

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ
ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΑ

THE TREATMENT OF MENTALLY
DISORDERED PERSONS FROM HEALTH
PROFESSIONALS AND SOCIETY

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΔΡ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΜΙΧΟΥ ΡΟΖΗ

ΣΤΕΡΓΙΟ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

ΠΑΤΡΑ 2014



Με την ελπίδα πως με την παρούσα πτυχιακή εργασία θα φέρουμε τον κόσμο ακόμη πιο κοντά...



Ευχαριστούμε πολύ την
κ.Μπατσολάκη για τις πολύτιμες
συμβουλές της.

Περίληψη

Ακόμη και στην εποχή μας, αν και έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό σημαντική τεχνολογική πρόοδος δεν έχουν εξαλειφθεί οι πάγιες προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, που αφορούν τη διαφορετικότητα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται κοινωνικός αποκλεισμός ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων.

Ο σκοπός της πτυχιακής μας εργασίας ήταν να διαπιστώσουμε την αντιμετώπιση που έχουν οι ψυχικά ασθενείς από την κοινωνία και τους επαγγελματίες υγείας τόσο σε προσωπικά ζητήματα όσο και στα επαγγελματικά τους θέματα. Στην έρευνα συμμετείχε ικανοποιητικά μεγάλο δείγμα πτυχιούχων νοσηλευτών αλλά και πολιτών άλλων ειδικοτήτων που κλήθηκε να απαντήσει σε ένα ερωτηματολόγιο. Συμπληρώθηκαν συνολικά 200 ερωτηματολόγια, απ' τα οποία τα 122 ήταν από επαγγελματίες υγείας και τα υπόλοιπα από πολίτες άλλων ειδικοτήτων. Διαπιστώθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας δε φαίνεται να αντιμετωπίζουν αρκετά διαφορετικά αυτό το σύνολο ατόμων απ' ότι οι απλοί πολίτες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δείχνει πως δεν θα απομόνωνε κάποιον ψυχικά διαταραγμένο απ' την παρέα (86,5%) αλλά ούτε και θα τον έδιωχνε απ' την εργασία του εάν είχε τη δυνατότητα (69%). Παρόλο αυτά όμως η πλειοψηφία δεν θα άφηνε το παιδί της να κάνει παρέα με κάποιο άλλο παιδί το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής ασθένειας (90%). Τέλος, διαπιστώθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας εάν μάθαιναν πως ο/η σύντροφός τους αντιμετωπίζει ψυχικά προβλήματα θα διέκοπταν τη σχέση τους μαζί του (21,35%) σε αντίθεση με τους άλλους πολίτες που ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό θα συνέχιζε αυτή τη σχέση (14,43%).

Συμπερασματικά διαπιστώθηκε πως σε ένα βαθμό οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται μειονεκτικά στην προσωπική τους ζωή τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους άλλους πολίτες.

Summary

Even in our times, despite the significant technological advances that have been achieved, established prejudices and stereotypes regarding diversity have not disappeared, resulting in the social isolation of fragile population groups.

The purpose of our thesis was to ascertain the handling of the mentally ill patients receive both from society and from health care providers as far as personal issues as well as professional issues is concerned. In the survey participated an adequately large sample of nursing graduates as well as people of different specialties who were asked to fill in a questionnaire. In total there were 200 questionnaires completed of which 122 were from health care providers and the rest from persons of different specialties. It was found that health care providers do not seem to handle this group of people very differently as compared to other persons of different specialties. The largest percentage of the asked participants indicates that it would neither isolate from the companionship (86,5%) nor dismiss them from work if it had such a possibility (69%). Nevertheless, the majority wouldn't allow their own child to be in the company with another child who is troubled by problems of mental illness (90%). Finally it was found that if health care providers were informed that their life partner faces psychiatric problems they would terminate their relationship with them (21,3%) contrary to persons of other specialties who in a quite large percentage would continue their relationship with them.

As a conclusion it was ascertained that up to a large extend mentally ill patients are handled disadvantageously in their personal lives both from health care providers as well as from persons of other specialties.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	2
Περίληψη	3
Summary	4
Περιεχόμενα	5
Εισαγωγή	9

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Σχέση ψυχολογίας – ψυχιατρικής.....	11
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ιστορική αναδρομή

2.1 Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα.....	12
2.2 Η γέννηση του κλάδου της ψυχιατρικής.....	13
2.3 Ιστορική αναδρομή των ψυχικών διαταραχών.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αναφορά στις ψυχικές ασθένειες

3.1 Σχιζοφρένεια.....	20
3.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία Σχιζοφρένειας.....	21
3.1.2 Αίτια-Συμπτώματα Σχιζοφρένειας.....	21
3.1.3 Κλινικές μορφές Σχιζοφρένειας.....	22
3.1.4 Διάγνωση Σχιζοφρένειας.....	23
3.1.5 Θεραπεία Σχιζοφρένειας.....	24
3.2 Κατάθλιψη.....	24
3.2.1 Αίτια – Συμπτώματα Κατάθλιψης.....	25

3.2.2	Θεραπεία Κατάθλιψης.....	27
3.3	Διπολική Διαταραχή.....	28
3.3.1	Που οφείλεται η Διπολική Διαταραχή.....	29
3.3.2	Αίτια – Συμπτώματα Διπολικής Διαταραχής.....	30
3.3.3	Τύποι Διπολικής Διαταραχής.....	31
3.3.4	Θεραπεία Διπολικής Διαταραχής.....	31
3.4	Φοβίες.....	32
3.4.1	Είδη Φοβιών.....	33
3.4.2	Συμπτώματα Φοβιών.....	35
3.4.3	Αίτια Φοβιών.....	36
3.4.4	Αίτια Φοβιών από την οικογένεια στο παιδί.....	37
3.4.5	Θεραπεία Φοβιών.....	37
3.5	Παράνοια.....	40
3.5.1	Αίτια – Συμπτώματα Παράνοιας.....	40
3.5.2	Τύποι Παραληρήματος.....	41
3.5.3	Θεραπεία Παράνοιας.....	42
3.6	Νευρική Ανορεξία.....	42
3.6.1	Αίτια Νευρικής Ανορεξίας.....	43
3.6.2	Συμπτώματα Νευρικής Ανορεξίας.....	43
3.6.3	Επιπλοκές Νευρικής Ανορεξίας.....	44
3.6.4	Θεραπεία Νευρικής Ανορεξίας.....	45
3.7	Ψυχογενής Βουλιμία.....	45
3.7.1	Αίτια Ψυχογενής Βουλιμίας.....	46
3.7.2	Συμπτώματα Ψυχογενής Βουλιμίας.....	46

3.7.3 Θεραπεία Ψυχογενούς Βουλιμίας.....	47
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Στερεότυπα και προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια

4.1 Χαρακτηριστικά που προκαλούν την εκδήλωση στιγματιστικής συμπεριφοράς.....	49
4.2 1 ^ο Στερεότυπο για την ψυχική ασθένεια.....	49
4.2.1 2 ^ο Στερεότυπο για την ψυχική ασθένεια.....	50
4.2.2 3 ^ο Στερεότυπο για την ψυχική ασθένεια.....	51
4.2.3 4 ^ο Στερεότυπο για την ψυχική ασθένεια.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτική παρέμβαση για τον περιορισμό του στίγματος της ψυχικής ασθένειας

5.1 Ο ρόλος της οικογένειας για τη βοήθεια ενός ψυχικά ασθενή.....	53
--	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της έρευνας.....	56
Σχεδιασμός της έρευνας.....	56
Πληθυσμός-Δείγμα έρευνας.....	56
Τόπος και χρόνος συλλογής.....	56
Συλλογή δεδομένων.....	56
Ηθικοί προβληματισμοί.....	57
Ανάπτυξη ερωτηματολογίου.....	57
Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση.....	57
Περιγραφική κατανομή.....	58
Στατιστικές συγκρίσεις.....	58

Αποτελέσματα.....	59
Συζήτηση.....	80
Περιορισμοί.....	81
Συμπέρασμα.....	82
Βιβλιογραφία.....	83
Παράρτημα.....	87

Εισαγωγή

Η ύπαρξη καλής ψυχικής υγείας αποτελεί ανεκτίμητο αγαθό τόσο για τον ίδιο τον άνθρωπο, όσο και για την κοινωνία, η οποία οφείλει να προάγει έναν ισορροπημένο τρόπο ζωής και να ενισχύει τη ζωτικότητα της κοινωνίας.

Η υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ. α. ⁽¹⁾

Ο όρος ψυχική υγεία περιγράφει «την κατάσταση ευημερίας κατά την οποία κάποιος αντιλαμβάνεται και αξιοποιεί τις ικανότητές του, είναι ικανός να αντιμετωπίσει το καθημερινό στρες, εργάζεται παραγωγικά και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινότητά του». Ο νέος κλάδος της θετικής ψυχολογίας έχει διευρύνει τον ορισμό σχετικά με την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνοντας στον ορισμό, την ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει ευχαρίστηση και ικανοποίηση από την ζωή, να διατηρεί την ισορροπία του και να διαθέτει ευελιξία. Ένας άλλος ορισμός σχετικά με την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνει και την ικανότητα διαμόρφωσης ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων. Όπως φαίνεται, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ψυχική υγεία και οι προσπάθειες για την εννοιολογική της οριοθέτηση αποδεικνύονται αρκετά δύσκολες ⁽¹⁾

Οι παράγοντες των ψυχικά ασθενών μπορούν να προκληθούν από βιολογικούς, ψυχολογικούς και άλλους παράγοντες. Συχνά, προβλήματα ψυχικής υγείας εμφανίζονται σε δεύτερο χρόνο, ως αντίδραση σε μια σειρά από παράγοντες που προκαλούν αδιέξοδα, μελαγχολία και απόγνωση. Αυτοί ονομάζονται ψυχοκοινωνικοί παράγοντες περιγράφοντας ακριβώς όλα εκείνα που μας κάνουν να αντιμετωπίζουμε στρεσογόνες και γενικότερα ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Δεν βιώνονται από όλους μας με τον ίδιο τρόπο και δε σημαίνει ότι οδηγούν αυτόματα σε ψυχικές ασθένειες, είναι όμως καταστάσεις που συνεισφέρουν ισχυρά σε αυτές τις κατευθύνσεις.

Η ύπαρξη όλων των παραπάνω παραγόντων είναι ικανή να προκαλέσει ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών που πιστοποιεί την ύπαρξη κακής ψυχικής υγείας. Ενδεικτικά, η

κακή ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνει τις αλλοιώσεις που υφίσταται ο ψυχισμός του ανθρώπου εξαιτίας των ψυχώσεων, των συναισθηματικών διαταραχών, της μείζονος ή ελάσσονος κατάθλιψης, των διαταραχών της προσωπικότητας, όπως και της ύπαρξης αγχώδους διαταραχής που είναι ιδιαίτερα κοινή στις μέρες μας και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τη διαταραχή πανικού, την αγοραφοβία, την κοινωνική φοβία, τον καταναγκασμό και ψυχαναγκασμό και το ψυχοτραυματικό στρες. Οι πιο κοινές ψυχικές διαταραχές στην Ευρώπη είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη προβλέπεται να είναι η σοβαρότερη αιτία ασθένειας στον αναπτυσσόμενο κόσμο.⁽²⁾

Να επισημάνουμε πως στα επόμενα χρόνια προβλέπεται να αυξηθεί δραματικά σε παγκόσμια κλίμακα ο αριθμός των ανθρώπων που θα νοσήσουν από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ στην έκθεση «Σχετικά με την βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού προς μία στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση (2006-2058)» που εξέδωσε το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο το έτος 2006, αναφέρεται πως «ένα στα τέσσερα άτομα στην Ευρώπη εκδηλώνει τουλάχιστον ένα σημαντικό επεισόδιο κακής ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της ζωής του.»⁽³⁾

Σύμφωνα με τα δεδομένα της ψυχιατρικής, οι κοινωνίες όπως και οι εκάστοτε κυβερνήσεις υποχρεούνται να παραμείνουν ευαισθητοποιημένες στα θέματα ψυχικής υγείας και να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα έναντι των ψυχικών διαταραχών έτσι ώστε να μπορέσει να υπάρξει μία ισορροπία ανάμεσα σε υγιείς και νοσούντες. Παρόλα αυτά, βέβαια, η κοινωνία μας δεν έχει ευαισθητοποιηθεί αρκετά για την βελτίωση ποιότητας ζωής αυτής της κατηγορίας ατόμων.⁽⁴⁾ Το κρίσιμο θέμα της ψυχικής υγείας κρίνεται απαραίτητο να προσεγγισθεί με συνέπεια και έκδηλο ενδιαφέρον, να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ των πασχόντων και των υπόλοιπων κοινωνικών ομάδων και να συνειδητοποιηθεί από όλους η αναγκαιότητα λήψης σοβαρών μέτρων για την άμβλυνση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά αρρώστων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Σχέση Ψυχολογίας - Ψυχιατρικής

Η σχέση που υπάρχει μεταξύ της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής είναι αυτονόητη. Η ψυχολογία μελετά τον ψυχισμό του φυσιολογικού ατόμου, ενώ η ψυχιατρική τις διαταραχές του ψυχισμού. Είναι επομένως αδύνατο να γίνει κατανοητή η ψυχιατρική αν δεν υπάρχει στοιχειώδης υπόβαθρο γνώσεων ψυχολογίας.

Η ψυχολογία πρώτα από όλα, μελετήθηκε από τους φιλοσόφους οι οποίοι θεωρούσαν την ψυχή σαν αρχή άυλη και αναλλοίωτη. Ο Αριστοτέλης πρώτος έβαλε το θέμα πάνω σε πραγματικές βάσεις μελετώντας την αντίληψη «η οποία γεννάται από τις αισθήσεις». Ο Καρτέσιος αργότερα απόσπασε την ψυχολογία από την μεταφυσική και ασχολήθηκε με την επιστημονική μελέτη του ψυχισμού χρησιμοποιώντας την παρατήρηση του εγώ, ενώ παράλληλα αναγνώριζε τη σημασία του κεντρικού νευρικού συστήματος για την επεξεργασία των ψυχικών φαινομένων. Η παθολογοανατόμο-κλινικές στις σχετίσεις απόδειξαν ότι ο εγκέφαλος αποτελεί το οργανικό υπόβαθρο των ψυχικών λειτουργιών.

Η ανακάλυψη από τον Pablo των εξαρτημένων αντανακλαστικών σήμανε ουσιαστικά την εγκατάλειψη της ενδοσκοπησης σαν μέθοδο διερεύνησης των ψυχικών λειτουργιών και μετατόπισε το ενδιαφέρον στην αντικειμενική μελέτη της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τους μπιχεβιοριστές (Watson 1913) ο δρόμος προσπέλασης των ψυχικών λειτουργιών είναι η μελέτη της συμπεριφοράς του ατόμου.

Τέλος, κατά την ψυχολογία της μορφής τα πρώτα γεγονότα της ψυχικής ζωής δεν είναι η στοιχειώδης αισθήσεις αλλά «μορφές με δομή», οι οποίες υπάρχουν από τη γέννηση οργανωμένες στην υφή του νευρικού κυττάρου. Η ψυχολογία της μορφής αντιπαρατάσσεται προς την κλασσική κατά την οποία τα στοιχεία της ζωής μπλέκονται με το μηχανισμό του συνειρμού και αποτελούν ψυχολειτουργικά σύνολα.⁽⁵⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ιστορική αναδρομή

2.1 Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα

Το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα προσαρμόζεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές, δημογραφικές, οικονομικές και επιδημιολογικές ανάγκες. Η διαχρονική εξέλιξη άλλοτε είναι προϊόν μακρού μελετημένου σχεδιασμού και άλλοτε αποτέλεσμα ριζοσπαστικών επιλογών που επιδιώκουν να λύσουν άμεσα προβλήματα υπό το κράτος της πίεσης της κοινωνικής γνώμης, των οικονομικών αδιεξόδων ή της θεαματικής επιβάρυνσης των δεικτών δημόσιας υγείας. Στη χώρα μας, η ανάπτυξη και εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος χαρακτηρίζεται από περιόδους στασιμότητας και περιόδους δυναμικών αλλαγών.

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ξεκινά στο δεύτερο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα. Ιστορικά, τότε τοποθετούνται οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη, την περίοδο οικονομικής ανασυγκρότησης μετά το Β παγκόσμιο πόλεμο, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και την επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων και την περίοδο μετά το 1980, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη ραγδαία είσοδο νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα όπως και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, οι μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού συστήματος ακολουθούν την εξελικτική πορεία του τομέα της Ιατρικής.

Η εμπειριστατωμένη γνώση μέσω της ανάπτυξης της Ιατρικής και της Υγιεινής έρχεται να αντικαταστήσει τις δοξασίες και δεισιδαιμονίες του γείτονα, του ιερέα, των μοναχών και των διακόνων. Η αντικατάσταση των ταγμάτων μοναχών από τις νοσηλεύτριες και η καθιέρωση του θεσμού της επισκέπτριας Υγείας στην Ευρώπη χρονολογούνται το 19^ο αιώνα και συμπίπτουν με την περίοδο των μεγάλων μικροβιολογικών και ανοσολογικών ανακαλύψεων, την οργάνωση της δημόσιας υγείας, την άνθιση της Κλινικής Ιατρικής και την οργάνωση του σύγχρονου τύπου

νοσοκομείων. Στην Ελλάδα τον αιώνα αυτό δημιουργείται το νέο Ελληνικό Κράτος, που ανασυγκροτεί τις υπηρεσίες υγείας, ενώ το 1875 δημιουργείται το «Νοσοκομειακό Παιδευτήριο», που το 1881 οδηγεί στην ίδρυση του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», προσανατολισμένου στην εκπαίδευση νοσοκόμων⁽⁶⁾

Η σημαντικότερη περίοδος της ανάπτυξης του συστήματος υγείας κατά τον 20^ο αιώνα συμπίπτει με τη διακυβέρνηση της χώρας από τον Ελευθέριο Βενιζέλο (1909-1932). Τότε δημιουργήθηκαν τα «Εθνικά Νοσοκομεία»⁽⁶⁾ και τα αντιφυματικά ιατρεία, εκδίδονται νόμοι και θεσπίζονται μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων. Το 1917 δημιουργείται το Υπουργείο Περίθαλψης και Δημόσιας Αντίληψης και το 1925 συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής.⁽⁷⁾⁻⁽⁸⁾⁻⁽⁹⁾

2.2 Η γέννηση του κλάδου της ψυχιατρικής

Η ιατρική στις αρχές του 19^{ου} αιώνα ήταν φανερά επηρεασμένη από ισχυρά πνευματικά, πολιτικά και κοινωνικά ρεύματα της εποχής. Η ιατρική πρόοδος, η οποία είχε επιβραδυνθεί κατά την περίοδο της Γαλλικής και Αφρικανικής επανάστασης και τον σχεδόν ταυτοχρόνων εξεγέρσεων των χωρών της κεντρικής Ευρώπης σημείωσε σημαντική πρόοδο, ειδικά στη Γαλλία, που έφεραν στη χώρα αυτή μια περίοδο ακμής των τεχνών και των επιστημών. Η ελευθερία του λόγου και της σκέψης, που συνόδευσε τη Γαλλική Επανάσταση, συνέβαλε σημαντικά στην εξέλιξη της επιστήμης, καθώς το γενικότερο κλίμα ευνοούσε την επανάσταση εναντίον του δογματισμού, της μεταφυσικής και των πολλών επιδράσεων, που περιόριζαν την ανθρώπινη σκέψη⁽¹⁰⁾

Με το άνοιγμα των πυλών των πανεπιστημίων, απαλλαγμένων πια από τον θρησκευτικό και πολιτικό έλεγχο, το προνόμιο της πνευματικής καλλιέργειας, όπως και της πολιτικής εξουσίας, έγινε προσιτό στις χαμηλότερες τάξεις. Η γρήγορη πρόοδος της βιομηχανίας, η ανάπτυξη αστικών κέντρων, όπως διαρκώς αυξανόμενος πληθυσμός απαιτούσε καλύτερες συνθήκες υγιεινής και άλλοι παράγοντες της ίδιας φύσης, ανάγκασαν τους πολιτικούς, καθώς και τους Ιατρούς, να ασχοληθούν με τα προβλήματα της δημόσιας υγείας που ολοένα διογκώνονταν. Η μεγάλη ανάπτυξη των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, η ραγδαία αύξηση των ανταλλαγών λόγω εξέλιξης των Μέσων Επικοινωνίας, η μεγάλη ευκολία της ανταλλαγής ιδεών και

επιστημονικών ανακαλύψεων μεταξύ των διαφόρων χωρών της Ευρώπης και της Αμερικής, έδωσαν στην Επιστήμη μια ισχυρή ώθηση, που είχε ως αποτέλεσμα τη γρήγορη και ευρεία επέκτασή της με σταθερά επιταχυνόμενο ρυθμό. ⁽¹¹⁾

Στη μελέτη της φύσης, στη συνεχή Πειραματική έρευνα, στην παρατήρηση κάθε μορφής ζωής, οι επιστήμονες της περιόδου αυτής εύρισκαν την αναγκαία βάση για το έργο τους. Η ιατρική δέχτηκε το αποτέλεσμα του νέου αυτού προσανατολισμού κατά τον αμεσότερο τρόπο. Η πρόοδος της τεχνικής ήταν εξίσου σημαντική για την εξέλιξη των επιστημών και της Ιατρικής, δεδομένου ότι έδινε στους ερευνητές όργανα ολοένα και μεγαλύτερης ακρίβειας, στα χημικά εργαστήρια καλύτερα αντιδραστήρια και στη θεραπευτική φάρμακα με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Υπό την επίδραση των πολιτικών και κοινωνικών γεγονότων και των πνευματικών ρευμάτων, που αποτελούσαν άλλοτε αίτια και άλλοτε αποτελέσματα, η υλιστική τάση, που οφείλεται κατ' ανάγκην τη σημασία της στην ανάπτυξη της τεχνικής και των φυσιογνωστικών επιστημών, κυριάρχησε ακόμα περισσότερο.

Ο Αύγουστος Κόντ ίδρυσε τη φιλοσοφία του Θετικισμού, αναζητώντας τους νόμους που κυβερνούν τα φαινόμενα της θετικής σκέψης και της μόνης θεώρησης των πραγματικών γεγονότων, βασιζόμενης σε αντικειμενικές και ακριβείς μεθόδους ⁽¹²⁾

Η ψυχιατρική, σαν ιδιαίτερος κλάδος της Ιατρικής, μπορεί να θεωρηθεί ότι αρχίζει πριν από το τέλος του 18^{ου} αιώνα. Πριν από την εποχή αυτή η φροντίδα των ασθενών ήταν Κηδεμονική και ως θεραπεία εφαρμόζονταν βάρβαρες μέθοδοι, όπως η χρήση αλυσίδων, η εγκατάλειψη και η σκληρότητα. Η αρχή καταπολέμησης του τρόπου αυτού θεραπείας έγινε από τον Βαλσάβα, ο οποίος αποτέλεσε τον πρόδρομο της αρχής του μη βίαιου περιορισμού. Ο Castel, ένας ακόμη σημαντικός θεωρητικός που ανήκει στην ίδια φιλοσοφική «παράδοση», στο βιβλίο του «Η ρύθμιση της τρέλας» μελετά το ζήτημα του εγκλεισμού κυρίως κατά τη μετάβαση από την κλασική στη νεότερη εποχή αναλύει διεξοδικότερα το ζήτημα της Ψυχιατρικής ως επιστήμης και τις «πολιτικές της διανοητικής υγείας» ⁽¹³⁾

Σύμφωνα με τους θεωρητικούς αυτούς, η ψυχική ασθένεια δεν αποτελεί ένα ιστορικό επιστημονικό δεδομένο, μια κατάσταση εγγενή που πλήττει κάποια ⁽¹⁰⁾ κατηγορία ατόμων, αλλά μια μεταβλητή κοινωνική κατασκευή, ένα ζήτημα το οποίο έχει οριστεί και αντιμετωπιστεί με πολύ διαφορετικούς τρόπους στη διάρκεια της ανθρώπινης

ιστορίας. Ασχολείται δε με την ιστορία της θεώρησης της ψυχικής ασθένειας από την κλασική έως τη σύγχρονη μας εποχή.

Η λογική και ψυχική ασθένεια δε συνιστούσαν ανέκαθεν το αντιθετικό δίπολο το οποίο επικρατεί στον σύγχρονο κόσμο. Η ψυχική ασθένεια υπήρξε μια εμπειρία αδιαφοροποίητη από τη λογική προτού οι δύο αυτές έννοιες γεννηθούν, αχώριστη από το ρου της κοινωνικής ζωής, ώσπου στα μέσα του 18^{ου} αιώνα καθιερώνεται σαν διανοητική αρρώστια και ενώ στην αρχή βρίσκεται σε έναν αγώνα με την λογική και την κυριαρχία της, οδηγείται σταδιακά σε έναν αποκλεισμό από κάθε διάλογο ή συναλλαγή μαζί της και εξαναγκάζεται σε σιωπή. ⁽¹⁴⁾

Ο ψυχιατρικός ασθενής, ήταν υποχρεωμένος να μένει μακριά από πόλεις, να μην διατηρεί καμιά επαφή με τους ανθρώπους, αφού είχε τεθεί στο περιθώριο και είχε στιγματιστεί. Ο ψυχιατρικός ασθενής ταυτιζόνταν αυτόματα με τον επικίνδυνο, με αυτόν που η φύση του είναι ζωώδης είτε κυριαρχείται ο νους του από κακά πνεύματα. Ο ψυχιατρικός ασθενής ήταν δυνάμει εγκληματίας και αυτό ήταν το πρίσμα μέσα από το οποίο αντιμετώπιζονταν. ⁽¹⁵⁾ Συνιστούσε στο φαντασιακό των ανθρώπων, το αντικείμενο προβολής των πιο βαθιών και ανομολόγητων φόβων και επιθυμιών. ⁽¹⁶⁾

Το 1657 δημιουργείται στη Γαλλία Γενικό Νοσοκομείο, το οποίο σηματοδοτεί την απαρχή του τύπου των εγκλεισμών. Παρόμοια ιδρύματα δημιουργούνται στην Αγγλία και τη Γερμανία με σχετικές χρονικές διακυμάνσεις και στις δυο χώρες πάντως, πενήντα με εκατό χρόνια νωρίτερα από ότι στη Γαλλία.

Ένας επιφανής Ιταλός Ιατρός, Βισσέντζο Κιαρούτζι (1759-1820), με θάρρος διεκήρυττε παρά τις μεγάλες αντιξοότητες, την ανάγκη μιας θεραπείας των ψυχιατρικών ασθενών. Στο πρότυπο Ινστιτούτο της Φλωρεντίας που διηύθυνε, επέδειξε την χρησιμότητα μιας ανθρωπιστικής θεραπείας των παραφρόνων. Ο Λεοπόλδος Α' της Τοσκάνης, το 1774 καθιέρωσε αρχές για την κατάλληλη θεραπεία των φρενοβλαβών σε ειδικά ιδρύματα και ίδρυσε το νοσοκομείο Μπονιφάτσιο. Σύμφωνα με τον ίδιο η ψυχική ασθένεια είναι συνέπεια μιας ανισορροπίας της δραστηριότητας του αισθητικού νευρικού κέντρου που οδηγεί σε μελαγχολία, μανία και παραφροσύνη. Η παραφροσύνη εθεωρείτο γενική φρενοβλάβεια, χωρίς εκδηλώσεις συγκίνησης, χαρακτηριζόμενη από καθυστέρηση της ευφυΐας και της θέλησης.

Ο περίφημος μεταρρυθμιστής στη θεραπεία του παράφρονος, εν τούτοις, ήταν ο Φίλιπ Πινέλ (1745-1826), Ιατρός στο νοσοκομείο Μπισέτρ του Παρισιού και λίγο αργότερα στη Σαλπετριέρ, που αφοσιώθηκε στην Ψυχιατρική, μετά από προσβολή οικείου του ατόμου από ψυχική ασθένεια.

Ο Πινέλ ήταν μαθητής του Μπαρτέζ, και ως εκ τούτου βιταλιστής. Κατά τις απόψεις του μεγάλου φιλοσόφου Κοντιλλάκ επιβεβαίωσε την ανάγκη της αναλυτικής μεθόδου στη μελέτη της Ιατρικής και έτσι έδωσε μια επιστημονική και φιλοσοφική βάση για παθολογικές έρευνες. Ο Πινέλ δίδαξε ότι δεν είναι δυνατόν να κατανοηθούν τα νοσήματα απόλυτα εκτός εάν αναλυθούν τα διάφορα φαινόμενα και διερευνηθούν οι οργανικές βλάβες. ⁽¹⁷⁾

Η εργασία του «Ιατροφιλοσοφική πραγματεία επί της ψυχικής παραφροσύνης» επιβεβαίωνε την προέλευση των ψυχικών νοσημάτων από παθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου. Στα 1796 μετά από άδεια από την Εθνική συνέλευση πέταξε τις αλυσίδες από τους σαράντα εννέα παράφρονες ασθενείς του Μπισέτρ. ⁽¹⁸⁾ Οι μαθητές του, ειδικά Εσκιρόλ (1772-1840) και ο Α. Μφέρρυς (1784-1861) επέδρασαν ⁽¹⁹⁾ και προτάθηκαν από τον διδάσκαλό τους. Στη Γερμανία ο Ραίλ προώθησε τις απόψεις του Πινέλ και πρότεινε την ίδρυση ιδρυμάτων με κήπους για την επιτάχυνση της ανάρρωσης του ψυχικά ασθενούς. Η ιδέα τέθηκε σε εφαρμογή και σε άλλες χώρες και ιδιαίτερα στην Αγγλία από τον Τζον Κόνολλυ, ο οποίος συνέγραψε το βιβλίο επί της «Θεραπείας του παράφρονος άνευ μηχανικών περιορισμών».

Η ιστορία της σύγχρονης Ψυχιατρικής έχει την αρχή της, στο έργο επιστημόνων, όπως ο Βαλσάβα, ο Πινέλ και ο Κιαρούγκι, που έφεραν μεταρρύθμιση στη θεμελιώδη έννοια της ψυχοπαθολογίας και στην πιο ορθολογιστική θεραπεία. Μόνο στον 19^ο αιώνα όμως θεμελιώθηκε η ανατομική και φυσιολογική έρευνα. Η Νευρολογία, ως ιδιαίτερος κλάδος, γεννήθηκε σ' αυτήν την χρονική περίοδο και τότε διερευνήθηκαν και επιλύθηκαν αρκετά από τα σημαντικότερα προβλήματα της φυσιολογίας του νευρικού συστήματος. Σε αυτήν την ιστορικά σημαντική περίοδο, η Ψυχιατρική πήρε τη θέση της στην πανεπιστημιακή διδασκαλία και εξελίχθηκε σημαντικός παράγοντας στον τομέα της υγιεινής και της κοινωνικής Ιατρικής ⁽¹⁷⁾. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι πρώτες αναφορές περί θετικής αντίληψης της παραφροσύνης ως οργανικής νόσου, σε αντίθεση προς τις αρχαιότερες ψυχολογικές και μεταφυσικές αντιλήψεις,

διατυπώθηκαν για πρώτη φορά από τον Μοργκάνιτο 1760, ενώ ο Κιαρούγκι στην Ιταλία χαρακτήρισε την παραφροσύνη ως «πρωτογενή βλάβη του εγκεφάλου». ⁽²⁰⁾

Η Ιταλία ήταν η πρώτη χώρα που εκύρηξε υποχρεωτική τη δημόσια διδασκαλία της Ψυχιατρικής μετά από Διάταγμα του Καρόλου Αλβέρτου. Στη Γαλλία, ο Ζαν Μαρτέ Σαρκό (1825-1893) ήταν ένας απ' τους μεγαλύτερους νευρολόγους της εποχής του. Ήταν ο δημιουργός της μεγαλύτερης σύγχρονης Νευρολογικής Κλινικής, ενώ περιέγραψε πολλές νοσολογικές εικόνες, όπως είναι η υστερία. Μεταξύ των προδρόμων του Σαρκό και των πρωτοπόρων της Γαλλικής Ψυχιατρικής πρέπει να αναφερθούν ο Συλβέστρος Μίτλανς (1795-1852) για τις μελέτες του περί υστερίας και τις προσπάθειές του για την ανθρωπιστική θεραπεία του παράφρονος, ο Αλέξανδρος Μπριέρ Ντε Μπουαμόντ (1797-1881) για τις μελέτες.

2.3 Ιστορική αναδρομή των ψυχικών διαταραχών

Αναμφίβολα, η ψυχική νόσος όπως και η οποιαδήποτε εκδήλωση νοσηρότητας στον ανθρώπινο οργανισμό, έχει την αρχή της προ αμνημονεύτων χρόνων και οι πρώτες μαρτυρίες ανάγονται κιόλας από τα προϊστορικά χρόνια.

α) Προϊστορικοί Χρόνοι:

Κατά τους προϊστορικούς χρόνους δεν γίνονταν διάκριση μεταξύ σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Και για τα δύο είδη διαταραχών υπεύθυνα θεωρούνταν τα κακά πνεύματα που έμπαιναν στα σώματα των ανθρώπων, η μαγεία ή η εκδίκηση ενός παραμελημένου πνεύματος. Εκείνα τα χρόνια (4000-5000 π. Χ.) αναπτύχθηκε και η τεχνική του τρυπανισμού κατά την οποία άνοιγαν τρύπες στο κεφάλι του ψυχικά ασθενούς ατόμου ώστε το κακό πνεύμα που έχει εγκλωβιστεί στο κεφάλι του να βρει μια διέξοδο διαφυγής. Η τεχνική του τρυπανισμού συνεχίστηκε σε μερικές περιοχές μέχρι και στο μεσαίωνα. Ταυτόχρονα μαζί με τον τρυπανισμό χρησιμοποιούταν και τελετές εξορκισμού των «δαιμονισμένων» τεχνική που απαντάται και σήμερα. ⁽²¹⁾

β) Αρχαία Ελλάδα:

Στην αρχαία Ελλάδα ο Ιπποκράτης θεώρησε την ψυχοπαθολογία σαν το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τεσσάρων χυμών: αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα. Ο Ιπποκράτης πρώτος περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές τις λεγόμενες

φρενίτιδες με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα. Την ίδια περίπου εποχή ο Αριστοτέλης προτείνει το θέατρο για την κάθαρση από τις ψυχικές ασθένειες. Βλέπουμε λοιπόν πως στην Αρχαία Ελλάδα μπήκαν οι βάσεις για τη σύγχρονη ψυχοπαθολογία και ψυχοθεραπεία

γ) Ρωμαϊκή Εποχή:

Στη Ρωμαϊκή εποχή θεσπίστηκαν ελαφρυντικά μέτρα για όσους πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και λίγο αργότερα λειτούργησαν τα πρώτα ιδρύματα για την θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Επίσης, στη ρωμαϊκή περίοδο περιγράφηκαν και ταξινομήθηκαν πολλές ψυχολογικές διαταραχές.

δ) Μεσαίωνα:

Χαρακτηριστικά του Μεσαίωνα (5ος-16ος αιώνας) είναι α) η συνέχιση των απόψεων της Ελληνιστικής περιόδου περί χυμών (αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα), χρωματισμένων με προκαταλήψεις, ηθικολογία και φανατική θρησκευτικότητα και β) η συνέχιση της παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τον ψυχασθενή. Εξαιρέση αποτελούν οι Άραβες οι οποίοι με βάση την Μουσουλμανική πίστη ότι ο ψυχασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από το Θεό, αναπτύσσουν ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργούν άσυλα για τους ψυχασθενείς. Αλλά οπωσδήποτε στην Ευρώπη τα χαρακτηριστικά της εποχής αυτής είναι η δαιμονολογία _ η ψυχική ασθένεια είναι έργο του διαβόλου.

ε) Αναγέννηση:

Η επικράτηση της λογικής και της επιστημονικής σκέψης άλλαξε το τοπίο την περίοδο της Αναγέννησης (15ος-17ος αιώνας). Τότε μπήκαν οι βάσεις για τον ανθρωπισμό, ένα φιλοσοφικό κίνημα που δίνει έμφαση στην ανθρώπινη ευημερία και στην μοναδικότητα του ατόμου. Μέχρι τότε τα περισσότερα άσυλα ήταν σε άθλια κατάσταση και οι εγκλεισμένοι σε αυτά ήταν δεμένοι, υποσιτιζόμενοι κι ακόμη σε κάποιες περιπτώσεις επιδεικνύονταν στο κοινό σαν ζώα ενός αλλόκοτου ζωολογικού κήπου. Όμως, σύμφωνα με τον ανθρωπισμό της αναγέννησης οι άνθρωποι δεν είναι δαιμονισμένοι αλλά ψυχικά ασθενείς που χρήζουν θεραπείας. Μια σειρά μεθόδων θεραπείας αντανακλούν αυτό το ανθρωπιστικό πνεύμα. Το 1563 ο Γιόχαν Βέγερ

δημοσίευσε ένα βιβλίο εναντίον της θεωρίας της μαγείας. Το βιβλίο του κατακρίθηκε και απαγορεύτηκε από τη εκκλησία και την πολιτεία, αλλά αποδείχτηκε να είναι ο πρόδρομος της επικράτησης του ανθρωπισμού στην ψυχική υγεία.

στ) Το Κίνημα της Αναμόρφωσης (18ος και 19ος αιώνας):

Στη Γαλλία τον 18ο αιώνα ένας Γιατρός ονόματι Πινέλ οργάνωσε αυτό που ονομάστηκε κίνημα της ηθικής θεραπείας: Έβγαλε της αλυσίδες από τους ασθενείς, τους έβαλε σε φωτεινά δωμάτια, τους πρότρεπε να γυμνάζονται στην εξοχή και τους φέρονταν με ευγένεια και καλοσύνη. Στην Αγγλία ο Ουίλλιαμ Τιούκ ίδρυσε ένα ίδρυμα «ηθικής θεραπείας» στην εξοχή. Εκεί οι ασθενείς δούλευαν, προσεύχονταν και μιλούσαν για τα προβλήματά τους. Στις ΗΠΑ οι Ρας, Ντιξ και Μπηρς δημιούργησαν ανάλογες δομές ηθικής θεραπείας και άλλαξαν τη στάση του κόσμου, της πολιτείας και της εκκλησίας προς τους ασθενείς. Αξίζει να αναφερθούμε ιδιαίτερα στην περίπτωση του Μπηρς. Αυτός, το 1908 έγραψε το βιβλίο «Ένα μυαλό που βρέθηκε μόνο του σχετικά με την προσωπική του περιπέτεια όταν κατέρρευσε ψυχολογικά». Το βιβλίο του περιγράφει την απαίσια μεταχείριση που είχε μαζί με τους άλλους ασθενείς σε τρία ψυχιατρικά ιδρύματα. Εκεί τους χτυπούσαν τους έδεναν τους ταπείνωναν και τους φορούσαν ζουρλομανδύες.

Η περιγραφική του αναφορά προκάλεσε μεγάλη συμπάθεια στο ευρύ κοινό και προσέλκυσε το ενδιαφέρον και την υποστήριξη των ψυχιατρικών υπηρεσιών . Ο Μπηρς ίδρυσε την εθνική επιτροπή για την Ψυχική Υγεία, ένα οργανισμό αφιερωμένο στην εκπαίδευση του κόσμου για τις ψυχικές ασθένειες και στην ευαισθητοποίηση του πάνω στην ανάγκη της θεραπείας αντί της τιμωρίας των ασυνήθιστων συμπεριφορών.

Στην Ελλάδα μόνο κατά τις δεκαετίες του 80 και του 90 άρχισε ο εξανθρωπισμός των ψυχιατρείων και η πολιτεία έδειξε κάποιο ενδιαφέρον για τους ψυχικά ασθενείς. Το ενδιαφέρον αυτό εντάθηκε όταν βγήκαν στην επιφάνεια οι άθλιες συνθήκες του ψυχιατρείου της Λέρου και η χώρα μας κατακρίθηκε διεθνώς. Θα ήταν απλοϊκό να θεωρήσουμε πως αυτές οι αλλαγές έχουν εκμηδενίσει την απάνθρωπη συμπεριφορά των ψυχικά διαταραγμένων. Πρόσφατο άρθρο στο διεθνή τύπο για το ψυχιατρείο της Λέρου, και φαινόμενα προκατάληψης εναντίον των ψυχικά ασθενών εκδηλώνονται μέσα από την άρνηση κάποιων δήμων και κοινοτήτων να φιλοξενήσουν δομές της

ψυχικής υγείας γιατί θα «υποβαθμιστεί» η περιοχή τους, υποδηλώνεται ο φόβος προς το διαφορετικό και η έλλειψη ενημέρωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αναφορά στις ψυχικές ασθένειες

Η *ψυχική ασθένεια* είναι ασθένεια της ψυχής. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια μπορεί να συμπεριφέρονται με περίεργο τρόπο, ή να έχουν περίεργες σκέψεις, κατά την άποψή τους ή την άποψη των άλλων. Ψυχικές ασθένειες αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Αυτό μπορεί να συνδέεται με τα γονίδια και την εμπειρία. Το τι θεωρείται ως ψυχική ασθένεια έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν μερικές φορές δυσκολίες επικοινωνίας μαζί με άλλους ανθρώπους, ή με το να ακολουθήσουν αυτό που ονομάζεται *φυσιολογική ζωή*. Θεραπεία και ορισμένα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με ορισμένες ψυχικές ασθένειες να ζήσουν μία καλύτερη ζωή.⁽²²⁾

3.1 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι ενδογενής ψύχωση που χαρακτηρίζεται από έντονες διαταραχές στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην αντίληψη και στη συνειδησιακή σχέση του ατόμου με τον εαυτό του. Η έναρξη της σχιζοφρένειας μπορεί να γίνει σε κάθε ηλικία, από την πρώτη παιδική ως τη γεροντική, αλλά συνήθως πρωτοεμφανίζεται στην όψιμη εφηβεία και στην πρώτη φάση της ενηλικίωσης.⁽²³⁾



3.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια συνήθως ξεκινά πριν την ηλικία των 45 ετών (κυρίως 15 – 35 ετών) και τα συμπτώματα διαρκούν περίπου για 6 μήνες ή και περισσότερο. Υπολογίζεται ότι επηρεάζει περίπου το 1% του πληθυσμού παγκόσμια. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας την κατατάσσει μέσα στις 10 νόσους με τη σοβαρότερη επιβάρυνση σε δείκτες καθημερινής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας στις ανεπτυγμένες χώρες.

Εμφανίζεται περίπου το ίδιο συχνά σε άνδρες και γυναίκες, αλλά στις γυναίκες φαίνεται ότι ξεκινά κατά μέσο όρο 3 – 5 χρόνια αργότερα. Για το λόγο αυτό οι άνδρες τείνουν να αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ήμισυ των ασθενών, με μεγάλους αριθμούς νέων ενηλίκων. Αν και η νόσος συνήθως εμφανίζεται στη νεαρή ενήλικη ζωή, υπάρχουν περιπτώσεις που η διαταραχή εμφανίζεται αργότερα (πάνω από 45 έτη).

Η σχιζοφρένεια της παιδικής ηλικίας ξεκινά μετά τα 5 έτη και στις περισσότερες των περιπτώσεων με φυσιολογική ανάπτυξη. Είναι σπάνια και μπορεί να είναι δύσκολος ο διαχωρισμός της από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, όπως ο αυτισμός.

Ο ετήσιος αριθμός νέων περιπτώσεων ανά 1000 άτομα πληθυσμού, υπολογίζεται από μεγάλη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο 0,67. Στη χώρα μας, ο υπολογιζόμενος αριθμός ασθενών ηλικίας 15 – 65 ετών ανέρχεται στις 100.000. Από τους ασθενείς αυτούς εκτιμάται ότι 10% έχουν ανάγκη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.⁽²⁴⁾

3.1.2 Αίτια - Συμπτώματα σχιζοφρένειας

Για την εκδήλωση της νόσου είναι υπεύθυνοι βιολογικοί παράγοντες, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Η έναρξή της είναι συνήθως αθόρυβη και δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή, με χρόνια και αργή εγκατάσταση των συμπτωμάτων. Η οξεία εγκατάσταση με θορυβώδη και πολλά συμπτώματα είναι σπανιότερη. Στην αρχή ο άρρωστος είναι ανήσυχος και αγχώδης, απομονώνεται κοινωνικά, αποκτά παράξενες ασχολίες και ιδέες και παραπονιέται για σωματικά ενοχλήματα όπως ακαθόριστους πόνους, αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας κλπ. Η σκέψη του σχιζοφρενούς είναι

παράλογη, παράδοξη και με ακατανόητο για τους άλλους περιεχόμενο, χωρίς καμιά σχέση με την πραγματικότητα.

Συχνά διαπιστώνονται διαταραχές του συνειρμού της σκέψης, ήπιες στην αρχή, που δίνουν την εντύπωση της ασάφειας στη διατύπωση των εννοιών και εξελισσόμενες στη συνέχεια σε πλήρη ασυναρτησία. Στο γραπτό λόγο οι άρρωστοι χρησιμοποιούν σύμβολα αντί για λέξεις ή γράμματα, γράφουν στις γωνίες του χαρτιού, κάνουν παραπομπές σε ανύπαρκτα μέρη του κειμένου ή σε παράξενες σχηματικές παραστάσεις που θεωρούν αυτονόητες. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι συχνές στη σχιζοφρένεια, με πιο χαρακτηριστική εκδήλωση την ηχοποίηση της σκέψης του αρρώστου. Μπορεί επίσης οι ψευδαισθήσεις αυτές να αναφέρονται στη φωνή του Θεού ή του διαβόλου ή άλλων υπερφυσικών δυνάμεων. Ο σχιζοφρενής μπορεί να αντιδρά με απότομες εναλλαγές συμπάθειας και αντιπάθειας ή οργής και ηρεμίας, όπως επίσης με ταυτόχρονη επιθυμία για δράση και τάση για ενέργεια από τη μια πλευρά και με αναποφασιστικότητα και αναστολή από την άλλη.

Η θνησιμότητα των σχιζοφρενών είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με εκείνη του γενικού πληθυσμού. Ως αιτίες αναφέρονται η αυτοκτονία, τα ατυχήματα, η κατάχρηση αλκοόλ και οι οικιακές συνθήκες διαβίωσης.⁽²⁵⁾

3.1.3 Κλινικές μορφές σχιζοφρένειας

Υπάρχουν οι παρακάτω κλινικές μορφές σχιζοφρένειας:

Παρανοειδής: Η πλέον τυπική, συχνή και γνήσια μορφή. Επικρατούν οι διαταραχές του περιεχομένου (παραληρητικές ιδέες), της κατοχής και της εκπομπής της σκέψης και διαταραχές αντίληψης (ακουστικές ψευδαισθήσεις).

Αποδιοργάνωση ή ηβηφρενική: Ο χαρακτηρισμός «ηβηφρένεια» υποδηλώνει την πρόωμη έναρξή της στην εφηβική ηλικία. Χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της δομής της σκέψης, ρηχό και απρόσφορο συναίσθημα και παιδικόμορφη συμπεριφορά.

Κατατονική: Χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή της βούλησης και από το εναλλασσόμενο επίπεδο ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα είναι η κατατονική εμβροντησία κατά την οποία περιορίζεται προοδευτικά

ή απότομα η δραστηριότητα του πάσχοντος, φθάνοντας πολλές φορές στην πλήρη άρση των εκούσιων κινήσεων του σώματος, καθώς καταργείται κάθε αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα. Βασικές λειτουργίες, όπως η λήψη τροφής, η ένδυση, η αφόδευση, μπορεί να αναστέλλονται.

Αδιαφοροποίηση: Χαρακτηρίζεται από την παρουσία οποιουδήποτε συνδυασμού συμπτωμάτων, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των άλλων μορφών.

Απλή: Αρχίζει νωρίς στη ζωή του ασθενούς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Χαρακτηρίζεται από τη βραδεία και ύπουλη μείωση των εξωτερικών ενδιαφερόντων, την απάθεια και την αδιαφορία που οδηγούν σε περιορισμό και ρηχότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και προσαρμογή σε κατώτερα επίπεδα λειτουργικότητας. Πρόκειται για αμφιλεγόμενη διάγνωση, που προϋποθέτει αφενός τον αποκλεισμό ύπαρξης θετικών συμπτωμάτων στην έναρξη της νόσου και αφετέρου τη μακροχρόνια παρακολούθηση του ασθενούς για επιβεβαίωση της σταδιακής έκπτωσης της λειτουργικότητάς του.

Υπολειμματική: Αναφέρεται σε περιπτώσεις που υπάρχει στο ιστορικό του ασθενούς τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά. ⁽²⁶⁾

3.1.4 Διάγνωση σχιζοφρένειας

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται σε ενδελεχείς συζητήσεις του ψυχιάτρου με τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του. Δεν υπάρχουν διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις για τη σχιζοφρένεια. Στην αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου μπορεί να εντοπιστούν αλλοιώσεις που εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια και να βοηθήσουν στον αποκλεισμό άλλων παθήσεων. Πιθανές παθήσεις που πρέπει να διαφοροδιαγνώσκονται είναι οι νευρολογικές παθήσεις, η νοητική υστέρηση, καθώς και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Παράγοντες που μπορεί να υποδεικνύουν τη νόσο, αλλά δεν την επιβεβαιώνουν είναι η πορεία της νόσου και η διάρκεια των συμπτωμάτων, αλλαγές από το επίπεδο λειτουργικότητας πριν τη νόσο, το αναπτυξιακό υπόστρωμα, γενετικό και οικογενειακό ιστορικό και η απάντηση στη θεραπεία.

3.1.5 Θεραπεία σχιζοφρένειας

Η οργάνωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης έχει γενικά τρεις στόχους:

1. Τη μείωση ή την αποδρομή των συμπτωμάτων
2. Την ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας του ασθενούς στις συνθήκες του περιβάλλοντος.
3. Την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες απόψεις και υπάρχει πλούσια κλινική εμπειρία. Καλύτερα αποτελέσματα δίνονται από τα μικτά θεραπευτικά σχήματα, στα οποία η φαρμακευτική αγωγή (αντιψυχωσικά φάρμακα: φαινοδιαζίδες, βουτυροφαινόνες, κλπ.), οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές και η κοινωνική φροντίδα χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με εξατομικευμένα και προσαρμοσμένα στις ανάγκες του κάθε αρρώστου θεραπευτικά προγράμματα.

Συγκεκριμένα τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η γνωσιακή, η οποία περιλαμβάνει την εκπαίδευση για τη φύση της νόσου, μείωση του stress, κλπ., η οικογενειακή, η οποία περιλαμβάνει ενημέρωση της οικογένειας για τη φύση της νόσου και την ψυχολογική υποστήριξή της.⁽²⁷⁾

3.2 Κατάθλιψη

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη, μονοπολική διαταραχή ή απλώς κατάθλιψη είναι μία κοινή διαταραχή της διάθεσης. Στην καθημερινή ζωή με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας, αυτό συνήθως είναι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο και επουσιώδες. Στην ψυχιατρική ο όρος κατάθλιψη μπορεί επίσης να έχει αυτή τη σημασία αλλά συνήθως αναφέρεται σε μία ψυχική ασθένεια όταν δηλαδή έχει φτάσει σε επίπεδο υψηλής σοβαρότητας. Όταν κάποιος έχει κατάθλιψη συνήθως περιγράφει τον εαυτό του λυπημένο, απεγνωσμένο, αποθαρρυσμένο και απογοητευμένο.⁽²⁸⁾



3.2.1 Αίτια – Συμπτώματα κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες που ενεργούν μόνοι τους ή και συντονισμένα. Τα αίτιά της είναι:

Περιβάλλον: Στο περιβάλλον ανήκουν διάφορες καταστάσεις όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή η μετακόμιση από ένα σπίτι σε ένα άλλο. Επίσης οικογενειακές διαμάχες, οι αποχωρισμοί, η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση μπορούν να οδηγήσουν στην κατάθλιψη. Ακόμη και τα οικονομικά προβλήματα μπορούν να προκαλέσουν πολλές φορές κατάθλιψη. Τέλος, άλλα αίτια είναι οι κλιματικές συνθήκες όπως η βροχή και η συννεφιά. Γενικότερα τα μονότονα περιβάλλοντα μπορεί να είναι καταθλιπτικά.

Ψυχολογικοί παράγοντες: Μερικές φορές η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από εσωτερικά προβλήματα. Η απαισιοδοξία ή η έλλειψη αυτοσεβασμού μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη όπως και διάφορες αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχολογία του ατόμου.

Βιολογικοί παράγοντες: Είναι διάφοροι αλλά γενικώς περιλαμβάνουν κληρονομικούς, νευρολογικούς, ορμονικούς και εποχιακούς παράγοντες. Επίσης, μπορεί να σχετίζονται με κάποια ασθένεια.

Συνήθως οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανόν να βιώσουν το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο ανάμεσα στις ηλικίες των 30 και 40. Οι πιθανότητες αυξάνονται τον πρώτο χρόνο μετά από τη γέννηση ενός παιδιού (επιλόχεια κατάθλιψη) και μετά από

καρδιοαγγειακές ή νευρολογικές ασθένειες όπως ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο του Πάρκινσον και πολλαπλή σκλήρυνση.

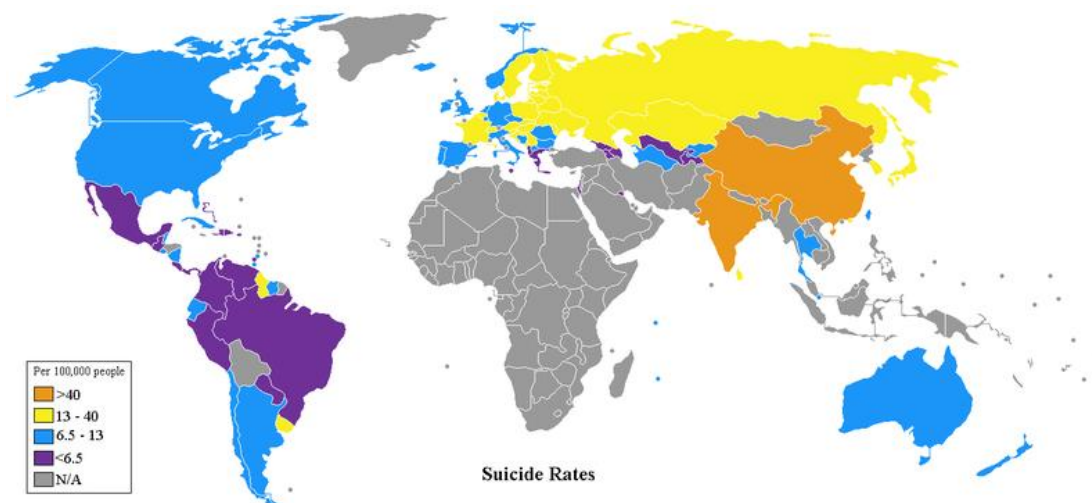
Καταθλιπτικά επεισόδια που ακολουθούν μια καρδιακή νόσο όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να επιφέρουν περαιτέρω καρδιακές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου. Υπάρχει μια δεύτερη εποχή αύξησης των πιθανοτήτων να παρουσιάσει κάποιος καταθλιπτικό επεισόδιο ανάμεσα στις ηλικίες των 50 – 60. Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο πιθανόν να βιώσουν νοητικά συμπτώματα, όπως προβλήματα μνήμης και επιβράδυνση των κινήσεων. Ο όρος ψευδοάνοια χρησιμοποιείται για αυτό το σύνδρομο, λόγω της κλινικής ομοιότητάς του με την άνοια.

Η διάγνωση στα παιδιά ή τους εφήβους μπορεί να καθυστερήσει ή να μην δοθεί καθώς τα συμπτώματα αποκλείονται ως φυσιολογική παιδική συμπεριφορά. Η διάθεσή τους μπορεί να περιλαμβάνει κυρίως ευερεθιστότητα αντί για κατάθλιψη. Τα παιδιά μπορεί να βιώσουν διαφορετικά συμπτώματα ανάλογα με την ηλικία και την κατάσταση, τα περισσότερα θα παρουσιάσουν έλλειψη ενδιαφέροντος για το σχολείο και θα παρατηρηθεί μείωση στη σχολική τους επίδοση. Αυτά που είναι μεγαλύτερα από 12 ετών μπορεί επίσης να ξεκινήσουν την χρήση ναρκωτικών ή την χρήση αλκοόλ.⁽²⁹⁾

Συμπτώματα

Όσον αφορά τα συμπτώματα της κατάθλιψης συνήθως υπάρχει τουλάχιστον για δύο εβδομάδες κατεβασμένη-πεσμένη διάθεση, συναίσθημα θλίψης και μείωση των δραστηριοτήτων. Επίσης, υπάρχει διαταραχή στη διατροφή είτε μείωση είτε αύξηση βάρους. Επιπλέον, έχουμε διαταραχή ύπνου και κίνησης. Να επισημάνουμε πως υπάρχει συνεχόμενη κούραση, αδυναμία και απώλεια αυτοπεποίθησης. Ο ασθενής μπορεί να βιώσει σωματικά συμπτώματα όπως, κούραση, πονοκέφαλο, προβλήματα χώνεψης, έντονο και χρόνιο πόνο σε κάποιο σημείο του σώματος ή μπορεί να βιώσει το συναίσθημα της νοητικής επιβράδυνσης. Φίλοι και συγγενείς μπορεί να παρατηρήσουν πως το άτομο φαίνεται ψυχικά αναταραγμένο. Επίσης, υπάρχουν ιδέες ή και απόπειρες αυτοκτονίας.

Παγκόσμιος χάρτης με τα ποσοστά αυτοκτονίας ανά 100,000



Στον παραπάνω χάρτη παρατηρούμε τα ποσοστά αυτοκτονίας. Αναλυτικότερα βλέπουμε πως στην Κίνα έχουμε ποσοστό αυτοκτονίας πάνω από 40%. Συγκεκριμένα στο Πεκίνο κυμαίνεται από 13-40%. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό ανέρχεται στο 6.5-13%. Επίσης, στη Βραζιλία παρατηρείται πως το ποσοστό αυτοκτονίας είναι ελάχιστο, μικρότερο του 6.5%. Τέλος στη Μέση Ανατολή δεν παρατηρούνται αυτοκτονίες απ' τους πολίτες.

3.2.2 Θεραπεία κατάθλιψης

Η θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να γίνει με τους παρακάτω τρόπους:

Αντικαταθλιπτικά: Αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης **Ψυχοθεραπεία** (Γνωσιακή - συμπεριφοριακή ψυχοθεραπεία)

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Επαναληπτικός Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS). Πρόκειται για νέα μέθοδο, η οποία έχει λάβει την έγκριση του Αμερικανικού Οργανισμού Φαρμάκων και Τροφίμων (FDA). Η θεραπεία με επαναληπτικό διακρανιακό μαγνητικό ερεθισμό χορηγείται μέσω ενός ηλεκτρομαγνητικού πηνίου, που βρίσκεται σε επαφή με το τριχωτό της κεφαλής.

Μέσω αυτού δημιουργούνται επαναλαμβανόμενοι πολύ μικρής διάρκειας ηλεκτρομαγνητικοί παλμοί, οι οποίοι διεγείρουν τα αντίστοιχα εγκεφαλικά κέντρα, που βρίσκονται κάτω από το σημείο επαφής του πηνίου. Με τον τρόπο αυτό, ενισχύονται τα θετικά συναισθήματα ή καταστέλλονται τα αρνητικά, ανάλογα με το ποιο κέντρο του εγκεφάλου επηρεάζει το πηνίο. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην ίδια φυσική αρχή με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), δηλαδή στη ρύθμιση της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου, ωστόσο, σε αντίθεση με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, δεν απαιτείται αναισθησία. Ο επαναληπτικός διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός είναι μία θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη φαρμακευτική αγωγή ή υπάρχουν αντενδείξεις στη λήψη φαρμάκων.

Αρκετές έρευνες της τελευταίας δεκαετίας δείχνουν ότι η συστηματική συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και φυσικές δραστηριότητες, μειώνουν τα επίπεδα της κατάθλιψης. Τα άτομα με κατάθλιψη τείνουν να κάνουν καθιστική ζωή και να μην ασχολούνται με σπορ και φυσικές δραστηριότητες. Έτσι, τίθεται ένα ερώτημα αν είναι η κατάθλιψη που δημιουργεί τάσεις αδράνειας ή αν η καθιστική ζωή επιτείνει το πρόβλημα της κατάθλιψης. Βεβαίως, είναι πλέον παραδεκτό, ότι τα σπορ και οι φυσικές δραστηριότητες συνεισφέρουν στη σωματική και την ψυχική υγεία των ατόμων. Επιπλέον, τα άτομα που είναι κινητικά δραστήρια έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη.⁽³⁰⁾

3.3 Διπολική διαταραχή

Η *διπολική διαταραχή* (γνωστή και ως *μανιοκατάθλιψη*) είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δύο συναισθηματικές διαταραχές, τη *μανία* και την *κατάθλιψη*. Αυτές οι διαταραχές μπορούν να συμβούν σε ένα φάσμα που διακυμαίνεται από εξαντλητική κατάθλιψη μέχρι και αδιάκοπη μανία. Άτομα που υποφέρουν από διπολική διαταραχή συνήθως βιώνουν καταστάσεις μανίας ή υπομανίας ή μια μικτή κατάσταση μανίας και κατάθλιψης. Εμφανίζεται συχνά στην πρώιμη ενήλικη ζωή, που είναι και μια από τις περισσότερο παραγωγικές περιόδους της ζωής, έχοντας καταστροφικές συνέπειες για την κοινωνική, την επαγγελματική, τη συναισθηματική και την οικονομική κατάσταση του ασθενούς.



3.3.1 Που οφείλεται η Διπολική διαταραχή

Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη της νόσου. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι η κληρονομικότητα και η δυσλειτουργία κάποιων βιοχημικών ουσιών στον οργανισμό - των νευροδιαβιβαστών.

Κληρονομικότητα: Σε περίπτωση ψυχικής νόσου, συχνά το πρόβλημα βρίσκεται στους νευρώνες ή τα μόρια σήμανσης, προκαλώντας ανωμαλίες στη σκέψη ή τη συμπεριφορά. Ο αριθμός των εμπλεκόμενων γονιδίων και οι εξαιρετικά πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των γονιδίων καθιστούν σχεδόν αδύνατο τον καθορισμό των γονιδίων που ευθύνονται για τον έλεγχο των διαδικασιών δόμησης των νευρώνων και των νευροδιαβιβαστών.

Βιοχημεία: Η βιοχημεία στη διπολική διαταραχή είναι ένας ιδιαίτερα πολύπλοκος και ελάχιστα κατανοητός τομέας. Υπάρχουν πολλές υποθέσεις για την εξήγηση των υποκείμενων διαδικασιών, αλλά καμία από αυτές δεν υποστηρίζεται από πλήρως καταληκτικά στοιχεία. Έχει προταθεί ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή δεν διαθέτουν τους μηχανισμούς που επιτρέπουν στους υγιείς ανθρώπους να αντισταθμίζουν εύκολα και να ελέγχουν μικρές εσωτερικές και εξωτερικές αλλαγές. Λόγω αυτής της ανεπάρκειας, μικρές αλλαγές στο εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον μπορούν να οδηγήσουν σε εκτεταμένες αλλαγές. Οι κυριότεροι

νευροδιαβιβαστές οι οποίοι εμπλέκονται στην εμφάνιση της Διπολικής Διαταραχής είναι η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη, η ακετυλοχολίνη, το γ-αμινοβουτυρικό οξύ και το γλουταμινικό. ⁽³¹⁾

3.3.2 Αίτια – Συμπτώματα διπολικής διαταραχής

Τα αίτια της διπολικής διαταραχής παραμένουν άγνωστα αλλά τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό κληρονομικότητας. Παρόλα αυτά, η εκδήλωση και η πορεία της ασθένειας επηρεάζεται έντονα από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η πορεία της ασθένειας χαρακτηρίζεται από συνεχόμενα επεισόδια με περιόδους ανάκαμψης (εάν και όχι απαραίτητα πλήρους ανάρρωσης). Κλινικά ακόμα και όταν ο ασθενής είναι εκτός "επεισοδίου", το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι η κατάθλιψη με σημαντικές διακυμάνσεις κατά διαστήματα.

Συμπτώματα Επεισοδίων

Επεισόδιο Μανίας / Υπομανίας

Τουλάχιστον μία εβδομάδα με τα εξής:

- ❖ Αναβασμένη ή θυμωμένη διάθεση
- ❖ Ανεβασμένη (ή θυμωμένη) διάθεση
- ❖ Ανεβασμένο εγώ / αυτοπεποίθηση / μεγαλομανία
- ❖ Μειωμένη ανάγκη ύπνου
- ❖ Λογοδιάρροια / πίεση λόγου
- ❖ Υπερδιέγερση σκέψης/αδυναμία συγκέντρωσης
- ❖ Αυξημένη ενέργεια/δραστηριότητα–κοινωνικότητα/υπερδιέγερση
- ❖ Αυξημένη ενασχόληση με θετικές ή και επικίνδυνες δραστηριότητες / έλλειψη αυτοέλεγχου
- ❖ Πρόβλημα λειτουργίας στον επαγγελματικό χώρο, στον κοινωνικό ή οικογενειακό

Το επεισόδιο υπομανίας μπορεί να έχει πιο μικρή περίοδο – 4 ημερών – και χαρακτηρίζεται από τα ίδια συμπτώματα τα οποία όμως εμφανίζονται σε πιο ελαφριά μορφή

3.3.3 Τύποι Διπολικής Διαταραχής

Διαγνωστικά αναγνωρίζονται δύο τύποι διπολικής διαταραχής. (Τύπος 1/Τύπος 2)

❖ Διπολική διαταραχή Τύπου 1

Ο πιο κλασικός και γνωστός τύπος. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός και μόνο Μανιακού επεισοδίου. Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει και καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια καθώς και ψυχωτικά συμπτώματα

❖ Διπολική διαταραχή Τύπου 2

Ο λιγότερος γνωστός και καμιά φορά λανθασμένα θεωρημένος πιο "ελαφρύς" τύπος Διπολικής διαταραχής. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός τουλάχιστον υπομανιακού επεισοδίου (ελαφριά μανία χωρίς νοσηλεία ή πρόβλημα λειτουργίας) και κυρίως καταθλιπτικών επεισοδίων. Ο ασθενής συνήθως παρουσιάζει καταθλιπτικά επεισόδια και είναι πολύ εύκολο να γίνει λανθασμένη διάγνωση μονοπολικής κατάθλιψης (απλής κατάθλιψης).⁽³⁰⁾

3.3.4 Θεραπεία Διπολικής Διαταραχής

Αν και ακόμα δεν υπάρχει τρόπος πλήρους θεραπείας, ψυχοφαρμακευτικές αγωγές με σταθεροποιητές διάθεσης και αντιεπιληπτικά φέρνουν τα καλύτερα αποτελέσματα, παράλληλα με σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους συμπεριφορικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα. Η θεραπεία με σταθεροποίηση της ψυχικής διάθεσης δεν επιφέρει ίαση της διπολικότητας, αλλά μετριάζει τα συμπτώματα ή και τα εξαλείφει. Με τη κατάλληλη αγωγή και χρόνια στήριξη, ασθενείς με Διπολική διαταραχή μπορούν να έχουν μία καλή πορεία και να λειτουργούν ικανοποιητικά στον επαγγελματικό και κοινωνικό τους χώρο.⁽³²⁾

3.4 Φοβίες

Οι φοβίες χαρακτηρίζονται από αδικαιολόγητο, παράλογο και υπερβολικό φόβο χωρίς να υπάρχει πραγματικός κίνδυνος οι οποίες οδηγούν ένα άτομο στο να αποφεύγει ορισμένες καταστάσεις ή όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με αυτές να τις βιώνει με πολύ έντονο άγχος. Η φοβία ενός ατόμου μπορεί να οφείλεται είτε σε μια άσχημη εμπειρία είτε σε άγχος μήπως και αποτύχει, είτε σε άλλες αιτίες. Πολλές φορές τα άτομα αναπτύσσουν φοβίες ακόμη και αν δεν έχουν βιώσει οι ίδιοι την άσχημη κατάσταση που τους προκάλεσε τη φοβία (π.χ. η φοβία για τα αεροπλάνα μπορεί να καλλιεργηθεί από την τηλεόραση). Τα αποτελέσματα πάντως είναι σίγουρα δυσάρεστα εφόσον το άτομο αναγκάζεται να αποκόβεται από δραστηριότητες που έχουν σχέση με την συγκεκριμένη φοβία και να ζουν σε άγχος ή ακόμη και πανικό μόλις πρόκειται να το αντιμετωπίσουν. Σε κάθε είδος φοβίας το άτομο μπορεί να πάθει κρίση και να μην καταλαβαίνει τι γίνεται γύρω του. ⁽³³⁾



3.4.1 Είδη Φοβιών

Απλή φοβία

Η απλή φοβία αναφέρεται σε υπέρμετρο και ανεξέλεγκτο φόβο μιας συγκεκριμένης κατάστασης, αντικειμένου ή ζώου. Σε άμεση έκθεση στο φοβικό αντικείμενο το άτομο εκδηλώνει έντονα συμπτώματα άγχους και αποφεύγει κάθε πιθανή δραστηριότητα που θα τον έφερνε σε επαφή με αυτό. Πολλές φοβίες της κατηγορίας αυτής εκδηλώνονται για πρώτη φορά κατά την παιδική ηλικία και συχνά παρέρχονται με το πέρασ του χρόνου. Εάν η εκδήλωσή τους συνεχισθεί και κατά την περίοδο ενηλικίωσης του ατόμου, τα συμπτώματα συχνά μεγεθύνονται και δυσκολεύουν σημαντικά την καθημερινότητά του.

Κοινωνική φοβία

Η κοινωνική φοβία αφορά έντονο άγχος και φόβο έκθεσης σε καθημερινές κοινωνικές συναναστροφές. Ο πάσχων φοβάται ότι οι άλλοι τον παρατηρούν και τον κριτικάρουν, νιώθει έντονη αμηχανία και φόβο ότι θα εξευτελιστεί δημόσια, και αποφεύγει οποιαδήποτε σχετική δραστηριότητα. Υπό αυτό το πλαίσιο η κοινωνική φοβία επιφέρει σοβαρές επιπλοκές στην καθημερινή ζωή του ατόμου, στους κοινωνικές του συνδιαλλαγές, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας του εάν εκτίθεται καθημερινά σε κόσμο. Η κοινωνική φοβία ξεκινά συχνά από την εκδήλωση ντροπαλότητας κατά την παιδική ηλικία, λαμβάνοντας κατά την εφηβεία ευρύτερες διαστάσεις. Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η κοινωνική φοβία δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη διαφοροποίηση στη συχνότητα εκδήλωσης σε σχέση με το φύλο.

Αγοραφοβία

Το βασικό χαρακτηριστικό της αγοραφοβίας είναι ο φόβος του ατόμου να βρεθεί σε χώρους και καταστάσεις από τις οποίες δεν υπάρχει μια βοήθεια εάν προκύψει κάποια ανάγκη ή θα του ήταν δύσκολο να φύγει. Τα αγοραφοβικά άτομα αποφεύγουν να πηγαίνουν σε χώρους με πολύ κόσμο, συνήθως κλειστούς, όπως εμπορικά κέντρα,

πολυσύχναστοι δρόμοι και μέρη διασκέδασης. Πολλοί αγοραφοβικοί υποφέρουν τόσο που δεν θέλουν να βγουν ούτε και από το σπίτι τους και όταν τελικά το κάνουν δυσκολεύονται πάρα πολύ και συνήθως χρειάζονται την συνοδεία κάποιου φίλου ή συγγενή. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα της αγοραφοβίας αρχίζουν να εκδηλώνονται μετά από ένα στάδιο επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού, ξαφνικών και απρόβλεπτων κρίσεων άγχους, στις οποίες εκδηλώνονται έντονα σωματικά συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία, δύσπνοια, ζάλη, εξάψεις και εφίδρωση, αίσθημα αστάθειας, αίσθημα βάρους στο στέρνο, μούδιασμα σε όλο το σώμα, ναυτία και στομαχική διαταραχή, τρέμουλο, μυϊκή τάση και σφίξιμο, τάση λιποθυμίας, οπότε το άτομο αρχίζει να περιορίζει τις δραστηριότητές του, την έξοδό του από το σπίτι καθώς και οποιαδήποτε κατάσταση θα μπορούσε να του επιφέρει μια νέα κρίση πανικού.

Η αγοραφοβία συναντάται σε ποσοστό 67% σε γυναίκες. Η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί απότομα ή και να εγκατασταθεί σταδιακά. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν κατά το τέλος της εφηβείας ή μεταξύ των 30 και 40 ετών.

Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι ένα στα δέκα άτομα εκδηλώνει μια απλή φοβία, μία ή περισσότερες φορές στη ζωή του, χωρίς να υπόκειται ιδιαίτερες δυσχέρειες στην καθημερινότητά του. Είναι γεγονός, μάλιστα, ότι ένα ποσοστό αυτών των περιπτώσεων ξεπερνά το συγκεκριμένο πρόβλημα χωρίς να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη θεραπεία.

Νοσοφοβία

Η Νοσοφοβία είναι μια διαταραχή φοβίας στην οποία επικρατεί ένας παράλογος φόβος ότι κάποιος πάσχει από κάποια ασθένεια. Γενικά οι φόβοι για κάτι τέτοιο έχουν να κάνουν με τον φόβο κάποιου ότι θα πάθει μια σπάνια ή ανίατη ασθένεια όπως, φυματίωση, καρκίνο καθώς και καρδιακές παθήσεις.

Κλειστοφοβία

Η κλειστοφοβία είναι μία μορφή φοβίας, όπου το άτομο αισθάνεται έντονο φόβο, συνήθως παράλογο και αδικαιολόγητο, όταν βρίσκεται σε κλειστό χώρο, όπως ασανσέρ, υποβρύχιο, καμπίνα, λεωφορείο ή ακόμη και αίθουσα. Ο φόβος αυτός εκδηλώνεται κυρίως με συμπτώματα άγχους και πνιγμονής. Ο κλειστοφοβικός άνθρωπος έχει την ψευδαίσθηση ότι τα τοιχώματα του χώρου όπου βρίσκεται στενεύουν όλο και περισσότερο και θα τον συνθλίψουν. Η παρουσία και άλλων ατόμων στο χώρο μειώνει συνήθως την ένταση των συμπτωμάτων, χωρίς όμως να καταφέρνει να απαλλάξει το άτομο εντελώς από τους φόβους του. Για τη θεραπεία της κλειστοφοβίας δεν φαίνεται να αποδίδει άλλη μέθοδος παρά η ψυχοθεραπεία, συνήθως συνδυαζόμενη και με κάποια υποστηρικτική θεραπεία με φάρμακα. Μια από τις διαδεδομένες μεθόδους για την αντιμετώπιση και αυτής αλλά και πολλών άλλων φοβιών είναι αυτή της έκθεσης, όπου το άτομο μαθαίνει σταδιακά να εκτίθεται στην κατάσταση που του προκαλεί το φόβο χωρίς όμως εγγυημένο αποτέλεσμα. ⁽³⁴⁾

3.4.2 Συμπτώματα Φοβιών

Όταν ένα άτομο εκτίθεται στο φοβικό του αντικείμενο ή σε μια φοβική του κατάσταση, τότε παρατηρούνται μία σειρά από σωματικές, συμπεριφορικές γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως ακριβώς και σε μία έντονη κρίση άγχους/πανικού. Με άλλα λόγια, το σώμα καλείται να βρίσκεται σε πλήρη ετοιμότητα και να είναι προετοιμασμένο για άμεση αποφυγή και φυγή, όπως έκανε ο άνθρωπος όλα τα χρόνια της ιστορίας του μπροστά σε ανάλογες καταστάσεις.

Σωματικές αντιδράσεις

Η ροή του αίματος προς τους μύες αυξάνεται κατά πολύ, όπως και ο καρδιακός ρυθμός. Παρατηρούνται, επίσης, μεταβολές στην αρτηριακή πίεση, εφίδρωση, ρίγη, κοκκίνισμα του προσώπου, διαστολή της κόρης των ματιών, δύσπνοια, σωματικός τρόμος, ξηροστομία κ.ά.

Συμπεριφορικές αντιδράσεις

Για παράδειγμα, η αποφυγή ή η φυγή από την κατάσταση που προκαλεί φόβο.

Γνωστικές αντιδράσεις

Για παράδειγμα, σκέψεις του τύπου «Τώρα θα πεθάνω», «Η αράχνη θα πηδήξει επάνω μου και θα πάθω μεγάλο κακό», «Θα λιποθυμήσω μέσα στον κόσμο και θα γίνω ρεζίλι» κ.ά.

Συναισθηματικές αντιδράσεις

Κινητοποιούνται πολλά και επώδυνα συναισθήματα όπως φόβος, θυμός, απόγνωση κ.ά. Όταν τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται σε συνάρτηση με καθημερινές καταστάσεις που δεν είναι αλλά βιώνονται ως «απειλητικές», τότε η ψυχική οδύνη είναι πολύ μεγάλη.⁽³⁵⁾

3.4.3 Αίτια Φοβιών

Όπως συμβαίνει με όλες τις ψυχικές διαταραχές, οι φοβίες είναι το αποτέλεσμα της συνέργειας βιολογικών παραγόντων και εμπειριών ζωής. Οι έρευνες καταδεικνύουν πως οι γενετικοί παράγοντες παίζουν κυρίαρχο ρόλο κυρίως στην περίπτωση των ειδικών φοβιών για διάφορα ζώα. Όμως, οι γενετικοί παράγοντες από μόνοι τους δεν είναι σε θέση να εξηγήσουν την ύπαρξη των διαφόρων φοβιών.

Σύμφωνα με τη θεωρία της μάθησης, οι διάφορες φοβικές αντιδράσεις είναι αποτέλεσμα μάθησης. Αν, για παράδειγμα, ανοίγοντας την πόρτα του αυτοκινήτου μας εισπράτταμε μια ηλεκτρική εκκένωση, κάτι τέτοιο θα μας έκανε να νιώθουμε κάποιο φόβο και άγχος την επόμενη φορά που θα το επιχειρούσαμε.

Σύμφωνα με την κλασική ψυχαναλυτική θεωρία, η φοβία είναι το αποτέλεσμα απωθημένων ενορμήσεων, δηλαδή απαγορευμένων ή ανεπίτρεπτων επιθυμιών, συναισθημάτων, διαθέσεων. Το άγχος που δημιουργείται εξαιτίας αυτής της ενδοψυχικής σύγκρουσης -δηλαδή από τη μία να θέλεις πολύ κάτι και από την άλλη να μη σου επιτρέπεται ή να μην τολμάς να το εκφράσεις- προβάλλεται σε κάποιο αντικείμενο ή κατάσταση, και με τον τρόπο αυτό μπορούμε να εκφράζουμε αυτά που βιώνουμε μέσα μας με έναν πιο «επιτρεπτό» και λιγότερο «επώδυνο» τρόπο.

3.4.4 Αίτια Φοβιών από την οικογένεια στο παιδί

Τα παιδιά πολλές φορές αρχίζουν να εκδηλώνουν μια φοβική αντίδραση μέσω της απλής παρατήρησης αλλά και μίμησης των αντιδράσεων ενός σημαντικού τους προσώπου. Σχετικά παραδείγματα συναντώνται συχνά σε οικογένειες, στις οποίες τα παιδιά παρατηρούν τους φόβους και τις αντίστοιχες αντιδράσεις των γονιών τους και τις επαναλαμβάνουν με πανομοιότυπο τρόπο. Συχνά αναφέρουν ως ενήλικες ότι φοβούνται τις αράχνες κλπ., επειδή έβλεπαν τις έντονες αντιδράσεις των γονέων τους στη θέα αυτών των εντόμων, ή, σε άλλες περιπτώσεις, ότι αποφεύγουν τα ταξίδια και τις μετακινήσεις καθώς ουδέποτε οι γονείς τους επιθυμούσαν να φεύγουν από το σπίτι.

Είναι γεγονός ότι το οικογενειακό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά τα συγκεκριμένα ερεθίσματα που παρέχει στα παιδιά, αποτελώντας σημαντικό πρότυπο μίμησης και ταύτισης. Η παρατήρηση είναι σημαντική καθώς τα παιδιά μπορεί απλά να αντιγράφουν τις φοβίες των γονιών τους, άκριτα, χωρίς να μεσολαβεί κάποια γνωστική επεξεργασία ή αξιολόγηση της συμπεριφοράς που παρατηρείται. Ένα παιδί που μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον όπου επικρατεί ο φόβος, εκτός του ότι βιώνει μια κατάσταση έντασης και άγχους, δημιουργεί μια αντίληψη για τον κόσμο γύρω του ότι είναι παράξενος, τρομακτικός και επικίνδυνος.⁽³⁵⁾

3.4.5 Θεραπεία Φοβιών

Η πιο συχνή θεραπεία για τις φοβίες είναι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Ο στόχος της είναι η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνεται ο ασθενής την κατάσταση που του προκαλεί φοβία. Εκτός αυτού η συνήθης αγωγή που φαίνεται ότι προτιμούν οι περισσότεροι είναι η λήψη διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών.

Αγχολυτικά χάπια

Ο φυσιολογικός φόβος είναι μία συναισθηματική αντίδραση που προειδοποιεί και προετοιμάζει τον οργανισμό για να αντιμετωπίσει κάποιον κίνδυνο και εξασφαλίζει

την ισορροπία του ατόμου με το περιβάλλον του. Ο φυσιολογικός φόβος και κατ' επέκταση το άγχος που τον ακολουθεί και εκλύεται από προβλήματα και γεγονότα της καθημερινής ζωής δεν απαιτεί φαρμακευτική αντιμετώπιση, καθώς αναχαιτίζεται όταν το άτομο ενημερωθεί κατάλληλα και καθησυχαστεί.

Όταν όμως ο φόβος γίνεται αρκετά έντονος, βασανιστικός, ανυπόφορος, μετατρέπεται σε φοβία και οδηγεί σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο φόβος κυρίως αντιμετωπίζεται με αγχολυτικά – ηρεμιστικά σκευάσματα. Οι κύριες κατηγορίες αγχολυτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του φόβου είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά και οι Β – αναστολείς.

Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν τη θεραπεία εκλογής για τη συμπτωματική αντιμετώπιση του οξέος άγχους. Δρουν μέσω ειδικών υποδοχέων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Όλες έχουν παρόμοιο αγχολυτικό αποτέλεσμα, αλλά διαφέρουν ως προς την ισχύ, το χρόνο έναρξης της δράσης τους, τη διάρκειά της, τις κατασταλτικές ιδιότητες που προκαλούν και τις παρενέργειές τους.

Οι βενζοδιαζεπίνες συνήθως προκαλούν υπνηλία, ζάλη και μείωση του επιπέδου της εγρήγορσης. Όταν χορηγηθούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα παρατηρούνται διαταραχές στη μνήμη. Επίσης, μπορεί να παρουσιάσουν αύξηση του βάρους, διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας και γαστρεντερικές διαταραχές.

Γενικά, τα αγχολυτικά πρέπει να χορηγούνται στη μικρότερη δυνατή θεραπευτική δόση, για μικρά χρονικά διαστήματα (7 – 10 μέρες), σπανιότερα για 4 – 6 βδομάδες, διότι η χορήγηση μεγάλων δόσεων για μακρά χρονικά διαστήματα μπορεί να προκαλέσει σωματική εξάρτηση, που εκδηλώνεται με το σύνδρομο στέρησης που τα συμπτώματά του, εμφανίζονται τις πρώτες ημέρες μετά τη διακοπή των βενζοδιαζεπινών.

Αντικαταθλιπτικά

Από ερευνητικά δεδομένα και κλινικές μελέτες έχει κατοχυρωθεί η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών στη θεραπεία των αγχώδων διαταραχών, τόσο των τρικυκλικών όσο και των νεότερων. Ειδικότερα, έχει αποδειχτεί ότι τα τρικυκλικά (χλωριμιπραμίνη) αλλά και τα νεότερα (βενλαφαξίνη) αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Τα αντικαταθλιπτικά που ενισχύουν το σεροτονινεργικό νευροδιαβιβαστικό σύστημα, όταν χορηγηθούν σε μεγάλες δόσεις, καταπολεμούν τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.

Η πλειονότητα των αντικαταθλιπτικών χρησιμοποιεί σαν βάση τις βενζοδιαζεπίνες και λόγω της εξάρτησης που προκαλούν και των σοβαρών παρενεργειών τους, θα πρέπει να λαμβάνονται για μικρά χρονικά διαστήματα, και όχι σε μεγάλες δόσεις.

B – Αναστολείς

Οι β-αναστολείς (προπρανολόλη, ατενολόλη), επειδή δεν επηρεάζουν τη νοητική διαύγεια, χρησιμοποιούνται κυρίως για την αντιμετώπιση του περιστασιακού άγχους που συνοδεύεται από έντονα σωματικά ενοχλήματα (ταχυκαρδίες, εφιδρώσεις, τρόμος των άκρων), τα οποία προκαλούνται από την υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, διότι προκαλούν βραδυκαρδία, υπέρταση, βρογχόσπασμο και υπογλυκαιμία.⁽³⁵⁾

3.5 Παράνοια

Ψυχική νόσος που χαρακτηρίζεται από χρόνιες συστηματικές παραληρητικές ιδέες, συνήθως καταδίωξης, μεγαλείου ή θρησκευτικές. Όταν ο άρρωστος δεν παραληρεί φαίνεται ψυχικά υγιής. Η παράνοια χαρακτηρίζεται από σοβαρά, χρόνια αισθήματα καταδίωξης, δυσπιστίας και υπερβολικής σημασίας που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Παρατηρείται σε πολλές ψυχιατρικές παθήσεις και σπάνια υπάρχει ως ξεχωριστή παθολογική οντότητα. Στα άτομα με τη χρόνια αυτή ψυχοπαθολογική διαταραχή της προσωπικότητας, δημιουργούνται διαρκή προβλήματα στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους και στο επαγγελματικό περιβάλλον. ⁽³⁶⁾



3.5.1 Αίτια – Συμπτώματα Παράνοιας

Μερικά συμπτώματα της παράνοιας είναι: Έντονες, ψηλού βαθμού, παράλογες υποψίες και δυσπιστία στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους που συχνά συνοδεύονται από θυμό, οργή, μίσος, εχθρότητα και κατάχρηση εμπιστοσύνης. Επίσης, οι ασθενείς αδυνατούν να αναγνωρίσουν τα δικά τους υπερβολικά, ατεκμηρίωτα, αρνητικά αισθήματα που έχουν ενάντια των άλλων ανθρώπων. Επιπλέον, τείνουν να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση και δυσκολία συνεργασίας με άλλους. Τέλος, έχουν απότομη, πεισματική, στενόμυαλη συμπεριφορά του ατόμου που θέλει να έχει πάντα δίκαιο. ⁽³⁷⁾

3.5.2 Τύποι παραληρήματος

Καταδιωκτικό

Πιστεύει αμετανόητα ο άρρωστος ότι οι άλλοι θέλουν να του κάνουν κακό. Τα στοιχεία του παραληρήματος λαμβάνονται από το περιβάλλον κατά τρόπο νοσηρό, εκλεκτικό ώστε να δικαιολογείται ο άρρωστος για τις ιδέες του. Το παραλήρημα είναι πολύ καλά οργανωμένο και προσαρμόζεται ο άρρωστος συναισθηματικά με τις ιδέες του. Δεν έχει μόνο το αίσθημα ότι διώκεται, αλλά αυτό το αίσθημα τον κάνει να αμύνεται ο κλασσικός τύπος του διωκομένου διώκτη, δηλαδή περισσότερο επιθετικός και λιγότερο αμυντικός. Είναι εριστικός και βρίσκεται διαρκώς μπλεγμένος σε ιστορίες και αποδίδει την ευθύνη στους άλλους.⁽³⁸⁾

Διεκδικητικό

Ο άρρωστος πιστεύει διαρκώς ότι αδικείται και διαρκώς διεκδικεί. Εδώ υπάγονται άτομα με ιδιαίτερες ενασχολήσεις με τα θεωρητικά θέματα, τα οποία όμως θέλουν να τα εφαρμόσουν κατά τρόπο προσωπικό στην πράξη. Μιλάνε συνέχεια κυρρήσουν διαρκώς για τον εαυτό τους, αδιαφορούν για τα πρακτικά εκείνα μέτρα που θα οδηγήσουν ίσως στην εφαρμογή τους. Οι διάφοροι ημιμαθείς αποδεικνύεται τελικά ότι πάσχουν από παράνοια.

Ζηλότυπο παραλήρημα

Ζηλοτυπία είναι αρκετά συχνή κατάσταση και σε μικρό ή μεγάλο βαθμό κανένας ζηλοτυπεί για πρόσωπα στα οποία έχει κάνει μεγάλες συναισθηματικές επενδύσεις. Κάτω από μία ζηλοτυπική συναισθηματική κατάσταση το άτομο προβαίνει σε αντιδράσεις, που ενισχύονται πολλές φορές από το περιβάλλον. Θα είναι μεγάλο σφάλμα να χαρακτηρίσει κανείς όλες αυτές τις αντιδράσεις με κάποια ζηλότυπη αιχμή σαν παρανοϊκές. Όταν όμως, η κατάσταση είναι οργανωμένη υπεραπασχολεί το άτομο και κυριαρχεί τη συμπεριφορά του τότε αναμφισβήτητα πρόκειται για ζηλότυπο παραλήρημα και δίκαια εντάσσεται στην παράνοια. Μπορεί να εργάζεται και να αποδίδει αλλά δε παύει να είναι παρανοϊκό άτομο. Για την παθογένεια του ζηλότυπου παραληρήματος υπάρχουν διάφορες απόψεις. Κατά την ψυχοδυναμική άποψη στη βάση της προσωπικότητας υπάρχουν φιλομόφιλες τάσεις και με το

μηχανισμό της προβολής γίνεται μία αναστροφή αντικειμένου-υποκειμένου και έτσι αυτό που αισθάνεται ο άρρωστος, επειδή δε γίνεται ανεκτό από το εγώ του για να το αποβάλλει το τοποθετεί στον άλλον. Με τον ίδιο μηχανισμό ερμηνεύεται και το διωκτικό παραλήρημα. ⁽³⁸⁾

Ερωτομανιακό παραλήρημα

Πρόκειται για ευαίσθητα άτομα με εγώ όχι πολύ ισχυρό, τα οποία δεν έχουν πολλές προοπτικές ικανοποίησης στη ζωή τους. Δεν έχουν την κοινωνική αποκατάσταση που θα ήθελαν. Τα άτομα αυτά προσκολλούνται ρομαντικά σε ένα πρόσωπο και δημιουργούν την κατάσταση που είναι γνωστή και αρκετά συχνή στην καθημερινή ζωή. Δεν αλλάζουν αυτή την προτίμησή τους με τίποτα. Κάθε του ενέργεια μεταφράζεται σε εκδήλωση αφοσίωσης και τον δικαιολογούν που δεν προβαίνει σε συγκεκριμένες λύσεις της κατάστασης. ⁽³⁸⁾

3.5.3 Θεραπεία Παράνοιας

Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί μόνιμη και σίγουρη *θεραπεία της παράνοιας*. Οι υφιστάμενες θεραπείες εστιάζουν στον κατευνασμό των συναισθημάτων του ασθενούς και στην προσπάθεια να μάθει να διαχειρίζεται καλύτερα τα συναισθήματά του και εν τέλει τον θυμό του. Επίσης, χορηγούνται φάρμακα με αγχολυτική, ηρεμιστική ή αντιψυχωσική δράση. Η θεραπεία τείνει να καθυστερεί, διότι οι ίδιοι οι ασθενείς αρνούνται να δεχθούν να καταπολεμήσουν τις υποψίες τους, και είναι δύσπιστοι απέναντι σε κάθε ιατρική προσπάθεια. ⁽³⁹⁾

3.6 Νευρική ανορεξία

Η νευρική ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από άρνηση για διατήρηση ενός υγιούς φυσιολογικού βάρους και έναν μανιώδη φόβο για την απόκτηση βάρους σε συνδυασμό με μια διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό τους που μπορεί να διατηρηθεί από διάφορες προκαταλήψεις σχετικά με το σώμα του/της, το φαγητό και την διατροφή τους. Τα άτομα με νευρική ανορεξία συνεχίζουν

να νιώθουν πείνα αλλά επιτρέπουν στους εαυτούς τους μόνο πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. ⁽⁴⁰⁾



3.6.1 Αίτια Νευρικής ανορεξίας

Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως, παρόλα αυτά οι επιστήμονες αποδίδουν αυτή τη διατροφική διαταραχή σε ένα συνδυασμό ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών παραμέτρων.

3.6.2 Συμπτώματα Νευρικής ανορεξίας

Τα συμπτώματα ενός ατόμου που πάσχει από νευρική ανορεξία αποτελούνται κυρίως από διάφορες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- Τριχόπτωση
- Ατροφία νυχιών
- Αϋπνίες
- Ατροφία των δοντιών
- Υπόταση
- Τελετουργική τάση προς το φαγητό
- Πρόκληση εμετού
- Ακραία απώλεια βάρους
- Κοιλιακοί πόνοι, ζαλάδες, λιποθυμίες, κόπωση και ατονία
- Αίσθηση κρύου

- Ξηρότητα στο δέρμα
- Διακοπές στον εμμηνορυσιακό κύκλο
- Διαταραγμένη αντίληψη για το σχήμα του σώματος ή το βάρος του.
- Αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου με μεταπτώσεις στη διάθεση.
- Άρνηση της ύπαρξης του προβλήματος
- Έντονος φόβος για πρόσληψη βάρους
- Ανώμαλος καρδιακός ρυθμός

Δερματολογικά σημάδια της ανορεξίας

- Ξηρό δέρμα
- Φλεγμονή ιδιαίτερα στα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών
- Ακροκυάνωση
- Οίδημα
- Χιονίστρες
- Κνησμός
- Ερύθημα
- Ακμή
- Ραβδώσεις στο δέρμα ⁽⁴¹⁾

3.6.3 Επιπλοκές Νευρικής ανορεξίας

Η ανορεξία έχει πολυάριθμες επιπλοκές. Η πιο σοβαρή είναι ο θάνατος.

Άλλες επιπλοκές είναι:

- Αναιμία
- Καρδιαγγειακά προβλήματα
- Φθορά των οστών και αύξηση πιθανότητας καταγμάτων αργότερα
- Πνευμονολογικά προβλήματα
- Απώλεια εμμήνου ρύσεως στις γυναίκες
- Γαστρικά και νεφρικά προβλήματα

Πνευματικές διαταραχές που μπορεί να έχουν οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτήν την ασθένεια είναι:

- Η κατάθλιψη

- Οι διαταραχές συναισθήματος
- Οι διαταραχές προσωπικότητας
- Η κατάχρηση φαρμάκων ⁽⁴²⁾

3.6.4 Θεραπεία Νευρικής ανορεξίας

Η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας περιλαμβάνει ψυχολογικές θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τις σκέψεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με το διαταραγμένο τρόπο διατροφής αλλά και διατροφική επιμόρφωση ώστε το άτομο να επανεκπαιδευθεί στο να αποκτήσει υγιείς διατροφικές συνήθειες. Επίσης μπορεί να γίνει χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ή ακόμη και εισαγωγή στο νοσοκομείο από σοβαρό υποσιτισμό. ⁽⁴²⁾

3.7 Ψυχογενής Βουλιμία

Βουλιμία, μια σοβαρή απειλητική για τη ζωή διατροφική διαταραχή. Τα άτομα με βουλιμία μπορεί να καταβροχθίζουν κρυφά μεγάλες ποσότητες τροφής και στη συνέχεια να προσπαθούν να απαλλαγούν από τις επιπλέον θερμίδες με ένα νοσηρό τρόπο. ⁽⁴²⁾





Ο φαύλος κύκλος της ψυχογενούς βουλιμίας

3.7.1 Αίτια Ψυχογενής Βουλιμίας

Η ακριβής αιτία της βουλιμίας είναι άγνωστη. Κάποιοι όμως απ' τους παράγοντες που μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο είναι η βιολογία, άτομα με συγγενείς πρώτου βαθμού πάσχοντα από μια διατροφική διαταραχή μπορεί να είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν και τα ίδια μια διατροφική διαταραχή. Σημαντικό ρόλο παίζουν τα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα. Οι άνθρωποι με διατροφικές διαταραχές μπορεί να έχουν ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, τελειομανία, παρορμητική συμπεριφορά, προβλήματα διατήρησης θυμού ή κατάθλιψη.⁽⁴³⁾

3.7.2 Συμπτώματα Ψυχογενής Βουλιμίας

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία συνήθως ασχολούνται με το βάρος τους και ζουν με το φόβο απόκτησής του. Παρόλα αυτά έχουν αίσθηση ότι δεν μπορούν να ελέγξουν τη διατροφική συμπεριφορά τους και έτσι τρώνε μέχρι το σημείο να νιώσουν πόνο ή δυσφορία. Τέλος, χρησιμοποιούν συμπληρώματα

διατροφής για την απώλεια βάρους αλλά κάνουν και κατάχρηση καθαρκτικών, διουρητικών και κλύσματα μετά το γεύμα. ⁽⁴³⁾

3.7.3 Θεραπεία Ψυχογενής Βουλιμίας

Ο θεραπευτικός συνδυασμός περιλαμβάνει την ψυχοθεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά. Η θεραπεία περιλαμβάνει γενικά μια συντονισμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει, την οικογένεια, τον γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς επίσης υπηρεσία παροχής ψυχικής υγείας και έναν διαιτολόγο με εμπειρία στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών. ⁽⁴³⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Σtereότυπα και προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια

Το στίγμα της ψυχικής νόσου έχει ηλικία αιώνων στη συλλογική συνείδηση της ανθρωπότητας. Ίσως και μόνο αυτό το γεγονός να είναι μια αιτία της διαχρονικής επίμονης παρουσίας του σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικής συναναστροφής. Μιλώντας ειδικότερα για την Ελλάδα, είναι γενικώς παραδεκτό ότι το στίγμα βρίσκεται ακόμη και σήμερα σε υψηλά επίπεδα και τουλάχιστον σε υψηλότερα από αυτά των «δυτικών» χωρών.

Το **στίγμα** αναφέρεται στις αρνητικές πεποιθήσεις και στάσεις που υιοθετεί μία κοινωνία, τις οποίες αποδίδει σε ομάδες που θεωρούνται με κάποιον τρόπο αποκλίνουσες, όπως είναι οι ψυχικά ασθενείς. Χρησιμοποιείται μία «ετικέτα» για μία ομάδα ατόμων ώστε να διαχωρίζονται τα άτομα αυτά από τους άλλους .

Η «ετικέτα» συνδέεται με αποκλίνοντα ή ανεπιθύμητα από την κοινωνία χαρακτηριστικά .Τα άτομα με τη συγκεκριμένη «ετικέτα» θεωρούνται από τη φύση τους διαφορετικά από εκείνα που δεν την έχουν, γεγονός που συμβάλλει σε μία νοοτροπία του «Εμείς» σε αντιπαράθεση με «Εκείνους» .Τα άτομα με τη συγκεκριμένη «ετικέτα» δέχονται άδικες διακρίσεις εις βάρος τους.

Ένα βασικό ερώτημα είναι γιατί υπάρχει το στίγμα. Ο κύριος λόγος είναι δυο απλές λέξεις με τεράστιο όμως βάρος η κάθε μία : *Προκαταλήψεις και στερεότυπα*. Τα

στερεότυπα είναι αντιλήψεις που κανείς θεωρεί αυτονόητες και συχνές, χωρίς όμως να κάνει καμία κριτική επεξεργασία μέσα του με αποτέλεσμα αυτές να οδηγούν σε στάσεις. Οι προκαταλήψεις είναι οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ενστερνίζεται τα αρνητικά στερεότυπα. Ακούει ο καθένας κάτι και αβασάνιστα το αναπαράγει χωρίς να ξέρει εάν στέκει, χωρίς να τον ενδιαφέρει εάν στέκει και χωρίς να έχει συναίσθηση των συνεπειών του να μην ξέρει! Μεροληπτικές κρίσεις, υπεργενικευμένες απόψεις, αυθαίρετα συμπεράσματα, ετικετοποίηση, τρόπος σκέψης «άσπρο ή μαύρο». Αναμετάδοση αρνητικών απόψεων, συναισθημάτων, φημών, φόβων από γενιά σε γενιά. Ένα ποσοστό συνανθρώπων μας μάλιστα βρίσκεται ακόμη τόσο πίσω σε νοητική πρόοδο που διατηρεί την πεποίθηση ότι η ψυχική νόσος είναι τιμωρία από το Θεό. Άλλοι συνδέουν τη ψυχική νόσο με τη νοημοσύνη χαρακτηρίζοντας με ευκολία ως «βλάκες» κάποιους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Παράδειγμα : Γεγονός : «Σχιζοφρενής σκότωσε τη μάνα του και τον πατέρα του». Συμπέρασμα που προκύπτει στην ευρύτερη πλειοψηφία χωρίς πολλή σκέψη : «Όλοι οι σχιζοφρενείς είναι επικίνδυνοι».

Υψηλότερο ποσοστό σε στιγματιστικές συμπεριφορές παρουσιάζουν οι παλιότερες γενιές. Ο λόγος είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των νέων σήμερα έχει αυξημένη πρόσβαση σε γιγάντιο όγκο πληροφοριών στο διαδίκτυο σχετικών με επιστημονικές ανακαλύψεις και επομένως έχει τη δυνατότητα που δεν είχαν οι παλιότεροι να αποκτά γνώση περί διαφόρων θεμάτων πριν διαμορφώσει απόψεις. Αυτό αποτελεί μια θετική επίδραση της τεχνολογικής εξέλιξης της εποχής μας. Βέβαια η επίδραση αυτή δεν έχει την εξάπλωση που θα μπορούσε να κάνει τη διαφορά (λιγότερο στις δυτικές χώρες και περισσότερο στην Ελλάδα) και τα βήματα βελτίωσης είναι αργά. Ένας λόγος γι' αυτό είναι ο τρόπος παρουσίασης της ψυχικής ασθένειας από τα περισσότερα ευρείας απήχησης ΜΜΕ μέσω του οποίου συχνά συσχετίζεται η ψυχική ασθένεια με τη βία και την επικινδυνότητα, εμπορικοποιείται η ανθρώπινη δυστυχία και διαιωνίζεται η αναπαραγωγή στερεοτύπων αφού αυτά ως ειδήσεις έχουν μεγαλύτερη απήχηση στην κοινωνία.

Φυσικά αυτό δε σημαίνει ότι και νεότεροι άνθρωποι δεν υιοθετούν συνειδητά ή μη στιγματιστικές συμπεριφορές. Εδώ είναι πιο διαδεδομένη η ειρωνική αντιμετώπιση, ο χαβαλές. Για παράδειγμα οι περισσότεροι από μας έχουμε γίνει μάρτυρες σε

κουβέντες του στυλ «Τι κάνεις ρε φίλε ξέχασες τα χάπια σου σήμερα!» «Δεν πας σε κάνα ψυχίατρο λέω γω;» Η υποτιμητική θεώρηση για το επάγγελμα του ψυχιάτρου όσο και τις ψυχιατρικές φαρμακευτικές αγωγές που υποδηλώνει το χιουμοράκι αυτό είναι φανερή, χωρίς να σημαίνει απαραίτητα ότι υπάρχει κακή πρόθεση. Επίσης το στίγμα είναι μεγαλύτερο σε επαρχιακές πόλεις και χωριά και αυξάνεται όσο πιο απομονωμένα είναι αυτά. Ο λόγος είναι και πάλι η μειωμένη τεχνολογική διείσδυση και ενημέρωση στις κοινωνίες αυτές. Το αποτέλεσμα είναι η ανελέητη διαπόμπευση του ψυχικά ασθενή!

4.1 Χαρακτηριστικά που προκαλούν την εκδήλωση στιγματιστικής συμπεριφοράς

Κάποια απ' τα χαρακτηριστικά τα οποία μπορεί να προκαλέσουν στιγματιστική συμπεριφορά ως προς τους ψυχικά ασθενείς μπορεί να είναι η παραμελημένη ή άλλοτε παράξενη/εκκεντρική εμφάνιση των ασθενών αυτών. Επίσης, κάποιο άλλο χαρακτηριστικό μπορεί να είναι ο ασυνήθιστος λόγος τους, η περίεργη, ακατανόητη και ανήσυχη συμπεριφορά τους. Αυτό συμβάλλει βέβαια και σε ελλείματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στις κοινωνικές τους δεξιότητες. Τέλος, το βασικότερο χαρακτηριστικό είναι η ΕΤΙΚΕΤΑ και μόνο της ψυχικής νόσου.

4.2 Πρώτο στερεότυπο για την ψυχική ασθένεια

Το πρώτο στερεότυπο έχει να κάνει με το εάν οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι

Ένας πρώτος μύθος/προκατάληψη αφορά την επικινδυνότητα. Πολλοί πιστεύουν ότι τα άτομα με διαταραχές ψυχικής υγείας είναι επικίνδυνα και βίαια. Αυτή η αντίληψη υποδαυλίζεται συχνά από τις περιγραφές εγκλημάτων στα ΜΜΕ όταν κάποιος γενικά και αόριστα αναφέρεται ως ψυχικά ασθενής. Η πραγματικότητα όμως είναι πολύ διαφορετική. Έρευνες έχουν δείξει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια δεν χρησιμοποιεί βία και γενικότερα τα άτομα αυτά δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα, αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό. Οι περισσότεροι

άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες δεν είναι ούτε βίαιοι, ούτε εγκληματίες. Αντιθέτως, είναι πολύ πιθανό να είναι θύματα παρά θύτες.

Μόνο μια υπό-ομάδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι πιθανό να είναι βίαιοι. Αυτό όμως οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας, στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής και στην κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ. Η βίαιη συμπεριφορά τις πιο πολλές φορές περιλαμβάνει πράξεις που σχετίζονται με την επιβίωσή τους, μιας και το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι αρκετά υψηλό: 15-20 %.

Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά σε αυτήν την ομάδα ψυχικά ασθενών είναι η πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη της κατάλληλης θεραπείας, η βελτίωση της σχέσης τους με την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, η τακτική παρακολούθηση και έγκαιρη παρέμβαση στην κρίση. ⁽⁴⁴⁾

4.2.1 Δεύτερο στερεότυπο

Το δεύτερο στερεότυπο αναφέρεται στο εάν έχουν την ικανότητα οι ασθενείς να δουλέψουν

Ένας άλλος μύθος αφορά στο ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίκανος και ανεύθυνος για τις πράξεις του. Μετά τη δεκαετία του 40 και την ανακάλυψη δραστικών βιολογικών θεραπειών για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων τα στερεότυπα έπαψαν να είναι δικαιολογημένα. Με κατάλληλη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση αποδείχτηκε ότι η σχιζοφρένεια μπορούσε αποτελεσματικά να θεραπευτεί. Όσον αφορά στην ανευθυνότητα, μόνο σε περιπτώσεις βαριάς μορφής της νόσου μπορεί να επηρεαστεί η κρίση του ασθενή (αν κάνει υποτροπή ή διακόψει τη θεραπευτική αγωγή) και αυτό όμως είναι παροδικό. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν. Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμη κι αν παρουσιάζουν συμπτώματα. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται και γενικά φαίνεται ότι η εργασία συμβάλλει στη θεραπεία. ⁽⁴⁵⁾

4.2.2 Τρίτο στερεότυπο

Το τρίτο στερεότυπο αναφέρεται στο εάν θεραπεύεται η ψυχική ασθένεια

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει άλματα στην ψυχιατρική επιστήμη σε ότι αφορά την ακριβή διάγνωση και θεραπεία πολλών ψυχικών διαταραχών. Παλαιότερα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές παρέμεναν έγκλειστα σε ψυχιατρικά ιδρύματα επειδή δεν υπήρχαν οι σύγχρονοι τρόποι θεραπείας. Σήμερα οι ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται, επιτρέποντας στους πάσχοντες να λειτουργούν με επάρκεια στην κοινωνία. Υπάρχουν πλέον, αποτελεσματικοί τρόποι θεραπείας για πολλές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας και των διαταραχών που σχετίζονται με το αλκοόλ και την χρήση ουσιών.⁽⁴⁶⁾⁻⁽⁴⁷⁾

Οι θεραπείες αυτές είναι σύνθετες, ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου. Συνήθως περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, θεραπείες μέσω συζήτησης (ψυχοθεραπείες) και υποστήριξη στην καθημερινή ζωή και εργασία. Η ενεργητική συμμετοχή της οικογένειας και του κοινωνικού δικτύου παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Ένα από τα κύρια εμπόδια τόσο στην αναζήτηση και παροχή ουσιαστικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς όσο και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους είναι το κοινωνικό στίγμα. Γιατί σε όλα τα μέρη του κόσμου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται και αντιμετωπίζουν διακρίσεις.

4.2.3 Τέταρτο στερεότυπο

Το τέταρτο στερεότυπο αναφέρει εάν πρέπει να μπουν στο ψυχιατρείο όλοι όσοι αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα

Η αλήθεια είναι πως τα άτομα που υποφέρουν από ψυχικά αίτια μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους χωρίς να απαιτείται ο εγκλεισμός τους σε ψυχιατρείο, με την προϋπόθεση ,βέβαια, τα συμπτώματα και οι συνέπειες της νόσου να μην επιβαρύνουν δραματικά τη σωματική και ψυχική τους κατάσταση και η νοσηλεία τους να πραγματοποιείται σε έκτακτες μόνο περιπτώσεις ως αναγκαστική λύση.

Τα ευάλωτα ψυχικά άτομα θα πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο χρειάζεται, για τη δική τους προσωπική βελτίωση και όχι γιατί αυτό εξυπηρετεί τα συμφέροντα τρίτων προσώπων από το περιβάλλον του ασθενή, εφόσον ενυπάρχουν κίνητρα οικονομικής φύσεως, ή επειδή η ίδια η κοινωνία δεν μπορεί να σταθεί αρωγός στο πλευρό τους. Οι ασθενείς των οποίων η κατάσταση της υγείας τους βρίσκεται σε σοβαρό στάδιο, έχοντας ως συνέπεια την πρόκληση μειονεξιών που εμποδίζουν με σφοδρότητα τη λειτουργικότητά τους, ανήκουν στην ομάδα των χρονίως ασθενών. Για τους περισσότερους όμως πάσχοντες από την ομάδα αυτή, δεν κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία τους σε κλινική για πολύ μεγάλο διάστημα, καθώς χρήζουν νοσηλείας για 90 ή περισσότερες ημέρες σε μια χρονική περίοδο ενός έτους. ⁽⁴⁸⁾

Είναι ,λοιπόν, εξαιρετικά σημαντικό ο ασθενής να αισθανθεί πως η κοινότητα προσδοκά για τον ίδιο μια ζωή ποιοτική και πως μια τυχόν παραμονή του σε ψυχιατρείο θα στοχεύει στη δική του και μόνο αποκατάσταση της υγείας του και δεν θα αποτελεί πρόφαση για αποσιώπηση του προβλήματος. Έπειτα, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, ο εγκλεισμός σε ίδρυμα όταν θα κρίνεται απαραίτητος να επιβληθεί –σε έσχατη δηλαδή ανάγκη –θα πρέπει να είναι σύντομος για να αποφευχθεί και η λεγόμενη ιδρυματοποίηση που καθιστά τον ασθενή ανήμπορο και οδηγεί σε έκπτωση των ψυχοκοινωνικών του λειτουργιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτική παρέμβαση για τον περιορισμό του στίγματος της ψυχικής ασθένειας

Για τον περιορισμό του στίγματος της ψυχικής ασθένειας όχι μόνο ο νοσηλευτής αλλά και οι πολίτες μπορούν να εφαρμόσουν κάποιες μεθόδους ώστε να εξαλειφθεί αυτό το στίγμα ως προς αυτήν την κατηγορία ατόμων. Μερικοί μέθοδοι είναι παρακάτω:

- Αγωγή κοινότητας με τη διάδοση έγκυρων πληροφοριών για την ψυχική νόσο
- Αντίκρουση όταν παρουσιάζονται εσφαλμένες αντιλήψεις από τα ΜΜΕ
- Να ενθαρρύνουμε τη χρήση θετικών εικόνων για να αναφερόμαστε σε ανθρώπους με ψυχική νόσο και να υπογραμμίζουμε την πραγματικότητα ότι η ψυχική νόσος μπορεί εύκολα να αντιμετωπιστεί
- Να δίνουμε έμφαση στις ικανότητες και όχι στους περιορισμούς
- Η ανοικτή συζήτηση βοηθάει στο να έρθει το θέμα στην επιφάνεια και να φύγει από τα στενά προσωπικά όρια
- Μην εξισώνουμε τους ανθρώπους με την ασθένεια. Δεν είναι ο άνθρωπος η ασθένεια. Για αυτό, αντί να λέμε ‘σχιζοφρενής’ να λέμε το άτομο που έχει σχιζοφρένεια, αντί για ‘καταθλιπτικός’, να λέμε το άτομο που έχει κατάθλιψη

5.1 Ο ρόλος της οικογένειας για τη βοήθεια ενός ψυχικά ασθενή

Η οικογένεια είναι ο βασικός παράγοντας με τη βοήθεια της οποίας ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να γίνεται όλο και καλύτερα κάθε μέρα όσο αυτό είναι εφικτό με τη συμπαράσταση που θα του παρέχει η οικογένειά του. Κάποια απ’ τα βήματα με τα οποία μπορεί η οικογένεια να βοηθήσει με την καθοδήγηση ενός νοσηλευτή είναι τα παρακάτω:

- Η οικογένεια οφείλει να φροντίζει να επικοινωνεί με τον ασθενή με ευγένεια, σεβασμό, καλοσύνη, τρυφερότητα και αγάπη με σκοπό να κερδίσει την εμπιστοσύνη του.

- Να μπει στη θέση του ασθενή, στο δικό του τρόπο σκέψης και στο βαθμό που μπορεί να δει τον κόσμο με τα δικά του μάτια.
- Να δείχνει κατανόηση και υπομονή συνειδητοποιώντας πως έχει να κάνει με ένα πολύ ευαίσθητο και ευάλωτο άτομο.

Αν δείξεις ειλικρινές ενδιαφέρον, άνευ όρων σεβασμό και αγάπη το άτομο που πάσχει από ψύχωση θα σου ανοίξει την καρδιά του.

Οφείλει η οικογένεια να συνειδητοποιήσει πως είναι φυσικό το άτομο που πάσχει να χρειάζεται:

- Περισσότερες ώρες ύπνου
 - Ησυχία στο χώρο του
 - Χώρο και χρόνο να μένει μόνος του να ησυχάζει
 - Συνήθως, κλειστή τηλεόραση, ράδιο και υπολογιστή
 - Χαμηλό φωτισμό στο δωμάτιό του
 - Σεβασμό στους ρυθμούς του διότι είναι φυσικό να μην λειτουργεί με εγρήγορση
- Εκτός αυτού η οικογένεια πρέπει:
- Να προσέξει να μην κάνει συνεχώς παρατηρήσεις και παραινέσεις.
 - Να χαμηλώσει τον πήχη των απαιτήσεων
 - Να μειώσει τις επισκέψεις στο σπίτι
 - Να μην ψιθυρίζει όταν βρίσκεται στον ίδιο χώρο με άλλους
 - Να ακούει με προσοχή τον ασθενή ακόμη και αν αυτό που λέει είναι ανόητο
 - Να μην ξεχνά πως είναι φυσικό να φέρεται σαν μικρό παιδί
 - Να μην δείχνει λύπη προς τον ασθενή
 - Να μην θυμώνει όταν εκφράζει επιθετικότητα αλλά να κάνει υπομονή
 - Να τον ακούει με προσοχή και να ενθαρρύνει το διάλογό του
 - Να μην τον πιέζει για βελτίωση της κατάστασής του γρήγορα
 - Να τον βοηθάει ώστε να νιώθει πετυχημένος και ικανός

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνήσουμε την αντιμετώπιση που δέχονται οι ψυχικά διαταραγμένοι ασθενείς από την κοινωνία μας αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Κυρίως θέλαμε να διαπιστώσουμε την αντιμετώπιση που δέχονται αυτοί οι άνθρωποι σε προσωπικές, φιλικές, καθώς και επαγγελματικές σχέσεις.

Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

Πληθυσμός – Δείγμα έρευνας

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας, το οποίο και απευθύνθηκε σε 200 ερωτηθέντες, νοσηλευτές αλλά και άλλων ειδικοτήτων πολίτες, στην Πάτρα και στην Ζάκυνθο. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από την καταγωγή, την οικογενειακή και κοινωνικό-οικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις.

Τόπος και χρόνος συλλογής

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τις 10 Ιανουαρίου έως τις 5 Μαρτίου του 2014. Στην έρευνά μας πτυχιούχοι νοσηλευτές αλλά και νοσηλευτές με διετή επαγγελματική εκπαίδευση κλήθηκαν να συμμετέχουν λόγω του μικρού αριθμού προσωπικού που υπάρχει στα Ελληνικά νοσοκομεία.

Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσε να διακόψει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, εφόσον δεν επιθυμούσε να συνεργαστεί.

Ηθικοί προβληματισμοί

Η έρευνα εγκρίθηκε από το τμήμα ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και από τους προϊστάμενους του κάθε τμήματος οι οποίοι ενημερώθηκαν για τη διεξαγωγή και το σκοπό της έρευνας. Οι ερευνητές εγγυήθηκαν την ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Ανάπτυξη ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο τμήματα. Το πρώτο τμήμα περιέχει πέντε ερωτήσεις που σχετίζονται με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική εμπειρία και την εργασία τους. Το δεύτερο τμήμα που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες αποτελείται από δεκαπέντε ερωτήσεις. Οι πρώτες τρεις ερωτήσεις είναι γενικής φύσεως. Στις επόμενες ερωτήσεις ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν σε πιο προσωπικές ερωτήσεις, όπως αν θα έκαναν σχέση με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο ή εάν θα άφηναν το παιδί τους να κάνει φιλικές σχέσεις με κάποιο τέτοιο άτομο. Επίσης, τέθηκαν ερωτήσεις που αφορούν την εργασία, εάν δηλαδή ένα ψυχικά διαταραγμένο άτομο έχει την ικανότητα να εργαστεί, καθώς και εάν μάθαιναν πως κάποιος υπάλληλός τους αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα τι θα έκαναν σε αυτήν την περίπτωση, θα συνέχιζαν τη συνεργασία τους ή θα τον απέλυε.

Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση

Τα πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας ήταν το SPSS το Excel και το Microsoft Word. Κάθε πιθανή απάντηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με το πλήθος των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Περιγραφική κατανομή

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης, αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Έτσι οι μη μετρίσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη συχνότητα εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Στατιστικές συγκρίσεις

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν το χ^2 - τεστ (square test). Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα $\{-1, +1\}$. Οι τιμές αυτές αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο, ενώ οι αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν ότι όταν η μία μεταβλητή αυξάνεται η άλλη μειώνεται. Στο τέλος αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: Μέγεθος του δείγματος και βαθμοί ελευθερίας Τιμή της χ^2 , Συντελεστής συσχέτισης, Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας. Θεωρούμε πως στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγείται σε μια πιθανότητα $p < 0.05$.

Αποτελέσματα

Διανεμήθηκαν 250 ερωτηματολόγια και από αυτά τα 200 συλλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση δεδομένων. Αρκετά από τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν χωρίς να έχουν απαντηθεί. Ειδικότερα, απ' την Παθολογική κλινική επιστράφηκαν 7 ερωτηματολόγια, απ' την χειρουργική 6, την μαιευτική 10, την καρδιολογική 10, τα επείγοντα 3, ΩΡ/Λ 4, την ψυχιατρική 3, τη νεφρολογική 5 και τέλος την αιμοδοσία 2 ερωτηματολόγια. Να σημειωθεί πως από τα τρία νοσηλευτικά ιδρύματα που διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια μόνο απ' το νοσοκομείο της Ζακύνθου απαντήθηκαν όλα. Τέλος να σημειωθεί πως τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στους πολίτες που δεν ήταν επαγγελματίες υγείας απαντήθηκαν όλα.

Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 73% σε σχέση με τους άντρες που ήταν μόνο 27%. Το 68% κυμαίνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες από 35-70 ετών ενώ το 32% ανήκει στις μικρότερες ηλικίες από 18-35ετών. Το 46% των ερωτηθέντων ανήκαν στην τεχνολογική εκπαίδευση, το 29% στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 19% στην Πανεπιστημιακή εκπαίδευση και τέλος μόνο το 6% ανέρχεται στην υποχρεωτική εκπαίδευση. Συνοψίζοντας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανήκει στους επαγγελματίες υγείας με 61% ενώ το 39% ανήκει σε πολίτες άλλων ειδικοτήτων. **(Διάγραμμα 1).**

Αρχικά παρατίθεται ένας πίνακας με το σύνολο των ερωτήσεων και των απαντήσεων (Πίνακας 1) και έπειτα παρατίθενται σε γραφήματα οι ερωτήσεις με τα ποσοστιαία αποτελέσματά τους.

Πίνακας 1

Σ: Σύνολο

ΕΥ: Επαγγελματίες Υγείας

Π: Πολίτες

Ερωτήσεις ερωτηματολογίου

Αποτελέσματα

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1. Γνωρίζετε τι είναι η ψυχική νόσος;	Σ: 93% ΕΥ: 56,73% Π : 36,27%	Σ: 3 % ΕΥ: 1,83% Π : 1,17%	Σ: 4 % ΕΥ: 2,44% Π : 1,56%
2. Σε περίπτωση που είχατε κάποιον ψυχικά διαταραγμένο στην οικογένειά σας θα απευθυνόσασταν σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο;	Ψυχολόγος Σ: 38 % ΕΥ: 23,18% Π : 14,82%	Ψυχίατρος Σ: 62 % ΕΥ: 37,82% Π : 24,18%	0
3. Πιστεύετε πως οι ψυχικές ασθένειες θεραπεύονται;	Σ: 53 %	Σ: 36 % ΕΥ: 21,96%	Σ: 10 % ΕΥ: 6,1%

	EY:32,33% Π :20,67%	Π:14,04%	Π:3,9%
4.Θα αισθανόσασταν φόβο/ανασφάλεια σε περίπτωση που βρισκόσασταν στον ίδιο χώρο με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο;	Σ:41 % EY:25,01% Π:15,99%	Σ:45 % EY:27,45% Π:17,55%	Σ:13 % EY:7,93% Π:5,07%
5. Έχετε στην οικογένειά σας κάποιον ψυχικά ασθενή;	Σ:17 % EY:10,37% Π:6,63%	Σ:80 % EY:48,8% Π:31,2%	Σ:3 % EY:1,83% Π:1,17%
6. Σε περίπτωση που είχατε στο περιβάλλον σας κάποιον ψυχικά ασθενή θα το κρύβατε από τον κοινωνικό σας περίγυρο;	Σ:13 % EY:7,93% Π:5,07%	Σ:77 % EY:46,97% Π:30,03%	Σ:10 % EY:6,1% Π:3,9%
7. Σε περίπτωση που στην παρέα σας υπήρχε κάποιος ψυχικά ασθενής θα τον απομονώνατε;	Σ:6 % EY:3,66% Π:2,34%	Σ:86,5 % EY:52,765% Π:33,735%	Σ:7,5 % EY:4,575% Π:2,925%
8. Εάν ανακαλύπτατε πώς ο/η σύντροφός σας αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχικής ασθένειας και είχε νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική στο παρελθόν θα συνεχίζατε τη σχέση σας μαζί του/της;	Σ:35 % EY:21,35% Π:13,65%	Σ:37 % EY:22,57% Π:14,43%	Σ:28 % EY:17,08% Π:10,92%
9. Πιστεύετε πως τα άτομα με ψυχική νόσο είναι ικανά να δημιουργήσουν οικογένεια;	Σ:30,5 %	Σ:47,5 %	Σ:22 %

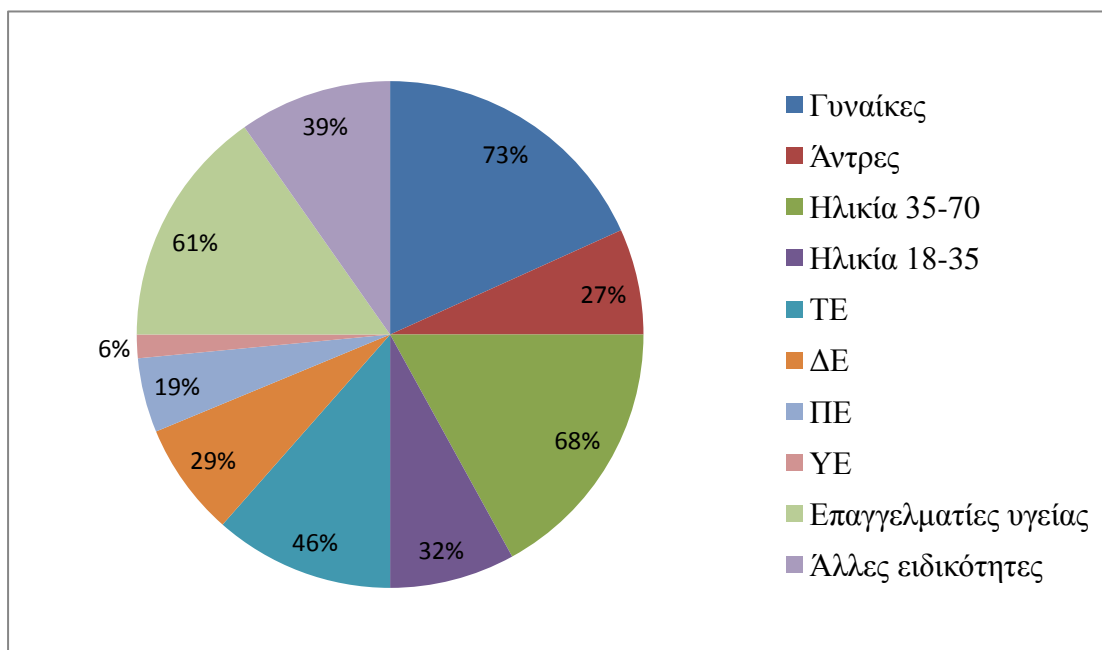
	EY:18,605%	EY:28,975%	EY:13,42%
	Π:11,895%	Π:18,525%	Π:8,58%
10. Εάν μαθαίνατε πως ο/η υπάλληλός σας είχε νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική, θα τον/την απολύατε;	Σ:19 % EY:11,59% Π:7,41%	Σ:69 % EY:42,09% Π:26,91%	Σ:21 % EY:12,81% Π:8,19%
11. Θεωρείτε πως ένας ψυχικά διαταραγμένος θα δημιουργούσε πρόβλημα στην εργασία του;	Σ:42,5 % EY:25,925% Π:16,575%	Σ:25 % EY:15,25% Π:9,75%	Σ:32,5 % EY:19,825% Π:12,675%
12. Θα αφήνατε το παιδί σας να κάνει παρέα με κάποιο άλλο παιδί που είναι ψυχικά διαταραγμένο;	Σ:26,5 % EY:16,165% Π:10,335%	Σ:45 % EY:27,45% Π:17,55%	Σ:28,5 % EY:17,385% Π:11,115%
13. Θα αναλαμβάνατε να φροντίζετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο εφόσον λαμβάνει θεραπευτική αγωγή;	Σ:69 % EY:42,09% Π:26,91%	Σ:17,5 % EY:10,675% Π:6,825%	Σ:13,5 % EY:8,235% Π:5,265%

14. Εάν στη γειτονιά σας υπήρχε ένας ψυχικά διαταραγμένος και προκαλούσε προβλήματα, πώς θα αντιδρούσατε; (Γράψτε δυο λόγια)	Θα καλούσα τις αρχές	Θα έκανα υπομονή	Θα καλούσα κάποιον ειδικό	Θα προσπαθούσα να τον πλησιάσω και να του μιλήσω	Θα επικοινωνούσα με την οικογένειά του για να τον ηρεμήσει
---	----------------------	------------------	---------------------------	--	--

15. Τι συναισθήματα σας προκαλεί η συναναστροφή με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο;	Φόβο	Λύπη	Οίκτο	Αγανάκτηση	Όλα τα παραπάνω	Κανένα από τα παραπάνω
	Σ:40 % ΕΥ:24,4% Π:15,6%	Σ:10% ΕΥ:6,1% Π:3,9%	Σ:40% ΕΥ:24,4% Π:15,6%	Σ:3% ΕΥ:1,83% Π:1,17%	Σ:7% ΕΥ:4,27% Π:2,73%	
(Επιλογή)						
	Σ:12,5 % ΕΥ:7,625% Π:4,875%	Σ:21,5 % ΕΥ:13,115 % Π:8,385%	Σ:3 % ΕΥ:1,83% Π:1,17%	Σ:8 % ΕΥ:4,88% Π:3,12%	Σ:48,5 % ΕΥ:29,585% Π:18,915%	Σ:6,5 % ΕΥ:3,965% Π:2,535%

Διάγραμμα 1

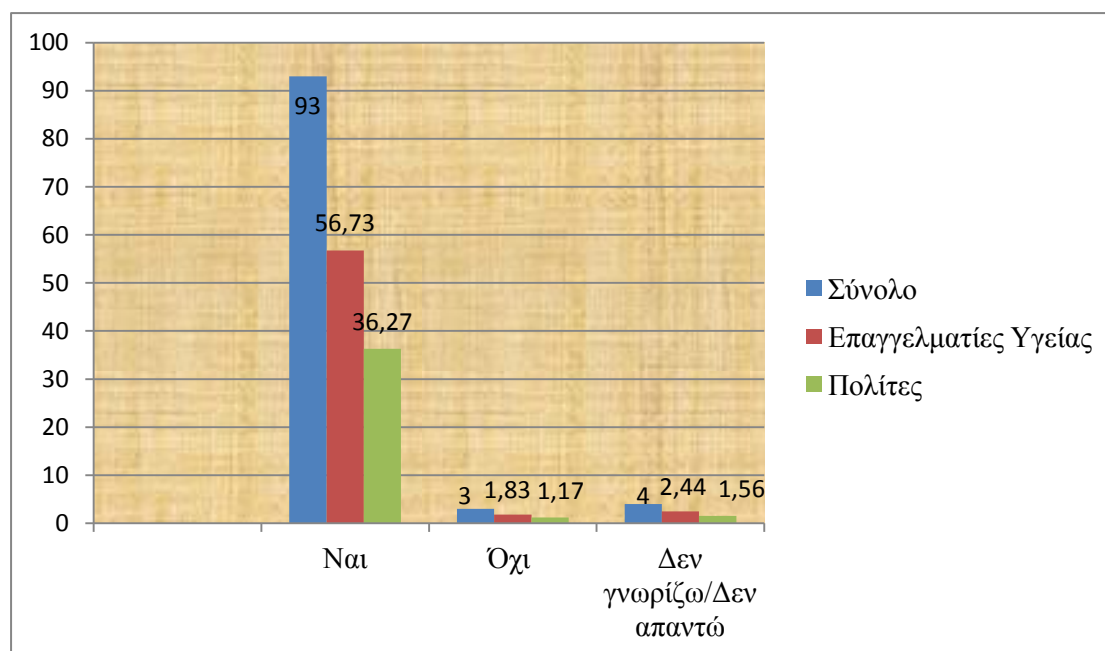
Δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων



Παρατηρείται πως το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας απαντήθηκε από γυναίκες 73% ενώ μόλις το 27% από άνδρες. Από αυτούς το 68% περιλαμβάνει ηλικίες 35-70 ενώ το 32% 18-35. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φαίνεται να είναι ΤΕ ενώ ένα μικρό ποσοστό που ανέρχεται στο 6% είναι ΥΕ και αυτό λόγω του ότι τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν και από πολίτες άλλων ειδικοτήτων, το ποσοστό των οποίων ανέρχεται στο 32%.

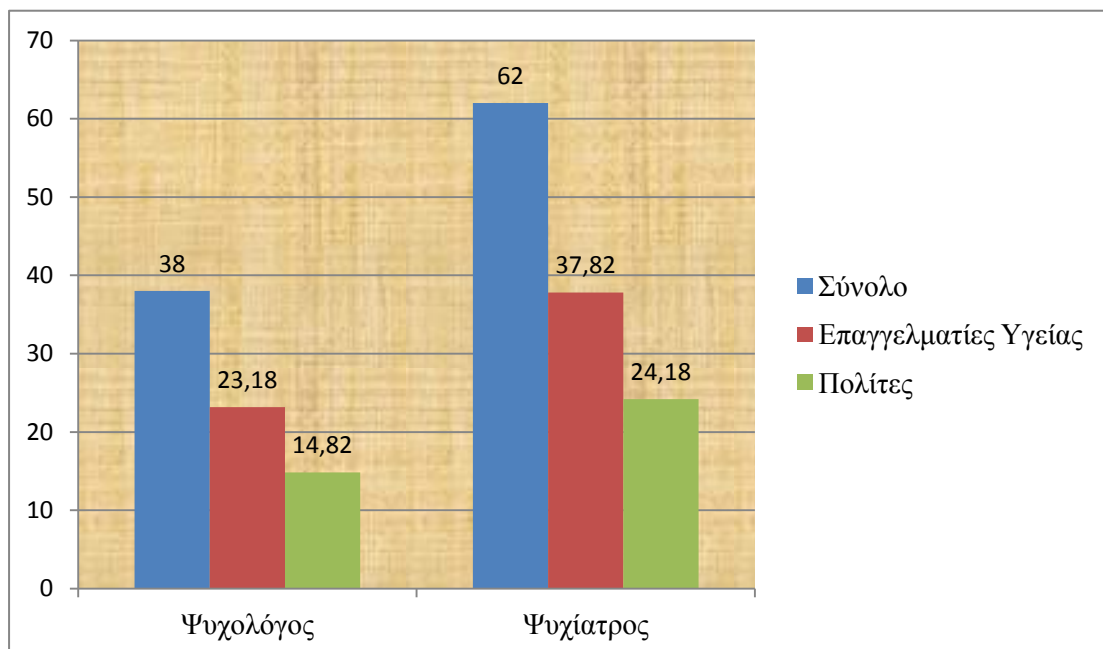
Γραφήματα

1. Γνωρίζετε τι είναι ψυχική νόσος;



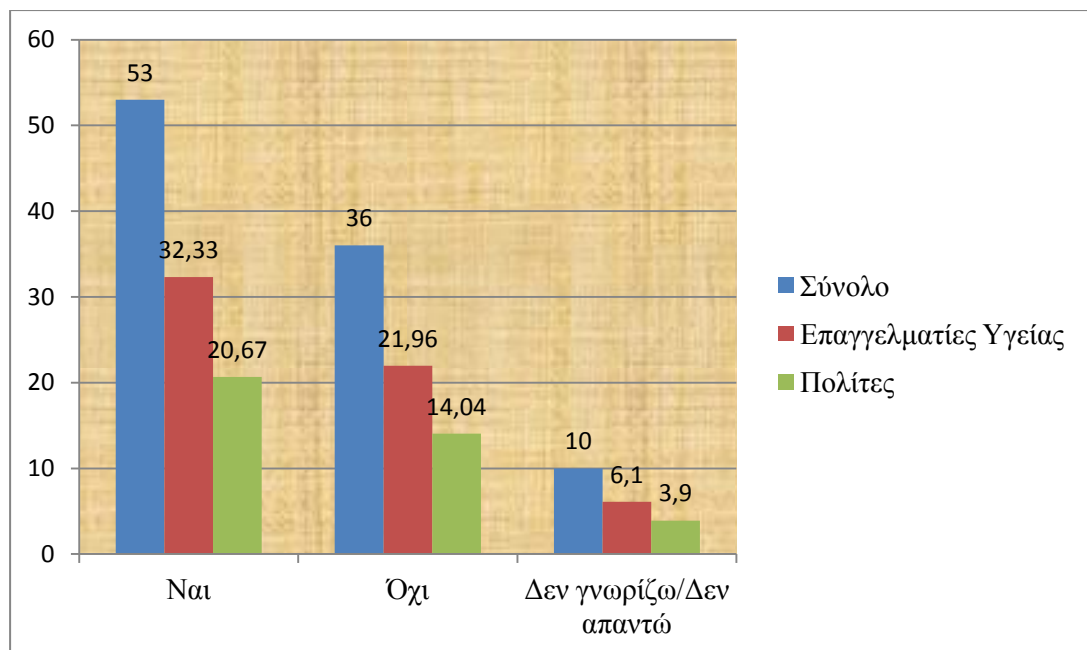
Το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να γνωρίζει τι είναι η ψυχική νόσος, οι περισσότεροι που απαντούν θετικά βέβαια είναι οι επαγγελματίες υγείας. Είναι αναμενόμενο να γνωρίζει η πλειοψηφία την έννοια της ψυχική νόσου εφόσον βρισκόμαστε στην εποχή της πληροφόρησης.

2. Σε περίπτωση που είχατε κάποιον ψυχικά διαταραγμένο στην οικογένειά σας θα απευθυνόσασταν σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο;



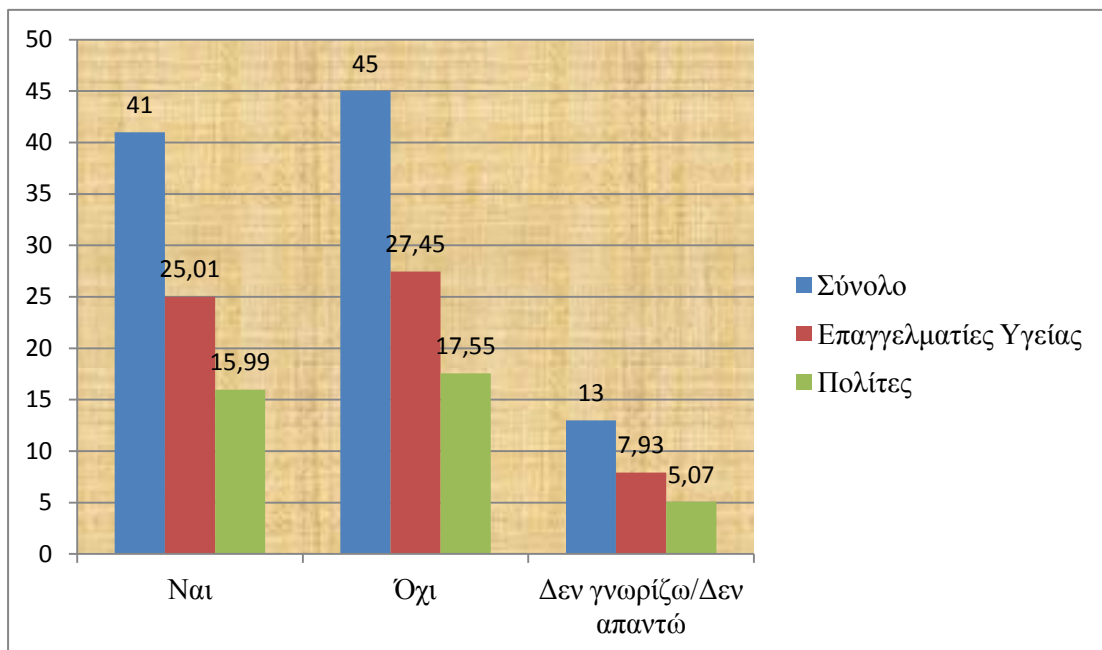
Η πλειοψηφία απαντά πως εάν υπήρχε στην οικογένεια κάποιος ψυχικά διαταραγμένος θα απευθύνονταν σε ψυχίατρο, παρόλα αυτά βέβαια ένα μεγάλο ποσοστό θα συμβουλευόταν πρώτα κάποιον ψυχολόγο. Αυτό συμβαίνει λόγω των πολλαπλών απόψεων από τα ΜΜΕ για τη διαφορά ανάμεσα σε ψυχίατρο και ψυχολόγο.

3. Πιστεύετε πως οι ψυχικές ασθένειες θεραπεύονται;



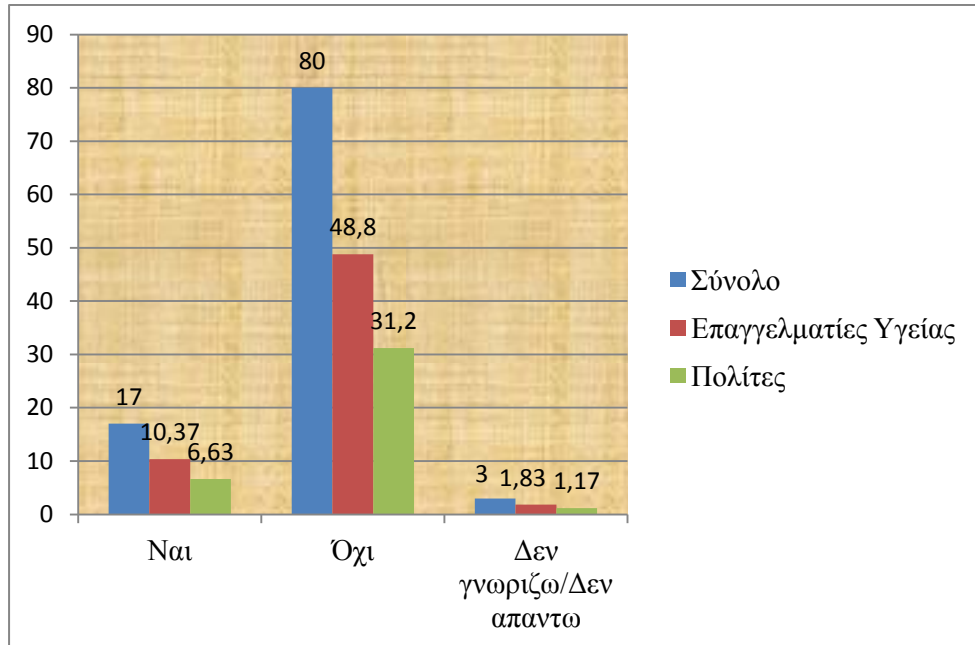
Το 53% φαίνεται να πιστεύει πως οι ψυχικές ασθένειες θεραπεύονται, απ' αυτούς το 32,33% ανέρχεται σε επαγγελματίες υγείας ενώ το 20,67 σε πολίτες. Το 36% βέβαια θεωρεί πως οι ψυχικές ασθένειες δεν θεραπεύονται.

4. Θα αισθανόσασταν φόβο/ανασφάλεια σε περίπτωση που βρισκόσασταν στον ίδιο χώρο με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο;



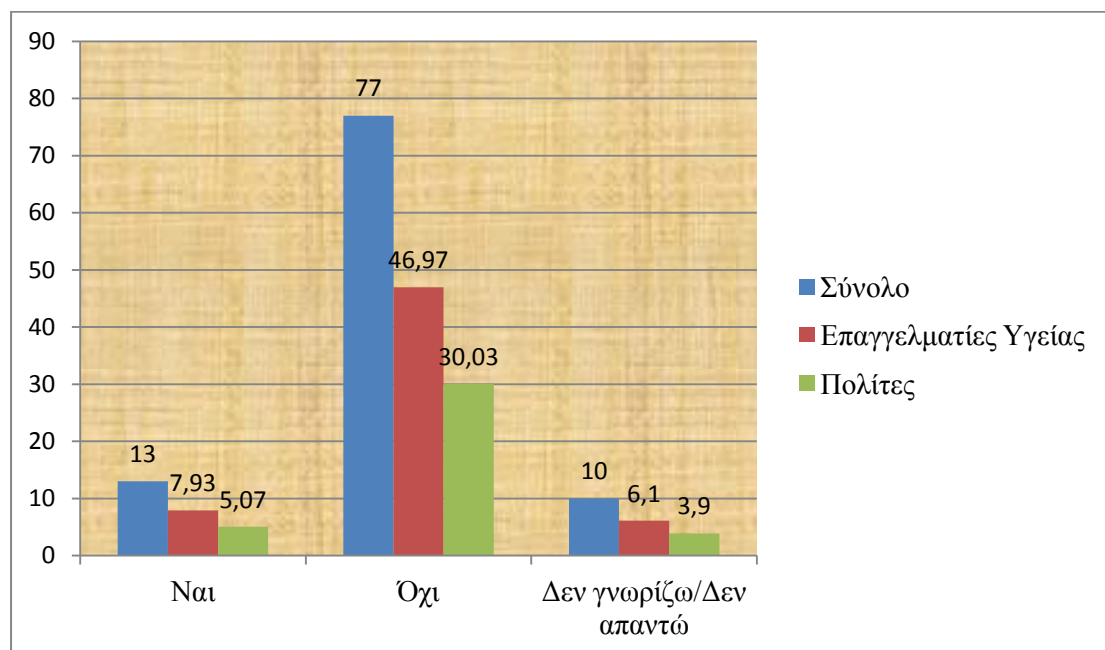
Παρατηρείτε πως το 45% δεν θα αισθανόταν φόβο εάν βρίσκονταν στον ίδιο χώρο με κάποιο ψυχικά διαταραγμένο άτομο αν και εξίσου ένα μεγάλο ποσοστό θα αισθανόταν φόβο και ανασφάλεια.

5. Έχετε στην οικογένειά σας κάποιον ψυχικά ασθενή;



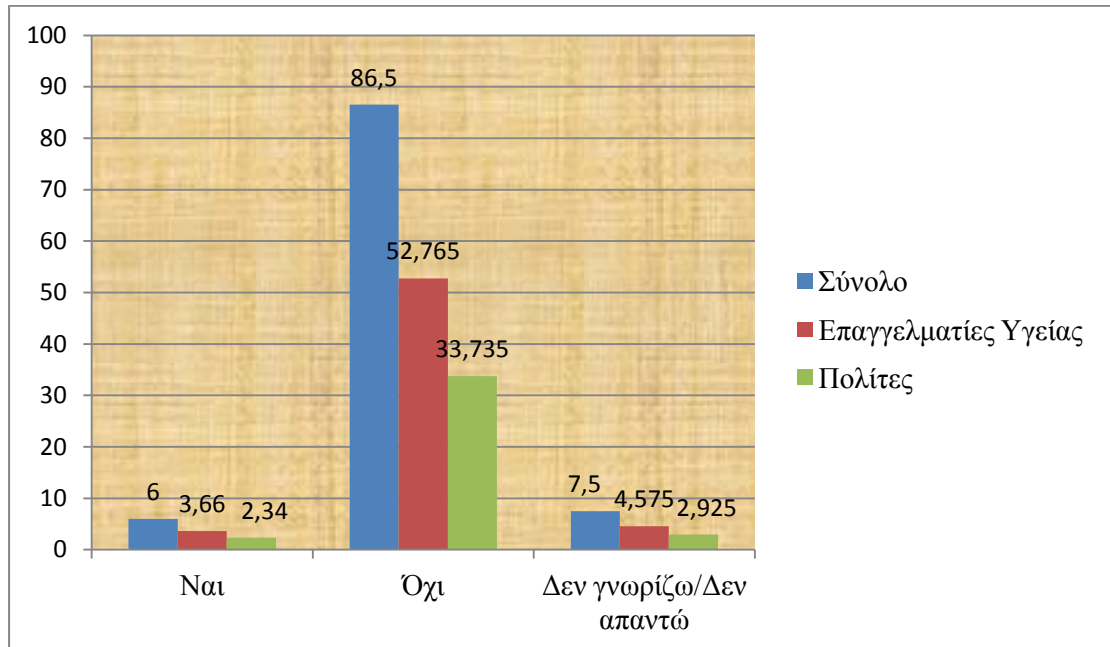
Ένα αρκετά μικρό ποσοστό από τους ερωτηθέντες έχει στην οικογένειά του κάποιον ψυχικά ασθενή. Παρόλα αυτά όμως μπορεί να μην ήθελαν να το αναφέρουν ακόμη και στο ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

6. Σε περίπτωση που είχατε στο περιβάλλον σας κάποιον ψυχικά ασθενή θα το κρύβατε από τον κοινωνικό σας περίγυρο;



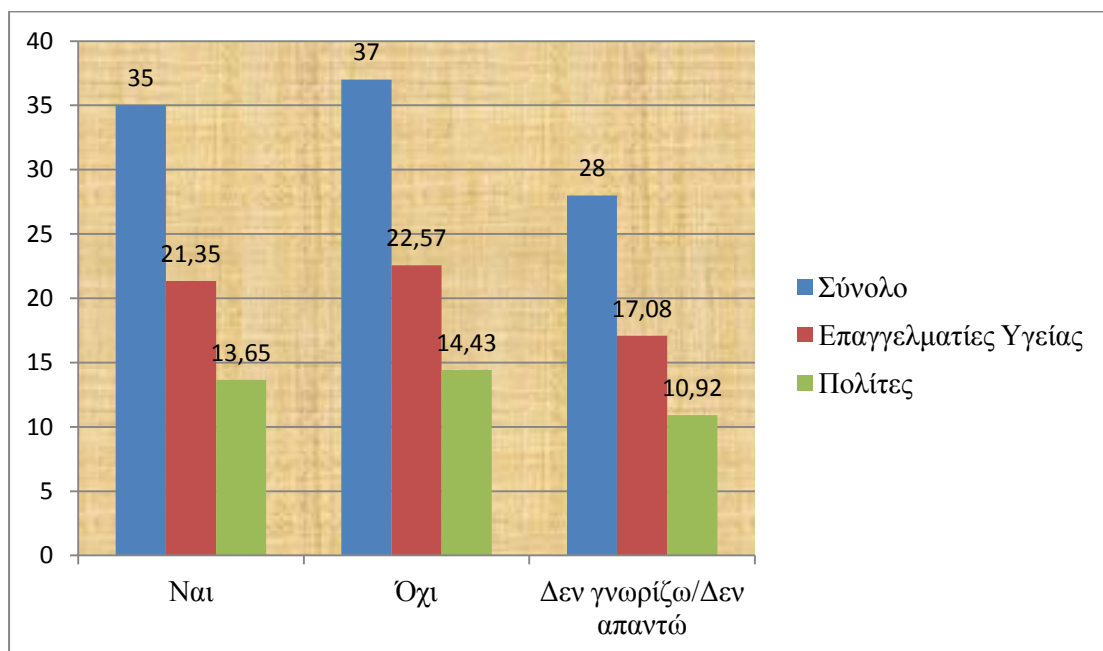
Η πλειοψηφία δεν θα έκρυβε από τον κοινωνικό περίγυρο την ύπαρξη ενός ψυχικά ασθενή στην οικογένεια, παρά μόνο ένα μικρό ποσοστό 13% θα το έκανε. Είναι βέβαια φυσικό πως δεν μπορεί να κρυφτεί κάτι τέτοιο απ' τον κοινωνικό περίγυρο, πόσο μάλλον σε μια κλειστή κοινωνία.

7. Σε περίπτωση που στην παρέα σας υπήρχε κάποιος ψυχικά ασθενής θα τον απομονώνατε;



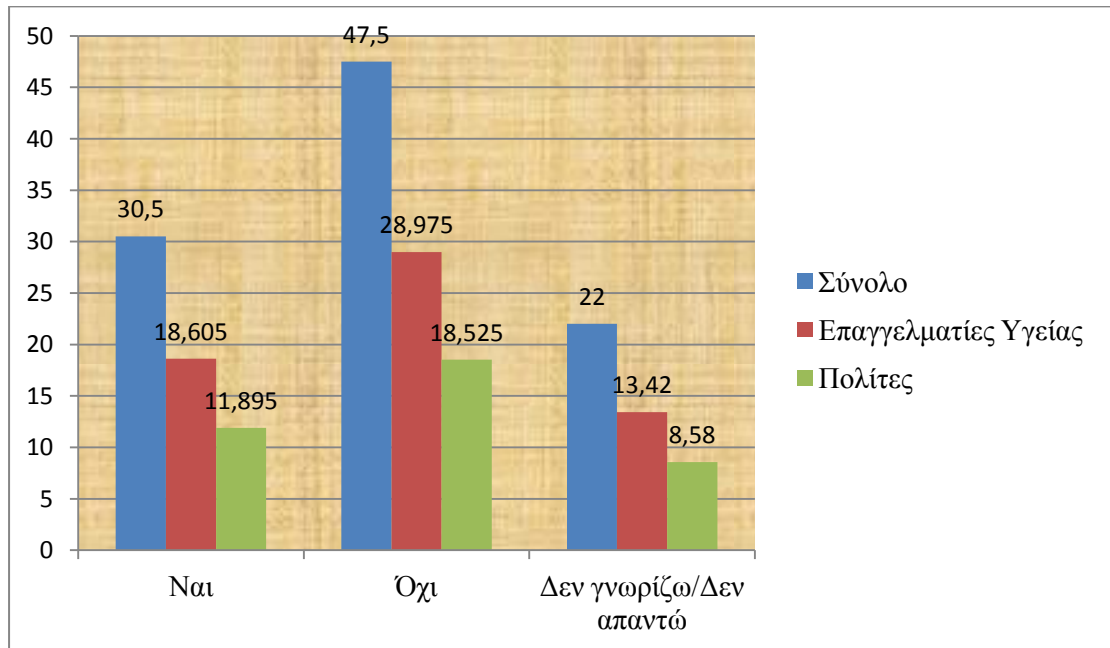
Φαίνεται πως το σύνολο των ερωτηθέντων δεν θα απομόνωνε απ' την παρέα ένα ψυχικά διαταραγμένο άτομο

8. Εάν ανακαλύπτατε πώς ο/η σύντροφός σας αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχικής ασθένειας και είχε νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική στο παρελθόν θα συνεχίζατε τη σχέση σας μαζί του/της;



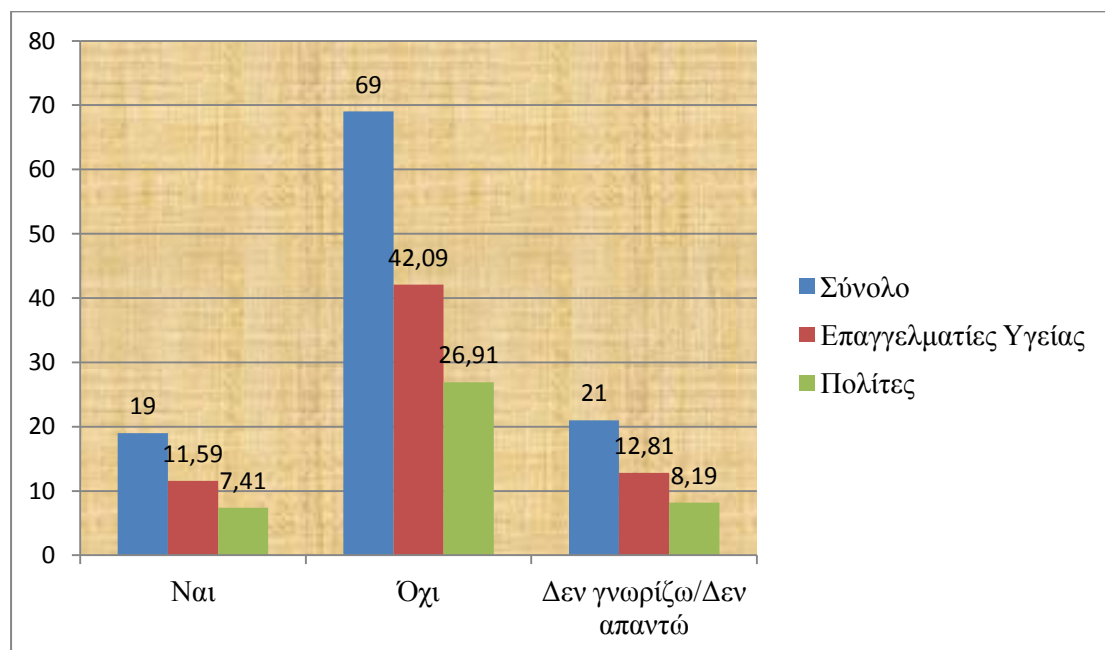
Το 37% εάν ανακάλυπτε πως ο/η σύντροφός του/της νοσηλευόταν σε ψυχιατρική κλινική δεν θα συνέχιζε τη σχέση μαζί του/της ενώ το 35% θα συνέχιζε αυτή τη σχέση. Η διαφορά αυτή φαίνεται να είναι απειροελάχιστη, βέβαια αυτό έχει να κάνει και με το πόσο ισχυρούς δεσμούς έχει μία σχέση.

9. Πιστεύετε πως τα άτομα με ψυχική νόσο είναι ικανά να δημιουργήσουν οικογένεια;



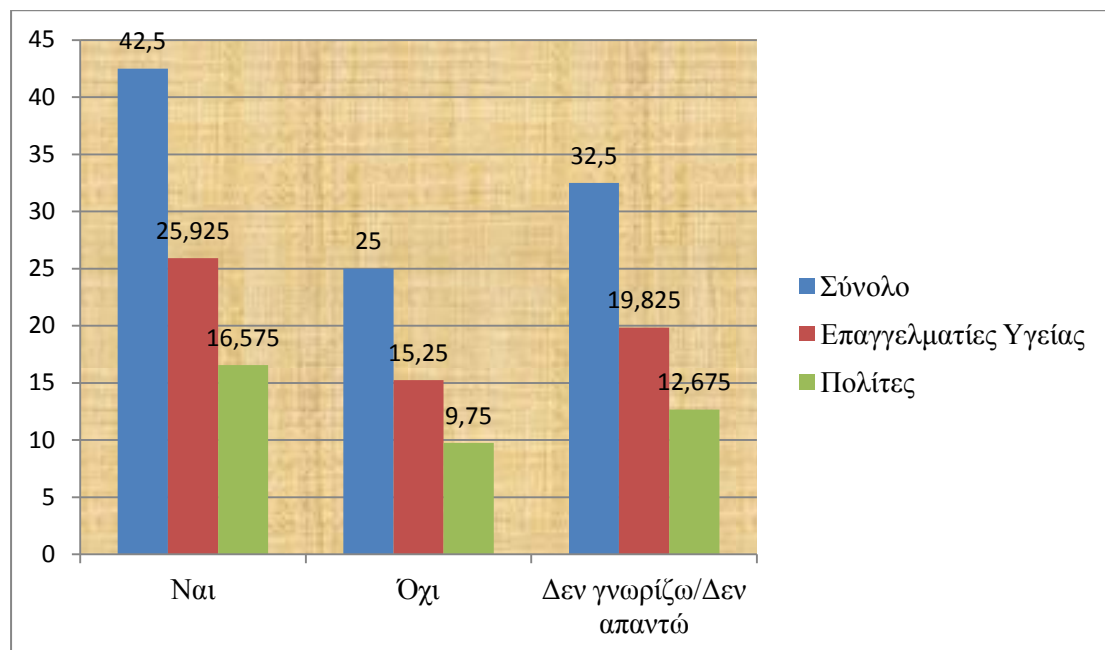
Το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει πως δεν μπορούν να δημιουργήσουν οικογένεια τα άτομα με ψυχική νόσο.

10. Εάν μαθαίνατε πως ο/η υπάλληλός σας είχε νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική, θα τον/την απολύατε;



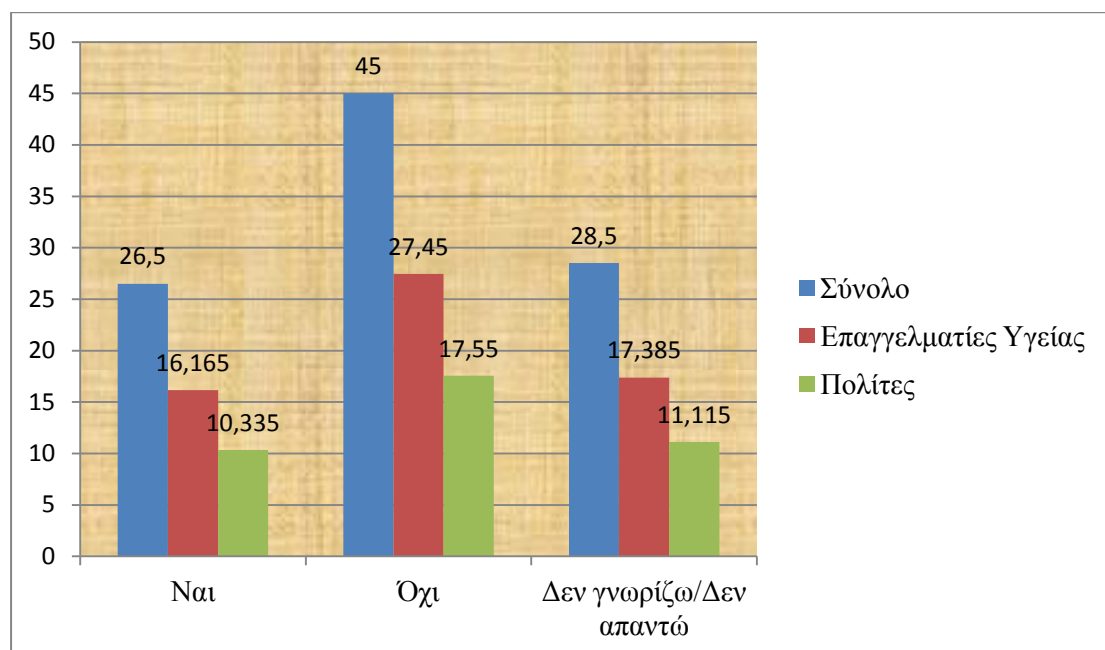
Λίγα είναι τα άτομα εκείνα που θα απέλυαν τον υπάλληλό τους εάν μάθαιναν πως είχε νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική.

11. Θεωρείτε πως ένας ψυχικά διαταραγμένος θα δημιουργούσε πρόβλημα στην εργασία του;



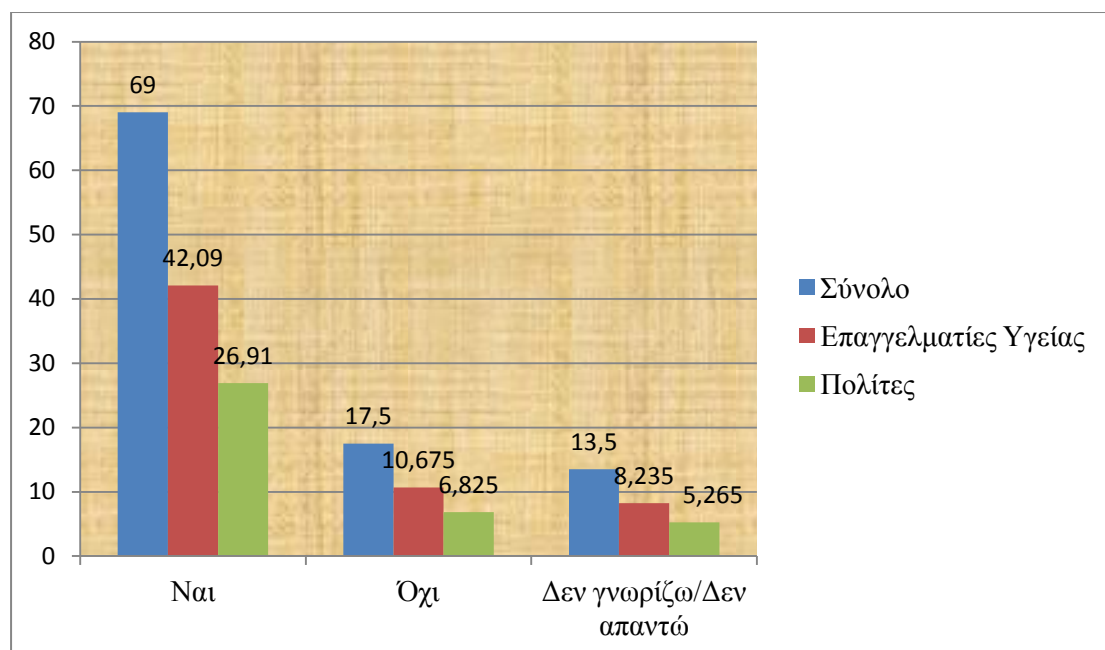
Φαίνεται πως οι περισσότεροι πιστεύουν πως κάποιος ψυχικά διαταραγμένος θα δημιουργούσε πρόβλημα στην εργασία του. Πιθανόν να θεωρούν πως ένα ψυχικά διαταραγμένο άτομο δεν θα μπορούσε να είναι παραγωγικό.

12. Θα αφήνατε το παιδί σας να κάνει παρέα με κάποιο άλλο παιδί που είναι ψυχικά διαταραγμένο;



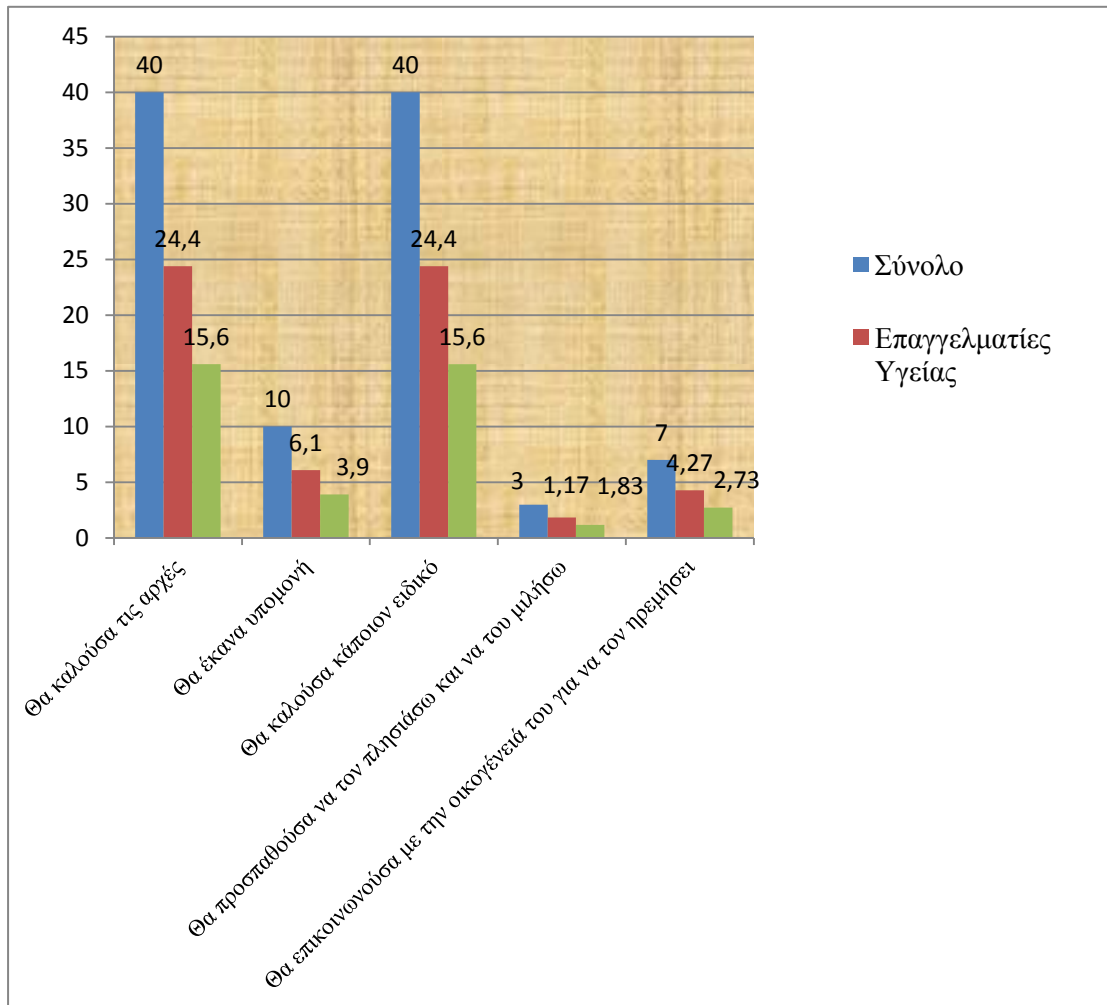
Λίγοι είναι εκείνοι που θα επέτρεπαν στο παιδί τους να κάνει παρέα με κάποιο άλλο παιδί που αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχικής ασθένειας. Φαίνεται πόσο υπερπροστατευτικοί είναι οι γονείς απέναντι στα παιδιά τους.

13. Θα αναλαμβάνετε να φροντίζετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο εφόσον λαμβάνει θεραπευτική αγωγή;



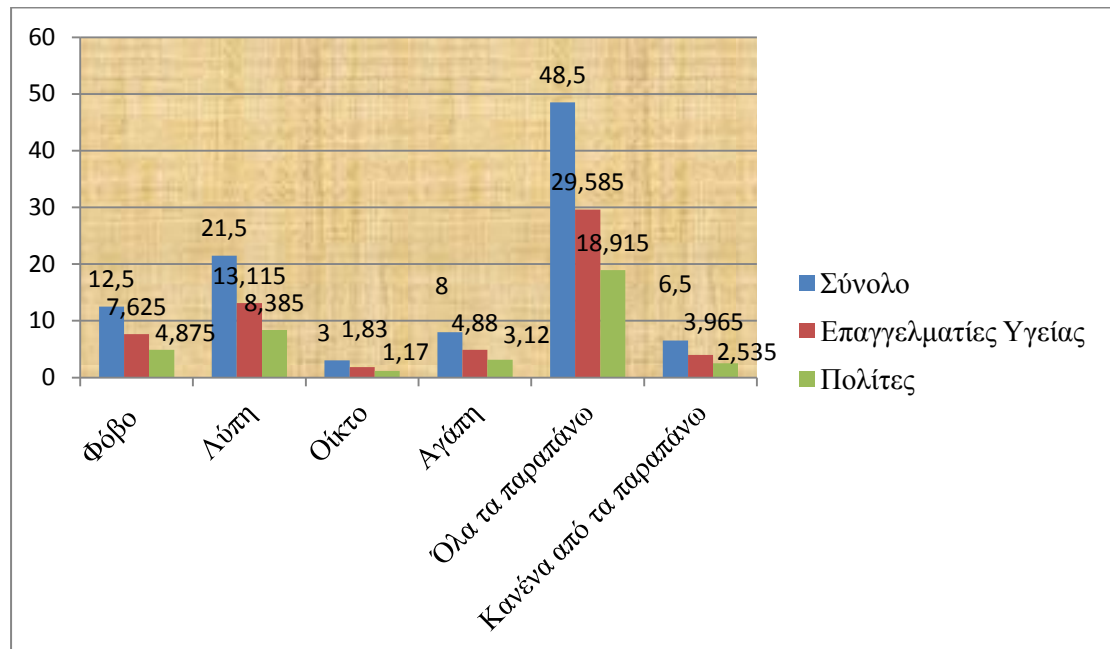
Οι περισσότεροι απ' τους ερωτηθέντες θα αναλάμβανε να φροντίσει κάποιο άτομο με ψυχική νόσο εφόσον λαμβάνει θεραπευτική αγωγή.

14. Εάν στη γειτονιά σας υπήρχε ένας ψυχικά διαταραγμένος και προκαλούσε προβλήματα, πώς θα αντιδρούσατε; (Γράψτε δυο λόγια)



Η έρευνα δείχνει πως η πλειοψηφία θα απευθυνόταν στις αρχές ή σε κάποιον ειδικό εάν κάποιος ψυχικά ασθενής προκαλούσε προβλήματα στη γειτονιά τους. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει λόγω του ότι ο κόσμος δεν γνωρίζει και δεν είναι ενήμερος τι πρέπει να κάνει σε αυτές τις περιπτώσεις.

15. Τι συναισθήματα σας προκαλεί η συναναστροφή με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο; (Επιλογή)



Οι ερωτηθέντες μας δείχνουν ευαισθητοποιημένοι και έτσι παρόλο που αισθάνονται λύπη και φόβο συνάμα απ' τους ψυχικά διαταραγμένους φαίνεται να έχουν και αισθήματα αγάπης.

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκε η αντιμετώπιση που έχουν οι ψυχικά ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας και την κοινωνία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε ότι η στάση των ερωτηθέντων είναι αρκετά ικανοποιητική. Η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να είναι αρκετά ευαισθητοποιημένη, ωστόσο ένα μικρό ποσοστό έχει ακόμη προκατάληψη ως προς αυτήν την ομάδα ατόμων.

Η παρούσα έρευνα είναι η πρώτη που επικεντρώνεται στη Ελλάδα. Οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων φαίνεται να έχουν κάποιες διαφορές σε σχέση με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες. Σχετικά με έρευνα που ανακοινώθηκε στο 19^ο συνέδριο ψυχιατρικής το 2011 στην Αυστρία, οι εργοδότες προτιμούν να δώσουν μια εργασία σε άτομα με σωματικές αναπηρίες από ό, τι σε άτομα με ψυχική ασθένεια, η επιλογή των ατόμων με σχιζοφρένεια ως την τελευταία δυνατότητα. Αυτό συμβαίνει διότι έχουν ελάχιστη επαφή με ψυχικά άρρωστα άτομα, το 96% δεν γνωρίζουν κυβερνητικές πολιτικές για την ένταξη στη δουλειά και μόνο το 54 % δέχεται να συμμετάσχει σε συναντήσεις για να καταλάβει αυτές τις πολιτικές.

Οι εργοδότες πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με κυβερνητικές πολιτικές με βάση την εργασία ως μια μορφή κοινωνικής ένταξης από άτομα με ψυχικές ασθένειες. ⁽⁴⁹⁾

Αντίθετα στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Πάτρα και Ζάκυνθο διαπιστώθηκε πως το 69% θα κρατούσε στη δουλειά του κάποιον ψυχικά διαταραγμένο ενώ μόνο το 19% ήταν αρνητικό.

Το 69% θεωρεί πως τα ψυχικά άτομα δε θα δημιουργούσαν πρόβλημα στην εργασία τους με αποτέλεσμα με αποτέλεσμα οι εργοδότες να μην έχουν πρόβλημα να συνεργαστούν μαζί τους. Βέβαια, φαίνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό πολιτών που ανέρχεται στο 45% θα αισθανόταν φόβο/ανασφάλεια εάν βρισκόταν στον ίδιο χώρο με κάποιον ψυχικά ασθενή. Εντυπωσιακό είναι το αποτέλεσμα των ερωτηθέντων που δε θα απομόνωνε από την παρέα του κάποιο ψυχικά διαταραγμένο άτομο και ανέρχεται στο 86,5%. Στην ερώτηση που τέθηκε εάν ανακάλυπταν πως ο/η σύντροφός τους έχει νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική το 37% θα συνέχιζαν τη σχέση μαζί του, ενώ το 35% θα διέκοπτε αυτή τη σχέση. Όμως, το 47,5% πιστεύει ότι τα άτομα αυτά δεν είναι ικανά να δημιουργήσουν οικογένεια. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, δηλαδή το 69% θα αναλάμβανε να φροντίσει κάποιο άτομο με ψυχική

ασθένεια εφόσον φυσικά λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή. Εν αντίθεση, όμως, το 45% του δείγματος δε θα άφηνε το παιδί τους να συναναστρέφεται με κάποιο ψυχικά διαταραγμένο παιδί.

Σε συνέντευξη που είχε πραγματοποιηθεί το 1984 στη Γαλλία οι πολίτες φαίνεται να μην επιθυμούν να μένουν στην ίδια γειτονιά με κάποιον ψυχικά ασθενή και η άποψή τους είναι πως αυτοί οι άνθρωποι πρέπει να κατοικούν σε ειδικά απομονωμένους χώρους.⁽⁵⁰⁾

Παρόλα αυτά στην παρούσα μελέτη που παρατηρείται πως οι πολίτες είναι πιο ευαισθητοποιημένοι, ένα ποσοστό φαίνεται να δείχνει αγάπη (8%) αλλά και λύπη (21,5%) ταυτόχρονα για αυτούς τους ασθενείς και εφόσον συνυπάρχουν μαζί στην ίδια γειτονιά βλέπουμε πως κάποιοι είτε θα προσπαθούσαν να τους πλησιάσουν και να τους μιλήσουν σε περίπτωση που δημιουργούσαν κάποιο πρόβλημα (3%) είτε να μιλήσουν με τους συγγενείς τους (7%). Φυσικά, υπάρχουν και οι περιπτώσεις που θα καλούσαν τις αρχές (40%) ή κάποιον ειδικό (40%).

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι και στη σημερινή εποχή που κατακλυζόμαστε από πληροφορίες και υπάρχει άλλος τρόπος σκέψης συνεχίζουν να υπάρχουν στερεότυπα και προκαταλήψεις για τους ψυχικά ασθενείς.

Περιορισμοί

Η εφαρμογή της έρευνας μόνο σε ελληνικά νοσοκομεία ήταν οι μόνοι περιορισμοί αυτής της μελέτης, οι οποίοι μπορούν να περιορίσουν τη γενίκευση των ευρημάτων σε άλλες χώρες λόγω των διαφορών στον τομέα της εκπαίδευσης αλλά και λόγω της διαφορετικότητας της σκέψης που υπάρχει σε άλλες χώρες.

Συμπέρασμα

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας αλλά και των πολιτών άλλων ειδικοτήτων ως προς τους ψυχικά ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιητικά. Η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να είναι αρκετά ευαισθητοποιημένη ως προς αυτήν την κατηγορία ατόμων και να μην τους θέτει στο περιθώριο. Ειδικότερα συμπεραίνουμε πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θα έκανε παρέα με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο, παρόλα αυτά όμως σε καμία περίπτωση δε θα άφηναν το παιδί τους να έρθει σε επαφή και να έχει στην παρέα του κάποιον ψυχικά διαταραγμένο. Επίσης, φαίνεται πως σε περίπτωση που κάποιος είχε σχέση με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο και το μάθαινε αργότερα, δε θα διέκοπτε αυτή τη σχέση.

Οι πολίτες φαίνονται ευαισθητοποιημένοι ως προς αυτήν την κατηγορία ατόμων και τους διακατέχουν πολλά συναισθήματα ταυτόχρονα όταν βρίσκονται στον ίδιο χώρο με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο, όπως ανασφάλεια, φόβος και συνάμα αγάπη και λύπη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) WHO International Health Conference, New York, 1946
- 2) Lehtinen V. Sohlman B., Masfety V. K., «Level of positive mental health in the European Union: Results from the Euro barometer survey». *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005. 1.p.9
- 3) Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Έκθεση «Σχετικά με την βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού προς μία στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση 2006-2058. <http://www.europarl.europa.eu>
- 4) Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π., Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής, Τόμος Β', εκδόσεις: Κέντρο ψυχικής υγιεινής, Αθήνα 1994 σ.512
- 5) Γεωργάρα Ανδρέα Κ. Συνοπτική ψυχιατρική, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ. 21-22
- 6) Ζαβιτσάνος Θ. Δημόσια Κοινωνική Υγιεινή, Τεύχος Α,Β, Τόμος Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Τμήμα Ιατρικής – Πανεπιστήμιο Κρήτης, 1977, 237–275, 1265–1336, 1705–1706
- 7) Βελονάκη Β., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος Νοσηλευτικής στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 2006, 491–499
- 8) Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ. Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής. Αθήνα, Κέντρο ψυχικής υγιεινής 1995, 339-360, 389-484, 563-620
- 9) Μαδιανός ΜΓ. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Αθήνα, Ελληνικά γράμματα, 1994
- 10) Castiglioni A. Μετάφραση Ν. Παπασπύρου. Ιστορία της Ιατρικής, Τόμος Β', Αθήνα, 1961, σελ. 234
- 11) Castiglioni A. Μετάφραση Ν. Παπασπύρου. Ιστορία της Ιατρικής, Τόμος Β'. Αθήνα, 1961, σελ. 235
- 12) Celas D., Miller J.A., Foucault M., *Power/Knowledge* σελ.209

- 13) Λασκαράτος Γ.Ι., Ιστορία της Ιατρικής, Τόμος Β΄. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα , 2003
- 14) Foucault M., μετάφραση Αμπαζοπούλου Φ. Η ιστορία της τρέλας, εκδόσεις Ηριδανός, Αθήνα,2003, σελ. 614
- 15) Τσαλίκोगλου Φ., Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, εκδόσεις, Παπαζήση, Αθήνα 1987,σελ. 37
- 16) Λασκαράτος Γ.Ι. Ιστορία της Ιατρικής, Τόμος Β΄, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003, σελ. 367
- 17) Λασκαράτος Γ.Ι. Ιστορία της Ιατρικής Τόμος Β΄. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003, σελ.36.
- 18) Castiglioni A., Μετάφραση Ν. Παπασπύρου. Ιστορία της Ιατρικής, Τόμος Β΄, Αθήνα, 1961, σελ.245
- 19) Castiglioni A., Μετάφραση Ν. Παπασπύρου, Ιστορία της Ιατρικής, Τόμος Β΄. Αθήνα 1961, σελ.242.
- 20) Gerald C. Davison, John M. Neale, Abnormal Psychology, Seventh Edition 1998. p.8
- 21) wikipedia
- 22) Χριστοδούλου Γ.Ν., Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, medical arts,2002 σελ.23-25
- 23) Michael G. Gelder, Joan J. Lopez. Ibor, Nancy Andreasen, Σύγχρονη ψυχιατρική, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σελ.838-840
- 24) Cannon TD. The genetic epidemiology of schizophrenia in a finish twin cohort: Apopulation based modelling study. Arch Gen Psychiatry 1998, 55:67-74
- 25) Gabbard GO. Treatments of psychiatric disorders. Washington DC, American, Psychiatric Press Inc, 1995
- 26) Buckley PF. Schizophrenia. Psychiatr Clin North Am 1998, 21:1

- 27) Παράσχος Α. Σχιζοφρένεια. Στο Ιεροδιακόνου Χ, Φωτιάδης Χ, Δημητρίου Ε., Εκδόσεις Ψυχιατρική Θεσσαλονίκη, Μαστορίδης, 1998:165-180
- 28) Χριστοδούλου ΓΝ. Κατάθλιψη. 2^η έκδοση. Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, 1998
- 29) Moore DP., Jefferson JW. Handbook of Medical Psychiatry. St. Louis, Mosby, 1996
- 30) Waldinger RJ. Psychiatry for medical students. Washington DC, American Psychiatric Press, 1997
- 31) Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford Text book of Psychiatry. 3rd ed. Oxford University Press, 1996
- 32) Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. Oxford, Oxford University Press, 1990
- 33) Snaith P. Clinical neurosis. Oxford, Oxford University Press, 1981
- 34) Andrews G, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. The treatment of Anxiety Disorders: Clinician's guide and patient's manual. Cambridge University Press, 1995
- 35) Emmelkamp PMG. Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Theory, research and practice. New York and London, Plenum Press, 1982
- 36) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994
- 37) Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1995
- 38) Christodoulou GN. The Delusional Misidentification Syndromes. Bibliotheca Psychiatrica, No 164, Basel Karger, 1986
- 39) Μαλλιάρης Δ. Επακτή Ψύχωση. Διατριβή επί διδακτορία. Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1969
- 40) American Psychiatric Association. Practice guidelines for eating disorders. Am J Psychiatry 1993, 150: 212-228

- 41) Χριστοδούλου ΓΝ. Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Αθήνα, Ιατρική Εταιρία Αθηνών, 1997
- 42) Garfinkel PE. Eating Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins, 1995:1361-1371
- 43) Hsu George LK. Eating Disorders. New York, London, The Guilford Press, 1990
- 44) David Pilgrim – Anne Rogers, Μετάφραση: Κοππάση Ε., Βακάκη Α. Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας, Εκδόσεις: ΤΥΠΩΘΗΤΟ-Δαρδανός Γ. Αθήνα 2000, σ. 323-324
- 45) Δαμίγος Δ., Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003. σ.61
- 46) Gerald C. Davison, John M. Neale, Abnormal Psychology. Seventh Edition , Σχιζοφρένεια, 1998. σ. 286
- 47) Basaglia F, Οι θεσμοί της βίας, Εκδόσεις: Βιβλιοτεχνία, Αθήνα, 2008. σ. 88.
- 48) Ζήση Α., Επανένταξη Χρόνιων Πασχόντων., Εκδόσεις: ΤΥΠΩΘΗΤΩ –ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ. ΑΘΗΝΑ 2002, σ.26
- 49) Marques A.J., Lopes L., Queiros C. European Psychiatry, Supplement 1, 2011, Page 1440
- 50) Cynthia O., Samuel G., International Review of Research in Mental Retardation, , 1984, Pages 25-66
- 51) Giami A. European Psychiatry, Volume 13, Supplement 3, 1998, Pages 113-119

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ενημερωτικό Σημείωμα

Το παρόν ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας αλλά και άλλους κατοίκους στην πόλη της Πάτρας. Η παρούσα ερευνητική μελέτη γίνεται λόγω της πτυχιακής μας εργασίας, σκοπός της είναι να διαπιστωθεί πως αντιμετωπίζει ο κόσμος αλλά και οι επαγγελματίες υγείας τους ψυχικά ασθενείς.

Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις**, διαλέγοντας **μία** μόνο επιλογή.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας, θα τηρηθούν οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ

-ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2014-

Δημογραφικά Στοιχεία

Άρρεν:

Θύλη:

Ηλικία: 18-35 35-70

Εκπαίδευση:

ΥΕ:

ΔΕ:

ΤΕ:

ΠΕ:

Επάγγελμα:

Επαγγελματίας υγείας: Άλλο:

Κύριο Μέρος

1. Γνωρίζετε τι είναι η ψυχική νόσος;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

2. Σε περίπτωση που είχατε κάποιον ψυχικά διαταραγμένο στην οικογένειά σας θα απευθυνόσασταν σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο;

Ψυχολόγος **Ψυχίατρος**

3. Πιστεύετε πως οι ψυχικές ασθένειες θεραπεύονται;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

4. Θα αισθανόσασταν φόβο/ανασφάλεια σε περίπτωση που βρισκόσασταν στον ίδιο χώρο με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

5. Έχετε στην οικογένειά σας κάποιον ψυχικά ασθενή;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

6. Σε περίπτωση που είχατε στο περιβάλλον σας κάποιον ψυχικά ασθενή θα το κρύβατε από τον κοινωνικό σας περίγυρο;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

7. Σε περίπτωση που στην παρέα σας υπήρχε κάποιος ψυχικά ασθενής θα τον απομονώνατε;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

8. Εάν ανακαλύπτατε πώς ο/η σύντροφός σας αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχικής ασθένειας και είχε νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική στο παρελθόν θα συνεχίζατε τη σχέση σας μαζί του/της;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

9. Πιστεύετε πως τα άτομα με ψυχική νόσο είναι ικανά να δημιουργήσουν οικογένεια;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

10. Εάν μαθαίνατε πως ο/η υπάλληλός σας είχε νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική, θα τον/την απολύατε;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

11. Θεωρείτε πως ένας ψυχικά διαταραγμένος θα δημιουργούσε πρόβλημα στην εργασία του;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

12. Θα αφήνατε το παιδί σας να κάνει παρέα με κάποιο άλλο παιδί που είναι ψυχικά διαταραγμένο;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

13. Θα αναλαμβάνατε να φροντίζετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο εφόσον λαμβάνει θεραπευτική αγωγή;

Ναι: **Όχι:** **Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ**

14. Εάν στη γειτονιά σας υπήρχε ένας ψυχικά διαταραγμένος και προκαλούσε προβλήματα, πώς θα αντιδρούσατε; (Απαντήστε με δυο λόγια).

15. Τι συναισθήματα σας προκαλεί η συναναστροφή με κάποιον ψυχικά διαταραγμένο;(Κυκλώστε).

A) Φόβο

Δ) Αγάπη

B) Λύπη

E) Όλα τα παραπάνω

Γ) Οίκτο

Z) Κανένα από τα παραπάνω



ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ

