



Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας

Μεταπτυχιακή εργασία

Η μέτρηση της Κοινωνικής Λειτουργικότητας σε ασθενείς με Ψυχώσεις – Διπολική Διαταραχή



Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Τοράκη Μαρίνα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια :Δρ. Κουκούλη Σοφία

Ηράκλειο Φεβρουάριος 2022

Σε όλους εκείνους που η κοινωνία τους έδωσε την ετικέτα του «τρελού»

Χωρίς να αντιλαμβάνεται

Ότι η ψυχική νόσος είναι μια εμπειρία στο ταξίδι της ζωής...

Καθώς και σ' αυτούς

Που κάποια στιγμή της ζωής τους βρέθηκαν σε κάποιο άσυλο

ή πέθαναν μέσα σ' αυτό....



Στο κατώφλι της αιωνιότητας, πίνακας του **Vincent Willem van Gogh** από τα 1890 που συμβολίζει την απόγνωση που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη. Ο Βαν Γκογκ έπασχε από διπολική διαταραχή, κάποιιοι υποθέτουν ότι κατά την διάρκεια μικού επεισοδίου έκοψε το ίδιο του το αυτί.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η προσπάθεια κάθε ανθρώπου για αυτοπραγμάτωση και επιτυχία είναι ένα μεγάλο ταξίδι γεμάτο προκλήσεις και δυσκολίες, αλλά κυρίως περιέχει τη χαρά της γνώσης, τη δημιουργικότητα, τη συνεργασία τις στιγμές που ο ορίζοντας χάνεται, το μεγάλο στοίχημα.

Έτσι και για μένα το ταξίδι αυτής της μεταπτυχιακής υπήρξε μακρύ και δύσκολο, όχι όμως μοναχικό γιατί ξεκίνησε με τη συμμετοχή της επιβλέπουσας Καθηγήτριας μου κ. Κουκούλη Σοφίας Επίκουρης καθηγήτριας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Την ευχαριστώ θερμά πρώτα από όλα για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια, τις πολύτιμες συμβουλές στην πορεία συγγραφής για την άριστη επικοινωνία και κατανόησή της. Η επιστημονική καθοδήγηση της υπήρξε όχι μόνο πολύτιμη, αλλά και ουσιαστική σε όλες τις φάσεις εκπόνησης αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον καθηγητή του Τμήματος ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Σίμο Άκη, διότι με χαρά μας απέστειλε τις σταθμισμένες κλίμακες που είχε χρησιμοποιήσει σε παλαιότερη έρευνά του , καθώς και για την αμέριστη καθοδήγηση, και συμπαράστασή του σε όλες τις φάσεις εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την Προϊσταμένη μου στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου κ. Τριγώνη Μαρία Δρ. Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, ΠΕ Κοινωνική Λειτουργό, την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κ. Μπάστα Μαρία που εισηγήθηκαν θετικά για την έγκριση διανομής – χορήγησης ερωτηματολογίων στους ασθενείς της Ψυχιατρικής Κλινικής - Κινητής Μονάδας Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης, στα πλαίσια εκπόνησης της Μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Θερμά ευχαριστώ τη Διοίκηση της 7^{ης} ΥΠΕ, καθώς και τη Διοίκηση του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης που εισηγήθηκαν θετικά για την έγκριση διανομής ερωτηματολογίων στους ασθενείς Ψυχιατρικής Κλινικής - Κινητής Μονάδας Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης. Σε αυτό το ταξίδι δεν θα μπορούσα να παραλείψω τους συνάδελφους Κοινωνικούς Λειτουργούς, καθώς και όλο το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΑΓΝΗ, τους οποίους αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά για όλη την στήριξή τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τους ασθενείς που μου παραχώρησαν τον χρόνο τους στην χορήγηση του ερωτηματολογίου, για την πολύτιμη συνδρομή τους και

προπαντός για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν ανοίγοντας την καρδιά τους, αποκαλύπτοντάς μου τα βαθύτερα βιώματά τους.

Ένα ιδιαίτερα μεγάλο ευχαριστώ, στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα στο γιο μου Αλέξανδρο, για την πολύτιμη στήριξή τους, ηθικά και συναισθηματικά, όχι μόνο στην έναρξη αλλά και κατά τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού, μέχρι την ολοκλήρωσή του.

Ο Μέγας Αλέξανδρος έλεγε πως στον πατέρα του χρωστάει “το ζην” και στο δάσκαλό του το “ευ ζην”. Ένας τέτοιος σπουδαίος Δάσκαλος υπήρξε για μένα η Κα Γαλενιανού Ελένη, Καθηγήτρια του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας Κρήτης στην οποία αφιερώνω την παρούσα Μεταπτυχιακή Εργασία μου μέσα από την καρδιά μου, ένα μεγάλο ευχαριστώ για όσα πολύτιμα μου δίδαξε.

Περίληψη

Σκοπός: Η Κοινωνική λειτουργικότητα ορίζεται ως η ικανότητα ενός ατόμου να εμπλέκεται αποτελεσματικά σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, να διατηρεί διαπροσωπικές σχέσεις, να συμμετέχει στην εργασία και να διεξάγει καθημερινές δραστηριότητες ανεξάρτητα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μετρηθεί η κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με ψυχώσεις -Διπολική διαταραχή. Επιμέρους στόχοι είναι η εκτίμηση της επίδρασης δημογραφικών παραμέτρων, της επιβάρυνσης του φροντιστή, **Μεθοδολογία:** Σε 200 ασθενείς με προβλήματα σχιζοφρένειας ή διπολικής διαταραχής αλλά και στους φροντιστές τους που νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική του ΠαΓΝΗ μετρήθηκε η κοινωνική λειτουργικότητά τους με τις κλίμακες FAS και SFS. Άλλες κλίμακες μέτρησης ήταν η κλίμακα Zaritγια την επιβάρυνση των φροντιστών, η κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας, και η κλίμακα PANSS της ψυχοπαθολογίας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε τρεις χρονικές στιγμές, η πρώτη κατά την είσοδο του ασθενή στην κλινική, η δεύτερη λίγο πριν το εξιτήριο και η τρίτη 2 μήνες μετά στο σπίτι του ασθενή. **Αποτελέσματα:** Οι δυο κλίμακες κοινωνικής λειτουργικότητας SFS,FASσυσχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($r_s=0,839$, $p<0,001$). Επίσης η κλίμακα SFSσχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα της επιβάρυνσης του φροντιστή ($r_s=-0,399$, $p<0,001$), θετικά με την ανθεκτικότητα ($r_s=0,318$, $p<0,001$) και αρνητικά με την θετική ψυχοπαθολογία θετική PANSS ($r_s=-0,176$, $p=0,015$). Επίσης η κοινωνική λειτουργικότητα δείχνει να σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία του ασθενή ($r_s=-0,154$, $p=0,034$), την ηλικία του φροντιστή ($r_s=-0,277$, $p<0,001$), τα έτη φροντίδας ($r_s=-0,315$, $p<0,001$)και την εκπαίδευση του ασθενή ($p<0,001$).

Συμπεράσματα ασθενείς με διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένεια παρουσιάζουν σοβαρή έκπτωση στην κοινωνική λειτουργικότητά τους. Η σύνδεση αυτής της έκπτωσης επηρεάζεται από την θετική ψυχοπαθολογία τους (ύπαρξη ψευδαισθήσεων, παραληρηματικών ιδεών κ.ά.), αλλά όχι από την αρνητική ψυχοπαθολογία (απόσυρση, δυσκολίες στη σχέση κ.ά.). Η φροντίδα επίσης που λαμβάνεται από τον φροντιστή είναι κρίσιμης σημασίας και συνδέεται με την ανθεκτικότητα και την επιβάρυνση του φροντιστή. Τέλος, οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς αλλά και η χρονιότητα της ασθένειας συσχετίζονται και με μεγαλύτερη έκπτωση στην λειτουργικότητα του ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: Κοινωνική Λειτουργικότητα, Κοινωνική Εκτίμηση- Διάγνωση , Κοινωνική Συνταγογράφηση, ψυχική νόσος, Ασθενείς με Ψυχώσεις-Διπολική διαταραχή, Φροντιστές.

ABSTRACT

Background: Social functionality is defined as the ability of an individual to engage effectively in social interactions, maintain interpersonal relationships, participate in work, and conduct daily activities independently.

Purpose: The purpose of this study is to measure social functioning in patients with psychosis (Schizophrenia, Bipolar Disorder). Sub-objectives are to assess the impact of demographic parameters, the burden on the caregiver .

Methodology: In 192 patients with schizophrenia or bipolar disorder and their caregivers who were treated at the Psychiatric Clinic of PAGNI, their social functioning was measured based on the FAS and SFS scales. Other scales used were the Zarit scale for caregivers' burden, the brief resilience scale (BRS), and the PANSS scale for psychopathology. The questionnaires were completed at three times, when the patient entered the clinic and the second shortly before discharge and the third 2 months later at the patient's home.

Results: The association between the two scales, SFS and GAF, was statistically significant ($r_s = 0.839$, $p < 0.001$). The SFS scale also showed a negative correlation with the caregiver's burden scale ($r_s = -0.399$, $p < 0.001$), a positive correlation ($r_s = 0.318$, $p < 0.001$) and a negative PANSS-positive psychopathology ($r_s = -0.176$, $p = 0.015$). Social function also appears to be negatively affected by both the patient's age ($r_s = -0.154$, $p = 0.034$), the caregiver's age ($r_s = -0.277$, $p < 0.001$), the years of care ($r_s = -0.315$, $p < 0.001$) and patient's education level ($p < 0.001$).

Conclusions: Patients with bipolar disorder or schizophrenia show a severe reduction in their social functioning. This reduction is related only to the positive psychopathology (existence of illusions, delusions, etc.). The care also received by the caregiver is critical and is associated with the caregiver's resilience and dedication. Finally, the older patients and the longer duration of the disease are associated with greater reduction in patient's functionality.

Keywords: Social Functionality, Social Assessment-Diagnosis, Social Prescribing, Mental Illness, Patients with Psychosis-Bipolar Disorder, Carers.

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
Περίληψη	6
ABSTRACT	7
Πίνακας Διαγραμμάτων – Πινάκων	10
Πίνακας Διαγραμμάτων	10
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο Ψυχική υγεία και Ψυχική Νόσος.....	2
1.1 Ψυχική υγεία και Ψυχική Νόσος : Ορισμοί – Κριτήρια.....	2
1.2 Η Έννοια της Ψύχωσης.....	5
Αιτιολογία των ψυχώσεων	10
Σωματικές Θεραπείες	14
Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες	14
1.5. Η έννοια του στίγματος και η ψυχική νόσος	16
Τα χαρακτηριστικά του στίγματος	16
Ψυχική Νόσος και στίγμα	18
Κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχική νόσος	19
Κεφάλαιο 2 ^ο	20
Η κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με ψυχώσεις – διπολική διαταραχή.....	20
2.1 Η έννοια της κοινωνικής λειτουργικότητας	20
2.2. Κοινωνική Λειτουργικότητα και Κοινωνικές Δεξιότητες.....	21
2.2.1 Κοινωνική Λειτουργικότητα και ασθενείς με ψυχώσεις ή διπολική διαταραχή	22
2.2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την Κοινωνική Λειτουργικότητα του ασθενή	23
2.3 Κοινωνική Εργασία και εκπαίδευση στις Κοινωνικές Δεξιότητες	26
2.4 Κοινωνική γνωστική αντίληψη και κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με ψυχώσεις	29
2.5 Κοινωνική Στήριξη- Δίκτυο Κοινωνικής στήριξης του ασθενούς –μορφές στήριξης.....	30
2.6 Η κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με ψυχώσεις	33
2.7 Η πρόληψη της έκπτωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας	34
2.7.1. Κοινωνική Συνταγογράφηση: Η πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία	36
2.8 Η Ψυχοκοινωνική Εκτίμηση-Διάγνωση του Κοινωνικού λειτουργού σε πλαίσια Ψυχικής Υγείας.....	38
2.9 Κοινωνική Λειτουργικότητα και Κοινωνική Συνταγογράφηση	41
2.10 ΈΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΩΣΕΙΣ- ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	44

Κεφάλαιο 3 ^ο Ο Ρόλος του Οικογενειακού συστήματος σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.....	49
3.1. Οικογενειακό Σύστημα- Η σημασία της οικογένειας για την υπαρξιακή θέση του ανθρώπου	49
3.2. Ψύχωση και κρίση της Οικογένειας.....	49
3.3 Φροντιστές και Ψύχωση	51
3.4 Η Έννοια του όρου Φροντιστής.....	52
3.5. Τα είδη των φροντιστών (Τυπικοί και Άτυποι)	53
3.6. Ο ρόλος του φροντιστή σε ασθενή με ψυχικές διαταραχές.....	54
3.7. Ανάγκες υγείας των φροντιστών ασθενών με ψυχώσεις.....	56
3.7.1. Ανάγκες υγείας φροντιστών υπό το πρίσμα του Ιατρικού Μοντέλου.....	56
3.7.2.Ανάγκες υγείας των φροντιστών υπό το πρίσμα του Κοινωνικού Μοντέλου.....	57
Κεφάλαιο 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	63
4.1. Σκοπός της έρευνας.....	63
4.2. Πληθυσμός μελέτης και δείγμα.....	64
4.3. Το ερωτηματολόγιο.....	64
α) Η κλίμακα ψυχοπαθολογίας (PANSS).....	65
β) Η κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας (SFS).....	65
γ) Η κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας (FAS).....	66
α) Η κλίμακα της επιβάρυνσης του φροντιστή (ZARIT).....	66
β) Η κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας (BRS).....	67
4.4. Διαδικασία συλλογής των Δεδομένων	68
4.5. Δεοντολογικά ζητήματα	69
4.5. Στατιστική Ανάλυση	70
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	70
6. Συζήτηση.....	82
7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
7.1. Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	89
7.2. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	93
7.3. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ.....	99
7.4. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. Ερωτηματολόγια έρευνας.....	102

Πίνακας Διαγραμμάτων – Πινάκων

Πίνακας 1	Χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια ανά φάση μέτρησης	68
Πίνακας 2	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών και φροντιστών τους.....	71
Πίνακας 3.	Χαρακτηριστικά της φροντίδας.....	73
Πίνακας 4	Περιγραφικά στατιστικά και χαρακτηριστικά κλιμάκων	74
Πίνακας 5	Συσχετίσεις κοινωνικής λειτουργικότητας πριν ή μετά με την ανθεκτικότητα και την ψυχοπαθολογία.	76
Πίνακας 6.	Διαφοροποιήσεις κοινωνικής λειτουργικότητας πριν ή μετά σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.	76
Πίνακας 7.	Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας SFS	78
Πίνακας 8	Συσχέτιση των υποκλιμάκων SFS με την κλίμακα FAS.....	79
Πίνακας 9	Συσχέτιση της συνολικής κλίμακας SFS με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων , καθώς και με την επιβάρυνση και την ψυχική ανθεκτικότητα του φροντιστή	80
Πίνακας 10.	Συσχέτιση της ηλικίας του ασθενή και του φροντιστή και των ετών φροντίδας με την κλίμακα και τις υποκλίμακες SFS	80
Πίνακας 11.	Διαφορές της κλίμακας SFS με δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	81

Πίνακας Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1	Κατανομή των ασθενών ανά διάγνωση.....	72
Διάγραμμα 2	Σχέση φροντιστή με ασθενή	73
Διάγραμμα 3	Σχέσεις μεταξύ κοινωνικής λειτουργικότητας με α) την επιβάρυνση ZBI, με β) την ανθεκτικότητα (resilience) και με γ) την κλίμακα PANSS Θετικών συμπτωμάτων	75
Διάγραμμα 4	Σχέση της κοινωνικής λειτουργικότητας FAS με α) την ηλικία του ασθενή, β) την ηλικία του φροντιστή και γ) με τα έτη νόσου	77
Διάγραμμα 5	Σχέση της κλίμακας SFS και της κλίμακας FAS.....	79

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Σε μια υποθετική περίπτωση στην οποία θα υπήρχε η δυνατότητα όλες οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών να δεχθούν πίσω με ένα λειτουργικό τρόπο όλους αυτούς τους ασθενείς που χρήζουν αποκατάστασης, τότε θα είχε επιτευχθεί η απόλυτη αποασυλοποίηση και επανένταξη.

Η παραπάνω υπόθεση, απλά, προσπαθεί να καταδείξει την κεφαλαιώδους σημασίας θέση της οικογένειας του ψυχικά αρρώστου, τόσο στην πορεία της νόσου, όσο και στις διαδικασίες επανένταξης και αποκατάστασης.

Η οικογένεια των συγκεκριμένων ασθενών ίσως αποτελεί ένα από τα πιο μεγάλα, ανεξάντλητα πεδία, οπότε η όποια προσπάθεια αναλυτικής περιγραφής στα πλαίσια αυτού του κειμένου εκ των πραγμάτων δεν μπορεί παρά να είναι αποσπασματική και ελλιπής.

Εκ πρώτης όψεως δεν επρόκειτο για τίποτα το «εξαιρετικό». Ήταν οι «συνηθισμένοι» γονείς, τα «συνηθισμένα» αδέλφια και τα «συνηθισμένα» παιδιά για μας που δουλεύουμε σε δομές ψυχικής υγείας. Τους συναντάμε κάθε μέρα στους διαδρόμους και στα γραφεία στο χώρο δουλειάς μας, όταν έρχονται να επισκεφθούν τα άρρωστα παιδιά τους ή τα άρρωστα αδέλφια τους, να τα συνοδεύσουν ή να αναζητήσουν γι' αυτά θεραπεία.

Το διαφορετικό για μένα ήταν ότι για πρώτη φορά άκουγα με ένα ολοκληρωμένο τρόπο την αφήγησή τους για την αρρώστια του παιδιού, για την σχέση μαζί του, καθώς και για τον τρόπο που αυτά συναντώνται με την ιστορία της δικής τους ζωής. Οι γονείς αυτοί, τα παιδιά και τα αδέλφια, παρόλο που βρίσκονται σε μια κατάσταση βαθύτατου υποφέρειν, μου επέτρεψαν να μπω στα «σπίτια» τους και στις ζωές τους.

Πολλές φορές η διαδικασία των συνεντεύξεων- χορήγησης ερωτηματολογίου ήταν πολύ επώδυνη για όλους μας. Ωστόσο η οικογένεια του παιδιού θεώρησε ότι ήταν μια θετική για εκείνους εμπειρία, να καταλάβουν τι τους συνέβη, για ποιο λόγο ζούσαν μια τέτοια κατάσταση και ποιο θα ήταν το μέλλον τους.

Οφείλω να ομολογήσω πως μετά την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης έρευνας νιώθω ένα «χρέος» απέναντι στους γονείς, τα παιδιά και τα αδέλφια τους συζύγους-συντρόφους των

ψυχικά ασθενών που μίλησαν μαζί μου να μεταφέρω την εμπειρία τους και το μήνυμά τους προς τους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να ακουσθεί και η δική τους φωνή.

Σε κάθε περίπτωση αποτέλεσαν ένα ζωντανό παράδειγμα για μένα, καθώς μέσα από μια ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία έχουν την αντοχή να συνεχίζουν ένα δύσκολο δρόμο και κυρίως το θάρρος και τον αλτρουισμό να θέλουν μέσα από την αφήγηση του δικού τους επώδυνου βιώματος να βοηθήσουν κι άλλους ανθρώπους που μπορεί να βρεθούν στην ίδια με αυτούς κατάσταση. Τους ευχαριστώ με όλη μου την ψυχή για την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλαν.

Η ψυχική υγεία στη «μεταμοντέρνα» ή «Μέτα- σύγχρονη» εποχή των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ραγδαίες κοινωνικές μεταρρυθμίσεις, η έκταση και ο ρυθμός των οποίων δεν έχουν προηγούμενο σε σύγκριση με προηγούμενες εποχές, παραμένει ένα θέμα πρωταρχικής σημασίας και ιδιαίτερος επίκαιρο. Παρά την επιστημονική πρόοδο και εξέλιξη στις μεθόδους αντιμετώπισης και θεραπείας της ψυχικής ασθένειας και παρά την εφαρμογή των αρχών και στόχων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στις αναπτυσσόμενες και πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες, οι ψυχικές διαταραχές τείνουν να αυξάνονται διαχρονικά. Επίσης παρά τις προσπάθειες ενημέρωσης και αντιμετώπισης του κοινωνικού στίγματος, ακόμη και σήμερα, η ψυχική διαταραχή είναι συχνά συνώνυμη με την «τρέλα», το ανεξήγητο, το μυστηριώδες και συνοδεύεται από πολλές λανθασμένες αντιλήψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες και φόβους. Η ψυχική διαταραχή μας αφορά όλους, καθώς μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, να συμβεί σε κάθε οικογένεια, ενώ δεν κάνει διακρίσεις στο φύλο, την εθνικότητα και τις κοινωνικές τάξεις. Η ψυχική διαταραχή επιδρά σε πολλούς τομείς της ζωής του πάσχοντα και επηρεάζει την Κοινωνική του λειτουργικότητα.

Το θέμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας αφορά στην μέτρηση της Κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών με ψυχώσεις-διπολική διαταραχή, μέσω της εφαρμογής ενός Διαγνωστικού εργαλείου στον τομέα της ψυχικής υγείας και ειδικότερα στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Αφορμή για την επιλογή του θέματος της εργασίας αποτέλεσε η άμεση επαφή μου με το πεδίο της ψυχικής υγείας ως επαγγελματία, αλλά και η έλλειψη εργαλείων μέτρησης-αξιολόγησης της Κοινωνικής λειτουργικότητας, της Κοινωνικής Διάγνωσης και της Κοινωνικής Συνταγογράφησης, καθώς και η πιθανότητα μελλοντικής υιοθέτησης του προτεινόμενου εργαλείου από τους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Το Διαγνωστικό εργαλείο μέτρησης της Κοινωνικής Λειτουργικότητας προορίζεται να προσδιορίσει προβλήματα, που παρουσιάζουν ενήλικα άτομα με ψυχώσεις-διπολική διαταραχή και την επίδρασή αυτών των νοσημάτων στη βίο-ψυχο-κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου ή της οικογένειας. Το οποίο αποτελεί και ιδιαίτερο αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας ως εφαρμοσμένης κοινωνικής επιστήμης. Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται η εφαρμογή του στον τομέα της ψυχικής υγείας, που αποτελεί και ιδιαίτερο τομέα άσκησης του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας.

Το Διαγνωστικό εργαλείο μέτρησης της Κοινωνικής Λειτουργικότητας μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε τομέα άσκησης του επαγγέλματος, εκτός της ψυχικής υγείας και στοχεύει να βοηθήσει τον επαγγελματία κοινωνικό λειτουργό να προσδιορίσει τα προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας των ατόμων, να τα καταγράψει και να τα αξιολογήσει σε συνδυασμό με άλλα θέματα, που τον δυσκολεύουν, προκειμένου να οριστεί η κατάλληλη παρέμβαση

Θα πρέπει να σημειωθεί, η προφανής χρησιμότητα του συγκεκριμένου διαγνωστικού εργαλείου, το οποίο μπορεί να προσφέρει, εκτός από τη συναγωγή συμπερασμάτων για προβληματισμό, στον τομέα κοινωνικής έρευνας. Αναδεικνύοντας κυρίαρχα κοινωνικά προβλήματα στην κοινότητα, με την προοπτική να προκαλέσει τις αναγκαίες αλλαγές σε επίπεδο Κοινωνικής Πολιτικής, αλλά και στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης ως προς την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας της κοινότητας.

Η χρησιμότητα του εργαλείου μέτρησης της Κοινωνικής Λειτουργικότητας και η Κοινωνική Συνταγογράφηση σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας είναι προφανής, λαμβάνοντας υπόψη το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών και συνεξετάζοντας τόσο τους ατομικούς-ιδιοσυγκρασιακούς όσο και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που επιδρούν σημαντικά στην καλύτερη ή επιδείνωση της ψυχικής νόσου.

Η μεταπτυχιακή εργασία αποτελείται από ένα θεωρητικό και ένα ερευνητικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο 1^ο κεφάλαιο μελετάται η έννοια της Κοινωνικής λειτουργικότητας (ορισμός, κοινωνική γνωστική αντίληψη, θεωρητικές προσεγγίσεις, συνέπειες της έκπτωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας σε ασθενείς, πρόληψη της έκπτωσης), η Κοινωνική Διάγνωση και η Κοινωνική Εργασία, και τέλος η συμβολή της Κοινωνικής Συνταγογράφησης. Στο 2^ο κεφάλαιο μελετάται το θέμα της ψυχικής

υγείας. Προσδιορίζονται οι βασικές έννοιες της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου. Εν συνεχεία, γίνεται μια παρουσίαση της ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών και της αιτιολογίας των ψυχικών νοσημάτων και παρουσιάζεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή της ψυχικής νόσου. Το 3^ο κεφάλαιο αναφέρεται σε ευρήματα σύγχρονων ερευνών (Παγκόσμια, Ευρώπη, Ελλάδα) για την κοινωνική λειτουργικότητα και δίνονται στοιχεία για την συσχέτισή της με ποικίλους παράγοντες. Το 4^ο κεφάλαιο αναφέρεται στον ρόλο των φροντιστών των ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Στο 5^ο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της πορείας της αποασυλοποίησης, καθώς και της Κοινωνικής Πολιτικής για τους ασθενείς με ψυχώσεις – Διπολική διαταραχή και τους φροντιστές τους, που οδήγησε στις σημερινές ενδιάμεσες δομές και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας .

Στο ερευνητικό μέρος περιγράφεται ο σκοπός της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα και δίνονται στοιχεία για τον τρόπο διεξαγωγής της (δείγμα, μεθοδολογικά εργαλεία, συλλογή δεδομένων, δεοντολογικά ζητήματα κλπ.). Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα όπως προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση. Στο τέλος της εργασίας γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τη βιβλιογραφία για το θέμα της κοινωνικής λειτουργικότητας, συνοψίζονται τα κυριότερα συμπεράσματα και αναφέρονται οι περιορισμοί της παρούσας εργασίας, καθώς και προτάσεις, παρεμβάσεις σε ατομικό, οργανωτικό επίπεδο.

I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο. Ψυχική υγεία και Ψυχική Νόσος

1.1 Ψυχική υγεία και Ψυχική Νόσος : Ορισμοί – Κριτήρια

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, με τον όρο ψυχική υγεία εννοούμε «την κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματά του» (Μαδιανός, 2000, σ.31, Παπαγεωργίου, 2004, σ.11). Μερικά από τα κοινώς αποδεκτά χαρακτηριστικά του *ψυχικά υγιή*, τα οποία συνιστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και της έκφρασης της συμπεριφοράς του είναι τα ακόλουθα :

- η επίγνωση του ατόμου για την ταυτότητά του,
- η δυνατότητά του για αυτοδυναμία,
- η ικανότητα για αντίσταση σε καταπιεστικές συνθήκες,
- η ενεργητική παρουσία του και η ανεξαρτησία του από ξένες επιρροές,
- η ικανότητα άσκησης ελέγχου στο περιβάλλον,
- η δυνατότητα να εργάζεται, να αγαπάει και να διασκεδάζει,
- η ικανότητα να αντιμετωπίζει και να επιλύει τα προβλήματά του (Μαδιανός, 2000, σ. 31; Παπαγεωργίου, 2004, σ. 11-12).

Στον ελληνικό χώρο, οι Στεφανής και συν. (1979) θεωρούν ότι για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ψυχικής υγείας θα πρέπει να εφαρμοστούν βασικά και συμπληρωματικά κριτήρια. *Βασικά* κριτήρια θεωρούνται τα παρακάτω:

- Το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με το κριτήριο αυτό, μη υγιής θεωρείται αυτός, που η συμπεριφορά του αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά της πλειοψηφίας των μελών μιας κοινωνίας. Σαν κριτήριο κρίνεται ανεπαρκές για την ψυχιατρική πράξη, καθώς εκτός από το ασαφές των ορίων μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού, είναι πολύ σχετικό ως προς την κοινωνία ή την κοινωνική ομάδα, στην οποία αναφέρεται, έτσι ώστε να υπόκειται σε μια διαρκή μετάλλαξη στο χρόνο.

- Το κριτήριο της απουσίας ψυχικής νόσου κλινικά διαπιστωμένης.

Είναι ένα κριτήριο, που ορίζει αρνητικά την ψυχική υγεία, με την απουσία της ψυχικής νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με το Στεφανή, θεωρείται το ασφαλέστερο, επειδή «συμπυκνώνει τα πλεονεκτήματα όλων των άλλων κριτηρίων και είναι ικανό να συμπεριλάβει στην εφαρμογή του το σύνολο των μεταβλητών, που καθορίζουν την ατομική ζωή».

- Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής.

Δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς του ατόμου, αγνοώντας, όμως, τις υποκειμενικές ψυχολογικές αιτιάσεις της συμπεριφοράς αυτής. Κρίνεται ως ελάχιστα χρήσιμο λόγω της σχετικότητάς του με την κοινωνική ομάδα, εκτός του ότι δεν αποκλείεται και το αντίθετο, η κοινωνική ομάδα, δηλαδή, να αποδέχεται ένα κατεξοχήν παθολογικό άτομο.

- Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας.

Πρόκειται για ένα αρκετά ενδεικτικό κριτήριο για την ύπαρξη κάποιου ενδοψυχικού προβλήματος οποιασδήποτε μορφής.

Σαν *συμπληρωματικά* κριτήρια θεωρούνται διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου στο συγκεκριμένο κοινωνικό χώρο και χρόνο, όπως :

- η ικανότητα ενεργητικής προσαρμογής στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον,
- η επίγνωση προσωπικής ταυτότητας,
- η επίγνωση του σκοπού της ζωής και των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις,
- η επίγνωση του κοινωνικού και φυλετικού ρόλου,
- η αντοχή στο περιβαλλοντικό στρες (Μαδιανός, 2000, σ.31-33; Παπαγεωργίου, 2004, σ.12).

Με μια διάθεση υπέρ-απλούστευσης θα μπορούσε να οριστεί ως ψυχική διαταραχή «κάθε διαταραχή, που επηρεάζει τις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (προσοχή, συγκέντρωση, σκέψη, αντίληψη, συναίσθημα, κρίση, ικανότητα σχεδιασμού και εκτέλεσης κ.λπ.) και γίνεται εμφανής στη συμπεριφορά του ατόμου ή επιδρά στο επίπεδο λειτουργικότητάς του (Σκαπινάκης& Μαυρέας, 2002). Ως ψυχική ασθένεια «θεωρείται εξαρχής μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και τις αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας» (Παπαγεωργίου, 2004, σ.13). Ο παραπάνω ορισμός τονίζει ως το

καθοριστικό κριτήριο τη *λειτουργική ατέλεια των ψυχικών μηχανισμών* και όχι τις αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής-πολιτιστικής ομάδας, οι οποίες σχετική μόνο αξία έχουν.

Η ψυχική νόσος ορίζεται ως ένα κλινικά σημαντικό ψυχολογικό σύνδρομο ή πρότυπο συμπεριφοράς, το οποίο εμφανίζεται σε ένα άτομο και συνδέεται με δυσφορία ή δυσλειτουργία, δηλαδή περιορισμό σε μία ή περισσότερες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας, ή με ένα σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να υποστεί θάνατο, πόνο, αναπηρία, ή έστω μια σημαντική απώλεια της ελευθερίας του. (Μαδιανός, 2000,1, Παπαγεωργίου, 2004)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ., 2013) περίπου οι μισές από τις ψυχικές διαταραχές ξεκινούν πριν από την ηλικία των 14 ετών, ενώ υπολογίζεται ότι περίπου το 20% των παιδιών και εφήβων στον κόσμο έχουν ψυχικές διαταραχές ή προβλήματα με αναφερόμενους παρόμοιους τύπους διαταραχών ανάμεσα στους πολιτισμούς (Flagg, et al., 2013).

Ακόμη, αυτό το σύνδρομο δεν είναι μια αναμενόμενη και πολιτισμικά αποδεκτή αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο γεγονός, για παράδειγμα στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Οποιαδήποτε κι αν είναι η πρωταρχική του αιτία, πρέπει να θεωρηθεί εκδήλωση μια συμπεριφορικής, ψυχολογικής ή βιολογικής δυσλειτουργίας στο άτομο. Οι παρεκκλίνουσες συμπεριφορές ή οι συγκρούσεις ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία δεν είναι ψυχικές διαταραχές, εκτός αν η παρέκκλιση ή η σύγκρουση είναι σύμπτωμα της ψυχικής δυσλειτουργίας του ατόμου (Δαρμή, 2007).

Με τον ίδιο ξεκάθαρο τρόπο που λέει κάποιος ότι «Βρέχει» ή «έχει ήλιο», όταν μιλάει κανείς για υγεία και ασθένεια είναι πολιτισμικά αναγκασμένος να δεχτεί ένα διαχωρισμό ανάμεσα σε αυτές τις δύο διαμετρικά αντίθετες έννοιες. Οι δυο αυτές έννοιες μοιάζει να αναφέρονται σε μια απτή και αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα.

Η υγεία και η αρρώστια δεν μπορούν να οριστούν με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Δεν είναι συγκεκριμένες πραγματικότητες θετικές ή αρνητικές, αλλά καθορίζονται κάθε φορά μέσα από το σύνολο των αξιών που διαμορφώνουν την κουλτούρα μας και το σκέλος της κοινωνικής οργάνωσης της οποίας αυτή αποτελεί στήριγμα. Έτσι αρρώστια είναι αυτό που καθορίζει την αναστολή της κοινωνικής ζωής, δηλαδή της δραστηριότητας και της εργασίας (Basocglia, 2008).

Στη συνέχεια αναφέρεται η άποψη του Thszash για την ψυχική ασθένεια, κατά την οποία η ψυχιατρική ετικέτα εξαρτάται περισσότερο από την κοινωνική περίσταση, τις κοινωνικές

πίσεις μαζί με ένα πρωτόγονο είδος ψυχιατρικής λογικής που ενθαρρύνει τους ψυχιάτρους να χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε ψυχιατρική έννοια και να διατυπώσουν τις μορφές της παθολογικής συμπεριφοράς (Szash,1989).

Αντίστοιχο είναι και η άποψη του Κ. Γρίβα για την ψυχική ασθένεια, αφού αναφέρει ότι «πρόκειται για μια συγχυτική, κατακερματισμένη και αδιέξοδη απάντηση της ατομικής προσωπικότητας, στη σύγχυση, τον κατακερματισμό και το αδιέξοδο .Είναι η τραγικότερη, ολοκληρωτικά αλλοτριωμένη, ατομική αντίδραση στην απόλυτα αλλοτριωτική δράση μιας κοινωνικής δομής που λειτουργεί με στόχο την καθυπόταξη και όχι την εξυπηρέτηση των μελών της. Και αυτό σημαίνει πως κάθε απόπειρα για προσέγγισή της, προϋποθέτει πριν από όλα έρευνα στο χώρο της κοινωνικής και όχι της σωματικής παθολογίας» (Γρίβας,1987,σελ 17).

1.2 Η Έννοια της Ψύχωσης

Ο όρος ψύχωση καθιερώθηκε το 1911 από τον E.Bleuler. Με τον όρο αυτό δηλώνεται μια ομάδα ψυχικών παθήσεων, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό και ουσιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση, δηλαδή την αποδιοργάνωση διαφόρων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως της σκέψης, του συναισθήματος, της βούλησης κ.ά.

Η ψύχωση σήμερα θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχή στη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα. Οι διαταραχές αυτές αφορούν βασικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη και τελικά οδηγούν σε μια αλλοίωση του αισθήματος της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του ελέγχου του εαυτού. Η σχιζοφρένεια είναι μόνο μια μορφή ψύχωσης και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα.

Η κλινική εικόνα των ατόμων με ψύχωση παρουσιάζει πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά (Μάνος,1988).

Αναλυτικότερα η ψύχωση προσβάλλει στον ίδιο βαθμό άντρες και γυναίκες πιο συχνά σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και προέρχεται από καταστάσεις πίεσης, όπως η φτώχεια.

Η ψύχωση είναι μια διαταραχή που μεταβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι στα χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα περιλαμβάνονται η διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας κ.ά. Τα συμπτώματα αυτά διακρίνονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες, τα θετικά και τα αρνητικά. Τα θετικά συμπτώματα προέρχονται από αύξηση ή διαστρέβλωση φυσιολογικών λειτουργιών και αυτά περιλαμβάνουν:

- Τις διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες)
- Της αντίληψης (ψευδαισθήσεις)
- Του λόγου και της επικοινωνίας
- Και του ελέγχου της συμπεριφοράς

Σε αντίθεση τα αρνητικά συμπτώματα προέρχονται από μείωση ή απώλεια φυσιολογικών λειτουργιών και περιλαμβάνουν την διαταραχή του εύρους και της έντασης του συναισθήματος, της παραγωγής και του πλούτου του λόγου και της στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς (έλλειψη κινητοποίησης).

Αρκετά σημαντική για τη διάγνωση είναι η κλινική εικόνα του ασθενή. Ενώ αρχικά το άτομο μπορεί να εμφανίζει άγχος και υπερευαισθησία σε κάποια εξωτερικά ερεθίσματα, σιγά σιγά χάνεται στον εσωτερικό του κόσμο και εμφανίζονται παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, παραισθήσεις κ.ά. Όλα τα προηγούμενα απαρτίζουν την πρόδρομη φάση της ψύχωσης. Ωστόσο κάποια άτομα μπορεί να μην εμφανίσουν τα παραπάνω, αλλά μπαίνουν κατευθείαν στην ενεργό φάση.

Κατά το DSM-V προτείνονται οι 5 κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας. Οι τύποι αυτοί είναι:

- Ο παρανοϊκός
- Ο αποδιοργανωμένος
- Ο κατατονικός
- Ο αδιαφοροποίητος
- Και ο υπολειμματικός (Μάνος, 1988).

Σχετικά με την ηλικία εκδήλωσης της ψύχωσης πρέπει να αναφερθεί ότι η διαταραχή εμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή, ωστόσο έχει διαπιστωθεί και όψιμη έναρξη, όταν η διαταραχή αναπτυχθεί μετά τα 45 χρόνια.

Άσχετα με την ηλικιακή περίοδο κατά την οποία εκδηλώνεται η ψύχωση, υπάρχουν τρεις φάσεις που διέπουν τη διαταραχή. Οι φάσεις είναι:

- Η πρόδρομη
- Η ενεργός
- Και η υπολειμματική

Η πρόδρομη φάση μπορεί να διαρκέσει μέρες ή μήνες και αποτελείται από τα πιο ελαφρά συμπτώματα, την κλινική εικόνα και γενικότερα τις πρώτες ενδείξεις για την παθολογία του ασθενούς, ωστόσο – όπως προαναφέρθηκε - μερικοί άνθρωποι δεν περνούν από αυτή τη φάση και μπαίνουν κατευθείαν στην ενεργό.

Στην ενεργό φάση εκδηλώνεται το κύριο γεγονός-οξεία κρίση, οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα διαταραγμένοι και η ψύχωση γίνεται φανερή. Επίσης τα χαρακτηριστικά συμπτώματα γίνονται πιο έντονα και η διάρκεια της φάσης μπορεί να είναι από λίγες βδομάδες έως και για απροσδιόριστο χρόνο.

Με την υποχώρηση της ενεργού φάσης, ο ασθενής δεν επιστρέφει στην κατάσταση που ήταν πριν νοσήσει, αλλά μπαίνει στη λεγόμενη υπολειμματική φάση. Στη φάση αυτή υπάρχουν μεν κάποια από τα συμπτώματα της διαταραχής, αλλά η έντασή τους δεν είναι ίδιας σημασίας με αυτά της προηγούμενης φάσης. Επίσης αυτή χαρακτηρίζεται και από παρέμβαση με θεραπεία.

Τέλος αν και πάντα υπάρχουν πιθανότητες για ίαση, ο ασθενής θα διατηρήσει κάποια υπολείμματα της ψύχωσης που θα εκφραστούν στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στην επαγγελματική του πορεία (Tolle, Windgassenk, 2005).

Κατηγορίες ψυχώσεων

Βάσει του DSM – V, στις ψυχώσεις περιλαμβάνονται:

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Παραληρητική διαταραχή

- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή
- Επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή
- Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση
- Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες
- Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

1. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια ως μια μορφή ψυχωτικής διαταραχής του εγκεφάλου, της οποίας η κλινική εικόνα εμφανίζει ποικιλομορφία και χαρακτηρίζεται από αρνητικά και θετικά συμπτώματα. Πρόκειται για ένα συνδυασμό διαταραχών της σκέψης, της αντίληψης, της συμπεριφοράς και της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. Ο ασθενής με σχιζοφρένεια κατέχεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά. Τα συμπτώματα είναι παρόντα για μια περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών.

Κλινικοί τύποι σχιζοφρένειας

- Παρανοειδής τύπος
- Αποδιοργανωμένος τύπος (ή ηβηφρενικός)
- Κατατονικός τύπος
- Αδιαφοροποίητος τύπος
- Υπολειμματικός τύπος

2. Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή

Οι ασθενείς με αυτή τη μορφή ψύχωσης παρουσιάζουν παρόμοια ψυχωτικά συμπτώματα (βασικά) με αυτά της σχιζοφρένειας, σε πιο ήπια όμως μορφή και δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας.

3. Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

Πρόκειται για μια διαταραχή η οποία διακατέχεται τόσο από κλινικές εκδηλώσεις σχιζοφρένειας, όσο και διαταραχές της διάθεσης, χωρίς όμως να μπορεί να διαγνωσθεί μόνο η μια από τις δύο. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να συνυπάρχουν είτε

με μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο είτε με μανικό επεισόδιο. Ο πάσχων έχει έκπτωση στην κοινωνική του λειτουργικότητα, δυσκολία σε θέματα αυτοφροντίδας και συχνά υποφέρει από αυτοκτονικό ιδεασμό.

4. Παραληρητική Διαταραχή (παράνοια)

Είναι μια κατάσταση κατά την οποία εκδηλώνονται μια ή περισσότερες μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες για το χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα, χωρίς να παρατηρούνται άλλες ψυχωσικές εκδηλώσεις. Οι μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες θα ήταν δυνατόν να υπάρχουν στην καθημερινή ζωή και μπορεί να είναι διωκτικού, ζηλοτυπικού, ερωτομανιακού, μεγαλομανιακού ή μεικτού περιεχομένου. Έχει ψυχοκοινωνική προέλευση, καθώς το κοινωνικό υπόβαθρο των ασθενών συχνά περιλαμβάνει ιστορικό σωματικής ή συναισθηματικής κακοποίησης και ανάρμοστης συμπεριφοράς γονέων. Οι πάσχοντες από αυτή τη διαταραχή έχουν την ικανότητα να λειτουργήσουν πολύ καλά σε όλους τους τομείς της ζωής τους, που βρίσκονται έξω από το πλαίσιο των παραληρητικών ιδεών. Η συμπεριφορά αλλάζει και γίνεται αλλόκοτη όταν ο ασθενής έρθει σε επαφή με δραστηριότητες που σχετίζονται με τις παραληρητικές ιδέες.

5. Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή

Η βραχεία ψυχωτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα οξύ ψυχωτικό σύνδρομο, στο οποίο τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα και έπονται ενός σοβαρού και εμφανούς στρεσογόνου γεγονότος της ζωής του ασθενούς. Οι ψυχωσικές συναισθηματικές διαταραχές, η σχιζοφρένεια, η χρήση ουσιών και η ύπαρξη γενικής ιατρικής νόσου πρέπει να έχουν αποκλειστεί ως αιτίες συμπτωμάτων.

6. Επινεμόμενη Ψυχωτική Διαταραχή

Το χαρακτηριστικό της επινεμόμενης ψυχωτικής διαταραχής είναι η μεταφορά των παραληρητικών ιδεών από ένα άτομο σε άλλο. Οι παραληρητικές ιδέες του δευτεροπαθούς ατόμου έχουν παρόμοιο περιεχόμενο με του πρωτοπαθούς. Παλαιότερα η διαταραχή αυτή λεγόταν folie à deux, ένας γαλλικός όρος που σημαίνει «διπλή φρενοβλάβεια».

7. Ψυχωτική Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι οι προϋπάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες που οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση.

8. Ψυχωτική Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες

Το βασικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, που προκαλούνται από κάποια ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη και που το άτομο δεν τις αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία. Τοξίκωση ή στερητική διαταραχή από ουσίες, με διαταραχές της Αντίληψης λέγεται η διάγνωση όταν το άτομο αναγνωρίζει ότι προέρχονται από τις ουσίες.

9. Ψυχωτική Διαταραχή Μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ψυχωτική συμπτωματολογία, όπως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένο λόγο ή έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, για την οποία υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση για να μπει κάποια διάγνωση ή η πληροφόρηση είναι αντιφατική ή πρόκειται για διαταραχές με ψυχωτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη ψυχωτική διαταραχή.

Αιτιολογία των ψυχώσεων

Η αιτιολογία των ψυχώσεων παραμένει ακόμη και σήμερα άγνωστη, ωστόσο δεν μπορεί να αγνοηθεί η αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, όπως είναι οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Μέχρι πρόσφατα, οι ερευνητές έψαχναν την γενεσιουργό αιτία της διαταραχής μόνο στις Παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, στις διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, στις μεταβολικές διαταραχές, στις νευροχημικές ανωμαλίες, στην ενδοκρινική δυσλειτουργία κλπ χωρίς καμία επιτυχία. Έτσι στράφηκαν στην αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως είναι η γενετική προδιάθεση και το περιβάλλον (Παπαχριστόπουλος & Σαμαρτζή, 2010).

Επιπλέον πριν κάποια χρόνια επικρατούσε η άποψη ότι η ψύχωση είναι η αρρώστια του πολιτισμού. Βέβαια αυτή είναι και η Αντιψυχιατρική άποψη του D.Cooper, του R.Laing και του M.Foucault, ωστόσο τα στοιχεία αποδεικνύουν ότι η ψύχωση υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου ανεξάρτητα από το πολιτισμικό υπόβαθρο, την βιομηχανική ανάπτυξη, ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο ασθενής.

Ο όρος διπολικός αναφέρεται στο ότι η διάθεση του ατόμου παρουσιάζει διακύμανση μεταξύ δυο συναισθηματικών πόλων: της μανίας και της κατάθλιψης. Τα άτομα με διπολική διαταραχή - η οποία αποκαλείται και μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη - έχουν εκδηλώσει στη ζωή τους τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας ή ένα μεικτό επεισόδιο με

ταχεία εναλλαγή κατάθλιψης και μανίας την ίδια μέρα. Επεισόδια μανίας και κατάθλιψης επαναλαμβάνονται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενή (Μαδιανός, 2004).

Κατηγορίες διπολικής διαταραχής

Βάσει του DSM – V, στην διπολική και συναφείς διαταραχές, περιλαμβάνονται:

- η διπολική διαταραχή I (ΔΔ – I),
- η διπολική διαταραχή II (ΔΔ – II),
- η κυκλοθυμική διαταραχή,
- η διπολική και συναφείς διαταραχές προκαλούμενες από ουσίες / φάρμακα,
- η διπολική και συναφείς διαταραχές οφειλόμενες σε άλλη σωματική κατάσταση,
- η διπολική και συναφείς διαταραχές προσδιοριζόμενες αλλιώς
- οι απροσδιόριστες διπολική και συναφείς διαταραχές.

Διπολική διαταραχή I

Η ΔΔ – I χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός ή περισσότερων μανιακών επεισοδίων, του οποίου μπορεί να προηγείται ή να ακολουθεί ένα ή περισσότερα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης ή υπομανιακά επεισόδια. Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται ως ταχυφασική (ταχεία εναλλαγή φάσεων), όταν καταγράφονται τουλάχιστον 4 επεισόδια μανίας, υπομανίας ή κατάθλιψης μέσα σε 12 μήνες (APA, 2000). Επίσης, τα επεισόδια της διάθεσης μπορεί να έχουν *εποχική* εμφάνιση (τακτική εμφάνιση ή ύφεση του επεισοδίου σε συγκεκριμένες εποχές του χρόνου).

Διπολική διαταραχή II

Η ΔΔ – II χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός υπομανιακού επεισοδίου και από την ύπαρξη ενός τουλάχιστον επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης. Σε σύγκριση με την ΔΔ – I, ο αριθμός των υπομανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ασθενούς, φαίνεται να είναι μεγαλύτερος στους ασθενείς με διπολική διαταραχή II .

Κυκλοθυμική διαταραχή

Η κυκλοθυμική διαταραχή περιγράφει μια χρόνια διαταραχή της διάθεσης, η οποία περιλαμβάνει πολλές περιόδους που χαρακτηρίζονται από υπομανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα, η βαρύτητα των οποίων δεν είναι επαρκής, ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για τη διάγνωση ενός υπομανιακού ή καταθλιπτικού επεισόδιου.

Διπολική και συναφείς διαταραχές προκαλούμενες από ουσίες/φάρμακα

Η κατηγορία αυτή περιγράφει την εκδήλωση συμπτωμάτων διπολικής διαταραχής που πυροδοτείται από την χρήση συγκεκριμένων ουσιών, όπως για παράδειγμα η κοκαΐνη, τα οποία μπορούν να εκδηλωθούν κατά τη διάρκεια της τοξίνωσης ή κατά την απόσυρση από την ουσία. Η αλλαγή στην διάθεση είναι σημαντική και μπορεί να χαρακτηρίζεται ως ανεβασμένη ή ευερέθιστη, να εμφανίζονται καταθλιπτικά ή μη στοιχεία, καθώς και αλλαγές στην άντληση ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος από μέχρι πρότινος ενδιαφέρουσες δραστηριότητες. Τα συμπτώματα αυτά δεν θα πρέπει να αιτιολογούνται καλύτερα από κάποια άλλη διαταραχή ή από κάποια άλλη σωματική νόσο .

Διπολική και συναφείς διαταραχές οφειλόμενες σε άλλη σωματική κατάσταση

Η κατηγορία αυτή περιγράφει την κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει μεταβολές στη διάθεσή του με ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση και μη φυσιολογικά ανεβασμένη δραστηριοποίηση και ενεργητικότητα, που οφείλονται σε μια άλλη ιατρική κατάσταση από την οποία επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό το κοινωνικό, εργασιακό και διαπροσωπικό περιβάλλον του. Τις περισσότερες φορές η μανία ή η υπομανία εμφανίζεται κατά την έναρξη της εκδήλωσης μιας άλλης ιατρικής κατάστασης.

Βάσει του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών ευρημάτων αποδεικνύεται πως η αλλαγή στη διάθεση και την συμπεριφορά του ασθενούς εκδηλώνεται ως παθοφυσιολογικό αποτέλεσμα της σωματικής ιατρικής κατάστασης. Κυριότερες σωματικές καταστάσεις που σχετίζονται με την εκδήλωση διπολικής διαταραχής είναι οι ενδοκρινολογικές διαταραχές, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι όγκοι και οι κακώσεις του εγκεφάλου και οι μεταβολικές νόσοι .

Διπολική και συναφείς διαταραχές προσδιοριζόμενες αλλιώς

Στην κατηγορία αυτήν περιλαμβάνονται η διπολική και οι συναφείς διαταραχές, οι οποίες αν και δεν πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια για να οριστούν ως διπολική διαταραχή I και II,

εντούτοις προκαλούν σημαντική βλάβη στο κοινωνικό, εργασιακό ή σε κάποιον άλλον σημαντικό τομέα στη ζωή του ασθενούς. Περιλαμβάνονται τα υπομανιακά επεισόδια βραχείας διάρκειας (2 έως 3 ημέρες) σε συνδυασμό με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, τα υπομανιακά επεισόδια με ανεπαρκή συμπτώματα σε συνδυασμό με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, το υπομανιακό επεισόδιο χωρίς προηγούμενο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και η κυκλοθυμία βραχείας διάρκειας, λιγότερο από 24 μήνες .

Απροσδιόριστες διπολική και συναφείς διαταραχές

Στην κατηγορία αυτήν παρατηρείται σημαντική βλάβη στον κοινωνικό, εργασιακό ή κάποιον άλλον σημαντικό τομέα στην ζωή του ασθενούς, παρ' ότι δεν πληρούνται τα απαραίτητα κριτήρια για την διάγνωση διπολικής διαταραχής I ή II. Επίσης, δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για μια αρτιότερη διάγνωση.

Αιτιολογία της Διπολικής Διαταραχής

Αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια της διπολικής διαταραχής, είναι τεκμηριωμένη η ισχυρή βιολογική της βάση, καθώς το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης της νόσου. Εξάλλου, φαίνεται να μοιράζεται κοινή γενετική βάση με τη σχιζοφρένεια (Carney, Jones, Woolson, 2006) και τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Craddock and Sklar, 2013). Επιπλέον σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα αποτελεί η συναισθηματική και σωματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία (Αγγελόπουλος, 2009). Τέλος, οι διπολικοί ασθενείς εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας (Ευθυμίου και συν., 2000).

1.4 Θεραπεία Ψυχώσεων –Διπολικής Διαταραχής

Μετά τη διεξοδική ανάλυση της διαταραχής της ψύχωσης-Διπολικής Διαταραχής και την παρουσίαση των παραγόντων που τις προκαλούν, σκόπιμο είναι στη παρούσα φάση να παρατεθούν οι μορφές θεραπείας τω εν λόγω διαταραχών.

Η θεραπεία τόσο των ψυχώσεων όσο και της διπολικής διαταραχής, είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία, τόσο για ίδιο τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του, και για όλη τη θεραπευτική ομάδα που τον φροντίζει. Ωστόσο, δεν έχει βρεθεί ακόμα αποτελεσματική θεραπεία ώστε το άτομο με ψύχωση-Διπολική Διαταραχή να αποκτήσει ξανά την παλιά λειτουργικότητά του.

Έτσι η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει κυρίως στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στη μερικώς ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. Αυτή ακριβώς η αντιμετώπιση της Ψύχωσης-Διπολικής Διαταραχής γίνεται με διάφορους τρόπους, οι οποίοι χωρίζονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Τις σωματικές θεραπείες και τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες (Παπαχριστόπουλος& Σαμαρτζή,2010).

Σωματικές Θεραπείες

Στις σωματικές θεραπείες ανήκει η φαρμακοθεραπεία. Σε αυτήν κύριο ρόλο έχουν τα αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Μεγαλοοικονόμου,2009).

Μια ακόμη σωματική θεραπεία είναι η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Το Ηλεκτροσόκ ή Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, είναι η πρόκληση μιας τεχνητής κρίσης επιληψίας. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη για μεγάλο χρονικό διάστημα, ή σε ασθενείς που είναι αυτοκαταστροφικοί και που δεν ανταποκρίνονται σε κάποια φαρμακευτική αγωγή (Γρίβας, 1987).

Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν σαν στόχο την κοινωνική ένταξη του ψυχωσικού ατόμου. Δίνουν αρκετή βάση στην όσο το δυνατόν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή για να πετύχουν την ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης, έτσι ώστε να ζει, να εργάζεται και να έχει μια κοινωνική ζωή, όπως όλα τα υπόλοιπα μέλη μέσα στην κοινότητα.

Η φιλοσοφία της θεραπείας αυτής είναι να παραμείνει ο ασθενής μέσα στην κοινότητα. Στις περιπτώσεις δε που κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία λόγω κάποιας υποτροπής ή ψυχωτικής κρίσης κτλ, γίνεται μόνο κάτω από κάποιες προϋποθέσεις, για πολύ μικρό χρονικό διάστημα και κυρίως σε κλινικές δημόσιων νοσοκομείων.

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες βασίζονται κατά κύριο λόγο στην αποιδρυματοποίηση. Σταδιακά η άποψη της μακράς νοσηλείας και ιδρυματοποίησης ασθενών έχει αρχίσει να εκλείπει και γίνονται προσπάθειες μέσα από κάποια προγράμματα επανένταξης να επιτευχθεί συμμετοχή και αποδοχή αυτών των ανθρώπων στην κοινότητα. Η θεραπεία αυτή επικεντρώνεται σε κέντρα ψυχικής υγείας ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα

διαμερίσματα, συνεργατικές θεραπευτικές μονάδες, κέντρα ημέρας σε δήμους, ακόμα και σε σπίτια για να επιτευχθεί η αποδοχή των ατόμων αυτών στην κοινότητα, κάνοντας αρκετές φορές παρεμβάσεις ακόμα και σε αυτή.

Τα παραπάνω προγράμματα εφαρμόζονται με ελλείψεις. Οι δυσκολίες εντοπίζονται στη χρηματοδότηση αυτών των προγραμμάτων, στον κακό προγραμματισμό και στην αδυναμία κάποιων ασθενών (κυρίως χρόνιων ή με ιδρυματική εμπειρία κτλ) να αποκατασταθούν πλήρως, με αποτέλεσμα να λειτουργούν ακόμα ψυχιατρικά νοσοκομεία και ο ρόλος τους ως χώρων περίθαλψης να θεωρείται αναγκαίος.

Τέλος οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες διακρίνονται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές, που όμως στοχεύουν όλες στην όσο γίνεται ελάχιστη νοσοκομειακή περίθαλψη και στην αποφυγή της επανάληψης της νοσηλείας, οδηγώντας σε βήματα ένταξης στην κοινότητα.

Οι πιο βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων ή γενικότερα η θεραπεία συμπεριφοράς, η εργοθεραπεία και άλλες.

Οι σημαντικότερες εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (η οποία αρχίζει ενδονοσοκομειακά) και η συνέχιση βγαίνοντας από το νοσοκομείο των παραπάνω ενδονοσοκομειακών θεραπειών .

1.5. Η έννοια του στίγματος και η ψυχική νόσος

Τα χαρακτηριστικά του στίγματος

Αυτό έχει γραφτεί από τη Γ.Μ που έχει σχιζοφρένεια από το 1985. Λαμβάνει θεραπεία κι αυτή τη στιγμή ζει με την οικογένειά της και εργάζεται.

ΣΤΙΓΜΑ

Για μένα στίγμα είναι ο φόβος που βλέπω στα μάτια των άλλων, το γύρισμα της πλάτης,

Ο ήχος της πόρτας που κλείνει.

Στίγμα είναι να ντρέπεται η οικογένεια σου για σένα, να σε κρύβει, να νιώθει ενοχές, να κρύβεται κι αυτή..

Στίγμα είναι να μην έχεις δικαιώματα, σαν να σε καταδικάζουν για κάτι, ενώ έχεις άλλοθι.

Στίγμα είναι να μην σε καταλαβαίνουν, να μην σε βοηθούν, ακόμη και να μην σε λυπούνται.

Στίγμα είναι η σιωπή, ο βουβός θρήνος, ο πόνος και ψυχική οδύνη.

Κυρίως όμως στίγμα είναι μοναξιά, απελπισία.

Γ.Μ

Η διαφορετικότητα είναι μέρος της καθημερινής μας ζωής. Καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με ανθρώπους που φέρουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία τους διαφοροποιούν από τον λεγόμενο «φυσιολογικό μέσο όρο». Στα πλαίσια της κοινωνικής ζωής η ιδιαιτερότητα και η διαφορετικότητα είναι στενά δεμένες με την έννοια του «κοινωνικού στίγματος» που οδηγεί τελικά στον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων.

Στίγμα σημαίνει κηλίδα, ανεξίτηλο σημάδι, λεκέ. Οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν τη λέξη «στίγμα» κάθε φορά που ήθελαν να αναφερθούν σε σημάδια στο σώμα ενός άλλου.

Στη σημερινή εποχή και μεταφορικά το στίγμα είναι ένας έντονος χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει και βαραίνει οριστικά κάποιον.

Σύμφωνα με τον τυπικό ορισμό του στίγματος το άτομο χάνει την κοινωνική του υπόσταση και υφίσταται διακρίσεις εξαιτίας της διαφορετικότητάς του. Το στίγμα είναι μια

ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση.

Υπάρχουν διάφορα είδη κοινωνικού στίγματος. Τέτοια είναι το στίγμα που αναφέρεται σε σωματικά γνωρίσματα (όπως αναπηρία, σωματική δυσπλασία, γήρας), το στίγμα που αναφέρεται σε ψυχικά γνωρίσματα (όπως ψυχική ασθένεια, εθισμός σε ουσίες) ή το στίγμα που συνδέεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου (όπως μετανάστευση, φτώχεια, ανεργία).

Τα στιγματισμένα άτομα αντιμετωπίζονται αρνητικά από την κοινωνία και συχνά τους αποδίδεται άμεσα ευθύνη για την κατάσταση τους χωρίς να εξετάζονται άλλοι παράγοντες. Συνήθως γίνεται εστίαση στα διαφορετικά χαρακτηριστικά και στις υπάρχουσες μειονεξίες χωρίς παράλληλα να γίνεται προσπάθεια να κατανοηθεί το «γιατί» της διαφορετικότητας και χωρίς να αναγνωρίζονται παράλληλα τα υπόλοιπα λειτουργικά και δημιουργικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

Οι πιο συχνές διακρίσεις στην κοινωνία αφορούν τα άτομα με κάποιου είδους αναπηρία ή μειονεξία και τα άτομα με κάποια εμπειρία ψυχικής απόκλισης ή λειτουργικής έκπτωσης.

Τα συγκεκριμένα ειδικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών αυτών ομάδων γενικεύονται και μεγαλοποιούνται από τον υπόλοιπο πληθυσμό, σε ακραίο πολλές φορές βαθμό. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται οι στερεοτυπικές εικόνες για τον « τρελό», τον «ανάπηρο», τον «ξένο κλπ.

Τα άτομα που αποτελούν μέλη αυτών των κοινωνικών ομάδων, πέρα από τις προσωπικές δυσκολίες τους, έχουν να αντιμετωπίσουν και μια δεύτερη «αρρώστια», ίσως πιο μεγάλη από την πρώτη- το «κοινωνικό στίγμα».

Το δυσκολότερο ζήτημα που έχει να αντιμετωπίσει ένα άτομο το οποίο παρουσιάζει διαφορετικότητα, δεν είναι τόσο τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του, όσο η αρνητική στάση της κοινωνίας απέναντι σε αυτά (Ζιάννη,2009).

Ψυχική Νόσος και στίγμα

Η ψυχική νόσος έχει ιστορικά σημαδευτεί με άγνοια, δεισδαιμονία ακόμη και βασανιστήρια των ψυχικά ασθενών. Παρά τη σημαντική πρόοδο στην Εκπαίδευση, την Ιατρική και τις Ψυχοκοινωνικές θεραπείες, η κοινή αντίληψη για τις ψυχικές ασθένειες είναι περισσότερο αρνητική σήμερα από ότι ήταν πριν μισό αιώνα.

Οι λόγοι για τους οποίους οι ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται τόσο εύκολα είναι διάφοροι όπως: α) ο φόβος των ανθρώπων για τη δική τους «τρέλα», που συχνά προβάλλεται στου άλλους, β) η διαφορετικότητα των ψυχικών νοσημάτων από τις σωματικές ασθένειες, γ) η επιστημονική και κοινωνική άγνοια για τα αίτια και τις εκδηλώσεις των ψυχικών διαταραχών, δ) το γεγονός ότι αρκετοί άνθρωποι θεωρούν ότι η ψυχική νόσος είναι αποτέλεσμα λανθασμένων επιλογών του ατόμου ή ε) το ότι ο φόβος της τρέλας σχετίζεται με το φόβο του θανάτου (Μοσχονάς,2009).

Το στίγμα τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με τις ψυχικές νόσους αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους.

Οι ανθρώπινες κοινωνίες, οτιδήποτε φοβούνται το γελοιοποιούν και το περιθωριοποιούν, γιατί νιώθουν ότι αυτό απειλεί τη συνοχή τους. Αυτή η περιθωριοποίηση ενδυναμώνει την αίσθηση ομοιογένειας της κοινωνίας, αλλά δυσκολεύει τόσο την πρόληψη, όσο και την αποκατάσταση των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποιες ψυχικές δυσκολίες.

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα στη ζωή τους συχνά τρομοκρατούνται στην ιδέα και μόνο πως μπορεί να έχουν «ψυχικά προβλήματα». Συνήθως το αποσιωπούν και πιστεύουν ότι είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται. Αυτό έχει συχνά σαν αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες, αφού τα άτομα που πάσχουν από μια ψυχική διαταραχή ζητούν βοήθεια πολύ καιρό μετά την εμφάνισή της.

Επίσης, όσοι ήδη αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα αποφεύγουν να τα γνωστοποιήσουν στο συγγενικό, κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον, φοβούμενοι την απόρριψη. Η απόρριψη αυτή θα οδηγήσει τελικά στον κοινωνικό αποκλεισμό του ατόμου, ένα φαινόμενο αρκετά παλιό με σημαντικές επιπτώσεις σε όποιον το βιώνει (Καραστεργίου, 2008).

Κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχική νόσος

Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών (όπως και άλλων ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων) δημιουργείται από τον στιγματισμό. Τα άτομα με ψυχική νόσο, δέχονται αποκλεισμό σε πολλούς τομείς της ζωής τους, όπως στην εργασία-απασχόληση την ψυχαγωγία, την εκπαίδευση, τη στέγαση αλλά και σε ζητήματα έκφρασης ή διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους. Τα δικαιώματα αυτά δεν είναι λίγες οι φορές που καταπατώνται.

Η καταπάτηση αυτή των δικαιωμάτων φαίνεται σε διάφορους τομείς της ζωής των ατόμων αυτών, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ασθενής, τα δικαιώματα τους καταπατώνται αρχικά με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Όμως μεγάλη σημασία δίνουν και στις συνθήκες νοσηλείας, καθώς τέλος και στο σκέλος των δικαιωμάτων που αφορούν την εργασία τους (Φίλιας,1979, Γρίβας,1987)

Είναι γνωστό 'ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας αποκτούν μια διαρκώς αυξανόμενη σημασία, αφενός γιατί παρουσιάζεται μια ραγδαία άνοδος αυτών και αφετέρου γιατί τα προβλήματα αυτά συνδέονται με ένα υψηλό φορτίο, όχι μόνο συναισθηματικό αλλά και οικονομικό και κοινωνικό που μεταφέρεται στους ίδιους τους ασθενείς, στις οικογένειες τους και στην ευρύτερη κοινωνία.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια δυναμική διαδικασία και είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Έτσι η καταπολέμησή του και η αποδέσμευση του κοινωνικού συνόλου από τα βαθιά ριζωμένα στερεότυπα και τις έντονες προκαταλήψεις και την εμπάθεια και την αδυναμία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, απαιτεί οργανωμένο κράτος πρόνοιας, το οποίο θα δημιουργήσει προγράμματα και δομές καταπολέμησης του φαινομένου. (Κοκκινάκος, 2005).

Κεφάλαιο 2^ο

Η κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με ψυχώσεις – διπολική διαταραχή

2.1 Η έννοια της κοινωνικής λειτουργικότητας

Ο όρος κοινωνική λειτουργικότητα αποτελεί ευρύτερο όρο των κοινωνικών δεξιοτήτων και περιλαμβάνει δύο κύρια σημεία αναφοράς: τη δυνατότητα του ατόμου για αυτοφροντίδα και διατήρηση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και τις βασικές και κοινωνικές δεξιότητες που χρειάζεται το άτομο για να καταφέρει να ζήσει αρμονικά στην κοινότητα αυτόνομα και ανεξάρτητα (Saraswat, et al,2006).

Η κοινωνική λειτουργικότητα συχνά ορίζεται ως η ικανότητα ενός ατόμου να εμπλέκεται αποτελεσματικά σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, να διατηρεί διαπροσωπικές σχέσεις, να συμμετέχει στην εργασία και να διεξάγει καθημερινές δραστηριότητες ανεξάρτητα (Brissos et al,2011).

Σύμφωνα με την κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής λειτουργικότητας (Social Functioning Scale),αυτή περιλαμβάνει τις εξής υπό-κατηγορίες: την αυτονομία στο μάνιο, τη συστηματοποίηση της προσωπικής υγιεινής, την επιλογή ρούχων, το ντύσιμο και γδύσιμο, σωστές διατροφικές συνήθειες και προετοιμασία κάποιων άλλων γευμάτων, τις δουλειές του σπιτιού, επικοινωνιακές δεξιότητες, κοινωνική συμπεριφορά, διαχείριση χρημάτων, μεταφορές-μετακινήσεις, κοινωνικές δεξιότητες, αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου, εργασία, σεβασμό στην ξένη ιδιοκτησία, κοινωνική δέσμευση και δημιουργία σταθερών σχέσεων, ανεξαρτησία και υπευθυνότητα (Saraswat et al,2005).

Τα ελλείμματα κοινωνικής λειτουργικότητας πιστεύεται ότι αποτελούν καθοριστικό δείκτη των διαταραχών της σχιζοφρένειας φάσματος (SSD) και τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι σε νέους (15-25 ετών) με υψηλό κίνδυνο ψύχωσης, η κακή κοινωνική λειτουργία μπορεί να είναι προγνωστική για μετάβαση στο SSD (Brissos et al, 2011).

Επιπλέον, τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν επίσης ότι περίπου το 10–22% των νέων με εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο για ψύχωση αναπτύσσουν μια ψυχωτική διαταραχή μετά από ένα έτος και 29% μετά από δύο χρόνια (Fusar-Al et al, 2012).Αυτό προκαλεί ανησυχία επειδή οι

ψυχωσικές διαταραχές σχετίζονται με σημαντική εξασθένηση και αναπηρία. Είναι επομένως επιτακτική ανάγκη να εντοπιστούν αποτελεσματικά μέσα έγκαιρης παρέμβασης προκειμένου να μετριαστεί αυτός ο κίνδυνος και να παραχθούν μεγαλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα ανάκαμψης για τα άτομα που έχουν προσβληθεί (Alvarez- Pinel et al, 2018).

2.2. Κοινωνική Λειτουργικότητα και Κοινωνικές Δεξιότητες

Σύμφωνα με τους Combs&Slab (1977) οι κοινωνικές δεξιότητες ορίζονται ως η ικανότητα να αλληλεπιδράς με τους άλλους σε μια κοινωνική κατάσταση με όρους και αξίες αποδεκτούς από την κοινωνία (Hui-Ching, Chin-Hung et al,2003).

Επίσης οι Ran (1979) όρισαν τις κοινωνικές δεξιότητες ως λεκτικές και εξωλεκτικές πράξεις που επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου κατά τη διάρκεια μια κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Hui-Ching et al,2003).

Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι οι εξής:

1. **Εκτέλεση κοινωνικών ρόλων:** ο προσδιορισμός, η διατήρηση και ισορρόπηση των ρόλων που αναλαμβάνει κάποιος ή αποκτά μέσα στην κοινωνία (όπως για παράδειγμα ο ρόλος του εργάτη, του σπουδαστή, του γονιού, του φίλου).
2. **Κοινωνική συμπεριφορά:** Η αλληλεπίδραση των ατόμων μέσα από τη χρήση τρόπων συμπεριφοράς, προσωπικού χώρου, βλεμματικής επαφής, χειρονομιών, ενεργητικής ακρόασης και έκφρασης εαυτού που είναι κατάλληλη για το εκάστοτε περιβάλλον.
3. **Διαπροσωπικές Δεξιότητες:** Η χρήση λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας για αλληλεπίδραση σε μια ποικιλία καταστάσεων (δυαδική ομαδική αλληλεπίδραση).
4. **Πρωτοβουλία:** Η αρχική σκέψη για την πραγματοποίηση ενός έργου, μιας συζήτησης.
5. **Αυτοέκφραση:** Η χρήση ποικίλων τρόπων συμπεριφοράς και δεξιοτήτων για την έκφραση σκέψεων, συναισθημάτων και αναγκών (Σηφάκη,2001).

Επομένως οι κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν Ψυχική υγεία και Ψυχική Νόσος **συναισθηματικές** (συναισθηματική εμπλοκή), **γνωσιακές** (προγραμματισμός, επίλυση προβλήματος),**αντιληπτικές** (αναζήτηση πληροφοριών, αναγνώριση κοινωνικών σημάτων, ακρόαση δεξιοτήτων, ομιλία δεξιοτήτων) και **κινητικές** (εξωλεκτική έκφραση, ικανότητα χαιρετισμού, διεκδικητικές δεξιότητες) περιοχές της λειτουργικότητας ενός ατόμου.

Αυτές οι δεξιότητες στην περίπτωση της χρόνιας διαδρομής μιας σχιζοφρενικής ψύχωσης, ή της διπολικής διαταραχής εμφανίζουν μικρή ή μεγάλη έκπτωση με αποτέλεσμα ο ασθενής να είναι ανεπαρκής στους συγκεκριμένους τομείς (Μαδιανός,2005).

2.2.1 Κοινωνική Λειτουργικότητα και ασθενείς με ψυχώσεις ή διπολική διαταραχή

Η σχιζοφρένεια επιδρά αρνητικά στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και στη συμμετοχή του στην καθημερινή ζωή (Yilmaz & Josephsson, 2008). Πολλές φορές μάλιστα οι ασθενείς φαίνεται πως δεν έχουν επίγνωση των δυσκολιών τους στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων ή δείχνουν ικανοποιημένοι με λίγες κοινωνικές επαφές και περιορισμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής (Lindstedt et al, 2004).

Ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια συνήθως στερούνται κοινωνικών δεξιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα εμφανίζουν μερικά από τα παρακάτω συμπτώματα: δεν μπορούν να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους άλλους ανθρώπους, να επιβεβαιώσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, να κατανοήσουν τα διαπροσωπικά όρια, να κάνουν εύκολα φίλους. Επίσης συνήθως λύνουν τα προβλήματα τους με ιδιόμορφους τρόπους ή βρίσκουν περιορισμένες λύσεις, ενώ είναι δύσκολο γι' αυτούς να βρίσκουν και να διατηρούν δουλειές με συνέπεια να αποσύρονται και απομονώνονται από την κοινωνία (Hui-Ching et al, 2003).

Επιπλέον έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, κάτι που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αποτελεσματικότητα των διαπροσωπικών τους σχέσεων και επηρεάζει αρνητικά τις ικανότητές τους να χειρίζονται στρεσογόνες καταστάσεις και να επιλύουν τα προβλήματά τους (See et al, 2007).

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια στην καθημερινή τους ζωή καταπιάνονται κυρίως με στατικές δραστηριότητες, όπως να πίνουν καφέ, να βλέπουν τηλεόραση, να καπνίζουν και να κάθονται ή να ξαπλώνουν με τις ώρες κοιτάζοντας άλλους ανθρώπους ή αντικείμενα.

Η πιο συνηθισμένη δραστηριότητα εκτός σπιτιού είναι να κάνουν σύντομους περιπάτους ή να ψωνίζουν από μαγαζιά της γειτονιάς τους τσιγάρα, αναψυκτικά και άλλα τρόφιμα για προσωπική τους χρήση. Όμως φαίνεται να περνούν ελάχιστο χρόνο σε δραστηριότητες που περιλαμβάνουν και άλλους.

Από τη στιγμή βέβαια που τα άτομα αυτά δεν συμμετέχουν από μόνα τους σε ομαδικές ή σχεδιασμένες δραστηριότητες χάνουν την ευκαιρία της δέσμευσής τους σε διαφορετικές πιο δυναμικές δραστηριότητες και της εγκαθίδρυσης σημαντικών κοινωνικών σχέσεων με τους άλλους (Yilmaz & Josephsson, 2008).

2.2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την Κοινωνική Λειτουργικότητα του ασθενή

A. Ατομικοί Παράγοντες: αποτελούν ικανότητες ή δυσκολίες του ίδιου του ατόμου με σχιζοφρένεια, ή διπολική διαταραχή, οι οποίες ευνοούν ή αναστέλλουν την κοινωνική λειτουργικότητα .

Οι ικανότητες οι οποίες αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες κοινωνικής αλληλεπίδρασης σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια είναι οι εξής:

- Να παίρνει πρωτοβουλία και να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Να εκφράζει τις επιθυμίες του.
- Να μπορεί να υπολογίζει τη γνώμη και τις ανάγκες των άλλων.
- Να διαπραγματεύεται και να φτάνει σε συμφωνίες με τους άλλους.
- Να δίνει και να λαμβάνει πληροφορίες για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας και να συμμορφώνεται με τις κοινωνικές απαιτήσεις. (Yilmaz & Josephsson, 2008).

Η αυτοεκτίμηση επίσης είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στην αποφυγή ή μείωση των υποτροπών και στην εγγύηση της μακρόχρονης επιτυχίας στην αποκατάσταση (See et al,2007).Ακόμη τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας συνδέονται με υψηλή κοινωνική λειτουργικότητα (Saraswat et al,2006).

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν αρκετές δυσκολίες που μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο με σχιζοφρένεια που δυσχεραίνουν πολύ την κοινωνική του αλληλεπίδραση και οι οποίες είναι οι εξής:

- Η εξάρτησή του από άλλους για το ξεκίνημα και την ολοκλήρωση δραστηριοτήτων.
- Δυσκολίες στην έκφραση των επιθυμιών του.
- Δυσκολίες στο ξεκίνημα μιας αλληλεπίδρασης.

- Να εκτελεί δραστηριότητες μόνο κατά απαίτηση των άλλων χωρίς καμία δική του πρωτοβουλία.
- Περιορισμένη κατανόηση των προσδοκιών των άλλων και τέλος
- Να αφήνει την ευθύνη της δραστηριότητας στους άλλους (Yilmaz & Josephsson,2008).

Η μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα έχει πολύ στενή σχέση με τις επαναλαμβανόμενες εξάρσεις της νόσου και τις εισαγωγές στην ψυχιατρική κλινική και αποτελούν πολύ σημαντικό παράγοντα εκπτώτικης πορείας (See et al, 2007).

Ακόμη έχει παρατηρηθεί ότι τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, καθώς και η έναρξη της νόσου σε νεαρή ηλικία, συνδέονται γενικά με χαμηλότερη κοινωνική λειτουργικότητα (Saraswat et al,2006).

Πρόσφατα, η ψυχική ανθεκτικότητα αναγνωρίστηκε ως προγνωστικός δείκτης επανεμφάνισης καταθλιπτικών επεισοδίων στη διπολική διαταραχή. Επίσης, χαμηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας διαπιστώθηκαν σε άτομα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ψύχωσης. Μάλιστα, τα άτομα υψηλού κινδύνου για ψύχωση που τελικά εκδήλωσαν τη νόσο είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας από τα άτομα που δεν νόσησαν. Επιπροσθέτως, υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας σε άτομα υψηλού κινδύνου για ψύχωση συσχετίστηκαν με ηπιότερα αρνητικά, αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα (Saraswat et al, 2006).

Με βάση τις ενδείξεις που υποστηρίζουν μία θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική λειτουργικότητα και την έκβαση των ψυχώσεων, καθώς και το γεγονός ότι η ψυχική ανθεκτικότητα τροποποιείται και μπορεί να βελτιωθεί με τη θεραπεία, η έρευνα γύρω από την κοινωνική λειτουργικότητα είναι χρήσιμη, από την έναρξη της διαταραχής, με στόχο τη δημιουργία παρεμβάσεων που να την ενισχύουν. Οι διάφορες προσεγγίσεις της θετικής ψυχολογίας στοχεύουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας μέσω ανάπτυξης και καλλιέργειας θετικών συναισθημάτων, συμπεριφορών και γνωστικών σχημάτων. Η θεραπευτική παρέμβαση που εστιάζει μόνο στη χορήγηση των διαθέσιμων φαρμακευτικών σκευασμάτων δεν φαίνεται να συμβάλει στην ανάρρωση όλων των ασθενών. Συμπερασματικά, η διατηρούμενη βελτίωση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα παραμένει ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης ανάρρωσης από τις ψυχώσεις

B. Εξωτερικοί Παράγοντες: Είναι οι παράγοντες εκείνοι που δεν εξαρτώνται από τα ατομικά χαρακτηριστικά, αλλά από το φυσικό, κοινωνικό και θεσμικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται η ασθένεια. Έρευνες δείχνουν ότι, όταν η δραστηριότητα που εκτελείται από άτομο με σχιζοφρένεια έχει σημασία για το ίδιο και του παρέχει χαρά και ευχαρίστηση, αυτό αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα ανάπτυξης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Yilmaz & Josephsson, 2008). Μάλιστα ένας καλός δείκτης του νοήματος που η δραστηριότητα αποκτά για το άτομο είναι το κατά πόσο κοντά είναι αυτή στα ενδιαφέροντά του και τις αξίες του (Yilmaz & Josephsson, 2008). Ένας άλλος ευνοϊκός παράγοντας για την κοινωνική λειτουργικότητα αυτών των ατόμων είναι η ύπαρξη και η διαθεσιμότητα υποστηρικτικών και εμπιστευτικών κοινωνικών περιβαλλόντων, σχέσεων και δικτύων (οικογενειακών, φιλικών, πολιτειακών) (Yilmaz & Josephsson, 2008).

Η συνεργασία με ειδικούς και με οικεία τους άτομα βοηθά πολύ αυτά τα άτομα στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και ενισχύει την αυτοεκτίμησή τους. Είναι πολύ σημαντικό να μπορείς να ειπωθείς, να ακουστείς και να είσαι σεβαστός ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου που μπορεί να συνεισφέρει στην αποκατάστασή σου. Άλλωστε ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως ξένο σε ένα εχθρικό περιβάλλον μπορεί να μειωθεί αν γίνουν αποδεκτοί γι' αυτό που είναι. Η κοινωνική βέβαια υποστήριξη πρέπει πάντα να συμβαδίζει με το αντίστοιχο κάθε φορά στάδιο της σχιζοφρένειας, ή της διπολικής διαταραχής, το οποίο διανύει ο εκάστοτε ασθενής (Yilmaz & Josephsson, 2008).

Ακόμη φαίνεται ότι οι δραστηριότητες εκτός σπιτιού τους παρακινούν περισσότερο σε αντίθεση με αυτές που επιτελούνται εντός σπιτιού. Ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στην αίσθηση αυτονομίας που τους παρέχει το εξωτερικό περιβάλλον και στην ευκαιρία ενίσχυσης της ταυτότητάς τους.

Άλλωστε, πολλές φορές έχει βρεθεί ότι άτομα με σοβαρές ψυχικές νόσους εντός σπιτιού «διογκώνουν» τα συμπτώματά τους για να εξασφαλίσουν την προσοχή και την φροντίδα των άλλων.

Γενικά ερεθίσματα και εμπειρίες από διαφορετικά περιβάλλοντα είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη της συμμετοχής και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τους άλλους όπως αυτά αντιμετωπίζονται στην καθημερινή ζωή (Yilmaz & Josephsson, 2008).

2.3 Κοινωνική Εργασία και εκπαίδευση στις Κοινωνικές Δεξιότητες

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες είναι πολύ σημαντική για τα άτομα με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή, καθώς ενθαρρύνει την ανθρώπινη αλληλεπίδραση και αναμένεται να βελτιώνει τις κοινωνικές δεξιότητες (Hui-Ching et al, 2003).

Απώτερος σκοπός της εκπαίδευσης είναι η απόκτηση κοινωνικών συναναστροφών και φιλικών σχέσεων μέσω της συμμετοχής τους σε ομαδικές δραστηριότητες χτίζοντας σχέσεις ουσιαστικές και με νόημα (Yilmaz & Josephsson, 2008). Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες και η αύξηση της κοινωνικής λειτουργικότητας περιλαμβάνει εκπαίδευση στη συνομιλία, διεκδικητικότητα, επίλυση προβλήματος, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, ανεξάρτητη διαβίωση (αυτοφροντίδα), δημιουργία φίλων, διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων και επαγγελματικές δεξιότητες (See et al, 2007).

Η συνομιλία είναι ένας τρόπος επικοινωνίας μεταξύ μας και είναι λεκτική και εξωλεκτική. Η συνομιλία ξεκινά με το χαιρετισμό περιλαμβάνει μια σειρά από διαλόγους, ερωτήσεις και απαντήσεις μέχρι το κλείσιμο τους (Hui-Ching et al, 2003). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τη συνομιλία η εκπαίδευση επικεντρώνεται στον τρόπο έκφρασης της εξωλεκτικής συμπεριφοράς (βλεμματική επαφή, εκφράσεις προσώπου, στάση σώματος, χειρονομίες, κινήσεις σώματος, σωματικές αποστάσεις) της λεκτικής συμπεριφοράς (τόνος φωνής, ύψος φωνής, χροιά φωνής, ρυθμός ομιλίας) και στο περιεχόμενο της συζήτησης (έναρξη συζήτησης, ενεργητική ακρόαση, χρήση κατάλληλου λεξιλογίου, διατήρηση συζήτησης κάνοντας ερωτήσεις, δίνοντας πραγματικές πληροφορίες ή εκφράζοντας τα συναισθήματά μας, παραμονή στο θέμα συζήτησης που έχουμε ανοίξει, τι κάνουμε αν κάποιος δώσει μια απάντηση εκτός θέματος και λήξη συζήτησης) (See et al, 2007).

Οι Alberti & Emmons (1974) περιγράφουν την διεκδικητικότητα ως τη συμπεριφορά που έχει κάποιος όταν εκφράζει ανοιχτά τις ιδέες του και τη γνώμη του (Hui-Ching et al, 2003). Όσον αφορά τη διεκδικητική συμπεριφορά ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης περιλαμβάνει την έκφραση επιθυμιών, την άρνηση σε αδικαιολόγητες απαιτήσεις των άλλων, την έκφραση παραπόνων, την έκφραση δυσάρεστων επιθετικών ή θετικών συναισθημάτων και διαθέσεων, την αποδοχή αλλά και την έκφραση φιλοφρονήσεων, τη διαπραγμάτευση και το συμβιβασμό, τη διαφωνία με τη γνώμη κάποιου, την απάντηση σε ψευδείς κατηγορίες, την άρνηση του

αλκοόλ ή του τσιγάρου, τη δημιουργία ερωτήσεων για την εύρεση πληροφοριών, την έκφραση απολογιών, την έκφραση στους άλλους των φόβων μας, και τη ζήτηση βοήθειας από τους άλλους (See et al, 2007).

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες είναι η επεξήγηση, η παράσταση, το παιχνίδι ρόλων, η ανατροφοδότηση και η κοινωνική βελτίωση και άσκηση για το σπίτι. Ο θεραπευτής αναπτύσσει απλές καταστάσεις και επεξηγεί το πρόβλημα που ίσως αντιμετωπίσουμε, καθώς και τη δεξιότητα που θα πρέπει να αναπτύξουμε. Η εκπαίδευση χρησιμοποιεί οπτικοακουστικά μέσα ή ένα πίνακα, ώστε να αναπτυχθεί ο προφορικός λόγος, αλλά και να βοηθήσουμε τους ασθενείς να δουν την πράξη και να μάθουν. Η παρουσίαση έχει σαν στόχο να δείξει στον ασθενή την κατάλληλη αντίδραση σε κάθε κατάσταση και να προωθήσει την αρμόζουσα συμπεριφορά.

Στην αρχή ο θεραπευτής επεξηγεί και απλοποιεί την κατάσταση, στη συνέχεια οι ασθενείς καλούνται να τη διαδραματίσουν και έτσι λαμβάνουν την ανατροφοδότηση. Η ανατροφοδότηση πρέπει να είναι συγκεκριμένη θετική, να ενθαρρύνει το άτομο να επαναλάβει την πράξη και δίνεται αμέσως μετά το παιχνίδι ρόλων.

Ανεξάρτητα από το πόσο καλά τα πηγαίνει ένας ασθενής στην αλληλεπίδραση του με την ομάδα, πρέπει να εξασκείται στις κοινωνικές δεξιότητές του, ώστε αυθόρμητα να τις εφαρμόζει και στην καθημερινή του ζωή (Hui-Ching et al, 2003).

Τα μοντέλα που συνήθως χρησιμοποιούνται για να εκπαιδεύσουν σε αυτές τις δεξιότητες είναι το μοντέλο της βασικής εκπαίδευσης, το μοντέλο στην επίλυση προβλήματος και το μοντέλο εκπαίδευσης στην επικέντρωση προσοχής (See et al, 2007).

Το μοντέλο της βασικής εκπαίδευσης είναι βασισμένο στη θεωρία εκμάθησης των κοινωνικών δεξιοτήτων. Είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο δεδομένου ότι χρησιμοποιείται και σαν θεμελίωση και πρωταρχική εκπαίδευση για όλα τα μοντέλα εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες. Ωστόσο έχει βρεθεί ότι αν εφαρμοστεί μόνο του οι ασθενείς αδυνατούν να εφαρμόσουν στην καθημερινή τους ζωή αυτά που μαθαίνουν και αυτό σχετίζεται με το γεγονός ότι στερούνται ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων (See et al, 2007).

Το μοντέλο εκπαίδευσης στην επίλυση προβλήματος επικεντρώνεται στην εύρεση εναλλακτικών επιλογών, στην επιλογή των θετικών επιλογών και τέλος στη χρήση της τελικής επιλογής. Το μοντέλο αυτό φαίνεται πως βοηθά αρκετά τους ασθενείς στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, αλλά και στην εφαρμογή τους στην καθημερινή ζωή, ωστόσο δεν

μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που έχουν μειωμένες γνωστικές ικανότητες (See et al, 2007).

Σε αυτούς τους ασθενείς χρησιμοποιείται κυρίως το μοντέλο εκπαίδευσης στην επικέντρωση της προσοχής, το οποίο όμως από ότι φαίνεται βελτιώνει μεν τα επίπεδα προσοχής, αλλά από την άλλη δεν τα καταφέρνει στη βελτίωση των κοινωνικών δεσμών, αλλά ούτε και στη διατήρηση των αποτελεσμάτων (See et al, 2007).

Από την άλλη πλευρά επειδή τα μοντέλα προσφέρουν συγκεκριμένη γνώση και απευθύνονται σε περιορισμένο το καθένα πληθυσμό έχουν σχεδιαστεί κάποια προγράμματα που αποτελούνται από αλληπάλλληλες δομημένες φάσεις καλύπτοντας έτσι μια ευρύτερη γκάμα συμπεριφορών και δεξιοτήτων προσαρμοσμένες στα μέτρα όλων των ασθενών καθώς είναι χωρισμένα και κατά στάδια.

Οι Falloon και συν. Σχεδίασαν ένα πρόγραμμα το οποίο εστιάζει σε πέντε τομείς:

1. Την επίλυση ενός προβλήματος
2. Την έκφραση θετικών συναισθημάτων σε ένα πρόσωπο που προσφέρει ευχαρίστηση
3. Την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων σε μια δυσάρεστη κατάσταση και την πιθανότητα πρόληψής της
4. Την έκφραση θετικών αιτημάτων και
5. Την ενεργητική ακρόαση (Μαδιανός, 2005).

Οι Hogarty et al, ανέπτυξαν ένα πρότυπο πρόγραμμα δομημένο στις εξής φάσεις (Hogarty et al, 2004)

- Σταθεροποίηση και εκτίμηση
- Κοινωνική πρακτική μέσα στην οικογένεια
- Κοινωνικές αντιληπτικές δεξιότητες μέσα στην οικογένεια
- Εξωοικογενειακές σχέσεις
- Συντήρηση

Τέλος το πρόγραμμα των Liberman και First, 2018 αποτελείται από επίσης αλληπάλλληλες φάσεις, οι οποίες είναι οι εξής: εισαγωγή στον τομέα της μάθησης των δεξιοτήτων, μίμηση δεξιοτήτων με βίντεο, πρόβες και ασκήσεις δεξιοτήτων, μάθηση επίλυσης προβλημάτων, μίμηση δεξιοτήτων με βίντεο, ασκήσεις in vivo, ασκήσεις στο σπίτι και αναμνηστικές συνεδρίες (Liberman & First, 2018).

Τα ευρήματα δείχνουν ότι από τη στιγμή που οι ασθενείς θα μάθουν να επικοινωνούν σωστά και να ανταποκρίνονται στις διαπροσωπικές καταστάσεις θα λάβουν θετικές συμπεριφορές από τους άλλους. Αυτό βέβαια θα αυξήσει την εμπιστοσύνη στις διαπροσωπικές σχέσεις, θα μειώσει το άγχος και θα οδηγήσει σε βελτιωμένες δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων (See, et al, 2007).

Σύμφωνα με τον Kielhofner (2008) ένα βασικό στοιχείο στην αλλαγή είναι κάποια μεταβολή στις εσωτερικές ή εξωτερικές περιπτώσεις, η οποία πρέπει να έχει χρονική συνέχεια και ότι μόνο μέσω της επανάληψης αρχίζει η αλλαγή (Yilmaz & Josephsson et al, 2008).

Όπως είναι φυσικό ορισμένες φορές είναι δυνατόν να παρατηρούνται ορισμένοι περιορισμοί στην εκπαιδευτική διαδικασία ιδιαιτέρως όταν: το άτομο είναι σοβαρά διαταραγμένο από ψυχοπαθολογική άποψη, δεν έχει κίνητρα ή δεν αντέχει την εκπαιδευτική διαδικασία. Επίσης περιορισμοί παρατηρούνται όταν ο θεραπευτής δεν είναι κατάλληλα καταρτισμένος, το περιβάλλον δε βοηθά ή το άτομο βρίσκεται σε φάση που λαμβάνει πολύ ισχυρή φαρμακευτική αγωγή (Μαδιανός, 2005).

2.4 Κοινωνική γνωστική αντίληψη και κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με ψυχώσεις

Ο όρος κοινωνική γνωστική αντίληψη (νόηση) είναι ένας αρκετά ευρύς όρος ο οποίος περιλαμβάνει διάφορες γνωστικές λειτουργίες και τα τελευταία χρόνια αποτελεί, μάλιστα, αντικείμενο εντατικής έρευνας, ιδιαίτερα από ερευνητές που ασχολούνται με τη σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές διαταραχές. Με τον όρο αυτό διακρίνονται οι λειτουργίες αυτές από άλλες στοιχειωδέστερες λειτουργίες που απασχολούν τις νευροεπιστήμες όπως η προσοχή και η μνήμη. Τα ελλείμματα στις διαφορετικές πτυχές της κοινωνικής γνωστικής αντίληψης εμφανίζονται σταθερά σε μελέτες ασθενών με ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (Ντούρος, 2014).

Η λειτουργικότητα αποτελεί ένα πεδίο έρευνας το οποίο μελετάται σε συνδυασμό με την ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και των μη νοσούντων συγγενών τους. Η λειτουργικότητα περιγράφει την ικανότητα του ατόμου να καλύπτει τόσο τις βασικές όσο και τις ψυχολογικές του ανάγκες, οι οποίες σχετίζονται με την ικανότητα ευχαρίστησης από τη ζωή, αλλά και τις κοινωνικές του ανάγκες. Ειδικότερα η κοινωνική λειτουργικότητα

σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου για εργασία ή και επιτέλεση άλλων κοινωνικών ρόλων όπως οικογενειακών, διαπροσωπικών, ή ρόλων που αναλαμβάνει σε ειδικές περιστάσεις (Γκιώνη, 2018).

Πιο συγκεκριμένα, έρευνες οι οποίες επιχειρούν να μελετήσουν την κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με διαταραχές στο φάσμα της ψύχωσης, κατέδειξαν ότι η χαμηλή επίδοση σε δοκιμασίες κοινωνικής αντίληψης (νόησης) προέβλεπε τη χαμηλή κοινωνική λειτουργικότητα και αντίστοιχα τις μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες των ασθενών με ψυχικές ασθένειες(όπως: τηλέφωνο, αγορές, διατροφή, μαγείρεμα, ένδυση, νοικοκυριό, πλύσιμο ρούχων, μεταφορικά, ιατρικές επισκέψεις, φάρμακα, διαχείριση οικονομικών), γεγονός που υποδεικνύει την ελλιπή ικανότητα κοινωνικού εγκλιματισμού και την απουσία πλάνων αντιμετώπισης, καθώς επίσης και χειρισμού κοινωνικών περιστάσεων. Η κοινωνική λειτουργικότητα, γενικότερα, επιδρά στη διαμόρφωση της κατάστασης των ασθενών με ψυχώσεις, αλλά και στην ένταξή τους στην κοινωνία (Γκιώνη, 2018).

2.5 Κοινωνική Στήριξη- Δίκτυο Κοινωνικής στήριξης του ασθενούς - μορφές στήριξης

Πολύ συχνά παρατηρείται στην Διπολική Διαταραχή μειωμένη διαπροσωπική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, όχι μόνο στις οξείες φάσεις της νόσου αλλά και κατά τις περιόδους ύφεσης.

Είναι σημαντικό παρά το πρόβλημα της υγείας, ο χρόνιος ψυχικά ασθενής να έχει την δυνατότητα επανάκτησης ενός «φυσιολογικού» ρυθμού ζωής και επανένταξης στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Η δομή του κοινωνικού δικτύου επηρεάζει την υγεία, μέσω της παροχής των πολλών μορφών κοινωνικής στήριξης. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο διαφαίνεται ότι δεν είναι όλοι οι δεσμοί υποστηρικτικοί και ότι υπάρχει μια ποικιλία στον τύπο, την συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια της παρεχόμενης στήριξης. Υπάρχουν κάποιοι δεσμοί που παρέχουν διάφορους τύπους κοινωνικής στήριξης, ενώ άλλοι δεσμοί εξειδικεύονται και παρέχουν μόνο μια μορφή στήριξης (Berkman & Glass, 2000).

Η κοινωνική στήριξη αφορά τους πολλούς διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι παρέχουν βοήθεια ο ένας στον άλλον: συναισθηματική στήριξη, συμβουλές, πληροφορίες, καθοδήγηση, απτή βοήθεια ή συγκεκριμένη βοήθεια. (Barrera&Inlay, 1983). Ο Kemp, D. E. (2010)ορίζει την κοινωνική στήριξη ως ένα κοινωνικό δίκτυο που δίνει στο

άτομο εκφράσεις συναισθηματικής ανησυχίας ή ενσυναίσθησης, πρακτική βοήθεια, στήριξη στην εύρεση πληροφοριών ή έπαινο (Ευθυμίου και συν, 2000).

Η κοινωνική στήριξη είναι «η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία ανάμεσα στους αποδέκτες και τους παρόχους που μειώνει την αβεβαιότητα για την κατάσταση, τον εαυτό, τον άλλον ή την σχέση που λειτουργεί ενισχύοντας την αντίληψη του προσωπικού ελέγχου σε μια εμπειρία» (Ευθυμίου και συν 2000).

Οι Parakonstantinou και Papadopoulos (2009) αναφερόμενοι στην κοινωνική στήριξη παραθέτουν έναν συνοπτικό ορισμό «ο όρος αναφέρεται στον τύπο της ενίσχυσης/βοήθειας που το άτομο λαμβάνει ή προσδοκά ότι θα λάβει από μονάδες ή ομάδες του κοινωνικού του περίγυρου ή διαφορετικά από εκείνους με τους οποίους έρχεται σε επαφή κατά οποιονδήποτε τρόπο».

Μια συνήθης κατηγοριοποίηση της κοινωνικής στήριξης είναι αυτή που την διακρίνει σε τέσσερις κατηγορίες:

- Συναισθηματική υποστήριξη που περιλαμβάνει τη φροντίδα, την εμπιστοσύνη, και την ενσυναίσθηση.
- Πρακτική υποστήριξη που περιλαμβάνει βοήθεια με τις εργασίες τους, δανεισμό χρημάτων και συνοδεία ατόμων με κινητικά προβλήματα.
- Πληροφοριακή υποστήριξη, η οποία αναφέρεται σε παροχή πληροφοριών ή εκμάθηση ικανοτήτων που μπορούν να δώσουν λύση σε κάποιο πρόβλημα.
- Αξιολογητική υποστήριξη η οποία εμπεριέχει πληροφορίες που βοηθούν ένα άτομο να αξιολογήσει την προσωπική του απόδοση (Black, Winokur, Hulbert, Nasrallah, 1988).

Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που κάνουν διαφορετική διαφοροποίηση, που χωρίζει την κοινωνική στήριξη σε πέντε κατηγορίες:

- στη βοήθεια σε σχέση με την αξιολόγηση,
- στην παροχή της αίσθησης ασφάλειας,
- στην πρακτική στήριξη,
- στη συναισθηματική και
- στην υποστηρικτική ατμόσφαιρα.

Όπως αναφέρεται από τον (Hennekens, 2007) μια κατηγοριοποίηση που μπορεί να θεωρηθεί «κοινώς αποδεκτή» καθώς ενέχεται σε οποιαδήποτε επιχείρηση διαχωρισμού της κοινωνικής

στήριξης είναι αυτή της συναισθηματικής (emotional) και της πρακτικής (practical) κοινωνικής στήριξης. Η πρακτική και η συναισθηματική κοινωνική στήριξη μπορούν να διαχωριστούν σε θετική και αρνητική πρακτική κοινωνική στήριξη, καθώς και σε θετική και αρνητική συναισθηματική κοινωνική στήριξη (Papakonstantinou, & Papadopoulos, 2009).

Η θεωρία που βασίζεται στην κοινωνική στήριξη προτείνει δυο σημαντικά μοντέλα για να επεξηγήσει την σύνδεση ανάμεσα στην κοινωνική στήριξη και την ευημερία: την «κύρια επίδραση» και την «ενδιάμεση επίδραση». Το μοντέλο της κύριας επίδρασης υποστηρίζει ότι η κοινωνική στήριξη επιδρά θετικά στην ευημερία του ατόμου είτε βρίσκεται σε κατάσταση άγχους είτε όχι (Papakonstantinou, & Papadopoulos, 2009). Το μοντέλο της ενδιάμεσης επίδρασης υποθέτει ότι η κοινωνική στήριξη προστατεύει το άτομο από πιθανώς επιβλαβείς επιδράσεις αγχωτικών καταστάσεων. Η συμβολή της κοινωνικής στήριξης είναι σημαντική για την αντιμετώπιση ή μείωση συμπτωμάτων κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τον πρώτο καιρό μετά από την εμφάνιση της διπολικής διαταραχής.

Γενικότερα η λήψη κοινωνικής στήριξης συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με ψυχώσεις, διαδραματίζοντας πολύ σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της αυτοδιαχείρισης, την προθυμία για τήρηση του καθημερινού προγράμματος διατροφής και άσκησης και την αναφορά χαμηλών ποσοστών άγχους συνδεδεμένου με την ασθένεια (Papakonstantinou, & Papadopoulos, 2009). Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι η αντιληπτή από το άτομο κοινωνική στήριξη μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της μακροζωίας μέσω της ενδυνάμωσης της αυτοεκτίμησης (Papakonstantinou, & Papadopoulos, 2009).

Εκτός από την θετική επίδραση της η κοινωνική στήριξη μπορεί να πάρει και αρνητικές διαστάσεις, όπως πχ (Undén, 1996) να συνοδεύεται από κριτική διάθεση, εχθρότητα, θυμό, χλευασμό, αμφισβήτηση και αδιαφορία, με αποτέλεσμα να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα και να συνδέεται με ψηλότερα επίπεδα συναισθημάτων μοναξιάς και απομόνωσης.

Οι αρνητικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις επηρεάζουν εξίσου σημαντικά ή κάποιες φορές και σε μεγαλύτερο βαθμό από τις θετικές υποστηρικτικές αλληλεπιδράσεις την καταθλιπτική διάθεση με αποτέλεσμα η απουσία αρνητικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων να είναι τόσο σημαντική για την συναισθηματική λειτουργία όσο και η κοινωνική στήριξη (Hesdorffer, 2016).

Οι αρνητικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις φαίνεται να είναι πιο συχνές ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας σε σχέση με το φιλικό περιβάλλον. Ένα αγχωτικό οικογενειακό περιβάλλον δημιουργεί στο άτομο τάσεις για υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία συγκριτικά με ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον (Tayloreταλ, 2006). Χαμηλότερα επίπεδα στήριξης από τους γονείς έχουν συνδεθεί με γενικότερη ψυχολογική καταπόνηση και συναισθηματικά προβλήματα (Kemp, 2014).

Αποτελέσματα έρευνας που έλαβε χώρα ανάμεσα σε ενήλικες με διπολική διαταραχή μαρτυρούν ότι τα άτομα που δεν λαμβάνουν κοινωνική στήριξη καθώς κι αυτά που λαμβάνουν μόνο αρνητική κοινωνική στήριξη είναι πιθανό να βιώνουν με λιγότερη αισιοδοξία τη ζωή και σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά ευημερίας συγκριτικά με τα άτομα που αναφέρουν ότι λαμβάνουν μόνο θετική κοινωνική στήριξη ή θετική και αρνητική κοινωνική στήριξη μαζί (Kemp, 2014). Στην ίδια έρευνα οι ενήλικες που ανέφεραν ότι δέχονται μόνο αρνητική κοινωνική στήριξη σημείωσαν και τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Cimarolli & Boermer, 2005).

2.6 Η κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με ψυχώσεις

Πολλές έρευνες στις ψυχώσεις εστίασαν στην καλύτερη προσαρμογή και εξέλιξη των ασθενών στην κοινωνική τους ζωή παρά την ύπαρξη της διαταραχής. Παράλληλα με τη θετική ψυχολογία η κατανόηση των ανθρωπίνων δυνάμεων μπορεί να συνεισφέρει στην αποτροπή ή εξασθένηση των αρνητικών επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών, καθώς η αισιοδοξία, η αίσθηση ελέγχου του εαυτού και πολλά άλλα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου προάγουν την ψυχική υγεία.

Τελευταία, οι έννοιες της θετικής ψυχολογίας εισήχθησαν στην έρευνα των ψυχώσεων. Επίσης, μεταξύ άλλων παραγόντων, η θετική εικόνα εαυτού, η εσωτερική έδρα ελέγχου, δηλαδή η θεώρηση ότι η έκβαση των γεγονότων στη ζωή σχετίζεται με τις πράξεις του ατόμου, καθώς και η έμφαση στην προσωπική προσπάθεια φάνηκε να αποτελούν προγνωστικούς δείκτες για την επίτευξη ικανοποιητικού επιπέδου κοινωνικής λειτουργικότητας σε ασθενείς που δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή (Papakonstantinou, Papadopoulos, 2009).

Η έννοια της «ψυχικής ανθεκτικότητας» είναι στενά συνδεδεμένη με τη θετική ψυχολογία. Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρία ορίζει την ψυχική ανθεκτικότητα ως «τη διαδικασία

ικανοποιητικής προσαρμογής σε αντίξοες συνθήκες, τραύμα, απειλές ή σημαντικές πηγές στρες». Στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας συμπεριλαμβάνεται η ανάκαμψη (rebound) του ατόμου από την αντίξοη συνθήκη.

Η κοινωνική λειτουργικότητα καθορίζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν με πολύπλοκο τρόπο. Τα κύρια χαρακτηριστικά του ατόμου είναι οι κοινωνικές δεξιότητες, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η αυτονομία και η αίσθηση ότι το άτομο έχει έναν σκοπό στη ζωή του. Στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του περιλαμβάνονται επίσης η υψηλή αυτοεκτίμηση, η εξωστρέφεια και η αισιοδοξία. Τα προσόντα και οι ικανότητες του ατόμου διαμορφώνουν τη κοινωνική του λειτουργικότητα.

2.7 Η πρόληψη της έκπτωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας

Οι μελλοντικές κατευθύνσεις όσον αφορά τις ψυχώσεις-διπολική διαταραχή μπορούν να εστιάσουν σε τρία σημεία:

- στην Έρευνα,
- στη δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης,
- στην Ψυχοκοινωνική Εκπαίδευση.

Οι έρευνες για την κατανόηση των νευρωνικών κυκλωμάτων και γενικότερα των εγκεφαλικών λειτουργιών σε ψυχωσικούς-διπολικούς ασθενείς σε σύγκριση με μη πάσχοντες, οι οποίες βασίζονται στην λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου αλλά και στην μοριακή βιολογία, μπορούν να προσφέρουν περαιτέρω αποσαφήνιση της παθογένεσης και της κληρονομικότητας της νόσου. Η ανάγκη για παραγωγή νέου τύπου φαρμάκων υποδηλώνεται από το γεγονός ότι διαθέσιμες θεραπείες δεν καλύπτουν τις ανάγκες όλου του φάσματος των ασθενών, αλλά και ότι σε αρκετά φάρμακα καταγράφονται υψηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές η ρίζα των προβλημάτων προέρχεται μέσα από την ίδια την οικογένεια οπότε εκεί μπορούν να βρεθούν και οι λύσεις τους. Θα πρέπει να σημειωθούν σημαντικές ενέργειες για την απομάκρυνση του στίγματος. Προς αυτή την κατεύθυνση βαδίζει η ενημέρωση και η εκπαίδευση ενός ευρύτερου κοινού η οποία υπολείπεται των προσπαθειών που γίνονται για άλλα σωματικά νοσήματα.

Η σωστή επένδυση δημοσίου χρήματος για τη δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης για τις ψυχώσεις και τη διπολική διαταραχή μπορεί να μειώσει τις προκαταλήψεις που υπάρχουν κατά των ασθενών αυτών. Επίσης μπορεί να ελαχιστοποιήσει το γενικότερο χρηματικό κόστος αυτών των ασθενειών που προέρχεται από τις εισαγωγές των ασθενών, αλλά και από την αλόγιστη χρήση φαρμάκων, και είναι προς το παρόν αρκετά υψηλό. Τέλος, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προτείνει λύσεις με αφορμή τον έλεγχο και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας όπως επίσης εκτίμηση και καταγραφή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Σύμφωνα με τον ορισμό της Κοινωνικής Εργασίας, που υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (International Federation of Social Workers) : « Το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας προάγει την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων να επαυξήσουν την ευημερία τους. Αξιοποιώντας τις θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των κοινωνικών συστημάτων, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στα σημεία, όπου οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με τα περιβάλλοντά τους. Οι αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώδεις για την κοινωνική εργασία».

Στόχος της Κοινωνικής Εργασίας είναι η εύρυθμη κοινωνική λειτουργία του ατόμου ή ομάδων του κοινωνικού συνόλου (Ταυλαρίδου – Καλούτση, 1989). Τα προβλήματα, που καλείται να επιλύσει μπορεί να αφορούν άτομα, οικογένειες, μικρές ομάδες ή και πολυανθρώπινα σύνολα. Παρεμβαίνει σε περιπτώσεις, που τα προβλήματα ενδεχομένως οφείλονται σε ατομική παθολογία και παρεμποδίζουν την κοινωνική λειτουργικότητα των ανθρώπων, αλλά και σε περιπτώσεις που τα παθογόνα αίτια σχετίζονται με τις δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις και τα κοινωνικά προβλήματα επηρεάζουν ανασταλτικά την κοινωνική λειτουργικότητα των ανθρώπων. Στις περιπτώσεις αυτές, στόχο αποτελεί η τροποποίηση αυτών των καταστάσεων. Η Κοινωνική Εργασία, λοιπόν, «προσεγγίζει το άτομο μέσα στο φυσικό και το κοινωνικό του περιβάλλον μέσω της αλληλεπίδρασης, που υπάρχει μεταξύ τους και αναπτύσσει παρεμβάσεις για την πρόληψη και επίλυση των προβλημάτων, που ανακύπτουν στα πλαίσια αυτής της αλληλεπίδρασης» (Καλλινικάκη, 1998, σ. 18).

Η κοινωνική εργασία δανείζεται και αντλεί θεωρητικές απόψεις, γνώσεις και συμπεράσματα από τα πεδία των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών, αλλά, παράλληλα, εμπλουτίζει και ανατροφοδοτεί τις επιστήμες αυτές με τις δικές της γνώσεις. «Βασική μέριμνα της κοινωνικής εργασίας, όπως υποστηρίζει η Καλλινικάκη (1998), είναι αφενός η πρόληψη, δηλαδή η αποτροπή μιας κοινωνικής δυσλειτουργίας και αφετέρου η αντιμετώπιση, δηλαδή η επίλυση των προβλημάτων που παρεμποδίζουν, περιορίζουν, αναστέλλουν ή και διαστρεβλώνουν την κοινωνική λειτουργικότητα ενός ατόμου, μιας οικογένειας, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί, ότι αποσκοπεί στην κοινωνική αλλαγή, την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση των κοινωνικών προβλημάτων, στο σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής και στη διοίκηση των Κοινωνικών Υπηρεσιών, που συνιστούν τις αναγκαίες συνθήκες όχι μόνο για την επιβίωση αλλά και για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού» (Καλλινικάκη, 1998, σ. 20).

2.7.1. Κοινωνική Συνταγογράφηση: Η πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία

Βασικό χαρακτηριστικό κάθε επαγγέλματος είναι ο υψηλός βαθμός γενικευμένης και συστηματοποιημένης γνώσης. Η κοινωνική εργασία, όπως αναφέρει ο Καρπέτης (2009), ιστορικά είχε μια ολιστική προσέγγιση στην πρακτική της εστιάζοντας τόσο στην «πραγματικότητα» του ατόμου όσο και του περιβάλλοντός του. Η γενική προσέγγιση στο πλαίσιο ενός ολιστικού μοντέλου παρέμβασης, σύμφωνα με τη Δημόπουλου – Λαγωνίκα (2008), «παρέχει μια εκλεκτική, θεωρητική βάση για πρακτική εφαρμογή, θεμελιώνεται στη συστημική θεωρία, η οποία είναι κατάλληλη για διαγνωστική εκτίμηση και παρέμβαση σε πολλαπλά επίπεδα, ενώ ο κεντρικός πυρήνας της παρέμβασης είναι η σκόπιμη, σχεδιασμένη αλλαγή με τη χρησιμοποίηση ποικιλίας τεχνικών και δεξιοτήτων από τον κοινωνικό λειτουργό» (Δημόπουλου & Λαγωνίκα, 2008). Η έμφαση, που δίνεται στη διερεύνηση των βίο-ψυχο-κοινωνικών παραγόντων, που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και τα προβλήματα του ατόμου μέσα στο πλαίσιο των ραγδαίων και απρόβλεπτων αλλαγών των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών, καθιστά αναγκαία τη θεσμοθέτηση της Κοινωνικής Συνταγογράφησης, που θα συνεξετάζει και θα συνδέει όλες αυτές τις διαφορετικές συνθήκες και παραμέτρους χωρίς την παθολογικοποίηση του Ιατρικού μοντέλου υγείας.

Γίνεται αντιληπτό, ότι αυτή η διαδικασία διερεύνησης περιπλέκεται ακόμη περισσότερο, όταν «στις συνθήκες της μεταμοντερνικότητας, οι *κοινωνικοί ρόλοι* και η *ταυτότητα του εαυτού*

χαρακτηρίζονται από πολύ μεγαλύτερη ρευστότητα, καθώς δεν προκαθορίζονται πλέον από παραδοσιακούς πολιτισμικούς, οικογενειακούς, οικονομικούς και θρησκευτικούς ρόλους» (Whitley, 2009, σ. 51)

Θα πρέπει να τονιστεί, όπως υπογραμμίζει ο Κωτσόπουλος (2001), ότι μια ταξινόμηση και κάθε διαγνωστικό σχήμα, επίσης και η συνταγογράφηση με κλινικούς όρους, έχει προσωρινό χαρακτήρα, καθώς όπως τα δεδομένα της έρευνας και οι ερμηνείες, που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές ή τα ψυχικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας αλλάζουν, έτσι αναπόφευκτα πρέπει να, αναπροσαρμόζονται και τα διαγνωστικά σχήματα, ώστε να ανταποκρίνονται στη νέα πραγματικότητα, η οποία θα είναι εξίσου προσωρινή (Κωτσόπουλος, 2001, σ. 150).

Επομένως, η διαρκώς αυξανόμενη ανάγκη απάντησης σε σύνθετα, πολυπαραγοντικά και διαρκώς μεταβαλλόμενα κοινωνικά προβλήματα, όπως επισημαίνουν οι Karls & Wandrei (2004), τα οποία επιβαρύνονται με συναισθηματικές και ψυχικές αναστατώσεις ποικίλης έντασης και διάρκειας, καθιστά επιβεβλημένη την ανάδειξη ολιστικών μοντέλων παρέμβασης. Δηλαδή μοντέλων τα οποία βασίζονται στη συστηματοποίηση των προσεγγίσεων των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών κατά την υποδοχή των εξυπηρετούμενων και την εκτίμηση των παρουσιαζόμενων προβλημάτων.

Βασική μέριμνα της κοινωνικής εργασίας, είναι αφενός η *πρόληψη*, δηλαδή η αποτροπή μιας κοινωνικής δυσλειτουργίας και αφετέρου η *αντιμετώπιση*, δηλαδή η επίλυση των προβλημάτων που *παρεμποδίζουν, περιορίζουν, αναστέλλουν* ή και *διαστρεβλώνουν* την κοινωνική λειτουργικότητα ενός ατόμου, μιας οικογένειας, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί, ότι αποσκοπεί στην κοινωνική αλλαγή, την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση των κοινωνικών προβλημάτων, στο σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής και στη διοίκηση των Κοινωνικών Υπηρεσιών, που συνιστούν τις αναγκαίες συνθήκες όχι μόνο για την επιβίωση αλλά και για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού» (Καλλινικάκη, 1998, σ. 20).

Μέχρι τώρα στην μακρόχρονη Ιστορία της η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας βρίσκεται σε διαρκή διαδικασία «κατασκευής» και προσαρμογής σε νέους κοινωνικούς χώρους και ανακατασκευής της σε οποιοδήποτε χρόνο. Τα νέα δεδομένα που προκύπτουν από τις εφαρμογές θα πρέπει να καταγράφονται, να διερευνώνται και να δοκιμάζονται στην πράξη, παράγοντας νέα γνώση σε σχέση με το θεωρητικό πλαίσιο, τα μοντέλα παρέμβασης και τις δεξιότητες του Κοινωνικού λειτουργού.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιορίζει την «υγεία» ως μια κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Το να νοιώθει ο εξυπηρετούμενος δυσαρεστημένος και να αισθάνεται ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι ανάγκες και οι επιθυμίες του, αποτελεί σημάδι έλλειψης ευημερίας και φτωχής ποιότητας φροντίδας υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Αναγνωρίζοντας ότι η υγεία και η ευημερία των ανθρώπων βασίζεται κυρίως σε μια σειρά κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, η Κοινωνική Συνταγογράφηση επιδιώκει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των ανθρώπων κατά τρόπο ολιστικό (βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας). Αποσκοπεί, επίσης, στο να υποστηρίξει τα άτομα ώστε να αναλάβουν μεγαλύτερο έλεγχο στη λήψη απόφασης για την υγεία τους.

2.8 Η Ψυχοκοινωνική Εκτίμηση-Διάγνωση του Κοινωνικού λειτουργού σε πλαίσια Ψυχικής Υγείας

Η διαγνωστική εκτίμηση συνιστά θεμελιώδη διαδικασία της κοινωνικής εργασίας. Η δημοσίευση του βιβλίου της Mary Richmond “ Social Diagnosis” το 1917, σύμφωνα με τη Δημόπουλου και Λαγωνίκα, 2008, και η εισαγωγή του όρου «κοινωνική διάγνωση» στη διεργασία της κοινωνικής εργασίας ήταν η πρώτη προσπάθεια για τη διατύπωση της έννοιας της διάγνωσης στην Κοινωνική Εργασία με Άτομα και αποτελούσε, ταυτόχρονα, την έναρξη της θεωρητικής και εννοιολογικής οργάνωσης του επαγγέλματος με συγκεκριμένη μεθοδολογία. Η μελέτη της κοινωνικής κατάστασης του εξυπηρετούμενου, που εισήγαγε η M. Richmond, όπως αναφέρεται στην Καλλινικάκη (1998), εστιάζει στη σπουδαιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, που αναπτύσσονται σε μια οικογένεια και διερευνά, παράλληλα, την επίδραση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων στις σχέσεις αυτές. Το 1970, η Harriet Bartlett, όπως σημειώνουν οι Karls & Wandrei (2004), εισήγαγε τον όρο «εκτίμηση» (assessment) στη θέση του όρου «διάγνωση».

Η διαγνωστική εκτίμηση, όπως αναφέρθηκε, συνδέεται άμεσα με μια εκ των τριών βασικών μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας, την Κοινωνική Εργασία με Άτομα. Η διαγνωστική διεργασία αποτελεί ένα από τα κεντρικά αντικείμενα απασχόλησης των πτυχιούχων κοινωνικών λειτουργών, όπως ορίζονται από το άρθρο 1, παρ.2 του Προεδρικού Διατάγματος υπ’ αριθ. 50, που καθορίζει τα επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας.

Τα αντικείμενα αυτά είναι τα ακόλουθα : α) *Διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχοκοινωνικής μελέτης*, όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατικού, της ομάδας και της κοινότητας, που χρειάζεται την παρέμβασή του, β) *Διαμόρφωση διάγνωσης*, αυτόνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς για τα προβλήματα, που εντοπίστηκαν και γ) *Εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών* για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κατάστασης. Οι τρεις φάσεις στην κοινωνική εργασία με άτομα, με ομάδες ή με κοινότητες, λοιπόν, αναφέρονται στη μελέτη, τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Η Meyer το 1976, όπως αναφέρεται στους Karls & Wandrei (2004) πρότεινε την αντικατάσταση του τρίπτυχου «μελέτη-διάγνωση-θεραπεία» με τους όρους «διερεύνηση-εκτίμηση - παρέμβαση ». Γίνεται σαφές, ότι η θεραπευτική παρέμβαση καθορίζεται αναπόφευκτα από την κατανόηση της φύσης του προβλήματος, δηλαδή τη διαγνωστική εκτίμηση.

Χαρακτηριστική είναι η διάκριση, που επιχειρεί η Perlman το 1957, στην προσέγγιση της έννοιας διάγνωση. Σύμφωνα με την Perlman (1957), σε πρώτη φάση ο κοινωνικός λειτουργός εστιάζει στην κατανόηση του τρέχοντος προβλήματος, που ο εξυπηρετούμενος βιώνει και στους διαφορετικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την ύπαρξη, τη φύση και τη λύση του. Η διαδικασία αυτή θα μπορούσε να ονομαστεί δυναμική διάγνωση (dynamic diagnosis), η εκτίμηση, δηλαδή, των δυνάμεων που παίζουν ενεργό ρόλο στο σύμπλεγμα άτομο-πρόβλημα-κατάσταση και συνήθως απαντάται με τον όρο ψυχοκοινωνική διάγνωση. Ακολουθεί, η έννοια της κλινικής διάγνωσης (clinical diagnosis), που περιλαμβάνει την ταξινόμηση και εκτίμηση της φύσης της δυσπροσαρμοστικότητας ή δυσλειτουργίας της προσωπικότητας του εξυπηρετούμενου στο παρουσιαζόμενο πρόβλημα. Το τρίτο είδος διάγνωσης αποτελεί η αιτιολογική ή γενετική διάγνωση (etiologial orgenetic diagnosis), η οποία προσπαθεί να εξακριβώσει την γέννηση του προβλήματος, να κατανοήσει, δηλαδή τα αίτια και τη δημιουργία της παρουσιαζόμενης δυσκολίας (Perlman, 1957, σ. 170).

Με τον όρο διαγνωστική εκτίμηση στην Κοινωνική Εργασία με Άτομα, ειδικότερα, όπως περιγράφεται στη Δημόπουλου – Λαγωνίκα (2008) και μέσα από τα κοινά σημεία ορισμών, που έχουν διατυπωθεί για τη διάγνωση κατά το *ψυχοδυναμικό/ψυχοκοινωνικό μοντέλο* εννοείται :

α) Ο καθορισμός του προβλήματος του ατόμου και των αιτιολογικών του παραγόντων από τον Κοινωνικό λειτουργό σε συνεργασία με το άτομο.

β) Η εκτίμηση - αξιολόγηση της προσωπικότητας και της λειτουργικότητάς του με βάση τις λειτουργίες του Εγώ του.

γ) Η εκτίμηση της ικανότητας του ατόμου -εκτίμηση των δυνάμεων του Εγώ- για επίλυση των προβλημάτων του.

δ) Η αξιολόγηση του συνολικού σχηματισμού του ατόμου-οικογένειας σε δυναμική αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του (person-in-environmentt).

ε) Η χρησιμοποίηση «συνθετικών», «διανοητικών» και «επιστημονικών» διαδικασιών από τον Κοινωνικό λειτουργό για την κατανόηση και διατύπωση του προβλήματος του ατόμου και της συνολικής λειτουργικότητάς του σε δυναμική αλληλοσυσχέτιση με το περιβάλλον του.

στ) Ο σκοπός της διάγνωσης ή εκτίμησης είναι η παρέμβαση, δηλαδή η επίλυση των προβλημάτων του ατόμου – οικογένειας και η βελτιωμένη λειτουργικότητα των μελών.

ζ) Ο συνολικός σχηματισμός «άτομο- οικογένεια- κατάσταση » λαμβάνεται υπόψη για την εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου στο περιβάλλον του (Δημόπουλου – Λαγωνίκα, 2008, σ. 251-252). Επιπλέον, το περιεχόμενο και ο χαρακτήρας της διάγνωσης διαφοροποιείται από το σκοπό και τη δυνατότητα για βοήθεια, που προσφέρει η Οργάνωση.

Η διατύπωση μιας διάγνωσης, σύμφωνα με τη Δημόπουλου – Λαγωνίκα (2006), από τον Κοινωνικό λειτουργό προϋποθέτει γνώσεις από ένα ευρύ φάσμα όπως: βασικές γνώσεις της φυσιολογικής, σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του ατόμου από την παιδική ηλικία μέχρι την γεροντική, καθώς και αναγνώριση των αποκλίσεων από το φυσιολογικό. Στη μακρά διαδρομή και εξέλιξή της, η κοινωνική εργασία al, 2018).ήταν απαραίτητο να αναπτύξει εργαλεία περιγραφής και αποτίμησης των προβλημάτων που χειρίζεται στην καθημερινή πρακτική της «Έπρεπε να δημιουργήσει τη δική της γλώσσα, με την οποία θα μπορούσε να ορίσει τις περιοχές ειδικεύσεώς της και το ρόλο της στη συνεργασία της με τα άλλα επαγγέλματα και υπηρεσίες» (Karls & Wandrei, 2004, σ. 11). Επιπλέον, δεδομένου του, ότι η αλλαγή είναι αναπόφευκτη -μερικές φορές ζητούμενη- και μέρος της πραγματικότητας της ζωής, χρειαζόταν ένα εργαλείο ευαίσθητο στη διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου-περιβάλλοντος.

Η επί χρόνια έλλειψη της ιδιαίτερης γλώσσας της κοινωνικής εργασίας και ενός συνολικά περιγεγραμμένου συστήματος «επικοινωνίας» στην εκτίμηση των προβλημάτων των

εξυπηρετούμενων, όπως αναφέρει ο Καρπέτης (2009), είχε ως αποτέλεσμα το επάγγελμα να δανείζεται έννοιες και να βασίζεται σε διαγνωστικά συστήματα άλλων επιστημονικών κλάδων. Έτσι, χρησιμοποιούσε την ορολογία της ψυχιατρικής στην πρακτική της στον τομέα της ψυχικής υγείας, την ορολογία της ιατρικής στην πρακτική της στον αντίστοιχο τομέα υγείας ή της νομικής στα πεδία της παραβατικότητας και της παιδικής προστασίας (Karls & Wandrei, 2004, σ. 11). Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ότι η διαγνωστική εκτίμηση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος στην πρακτική της κοινωνικής εργασίας καθιστά αναγκαία την παρουσία ενός μέσου συστηματικής αποτύπωσης των συμπερασμάτων της.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός, ότι η έλλειψη ενός μέσου συστηματικής αποτύπωσης των συμπερασμάτων της διαγνωστικής εκτίμησης, όπως επισημαίνεται στους Karls & Wandrei (2004), επηρέασε αρνητικά τον τομέα της έρευνας, ο οποίος αποτελεί μια από τις αδύνατες περιοχές της κοινωνικής εργασίας. Παράλληλα, μερικά από τα προβλήματα, που ξεχωρίζουν στη φάση της μελέτης και της εκτίμησης, αλλά επηρεάζουν με τη σειρά τους και την κοινωνική έρευνα είναι τα ακόλουθα. Συχνά, στη μελέτη και ανάλυση περιπτώσεων των κοινωνικών λειτουργών καταγράφεται μεγάλος όγκος πληροφοριών, από τις οποίες απουσιάζει η τεκμηρίωση των διαδικασιών, που ακολουθούνται κατά τη συλλογή και την αποτίμηση αυτών των πληροφοριών. Άλλοτε, τέλος, προκύπτουν ζητήματα σύγκρισης ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των διαγνωστικών συμπερασμάτων της κοινωνικής εργασίας σε σχέση με εκείνα των επαγγελματιών συγγενών επιστημονικών κλάδων, τα οποία βασίζονται σε συγκεκριμένα κριτήρια (όπως για παράδειγμα ψυχομετρικά τεστ), αναφορικά με την επιλογή της ενδεδειγμένης αντιμετώπισης για την κάθε περίπτωση (Karls & Wandrei, 2004, σ. 11-12)

2.9 Κοινωνική Λειτουργικότητα και Κοινωνική Συνταγογράφηση

Ο όρος Κοινωνική Συνταγογράφηση, επίσης γνωστή και ως κοινοτική παραπομπή, είναι ένα μέσο που επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να παραπέμψουν τους ανθρώπους σε μια σειρά τοπικών, μη κλινικών υπηρεσιών. Οι παραπομπές γενικά, αλλά όχι αποκλειστικά, προέρχονται από επαγγελματίες που εργάζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για παράδειγμα, γενικούς ιατρούς κοινωνικούς λειτουργούς ή νοσηλευτές.

Αναγνωρίζοντας ότι η υγεία και η ευημερία των ανθρώπων βασίζεται κυρίως σε μια σειρά κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, η Κοινωνική Συνταγογράφηση επιδιώκει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των ανθρώπων κατά τρόπο

ολιστικό (βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας). Αποσκοπεί, επίσης, στο να υποστηρίξει τα άτομα ώστε να αναλάβουν μεγαλύτερο έλεγχο στη λήψη απόφασης για την υγεία τους.

Η κοινωνική Συνταγογράφηση έχει σχεδιαστεί για να υποστηρίζει άτομα με ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, συναισθηματικών ή πρακτικών αναγκών, και πολλά σχέδια επικεντρώνονται στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της σωματικής ευεξίας. Εκείνοι που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από προγράμματα κοινωνικής Συνταγογράφησης περιλαμβάνουν άτομα με ήπια ή μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας, άτομα με πολύπλοκες ανάγκες, άτομα με κοινωνική απομόνωση και άτομα με πολλαπλές μακροχρόνιες καταστάσεις που συχνά λαμβάνουν πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη.

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα κοινωνικής Συνταγογράφησης που χρησιμοποιούνται σε όλη την Αγγλία. Τα περισσότερα περιλαμβάνουν έναν εργαζόμενο σύνδεσμο (χρησιμοποιούνται διάφοροι όροι όπως σύνδεσμος κοινότητας, πλοηγός και σύμβουλος υγείας) που συνεργάζεται με άτομα για πρόσβαση σε τοπικές πηγές υποστήριξης. Για παράδειγμα, στο Folie Bow Bleuler, ένα κέντρο κοινότητας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ανατολικό Λονδίνο με μακρά ιστορία Κοινωνικής Συνταγογράφησης και άλλων εργασιών με επίκεντρο την κοινότητα, το προσωπικό συνεργάζεται με ανθρώπους, συχνά σε αρκετές συνεδρίες, για να τους βοηθήσει να ασχοληθούν με τις τοπικές υπηρεσίες που κυμαίνονται από μαθήματα κολύμβησης, υπηρεσίες χρηματοοικονομικών συμβουλών, έως υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προγραμμάτων ανάπτυξης Κοινωνικών δεξιοτήτων (Al, et al., 2018).

Η κοινωνική Συνταγογράφηση μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια από τις οικογενειακές προσεγγίσεις, μερικές φορές αποκαλούμενες κοινότητες με επίκεντρο τις προσεγγίσεις, οι οποίες στοχεύουν στην κινητοποίηση της δύναμης των κοινοτήτων να παράγουν καλή υγεία.

Υπάρχει ένα αυξανόμενο σύνολο στοιχείων ότι η Κοινωνική Συνταγογράφηση μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά θετικών αποτελεσμάτων υγείας και ευεξίας. Μελέτες έχουν δείξει βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής και τη συναισθηματική ευεξία, ψυχική υγεία, τη διανοητική και γενική ευεξία και τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους.

Για παράδειγμα, μια αξιολόγηση ενός προγράμματος Κοινωνικής Συνταγογράφησης στο Μπρίστολ από τις αρχές του 2010 έδειξε βελτιώσεις στα επίπεδα άγχους και στα συναισθήματα για τη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής (Wood all, et al., 2018).

Οι πιο πρόσφατες αξιολογήσεις έχουν δείξει παρόμοιες ευκαιρίες. Ένα πρόγραμμα κοινοτικών συνδέσμων στο Μπράντφορντ ανέφερε βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής και την κοινωνική σύνδεση που σχετίζονται με την υγεία των χρηστών υπηρεσιών (μεταξύ άλλων μέτρων). Και ένα πρόγραμμα στο Shropshire, που αξιολογήθηκε μεταξύ 2017 και 2019, διαπίστωσε ότι οι άνθρωποι ανέφεραν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στα μέτρα ευεξίας, ενεργοποίησης ασθενών και μοναξιάς. Κατά την παρακολούθηση τριών μηνών, διαπίστωσε επίσης ότι οι διαβουλεύσεις GP μεταξύ των συμμετεχόντων μειώθηκαν κατά 40% σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου.

Ενώ η εμπειρία συνεχίζει να συσσωρεύεται σχετικά με την Κοινωνική Συνταγογράφηση, εξακολουθούν να υπάρχουν αδυναμίες. Πολλές μελέτες είναι μικρής κλίμακας, δεν έχουν ομάδα ελέγχου, εστιάζουν στην πρόοδο παρά στα αποτελέσματα, ή σχετίζονται με μεμονωμένες παρεμβάσεις παρά με το μοντέλο Κοινωνικής Συνταγογράφησης. Πολλά από τα διαθέσιμα στοιχεία είναι ποιοτικά και βασίζονται σε αυτοαναφερόμενα αποτελέσματα.

Ο προσδιορισμός του κόστους, των επιπτώσεων των πόρων και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας της Κοινωνικής Συνταγογράφησης είναι ιδιαίτερα δύσκολος. Αρκετές μελέτες υπογραμμίζουν τη σημασία της μέτρησης της ευρύτερης κοινωνικής αξίας που δημιουργείται μέσω της Κοινωνικής Συνταγογράφησης, για παράδειγμα, μέσω της μείωσης των απαιτήσεων παροχών κοινωνικής πρόνοιας. Και πάλι, αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να μετρηθεί και μπορεί να απαιτεί μια πιο μακροπρόθεσμη προσέγγιση. Μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι περισσότερα από τα μισά αποτελέσματα που μπορεί να προσφέρει η Κοινωνική Συνταγογράφηση δεν μετριοούνται συστηματικά στα πλαίσια αξιολόγησης.

Συνολικά, τα διαθέσιμα στοιχεία σήμερα ενισχύουν την άποψη ότι η Κοινωνική Συνταγογράφηση μπορεί να προσφέρει οφέλη για ορισμένους ανθρώπους. Όμως, όπως έχουν καταλήξει αρκετές πρόσφατες μετά-αναλύσεις και η Δημόσια Υγεία της Αγγλίας, απαιτείται περαιτέρω μελέτη για την ενίσχυση των δεδομένων και την αποσαφήνιση των προσδοκιών για τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν και για ποια άτομα (Carnes et al., 2017)

Το μέλλον της Κοινωνικής Συνταγογράφησης

Οι εθνικοί υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής που υποστηρίζουν κοινοτικές προσεγγίσεις για την υγεία, θα πρέπει να συμπεριλάβουν την κοινωνική Συνταγογράφηση, ως ένα μέσο στη βελτίωση της υγείας της ποιότητας ζωής και της Κοινωνικής ευημερίας των ανθρώπων. Η εφαρμογή της κοινωνικής Συνταγογράφησης σε ευρεία κλίμακα θα ωφελήσει περισσότερα

άτομα από ό, τι ήταν δυνατόν στο παρελθόν. Ωστόσο, η ενσωμάτωσή του στην εθνική ατζέντα του Υπουργείου Υγείας συνεπάγεται επίσης κινδύνους. Μένει να δούμε, για παράδειγμα, εάν το ήθος της Κοινωνικής Συνταγογράφησης θα αλλάξει από τη σχέση εγγύτητας με τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής.

Κοιτάζοντας μπροστά, θα είναι σημαντικό η εθνική ανάπτυξη Κοινωνικών Συνταγών να γίνεται με τρόπο που δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη μάθηση. Για παράδειγμα, απαιτούνται περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τον αντίκτυπο διαφορετικών μοντέλων εργασίας σύνδεσης και πώς οι εργαζόμενοι συνδέσμων-Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορούν να υποστηριχθούν αποτελεσματικά και να ενσωματωθούν σε μια ευρύτερη διεπιστημονική ομάδα. Υπάρχει μια ευκαιρία να βελτιωθεί η ποιότητα της αξιολόγησης και να αναπτυχθεί μια πιο αναλυτική κατανόηση του ποιες προσεγγίσεις από το εύρος των μοντέλων προσφέρουν αξία, για ποιον και πώς. Οι εθνικοί φορείς του Υπουργείου Υγείας για το σχεδιασμό και την ενσωμάτωση της Κοινωνικής Συνταγογράφησης, μόνο από Κοινωνικούς Λειτουργούς, θα διαδραματίσουν βασικό ρόλο σε αυτό.

Η συνεργασία μεταξύ του κράτους και των Κοινωνικών Υπηρεσιών, του εθελοντικού και κοινοτικού τομέα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αποτελεσματικής υγείας και περίθαλψης. Η εθνική ανάπτυξη της Κοινωνικής Συνταγογράφησης το υποστηρίζει. Αλλά ο αντίκτυπος του τα επόμενα χρόνια θα εξαρτηθεί επίσης από την κλίμακα και τη ζωτικότητα του κοινοτικού τομέα, των Κοινωνικών Λειτουργών, του εθελοντικού τομέα, ιδίως των μικρών φιλανθρωπικών οργανώσεων.

Το Covid-19 είδε το εισόδημα του εθελοντικού και του κοινοτικού τομέα να μειώνεται, ενώ η ανάγκη για τον τομέα έχει αυξηθεί. Η υποστήριξη πολιτικής για την Κοινωνική Συνταγογράφηση πρέπει να συνοδεύεται από επαρκή χρηματοδότηση για αυτούς τους οργανισμούς, κυρίως Κοινωνικές υπηρεσίες, που λαμβάνουν κοινωνικές παραπομπές, εάν πρόκειται να είναι βιώσιμη μακροπρόθεσμα.

2.10 ΈΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΩΣΕΙΣ-ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τη μελέτη της κοινωνικής αναπηρίας στη σχιζοφρένεια. Η κοινωνική λειτουργικότητα έχει μελετηθεί με διάφορες κλίμακες. Μια από αυτές είναι η «Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κοινωνικής Προσαρμογής», η οποία

εξετάζει τα κίνητρα αλλά και τις συμπεριφορές που έχουν σχέση με την εργασία και τα οικιακά, την ικανοποίηση από την εργασία, τα ενδιαφέροντα ελεύθερου χρόνου, την ποιότητα του ελεύθερου χρόνου, τις συμπεριφορές αναζήτησης οικογένειας και διαπροσωπικών σχέσεων, την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων, την κοινωνικότητα, την ποιότητα και την εκτίμηση εξωτερικών σχέσεων, την κοινωνική ελκυστικότητα και συμμόρφωση, την συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, στην κοινωνική περιέργεια, στα πνευματικά ενδιαφέροντα, τις δυσκολίες στην επικοινωνία, την ευαισθησία στην απόρριψη, τη ματαιοδοξία, τις δυσκολίες στην αντιμετώπιση των πόρων και τον έλεγχο του περιβάλλοντος (Γκιώνη, 2018). Υπογραμμίζεται η παγκόσμια και πολυπαραγοντική φύση της κοινωνικής λειτουργικότητας και εξετάζονται οι θεωρητικοί καθοριστικοί παράγοντες της κοινωνικής δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια. Έμφαση δίνεται στην περιγραφή των κοινωνικών γνωστικών ελλειμμάτων που ίσως προκύψουν. Η μελέτη της κοινωνικής νοημοσύνης φαίνεται ιδιαίτερα ελπιδοφόρα στην αποσαφήνιση της κατανόησης της εξέλιξης της κοινωνικής αναπηρίας στη σχιζοφρένεια και έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τις τρέχουσες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Ωστόσο, η συνεχιζόμενη πρόοδος εξαρτάται από την ύπαρξη αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων για την μέτρηση κοινωνικής λειτουργίας και της κοινωνικής νοημοσύνης. Μια σειρά από μέτρα εξετάζονται, επίσης σε μια προσπάθεια να τονιστεί η σημασία της αξιολόγησης πολλαπλών πτυχών της κοινωνικής λειτουργικότητας στη σχιζοφρένεια και να βοηθηθούν οι ερευνητές στην επιλογή των κατάλληλων μέτρων. Οι μελλοντικές προσπάθειες θα πρέπει να κατευθύνονται προς τη συνεχή αξιολόγηση της κοινωνικής λειτουργικότητας και των κοινωνικών γνωστικών μέτρων και της προσαρμογής τους για χρήση σε πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο και έγκαιρη πρόληψη ψύχωσης (Yager & Ehmann, 2006).

Οι Koutra et al. 2016, μελέτησαν ασθενείς που παρουσιάζουν το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης και ασθενείς με χρόνιες ψυχώσεις τη σχέση μεταξύ ορισμένων χαρακτηριστικών της ασθένειας, όπως τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την ψυχοκοινωνική λειτουργία, με συγκεκριμένες πτυχές της οικογενειακής λειτουργίας. Ένα σύνολο 50 χρόνιων ασθενών που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή. Η κοινωνική λειτουργικότητα έχει μελετηθεί με διάφορες κλίμακες. Μια από αυτές είναι η «Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κοινωνικής Προσαρμογής», η οποία εξετάζει τα κίνητρα αλλά και τις συμπεριφορές που έχουν σχέση με την εργασία και τα οικιακά, την ικανοποίηση από την εργασία, τα ενδιαφέροντα ελεύθερου χρόνου, την ποιότητα του ελεύθερου χρόνου, τις συμπεριφορές αναζήτησης οικογένειας και διαπροσωπικών σχέσεων, την ποιότητα των οικογενειακών

σχέσεων, την κοινωνικότητα, την ποιότητα και την εκτίμηση εξωτερικών σχέσεων, την κοινωνική ελκυστικότητα και συμμόρφωση, την συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, στην κοινωνική περιέργεια, στα πνευματικά ενδιαφέροντα, τις δυσκολίες στην επικοινωνία, την ευαισθησία στην απόρριψη, τη ματαιοδοξία, τις δυσκολίες στην αντιμετώπιση των πόρων και τον έλεγχο του περιβάλλοντος (Γκιώνη, 2018). και οι οικογενειακοί φροντιστές τους συμμετείχαν στη μελέτη. Η οικογενειακή λειτουργία αξιολογήθηκε από την άποψη της συνοχής και της ευελιξίας, της εκφρασμένης συναισθησίας, της οικογενειακής επιβάρυνσης και της ψυχολογικής δυσφορία των φροντιστών. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων των ασθενών και η ψυχοκοινωνική λειτουργία αξιολογήθηκαν από τον θεράποντα ψυχίατρό τους εντός 2 εβδομάδων από την αξιολόγηση των φροντιστών. Η αυξημένη σοβαρότητα των συμπτωμάτων συσχετίστηκε με μεγαλύτερη δυσλειτουργία όσον αφορά την οικογενειακή συνοχή και την ευελιξία. . Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η σοβαρή ψυχοπαθολογία και η χαμηλή ψυχοκοινωνική λειτουργία του ασθενούς συνδέονται με την κακή οικογενειακή λειτουργία. Φαίνεται ότι το αποτέλεσμα για την οικογενειακή λειτουργία είναι σημαντικό από τα αρχικά στάδια της ασθένειας. Έτσι, οι πρώιμες παρεμβάσεις ψυχικής εκπαίδευσης θα πρέπει να επικεντρωθούν σε ασθενείς με σοβαρή συμπτωματολογία και δυσλειτουργία και στις οικογένειές τους (Koutra et al., 2016).

Στόχος της μελέτης των Gaiter et al.(2008)ήταν η σύγκριση υποκειμενικών και αντικειμενικών δεικτών ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σχιζοφρένεια πέντε ευρωπαϊκών χωρών. Η κοινωνική λειτουργικότητα έχει μελετηθεί με διάφορες κλίμακες. Μια από αυτές είναι η «Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κοινωνικής Προσαρμογής», η οποία εξετάζει τα κίνητρα αλλά και τις συμπεριφορές που έχουν σχέση με την εργασία και τα οικιακά, την ικανοποίηση από την εργασία, τα ενδιαφέροντα ελεύθερου χρόνου, την ποιότητα του ελεύθερου χρόνου, τις συμπεριφορές αναζήτησης οικογένειας και διαπροσωπικών σχέσεων, την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων, την κοινωνικότητα, την ποιότητα και την εκτίμηση εξωτερικών σχέσεων, την κοινωνική ελκυστικότητα και συμμόρφωση, την συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, στην κοινωνική περιέργεια, στα πνευματικά ενδιαφέροντα, τις δυσκολίες στην επικοινωνία, την ευαισθησία στην απόρριψη, τη ματαιοδοξία, τις δυσκολίες στην αντιμετώπιση των πόρων και τον έλεγχο του περιβάλλοντος (Γκιντώνη, 2018)... Αποτελέσματα της μελέτης είναι το επίπεδο ικανοποίησης σε ορισμένους τομείς, τη θρησκεία, τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις φαίνεται να συνδέεται με το τοπικό στυλ διαβίωσης και πολιτισμού, ενώ η εργασία, τα οικονομικά και η ασφάλεια ήταν πιο ανεξάρτητα από τις τοπικές παραλλαγές. Εκτός από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η

συχνότητα των επαφών με την οικογένεια, τη φιλία και την ηλικία εμφανίζονται ως παράγοντες πρόβλεψης, επηρεασμένοι από τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος χώρου (Gaiter, Vázquez-Vaquero, Bora, Ballesteros et al., 2008).

Συμπέρασμα, επομένως, της μελέτης αυτής, είναι τα κέντρα που συμμετείχαν σε αυτή και παρουσίασαν διαφορές στους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες της ποιότητας ζωής, αλλά και στην παροχή υπηρεσιών και τρόπου ζωής (Gaiter et al., 2008).

Η έκβαση της σχιζοφρένειας έχει περιγραφεί ως ευνοϊκή σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Σε πρόσφατη έρευνα, οι ερευνητές αμφισβήτησαν τα ευρήματα αυτά (Mohan, RH κοινωνική λειτουργικότητα έχει μελετηθεί με διάφορες κλίμακες. Μια από αυτές είναι η «Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κοινωνικής Προσαρμογής», η οποία εξετάζει τα κίνητρα αλλά και τις συμπεριφορές που έχουν σχέση με την εργασία και τα οικιακά, την ικανοποίηση από την εργασία, τα ενδιαφέροντα ελεύθερου χρόνου, την ποιότητα του ελεύθερου χρόνου, τις συμπεριφορές αναζήτησης οικογένειας και διαπροσωπικών σχέσεων, την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων, την κοινωνικότητα, την ποιότητα και την εκτίμηση εξωτερικών σχέσεων, την κοινωνική ελκυστικότητα και συμμόρφωση, την συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, στην κοινωνική περιέργεια, στα πνευματικά ενδιαφέροντα, τις δυσκολίες στην επικοινωνία, την ευαισθησία στην απόρριψη, τη ματαιοδοξία, τις δυσκολίες στην αντιμετώπιση των πόρων και τον έλεγχο του περιβάλλοντος (Γκιντώνη, 2018;Mohan, Rabat & Pratima, 2007).

Στόχος τους, ωστόσο, είναι να μελετηθούν οι μελέτες αποτελεσμάτων που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες χώρες και να εξεταστούν ειδικά οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Πραγματοποιήθηκαν μακροχρόνιες μελέτες πορείας και έκβασης στη σχιζοφρένεια(Mohan, Rabat & Pratima, 2007).

Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιείται μια ευρεία ποικιλία των αποτελεσμάτων. Οι πιο συχνές είναι κλινικά συμπτώματα, οι ημέρες νοσηλείας, η θνησιμότητα, η επαγγελματική λειτουργία, ο γάμος, η κοινωνική στήριξη και το οικονομικό βάρος της περίθαλψης. Περιοχές όπως η γνωστική λειτουργία, η διάρκεια της ψύχωσης χωρίς θεραπεία, η ποιότητα ζωής και η επίδραση του φαρμάκου δεν έχουν μελετηθεί ευρέως μεσαίου εισοδήματος χώρες. Η έκβαση της σχιζοφρένειας φαίνεται να είναι καλύτερο στις χώρες μεσαίου εισοδήματος. Μια σειρά από κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες έχουν αναφερθεί ότι συμβάλλουν σε αυτό το αποτέλεσμα αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται εργαλεία μέτρησης πολιτισμικά προσαρμοσμένα. Η σχιζοφρένεια μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Τα αρχικά στοιχεία για αυτό προέρχονται από τη Διεθνή

Πιλοτική Μελέτη της Σχιζοφρένειας και ενισχύθηκαν περαιτέρω με δύο μετέπειτα μελέτες (Mohan, Rabat & Pratima, 2007).

Έχουν αναφερθεί πλήθος κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, καθώς οι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ότι συμβάλλουν στην καλύτερη έκβαση αυτών, συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη έκβαση στις χώρες αυτές, συμπεριλαμβανομένων των χαμηλότερων εκφρασμένων χωρών, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλότερου εκφρασμένου συναισθήματος, των στενά συνδεδεμένων οικογενειακών δομών και της οικογένειας (Mohan, Rabat & Pratima, 2007).

Ωστόσο, υπάρχουν λίγα στοιχεία για την ευεργετική επίδραση αυτών των παραγόντων. Οι μελέτες παρακολούθησης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας - μελέτες παρακολούθησης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας των τελευταίων 25 ετών δεν έχουν τη δυνατότητα να πειράξουν τα συγκεκριμένα πρότυπα και το χρονοδιάγραμμα των πολιτισμικών επιρροών που καθορίζουν μια καλύτερη πρόγνωση σε αυτές τις χώρες. Η έντονη πίστη σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα σε αυτές τις χώρες έχει αμφισβητηθεί πρόσφατα (Mohan, Rabat & Pratima, 2007).

Μία από τις μελέτες αφορούσε τα αποτελέσματα και τα συναφή θέματα σε 15 έως 25 χρόνια παρακολούθησης. Αν και τα αποτελέσματα ήταν σταθερά πιο ευνοϊκά από τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, σημειώθηκαν χώρες μεσαίου εισοδήματος, σημειώθηκε έντονη ετερογένεια στα κέντρα (Mohan, Rabat & Pratima, 2007).

Κεφάλαιο 3^ο Ο Ρόλος του Οικογενειακού συστήματος σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές

3.1. Οικογενειακό Σύστημα- Η σημασία της οικογένειας για την υπαρξιακή θέση του ανθρώπου

Ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τη νοηματοδότηση των δεδομένων της ζωής ενός ανθρώπου και τη συγκρότηση της αίσθησης του εαυτού σε σχέση με τον εξωτερικό κόσμο.

Η εσωτερίκευση του οικογενειακού συστήματος σχέσεων επηρεάζει καθοριστικά τη διαμόρφωση της προσωπικής εμπειρίας του κάθε μέλους (Cooper, 2001). Μέσα από τις οικογενειακές παραστάσεις και ζυμώσεις πραγματώνεται η μεταφορά του κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου στο άτομο.

Οι περισσότερες έρευνες έχουν γίνει για τη δυσλειτουργική οικογένεια με τα χαρακτηριστικά της, είτε για την οικογένεια σαν ένα σύστημα το οποίο παράγει παθολογικές συμπεριφορές. Ειδικά στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, μακροπρόθεσμη συνέπεια αυτού είναι η παρουσίαση της οικογένειας, και κυρίως των γονέων, σαν τους «ηθικούς αυτουργούς» για την εμφάνισή της, με αποτέλεσμα μια μεγάλη ενοχοποίηση των μελών (Crossley, 2006).

3.2. Ψύχωση και κρίση της Οικογένειας

Οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν την εμφάνιση μιας ψυχικής ασθένειας σε κάποιο μέλος τους είναι κατά κανόνα εκτεθειμένες σε ισχυρά και πολλαπλά στρεσογόνα ερεθίσματα. Η συστημική θεωρία υποστηρίζει ότι κάτω από συνθήκες υψηλού στρες, η οικογένεια και τα μέλη της τείνουν να δρουν με τρόπο που να μειώνουν το ρυθμό των αλλαγών μέσω ομοιοστατικών μηχανισμών. Αυτό επιτυγχάνεται κατά κύριο λόγο με μετατροπές στην οικογενειακή δομή.

Η οικογένεια καλείται να αντιμετωπίσει μια σύνθετη πρόκληση: να διαχειρισθεί έντονα συναισθήματα και καθήκοντα φροντίδας τη στιγμή που τα πρότυπα οικογενειακής αλληλεπίδρασης τα οποία παρέχουν δομική σταθερότητα έχουν διαταραχθεί σοβαρά. Η

επαναδημιουργία μιας νέας σταθερής δομής και λειτουργικής οικογενειακής ισορροπίας αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για τις οικογένειες σε κρίση.

Μπροστά σε μια ανεπιθύμητη συναισθηματική ένταση, οι οικογένειες προσπαθούν να διατηρήσουν τις συνεχείς οικογενειακές λειτουργίες, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η ισορροπία και η φροντίδα να συνεχίζεται. Πρόκειται για ενδοψυχικούς και διαπροσωπικούς – μηχανισμούς οικογενειακής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας που επιτρέπουν, μέσω της άρνησης και αποφυγής του επίμαχου θέματος, τη βραχυπρόθεσμη συναισθηματική προστασία και στη συνέχεια την ψυχολογική αντιμετώπιση μια απώλειας (Shapiro,1994, Nadeu,1998).

Σε ακραίες καταστάσεις οικογενειακής έντασης ασυνείδητα, οι οικογενειακές σχέσεις μετακινούνται από ένα ανοιχτό σε ένα πιο κλειστό σύστημα επικοινωνίας. Η οικογένεια σε οξεία κρίση αποδιοργανώνεται και παύει να αποτελεί μια ενότητα , αλλά ένα σύνολο ατόμων. Στις οικογένειες σε κρίση δημιουργούνται πιο έντονοι και ισχυροί οι συναισθηματικοί δεσμοί ανάμεσα στα μέλη, καθώς αποτελούν μερικές φορές τα μόνα μέσα που παρέχουν την απαραίτητη συναισθηματική και λειτουργική σταθερότητα.

Η οικογένεια βρίσκει τρόπο να χειριστεί την αναπάντεχη κρίση μέσα από μια ευρεία γκάμα προσαρμοστικών συμπεριφορών. Αυτές οι συμπεριφορές επηρεάζονται και από τις πολιτισμικές αξίες, την ιστορία της οικογένειας, τους κανόνες της και τους μύθους της, καθώς επίσης από τη νοηματοδότηση που δίνεται στη αρρώστια. Η επίδραση της αρρώστιας στην οικογενειακή δομή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων οι πιο σημαντικοί είναι:

- Η φύση της ασθένειας (Η σοβαρότητα των κλινικών της εκδηλώσεων, η διάρκειά της, οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες).
- Η ηλικία του ασθενούς κατά την έναρξη της νόσου και η προσωπικότητά του.
- Η θέση και ο λειτουργικός ρόλος του ασθενούς στην οικογένεια.
- Η αντίδραση των συγγενών και η οικογενειακή δομή
- Η στάση και τα λόγια του Ιατρού και των επαγγελματιών υγείας

Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν με :

1. Την εξέλιξη και την ποιότητα του διαπροσωπικού και συναισθηματικού κόσμου του ασθενούς και
2. Την συνολική οικογενειακή δομή

Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται ο λειτουργικός ρόλος που ο ψυχικά ασθενής παίζει μέσα στην οικογένεια. Όσο περισσότερο η οικογένεια εξαρτάται λειτουργικά ή συναισθηματικά, από το μέλος αυτό, τόσο περισσότερο η ασθένειά του διαρρηγνύει τη συνέχεια του συστήματος. Η εκδήλωση ψυχικής ασθένειας σε ένα παιδί μπορεί να επιφέρει μεγάλο ναρκισσιστικό πλήγμα στους γονείς, λόγω της συναισθηματικής επένδυσης και των προβολών που έχουν κάνει πάνω του (Serrano,1985).

3.3 Φροντιστές και Ψύχωση

Μέχρι τον 18ο αιώνα, η φροντίδα των ψυχικά πασχόντων ήταν αποκλειστική ευθύνη των οικογενειών τους. Τότε δεν υπήρχαν συγκροτημένες θεωρίες που να εξηγούν τις αιτίες της ψυχικής ασθένειας. Οι ψυχικά άρρωστοι ζούσαν με τις οικογένειές τους και ήταν ενταγμένοι στις δραστηριότητες μιας αγροτικής κοινωνίας. Παρόλο που τα καταγεγραμμένα στοιχεία για τις επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας στην οικογένεια, πριν τον 18ο αιώνα, είναι ελάχιστα, μέσα από τα έργα τέχνης της εποχής αναπαριστώνται οι δυσχέρειες των υγιών μελών της οικογένειας να ελέγξουν συμπεριφορές, που σχετίζονται με την ψυχική αρρώστια, χωρίς τη βοήθεια ψυχοφαρμάκων, ψυχιάτρων ή υποστηρικτικών υπηρεσιών. Η ψυχική αρρώστια όχι μόνο στερούσε από την οικογένεια ένα μέλος της, αλλά επιπλέον την ανάγκαζε να βάλει σε εφαρμογή προσαρμοστικούς μηχανισμούς, με προσωπικό κόστος των υγιών μελών, για να φροντίσει και να υποστηρίξει τον ασθενή (Hatfield, 1997).

Μέσω της ανάπτυξης των αστικών κέντρων, κατά τη Βιομηχανική εποχή, έγινε γνωστό το γεγονός ότι δεν ήταν πλέον αποτελεσματικός ο προηγούμενος τρόπος αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών. Τον 18ο αιώνα άρχισαν ήδη να οργανώνονται ιδρύματα, στα οποία συγκεντρώνονταν αδιακρίτως εγκληματίες, άποροι και ψυχικά ασθενείς. Τα πρώτα νοσοκομεία, αποκλειστικά για ψυχικά αρρώστους αποτελούσαν στην ουσία περιορισμένες προσπάθειες, που σε καμία περίπτωση δεν κάλυπταν τις ανάγκες του πληθυσμού. Η ζωή των ψυχικά αρρώστων δε βελτιώθηκε σημαντικά στα πλαίσια των δομών αυτών.

Ωστόσο, ο 19ος αιώνας αποτελεί ουσιαστικά την εποχή της ίδρυσης των μεγάλων ασύλων. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως ο στόχος τους δεν ήταν μόνο ένας. Από τη μία μεριά, ο σκοπός τους ήταν να απομακρυνθούν οι άρρωστοι από ένα στρεσογόνο κοινωνικό περιβάλλον και από την άλλη να επιβληθεί έλεγχος από μια κοινωνία που διαπνέονταν από τις αρχές της αστικής ηθικής και τους νόμους του καπιταλιστικού συστήματος. Τα άσυλα βρίσκονταν, κατά κανόνα, μακριά από τα αστικά κέντρα και οι οικογένειες δεν αποκτούσαν

το θάρρος να διατηρούν επαφή με τους αρρώστους. Παρά τη βάρβαρη μεταχείριση μέσα στα άσυλα, η ευθύνη της φροντίδας μεταφερόταν στα μεγάλα κρατικά ιδρύματα και τα μέλη της οικογένειας απαλλάσσονταν από αυτό το βάρος σε σύγκριση με το παρελθόν. Πάραυτα, η απόφαση να εισαχθεί ο ασθενής στο νοσοκομείο δεν ήταν ανώδυνη, εφόσον, κατά κανόνα, η διαμονή του εκεί θα ήταν ισόβια. Οι οικογένειες δεν θεωρούνταν άμεσα υπεύθυνες για την εμφάνιση της ψυχικής νόσου, αλλά επικρατούσε η πεποίθηση ότι συνέβαλαν έμμεσα σε αυτή με την αποτυχία τους να προστατεύσουν το άτομο από τις αρνητικές συνέπειες της κοινωνικής παθογένειας.

Ένας αξιοσημείωτος αριθμός χρόνιων ασθενών των ασύλων επανασυνδέθηκαν με τις οικογένειές τους για να ζήσουν ξανά μαζί τους. Οι νέοι ψυχωτικοί ασθενείς, μετά την νοσηλεία τους κατά την φάση του ψυχωτικού επεισοδίου, επιστρέφουν στην οικογένεια τους. Οι οικογένειες, οι οποίες άλλοτε είχαν θεωρηθεί ως βασικός λόγος του προβλήματος, κλήθηκαν να αναλάβουν ρόλο πρωταρχικής φροντίδας, χωρίς να έχουν προετοιμαστεί κατάλληλα για κάτι τέτοιο και συχνά χωρίς να έχουν καν την επαρκή βοήθεια από το σύστημα υγείας. Το αποτέλεσμα, επομένως, ήταν η πρακτική και συναισθηματική επιβάρυνση των μελών της οικογένειας (Δαρμέ, 2007)

3.4 Η Έννοια του όρου Φροντιστής

Ως φροντιστής ορίζεται το άτομο που προσφέρει υποστήριξη με αμοιβή ή χωρίς, σε έναν άνθρωπο μεγαλύτερης ηλικίας ή σε κάποιο ασθενή, τόσο για την ικανοποίηση των αναγκών του σε επίπεδο καθημερινής λειτουργικότητας, όσο και σε επίπεδο συντροφικότητας (Τριανταφύλλου&Μεσθεναίου,2006).

Η παροχή φροντίδας μπορεί να γίνει σταδιακά ή αιφνίδια, σε περίπτωση κάποια ξαφνικής ασθένειας ή ατυχήματος. Ανάλογα με την ασθένεια/ατύχημα, ο φροντιστής αναλαμβάνει διάφορες υποχρεώσεις, κυριότερες από τις οποίες είναι:

- Καθημερινή φροντίδα του ασθενή
- Διατήρηση του νοικοκυριού
- Σίτιση
- Αναγκαία τηλεφωνήματα
- Μεταφορές
- Διασφάλιση της προσωπικής υγιεινής του ασθενή

- Οικονομική διαχείριση
- Παροχή κοινωνικής δραστηριότητας
- Επίβλεψη της τήρησης της θεραπείας ή της φαρμακευτικής αγωγής
- Παροχή συντροφιάς, επικοινωνίας και συναισθηματικής υποστήριξης.

Ανεξάρτητα από τη σχέση του φροντιστή με τον ασθενή, σχεδόν πάντοτε ο φροντιστής θυσιάζει κάποια κομμάτια της δικής του ζωής για την παροχή φροντίδας. Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει ως συνέπειες: τη σωματική ή ψυχική εξουθένωση, κατάθλιψη, οικογενειακά προβλήματα, κατάχρηση ουσιών και προβλήματα εξισορρόπησης όλων των ρόλων (επαγγελματικοί, γονικοί, συζυγικοί κα). Πολύ συχνά οι φροντιστές αισθάνονται ότι έχουν πολλές υποχρεώσεις που πρέπει να εκπληρώσουν και όχι τον επαρκή χρόνο και την απαραίτητη ενέργεια για να τις διεκπεραιώσουν (Schmall & Stiehl, 2003).

3.5. Τα είδη των φροντιστών (Τυπικοί και Άτυποι)

Η κυριότερη διάκριση που γίνεται στον όρο «φροντιστής» είναι η διάκριση σε τυπικό και άτυπο. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τους Whitlatch & Noekler (2007) οι επίσημοι (Τυπικοί) φροντιστές (formal caregivers) είναι το προσωπικό των οργανωμένων σχετικών οργανισμών ή οι ανεξάρτητοι επαγγελματίες με τη σχετική κατάρτιση, οι οποίοι παρέχουν την φροντίδα ως έμμισθη υπηρεσία. Η έμμισθη αυτή υπηρεσία παρέχεται σε άτομα που το έχουν ανάγκη, όπως είναι τα άτομα με χρόνιες ασθένειες.

Η παροχή φροντίδας και η μέριμνα των ατόμων που την έχουν ανάγκη ωστόσο εκτείνεται, σε πολλές περιπτώσεις, σε ένα ευρύτερο υποστηρικτικό δίκτυο το οποίο αποτελείται συχνά από την οικογένεια ή άλλα άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενή, δίκτυο το οποίο αποτελεί τους ανεπίσημους φροντιστές (Αδαμακίδου, 2012). Ως εκ τούτου, ως ανεπίσημος φροντιστής (informal caregiver) ορίζεται κάθε συγγενής, φίλος ή γείτονας που παρέχει άμισθα καθημερινή υποστήριξη σε ένα άτομο που χρειάζεται βοήθεια, διότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες μόνος ή μόνη (Savage & Bailey, 2004).

3.6. Ο ρόλος του φροντιστή σε ασθενή με ψυχικές διαταραχές

Σε ότι αφορά στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς με ψυχώσεις, αυτή φαίνεται να παρέχεται τόσο από τυπικούς, όσο και άτυπους φροντιστές. Πιο συγκεκριμένα, η ευθύνη για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών των ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα συνήθως επαφίεται σε μια «Διεπιστημονική ομάδα», η οποία αποτελείται από ψυχίατρος, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες του τομέα υγείας.

Επειδή ωστόσο, οι ανάγκες των ασθενών με ψυχώσεις δεν περιορίζονται μόνο στις ιατρικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, αλλά περιλαμβάνουν και μια σειρά άλλων αναγκών όπως οι οικονομικές και οι πρακτικές-υλικές ανάγκες, στις περισσότερες περιπτώσεις το δίκτυο των φροντιστών εκτείνεται, εκτός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των τυπικών φροντιστών που αυτές περιλαμβάνουν, και στο οικογενειακό δίκτυο (και συχνότερα, κυρίως τη μητέρα του ασθενούς) και σε άτυπους φροντιστές. Οι άτυποι αυτοί φροντιστές επιχειρούν να καλύψουν ανάγκες καθημερινής φροντίδας που δεν δύναται να καλυφθούν από το επιστημονικό προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Award & Voruganti, 2008).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, υπάρχει ο ένας κύριος άτυπος φροντιστής, ο οποίος ορίζεται ως εκείνο το πρόσωπο του οικογενειακού του περιβάλλοντος που έχει αναλάβει το κύριο μέρος της ευθύνης για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών του ασθενούς (Cageot-UříZAR et al.,2009). Ο κύριος φροντιστής αφιερώνει ένα σημαντικό μέρος από τον καθημερινό του χρόνο για την κάλυψη αυτών των αναγκών.

Με βάση τα παραπάνω, στην περίπτωση των ασθενών με ψυχώσεις-διπολική διαταραχή, ο φροντιστής αποτελεί το άτομο που παρέχει φροντίδα, με σκοπό την προαγωγή, διατήρηση ή ανάκτηση της υγείας του ασθενούς ή την ελαχιστοποίηση των αρνητικών συνεπειών της νόσου.

Επιπρόσθετα ο φροντιστής των ασθενών αυτών, βοηθάει σε πολλούς τομείς της καθημερινότητας τους όπως είναι η διατροφή, η προσωπική υγιεινή, η λήψη φαρμάκων και ο τακτικός έλεγχος της υγείας τους.

Πέραν των τομέων ευθύνης που περιγράφηκαν συνοπτικά, όπως η διατροφή και η προσωπική υγιεινή των ασθενών, οι Schene, Wing warden & Koeter (1998) ορίζουν τέσσερις επιπλέον τομείς φροντίδας τους οποίους καλύπτουν συνήθως οι κύριοι άτυποι φροντιστές.

Ο πρώτος τομέας συμπεριλαμβάνει τη δόμηση και διαχείριση της καθημερινής σχέσης ανάμεσα σε ασθενή και φροντιστή. Δεδομένης της συμπτωματολογίας του ασθενούς που δημιουργεί προβλήματα στην επικοινωνία και τη διαχείριση των σχέσεων, η ευθύνη για τη διαχείριση της έντασης που ενδέχεται να προκύψει στη σχέση αυτή επαφίεται κυρίως στα χέρια του φροντιστή

Ο δεύτερος τομέας αφορά την ανησυχία για το μέλλον και την ευημερία του ασθενούς, σε περίπτωση που ο άτυπος φροντιστής σταματήσει για κάποιο λόγο την παροχή της φροντίδας.

Ο τρίτος τομέας αναφέρεται στην καθημερινή εποπτεία του ασθενούς, σε ζητήματα όπως η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ή η αποφυγή αυτοτραυματισμών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

Τέλος ο τέταρτος τομέας αφορά την κινητοποίηση του ασθενούς και την εμπλοκή του σε καθημερινές δραστηριότητες. Ο στόχος της κινητοποίησης αυτής είναι να μην μειωθούν τα επίπεδα της δραστηριοποίησης του ασθενούς λόγω της ασθένειας ή της φαρμακευτικής αγωγής.

Συνοψίζοντας, σε ότι αφορά στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών με ψυχώσεις-διπολική διαταραχή, οι ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες όπως η λήψη πληροφόρησης για τη νόσο, η λήψη απόφασης για τη θεραπεία, η συνταγογράφηση της ορθής φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείριση των ψυχωτικών συμπτωμάτων καλύπτονται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενώ οι καθημερινές, πρακτικές και υλικές ανάγκες τους φαίνεται να καλύπτονται περισσότερο από άτυπους φροντιστές.

Συγκεκριμένα, οι άτυποι φροντιστές των ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα φαίνεται να καλούνται να ικανοποιήσουν από απλές, βασικές ανάγκες, όπως η σίτιση και η προσωπική υγιεινή, έως πιο σύνθετες ανάγκες, όπως είναι η μεταφορά, η διευθέτηση των οικονομικών και η εποπτεία προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο να προξενήσει ο ασθενής ακούσια ή εκούσια βλάβη στον εαυτό του.

Τέλος, οι κύριοι άτυποι φροντιστές φαίνεται να καλούνται να καλύψουν και ένα σημαντικό μέρος των αναγκών που οι ασθενείς με χρόνια ψυχωσική συνδρομή έχουν για ανθρώπινη επαφή και επικοινωνία, καθώς, μέσω της καθημερινής επαφής, η σχέση του ασθενούς με τον φροντιστή καταλαμβάνει κεντρικό ρόλο στη ζωή και των δύο συμμετεχόντων.

Με βάση αυτές τις πληροφορίες δύναται να συμπεράνει κανείς πως η άτυπη φροντίδα ενός ασθενούς με ψύχωση-διπολική διαταραχή απαιτεί να αφιερώσει ο φροντιστής ένα σημαντικό μέρος του χρόνου και των οικονομικών του πόρων. Επίσης εύκολα γίνεται αντιληπτό, πως λόγω της στενής σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε ένα άτυπο φροντιστή, ο οποίος είναι συνήθως συγγενής, και του ασθενή με ψύχωση, η ψυχολογική επιβάρυνση του φροντιστή είναι μεγάλη.

3.7. Ανάγκες υγείας των φροντιστών ασθενών με ψυχώσεις

3.7.1. Ανάγκες υγείας φροντιστών υπό το πρίσμα του Ιατρικού Μοντέλου

Εάν λάβουμε υπόψη μας το ιατρικό μοντέλο για την υγεία, μπορούμε να συμπεράνουμε πως οι ανάγκες υγείας των φροντιστών ασθενών με ψυχώσεις θα περιορίζονται στην ανακούφιση των ιατρικών συμπτωμάτων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας σύντομης βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αναφορικά με τα επίπεδα της σωματικής και ψυχικής υγείας των φροντιστών ασθενών με ψυχωτικά συμπτώματα, τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία των φροντιστών φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά από την παροχή φροντίδας (Cagueo-Urizal et al., 2009).

Η ψυχολογική εξάντληση που βιώνουν, πολλές φορές οδηγεί τους φροντιστές ασθενών με ψυχώσεις σε σωματικά προβλήματα. Ειδικότερα, στις περιπτώσεις ασθενών με χρόνια ψυχωτική συνδρομή, είναι σύνηθες οι συγγενείς πρώτου βαθμού να παρουσιάζουν κάποια σωματικά προβλήματα υγείας. Μάλιστα αναφέρεται ότι ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 70% του δείγματος των οικογενειών με μέλος με χρόνια ψυχωτική συνδρομή.

Πιθανή αιτία για αυτό θεωρείται η μείωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος λόγω του χρόνιου στρες που υποβάλλονται από τη συμβίωση και την παροχή φροντίδας στο άτομο με χρόνια ψυχωτική συνδρομή (Holden & Levine, 1982, Kiecolt –Glaser et al, 1991). Κάτι που είναι πολλές φορές δυσάρεστο, κουραστικό και εξαντλητικό .

Σε ότι αφορά τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι φροντιστές ψυχωτικών ασθενών σε αυτά συμπεριλαμβάνονται το άγχος και η κατάθλιψη, καθώς επίσης και ψυχολογική πίεση και δυσφορία. Ακόμη και σε εκείνες τις περιπτώσεις ωστόσο, που δεν εμφανίζεται κάποιο

σοβαρό σύμπτωμα ψυχικής υγείας στους φροντιστές λόγω της πίεσης που επιφέρει ο ρόλος τους, τα επίπεδα ψυχικής υγείας και ευεξίας τους φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χαμηλά (Στελούδη, 2007). Η διαδικασία της φροντίδας ενός ατόμου με ψυχωσική συνδρομή μπορεί να καταλήξει πολλές φορές να είναι κουραστική και στρεσογόνα εμπειρία (Schulz-Martine, 2004).

Τα αρνητικά συναισθήματα που εγείρονται από τη χρονιότητα της διαδικασίας αυτής μπορεί να οδηγήσει έναν φροντιστή στην ψυχολογική του εξάντληση.

3.7.2. Ανάγκες υγείας των φροντιστών υπό το πρίσμα του Κοινωνικού Μοντέλου

Η υγεία θεωρείται στα πλαίσια του Κοινωνικού Μοντέλου, μια συνθήκη ευεξίας και ευημερίας η οποία εξαρτάται τόσο από εσωτερικούς όσο και εξωτερικούς του ατόμου παράγοντες. Σύμφωνα με τον Torrey (2006), η παρουσία ενός ατόμου με ψύχωση ή διπολική διαταραχή στην οικογένεια επιφέρει πολλών ειδών πιέσεις στους φροντιστές του ατόμου αυτού, πιέσεις οι οποίες επιδρούν τόσο στους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς προσδιοριστές της υγείας τους, επιφέροντας σημαντικές δυσκολίες σε όλους εκείνους τους παράγοντες που καθορίζουν τα επίπεδα τα επίπεδα υγείας τους και την ποιότητα ζωής τους.

Εσωτερικοί κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας των φροντιστών

Οι εσωτερικοί προσδιοριστές της υγείας των φροντιστών σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο έχει καταφέρει να ασκεί έλεγχο στο περιβάλλον του και να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις.

A. Αυτοεκτίμηση

Σύμφωνα με τον Rosenberg, ο όρος αυτοεκτίμηση αναφέρεται στη θετική ή αρνητική στάση ενός ατόμου απέναντι στον εαυτό του. Το συναίσθημα αυτό καθορίζεται από μια δυναμική διαδικασία μέσα από τις διάφορες εμπειρίες του ατόμου. Από την οπτική του William James, η αυτοεκτίμηση αποτελεί την απόσταση μεταξύ του ιδανικού και του αντιληπτού εαυτού.

Η αυτοεκτίμηση αποτελεί έναν παράγοντα που συνδέεται άρρηκτα με τις αντιδράσεις των φροντιστών, τόσο στη διαχείριση του άγχους τους όσο και σε απειλητικές ή δύσκολες περιπτώσεις, που πιθανόν θα αντιμετωπίσουν. Η αυτοεκτίμηση αποτελεί ένα από τους παράγοντες που καθορίζουν ποιες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και διαχείρισης

προκλήσεων που ο ρόλος τους δημιουργεί θα επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν (Saunders, 2003).

Ο παράγοντας της αυτοεκτίμησης φαίνεται να συνδέεται με τα επίπεδα της ευτυχίας που βιώνουν οι φροντιστές των ασθενών με ψυχώσεις, ο βαθμός αυτός ευτυχίας των φροντιστών καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σε πολλές περιπτώσεις, οι γονείς φαίνεται να τρέφουν και συναισθήματα αυτομομφής, κυρίως για τον τρόπο που χειρίστηκαν την κατάσταση οι γονείς συχνά κατηγορούν τους εαυτούς τους ότι δεν αναζήτησαν έγκαιρα βοήθεια, ή ότι δεν πρόσφεραν στα παιδιά τους όλα όσα χρειάζονταν ώστε να αποφευχθεί η εμφάνιση της ψυχικής νόσου.

B . Διαχείριση άγχους

Ο ρόλος το άτυπου φροντιστή αποτελεί ένα πολύπλοκο και δύσκολο έργο. Είναι σύνηθες οι φροντιστές να βιώνουν άγχος. Επίσης σε πολλές περιπτώσεις οι άτυποι φροντιστές δεν έχουν λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση που θα τους βοηθούσε στην αποτελεσματικότερη και με τη μικρότερη ψυχική επιβάρυνση για τους ίδιους ανάληψη ευθυνών που συνοδεύουν το ρόλο τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, το- συχνά χρόνιο άγχος που βιώνουν οι φροντιστές που έχουν αναλάβει την ευθύνη να καλύπτουν τις ανάγκες του συγγενή τους που δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί επηρεάζει την υγεία τους σε τρεις τομείς:

- Το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας (το βαθμό δηλαδή στον οποίον οι ίδιοι οι φροντιστές αξιολογούν την υγεία τους ως καλή ή κακή).
- Την επιλογή και εφαρμογή βοηθητικών (ή μη) για την υγεία ατομικών συμπεριφορών (Κάπνισμα)

Τη συχνότητα με την οποία χρησιμοποιούν τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας

Γ. Κοινωνικές σχέσεις και Ψυχολογική στήριξη

Ως κοινωνική υποστήριξη ορίζεται η διαθέσιμη στήριξη του ατόμου από τους κοινωνικούς δεσμούς με άλλα άτομα. Η κοινωνική στήριξη έχει μεγάλη επίδραση στην υγεία του ατόμου. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι τα άτομα με περισσότερους κοινωνικούς δεσμούς, έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής, καθώς και μικρότερο κίνδυνο παθήσεων, ενώ η ανεπαρκής κοινωνική στήριξη, αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την υγεία (House, Landis & Umberson, 1988).

Επίσης οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να λειτουργήσουν βοηθώντας τους εξωτερικούς προσδιοριστές της υγείας, όπως το επάγγελμα ή την χρηματική ή υλική βοήθεια. Ειδικότερα, οι φροντιστές ασθενών με ψυχώσεις μπορούν να δεχτούν βοήθεια από άτομα του στενού τους περιβάλλοντος (συγγενείς, φίλοι, γείτονες) μέσω οικονομικής βοήθειας ή μέσω μοιράσματος κάποιων ευθυνών που απαιτεί ο ρόλος του φροντιστή. Με τον τρόπο αυτό ο φροντιστής μπορεί να αισθάνεται καλύτερα ψυχολογικά, νιώθοντας ασφάλεια υποστήριξης, αλλά και λόγω της ελάφρυνσης των βαρών της φροντίδας.

Ακόμα, οι κοινωνικοί δεσμοί μπορούν να παρέχουν στον φροντιστή πληροφόρηση και συμβουλευτική. Ειδικότερα, οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να βοηθήσουν στην ενημέρωση σχετικά με την πρόσβαση ή άλλες λεπτομέρειες των συστημάτων υγείας, θεραπειών ή νέων δεδομένων σχετικά με τη νόσο και την αντιμετώπισή της (Folland, 2008).

Ένα ερώτημα που εγείρεται ωστόσο, για τη σημαντικότητα των κοινωνικών σχέσεων στην υγεία των φροντιστών, αφορά στο βαθμό στον οποίο είναι πράγματι εφικτό να αποκτήσει και να διατηρήσει ένας φροντιστής πολλές και σταθερές σχέσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, η ανάληψη του ρόλου του κύριου άτυπου φροντιστή ενός ψυχωτικού ασθενή επιφέρει σημαντική μείωση τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα των κοινωνικών σχέσεων του φροντιστή. Σε πολλές περιπτώσεις, οι φροντιστές προσπαθούν να μοιράσουν τον χρόνο τους ανάμεσα στη φροντίδα του ασθενούς και τις επαγγελματικές ή οικογενειακές υποχρεώσεις τους, μια συνθήκη που λιγοστό χρόνο αφήνει για να τον αφιερώσει ο φροντιστής σε κοινωνικές δραστηριότητες (Chan, 2011).

Εξωτερικοί Κοινωνικοί Προσδιοριστές της υγείας των φροντιστών

Οι εξωτερικοί προσδιοριστές της υγείας σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο, αφορούν σε έξω-ατομικούς παράγοντες που συνδέονται και καθορίζουν τα επίπεδα υγείας. Στους παράγοντες αυτούς προσθέσαμε και το στίγμα που επιφέρει η διάγνωση μιας ψυχικής νόσου τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για την οικογένειά του, καθώς υποθέτουμε ότι η ψυχική δυσφορία και επιβάρυνση που το στίγμα προκαλεί επιδρά σε σημαντικό βαθμό στα επίπεδα της σωματικής και ψυχικής υγείας των φροντιστών ασθενών με ψυχώσεις-Διπολική διαταραχή.

A. Εισόδημα και επάγγελμα

Εργασία ορίζεται κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα που ασκείται με στόχο τη δημιουργία ενός χρήσιμου για το άτομο αποτελέσματος. Τα οφέλη της εργασίας για τον άνθρωπο είναι πολλά

και αφορούν διάφορες πτυχές της ζωής όπως τις υλικές-οικονομικές, καθώς και τις κοινωνικές, ψυχολογικές.

Μέσα από την εργασία το άτομο αμείβεται με το μισθό του με τον οποίο καλείται να ανταπεξέλθει στις βιοποριστικές ανάγκες του ίδιου ή και της οικογένειάς του. Αυτή η ανάγκη είναι ιδιαίτερα σημαντική και αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ποιότητα της ζωής του κάθε ανθρώπου.

Επιπρόσθετα, η σχέση ανάμεσα στην εργασία και την ψυχική ισορροπία είναι άμεση και άρρηκτη. Διότι η εργασία δεν αποτελεί μόνο μέσο για τη βιολογική επιβίωση και το βιοπορισμό του ατόμου, αντίθετα, αποτελεί βασικό παράγοντα εξασφάλισης της αποδοχής του ατόμου από το κοινωνικό του σύνολο, αλλά και της διαφοροποίησής του από αυτό. Μέσα από την επαγγελματική δραστηριότητα το άτομο βιώνει « αυτοπραγμάτωση» και έχει τη ευκαιρία να ξεδιπλώνει και αναδεικνύει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (Λιάντας, 2000).

Το θέμα της εργασίας για τους φροντιστές των ασθενών με ψυχώσεις αποτελεί ένα σύνθετο ζήτημα. Αρχικά μπορεί να βιώνουν οικονομική επιβάρυνση. Η επιβάρυνση αυτή είναι πιθανό να οφείλεται στην έλλειψη χρόνου, αλλά και στην έλλειψη για εξέλιξη στον εργασιακό του χώρο. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σύμφωνα με στοιχεία του OECD (2011) οι φροντιστές που δεν αμείβονται για την παροχή φροντίδας και βρίσκονται σε ενεργή ηλικία έχουν μεγάλες πιθανότητες να βιώσουν κίνδυνο φτώχειας.

Η οικονομική υποστήριξη των φροντιστών αποτελεί πλέον επιτακτική ανάγκη. Οι περισσότεροι άτυποι φροντιστές αντιμετωπίζουν οικονομική επιβάρυνση και θα πρέπει να καλύπτονται από ειδική νομοθετική ρύθμιση οικονομικής υποστήριξης.

B. Ελεύθερος χρόνος και ξεκούραση

Η έννοια του ελεύθερου χρόνου, αναφέρεται στον χρόνο μέσα στον οποίο το άτομο λαμβάνει ικανοποίηση, αδράνεια, έλλειψη υποχρέωσης και ελευθερία, ειδικότερα αφορά δραστηριότητες όπως αυτές που γίνονται στο χώρο κατοικίας, στην αγορά αγαθών και υπηρεσιών, την άσκηση, την κοινωνική ζωή, τις τέχνες, τα γράμματα, τον τουρισμό, τον εθελοντισμό (Κουθούρης, 2009).

Γίνεται σαφές από τα παραπάνω, ότι ο ελεύθερος χρόνος στις μέρες μας αποτελεί ένα πολύτιμο αγαθό, το οποίο οι άνθρωποι καλούνται να αξιοποιήσουν σωστά. Ακόμα πιο δύσκολη είναι η αξιοποίηση και η διαχείριση του χρόνου στις περιπτώσεις των φροντιστών.

Ειδικότερα, στους φροντιστές ατόμων ασθενών με ψυχώσεις- διπολική διαταραχή συχνά υπάρχει έλλειψη προσωπικής ξεκούρασης, με αποτέλεσμα τη μη αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και την απουσία διακοπών. Επιπρόσθετα, η δαπάνη χρόνου σε κοινωνικές δραστηριότητες ή δραστηριότητες αναψυχής μπορεί να χρησιμεύσει ως ευκαιρία για τον φροντιστή να αποσπάσει τον εαυτό του από το δυνητικά δύσκολο καθήκον φύλαξης και με την αλλαγή παραστάσεων να ξεκουραστεί.

Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου φαίνεται να επηρεάζει και την κοινωνική ζωή των φροντιστών. Η συνθήκη αυτή τους οδηγεί συχνά σε απομόνωση από τον κοινωνικό του περίγυρο και τη διακοπή δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχουν με ευχαρίστηση πριν αναλάβουν το ρόλο του φροντιστή (Dunn & Strain, 2001).

Γ. Στίγμα ψυχικής ασθένειας

Το στίγμα αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό εξωτερικό προσδιοριστή, με εσωτερικές και εξωτερικές προεκτάσεις. Πολλές φορές ο φροντιστής ατόμων με ψυχωτική συνδρομή, επωμίζεται τις κοινωνικές προκαταλήψεις και βιώνει το κοινωνικό στίγμα, που σχετίζεται με την ψυχική νόσο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνει τις κοινωνικές του δραστηριότητες. Η προσπάθεια απόκρυψης του προβλήματος, πολλές φορές οδηγεί τους φροντιστές ατόμων με ψυχώσεις στην απομόνωση (Cagueo-Urizal et al., 2009).

Δ. Εκπαίδευση και κατάρτιση

Ένα τελευταίο είδος αναγκών των φροντιστών, με ψυχώσεις, διπολική διαταραχή αποτελούν οι ανάγκες εκπαίδευσης και κατάρτισης. Η κατάλληλη εκπαίδευση καθιστά τους φροντιστές πιο ικανούς στο ρόλο τους, αλλά και πιο ανθεκτικούς στις πιέσεις που δέχονται

Η ελλιπής εκπαίδευση των φροντιστών σε τεχνικές που θα τους επιτρέπουν να είναι πιο αποτελεσματικοί και να ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους με λιγότερο κόπο, συνδέεται με χρόνιο άγχος και τις επιπτώσεις που αυτό έχει στην ψυχική τους υγεία. Ως εκ τούτου, θεωρούμε πως η ελλιπής εκπαίδευση και κατάρτιση αποτελεί ένα παράγοντα που μπορεί να επιδράσει αρνητικά στα επίπεδα υγείας των φροντιστών.

II. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μετρήσουμε την κοινωνική λειτουργικότητα σε ασθενείς με ψυχώσεις -Διπολική διαταραχή στην Ψυχιατρική Κλινική –Κινητή Μονάδα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και πως αυτή σχετίζεται με την ψυχική τους υγεία και λειτουργικότητα.

Με την παρούσα εργασία επιχειρείται να υπογραμμιστεί η πολυπαραγοντική φύση της κοινωνικής λειτουργικότητας και να εξεταστούν πιθανοί καθοριστικοί παράγοντες της κοινωνικής δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή. Έμφαση δίνεται στην περιγραφή των κοινωνικών γνωστικών ελλειμμάτων που ίσως προκύψουν.

Γενικοί στόχοι της μελέτης είναι:

- Η εκτίμηση του μεγέθους της έκπτωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας στους ασθενείς με ψυχώσεις (σχιζοφρένεια και Διπολική διαταραχή).
- Η σύγκριση του βαθμού της κοινωνικής λειτουργικότητας σε ασθενείς με ψυχώσεις (σχιζοφρένεια και Διπολική διαταραχή).
- Η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην μείωση της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα

- Διαφοροποιείται η κοινωνική λειτουργικότητα σε σχέση με το φύλο.
- Σχετίζεται ο βαθμός κοινωνικής λειτουργικότητας με τη διάρκεια (σε έτη) που νοσεί το άτομο.
- Σχετίζεται ο βαθμός κοινωνικής λειτουργικότητας με την ηλικία τόσο του ασθενή όσο και του φροντιστή;
- Σχετίζεται η κοινωνική λειτουργικότητα με την ανθεκτικότητα του φροντιστή;
- Διαφέρει ο βαθμός κοινωνικής λειτουργικότητας σε άτομα που έχουν υποστηρικτικά δίκτυα (οικογένεια , φροντιστές) από τα άτομα που δεν έχουν υποστηρικτικά δίκτυα.

- Πως επηρεάζεται, η κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς με ψύχωση από την λειτουργικότητα της οικογένειας.
- Πως και αν επηρεάζεται η κοινωνική λειτουργικότητα με βάση τη σχέση με το φροντιστή.
- Σχετίζεται ο βαθμός της κοινωνικής λειτουργικότητας ανάλογα με το ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα.
 - Σχετίζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών με την κοινωνική λειτουργικότητα.
 - Σχετίζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των φροντιστών με την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή.

4.2. Πληθυσμός μελέτης και δείγμα

Ο πληθυσμός μελέτης είναι όπως ορίζεται από τον τίτλο της εργασίας μας οι ασθενείς με ψυχώσεις (σχιζοφρένεια, ή διπολική διαταραχή), οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης ή εξυπηρετούνται από την Κινητή Μονάδα της ψυχιατρικής κλινικής σε όλο τον Νομό Ηρακλείου. Το τελικό δείγμα, αποτέλεσαν 200 ασθενείς με ψυχώσεις (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή) και οι φροντιστές τους. Η επιλογή του δείγματος έγινε με σκόπιμη μη τυχαία δειγματοληψία. Ως όριο συμμετοχής τέθηκε να είναι άτομα ενήλικα από 18 ετών και άνω.

4.3. Το ερωτηματολόγιο

Ως μέθοδος έρευνας έχει επιλεγεί η ποσοτική έρευνα. Το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή δεδομένων είναι το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δυο κλίμακες μέτρησης της Κοινωνικής Λειτουργικότητας (SFS&GAF), η κλίμακα PANSS της ψυχοπαθολογίας, η κλίμακα Zarit Burden Interview για την επιβάρυνση των φροντιστών, η κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας (Brief Resilience scale). Επίσης καταγράφηκαν τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του ασθενή και του φροντιστή. α) Για τον ασθενή καταγράφηκαν: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών και ο αριθμός των παιδιών, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ύπαρξη προνομιακού επιδόματος, το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα. β) Για τον φροντιστή οι μεταβλητές ενδιαφέροντος ήταν: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασία, το είδος εργασίας, η

οικονομική κατάσταση, η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας και ποιός, η σχέση με τον ασθενή, η μορφή διαβίωσης με τον ασθενή, τα έτη φροντίδας του ασθενή και ημερήσιες ώρες φροντίδας με τον ασθενή, βοήθεια από άλλο άτομο, εμπόδιο για εργασία, επάρκεια στην ενημέρωση για την ασθένεια, ανάγκη για ύπαρξη ειδικής εκπαίδευσης.

4.3.1. Κλίμακες με πληροφορίες για τον ασθενή

α) Η κλίμακα ψυχοπαθολογίας (PANSS)

Για τη μέτρηση της ψυχοπαθολογίας του ασθενή χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη κλίμακα (PANSS) από παλαιότερες έρευνες του κ. Π. Σίμου, Καθηγητή Νευροψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, ερωτηματολόγιο το οποίο διαμορφώθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας κλίμακα ψυχοπαθολογίας PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) είναι μια εξειδικευμένη κλίμακα για την μέτρηση της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με σχιζοφρένεια και χωρίζεται ανάλογα με τη συμπτωματολογία σε θετική και αρνητική. Επίσης υπάρχουν ερωτήσεις που αναφέρονται στην γενική ψυχοπαθολογία. Η κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις (7 για την θετική υποκλίμακα και 7 για την αρνητική υποκλίμακα), ενώ οι υπόλοιπες 16 αφορούν την γενική ψυχοπαθολογία. Η κλίμακα είναι 7-βάθμια τύπου Likert (1=απόν σύμπτωμα, 2=μικρή, 3=ήπια, 4=μέτρια, 5=σοβαρή, 6=σοβαρή, 7=εξαιρετικής έντασης συμπτωματολογία). Από την άθροιση των ερωτήσεων προκύπτουν τρεις βαθμολογίες μία για τα αρνητικά συμπτώματα(αρνητική PANSS), μια για τα θετικά συμπτώματα(θετική PANSS) και μια για την γενική συμπτωματολογία. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 7-49 για την θετική και αρνητική ψυχοπαθολογία και από 16-112 για την γενική. Σε αρκετές περιπτώσεις υπολογίζεται μια διαφορά μεταξύ αρνητικών και θετικών βαθμολογιών ψυχοπαθολογίας που κυμαίνεται από -42 έως 42 το οποίο αναδεικνύει την ύπαρξη θετικής (αρνητικές βαθμολογίες) και αρνητικής ψυχοπαθολογίας (Cry, 1987).

β) Η κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας (SFS)

Η κλίμακα SFS (Social Functioning Scale) είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα ανεπτυγμένη για την εκτίμηση της κοινωνικότητας των ατόμων με σχιζοφρένεια ή παρόμοιες διαταραχές. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 79 ερωτήσεις με διάφορες κλίμακες με στόχευση την μέτρηση των κοινωνικών δραστηριοτήτων και της απόδοσης των

ασθενών. Το σύνολο των ερωτήσεων μπορεί να καταταχθεί σε 7 υποκλίμακες από τις οποίες χρησιμοποιήθηκαν οι 6, εκτός της εργασίας/απασχόλησης λόγω του ότι μόνο 35 άτομα από του συμμετέχοντες εργάζονταν : Η πρώτη υποκλίμακα ήταν της Απόσυρσης (withdrawal), η 2^η των Διαπροσωπικών σχέσεων (Interpersonal), η 3^η των κοινωνικών (ψυχοκοινωνικών) χαρακτηριστικών (Pro social), η 4^η αφορά την Αναψυχή/Διασκέδαση (Recreation), η 5^η την Ανεξαρτησία (Independence-Competence) και η 6^η την Ανεξαρτησία/Απόδοση (Independence-Performance). Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις είναι σε 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert με τιμές από 0 έως 3 (όπου 0=σχεδόν ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές και 3=συχνά). Όσο υψηλότερο σκορ τόσο καλύτερη η λειτουργικότητα του ασθενή. Οι τιμές των κλιμάκων εσωτερικής συνέπειας Cronbach's κυμάνθηκαν στο 0,82 για το σύνολο της κλίμακας και από 0,57 συμπληρωνόταν τόσο από τον φροντιστή όσο και από τον εξυπηρετούμενο (Birch wood et al, 1990).

γ) Η κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας (FAS)

Η κλίμακα FAS είναι και αυτή μια κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας αρκετά όμως πιο αδρή από την κλίμακα SFS που αναλύθηκε παραπάνω. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις 5-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert με τιμές από 0 έως 4 (0 και I-IV). Όσο υψηλότερη η επιλεγόμενη τιμή τόσο καλύτερη και η κοινωνική λειτουργικότητα. Οι ερωτήσεις αφορούν απλές πλευρές της καθημερινής λειτουργικότητας όπως ψώνια, προετοιμασία φαγητού, ένδυση, ιατρικές επισκέψεις κ.ά. Από την άθροιση των 10 ερωτήσεων προκύπτει μια κλίμακα με τιμή που κυμαίνεται από 0 έως 40. Η κλίμακα εσωτερικής συνέπειας ήταν 0,801.

4.3.2. Κλίμακες με πληροφορίες για τον φροντιστή

α) Η κλίμακα της επιβάρυνσης του φροντιστή (ZARIT)

- Η κλίμακα ZARIT Burden Interview είναι μια γνωστή κλίμακα που εφαρμόζεται για την μέτρηση της επιβάρυνσης των φροντιστών, δηλαδή ατόμων που έχουν ευθύνη σε άτομα με αναπηρία ή άτομα με προβλήματα υγείας γενικότερα και ψυχικής υγείας ειδικότερα. Η Κλίμακα αποτελείται από 29 ερωτήσεις. Η Κλίμακα των ερωτήσεων είναι Η κοινωνική λειτουργικότητα έχει μελετηθεί με διάφορες κλίμακες. Μια από αυτές είναι η «Κλίμακα

Αυτοαξιολόγησης της Κοινωνικής Προσαρμογής», η οποία εξετάζει τα κίνητρα αλλά και τις συμπεριφορές που έχουν σχέση με την εργασία και τα οικιακά, την ικανοποίηση από την εργασία, τα ενδιαφέροντα ελεύθερου χρόνου, την ποιότητα του ελεύθερου χρόνου, τις συμπεριφορές αναζήτησης οικογένειας και διαπροσωπικών σχέσεων, την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων, την κοινωνικότητα, την ποιότητα και την εκτίμηση εξωτερικών σχέσεων, την κοινωνική ελκυστικότητα και συμμόρφωση, την συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, στην κοινωνική περιέργεια, στα πνευματικά ενδιαφέροντα, τις δυσκολίες στην επικοινωνία, την ευαισθησία στην απόρριψη, τη ματαιοδοξία, τις δυσκολίες στην αντιμετώπιση των πόρων και τον έλεγχο του περιβάλλοντος τύπου Likert με τιμές από 0 έως 4 (όπου 0=Ποτέ, 1=Σπάνια, 2=Μερικές φορές 3=Αρκετά συχνά και 4=Σχεδόν πάντα). Όλες οι ερωτήσεις έχουν θετική κατεύθυνση, δηλαδή οι μεγαλύτερες τιμές σημαίνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση, χωρίς αναστροφες ερωτήσεις. Από την άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων προκύπτει μια συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται από 0-88. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέφειας των δημιουργών υπολογίστηκε σε 0,920 με της παρούσας μελέτης να είναι στο 0,967. Όσο υψηλότερο σκορ στην κλίμακα τόσο μεγαλύτερη είναι η επιβάρυνση των φροντιστών(Birch wood et al, 1990).&(Reeve & Bach-Peterson, 1980).

β) Η κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας (BRS)

Η κλίμακα BRS (Brief Resilience Scale) δημιουργήθηκε για να μετρήσει την λαμβανόμενη ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων σε καταστάσεις στρες. Οι 6 ερωτήσεις που αποτελούν την κλίμακα είναι τρεις (ερωτήσεις 1, 3, 5) με «θετική» κατεύθυνση, δηλαδή υψηλές τιμές αντιστοιχούν σε μεγάλη ανθεκτικότητα και οι άλλες τρεις ερωτήσεις (2, 4, 6) με «αρνητική» κατεύθυνση. Η κλίμακα είναι 5-βάθμια τύπου Likert (όπου 1=Διαφωνώ πολύ, 2=Διαφωνώ, 3=Ουδέτερος/η, 4=Συμφωνώ, και 5=Συμφωνώ πολύ). Από την άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων προκύπτει μία βαθμολογία από 6 έως το 30. Όσο υψηλότερο στο σκορ στην κλίμακα τόσο μεγαλύτερη η ανθεκτικότητα (resilience). Ο συντελεστής εσωτερικής συνέφειας υπολογίστηκε από τον κατασκευαστή σε $\alpha=0,71$, ενώ από τα δεδομένα της εργασίας ο συντελεστής υπολογίστηκε σε $\alpha=0,840$ (Smith et al, 2008).

4.4. Διαδικασία συλλογής των Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Απρίλιο του 2019 έως τον Σεπτέμβριο του 2020. Όπως προαναφέρθηκε στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 200 ασθενείς με ψυχώσεις (σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή) και οι φροντιστές τους. Οι ασθενείς του δείγματος νοσηλεύτηκαν το συγκεκριμένο διάστημα στην ψυχιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ και στη συνέχεια θα επέστρεφαν στην γεωγραφική κοινότητα στην οποία ανήκουν και στο οικογενειακό –υποστηρικτικό τους δίκτυο.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές:

α) 1^η φάση: κατά την είσοδο του ασθενούς στην κλινική μετρήθηκε η πρότερη κοινωνική του λειτουργικότητα όπως αυτή καταγράφεται από μέλος της οικογένειάς του, (πριν την νοσηλεία). Επίσης στις κλίμακες κοινωνικής λειτουργικότητας απάντησε ο ίδιος ο ασθενής ή ο φροντιστής του (κατά την πρώτη ή δεύτερη ημέρα της νοσηλείας).

2^η φάση: Η κλίμακα ψυχοπαθολογίας συμπληρωνόταν κάθε φορά πριν την έξοδο του ασθενούς από την Ψυχιατρική Κλινική από τον εκάστοτε θεράποντα ιατρό.

3^η φάση: η μέτρηση της κοινωνικής λειτουργικότητας έγινε δυο μήνες μετά την επιστροφή του ασθενή στην οικογένεια-κοινότητα. Στην 3^η φάση απάντησαν τόσο ο ασθενής όσο και μέλος της οικογένειας το οποίο είχε την φροντίδα του. Σε αυτή τη φάση μετρήθηκε επίσης η κλίμακα ψυχοπαθολογίας από τον θεράποντα Ιατρό (**Πίνακας 1**).

Πίνακας 1 Χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια ανά φάση μέτρησης

	1 ^η Φάση	2 ^η Φάση	3 ^η Φάση
Ψυχοπαθολογία PANSS	-	+	+
Resilience RBS	+	-	-
Κοινωνική Λειτουργικότητα SFS	+	-	+
Κοινωνική Λειτουργικότητα FAS	+	-	+
Επιβάρυνση φροντιστών (ZBI)	+	-	-

Οι δυσκολίες της έρευνας

Οι περιορισμοί που υπήρχαν στην συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι το δείγμα ήταν μεγάλο (200), άτομα με ψυχώσεις-διπολική διαταραχή και (200) άτομα φροντιστές. Έγινε σε τρεις φάσεις και απαιτούσε πολύ χρόνο η χορήγηση του ερωτηματολογίου, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών (ασθενείς σε υποτροπή) και φροντιστές (σε κατάσταση βαθύτατου υποφέρειν), λόγω της κρίσης στην Οικογένεια.

Η συγκέντρωση των δεδομένων απαιτούσε στην Τρίτη φάση να επισκεφτώ δύο μήνες μετά το εξιτήριο από την ψυχιατρική κλινική τον κάθε ασθενή και την οικογένεια του στην οικία τους με προκαθορισμένο ραντεβού για την μέτρηση της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Η συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου έπαιρνε από 15 έως 20 λεπτά και δίνονταν η δυνατότητα στους συμμετέχοντες, όταν δεν το επιθυμούσαν, να μην απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις καθώς και να διακόψουν τη συμμετοχή τους οποιαδήποτε στιγμή. Παράλληλα υπήρξε η παράκληση σε περίπτωση οποιασδήποτε δυσφορίας από πλευράς του συμμετέχοντα, να διακοπεί η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι συμμετέχοντες συναίνεσαν στη δήλωση γραπτής συγκατάθεσης ενημέρωσης και οι απαντήσεις τους στους θεματικούς άξονες, διασφαλιζόνταν από εχεμύθεια και ανωνυμία.

4.5. Δεοντολογικά ζητήματα

Σύμφωνα με τους υφιστάμενους κανόνες βιοηθικής και δεοντολογίας στην έρευνα, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εγγράφως για το σκοπό της παρούσας ερευνητικής εργασίας και έδωσαν την προφορική συγκατάθεσή τους. Η συμμετοχή των ασθενών και των φροντιστών τους ήταν εθελοντική και ήταν δική τους απόφαση αν θα απαντούσαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ή όχι. Επίσης ζητήθηκε και δόθηκε άδεια διεξαγωγής της έρευνας από τον Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής, το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

Προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα εξασφαλίσαμε την ανωνυμία των συμμετεχόντων και το απόρρητο των απαντήσεών τους. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι δεν υπάρχουν σωστές οι λανθασμένες απαντήσεις και ότι οποιαδήποτε απάντηση κι αν μας δώσουν δεν θα ανακοινωθεί σε τρίτους, αλλά αντίθετα θα καταγραφεί μόνο για το σκοπό της μελέτης. Επίσης διασφαλίστηκε ότι οι συμμετέχοντες μέσω της χορήγησης του ερωτηματολογίου δεν θα υποστούν κάποια βλάβη.

4.5. Στατιστική Ανάλυση

Όσες από τις μεταβλητές ήταν κατηγορικές εκφράστηκαν με τη μορφή συχνότητας (%), ενώ οι συνεχείς μεταβλητές με τη μορφή μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης. Οι βαθμολογίες που προέκυψαν από τις χρησιμοποιούμενες κλίμακες όπως ZARIT, Resilience, FAS κ.ά. παρουσιάζονται με την μορφή μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης.

Ο συντελεστής alpha του Cronbach's χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων, ενώ ο συντελεστής Kolmogorov-Smirnov για τον έλεγχο της κανονικότητας των μετρήσεων. Ο έλεγχος t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση διαφορών μεταξύ δύο ομάδων ή ο αντίστοιχος μη παραμετρικός Mann-Whitney. Οι συντελεστές r του Pearson ή του Spearman χρησιμοποιήθηκαν για την συσχέτιση δύο συνεχών μεταβλητών, ενώ ο συντελεστής χ^2 -του Pearson χρησιμοποιήθηκε για την συσχέτιση κατηγορικών μεταβλητών. Ως όριο σημαντικότητας τέθηκε το $\alpha=0,05$.

Η γραφική αναπαράσταση των δεδομένων έγινε με διαγράμματα διασποράς, θηκογράμματα, ραβδογράμματα και κυκλικά διαγράμματα. Η καταχώριση των δεδομένων έγινε σε ειδικά διαμορφωμένο υπολογιστικό φύλο EXCEL 365, ενώ η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 24.0.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον **Πίνακα 2** παρουσιάζονται ορισμένα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν τόσο τον ασθενή όσο και τον φροντιστή. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (ασθενής-φροντιστής) διαμένουν σε πόλη άνω των 10,000 κατοίκων 104 (54,5%). Οι ασθενείς δεν έχουν παιδιά για το 70,7% (135 άτομα), ενώ κοινωνικό επίδομα ΚΕΑ λαμβάνουν 49 άτομα 63,6% και προνομιακό 27 (35,1%) από τους 66 που λαμβάνουν επίδομα. Έγγαμοι ήταν 32 (16,8%) των ασθενών και 140 (74,1%) των φροντιστών. Το ατομικό εισόδημα δεν ξεπερνά τα 800 € για το 73,7% των ασθενών (0-399 € το 53,3%), ενώ το αντίστοιχο οικογενειακό παρουσιάζει την μεγαλύτερη συχνότητα για 1200-1599 € (49, 43,0%).

Σε ότι αφορά τους φροντιστές 128 άτομα (66,7%) εργάζονται, ενώ η πιο συχνή απάντηση 105 (55,0%) για την οικονομική τους κατάσταση ήταν μέτρια.

Οι άνδρες ασθενείς είναι η πλειοψηφία με 117 (60,9%) άτομα, ενώ η πλειοψηφία των φροντιστών είναι γυναίκες 132 (69,1%). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 38,6 (13,3) έτη με

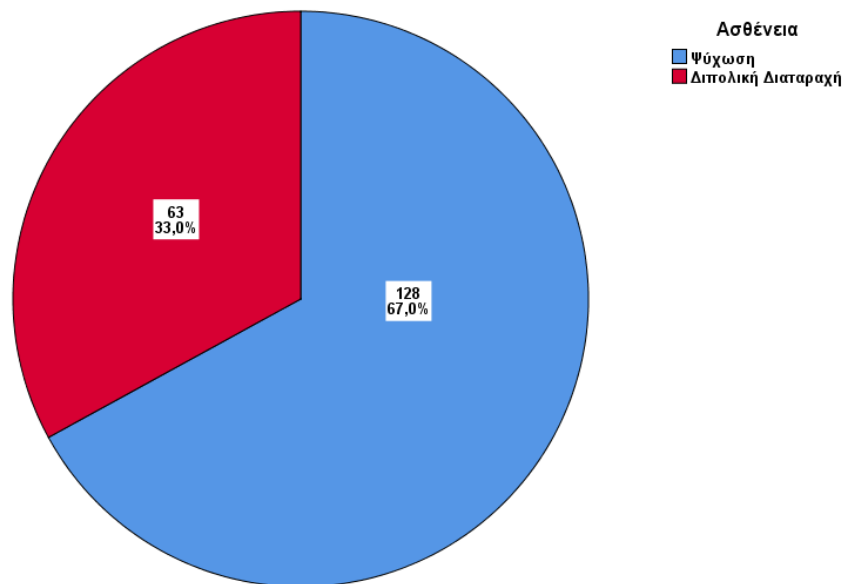
εύρος από 19-86 ετών, ενώ των φροντιστών ήταν 54,4 (15,7) με εύρος από 23-97 έτη. Άγαμοι είναι 129 (67,5%) από τους ασθενείς, ενώ στους φροντιστές 140 (74,1%) είναι έγγαμοι. Ως προς την εκπαίδευση οι περισσότεροι από τους ασθενείς είναι απόφοιτοι Λυκείου (95, 49,5%), ενώ 48 (25,0%) άτομα έχουν Master/PhD. Η αντίστοιχη κατανομή των φροντιστών παρουσίασε 76 (39,6%) απόφοιτους Λυκείου και 38 (19,8%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Πίνακας 2 Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών και φροντιστών τους

		Ασθενής		Φροντιστής	
		N	%	n	%
Φύλο	Άνδρας	117	60,9%	59	30,9%
	Γυναίκα	75	39,1%	132	69,1%
	Άγαμος/-η	129	67,5%	18	9,5%
Οικογενειακή κατάσταση	Συμβίωση	11	5,8%	-	-
	Έγγαμος/-η	32	16,8%	140	74,1%
	Διαζευγμένος/-η/Χήρος	19	9,9%	28	12,7%
	Άλλο	0	0,0%	7	3,7%
	Έως Δημοτικό	30	15,6%	34	17,7%
Εκπαίδευση ασθενή	Γυμνάσιο	19	9,9%	44	22,9%
	Λύκειο/ΙΕΚ	95	49,5%	76	39,6%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	48	25,0%	38	19,8%
Μόνιμη Διαμονή (κάτοικοι)	Αγροτικός (<2000)	43	22,5%	43	22,5%
	Ημιαστικός (2000-9999)	44	23,0%	44	23,0%
	Αστικός (10000+)	104	54,5%	104	54,5%
Παιδιά	Όχι	135	70,7%		
	1	24	12,6%		
	2	24	12,6%		
	3	5	2,6%		
	4	3	1,6%		
Επιδόματα	Προνομιακό	27	35,1%		
	ΚΕΑ	49	63,6%		
Εισόδημα Ατομικό	0-399 €	89	53,3%		
	400-799 €	34	20,4%		
	800-1199 €	27	16,2%		
	1200-1599 €	14	8,4%		
	1600€+	3	1,8%		
	0-399 €	4	3,5%		
Εισόδημα Οικογενειακό	400-799 €	3	2,6%		
	800-1199 €	35	30,7%		
	1200-1599 €	49	43,0%		
	1600€+	23	20,2%		
	Όχι			64	33,3%

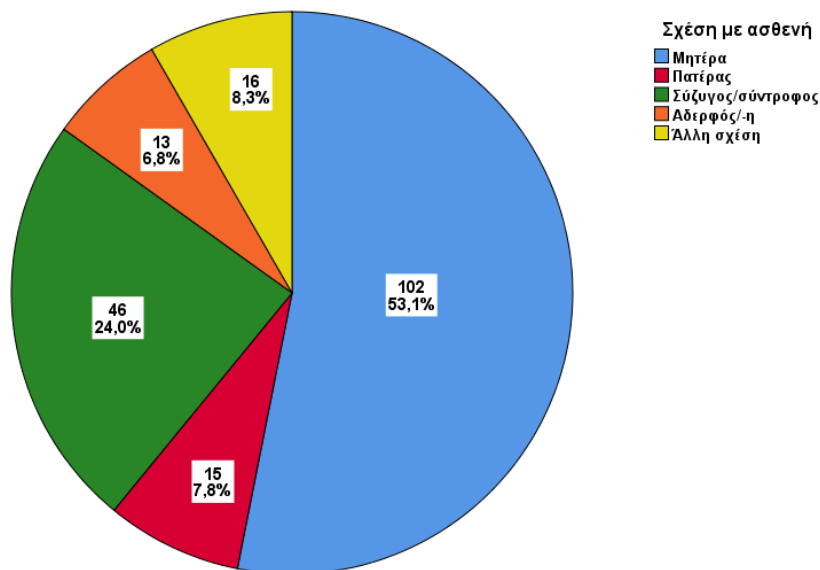
Οικονομική κατάσταση	Ναι	128	66,7%		
	Κακή	44	23,0%		
	Μέτρια	105	55,0%		
	Καλή	41	21,5%		
	Πολύ καλή	1	0,5%		
		ΜΟ (ΤΑ)	Ελαχ-Μέγ	ΜΟ (ΤΑ)	Ελαχ-Μέγ
Ηλικία (έτη)		38,6 (13,3)	19-86	54,4 (15,7)	23-97

Στο **Διάγραμμα 1** παρουσιάζεται η κατανομή σε ψυχώσεις (σχιζοφρένεια) και διπολικές διαταραχές με την κατανομή των ψυχωτικών να είναι περίπου τα 2/3 του δείγματος (128, 67,0%)



Διάγραμμα 1 Κατανομή των ασθενών ανά διάγνωση

Σε ότι αφορά τα χαρακτηριστικά της φροντίδας των ασθενών, αυτά παρουσιάζονται στον **Διάγραμμα 2** και στον **Πίνακα 3**. Οι ασθενείς φροντίζονται συνήθως από άτομα της οικογένειας τους με μόνο 16 (8,3%) να μην ανήκουν στην οικογένεια. Η μητέρα 102 (53,1%) είναι που φροντίζει τις περισσότερες φορές, ενώ σημαντικός αριθμός 46 (24,0%) είναι εκείνοι που τους φροντίζει ο/η σύζυγος/σύντροφος.



Διάγραμμα 2 Σχέση φροντιστή με ασθενή

Δεκαπέντε άτομα (7,9%) πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, ενώ σχεδόν 3 στους 4 (143, 74,9%) ζουν στο ίδιο σπίτι. Το 86,8% (165 άτομα) αφιερώνουν καθημερινό χρόνο για την φροντίδα του ασθενή, ενώ σε ποσοστό 58,3% (112 άτομα) δίνεται φροντίδα από άλλα άτομα της οικογένειας. Τέλος το 100 % θεωρεί ότι πρέπει να υπάρχει ειδική εκπαίδευση στον φροντιστή, ενώ η ειδική ενημέρωση υποστηρίζεται από 72 άτομα (37,5%).

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά της φροντίδας

		n	%
Χρόνια ασθένεια	Όχι	175	92,1%
	Ναι	15	7,9%
Μορφή διαβίωσης	Ζείτε στο ίδιο σπίτι	143	74,9%
	Ο ασθενής ζει σε άλλο (με οικογένεια)	5	2,6%
	Ο ασθενής ζει σε άλλο (μόνος)	43	22,5%
Φροντίδα (χρόνος)	Ώρες/ημέρα	165	86,8%
	Ώρες/εβδομάδα	21	11,1%
	Μέρες/μήνα	4	2,1%
Άλλη βοήθεια	Όχι κανείς άλλος	77	40,1%
	Άτομα της οικογένειας	112	58,3%
	Μισθωτός φροντιστής	3	1,6%
Εμπόδιο στην εργασία η φροντίδα	Ναι	113	58,9%

Ενημέρωση για την ασθένεια	Ναι	72	37,5%
Ειδική εκπαίδευση	Ναι	192	100,0%

Στον **Πίνακα 4** παρουσιάζονται οι μέσοι όροι, τα εύρη καθώς και η εσωτερική συνάφεια των κλιμάκων κοινωνικής λειτουργικότητας (FAS), ψυχοπαθολογίας (PANSS), ανθεκτικότητας (Resilience) και επιβάρυνσης του φροντιστή (ZBI). Οι κλίμακες ψυχοπαθολογίας και κοινωνικής λειτουργικότητας έχουν μετρηθεί τόσο πριν όσο και μετά από δύο μήνες.

Όλες οι κλίμακες παρουσίασαν καλή έως πολύ καλή εσωτερική συνάφεια, τόσο πριν όσο και 1 μήνα μετά με τιμές Cronbach's's $\alpha > 0,700$. Αρκετά κοντά στο 0,700 ήταν (0,693 και 0,644) ήταν η κλίμακα PANSS Γενική Ψυχοπαθολογίας. Κανονική κατανομή με βάση τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov ακολούθησε μόνο το ZBI ($p=0,200$).

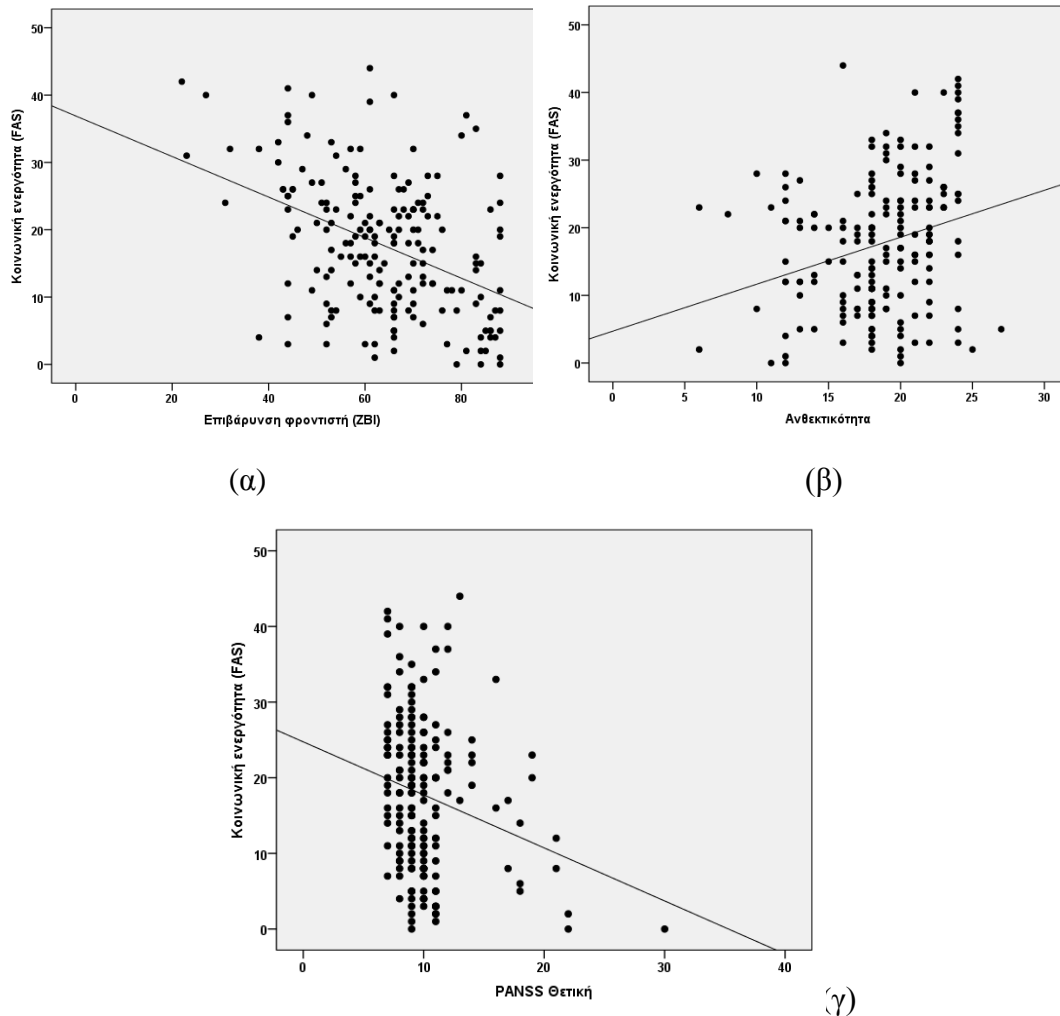
Πίνακας 4 Περιγραφικά στατιστικά και χαρακτηριστικά κλιμάκων

		Μέση	Τυπική	Εύρος	Cronbach	K-S	
		n	Τιμή	Απόκλιση	alpha	p	
EN	ZBI	22	63,9	14,1	0-88	0,957	0,200
EN	Ψυχική ανθεκτικότητα	6	18,6	3,80	6-27	0,840	<0,001
EN	FAS Κοινωνική λειτουργικότητα	12	17,6	10,0	0-44	0,912	0,011
1MM	FASKοινωνική λειτουργικότητα	12	17,2	10,0	0-44	0,931	0,029
EN	PANSS Θετική	7	10,13	3,20	7-30	0,715	<0,001
1MM	PANSS Θετική	7	9,4	3,8	7-42	0,897	<0,001
EN	PANS Αρνητική	7	12,42	6,57	7-49	0,945	<0,001
1MM	PANSS Αρνητική	7	9,9	4,0	7-42	0,852	<0,001
EN	PANSS Γενική Ψυχοπαθολογία	16	19,93	4,09	3-45	0,693	0,029
1MM	PANSS Γενική Ψυχοπαθολογία	16	19,5	2,1	16-30	0,644	<0,001

*EN: Έναρξη 1MM: 2 μήνες μετά

Η μετρούμενη κοινωνική λειτουργικότητα πριν (FAS) σχετίζεται ισχυρά με την κοινωνική λειτουργικότητα (FAS) μετά με συντελεστή $rs=0,979$, $p<0,001$. Η κοινωνική λειτουργικότητά (πριν) συνδέεται με την επιβάρυνση του φροντιστή (ZBI) με $rs=0,380$, $p<0,001$, με την

ανθεκτικότητα ($r_s=0,285$, $p<0,001$), με την θετική PANSS (πριν) $r_s=-0,210$, $p=0,004$ και με την θετική PANSS (μετά) με $r_s=-0,382$, $p<0,001$. Αντίστοιχες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν με την κλίμακα PANSS (μετά) και τις υπόλοιπες κλίμακες (Διάγραμμα 3, Πίνακας 5).



Διάγραμμα 3 Σχέσεις μεταξύ κοινωνικής λειτουργικότητας με α) την επιβάρυνση ZBI, με β) την ανθεκτικότητα (resilience) και με γ) την κλίμακα PANSS Θετικών συμπτωμάτων .

Η κλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας εξετάστηκε ως προς την σχέση της με κοινωνικές και δημογραφικές παραμέτρους. Από τις εξεταζόμενες παραμέτρους τους μόνο η εκπαίδευση του ασθενή έδειξε να διαφοροποιεί την κλίμακα FAS (πριν, μετά $p<0,001$). Από την ανάλυση παρατηρήθηκε αυξανόμενη κοινωνική λειτουργικότητα με την αυξανόμενη εκπαίδευση. Για παράδειγμα οι μέση τιμή FAS ήταν 9,1 (6,9) για τους απόφοιτους δημοτικού και 22,9 (8,1) για όσους έχουν τελειώσει τουλάχιστον ανώτατη εκπαίδευση (Πίνακας 6).

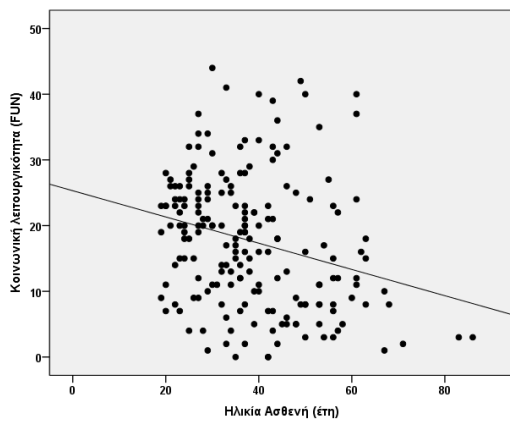
Πίνακας 5 Συσχετίσεις κοινωνικής λειτουργικότητας πριν ή μετά με την ανθεκτικότητα και την ψυχοπαθολογία.

		Κοινωνική λειτουργικότητα			
		Πριν		Μετά	
		rs	P	rs	P
Μετά	Κοινωνική λειτουργικότητα	0,979	<0,001	1,000	
Πριν	ZBI	-0,380	<0,001	-0,384	<0,001
Πριν	Ψυχική ανθεκτικότητα	0,285	<0,001	0,300	<0,001
Πριν	PANSS Θετική	-0,210	0,004	-0,216	0,003
	PANNS Αρνητική	-0,060	0,407	-0,034	0,645
	PANSS Γενική Ψυχοπαθολογία	-0,019	0,799	-0,024	0,741
Μετά	PANSS Θετική	-0,382	<0,001	-0,386	<0,001
	PANSS Αρνητική	-0,098	0,341	-0,070	0,497
	PANSS Γενική Ψυχοπαθολογία	0,074	0,471	0,097	0,345

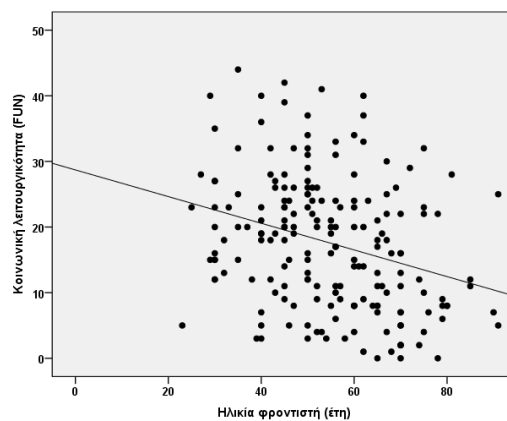
Πίνακας 6. Διαφοροποιήσεις κοινωνικής λειτουργικότητας πριν ή μετά σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

		Κοινωνική λειτουργικότητα (πριν)			Κοινωνική λειτουργικότητα (μετά)		
		Μέση τιμή	τυπική απόκλιση	P	Μέση τιμή	τυπική απόκλιση	P
Ασθένεια	Ψύχωση	17,2	10,3	0,450	16,7	10,1	0,379
	Διπολική Διαταραχή	18,3	9,7		18,1	9,7	
Φύλο	Άνδρας	17,0	9,7	0,347	16,7	9,7	0,332
	Γυναίκα	18,4	10,7		18,1	10,4	
Εκπαίδευση ασθενή	Έως Δημοτικό	9,1	6,9	<0,001	9,3	7,0	<0,001
	Γυμνάσιο	12,9	8,0		12,2	7,5	
	Λύκειο/IEK	18,5	10,2		17,8	10,0	
Χρόνια ασθένεια	ΑΕΙ/ΤΕΙ	22,9	8,1	0,971	22,8	8,2	0,977
	Όχι	17,6	10,3		17,3	10,2	
	Ναι	17,5	8,3		17,3	8,2	
Σχέση με ασθενή	Μητέρα	17,0	9,4	0,472	16,7	9,4	0,465
	Πατέρας	18,7	10,5		18,3	10,4	
	Σύζυγος/σύντροφος	19,7	10,9		19,3	10,6	
	Αδερφός/-η	16,1	9,9		15,9	9,6	

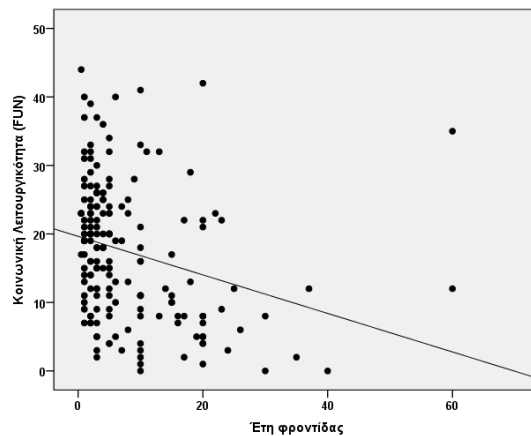
Οι σχέσεις μεταξύ των ετών φροντίδας και των ετών νόσησης με την ηλικία του φροντιστή παρουσιάζονται στο **Διάγραμμα 4**. Η κοινωνική λειτουργικότητα συνδέεται αρνητικά με την ηλικία του ασθενή ($r_s=-0,278$, $p<0,001$), την ηλικία του φροντιστή ($r_s=-0,357$, $p<0,001$) και τα έτη φροντίδας ($r_s=-0,316$, $p<0,001$). Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζεται και για την κοινωνική λειτουργικότητα μετά από ένα μήνα.



(α)



(β)



(γ)

Διάγραμμα 4 Σχέση της κοινωνικής λειτουργικότητας FAS με α) την ηλικία του ασθενή, β) την ηλικία του φροντιστή και γ) με τα έτη νόσου

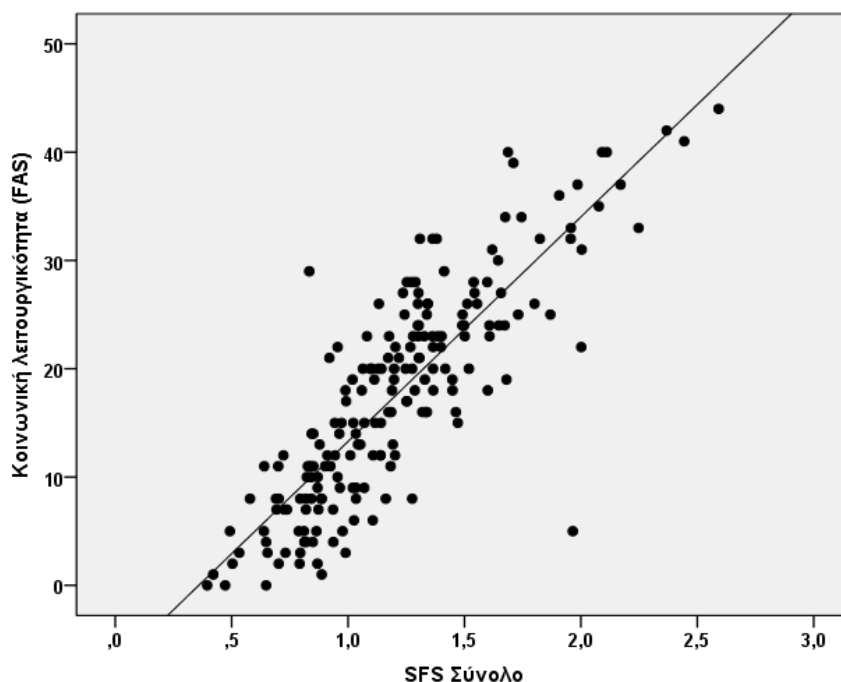
Μια άλλη κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η SFS. Οι τιμές των υποκλιμάκων της καθώς και της συνολικής κλίμακας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 7**. Από τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ της

κλίμακα SFS πριν και SFS μετά. Καμία από τις υποκλίμακες, αλλά ούτε και η συνολική κλίμακα δεν ακολούθησαν κανονική κατανομή.

Πίνακας 7. Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας SFS

		Μέση	Τυπ.		
		Τιμή	Απόκλιση	Διάμεσος	KS (p)
Πριν	Απόσυρση	1,8	0,5	1,8	0,001
	Διαπροσωπικές σχέσεις νόσησης	1,7	0,4	1,7	0,001
	Κοινωνική συμπεριφορά	0,5	0,4	0,4	0,001
	Αναψυχή/Διασκέδαση	0,7	0,5	0,6	0,001
	Ανεξαρτησία	1,4	0,6	1,4	0,001
	Ανεξαρτησία/Απόδοση	1,0	0,6	0,9	0,001
	SFS Σύνολο	1,2	0,4	1,2	<0,001
Μετά	Απόσυρση	1,8	0,5	1,8	0,006
	Διαπροσωπικές σχέσεις	1,8	0,4	1,7	<0,001
	Κοινωνική συμπεριφορά	0,5	0,4	0,4	<0,001
	Αναψυχή/Διασκέδαση	0,7	0,5	0,6	<0,001
	Ανεξαρτησία	1,5	0,6	1,5	<0,001
	Ανεξαρτησία/Απόδοση	1,0	0,6	0,9	0,001
	SFS Σύνολο	1,2	0,4	1,2	0,005

Η σχέση της κλίμακας SFS με την κλίμακα FAS έδειξε μια αρκετά καλή συσχέτιση ($r_s=0,839$, $p<0.001$) (Διάγραμμα 5). Παρόμοια η σχέση των υποκλιμάκων SFS με την κλίμακα FAS έδειξε υψηλές τιμές συσχέτισης με την χαμηλότερη να είναι πάνω από $r_s=0,600$ (Πίνακας 8)



Διάγραμμα 5 Σχέση της κλίμακας SFS και της κλίμακας FAS

Πίνακας 8 Συσχέτιση των υποκλιμάκων SFS με την κλίμακα FAS

Κλίμακες SFS	Κοινωνική λειτουργικότητα FAS	
	Rs	p
Απόσυρση	0,614	<0,001
Διαπροσωπικές σχέσεις	0,560	<0,001
Κοινωνική συμπεριφορά	0,703	<0,001
Αναψυχή/Διασκέδαση	0,668	<0,001
Ανεξαρτησία	0,694	<0,001
Ανεξαρτησία/Απόδοση	0,746	<0,001
SFS Σύνολο	0,839	<0,001

Η συνολική κλίμακα SFS εξετάστηκε ως προς την σχέση της με τις κλίμακες ψυχικής ανθεκτικότητας, ψυχοπαθολογίας και επιβάρυνσης του φροντιστή. Υπάρχει αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα ZBI ($r_s = -0,399$, $p < 0,001$), την θετική υποκλίμακα PANSS ($r_s = -0,176$, $p = 0,015$) και θετική συσχέτιση με την κλίμακα ανθεκτικότητας ($r_s = 0,318$, $p < 0,001$) (Πίνακας 9)

Πίνακας 9 Συσχέτιση της συνολικής κλίμακας SFS με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, καθώς και με την επιβάρυνση και την ψυχική ανθεκτικότητα του φροντιστή

		ZBI	Ανθεκτικότητα	PANSS Θετική	PANSS Αρνητική	PANSS Γενική Ψυχοπαθολογία
SFS	rs	-0,399	0,318	-0,176	-0,139	-0,055
Σύνολο	p	<0,001	<0,001	0,015	0,056	0,447

Η σχέση της συνολικής SFS με την ηλικία του φροντιστή, την ηλικία του ασθενή και τα χρόνια φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα 10. Η ηλικία του φροντιστή σχετίζεται ασθενώς έως μέτρια αρνητικά με την κλίμακα και όλες τις υποκλίμακες SFS με μέγιστη τιμή συσχέτισης με τη συνολική SFS ($rs=-0,277$, $p<0,001$). Επίσης και η συνολική κλίμακα ($rs=-0,315$, $p<0,001$) και όλες σχεδόν οι υποκλίμακες σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τα έτη φροντίδας, εκτός της SFS-Απόσυρση ($rs=-0,119$, $p=0,110$).. Η ηλικία του ασθενή έδειξε χαμηλές συσχετίσεις με μεγαλύτερη τιμή την SFS-Κοινωνική συμπεριφορά ($rs=-0,221$, $p<0,001$).

Πίνακας 10. Συσχέτιση της ηλικίας του ασθενή και του φροντιστή και των ετών φροντίδας με την κλίμακα και τις υποκλίμακες SFS

		Ηλικία ασθενή (έτη)	Ηλικία φροντιστή (έτη)	Φροντίδα (έτη)
SFS Σύνολο	rs	-0,154	-0,277	-,315
	p	0,034	<0,001	<0,001
Απόσυρση	rs	0,155	-0,229	-0,119
	p	0,032	0,001	0,110
Διαπροσωπικές σχέσεις	rs	-0,136	-0,204	-0,288
	p	0,061	0,004	<0,001
Κοινωνική συμπεριφορά	rs	-0,221	-0,189	-0,227
	p	0,002	0,009	0,002
Αναμυχή/Διασκέδαση	rs	-0,067	-0,162	-0,198
	p	0,356	0,025	0,007
Ανεξαρτησία	rs	-0,199	-0,276	-0,324
	p	0,006	<0,001	<0,001
Ανεξαρτησία/Απόδοση	rs	-0,119	-0,191	-0,252
	p	0,102	0,008	0,001

Τέλος στον **Πίνακα 11** παρουσιάζονται οι σχέσεις της κλίμακας SFS με δημογραφικά και χαρακτηριστικά της ασθένειας. Η ασθένεια δεν επηρεάζει τις τιμές της SFS ($p=0,330$), όπως επίσης και το φύλο ($p=0,099$) και η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας $p=0,995$. Η εκπαίδευση όμως επηρεάζει ($p<0,001$) με υψηλότερες τιμές σε υψηλότερες βαθμίδες. Επίσης οι ασθενείς που επιβλέπονται από την μητέρα τους ή από άλλη σχέση έχει τις μικρότερες μέσες τιμές 1,13 (0,39) και 1,09 (0,48) αντίστοιχα.

Πίνακας 11. Διαφορές της κλίμακας SFS με δημογραφικά χαρακτηριστικά

		SFS Σύνολο		
		Μέση	Τυπική	p
		Τιμή	απόκλιση	
Ασθένεια	Ψύχωση	1,18	0,42	0,330
	Διπολική Διαταραχή	1,24	0,38	
Φύλο	Άνδρας	1,17	0,41	0,099
	Γυναίκα	1,27	0,41	
Εκπαίδευση ασθενή	Έως Δημοτικό	0,86	0,28	<0,001
	Γυμνάσιο	1,05	0,27	
	Λύκειο/ΙΕΚ	1,23	0,41	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	1,43	0,35	
Χρόνια ασθένεια	Όχι	1,21	0,41	0,985
	Ναι	1,21	0,45	
Σχέση με ασθενή	Μητέρα	1,13	0,37	0,008
	Πατέρας	1,36	0,39	
	Σύζυγος/σύντροφος	1,36	0,43	
	Αδερφός/-η	1,25	0,41	
	Άλλη σχέση	1,09	0,48	

6. Συζήτηση

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι εστιασμένη στη μέτρηση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών με ψύχωση ή διπολική διαταραχή και μάλιστα σε ασθενείς με διαγνωσμένα κριτήρια, που έχουν ήδη δεχθεί ιατρική παρακολούθηση. Η έρευνα έδειξε αρκετές και σημαντικές συσχετίσεις της κοινωνικής λειτουργικότητας τόσο με δημογραφικές μεταβλητές, όσο και μεταβλητές που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκαν τα εξής: α) ανεξάρτητα από την κλίμακα μέτρησης της κοινωνικής λειτουργικότητας, παρατηρείται ότι η έκπτωση των λειτουργιών σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία του ασθενούς αλλά και τη χρονιότητα της νόσου, β) ο ρόλος του φροντιστή τόσο σε όρους επιβάρυνσης όσο και σε όρους ανθεκτικότητας δείχνει να σχετίζεται αρνητικά και θετικά αντίστοιχα με την κοινωνική λειτουργικότητα, γ) η ύπαρξη συμπτωμάτων που συνδέονται με παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις σχετίζονται με την κοινωνική

λειτουργικότητα ηλικία του ασθενή έδειξε ότι συνδέεται με τη λειτουργικότητα, δηλαδή όσο μεγαλύτερος ο ασθενής τόσο χειρότερη η λειτουργικότητά του, κάτι που επιβεβαιώνεται από πληθώρα μελετών. Σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2015, μετρήθηκε η επίδραση της ηλικίας ασθενών με σχιζοφρένεια στη γνωστική λειτουργικότητα, η οποία μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο MMSE (Mini Mental State Examination) . Από ένα σύνολο 56 ερευνητικών άρθρων προέκυψε μια πτώση του MMSE ανά 4 έτη κατά ένα βαθμό (Malta is et al., 2015). Εξαιρετικά σημαντικό είναι επίσης το συμπέρασμα της ίδιας μελέτης, όπως και της παλαιότερης μελέτης του Kurtz, 2005, ότι οι ασθενείς που ζουν στην κοινότητα έχουν μικρότερη ή σχεδόν καθόλου έκπτωση στη λειτουργικότητα (Kurtz et al, 2005;Malta is et al., 2015).

Η επίδραση της ηλικίας κάνει επιτακτική την ανάγκη της πρώιμης αξιολόγησης στους ψυχωσικούς ασθενείς. Ο λόγος είναι ότι τα ελλείμματα κοινωνικής λειτουργικότητας πιστεύεται ότι αποτελούν καθοριστικό δείκτη των διαταραχών φάσματος (SSD). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι σε νέους (15-25 ετών) με υψηλό κίνδυνο ψύχωσης, η κακή κοινωνική λειτουργικότητα μπορεί να είναι προγνωστική για μετάβαση στο SSD. Επιπλέον, τα ευρήματα άλλων ερευνών δείχνουν επίσης ότι περίπου το 10–22% των νέων με εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο για ψύχωση αναπτύσσουν μια ψυχωτική διαταραχή μετά από ένα έτος και 29% μετά από δύο χρόνια (Fusar-Al et al, 2012). Αυτό προκαλεί ανησυχία επειδή οι ψυχωσικές διαταραχές σχετίζονται με σημαντική εξασθένηση και αναπηρία. Είναι επομένως

επιτακτική ανάγκη να εντοπιστούν αποτελεσματικά μέσα έγκαιρης παρέμβασης προκειμένου να μετριαστεί αυτός ο κίνδυνος και να παραχθούν μεγαλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα ανάκαμψης για τα άτομα που έχουν προσβληθεί (Alvarez- Jimenez et al , 2018).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που συνδέεται με υψηλή λειτουργικότητα είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο του ασθενή, με τα άτομα υψηλότερου επιπέδου να έχουν και καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Η βιβλιογραφική αναζήτηση δεν έδωσε κάποια σαφή απάντηση ή καλύτερα δεν βρέθηκαν άρθρα που να συσχετίζουν το επίπεδο της ψύχωσης -και κατά συνέπεια της λειτουργικότητας του- με την εκπαίδευση του. Πιθανά η καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα να σχετίζεται με την καλύτερη αντίληψη του προσωπικού τους προβλήματος, φυσικά όχι σε οξείες φάσεις. Επίσης μπορεί να συνδέεται με πιθανά ένα καλύτερο περιβάλλον εκπαίδευσης των φροντιστών που είναι συνήθως από την οικογένεια και άρα την καλύτερη αντιμετώπιση τους με συνέπεια την υψηλότερη λειτουργικότητα.

Να τονισθεί ξανά ότι τα άτομα με ψυχώσεις και διπολική διαταραχή έχουν να αντιμετωπίσουν ένα διπλό πρόβλημα: αρχικά την ίδια τη νόσο τους, τα συμπτώματά της και τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, και δεύτερον το στίγμα που προκύπτει από την ασθένειά τους, το οποίο αναστέλλει τη θεραπεία και αποκατάσταση της κοινωνικής τους λειτουργικότητας. Στην παρούσα έρευνα η χρονιότητα της νόσου έδειξε ότι σχετίζεται αρνητικά με την κοινωνική λειτουργικότητα, δηλαδή όσο περισσότερα χρόνια ζει ο ασθενής με το πρόβλημα τόσο χειρότερη είναι η λειτουργικότητά του. Το επόμενο κεντρικό ερώτημα θα ήταν, ποιο είναι το αίτιο και πιο το αιτιατό. Λειτουργεί η χρονιότητα της ασθένειας ως μηχανισμός έκπτωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας ή ισχύει το αντίθετο. Για παράδειγμα στην μελέτη των Üçok,, et al (2013) παρατηρήθηκε ότι η χρονιότητα της νόσου ήταν διαφοροποιημένη σε άτομα που έχουν υποστεί διάκριση-στιγματισμό, καθώς και στο ζήτημα της απόκρυψης της διάγνωσής τους. Είναι επίσης πιθανό η χρονιότητα της νόσου να συσχετίζεται με τη ηλικία του ασθενούς (μεγάλη ηλικία-μεγάλη χρονιότητα) κάτι που αναδείχθηκε στην έρευνα των Fusar-Pol et al (2012), αλλά και στην παρούσα έρευνα.

Μοιάζει λογικό ότι στο δίπολο ασθενή-φροντιστή, ο ρόλος του δεύτερου σχετίζεται με την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή. Το συμπέρασμα της μελέτης έδειξε από την μία ότι η μεγαλύτερη επιβάρυνση του φροντιστή συνδέεται με χειρότερη κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή, ενώ από την άλλη η μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα του φροντιστή συνδέεται (ενισχύει) με καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Στην περίπτωση της επιβάρυνσης, η σχέση μοιάζει να είναι αμφίδρομη. Ένας ασθενής με υποτροπές στην ψύχωσή του, μειώνει

την κοινωνική λειτουργικότητα του και αντίστοιχα επιβαρύνει τον φροντιστή του. Υπάρχει βέβαια και το αμφίδρομο της σχέσης, δηλαδή ένας επιβαρυνμένος φροντιστής, πιθανά να περιορίζει συνειδητά ή ασυνείδητα της λειτουργικότητα του ασθενή. Αν δεχθούμε επίσης ότι οι φροντιστές είναι συνήθως άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον ο φόβος του στίγματος ίσως να επιφέρει και μεγαλύτερους περιορισμούς.

Η αναλογικότητα της επιβάρυνσης του φροντιστή με την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή, αλλά και με συναφείς μεταβλητές, όπως η ποιότητα ζωής, έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές σε διάφορες Κορτές παγκόσμια (Kate et al, 2014;Orbital, 2018). Από την βιβλιογραφία δε βρέθηκε μια άμεση σχέση μεταξύ των κλιμάκων επιβάρυνσης (ZBI) και των κλιμάκων κοινωνικής λειτουργικότητας SFS και FAS. Παρόλα αυτά υπάρχουν αρκετές μελέτες που συνδέουν την επιβάρυνση του φροντιστή με άλλες μεταβλητές που επηρεάζουν την κοινωνική λειτουργικότητα όπως για παράδειγμα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια παρατηρήθηκε σχέση με την ηλικία έναρξης και τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Αντίστοιχη είναι και η μελέτη του McDonnellόπου χαρακτηριστικά υποτροπών της ασθένειας, μελετήθηκαν ως προς την επίδρασή τους στην επιβάρυνση του φροντιστή και της οικογένειάς του (McDonnell, et al., 2003 Smith et al., 2008).

Αμφιλεγόμενα είναι τα αποτελέσματα που συνδέουν τη σχέση του φροντιστή με την κοινωνική λειτουργικότητα. Η συνολική κλίμακα FAS δεν διαφοροποιήθηκε σε σχέση με το φροντιστή (γονέας, ευρύτερη οικογένεια, μισθωμένο άτομο), ενώ η κλίμακα SFS είχε διαφορές με τα άτομα της οικογένειας να συνδέονται με υψηλότερο μέσο όρο λειτουργικότητας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας δεν έδειξε κάποια άρθρα που να σχετίζουν την λειτουργικότητα του ασθενή με το φύλο του φροντιστή. Το μεγαλύτερο τμήμα της βιβλιογραφίας ασχολείται κυρίως με την επίδραση του ψυχολογικού προβλήματος του ασθενή στην κοινωνική λειτουργικότητα του φροντιστή. Ενδεικτικά παραδείγματα είναι μια μελέτη στην Ισπανία για φροντιστές σε ψυχωτικούς ασθενείς (Robe et al, 2018) ή αντίστοιχη στην Κίνα (Yu et al, 2015).

Η ανθεκτικότητα του φροντιστή από την άλλη επιδρά στην κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή. Παρόμοια και σε αυτή την περίπτωση, δεν είναι ξεκάθαρο το αίτιο και το αιτιατό. Για παράδειγμα μια χαμηλή κοινωνική λειτουργικότητα, σημαίνει τόσο μεγαλύτερη επιβάρυνση άρα και πιθανή χαμηλή ανθεκτικότητα του φροντιστή που έχει να αντιμετωπίσει τα ψυχωτικά επεισόδια του ασθενή. Αντίθετα μια (υψηλή) κοινωνική λειτουργικότητα να σημαίνει μικρή επιβάρυνση και υψηλή ανθεκτικότητα του φροντιστή. Γενικότερα το ζήτημα

της ανθεκτικότητας επιβάρυνσης των φροντιστών και του περιβάλλοντος των ασθενών είναι πάντα ένα επίκαιρο ζήτημα που εξετάζεται διεξοδικά σε κάθε του διάσταση (Saunders, et al, 2003, Asadi, 2019).

Είναι πολύ πιθανό η ανθεκτικότητα να έχει μια αντίστροφη σχέση με την επιβάρυνση, χωρίς όμως αυτή η σχέση να έχει αποδειχθεί. Παράδειγμα, σε πρόσφατη έρευνα, δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη σχέση μεταξύ των δύο όρων εκτός από την περίπτωση της παρουσίας της κοινωνικής υποστήριξης. Σε άλλη έρευνα αναζήτησης επιδράσεων της ανθεκτικότητας σε ένα μικρό δείγμα 60 γυναικών φροντιστών παρατηρήθηκε σύνδεση με την κοινωνική λειτουργικότητα (Zeus in wevski , et al, 2009)

Η ψυχοπαθολογία των ψυχώσεων και των διπολικών διαταραχών είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που έδειξε να επηρεάζει την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών. Συγκεκριμένα από τις τρεις μορφές ψυχοπαθολογίας μετρημένες με την κλίμακα PANSS μόνο η θετική PANSS σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με μειωμένη λειτουργικότητα, ενώ η αρνητική και η ουδέτερη PANSS όχι. Αναλυτικά, οι υψηλές τιμές θετικής PANSS σημαίνουν την ύπαρξη ψευδαισθήσεων, παραληρηματικών ιδεών και άλλων χαρακτηριστικών που γίνονται πιο εύκολα αντιληπτά από το κοινωνικό περίγυρο του ασθενή. Συνέπεια των παραπάνω είναι η πιο εύκολος στιγματισμός και ο επίσης εύκολος περιορισμός της κοινωνικής λειτουργικότητας του ασθενή στον εργασιακό και φιλικό του χώρο. Η σύνδεση της ψυχοπαθολογίας με την λειτουργικότητα αναλύεται σε αντίστοιχη μελέτη που έγινε σε ασθενείς με συμπτώματα σχιζοφρένειας στην Νότια Χιλή. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι μόνο η Ανεξαρτησία ως κλίμακα λειτουργικότητας συνδέεται με την θετική PANSS, ενώ όλες σχεδόν οι κλίμακες λειτουργικότητας συνδέονται με την αρνητική και την ουδέτερη PANSS (Cagueo-Urizall, et al, 2011). Οι ερευνητές έρχονται σε αντίθεση με το εύρημα της παρούσας μελέτης -σχέση θετικής PANSS με την λειτουργικότητα- αλλά δεν εξηγούν τον μηχανισμό επίδρασης. Από την άλλη μεριά στην ίδια χώρα, Χιλή, μια ομάδα ερευνητών εξέτασε τους παράγοντες που επιδρούν στην επιβάρυνση του φροντιστή και κατέληξε ότι ορισμένες κλίμακες λειτουργικότητας (ανεξαρτησία, κοινωνικές επαφές και υποστήριξη) επιδρούν στην επιβάρυνση του φροντιστή Ehmman, et al, 2008). Να σημειωθεί ότι στα χρησιμοποιούμενα επεξηγηματικά μοντέλα η ύπαρξη της θετικής PANSS ήταν υπαρκτή στην επιβάρυνση του ασθενή, δείχνοντας πιθανά ότι το τρίπτυχο, ψυχοπαθολογία-λειτουργικότητα-επιβάρυνση φροντιστή να είναι πιο πολύπλοκο.

Ένα επιπλέον σημείο που θα θέλαμε να σχολιάσουμε, το οποίο δεν σχετίζεται με τα κεντρικά ερωτήματα της μελέτης για την κοινωνική λειτουργικότητα, αφορά τις ανάγκες των φροντιστών. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι το 37,5% των φροντιστών του δείγματος θεωρεί ότι έχει ελλιπή ενημέρωση για την ασθένεια. Επίσης όλοι οι φροντιστές του δείγματος ανεξαιρέτως (100,0%) επιθυμούν κάποια ειδική εκπαίδευση, ώστε να αναγνωρίζουν αφενός έγκαιρα τα συμπτώματα της νόσου και αφετέρου να μπορούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες για εξειδικευμένη φροντίδα των ασθενών –συγγενών τους στην κοινότητα. Το παραπάνω σημείο χωρίς να είναι το κεντρικό της ανάλυσης δείχνει την αναγκαιότητα των παρεμβάσεων που οφείλουν να γίνουν στις οικογένειες που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα.

Στην κατακλείδα της μελέτης υπάρχουν αρκετά δυνατά σημεία, αδυναμίες και προοπτικές. Το ένα δυνατό σημείο είναι ότι η μελέτη αφορά πραγματικούς ασθενείς και φροντιστές που μετρήθηκαν σε πραγματικό χρόνο με διαπιστωμένο πρόβλημα ψύχωσης/διπολικής διαταραχής. Τα μελετώμενα αποτελέσματα δεν έγιναν σε μία μόνο χρονική στιγμή, αλλά σε διαφορετικά χρονικά σημεία που σχετίζονταν με την οξεία φάση, αλλά και την επαναφορά του ασθενή στην καθημερινότητά του. Επίσης δυνατό σημείο είναι η χρήση αρκετών κλιμάκων τόσο ως προς τη μέτρηση της κοινωνικής λειτουργικότητας, όσο και ως προς την ψυχοπαθολογία του ασθενή και την επιβάρυνση και ψυχική ανθεκτικότητα του φροντιστή. Η σχέση επίσης του φροντιστή με τον ασθενή έχει το πλεονέκτημα ότι δίνει σημαντικές πληροφορίες για το ρόλο και τη δράση ενός «σημαντικού άλλου» στη ζωή του ασθενή με ψύχωση. Στις αδυναμίες της μελέτης επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν έγινε επανάληψη των στοιχείων που αφορούν τον φροντιστή (επιβάρυνση, ανθεκτικότητα). Επίσης δεν χρησιμοποιήθηκε κάποια μορφή τυχαιοποίησης στο δείγμα. Συνολικά ο αριθμός των ασθενών ήταν περιορισμένος από μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή σύμφωνα με τις δυνατότητες της μονάδας.

Ως προς την επέκταση της μελέτης, θα μπορούσαν να μελετηθούν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή και που συνδέονται είτε με τον ίδιο τον ασθενή και την ασθένεια του (π.χ. αριθμός επεισοδίων, επίπεδο ψυχοπαθολογίας) είτε με το περιβάλλον του (π.χ. οικογενειακές σχέσεις, σχέσεις με το περιβάλλον). Θα μπορούσε δυνητικά να γίνει επέκταση της έρευνας και σε άλλες ψυχιατρικές μονάδες, ώστε να υπάρξει ένα μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων.

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι εθνικοί υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής που υποστηρίζουν κοινοτικές προσεγγίσεις για την υγεία, θα πρέπει να συμπεριλάβουν την κοινωνική Συνταγογράφηση, ως ένα μέσο στη βελτίωση της υγείας της ποιότητας ζωής και της Κοινωνικής ευημερίας των ανθρώπων. Η εφαρμογή κοινωνικής Συνταγογράφησης σε ευρεία κλίμακα θα ωφελήσει περισσότερα άτομα από ό, τι ήταν δυνατόν στο παρελθόν.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι τα τελευταία χρόνια γίνονται αξιόλογες προσπάθειες από διάφορους φορείς και εθελοντικές ομάδες ώστε να ενημερώσουν, να εκπαιδεύσουν και να ευαισθητοποιήσουν την κοινωνία, να την παροτρύνουν ώστε να δεχτεί τα άτομα αυτά στους κόλπους της και να εξαλείψουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Θα πρέπει να γίνει συνείδηση της κοινωνίας ότι τα άτομα αυτά δεν ανήκουν στα ιδρύματα. Η θέση που τους ανήκει είναι μέσα στο κοινωνικό σύνολο, ως λειτουργικές μονάδες.

Ο εγκλεισμός των ασθενών δεν είναι η λύση στο πρόβλημα αλλά η διαιώνιση του. Ο Ντοστογιέφσκι γράφει στο « Ημερολόγιο του συγγραφέα»: «ο καλύτερος τρόπος για να σιγουρευτείς ότι εσύ είσαι ο γνωστικός, να κλείσεις μέσα το γείτονα σου». (Foucault, 1975). Πραγματική ψυχιατρική Μεταρρύθμιση κρίνεται απαραίτητη, ώστε οι ψυχικά ασθενείς να παραμείνουν λειτουργικό κομμάτι της κοινωνίας και η μεταμόρφωση θεσμών και δομών πρέπει να είναι ουσιαστική.

Η περίοδος της κρίσης που διανύουμε (Covid-19) δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την πορεία προς αναδόμηση. Παρόλα αυτά ο δρόμος είναι μονής κατεύθυνσης και αυτή είναι προς το συμφέρον των χρηστών-ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο καθένας μας ατομικά και όλοι συλλογικά, επαγγελματίες υγείας και μη, οφείλουμε να δημιουργήσουμε μια κοινωνία-οικογένεια που θα εντάξει τους ανθρώπους αυτούς στους κόλπους της και θα τους ενσωματώσει ως ισότιμα λειτουργικά μέλη.

Σχετικά με την ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα η οποία ξεκίνησε το 1984 με τον κανονισμό (ΕΟΚ) 815/84 και τα προγράμματα Λέρος I και II και συνεχίζεται από το 1997 μέχρι και σήμερα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργός», έχουν γίνει σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση της αποασυλοποίησης, της μετάθεσης, της φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο, της πρόληψης της ψυχικής ασθένειας, της υποστήριξης των ασθενών με προγράμματα εκπαίδευσης αλλά και της οργάνωσης εκστρατειών έναντι του στίγματος. Η κατάσταση σήμερα διαφέρει, θα μπορούσε να πει κάποιος σε σχέση με 30 χρόνια πριν και

μάλιστα προς το καλύτερο. Παρόλα αυτά, ακόμα υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις σε δομές και υπηρεσίες, ενώ ταυτόχρονα επικρατούν ακόμα και σήμερα αναχρονιστικές αντιλήψεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες, που δεν επιτρέπουν να συνδέσει κάποιος τον όρο « μεταρρύθμιση» παρά με τον όρο « οπισθοδρόμηση».

Όσον αφορά το έργο που έχει να επιτελέσει ο Κοινωνικός Λειτουργός ψυχικής υγείας αυτό είναι πολυδιάστατο και ταυτόχρονα ιδιαίτερα σημαντικό στην πρόληψη, τη φροντίδα και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Οι αρμοδιότητες, οι δεξιότητες και ο γενικότερος ρόλος του σχετικά με την παροχή φροντίδας, συμβουλευτικής στην ψυχική υγεία δεν απαιτούν μόνο εμπειρία και γνώσεις, αλλά επιπλέον επιβάλλεται η συνεχής ενημέρωση και πληροφόρηση του για την εξέλιξη της επιστήμης, της τεχνολογίας και των μέσων που χρησιμοποιεί ώστε να είναι ισότιμο μέλος επαγγελματικής ομάδας και να πράττει με κριτική σκέψη. Με αυτόν τον τρόπο θα συμβάλλει πιο αποτελεσματικά στη θεραπεία των ψυχικά ασθενών, στην ενημέρωση για την καταπολέμηση του στίγματος, στην ενημέρωση και προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και θα αποτελέσει ένα λειτουργικό και χρήσιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας στην οποία ανήκει.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

7.1. Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Αγγελόπουλος, Ν. (2009). Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Αδαμακίδου, Θ(2012) Εργασία με δίκτυα στη Κοινότητα- Νέες Υπηρεσίες. Εκπαιδευτικές σημειώσεις προγράμματος «κατάρτιση νοσηλευτών 1^{ης},2^{ης} και 6^{ης} υγειονομικής περιφέρειας στο σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγή υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Εκδόσεις ΚΕΚ Δήμητρα.

Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association) (2004) Διαγνωστικά κριτήρια DSM-TRTM. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Αντωνοπούλου Λ. (1987). Η Κρατική Πολιτική για το Φάρμακο στις Χώρες του Αναπτυγμένου Κόσμου. Αθήνα: Σύγχρονα Θέματα.

Ασημόπουλος, Χ. (2006). Από την προκατάληψη στον κοινωνικό αποκλεισμό: Οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Κοινωνική Εργασία, 84, 225-240.

Ασημόπουλος Χ. (2008). Η καθημερινή ζωή στο Ψυχιατρείο: μορφές ιδρυματισμού και ιδρυματικής κακοποίησης. Αθήνα: Καστανιώτη.

Γρίβας Κ.(1985). Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός-ιστορική και κοινωνική θεώρηση της ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Ιανός.

Δαρμή, Ε.Φ. (2007). Το βίωμα των γονιών των ψυχικών ασθενών. (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Δημόπουλου., Λαγωνίκα, Μ. (2008) Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας. Μοντέλα Παρέμβασης: Από την ατομική στη γενική-ολιστική προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Α., Παυλάτου Ε. (2000). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα .

Ζιάννη, Α. (2009) Το κοινωνικό στίγμα της διαφορετικότητας.

- Ζερβής, Χ.,(2001) Ψυχοπαθολογία του ενήλικα. Αθήνα: Ηλεκτρονικές Τέχνες.
- Θεοφίλου, Π. (2019). Ποιότητα Ζωής Στο Χώρο Της Υγείας: Έννοια Και Αξιολόγηση. e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας, 43 – 53. Ανακτήθηκε 13 Απρίλιος, 2019.
- Καλλινικάκη, Θ. (1998). Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κανδυλάκη, Α. (2001). Η Συμβουλευτική στην Κοινωνική Εργασία: Δεξιότητες Επικοινωνίας και Τεχνικές Παρέμβασης. Αθήνα: Σύγχρονες Ακαδημαϊκές & Επιστημονικές Εκδόσεις.
- Κοκκινάκη, Φ. (2005). Κοινωνική Ψυχολογία. Εισαγωγή στη μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθείτε.
- Κοκκινάκος, Γ. (2005). «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση-Γενικά» στο τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική έκδοση σελ.108-111.
- Κυριαζή, Ν. (1999). Η Κοινωνιολογική Έρευνα: κριτική επισκόπηση των μεθόδων και τεχνικών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουντή, Κ., Τζεδάκη, Μ., Πασσά, Μ. (2015). Η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην Ψυχιατρική Θεραπευτική. Αθήνα Εκδόσεις :Παρισινού
- Κουθούρης,Χ. (2009). Υπαίθριες δραστηριότητες αναψυχής ακραία αθλήματα. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.
- Καραστεργίου, Κ. (2008). Στίγμα και Κοινωνικός αποκλεισμός. Αθήνα : Βήτα.
- Καρπέτης, Γ. (2009). «Το Πρόσωπο-στο-περιβάλλον του»: Σύστημα ταξινόμησης προβλημάτων κοινωνικής λειτουργικότητας. Θεωρητικό υπόβαθρο και εφαρμογή στην πρακτική της κοινωνικής εργασίας. Κοινωνική Εργασία, 93, 7-26.
- Κωτσόπουλος, Σ. (2001). Διάγνωση και ταξινόμηση στην Παιδική Ψυχιατρική.
- Λιάντας, Μ. (2000) Ψυχολογία της εργασίας: Εφαρμογές στο χώρο εργασίας . Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
- Λιάκος, Α. (1995). Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική. Στο Τ. Lempriere – Α. Feline& Συνεργάτες, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Β΄ Τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μαδιανός, Μ. Γ. (2000). Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

- Μαδιανός,Μ. (2002).Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα. *Ψυχιατρική*,13:297-300.
- Μαδιανός, Μ. (2004). Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές. *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα. Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Μαδιανός, Μ. (2005). *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*. Αθήνα. Εκδόσεις: Καστανιώτη.
- Μάνος, Ν. (1988), (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μανιαδάκης Γ. (1995). Αποασυλοποίηση: Τι κληροδότησε η εμπειρία της Λέρου; Στο *Lempriere T – A. Feline& Συνεργάτες, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Α΄ Τόμος (86-91)*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μουζακίτης, Χ. (1988). Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου. *Κοινωνική Εργασία*, 12, 17-27.
- Μπαμπινιώτη Γ. (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
- Ντούρος, Ε. (2014). Διερεύνηση της κοινωνικής γνωστικής αντίληψης και των ψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. (Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.
- Παπαγεωργίου, Γ. Ε. (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισινού
- Παπαδάτος, Γ. & Στογιαννίδου Α. (1998). *Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή: Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Παπαδημητρίου, Γ., Λιάππας, Ι., Λυκούρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Παρασκευόπουλος Ι.Ν.(1988).*Κλινική Ψυχολογία-διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών*. Αθήνα.
- Παπαχριστόπουλος, Ν, &Σαμαρτζή, Κ.(2010). *Οικογένεια και νέες μορφές Γονεϊκότητας*. Πάτρα: Opporrtune.
- Ρομπαβίλας Α,Δ &Χριστοδούλου Γ. Ν ,*Σχιζοφρένεια ΣΤΟ Χριστοδούλου Γ.Ν, Ρομπαβίλας Α.Δ, Σολδάτος Κ.Ρ, Αλεβίζος Β.Η, & Κονταξάκης Β.Π, (2003) Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

- Σακελλαρόπουλος, Π. (1995). Εισαγωγή στις εφαρμογές μιας Σύγχρονης Ψυχιατρικής. Στο T. Lempriere – A. Feline & Συνεργάτες, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Α΄ Τόμος (43-54). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σολδάτος, Κ., Λυκούρας, Λ. (2006). Σύγγραμμα ψυχιατρικής. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.
- Στελούδη Α. (2007) Η νόσος Alzheimer σήμερα.
- Στυλιανίδης, Σ. (1999). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προς αναζήτηση μιας ταυτότητας. Τετράδια Ψυχιατρικής, 64, 13-20.
- Σταθόπουλος, Α. Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Ιστορική Εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σταμάτη, Ε. (2005). Ενδιάμεσες Δομές στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου προγράμματος Κοινωνικής Ψυχιατρικής (Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Αθήνας, Τμ. Κοινωνικής Εργασίας, 2005).
- Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ Νομού Σερρών « Μαθαίνοντας για τη σχιζοφρένεια –Αχτίδες ελπίδας: ένα ειδικό εγχειρίδιο για τις οικογένειες και τους φροντιστές».
- Ταυλαρίδου – Καλούτση, Α. (1989). Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της παιδοψυχιατρικής. Κοινωνική Εργασία, 15, 135-143.
- Τριανταφύλλου, Τ.& Μεσθεναίου, Ε.(2006) Ποιος φροντίζει? Οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, Αθήνα: Sextant.
- Τσαούση, Δ. Γ. (1989). Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας. Αθήνα: Gutenberg.
- Τσιάντης, Ι. (1988). Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας. Τεύχος Α΄. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τσιάντης, Ι. (1997). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα για τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας του παιδιού: Μια συνοπτική θεώρηση. Τετράδια Ψυχιατρικής, 57, 72-76.
- Τσιάντης Γ. & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ.), Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Προσεγγίσεις στην ταξινόμηση και διάγνωση (145-160). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τσιπροπούλου, Β. (2009). Ψυχωσικές Εκδηλώσεις στην Ιδιοπαθή νόσο του Πάρκινσον (Διδακτορική Διατριβή). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

- Τσαλίκου Φ.(1989). Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Αθήνα: Παπαζήση.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης (2011) Ψυχαργός Γ': Σχέδιο αναθεώρησης του ΨΥΧΑΡΓΩΣ.
- Φιλιοπούλου, Γ. (1980). Κλινική Ψυχιατρική. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Χαρτοκόλλης, Π.(1991). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. 2^η Έκδοση Αναθεωρημένη .Αθήνα: Θεμέλιο.
- Χριστοδούλου, Γ., και συνεργάτες. (2004). Ψυχιατρική (Β' Τόμος). Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.
- Garage. (2011). Η σχιζοφρένεια. Εκδόσεις: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα
- Warner, R. (2005). Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας. Αθήνα. Εκδόσεις Καστανιώτη.

7.2. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Bend all, S., Penn, D. L., Yung, A. R., Ryan, R. M., Eleftheriadis, D., D'Alfonso, S., Rice, S., Miles, C., Russo, P., Lederman, R., Chambers, R., Gonzalez-Blanch, C., Lim, M. H., Killackey, E., Corry, P. D., & Nelson, B. (2018). Enhancing social functioning in young people at Ultra High Risk (UHR) for psychosis: A pilot study of a novel strengths and mindfulness-based online social therapy. *Schizophrenia research*, 202, 369–377.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th end, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.
- Andrews F, Whitney's. (1974). *Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.
- Award A.G & Voruganti. N (2008) The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *pharmacoeconomic*, 26, 149-162.
- Asad-Lari, M., Pacha, C., & Gray, D. (2003). Need for redefining needs. *Health and quality of life outcomes*, 1, 34-41..
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models.

- Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract.* 2009 Jun;59(563):454-6. doi: 10.3399/bjgp09X421085. PMID: 19520038; PMCID: PMC2688060.
- Carnes D., Sohanpal R., Frostick C., Hull S., Mathura R., Natuveli G., Tong J., Hutt P., Betroth M. (2017) National Library of Medicine: The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation doi: 10.1186/s12913-017-2778-y.
- Chan, S.W (2011) Global of burden of family caregivers for persons with schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing* 25, 339-349.
- Chan, E., Kong, S., Park, S. H., Song, Y., Demetrious, E. A., Pepper, K. L., Glazier, N., Hacky, I. B., & Guastella, A. J. (2019). Validation of the social functioning scale: Comparison and evaluation in early psychosis, autism spectrum disorder and social anxiety disorder. *Psychiatry research*, 276, 45–55.
- Caquadeon-Urizal., Gutierrez-Maldonado., Castillo., (2009) Quality of life in caregiver of patient with schizophrenia a literature view *Health and Quality of life outcomes* 11(7), 84.
- Cageot-Urinal, A., Gutierrez-Maldonado, J., Ferrié-Garcia, M., Morales, A. U., & Fernandez-Dalila, P. (2013). Typology of schizophrenic symptoms and quality of life in patients and their main caregivers in northern Chile. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 93–100.
- Converse A, P.E. Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life: Campbell Gaiter, L. Vázquez-Barquero, J.L. Bora, C. Ballesteros, J. Schene, A. Welter, B.*
- Cimarolli, V. R. (2006). Perceived overprotection and distress in adults with visual impairment. *Rehabilitation Psychology*, 51(4), 338-345.
- Citrome, L., Blonde, L. & Catamarca, C. (2005). Metabolic issues in patients with severe mental illness. *South Med J* 98, 714-20.
- Clay, H. B., Sullivan, S. & Conrad, C. (2011). Mitochondrial dysfunction and pathology in bipolar disorder and schizophrenia. *Into J Dev Neurosci* 29, 311-24.
- Craddock, N. & Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *Lancet* 381, 1654-62.

- Dunn N.J & Strain L.A (2001) Caregivers at risk? Changes in Leisure Participation. *Journal of leisure Research* 33 (1), 32-55.
- Foodland's. (2008). An economic model of Social capital ad health. *Health Economics, Policy and Law*3 (04) 333-348.
- Fusar-Poli, P., Este, G., Smiles kava, R., Balata, S., Yung, A. R., Howe's, O., Stieglitz, R. D., Vita, A., McGuire, P., & Borg ward, S. (2012). Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 562–571.
- Gutierrez-Maldonado,J.Cageo-Urizal, A. & Cavanaugh, D.J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 899-904.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 173, 11-53.
- Hatfield, A. (1997). Families of adults with severe mental illness: New directions in research. *America's journal of ortho psychiatry* 62 (4), 254-260.
- Hennekens, C. H. (2007). Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *J Clan Psychiatry* 68 Supple 4, 4-7
- Hereby, A., Nasser baht, M., &Manolete, A. (2019). Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 54.
- Hesdorffer, D. C. (2016). Co morbidity between neurological illness and psychiatric disorders. *CNS Spectr*21, 230-8.
- Holt, R. I. &Peeler, R. C. (2009). Obesity, serious mental illness and antipsychotic drugs. *Diabetes ObesMetab*11, 665-79.
- Hogarty, G. E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue-Guile, M., Ketch avian, M., Cooley, S., Debary, A. L., Garrett, A., Pare ally, H., &Sore itch, R. (2004). Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behaviour. *Archives of general psychiatry*, 61(9), 866–876.
- Hose J.S , Landis, K.R., Umberson, D . (1988) Social relations and health. *Science* 24, 540-545.
- House J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Hui-Ching C., Chih -Hung K., et al (2003) effects of social skills training on improving social skills of patients with Schizophrenia Archives of psychiatric Nursing 5, 228-236.
- Jorge, R. & Robinson, R. G. (2002). Mood disorders following traumatic brain injury. NeuroRehabilitation 17, 311-24.
- Kaplan, H.I., Shaddock, B.J, (2000) Ψυχιατρική (Τόμος), Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Kate, N., Grover, S., Kithara, P., &Nehru, R. (2014). Relationship of quality of life with coping and burden in primary caregivers of patients with schizophrenia. The International journal of social psychiatry, 60(2), 107–116.
- Kato, T. & Kato, N. (2000). Mitochondrial dysfunction in bipolar disorder. Bipolar Disord 2, 180-90.
- Koutra, K. Triliva, S. Roumeliotaki, T. Basta, M. Lionis, C. Vgontzas, A. N. (2016). Family Functioning in First-Episode and Chronic Psychosis: The Role of Patient's Symptom Severity and Psychosocial Functioning (Vol. 52, Issue 6, pp 710–723). Greece: Crete
- Kelsoe, J. R. (2003). Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. J Affect Disorder 73, 183-97.
- Kurtz M. M. (2005). Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. Schizophrenia research, 74(1), 15–26.
- Lieberman, J. A., & First, M. B. (2018). Psychotic Disorders. The New England journal of medicine, 379(3), 270–280.
- Lindstedt H., Soderlund A., et al (2004) mentally disordered offender abilities in occupational performance and social participation. Scandinavian Journal of occupational therapy.
- Malta is, J. R., Gagnon, G., Grant, M. P., & Strudel, J. F. (2015). Correlation between age and MMSE in schizophrenia. International psycho geriatrics, 27(11), 1769–1775.
- McDonnell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., & Duck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psycho education and awareness of patient sociality. Family process, 42(1), 91–103.

- Olfson M, Das AK, Gameroff MJ, et al. (2005). Bipolar depression in a low-income primary care clinic. *Am J Psychiatry*
- On, H. L., Vainawaker, J. A., Badin, E., Sambasilar, R., Faustian, R., Tan, M. E., Chong, S. A., Goveas, R. R., Cheam, P. C., & Sub Romania, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC psychiatry*, 18(1), 27.
- Papadhópoulos, K., Papakonstantinou, D., Koutsoklenis, A., Koustriava, E. & Lourder, V. (2014). Social Support, Social Networks, and Happiness of Individuals With Visual Impairments. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, DOI: 10.1177/0034355214535471
- Papakonstantinou, D., & Papadopoulos, K. (2009). Social support in the workplace for working-age adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 103(7), 393-402.
- Robinson, D. J. (2003). *Reel Psychiatry: Movie Portrayals of Psychiatric Conditions*. Port Huron, Michigan: Rapid Psychler Press. .
- Robe, J. M., Slammer, M., Pérez-Testor, C., Mercado, J., Aguilera, C., & Claris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, care giving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 22(1), 25–33.
- Rokeach, J. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: Free Press/Macmillan.
- Saraswat, N., Rae, K., Scuba Krishna, D. K., & Ganged her, B. N. (2006). The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): a brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 81(2-3), 301–309.
- Saunders, J.C (2003) Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing* 24, 175-198.
- Schmall, V.L & Stiehl R.E, R.E (2003). Coping with care giving available.
- Schene, A. H., van Wijngaarden, B., & Koeter, M. W. (1998). Family care giving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia bulletin*, 24(4), 609–618.
- See, J. M., An, S., Buy, E. K., & Kim, C. K. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of in patients with chronic schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 21(6), 317–326.

- Son J, Erna, A. Shea, D.G., Femi E.E, Zarit, S.H& Stephens, M.A.P (2007) The caregiver stress process and health outcomes. *Journal of Ageing and Health* 19(6), 871-897.
- Strata E. A. (2019). Psychosocial Issues and Bereavement. *Primary care*,46(3), 373–386.
- Torrey.(2006) *Surviving Schizophrenia: A Manual for families, patients and providers.* USA: Harper perennial.
- Urizal. A& Givaldez L.S(2008) Quality of life and family Functioning in schizophrenia patients, *psicothema* 20 (4), 77-582.
- Undén, A. L. (1996). Social support at work and its relationship to absenteeism. *Work & Stress*, 10(1), 46-61.
- Üçok, A., Faraday, G., Emir ogle, B., & Sartorius, N. (2013). Anticipated discrimination is related to symptom severity, functionality and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry research*, 209(3), 333–339.
- WHO (2011) *World conference on social determinants of health :Meeting report.* Rio de Janeiro, Brazil 19-21 October 2011.
- Woodall J., J., Bunyan A., Rained G., Eaton V., J., .. M & S. (2018) *American Journal of Preventive Medicine : Social Prescribing in the U.S. and the England : Emerging Interventions to Address Patients Social Need Doe:*
- Yager, J.A., Ehmann, T.S. (2006). *Untangling Social Function and Social Cognition: A Review of Concepts and Measurement.* *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes: Vol. 69, 1 Special Topic: The Genetics of Psychiatric Disease*, pp. 47-68.
- Yilmaz, M., &Josephsson S. (2008). Participation by doing: Social interaction in everyday activities among persons with schizophrenia. *Scandinavian journal of occupational therapy*1, 1-11.
- Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., & Zhou, L. (2015). Measuring the Caregiver Burden of Caring for Community-Residing People with Alzheimer's Disease. *Plops one*, 10(7), e0132168.

7.3. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Δομές Διαμονής psychargos/to-programma-psychargos/organsin-Kai-leitoyrgia-mondons/péirirai-mondons.

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας. (2001). Προεδρικό Διάταγμα Υπ' αριθ. 50 Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων.

Σκαπινάκης, Π. & Μαυρέας, Β. (2002). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες.

Bicker dike, L, Booth, A, Wilson, PM. *Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence.* BMJ Open 2017; 7: e013384.

Chattered, HJ, Comic, PM, Locker, B. Non-clinical community interventions: A systematized review of social prescribing schemes. *Arts & Health: An International Journal of Research, Policy and Practice.*

Epub 2017 June 6. <http://dx.doi.org/10.1080/17533015.2017.1334002>

Hacking, S, Secker, J, Sandler, H. *Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs.* *Health & Social Care in the Community* 2008; 16(6): 638–48.

Pulley, M, Fleming, J, Antilog Goff, T. Making Sense of Social Prescribing, 2017. Available online at: <https://www.westminster.ac.uk/patient-outcomes-in-health-research-group/projects/social-prescribing-network/>.

World Health Organization. (2005). Mental Health Action Plan and Declaration for Europe.

World Health Organization. (2008). Ten Facts on Mental Health.

International Federation of Social Workers. (2005). Definition of Social Work.

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ

- Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας παιδιών και ενηλίκων, Επιστημονικός Υπεύθυνος: Καθηγητής Π. Σακελλαρόπουλος.
- Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής – ψυχιατρικό τμήμα (Υπηρεσίες και Δραστηριότητες).
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004). Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006». Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ-Β΄ ΦΑΣΗ»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

03.02.2020 10:18:34
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
ΚΑΛΟΓΙΩΠΗ
ΜΑΝΩΤΣΑΚΗ

Ηράκλειο, 03/02/2020

Α. Π.: 5025

ΠΡΟΣ: κα **Τοράκη Μαρίνα**, **Απόστολη στο έγγραφο: 2128**
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Ελληνικού
Μεσογειακού Πανεπιστημίου

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. **Διοικητή ΠΑΓΝΗ**
- 2) κ. **Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,**
- 3) κ. **Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου**

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ:

1. Το με αρ. πρωτ. 336/10-01-2020 έγγραφο του Αναπληρωτή Διοικητή ΠΑΓΝΗ κ. Φανουργιάκη Ι.
2. Η με αρ. πρωτ. 18706/23-12-2019 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου σε ασθενείς με ψυχώσεις στην Ψυχιατρική Κλινική του ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε καταστάσεις κρίσης» του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, από την φοιτήτρια κα Τοράκη Μαρίνα, με θέμα: «**Η μέτρηση της κοινωνικής λειτουργικότητας σε ασθενείς με ψυχώσεις**», υπό την επίβλεψη της Επίκουρης Καθηγήτριας, κας Κουκούλη Σοφίας.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί **περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

Διάγραμμα 6 Έγγραφο έγκρισης έρευνας από το ΠαΓΝΗ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Π. Ερωτηματολόγια έρευνας

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηράκλειο, Οκτώβριος 2019

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο της έρευνας που διεξάγεται από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια κα Μαρίνα Τοράκη στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με θέμα την εκτίμηση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ψυχικά ασθενών και επιβλέπουσα καθηγήτρια την κα Σοφία Κουκούλη, Επ. Καθηγήτρια. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται από την ίδια την ερευνήτρια μετά την ενημέρωση και γραπτή συναίνεση των συμμετεχόντων, ασθενών και οικογενειακών φροντιστών. Κατά τη συλλογή των στοιχείων θα τηρηθεί η ανωνυμία των ερωτώμενων. Τα δεδομένα που θα προκύψουν θα αναλυθούν μόνο για το σύνολο του δείγματος και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

ΜΕΡΟΣ Α: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1.

Διάγνωση:.....
.....

2. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

3. Ηλικία:.....

4. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η Συμβίωση (με ή χωρίς σύμφωνο) Έγγαμος
 Διαζευγμένος/η-Χωρισμένος/η/ Σε διάσταση Χήρος/α Άλλο

5. Παιδιά: Ναι Όχι **5.1. Εάν ΝΑΙ, σημειώστε αριθμό παιδιών:** _____

6. Τόπος μόνιμης διαμονής:

Αγροτικός (<2000 κατοίκους) Ημιαστικός (2000-9999) Αστικός (10.000 +)

7. Επίπεδο εκπαίδευσης: Σημειώστε το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει.....

8. Παίρνετε κάποιο από τα παρακάτω επιδόματα;

Προνομιακό επίδομα ΚΕΑ

9. Που περίπου κυμαίνεται το εισόδημα σας / μήνα;

α. Ατομικό: 0-399€ 400-799€ 800-1199€ 1200-1599€ 1600€+
β. Οικογενειακό: 0-399€ 400-799€ 800-1199€ 1200-1599€ 1600€+

ΜΕΡΟΣ Β. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

10. Ηλικία:

11. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

12. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η-Χωρισμένος/η Χήρος/α
 Άλλο

13. Επίπεδο εκπαίδευσης - Σημειώστε το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει.....

14. Εργάζεστε αυτή την περίοδο; Ναι Όχι

15. Εάν εργάζεστε, τι δουλειά κάνετε:

16. Εάν δεν εργάζεστε, είστε:

Συνταξιούχος Άνεργος Νοικοκυρά Άλλο: _____

17. Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση σήμερα;

Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

18. Υποφέρετε από κάποια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία; Ναι Όχι

Αν ναι, τι ακριβώς έχετε; _____

19. Σχέση με τον ασθενή: Μητέρα Πατέρας Σύζυγος/σύντροφος Αδελφός/η

Άλλη σχέση, τι.....

20. Μορφές διαβίωσης: Ζείτε με τον ασθενή στο ίδιο σπίτι

Ο ασθενής ζει σε άλλο σπίτι, με την οικογένειά του

Ο ασθενής ζει σε άλλο σπίτι μόνος/η

21. Πόσο καιρό φροντίζετε τον συγκεκριμένο ασθενή;

22. Πόσο χρόνο αφιερώνετε στη φροντίδα του περίπου:

Κάποιες ώρες την ημέρα (κάθε μέρα)

Κάποιες μέρες την εβδομάδα

Κάποιες μέρες το μήνα

23. Σας βοηθά στην φροντίδα του κάποια άλλο άτομο της οικογένειας ή μισθωτός φροντιστής;

Όχι κανείς άλλος Άτομο της οικογένειας Μισθωτός φροντιστής

24. Θεωρείτε ότι η φροντίδα που πρέπει να παρέχετε στον ασθενή σας εμποδίζει να εργάζεστε;

Ναι Όχι

25. Πιστεύετε ότι έχετε επαρκή ενημέρωση για τη νόσο από την οποία πάσχει ;

Ναι Όχι

26. Πιστεύετε ότι υπάρχει ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης των φροντιστών ατόμων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο όπως ο δικός σας συγγενής;

Ναι Όχι

27. THE ZARIT BURDEN INTERVIEW. Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που σας περιγράφει καλύτερα.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ότι χρειάζεται;	0	1	2	3	4
2. Πιστεύετε, επειδή δαπανάτε αρκετό χρόνο με τον/τη συγγενή σας, ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;	0	1	2	3	4
3. Νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για τον/τη συγγενή σας και στην προσπάθειά σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένειά σας ή την εργασία σας;	0	1	2	3	4
4. Νιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
5. Νιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
6. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με έναν αρνητικό τρόπο;	0	1	2	3	4
7. Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
8. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;	0	1	2	3	4
9. Νιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
10. Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
11. Νιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
12. Νιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
13. Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω του/της συγγενή σας;	0	1	2	3	4
14. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να τον/τη φροντίζετε σαν να είσατε η/ο μοναδική/Ος στον/στην οποίο/α θα μπορούσε να βασιστεί;	0	1	2	3	4
15. Νιώθετε ότι, επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδά σας, δεν έχετε αρκετά χρήματα για τη φροντίδα της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
16. Νιώθετε ότι είσατε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
17. Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η συγγενής σας;	0	1	2	3	4
18. Θα ευχόσαστε, έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενή σας σε κάποιον άλλο;	0	1	2	3	4
19. Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάνετε για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
20. Νιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4

21. Νιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα του/της συγγενή σας;	0	1	2	3	4
22. Γενικά, πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνμένος/η με τη φροντίδα του συγγενή σας;	0	1	2	3	4

28. Brief Resilience Scale. Παρακαλώ υποδείξτε τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε με κάθε μία πρόταση:

	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ	Συμφωνά πολύ
1 Τείνω να ανακάμπτω γρήγορα μετά από δύσκολες στιγμές	1	2	3	4	5
2 Δυσκολεύομαι να ξεπεράσω στρεσογόνα γεγονότα	1	2	3	4	5
3 Δεν μου παίρνει πολύ να αναρρώσω/ ανακάμψω από ένα στρεσογόνο γεγονός	1	2	3	4	5
4 Μου είναι δύσκολο να ανταπαντώ /αντιδρώ άμεσα όταν κάτι κακό συμβαίνει	1	2	3	4	5
5 Συνήθως ανταπεξέρχομαι δύσκολων καταστάσεων εύκολα	1	2	3	4	5
6 Μου παίρνει πολύ χρόνο να ξεπεράσω αναποδιές στη ζωή μου	1	2	3	4	5

ΜΕΡΟΣ Γ. ΚΛΙΜΑΚΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ (τη συμπληρώνει ο φροντιστής)

29. Για καθεμία από τις παρακάτω προτάσεις, κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα το αναφερόμενο επίπεδο ικανότητας του ασθενούς σύμφωνα με το συγγενή/φροντιστή.

. Κοινωνική δραστηριότητα



IV. Διατηρεί (και) με δική του πρωτοβουλία ενεργό κοινωνική ζωή (συναντιέται και επικοινωνεί τηλεφωνικά, συχνά με άλλους για διάφορες κοινές δραστηριότητες)

III. Διατηρεί (και) με δική του πρωτοβουλία κάποιες κοινωνικές επαφές αλλά με δυσκολία (ασυνέπεια, συχνές φιλονικίες κτλ)

II. Ανταποκρίνεται σε προτάσεις για επαφή και κοινωνική δραστηριότητα άλλων, χωρίς δική του πρωτοβουλία (π.χ. διατηρεί συζήτηση μέσω τηλεφώνου όταν τον καλούν, συναντιέται με άλλους μόνο μετά από έντονη/συστηματική παραίνεση)

I. Διατηρεί συστηματική επαφή και αλληλεπίδραση μόνο με τα πρόσωπα που ζουν μαζί του στο σπίτι ή πρόσωπα του στενού οικογενειακού του κύκλου

0. Δεν μπορεί να διατηρήσει συστηματικές κοινωνικές σχέσεις με άλλα άτομα

Χρήση Τηλεφώνου



IV. Κάνει κλήσεις με δική του/της πρωτοβουλία, χωρίς βοήθεια, σε γνωστούς αριθμούς (για συζήτηση/κοινωνική επαφή με συγγενείς και φίλους) ΚΑΙ αναζητά αριθμούς τηλεφώνου (σε κατάλογο ή ατζέντα) κάνοντας κλήσεις αυτόνομα για καθημερινά ζητήματα και ανάγκες

III. Χειρίζεται το τηλέφωνο με δική του/της πρωτοβουλία ΜΟΝΟ όταν παραστεί ανάγκη, αναζητά αριθμούς τηλεφώνου (σε κατάλογο ή ατζέντα) και πληκτρολογεί το σωστό αριθμό

II. Παίρνει λίγους μόνο αριθμούς που γνωρίζει καλά.

I. Απαντά στο τηλέφωνο ΑΛΛΑ δεν κάνει κλήσεις (παίρνοντας ο/η ίδιος/α τον αριθμό). Δεν χρησιμοποιεί το τηλέφωνο καθόλου.

Αγορές/ Ψώνια



IV. Φροντίζει για όλες τις δικές του/της ανάγκες σε τρόφιμα ,ρουχισμό ,φάρμακα, αλλά και για μέλη της ευρύτερης οικογένειας (παιδιά/εγγόνια, αν υπάρχουν) χωρίς βοήθεια.

Αν δεν μένει κοντά σε άλλα μέλη της οικογένειας ή αν δεν θεωρείται απαραίτητη η συμβολή του/της η επιλογή III λαμβάνει 4 βαθμούς

III. Φροντίζει μόνο για όλες τις δικές του/της ανάγκες σε ψώνια χωρίς βοήθεια.

II. Πραγματοποιεί με δική του/της πρωτοβουλία και χωρίς βοήθεια, μικρά μόνο ψώνια.

I. Χρειάζεται συνοδεία κάθε φορά που θέλει να αγοράσει κάτι.

Δεν μπορεί να πάει καθόλου για ψώνια.

Λήψη τροφής



IV. Τρώει συστηματικά με δική του/της πρωτοβουλία

III. Αναζητά τροφή και τρώει με δική του/της πρωτοβουλία κάποιες φορές, αλλά συχνά χρειάζεται υπενθύμιση

II. Χρειάζεται πάντοτε υπενθύμιση για να γευματίσει

I. Χρειάζεται πάντοτε υπενθύμιση για να γευματίσει και δυσκολεύεται να χειριστεί το μαχαίρι και το πιρούνι

0. Πρέπει οπωσδήποτε κάποιος άλλος να τον ταΐσει, γιατί δεν ζητάει φαγητό και δυσκολεύεται να χειριστεί το μαχαίρι και το πιρούνι

Προετοιμασία Φαγητού



IV. Προετοιμάζει, μαγειρεύει και σερβίρει επαρκή γεύματα για τον εαυτό του/της, αλλά και για μέλη της ευρύτερης οικογένειας (παιδιά/εγγόνια, αν υπάρχουν) χωρίς βοήθεια και με δική του/της πρωτοβουλία.

Αν δε μένει κοντά σε άλλα μέλη της οικογένειας ή αν δεν θεωρείται απαραίτητη η συμβολή του/της η επιλογή III λαμβάνει 4 βαθμούς

III. Προετοιμάζει, μαγειρεύει και σερβίρει επαρκή γεύματα μόνο για τον εαυτό του/της χωρίς βοήθεια και με δική του/της πρωτοβουλία.

II. Προετοιμάζει επαρκή γεύματα μόνο όταν κάποιος του/της συγκεντρώνει τα απαραίτητα υλικά

I. Μπορεί να ζεστάνει και να σερβίρει έτοιμα φαγητά ή ετοιμάζει γεύματα τα οποία όμως δεν καλύπτουν τις διατροφικές ανάγκες του/της

a. Τα γεύματά του/της πρέπει οπωσδήποτε να προετοιμάζονται και να σερβίρονται από κάποιον άλλον.

Ένδυση



III. Φροντίζει αυτόνομα και με δική του/της πρωτοβουλία για την καθημερινή επιλογή των ενδυμάτων του/της και επιμελείται επαρκώς την τουαλέτα και την καθαριότητά του/της(πλύσιμο χεριών και προσώπου το πρωί, κόμμωση, βούρτσισμα δοντιών, μάνιο, τουαλέτα)

II. Ενδιαφέρεται και φροντίζει με δική του πρωτοβουλία* για την καθημερινή επιλογή των ενδυμάτων του/της και την επιμέλεια της ατομικής υγιεινής την οποία όμως εκτελεί με κάποια βοήθεια

I. Μπορεί να φροντίσει για την ένδυση και ατομική του υγιεινή και έχει επίγνωση της καταλληλότητας των ενδυμάτων για την κάθε περίπτωση (dress code) αλλά με συχνή

υπενθύμιση από το άτομο που τον/την φροντίζει επιλογή των ενδυμάτων και της ατομικής υγιεινής εξαρτάται αποκλειστικά από τον φροντιστή.

Παρατηρήσεις: Στο κενό σημειώστε με √ τη δραστηριότητα που εκτελεί.

Νοικοκυριό



- IV. Φροντίζει για την καθαριότητα του σπιτιού (εντελώς αυτόνομα ή με περιστασιακή βοήθεια από οικιακή βοηθό ή άλλο μέλος της ευρύτερης οικογένειας).
- III. Κάνει «ελαφριές» καθημερινές δουλειές (π.χ. πλύσιμο πιάτων, στρώσιμο κρεβατιού) αλλά διατηρεί (έστω και με βοήθεια) το σπίτι αρκετά καθαρό και τακτοποιημένο.
- II. Κάνει «ελαφριές» καθημερινές δουλειές αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει το σπίτι καθαρό και τακτοποιημένο σε ανεκτό επίπεδο, ακόμα και με κάποια βοήθεια.
- I. Χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του νοικοκυριού.
 - a. Δεν συμμετέχει σε καμιά από τις δουλειές του νοικοκυριού.

Πλύσιμο Ρούχων



- III. Φροντίζει αυτόνομα και με δική του/της πρωτοβουλία για την καθαριότητα και καλή κατάσταση των ρούχων του/της ίδιου/ας και του/της συντρόφου ή άλλων μελών της οικογένειας (αν υπάρχουν)
 - II. Φροντίζει για την καθαριότητα και καλή κατάσταση των ρούχων του/της ίδιου/ας και του/της συντρόφου ή άλλων μελών της οικογένειας (αν υπάρχουν) με βοήθεια ή συχνή υπενθύμιση
- I. Πλένει μόνο μικρά ρούχα (κάλτσες, , κλπ.)
- 0. Όλα τα ρούχα του/της πλένονται από άλλους.

Χρήση Μεταφορικών Μέσων



- IV. Προγραμματίζει αυτόνομα διαδρομές με Μέσα Μαζικής Μεταφοράς ή δικό του ΙΧ ΧΩΡΙΣ βοήθεια
- III. Προγραμματίζει την μεταφορά του/της με ραδιοταξί ή ΙΧ συγγενικού προσώπου αλλά δεν χρησιμοποιεί ΜΜΜ αυτόνομα
- II. Χρησιμοποιεί συχνά ΜΜΜ ή ταξί μόνο με τη συνοδεία ή βοήθεια κάποιου άλλου.
- I. Κάνει ελάχιστα ταξίδια με ταξί ή ΙΧ συγγενικού προσώπου μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο και συνοδεύεται από κάποιον άλλο.
 - Δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει κανένα μεταφορικό μέσο ακόμα και με βοήθεια.

Ιατρικές Επισκέψεις*



- III. Κλείνει με δική του πρωτοβουλία τα ραντεβού και επισκέπτεται το γιατρό χωρίς βοήθεια
- II. Χρειάζεται υπενθύμιση για τα ραντεβού του στο γιατρό αλλά κάνει τις επισκέψεις χωρίς βοήθεια.
- I. Χρειάζεται υπενθύμιση για τα ραντεβού του στο γιατρό και απαραίτητα συνοδεία στις επισκέψεις του Αδυνατεί να χειριστεί οποιοδήποτε θέμα ιατρικής περίθαλψης

*Αξιολογείται αν ο ασθενής πάσχει από σωματικά νοσήματα που απαιτούν τακτική ιατρική παρακολούθηση.

Ευθύνη Λήψης Φαρμάκων



- IV. Είναι ο ίδιος/α υπεύθυνος/η για να παίρνει τα φάρμακά του/της τη σωστή ώρα και στις σωστές δόσεις ΚΑΙ κατανοεί (γενικά) το σκοπό λήψης του κάθε φαρμάκου
- III. Είναι ο ίδιος/α υπεύθυνος/η για να παίρνει τα φάρμακά του τη σωστή ώρα και στις σωστές δόσεις ΑΛΛΑ συχνά μπερδεύει το σκοπό λήψης των περισσότερων φαρμάκων
- II. Παίρνει τα φάρμακά του/της συστηματικά μόνο εάν έχουν προετοιμαστεί σε ξεχωριστές δόσεις από κάποιον άλλο (πχ χάπια που πρέπει να ληφθούν το πρωί, χάπια για μετά το φαγητό κτλ)
- I. Ακόμα και εάν τα φάρμακά του έχουν προετοιμαστεί σε ξεχωριστές δόσεις από κάποιον άλλο, συχνά ξεχνά να τα πάρει
 - b. Λαμβάνει τα φάρμακά του μόνο όταν του χορηγούνται από το πρόσωπο που τον/την φροντίζει

2. Ικανότητα Διαχείρισης Οικονομικών



- IV. Διαχειρίζεται όλα τα οικονομικά του/της χωρίς βοήθεια (εισοδήματα, σύνταξη, ενοίκιο, λογαριασμοί ΔΕΗ/ΟΤΕ, τράπεζες) και έχει πλήρη έλεγχο των εσόδων και εξόδων του/της.
- III. Διατηρεί την ικανότητα να αναλογιστεί (υπολογίσει, προβλέψει, σχεδιάσει, λάβει αποφάσεις) για σημαντικά οικονομικά του ζητήματα (π.χ., αγοραπωλησίες περιουσιακών στοιχείων) αλλά χρειάζεται βοήθεια για να τα διαχειριστεί /εκτελέσει. Εκτελεί σωστά καθημερινές οικονομικές συναλλαγές (πχ. Πληρωμή λογαριασμών).
 - Δυσκολεύεται ακόμα και να αναλογιστεί (προβλέψει, σχεδιάσει, λάβει _____ Αποφάσεις —δεν διαχειρίζεται αυτόνομα) για σημαντικά οικονομικά του ζητήματα (π.χ., αγοραπωλησίες περιουσιακών στοιχείων), αλλά εκτελεί σωστά καθημερινές Οικονομικές συναλλαγές.
- I. Μπορεί να χειριστεί και υπολογίσει μικροποσά χρημάτων (κατανοεί τη χρηματική αξία προϊόντων και υπηρεσιών), ΑΛΛΑ χρειάζεται βοήθεια για κάποιες καθημερινές οικονομικές συναλλαγές.
 - a. Αδυνατεί να διαχειριστεί οποιοδήποτε οικονομικό θέμα

30. SOCIALFUNCTIONINGS SCALE (Ασθενής – εξυπηρετούμενος)

ΜΕΡΟΣ 1ο:

1. Τι ώρα σηκώνεστε το πρωί καθημερινά;

Μια συνηθισμένη μέρα της βδομάδας Μια μη συνηθισμένη μέρα της βδομάδας

(3: < 9π.μ., 2: 9-11π.μ., 1: 11-1π.μ., 0: >1 π.μ.)

2. Πόσες ώρες την ημέρα περνάτε μόνος-η; (πχ. Στο δωμάτιο σας, περπατάτε μόνος έξω, ακούγοντας μουσική ή βλέποντας τηλεόραση κλπ).

Υπολογίστε τον αριθμό των ωρών σε μια συνηθισμένη μέρα που είστε μόνος-η.

3. Ώρες που είμαι μόνος-η (βάλτε ✓ στο αντίστοιχο κουτάκι):

		✓
0-3	Ελάχιστη ώρα μόνος/η	
3-6	Λίγη ώρα μόνος/η	
6-9	Αρκετή ώρα μόνος/η	
9-12	Πολύ ώρα κάθε μέρα μόνος/η	
12 -	Ουσιαστικά συνεχώς	

4. Πόσο συχνά ξεκινάτε εσείς μια συζήτηση στο σπίτι σας (κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό);

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

5. Πόσο συχνά βγαίνετε από το σπίτι σας (για οποιοδήποτε λόγο);

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

6. Πως αντιδράτε στην παρουσία ενός ανθρώπου που δε γνωρίζετε;

0	1	2	3
Τους αποφεύγω	Αισθάνομαι εκνευρισμό/νευρικότητα	Τους δέχομαι	Μου αρέσουν

ΜΕΡΟΣ 2^ο:

7. Πόσους φίλους έχετε τη συγκεκριμένη περίοδο; (άτομα που συναντάτε τακτικά , κάνετε δραστηριότητες μαζί τους κλπ)

Αριθμός Φίλων.....

8. Έχετε κάποιον με τον οποίο μπορείτε εύκολα να συζητάτε για τα συναισθήματά σας και τις δυσκολίες σας; Ναι Όχι

9. Πόσο συχνά τους έχετε εκμυστηρευτεί (πει μυστικά σας);

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

10. Οι άλλοι άνθρωποι συζητάνε τα προβλήματά τους μαζί σας;

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

11. Έχετε σύντροφο; Ναι Όχι **Είστε παντρεμένοι;** Ναι Όχι

12. Είχατε πρόσφατα κάποια διαφωνία/σύγκρουση με φίλους, γείτονες ή συγγενείς;

3	2	1	0
Καμία	1-2 μικρής σημασίας	Αρκετές μικρής σημασίας ή 1 σοβαρή	Πολλές και σοβαρές

13. Πόσο συχνά νιώθετε ότι έχετε την ικανότητα να φέρετε εις πέρας μία λογική/κανονική συζήτηση;

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

14. Πόσο εύκολο ή δύσκολο είναι για σας να συζητάτε με ανθρώπους αυτή τη χρονική περίοδο;

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

15. Νιώθετε άβολα όταν είστε με άλλους ανθρώπους;

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

16. Περνάτε χρόνο μόνος/η επειδή το προτιμάτε;

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

ΜΕΡΟΣ 3ο

17. Σημειώστε στην κατάλληλη στήλη πόσο συχνά έχετε συμμετάσχει σε καθένα από τα παρακάτω τους τελευταίους 3 μήνες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά
1. Κινηματογράφο	0	1	2	3
2. Θέατρο – Συναυλία	0	1	2	3
3. Παρακολούθηση αθλητικών γεγονότων στο σπίτι	0	1	2	3
4. Παρακολούθηση αθλητικών γεγονότων εκτός σπιτιού (πχ αγώνα ποδοσφαίρου ή άλλο)	0	1	2	3
5. Γκαλερί τέχνης, μουσείο κλπ	0	1	2	3
6. Έκθεση	0	1	2	3
7. Επίσκεψη σε μέρη που σας ενδιαφέρουν	0	1	2	3
8. Συναντήσεις, ομιλίες κτλ.	0	1	2	3
9. Απογευματινά/βραδινά μαθήματα	0	1	2	3
10. Επισκέψεις σε σπίτια συγγενών	0	1	2	3
11. Επισκέψεις από συγγενείς στο σπίτι σας	0	1	2	3
12. Επισκέψεις σε σπίτια φίλων	0	1	2	3
13. Επισκέψεις από φίλους στο σπίτι σας	0	1	2	3
14. Πάρτι	0	1	2	3
15. Επίσημες εκδηλώσεις (πχ να πάτε σε γάμους, βαφτίσια κλπ)	0	1	2	3
16. Ντισκοτέκ	0	1	2	3
17. Κλαμπ νυχτερινής διασκέδασης ή κοινωνικές λέσχες	0	1	2	3
18. Κάποιο σπορ στο σπίτι	0	1	2	3
19. Σπορ εκτός σπιτιού	0	1	2	3
20. Κοινωνικές εκδηλώσεις	0	1	2	3
21. Έξω για ποτό	0	1	2	3
22. Φαγητό έξω	0	1	2	3
23. Εκκλησία - Εκκλησιαστικές δραστηριότητες	0	1	2	3

18. Σημειώστε στην κατάλληλη στήλη πόσο συχνά έχετε συμμετάσχει σε καθεμία από τις παρακάτω δραστηριότητες τους τελευταίους 3 μήνες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά
1. Παίζετε κάποιο μουσικό όργανο	0	1	2	3
2. Ράψιμο, πλέξιμο	0	1	2	3
3. Κηπουρική	0	1	2	3
4. Ανάγνωση βιβλίων, εφημερίδων κτλ.	0	1	2	3
5. Παρακολούθηση τηλεόρασης	0	1	2	3
6. Ακούτε μουσική	0	1	2	3
7. Μαγειρεύετε	0	1	2	3
8. Κατασκευές που κάνετε μόνος/η σας (δραστηριότητες 'φτιάξτε μόνος σου')	0	1	2	3
9. Μαστορέματα, επιδιορθώσεις ζημιών στο σπίτι, αυτοκίνητο κλπ	0	1	2	3
10. Περπάτημα / πεζοπορίες	0	1	2	3
11. Οδήγηση / ποδήλατο (σαν ψυχαγωγία)	0	1	2	3
12. Χόμπι (πχ. Συλλογές κλπ)	0	1	2	3
13. Ψώνια	0	1	2	3
14. Καλλιτεχνικές δραστηριότητες	0	1	2	3

19. Παρακαλώ σημειώστε πόσο θεωρείτε ότι μπορείτε να κάνετε ή να χρησιμοποιείτε το καθένα από τα παρακάτω:

9. Μαστορέματα, επιδιορθώσεις ζημιών στο σπίτι, αυτοκίνητο κλπ	0	1	2	3
10. Περπάτημα / πεζοπορίες	0	1	2	3
11. Οδήγηση / ποδήλατο (σαν ψυχαγωγία)	0	1	2	3
12. Χόμπι (πχ. Συλλογές κλπ)	0	1	2	3
13. Ψώνια	0	1	2	3
14. Καλλιτεχνικές δραστηριότητες	0	1	2	3

20. Παρακαλώ απαντήστε πόσο συχνά καταφέρνατε να κάνετε ή κάνατε καθένα από τα παρακάτω τους τελευταίους 3 μήνες:

	Ικανοποιητικά (χωρίς βοήθεια)	Χρειάζομαι βοήθεια (για παρακίνηση)	Δεν μπορώ (ή δεν μπορώ χωρίς πολλή βοήθεια)	Δε γνωρίζω
1. Δημόσια μέσα μεταφοράς	3	2	1	0
2. Σωστή διαχείριση χρημάτων	3	2	1	0
3. Μαγείρεμα για τον εαυτό μου	3	2	1	0
4. Εβδομαδιαία ψώνια	3	2	1	0
5. Αναζήτηση δουλειάς (εάν χρειαστεί)	3	2	1	0
6. Πλύσιμο των ρούχων μου	3	2	1	0
7. Προσωπική υγιεινή	3	2	1	0
8. Πλύσιμο, τακτοποίηση σπιτιού	3	2	1	0
9. Αγορές από καταστήματα	3	2	1	0
10. Να βγω από το σπίτι μόνος/η	3	2	1	0
11. Να διαλέξω και να αγοράσω τα ρούχα μου	3	2	1	0
12. Να φροντίσω την εμφάνισή μου	3	2	1	0

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
Ψώνια από καταστήματα μόνος-η (χωρίς βοήθεια)	0	1	2	3
Πλύσιμο οικιακών σκευών	0	1	2	3
Τακτικό πλύσιμο/μπάνιο	0	1	2	3
Πλύσιμο των ρούχων μου	0	1	2	3
Ψάξιμο εργασίας (εάν είμαι άνεργος/η)	0	1	2	3
Ψώνια για το φαγητό	0	1	2	3
Προετοιμασία γευμάτων	0	1	2	3
Έξοδος από το σπίτι	0	1	2	3
Χρήση μεταφορικών μέσων	0	1	2	3
Χρήση χρημάτων	0	1	2	3
Διαχείριση χρημάτων	0	1	2	3
Επιλογή και αγορά ρούχων για τον εαυτό σας	0	1	2	3
Φροντίδα προσωπικής εμφάνισης	0	1	2	3

ΜΕΡΟΣ 4ο**21. Έχετε κάποια κανονική σχέση εργασίας;**

Ναι Όχι

Αν ναι:

1. Τι είδους εργασία;
2. Πόσες ώρες εργάζεστε κάθε εβδομάδα;
3. Πόσο καιρό είστε σε απασχόληση;

Αν όχι:

4. Πότε ήταν η τελευταία φορά που εργαστήκατε;.....
5. Τι είδους εργασία;.....
6. Πόσες ώρες την εβδομάδα;.....

22. Αν δεν εργάζεστε:

1. Έχετε δηλώσει άνεργος; Ναι Όχι

2. Συμμετέχετε σε προγράμματα κέντρου ημέρας ή νοσοκομείου ημέρας;
 Ναι Όχι

3. Πιστεύετε ότι είστε ικανός για κάποιο είδος απασχόλησης;

Σίγουρα ναι Θα έχω κάποια δυσκολία Σίγουρα όχι

4. Πόσο συχνά κάνετε προσπάθειες να βρείτε δουλειά; (κέντρο ανεύρεσης εργασίας, κοιτάω εφημερίδες)

0	1	2	3
Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά

23. Αν δεν εργάζεστε:

Πώς περνάτε την ημέρα σας συνήθως;

Πρωί

Απόγευμα

Βράδυ

31. ΚΛΙΜΑΚΑ PANSS (Kay et al.,1986)

Οδηγίες: βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη βαθμολογία για κάθε λήμμα σύμφωνα με την κλινική συνέντευξη.

1=απόν σύμπτωμα, 2=μικρή, 3=ήπια, 4=μέτρια, 5=μετρίως σοβαρή, 6=σοβαρή, 7=εξαιρετική ένταση

(P) ΘΕΤΙΚΗ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ

P1	Παραληρητικές ιδέες	1	2	3	4	5	6	7
P2	Εννοιολογική Αποδιοργάνωση	1	2	3	4	5	6	7
P3	Ψευδαισθητική Συμπεριφορά	1	2	3	4	5	6	7
P4	Διέγερση	1	2	3	4	5	6	7
P5	Ιδέες μεγαλείου	1	2	3	4	5	6	7
P6	Καχυποψία/ ιδέες Δίωξης	1	2	3	4	5	6	7
P7	Εχθρότητα	1	2	3	4	5	6	7

(N) ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ

N1	Αμβλύ Συναίσθημα	1	2	3	4	5	6	7
N2	Συναισθηματική Απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
N3	Πτωχή Συναισθηματική Σχέση	1	2	3	4	5	6	7
N4	Παθητική/ Απαθής Κοινωνική Απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
N5	Δυσκολία στην Αφηρημένη Σκέψη	1	2	3	4	5	6	7
N6	Έλλειψη Αυθορμητισμού και ροής στην ομιλία	1	2	3	4	5	6	7
N7	Στερεότυπη σκέψη	1	2	3	4	5	6	7

(G) ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

G1	Σωματική Ενασχόληση	1	2	3	4	5	6	7
G2	Άγχος	1	2	3	4	5	6	7
G3	Αισθήματα ενοχής	1	2	3	4	5	6	7
G4	Ψυχική Τάση	1	2	3	4	5	6	7
G5	Ιδιοτροπισμοί και λήψη παράξενων στάσεων	1	2	3	4	5	6	7
G6	Κατάθλιψη	1	2	3	4	5	6	7
G7	Κινητική Επιβράδυνση	1	2	3	4	5	6	7
G8	Έλλειψη Συνεργασίας	1	2	3	4	5	6	7
G9	Ασύνηθες περιεχόμενο σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
G10	Διαταραχή του προσανατολισμού	1	2	3	4	5	6	7
G11	Διαταραχή προσοχής	1	2	3	4	5	6	7
G12	Έλλειψη κρίσης και Εναισθησίας	1	2	3	4	5	6	7
G13	Διαταραχή της βούλησης	1	2	3	4	5	6	7
G14	Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων	1	2	3	4	5	6	7
G15	Ενασχόληση	1	2	3	4	5	6	7
G16	Ενεργητική Κοινωνική Αποφυγή	1	2	3	4	5	6	7