλησή του στα διάφορα μέλη της οικογένειας. Απέναντι στο άρρωστο παιδί και η συμπεριφορά της μητέρας είναι αναλογικά ίδια με του πατέρα καθώς κατευθύνει τις κινήσεις του παιδιού της σύμφωνα με τις δικές της επιθυμίες χωρίς να αφήνει στο παιδί να αποφασίζει μόνο του για τον εαυτό του. Το πρόβλημα γίνεται ακόμα πιο έντονο όταν οι επιθυμίες της μητέρας εκφράζονται με αντιφατικό τρόπο ή διαφορούμενο (διπλή δέσμευση), με αποτέλεσμα να δημιουργούνται στο παιδί διλήμματα, τα οποία προσπαθεί να αντιμετωπίζει με αμφιθυμική στάση και αναποφασιστικότητα. Τότε, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τη μητέρα του, οι αληθινές σκέψεις και τα συναισθήματά του παραπλανώνται, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί η σχιζοφρενική συμπεριφορά και νοοτροπία.

α. ΑΠΑΛΥΝΕ ΜΙΑ ΚΑΡΔΙΑ ΜΕ ΝΕΡΟ:

**ΜΗΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΑΪΛΑΝΔΗ ΦΡΟΝΤΙΖΟΥΝ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΜΕ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Somporn Rungreangkulkij και Catherine Chesia

Λίγα είναι γνωστά για τη φροντίδα ατόμων με σχιζοφρένεια σε οικογένειες της Ασίας. Η μελέτη αυτή ερευνά πολιτιστικές πεποιθήσεις και σχέδια αντιμετώπισης ανάμεσα στις οικογένειες της Ταϊλάνδης. Διεξήχθησαν εις βάθος συνεντεύξεις με 12 μητέρες ενήλικων παιδιών με σχιζοφρένεια. Οι μητέρες αντιμετώπιζαν τα συμπτώματα με την πρακτική Thum-Jai και με τη δημιουργία ενός ήρεμου οικογενειακού περιβάλλοντος. Η μητρική αντίδραση συναποτελούνταν από ανησυχίες για τις κοινωνικές προσδοκίες, την αύξηση των συμπτωμάτων και την παραβίαση πολιτιστικών αξιών. Προτείνεται η αξιολόγηση των αρχών του Βουδισμού, σχετικά με τη φροντίδα των οικογενειών της Ταϊλάνδης και των μεταναστών, και η προσαρμογή σε αυτές.

Πάνω από ένα εκατομμύριο άτομα από τη νοτιο-ανατολική Ασία, δηλαδή την Cambodia, το Λάος και το Βιετνάμ, κατοικούν στις Ηνωμένες Πολιτείες ως πρόσφυγες ή μετανάστες. Συστηματικές μελέτες φροντίδας ενήλικων παιδιών με ψυχικές διαταραχές, σε οικογένειες διαφόρων εθνικοτήτων, δείχνουν ότι ο πολιτισμός και η εθνικότητα επηρεάζουν ουσιαστικά τη διαδικασία φροντίδας.

Ο Guataccia ανέφερε ότι οι Ισπανοί θεωρούν την ασθένεια ως συναισθηματικό πρόβλημα, ενώ οι Αμερικανο-Ευρωπαίοι (ΑΕ) και οι

Αμερικανο-Αφρικανοί (ΑΑ) τη θεωρούν ως ιατρικό πρόβλημα. Υπήρχαν σημαντικές διαφορές στους τρόπους αντιμετώπισης του ασθενή ανάμεσα στις ΑΕ οικογένειες και τις ΑΑ οικογένειες. Οι ΑΑ οικογένειες ήταν περισσότερο θερμές και βασίζονταν στη χρήση «μέσων» του πολιτισμού τους, όπως είναι οι θρησκευτικοί σύμβουλοι και οι αρχηγοί της κοινότητας, ενώ οι ΑΕ αναζητούσαν περισσότερο τη βοήθεια επαγγελματιών στις ψυχικές ασθένειες. Οι γονείς ΑΕ ανέφεραν περισσότερο βάρος απ' ότι οι ΑΑ. Οι Pickett, Vraniak, Cook και Cohler ανακάλυψαν ότι οι γονείς ΑΑ προσάρμοζαν τις προσδοκίες τους ανάλογα με το επίπεδο ψυχιατρικής ανικανότητας του παιδιού, ενώ οι γονείς ΕΑ δεν φάνηκαν ικανοί να προσαρμοστούν σε μειωμένες αναπτυξιακές προσδοκίες όσον αφορά τη συμπεριφορά του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του.

Ελάχιστα γνωρίζουμε για το πώς αντιμετωπίζουν οι Ασιατικές οικογένειες ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική ασθένεια. Ο Yamashita πήρε συνεντεύξεις από Ιαπωνικές οικογένειες και ανέφερε ότι η βασική κοινωνική υποστήριξη για τις οικογένειες προέρχεται από συγγενείς πρώτου βαθμού και τη θρησκεία. Οι Ip και Mackenzie ανέφεραν ότι οι Κινέζοι αντιμετωπίζουν με ενόχληση και απροθυμία τη φροντίδα ενός ψυχικά ασθενούς. Παρά την ενόχλησή τους, ανέπτυξαν μία μεγάλη γκάμα στρατηγικών αντιμετώπισης που συμπεριλαμβάνει την αποδοχή, την ενεργή δράση, τη θρησκευτική υποστήριξη, την αποφυγή και την άρνηση.

Παρομοίως, οι οικογένειες της Ταϊλάνδης ανέφεραν άγχος και ενόχληση όσον αφορά τη φροντίδα ενός μέλους της οικογένειας με ψυχική ασθένεια. Οι

πιο κοινές στρατηγικές αντιμετώπισης ενός ψυχικά ασθενούς ήταν η αποδοχή της ασθένειας, η μείωση των προσδοκιών και η διαβεβαίωση των εαυτών τους ότι «όλα θα πάνε καλά». Οι περισσότερες οικογένειες πίστευαν ότι το υπερφυσικό και το κάρμα ήταν η αιτία των ψυχικών ασθενειών και επομένως αναζητούσαν βοήθεια πρώτα από παραδοσιακές θεραπείες.

Συμπερασματικά, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, οι οικογένειες των οποίων ένα μέλος έχει ψυχική ασθένεια, αντιμετωπίζουν προβλήματα. Ωστόσο, οι πεποιθήσεις όσον αφορά τις αιτίες των ασθενειών και τη θεραπεία, οι πηγές κοινωνικής υποστήριξης και οι στρατηγικές αντιμετώπισης επηρεάζονται από τον πολιτισμό. Οι πηγές από την ίδια την οικογένεια, φαίνεται ότι αποτελούν το πρώτο μέσο υποστήριξης για όλες τις ομάδες, ανεξαρτήτως εθνικότητας.

Στη μελέτη αυτή, εξετάστηκαν οικογενέειες της Ταϊλάνδης με στόχο να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα: (1) Τι πιστεύουν οι οικογένειες σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες; (2) Με ποιο τρόπο αντιμετωπίζουν τη σχιζοφρένεια οι οικογένειες; και (3) Πώς ανταποκρίνονται οι μητέρες στο γεγονός ότι έχουν ενήλικα παιδιά με σχιζοφρένεια;

Από τη μελέτη προέκυψαν τρεις γενικές απόψεις σχετικά με την:

- 1) Αντίληψη της μητέρας για την σχιζοφρένεια,
- 2) Προσωπική αντίδραση στη ζωή με το ασθενές παιδί και
- 3) Βασικές προσεγγίσεις για τη φροντίδα του άρρωστου παιδιού.

ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Οι Ταϊλανδές μητέρες αντιλαμβάνονταν ότι η ψυχική ασθένεια προκαλείται από αρκετούς παράγοντες που συμπεριλαμβάνουν τις υπερφυσικές δυνάμεις (κακό πνεύμα, ψυχή πεθαμένου, πνεύμα της γης ή μαύρη μαγεία), έμμονες ιδέες του παιδιού, γενετική, και χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ. Η πιο κοινή αιτία που αναγνώρισαν όλες οι μητέρες ήταν το «κάρμα», μία βουδιστική πίστη. Πολύ διαδεδομένες στην Ταϊλάνδη είναι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις που διδάσκουν ότι: «το τωρινό σας κάρμα είναι αποτέλεσμα παραβίασης που διαπράξατε σε περασμένη ζωή», ειδικά όσον αφορά μία κατάσταση που δεν μπορεί να μεταβληθεί. Οι βουδιστικές διδασκαλίες προτείνουν ότι:

«Οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί λόγω του κάρμα τους, που έχουν διαπράξει σε κάποιο μέρος, κάποια στιγμή στη ζωή τους... Ο καθένας είναι υπεύθυνος για το κάρμα του και δεν μπορούμε να στραφούμε εναντίον του, ακόμα κι αν το θέλουμε. Για παράδειγμα, μπορεί να υπομένουμε ψυχικές κακουχίες και οι καρδιές μας μπορεί να είναι γεμάτες άγχος... αλλά είναι αδύνατο να βρούμε κάποιον να μας αντικαταστήσει και να πληρώσει για το αποτέλεσμα του κάρμα μας.»

**ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Στην Ταϊλανδέζικη κουλτούρα, θεωρείται υποχρέωση για τους γονείς να φροντίζουν τα παιδιά τους, όταν είναι άρρωστα, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Μία μητέρα αναφέρει: «Ποτέ δεν νιώθω κουρασμένη ή επιβαρηνμένη. Ποτέ δεν μιλώ σε κανέναν για τα προβλήματά μου. Τι μπορώ να πω; Θα πούνε ότι το παιδί μου είναι άρρωστο αλλά δεν την φροντίζω». Πίστευαν ότι πρέπει να φροντίζει την κόρη της ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά της. Η πρακτική του Thum-Jai, που στην Ταϊλανδέζικη γλώσσα αντιπροσωπεύει έναν συνδυασμό αποδοχής, υπομονής, κατανόησης, λογικής και υποχρέωσης, θεωρείται απαραίτητη. Αν οι μητέρες δεν την εφαρμόζαν, θα αντιμετώπιζαν αρνητική κοινωνική κρίση της κοινωνικής προσδοκίας.

Άλλες μητέρες εξέφρασαν φόβο σε περίπτωση που αυξάνονταν τα συμπτώματα και προχωρούσε η ασθένεια. Το παιδί λόγω της ασθένειας, λογικό ήταν να συμπεριφέρεται παράξενα. Τότε η μητέρα κατανοούσε ότι οι συμπεριφορές έχουν αίτια την ασθένεια και προσπαθούσε να τις αποδεχτεί. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια μιας μητέρας:

Πάντα έλεγα στον εαυτό μου ότι είναι άρρωστη. Δεν έχει αυτοαντίληψη. Όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα, δεν ξέρει τι κάνει. Δεν θυμώνω μαζί της. Την ηρεμώ και αγνοώ τη συμπεριφορά της...

Άλλες, πάλι, μητέρες περιέγραψαν τον εαυτό τους ως τρομερά ανήσυχο και ανήμπορο να κοιμηθεί και άλλες πως δυσκολεύτηκαν να δεχτούν

την αρρώστια και ότι με την πάροδο του χρόνου κατάφεραν να γίνουν πιο ήρεμες και να εφαρμόσουν την πρακτική Thum-Jai.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΜΗΤΕΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Οι Ταϊλανδές μητέρες περιέγραψαν τη φροντίδα των παιδιών τους ως τρυφερή, υποστηρικτική και οικεία. Θεωρούσαν ότι έπρεπε να είναι υπομονετικές, να μιλάνε ήρεμα και να απομακρύνονται από την κατάσταση. Έτσι, προσπαθούσαν να δημιουργήσουν ένα ήρεμο οικογενειακό περιβάλλον χρησιμοποιώντας ως όπλο την υπομονή τους στις «παράξενες» συμπεριφορές του παιδιού τους. Έμαθαν ότι με το να πιέζουν τον ασθενή να κάνει κάτι, μερικές φορές προκαλούσαν χειρότερη κατάσταση, όπως το θυμό του ασθενή ή την καταστροφή του σπιτιού. Η υπομονή τους βοηθούσε να καταπιέζουν την οργή τους και να βρίσκονται σε ηρεμία, εμποδίζοντας την αύξηση των συμπτωμάτων.

Μία μητέρα ανέφερε ότι έμαθε να είναι υπομονετική όταν κατάλαβε ότι η κόρη της μάλωνε τους άλλους επειδή δεν καταλάβαινε τη συμπεριφορά της. Η μητέρα είχε επίσης προσέξει ότι η υπομονή της ήταν μεγαλύτερη όταν συνειδητοποίησε ότι «κανένας δεν θέλει να έχει αυτή την ασθένεια». Η πίστη στο γεγονός ότι ο ασθενής δεν ευθύνεται για την αρρώστια του βοήθησε τη μητέρα να είναι υπομονετική.

β. ΜΕΛΕΤΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΜΗΤΕΡΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ ΠΟΥ

ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Smith G.C., Hatfield A.B., Miller D.C.

Η πολιτική της αποϊδρυματοποίησης που επέφερε αύξηση του αριθμού των εξιτηρίων καθώς και μείωση – συντόμευση του χρόνου νοσηλείας των ψυχιατρικά ασθενών ατόμων είχε ως αποτέλεσμα την μεγαλύτερη παραμονή των αρρώστων στις οικογένειές τους. Έρευνες στις Η.Π.Α. δείχνουν πως το 32% μέχρι το 70% ζουν με τους συγγενείς τους. Αξίζει να σημειωθεί πως το 85% των συγγενών είναι κυρίως γονείς ηλικίας 50-70 χρόνων. Στην Ελλάδα επειδή ακόμα δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκείς εναλλακτικές μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης για τους εξερχόμενους από τα Ψυχιατρεία, τα παραπάνω ποσοστά αγγίζουν το 100%. (Θ. Αϊβαζιάν, Γ. Αγγελίδης, 1994, σελ. 19).

Παρά το ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον στα προβλήματα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που φροντίζουν συγγενείς με μακροχρόνιες ασθένειες, ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί σε μεγαλύτερους γονείς που φροντίζουν παιδιά με σχιζοφρένεια. Αν και η ανάγκη για δημιουργία πολιτικής και παροχής υπηρεσιών, για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γονείς αυτοί, έχουν ευρέως διαδοθεί, ελάχιστα εμπειρικά δεδομένα υπάρχουν για τις συνθήκες φροντίδας.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε με συμπλήρωση ερωτηματολογίων από γονείς σαράντα ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού

Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου (ΨΝΠΟ) και σε σπίτια γονέων εκτιμήθηκε ότι οι συμπεριφερσιολογικές διαταραχές των αρρώστων δημιουργούν εντάσεις σ' αυτούς που τους φροντίζουν. Οι γονείς συχνά αναγκάζονται να αντιμετωπίζουν καταστάσεις που προκαλούνται:

- α) Από τις συχνές αλλαγές της ψυχικής διάθεσης του αρρώστου (85%)
- β) Από τις απρόβλεπτες συχνές ενέργειές του (73%)
- γ) Από την απάθεια και τη μεμψιμοιρία του (68%)
- δ) Από την άρνηση των φαρμάκων (65%)
- ε) Από τις ταπεινωτικές προσβλητικές συνέπειες εξαιτίας πολύπλοκων ζητημάτων (58%)
- στ) Από τις συχνές και τις άσκοπες περιπλανήσεις (58%)
- ζ) Από τις διενέξεις, συγκρούσεις ή και συμπλοκές για χρήματα (45%)

Η έρευνα επίσης, έδειξε τις διαταραχές συμπεριφορών που δυσκολεύουν την καθημερινή ζωή μέσα στο σπίτι. Η παρεμπόδιση του ύπνου των άλλων μελών (75%), το υπερβολικό κάπνισμα (50%), η παραμέληση της ατομικής υγιεινής (48%), οι βιαιότητες (43%), οι κίνδυνοι πυρκαγιάς (38%), οι καταστροφές περιουσιακών ειδών (35%) και οι συνέπειες μέθης (20%) συνέβαλαν σε καθοριστικό βαθμό στη μη εύρυθμη λειτουργία του συστήματος της οικογένειας.

Μια τελευταία εκτίμηση της έρευνας είναι η υποκειμενική επιβάρυνση γονέων μεγαλύτερης ηλικίας που φροντίζουν ενήλικο παιδί με σχιζοφρένεια. Σχεδόν 100% των γονέων ανησυχεί και αγωνιά για το τι θα γίνει το παιδί όταν οι ίδιοι φύγουν από τη ζωή. Συγκεκριμένα το 98% των γονέων εξέφρασε

έντονη ανησυχία για το μέλλον του παιδιού ενώ το πολύ μεγάλο ποσοστό του 95% των γονέων μαρτυράει την αδυναμία αυτών των ανθρώπων να προγραμματίζουν μελλοντικά σχέδια για τα παιδιά τους.

Μεγάλα είναι και τα ποσοστά που συγκέντρωσαν τα αρνητικά συναισθήματα που εξέφρασαν οι γονείς για τις συνθήκες που επικρατούν σε σχιζοφρενικά παιδιά. Συγκεκριμένα το 95% δήλωσε απογοήτευση για τη μη πραγματοποίηση προσδοκιών και το 92% θλίψη για τη ματαίωση των επιδιωκόμενων στόχων που είχαν θέσει. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των γονέων που έδειχναν καταθλιπτικές διαθέσεις και ομολογούσαν μεγάλο βαθμό επιβάρυνσης και στιγματισμού που δέχονταν (90%). Κυρίαρχα συναισθήματα αυτών των γονέων είναι το άγχος και ο φόβος.

Επίσης η συμπεριφορά των αρρώστων προκαλεί στο 60% των ηλικιωμένων γονέων αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία. Τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 38% των γονέων καταβάλλουν προσπάθεια εξισορρόπησης μεταξύ των παράλογων απαιτήσεων του αρρώστου σε βάρος των αναγκών των άλλων μελών της οικογένειας.

Μία άλλη έρευνα που σημειώθηκε σε δείγμα 157 μητέρων μεγαλύτερης ηλικίας, από 41 κράτη, για την εξέταση μόνιμου σχεδιασμού για το μέλλον του παιδιού που πάσχει από σχιζοφρένεια, έδειξε ότι μόνο το 11% των μητέρων ανέφερε οριστικά σχέδια για τη μελλοντική κατοικία των παιδιών τους ενώ πολλές δεν είχαν κάνει κανένα σχεδιασμό. Επιπλέον, τα ¼ των αποκρινόμενων έλπιζαν ότι κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας θα αναλάμβανε τη φροντίδα, αλλά μόνο το ¼ πίστευε ότι θα γινόταν κάτι τέτοιο. Επίσης τα 2/3 των

αποκρινόμενων εξέφρασαν την ανάγκη για υπηρεσίες υποστήριξης σχεδιασμού, και λιγότερο από το 1/3 είχαν χρησιμοποιήσει τέτοιες υπηρεσίες. Περισσότεροι από τους μισούς ανέφεραν ότι οι αλλαγές στον εαυτό τους ή στο σύζυγό τους, που οφείλονται στην ηλικία τους, ήταν ο αρχικός λόγος για το σχεδιασμό.

Τα συμπεράσματα των ερευνών καταλήγουν στο ότι οι γονείς μεγαλύτερης ηλικίας με ενήλικα παιδιά που πάσχουν από σχιζοφρένεια ειδικότερα αλλά και από άλλες μακροχρόνιες παθήσεις χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια για το σχεδιασμό του μέλλοντος των παιδιών τους. Η βοήθεια αυτή θα πρέπει να εστιάζει σε μηχανισμούς, όπως είναι ο σχεδιασμός ακίνητης περιουσίας για να επιτρέψουν τη διαχείριση της υπόθεσης και άλλες υπηρεσίες μετά το θάνατο των γονιών. Θα πρέπει επίσης να ενισχυθεί η ενασχόληση των υγιή αδερφών στο σχεδιασμό αυτό.

Η δυνατότητα των γονέων να παρέχουν την υποστήριξη και τη φροντίδα που απαιτεί ένα παιδί με ψυχική ασθένεια συμβιβάζεται καθώς οι γονείς μεγαλώνουν. Αλλαγές που οφείλονται στην ηλικία, όπως είναι η φυσική ανικανότητα καθώς επίσης και η μεγαλύτερη ευπάθεια στις ασθένειες, προκαθορίζουν το τέλος της ικανότητας για φροντίδα των παιδιών. Επιπλέον, το άγχος που σχετίζεται με τη φροντίδα της οικογένειας μπορεί να επιδεινώσει τις αλλαγές αυτές. Για παράδειγμα, ο Greenberg και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν ότι υποκειμενικά φορτία, όπως είναι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και η ανησυχία για το μέλλον του ασθενούς παιδιού, ήταν οι

μεγαλύτεροι «προάγγελοι» της αυτοαναφερόμενης υγείας στο δείγμα των αποκρινόμενων μητέρων.

Άλλοι, πάλι, ερευνητές έχουν παρατηρήσει τρομερή προσδοκία σε άτομα που φροντίζουν ασθενείς για το τι θα συμβεί στο συγγενικό τους πρόσωπο που πάσχει από σοβαρή ψυχική ασθένεια όταν εκείνοι γίνουν ευπαθείς ή πεθάνουν. Μία πρόσφατη μελέτη μελών της οικογένειας της Εθνικής Συμμαχίας για τους Ψυχικά Ασθενείς (NAMI) αποκάλυψε ότι το «τι θα γίνει ο συγγενής μου όταν εγώ έχω φύγει» ήταν η μεγαλύτερη πηγή ψυχολογικού πόνου για το 74% των αποκρινόμενων. Κυρίαρχη ανησυχία σε μελέτη που διεξήχθη από τον Cook ήταν αν ο ψυχικά ασθενής θα μπορούσε να μάθει να είναι ανεξάρτητος πριν «μείνουν χωρίς δεύτερη επιλογή».

Ο σχεδιασμός του μέλλοντος είναι ιδιαίτερα κρίσιμος όταν τα παιδιά κατοικούν με τους γηράσκοντες γονείς τους. Σε ένα δείγμα οικογενειών της NAMI, ο Skinner και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν ότι το 42% των συγγενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια έμεναν στο σπίτι και μόνο το 14% έμεναν σε σπίτια υπό επιτήρηση. Ο Lecley ανέφερε ότι το 85% και περισσότερο, ατόμων που φροντίζουν ασθενείς είναι γονείς και πολλοί είναι μεγάλοι σε ηλικία. Συνεπώς, ένας μεγάλος αριθμός οικογενειών αντιμετωπίζουν το πρόβλημα μελλοντικής κατοικίας του συγγενή τους όταν αυτοί δεν θα μπορούν πλέον να τον φροντίζουν. Αν δε γίνει κάποιος σχεδιασμός, το σύστημα ψυχικής υγείας μπορεί να έχει υπερβολική ζήτηση υπηρεσιών καθώς η νέα γενιά αρχίζει να χάνει γονείς που φροντίζουν τα παιδιά τους.

Σημαντικό είναι και το γεγονός σχετικά με το αν οι γονείς αναπτύσσουν σχέδια για το μέλλον των παιδιών τους με ψυχική ασθένεια. Πολλοί τείνουν να εμπιστεύονται με αργούς ρυθμούς τρίτους, να προσαρμόζονται στις αλλαγές με δυσκολία και να αντιστέκονται στις υπηρεσίες της κοινότητας που τους προσφέρονται. Η έλλειψη σχεδιασμού για την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό ψυχικό τραυματισμό των παιδιών τους όταν οι γονείς πεθάνουν ή δεν μπορούν λόγω ηλικίας να τα φροντίζουν.

Όπως ήταν αναμενόμενο, ο χαμηλός βαθμός σχεδιασμού κατοικίας που αναφέρθηκε από το συγκεκριμένο δείγμα στις μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας με ενήλικα παιδιά που πάσχουν από ψυχική ασθένεια είναι παρόμοιο με αυτό που βρέθηκε σε προηγούμενη μελέτη που αφορούσε γονείς που φροντίζουν πνευματικά καθυστερημένα ενήλικα παιδιά. Όπως σημειώνεται, η ομοιότητα αυτή μπορεί να οφείλεται στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν και οι δύο ομάδες διηνεκών γονέων – προσκόλληση στη ρουτίνα, αλληλεξάρτηση με τα παιδιά τους, δυσαρέσκεια με τις επιλογές κατοικίας, έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τη βοήθεια στο σχεδιασμό, φόβο για την ικανότητα των παιδιών τους να προσαρμοστούν στις αλλαγές και απροθυμία να αντιμετωπίσουν την ίδια τους τη θνησιμότητα.

Η Hatfield διεξήγε συνεντεύξεις με μεγάλους σε ηλικία γονείς ενήλικων παιδιών που πάσχουν από ψυχική ασθένεια και βρήκε στη μελέτη της ότι πολλοί είχαν αναφέρει κατά το σχεδιασμό κατοικίας εμπόδια όπως είναι η μη διαθεσιμότητα κατοικιών (68%) και την πενιχρή ποιότητα των υπαρχόντων

κατοικιών (42%). Περισσότερο από το 70% είπαν ότι το συγγενικό τους πρόσωπο φοβόταν να φύγει από το σπίτι ή ότι ήταν ικανοποιημένο με το σπίτι του τόσο ώστε να μη θέλει να μείνει αλλού, και η ανησυχία για το παιδί τους αναγνωρίστηκε ως το βασικό εμπόδιο ώστε να αποκολληθούν από αυτό. Οι γονείς εξέφρασαν μεγάλη ανησυχία σχετικά με θέματα όπως η ασφάλεια, το κόστος και οι ικανότητες του προσωπικού. Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη το ότι μόνο το 1/10 του δείγματός μας είχε καταλήξει σε οριστικά σχέδια για το «ανάπηρο» παιδί τους.

Ίσως υπάρχουν και άλλοι λόγοι, που τόσα λίγα άτομα στη μελέτη μας είχαν κάνει οριστικά σχέδια. Αν η διάγνωση του παιδιού τους ήταν πρόσφατη, οι γονείς μπορεί να έπρεπε να περάσουν το αρχικό στάδιο της δυσπιστίας τους, της απώλειας ή του θυμού τους πριν αρχίσουν το σχεδιασμό. Τα ευρήματα της έρευνας επίσης υποδηλώνουν ότι τα παιδιά με ψυχική ασθένεια μπορεί να αντιτεθούν στα σχέδια των γονέων τους. Άτομα ψυχικά ασθενή μπορεί να αγχώνονται για την αντικατάσταση της ασφάλειας του σπιτιού τους με μία άγνωστη κατάσταση που απαιτεί πολλές προσαρμογές και η γνωστική χειροτέρευση μπορεί να τους δυσκολέψει να οραματιστούν ένα μέλλον χωρίς γονείς.

Ένας πιθανός περίπλοκος παράγοντας είναι ότι η πορεία της ψυχικής ασθένειας συνήθως περικλείει συναισθηματικές ανωμαλίες και ανωμαλίες συμπεριφοράς, καθιστώντας αδύνατο για τους γονείς να προβλέψουν τις υπηρεσίες που μπορεί να χρειαστούν στο μέλλον ο γιος ή η κόρη τους. Οι γονείς μπορεί να έχουν την ελπίδα ότι το παιδί τους με το χρόνο θα γίνει

αρκετά καλά ώστε να είναι ανεξάρτητο. Αντιμετωπίζουν επίσης διπλό εμπόδιο όταν ενθαρρύνονται από τους ειδικούς να καλλιεργήσουν την ανεξαρτησία στο παιδί τους. Αν οι γονείς αρνηθούν να αποκολληθούν θεωρούνται «κακοί γονείς». Αλλά αν επιτρέψουν αυτή την «απομάκρυνση» και το παιδί αποτύχει, μπορεί να αντιμετωπίσουν την οργή και την απογοήτευση, τόσο από τον εαυτό τους όσο και από το παιδί τους. Επομένως, οι γονείς μπορεί να επιχειρήσουν να διατηρήσουν τον αυτοσεβασμό του παιδιού τους αποφεύγοντας καταστάσεις που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αποτυχία.

Τα ανεξάρτητα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια χρειάζονται εποικοδομητικούς τρόπους για να περνάνε τη μέρα τους. Ωστόσο, οι μισές από τις μητέρες του δείγματος είπαν ότι τα παιδιά τους δεν είχαν καθημερινές ασχολίες. Ο Smith και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι ο βαθμός του σχεδιασμού κατοικίας από μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικων παιδιών με ψυχική ασθένεια σχετιζόταν με τη χρήση των υπηρεσιών προγράμματος ημέρας. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χρήση των υπηρεσιών διευκολύνει το σχεδιασμό μειώνοντας την κατανόηση των γονέων για το σύστημα των υπηρεσιών που μπορεί τελικά να είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα των παιδιών τους.

Επίσης σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν η διαφορά στις προτιμήσεις των γονέων για τα αδέρφια να είναι οι μελλοντικοί υπεύθυνοι των παιδιών τους και οι προσδοκίες των γονέων για αυτό. Προηγούμενες μελέτες από τον Pruchno και τους συνεργάτες του έδειξαν μία μεγάλη επιθυμία των μητέρων να φροντίσουν τα ασθενή παιδιά τους τα αδέρφια τους. Στην πραγματικότητα,

ωστόσο, οι γονείς φαίνεται να κατανοούν ότι πολλά αδέρφια δεν θα μπορούν να αναλάβουν την άμεση φροντίδα του αδερφού ή της αδερφής τους που πάσχει από ψυχική ασθένεια λόγω των απαιτήσεων της ίδιας τους της ζωής. Οι συζητήσεις ανάμεσα στους γονείς και τα μη ανάπηρα παιδιά τους πρέπει να γίνονται για να διευκρινίζεται ο μελλοντικός ρόλος των παιδιών αυτών. Σε κάθε περίπτωση, η μελλοντική ενασχόληση των αδερφών στη φροντίδα είναι πιθανόν να επηρεάζεται από τις εμπειρίες τους μεγαλώνοντας σε μία οικογένεια που υπάρχει σχιζοφρενικό μέλος.

Η μελέτη αυτή επίσης αποκάλυψε ότι πολλές μεγάλες μητέρες δεν χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες στο σχεδιασμό, αν και οι ίδιοι αυτοί γονείς εξέφρασαν σημαντική ανάγκη για τέτοιου είδους υποστήριξη. Τα συστήματα υπηρεσιών πνευματικής υγείας μπορεί να αργούν στην αναγνώριση των ειδικών προβλημάτων που προκύπτουν καθώς τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς μεγαλώνουν και τα παιδιά τους χρίζουν ανάγκης κοινοτικών υπηρεσιών. Οι Smith και Tobin ανακάλυψαν ότι μπορεί να υπάρχει προκατάληψη κατά υπερηλίκων στο σύστημα υπηρεσιών. Οι υπεύθυνοι της μελέτης ερμήνευσαν την αποφυγή των μεγαλύτερων γονέων του σχεδιασμού για το μέλλον ως πράξη εγωισμού και αναγνώρισαν σημαντική αντίδραση και δυσπιστία ανάμεσα στους ειδικούς και τους μεγαλύτερους γονείς. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η ένταση ανάμεσα στους ειδικούς και τους γονείς θα μπορούσε να ανακουφιστεί μέσω της αυξημένης εκπαίδευσης στη γεροντολογία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι μεγαλύτερες μητέρες στη μελέτη αυτή βρίσκονταν σε πιο προχωρημένο στάδιο οικονομικού σχεδιασμού απ' ότι σχεδιασμού κατοικίας, γεγονός που υποδηλώνει ότι πολλοί γονείς σκέφτονταν το μέλλον. Ωστόσο, ο σχεδιασμός κατοικίας φαίνεται να είναι εξαιρετικά δύσκολο πρόβλημα. Για να προχωρήσουν σε σχεδιασμό κατοικίας, οι γονείς πρέπει να αλληλεπιδράσουν με το ανάπηρο παιδί που αντιτίθεται στην εγκατάλειψη του σπιτιού του, όπως φαίνεται από τα ευρήματά της έρευνας που δείχνουν ότι μόνο το 40% των μητέρων ανέφερε συμφωνία με το παιδί τους κατά τη διάρκεια αυτής της συζήτησης. Οι μητέρες της μελέτης φαίνεται επίσης ότι αντιμετωπίζουν ανακολουθία στην επιθυμία τους να αναλάβει άλλο μέλος της οικογένειάς τους τη φροντίδα του παιδιού τους και την πιθανότητα αυτό να γίνει στην πραγματικότητα. Επίσης, πολλοί γονείς υπέδειξαν την ανάγκη επαγγελματικής βοήθειας στο σχεδιασμό, πράγμα το οποίο δεν γινόταν τη στιγμή της μελέτης.

Οι επαγγελματίες γιατροί πρέπει επομένως να είναι υπέρ της αλλαγής στην αναγνώριση πελατών με γηράσκοντες γονείς και στην επινόηση τρόπων για την προετοιμασία ολόκληρης της οικογένειας για τον αναπόφευκτο χωρισμό. Οι ασθενείς ίσως χρειαστούν σημαντική βοήθεια στην αντιμετώπιση της πραγματικότητας της απώλειας των γονέων και στην αντιμετώπιση του άγχους για το τι πρόκειται να τους συμβεί. Ιδανικό θα ήταν οι επαγγελματίες γιατροί και οι οικογένειες να συνεργάζονται για να επιτύχουν τον ελάχιστο τραυματισμό τόσο του γονέα όσο και του παιδιού που πάσχει από ψυχική ασθένεια.

Η περιγραφική αυτή μελέτη είναι μία αρχική απόπειρα έρευνας του βαθμού στον οποίο οι μεγαλύτερη σε ηλικία γονείς έχουν σχεδιάσει για το μέλλον του παιδιού τους που πάσχει από σοβαρή ψυχική ασθένεια. Σημαντικοί περιορισμοί περιλαμβάνουν ένα αυτο-επιλεγμένο δείγμα με άγνωστη γενίκευση, εμπιστοσύνη σε αυτο-αναφερόμενα δεδομένα από ένα μέλος της οικογένειας και ένα πολλαπλό σχέδιο που δεν συλλαμβάνει τη διαδικασία του σχεδιασμού.

Θεωρούμε πως μελλοντική έρευνα πάνω σε αυτό το σοβαρό και πολύ σημαντικό θέμα θα πρέπει να περικλείει θέματα ως συσχετισμούς σχεδιασμού για το μέλλον, όπως είναι η φροντίδα που παρέχεται, η υγεία της μητέρας, η διάγνωση του παιδιού και τα προβλήματα συμπεριφοράς καθώς και οι υπηρεσίες που απαιτούνται· η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών σχεδιασμού· τα εμπόδια επαγγελματικής ανάμειξης, όπως είναι η έλλειψη αποζημίωσης του χρόνου που σπαταλάται με τις οικογένειες· και τέλος η επίδραση της δημόσιας πολιτικής, όπως είναι τα πρότυπα των διακανονισμών κατοικίας.

γ. ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΜΕ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΜΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ
ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Crisanti A.S.

I. Εισαγωγή

Τα μέλη της οικογένειας πολύ συχνά αντιμετωπίζουν την πρόκληση νοσηλείας ενός συγγενή που έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική ασθένεια, και που πιθανώς είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του αλλά και για τρίτους, αλλά που ο ίδιος δεν αναγνωρίζει την ανάγκη για νοσηλεία. Παρά το κύριο και συχνό ρόλο τους στη διαδικασία αυτή, πολύ λίγα γνωρίζουμε για τις εμπειρίες τους σχετικά με την πολιτική δέσμευση.

Η μόνη μελέτη εμπειριών των μελών της οικογένειας με την πολιτική δέσμευση διεξήχθη από τους McFarland κ.ά., ο οποίος πήρε συνεντεύξεις από 260 μέλη οικογενειών του Oregon οι οποίοι είχαν συγγενή με ψυχική ασθένεια και από τα οποία το 70% είχε ενασχοληθεί με το σύστημα πολιτικής δέσμευσης. Οι αποκρινόμενοι ανέφεραν ότι η διαδικασία της δέσμευσης ήταν πολύ αργή, πολύπλοκη και χρειαζόταν αλλαγές. Τα μέλη των οικογενειών είχαν αγανακτήσει με τις αποτυχημένες απόπειρες νοσηλείας λόγω του ότι το συγγενικό τους πρόσωπο δεν πληρούσε τα κριτήρια και ήταν ενοχλημένοι με το γεγονός ότι σπάνια είχαν βοήθεια στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την ανάγκη της δέσμευσης.

Δεδομένης της έλλειψης ερευνών σχετικά με τις εμπειρίες των οικογενειών για την πολιτική δέσμευση και την ποσοτική εστίαση στην μοναδική μελέτη μέχρι αυτή τη στιγμή, σκοπός αυτής της μελέτης είναι να περιγράψει τις εμπειρίες των οικογενειών σχετικά με την ακούσια νοσηλεία.

ΙΙ. Μέθοδοι

Χρησιμοποιήθηκε ποιοτικό σχέδιο φαινομενολογίας για να εκμαιεύσει τις περιγραφές των μητέρων σχετικά με τις εμπειρίες τους με την ακούσια νοσηλεία των ενήλικων παιδιών τους που πάσχουν από σχιζοφρένια. Συνεντεύξεις διεξήχθησαν με τρεις μητέρες παιδιών με σχιζοφρένια, που στο παρελθόν είχαν επιχειρήσει να νοσηλεύσουν το γιο ή την κόρη τους. Επιλέχθηκαν μητέρες επειδή αυτές είναι συνήθως που φροντίζουν τα ενήλικα παιδιά που πάσχουν από σχιζοφρένια. Επιλέχθηκαν άτομα που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένια επειδή είναι η πιο πιθανή ομάδα ασθενών που νοσηλεύονται ακούσια. Οι αποκρινόμενοι βρέθηκαν μέσω της Οργάνωσης Calgary της Κοινότητας Σχιζοφρενών της Alberta. Τα ενήλικα παιδιά που έπασχαν από σχιζοφρένια ήταν δύο αγόρια και ένα κορίτσι και τα έτη από την αναγνώριση της ασθένειας κυμαίνονται από 12-20.

Οι ερωτήσεις εστίασαν σε τέσσερα χρονολογικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας: (1) πριν από τη νοσηλεία, (2) η διαδικασία εισαγωγής, (3) η παραμονή στο ίδρυμα, και (4) η έξοδος από το ίδρυμα. Διεξήχθησαν άμεσες συνεντεύξεις με μέσο όρο διάρκειας 2,5 ώρες. Η ανάλυση της καταγραφής των συνεντεύξεων ακολούθησε τις οδηγίες που συστήθηκαν

από τον VanKaam σχετικά με την ανάλυση φαινομενολογικών δεδομένων. Η διαδικασία ξεκίνησε με την αναγνώριση των περιγραφικών εκφράσεων και των κοινών στοιχείων. Τα κοινά στοιχεία στη συνέχεια συντέθηκαν σε έναν υποθετικό ορισμό του φαινομένου. Δόθηκε συγκατάθεση από καθένα αποκρινόμενο χωριστά.

ΙΙΙ. Αποτελέσματα

Από τη συνεχή διαδικασία της διαίσθησης, της ανάλυσης και της περιγραφής των γεγονότων των εμπειριών μητέρων με ενήλικα παιδιά που πάσχουν από σχιζοφρένεια σχετικά με την ακούσια νοσηλεία, βγήκαν στην επιφάνεια πέντε σημαντικά θέματα, που αναφέρονται ως κοινά στοιχεία. Αυτά είναι ότι νιώθουν: (1) ξεπεσμό, (2) μπερδεμα, (3) θύματα, (4) άγχος, και (5) ότι κρίνονται. Μία σύνθεση αυτών των στοιχείων υποδηλώνει ότι οι εμπειρίες μητέρων ενήλικων παιδιών που πάσχουν από σχιζοφρένεια σχετικά με την ακούσια νοσηλεία τις έκαναν να νιώθουν ξεπεσμό και ως αποτέλεσμα αυτού του ξεπεσμού νιώθουν μπερδεμένες, θύματα, αγχωμένες και ότι κρίνονται άδικα. Παρακάτω περιγράφεται εν συντομία κάθε κοινό στοιχείο.

ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΗΤΕΡΩΝ

α. Εμπειρία ξεπεσμού

Οι μητέρες περιγράφουν τη διαδικασία πολιτικής δέσμευσης ως ξεπεσμό επειδή, αν και κατοικούσαν με τον ψυχικά ασθενή 24 ώρες το 24ωρο,

οι γνώμες τους δεν μετρούσαν. Όπως είπε και μία μητέρα: «Κανείς δε σκέφτηκε να με ρωτήσει».

β. Μπέρδεμα

Οι μητέρες ανέφεραν ότι νιώθουν ιδιαίτερα αγανακτισμένες, προβληματισμένες και μπερδεμένες σε ότι αφορά γενικά τη διαδικασία δέσμευσης και πιο συγκεκριμένα τα κριτήρια ακούσιας νοσηλείας. Τα περιοριστικά κριτήρια, συγκεκριμένα η επικινδυνότητα προς τον εαυτό του ή προς τρίτους θεωρήθηκε παράλογο και μη αναγκαίο. Μία μητέρα μας εξήγησε: «Τα συμπτώματα όλο και χειροτέρευαν. Ανακαλύψαμε ότι δεν μπορούσαμε να τον πάμε στο νοσοκομείο γιατί δεν πληρούσε τα κριτήρια. Δεν μπορούσα να το πιστέψω. Δεν μπορούσαμε να κάνουμε τίποτα».

γ. Θύμα

Οι μητέρες παιδιών με σοβαρή ψυχική ασθένεια ένιωθαν σαν θύματα του συστήματος υγείας. Μία μητέρα σύγκρινε τη δική της εμπειρία φροντίδας με αυτές μητέρων ενήλικων παιδιών με ψυχική ασθένεια: «Αν ο γιος μου έσπαγε το πόδι του, θα νοσηλευόταν αμέσως. Κανείς δεν θα το αμφισβητούσε. Αλλά, μόνο και μόνο επειδή η ασθένεια επηρεάζει τον εγκέφαλο, πρόκειται για τελείως διαφορετική κατάσταση».

δ. Άγχος

Οι μητέρες ανησυχούσαν για το τι θα γινόταν το παιδί τους αν εκείνες πέθαιναν, ειδικά αν συνεχίζονταν τα εμπόδια για ακούσια νοσηλεία. Όπως αναφέρει μία μητέρα: «Θα ήθελα να πιστεύω ότι όταν κάποια στιγμή «φύγω» κάποιος θα φροντίζει ώστε ο γιος μου να παίρνει τα φάρμακά του, ό,τι κι αν γίνει».

ε. Κρίση

Οι μητέρες εξέφρασαν την άποψή του ότι συχνά ένιωθαν σαν να κρίνονται ως γονείς που προσπαθούσαν να «ξεφορτωθούν το πρόβλημά τους». Μία μητέρα ρώτησε: «Πόσες μητέρες θα πήγαιναν το γιο ή την κόρη τους στα επείγοντα λέγοντας ότι χρειάζεται νοσηλεία λόγω αυτής της εξαιρετικά παράξενης συμπεριφοράς αν πραγματικά δεν χρειαζόταν;»

IV. Συζήτηση

Από τη στιγμή που οι μητέρες παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή και τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών ενήλικων παιδιών τους, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι γνώμες και οι εμπειρίες στη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι οι γενικές εμπειρίες σχετικά με τη δέσμευση ήταν αρνητικές. Οι προσπάθειες νοσηλείας ενός αγαπημένου συγγενικού προσώπου περιγράφονται ως εμπειρίες ξεπεσμού κατά τις οποίες οι μητέρες καταλήγουν να νιώσουν μπερδεμένες, θύματα, αγχωμένες και ότι κρίνονται. Για να διευκολυνθεί αυτή η αγχωτική κατάσταση, οι προμηθευτές

του συστήματος υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψη την επίδραση αυτής της εμπειρίας στις μητέρες καθώς επίσης και το πόσο σημαντικό είναι, όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για τη μητέρα, να συμβουλευόμαστε στον καθορισμό της προδιάθεσης για τον ψυχικά ασθενή ενήλικο γιο τους ή ενήλικη κόρη τους.

Οι ανοιχτές ερωτήσεις κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, σε συνδυασμό με τις υποθέσεις του ποιοτικού παραδείγματος, παρείχαν μία σημαντική ευκαιρία, γεμάτη πληροφορίες για να βγουν στην επιφάνεια οι εμπειρίες των μητέρων. Ωστόσο, το δείγμα ήταν μικρό και τα ευρήματα της μελέτης αυτής μπορούν να διαμορφωθούν γενικά για τις υπόλοιπες μητέρες ενήλικων παιδιών με σχιζοφρένεια. Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εξετάσουν τις εμπειρίες άλλων συγγενών και τις εμπειρίες μελών της οικογένειας που έχουν προσπαθήσει να δεσμεύσουν για πρώτη φορά ένα ασθενή που πρόσφατα διαγνώσθηκε με ψυχική ασθένεια.

2.10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Bowen, η θεραπεία της σχιζοφρένειας δεν απαιτεί μόνο την ψυχοφαρμακευτική και θεραπευτική αγωγή του ασθενούς αλλά επεκτείνεται και στην θεραπεία ολόκληρης της οικογένειας. Έτσι, η Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή με ειδικά εκπαιδευμένα μέλη ομάδας ψυχικής υγιεινής κατ' εξοχήν ασκεί μια νέα ψυχοθεραπευτική μέθοδος, την θεραπεία της οικογένειας η οποία δεν έχει ένα συγκεκριμένο μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης ή παρέμβασης αλλά περισσότερα τα οποία προέρχονται από τις διάφορες σχολές και θεωρίες γύρω από την ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας και τη θεραπεία της. (Μαδιανός Μ.Γ., 2000).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 2000, για τη θεραπεία της οικογένειας όλοι οι μελετητές συγκλίνουν στην άποψη ότι η οικογένεια ως σύνολο είναι ο «άρρωστος». Οι βασικές προσεγγίσεις της οικογενειακής θεραπείας έχουν χαρακτήρα:

- α) ψυχοδυναμικό (Ackerman)
- β) συστηματικό (systems approach)
- γ) δομικό (structural) και
- δ) αναπτυξιακό (Minuchin)

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές στην οικογενειακή θεραπεία ποικίλλουν. Όλες όμως απαιτούν μια ενεργητική στάση από την πλευρά του θεραπευτή. Οι συνεδρίες ανάλογα με τη θεραπευτική προσέγγιση και τις απαραίτητες τεχνικές είναι άλλοτε σχεδιασμένες (Haley), άλλοτε ασχεδίαστες (Whitaker), άλλοτε περιλαμβάνει δύο ή τρεις οικογένειες μαζί

(Laqueur) και άλλοτε λαμβάνουν μέρος και φίλοι ή γείτονες ή οποιοδήποτε άτομο περιλαμβάνεται στο οικογενειακό σύστημα. (Μαδιανός Μ.Γ., 2000).

Η κάθε συνεδρία κυμαίνεται από σαράντα πέντε λεπτά έως και περισσότερες ώρες ενώ η συχνότητά τους είναι συνήθως μία ή δύο φορές την εβδομάδα που μπορεί να φτάσει τις είκοσι ακόμα και τις πενήντα συνεδρίες. (Μαδιανός Μ.Γ., 2000).

Οι κυριότερες σχολές ή κατευθύνσεις στην οικογενειακή θεραπεία είναι τρεις:

- α) Η δομική σχολή,
- β) Η στρατηγική σχολή, και
- γ) Το συστηματικό πρότυπο. (Μαδιανός Μ.Γ., 2000)

Η δική μας μελέτη δεν απαιτεί την ανάλυση των κατευθύνσεων αυτών αλλά την ανάλυση για τη θεραπεία της οικογένειας που έχει ένα ψυχωσικό – σχιζοφρενικό παιδί.

Η θεραπεία της οικογένειας με ένα σχιζοφρενικό παιδί στοχεύει στη μη εδραίωση της οικογενειακής ψυχοπαθολογίας – σχιζοφρένειας που δύναται να παρατηρηθεί μέσα από συμμαχίες (συμβιωτική σχέση, συναισθηματική συγχώνευση), την ψευδοαμοιβαιότητα, τον διπλό δεσμό και την αποδιοπομποποίηση όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. (Μαδιανός Μ.Γ., 2000).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 2000, η θεραπεία της οικογένειας με ένα σχιζοφρενικό παιδί στοχεύει:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟΓΟΝΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

α) Να δημιουργήσει νέες δομές στο οικογενειακό σύστημα που θα συμβάλλουν στην πιο αποτελεσματική ιατρική θεραπεία,

β) Να μειώσει το στρες στην οικογένεια που γίνεται εντονότερο κατά την εκδήλωση συμπτωμάτων της ασθένειας,

γ) Να μειώσει το ρόλο των σωματικών συμπτωμάτων για τη διατήρηση της οικογενειακής ομοιόστασης, και τέλος,

δ) Να προωθήσει την οικογένεια προς την ανάπτυξη αυτονομίας των μελών της και ιδιαίτερα του σχιζοφρενικού παιδιού.

Ο ίδιος συγγραφέας παραθέτει τις εξής βασικές αρχές της θεραπείας οικογένειας με ένα σχιζοφρενικό παιδί:

α) Την σταδιακή αντιμετώπιση της αρρώστιας από τους γονείς.

β) Την ενθάρρυνση του αδιάφορου γονέα να ασχοληθεί με το άρρωστο παιδί του.

γ) Την συναίνεση των γονέων για τον προγραμματισμό της θεραπείας.

δ) Σεβασμός στην ανωριμότητα και τη δυσκολία του μέλους να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα αρρώστιας.

ε) Την ενίσχυση της προσπάθειας των γονέων να συνεργασθούν για να πετύχουν την ανάπτυξη της αυτονομίας, της υπευθυνότητας και της ωριμότητας του άρρωστου μέλους.

στ) Την αξιοποίηση θετικών στοιχείων που προέρχονται από τη θεραπεία του παιδιού, τα οποία αποτελούν μέσα για τη βελτίωση της οικογενειακής επικοινωνίας.

ζ) Την ενίσχυση συνεργασίας με τυχόν αδέρφια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟΓΟΝΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

η) Την προοδευτική μετατόπιση από την αρρώστια προς τη φυσιολογική ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογενειακής ζωής.

θ) Την αντιμετώπιση θεμάτων συζυγικών σχέσεων κατά τη διάρκεια εκδήλωσης των συμπτωμάτων της αρρώστιας.

Σημαντικός και καθοριστικός είναι ο ρόλος του θεραπευτή της οικογένειας. Σύμφωνα με τον Γ.Μ. Μαδιανό, 2000, ο ρόλος του θεραπευτή είναι:

α) Να αναγνωρίζει τους παράγοντες που χρήζουν αλλαγής προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση του άρρωστου μέλους.

β) Να βοηθάει την οικογένεια στην κατανόηση των στόχων του θεράποντα γιατρού.

γ) Να υποστηρίζει τις προσπάθειες του ίδιου του γιατρού με την οικογένεια και το άρρωστο μέλος.

δ) Να συμβάλλει θετικά στην ειλικρινή επικοινωνία μεταξύ γιατρού και οικογένειας.

ε) Να συνεργάζεται με το γιατρό ενημερώνοντάς τον για τα δυναμικά και τις αντιδράσεις της οικογένειας απέναντι στα συμπτώματα της αρρώστιας και τέλος,

στ) Να αποφεύγει να δίνει ιατρικές εξηγήσεις τις οποίες κάνει μόνο ο θεράπων γιατρός.

α. Συνεργασία με την οικογένεια

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι η μέθοδος που χρησιμοποιεί τη δυναμική της ομάδας αποκλειστικά για τα μέλη μιας οικογένειας. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στο ότι η οικογένεια αποτελεί από μόνη της μια αυτόνομη οργανική οντότητα, μέσα στην οποία αναπτύσσονται πολλά προβλήματα που απασχολούν όχι μόνο το άρρωστο μέλος αλλά και όλα τα μέλη της. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Η θεραπεία του ψυχωτικού μέλους αφορά ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα και οι συγγενείς θα πρέπει πρώτα απ' όλα να ενημερωθούν πάνω στη φύση της ψυχιατρικής αρρώστιας, γενικά, και να συνειδητοποιήσουν ότι η δική τους συμπεριφορά θα παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής του αρρώστου. Επιπλέον, θα πρέπει να καταλάβουν ότι τα συναισθήματα ενοχής που αναπτύσσουν δεν βοηθούν καθόλου την όλη κατάσταση αλλά θα πρέπει να συνεργαστούν όλοι μαζί για να στηρίξουν ψυχολογικά την καθημερινή ζωή του παιδιού. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Έτσι, κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή ολόκληρης της οικογένειας στις ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις του ασθενούς με το γιατρό η οποία με την παράλληλη εκπαίδευση των γονέων για την αντιμετώπιση της προβληματικής κατάστασης που δημιουργείται θα επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα αποκατάστασης του παιδιού ψυχοκοινωνικά και επαγγελματικά.

Οι γονείς σύμφωνα με τον Τσιάντη, 1989, εκπαιδεύονται τον τρόπο με τον οποίο θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν στην καθημερινή ζωή του άρρωστου παιδιού,

όπως και πώς να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αναπτύξουν νέες δεξιότητες. Οι δυσκολίες που προκύπτουν από τη διαδικασία εκπαίδευσης των γονέων είναι πολλές (ελλειπής παροχή υπηρεσιών, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εγχειριδίων). Τα οφέλη όμως που αποκομίζουν οι γονείς, το άρρωστο παιδί όπως και τα υπόλοιπα μέλη υπερτερούν ώστε να παραβλεφθούν τα προβλήματα και να προκύψει μια πιο ουσιαστική και αποτελεσματική προσπάθεια εκπαίδευσης των γονέων.

Οι γονείς και τα αδέρφια, παράλληλα με το δύσκολο ρόλο που έχουν αναλάβει της συμβίωσης με ένα σχιζοφρενικό παιδί, θα πρέπει να αφιερώσουν χρόνο και στον εαυτό τους. Οι περισσότεροι γονείς προκειμένου να ξεκουραστούν κάποιες στιγμές παραχωρούν τη φύλαξη των φυσιολογικών παιδιών τους σε συγγενείς και φίλους. Όταν όμως πρόκειται για το παιδί που πάσχει από σχιζοφρένεια τα συγγενικά πρόσωπα και οι φίλοι αδυνατούν να αναλάβουν έστω και την ολιγόωρη φύλαξη. Έτσι οι οικογένειες αναλαμβάνουν την αποκλειστικότητα της καθημερινής ζωής των σχιζοφρενών ατόμων με αποτέλεσμα τις κυριότερες ευθύνες φροντίδας του να τις επωμίζονται μητέρες. Οι μητέρες είναι εκείνες που θα ζήσουν πιο περιορισμένα και θα εκφράσουν την ανάγκη για καθημερινή βοήθεια στη φροντίδα του παιδιού αλλά και κάποια πρόνοια στη διάρκεια των σχολικών διακοπών. Γι' αυτό θεωρούμε απαραίτητη την ύπαρξη μιας υπηρεσίας, της λεγόμενης, σύμφωνα με τον Τσιάντη, ανακουφιστικής φροντίδας, η οποία θα διατίθεται όχι μόνο σε περιόδους κρίσης αλλά και σε βραδινές εξόδους ή σύντομες διακοπές. Ένα σύντομο, ευέλικτο πρόγραμμα φιλοξενίας, σχεδιασμένο έτσι ώστε να

ανταποκρίνεται στην επιθυμία των γονέων που αναζητούν επαρκή φροντίδα από γνωστά πρόσωπα και ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι από πεπειραμένους ανθρώπους φαίνεται ότι έχουν επιτυχία και εκτιμώνται ιδιαίτερα από τους γονείς. (Γ. Τσιάντης, 1989).

β. Αποθεραπεία

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη, 1991, η αποκατάσταση σχιζοφρενών αρρώστων που δεν έχουν τη δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένειά τους ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθολόγος, απαιτεί τη δημιουργία του κατάλληλου εκείνου περιβάλλοντος που θα στηρίξει και θα σταθεί δίπλα στα νέα βήματα που θα προσπαθήσει να κάνει το παιδί. Μια εναλλακτική λύση θα ήταν η ύπαρξη φορέων ανοιχτής περιθάλψεως – όπως μια θετή οικογένεια, ιατρεία αποθεραπείας, νοσοκομεία ημέρας και νοσοκομεία νύχτας, εργαστήρια προστατευμένης εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ
(ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ (ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχωτική, ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά που διαρκούν περισσότερο από έξι μήνες. Η διαταραχή στις σκέψεις εκδηλώνεται με παραμόρφωση της πραγματικότητας, μερικές φορές με παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις και συνοδεύεται από χάλαση των συνειρμών από την οποία προκαλούνται χαρακτηριστικές διαταραχές στο λόγο. Η διαταραχή του συναισθήματος περιλαμβάνει αμφιθυμία, απροσφορότητα ή περιεσφιγμένες συναισθηματικές απαντήσεις. Η διαταραχή συμπεριφοράς μπορεί να εκδηλωθεί με απόσυρση ή παράξενη δραστηριότητα.. (Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων, 2000).

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που δύσκολα μπορεί να εξηγήσει κανείς, λόγω της πολυπλοκότητάς της, τόσο στην αιτιολογία, όσο και στα συμπτώματα που εμφανίζονται. Πραγματοποιεί βαθιά μεταμόρφωση και διάλυση της προσωπικότητας, πράγμα που σημαίνει ότι το άτομο διαταράσσεται ψυχοκοινωνικά και χάνει την ικανότητα για κοινωνικές δεξιότητες, καταφεύγοντας σε παραληρηματικές ονειροπολήσεις και παραστάσεις. Κλείνεται στον εαυτό του, υπάρχουν αντιφατικά συναισθήματα, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις και χρειάζεται υποστήριξη και βοήθεια τόσο το ίδιο το άτομο, όσο και η οικογένειά του.

Ζώντας σε έναν κόσμο που μπορεί να εμφανίζεται παραμορφωμένος, ευμετάβλητος και χωρίς τα στοιχεία εκείνα που όλοι χρησιμοποιούμε για να δεθούμε με την πραγματικότητα, ο ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζεται εξαιρετικά ανήσυχος και συγχυσμένος. Μπορεί να φαίνεται

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ (ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)

απόμακρος, ξεκομμένος, απορροφημένος από τις ιδέες του ή ακόμη να μένει ακίνητος για ώρες χωρίς έναν ήχο.

Σύμφωνα με την Ρασιδάκι Ν.Κ., 1979, ο ασθενής έχει έναν αλλόκοτο τρόπο σκέψης, συμπεριφοράς και αντίληψης του κόσμου που τον περιβάλλει. Έχει μια έντονη εσωτερική ζωή, που κυριαρχείται από φανταστικές ιδέες, το συναίσθημά του παρουσιάζει ασυνέπειες, μοιάζει αποκομμένος από τους συνανθρώπους του και γενικά δίνει την εντύπωση ότι ζει μέσα σ' ένα δικό του κόσμο.

Στις ενότητες που ακολουθούν θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια εμπειριστατωμένη εικόνα της σχιζοφρένειας και του τι συμβαίνει στον ασθενή, με βάση θεωρητικές μελέτες και ουσιαστικές προσεγγίσεις.

3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Όσον αφορά την επιδημιολογία της νόσου υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα επιδημιολογικά δεδομένα των διαφόρων ερευνών για την επίπτωση της σχιζοφρένειας. Αυτές οι διαφορές οφείλονται κυρίως στην ποικιλία των διαγνωστικών μεθόδων και των ορισμών της σχιζοφρένειας που χρησιμοποιούνται (Ζερβής Χ., 1996). Άλλος λόγος, σύμφωνα με τους Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδη Χ., Δημητρίου Ε., 1998, είναι η αδυναμία καταγραφής του συνόλου των αρρώστων, αφού καταγράφονται μόνο εκείνοι που απευθύνονται σε οργανωμένα κέντρα ψυχιατρικής φροντίδας για θεραπεία. Επίσης, λόγω της διαφορετικής οργάνωσης των ψυχιατρικών δομών στις διάφορες κοινωνίες τα επιδημιολογικά στοιχεία που προέρχονται από διαφορετικές χώρες δεν μπορούν εύκολα να συγκριθούν.

Οι ίδιοι αναφέρουν ότι η νόσος προσβάλλει και τα δύο φύλα, αλλά υπάρχουν ορισμένες διαφορές ως προς την έναρξη και την κλινική της πορεία. Έτσι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται πρωιμότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Ακόμη, οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις παρουσιάζουν μικρή υπεροχή νόσησης σε σύγκριση με τις οικονομικά πιο εύρωστες. Όμως και οι δύο αυτές διαφορές αμφισβητούνται. Η υπεροχή των ανδρών μπορεί να είναι φαινομενική γιατί ασχολούνται με περισσότερες δραστηριότητες και χρειάζονται υψηλότερου επιπέδου λειτουργικότητα, οπότε η έκπτωση από τη νόσο γίνεται ευκολότερα αντιληπτή. Από την άλλη η υπεροχή των οικονομικά ασθενέστερων μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι απευθύνονται περισσότερο σε δημόσιες υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας, σε αντίθεση με

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ (ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)

τους οικονομικά ισχυρότερους που καταφεύγουν στην ιδιωτική περίθαλψη, για να αποφύγουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας.

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν., 1997, ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας είναι σταθερός και από μελέτες σε διάφορα μέρη του κόσμου υπολογίζεται από 0,5% ως 1%. Τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν τη νόσο ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Υπάρχει όμως και έναρξη της σχιζοφρένειας και μετά τα 45. Άτομα που εμφανίζουν τη νόσο σε νεαρή ηλικία είναι συνήθως άνδρες, έχουν φτωχότερη προνοσηρή προσαρμογή, χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης, μεγαλύτερη γνωστική έκπτωση σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες και χειρότερη πρόγνωση.

Ο Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000, υποστηρίζει ότι ένας παράγοντας που έχει διερευνηθεί ως προς την επιδημιολογία της νόσου είναι η γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή. Παρά το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια παρουσιάζει συγκρίσιμα ποσοστά συχνότητας στο γενικό πληθυσμό παγκοσμίως, φαίνεται ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην κατανομή των νοσούντων σε διάφορες περιοχές μιας χώρας. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα έχει βρεθεί ότι ορισμένοι νομοί, ορεινοί και απομονωμένοι με κτηνοτροφική οικονομία και ενδογαμικό σύστημα ενδοοικογενειακών σχέσεων παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά σχιζοφρένειας. Επίσης σε άλλες χώρες όπως στις Η.Π.Α., τη Σουηδία, την Κροατία, έχουν επισημανθεί διαφορές ως προς την κατανομή της νόσου, το είδος του πληθυσμού, δηλαδή αγροτικός – αστικός, καθώς και σχετικά με το μέγεθος των πόλεων. Έτσι φαίνεται ότι η συχνότητα της σχιζοφρένειας στις

μεγάλες πόλεις είναι υψηλότερη από αυτή που παρουσιάζεται σε μικρές πόλεις ή αγροτικές περιοχές.

Ο Χαρτοκόλλης, 1991, αναφέρει ότι η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι προβληματική όχι μόνο γιατί η διάγνωσή της είναι δύσκολο να γίνει αντικειμενικά κι επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία για πρώτη ή για πολλοστή φορά και ο άρρωστος να νοσηλεύεται ή όχι. Ας σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσοκομειακών κρεβατιών σε όλο τον κόσμο, σε οποιαδήποτε ώρα, αφορά σχιζοφρενικούς αρρώστους.

3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν., 1997, η έναρξη της σχιζοφρένειας παρατηρείται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής ή ακόμα και μετά τα 45 έτη. Μπορεί να εισβάλλει αιφνίδια ή βαθμιαία. Το άτομο μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται σταδιακά για την προσωπική του εμφάνιση και υγιεινή, να αδιαφορεί για τους γύρω του, να έχει εκκεντρική και παράξενη συμπεριφορά και να κλείνεται στον εαυτό του, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να παρουσιαστούν παράξενες πεποιθήσεις, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, αμβλύ συναίσθημα, παραληρητικές ιδέες, εκρήξεις οργής, απώλεια ενδιαφερόντων και απόσυρση. Όλα αυτά οδηγούν στην πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας, η οποία διαρκεί αρκετές μέρες ή μήνες.

Στη συνέχεια ακολουθεί η ενεργός φάση με την εμφάνιση της πλήρους κλινικής συμπτωματολογίας, μετά την αποδρομή της οποίας υπάρχει η υπολειμματική φάση των συμπτωμάτων. Στην ενεργό φάση η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που κυριαρχούν είναι οι ψευδαισθήσεις, η ασυναρτησία, η παράλογη σκέψη και συμπεριφορά, η αποδιοργάνωση, η χάλαση των συνειρμών. Τα αισθήματα, οι επιθυμίες, οι προθέσεις και οι πράξεις είναι αντιφατικά ή απολύτως ασυμβίβαστα επειδή συνυπάρχουν την ίδια στιγμή, χωρίς καμία δυνατότητα σύνθεσης γι' αυτό και η σχιζοφρένεια έχει χαρακτηριστεί «σαν ορχήστρα χωρίς μαέστρο, βιβλίο χωρίς δέσιμο». Η ενεργός φάση μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή για λίγες εβδομάδες.

Ο Μάνος Ν., 1997, αναφέρει επίσης ότι όταν υποχωρήσει η ενεργός φάση ο ασθενής δεν επανέρχεται στο επίπεδο λειτουργικότητας που βρισκόταν πριν, αλλά εισέρχεται στην υπολειμματική φάση όπου τα συμπτώματα μοιάζουν με εκείνα της πρόδρομης φάσης, δηλαδή το άτομο δεν επανέρχεται στο αφετηριακό επίπεδο της όλης λειτουργικότητάς του, αλλά σε κάποιο επίπεδο υποδεέστερης της προηγούμενης λειτουργικότητας. Συνήθως η κλινική πορεία της νόσου μέσα στο χρόνο ποικίλλει. Άλλοτε είναι επεισοδιακή με υφέσεις και εξάρσεις και άλλοτε είναι συνεχής και χρόνια. Χρόνια χαρακτηρίζεται όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων (πρόδρομης, ενεργής ή υπολειμματικής φάσης) είναι μεγαλύτερη από 2 χρόνια και υποχρόνια όταν είναι μικρότερη.

3.3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της σχιζοφρένειας εξαρτάται από παράγοντες που έχουν σχέση με τον ίδιο τον άρρωστο, τη μορφή της αρρώστιας, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Πιο αναλυτικά δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες αποτελούν το βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό, η ύπαρξη σχιζοφρένειας στην οικογένεια ή άλλης ψυχικής διαταραχής, ενώ το ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό, η οργανωμένη προνοσηρή προσωπικότητα, η καλή επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή του ασθενούς είναι παράγοντες που οδηγούν σε ευνοϊκή πρόγνωση. (Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).

Επίσης, προνοσηρή προσωπικότητα με δυσκολίες προσαρμογής και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, στο σχολείο, στις σχέσεις με το άλλο φύλο, στον επαγγελματικό χώρο, αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα. Η πρόγνωση είναι ακόμη χειρότερη όταν η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται ως σχιζοειδής ή παρανοειδής ή σχιζότυπη ή μεταιχμιακή. Αν η ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι η παιδική ή η εφηβική τότε η πρόγνωση είναι πολύ χειρότερη σε σύγκριση με τις περιπτώσεις που αρχίζουν μετά την Τρίτη δεκαετία. Η ύπαρξη εκλυτικού παράγοντα είναι ευνοϊκό προγνωστικό στοιχείο, ενώ η εξέλιξη είναι δυσμενής όταν δεν υπάρχει εκλυτικό αίτιο. Τέλος η διάρκεια της νόσου και η έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης παίζουν σημαντικό ρόλο στην ευνοϊκή πρόγνωση της σχιζοφρένειας. (Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).

Ο Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000, σημειώνει χαρακτηριστικά ότι το 30% περίπου των σχιζοφρενικών αρρώστων διατηρούν κάποια λειτουργικότητα, το

20%-30% εξακολουθούν να παρουσιάζουν για μικρό χρονικό διάστημα μετρίου βαθμού συμπτωματολογία και μπορούν να ζουν ικανοποιητικά, ενώ το υπόλοιπο 40%-50% των ασθενών έχουν δυσμενή πρόγνωση με συχνές εξάρσεις της νόσου, επαναλαμβανόμενες νοσηλείες και απόπειρες αυτοκτονίας. Στο σημείο αυτό έχει σημασία να παραθέσουμε στον παρακάτω πίνακα τους δείκτες ή παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την πρόγνωση της σχιζοφρένειας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ
ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ**

	<u>Καλή Πρόγνωση</u>	<u>Κακή Πρόγνωση</u>
Ηλικία έναρξης νόσου	Όψιμη	Πρώιμη
Φύλο	Γυναίκα	Άνδρας
Περιγεννητικές επιπλοκές	Όχι	Ναι
Συγγενείς με συναισθηματική διαταραχή	Ναι	Όχι
Συγγενείς με σχιζοφρένεια	Όχι	Ναι
Προνοσηρή κοινωνική προσαρμογή	Καλή	Κακή
Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο	Υψηλό	Χαμηλό
Πνευματικό-μορφωτικό επίπεδο	Υψηλό	χαμηλό
Γάμος/Σεξουαλική ζωή	Ναι	Όχι
Οικογενειακή στήριξη	Ναι	Όχι
Κοινωνική στήριξη	Ναι	Όχι
Τρόπος έναρξης νόσου	Αιφνίδιος	Βαθμιαίος
Διάρκεια νόσου	Βραχεία	Μακρά
Εκλυτικοί παράγοντες	Ναι	Όχι
Επίγνωση του νοσηρού	Ναι	Όχι
Είδος συμπτωμάτων	Θετικά	Αρνητικά
Συναισθηματική ανταπόκριση	Καλή	Επίπεδη
Μανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα	Ναι	Όχι
Συγχυτικές εκδηλώσεις	Ναι	Όχι
Έναρξη θεραπείας	Πρώιμη	Όψιμη
Ανταπόκριση στη θεραπεία	Άμεση	Βραδεία
Συμμόρφωση στη θεραπεία	Ναι	Όχι
Υποτροπές τη νόσου	Σπάνιες	Συχνές
Επιθετική συμπεριφορά	Όχι	Ναι
Χρήση ουσιών	Όχι	Ναι
Νευρολογική σημειολογία	Όχι	Ναι
Κοιλίες εγκεφάλου	Φυσιολογικές	Διευρυμένες

3.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Για την εκδήλωση της ψυχοπαθολογίας της σχιζοφρένειας ενοχοποιούνται ορισμένοι βιολογικοί / γενετικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, αλλά κανένας από αυτούς δεν μπορεί να θεωρηθεί ως απαραίτητη προϋπόθεση και ειδικότερα ως αιτία. Πρόκειται επομένως για παράγοντες κινδύνου που συνεργάζονται για την κινητοποίηση της ψυχοπαθολογικής διεργασίας που οδηγεί προοδευτικά στη σχιζοφρενική αποδιοργάνωση. (Φωτιάδης Χ., Ιεροδιακόνου Χ., Δημητρίου Ε., 1998). Αυτούς τους παράγοντες κινδύνου θα αναλύσουμε παρακάτω.

3.4.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ / ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αναφέρονται στη συμμετοχή γενετικά προκαθορισμένων διαταραχών και μορφολειτουργικών ανωμαλιών που συνδέονται κυρίως με τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Ενδείξεις για τη συμμετοχή γενετικών παραγόντων προέρχονται από συγκριτικές μελέτες σε ομάδες πληθυσμού με καθορισμένες γενετικές σχέσεις. Η ταυτότητα των γενετικών παραγόντων και ο τρόπος μεταβίβασής τους δείχνει ότι οι σχιζοφρένιες έχουν πολυγονιδιακή γενετική εκπροσώπηση. (Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).

Σύμφωνα με παλιότερες κλινικές παρατηρήσεις η σχιζοφρένεια ήταν συνδεδεμένη με εξωτερικά σωματικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως λεπτόσωμος – εγκεφαλικός τύπος και με κάποια επιβράδυνση της ψυχοβιολογικής ανάπτυξης.

Για το ρόλο της κληρονομικότητας στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, ο Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000, αναφέρει χαρακτηριστικά ότι σχετικές έρευνες είχαν αρχίσει από τη δεκαετία του 1930 και είχαν επικεντρωθεί σε τέσσερα επίπεδα:

- α) Μελέτες διδύμων
- β) Μελέτες σε οικογένειες
- γ) Μελέτες σε παιδιά σχιζοφρενικών γονέων
- δ) Αναζήτηση γενετικού στίγματος.

Όσον αφορά τις μελέτες διδύμων, αυτές έδειξαν ότι στους μονοζυγωτές διδύμους τα ποσοστά εμφάνισης της νόσου κυμαίνονται από 35% με 78% σε σύγκριση με τους διζυγωτές που τα ποσοστά κυμαίνονται από 8% με 28%. Παράλληλα μια πρόσφατη φιλανδική επιδημιολογική μελέτη διδύμων έδειξε ότι το 85% της μεταβλητότητας ως προς την «ευαλωτότητα» της νόσου οφείλεται σε επιπρόσθετους γενετικούς παράγοντες και το υπόλοιπο σε επιδράσεις του περιβάλλοντος.

Στη συνέχεια οι μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των σχιζοφρενών έχουν δέκα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο συγκριτικά με ομάδες ελέγχου, ενώ από έρευνες σε παιδιά με σχιζοφρενικούς γονείς διαπιστώθηκε ότι έχουν 40% πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο σε αντίθεση με το 1% πιθανότητα που έχουν τα παιδιά μη σχιζοφρενικών. Πιο αναλυτικά παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών, σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Ν. Γ., 2000, στον ακόλουθο συγκεντρωτικό πίνακα:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ 1%
Γενικός πληθυσμός	1
Αδελφός (όχι δίδυμος) σχιζοφρενούς	8
Παιδί με έναν σχιζοφρενικό γονέα	12
Διζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενούς	12
Παιδί και με τους δύο γονείς σχιζοφρενείς	40
Μονοζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενούς	47

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι φαίνεται να υπεισέρχονται σ' αυτά τα ποσοστά και να τα σχετικοποιούν, με την έννοια ότι εξηγούν την τάση ανάπτυξης της νόσου σε άτομα που ζουν στο ίδιο περιβάλλον.

Παρόλα αυτά παρόμοιες έρευνες σε υιοθετημένα παιδιά, όπου οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αποκλείονται, δείχνουν ότι ο γενετικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας, αφού φαίνεται ότι υιοθετημένα παιδιά σχιζοφρενικών γονιών διατηρούν μεγαλύτερες πιθανότητες, σε σχέση με άλλα παιδιά, να αναπτύξουν τη νόσο παρά το γεγονός ότι έζησαν σ' ένα άλλο «υγιές» περιβάλλον. (Ζερβής Χ., 1996).

Σύμφωνα με τους Rita Wicks-Nelson και Allen C. Israel, 1997, οι ερευνητές που εξετάζουν τα γενετικά δεδομένα προσπαθούν να προσδιορίσουν τον τρόπο της γενετικής μετάδοσης. Η επίδραση ενός και μόνο γονιδίου μπορεί να ενεργεί σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων, αλλά δεν έχει ταυτοποιηθεί κανένα συγκεκριμένο γονίδιο. Επίσης οι περισσότερες περιπτώσεις

σχιζοφρένειας πιστεύεται ότι αφορούν πολυγονίδια, τα οποία συχνά αλληλεπιδρούν με κοινωνικές ή περιβαλλοντικές μεταβλητές. Στην πραγματικότητα, αν και τα γενετικά δεδομένα είναι εντυπωσιακά, δε μας λένε πολλά. Για παράδειγμα οι μονοζυγωτές δίδυμοι με σχιζοφρένεια είναι εξίσου δυνατό να έχουν σχιζοφρένεια όσο και να μην έχουν. Έτσι η πρόκληση είναι να εξηγηθεί ποια είναι και πότε μπορεί να υπάρχει γενετική επιρροή, ποιοι οι άλλοι παράγοντες που μπορεί να εμπλακούν και πώς οι διάφορες μεταβλητές μπορούν να συνεργαστούν, ώστε να προκαλέσουν τη νόσο.

3.4.2. ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (ΚΝΣ)

Όσον αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα τον εγκέφαλο οι επιστήμονες ύστερα από μεγάλο χρονικό διάστημα ασχολήθηκαν ξανά με αυτό το θέμα για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, γιατί η σχετική επιτυχία των ψυχοφαρμάκων που ανακαλύφθηκαν επιβεβαίωσε την ύπαρξη στοιχείων στο κεντρικό νευρικό σύστημα που επιδρούν στην σχιζοφρένεια και δεύτερον γιατί αναπτύχθηκαν τεχνολογικές μέθοδοι απεικόνισης της εγκεφαλικής λειτουργίας, οι οποίες δίνουν μέχρι σήμερα ποικιλία ευρημάτων. Έτσι σύμφωνα με τις «δομικές» απεικονιστικές μεθόδους (CT και MRI) έχουν διαπιστωθεί αδρές ανωμαλίες σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου ενώ με βάση τις «λειτουργικές» απεικονιστικές μεθόδους έχουν παρατηρηθεί μείωση του μεταβολισμού στους μετωπιαίους λοβούς με παράλληλη αδυναμία

αύξησης της αιματικής ροής κατά τη διάρκεια προκλητικών ψυχολογικών δοκιμασιών κ.ά. (Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000).

Ο Ζερβής Χ., 1996, αναφέρει ότι σύγχρονες νευροανατομικές υποθέσεις στηρίζονται στην άποψη ότι ο εγκέφαλος είναι οργανωμένος σε νευρικά κυκλώματα και ότι κάποια ανατομική ή λειτουργική βλάβη σε κάποιο από αυτά διαταράσσει την ομαλή λειτουργία του όλου συστήματος. Οι πρόσφατες έρευνες πάντως δεν αναδεικνύουν κάποια συγκεκριμένη βλάβη που θα εξηγούσε τη σχιζοφρενική νόσο αλλά από την άλλη πλευρά εντοπίζουν κάποιες λεπτές εγκεφαλικές δυσλειτουργικές στο μεταιχμιακό σύστημα, στον μετωπιαίο φλοιό ή και στα δύο, που ενισχύουν την άποψη ότι το ΚΝΣ συμμετέχει στην αιτιολογία της νόσου.

Παράλληλα χρησιμοποιούνται σύγχρονες τεχνικές μελέτης της δομής και λειτουργίας του εγκεφάλου και του ΚΝΣ, όπως η μελέτη του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, της ηλεκτροδερματικής αντίδρασης και του ηλεκτροοφθαλμογραφήματος. Έχουν διαπιστωθεί διάφορου τύπου ηλεκτροεγκεφαλογραφικές ανωμαλίες και μεταβολές τόσο των πρώιμων όσο και των όψιμων κυματομορφών κατά τη διάρκεια παρουσίασης ερεθισμάτων. Η γενική εκτίμηση είναι ότι στη σχιζοφρένεια, μετά από μια αυξημένη κινητοποίηση, ακολουθεί μείωση στην ικανότητα επεξεργασίας των ερεθισμάτων. 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». (T. LEMPERIERE – A. FELINE και Συνεργάτες, 1995).

Όσον αφορά την ηλεκτροδερματική αντίδραση, σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες, αυτή βρέθηκε αρκετά μειωμένη ή και απύσα σε σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών. Επίσης παρατηρήθηκαν ανώμαλες οφθαλμικές κινήσεις σε σχιζοφρενείς και στους πρώτου βαθμού συγγενείς. Τέλος νευροψυχολογικά δεδομένα δείχνουν ότι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχή ως προς την επεξεργασία των πληροφοριών καθώς και ελλειμματική λειτουργικότητα. (Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000).

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι με βάση αυτά τα δεδομένα παρατηρούνται διαταραχές σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου που εμποδίζουν τη σωστή λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος αλλά παρόλα αυτά δεν έχει διαπιστωθεί εάν η σχιζοφρένεια είναι διαταραχή στην ανάπτυξη του εγκεφάλου ή αν πρόκειται για ασθένεια που προσβάλλει τον φυσιολογικά ανεπτυγμένο εγκέφαλο.

3.4.3. ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι πια αποδεκτό ότι η σχιζοφρένεια έχει νευροβιολογική βάση. Η πιο διαδεδομένη νευροβιολογική υπόθεση στηρίζεται στην άποψη ότι στη σχιζοφρένεια υφίσταται μια διαταραχή των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων, κυρίως του ντοπαμινοεργικού. Η ντοπαμινεργική υπόθεση θεωρεί ότι στη σχιζοφρένεια παρατηρείται υπολειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος. Καθώς τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποκλείουν τη δράση της ντοπαμίνης στους

υποδοχείς της, αυτή η υπόθεση θα μπορούσε να εξηγήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα των αντιψυχωτικών φαρμάκων και κατ' επέκταση τα αίτια της νόσου, αν δεν υπήρχαν τα εξής προβλήματα:

- α) Δεν έχει αποδειχθεί η ύπαρξη αυξημένης δραστηριότητας ντοπαμίνης στους εγκεφάλους των σχιζοφρενικών.
- β) Δεν έχει αποδειχθεί ότι ο αποκλεισμός υποδοχέων ντοπαμίνης, ο οποίος φαίνεται να συμπίπτει με τα αντιψυχωτικά αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων, οφείλεται στη βελτίωση της ψύχωσης.
- γ) Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά «αντισχιζοφρενικά» αλλά χρησιμοποιούνται και σ' άλλες διαταραχές. (Μάνος Ν., 1997).

Επίσης έχει βρεθεί ότι και άλλα νευροδιαβαστικά συστήματα εμπλέκονται στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας καθώς και διάφοροι άλλοι υποδοχείς ντοπαμίνης, οι οποίοι ακόμα διερευνώνται.

3.4.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Οι επιπλοκές αυτές φαίνεται στατιστικά να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης νόσου. Έτσι ανοξαιμικές καταστάσεις του εμβρύου, τροφική στέρηση, προγεννητικό stress και ιώσεις συναντώνται συχνά στο ιστορικό σχιζοφρενών συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι οι σπασμοί, το μειωμένο βάρος του νεογνού, η μικρότερη περίμετρος του κρανίου, το μειωμένο βάρος της μητέρας. (Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000).

Οι Rita Wicks-Nelson και Allen C. Israel, 1997, αναφέρουν ότι προγεννητικές καθώς και επιπλοκές στη γέννα εμφανίζονται να σχετίζονται με κάποιες, αν και όχι με όλες τις περιπτώσεις σχιζοφρένειας σε παιδιά και ενηλίκους. Για παράδειγμα, η σχιζοφρένεια σχετίστηκε με μια επιδημία γρίπης στη Δανία, ειδικά όταν η έκθεση στον ιό εμφανίστηκε στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Τέτοιες επιπλοκές μπορεί να δρουν από μόνες τους ή με άλλους παράγοντες και να προκαλούν σχιζοφρένεια σε ευπαθή άτομα. Πραγματικά μια μελέτη από τον Cannon (1993) και τους συνεργάτες του υποδηλώνει ότι η αιτιολογία μπορεί να είναι περίπλοκη. Τα αποτελέσματα προέρχονται από μια Δανέζικη έρευνα ενδεχόμενου υψηλού κινδύνου στην οποία παιδιά με γονείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια είχαν παρακολουθηθεί για αρκετά χρόνια. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και ο γενετικός κίνδυνος, ο καθένας ανεξάρτητα, συνείσφερε στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας αλλά επιπρόσθετα αυτές οι μεταβλητές ενεργούσαν μαζί για να προκαλέσουν την ασθένεια.

3.4.5. ΕΠΟΧΗ, ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Σύμφωνα με τον Ζερβής Χ., 1996, υπάρχουν ενδείξεις ότι η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη σε άτομα που γεννιούνται το χειμώνα. Έχει παρατηρηθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός σχιζοφρενών γεννιέται κατά τους χειμερινούς μήνες ή τους πρώτους μήνες της Άνοιξης. Αυτό αποδίδεται στο ότι αυτούς τους μήνες υπάρχει αυξημένη έκθεση του νεογνού σε ιώσεις. Επίσης ο τόπος γέννησης παίζει σημαντικό ρόλο, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι η

σχιζοφρενική νόσος συναντάται συχνά στους πρωτότοκους ολιγομελών οικογενειών ή στα μικρότερα παιδιά πολυτέκνων. Όμως μεθοδολογικά προβλήματα σχετικά μελετών δεν επιτρέπουν την αξιολόγηση αυτών των δεδομένων.

3.4.6. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

Έχει αξιολογηθεί ως σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας για τη σχιζοφρένεια. Ο ψυχοτραυματισμός της μετανάστευσης καθώς και η πιθανότητα να μεταναστεύσουν από μία κοινωνία σε μία άλλη περισσότερα «προ-σχιζοφρενικά» άτομα έχουν συζητηθεί ως κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες. Από την άλλη πλευρά έχει βρεθεί ότι οι μετανάστες δεύτερης γενιάς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου σε σχέση με τους μετανάστες της πρώτης γενιάς, γεγονός που δε συμφωνεί με την προηγούμενη υπόθεση. (Χριστοδούλου Ν. Γ., 22000).

3.4.7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τους T. Lempriere και A. Feline και τους συνεργάτες τους, 1995, ο ρόλος της οικογένειας στη γένεση της σχιζοφρένειας μελετήθηκε από πολύ νωρίς και έχει σημασία για την κατανόηση της σχιζοφρενικής παλινδρόμησης. Το οικογενειακό περιβάλλον είναι ο πρώτος χώρος, όπου σε πολύ πρώιμα στάδια αναπτύσσονται οι πρώτες διαπροσωπικές σχέσεις μέσα σε συνθήκες εξάρτησης και έντονης ανάγκης για ασφάλεια. Κατά τον Racamier η προοδευτική εξατομίκευση της προσωπικότητας πραγματοποιείται καθώς το

παιδί συνειδητοποιεί το ενδιαφέρον και την αγάπη που τρέφουν γι' αυτό οι γονείς του. Αυτό ωθεί το παιδί να προσδώσει ιδιαίτερα θετική αξία στον εαυτό του ως αντικείμενο αγάπης. Έτσι μέσα σ' αυτή την ατμόσφαιρα διαπλάθεται σταδιακά το Εγώ και η προσωπικότητα του παιδιού.

Οι ίδιοι αναφέρουν ότι οι γονείς των σχιζοφρενών δεν μπορούν να δώσουν στο παιδί τους μιας σταθερή συναισθηματική σχέση κυρίως στην περίοδο εκείνη που το παιδί χρειάζεται μια τέτοια σχέση για να διαμορφώσει την προσωπικότητά του. Επομένως το οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει ένα παιδί και οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα σε αυτό και τους γονείς, ιδίως τη μητέρα, συμβάλλει σημαντικά στην αιτιολογία της σχιζοφρενικής νόσου.

3.4.8. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998, αναφέρουν ότι η σχιζοφρένεια εκφράζει την αποδιοργάνωση της προσωπικότητας εξαιτίας ενδοψυχικών και περιβαλλοντογενών-ψυχολογικών παραγόντων τους οποίους θα αναλύσουμε παρακάτω.

Οι ενδοψυχικοί παράγοντες αναφέρονται στην αδυναμία των μηχανισμών της αντίληψης και της συνειδητοποίησης και στην ανικανότητα του ατόμου να επικεντρωθεί στις «ουσιαστικές» πληροφορίες. Ο καταγιγισμός αυτών των μηχανισμών αντίληψης και συνειδητοποίησης με ασαφής και αόριστες πληροφορίες έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να διακρίνει και να ξεχωρίσει το ουσιαστικό από το μη ουσιαστικό, το

πραγματικό από το μη πραγματικό, το υποκειμενικό από το αντικειμενικό. Με τον τρόπο αυτό παραποιείται η πραγματικότητα, αποδιοργανώνεται η ικανότητα του Εγώ και διαφοροποιείται από το αντικειμενικό περιβάλλον. Προοδευτικά το Εγώ οδηγείται σε ασαφή αίσθηση της πραγματικότητας, της οποίας αρχίζει σιγά σιγά να χάνει τον έλεγχο και την ικανότητα χειρισμού. Αυτή η αδυναμία χειρισμών προκαλεί έντονο άγχος το οποίο αυξάνει την αναποτελεσματικότητα του Εγώ, αποδιοργανώνει τους μηχανισμούς προσαρμογής και κινητοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι, προσπαθώντας να αποφύγει τον καταγισμό αναξιολόγητων πληροφοριών και μηνυμάτων, το Εγώ στρέφεται προς εαυτό και αποσύρεται από το περιβάλλον, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια εξωπραγματική βίωση που χαρακτηρίζεται από την συμβολική αυτιστική σκέψη και δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Αναφορικά με τους περιβαλλοντογενείς παράγοντες, οι ίδιοι αναφέρουν ότι θεωρούν την προσωπικότητα της μητέρας κατά πρώτο λόγο και του πατέρα κατά δεύτερο ως βασικά πρότυπα για τις διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών που ανατρέφουν. Ως αρνητικά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα της μητέρας θεωρούνται η ανωριμότητα, η συναισθηματική ψυχρότητα, η απορριπτική συμπεριφορά, η αναποφασιστικότητα, η αμφιθυμία. Από την άλλη η αδιαφορία, η ψυχρότητα για την οικογένεια, η παθητικότητα, η επιθετικότητα, η βίαιη συμπεριφορά είναι τα αρνητικά στοιχεία της προσωπικότητας του πατέρα.

Όταν η μητέρα δεν υπάρχει και ανατίθεται η φροντίδα των παιδιών σε άλλα πρόσωπα ή επικρατεί σύγχυση ανάμεσα στο ρόλο του πατέρα και της

μητέρας, τότε δημιουργείται ασάφεια της ίδιας της ταυτότητας και οδηγούν τη διαπροσωπική επικοινωνία σε αδιέξοδο. Έτσι η προσωπικότητα, αδυνατώντας να επικοινωνήσει με το περιβάλλον, χάνει προοδευτικά την επαφή της με αυτό, οι απαιτήσεις για προσαρμογή συνειδητοποιούνται ως απειλή νέας αποτυχίας και η ενεργοποίηση των μηχανισμών άμυνας ορθώνει το τείχος προστασίας (αυτισμός) κι απομονώνει το άτομο από το περιβάλλον, που στα δικά του μάτια μοιάζει απειλητικό. (Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).

Κατά την ψυχαναλυτική θεωρία τα αίτια θα πρέπει να αναζητηθούν στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Έντονες και πρώιμες συναισθηματικές διαταραχές των σχέσεων του βρέφους ή του μικρού παιδιού με τη μητέρα κυρίως αλλά και με τον πατέρα, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας. Έχουν περιγραφεί από τους ψυχαναλυτές τύποι «μητέρων σχιζοφρενών», όμως οι γονείς των σχιζοφρενών συχνά δεν φαίνεται να πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο. Εν τούτοις, αναλύοντας τη συμπεριφορά τους, προκύπτει ότι δεν έχουν σταθερή εκτίμηση της πραγματικότητας, οι ικανότητές τους για συναισθηματική αλληλεπίδραση με τα παιδιά τους είναι μειωμένη και παρουσιάζουν έντονο άγχος ή επιθετικές αντιδράσεις. (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1993).

Κατά τους Rita Wicks-Nelson και Allen C. Israel, 1997, στην ψυχολογική αιτιολογία της σχιζοφρένειας εντάσσονται τα γεγονότα της ζωής, ο ρόλος και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας. Γεγονότα της ζωής θεωρούνται τα αντίξοα γεγονότα ή οι απαιτήσεις για αλλαγή που είναι

στρεσογόνες. Τέτοια γεγονότα αυξάνονται τις εβδομάδες πριν από την εμφάνιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Αρχικά είχε υποτεθεί ότι η σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία προκαλούνταν από οικογενειακούς παράγοντες, όπως ανώριμη μητέρα και παθητικός πατέρας, ανικανότητα του παιδιού να αποκοπεί από τη μητέρα και αντιδράσεις στο παθολογικό δυναμικό της οικογένειας. Οι οικογένειες με έναν ενήλικο σχιζοφρενή είχαν περιγραφεί ότι είχαν αποκλίνουσες αλληλεπιδράσεις. Όμως υπήρχαν δυσκολίες μ' αυτή τη πρώιμη έρευνα, γιατί καμία αποκλίνουσα αλληλεπίδραση δε βρέθηκε που να σχετίζεται και από την άλλη πλευρά η αποκλίνουσα αλληλεπίδραση θα μπορούσε να είναι το αποτέλεσμα του ότι μέσα στην οικογένεια υπήρχε ένα δυσλειτουργικό μέλος και όχι να είναι η αιτία.

Σύμφωνα με τους Rita Wicks-Nelson και Allen C. Israel, 1997, σήμερα υπάρχει ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον στην οικογένεια με έμφαση στο αλληλεπιδραστικό μοντέλο ανάπτυξης. Μια σειρά μελετών έχει εξετάσει την αποκλίνουσα επικοινωνία, που έχει οριστεί ως αόριστη, απροσάρμοστη και διαταραγμένη. Ανάμεσα στα ευρήματα είναι και το γεγονός ότι η αποκλίνουσα επικοινωνία ήταν υψηλότερη σε οικογένειες με παιδιά με σχιζοφρένεια από ότι σε οικογένειες με παιδιά που εμφάνιζαν κατάθλιψη ή μια άλλη σχετική πάθηση. Επίσης τα παιδιά στις οικογένειες με υψηλή αποκλίνουσα επικοινωνία ήταν πιο καταπονημένα και παρουσίαζαν πρόβλημα στο θέμα της προσοχής. Οι ερευνητές σημείωσαν ότι η ευπάθεια στον τομέα της προσοχής σε

συνδυασμό με την αποκλίνουσα επικοινωνία μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία στην προσοχή και ψυχολογική διαταραχή.

Οι ίδιοι αναφέρουν ότι σύμφωνα με μια φιλανδική μελέτη υιοθεσιών, στην οποία φαίνεται η επίδραση του οικογενειακού κλίματος, τα περισσότερα υιοθετημένα παιδιά που παρουσίαζαν σχιζοφρένεια είναι σχιζοφρενείς μητέρες. Σε όλες τις περιπτώσεις όμως αυτά τα υιοθετημένα παιδιά είχαν μεγαλώσει σε οικογένειες που χαρακτηρίζονταν από διαταραγμένες σχέσεις. Παράλληλα τα υιοθετημένα παιδιά των σχιζοφρενών που είχαν μεγαλώσει σε υγιές περιβάλλον είχαν ποσοστό σχιζοφρένειας περίπου το ίδιο με αυτό του γενικού πληθυσμού. Συνεπώς με βάση τις παραπάνω έρευνες, τα ευπαθή παιδιά που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες οικογενειακές αλληλεπιδράσεις είναι ιδιαίτερα αγχώμενα (διεγερμένα) και αυτός ο συνδυασμός των μεταβλητών θέτει έναν κίνδυνο για σχιζοφρένεια ή σχετική διαταραχή.

3.4.9. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας ενοχοποιήθηκαν και ορισμένοι κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα η ηθική απομόνωση σε ένα νέο ή απορριπτικό περιβάλλον, οι δυσκολίες προσαρμογής στις σπουδές ή στον επαγγελματικό χώρο, όταν βιώνονται ως ανασφάλεια ή πηγή συγκρούσεων με τους γονείς. Άλλοι παράγοντες είναι η έλλειψη συνοχής και οικειότητας του ατόμου με την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει, η αλλοτρίωση στο σύγχρονο τεχνοκρατικό περιβάλλον, οι κοινωνικές και

πολιτισμικές συνθήκες, η κοινωνική απομόνωση. (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1993).

Πιο αναλυτικά οι κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες καθώς και τα ίδια τα άτομα συμβάλλουν στη διαμόρφωση των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας αλλά και ανάμεσα στα άτομα – μέλη και την κοινωνία. Οικονομικοί παράγοντες, μορφωτικό επίπεδο, ήθη και έθιμα, επαγγελματική απασχόληση και σταθερές κοινωνικές δομές εξασφαλίζουν ένα κοινωνικόπολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο δραστηριοποιείται και καθορίζει το ρόλο του στην κοινωνική ζωή. Έτσι κάθε διαταραχή σ' αυτούς τους παράγοντες κοινωνικοπολιτισμικού πλέγματος, οδηγεί σε αστάθεια της σχέσης προσωπικότητας – περιβάλλοντος και ανάλωση της προσωπικότητας σε προσπάθειες αναπροσαρμογών. (Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).

Επιπρόσθετα κοινωνικές καταστάσεις που προκαλούν αναστάτωση, όπως η ανάπτυξη της βιομηχανικής κοινωνίας και της αστυφιλίας, η αύξηση των κοινωνικών υποχρεώσεων και των ψυχοπιεστικών επιδράσεων, η μετανάστευση, ο ρατσισμός έχουν συμπεριληφθεί ως αιτίες για την εμφάνιση της σχιζοφρενικής νόσου. Αν και οι ψυχολογικές επιπτώσεις αυτών των παραγόντων δεν παίζουν καθοριστικό ρόλο, ωστόσο είναι δυνατόν να επιταχύνουν τη διαδικασία κοινωνικής αλλοτρίωσης του σχιζοφρενούς. (L. Temperiere – A. Feline και συνεργάτες, 1995).

3.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διάφορα συμπτώματα που ποικίλουν σε βαθμό και ένταση ανάλογα με τον τρόπο έναρξης, τη διάρκεια και τη βαρύτητα της διαταραχής αλλά και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς. Αυτό που εδώ έχει σημασία είναι ότι καθένα από αυτά τα συμπτώματα δεν μπορεί από μόνο του να προσδιορίσει διαγνωστικά τη νόσο. Γι' αυτό ακριβώς απαιτείται η διερεύνηση του πλαισίου ανάπτυξής τους και η αλληλοσυνάρτησή τους μέσα στο χρόνο με βάση τη λήψη ενός σωστά δομημένου ιστορικού. Έτσι λοιπόν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι ακολούθως τα εξής:

3.5.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, οι διαταραχές στη σκέψη παίζουν σημαντικό ρόλο στη συμπτωματολογία της νόσου και διακρίνονται σε:

α) Διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης. Η σκέψη παρουσιάζει χάλαση των συνειρμών. Οι ιδέες διαδέχονται η μία την άλλη χωρίς ουσιαστική λογική σχέση ή συνδέονται με έναν τρόπο συμπτωματικό, χωρίς αυτός που μιλάει ή γράφει να έχει συναίσθηση της ασυναρτησίας του. Άλλες φορές η σκέψη, όπως εκφράζεται, φαίνεται να είναι λογική αλλά στο τέλος ο ακροατής αισθάνεται ότι δεν ειπώθηκε κάτι το συγκεκριμένο και ουσιώδες. Ακόμα η συστηματική χρήση λέξεων που χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν άλλο νόημα από αυτό που κανονικά έχουν (νεολογισμοί), η εμμονή στις ίδιες λέξεις, ιδέες (ιδεοληψία), η συνάρτηση λέξεων που έχουν την ίδια κατάληξη ή απλά

μοιάζουν ηχητικά (ηχητικός συνειρμός), η επανάληψη σαν ηχώ λέξεων ή φράσεων που προσφέρει κάποιος άλλος (ηχολαλία) είναι μερικά παραδείγματα αυτής της διαταραχής.

β) Διαταραχές στη ροή της σκέψης. Σ' αυτή την κατηγορία των διαταραχών ανήκει κυρίως η ανακοπή της σκέψης. Η σκέψη διακόπτεται ξαφνικά, απότομα χωρίς να προσπαθήσει το άτομο να την διατυπώσει αλλιώς.

γ) Διαταραχές στον έλεγχο και στην κατοχή της σκέψης. Στην ομάδα αυτή υπάγονται:

- το αίσθημα απώλειας της σκέψης
- το αίσθημα παρεμβολής ξένων σκέψεων
- το αίσθημα απώλειας της στεγανότητας των σκέψεων, όπου το άτομο εκφράζει προς τα έξω τις σκέψεις του.

δ) Διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης. Εντάσσονται εδώ οι παραληρητικές ιδέες, οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης και οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης.

Όσον αφορά τις παραληρητικές ιδέες είναι συνήθως συναισθηματικά φορτισμένες και ανάλογα με το περιεχόμενό τους διακρίνονται σε:

- Διωκτικές, όπου το άτομο πιστεύει ότι τον καταδιώκουν άλλα άτομα ή οργανώσεις για να το εξοντώσουν.
- Μεγαλείου, όπου το άτομο πιστεύει ότι έχει έρθει στον κόσμο για έναν συγκεκριμένο προορισμό, όπως για να μεταφέρει θεϊκά μηνύματα, να ιδρύσει νέα ιδεολογία, να κάνει μια σημαντική ανακάλυψη κ.ά.

- Υποχονδριακές, όπου το άτομο κατακλύζεται από παράδοξες σωματικές ενοχλήσεις.
- Αποκαλυπτικές – κοσμογονικές, όπου υπάρχουν ιδέες καταστροφής του κόσμου, επικείμενης έλευσης της δευτέρας παρουσίας.
- Ερωτομανιακές, όπου το άτομο πιστεύει ότι το έχουν ερωτευθεί σημαντικές προσωπικότητες.
- Ζηλοτυπικές, όπου κυριαρχούν οι πεποιθήσεις απιστίας του συντρόφου.

Γενικά, οι παραληρητικές ιδέες αναδύονται αιφνίδια, το άτομο τις αποδέχεται αμέσως, τις υποστηρίζει με μεγάλη πίστη και χαρακτηρίζονται από το ανεξήγητο και απρόβλεπτο της εμφάνισής τους την πρώτη φορά και το αποκαλυπτικό του περιεχομένου τους. Ο Χαρτοκόλλης, 1991, αναφέρει για το παραλήρημα ότι πρόκειται για μια προσωπική φαντασίωση που ο ασθενής την πιστεύει για αληθινή, ενώ είναι φανερό ότι δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα. Η ύπαρξη του παραληρήματος δείχνει μια ανασφάλεια του Εγώ, την αίσθηση ότι το άτομο κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι και την προσπάθεια να αποφύγει τον κίνδυνο ή να ενισχυθεί η συνοχή του Εγώ. Το παραλήρημα εμπλέκει το περιβάλλον μ' έναν τρόπο απειλητικό, ενεργητικό, κριτικό ή υποτιμητικό για τον άρρωστο και καθόλου υποστηρικτικό.

Οι ιδέες αναφοράς ή συσχέτισης κάνουν το άτομο να πιστεύει ότι αποτελεί το επίκεντρο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων που έχουν ιδιαίτερη σημασία, ενώ οι ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης φέρουν το άτομο να είναι έρμαιο εξωτερικών επιδράσεων, όπως μάγια που επηρεάζουν τη σκέψη ή τη συμπεριφορά του. (Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000).

3.5.2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν η απροσωποποίηση, η αποπραγματοποίηση, οι διαταραχές του σωματικού Εγώ, οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Ξεκινώντας με την απροσωποποίηση και την αποπραγματοποίηση το άτομο αισθάνεται μια ανεξήγητη σωματοψυχική μεταβολή του εαυτού του ή του περιβάλλοντος αλλά χωρίς να προσδιορίζεται το είδος της μεταβολής. Οι διαταραχές του σωματικού Εγώ έχουν σχέση με την παραποίηση του σχήματος, της υφής, της λειτουργίας των οργάνων ακόμα και ολόκληρου του σώματος. (Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).

Επιπλέον οι ψευδαισθήσεις σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη, 1991, δημιουργούνται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα. Πρόκειται για μια ολοκληρωμένη ακραία μορφή παραληρήματος. Οι ψευδαισθήσεις διακρίνονται σε ακουστικές, οπτικές, γευστικές, οσφρητικές και απτικές. Οι ακουστικές είναι συχνότερες στη σχιζοφρένεια. Μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι και κυρίως φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή απέξω. Οι φωνές τον σχολιάζουν, του ασκούν κριτική ή τον προτρέπουν να κάνει κάτι, συνήθως κακό στον εαυτό του ή στους άλλους. Μπορεί να απευθύνονται άμεσα σε αυτόν ή να συνομιλούν μεταξύ τους για τον ασθενή, μπορεί να είναι συνεχείς ή επεισοδιακές, σαφείς ή συγκεχυμένες, οργανωμένες ή αόριστες. Παραδείγματα και των άλλων μορφών ψευδαισθήσεων είναι ότι το άτομο αισθάνεται τη γεύση του φαρμάκου που φαντάζεται ότι του έχουν ρίξει στο φαγητό για να τον δηλητηριάσουν ή

αισθάνεται την οσμή ενός δηλητηριώδους αερίου ή του δικού του κορμιού που φοβάται ότι έχει αρχίσει να σαπίζει.

Σύμφωνα πάλι με τον ίδιο, η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποια αίσθηση εκφράζει καλύτερα το ψυχολογικό πρόβλημα που απασχολεί τον ασθενή. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις δείχνουν μια σύγχυση ανάμεσα στο εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο και οφείλονται στην αποσύνθεση του Υπερεγώ. Από την άλλη οι οπτικές ψευδαισθήσεις αντιπροσωπεύουν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του ατόμου, γι' αυτό και προκαλούν μεγαλύτερο φόβο από τις ακουστικές.

«Τόσο το παραλήρημα όσο και η ψευδαίσθηση διακινούνται από την πρόθεση να αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα, που έχει διακοπεί με την ψυχωτική διαταραχή». Την άποψη αυτή διατύπωσε πρώτος ο Freud και παραδέχτηκε ο Bleuler προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, όπου τόσο οι ψευδαισθήσεις όσο και το παραλήρημα αποτελούν δευτερογενή ή συμπληρωματικά συμπτώματα, οφειλόμενα στη διαταραχή του συνειρμού, την οποία θεώρησε υπεύθυνη για τη δυσκολία επαφής με την πραγματικότητα που χαρακτηρίζει τους σχιζοφρενικούς αρρώστους. (Χαρτοκόλλης, 1991).

Τέλος οι παραισθήσεις αφορούν σε παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων.

3.5.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν., 1997, η διαταραχή του συναισθήματος, εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχει σε έντονο βαθμό, δεν αποτελεί χρήσιμο διαγνωστικό στοιχείο γιατί είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ακριβώς. Ο Χαρτοκόλλης, 1991, με τη σειρά του αναφέρει ότι είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς τη σκέψη από το συναίσθημα γιατί όσο και αν ακούγεται παράδοξο κανείς δεν ξέρει ποιο έρχεται πρώτο από τα δύο. Στη σχιζοφρένεια ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται και ότι δεν νιώθει ούτε χαρά ούτε λύπη.

Κατά τον Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, στις διαταραχές συναισθήματος υπάγονται η αμφιθυμία, η συναισθηματική δυσαρμονία, η συναισθηματική έκπτωση και άλλες συναισθηματικές διαταραχές όπως το άγχος, η αμηχανία, η συναισθηματική ακαμψία κ.ά. Η αμφιθυμία κάνει τον ασθενή να κυριαρχείται την ίδια στιγμή από αντίθετα μεταξύ τους συναισθήματα π.χ. μισεί και αγαπάει την ίδια στιγμή το ίδιο άτομο με αυτή την ένταση.

Η συναισθηματική δυσαρμονία υποδηλώνει τη διάσταση ανάμεσα στο μέγεθος του συγκινησιακού ερεθίσματος και στον τρόπο που ανταποκρίνεται το άτομο. Έτσι άλλες φορές παραπονιέται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις για παράδειγμα τον καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάει ή εκεί που είναι ήρεμος αρχίζει ξαφνικά χωρίς λόγο να φωνάζει τρομαγμένος ή θυμωμένος. Ακόμα ο ασθενής αρχίζει να αποστασιοποιείται συναισθηματικά από το περιβάλλον του, γίνεται απαθής, το συναίσθημα είναι αμβλύ και επίπεδο, οπότε μιλάμε για συναισθηματική έκπτωση. (Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000).

3.5.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΒΟΥΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια χάνει σταδιακά την ικανότητα να παίρνει πρωτοβουλίες και να δείχνει ενδιαφέρον για όσα συμβαίνουν έξω από αυτόν, με αποτέλεσμα να μη συμμετέχει ενεργά σε κοινές ασχολίες, στην επαγγελματική και κοινωνική του ζωή και να παραλύει η θέλησή του να πάρει οποιαδήποτε απόφαση. Σύμφωνα με τους Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδη Χ., Δημητρίου Ε., 1998, στις διαταραχές βούλησης εντάσσονται η αμφιθυμία και η αμφιβουλησία. Η αμφιθυμία μπορεί να εκδηλωθεί με απότομες εναλλαγές συμπάθειας ή αντιπάθειας, οργής ή ηρεμίας. Η αμφιβουλησία εκδηλώνεται με ταυτόχρονη επιθυμία για δράση από το ένα μέρος και από το άλλο με αναποφασιστικότητα και αναστολή. Έτσι ο άρρωστος λειτουργεί παθητικά, μηχανικά, όπως ένα ρομπότ, εκτελώντας εντολές απέξω, χωρίς καμία δική του βουλευτική παρέμβαση.

Οι ίδιοι επίσης τονίζουν ότι η αμφιθυμία και η αμφιβουλησία αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της παρορμητικής συμπεριφοράς του αρρώστου που σε ακραίες περιπτώσεις οδηγούν στην κατατονική διέγερση ή την εμβροντησία, δηλαδή σε διαταραχές της ψυχοκινητικότητας. Η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας στη σχιζοφρένεια είναι η παρουσία συμπτωμάτων που αναφέρονται στη στάση και τη θέση του ασθενούς, στην ομιλία του, στην έκφραση του προσώπου, στις κινήσεις του. Ως προς τη στάση και τη θέση του σώματος μπορεί να παρατηρηθούν στερεότυπες θέσεις, όπως κλίση του σώματος ή να ξαπλώνει στο κρεβάτι χωρίς να ακουμπάει στο προσκέφαλο, οι

οποίες πολλές φορές είναι αφύσικες στάσεις και φαίνονται σαν «επιτηδευμένες».

Με άλλα λόγια η απουσία βουλευτικής συμμετοχής καταργεί τη φυσική μυϊκή αντίσταση, την κόπωση και τον πόνο, με αποτέλεσμα ο εξεταστής να μπορεί να χειρίζεται τα μέλη και το σώμα του αρρώστου χωρίς καμία αντίδραση, σαν να μοιάζει το σώμα με κέρινο ομοίωμα. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται κηρώδης ευκαμψία. Άλλες φορές, όπως οι Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998, σημειώνουν, ο ασθενής μπορεί να παραμείνει ακίνητος για ώρες σε θέσεις άβολες, γιατί έτυχε να βρεθεί σε αυτές (αυτόματη καταληψία) ή γιατί κάποιος τον τοποθέτησε έτσι (προκλητή καταληψία) και δεν μπορεί να αποφασίσει να τις αλλάξει. Η καταληψία είναι η πιο ακραία περίπτωση ψυχοκινητικής αναστολής.

Συνεχίζοντας με τα υπόλοιπα συμπτώματα της ψυχοκινητικότητας ο Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, αναφέρει ότι ως προς την ομιλία το άτομο μπορεί να επαναλαμβάνει σαν ηχώ τις λέξεις που ακούει (ηχολαλία) ή να μην απαντά καθόλου (αλαλία). Το πρόσωπο του ασθενούς είναι ανέκφραστο και το βλέμμα είναι τόσο διαπεραστικό σαν να κοιτάζει πίσω από το συνομιλητή του. Ως προς τις κινήσεις ο ασθενής μιμείται καθετί που κάνει ο εξεταστής, παρουσιάζει αυτόματες κινήσεις, στερεοτυπίες ή συσπάσεις των μυών, ενώ ακόμα και σε απλές κινήσεις δεν ξέρει τι να αποφασίσει να κάνει. Για παράδειγμα στη χειραψία δεν ξέρει αν πρέπει να σφίξει ή όχι το προτεινόμενο χέρι κι έτσι σταματά την κίνηση του χεριού του στη μέση ή εκτελεί τη χειραψία με έναν ασυνήθιστο τρόπο.

Οι κυριότερες διαταραχές ψυχοκινητικότητας είναι η κατατονική εμβροντησία, η κατατονική διέγερση, οι παρορμητικές πράξεις και ο αρνητισμός. Στην κατατονική εμβροντησία (stupor) ο άρρωστος παραμένει ακίνητος, σαν άγαλμα και δεν αντιδρά στα ερεθίσματα. Δεν τρώει τίποτα και η κατάσταση αυτή μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά μέχρι και ημέρες. Η κατατονική διέγερση είναι κάτι εντελώς διαφορετικό σε σχέση με το προηγούμενο. Ο ασθενής συμπεριφέρεται πολύ επιθετικά, βρίσκεται σε έντονη διέγερση και μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του, π.χ. να πηδήσει από το μπαλκόνι, ή και στους άλλους. Οι παρορμητικές πράξεις είναι βραχείας διάρκειας κινητικές εκδηλώσεις, π.χ. σηκώνεται, παίρνει ένα αντικείμενο, το πετάει και αμέσως ξανακάθεται στη θέση του. Τέλος ο αρνητισμός εκδηλώνεται με άρνηση να δεχτεί ο ασθενής και να εκτελέσει επιθυμίες και εντολές που προέρχονται από τους γύρω του. (Χριστοδούλου Γ. Ν., 2000).

3.5.5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ο Χαρτοκόλλης, 1991, υποστηρίζει ότι οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους γύρω του δεν είναι καλές, η επαφή του με την πραγματικότητα σταδιακά μειώνεται και η συμπεριφορά του αλλάζει σιγά σιγά, σχεδόν ανεπαίσθητα ή καμιά φορά εντελώς ξαφνικά. Πραγματικά το άτομο γίνεται νευρικό, υπερκινητικό ή υποκινητικό, αδιαφορεί για τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, δείχνει έλλειψη προσοχής προς τις υποδείξεις των άλλων και απομονώνεται κοινωνικά.

Σύμφωνα με τον ίδιο, οι σχέσεις του ασθενούς με την οικογένειά του, τους φίλους, τους συμμαθητές ή τους συνεργάτες γίνονται αρκετά δύσκολες και από ένα σημείο και μετά μπορεί να διακοπούν τελείως. Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, απομονώνεται ζώντας με την φαντασία του, μακριά από τον κόσμο της πραγματικότητας, αγνοώντας τους πάντες και τα πάντα γύρω του.

3.5.6. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ

Η προσοχή συχνά διαταράσσεται στη σχιζοφρένεια. Ο ασθενής αδυνατεί να συγκεντρωθεί και δεν έχει σταθερότητα προσοχής. Το γεγονός ότι δεν ενδιαφέρεται για τίποτα και αποσύρεται στον εσωτερικό του κόσμο, δίνουν την εικόνα ότι πρόκειται για μειωμένη νοητική ικανότητα. «Αν και η ενεργητική προσοχή υπολείπεται σημαντικά, η παθητική προσοχή λειτουργεί ικανοποιητικά, έτσι που οι άρρωστοι διατηρούν επαρκή επαφή με την πραγματικότητα στα θέματα πρακτικών αναγκών. Γι' αυτό, μόλο που οι άρρωστοι είναι εξωπραγματικοί, διατηρούν καλό συνειδησιακό επίπεδο, χωρίς συγχυτικά συμπτώματα». (Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).

3.5.7. ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΙΗΣΗ

Πρόκειται για την απώλεια του αισθήματος της ατομικότητας. Προσβάλλει την αίσθηση της σωματικής ακεραιότητας και ταυτότητας, τη συνείδηση του Εγώ. Στη σχιζοφρένεια η αποπροσωποίηση συνυπάρχει με

έντονο άγχος, όπως άγχος αποχωρισμού, αφανισμού, διασχιστικού κατακερματισμού. Ο άρρωστος αμφιβάλλει για τη συνοχή του σώματός του, πιστεύει ότι τα μέλη του σώματός του αλλάζουν σχήμα και όγκο και προσπαθεί να βεβαιωθεί για την ακεραιότητά τους, κοιτάζοντάς τα ή ζητώντας από τους άλλους να τον καθησυχάσουν. Σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να έχει την αίσθηση εκμηδένισης, αποσύνθεσης του σώματός του. (T. Lempriere – A. Feline και συνεργάτες, 1995).

3.5.8. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Ορισμένα ακόμα συμπτώματα που εντάσσονται στην ομάδα αυτή είναι η ανηδονία, η αντικοινωνικότητα και τα σωματικά ενοχλήματα. Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, ανηδονία είναι όταν το άτομο δεν μπορεί να αντλήσει ηδονή από πηγές της πραγματικότητας και καταφεύγει σε εξωπραγματικούς – αυτιστικούς χώρους. Όσον αφορά την αντικοινωνικότητα, αυτή θεωρείται αποτέλεσμα του αυτισμού. Το άτομο δεν έχει κοινωνικές σχέσεις και επαφές και αποδυναμώνονται οι συναναστροφές με τους γύρω του. Τα σωματικά ενοχλήματα περιλαμβάνουν ζαλάδες, σωματική αδυναμία, αναστροφή του βιολογικού ρολογιού, κεφαλαλγίες, κ.ά.

Επιπρόσθετα, ο Μαδιανός Μ.Γ., 1999, παραθέτει του παρακάτω πίνακα με τα παθογνωμονικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας σύμφωνα με το ICD 10, τον οποίο έχουμε συμπεριλάβει σ' αυτό το κεφάλαιο της μελέτης μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Τα παθογνωμονικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας

(ICD 10)

Διαταραχές αντίληψης (πλην ψευδαισθήσεων)

- Μεταβαλλόμενη αντίληψη
- Αμβλυμμένη αντίληψη
- Αυξημένη αντίληψη
- Μεταβαλλόμενη αντίληψη του χρόνου
- Αποπραγματοποίηση (για πρόσωπα και πράγματα)
- Απροσωποποίηση
- Έλλειψη οικειότητας του εαυτού
- Αντίληψη μεταβολής της εμφάνισης
- Παραληρητικές ιδέες που αφορούν την εμφάνιση
- Παραληρητικές ιδέες αποπροσωποποίησης

Ψευδαισθήσεις

- Μη λεκτικές ακουστικές ψευδαισθήσεις
- Εσωτερικές ψευδαισθήσεις (φωνή μέσα στο κεφάλι)
- Ακουστικές ψευδαισθήσεις
- Οπτικές (άμορφες ή ασχημάτιστες) ψευδαισθήσεις
- Ψυχοαποσυνδεδετικές ψευδαισθήσεις
- Οσφρητικές ψευδαισθήσεις
- Σεξουαλικές ψευδαισθήσεις
- Ψευδαισθήσεις που αφορούν άλλες αισθήσεις

Διαταραχές της σκέψης

- Παραληρητική διάθεση και αμηχανία
- Ηχηρές σκέψεις
- Ηχώ σκέψεις
- Παρεμβολή στη σκέψη
- Εκπομπή της σκέψης
- Σχολιασμός της σκέψης
- Ανακοπή της σκέψης
- Απόσυρση (υποκλοπή της σκέψης)

Διαταραχή της βούλησης

- Αντικατάσταση της βούλησης από εξωτερική δύναμη
- Αντικατάσταση ελέγχου της φωνής
- Αντικατάσταση ελέγχου του γραφικού χαρακτήρα
- Αντικατάσταση ελέγχου των πράξεων
- Αντικατάσταση ελέγχου των σκέψεων

Παραληρητικές ιδέες

- Ιδέες παρακολούθησης
- Ιδέες συσχέτισης
- Παρερμηνείες
- Ιδέες αναφοράς των ιδεών
- Παραληρητική παραγνώριση

- Ιδέες ότι οικεία πρόσωπα είναι μεταμφιεσμένοι άλλοι
- Παραληρητική αντίληψη
- Παραληρητικές ιδέες συσχέτισης που βασίζονται σε ενοχή
- Ιδέες διώξεων
- Παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας
- Παραληρητικός εραστής
- Ιδέες ότι άλλοι τον κατηγορούν ως ομοφυλόφιλο
- Ενασχόληση με παραληρητικές ιδέες του παρελθόντος
- Θεραπευτικές παραληρητικές ιδέες
- Παραληρητικές παραφυσικές ή φυσικές ερμηνείες

Ολοκληρώνοντας την ενότητα για τη συμπτωματολογία της σχιζοφρενικής νόσου, κρίναμε σημαντικό να τονίσουμε ότι όλα αυτά τα συμπτώματα που αναφέραμε σπάνια βρίσκονται όλα μαζί στην καθημερινή κλινική πρακτική. Από την άλλη πλευρά μερικά συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως «θετικά» δηλαδή είναι καλύτερης πρόγνωσης από κάποια άλλα που χαρακτηρίζονται ως «αρνητικά», δηλαδή κακής πρόγνωσης. Γι' αυτό το λόγο είναι σκόπιμη η παρουσίαση αυτών των κατηγοριών των συμπτωμάτων στον Πίνακα 4 κατά τον Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Αρνητικά συμπτώματα	Θετικά συμπτώματα
Συναισθηματική επιπέδωση	Ψευδαισθήσεις
Μη μεταβαλλόμενη έκφραση προσώπου	Ακουστικές
Μείωση αυθόρμητων κινήσεων	Σωματο-αισθητηριακές
Έλλειψη εκφραστικών χειρονομιών	Οπτικές και γευστικές
Μείωση βλεμματικής επαφής	Παραληρητικές ιδέες
Μείωση συναισθηματικής αντίδρασης	Διωκτικές
Απροσφορότητα συναισθηματική	Ζηλοτυπικές
Έλλειψη χρωματισμού της φωνής	Μεγαλείου
Διαταραχές ομιλίας	Υποχονδριακές
Πτωχεία λόγου	Αυτοαναφοράς
Πτωχεία περιεχομένου	Υποκλοπής σκέψεων
Ανακοπή του λόγου	Παρεμβολής ξένων σκέψεων
Καθυστέρηση της απάντησης	Απώλειας / απόσυρσης σκέψεων
Διαταραχές βούλησης	Παράδοξη συμπεριφορά
Παραμελημένη εμφάνιση	Στερεοτυπίες
Απουσίες από την εργασία	Εμφάνιση / ένδυση / καθαριότητα
Οκνηρία	Επιθετικότητα
Ανηδονία / έλλειψη κοινωνικότητας	Κοινωνική / σεξουαλική
Μείωση ψυχαγωγίας και ενδιαφερόντων	Διαταραχή δομής / κατοχής σκέψης
Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας και δραστηριότητας	Εκτροχιασμός του λόγου
Μείωση κοινωνικών σχέσεων	Ασυναρτησία
Έλλειψη οικειότητας στις σχέσεις	Παραλογία / ασχετολογία
Διαταραχές προσοχής	Ηχηρές σκέψεις
Απροσεξία κοινωνικού περιγυρου	Εξαγγελία σκέψεων
Απροσεξία κατά την εξέταση	

3.6. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Στη σχιζοφρενική νόσο διακρίνουμε ορισμένους τύπου ή μορφές με βάση το DSM-IV, τους οποίους θα αναφέρουμε στη συνέχεια. Σύμφωνα λοιπόν με τους Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδη Χ., Δημητρίου Ε., 1998, αυτοί οι τύποι σχιζοφρένειας είναι οι εξής:

1. Παρανοϊκός τύπος. Χαρακτηρίζεται από έντονη εμφάνιση παραληρητικών ιδεών και ακουστικών ψευδαισθήσεων και υπάρχει συνήθως ένα «πομπώδες» ύφος στην επικοινωνία, με έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους. Άλλα χαρακτηριστικά αυτού του τύπου είναι άγχος, θυμός, καχυποψία, επιθετικότητα και υπερευαίσθησία στη διαπροσωπική επαφή. Η έναρξη αυτής της μορφής συνήθως συμβαίνει αργότερα στη ζωή του ατόμου, συγκριτικά με τους άλλους τύπους και τα χαρακτηριστικά της σταθεροποιούνται με το πέρασμα του χρόνου.

2. Κατατονικός τύπος. Χαρακτηριστικά του γνωρίσματα είναι η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας δηλαδή αρνητισμός, αυτόματη ή προκλητική καταληψία, εμβροντησία, κατατονικές διεγέρσεις με αφύσικη άσκοπη ψυχοκινητικότητα και βίαιη συμπεριφορά. Επίσης υπάρχουν ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων που φαίνονται μέσα από τις στάσεις του σώματος, στερεότυπες κινήσεις, μαννερισμοί, ηχολαλία ή ηχοπραξία. Η άρνηση για λήψη τροφής, σύρηση, αφόδευση και οι κατατονικές θέσεις στην εμβροντησία σε συνδυασμό με την αυτοκαταστροφική ή επιθετική συμπεριφορά επιβάλλουν συνεχή φροντίδα του αρρώστου για σίτιση και προφύλαξη του ίδιου και των γύρω του.

3. Αποδιοργανωμένος τύπος. Πρόκειται για τον τύπο της σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομαζόταν ηβηφρενικός. Η έναρξη είναι συνήθως πρόωμη στην εφηβεία, σε άτομα με προνοσηρή προσωπικότητα και το άτομο οδηγείται στην αποδιοργάνωση χωρίς τάση για υποχώρηση. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η ασυναρτησία, αποδιοργανωμένος λόγος, αμβλύ, απρόσφορο και κενό συναίσθημα καθώς και η απουσία συστηματοποιημένων παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων. Παρατηρούνται ακόμη μαννερισμοί, στερεοτυπίες, αναίτια γέλια, ανόητη συμπεριφορά και η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη.

4. Υπολειμματικός τύπος. Χαρακτηριστικά του γνωρίσματα είναι η απουσία έκδηλων παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Στο ιστορικό αναφέρεται ένα τουλάχιστον επεισόδιο σχιζοφρένειας. Η κλινική εικόνα του ασθενούς περιλαμβάνει συναισθηματική αμβλύτητα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά και χάλαση του συνειρμού. Αν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις δεν είναι συστηματοποιημένες και δεν έχουν συναισθηματική συμμετοχή. Η πορεία είναι χρόνια ή υποχρόνια.

5. Αδιαφοροποίητος τύπος. Χαρακτηρίζεται από έντονες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά σε μεγάλο βαθμό. Τα συμπτώματα αυτά δεν πληρούν τα κριτήρια του αποδιοργανωμένου ή του κατατονικού ή του παρανοϊκού τύπου ή χαρακτηρίζουν πιο πολλούς τύπους.

3.7. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν., 1997, η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια δύσκολη διαδικασία τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του. Επειδή πρόκειται για μια δυσνόητη αρρώστια, με μπερδεμένη αιτιολογία και πλούσια συμπτωματολογία θα μπορούσαμε να πούμε ότι δεν υπάρχει θεραπεία, γι' αυτό και η θεραπευτική παρέμβαση επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. Έτσι η σύγχρονη θεραπευτική αγωγή συνδυάζει την φαρμακοθεραπεία με τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες και τη θεραπεία αποκατάστασης.

3.7.1. ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας συνίσταται κατά πρώτο λόγο στα αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία έχουν την ικανότητα να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση και να θεραπεύουν, όσο μπορούν, τα συμπτώματα της νόσου. Τα φάρμακα αυτά δεν έχουν τη δυνατότητα να θεραπεύσουν πλήρως την ασθένεια, αλλά μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν το άγχος, τις ψευδαισθήσεις, τις παραληρητικές ιδέες, δηλαδή τα θετικά συμπτώματα. Η δράση τους μπορεί να φανεί μέσα σε λίγες ώρες από την έναρξη της θεραπείας, όμως το μεγαλύτερο ποσοστό της αποτελεσματικότητάς τους μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ανάγκη να συνεχιστεί με βάση τη δόση και το ωράριο που προβλέπονται από τον γιατρό, για ένα αρκετά μακρύ χρονικό διάστημα. (Μάνος Ν., 1997).

Ο Μάνος Ν., 1997, αναφέρει ότι «όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο θεραπείας συντήρησης που είναι περίπου 10%-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία κρίση. Και φυσικά η μείωση γίνεται προσεχτικά σε διάρκεια εβδομάδων, με στενή παρακολούθηση μήπως χρειαστεί και πάλι αύξηση λόγω επανόδου των συμπτωμάτων. Παρά το γεγονός ότι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς υποτροπιάζουν ενώ βρίσκονται σε αγωγή συντήρησης, η προφυλακτική χορήγηση αντιψυχωτικών μπορεί να βοηθήσει έναν σημαντικό αριθμό ασθενών, γι' αυτό και συνίσταται. Επίσης, είναι σημαντικό να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα, αν υπάρχει ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή. Σκοπός είναι να χρησιμοποιηθεί η μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό.

3.7.2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πιο σημαντική μορφή ψυχοθεραπείας για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία. Είναι υποστηρικτική και ο θεραπευτής βοηθάει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της ασθένειάς του καθώς και τις συνέπειες στη ζωή του, προκειμένου να προσαρμοστεί όσο το δυνατόν καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνίας. Η ομαδική ψυχοθεραπεία στη σχιζοφρένεια είναι περισσότερο αποτελεσματική στην καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης των αρρώστων και συμβάλλει στην απόκτηση διαπροσωπικών δεσμών μέσα από τη συνεκτικότητα των ομάδων. Οι ψυχοδυναμικού τύπου

ομάδες χρησιμοποιούν ως εργαλείο την ερμηνεία του συναισθηματικού κόσμου των ασθενών και λειτουργούν σε επίπεδο υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων. (Μάνος Ν., 1997).

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική ιδιαίτερα μέσα από την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων γιατί η σχιζοφρένεια οδηγεί σε έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων, όπως είναι η καθημερινή φροντίδα του εαυτού, η επικοινωνία με τους γύρω, η εργασία. Μέσω της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων το άτομο συμμετέχει ενεργά σε δραστηριότητες που διευκολύνουν την κοινωνικοποίησή του και αποθαρρύνεται η παθητικότητα, η απομόνωση και η απόσυρση. (Μάνος Ν., 1997).

Τέλος, η οικογενειακή θεραπεία συμβάλλει καθοριστικά στην θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Σε οικογένειες με «υψηλή έκφραση συναισθημάτων, δηλαδή σε οικογένειες που εκφράζουν έντονη αρνητική στάση και επιθετικότητα στον ασθενή» το άτομο υποτροπιάζει πιο εύκολα, οπότε μέσω της θεραπείας επιδιώκεται ο περιορισμός αυτής της μορφής επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια. Γι' αυτό είναι αναγκαίο οι συγγενείς να καταλάβουν πως η δική τους συμπεριφορά και τα δικά τους προβλήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής του αρρώστου. Έτσι σκοπός της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία του μέλους που πάσχει είναι η προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας της οικογένειας που ενισχύουν την αρρώστια. (Μάνος Ν., 1997).

Σε γενικές γραμμές η ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα απαραίτητο συμπλήρωμα στη φαρμακοθεραπεία. Μπορεί να βοηθήσει στο να ξεπεραστούν ή να λυθούν συναισθηματικά προβλήματα του ατόμου που υπάρχουν ανεξάρτητα από την κύρια αρρώστια του, τη σχιζοφρένεια. Επίσης βοηθά το άτομο να αναπτύξει συναισθήματα που είναι ρεαλιστικά, αλλά και να διορθώσει συναισθήματα που είναι εσφαλμένα. Αυτό επιτυγχάνεται σε συνεργασία με τον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία δεν μπορεί βέβαια να απαλλάξει τον ασθενή από τα συμπτώματά του. Ωστόσο, μπορεί να τον βοηθήσει να αναπτύξει εσωτερικούς μηχανισμούς «για να τα βγάλει πέρα» και να αποφύγει μερικά συμπτώματα, ανακαλύπτοντας την αιτία που τα προκαλεί. (Αγγελίδης Γ., 1990).

Παράλληλα η ψυχοθεραπεία μπορεί να ενισχύσει το σχιζοφρενικό άτομο, που έχει χάσει τη διάθεση να φροντίζει τον εαυτό του, να αποκτήσει κάποιο σκοπό στη ζωή του. Βοηθά και στο ξεπέραςμα κάποιων παραληρητικών ιδεών. Όταν ο ασθενής γνωρίζει ότι μπορεί να εμπιστευθεί τον θεραπευτή του, όσο και αν η εμπιστοσύνη κατακτάται δύσκολα, τότε μπορεί να δεχτεί και να ακούσει πράγματα από αυτόν, που ίσως του προκαλούσαν θυμό ή αδιαφορία αν του τα έλεγε κάποιος άλλος. Ο ασθενής μπορεί να δεχτεί την αλήθεια για την αρρώστια του μόνο από κάποιον που αισθάνεται ότι πραγματικά τον φροντίζει και δεν θέλει να του κάνει κακό. Η θεραπευτική σχέση μαθαίνει στο άτομο πως κάθε κατόρθωμα μπορεί να γίνει μια μεγάλη νίκη ενάντια στην αρρώστια, που αρχικά φαινόταν τόσο καταστρεπτική. (Αγγελίδης Γ., 1990).

3.7.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, αυτός ο τρόπος ψυχοθεραπείας χρησιμοποιείται κατά την υπολειμματική φάση και κυρίως σε χρόνιους αρρώστους, ενώ συμβάλλει σημαντικά σε προγράμματα αποκατάστασης. Με τις συμπεριφορικές τεχνικές ο ασθενής οδηγείται βαθμιαία σε κινητοποίηση και στον έλεγχο της ελλειμματικής συμπεριφοράς. Επίσης έχουν δοκιμαστεί διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης για την απόκτηση δεξιοτήτων με τη βοήθεια μαγνητοσκοπημένων συμπεριφορών του αρρώστου και των άλλων, που καθιστούν δυνατή την τροποποίηση της κοινωνικής λειτουργικότητας του αρρώστου.

3.7.4. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Το γνωσιακό μοντέλο υποστηρίζει ότι οι παραληρητικές ιδέες, οι φωνές και η παράνοια, βρίσκονται σε ένα συνεχές σε σχέση με τη φυσιολογική σκέψη, και τη συμπεριφορά και τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται εργασίες που δείχνουν ότι η γνωσιακή και η γνωσιακή – συμπεριφεριολογική ψυχοθεραπεία με σχιζοφρενείς ασθενείς μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου και να βελτιώσει την εναισθησία και να μειώσει τη δυσφορία που όλα τα παραπάνω προκαλούν. (Βλάχος Ι., 2003).

Στην ίδια ευθεία η γνωσιακή – αναλυτική ψυχοθεραπεία, ένα διαπροσωπικό μοντέλο θεραπείας βασισμένο σε μια ριζικά κοινωνική θεώρηση

του εαυτού που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια στην Μ. Βρετανία από τον Anthony Ryle, θεωρεί ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα αναπαριστούν τις μπερδεμένες, ενισχυμένες ή διαστρεβλωμένες ενεργοποιήσεις δυσλειτουργικών διαδικασιών ρόλου. Η χρήση της γνωσιακής – αναλυτικής ψυχοθεραπείας δεν περιορίζει μόνο τον ασθενή αλλά και όσους εμπλέκονται στη θεραπεία του και στον οικογενειακό και φιλικό του περίγυρο. (Βλάχος Ι., 2003).

3.7.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Κατ' αρχήν θα πρέπει να τονίσουμε ότι αυτό που έχει σημασία είναι να αποφευχθεί όσο το δυνατόν η νοσηλεία του σχιζοφρενικού ασθενή με την άμεση παρέμβαση στο σπίτι που μένει με την οικογένειά του ή στον ξενώνα ή στο οικοτροφείο. Μερικές φορές όμως η νοσηλεία είναι κάτι αναγκαίο, είτε γιατί ο ασθενής κινδυνεύει να βλάψει τον εαυτό του ή τους γύρω του, είτε γιατί δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του και δεν υπάρχει υποστήριξη από οικογένεια, φίλους, κ.λπ. (Μάνος Ν., 1997).

Παράλληλα, όπως αναφέρει ο Μάνος Ν., 1997, όταν τα οξεία συμπτώματα της νόσου υποχωρούν κρίνεται απαραίτητο ο ασθενής να ενσωματωθεί στη θεραπευτική κοινότητα της κλινικής. Παρόμοια έννοια είναι η θεραπεία περιβάλλοντος που «αποτελεί το θεμέλιο στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα σαν σύνολο». Έτσι η θεραπεία περιβάλλοντος είναι η θετική συνισταμένη των αρμονικών σχέσεων μέσα στην θεραπευτική ομάδα και βοηθάει τους ασθενείς να αποκτήσουν

αυτονομία, να κοινωνικοποιηθούν και να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες, ώστε να προετοιμαστούν για τη μετέπειτα εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση.

Μέσα από τη συναισθηματική μεταβίβαση που δημιουργείται τόσο με τον θεραπευτή, όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό, γίνεται μια προσπάθεια να ενισχυθούν οι λειτουργίες του Εγώ και να εξουδετερωθεί η αυτιστική συμπεριφορά του σχιζοφρενικού.

3.7.6. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν., 1997, η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη σχιζοφρενική νόσο σκοπεύει στην καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενούς, έτσι ώστε να ζει αρμονικά, να αγαπά, να εργάζεται, να κάνει πράγματα που κάνουν όλοι οι άνθρωποι. Για να γίνει αυτό σημαντικό ρόλο παίζει η συνεργασία με την κοινότητα και η ένταξή του σε αυτήν. Έτσι οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες διακρίνονται σε εξωνοσοκομειακές όπως είναι η οικογενειακή θεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία κ.ά. και σε ενδονοσοκομειακές που περιλαμβάνουν τη θεραπεία περιβάλλοντος, την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και τη θεραπεία συμπεριφοράς.

3.8. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000, για την αποκατάσταση σχιζοφρενικών αρρώστων που δεν έχουν τη δυνατότητα να γυρίσουν στην οικογένειά τους ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθογόνος, είναι ανάγκη να βρεθεί ένα άλλο κατάλληλο περιβάλλον. Για την εκπλήρωση αυτού του στόχου χρησιμοποιούνται δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως είναι τα προστατευμένα εργαστήρια, τα κέντρα επαγγελματικής προεργασίας, τα οικοτροφεία, οι ξενώνες και τα προστατευμένα διαμερίσματα. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται ο άρρωστος και του δίνεται η δυνατότητα να επανακτήσει σταδιακά τη λειτουργικότητά του, ψυχικά και κοινωνικά.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι ξεκάθαρο πως ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, τα φάρμακα, η ψυχοθεραπεία, η θεραπεία οικογένειας, η ατομική θεραπεία, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες είναι σημαντικά στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας όχι μόνο στην οξεία φάση αλλά σε όλη την πορεία της νόσου. Μπορεί να μην θεραπεύουν εντελώς την σχιζοφρένεια, αλλά οδηγούν στην βελτίωσή της και βοηθούν τον ασθενή να δραστηριοποιηθεί σε όλους τους τομείς της ζωής, να διατηρήσει τη λειτουργικότητά του όσο αυτό είναι δυνατόν και να προετοιμαστεί για τη μετέπειτα ψυχοκοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

4.1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να δώσει έμφαση στη σημασία που έχει ο τομέας της αποκατάστασης για τους ψυχικά ασθενείς και ιδίως με σχιζοφρένεια, στις υπάρχουσες δομές ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης και στην αποτελεσματικότητά τους, όσον αφορά τη μετέπειτα πορεία του ασθενούς τόσο στην προσωπική του ζωή, όσο και μέσα στην κοινότητα. Έτσι, σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε από το συμβούλιο της Ευρώπης 1958, με τον όρο αποκατάσταση «εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για την 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». (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, ο τομέας της αποκατάστασης περιλαμβάνει μια σειρά από μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία έκπτωσης του ασθενούς που σταδιακά οδηγεί σε ανικανότητα και αναπηρία σε συνδυασμό με την ενσωμάτωσή του στην κοινότητα. Στόχος της αποκατάστασης είναι να εκπαιδευτεί το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια με τέτοιο τρόπο ώστε να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα καθώς και η παρέμβαση στο άμεσο

περιβάλλον του ασθενούς και στην κοινωνία, η οποία θα είναι βοηθητική για την ομαλή κοινωνική του επανένταξη.

Όπως αναφέρουν οι Anthony, Farkas και Cohen, 1990, οι βασικές αρχές που διέπουν το σύστημα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι οι εξής: α) ο κύριος στόχος είναι να βελτιωθούν οι ικανότητες του ατόμου, β) η ψυχιατρική αποκατάσταση πρέπει να είναι εκλεκτική ως προς τις τεχνικές της, γ) αυτό που έχει σημασία στην αποκατάσταση είναι να βελτιωθεί η συμπεριφορά του ατόμου μέσα από την αντίληψη της πραγματικότητας και όχι μέσω των ενδοψυχικών παραγόντων, δ) ένας ακόμα στόχος είναι η βελτίωση του επαγγελματικού αποτελέσματος του ατόμου, ε) η ελπίδα θα πρέπει να κυριαρχεί προκειμένου να επιτευχθεί η διαδικασία αποκατάστασης, στ) το άτομο είναι σημαντικό να συμμετέχει ενεργά σ' αυτή τη διαδικασία, ζ) οι βασικές παρεμβάσεις αποκατάστασης είναι η ανάπτυξη των δεξιοτήτων και της περιβαλλοντικής του υποστήριξης, η) η μακροχρόνια φαρμακοθεραπεία είναι απαραίτητη αλλά δεν επαρκεί από μόνη της για την αποκαταστασιακή παρέμβαση και θ) η εξάρτηση του ατόμου από μια υπηρεσία αποκατάστασης είναι κάτι το φυσιολογικό, μιας και θα το οδηγήσει στην σταδιακή αύξηση της λειτουργικότητάς του μέσα στην κοινότητα. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Παράλληλα, οι ίδιοι περιγράφουν και οκτώ βασικές αξίες που αποτελούν την ουσία τον τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αυτές οι αξίες είναι οι παρακάτω: α) η λειτουργικότητα του ασθενούς, β) η επιτυχία δηλαδή η επίτευξη των απαιτήσεων, γ) η ικανοποίηση του ίδιου του ατόμου, δ) η περιβαλλοντική εξειδίκευση, ε) η επιλογή, η οποία επικεντρώνεται σε

περιεχόμενο καθορισμένων στόχων, στ) ο προσανατολισμός προς το αποτέλεσμα, όπου αξιολογούνται οι επιπτώσεις από την αποκατάσταση, ζ) η υποστήριξη του ατόμου, όπου χρειάζεται και η) το δυναμικό ανάπτυξης δηλαδή η επικέντρωση στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου. (Μαδιανός, Μ.Γ. 1994).

Γενικά, η αποκατάσταση του σχιζοφρενικού ασθενούς μέσα από τις δομές που υπάρχουν σήμερα είναι αρκετά σημαντική και αυτό μας ωθεί στο να μελετήσουμε στη συνέχεια τη διαδικασία που ακολουθεί η αποκατάσταση, τις δομές που συμβάλλουν σ' αυτήν καθώς και το πόσο αποτελεσματικές είναι στην πορεία του σχιζοφρενικού αρρώστου.

4.2. ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ. 1994, οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διακρίνονται στη μεταβατική, η οποία περιλαμβάνει τη μερική νοσηλεία στο Νοσοκομείο ημέρας ή στο Κέντρο ημέρας και στην κύρια φάση στην οποία περιλαμβάνονται η κοινωνική και η επαγγελματική αποκατάσταση.

4.2.1. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Ως μεταβατική φάση αποκατάστασης ορίζεται εκείνη η περίοδος από την έξοδο του ατόμου από το Ψυχιατρείο ή την κλινική ως την επάνοδό του στο χώρο όπου διαμένει μόνιμα. Ο χρόνος αυτός μπορεί να καλύπτεται με τη μορφή νοσηλείας, ημερήσιας ή νυχτερινής, σε κάποια ειδική υπηρεσία, όπως είναι το Νοσοκομείο ημέρας.

Στη χώρα μας η λειτουργία των Νοσοκομείων ή Κέντρων ημέρας είναι αρκετά περιορισμένη, αφού, εκτός από την περίπτωση του ψυχιατρείου της Θεσσαλονίκης, σε κανένα άλλο Δημόσιο Ψυχιατρείο δεν λειτουργεί Νοσοκομείο ημέρας. Ειδικότερα η δομή της ημερήσιας περίθαλψης διακρίνεται από τον τύπο του συστήματος περίθαλψης σε Νοσοκομεία ημέρας μέσα στα κρατικά ψυχιατρεία και σε Νοσοκομεία ή Κέντρα ημέρας σε Ψυχιατρικά Ιδρύματα εντατικής περίθαλψης. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Παρόλα αυτά οι θεραπευτικοί στόχοι είναι οι ίδιοι και συμβάλλουν στην αποκατάσταση του ασθενούς. Έτσι συνεχίζεται η ολοκλήρωση της θεραπείας στα πλαίσια αυτής της μεταβατικής φάσης του ασθενούς από την ψυχοπαθολογική κατάσταση, στη φυσιολογική ζωή μέσα στην κοινότητα και

παρέχεται κάθε δυνατή βοήθεια, ώστε να προσαρμοστεί ο σχιζοφρενικός άρρωστος στην κοινότητα και να αποφύγει τις υποτροπές καθώς και την επανεισαγωγή στο Ψυχιατρείο, όσο είναι δυνατόν. Σ' αυτό το στάδιο, της ημερήσιας περίθαλψης, το προσωπικό εργάζεται ομαδικά και προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον για το άτομο. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Πιο συγκεκριμένα, όταν μιλάμε για κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον εννοούμε «ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και η τυχόν ανασφάλεια». Με τον τρόπο αυτό αναπτύσσεται το αίσθημα της ομαδικότητας και τους σεβασμού προς τους άλλους και ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στην ομάδα, προκειμένου το άτομο να είναι σε θέση να διακρίνει το ρόλο που έχει μέσα στο ίδρυμα, από τον ρόλο που θα έχει μετά την έξοδό του από αυτό. Δηλαδή η ατμόσφαιρα που επικρατεί σ' ένα κέντρο ημερήσιας περίθαλψης είναι ουσιαστική ενώ παράλληλα ενισχύεται και από το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθείται. Συνήθως το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τη φαρμακοθεραπεία, την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και τις θεραπευτικές δραστηριότητες, όπως είναι οι ομάδες εργοθεραπείας, συζήτησης, γυμναστικής, μουσικής, ποίησης, παιχνιδιών κ.λπ. Οι δραστηριότητες αυτές γίνονται κατά τη διάρκεια της ημερήσιας νοσηλείας, αλλά υπάρχουν και άλλες, όπως εκδρομές, περίπατοι, που πραγματοποιούνται σε εξωτερικό χώρο. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι οι ομάδες εργοθεραπείας σ' αυτή τη μεταβατική φάση είναι σημαντικές και αποτελούν μια βασική θεραπευτική αποκαταστασιακή παρέμβαση. Σύμφωνα με τους Bennett, 1970, και Wilson, 1987, η ψυχιατρική εργοθεραπεία είναι η πρώτη παρέμβαση σ' ένα ψυχικά άρρωστο άτομο και οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες αποτελούν τη συνέχεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ένας ορισμός της εργοθεραπείας, με βάση την Αμερικανική Εταιρεία Εργοθεραπείας το 1974, είναι ο ακόλουθος: «Εργοθεραπεία είναι η εφαρμογή κάθε δραστηριότητας στην οποία το άτομο ασκείται για αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία των προβλημάτων λειτουργικότητας, η οποία έχει μειωθεί λόγω σωματικής αρρώστιας, τραύματος ή ψυχικής αρρώστιας, συγγενών ή αναπτυξιακών ανικανοτήτων ή του γήρατος, με στόχο να επιτευχθεί η μέγιστη λειτουργικότητα και η πρόληψη των επιπτώσεων της αναπηρίας». (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

Κατά τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες περιλαμβάνουν κυρίως δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, χρήση διαφόρων εργαλείων, δραστηριότητες που ενισχύουν τη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενούς, εκπαίδευση, συμβουλευτική γύρω από την προσαρμογή του φυσικού περιβάλλοντος για τις ανάγκες του ατόμου. Διακρίνονται σε εκείνες που ικανοποιούν βασικές ανάγκες με ένα συμβολικό χαρακτήρα και σε εκείνες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του ασθενούς. Στην πρώτη περίπτωση, με βάση την δυναμική θεώρηση της συμπεριφοράς, αυτές θα πρέπει να στοχεύουν στην ικανοποίηση των πρώιμων σταδίων ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του ατόμου ανάλογα με το βαθμό παλινδρόμησής

του. «Έτσι κάθε δραστηριότητα πρέπει να έχει επίκεντρο το αντίστοιχο ανατομικό όργανο (π.χ. το στόμα – χρήση πνευστών μουσικών οργάνων, τραγούδι, μουσικές συζητήσεις ή π.χ. τη χρησιμοποίηση υλικών ως υποκατάστατων της πρακτικής λειτουργίας – πηλός, μπογιές, κηπουρική, κ.ά.) ώστε να ικανοποιεί το αντίστοιχο στάδιο ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του ατόμου.

Όπως αναφέρει ο ίδιος συγγραφέας, από την άλλη πλευρά οι δραστηριότητες που έχουν στόχο την ανάπτυξη του ασθενούς είναι εκείνες που σχετίζονται με την ρυθμική γυμναστική, τις χορευτικές κινήσεις, τα σχέδια και ενισχύουν την αντίληψη και το συντονισμό των κινήσεων. Εκείνες που αναφέρονται στην ανάπτυξη του Εγώ, στη λήψη αποφάσεων και πρωτοβουλιών, στη δυνατότητα ελέγχου, αποτελούν δραστηριότητες που προσφέρουν πραγματικές συνθήκες και περιορίζουν τα ψυχωτικά στοιχεία του ατόμου.

Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εργοθεραπεία σ' αυτό το μεταβατικό στάδιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να ικανοποιήσει τις ανάγκες για εξάρτηση, επιθετικότητα, παλινδρόμηση, ενώ συγχρόνως τον βοηθά να αναπτύξει την αισθητηριακή του αντίληψη, τα όρια και την προσωπική ανεξαρτησία του Εγώ. Έτσι το άτομο φτάνει στο επίπεδο της αυτοεξυπηρέτησης και στην ανάπτυξη των επαγγελματικών δεξιοτήτων.

4.2.2. ΚΥΡΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

α. Κοινωνική αποκατάσταση

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, η κύρια φάση ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνει την κοινωνική και την επαγγελματική αποκατάσταση. Στην κοινωνική αποκατάσταση ανήκουν ορισμένες υπηρεσίες και στεγαστικές δομές, οι οποίες βρίσκονται σε εξέλιξη στις μέρες μας. Η επιστροφή του αρρώστου, κατά τον Σακελλαρόπουλο, 1990, προς το σπίτι γίνεται μέσω των ενδιάμεσων δομών, οι οποίες τον βοηθούν να επανακτήσει δεξιότητες και ικανότητες για ανθρώπινες σχέσεις και συναλλαγές. Το ψυχιατρείο προσφέρει εκείνη την «αρχαϊκή» φροντίδα της μάνας που παίρνει στην αγκαλιά της ένα μωρό και το σφίγγει, χωρίς να ξέρει μετά τι να το κάνει. Το ψυχιατρικό άσυλο έχει αποδείξει την πλήρη αδυναμία του να αναπτύξει και τους πιο στοιχειώδεις θεραπευτικούς μηχανισμούς. Ήταν και είναι χώρος κοινωνικού αποκλεισμού και καταστολής.

Έτσι η ίδια η φυσιογνωμία του ασύλου επιβάλλει την αναγκαιότητα της εξωασυλιακής φροντίδας, γι' αυτό έχουν δημιουργηθεί οι εξής υπηρεσίες που οδηγούν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου (Μαδιανός Μ.Γ., 1994):

α) Κοινωνική Λέσχη. Στοχεύει στην επανένταξη των ατόμων στην κοινότητα μέσα από μια σειρά δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα και ψυχαγωγικό-θεραπευτικό περιεχόμενο, όπως ζωγραφική, μουσική, χορός, κ.λπ.

β) Στεγαστικές εναλλακτικές λύσεις. Έχουν στόχο τη μείωση του χρόνου νοσηλείας των ψυχικά ασθενών στο Ψυχιατρείο και την υποκατάσταση της οικογένειας. Εδώ ανήκουν οι ξενώνες, τα διαμερίσματα ομαδικής διαβίωσης με εποπτεία, τα διαμερίσματα ατομικής διαμονής με εποπτεία, η θετή οικογένεια, ξενοδοχείο ειδικά οργανωμένο με παροχή φαγητού, διαμονή με την οικογένεια, διαμονή σε ατομικό διαμέρισμα, καταφύγιο για αστέγους. Κάποια από αυτά θα αναλύσουμε και στη συνέχεια.

γ) Ξενώνας. Χρησιμοποιείται ως εναλλακτική λύση διαμονής για άτομα που βγαίνουν από το Ψυχιατρείο. Οι ασθενείς που φιλοξενούνται παραμένουν όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο, εφόσον ο στόχος είναι η αποκατάστασή τους μέσω της εργασίας. Ο αριθμός των μελών είναι μεταξύ 12 και 20 αρρώστων αλλά διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η διεθνής τάση είναι υπέρ της δημιουργίας ξενώνων με όσο το δυνατόν λιγότερους αρρώστους γιατί ο κίνδυνος ασυλοποίησης των δομών είναι υπαρκτός. Ο ξενώνας σαν σπίτι «ζητάει» από τους ενοίκους να βοηθούν σε πρακτικές αλλά και οργανωτικές εργασίες του σπιτιού. Οι ένοικοι εκπαιδεύονται επαγγελματικά δηλαδή ο ξενώνας φροντίζει για την κινητοποίηση και κοινωνικοποίησή τους μέσω της εκπαίδευσης για εργασία, ενώ συγχρόνως έρχονται σε επαφή με τη γειτονιά, την κοινότητα.

δ) Οικοτροφείο. Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, «είναι μονάδα προστατευμένης μακρόχρονης διαμονής με αριθμό μελών 20 άτομα, τα οποία είναι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι, χωρίς δυνατότητες για ανεξάρτητη διαμονή στην κοινότητα».

ε) Προστατευμένο διαμέρισμα. Σ' αυτό τον χώρο μένουν λίγοι ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι εποπτεύονται από την επιστημονική ομάδα ανά διήμερο ή μια φορά την εβδομάδα. Σ' αυτή τη δομή βρίσκονται συνήθως άτομα με ενισχυμένη λειτουργικότητα που μπορούν να ζήσουν μόνοι τους στα πλαίσια της κοινότητας.

στ) Θετή οικογένεια. Ο θεσμός αυτός αντικαθιστά την πραγματική οικογένεια, ενώ το κράτος βοηθά οικονομικά τη διαβίωση του αρρώστου. Πρόκειται για μια δομή αποκατάστασης, η οποία έκανε την εμφάνισή της τον 16^ο αιώνα, στη φλαμανδική πόλη Geel όπου οι ψυχικά ασθενείς έμεναν σε οικογένειες αυτής της περιοχής. Στην Ελλάδα δεν έχει γίνει ανάλογη προσπάθεια.

β. Ο ρόλος της οικογένειας στην κοινωνική αποκατάσταση

Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, η συμβολή της οικογένειας είναι καθοριστική στην αποκατάσταση του σχιζοφρενικού ασθενούς, μια και οι περισσότερες ψυχοπαθολογικές διεργασίες πηγάζουν από αυτήν. Η θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια, που ένα μέλος της νοσεί από σχιζοφρενική ψύχωση, βασίζεται στις έρευνες που έδειξαν ότι σχετίζεται με την πρόληψη των υποτροπών. Η εκπαίδευση της οικογένειας σε κοινωνικές δεξιότητες αποτελεί τον πυρήνα της κοινωνικής αποκατάστασης του ατόμου. Έτσι η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση έχει τους εξής στόχους:

α) Να εκπαιδευτεί ο άρρωστος πάνω στη σχέση σχιζοφρένειας και στρες και τη σημασία της φαρμακοθεραπείας.

β) Να ενισχυθεί η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων σχετικά με την αρρώστια.

γ) Να εκπαιδευτεί η οικογένεια και ο ασθενής σε στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.

Παράλληλα υπάρχουν τέσσερα πρότυπα που ερμηνεύουν αυτή την παρέμβαση στην οικογένεια:

α) Το πρότυπο του Goldstein και των συνεργατών του στο U.C.L.A. (Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας στο Los Angeles), στο οποίο η παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου περιλαμβάνει έξι συνεδρίες μετά την έξοδο του ασθενούς από το ψυχιατρείο. Επικεντρώνεται στην «ψυχωσική εμπειρία» της οικογένειας, η οποία ενισχύεται στον έλεγχο της κοινωνική λειτουργικότητας του ψυχωσικού μέλους της.

β) Το πρότυπο των Left και Vaughn στο Λονδίνο, το οποίο δίνει έμφαση στην καταγραφή της συναισθηματικής έκφρασης και στη μείωση των επαφών ανάμεσα στους σχιζοφρενείς και τους συγγενείς τους, που παρουσιάζουν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Τα στάδια αυτού του προτύπου είναι η κοινή συνέντευξη με την οικογένεια όταν βγει ο ασθενής από το ψυχιατρείο, η εκπαίδευση σε θέματα ψυχωσικής διεργασίας και συναντήσεις με ομάδα συγγενών και δίνεται έμφαση στην επίλυση κάθε προβλήματος στο «εδώ και τώρα».

γ) Το πρότυπο των Anderson, Hogarty και Reiss στο Πανεπιστήμιο του Pittsburg. Σ' αυτή την περίπτωση η παρέμβαση περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις: την θεραπευτική συμμαχία, τη μάθηση δεξιοτήτων επιβίωσης, την επανένταξη

στην κοινότητα και τη συνέχιση της θεραπείας με αντίστοιχη μείωση της συχνότητας των συνεδρίων.

δ) Το πρότυπο του Faloon και των συνεργατών του στο Πανεπιστήμιο της Ν. Καλιφόρνιας το οποίο περιλαμβάνει τις εξής φάσεις παρέμβασης: εκτίμηση του οικογενειακού συστήματος, εκπαίδευσή του σχετικά με τη σχιζοφρένεια, εκπαίδευση στον τρόπο επικοινωνίας, εκπαίδευση των μελών της οικογένειας, στην επίλυση προβλημάτων και πρόσθετες συμπεριφορικές τεχνικές με τη μορφή ενίσχυσης και τοποθέτησης ορίων.

γ. Επαγγελματική αποκατάσταση

Η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί τον μακροπρόθεσμο στόχο της αποκατάστασης του σχιζοφρενικού ασθενή και σ' αυτόν τον τομέα ανήκουν το κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και η Προστατευμένη εργασία σε ορισμένα εργασιακά πλαίσια, τα οποία θα αναλύσουμε παρακάτω. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει ο επαγγελματικό προσανατολισμός του ατόμου, προκειμένου να διερευνηθούν οι κλίσεις και οι δυνατότητές του για την επαγγελματική του αποκατάσταση. Η διαδικασία αυτή γίνεται από τον επαγγελματικό σύμβουλο, ο οποίος συνεργάζεται με τον εργοδότη του ατόμου που έχει εκπαιδευτεί. Ενημερώνει τον εργοδότη για τις ικανότητες και το πρόβλημα του ατόμου, χωρίς όμως να προχωρήσει σε λεπτομέρειες και διευκρινίζει τις ανάγκες του ατόμου για φαρμακοθεραπεία, ελαστικότητα στο ωράριο, κ.λπ. (Μαδιανός Μ.Γ., 1994).

I. Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης – Αποκατάσταση

Στοχεύει στον έλεγχο των ικανοτήτων και δεξιοτήτων του ασθενούς και στην προσαρμογή του σε συνθήκες εργασίες. Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 1994, «το άτομο χρησιμοποιεί μια ποικιλία υλικών, εργαλείων και μηχανημάτων, πολλά από τα οποία απαιτούν διαφορετικούς χειρισμούς. Οι δραστηριότητες έχουν χωριστεί στα επιμέρους στάδια από τα οποία αποτελούνται». Με τον τρόπο αυτό ελέγχεται η ικανότητα και αποδοτικότητα του ατόμου σε κάθε στάδιο. Κριτήρια για τη συμμετοχή του ατόμου σε προγράμματα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι η ηλικία ή ύφεση των ψυχωσικών συμπτωμάτων.

II. Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης – Αποκατάσταση

Σ' αυτόν τον τομέα η εκπαίδευση διαιρείται στο προκαταρκτικό στάδιο όπου το άτομο εξοικειώνεται με το αντικείμενο της εκπαίδευσής του και στο κύριο στάδιο της εκπαίδευσης όπου το άτομο αποκτά εξειδίκευση στην παραγωγική διαδικασία. Μετά το τέλος της εκπαιδευτικής περιόδου οι εκπαιδευόμενοι τοποθετούνται σε εργασίες σχετικά με το αντικείμενο που εκπαιδεύονταν.

III. Προστατευμένη Εργασία

Όπως αναφέρει ο Μαδιανός, 1994, πρόκειται για παραγωγική εργασία που επιχορηγείται και η αμοιβή του ατόμου είναι ανάλογη με την παραγωγή

του. Η προστατευμένη εργασία μπορεί να γίνεται στο σπίτι, στο προστατευμένο εργαστήριο και σε ειδικό τμήμα εργοστασίου.

IV. Τοποθέτηση σε θέση εργασίας

Αποτελεί την τελική φάση της διαδικασίας της αποκατάστασης. Σ' αυτή την περίπτωση η ευθύνη ανήκει κυρίως στον επαγγελματικό σύμβουλο, στον κοινωνικό λειτουργό και στον εργοθεραπευτή. Ακόμη, η επιστημονική ομάδα αποκατάστασης έχει την υποχρέωση να παρακολουθεί το εργαζόμενο άτομο και να βρίσκεται σε τακτική επαφή με τους συναδέλφους ή τον εργοδότη ή τον προϊστάμενο του ατόμου που εργάζεται.

Συμπερασματικά, η ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του σχιζοφρενικού ασθενούς είναι αρκετά σημαντική για την ανάπτυξη του ατόμου, την κάλυψη των κοινωνικών και στεγαστικών του αναγκών και της επαγγελματικής του απασχόληση σε κοινοτικό επίπεδο.

4.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Όλες αυτές οι δομές, που αναφέραμε προηγουμένως, έχουν βασικό στόχο την επανένταξη και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων και ιδιαίτερα των αρρώστων με σχιζοφρένεια, ώστε να λειτουργούν στα επίπεδα της κοινωνικής ζωής μέσα στην κοινότητα και να μην επανεισάγονται στο ψυχιατρείο. Δίνεται έμφαση στην προοδευτική αύξηση της λειτουργικότητας του σχιζοφρενικού και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων αυτών των ατόμων. Όμως ποια είναι η επίδραση των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών στην αποτελεσματικότητα της πορείας του αρρώστου στην κοινότητα;

Σύμφωνα με τον Μαδιανό Μ.Γ., 2000, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν οι κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τις υπηρεσίες άλλων δομών έχει διαπιστωθεί μέσα από έναν μικρό αριθμό ερευνών. Έτσι οι Sousbury και Grad συνέκριναν σχιζοφρενικούς αρρώστους ως προς την εξέλιξή τους, οι οποίοι παρακολουθούνταν από μια κοινοτική υπηρεσία του Chichester της Αγγλίας που έδινε έμφαση στη θεραπεία στο κέντρο ή στο σπίτι. Οι άρρωστοι αυτοί συγκρίθηκαν με μια ομάδα ασθενών που βρίσκονταν στο ψυχιατρείο της περιοχής. «Κατά το αρχικό στάδιο της έρευνας, μόνο το 14% της πρώτης ομάδας εισήχθη στο ψυχιατρείο σε σύγκριση με το 52% της δεύτερης ομάδας. Στο διάστημα των 24 μηνών της παρακολούθησης το 62% της πρώτης ομάδας παρέμεινε υπό θεραπεία στο κέντρο, ενώ από τη δεύτερη ομάδα μόνο το 41%.».

Άλλη έρευνα που συνέκρινε την κοινοτική με τη νοσοκομειακή φροντίδα ήταν αυτή του Fenton και των συνεργατών του, οι οποίοι μελέτησαν 175 ασθενείς που θα νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Από αυτούς οι μισοί πήγαν στο ψυχιατρείο και άλλοι μισοί δέχτηκαν ψυχιατρική φροντίδα. Οι ασθενείς που δέχτηκαν φροντίδα στο σπίτι πέτυχαν πρόληψη της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο σε ποσοστό 61,8%, ενώ το 30,3% νοσηλεύτηκε με μέσο αριθμό νοσηλείας 1,8 ημέρες μόνο. Με τον τρόπο αυτό η νοσηλεία στο Ψυχιατρείο αποφεύχθηκε ή ελαχιστοποιήθηκε για το 92,1% των ατόμων που αντιμετωπίστηκαν στο σπίτι τους. Η ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι περιλάμβανε εικοσιτετράωρη παροχή υπηρεσιών, επισκέψεις στο σπίτι για να κατανοήσουν ο ασθενής και η οικογένειά του τη φύση της ψυχικής νόσου, φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία για τη μείωση των συμπτωμάτων και βελτίωση της ζωής του. Έτσι αυτή η έρευνα του Fenton έδειξε ότι «η εφαρμογή κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών μειώνει τη χρήση ενδονοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών, ενώ θεραπευτικά έχει το ίδιο αποτέλεσμα με τη νοσοκομειακή περίθαλψη».

Παράλληλα οι Stein και Test δημιούργησαν στο Μάντισον του Ουισκόνσιν των Η.Π.Α. ένα πρότυπο υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα των ψυχικά αρρώστων. Τα άτομα που πήραν μέρος στο πρόγραμμα επιλέχθηκαν τυχαία, κατά την είσοδό τους στο ψυχιατρείο της Μεντόνα, με βάση τα εξής κριτήρια: α) να είναι από 18 έως 62 ετών, β) να μένουν στην κοινότητα Ντέιν στο Μάντισον και γ) να μην έχουν διάγνωση οργανικού συνδρόμου ή αλκοολισμού. Στη συνέχεια οι ασθενείς

επανέρχονταν στο σπίτι τους, όπου υπήρχε εικοσιτετράωρη επίβλεψη. Το προσωπικό παρακολουθούσε τον κάθε άρρωστο ξεχωριστά και τον μάθαινε βασικές κοινωνικές δεξιότητες, όπως να πάει για ψώνια, φαγητό, να χρησιμοποιήσει τα μέσα μεταφοράς ενώ συγχρόνως το άτομο τοποθετούνταν σε ελεύθερη ή προστατευμένη εργασία.

Τελικά η σύγκριση των αρρώστων αυτής της πειραματικής ομάδας με εκείνους που βρίσκονταν στο Ψυχιατρείο έδειξε την υπεροχή της πειραματικής ομάδας σε σχέση με τους παρακάτω παράγοντες, όπως το ότι είχαν λιγότερες ψυχιατρικές εισαγωγές και επανεισαγωγές, ζούσαν περισσότερο χρόνο ανεξάρτητα στην κοινότητα, είχαν αναπτύξει κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και υψηλή αυτοεκτίμηση. Φαίνεται λοιπόν μέσα από την έρευνα ότι η παροχή ενός τέτοιου φάσματος υπηρεσιών στην κοινότητα μπορεί να αποβεί ευεργετική για τον ψυχικά άρρωστο ως προς την αποκατάστασή του.

Συμπερασματικά, με βάση τις έρευνες αυτές, οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τα προγράμματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής που απευθύνονται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι αποτελεσματικά αρκεί να υπάρχει συνεχής, διαθεσιμότητα των ίδιων των φορέων και του αρρώστου, ετοιμότητα του φορέα για αντιμετώπιση τυχόν κρίσης σε όλο το εικοσιτετράωρο καθώς και εκπαίδευση του αρρώστου σε κοινωνικές δεξιότητες.

Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΛΥΟΝ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

- Έχοντας υπόψη ότι 40 εκατομμύρια περίπου ανθρώπινες υπάρξεις σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν υποστεί κάποιου βαθμού έκπτωση της ψυχικής τους υγείας ή υποφέρουν από κάποια ψυχική αρρώστια,
- Επισημαίνοντας ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ευάλωτων ανδρών, γυναικών και παιδιών δεν παρέχονται υπηρεσίες για ουσιαστική αποκατάσταση και επανακοινωνικοποίηση, υλική υποστήριξη, εκπαίδευση, στέγαση και δυνατότητες εργασίες που είναι απαραίτητες για να μπορέσουν να ξεπεράσουν τις αδυναμίες τους ή για να χρησιμοποιήσουν το δυναμικό τους με ένα τρόπο που να τους βοηθήσει να οδηγηθούν σε μια ευτυχισμένη και δημιουργική ζωή,
- Αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι τα περισσότερα από αυτά τα άτομα, αν τους είχαν προσφερθεί οι κατάλληλες υπηρεσίες θα ήταν δυνατό να παίξουν ένα χρήσιμο ρόλο στην κοινωνία μας,
- Επαναβεβαιώνοντας την πίστη μας στα ουσιώδη ανθρώπινα δικαιώματα της ελευθερίας, ισότητας και αδελφότητας και στις αρχές της ειρήνης, ανθρώπινης αξιοπρέπειας και κοινωνικής δικαιοσύνης που έχουν διακηρυχθεί στο καταστατικό των Ηνωμένων Εθνών, την Παγκόσμια Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τις αποφάσεις που υιοθετήθηκαν από τη Γενική συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες,

- Γνωρίζοντας επίσης ότι η ικανοποίηση αυτών των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων απαιτεί από όλα τα έθνη να επανεξετάσουν και όπου αυτό απαιτείται να αναθεωρήσουν τις εθνικές τους προτεραιότητες για να μειωθούν μη αναγκαίες, μη παραγωγικές και άχρηστες δαπάνες, να υποστηρίξουν τον έλεγχο των εξοπλισμών και να διασφαλίσουν μια περισσότερη ισότιμη κατανομή των εθνικών τους πόρων ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες αυτές,

Διακηρύσσουμε ότι ο ψυχικά άρρωστος όπως και άλλοι ευάλωτοι πληθυσμοί έχουν το δικαίωμα και είναι υποχρέωση της κοινωνίας να παρέχει τους πόρους και δυνατότητες ανάλογα με τις εθνικές δυνατότητες για να εξασφαλισθεί σ' αυτά τα άτομα η απόλαυση για μια πλήρη ζωή με οικονομική ασφάλεια, συμβατή με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, όπως επίσης και το δικαίωμα να μοιράζονται το παραγωγικό έργο της κοινότητας σύμφωνα με τις ικανότητες του κάθε ατόμου.

Καλούμε τα Ηνωμένα Έθνη και τις εξειδικευμένες οργανώσεις, τους ηγέτες Εθνικών Κυβερνήσεων και τα συναφή υπουργεία να προωθήσουν μια πολιτική συνεπή με τις αρχές που διατυπώθηκαν σε αυτή τη διακήρυξη. Αναθέτουμε στο διοικητικό συμβούλιο της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση να επιδιώξει με όλα τα δυνατά μέσα των, όσο το δυνατόν, πιο πλήρη υλοποίηση αυτών των βασικών στόχων.

4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Γ.Ν., 2000: «η κοινωνική εργασία ορίζεται ως η εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που αποσκοπεί στη διερεύνηση, μελέτη και αντιμετώπιση ενός ευρέος φάσματος προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων, που η διαπλοκή τους επηρεάζει δυσμενώς άτομα ή σύνολα ατόμων». Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική εργασία είναι μια επιστήμη δράσης και παρέμβασης. Οι εφαρμογές της επιδιώκουν να βοηθήσουν το άτομο να αντιμετωπίζει με τον πιο πρόσφορο και αποδοτικό τρόπο το πρόβλημά του.

Όπως αναφέρει η Κατσορίδου-Παπαδοπούλου Χ., 1993, η κοινωνική εργασία είναι επάγγελμα ανθρωποκεντρικό, δηλαδή το επίκεντρο της προσοχής της είναι ο άνθρωπος, όπως αυτός ζει και συμπεριφέρεται μέσα στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Πρωταρχικός της σκοπός είναι το «ευ ζειν» του ανθρώπου ως ατόμου, ως μέλους οργανωμένης ομάδας ή κοινότητας. Βασική επιδίωξη της κοινωνικής εργασίας είναι η ενίσχυση και η αποκατάσταση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις σχέσεις αλληλεπίδρασης του ίδιου με το σημαντικό, για αυτό, περιβάλλον. Έτσι, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι αρκετά σημαντικός τόσο στην πρόληψη, δηλαδή στην αποτροπή μιας κοινωνικής δυσλειτουργίας, όσο και στην αντιμετώπιση και αποκατάσταση των προβλημάτων που προκύπτουν.

Σε αυτή την ενότητα εργασίας μας θα προσπαθήσουμε να σκιαγραφήσουμε, όσο είναι εφικτό, αυτή την πολυπλοκότητα του ρόλου του

κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της ψυχικής υγείας και κυρίως σε δομές αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.

Ως αυτοτελής εφαρμοσμένη επιστήμη, η κοινωνική εργασία, περιλαμβάνει το θεωρητικό, το εμπειρικό και το εφαρμοσμένο σκέλος. Κατευθύνεται σε στόχους και αποτελέσματα, υποδεικνύει τρόπους πραγματοποίησης του «δέοντος γενέσθαι» καθώς και εναλλακτικές λύσεις ως προς ένα αποτέλεσμα και μια μέθοδο. Έχει εκτεταμένο πεδίο εφαρμογών σε όλων των ειδών τις κοινωνικές υπηρεσίες και έχει αναπτύξει τεχνικές που στη συνέχεια διαμορφώθηκαν στις παρακάτω μεθόδους προσέγγισης του αντικειμένου της: α) Κοινωνική εργασία με άτομα, β) κοινωνική εργασία με ομάδες, γ) κοινωνική εργασία με κοινότητα, δ) κοινωνική εργασία με οικογένεια, ε) κοινωνική έρευνα – κοινωνικός σχεδιασμός. (Καλλινικάκη Θ., 1998).

Ειδικότερα, ο χώρος της ψυχικής υγείας αποτελεί ένα ευρύ πεδίο για την εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας, αφού βασικός της στόχος είναι η προαγωγή της υγιούς έκφρασης ατόμων ή ομάδων. Η είσοδος της κοινωνικής διάστασης στην Ψυχιατρική καθιστά πολύπλευρη την αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς και εντάσσει τον κοινωνικό λειτουργό στη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας. Έτσι, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αποκτά σημασία και στα τρία είδη περίθαλψης:

1) Πρωτοβάθμια περίθαλψη – πρόληψη.

Σύμφωνα με την Λυμπεροπούλου-Ντόντου Α., 1986, ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα, αξιολογεί τα

αποτελέσματα και εντοπίζει τα ανεπιθύμητα κοινωνικά φαινόμενα. Στη συνέχεια προτείνει λύσεις για το σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης, που διασφαλίζουν την ψυχική υγεία της κοινότητας.

II) Δευτεροβάθμια περίθαλψη – θεραπεία.

Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία παρακολούθησης του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία και εισαγωγής του σε ψυχιατρική κλινική και συνοδεύει τον ίδιο και την οικογένειά του σε όλη τη διάρκεια της ολικής ή μερικής νοσηλείας του (ενδονοσοκομειακή νοσηλεία – νοσοκομείο ημέρας). Οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού σ' αυτό το στάδιο επικεντρώνονται στην ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειάς του και στην αντιμετώπιση των κοινωνικών του προβλημάτων. (Λυμπεροπούλου-Ντόντου Α., 1986).

Όπως αναφέρει η Λυμπεροπούλου-Ντόντου Α., 1986, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού περιλαμβάνει μια σειρά ενεργειών όπως:

- Λήψη του κοινωνικού και οικογενειακού ιστορικού με τη συνακόλουθη εκτίμηση των κοινωνικών, οικογενειακών και πολιτισμικών παραμέτρων που συμβάλλουν στην έναρξη και πορεία της νόσου.
- Ιεράρχηση αυτών των προβλημάτων και υποστήριξη του ασθενούς να δεχθεί βοήθεια και να συνεργαστεί.

- Ευαισθητοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του στην αποδοχή και κατανόηση της φύσης του προβλήματός του και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα διευκολύνουν τη διαχείρισή του.
- Ενημέρωση και υποστήριξη της οικογένειας, προκειμένου να βοηθηθεί να επιλύσει επείγοντα πρακτικά ζητήματα.

Τέλος, αφού ολοκληρωθεί το στάδιο αυτό παραμονής του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, τον παραπέμπει σε μία ή περισσότερες ενδιάμεσες δομές, αν χρειάζεται.

III) Τριτοβάθμια περίθαλψη – Ενδιάμεσες δομές – Αποκατάσταση

Σ' αυτό το στάδιο οι προσπάθειες επικεντρώνονται στη θεμελίωση και διατήρηση, από τον ασθενή, μιας σειράς από δεξιότητες που θα του εξασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Για την ευόδωση αυτού του θεραπευτικού έργου, είναι απαραίτητη η ύπαρξη και λειτουργία ενδιάμεσων δομών και προγραμμάτων αποκατάστασης, όπως ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, κέντρα ψυχικής υγιεινής, κέντρα επαγγελματικής προεργασίας και κατάρτισης, εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης, κ.ά.

Σ' αυτές τις δομές ο κοινωνικός λειτουργός αναπτύσσει μια πολυδιάστατη δραστηριότητα, με στόχο να στηρίξει τον ασθενή και την οικογένειά του να κρατήσουν τη θέση τους μέσα στον κοινωνικό ιστό. Έτσι:

- ευαισθητοποιεί στην πρόληψη της υποτροπής
- ενθαρρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων
- αναζητά πηγές βοήθειας
- εργάζεται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου

- υποστηρίζει φορείς που ασχολούνται με την ψυχική υγεία.
(Λυμπεροπούλου-Ντόντου Α., 1986).

Ο Μαδιανός Μ.Γ., 1994, παρουσιάζει αυτές τις βαθμίδες περίθαλψης στον ακόλουθο πίνακα:

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
Προαγωγή της υγείας	Ιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση	Ιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση
Θεραπεία των προδιαθεσιακών παραγόντων	Εγκαιρη ανίχνευση και	
Ειδική πρόληψη	θεραπεία	
	ΕΚΠΤΩΣΗ	
Ανεκτό επίπεδο υγείας		↗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ → ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ → ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ↘ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Παρακάτω θα αναφερθούμε αναλυτικά σ' αυτές τις δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της αποκατάστασης και θα επικεντρώσουμε την προσοχή μας στο ρόλο που αυτός έχει όταν εφαρμόζει τις βασικές μεθόδους κοινωνικής εργασίας σε υπηρεσίες και κέντρα ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων που νοσούν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχοπαθολογικές διαταραχές.

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

Η μέθοδος αυτή είναι η πιο διαδεδομένη και αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο από τον κοινωνικό λειτουργό σε ένα πλαίσιο ψυχικής υγείας. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι το μέλος της θεραπευτικής ομάδας που έρχεται αρχικά σε επαφή με τον ψυχικά ασθενή και δημιουργεί την κατάλληλη ατμόσφαιρα, ώστε να εξοικειωθεί το άτομο με το περιβάλλον και να αποβάλλει τα συναισθήματα φόβου και ανασφάλειας που τον διακατέχουν.

Για να επιτευχθεί αυτό και να ξεκινήσει η συνεργασία με τον ασθενή, ο κοινωνικός λειτουργός έχει στη διάθεσή του ορισμένα μέσα – εργαλεία με τα οποία μπορεί να προσεγγίσει τον εξυπηρετούμενο και την ιδιαίτερη κατάστασή του. Ένα από αυτά τα εργαλεία είναι και η συνέντευξη, μέσω της οποίας ο κοινωνικός λειτουργός θα συλλέξει πληροφορίες και θα συγκεντρώσει τα στοιχεία που χρειάζονται για το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή. Με τον τρόπο

αυτό θα μπορέσει να αξιολογήσει τις ανάγκες και την κατάσταση του ατόμου και να προχωρήσει σε επόμενες συνεντεύξεις, προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή να γνωρίσει τον εαυτό του, να αποδεχθεί την ιδιαιτερότητα του προβλήματος που αντιμετωπίζει και να εργαστεί πάνω σε αυτό για να μπορέσει να κινητοποιηθεί και να καταστεί άτομο υπεύθυνο, χρήσιμο για τον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο.

Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός, εφαρμόζοντας κοινωνική εργασία με άτομα, εστιάζει στις δυνάμεις του Εγώ του ατόμου, στις συνειδητές πλευρές της προσωπικότητάς του και αξιοποιεί εποικοδομητικά τα στοιχεία

από την πραγματικότητα της σχέσης με τον ασθενή, όπως εκδηλώνονται στη διάρκεια των συνεντεύξεων. Εργάζεται με το άτομο όταν προκύπτουν προβλήματα στις σχέσεις του με τους άλλους ασθενείς και αξιολογεί τις ικανότητες και δεξιότητές του, με σκοπό να διαγνώσει αν είναι ικανό να συμμετάσχει στις αντίστοιχες δραστηριότητες και ομάδες που λειτουργούν στην υπηρεσία ή το κέντρο. Μέσα από αυτές τις δραστηριότητες ο ψυχικά ασθενής ενθαρρύνεται να αναπτύξει τις σωματικές, νοητικές και συναισθηματικές του ικανότητες που θα τον βοηθήσουν μελλοντικά στην επίλυση καθημερινών προβλημάτων στην κοινότητα καθώς και στην επαγγελματική του αποκατάσταση.

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

Ο κοινωνικός λειτουργός σε ένα κέντρο ψυχικής υγείας μπορεί να οργανώσει ομάδες π.χ. ομάδα εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να εφαρμόσει κοινωνική εργασία με ομάδα, χωρίς να παραγνωρίζει τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του ατόμου-μέλους της ομάδας. Σκοπός της ομάδας είναι η επίλυση προβλημάτων που αφορούν τη διαπροσωπική επικοινωνία και σχέση ατόμων-μελών και η βελτίωση της κοινωνικής τους λειτουργικότητας, με απώτερο στόχο την επίτευξη της προσωπικής και κοινωνικής ευημερίας τους. (Καλλινικάκη Θ., 1998).

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η Καλλινικάκη Θ., 1998, ο κοινωνικός λειτουργός, δουλεύοντας με ομάδες, συμβάλλει στην ενίσχυση της

ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των μελών, στην απόκτηση δεξιοτήτων για διαπροσωπική επικοινωνία και στη δημιουργία σχέσεων φιλίας και συνεργασίας. Ακόμα βοηθά στην συναισθηματική τους ωρίμανση, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μέσα από την αναγνώριση μιας επιτυχίας ή ενός επιτεύγματος των μελών και ενθαρρύνει τους ασθενείς να προχωρήσουν στην επίλυση καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, με αποτέλεσμα να προσαρμοστούν ομαλά και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της κοινωνίας.

Οι σχέσεις που δημιουργεί ο κοινωνικός λειτουργός με την ομάδα και κάθε ένα από τα μέλη της, εκφράζονται και πραγματώνονται μέσα από τους ρόλους που ο ίδιος αναλαμβάνει. Αυτοί οι ρόλοι επηρεάζονται από την ομαδική κατάσταση που επικρατεί, από τους σκοπούς του ίδιου αλλά και των μελών και από το στάδιο ανάπτυξης της ομάδας. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ευέλικτος στους ρόλους του, οι οποίοι άλλοτε απαιτούν μεγάλη δραστηριότητα από τον ίδιο και άλλοτε περιορισμένη, άλλοτε έχουν χαρακτήρα διευκολυντικό και άλλοτε κατευθυντικό. Σύμφωνα με την Κατσορίδου-Παπαδοπούλου Χ., 1993, οι πιο γνωστοί ρόλοι που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός σε μια ομάδα είναι οι εξής:

- Ηγετικός. Ο ρόλος αυτός συναντάται συνήθως στα αρχικά στάδια ανάπτυξης της ομάδας, όταν υπάρχει συναισθηματική εμπλοκή μεταξύ των μελών και σύγχυση μέσα στην ομάδα, όταν τα μέλη χρειάζεται να «διδασχτούν» δημοκρατικές διαδικασίες για την καλύτερη λειτουργία της ομάδας. Είναι ρόλος κεντρικού προσώπου θα λέγαμε και γι' αυτό ακριβώς απαιτείται συνεχής εγρήγορση και ενδοσκόπηση του κοινωνικού λειτουργού για να αποφύγει τη

σύγχυση ρόλων αλλά και των ορίων μεταξύ του επαγγελματικού του εαυτού και του εαυτού του ως ατόμου.

- Μεσολαβητικός. Αυτός ο ρόλος είναι σημαντικός όταν η ομάδα βρίσκεται σε κρίση. Σ' αυτή την περίπτωση ο κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται γνώση και ευαισθησία για να διατηρεί, προς όφελος της ομάδας, τις λεπτές ισορροπίες μεταξύ των δύο.

- Παρακινητικός και Εμπυχωτικός. Ο κοινωνικός λειτουργός παρακινεί και εμπυχώνει τα μέλη και την ομάδα στις μεταξύ τους σχέσεις, στην αυτοέκφραση, στη λήψη αποφάσεων, στην παραγωγή έργου και γενικά σε καταστάσεις που μοιάζουν να μην έχουν διέξοδο και προκαλούν άγχος και ένταση στην ομάδα. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός μέσα από την ενθάρρυνση, την υποστήριξη και το χιούμορ βοηθάει τα μέλη να υπερπηδήσουν τα εμπόδια που εμφανίζονται και τα παρακινεί να δράσουν.

- Συμβουλευτικός – Κατευθυντικός – Διδακτικός. Ο κοινωνικός λειτουργός στρέφει την προσοχή των μελών της ομάδας σε νέα ενδιαφέροντα και δεξιότητες και τα οδηγεί να καλλιεργήσουν την κατάλληλη στάση για την αναζήτηση της γνώσης και των μέσων εκείνων που μακροχρόνια μπορούν να βοηθήσουν τα ίδια τα άτομα να μάθουν να αξιοποιούν καλύτερα τον ελεύθερο χρόνο τους. Ακόμα διδάσκει ρόλους και κατευθύνει τα μέλη στην απόκτηση νέων ρόλων, περισσότερο παραγωγικών. «Η ικανότητα του κοινωνικού λειτουργού για τη δημιουργία κινήτρων στα μέλη, με σκοπό την ενσωμάτωση νέων γνώσεων, ενδιαφερόντων, στάσεων και δεξιοτήτων αποτελεί προϋπόθεση για πιο αποτελεσματική άσκηση του ρόλου του αυτού».

- Ένας άλλος ρόλος που έχει ο κοινωνικός λειτουργός σε μια ομάδα είναι ότι γίνεται ο ίδιος φορέας νέων στάσεων και δεξιοτήτων καθώς τα μέλη συχνά ταυτίζονται μαζί του. Ο ρόλος αυτός απαιτεί αντικειμενικότητα στην εκτίμηση των αναγκών και των δυνατοτήτων που έχουν τα μέλη της ομάδας και καλή γνώση των αρχών και αξιών τόσο της ίδιας της ομάδας όσο και της κοινότητας στην οποία ανήκουν τα μέλη.

- Ο κοινωνικός λειτουργός ελέγχει και περιορίζει τα μέλη της ομάδας. Ο ρόλος αυτός χρειάζεται αυτογνωσία και αυτοέλεγχο του ίδιου του κοινωνικού λειτουργού, προκειμένου να διατηρείται και να ενισχύεται η συνοχή της ομάδας.

- Ο κοινωνικός λειτουργός προσέχει, παρατηρεί και κατευθύνει. Σ' αυτή την περίπτωση ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού περιορίζεται καθώς τα μέλη αρχίζουν να ενεργούν αυτοδύναμα προς όφελος της ομάδας.

Όλοι αυτοί οι ρόλοι είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι μεταξύ τους και μέσα από αυτούς ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να χειριστεί ομάδες, οι οποίες βοηθούν τους ασθενείς να επανασυνδεθούν με την πραγματικότητα, να ενισχύσουν την επικοινωνία μεταξύ τους και να προσαρμοστούν στη θεραπεία.

Τέλος, μέσα από role-play (παίξιμο ρόλων), τεχνική που εφαρμόζει ο κοινωνικός λειτουργός, δίνεται στον ασθενή η ευκαιρία παρουσίασης γεγονότων της ζωής και καταστάσεων, τις οποίες ενδέχεται να αντιμετωπίσει ο ίδιος όταν επανέλθει στην κοινότητα, ως υγιές μέλος αυτής.

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός ως ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένειά του. Μέσα από τη συνεργασία με την οικογένεια, μπορεί να την βοηθήσει να απαντήσει σε ερωτήματα σχετικά με την ασθένεια του μέλους της καθώς και για την πορεία της θεραπείας, ώστε να αποκτήσει η οικογένεια μια εικόνα του προβλήματος και να εμπλακεί στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να ενθαρρύνει την οικογένεια να αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες, προκειμένου να χειριστεί αποτελεσματικά τις καταστάσεις που προκύπτουν και να υποστηρίξει τον ασθενή όσο το δυνατόν περισσότερο. Με τον τρόπο αυτό η οικογένεια έρχεται πιο κοντά με το άτομο που πάσχει, αρχίζει να συνειδητοποιεί και να αποδέχεται την ιδιαιτερότητα του προβλήματός του και καλλιεργεί το έδαφος για την αποκατάστασή του τόσο στους κόλπους της, όσο και στην ίδια την κοινωνία.

Δ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Ο κοινωνικός λειτουργός συχνά εφαρμόζει την μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα, με σκοπό να ενημερώσει, να ευαισθητοποιήσει και να πληροφορήσει την κοινότητα για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, για τις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Η

παρέμβαση στην κοινότητα έχει μεγάλη σημασία για την ομαλή κοινωνική επανένταξη του ασθενούς, αφού άτομο και περιβάλλον βρίσκονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους.

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη Θ., 1998, η κοινοτική εργασία ασχολείται με τα εξής:

- την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης κοινωνικών προβλημάτων
- την ενημέρωση και αγωγή της κοινότητας
- την επιμόρφωση σχετικά με προβλήματα υγείας, την πρόληψη και τον έλεγχο εξάπλωσής τους
- τη διοργάνωση ενημερωτικών συγκεντρώσεων στην κοινότητα
- τη δραστηριοποίηση των φορέων της κοινότητας και την οργάνωση ομάδων αυτοβοήθειας, πρωτοβουλίας και αμοιβαίας βοήθειας στο επίπεδο της γειτονιάς.

Η συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στα παραπάνω είναι καθοριστική, έτσι ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με οργανισμούς και υπηρεσίες για τη διεργασία-λύσης προβλημάτων των ασθενών. Για παράδειγμα, οι εξυπηρετούμενοι ενός κέντρου ψυχικής υγείας χρειάζεται να νοσηλευτούν σε κάποια ψυχιατρική κλινική νοσοκομείου ή να έρθουν σε επαφή με κάποια άλλη υπηρεσία. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που θα κάνει την πρώτη επαφή και θα ενημερώσει για τους λόγους παραπομπής του ασθενούς στη συγκεκριμένη υπηρεσία. Από την άλλη πλευρά, οι υπηρεσίες της κοινότητας παίζουν σημαντικό ρόλο για το κέντρο, εφόσον αυτές θα παραπέμπουν τον ασθενή που χρειάζεται βοήθεια σε αυτό. Επομένως, είναι

αναγκαία η δημιουργία σχέσεων ανάμεσα στο κέντρο ψυχικής υγείας και στις υπηρεσίες της κοινότητας προς όφελος των ασθενών.

Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει στην εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή και αποτελεί τροχοπέδη στην αναζήτηση και παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς. Οι ψυχικά ασθενείς, σύμφωνα με την Οικονόμου Π. Μαρίνα, 2003, έχουν να αντιμετωπίσουν εκτός από την ίδια τη νόσο, την προκατάληψη και το φόβο της κοινωνίας για το «άλλο» της πρόσωπο που συνδέεται συνήθως με τη βία και την επικινδυνότητα. Γι' αυτό οι ασθενείς υφίστανται διακρίσεις στη στέγαση, στις ευκαιρίες για εκπαίδευση και επαγγελματική αποκατάσταση. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός μέσα από διάφορα προγράμματα καταπολέμησης του στίγματος προσπαθεί να καταπολεμήσει την άγνοια, δίνοντας έμφαση στον τομέα της ενημέρωσης και της διάχυσης της επιστημονικής πληροφόρησης καθώς και της υλοποίησης δράσεων στην κοινότητα.

Ακόμα, ο κοινωνικός λειτουργός διοργανώνει ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες σε συνεργασία με τους κατοίκους της κοινότητας. Με τον τρόπο αυτό βοηθάει σημαντικά στην αποκατάσταση των ασθενών, οι οποίοι αρχίζουν να γίνονται αποδεκτοί από την κοινότητα. Τέλος, ένας άλλος τομέας δράσης του κοινωνικού λειτουργού είναι αυτός της επαγγελματικής αποκατάστασης του ψυχικά ασθενούς. Έρχεται σε επαφή με διάφορες υπηρεσίες και φορείς της κοινότητας, προκειμένου να τους ευαισθητοποιήσει για τις ανάγκες των ασθενών και την ικανότητά τους να παράγουν έργο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1. ΕΡΕΥΝΑ

5.1.1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μέχρι τώρα καταγράψαμε ένα σημαντικό μέρος των υπάρχουσών θεωρητικών προσεγγίσεων και μελετών για τη φύση της σχιζοφρενικής νόσου καθώς και για την αντίδραση της οικογένειας που ένα μέλος της πάσχει από αυτή την ασθένεια. Στο κεφάλαιο αυτό θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε τη συμπεριφορά του οικογενειακού συστήματος και ερευνητικά μέσα από τη μελέτη της στάσης των γονέων έναντι της σχιζοφρένειας.

Η προσπάθεια αυτή είναι δυνατό να συμβάλλει στον εμπλουτισμό πορισμάτων προηγούμενων ερευνών και στοχεύει στην κινητοποίηση για άμεση και συστηματοποιημένη αντιμετώπιση των πολλαπλών και πραγματικά πολυσύνθετων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γονείς που έχουν στην οικογένειά τους ενήλικο μέλος με σχιζοφρένεια το οποίο βρίσκεται στη φάση της αποκατάστασης.

Η σχιζοφρένεια ως φαινόμενο έχει απασχολήσει παγκοσμίως την πλειοψηφία των ερευνητών της Ψυχικής Υγείας. Ωστόσο, στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει αρκετές έρευνες γι' αυτή τη νόσο. Επίσης, περιορισμένο είναι και το υλικό που υπάρχει για τη στάση της οικογένειας όταν ένα μέλος της νοσεί από σχιζοφρένεια. Γι' αυτό θεωρούμε ότι η παρούσα έρευνα θα μπορούσε ενδεχομένως να βοηθήσει την οικογένεια να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τη σχιζοφρένεια.

5.1.2. ΣΤΟΧΟΙ

Όπως και κάθε έρευνα, έτσι και η συγκεκριμένη οφείλει να ανταποκρίνεται στις εκάστοτε κοινωνικές απαιτήσεις καθώς και να έχει ανάλογους στόχους, που να καταδεικνύουν και να δικαιολογούν, εξίσου, τη σημαντικότητα, τη λειτουργικότητα και τη χρησιμότητα των ευρημάτων της.

Στόχοι της παρούσης έρευνας, λοιπόν, είναι:

α) Να διερευνηθεί η συμπεριφορά της οικογένειας τη στιγμή που έγινε γνωστό σ' αυτήν η διάγνωση της σχιζοφρένειας στο παιδί της.

β) Να διερευνηθεί και να μελετηθεί διεξοδικά η στάση της οικογένειας στην πορεία εξέλιξης της νόσου.

γ) Να διερευνηθούν οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα των γονέων κατά την αποκαταστασιακή φάση του ασθενούς.

δ) Να διερευνηθεί η πληρότητα και η αποτελεσματικότητα των υπάρχουσών δομών της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, και να διερευνηθεί ο βαθμός ενημέρωσης των γονέων σχετικά με τις υπηρεσίες στις οποίες έπρεπε να απευθυνθούν για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.

ε) Να διερευνηθεί ο ειδικά διαμορφωμένος ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην στήριξη της οικογένειας.

5.1.3. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

1. Η οικογένεια αντιλαμβάνεται την εμφάνιση της σχιζοφρένειας στους κόλπους της ως απειλή. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίτσης, 1990).

2. Ο πανικός και το άγχος είναι τα κυρίαρχα συναισθήματα των γονιών που προκαλούνται από την εμφάνιση της νόσου. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίτσης, 1990).
3. Η στάση της οικογένειας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εκάστοτε κοινωνικές αξίες και αντιλήψεις. (Α. Καλαντζή-Αζίζι – Ν. Παρίτσης, 1990).
4. Χαρακτηριστικά, το μορφωτικό επίπεδο και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των γονέων επηρεάζουν τη στάση τους. (Γεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).
5. Η οικογένεια στους κόλπους της κοινωνίας αντιμετωπίζει τη σχιζοφρένεια με προκατάληψη και συμβάλλει στο στιγματισμό των ψυχικά ασθενών. (Οικονόμου Π. Μαρίνα, 2003).
6. Οι γονείς δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας με αποτέλεσμα να μην απευθύνονται άμεσα στις αρμόδιες υπηρεσίες. (Λυμπεροπούλου – Ντόντου Α., 1986).

5.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.2.1. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι όλα τα παιδιά που πάσχουν από σχιζοφρένεια και παρακολουθούν προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Το δείγμα της έρευνάς μας ήταν 15 γονείς από τους οποίους οι 10 ήταν μητέρες ηλικίας 39-73 ετών και οι 5 πατέρες ηλικίας 43-68 ετών. Ο τρόπος επικοινωνίας με τους συγκεκριμένους γονείς ήταν μέσω τηλεφώνου σε συνεργασία με την Κοινωνική Λειτουργό του Κέντρου. Πιο συγκεκριμένα, με βάση τον κατάλογο ονομάτων που δόθηκε από την Κοινωνική Λειτουργό, έγιναν οι τηλεφωνικές επικοινωνίες με τους γονείς και καθορίστηκαν οι μεταξύ μας συναντήσεις.

Πιο συγκεκριμένα για την ανεύρεση αυτού του δείγματος απευθυνθήκαμε στις δύο αποκαταστασιακές δομές της Πάτρας: το Νοσοκομείο Ημέρας που στοχεύει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ψυχικά ασθενών και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής που αποσκοπεί τόσο στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, όσο και στην επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσα από ειδικά εργαστήρια απασχόλησης για ανεύρεση εργασίας. Για τη συλλογή των στοιχείων ήρθαμε σε επαφή και με τις δύο υπηρεσίες. Όμως κατά την χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας στο Νοσοκομείο Ημέρας δεν υπήρχαν παιδιά με σχιζοφρένεια παρά μόνο δέκα ασθενείς, οι οποίοι έπασχαν από διαταραχή προσωπικότητας, φοβίες, κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές. Οπότε, καταλήξαμε στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, στο

οποίο εκείνη την περίοδο υπήρχαν δεκαπέντε (15) περιπτώσεις παιδιών με σχιζοφρένεια, οι ηλικίες των οποίων κυμαίνονταν από 18 έως 33 ετών. Εμείς, θέλοντας να μελετήσουμε τα συναισθήματα των γονέων για τη σχιζοφρενική νόσο των ενήλικων παιδιών τους στη φάση της αποκατάστασης, επιλέξαμε τους γονείς αυτών των παιδιών με τη συγκεκριμένη ηλικία.

5.2.2. ΤΟΠΟΣ – ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν τη χρονική περίοδο Οκτωβρίου – Δεκεμβρίου 2002 στην περιοχή της Πάτρας. Τα μέλη της ερευνητικής ομάδας συναντήθηκαν με τους ερωτώμενους γονείς στους χώρους του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πατρών.

5.2.3. ΜΕΘΟΔΟΣ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε ήταν η επισκόπηση. Σύμφωνα με τους L. Cohen, Lawrence Manion, 2000, οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπάρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα. Η επισκόπηση όταν είναι μικρής κλίμακας και διεξάγεται από το μεμονωμένο ερευνητή χρησιμοποιείται για τη συλλογή πληροφοριών συνήθως μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες τεχνικές συγκέντρωσης δεδομένων: δομημένες ή ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται επί τόπου ή

ερωτηματολόγια μέσω ταχυδρομείου, σταθμισμένα τεστ επίδοσης ή γνώσεων και κλίμακες στάσεων. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε ήταν η συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο. Οι λόγοι για τους οποίους χρησιμοποιήσαμε αυτή τη μέθοδο είναι οι εξής :

α) Μας διευκόλυνε στη μέτρηση των στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια.

β) Το δείγμα μας ήταν περιορισμένο λόγω μη ύπαρξης περισσότερων σχιζοφρενικών ατόμων στις δημόσιες υπηρεσίες αποκατάστασης της Πάτρας.

γ) Για να αντλήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη στάση των γονέων απέναντι στη σχιζοφρένεια.

δ) Για να διευκολύνουμε τους γονείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ενδεχομένως, να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις.

Λόγω του περιορισμένου αριθμού των συνεντεύξεων επιχειρούμε να αναλύσουμε στατιστικά και ποιοτικά τα υπάρχοντα δεδομένα και μέσα από τη σύγκριση να αξιολογήσουμε τις στάσεις αυτών των οικογενειών.

5.2.4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ – ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή στοιχείων χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο με τη μορφή συνέντευξης βασιζόμενοι στις θεωρητικές μελέτες των στάσεων που χωρίζονται σε τρεις τομείς:

α) στο γνωστικό, δηλαδή στο πώς οι γονείς αντιλαμβάνονται και είναι σε θέση να κατανοήσουν τη σχιζοφρένεια.

β) στο συναισθηματικό, δηλαδή πώς αισθάνονται τα μέλη της οικογένειας απέναντι στη σχιζοφρένεια.

γ) στο συμπεριφοριστικό, δηλαδή ποια είναι η αντίδραση των γονέων στη συγκεκριμένη κατάσταση.

Οι συναντήσεις με τους γονείς πραγματοποιήθηκαν στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής ύστερα από τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης παρευρισκόμασταν και οι δύο σπουδάστριες. Το ρόλο του συνεντευκτή αναλάμβανε η κάθε μία εναλλάξ, ενώ η άλλη παρατηρούσε το γονέα και σημείωνε τις απαντήσεις. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν αφού πρώτα διευκρινίσαμε σε κάθε γονέα το σκοπό της έρευνάς μας. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και η διάρκεια της συνέντευξης ήταν 30-45 λεπτά της ώρας.

5.2.5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

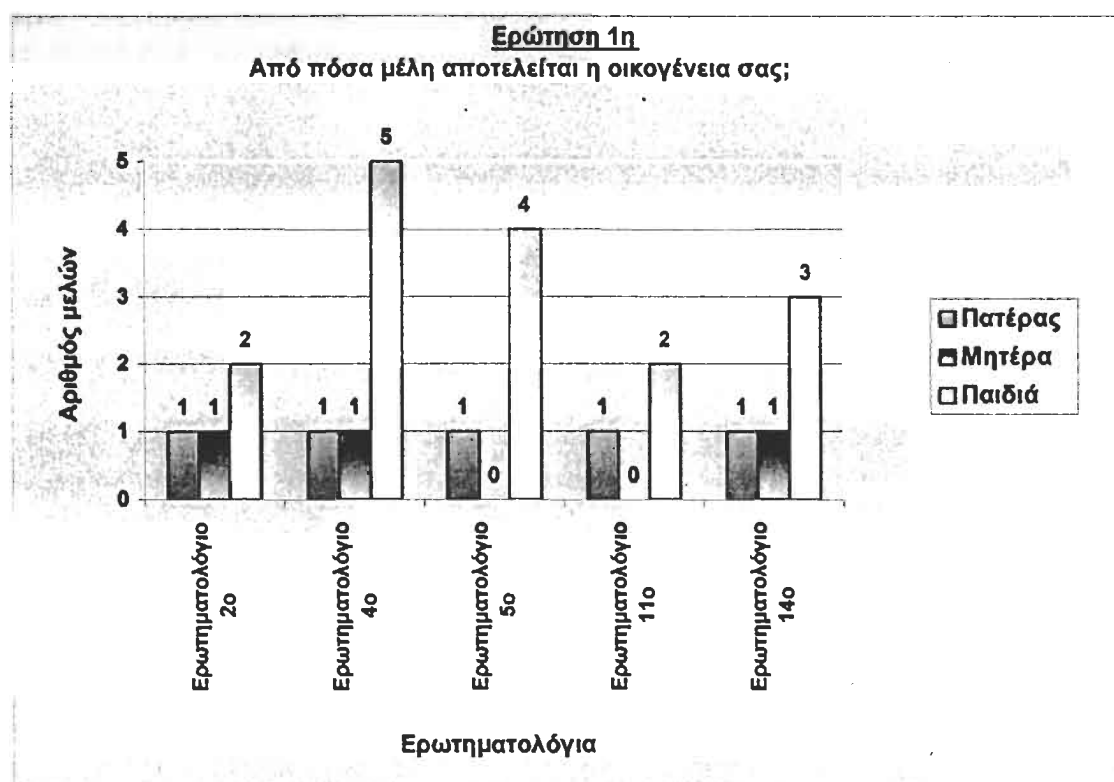
- Το παιδί να πάσχει από σχιζοφρένεια
- Το παιδί που νοσεί να είναι ηλικίας 18-33
- Ο ασθενής να βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης και να παρακολουθεί το πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στην Πάτρα κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας.

5.2.6. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα.

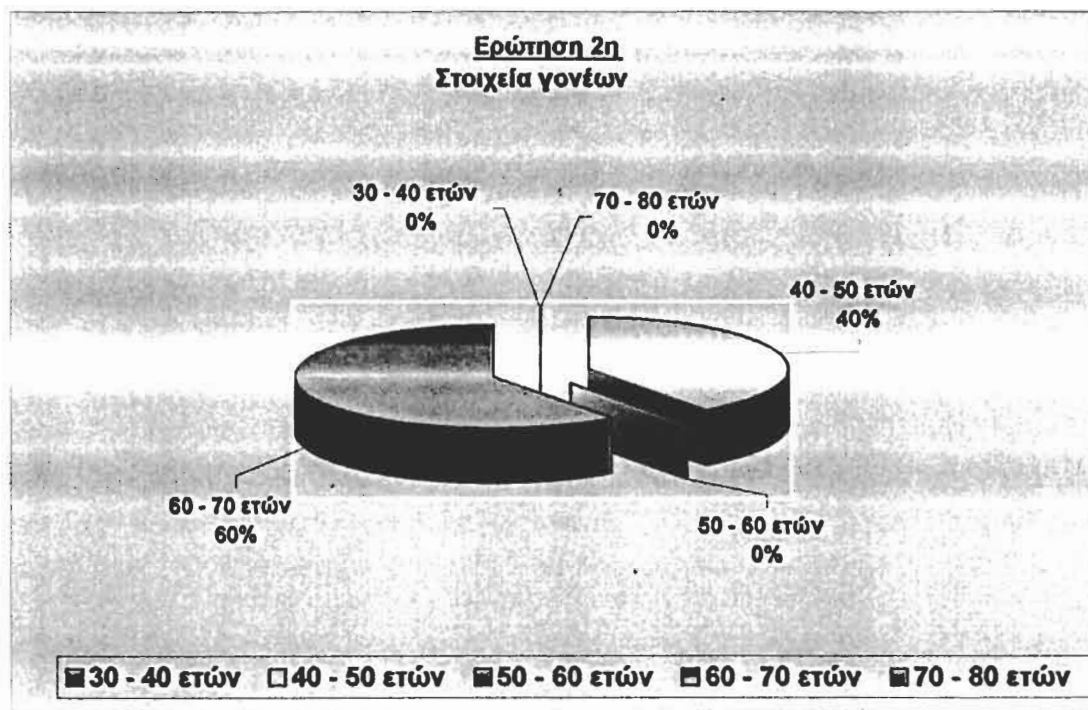
5.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σ' αυτό το σημείο προσπαθούμε να αναλύσουμε στατιστικά τις 10 απαντήσεις όλων των ερωτώμενων γονέων ξεκινώντας από τους πατέρες και συνεχίζοντας με τις μητέρες.



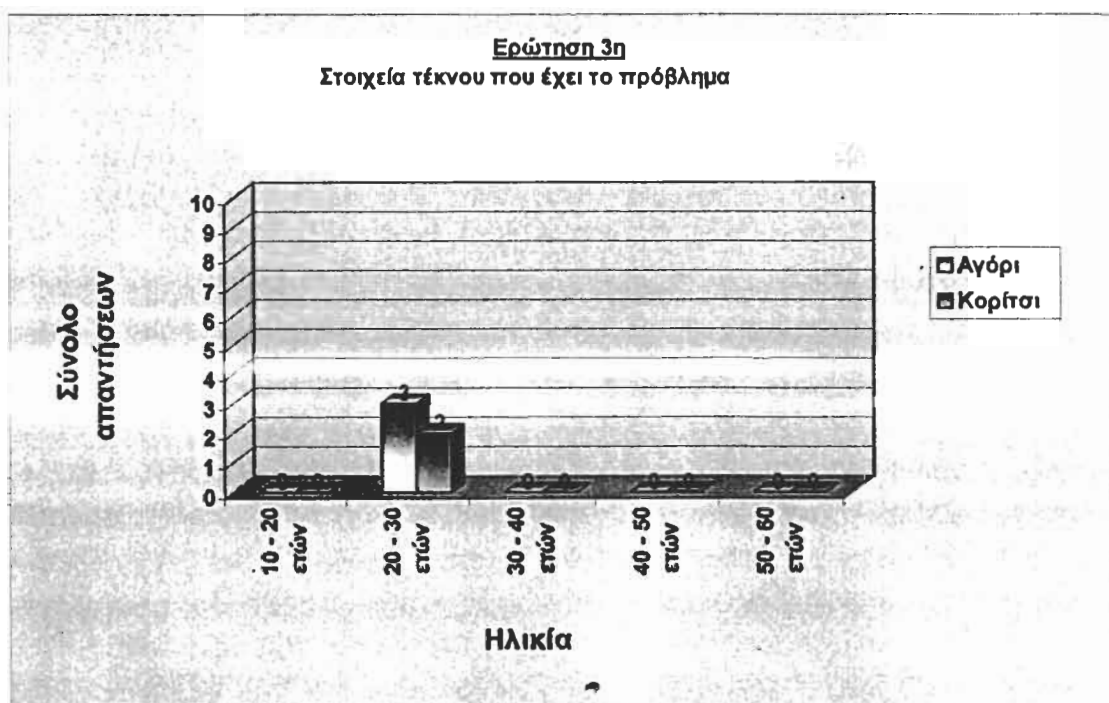
Σχήμα 1

Στο Σχήμα 1 φαίνεται η οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων πατέρων.



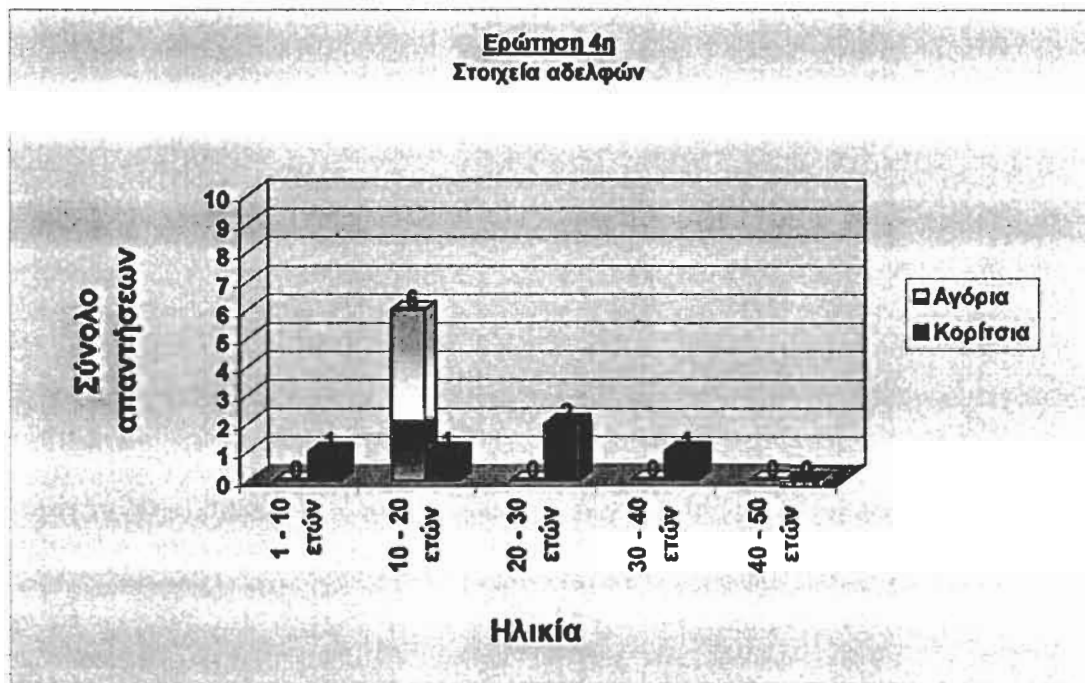
Σχήμα 2

Το 60% των ερωτώμενων πατέρων είναι ηλικίας 60-70 ετών, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό κυμαίνεται από 40-50 ετών. (Σχήμα 2).



Σχήμα 3

Παρατηρούμε ότι στις 3 οικογένειες το παιδί που νοσεί από σχιζοφρένεια είναι αγόρι ενώ στις άλλες 2 περιπτώσεις είναι κορίτσι και οι ηλικίες αυτών κυμαίνονται από 20-30 ετών. (Σχήμα 3)



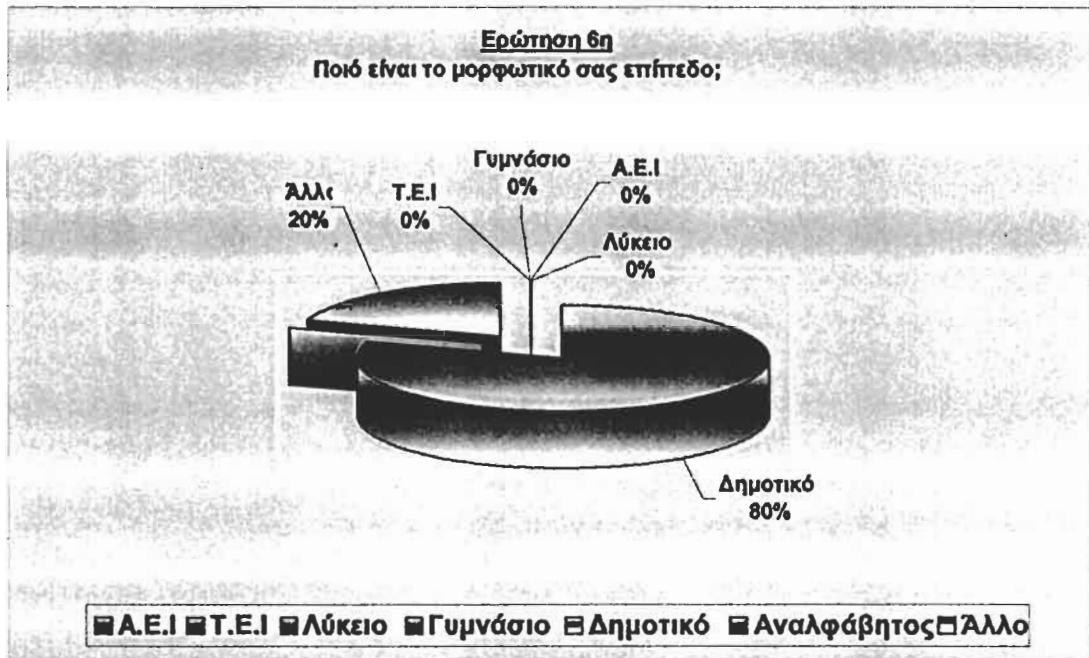
Σχήμα 4

Στο Σχήμα 4 φαίνονται διαγραμματικά τα στοιχεία των αδελφών των παιδιών που πάσχουν από σχιζοφρένεια.



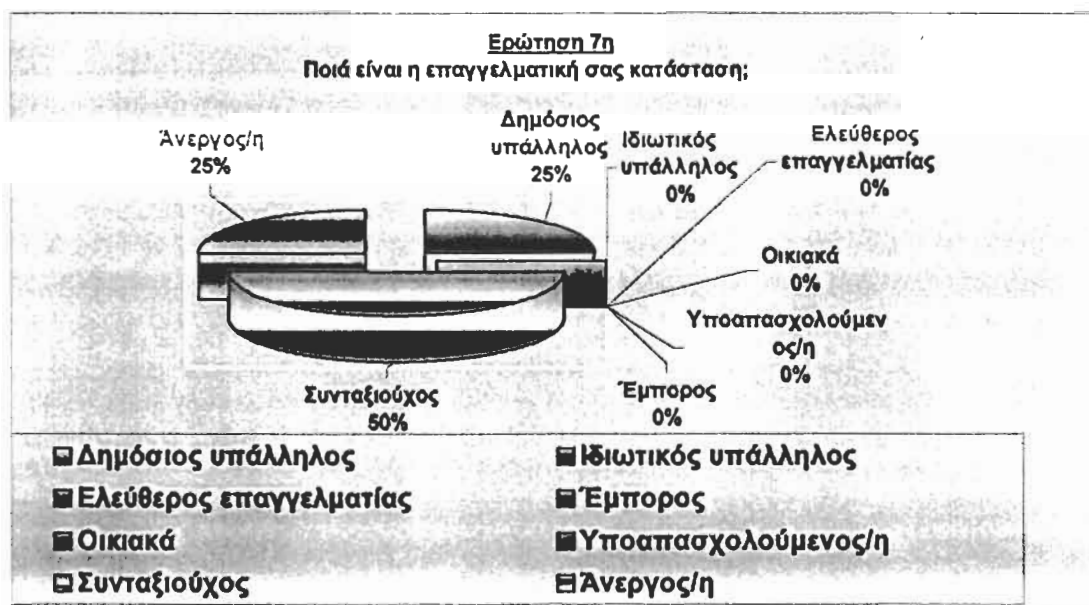
Σχήμα 5

Οι περισσότεροι πατέρες, 3 στους 5 (60%) χαρακτήρισαν την οικογένειά τους ως Πυρηνική, ενώ στις άλλες δύο περιπτώσεις ο πατέρας ήταν διαζευγμένος, 40%. (Σχήμα 5).



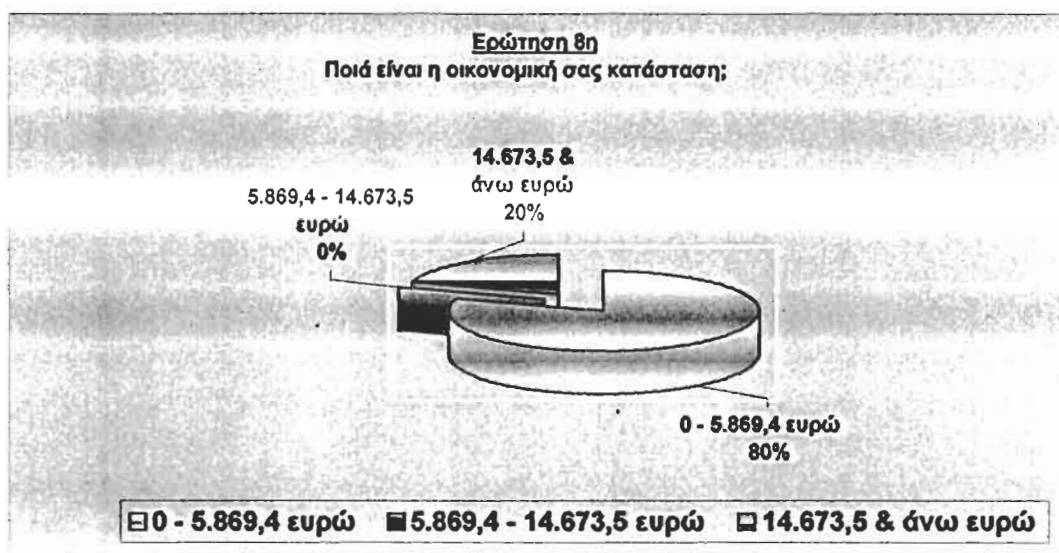
Σχήμα 6

Η πλειοψηφία των πατέρων (80%) έχει τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο όπως φαίνεται στο Σχήμα 6.



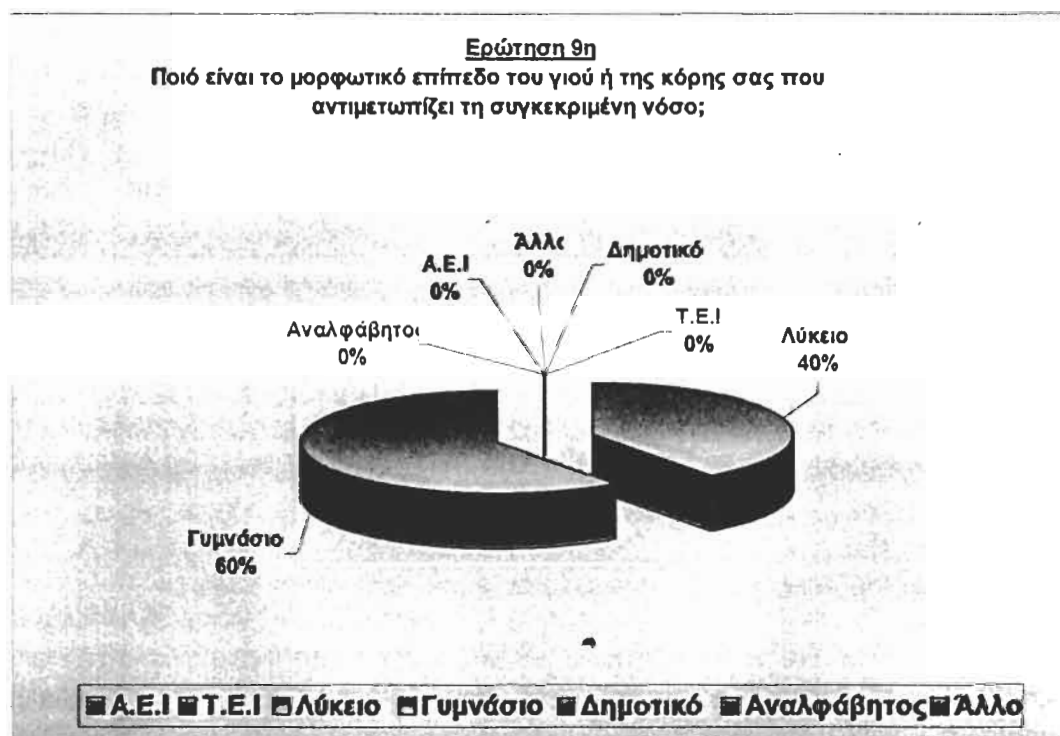
Σχήμα 7

Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των πατέρων ένα μεγάλο ποσοστό είναι συνταξιούχοι. (50%) (Σχήμα 7).



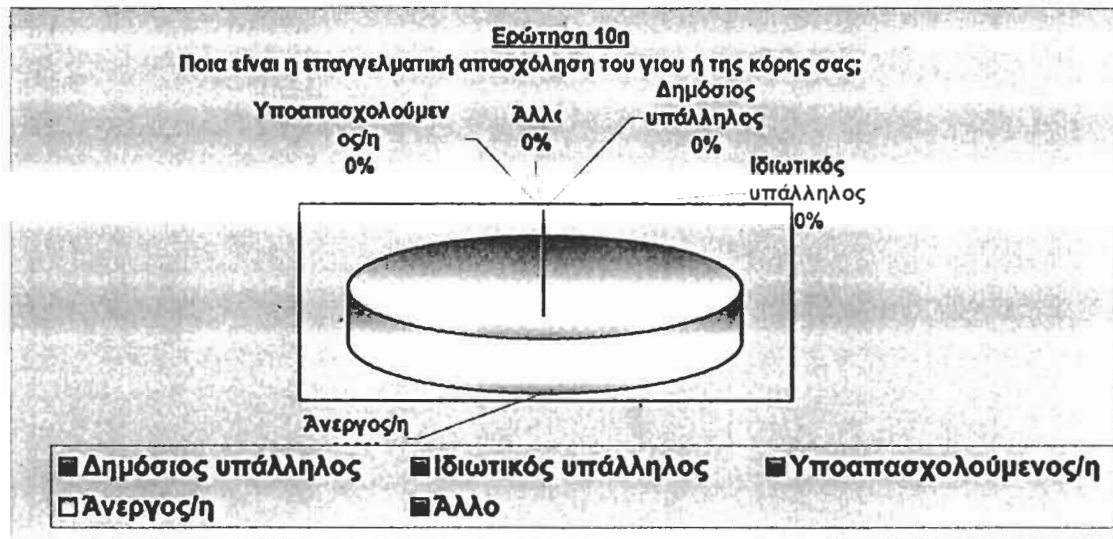
Σχήμα 8

Το εισόδημα των τεσσάρων (4) από τους πέντε (5) πατέρες κυμαίνεται από 0-5.869.4 ευρώ. (80%) (Σχήμα 8).



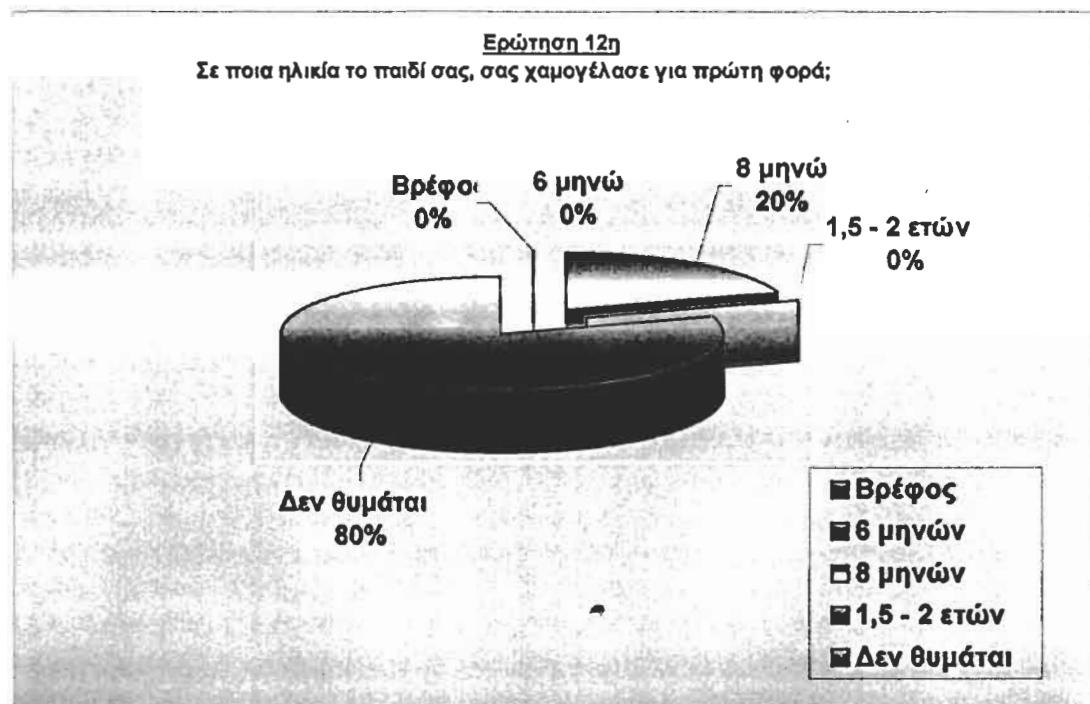
Σχήμα 9

Παρατηρούμε ότι τα περισσότερα από τα παιδιά που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο, δηλαδή ποσοστό 60%. (Σχήμα 9).



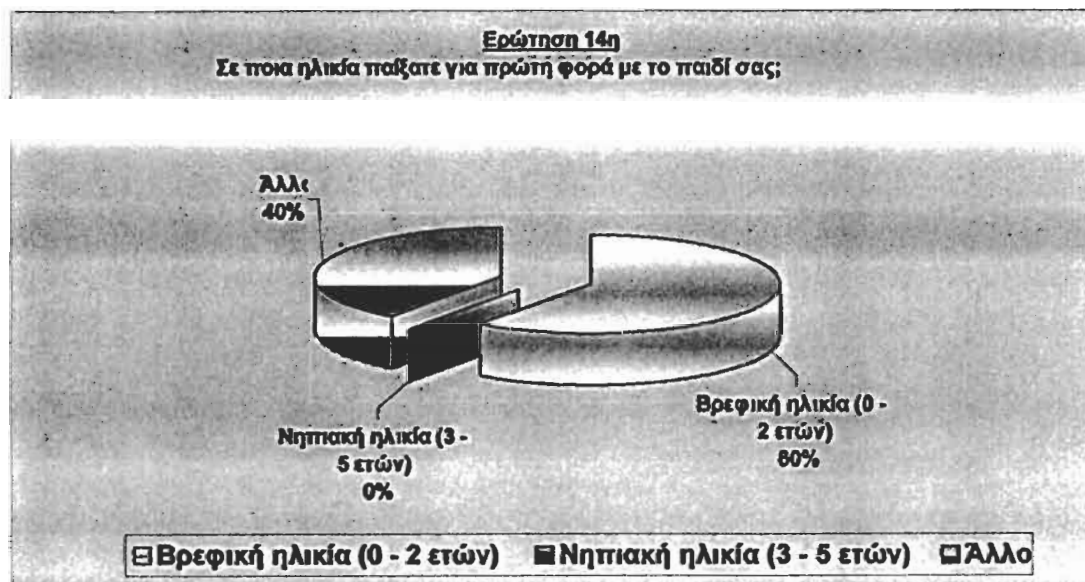
Σχήμα 10

Από το Σχήμα 10 βλέπουμε ότι κανένα από τα παιδιά που πάσχουν δεν εργάζεται. (100%).



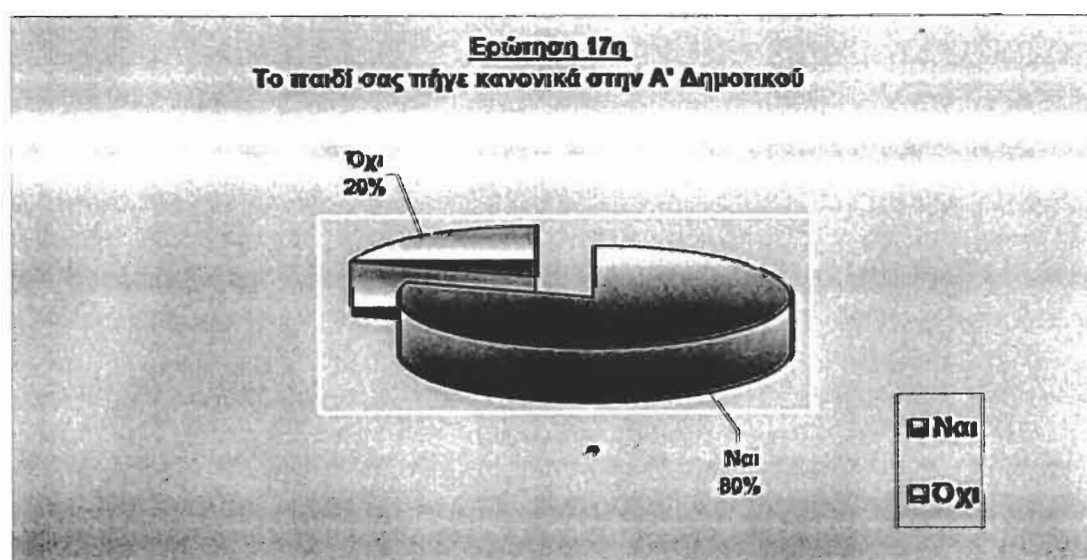
Σχήμα 11

Στην ερώτηση 12 κανένας από τους πατέρες δεν θυμόταν πότε χαμογέλασε για πρώτη φορά το παιδί του εκτός από έναν σύμφωνα με τον οποίο το παιδί του χαμογέλασε σε ηλικία 8 μηνών. (80%) (Σχήμα 11).



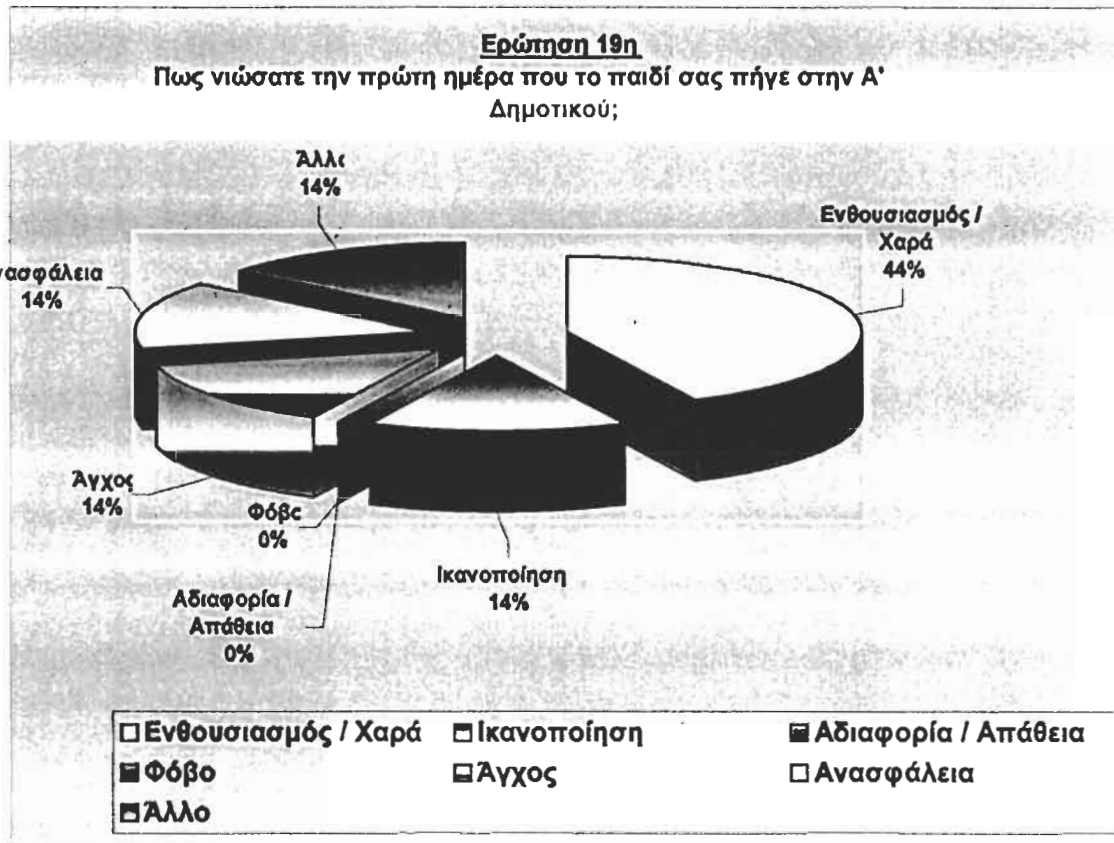
Σχήμα 12

Η πλειοψηφία των πατέρων (3 στους 5) έπαιζαν για πρώτη φορά με το παιδί τους όταν αυτό ήταν στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών), ποσοστό 60%. (Σχήμα 12).



Σχήμα 13

Τα παιδιά των τεσσάρων πατέρων πήγαν κανονικά στην Α' Δημοτικού (80%) εκτός του ενός όπως φαίνεται στο παραπάνω σχήμα. (Σχήμα 13).



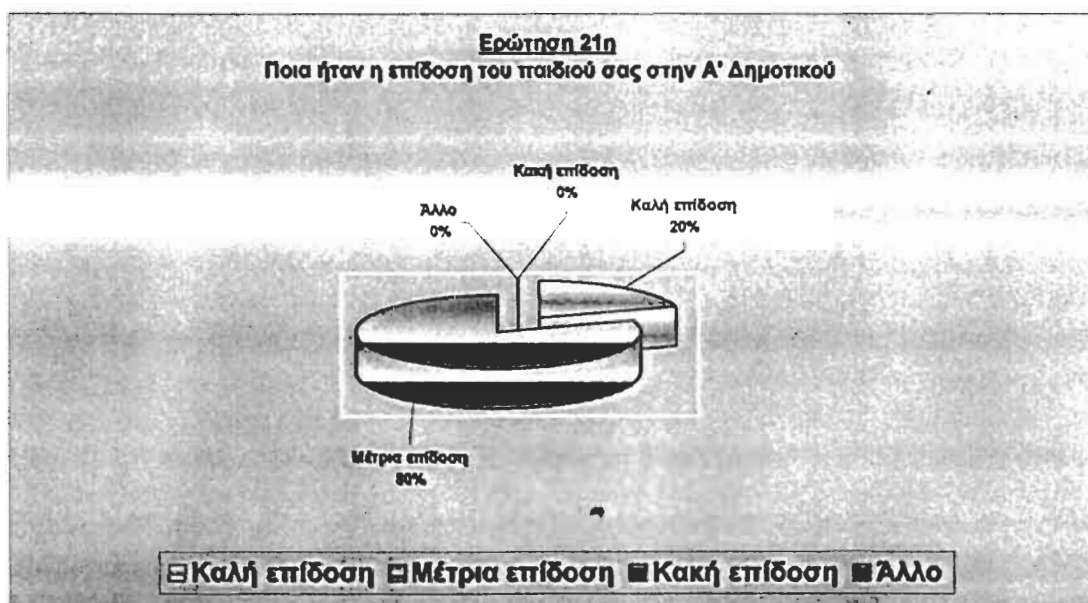
Σχήμα 14

Ένα μεγάλο ποσοστό, 44% των πατέρων αισθάνθηκε ενθουσιασμό και χαρά την πρώτη μέρα που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού ενώ το υπόλοιπο 56% μοιράζεται άλλα συναισθήματα όπως ανασφάλεια, ικανοποίηση, άγχος, άλλο. (Σχήμα 14).



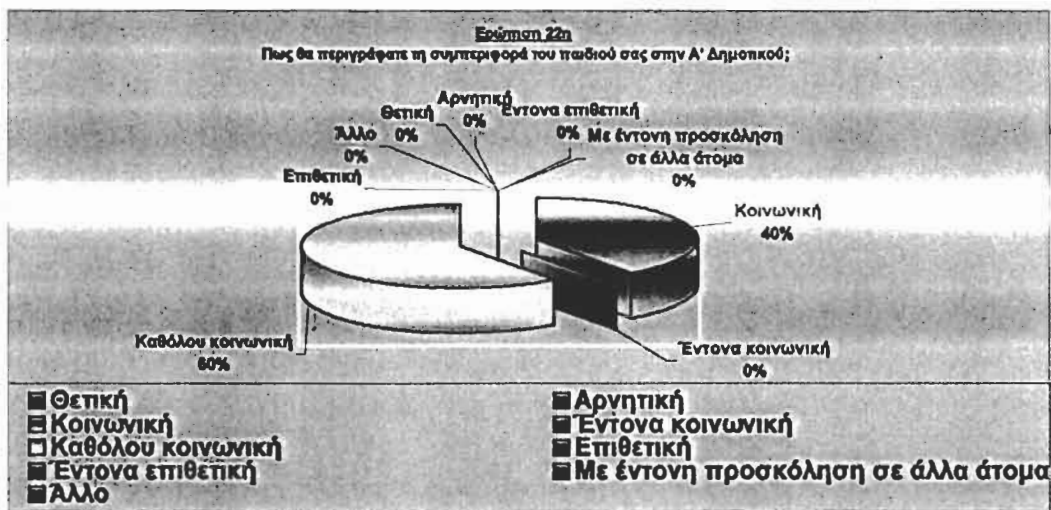
Σχήμα 15

Σχετικά με τα συναισθήματα των παιδιών που πάσχουν, όταν εκείνα πήγαιναν στην Α' Δημοτικού, βλέπουμε ότι είναι διαφορετικά σε κάθε περίπτωση. Το 60% των πατέρων (3 στους 5) απάντησε άλλο, δηλαδή ότι το παιδί του ενός ένιωθε σαν ξένο, το άλλο ότι ήταν συγκρατημένο, ενώ ο άλλος δεν γνώριζε τα συναισθήματα του παιδιού του εκείνη την περίοδο. (Σχήμα 15).



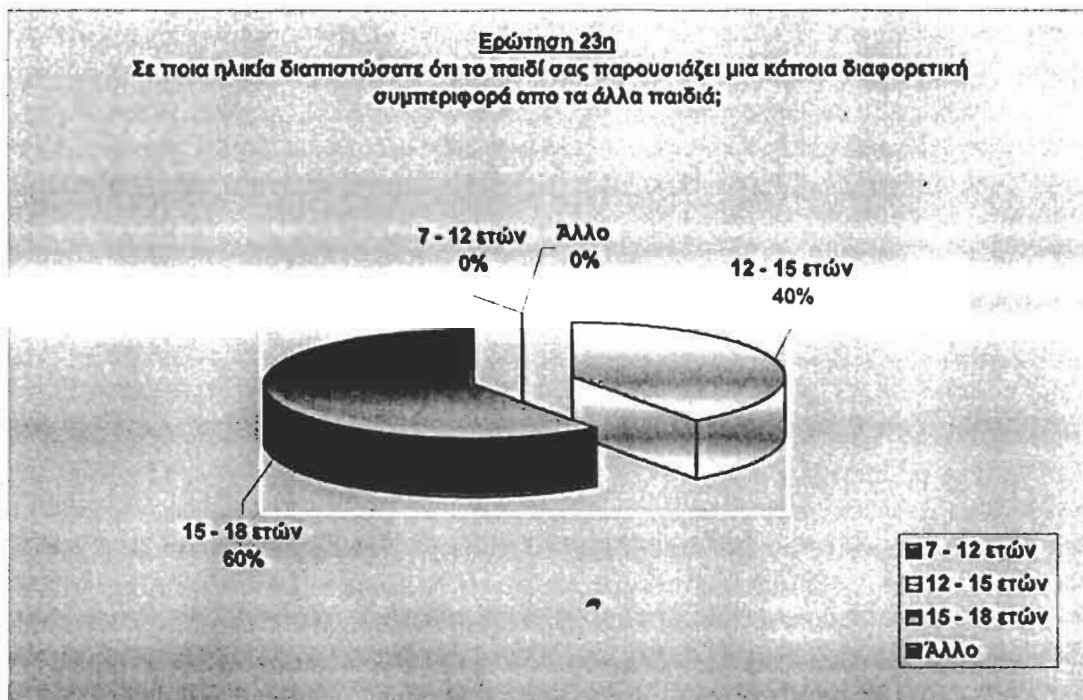
Σχήμα 16

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των πατέρων η επίδοση των τεσσάρων (4) παιδιών αξιολογείται ως μέτρια, 80%. (Σχήμα 16).



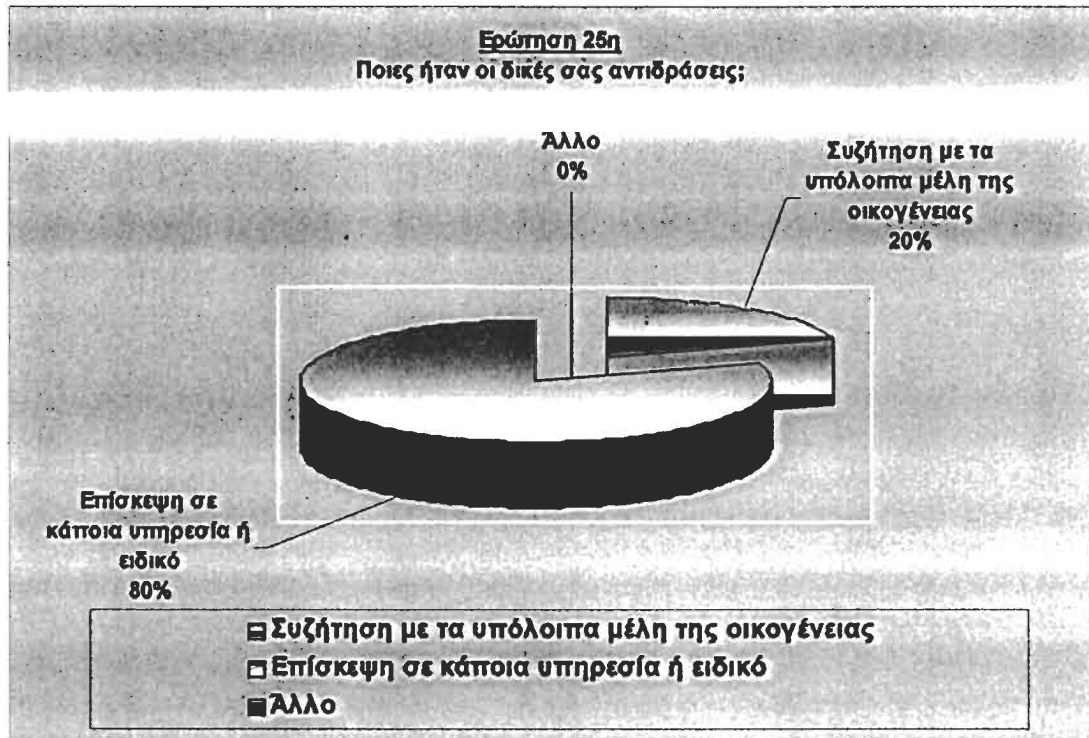
Σχήμα 17

Όσον αφορά τη συμπεριφορά των παιδιών στην Α' Δημοτικού οι τρεις (3) από τους πέντε (5) πατέρες τη χαρακτήρισαν ως καθόλου κοινωνική, ποσοστό 60%. (Σχήμα 17).



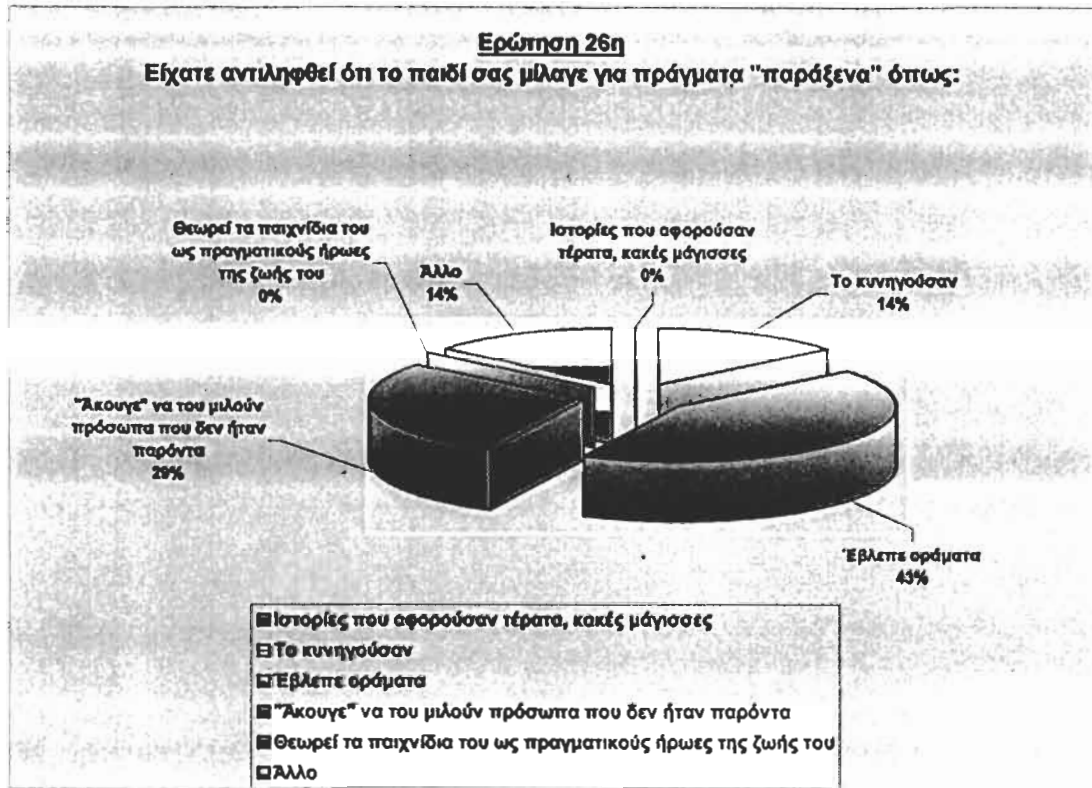
Σχήμα 18

Το 60% των παιδιών των συγκεκριμένων πατέρων παρουσίασαν μια διαφορετική συμπεριφορά σε ηλικία από 15-18 ετών. (Σχήμα 18).



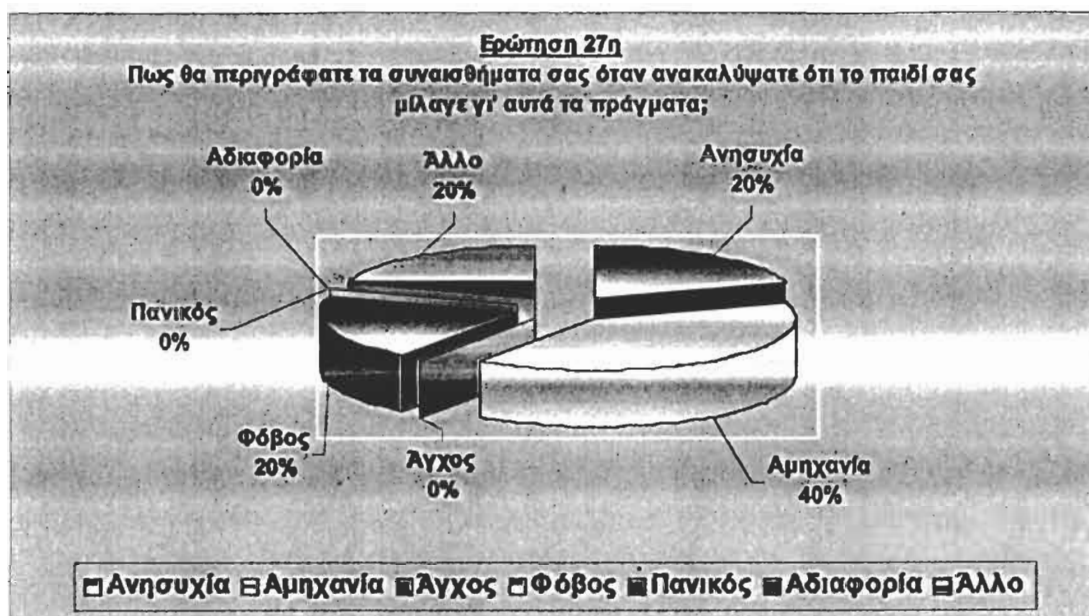
Σχήμα 19

Οι αντιδράσεις των περισσότερων πατέρων (4 στους 5) όταν τα παιδιά τους εκδήλωσαν διαφορετική συμπεριφορά ήταν κοινές πηγαίνοντας τα παιδιά τους σε κάποιον ειδικό όπως Παιδοψυχολόγο, Ψυχολόγο και Ψυχίατρο (80%), εκτός από έναν που θεώρησε ότι έπρεπε να το συζητήσει με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. (Σχήμα 19).

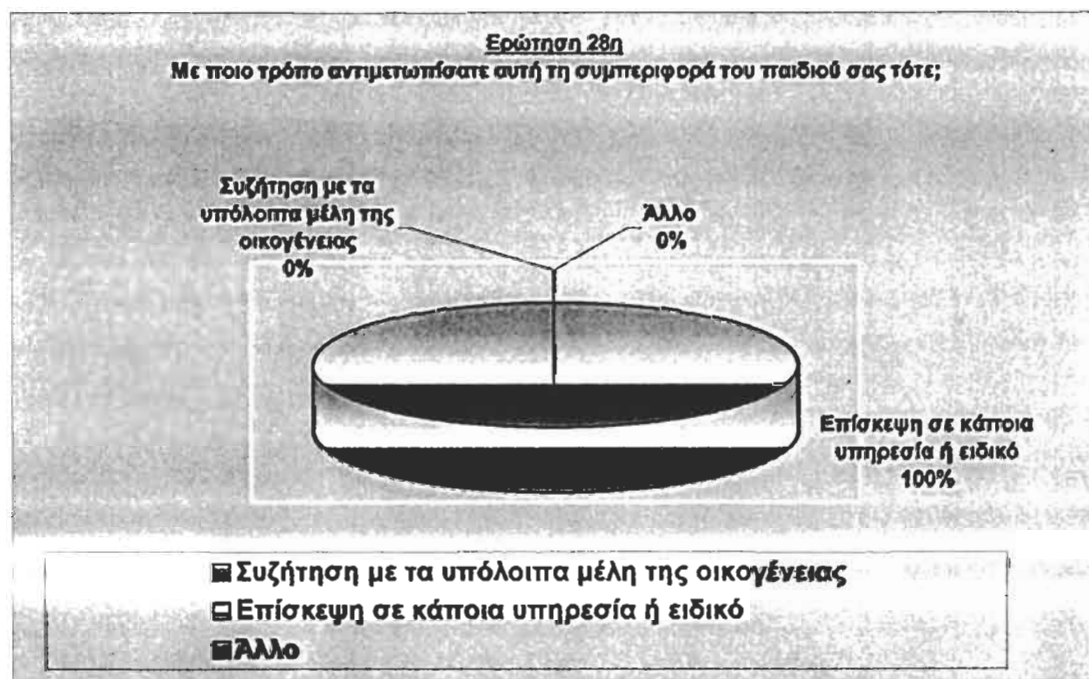


Σχήμα 20

Η πλειοψηφία των πατέρων, 4 στους 5, ανέφεραν ότι τα παιδιά τους μιλούσαν για «παράξενα πράγματα» όπως ότι έβλεπαν οράματα, 43%, ότι άκουγαν φωνές, 29%, ότι τα κυνηγούσαν, 14%, ενώ ο τελευταίος πατέρας δεν είχε αντιληφθεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο. (Σχήμα 20). Απέναντι σ' αυτήν την κατάσταση, το 40% των πατέρων αισθάνθηκε αμηχανία, ενώ τα συναισθήματα των υπολοίπων ήταν ανησυχία, άγχος και στενοχώρια, και επισκέφτηκαν όλοι κάποιους ειδικούς ή υπηρεσίες όπως Παιδοψυχολόγους, Παιδοψυχιάτρους, Ψυχιάτρους και το Νοσοκομείο Ημέρας στην Πάτρα, κάτι που φαίνεται στα δύο επόμενα Σχήματα 21 και 22).



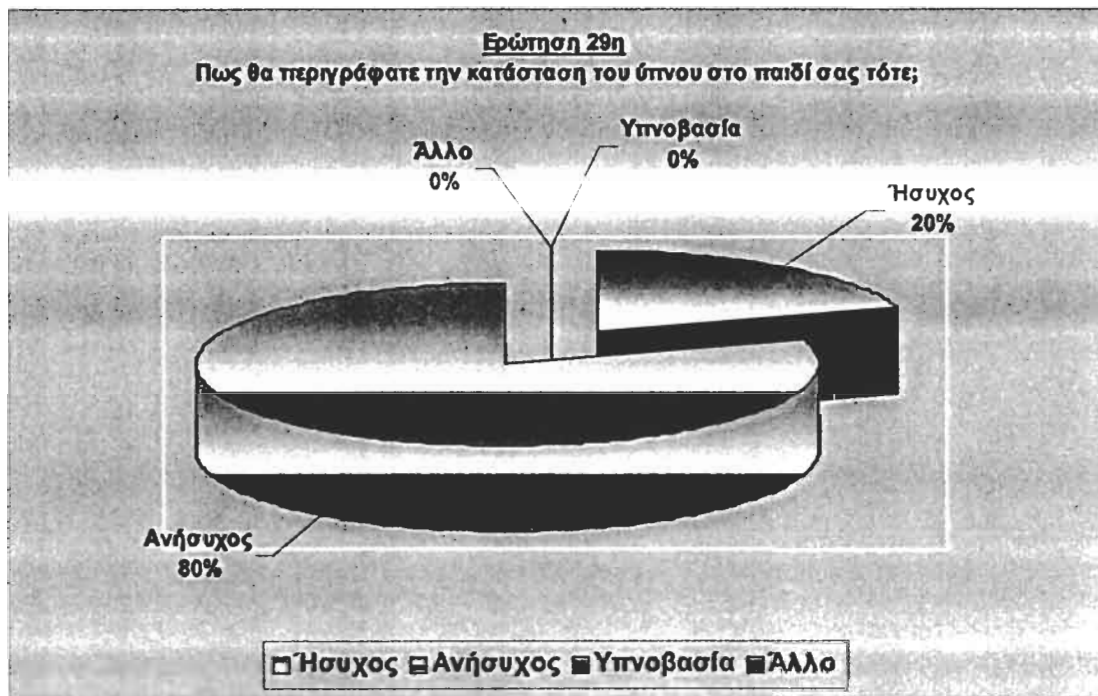
Σχήμα 21



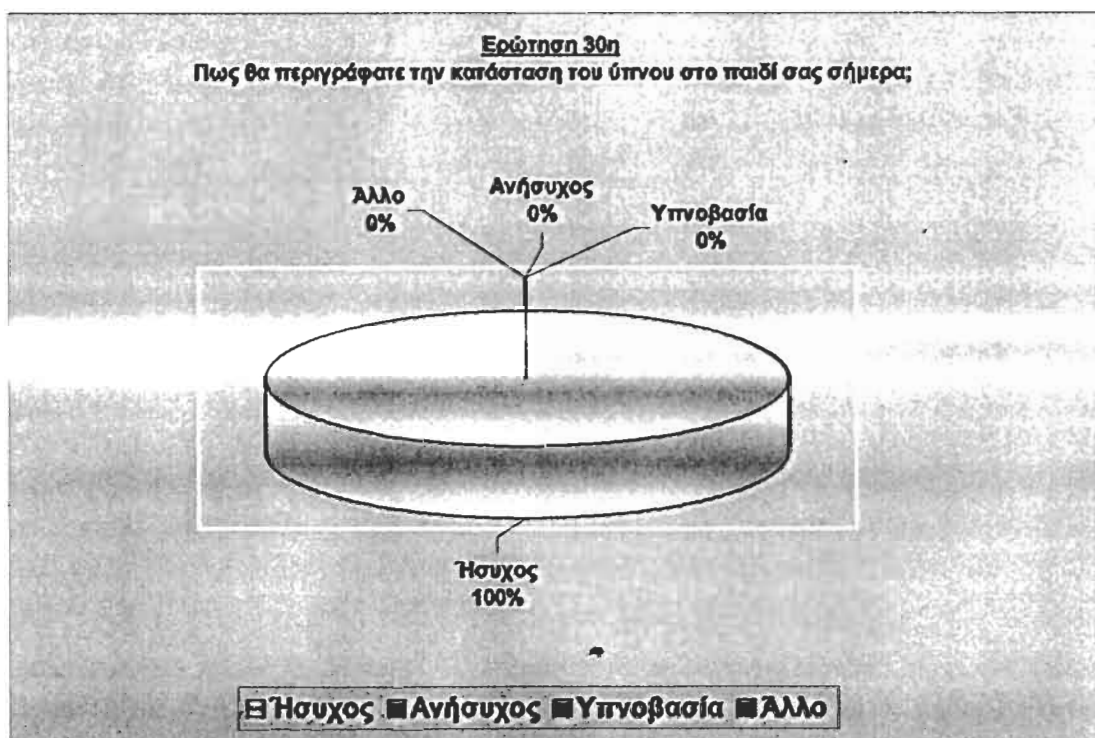
Σχήμα 22

Σχετικά με την κατάσταση του ύπνου οι 4 πατέρες είπαν ότι ενώ τα παιδιά τους τότε κοιμούνταν ανήσυχια, 80% (Σχήμα 23), τώρα ο ύπνος τους είναι πιο ήσυχος, ποσοστό 100% (Σχήμα 24), σε αντίθεση με τον τελευταίο

πατέρα που δεν ανέφερε κανένα πρόβλημα σε ότι αφορά την κατάσταση του ύπνου, 20%.(Σχήμα 23).

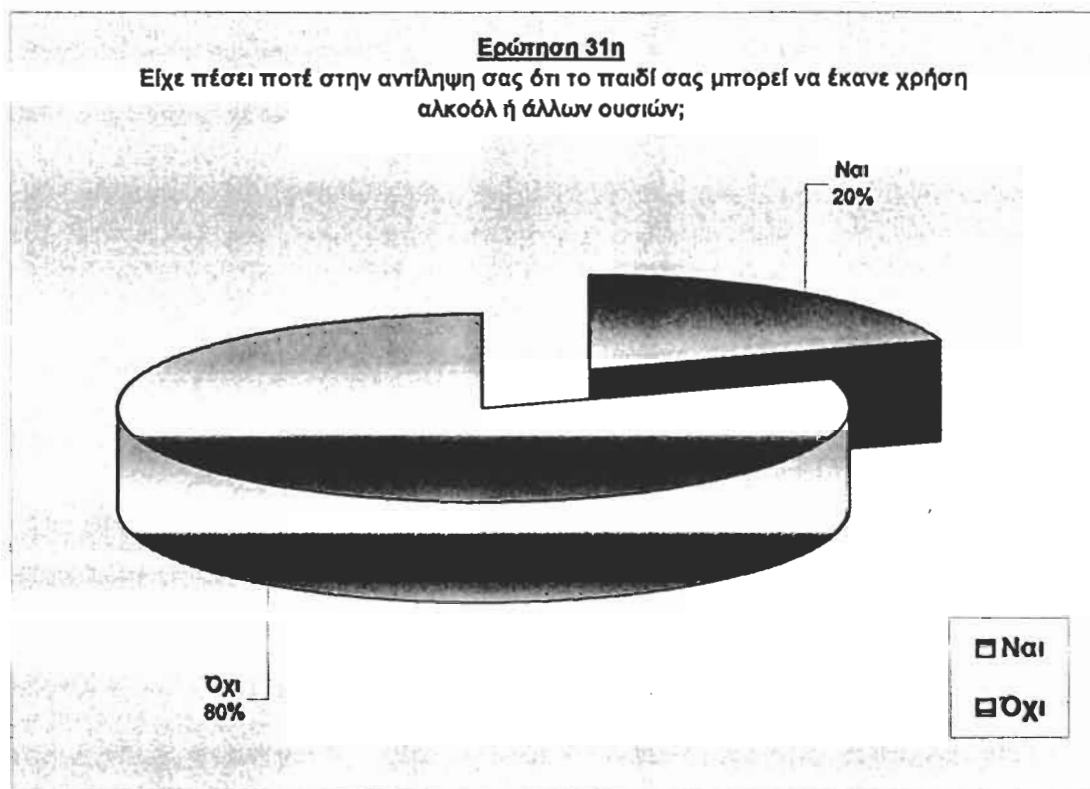


Σχήμα 23

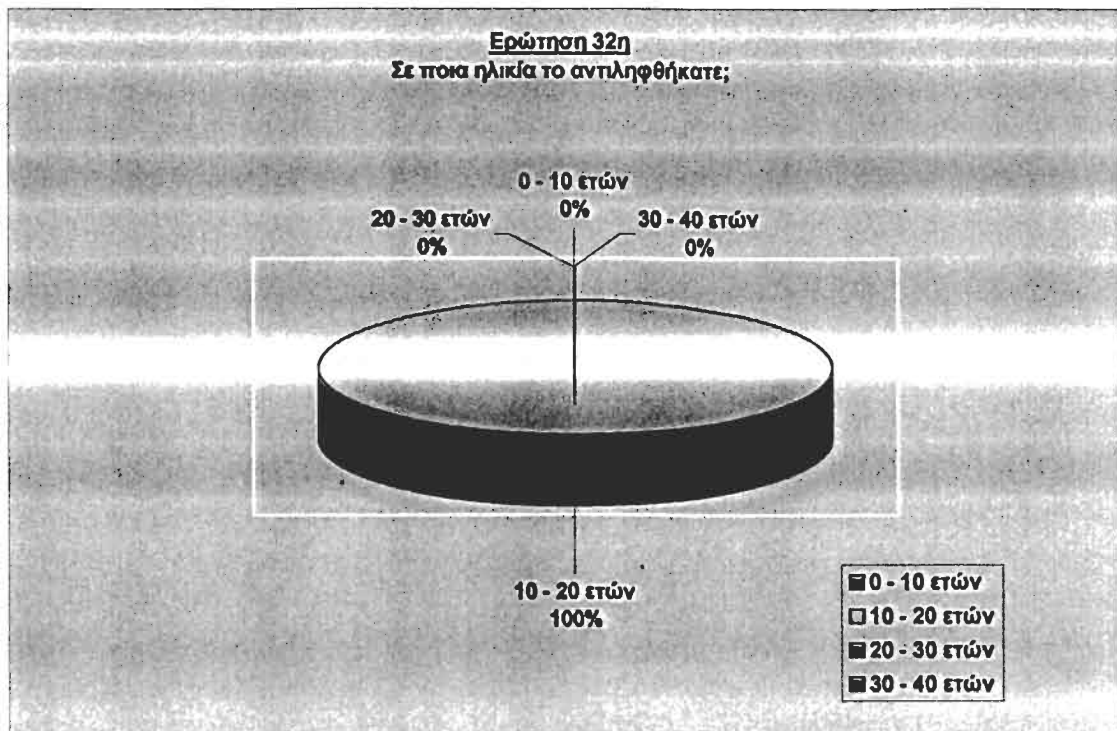


Σχήμα 24

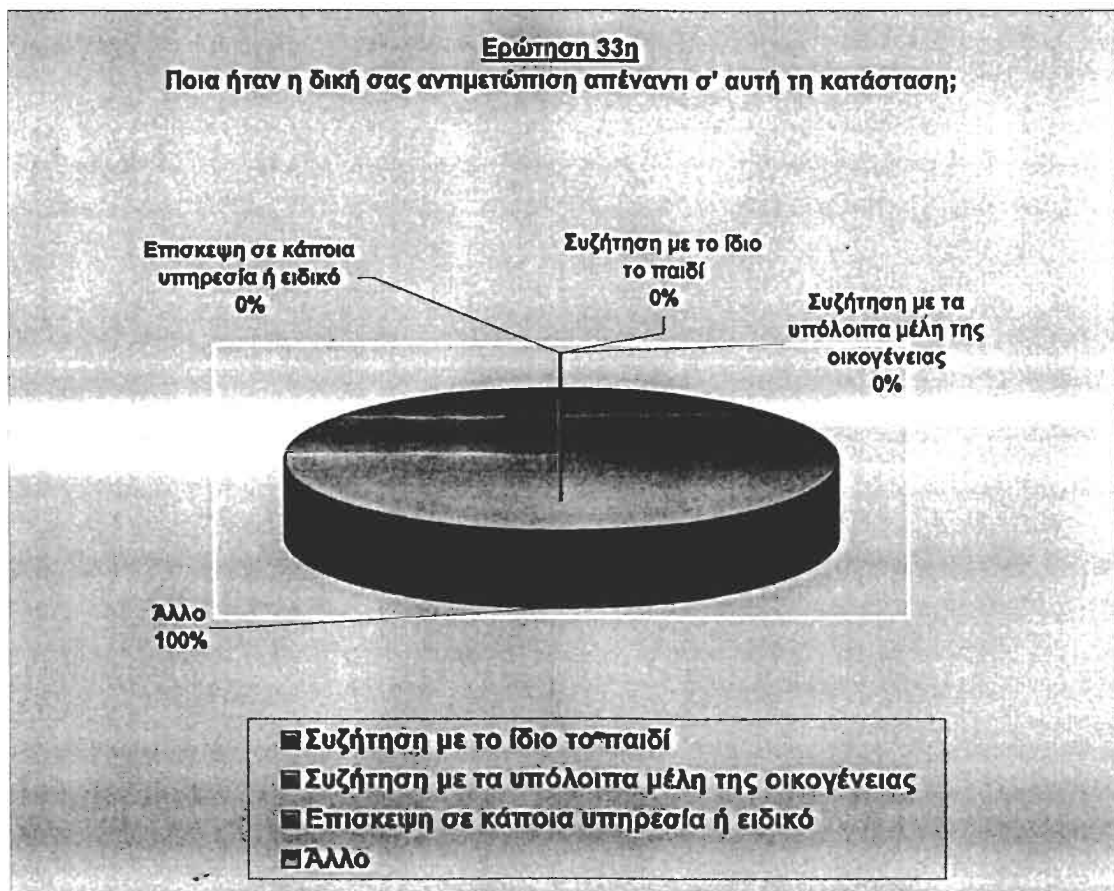
Θεωρώντας ότι η χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών συμβάλλει αρνητικά στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας, έγιναν κάποιες ερωτήσεις που αναφέρονται στο αλκοόλ, στις οποίες οι 4 από τους 5 πατέρες απάντησαν ότι δεν είχαν αντιληφθεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο (80%) (Σχήμα 25), σε αντίθεση με την τελευταία περίπτωση κατά την οποία το παιδί έκανε χρήση αλκοόλ σε ηλικία 13 ετών (Σχήμα 26), ο οποίος έδειξε αδιαφορία γι' αυτό το πρόβλημα (Σχήμα 27) και απέδωσε αυτή τη συμπεριφορά του παιδιού στην κακή επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. (Σχήμα 28).



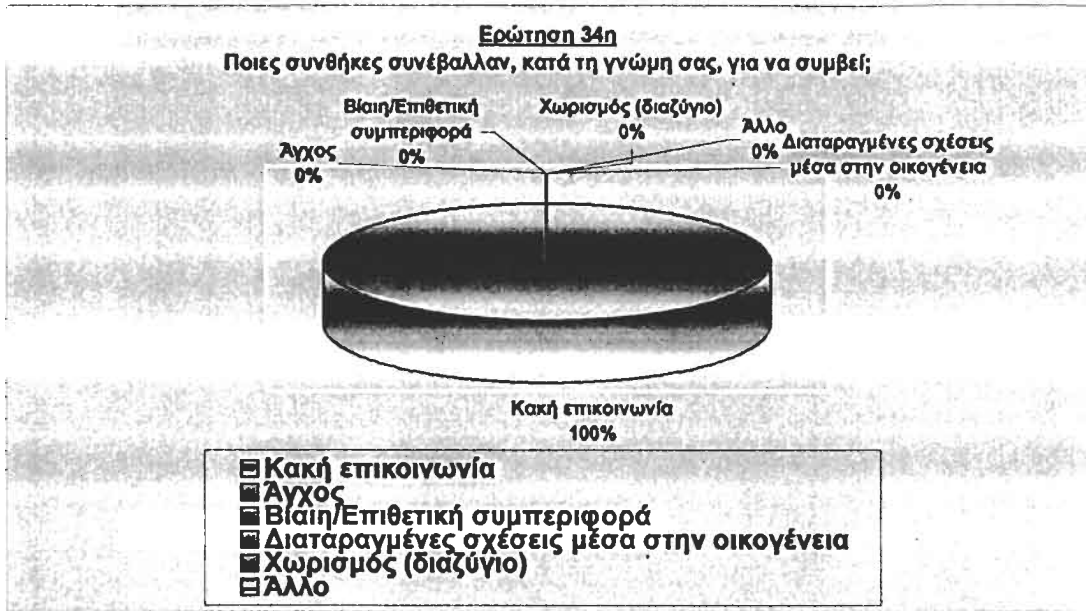
Σχήμα 25



Σχήμα 26

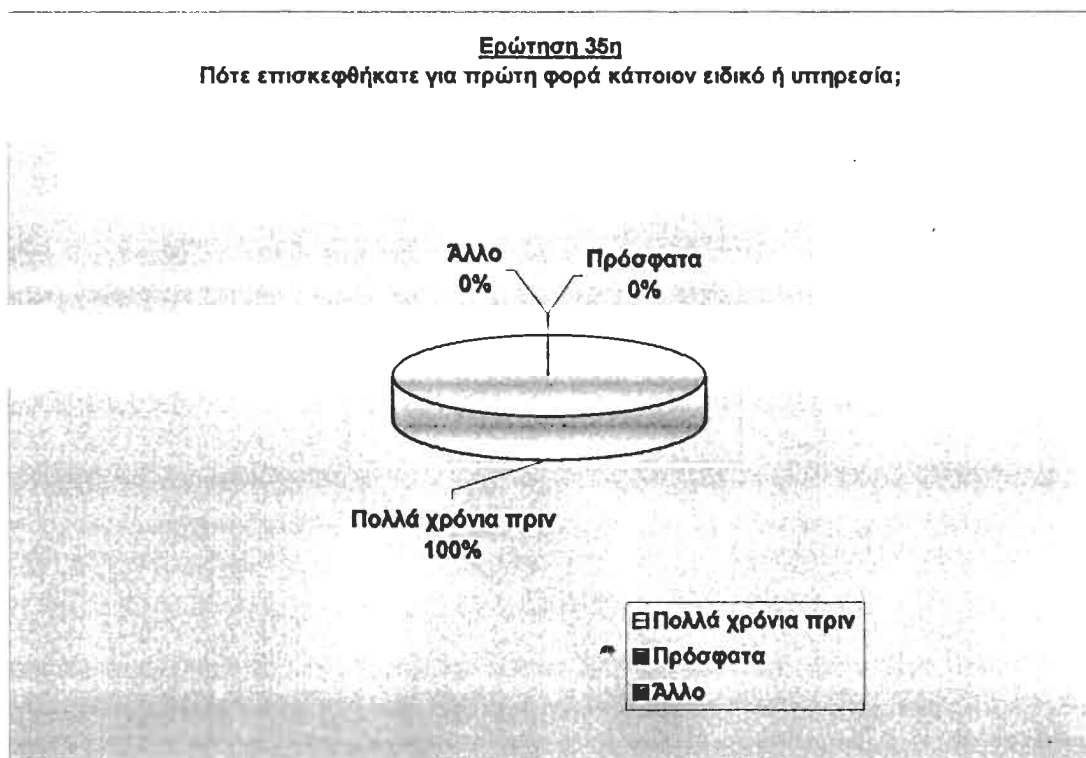


Σχήμα 27



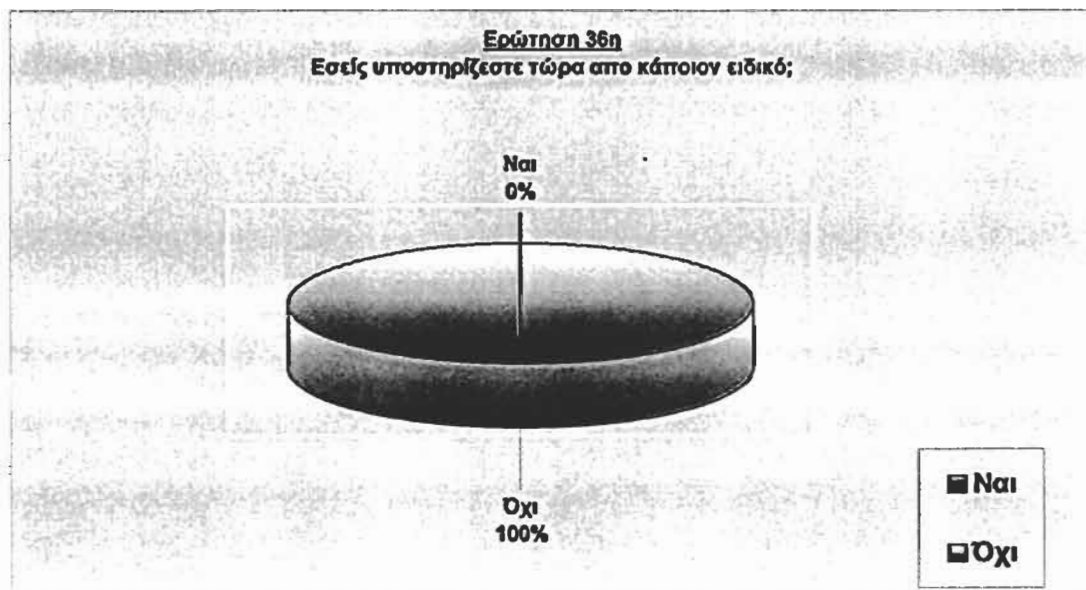
Σχήμα 28

Στην ερώτηση 35 όλοι οι πατέρες απάντησαν ότι επισκέφτηκαν για το πρόβλημα του παιδιού κάποιον ειδικό ή υπηρεσία πολλά χρόνια πριν. (Σχήμα 29).

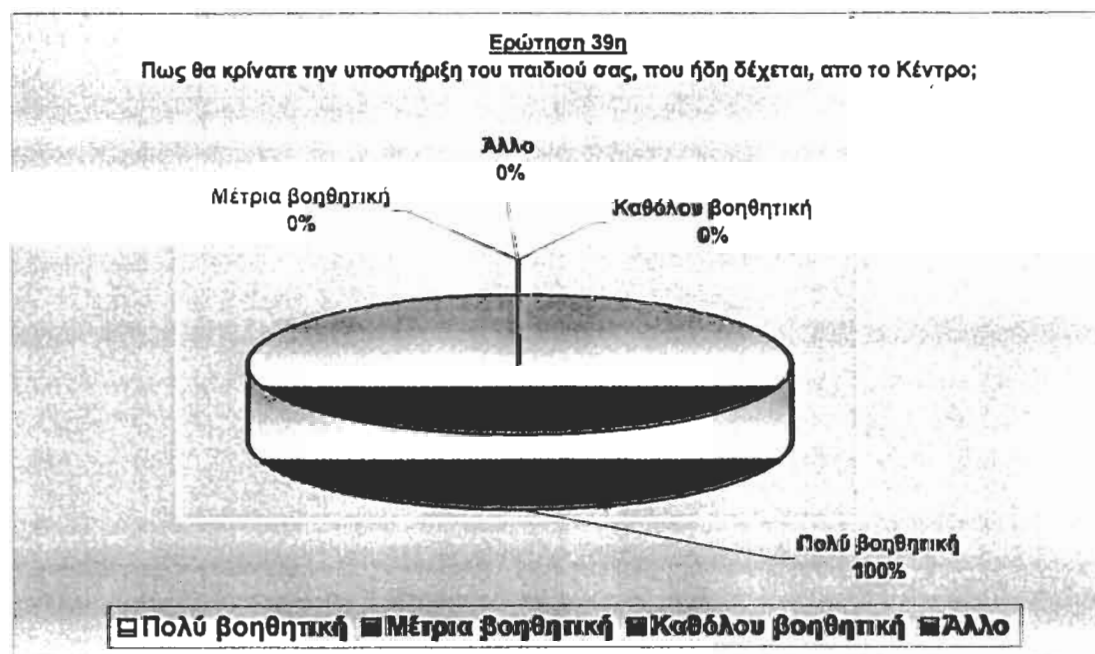


Σχήμα 29

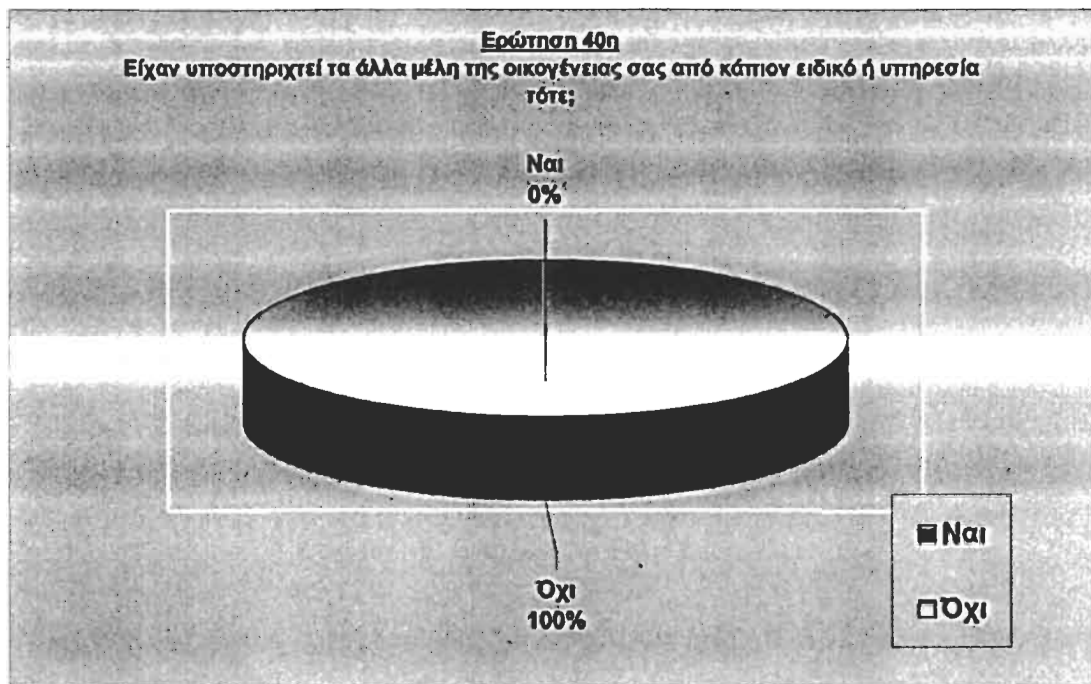
Όσον αφορά την υποστήριξη τόσο των ίδιων, όσο και των άλλων μελών της οικογένειάς τους τότε και τώρα από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία, όλοι απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 100%, Σχήματα 30, 32 και 33) αλλά έκριναν την υποστήριξη που ήδη δέχονται τα παιδιά τους από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, πολύ βοηθητική. (Σχήμα 31).



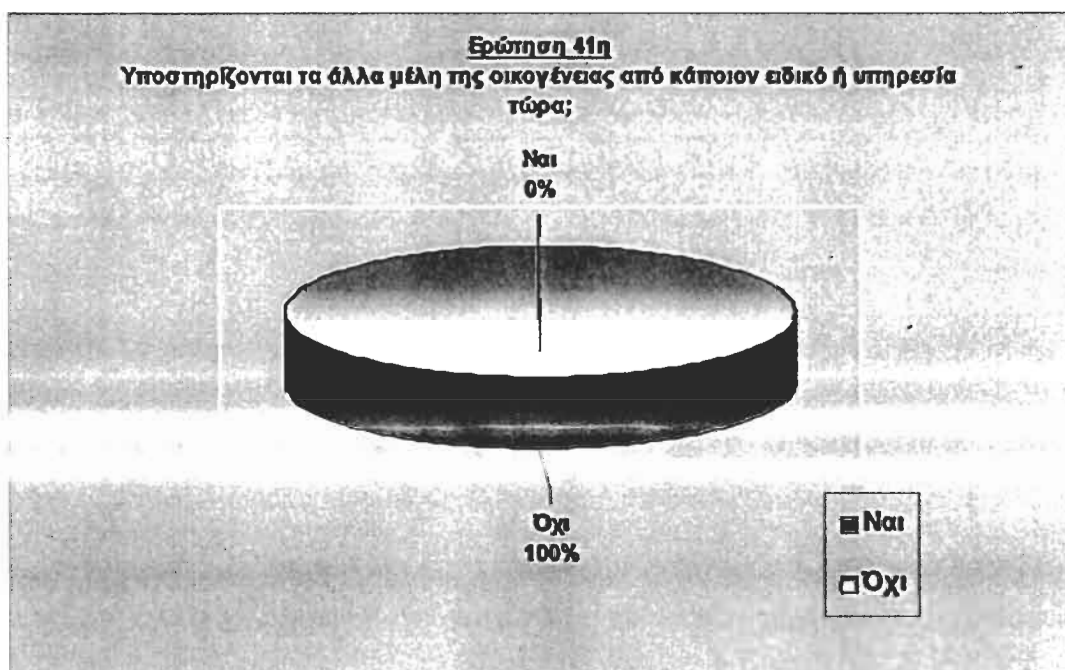
Σχήμα 30



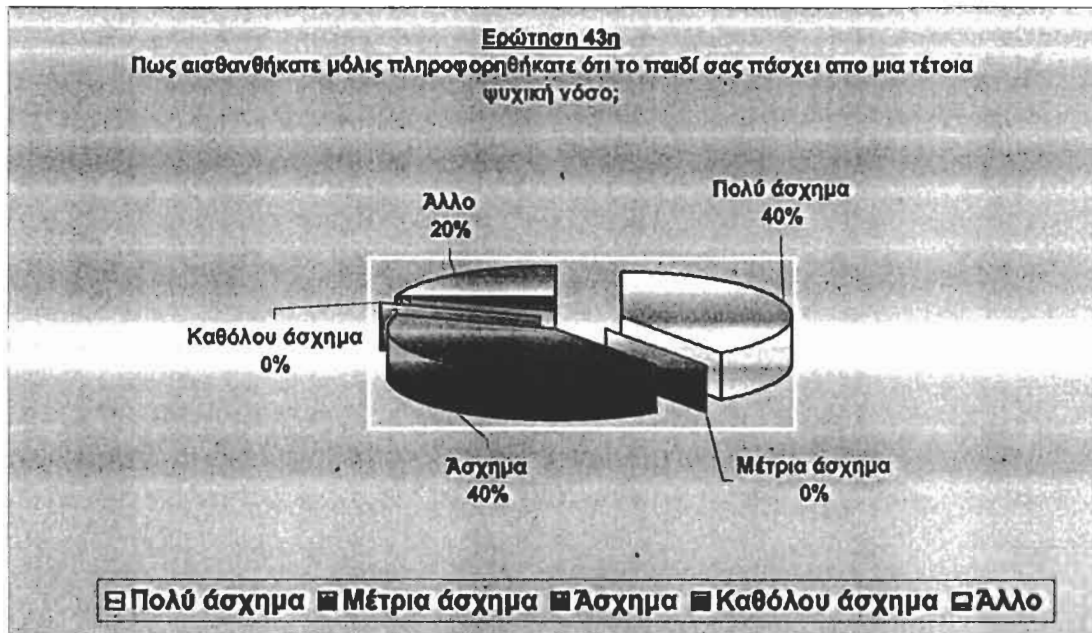
Σχήμα 31



Σχήμα 32

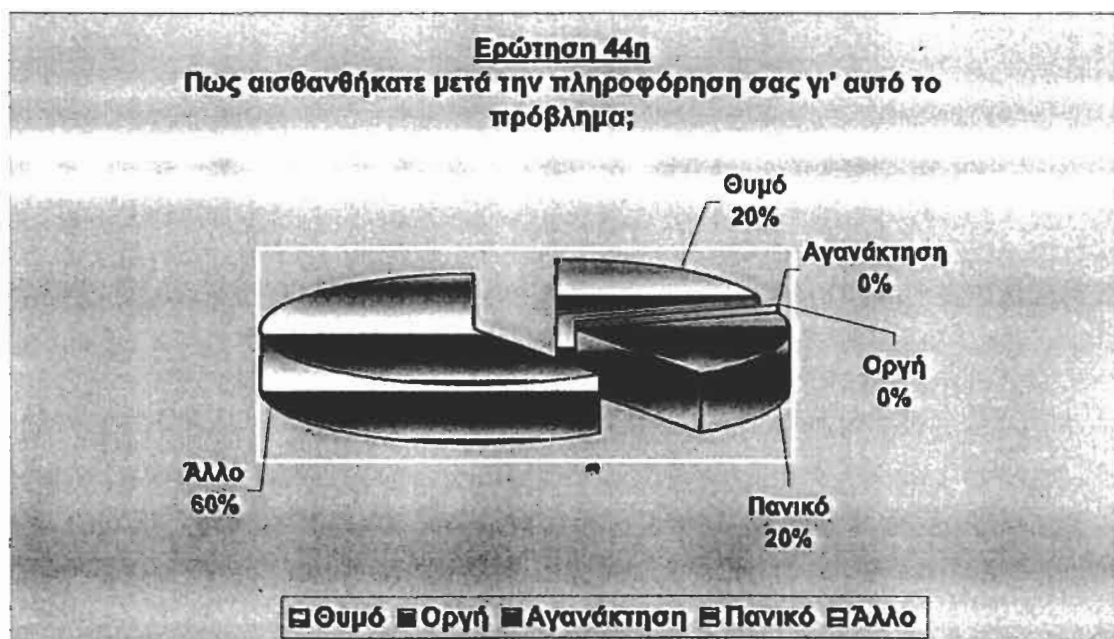


Σχήμα 33

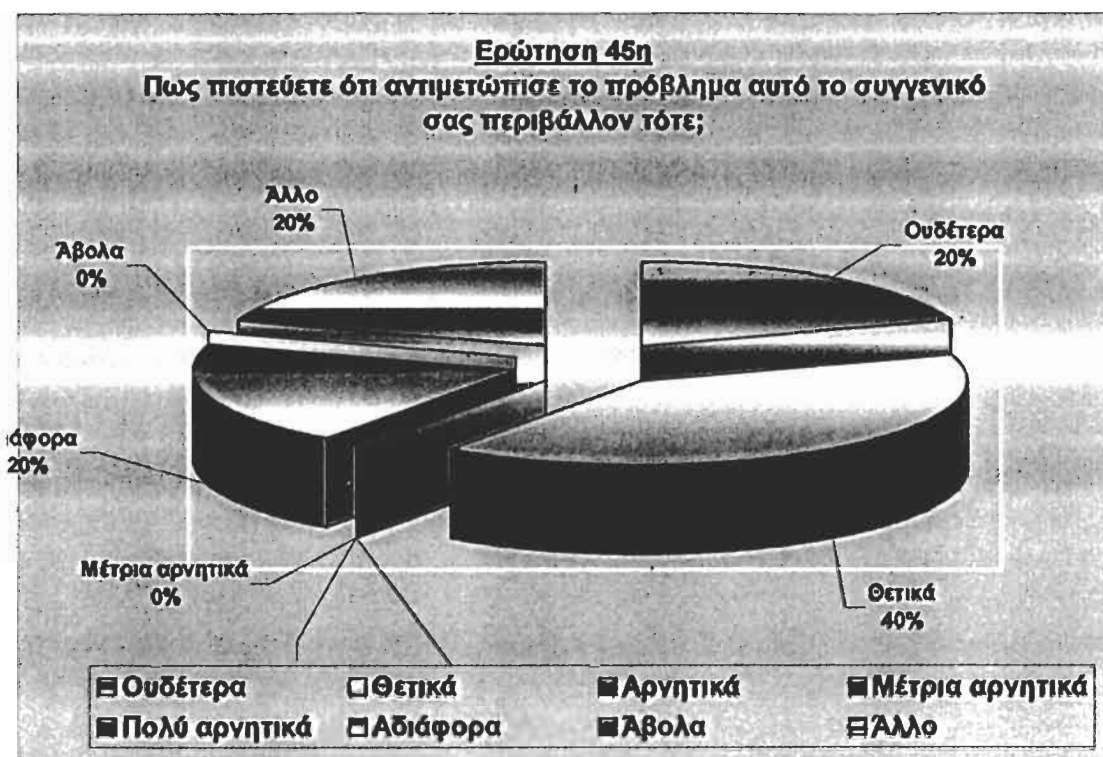


Σχήμα 34

Στην ερώτηση 43 οι 4 στους 5 πατέρες αισθάνθηκαν άσχημα, 40%, και πολύ άσχημα, 40%, μόλις πληροφορήθηκαν ότι τα παιδιά τους νοσούν από σχιζοφρένεια. (Σχήμα 34). Ενώ μετά την πληροφόρηση αυτή το 60% των πατέρων (3 στους 5) αισθάνθηκαν ο ένας αισιοδοξία, ο άλλος το αποδέχτηκε και ο τρίτος ότι είναι κάτι παροδικό και θα περάσει με τα χάπια. (Σχήμα 35).



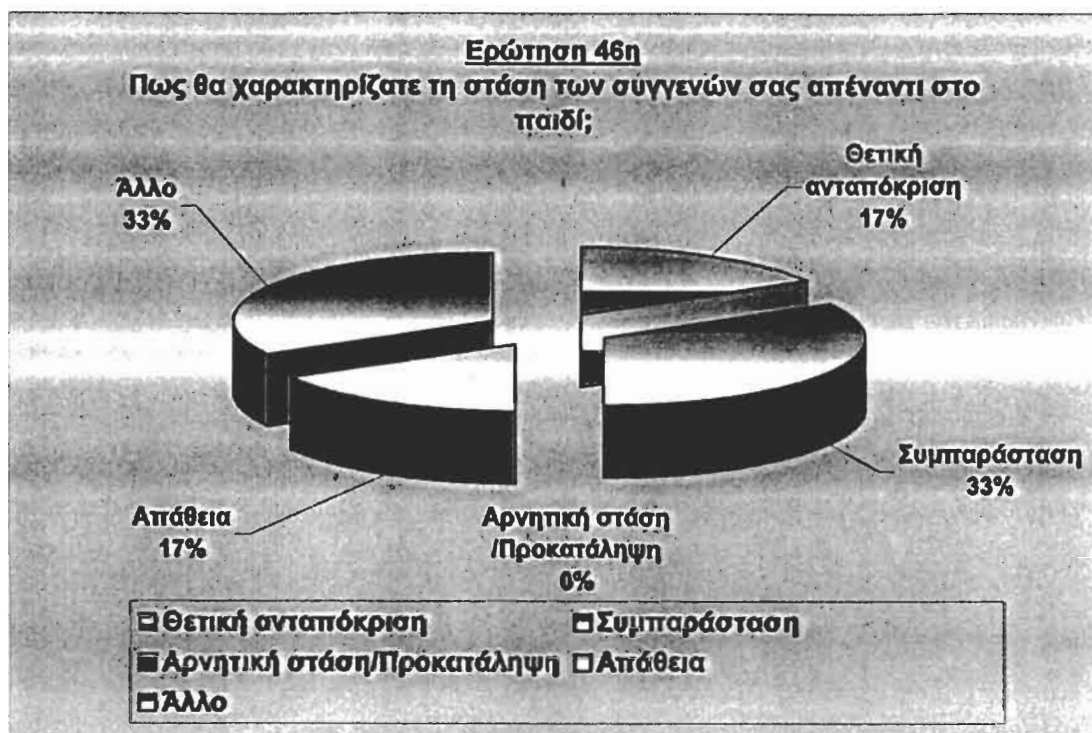
Σχήμα 35



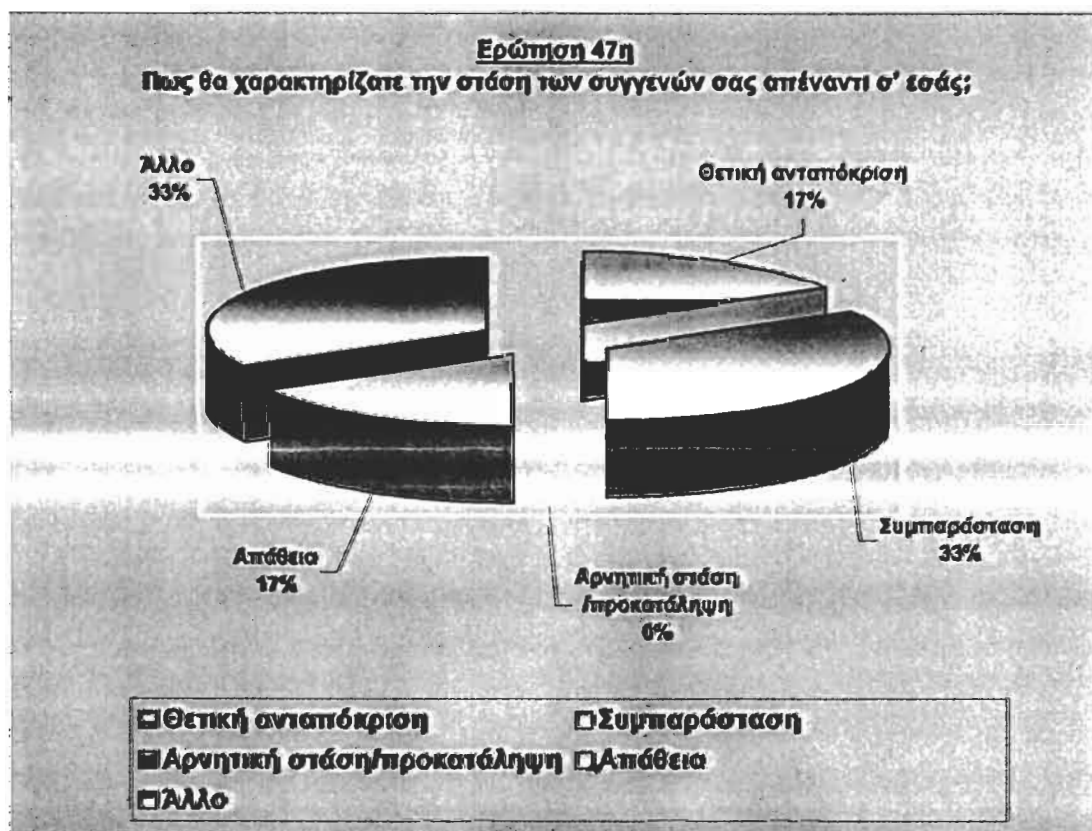
Σχήμα 36

Το συγγενικό περιβάλλον των πατέρων (2 στους 5) αντιμετώπισε το πρόβλημα των παιδιών θετικά, 40%, ένας ουδέτερα, 20%, ένας αδιάφορα, 20%, ενώ ο άλλος μας είπε ότι δεν είχε καμία επαφή με τους συγγενείς. (Σχήμα 36).

Το 50% των πατέρων απάντησαν ότι οι συγγενείς ανταποκρίθηκαν θετικά (13%) και με συμπάρασταση (33%) τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στους ίδιους, το 17% των πατέρων είπε ότι οι συγγενείς κράτησαν παθητική στάση και το υπόλοιπο 33% είπε ότι δεν είχαν καμία επαφή και δεν ήθελαν να το μάθουν οι συγγενείς. (Σχήματα 37 και 38).

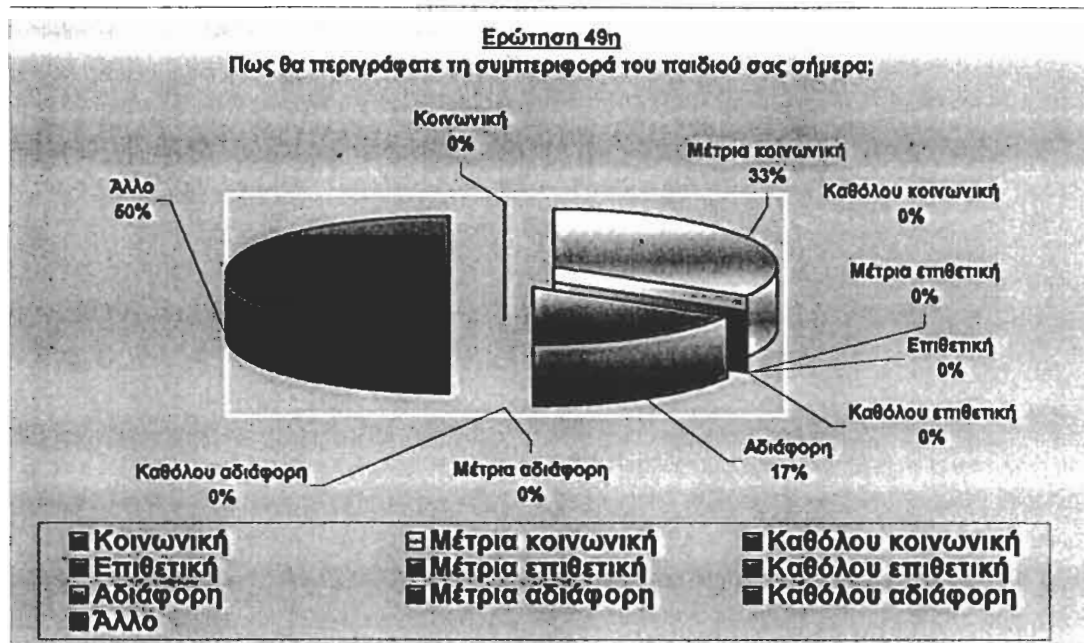


Σχήμα 37



Σχήμα 38

Οι πατέρες χαρακτήρισαν τη συμπεριφορά των παιδιών τους σήμερα, οι δύο πρώτοι ως μέτρια κοινωνική, 33%, ο τρίτος ως αδιάφορη, 17%, και οι υπόλοιποι πατέρες απάντησαν άλλο, 50%, δηλαδή ότι η συμπεριφορά του παιδιού ήταν απαιτητική και ανυπάκουη και του άλλου πολύ καλή. (Σχήμα 39).



Σχήμα 39



Σχήμα 40

Στα συναισθήματα των παιδιών που βρίσκονται στη φάση της αποκατάστασης, κυριαρχεί στις δύο περιπτώσεις, η ηρεμία και η ασφάλεια, 40%, σε μια περίπτωση η αυτοπεποίθηση, 20% και στις άλλες δύο απάθεια και ανησυχία, 40%. (Σχήμα 40).

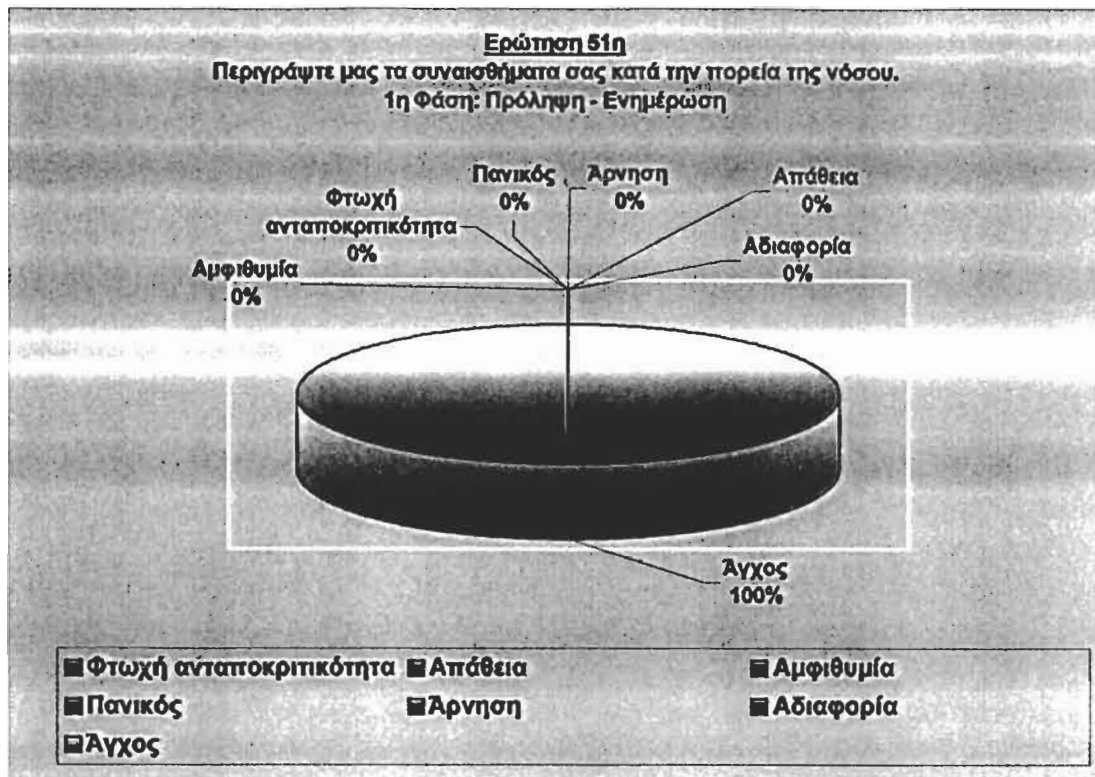
Σ' αυτό το σημείο θεωρήσαμε σημαντικό να παραθέσουμε τη διακύμανση των συναισθημάτων των πατέρων από την έναρξη της νόσου ως το στάδιο της αποκατάστασης σε μία πυραμίδα, την οποία χωρίσαμε σε τρεις φάσεις:

- 1^η φάση: Πρόληψη – Ενημέρωση
- 2^η φάση: Νοσηλεία – Θεραπεία
- 3^η φάση: Φάση Αποκατάστασης

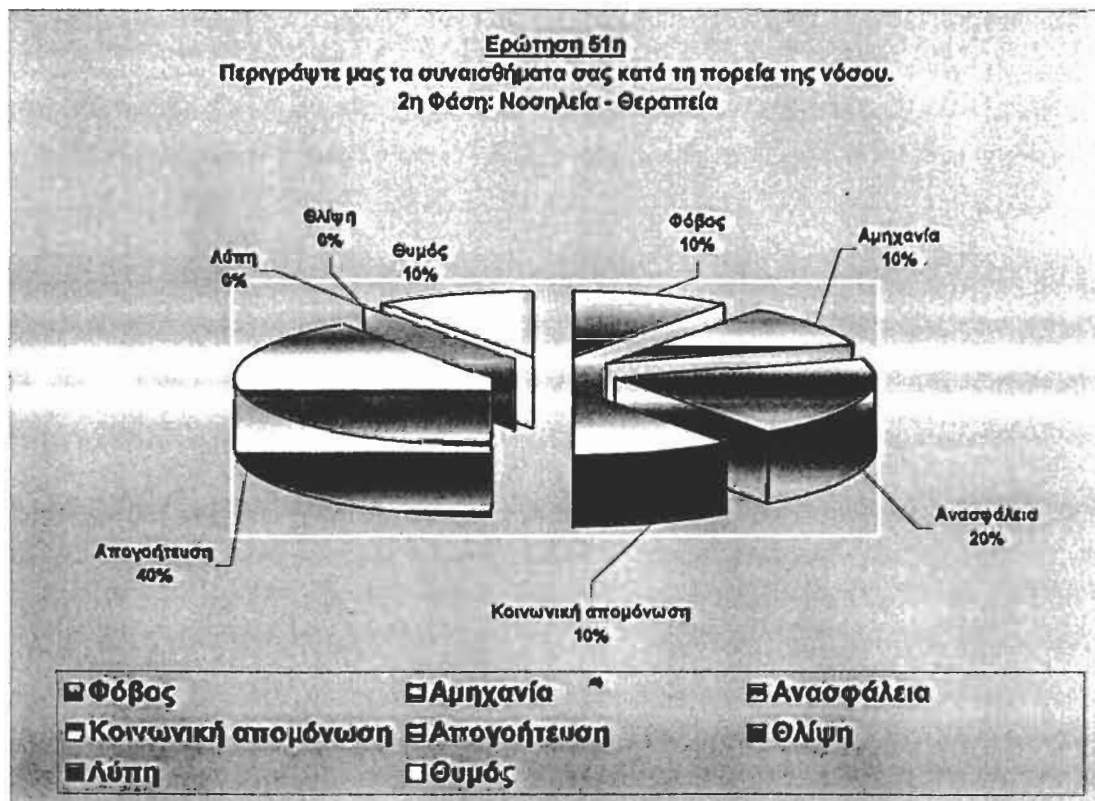
Στην 1^η φάση της πρόληψης, ενημέρωσης για τη νόσο, όλοι οι πατέρες αισθάνθηκαν άγχος, 100%. (Σχήμα 41).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας (2^η φάση) αρκετοί πατέρες, 40%, αισθάνθηκαν απογοήτευση αλλά και άλλα συναισθήματα όπως θυμό, φόβο, αμηχανία, ανασφάλεια, κοινωνική απομόνωση, όπως φαίνεται στο Σχήμα 42.

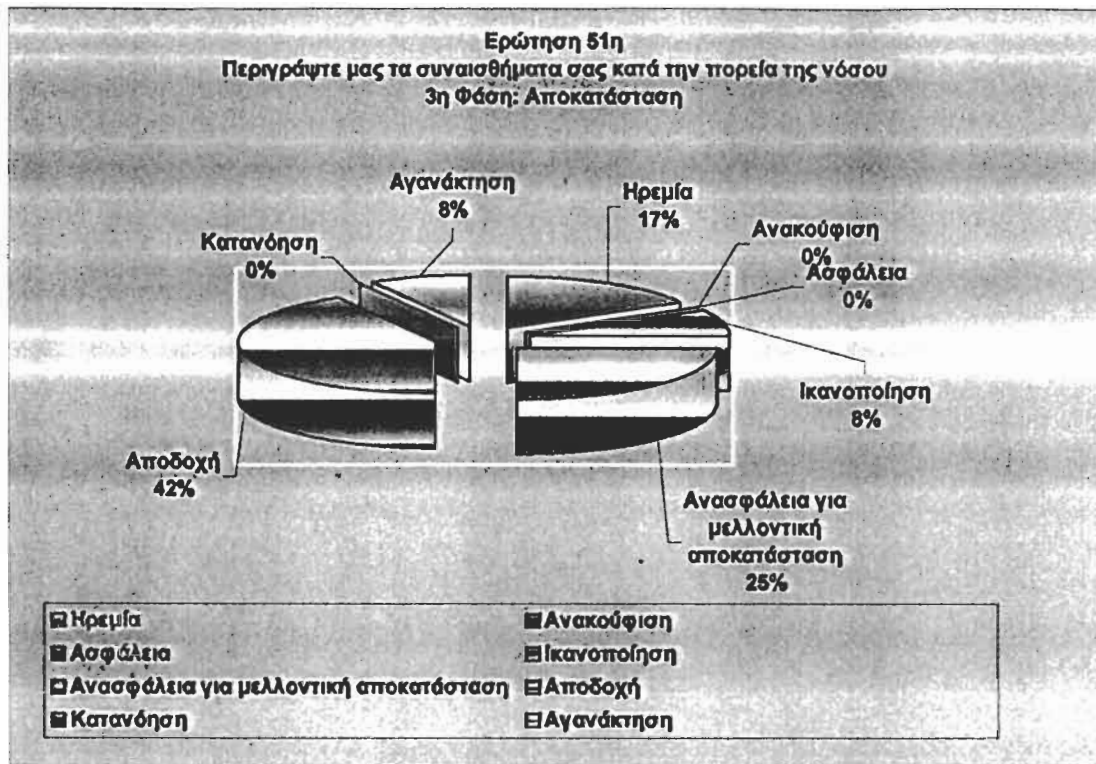
Τέλος, στην 3^η φάση που αφορά το στάδιο της αποκατάστασης, το 42% των πατέρων φάνηκε να αποδέχεται το πρόβλημα του παιδιού τους αλλά έκδηλη είναι η ανασφάλειά τους, 25% για τη μελλοντική επαγγελματική αποκατάσταση.



Σχήμα 41



Σχήμα 42



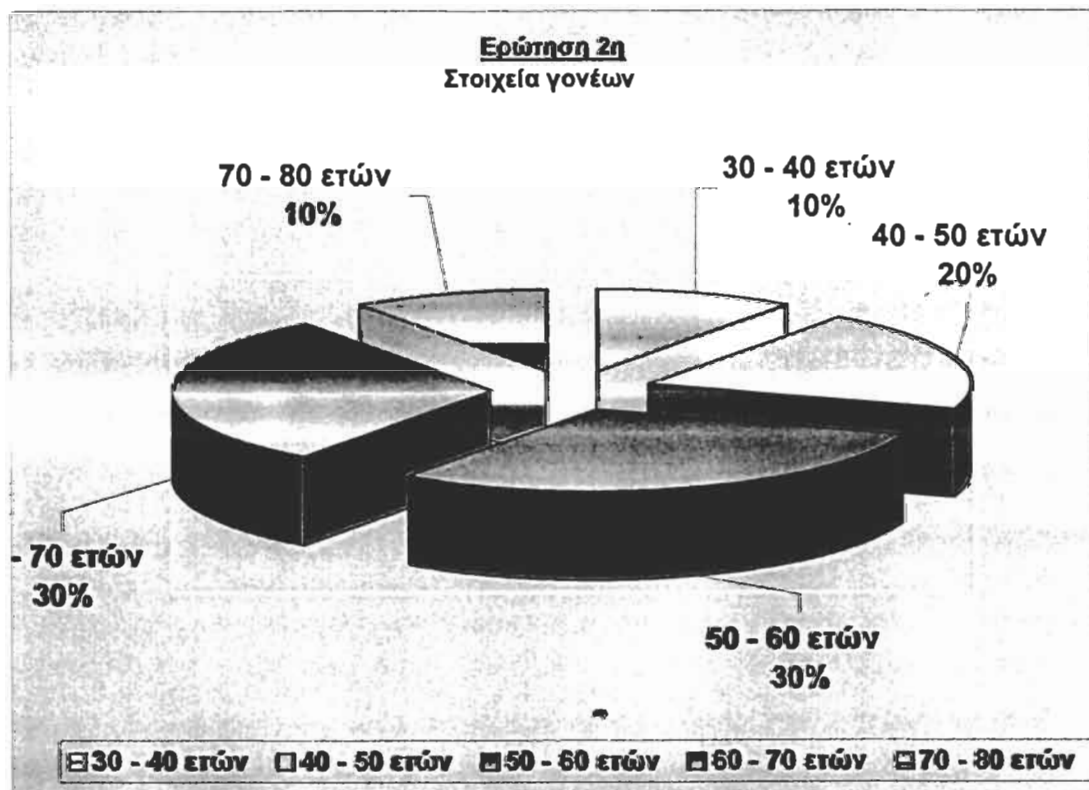
Σχήμα 43





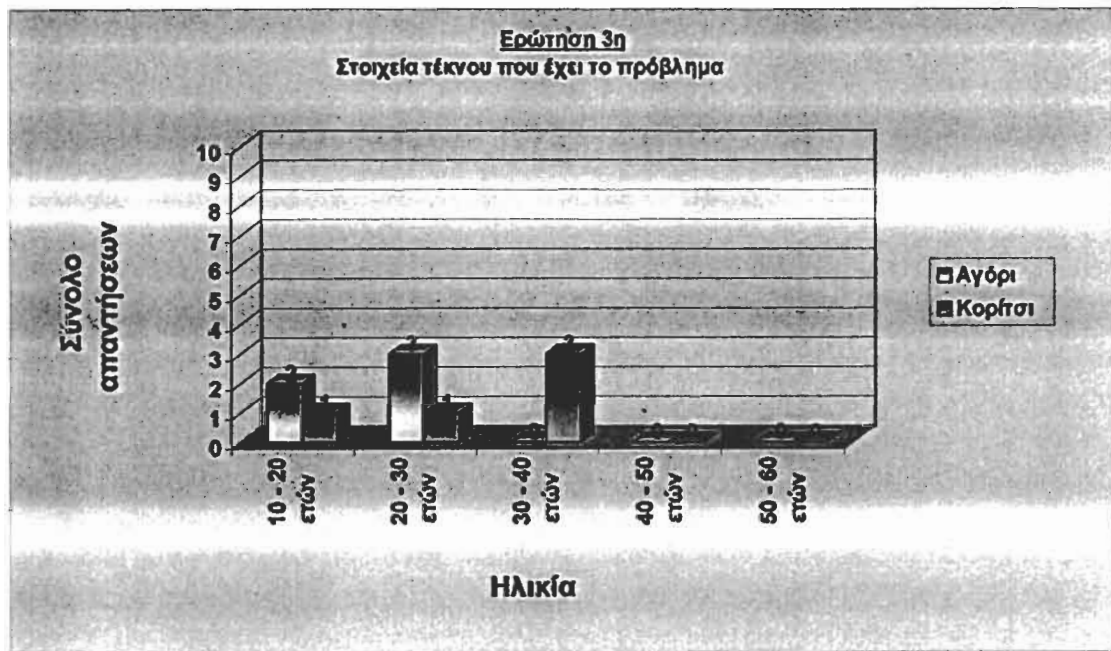
Σχήμα 1

Στο Σχήμα 1 φαίνεται διαγραμματικά η οικογενειακή κατάσταση των δέκα (10) ερωτώμενων μητέρων.



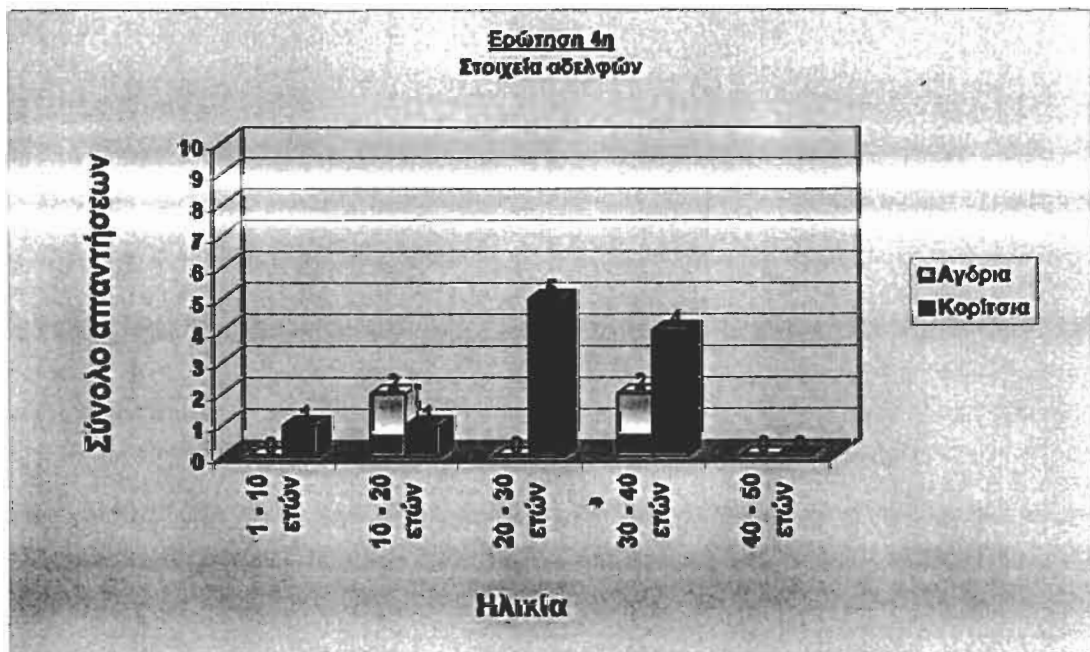
Σχήμα 2

Οι ηλικίες αρκετών μητέρων κυμαίνονταν από 50 έως 60 ετών και από 60 έως 70 ετών, δηλαδή ένα ποσοστό 30% αντίστοιχα. (Σχήμα 2).



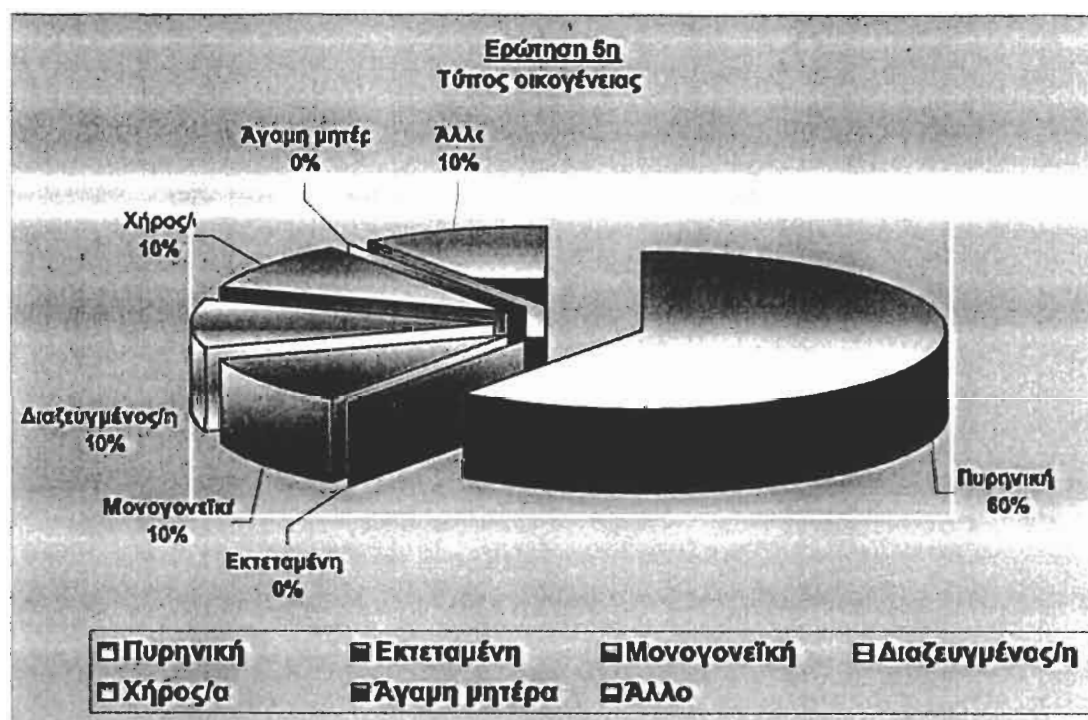
Σχήμα 3

Σχετικά με τα στοιχεία των παιδιών που νοσούν από σχιζοφρένεια βλέπουμε και από το Σχήμα 3 ότι τα μισά (5) είναι αγόρια και τα υπόλοιπα (5) είναι κορίτσια και οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 18 έως 33 ετών.



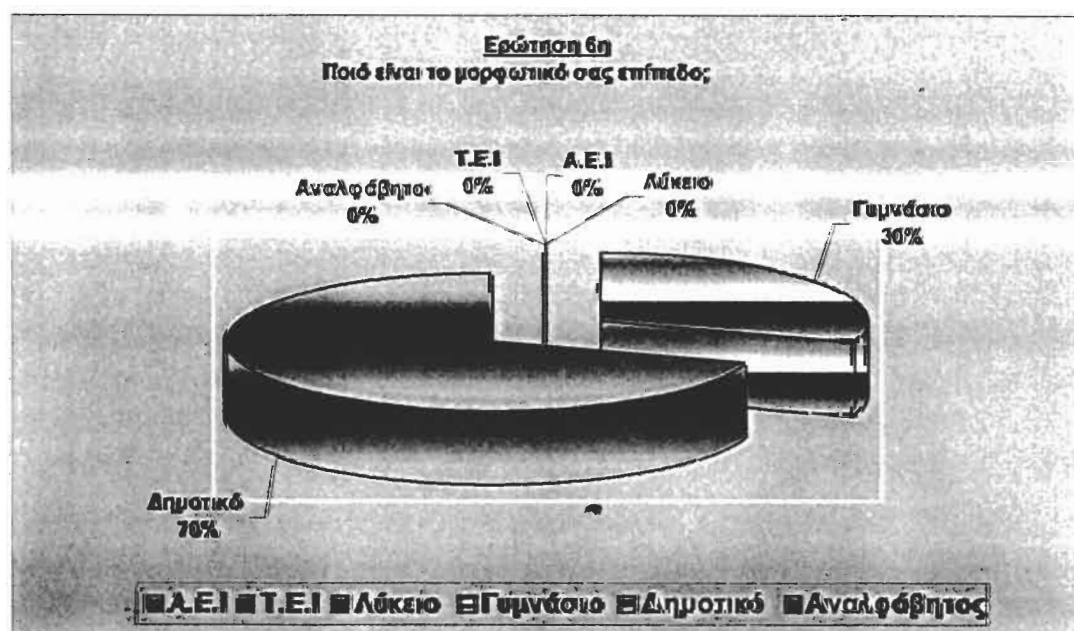
Σχήμα 4

Προχωρώντας στο Σχήμα 4, φαίνονται διαγραμματικά τα στοιχεία των αδελφών των παιδιών που πάσχουν.



Σχήμα 5

Οι περισσότερες μητέρες (6 στις 10) χαρακτήρισαν την οικογένειά τους ως πυρηνική, ποσοστό 60%. (Σχήμα 5).



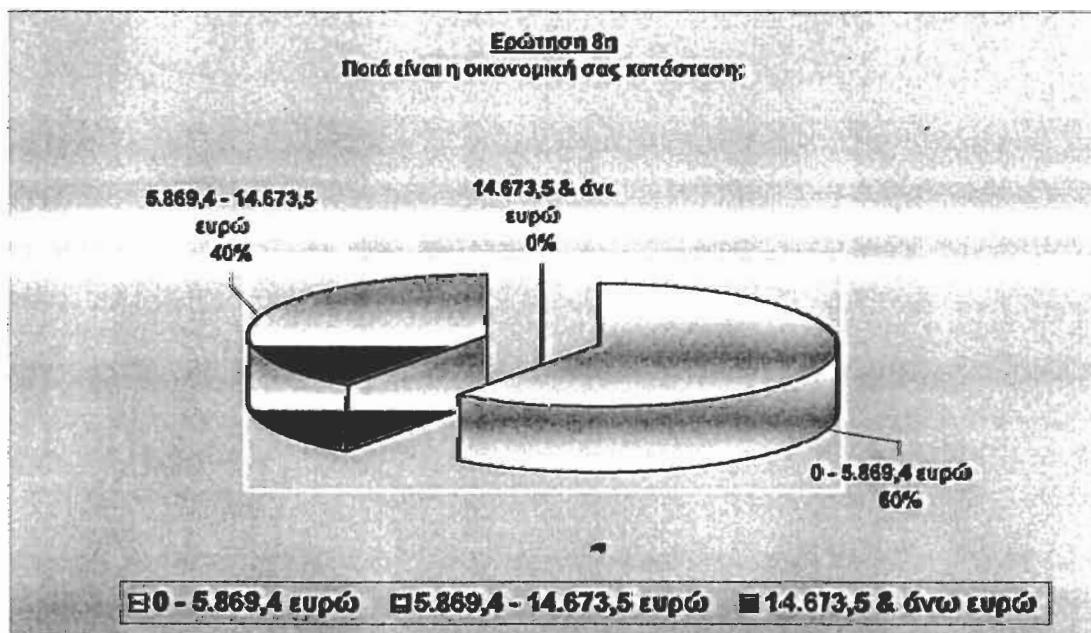
Σχήμα 6

Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός μητέρων (7 στις 10) έχουν τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο (70%), ενώ οι υπόλοιπες τρεις (3) το Γυμνάσιο. (Σχήμα 6).



Σχήμα 7

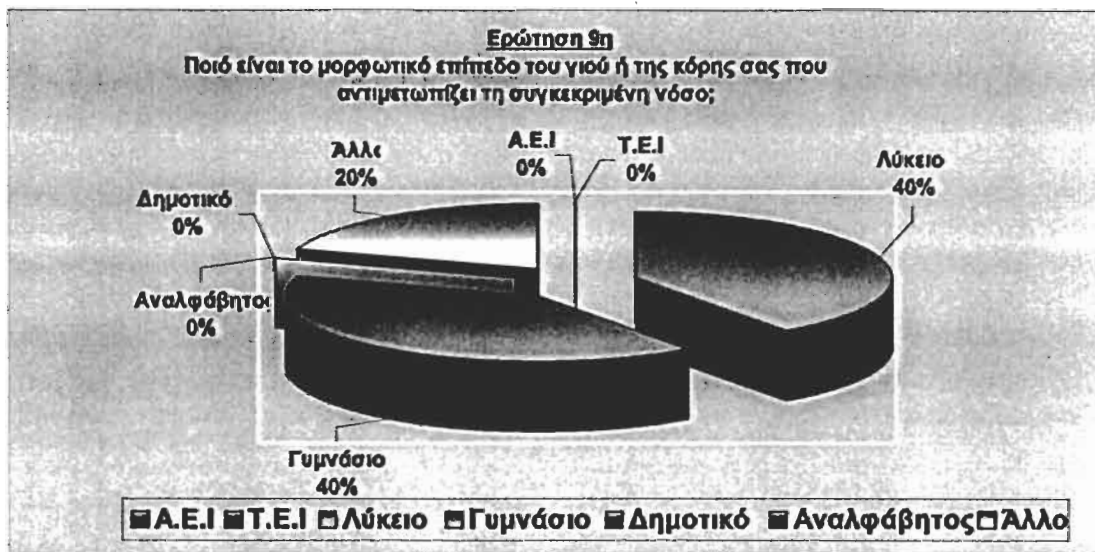
Ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση οι οκτώ (8) στις δέκα (10) μητέρες ασχολούνται με τα οικιακά, ποσοστό 80%, η μία είναι συνταξιούχος και η άλλη ιδιωτική υπάλληλος.



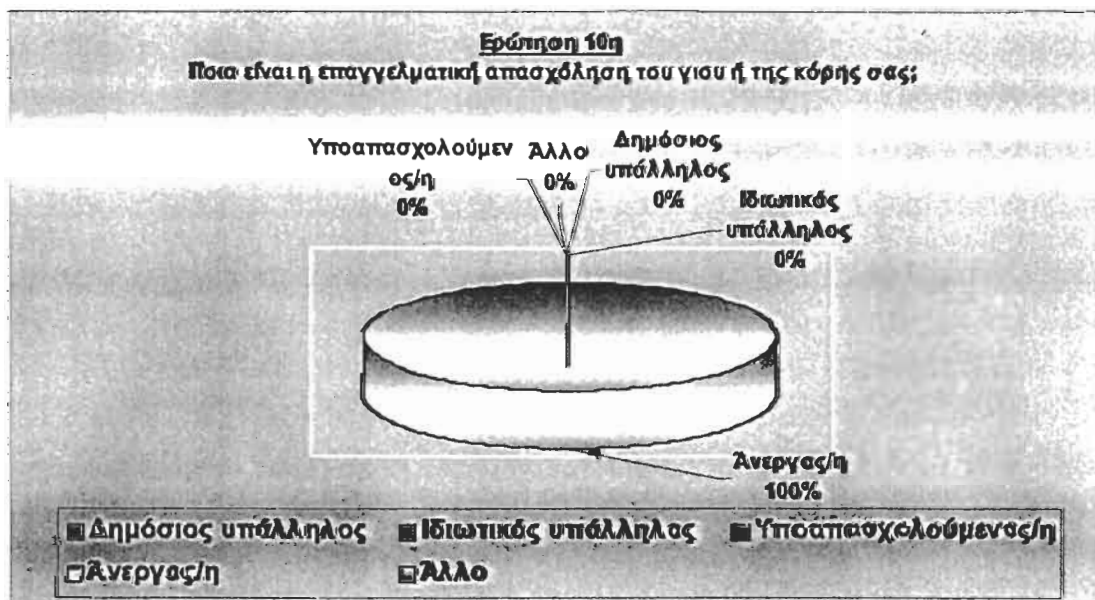
Σχήμα 8

Το εισόδημα αρκετών μητέρων (6 στις 10) κυμαίνεται από 0 έως 5.869,4 ευρώ, όπως φαίνεται στο Σχήμα 8.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των παιδιών που πάσχουν, τα τέσσερα (4) έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο, ποσοστό 40%, τα επόμενα τέσσερα (4) το Λύκειο (40%) και τα δύο τελευταία ειδικό σχολείο και μια ιδιωτική σχολή. (Σχήμα 9). Όλα είναι άνεργα (100%) και απασχολούνται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πατρών. (Σχήμα 10).

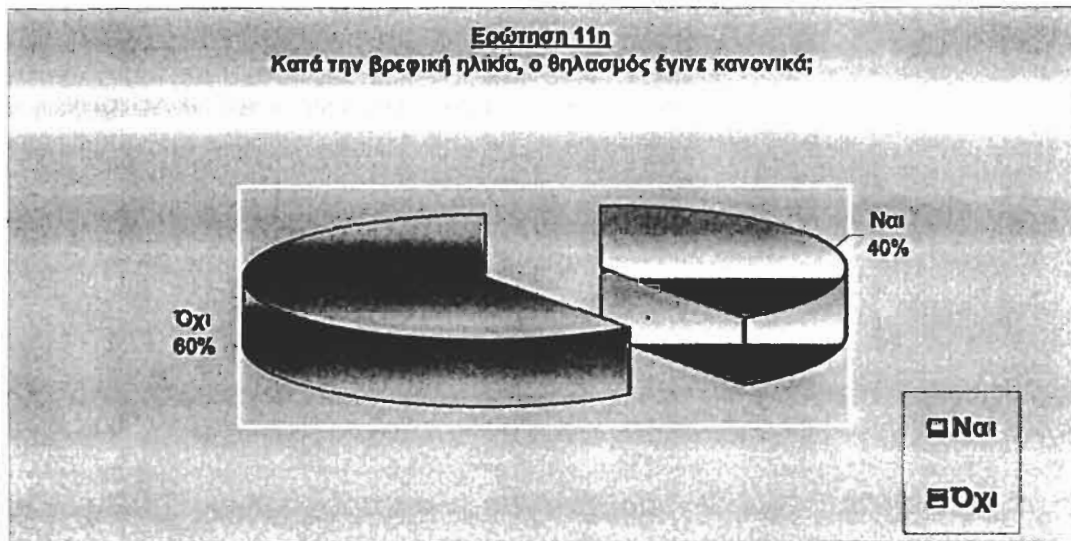


Σχήμα 9



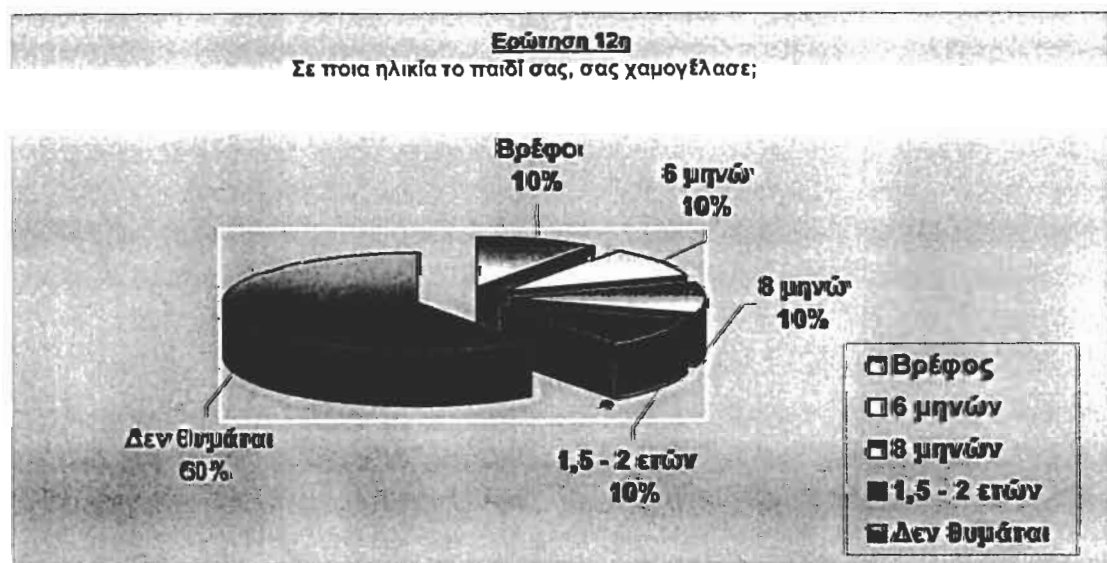
Σχήμα 10

Στην ερώτηση 11 για το αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά, οι περισσότερες μητέρες (6 στις 10) απάντησαν αρνητικά, ποσοστό 60%. (Σχήμα 11).



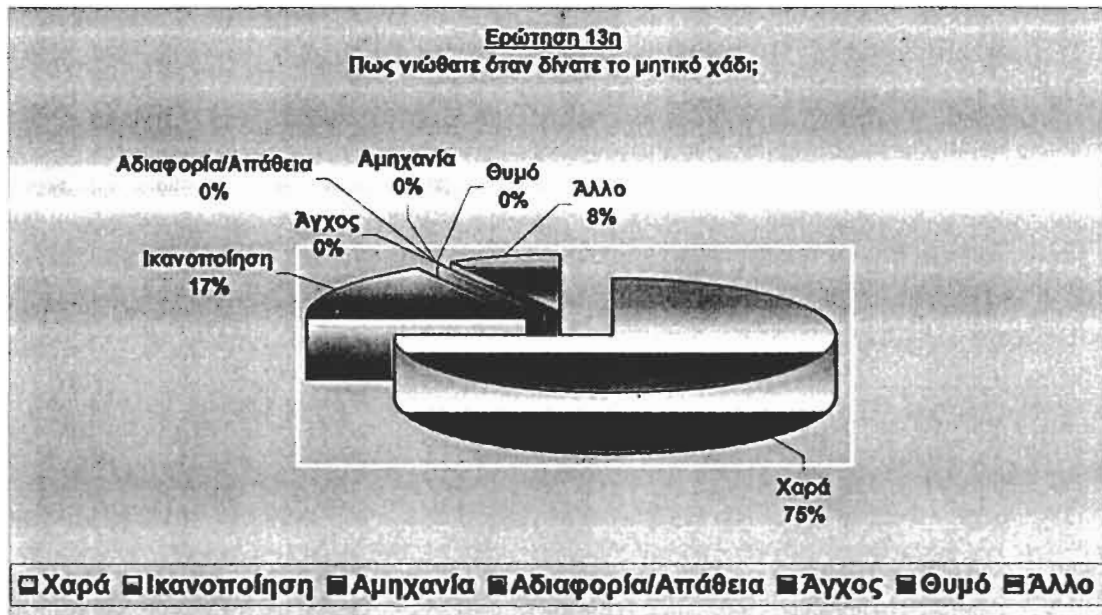
Σχήμα 11

Παράλληλα οι έξι από τις 10 ερωτώμενες μητέρες δε θυμόντουσαν πότε χαμογέλασε το παιδί τους για πρώτη φορά (60%), ενώ οι υπόλοιπες τέσσερις (4) απάντησαν σε ηλικία 2 μηνών, 6 μηνών, 8 μηνών και 1,5 ετών αντίστοιχα. (Σχήμα 12).



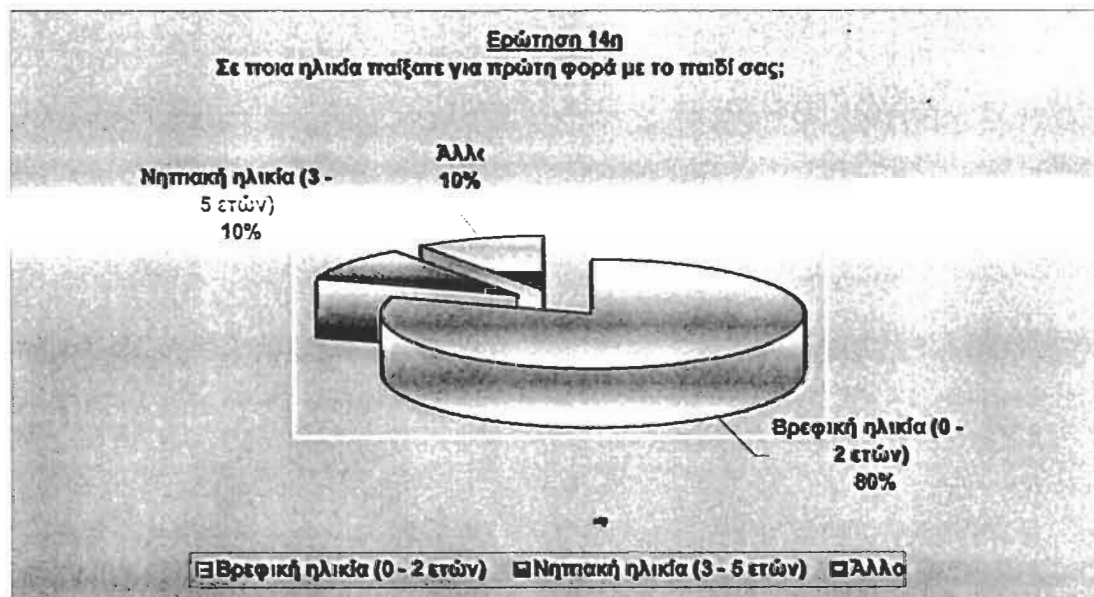
Σχήμα 12

Η πλειοψηφία των μητέρων (8 στις 10) δήλωσε ότι ένιωσε χαρά όταν έδινε το μητρικό χάδι, ποσοστό 75%. (Σχήμα 13).



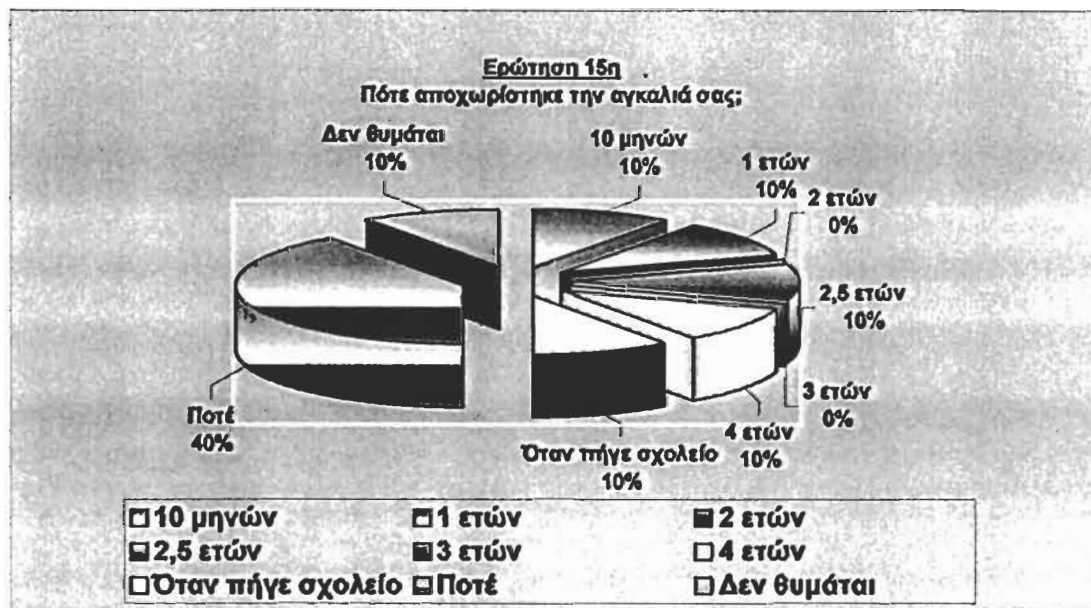
Σχήμα 13

Στην ερώτηση 14 για το πότε έπαιξαν για πρώτη φορά με το παιδί τους, οι περισσότερες μητέρες (8 στις 10) απάντησαν στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών), ποσοστό 80%, μια στη νηπιακή ηλικία, ενώ μία δεν θυμόταν. (Σχήμα 14).

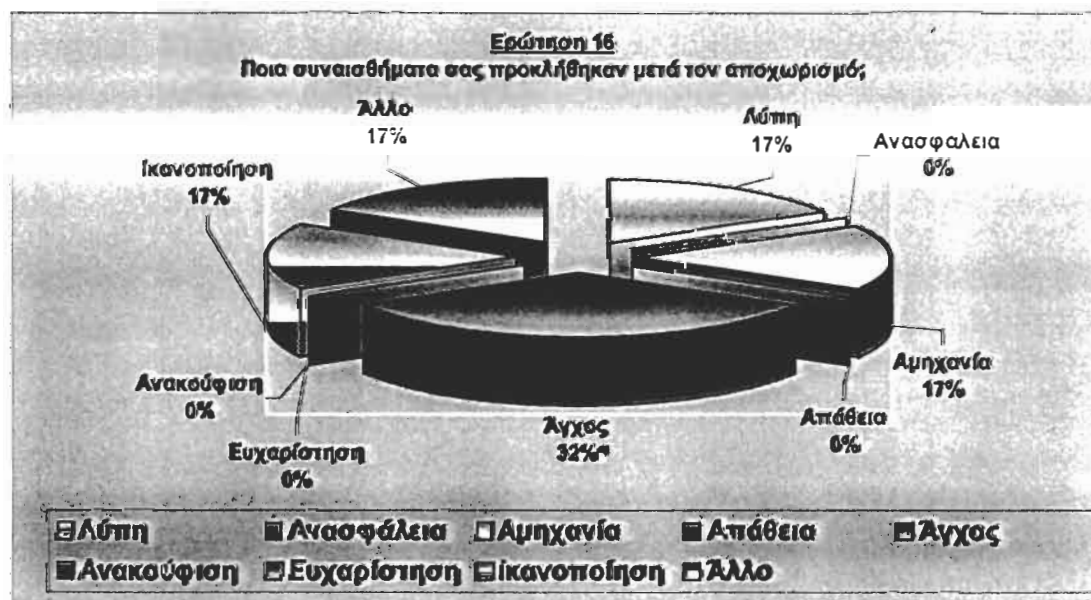


Σχήμα 14

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι τέσσερις από τις μητέρες (4 στις 10) δεν αποχωρίστηκαν ποτέ το παιδί από την αγκαλιά τους και μία δεν θυμόταν. (Σχήμα 15). Αντίθετα, οι υπόλοιπες πέντε (5) μητέρες αποχωρίστηκαν τα παιδιά τους σε διαφορετικές ηλικίες όπως φαίνεται στο Σχήμα 15, κάτι που δημιούργησε διαφορετικά συναισθήματα στην καθεμία με κυριότερη συναισθηματική εκδήλωση το άγχος, ποσοστό 32%. (Σχήμα 16).

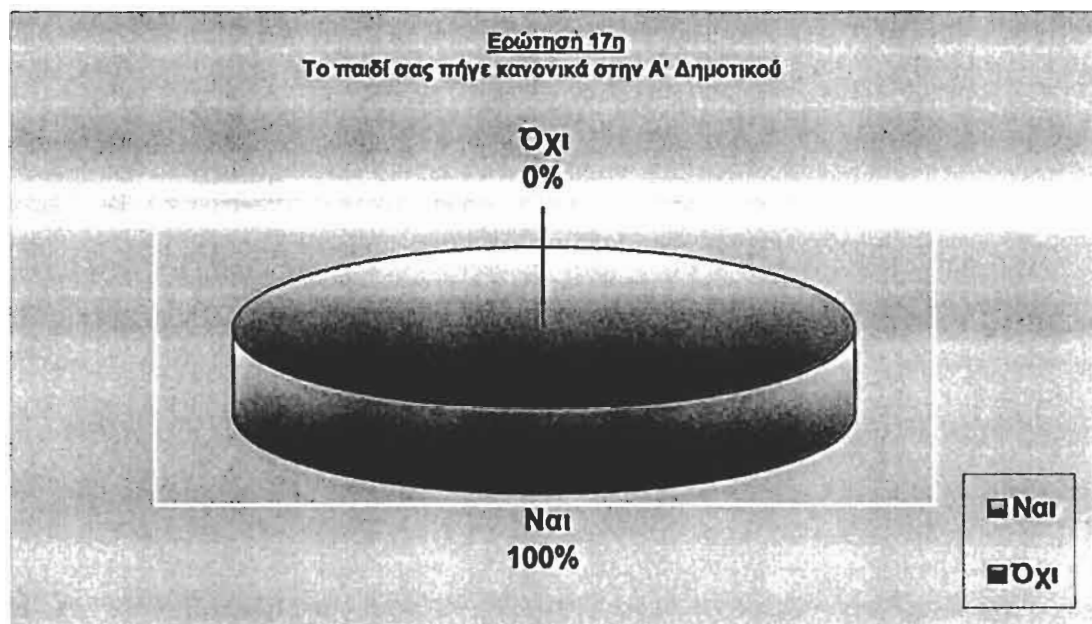


Σχήμα 15



Σχήμα 16

Ακολουθώντας την πορεία των ερωτήσεων βλέπουμε ότι τα παιδιά όλων των μητέρων (100%) πήγαν κανονικά στην Α' Δημοτικού. (Σχήμα 17).



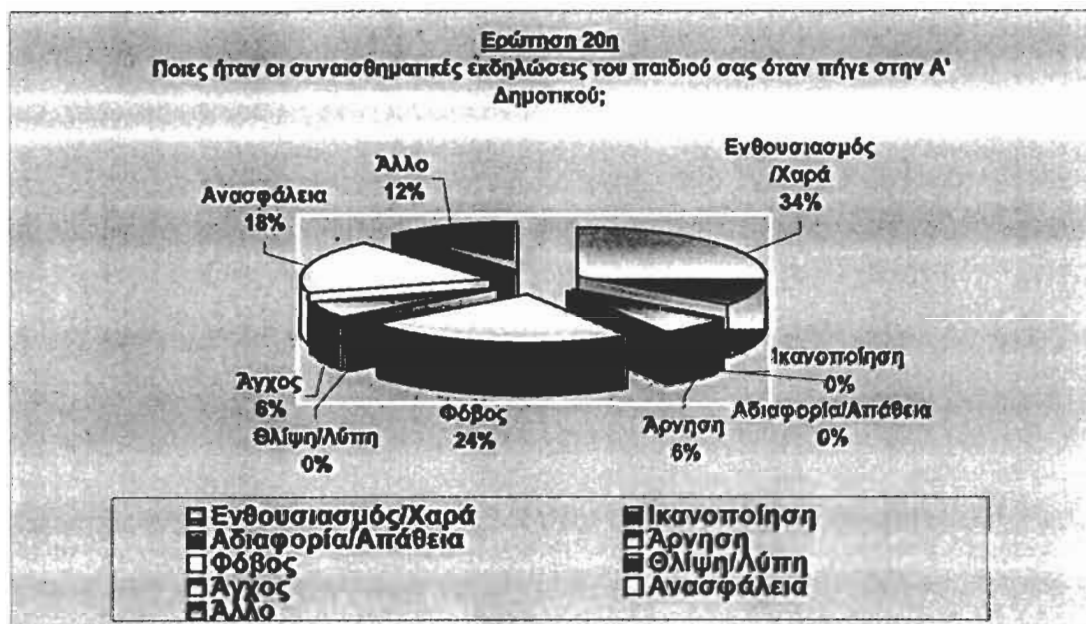
Σχήμα 17

Σχετικά με το πώς ένιωσαν οι δέκα (10) μητέρες την πρώτη μέρα που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού, τέσσερις (4) από αυτές αισθάνθηκαν ενθουσιασμό, χαρά και ικανοποίηση (42%), τρεις (3) αγωνία, μία συγκίνηση και οι υπόλοιπες δύο (2) άγχος και αισιοδοξία. (Σχήμα 18).



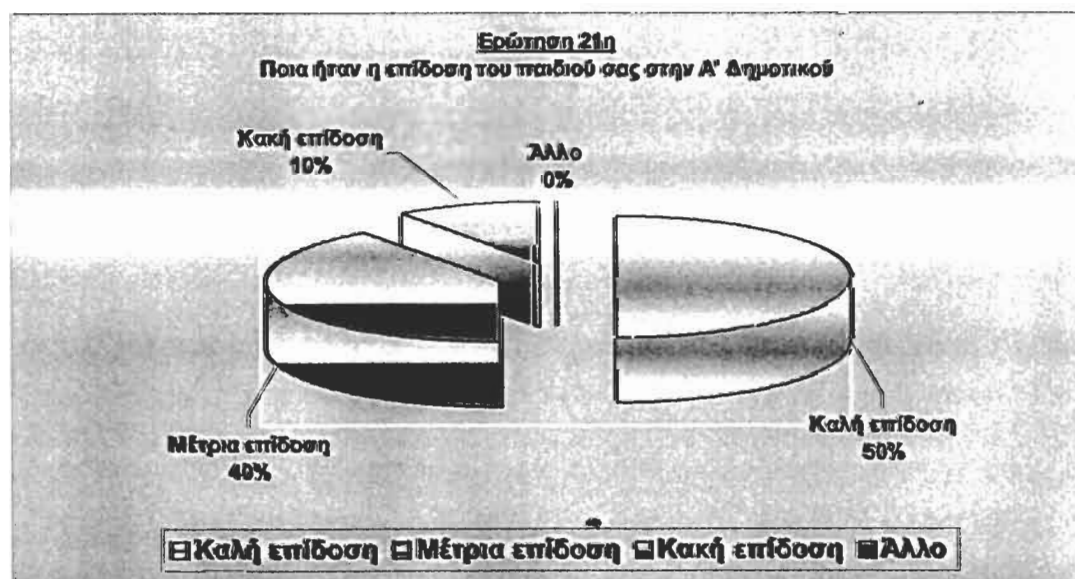
Σχήμα 18

Στα συναισθήματα αρκετών παιδιών όταν πήγαν στην Α' Δημοτικού έκδηλος ήταν ο ενθουσιασμός / χαρά, ποσοστό 34%, αλλά και ο φόβος (24%). (Σχήμα 19).



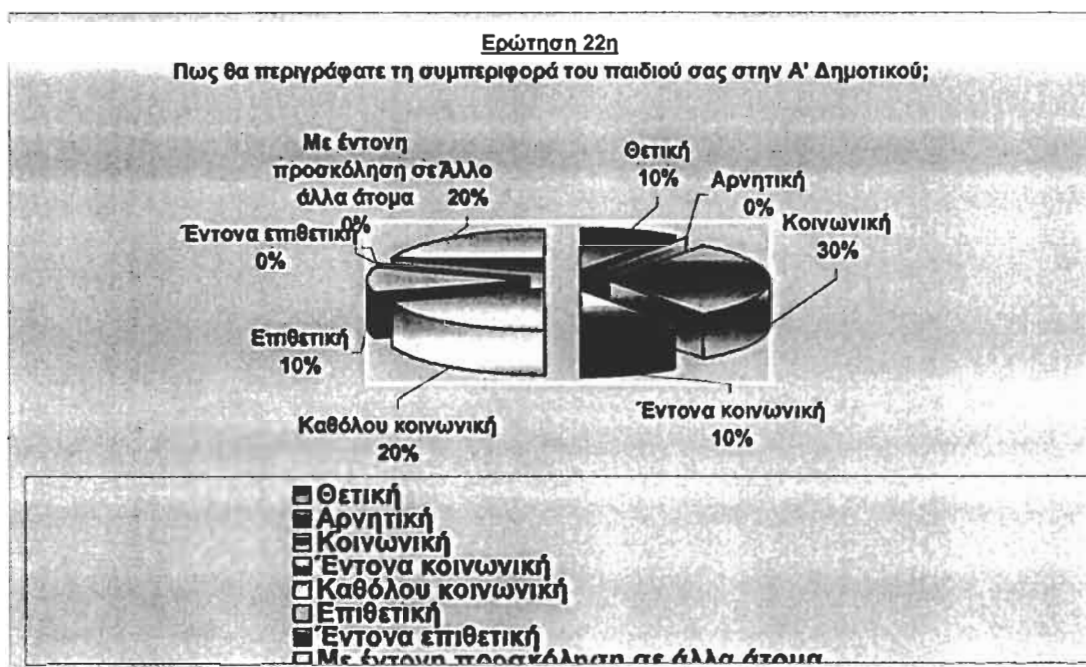
Σχήμα 19

Η επίδοση των πέντε (5) παιδιών αξιολογείται από τις μητέρες ως καλή (50%), των άλλων τεσσάρων ως μέτρια (40%) και ενός ως κακή. (Σχήμα 20).



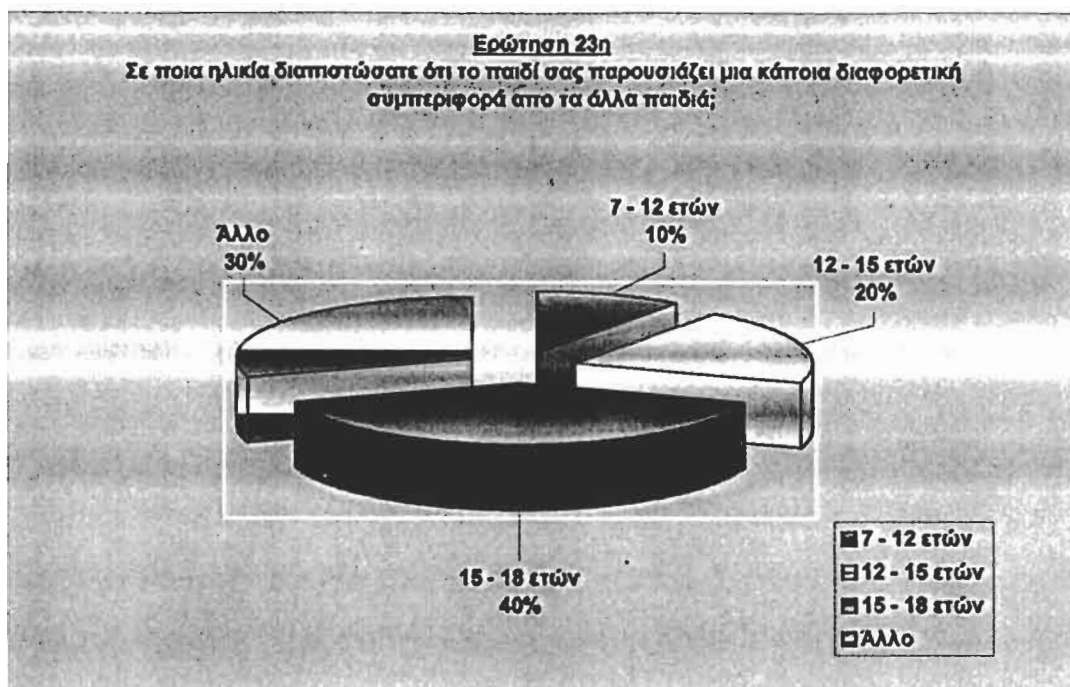
Σχήμα 20

Αναφορικά με τη συμπεριφορά των παιδιών στην Α' Δημοτικού, τρεις (3) από τις μητέρες τη χαρακτήρισαν ως κοινωνική, ποσοστό 30%, δύο (2) μητέρες ως καθόλου κοινωνική (20%), ενώ δύο απάντησαν άλλο, η μία ότι το παιδί ήταν ήσυχο και η άλλη ότι πείραζε τα άλλα παιδιά. (Σχήμα 21).

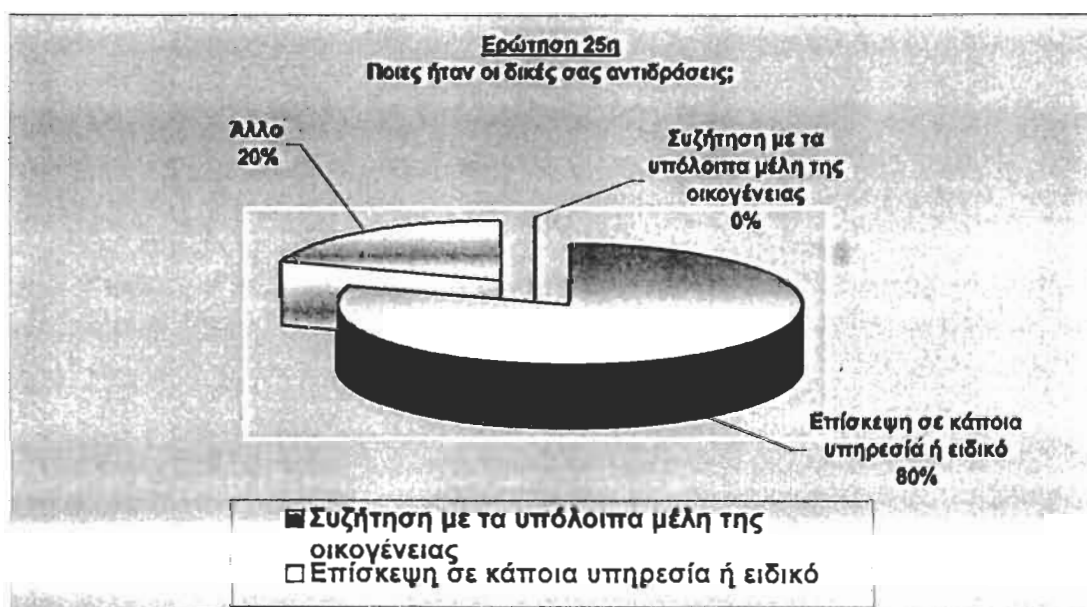


Σχήμα 21

Αρκετές από τις μητέρες (4 στις 10) απάντησαν ότι διαπίστωσαν πως τα παιδιά τους παρουσίαζαν μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά σε ηλικία 15 έως 18 (40%) και οι αντιδράσεις των περισσοτέρων (8 στις 10) ήταν κοινές, πηγαίνοντας τα παιδιά σε κάποιον ειδικό ή υπηρεσία (80%), μία συζήτησε το πρόβλημα αυτό με το ίδιο το παιδί, ενώ μία άλλη αδιαφόρησε. (Σχήμα 23).



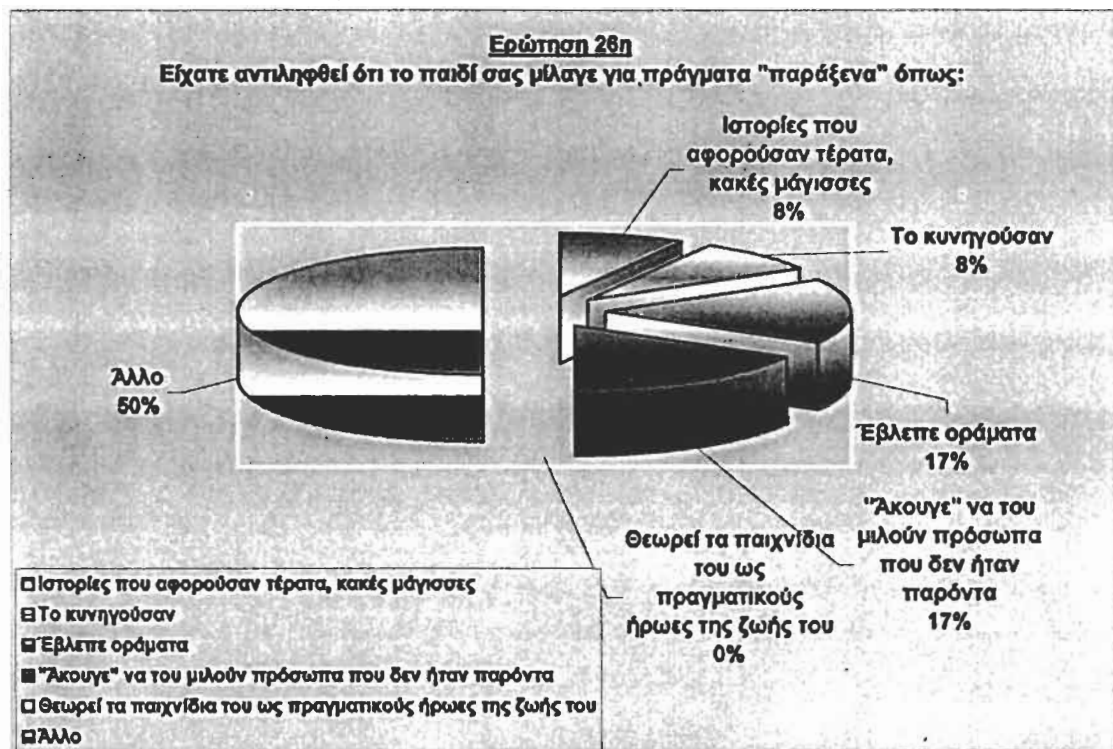
Σχήμα 22



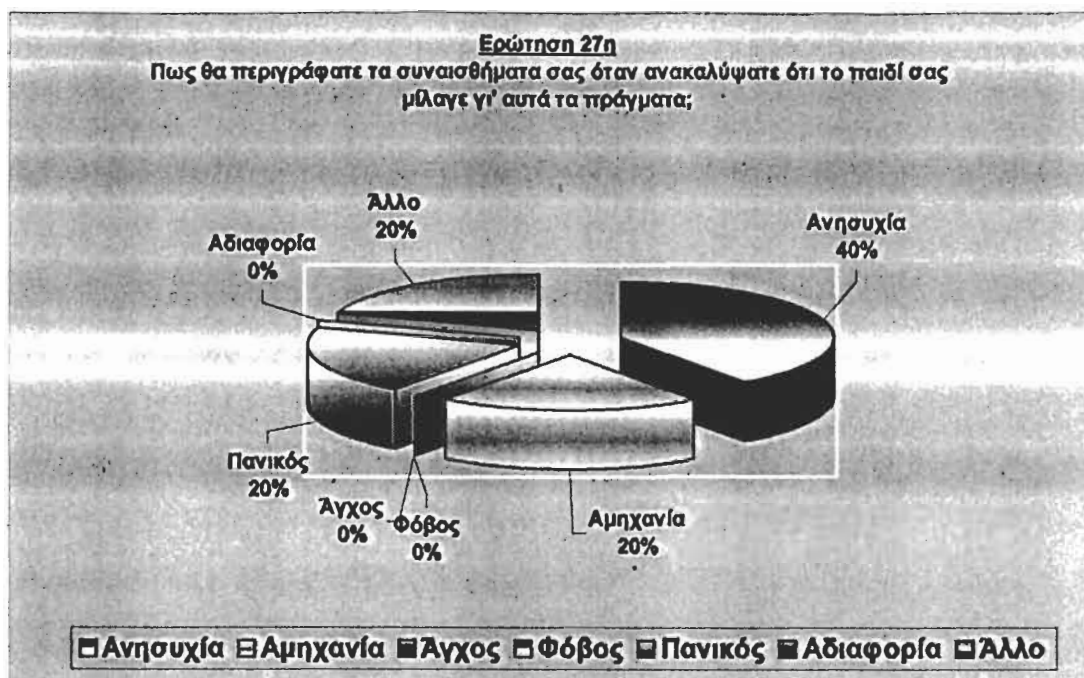
Σχήμα 23

Οι μισές από τις μητέρες (5 στις 10) είχαν αντιληφθεί ότι το παιδί τους μίλαγε για πράγματα «παράξενα», όπως ότι έβλεπε οράματα (17%), ότι άκουγε φωνές (17%), ότι το κυνηγούσαν (8%), ότι μιλούσε για τέρατα και κακές μάγισσες (8%), ενώ οι υπόλοιπες πέντε, ποσοστό 50%, είπαν ότι δε συνέβαινε κάτι τέτοιο. (Σχήμα 24).

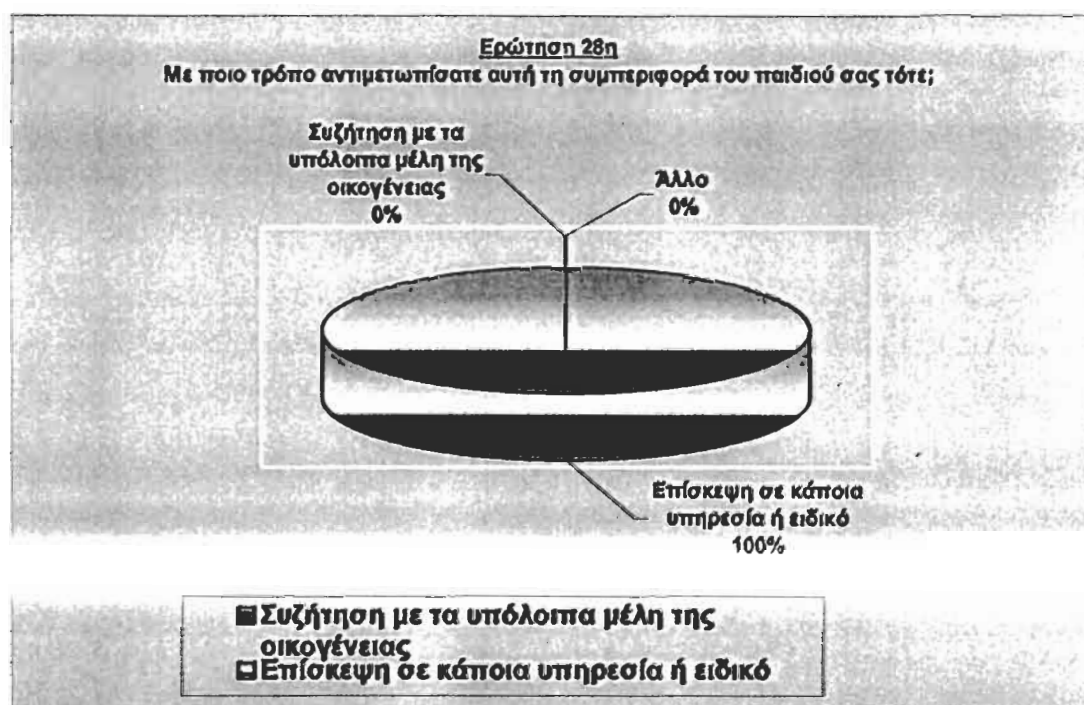
Απέναντι σ' αυτή την κατάσταση, οι πέντε μητέρες αισθάνθηκαν ανησυχία κατά πρώτο λόγο (40%), αμηχανία (20%), πανικό (20%), στενοχώρια (20%) (Σχήμα 25) και ότι επισκέφτηκαν κάποιον ειδικό ή υπηρεσία (100%) όπως Παιδοψυχολόγο, Ψυχολόγο, Ψυχίατρο και το Νοσοκομείο Ημέρας στην Πάτρα. (Σχήμα 26).



Σχήμα 24

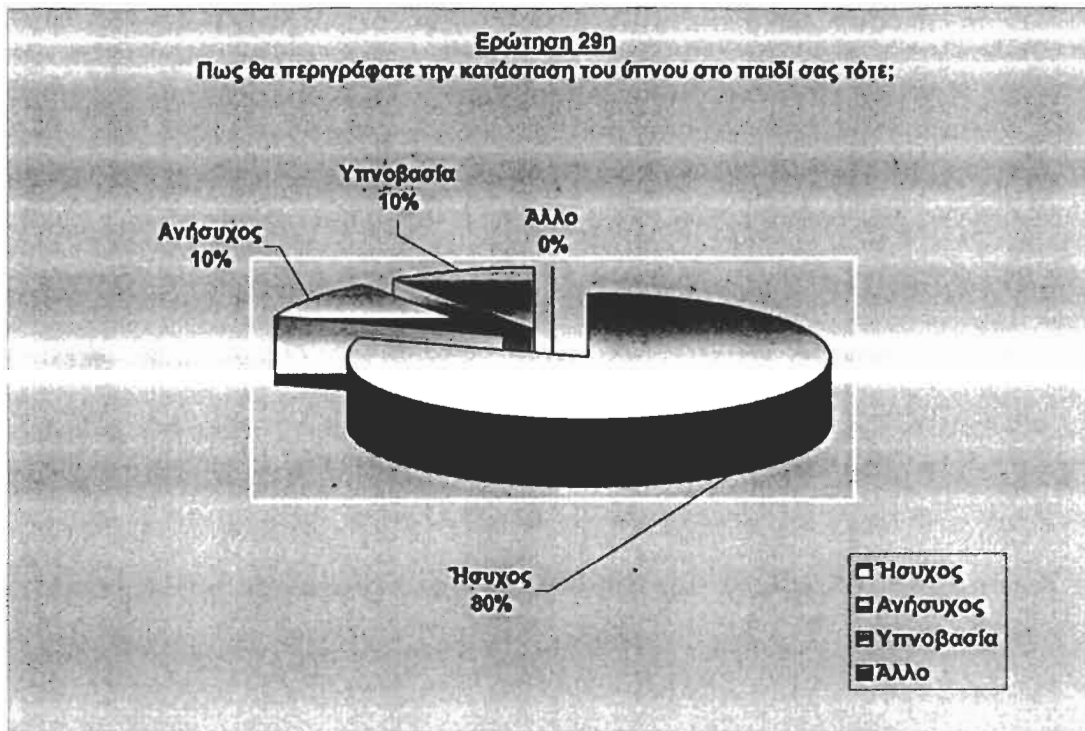


Σχήμα 25

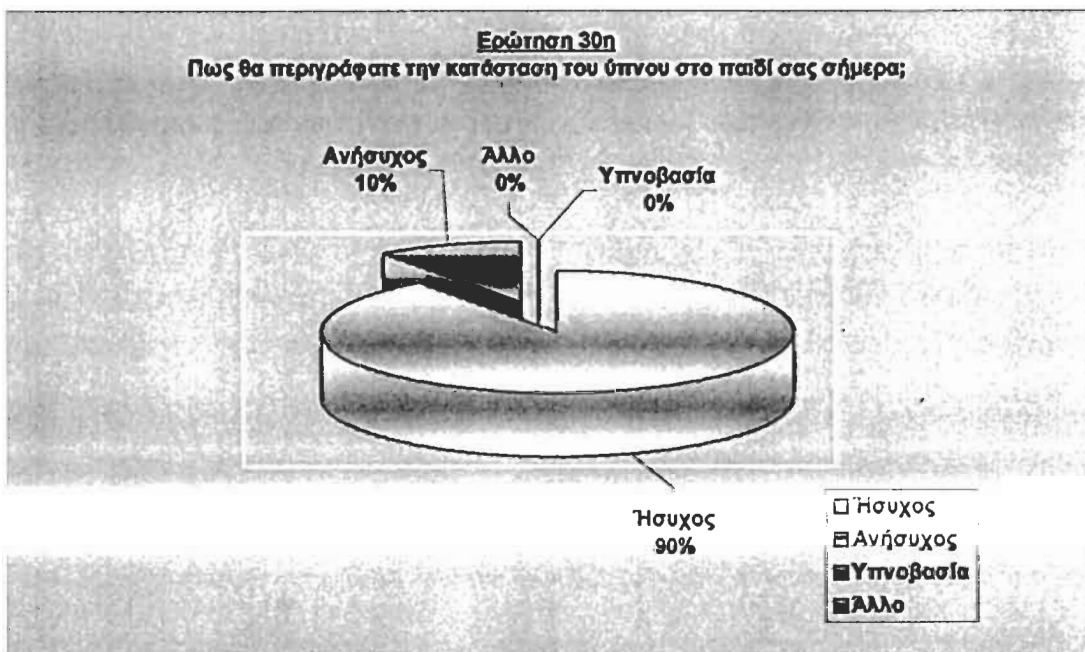


Σχήμα 26

Στις ερωτήσεις 29 και 30 σχετικά με την κατάσταση του ύπνου στο παιδί τότε και τώρα, οι περισσότερες μητέρες (8 στις 10) απάντησαν ότι τα παιδιά τους είχαν ήσυχο ύπνο τότε (80%) (Σχήμα 27) και 9 στις 10 είπαν ότι και τώρα είναι το ίδιο ήσυχος ο ύπνος, ποσοστό 90%. (Σχήμα 28).



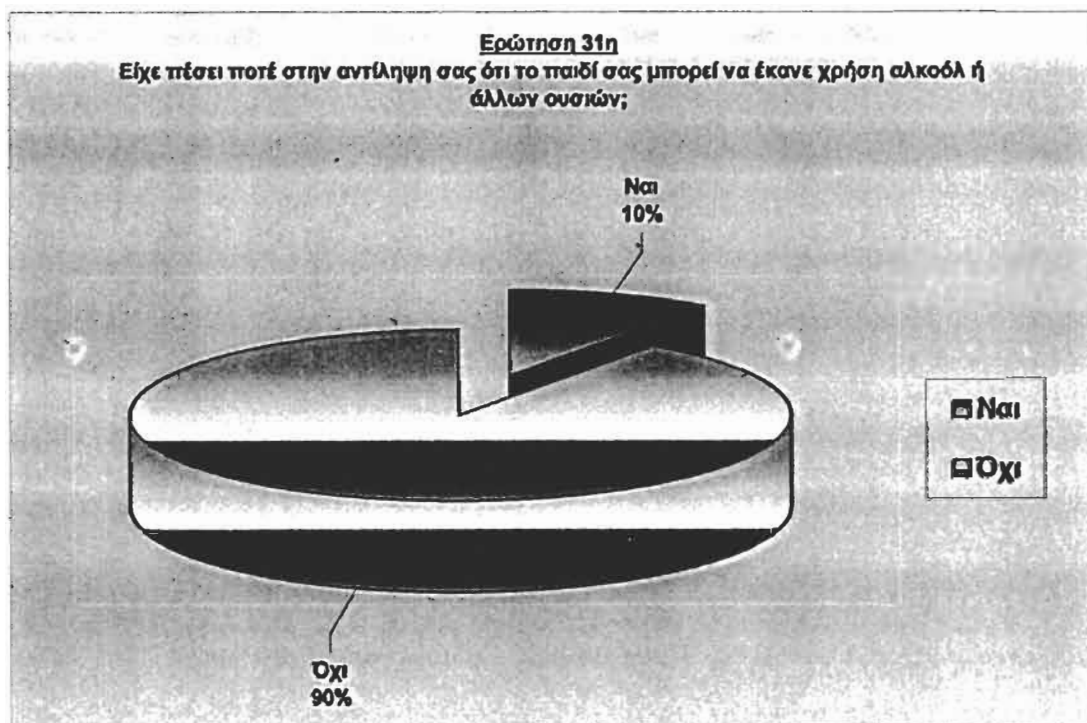
Σχήμα 27



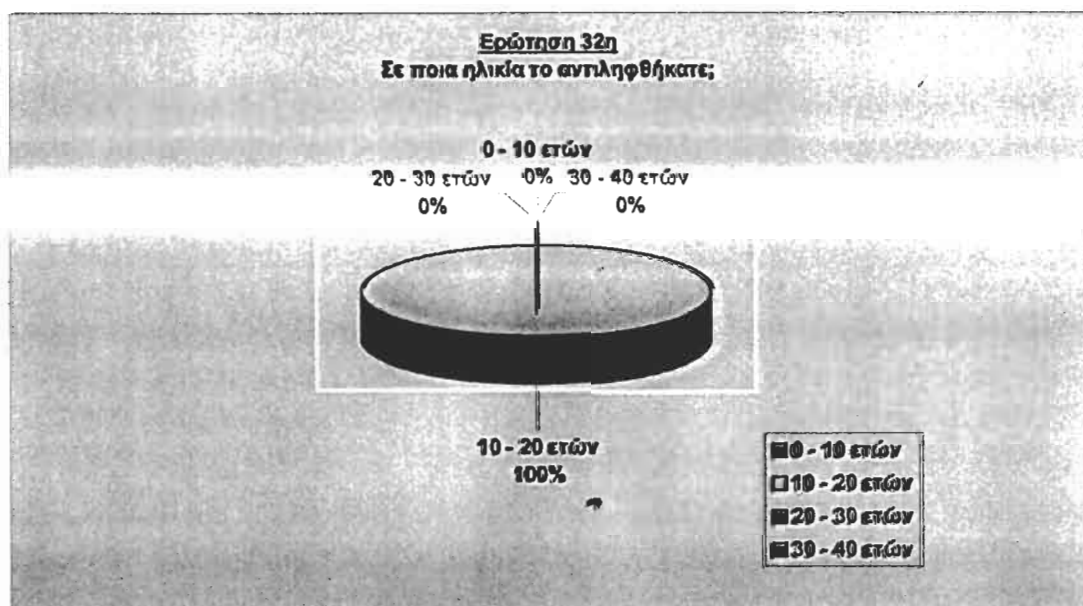
Σχήμα 28

Θεωρώντας ότι η χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών συμβάλλει αρνητικά στην πρόγνωση της σχιζοφρένειας, έγιναν κάποιες ερωτήσεις που αναφέρονται στο αλκοόλ, στις οποίες οι εννέα (9) μητέρες απάντησαν ότι δεν είχαν αντιληφθεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο, ποσοστό 90% (Σχήμα 29), σε σχέση με

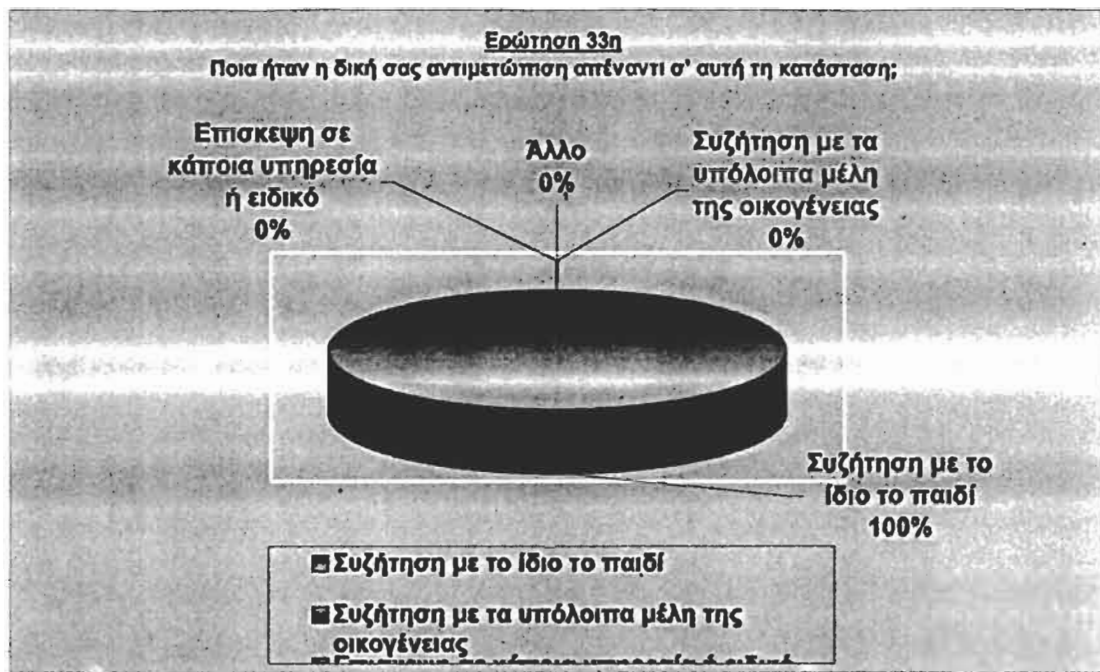
μία περίπτωση στην οποία το παιδί έκανε χρήση αλκοόλ σε ηλικία 15-16 ετών (Σχήμα 30), συμπεριφορά που η μητέρα απέδωσε στο χωρισμό με το σύζυγό της (Σχήμα 32) και θεώρησε σημαντικό να συζητήσει αυτό το πρόβλημα με το ίδιο το παιδί της. (Σχήμα 31).



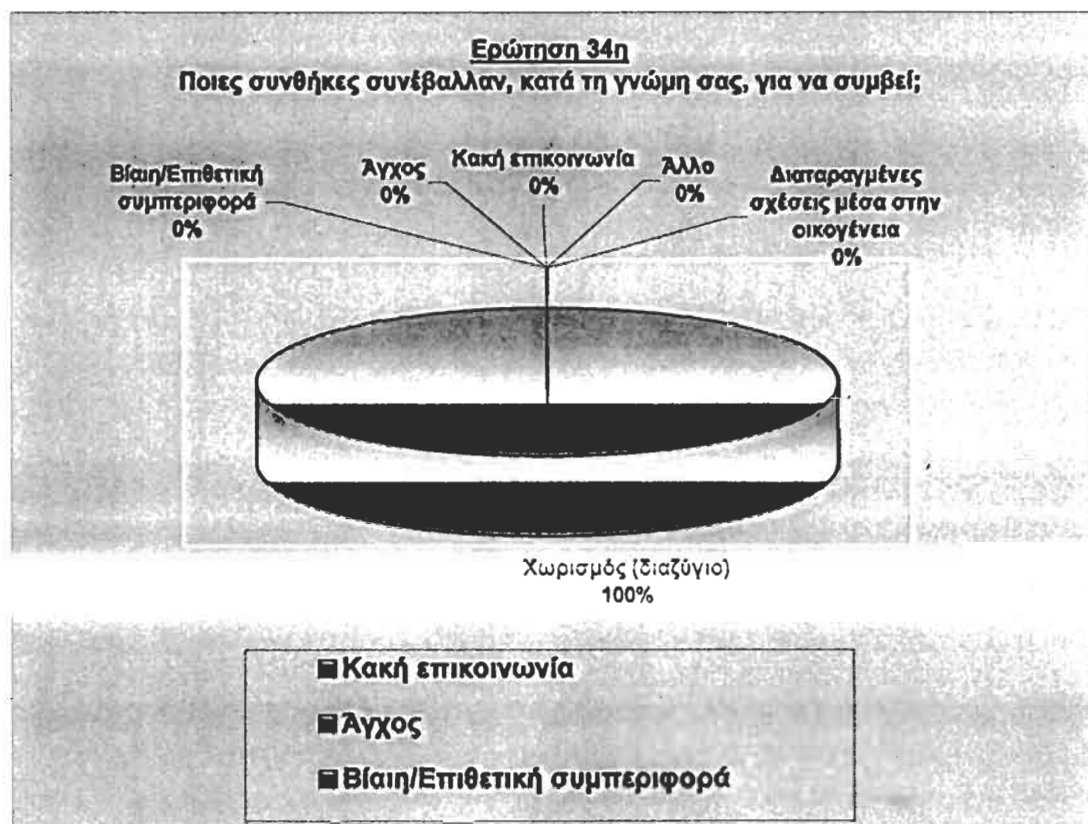
Σχήμα 29



Σχήμα 30

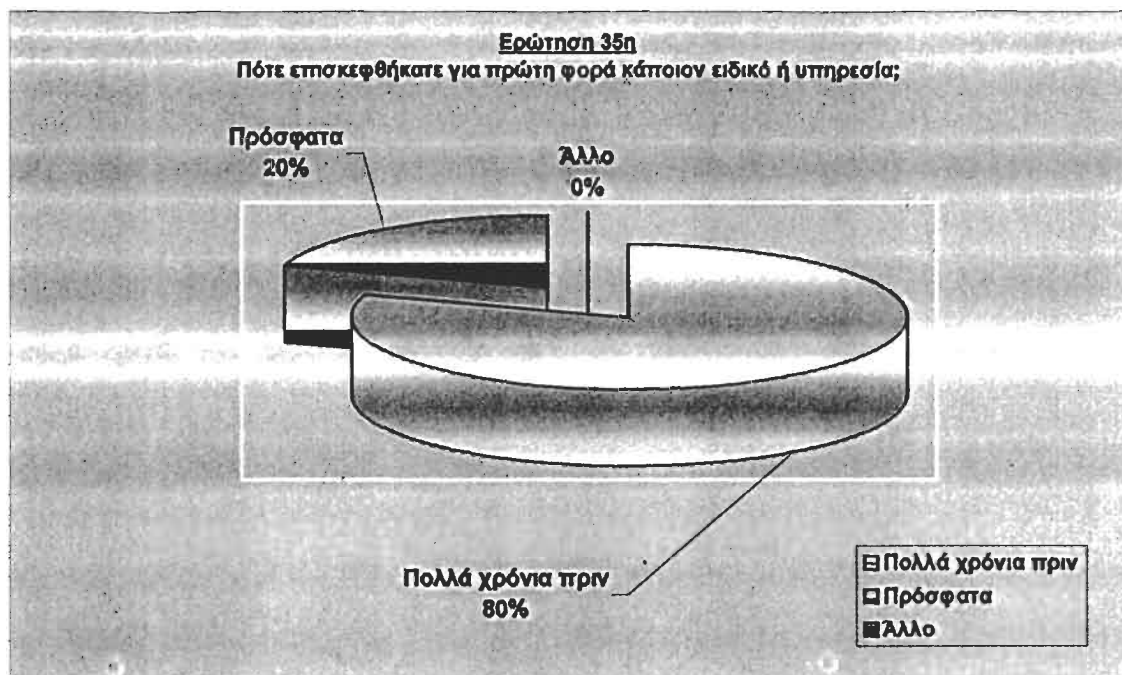


Σχήμα 31



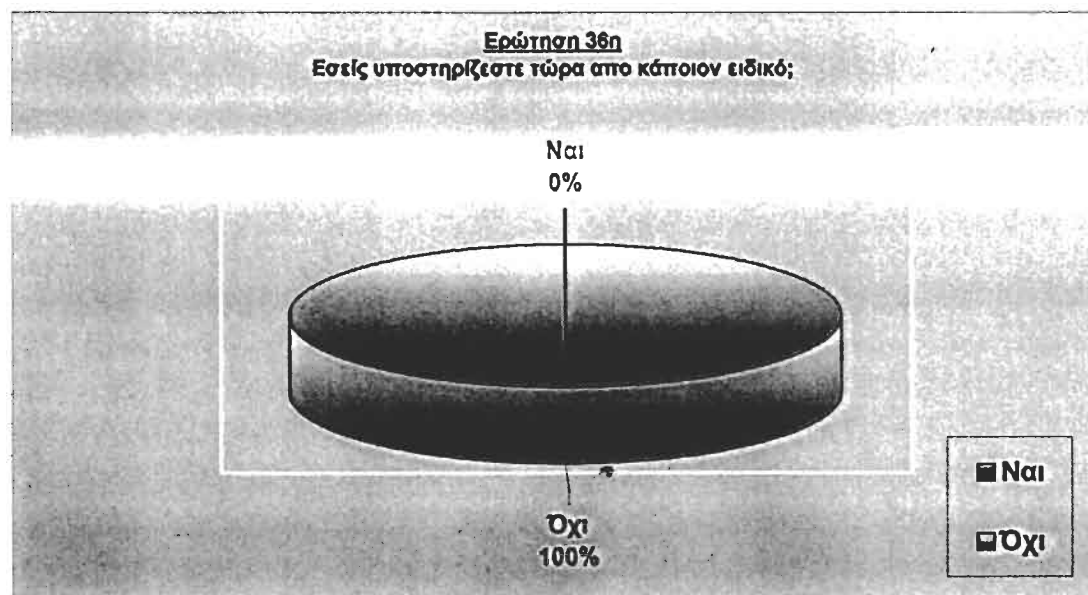
Σχήμα 32

Οι περισσότερες μητέρες (8 στις 10) επισκέφθηκαν για πρώτη φορά κάποιον ειδικό ή υπηρεσία για το παιδί τους πολλά χρόνια πριν (80%) (Σχήμα 33).

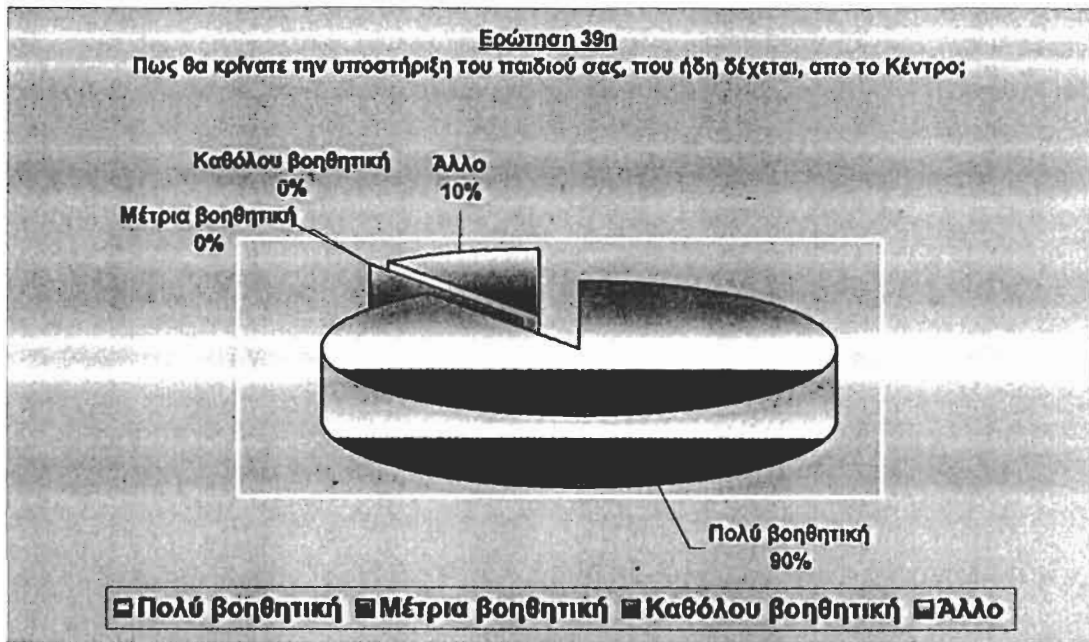


Σχήμα 33

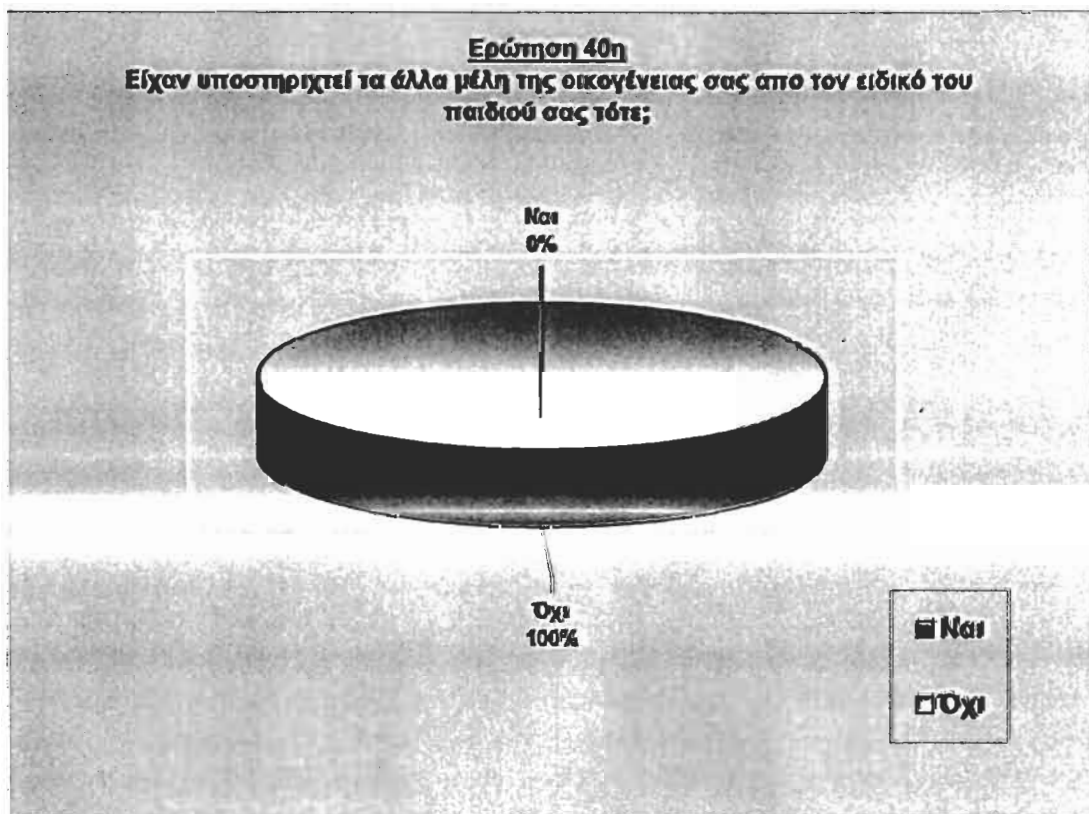
Όσον αφορά την υποστήριξη τόσο των ίδιων των μητέρων όσο και των άλλων μελών της οικογένειάς τους από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία, τότε και τώρα, όλες απάντησαν αρνητικά (100%) (Σχήμα 34, 36 και 37). Ωστόσο, όλες έκριναν την υποστήριξη που ήδη δέχονται τα παιδιά τους από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής πολύ βοηθητική. (Σχήμα 35).



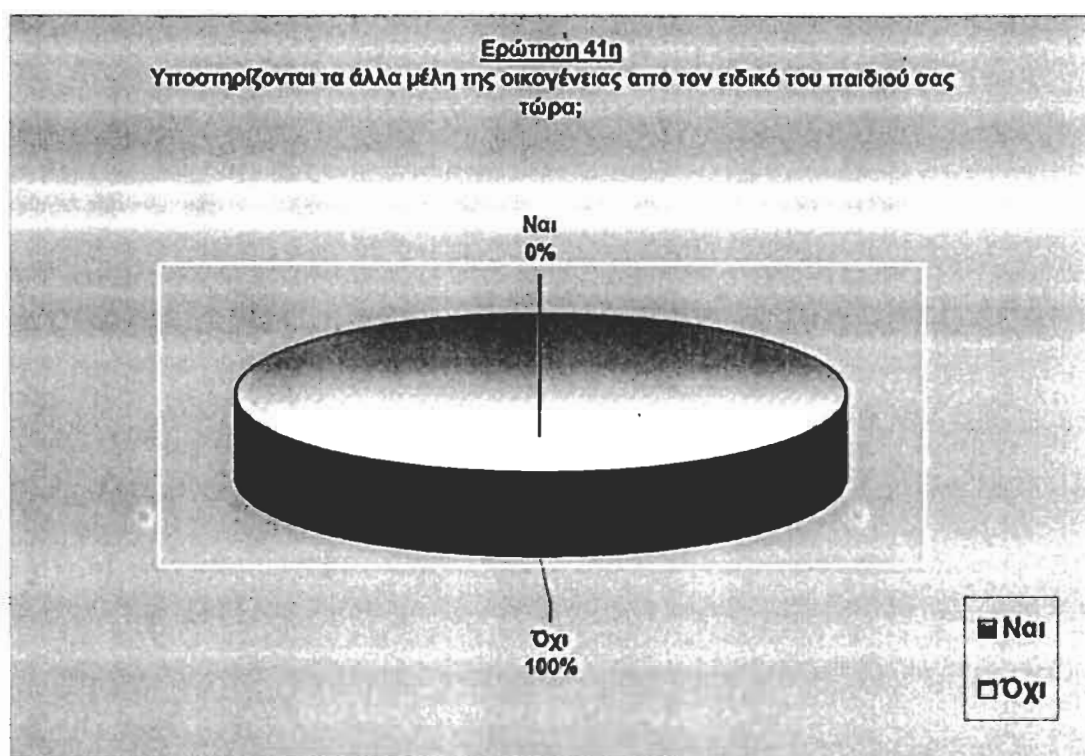
Σχήμα 34



Σχήμα 35



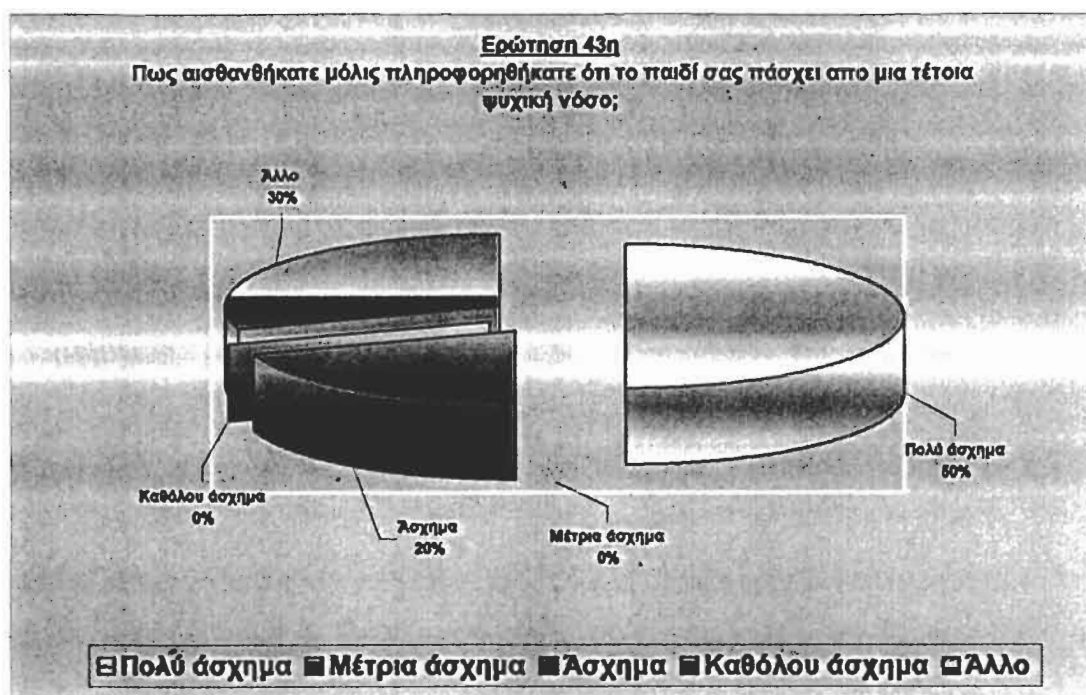
Σχήμα 36



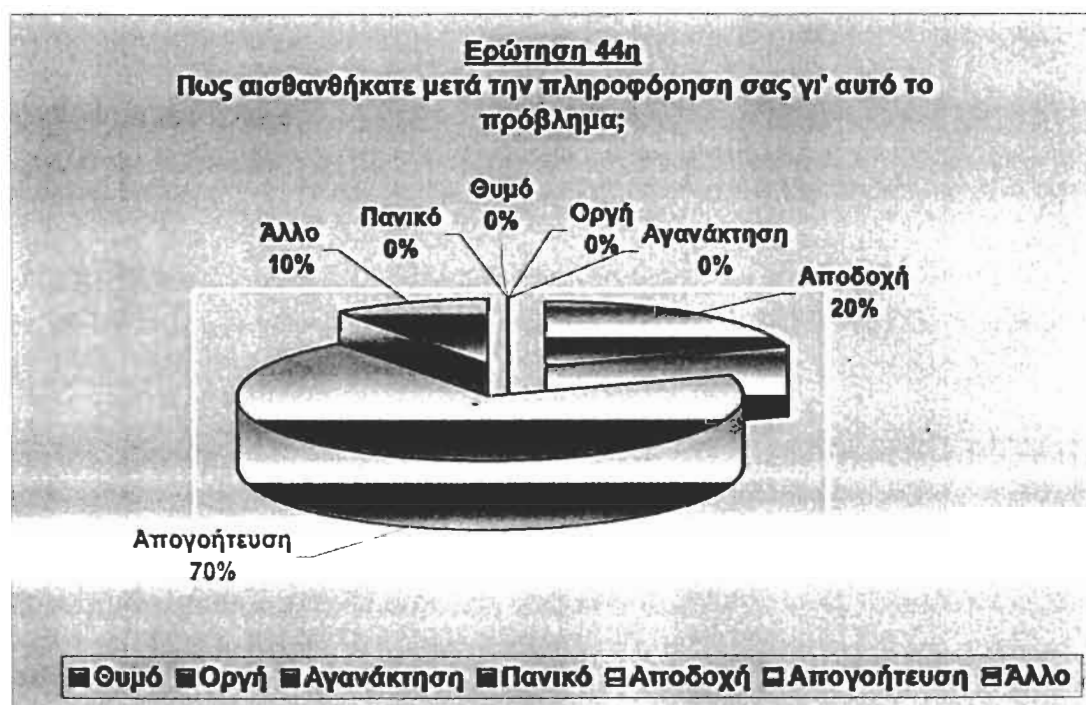
Σχήμα 37

Οι πέντε μητέρες αισθάνθηκαν πολύ άσχημα, ποσοστό 50%, μόλις πληροφορήθηκαν ότι τα παιδιά τους πάσχουν από σχιζοφρένεια, δύο μητέρες ένιωσαν άσχημα (20%), άλλες δύο έντονο πανικό και μία ένιωσε χάλια. (Σχήμα 38)

Ενώ μετά από αυτήν την πληροφόρηση οι επτά από τις μητέρες (7 στις 10) αισθάνθηκαν απογοήτευση, ποσοστό 70%, μία ένιωσε σαν «ράκος» και δύο το αποδέχτηκαν όσο αυτό είναι δυνατό. (Σχήμα 39).



Σχήμα 38



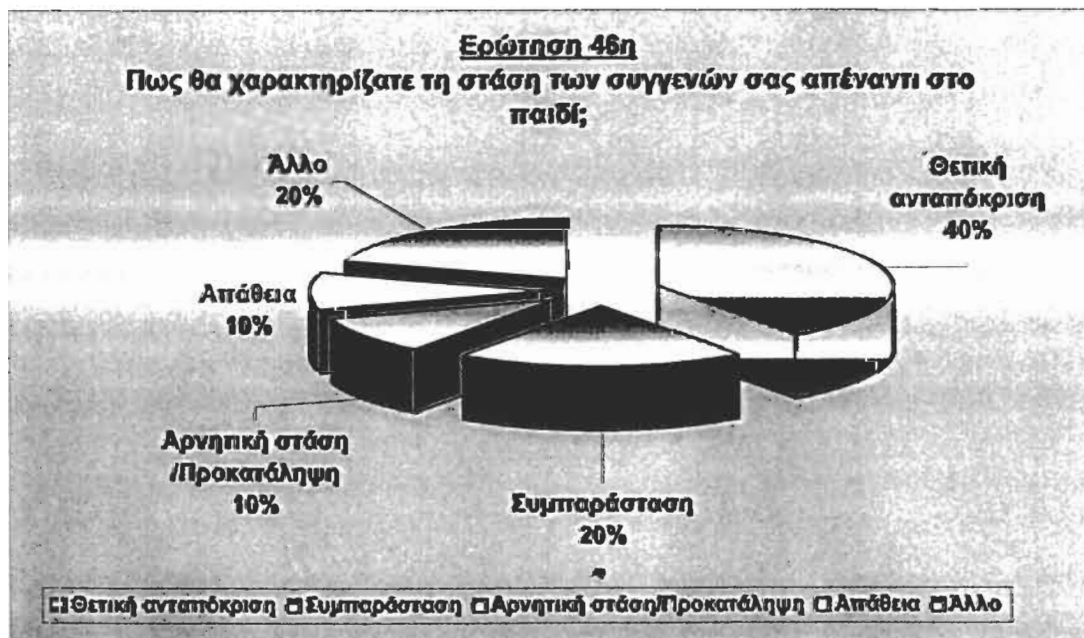
Σχήμα 39

Το συγγενικό περιβάλλον των τεσσάρων μητέρων (4 στις 10) αντιμετώπισε το πρόβλημα των παιδιών θετικά, ποσοστό 40% (Σχήμα 40). Σε έξι περιπτώσεις οι συγγενείς ανταποκρίθηκαν θετικά (40%) και με

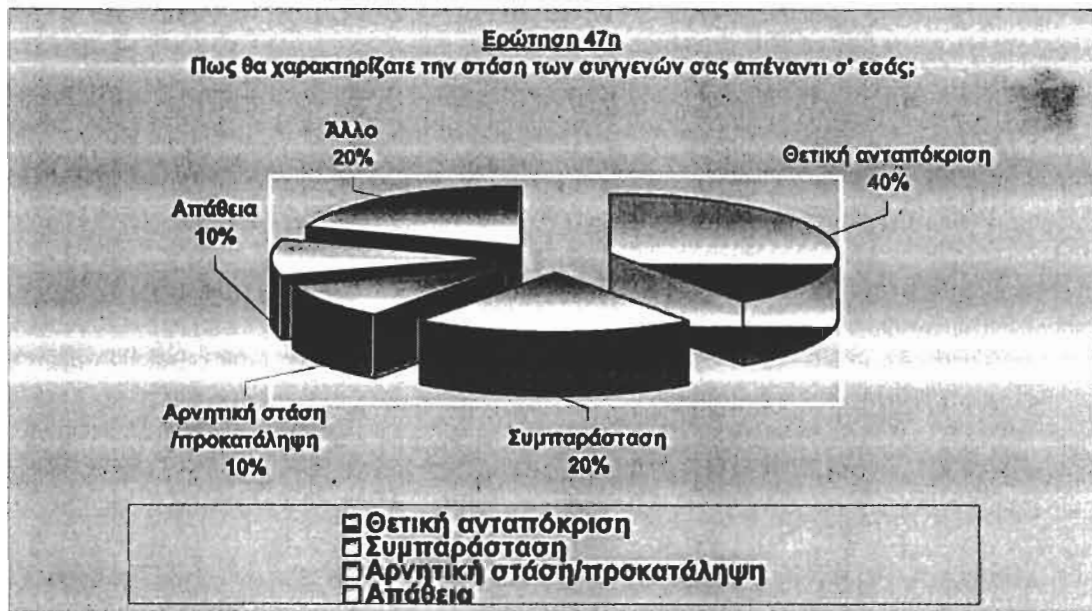
συμπαράσταση (20%) τόσο απέναντι στο παιδί, όσο και στις ίδιες τις μητέρες, σε μία περίπτωση κράτησαν παθητική στάση (10%), σε μία άλλη υπήρχε άρνηση και προκατάληψη (10%) και στις δύο επόμενες απλά το αποδέχτηκαν (20%). (Σχήματα 41 και 42)



Σχήμα 40

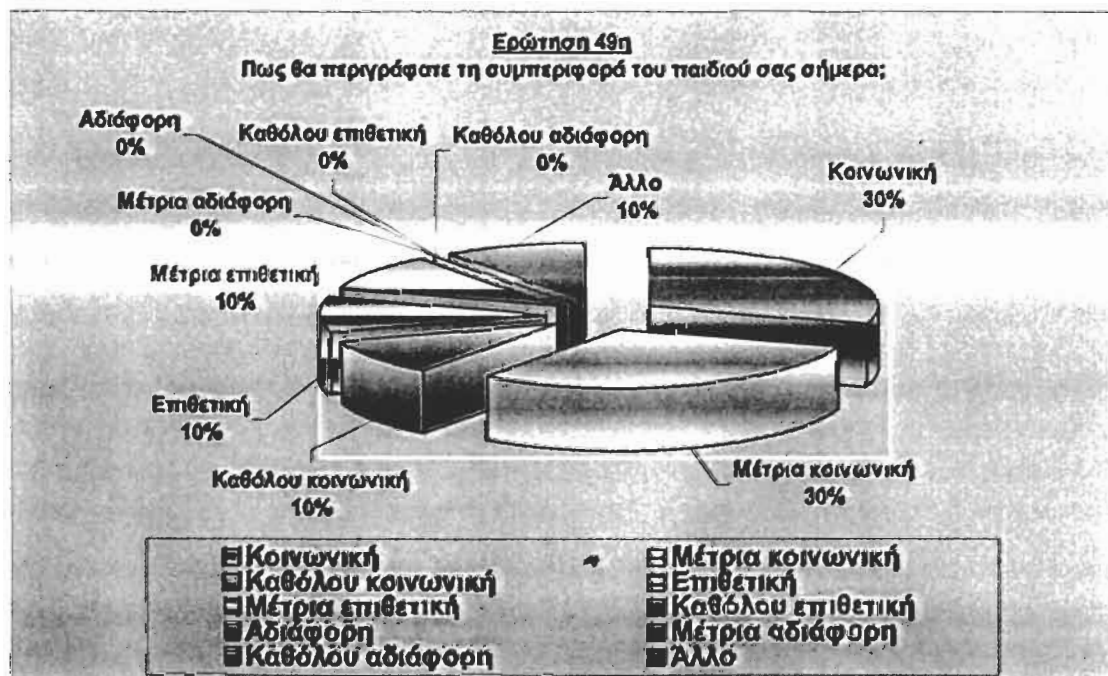


Σχήμα 41

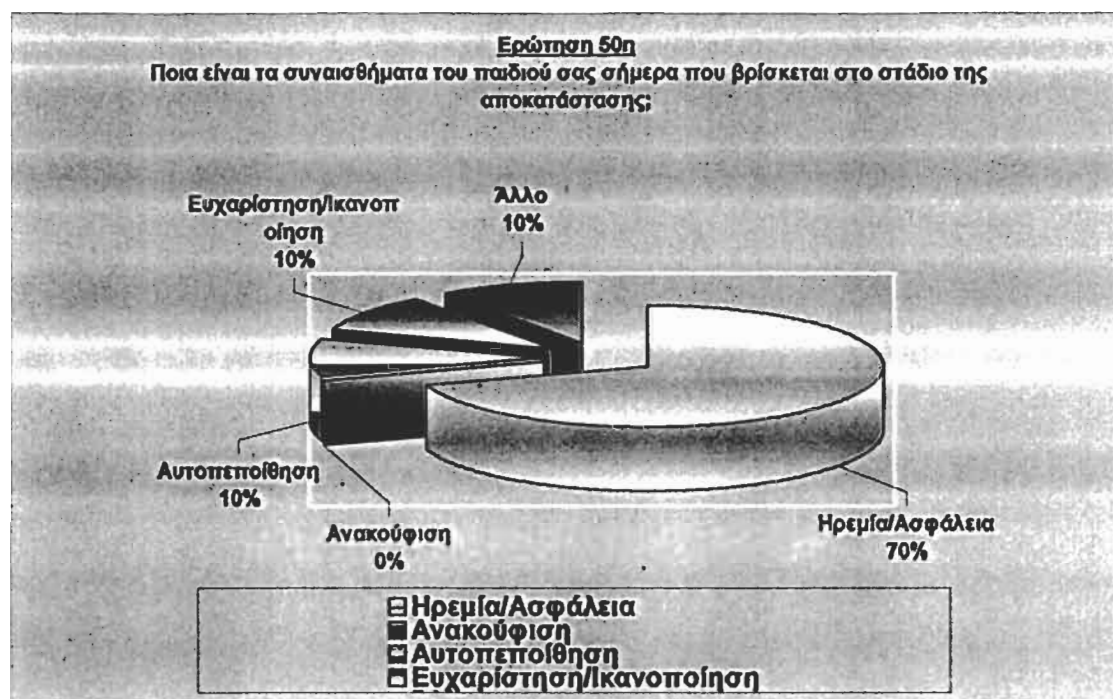


Σχήμα 42

Οι μητέρες χαρακτήρισαν τη συμπεριφορά των παιδιών τους σήμερα, οι τρεις (3) ως κοινωνική (30%), οι άλλες τρεις (3) ως μέτρια κοινωνική (30%), μία άλλη ως καθόλου κοινωνική (10%), μία ακόμα ως επιθετική (10%), η επόμενη μητέρα ως μέτρια επιθετική και η τελευταία ως ήρεμα αλλά με εξάρσεις (10%). (Σχήμα 43).



Σχήμα 43



Σχήμα 44

Στα συναισθήματα των παιδιών τώρα που βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης, στις επτά (7) περιπτώσεις σύμφωνα με τις μητέρες, κυριαρχεί η ηρεμία και η ασφάλεια (70%), σε μία η ευχαρίστηση / ικανοποίηση (10%), σε μία άλλη η αυτοπεποίθηση (10%) και σε μία ακόμα η επιθετικότητα. (Σχήμα 44).

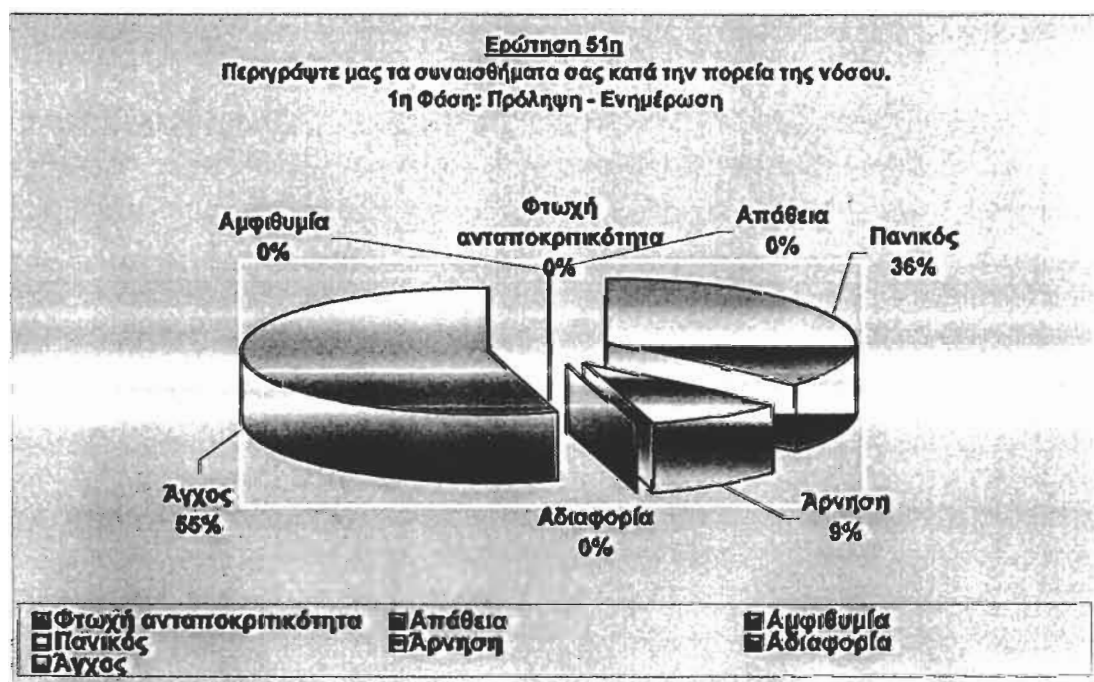
Σ' αυτό το σημείο θεωρήσαμε σημαντικό να παραθέσουμε τη διακύμανση των συναισθημάτων των μητέρων, από την έναρξη της νόσου ως το στάδιο της αποκατάστασης σε μια πυραμίδα την οποία χωρίσαμε σε 3 φάσεις, ξεκινώντας από την αρχική εκδήλωση των συμπτωμάτων έως και σήμερα με βάση την παρούσα έρευνα και τα αποτελέσματά της. Οι φάσεις είναι οι εξής:

- 1^η φάση: Πρόληψη – Ενημέρωση
- 2^η φάση: Νοσηλεία – Θεραπεία
- 3^η φάση: Αποκατάσταση

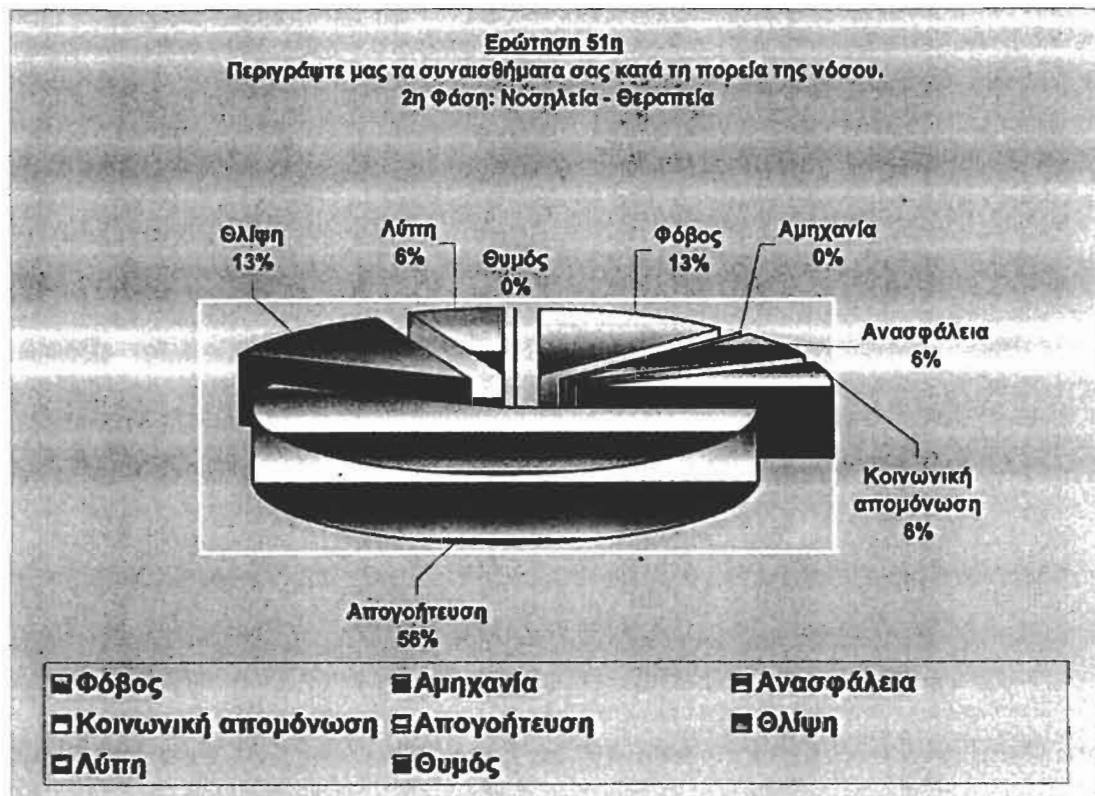
Στην 1^η φάση της Πρόληψης – Ενημέρωσης για την ασθένεια του παιδιού, οι περισσότερες μητέρες (55%) αισθάνθηκαν άγχος και πανικό (36%). (Σχήμα 45).

Στη 2^η φάση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, 56% των μητέρων ένιωσαν απογοήτευση, φόβο (13%), θλίψη (13%), λύπη (6%), κοινωνική απομόνωση (6%) και ανασφάλεια (6%). (Σχήμα 46).

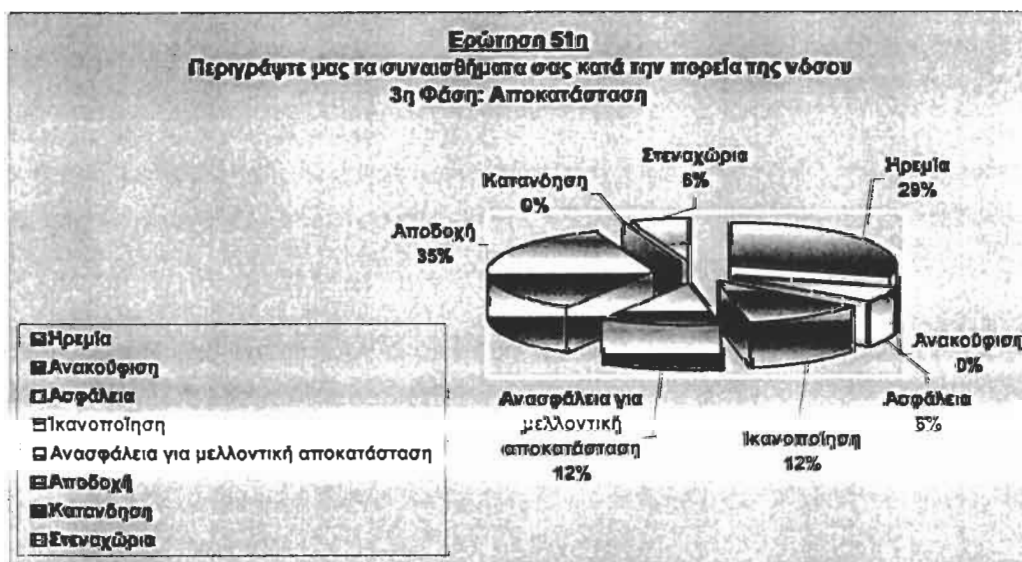
Τέλος, στην 3^η φάση όπου το παιδί βρίσκεται στη φάση της αποκατάστασης, αρκετές μητέρες αποδέχτηκαν αυτήν την κατάσταση (35%), άλλες ένιωσαν ηρεμία (29%), άλλες ικανοποίηση (12%) και ασφάλεια (6%) ενώ έντονη ήταν και η ανασφάλεια για τη μελλοντική επαγγελματική αποκατάσταση του παιδιού, ποσοστό 12%. (Σχήμα 47).



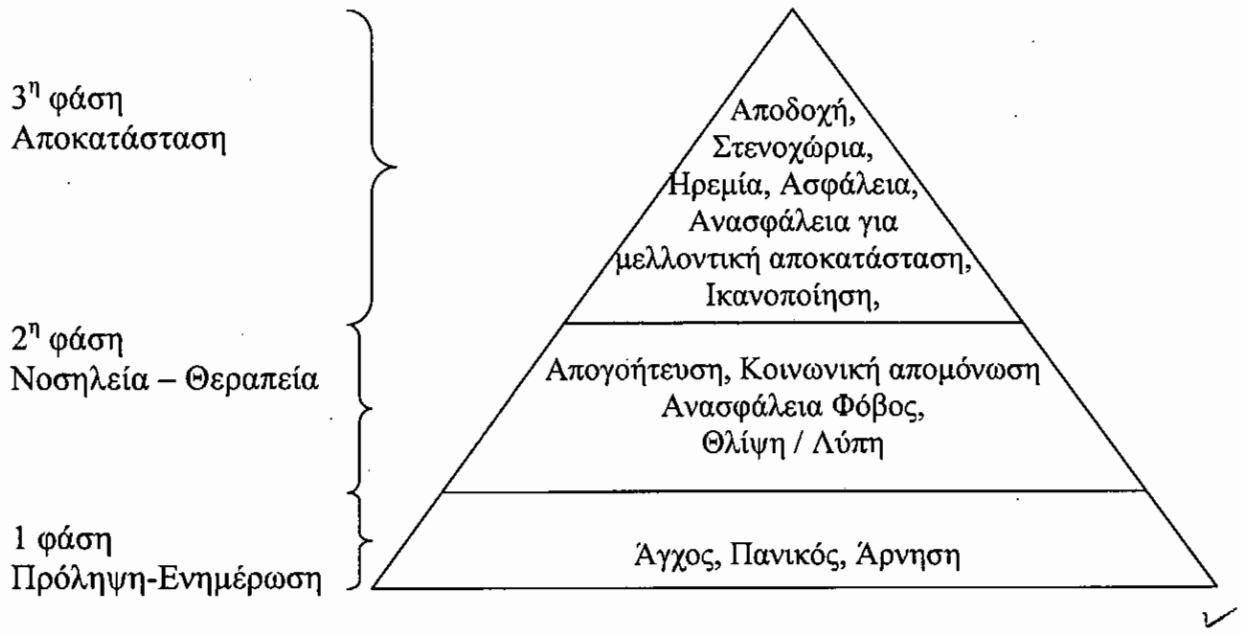
Σχήμα 45



Σχήμα 46



Σχήμα 47



5.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

A) Ανάλυση απαντήσεων των γονέων

Σ' αυτή την ενότητα της εργασίας μας θα επιχειρήσουμε να αναλύσουμε τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους γονείς που έχουν ένα ενήλικο παιδί με σχιζοφρένεια, το οποίο παρακολουθεί το πρόγραμμα αποκατάστασης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στην Πάτρα.

Ερωτηματολόγιο 2

Ο πρώτος πατέρας που πήραμε συνέντευξη ήταν ο δεύτερος κατά σειρά ερωτώμενος. Ήταν 68 ετών, έχει τελειώσει το δημοτικό σχολείο και τώρα είναι συνταξιούχος. Την οικογένειά του την χαρακτήρισε πυρηνική, η οποία αποτελείται από τον ίδιο, τη μητέρα και τα δύο παιδιά τους, ένα κορίτσι 34 ετών και ένα αγόρι 30 ετών. Το παιδί που πάσχει είναι το αγόρι, το οποίο έχει τελειώσει Λύκειο και είναι άνεργος.

Στην ερώτηση 11 αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά ο πατέρας δεν θυμόταν.

Στην ερώτηση 12 σε ποια ηλικία χαμογέλασε το παιδί απάντησε ότι δεν θυμόταν.

Η ερώτηση 13 που αναφέρεται στο μητρικό χάδι δεν έγινε γιατί ο συνεντευόμενος ήταν πατέρας.

Στην ερώτηση 14 σε ποια ηλικία έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί, απάντησε στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 σχετικά με το πότε αποχωρίστηκε το παιδί την αγκαλιά του δεν θυμόταν και κατά συνέπεια η ερώτηση 16 για το πώς αισθάνθηκε μετά τον αποχωρισμό δεν έγινε.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωσε ο ίδιος την πρώτη μέρα που το παιδί του πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν χαρούμενος και ενθουσιασμένος.

Στην ερώτηση 20 για το πώς αισθανόταν το παιδί όταν πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν ένα συγκρατημένο παιδί που δεν εξέφραζε τα συναισθήματά του.

Στην ερώτηση 21 ποια ήταν η επίδοση του παιδιού στην Α' Δημοτικού απάντησε μέτρια.

Στην ερώτηση 22 για το ποια ήταν η συμπεριφορά του παιδιού στην Α' Δημοτικού απάντησε καθόλου κοινωνική.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι όταν το παιδί ήταν 18 ετών παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά.

Στην ερώτηση 24 για τον τρόπο εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς απάντησε ότι το παιδί έλεγε ασυνάρτητα πράγματα και κλεινόταν στον εαυτό του.

Στην ερώτηση 25 απάντησε ότι η πρώτη του αντίδραση απέναντι σ' αυτή τη συμπεριφορά ήταν να το συζητήσει με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί μίλαγε για «παράξενα πράγματα» όπως ότι έβλεπε οράματα.

Και στην ερώτηση 27 για τα συναισθήματα που δημιουργούνται στον ίδιο όταν έμαθε ότι το παιδί του μίλαγε για αυτά τα «πράγματα», απάντησε ότι αισθανόταν στενοχώρια.

Στην ερώτηση 28 για το πώς αντιμετώπισε αυτή τη συμπεριφορά του παιδιού τότε απάντησε ότι το παιδί επισκέφτηκε την ψυχιατρική κλινική του στρατού.

Στην ερώτηση 29 σχετικά με την κατάσταση του ύπνου του παιδιού του τότε απάντησε ότι ήταν ανήσυχος με εφιάλτες και οράματα ενώ στην ερώτηση 30 απάντησε ότι τώρα το παιδί κοιμάται πιο ήσυχα.

Στην ερώτηση 31 αν το παιδί έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις που αναφέρονται στο αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι επισκέφτηκε για πρώτη φορά κάποιον ειδικό ή υπηρεσία όταν το παιδί ήταν 18 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν ο ίδιος υποστηρίζεται από κάποιον ειδικό απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι ερωτήσεις 37 και 38, οι οποίες αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν ο ίδιος.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που ήδη δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από τον ειδικό του παιδιού τότε και τώρα απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγινε η 42 ερώτηση για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί του πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε δύσκολα.

Στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρηση γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε ότι το αποδέχτηκε.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα το συγγενικό περιβάλλον τότε απάντησε θετικά.

Στις ερωτήσεις 46 και 47 απάντησε ότι οι συγγενείς συμπαραστάθηκαν τόσο στο παιδί όσο και στον ίδιο και την οικογένειά του.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιο πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου απάντησε ότι το παιδί ήταν ιδιαίτερα ευαίσθητο και εσωστρεφές και ότι στο στρατό επιδεινώθηκε η κατάσταση με συνέπεια να εκδηλωθούν συμπτώματα της νόσου.

Στην ερώτηση 49 για το πώς θα περιέγραφε τη συμπεριφορά του παιδιού του σήμερα απάντησε πολύ καλή ενώ στην ερώτηση 50 για το πώς αισθάνεται το παιδί του σήμερα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης απάντησε ήρεμο και ασφαλές.

Στην ερώτηση 51 για την πορεία των συναισθημάτων του από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης εξέφρασε στην αρχή άγχος, στη συνέχεια απογοήτευση, αργότερα αποδοχή της κατάστασης και τώρα νιώθει ανασφάλεια κυρίως για την επαγγελματική αποκατάσταση του παιδιού στο μέλλον.

Ερωτηματολόγιο 4

Στο τέταρτο κατά σειρά ερωτηματολόγιο πήραμε συνέντευξη από τον δεύτερο πατέρα που το παιδί του έχει σχιζοφρένεια και παρακολουθεί πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Ήταν 43 ετών, έχει τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και είναι πυροσβέστης. Την οικογένειά του την χαρακτήρισε η οποία αποτελείται από τον ίδιο, τη μητέρα και τα πέντε παιδιά τους, τρία αγόρια ηλικίας 13, 15 και 17 και δύο κορίτσια 8 και 23. Το παιδί που πάσχει είναι το κορίτσι 23 ετών, το οποίο έχει τελειώσει το Γυμνάσιο και είναι άνεργη.

Στην ερώτηση 11 αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά ο πατέρας δεν θυμόταν.

Στην ερώτηση 12 για την ηλικία στην οποία χαμογέλασε το παιδί απάντησε ότι ήταν 8 μηνών.

Η ερώτηση 13 που αναφέρεται στο μητρικό χάδι δεν έγινε γιατί ο συνεντευόμενος ήταν πατέρας.

Στην ερώτηση 14 σε ποια ηλικία έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί, απάντησε στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 σχετικά με το πότε αποχωρίστηκε το παιδί την αγκαλιά του δεν θυμόταν και κατά συνέπεια η ερώτηση 16 για το πώς αισθάνθηκε μετά τον αποχωρισμό δεν έγινε.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωσε ο ίδιος την πρώτη μέρα που το παιδί του πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν χαρούμενος και ενθουσιασμένος.

Στην ερώτηση 20 για το πώς αισθανόταν το παιδί όταν πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε πως και το ίδιο ήταν ενθουσιασμένο και χαρούμενο.

Στην ερώτηση 21 ο πατέρας απάντησε ότι η επίδοση του παιδιού στην Α' Δημοτικού ήταν μέτρια.

Στην ερώτηση 22 για το ποια ήταν η συμπεριφορά του παιδιού στην Α' Δημοτικού απάντησε καθόλου κοινωνική.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι όταν το παιδί ήταν 13 ετών παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 προσδιόρισε αυτή τη συμπεριφορά στην προσπάθεια του παιδιού να χαράξει με αιχμηρά αντικείμενα τα χέρια του κάθε φορά που αποτύχαινε σε μια καλή επίδοση στα μαθήματά του.

Στην ερώτηση 25 μας απάντησε ότι η πρώτη του αντίδραση απέναντι στη συγκεκριμένη συμπεριφορά ήταν να πάει το παιδί σε ψυχολόγο και μετά σε παιδοψυχίατρο.

Στην ερώτηση 26 για το αν το παιδί του μιλούσε για «πράγματα παράξενα» όπως ιστορίες που αφορούσαν τέρατα, απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι δύο επόμενες ερωτήσεις, 27 και 28, που αφορούσαν τα συναισθήματα του ίδιου και την αντίδρασή του στη συγκεκριμένη συμπεριφορά του παιδιού του.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 απάντησε ότι η κατάσταση του παιδιού του και τότε και τώρα είναι ήσυχη.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι το παιδί του δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33 και 34, που αναφέρονται στο αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι επισκέφτηκε για πρώτη φορά κάποιον ειδικό ή υπηρεσία όταν το παιδί ήταν 16 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται ο ίδιος από κάποιον ειδικό απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι 2 επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, οι οποίες αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν ο ίδιος.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που ήδη δέχεται το παιδί του από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από τον ειδικό του παιδιού είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνει η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί του πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε άσχημα.

Στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρηση γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε πανικό.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα τότε το συγγενικό περιβάλλον απάντησε θετικά και εν συνεχεία στις ερωτήσεις 46 και 47 απάντησε ότι οι συγγενείς ανταποκρίθηκαν θετικά και συμπαραστάθηκαν τόσο στο παιδί όσο και στον ίδιο και την οικογένειά του.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιο πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου απάντησε πως η έντονη πίεση στο σχολείο από δασκάλους και η μη αντοχή του παιδιού στην αποτυχία καθόρισαν την εξέλιξη της ψυχολογίας και της συμπεριφοράς του.

Στην ερώτηση 49 περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού του σήμερα ως αδιάφορη με καθόλου ενδιαφέροντα και στην ερώτηση 50 περιγράφει τα συναισθήματα του παιδιού του ακόμα και σήμερα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης ως αδιάφορα. Θεωρεί ότι είναι απαθής και ότι έχει επαναπαυτεί με την απασχόλησή της στο κέντρο.

Στην ερώτηση 51 περιγράφει την πορεία των συναισθημάτων του από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης ξεκινώντας από το άγχος, προχωράει στην αμηχανία και την ανασφάλεια, στη συνέχεια στην αποδοχή και τέλος στην ηρεμία από τη μία για την εξέλιξη της νόσου του παιδιού, αλλά και ανασφάλεια για την επαγγελματική αποκατάσταση του παιδιού στο μέλλον.

Ερωτηματολόγιο 5

Ο τρίτος πατέρας που πήραμε συνέντευξη ήταν ο πέμπτος κατά σειρά ερωτώμενος. Ήταν 64 ετών, είχε τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και είναι άνεργος. Πιο συγκεκριμένα δήλωσε ότι συντηρείται από τη δουλειά των παιδιών του. Είναι διαζευγμένος και μένει μαζί με τα τέσσερα παιδιά του, δύο κορίτσια, 26 και 30 ετών, και δύο αγόρια, 16 και 18 ετών. Το παιδί που νοσεί από σχιζοφρένεια είναι το κορίτσι 30 ετών, το οποίο έχει τελειώσει το Γυμνάσιο και είναι άνεργη.

Στην ερώτηση 11 ο πατέρας δεν θυμόταν αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά ή όχι, όπως και στην ερώτηση 12 για το πότε το παιδί χαμογέλασε για πρώτη φορά.

Η ερώτηση 13 που αναφέρεται στο μητρικό χάδι δεν έγινε γιατί ο συνεντευόμενος ήταν πατέρας.

Στην ερώτηση 14 σχετικά με την ηλικία στην οποία ο ίδιος έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί, απάντησε ότι δεν θυμόταν, όπως και στην ερώτηση 15 για το πότε αποχωρίστηκε το παιδί την αγκαλιά του, με αποτέλεσμα η ερώτηση 16 σχετικά με το πώς αισθάνθηκε μετά τον αποχωρισμό με το παιδί, δεν έγινε.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι η κόρη του δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού γιατί ζούσαν τότε στην Αμερική και πήγε εκεί Α' Δημοτικού. Όταν όμως γύρισαν στην Ελλάδα γράφτηκε κατευθείαν στη Β' Δημοτικού αλλά παρακολουθούσε τα μαθήματα της Α' Δημοτικού, επειδή τα παιδιά στη Β' Δημοτικού ήταν πιο προχωρημένα από αυτήν.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωσε ο ίδιος την πρώτη μέρα που το παιδί του πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι είχε άγχος και ανασφάλεια.

Στην ερώτηση 20 για το πώς αισθανόταν το παιδί όταν πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ένιωθε σαν ξένο και στην ερώτηση 21 για την επίδοση του παιδιού στο σχολείο είπε ότι ήταν καλή.

Στην ερώτηση 22 απάντησε ότι η συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο ήταν κοινωνική.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι όταν το παιδί ήταν 16 ετών παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 ο πατέρας είπε ότι ο τρόπος εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς ήταν ξαφνική άρνηση να πάει στο σχολείο στη Β' Γυμνασίου και πήγε στη μητέρα της στην Αθήνα με την οποία είχε έντονη προσκόλληση.

Στην ερώτηση 25 απάντησε ότι η πρώτη του αντίδραση απέναντι στη συγκεκριμένη συμπεριφορά της κόρης του ήταν την πάει σε Ψυχίατρο στην Αθήνα.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί μετά τα 16 άρχισε να βλέπει οράματα, σκιές και να ακούει να του μιλούν πρόσωπα που δεν ήταν παρόντα. Έτσι στην ερώτηση 27 που αναφέρεται στο πώς αισθάνθηκε ο πατέρας όταν ανακάλυψε ότι το παιδί μιλούσε για παράξενα πράγματα απάντησε ότι ένιωσε φόβο και στην ερώτηση 28 είπε ότι αντιμετώπισε αυτή τη συμπεριφορά πηγαίνοντας το παιδί στο Νοσοκομείο Ημέρας στην Πάτρα.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 περιέγραψε την κατάσταση του ύπνου στο παιδί του τότε ως ανήσυχος με εφιάλτες, ενώ τώρα κοιμάται ήσυχος.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι το παιδί του δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33 και 34, που αναφέρονται στο αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι επισκέφτηκε κάποιον ειδικό για πρώτη φορά όταν ήταν 16 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται ο ίδιος από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δέχονταν ο ίδιος.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί του από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι η κόρη του πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε πολύ άσχημα.

Στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρηση γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε ότι ένιωθε αισιοδοξία ότι είναι κάτι παροδικό και με τα φάρμακα θα περνούσε.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα το συγγενικό περιβάλλον τότε απάντησε ότι δεν υπάρχει καμία επαφή με τους συγγενείς γιατί ζουν μόνιμα στο εξωτερικό, οπότε και στις επόμενες ερωτήσεις

46 και 47 για τη στάση των συγγενών απέναντι στο παιδί και στον ίδιο, έδωσε την ίδια απάντηση.

Στην ερώτηση 48 αναφορικά με τους πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου απάντησε ότι ακόμα αναρωτιέται.

Στην ερώτηση 49 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού του σήμερα ως μέτρια κοινωνική ενώ στην ερώτηση 50 απάντησε ότι το παιδί είναι πιο ήρεμο και ασφαλές τώρα, στο στάδιο της αποκατάστασης.

Στην ερώτηση 51 περιέγραψε την πορεία των συναισθημάτων του από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης ξεκινώντας από το άγχος, στη συνέχεια απογοήτευση, κοινωνική απομόνωση, αποδοχή και φτάνει στο σήμερα νιώθοντας ηρεμία που το παιδί του βρίσκεται στο στάδιο αποκατάστασης.

Ερωτηματολόγιο 11

Ο τέταρτος πατέρας που πήραμε συνέντευξη ήταν ο ενδέκατος κατά σειρά ερωτώμενος. Ήταν 45 ετών, είχε τελειώσει μια τεχνική σχολή και είναι ναυτικός. Είναι διαζευγμένος και ζει με τα δύο του παιδιά, ένα αγόρι 19 ετών και ένα κορίτσι 21 ετών. Το παιδί που νοσεί από σχιζοφρένεια είναι το κορίτσι 21 ετών, το οποίο έχει τελειώσει το Γυμνάσιο και είναι άνεργη.

Στην ερώτηση 11 ο πατέρας δεν θυμόταν αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά ή όχι, όπως και στην ερώτηση 12 για το πότε το παιδί χαμογέλασε για πρώτη φορά.

Η ερώτηση 13 που αναφέρεται στο μητρικό χάδι δεν έγινε γιατί ο συνεντευόμενος ήταν πατέρας.

Στην ερώτηση 14 σχετικά με την ηλικία στην οποία έπαιξε ο ίδιος με το παιδί για πρώτη φορά, απάντησε ότι δεν έπαιξε καθόλου γιατί έλειπε συνεχώς από το σπίτι λόγω του επαγγέλματός του. Το ίδιο απάντησε και στις δύο επόμενες ερωτήσεις, 15 και 16, που αναφέρονται στο πότε αποχωρίστηκε το παιδί από την αγκαλιά του και ποια ήταν τα συναισθήματά του.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωσε την πρώτη φορά που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι δεν ήταν τότε κοντά στο παιδί γιατί ταξίδευε οπότε δεν ήξερε να απαντήσει στην ερώτηση 20 για το πώς αισθάνθηκε το ίδιο το παιδί εκείνη τη μέρα στο σχολείο.

Στην ερώτηση 21 ο πατέρας απάντησε ότι η κόρη του είχε μέτρια επίδοση στο σχολείο.

Στην ερώτηση 22 για το ποια ήταν η συμπεριφορά του παιδιού στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν κοινωνική.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι το παιδί ήταν 15 ετών όταν παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 ο πατέρας είπε ότι ο τρόπος εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς ήταν το γεγονός ότι έκανε αταξίες στο Γυμνάσιο, έσπαζε τζάμια μαζί με άλλα παιδιά και είχε τάσεις αυτοκτονίας. Χαρακτηριστικά είπε ότι όταν ήταν 17 ετών έπεσε από τον έβδομο όροφο της πολυκατοικίας γιατί έβλεπε ότι την κυνηγούσαν λυκάνθρωποι.

Στην ερώτηση 25 απάντησε ότι επισκέφθηκε τότε το παιδί έναν παιδοψυχολόγο στην Α' Γυμνασίου.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί μιλούσε για πράγματα «παράξενα» όπως ότι το κυνηγούσαν και ότι έβλεπε οράματα

Στην ερώτηση 27 για το πώς αισθάνθηκε ο πατέρας όταν ανακάλυψε ότι το παιδί μιλούσε για τέτοια πράγματα απάντησε ότι ένιωσε αμηχανία και στην ερώτηση 28 είπε ότι αντιμετώπισε αυτή τη συμπεριφορά τότε πηγαίνοντας το παιδί σε παιδοψυχίατρο στην Πάτρα.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 περιέγραψε την κατάσταση του ύπνου στο παιδί του τότε ως ανήσυχο με εφιάλτες και οράματα, ενώ τώρα ως ήσυχο.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι το παιδί του έκανε χρήση αλκοόλ και όταν ρωτήθηκε στην ερώτηση 32 σε ποια ηλικία αντιλήφθηκε κάτι τέτοιο απάντησε ότι το παιδί ήταν 13 ετών.

Στην ερώτηση 33 για το πώς αντιμετώπισε αυτή την κατάσταση είπε ότι δεν έκανε τίποτα και στην ερώτηση 34 για το ποιες συνθήκες πιστεύει ότι συνέβαλλαν στο να κάνει το παιδί χρήση αλκοόλ απάντησε ότι δεν υπήρχε περιορισμός στην οικογένεια και ο καθένας έκανε ό,τι ήθελε.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι επισκέφτηκε για πρώτη φορά έναν ειδικό όταν ήταν 13 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται ο ίδιος από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν ο ίδιος.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι η κόρη του πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε ότι ένιωσε πολύ άσχημα.

Στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρηση γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε ότι ένιωσε απογοητευμένος.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα το συγγενικό περιβάλλον τότε, απάντησε ουδέτερα.

Στις ερωτήσεις 46 και 47 για το ποια ήταν η στάση των συγγενών τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στον ίδιο απάντησε ότι δεν ήθελε να το μάθουν οι συγγενείς οπότε δεν είχαν διαμορφώσει μια συγκεκριμένη στάση απέναντι στο πρόβλημα.

Στην ερώτηση 48 αναφορικά με τους πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου απάντησε ότι φταίει το χτύπημα στο κεφάλι της κόρης του όταν έπεσε από τον έβδομο όροφο της πολυκατοικία, η απουσία της μητέρας αλλά και η δική του καθώς και το ότι δεν υπήρχαν όρια μέσα στην οικογένεια.

Στην ερώτηση 49 για το πώς θα περιέγραφε σήμερα τη συμπεριφορά του παιδιού του απάντησε ότι είναι απαιτητική και ανυπάκουη και στην

ερώτηση 50 απάντησε ότι εξακολουθεί να είναι ανήσυχη παρόλο που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης.

Στην ερώτηση 51 περιέγραψε την πορεία των συναισθημάτων του από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης λέγοντας ότι αρχικά ένιωθε άγχος, στη συνέχεια απογοητευμένος, αργότερα το αποδέχτηκε, σιγά-σιγά όμως ακόμα και τώρα νιώθει αγανάκτηση.

Ερωτηματολόγιο 14

Ο πέμπτος πατέρας που πήραμε συνέντευξη ήταν ο 14^{ος} κατά σειρά ερωτώμενος. Ήταν 65 ετών, έχει τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και είναι συνταξιούχος. Την οικογένειά του την χαρακτήρισε πυρηνική, η οποία αποτελείται από τον ίδιο, τη μητέρα και τα τρία παιδιά τους, ένα αγόρι 28 ετών και δύο κορίτσια 18 και 23 ετών. Το παιδί που πάσχει είναι το αγόρι, 28 ετών, το οποίο έχει τελειώσει το Λύκειο και είναι άνεργος.

Στην ερώτηση 11 ο πατέρας δεν θυμόταν αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά ή όχι, όπως και στην ερώτηση 12 για το πότε το παιδί χαμογέλασε για πρώτη φορά.

Η ερώτηση 13 που αναφέρεται στο μητρικό χάδι δεν έγινε γιατί ο συνεντευόμενος ήταν πατέρας.

Στην ερώτηση 14 που αναφέρεται στην ηλικία στην οποία ο ίδιος έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί, απάντησε στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 σχετικά με το πότε αποχωρίστηκε το παιδί την αγκαλιά του δε θυμόταν και κατά συνέπεια η ερώτηση 16 για το πώς αισθάνθηκε μετά τον αποχωρισμό δεν έγινε.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωσε ο ίδιος την πρώτη φορά που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν ενθουσιασμένος και χαρούμενος.

Στην ερώτηση 20 για το πώς αισθανόταν το παιδί όταν πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε πως αντιμετώπισε το σχολείο με άρνηση.

Στην ερώτηση 21 ο πατέρας είπε ότι η επίδοση του παιδιού του στην Α' Δημοτικού ήταν μέτρια.

Στην ερώτηση 22 για το ποια ήταν η συμπεριφορά του παιδιού στην Α' Δημοτικού απάντησε καθόλου κοινωνική.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι το παιδί ήταν 16 ετών όταν παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 ο πατέρας απέδωσε αυτή τη συμπεριφορά στον ανήσυχο ύπνο του παιδιού και στο ότι άρχισε να κλείνεται στον εαυτό του.

Στην ερώτηση 25 μας απάντησε ότι η πρώτη του αντίδραση απέναντι στη συγκεκριμένη συμπεριφορά ήταν να πάει το παιδί σε Ψυχολόγο στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί «άκουγε» να του μιλούν πρόσωπα που δεν ήταν παρόντα.

Στην ερώτηση 27 μας είπε ότι ο ίδιος αισθάνθηκε τότε ανησυχία και αμηχανία και στην ερώτηση 28 μας είπε ότι αντιμετώπισε αυτή τη συμπεριφορά πηγαίνοντας το παιδί σε παιδοψυχολόγο.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 περιέγραψε την κατάσταση του ύπνου στο παιδί του τότε ως ανήσυχο ενώ τώρα ως ήσυχο.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι το παιδί του δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι το παιδί επισκέφτηκε κάποιον ειδικό για πρώτη φορά όταν ήταν 16 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται ο ίδιος από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι δύο επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν ο ίδιος.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε άσχημα.

Στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρηση γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε θυμό.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα τότε το συγγενικό περιβάλλον απάντησε αδιάφορα και εν συνεχεία στις ερωτήσεις 46 και 47 απάντησε ότι οι συγγενείς αντιμετώπισαν με απάθεια τόσο το παιδί όσο και τον ίδιο και την οικογένειά του.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιο πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου απάντησε για το γεγονός ότι ήταν έντονα εσωστρεφής, καθόλου κοινωνικός, χωρίς παρέες και φίλους.

Στην ερώτηση 49 περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού του σήμερα ως μέτρια κοινωνική ενώ στην ερώτηση 50 δίνει αυτοπεποίθηση στο συναισθηματικό κόσμο του παιδιού του τώρα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης.

Στην ερώτηση 51 περιγράφει την πορεία των συναισθημάτων του από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης ξεκινώντας από το άγχος, προχωράει στην απογοήτευση και στο θυμό, στη συνέχεια στην ανασφάλεια, στην αποδοχή και τέλος στην μερική ικανοποίηση και πλήρη ανασφάλεια για την επαγγελματική αποκατάσταση του παιδιού στο μέλλον.

Ερωτηματολόγιο 1

Η πρώτη μητέρα από την οποία πήραμε συνέντευξη ήταν και η πρώτη κατά σειρά ερωτώμενη. Ήταν 73 ετών, είχε τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και ασχολείται με τα οικιακά. Η οικογένειά της αποτελείται από την ίδια, τον σύζυγό της και την υιοθετημένη κόρη της ηλικίας 23 ετών, η οποία πάσχει από

τη σχιζοφρενική νόσο. Έχει τελειώσει το Γυμνάσιο και απασχολείται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 11 για το αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά απάντησε αρνητικά λόγω της υιοθεσίας.

Στην ερώτηση 12 η μητέρα απάντησε ότι το παιδί χαμογέλασε με το που αντίκρισε και τους δύο γονείς όταν το υιοθέτησαν, δηλαδή 6 μηνών.

Στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε όταν έδινε το μητρικό χάδι απάντησε χαρά και ικανοποίηση.

Στην ερώτηση 14 σχετικά με την ηλικία στην οποία έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί, απάντησε στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 για το πότε αποχωρίστηκε το παιδί από την αγκαλιά της απάντησε ότι μέχρι να πάει στο σχολείο δεν το αποχωρίστηκε ποτέ και στην ερώτηση 16 απάντησε ότι μετά τον αποχωρισμό αισθάνθηκε λύπη και άγχος.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωσε την πρώτη φορά που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν χαρούμενη και ικανοποιημένη.

Στην ερώτηση 20 για το ποιες ήταν οι συναισθηματικές εκδηλώσεις του ίδιου του παιδιού όταν πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ενθουσιασμό και χαρά και στην ερώτηση 21 για την επίδοση του παιδιού είπε ότι ήταν μέτρια.

Στην ερώτηση 22 για το ποια ήταν η συμπεριφορά του παιδιού στην Α' Δημοτικού απάντησε καθόλου κοινωνική.

Στην ερώτηση 23 η μητέρα απάντησε ότι το παιδί ήταν 16 ½ ετών όταν παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 απάντησε ότι ο τρόπος εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς ήταν έντονη επιθετική συμπεριφορά απέναντι στην ίδια τη μητέρα που έφτασε σε σημείο ξυλοδαρμού.

Στην ερώτηση 25 για το πώς αντέδρασε απέναντι σ' αυτή την κατάσταση είπε ότι πήγε το παιδί σε παιδοψυχίατρο στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί έβλεπε οράματα και άκουγε να του μιλούν πρόσωπα που δεν ήταν παρόντα.

Στην ερώτηση 27 για το πώς αισθάνθηκε η μητέρα όταν αντιλήφθηκε ότι το παιδί μιλούσε για τέτοιες καταστάσεις απάντησε ότι ένιωσε πανικό και στην ερώτηση 28 είπε ότι αντιμετώπισε αυτή την κατάσταση τότε, πηγαίνοντας το παιδί στο Νοσοκομείο Ημέρας στην Πάτρα.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 απάντησε ότι το παιδί είχε ήσυχο ύπνο και τότε και τώρα.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι η κόρη της δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι το παιδί επισκέφτηκε για πρώτη φορά κάποιον ειδικό όταν ήταν 16 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί της από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε η μητέρα μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί της πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε ότι ένιωσε έντονο πανικό.

Στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρησή της γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε ότι ένιωσε απογοητευμένη.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα τότε το συγγενικό περιβάλλον απάντησε ότι το αντιμετώπισε θετικά.

Στις ερωτήσεις 46 και 47 για το ποια ήταν η στάση των συγγενών τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στην ίδια τη μητέρα απάντησε ότι ανταποκρίθηκαν θετικά.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιο πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου κατά τη γνώμη της, απάντησε ότι ένας λόγος ήταν η υιοθεσία και ένας δεύτερος λόγος το γεγονός ότι η νοητική της ανάπτυξη δε συμβάδιζε με τη σωματική.

Στην ερώτηση 49 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού σήμερα ως επιθετική και στην ερώτηση 50 σχετικά με τα συναισθήματα του παιδιού στο στάδιο της αποκατάστασης απάντησε ότι είναι πολύ επιθετικό κυρίως στο θέμα του φαγητού θέλει να τρώει συνέχεια ενώ δεν πρέπει γιατί είναι υπέρβαρο.

Στην ερώτηση 51 περιέγραψε την πορεία των συναισθημάτων της από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης λέγοντας ότι αρχικά ένιωσε πανικό, στη συνέχεια απογοήτευση, αργότερα το αποδέχτηκε και στην κορυφή των συναισθημάτων της είναι ήρεμη αλλά συγχρόνως ανασφαλής για το τι θα γίνει το παιδί όταν πεθάνουν οι γονείς.

Ερωτηματολόγιο 2

Η δεύτερη μητέρα από την οποία πήραμε συνέντευξη ήταν η τρίτη κατά σειρά ερωτώμενη. Ήταν 63 ετών, είχε τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και ασχολείται με τα οικιακά. Η οικογένειά της είναι πυρηνική και αποτελείται από την ίδια, το σύζυγό της και τα τέσσερα παιδιά της, δύο κορίτσια ηλικίας 35 και 28 ετών αντίστοιχα και δύο αγόρια 26 και 35 ετών. Το παιδί που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι το αγόρι 26 ετών, το οποίο έχει τελειώσει το Γυμνάσιο, είναι άνεργο και απασχολείται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 11 για το αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά απάντησε αρνητικά.

Στην ερώτηση 12 δεν θυμόταν ποτέ το παιδί της χαμογέλασε και στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε όταν έδινε το μητρικό χάδι απάντησε ότι αισθανόταν χαρούμενη, ενώ στην ερώτηση 14 σχετικά με την ηλικία στην οποία έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί, απάντησε ότι δεν θυμόταν.

Στην ερώτηση 15 για το πότε αποχωρίστηκε το παιδί από την αγκαλιά της απάντησε όταν το παιδί περπάτησε δηλαδή 10 μηνών και στην ερώτηση 16 που αναφέρεται στα συναισθήματα που προκλήθηκαν μετά τον αποχωρισμό απάντησε ικανοποίηση.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωσε την πρώτη μέρα που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν αισθανόταν αγωνία.

Στην ερώτηση 20 για το ποιες ήταν οι συναισθηματικές εκδηλώσεις του παιδιού όταν πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι φοβόταν και αρνιόταν να πάει σχολείο.

Στην ερώτηση 21 η μητέρα είπε ότι η επίδοση του παιδιού στην Α' Δημοτικού ήταν μέτρια.

Στην ερώτηση 22 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού της στην Α' Δημοτικού ως επιθετική.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι το παιδί ήταν 8 ετών όταν παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 απέδωσε αυτή τη συμπεριφορά στο γεγονός ότι ήταν επιθετικό απέναντι στα άλλα παιδιά και το ενοχλούσε.

Στην ερώτηση 25 για το πώς αντέδρασε απέναντι σ' αυτή την κατάσταση είπε ότι πήγε το παιδί σε παιδοψυχολόγο στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί μιλάγε για πράγματα «παράξενα», όπως ιστορίες που αφορούσαν τέρατα, κακές μάγισσες και άλλα τέτοια φαινόμενα.

Στην ερώτηση 27 για το πώς αισθάνθηκε η μητέρα όταν αντιλήφθηκε ότι το παιδί μιλούσε για τέτοιες καταστάσεις απάντησε ότι ένιωσε ανησυχία και στην ερώτηση 28 είπε ότι αντιμετώπισε αυτή την κατάσταση τότε, πηγαίνοντας το παιδί σε παιδοψυχολόγο.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 απάντησε ότι το παιδί της είχε ήσυχο ύπνο και τότε και τώρα.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι η κόρη της δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι το παιδί επισκέφτηκε για πρώτη φορά κάποιον ειδικό όταν ήταν 8 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 σχετικά με το πώς κρίνει την υποστήριξη του παιδιού από το κέντρο απάντησε ότι το παιδί πηγαίνει εκεί για να περάσει την ώρα του.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι ο γιος της πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε ότι ένιωσε άσχημα.

Στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρησή της γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε ότι ένιωσε απογοητευμένη.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα τότε το συγγενικό περιβάλλον απάντησε θετικά.

Στις ερωτήσεις 46 και 47 για το ποια ήταν η στάση των συγγενών τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στην ίδια απάντησε ότι ανταποκρίθηκαν θετικά.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου τώρα πια, απάντησε ότι ένας λόγος ήταν η κακή μεταχείριση από τους δασκάλους στο σχολείο.

Στην ερώτηση 49 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού σήμερα ως κοινωνική και στην ερώτηση 50 σχετικά με τα συναισθήματα του παιδιού στο στάδιο της αποκατάστασης απάντησε ότι είναι πιο ήρεμο.

Στην ερώτηση 51 περιέγραψε την πορεία των συναισθημάτων της από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης λέγοντας ότι αρχικά ένιωθε άρνηση, στη συνέχεια απογοήτευση και κοινωνική απομόνωση και σήμερα αισθάνεται στενοχώρια για την επαγγελματική αποκατάσταση του παιδιού στο μέλλον.

Ερωτηματολόγιο 3

Η τρίτη μητέρα από την οποία πήραμε συνέντευξης ήταν η έκτη κατά σειρά ερωτώμενη. Ήταν 39 ετών, είχε τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και ασχολείται με τα οικιακά. Έχει παντρευτεί για δεύτερη φορά, από τον πρώτο

της γάμο έχει ένα αγόρι 20 ετών και από τον δεύτερο γάμο έχει ένα αγόρι 14 ετών και ένα κορίτσι 85 ετών. Το παιδί που νοσεί από σχιζοφρένεια είναι το αγόρι 20 ετών, το οποίο έχει τελειώσει το Γυμνάσιο, είναι άνεργο και απασχολείται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 11 αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά απάντησε αρνητικά, γιατί δεν είχε θήλυ, ενώ στην ερώτηση 12 δεν θυμόταν πότε το παιδί χαμογέλασε για πρώτη φορά.

Στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε όταν έδινε το μητρικό χάδι απάντησε ότι αισθανόταν υπέροχα.

Στην ερώτηση 14 σχετικά με την ηλικία στην οποία έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί απάντησε στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 για το πότε αποχωρίστηκε το παιδί από την αγκαλιά της απάντησε όταν το παιδί ήταν 4 ετών και στην ερώτηση 16 απάντησε ότι μετά τον αποχωρισμό αισθάνθηκε στενοχώρια.

Στην ερώτηση 17 η μητέρα απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωσε την πρώτη μέρα που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν χαρούμενη και ενθουσιασμένη και στην ερώτηση 20 για το πώς ένιωθε το ίδιο το παιδί εκείνη την ημέρα απάντησε ότι ήταν χαρούμενο αλλά φοβόταν συγχρόνως.

Στην ερώτηση 21 σχετικά με την επίδοση του παιδιού στο σχολείο απάντησε ότι είχε κακή επίδοση.

Στην ερώτηση 22 για το ποια ήταν η συμπεριφορά του παιδιού στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν ένα ήσυχο παιδί.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι το παιδί ήταν 12-13 ετών όταν παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 απάντησε ότι ο τρόπος εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς ήταν το γεγονός ότι είχε φοβίες, φοβόταν τον κόσμο και δεν είχε καθόλου παρέες.

Στην ερώτηση 25 σχετικά με τη δική της αντίδραση απέναντι σ' αυτό που συνέβαινε απάντησε ότι πήγε το παιδί πρώτα σε παθολόγο και μετά σε ψυχολόγο.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί έβλεπε οράματα και σκιές που τις φοβόταν και άκουγε να του μιλούν πρόσωπα που δεν ήταν παρόντα.

Στην ερώτηση 27 για το πώς αισθάνθηκε η ίδια όταν αντιλήφθηκε ότι το παιδί μιλούσε για τέτοια πράγματα απάντησε ότι ένιωσε στενοχώρια και στην ερώτηση 28 είπε ότι αντιμετώπισε αυτή την κατάσταση τότε, πηγαίνοντας το παιδί σε ψυχολόγο.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 απάντησε ότι ο ύπνος του παιδιού της ήταν ανήσυχος με εφιάλτες, ενώ τώρα κοιμάται ήσυχα.

Στην ερώτηση 31 για το αν το παιδί της έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι το παιδί επισκέφτηκε κάποιον ειδικό για πρώτη φορά όταν ήταν 12-13 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 για το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί της πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε ότι ένιωσε πολύ άσχημα, ενώ στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρησή της γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε ότι το αποδέχτηκε σιγά-σιγά.

Στην ερώτηση 45 απάντησε ότι το συγγενικό περιβάλλον τότε της συμπαραστάθηκε. Το ίδιο απάντησε και στις δύο επόμενες ερωτήσεις 46 και 47 σχετικά με τη στάση των συγγενών τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στην ίδια.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου τώρα πια, απάντησε ότι αρρώστησε το παιδί επειδή ο πατέρας του, δηλαδή ο πρώτος της σύζυγος είχε σχιζοφρένεια και στην ερώτηση 49 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού σήμερα ως ήρεμη αλλά με εξάρσεις κατά διαστήματα.

Στην ερώτηση 50 απάντησε ότι το παιδί της αισθάνεται ευχαρίστηση και ικανοποίηση τώρα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης.

Στην ερώτηση 51 σχετικά με την πορεία των συναισθημάτων της από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης απάντησε ότι στην αρχή ήταν αγχωμένη, στη συνέχεια ένιωσε απογοήτευση και θλίψη και σήμερα έχει αποδεχτεί κατάσταση.

Ερωτηματολόγιο 7

Η τέταρτη μητέρα από την οποία πήραμε συνέντευξη ήταν η έβδομη κατά σειρά ερωτώμενη. Ήταν 57 ετών, είχε τελειώσει το Γυμνάσιο και ασχολείται με τα οικιακά. Η οικογένειά της είναι πυρηνική και αποτελείται από την ίδια, το σύζυγό της και τα τρία της παιδιά, τρία κορίτσια, 33, 31 και 23 ετών. Το παιδί που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι το κορίτσι 33 ετών το οποίο έχει τελειώσει τη Σχολή Ωμέγα και απασχολείται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 11 αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά απάντησε αρνητικά και στην ερώτηση 12 απάντησε ότι το παιδί χαμογέλασε όταν ήταν 8 μηνών.

Στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε όταν έδινε το μητρικό χάδι απάντησε ότι ήταν χαρούμενη.

Στην ερώτηση 14 σχετικά με την ηλικία στην οποία έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί απάντησε στη νηπιακή ηλικία (3-5 ετών).

Στην ερώτηση 15 απάντησε ότι αποχωρίστηκε το παιδί από την αγκαλιά της απάντησε όταν αυτό ήταν 2,5 ετών και στην ερώτηση 16 για το πώς αισθάνθηκε μετά τον αποχωρισμό απάντησε ότι ένιωσε άγχος.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένωσε την πρώτη φορά που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι αισθάνθηκε αγωνία και στην ερώτηση 20 για το ποιες ήταν οι συναισθηματικές εκδηλώσεις του ίδιου του παιδιού όταν πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν χαρούμενο και ενθουσιασμένο.

Στην ερώτηση 21 που αφορά την επίδοση του παιδιού στην Α' Δημοτική η μητέρα απάντησε ότι είχε καλή επίδοση.

Στην ερώτηση 22 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού στην Α' Δημοτικού ως θετική.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι το παιδί ήταν 19 ετών όταν παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 απάντησε ότι ο τρόπος εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς ήταν η ξαφνική άρνηση να συνεχίσει τη Σχολή στην Αθήνα.

Στην ερώτηση 25 σχετικά με τη δική της αντίδραση απέναντι σ' αυτή την κατάσταση απάντησε ότι πήγε το παιδί σε ψυχολόγο.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί μιλούσε για ακαθόριστα, παράλογα πράγματα.

Στην ερώτηση 27 για το πώς αισθάνθηκε η ίδια όταν αντιλήφθηκε αυτή την κατάσταση απάντησε ότι ένωσε αμήχανα και στην ερώτηση 28 απάντησε

ότι αντιμετώπισε αυτή τη συμπεριφορά του παιδιού τότε πηγαίνοντας το παιδί σε Ψυχίατρο στην Πάτρα.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 απάντησε ότι το παιδί είχε ήσυχο ύπνο και τότε και τώρα.

Στην ερώτηση 31 η μητέρα απάντησε ότι το παιδί δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι το παιδί επισκέφτηκε για πρώτη φορά κάποιον ειδικό όταν ήταν 19 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 για το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί της πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε ότι ένιωσε πολύ άσχημα και στην ερώτηση 44 για το πώς αισθάνθηκε μετά την πληροφόρησή της γι' αυτό το πρόβλημα απάντησε ότι απογοητεύτηκε.

Στην ερώτηση 45 απάντησε ότι το συγγενικό περιβάλλον τότε αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα με αδιαφορία.

Στις ερωτήσεις 46 και 47 χαρακτήρισε τη στάση των συγγενών τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στην ίδια, ως παθητική.

Στην ερώτηση 48 αναφορικά με τους πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου τώρα πια, απάντησε ότι ήταν η πίεση και το άγχος των μαθημάτων.

Στην ερώτηση 49 απάντησε ότι η συμπεριφορά του παιδιού σήμερα δεν είναι κοινωνική και στην ερώτηση 50 για το πώς αισθάνεται το παιδί τώρα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης απάντησε ότι είναι ήρεμο και ασφαλές.

Στην ερώτηση 51 σχετικά με τα συναισθήματά της από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης απάντησε ότι αρχικά ήταν αγχωμένη και δεν ήθελε να δεχτεί αυτό που συνέβαινε, αργότερα ένιωσε απογοήτευση και στη συνέχεια αποδοχή και ηρεμία για τη σημερινή κατάσταση.

Ερωτηματολόγιο 8

Στο όγδοο κατά σειρά ερωτηματολόγιο πήραμε συνέντευξη από την πέμπτη μητέρα που ήρθε και έχει παιδί με σχιζοφρένεια που παρακολουθεί το πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Ήταν 63 ετών, έχει τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και επαγγελματικά απασχολείται ως καθαρίστρια. Η οικογένειά της χαρακτηρίζεται ως πυρηνική, η οποία αποτελείται από την ίδια, τον πατέρα και τα δύο παιδιά τους, ένα κορίτσι 33 ετών και ένα αγόρι 30 ετών. Το παιδί που πάσχει είναι το κορίτσι, το οποίο έχει τελειώσει το Λύκειο και είναι άνεργη.

Στη συνέχεια, στην ερώτηση 11 για το αν ο θηλασμός έγινε κανονικά η μητέρα απάντησε θετικά για ενάμιση μήνα.

Στην ερώτηση 12 όταν ρωτήθηκε πότε το παιδί της χαμογέλασε για πρώτη φορά απάντησε όταν περπάτησε σε ηλικία 1,1/5 = 2 ετών.

Στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε όταν έδινε το μητρικό χάδι απάντησε χαρά και στην ερώτηση 14 απάντησε ότι έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί της όταν ήταν βρέφος (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 απάντησε ότι η κόρη της δεν αποχωρίστηκε ποτέ την αγκαλιά της, με αποτέλεσμα να μη γίνει η επόμενη ερώτηση που αφορά τα συναισθήματα του αποχωρισμού.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι η κόρη της πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε η επόμενη ερώτηση που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε στην Α' Δημοτικού δεν έγινε.

Στην ερώτηση 19 μας απάντησε ότι η ίδια ένιωσε αγωνία την πρώτη φορά που το παιδί πήγε στην Α' Δημοτικού ενώ στην ερώτηση 20 μας δήλωσε ότι το παιδί φοβόταν στο σχολείο και κυρίως φοβόταν τη δασκάλα του, αλλά η επίδοσή της ήταν καλή, απάντησε στην ερώτηση 21.

Στην ερώτηση 22 περιγράφει τη συμπεριφορά της κόρης της στην Α' Δημοτικού ως κοινωνική και θυμάται, στην ερώτηση 23, ότι παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά όταν ήταν 15 ετών, την οποία προσδιόρισε στην ερώτηση 24 με το να φεύγει η κόρη της από το σπίτι και ένα συγκεκριμένο βράδυ με ένα μαχαίρι να πηγαίνει στην απέναντι πολυκατοικία με φωνές και απειλές.

Όταν ρωτήθηκε ποια ήταν η δική της αντίδραση στην ερώτηση 25, μας απάντησε ότι επισκέφτηκαν με το παιδί της έναν παιδοψυχολόγο.

Στην ερώτηση 26 για το αν το παιδί της μιλούσε για «πράγματα παράξενα» όπως ιστορίες που αφορούσαν τέρατα, απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι δύο επόμενες ερωτήσεις 27 και 28 που αφορούσαν τα συναισθήματα και την αντίδραση της ίδιας στη συγκεκριμένη συμπεριφορά της κόρης της.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 απάντησε ότι ενώ η κατάσταση του ύπνου της κόρης της τότε ήταν ανήσυχος, τώρα είναι ήσυχος.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι το παιδί της δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι επισκέφθηκαν για πρώτη φορά κάποιον ειδικό όταν το παιδί ήταν 16 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι δύο επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχθηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από τον ειδικό του παιδιού είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά, όμως στην ερώτηση 42 απάντησε ότι ο πατέρας υποστηρίζεται από κάποιον ψυχολόγο εξωτερικό, όχι του κέντρου.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε πολύ άσχημα, ενώ μετά την πληροφόρηση για τη νόσο ένιωσε όπως χαρακτηριστικά είπε «σαν ράκος».

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα τότε το συγγενικό περιβάλλον απάντησε ότι δεν είχε καθόλου βοήθεια και τη συνέχεια στις ερωτήσεις 46 και 47 απάντησε ότι οι συγγενείς κράτησαν μια αρνητική στάση γεμάτη προκατάληψη τόσο στο παιδί όσο και στην ίδια και την οικογένειά της.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιο πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου απάντησε την κληρονομικότητα από τον πατέρα.

Στην ερώτηση 49 περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού της σήμερα ως κοινωνική και στην ερώτηση 50 θεωρεί πως η κόρη της σήμερα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης συναισθηματικά είναι ήρεμη και ασφαλής.

Στην ερώτηση 51 περιγράφει την πορεία των συναισθημάτων της από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης ξεκινώντας από τον πανικό, συνεχίζει με απογοήτευση και φόβο και καταλήγει σήμερα σε μια ήρεμη κατάσταση.

Ερωτηματολόγιο 9

Στο ένατο κατά σειρά ερωτηματολόγιο πήραμε συνέντευξη από την έκτη μητέρα που έχει ένα παιδί με σχιζοφρένεια και παρακολουθεί το πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Ήταν 63 ετών, έχει τελειώσει το Δημοτικό και απασχολείται μόνο στο σπίτι της και με την οικογένειά της. Η

οικογένειά της χαρακτηρίζεται πυρηνική και αποτελείται από την ίδια, τον πατέρα και τα τρία παιδιά τους, ένα αγόρι 30 ετών και δύο κορίτσια 20 και 28 ετών. Το παιδί που πάσχει είναι το αγόρι το οποίο πηγαίνει σε ειδικό σχολείο και είναι άνεργος.

Στην ερώτηση 11 για το αν ο θηλασμός έγινε κανονικά η μητέρα απάντησε θετικά για ενάμιση μήνα, ενώ δεν θυμόταν, όπως απάντησε στην ερώτηση 12 πότε το παιδί της χαμογέλασε για πρώτη φορά.

Στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε όταν έδινε το μητρικό χάδι απάντησε χαρά και ότι έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί της, όπως απάντησε στην ερώτηση 14, όταν εκείνο ήταν βρέφος (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 σχετικά με το πότε αποχωρίστηκε το παιδί την αγκαλιά δε θυμόταν και κατά συνέπεια η ερώτηση 16 για το πώς αισθάνθηκε μετά τον αποχωρισμό δεν έγινε.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 σχετικά με το πώς ένιωθε την πρώτη μέρα που το παιδί της πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε ότι ήταν χαρούμενη και ενθουσιασμένη, ενώ το παιδί της στην ερώτηση 20 μας είπε ότι συναισθηματικά ήταν ανασφαλής και υπερκινητικός, με μέτρια επίδοση στα μαθήματά του.

Στην ερώτηση 22 περιέγραψε πάλι τη συμπεριφορά του παιδιού της ως ιδιαίτερα ενοχλητική καθώς πείραζε τα υπόλοιπα παιδιά και θυμάται με την

ερώτηση 23 ότι για πρώτη φορά το παιδί παρουσίασε διαφορετική συμπεριφορά όταν ακόμα ήταν βρέφος όταν μια αρρώστια, ο κοκκύτης, τον οδήγησε σε νοητική υστέρηση, γεγονός που επιδεινώθηκε, όπως μας είπε την ερώτηση 24, όταν ήταν ενός έτους πέφτοντας από το κρεβάτι με το κεφάλι και παθαίνοντας ψυχολογικό σοκ.

Η αντίδραση της μητέρας σ' αυτή την κατάσταση μας είπε στην ερώτηση 25 ότι ήταν να επισκεφτούν το Καραμανδάνειο και ένα Παιδοψυχίατρο στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 26 για το αν το παιδί της μιλούσε για «πράγματα παράξενα» απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι δύο επόμενες ερωτήσεις 27 και 28 που αφορούν τα συναισθήματα και την αντίδραση της ίδιας σ' αυτή τη συμπεριφορά.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 απάντησε ότι η κατάσταση του ύπνου του παιδιού της και τότε και τώρα ήταν ήσυχος.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι το παιδί της δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 είπε ότι επισκέφτηκαν για πρώτη φορά κάποιον ειδικό πριν από πολλά χρόνια, 30 συγκεκριμένα, όταν το παιδί ήταν ακόμα βρέφος.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική ενώ στις ερωτήσεις 40 και 41 για το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό του παιδιού είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνει η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί της πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε χάλια ενώ μετά την πληροφόρηση αυτή στην ερώτηση 44 είπε ότι αισθάνθηκε απογοήτευση.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα τότε το συγγενικό περιβάλλον είπε ότι απλά το αποδέχτηκαν κάτι που συμβαίνει και τώρα τόσο στο παιδί όσο και την οικογένειά της απάντησε στις επόμενες δύο ερωτήσεις 46 και 47.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιο πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου έδωσε την αρρώστια του κοκκύτη και το πέσιμο από το κρεβάτι.

Στην ερώτηση 49 περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού της ως μέτρια κοινωνική και στα συναισθήματά του στην ερώτηση 50 μας είπε ότι κυριαρχεί η ηρεμία και η ασφάλεια.

Τέλος, στην ερώτηση 51 περιγράφει την πορεία των συναισθημάτων της από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης ξεκινώντας από το άγχος, προχωράει στην απογοήτευση, μετά στην αποδοχή και τέλος στην ηρεμία αλλά και στην ανασφάλεια για μελλοντική εργασία του παιδιού της.

Ερωτηματολόγιο 10

Στο δέκατο κατά σειρά ερωτηματολόγιο πήραμε συνέντευξη από την έβδομη μητέρα που έχει ένα παιδί με σχιζοφρένεια και παρακολουθεί το πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Ήταν 53 ετών, έχει τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και η ίδια απασχολείται στο σπίτι. Η ίδια είναι χήρα και έχει παντρευτεί δεύτερη φορά. Η οικογένειά της χαρακτηρίζεται πυρηνική, η οποία αποτελείται από την ίδια, τον πατέρα και τα τέσσερα παιδιά τους, δύο αγόρια 17 και 33 ετών και δύο κορίτσια 31 και 33 ετών. Το παιδί που πάσχει είναι το κορίτσι 31 ετών, γόνος του πρώτου της γάμου και είναι άνεργη.

Στην ερώτηση 11, τώρα, για το αν ο θηλασμός έγινε κανονικά απάντησε αρνητικά και στην ερώτηση 12 δε θυμόταν σε ποια ηλικία το παιδί της χαμογέλασε για πρώτη φορά.

Στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε η ίδια όταν έδινε το μητρικό χάδι απάντησε χαρά και στην ερώτηση 14 ότι έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί της όταν ήταν ακόμα βρέφος, δηλαδή μέχρι 2 ετών.

Στην ερώτηση 15 μας απάντησε ότι η κόρη της δεν αποχωρίστηκε ποτέ την αγκαλιά της γιατί της έχει αδυναμία με αποτέλεσμα να μη γίνει η ερώτηση 16 που αναφέρεται στα συναισθήματα του αποχωρισμού.

Στην ερώτηση 17 απάντησε ότι η κόρη της πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 μας είπε ότι η ίδια ένιωσε χαρά και ενθουσιασμό την πρώτη μέρα που το παιδί της πήγε στην Α' Δημοτικού όπως ακριβώς και η κόρη της, όπως μας είπε στην ερώτηση 20.

Στην ερώτηση 21 μας απάντησε ότι η επίδοση της κόρης της στην Α' Δημοτικού ήταν μέτρια.

Στην ερώτηση 22 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού της στην Α' Δημοτικού ως κοινωνική:

Στην ερώτηση 23 είπε ότι το παιδί της παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά όταν ήταν 15 ετών και την προσδιόρισε στην ερώτηση 24 στο ότι ήταν πολύ καχύποπτη και ευέξαπτη και ότι νευρίαζε με το παραμικρό και έσπαζε ό,τι έβρισκε μπροστά της μέσα στο σπίτι.

Στην ερώτηση 25 απάντησε ότι η ίδια δεν έκανε τίποτα μπροστά σ' αυτή τη συμπεριφορά της κόρης της.

Στην ερώτηση 26 είπε ότι η κόρη της δεν μιλούσε για «πράγματα παράξενα», οπότε δεν έγιναν οι δύο επόμενες ερωτήσεις 27 και 28 που αφορούν τα συναισθήματα και την αντίδραση της ίδιας σ' αυτή τη συμπεριφορά.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 απάντησε ότι η κατάσταση του ύπνου της κόρης της τόσο τότε όσο και τώρα είναι ήσυχος.

Στην ερώτηση 31 απάντησε ότι το παιδί της δεν έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι επόμενες τρεις ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 είπε ότι επισκέφτηκαν για πρώτη φορά ειδικό όταν το παιδί ήταν 17 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό του παιδιού είτε τότε είτε τώρα, απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνει η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί της πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε άσχημα ενώ μετά την πληροφόρησή της γι' αυτή την ασθένεια το αποδέχτηκε και είπε στην ερώτηση 44.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα τότε το συγγενικό περιβάλλον απάντησε θετικά και εν συνεχεία στις ερωτήσεις 46 και 47 απάντησε ότι οι συγγενείς ανταποκρίθηκαν θετικά και συμπαραστάθηκαν τόσο στο παιδί όσο και την οικογένειά της.

Στην ερώτηση 48 σχετικά με τους πιο πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου έδωσε το θάνατο του πατέρα.

Στην ερώτηση 49 περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού της σήμερα ως μέτρια επιθετική ενώ στα συναισθήματά του να κυριαρχεί περισσότερο η ηρεμία και η ασφάλεια.

Στην ερώτηση 51 περιγράφει την πορεία των συναισθημάτων της από την έναρξη της νόσου μέχρι τη φάση αποκατάστασης ξεκινώντας από το άγχος, προχωράει στην απογοήτευση, μετά στην αποδοχή και την κατανόηση και τέλος νιώθει ικανοποιημένη από την εξέλιξη της νόσου.

Ερωτηματολόγιο 12

Στο δωδέκατο κατά σειρά ερωτηματολόγιο πήραμε συνέντευξη από την όγδοη μητέρα που έχει παιδί με σχιζοφρένεια και παρακολουθεί το πρόγραμμα στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Ήταν 56 ετών, έχει τελειώσει το Γυμνάσιο και είναι συνταξιούχος. Η οικογένειά της χαρακτηρίζεται μονογονεϊκή, η οποία αποτελείται από την ίδια και τα παιδιά της, ένα αγόρι 30 ετών και ένα κορίτσι 32 ετών. Το παιδί που πάσχει είναι το αγόρι το οποίο έχει τελειώσει τη δευτέρα Λυκείου και για δύο χρόνια είχε απασχοληθεί στον ΟΑΕΔ, και τώρα είναι άνεργος.

Στην ερώτηση 11 αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά απάντησε θετικά ενώ στην ερώτηση 12 είπε ότι το παιδί δεν ήταν ιδιαίτερα ευχάριστο και δε θυμάται πότε της χαμογέλασε για πρώτη φορά.

Στην ερώτηση 13 για το πώς αισθανόταν όταν έδινε η ίδια το μητρικό χάδι απάντησε χαρά.

Στην ερώτηση 14 είπε ότι η ίδια έπαιξε για πρώτη φορά με το γιο της όταν ήταν ακόμα βρέφος.

Στην ερώτηση 15 απάντησε ότι το παιδί αποχωρίστηκε την αγκαλιά της όταν ήταν ενός έτους και στην ερώτηση 16 μας είπε ότι τότε ένιωσε αμηχανία.

Στην ερώτηση 17 είπε ότι το παιδί της πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού με αποτέλεσμα να μη γίνει η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 μας απάντησε ότι η ίδια ένιωσε συγκίνηση την πρώτη μέρα που το παιδί της πήγε στην Α' Δημοτικού ενώ το παιδί της, στην ερώτηση 20, μας είπε ότι ένιωσε φόβο και ανασφάλεια.

Στην ερώτηση 21 είπε ότι η επίδοση της κόρης της στην Α' Δημοτικού ήταν καλή.

Στην ερώτηση 22 περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού της στην Α' Δημοτικού ως καθόλου κοινωνική και απομονωμένη από τα άλλα παιδιά.

Στην ερώτηση 23 είπε ότι το παιδί της άρχισε να παρουσιάζει μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά όταν ήταν 18 ετών, την οποία στην ερώτηση 24 την προσδιόρισε στο ότι ήταν συνεχώς θλιμμένος, στο ότι είχε κλειστεί στον εαυτό του, δεν μιλούσε σε κανένα και κάποια μέρα είχε φύγει από το σπίτι.

Στην ερώτηση 25 είπε ότι η ίδια αντέδρασε σ' αυτή τη συμπεριφορά με το να επισκεφτούν έναν ψυχολόγο.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι το παιδί της δεν μιλούσε για «πράγματα παράξενα», έτσι δεν έγιναν οι δύο επόμενες ερωτήσεις 27 και 28 που αφορούν τα συναισθήματα και την αντίδραση της ίδιας σ' αυτή τη συμπεριφορά.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 περιέγραψε την κατάσταση του ύπνου του γιου της και τότε και τώρα ως ανήσυχο.

Στην ερώτηση 31 αν το παιδί της έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι τρεις επόμενες ερωτήσεις, 32, 33, 34, που αναφέρονται στο αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι επισκέφτηκαν για πρώτη φορά κάποιον ειδικό όταν το παιδί ήταν 18 ετών.

Στην ερώτηση 36 είπε ότι η ίδια δεν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία, έτσι δεν έγιναν οι δύο επόμενες ερωτήσεις 37 και 38, που αναφέρονται στην υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 απάντησε ότι κρίνει την υποστήριξη που δέχεται το παιδί από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 απάντησε αρνητικά σχετικά με το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας από τον ειδικό του παιδιού της είτε τότε είτε τώρα, και έτσι η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον, δεν έγινε.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε η ίδια μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί της πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε πολύ άσχημα ενώ μετά την πληροφόρηση της αρρώστιας ένωσε απογοήτευση όπως μας είπε στην ερώτηση 44.

Στην ερώτηση 45 είπε ότι το συγγενικό περιβάλλον αντιμετώπισε τότε με ουδετερότητα το πρόβλημα ενώ ερωτήσεις 46 και 47 είπε ότι οι συγγενείς αντιμετώπισαν με απάθεια τόσο το παιδί όσο και την οικογένειά της.

Στην ερώτηση 48 για τους πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου έδωσε το θάνατο του πατέρα.

Στην ερώτηση 49 περιγράφει σήμερα τη συμπεριφορά του γιου της σήμερα ως κοινωνική και στα συναισθήματά του να κυριαρχεί περισσότερο η ηρεμία και η ασφάλεια, όπως μας είπε στην ερώτηση 50.

Στην ερώτηση 51 περιγράφει τα συναισθήματά της για την πορεία εξέλιξης της νόσου ξεκινώντας από τον πανικό και το άγχος, προχωράει στην απογοήτευση, στην ανασφάλεια ενώ τώρα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης νιώθει ανασφάλεια.

Ερωτηματολόγιο 13

Στο δέκατο τρίτο κατά σειρά ερωτηματολόγιο πήραμε συνέντευξη από την ένατη μητέρα που έχει παιδί με σχιζοφρένεια και παρακολουθεί το πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Ήταν 50 ετών, έχει τελειώσει το Γυμνάσιο και απασχολείται στο σπίτι της. Είναι διαζευγμένη και ζει με τα δύο παιδιά της, δύο κορίτσια 15 και 18 ετών. Το παιδί που πάσχει είναι το κορίτσι 18 ετών, το οποίο έχει τελειώσει το Λύκειο και είναι άνεργη.

Στην ερώτηση 11, τώρα, απάντησε ότι ο θηλασμός του βρέφους δεν έγινε κανονικά και στην ερώτηση 12 είπε ότι για πρώτη φορά χαμογέλασε όταν ήταν βρέφος ακόμα.

Στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε όταν έδινε η ίδια το μητρικό χάδι απάντησε χαρά.

Στην ερώτηση 14 είπε ότι για πρώτη φορά έπαιξε με την κόρη της στη βρεφική της ακόμα ηλικία (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 απάντησε ότι δεν αποχωρίστηκε ποτέ την αγκαλιά της, έτσι δεν έγινε η ερώτηση 16 που αφορά τα συναισθήματα του αποχωρισμού.

Στην ερώτηση 17 η μητέρα είπε ότι η κόρη της πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού με αποτέλεσμα να μη γίνει η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο το παιδί δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 μας είπε ότι η ίδια ένιωσε άγχος την πρώτη μέρα της κόρης της στο Σχολείο ενώ στην ερώτηση 20 μας απάντησε ότι η κόρη της ένιωσε χαρά και ενθουσιασμό την πρώτη μέρα της στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 21 είπε ότι η επίδοση του παιδιού της στην Α' Δημοτικού ήταν καλή.

Στην ερώτηση 22 περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού της στην Α' Δημοτικού ως έντονα κοινωνική ενώ διαπιστώνει μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά, όπως μας είπε στην ερώτηση 23 όταν η κόρη της ήταν 18 ετών, την οποία προσδιόρισε στην ερώτηση 24 ως έντονα επιθετική απέναντι στα άλλα παιδιά.

Η αντίδραση της ίδιας σ' αυτή τη συμπεριφορά μας είπε στην ερώτηση 25 ότι ήταν να το συζητήσει με την κόρη της.

Στην ερώτηση 26 απάντησε ότι η κόρη της μιλούσε για πράγματα «παράξενα» και κυρίως έλεγε ότι συνεχώς την κυνηγούσαν· η ίδια τότε ένιωσε μεγάλη ανησυχία μας είπε στην ερώτηση 27 και η δική της αντίδραση ήταν να επισκεφτούν έναν ψυχολόγο, όπως είπε στην ερώτηση 28.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 περιγράφει την κατάσταση του ύπνου της κόρης της τότε να υπνοβατεί ενώ τώρα αντίστοιχα μας τον περιγράφει ήσυχο.

Στην ερώτηση 31 για το αν είχε αντιληφθεί αν το παιδί της έπινε μας απάντησε θετικά και στην ερώτηση 32 είπε ότι το αντιλήφθηκε όταν η κόρη της ήταν 15 ½ ετών και τότε η ίδια μας είπε στην ερώτηση 33 ότι το συζήτησε με το ίδιο το παιδί.

Η μητέρα θεωρεί ότι ο χωρισμός της ίδιας με τον πατέρα του παιδιού συνέβαλαν στο να οδηγηθεί το παιδί στο ποτό όπως μας είπε στην ερώτηση 34.

Στην ερώτηση 35 απάντησε ότι για πρώτη φορά επισκέφτηκαν κάποιον ειδικό πριν δύο χρόνια όταν ήταν 16 ετών η κόρη της.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά με αποτέλεσμα να μη γίνουν οι ερωτήσεις 37 και 38, που αφορούσαν αυτήν την υποστήριξη.

Στην ερώτηση 39 κρίνει την υποστήριξη του παιδιού της από το κέντρο πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 απάντησε ότι κανένα από τα άλλα μέλη της οικογένειας δεν είχαν υποστηριχτεί από κάποιον ειδικό του παιδιού της ούτε τότε ούτε τώρα, με αποτέλεσμα να μη γίνει η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον, δεν έγινε.

Στην ερώτηση 43 για το πώς αισθάνθηκε μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί της πάσχει από σχιζοφρένεια απάντησε πολύ άσχημα ενώ μετά την πληροφόρησή της γι' αυτό το πρόβλημα, όπως μας είπε στην ερώτηση 44, ένιωσε απογοήτευση.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτή την κατάσταση το συγγενικό της περιβάλλον απάντησε άβολα αλλά συμπαραστάθηκαν τόσο στο παιδί όσο και στην ίδια, όπως μας είπε στις ερωτήσεις 46 και 47.

Στην ερώτηση 48 για τους πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου έδωσε το χωρισμός της με τον πατέρα του παιδιού της.

Στην ερώτηση 49 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού της σήμερα ως μέτρια κοινωνική και στα συναισθήματά του, στην ερώτηση 50, περιέγραψε ότι κυριαρχούν περισσότερο η ηρεμία και η ασφάλεια.

Στην ερώτηση 51 η ίδια περιέγραψε τα δικά της συναισθήματα κατά την πορεία της νόσου από την εμφάνισή της μέχρι και σήμερα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης ξεκινώντας από το άγχος και την αμφιθυμία, προχωράει στη θλίψη, μετά στην αποδοχή και τώρα πλέον στην ηρεμία.

Ερωτηματολόγιο 15

Η δέκατη μητέρα από την οποία πήραμε συνέντευξη ήταν η δέκατη πέμπτη κατά σειρά ερωτώμενη. Ήταν 45 ετών, είχε τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο και ασχολείται με τα οικιακά. Η οικογένειά της αποτελείται από την ίδια, το σύζυγό της και το γιο της ηλικίας 20 ετών, το οποίο νοσεί από σχιζοφρένεια. Έχει τελειώσει το Λύκειο και απασχολείται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 11 απάντησε ότι ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά και στην ερώτηση 12 δε θυμόταν ποτέ το παιδί της χαμογέλασε για πρώτη φορά.

Στην ερώτηση 13 για το πώς ένιωθε όταν έδινε το μητρικό χάδι απάντησε ότι ήταν χαρούμενη και ικανοποιημένη.

Στην ερώτηση 14 σχετικά με την ηλικία στην οποία έπαιξε για πρώτη φορά με το παιδί, απάντησε στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών).

Στην ερώτηση 15 για το πότε αποχώριστηκε το παιδί από την αγκαλιά της απάντησε ότι δεν το αποχώριστηκε ποτέ, ήταν μοναχοπαιδί και συνέχεια το «ντάντευε», οπότε δεν έγινε η ερώτηση 16.

Στην ερώτηση 17 η μητέρα απάντησε ότι το παιδί πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού, οπότε δεν έγινε η ερώτηση 18 που αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο δεν πήγε το παιδί στην Α' Δημοτικού.

Στην ερώτηση 19 για το πώς ένιωσε την πρώτη μέρα που το παιδί της πήγε στην Α' Δημοτικού απάντησε άγχος και ανασφάλεια ενώ στην ερώτηση 20 για το πώς ένιωθε το ίδιο το παιδί εκείνη την ημέρα απάντησε ότι εξέφρασε αμφιθυμικά συναισθήματα δηλαδή από τη μία ήταν χαρούμενο αλλά από την άλλη ένιωθε άγχος και ανασφάλεια.

Στην ερώτηση 21 σχετικά με την επίδοση του παιδιού στο σχολείο είπε ότι είχε καλή επίδοση.

Στην ερώτηση 22 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού της στην Α' Δημοτικού ως κοινωνική.

Στην ερώτηση 23 απάντησε ότι όταν το παιδί ήταν 19 ετών παρουσίασε μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά και στην ερώτηση 24 είπε ότι ο τρόπος εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς ήταν το γεγονός ότι ένα βράδυ έφυγε από το σπίτι μετά από μία ερωτική απογοήτευση.

Στην ερώτηση 25 απάντησε ότι η δική της αντίδραση σ' αυτή την κατάσταση ήταν να πάει το παιδί σε Ψυχολόγο στην Πάτρα.

Στην ερώτηση 26 η μητέρα απάντησε ότι δεν είχε αντιληφθεί να μιλάει το παιδί της για «παράξενα» πράγματα, όπως ότι έβλεπε οράματα, άκουγε φωνές, οπότε δεν έγιναν οι ερωτήσεις 27 και 28 για το πώς αισθάνθηκε γι' αυτή την κατάσταση και πώς αντέδρασε.

Στις ερωτήσεις 29 και 30 είπε ότι το παιδί κοιμόταν ήσυχα και τότε και τώρα.

Στην ερώτηση 31 για το αν είχε αντιληφθεί αν το παιδί της έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι επόμενες ερωτήσεις 32, 33, 34, που αφορούν το αλκοόλ.

Στην ερώτηση 35 για το πότε επισκέφθηκε κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε όταν ήταν 19 ετών.

Στην ερώτηση 36 για το αν υποστηρίζεται η ίδια από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία απάντησε αρνητικά, οπότε δεν έγιναν οι ερωτήσεις 37 και 38 σχετικά με την υποστήριξη που θα δεχόταν η ίδια.

Στην ερώτηση 39 έκρινε την υποστήριξη που ήδη δέχεται το παιδί από το κέντρο ως πολύ βοηθητική.

Στις ερωτήσεις 40 και 41 για το αν υποστηρίχτηκαν τα άλλα μέλη της οικογένειας τόσο τότε όσο και τώρα απάντησε αρνητικά, με αποτέλεσμα να μη γίνει η ερώτηση 42 για το ποια μέλη υποστηρίχτηκαν και από ποιον, δεν έγινε.

Στην ερώτηση 43 η μητέρα απάντησε ότι αισθάνθηκε πανικό μόλις πληροφορήθηκε ότι το παιδί της νοσεί από σχιζοφρένεια και στην ερώτηση 44

απάντησε ότι μετά την πληροφόρηση γι' αυτό το πρόβλημα ένωσε απογοήτευση.

Στην ερώτηση 45 για το πώς αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα το συγγενικό περιβάλλον απάντησε θετικά και στις ερωτήσεις 46 και 47 σχετικά με τη στάση των συγγενών τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στην ίδια απάντησε ότι ανταποκρίθηκαν θετικά.

Στην ερώτηση 48 για τους πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου είπε ότι ένας λόγος ήταν η ερωτική απογοήτευση.

Στην ερώτηση 49 περιέγραψε τη συμπεριφορά του παιδιού της σήμερα ως μέτρια κοινωνική.

Στην ερώτηση 50 για το πώς αισθάνεται ο γιος της τώρα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης απάντησε ότι έχει ενισχυθεί η αυτοπεποίθησή του και στην ερώτηση 51 περιέγραψε την πορεία των συναισθημάτων της από την έναρξη της νόσου ως τη φάση της αποκατάστασης ως εξής: στην αρχή ένιωθε πανικό, στη συνέχεια απογοήτευση, αργότερα φόβο και τώρα είναι ικανοποιημένη που η κατάσταση έχει βελτιωθεί.

Σε αυτό το σημείο, μέσα από την ομαδοποίηση των ερωτήσεων θα προσπαθήσουμε να κατατάξουμε τις απαντήσεις των γονέων σε εννέα (9) ομάδες· βήμα πολύ σημαντικό για την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Με βάση τη θεωρητική μας προσέγγιση σχηματίσαμε τις παρακάτω ομάδες, από τις οποίες η δεύτερη ομάδα ερωτήσεων αναφέρεται στην ιδιαίτερη σχέση που έχει το παιδί με τη μητέρα του στα πρώτα χρόνια της ζωής του.

- α) Δημογραφικά στοιχεία των γονέων, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις από 1 έως 8.
- β) Σχέσεις μητέρας παιδιού στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 11, 12, 13, 15, 16.
- γ) Συναισθήματα και συμπεριφορά του παιδιού στην πρώτη σχολική ηλικία, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 20, 21, 22.
- δ) Εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου στο παιδί και η αντίδραση των γονέων, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις από 24 έως 30.
- ε) Χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών από το παιδί και η αντίδραση των γονέων, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις από 31 έως 33.
- στ) Συναισθήματα των γονέων πριν και μετά την πληροφόρηση για την ασθένεια του παιδιού τους, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 43 και 44.
- ζ) Υποστήριξη των γονέων ή άλλων μελών της οικογένειας από κάποιον ειδικό, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 36, 37, 38, 40, 41, 42.

- η) Στάση συγγενών απέναντι στο παιδί που πάσχει και στους γονείς, που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 49 και 50.

Ξεκινάμε λοιπόν με την ομαδοποίηση των ερωτήσεων που απευθύνονταν στους πατέρες. Έτσι, από την πρώτη ομάδα, των δημογραφικών στοιχείων διαπιστώνουμε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των πέντε (5) ερωτώμενων πατέρων είναι 57 ετών, από τους οποίους οι τρεις (3) έχουν τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο. Ο ένας (1) από αυτούς είναι διαζευγμένος, ενώ οι υπόλοιποι τέσσερις (4) χαρακτήρισαν την οικογένειά τους ως πυρηνική.

Προχωρώντας στην τρίτη ομάδα ερωτήσεων σχετικά με τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του παιδιού στην πρώτη σχολική ηλικία, θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε τα συναισθήματα των παιδιών των τεσσάρων (4) πατέρων ως αρνητικά, αφού μόνο ένα (1) παιδί ένιωθε χαρά και ενθουσιασμό όταν πήγε στην Α' Δημοτικού. Όσον αφορά τη συμπεριφορά του παιδιού, οι τρεις (3) από τους πέντε (5) γονείς, την αξιολόγησαν ως καθόλου κοινωνική συμπεριφορά που θα μπορούσαμε ενδεχομένως να την ερμηνεύσουμε με βάση την ψυχοπαθολογία του παιδιού εκείνη την περίοδο.

Στη συνέχεια, στην τέταρτη ομάδα ερωτήσεων για την εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου και την αντίδραση του πατέρα, παρατηρούμε ότι ο τρόπος εκδήλωσης της νόσου ήταν διαφορετικός σε κάθε μία περίπτωση. Όμως, οι αντιδράσεις και των πέντε (5) πατέρων ήταν κοινές, καθώς απευθύνθηκαν σε διάφορους ειδικούς όπως Παιδοψυχολόγους, Ψυχολόγους και Ψυχιάτρους. Πιο συγκεκριμένα, αναφερόμενοι στα κυριότερα συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως διαταραχές στη σκέψη, στην αντίληψη, παραισθήσεις,

ψευδαισθήσεις, διαταραχές στον ύπνο, η πλειοψηφία των πατέρων (4 στους 5) είπαν ότι είχαν αντιληφθεί τα παραπάνω συμπτώματα. Οι αντιδράσεις των συγκεκριμένων πατέρων ήταν και εδώ κοινές, πηγαίνοντας τα παιδιά τους σε ειδικούς όπως Παιδοψυχιάτρους, Ψυχιάτρους καθώς και σε υπηρεσίες όπως το Νοσοκομείο Ημέρας στην Πάτρα.

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι στην επόμενη ομάδα ερωτήσεων αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών από το παιδί, οι τέσσερις (4) από τους πέντε (5) πατέρες δήλωσαν ότι δεν συνέβαινε κάτι τέτοιο, εκτός από έναν (1) πατέρα, ο οποίος απάντησε ότι η κόρη του έκανε χρήση αλκοόλ από 13 ετών αλλά δεν απευθύνθηκε σε κάποιον ειδικό για να αντιμετωπίσει την κατάσταση.

Ακολουθώντας την πορεία των ομάδων, παρατηρούμε ότι τα συναισθήματα και των πέντε (5) πατέρων ήταν αρνητικά στο άκουσμα της ασθένειας του παιδιού προκαλώντας έντονο θυμό και πανικό. Τα συναισθήματα αυτά εξακολουθούσαν να είναι το ίδιο έντονα και μετά την πληροφόρησή τους για τη νόσο, όπως φάνηκε και από τα λεγόμενά τους κατά τη διάρκεια της συνέντευξης· αποδόθηκαν όμως από τους περισσότερους πατέρες (3 στους 5) ως απογοήτευση. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο δύο (2) πατέρες δήλωσαν ότι αποδέχτηκαν τη νέα πραγματικότητα και μάλιστα ο ένας (1) από τους δύο (2) απάντησε ότι πίστεψε ότι θα ήταν κάτι παροδικό και θα περνούσε με τα χάλια.

Σύμφωνα με τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στην έβδομη ομάδα, βλέπουμε ότι κανένας από τους πατέρες δεν υποστηρίχτηκε από κάποιον

ειδικό, ούτε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, γεγονός από το οποίο θα μπορούσαμε να πούμε ότι ίσως δεν έχουν συνειδητοποιήσει τη σπουδαιότητα της υποστήριξης ολόκληρης της οικογένειας, όταν πάσχει ένα μέλος της από μία τέτοια ψυχική ασθένεια, όπως η σχιζοφρένεια. Αντίθετα στις περισσότερες οικογένειες (4 στις 5) το συγγενικό περιβάλλον ανταποκρίθηκε θετικά και με συμπάρασταση τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στον πατέρα.

Τέλος, στη ένατη ομάδα των ερωτήσεων διαπιστώνουμε ότι στις τρεις (3) περιπτώσεις η συμπεριφορά του παιδιού χαρακτηρίζεται από τον πατέρα ως μέτρια κοινωνική και κυριαρχούν τα συναισθήματα ηρεμίας και ασφάλειας τώρα που βρίσκεται το παιδί στο στάδιο της αποκατάστασης.

Με τον ίδιο τρόπο προχωράμε στην ομαδοποίηση των ερωτήσεων που έγιναν στις μητέρες. Έτσι, ξεκινάμε με την πρώτη ομάδα, την ομάδα των δημογραφικών στοιχείων, σύμφωνα με την οποία διαπιστώνουμε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των δέκα (10) ερωτηθέντων μητέρων είναι 52 ετών, από τις οποίες αξίζει να σημειωθεί ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (7 στις 10) δεν έχει ολοκληρώσει καν την υποχρεωτική εκπαίδευση παρά μόνο το Δημοτικό Σχολείο. Αξιοσημείωτο, επίσης, είναι ότι από τις δέκα (10) μητέρες οι τέσσερις (4) μας δήλωσαν ότι είναι σε διάσταση με τον πατέρα του παιδιού που πάσχει.

Στη δεύτερη ομάδα ερωτήσεων, που αναφέρεται στην ιδιαίτερη σχέση που έχει το παιδί με τη μητέρα του παρατηρούμε ότι στις περισσότερες οικογένειες πιθανόν δεν δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στα πρώτα στάδια ανάπτυξης του παιδιού καθώς βλέπουμε ότι οι έξι (6) στις δέκα (10) μητέρες δεν θήλασαν το παιδί τους (ερώτηση 11). Παρόμοιο είναι και το ποσοστό των

μητέρων που δε θυμούνται τότε χαμογέλασε το παιδί τους για πρώτη φορά. Αντίθετα, η πλειοψηφία των μητέρων εκδήλωσαν θετικά συναισθήματα (χαρά - ικανοποίηση) προς το παιδί όταν έδιναν το μητρικό χάδι όπως φαίνεται στην ερώτηση 13.

Όσον αφορά τον αποχωρισμό του παιδιού από τη μητέρα (ερώτηση 15) οι μισές (5 στις 10) μητέρες φάνηκαν προστατευτικές τόσο από τη συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, όσο και από τα λεγόμενά τους, ότι δηλαδή δεν αποχωρίστηκαν ποτέ το παιδί τους από την αγκαλιά τους. Σχετικά, τώρα, με τις υπόλοιπες μητέρες που αποχωρίστηκαν το παιδί τους (5 στις 10), παρατηρούμε ότι οι ηλικίες των παιδιών που αποχωρίστηκαν τις μητέρες τους κυμαίνεται από δέκα (10) μηνών έως έξι (6) ετών· γεγονός που προκάλεσε διαφορετικά συναισθήματα στην κάθε μία, όπως άγχος και λύπη, ικανοποίηση, στενοχώρια, άγχος και αμηχανία.

Προχωρώντας στην τρίτη ομάδα ερωτήσεων σχετικά με τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του παιδιού διαπιστώνουμε ότι τρία μόνο παιδιά των δέκα συγκεκριμένων μητέρων ένιωσαν χαρά και ενθουσιασμό σε αντίθεση με τα παιδιά των υπολοίπων επτά (7) μητέρων που εξέφρασαν, θα λέγαμε, κοινά αρνητικά και αμφιθυμικά συναισθήματα όπως φόβο, άρνηση αλλά και χαρά μαζί. Από την άλλη, δεν υπήρχε τέτοια ομοιότητα στη συμπεριφορά των παιδιών όταν πήγαιναν στην Α' Δημοτικού καθώς οι τρεις (3) μητέρες την χαρακτήρισαν ως κοινωνική, η μία ως έντονα κοινωνική, οι δύο ως καθόλου κοινωνική, άλλη ως επιθετική, άλλη μία ως θετική, ενώ μία

άλλη είπε ότι το παιδί της ήταν πολύ ήσυχο και η τελευταία ότι πείραζε τα άλλα παιδιά.

Στη συνέχεια, στην τέταρτη ομάδα ερωτήσεων, για την εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου και την αντίδραση της μητέρας παρατηρούμε ότι ο τρόπος εκδήλωσης της νόσου ήταν διαφορετικός σε κάθε περίπτωση. Οι αντιδράσεις όμως των περισσότερων μητέρων (8 στις 10) ήταν κοινές καθώς απευθύνθηκαν σε κάποιον ειδικό, Παιδοψυχολόγο, Παιδοψυχίατρο, Ψυχολόγο ή Παθολόγο, ανάλογα με την περίπτωση. Πιο συγκεκριμένα αναφερόμενοι στα κυριότερα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως διαταραχές στη σκέψη, στην αντίληψη, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, διαταραχές στον ύπνο, οι μισές (5 στις 10) μητέρες είπαν ότι είχαν αντιληφθεί πως τα παιδιά τους παρουσίαζαν τα παραπάνω συμπτώματα. Απέναντι σ' αυτή την κατάσταση οι πέντε συγκεκριμένες μητέρες ενδιαφέρθηκαν και δεν αδιαφόρησαν, καθώς πήγαν τα παιδιά τους σε διάφορους ειδικούς, όπως Παιδοψυχολόγο, Ψυχολόγο, Ψυχίατρο αλλά και σε μια αρμόδια υπηρεσία της Πάτρας, όπως είναι το Νοσοκομείο Ημέρας. Αξίζει να συμπληρωθεί ότι στις περισσότερες περιπτώσεις (6 στις 10) δεν υπήρχαν διαταραχές στην κατάσταση του ύπνου του παιδιού ούτε τότε, ούτε τώρα.

Χαρακτηριστικό ήταν το γεγονός ότι στην επόμενη ομάδα ερωτήσεων που αναφέρεται στην χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών οι εννέα (9) από τις δέκα (10) μητέρες είπαν πως το παιδί τους δεν είχε κάνει χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών εκτός από μία μητέρα, της οποίας το παιδί έκανε χρήση αλκοόλ και θεώρησε σωστό να συζητήσει το πρόβλημα με το ίδιο το παιδί.

Ακολουθώντας την πορεία των ομάδων, παρατηρούμε ότι τα συναισθήματα και των δέκα (10) μητέρων ήταν έντονα αρνητικά στο άκουσμα της ασθένειας του παιδιού, προκαλώντας έντονο πανικό και δυσαρέσκεια. Τα συναισθήματα αυτά εξακολουθούσαν να είναι το ίδιο έντονα και μετά την πληροφόρηση της νόσου, όπως φάνηκε και από τα λεγόμενά τους κατά τη διάρκεια της συνέντευξης: αποδόθηκαν όμως από τις περισσότερες μητέρες (8 στις 10) ως απογοήτευση και απόγνωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο δύο μητέρες δήλωσαν ότι αποδέχτηκαν τη νέα πραγματικότητα.

Σύμφωνα με τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στην έβδομη ομάδα, βλέπουμε ότι καμία από τις δέκα (10) μητέρες δεν υποστηρίχτηκε από κάποιον ειδικό ούτε κάποιο μέλος της οικογένειας εκτός από μία περίπτωση, στην οποία ο σύζυγος υποστηρίζεται από ψυχίατρο. Από τα λεγόμενά τους θα μπορούσαμε να πούμε ότι ίσως δεν έχουν συνειδητοποιήσει τη σπουδαιότητα της υποστήριξης ολόκληρης οικογένειας όταν ένα μέλος πάσχει από μια τέτοια ψυχική ασθένεια όπως η σχιζοφρένεια. Αντίθετα, στις περισσότερες οικογένειες το συγγενικό περιβάλλον ανταποκρίθηκε θετικά και με συμπαράσταση τόσο απέναντι στο παιδί όσο και στη μητέρα (ερωτήσεις 45-47). Από την άλλη, στις υπόλοιπες τέσσερις (4) οικογένειες δεν έλειψε το φαινόμενο της άρνησης και της προκατάληψης.

Τέλος, στην ένατη ομάδα των ερωτήσεων διαπιστώνουμε ότι δέκα (10) στις επτά (7) περιπτώσεις η συμπεριφορά του παιδιού στο στάδιο της αποκατάστασης χαρακτηρίζεται από τη μητέρα ως κοινωνική παράλληλα με την ηρεμία και την ασφάλεια που αισθάνεται το παιδί.

Ολοκληρώνοντας την έρευνα και μελετώντας τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, θα γίνει προσπάθεια να αναλυθούν, να καταγραφούν τα συμπεράσματα που προκύπτουν και να συγκριθούν με το θεωρητικό κομμάτι της παρούσης έρευνας.

Πιο συγκεκριμένα:

- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν μητέρες (10 στους 15).
- Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 56 ½.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες είχαν τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο (10 στους 15).
- Οι οικογένειες των περισσότερων ερωτηθέντων ήταν πυρηνικές (10 στις 15).
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες είχαν ετήσιο εισόδημα έως και 5.700 € (9 στους 15).
- Η πλειοψηφία των γονέων αντέδρασαν άμεσα στην εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου, πηγαίνοντας τα παιδιά τους σε κάποιον ειδικό ή υπηρεσία (13 στους 15).
- Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, όταν αντιλήφθηκαν ότι τα παιδιά τους μιλούσαν για πράγματα «παράξενα» ένωσαν αρνητικά συναισθήματα (9 στους 15).
- Η αντίδραση των συγκεκριμένων ερωτηθέντων σ' αυτή την κατάσταση ήταν άμεση, πηγαίνοντας τα παιδιά τους σε κάποιον ειδικό ή υπηρεσία (9 στους 15).

- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες αισθάνθηκαν πολύ άσχημα μόλις πληροφορήθηκαν ότι τα παιδιά τους νοσούν από σχιζοφρένεια (10 στους 15).
- Οι πέντε στις δέκα μητέρες τώρα που το παιδί τους βρίσκεται στη φάση της αποκατάστασης αισθάνονται ηρεμία ενώ οι τρεις στους πέντε πατέρες αισθάνονται ανασφάλεια για τη μελλοντική επαγγελματική αποκατάσταση των παιδιών τους.

Μελετώντας αρχικά τα αποτελέσματα, όπως αυτά παρουσιάστηκαν παραπάνω, παρατηρούμε ότι οι περισσότερες μητέρες δεν θήλασαν το παιδί τους κατά τη βρεφική ηλικία ενώ κανένας από τους πατέρες δε θυμάται αν ο θηλασμός του βρέφους έγινε κανονικά. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι πατέρες αδιαφόρησαν γι' αυτή την περίοδο του θηλασμού. Όσον αφορά τις μητέρες, ο μη θηλασμός ενδεχομένως να αποτέλεσε εμπόδιο στη δημιουργία των αντικειμενότροπων σχέσεων του παιδιού με τη μητέρα (βλέπε κεφ. 2). Η Klein υποστηρίζει ότι η επιθετικότητα που χαρακτηρίζει το παιδί στο πρώτο στάδιο εξέλιξής του, στρέφεται προς το μητρικό στήθος που παίζει το ρόλο μερικού αντικειμένου. Αυτή η επιθετικότητα αυξάνεται όταν το μητρικό στήθος γίνεται αισθητό από το παιδί ως «κακό αντικείμενο» δηλαδή όταν δεν ασκεί τη δοτική του λειτουργία· γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη ψυχική ισορροπία του παιδιού.

Επιπλέον, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι γονείς δε θυμόντουσαν πότε το παιδί τους χαμογέλασε για πρώτη φορά, απ' όπου φαίνεται η αδιαφορία τους γι' αυτή την εκδήλωση του παιδιού. Ειδικά οι μητέρες,

σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο, είναι περήφανες πάντα όταν λένε πως το παιδί τους χαμογέλασε πολύ νωρίς. Αυτό δείχνει ότι έχουν κατανοήσει τη μεγάλη σημασία που έχει το χαμόγελο για την ψυχική εξέλιξη του παιδιού, γι' αυτό και το αναφέρουμε. Όπως ο Spitz αναφέρει: «το χαμόγελο είναι η πρώτη ενεργός, κατευθυνόμενη και σκόπιμη εκδήλωση, η πρώτη αμυδρή λάμψη της μετάβασης του βρέφους από την πλήρη παθητικότητα στην ενεργή συμπεριφορά». Είναι μια μορφή συναισθηματικής επαφής με το περιβάλλον, η οποία θα του επιτρέψει την ανάπτυξη της επικοινωνίας με αυτή.

Στη συνέχεια βλέπουμε ότι κανένας από τους πατέρες δε θυμόταν πότε αποχωρίστηκε το παιδί από την αγκαλιά του. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η σχέση του παιδιού με τη μητέρα και κυρίως όταν το παιδί αποχωρίζεται από αυτήν γιατί προκαλούνται σοβαρά προβλήματα και ψυχοπαθολογικές διαταραχές στο παιδί. Από την έρευνα προκύπτει ότι τέσσερις στις δέκα μητέρες δεν αποχωρίστηκαν ποτέ τα παιδιά τους. Αυτή η συμπεριφορά κατά τον Σακελλαρόπουλο Π., χαρακτηρίζει την υπερπροστατευτική μητέρα η οποία δεν αποχωρίζεται το παιδί από κοντά της και το φροντίζει με υπερβολικό τρόπο, οδηγώντας σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Από την άλλη πλευρά, πέντε μητέρες αποχωρίστηκαν τα παιδιά από την αγκαλιά τους. Ο αποχωρισμός συνδέεται με τη δημιουργία προβλημάτων στην ψυχοπαθολογία του παιδιού, η οποία κατά τον Σακελλαρόπουλο, χαρακτηρίζεται από ορισμένα συμπτώματα όπως είναι το άγχος, η οπισθοδρόμηση της ψυχοκινητικής εξέλιξης και ο αυτισμός. Αυτά τα συμπτώματα είναι δυνατόν να γίνουν εντονότερα ή ηπιότερα ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, την ποιότητα των

σχέσεων του παιδιού με τη μητέρα πριν τον αποχωρισμό και τη διάρκεια αυτού.

Μελετώντας τα συναισθήματα που προκλήθηκαν σ' αυτές τις μητέρες μετά τον αποχωρισμό από τα παιδιά τους, βλέπουμε ότι οι περισσότερες αισθάνθηκαν δυσάρεστα συναισθήματα όπως λύπη και άγχος, στενοχώρια, αμηχανία, ενώ μόνο μία ένιωσε ικανοποίηση. Αυτές οι συναισθηματικές αντιδράσεις θεωρούμε ότι είναι σημαντικές για τη διαμόρφωση της στάσης των γονέων απέναντι στη σχιζοφρενική νόσο.

Επιπρόσθετα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των γονέων αντέδρασαν άμεσα στην εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου, πηγαίνοντας τα παιδιά τους σε κάποιον ειδικό ή υπηρεσία, όπως Παιδοψυχολόγο, Παιδοψυχίατρο, Ψυχολόγο, Νοσοκομείο Ημέρας. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι από τους 15 ερωτηθέντες, μόνο σε μία περίπτωση υπήρξε αδιαφορία για αυτό το πρόβλημα. Έτσι, διαπιστώνουμε ότι όλοι σχεδόν οι γονείς δεν έμειναν απαθείς μπροστά στο πρόβλημα του παιδιού τους αλλά κινητοποιήθηκαν αμέσως.

Όπως αναφέρουμε και στην θεωρητική μας προσέγγιση, τα κυριότερα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι μεταξύ άλλων και οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, τα οράματα, οι φωνές. Από την έρευνά μας προκύπτει ότι 9 στους 15 γονείς είχαν αντιληφθεί ότι τα παιδιά τους παρουσίαζαν αυτά τα συμπτώματα της νόσου και τα συναισθήματά τους γι' αυτή την κατάσταση, θα λέγαμε ότι ήταν αναμενόμενα καθώς ο πανικός, η ανησυχία, η στενοχώρια, ο φόβος και η αμηχανία που ένιωσαν είναι συναισθηματικές εκδηλώσεις κάθε

ανθρώπου μπροστά σ' ένα τέτοιο πρόβλημα. Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι εννέα γονείς έδειξαν έκδηλο ενδιαφέρον, επισκεπτόμενοι κάποιον ειδικό ή υπηρεσία.

Αρνητικά επίσης ήταν τα συναισθήματα όλων των γονέων μόλις πληροφορήθηκαν ότι τα παιδιά τους πάσχουν από σχιζοφρένεια. Χαρακτηριστικό είναι ότι μετά την πληροφόρηση γι' αυτό το πρόβλημα, μόνο 3 γονείς από τους 15 αποδέχτηκαν, κατά τους ίδιους τη νόσο των παιδιών τους συγκριτικά με τους υπόλοιπους 12 οι οποίοι αισθάνθηκαν δυσάρεστα.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου έχουμε σχηματίσει μια πυραμίδα που απεικονίζει την πορεία των συναισθημάτων των γονέων από την έναρξη της νόσου ως τη φάση αποκατάστασης, με σκοπό να παρατηρήσουμε την κλιμάκωση των συναισθηματικών τους αντιδράσεων. Χωρίσαμε αυτήν την πυραμίδα σε τρεις φάσεις:

- 1^η φάση: Πρόληψη – Ενημέρωση
- 2^η φάση: Νοσηλεία – Θεραπεία
- 3^η φάση: Αποκατάσταση.

Παρατηρούμε ότι στην πρώτη φάση το συναίσθημα που επικρατεί σε όλους τους πατέρες είναι το άγχος. Το ίδιο συναίσθημα διακατέχει και την πλειοψηφία των μητέρων, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες οι μητέρες αισθάνθηκαν άρνηση και πανικό. Στη δεύτερη φάση κοινά ήταν τα συναισθήματα της απογοήτευσης και του φόβου που παρατηρήθηκαν τόσο στις περισσότερες μητέρες όσο και στους περισσότερους πατέρες. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι ορισμένες από τις μητέρες ένιωσαν συναισθήματα θλίψης και

λύπης σε αντίθεση με τους πατέρες, οι οποίοι δεν εκδήλωσαν ανάλογα συναισθήματα. Όσον αφορά την τρίτη φάση της αποκατάστασης, που αποτελεί το κύριο μέρος της μελέτης μας, βλέπουμε ότι και οι μητέρες και οι πατέρες αποδέχτηκαν το πρόβλημα του παιδιού τους αλλά δεν έπαψαν να νιώθουν ανησυχία και ανασφάλεια για τη μελλοντική επαγγελματική του αποκατάσταση.

Από τη συγκεκριμένη έρευνα φαίνεται ότι το κυρίαρχο συναίσθημα όλων των πατέρων είναι το άγχος κατά την πρώτη περίοδο εμφάνισης των συμπτωμάτων της νόσου συγκριτικά με τις μητέρες, οι οποίες εκδήλωσαν ανάμεικτα συναισθήματα άγχους, πανικού και άρνησης. Στη συνέχεια κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής το άγχος που αισθάνθηκαν τόσο οι πατέρες όσο και οι μητέρες στην πρώτη φάση, αντικαθίσταται από ένα αίσθημα απογοήτευσης. Τελικά, στην τρίτη φάση οι γονείς αισθάνονται πιο ήρεμοι αφού το παιδί βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης έχοντας ακολουθήσει μια σειρά απαραίτητων θεραπευτικών διαδικασιών και φαίνεται να έχουν αποδεχτεί το πρόβλημα του παιδιού τους. Από την άλλη πλευρά, έκδηλη είναι η ανασφάλεια που νιώθουν σε ό,τι αφορά τόσο την επαγγελματική αποκατάσταση των παιδιών τους όσο και το πώς θα αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής μόνα τους, όταν οι ίδιοι πεθάνουν.

Θα μπορούσαμε επομένως, να συμπεράνουμε ότι οι γονείς στην πλειοψηφία τους έδειξαν ενδιαφέρον για τη νόσο που αντιμετωπίζει το παιδί. Δεν παραιτήθηκαν αλλά κινητοποιήθηκαν άμεσα και στήριξαν το παιδί κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Κατά τα λεγόμενά τους, τώρα πια, που το παιδί

βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης είναι πιο ήρεμο και οι γονείς φαίνεται να έχουν αποδεχτεί την κατάσταση. Αρκετοί όμως ήταν και οι γονείς που ανησυχούσαν για τη μελλοντική αποκατάσταση του παιδιού τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με τη συνεργασία της επίπτριας Σικελιανού Δέσποινας συντάξαμε το παρακάτω ερωτηματολόγιο για να μελετήσουμε τη στάση και τη συμπεριφορά των γονέων για τη σχιζοφρενική νόσο των ενήλικων τέκνων τους ηλικίας 18-33 ετών στο στάδιο της αποκατάστασης.

1. Από πόσα μέλη αποτελείται η οικογένειά σας;

2. Στοιχεία γονέων

	Φύλο	Ηλικία
Ανδρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γυναίκα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Στοιχεία τέκνου που έχει το πρόβλημα

	Φύλο	Ηλικία
Αγόρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κορίτσι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Στοιχεία αδελφών

	Αριθμός Αγοριών				Αριθμός Κοριτσιών			
Φύλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ηλικία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Τύπος οικογένειας

- Πυρηνική
- Εκτεταμένη
- Μονογονεϊκή
- Διαζευγμένος / η
- Χήρος / α
- Άγαμη μητέρα
- Άλλο

6. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

- | | Πατέρας | Μητέρα |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| • Α.Ε.Ι. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Τ.Ε.Ι. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Λύκειο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Γυμνάσιο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Δημοτικό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Αναλφάβητος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Άλλο | | |

7. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;

- | | Πατέρας | Μητέρα |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Δημόσιος Υπάλληλος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ιδιωτικός Υπάλληλος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ελεύθερος Επαγγελματίας | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Έμπορος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Οικιακά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Υποασχολούμενος / μενη | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Συνταξιούχος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Άνεργος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Προσδιορίστε την ειδικότητά σας | | |

8. Ποια είναι η οικονομική σας κατάσταση;

- | | Πατέρας | Μητέρα |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • 0 έως 5.869,4 € | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 5.869,4 € έως 14.673,5 € | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 14.673,5 € και άνω | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο του γιου ή της κόρης σας που αντιμετωπίζει τη συγκεκριμένη νόσο;

- Α.Ε.Ι.
- Τ.Ε.Ι.
- Λύκειο
- Γυμνάσιο
- Δημοτικό
- Αναλφάβητος
- Άλλο.....

10. Ποια είναι η επαγγελματική απασχόληση του γιου ή της κόρης σας;

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Υποασχολούμενος / μενη
- Άνεργος
- Άλλο

11. Κατά τη βρεφική ηλικία ο θηλασμός έγινε κανονικά;

ΝΑΙ ΟΧΙ

-

12. Σε ποια ηλικία το παιδί σας, σας χαμογέλασε;

13. Πώς νιώθατε όταν δίνετε το μητρικό χάδι;

- Χαρά
- Ικανοποίηση
- Αμηχανία
- Αδιαφορία / Απάθεια
- Άγχος
- Θυμός
- Άλλο

14. Σε ποια ηλικία «παίζατε» για πρώτη φορά με το παιδί σας;

- | | Πατέρας | Μητέρα |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Βρεφική ηλικία (0-2 ετών) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Νηπιακή Ηλικία (3-5 ετών) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Άλλο..... | | |

15. Πότε αποχωρίστηκε την αγκαλιά σας;

- 1 ετών
- 2 ετών
- 3 ετών
- Άλλο

16. Ποια συναισθήματα σας προκλήθηκαν μετά τον αποχωρισμό;

- Λύπη
- Ανασφάλεια
- Αμηχανία
- Απάθεια
- Άγχος
- Ανακούφιση
- Ευχαρίστηση
- Ικανοποίηση
- Άλλο

17. Το παιδί σας πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

*(Αν όχι απαντήστε στην επόμενη ερώτηση)

18. Για ποιο λόγο το παιδί σας δεν πήγε κανονικά στην Α' Δημοτικού;

19. Πώς νιώσατε την πρώτη μέρα που το παιδί σας πήγε στην Α' Δημοτικού;

- Ενθουσιασμός / Χαρά
- Ικανοποίηση
- Αδιαφορία / Απάθεια
- Φόβο
- Άγχος
- Ανασφάλεια
- Άλλο

20. Ποιες ήταν οι συναισθηματικές εκδηλώσεις του παιδιού σας, όταν πήγε στην Α' Δημοτικού;

- Ενθουσιασμός / Χαρά
- Ικανοποίηση
- Αδιαφορία / Απάθεια
- Άρνηση
- Φόβος
- Θλίψη / Λύπη
- Άγχος
- Ανασφάλεια
- Άλλο

21. Ποια ήταν η επίδοση του παιδιού σας στην Α' Δημοτικού;

- Καλή επίδοση
- Μέτρια επίδοση
- Κακή Επίδοση
- Άλλο

22. Πώς θα περιγράφατε τη συμπεριφορά του παιδιού σας στην Α' Δημοτικού;

- Θετική
- Αρνητικά
- Κοινωνική
- Έντονα κοινωνική
- Καθόλου κοινωνική
- Επιθετική
- Έντονα επιθετική
- Με έντονη προσκόλληση σε άλλα άτομα
- Άλλο

23. Σε ποια ηλικία διαπιστώσατε ότι το παιδί σας παρουσιάζει μια κάποια διαφορετική συμπεριφορά από τα άλλα παιδιά;

- 7 έως 12 ετών
- 12 έως 15 ετών
- 15 έως 18 ετών
- Άλλο

24. Πείτε μας τον τρόπο που εκδήλωσε αυτή τη συμπεριφορά;

25. Ποιες ήταν οι δικές σας αντιδράσεις;

- Συζήτηση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας
- Επίσκεψη σε κάποια υπηρεσία ή ειδικό
- Σε ποια υπηρεσία ή ειδικό:.....
- Άλλο

26. Είχατε αντιληφθεί ότι το παιδί σας μίλαγε για πράγματα «παράξενα» όπως:

- Ιστορίες που αφορούσαν τέρατα, κακές μάγισσες
- Ότι το κυνηγούσαν
- Ότι έβλεπε οράματα
- Ότι «άκουγε» να του μιλούν πρόσωπα που δεν ήταν παρόντα
- Να θεωρεί τα παιχνίδια του ως πραγματικούς ήρωες της ζωής του
- Άλλο

27. Πώς θα περιγράφατε τα συναισθήματά σας όταν ανακαλύψατε ότι το παιδί σας μίλαγε για αυτά τα πράγματα;

- Ανησυχία
- Αμηχανία
- Άγχος
- Φόβος
- Πανικός
- Αδιαφορία
- Άλλο

28. Με ποιον τρόπο αντιμετωπίσατε αυτή τη συμπεριφορά του παιδιού σας τότε;

- Συζήτηση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας
- Επίσκεψη σε κάποια υπηρεσία ή ειδικό
- Σε ποια υπηρεσία ή ειδικό:.....
- Άλλο

29. Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση του ύπνου στο παιδί σας τότε;

- Ήσυχος
- Ανήσυχος (εφιάλτες, οράματα)
- Υπνοβασία
- Άλλο

30. Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση του ύπνου στο παιδί σας σήμερα;

- Ήσυχος
- Ανήσυχος (εφιάλτες, οράματα)
- Υπνοβασία
- Άλλο

31. Είχε πέσει ποτέ στην αντίληψή σας ότι το παιδί σας μπορεί να έκανε χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών;
 ΝΑΙ ΟΧΙ

* (Αν ναι απαντήστε στις 3 επόμενες ερωτήσεις)

32. Σε ποια ηλικία το αντιληφθήκατε;

33. Ποια ήταν η δική σας αντιμετώπιση απέναντι σ' αυτή την κατάσταση;

- Συζήτηση με το ίδιο το παιδί
- Συζήτηση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας
- Επίσκεψη σε κάποια υπηρεσία ή ειδικό
- Σε ποια υπηρεσία ή ειδικό:.....
- Άλλο

34. Ποιες συνθήκες συνέβαλλαν, κατά τη γνώμη σας, για να συμβεί αυτό;

- Κακή επικοινωνία
- Άγχος
- Βίαη / Επιθετική συμπεριφορά
- Διαταραγμένες σχέσεις μέσα στην οικογένεια
- Χωρισμός / Διαζύγιο
- Άλλο

35. Πότε επισκεφθήκατε για πρώτη φορά κάποιον ειδικό ή υπηρεσία;

- Πολλά χρόνια πριν
- Πρόσφατα
- Άλλο

36. Εσείς υποστηρίζετε τώρα από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

* (Αν ναι απαντήστε στις 2 επόμενες ερωτήσεις)

37. Από ποιον ειδικό;

- Ψυχολόγο
- Κοινωνικό Λειτουργό
- Ψυχίατρο
- Άλλο

38. Πώς θα κρίνατε αυτή την υποστήριξη;

- Πολύ βοηθητική
- Μέτρια βοηθητική
- Καθόλου βοηθητική
- Άλλο

39. Πώς θα κρίνατε την υποστήριξη του παιδιού σας, που ήδη δέχεται, από το κέντρο;

- Πολύ βοηθητική
- Μέτρια βοηθητική
- Καθόλου βοηθητική
- Άλλο

40. Είχαν υποστηριχτεί τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία τότε;

- ΝΑΙ ΟΧΙ
-

41. Υποστηρίζονται τα άλλα μέλη της οικογένειας από κάποιον ειδικό ή υπηρεσία τώρα;

- ΝΑΙ ΟΧΙ
-

* (Αν ναι απαντήστε στην επόμενη ερώτηση)

42. Ποια μέλη της οικογένειας υποστηρίζονται και από ποιον ειδικό;

43. Πώς αισθανθήκατε μόλις πληροφορηθήκατε ότι το παιδί σας πάσχει από μια τέτοια ψυχική νόσο;

- Πολύ άσχημα
- Μέτρια άσχημα
- Άσχημα
- Καθόλου άσχημα
- Άλλο

44. Πώς αισθανθήκατε μετά την πληροφόρησή σας γι' αυτό το πρόβλημα;

- Θυμό
- Οργή
- Αγανάκτηση
- Πανικό
- Άλλο

45. Πώς πιστεύετε ότι αντιμετώπισε το πρόβλημα αυτό το συγγενικό σας περιβάλλον τότε;

- Ουδέτερα
- Θετικά
- Αρνητικά
- Μέτρια Αρνητικά
- Πολύ αρνητικά
- Αδιάφορα
- Άβολα
- Άλλο

46. Πώς θα χαρακτηρίζατε τη στάση των συγγενών σας απέναντι στο παιδί σας;

- Με θετική ανταπόκριση
- Με συμπάρασταση
- Με αρνητική στάση / προκατάληψη
- Με απάθεια
- Άλλο

47. Πώς θα χαρακτηρίζατε τη στάση των συγγενών σας απέναντι σε εσάς;

- Με θετική ανταπόκριση
- Με συμπάρασταση
- Με αρνητική στάση / προκατάληψη
- Με απάθεια
- Άλλο

48. Θα μπορούσατε να περιγράψετε τους πιο πιθανούς λόγους εμφάνισης της νόσου πλέον;

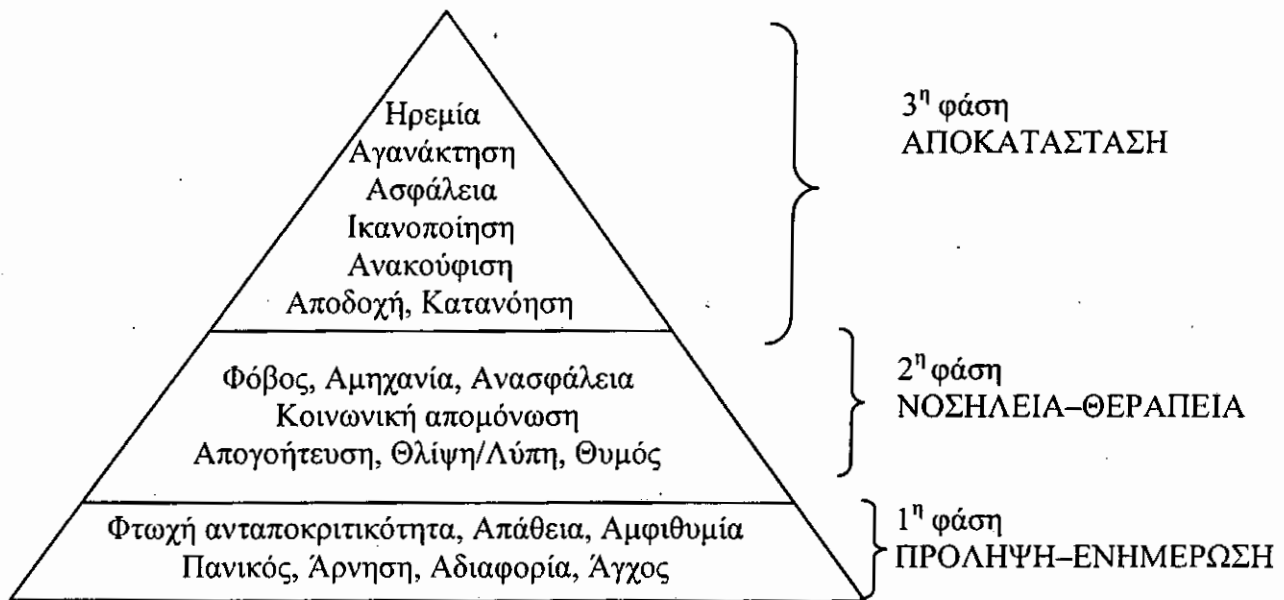
49. Πώς θα περιγράφατε τη συμπεριφορά του παιδιού σας σήμερα;

- Κοινωνική
- Μέτρια κοινωνική
- Καθόλου κοινωνική
- Επιθετική
- Μέτρια επιθετική
- Καθόλου επιθετική
- Αδιάφορη
- Μέτρια αδιάφορη
- Καθόλου αδιάφορη
- Άλλο

50. Ποια είναι τα συναισθήματα του παιδιού σας σήμερα που βρίσκεται στο στάδιο της αποκατάστασης;

- Ηρεμία / Ασφάλεια
- Ανακούφιση
- Αυτοπεποίθηση
- Ευχαρίστηση / Ικανοποίηση
- Άλλο

51. Περιγράψτε μας τα συναισθήματά σας κατά την πορεία της νόσου.



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η καθιέρωση συμπτωμάτων – διαγνωστικών κριτηρίων της νόσου άρχισε από τον Bleuler (1919), συνεχίστηκε αργότερα από τον Schneider και άλλους και τα τελευταία χρόνια την ανέλαβαν διάφοροι παγκόσμιοι φορείς, όπως η επιτροπή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (σύστημα ICD) και η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (σύστημα DSM).

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη, 1991, διάφοροι ερευνητές και σχολές που δημιούργησαν, χρησιμοποίησαν και χρησιμοποιούν πάνω-κάτω διαφορετικά κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Έτσι, ο Kraepelin και οι οπαδοί της οργανικής ψυχιατρικής θεώρησαν ως παθογνωμονικό στοιχείο την εξελικτική πορεία της αρρώστιας, την πιθανότητα να καταλήγει σε πρόωμη άνοια. Βασικά, τα κριτήρια που είχαν περισσότερο σημασία για τον Kraepelin ήταν κυρίως τα παραληρήματα, οι ψευδαισθήσεις και διάφορες ψυχοκινητικές ανωμαλίες της συμπεριφοράς, δηλαδή συμπτώματα που αφορούσαν σε μια «παραμελημένη» μορφή σχιζοφρένειας, όπως συνέβαινε εκείνη την εποχή. Από την άλλη ο Bleuler χωρίς να διαφωνεί ουσιαστικά με την άποψη του Kraepelin έδωσε πρωταρχική σημασία στον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αισθάνεται ο σχιζοφρενικός ασθενής, επισημαίνοντας τέσσερα σημεία αναφοράς, τα γνωστά «4 άλφα του Bleuler», δηλαδή τη χάλαση των συνειρμών, το ακαταλόγιστο συναίσθημα, την αμφιθυμία και τον αυτισμό.

Στη Ευρώπη, ωστόσο, ο Χαρτοκόλλης, 1991, αναφέρει ότι επικράτησε η άποψη του Kraepelin σε συνδυασμό με τις τροποποιήσεις του Γερμανού ερευνητή Shneider. Κατά αυτόν η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από 2 κατηγορίες συμπτωμάτων ή σημείων: τα σημεία της πρώτης σειράς που

περιλαμβάνουν τις ακουστικές και τις σωματικές ψευδαισθήσεις και τα σημεία δεύτερης σειράς που έχουν σχέση με άλλες μορφές ψευδαισθήσεων, συναισθήματα αμηχανίας, δυσφορίας, ευφορίας, συναισθηματικής άμβλυωσης. Παράλληλα στη Σοβιετική Ένωση, η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται με βασικό κριτήριο την πορεία της διαταραχής. Η άποψη αυτή αναπτύχθηκε από το Ινστιτούτο Ψυχιατρικής της Ακαδημίας των Ιατρικών Επιστημών στη Μόσχα, με την καθοδήγηση του κορυφαίου ψυχιάτρου της χώρα, Αντρέι Σνιεζνέφσκι. Έτσι, με βάση αυτή την άποψη, διακρίνονται τρεις μορφές σχιζοφρένειας: η συνεχής μορφή, η περιοδική μορφή και η μεικτή ή λανθάνουσα προοδευτική μορφή.

Ανεξάρτητα από τα παραπάνω, ο Μάνος, 1997, αναφέρει ότι τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια κατά το DSM-IV είναι τα ακόλουθα:

1. Χαρακτηριστικά συμπτώματα. Δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα, διάρκειας τουλάχιστον ενός μήνα θα πρέπει να διαπιστώνονται κατά την κλινική εξέταση:

- α) Παραληρητικές ιδέες (διάφορου τύπου)
- β) Ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές)
- γ) Αποδιοργάνωση της ομιλίας (π.χ. ασυναρτησία, εκτροχιασμός λόγου)
- δ) Αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς και κατατονικά συμπτώματα
- ε) Αρνητικά συμπτώματα

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν οι παραληρητικές ιδέες έχουν παράδοξο περιεχόμενο ή οι ψευδαισθήσεις αναφέρονται στη σχολιασμό της συμπεριφοράς ή των σκέψεων ή αν οι φωνές συνομιλούν μεταξύ τους, τότε

αρκεί ένα από τα παραπάνω συμπτώματα για να ικανοποιηθεί το κριτήριο αυτό.

2. Δυσλειτουργία κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής. Η δυσλειτουργία θα πρέπει να αφορά μία ή περισσότερες λειτουργίες (εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις), θα πρέπει να υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα την έναρξη της νόσου και σε βαθμό μεγαλύτερο συγκριτικά με την προνοσηρή λειτουργικότητα.

3. Διάρκεια. Θα πρέπει να διαπιστώνεται η συνεχής παρουσία των συμπτωμάτων επί 6 τουλάχιστον μήνες. Μέσα σ' αυτό το διάστημα και για ένα μήνα τουλάχιστον τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να είναι εν ενεργεία. Μπορεί όμως να υπάρχουν και πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα.

4. Αποκλεισμός σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής της διάθεσης. Δε θα πρέπει να περιλαμβάνονται η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η παραληρητική μελαγχολία και ο εξεταστής θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι μείζονα καταθλιπτικά, μανιακά ή μεικτά επεισόδια δε συμπίπτουν με την παρουσία των εν ενεργεία συμπτωμάτων του πρώτου κριτηρίου και αν συμπίπτουν θα πρέπει να είναι βραχύτερης διάρκειας.

5. Θα πρέπει να αποκλείονται δευτερογενή σχιζοφρενικά συμπτώματα (λόγω ουσιοεξάρτησης ή σωματικής νόσου). Αν υπάρχει ιστορικό διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, π.χ. αυτισμού, η διάγνωση της σχιζοφρένειας θα πρέπει να γίνεται μόνο εάν ικανοποιείται το πρώτο κριτήριο.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ποικιλία και η ιδιαιτερότητα των συμπτωμάτων κάνουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας εύκολη. Στην πράξη όμως κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Κλασσικά σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να ανήκουν στην εικόνα άλλης ψυχικής διαταραχής και αρκετά οργανικά συμπτώματα συγχέονται με τη σχιζοφρένεια. Γι' αυτό είναι σκόπιμη η διαφορική διάγνωση της νόσου. Ο Χαρτοκόλλης, 1991, αναφέρει ότι η διαφορική διάγνωση θα εξαρτηθεί από συμπτώματα που δεν υπάρχουν στη σχιζοφρένεια και από περιστασιακά κριτήρια όπως η ηλικία, η διάρκεια της διαταραχής, το επίπεδο λειτουργικότητας του αρρώστου στην επαγγελματική και κοινωνική του ζωή, κυρίως πριν την εμφάνιση της νόσου.

Έτσι, λοιπόν, η διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας θα πρέπει να γίνει από:

- Διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή
- Παραληρητική διαταραχή
- Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.
- Βαριές εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης, π.χ. αυτισμός.
- Σχιζότυπη, σχιζοειδής ή παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας.
- Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή

- Υποχονδρίαση
- Διαταραχή αποπροσωποποίηση
- Ακατανόητα προσποιητή διαταραχή. (Μάνος, 1997).
- Οργανικά σύνδρομα, όπως είναι τα φαραμοκοτοξικά και τα ανοϊκά σύνδρομα, η κροταφική επιληψία, κ.ά. τα οποία συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.
- Συναισθηματικές διαταραχές στις οποίες επικρατεί ευφορικό συναίσθημα, ιδέες μεγαλείου, άσκοπη υπερδραστηριότητα ή καταθλιπτικό συναίσθημα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ιδέες με μελαγχολικό περιεχόμενο, ψυχοκινητική αναστολή.
- Νευρωσικές διαταραχές δηλαδή συμπτώματα διασχιστικού τύπου, φοβικές και ψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις, κ.ά.
- Σωματικά νοσήματα, π.χ. φλεγμονές του ΚΝΣ, όγκοι, άνοιες διάφορου τύπου, Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, ουσιοεξαρτήσεις, κ.ά. (Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998).

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΟΚ) ΑΡΙΘ. 815/84 ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ 26ΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΥ 1984 ΓΙΑ ΕΚΤΑΚΤΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΥΠΕΡ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Έχοντας υπόψη:

τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας και ιδίως το άρθρο 235, την πρόταση της Επιτροπής, τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, τη γνώμη της Οικονομική και Κοινωνικής Επιτροπής,

Εκτιμώντας:

ότι οι ιδιομορφίες της ελληνικής οικονομίας, τόσο όσον αφορά το βαθμό ανάπτυξής της όσο και τις δομές της, καθιστούν αναγκαία τη χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την Κοινότητα κυρίως στον κοινωνικό τομέα·

ότι πρέπει να εξασφαλιστεί οικονομική ενίσχυση στην Ελληνική Δημοκρατία για την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης αφενός, και κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αφετέρου·

ότι, όσον αφορά τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, η οικονομική ενίσχυση πρέπει να περιορίζεται στις αστικές περιοχές με τη μεγαλύτερη

πυκνότητα πληθυσμού (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) όπου το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης δεν μπορεί να παρέμβει·

ότι, για να εξασφαλισθεί ένας συνεκτικός σχεδιασμός και για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων, πρέπει τα σχέδια τα οποία θα κληθεί να ενισχύσει η Κοινότητα να εντάσσονται στα πλαίσια προγραμμάτων·

ότι η ανέγερση, η διαρρύθμιση και ο κατάλληλος εξοπλισμός των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης αφενός, και των κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αφετέρου, συμβάλλουν στην πραγματοποίηση των στόχων της Κοινότητας στον κοινωνικό τομέα και στη βελτίωση των όρων πρόσβασης της Ελληνικής Δημοκρατίας στη συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου·

ότι η συνθήκη δεν προβλέπει τις ειδικές εξουσίες δράσης για την έκδοση του παρόντος κανονισμού,

ΕΞΕΔΩΣΕ ΤΟΝ ΠΑΡΟΝΤΑ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ:

Άρθρο 1

Ο παρών κανονισμός προβλέπει, για τη χρονική περίοδο από 1^{ης} Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου 1988 μια έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για:

- α) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης·
- β) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Άρθρο 2

Στα προηγούμενα που αναφέρονται στο άρθρο 1 διευκρινίζεται:

- α) ο αριθμός και η τοποθεσία των κέντρων που θα ιδρυθούν και θα διαρρυθμιστούν·
- β) η δυνατότητα κάθε κέντρου εκφραζόμενη σε αριθμό θέσεων:
 - κατάρτισης και στέγασης, ή
 - αποκατάστασης και στέγασης
- γ) ο προορισμός κάθε κέντρου όσον αφορά τις δραστηριότητές του στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης ή της αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση, καθώς και ο ρόλος κάθε κέντρου στα πλαίσια της πολιτικής επαγγελματικής κατάρτισης ή αποκατάστασης·
- δ) το κόστος κάθε κέντρου και ο τρόπος χρηματοδότησής του·
- ε) για κάθε κέντρο, ο χρόνος που απαιτείται για την ανέγερση ή διαρρύθμιση·

- στ) ο απαραίτητος εξοπλισμός για κάθε κέντρο·
- ζ) οι ανάγκες σε προσωπικό κάθε κέντρου, οι απαιτούμενες ειδικότητες και η απαιτούμενη κατάρτιση.

Άρθρο 3

1. Πριν από την 1^η Ιουνίου 1984, η Ελληνική Δημοκρατία ανακοινώνει στην Επιτροπή τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1.

2. Πριν από την 1^η Απριλίου κάθε χρόνου και για πρώτη φορά το 1985, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει έκθεση στην Επιτροπή για την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην εκτέλεση των προγραμμάτων αυτών, καθώς και για τις τροποποιήσεις που έχουν γίνει σ' αυτά.

3. Η Επιτροπή μπορεί να διατυπώσει συστάσεις προς την Ελληνική Δημοκρατία όσον αφορά τα εν λόγω προγράμματα.

Άρθρο 4

1. Το ποσό που κρίνεται απαραίτητο για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων που αναφέρονται στο άρθρο 1 ανέρχεται σε 120 εκατομμύρια ECU για πέντε χρόνια.

2. Στα πλαίσια των πιστώσεων που εγγράφονται κάθε χρόνο για το σκοπό αυτό στο γενικό προϋπολογισμό των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, μπορεί να παρασχεθεί οικονομική ενίσχυση με τη μορφή επιδότησης για τα σχέδια ανέγερσης, διαρρύθμισης ή εξοπλισμού κέντρων που εντάσσονται στα πλαίσια ενός από τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, λαμβάνοντας υπόψη

της τυχόν συστάσεις που διατυπώνει η Επιτροπή. Πάντως, όσον αφορά το πρόγραμμα που αναφέρεται στο άρθρο 1 στοιχείο α), από αυτή τη συνδρομή μπορούν να επωφεληθούν μόνο τα σχέδια που εκτελούνται στις ζώνες στις οποίες δεν είναι δυνατή η παρέμβαση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης.

Άρθρο 5

1. Οικονομική ενίσχυση μπορεί να χορηγηθεί μόνο για τις δαπάνες που προορίζονται να καλύψουν:

- α) την ανέγερση νέων κέντρων καθώς και την επέκταση και τη διαρρύθμιση κτιρίων που υπάρχουν ήδη, συμπεριλαμβανομένων και των αμοιβών αρχιτεκτόνων και μηχανικών, εφόσον αυτό είναι αναγκαίο·
- β) τον εξοπλισμό των κέντρων·
- γ) τα προγράμματα δοκιμαστικής εφαρμογής που σκοπό έχουν να αναδείξουν τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους για την εκτέλεση του προγράμματος του άρθρου 1 στοιχείο β)·
- δ) τις περιόδους πρακτικής εξάσκησης για την ειδική κατάρτιση των ιατρών, νοσοκόμων, βοηθών ιατρικών επαγγελματιών και κοινωνικών λειτουργών.

2. Για τα σχέδια τα σχετικά με τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, η οικονομική ενίσχυση της Κοινότητας χορηγείται σε ποσοστό 55% των επιλέξιμων δημοσίων δαπανών.

3. Κατά την έγκριση των σχεδίων πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια, ώστε η κοινοτική οικονομική ενίσχυση να αφορά περιορισμένο αριθμό κέντρων που θα αξίζει ιδιαίτερα να προωθηθούν.

Άρθρο 6

1. Πριν από την 1^η Ιουνίου 1984 και, στη συνέχεια, πριν από την 1^η Απριλίου κάθε χρόνου, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει στην Επιτροπή τις αιτήσεις της για τη χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης. Οι αιτήσεις αυτές περιέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να διαπιστώνεται αν τα σχέδια για τα οποία ζητείται ενίσχυση συμβιβάζονται με τον παρόντα κανονισμό και με τους στόχους της κοινοτικής πολιτικής στην οποία εντάσσονται, καθώς και τις προβλέψεις των δαπανών και το χρονοδιάγραμμα των αντίστοιχων εργασιών και πληρωμών.

2. Η Επιτροπή μπορεί να ζητήσει οποιαδήποτε πρόσθετη πληροφορία είναι απαραίτητη για την εξέταση των σχεδίων για τα οποία ζητείται οικονομική ενίσχυση, μπορεί δε να διατυπώσει συστάσεις για τα σχέδια αυτά.

Άρθρο 7

1. Η Επιτροπή αποφασίζει για τις αιτήσεις οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 11.

2. Οι αποφάσεις σύμφωνα με τις οποίες χορηγείται οικονομική ενίσχυση δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Άρθρο 8

1. Ποσό ίσο με το 60% της χορηγούμενης οικονομικής ενίσχυσης προκαταβάλλεται αμέσως μόλις η Ελληνική Δημοκρατία βεβαιώσει ότι άρχισε η εκτέλεση του σχεδίου.

2. Η Επιτροπή καταβάλλει το υπόλοιπο της οικονομικής ενίσχυσης, μετά από αίτηση την οποία υποβάλλει η Ελληνική Δημοκρατία μέσα σε δώδεκα μήνες από την περάτωση του σχεδίου. Η αίτηση αυτή περιλαμβάνει γενική κατάσταση των δαπανών συνοδευόμενη από βεβαίωση της Ελληνικής Δημοκρατίας σχετική με την ακρίβεια των γεγονότων και των στατιστικών στοιχείων της γενικής αυτής κατάστασης. Κατά την καταβολή του υπολοίπου, η Επιτροπή λαμβάνει υπόψη τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην ετήσια έκθεση που αναφέρεται στο άρθρο 3 παράγραφος 2.

Άρθρο 9

1. Η Επιτροπή εξακριβώνει αν κάθε σχέδιο εκτελείται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος κανονισμού και με τις διατάξεις που έχουν θεσπισθεί δυνάμει του άρθρου 209 της συνθήκης. Για το σκοπό αυτό η Ελληνική Δημοκρατία θέτει στη διάθεση της Επιτροπής όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες και λαμβάνει, όσον αφορά τα σχέδια για τα οποία χορηγείται οικονομική ενίσχυση, κάθε μέτρο για να διευκολύνει τους αναγκαίους ελέγχους, συμπεριλαμβανομένων και ελέγχων στον τόπο των έργων. Η Ελληνική Δημοκρατία τηρεί στη διάθεση της Επιτροπής, κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου πέντε ετών μετά την καταβολή του υπολοίπου που

αναφέρεται στο άρθρο 8 παράγραφος 2, όλα τα δικαιολογητικά έγγραφα των δαπανών.

2. Αν ένα σχέδιο δεν εκτελεσθεί σύμφωνα με τον παρόντα κανονισμό ή αν η οικονομική ενίσχυση δεν χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τους όρους που ορίζονται στην εγκριτική απόφαση, η Ελληνική Δημοκρατία είναι υποχρεωμένη να επιστρέψει τα αχρεωστήτως καταβληθέντα ποσά.

Άρθρο 10

1. Συγκροτείται επιτροπή αποτελούμενη από εκπροσώπους των κρατών μελών της οποία προεδρεύει εκπρόσωπος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

2. Στα πλαίσια της επιτροπής αυτής, οι ψήφοι των κρατών μελών σταθμίζονται όπως προβλέπεται στο άρθρο 148 παράγραφος 2 της συνθήκης. Ο πρόεδρος δεν συμμετέχει στην ψηφοφορία.

Άρθρο 11

1. Στην περίπτωση που γίνεται αναφορά στη διαδικασία του παρόντος άρθρου, η επιτροπή συγκαλείται από τον πρόεδρό της, είτε με δική του πρωτοβουλία είτε με αίτηση εκπροσώπου ενός κράτους μέλους.

2. Ο εκπρόσωπος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων υποβάλλει τα σχέδια αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν. Η επιτροπή διατυπώνει τη γνώμη της για τα σχέδια αυτά μέσα σε προθεσμία που ορίζεται

από τον πρόεδρο σε συνάρτηση με τον επείγοντα χαρακτήρα των θεμάτων που εξετάζονται. Αποφασίζει με πλειοψηφία ψήφων.

3. Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων λαμβάνει αποφάσεις αμέσου ισχύος. Αν όμως δεν είναι σύμφωνες με τη γνώμη της επιτροπής, οι αποφάσεις αυτές γνωστοποιούνται αμέσως από την Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στο Συμβούλιο. Στην περίπτωση αυτή, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αναβάλλει την εφαρμογή των αποφάσεων που έλαβε για δύο το πολύ μήνες από τη γνωστοποίηση. Το Συμβούλιο μπορεί, με ειδική πλειοψηφία, να λάβει διαφορετική απόφαση εντός προθεσμίας δύο μηνών.

Άρθρο 12

Το αργότερο μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1992, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων θα υποβάλει στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έκθεση σχετικά με την εφαρμογή του παρόντος κανονισμού.

Άρθρο 13

Ο παρών κανονισμός αρχίζει να ισχύει την επομένη της δημοσίευσής του στην Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Ο παρών κανονισμός είναι δεσμευτικός ως προς όλα τα μέρη του και ισχύει άμεσα σε κάθε κράτος μέλος.

Βρυξέλλες, 26 Μαρτίου 1984,
Για το Συμβούλιο
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
M. ROCARD

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**ΒΙΒΛΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΑ**

- Βλάχος Ι., «Ψυχωτικές διαταραχές: Φαινομενολογία-Αιτιολογία-Πρόγνωση», Πρακτικά του 1^{ου} Επιστημονικού Συμποσίου στην Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Φεβρουάριος 2003, σελ. 13.
- Γεωργάς Δ., «Κοινωνική Ψυχολογία», Τόμος Α', δ' έκδοση, Αθήνα, 1995, σελ. 77, 81, 83-90.
- Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, Τόμος 56, εκδ. Πάπυρος, Αθήνα, 1993, σελ. 221-222.
- Ζερβής Χ., «Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα», εκδ. Ηλεκτρονικές Τέχνες, 1996, σελ. 167-169, 176-177, 180-182.
- Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., «Ψυχιατρική», εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη, 1998, σελ. 165-169, 172-175, 177-178.
- Καλαντζή Α.-Αζίζι - Παρίσης Ν., «Οικογένειας. Ψυχοκοινωνικές Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1990, σελ. 19-22, 72-80.
- Καλλινικάκι Θ., «Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998, σελ. 45-48, 126-130, 133-135, 139-148.
- Κατσορίδου - Παπαδοπούλου Χ., «Κοινωνική Εργασία με Ομάδες», εκδ. Έλλην, Αθήνα, 1993, σελ. 19-20, 159-164.

- Μαδιανός Μ.Γ., «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ανάπτυξη της», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994, σελ. 166-171, 172-179, 221, 223-224, 226-229, 232, 235, 242.
- Μαδιανός Μ.Γ., «Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994, σελ. 34-36, 40.
- Μαδιανός Μ.Γ., «Η μηλιά κάτω από το μήλο. Άτομο και οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999, σελ. 80-81.
- Μαδιανός Μ.Γ., «Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή», εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2000, σελ. 237, 298-303.
- Μάνος Ν., «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997, σελ. 133-135, 138-140, 144-147, 149-155.
- Μάνος Ν., «Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων», εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 2000, σελ. 103.
- Μουσούρου Λ.Μ., «Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Οικογένειας», εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 1998, σελ. 14-17.
- Παγκόσμιο Βιογραφικό Λεξικό, «Εκπαιδευτική Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια», Τόμος 1, Εκδοτική Αθηνών, σελ. 382.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995, σελ. 215-218, 228-229.

- Παρασκευόπουλος Ι.Ν., «Εξελικτική Ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση, Προγεννητική περίοδος – βρεφική ηλικία», Τόμος 1, Αθήνα, 1985, σελ. 51, 53.
- Ρασιδάκι Ν.Κ., «Στοιχεία Ψυχιατρικής», εκδ. Μ. Μωραΐτου – Σιδερίδη, Αθήνα, 1979, σελ. 15-19, 35-40, 54, 73.
- Σακελλαρόπουλος Π., «Επικινδυνότητα και Ψυχιατρική. Κείμενα από δύο συμπόσια για την ψυχιατρική, την επικινδυνότητα και τη δικαιοσύνη», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1990, σελ. 220, 236-257.
- Σακελλαρόπουλος Π., «Σχέσεις μητέρας – παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1998, σελ. 93-95, 97-98, 109-111, 114-116, 243, 247, 279-282.
- Τρικεριώτη Κλαίρη, «Σχιζοφρένεια και Οικογένεια», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1978, σελ. 147-151, 197-217, 253-262.
- Τσαλίκογλου Φ., «Σχιζοφρένεια και φόνος», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1989, σελ. 42-45.
- Τσαούσης Δ.Γ., «Η κοινωνία του ανθρώπου», εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 1998, σελ. 448.
- Τσιάντης Γ., «Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής», Θεραπευτικές προσεγγίσεις, γ' τόμος, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1989, σελ.
- Τσιάντης Γ., «Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας», Τεύχος Β', εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1993, σελ. 11-34.

- Χαρτοκόλλης Π., «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Β' έκδοση, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 1991, σελ. 29-34, 37, 161-162, 165-166, 169-172, 174-176, 180-183.
- Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες, «Ψυχιατρική», Α' Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις, 2000, σελ. 263, 266-271, 274, 276-282, 289-292.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Αγγελίδης Γ., «Περιοδική έκδοση ενημέρωσης και έκφρασης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου», Προσέγγιση, αρ. Τεύχους 14, Ιανουάριος-Ιούνιος: 16-17, 1990.
- Αϊβαζιάν Θ. – Αγγελίδης Γ., «Περιοδική έκδοση ενημέρωσης και έκφρασης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου», Προσέγγιση, αρ. Τεύχους 10: 19-22, 1994.
- Λυμπεροπούλου-Ντόντου Α., «Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού», Εγκέφαλος, αρ. Τεύχους 23: 322-324, 1986.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ντέιβιν Κούπερ, «Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική», εκδ. Ράππα, Αθήνα, 1967, σελ. 80-83.
- Rita Wicks – Nelson Allen, C. Israel, “Behaviour disorders of childhood”, Third edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, 07458, 1997, σελ. 328-329.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Louis Cohen, Lawrence Manion, «Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας», μετάφραση. Χρυσούλα Μητσοπούλου, Μάνια Φιλοπούλου, εκδ. Μεταίχμιο, Αθήνα, 2000, σελ. 122, 124.
- T. Lemperiere – A. Feline και συνεργάτες, «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων, στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα», Α' Τόμος, Επιμέλ. Σακελλαρόπουλος, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1995, σελ. 27.
- T. Lemperiere – A. Feline και συνεργάτες, «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων, στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα», Β' Τόμος, Επιμέλ. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1995, σελ. 392-393, 400-401, 474-477, 479-481, 484-485.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΑΡΘΡΑ

- Crisanti A.S., "Experiences with involuntary hospitalization: a qualitative study of mothers of adult children with schizophrenia", Schizophrenia Res, Sept., 29, 45(1-2): 79-81, 2000.
- Somporn Rungreangkuki και Catherine Chesia, "Smooth a Heart with Water: Thai Mothers Care for a Child with Schizophrenia", Arch Psychiatr. Nurs., Jun., 15(3): 120-127, 2001.
- Smith G.C., Hatfield A.B., Miller D.C., "Planning by older mothers for the future care of offspring with serious mental illness", Psychiatr. Res, Sept. 51(9): 1162-1166, 2000.

