



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ, ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ**

**Άτυπη φροντίδα και επιβάρυνση φροντιστών ασθενών με  
μείζονες ψυχικές διαταραχές. Η περίπτωση του Ν. Κορινθίας**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Μπίλια Π. Αγλαΐα – Αντωνία**

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής

Σπυριδάκης Εμμανουήλ

Αναπληρωτής Καθηγητής (Επιβλέπων)

Νικολακάκη Μαρία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Φερόνας Ανδρέας

Επίκουρος Καθηγητής

ΚΟΡΙΝΘΟΣ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

Copyright © Αγλαΐα – Αντωνία Μπίλια, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία θα ήταν δύσκολο να ολοκληρωθεί χωρίς την συμβολή κάποιων ανθρώπων οι οποίοι συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της. Θέλω πρωτίστως να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κο Εμμανουήλ Σπυριδάκη, για την καθοδήγησή του και τις πολύτιμες συμβουλές στην πορεία συγγραφής της διπλωματικής εργασίας, όπως επίσης για την άριστη επικοινωνία στην διάρκεια εκπόνησης της μελέτης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους πληροφορητές που μου παραχώρησαν τις συνεντεύξεις, για την πολύτιμη συνδρομή τους και προπαντός για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν ανοίγοντας την καρδιά τους, αποκαλύπτοντάς μου τα βαθύτερα βιώματά τους.

Θερμά ευχαριστώ την ψυχίατρο του Γ.Ν. Κορίνθου, που ανταποκρίθηκε με προθυμία στη διαδικασία της επιλογής των περιπτώσεων που συμμετείχαν στην έρευνα, καθώς και τον επιστημονικά υπεύθυνο του Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΑΚΕΣΩ», για την ένθερμη υποστήριξή του.

Την παρούσα εργασία την αφιερώνω στην μητέρα μου Αγγελική, για την καρτερικότητα που επέδειξε επί σειρά δεκαετιών ως αποκλειστική φροντιστής ασθενούς μέλους της οικογένειάς μας.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	9
1.1 Ψυχικές διαταραχές: - Ορισμός - Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής.....	9
Ορισμός.....	9
1.1.1. Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής.....	10
1.1.2. Ψυχιατρική στην Αναγέννηση (16ος αιώνας).....	14
1.1.3 Ψυχιατρική του 17ου και 18ου αιώνα .....	15
1.1.4 Ψυχιατρική στα τέλη του 18ου και αρχές του 19ου αιώνα.....	16
1.1.5. Ψυχιατρική από τα μέσα του 19ου αιώνα ως τα μέσα του 20ού .....	19
1.1.6. Ψυχιατρική από τα μέσα του 20ου αιώνα μέχρι σήμερα .....	27
1.1.7. Από σήμερα προς το μέλλον.....	29
1.1.8. Εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα .....	30
1.2. Σχιζοφρένεια και Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές .....	30
Διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια κατά το DSM-IV: .....	33
Κλινικοί Τύποι Σχιζοφρένειας: .....	33
1.2.1 Κριτήρια κατά DSM-IV για το Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό και Υπομανιακό <i>Επεισόδιο</i> : .....	36

1.3 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.....	40
1.3.1 Ιστορική Προσέγγιση.....	40
1.3.2 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα .....	45
1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	53
1.4.1 Γενικά .....	53
1.4.2 Φροντιστές ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές - Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά .....	56
1.5 Ψυχικές νόσοι και επιβάρυνση.....	57
1.6 Ανάδειξη σπουδαιότητας και αναγκαιότητας της μελέτης .....	61
1.7 Ερευνητικά ερωτήματα – σκοπός και στόχοι της μελέτης .....	63
2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ .....	65
2.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης – πληθυσμός της μελέτης .....	65
2.2. Τήρηση κανόνων βιοηθικής .....	65
2.3. Συλλογή δεδομένων .....	66
2.3.1 Συνέντευξη.....	66
2.3.2 Άξονες συνέντευξης.....	67
2.4. Ανάλυση δεδομένων μελέτης .....	68
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	70
3.1 Κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά μελών οικογενειών και άλλων ατόμων ασθενών με ψυχικές διαταραχές .....	70

3.2. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με ψυχικές διαταραχές	72
3.3. Προβλήματα συμπεριφοράς των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, .....	74
3.4. Ανησυχία για τη φροντίδα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές .....	76
3.5. Τομείς φροντίδας - Προτροπή του φροντιστή προς τον ασθενή με ψυχικές Διαταραχές.....	80
3.6. Οικονομική επιβάρυνση των συγγενών, φροντιστών .....	81
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	83
4.1. Περιορισμοί της μελέτης .....	83
4.2 Κύρια ευρήματα .....	84
4.3. Συμπεράσματα .....	88
ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	91
A. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	91
Ξένη Βιβλιογραφία .....	91
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	93
B. ΠΗΓΕΣ .....	94
Ηλεκτρονικές διευθύνσεις .....	94

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η ψυχική διαταραχή έχει εκτεταμένες συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους. Το βάρος της φροντίδας έχει αξιολογηθεί από το 1950 και έχει ελεγχθεί κατά τη διάρκεια των ετών. Αν και οι μελέτες διαφέρουν ως προς τα κριτήρια που χρησιμοποιούν, υπάρχει σημαντική συμφωνία ότι οι φροντιστές εκτενώς επιβαρύνονται από την απαιτητική καθημερινότητα τους και συχνά δεν υποστηρίζονται στο ρόλο φροντίδας που έχουν αναλάβει.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε για να εξετάσει τους φροντιστές στον νομό Κορινθίας προκειμένου να διαπιστωθεί αν βιώνουν την ίδια επιβάρυνση. Η μελέτη αυτή είναι μια από τις πρώτες μελέτες για την εκτίμηση των ποιοτικών αναγκών των φροντιστών των ασθενών με ψυχική διαταραχή. Επιπλέον, η μελέτη αυτή δίνει μια φαινομενολογική άποψη των αναγκών των φροντιστών και εξετάζει και επιμέρους θέματα που πρέπει να εξεταστούν για κάθε μελλοντική δράση που αφορά την επιβάρυνση των φροντιστών ψυχικής υγείας.

**Λέξεις Κλειδιά:** φροντιστής, ψυχική διαταραχή, επιβάρυνση, ποιότητα ζωής

## **ABSTRACT**

The mental disorder has far-reaching consequences for both patients and their caregivers. The burden of care has been evaluated since 1950 and has been tested over the years. Although studies differ in the criteria used, there is considerable agreement that caregivers extensively burdened by their demanding daily routine and often not supported in the caring role they have undertaken.

This research was conducted to examine carers in the Corinth area to determine whether they experience bear the same charge. This study is one of the first studies to assess the needs of caregivers of patients with mental disorder in a qualitative approach. Moreover, this study allows a phenomenological view of the needs of carers and considers the specific issues that should be considered for any future action on the burden of mental health carers.

**Key Words:** caregiver, mental disorder, burden, quality of life



## **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### **1.1 Ψυχικές διαταραχές: - Ορισμός - Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής**

#### **Ορισμός**

Η ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στην επικοινωνία του με τους άλλους. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Μπορεί να αναφέρεται σε καταστάσεις πολύ διαφορετικές μεταξύ τους, από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές ή τις φοβίες, μέχρι την πιο σοβαρή διαταραχή, που είναι η σχιζοφρένεια. Μια ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως είναι η ψυχική ένταση, η συναισθηματική αστάθεια, η διαταραγμένη συμπεριφορά, η έκπτωση της μνήμης, η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις ή οι παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ξαφνικά ή γίνονται έντονα μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004).

Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς θεωρούνται κλινικά σημαντικές καταστάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, στην διάθεση ή την συμπεριφορά και που συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία και/ή έκπτωση της λειτουργικότητας. Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς δεν είναι απλά διαφοροποιήσεις μέσα στα πλαίσια της φυσιολογικής διακύμανσης, αλλά αναφέρονται σε ανώμαλα ή παθολογικά αίτια. Αυτές οι εκδηλώσεις, για να κατηγοριοποιηθούν ως διαταραχές, πρέπει να έχουν διάρκεια, να υποτροπιάζουν και να προκαλούν κάποιο βαθμό προσωπικής δυσφορίας ή έκπτωσης της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς της

ζωής (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει αναπτύξει μια σύγχρονη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς με κλινικές περιγραφές και διαγνωστικές οδηγίες για χρήση στην κλινική πράξη και έρευνα (ICD-10, World Health Organization, 1993).

### **1.1.1. Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής**

Είναι σημαντικό ότι η ψυχιατρική - μία οντότητα ασχολούμενη με εξαιρετικά μεγάλο αριθμό ασθενών - δημιουργήθηκε ως ειδικότητα πριν από δύο περίπου αιώνες. Πριν από αυτήν την περίοδο, όμως, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν αντικείμενο της φιλοσοφίας, και ακόμα πιο παλιά και μέσα από το Μεσαίωνα, ο ψυχικά άρρωστος, εάν δεν αγνοούνταν, θα «φροντίζονταν» (δηλαδή θα φυλακιζόταν, θα τιμωρούνταν ή θα υφίσταντο εξορκισμούς) από «γιατρούς» και κληρικούς (Alexander & Selesnick, 1966).

Οι ψυχικές αρρώστιες μέσα από τους αιώνες - και άσχετα εάν άλλοτε το πνεύμα θεωρήθηκε ξεχωριστό και άλλοτε ενωμένο με το σώμα - υπήρξαν πάντοτε δύσκολες και στην κατανόησή τους και στη θεραπεία τους.

Άσχετα δε με το πόσο επιστημονικές ή μοντέρνες φαίνονται οι μέθοδοι σήμερα, εξακολουθούν να χρησιμοποιούν τα ίδια κατά βάση θεραπευτικά δόγματα όπως και παλιά (φάρμακα, εξορκισμοί ή μαγικά λόγια όπως π.χ. πειθώ, ερμηνείες κτλ., αλλά και συνέχιση της διάστασης του «μαγικού»...).

Στα πλαίσια ιστορικής αναδρομής, θα ξεκινήσουμε από τον *τρυπανισμό*, ο οποίος ανήκει στη Νεολιθική περίοδο (4.000 ή 5.000 χρόνια πριν) και ο οποίος τράβηξε την προσοχή του Broca πριν ένα αιώνα για να γράψει ένα βιβλίο για αυτόν.

Ο τρυπανισμός ίσως είναι η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί ψυχικής αρρώστιας, γιατί σύμφωνα με τους ανθρωπολόγους ο σκοπός του ήταν να φύγουν τα κακά πνεύματα. Ήταν ευρύτατα διαδεδομένος και συνεχίστηκε μέχρι και το Μεσαίωνα.

Αλλά αν ο τρυπανισμός σιγά - σιγά εγκαταλείφθηκε, ο σαμανισμός εξακολουθεί να εξασκείται ακόμη και σήμερα.

Ο σαμανισμός προέρχεται από τη λέξη σαμάν που σημαίνει κάτι ανάλογο προς «άνθρωπος μάγος ή της ιατρικής» στη γλώσσα Tungus της Β. Σιβηρίας και είναι η μέσω του shaman θεραπεία του ασθενή από κακά πνεύματα. Διάφορες μορφές μαγείας ή επικοινωνίας με το υπερπέραν ή και ψυχοθεραπείας, που βασίζονται στις εξαιρετικές ιδιότητες του shaman, έχουν την προέλευσή τους στην πανάρχαια αυτή λειτουργία (Alexander&Selesnick, 1966).

Από το 2.000 π.Χ. υπάρχουν πολλά τεκμήρια ότι οι πολιτισμοί στην αρχαία Αίγυπτο, Ινδίες και Κίνα γνωρίζουν τις ψυχικές ασθένειες, τις περιγράφουν και τις θεραπεύουν είτε με εξορκισμούς, είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία) ή βελονισμό (Κίνα) κτλ. Όσον αφορά τον Ιουδαϊκό πολιτισμό, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνται σταλμένες από το θεό, όπως του Σαούλ που μοιάζει με μανιοκαταθλιπτική ψύχωση και του Ναβουχοδονόσωρα (Βαβυλών) που περιγράφεται ως λυκανθρωπία (φαντάζεται τον εαυτό του λύκο - μορφή μελαγχολίας).

Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν τρεις απόψεις για την ψυχική ασθένεια: η λαϊκή άποψη, η ιατρική γνώση και η φιλολογική - φιλοσοφική σκέψη (Alexander&Selesnick, 1966).

**Λαϊκή άποψη.** Σύμφωνα με αυτήν, κακά πνεύματα, όπως οι θεές του τρόμου Μανία και Λύσσα καταλαμβάνουν τους ασθενείς και τους κάνουν να περιπλανούνται ή να είναι βίαιοι, τα δύο βασικά στοιχεία, τα οποία χαρακτηρίζουν τους ψυχασθενείς. Οι ασθενείς αλυσοδέονται ή περιφρονούνται ή γελοιοποιούνται.

**Ιατρική γνώση** (4ος αιώνας π.Χ.). Εκπροσωπείται από τον Ιπποκράτη, ο οποίος θεωρεί ότι η ψυχική ασθένεια προέρχεται από τη διαντίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών - αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα, που με τη σειρά τους προέρχονται από τις τέσσερις βασικές ιδιότητες της φύσης - θερμότητα, ψύχος, υγρασία και ξηρασία. Οι άνθρωποι κατατάσσονται σε τέσσερις

ιδιοσυγκρασίες - αιματώδη, χολερική, μελαγχολική και φλεγματική. Ειδικά η μαύρη χολή θεωρείται υπεύθυνη για ψυχική ασθένεια, οπότε και χορηγείται κατάλληλο καθαρτικό.

Ο Ιπποκράτης δίκαια θεωρείται ο πατέρας της ιατρικής, διότι πρώτος αυτός διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος κι όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις, όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού.

Ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές - τις λεγόμενες «φρενίτιδες» - με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα: «υστερία», «μανία», «μελαγχολία», «άνοια», «παράνοια». Ειδικά την υστερία, που τη θεώρησε αποκλειστική πάθηση των γυναικών, την απέδιδε σε υπερκινητικότητα της μήτρας συνδεδεμένη με σεξουαλική διαταραχή, για αυτό και συνιστούσε ως θεραπεία τον γάμο.

**Φιλολογική - φιλοσοφική σκέψη.** Ιδιαίτερα γίνεται αναφορά στον Πλάτωνα και στον Αριστοτέλη. Και οι δύο μιλούν για ψυχικές ασθένειες και για την κάθαρση ως βασικό τρόπο θεραπείας· αλλά ο μεν Πλάτων (428-348 π.Χ.) τονίζει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης, ενώ ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) τη θεωρεί σαν φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη. Φυσικά το θέατρο αποτελεί την ευρύτετη έκφραση αυτής της ιδέας.

Στους επόμενους αιώνες οι Ρωμαίοι επικρατούν, αλλά κατά κανόνα επαναλαμβάνουν τις απόψεις των Ελλήνων. Σημαντική πρόοδο επιτελεί τον 1ο αιώνα π.Χ. ο Ασκληπιάδης από τη Μ. Ασία, ο οποίος διαχωρίζει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών και προτείνει θεραπεία μουσικής και διέγερση των πνευματικών ενδιαφερόντων των ασθενών. Και τον 1ο αιώνα μ.Χ. ο Κέλσος, ο οποίος πρώτος αυτός τονίζει τη σημασία της σχέσης γιατρού - ασθενή, προτείνει ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για να μπορέσουν να ευθυμίσουν οι μελαγχολικοί και να ηρεμήσουν οι μανιακοί (Andreasen&Black, 1991).

Ο Κικέρων (106-43 π.Χ.) θα αναφερθεί ειδικά γιατί είναι ο πρώτος, ο οποίος χρησιμοποίησε τη λέξη libido σαν ψυχολογική έννοια (έντονος πόθος) και επίσης ο πρώτος που ισχυρίστηκε ότι ο ασθενής θα πρέπει να υποφέρει για να θεραπευτεί (άποψη που διατύπωσε αργότερα ο Freud).

Τέλος, ο Γαληνός (130-200 μ.Χ.) προτείνει ότι η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία μεταξύ του λογικού, του παράλογου και του ηδονιστικού τμήματός της (που μοιάζει με το εγώ, το εκείνο και το υπερεγώ του Freud).

Ίσως η πιο σημαντική προσφορά των Ρωμαίων στην ψυχιατρική ήταν η δημιουργία νόμων για τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για την ψυχική ασθένεια και επί Ιουστινιανού (483-565 μ.Χ.) και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς (Andreasen&Black, 1991).

Επίσης, είναι σημαντικό να γίνει αναφορά σε δύο γιατρούς: τον Αρεταίο της Καππαδοκίας (1ος αιώνας μ.Χ.) που ξεχώριζε μελαγχολικούς, μανιακούς, παρανοϊκούς και απομονωμένους ασθενείς και τον Sorano (2ος αιώνας μ.Χ.) που περιέγραψε τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και το stupor και εισήγαγε ανθρωπιστικές μεθόδους για τους ψυχασθενείς (συμπάθεια, ησυχία, ψυχόδραμα, διάβασμα κτλ.).

Στη διάρκεια του *Μεσαίωνα*, ο οποίος αρχίζει περίπου με το θάνατο του Γαληνού (200 μ.Χ.) και τελειώνει το 1543 με τη δημοσίευση του έργου του Vesalius, *De Corporis Humani Fabrica*, λαμβάνουν χώρα τα εξής χαρακτηριστικά: α) η συνέχιση των απόψεων της Ελληνιστικής περιόδου περί χυμών (χολή → μελαγχολία) χρωματισμένων από προλήψεις, ηθικολογία και φανατική θρησκευτικότητα και β) η συνέχιση της παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τον ψυχασθενή.

Εξαιρεση αποτελούν οι Άραβες, οι οποίοι, με βάση τη Μουσουλμανική πίστη ότι ο ψυχασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από το θεό, αναπτύσσουν ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργούν πρότυπα άσυλα για τους ψυχασθενείς.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να αναφερθούμε στον Αλβέρτο τον Μέγα (1193-1280 μ.Χ.) και τον Thomas Aquinas (1225-1274 μ.Χ.), οι οποίοι ουσιαστικά είναι οι πρόδρομοι της οργανικής ψυχιατρικής («η ψυχή δεν αρρωσταίνει»), η οποία τόσο επικράτησε στη Γερμανία τον 19ο αιώνα και σήμερα ακόμη (Andreasen&Black, 1991).

Αλλά οπωσδήποτε τα χαρακτηριστικά της εποχής αυτής είναι η δαιμονολογία - η ψυχική ασθένεια είναι έργο του διαβόλου σύμφωνα με τις διδαχές του Αγίου Αυγουστίνου - η αστρολογία και η θεραπεία με εξορκισμούς.

### **1.1.2. Ψυχιατρική στην Αναγέννηση (16ος αιώνας)**

Αν και η ενασχόληση με τη μαγεία άρχισε στο Μεσαίωνα, εντούτοις έφθασε στο αποκορύφωμά της στην Αναγέννηση. Έτσι, κάτω από το επωνύμιο του αιρετικού, η εκκλησία (ή Ιερά Εξέταση) αφάνισε ένα μεγάλο αριθμό «μάγων» και «μαγισσών» (100.000 περίπου στη Γερμανία κι άλλους τόσους στη Γαλλία), μερικοί από τους οποίους με βάση τις περιγραφές ήταν οπωσδήποτε ψυχασθενείς.

Σημειώνουμε τα εξής σημεία: αυτή η αντι-μαγική μανία συνεχίστηκε οπωσδήποτε μέχρι το τέλος του 18ου αιώνα - η καταδίωξη κατευθύνονταν κυρίως εναντίον γυναικών (γιατί περισσότερες ήταν οι γυναίκες μάγισσες, που κατηγορούνταν για σεξουαλική σχέση με το διάβολο κτλ.). Η αντισεξουαλική κατεύθυνση του Ιουδο-Χριστιανικού πολιτισμού έπαιξε οπωσδήποτε βασικό ρόλο. Βρίσκουμε σε αυτήν τη μανία, τον πατροπαράδοτο φόβο για τη δύναμη της γυναίκας (και όπως ισχυρίστηκαν και μαρξιστές συγγραφείς, όλη αυτή η κίνηση των γυναικών ήταν πιθανώς μία επανάσταση στο αντρικό κατεστημένο) (Andreasen&Black, 1991).

Κάτι, όμως, ιδιαίτερα σημαντικό που πρέπει να αναφέρουμε είναι ότι από τον Μεσαίωνα κιάλας υπάρχει μία πόλη, η Gheel του Βελγίου που λειτουργεί σαν πρότυπο κέντρο θεραπείας ψυχικά ασθενών. Εκεί, όλη η πόλη φρόντιζε τους ψυχασθενείς και υπήρχε η εκκλησία της Αγίας Δύφνης (Ιρλανδή πριγκίπισσα που καταδιώχθηκε και σκοτώθηκε εκεί από τον αιμομικτικά σκεπτόμενο πατέρα της) που φημίζονταν για θαύματα σε ψυχασθενείς.

Η ουσία πάντως ήταν (και είναι) η κοινοτική και ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχασθενών.

### **1.1.3 Ψυχιατρική του 17ου και 18ου αιώνα**

Εδώ αναφέρουμε δύο γιατρούς, τον Paolo Zacchra (1584-1659), προσωπικό γιατρό του Πάπα, που θεωρείται ο πατέρας της νομικής ιατρικής και ο οποίος καθόρισε τη νομική ευθύνη των ψυχικά ασθενών αλλά με ιδιαίτερα ανθρωπιστικό τρόπο (π.χ. ότι οι μελαγχολικοί ευεργετούνται με το γάμο και ότι μπορούν να εργάζονται, οι μανιακοί είναι εν μέρει μόνο υπεύθυνοι για εγκλήματα, οι αλκοολικοί πρέπει να μελετούνται προσεκτικά κτλ.) και τον Thomas Sydenham (1624-1689), ο οποίος για πρώτη φορά στρέφει την προσοχή προς την υστερία και τις νευρώσεις γενικότερα, αν και το κεφάλαιο αυτό θα αγνοηθεί μέχρι τις αρχές του 20ού αιώνα (Andreasen&Black, 1991).

Οι δύο αυτοί αιώνες χαρακτηρίζονται οπωσδήποτε από αυξανόμενη κλινική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενειών και από προοδευτικά και περισσότερες ταξινομήσεις. Δυστυχώς όμως η «μελαγχολία» εξακολουθεί να είναι ο ψυχιατρικός όρος που σημαίνει σχεδόν κάθε ψυχιατρική ασθένεια και η επικράτηση της λογικής έναντι του παραλόγου των προηγούμενων αιώνων αποβαίνει και πάλι σε βάρος των ψυχικά ασθενών των ασύλων - θεωρούνται ότι είναι άτρωτα ζώα που δεν προσβάλλονται από φυσικές αρρώστιες, τους δένουν και τους συμπεριφέρονται με σκληρότητα (τους θεραπεύουν με εναλλασσόμενα κρύα και ζεστά μπάνια, με αφαιμάξεις και με τοπικές λοιμώξεις) και τους εκθέτουν για ένα penny τις Κυριακές στην κοινή θέα (Andreasen&Black, 1991).

Αναφέρουμε επίσης τον φιλόσοφο Göckel (1547-1628), ο οποίος πρώτος εισήγαγε τον όρο ψυχολογία και τον Άγγλο γιατρό Gullen (1710-1790) ο οποίος εισήγαγε τον όρο νεύρωση το 1777.

#### 1.1.4 Ψυχιατρική στα τέλη του 18ου και αρχές του 19ου αιώνα

Αν και ο Philippe Pinel (1745-1826) θεωρείται ο ιδρυτής της ηθικής θεραπείας των ψυχασθενών και ο εισηγητής της κατάργησης του αλυσοδέματος, εν τούτοις θα έπρεπε να μοιρασθεί την τιμή αυτή με έναν Ιταλό, τον Vincenzo Chiarugi και έναν Άγγλο, τον William Tuke.

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

Ο Tuke ίδρυσε το 1796 στην Υόρκη το Retreat, ένα αναπαυτήριο για 30 ασθενείς, που τους συμπεριφέρονταν με ιδιαίτερη καλοσύνη σαν φιλοξενούμενους, χωρίς περιορισμούς και με ιδιαίτερη έμφαση στην εργασιοθεραπεία.

Και ερχόμαστε στον Pinel, ο οποίος έγινε διευθυντής πρώτα του νοσοκομείου Bicêtre (για άρρενες ασθενείς) και μετά του Salpêtrière (για θήλειες ασθενείς) και ο οποίος τολμά (βρισκόμαστε στη σαδιστική εποχή της Γαλλικής επανάστασης) να απελευθερώσει τους ασθενείς από τις αλυσίδες τους. Αλλά ο Pinel έμεινε στην ιστορία και για άλλους λόγους: Περιέγραψε για πρώτη φορά κλινικά συμπτώματα και κλινικές περιπτώσεις με ιδιαίτερη σαφήνεια, όπως π.χ. στην *Traité Médico-Philosophiquesur la Manie* (1801) και δημιούργησε για πρώτη φορά ορθές ιατρικές κατατάξεις της ψύχωσης: 1) Μελαγχολία (διαταραχή της διανοητικής λειτουργίας), 2) Μανία (υπερβολική νευρική διέγερση με ή χωρίς παραλήρημα), 3) Άνοια (διαταραχή στη λειτουργία της σκέψης), 4) Ιδιωτεία (εξάλειψη των διανοητικών ικανοτήτων και των συναισθημάτων). Επίσης, εισήγαγε την «ηθική θεραπεία» (*moral treatment*) (την οποία διεξήγαγε με τη βοήθεια του άρρενα νοσοκόμου Roussin) και κατά την οποία σύμφωνα με τις περιγραφές του ο γιατρός πρώτα αντιμετώπιζε τον άρρωστο με απόλυτη επιβλητικότητα και κοιτώντας τον στα μάτια υπέτασσε την θέλησή του και μετά η θεραπεία συνεχιζόταν με ένα συνδυασμό σταθερότητας, καλοσύνης και πίεσης – πειθούς (Χαρτοκόλλης, 1986).



Θα πρέπει, όμως, να αναφερθούμε και στον Franz Anton Mesmer (1734-1815), ο οποίος έγινε διάσημος για λίγα χρόνια με τη θεωρία του περί ενός ειδικού μαγνητικού υγρού (σαν έκτη αίσθηση) που έχει ο άνθρωπος και το οποίο όταν απελευθερωθεί (πράγμα που ισχυριζόταν ότι μπορούσε να κάνει ο ίδιος) ο άνθρωπος θεραπεύεται. Επρόκειτο για κάποια μορφή ύπνωσης, όπως διαπιστώθηκε αργότερα. Ο Mesmer, όμως, και η θεωρία του χαρακτηρίστηκαν ότι δεν είχαν επιστημονική βάση από μία επιτροπή που ερεύνησε τη θεωρία του (και η οποία περιελάμβανε και τον Benjamin Franklin - 1784) κι έτσι ο Mesmer πέθανε ξεχασμένος στην Ελβετία. Η σημασία του Μεσμερισμού για την Ψυχιατρική, πάντως, έγκειται στο ότι αποτέλεσε την πιο αξιόλογη προσπάθεια να στραφεί η προσοχή στα νευρωτικά φαινόμενα - κυρίως συμπτώματα μετατροπής - κι όχι μόνο στις ψυχώσεις.

Στην Αμερική τα νοσοκομεία μέχρι το τέλος του 18ου αιώνα ακολουθούν την Ευρωπαϊκή παράδοση του ασύλου και η νοσοτροπία επίσης την Ευρωπαϊκή (μάγισσες του Salem - 1692). Κατ' αρχήν, αναφέρουμε μία ξεχωριστή μορφή, τον Benjamin Rush (1745-1813), πατέρα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής, μαθητή του Sydenham και του Gullen, ο οποίος εισάγει την ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ασθενών στην Αμερική και τους κανόνες λειτουργίας των ψυχιατρείων που ισχύουν μέχρι σήμερα (άντρες χωριστά από τις γυναίκες, μονάδες διεγερμένων ασθενών, θεσμός νοσοκόμων - φυλάκων κτλ.) και προτρέπει τους γιατρούς να δίνουν τη δυνατότητα στους ψυχασθενείς να μιλούν για πολλή ώρα σε αυτούς για να ανακουφίζονται, ενώ ταυτόχρονα τους ελέγχουν με τη σταθερότητά τους και το βλέμμα τους (Χαρτοκόλλης, 1986).

Στις αρχές του 19ου αιώνα, όμως, η ηθική θεραπεία του Pinel και η ιδέα του Retreat του Duke μεταδίδονται στην Αμερική, ιδιαίτερα καθώς η *Traité* του Pinel το 1806 μεταφράζεται στην Αγγλική. Ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρείων κτίζεται αυτήν την εποχή, πολλά από τα οποία υπάρχουν μέχρι σήμερα. Τα περισσότερα δεν έχουν ασπασθεί τις νέες ιδέες, αλλά παρουσιάζονται ήδη φωτεινές εξαιρέσεις, όπως το Worcester State Hospital, το Williamsburg Asylum και ένας σημαντικός αριθμός ιδρυμάτων ιδιωτικών. Τελικά, η ηθική θεραπεία επικρατεί στην Αμερική και

εμπλουτίζεται με εργασιοθεραπεία, απασχολησιοθεραπεία, βιβλιοθήκη ασθενών, εκδρομές, πάρτυ κτλ.

Η αιτιολογία των ψυχικών νόσων εν τω μεταξύ κυμαίνεται από κληρονομικότητα, υπερβολικό αυνανισμό, πάθη και έντονο στρες μέχρι δυστυχισμένη παιδική ηλικία, λανθασμένη διαπαιδαγώγηση και επίδραση του γενικότερου περιβάλλοντος.

Η αρχή του 19ου αιώνα είναι και η πρώτη φορά που η ψυχιατρική αρχίζει να εμφανίζεται σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα και σαν όρος να πρωτοπαρουσιάζεται σε γερμανικά κυρίως περιοδικά (θεωρείται ότι πρωτοπαρουσιάστηκε το 1808 στα γραπτά του Γερμανού νευρολόγου Johann Christian Reil).

Από αυτή την εποχή και μετά παρουσιάζεται και μία διαφοροποίηση στην ψυχιατρική των διαφόρων χωρών. Στη Γαλλία έμφαση δίνεται στη λεπτομερή και σαφή περιγραφή των συμπτωμάτων, στη στενή σχέση μεταξύ ψυχιατρικής και νευρολογίας και στις νομικές πλευρές της ψυχιατρικής, ιδιαίτερα τους κανονισμούς εισαγωγής ασθενών. Αναφέρουμε σαν σημαντική μορφή που προώθησε όλα τα παραπάνω τον Esquirol (1772-1840), μαθητή του Pinel, που υιοθέτησε επίσης τον όρο *hallucinatio* (ψευδαίσθηση).

Στη Γερμανία, η επίδραση του ρομαντικού κινήματος ειδικά από το φιλόσοφο Sendling και τα θεολογικά δόγματα καθυστερούν στην αρχή την κλινική πρόοδο. Εμφανίζονται ορισμένες φωτεινές εξαιρέσεις, όπως ο Heinroth (1773-1843), ο οποίος πρώτος χρησιμοποιεί τον όρο «*ψυχοσωματικός*» και τονίζει την ενότητα των ψυχικών φαινομένων, δηλαδή την όλη προσωπικότητα κ.ά., αλλά όμως και ορισμένες μορφές όπως ο Friedreich και ο Jacobi που προτείνουν την άμεση αιτιατή σχέση ψυχικών ασθενειών και παθολογίας του εγκεφάλου και γίνονται οι πρώτοι εισηγητές της οργανικής σχολής της ψυχιατρικής, η οποία θα επικρατήσει στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα (Χαρτοκόλλης, 1986).

Στην Αγγλία ο σεβασμός προς τον άνθρωπο και η πρακτικότητα δημιουργούν την ανθρωπιστική αντιμετώπιση και τα καλοκτισμένα νοσοκομεία. Ο J. Prichard το 1835

δημιουργεί τον όρο *moralinsanity* (ηθική παραφροσύνη) σημαντικό για τη νομοθεσία τη σχετική με τον ψυχικά ασθενή και που ορίζεται σαν «διανοητική έκπτωση χωρίς παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις».

Την ίδια εποχή κυριαρχεί το *Journal of Mental Science*, που σήμερα είναι γνωστό ως *British Journal of Psychiatry*, ενώ το 1844 ιδρύεται η Αμερικανική Ιατρο -Ψυχολογική Εταιρεία και το *American Journal of Insanity*, που θα γίνουν αντίστοιχα αργότερα η *American Psychiatric Association* και το *American Journal of Psychiatry*.

### **1.1.5. Ψυχιατρική από τα μέσα του 19ου αιώνα ως τα μέσα του 20ού**

Στη Γερμανία το 1845 έχει εκδοθεί η Παθολογία και Θεραπεία των Ψυχικών Παθήσεων του Griesinger, η οποία κυριαρχεί μεταφρασμένη σε όλον τον κόσμο και μεταδίδει την οργανική Γερμανική άποψη της ψυχιατρικής, όπου όλα εξηγούνται με βάση τις αλλοιώσεις του νευρικού συστήματος.

Υπάρχουν όμως πάντα κοινωνικά σκεπτόμενοι ψυχίατροι. Ο *Adolf Meyer* (1866-1950), Ελβετός, μεταναστεύει στην Αμερική και στην Phipps Clinic του νοσοκομείου John Hopkins διδάσκει ουσιαστικά κοινωνική ψυχιατρική.

Προς το τέλος του 19ου αιώνα, όμως, η ηθική θεραπεία του Pinel χάνει έδαφος, καθώς απαισιοδοξία καταλαμβάνει προοδευτικά τους οπαδούς της (η σχιζοφρένεια θεωρείται ανίατη) και τα νοσοκομεία ξαναγυρνούν σιγά-σιγά στην παλιά τους μορφή.

Σημαντική μορφή της εποχής αυτής και των αρχών του 20ού αιώνα είναι ο *Emil Kraepelin* (1855-1926) ο τελευταίος εκπρόσωπος της προ-δυναμικής σχολής της ψυχιατρικής. Για δύο δεκαετίες (1903-1921) κυριαρχεί στη Γερμανία και στο εξωτερικό και το μνημειώδες (2500 σελ.) βιβλίο του της Ψυχιατρικής μεταδίδει στον κόσμο τη λεπτομερή κλινική περιγραφή, τη σαφή διάκριση της μανιοκαταθλιπτικής

ψύχωσης από τη *dementia praecox* (πρώιμη άνοια = σχιζοφρένεια), αλλά και την αντίληψη ότι οι *dementia praecox* ασθενείς είναι αθεράπευτοι (Ellenberger, 1970).

Διάφοροι ερευνητές ωστόσο δε συμμερίζονται την Κρεπελίνοια φαταλιστική άποψη και αναζητούν θεραπείες της σχιζοφρένειας. Το 1917 ο Julius von Wagner-Jauregg εισάγει την πυρετοθεραπεία, μεταξύ 1935-1937 ο Manfred Sakel το κώμα ινσουλίνης, ο Ladislaus Meduna (1896-1964) το shock καρδιαζόλης, ο Ugo Cerletti (1877-1963) και ο Lucio Bini το electroshock (1938), ο Egas Moniz (1874-1955) την ψυχοχειρουργική (1935).

Μέχρι αυτήν την εποχή, λοιπόν, τα συμβάντα αφορούν σχεδόν αποκλειστικά τους ψυχωτικούς. Τα νευρωτικά συμπτώματα και το ασυνείδητο ήταν κατά κανόνα άγνωστα. Ένας αριθμός, όμως, Γάλλων ψυχιάτρων μέσω της ύπνωσης αναπτύσσει πια την έννοια του δυναμικού ασυνείδητου. Ο *Jean Martin Charcot* (1825-1893) είναι αναμφισβήτητα ο πρώτος ψυχίατρος που στρέφει μέσω της ύπνωσης την προσοχή του κόσμου και του νεαρού Freud στις νευρώσεις και μάλιστα στην υστερία στο Salpêtrière (ο Charcot υιοθέτησε τον όρο «*l'abaissement de la sensibilité*» για την υστερία).

Ο *Pierre Janet* (1859-1947) είναι ουσιαστικά εξίσου ιδρυτής της ψυχοδυναμικής σχολής, όπως ο Freud, αλλά η συντηρητική του προσωπικότητα και άλλοι παράγοντες του στέρησαν τη δημοσιότητα (Ellenberger, 1970).

Ιδιαίτερα πρέπει να αναφερθούμε στην Ελβετία, η οποία αν και μικρή χώρα, έχει σημαντική ψυχιατρική παράδοση. Το νοσοκομείο Burghölzli στη Ζυρίχη ιδρύθηκε στα μέσα του 19ου αιώνα και εδώ εργάσθηκαν ο Eugen Bleuler (που καθιέρωσε τον όρο *σχιζοφρένεια*) και ο γιός του Manfred Bleuler, ο Carl Jung, ο γιατρός Hermann Rorschach (1884-1922) και ο Adolf Meyer. Το ινστιτούτο Rousseau στη Γενεύη έγινε διάσημο από τον Jean Piaget και γενικά η Ελβετία ανέπτυξε πρωτοποριακή παιδοψυχολογία.

Το ψυχαναλυτικό κίνημα αποτέλεσε οπωσδήποτε τη μεγάλη επανάσταση στην ψυχιατρική του αιώνα μας. Ιδρυτής του ήταν ο *Sigmund Freud* (1856-1939) που το 1900

έγραψε την *Ερμηνεία των Ονείρων*, το σημαντικότερο ίσως έργο του (μεθοδολογία της ερμηνείας των ονείρων που είχαν φέρει σε αμηχανία τους ερευνητές για αιώνες, εισαγωγή της υποκειμενικής παρατήρησης του εαυτού σε αντίθεση προς την αντικειμενική ψυχολογία, πρόταση του συνεχούς μεταξύ φυσιολογικότητας και παθολογικότητας).

Ο Freud γεννήθηκε στο Freiberg, στη Moravia της Αυστρίας τότε (τώρα Τσεχοσλοβακίας) από φτωχούς Εβραίους γονείς. Από νωρίς φάνηκε ότι ήταν μεγαλοφυΐα. Σπούδασε γιατρός, μετά νευρολόγος, εργάστηκε με τον Charcot, το 1895, όμως, γράφει τις *Μελέτες στην Υστερία*, όπου εγκαταλείπει την ύπνωση και εισάγει τον *ελεύθερο συνειρμό* και την «καθαρτική μέθοδο» θεραπείας. Το 1896 εισάγει τον όρο *ψυχανάλυση*. Το 1905 γράφει τα *Τρία Δοκίμια στη Θεωρία της Σεξουαλικότητας* (στοματικό, πρωκτικό, φαλλικό στάδιο, οιδιπόδειο σύμπλεγμα, καθήλωση, παλινδρόμηση, σεξουαλικά ένστικτα) και το 1907 ιδρύει την Ψυχαναλυτική Εταιρεία της Βιέννης (μαζί με τους Adler, Steckel, Ferenczi, Rank, Jung, Abraham, Eitington) (Ellenberger, 1970).

Το 1916-1917 γράφει τις *Εισαγωγικές Διαλέξεις στην Ψυχανάλυση* (αμυντικοί μηχανισμοί). Το 1920, το *Πέραν της αρχής της ευχαρίστησης*, το 1923 *Το Εγώ και το Εκείνο*, το 1925 το *Αναστολές, Συμπτώματα και Άγχος* (όπου ξεκαθαρίζουν τα δύο ένστικτα, η ψυχική δομή (εκείνο, εγώ, υπερεγώ) και το άγχος ως μηχανισμός προειδοποίησης κινδύνου, που αντικαθιστά την πρώτη του θεωρία του άγχους - περί μη εκτόνωσης της libido).

Ένας μεγάλος αριθμός έργων συνέχισε να παράγεται σχεδόν μέχρι το θάνατό του στο Λονδίνο (το 1939), όπου η Μαρία Βοναπάρτη τον είχε φυγαδεύσει για να αποφύγει τους Ναζιστές.

Αν και πολλά από αυτά που ανακάλυψε ο Freud είχαν αναφερθεί και νωρίτερα, η ευφυΐα του ήταν ότι οργάνωσε μία θεωρία *αντίληψης* και κατανόησης της ψυχής του ανθρώπου, της οποίας η σαφήνεια και η πληρότητα δεν έχουν ακόμη ξεπεραστεί.

Ανάμεσα σε αυτούς που ιδιαίτερα δέχθηκαν την επίδραση του Freud στις αρχές του 20ού αιώνα, αλλά αργότερα δημιούργησαν ξεχωριστές σχολές, καθώς διαφώνησαν με αυτόν είναι οι Adler, Jung και Rank (Ellenberger, 1970).

*Alfred Adler*. Γεννήθηκε το 1870 από Εβραίους γονείς στη Βιέννη. Πέθανε το 1937 στην Αγγλία ενώ έδινε διαλέξεις. Αν και υπήρξε πρόεδρος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, προοδευτικά διαχώρισε τη θέση του από τον Freud (βασικά λόγω μη παραδοχής του σεξουαλικού στοιχείου στις νευρώσεις) και το 1911 ίδρυσε την Εταιρεία για τη θεωρία του, την *ατομική ψυχολογία*. Η βασική του θέση ήταν ότι η νεύρωση ξεκινά από αισθήματα κατωτερότητας που οφείλονται σε οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. Βασικά του έργα ήταν: *Μελέτη στην Κατωτερότητα των Οργάνων* (1907), *Ο Νευρικός χαρακτήρας* (1912), *Καταλαβαίνοντας την ανθρώπινη φύση* (1927).

Ο Adler θεωρείται ιστορικά σημαντικός για τη θεωρία του περί κατωτερότητας ορισμένων οργάνων (ψυχοσωματική ιατρική) και για τις απόψεις του για τους κοινωνικούς παράγοντες ως αιτιών νεύρωσης (εφαρμογές τους στην ομαδική θεραπεία και στην κοινοτική ψυχιατρική και ιδιαίτερα στις συμβουλευτικές κλινικές παιδιών) και για το στυλ ζωής που αναπτύσσει κάθε άνθρωπος και μέσα στο οποίο κινείται (υπαρξιακή ψυχιατρική) (*Ellenberger, 1970*).

*Jung*. Ο Carl Gustav Jung γεννήθηκε το 1875 στην Ελβετία από προτεστάντες γονείς και πέθανε το 1961 στην Ελβετία (μερικοί θεωρούν ότι ο πατρικός του προπάππος ήταν παράνομος γιος του Goethe).

Ο Jung επηρεάστηκε πολύ από τον Goethe, Nietzsche, Schopenhauer και συγγραφείς παραψυχολογικών φαινομένων, όπως ο Swendenborg, Mesmer, Kerner και Lombrozo. Αν και υπήρξε ο αγαπημένος μαθητής του Freud και το 1909 έδωσαν μαζί διαλέξεις στην Αμερική και έγινε ο πρώτος πρόεδρος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, από εκεί και μετά οι διαφωνίες τους ήρθαν στο προσκήνιο και ο Jung ακολούθησε ανεξάρτητη πορεία απορρίπτοντας το οιδιπόδειο σύμπλεγμα και την αποκλειστικά σεξουαλική προέλευση της libido (*Ellenberger, 1970*).

Προοδευτικά δημιούργησε τη δική του ψυχαναλυτική θεωρία βασισμένη στις αντιθέσεις και την πολυπλοκότητα της προσωπικότητας. Κύρια στοιχεία της θεωρίας του είναι: υπάρχουν δύο αντιθετικές καταστάσεις, η *εξωστρέφεια* και η *ενδοστρέφεια*· η ψυχική ενέργεια προέρχεται από τα ένστικτα - υπάρχει το *συλλογικό*

ασυνείδητο από το οποίο αναφύονται παγκόσμιοι *αρχέτυποι* ασχέτως κουλτούρας και ιστορικής περιόδου - η *ψυχή* αποτελείται από την *persona* (κοινωνική μάσκα), τη *σκιά* (κρυμμένα προσωπικά χαρακτηριστικά), την *anima* (η θηλυκή ταυτοποίηση στον άντρα), τον *animus* (η αρσενική ταυτοποίηση στη γυναίκα) και τον *εαυτό* (το εσωτερικότατο κέντρο της προσωπικότητας) - η *εξατομίκευση* είναι η βασική πορεία της ζωής, η οποία επιτυγχάνεται στο δεύτερο μισό της ζωής με την ανάδυση της αρχέτυπου εικόνας του εαυτού, οπότε και η συνθετική - ερμηνευτική θεραπεία του αποβλέπει στο να βοηθήσει τον ασθενή να πετύχει την εξατομίκευσή του. Βασικά έργα του Jung είναι *Μεταμόρφωση και σύμβολα της libido* (1911-1912) και οι *Ψυχολογικοί Τύποι* (1921). Καθώς πέρασαν τα χρόνια η σχολή του Jung έγινε η γέφυρα προς τον μυστικισμό, τη μυθολογία, την αρχαιολογία, τη φιλολογία και τη φιλοσοφία.

*Otto Rank*. Γεννήθηκε το 1884 στη Βιέννη από Εβραίους γονείς και πέθανε το 1939 στην Αμερική. Στενός συνεργάτης στην αρχή του Freud, αργότερα διαχώρισε τη θέση του από αυτόν καθώς ο Freud δε δέχθηκε την άποψή του (που αναλύεται στο βιβλίο του *Το Τραύμα της Γέννησης* (1924)), σύμφωνα με την οποία το άγχος αποχωρισμού το συνδεδεμένο με τη γέννηση του ατόμου είναι το πιο σημαντικό στοιχείο στην ανάπτυξή του και επίσης η πηγή της νεύρωσης.

Ο Rank ανέπτυξε πολλά άλλα ενδιαφέροντα στοιχεία, όπως την έμφαση στο παρόν στη θεραπεία, την ολότητα της προσωπικότητας, την ψυχολογία της δημιουργικότητας και μάλιστα της καλλιτεχνικής, τα οποία έχουν απορροφηθεί σήμερα στην ψυχαναλυτική θεωρία χωρίς να του αποδοθεί ο ανάλογος φόρος τιμής. Κι αυτό γιατί όπως και ο Adler φρόντισε μόνο να δημιουργήσει, χωρίς να συστηματοποιήσει τα γραφόμενά του. Από την πληθώρα των άλλων ψυχαναλυτικών δημιουργών των πρώτων δεκαετιών του 20ού αιώνα αναφέρουμε κυρίως τους εξής:

*Karl Abraham* (1877-1925). Ιδρυτής της Ψυχαναλυτικής Εταιρείας και του Ινστιτούτου του Βερολίνου είναι βασικά γνωστός για τις εργασίες του στην προσωπικότητα και ήταν ο πρώτος, ο οποίος εισήγαγε την πρωκτο-σαδιστική

καθήλωση στην καταναγκαστική νεύρωση και τη στοματική καθήλωση στη μελαγχολία (Foucault, 1965).

*Sandor Rado* (1890-1971). Ούγγρος. Εισηγάγε τα προσαρμοστικά ψυχοδυναμικά (adapational psychodynamics), μία προσπάθεια να τονισθεί η συνθετική συνεργασία των ενστίκτων και του ελέγχου της πραγματικότητας που οδηγεί σε τελεολογική προσαρμοστική συμπεριφορά.

*Helene Deutch*. Αυτή εισήγαγε τη συνεχή παρουσίαση περιστατικού σαν τρόπο ψυχαναλυτικής εκπαίδευσης. Έγραψε το *Psychology of Women* (1944-1945), το πρώτο σημαντικό έργο τέτοιου είδους.

*Wilhelm Reich* (1897-1957). Αυστριακός που το πιο σπουδαίο του έργο ήταν το *Character Analysis* (1928), μία φαινομενολογική περιγραφή του σχηματισμού των διαφόρων χαρακτήρων ως απόρροιας του στοματικού, πρωκτικού και φαλλικού σταδίου και εισαγωγή της άποψης ότι ο χαρακτήρας αποτελεί αντίσταση στη θεραπεία.

Γνωστός λαϊκά για τα έργα του *Διαλεκτικός Ματεριαλισμός και Ψυχανάλυση, Μαζική Ψυχολογία του Φασισμού και Σεξουαλική Επανάσταση*, όπου προσπαθεί να συνθέσει την ψυχανάλυση με τον μαρξισμό και ιδιαίτερα να εισαγάγει τη σεξουαλική ανάγκη στη μαρξιστική φιλοσοφία που αυτή την είχε αμελήσει, παρανοείται και από τους μαρξιστές και από τους ψυχαναλυτές και εκδιώκεται και από τους δύο. Και όταν ισχυρίζεται ότι βρήκε μία θεραπευτική μέθοδο βασισμένη σε μία ενέργεια που την ονόμασε *οργόνη* και κατασκευάζει τα κιβώτια της οργονοθεραπείας που ισχυρίζεται ότι θεραπεύουν μέχρι και καρκίνο, μερικοί τον αποκαλούν παρανοϊκό σχιζοφρενικό. Τελικά πεθαίνει στη φυλακή στην Αμερική (Foucault, 1965).

*Karen Horney* (1885-1952). Γερμανίδα που μετανάστευσε στην Αμερική. Ανεξάρτητη προσωπικότητα, δε δέχθηκε την παγκοσμιότητα του οιδιπόδειου συμπλέγματος και τη μεγάλη σημασία που έδινε ο Freud στο φθόνο του πέους. Υποστήριξε αντίθετα ότι βασικά είναι δεδομένος ο φόβος των ανδρών από το αιδού των γυναικών. Ίδρυσε το Αμερικανικό Ινστιτούτο για την Ψυχανάλυση φεύγοντας από το



Ινστιτούτο για την Ψυχανάλυση της Ν. Υόρκης. Η Horney υπήρξε μεγάλη απόστολος του απελευθερωτικού κινήματος των γυναικών και τόνισε ιδιαίτερα τον περιβαλλοντικό παράγοντα στη δημιουργία των νευρώσεων.

*Franz Alexander* (1891-1964). Μία σημαντικότερη μορφή, που ξεκίνησε από τη Γερμανία αλλά βασικά έζησε και δημιούργησε στις ΗΠΑ. Τόνισε την αντιμεταβίβαση, εισήγαγε την έννοια της διορθωτικής συναισθηματικής εμπειρίας, ανέπτυξε το πρώτο εκτεταμένο ερευνητικό πρόγραμμα ψυχοσωματικής ιατρικής (εισήγαγε τη θεωρία της εξειδίκευσης μεταξύ σύγκρουσης και οργάνου) και πολλά άλλα (Foucault, 1965).

*Anna Freud* (1895-1982). Κόρη του S. Freud που από το 1938 έζησε μαζί με τον πατέρα της στο Λονδίνο. Βασικό της έργο ήταν το *Εγώ και οι Μηχανισμοί Άμυνας* (1937). Η A. Freud υπήρξε πρωτοποριακή σε ψυχαναλυτικές κλινικές θεραπείας με παιδιά και τους γονείς τους.

*Melanie Klein* (1882-1960). Γεννήθηκε στη Βιέννη και μετανάστευσε στο Λονδίνο το 1926. Βασικό της έργο ήταν *Η Ψυχανάλυση των Παιδιών* (1932). Η Klein εισήγαγε τους *ενδοβλητικούς και προβλητικούς μηχανισμούς*, τα «καλά» και «κακά» τμήματα του εγώ και την ενσωμάτωση σαν βασικά στοιχεία δημιουργίας του εαυτού. Επίσης, εισήγαγε τις δύο βασικές τοποθετήσεις του ατόμου, την παρανοειδή - σχιζοειδή και τη μελαγχολική και τόνισε σε αντίθεση με τον Freud τη σημασία της προοιτυπώδους περιόδου. Επίσης, εισήγαγε τις απευθείας ερμηνείες στο παιδί στην ψυχανάλυση. Οι θεωρίες της Klein οδήγησαν σε σχίσμα μεταξύ Φροϋδικών και Κλαϊνικών που συνεχίζεται μέχρι σήμερα (Foucault, 1965).

Ο *Fairbairn* ακολουθεί την Klein και με βάση τη θεωρία της δημιουργεί τη θεωρία των σχέσεων με το αντικείμενο (objectrelations theory).

Ο *Winnicott* εισάγει το 1953 τα μεταβατικά αντικείμενα και αργότερα την έννοια της «επαρκώς καλής μητέρας».

Ο *Franz Kallmann* στη Ν. Υόρκη κάνει τις περίφημες έρευνές του στους μονογενείς διδύμους και αρχίζει να εδραιώνει την κληρονομικότητα της σχιζοφρένειας.

Ο *Leo Kanner* αποδίδει τον αυτισμό σε μητρική στέρηση, ενώ ο *René Spitz* και ο *John Bowlby* αναγνωρίζουν τη μελαγχολία σαν αποτέλεσμα αποχωρισμού των παιδιών από τη μητέρα τους.

Ιδιαίτερα αναπτύσσεται η ψυχολογία του εγώ. Ο *Heinz Hartmann* (1894-1972) το 1939 δημοσιεύει την *Ψυχολογία του Εγώ και το Πρόβλημα της Προσαρμογής*, όπου εισάγει τη συγκρουσιακή και την ελεύθερη σύγκρουσης σφαίρα του εγώ.

Ο *Ernest Kris* (1900-1957) γράφει τις *Ψυχαναλυτικές Διερευνήσεις στην Τέχνη* (1953), όπου αναλύει τη δημιουργικότητα και προωθεί την έννοια της παλινδρόμησης στην υπηρεσία του εγώ.

Ο *David Rapaport* (1911-1960) γράφει το *Οργάνωση και Παθολογία της Σκέψης* (1951), όπου εισάγει την αυτονομία του εγώ και από το εκείνο και από το περιβάλλον σαν απαραίτητη προϋπόθεση για καλή λειτουργία του ατόμου.

Ο *Harry Stack Sullivan* (1892-1949) δίνει έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας με εφαρμογή ψυχαναλυτικών μεθόδων.

Την ίδια εποχή αρχίζει η ανάπτυξη της ομαδικής ψυχοθεραπείας. Ο *J. L. Moreno* (1898-1974) ιδρύει το ψυχόδραμα. Ο *S.R. Slavson* (1890-1981) δημιουργεί ομάδες με παιδιά. Ο *Carl Rogers* ιδρύει τη θεραπεία την επικεντρωμένη στον πελάτη, όπου τονίζει την «εμπάθεια» και την κατανόηση του ασθενή-πελάτη σε μία μορφή μη κατευθυντικής ψυχοθεραπευτικής τεχνικής (*Foucault*, 1965).

Σημαντικότερη μορφή της εποχής αυτής είναι ο *Erik Erikson* (1902-1994). Ο *Erikson* το 1950 δημοσιεύει το *Παιδική Ηλικία και Κοινωνία*, στο οποίο παρουσιάζει τον πλήρη κύκλο της ανάπτυξης του ατόμου με μορφή σταδίων από τη γέννηση μέχρι τα γηρατειά και σαν αποτέλεσμα των βιολογικο-κοινωνικών δυνάμεων που υφίσταται. Αργότερα (1956) καθιερώνει τη βασικότερη έννοια της ταυτότητας του ατόμου.

Το 1949 ιδρύεται στην Αμερική το National Institute of Mental Health (Εθνικό Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας), που γίνεται το βασικό ερευνητικό ψυχιατρικό κέντρο της χώρας αυτής με παγκόσμια αντανάκλαση.

#### **1.1.6. Ψυχιατρική από τα μέσα του 20ου αιώνα μέχρι σήμερα**

Το πιο σημαντικό γεγονός αυτής της περιόδου είναι, ίσως, η εισαγωγή της *ψυχοφαρμακολογίας* και η επανάσταση που έφερε στα ψυχιατρεία. Καθώς οι διάφορες οργανικές θεραπείες (shock, ψυχοχειρουργική) και δεν έδωσαν τα αποτελέσματα που αναμένονταν και έγιναν αντικείμενα επικρίσεων, η χημειοθεραπεία βρήκε πρόσφορο έδαφος.

Η χλωροπρομαζίνη, το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο, ανακαλύφθηκε από τους Γάλλους Pierre Deniker, Henri Leborit και Jean Delay το 1952 και από τότε η ψυχοφαρμακολογική επανάσταση μας έδωσε και μας δίνει συνεχώς και περισσότερα μείζονα και ελάσσονα ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Το αποτέλεσμα ήταν οι ασθενείς να κατορθώνουν να αποφύγουν την είσοδο στο νοσοκομείο ή να μείνουν για λίγο (Μάνος, 1997).

Ταυτόχρονα, κι όχι άσχετα με την ψυχοφαρμακολογική επανάσταση, η *Κοινωνική - Κοινοτική ψυχιατρική*, η οποία ουσιαστικά άρχισε από τον Pinel, ανοίγει πια τα νοσοκομεία στην Αγγλία (από το 1940-1950) και μέσω της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αρχίζει να διαδίδεται στην Ευρώπη, επικρατεί και στην Αμερική, όπου παίρνει ακόμη μεγαλύτερη έκταση και όπου με το Community Mental Health Act του 1963 γίνεται Εθνικό Πρόγραμμα (κυρίως ίδρυσης Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας).

Με την Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική, η θεραπεία και η προφύλαξη του ψυχικά ασθενή μεταφέρεται από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα με τις τοπικές κλινικές, τις υπηρεσίες αποκατάστασης, τα βραχείας νοσηλείας μικρά ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων, τα κέντρα ψυχικής υγείας κτλ.

Την ίδια εποχή, η επικοινωνιακή άποψη κερδίζει έδαφος και διαμορφώνεται από διάφορους ερευνητές σε διάφορα επίπεδα και θεωρίες, όπως η οικογενειακή

θεραπεία (Nathan Ackerman), η εισαγωγή του μηνύματος διπλού δεσμού στη σχιζοφρένεια (G. Bateson, T. Lidz, V. Satir), το *Games People Play* του Eric Berne κ.ά.

Ο Ludwig von Bertalanffy εισάγει τη θεωρία των γενικών συστημάτων (αμοιβαία επηρεαζόμενα συστήματα ομοιόστασης, διαντίδρασης και επικοινωνίας μεταξύ όλων των διαστάσεων της ζωής, που οδηγούν σε αρμονία ή δυσαρμονία), η οποία προοδευτικά κερδίζει έδαφος (και συνεχίζεται αργότερα με τον J.G. Miller) και ο Joseph Wolpe εισάγει τη θεραπεία συμπεριφοράς (συνδυασμός της Ρωσικής αντανakλαστικολογίας του Pavlov και του Αμερικανικού instrumentalism των Thorndike και Hull), η οποία επίσης έχει κατακόρυφη άνοδο (Μάνος, 1997).

Εμφανίζεται η γνωστική θεραπεία, η οποία αν και χρησιμοποιήθηκε αρχικά στη θεραπεία της κατάθλιψης, προοδευτικά επεκτείνει το πεδίο εφαρμογής της στις αγχώδεις/φοβικές διαταραχές, στη σχιζοφρένεια και σε άλλες διαταραχές.

Επίσης, σημαντικό έδαφος κατακτά η διαπροσωπική θεραπεία της κατάθλιψης.

Προοδευτικά, η ομοφυλοφιλία παύει να θεωρείται επίσημα ασθένεια στην Αμερική (1973), οι Masters και Johnson ανατρέπουν τα κρατούντα στο σεξουαλικό τομέα, ο Laing και ο Szasz με την «αντιψυχιατρική» τους ταραίζουν τις καθιερωμένες αντιλήψεις και γίνονται αντικείμενα σφοδρών επιθέσεων.

Ταυτόχρονα, η Margaret Mahler διευκρινίζει τις φάσεις αποχωρισμού - εξατομίκευσης του ατόμου, ενώ οι Kernberg και Kohut προωθούν την ψυχαναλυτική θεωρία προς νέες πιο συνθετικές διαστάσεις. Η έννοια του εαυτού έρχεται σιγά - σιγά να αντικαταστήσει το εγώ.

Η ψυχοθεραπεία και μάλιστα η ομαδική επεκτείνεται σε νέα (για μερικούς αμφίβολα) πεδία, όπως η εκπαίδευση ευαισθητοποίησης και οι ομάδες εντατικής ευαισθητοποίησης, αυτοϋπνωτικές και ασκητικές φιλοσοφίες συνδυάζονται με την ψυχοθεραπεία, όπως το Γιόγκα και το Zen.

Ιδιαίτερα στα τελευταία χρόνια, η έρευνα στην ψυχοφαρμακολογία και στην ψυχοβιολογία, όπως στη νευροφυσιολογία, νευροβιοχημεία, νευροενδοκρινολογία,

μοριακή βιολογία και μοριακή γενετική, δηλαδή στις νευροεπιστήμες, με τις θεραπευτικές εφαρμογές της στη θεραπεία διπολικών διαταραχών (λίθιο), κατάθλιψης (αντικαταθλιπτικά), φοβικών και αγχωδών διαταραχών (αντικαταθλιπτικά) και τις ποικίλες διαγνωστικές εφαρμογές της στην απεικόνιση της λειτουργίας του εγκεφάλου, φέρνει πάλι στο προσκήνιο τη βιολογική πλευρά της ψυχιατρικής. Ταυτόχρονα, η νέα ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM- III, 1980, DSM-III-R, 1987, DSM-IV, 1994) εισάγει την περιγραφική ψυχιατρική (ειδικά συμπτώματα με σκοπό την εφαρμογή ειδικής θεραπείας), τολμώντας να προτείνει την απάλειψη όρων που δηλώνουν αιτιολογία, που όμως δεν αποδείχθηκε (π.χ. νεύρωση) (Mora, 1980).

### **1.1.7. Από σήμερα προς το μέλλον**

Η ψυχιατρική βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε αναταραχή. Πολλές ανακαλύψεις δεν έχουν αφομοιωθεί και η δυνατότητά τους δεν έχει ακόμη πλήρως ερευνηθεί. Η ταυτότητα του ψυχιάτρου έχει γίνει ασαφής, καθώς απαιτεί να μπορεί αυτός να δει τον ασθενή του ταυτόχρονα σε πολλά επίπεδα. Περισσότερο από ποτέ ο ψυχίατρος καλείται να συνδυάσει πολλαπλά συστήματα αναφοράς για την κατανόηση του ασθενή - βιολογικό (γενετική/μοριακή προδιάθεση), ψυχολογικό (ψυχοδυναμική, γνωστική, μαθησιακή, υπαρξιακή κτλ. αντίληψη), κοινωνικό (πολιτισμικό, κοινωνικό, ρεαλιστικό πλαίσιο ζωής) - και να συνθέσει διαφορετικές μεθόδους θεραπείας. Η μοντέρνα στατιστική έχει αρχίσει να αντικειμενοποιεί αποτελέσματα θεραπειών, όπως η ψυχοθεραπεία, που για χρόνια δεν μπορούσαν να ερευνηθούν αντικειμενικά.

Άκαμπτες θέσεις, ιδιαίτερα της ορθόδοξης ψυχανάλυσης, αναγκάζονται να υποχωρήσουν κάτω από το βάρος νέων διαπιστώσεων και αναγκών και γενικά η ψυχοθεραπεία κινείται προς βραχείες κυρίως τεχνικές και σε σύνθεση στρατηγικών από διάφορα είδη ψυχοθεραπείας. Επιτακτική, επίσης, φαίνεται η ανάγκη σύνθεσης φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας μέσα σε ένα βιοψυχοκοινωνικό σύστημα θεώρησης του ανθρώπου. Μία επιστημονολογία για αποδείξεις των αποτελεσμάτων των θεραπειών και ανεύρεση των ακριβών αιτιών των παθήσεων

έχει καταλάβει την ψυχιατρική συνεπικουρούμενη και από τις ερευνητικές δυνατότητες των νευροεπιστημών (Mora, 1985).

### **1.1.8. Εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα**

Όπως και στις άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα η ασυλιακή ψυχιατρική εγκαταστάθηκε στον 19ο κυρίως αιώνα. Ενώ όμως σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική ο 20ός αιώνας έφερε την ανάπτυξη καινούριων διαστάσεων της ψυχιατρικής, όπως η ψυχανάλυση, η κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική, το φάσμα των ψυχοθεραπειών, η δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία και κέντρων ψυχικής υγείας - «ανοιχτή δηλαδή ψυχιατρική περίθαλψη», η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση των διαστάσεων αυτών. Το αποτέλεσμα ήταν η ψυχιατρική περίθαλψη ειδικά και η ψυχιατρική γενικότερα μόνο πολύ πρόσφατα επιτέλους να αρχίσουν να κινούνται προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των άλλων χωρών (Χαρτοκόλλης, 1986).

Έτσι, μόλις στη δεκαετία του 1980, η ψυχιατρική σαν ειδικότητα χώρισε από τη νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη ειδικότητα, η πολιτεία ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία και η νομοθεσία επιτέλους δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, κέντρων ψυχικής υγείας κτλ. (άρθρο 21 του νόμου 1397 για το ΕΣΥ, 1983).

## **1.2. Σχιζοφρένεια και Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές**

Οι ψυχικές διαταραχές προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις χώρες και κοινωνίες και παρουσιάζονται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικής τάξης. Ο επιπολασμός τους εκτιμάται ότι είναι 10% στους ενήλικες, και ένα ποσοστό 20-25% του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του ψυχικές διαταραχές (World Health Organization, 2001). Από επιδημιολογικές έρευνες στη κοινότητα διαπιστώνεται αυξητική τάση του μεγέθους της ψυχολογικής επιβάρυνσης και ψυχιατρικής νοσηρότητας στο γενικό πληθυσμό τα τελευταία

χρόνια. Στις ΗΠΑ, το ποσοστό επιπολασμού, για μία ή περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές ήταν περίπου 30% (Kessleretal., 1994).

Στην Ελλάδα, οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές. Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει στο γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι 14 - 16% των Ελλήνων πάσχει από μια ψυχιατρική διαταραχή, με συχνότερη την αγχώδη διαταραχή. Σε μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, στην οποία συμμετείχε και η Ελλάδα, βρέθηκε ότι 22% αυτών που επισκέπτονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πάσχουν από μια ψυχιατρική διαταραχή κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και έμφαση από την ψυχιατρική κοινότητα δίνεται στη σημασία της πρόληψής τους (Λιονής, 2003).

Η μελέτη αυτή εστιάζει σε ορισμένες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες συνήθως προκαλούν σοβαρή ανικανότητα αν δεν θεραπευτούν και οι οποίες δημιουργούν μεγάλη επιβάρυνση στη δημόσια υγεία. Σύμφωνα με το Μάνο Ν.,1997, οι ψυχικές αυτές διαταραχές είναι οι:

- **Σχιζοφρένεια**

Σήμερα, θεωρούμε τη Σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας - ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας - παρουσιάζεται με διαταραχές:

**της σκέψης**, π.χ. παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους, ιδέες συσχέτισης και μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, μηδενιστικές, σωματικές και ακόμη, η φτώχεια του λόγου, συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, νεολεξίες, η εμμονή, ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή, ηχολαλιά κ.ά.

**της αντίληψης**, π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε αφού είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους (διάλογος) ή του δίνουν εντολές, οι οποίες είναι επικίνδυνες διότι μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό

στον εαυτό του ή σε άλλους. Οι φωνές θα πρέπει να διαρκούν για πολλές μέρες η εβδομάδες είτε συνέχεια είτε κατά διαστήματα. Ακόμη, σωματικές και κιναισθητικές ψευδαισθήσεις.

**του συναισθήματος**, π.χ. αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα ή απρόσφορο συναίσθημα (στον Παρανοϊκό Τύπο είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναισθήματος).

**της αίσθησης του εαυτού**, π.χ. απώλεια των ορίων του εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου κτλ.

**της βούλησης**, η οποία εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μία πορεία ενεργειών έως τη λογική τους κατάληξη. Ακόμη αμφιθυμία που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές δράσεις.

**της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο**, π.χ. δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, απόσυρση του ασθενούς από τον εξωτερικό κόσμο.

Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Υπάρχει όμως και όψιμη έναρξη, όταν η διαταραχή αναπτύσσεται μετά τα 45. Εκκεντρική ή παράξενη συμπεριφορά αρχίζει να εμφανίζεται. Σιγά-σιγά το άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις σαν εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντά του.

Στην αρχή, το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαίσθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να εμφανιστούν αμβλύ συναίσθημα, φτώχεια του λόγου, προκαταλήψεις και παραισθήσεις. Όλα τα παραπάνω αποτελούν την πρόδρομη φάση της Σχιζοφρένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Άσχετα με το αν εμφανιστεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενείς ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργός φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι.

Σε αυτή τη φάση, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω κυριαρχούν στην κλινική πορεία. Η ενεργός φάση της Σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο για λίγες εβδομάδες. Όταν η ενεργός



φάση υποχωρήσει, ο ασθενής μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα της πρόδρομης φάσης.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητα της είναι άγνωστη. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα. Έτσι, μολονότι δεν αποκλείεται η πλήρης ύφεση ή ίαση, ο σχιζοφρενικός ασθενής θα παρουσιάσει συνήθως κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής ανικανότητας που θα ποικίλλει ευρύτατα, ώστε άλλοι ασθενείς να χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, άλλοι να ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα κ.α. Μέχρι σήμερα οι προβλέψεις δεν έχουν καταφέρει να γίνουν αξιόπιστες σε ότι αφορά ποια πορεία θα ακολουθήσει ο κάθε ασθενής.

#### **Διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια κατά το DSM-IV:**

**A.** Χαρακτηριστικά συμπτώματα όπως: 1. παραληρητικές ιδέες, 2. ψευδαισθήσεις, 3. αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία), 4. Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, 5. αρνητικά συμπτώματα, όπως συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία.

**B.** Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία.

**C.** Διάρκεια: συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για 6 μήνες.

**D.** Αποκλεισμός σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής της διάθεσης, διότι είτε δεν έχει συμβεί κανένα μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μεικτό επεισόδιο είτε αν έχουν συμβεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με αυτή των ενεργών υπολειμματικών περιόδων.

#### **Κλινικοί Τύποι Σχιζοφρένειας:**

**1. Παρανοϊκός Τύπος** (α. έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις, β. δεν υπάρχει αποδιοργανωμένος

λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα, γ. τον Τύπο αυτό τον χαρακτηρίζει το άγχος, ο θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαισθησία στην διαπροσωπική επαφή, αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου),

**2. Αποδιοργανωμένος Τύπος** (α. υπάρχει αποδιοργανωμένος λόγος, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, το επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα, β. δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου ),

**3. Κατατονικός Τύπος** (α. κινητική ακινησία, β. υπερβολική κινητική δραστηριότητα, γ. ακραίος αρνητισμός, δ. ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων (αλλόκοτες στάσεις του σώματος), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλοι μαννερισμοί ή έκδηλοι μορφασμοί, ε. ηχολαλία ή ηχοπραξία),

**4. Αδιαφοροποίητος Τύπος** (συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α αλλά όχι τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου ή Κατατονικού Τύπου),

**5. Υπολειμματικός Τύπος** (α. απουσιάζουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, β. υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται με την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή αυτών που αναφέρονται στο κριτήριο Α για τη σχιζοφρένεια, παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

**Αιτιολογικοί παράγοντες:** γενετική, περιβάλλον, νευροβιολογία.

#### • Διαταραχές της διάθεσης

Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές), σύμφωνα πάντα με τον Μάνο, 1997, είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης ή απλά διάθεσης (mood). Η συναισθηματική διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Η συναισθηματική διάθεση διακρίνεται από το συναίσθημα (affect), το οποίο αποτελεί την εξωτερική έκφραση της διάθεσης. Όμως, η εξωτερική έκφραση κάποιου καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι

πάντοτε καταθλιπτική ή ευφορική. Δεν μπορεί κανείς να ξεχωρίσει μία «φυσιολογική» διάθεση από μία «παθολογική». Όλοι οι άνθρωποι έχουν περάσει κάποια περίοδο απογοήτευσης ή ικανοποίησης που επηρεάζουν τη διάθεσή τους προς τη μία ή την άλλη πλευρά.

Ωστόσο, αναφέρεται ότι όσο πιο έντονη και παρατεταμένη συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα συμπτώματα, όπως αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή ενώ υπάρχουν διαταραχή της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονίες τάσεις, τόσο η κατάσταση της οποίας γίνεται διάγνωση τείνει προς την παθολογική πλευρά.

Έτσι, σύμφωνα με το DSM-IV, οι Διαταραχές της Διάθεσης διαιρούνται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές («μονοπολική κατάθλιψη»), στις Διπολικές Διαταραχές και σε δυο διαταραχές βασισμένες στην αιτιολογία τους, τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και τη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Επίσης, υπάρχει και η Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές, που είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή και η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς διακρίνονται από τις Διπολικές Διαταραχές από το γεγονός ότι δεν υπήρξε ποτέ ένα Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο. Οι Διπολικές Διαταραχές, που είναι η Διπολική I Διαταραχή, η Διπολική II Διαταραχή, η Κυκλοθυμική Διαταραχή και η Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, χαρακτηρίζονται, σύμφωνα πάντα με τον Μάνο Ν.,1997, από την παρουσία Μανιακών, Μεικτών ή Υπομανιακών Επεισοδίων που συχνά συνοδεύονται από την παρουσία Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων.

Τα κριτήρια κατά DSM-IV λοιπόν, για τα επεισόδια Διαταραχής της Διάθεσης διακρίνονται από την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένων Επεισοδίων Διαταραχής της Διάθεσης – Μείζων Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό, Υπομανιακό Επεισόδιο.

### **1.2.1 Κριτήρια κατά DSM-IV για το Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό και Υπομανιακό Επεισόδιο:**

#### ***Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο***

**A.** Πέντε η περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν υπάρξει κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα. τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης.

(1) καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (νιώθει λυπημένος ή άδειος, φαίνεται δακρυσμένος).

(2) Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

(3) Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν κάνει δίαιτα ή αύξηση βάρους ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.

(4) Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.

(5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα.

(6) Κόπωση ή απώλεια ενέργειας/ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.

(7) Αισθήματα αναξιοτιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής σχεδόν κάθε μέρα.

(8) Ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε μέρα.

(9) Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς κάποιο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας ή κάποιο σχέδιο για αυτοκτονία.

**B.** Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για Μεικτό Επεισόδιο.

**C.** Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.

**D.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

### **Μανιακό Επεισόδιο**

**A.** Μια περίοδος με διάρκεια τουλάχιστον 1 εβδομάδα όπου η συναισθηματική διάθεση ήταν παθολογικά και επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη.

**B.** Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης 3 από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν επιμείνει και είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό:

- (1) διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
- (2) ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- (3) μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά
- (4) φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
- (5) διάσπαση της προσοχής
- (6) αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση
- (7) υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες

**C.** Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για Μεικτό Επεισόδιο.

**D.** Έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους ή υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.

**E.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

### **Μεικτό Επεισόδιο**

**A.** Πληρούνται τα κριτήρια και για Μανιακό και για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο σχεδόν κάθε μέρα για τουλάχιστον 1 εβδομάδα.

**B.** Έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους ή υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.

**C.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

#### **Υπομανιακό Επεισόδιο**

**A.** Μια περίοδος με διάρκεια τουλάχιστον 4 ημερών με συναισθηματική διάθεση επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη που είναι διαφορετική από τη συνηθισμένη μη καταθλιπτική διάθεση του ατόμου.

**B.** Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης 3 από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν επιμείνει και είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό:

- (1) διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
- (2) ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- (3) μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά
- (4) φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
- (5) διάσπαση της προσοχής (έλκεται από ασήμαντα εξωτερικά ερεθίσματα)
- (6) αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση
- (7) υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες

**C.** Το επεισόδιο συνδέεται με μια αδιαμφισβήτητη αλλαγή στη λειτουργικότητα που δεν χαρακτηρίζει το άτομο όταν είναι ασυμπτωματικό.

**D.** Η διαταραχή της διάθεσης και η αλλαγή της λειτουργικότητας έχουν παρατηρηθεί από άλλους.

**E.** Το επεισόδιο δεν είναι αρκετά σημαντικό ώστε να προκαλέσει έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία και δεν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.

**F.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

**Καταθλιπτικές Διαταραχές:** σε έναν καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντοτε εμφανής. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι (όσον αφορά στο συναίσθημα) καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος, (όσον αφορά στο φυτικό νευρικό σύστημα) διαταραχή του ύπνου, διαταραχή της όρεξης, κόπωση, εξάντληση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση και διέγερση, (όσον αφορά στην κινητοποίηση) απώλεια του ενδιαφέροντος, ανημπορία, έλλειψη ελπίδας, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, (όσον αφορά στην σκέψη-αντίληψη) αισθήματα ενοχής ή αναξιοσύνης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση, ψύχωση και σωματικά ενοχλήματα.

**Διπολικές διαταραχές:** ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Οι ασθενείς περνούν από φάσεις έντονης μανίας που εναλλάσσονται με φάσεις βαθιάς κατάθλιψης.

**Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση:** διαταραχή της διάθεσης που οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση.

**Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες:** διαταραχή της διάθεσης που οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας όπως: μια ουσία κατάχρησης, ενός φαρμάκου, μιας τοξίνης ή μιας σωματικής θεραπείας για την κατάθλιψη. Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση.

**Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς:** διαταραχές με συμπτώματα: διαταραχές με συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης που δεν

πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Διαταραχή της Διάθεσης και όπου είναι δύσκολο ο κλινικός να επιλέξει ανάμεσα σε Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς και Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

**Αιτιολογικοί παράγοντες των διαταραχών της διάθεσης:** γενετικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και ψυχολογικοί παράγοντες, νευροβιολογικοί παράγοντες.

## **1.3 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση**

### **1.3.1 Ιστορική Προσέγγιση**

Για να γίνει κατανοητή η σημερινή επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών και οι τάσεις στη φροντίδα και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι αναγκαίο να αναφερθεί κανείς στην ιστορία του θέματος. Με αυτό τον τρόπο θα αποκαλυφθούν αφενός οι αιτίες αποτυχίας προηγούμενων προσπαθειών μεταρρύθμισης και αφετέρου οι λόγοι της πολυμορφίας, με την οποία οι υπηρεσίες εξελίχθηκαν στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001).

Επί αιώνες και σε πολλές κοινωνίες, οι θρησκευτικές ή οι περί την ψυχή δοξασίες καθόριζαν, όπως έχει ήδη αναφερθεί, τον τρόπο, με τον οποίο αντιμετωπίζονταν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Κατά το Μεσαίωνα, οι άνθρωποι στις Ευρωπαϊκές χώρες θεωρούσαν ότι τα ψυχικά προβλήματα είχαν υπερφυσικά αίτια, σχετιζόμενα με δαιμονικές ή θεϊκές δυνάμεις, που καταλάμβαναν την ψυχή. Στις αρχές του 17ου αιώνα, οι μη θεολογικές θεωρήσεις της τρέλας άρχισαν να κερδίζουν έδαφος. Μεταξύ του 1600 και του 1700, οι περισσότεροι φτωχοί άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές περιορίζονταν σε φυλακές, φτωχοκομεία, γενικά νοσοκομεία και ιδιωτικά άσυλα, παντού στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001).

Ο τρόπος που η ιατρική κατανοούσε την «τρέλα» εκείνη την εποχή δεν ενθάρρυνε ούτε τη συμπόνια, ούτε την ανοχή, αλλά θεωρούσε ότι ο ασθενής ευθυνόταν για την κατάστασή του λόγω των ανεξέλεγκτων παθών του και, επομένως, άξιζε να



τιμωρείται. Κατά τη διάρκεια των αρχών του 18ου αιώνα υπερίσχυε η άποψη ότι τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα ήταν υπάνθρωποι χωρίς ελπίδα ίασης και αυτό ήταν το άλλοθι για να δικαιολογούνται οι κακές συνθήκες ζωής τους, καθώς και η χρήση σωματικής βίας εκεί όπου τους περιόριζαν (Hatfield, 1981). Η πίεση για μεταρρύθμιση αυτών των ιδρυμάτων συνέπεσε με την ανθρωπιστική στροφή που έγινε τον 18ο αιώνα, και πολλά ιδρύματα εισήγαγαν προγράμματα «ηθικής θεραπείας» των ασθενών (Hatfield, 1981).

Η επιτυχία της «ηθικής θεραπείας» οδήγησε στη δημιουργία πολλών ασύλων στις Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Εντούτοις, τα περισσότερα από αυτά τα μεγάλα δημόσια ιδρύματα δεν μπόρεσαν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των αφοσιωμένων στο έργο τους πρωτοπόρων της «ηθικής θεραπείας». Τα περιορισμένα οικονομικά μέσα, ο μεγάλος αριθμός των ασθενών και η έλλειψη εναλλακτικών λύσεων, που να μεγιστοποιούν τα αποτελέσματα των διαθέσιμων πόρων, ώθησαν γρήγορα αυτά τα κρατικά ψυχιατρεία να πάρουν το χαρακτήρα ιδρυμάτων εγκλεισμού.

Ο 20ος αιώνας μετέθεσε την έμφαση, από τον εγκλεισμό και την προστασία, στη φροντίδα και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την ανάπτυξη μιας πιο ανθρωπιστικής προσέγγισης. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το κίνημα των ανθρώπινων δικαιωμάτων διευρύνθηκε και εστίασε την προσοχή στις σοβαρές καταπατήσεις των βασικών ανθρώπινων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η έρευνα έδειξε ότι τα ψυχιατρικά άσυλα είχαν πενιχρά αποτελέσματα από θεραπευτική άποψη και ότι μερικές φορές επιδείνωναν την ψυχική αναπηρία. Προοδευτικά, γινόταν συνείδηση διεθνώς, ότι σε πολλά άσυλα υπήρχαν κακές συνθήκες διαβίωσης, καθώς και ανεπαρκής θεραπευτική αντιμετώπιση και φροντίδα, και ότι οι κυβερνήσεις όφειλαν να προστατεύσουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η ανυποληψία, στην οποία περιέπεσαν τα ψυχιατρικά άσυλα, λόγω των προαναφερόμενων αιτιών, οδήγησε εξελικτικά στη μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα κρατικά ψυχιατρεία, στη σμίκρυνση και το κλείσιμο μερικών και στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο

κοινοτικό επίπεδο. Αυτή η εναλλακτική αντιμετώπιση έγινε γνωστή ως αποϊδρυματισμός (Greenberg, Greenley&Benedict, 1994).

Ένα βασικό κίνημα, εγχείρημα που ασκεί κριτική στο ψυχιατρικό σύστημα μετά τη δεκαετία του 1960 ήταν το κίνημα της «Αντιψυχιατρικής». Το κίνημα αυτό αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία και συνδέεται κυρίως με τα ονόματα δύο ψυχιάτρων, του Ronald Laing, Szasz και του David Cooper. Οι βασικές θέσεις στις οποίες σχηματοποιείται ο προσανατολισμός του κινήματος είναι οι εξής (Carpentier, Lesage, Goulet, Lalonde&Renaud, 1992):

- Η σχιζοφρένεια είναι κοινωνικό και όχι ιατρικό φαινόμενο. Αποτελεί προϊόν των αλλοτριωμένων κοινωνικών δομών.
- Μέσα από τη γλώσσα της σχιζοφρένειας εκφράζεται η παθολογία των κοινωνικών δομών.
- Αυτά που η ψυχιατρική κατονομάζει ως σχιζοφρενικά συμπτώματα μαρτυρούν την διαταραγμένη επικοινωνία στο μικροκοινωνιολογικό και ιδιαίτερα στο οικογενειακό περιβάλλον.
- Η ψυχιατρική αποτελεί μηχανισμό της κυρίαρχης ιδεολογίας και θεματοφύλακά τους status quo.
- Αυτό που αποκαλείται ως ψυχική ασθένεια από την ψυχιατρική δεν είναι παρά η διαμαρτυρία ενάντια στον αλλοτριωμένο κοινωνικό κόσμο.

Γίνεται λοιπόν σαφές ότι παρά τις όποιες δυσκολίες, το πνεύμα της αλλαγής ήταν εμφανές σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής και στηρίχθηκε ιδιαίτερα από διάφορα ριζοσπαστικά κοινωνικά κινήματα που προάσπιζαν τα ανθρώπινα δικαιώματα και επιθυμούσαν ραγδαίες καινοτομίες στον τομέα της ψυχικής υγείας. Άρα, το πέρασμα από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, όπως και η προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων ήταν ζήτημα χρόνου να συμβεί και διαμορφώθηκε σταδιακά ένα νέο σύστημα περίθαλψης που η ύπαρξή του αποκτά μια κοινωνική διάσταση μέγιστης σημασίας (Hatfield, 1981).

Ο όρος «κοινότητα» αναφέρεται μεν στην ανάπτυξη μη- ιδρυματικών/ μη- ασυλιακών υπηρεσιών αλλά παίρνει διαφορετικό περιεχόμενο όχι μόνο στην πράξη

αλλά και στις συζητήσεις των ειδικών. Η «κοινότητα» ορίζεται ως μία γεωγραφική, διοικητικά ομοιογενής περιοχή, όπου η πρόσβαση των χρηστών και ο συντονισμός των υπηρεσιών περίθαλψης αποτελούν προϋποθέσεις μιας αποτελεσματικής, προληπτικής και θεραπευτικής παρέμβασης». Στα πλαίσια αυτής της αλλαγής, το βάρος της φροντίδας των ασθενών μετατοπίζεται σταδιακά από το χώρο του ψυχιατρείου στο οικογενειακό περιβάλλον και τους φροντιστές, οι οποίοι επιφορτίζονται με δραστηριότητες που αφορούν αποκλειστικά την κάλυψη των αναγκών των ψυχιατρικών ασθενών (Hatfield, 1981).

Ορισμένες χώρες υιοθέτησαν μια μετάβαση σημαντικής κλίμακας, από συστήματα βασισμένα σε νοσοκομειακές μονάδες σε συστήματα βασισμένα στην κοινότητα, πράγμα που οδήγησε σε σοβαρή μείωση του αριθμού των κλινών στα ψυχιατρεία, και, σε μερικές περιπτώσεις, στο κλείσιμό τους. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση του 1978 στην Ιταλία είναι γλαφυρό παράδειγμα αυτής της τάσης. Έτσι, στην Τεργέστη, έκλεισαν τα ψυχιατρεία και αντικαταστάθηκαν από μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών στο επίπεδο της κοινότητας, οι οποίες προσέφεραν ψυχιατρική φροντίδα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και αντιμετώπιζαν θεραπευτικά τα οξέα επεισόδια. Άρχισαν προγράμματα προστατευόμενης στέγασης και εργασίας, ώστε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να έχουν περισσότερες ευκαιρίες ένταξης στην κοινότητα.

Ο F. Basaglia ήταν ο εμπνευστής και πρωτεργάτης της κατάργησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τεργέστης που απετέλεσε παράδειγμα αποϊδρυματισμού και μετασχηματισμού του σε ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την Ευρώπη και την Παγκόσμια επιστημονική κοινότητα και έγινε σύμβολο καλής πρακτικής για μια ψυχιατρική φροντίδα με ανοικτές πόρτες. Με τη ριζοσπαστική πρακτική του ενάντια στη βία και τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, με τη θεμελιωμένη κριτική του ενάντια στη παραδοσιακή ψυχιατρική έδειξε ότι η "ελευθερία είναι θεραπευτική". Ήταν ο πιο εμπνευσμένος Ιταλός ψυχίατρος του 20ου αιώνα (<http://www.mepsyxi.gr/melissia>).

Οι ακόλουθες πόλεις, μεταξύ άλλων σε όλον τον κόσμο, έχουν οργανωμένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας: η Μελβούρνη στην Αυστραλία, το Santos και

το RioGrandedo Sol στη Βραζιλία, η Λίλλη στη Γαλλία, η Siauliai στη Λιθουανία, η Αστούριας και η Μαδρίτη στην Ισπανία και το Λονδίνο και το Μπίρνμινχαμ στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Ο αποϊδρυματισμός δεν είναι βέβαια απλώς η με διοικητικά μέτρα επίδοση ενός εξιτηρίου στους ασθενείς. Είναι μια σύνθετη διεργασία, όπου η απομάκρυνση από τη λογική ότι η θέση των ασθενών είναι στα νοσοκομεία, οδηγεί παράλληλα στην εφαρμογή ενός δικτύου εναλλακτικών υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου. Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες, ο αποϊδρυματισμός δε συνοδεύτηκε, δυστυχώς, από την ανάπτυξη κατάλληλων κοινοτικών υπηρεσιών (Chou, 2000). Υπήρχε συχνά η λανθασμένη εντύπωση ότι οι εναλλακτικές μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης στο κοινοτικό επίπεδο θα ήταν περισσότερο αποδοτικές οικονομικά, από ότι η όλο και δαπανηρότερη φροντίδα των χρόνιων ασθενών σε ιδρύματα ή ότι οι κυβερνήσεις θα είχαν την δυνατότητα να διαμοιράσουν το κόστος θεραπείας σε άλλους εμπλεκόμενους (Chou, 2000).

Έχει ήδη γίνει σαφές, ότι εάν ο αποϊδρυματισμός δε συνοδεύεται από επαρκή χρηματοδότηση και έμπυχο υλικό, ώστε να δημιουργηθούν οι εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες, τότε οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές ίσως έχουν πρόσβαση σε λιγότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες ίσως δεν έχουν τα μέσα να ανταποκριθούν στο έργο τους. Πρόσφατες αναφορές από το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ δείχνουν ότι οι υπηρεσίες είναι αποδιοργανωμένες λόγω περιορισμένου προϋπολογισμού και σύγχυσης των κυρίως εμπλεκόμενων, ως προς το ποιος ευθύνεται για τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο (Grad&Sainsbury, 1968).

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας Δυτικού τύπου άρχισαν όταν οι αποικιοκρατικές δυνάμεις, ή τα κράτη, ανήγειραν ψυχιατρεία στα τέλη του 19ου ή στις αρχές του 20ου αιώνα. Γενικά, τα ψυχιατρεία αυτά κάλυπταν τον πληθυσμό σε μικρότερο βαθμό από ότι τα αντίστοιχα στις αναπτυγμένες χώρες. Μερικές αναπτυσσόμενες χώρες πέτυχαν να βελτιώσουν τις βασικές υπηρεσίες τους στα ψυχιατρεία και να εγκαταστήσουν νέες ψυχιατρικές μονάδες σε περιφερειακά γενικά νοσοκομεία (Grad&Sainsbury, 1968) ή να εντάξουν βασικές υπηρεσίες

ψυχικής υγείας στη γενική φροντίδα υγείας, εκπαιδεύοντας στην ψυχική υγεία τους εργαζόμενους στην Π.Φ.Υ. (Grad&Sainsbury, 1968). Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, όμως, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες σπανίζουν, καλύπτουν μικρό μέρος του πληθυσμού και αντιμετωπίζουν μεγάλη έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού και κατάλληλης υποδομής.

Μπορούμε να ευελπιστούμε ότι στον 21ο αιώνα η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα βελτιωθεί σημαντικά. Οι πρόοδοι στις κοινωνικές επιστήμες μας επιτρέπουν να κατανοούμε καλύτερα τις κοινωνικές αιτίες των ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Η αναπτυξιακή προσέγγιση φωτίζει τα προβλήματα που οφείλονται σε δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία και τις συνακόλουθες ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων (Francell, Conn&Gray, 1988). Οι κλινικοί έχουν τώρα πρόσβαση σε πιο αποτελεσματικά ψυχοτρόπα φάρμακα για ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών. Η έρευνα έχει δείξει την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στο να επιταχύνουν και να σταθεροποιούν την ανάρρωση από κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος, όπως και από χρόνιες καταστάσεις, όπως η σχιζοφρένεια.

### **1.3.2 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συνά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην *Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική* και στην *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση* (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Ο Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου (Διευθυντής Ψυχίατρος στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) αναφέρει στο βιβλίο του «Ειδική Αγωγή και Αποασυλοποίηση»:

«Αποϊδρυματοποίηση δεν είναι, όπως συνήθως θεωρείται, η απλή διαδικασία εξιτηρίου από το άσυλο. Αποϊδρυματοποίηση σημαίνει την επανιστορικοποίηση προσώπων και θεσμών, σημαίνει τη διαδικασία ενός μετασχηματισμού και, ως «σημείο αναφοράς» αυτού του μετασχηματισμού, τις ανάγκες των προσώπων. Σημαίνει, δηλαδή, την κινητοποίηση υποκειμένων, θεσμικών και κοινωνικών παραγόντων, το μετασχηματισμό των σχέσεων εξουσίας, με την ανοικοδόμηση της υποκειμενικότητας, τη μετατροπή, αύξηση και διάθεση των πόρων για την προσωπική χρήση των ψυχικά πασχόντων και των αναπήρων, τη ριζική αλλαγή στις διοικητικές/διαχειριστικές διαδικασίες, την αναβάθμιση του θεραπευτικού δυναμικού της Ψυχιατρικής και την ανάπτυξη πραγματικών και ριζικών εναλλακτικών λύσεων στον εγκλεισμό, την υπέρβαση των κατεστημένων επαγγελματικών ρόλων, την κοινωνική αναπαραγωγή, εν τέλει, των ψυχικά πασχόντων και ΑμεΑ (<http://www.iatropedia.gr/articles/read/5633>).

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στην Ελλάδα με την ψήφιση του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα "Λέρος Ι" και "Λέρος ΙΙ") ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001).

Ο νόμος 2071/92 αποτέλεσε έναν ακόμη σταθμό, αφού για πρώτη φορά έγινε εκτεταμένη αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ρυθμίστηκαν σύμφωνα με σύγχρονες αντιλήψεις ζητήματα που αφορούν την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Ο νόμος 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" ήρθε για να καλύψει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

Τα τελευταία χρόνια “μιλάμε” για *ψυχιατρική μεταρρύθμιση*, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας υποστηρίζοντας το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομέα και σε Τομείς εξειδικευμένους για ενήλικες, παιδιά και εφήβους (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004).

Μέχρι το 2000, οι κυριότερες μονάδες ψυχικής υγείας που λειτουργούσαν στη χώρα μας σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας ήταν τα (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004):

- Κέντρα Ψυχικής Υγείας (13)
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες (8)
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους (6)
- Ψυχιατρικά Τμήματα (με κλίνες) Γενικού Νοσοκομείου (19)
- Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικού Νοσοκομείου για παιδιά – εφήβους (3)
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (3)

Σε αυτές προσθέτονται και ορισμένες άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες που είχαν δημιουργηθεί στην περίοδο έως το 2000 αλλά υπολειπούν, υποδομές που είχαν ετοιμαστεί και δεν έχουν λειτουργήσει ακόμη λόγω μη στελέχωσής τους και τις μονάδες του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής), που παρέχουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών σε Αθήνα, Πειραιά, Αιγάλεω, Ηράκλειο Κρήτης, Λιβαδειά, Βόλο και Θεσσαλονίκη. Ακόμη, άλλες μονάδες μη κερδοσκοπικού τομέα οι οποίες λειτουργούν παρέχοντας υπηρεσίες σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και τις παιδικές ψυχώσεις, κ.ά.

Έχοντας ως κύριο στόχο του την εφαρμογή των αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έχει ξεκινήσει και υλοποιεί με σταθερούς ρυθμούς ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας. Το σημαντικό αυτό πρόγραμμα χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους, και στόχο έχει την παροχή σύγχρονων, ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ειδικότερα (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004):

- Την παροχή υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν την υγεία ως ολότητα, χωρίς διαχωρισμούς μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας και που δεν υποβοηθούν ή αναπαράγουν κοινωνικούς στιγματισμούς και αποκλεισμούς.
- Την αποασυλοποίηση, αποϊδρυματοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών.
- Την πρόληψη, μέριμνα, φροντίδα και περίθαλψη από εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό, κοντά στον τόπο διαμονής των ασθενών.

Μέσα στο πλαίσιο αυτό υλοποιήθηκαν και υλοποιούνται δράσεις οι οποίες αφορούν (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004):

- Στην ανάπτυξη κοινοτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την δημιουργία και τη στήριξη υποδομών και υπηρεσιών παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τη στήριξη της δευτεροβάθμιας περίθαλψης με εξειδικευμένες μονάδες ενταγμένες στο υπάρχον σύστημα δευτεροβάθμιας περίθαλψης
- Στην ενίσχυση της αποασυλοποίησης με την δημιουργία μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα)
- Στην επαγγελματική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, με την λειτουργία εργαστηρίων κατάρτισης και απασχόλησης αλλά και κοινωνικών συνεταιρισμών περιορισμένης ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) που στόχο έχουν την δημιουργία θέσεων απασχόλησης των ατόμων αυτών



- Στην υλοποίηση του νέου αναθεωρημένου δεκαετούς Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργώ», με βάση τις σύγχρονες ανάγκες αλλά και την εμπειρία που αποκομίστηκε από τις προηγούμενες εφαρμογές του
- Στην ενεργοποίηση του θεσμού της τομεοποίησης με στόχο τη βελτιστοποίηση της εποπτείας και αξιολόγησης του έργου των Μονάδων Ψυχικής Υγείας
- Στην ανάπτυξη επιδημιολογικού χάρτη της Ελλάδος για ενήλικες και ανηλίκους, για την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης ψυχικών νόσων, με στόχο την βελτιστοποίηση του σχεδιασμού της αντιμετώπισής τους
- Στον εξορθολογισμό και στη χρηστή διαχείριση των πόρων, εθνικών και κοινοτικών, που διατίθενται για την ψυχική, με την ενεργοποίηση μηχανισμών ελέγχων.

Τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα της προσπάθειας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά: το σύνολο των μονάδων ψυχικής υγείας στη χώρα έχουν υπερδιπλασιαστεί σε σχέση με το 2000, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις (ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία παιδών και εφήβων), η αύξηση φτάνει το 77%. Παράλληλα, οι δομές αποασυλοποίησης (ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα) ανέρχονται σήμερα σε 452 (από 146 το 2000), ενώ τόσο ο αριθμός των ενοίκων των δομών αυτών, όσο και του απασχολούμενου σε αυτές προσωπικού παρουσιάζει κάθετη αύξηση (3689 ένοικοι και 4343 εργαζόμενοι το 2008 σε σχέση με μόλις 1289 και 1589 αντίστοιχα, έξι χρόνια νωρίτερα) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας & Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1993).

Παράλληλα, σύμφωνα πάντα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στον άξονα που αφορά στην επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνια ασθενών με ψυχικές νόσους, έχουν συσταθεί μέχρι σήμερα 13 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, σε διάφορες περιοχές της χώρας, με 162 συνολικά εργαζόμενους ασθενείς. Οι συνεταιρισμοί αυτοί συντελούν ουσιαστικά τόσο στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, όσο και

στην ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο με ίσους όρους, ενώ παράλληλα συμβάλλουν στην ταχύτερη θεραπεία και αποκατάστασή τους.

Η κυβέρνηση κάθε χώρας, επισημαίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως τελικά υπεύθυνη για τη διαχείριση της ψυχικής υγείας, πρέπει να εφαρμόζει πολιτικές που θα προφυλάσσουν και θα βελτιώνουν την ψυχική υγεία του πληθυσμού. Οι πολιτικές θα πρέπει να κατοχυρώνουν το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες ευπαθών ομάδων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας & Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1993).

Σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, το βάρος της παρεχόμενης φροντίδας θα πρέπει να μετατοπιστεί από τα μεγάλα ψυχιατρεία προς τις κοινοτικές υπηρεσίες, που θα είναι ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας. Στο δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα επήλθε μια μετατόπιση στα πρότυπα της ψυχικής υγείας με κύριες αιτίες τρεις ανεξάρτητους παράγοντες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας & Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1993):

α) την πρόοδο της ψυχοφαρμακολογίας,

β) την ανάπτυξη του κινήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και

γ) την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην αντίληψη της υγείας, όπως αυτή ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Αυτή η μετατόπιση επέδρασε στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται πλέον η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής και η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα. Η ιδρυματική πρόνοια δίνει τη θέση της στην κοινοτική φροντίδα. Τα χαρακτηριστικά της κοινοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία είναι (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001):

- υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης σε Γενικά Νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών,
- δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση μέσα στην κοινότητα,

- παρεμβάσεις που κατευθύνονται τόσο στα συμπτώματα όσο και στη συνεπαγόμενη ανικανότητα,
- εξατομικευμένη θεραπεία και περίθαλψη σύμφωνα με τη διάγνωση και τις ανάγκες του κάθε πάσχοντα,
- ευρύ φάσμα υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές,
- καλή συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων κοινοτικών υπηρεσιών,
- ευέλικτες παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορούν να προσφέρουν θεραπεία κατ' οίκον,
- συνεργασία με τους φροντιστές (συγγενείς) των ασθενών και ικανοποίηση των αναγκών τους,
- υποστηρικτική νομοθεσία των παραπάνω πρακτικών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κάνει από το 2001 συστάσεις στα κράτη μέλη του αναφορικά με τις δράσεις που πρέπει να αναλάβουν ώστε να προαχθεί η ψυχική υγεία των πολιτών. Αυτές οι συστάσεις (σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, Γενεύη 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα) είναι:

- η αντιμετώπιση και η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών πρέπει να γίνεται - όσο το δυνατόν περισσότερο- στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)
- τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι διαθέσιμα σε όποιον τα έχει ανάγκη
- τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα να αντικατασταθούν από κατάλληλα αναπτυγμένες κοινοτικές δομές με διαθέσιμες κλίνες σε ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων καθώς και υποστήριξη των ασθενών κατ' οίκον
- έναρξη ενημερωτικών εκστρατειών ενάντια στο στίγμα και τον αποκλεισμό
- οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών να εμπλακούν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τις πολιτικές που πρέπει να ακολουθούνται και τις υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται

- να υπάρξουν σε εθνικό επίπεδο πολιτικές, προγράμματα και νομοθεσία
- να εκπαιδεύονται κατάλληλα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- να συνδεθεί η ψυχική υγεία με άλλους κοινωνικούς τομείς
- έλεγχος και καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο
- υποστήριξη της έρευνας

Οι προσπάθειες της ελληνικής πολιτείας για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα και με τις συστάσεις του ΠΟΥ, έχουν προσλάβει χαρακτηριστικά μεταρρύθμισης του συστήματος.

Το χρονικό διάστημα 2000 – 2007, προβλεπόταν η δημιουργία νέων δομών αποασυλοποίησης και Κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», αναπτύσσεται σε δυο άξονες: Α) συνέχιση της αποασυλοποίησης, Β) στη δημιουργία μονάδων Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα. Μέχρι το έτος 2006 προβλέπονταν να κλείσουν τα Νοσοκομεία: α) Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, β) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, γ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, δ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, ε) Θεραπευτήριο Ψυχ. Παθήσεων Χανίων (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001).

Επίσης προβλέπεται δραστική μείωση κλινών σε: α) Ψ.Ν. Αττικής, β) Ψ.Ν. Αττικής «Δρομοκαϊτειο», γ) Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης, δ) Κ.Θ. Λέρου.

Όπως έχουν καταγραφεί από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας διοίκησης υπηρεσιών υγείας το χρονικό διάστημα 2008-2010, τα επιτεύγματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έως τώρα είναι τα εξής:

- Δημιουργία ενός δικτύου νέων υπηρεσιών.
- Ψυχιατρικά νοσοκομεία : βελτίωση κτηριακών υποδομών, προσαρμογή στις νέες ανάγκες, δραστική μείωση κλινών κατά 65%.
- Δημιουργήθηκαν 12 ψυχιατρικοί τομείς σε γενικά νοσοκομεία.
- Ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα.

- Κέντρα ψυχικής υγείας, ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία σε γενικά νοσοκομεία και ψυχιατρικές κινητές μονάδες για την επίτευξη των στόχων της μεταρρύθμισης.
- Δημιουργία μικρού αλλά σημαντικού δικτύου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με προοπτικές εκπαίδευσης και εργασιακής ένταξης των ασθενών.
- Χάραξη στρατηγικής που προέκυψε από την συνεργασία Ελλήνων υπευθύνων και ειδικών στον κλάδο της ψυχιατρικής με τα μέλη της επιτροπής παρακολούθησης της Ε.Ε. και εισήγαγε ένα μείγμα ευρωπαϊκών εμπειριών οργάνωσης των υπηρεσιών.
- Προγράμματα εκπαίδευσης των Ελλήνων επαγγελματιών ψυχικής υγείας από άλλες αντίστοιχες Ευρωπαϊκές ομάδες (π.χ. διακρατικά προγράμματα Horizon και Helios).
- Πρόσδος σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

## **1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

### **1.4.1 Γενικά**

Φροντιστές είναι τα άτομα που παρέχουν φροντίδα, χωρίς αμοιβή, σε ανάπηρους ασθενείς και σε ανήμπορους συγγενείς τους. Τα άτομα που βρίσκονται σε ανάγκη για λήψη φροντίδας μπορεί να ανήκουν σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα. Ένα άτομο θεωρείται «εξαρτώμενο» από συγγενείς του για φροντίδα, όταν χρειάζεται βοήθεια για σημαντικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ή συνεχή επιτήρηση.

Ο ρόλος του φροντιστή προκύπτει ξαφνικά ή και σταδιακά, πολλές δε φορές το άτομο δεν έχει άλλη επιλογή. Η απόφασή του να αναλάβει το ρόλο του φροντιστή μπορεί να συνδέεται με την επιθυμία του να αναλάβει τη φροντίδα, αλλά από την άλλη πλευρά μπορεί να μην υπάρχει εναλλακτική λύση και άρα γίνεται μία αναγκαία επιλογή. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το αίσθημα καθήκοντος, υποχρέωσης, αγάπης και ανταπόδοσης προς τα συγγενικά πρόσωπα που έχουν ανάγκη τη φροντίδα και εμποδίζουν το φροντιστή να επιλέξει άλλες λύσεις, όπως

π.χ. την πρόσληψη ενός βοηθού ή την αναζήτηση μίας κλειστής δομής. Οι σημαντικές στην πραγματικότητα δυσκολίες προκύπτουν όταν ο φροντιστής είναι εργαζόμενος και προσπαθεί να συνδυάσει τα δύο αυτά «καθήκοντα», αλλά και όταν έχει άλλα μέλη στην οικογένεια που χρειάζονται φροντίδα ή επιτήρηση, όπως τα παιδιά (Δούκα & Παπαδόπουλος, 2008).

Συνοπτικά, η φροντίδα ενός ασθενούς ή ενός ατόμου με αναπηρία περιλαμβάνει τις εξής δράσεις (Δούκα & Παπαδόπουλος, 2008):

- Βοήθεια στην ατομική φροντίδα (ντύσιμο, μπάνιο, τουαλέτα).
- Βοήθεια στη μετακίνηση (περπάτημα, ανασήκωμα από το κρεβάτι, ασκήσεις).
- Νοσηλευτικές δεξιότητες (έλεγχος αίματος για σακχαρώδη διαβήτη, μέτρηση πίεσης, αλλαγή ρούχων, υποστρωμάτων, χορήγηση φαρμάκων).
- Συνοδεία στους ειδικούς (επίσκεψη στους γιατρούς, στο νοσοκομείο, στο κομμωτήριο, κ.λ.π.).
- Συνεχής επαγρύπνηση και έγνοια (επίσκεψη στο δωμάτιο του ασθενούς, παρακολούθηση τη νύχτα μήπως προκύψει κάποιο πρόβλημα).
- Συναισθηματική στήριξη του ασθενή (συντροφιά, ψυχολογική στήριξη).
- Πρακτικές οικιακές δεξιότητες (προετοιμασία γευμάτων, αγορά αντικειμένων, καθαριότητα χώρου).
- Βοήθεια σε οικογενειακές υποχρεώσεις (πληρωμή λογαριασμών και διεκπεραίωση εγγράφων).

Στην Αγγλία κατά τη Γενική Απογραφή του Πληθυσμού διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό 10% είναι φροντιστές. Το γεγονός αυτό έγινε αφορμή για ερευνητική διερεύνηση κατά την οποία προέκυψε ότι μετά την απώλεια του προσφιλούς προσώπου οι φροντιστές παρουσιάζουν μία σειρά από προβλήματα υγείας.

Για παράδειγμα, προβλήματα στην σπονδυλική στήλη επειδή χρειάζεται να υποβαστάζουν και να μετακινούν το άτομο καθημερινά, παθολογικά προβλήματα λόγω της κακής διατροφής, της έλλειψης άσκησης, της ανεπάρκειας ύπνου και του διαρκούς στρες, καθώς και ψυχολογικά προβλήματα όπως κατάθλιψη, υπερβολικό

άγχος, συνεχή κόπωση και αδυναμία κοινωνικών επαφών. Ο ρόλος του φροντιστή έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής του (Δούκα & Παπαδόπουλος, 2008).

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι φροντιστές αμελούν την πρόληψη και τη θεραπεία των δικών τους προβλημάτων υγείας με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται ταχύτατα η φυσική και η ψυχική τους κατάσταση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι φροντιστές συνήθως βρίσκονται στην μέση ηλικία ή και σε μεγαλύτερη ηλικία, που σημαίνει ότι κάποια προβλήματα με την υγεία τους είναι ενδεχομένως εν εξελίξει. Μετά την απώλεια του συγγενούς τους, οι φροντιστές καταλήγουν να είναι οι ίδιοι ασθενείς. Αυτό συνεπάγεται τεράστια οικονομική επιβάρυνση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το γεγονός αυτό έγινε αφορμή να θεσπιστούν νόμοι που να υποστηρίζουν τους φροντιστές οικονομικά και να τους διευκολύνουν, ώστε να απολαμβάνουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο (Δούκα & Παπαδόπουλος, 2008).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία, αλλά ούτε και κάποια ουσιαστική μέριμνα για αυτή την ομάδα του πληθυσμού. Μία σειρά από πρακτικές που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν φιλικές προς τους φροντιστές αναφέρονται στη συνέχεια (Δούκα & Παπαδόπουλος, 2008):

- Παροχή, από το κράτος, επιπλέον κατ' οίκον φροντίδας από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Δυνατότητα διαλειμμάτων από την παροχή φροντίδας, μέσω π.χ. της αντικατάστασης τους από νοσηλευτές .
- Σεβασμός στο αναφαίρετο δικαίωμα τους στον ελεύθερο χρόνο.
- Θέσπιση ικανοποιητικών επιδομάτων.
- Αναγνώριση τους, ως ομάδα εργαζομένων με δικαίωμα κοινωνικής ασφάλισης και συνταξιοδότησης.
- Δυνατότητα μειωμένου ωραρίου όταν εργάζονται (αντίστοιχου με την άδεια μητρότητας).
- Ποιότητα στην φροντίδα με άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες που παρέχονται από το κράτος, μέσω ενός οργανωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

- Δημιουργία δικτύου εθελοντών.
- Κάλυψη επειγουσών καταστάσεων με δίκτυα άμεσης παρέμβασης.
- Οικονομική βοήθεια για προσαρμογές στους χώρους του σπιτιού.
- Βελτίωση της μετακίνησης και της συγκοινωνίας, κυρίως σε απομακρυσμένες περιοχές αλλά και παροχή δωρεάν διαθέσιμου μέσου μετακίνησης ανά περιοχή.
- Αξιοπρεπή και αντικειμενικά επιδόματα στους ασθενείς, ώστε να καλύπτουν τα έξοδα της νοσηλείας.

Το κράτος κάνοντας αυτές τις προσφορές πραγματικότητα θα έχει τεράστιο κέρδος σε υπηρεσίες, χρηματοδότηση και στελέχωση ιδρυμάτων. Οι Φροντιστές είναι μια ομάδα πληθυσμού που αξίζει προσοχής και βοήθειας.

#### **1.4.2 Φροντιστές ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές - Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά**

Μετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης, η φροντίδα των ασθενών μετατοπίστηκε στην οικογένεια, η οποία συμβάλλει πλέον στην εξέλιξη του ατόμου με ψυχικές διαταραχές (Τομαράς&Μαυρέας, 1990). Οι συγγενείς των ασθενών με ψυχικές διαταραχές βιώνουν αισθήματα απώλειας, θλίψης, ντροπής, ενοχής και θυμού και παράλληλα βιώνουν το στιγματισμό και την κοινωνική απομόνωση. Η καθημερινότητά τους διαταράσσεται καθώς καλούνται να παρέχουν, με συνέπεια, την φροντίδα τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο (Sartorius, 1998).

Σύμφωνα με τους Scheneetal. (1998) και σε μελέτη που έγινε σε μέλη οικογενειών της Ολλανδίας που φροντίζουν ασθενείς με σχιζοφρένεια ή άλλη χρόνια ψυχική βρέθηκε ότι το 48% φροντίζει τους ασθενείς όταν η νόσος διαρκεί περισσότερο από δέκα έτη, ενώ όταν η διάρκεια της είναι τέσσερα έως δέκα έτη το ποσοστό είναι 40,4%. Το 71,3% των φροντιστών είναι γυναίκες, τα τρία τέταρτα είναι γονείς (80%), το 7,3% αδέρφια, το 9,2% σύντροφοι, το 1,3% τα παιδιά των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, το 0,8% πρώην σύντροφοι και 0,4% έχουν άλλου είδους σχέση (Scheneet al,1998). Ο Winefieldetal (1994) αναφέρει ότι η επιβάρυνση ήταν



μεγαλύτερη στους συζύγους και στα ενήλικα παιδιά, με μέσο όρο 14,2 χρόνια από τη διάγνωση της νόσου (Winfieldetal., 1994).

Οι Meijeretal. (2004) σε έρευνα που διεξήγαγαν σε πέντε Ευρωπαϊκές χώρες (Ολλανδία, Δανία, Ενωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Ιταλία), βρήκαν ότι η πλειοψηφία των προσώπων που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές ήταν γυναίκες έγγαμες (60%), τα 2/4 γονείς (μητέρα / πατέρας), το 1/4 αδέρφια και το 1/4 σύζυγοι. Το 57% των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έμενε μαζί με τους οικείους του (Meijeretal., 2004).

### **1.5 Ψυχικές νόσοι και επιβάρυνση**

Ένας όρος, που σχετίζεται αρκετά στενά με τον όρο «φροντιστής» είναι η έννοια «επιβάρυνση». Λέγοντας επιβάρυνση εννοούμε αυτό που δύσκολα μπορεί κανείς να αντέξει, σωματικά ή συναισθηματικά. Η επιβάρυνση αποτελεί πηγή μεγάλης ανησυχίας ή άγχους και ειδικά όταν σχετίζεται με μια ευθύνη ή ένα καθήκον (Caqueo-Urízaretal., 2009).

Στη βιβλιογραφία περιγράφονται διάφορα είδη επιβάρυνσης, αλλά η πιο γνωστή διάκριση είναι αυτή που τη διαχωρίζει στην αντικειμενική και την υποκειμενική επιβάρυνση (Zaritetal., 1980). Η συμπεριφορά των ασθενών με σχιζοφρένεια απαιτεί από τους φροντιστές να τοποθετούν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους μετά από αυτές των ασθενών τους, κατά συνέπεια, το φαινόμενο έχει χαρακτηριστεί ως επιβάρυνση (Johnson 1990). Το βάρος αναφέρεται στην παρουσία των προβλημάτων, δυσκολιών ή ανεπιθύμητων ενεργειών που επηρεάζουν τη ζωή των φροντιστών.

Η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει οποιονδήποτε παράγοντα μπορεί να διαταράξει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται στα προβλήματα του ασθενούς. Η υποκειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία και τα συναισθήματα του φροντιστή (Scheneetal., 1994).

Το πρόβλημα της επιβάρυνσης είναι πολυδιάστατο και δεν εξαρτάται μόνο από τα χαρακτηριστικά και τα προβλήματα του ασθενούς, αλλά επεκτείνεται μέσα στο

ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο του στρες και της αντιμετώπισής του. (Pearlinetal., 1990). Πολλές μελέτες έχουν βρει ότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν το στρες της φροντίδας, αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της έντασης και της επιβάρυνσης την οποία βιώνουν (Donaldsonetal., 1999).

Η έννοια του βάρους μοιράζεται περισσότερο ή λιγότερο παρόμοια χαρακτηριστικά με την κοινωνική επίδοση, καθώς η έλλειψη ενός ατόμου στην κοινωνική επίδοση γίνεται βάρος ενός άλλου ατόμου. Και οι δύο έννοιες σχετίζονται με τις κοινωνικές προσδοκίες που ενδέχεται να ποικίλουν. Έτσι, καθώς ο Platt (1981) είχε υπογραμμίσει σε σχέση με την κοινωνική επίδοση, η μέτρηση της επιβάρυνσης δεν μπορεί ποτέ να είναι εντελώς ικανοποιητική, αλλά πρέπει να παραμείνει ανοικτή σε κριτική (Platt 1985).

Η ύπαρξη μιας επιβάρυνσης δείχνει την κατανομή των αμοιβαίων ρυθμίσεων που οι άνθρωποι διατηρούν στις σχέσεις τους, έτσι ώστε ένα άτομο να κάνει περισσότερα από του αναλογεί. Αυτό μπορεί μόνο να οδηγήσει αυτό το άτομο στο να αναλάβει μεγαλύτερο ποσοστό ή ένα μεγαλύτερο αριθμό κοινών καθηκόντων ή μπορεί επίσης να περιορίσει τις δραστηριότητες του εν λόγω προσώπου εκτός της σχέσης. Αυτή η μεταβολή στο σύνθητες σχήμα συχνά συνοδεύεται από υποκειμενική δυσαρέσκεια. Σε ένα δεδομένο επίπεδο αντικειμενικού βάρους, τα μεμονωμένα επίπεδα κινδύνου παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις (Platt 1985).

Η εξέταση της έννοιας της επιβάρυνσης με βάση τα αποτελέσματα για τις επιδόσεις των διαφόρων ρόλων που πραγματοποιούνται από τους συγγενείς του ασθενούς ήταν μια προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Mills (1962). Οι Grad και Sainsbury (1963) προχώρησαν τη μέτρηση του φόρτου χρησιμοποιώντας μια κλίμακα 3-σημείων και όχι τα περιγραφικά σκίτσα που δόθηκαν από τους προκατόχους τους. Οι Hoenig&Hamilton (1966, 1969) έκαναν τη σημαντική διάκριση μεταξύ «αντικειμενικής» επιβάρυνσης και «υποκειμενικής» επιβάρυνσης. Η επιβάρυνση αναφέρεται στην πραγματικότητα στα αιτήματα της αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και τα πρακτικά προβλήματα που υπερβαίνουν κατά πολύ τις ευθύνες απλής φροντίδας.

Αυτά περιλαμβάνουν:

α) την οικονομική εξάρτηση και την αδυναμία του ασθενούς να εκπληρώσει τις αναμενόμενες λειτουργίες του

β) τη διακοπή της ρουτίνας του νοικοκυριού και επιπτώσεις στην ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων

γ) την επένδυση χρόνου και ενέργειας από την πλευρά των φροντιστών για να βοηθήσουν στην αναζήτηση θεραπείας για τον ασθενή

δ) σύγχυση και μερικές φορές ταπεινωτικές αλληλεπιδράσεις με τους παρόχους υπηρεσιών

ε) το οικονομικό κόστος της ασθένειας,

στ) τους περιορισμούς φροντιστών στις κοινωνικές δραστηριότητες αναψυχής και εργασίας

ζ) την απομόνωση και την εξασθένηση των σχέσεων με τον έξω κόσμο

η) αδυναμία να βρουν εναλλακτικές λύσεις για τη νοσηλεία ή διευκολύνσεις όταν δεν είναι πλέον δυνατόν να κρατήσουν το ψυχικά άρρωστο άτομο στο σπίτι

Οι συγγενείς ψυχικά ασθενών αποτελούν ένα «αόρατο» υγειονομικό σύστημα λόγω της χρονιότητας των νόσων αυτών και της αναγκαιότητας για μακροχρόνια χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας. Η επιβάρυνση των φροντιστών ψυχικά ασθενών διακρίθηκε από τους Hoening και Hamilton, σε ένα αισθητό αντικειμενικό φορτίο (οικονομικό κόστος, μείωση αποδοτικότητας στην εργασία, διαταραχή οικογενειακής καθημερινότητας) και σε ένα υποκειμενικό φορτίο (αισθήματα απώλειας, ανησυχία, κατάθλιψη ή αμηχανία για το κοινωνικό γίνεσθαι) (Roicket al.,2006).

Σε μελέτη του Ostman σε σχέση με την επιβάρυνση οικογενειών, βρέθηκαν διαφορές οι οποίες σχετίζονταν με τη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών. Όταν η

παρεχόμενη φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας ήταν ποιοτική, ο φροντιστής δεν επιβαρυνόταν ακόμη και αν ο ασθενής είχε επανειλημμένες εισαγωγές σε ψυχιατρείο, η δε υπηρεσία ψυχικής υγείας είχε θετική επιρροή στο περιβάλλον ώστε να μην υποφέρουν από την ψυχολογική πτυχή του στίγματος. Αυτό αντιστρεφόταν όταν οι συγγενείς προσεγγίζοντας τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, δεν ελάμβαναν την απαραίτητη προσοχή από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Ostman, 2004).

Το υποκειμενικό βάρος περιγράφει τα προσωπικά βάσανα ως αποτέλεσμα της ασθένειας, δηλαδή τις ψυχολογικές αντιδράσεις που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας. Περιλαμβάνει τα συναισθήματα της απώλειας, του πένθους για το πρόσωπο που ήταν πριν από την ασθένεια, αλλά και τις αγχωτικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των φροντιστών, όπως και τα συναισθήματα του στιγματισμού, την ανικανότητα να κάνει ή να εκπληρώσει προσωπικά σχέδια, την ενσυναίσθηση της ταλαιπωρίας από τον πόνο του άρρωστου μέλους, ανησυχίες για το μέλλον του άρρωστου μέλους, ειδικά αν αυτός / αυτή είναι νέος. Η ενοχή είναι επίσης μια από τις πιο σημαντικές επιβαρύνσεις για τα άτομα που τους φροντίζουν. Η ενοχή που δεν έχουν γίνει αρκετά για το άρρωστο μέλος ή πιθανόν και γιατί ο φροντιστής ο ίδιος / η ίδια συνέβαλε στην ασθένεια.

Οι συμπεριφορές των ασθενών και η διαχείρισή τους είναι θέματα που δημιουργούν συνεχιζόμενες εντάσεις μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους (Biegel και Milligen 1992). Οι φροντιστές συχνά πρέπει να ανέχονται την υβριστική ή επιθετική συμπεριφορά, εναλλαγές της διάθεσης, απρόβλεπτες, κοινωνικά προσβλητικές ή ενοχλητικές καταστάσεις. Τα αρνητικά συμπτώματα της έλλειψης κινήτρων, η απάθεια ή ανηδονία, συχνά αφήνουν τους φροντιστές σε απόγνωση. Εξίσου στενάχωρο για τους φροντιστές είναι όταν οι ασθενείς αναπτύσσουν γνωρίσματα όπως η συλλογή και η αποθησαύριση σκουπιδιών που οδηγούν σε κακή υγιεινή, η το υπερβολικό και αδιάκριτο κάπνισμα που προκαλεί κινδύνους πυρκαγιάς και η αντιστροφή των συνηθειών του ύπνου. Τέτοια αντιστροφή του ύπνου συχνά οδηγεί ασθενείς να στρέφουν την ημέρα σε νύχτα και

τη νύχτα σε μέρα, και να επηρεάζουν την ανάγκη των φροντιστών για ξεκούραση και κανονικότητα της ζωής τους (Hatfield, Coursey, 19..

## **1.6 Ανάδειξη σπουδαιότητας και αναγκαιότητας της μελέτης**

Η έρευνα για τις επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας στις ζωές των ασθενών και των οικογενειών τους είναι πράγματι δύσκολη και πολύπλοκη. Αυτό συμβαίνει επειδή η ψυχική ασθένεια ταιριάζει στον ορισμό του καταστροφικού στρες. Οι Figley&McCubbin (1983) ορίζουν το καταστροφικό στρες όπως την ξαφνική, απροσδόκητη και τρομακτική εμπειρία που συχνά συνοδεύεται από ένα αίσθημα αδυναμίας, καταστροφής, διακοπής και απώλειας. Αυτό που διακρίνει αυτήν την απώλεια από την «κανονική» απώλεια είναι ότι υπάρχει λίγος χρόνος για να προετοιμαστεί κάποιος για αυτό. Εκείνοι που έχουν προσβληθεί από μια ψυχική ασθένεια δεν είχαν καμία προηγούμενη εμπειρία και καμία καθοδήγηση, και μπορεί να αισθάνονται απομονωμένοι, παραμένουν σε κρίση για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, βιώνουν έλλειψη ελέγχου, υφίστανται αποδιοργάνωση, καταστροφή και υψηλό συναισθηματικό αντίκτυπο. Επιπλέον, λόγω της ντροπής και του στίγματος που αισθάνονται, οι οικογένειες / φροντιστές δεν μιλούν για την ψυχική ασθένεια των μελών της οικογένειάς τους, άρα η έκταση αυτού του προβλήματος δεν είναι πλήρως γνωστή.

Η χρόνια ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας που επιβαρύνει τον φροντιστή ή συγγενή λόγω των δύσκολων καθηκόντων της φροντίδας του ασθενούς (Schene, 1990). Αυτό είναι πιθανό να επηρεάζει την φυσική και ψυχική υγεία του φροντιστή, η οποία εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τη σχέση και το περιβάλλον τους (Brown&Birstwistle, 1998). Σε αντίθεση με πολλές χώρες της Δύσης, το παραδοσιακό κοινό οικογενειακό σύστημα στην Ελλάδα λειτουργεί ως ασπίδα κατά διαφόρων ειδών πιέσεων. Ωστόσο, λόγω της ραγδαίας αστικοποίησης και εκβιομηχάνισης, η κοινή οικογένεια έχει διαρραγεί. Οι πυρηνικές οικογένειες είναι

πιο ευάλωτες σε πιέσεις και λιγότερο εξοπλισμένες για να χειριστούν τα ψυχικά άρρωστα μέλη (Sethi&Manchanda, 1978).

Για να κατανοήσουμε τα προβλήματα των φροντιστών, είναι απαραίτητο να εξετάσουμε ορισμένες βασικές συνιστώσες που είναι αναγκαίες για τη συντήρηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της προσωπικής λειτουργίας μεταξύ των φροντιστών και των ψυχικά ασθενών, καθώς και την πρόκληση απέναντι στην οικογένεια. Εκτός αυτού, πρέπει επίσης να κατανοήσουμε τη δυναμική ισορροπία που διατηρεί το δεσμό μεταξύ των ασθενών και των ατόμων εκτός της οικογένειας, είτε πρόκειται για τους συγγενείς ή την κοινότητα όπου ζουν. Οι φροντιστές πρέπει να "αντιμετωπίσουν" το "βάρος" και των δύο τύπων, το αντικειμενικό και υποκειμενικό στρες.

Τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενή με χρόνια ψυχική πάθηση έχουν πολλαπλές ανάγκες. Οι κυριότερες ανησυχίες και ανάγκες υποστήριξης των ατόμων που αναλαμβάνουν αυτόν τον αγχωτικό ρόλο περιλαμβάνουν τη λήψη υποστήριξης, μειώνοντας τους κινδύνους για τη δική τους ευημερία, και την προώθηση της ευημερίας των ψυχικά ασθενών (Chafetz&Barnes, 1989). Συχνά εκφράζουν την ανάγκη για περισσότερη υποστήριξη και διαμαρτύρονται ότι δεν έχουν αρκετές ευκαιρίες για να μειωθεί το βάρος που τους επιβλήθηκε (Angermeyeretal., 2000). Οι εκπαιδευτικές ανάγκες περιλαμβάνουν την απόκτηση πληροφοριών σχετικά με τα προειδοποιητικά σημάδια της ασθένειας και της υποτροπής, τα αποτελέσματα των φαρμάκων και τρόπους αντιμετώπισης και τις παράξενες ή επιθετικές συμπεριφορές του ασθενούς (Chien&Norman, 2003). Συχνά τα μέλη της οικογένειας που ζουν με άρρωστα άτομα είναι λιγότερο ενήμερα για την ψυχιατρική φύση της ασθένειας (Padmavathietal., 1998). Έτσι, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε τις ανάγκες των οικογενειών και να προτείνουμε συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή τους, προκειμένου να συμβάλουμε στη μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών (Clearyetal, 2006, Murthy, 2006).

Μετά από ενδελεχή έρευνα στην αγγλική και ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με το ζήτημα της επιβάρυνσης διαπιστώθηκε πληθώρα μελετών που εξετάζουν το θέμα αυτό από την πλευρά των επαγγελματιών. Οι περισσότερες έρευνες σχετικά με τη

φροντίδα επικεντρώθηκαν στην εκτίμηση της επιβάρυνσης της φροντίδας για τα άτομα με ασθένειες, ωστόσο, η εμπειρία του φροντιστή της ψυχικής υγείας έχει λάβει ελάχιστη προσοχή (McCannetal 2011b). Ως εκ τούτου, αυτή η εμπειρία παραμένει κατά κύριο λόγο έξω από το δημόσιο βλέμμα και, άρα υποτιμημένη (Wynadenetal. 2006). Υπό το πρίσμα της αυξανόμενης εμπιστοσύνης στις οικογένειες να αναλάβουν την ευθύνη για τα μέλη τους με ψυχική ασθένεια, είναι σημαντικό να ριχτεί φως στην εμπειρία των φροντιστών σε αυτή την κατάσταση και να κατανοηθεί αυτό που βοηθά και τους στηρίζει σε αυτό το ρόλο.

### **1.7 Ερευνητικά ερωτήματα – σκοπός και στόχοι της μελέτης**

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη με σκοπό να αξιολογήσει τις ανάγκες των φροντιστών των ασθενών με ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα, που είναι μια χώρα που δαπανά μόλις το 0,9% του συνολικού προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία σε σχέση με την Αγγλία και την Ουαλία, η οποία δαπανά 14,8% (WHO, 2011). Έτσι, ο βαθμός στον οποίο οι ανάγκες των φροντιστών στην Ελλάδα είναι πιθανό να είναι διαφορετικές. Επιπλέον, δεδομένων των διαφορών στο κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον, τα αποτελέσματα των μελετών που διεξάγονται σε άλλους πολιτισμούς μπορεί να μην είναι σχετικά με το Ελληνικό πλαίσιο.

Επιπλέον, είναι σημαντικό στοιχείο ότι από την προκαταρκτική έρευνα δε βρέθηκαν στοιχεία για άλλες μελέτες στο αντικείμενο αυτό που να εξετάζουν το ζήτημα της επιβάρυνσης των φροντιστών με τη χρήση ποιοτικών στοιχείων μελέτης. Η επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης με τη μέθοδο της συνέντευξης στην παρούσα εργασία προσφέρει μια διαφορετική μέθοδο με στοιχεία φαινομενολογίας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήταν:

- 1.** Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των φροντιστών ασθενών με ψυχικές διαταραχές;
- 2.** Ποια η επιβάρυνση των μελών των οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές

**3. Ποιες οι συνέπειες της επιβάρυνσης στη γενική υγεία των μελών οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές;**

Σκοπός της μελέτης ήταν να φωτίσει τις εμπειρίες των συγγενών των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, και την ανάγκη τους για υποστήριξη από επίσημη φροντίδα. Επιπλέον, σκοπός ήταν να φωτίσει τους τρόπους και το βάθος της υποστήριξης των συγγενών των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, ενώ στους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης περιλαμβάνονταν:

- η περιγραφή και η διερεύνηση της επιβάρυνσης των συγγενών – φροντιστών ατόμων με μείζονες ψυχικές διαταραχές
- η περιγραφή των συνεπειών της επιβάρυνσης - από την πλευρά των φροντιστών - ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές
- η περιγραφή των εμπειριών των συγγενών των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές
- η εξέταση του βαθμού υποστήριξης των συγγενών των ατόμων με μείζονες ψυχικές διαταραχές



## **2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

### **2.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης – πληθυσμός της μελέτης**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη γεωγραφική περιφέρεια του Ν. Κορινθίας κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου – Μαΐου 2015. Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν 6 μέλη οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές και ήταν εγγεγραμμένοι στο αρχείο του ψυχιατρικού ιατρείου του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Οι πληροφορητές πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Κάτοικοι της περιοχής του Ν. Κορινθίας
- Συγγενείς α΄ ή β΄ βαθμού με τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές
- Ηλικίας άνω των 20 ετών

### **2.2. Τήρηση κανόνων βιοηθικής**

Η συμμετοχή των προαναφερόμενων ατόμων στη μελέτη καθορίστηκε μετά από πλήρη ατομική ενημέρωση και έγινε εξ αρχής, ότι θα διαφυλαχτεί η ανωνυμία τους.

Η πιθανότερη δυσκολία που θα προέκυπτε, θα ήταν η άρνηση κάποιων φροντιστών να μοιραστούν τις προσωπικές τους εμπειρίες. Για την άρση αυτής της δυσκολίας θετικά συνέβαλε και η ψυχίατρος του Νοσοκομείου Κορίνθου, η οποία έπαιξε διαμεσολαβητικό ρόλο, μιας και οι υποψήφιοι ερωτώμενοι ήταν ωφελούμενοί της.

Σε όλους τους πληροφορητές/τριες δόθηκε ενημερωτική επιστολή σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης, και το περιεχόμενο της, ενώ τους δόθηκε και μια φόρμα που τους ενημέρωνε για τη διαφύλαξη των προσωπικών τους στοιχείων.

## **2.3. Συλλογή δεδομένων**

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε, ιδιωτικά, στα σπίτια των φροντιστών, ή μέσω τηλεφώνου, όπως ζητήθηκε από κάποιους πληροφορητές. Έγιναν ημιδομημένες, ηχογραφημένες συνεντεύξεις εκάστη των οποίων διαρκεί περίπου 1 ώρα. Στο τέλος του κάθε τμήματος της συνέντευξης, ο ερευνητής συνόψισε το περιεχόμενο για να διαπιστώσει ότι η οπτική του πληροφορητή εκφράστηκε και έγινε κατανοητή σωστά, μια δραστηριότητα επαλήθευσης που αύξησε την αξιοπιστία της μελέτης (Guba & Λίνκολν το 2005).

Η παρούσα εργασία χρησιμοποιεί μια ποιοτική προσέγγιση για την εκτίμηση των αναγκών των φροντιστών για διάφορους λόγους: (α) η προσέγγιση αυτή είναι χρήσιμη γιατί αφορά ένα ευρύτερο φάσμα αναγκών και τη μελέτη ενός φαινομένου (β) αφορά τη μελέτη των αναγκών των φροντιστών που περιλαμβάνει διερεύνηση των ευαίσθητων, συναισθηματικών και προσωπικών αναγκών, για την οποία είναι πιο κατάλληλη μια ποιοτική προσέγγιση (Hidayetal, 2002) και (γ) οι ποιοτικές μελέτες αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες όταν κάποιος σκοπεύει να δημιουργήσει εντυπώσεις και να αναπτύξει κλίμακες αξιολόγησης για προγράμματα ή υπηρεσίες (Stewartetal., 2007).

### **2.3.1 Συνέντευξη**

Μια συνέντευξη είναι μια διαπροσωπική κατάσταση πρόσωπο με πρόσωπο με την οποία ένας ερευνητής ζητά από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν σε ερωτήματα τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να αποκτήσουν τις απαντήσεις σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα (Frankfort-Nachmias και Nachmias 1996). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι ερωτώμενοι καλούνται να περιγράψουν τις εμπειρίες τους και γεγονότα που φαίνονται σημαντικά για αυτούς. Ενθαρρύνονται να καθορίσουν τις καταστάσεις και να αποκαλύψουν τις απόψεις και τις στάσεις τους (Frankfort-Nachmias και Nachmias 1996). Ο Bryman (1988) τονίζει την ελάχιστη καθοδήγηση και μεγάλη ελευθερία έκφρασης των ερωτηθέντων σε μη δομημένες συνεντεύξεις σε σύγκριση με άλλες μεθόδους.

Σύμφωνα με τον May (2001), οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις προσφέρουν ευελιξία και δεν περιορίζουν τον συνομιλητή ή τη συνέντευξη. Σε αυτές τις συνεντεύξεις, οι προκαταλήψεις του ερευνητή μπορεί να αμφισβητηθούν (May, 2011). Ο εξεταζόμενος έχει την ευκαιρία να απαντήσει σε ερωτήσεις και, με αυτόν τον τρόπο, υποστηρίζεται ότι το βάθος επιτυγχάνεται με την προσδοκία ότι η προσωπική έννοια, που οι άνθρωποι αποδίδουν στα γεγονότα, μπορεί να γίνει κατανοητή. Ως εκ τούτου, αυτή είναι η κατάλληλη μέθοδος για να αποκτήσουν πρόσβαση στις εμπειρίες ανθρώπων που ζούν και φροντίζουν πάσχοντες από ψυχική διαταραχή.

Οι συνεντεύξεις αναλύθηκαν σύμφωνα με την προσέγγιση που περιγράφεται από τους Smith και Osborn (2008). Τα δεδομένα διαβάστηκαν και να ξαναδιαβάστηκαν για τον εντοπισμό επαναλαμβανόμενων θεμάτων σχετικά με την εμπειρία τους από τη φροντίδα. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μια πιο λεπτομερής αναλυτική αναδιοργάνωση και βελτίωση των θεμάτων και των περιλήψεων τους σε ένα υψηλότερο επίπεδο (Smith&Osborn 2008).

### **2.3.2 Άξονες συνέντευξης**

Για τους σκοπούς της συνέντευξης δημιουργήθηκαν έξι άξονες ερωτήσεων που έχουν ως στόχο να δώσουν απάντηση στα υπό διερεύνηση ερωτήματα. Οι άξονες αυτοί είναι:

1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά μελών οικογενειών και άλλων ατόμων ασθενών με ψυχικές διαταραχές.
2. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με ψυχικές διαταραχές.
3. Προβλήματα συμπεριφοράς ατόμου με ψυχικές διαταραχές - Επίβλεψη των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.
4. Τομείς φροντίδας - Ανησυχία από την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές.
5. Τομείς φροντίδας - Προτροπή του φροντιστή προς τον ασθενή με ψυχικές διαταραχές.
6. Οικονομική επιβάρυνση των συγγενών, φροντιστών.

## 2.4. Ανάλυση δεδομένων μελέτης

Η ανάλυση στη μελέτη διεξήχθη με ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, σύμφωνα με τους Elo και Kyngäs (2008), προκειμένου να περιγραφούν οι εμπειρίες των συγγενών με ασθενείς ψυχικής υγείας. Οι Elo και Kyngäs περιέγραψαν τρεις κύριες φάσεις της ανάλυσης περιεχομένου: η φάση της προετοιμασίας, η οργανωτική φάση, και η φάση υποβολής εκθέσεων. Η φάση της προετοιμασίας περιελάμβανε τη συλλογή των συνεντεύξεων των πληροφορητών για τις εμπειρίες τους με τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το πρόσωπο με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια (μονάδα ανάλυσης). Οι σημειώσεις αυτές μεταγράφηκαν κατά λέξη (BW) και διαβάστηκαν αρκετές φορές από τον ερευνητή για να πάρει μια γενική εικόνα του περιεχομένου.

Η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για την καθοδήγηση της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων. Η ερευνήτρια, χρησιμοποιώντας την φαινομενολογική προσέγγιση, προσπαθεί να εξετάσει πώς ένα άτομο (φροντιστής) σε μια δεδομένη κατάσταση (φροντίδα για ένα άτομο στο σπίτι με ψυχική ασθένεια) κατανοεί ένα φαινόμενο (εμπειρία της φροντίδας). Τα κύρια χαρακτηριστικά της μεθόδου είναι η ερμηνευτική φαινομενολογία και ιδιογραφία (Smithetal., 2009). Η προσέγγιση βασίζεται στην θεωρία της ερμηνείας. Η προσέγγιση είναι φαινομενολογική, επειδή επικεντρώνεται στην κατανόηση της κύριας εμπειρίας της ζωής των πληροφορητών. Η προσέγγιση είναι ιδιογραφική λόγω της έμφασης στους πληροφορητές – συμμετέχοντες ως μονάδας ανάλυσης και καθώς στη συνέχεια προχωρά σε θεωρητικά ζητήματα που προκύπτουν από τα δεδομένα (Eatough&Smith 2006).

Σύμφωνα με τον Farber (1966), η φαινομενολογία περιγράφει τις δομές της εμπειρίας και δίνει έναν απολογισμό του ρόλου που διαδραματίζει το μυαλό στην εμπειρία. Ο Farber (1966) προτείνει ότι η φαινομενολογία μας επιτρέπει να αναλύσουμε και να περιγράψουμε τα διάφορα είδη των εμπειριών. Πρόκειται για μια περιγραφική μέθοδο που εφαρμόζεται σε καθαρή εμπειρία.

Σύμφωνα με τους Cohen και Manion (1994), η φαινομενολογία εστιάζει στην υπεροχή της υποκειμενικής συνείδησης και τη βασική παραδοχή ότι η συνείδηση

είναι ενεργή και προσδίδει νόημα σε γεγονότα και καταστάσεις. Ο Μουστάκης (1994) συζητά επίσης τη φαινομενολογία και θεωρεί ότι είναι μια βιωματική και ποιοτική προσέγγιση και μια στοχαστική, δομική ανάλυση, η οποία απεικονίζει την ουσία της εμπειρίας.

### **3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Τα αποτελέσματα της έρευνας διατυπώνονται με βάση τους έξι άξονες που αναφέρθηκαν στην μεθοδολογία της έρευνας.

#### **3.1 Κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά μελών οικογενειών και άλλων ατόμων ασθενών με ψυχικές διαταραχές**

Ο πρώτος άξονας που εξετάστηκε ήταν τα κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά μελών οικογενειών και άλλων ατόμων ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Όσον αφορά τις ηλικίες των ατόμων που έδωσαν τις συνεντεύξεις, ήταν όλοι άνω των 50. Ο πρώτος πληροφορητής ήταν 50 ετών, ο δεύτερος 64, ο τρίτος 72, ο τέταρτος 80, ο πέμπτος 53, και ο έκτος 51. Η ηλικιακή ομάδα των πληροφορητών κρίνεται λογική, από την άποψη ότι στην Ελληνική οικογένεια οι γονείς και τα μεγαλύτερα σε ηλικία μέλη είναι αυτά που δίνουν το χρόνο τους, αλλά και εγκαταλείπουν πολλές φορές τις υπόλοιπες δραστηριότητες τους, για να ασχοληθούν με τα μέλη της οικογένειας που έχουν περισσότερη ανάγκη.

Η δεύτερη ερώτηση του άξονα αυτού αφορούσε το αν οι πληροφορητές έχουν πάρει πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών που έχουν κάποια ψυχική νόσο, αν έχουν διαβάσει ή έχουν σπουδάσει κάτι σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών.

Ο πρώτος πληροφορητής δήλωσε ουσιαστικά ότι δεν έχει σπουδάσει ή μάθει κάτι για την ασθένεια αυτή, αρκεί που τη βιώνει καθημερινά. « Αφού το ζω, όποιος και να με ενημερώσει το αντιμετωπίζω. Αυτή είναι η απάντησή μου. Δεν μπορώ να πω: «γιατί έγινε; (συνέβη) ».

Στη διευκρίνιση ότι αφορά την επιστημονική ενημέρωση, η πληροφορήτρια δήλωσε ότι είχε ενημερωθεί μόνο αρχικά, όταν η ασθενής ήταν 14 ετών – και πιθανόν εννοούσε ότι τότε έγινε η διάγνωση του παιδιού.

Ο δεύτερος πληροφορητής δήλωσε κατηγορηματικά και απλά «*όχι βέβαια*», γιατί ήθελε προφανώς να δηλώσει ότι δεν υπάρχει αφενός καμία στήριξη από τους εξωτερικούς φορείς, ενώ επίσης, στην ελληνική πραγματικότητα δεν υπάρχει και μέριμνα για την ενημέρωση των φροντιστών, όσο δύσκολη και αν είναι η καθημερινότητα που βιώνουν. Το «*βέβαια*» στα λόγια του παρατηρητή κρύβει και μια συναισθηματική φόρτιση, μια απογοήτευση για την πραγματικότητα που ζει. Για το λόγο αυτό δήλωσε στην επόμενη ερώτηση ότι οι γνώσεις που έχει, έχουν αποκτηθεί εκ πείρας και όχι από κάποια εξωτερική ενημέρωση, και ουσιαστικά γνωρίζει μόνο πράγματα που έχει μάθει πρακτικά «*μόνο πρακτικά, μόνο το πρακτικό μέρος. Τον βοηθώ και τον αντιμετωπίζω όλα αυτά τα χρόνια που είναι ασθενής. Νομίζω ότι μπορώ να τον βοηθήσω*».

Οι τέσσερις επόμενοι παρατηρητές απάντησαν απλά με ένα «*όχι*» στην ερώτηση αυτή τονίζοντας και εκείνοι την έλλειψη ενημέρωσης και βοήθειας, αλλά, θα πρέπει επίσης να τονίσουμε, ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν υπάρχει και διάθεση από τους ίδιους να επεκτείνουν τη γνώση τους στο αντικείμενο αυτό.

Όσον αφορά το επάγγελμα των πληροφορητών, η πρώτη πληροφορήτρια δήλωσε ότι ασχολείται με οικιακά, αλλά εργαζόταν και με την αδελφή της στο Σύνταγμα σε βιοτεχνία με ρούχα. Και η πέμπτη πληροφορήτρια δήλωσε ότι έχει εργαστεί σε καταστήματα στο παρελθόν, όμως τα τελευταία χρόνια ασχολείται με τα οικιακά.

Ο δεύτερος πληροφορητής είναι συνταξιούχος που διατηρεί όμως και ασφαλιστικό γραφείο, ο τέταρτος και ο έκτος είναι συνταξιούχοι, ενώ η τρίτη πληροφορήτρια δήλωσε ότι «*Εκτός από τα οικιακά ασχολούμαι με αγροτικές δουλειές μαζί με τον άντρα μου. Τα αγαπούσα τα γράμματα πολύ αλλά ο πατέρας μου δεν με άφησε να προχωρήσω στο σχολείο. Ήμουν καλή*». Είναι ίσως η μόνη που εκφράζει μια διαφορετική άποψη και ένα επιπλέον παράπονο σχετικά με τις επιλογές που δεν της δόθηκαν στη ζωή της.

Η τέταρτη ερώτηση του άξονα αφορούσε το αν ο πληροφορητής ζει με τον ασθενή στον ίδιο χώρο. Όλοι οι πληροφορητές δήλωσαν ότι μένουν στον ίδιο χώρο με τον ασθενή, ενώ η Τρίτη πληροφορήτρια δήλωσε ότι ο ασθενής ζει στον ίδιο χώρο,

αλλά έκαναν μια έρευνα κάποτε για να μπει η Γ. σε ίδρυμα στην περιοχή τους, αλλά απέρριψαν αυτήν την ιδέα καθώς όσα είδαν από τα ιδρύματα στην περιοχή τους δεν τους άρεσαν.

### **3.2. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με ψυχικές διαταραχές**

Ο δεύτερος άξονας των ερωτήσεων αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Ο πρώτος πληροφορητής δήλωσε ότι η ασθενής είναι 28 χρονών, ο δεύτερος ότι ο ασθενής του είναι 58, ο τρίτος 43, ο τέταρτος 52, ο πέμπτος 25, και ο έκτος 28.

Ο πρώτος πληροφορητής ενημέρωσε ότι η ασθενής που φροντίζει πέρασε τεχνολόγος τροφίμων στην Αθήνα και παρακολούθησε τα μαθήματα για ενάμιση χρόνο, αλλά μετά αναγκάστηκε να σταματήσει γιατί χειροτέρεψε από την ασθένεια της και χρειάστηκε να αλλάξει και γιατρό.

*«Όταν τα αδέρφια της Ε. έφυγαν από το σπίτι εκείνη χειροτέρεψε..».* Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς στα πλαίσια της πυρηνικής ελληνικής οικογένειας η στήριξη που λαμβάνει ένα παιδί με ψυχική διαταραχή στο σπίτι από τα συνομήλικα αδέρφια του, είναι καθοριστικής σημασίας.

Ο δεύτερος πληροφορητής θέτει επίσης ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα, καθώς δήλωσε ότι ο ασθενής είναι αναλφάβητος, δεν ξέρει να γράψει και να διαβάσει. Κι αυτό είναι σημαντικό πρόβλημα, που τον κρατά πίσω κι έχει περισσότερη ανάγκη φροντίδας. Και ο τρίτος πληροφορητής ενισχύει το ζήτημα αυτό, δηλώνοντας ότι ο ασθενής πήγε μέχρι Δευτέρα Λυκείου, μετά αρρώστησε.

*«Δεν δούλεψε ποτέ. Και τα τελευταία δέκα χρόνια δεν βγαίνει καθόλου από το σπίτι, γιατί δεν εμπιστεύεται κανέναν και φοβάται».*



Και ο τέταρτος και πέμπτος πληροφορητής δηλώνουν ότι οι ασθενείς τους έφτασαν μέχρι το γυμνάσιο γιατί μετά ασθένησαν και δεν υπήρχε δυνατότητα να φοιτήσουν σε κανονικό σχολείο.

Τίθεται επομένως έντονα το ζήτημα της έλλειψης σχολείων και εκπαιδευτηρίων για άτομα με διαταραχές, κάτι που αναγκάζει τις οικογένειες τους να κρατούν τα παιδιά αυτά στο σπίτι, και ουσιαστικά να μην επιτρέπουν καμία εξέλιξη και βελτίωση τους. Το ζήτημα εδώ δεν είναι η γονική έλλειψη.

Στην ερώτηση πόσα χρόνια νοσεί ο ασθενής και αν έχει διαπιστωθεί κλινικά η διαταραχή, η πρώτη πληροφορήτρια απάντησε ότι η ασθενής της πάσχει από ψύχωση. Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να ειπωθεί ότι η πληροφορήτρια δήλωσε μόνη της ότι οι επαγγελματίες της είπαν να γίνει σκληρή και να αντιμετωπίσει την κατάσταση με σκληρότητα και ψυχραιμία.

Ο δεύτερος πληροφορητής δεν απαντά χρονικά ακριβώς, αλλά δηλώνει ότι η διαπίστωση του προβλήματος έγινε νωρίς, και ίσως το ότι παρέμεινε αγράμματος οφείλεται και στην ασθένεια, ενώ έλαβε και χαρτί απαλλαγής (15) από το στρατό. Ο ασθενής στην πορεία δούλεψε ένα διάστημα στα καράβια. Εκεί αρρώστησε περισσότερο και από τότε έχει πρόβλημα.

Η απάντηση της τρίτης πληροφορήτριας είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσα γιατί θέτει και ζητήματα κουλτούρας, που δεν έχουν εξεταστεί συχνά σε άλλες μελέτες.

*«Αρρώστησε στα 16. Στην αρχή δεν καταλάβαμε ότι είναι κάτι μόνιμο. Νομίζαμε ότι με τον καιρό θα περάσει. Και οι γιατροί δεν μας τα έλεγαν καθαρά. Όσο περνούσε ο καιρός και χειροτέρευε, εγώ κατάλαβα ότι το έχασα το παιδί μου. Ο άντρας μου δεν ήθελε να το πιστέψει. Τον έπεισε η μάνα του (η πεθερά μου) ότι είναι μάγια. Πέσαμε θύμα οικονομικής εκμετάλλευσης από μια τσιγγάνα την οποία μας σύστησε η πεθερά μου για να λύσει τα μάγια. Εγώ δεν συμφωνούσα. Αλλά επέμενε ο άντρας μου και μας έφαγε 500.000 τότε. Όλες τις οικονομίες μας.»*

Το ζήτημα της δαιμονοποίησης της ασθένειας στην ελληνική κοινωνία, και ειδικά στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα είναι δείγμα της έλλειψης γνώσης για την

ασθένεια, αλλά και ενός είδος ρατσισμού και περιθωριοποίησης του ασθενούς, του οποίου η κατάσταση δεν αντιμετωπίζεται με ειλικρίνεια και κατανόηση, αλλά με βάση πεπαλαιωμένες πεποιθήσεις, που κάνουν κακό όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στην οικογένεια, γιατί ουσιαστικά δεν επιτρέπουν στα μέλη της να δουν αντικειμενικά και ψύχραιμα τι συμβαίνει, αλλά και δεν αφήνουν περιθώρια για παροχή σωστής βοήθειας στον ασθενή.

### **3.3. Προβλήματα συμπεριφοράς των ατόμων με ψυχικές διαταραχές,**

Ο τρίτος άξονας των ερωτήσεων έθεσε το ζήτημα των προβλημάτων συμπεριφοράς των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αλλά και το ζήτημα της επίβλεψης των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Οι ερωτήσεις αυτές δίνουν σημαντικές πληροφορίες για την καθημερινότητα των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Κοινό στοιχείο σε όλες τις συνεντεύξεις είναι ότι οι ασθενείς δεν έχουν κάποια ιδιαίτερη απασχόληση στο σπίτι τους, ενώ οι φροντιστές τους προσπαθούν να περάσουν όσο γίνεται περισσότερο χρόνο μαζί τους, βρίσκοντας μια σχετική ισορροπία μεταξύ όλων των υποχρεώσεων που έχουν.

*«Όλη μέρα. Δεν φεύγω εγώ καθόλου από το σπίτι. Και όταν τώρα την παραμέλησα λίγο δεν το κατάλαβα» (πρώτος πληροφορητής)*

*«Όσο μπορώ.. ό,τι μου ζητήσει και μπορώ, είμαι διατεθειμένος να τον βοηθήσω γιατί τον θεωρώ θύμα. Οι γονείς μας χώρισαν όταν ήμασταν μικροί και το βλέπω με τη μορφή ότι αυτός υπέφερε περισσότερο από μένα (γιατί εγώ ήμουν μεγαλύτερος). Τον βλέπω σαν θύμα του διαζυγίου. Πέρασε άσχημες καταστάσεις (περάσαμε μάλλον). Έτσι προσπαθώ να τον βοηθώ όσο περνάει από το χέρι μου.» (δεύτερος πληροφορητής)*

*«Προσπαθώ να είμαι πάντα εκεί. Βέβαια δεν είναι εύκολο γιατί έχω κι ένα μικρό εγγόνη, τα άλλα παιδιά δουλεύουν... Θα ήθελα να είμαι πάντα εκεί, αλλά μερικές φορές πρέπει να βοηθήσω με το μικρό..» (πέμπτος πληροφορητής)*

Καθώς μιλάμε για ελληνικές οικογένειες, υπάρχει έντονο το στοιχείο της φροντίδας όχι μόνο των ασθενών, αλλά και μικρών παιδιών, εγγονιών, και η παροχή βοήθειας σε όλα τα παιδιά – μέλη της υπόλοιπης οικογένειας. Αυτό είναι σημαντικό ζήτημα, καθώς σε συνδυασμό με τα μειωμένα οικονομικά περιθώρια που έχουν οι οικογένειες όχι μόνο στο νομό Κορινθίας, αλλά και σε πολλές περιοχές της χώρας, η υποχρέωση φροντίδας πέφτει στους ώμους των ίδιων ανθρώπων.

*“Τις καθημερινές, είμαι μαζί της από το μεσημέρι και μετά (το πρωί πηγαίνω στο σπίτι του γιου μου και κρατάω τα εγγόνια μου). Το Σαββατοκύριακο τη φροντίζω όλη μέρα.”*

Η ερώτηση για την περιγραφή μιας τυπικής μέρας μας παρουσίασε δυο διαφορετικούς τύπους ασθενών. Στην πρώτη περίπτωση έχουμε τους ασθενείς που δεν κάνουν κάτι όλη μέρα, και που ουσιαστικά χρειάζονται την πλήρη βοήθεια του φροντιστή τους ακόμα και για τα βασικά πράγματα

*«Της πλένω τα ρούχα, της γράφω τα φάρμακα. Αυτά τα έκανε πριν μόνη της. Αυτό τον καιρό δεν μπορεί και της τα κάνω εγώ»* (πρώτη πληροφορήτρια).

*«Ναι, τα κάνω όλα εγώ. Το κακό άρχισε από τότε που η Γ. ήταν στις αρχές της αρρώστιας. Ο άντρας μου με πίεζε να της τα πηγαίνω όλα στα χέρια, γιατί νόμιζε ότι μετά θα συνέρθει. Ότι χρειάζεται φροντίδα για λίγο καιρό και θα της κάνει καλό να μην ασχολείται με τίποτα. Όμως αυτό έχει μόνιμη κατάσταση. 25 χρόνια μετά την αρρώστια ακόμα τα κάνω όλα εγώ. Αυτό νομίζω της έκανε κακό της Γ.»* (τρίτη πληροφορήτρια).

Ενώ στην δεύτερη έχουμε την περίπτωση των ασθενών που είναι πιο λειτουργικοί, κυκλοφορούν έξω, κάνουν περισσότερες δουλειές και λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη και από τους ανθρώπους τους. *«Ναι βοηθάει. Και το έχω κι εγώ υπόψη μου και τον παροτρύνω, γιατί του κάνει καλό... το πλύσιμο το καταφέρνει ο Π. Βάζει το πλυντήριο. Μπορεί να τον βοηθήσω στο μαγείρεμα εγώ όταν δεν ξέρει κάτι. Ακόμα και την Κόρινθο πηγαίνει μόνος του στο Νοσοκομείο. Χρησιμοποιεί μόνος του τα μεταφορικά μέσα.»* (δεύτερος πληροφορητής).

### 3.4. Ανησυχία για τη φροντίδα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές

Ο άξονας που αφορά την ανησυχία για τη φροντίδα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Οι απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις που αφορούν τον άξονα αυτό δεν είναι πάντα σε συστοιχία με την σχετική βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, μόνο ένας από τους πληροφορητές νιώθει ανασφάλεια ότι μπορεί να δεχθεί κάποιας μορφής επίθεση από μέλος της οικογένειάς του, ενώ υπάρχουν αναφορές για ανασφάλεια σχετικά με το ίδιο το σπίτι και τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς.

*«Δεν το έχω ποτέ πονηρευτεί αυτό το πράγμα. Μόνο τώρα που δεν είναι καλά μου λέει: «Άστο το βιβλίο επιτέλους! Τι το διαβάζεις! Ή μου φωνάζει όταν λιβανίζω» (πρώτη πληροφορήτρια).*

Το ζήτημα της αυτοκτονίας ή της πιθανότητας να βλάψει κάποιος ασθενής τον εαυτό του, ηθελημένα ή μη, είναι ένα ζήτημα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής.

*«Πριν ένα χρόνο είχε μια άσχημη υποτροπή. Νοσηλεύτηκε στο ψυχιατρείο (έσπασε το τζάμι του δωματίου της και ήθελε να αυτοκτονήσει). Ο ψυχίατρος μας σύστησε να κρύψουμε όλα τα αιχμηρά αντικείμενα από το σπίτι. Αυτός είναι και ο λόγος που δεν κεντάει ενώ της αρέσει (επειδή πρέπει να χρησιμοποιεί ψαλίδι για να κόψει την κλωστή). Αγχώνομαι όταν την αφήνω μόνη σπίτι (αν και τώρα είναι ρυθμισμένη). Αναγκαστήκαμε να βάλουμε στο δωμάτιό της πλαστικά τζάμια.»*

*«.....δεν παίρνω (σ.σ. Μέτρα ασφαλείας) γιατί δεν έχει εκδηλωθεί κάποια ακραία συμπεριφορά από μέρους του. Τουλάχιστον μέχρι τώρα δεν έχει συμβεί τίποτα ακραίο. Δεν έχει χρειαστεί να φτάσω μέχρι εκεί..... αν εκδήλωνε ακραία συμπεριφορά θα στρεφόταν κατά του εαυτού του» (δεύτερος πληροφορητής).*

*«....δεν αισθάνομαι ανασφάλεια για μένα, αλλά πιστεύω ότι μπορεί να ξεχαστεί, να βγει στο δρόμο, να φύγει, να χαθεί όταν είναι σε έξαρση» (έκτος πληροφορητής).*

Σημαντική είναι η άποψη του πέμπτου πληροφορητή που έθεσε το ζήτημα της έλλειψης ικανότητας να χειριστεί κάποιος άλλος τα συμπτώματα του ασθενούς όσον αφορά τις δυσκολίες διαχείρισης των συμπτωμάτων των ασθενών. Δήλωσε ότι δεν υπήρχε κάποιος άλλος που θα μπορούσε να είναι σε θέση να χειριστεί την απρόβλεπτη συμπεριφορά του ασθενούς. Ανέφερε ότι χρειάζεται δεξιότητες και υψηλή ψυχολογία και ότι ήταν ο μόνος που είχε μάθει πώς να χειρίζεται τη συμπεριφορά του παιδιού, και ως εκ τούτου, έπρεπε να παραμείνει στο σπίτι για να προστατεύσει τον ασθενή από τον εαυτό του και τα συμπτώματα του κυρίως.

Η βία και η ασφάλεια των ασθενών ήταν μια άλλη πτυχή που εκφράζεται από πολλούς φροντιστές σε μελέτες, όπου αναφέρεται ότι οι ζωές τους ήταν πάντα σε κίνδυνο λόγω της απρόβλεπτης επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς. Μερικοί ασθενείς επιτέθηκαν ενάντια στα μέλη της οικογένειας ή του φροντιστή με στόχο τη θανάτωση ή την πρόκληση τραυματισμού σε αυτούς. Αυτό έκανε τους περισσότερους από τους φροντιστές να ζήσουν με πολλές αβεβαιότητες. Ο έκτος πληροφορητής στη μελέτη μας, με ασθενή με διπολική διαταραχή εκφράζει έλλειψη ελευθερίας να κάνει κάτι με τη χρήση ενός εργαλείου που θεωρεί ότι διαφορετικά θα ήταν ένα όπλο στο χέρι του ασθενούς.

Ωστόσο, στη μελέτη μας, είναι σαφές ότι δίνεται περισσότερη βάση στην ανησυχία του για την ασφάλεια του ασθενούς

*«Φοβάμαι μη βάλει φωτιά... εγώ είμαι μεγάλη δεν έχω πάντα την επίβλεψη του, έχω κουραστεί, καπνίζει και αφήνει το τσιγάρο αναμμένο».*

Το ζήτημα της οικογενειακής ατμόσφαιρας στο σπίτι είναι ίσως η πιο σημαντική πτυχή της μελέτης. Η ανθεκτικότητα της οικογένειας διακόπηκε όταν ο ασθενής παρενέβη στη φυσιολογική κοινωνική ζωή της οικογένειας, φέρνοντας φόβο και άγχος στα μέλη της. Η έλλειψη ηρεμίας και ησυχίας στο σπίτι είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την οικογενειακή επιβάρυνση, και είναι κοινός τόπος σε όλες τις απαντήσεις που ελήφθησαν στην παρούσα μελέτη.

Οι οικογένειες που ενδιαφέρονται για τους ψυχικά ασθενείς συγγενείς τους κάνουν μεγάλες θυσίες, οι οποίες συχνά είναι προσωπικές. Ο αντίκτυπος αυτών των προσπαθειών για την αποκατάσταση είναι πολύ έντονος.

Η λειτουργικότητα της οικογένειας αφορά και την ανθεκτικότητα της οικογένειας, παρά την εσωτερική ή εξωτερική απειλή. Οι περισσότεροι πληροφορητές εξέφρασαν διαταραχές στην κανονική ρουτίνα της οικογένειάς τους, ως αποτέλεσμα της ύπαρξης του ασθενούς. Τα απρόβλεπτα συμπτώματα του ασθενούς φαίνεται να είναι οδυνηρά, στοιχείο που κάνει τα μέλη της οικογένειας να έχουν περιορισμένο χρόνο για τις άλλες οικογενειακές υποχρεώσεις, ιδίως τους γονείς του ασθενούς. Οι γονείς των ασθενών με ψυχικές ασθένειες είχαν πολλαπλούς ρόλους στη φροντίδα του ασθενούς.

*«Αυτό το διάστημα είμαι συνέχεια σε επαγρύπνηση. Κοιμάμαι μετά, δεν είναι ότι δεν κοιμάμαι. Είναι επίγειο φορτίο που μου επέτρεψε ο Θεός να περάσω. Δεν έχω απογοητευτεί γιατί έχω κι εγώ τη θρησκεία μου.»*

Ο δεύτερος πληροφορητής, παρά το ότι ζει με τον σχετικά λειτουργικό αδερφό του εκφράζει το βαθμό επιβάρυνσης στο 8 με κορυφαίο το 10.

*« Τα βιώματα υπήρξαν, τα δύσκολα, αυτά που λέω ότι έχω ξεπεράσει τώρα. Το οχτώ νομίζω είναι για πιο παλιά που ήμουν πιο νέος και είχα και ανάγκες απέναντι στη δική μου ζωή. Τώρα αυτή η ψαλίδα έχει μικρύνει.»*

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι φροντιστές εγκαταλείπουν την προσωπική τους ζωή για χάρη του ασθενούς, γεγονός που γεννά απογοήτευση, και μοναξιά. Η φροντίδα είχε επίσης αρνητικές συνέπειες για τους πληροφορητές γενικά στον τρόπο ζωής και τις κοινωνικές σχέσεις με άλλα μέλη της οικογένειας. *«Δεν είναι πάντα καλή. Υπάρχει γκρίνια. Νομίζω ότι αυτό επηρεάζει τον Κ. και μπορεί να είναι και η αιτία που κάνει υποτροπή. Δεν χάρηκα τίποτα στη ζωή μου. Έχασα την υγεία μου. Κουράζομαι εύκολα τώρα. Καμιά φορά νιώθω ότι η ζωή δεν έχει αξία. Τι είναι η ζωή;»* (τέταρτη πληροφορήτρια).

*«Έχω κατάθλιψη, έχω βάλει βάρος, δυσκολεύομαι πολύ» (Συνέντευξη 5)*  
Η δυσαρμονία στην οικογένεια, η ένταση είναι για πολλούς καθημερινότητα.

*«Πολλές φορές υπάρχει ένταση. Υπάρχουν φορές που η Γ. είναι ανήσυχη. Τότε φορτώνεται στον πατέρα της, του λέει συνέχεια «δεν μπορώ, δεν μπορώ» εκείνος κουρασμένος δεν έχει υπομονή. Ενοχλείται και της φωνάζει, βρίζει άσχημα και της κάνει παρατηρήσεις. Έτσι την κάνει χειρότερα. Έτσι της φώναζε και πριν αρρωστήσει. Από τις φωνές του μας άκουγε όλη η γειτονιά όταν η Γ. δεν διάβαζε τα μαθηματικά.»*

Η αρμονία στην οικογένεια επηρεάζεται επίσης από τη συμπεριφορά του ασθενή και μερικές φορές τα μέλη της οικογένειας χάνουν την ψυχραιμία τους ή διαφωνούν σχετικά με τη διαχείριση της υπόθεσης του ψυχικά άρρωστο συγγενή του, όπως φάνηκε στην συνέντευξη 5 . Ένας πληροφορητής εξέφρασε την ανησυχία σχετικά με το σύζυγό της λέγοντας ότι ο σύζυγός του είχε τη θεραπεία του ασθενούς άσχημα σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά, λόγω της ψυχικής ασθένειας. Αυτό προκάλεσε παρανόηση σχετικά με θέματα που σχετίζονται με την καλή μεταχείριση των ασθενών.

*« Ο σύζυγός μου δε φαίνεται να υποστηρίζει το παιδί. Εγώ πάλι, είμαι φτιαγμένη για να αισθάνομαι ένοχη από τον σύζυγό μου». (Συνέντευξη 5)*

Η μελέτη αναδεικνύει τις συνθήκες που περιβάλλουν την έντονη αίσθηση των φροντιστών όσον αφορά την απομόνωση, την αίσθηση ότι ήταν αναπόφευκτη λόγω των μεταβαλλόμενων συνθηκών τους.

Ωστόσο, όπου τα συστήματα δεν είναι σε θέση να υποστηρίξουν τους φροντιστές, τότε αυτό που είναι σε θέση να προσφέρουν μπορεί να μην είναι επαρκές και μπορεί να μην επιτύχουν τα πιο επιθυμητά αποτελέσματα για τους ψυχικά πάσχοντες ασθενείς. Η αναφορά δυο πληροφορητών στη θρησκεία καταδεικνύει την ανάγκη των ανθρώπων αυτών να πιαστούν από κάτι που τους προσφέρει ελπίδα και κουράγιο.

### 3.5. Τομείς φροντίδας - Προτροπή του φροντιστή προς τον ασθενή με ψυχικές Διαταραχές

Στον άξονα αυτόν οι ερωτήσεις αφορούν την προτροπή προς τον ασθενή να παίρνει τα φάρμακα του και να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες, να περιποιείται τον εαυτό του μόνος του και να υιοθετήσει κάποιο χόμπι ή κάποιες δραστηριότητες.

Οι απαντήσεις των περισσότερων πληροφορητών δείχνουν μάλλον απογοήτευση, αφού φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν φροντίζουν τους εαυτούς τους – όπως διαφάνηκε και από προηγούμενες ερωτήσεις – ενώ δεν έχουν χόμπι και δραστηριότητες.

*«του συνιστώ να περιπατάει και να κάνει μόνος του τις αγορές που τον αφορούν (φάρμακα, τρόφιμα), να βγαίνει έξω και να μην κάθεται στο κρεβάτι» (συνέντευξη 4).*

*« .... της δίνω εγώ τα φάρμακα κάθε μέρα. Δεν εμπιστεύομαι να τα πάρει μόνη της.. Έχει σταματήσει εδώ και χρόνια να πλένεται μόνη της. Στις αρχές την παρότρυνα συνέχεια. Μετά κουράστηκα και δεν της ξαναείπα. Μπορεί να φταίω κι εγώ που δεν επέμεινα. Όταν κάνει μπάνιο πρέπει να μπω κι εγώ μαζί της, δεν μπορεί μόνη της » (συνέντευξη 3).*

Σημαντικό επίσης είναι και το στοιχείο που αναφέρεται σε μια συνέντευξη, ότι δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κάποιος στο νομό, και ειδικά ένα άτομο με προβλήματα.

*«Εδώ που μένουμε δεν έχει τίποτα να απασχολείτε εκτός σπιτιού. Και δεν μπορεί να κυκλοφορήσει μόνη της πια. Έχει εγκαταλείψει τον εαυτό της, δεν προσπαθώ να την κινητοποιήσω πλέον. Το μοναδικό διάστημα που ήταν καλά, ήταν όταν συμμετείχε σε αυτό το εργαστήριο του Αιγινήτιου. Εκεί έκανε ζωγραφική κατασκευές κ.α επίσης είχε πολύ καλή σχέση με τα άλλα παιδιά που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα, όμως ήταν πολύ κλειστή και αρνούνταν να συμμετάσχει στις ομαδικές συναντήσεις με τον ψυχολόγο.»*



Διαφαίνεται επομένως ότι η συμμετοχή σε δραστηριότητες μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αισθανθεί καλύτερα, και να αναπτύξει και κάποια κοινωνικότητα με τους γύρω του. Η έλλειψη τέτοιων προγραμμάτων όμως, σε συνδυασμό με τις λίγες ευκαιρίες που παρουσιάζονται σε μια επαρχιακή πόλη για δραστηριότητες, επιδεινώνουν την απραξία των ατόμων με διαταραχή και μπορεί να συντελέσει στην επιδείνωση της ενδοοικογενειακής κατάστασης.

### **3.6. Οικονομική επιβάρυνση των συγγενών, φροντιστών**

Ο έκτος άξονας αφορά την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών, αλλά και την παροχή βοήθειας ή μη στην οικογένεια από άλλους παράγοντες.

Αυτή η μελέτη έδειξε σαφώς ότι οι φροντιστές αναγνωρίζουν τη σημασία και την αξία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με μέλη της οικογένειας και της κοινότητας, τόσο για τους ίδιους όσο και για τους αρρώστους τους. Οι φροντιστές τόνισαν επίσης τα προβλήματα του κόστους, την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων. Ορισμένοι φροντιστές παρεμποδίζονται οικονομικά, λόγω ηλικίας ή / και έλλειψης απασχόλησης τους, ενώ επιβαρυντικά λειτουργούν και οι τιμές των φαρμάκων που έχουν συνταγογραφηθεί.

*«... όποτε χρειαστώ έχω βοήθεια από τα άλλα δυο παιδιά μου. Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει κανένας άλλος να νιώθω κοντά του. Δεν θέλω να γίνομαι και βάρος.. Ποια πολιτεία;; Ένα επίδομα κι αυτό με το ζόρι. Όποτε μπήκε στο ψυχιατρείο ο Κ. βιάζονταν να μας διώξουν και δεν μας εξηγούσε κανείς». (συνέντευξη 2)*

*«Η πολιτεία γιατί να σε υποστηρίξει; Είναι τόσα τα προβλήματα των ανθρώπων... Θεωρώ ότι αυτή τη στιγμή είναι αόρατη η βοήθεια που μου δίνεται. Της δίνονται κάτι χρήματα.. Εγώ τα χρήματα αυτά θεωρώ ότι δεν στερεώνουν την κατάσταση». (συνέντευξη 3)*

Αυτό θέτει ένα άλλο σημαντικό ερώτημα: «Πώς οι φροντιστές υποστηρίζονται οικονομικά, όταν είναι ο μοναδικός φροντιστής και προστάτης της οικογένειας;» Η κατάσταση αυτή φανερώνει μια αδυναμία τόσο του μακροσυστήματος υγείας όσο και του κράτους πρόνοιας για την επαρκή και κατάλληλη υποστήριξη των ψυχικά

ασθενών μέσω των κατάλληλων μηχανισμών κοινωνικής αρωγής που στηρίζονται σε εθνικές και διεθνείς νομικές υποχρεώσεις.

Ο πέμπτος πληροφορητής λέει: «... είμαι ένα άτομο, και παλεύω για δυο. Ειδικά τώρα με τις μειώσεις μισθών, δεν μπορείτε να φανταστείτε τις δυσκολίες. Τι να σου κάνει ένα βοήθημα όταν είσαι τόσο μόνος;»

Ωστόσο, το οικονομικό ζήτημα για τις οικογένειες αυτές φαίνεται να είναι μικρότερης σημασίας σε σχέση με την ανησυχία για το μέλλον, και τη στενοχώρια για μια χαμένη ζωή, όπως περιγράφει ένας πληροφορητής.

*«Ανησυχώ για το μέλλον του παιδιού μου μετά το θάνατο μου. Περισσότερο για το οικονομικό. Μόνο με αυτό το μικρό επίδομα πως θα τα βγάλει πέρα; Ποιος θα τον φροντίζει όταν φύγουμε από τη ζωή;; Το σκέφτομαι συνέχεια... αυτό είναι το μεγαλύτερό μου άγχος».* (συνέντευξη 4)

*«Είναι σκληρό για ένα γονιό να βλέπει το παιδί του καλά μέχρι τα 16 και μετά να το «χάνει». Από τότε δεν υπάρχει μέρα που να φύγουμε από το σπίτι και το μυαλό μας να μην είναι πίσω στη Γ. Σταμάτησε η ζωή μας να είναι ξέγνοιαστη. Το έχω πάρει απόφαση πια. Μόνο το μέλλον της με αγχώνει. Θα τη φροντίσω μέχρι το τέλος. Παρόλο που καμιά φορά χάνω κι εγώ την υπομονή μου και της φωνάζω. Έχω κι άλλο ένα παιδί όμως και πρέπει να το βοηθήσω. Και ο άντρας μου δεν μπορεί να κάνει πολλά έχει κι αυτός προβλήματα υγείας».* (συνέντευξη 3)

Φάνηκε καθαρά ότι το αίσθημα της αδυναμίας που περιγράφεται από τους φροντιστές, έδωσε την αντίληψη ότι κανείς δεν θα μπορούσε να τους βοηθήσει να βγουν από τη φροντίδα και ότι θα έπρεπε να επιμείνουν με τη φροντίδα τους, και με τα προβλήματα που υπάρχουν καθώς ζουν με αυτούς τους ασθενείς. Ειδικά ο ένας πληροφορητής θέτει το ζήτημα της έλλειψης εξειδικευμένης φροντίδας, και δηλώνει ότι το σύστημα παροχής φροντίδας είναι ανεπαρκές, γιατί ομαδοποιεί τους ασθενείς.

*«Δεν μου αρέσει που είδα ότι στο ψυχιατρείο που νοσηλεύτηκε ο Π. όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζονταν με τον ίδιο τρόπο. Δεν γίνεται κάποια εξειδίκευση*

*ανάλογα με την πάθηση. Ομαδοποιείται η νοσηλεία. Όταν δένουν κάποιο που είναι σε υποτροπή, βιώνει όλο το περιστατικό και αυτός που νοσηλεύεται για κάτι όχι τόσο σοβαρό και επηρεάζεται.»*

## **4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Πριν τη συζήτηση των κύριων αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής και τη διαμόρφωση ασφαλών συμπερασμάτων συζητούνται οι μεθοδολογικές δυσκολίες και οι περιορισμοί της ποιοτικής αυτής μελέτης

### **4.1. Περιορισμοί της μελέτης**

Παρά το γεγονός ότι η μελέτη αυτή προσφέρει μια νέα προσέγγιση στο ζήτημα της επιβάρυνσης των φροντιστών λόγω της ποιοτικής προσέγγισης, υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί που πρέπει να καταγραφούν. Θεωρήθηκε εξ αρχής ότι η πιθανότερη δυσκολία που θα προέκυπτε, θα ήταν η άρνηση κάποιων φροντιστών να μοιραστούν τις προσωπικές τους εμπειρίες. Αυτό οδήγησε σε περιορισμένο αριθμό πληροφορητών, που ενώ προσφέρουν μια σημαντική βοήθεια στην κατανόηση του ρόλου τους, εντούτοις δεν επιτρέπουν την υπεργενίκευση των συμπερασμάτων.

Επιπλέον, μια ακόμη δυσκολία που προέκυψε, ήταν η περιορισμένη σε έκταση βιβλιογραφία και ειδικά η Ελληνική, όσον αφορά τις μελέτες που έχουν διενεργηθεί με περιορισμένη τη χρήση της ποιοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης για το εξεταζόμενο θέμα. Σημαντική δυσκολία επίσης ήταν η έλλειψη επαρκούς χρόνου για τη μελέτη, η οποία εκπονήθηκε σε διάστημα λίγων μηνών, και η έλλειψη πόρων επαρκών για την ευρύτερη διερεύνηση του ζητήματος.

Επιπλέον μόνο ένας κύριος φροντιστής από κάθε οικογένεια που ήταν ο αρχικός φροντιστής και πέρασε το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου με τον ασθενή συμμετείχε στην έρευνα. Θα πρέπει να υπάρχουν διακυμάνσεις στα επίπεδα των προβλημάτων

φροντίδας μεταξύ των φροντιστών λόγω των διαφορών τους στους οικογενειακούς ρόλους και τις αντιλήψεις της φροντίδας.

Τέλος, καθώς η έρευνα έγινε σε έναν συγκεκριμένο επαρχιακό νομό, μπορεί να μην είναι επαρκή τα αποτελέσματα γιατί δεν περιλαμβάνονται φροντιστές από άλλα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα.

## **4.2 Κύρια ευρήματα**

Η μελέτη βοήθησε την εκτίμηση της επιβάρυνσης στους φροντιστές των ασθενών με μείζονες μορφές ψυχικής διαταραχής . Κατά τη διενέργεια της μελέτης διαφορετικά ψυχοκοινωνικά ζητήματα ήρθαν στην επιφάνεια όσον αφορά την παροχή φροντίδας και τις στρατηγικές για να αντιμετωπιστεί το βάρος της παροχής φροντίδας. Θεωρήθηκε σκόπιμο να συζητηθούν οι λεπτότερες ποιοτικές αποχρώσεις που εμπλέκονται στην ρουτίνα αλληλεπίδρασης του φροντιστή με τον ασθενή. Τα στοιχεία αυτά ήταν απαραίτητα για να μαθευτούν περισσότερα σχετικά με την ασθένεια και την εξέλιξή της και την αντίληψη των ανθρώπων (από τα μέλη της οικογένειας, συγγενείς και γείτονες) που ζουν με κάποιον ασθενή και πάσχοντα.

Οι πληροφορητές πιστεύουν ότι ο άρρωστος συγγενής τους, προκάλεσε δυσκολίες και συγκρούσεις στην οικογένεια. Ο συγγενής τους είναι άρρωστος, δεν είναι λογικός, και το βάρος της φροντίδας δεν μοιράζονται ισομερώς από μέλη της οικογένειας. Υπάρχει σοβαρή πίεση μέσα στην οικογένεια, και οι φροντιστές ανέφεραν απώλεια, δηλώνουν ή αφήνουν να εννοηθεί ότι δεν έχουν εξουσία ή έλεγχο, αισθάνονται ότι δεν έχουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας και τους άλλους, και η δική τους υγεία ήταν κακή. Ανέφεραν άγχος, σύγχυση και σύγκρουση. Οι περισσότεροι φροντιστές συνέχισαν να φροντίζουν για τους άρρωστους συγγενείς τους και προσπάθησαν να ελέγξουν τη ζωή τους, ενέργεια η οποία προήλθε από ανησυχία.

Οι φροντιστές ανέφεραν επίσης απώλεια της φυσιολογικής ταυτότητας για τους εαυτούς τους και ζήτησαν έμμεσα και άμεσα υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας. Οι συγγενείς ανταποκρίθηκαν στην ανάγκη φροντίδας των σοβαρά ψυχικά

ασθενών συγγενών τους, σε βαθμό που οι δικές τους συνθήκες ζωής άλλαξαν και οι δυνατότητες της πλήρως ισορροπημένης ζωής τους έμοιαζαν να απειλούνται. Η αγάπη, η συμπόνια, η ανησυχία και η συνείδηση τους έκανε να εκτείνονται πέρα από το όριο. Οι συγγενείς δεν έχουν την ευκαιρία να ξεφύγουν για λίγο από τις ευθύνες τους, όπως οι επαγγελματίες, καθώς όλο το εικοσιτετράωρο πρέπει να ζήσουν με τον ασθενή και συχνά οδηγούνται σε ένα είδος μοναξιάς.

Οι φροντιστές έχουν μια σειρά από ανάγκες υγείας, και ουσιαστικά ζητούν βοήθεια για τη διαχείριση των συναισθημάτων τους (θυμός, κατάθλιψη, φόβος) για το χειρισμό του στρες, τη λήψη αποφάσεων, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, τη μειωμένη προσωπική ζωή και την εξισορρόπηση της εργασίας και της φροντίδας των ασθενών.

Οι συγγενείς χρειάζονται κάποιον που μπορεί να καταλάβει την κατάστασή τους και να τους υποστηρίξει, μεταξύ άλλων, στην αντιμετώπιση των πολλαπλασιαζόμενων απαιτήσεων. Μια νορβηγική μελέτη έδειξε ότι η προηγούμενη αντίληψη συγγενών ήταν ότι θα υπήρχε μεγαλύτερη υποστήριξη και βοήθεια από το προσωπικό υγείας (Tranvåg&Kristoffersen 2008). Αυτό, σε συνδυασμό με τα ανάμεικτα συναισθήματα των συγγενών όσον αφορά τη δική τους κατάσταση δείχνει ότι μπορεί αρχικά να αντιμετωπίζουν την ένταση και το άγχος τους, αλλά υπάρχει μια έντονη ανησυχία για τη μοναξιά που βιώνουν.

Συνολικά, η φροντίδα έχει διαφανεί ως μια δύσκολη και απαιτητική ευθύνη, όπως αντικατοπτρίζεται στη σωματική και συναισθηματική αποστράγγιση, την απώλεια και τις δυσμενείς επιπτώσεις στον τρόπο ζωής και τις κοινωνικές σχέσεις. Η δύσκολη και απαιτητική φύση της φροντίδας για ένα άτομο με ψυχική ασθένεια καθιστά ιδιαίτερα επαχθή την κατάσταση - συναισθηματικά και σωματικά - για τους φροντιστές καθώς πασχίζουν να αντιμετωπίσουν τις γνωστικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις της ασθένειας στο σπίτι.

Μια μετα-ανάλυση 228 μελετών των φροντιστών σε διάφορα περιβάλλοντα, από τους Pinquart και Sorensen (2003a), έδειξε ότι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της επιβάρυνσης των φροντιστών είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς του

αποδέκτη φροντίδας τους. Διαφαίνεται και στην παρούσα μελέτη, ότι το άγχος της φροντίδας έχει αρνητικές συνέπειες στις σχέσεις των φροντιστών με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Αυτή η αγχωτική κατάσταση επιτείνεται εάν αυτά τα μέλη επικρίνουν τους φροντιστές για τον τρόπο με τον οποίο εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους ως φροντιστές, γεγονός που συμβαίνει συνήθως σε αυτές τις περιπτώσεις, μεταξύ των φροντιστών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Pinfold&Corry 2003). Η φροντίδα στην παρούσα μελέτη έχει επίσης δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική υγεία των φροντιστών, καθιστώντας τους πιο ευπαθείς και παίρνει περισσότερο χρόνο για να ανακάμψει από τα επεισόδια κακής υγείας. Το εύρημα αυτό αντιστοιχεί με άλλες εκθέσεις που δείχνουν ότι περίπου ένας στους πέντε φροντιστές αισθάνονται μέτριες έως σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία τους (Pinfold&Corry 2003), και οι φροντιστές των ατόμων με μακροχρόνιες ψυχικές διαταραχές βιώνουν την αύξηση του αριθμού των σωματικών ασθενειών από τους μη-φροντιστές (Smithetal., 2014).

Οι φροντιστές στην παρούσα μελέτη μπορεί να βιώσουν τη θλίψη για την απώλεια του πρώην ανεξάρτητου προσώπου που κάποτε ήξεραν, που αντιπροσωπεύει απώλεια στη ζωή τους, ως κόρη, ή γιο και είναι συνεπής με τα ευρήματα της έρευνας του Wynaden (2007) που δήλωσε ότι η θλίψη για την απώλεια, η απομόνωση και η έλλειψη άτυπη υποστήριξη μπορεί να επεκταθεί σε καταθλιπτικά συναισθήματα (Wynaden 2007). Οι φροντιστές έχουν υψηλότερη συχνότητα προβλημάτων ψυχικής υγείας από τους μη-φροντιστές (Smith 2014 κ.ά.). ειδικότερα, το πρόβλημα της κατάθλιψης στους φροντιστές είναι ευρέως αναγνωρισμένο, με, για παράδειγμα, το 10-83% των φροντιστών των ατόμων με ψυχική διαταραχή να έχει διαγνωστεί με μείζονα κατάθλιψη (Sorensenetal. 2006). Επιπλέον, ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της κατάθλιψης του φροντιστή είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς του αποδέκτη φροντίδας του (Pinquart&Sorensen 2003a).

Η λύπη και κατάθλιψη εκτείνονται επίσης σε αισθήματα ενοχής, λόγω της απώλεια που βιώνουν οι φροντιστές. Τα αισθήματα ενοχής συμβαίνουν επίσης λόγω των χαμένων ευκαιριών να επικοινωνούν και να είναι πιο προσεκτικοί απέναντι στα

άτομα αυτά, σε σχέση με το πώς ήταν στο παρελθόν, πριν από την έναρξη της σοβαρής ψυχικής ασθένειας. Επίσης, μπορούν να αποδοθούν σε ζητήματα αυτοενοχοποίησης, ένα εύρημα που αναφέρεται και από τον McCannetal (2011b) στη μελέτη του για φροντιστές ατόμων με επεισόδια διαταραχής και ψυχώσεις. Είναι σημαντικό, επομένως, ότι κατά την ανάπτυξη ανθεκτικότητας, οι φροντιστές να συμβιβαστούν με την ασυμφωνία ανάμεσα στο παρελθόν και το παρόν τους σε σχέσεις και ρόλους (Byrne 2011 etal.). Η φροντίδα επιβάλλει επίσης μια οικονομική επιβάρυνση για τους φροντιστές στην παρούσα μελέτη. Αυτό είναι ένα σημαντικό εύρημα, διότι οι φροντιστές και άλλα μέλη του νοικοκυριού τους είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν οικονομικές δυσκολίες από ό, τι τα νοικοκυριά με μη-φροντιστές. Η κατάσταση αυτή, με τη σειρά της, έχει ανεπιθύμητες συνέπειες για την ευημερία και την ικανότητα να φροντίζουν τους φροντιστές (McCannetal. 2011b).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επεσήμαναν την παρουσία επιπτώσεων στη ζωή των φροντιστών, όπως φαίνεται από την έκταση της επιβάρυνσης η οποία περιελάμβανε την ψυχολογική δυσφορία και την αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση (η οποία περιελάμβανε την αρνητική εμπειρία φροντίδας από τη στιγμή που φαίνεται να είναι συνώνυμη) .

Στον τομέα της ψυχολογικής δυσφορίας, η απόδειξη ήταν ότι όλοι οι φροντιστές επλήγησαν, ιδιαίτερα, οι φροντιστές που ήταν γυναίκες, ενώ οι γονείς φαίνονται να έχουν μεγαλύτερη απογοήτευση και στενοχώρια, ειδικά καθώς κάποιοι από αυτούς ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία, και είχαν ήδη πρακτικά προβλήματα στη φροντίδα των ασθενών, και έδειχναν μεγάλη αγωνία για το τι θα συμβεί στους ασθενείς – συγγενείς τους στο μέλλον.

Όπως φαίνεται και από την μελέτη, ο ρόλος της φροντίδας έχει ανατεθεί παραδοσιακά στις γυναίκες. Καθώς όλο και περισσότεροι από το ήμισυ των φροντιστών ήταν γυναίκες και οι περισσότεροι από αυτούς είναι μητέρες, είναι σαφές ότι στην περίπτωση ενός άρρωστου παιδιού, ήταν η μητέρα που έφερε την κύρια και μερικές φορές την αποκλειστική ευθύνη για τη φροντίδα. Όπου υπήρχαν άλλα παιδιά, ήταν περισσότερο πιθανό οι κόρες να ήταν πιο υποστηρικτικές της μητέρας και του ασθενούς. Η αυτό-θυσιαστική και πάνω από επιεικής συμπεριφορά

των μητέρων ως φροντιστές προστέθηκε στη δική τους αγωνία. Αυτή η θυσία των αναγκών τους για να φροντίσουν τους ασθενείς τους θα μπορούσε να οδηγήσει σε αυτό-παραμέληση, οι συνέπειες της οποίας θα μπορούσε να είναι η αποδυνάμωση της υγείας που οδηγεί στην ασθένεια (Hobbs 1997).

Τα αντικειμενικά βάρη ήταν σημαντικά, διότι όλοι οι ασθενείς στη μελέτη ζούσαν με τους φροντιστές τους. Υπήρξαν σημαντικές συμφωνίες ότι οι φροντιστές είχαν επιβαρυνθεί από τον απαιτητικό και συχνά μη υποστηριζόμενο ρόλο της φροντίδας. Αντιμετώπισαν περιορισμό στις κοινωνικές τους δραστηριότητες μείωση στο κοινωνικό δίκτυο των δικών τους ανθρώπων (Anderson and Lynch 1984) και παρέμεινε απομονωμένοι στο σπίτι τους, με λίγες κοινωνικές επαφές (MacCarthy 1988). Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι και το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι διαδεδομένο και συνέβαλε και αυτό στην απομόνωση τους (Kuipers et al. 1989).

### **4.3. Συμπεράσματα**

Τα συμπεράσματα που ανέκυψαν από την ερμηνεία των δεδομένων και η ευρύτερη σημασία τους, θα μας βοηθήσουν να διερευνήσουμε τις πιθανές συνδέσεις τους με άλλες υπάρχουσες γνώσεις και προπαντός θα επιβεβαιώσουν ή θα απορρίψουν τα ερευνητικά μας ερωτήματα. Έτσι σύμφωνα με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την ανάλυση των θεματικών αξόνων τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι:

Οι φροντιστές των ασθενών με μείζονες ψυχικές διαταραχές, δυσκολεύονται να διακρίνουν τη σχέση μεταξύ αντικειμενικού φορτίου (οικονομικό κόστος, μείωση της αποδοτικότητας ή και απώλεια της εργασίας, διαταραχή οικογενειακής καθημερινότητας) και υποκειμενικού φορτίου (ανησυχία, κατάθλιψη ή αμηχανία για το κοινωνικό γίνεσθαι). Τα δυναμικά της οικογένειας διαταράσσονται. Τα κύρια συναισθήματα που προκύπτουν έπειτα από τη διάγνωση της νόσου είναι: άρνηση, ενοχή, ντροπή, θυμός, έλλειψη χαράς. Η πίστη στο Θεό είναι ένα στοιχείο που αναφέρθηκε και από τους τρεις φροντιστές ως καταφύγιο τις στιγμές που νιώθουν το βάρος ασήκωτο. Το στίγμα, η κατάθλιψη και το άγχος καταβάλουν τους



φροντιστές ψυχολογικά και δεν απευθύνονται εύκολα σε υπηρεσίες παροχής Πρωτοβάθμιας Υγείας.

Ένα μέρος του δείγματος των ερωτώμενων αισθάνεται κοινωνικό αποκλεισμό και περιθωριοποίηση, χωρίς να το εκφράζει ανοιχτά ή να το παραδέχεται. Αυτό οφείλεται μεταξύ άλλων και στο γεγονός ότι κάποιες φορές, ρόλο στην αντίληψη και κατανόηση του όρου “κοινωνικός αποκλεισμός”, παίζει το μορφωτικό επίπεδο του φροντιστή αλλά και των λοιπών μελών της οικογένειας.

Με την πάροδο των χρόνων επέρχεται πτώση της γενικής λειτουργικότητας των φροντιστών, λόγω της ματαίωσης που υφίστανται από την «παγίωση» της νόσου. Το κοινό αίσθημα που επικρατεί σε όλα τα μέλη της οικογένειας είναι η έλλειψη χαράς. Επιπλέον η κατάσταση ενός ασθενούς που αντιμετωπίζει μείζονα ψυχωσική διαταραχή, άλλοτε επιφέρει θετικές και άλλοτε αρνητικές επιδράσεις στη σχέση μεταξύ των μελών της οικογένειας. Οι πιο κοινές ανησυχίες των συγγενών / φροντιστών σχετικά με το μέλλον του ασθενούς, αφορούν στην ασφάλεια, στη γενική του υγεία και στην οικονομική του κατάσταση.

Άλλο ένα συμπέρασμα που βάση των στοιχείων αποκαλύφθηκε, είναι η δυσαρέσκεια των φροντιστών σχετικά με το ύψος του χρηματικών παροχών που τους δίνεται. Και τέλος επαγωγικά, κοινή πεποίθηση των ερωτώμενων αποτέλεσε, η ανυπαρξία συγκεκριμένης και ουσιαστικής κοινωνικής πολιτικής από την πλευρά του Ελληνικού κράτους, τόσο σε περιφερειακό όσο και σε τοπικό επίπεδο (έλλειψη συλλόγων, ομάδων αυτοβοήθειας).

Η οικογενειακή φροντίδα για άτομα με ψυχική ασθένεια έχει τα πλεονεκτήματά της, όμως έχει πολλαπλά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα και προκλήσεις τόσο για τους οικογενειακούς φροντιστές και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η συγκεκριμένη μελέτη προσπάθησε να διερευνήσει τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην φροντίδα των ασθενών με ψυχικές ασθένειες.

Τα ευρήματα προσφέρουν μια κατεύθυνση για τις παρεμβάσεις στην οικογένεια, που αναγνωρίζει την ανάγκη τόσο των φροντιστών και των ψυχικά πασχόντων

συγγενών τους. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών χρειάζεται μια συνεργατική προσέγγιση, ώστε να μπορούν να επιλυθούν οι ανάγκες του φροντιστή και της οικογένειας γενικότερα. Οι φορείς χάραξης πολιτικής είναι σε καλή θέση για να παρέμβουν στο επίπεδο της οικογένειας, με την ανάπτυξη μηχανισμών που θα επιτρέψουν στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να παρέχουν φροντίδα στο οικογενειακό περιβάλλον και επίσης για να συμβάλλουν στη βελτίωση της παροχής φροντίδας για ασθενείς στο σύστημα υγείας. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας πρέπει να επεκτείνουν τη φροντίδα τους σε επίπεδο οικογένειας, τουλάχιστον να είναι σε θέση να παρέχουν άλλες υπηρεσίες, όπως η συναισθηματική υποστήριξη που είναι εξαιρετικά σημαντική.

## ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### A. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

#### Ξένη Βιβλιογραφία

- Alexander F, Selesnick T. (1966). *THE HISTORY OF PSYCHIATRY*, NEW YORK, HARPER AND ROW.
- Andreasen NC, Black DW. (1991). *Introductory Textbook of Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. (2009). *Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. Health Qual Life Outcomes*, 11, 84.
- Carpentier, N., Lesage, A., Goulet, J., Lalonde, P., & Renaud, M. *Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. Hospital and Community Psychiatry*, 1992, 43(1), 38-43.
- Chou K.R. (2000). *Caregiver Burden: A Concept Analysis*. *Journal of International Paediatric Nursing*, vol 15, no 6 (December).
- Donaldson SI, Sussman S, Dent CW, Severson HH, Stoddard JL. (1999). *Health behavior, quality of work life, and organizational effectiveness in the lumber industry, Health Educ Behav*, 26(4), 579-591.
- Ellenberger R. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York. Basic Books.
- Foucault M. (1965). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the age of Reason*. New York, Pantheon Books.
- Francell, C.G., Conn, V.S., & Gray, D.P. (1988) *Families' perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives. Hospital and Community Psychiatry*, 39(12), 1296-1300.
- Grad, J., and Sainsbury, P. (1968) *The Effects that Patient Have on their Families in a Community Care and a Control Psychiatric Service-A Two Year Follow-Up. British Journal of Psychiatry*, 114, 265-278.

- Greenberg, J.S., Greenley, J.R., & Benedict, P. (1994) *Contributions of persons with serious mental illness to their families. Hospital and Community Psychiatry, 45(5), 475-480.*
- Hatfield A. B., (1981) Families of the mentally ill. Coping and Adaptation,
- Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler K. (1994). *Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States -Results From the National Comorbidity Survey, Arch Gen Psychiatry, 51(1), 8-19.*
- Meijer K, Schene A, Koeter M, Knudsen H, Becker T, Thornicroft G, Vasquez-Barquero JL, Tansella M. (2004). *Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers. Results from the EPSILON multi center study on schizophrenia, Soc Psychiatr Epidemiol, 39, 251-258.*
- Mora G. (1980). *Historical and Theoretical Trends in Psychiatry, in Comprehensive Textbook of Psychiatry/I 11.* Edited by Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, Baltimore/London, Williams and Wilkins, 4-98.
- Mora G. (1985). *History of Psychiatry, in Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV.* Edited by Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore/London. Williams and Wilkins, 2034-2054.
- Östman M. (2004). *Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 608-613.*
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. (1990). *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures, Gerontologist, 30, 583-594.*
- Roick C, Heider D, Toumi M, Angermeyer MC. (2006). *The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis, Acta Psychiatr Scand, 114, 363-374.*
- Sartorius N. (1998). *Stigma: what can psychiatrists do about it?, Lancet, 352(9133), 1058-1059.*

- Schene A ,van Wijngaarden B, Koeter M. (1998). *Family caregiving in schizophrenia: domains and distress, Schizophrenia Bulletin, 24, 609-618.*
- Schene A, Tessler R, Gamache G. (1994). *Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness, Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol, 24, 228-240.*
- Winefield H. R, Harvey E. J. (1994). *Needs of family in chronic schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 20, 557-566.*
- World Health Organization (WHO). (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva: World Health Organization.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. (1980). *Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden, The Gerontologist, 20(6), 649-655.*

## **Ελληνική Βιβλιογραφία**

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτιο Νοσοκομείο. *Οι Ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα. ICD 10/ Κεφάλαιο V.* Χριστοδούλου Ν, Αλεβίζος Β, Μαυρέας Β. (Επιμ.) Εκδ. Βήτα. Αθήνα 1993.
- Δούκα Μ., Παπαδόπουλος Ι. (2008). *Φροντιστές: Μία ξεχασμένη ομάδα του πληθυσμού.* Νέα Υγεία, 61, 12.
- Λιονής Χ. (2003). *Συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας και ο ρόλος του ιατρού γενικής/οικογενειακής ιατρικής: εμπειρίες από την Ελλάδα.* Hellenic Psychiatry General Hospital, 1(1).
- Μάνος Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής.* Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μάνος Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής.* Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτιο Νοσοκομείο. *Οι Ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα. ICD 10/Κεφάλαιο V.* Χριστοδούλου Ν, Αλεβίζος Β, Μαυρέας Β. (Επιμ.) Εκδ. Βήτα. Αθήνα 1993.

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, Γενεύη 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα.
- Τομαράς Β, Μαυρέας Β. (1990). Σχιζοφρένεια και οικογένεια: Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, *Ιατρική*, 57(3), 238-246.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», *Ψυχική Διαταραχή: Πως Να Την Αντιμετωπίσετε*, Αθήνα, 2004.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Έκθεση Για Την Παγκόσμια Υγεία 2001, *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*.
- (ICD-10, World Health Organization, 1993).
- Χαρτοκόλλης Π. (1986). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Αθήνα, Θεμέλιο.

## **B. ΠΗΓΕΣ**

### **Ηλεκτρονικές διευθύνσεις**

- Iatropedia, Ιατρικό άρθρο, διαθέσιμο στο <http://www.iatropedia.gr/articles/read/5633> (προσπελάστηκε το Μάρτιο του 2015)
- Με Ψυχή, διαθέσιμο στο <http://www.me-psyki.gr/melissia> (προσπελάστηκε τον Μάρτιο του 2015)