

Α.Τ.Ε.Ι
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΚΑΝΝΑΒΑΚΗΣ ΕΜ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΜΙΧΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΠΟΛΥΧΡΟΝΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1.2 Συμπτωματολογία

1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1.2.1 Συμβιωτική σχέση

1.2.2 Αποδιοπομπαίος τράγος

1.2.3 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

1.4.1 Ψυχοδυναμική σχολή

1.4.2 Οικογενειακή θεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

2.1.1 Οικογένεια

2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

2.2.1 Δυσλειτουργικότητα στην οικογένεια

2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

2.3.1 «Χρόνια θλίψη»

2.3.2 «Συναισθηματικό φορτίο»

2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΤΟΜΕΑ

2.5 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΥΤΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

5.1.1. Ξενωνες

5.1.2 Ανάδοχες οικογένειες

5.1.3 Σύλλογος οικογενειών σχιζοφρενών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1.1. Ερευνητική στρατηγική

6.1.2 Αξία της μελέτης

6.1.3 Τεχνικές συλλογής δεδομένων

6.1.4 Διαδικασία επιλογής δείγματος

6.1.5 Αντιδράσεις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε

6.1.6 Παρουσίαση δείγματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

7.1.1 Κατάσταση στο σπίτι πριν την διάγνωση της νόσου

7.1.2 Κατάσταση στο σπίτι μετά τη διάγνωση της νόσου

7.1.3 Ποια είναι η κατάσταση τώρα τελευταία

7.1.4 Ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στα μέλη της οικογένειας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην μέχρι τώρα εμπειρία μας σχετικά με το πρόβλημα της σχιζοφρένειας, κυρίως μέσα από τη σχολή και τα μαθήματα που διδαχθήκαμε, έχουμε δει ότι οι ειδικοί ασχολούνται και ψάχνουν τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια αποκτά αιτιολογικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου σε ένα από τα μέλη της (σχιζοφρενιογόνος μητέρα, διπλά μηνύματα κ.τ.λ.). Επίσης, μελετώνται οι συνέπειες που έχει η ασθένεια στον ίδιο τον νοσούντα (κοινωνική απομόνωση, ιδρυματοποίηση κ.τ.λ.).

Μαθαίνοντας στη συνέχεια, πάντα στα πλαίσια της σχολής μας, για το οικογενειακό σύστημα και τις αλληλεπιδράσεις των μελών του, προέκυψε ο εξής προβληματισμός: αν υπάρχουν επιπτώσεις και ποιες είναι αυτές, στην ψυχική και σωματική υγεία των μελών μιας οικογένειας, όταν μέσα σ' αυτήν ζει ένας σχιζοφρενικός ασθενής.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τον υπεύθυνο Καθηγητή και Ψυχίατρο Κ. Κανναβάκη Μανόλη, του οποίου η βοήθεια ήταν πολύτιμη για την διεκπεραίωση και την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, τόσο στο θεωρητικό όσο και στο ερευνητικό μέρος.

Ευχαριστούμε τους υπεύθυνους ψυχιάτρους του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Χανίων, για τη συνεργασία και το ενδιαφέρον που έδειξαν. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την Καθηγήτρια Κ. Ράτσικα Νικολέτα, για τη σημαντική της βοήθεια και καθοδήγηση στην ανάλυση του ερευνητικού μας υλικού.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όσους γονείς και συγγενείς ασθενών δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνά μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια είναι η πιο συχνή και σημαντική διαταραχή της ομάδας των ψυχώσεων. Οι μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι τα σχιζοφρενικά σύνδρομα έχουν περιγραφεί σε όλους τους πολιτισμούς, σε όλες τις φυλές και σε όλες τις πολιτισμικές ομάδες. Το επίπεδο σχιζοφρενικής νοσηρότητας τοποθετείται για τους περισσότερους από τους πληθυσμούς που μελετήθηκαν μεταξύ 0,60 και 0,90%. Πρόκειται για μια πάθηση που συνήθως πρωτοεμφανίζεται σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες (στο 75% των περιπτώσεων εκδηλώνεται μεταξύ 15 και 35 ετών) με ίση συχνότητα στα δυο φύλα.

Αρχικά, αποδόθηκε στην σχιζοφρένεια ο όρος «πρώιμη άνοια»(Μάνος Ν., 1999 σελ.131). Το 1860 ο γάλλος φρενοπαθολόγος Morel διαχώρισε, από την ομάδα ανοιών χωρίς οργανική αιτιολογία, την άνοια που οφείλεται σε οργανικά αίτια και παρατηρείται σε άτομα με νεαρή ηλικία, ονομάζοντας την πρώιμη άνοια.

Ο Emil Kraepelin το 1899 στον όρο πρώιμη άνοια περιέκλειε όλες τις παθολογικές καταστάσεις με βαθιά διατάραξη της συναισθηματικής ζωής και της βούλησης που συνοδεύονταν από προοδευτική αποδιοργάνωση και έκπτωση της προσωπικότητας. Διέκρινε τρεις βασικές μορφές της νόσου. Την ηβηφρενική, την κατατονική και την παρανοειδή. Ως παθογνωμικό στοιχείο τέθηκε η εξελικτική πορεία της αρρώστιας και η πιθανότητα να καταλήξει σε πρόωρο διανοητικό εκφυλισμό.

Ο όρος σχιζοφρένεια (schizophrenia) δόθηκε από τον Eugen Bleuer το 1911 με έμφαση στις διαταραχές του ειρμού των ιδεών και του θυμικού, στην απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα και την καταφυγή στον κόσμο των φαντασιώσεων. Επεσήμανε τέσσερα χαρακτηριστικά φαινόμενα. Την αποσύνθεση ή χάλαση των συνειρμών, το ανάρμοστο ή ακαταλόγιστο συναίσθημα, την αμφιθυμία και τον αυτισμό. Τα χαρακτηριστικά αυτά τα θεώρησε πρωτογενή και οφειλόμενα σε οργανική αιτιολογία.

Έκτοτε, οι περισσότεροι Γάλλοι ψυχίατροι παραμένουν πιστοί στο πρότυπο της σχιζοφρένειας του Bleuer, στο οποίο προστίθενται και άλλες επεξεργασίες. Η κυριότερη είναι η άποψη ότι πρόκειται για χρόνια ψυχική πάθηση. Περιγράφοντας έτσι μια από τις πιθανές εξελίξεις της νόσου και όχι μια νοσηρή κατάσταση οριστικά αναπόφευκτη.

Ο Γάλλος ψυχίατρος Henri Ey όρισε την σχιζοφρένεια ως χρόνια ψύχωση η οποία αλλοιώνει βαθύτατα την προσωπικότητα (Μάνος Ν., 1999 σελ. 131). Εκδηλώνει την τάση του ατόμου να διακόψει την οικοδόμηση του κόσμου του μέσω της επικοινωνίας με τους άλλους για να χαθεί τελικά μέσα στην αυτιστική σκέψη, δηλαδή μέσα στο χάος των φαντασιώσεων του.

Αναλυτικότερα ο όρος σχιζοφρένεια αποτελείται από την σύνθεση των λέξεων "σχίζειν", που περιγράφει διάσχιση και την λέξη "φρην", που αναφέρεται στον εγκέφαλο-νου. Οι Lempriere, Feline και οι συνεργάτες τους περιγράφουν την σχιζοφρένεια σαν μια δομική ρωγμή που προκύπτει από την ψυχωτική επεξεργασία και επιφέρει διάρρηξη, αποδιάθρωση και αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Προσβάλλει τομείς της ψυχονοητικής ζωής και των διαπροσωπικών σχέσεων, όπως της νοημοσύνης, του θυμικού και της ψυχοκινητικής δραστηριότητας.

Με γνώμονα αυτή την εκπωτική διαδικασία μπορούμε να διακρίνουμε ένα σύνολο κλινικών συνδρόμων, με κοινή αιτιολογία και συμπτωματολογία. Μπορούμε να πούμε πως δεν υπάρχει μια ενιαία οντότητα "σχιζοφρένεια" αλλά σχιζοφρενείς ασθενείς με συμπτώματα διαφορετικά μεταξύ τους (Μάνος Ν., 1999 σελ. 131).

Στα χρόνια που ακολούθησαν ως και σήμερα γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης περιγραφικών συστημάτων που βασίζονται σε στατιστικά επεξεργασμένα κριτήρια και στοχεύουν σε μια πιο αξιόπιστη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

1.1.2 Συμπτωματολογία

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας. Ποικίλουν ανάλογα με την σοβαρότητα,

την εξελικτική φάση αλλά και τις προσωπικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η διαταραχή(Χαρτοκόλης Π., 1986 σελ. 140).

Τα συμπτώματα χωρίζονται σε θετικά και αρνητικά. Τα θετικά συμπτώματα είναι αυτά που δεν συναντώνται σε φυσιολογικές καταστάσεις και περιλαμβάνουν τις διαταραχές στην σκέψη, τις ψευδαισθήσεις, την αλλόκοτη συμπεριφορά και τις παραληρητικές ιδέες. Τα αρνητικά συμπτώματα υπάρχουν σε φυσιολογικές καταστάσεις, αλλά απουσιάζουν σε ασθενείς με σχιζοφρενική συμπτωματολογία. Περιλαμβάνουν την συναισθηματική άμβλυνση, την ένδεια της ομιλίας ή του περιεχομένου του λόγου, την απάθεια, την παραμέληση της υγιεινής του σώματος, την κοινωνική απόσυρση, την ανηδονία (Χαρτοκόλης Π., 1986).

1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή

Ο Barker(Barker P., 1992) αναφέρει ότι η αιτιοκρατική υπόθεση της επίδρασης της προσωπικότητας της μητέρας στην ανάπτυξη των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων στο παιδί της, η οποία κυριαρχούσε ως τη δεκαετία του '50 αποδείχτηκε μη επαρκής στην κατανόηση και τη μελέτη της διαταραχής. Έτσι αναπτύχθηκαν θεωρίες, οι οποίες πρότειναν τις μη φυσιολογικές οικογενειακές σχέσεις ως αιτιολογικό παράγοντα στην εμφάνιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Οι θεωρίες αυτές εμφανίστηκαν κυρίως στη δεκαετία του '50 και '60 και επικράτησαν για πολλά χρόνια ιδιαίτερα στη χρονική περίοδο μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο, αποτελώντας το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και οικογενειακών θεραπειών.

1.2.1 Η συμβιωτική σχέση

Λόγω της ευρύτατης διάδοσης του ψυχαναλυτικού μοντέλου, η συμβιωτική σχέση μητέρας - παιδιού αποτέλεσε μία από τις πρώτες προσεγγίσεις για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια.

Ειδικότερα ο Lewis Hill (Foudrain J., 1978) απέδωσε την αιτιολογία της σχιζοφρένειας στη συμβιωτική σχέση μητέρας-παιδιού, η οποία αποτελεί μία φυσιολογική σχέση που εάν όμως δεν τερματισθεί έγκαιρα, έχει ως συνέπεια την παθολογική οργάνωση της προσωπικότητας του ατόμου. Ο Beckett και οι συνεργάτες του (Foudrain J., 1978) μελέτησαν τη μόνιμη αναστολή της διαφοροποίησης του "Εγώ" στην ανάπτυξη των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ενώ ο Brody, περιέγραψε το πλέγμα των ναρκισσιστικών σχέσεων, στις οποίες οι γονείς αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους σαν τμήματα του δικού τους εαυτού που προβάλλονται προς τα έξω (Foudrain J., 1978).

1.2.2 Ο αποδιοπομπαίος τράγος

Οι Vogel και Bell (Vogel E.F. & Bell N.W., 1978), λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση της αλληλεπίδρασης των γονέων στην ανάπτυξη της ψυχικής διαταραχής στο παιδί, εξέτασαν το φαινόμενο του "αποδιοπομπαίου τράγου" στην οικογένεια θεωρώντας το συναισθηματικά διαταραγμένο παιδί ως έκφραση ορισμένων τυπικών συγκρούσεων μεταξύ των γονέων.

Ο στιγματισμός ενός μέλους της οικογένειας επιτελεί μια πολύ σημαντική λειτουργία για την εξασφάλιση της ενότητας και της αλληλεγγύης στην οικογένεια. Οι αιτίες των συγκρούσεων των γονέων είναι πολλές: τα προσωπικά προβλήματα τους, οι σχέσεις τους με τους δικούς τους γονείς ή την ευρύτερη κοινότητα κ.α.

Όταν οι εντάσεις μεταξύ των γονέων είναι τόσο ισχυρές που πρέπει να εκτονωθούν, επιλέγουν ένα αντικείμενο, το οποίο συμβολίζει τις συγκρούσεις τους και μειώνει την ένταση αυτή. Το παιδί αποτελεί το κατάλληλο αντικείμενο, καθώς βρίσκεται

σε μειονεκτική θέση σε σχέση με τους γονείς, σε εξάρτηση από αυτούς και εξαναγκάζεται να αναλάβει τον ιδιαίτερο ρόλο που του αποδίδει η οικογένεια, καθώς η προσωπικότητα του είναι ακόμα εύπλαστη.

Η απόδοση του ρόλου του αποδιοπομπαίου τράγου στο παιδί προϋποθέτει την ενίσχυση της διαταραγμένης συμπεριφοράς του με αντιφατικό τρόπο. Οι γονείς συνήθως απειλούν ότι θα τιμωρήσουν το παιδί, αλλά το αναβάλουν, ενώ παράλληλα το ενθαρρύνουν να συνεχίσει τη συμπεριφορά που αποδοκιμάζουν, είτε αντιμετωπίζοντας το σύμπτωμα του με αδιαφορία είτε με υπερβολικό ενδιαφέρον, γεγονός από το οποίο το παιδί αποκόμιζε δευτερογενή οφέλη.

Άλλες φορές πάλι οι γονείς έχουν αντιφατικές στάσεις προς το παιδί, καθώς ο ένας γονέας ενισχύει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά και ο άλλος την αντίθετη της ή προσπαθεί να την επιβάλλει με την εξάσκηση βίας και επιθετικότητας.

Το κυνήγι του αποδιοπομπαίου τράγου έχει σκοπό τον έλεγχο σημαντικών πηγών εντάσεων και την μείωση των συναισθηματικών συγκρούσεων και τη λειτουργία της διατήρησης του αισθήματος της ενότητας στην οικογένεια. Η αντιμετώπιση όμως ενός παιδιού ως αποδιοπομπαίου τράγου έχει επικίνδυνες συνέπειες για την ψυχολογική του ανάπτυξη. Το παιδί ενώ έχει τον επιθυμητό για την οικογένεια ρόλο, του αποδιοπομπαίου τράγου, αυτό έρχεται σε αντίθεση με την επιθυμία της οικογένειας να ταυτιστεί μαζί του, καθώς αποτελεί τον εκπρόσωπο της οικογενείας στον έξω κόσμο.

Η εξέλιξη της συναισθηματικής διαταραχής είναι ακριβώς μέρος της διαδικασίας, κατά την οποία το παιδί εσωτερικεύει τις αντιφατικές επιθυμίες των γονέων του, οι οποίες του προκαλούν σύγχυση (Vogel E.F. & Bell N.W., 1978).

1.2.3 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Διάφορες έρευνες έχουν επισημάνει ότι οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την πορεία των ψυχιατρικών διαταραχών. Στους κοινωνικούς παράγοντες αναφέρονται το φύλο, η φυλή, το έθνος, η κοινωνικοοικονομική θέση, η ανεργία, η μετανάστευση, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, οι αντιξοότητες της ζωής και η έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος.

Ο Devereux στην κοινωνιολογική του προσέγγιση για την σχιζοφρένεια αναφέρει ότι την ανάπτυξη της, την προκαλούν ορισμένα "σχιζοειδικά" γνωρίσματα του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού όπως η απόσυρση και η επιφυλακτικότητα, η υπερδραστηριότητα, η απουσία συναισθηματικής εμπλοκής στην σεξουαλική ζωή κ.α. Κοινωνίες που έχουν υπαχθεί σε μια βίαιη διαδικασία πολιτισμικοποίησης έχουν αυξημένα ποσοστά σχιζοφρενών, σε αντίθεση με κοινωνίες που απέμειναν αυθεντικά πρωτόγονες(Τσαλίκου- Κωστοπούλου Φ., 1984).

Μελέτες των Tooth-Hollowell αμφισβητούν τον συσχετισμό ανάμεσα στις ιδιαιτερότητες της κουλτούρας και τη σχιζοφρένεια και υποστηρίζουν την οικουμενικότητα της ψυχικής διαταραχής(Τσαλίκου- Κωστοπούλου Φ., 1984).

Ανθρωπολογικές έρευνες των Mead, Benedict, Jackson, επισημαίνουν ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να εκδηλωθεί τόσο σε πολιτισμένους και τεχνολογικά εξελιγμένους λαούς όσο και σε λαούς πρωτόγονους και απομονωμένους από τις εξωτερικές επιδράσεις (Τσαλίκου- Κωστοπούλου Φ., 1984).

Επιβαρυντικοί θεωρούνται και οι οικονομικοί παράγοντες. Οι πρόσθετες αποστερήσεις καταπιέσεις και συγκρούσεις που σχετίζονται με τις οικονομικά ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις, δημιουργούν ένα πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, όπως η σχιζοφρένεια. Η διεξοδική έρευνα των Hollingshead και Redlich ανακαλύπτει εννεαπλάσια συχνότητα της σχιζοφρένειας στις κατώτατες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, σε σχέση με τις ανώτερες. Η έρευνα αυτή καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, ο μεγάλος αριθμός ψυχώσεων στις κατώτατες κοινωνικοοικονομικές τάξεις είναι το αποτέλεσμα των ιδιαίτερα παθογόνων συνθηκών ζωής που επικρατούν σε αυτές.

1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόγνωση και την θεραπεία της νόσου. Για το λόγο αυτό γίνονται προσπάθειες να καθοριστούν αυστηρά παθογνωμικά συμπτώματα και να ταξινομηθούν σε ομάδες ώστε να διευκολύνεται η διάγνωση.

Στην ICD-10(ICD-10, 1997) περιλαμβάνεται μια λίστα θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων και οδηγίες οι οποίες διευκολύνουν τον ψυχίατρο. Η διάγνωση βασίζεται

στην παρουσία τυπικών παραληρητικών ιδεών ψευδαισθήσεων ή άλλων συμπτωμάτων τα οποία έχουν διάρκεια τουλάχιστον ενός μήνα. Εάν τα τυπικά συμπτώματα επιμένουν η διαταραχή μπορεί να χαρακτηριστεί ως σχιζοφρένεια. Το αναλυτικό ψυχιατρικό ιστορικό μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη πρόδρομων συμπτωμάτων και διευκολύνει τη διάγνωση. Το DSM-IV περιλαμβάνει τα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας για την σχιζοφρένεια. Στο DSM-IV για τεθεί διάγνωση θεωρεί αναγκαία την ύπαρξη συμπτωμάτων για τουλάχιστον έξι μήνες. Σύμφωνα με την κλινική εικόνα στο DSM-IV περιγράφονται διάφοροι τύποι σχιζοφρένειας(Χριστοδούλου Γ.Ν.και συν. 2000).

Παρανοειδής. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία παραληρητικών ιδεών μεγαλομανιακού ή καταδιωκτικού τύπου. Οι ασθενείς αυτού του τύπου, είναι καχύποπτοι, επιφυλακτικοί και ορισμένες φορές εκδηλώνουν ανεπάρκεια στις κοινωνικές καταστάσεις. Η έναρξη της νόσου εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία και αυτό ευνοεί την μετέπειτα πορεία. Οι παρανοϊκή ασθενείς παρουσιάζουν μικρότερη παλινδρόμηση των νοητικών λειτουργιών, των συναισθηματικών αντιδράσεων και γενικά της συμπεριφοράς τους.

Αποδιοργανωμένος τύπος. Περιγράφεται και ως ηβηφρενικός γιατί η έναρξη της ασθένειας προσδιορίζεται πριν τα 25 χρόνια. Παρουσιάζουν βαθιά διαταραχή στη σκέψη, τον λόγο και την επαφή με την πραγματικότητα. Το συναίσθημα τους χαρακτηρίζεται από απροσφορότητα και η κοινωνική τους συμπεριφορά είναι αποδιοργανωμένη.

Κατατονικός τύπος. Εμφανίζει διαταραχή στις ψυχοκινητικές λειτουργίες. Ο ασθενής μπορεί να παραμένει για πολύ ακίνητος στην ίδια θέση, να εμφανίζει δυσκαμψία, κηρώδη ευκαμψία, αλαλία ή να παρουσιάζει γρήγορες εναλλαγές ανάμεσα στην διέγερση και την εμβροντησία.

Αδιαφοροποίητος τύπος. Αναφέρεται σε σχιζοφρενείς ασθενείς, που δεν μπορούν να ταξινομηθούν σε έναν από τους προηγούμενους τύπους.

Υπολειμματικός τύπος. Χαρακτηρίζεται από παρουσία ενδείξεων σχιζοφρενής διαταραχής, ενώ απουσιάζουν συμπτώματα που να πληρούν τα κριτήρια ενός συγκεκριμένου τύπου σχιζοφρένειας.

1.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

1.4.1 Ψυχοδυναμική σχολή

Η ψυχοδυναμική σχολή προτείνει την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία ως την πιο κατάλληλη σε άτομα που παρουσιάζουν ψυχωτική συμπτωματολογία. Η αναλυτική αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία δεν ενδείκνυται. Η Williams (Mc Williams N., 2000) αναφέρει ότι οι σημαντικοί παράγοντες στη υποστηρικτική ψυχοθεραπεία του σχιζοφρενούς είναι η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς που θα εμπεριέχει την ανάπτυξη εμπιστοσύνης.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να αποδείξει ότι είναι άτομο άξιο εμπιστοσύνης εάν αντιμετωπίζει τον ασθενή του με σεβασμό και του εκφράζει ότι τον αποδέχεται σαν ένα ισότιμο προς αυτόν άτομο. Ο θεραπευτής θα πρέπει να συμπεριφέρεται στον ασθενή με απόλυτη ειλικρίνεια. Ο ασθενής με ψυχωτικά συμπτώματα αντιλαμβάνεται την συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο θεραπευτής. Η συναισθηματική αποκάλυψη του θεραπευτή τους βοηθά να μην υποφέρουν από τις τρομαχτικές φαντασιώσεις τους.

Ο θεραπευτής φροντίζει να κατευνάσει τους φόβους του ασθενή με την παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών και του εξηγεί με σαφήνεια τον τρόπο και τον σκοπό της θεραπείας για να μην υπάρξουν παρερμηνείες.

Εκπαιδεύει τον ασθενή σε τρόπους επίλυσης των προβλημάτων του. Μπορεί να προσφέρει πρακτικές συμβουλές ή να εκδηλώνει την συμπάρασταση του όταν προκύπτουν δύσκολα ζητήματα. Μπορεί να τον κατευθύνει δίνοντας του την

διαβεβαίωση ότι "θα είναι εκεί εάν ο ασθενής για την πράξη στην οποία καθοδηγήθηκε από τον θεραπευτή συναντήσει δυσκολίες."(Mc Williams N., 2000).

Επίσης ο θεραπευτής θα πρέπει να αποδέχεται το πλαίσιο αναφοράς του ασθενή χωρίς να φαίνεται να επιδοκιμάζει τις διαστρεβλώσεις της πραγματικότητας, δεν εκφράζει δηλαδή την συμφωνία του με τις ερμηνείες που δίνει ο ασθενής στα γεγονότα, ούτε όμως και τις απορρίπτει γιατί μπορεί να τραυματίσει την υπερηφάνεια του πελάτη του. Συζητώντας με τον πελάτη για τις ανάγκες του τον βοηθά να συνειδητοποιήσει τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν βοηθώντας τον με αυτό τον τρόπο να επαναπροσανατολίζεται στην πραγματικότητα(Mc Williams N., 2000).

1.4.2 Οικογενειακή θεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία είναι η νεώτερη ψυχοθεραπευτική τεχνική που κατ'εξοχήν ασκείται στην κοινοτική ψυχική υγιεινή από ειδικά εκπαιδευμένα μέλη. Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας (νεύρωση-σχιζοφρένεια) και δεν έχει ένα συγκεκριμένο μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης, αλλά περισσότερα, που προέρχονται από τις διάφορες θεωρίες γύρω από την ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια και την θεραπεία της.

Στην οικογενειακή θεραπεία θεωρείται πως η οικογένεια είναι ο "άρρωστος" ως σύνολο. Οι βασικές προσεγγίσεις έχουν ψυχοδυναμικό, συστηματικό, δομικό ή αναπτυξιακό χαρακτήρα. Οι τεχνικές της παρέμβασης ποικίλουν, όλες όμως απαιτούν από τον θεραπευτή ενεργητική στάση.

Η κάθε συνεδρία διαρκεί από 45 λεπτά ή και περισσότερο, ενώ η συχνότητα των συνεδριών είναι συνήθως μια ή δύο φορές την εβδομάδα και φθάνει από 20 ως και 50 συνεδρίες. Οι ενδείξεις για την θεραπεία της οικογένειας προέρχονται από την θέση ότι κάθε ατομική αλλαγή στη συμπεριφορά, απαιτεί αλλαγή στην συμπεριφορά των μελών της οικογένειας.

Σύμφωνα με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, η παθολογική συμπεριφορά ενός ατόμου δεν θεωρείται υπόθεση ατομική αλλά αποτέλεσμα των διεργασιών και αλληλεπιδράσεων του πλαισίου στο οποίο το άτομο ανήκει και ιδιαίτερα ενός

δυσλειτουργικού οικογενειακού συστήματος. Για το λόγο αυτό, στόχος της θεραπείας δεν είναι η αλλαγή στο άτομο αλλά στον τρόπο που σκέπτονται και επικοινωνούν τα μέλη της οικογένειας και στις σχέσεις όπως διαμορφώνονται από την μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Η αλλαγή που προκύπτει στον τρόπο επικοινωνίας και τις μεταξύ τους σχέσεις επιφέρει αλλαγή και στο άτομο το οποίο εμφανίζει το πρόβλημα.

Η παθολογική συμπεριφορά του ατόμου θεωρείται σύμπτωμα το οποίο εξυπηρετεί την λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Για τον λόγο αυτό κατά την οικογενειακή θεραπεία δεν εξετάζεται το σύμπτωμα, αλλά οι διεργασίες στην οικογένεια οι οποίες καθιστούν απαραίτητη την παρουσία του. Το σύμπτωμα ή η παθολογική συμπεριφορά είναι αναγκαία για την διατήρηση και την λειτουργία του συγκεκριμένου συστήματος και λειτουργεί σαν ομοιοστατικός μηχανισμός που παρεμποδίζει το σύστημα να οδηγηθεί στην αλλαγή(Παπαδιώτη –Αθανασίου Β., 2000).

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας σύμφωνα με τον Bateson αποδίδεται σε ένα ασυνήθιστο, παράδοξο τρόπο επικοινωνίας στο περιβάλλον του ασθενούς. «Παράδοξη επικοινωνία υπάρχει όταν το μήνυμα που μεταδίδεται σε ένα πρώτο επίπεδο αναιρείται από ένα συνεχόμενο μήνυμα το οποίο δίνεται σε ένα άλλο επίπεδο, με αποτέλεσμα να υπάρχει λογική αντίφαση»(Παπαδιώτη –Αθανασίου Β., 2000). Στην οικογένεια του σχιζοφρενούς μεταδίδονται τέτοια αντιφατικά μηνύματα τα οποία σχετίζονται κυρίως με το συναίσθημα.

Κατά την θεραπεία το θεωρητικό μοντέλο προσαρμόζεται στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της κάθε οικογένειας του σχιζοφρενούς μεταδίδονται τέτοια αντιφατικά μηνύματα τα οποία σχετίζονται κυρίως με το συναίσθημα.

Κατά την θεραπεία το θεωρητικό μοντέλο προσαρμόζεται στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της κάθε οικογένειας. Η οικογένεια αποτελεί την κύρια πηγή φροντίδας και υποστήριξης του αρρώστου για τον λόγο αυτό και οι παράγοντες ζωής στο οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζουν την πορεία και την εξέλιξη της νόσου.

Η οικογένεια επιβαρύνεται από την διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου και αυτό το εκφράζει με άγχος, ένταση και επικριτική διάθεση, ενοχή και κατάθλιψη. Η εμπλοκή της οικογένειας και η ενεργός συμμετοχή της στην θεραπευτική διαδικασία θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Η οικογενειακή θεραπεία αφού συμπεριλαμβάνει τις

απόψεις όλων των μελών για το τι θεωρούν πρόβλημα στο παρόν και τι προσδοκίες υπάρχουν για την θεραπεία, αξιοποιεί τεχνικές όπως αυτή της αναπλαισίωσης, της οριοθέτησης και της αποτριγωνοποίησης.

Ερευνά και λειτουργεί διορθωτικά εάν διαπιστώνονται παθολογικοί τρόποι επικοινωνίας. Ενθαρρύνει την αλλαγή αναγνωρίζοντας τα θετικά στοιχεία της οικογενείας, αλλά και του κάθε μέλους χωριστά. Ερευνά τις ανάγκες του οικογενειακού συστήματος, που ευνοούν και διατηρούν την ύπαρξη συμπτωμάτων και συντηρούν την ασθένεια.

Μια διαφορετική προσέγγιση για την οικογενειακή θεραπεία είναι εκείνη της συμπεριφοριστικής θεωρίας.

Στην οικογενειακή θεωρία της συμπεριφοράς το ενδιαφέρον αρχικά στρέφεται στην δημιουργία ενός υποστηρικτικού πλαισίου το οποίο θα ευνοεί την θεραπευτική συμμαχία. Τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται για να μοιραστούν τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ελπίδες τους, γύρω από την αρρώστια.

Κατά την εκτίμηση της οικογενείας ερευνώνται η επιβάρυνση και η ένταση στο οικογενειακό σχήμα, οι ικανότητες επίλυσης των προβλημάτων, ο τρόπος επικοινωνίας και οι ενδοοικογενειακές σχέσεις. Οι στόχοι που τίθεται στην θεραπεία είναι να ενισχυθεί η οικογένεια, για να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της στην επίλυση των προβληματικών συμπεριφορών, αλλά και να βοηθηθεί κάθε μέλος της οικογενείας, να αντιμετωπίζει το άγχος του και να μπορεί να επιτυγχάνει προσωπικούς του στόχους.

Μετά την διαγνωστική εκτίμηση από τον θεραπευτή, διαμορφώνεται ένα θεραπευτικό πρόγραμμα προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της οικογένειας. κατά την θεραπεία χρησιμοποιούνται βασικές τεχνικές που στηρίζονται στις θεωρίες της μάθησης, αλλά και ένας συνδυασμός από τεχνικές άλλων θεωρητικών σχολών όπως γνωσιακά στοιχεία, τεχνικές στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, έκθεση στο φοβογόνο αντικείμενο, το παίξιμο των ρόλων, το ψυχόδραμα.

Η συμπεριφοριστική θεραπεία δεν αντιτίθεται στην φαρμακοθεραπεία του σχιζοφρενούς αντίθετα την θεωρεί απαραίτητη για την συμμετοχή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η θεραπεία περιλαμβάνει ατομικές συναντήσεις αλλά και συγκεντρώσεις στις οποίες συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογενείας.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει την εκπαίδευση της οικογένειας για την σχιζοφρένεια. Θεωρείται σημαντικό να τους δώσει να κατανοήσουν την αρρώστια, τους παράγοντες που συμβάλουν θετικά ή αρνητικά σε αυτήν, αλλά και την λογική για την θεραπεία. Ο ασθενής μπορεί να βοηθήσει εάν μοιρασθεί με την οικογένεια την εμπειρία του για την αρρώστια.

Με την εκπαίδευση, αποκαλύπτονται και διορθώνονται παρανοήσεις γύρω από την σχιζοφρένεια και μειώνονται οι εξωπραγματικές προσδοκίες της οικογένειας για την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων και την καλή λειτουργικότητα του αρρώστου σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνούν τα μέλη της οικογένειας θεωρείται ότι έχει μεγάλη επίδραση στην πορεία της ψυχικής αρρώστιας. Η οικογένεια εκπαιδεύεται σε αλλαγές του τρόπου με τον οποίο επικοινωνεί. Μαθαίνει να εκφράζει σκέψεις θετικά ή αρνητικά συναισθήματα και να ακούει προσεκτικά τα άλλα μέλη. Η καλύτερη επικοινωνία μειώνει το άγχος και οδηγεί σε πιο αποτελεσματικούς τρόπους επίλυσης των προβλημάτων.

Χρησιμοποιούνται τεχνικές από τις θεωρίες μάθησης. Σύμφωνα με το διδακτικό μοντέλο ο θεραπευτής θεωρείται δάσκαλος που εκπαιδεύει σε νέες δεξιότητες. Δίνει έμφαση στην θετική ενίσχυση επιθυμητών συμπεριφορών, την εκμάθηση αντιμετώπισης του άγχους, την οριοθέτηση, την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

Ο ασθενής χρειάζεται εξατομίκευση της θεραπευτικής του μεταχείρισης. Η ποικιλομορφία των ψυχωτικών συμπτωμάτων αλλά και η ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενούς θα πρέπει να διαμορφώνουν το θεραπευτικό πλάνο, ως προς τη φαρμακευτική αγωγή αλλά και την ψυχοθεραπεία. Η κάθε ψυχοθεραπευτική σχολή χρησιμοποιεί τις τεχνικές που είναι βοηθητικές στον σχιζοφρενικό ασθενή. Πολλές θεραπείες περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό χειρισμών από διαφορετικές σχολές όπως γνωσιακής συμπεριφοράς, ψυχοδυναμικής, οικογενειακής θεραπείας, θεωρώντας ότι η σύνθεση αυξάνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η υποστηρικτική καθοδηγητική θεραπεία θεωρείται περισσότερο κατάλληλη σε άτομα με ψυχωτικά συμπτώματα. Κοινός στις διάφορες προσεγγίσεις είναι και ο εκπαιδευτικός ρόλος του θεραπευτή. Η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει τρόπους αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων, επίλυσης των καθημερινών

προβλημάτων με αναζήτηση των εναλλακτικών λύσεων. Η μείωση του άγχους ευνοεί στην ύφεση των συμπτωμάτων, την καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή και κάνει πιο αποδοτική την ψυχοθεραπεία. Σημαντικές θεωρούνται οι γνώσεις που θα δοθούν από τον θεραπευτή σχετικά με την ασθένεια, όπως οι λόγοι για την φαρμακοθεραπεία, οι παρενέργειες των φαρμάκων, η αναγνώριση από τον ασθενή των συμπτωμάτων, σε περίοδο υποτροπών και η αναγκαιότητα της συνεργασίας με το γιατρό.

Οι περισσότερες θεωρητικές σχολές τείνουν να συμπεριλαμβάνουν στην θεραπεία του και το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενούς. Η οικογένεια θεωρείται σημαντική ως προς τη βοήθεια που προσφέρει στον ασθενή. Ο τρόπος που διαμορφώνονται οι σχέσεις, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνούν τα μέλη της οικογένειας ή εκφράζουν το συναίσθημα τους, θεωρείται σημαντικός για την έκβαση της θεραπευτικής πορείας του ασθενούς.

Ο θεραπευτής δεν κατηγορεί την οικογένεια θεωρώντας την υπαίτια για την ασθένεια, αντίθετα, αναγνωρίζει το βάρος που φέρει από τη φροντίδα του ασθενή και τα συναισθήματα ενοχών, θυμού, κούρασης ή απογοήτευσης που μπορεί να βιώνει. Στόχοι της θεραπείας είναι η εκπαίδευση της οικογένειας για την ασθένεια και τις εκδηλώσεις των συμπτωμάτων, οι ρεαλιστικές προσδοκίες για βελτίωση, η κατανόηση των αναγκών του ασθενή, η μείωση της έντασης και η βελτίωση της επικοινωνίας. Τα μέλη της οικογένειας εκπαιδεύονται να συνεισφέρουν με εποικοδομητικό τρόπο στην επίλυση των προβλημάτων του ασθενή, αλλά και τα προβλήματα που κάθε μέλος αντιμετωπίζει σε προσωπικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Εισαγωγή

Αρχικά, οι μελέτες γύρω από το θέμα «Σχιζοφρένεια», επικεντρώνονταν στον αιτιολογικό ρόλο της οικογένειας στη δημιουργία της ψυχικής ασθένειας. Τώρα τελευταία γίνεται μια προσπάθεια να προσεγγιστούν οι επιπτώσεις στην οικογένεια, από την παρουσία ενός σχιζοφρενικού μέλους σε αυτήν. Η άποψη που άρχισε να διαμορφώνεται είναι ότι δεν αποτελεί μόνο η συναισθηματική έκφραση, η συμπεριφορά και οι στάσεις της οικογένειας στρεσογόνο παράγοντα για τον ασθενή, αλλά και οι στάσεις και η συμπεριφορά του ίδιου του ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα, μπορούν να έχουν επίδραση στην οικογένεια(Νέστορος Ι.Ν., 2000).

Το ότι στο σύστημα της οικογένειας τα μέλη της υπόκεινται σε αλληλεπιδράσεις υποστηρίζεται και από τη Συστημική θεωρία όπου, η συμπεριφορά ενός μέλους γίνεται ερέθισμα για την συμπεριφορά των άλλων μελών της οικογένειας(Ζαφείρης Α.Γ. Ζαφείρη Ε.Α. Μουζακίτης Χ.Μ., 1999 σελ. 73).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η οικογένεια είναι οργανωμένη σαν μία ολότητα όπου τα μέλη της βρίσκονται σε μια σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης. Συνεπώς, αν ένα μέλος της πάσχει, τότε πάσχει όλο το σύστημα. Εξετάζοντας λοιπόν τη διαπροσωπική λειτουργία ενός συστήματος, συχνά μαθαίνουμε πως το σύμπτωμα διευθύνει όλη την οικογένεια. Με βάση αυτό είναι δυνατόν να προκληθούν νευρωτικά, ψυχολογικά ή ψυχοσωματικά προβλήματα. Βάση των παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε πως η παρουσία ενός μέλους με σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να επιφέρει ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στην οικογένεια.

Οι επιπτώσεις στη ζωή της οικογένειας με την παρουσία ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα αναφέρονται στην βιβλιογραφία με τον όρο «επιβάρυνση» (Burden).

2.1.1 Οικογένεια

Οικογένεια είναι ένας ιστορικά εξελισσόμενος θεσμός, που χαρακτηρίζεται από την οργάνωση της κοινής ζωής δύο ή περισσότερων ατόμων, της οποίας τα μέλη καθορίζονται μέσω του γάμου ή της γέννησης. Κάθε οικογένεια έχει τους δικούς της κανόνες. Αυτοί οι κανόνες διαφαίνονται μέσω των ρόλων που το κάθε μέλος έχει αναλάβει, τις αλληλεπιδράσεις των μελών και τις επιλογές των τρόπων επίλυσης των οικογενειακών συγκρούσεων. Ο κύκλος ζωής και τα στάδια ανάπτυξης της οικογένειας, διαμορφώνονται και επηρεάζονται συνεχώς από τους κανόνες κάθε οικογένειας και τα πρότυπα αλληλεπιδράσεων των μελών της.

Η οικογένεια, είναι ένα σύστημα ψυχοκοινωνικό, το οποίο το καθένα ξεχωριστά, έχει τους δικούς του κανόνες, τους δικούς του στόχους, αλληλεπιδράσεις, δυναμικές σχέσεις και διεργασίες αλληλεξάρτησης. Σαν αποτέλεσμα, το οικογενειακό σύστημα αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία ανθρώπινων προβλημάτων και συμπεριφορών, την αιτία των συμπτωμάτων και παράλληλα, το υπόβαθρο για τις λύσεις των δυσπροσαρμοστικών καταστάσεων.

Σύμφωνα με τη Συστημική θεωρία η οικογένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια οργανωμένη οντότητα, που συνιστά κάτι μεγαλύτερο από το άθροισμα των στοιχείων που την απαρτίζουν. Οι σχέσεις των μελών της οικογένειας μάλιστα είναι πολύ πιο

ισχυρές από τη δύναμη που κατέχει το κάθε μέλος της ξεχωριστά (Ζαφείρης Α.Γ. Ζαφείρη Ε.Α. Μουζακίτης Χ.Μ., 1999 σελ. 73).

Κανένα μέλος του συστήματος δε ζει μόνο του. Πρωταρχικά ζει με όλα τα μέλη της οικογένειας του και είναι μια σχέση που διαρκεί εφ' όρου ζωής. Υπάρχει αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση με αυτό.

Τα κοινωνικά συστήματα πολλές φορές πιέζουν την οικογένεια και την αναγκάζουν να αντιδράσει. Οι οικογενειακοί κανόνες και στόχοι ενεργοποιούνται σαν ασπίδα της οικογένειας για να αντεπεξέλθει στις κοινωνικές πιέσεις και εντάσεις.

Μια βασική άποψη στη συστημική θεωρία της οικογένειας, είναι ότι όταν ένα μέλος της οικογένειας παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα, τότε υπάρχει πρόβλημα για όλους, όλα τα μέλη υφίστανται κάπως το πρόβλημα και συμμετέχουν σε αυτό. Δηλαδή η συμπεριφορά ενός μέλους γίνεται ερέθισμα για τη συμπεριφορά και των υπολοίπων μελών, κάτι που δημιουργεί, αυτό που ονομάζεται οικογενειακή διεργασία.

Ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει πόσο αποτελεσματικά θα προσαρμοστεί η οικογένεια στις νέες συνθήκες, είναι η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας στα μέλη της. Η δυνατότητα επικοινωνίας περιλαμβάνει μέσα σε άλλα, την έκφραση και την αποδοχή αντιλήψεων και συναισθημάτων που βιώνει χωριστά κάθε μέλος της οικογένειας μπροστά στις νέες συνθήκες ζωής. Όταν εμποδίζεται με οποιοδήποτε τρόπο αυτή η ανταλλαγή πληροφοριών και η συναλλαγή γίνεται δύσκολη ή αδύνατη έχει ως αποτέλεσμα τα μέλη να φορτίζονται ψυχολογικά και το οικογενειακό σύστημα να ακινητοποιείται κατά την πορεία της εξέλιξής του.

2.2 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας σε κάποιο μέλος της οικογένειας αναστατώνει και επηρεάζει όλα τα υπόλοιπα μέλη. Αρχικά, κάποια από τα μέλη ενημερώνονται από τον ειδικό σχετικά με τη φύση της αρρώστιας, τη σοβαρότητα της κατάστασης και των απαιτήσεων της θεραπείας. Οι αντιδράσεις στο πρώτο άκουσμα ποικίλουν. Συχνά περιλαμβάνουν σοκ, άρνηση, θυμό, αγανάκτηση, ενοχές, άγχος, και απογοήτευση ή

ακόμα και απόγνωση, φόβο, αγωνία για το τι θα συμβεί στο μέλλον. Στην ουσία δεν αποδιοργανώνεται μόνο η ζωή του άρρωστου μέλους αλλά και ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος, το οποίο έρχεται αντιμέτωπο με απαιτητικές συνθήκες ζωής στις οποίες οφείλει να προσαρμοστεί για να οργανωθεί ξανά η ομαλή λειτουργία.

Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο τα μέλη της οικογένειας να αντιδράσουν με έναν τέτοιο τρόπο ώστε να μεταθέσουν το πρόβλημα και να αποφύγουν να αντιμετωπίσουν τη σοβαρότητα της αρρώστιας. Η οικογένεια δεν είναι σε θέση να αντέξει την ανακοίνωση της ασθένειας σε κάποιο μέλος της και αποφεύγει να έρθει αντιμέτωπη με την πραγματικότητα.

Γενικότερα, η κατάσταση που βιώνουν τα μέλη στο πρώτο άκουσμα της διάγνωσης χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθήματα και εσωτερικές συγκρούσεις. Τη μια στιγμή αναγνωρίζουν την πραγματικότητα της κατάστασης ενώ την άλλη την αποφεύγουν. Κάποιες φορές εκφράζουν ανοιχτά τους φόβους τους. Η αγανάκτηση ο θυμός, η αίσθηση αδυναμίας είναι φυσιολογικές αντιδράσεις στην φάση αυτή. Συχνά λόγω του άγχους και της αγανάκτησης μπροστά στο απρόσμενο γεγονός, το κάθε μέλος μπορεί να θέλει να αποσυρθεί, νοιώθοντας πως έτσι θα αποκοπεί από τα όλα προβλήματα που έρχονται.

Ωστόσο, με τη γνωστοποίηση της ασθένειας, η οικογένεια βρίσκεται σε μια κατάσταση κρίσης. Η κρίση δεν οφείλεται τόσο στη διάγνωση και στην ανακοίνωση της κατάστασης όσο στις ερμηνείες που δίνουν τα μέλη γύρω από την ασθένεια και οι μέθοδοι που σκοπεύουν να εφαρμόσουν για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν. Η οικογένεια οργανώνεται σε μια προσπάθεια να περιχαράκώσει και να εξουδετερώσει, «τον εχθρό».

Αυτό αυξάνει περισσότερο το άγχος τους που συνοδεύεται από αποδιοργάνωση και αισθήματα αδυναμίας, καθώς αισθάνονται πως δεν έχουν πια τον έλεγχο των όσων συμβαίνουν στη ζωή τους. Μέσα σε αυτόν τον πανικό που έχει δημιουργηθεί, προβλήματα που προϋπήρχαν στις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών οξύνονται και δημιουργείται μια ιδέα πως εδώ υπάρχει αδιέξοδος.

Αν το άγχος και η γενικότερη συναισθηματική δυσφορία μεταξύ των μελών παραταθεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, υπάρχει πιθανότητα η οικογένεια να οδηγηθεί στην αποδιοργάνωση ή ίσως και στην διάλυση.

Σε αυτό το διάστημα η οικογένεια κινητοποιείται προς τη θεραπεία και την αντιμετώπιση του προβλήματος, καθώς και στη δοκιμή νέων τρόπων αντιμετώπισης που αποβλέπουν στην μείωση της συναισθηματικής φόρτισης και στην επιδίωξη μιας νέας ισορροπίας. Οι νέοι αυτοί τρόποι αντιμετώπισης είναι καθοριστικοί για το πόσο αποτελεσματικά θα αντεπεξέλθει η οικογένεια και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.

Ειδικότερα, ο τρόπος που η οικογένεια αντιμετωπίζει τις αλλαγές, επηρεάζει άμεσα το άρρωστο μέλος όσο και τα υπόλοιπα μέλη, που αντιλαμβάνονται ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει. Σε γενικές γραμμές ο τρόπος που τα μέλη της οικογένειας αντιλαμβάνονται και αποκαλούν την σχιζοφρένεια είναι «σοβαρή ασθένεια», και «ασθένεια που σε εξασθενεί»(Schulz et. all. 1983 σελ.504). «Το να ζεις με έναν ψυχικά ασθενή είναι σαν να περπατάς σε ναρκοπέδιο. Γνωρίζεις τι πρόκειται να σου συμβεί αλλά όχι το πότε, και αυτή η συνεχής αγωνία είναι τρομαχτική»(Holden D.F. & Lewine R.R.J. 1982 σελ. 631).

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε πως κάθε αντίληψη και ερμηνεία που δίνει κάθε μέλος στα γεγονότα είναι υποκειμενική. Το άγχος, η απόγνωση και η αγανάκτηση είναι σταθερά και κοινά συναισθήματα για τα περισσότερα μέλη της οικογένειας και που ποικίλουν ανάλογα με τη φύση της οικογένειας και το χαρακτήρα κάθε ατόμου.

Αν λάβουμε υπόψη ότι η μητέρα και ο πατέρας συνθέτουν τα κύρια μέλη του οικογενειακού συστήματος, είναι και αυτοί που αναλαμβάνουν τις περισσότερες ευθύνες μέσα στο σπίτι. Το μεγαλύτερο φορτίο φροντίδας του ασθενή και της ανησυχίας για το μέλλον του το έχουν οι γονείς, και συγκεκριμένα το μεγαλύτερο βάρος πέφτει στην μητέρα(Provencher H.L. 1996). Εξαιτίας αυτής της ευθύνης έχουν συμπτώματα, όπως έντονο άγχος, κατάθλιψη και σωματικά συμπτώματα.

Μεγάλο άγχος και πίεση νιώθουν οι γονείς όταν το άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι το παιδί. Απειλείται και αμφισβητείται ο γονεϊκός τους ρόλος, που δεν κατάφεραν να μεγαλώσουν σωστά το παιδί τους. Απειλούνται ακόμα τα σχέδια, τα όνειρα, οι προσδοκίες και οι ελπίδες τους. Επίσης, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές συνθήκες ζωής τις οποίες καλούνται να φέρουν σε πέρας. Καθώς εξελίσσεται η νόσος, οι γονείς θεωρούν τους εαυτούς τους ως μη χειραφετημένους. Αν και έχουν αναλάβει την ευθύνη της φροντίδας, κανείς, ούτε η πολιτεία, ούτε ο ασθενής αναγνωρίζουν και σέβονται αυτήν την ευθύνη. Αυτό έχει ως

αποτέλεσμα από την πλευρά των γονιών να έχουν αρνητικές εμπειρίες, συναισθήματα ενοχής και θυμού που έχουν αντίκτυπο και στην δική τους υγεία (Milliken P.J. 2001 σελ.149).

Συνεπώς, τα ψυχολογικά προβλήματα που υφίστανται οι γονείς σε αυτή τη φάση αναφέρονται κατά κύριο λόγο στον ασθενή-παιδί τους. Αυτή η διαπίστωση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η προσωπική ταλαιπωρία που υφίστανται οι γονείς σε μια τέτοια κατάσταση είναι κοινή για όλους ακόμα και για αυτούς που αντιμετωπίζουν για πολλά χρόνια την ασθένεια του παιδιού τους.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε εδώ, πως ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι γονείς την ψυχική ασθένεια και τον ασθενή, επηρεάζει τόσο τον ίδιο όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αν οι γονείς βιώσουν το γεγονός με μεγάλη ψυχολογική φόρτιση και άγχος, η ψυχική ένταση αυτή θα μεταφερθεί και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

2.2.1 Δυσλειτουργικότητα στην οικογένεια

Είναι αναμφισβήτητο πως το ψυχολογικό στρες που υφίστανται τα μέλη της οικογένειας αποδιοργανώνει την λειτουργικότητα της. Μια χρόνια ασθένεια όπως η σχιζοφρένεια, μπορεί να φέρει την οικογένεια σε μια κατάσταση κρίσης ή αποδιοργάνωσης, όταν προηγουμένως τα μέσα που έχει η οικογένεια για να διατηρήσει τη λειτουργικότητα της και την συνοχή της, δεν επαρκούν. Η οικογένεια βέβαια, σε μια τέτοια κατάσταση έχει την ανάγκη να αλλάξει το εσωτερικό της σύστημα (στόχους, κανόνες, ρόλους) και να προσαρμοστεί σε μια άλλη, νέα κατάσταση, για να επαναφέρει τη λειτουργικότητα της.

Η Sauders (Sauders J.C. 1999 σελ. 97), υποστηρίζει πως η ανάγκη της οικογένειας να προσαρμοστεί, είναι το αποτέλεσμα των προσπαθειών της να φέρει την ισορροπία της σε δύο επίπεδα: το άτομο στο οικογενειακό σύστημα, δηλαδή την προσπάθεια της οικογένειας να χειριστεί τις δυσκολίες και τα προβλήματα των μελών της, και το οικογενειακό σύστημα στο περιβάλλον, δηλαδή στους τρόπους με τους

οποίους η οικογένεια χειρίζεται τα εξωτερικά της προβλήματα, τα οποία όμως επηρεάζουν τα μέλη της και την ενότητά της (Sauders J.C. 1999 σελ.97).

Η κακή προσαρμογή της οικογένειας στις απαιτήσεις μιας τόσο σοβαρής ψυχικής αρρώστιας μπορεί να προκαλέσει σημαντικές ψυχικές ταλαιπωρίες στο οικογενειακό σύστημα και μπορεί να συντελέσει στην κρίση της οικογένειας. Η κρίση καθιστά την οικογένεια αποδιοργανωμένη και ανίκανη να επαναδημιουργήσει σταθερότητα, τάξη και αίσθηση συνοχής στο σύστημά της.

Η Sauders (Sauders J.C. 1999 σελ.98) αναφέρει, πως η επιτυχής προσαρμογή ενός μέλους με σχιζοφρενικά συμπτώματα στην οικογένεια, απαιτεί από αυτήν να προσαρμοστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να συμπεριλάβει τις ανάγκες του ασθενούς - μέλους της μαζί με τις ανάγκες ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

Η άποψη αυτή της Sauders για την ανάγκη προσαρμογής της οικογένειας, επιβεβαιώνεται με τη θεωρία του "στρες της οικογένειας" του Hill (Sauders J.C. 1999 σελ.99), που η ίδια αναφέρει στη μελέτη της. Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία, όταν ένα οικογενειακό σύστημα δέχεται ταλαιπωρίες και αναπόφευκτες αλλαγές, που του προκαλούν άγχος, προσπαθεί να αναπτύξει ικανότητες για να βελτιώσει την κατάσταση και να προστατέψει την συνοχή του και την ενότητα του, από αναστάτωση κατά την περίοδο σημαντικών μεταβολών και αλλαγών.

Σε αυτήν την θεωρία δίδεται έμφαση στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στην άποψη της οικογένειας για την κατάσταση που βιώνει και στο ποιες στρατηγικές χρησιμοποιεί για να χειριστεί αυτόν τον στρεσογόνο παράγοντα. Στις προσπάθειες δηλαδή που καταβάλει, σύμφωνα βέβαια με τις δυνατότητες που έχουν τα μέλη της για να αντιμετωπίσουν τις νέες απαιτήσεις, ώστε να επιτευχθεί η λειτουργικότητα της και να διατηρηθεί η συνοχή και η ισορροπία της.

Σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα τα οποία επιδρούν σε κάθε πλευρά της ζωής τους, ένας ασθενής με σχιζοφρένεια θα είχε μεγάλη επιρροή, και μάλιστα αρνητική, σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα.

Η Sauders (Sauders J.C. 1999 σελ.99), χαρακτηρίζει την σχιζοφρένεια σαν μια διαταραχή με μίξη σημάδιων και συμπτωμάτων, θετικών και αρνητικών. Θεωρεί πως η παρουσία ενός μέλους με σχιζοφρενικά συμπτώματα επιφέρει μεγάλο ψυχολογικό και συναισθηματικό φορτίο για τα μέλη της οικογένειας του.

Για να διασαφηνιστεί το μέγεθος αυτού του φορτίου, εστιάζεται σε τρία πεδία ενδιαφέροντος: στις στρατηγικές συμπεριφοράς τη οικογένειας, στο ψυχολογικό στρες της οικογένειας και στην οικογενειακή λειτουργικότητα.

Ορίζει τις στρατηγικές συμπεριφοράς της οικογένειας, ως στρατηγικές λύσης προβλημάτων για να διατηρηθεί η ενότητα της, η συναισθηματική σταθερότητα και η ευεξία των μελών της, καθώς και η ικανότητα της να ξεπεράσει τις καταστάσεις κρίσης και την ψυχική ταλαιπωρία που υφίσταται.

Το ψυχολογικό στρες ορίζεται ως το άγχος, η δοκιμασία, η επιβάρυνση (υποκειμενική και αντικειμενική), που υφίσταται η οικογένεια (burden).

Η οικογενειακή λειτουργικότητα ορίζεται ως το αποτέλεσμα των προσπαθειών της οικογένειας να φέρει ένα επίπεδο ισορροπίας, αρμονίας και συνοχής στην κρίση. Η ερευνήτρια(Saunders J.C. 1999 σελ.104), παρατηρεί πως η υψηλή λειτουργικότητα της οικογένειας, σχετίζεται με τις στρατηγικές της οικογένειας που χρησιμοποιεί, περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, λιγότερο ψυχολογικό στρες και λιγότερα προβλήματα από την πλευρά του ασθενούς.

Οι οικογένειες που παρέχουν φροντίδα σε ένα μέλος τους με σχιζοφρένεια, μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά μόνο όταν δρουν σαν ενότητα, χρησιμοποιούν στρατηγικές συμπεριφοράς και αντιμετωπίζουν λιγότερο ψυχολογικό στρες λόγω της κατάστασης του ασθενούς και την θετική πορεία της ασθένειας του.

Με τα χρόνια, κάθε μέλος μαθαίνει πως να χειρίζεται την κατάσταση με τον ασθενή. Σε πολλές περιπτώσεις όμως, η επεισοδιακή κατάσταση της σχιζοφρένειας, δημιουργεί περιοδικές δυσκολίες στα υγιή μέλη στα οποία αναπόφευκτα προκαλείται ψυχολογικό στρες, που έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάσει αρνητικά την προσαρμοστικότητα του ατόμου και την ικανότητα του να λειτουργήσει αποδοτικά και αποτελεσματικά στο οικογενειακό σύστημα. Με λίγα λόγια, διασπάται η λειτουργικότητα της οικογένειας.

Επιπλέον, η ίδια ερευνήτρια παρατηρεί ότι αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο στρες της οικογένειας, είναι οι εναλλαγές της συμπεριφοράς του ασθενή και τα συμπτώματα της ασθένειάς του. Η κατάσταση αυτή προκαλεί το μεγαλύτερο στρες στα μέλη της οικογένειας από κάθε άλλο στρεσογόνο παράγοντα. Επιπλέον, επικαλούνται περισσότερες στρατηγικές συμπεριφοράς και λύσεις προβλημάτων από κάθε άλλη

οικογένεια που δεν έχει κάποιο σχιζοφρενικό μέλος. Τονίζεται βέβαια πως το στρες των μελών της οικογένειας μπορεί να προληφθεί μέσω της ένταξης των ασθενών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή σε ξενώνα.

2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Τα τελευταία χρόνια, καθώς έχει γίνει μια προσπάθεια αλλαγής της θεραπείας των ψυχικά ασθενών από τα νοσοκομεία στην κοινότητα, το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης του ψυχικά ασθενή το φέρει πλέον η οικογένεια του.

Στις αρχές του 1950-1960, οι ερευνητές ανακάλυψαν τις συνέπειες που είχαν τα μέλη των οικογενειών που ζούσαν με σχιζοφρενικό μέλος. Ανακάλυψαν ότι η ψυχική ασθένεια δεν περιοριζόταν μόνο στον ασθενή, αλλά και σε όλη την οικογένεια του (Noh S. & Turner R.J. 1987) (Runions J.R.N. & Prudo R.M.B. 1983).

Οι ερευνητές βρήκαν ότι η επιρροή στην οικογένεια ήταν πολύ μεγάλη. Υπήρχε επιρροή στην εργασία, στον ελεύθερο χρόνο, στο εισόδημα, στα παιδιά, στην υγεία της οικογένειας, καθώς και στη σχέση με ανθρώπους της οικογένειας, όπως ήταν οι φίλοι, οι γείτονες, οι συγγενείς.

Στη βιβλιογραφία, γίνεται συχνή αναφορά στον όρο «burden». Ο όρος σημαίνει πως τα προβλήματα και οι δυσκολίες που επηρεάζουν τη ζωή του ασθενή, επηρεάζουν ταυτόχρονα και την ζωή των μελών της οικογένειας που ζουν μαζί με τον ασθενή και τον φροντίζουν. Υπάρχουν κλίμακες «burden» που ασχολούνται μόνο με αυτά τα προβλήματα που σχετίζονται, οφείλονται ή προκαλούνται από τη συμπεριφορά του ασθενή (Noh S. & Turner R.J. 1987 σελ. 263).

Από μια άποψη ο όρος «burden» είναι ίσως πολύ "βαρύς" γιατί τείνει να κατηγορεί και να στιγματίζει τον ψυχικά ασθενή και δεν επιτρέπει να υπάρξει μια θετική σχέση μεταξύ οικογένειας και ασθενή.

Πολύ συχνά έχει χρησιμοποιηθεί ο όρος «επιρροή» (impact) αντί για «burden», αλλά στην βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ο όρος «burden» επειδή είναι κατανοητός και ευρύτερα γνωστός. Εντούτοις, η χρήση αυτού του όρου, «burden» δεν έχει σκοπό να κατηγορήσει ή να αποδώσει ευθύνες (Noh S. & Turner R.J. 1987 σελ.263).

Γίνεται διάκριση ανάμεσα στην υποκειμενική επιβάρυνση (subjective burden) οποία υποδηλώνει την υποκειμενική αναστάτωση, το άγχος, τις ενοχές και την ανησυχία που βιώνουν οι συγγενείς, και την αντικειμενική επιβάρυνση (objective burden), η οποία χωρίζεται σε δύο τύπους: α) στις πολυάριθμες επιδράσεις στη ζωή της οικογένειας στο σπίτι λόγω της παρουσίας του άρρωστου μέλους, όπως η οικονομική κρίση, επιπτώσεις στο τομέα της υγείας και γενική αποδιοργάνωση της ζωής των μελών της οικογένειας, και β) Στη μη φυσιολογική συμπεριφορά του ασθενή που είναι ενοχλητική για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Σε αυτό το σημείο παρατηρήθηκε πως η παράλογη συμπεριφορά, αν συμβεί παραπάνω από μία φορά στο οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να αποτελέσει φορτίο για την οικογένεια (Hoening J. & Hamilton M.W., 1966 σελ.166-167).

Η επιθετική συμπεριφορά του ασθενή, οι εκρήξεις θυμού, τα παρανοϊκά συμπτώματα, οι ψευδαισθήσεις, τα παραληρήματα, η έντονη καχυποψία που έχει για τα πάντα, οι παράλογες πεποιθήσεις, η απρόβλεπτη συμπεριφορά, η μη αποδεκτή σεξουαλική συμπεριφορά, ο υποχονδριασμός, η ακατάσχετη φλυαρία, η χρησιμοποίηση νεολογισμών και η έκφραση παράξενων ιδεών, καθώς και ο φόβος της υποτροπής μετά από κάποια ύφεση είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση αυτών που έχουν αναλάβει την φροντίδα του, και αποτελούν σημαντική επιβάρυνση για αυτούς.

Στην έρευνα των Hoening και Hamilton, αναφορικά με την αντικειμενική επιβάρυνση παρατηρήθηκε πως το 76% των οικογενειών είχε επηρεαστεί από την παρουσία του ασθενούς στο σπίτι, το 42 % των μελών παρουσίαζαν γενική αποδιοργάνωση στη ζωή τους, το 30 % των περιπτώσεων παρουσίαζε οικονομικά προβλήματα και το 16% των συγγενών παρουσίαζε προβλήματα στη σωματική του υγεία. Επιπλέον, το 69% των ερωτώμενων απάντησε πως υφίσταται μεγάλη επιβάρυνση εξαιτίας της παρουσίας του αρρώστου μέλους, ενώ το 31% απάντησε πως δεν υφίσταται κανένα είδος επιβάρυνσης εξαιτίας του ασθενούς. Όπως παρατηρήθηκε ακόμα από αυτήν

την έρευνα δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή επιβάρυνση και στο φύλο του ασθενούς.

Από έρευνα σχετικά με τις οικογένειες και τα προβλήματα που έχουν φροντίζοντας ένα σχιζοφρενικό μέλος, προέκυψαν τρία θέματα. Το πρώτο έχει να κάνει με το γεγονός ότι τα μέλη της οικογένειας νοσούν ψυχικά φροντίζοντας έναν ψυχικά ασθενή, Το δεύτερο είναι ότι ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν αποδιοπομπαίος τράγος. Το τρίτο, η οικογένεια είναι αυτή που αναλαμβάνει το ρόλο να συμμορφώσει τον ασθενή(Oldridge M.L. Hughes I.C.T., 1992).

Οι οικογένειες αντιμετωπίζουν πολλαπλές δυσκολίες. Πολύ συχνά ασθενούν ή έχουν μεγάλο οικονομικό κόστος, οπότε το κόστος είναι συναισθηματικό αλλά και υλικό. Τα διαζύγια είναι συχνό φαινόμενο και κυρίως αν ο ασθενής, είναι ο ένας στο ζευγάρι. Το στρες που αναπτύσσεται στην οικογένεια εμποδίζει τον καλό τρόπο ζωής της και την υγιή εξέλιξή της.

Περισσότερη επίσης προσοχή χρειάζεται να δοθεί στα στάδια, από τα οποία η οικογένεια περνά όταν ο ασθενής είναι ενήλικας (γιος ή κόρη). Είναι ξεκάθαρο ότι αρχικά η φόρτιση δεν είναι τόσο μεγάλη, γιατί η οικογένεια ελπίζει ότι θα βρεθεί κάποια θεραπεία, συγκριτικά με αργότερα όπου η οικογένεια συνειδητοποιεί το μέλλον του ενήλικα ασθενή(Oldridge M.L. Hughes I.C.T., 1992).

Αξιοσημείωτη είναι ακόμα η παρατήρηση των Hoening και Hamilton, σχετικά με την ηλικία του ασθενούς και το μέγεθος της οικογενειακής επιβάρυνσης. Όσο νεότερος είναι ο ασθενής τόσο μεγαλύτερη οικογενειακή επιβάρυνση επιφέρει. Σε ηλικίες 15-29 χρονών βρέθηκε 51% ποσοστό οικογενειακής επιβάρυνσης, ενώ σε ηλικίες 50-59 χρονών παρατηρήθηκε ποσοστό 5% οικογενειακής επιβάρυνσης. Τα αίτια της τόσο μεγάλης οικογενειακής επιβάρυνσης σε μικρές ηλικίες ασθενών οφείλονται κυρίως σε οικονομικές δυσκολίες που υφίσταται η οικογένεια και όχι τόσο σε κλινικούς παράγοντες.

Κάνοντας αναφορά στην υποκειμενική επιβάρυνση οι Hoening και Hamilton, παρατήρησαν πως το 51% των ερωτώμενων, διακατέχονται από κάποιο είδος υποκειμενικής επιβάρυνσης, δηλαδή αναστάτωσης, άγχους, ή ενοχής, ενώ το 40% απάντησαν πως δεν έχουν κανένα πρόβλημα. Παρατήρησαν επίσης πως η υποκειμενική αναστάτωση, το άγχος, και η ανησυχία που βιώνουν οι συγγενείς σχετίζεται με τη

διάρκεια της ασθένειας. Σε όλες τις οικογένειες του δείγματος που το ασθενές μέλος τους παρουσιάζει τα σχιζοφρενικά συμπτώματα για περισσότερο από δύο χρόνια παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό υποκειμενικής επιβάρυνσης.

Έχει βρεθεί επίσης ότι στην οικογένεια που έχει αναλάβει την φροντίδα ενός ασθενή με σχιζοφρενικά συμπτώματα, υπάρχουν άλλοι δύο τύποι αντικειμενικής επιβάρυνσης των συγγενών (objective burden). Η γενική, η οποία αναφέρεται στις γενικές επιπτώσεις που έχει η παρουσία του ασθενούς μέλους στην οικογένεια, όπως η ένταση στις οικογενειακές σχέσεις, οι περιορισμοί στην κοινωνική ζωή, τα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα του ατόμου που παρέχει φροντίδα, η διαταραχή ως προς την απόδοση του στην εργασία και η αναστάτωση στην ζωή των άλλων μελών της οικογένειας. Παρατίθεται ακόμα και άλλος ένας τύπος αντικειμενικής επιβάρυνσης (subjective burden), η χαρακτηριστική, η οποία αναφέρεται σε συναισθήματα θλίψης, αγωνίας, ενοχής φόβου και αισθήματος στίγματος, που σχετίζονται με την κατάσταση των μελών, λόγω της παρουσίας του ασθενούς στο σπίτι (Provencher H.L., 1996 σελ.181).

Γίνεται φανερά αντιληπτό ότι με την εμφάνιση της ασθένειας, δημιουργούνται κάποιες απαιτήσεις που πρακτικά προκύπτουν από τη φροντίδα του ασθενή και τη σοβαρότητα της ψυχικής αρρώστιας. Ως συνέπεια των παραπάνω η ζωή των μελών επιβαρύνεται. Μεγαλύτερη διάσταση έχουν τα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα, ενώ τα προβλήματα υγείας και οι περιορισμοί στην κοινωνική ζωή έχουν λιγότερη επιβάρυνση (Provencher H.L., 1996 σελ.182-183).

Στην έρευνα της Provencher για την γενική αντικειμενική επιβάρυνση των οικογενειών ατόμων με χρόνια σχιζοφρένεια, αναφέρεται ότι το 74% των οικογενειών παρουσιάζει ένταση στις οικογενειακές σχέσεις. Το 57% παρουσιάζει ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα και το 53% παρουσιάζει προβλήματα υγείας. Μικρότερο είναι το ποσοστό που αναφέρεται στους περιορισμούς στην κοινωνική ζωή (21%) και στην τάση φυγής από το σπίτι (19%).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας για τη χαρακτηριστική αντικειμενική επιβάρυνση ο Provencher αναφέρει ότι το 90% των οικογενειών παρουσιάζει αναστάτωση στη ζωή των υπολοίπων μελών, το 88% παρουσιάζει συναισθηματικά προβλήματα και το 84% παρουσιάζει διαταραχή στην απόδοσή του στην εργασία.

Τα συμπεράσματα της παραπάνω έρευνας είναι σημαντικά λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι οι οικογένειες του συγκεκριμένου δείγματος αντιμετωπίζουν την ασθένεια της σχιζοφρένειας σε κάποιο μέλος τους κατά μέσο όρο οχτώ χρόνων.

Συναφή αποτελέσματα με την παραπάνω έρευνα, παρουσιάζονται και σε δύο άλλες έρευνες (McCarthy και συνεργάτες, 1989 και Oldridge & Hudhes, 1992) οι οποίοι αναφέρουν ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση των ψυχολογικών προβλημάτων των μελών της οικογένειας, με την παρουσία του ασθενούς στο σπίτι. Οι τελευταίοι επίσης αναφέρουν να υπάρχουν εντάσεις στις οικογενειακές σχέσεις παρόμοιες με την παραπάνω έρευνα(Provencher H.L., 1996).

Η κάθε μορφή επιβάρυνσης στην οικογένεια περικλείει όπως φαίνεται ένα μεγάλο αριθμό αρνητικών συνεπειών. Αυτό που επισημαίνεται έντονα στη βιβλιογραφία είναι πως ο άμεσα υπεύθυνος για τη φροντίδα του ασθενή, είναι κάποιο μέλος της οικογένειάς του.

Έρευνες και θεωρητικές μελέτες σχετικά με την επιβάρυνση της οικογένειας λόγω της παρουσίας ενός ασθενούς με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν γίνει από πολλούς ακόμα ερευνητές και μελετητές .

Οι Winefield και Harvey επισημαίνουν ότι κατά κύριο λόγο, η ψυχολογική κατάσταση των συγγενών επηρεάζεται από τη συμπεριφορά και την κατάσταση υγείας του ασθενή(Winefield H.R. & Harvey E.J., 1994). Το 51% του δείγματος τους απάντησε, πως αισθάνεται μεγάλο στρες εξαιτίας της κατάστασης του ασθενούς, καθώς ανησυχούν για το τι αλλαγές θα συμβούν σε διάφορους τομείς της ζωής τους, στις κοινωνικές και προσωπικές τους σχέσεις.

Αυτό που αναφέρουν στην μελέτη τους σχετικά με τις ανάγκες των φροντιστών των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια, είναι ότι η ψυχολογική φόρτιση και οι εντάσεις στο εσωτερικό της οικογένειας είναι περισσότερες και μεγαλύτερες όταν ο ασθενής ζει στο σπίτι και οι εντάσεις αυτές, έχουν περισσότερες επιπτώσεις στους γονείς ή στο σύζυγο. Το 26,7% του δείγματος του ανέφερε ως αρνητική επίπτωση εξαιτίας της παρουσίας του ασθενούς, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις.

Σημαντική είναι η παρατήρησή τους ότι όσο πιο μακριά βρίσκεται ο ασθενής από το σπίτι και όσο πιο ελαττωμένες είναι οι επαφές με την οικογένεια, τόσο πιο αποφορτισμένα ψυχολογικά νιώθουν τα υπόλοιπα μέλη. Ένα μικρό ποσοστό (22,3%)

εξέφρασε ότι δεν έχει πρόβλημα να ζει ο ασθενής στο σπίτι, καθώς υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά του δεν τον αγχώνει. Αντιθέτως το 76% ανέφερε ότι θα προτιμούσε ο ασθενής να ζει αυτόνομα ή σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, όπου θα είχαν κάποιους επιστημονικά υπεύθυνοι την επίβλεψη του, για το λόγο ότι επιβαρύνεται υπερβολικά εξαιτίας της έλλειψης ικανοτήτων του ασθενή, των απαιτήσεων της θεραπείας του και της παροξυστικής συμπεριφοράς του. Σε οικογένειες που ο ασθενής ζούσε κάπου αλλού εκτός από το σπίτι της οικογένειάς του, το 38,5% απάντησε ότι έχει κερδίσει πολλά πλεονεκτήματα σε πολλούς τομείς της ζωής του, και το 61,5% απάντησε πως αισθάνεται καλύτερα μια και άλλος έχει αναλάβει την ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς(Winefield H.R. & Harvey E.J., 1994).

Σύμφωνα με την έρευνα του Arey και Warheit(Gubman G.D. et. all., 1987), αναλύοντας ένα αρκετά μεγάλο μέρος οικογενειών με σχιζοφρενικό μέλος, εστιαζόμενοι στους γονείς, βρέθηκε ότι οι μητέρες υπέφεραν από υψηλή κατάθλιψη, άγχος και δυσκολία στο να ενταχθούν κοινωνικά και να βρουν δουλειά, σε αντίθεση με τις μητέρες όπου τα παιδιά τους ζούσαν σε ιδρύματα, αφού αυτές αντιμετώπισαν λιγότερες δυσκολίες

Οι Holden και Lewine σχολίασαν πως τα μέλη των οικογενειών επηρεάζονται αρνητικά λόγω της αναγκαστικής παραμέλησης άλλων προσωπικών τους αναγκών και αναγκών των υπολοίπων, όπως της φροντίδας των ψυχικά υγιών παιδιών της οικογένειας(Holden D.F. & Lewine R.R.J. 1982). Επίσης η αρνητική αυτή επίδραση, έχει επιπτώσεις στον ελεύθερο χρόνο τους και στις κοινωνικές τους επαφές, οι οποίες περιορίζονται. Τα μέλη της οικογένειας δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στις αλλαγές της καθημερινής τους ρουτίνας. Για παράδειγμα οι παράξενες μεταβολές του ύπνου και γενικότερα οι εκκεντρικές τάσεις του αρρώστου, αποδιοργανώνουν τις καθημερινές συνήθειες και το πρόγραμμα των υπολοίπων. Αναφέρουν επίσης, πως προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας σχετίζονται με το στρες που υφίστανται τα μέλη. Τα πιο συχνά προβλήματα που σημειώνουν είναι κατάθλιψη, αϋπνία, υπέρταση, καρδιακές προσβολές και τάση για αλκοολισμό. Στη σχετική έρευνά τους παρατήρησαν ακόμα πως το 25% των οικογενειών εμφανίζει τεταμένες οικογενειακές σχέσεις, οι οποίες σχετίζονται με το στρες των ατόμων. Αναμφίβολα, σύμφωνα με τους ίδιους μελετητές, το στρες των ατόμων αυξάνεται λόγω των οικονομικών δυσκολιών που εμφανίζονται, λόγω

των απαιτήσεων της θεραπείας (φάρμακα, ιατρικές επισκέψεις). Το 74% συναντά οικονομικές δυσκολίες, ενώ παράλληλα η αδυναμία των ασθενών να εργαστούν εντείνει για το 39% το οικονομικό πρόβλημα.

Η Sallen στην έρευνά της για την επιβάρυνση της φροντίδας της σχιζοφρένειας σε οικογένειες της Μαλαισίας, ανέφερε πως οι οικογένειες που έχουν να αντιμετωπίσουν καθημερινά την κατάσταση με ένα σχιζοφρενικό ασθενή, υφίστανται μεγάλη ψυχολογική φόρτιση (Salleh M. R., 1994 σελ. 180). Η γενική εικόνα του αρρώστου και τα αρνητικά σύμπτωμα της ασθένειας του, έχουν επίδραση στη γενικότερη οικογενειακή ατμόσφαιρα και ειδικότερα στη ψυχική υγεία των υπολοίπων μελών. Σε ένα ποσοστό 26% του δείγματος της έρευνάς της παρατηρήθηκε πως υποφέρει από νευρωσικά συμπτώματα, εξαιτίας του στρες που υφίστανται λόγω της κατάστασης που βιώνουν με τον ασθενή. Τα κυριότερα αρνητικά συμπτώματα του ασθενή που επιφέρουν στα μέλη στρες, αδυναμία και κατά συνέπεια, νευρωσικά συμπτώματα, είναι η εχθρότητα, η επιθετικότητα, η βίαιη συμπεριφορά, οι εκκεντρικές ιδέες, η υπερδραστηριότητα και η ανησυχία. Το στρες που προκαλείται, είναι απόρροια της αδυναμίας του και ανημποριάς να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά συμπτώματα του ασθενή. Στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε, πως όσοι συγγενείς κατάφεραν να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά συμπτώματα των ασθενών δεν παρουσίασαν κανένα είδος ψυχολογικής φόρτισης.

Σύμφωνα με την έρευνα των Oldridge, M. L. & Hudges, I. C. T., για τα επίπεδα στρες στους ανθρώπους που φροντίζουν ένα σχιζοφρενικό μέλος, μόνο το 36% των συγγενών καταφέρνουν να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες, χωρίς να υποφέρουν ψυχικά (Oldridge, M. L. & Hudges, I. C. T., 1992).

Από άλλες έρευνες που έχουν γίνει (Fadden και συνεργάτες του), σε οικογένειες που φροντίζουν σχιζοφρενή συγγενή, έχει βρεθεί ότι εξαιτίας των πολλαπλών συμπτωμάτων και των υποτροπών που παρουσιάζει ο ασθενής, τα προβλήματα που εμφανίζονται στους συγγενείς, επίσης ποικίλουν (Oldridge, M. L. & Hudges, I. C. T., 1992 σελ. 249).

Πιο αναλυτικά, έχει βρεθεί ότι:

α) Τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν ένα ασθενή με σχιζοφρένεια, παρουσιάζουν επίπεδα στρες πολύ υψηλότερα από το γενικό πληθυσμό.

β) Το περισσότερο στρες στους φροντιστές, προκαλείται από τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

γ) Τα επίπεδα του στρες στους φροντιστές έχουν να κάνουν με τις υποκειμενικές και αντικειμενικές δυσκολίες (burdens), καθώς επίσης και με τα συμπτώματα του ασθενή.

Σύμφωνα με αυτήν την έρευνα, μετά από συνεντεύξεις στα μέλη των οικογενειών που φροντίζουν σχιζοφρενικό μέλος, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) Αυτοί που μπορούν να αντεπεξέλθουν σχετικά καλά με λίγες δυσκολίες (36%). β) Αυτοί που υποφέρουν πολύ και αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα τα οποία σχετίζονται με την πορεία της νόσου και την κατάσταση του ασθενή (Oldridge, M. L. & Hudges, I. C. T., 1992).

Στις ψυχολογικές επιπτώσεις της σχιζοφρένειας συναίνεσαν και οι Schulz και οι συνεργάτες του (Schulz P.M. et.al. 1983 σελ. 507). Το 92% των ερωτηθέντων γονιών θεωρεί τη σχιζοφρένεια σαν μια ασθένεια με μεγάλη επιβάρυνση για τους υπόλοιπους. Το 30% τονίζει τη σημασία της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Η ψυχολογική επιβάρυνση προέρχεται τόσο από τις αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των υπολοίπων μελών, όσο και από την αίσθηση αδυναμίας τους να βοηθήσουν τον ασθενή. Ένας πατέρας σε αυτή την έρευνα ανέφερε σχετικά «θα προτιμούσα σε αυτήν την ασθένεια να υπάρχει η ευθανασία. Τίποτα δεν μπορεί να γίνει σε κάποιον που πάσχει από σχιζοφρένεια εκτός από πειραματικές θεραπείες. Θα προτιμούσα το παιδί μου να πάθαινε. Θα ήθελα να απελευθέρωνα το παιδί μου από αυτή την εξαθλιωτική κατάσταση που ούτε θεραπεία προσφέρεται ούτε θάνατος». Όπως παρατήρησαν οι συγγραφείς, όλες οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν ένα μέλος με σχιζοφρενικά συμπτώματα θεωρούν τη σχιζοφρένεια σαν την πιο σοβαρή αρρώστια.

Αυτό που επισημαίνεται από την έρευνα του Schulz και των συνεργατών του, είναι ότι εξαιτίας της παρουσίας σχιζοφρενικού ασθενούς στην οικογένεια, υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στους γονείς όσο και στα υγιή αδέρφια με μικρότερο ποσοστό επιβάρυνσης στους τελευταίους. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς εκτός αυτά που είναι ψυχολογικής φύσεως, είναι δυσκολία στην εργασία 23%, απόρριψη από τους υπόλοιπους συγγενείς 22%, ανάγκη εξάρτησης από τους άλλους 21%, οικογενειακά προβλήματα όπως διαζύγιο 15%, και οικονομικά προβλήματα 21%. Σε αντίθεση με τους γονείς τα υγιή αδέρφια παρουσιάζουν πολύ πιο

χαμηλά ποσοστά στα ίδια προβλήματα. Δυσκολία στην εργασία 8%, απόρριψη από τους συγγενείς 5%, ανάγκη εξάρτησης από τους άλλους 7%, οικογενειακά προβλήματα 3% και οικονομικά προβλήματα 7%. Με λίγα λόγια, παρατηρούνται λιγότερες επιπτώσεις στη ζωή των υπολοίπων αδερφών σε αντίθεση με τους γονείς .

Σε πολλές περιπτώσεις τα υγιή αδέλφια παρουσιάζονται να ταλαιπωρούνται από την κατάσταση του ασθενούς αδερφού και να νοιώθουν παραμελημένα από τους γονείς. Αυτό συμβαίνει γιατί αναπόφευκτα οι γονείς ασχολούνται περισσότερο με τη φροντίδα του ασθενούς. Συνήθως, τα υγιή αδέλφια δεν μπορούν να καταλάβουν την παράξενη συμπεριφορά του ασθενή και ενοχλούνται ενώ κατηγορούν τους γονείς ότι είναι δική τους υπαιτιότητα η κατάσταση του αδερφού, ως αποτυχία να επιβάλλουν την πειθαρχία σε αυτόν. Σε πολύ λίγες περιπτώσεις αδερφών, αναφέρθηκε στη βιβλιογραφία, να παρουσιάζονται συνεργάσιμα και πρόθυμα να δεχτούν τα συμπτώματα και τη συμπεριφορά του ασθενή σαν μέρος μίας αρρώστιας.

Ο Eakes αναφέρει περιπτώσεις θλίψης σε υγιή αδέλφια, όταν ο αδερφός τους παρουσιάζει σχιζοφρενικά συμπτώματα. Περιγράφουν τη σχιζοφρένεια σαν νεκρική πανωλεθρία, όχι μόνο για τον ψυχωσικό αλλά και για τους άλλους. Ο ερευνητής επισημαίνει επίσης στα αδέλφια, λόγω της ασθένειας του αδερφού τους, ένα συνδυασμό συναισθημάτων θλίψης και ενοχών.

Η εμπειρία του έντονου στρες και άγχους που χαρακτηρίζει τις ζωές των συζύγων, των παιδιών της οικογένειας και των φίλων της, τεκμηριώνεται πολύ καλά στην κλασική έρευνα των Clausen και Yarrow τρεις δεκαετίες πριν. Από τότε μέχρι και σήμερα πολλές έρευνες έχουν σημειώσει ότι τα μέλη της οικογένειας πληρώνουν ένα τίμημα, γιατί σέβονται την ασθένεια του μέλους της οικογένειας, η οποία όμως τους προκαλεί συναισθηματική φόρτιση. Το πιο σημαντικό πρόβλημα λοιπόν που αναφέρεται τα μέλη των οικογενειών με σχιζοφρενικό ασθενή, είναι η επιβάρυνση της δικής τους ψυχικής υγείας (Brown G.W., et all. 1962).

Τα κυριότερα παραδείγματα της συμπεριφοράς του ασθενή που προκαλούσαν ανησυχία και κατά συνέπεια όλα τα παραπάνω προβλήματα στους υπόλοιπους είναι τα παρακάτω. Τάσεις αυτοκτονίας, παράξενες και εκκεντρικές ιδέες, ανησυχία και υπερβολική ομιλητικότητα, ή αντίθετα απόσυρση, απειλή για τη ζωή των άλλων, δημιουργία προστριβών με τους γείτονες.

Παράλληλα με τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς που υφίστανται τα μέλη των οικογενειών, παρατηρούνται και διάφορες αντιδράσεις που αναφέρονται κυρίως στο άγχος της οικογένειας για την πορεία της ασθένειας και της θεραπείας. Οι αντιδράσεις αυτές περιλαμβάνουν αυξημένο άγχος που σχετίζεται με ένα αίσθημα ενοχής και ανημποριάς να ανατραπεί η παρούσα κατάσταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων στο άτομο, καθώς και έλλειψης βοήθειας από τρίτους και αμφιθυμικά συναισθήματα αφού τα μέλη από τη μία θέλουν να στηρίξουν τον ασθενή ειδικά κατά την θεραπεία και από την άλλη εξαιτίας της συναισθηματικής τους πίεσης θέλουν να απομακρυνθούν. Φανερή αγωνία παρουσιάζουν ακόμα οι συγγενείς, μπροστά στον κίνδυνο υποτροπής του ασθενούς.

Συχνό είναι και το φαινόμενο της απογοήτευσης των συγγενών εξαιτίας της μη αναγνώρισης των προσπαθειών τους από την πλευρά του ασθενή και της αργής βελτίωσης της κατάστασής του. Είναι αναμφισβήτητο, πως η οικογένεια με το αναλάβει την φροντίδα ενός μέλους της με τη σχιζοφρενικά συμπτώματα βάζει σε ρίσκο την ψυχική της ευεξία και ισορροπία (Bibou- Nakou, I, et all. 1997 σελ.104).

Άλλες ψυχολογικές επιπτώσεις που αφορούν τα μέλη είναι μεγάλη παθητικότητα και πτώση στην απόδοση των καθημερινών εργασιών του σπιτιού (μαγείρεμα, καθαριότητα, ψώνια), στις καθημερινές προσωπικές συνήθειες, όπως και σε μια μειωμένη αίσθηση του προσωπικού του ελέγχου. Αυτή η παθητικότητα και η μειωμένη αίσθηση του προσωπικού ελέγχου σχετίζεται με τις πιέσεις της νοσογόνου κατάστασης και της επιβάρυνσης της φροντίδας του ασθενή που συχνά οδηγεί στη θλίψη ή ακόμα και στην κατάθλιψη (Bibou- Nakou, I, et all. 1997 σελ.104). Κάποια άτομα έχουν την πεποίθηση ότι πολλά πράγματα της καθημερινότητας τους έχουν αλλάξει λόγω της παρουσίας του ασθενούς.

Η ψυχική ευεξία των μελών, συνεπώς, διαταράσσεται. Σε αυτό οφείλεται και ο περιορισμός του ελεύθερου προσωπικού χρόνου. Οι απαιτήσεις της θεραπείας και η ανάγκη του ασθενή για περισσότερη φροντίδα, οι παράξενες συνήθειες που έχει πλέον αποκτήσει, όπως οι απότομες εναλλαγές κατά τη διάρκεια του ύπνου, ο υποχονδριασμός, αποδιοργανώνουν τις καθημερινές συνήθειες και το πρόγραμμα των υπολοίπων. Τα μέλη δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο καθημερινό τους πρόγραμμα και να επαναλάβουν

τις παλιές τους καθημερινές συνήθειες καθώς τώρα στο πρόγραμμά τους έχει αναπόφευκτα προστεθεί πρωταρχικά η κάλυψη των αναγκών του ασθενή.

Σε διάφορες μελέτες(Smukler G.I. et.all. 1996), έχει σημειωθεί η ψυχολογική νοσηρότητα (psychological morbidity) των συγγενών, λόγω των αρνητικών επιπτώσεων εξαιτίας της παρουσίας ενός μέλους με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Τα αρνητικά συμπτώματα από την πλευρά των συγγενών που έχουν παρατηρηθεί είναι η δύσκολη συμπεριφορά, το στίγμα, προβλήματα με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω της δυσπιστίας τους πως μπορούν να λάβουν βοήθεια από αυτές, η ανάγκη για υποστήριξη και η εξάρτηση από κάποιον για βοήθεια καθώς και το συναίσθημα της αμηχανίας.

Σε μία έρευνα που έγινε στη Νιγηρία τον Οκτώβριο του 2001 σε συγγενείς α' βαθμού ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια, βρέθηκε πως αυτοί που φροντίζουν ψυχιατρικούς ασθενείς έχουν μεγαλύτερη συχνότητα θυμού και συναισθήματος στίγματος(Ohaeri, J.U & Fido, A.A. 2001 σελ. 493).

Λίγες αναφορές στη βιβλιογραφία γίνονται σχετικά με τις θετικές επιδράσεις που έχει η παρουσία του ασθενούς με σχιζοφρένεια στην οικογένεια. Σε πολύ μικρό ποσοστό οικογενειών (18%) αναφέρεται αύξηση της αλληλοϋποστήριξης μεταξύ τους. Στην έρευνα στην Νιγηρία, που αναφέρεται και παραπάνω, περιγράφεται, πως τα 2/3 των συγγενών χαίρονται να έχουν τον ασθενή στο σπίτι τους και δε θα ήθελαν να πάει σε ψυχιατρικό νοσοκομείο(Ohaeri, J.U & Fido, A.A. 2001 σελ. 493).

Όπως προαναφέρθηκε, οι οικογένειες που έχουν ένα σχιζοφρενικό μέλος, αισθάνονται αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση. Νιώθουν αβοήθητοι και κατά κάποιον τρόπο, αγνοούνται από τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Από μελέτη που έγινε για να εξεταστεί η σχέση ανάμεσα στην επιστημονική στήριξη των μελών της οικογένειας και στην προσωπική αίσθηση ελέγχου και αποφόρτισης(Reinhard S.C. 1994), βρέθηκε ότι μπορεί να μειωθεί η αίσθηση της απογοήτευσης, της μοναξιάς, της έλλειψης βοήθειας και ελπίδας καθώς και της επιβάρυνσης που υφίσταται η οικογένεια. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι η επιστημονική στήριξη, συντελεί στο να έχει η οικογένεια ένα καλύτερο τρόπο ζωής

Άλλες μελέτες(Reinhard S.C. 1994) ισχυρίζονται ότι οι ειδικοί ψυχικής υγείας, μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες να έχουν αίσθηση ελέγχου, έτσι ώστε να

μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, να μην αισθάνονται αβοήθητοι και περιθωριοποιημένοι και ότι μπορούν να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες τους επιτυχώς.

Στην βιβλιογραφία γίνεται και μια μικρή προσπάθεια να προσδιοριστούν οι ψυχολογικές επιπτώσεις των μελών της οικογένειας λόγω των αρνητικών συμπτωμάτων του ασθενή πριν διαγνωστεί η νόσος. Οι Grad και Sainsbury, σε μια σχετική έρευνα αναφέρουν ότι το 61% από τις 410 οικογένειες υποφέρουν ψυχολογικά για περισσότερο από δύο χρόνια (Grad J. & Sainsbury P. 1963 σελ. 544). Οι περισσότεροι σημείωσαν πως ένιωθαν άγχος καθώς δεν μπορούσαν να καταλάβουν τι έχει ο ασθενής. Το 1/5 από το προαναφερθέν ποσοστό παρουσίασε νευρωσικά συμπτώματα όπως αϋπνίες, πονοκεφάλους, υπερβολική ευερεθιστότητα και κατάθλιψη, λόγω της ανησυχίας τους για τη συμπεριφορά του ασθενή. Το 1/3 παρουσίασε μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων του και στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, περίπου το 1/3 παρουσίασε αδράνεια στις καθημερινές οικιακές δραστηριότητες, το 1/4 παρουσίασε οικονομικά προβλήματα και περισσότερο από το 1/3 των υγιή παιδιών ενοχλήθηκαν από την συμπεριφορά του ασθενή.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το να συμβιώνει κάποιος με έναν ασθενή με σχιζοφρένεια επιφέρει μεγάλο άγχος και πολλές επιβαρύνσεις (burdens), αυτό εξάλλου έχουν επιβεβαιώσει οι διάφορες μελέτες. Η οικογένεια υποφέρει από τον οξύ παροξυσμό των ασθενών. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η δυσκολία τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση, τους προκαλεί περισσότερο άγχος και επιφέρει περισσότερες ψυχολογικές επιπτώσεις. Την αναστάτωση αυτή, εντείνει και το γεγονός ότι δεν παρέχονται αρκετά προγράμματα συμβουλευτικής υποστήριξης από τις υπηρεσίες υγείας.

2.3.1. «Χρόνια θλίψη»

Πολλοί ερευνητές όπως ο Miller και οι συνεργάτες του, καθώς και ο Atkinson διεξήγαγαν μία μελέτη σχετικά με την «χρόνια θλίψη» σε οικογένειες με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή, ή ασθενή με σοβαρά ψυχωσικά συμπτώματα. Αυτό που

επισημάνθηκε και στις δύο μελέτες, είναι η αξιοσημείωτη θλίψη σε οικογένειες που ζουν μαζί και φροντίζουν ένα μέλος με σχιζοφρενικά συμπτώματα, θλίψη που μπορεί να συγκριθεί με τη θλίψη οικογενειών που έχουν χάσει κάποιο μέλος τους από θάνατο. Σημαντικό να αναφερθεί είναι, ότι αν και κάποιοι ασθενείς των παραπάνω μελετών πάσχουν από τη νόσο για περισσότερο από δύο χρόνια, τα μέλη των οικογενειών τους, αναφέρουν ότι τα παρόντα συναισθήματα θλίψης, έχουν μεγαλύτερη ένταση απ' ό,τι στο παρελθόν, στην έναρξη της νόσου. Οι ερευνητές θεωρούν ότι μια τέτοια αντίδραση είναι ενδεικτική μίας αντίδρασης «καθυστερημένης θλίψης», η οποία αντανακλά τη δυσκολία της κατάστασης του πένθους που βιώνουν τα άτομα λόγω της ασθένειας του μέλους της οικογένειάς τους.

Όπως επισημαίνουν οι παραπάνω ερευνητές, η αβεβαιότητα που συσχετίζεται με τη χρόνια ασθένεια της σχιζοφρένειας, δημιουργεί στα υπόλοιπα μέλη μία κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει προβλέψιμο τέλος ή ευκαιρία απεμπλοκής, από την αιτία που παράγει τη θλίψη. Αυτή η "άλυτη θλίψη" ονομάζεται στη βιβλιογραφία ως «χρόνια θλίψη» (chronic sorrow).

Ο όρος «χρόνια θλίψη» εισήχθη από τον Olsharsky το 1962 και χαρακτηρίζεται από διάχυτη λύπη, η οποία είναι σταθερή, περιοδική και ενδεχομένως εξελικτικής φύσεως.

Ο G. Eakes(Eakes G. 1995 σελ. 78) αναφέρει ότι οι αναφορές που έχουν γίνει από διάφορους ερευνητές, για τη χρόνια θλίψη είναι οι εξής:

1. Μία αντίληψη της θλίψης ή της λύπης ως μίας κατάστασης που δεν έχει προβλέψιμο τέλος.
2. Η λύπη ή η θλίψη είναι κυκλική ή επαναλαμβάνεται.
3. Η θλίψη ή η λύπη πυροδοτείται είτε εσωτερικά είτε από εξωτερικούς παράγοντες και φέρνει στο μυαλό την απώλεια του ατόμου, την απογοήτευση ή το φόβο.
4. Η θλίψη ή η λύπη είναι προοδευτική και μπορεί να ενταχθεί ακόμα και χρόνια μετά την αρχική αίσθηση απώλειας, απογοήτευσης ή φόβου.

Ο G. Eakes(Eakes G. 1995 σελ 79) αναφέρει ακόμα, ότι η χρόνια θλίψη δεν περιλαμβάνει μόνο συναισθήματα λύπης αλλά και συναισθήματα θυμού, φόβου, αμηχανίας, ανημπόριας και άλλων συναισθημάτων, χαρακτηριστικών των αντιδράσεων θλίψης.

Στην έρευνα του G. Eakes (Eakes G. 1995 σελ. 79) σχετικά με τη χρόνια θλίψη των γονιών, ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα, παρατηρήθηκε ότι οχτώ από τους δέκα γονείς του δείγματος, παρουσίασαν χρόνια θλίψη. Οι δύο γονείς που δεν παρουσίασαν χρόνια θλίψη ήταν ένα ζευγάρι όπου η σύζυγος ήταν η δεύτερη σύζυγος του πατέρα του ασθενούς, οπότε αποτελούσε για τον ασθενή θετή μητέρα. Τα συναισθήματα που ανέφεραν οι γονείς, στο πρώτο άκουσμα της ασθένειας περιγράφονται σαν σοκ, δυσπιστία, θλίψη, θυμό, αμηχανία, λύπη, μπέρδεμα και απελπισία. Οι γονείς που παρουσιάζουν χρόνια θλίψη αναφέρουν την περιοδική επανάληψη των συναισθημάτων αυτών. Αναφορικά με την ένταση των επαναλαμβανόμενων συναισθημάτων, δύο γονείς ανέφεραν πως τα βίωναν με μεγαλύτερη ένταση, απ' ό,τι τα συναισθήματα που βίωσαν στο αρχικό άκουσμα της διάγνωσης της νόσου. Για τους υπόλοιπους γονείς του δείγματος, τα επαναλαμβανόμενα συναισθήματα είναι μικρότερης έντασης απ' ό,τι στο αρχικό άκουσμα της νόσου.

2.3.2 «Συναισθηματικό φορτίο»

Στην βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά ότι τα άτομα που ζουν με ένα σχιζοφρενικό συγγενή χαρακτηρίζουν το στρες που υφίστανται ως κάτι "ανυπόφορο" που συνοδεύεται από αβάσταχτο ψυχικό και συναισθηματικό πόνο και θεωρούν τα συναισθήματά τους ηττημένα. Το άγχος είναι μόνιμο και επιδεινώνεται από τα απρόσμενα συμβάντα της ασθένειας.

Η Hatfield(Hatfield B. A. 1978 σελ.379), αναφέρει ότι πολλοί από τους συμμετέχοντες γονείς στην έρευνά της, επεσήμαναν πως ζούσαν με έναν φόβο μην χτυπήσει το τηλέφωνό τους την νύχτα και μελαγχολούσαν όταν σκεφτόντουσαν το μέλλον τους και την επιφυλακτικότητα τους στο να κάνουν όνειρα. Ένας άλλος αριθμός ερωτώμενων περιέγραψε την εμπειρία του ως ένα συχνό φόβο φυσικού κινδύνου. Αυτό το συναίσθημα περιγράφεται ακολούθως από τον ερωτώμενο: «στο βάθος του μυαλού μου υπάρχει πάντα ο φόβος ότι κάτι τρομαχτικό μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή».

Παρόλο που το συναίσθημα της λύπης, σχετίζεται σχεδόν πάντα με το θάνατο, στους γονείς των σχιζοφρενικών παιδιών, η λύπη σχετίζεται με την απώλεια του υγιούς παιδιού τους, που τώρα λόγω της ασθένειας, μοιάζει με ένα διαφορετικό πρόσωπο, ξένο και παράξενο για την οικογένεια. Επιπλέον, η κυκλική φύση της ασθένειας που άλλοτε έχει ύφεση και άλλοτε υποτροπή, κάνει το στρες και το συναίσθημα της λύπης εντονότερα.

Συναισθήματα πικρίας και θυμού από τους γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αναφέρονται σπανιότερα στην βιβλιογραφία, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν.

Σε διάφορα σημεία της βιβλιογραφίας (Hatfield B. A. 1978), υποστηρίζεται ότι οι γονείς και τα υγιή αδέρφια, βλέπουν τον ασθενή σαν ένα άτομο που δεν μπορεί να φερθεί διαφορετικά. Προσπαθούν να τον δουν με συμπάθεια παρά με απόρριψη. Κάποιοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς υποφέρουν περισσότερο από ότι οι ίδιοι.

Ωστόσο, σε κάποια σημεία διαφαίνεται ότι οι γονείς έχουν βαθιά μέσα τους ένα συναίσθημα μνησικακίας, λόγω της κατάστασης που υφίστανται. Το συναίσθημα αυτό, προέρχεται από την έλλειψη γνώσης που έχουν για το θέμα, από την έλλειψη παροχών βοήθειας από την κοινότητα καθώς και από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται από τους ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΤΟΜΕΑ

Σε μελέτες για τις οικογενειακές επιπτώσεις έχει γίνει προσπάθεια να οριστούν οι τομείς της ζωής της οικογένειας που έχουν διαταραχτεί εξαιτίας της φροντίδας του ασθενή. Ένας τύπος αντικειμενικής επιβάρυνσης (objective burden) έχει μελετηθεί σε αυτό το σημείο. Η χαρακτηριστική αντικειμενική επιβάρυνση, η οποία αναφέρεται σε συγκεκριμένες επιπτώσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος εξαιτίας της παρουσίας του ασθενή με την ψυχική αρρώστια, όπως διαταραχή στο τομέα της εργασίας και αναστάτωση στη ζωή όλων των ενήλικων μελών της οικογένειας (Provencher H.L. 1996 σελ. 181).

Η Provencher στην έρευνά της για την χαρακτηριστική αντικειμενική επιβάρυνση των οικογενειών ατόμων με σχιζοφρένεια αναφέρει ότι το 90% των οικογενειών παρουσιάζουν αναστάτωση στη ζωή τους, ενώ το 84% παρουσιάζουν διαταραχή στο τομέα της εργασίας .

Οι Hoening και Hamilton(Hoening J. & Hamilton M.W. 1966 σελ 167), όρισαν ως αντικειμενική επιβάρυνση τις πλευρές της καθημερινής ζωής της οικογένειας όπως οι κοινωνικές σχέσεις, η εργασία και ο οικονομικός τομέας, που επηρεάζονται αρνητικά από την παρουσία του ασθενή.

Πολλοί μελετητές(Winefield H.R & Harvey E.J 1994), επισημαίνουν ως επιπλέον αρνητικές συνέπειες των μελών της οικογένειας, λόγω της εμφάνισης της νόσου σε κάποιο μέλος της, την κοινωνική απομόνωση και τους περιορισμούς στην κοινωνική ζωή και στον ελεύθερο χρόνο, τη δυσκολία στις διαπροσωπικές και κοινωνικές τους σχέσεις, τη διαταραχή και τη δυσλειτουργία στην απόδοση τους στην εργασία.

Το πιο σημαντικό στην έρευνα των Grad και Sainsbury(Grad J. & Sainsbury P. 1963), ήταν το κοινωνικό κόστος της ψυχιατρικής φροντίδας, όπου οδηγούσε στην κοινωνική απομόνωση και παράλληλα επηρέαζε την ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι η εξέλιξη των μελών της οικογένειας, που φροντίζουν ένα σχιζοφρενικό ασθενή, στον εργασιακό τομέα είναι περιορισμένη, λόγω του αυξημένου στρες που υπάρχει και σχετίζεται άμεσα με την ψυχική και συναισθηματική επιβάρυνση που τους προκαλείται.

Οι Winefield και Harvey (Winefield H.R & Harvey E.J 1994), αναφέρουν πως όσο μεγαλύτερη επαφή έχουν τα μέλη της οικογένειας με τον ασθενή, τόσο μεγαλύτερες διαστάσεις έχει η επιβάρυνση που υφίστανται σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Στην έρευνά τους σχετικά με τις ευθύνες που έρχονται αντιμέτωποι οι συγγενείς που φροντίζουν άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια, καθώς και τις επιβαρύνσεις που επιδέχονται, ανέφεραν ότι τα μέλη των οικογενειών προσδιορίζουν ως επιβάρυνση (burden) τομείς της καθημερινής τους ζωής που έχουν αλλάξει λόγω της παρουσίας του ασθενούς. Το 47,8% των ερωτηθέντων ανέφερε πως έχει δεχτεί αρνητικές επιπτώσεις σε τομείς όπως διακοπές, ενώ το 30% ανέφερε αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές σχέσεις.

Οι δυσκολίες και οι δυσλειτουργίες που συναντούν τα μέλη στον εργασιακό τομέα οφείλονται στο γεγονός ότι τα άτομα δυσκολεύονται να αφοσιωθούν στο

εργασιακό τους αντικείμενο και να απασχοληθούν χωρίς άγχος(Lanzara D. et all 1999 σελ.117). Σε πολλές περιπτώσεις εξαιτίας της ανάγκης να φροντίζει κάποιος τον ασθενή κάποιο μέλος αναγκάζεται να εγκαταλείψει την εργασία του. Όλα αυτά έχουν παράλληλα και οικονομικές επιπτώσεις στη ζωή της οικογένειας, γεγονός που επιδεινώνει την ψυχολογική τους φόρτιση.

Οι περιορισμοί στην κοινωνική τους ζωή αναφέρονται κυρίως στις μειωμένες κοινωνικές επαφές και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου. Εξαιτίας της παράξενης συμπεριφοράς του ασθενή και των παράξενων συνηθειών του, όσον αφορά τον ύπνο και το φαγητό, αλλά και των απαιτήσεων της κατάστασης, όπως ανάγκη να πάρει το φάρμακό του κάποια συγκεκριμένη ώρα, ανάγκη να τον προσέχει κάποιος σε περιόδους κινδύνου υποτροπής, τα άτομα έχουν αλλάξει πολλά πράγματα από τις συνήθειές τους, είτε γιατί δεν έχουν τον απαιτούμενο ελεύθερο χρόνο, είτε γιατί δεν έχουν την ψυχολογική διάθεση.

Άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αναφέρονται ως αρνητική επιβάρυνση στη ζωή της οικογένειας είναι η παθητικότητα στην αντιμετώπιση των καθημερινών συναλλαγών και προβλημάτων. Σε πολλές περιπτώσεις η παθητικότητα σε κάποιους τομείς καθημερινών συναλλαγών συνοδεύεται με περιορισμένη λειτουργικότητα. Τα άτομα δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν το ίδιο δραστήρια, όπως και πρώτα, σε τυχαία συμβάντα της καθημερινότητας, σε κάποιους τομείς της ζωής που σχετίζονται με κοινωνικές συναναστροφές.

Επιπλέον, η κοινωνική απομόνωση και η ανεπάρκεια στις κοινωνικές σχέσεις είναι απόρροια του αποκλεισμού της οικογένειας και του άρρωστου μέλους της από την υπόλοιπη κοινότητα, για το λόγο ότι πολλά μέλη της κοινότητας βλέπουν με δυσπιστία την ασθένεια. Ο κοινωνικός αποκλεισμός εντείνει το άγχος και τις αρνητικές συνέπειες που υφίσταται, καθώς όντας αποκλεισμένη από την κοινότητα, βιώνει ένα συναίσθημα απομόνωσης, αφού δεν έχει που να στρέψει τα ενδιαφέροντά της, να αναπτύξει κοινωνικές επαφές και να νιώσει συμπαράσταση.

Σε πολλές περιπτώσεις η παθητικότητα σε ορισμένους τομείς καθημερινών συναλλαγών, συνοδεύεται με περιορισμένη λειτουργικότητα σε κάποιους τομείς της ζωής, μειωμένη αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και της προσωπικής ικανότητας. Στην μειωμένη αίσθηση του προσωπικού ελέγχου, προστίθεται και η πεποίθηση που έχουν

κάποια άτομα ότι τώρα πια δεν ζουν φυσιολογική ζωή καθώς πολλά πράγματα της καθημερινότητας τους έχουν αλλάξει, λόγω της παρουσίας του ασθενούς.

2.5 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο η παρουσία ενός σχιζοφρενικού μέλους στην υπόλοιπη οικογένεια επιφέρει μεγάλο άγχος, ψυχολογικά προβλήματα, πιέσεις και συγκρούσεις που εκφράζονται με ποικίλους τρόπους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τρόπος που η ψυχική αρρώστια του ενός μέλους επηρεάζει την σωματική υγεία των υπολοίπων.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι ψυχικοί εξωατομικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν οργανικό πρόβλημα υγείας. Συνεπώς, σαν ψυχοσωματικό πρόβλημα υγείας αναγνωρίζεται κάθε πρόβλημα υγείας που η παθογένειά του πιστεύεται, ότι οφείλεται σε ψυχικούς στρεσογόνους παράγοντες, που προκύπτουν από τη λειτουργική συμμετοχή του ατόμου σε διαπροσωπικές σχέσεις, όπως οι σχέσεις επικοινωνίας με άλλους ανθρώπους (Ελληνική Ιατρική Εταιρία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων 1990).

Νευροφυσιολογικές έρευνες που εστιάζουν την προσοχή τους στο νευροφυτικό σύστημα, αναδεικνύουν τις συνδέσεις μεταξύ του ψυχικού και οργανικού, αντικειμενικοποιούν το ρόλο που παίζουν τα συναισθήματα στις εκκρίσεις των αδένων, στους μεταβολισμούς και στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως αν το άτομο προσαρμοστεί με τις απαιτήσεις και τις πιέσεις του περιβάλλοντος, δεν διαταράσσεται η ισορροπία του και συνεπώς το άτομο αυτό επιβιώνει και ευλειτουργεί. Αντιθέτως όμως, αν το άτομο δεν μπορέσει να προσαρμοστεί στις ψυχολογικές απαιτήσεις του περιβάλλοντος και δημιουργηθούν στρεσογόνες καταστάσεις, στην προσπάθειά του να ξεπεράσει το στρες που υφίσταται, δημιουργεί δυσλειτουργικές μορφές ισορροπίας, που οδηγούν στην παθοφυσιολογική διαδικασία, που η ιατρική αναγνωρίζει σαν ψυχοσωματική αρρώστια.

Σύμφωνα με τον Minuchin στο Μοντέλο της Ψυχοσωματικής Οικογένειας, υπάρχει μια σύνδεση ανάμεσα στις διάφορες καταστάσεις ζωής του ατόμου με τα συναισθήματά του και αυτά, με τις σωματικές παθήσεις (Ελληνική Ιατρική Εταιρία

Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων 1990). Τα ψυχοσωματικά προβλήματα αναφέρονται συνήθως στο καρδιακό σύστημα, τις δερματικές παθήσεις, το βρογχικό άσθμα, τις ρευματοπάθειες, τον καρκίνο, την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη κ.α.

Αυτή η δυσλειτουργική διαδικασία που υφίσταται ο οργανισμός μπορεί να οδηγήσει στα εξής:

1) Αύξηση της συχνότητας και διάρκειας των ψυχοσωματικών προβλημάτων.

Η αύξηση οφείλεται κυρίως στη στρεσογόνο κατάσταση που διακατέχει το άτομο και κάθε επανάληψή της επιδεινώνει τη διάρκεια των ψυχοσωματικών προβλημάτων.

2) Σε πλήρη σύγχυση της συμπεριφοράς και στην εγκατάσταση οξέων δραματικών ψυχοσωματικών επεισοδίων όπως έμφραγμα, γαστρορραγία. Σε αυτήν την κατάσταση μπορούν να οδηγήσουν δυο ή περισσότερες στρεσογόνες καταστάσεις που υφίσταται το άτομο.

Σε αρκετά σημεία της βιβλιογραφίας παρατηρείται μια συσχέτιση ανάμεσα στο στρες των μελών της οικογένειας και μιας σωματικής αρρώστιας. Η Provencher (Provencher H.L 1996), Αναφέρει ότι οι συγγενείς Α΄ βαθμού σχιζοφρενικών ασθενών παρουσιάζουν συχνά σωματικά προβλήματα τα οποία ήταν συσχετισμένα με την ψυχική νόσο του ασθενή. Στο 59% του δείγματος του αναφέρονται τα σωματικά προβλήματα ως γενικές αρνητικές συνέπειες (general negative objective consequences) της παρουσίας του ασθενή με σχιζοφρενικά συμπτώματα στο σπίτι. Μέσα από αυτή τη διαπίστωση κατέληξε πως η έκθεση των μελών της οικογένειας στο χρόνιο στρες που υφίστανται, λόγω της παρουσίας του ασθενούς, είναι σε θέση να τους κάνει πιο ευάλωτους απέναντι σε σωματικές ασθένειες.

Συναφή αποτελέσματα παρουσιάζονται και στην έρευνα των Holden και Lewine (Holden D.F & Lewine R.R.J 1982), οι οποίοι αναφέρουν ότι το 70% των οικογενειών που συμμετείχαν στο δείγμα, παρουσίασαν προβλήματα υγείας, τα οποία είχαν υπόβαθρο τις αυξημένες εντάσεις στην οικογένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ

Ο τρόπος που τα μέλη αντιλαμβάνονται την σχιζοφρένεια, οι προκαταλήψεις που έχουν σχετικά με την ασθένεια, το πόσο έτοιμοι είναι να την δεχτούν ο βαθμός του άγχους, του φόβου και της πίεσης που τους διακατέχει, καθώς και το πόσο στιγματισμένοι ή όχι νιώθουν καθορίζει και τις αντιδράσεις της οικογένειας ως προς την κινητοποίηση της για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως κατάρρα, κακοτυχία ή εμπόδιο που απειλεί την ισορροπία της οικογένειας. Οικογένειες με τέτοιες αντιλήψεις βιώνουν εντονότερα το άγχος που τους διακατέχει κατά την διάγνωση. Προβληματίζονται έντονα για το τι θα γίνει, τι συνέπειες θα έχει η αρρώστια στην κοινωνική δραστηριότητα των υπολοίπων αλλά και του ιδίου του αρρώστου. Εξαιτίας του υπερβολικού άγχους που τους διακατέχει και της πίεσης που δέχονται δεν είναι και τόσο πρόθυμοι ως προς την κινητοποίηση τους. Καθώς η αρρώστια έχει μεγάλη αρνητική επίδραση στην ψυχολογική υπόσταση των υπολοίπων μελών, τα μέλη διακατέχονται από απάθεια που σχετίζονται με το αντικειμενικό φορτίο το οποίο "κουβαλάνε".

Παράλληλα με το παραπάνω παράδειγμα υπάρχει και η πλευρά των οικογενειών που έχουν αντιληφθεί τη σχιζοφρένεια ως "δουλειά του σατανά" ή κάποια δοκιμασία που

τους έχει επιβληθεί από το Θεό. Δεν είναι διαθέσιμοι να ακολουθήσουν καμιά θεραπεία, καθώς θεωρούν πως είναι μια δοκιμασία που θα περάσει(Ohaeri .J.U & Fido A.A. 2001 σελ 493).

Υπάρχουν και οι οικογένειες που έχουν μια μοιρολατρική αντίληψη σχετικά με την σχιζοφρένεια. Όπως λένε χαρακτηριστικά, «πιστεύω πως κανένα θετικό αποτέλεσμα δεν μπορεί να υπάρξει». Δέχονται παθητικά τις συμβουλές των ειδικών χωρίς να ζητούν περαιτέρω πληροφορίες. Δεν δίνουν πολύ σημασία στο τι κάλλιστα μπορούν να κάνουν για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του αρρώστου μέλους τους. Άλλες πάλι οικογένειες έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη στάση σχετικά με τον άρρωστο. Βιώνουν τόσες ενοχές που δέχονται με πολύ παθητικό τρόπο τη θεραπεία ή πάλι εκφράζουν έντονη άρνηση απέναντι στην θεραπεία, προβάλλοντας το πιεστικό γεγονός που έχει συμβεί στη ζωή τους.

Δεν μπορούμε βέβαια να μην αναφέρουμε πως υπάρχουν και οι πολύ συνειδητοποιημένες οικογένειες οι οποίες αντιμετωπίζουν υπεύθυνα την αρρώστια, κινητοποιούνται για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, να ξεπεράσουν τις δυσκολίες και να βοηθήσουν το άρρωστο μέλος. Ψάχνουν να βρουν πληροφορίες, προσπαθούν να μάθουν νέους τρόπους αντιμετώπισης και εξετάζουν την αποτελεσματικότητα τους. Αυτές οι οικογένειες έχουν εμπιστοσύνη στη συνοχή τους και παρουσιάζουν μια πολύ καλή προσαρμοστικότητα στα νέα δεδομένα της ασθένειας και στα αποτελέσματα της.

Σε γενικές γραμμές για την αντιμετώπιση ενός τέτοιου προβλήματος η οικογένεια θα πρέπει να κινητοποιηθεί με τέτοιους τρόπους, ώστε να προσδιορίσει τρόπους που προάγουν τη συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή. Να αναγνωρίσει τα πρώιμα σημάδια μιας υποτροπής, να μειώσει τις προσωπικές και κοινωνικές μειονεξίες, να βελτιώσει την επαγγελματική λειτουργικότητα του ασθενούς, να μετράει τις επιδράσεις του ασθενούς στο οικογενειακό περιβάλλον, να αναπτύξει ομάδες αυτοβοήθειας που θα συμβάλουν στην αμοιβαία υποστήριξη και στην ανάπτυξη ενός δικτύου ανάμεσα στις οικογένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΥΤΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Εισαγωγή

Η κοινότητα είναι το σύνολο των ανθρώπων που συνδέονται με διαπροσωπικές σχέσεις και κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς. Η δημιουργία παθολογικών συμπεριφορών προκαλεί αντίδραση στην κοινότητα και αρνητική αντιμετώπιση καθώς οι παθολογικές συμπεριφορές αποκλίνουν από τη συμπεριφορά που η κοινότητα έχει ορίσει ως φυσιολογική.

Η προκατάληψη απέναντι στο σχιζοφρενικό ασθενή και την οικογένεια του είναι κοινή παντού. Σε έρευνα που έγινε στην Αθήνα για την διερεύνηση της στάσης των κατοίκων δύο Αθηναϊκών δήμων απέναντι στην ψυχική αρρώστια(34), απομονώθηκαν πέντε παράγοντες:

- Ο παράγοντας της κοινωνικής διάκρισης ο οποίος διακρίνει ένα ψυχικά άρρωστο σαν άτομο κατώτερο σε σύγκριση με ένα φυσιολογικό.
- Ο παράγοντας του κοινωνικού περιορισμού που περιλάμβανε τις έννοιες απόρριψης, του καταναγκαστικού και της επιβολής κοινωνικών περιορισμών στον ψυχικά άρρωστο.
- Ο παράγοντας της κοινωνικής φροντίδας, που εκφράζει μια θετική άποψη απέναντι στην ιδεολογία της θεραπευτικής προσέγγισης.

-Ο παράγοντας της κοινωνικής ενσωμάτωσης του, που χαρακτηριστικό του είναι η ανάγκη για την ενσωμάτωση του ψυχικά αρρώστου στην κοινωνική ζωή.

-Ο παράγοντας της αιτιολογίας που αντανακλά την άποψη για την προέλευση της ψυχικής αρρώστιας. Η πιο σημαντική είναι η άποψη για την επίδραση της οικογένειας.

Οι παράγοντες της κοινωνικής διάκρισης και του κοινωνικού περιορισμού επηρεάστηκαν σημαντικά από πολλές ανεξάρτητες μεταβλητές (αιτία, εκπαίδευση, τόπος διαμονής μέχρι 15 ετών και επάγγελμα). Αντίθετα, οι παράγοντες της κοινωνικής φροντίδας, της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της αιτιολογίας φαίνεται να είναι κοινωνικά ανεπηρέαστοι. Είναι φανερό, πως κάθε απορριπτική αρνητική στάση της κοινωνίας γίνεται αντιληπτή από το άρρωστο άτομο και αυτή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική του ένταξη και αποκατάσταση. Από τον στιγματισμό αυτόν, δεν μένει ανεπηρέαστη η οικογένεια. Ο ψυχικά άρρωστος φοβάται την κοινωνία γιατί τον απορρίπτει και η οικογένεια με τη σειρά της φοβάται την κοινωνία μη στιγματισθεί(34).

Είναι γεγονός, πως κάθε οικογένεια επιδιώκει να έχει επαφές με την κοινότητα. Η ύπαρξη ενός σχιζοφρενικού μέλους κάνει αμέσως την οικογένεια του να αποκλίνει από την υπόλοιπη κοινότητα. Η οικογένεια ανησυχεί πως θα γίνει επίκεντρο κοροϊδίας ή απομόνωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αγκωθεί και καμιά φορά να εκφράσει συναισθήματα άρνησης ή και υπερπροστασίας προς το άρρωστο μέλος της. Υπάρχει ακόμα και μια αρνητική αντίληψη, διαδεδομένη στο ευρύτερο κοινό τους όπως κάθε σοβαρή αρρώστια έτσι και η σχιζοφρένεια είναι κληρονομική. Η οικογένεια ενοχοποιείται, αφού συνήθως τα κοινωνικά στερεότυπα της προσδίδουν μια ιδιαιτερότητα και ένα στιγματισμό ως προς το άρρωστο μέλος της. Συνεπώς, μέσα στην οικογένεια επικρατεί μια μυστικοπάθεια γύρω από την ασθένεια της σχιζοφρένειας ως απότοκος ενοχών και στίγματος που οδηγεί στην απομόνωση της οικογένειας. Παράλληλα με τα παραπάνω, όταν η οικογένεια λειτουργεί σαν κλειστό σύστημα για μεγάλο χρονικό διάστημα εμφανίζονται δυσλειτουργίες και δυσκολίες προσαρμογής. Αυτές εκδηλώνονται με την απόδοση του ρόλου του αποδιοπομπαίου τράγου, συνήθως στο σχιζοφρενικό μέλος ή με συμμαχίες έξω από το οικογενειακό σύστημα που όμως προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην οικογένεια.

Οι νόρμες του περιβάλλοντος έχουν γενικά εσωτερικευτεί έντονα στα υπόλοιπα μέλη μιας οικογένειας ενός σχιζοφρενικού μέλους που τους είναι δύσκολο να αποδώσουν

το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου σε κάποιον τρίτον, εκτός οικογενείας. Οι πιο πολλές οικογένειες δίνουν μεγάλη σημασία στους δεσμούς τους με την κοινότητα και επειδή είναι σημαντική για αυτούς προτεραιότητα το να είναι αποδεκτοί από την κοινότητα, δεν έχουν τη δύναμη να έρθουν σε ρήξη με τον περίγυρο τους. Ακόμα, αν κάποιες οικογένειες έχουν μίσος και εχθρότητα απέναντι σε κάποια μέλη της κοινότητας, στην οποία ζουν, φοβούνται τόσο πολύ τις επιπλοκές, που δεν τολμούν να εκφράσουν την αντιπάθεια τους και προτιμούν να κάνουν αποδιοπομπαίο τράγο το δικό τους μέλος. Υπάρχει η άποψη πως η διοχέτευση των εντάσεων μέσα στο οικογενειακό σύστημα δεν δημιουργεί καμιά δυσλειτουργία στην επαφή και την επικοινωνία με τον έξω κόσμο. Όμως αυτές οι εντάσεις στο εσωτερικό της οικογενείας δυσχεραίνουν την αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων.

Σε αντίθετη περίπτωση από αυτή της απόδοσης του ρόλου του αποδιοπομπαίου τράγου και της άρνησης της οικογένειας απέναντι στο άρρωστο μέλος της, μπορεί να είναι η υπερπροστασία της οικογένειας απέναντι του. Καθώς η παρουσία του σχιζοφρενούς είναι στόχος απόρριψης και εμπαιγμού από τη γειτονιά, καμιά φορά αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το άρρωστο μέλος να γίνει το επίκεντρο της προσοχής της οικογένειας. Η οικογένεια στην προσπάθεια της να το υπερπροστατεύσει φτάνει σε υπερβολικές καταστάσεις, όπως το να το αποτρέπει να έρχεται σε επαφή και να έχει σχέσεις με άτομα της κοινότητας γιατί μπορεί να το βλάψουν. Ωστόσο αυτή η ανησυχία αφορά πιο πολύ την οικογένεια και τις κοινωνικές σχέσεις της παρά το ίδιο το παιδί-ασθενή.

Εν κατακλείδι, μπορούμε να πούμε πως η οικογένεια του σχιζοφρενούς έχει να αντιμετωπίσει την άρνηση και το στιγματισμό που της έχει αποδώσει η κοινότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει δύσκολα τις κοινωνικές σχέσεις και επαφές καθώς και η ίδια η κοινότητα κλείνει τις πόρτες στην οικογένεια, αλλά και η οικογένεια από το φόβο της διάκρισης αποσύρεται από την κοινότητα. Μέσα από το στιγματισμό αυτό, η οικογένεια κινδυνεύει ακόμη και να χάσει την ψυχοκοινωνική της ταυτότητα. Πασχίζει με τεράστιο συνήθως αγώνα να αποκρύψει το επικίνδυνο μειονοτικό χαρακτηριστικό που της έχει αποδώσει ο κοινωνικός περίγυρος, να φανεί πως δε διαφοροποιείται από τους άλλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Εισαγωγή

Ο τρόπος αντιμετώπισης των σχιζοφρενικών ασθενών συνήθως μέχρι και πριν λίγα χρόνια συνδεόταν με τα ψυχιατρεία. Με αυτόν τον τρόπο παράλληλα ανακουφιζόταν και η οικογένεια του ασθενή από τη συνεχή φροντίδα του. Ο εγκλεισμός, η εγκατάλειψη, η απομόνωση των ασθενών, θεωρούνταν ως μοναδική λύση τόσο για τη "θεραπεία" του όσο και για την αποφόρτιση, την ηρεμία της οικογενείας για το διάστημα που ο ασθενής θα βρισκόταν στο ψυχιατρείο. Τον τελευταίο καιρό έχει αποδειχθεί πως οι άνθρωποι που υποφέρουν από κάποια ψυχική ασθένεια μπορούν να παρουσιάζουν βελτίωση και να συνεισφέρουν στην κοινωνία. Έτσι η μακροχρόνια ασυλκή παραμονή αντικαθίστανται από περίθαλψη σε ενδιάμεσες ψυχιατρικές δομές με στόχο την κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών, την έκλειψη του στιγματισμού, την ενημέρωση, τη στήριξη και την αποφόρτιση των οικογενειών.

Οι σημερινοί τρόποι αντιμετώπισης είναι: οι ξενώνες, οι ανάδοχες οικογένειες, οι σύλλογοι οικογένειας σχιζοφρενών, η οικογενειακή θεραπεία στα πλαίσια της θεραπείας της σχιζοφρένειας.

5.1.1 Ξενώνες

Η λειτουργία των ξενώνων έχει συμβάλει ουσιαστικά στην αποασυλοποίηση των ασθενών και την εγκατάστασή τους κοντά στον τόπο καταγωγής τους. Στόχος των

ξενώνων είναι η κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση της σχιζοφρένειας καθώς και η τελική τους αυτονόμηση, ώστε να μπορεί να διαβιώσει μόνος του να έχει έναν ικανοποιητικό ρόλο και μια καλή ποιότητα ζωής. Παράλληλα επιτυγχάνεται και ένας δεύτερος στόχος, η αποφόρτιση της οικογένειας. Οι γονείς ή τα αδέρφια πλέον δεν έχουν την συνεχή, καθημερινή φροντίδα του ασθενή υπό την ευθύνη τους. Δεν έχουν το άγχος αν παίρνει ή όχι τα φάρμακα του, αν τυχόν μπορεί να υποτροπιάσει. Μπορούν να ζουν ήρεμα, άνετα να έχουν προσωπική ζωή, πιο εύκολα τώρα, να πηγαίνουν ταξίδια, εκδρομές. Ταυτόχρονα, νοιώθουν σιγουριά για τον ασθενή τους, αφού ξέρουν ότι εκεί που βρίσκεται, δηλαδή στους ξενώνες, είναι καλά, παρακολουθείται από γιατρούς και από όλη τη διεπιστημονική ομάδα. Γνωρίζουν πως μαθαίνει νέες δεξιότητες, πως μαθαίνει να ζει αυτόνομα, να αυτοεξυπηρετείται. Στον τρόπο λειτουργίας των ξενώνων, υπάρχουν ορισμένες μέρες που ο ασθενής μπορεί να μένει με την οικογένεια του, οπότε συνεχίζει να έχει σχέσεις και επαφές με τους δικούς του ανθρώπους, χωρίς όμως να υπάρχει το άγχος, η ευθύνη, η καταπίεση, η ψυχολογική και συναισθηματική φόρτιση τους.

5.1.2 Ανάδοχες οικογένειες

Μια άλλη δομή που σκοπεύει στην κοινωνική επανένταξη των ασθενών είναι οι ανάδοχες οικογένειες. Οι ασθενείς τοποθετούνται σε οικογένειες, άλλες από τις δικές τους, στην κοινότητα, υπό την επίβλεψη της πολιτείας. Με αυτόν τον τρόπο οι οικογένειες των ασθενών έχοντας ζήσει το στρες, τη θλίψη και την κούραση της καθημερινής φροντίδας, μπορούν να βιώσουν διαστήματα ηρεμίας, ξεκούρασης και αποφόρτισης.

5.1.3 Σύλλογος οικογενειών Σχιζοφρενών

Ένας άλλος πολύ σημαντικός τρόπος αντιμετώπισης του άγχους και της πίεσης των οικογενειών είναι ο σύλλογος οικογενειών σχιζοφρενών. Ιδρύθηκε με πρωτοβουλία

γονέων που βιώνουν καθημερινά τα προβλήματα μέσα στην οικογένεια λόγω της ψυχικής νόσου των παιδιών τους.

Οι σκοποί του συλλόγου είναι οι εξής:

-Η παροχή υποστήριξης στα άτομα με σχιζοφρένεια καθώς και στις οικογένειες τους. Μέσα από ομάδες ειδικών και ομάδες γονέων, αδελφών, κουβεντιάζονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Επεξεργάζονται τα συναισθήματα τους και αναζητούν νέους τρόπους, νέες δεξιότητες χειρισμού των προβλημάτων τους.

-Η διεκδίκηση της υποστήριξης και εφαρμογής των νόμων που έχουν θεσπιστεί για να βοηθήσουν τους ψυχικά νοσούντες.

-Η μείωση και τελικά η εξάλειψη των διακρίσεων και των προκαταλήψεων σε βάρος των σχιζοφρενών-ασθενών.

-Η οργάνωση δραστηριοτήτων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Πολλές φορές οργανώνονται εκδηλώσεις ή άλλες δραστηριότητες από τους ίδιους τους γονείς των ασθενών, γεγονός που λειτουργεί θεραπευτικά γι' αυτούς.

-Η αλληλοϋποστήριξη των μελών του, μέσα από ομάδες συγγενών.

-Η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των σχιζοφρενών.

-Η δημιουργία ξενώνα για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στέγασης.

-Η συνεργασία με τοπικούς, εθνικούς αλλά και διεθνείς φορείς με παρεμφερείς σκοπούς και για την ανάληψη σχετικών προγραμμάτων.

-Η ενημέρωση των πολιτών για την ψυχική υγεία μέσα από σεμινάρια, συζητήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Μεθοδολογία έρευνας

Εισαγωγή

Ο σκοπός της έρευνας μας είναι να εξετασθεί αν η παρουσία ενός σχιζοφρενικού μέλους στην οικογένεια δημιουργεί ψυχολογικές ή σωματικές επιπτώσεις στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Σύμφωνα με τη Συστημική θεωρία της οικογένειας η συμπεριφορά ενός μέλους γίνεται λειτουργία και ερέθισμα για τη συμπεριφορά των άλλων μελών της οικογένειας. Δηλαδή όλα τα μέλη υφίστανται το πρόβλημα και συμμετέχουν σε αυτό(Ζαφείρης Α.Γ και συν. 1999 σελ 73).

Βασιζόμενες λοιπόν σε αυτήν τη θεωρία, θέλουμε να εξετάσουμε αν η παρουσία του σχιζοφρενικού μέλους, επηρεάζει ψυχολογικά ή και σωματικά τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

6.1.1 Ερευνητική στρατηγική

Η στρατηγική που ακολουθήσαμε προκειμένου να πραγματοποιήσουμε την έρευνα μας είναι η "διερευνητική-περιγραφική στρατηγική".

Η διερευνητική περιγραφική έρευνα διενεργείται στο φυσικό περιβάλλον του ερωτώμενου, με τρόπο ευέλικτο μεθοδολογικό και αποσκοπεί κυρίως στη συστηματική παρατήρηση και στην πληρέστερη περιγραφή και καταγραφή των διαφόρων εκφάνσεων του φαινομένου(Παρασκευόπουλος Ι. 1993 σελ. 132)

Η διερευνητική-περιγραφική έρευνα, χάρη στην ευελιξία του μεθοδολογικού τρόπου που διεξάγεται και στη φυσικότητα των συνθηκών που πραγματοποιείται χρησιμοποιείται κυρίως στις παρακάτω περιπτώσεις ερευνητικών προβλημάτων:

- α) Στις έρευνες που γίνονται πρώτες, σε μια καινούργια γνωστική περιοχή για την οποία οι διαθέσιμες πληροφορίες είναι ελάχιστες.
- β) Στις έρευνες που έμφαση δίνεται στη φυσική ροή των γεγονότων όπως αυτά επισυμβαίνουν μέσα στο φυσικό περιβάλλον.
- γ) Στις έρευνες που δίνεται έμφαση στην όσο το δυνατό πληρέστερη απεικόνιση της παρούσας κατάστασης σύνθετων μορφών συμπεριφοράς.
- δ) Στις έρευνες που σκοπό τους έχουν να ελέγξουν την εγκυρότητα της γενίκευσης των ευρημάτων άλλων ερευνών, σε πραγματικές φυσικές καταστάσεις (Παρασκευόπουλος Ι. 1993 σελ. 132).

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή του κεφαλαίου και για την πραγματοποίηση της δικής μας έρευνας χρησιμοποιούμε "τη διερευνητική-περιγραφική στρατηγική" καθώς διενεργείται στο φυσικό περιβάλλον των ερωτηθέντων και αποσκοπεί στη συστηματική παρατήρηση της φυσικής ροής των γεγονότων, όπως αυτά συμβαίνουν. Επίσης, γίνεται σε μια γνωστική περιοχή για την οποία οι διαθέσιμες πληροφορίες είναι ελάχιστες. Επιπλέον, σε αυτήν την έρευνα δίνεται έμφαση στην όσο το δυνατό πληρέστερη απεικόνιση της παρούσας κατάστασης σύνθετων μορφών συμπεριφοράς.

6.1.2 Αξία της μελέτης

Σημαντικό σε κάθε μελέτη είναι τα στοιχεία που δίνονται να είναι γενικεύσιμα. Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα δεν είναι γενικεύσιμα καθώς το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό. Σε αυτήν τη μελέτη ενδιαφέρει να παρατηρήσουμε, να περιγράψουμε την κατάσταση που επικρατεί και να αναλύσουμε σε βάθος τους παράγοντες που επιδρούν σ' ένα φαινόμενο και το καθορίζουν. Σ' αυτό το σημείο έγκειται η αξία της μελέτης μας, καθώς μας βοηθά να καταλάβουμε πως βιώνει η κάθε οικογένεια την

παρουσία ενός σχιζοφρενικού μέλους και τι ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις δημιουργούνται στο κάθε μέλος χωριστά.

Παράλληλα με τα παραπάνω, τα αποτελέσματα της μελέτης μας έχουν ακόμα μια σημαντική αξία καθώς εμβαθύνουν και επαληθεύουν την επικρατούσα θεωρία και περιγράφουν μια συγκεκριμένη κατάσταση από την οποία πηγάζει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Επίσης μπορεί να γίνει προπομπός άλλων ερευνών που θα μπορέσουν να δώσουν γενικεύσιμα αποτελέσματα και να διατυπώσουν επιστημονικές θεωρίες.

6.1.3 Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Στην προσπάθεια μας να φέρουμε σε πέρας τη συγκεκριμένη έρευνα έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε τα κατάλληλα μέσα που να ανταποκρίνονται στους στόχους μας και να μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες για τα θέματα που μας αφορούν. Η επιλογή στον τρόπο συλλογής δεδομένων είναι η ημιδομημένη συνέντευξη με ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις.

Ένα βασικό πλεονέκτημα της συνέντευξης είναι ότι επιτρέπει να εξετάζουμε το ερευνητικό πρόβλημα σε μεγαλύτερο βάθος. Παρατηρήσαμε πως οι ερωτώμενοι δείχνανε μεγαλύτερη προθυμία με το να μιλούν παρά να γράφουν.

Επιπλέον, με τη συνέντευξη μας δίνεται η δυνατότητα να συλλέξουμε εμπειρίες, απόψεις, γνώσεις, προσδοκίες και αισθήματα των ερωτώμενων (Marchal C. Rossman G 1995).

Επίσης, η άμεση και προσωπική επικοινωνία ερευνητή-εξεταζόμενου μας επιτρέπει μεγαλύτερη ευελιξία στον τρόπο δόμησης και παρουσίασης των ερωτήσεων (Παρασκευόπουλος I. 1993 σελ. 128). Δεν υπήρχαν προκαθορισμένες λεπτομερείς κατηγορίες.

Δεν μπορούμε ακόμα να παραλείψουμε πως η συνέντευξη δεν μας δίνει αντικειμενικές πληροφορίες αλλά την ιδέα που έχουν οι ερωτώμενοι για την πραγματικότητα και τον τρόπο που οι ίδιοι την ερμηνεύουν (Ράτσικα Ν. 2002)

Όσον αφορά το στόχο μας, αυτός ο τρόπος συλλογής εμπειρικών δεδομένων μας προσφέρει περισσότερα πλεονεκτήματα καθώς μας επιτρέπεται να έχουμε μια συνολική αλλά κυρίως εις βάθος, εικόνα της οικογενείας πριν εκδηλωθεί η ασθένεια στο μέλος, αλλά και μια εικόνα της οικογένειας μετά που εκδηλώθηκε η ασθένεια ώστε να πάρουμε τα στοιχεία που θέλουμε και να μπορέσουμε να επαληθεύσουμε ή όχι την υπόθεση μας πως δηλαδή, η παρουσία ενός σχιζοφρενικού μέλους στην οικογένεια, δημιουργεί ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα κάτι που με τη χρησιμοποίηση ερωτηματολογίου ήταν δύσκολο να φανεί.

Για να πραγματοποιήσουμε την έρευνα μας, επιλέξαμε τέσσερις ενότητες, πάνω στις οποίες κινήθηκαν οι συνεντεύξεις μας. Οι ενότητες είναι οι εξής:

1. Σχέσεις των μελών πριν τη διάγνωση.
2. Σχέσεις των μελών μετά τη διάγνωση.
3. Ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις.
4. Η κατάσταση τώρα τελευταία.

Στην πρώτη ενότητα συμπεριλάβαμε ερωτήσεις σχετικές με γεγονότα και τις σχέσεις των μελών πριν την έναρξη της ασθένειας όπως, πότε ξεκίνησε η νόσος, πως έγινε αντιληπτή, πως ήταν οι σχέσεις στην οικογένεια τότε, αν είχαν κοινωνικές σχέσεις. Η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την έναρξη του προβλήματος και μετά, όπως τι άλλαξε στη ζωή των μελών ατομικά και σαν σύνολο, τι συναισθήματα και τι εντυπώσεις έχουν, τι άλλαξε στις κοινωνικές σχέσεις και αν παίρνουν από κάπου συμπαράσταση και στήριξη.

Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται στην ύπαρξη ή όχι, ψυχολογικού ή σωματικού προβλήματος στα υπόλοιπα μέλη, πριν και μετά την έναρξη της ασθένειας. Η τέταρτη ενότητα, περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται στο πως είναι η κατάσταση τώρα τελευταία, τι προσδοκίες και τι συναισθήματα έχουν τα μέλη.

Στόχος μας ήταν να εξηγήσουμε στον ερωτώμενο, το σκοπό της έρευνας, να δημιουργήσουμε κλίμα άνεσης και να διεγείρουμε κάθε φορά το ενδιαφέρον για συνεργασία.

Κλίμα άνεσης δημιουργήθηκε σε όλες τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήσαμε. Φροντίσαμε οι ερωτώμενοι να νιώσουν ελεύθεροι, χωρίς πίεση και χρησιμοποιήσαμε λεξιλόγιο απλό και λιτό έτσι ώστε να είναι σε θέση να κατανοηθεί από όλους τους ερωτώμενους πλήρως, για να απαντήσουν χωρίς δισταγμούς στις ερωτήσεις μας, ώστε να συλλέξουμε τα στοιχεία που θέλαμε.

6.1.4 Διαδικασία επιλογής δείγματος

Το δείγμα το επιλέξαμε μετά από επαφές με ιδιώτη Ψυχίατρο, με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου και με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων.

Το δείγμα περιλάμβανε έντεκα οικογένειες με σχιζοφρενικό μέλος. Εξαιτίας της φύσης του θέματος που αναζητά οικογένειες με σχιζοφρενικό μέλος ήταν δύσκολο να καθορίσουμε πιο συγκεκριμένα κριτήρια για το δείγμα μας, καθώς τα στοιχεία των οικογενειών που υπάρχουν στις υπηρεσίες είναι απόρρητα. Συνεπώς τα κριτήρια της επιλογής του δείγματος μας ήταν, οι ερωτηθέντες να είναι μέλη οικογενειών με ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια, να ζουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή και να είναι γονείς τους, αδέρφια, ή σύζυγοι τους και φυσικά να επιθυμούν να συμμετέχουν στη συνέντευξη.

6.1.5 Αντιδράσεις-δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε

Στόχος μας ήταν να δημιουργήσουμε κλίμα άνεσης σε όλες τις συναντήσεις με τους ερωτώμενους. Δημιουργώντας από την μεριά μας κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και κατανόησης και χρησιμοποιώντας στην διατύπωση των ερωτήσεων λόγο απλό και κατανοητό κρατήσαμε ζωντανό το ενδιαφέρον όσων συνεργαστήκαμε για να απαντήσουν στις ερωτήσεις μας. Με όσα μέλη οικογενειών πραγματοποιήσαμε συνεντεύξεις διαπιστώσαμε ζωντανό ενδιαφέρον για συνεργασία και μεγάλη προθυμία.

Παρόλα αυτά όμως στην προσπάθειά μας να πραγματοποιήσουμε την συγκεκριμένη έρευνα συναντήσαμε κάποιες δυσκολίες.

Αν και στοχεύαμε να πάρουμε πληροφορίες από όλα τα μέλη της οικογένειας περισσότερο πρόθυμες να συνεργαστούν ήταν οι μητέρες. Μόνο δύο από τους πατέρες και ένας αδερφός δέχτηκαν να συνεργαστούν.

Σε οικογένειες όπου το σχιζοφρενικό μέλος ήταν στο ζευγάρι, οι σύζυγοι δεν δέχτηκαν να συνεργαστούν. Όσους προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε απάντησαν ότι δεν νοιώθουν άνετα και δεν νοιώθουν έτοιμοι να μιλήσουν για αυτό το θέμα.

Ένας πολύ μικρός αριθμός οικογενειών που προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε ήταν τελείως αρνητικός απέναντι στη συνεργασία απαντώντας: «για πιο λόγο να σας μιλήσω και τις άλλες φορές που μίλησα με κάποιον ειδικό, δεν άλλαξε κάτι».

6.1.6 Παρουσίαση δείγματος

Παρακάτω κάνουμε μια σύντομη παρουσίαση του δείγματος της έρευνας μας.

A) Οικογένεια Σ: Γιος ασθενής 33 ετών άνεργος, (παίρνει σύνταξη για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει). Ο πατέρας πέθανε το 1995, 59 ετών, ηλεκτρολόγος. Η μητέρα 59 ετών υπάλληλος στο δήμο. Η κόρη 32 ετών, καθηγήτρια πληροφορικής. Συγκατοικούν η μητέρα και ο ασθενής. Έναρξη προβλήματος 1992. Τόπος διαμονής Ηράκλειο. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε η μητέρα.

B) Οικογένεια Κ: Ασθενής κόρη 22 ετών, ερασιτέχνης χορεύτρια. Ο πατέρας 57 ετών, τουριστικά επαγγέλματα. Η μητέρα 55 ετών νηπιαγωγός σε ιδιωτικό σχολείο. Αδελφή 30 ετών γυμνάστρια. Συγκατοικούν οι γονείς και η ασθενής. Έναρξη προβλήματος 2000. Τόπος διαμονής Ηράκλειο. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε η μητέρα.

Γ) Οικογένεια Σ. Ασθενής κόρη 42 ετών, άνεργη (συντ/ος λόγω της ασθένειας). Ο πατέρας 62 ετών, οδηγός ταξί. Η μητέρα 62 ετών, συντ/χος ξενοδοχοϋπάλληλος. Αδελφός 40 ετών, άνεργος. Αδελφός 35 ετών, οδηγός ταξί. Συγκατοικούν οι γονείς η αδελφή και ο ένας αδελφός. Έναρξη προβλήματος 1980. Τόπος διαμονής Χανιά. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε η μητέρα.

Δ) Οικογένεια P: Γιος ασθενής 46 ετών, άνεργος (συντ/ος λόγω της ασθένειας). Ο πατέρας πέθανε το 1995, 60 ετών. Η μητέρα 63 ετών, συντ/χος μεσίτης. Αδελφός 45 ετών, γιατρός. Συγκατοικούν η μητέρα και ο ασθενής. Έναρξη προβλήματος 1975. Τόπος διαμονής Ηράκλειο. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε η μητέρα.

Ε) Οικογένεια X: Γιος ασθενής 30 ετών, αγρότης (συντ/ος λόγω της ασθένειας) . Ο πατέρας 60 ετών, αγρότης. Η μητέρα 56 ετών, αγρότισσα. Αδερφή 36 ετών, αγρότισσα. Αδερφή 33 ετών, αγρότισσα. Αδερφή 32 ετών, αγρότισσα. Αδερφός 31 ετών, αγρότης. Αδερφός 29 ετών, αγρότης. Συγκατοικούν οικογένεια με ασθενή. Έναρξη προβλήματος 1991. Τόπος διαμονής Χανιά. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε ο αδελφός.

ΣΤ) Οικογένεια M: Γιος ασθενής 37 ετών, άνεργος (συντ/ος λόγω της ασθένειας). Ο πατέρας 60 ετών, συντ/ος. Η μητέρα 57 ετών, οικιακά. Αδελφή 35 ετών, βρεφονηπιοκόμος, ζει στην Αυστραλία. Συγκατοικούν οι γονείς με τον ασθενή. Έναρξη προβλήματος 1992. Τόπος διαμονής Χανιά. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε ο πατέρας.

Ζ) Οικογένεια Π: Κόρη ασθενής 29 ετών, άνεργη (συντ/ος λόγω της ασθένειας). Ο πατέρας 48 ετών, ιδιωτικός υπάλληλος. Μητέρα 42 ετών εποχιακή εργάτρια. Διαζύγιο 1976 (πριν την διάγνωση της νόσου). Αδερφός (από β' γάμο μητέρας) 15 ετών, μαθητής Λυκείου. Συγκατοικούν η μητέρα, τα παιδιά και ο πατριός. Έναρξη προβλήματος 1980. Τόπος διαμονής Χανιά, στη συνέντευξη συνεργάστηκε η μητέρα.

Η) Οικογένεια Β: Γιος ασθενής 28 ετών, ιδιωτικός υπάλληλος. Ο πατέρας 68 ετών, συντ/χος δημόσιος υπάλληλος. Η μητέρα 62 ετών, συντ/χος δημόσιος υπάλληλος. Αδελφός 26 ετών, φοιτητής ιατρικής. Συγκατοικούν όλα τα μέλη. Έναρξη προβλήματος 1993. Τόπος διαμονής Ηράκλειο. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε η μητέρα.

Θ) Οικογένεια Π: Γιος ασθενής 34 ετών, άνεργος (συντ/ος λόγω της ασθένειας). Ο πατέρας 78 ετών, συντ/χος καθηγητής. Η μητέρα 67 ετών, συντ/χος καθηγήτρια. Κόρη 36 ετών, γιατρός. Συγκατοικούν οι γονείς και ο ασθενής. Έναρξη προβλήματος 1998. Τόπος διαμονής Ηράκλειο. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε ο πατέρας.

Ι) Οικογένεια Π: Γιος ασθενής 23 ετών, ιδιωτικός υπάλληλος. Ο πατέρας 51 ετών, πολιτικός μηχανικός. Η μητέρα 49 ετών, άνεργη. Διαζύγιο 1992 (πριν την διάγνωση της νόσου). Αδερφός 27 ετών πολιτικός μηχανικός. Αδερφός 24 ετών, φοιτητής πολιτικός μηχανικός. Συγκατοικούν η μητέρα και τα παιδιά. Έναρξη προβλήματος 2000. Τόπος διαμονής Χανιά. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε η μητέρα.

Κ) Οικογένεια Κ: Κόρη ασθενής 32 ετών, άνεργη (συντ/ος λόγω της ασθένειας). Ο πατέρας 58 ετών, ναυτικός. Η μητέρα 50 ετών, άνεργη. Διαζύγιο 2002 (μετά την διάγνωση της νόσου). Αδερφός 30 ετών, τοπογράφος. Αδερφός 22 ετών, φοιτητής. Συγκατοικούν η μητέρα και τα παιδιά. Έναρξη προβλήματος 1989. Τόπος διαμονής Ηράκλειο. Στη συνέντευξη συνεργάστηκε η μητέρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Μεθοδολογία Ανάλυσης

Προκειμένου να επεξεργαστούμε το υλικό που συλλέξαμε από τις συνεντεύξεις που πήραμε, σκοπεύοντας να δούμε την πορεία της κάθε οικογένειας πριν και μετά τη διάγνωση της νόσου, ακολουθήσαμε την εξής μέθοδο:

1. Πήραμε συνεντεύξεις από έντεκα οικογένειες, τις μαγνητοφωνήσαμε και τις απομαγνητοφωνήσαμε. Οι συνεντεύξεις δεν παρουσιάζονται αυτούσιες στην εργασία γιατί τα στοιχεία των οικογενειών είναι απόρρητα.
2. Δημιουργήσαμε αρχείο των συνεντεύξεων και κωδικοποιήσαμε τις συνεντεύξεις.
3. Στην κάθε ερώτηση καταγράψαμε όλες τις διαφορετικές απαντήσεις, ομαδοποιήσαμε όλες τις κοινές απαντήσεις, καταγράψαμε όλα τα σημαντικά γεγονότα και καταλήξαμε στα συμπεράσματα.
4. Παράλληλα, δημιουργήσαμε ένα συγκεντρωτικό πίνακα που περιλαμβάνει συνοπτικά τις απαντήσεις για να δώσουμε μια πιο σαφή εικόνα της κατάστασης που επικρατεί σε κάθε οικογένεια.
6. Επιδιώξαμε τη σύγκριση των στοιχείων όσον αφορά την κατάσταση της κάθε οικογένειας, πριν και μετά τη διάγνωση της νόσου, ώστε να οδηγηθούμε στα συμπεράσματα που αναφέρονται παράλληλα με την καταγραφή των απαντήσεων.

7.1.1 Ενότητα 1^η

Κατάσταση στο σπίτι πριν τη διάγνωση της νόσου

Στην ερώτηση πότε ξεκίνησε η νόσος στο μέλος της οικογένειας πήραμε τις εξής απαντήσεις. Η οικογένεια Α απάντησε πως το μέλος νόσησε το 1992, η οικογένεια Β το 2000, η οικογένεια Γ το 1980, η οικογένεια Δ το 1975, η οικογένεια Ε το 1991, η οικογένεια ΣΤ το 1992, η οικογένεια Ζ το 1980, η οικογένεια Η το 1993, η οικογένεια Θ το 1998, η οικογένεια Ι το 2000, η οικογένεια Κ το 1989.

Στην ερώτηση πως αντιλήφθηκαν την έναρξη της νόσου τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, οι οικογένειες Β, ΣΤ, Ι, Ζ, και Κ αναφέρουν ότι οι ασθενείς παρουσίασαν ξαφνικά παράξενη συμπεριφορά, τελείως διαφορετική από την συμπεριφορά που είχαν πρώτα: «Άρχισε να κλείνεται στον εαυτό της να λέει παράξενα πράγματα». «Είχε ανέβει

στην ταρατσα του σπιτιού και έδειχνε τα γεννητικά του όργανα». «Ήταν πάρα πολύ κλειστός στον εαυτό του, άρχισε να γίνεται άλλος άνθρωπος».

Οι οικογένειες Δ και Θ αναφέρουν ότι άρχισαν να παρατηρούν στα νοσούντα μέλη επιθετική συμπεριφορά. «Έγινε τρομερά επιθετικός, παράξενος και καμία φορά πολύ βίαιος, τελικά τον πήγαμε σε Ψυχίατρο». Οι οικογένειες Α, Γ και Η ανέφεραν ότι παρατήρησαν διάφορα παρανοϊκά στοιχεία και έντονη καχυποψία στη συμπεριφορά του ασθενούς. «Έλεγε ότι οι συνάδελφοι του, τον κοροϊδεύουν, πως όλος ο κόσμος θέλει το κακό του». «Άρχισε να μιλάει περίεργα πως όλοι την παρακολουθούν και πως υπάρχει μια σκιά στο δωμάτιο της». Η οικογένεια Ε αναφέρει ότι ο ασθενής παρουσίασε έντονες δυσκολίες προσαρμογής στο στρατό. «Εμφάνισε το πρόβλημα του στο στρατό γι' αυτό και το διέκοψε άμεσα».

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε πως τα περισσότερα νοσούντα μέλη παρουσίασαν παράξενη συμπεριφορά και κλείσιμο στον εαυτό τους στην έναρξη της νόσου, γεγονός το οποίο έγινε αντιληπτό από την οικογένεια.

Στην ερώτηση πριν ξεκινήσει το πρόβλημα πως ήταν οι σχέσεις των μελών στην οικογένεια, δόθηκαν οι εξής απαντήσεις: Οι οικογένειες Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ απαντούν ότι όλα τα μέλη μεταξύ τους είχαν καλές σχέσεις και ήταν συναισθηματικά ενωμένα. «Μαζευόμασταν συχνά σαν οικογένεια, οι σχέσεις μας με το σύζυγο ήταν πάρα πολύ καλές το ίδιο και τα παιδιά μεταξύ τους». «Ήμασταν πολύ ενωμένη οικογένεια ο ένας έλεγε τα προβλήματα του στον άλλον και τον στήριζε». «Ήταν πολύ αγαπημένος ειδικά με τα αδέρφια του αλλά και με εμάς». Η οικογένεια Ζ αναφέρει πως οι σχέσεις των γονιών ήταν εντελώς εχθρικές και υπήρξε διαζύγιο, ο πατέρας είχε εχθρική στάση προς το παιδί. «Οι σχέσεις με το σύζυγο ήταν ασύμφορες, χωρίσαμε πήγαινε με άλλες γυναίκες, δεν έδινε καθόλου σημασία στο παιδί». Η οικογένεια Η και Θ αναφέρουν πως οι σχέσεις των μελών δεν ήταν καθόλου καλές. Υπήρχε ασυμφωνία ανάμεσα στους γονείς αλλά και τα αδέρφια. «Ασυμφωνία χαρακτήρων άσπρο αυτή, μαύρο εγώ. Κάθε μέρα τσακωνόμασταν». «Με το σύζυγο μου δεν τα πηγαίναμε ποτέ καλά. Ούτε τώρα τα πάμε, δεν συμφωνήσαμε ποτέ πουθενά. Τα παιδιά ήταν απομακρυσμένα από μας δεν είχαν το θάρρος να ανοιχτούν. Είναι αλήθεια ότι ήμασταν σκληροί με τα παιδιά».

Η οικογένεια Ι αναφέρει πως οι σχέσεις των γονιών δεν ήταν καθόλου καλές και υπήρξε διαζύγιο όμως τα παιδιά είχαν καλές σχέσεις μεταξύ τους και με τους γονείς

εξίσου. «Δεν τα πηγαίναμε σαν ζευγάρι ποτέ καλά, ήμασταν και ακόμα είμαστε στα μαχαίρια, ευτυχώς τα παιδιά έμειναν έξω από αυτήν την κατάσταση».

Η οικογένεια Κ αναφέρει πως η μητέρα και τα αδέρφια μεταξύ του είχαν στενές σχέσεις ενώ, οι σχέσεις του πατέρα με τα υπόλοιπα μέλη δεν ήταν καλές. «Με τον άνδρα μου δεν είχαμε καλές σχέσεις και με τα παιδιά οι σχέσεις του ήταν περιέργες, έσπερνε τη διχόνοια, έλεγε στα δύο μεγαλύτερα παιδιά ότι δεν είναι ο πραγματικός τους πατέρας. Γινόταν χαμός στο σπίτι». Η οικογένεια Α απάντησε πως οι σχέσεις των γονιών ήταν δεμένες όμως ανάμεσα στα αδέρφια υπήρχε ζήλια. «Με τον άντρα μου ήμασταν πολύ κοντά, βγαίναμε μαζί ασχολούμασταν με τα αγροτικά είχαμε μια αρμονική σχέση. Τα παιδιά μέχρι που ήταν μικρά καλά τα πήγαιναν, μετά μπήκε η διχόνοια ανάμεσα τους. Ο Μ ζήλευε την αδερφή του, σπάνια βγαίνανε μαζί ή έκαναν παρέα».

Συμπερασματικά, παρατηρούμε πως στις μισές οικογένειες οι σχέσεις παρουσιάζονται καλές ενώ στις υπόλοιπες οι σχέσεις ορισμένων μελών με κάποια άλλα μέλη φαίνονται να είναι διαταραγμένες.

Στην ερώτηση αν πριν την εμφάνιση της νόσου η οικογένεια είχε κοινωνικές επαφές με συγγενείς ή φίλους οι οικογένειες Β, Δ, Ε, ΣΤ και Θ απαντούν ότι έχουν καλές σχέσεις και με φίλους αλλά και με συγγενείς. «Βγαίναμε, ερχότανε κόσμος εδώ, φίλοι, συγγενείς, κάναμε συχνά γιορτές και γλέντια». «Βγαίναμε πολύ συχνά, συνεχώς κανονίζαμε παρέες και οι συγγενείς ήταν πάντα κοντά μας». Οι οικογένειες Α και Γ απάντησαν ότι είχαν σχέσεις μόνο με συγγενείς. «Κάναμε αρκετή παρέα με τα αδέρφια μου, συνεχώς πηγαίναμε εκδρομές, φίλους πολλούς δεν είχαμε». «Βγαίναμε πιο συχνά με συγγενείς παρά με φίλους». Οι οικογένειες Ζ και Ι απάντησαν ότι είχαν σχέσεις μόνο με φίλους. «Είχαμε πολλούς φίλους, με συγγενείς λίγα πράγματα». «Προτιμούσαμε τη συντροφιά των φίλων, πιστεύω ότι είναι πιο ειλικρινείς από τους συγγενείς». Η οικογένεια Κ απάντησε πως εξαιτίας της ψυχρότητας που επικρατούσε στο σπίτι εξαιτίας της συμπεριφοράς του πατέρα, διατηρούσαν τυπικές σχέσεις μόνο με συγγενείς. «Έτσι που ήμασταν μέσα στο σπίτι ήταν αδύνατον να έχουμε φίλους και παρέες, μόνο κάτι τυπικές επισκέψεις συγγενών». Η οικογένεια Η αναφέρει ότι δεν είχε καθόλου επαφές και κοινωνικές σχέσεις. «Δεν είχαμε ποτέ παρέες ήμασταν πολύ κλειστοί, δεν το επιδιώκαμε».

Συμπερασματικά, βλέπουμε πως οι ίδιες οι οικογένειες που απάντησαν πως είχαν καλές σχέσεις στην εσωτερική τους δομή διατηρούσαν σχέσεις με φίλους και συγγενείς. Στις οικογένειες που υπήρξε διαζύγιο μεταξύ των γονιών παρατηρούμε πως διατηρούσαν σχέσεις μόνο με φίλους. Επίσης, σε μια οικογένεια, παρατηρούμε πως εξαιτίας της στάσης του πατέρα, η οικογένεια διατηρούσε τυπικές σχέσεις μόνο με συγγενείς.

Στην ερώτηση αν κάποιο μέλος της οικογενείας εμφάνιζε κάποιο σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα πήραμε τις εξής απαντήσεις: Οι οικογένειες Β, Γ, Δ, Ε, ΣΤ, και Ι απάντησαν ότι δεν υπήρχε κάποιο σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα σε κάποιο μέλος πριν την εμφάνιση του νόσου. «Μέχρι να γεννήσω ούτε ασπιρίνη δεν είχα πάρει». «Ήμασταν υγιέστατοι δεν είχαμε το παραμικρό πρόβλημα».

Οι οικογένειες Α και Η ανέφεραν ότι ο πατέρας είχε πρόβλημα στην καρδιά ενώ οι οικογένειες Θ και Ζ αναφέρουν ότι υπήρχαν προβλήματα στο στομάχι στη μητέρα. Η οικογένεια Κ απάντησε πως ο πατέρας έπασχε από ψυχιατρικό πρόβλημα και η μητέρα είχε πάθει κατάθλιψη, λόγω άλλων οικογενειακών προβλημάτων.

Συμπερασματικά, παρατηρούμε πως οι περισσότερες οικογένειες δεν παρουσιάζουν κάποιο σωματικό πρόβλημα πριν την έναρξη της ασθένειας στο μέλος. Οι περισσότερες οικογένειες επιπλέον δεν παρουσίαζαν ούτε ψυχολογικό πρόβλημα. Βέβαια, εξαίρεση αποτελεί η οικογένεια Κ, στην οποία φάνηκε πως ο πατέρας που εμφάνιζε διαταραγμένες σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη, εμφάνιζε ψυχιατρικό πρόβλημα και η μητέρα είχε κατάθλιψη.

7.1.2 Ενότητα 2^η

Κατάσταση στο σπίτι μετά τη διάγνωση της νόσου

Στην ερώτηση τι άλλαξε στην οικογένεια όσο αφορά τις σχέσεις των μελών και τις ατομικές δυσκολίες που αντιμετώπιζαν αναφέρθηκαν τα εξής: Η οικογένεια Β αναφέρει πως από τη στεναχώρια «διαλύθηκαν». Η μητέρα σταμάτησε τη δουλειά της, όλα άλλαξαν στην ζωή τους, όμως παράλληλα ένιωσαν αυτή η κατάσταση να τους ενώνει περισσότερο. «Ευτυχώς που ήταν η οικογένεια μου ενωμένη και κατάφερε να μείνει και μετά».

Οι οικογένειες Α και Δ αναφέρουν πως παρ' όλη τη στεναχώρια που πέρασαν, οι γονείς ενώθηκαν συναισθηματικά περισσότερο και στήριξαν ο ένας τον άλλον. Η οικογένεια Α είπε πως η υγιής κόρη τους συνέχισε τις σπουδές της και την προσωπική της ζωή και άφησε έξω από την ζωή της τον ασθενή αδελφό της. Δεν ήθελε να έχει ο αδελφός της επαφές με τις φίλες της. Και οι δύο γονείς κλείστηκαν στον εαυτό τους γιατί θεώρησαν ταμπού την ασθένεια του γιου τους. «Άλλαξε όλη η ζωή μας. Οι συνάδελφοι του συζύγου μου κάνανε αρνητικά σχόλια και τον πείραζε πολύ. Κλειστήκαμε στους εαυτούς μας. Ευτυχώς παραμείναμε ενωμένοι, κι αυτό μας έδινε δύναμη. Η Ν. δεν ήθελε να τον βλέπουν οι φίλες της, τσακώνονταν συνέχεια του έλεγε να πάει να δουλέψει και να μη μας κουράζει. Κάθε φορά που γυρνούσε για διακοπές μαλώνανε, εμάς όλους τους γονείς μας στήριζε πολύ, μας δίνει κουράγιο». Η οικογένεια Δ αναφέρει πως ο υγιής αδερφός έφυγε από το σπίτι μόλις νόσησε το μέλος, με το επιχείρημα των σπουδών και δεν επέστρεψε. «Ο γιος μου ο άλλος έφυγε από το σπίτι γιατί έλεγε πως δε μπορούσε να αντέξει την κατάσταση. Ο Μ. είχε γίνει πολύ επιθετικός και χάλασαν οι σχέσεις των παιδιών. Με τον σύζυγο "πεθάναμε" από την στεναχώρια μας. Χάλασε η οικογένεια. Κλειστήκαμε στους εαυτούς μας». Οι σχέσεις μεταξύ των αδελφών διαταράχθηκαν και στις δύο οικογένειες.

Επίσης και στις δύο οικογένειες φαίνεται να βλέπουν οι γονείς την εργασία σαν καταφύγιο. «Με την δουλειά περνούσαν οι ώρες, οι μέρες». «Με τη δουλειά ξεχνιόμασταν, είχαμε τα εργασιακά προβλήματα και ξεχνιόμασταν. Ευτυχώς που είχαμε τη δουλειά και ξεφεύγαμε». Στην οικογένεια Γ αναφέρθηκε πως παρόλο που τα μέλη στεναχωρήθηκαν κατάφεραν να διατηρήσουν τις σχέσεις τους σε καλό επίπεδο. «Το άγχος μας έφαγε και μας τρώει αλλά ο ένας στηρίζει τον άλλον, είναι πολύ σημαντικό για μας». Την μεγαλύτερη ευθύνη για την φροντίδα της ασθενούς την είχε η μητέρα. «Σταμάτησα να δουλεύω, δεν μπορούσα άλλο, είχα συνεχώς στο μυαλό μου την έννοια της, οι υπόλοιποι δουλεύανε, λείπανε πολλές ώρες, ξεφεύγανε». Ο υγιής αδελφός που ζούσε μαζί με την οικογένεια αρχικά παρουσίασε τάσεις φυγής και δεν έδινε σημασία στο πρόβλημα. Μετά όμως, όπως αναφέρει η μητέρα, άλλαξε στάση και στους γονείς και στην ασθενή. Συνέχισε βέβαια την ζωή του κανονικά. «Ο μικρός μου γιος επηρεάστηκε πολύ βρισκόταν στην εφηβεία. Ένα διάστημα είχε τάσεις φυγής εξαφανιζόταν από το σπίτι, νόμιζε ότι έτσι θα ξεφύγει. Ωσπου κατάλαβε ότι δεν μπορεί να λυθεί έτσι το

πρόβλημα. Μετά άρχισε να ασχολείται και με μας και με την Ε, τη συμβούλευε, τη βοηθούσε, έπειτα παντρεύτηκε, έχει πια την δική του ζωή».

Οι οικογένειες Ε και ΣΤ αναφέρουν ότι οι σχέσεις έμειναν ανεπηρέαστες χωρίς να υπάρχει κάποια ιδιαίτερη αλλαγή. Τα υγιή παιδιά έδειξαν ενδιαφέρον αλλά ασχολήθηκαν με την προσωπική τους ζωή. «Στεναχωρηθήκαμε όλοι, μάλλον πέσαμε από τα σύννεφα, οι σχέσεις όμως δεν άλλαξαν. Τα υπόλοιπα παιδιά ακολούθησαν το δρόμο τους, εγώ με τη σύζυγο αναλάβαμε τον Ν και την φροντίδα του. Γενικά οι σχέσεις μας παρέμειναν καλές».

Η οικογένεια Ζ ανέφερε πως οξύνθηκαν οι ήδη υπάρχουσες εντάσεις ανάμεσα στα μέλη. Ο πατέρας παρέμεινε αδιάφορος απέναντι στον ασθενή. Η ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς έγερνε στην μεριά της μητέρας. «Μόλις είχα παντρευτεί νόμιζα ότι θα ξεκινούσα μια ευτυχισμένη ζωή αλλά πως; Ο πατέρας της δεν ενδιαφέρθηκε ποτέ, ποτέ δεν ασχολήθηκε. Ο αδελφός της δεν την ήθελε καθόλου, δεν θέλει να την βλέπουν οι φίλοι του. Η Α. τον ζηλεύει. Δεν τα πάνε καλά». Και στην οικογένεια Ι σημειώθηκαν εντάσεις ανάμεσα στα μέλη. Ο πατέρας και τα υγιή αδέρφια ήλθαν σε σύγκρουση με τον ασθενή αδελφό και τη μητέρα και της επέρριψαν ευθύνες ότι τους παραμελεί. «Ήμουν σε εμπόλεμη κατάσταση με όλους. Με τον πατέρα τους βέβαια ποτέ δεν είχα καλές σχέσεις και μ' αυτό χειροτέρεψε, μου έριξε ευθύνες, γεγονός που με διέλυσε. Και με τ' άλλα παιδιά χάλασαν οι σχέσεις μας αλλά δεν με πείραζε. Είχα οπλιστεί με δύναμη να τον προστατέψω, τ' άλλα μου παιδιά απομακρύνθηκαν. Εμείς δεν υπάρχουμε για σένα μου έλεγαν». Η ευθύνη για τον ασθενή έπεσε στην μητέρα η οποία από την ψυχολογική επιβάρυνση σταμάτησε να εργάζεται. «Μετά απ' αυτό δεν μπορούσα να εργαστώ και ούτε τώρα μπορώ. Ένωσα να διαλύομαι». Και ο πατέρας όμως παρουσίασε επιθετικότητα και έντονη δυσκολία στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Στην οικογένεια Η συνεχίστηκαν οι εντάσεις ανάμεσα στους γονείς, όλοι όμως ένιωσαν μεγάλη στεναχώρια για το γεγονός. Η μητέρα ανέλαβε το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του ασθενούς, ενώ ο πατέρας προσπάθησε να βρει διέξοδο μέσα από τις αγροτικές του εργασίες. Ο υγιής αδελφός φανέρωσε έντονο θυμό και οργή απέναντι στους γονείς του. «Υπάρχει μεγάλος εκνευρισμός στο σπίτι, ευτυχώς ο σύζυγος ξεδίνει στα κτήματα του αλλά όσο να 'ναι οι διαφωνίες μας εντάθηκαν. Ο γιος μου βγάζει πολύ θυμό λέει πως μια μέρα θα πεθάνουμε και θα του αφήσουμε τον Β. και δεν θα ξέρει τι να τον κάνει. Μας κατηγορεί

ακόμα πως εξαιτίας των διαφωνιών που έχουμε σαν ζευγάρι με το σύζυγο κάναμε "έτσι" τον αδελφό του. Παρ' όλα αυτά συνεχίζει τις σπουδές του, τελειώνει Ψυχιατρική». Οι εντάσεις μεταξύ των γονιών και οι διαφωνίες συνεχίστηκαν και στην οικογένεια Θ. Και οι δύο γονείς στεναχωρήθηκαν αλλά και οι δύο το αντιμετώπισαν με το δικό τους τρόπο. Η μητέρα προσπαθούσε να κρύψει το γεγονός από τον κοινωνικό περίγυρο και κλείστηκε στον εαυτό της ενώ ο πατέρας προσπαθούσε να ενημερωθεί σχετικά με την ασθένεια. «Η σύζυγος κρύφτηκε από τον κόσμο δεν ήθελε να το μάθει κανείς, ήθελε να μην του γράψει ο γιατρός τα φάρμακα στο βιβλιάριο υγείας για να μην φαίνεται, κλείστηκε στον εαυτό της, εγώ προσπάθησα να μάθω, να διαβάσω να ενημερωθώ, πήγαινα σε γιατρούς πρώταγα, σε διαλέξεις». «Η αδελφή του δεν έδειξε κανέναν ενδιαφέρον για τους γονείς της ούτε για τον αδελφό της». «Δεν στάθηκε όπως τουλάχιστον ήθελα εγώ» «δεν έδειχνε προσοχή ούτε σε μας ούτε σε αυτόν, σπούδασε, παντρεύτηκε, εμείς την προσέξαμε όσο μπορούσαμε αλλά εκείνη έκανε σαν να μην υπήρξε το πρόβλημα»

Στην οικογένεια Κ η μητέρα και τα αδέλφια παρέμειναν ενωμένα και παρόλη την στεναχώρια προσπαθούσαν να στηρίζει ο ένας τον άλλον. Η μητέρα αναφέρει: «Προσπαθούσα να μας κρατήσω ενωμένους, βγαίναμε βόλτες, κάναμε παρέα, με βοήθησαν πολύ τα παιδιά μου και εγώ προσπάθησα να μην τα ξεχωρίσω, να αφοσιωθώ σε όλα το ίδιο». Ο μεσαίος γιος μόλις νόσησε η αδελφή του, σημείωσε χαμηλή επίδοση στα μαθήματα για λίγο διάστημα, μετά συνέχισε χωρίς πρόβλημα τη ζωή του.

Συμπερασματικά, παρατηρούμε πως με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας σε κάποιο μέλος, χαρακτηριστικό σχεδόν στοιχείο κάθε οικογένειας είναι η έντονη στεναχώρια. Από τις οικογένειες που πριν την εμφάνιση της νόσου παρουσίαζαν καλές σχέσεις οι οικογένειες Β, Ε, και ΣΤ κατάφεραν να διατηρήσουν καλές τις σχέσεις τους και έπειτα. Στην οικογένεια Γ παρατηρήσαμε πως πέρασε από πολλές διακυμάνσεις μέχρι να ενωθούν ξανά τα μέλη. Σε κάποιες οικογένειες είδαμε πως η νόσος συνέχισε να κρατά τους γονείς ενωμένους και να προσπαθούν να εμπλακούν και οι δύο ενεργά. Δε συνέβη όμως το ίδιο και με τα υγιή παιδιά. Υπήρξε μια οικογένεια που οι εντάσεις μεταξύ των μελών οξύνθηκαν.

Στις περισσότερες οικογένειες βλέπουμε πως το μεγαλύτερο βάρος το επωμίζεται η μητέρα και οι πιο πολλές αλλαγές γίνονται στη δική της ζωή. Να σταματήσει τη δουλειά ή να ασχοληθεί περισσότερο, να φροντίζει τον ασθενή. Οι

πατέρες ή μένουν αδιάφοροι, ή προσπαθούν να βρουν απασχόληση για να ξεχνιούνται ή προσπαθούν να στηρίζουν μόνο οικονομικά. Είδαμε όμως και έναν πατέρα που έδειξε ενδιαφέρον, προσπαθώντας να ενημερωθεί για τη φύση της νόσου.

Στα περισσότερα αδέρφια είδαμε πως συνέχισαν τη ζωή τους χωρίς να αλλάξει κάτι, όσο και αν επηρεάστηκαν από το γεγονός αρχικά. Ακόμα και αν εμπλέκονται και στήριζαν τους γονείς τους, δεν αφήνουν να τα επηρεάσει προσωπικά. Μόνο ένας αδελφός προσπαθεί να αναλάβει ο ίδιος την ευθύνη να βοηθήσει τον αδελφό του θέλοντας να γίνει Ψυχίατρος.

Υπήρξαν και αρκετά αδέρφια που αδιαφόρησαν εντελώς για την κατάσταση και συνέχισαν τη ζωή τους φυσιολογικά.

Στην ερώτηση πως ήταν οι σχέσεις με φίλους και συγγενείς μετά την εμφάνιση της νόσου οι οικογένειες Α, Β, Δ και Θ απάντησαν πως οι γονείς αποφεύγανε οι ίδιοι τις πολλές επαφές με φίλους και συγγενείς. «Τα σταματήσαμε όλα, δεν είχαμε καθόλου διάθεση για διασκέδαση ή έστω για κουβέντα, είχαμε το πρόβλημα μας. Εξάλλου δεν έχεις όρεξη να βγεις να διασκεδάσεις, ούτε βόλτες θέλαμε, ούτε εκδρομές».

Οι οικογένειες Ε, ΣΤ απάντησαν πως οι σχέσεις τους με τον περίγυρο τους παρέμειναν ίδιες, η οικογένεια Η απάντησε πως δεν είχε ποτέ κοινωνικές σχέσεις και συνεπώς δεν άλλαξε κάτι. Λέει χαρακτηριστικά: «Δεν είχαμε σχέσεις πριν, δεν είχαμε και μετά».

Οι οικογένειες Γ, Ζ, Ι και Κ απάντησαν πως οι κοινωνικές σχέσεις έπαψαν να είναι τόσο καλές όσο πριν, γιατί ένιωθαν πως ο περίγυρος τους απομακρύνθηκε και τους επέκρινε. «Όλοι εξαφανίστηκαν δεν έμεινε κανείς, τελικά κάτι τέτοιες στιγμές ξεκαθαρίζεις τους πραγματικούς φίλους. Οι συγγενείς δεν πλησίασαν το πρόβλημα, μόνο να επικρίνουν ξέρουν. Όλοι άρχισαν πια να απομακρύνονται και να μας απομακρύνουν».

Μελετώντας αυτές τις απαντήσεις συμπεραίνουμε, πως μετά την εμφάνιση της νόσου οι περισσότερες οικογένειες διέκοψαν τις κοινωνικές σχέσεις με φίλους ή συγγενείς, είτε γιατί απομακρύνθηκαν οι ίδιοι λόγω έλλειψης διάθεσης για διασκέδαση, είτε γιατί ένιωσαν πως οι άλλοι τους απομονώνουν και τους απομακρύνουν.

7.1.3 Ενότητα 3^η

Ποια είναι η κατάσταση τώρα τελευταία

Στην ερώτηση πως είναι η κατάσταση τώρα τελευταία οι οικογένειες Β και Γ απάντησαν πως όσον αφορά τα συναισθήματα τους έχουν συχνές και απότομες μεταπτώσεις, καθώς η υγεία του ασθενή άλλοτε βελτιώνεται και άλλοτε υποτροπιάζει. Νιώθουν όμως πως έχουν κάνει ότι καλύτερο μπορούν. «Ότι μπορούμε κάνουμε δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα περισσότερο, τουλάχιστον έχουμε την συνείδηση μας ήρεμη και καθαρή. Ποτέ όμως δεν μπορούμε να επαναπαυτούμε είναι τρομερά κουραστικές αυτές οι αλλαγές».

Οι οικογένειες Α, Ε, ΣΤ και Ζ εκφράζουν απογοήτευση και έντονη ταλαιπωρία καθώς η πορεία της υγείας των ασθενών δεν παρουσιάζει κάποια βελτίωση. «Νιώθω καταδικασμένη», απαντά μια μητέρα «είναι τρομερό όλο αυτό που συμβαίνει, πάνω που "στρώνει" η κατάσταση και παίρνω κουράγιο, κάτι συμβαίνει και υποτροπιάζει. Πολλές φορές απελπίζομαι, θυμώνω και ταυτόχρονα στεναχωριέμαι, δεν μπορείς να είσαι ποτέ ήσυχη». Μια άλλη λέει: «Όταν δεν παίρνει τα φάρμακα του αρχίζει να υποτροπιάζει, γίνεται ξανά όπως όταν ξεκίνησε η αρρώστια του. Μπαινοβγαίνει, μιλά μόνος του καπνίζει και μένα με τρώει η στενοχώρια. Δυστυχώς, συμβαίνει να μην παίρνει τα φάρμακα του συχνά, αυτό με τσακίζει. Όσο περνάει ο καιρός και συνειδητοποιώ τι συμβαίνει με πιάνει πανικός».

Μια άλλη μητέρα αναφέρει. «Αλλάζει θαρρείς τίποτα; μια καλύτερεύει, μια χειροτερεύει και οι σχέσεις δεν φτιάχνουν».

Ειδικότερα στην οικογένεια Ε η μητέρα τόνισε πως ουσιαστικά «δεν το έχει αποδεκτεί ακόμα». Οι οικογένειες Δ και Η αναφέρουν πως είναι ήρεμοι επειδή ο ασθενής βρίσκεται σε ύφεση της συμπτωματολογίας του όμως δεν ενθαρρύνονται γιατί γνωρίζουν πως η νόσος πάντα θα υπάρχει.

«Δεν αφήνουμε τον εαυτό μας να ενθαρρυνθεί, δεν χαιρόμαστε γιατί ξέρουμε πως πάντα έτσι θα είναι η κατάσταση. Δεν αφήνουμε τους εαυτούς μας να ελπίζουμε καθόλου, όλα περιστρέφονται γύρω από το αν θα είναι καλά ή όχι, ξέρουμε πως μετά την ηρεμία ακολουθεί φουρτούνα». Οι οικογένειες Ι και Κ απάντησαν πως τώρα που ο ασθενής βρίσκεται σε ύφεση, νιώθουν όλα τα μέλη καλύτερα και βλέπουν πιο αισιόδοξα

το μέλλον. «Τώρα τελευταία είναι πολύ καλύτερα, ελπίζουμε να βρει και μια δουλειά να στηριχθεί σιγά-σιγά ξανά στα πόδια του. Κι εμείς έχουμε πια ηρεμήσει, αρχίζουμε να ζούμε πιο ομαλά, πιο ήρεμα. Έχουν φύγει τα πολλά νεύρα και σε μας τους υπολοίπους και σε αυτόν, επικρατεί μια αρκετά καλή κατάσταση στο σπίτι». Η οικογένεια Ι τόνισε πως όταν υπάρχει βελτίωση του ασθενή, υπάρχει και βελτίωση στις σχέσεις όλων των μελών. «Είναι καλά εκείνος είμαστε όλοι καλά, δεν φοβάμαι δεν υπάρχουν εντάσεις, τσακωμοί με το παραμικρό που θα συμβεί, είμαστε με πιο ήσυχο κεφάλι, βγαίνουμε όλοι μαζί, τρώμε, περνάμε καλά».

Όλες οι οικογένειες τόνισαν ότι προβληματίζονται έχουν αγωνία, για το μέλλον των παιδιών τους όταν αυτοί οι γονείς, πεθάνουν. «Αγωνιούμε να εξασφαλιστεί μετά που θα πεθάνουμε. Θέλουμε να τον εξασφαλίσουμε οικονομικά, ανησυχώ για το τι θα γίνει άμα πεθάνουμε, θέλει φροντίδα και συνεχή παρακολούθηση». Μια άλλη μητέρα λέει: «Ελπίζω όταν πεθάνουμε να την βοηθήσουν τα αδέρφια της, της έχουμε βγάλει μια σύνταξη και της φτιάχνουμε ένα σπίτι, το μόνο που θέλω είναι να μάθει να κάνει κάτι και να εργάζεται, να αυτοεξυπηρετείται. Ξέρεις πως αγωνιό για όλα αυτά;». »Ψάχνουμε τρόπους να εξασφαλίσουμε το μέλλον του. Θα πάρει τη σύνταξη μου, θα του γράψω και κάτι ακίνητα. Αγωνιούμε να εξασφαλιστεί μετά που θα πεθάνουμε».

Σε αυτήν την ενότητα αυτό που παρατηρείται έντονα είναι η ανησυχία των οικογενειών για το μέλλον των ασθενών. Αξιοσημείωτο είναι, πως η συναισθηματική κατάσταση των μελών είναι ανάλογη με την κατάσταση του ασθενή. Αν ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση, νιώθουν ήρεμοι. Αν όμως ο ασθενής υποτροπιάζει, αρχίζουν να αγχώνονται. Έντονη απογοήτευση διαφαίνεται στις οικογένειες όπου το άρρωστο μέλος δεν παρουσιάζει καμιά βελτίωση. Σε οικογένειες που ο ασθενής παρουσιάζει ύφεση των συμπτωματολογίας του, τα μέλη νοιώθουν "ηρεμία", όμως φοβούνται να ενθαρρυνθούν γιατί έχουν πάντα στο μυαλό τους πως η ασθένεια αυτή δεν έχει θεραπεία, μόνο ύφεση. Ένας μικρός αριθμός οικογενειών του δείγματος νιώθει αισιοδοξία τώρα που το άρρωστο μέλος παρουσιάζει ύφεση και σε μια οικογένεια διαπιστώνεται ότι βελτιώθηκαν οι σχέσεις των μελών της.

7.1.4 Ενότητα 4^η

Ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στα μέλη της οικογενείας

Όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις στα μέλη της οικογενείας μετά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας σε κάποιο μέλος, πήραμε τις εξής απαντήσεις:

Η οικογένεια Α αναφέρει πως η μητέρα δυσκολεύτηκε να το παραδεχτεί αρχικά, έπειτα ένοιωθε άγχος και ενοχές μήπως ευθύνεται εκείνη για τη νόσο, μήπως έκανε κάτι λάθος. Ο πατέρας στεναχωρήθηκε πάρα πολύ και είχε ενοχές, ακόμα είχε έντονη ανησυχία να μην το μάθει ο κόσμος. Η υγιής κόρη δεν παρουσίασε κάποια ιδιαίτερη ψυχολογική φόρτιση. Η μητέρα αναφέρει: «Όταν το αντιλήφθηκα γέμισα άγχος και ενοχές, πέρασα μεγάλη στεναχώρια. Ο πατέρας του είχε πολύ μεγάλη θλίψη, κάνανε οι συνάδελφοι του αρνητικά σχόλια, αυτό τον πείραζε πάρα πολύ, ευτυχώς η κόρη μου ήταν πιο ψύχραιμη».

Η οικογένεια Β αναφέρει πως η μητέρα παρουσίασε αϋπνίες και συμπτώματα κατάθλιψης, ο πατέρας έκλαιγε συχνά και έγινε πιο αγχώδης, η υγιής αδελφή παρουσίασε συμπτώματα άγχους, αλλά επανήλθε σύντομα. Η μητέρα λέει: «Διαλύθηκα, έκλαιγα συνεχώς, άλλαξαν τα πάντα στη ζωή μου, έχω φοβερές αϋπνίες, τα βράδια δεν μπορώ να κοιμηθώ, έχω πάθει κατάθλιψη, χωρίς να παίρνω βέβαια φάρμακα ακόμα. Κι ο σύζυγος επηρεάστηκε πολύ. Έγινε πιο αγχώδης, έκλαιγε ήταν συνεχώς σκεπτικός, η κόρη μας στεναχωρήθηκε, αγχώθηκε αλλά συνέχισε την ζωή της και μάλιστα στήριξε κι εμάς».

Η οικογένεια Γ ανέφερε πως η μητέρα έγινε πιο νευρική, από ότι ήταν παλαιότερα, από τη στεναχώρια της δυσκολευόταν να αντεπεξέλθει στη δουλειά της.

Η οικογένεια Δ ανέφερε πως και οι δυο γονείς γέμισαν στεναχώρια και ενοχές και κλείστηκαν στον εαυτό τους. «μας έφαγε η στεναχώρια». Η μητέρα κατά διαστήματα είχε αϋπνίες. Στον υγιή αδερφό δεν άλλαξε κάτι. Έφυγε από το σπίτι και συνέχισε τις σπουδές του.

Η οικογένεια Ε ανέφερε πως όλα τα μέλη παρουσίασαν σημάδια στεναχώριας, άγχους και ενοχών. «όλοι στεναχωρηθήκαμε και στεναχωριόμαστε».

Η οικογένεια ΣΤ ανέφερε πως η μητέρα αρνείται να το πιστέψει. Ο πατέρας παρουσιάζει έντονο άγχος. Τα υγιή αδέρφια στεναχωρήθηκαν αλλά προσπάθησαν και έφτιαξαν τη ζωή τους.

Η οικογένεια Ζ ανέφερε πως η μητέρα ένοιωσε να τρελαίνεται, να βρίσκεται σε απόγνωση. Ο πατέρας, ο πατριός και ο αδελφός της ασθενούς αδιαφόρησαν. «Νόμιζα πως θα τρελαινόμουν, έπεσα από τα σύννεφα, ένοιωσα πως χάνω τον κόσμο μου. Δεν ήξερα που να τρέξω που να απευθυνθώ τι είναι πιο σωστό να κάνω. Ήταν για μένα κάτι απίστευτο».

Η οικογένεια Η ανέφερε πως η μητέρα δεν μπορούσε εύκολα να το παραδεχτεί. Είχε κλειστεί στον εαυτό της και έπαθε κατάθλιψη, βρισκόταν υπό φαρμακευτική αγωγή και ιατρική παρακολούθηση. Ο πατέρας αισθανόταν ενοχές και πολύ άγχος. Ο υγιής αδελφός έβγαλε μεγάλο θυμό και οργή απέναντι στους γονείς του. «Δυσκολεύτηκα να το αποδεχτώ, έκλαιγα επί ατελείωτες ώρες, κλείστηκα στον εαυτό μου, έπαθα κατάθλιψη, έπαιρνα αντικαταθλιπτικά τρία χρόνια. Ένοιωθα φοβερές ενοχές όπως και ο σύζυγος μου, δεν έπρεπε να στείλω στην Ρωσία τον Β. ήταν μακριά, δύσκολα και δεν άντεξε. Εγώ φταίω».

Η οικογένεια Θ ανέφερε πως η μητέρα κλείστηκε στον εαυτό της και δεν ήθελε να παραδεχτεί πως το παιδί της ήταν ψυχικά άρρωστο. Ο πατέρας γέμισε με στεναχώρια και άγχος. Η υγιής κόρη δεν παρουσίασε κάποια ψυχολογική επίπτωση, συνέχισε να ζει φυσιολογικά. Ο πατέρας αναφέρει: «Άνω-κάτω γίναμε η σύζυγος δεν ήθελε να δει το πρόβλημα κατά μέτωπο, κλείστηκε στον εαυτό της, έγινε σιωπηλή, εγώ ποτέ ξανά δεν είχα στεναχωρηθεί τόσο, κόντεψα να πεθάνω από τον καημό μου».

Η οικογένεια Ι ανέφερε πως στην μητέρα υπήρξαν συναισθήματα άγχους, φόβου και ενοχών, έπαθε κατάθλιψη και βρισκόταν υπό φαρμακευτική αγωγή. Ο πατέρας αν και φανερά δεν έδειξε να αποδέχεται το πρόβλημα, έγινε πιο βίαιος και επιθετικός στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Τα υγιή παιδιά παρουσίασαν κάποια νευρικότητα που όμως δεν τους δημιούργησε καμία δυσλειτουργία. Η μητέρα αναφέρει: «Ένοιωσα να χάνω τον κόσμο. Τόση θλίψη και πίκρα δεν έχω ξανανιώσει στη ζωή μου. Νόμιζα πως εγώ έφταιγα που αρρώστησε ο Δ. επειδή είχα χωρίσει. Ο πατέρας του δεν παραδεχόταν την αρρώστια, έγινε πολύ νευρικός, θυμώνει εύκολα. Μαθαίνω ότι τώρα κάνει εφήμερες σχέσεις και

είναι επιθετικός στις σχέσεις του. Τα παιδιά έγιναν πιο νευρικά, ευτυχώς συνέχισαν κανονικά τις παρέες τους και τις δουλειές τους».

Η οικογένεια Κ αναφέρει πως η μητέρα ένοιωσε φόβο και παρέμεινε αδρανής για τέσσερα χρόνια. Ο πατέρας δεν παρουσίασε κάποια ψυχολογική επίπτωση. Ο μεσαίος γιος από το άγχος του παρουσίασε πτώση στα μαθήματα και έμεινε στην ίδια τάξη στάσιμος, μετά το ξεπέρασε. Η μητέρα λέει: «Για τέσσερα χρόνια καθόμουν σιωπηλή και προσευχόμουν, ήμουν πολύ φοβισμένη με το πρόβλημα της Ε, ο πατέρας της βοήθησε οικονομικά αλλά όχι συναισθηματικά».

Όσο αφορά τις σωματικές επιπτώσεις μετά τη διάγνωση της νόσου οι οικογένειες Β, Γ, Ε, Ζ, Ι και Κ ανέφεραν πως δεν παρουσίασαν κανένα σωματικό πρόβλημα κάποιο από τα μέλη τους.

Η οικογένεια Α ανέφερε πως το ήδη υπάρχον πρόβλημα καρδιάς του πατέρα επιδεινώθηκε μετά τη διάγνωση της νόσου στο μέλος ώσπου τελικά περιήλθε ο θάνατός του.

Η οικογένεια Δ ανέφερε πως ο πατέρας πέθανε από καρκίνο που εμφανίστηκε μετά τη διάγνωση της νόσου.

Η οικογένεια ΣΤ ανέφερε πως ο πατέρας παρουσιάζει πρόβλημα καρδιάς και υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη και έχει κάνει εγχείρηση By- Bas. Προβλήματα υπέρτασης έχει παρουσιάσει και ο πατέρας στην οικογένεια Θ. Η οικογένεια Η αναφέρει πως το ήδη υπάρχον πρόβλημα καρδιάς του πατέρα έχει επιδεινωθεί.

Όπως μπορούμε να συμπεράνουμε κυρίως οι μητέρες με την ανακοίνωση της νόσου ένοιωσαν συναισθήματα άγχους, φόβου, ενοχών και άρνησης. Δεν ήθελαν να το παραδεχτούν. Σε τρεις παρατηρήσαμε πως έπαθαν κατάθλιψη και δύο από αυτές βρέθηκαν υπό φαρμακευτική αγωγή. Επίσης σε πολλές, παρατηρήσαμε τάσεις απόσυρσης. Ένας μικρός αριθμός μητέρων, παρουσίασε αϋπνίες και μια μητέρα συγκεκριμένα εμφάνισε έντονη νευρικότητα. Ένα άλλο μέρος μητέρων εξαιτίας του άγχους τους, αναγκάστηκαν να διακόψουν την εργασία τους.

Οι πατέρες με τη σειρά τους παρουσίασαν έντονη στεναχώρια και μεγάλο άγχος. Ένας πολύ μικρός αριθμός παρουσίασε ενοχές και θλίψη. Σε έναν πατέρα παρατηρήσαμε πως έγινε επιθετικός στην διαπροσωπική και κοινωνική του ζωή.

Σε λίγα αδέρφια παρατηρήσαμε κάποια έντονη ψυχολογική επίπτωση, όπως τάσεις φυγής, πτώση στα μαθήματα, θυμό και οργή. Τα περισσότερα αδέρφια δεν παρουσίασαν κάποια ψυχολογική επίπτωση και σ' όσα παρουσιάστηκε, διήρκησε για λίγο χρονικό διάστημα, κυρίως στις αρχές της διάγνωσης.

Όσον αφορά τις σωματικές επιπτώσεις παρατηρήσαμε πως μόνο οι πατέρες παρουσίασαν προβλήματα σ' αυτό τον τομέα. Σε δύο άτομα που ήδη υπήρχε πρόβλημα καρδιάς επιδεινώθηκε με την διάγνωση της ασθένειας. Σε τρία άτομα που πριν την διάγνωση ήταν σωματικά υγιή παρουσιάστηκε κάποιο πρόβλημα μετά. (καρδιά-καρκίνος πίεση, σακχαρώδης διαβήτης). Σε δύο από αυτούς περιήλθε ο θάνατος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Συσχέτιση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με ήδη υπάρχουσες θεωρίες και έρευνες.

Εισαγωγή

Σ' αυτό το κεφάλαιο, γίνεται μια προσπάθεια, να συσχετιστούν τα αποτελέσματα της έρευνας που έχει γίνει σε αυτήν την εργασία, με άλλες έρευνες και με άλλες θεωρίες, στις οποίες κατέληξαν διάφοροι μελετητές και ερευνητές. Πρέπει να τονιστεί, ότι δεν γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων, αλλά συσχέτιση, αφού η παρούσα έρευνα είναι ποιοτική, ενώ οι άλλες είναι ποσοτικές, γεγονός που δεν μας επιτρέπει να συγκρίνουμε παρά μόνο να συσχετίζουμε..

Η υπόθεση στην εργασία μας είναι αν η παρουσία ενός μέλους με σχιζοφρενικά συμπτώματα στην οικογένεια δημιουργεί ψυχολογικές ή σωματικές επιπτώσεις στα υπόλοιπα μέλη.

Στα συμπεράσματά μας παρατηρήσαμε ότι όλες οι οικογένειες άλλες περισσότερο, άλλες λιγότερο, επηρεάστηκαν αρνητικά από την εμφάνιση της νόσου.

Κάτι τέτοιο υποστηρίζει και η Συστημική θεωρία στην οποία αναφέρεται ότι η συμπεριφορά του ενός μέλους στην οικογένεια γίνεται λειτουργία και ερέθισμα για την συμπεριφορά των υπολοίπων μελών της οικογένειας.

Παρατηρούμε ότι σε κάποιες οικογένειες που τα μέλη μεταξύ τους είχαν καλές σχέσεις πριν την εμφάνιση της νόσου, υπήρξε αλλαγή και οι σχέσεις αυτές διαταράχθηκαν μετά την εμφάνιση της νόσου. Σε άλλες οικογένειες όπου προϋπήρχαν διαταραγμένες σχέσεις εντάθηκαν περισσότερο. Στην ένταση αυτή συνετέλεσε και η στάση των αδελφών οι οποίοι παρουσίασαν έντονη αδιαφορία και εχθρότητα απέναντι στους γονείς και στον ασθενή αδελφό. Οι Holden και Lewine(Holden D.F. & Lewine R.R.J. 1982) αναφέρουν ως αρνητική συνέπεια της χρόνιας φροντίδας ενός μέλους με σχιζοφρενικά συμπτώματα την απογοήτευση και τις τεταμένες οικογενειακές σχέσεις. Στην σχετική έρευνά τους παρατήρησαν πως το 25% των οικογενειών εμφανίζει τεταμένες οικογενειακές σχέσεις οι οποίες σχετίζονται με το στρες των ατόμων λόγω της κατάστασης του ασθενούς, καθώς ανησυχούν για το τι αλλαγές θα συμβούν σε διάφορους τομείς της ζωής τους, στις κοινωνικές και προσωπικές τους σχέσεις. Παρόμοια παρατήρηση κάνουν και οι Winefield και Harvey(Winefield H.R. & Harvey E.J. 1994) οι οποίοι επισημαίνουν ως αρνητική επίπτωση εξαιτίας της παρουσίας του ασθενούς στο σπίτι τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις. Συγκεκριμένα, το 26,7 του δείγματος τους, αναφέρει ως αρνητική επίπτωση τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις.

Μια άλλη συνέπεια που παρατηρήσαμε, όσον αφορά τις μητέρες είναι ότι εξαιτίας της επιβάρυνσης τους με την φροντίδα του ασθενή, οδηγήθηκαν στο να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Οι Hoening και Hamilton(Hoening J. & Hamilton M.W. 1966) αναφέρουν ως αρνητική επιβάρυνση τις πλευρές της καθημερινής ζωής της οικογένειας όπως είναι η εργασία, που επηρεάζονται από τη παρουσία ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή. Ο Lanzara(Lanzara D. et all 1999 σελ 117) αναφέρεται επίσης σε δυσκολίες των μελών στον εργασιακό τομέα λόγω του ότι δυσκολεύονται να απασχοληθούν έχοντας τόσο άγχος.

Η έρευνά μας για τις επιπτώσεις στην οικογένεια οδήγησε και στο συμπέρασμα ότι η οικογένεια επηρεάστηκε και σε άλλους τομείς της ζωής της, όπως είναι οι κοινωνικές επαφές με φίλους και συγγενείς. Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι οι

περισσότερες οικογένειες διέκοψαν τις κοινωνικές τους σχέσεις, είτε γιατί απομακρύνθηκαν οι ίδιοι λόγω έλλειψης διάθεσης, είτε γιατί ένιωσαν ότι οι άλλοι τους απομάκρυναν. Οι Hoening και Hamilton (Hoening J. & Hamilton M.W. 1966) στην θεωρία τους για την αντικειμενική επιβάρυνση της οικογένειας αναφέρουν ότι υπάρχει φανερή αναστάτωση στις κοινωνικές σχέσεις των οικογενειών εξαιτίας της εμφάνισης της νόσου. Πολλοί μελετητές έχουν επισημάνει ως αρνητικές επιπτώσεις των μελών της οικογένειας λόγω της εμφάνισης της νόσου σε κάποιο μέλος της, την κοινωνική απομόνωση, τους περιορισμούς στην κοινωνική ζωή και την δυσκολία στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Στην έρευνα των Winefield και Harney (Winefield H.R. & Harvey E.J. 1994) το 30% των ερωτηθέντων οικογενειών ανέφερε αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές σχέσεις.

Εκείνο που φαίνεται ξεκάθαρα είναι ότι η συναισθηματική κατάσταση των μελών είναι ανάλογη με την πορεία της κατάστασης του ασθενή. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ύφεση, τα μέλη της οικογένειας είναι πιο ήρεμα πιο αισιόδοξα και διακατέχονται από λιγότερο άγχος. Ενώ όταν υποτροπιάζει επικρατεί στρες, στεναχώρια και απογοήτευση.

Σύμφωνα με τον Νέστορος (Νέστορος I.N 2000) όχι μόνο η συναισθηματική έκφραση, η συμπεριφορά και οι στάσεις της οικογένειας αποτελούν στρεσογόνο παράγοντα για τον ασθενή, αλλά και οι στάσεις και η συμπεριφορά του ασθενή, μπορούν να έχουν στρεσογόνο επίδραση στην οικογένεια. Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Winefield και Harney. Στη θεωρία τους αναπτύσσουν πως η ψυχολογική κατάσταση των συγγενών επηρεάζεται από τη συμπεριφορά και την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Εξαιτίας της κατάστασης του ασθενούς υφίστανται μεγάλο στρες, καθώς ανησυχούν για το τι αλλαγές θα συμβούν σε διάφορους τομείς της ζωής τους, στις κοινωνικές και προσωπικές τους σχέσεις.

Όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις μέσα από την έρευνά μας διαπιστώνουμε ότι στις περισσότερες οικογένειες κύριο χαρακτηριστικό είναι η στεναχώρια και η θλίψη. Συναισθήματα έντονου άγχους, στρες, ενοχών, ντροπής, πικρίας, άρνησης της κατάστασης και απόσυρσης καθώς και προβλήματα αϋπνίας, παρουσιάζονται έντονα στους γονείς με περισσότερη έμφαση στις μητέρες. Τρεις μητέρες της έρευνάς μας παρουσιάζουν κατάθλιψη και βρίσκονται υπό φαρμακευτική αγωγή.

Ο Eakes (Eakes G.G 1995 σελ 78-79) στην μελέτη του για την «χρόνια θλίψη» περιγράφει ότι οι οικογένειες με σχιζοφρενικό μέλος, εκτός από λύπη αισθάνονται φόβο, αμηχανία, θυμό, απελπισία, μπέρδεμα, σοκ, δυσπιστία. Οι γονείς που παρουσιάζουν χρόνια θλίψη, αναφέρουν την περιοδική επανάληψη αυτών των συναισθημάτων. Χαρακτηριστικό είναι πως η θλίψη αυτή μπορεί να συγκριθεί με την θλίψη οικογενειών που έχουν χάσει κάποιο μέλος τους από θάνατο.

Η Salleh (Salleh M.R 1994) στην έρευνά της για την επιβάρυνση της φροντίδας της σχιζοφρένειας σε οικογένειες της Μαλαισίας, ανέφερε πως οι οικογένειες που έχουν να αντιμετωπίσουν καθημερινά την κατάσταση με έναν σχιζοφρενικό ασθενή, υφίστανται μεγάλη ψυχολογική φόρτιση. Η γενική εικόνα του αρρώστου και τα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειάς του, έχουν επίδραση στην γενικότερη οικογενειακή ατμόσφαιρα και ειδικότερα στην ψυχική ηρεμία και υγεία των υπολοίπων μελών. Σε ένα ποσοστό 26% του δείγματος της έρευνάς της παρατηρήθηκε πως υποφέρει από νευρωσικά συμπτώματα εξαιτίας του στρες που υφίστανται λόγω της κατάστασης που βιώνουν με τον ασθενή.

Στις ψυχολογικές επιπτώσεις της σχιζοφρένειας συναίνεσαν και οι Schulz και οι συνεργάτες τους (Schulz P.M et all 1983). Το 92% των ερωτηθέντων γονιών θεωρεί τη Σχιζοφρένεια σαν μια ασθένεια με μεγάλη επιβάρυνση για τους υπολοίπους. Το 30% τονίζει τη σημασία της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Η ψυχολογική επιβάρυνση προέρχεται τόσο από τις αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των υπολοίπων μελών, όσο και από την αίσθηση αδυναμίας να βοηθήσουν τον ασθενή.

Οι Hoening και Hamilton (Hoening J. & Hamilton M.W. 1966), στην μελέτη τους για την υποκειμενική επιβάρυνση της οικογένειας, αναφέρουν την αναστάτωση, το άγχος και τις ενοχές που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας, στην μελέτη τους παρατήρησαν πως το 51% των ερωτηθέντων οικογενειών διακατέχονται από κάποιο είδος άγχους ή ενοχής.

Η Provencher (Provencher H.L 1996), τονίζει τη μεγάλη διάσταση των συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ως συνέπεια της κατάστασης του ασθενούς. Στην έρευνα που διεξήγαγε διαπίστωσε πως το 57% των ερωτηθέντων, παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα.

Όσον αφορά τα υγιή παιδιά της οικογένειας, αυτό που διαπιστώνουμε από την έρευνά μας, είναι πως δεν υφίστανται τόσο μεγάλη επιβάρυνση όσον οι γονείς. Οι ψυχολογικές εντάσεις (θυμός, τάσεις φυγής, χαμηλή απόδοση στο σχολείο) που διακατείχαν τα αδέλφια ήταν για μικρό διάστημα. Καθώς παρατηρήθηκαν και περιπτώσεις πλήρους αδιαφορίας από την πλευρά του υγιή αδελφού απέναντι στον ασθενή και τους γονείς. Μια ήταν η περίπτωση που ο υγιής αδελφός επηρεάστηκε τόσο πολύ ώστε πήρε ειδικότητα ψυχιάτρου για να βοηθήσει τον αδελφό του. Σε γενικές γραμμές τα αδέλφια συνέχισαν την ζωή τους. Στην βιβλιογραφία οι Schulz και οι συνεργάτες τους (Schulz P.M et all 1983), αναφέρουν μικρό ποσοστό επιβάρυνσης στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας σε αντίθεση με τους γονείς. Στην έρευνά τους, παρατήρησαν χαμηλότερα ποσοστά από την πλευρά των παιδιών σε προβλήματα ψυχολογικής φύσεως, δυσκολίας στην εργασία, απόρριψης και οικογενειακών προβλημάτων.

Στις σωματικές επιπτώσεις διαπιστώνουμε ότι σε ένα μικρό ποσοστό οικογενειών κάποια μέλη, κυρίως οι πατέρες, εμφάνισαν προβλήματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις το ήδη υπάρχον πρόβλημα επιδεινώθηκε, ενώ σε κάποιες άλλες εμφανίστηκε κάποιο πρόβλημα υγείας για πρώτη φορά. (καρκίνος, καρδιακά προβλήματα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης) σε δυο περιπτώσεις εξαιτίας του σωματικού νοσήματος περιήλθε ο θάνατος των ατόμων. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται πως αν το άτομο δεν μπορέσει να προσαρμοστεί στις ψυχολογικές απαιτήσεις του περιβάλλοντος και δημιουργηθούν στρεσογόνες καταστάσεις, στην προσπάθειά του να ξεπεράσει το στρες που υφίστανται δημιουργεί δυσλειτουργικές μορφές ισορροπίας, που οδηγούν στην παθοφυσιολογική διαδικασία που η ιατρική αναγνωρίζει σαν ψυχοσωματική ασθένεια(Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων 1990). Αν υποθέσουμε ότι η κατάσταση στη Σχιζοφρένεια δημιουργεί άγχος στα άτομα, σε σημείο να μην μπορούν να αντεπεξέλθουν, μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως κάποια από τα προβλήματα υγείας των ερωτηθέντων συγγενών είχαν ψυχογενή αιτία.

Συναφή αποτελέσματα παρουσιάζονται και στην έρευνα των Holden και Lewine(Holden D.F & Lewine R.R.J 1982) οι οποίοι αναφέρουν ότι το 70% των οικογενειών που συμμετείχαν στο δείγμα παρουσίασαν προβλήματα υγείας τα οποία είχαν υπόβαθρο τις αυξημένες εντάσεις στην οικογένεια.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, από την έρευνά μας προκύπτει ότι λόγω της παρουσίας ενός ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα, μέσα στην οικογένεια, τα υπόλοιπα μέλη υπόκεινται σε ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση. Πιο συγκεκριμένα, κοινό χαρακτηριστικό όλων των οικογενειών ήταν η έντονη θλίψη.

Αυτό υποστηρίζεται έντονα από τον ερευνητή G. Eakes(Eakes G.G 1995), στο κεφάλαιο για την «χρόνια θλίψη». Αναφέρει ότι οχτώ στους δέκα γονείς του δείγματος της έρευνάς του, παρουσίασαν «χρόνια θλίψη» με συναισθήματα όπως, σοκ, θυμό, απελπισία, λύπη. Στις έρευνες των Miller και συνεργατών του και του Atkinson(Eakes G.G 1995), αναφέρεται χαρακτηριστικά, ότι η θλίψη που αισθάνονται οι οικογένειες με σχιζοφρενικό μέλος, μπορεί να συγκριθεί με την θλίψη των οικογενειών που έχουν χάσει κάποιο μέλος τους από θάνατο.

Σημαντικές αλλαγές υπέστησαν και οι σχέσεις των μελών στο εσωτερικό της οικογένειας. Ένα μέρος οικογενειών πέρασε από πολλές διακυμάνσεις μέχρι να καταφέρουν να διατηρήσουν την αρχική τους συνοχή. Σε κάποιες άλλες οικογένειες παρατηρήσαμε να αυξάνονται οι εσωτερικές εντάσεις και σε κάποιες περιπτώσεις τα ψυχικά υγιή παιδιά να αδιαφορούν και να μη βοηθούν στις δυσκολίες των γονιών τους.

Στις περισσότερες οικογένειες φαίνεται πως το μεγαλύτερο βάρος της ευθύνης του ασθενούς το επωμίζεται η μητέρα και οι πιο πολλές αλλαγές γίνονται στην δική της ζωή (διακοπή της εργασίας της, περισσότερες ευθύνες στο σπίτι). Οι πατέρες δεν είχαν σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις ή αλλαγές στη ζωή τους. Σε αρκετούς παρατηρήσαμε

πως προσπαθούν να βρουν άλλες μορφές απασχόλησης μακριά από το σπίτι για να ξεχαστούν.

Παρόλα αυτά μετά την ανακοίνωση της νόσου έντονα είναι και στους δύο γονείς συναισθήματα άγχους, φόβου, ενοχών, και τάσεις άρνησης της κατάστασης. Παρουσίασαν επίσης αϋπνίες και έντονη νευρική κατάσταση. Σε έναν πατέρα παρατηρήσαμε να γίνεται νευρικός στη διαπροσωπική του ζωή, ενώ τρεις μητέρες απάντησαν ότι έπαθαν κατάθλιψη και δύο από αυτές ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή. Λίγες οικογένειες, εξέφρασαν άγχος για να μην μαθευτεί στον κόσμο η κατάσταση που βιώνουν, ενώ κάποιες άλλες οικογένειες ανέφεραν σημαντικές επιπτώσεις στις κοινωνικές τους σχέσεις. Συγκεκριμένα, στους περισσότερους σημειώθηκε ελάττωση στις κοινωνικές τους επαφές, είτε γιατί οι ίδιοι απομακρύνθηκαν αφού δεν είχαν την ψυχολογική διάθεση, είτε γιατί ο κοινωνικός περίγυρος τους απομάκρυνε λόγω του προβλήματός τους.

Σε λίγα από τα υγιή αδέρφια παρατηρήθηκε κάποια έντονη ψυχολογική επίπτωση όπως αυτή της τάσης φυγής, θυμό ή πτώση στα μαθήματα. Η πλειοψηφία των αδερφών, όσο και αν ανησυχούν για την κατάσταση του ασθενούς, συνεχίζουν κανονικά την προσωπική τους ζωή και σε κάποιες περιπτώσεις αδιαφορούν τελείως. Η συναισθηματική κατάσταση των μελών είναι ανάλογη με την πορεία του ασθενή. Αν ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση νιώθουν ανακούφιση ενώ αν υποτροπιάσει αγχώνονται. Αυτό που φάνηκε έντονα να πιστεύουν είναι ότι δεν πρέπει να ενθαρρύνονται εύκολα, γιατί η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που παρουσιάζει ύφεση και περιορισμό των συμπτωμάτων παρά πλήρη και ολοκληρωτική θεραπεία.

Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι η πλειοψηφία των οικογενειών εκφράζει ανησυχία για το μέλλον των ασθενών παιδιών τους όταν οι ίδιοι πεθάνουν. Ανησυχούν για την οικονομική τους αποκατάσταση, και για τη φροντίδα που θα τους παρέχεται από τρίτους και όχι πλέον από τους ίδιους τους γονείς τους. Πολλοί γονείς φροντίζουν να αποκαταστήσουν επαγγελματικά τα παιδιά τους, που πάσχουν από σχιζοφρένεια, ώστε να είναι σίγουροι ότι θα μπορούν μόνα τους να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες που πρόκειται να συναντήσουν στη ζωή τους.

Όσον αφορά τις σωματικές επιπτώσεις παρατηρήσαμε πως μόνο στους πατέρες φάνηκε να παρουσιάζεται πρόβλημα σε αυτόν τον τομέα. Σε δυο άτομα που ήδη υπήρχε

πρόβλημα καρδιάς, μετά την διάγνωση της νόσου το πρόβλημα επιδεινώθηκε ενώ τρία άτομα που ήταν σωματικά υγιή, παρουσίασαν προβλήματα όπως καρδιά, καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση των οικογενειών που έχει προκύψει από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας παραθέτουμε κάποιες προτάσεις υποστήριξης της οικογένειας με σκοπό τη μείωση της αντιλαμβανόμενης επιβάρυνσης.

Όπως έχει προαναφερθεί, στην Ελλάδα οι φορείς που υπάρχουν για την φροντίδα του ασθενή και παράλληλα για την ανακούφιση και την αποφόρτιση της οικογένειας, είναι οι ξενώνες φιλοξενίας των ψυχικά ασθενών, οι ανάδοχες οικογένειες, ο Σύλλογος Φύλων και Οικογενειών Ψυχικής Υγείας, τα Νοσοκομεία Ημέρας, και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Αρχικά, μια πρόταση θα ήταν οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν σε μια κοινότητα να παρέχουν ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Σκοπό θα έχουν την ενημέρωση των μελών της οικογένειας για την συγκεκριμένη νόσο, την προσαρμογή τους στο γεγονός ότι ζουν με έναν ψυχικά ασθενή και κατά κύριο λόγο την επεξεργασία των συναισθηματικών προβλημάτων τους, ώστε να μπορέσουν να απεμπλακούν από το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα που έχει προκαλέσει η συμβίωση με έναν ασθενή με σχιζοφρενικά συμπτώματα.

Όπως έχει διαπιστωθεί, τα μέλη των οικογενειών αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα εξαιτίας της κατάστασης του άρρωστου μέλους. Οι εντάσεις στο οικογενειακό περιβάλλον, η αναστάτωση στην προσωπική ζωή, οι περιορισμοί στην κοινωνική ζωή και τα ψυχολογικά προβλήματα, είναι αξιοσημείωτες αρνητικές συνέπειες που υφίστανται τα μέλη των οικογενειών. Ο σχεδιασμός ειδικών προγραμμάτων παρέμβασης θεωρείται σημαντικό στοιχείο στη βοήθεια και στην υποστήριξή τους.

Σύμφωνα με τους Runions, J. R. N. και Prudo, R. M. B (Runions, J. R. N. και Prudo, R. M. B 1983), τη σχιζοφρένεια πρέπει να την δούμε από πολλές σκοπιές. Από την σκοπιά των ειδικών, των ίδιων των ασθενών και από την σκοπιά των συγγενών. Οι συγγενείς επειδή αναλαμβάνουν το ρόλο των φροντιστών των ασθενών, χρήζουν

συμβουλευτική από ειδικούς ψυχικής υγείας, όπως βέβαια και οι ίδιοι οι ασθενείς, ώστε να υπάρξει μια καλύτερη και πιο υγιής συμβίωση.

Η στάση των συγγενών και η συμπεριφορά τους προς τους σχιζοφρενείς ασθενείς, είναι πολύτιμη για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου. Ασθενείς οι οποίοι δέχτηκαν συναισθηματική στήριξη από τους συγγενείς είχαν λιγότερες υποτροπές από ασθενείς που δέχτηκαν αρνητική κριτική στάση και συμπεριφορά.

Σημαντικό θα ήταν να αναφέρουμε ακόμα και την ύπαρξη ομάδων υποστήριξης και αυτοβοήθειας των συγγενών ως μέσον να επαναπροσδιορίσουν την προσωπική τους ζωή. Οι περιορισμοί στην κοινωνική ζωή και η γενικότερη αναστάτωση στη ζωή των συγγενών οφείλεται στην παρουσία του ασθενούς. Θεωρούμε πως ομάδες αυτοβοήθειας θα ήταν σημαντικό πλεονέκτημα στην υποστήριξη των συγγενών.

Παράλληλα καλό θα ήταν, να δίνεται προσοχή και έμφαση στην κλινική εικόνα της υγείας του ατόμου καθώς έχει παρατηρηθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα σωματικά προβλήματα έχουν ψυχογενή αιτία.

Στην ασθένεια της σχιζοφρένειας, αναμφισβήτητα παρουσιάζονται συχνές υποτροπές και έντονοι παροξυσμοί των ασθενών, γεγονότα που εντείνουν τη συναισθηματική φόρτιση και το στρες της οικογένειας. Για το λόγο αυτό, μια άλλη πρόταση για τη μείωση της οικογενειακής φόρτισης, είναι η επέκταση σε όλους τους νομούς της χώρας, των κινητών μονάδων αντιμετώπισης κρίσιμων περιστατικών, καθώς και η επέκταση των προγραμμάτων θεραπείας στο σπίτι, από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες της κοινότητας.

Επιπλέον θα ήταν καλό οι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας να εκπαιδεύονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εστιάζουν τις παρεμβάσεις τους στην ανακούφιση των συγγενών, στην ενδυνάμωσή τους, στην αύξηση της αυτονομίας τους και στη στήριξη τους μέσω ομάδων οικογενειών που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα.

Η συμμετοχή της οικογένειας στις θεραπευτικές αποφάσεις θεωρείται σημαντική, αφού νιώθει να συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενή και επιπλέον το να γνωρίζει η οικογένεια τη θεραπευτική απόφαση συντελεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να τηρήσει την θεραπευτική του αγωγή, συστηματικά. Επίσης, σημαντικό είναι να δίνεται έμφαση στην κατάλληλη φαρμακοθεραπεία των ασθενών και τη συχνή παρακολούθησή της από τον επαγγελματία ειδικό. Συνέπεια και των δύο προτάσεων είναι η μείωση των

υποτροπών, με φυσικό επακόλουθο τη μείωση της οικογενειακής ταλαιπωρίας εξαιτίας αυτών.

Εκτός από την ψυχολογική επιβάρυνση των οικογενειών, υφίστανται και οικονομική επιβάρυνση λόγω της συνεχούς θεραπείας του ασθενή και της δυσκολίας του να ενταχθεί στην αγορά εργασίας και να γίνει οικονομικά ανεξάρτητος. Μια λύση θα ήταν να παρέχονται στην κοινότητα περισσότερες υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, ώστε οι ασθενείς που μπορούν να ενταχθούν στην κοινότητα να έχουν περισσότερες δυνατότητες στην εύρεση εργασίας. Η παραπάνω πρόταση μπορεί να συμβάλει και στην ψυχολογική αποφόρτιση καθώς πλέον οι γονείς δε θα ανησυχούν για το μέλλον των ασθενών παιδιών τους, όταν εκείνοι θα φύγουν από τη ζωή. Η ανησυχία αυτή των γονιών φαίνεται έντονα στην έρευνά μας.

Τέλος, σημαντική πρόταση θα ήταν, να συνεχιστεί η προσπάθεια για τη συστηματική ενημέρωση του πληθυσμού της κοινότητας από τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Μια τέτοια ενημέρωση έχει σκοπό την πληροφόρηση των πολιτών αναφορικά με το τι είναι η σχιζοφρένεια και γενικότερα η ψυχική νόσος, στοχεύοντας στη μείωση του στίγματος που έχει αποδοθεί από τον κοινωνικό περίγυρο στον ψυχικά ασθενή και στην οικογένειά του, γεγονός που επιβαρύνει ακόμα περισσότερο το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, αφού του δημιουργεί σοβαρές επιπτώσεις στις κοινωνικές του σχέσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Ράτσικα, Ν. (2002). Φάκελος διδακτικών σημειώσεων άρθρων και εργασιών, Ηράκλειο.
2. Χαμπέση, Θ. (1996). Στίγμα: ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π, 25 - 26.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

3. Bidou-Nakou, I., Dikaioy, M., Bairaktaris, C. (1997). Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patient. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 32(2): 104-108.
4. Brown, G.W. Monck, E.M. Carstairs, G.M. Wing, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal Prev. social Medicine*, 16: 55.
5. Eakes, G. G. (1995). Chronic Sorrow: the lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2): 77-84.
6. Grad, J. & Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *The Lancet* 9: 544-550.
7. Gubman, G.D. & Tessler, R.C. (1987). The impact of mental illness on families concepts and priorities. *Journal of family issues*, 2: 226-245.

8. Gubman, G.D. Tessler, R.C. Wollis, G. (1987). Living with the mentally ill: Factors affecting household complaints. *Schizophrenia Bulletin*, 13(4): 727-736.
9. Hatfield, B. A. Psychological costs of schizophrenia to the family. *Social Work*, 9:355-359.
10. Hoening, J. & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his affects on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 1: 165-176.
11. Holden, D.F. & Lewine, R.R.J. (1982). How families evaluate mental health professional resources and effects of illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4): 621-633.
12. Kelley, F. E. Brockton, M.S.S.W. MASS (1963). Relatives Attitude and outcome of schizophrenia. *Veterans administration psychiatric evaluation project*, 9: 389-394.
13. Lanzara, D., Cosentino, U., Lo Maglio, A.M., Lora, A., Nikolo, A. & Rossini, M.S. (1999). Problems of patients with schizophrenic disorders and of their families. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 8(2): 117-130.
14. Lopez-Ibor Alino J.J. (2001). Fight against schizophrenia stigma. *Academic Nac. Medicine*, 118(2): 295-316
15. Marchal, C. Rossman, G. (1995). Designing Qualitative research London. *S.A.G.E. Publications*.
16. Milliken, P.J. (2001). Disenfranchised mothers caring for an adult child with schizophrenia. *Health Care Women Int.* 22(1-2).149-166.
17. Noh, S. & Turner, R.J. (1987). Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of families members. *Social Sci. Medicine*, 3: 263-271.

- 18.Ohaeri, J.U. & Fido, A.A. (2001). The opinion of caregivers of schizophrenia and Major affective disorders in a Nigerian setting. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36(10): 493-499.
- 19.Oldridge, M.L. & Hughes, I.C.T. (1992). Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *British Journal of Psychiatry*, 161: 249-251.
- 20.Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15: 383-393.
- 21.Provencher, H.L. (1996). Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 3(3): 181-187.
- 22.Reinhard, S.C. (1994). Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in nursing and health*, 17: 79-88.
- 23.Runions, J.R.N. & Prudo, R.M.B. (1983). Problem behaviors encountered by families living with schizophrenic member. *Can. J. Psychiatry*, 8: 383-386.
- 24.Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 180-185.
- 25.Sauders, J.C. (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Mental Health Nursing*, 20(2): 95-113.

26.Schulz, P.M., Schulz, S.C., Dibble, E., Targum, S.D., Van Kammen, P.P. & Gershon, E.S. (1983). Patient and the family attitudes about schizophrenia: implications for genetic counseling. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4): 504-513.

27.Szmukler, G.I., Burgess, P., Herman, H., Benson, A., Colusa, S. & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the experience of care giving inventory. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4): 137-148.

28.Winefield, H.R. & Harvey, E.J. (1994). Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(3): 557-566.

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ

29.Ζαφείρης, Α. Γ. Ζαφείρη, Ε. Α. Μουζακίτης, Χ. Μ. (1999).Οικογενειακή θεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

- 30.Σακελλαρόπουλος, Π. (1995). Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα (Β' Τόμος). Αθήνα: Παπαζήσης.
- 31.Ελληνική Εταιρία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του παιδιού. Οικογένεια-Ψυχοκοινωνικές Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- 32.Ελληνική Ιατρική Εταιρία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων. Αρρώστιες και Νοσογόνες οικογένειες.(1990). Αθήνα: Πρακτικά από το δεύτερο Μετεκπαιδευτικό διήμερο 29 και 30 Ιουνίου 1987.
- 33.Καλατζή-Αζίζι, Α. και Δέγλερης, Ν. (1992). Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 34.Μαδιανός, Μ.(1990). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία. (Β' Τεύχος). Αθήνα: Καστανιώτης.
- 35.Μαδιανός, Μ. (1996). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική (2^η έκδ.) Αθήνα.
- 36.Μάνος, Ν.(1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη:University Studio Press.
- 37.Νέστορος, Ι. Ν. (1993). Στον κόσμο της Ψύχωσης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 38.Νέστορος, Ι. Ν. (2000). Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους. Αθήνα: Gutenberg.
- 39.Παπαδιώτη-Αθανασίου, Β. (2000). Οικογένειες και Όρια Συστηματική προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

40. Παπακώστας, Ι. (1994). Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία Θεωρία και Πράξη. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς.

41. Παρασκευόπουλος Ι. (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. τόμος Α', Αθήνα.

42. Τσαλίκου-Κωστοπούλου, Φ. (1984). Σχιζοφρένεια και φόνος. Μια ψυχολογική εγκληματολογική έρευνα. Αθήνα: Παπαζήσης.

43. Χαρτοκόλλης, Π. (1986). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Αθήνα: Θεμέλιο.

44. Χριστοδούλου, Γ.Ν. και συνεργάτες (2000). Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Ψυχιατρική. Τόμος Β' Αθήνα: εκδόσεις "Βήτα".

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΒΙΒΛΙΑ

45. Arana, G. N. M.D. Deven, E. Hyman, M.D. (1994). Ψυχοφαρμακολογία. Επιμέλεια Νέστορος Ι.Ν. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

46. Barker, P. (1992). Basic Family Therapy. Oxford, Blackwell: Scientific Publications (3rd ed).

47. Barondes, S. (1997). Στοιχεία Μοριακής Νευρολογίας και βιολογικό υπόστρωμα ψυχικών διαταραχών. Μετάφραση και επιμέλεια Καστελλάκη, Α.Α. Παναγής, Γ.Θ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

48. Foudrain, J. (1978). Σχιζοφρένεια και οικογένεια. Μετάφραση Τρικεριώτη, Κ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- 49.Kandel, E. R. James, H. Schwantz, T. Jessell, M. (1999). Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- 50.Karlan and Sadock's. Ψυχιατρική. Τόμος Β'. Αθήνα:Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- 51.Kreisler, L. (1994).Η ψυχοσωματική του παιδιού. Αθήνα:Χατζηνικολή.
- 52.McWilliams, N.(2000). Ψυχαναλυτική διάγνωση. Επιμέλεια Αναγνωστοπούλου Τ. Τριλίβα Σ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 53.Minuchin, S. (2000).Οικογένειες και οικογενειακή Θεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- 54.Vogel, E.F. & Bell, N.W. (1978). Το συναισθηματικά διαταραγμένο παιδί σαν αποδιοπομπαίος τράγος της οικογένειας. Μετάφραση Τρικεριώτη Κ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- 55.Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση.(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).(1997). Απόδοση στα ελληνικά και επιμέλεια Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Κ. Μαυρέας, Β. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Γενεύης Κέντρο Συνεργασίας για την Εκπαίδευση και την έρευνα στη Ψυχική Υγεία. Αθήνα.