

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή εργασία:

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

**ATTITUBES AND PERCERTIONS OF MENTAL HEALTH
SCIENTISTS OF HERAKLION SERVICES FOR THE PROBLEMS AND
NEEDS OF PEOPLE THAT SUFFER FROM SCHIZOPHRENIA**

των

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΑΣΤΡΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΜΠΟΥΣΟΥΛΗ ΒΕΝΕΤΙΑ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2020

Copyright@ 2019 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.
<https://www.hmu.gr/sw/>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των Ασημακοπούλου Χριστίνα, Αστρινάκη Μαρία και Μπουσούλη Βενετία, της επιβλέπουσας καθηγήτριας Σηφάκη Ασπασίας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.
Κρήτης

Ασημακοπούλου Χριστίνα

Αστρινάκη Μαρία

Μπουσούλη Βενετία

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

**«ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ»**

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

Ασημακοπούλου Χριστίνα

Αστρινάκη Μαρία

Μπουσούλη Βενετία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	10
1.1 Ορισμός σχιζοφρένειας.....	10
1.2 Συμπτώματα και κλινικές μορφές της σχιζοφρένειας.....	11
1.3 Αίτια της σχιζοφρένειας.....	16
1.4 Διάγνωση.....	21
1.5 Θεραπείες και μέθοδοι αντιμετώπισης για την σχιζοφρένεια.....	22
1.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία.....	23
1.5.2 Ψυχοκοινωνική θεραπεία.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	30
2.1 Προβλήματα και ανάγκες των ατόμων με σχιζοφρένεια.....	30
2.1.1 Προβλήματα και ανάγκες που σχετίζονται με την υγεία.....	31
2.1.2 Το πρόβλημα του κοινωνικού στίγματος.....	34
2.1.3. Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες και η αποκατάσταση των ασθενών.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	39
3.1. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις δομές ψυχικής υγείας.....	39
Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43
4.1 Είδος της έρευνας.....	43
4.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα.....	43
4.3 Πεδίο μελέτης ορισμός του δείγματος και διαδικασία.....	44
4.4 Ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων.....	44
4.5 Δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της έρευνας.....	45
4.6 Ηθικά ζητήματα της έρευνας.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	71

6.1. Συμπεράσματα της έρευνας.....	71
6.2 Προτάσεις που σχετίζονται με τα παραπάνω συμπεράσματα της έρευνας.	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	82

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περίληψη στην Ελληνική γλώσσα

Σκοπό της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελεί η διερεύνηση και η καταγραφή τόσο των προβλημάτων όσο και των αναγκών που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, μέσα από τις απόψεις των επαγγελματιών που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας. Ειδικότερα οι δομές στις οποίες απευθυνθήκαμε ήταν η Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του Βενιζελείου-Πανάνειου Νοσοκομείου καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου.

Για την συγκεκριμένη εργασία πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα χρησιμοποιώντας την τεχνική της ημιδομημένης συνέντευξης. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις που είχαμε προετοιμάσει, οι οποίες αφορούσαν τα προβλήματα και τις ανάγκες των ατόμων με σχιζοφρένεια, το κοινωνικοπολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο αυτών, την ποιότητα ζωής τους καθώς και τις διαθέσιμες υπηρεσίες όπου οι ίδιοι μπορούν να απευθυνθούν.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σχιζοφρενείς ασθενείς σχετίζονται με τον στιγματισμό, την κοινωνική απόσυρση αλλά και με θέματα που αφορούν την λειτουργικότητά τους. Οι ειδικοί αναφέρουν ότι για την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών κρίνεται αναγκαία η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών, η λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής, η συνεχής υποστήριξη από το περιβάλλον τους καθώς και η δημιουργία περισσότερων δομών με σκοπό την κοινωνικοποίησή τους. Όσον αφορά τις ανάγκες που έχουν τα άτομα με σχιζοφρένεια οι ειδικοί συμφώνησαν ότι χρειάζονται αφενός οικονομική υποστήριξη και αφετέρου φροντίδα από το κοινωνικό καθώς και από το οικογενειακό περιβάλλον. Από την έρευνα προκύπτει ότι για την κάλυψη αυτών των αναγκών είναι απαραίτητη η αύξηση των θέσεων εργασίας για τα άτομα που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολίες αλλά και η αποδοχή των ίδιων τόσο από το οικογενειακό όσο και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Λέξεις κλειδιά: Σχιζοφρένεια, ψυχική διαταραχή, ασθενείς, προβλήματα, ανάγκες, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, κοινωνικός αποκλεισμός, στιγματισμός, ψυχοεκπαίδευση, κοινωνικοποίηση

English language summary

The purpose of the present report is to explore and record both the problems and the needs of people who suffer from schizophrenia, from the opinions of professionals who work in mental health organizations. More specifically, the services that we visited were the Psychiatry Adult Clinic in Venizeleio-Pananeio Hospital and the Mental Health Center of Heraklion.

About the report, was materialized qualitative research by using the method of semi-structured interview. The participants required about various subjects that we had prepared, related with the problems and the needs of the people who suffer from schizophrenia, their socialcultural and financial state, their quality of life and for the organizations that are available to them.

Concluding the results of the research, we can observe that the main problems facing people who suffer from schizophrenia, are related with the stigmatization, the social withdrawal and issues with their functionality. The experts mentioned that for solving these problems and patients be able to have a more quality life, it's necessary the systematic following up from the doctors, receiving steadily their medication, support from their family environment and erection more organizations with purpose their socializing. Regarding the needs of people that suffer from schizophrenia, the experts agreed that they need financial support and care from their social and family environment. From the research resulted that covering these needs its indispensable the increasement of employment positions, for people who are dealing with these difficulties and also their approval from their families and the social environment.

Key-words: Schizophrenia, mental disorder, patients, problems, needs, mental health professionals, social exclusion, stigmatization, psycho education, socialization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από θεμελιώδεις διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη και τα συναισθήματα και συνεπώς προκαλεί σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας στους ασθενείς. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διαιρούνται σε «θετικά» και «αρνητικά». Τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν μη φυσιολογικές εμπειρίες και αντιλήψεις όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, παράλογες και αποδιοργανωμένες σκέψεις και αλλόκοτη συμπεριφορά. Τα αρνητικά συμπτώματα είναι η έκπτωση ή η απουσία της φυσιολογικότητας στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά.

Σήμερα, η αποκατάσταση των ασθενών στοχεύει αρχικά στον έγκαιρο εντοπισμό της ασθένειας και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με φαρμακευτική θεραπεία και ψυχοθεραπεία, ενώ ταυτόχρονα είναι αναγκαία η εκπαίδευση και πιο συγκεκριμένα η ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες και ικανότητες που θα τους προσφέρουν βελτίωση σε όλους τους τομείς της ζωής τους.

Ωστόσο, φαίνεται πως παρόλη την επιστημονική πρόοδο και εξέλιξη στις μεθόδους αντιμετώπισης και θεραπείας, η σχιζοφρένεια εξακολουθεί πολλές φορές να είναι συνώνυμη με την «τρέλα», το ανεξήγητο, το μυστηριώδες και το τρομακτικό και να συνοδεύεται από πολλές λαθεμένες απόψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες και φόβους που της προσδίδουν το στοιχείο του στίγματος. Επιπλέον οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή, η οποία πολλές φορές μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες που σχετίζονται με την διάθεση και την εξωτερική εμφάνιση των ασθενών, με αποτέλεσμα να μην την ακολουθούν και να ελλοχεύει ο κίνδυνος υποτροπής. Ως υποτροπή ορίζεται η επανεμφάνιση δυσάρεστων καταστάσεων και συμπτωμάτων, μετά από μια περίοδο βελτίωσης. Ακόμη, οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα καθώς δυσκολεύονται να βρουν εργασία ή να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των εργοδοτών, ενώ πολλές φορές το οικογενειακό περιβάλλον δεν είναι σε θέση να στηρίξει τον ασθενή ο οποίος καταλήγει να ζει με ελάχιστα χρήματα τα οποία λαμβάνει από το κράτος, ως επίδομα. Οι σχιζοφρενείς ασθενείς λόγω της φύσης της ασθένειας τους δυσκολεύονται να αναπτύξουν προσωπικές ή κοινωνικές σχέσεις και έτσι συνήθως περιθωριοποιούνται από την κοινωνία.

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, έχουν ανάγκη για συναισθηματική ασφάλεια, ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αυτοπραγμάτωση, ανάγκη για αποδοχή, για επανένταξη στη κοινωνία, για στήριξη και υποστήριξη από τους ειδικούς και την οικογένεια τους, ανάγκη για προστασία, εκπαίδευση, φροντίδα.

Στην παρούσα εργασία θα διερευνήσουμε τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επιστημόνων ψυχικής υγείας των δομών Ηρακλείου, με σκοπό να καταγράψουμε και να κατανοήσουμε αφενός τα προβλήματα και αφετέρου τις ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε σε κάποια ερωτήματα μέσα από τις βιβλιογραφικές μας πηγές, αλλά και με τη βοήθεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας οι οποίοι επιλέχθηκαν για να αποτελέσουν το δείγμα της έρευνας μας, διότι θεωρήσαμε πως έχουν την πλέον κατάλληλη εμπειρία μέσω της εργασίας τους με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Το θεωρητικό μέρος της εργασίας μας αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται λεπτομερώς η διαταραχή της σχιζοφρένειας, τα αίτια, καθώς και τα συμπτώματα αυτής. Στο δεύτερο κεφάλαιο καταγράφονται τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές μας πηγές. Το τρίτο κεφάλαιο συμπληρώνει το θεωρητικό μέρος της εργασίας μας, αναφορικά με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στις δομές ψυχικής υγείας και τονίζει την αναγκαιότητα της ύπαρξης κοινωνικών λειτουργών στις κοινωνικές υπηρεσίες των δομών. Στη συνέχεια προχωράμε στο δεύτερο μέρος της εργασίας, που αφορά την έρευνα. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύουμε την μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήσαμε. Στο πέμπτο κεφάλαιο καταγράφηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας μας και στο έκτο κεφάλαιο τα συμπεράσματα και οι προτάσεις μας.

Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.1 Ορισμός σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια διαταραχή του εγκεφάλου που επηρεάζει περίπου το ένα τοις εκατό του πληθυσμού. Η ασθένεια αυτή εμφανίζεται συχνότερα στις ηλικίες από 16 έως 30 ετών και οι άνδρες τείνουν να εμφανίζουν συμπτώματα σε μικρότερη ηλικία από ότι οι γυναίκες. Σε πολλές περιπτώσεις η διαταραχή αναπτύσσεται πολύ αργά, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά και να αναπτυχθεί γρήγορα (Nordqvist, 2017). Σχετικά με τα αίτια της νόσου, οι ειδικοί έχουν στραφεί προς τη μελέτη της γενετικής, τη διεξαγωγή ερευνών για τη συμπεριφορά και τη χρήση προηγμένης απεικόνισης για να εξετάσουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Όταν η σχιζοφρένεια είναι ενεργή τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, έλλειψη κινήτρων, προβλήματα με τη σκέψη και τη συγκέντρωση. Ωστόσο, με τη θεραπεία τα περισσότερα συμπτώματα της σχιζοφρένειας βελτιώνονται σημαντικά. Η σχιζοφρένεια δεν σημαίνει αποσπασματική ή πολλαπλή προσωπικότητα. Οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια δεν είναι επικίνδυνοι ή βίαιοι. Επίσης, δεν είναι άστεγοι, ούτε ζουν σε νοσοκομεία. Η πλειοψηφία των ατόμων με σχιζοφρένεια ζουν στο σπίτι τους με την οικογένεια τους. Όταν η ασθένεια είναι ενεργή, μπορεί να χαρακτηριστεί από επεισόδια στα οποία ο ασθενής δεν είναι σε θέση να διακρίνει τις εξωπραγματικές από τις πραγματικές εμπειρίες. Όπως και με οποιαδήποτε ασθένεια, η σοβαρότητα, η διάρκεια και η συχνότητα των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλλουν. Ωστόσο, σε άτομα με σχιζοφρένεια, η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών ψυχωσικών συμπτωμάτων μειώνεται συχνά κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς. Η μη λήψη φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες, η χρήση οινόπνευματος ή ναρκωτικών ουσιών και οι καταστάσεις άγχους τείνουν να αυξάνουν τα συμπτώματα (Parekh, 2017).

1.2 Συμπτώματα και κλινικές μορφές της σχιζοφρένειας

Περίπου πριν από 40 χρόνια τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες: στα θετικά και στα αρνητικά συμπτώματα (Crow, 1985, Strauss, Carpenter, & Bartko, 1974). Στη συνέχεια, η αρχική κατηγορία των θετικών συμπτωμάτων χωρίστηκε επίσης σε δύο κατηγορίες: στα θετικά συμπτώματα και στα συμπτώματα αποδιοργάνωσης (Lenzenwenger, Dworkin, & Wethington, 1991).

Τα θετικά συμπτώματα φαίνεται να οφείλονται σε υπερλειτουργία ή παραμόρφωση φυσιολογικών νοητικών λειτουργιών (Eby & Brown, 2009). Αναφέρονται σε υπερβολές και στρεβλώσεις, όπως είναι οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις.

➤ Παραληρητικές ιδέες

Παραληρητικές ιδέες νοούνται οι πεποιθήσεις - εμμονές ενός ατόμου που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και παρ' όλα αυτά τις υποστηρίζει σθεναρά, αψηφώντας τις ενδείξεις ότι δεν ισχύουν. Αυτό είναι ένα από τα συνηθισμένα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας (Kring et al., 2010). Οι Eby & Brown (2009), ανέφεραν τους εξής 7 τύπους παραληρητικών ιδεών: ιδέες μεγαλείου, ιδέες αναφοράς, ιδέες καταδίωξης, σωματικές, αλλόκοτες, εκπομπή της σκέψης και παρεμβολή ή εμφύτευση σκέψεων. Σύμφωνα με τον Γερμανό ψυχίατρο Kurt Schneider (1959, όπ. Αναφ. στο Eby & Brown, 2009) μερικά παραδείγματα παραληρητικών ιδεών είναι τα εξής:

- Οι ασθενείς μπορεί να υποστηρίζουν ότι κάποια εξωτερική πηγή έχει τοποθετήσει στο νου τους σκέψεις που δεν τους ανήκουν
- Οι ασθενείς ενδεχομένως να θεωρούν ότι οι σκέψεις τους εκπέμπονται προς τα έξω, με αποτέλεσμα οι άλλοι να γνωρίζουν τι σκέφτονται οι ίδιοι
- Οι ασθενείς μπορεί να σκέφτονται ότι κάποια εξωτερική δύναμη ξαφνικά κλέβει τις σκέψεις τους
- Ορισμένοι ασθενείς πιστεύουν ότι μια εξωτερική δύναμη ελέγχει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους

Περίπου στο 50% των ατόμων με σχιζοφρένεια παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες. Παρ' όλα αυτά τις συναντάμε και σε άλλες διαταραχές όπως στη διπολική διαταραχή, στην κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία και στην παραληρητική διαταραχή.

Η διαφορά στους ασθενείς με σχιζοφρένεια εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι παραληρητικές ιδέες τους είναι εξαιρετικά μη αληθοφανείς (Junginger, Barker, & Coe, 1992).

➤ **Ψευδαισθήσεις και άλλες διαταραχές της αντίληψης**

«Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ στην τηλεόραση, επειδή δεν μπορώ να παρακολουθώ την οθόνη και ταυτόχρονα να ακούω αυτά που λέγονται. Δε νομίζω ότι μπορώ να καταγράψω δύο πράγματα όπως αυτά ταυτόχρονα, ιδιαίτερα όταν το ένα είναι να βλέπω και το άλλο να ακούω. Από την άλλη, μου φαίνεται ότι πάντα καταγράφω πάρα πολλά ερεθίσματα την ίδια στιγμή και μετά δεν μπορώ να τα χειριστώ ή να βγάλω κάποιο νόημα από αυτά» (McGhie & Chapman, 1961, σ. 106)».

Οι ψευδαισθήσεις είναι οι πιο έντονες στρεβλώσεις της αντίληψης. Είναι αισθητηριακές εμπειρίες που φαίνονται πολύ πραγματικές, αλλά δεν οφείλονται σε εξωτερικά ερεθίσματα. Ο συχνότερος τύπος που απαντάται στη σχιζοφρένεια είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, συνήθως παίρνοντας τη μορφή φωνών. Περίπου το 75% των ατόμων με σχιζοφρένεια ακούν φωνές κάποια στιγμή στη πορεία της νόσου τους. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι η αμέσως επόμενη συχνότερη μορφή ψευδαισθήσεων. Επίσης μπορεί να είναι απτικές, γευστικές, οσφρητικές ή σωματικές/κιναισθητικές (Eby & Brown, 2009). Σύμφωνα με τον Mellor (1970), ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν ότι ακούν τις σκέψεις τους να εκφράζονται από κάποια άλλη φωνή, άλλοι ισχυρίζονται ότι οι φωνές που ακούν διαφωνούν μεταξύ τους, ενώ κάποιοι αναφέρουν ότι ακούν φωνές οι οποίες σχολιάζουν τη συμπεριφορά τους.

Τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης περιλαμβάνουν τον αποδιοργανωμένο λόγο και την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

➤ **Αποδιοργανωμένος λόγος**

Γνωστός και ως *τυπική διαταραχή της σκέψης*, ο αποδιοργανωμένος λόγος αναφέρεται στη δυσλειτουργία της οργάνωσης των ιδεών και του τρόπου ομιλίας. Οι συζητήσεις των ατόμων με σχιζοφρένεια πολλές φορές χαρακτηρίζονται από ασυναρτησία. Ο ασθενής μπορεί να κάνει επανειλημμένες αναφορές σε κάποιες κεντρικές ιδέες ή θέματα, όμως τα επιμέρους στοιχεία της συζήτησης δεν συνδέονται και αυτό δυσχεραίνει κατά πολύ την κατανόηση των όσων προσπαθεί να πει ο ασθενής. Επίσης, ο λόγος μπορεί να διαταράσσεται από αυτό που ονομάζεται χάλαση

των συνειρμών ή εκτροχιασμός της σκέψης. Σε αυτή την κατάσταση ο ασθενής ενδεχομένως να επικοινωνεί πιο αποτελεσματικά με κάποιον που τον ακούει, αλλά δυσκολεύεται να παραμείνει σε ένα θέμα (Kring et al., 2010). Ένα παράδειγμα χάλασης του συνειρμού των ιδεών είναι: «*Ξέρεις, ζω στη ζούγκλα και αγαπώ τα ζώα. Σκοπεύω να φορέσω τα καινούρια μου παπούτσια όταν θα πάω βόλτα, θες να έρθεις μαζί μου;*» (Eby & Brown, 2009).

➤ **Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά**

Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από απουσία στόχου στις πράξεις του ατόμου. Οι ασθενείς εμφανίζουν άσκοπη συμπεριφορά, για παράδειγμα μπορεί να περπατούν επαναλαμβανόμενα κάνοντας κύκλους και συχνά είναι εκκεντρικά και ασυνήθιστα ντυμένοι, όπως παραδείγματος χάρη μπορεί να φορούν περιodέραια στα αυτιά. Δυσκολεύονται ακόμη και στο να ανταποκριθούν σε υποχρεώσεις της καθημερινής ζωής όπως η προσωπική υγιεινή και η προετοιμασία γευμάτων. Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μπορεί να περιλαμβάνει αναπάντεχη διέγερση (βηματισμός, κραυγές, βωμολοχίες) ή ανάρμοστη συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα αυνανισμός σε δημόσιο χώρο (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2000) (Eby & Brown, 2009). Επιπλέον, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μπορεί να περιλαμβάνει την κατατονία. Η κατατονία ορίζεται από μια σειρά κινητικών ανωμαλιών. Οι ασθενείς μπορεί να κάνουν διαρκώς χειρονομίες και φαίνεται πως κάποιοι παρουσιάζουν υψηλό βαθμό διέγερσης. Στον αντίποδα βρίσκεται η κατατονική ακινησία, όπου οι ασθενείς υιοθετούν ασυνήθιστες σωματικές στάσεις τις οποίες διατηρούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Kring et al., 2010).

Από την άλλη πλευρά υπάρχει η κατηγορία των αρνητικών συμπτωμάτων, τα οποία οφείλονται σε έκπτωση ή απώλεια των φυσιολογικών λειτουργιών (Eby & Brown, 2009). Ως αποτέλεσμα αυτού υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις στις ζωές των ατόμων με σχιζοφρένεια. Η παρουσία πολλών αρνητικών συμπτωμάτων έχει ως απόρροια την χαμηλή ποιότητα ζωής (ελάχιστοι φίλοι, προβλήματα στον επαγγελματικό τομέα κ.α.). Στα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται τα εξής: αβουλία, ανηδονία, αλογία, επίπεδο συναίσθημα και διαπροσωπική λειτουργικότητα (Kring et al., 2010).

➤ **Αβουλία**

Είναι η απάθεια, η έλλειψη ενεργητικότητας και η απουσία ενδιαφέροντος για

πράγματα που αποτελούν συνήθειες ρουτίνας. Για παράδειγμα, οι ασθενείς ενδεχομένως να σταματήσουν να δίνουν σημασία στην περιποίηση τους και στην προσωπική τους υγιεινή. Επίσης, δείχνουν αδυναμία στο να συνεχίσουν τη δουλειά, τις σπουδές ή στο να ασχοληθούν με τις δουλειές του σπιτιού και συχνά ξοδεύουν το χρόνο τους χωρίς να κάνουν τίποτα (Kring et al., 2010).

➤ **Ανηδονία**

Είναι η απώλεια του ενδιαφέροντος για ευχαρίστηση. Για παράδειγμα, αν τα άτομα με σχιζοφρένεια κληθούν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο που αφορά την ανηδονία, για υποθετικές καταστάσεις ή δραστηριότητες οι οποίες για τα περισσότερα άτομα είναι ευχάριστες, όπως ψυχαγωγικές δραστηριότητες, σεξ, καλό φαγητό κ.α., φαίνεται ότι αισθάνονται λιγότερη ευχαρίστηση συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν τη νόσο. Ωστόσο, όταν οι ασθενείς τελικά βιώσουν κάποια ευχάριστη δραστηριότητα, φαίνεται πως αισθάνονται τόση ευχαρίστηση όση και τα άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια (Kring & Earnst, 1999). Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η ασθενείς δεν περιμένουν ότι θα βιώσουν κάτι ευχάριστο (Kring et al., 2010).

➤ **Αλογία**

Ονομάζεται η ποσοτικά και ποιοτικά πτωχή ομιλία. Ο λόγος μπορεί να είναι ασαφής και επαναλαμβανόμενος, ενώ παρατηρείται μειωμένη συναισθηματική έκφραση (Eby & Brown, 2009).

➤ **Επίπεδο συναίσθημα**

Σε όσους ασθενείς παρατηρείται επίπεδο συναίσθημα, σχεδόν κανένα ερέθισμα δεν μπορεί να προκαλέσει τη συναισθηματική τους έκφραση. Ο ασθενής κοιτάζει συνήθως ανέκφραστα και όταν καλείται να απαντήσει σε κάποιον, το κάνει με μονότονη και επίπεδη φωνή. Επίπεδο συναίσθημα παρατηρήθηκε στο 66% ενός μεγάλου δείγματος ασθενών με σχιζοφρένεια (Sartorius et al., 1974). Σημειωτέον ότι η έννοια του επίπεδου συναισθήματος αναφέρεται μόνο στην εξωτερική έκφραση και όχι στα εσωτερικά συναισθήματα του ασθενή, τα οποία μπορεί να είναι στον ίδιο βαθμό με άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια (Kring et al., 2010).

➤ **Διαπροσωπική λειτουργικότητα**

Το συγκεκριμένο σύμπτωμα της σχιζοφρένειας συχνά είναι το πρώτο που κάνει την εμφάνιση του, από την παιδική ηλικία ακόμα, πριν την εμφάνιση των άλλων εκδηλώσεων. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν σοβαρή έκπτωση στις

κοινωνικές τους σχέσεις. Έχουν ελάχιστους φίλους, δεν τους ενδιαφέρει να βρίσκονται μαζί με άλλα άτομα και οι κοινωνικές τους δεξιότητες είναι γενικότερα φτωχές (Kring et al., 2010).

➤ Γνωστικά ελλείμματα

Επιπλέον οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα, όπως δυσκολίες στην εστίαση ή στη μετατόπιση της προσοχής, μειωμένη κριτική ικανότητα, αδυναμία στην αφαιρετική σκέψη, ελαττωμένη ταχύτητα σκέψης και επεξεργασίας των ερεθισμάτων, καθώς και ελλιπή εναισθησία, δηλαδή αδυναμία αναγνώρισης του νοσηρού (<http://www.stavrianakos.gr/sxizofreneia-psyxoseis>).

Επιπροσθέτως, υπάρχουν οι εξής κλινικές μορφές σχιζοφρένειας:

1. Παρανοειδής: Η πλέον τυπική και συχνή μορφή της σχιζοφρένειας. Επικρατούν οι διαταραχές του περιεχομένου, όπως οι παραληρητικές ιδέες, καθώς και οι διαταραχές της αντίληψης π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις.
2. Αποδιοργανωτική ή ηβηφρενική: Με τον χαρακτηρισμό “ηβηφρένεια” υποδηλώνεται η πρόιμη έναρξη της σχιζοφρένειας στην εφηβική ηλικία. Αυτός ο τύπος χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της δομής της σκέψης, επίπεδο και απρόσφορο συναίσθημα και παιδαριώδης, έως φαιδρή συμπεριφορά.
3. Κατατονική: Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της βούλησης και από την εναλλαγή της ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα είναι η κατατονική εμβροντησία, κατά την οποία περιορίζεται σταδιακά ή απότομα η δραστηριότητα του ασθενή, φθάνοντας πολλές φορές στην πλήρη άρση των εκούσιων κινήσεων του σώματος, καθώς αδρανοποιείται κάθε αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα. Βασικές λειτουργίες, όπως η λήψη τροφής, η ένδυση, η αφόδευση, μπορεί να αναστέλλονται.
4. Αδιαφοροποίητη: Η συγκεκριμένη κλινική μορφή χαρακτηρίζεται από την παρουσία οποιουδήποτε συνδυασμού συμπτωμάτων, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των άλλων μορφών.

5. Απλή: Εμφανίζεται πρώιμα στη ζωή του ασθενούς και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Χαρακτηρίζεται από την αργή μείωση των εξωτερικών ενδιαφερόντων, την απάθεια και την αδιαφορία που οδηγούν σε ελαττωμένες και ρηχές διαπροσωπικές σχέσεις. Πρόκειται για αμφιλεγόμενη διάγνωση, που προϋποθέτει αφενός τον αποκλεισμό ύπαρξης θετικών συμπτωμάτων και αφετέρου τη μακροχρόνια παρακολούθηση του ασθενούς για να επιβεβαιωθεί η σταδιακή έκπτωση της λειτουργικότητας του.

6. Υπολειμματική: Σε αυτή τη μορφή ανήκουν οι περιπτώσεις που στο ιστορικό του ασθενούς υπάρχει τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, αλλά στην παρούσα κλινική εικόνα απουσιάζουν τα θετικά συμπτώματα και κυριαρχούν τα αρνητικά (Μοσχονάς & Βιλαέτη, 2018).

1.3 Αίτια της σχιζοφρένειας

Τι μπορεί να εξηγήσει την πολυδιάσπαση και την αποσύνδεση των σκέψεων, την έλλειψη εκφραστικότητας, τις παραληρητικές ιδέες και τις περίεργες ψευδαισθήσεις που παρουσιάζουν τα άτομα με σχιζοφρένεια (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010); Δεν έχει εντοπιστεί καμία μεμονωμένη αιτία, όμως έχουν αποδειχθεί αρκετοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή της. Η σχιζοφρένεια είναι από τις πιο κοινές ψυχιατρικές διαταραχές και επηρεάζει αρνητικά όχι μόνο τους ασθενείς και τις οικογένειες τους αλλά και τον γενικό πληθυσμό. Η κατανόηση της νόσου έχει προχωρήσει μέσα από την πρόοδο της επιδημιολογίας και της νευροαπεικόνισης, αλλά για πάνω από τέσσερις δεκαετίες η υπόθεση της ντοπαμίνης, ενός νευροδιαβιβαστή του εγκεφάλου, παρέμενε η κορυφαία θεωρία ως προς την αιτία της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια αντιπροσωπεύει πολύπλοκους φαινοτύπους με υψηλά ποσοστά κληρονομικότητας που ξεπερνούν το 80% στις μελέτες διδύμων, τις οποίες θα αναλύσουμε παρακάτω. Από την άλλη πλευρά, διαπιστώθηκε ότι πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιότητα της σχιζοφρένειας. Επιπλέον, παράγοντες που έχουν βρεθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου, είναι η χρήση κάνναβης και οι χρόνιοι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας. Ακόμη, το οξύ στρες παίζει ρόλο στην πρόκληση ψυχωτικών συμπτωμάτων (“Differences in etiological beliefs about schizophrenia among patients, family, and

medical staff’, 2018).

➤ Βιολογικοί/γενετικοί παράγοντες

Αρκετές είναι οι έρευνες που υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια έχει κάποια γενετική βάση. Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται σε αυτές τις έρευνες, όπως είναι οι μελέτες με τη μέθοδο των οικογενειών, των διδύμων και των υιοθετημένων, έχουν οδηγήσει τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η προδιάθεση για τη σχιζοφρένεια είναι κληρονομική (Kring et al., 2010). Σημαντικές έρευνες έχουν κάνει αρκετά σαφές το γεγονός ότι *«οι συγγενείς των ασθενών με σχιζοφρένεια διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο και ότι ο κίνδυνος αυξάνεται όσο στενότερη είναι η γενετική σχέση ανάμεσα στον πάσχοντα και στο συγγενικό του πρόσωπο»* (Kendler, Karkowski-Shuman, & Walsh, 1996). Για παράδειγμα, εάν κάποιος έχει έναν γονιό με σχιζοφρένεια η πιθανότητα να προσβληθεί κατά την διάρκεια της ζωής του είναι περίπου 10%, σε αντίθεση με κάποιο άτομο χωρίς κληρονομικότητα, όπου η πιθανότητα να προσβληθεί είναι περίπου στο 1% (Nordqvist, 2017).

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα των ερευνών που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο των οικογενειών, η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση. Παρ’ όλα αυτά, οι συγγενείς ενός ατόμου με σχιζοφρένεια εκτός από γονίδια μοιράζονται και κοινές εμπειρίες, επομένως δεν πρέπει να υποτιμήσουμε την επίδραση που ασκεί το περιβάλλον όταν αναφερόμαστε στον αυξημένο κίνδυνο που διατρέχουν οι συγγενείς των ατόμων με σχιζοφρένεια (Kring et al., 2010).

Μια άλλη ομάδα ερευνών εστίασε σε μελέτες που αφορούσαν τη συχνότητα της σχιζοφρένειας σε πανομοιότυπους και μη πανομοιότυπους διδύμους. Πανομοιότυποι δίδυμοι νοούνται εκείνοι που προέρχονται από το ίδιο ωάριο και συνεπώς έχουν 100% ίδιο γενετικό υλικό. Από την άλλη πλευρά, οι δίδυμοι που προέρχονται από δύο διαφορετικά ωάρια, δεν μοιάζουν περισσότερο απ’ ότι δύο κανονικοί αδερφοί και έχουν κοινό το 50% του γενετικού υλικού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων ερευνών, τα ζεύγη πανομοιότυπων διδύμων εμφανίζουν πολύ συχνότερα σχιζοφρένεια σε σχέση με τα ζεύγη διωγενών διδύμων. Ωστόσο, ενώ οι μελέτες διδύμων καταδεικνύουν ξεκάθαρα τη σημασία των γενετικών παραγόντων στην γένεση της σχιζοφρένειας, δεν εξηγούν απόλυτα το φαινόμενο (Σκαπινάκης, 2007). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ο πανομοιότυπος δίδυμος αδερφός ατόμου

που πάσχει από σχιζοφρένεια, δεν έχει πιθανότητα να νοσήσει 100% αλλά περίπου 40%-60%. Αυτό μας δείχνει ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες του περιβάλλοντος που μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας (Sahu & Prasuna, 2016).

Η δεύτερη ομάδα ερευνών μελέτησε υιοθετημένα παιδιά των οποίων οι βιολογικοί γονείς έπασχαν από σχιζοφρένεια (μελέτες υιοθεσίας). Οι μελέτες υιοθεσίας εστίασαν το ενδιαφέρον τους σε υιοθετημένα παιδιά για να εξετάσουν την σχετική σημασία κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στην καλύτερη εργασία αυτού του είδους, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Δανία, μελετήθηκαν παιδιά που είχαν γονείς με σχιζοφρένεια, τα οποία υιοθετήθηκαν από άλλες οικογένειες. Τα παιδιά αυτά συγκρίθηκαν με υιοθετημένα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς δεν έπασχαν από σχιζοφρένεια. Η μελέτη αυτή όπως και άλλες παρόμοιες, έδειξαν ότι τα παιδιά που οι βιολογικοί τους γονείς έχουν σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από αυτήν ακόμη και όταν δεν υπάρχει προσωπική επαφή (άρα επίδραση του περιβάλλοντος) όπως συμβαίνει στα υιοθετημένα παιδιά (Σκαπινάκης, 2007).

Παρ' ότι όλες οι έρευνες δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια έχει κληρονομική βάση, ο βαθμός της γενετικής επίδρασης παραμένει αδιευκρίνιστος. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η προδιάθεση προς τη νόσο, η οποία σε συνδυασμό με κάποιους άλλους παράγοντες, μπορεί να οδηγήσει στη σχιζοφρένεια. Μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστός ο τρόπος που μεταβιβάζεται η κληρονομική αυτή προδιάθεση και έτσι δεν είναι δυνατόν να προβλέψουμε με ακρίβεια εάν ένα συγκεκριμένο άτομο πρόκειται να νοσήσει ή όχι (Σκαπινάκης, 2007).

➤ Νευροχημικές μεταβολές του εγκεφάλου

Υπάρχουν σχεδόν με βεβαιότητα νευροχημικές διαφορές στον εγκέφαλο ενός ατόμου με σχιζοφρένεια, συγκριτικά με άτομο χωρίς την ασθένεια αυτή. Οι διαφορές εντοπίζονται κυρίως στον ιππόκαμπο και τον μετωπιαίο λοβό. Οι κύριες νευροχημικές ουσίες που έχουν μελετηθεί είναι οι νευροδιαβιβαστές και οι υποδοχείς τους, όπως η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη, το GABA (γάμμα-αμινοβουτυρικό οξύ) και το γλουταμινικό οξύ (Goff & Coyle, 2001).

➤ Δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου

Μια ακόμη θεωρία σχετικά με τα αίτια που οδηγούν στη σχιζοφρένεια αφορά τις δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου. Χρησιμοποιώντας την αξονική τομογραφία, ένα είδος ακτινογραφίας με το οποίο μπορούμε να δούμε με αρκετή σαφήνεια τον ζωντανό εγκέφαλο, κάποιες μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πιο συχνά ανωμαλίες της δομής του εγκεφάλου σε σύγκριση με υγιείς ανθρώπους της ίδιας ηλικίας (π.χ. οι εσωτερικές κοιλότητες του εγκεφάλου παρουσιάζονται μεγαλύτερες). Παρ' αυτά πρέπει να τονιστεί ότι όλες αυτές οι ανωμαλίες που έχουν αναφερθεί δεν είναι χαρακτηριστικές της σχιζοφρένειας και ούτε συναντώνται αποκλειστικά στα άτομα με την ασθένεια αυτή (Μεσσήνης, 2014).

➤ Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Μια πιθανή αιτία για κάποιες από αυτές τις ανωμαλίες του εγκεφάλου είναι βλάβες που προκύπτουν κατά την εγκυμοσύνη ή τη γέννηση. Πλήθος ερευνών έχουν δείξει υψηλό ποσοστό επιπλοκών κατά τον τοκετό στα ιστορικά των ασθενών με σχιζοφρένεια. Οι επιπλοκές αυτές ενδεχομένως να είχαν οδηγήσει σε μειωμένη παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο, που από αυτό συνεπάγεται η απώλεια φλοιώδους φαιάς ουσίας (Cannon, Jones & Murray, 2002). Αυτές οι περιγεννητικές επιπλοκές δεν αυξάνουν το ποσοστό σχιζοφρένειας σε όλους όσους τις έχουν βιώσει. Φαίνεται ότι ο κίνδυνος αυξάνεται σε άτομα που αφενός έχουν αυτές τις επιπλοκές, και αφετέρου έχουν τη γενετική προδιάθεση (Cannon & Mednick, 1993). Για παράδειγμα, ένα αυξημένο ποσοστό ενηλίκων σχιζοφρενών έχουν κοινό το γεγονός ότι οι μητέρες τους είχαν περάσει επιδημική γρίπη τύπου A2 στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους (Mednick, 1988). Ωστόσο, ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι αρκετά δύσκολο να διευκρινιστεί αν αυτοί οι παράγοντες επιδρούν άμεσα στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας ή αν επηρεάζουν ορισμένα έμβρυα τα οποία είναι ήδη πιο ευάλωτα από κάποια άλλα στην επίδραση αυτών των παραγόντων (Cantor, 1988).

➤ Οικογενειακές σχέσεις

Στο ερώτημα για το αν το οικογενειακό περιβάλλον σχετίζεται με την εκδήλωση σχιζοφρένειας απαντά ο Tienari και οι συνεργάτες του (1983, οπ. αναφ. στο Κακούρος & Μανιαδάκη, 2002) οι οποίοι πραγματοποίησαν μια έρευνα με συμμετέχοντες 92 παιδιά σχιζοφρενών και φυσιολογικών μητέρων, τα οποία δόθηκαν για υιοθεσία. Στις θετές οικογένειες των παιδιών αυτών, το περιβάλλον ήταν άλλοτε

υγιές και άλλοτε διαταραγμένο. Διαπιστώθηκε ότι όλα τα παιδιά που εκδήλωσαν σχιζοφρένεια ανήκαν στην ομάδα παιδιών σχιζοφρενών μητέρων που μεγάλωσαν σε διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον. Η μελέτη αυτή μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στη γενετική προδιάθεση και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να λειτουργήσουν σε ορισμένες περιπτώσεις ως εκλυτικά αίτια για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, ενώ σε κάποιες άλλες μπορεί να λειτουργήσουν ως προστατευτικοί παράγοντες που αποτρέπουν την εμφάνιση της.

➤ Προκαλούμενη από φάρμακα σχιζοφρένεια

Έρευνες έχουν δείξει ότι η χρήση κάνναβης μπορεί να προκαλέσει το πρώτο επεισόδιο σε άτομα με προδιάθεση σε ψυχωσική ασθένεια, όπως η σχιζοφρένεια. Ακόμη, η χρήση μαριχουάνας και LSD έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν υποτροπές στη σχιζοφρένεια. Επιπλέον, μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως τα στεροειδή και τα διεγερτικά, μπορούν να προκαλέσουν ψύχωση (Nordqvist, 2017).

➤ Ψυχολογικό στρες

Μέχρι τώρα έχουμε αναφερθεί σε πολλούς πιθανούς παράγοντες προδιάθεσης για σχιζοφρένεια, όμως για να πυροδοτηθεί η ασθένεια χρειάζεται κάτι παραπάνω από την προδιάθεση. Βασικό ρόλο σε αυτό παίζει το ψυχολογικό στρες καθώς μπορεί να αλληλεπιδράσει με τη γενετική ή τη νευροβιολογική ευαισθησία και να οδηγήσει στη σχιζοφρένεια. Αρκετές είναι οι έρευνες που δείχνουν ότι, όπως και σε πολλές άλλες διαταραχές, η αύξηση των στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή ενός ατόμου παράλληλα αυξάνει και την πιθανότητα υποτροπής (Ventura et al., 1989). Είναι γνωστό ότι αγχωτικά περιστατικά συχνά προηγούνται της εμφάνισης της σχιζοφρένειας. Τα άτομα αυτά πριν τα οξέα συμπτώματα συνήθως φανερώνουν ανησυχία, ευερεθιστότητα και αδυναμία στη συγκέντρωση. Συχνά αυτοί οι παράγοντες κατηγορούνται για την εμφάνιση της ασθένειας, ενώ στην πραγματικότητα, η ίδια η ασθένεια έχει προκαλέσει το αγχωτικό συμβάν. Συνεπώς, δεν είναι πάντα σαφές εάν το άγχος είναι μια αιτία ή αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας (“What is schizophrenia?”, 2007).

1.4 Διάγνωση

Παράγοντες που μπορεί να υποδεικνύουν τη νόσο χωρίς όμως να την επιβεβαιώνουν, είναι η πορεία της νόσου και η διάρκεια των συμπτωμάτων, οι αλλαγές του επίπεδου λειτουργικότητας πριν από τη νόσο, το αναπτυξιακό υπόστρωμα και το γενετικό/οικογενειακό ιστορικό. Δεν υπάρχουν διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις για τη σχιζοφρένεια. Ωστόσο, στην αξονική ή μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου μπορεί να εντοπιστούν κάποιες αλλοιώσεις που εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια και έτσι να βοηθήσουν στον αποκλεισμό άλλων παθήσεων. Πιθανές παθήσεις που πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκονται είναι οι νευρολογικές παθήσεις και η νοητική υστέρηση, καθώς και κάποιες ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρενικόμορφη ή παραληρητική διαταραχή, οι διαταραχές συναισθήματος, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διπολική διαταραχή (Μοσχονάς & Βιλαέτη, 2018). Είναι επίσης σημαντικό να διαπιστωθεί, ότι τα σημεία και τα συμπτώματα δεν έχουν προκληθεί, για παράδειγμα, από μια συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή ή από κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Nordqvist, 2017).

Για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας οι ασθενείς πρέπει να πληρούν τα κριτήρια που περιγράφονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Πρόκειται για ένα εγχειρίδιο αμερικανικής ψυχιατρικής σύνδεσης που χρησιμοποιείται από επαγγελματίες του τομέα της υγείας για τη διάγνωση ψυχικών ασθενειών και συνθηκών (Μοσχονάς & Βιλαέτη, 2018).

Ο ασθενής θα πρέπει να εμφανίζει δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα, το καθένα για σημαντικό χρονικό διάστημα, παραδείγματος χάρη για διάστημα ενός μήνα (ή και λιγότερο, εάν αντιμετωπιστεί επιτυχώς):

 Παραληρητικές ιδέες

 Ψευδαισθήσεις

 Αποδιοργανωμένος λόγος



Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά



Αρνητικά συμπτώματα (αλογία, ανηδονία, αβουλία, επίπεδο συναίσθημα, διαπροσωπική λειτουργικότητα, γνωστικά ελλείματα)

Στην περίπτωση που οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αφορούν μια φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή δύο ή περισσότερες φωνές που συνδιαλέγονται μεταξύ τους, απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα.

Επίσης, οι ασθενείς για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής, σε έναν οι περισσότερους τομείς της λειτουργικότητας όπως π.χ. στον επαγγελματικό τομέα, στις διαπροσωπικές σχέσεις ή στον τομέα της αυτοφροντίδας, υστερούν αξιοσημείωτα συγκριτικά με το επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη της διαταραχής. Τα συμπτώματα της διαταραχής επιμένουν για 6 μήνες ή και περισσότερο (Eby & Brown, 2009).

1.5 Θεραπείες και μέθοδοι αντιμετώπισης για την σχιζοφρένεια

Είναι φανερό ότι η θεραπεία της σχιζοφρένειας, πρόκειται για μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του. Η θεραπευτική παρέμβαση των ειδικών στοχεύει αφενός, στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης νόσου και αφετέρου στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, απαιτείται ένας συνδυασμός μεθόδων για το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια, ο οποίος περιλαμβάνει την λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την ψυχολογική καθώς και την κοινωνική υποστήριξη (Σουλάκη, 2018).

1.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Την δεκαετία του 1950 σημαντική εξέλιξη για την θεραπεία της σχιζοφρένειας αποτέλεσε η εμφάνιση διάφορων φαρμάκων τα οποία ονομάστηκαν «αντιψυχωτικά». Τα φάρμακα αυτά αποκαλούνταν ακόμα και ως «νευροληπτικά», καθώς οι παρενέργειές τους ήταν παρόμοιες με τα συμπτώματα εκείνα των νευρολογικών ασθενειών (Kring κ.α., 2010). Τα αντιψυχωτικά φάρμακα ενδέχεται να έχουν διαφορετική επίδραση σε κάθε άτομο, συνεπώς μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση διαφορετικών φαρμάκων μέχρις ότου βρεθεί εκείνο που ανταποκρίνεται καλύτερα στην περίπτωση του κάθε ασθενή (Σουλάκη, 2018). Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα «παραδοσιακά αντιψυχωτικά» και τα «άτυπα αντιψυχωτικά».

- Παραδοσιακά αντιψυχωτικά φάρμακα

Η πρώτη κατηγορία φαρμάκων περιλαμβάνει ουσίες όπως είναι η χλωροπρομαζίνη, η οποία αποδείχθηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική στο να ηρεμεί τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ειδικότερα, οι θεραπευτικές ιδιότητες της συγκεκριμένης ουσίας στηρίζονται στον αποκλεισμό των ντοπαμινεργικών υποδοχέων του εγκεφάλου, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την επίδραση της ντοπαμίνης στη σκέψη, στο συναίσθημα και στην συμπεριφορά. Άλλες ουσίες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, είναι η αλοπεριδόλη και η θειοθιξίνη. (King κ.α., 2010). Τα «παραδοσιακά αντιψυχωτικά φάρμακα», μπορούν να μειώσουν τόσο τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης όσο και τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, έχουν όμως ελάχιστη ή και μηδαμινή επίδραση στα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα φαίνεται να έχουν μειώσει σε μεγάλο βαθμό την μακροχρόνια νοσηλεία των ασθενών, παράλληλα όμως έχουν οδηγήσει στο φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», το οποίο χαρακτηρίζεται από την εισαγωγή, την έξοδο και την επανεισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο. Ακόμα, κάποιοι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται θετικά στη θεραπεία ή τη σταματούν αργότερα (King κ.α., 2010).

Όσον αφορά τις παρενέργειες που προκαλούνται από την λήψη αντιψυχωτικών φαρμάκων οι πιο σύνηθες είναι η ζάλη, η θολή όραση, η νευρική και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Επίσης, παρουσιάζονται «παρενέργειες με συμπτώματα του εξωπυραμιδικού συστήματος», τα οποία θυμίζουν τα συμπτώματα της νόσου του

Parkinson (π.χ. τρόμος στα δάχτυλα, συρτή βάδιση, σιελόρροια, δυστονία, δυσκινησία, ακαθυσία) και αντιμετωπίζονται με τα φάρμακα που χορηγούνται για την νόσο αυτή. Ακόμα, σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται «όψιμη δυσκινησία» (μυϊκή διαταραχή των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών) καθώς και «κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο» (έντονη μυϊκή δυσκαμψία) (Kring κ.α., 2010).

- Άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα

Η δεύτερη κατηγορία φαρμάκων περιλαμβάνει τα «άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα», τα οποία ονομάστηκαν έτσι επειδή ο μηχανισμός δράσης τους διαφέρει από τον μηχανισμό των παραδοσιακών αντιψυχωτικών φαρμάκων. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ουσίες όπως είναι η κλοζαπίνη, η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη. Από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, προέκυψε ότι τα άτυπα αντιψυχωτικά αφενός έχουν καλύτερα αποτελέσματα στην μείωση των θετικών συμπτωμάτων και των συμπτωμάτων αποδιοργάνωσης, και αφετέρου προκαλούν λιγότερες κινητικές παρενέργειες συγκριτικά με τα παραδοσιακά αντιψυχωτικά φάρμακα (Kring κ.α., 2010).

Οι παρενέργειες που προκύπτουν από την λήψη των άτυπων αυτών φαρμάκων περιλαμβάνουν την εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος, επιληπτικές κρίσεις, ζάλη, κόπωση, σιελόρροια και αύξηση του σωματικού βάρους (Kring κ.α., 2010).

Όσον αφορά την θεραπεία της σχιζοφρένειας, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η λήψη αντιψυχωσικών φαρμάκων από τους ασθενείς, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος για την θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου. Η επιτυχία των ουσιών που ανήκουν στα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα (δηλ. κλοζαπίνη, ολανζαπίνη και ρισπεριδόνη), έχει οδηγήσει στην αναζήτηση νέων και πιο αποτελεσματικών φαρμάκων, τα οποία βρίσκονται σε φάση αξιολόγησης προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (Kring κ.α., 2010).

1.5.2 Ψυχοκοινωνική θεραπεία

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο επισημαίνεται η σημασία της ψυχοκοινωνικής θεραπείας για τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η μέθοδος αυτή αντικαθιστά την φαρμακευτική θεραπεία. Ειδικότερα, ο συνδυασμός της ψυχοκοινωνικής και φαρμακευτικής θεραπείας ταυτόχρονα, θεωρείται ο πιο ενδεδειγμένος και ωφέλιμος για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (Σουλάκη, 2018). Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν χαρακτηριστεί περισσότερο παρεμβατικές έναντι των ψυχαναλυτικών, καθώς εστιάζουν στο παρόν, προσπαθώντας με αυτόν τον τρόπο να διαχειριστούν άμεσα, όλα εκείνα τα ζητήματα που αφορούν την καθημερινότητα τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους (Kring κ.α., 2010). Παρακάτω αναλύονται οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τον σκοπό αυτό:

- Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων

Η εκμάθηση των κοινωνικών δεξιοτήτων χαρακτηρίζεται ως μια ιδιαίτερα σημαντική μέθοδος στην θεραπεία της σχιζοφρένειας, αφού ως στόχο έχει να μάθει στα άτομα τρόπους με τους οποίους θα μπορούν να διαχειρίζονται μόνα τους πολλές από τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (π.χ. να συζητήσουν με τον ψυχίατρό τους για την φαρμακευτική τους αγωγή, να παραγγείλουν φαγητό σε ένα εστιατόριο κ.α.). Για πολλούς ανθρώπους, αυτού του είδους οι δραστηριότητες είναι δεδομένες, όμως δεν συμβαίνει το ίδιο με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι ίδιοι πρέπει να καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια προκειμένου να αποκτήσουν ή και να ανακτήσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορούν να εκπαιδευτούν σε νέες κοινωνικές δεξιότητες έχοντας ως αποτέλεσμα την μείωση των υποτροπών και παράλληλα την βελτίωση τόσο της λειτουργικότητας όσο και της ποιότητας ζωής τους (Kring κ.α., 2010).

- Οικογενειακή θεραπεία

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Λονδίνο, παρατηρήθηκε ότι η οικογένεια μπορεί να ασκήσει σημαντική επίδραση στην προσαρμογή των ασθενών, έπειτα από την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, στις οικογένειες όπου το εκφρασμένο συναίσθημα εκδηλώνεται σε μεγάλο βαθμό, περιλαμβάνει εχθρότητα και επικριτικότητα ως προς τον ασθενή, γεγονός που

συνδέεται με την υποτροπή του ίδιου και κατ'επέκταση με την επανεισαγωγή του στο νοσοκομείο (Kring κ.α., 2010). Με βάση αυτό το αποτέλεσμα, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο της οικογένειας, η οποία αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για την πορεία και την θεραπεία των ατόμων με σχιζοφρένεια.

Είναι λοιπόν αναγκαίο τα μέλη της οικογένειας να ξεκινήσουν μια διαδικασία οικογενειακής θεραπείας, προκειμένου να εκπαιδευτούν από τους ειδικούς (ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς), έτσι ώστε να ενημερωθούν για τα συμπτώματα, την πρόγνωση και την θεραπεία που απαιτείται για την συγκεκριμένη νόσο, τις παρενέργειες των φαρμάκων καθώς και όλες εκείνες τις πληροφορίες που πρέπει να γνωρίζουν για τον πάσχοντα συγγενή τους. Με αυτόν τον τρόπο, η οικογένεια αποκτά τις απαραίτητες γνώσεις γύρω από την ασθένεια και έτσι είναι σε θέση να κατανοήσει ορισμένες ανάρμοστες ή και αναποτελεσματικές πράξεις, τις οποίες προηγουμένως δεν μπορούσε να ερμηνεύσει. (Kring κ.α., 2010).

Επίσης, στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι να βελτιωθεί η επικοινωνία των μελών, αφενός μεταξύ τους και αφετέρου ως προς τον ασθενή. Οι ειδικοί μαθαίνουν στην οικογένεια τρόπους με τους οποίους θα μπορούν να εκφράζουν τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα με έναν εποικοδομητικό τρόπο και όχι με ένα αυστηρό ή ακόμα και επικριτικό ύφος. Ακόμα, επισημαίνουν στην οικογένεια την σπουδαιότητα που έχει η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού δικτύου για την πορεία και την θεραπεία της νόσου (Kring κ.α., 2010).

Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι η οικογένεια παίζει σπουδαίο ρόλο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας καθώς η οικογενειακή θεραπεία σε συνδυασμό με την φαρμακευτική, έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των υποτροπών σε διάστημα ενός ή δυο ετών (Kring κ.α., 2010).

- Γνωστική - Συμπεριφορική θεραπεία

Από στοιχεία της βιβλιογραφίας καθώς και από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, παρατηρείται ότι οι ασθενείς μπορούν να τροποποιήσουν ορισμένες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις που έχουν, μέσα από γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία σε συνδυασμό με την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, έχει οδηγήσει πολλούς ασθενείς στο να αποδίδουν μη ψυχωτικό νόημα στα παρανοϊκά συμπτώματα που έχουν, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα η συγκεκριμένη μέθοδος να αξιολογείται

θετικά. Στην συγκεκριμένη μορφή θεραπείας, οι ειδικοί ενθαρρύνουν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια να ελέγξουν κατά πόσο οι παραληρητικές ιδέες που έχουν είναι ρεαλιστικές, με τον ίδιο τρόπο που το ελέγχουν τα άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια (Kring κ.α., 2010). Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία περιλαμβάνει δυο επιμέρους μορφές θεραπείας, εκείνη που εστιάζει σε βασικές γνωστικές λειτουργίες και στην προσωπική.

Όσον αφορά την πρώτη μορφή θεραπείας, γνωρίζουμε ότι στα άτομα με σχιζοφρένεια διαταράσσονται σε κάποιον βαθμό οι βασικές γνωστικές τους λειτουργίες, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται ελλείμματα στην σκέψη, στην μνήμη, στην προσοχή κ.α. Είναι φανερό ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας ασκούν σημαντική επίδραση τόσο στην ζωή των ίδιων των ασθενών, όσο και στην ζωή των οικογενειακών και φιλικών τους προσώπων. Για τον λόγο αυτό, η συγκεκριμένη θεραπεία επικεντρώνεται στην βελτίωση των γνωστικών ικανοτήτων (μέσω ασκήσεων μνήμης, επίλυσης προβλημάτων, ανάγνωσης κ.α.), σε μια προσπάθεια αποκατάστασης των παραπάνω διεργασιών, στοχεύοντας παράλληλα στην μείωση των συμπτωμάτων και στην καλύτερη λειτουργικότητα του ατόμου (Kring κ.α., 2010).

Οι ερευνητές στην προσπάθειά τους να βρουν έναν τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς θα παρέμεναν εκτός νοσοκομείου για ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, οδηγήθηκαν στην ανάπτυξη της προσωπικής θεραπείας. Η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας πρόκειται για μια «πολυδιάστατη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία», η οποία στοχεύει στην αντιμετώπιση όλων εκείνων των καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Μπορεί να λειτουργήσει είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο (ως μικρές ομάδες σε εργαστήρια) και χαρακτηρίζεται ως μια μακροπρόθεσμη μέθοδος, αφού η συγκεκριμένη θεραπεία μπορεί να διαρκέσει έως και τρία χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, στόχος της προσωπικής θεραπείας είναι να εκπαιδεύονται οι ασθενείς ώστε να παρατηρούν και να αναγνωρίζουν πιθανές ενδείξεις υποτροπής (π.χ. κοινωνική απόσυρση), να ενθαρρύνονται προκειμένου να συνεχίσουν να λαμβάνουν την φαρμακευτική τους αγωγή, καθώς επίσης να μάθουν να διαχειρίζονται πιθανές συγκρούσεις που προκύπτουν στην καθημερινότητα (π.χ. στις κοινωνικές συναναστροφές). Ακόμα, μέσω της προσωπικής θεραπείας και με την βοήθεια των

ειδικών, οι ασθενείς μαθαίνουν νέους τρόπους σκέψης προκειμένου να είναι σε θέση να ελέγχουν τα συναισθήματά τους. Τέλος, ενδείξεις δείχνουν ότι η συγκεκριμένη μέθοδος θεραπείας μπορεί πράγματι να βοηθήσει τα άτομα να παραμείνουν εκτός νοσοκομείου και παράλληλα να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους (Kring κ.α., 2010).

- Θεραπεία σε οικοτροφεία

Εξίσου σημαντική με τις παραπάνω μεθόδους θεραπείας, είναι και εκείνη που πραγματοποιείται στα οικοτροφεία και τους ξενώνες. Πιο συγκεκριμένα, οι δομές αυτές απαρτίζονται από άτομα τα οποία έχουν μια καλή λειτουργικότητα συνεπώς δεν κρίνεται απαραίτητη η παραμονή τους στο νοσοκομείο, όμως δεν είναι σε θέση να ζήσουν μόνα τους ή ακόμα και με την οικογένειά τους. Για τις κατηγορίες των ατόμων αυτών υπάρχουν οι μονάδες προστατευόμενης διαβίωσης όπου οι ασθενείς βγαίνοντας από το νοσοκομείο, διαμένουν στους χώρους αυτούς, τρέφονται, απασχολούνται με διάφορες δραστηριότητες (εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, επικοινωνιακών δεξιοτήτων κ.α.) και σταδιακά μέσα από αυτή την διαδικασία, αυξάνονται οι πιθανότητές τους να παραμείνουν στην κοινότητα. (Kring κ.α., 2010).

Με βάση στοιχεία της βιβλιογραφίας παρατηρείται ότι οι ασθενείς κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, οδηγούνται πολύ συχνά στην φτώχεια με αποτέλεσμα είτε να φροντίζουν μερικώς και ανεπαρκώς τον εαυτό τους, είτε να οδηγούνται στο «σύνδρομο της περιστρεφόμενης πόρτας» (όπως αυτό αναλύεται παραπάνω) το οποίο περιλαμβάνει την επανεισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Στοιχεία δείχνουν ότι στις ΗΠΑ ένα μεγάλο ποσοστό των αστέγων είναι ψυχικά ασθενείς και πολλοί από αυτούς έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια Όσον αφορά τα εισοδήματα που μπορεί να έχουν, τα άτομα αυτά δύναται να λάβουν το επίδομα κοινωνικής ασφάλειας, όμως πολλές φορές λόγω της έλλειψης διεύθυνσης κατοικίας δεν λαμβάνουν τα επιδόματα που δικαιούνται. (Kring κ.α., 2010).

Επιπλέον, είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι με το πέρασμα των χρόνων στόχος των οικοτροφείων και των ξενώνων, είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων που ως στόχο θα έχουν την κατάλληλη προετοιμασία των ασθενών τόσο για την απόκτηση όσο και για την διατήρηση κάποιας εργασίας, για την οποία τα άτομα θα έχουν τα τυπικά προσόντα. Βέβαια η εύρεση εργασίας χαρακτηρίζεται ως μια «τεράστια πρόκληση», επειδή πολλοί εργοδότες συχνά είναι προκατειλημμένοι γύρω από την ψυχική

ασθένεια, με αποτέλεσμα να μην είναι πρόθυμοι ώστε να προσλάβουν άτομα που βιώνουν μια κατάσταση αυτού του είδους. (Kring κ.α., 2010).

Ολοκληρώνοντας, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συμμόρφωση και η τήρηση της θεραπείας που πρέπει να ακολουθούν οι ασθενείς, πρόκειται για μια δύσκολη και μακρόχρονη διαδικασία. Ειδικότερα, στοιχεία δείχνουν ότι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής που απαιτείται σε καθημερινή βάση, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τους ασθενείς επιβαρύνοντας τους συναισθηματικά. Παρατηρείται συχνά ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είτε ακολουθούν μερικώς την θεραπεία που τους έχουν χορηγήσει, είτε διακόπτουν τα φάρμακά τους, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο της υποτροπής. Τέλος, εάν οι ασθενείς διακόψουν την θεραπεία πρόκειται να οδηγηθούν σε μια δυσάρεστη κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει την επιδείνωση των συμπτωμάτων, την επανεισαγωγή στο νοσοκομείο, τον αυτοκτονικό ιδεασμό κ.α. (Σουλάκη, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

2.1 Προβλήματα και ανάγκες των ατόμων με σχιζοφρένεια

Στο πλαίσιο εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας, θα εξετάσουμε την έννοια του όρου ανάγκη και ποιές είναι οι ανάγκες και τα προβλήματα των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με την φιλοσοφική άποψη, ως ανάγκη ορίζεται η διαφορά ανάμεσα στην πραγματική και την επιθυμητή θέση. Σύμφωνα με τον Maslow, οι ανθρώπινες ανάγκες χωρίζονται σε βασικές: βιολογικές και ανάγκες για ασφάλεια-προστασία και σε εξελικτικές: ανάγκη για αγάπη και αίσθημα «ανήκειν», ανάγκη για αυτοεκτίμηση και για αυτοπραγμάτωση. Οι άνθρωποι αναπτύσσονται μέσα από μια ιεραρχία αναγκών, ξεκινώντας από τις βασικές. Αφού καλυφθούν οι βασικές ανάγκες, εμφανίζονται οι εξελικτικές. Πλέον έχει αναγνωριστεί η ανάγκη των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων για την φροντίδα τους. Η ψυχική υγεία του ατόμου εξαρτάται από την ικανοποίηση όλων των αναγκών (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).

Οι βιολογικές ανάγκες σε έναν ασθενή μπορεί να είναι οξείες ή χρόνιες. Σχετίζονται με κάλυψη της λήψης τροφής και νερού, την αφόδευση, την σεξουαλικότητα, την φυσική δραστηριότητα και την ανάπαυση. Η ανάγκη για ασφάλεια περιλαμβάνει την αποφυγή πόνου και ανησυχίας. Η φυσική ασφάλεια περιλαμβάνει την προστασία από δυνητικές ή πραγματικές βλάβες όπως την ασφαλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την κινητοποίηση των ασθενών. Η συναισθηματική ασφάλεια αφορά την εμπιστοσύνη στα μέλη της οικογένειας και στους επαγγελματίες υγείας χωρίς φόβο. Οι ασθενείς που εισάγονται αιφνίδια στο νοσοκομείο ή υποχρεούνται σε ακούσια νοσηλεία, έρχονται αντιμέτωποι με το φόβο του άγνωστου και η ανάγκη τους για ασφάλεια αυξάνεται (Παπαδάτου & Μπελλάλη, 2008).

Η ανάγκη της αυτοεκτίμησης αφορά την ανάγκη του ατόμου να πιστεύει στον εαυτό του και στις δυνάμεις του. Η ψυχική νόσος και τα συμπτώματα της μπορούν να επηρεάσουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση σχετίζεται με την επιθυμία του ατόμου να αναπτύξει όσο περισσότερο μπορεί τις δυνατότητες του (Παπαδάτου & Μπελλάλη, 2008).

Τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες: προβλήματα και ανάγκες που σχετίζονται με την υγεία, το πρόβλημα του κοινωνικού στίγματος, οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες και η διαδικασία της αποκατάστασης των ασθενών.

2.1.1 Προβλήματα και ανάγκες που σχετίζονται με την υγεία

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια αντιμετωπίζουν προβλήματα και έχουν ανάγκες που σχετίζονται με την ψυχική νόσο. Ένα μεγάλο μέρος των ανθρώπων που έχουν σχιζοφρένεια, περισσότερο από 50%, δεν λαμβάνουν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και η πλειοψηφία των χρόνια σχιζοφρενών έχει ελλιπή πρόσβαση στην θεραπεία. Ακόμη το 90% των ανθρώπων με σχιζοφρένεια που προέρχονται από χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος δεν λαμβάνουν καμία αγωγή (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>, 2018). Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες των ανθρώπων που δεν έχουν έρθει σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα. Η ολοκληρωμένη θεραπεία (φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική θεραπεία) δεν είναι εύκολα διαθέσιμη και σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση σε αυτή και εν τέλει δεν την λαμβάνουν (Torres-González et al., 2014).

Η καταλληλότητα της θεραπείας εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας. Οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια διαφοροποιούνται ανάλογα με τη φάση της ασθένειας, την εξέλιξη της και τον τρόπο με τον οποίο η διαταραχή επηρεάζει τον ασθενή και τη ζωή του. Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει αντιψυχωτικά ή άτυπα αντιψυχωτικά. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης και τα θετικά συμπτώματα, αλλά έχουν ελάχιστη ή μικρή επίδραση στα αρνητικά συμπτώματα (επίπεδο συναίσθημα). Επιπλέον κάποιοι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται θετικά στη θεραπεία ή τη σταματούν αργότερα (Kring κ.α., 2010).

Η φαρμακευτική αγωγή προκαλεί διάφορες παρενέργειες, όπως ζάλη, θολή όραση, νευρικότητα, σεξουαλική δυσλειτουργία και άλλα συμπτώματα στο σώμα του ασθενούς. Το 2014, η Εβίτα Ευαγγέλου πραγματοποίησε έρευνα με θέμα «Εξετάζοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ψυχική διαταραχή. Μια εμπειρική έρευνα». Στην έρευνα μελετήθηκαν διάφορα θέματα που επηρεάζουν την καθημερινότητα των ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο.

Συμμετείχαν 44 άτομα ηλικίας από 18 έως 50 χρονών, με διάγνωση σοβαρής ψυχικής διαταραχής (σχιζοφρένεια, μανιοκατάθλιψη, διπολική διαταραχή, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή) σε δυο Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας στην Αθήνα (Ευαγγέλου, 2014).

Οι συμμετέχοντες της έρευνας της Ευαγγέλου, ανέφεραν ότι η προσωπικότητα και οι προσωπικές αντιλήψεις του κάθε ατόμου επηρεάζουν τον τρόπο που βιώνει την ασθένεια και την λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Ακόμη, κάποιοι υποστηρίζουν ότι τα ψυχοφάρμακα τους έχουν βοηθήσει πολύ, άλλοι ότι τους κάνουν να κοιμούνται πολλές ώρες και ότι έχουν αρνητική επίδραση στην σεξουαλικότητά τους, στις προσωπικές σχέσεις, στην ποιότητα του ύπνου και στην αναζήτηση εργασίας. Αυτές οι αρνητικές επιπτώσεις των φαρμάκων μερικές φορές οδηγούν τους ασθενείς να σταματήσουν την φαρμακευτική αγωγή (Ευαγγέλου, 2014).

Τα άτομα που είχαν πραγματοποιήσει νοσηλεία στο παρελθόν ανέφεραν ότι προτιμούν την ανοιχτή μορφή περίθαλψης αντί του νοσοκομείου και ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται καλύτερα με αυτό τον τρόπο παρά με την παραδοσιακή μορφή νοσηλείας. Επισημάναν ότι η εμπειρία της συμμετοχής σε ομάδα και σε δράσεις τους βοήθησε να αναπτύξουν τις κοινωνικές και επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Σε μερικές περιπτώσεις, μέσω της ανοιχτής περίθαλψης, της δραστηριοποίησης των ατόμων και της αλληλεπίδρασης τους με το προσωπικό των υπηρεσιών κατάφεραν τελικά να μειώσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή (Ευαγγέλου, 2014).

Επιπλέον, μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας προβάλλεται η άποψη ότι μαζί με την φαρμακευτική αγωγή είναι ωφέλιμη η ψυχολογική θεραπεία. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη την ιατρική περίθαλψη και να έρχονται σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η φροντίδα των σχιζοφρενών ενδείκνυται να δίνεται μέσα από την κοινότητα και τις υπηρεσίες που διαθέτει και όχι στο νοσοκομείο. Η έλλειψη υπηρεσιών και ο ανεπαρκής συντονισμός αυτών που ήδη υπάρχουν δυσκολεύουν την πρόσβαση σε θεραπεία και στη διατήρησή της. Η απουσία συστημάτων ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας, η οργάνωση του συστήματος υγείας, οι ανεπαρκείς πόροι, η απουσία αναφορών αξιολόγησης και στατιστικών στοιχείων των υπηρεσιών συμβάλλουν στην διατήρηση του προβλήματος (Μαργαρίτη κ.α., 2018).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η νοσοκομειακή φροντίδα συμβάλλει ελάχιστα σε αλλαγές στους ασθενείς με σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχικές ασθένειες και μετά την

έξοδο τους από το νοσοκομείο η κατάσταση τους συνήθως χειροτερεύει. Ακόμη, η φαρμακευτική αγωγή έχει μειώσει τη μακροχρόνια νοσηλεία αλλά έχει οδηγήσει στο φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας, την εισαγωγή δηλαδή, την έξοδο και επανεισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο. Ουσιαστικά γίνονται πολλές νοσηλείες μικρής διάρκειας που δεν συμβάλλουν στην βελτίωση της πορείας της νόσου (King κ.α., 2010).

Η σχιζοφρένεια μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των ασθενών. Συχνά σε άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται προβλήματα στον μεταβολισμό και στην διατροφή τους. Κάποιοι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται την επιδείνωση της ασθένειας και δεν δέχονται θεραπεία, εφόσον θεωρούν ότι είναι υγιής. Σε μερικές περιπτώσεις η ικανότητα των σχιζοφρενών να αναγνωρίσουν συμπτώματα ασθένειας μειώνεται εξαιτίας των συμπτωμάτων της νόσου (παραισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες, νευρογνωστική δυσλειτουργία) και μπορεί να μην απευθυνθούν σε γιατρό. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την κακή σωματική υγεία αφορούν τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, έλλειψη άσκησης), τις αρνητικές παρενέργειες των φαρμάκων, την κατάχρηση ουσιών, το κάπνισμα, την απραξία, την κακή φροντίδα της διατροφής και της υγιεινής και την ελλιπή πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Torres-González et al., 2014).

Όλα τα παραπάνω είναι πιθανό να προκαλέσουν την εμφάνιση σωματικών προβλημάτων υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα με τίτλο «Άγνωστες ανάγκες στην διαχείριση της Σχιζοφρένειας», φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην σχιζοφρένεια και σε σωματικές ασθένειες (διατροφικές διαταραχές, καρδιαγγειακές παθήσεις, σεξουαλικές δυσλειτουργίες). Σε αυτές τις περιπτώσεις κάποιες φορές διακόπτεται η λήψη της φαρμακευτικής θεραπείας και επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής των ασθενών. Καθώς οι περισσότερες παθήσεις προκαλούνται από τον κακό τρόπο ζωής και από παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αλλάξουν, υπάρχει ανάγκη βελτίωσης της πρόσβασης των σχιζοφρενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Torres-González et al., 2014).

Επιπλέον, ένα συχνό φαινόμενο που εντοπίζεται σε άτομα με σχιζοφρένεια είναι η διπλή διάγνωση της ψυχικής νόσου μαζί με κατάχρηση ουσιών ή με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή ταυτόχρονα. Η διπλή διάγνωση έχει μεγάλη επίδραση στην κλινική εικόνα, στην διάγνωση, στην διάρκεια της θεραπείας και στην πρόγνωση. Οι

ψυχικές ασθένειες που έχουν βρεθεί σε συνδυασμό με την σχιζοφρένεια είναι η διαταραχή πανικού, το μετά-τραυματικό στρες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η κατάθλιψη (Torres-González et al., 2014).

2.1.2 Το πρόβλημα του κοινωνικού στίγματος

Η ψυχική ασθένεια ως κοινωνικό φαινόμενο περιβάλλεται από αρνητισμό και από λανθασμένες απόψεις που δημιουργούν τον στιγματισμό. Σύμφωνα με την Μαρίνα Οικονόμου-Λαλιώτη (2011:85), «Ο στιγματισμός είναι μια κοινωνική διαδικασία που ξεκινά από την απόδοση ενός έντονα μειωτικού χαρακτηρισμού, μιας ανεπιθύμητης, δυσφημιστικής ιδιότητας σε ένα άτομο ή σε μία ομάδα, από την οποία είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγούν». Ο στιγματισμός από το κοινωνικό περιβάλλον και ο αυτοστιγματισμός συνδέονται με τις προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και τις διακρίσεις (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011).

Το στίγμα που περιβάλλει τις ψυχικές ασθένειες δημιουργείται κυρίως εξαιτίας παρερμηνειών που διαδίδονται σχετικά με τα αίτια και με την φύση των ασθενειών. Οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες θεωρούνται γενικά ως αδύναμοι, χαζοί, δύσκολοι και ανίκανοι να πάρουν αποφάσεις. Ακόμη, κυριαρχεί η άποψη ότι είναι βίαιοι παρά το γεγονός ότι είναι περισσότερο πιθανό να είναι θύματα βίας. Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά έρχονται αντιμέτωποι με περιστατικά βίας και με περιορισμούς στην άσκηση των πολιτικών τους δικαιωμάτων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην λανθασμένη αντίληψη ότι δεν μπορούν να αναλάβουν ευθύνες, να διαχειρίζονται τις υποθέσεις τους και να λαμβάνουν αποφάσεις (Funk et al., 2010).

Το κοινωνικό στίγμα εμποδίζει την αποδοχή από την κοινωνία και δημιουργεί διακρίσεις απέναντι στο άτομο. Συμβάλλει στην αρνητική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών διαμορφώνοντας αντιλήψεις και συμπεριφορές που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό. Πολλές φορές το ίδιο το άτομο καταλήγει να εσωτερικεύει το στίγμα και να υιοθετεί τα χαρακτηριστικά που του αποδίδονται. Η ψυχολογική πίεση και οι δυσκολίες της καθημερινότητας επηρεάζουν την αυτοεικόνα των ατόμων δημιουργώντας τους αμφιβολίες και ενοχές που οδηγούν σε αυτοστιγματισμό. Η οικογένεια του ατόμου καλείται να αντιμετωπίσει και εκείνη τις επιπτώσεις του στίγματος και την κοινωνική απόρριψη. Η έλλειψη θεραπευτικής αντιμετώπισης οδηγεί σε επιδείνωση των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας επιβεβαιώνοντας αρνητικές αντιλήψεις στην κοινή γνώμη για τις ψυχικές διαταραχές (Οικονόμου-

Λαλιώτη, 2011).

Στα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή συχνά δεν τους δίνεται η ευκαιρία να αναπτύξουν τις ικανότητές τους ώστε να συμβάλλουν σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο στον οικονομικό τομέα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μεγεθύνεται ο κοινωνικός και οικονομικός αποκλεισμός. Η διάκριση και ο αποκλεισμός από την ζωή στην κοινότητα παρατηρούνται συχνά σε βασικούς τομείς της ζωής όπως στέγαση, εκπαίδευση, εργασία, κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις. Ως συνέπεια αυτών, προκαλείται κοινωνική και οικονομική περιθωριοποίηση (Funk et al., 2010).

2.1.3. Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες και η αποκατάσταση των ασθενών

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια συνήθως δυσκολεύονται να βρουν εργασία, έχουν οικονομικές δυσκολίες και έρχονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα της φτώχειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τη στέγαση τους. Καθώς το εισόδημα τους αποτελείται κυρίως από επιδόματα και στηρίζονται οικονομικά από το οικογενειακό τους περιβάλλον, δεν νιώθουν αυτόνομοι και οικονομικά ανεξάρτητοι. Ακόμη, οι πάσχοντες μερικές φορές έρχονται αντιμέτωποι με προκαταλήψεις και διακρίσεις στην προσπάθεια τους να βρουν εργασία, να εκπαιδευτούν ή να σχηματίσουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Αυτό μπορεί να τους δυσκολέψει να αναπτύξουν κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις (Wolfgang Fleischhacker et al., 2014).

Έχει παρατηρηθεί ότι η αστεγία είναι συχνό φαινόμενο σε ανθρώπους που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Ένα σημαντικό μέρος των ατόμων κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους, έχουν βρεθεί άστεγοι ή έχουν φυλακιστεί. Στην περίπτωση του ατόμου που είναι άστεγο και πάσχει από σχιζοφρένεια, η αποκατάσταση είναι μια δύσκολη διαδικασία καθώς το άτομο νοσηλεύεται συχνά, η λειτουργικότητα του μειώνεται, η πρόσβαση σε θεραπεία είναι δύσκολη και οι βασικές του ανάγκες είναι ακάλυπτες (Wolfgang Fleischhacker et al., 2014).

Η οικογένεια και το υποστηρικτικό δίκτυο επηρεάζει την ζωή του ατόμου και τη συμμετοχή του σε θεραπεία. Πολλά άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια ζουν μαζί με την οικογένειά τους. Σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση των ασθενών έχει η εκπαίδευση του υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Ακόμη η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας συμβάλλει στην καλύτερη συνεργασία της με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η υποτροπή των ασθενών και η νοσηλεία τους σε ψυχιατρικές

κλινικές μπορούν να μειωθούν με τη συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπεία (Καρύδη, 2011).

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής και η οικογένειά του κρατούν μυστική τη νόσο από τον κοινωνικό περίγυρο, δημιουργείται ένας κύκλος αντιδράσεων στον ίδιο τον ασθενή, γεγονός που έχει αντίκτυπο στο κοινωνικό του περιβάλλον και στον ίδιο. Η σχιζοφρένεια επηρεάζει την οικογένεια του ατόμου και το φιλικό του περιβάλλον. Οι φροντιστές των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια νιώθουν συχνά θλίψη, εξάντληση, θυμό, φόβο για το μέλλον. Σε μερικές περιπτώσεις δεν αντέχουν την κούραση της φροντίδας και παραιτούνται από τον ρόλο τους (Wolfgang Fleischhacker et al., 2014).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας της Εβίτας Ευαγγέλου το 2014, η συμμετοχή σε ανοιχτή δομή βελτιώνει τις κοινωνικές σχέσεις για τους ανθρώπους που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Όλοι οι συμμετέχοντες αποδείχτηκε ότι σε μεγάλο βαθμό είναι εξαρτημένοι συναισθηματικά από τα άτομα (οικογένεια) και τυπικά (επαγγελματίες ψυχικής υγείας) υποστηρικτικά τους δίκτυα. Σε μερικές περιπτώσεις φαίνεται πως τα άτομα δεν έχουν βοηθηθεί από το κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον ώστε να βελτιώσουν την λειτουργικότητα τους. Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας το αναλαμβάνει η οικογένεια με αποτέλεσμα να νιώθουν εξαρτημένοι από εκείνους, να μην ενδυναμώνονται και να μην ανακτούν την αυτοεκτίμησή τους (Ευαγγέλου, 2014).

Κάποιοι συμμετέχοντες της έρευνας, ανέφεραν ότι υπάρχει έλλειψη πληροφόρησης για θέματα ατομικών δικαιωμάτων όπως ασφάλιση, απόκτηση βασικών προσόντων για αναζήτηση εργασίας, ενημέρωση για τη διαδικασία αιτήσεων για την έγκριση επιδόματος. Οι ασθενείς και οι φροντιστές τους ασχολήθηκαν με την αναγνώριση των ατομικών τους αναγκών και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αναγνώριση αναγκών που σχετίζονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα (Wolfgang Fleischhacker et al., 2014).

Η έλλειψη διεκδίκησης δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και των φροντιστών τους οδηγεί σε δυσχερή θέση και σε αποκλεισμό από βασικά αγαθά της ζωής. Οι ανάγκες τους σχετίζονται με την ελευθερία και το σεβασμό, με την πνευματικότητα και με την απόκτηση μιας αξιοπρεπούς ζωής με νόημα. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αδυναμία άσκησης των δικαιωμάτων είναι η οικονομική δυσχέρεια,

η δύσκολη οικογενειακή κατάσταση, η επικράτηση του στίγματος και η έλλειψη συνεργασίας των φορέων (Wolfgang Fleischhacker et al., 2014).

Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, αφού περάσει η οξεία φάση της νόσου και ο ασθενής έχει σταθεροποιηθεί μέσω της φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχολογικής θεραπείας, χρειάζεται να ξεκινήσει η διαδικασία αποκατάστασης και επανένταξης του. Η αποκατάσταση είναι μια διαδικασία αλλαγής κατά την οποία τα άτομα βελτιώνουν την υγεία τους, αποκτούν ευεξία και προσπαθούν να φτάσουν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Στόχος είναι να μειωθούν τα συμπτώματα της ασθένειας, να αυξηθεί η λειτουργικότητα του ατόμου και να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης του (Καρύδη, 2011).

Καθώς η ζωή και η καθημερινότητα του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια επηρεάζεται από την ψυχική νόσο, η αποκατάσταση εστιάζει σε βασικούς τομείς. Το κοινωνικό στίγμα, οι διακρίσεις και η έλλειψη προϋπηρεσίας δυσκολεύουν την εύρεση εργασίας. Ουσιαστικά, στόχος είναι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της ανεργίας, να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και να επιτευχθούν αλλαγές στην συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με την αρνητική του στάση απέναντι στην ασθένεια όποτε κρίνεται απαραίτητο (Καρύδη, 2011).

Ακόμη, το άτομο χρειάζεται στήριξη ώστε να υιοθετήσει ξανά κοινωνικούς ρόλους τους οποίους ίσως να είχε χάσει εξαιτίας της ασθένειας. Σε κάποιες περιπτώσεις που ο ασθενής δεν έχει ανεπτυγμένες ή δεν διαθέτει κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες, η επαγγελματική αποκατάσταση είναι δύσκολη. Σε τέτοιες περιπτώσεις το άτομο ενδέχεται να έχει μείνει για πολύ καιρό άνεργο και να έχει οδηγηθεί σε αποκλεισμό. Το άτομο υποστηρίζεται ώστε να ξεπεράσει τα στερεότυπα, να αναπτύξει τις ικανότητες του και να εμπλακεί σε δραστηριότητες της ζωής (Καρύδη, 2011).

Στην επαγγελματική αποκατάσταση, κύριος άξονας της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η αντιμετώπιση των αδυναμιών του ασθενούς με τρόπο ώστε οι αποφάσεις να λαμβάνονται μαζί με αυτόν και να είναι βασισμένες στα μέτρα των ρεαλιστικών αναγκών και δυνατοτήτων του. Επομένως, η θεραπευτική προσέγγιση του ψυχικά ασθενούς στοχεύει κυρίως στο να τον καταστήσει σταδιακά ικανό να αναλάβει πιο ενεργητικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, να αποκτήσει κίνητρα, να θέσει στόχους και να αναλάβει ευθύνες από την πλευρά του. Βασικός

στόχος είναι η αντιμετώπιση του αυτοστιγματισμού με την βελτίωση της λειτουργικότητας και την ενδυνάμωση του ατόμου (Καρύδη, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις δομές ψυχικής υγείας

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στον ρόλο που έχει ένας κοινωνικός λειτουργός όταν εργάζεται στις κοινωνικές υπηρεσίες των δομών ψυχικής υγείας. Ενδεικτικά, τέτοιου είδους υπηρεσίες λειτουργούν σε νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγείας, ξενώνες, οικοτροφεία κ.α.

Για να μπορέσει να γίνει κατανοητός ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, είναι σημαντικό να προηγηθεί μια συνοπτική αναφορά τόσο στο αντικείμενο όσο και στον τρόπο άσκησης του συγκεκριμένου επαγγέλματος. Έτσι λοιπόν, «πρόταγμα» της κοινωνικής εργασίας είναι το ίδιο το άτομο με τις δυνατότητες και τις αδυναμίες που αυτό έχει, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει και αλληλεπιδρά, τα αγαθά και οι πόροι που έχει στην διάθεσή του καθώς και η δική του συμμετοχή για την επαύξηση των πόρων αυτών (Καλλινικάκη, 2011).

Όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο ασκείται η πρακτική εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας, αυτός έχει χαρακτηριστεί «πολυσχιδής», «μεταβαλλόμενος» και «ρευστός» καθώς καλύπτει όλους τους τομείς της κοινωνικής πραγματικότητας. Οι τομείς αυτοί, ορίζουν τα πεδία άσκησης της κοινωνικής εργασίας και περιλαμβάνουν το εισόδημα, την κατοικία, την εκπαίδευση, την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Όλοι οι παραπάνω τομείς απαρτίζονται από κοινωνικούς λειτουργούς διαφόρων βαθμίδων (Καλλινικάκη, 2011).

Είναι φανερό ότι ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών ποικίλλει ανάλογα με το αντικείμενο εργασίας τους. Ειδικότερα στους τομείς που σχετίζονται με την υγεία *«η κοινωνική εργασία έχει εφαρμογές σε όλα τα είδη και τις μορφές δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων υγείας και ψυχικής υγείας ανεξάρτητα από την βαθμίδα την οποία ανήκουν την ηλικία του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται, το είδος της ασθένειας, τον βαθμό του επείγοντος και το όριο ευθύνης τους»* (Καλλινικάκη, 2011:122).

Πιο συγκεκριμένα, όταν ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται στο χώρο της υγείας, καλείται να αναγνωρίζει και να γνωστοποιεί στους ασθενείς τις πραγματικές τους ανάγκες, οι οποίες πολύ συχνά είτε αγνοούνται είτε παραμελούνται από τους ίδιους. Επίσης, αναλαμβάνει την διασύνδεση με άλλους φορείς και υπηρεσίες

προκειμένου να παρέχει στα άτομα την φροντίδα που χρειάζονται. Για παράδειγμα, όταν κριθεί αναγκαία η ένταξη ενός ατόμου σε κάποιο ξενώνα ή οικοτροφείο, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει να πραγματοποιήσει τις απαραίτητες ενέργειες (π.χ. τηλεφωνικές επικοινωνίες κ.α.) ώστε να εξασφαλίσει τα απαραίτητα μέσα για την μετανοδοκομειακή πορεία και φροντίδα του ασθενή (Μαδιανός, 1998).

Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός αναπτύσσει διεπιστημονική συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό της υπηρεσίας, που συνήθως περιλαμβάνει ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλεύτη, (σε κάποιες περιπτώσεις συμμετέχει και ο επισκέπτης υγείας με τον εργοθεραπευτή) όπου μαζί με τον κοινωνικό λειτουργό αποτελούν την θεραπευτική ομάδα (Μαδιανός, 1998).

Στις δομές ψυχικής υγείας, επισημαίνεται ότι η «ανάληψη του περιστατικού» (in-take), γίνεται από τον κοινωνικό λειτουργό της υπηρεσίας, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την λήψη του κοινωνικού ιστορικού από τα άτομα. Στη συνέχεια, με βάση τις πληροφορίες που έχει συλλέξει είναι σε θέση να κρίνει εάν το περιστατικό χαρακτηρίζεται αποκλειστικά ως κοινωνικό, ως ψυχιατρικό ή ακόμα και ως μεικτό (δηλαδή να υπάρχει κοινωνικό αλλά και ψυχιατρικό πρόβλημα ταυτόχρονα). Στην περίπτωση όπου το περιστατικό χαρακτηριστεί ως μεικτό, τότε αναλαμβάνει η θεραπευτική ομάδα προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ειδικές ανάγκες των ατόμων, μέσα από τις εξειδικευμένες γνώσεις που διαθέτουν οι επαγγελματίες των παραπάνω ειδικοτήτων. Η συμβολή του κάθε κλάδου κρίνεται απαραίτητη και ουσιαστικής σημασίας, καθώς ο κάθε επαγγελματίας έχει να προσφέρει ένα ειδικό πεδίο γνώσεων (Μαδιανός, 1998).

Ακόμα, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού περιλαμβάνει την «ανίχνευση των κοινωνικών παραγόντων» οι οποίοι περιλαμβάνουν οικογενειακούς, κοινοτικούς ή και πολιτιστικούς παράγοντες και στοχεύει στην επίλυση αυτών, καθώς πολλές φορές παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την πορεία της ψυχικής ασθένειας των ατόμων. Για τον λόγο αυτό, συχνά ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή και σε συνεργασία με τον ψυχίατρο αναλαμβάνουν από κοινού δράση, προκειμένου να ενισχύσουν τις σχέσεις των μελών μέσα στην οικογένεια, όταν αυτές λειτουργούν αρνητικά ή αποθαρρυντικά ως προς τον ασθενή (Μαδιανός, 1998).

Η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια του ατόμου, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική προκειμένου τα μέλη να γνωρίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα την συγκεκριμένη νόσο, ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξουν το άτομο που πάσχει από αυτήν. Οι συγγενείς των ατόμων με σχιζοφρένεια συχνά έχουν απορίες σχετικά με τα συμπτώματα της ασθένειας, τα αίτια αυτής, την χρονιότητα κ.α. Μέσα λοιπόν από την συνεργασία τους με τον κοινωνικό λειτουργό έχουν την δυνατότητα να ενημερωθούν για όλα εκείνα που τους προβληματίζουν και στη συνέχεια, να είναι σε θέση να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης και σταθερότητας με τον ασθενή, με αποτέλεσμα και ο ίδιος να αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια (Μαδιανός, 1998).

Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής και τις τοπικές αρχές που υπάρχουν στην κοινότητα (όπως είναι ασφαλιστικοί φορείς, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας καθώς και με άλλους οργανισμούς) έχοντας ως στόχο αφενός την αποτελεσματική υποστήριξη και αφετέρου την ικανοποιητική παροχή υπηρεσιών στα άτομα που το έχουν ανάγκη (Μαδιανός, 1998).

Είναι φανερό, ότι ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε δομές ψυχικής υγείας συμμετέχει σε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα καθώς και σε εκδηλώσεις, που ως στόχο μπορεί να έχουν την ενημέρωση, την πρόληψη ή και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, για θέματα που αφορούν τόσο την υγεία σε γενικό επίπεδο όσο και την ψυχική υγεία ειδικά (Μαδιανός, 1998).

Έπειτα, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μπορεί να γίνει ακόμα πιο σύνθετος, αφού είναι σε θέση να παρέχει συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία τόσο σε άτομα όσο και σε ομάδες, έχοντας εξειδικευτεί σε αυτό, αφού πρώτα έχει παρακολουθήσει την κατάλληλη εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου που απαιτείται (Μαδιανός, 1998).

Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με τον Μαδιανό (1998), στις περιπτώσεις όπου το άτομο έχει διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια, η θεραπευτική ομάδα καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά από προβλήματα που προκύπτουν, καθώς τα άτομα με την συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια παρουσιάζουν περισσότερα κοινωνικά, οικονομικά, στεγαστικά και άλλου είδους προβλήματα. Έτσι λοιπόν, στην ανάληψη περίπτωσης (in-take), ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού επικεντρώνεται αφενός στην

αναγνώριση των προβλημάτων και αφετέρου στην ιεράρχηση αυτών, σύμφωνα με τον βαθμό σοβαρότητας ή και επικινδυνότητας που μπορεί να υπάρχει (π.χ. πιθανές τάσεις αυτοκαταστροφής).

Τέλος, όπως επισημαίνει ο Μαδιανός, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία του ψυχωσικού ατόμου με την παράλληλη χρήση της φαρμακευτικής του αγωγής αποτελεί το «βασικό θεραπευτικό σχήμα».

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Είδος της έρευνας

Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα μας ήταν η ποιοτική έρευνα. Επιλέξαμε την συγκεκριμένη μέθοδο, διότι είναι μια ευέλικτη διαδικασία που μας επιτρέπει να διερευνήσουμε την εμπειρία των συμμετεχόντων. Ακόμη με την ποιοτική έρευνα μπορέσαμε να εξετάσουμε ένα μικρό δείγμα, να συλλέξουμε πληροφορίες και να εντοπίσουμε κοινά στοιχεία και διαφοροποιήσεις (Κυριαζή,2011). Η τεχνική που χρησιμοποιήσαμε ήταν η ημιδομημένη συνέντευξη. Με την συγκεκριμένη τεχνική είχαμε ένα πλάνο ερωτήσεων κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων ώστε να συλλέξουμε τις απαραίτητες πληροφορίες και παράλληλα ήμασταν ευέλικτοι στην συλλογή νέων δεδομένων που δεν είχαμε προβλέψει.

4.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνήσουμε, να καταγράψουμε και να κατανοήσουμε τόσο τα προβλήματα, όσο και τις ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, μέσα από την εμπειρία και τις απόψεις των επαγγελματιών που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας του Ηρακλείου. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήσαμε τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιά είναι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας των δομών Ηρακλείου;
- Το κοινωνικοπολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο των ασθενών με σχιζοφρένεια διαφοροποιεί τα προβλήματα και τις ανάγκες τους κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας; Και αν ναι πως;
- Σε ποιό βαθμό ο κοινωνικός στιγματισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών;
- Οι διαθέσιμες υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι ικανές, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και να καλυφτούν οι ανάγκες τους σύμφωνα με την άποψη των επιστημόνων

ψυχικής υγείας;

- Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθά στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους, όταν αυτή εφαρμόζεται;

4.3 Πεδίο μελέτης ορισμός του δείγματος και διαδικασία

Το δείγμα μας αποτελείται από έξι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι ειδικότητες των οποίων είναι: κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος και ψυχίατροι. Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη εφόσον επιλέξαμε επαγγελματίες από συγκεκριμένες δομές ψυχικής υγείας. Οι δομές στις οποίες διεξήχθη η έρευνα ήταν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και η Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων του Βενιζέλειου-Πανάνειου Νοσοκομείου. Η επιλογή των συγκεκριμένων δομών έγινε επειδή οι επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτές ασχολούνται με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και είχαν την εμπειρία ώστε να μας παρέχουν τις πληροφορίες που χρειαζόμασταν για την έρευνα μας. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με μαγνητοφώνηση στις περισσότερες των περιπτώσεων. Η χρήση μαγνητοφώνου έγινε με την σύμφωνη γνώμη των συνεντευξιαζόμενων. Μετά την μαγνητοφώνηση ακολούθησε η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, δηλαδή η μεταφορά του προφορικού λόγου σε γραπτό.

4.4 Ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων

Ως μέθοδο ανάλυσης των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου. Η μέθοδος αυτή μας βοήθησε να συλλέξουμε τα στοιχεία, να μελετήσουμε τις απόψεις των ειδικών και να κάνουμε συσχετίσεις ανάμεσα στα δεδομένα των συνεντεύξεων και τα κείμενα της βιβλιογραφίας (Κυριαζή, 2011). Αρχικά κωδικοποιήσαμε τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων ώστε να δούμε τις αποκλίσεις και τις συγκλίσεις μεταξύ τους και έπειτα τις οργανώσαμε σε γραπτό κείμενο, παραθέτοντας ουσιαστικά τα αποτελέσματα της έρευνας μας. Στη συνέχεια, δημιουργήσαμε πίνακες στους οποίους εισάγαμε ξεχωριστά το κάθε ερευνητικό ερώτημα και τις ερωτήσεις και απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων σχετικά με αυτό, έτσι ώστε να μπορεί ο αναγνώστης με περισσότερη ευκρίνεια να κατανοήσει τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο τέλος του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας

εργασίας παραθέτουμε τα συμπεράσματα, όπου εκεί απαντήσαμε στα ερευνητικά ερωτήματα σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα της έρευνας τα οποία συγκρίναμε με το θεωρητικό υπόβαθρο, και τις προτάσεις μας. Στις προτάσεις αναφέρουμε τρόπους βασισμένους στα αποτελέσματα της έρευνας, με τους οποίους θα μπορούσαν να περιοριστούν τα προβλήματα και να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

4.5 Δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της έρευνας

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας μας αντιμετωπίσαμε μια σοβαρή δυσκολία, η οποία ουσιαστικά καθόρισε την πορεία της έρευνας και τα αποτελέσματα αυτής. Εφόσον επιλέξαμε να πάρουμε συνεντεύξεις από ειδικούς οι οποίοι εργάζονται σε δημόσιες δομές ψυχικής υγείας του Ηρακλείου Κρήτης, χρειάστηκε να καταθέσουμε αιτήσεις στις εκάστοτε υπηρεσίες ώστε να λάβουμε την απόφαση έγκρισης ή μη για την πραγματοποίηση της έρευνας από τους αρμόδιους (από την Διοίκηση 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης ή ΔΥΠΕ και από την Διεύθυνση κάθε δομής). Ενώ ήταν αρκετά χρονοβόρα διαδικασία τελικά καταφέραμε να πάρουμε έγκριση από το Ψυχιατρικό τμήμα του Βενιζέλειου ΓΝ και από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Ωστόσο πέρασαν αρκετοί μήνες από όταν καταθέσαμε αίτηση για το Ψυχιατρικό Τμήμα του ΠΑ.Γ.Ν.Η. χωρίς να έχουμε καμία απάντηση. Μετά από πολλές τηλεφωνικές επικοινωνίες μαζί τους αλλά και με την ΔΥΠΕ, καταλήξαμε στο ότι δεν βρίσκουν την αίτηση μας. Η υπεύθυνη καθηγήτρια επικοινωνήσε μαζί τους λαμβάνοντας την απάντηση ότι θα προωθήσουν ξανά το αίτημά μας. Μάλιστα, μια από τις σπουδάστριες πήγε στην Υγειονομική Περιφέρεια όπου βρέθηκε η αίτηση τελικά, αλλά δυστυχώς είπαν πως θα πρέπει να περιμένουμε κι άλλο για την απόφαση έγκρισης της ή μη. Αφού εξαντλήσαμε όλα τα χρονικά περιθώρια που είχαμε χωρίς κανένα αποτέλεσμα, αναγκαστήκαμε να προχωρήσουμε το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας με τις συνεντεύξεις που είχαμε ήδη λάβει από τις άλλες δομές.

4.6 Ηθικά ζητήματα της έρευνας

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, δεν προέκυψε κάποιο ηθικό ζήτημα. Διατηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων, ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και για το πώς θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα της. Ακόμη

ενημερώθηκαν για την χρήση μαγνητόφωνου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και πως θα κλείσει, αν κάποια στιγμή το επιθυμούσαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνα μας συμμετείχαν συνολικά έξι επαγγελματίες. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1) έχουμε καταγράψει το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την ειδικότητα, το πλαίσιο στο οποίο εργάζεται έκαστος, καθώς και τις ώρες και μέρες εργασίας τους. Πιο συγκεκριμένα οι τέσσερις εκ των έξι επαγγελματιών ήταν γυναίκες και οι δύο άνδρες. Από τις γυναίκες οι δύο ήταν ψυχίατροι, η μια ψυχολόγος και μια κοινωνική λειτουργός. Οι άνδρες ήταν και οι δύο ψυχίατροι. Οι τέσσερις από τους έξι επαγγελματίες είναι εργαζόμενοι στο Ψυχιατρικό τμήμα του Βενιζέλειου ΓΝ Ηρακλείου και οι δύο στο κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου. Το μορφωτικό επίπεδο όλων των επαγγελματιών είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς επίσης ίδιες είναι και οι ώρες και ημέρες εργασίας τους.

Πίνακας 5.1. Προφίλ συνεντευξιαζόμενων

ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΙΑΖΟΜΕΝΩΝ					
	Φύλο	Μορφωτικό επίπεδο	Ειδικότητα	Φορέας απασχόλησης	Ημέρες και ώρες
Σ1	Γυναίκα	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	Ψυχολόγος	Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο	Δευτέρα- Παρασκευή, 08:00-15:00
Σ2	Γυναίκα	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	Ψυχίατρος	Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο	Δευτέρα- Παρασκευή, 08:00-15:00
Σ3	Γυναίκα	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	Ψυχίατρος	Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο	Δευτέρα- Παρασκευή, 08:00-15:00
Σ4	Άνδρας	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	Ψυχίατρος	Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο	Δευτέρα- Παρασκευή, 08:00-15:00
ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΙΑΖΟΜΕΝΩΝ					

Σ5	Γυναίκα	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	Κοινωνική λειτουργός	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου	Δευτέρα- Παρασκευή, 08:00-15:00
Σ6	Άνδρας	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	Ψυχίατρος	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου	Δευτέρα- Παρασκευή, 08:00-15:00

Όσον αφορά το ποιά είναι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια (πίνακας 2), οι ειδικοί ανέφεραν ότι ο στιγματισμός, η κοινωνική απόσυρση και η μείωση της λειτουργικότητας, είναι από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σχιζοφρενείς ασθενείς. Σύμφωνα με τον τέταρτο και τον πέμπτο συνεντευξιαζόμενο, οι οικογενειακές σχέσεις και το περιβάλλον στο οποίο ζει ο ασθενής παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο στην εξέλιξη της ασθένειας. Πολλές φορές πίσω από τον ασθενή υπάρχει μια πολυπροβληματική οικογένεια, που είτε δεν μπορεί να στηρίξει τον ασθενή λόγω της δικής της ψυχιατρικής κατάστασης (κληρονομικότητα), είτε κρατάει απόσταση και παραμελεί τον ασθενή ο οποίος αντιθέτως, χρειάζεται συνεχή φροντίδα και υποστήριξη. Επίσης όπως βλέπουμε στον πίνακα, δύο από τους συνεντευξιαζόμενους αναφέρουν ότι υπάρχουν προβλήματα που σχετίζονται με την φαρμακευτική αγωγή, όπως οι παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα είτε αλλάζοντας την εξωτερική εμφάνιση του ασθενή, είτε τη διάθεση του. Επίσης πολλοί ασθενείς φαίνεται να μη συμμορφώνονται με την φαρμακευτική αγωγή. Η πρώτη συνεντευξιαζόμενη ανέφερε τον αυτοστιγματισμό που δέχονται οι ασθενείς από τον ίδιο τους τον εαυτό, δίνοντας μας ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα *«Την προηγούμενη εβδομάδα είχαμε πάει τους σχιζοφρενείς ασθενείς εκδρομή στον Άγιο Νικόλαο. Όπως κατεβήκαμε από το λεωφορείο και περπατούσαμε, εγώ ήμουν δίπλα από μια ασθενή μου. Σε κάποια στιγμή με τραβάει παραπέρα και μου λέει "κυρία, μην περπατάτε δίπλα μου γιατί θα νομίζουν ότι είστε κι εσείς τρελή και δε θέλω". Δηλαδή αποσύρονται και στην ουσία χτίζουν έναν τοίχο, επειδή νιώθουν διαφορετικοί και νομίζουν ότι αυτό το βλέπουν όλοι και τους λένε τρελούς. Βέβαια, παίζουν ρόλο και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις»*. Σύμφωνα με τους ειδικούς αυτά τα προβλήματα θα μπορούσαν να περιοριστούν με την συστηματική παρακολούθηση του ασθενή, την σταθερή λήψη φαρμακευτικής αγωγής και την υποστήριξη από το κοινωνικό

περιβάλλον του ατόμου. Ακόμη είναι απαραίτητη η δημιουργία συλλόγων και κοινοτικών χώρων όπου οι ασθενείς θα μπορέσουν να αναπτύξουν την ομαδικότητα και την κοινωνικότητα τους, καθώς και η δημιουργία κέντρων ημέρας όπου θα μπορούν να κάνουν δραστηριότητες, θα μάθουν να φροντίζουν τον εαυτό τους, θα αναπτύξουν δεξιότητες και ικανότητες που θα τους χρησιμεύσουν στην εύρεση εργασίας, αλλά και θα εκπαιδευτούν πάνω στην ασθένεια τους για να μάθουν να τη διαχειρίζονται. Επιπλέον, συζητήσαμε με τους ειδικούς σχετικά με τις ανάγκες των ατόμων με σχιζοφρένεια καθώς και για τον τρόπο που μπορούν να καλυφθούν. Οι δύο πρώτοι συνεντευξιαζόμενοι συμφώνησαν τόσο για την οικονομική υποστήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς όσο και για την ανάγκη της εργασίας, η οποία θα μπορούσε ενδεχομένως να καλυφθεί εφόσον αυξάνονταν οι θέσεις εργασίας για άτομα με ειδικές ανάγκες και αντιστρόφως μειώνονταν οι προσδοκίες των εργοδοτών. Επίσης, πάντα κατά την άποψη των επαγγελματιών, υπάρχει ανάγκη για ενδιαφέρον, υποστήριξη, φροντίδα και αποδοχή τόσο από την οικογένεια των ασθενών, όσο και από το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Τέλος, πολύ σημαντικό και ενδιαφέρον είναι αυτό που μας είπε η τρίτη συνεντευξιαζόμενη, της οποίας τα λόγια παραθέτουμε αυτούσια: *«Επίσης έχουν ανάγκη να προσφέρουν και πρέπει να τους εκμειεύουμε αυτό, γιατί όταν έχουμε έναν ασθενή συνήθως σκεφτόμαστε τι μπορούμε να του δώσουμε και όχι τι μπορεί εκείνος να δώσει, αλλά αυτό είναι που θα τον κινητοποιήσει να προχωρήσει»*.

Πίνακας 5.2. Προβλήματα και ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ			
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ			
Ποια πιστεύετε ότι είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με σχιζοφρένεια;		Με ποιο τρόπο θα μπορούσαν να περιοριστούν τα προβλήματα των ασθενών με σχιζοφρένεια, ώστε να έχουν μια καλύτερη λειτουργικότητα στην καθημερινή τους ζωή;	Τι είδους ανάγκες αντιμετωπίζουν τα άτομα που νοσούν από σχιζοφρένεια και πως θα μπορούσαν να καλυφθούν;
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
Σ1	<ul style="list-style-type: none"> • Στιγματισμός • Αυτοστιγματισμός • Κοινωνική απόσυρση 	<ul style="list-style-type: none"> • Συστηματική παρακολούθηση • Σταθερή λήψη φαρμακευτικής αγωγής • Υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάγκη για οικονομική και κοινωνική υποστήριξη • Εργασία • Ειλικρινές ενδιαφέρον από την οικογένεια • Αποδοχή
Σ2	<ul style="list-style-type: none"> • Στιγματισμός • Κοινωνική απομόνωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία συλλόγων • Αλληλεπίδραση ασθενών με υγιή άτομα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάγκη για οικονομική υποστήριξη και για εργασία. • Αύξηση των θέσεων εργασίας για άτομα με ειδικές ανάγκες • Υποστήριξη από βοηθητικό προσωπικό
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			

Σ3	<ul style="list-style-type: none"> • Απομόνωση • Υποβάθμιση της υγείας τους και των ικανοτήτων τους 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία κέντρων ημέρας και κοινοτικών χώρων • Αλληλεπίδραση ασθενών με άλλα άτομα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάγκη να προσφέρουν
Σ4	<ul style="list-style-type: none"> • Ανεργία • Στιγματισμός • Πολυπροβληματικό οικογενειακό περιβάλλον • Παρενέργειες φαρμάκων 	<ul style="list-style-type: none"> • Καλύτερη θεραπεία • Καλύτερη παρακολούθηση • Καλύτερη ένταξη • Αποτελεσματικότερα φάρμακα • Ψυχοθεραπευτικά προγράμματα • Προστατευμένη και επιδοτούμενη εργασία • Προστατευμένη εκπαίδευση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάγκη για κοινωνικοποίηση, • Δημιουργία ομάδων στήριξης
Σ5	<ul style="list-style-type: none"> • Θέματα που αφορούν την κοινωνική τους λειτουργικότητα • Οι σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον • Νιώθουν παραμελημένοι απομονωμένοι • Μοναξιά 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αναπτυχθούν δομές και υπηρεσίες • Δημιουργία κέντρων ημέρας • Ομάδες και εργαστήρια 	<ul style="list-style-type: none"> • Να δουλευτούν οι δεξιότητες τις οποίες υπολείπονται • Συνεχή υποστήριξη • Φροντίδα
Σ6	<ul style="list-style-type: none"> • Θέματα της λειτουργικότητας • Μη συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή • Θέματα κοινωνικοποίησης 	<ul style="list-style-type: none"> • Να περιορίσεις το σύμπτωμα • Εκπαίδευση ασθενή για νόσο 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι περισσότεροι είναι μη λειτουργικοί • Δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν. • Θέλουν την βοήθεια κάποιου

Σχετικά με το κοινωνικοπολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο των ασθενών με σχιζοφρένεια όπως βλέπουμε και στον παρακάτω πίνακα, οι μισοί από τους ειδικούς μας είπαν ότι το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο των ασθενών σχετίζεται με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, και πιο συγκεκριμένα ανέφεραν πως

επηρεάζει τόσο ο τόπος και οι αντιλήψεις των ανθρώπων που έχουν μεγαλώσει σε αυτόν, όσο και η εποχή, η οικογένεια, το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις με χαρακτηριστικό παράδειγμα εκείνο της δεύτερης συνεντευξιαζόμενης: *«Τα συμπτώματά μας δείχνουν τι υπάρχει από πίσω πολιτισμικά. Παραδείγματος χάρη, τα άτομα που εμφανίζουν θρησκευτικό παραλήρημα είναι συνήθως άτομα από οικογένειες που είναι πολύ κοντά σε εκκλησίες. Δηλαδή αυτοί που είναι θρησκόληπτοι θα βγάλουν και πιο πολύ θρησκευτικού περιεχομένου παραληρήματα ή ακουστικές ψευδαισθήσεις»*. Σύμφωνα με την τρίτη και τον έκτο συνεντευξιαζόμενο το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο σχετίζεται και επηρεάζει την έναρξη, την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας γενικότερα και όχι συγκεκριμένα το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Η πέμπτη συνεντευξιαζόμενη ανέφερε: *«Βέβαια στην πορεία της νόσου και τα θετικά αλλά και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, απομονώνουν τον άνθρωπο και τον αποκόπτουν από τις κοινωνικές του δραστηριότητες οπότε ακόμα και να έχει κάποιος πολύ καλό κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο, αυτό δεν σημαίνει ότι με την έναρξη της ασθένειας θα διατηρηθεί ακριβώς στον ίδιο βαθμό»*. Εδώ παρατηρούμε ότι και αντιστρόφως η σχιζοφρένεια επηρεάζει το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο των ασθενών. Αναφορικά με το φύλο των σχιζοφρενών ασθενών, οι τέσσερις από τους έξι συνεντευξιαζόμενους θεωρούν ότι αυτό δεν διαφοροποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν γύρω από την ασθένεια, παρά μόνο σε φυσιολογικά πλαίσια. Ωστόσο, η πρώτη και ο έκτος επαγγελματίας με βάση την δική τους εμπειρία ανέφεραν ότι στατιστικά οι άνδρες είναι περισσότερο ευάλωτοι και λιγότερο λειτουργικοί από τις γυναίκες ασθενείς. Εκεί που όλοι οι ειδικοί συμφώνησαν, είναι στο ότι η ηλικία των ατόμων με σχιζοφρένεια σχετίζεται με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Δεδομένου ότι η έναρξη της νόσου στο μεγαλύτερο ποσοστό γίνεται σε νεαρή ηλικία και ότι η εφηβεία είναι μια περίοδος παραγωγική, είναι άλλη η αντιμετώπιση που χρειάζεται ώστε να μην χρονίσουν κάποια θέματα και κάποια άλλα να μην συμβούν, όπως η αποκοπή από το περιβάλλον του ατόμου, η τάση για αυτοκτονία, ο επαναπροσανατολισμός της ζωής του. Στους νέους έχει μεγαλύτερο ρόλο η αποδοχή και πολύ συχνά συνυπάρχουν με την ασθένεια τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Διαφορετικά, στους ηλικιωμένους ανθρώπους και συνήθως χρόνια ασθενείς, παρατηρείται περισσότερο η περιθωριοποίηση και η απομόνωση, όμως θεωρείται

σημαντικότερο το κομμάτι της παρέμβασης για ζητήματα υγείας παρά κοινωνικότητας. Ακόμη, οι ειδικοί ερωτήθηκαν για το αν πιστεύουν ότι οι ασθενείς με υψηλότερο οικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα από άλλους με χαμηλότερο. Οι τέσσερις συνεντευξιαζόμενοι απάντησαν θετικά και σύμφωνα με την άποψη τους οι πιο ευκατάστατες οικογένειες έχουν σίγουρα πιο εύκολη προσβασιμότητα σε ιδιωτικές κλινικές, ιδιωτικούς γιατρούς και εναλλακτικές όπως περίθαλψη κατ' οίκον, κάτι πολύ σημαντικό διότι με αυτό τον τρόπο μπορούν να εξασφαλίσουν περισσότερες συνεδρίες και συνέχεια στην παρακολούθηση, ενώ γενικότερα υπάρχει λιγότερο στρες και άγχος εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ο έκτος επαγγελματίας ψυχικής υγείας ωστόσο δεν συμφώνησε με τους προηγούμενους, λέγοντας μας πως γενικότερα έχει να κάνει το πολιτισμικό επίπεδο και όχι το οικονομικό τόσο πολύ.

Πίνακας 5.3. Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο κοινωνικοπολιτισμικό και κοινωνικό επίπεδο των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια με τα προβλήματα και τις ανάγκες τους

ΣΧΕΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥΣ			
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ			
Σχετίζεται το	Το φύλο των ασθενών με	Πιστεύετε ότι η ηλικία	Οι ασθενείς που

κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο των ασθενών, με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι; Αν ναι, πως;	σχιζοφρένεια, διαφοροποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν; Αν ναι, με ποιο τρόπο;	των ασθενών με σχιζοφρένεια, έχει σχέση με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν; Αν ναι, με ποιο τρόπο;	έχουν υψηλό οικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα από άλλους με χαμηλότερο ; Αν ναι, γιατί κατά την γνώμη σας;
---	---	--	--

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Σ1	<ul style="list-style-type: none"> • Σαφώς 	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι οι άνδρες είναι πιο ευάλωτοι και αποσύρονται πιο εύκολα από τις γυναίκες 	<ul style="list-style-type: none"> • Σίγουρα • Η εφηβεία είναι μια παραγωγική ηλικία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έχουν την οικονομική δυνατότητα να απευθυνθούν σε μια κλινική στο εξωτερικό, ή να γίνεται περίθαλψη κατ' οίκον
----	---	--	---	--

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Σ2	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι • Επηρεάζει η εποχή, η οικογένεια, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Όχι όσον αφορά την ασθένεια 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι νέοι εμφανίζουν κατάθλιψη • Οι ηλικιωμένοι είναι περιθωριοποιημένοι 	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι, υπάρχει λιγότερο άγχος • Προσβασιμότητα σε ιδιωτικές κλινικές ή σε περισσότερες ψυχοθεραπείες • Καλύτερο βιοτικό επίπεδο
Σ3	<ul style="list-style-type: none"> • Όχι 	<ul style="list-style-type: none"> • Όχι 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μην αποκοπεί από το 	<ul style="list-style-type: none"> • Λιγότερο στρες

			<ul style="list-style-type: none"> περιβάλλον του • Να επαναπροσανατολίσει τη ζωή του • Να πάρει γρήγορα θεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορούν να απευθυνθούν σε επαγγελματίες ιδιώτες • Περισσότερες συνεδρίες
Σ4	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι. Καλύτερη κατανόηση από ευκατάστατους και μορφωμένους γονείς • Μεγαλύτερες δυνατότητες παρέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν νομίζω 	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι. Οι νέοι απομονώνονται • Έχουν μεγαλύτερη αυτοκτονικότητα • Κατάθλιψη • Μεγαλύτερη βαρύτητα για ηλικιωμένους 	-
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ				
Σ5	<ul style="list-style-type: none"> • Σημαντική η ηλικία έναρξης της νόσου 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν έχει σχέση με φύλο 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα συμπτώματα απομονώνουν τον άνθρωπο • Τον αποκόπτουν από τις κοινωνικές του δραστηριότητες 	<ul style="list-style-type: none"> • Σίγουρα το οικονομικό επηρεάζει καθώς θα μπορούν να πάνε και ιδιωτικά σε κάποιες υπηρεσίες
Σ6	<ul style="list-style-type: none"> • Είναι πολλοί παράγοντες • Ένας από τους βασικούς παράγοντες είναι 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνδρες είναι πιο ευάλωτοι απ' ότι είναι οι γυναίκες • Οι γυναίκες είναι πιο εύκολα 	<ul style="list-style-type: none"> • Η νόσος ξεκινάει σε μικρή ηλικία 	<ul style="list-style-type: none"> • Όχι, δεν έχει καμία σημασία το οικονομικό τόσο πολύ • Η ευκολία που

	<p>και μέσα στο περιβάλλον το οποίο κινείται</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τα βιώματα τα οποία έχει 	<p>συμμορφούμενες απ' ότι είναι οι άνδρες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Είναι πιο λειτουργικές 		<p>έχεις πρόσβαση στην υγεία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πας πιο εύκολα σε έναν εξωτερικό γιατρό ιδιωτικά
--	---	--	--	---

Αναφορικά με τον κοινωνικό στιγματισμό και το κατά πόσο επηρεάζει την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών (πίνακας 4), αρχικά ρωτήσαμε τους ειδικούς για ποιούς λόγους πιστεύουν ότι στιγματίζονται τα άτομα με σχιζοφρένεια. Κυρίως ανέφεραν πως η κοινωνία είναι ανενήμερη, δεν ξέρει πως να τους αντιμετωπίσει και αφού δεν τους κατανοεί, μοιραία τους φοβάται. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν διαφορετική όψη και βίωση της πραγματικότητας, αισθάνονται ότι δεν ταιριάζουν με το σύνολο και έτσι αν δεν έχουν ήδη στιγματιστεί και περιθωριοποιηθεί από την κοινωνία, αυτοστιγματίζονται, αποτραβιούνται, κλείνονται στον εαυτό τους ή/και τον παραμελούν. Σύμφωνα με τον τέταρτο συνεντευξιαζόμενο ο οποίος είναι ψυχίατρος, προκύπτει η άποψη πως και η ιατρική κοινότητα έχει μερίδιο ευθύνης για την αναπαραγωγή του στίγματος, αφού χορηγούνται φάρμακα στους ασθενείς χωρίς να υπολογίζονται οι παρενέργειες που τους ακολουθούν στην καθημερινότητά τους. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δυσκολεύονται να εκφραστούν, είναι πολύ ευάλωτα, καταθλιπτικά και παρατηρείται πως αποδέχονται και συνηθίζουν την στάση των άλλων κρατώντας ακριβώς την ίδια στάση απέναντι τους. Ακόμη, μπορεί να μετατρέψουν αυτό που αισθάνονται σε παραλήρημα. Ο έκτος συνεντευξιαζόμενος είπε: *«Συνήθως δεν τους αφήνουν οι οικογένειες ειδικά εδώ στην Κρήτη να εκτεθούν πολύ. Γιατί δεν είναι ένα στίγμα μόνο για τον ίδιο τον ασθενή, είναι ένα στίγμα για όλη την οικογένεια κατάλαβες;»* Σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, οι ειδικοί πιστεύουν ότι είναι ένα μέσο το οποίο θα μπορούσε να μειώσει τον κοινωνικό αποκλεισμό, ίσως με πιο διαδραστικό και ενεργό έργο. Επιπλέον, προτάθηκε από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, η ίδρυση περισσότερων δομών με τον σκοπό της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης αλλά και για άλλους σκοπούς, όπως της ένταξης των σχιζοφρενών στην κοινωνία, της ψυχοεκπαίδευσης τους, της εκπαίδευσης των

παιδιών σε σχολεία και γενικότερα η ανάπτυξη δράσεων και η ανάμειξη των ασθενών σε όλο αυτό, ώστε να τους γνωρίσει και να τους αποδεχτεί ο κόσμος.

Πίνακας 5.4. Κοινωνικός στιγματισμός και ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ					
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ					
Για ποιους λόγους οι σχιζοφρενείς ασθενείς στιγματίζονται από την κοινωνία και σε ποιο βαθμό επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους ο στιγματισμός αυτός;	Πως αντιδρούν οι ασθενείς απέναντι στον στιγματισμό αυτό;	Πως επηρεάζεται η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό;	Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με την σχιζοφρένεια είναι ένα μέσο το οποίο θα μπορούσε να μειώσει τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων που πάσχουν από αυτήν;	Ποιοι άλλοι τρόποι ενδέχεται να βοηθούσαν στην μείωση του κοινωνικού στιγματισμού απέναντι στη σχιζοφρένεια;	
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ					
Σ1	<ul style="list-style-type: none"> Έχουν διαφορετική 	<ul style="list-style-type: none"> Αρνητισμός Προκατάληψη 	<ul style="list-style-type: none"> Κατάθλιψη 	<ul style="list-style-type: none"> Φυσικά 	<ul style="list-style-type: none"> Ενσυναίσθηση Περισσότερες

	<ul style="list-style-type: none"> • όψη και βίωση της πραγματικότητας • Περιθωριοποιούνται ή αποσύρονται 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπεριφέρονται όπως τους έχουν συμπεριφερθεί 			<ul style="list-style-type: none"> • δομές • Ένταξη των σχιζοφρενών στη κοινωνία • Να εκπαιδεύονται από τα σχολεία • Ψυχοεκπαίδευση των ασθενών
--	---	---	--	--	---

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Σ2	<ul style="list-style-type: none"> • Στιγματισμός • Αυτοστιγματισμός • Κρατούν τον εαυτό τους έξω από τα κοινά • Νιώθουν διαφορετικοί 	<ul style="list-style-type: none"> • Κοινωνική απόσυρση • Δεν συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες • Στεναχώρια 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταθλιπτική συμπεριφορά 	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι αλλά δεν έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα έως τώρα 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει θέμα της πολιτείας • Κίνητρα στους εργοδότες • Να προσλαμβάνονται περισσότερα άτομα με ειδικές ανάγκες
----	---	--	--	--	---

Σ3	<ul style="list-style-type: none"> Υπάρχει φόβος Οι σχιζοφρενείς κατά βάση είναι πολύ ευαίσθητοι Κλείνονται πολύ στον εαυτό τους Αποτραβιούνται 	<ul style="list-style-type: none"> Εκρήξεις θυμού 	<ul style="list-style-type: none"> Μετατρέπουν αυτό που νιώθουν σε παραλήρημα 	<ul style="list-style-type: none"> Ναι έχουν και εκείνοι πράγματα να πουν και να δώσουν Η τέχνη βοηθάει Για παράδειγμα μια έκθεση με έργα ασθενών 	<ul style="list-style-type: none"> Σε ημερίδες Σε σχολεία Σε άρθρα Σε συναυλίες Να αναμειχθούν με την κοινωνία
----	---	--	--	--	---

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Σ4	<ul style="list-style-type: none"> Δίνονται φάρμακα με παρενέργειες Δεν υπολογίζονται οι συνέπειες Οι ασθενείς είναι απόμακροι 	<ul style="list-style-type: none"> Δεν εκφράζονται Συνηθίζουν Αποδέχονται την στάση των άλλων 		<ul style="list-style-type: none"> Σαφώς Συναναστροφή με άλλα άτομα 	<ul style="list-style-type: none"> Κοινωνικοποίηση
----	---	--	--	---	---

Σ5	<ul style="list-style-type: none"> • Επηρεάζει πάρα πολύ την ποιότητα ζωής τους • Ο κοινωνικός αποκλεισμός περιορίζει • Επηρεάζει τον τρόπο που θα φροντίσει την υγεία του • Τις δεξιότητές του • Την επικοινωνία του • Τις φιλικές του σχέσεις • Την οικογένειά του 		<ul style="list-style-type: none"> • Θέλουν να μένουν μόνοι 	<ul style="list-style-type: none"> • Ναι • Να ξεκινήσουν «εκστρατείες» για την άρση του στίγματος • Να δουλευτεί η άγνοια όπως και ο φόβος 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποστήριξη των πασχόντων και των ίδιων των οικογενειών τους • Υπηρεσίες που θα τους τοποθετούν στην κοινότητα • Κλειστές δομές φροντίδας
----	---	--	--	---	--

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Σ6	<ul style="list-style-type: none"> • Το στίγμα είναι μεγαλύτερο από την κοινωνία που έχει άγνοια για την νόσο 	<ul style="list-style-type: none"> • Στην Ελλάδα υπάρχει αυτή η υπερπροστατευτικότητα • Δεν είναι ένα στίγμα μόνο για τον ίδιο τον ασθενή • Είναι ένα στίγμα για όλη την οικογένεια 		<ul style="list-style-type: none"> • Φυσικά και θα βοηθούσε • Δεν γίνεται στο βαθμό που πρέπει • Ίσως 	<ul style="list-style-type: none"> • Φυλλάδια και τα λοιπά • Για να κάνεις ενημέρωση χρειάζεσαι κόσμο πρόγραμμα και άλλα πολλά
----	--	--	--	--	--

				καμία φορά και με τον τρόπο που πρέπει	
--	--	--	--	--	--

Όσον αφορά τις διαθέσιμες υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια (πίνακας 5), ζητήθηκε η άποψη των ειδικών σχετικά με το αν οι υπηρεσίες αυτές είναι ικανές προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και να καλυφθούν οι ανάγκες των ατόμων αυτών. Οι διαθέσιμες υπηρεσίες στο Ηράκλειο Κρήτης για τους σχιζοφρενείς ασθενείς σύμφωνα με τους ειδικούς είναι τα γενικά νοσοκομεία και οι ομάδες που κάνουν κατά καιρούς, το κέντρο ψυχικής υγείας, το κέντρο ψυχικής υγιεινής και κάποιοι ξενώνες. Όλοι συμφώνησαν πως σίγουρα αυτές οι υπηρεσίες δεν επαρκούν και πρόσθεσαν πως είναι αναγκαίες επιπλέον δομές ανεξάρτητες από τα νοσοκομεία, που θα ασχολούνται με την αποκατάσταση και την ένταξη των ασθενών στην κοινωνία. Οι ειδικοί αναγνωρίζουν πως όλα είναι πολύ ιατροκεντρικά στην χώρα μας και ότι το σύστημα υγείας υπολειτουργεί κυρίως μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, ενώ συμφωνούν στην ιδέα της ίδρυσης κέντρων ημέρας όπου θα έχουν ρόλο υποστηρικτικό και θα στοχεύουν σε όσα αναφέραμε παραπάνω με απώτερο σκοπό την αυτονόμηση των ατόμων με σχιζοφρένεια. Όσον αφορά το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού που ασχολείται με περιστατικά σχιζοφρένειας, η πέμπτη και ο έκτος συνεντευξιαζόμενος μας είπαν ότι ο ρόλος του είναι πολύπλευρος. Ένας κοινωνικός λειτουργός εργάζεται είτε μόνος είτε σε συνεργασία με τον ψυχίατρο για την διαχείριση των περιστατικών, για τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων, έχει την πρώτη επαφή με τον εξυπηρετούμενο και το περιβάλλον του, έχει ρόλο που υποστηρίζει τον ασθενή και ενισχύει τις δεξιότητες και τις ικανότητες του, κάνει δράσεις για την άρση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, μπορεί να κάνει ομάδες όπως π.χ. ομάδα εναισθησίας, να συμμετέχει σε κέντρα ημέρας και σαφώς αναλαμβάνει το κομμάτι της διασύνδεσης ανάμεσα στον ασθενή και τις υπηρεσίες στην κοινότητα. Οι δεξιότητες που απαιτούνται από τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να διαχειριστεί περιπτώσεις με σχιζοφρενείς

ασθενείς είναι η ενσυναίσθηση, η καλή επικοινωνία, η αυτογνωσία και η καλή αυτοκριτική.

Πίνακας 5.5. Διαθέσιμες παρεχόμενες υπηρεσίες και αντιμετώπιση προβλημάτων και αναγκών ασθενών με σχιζοφρένεια

ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ		
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ		
Ποιες είναι οι διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν και ασχολούνται με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια; Οι υπηρεσίες	Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού που ασχολείται με περιστατικά σχιζοφρένειας;	Ποιες δεξιότητες απαιτούνται από τον κοινωνικό λειτουργό

<p>αυτές επαρκούν για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και οι ανάγκες των πασχόντων;</p>		<p>προκειμένου να διαχειριστεί περιπτώσεις με σχιζοφρενείς ασθενείς;</p>	
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
<p>Σ1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Γενικά Νοσοκομεία • Το κέντρο ψυχικής υγείας • Το κέντρο ψυχικής υγιεινής • Δεν επαρκούν σίγουρα • Χρειαζόμαστε υπηρεσίες που να ασχολούνται με την αποκατάσταση των ασθενών • Να τους βρίσκουν δουλειά για να μπορούν να διαβιούν μόνοι τους • Να υπάρχει εποπτεία για να είναι ελεγχόμενη η κατάσταση τους 		
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
<p>Σ2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Κέντρο ψυχικής υγείας • Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ψυχιατρικό τμήμα Βενιζέλειου νοσοκομείου • Δεν επαρκούν 		
<p>Σ3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ξενώνες • Οι δημόσιες δομές όπως τα νοσοκομεία και το κέντρο ψυχικής υγείας • Όχι δεν επαρκούν • Χρειαζόμαστε κέντρα ημέρας ή 		

	δομές ανεξάρτητες από τα νοσοκομεία		
Σ4	<ul style="list-style-type: none"> • Τα νοσοκομεία • Οι ομάδες που κάνουν κατά καιρούς • Το κέντρο ψυχικής υγείας. • Δεν επαρκούν • Χρειάζεται η ίδρυση κέντρου ημέρας 		
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			
Σ5	<ul style="list-style-type: none"> • Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας • Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής • Η Πανεπιστημιακή Κλινική του νοσοκομείου • Τα ψυχιατρικά τμήματα του Βενιζελείου νοσοκομείου • Η ιδιωτική ψυχιατρική κλινική ο Άγιος Χαράλαμπος • Ιδιώτες ψυχίατροι και ψυχοθεραπευτές • Ξενώνες • Οικοτροφεία • Προστατευόμενα διαμερίσματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται είτε και μόνος του είτε σε συνεργασία με τον ψυχίατρο • Ενίσχυση σε δεξιότητες • Υποστήριξη του ίδιου του ασθενή • Διασύνδεση με υπηρεσίες στην κοινότητα • Δράσεις για την άρση του στίγματος • Ομιλίες στην κοινότητα • Μπορεί να κάνει και ομάδες εναισθησίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενσυναίσθηση • Καλή επικοινωνία • αυτογνωσία • Καλή αυτοκριτική

	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν είναι πλήρως επανδρωμένες 	<ul style="list-style-type: none"> • Ομάδες ενίσχυσης δεξιοτήτων • Να συμμετέχει σε κέντρα ημέρας 	
Σ6	<ul style="list-style-type: none"> • Όχι • Έχουμε πέσει μόνο και ασχολούμαστε με το κλινικό κομμάτι ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> • Είναι πολύπλευρος • Βοηθάει στην διαχείριση του περιστατικού • Έχει την πρώτη συνέντευξη με τον ασθενή και το περιβάλλον του ασθενούς • Υποστήριξη • Αναλαμβάνει το κομμάτι δηλαδή της διασύνδεσης της μιας υπηρεσίας με την άλλη 	-

Τέλος, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κλήθηκαν να εκφράσουν την άποψη τους για το κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που έχουν στην καθημερινότητα τους, όταν αυτή εφαρμόζεται (πίνακας 6). Σύμφωνα λοιπόν με τα όσα μας είπαν, με τον όρο ψυχοεκπαίδευση εννοούμε την εκπαίδευση και ενημέρωση πρωτίστως του ασθενή και έπειτα των ατόμων που έχουν άμεση επαφή με αυτόν, με στόχο να κατανοήσουν τα σημεία και τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, να αναγνωρίζουν τα σημάδια της υποτροπής με σκοπό να την προλαβαίνουν, να μπορεί ο ασθενής να ξεχωρίσει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις και γενικότερα να καταφέρει να ελέγξει τον εαυτό του και να διαχειριστεί ότι του συμβαίνει. Στην ψυχοεκπαίδευση μπορούν και οφείλουν να συμμετέχουν όλοι εκείνοι οι οποίοι συναναστρέφονται με τον ασθενή, όμως κυρίαρχο και καθοριστικό ρόλο παίζει η οικογένεια στην εξέλιξη του. Η οικογένεια του ασθενή πρέπει να είναι σε θέση να διευκολύνει την καθημερινότητα του και να τον εκπαιδεύει στα πιο πρακτικά ζητήματα, αν και δεν είναι λίγες οι φορές που το περιβάλλον είναι πολυπροβληματικό. Σύμφωνα με τις εμπειρίες των ειδικών, οι οικογένειες σήμερα φαίνεται να συνεργάζονται και να είναι περισσότερο δεκτικές από ότι ήταν παλαιότερα, αν και το στίγμα ακόμα είναι αυτό που αρχικά τους δυσκολεύει, στη συνέχεια ενημερώνονται και αντιλαμβάνονται ακριβώς τι πρέπει να κάνουν. Ωστόσο, παρ' όλη την σημαντικότητα που έχει η ψυχοεκπαίδευση, δυστυχώς

οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναγνωρίζουν ότι δεν εφαρμόζεται όπως θα έπρεπε, λόγω έλλειψης χρόνου. Τέλος, εκτός από ψυχιάτρους και ψυχολόγους, οι ειδικοί πιστεύουν πως κατάλληλοι για το κομμάτι της ψυχοεκπαίδευσης είναι επιπλέον οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι επισκέπτες υγείας και οι νοσηλευτές.

Πίνακας 5.6. Ψυχοεκπαίδευση οικογένειας σχιζοφρενών ασθενών και αντιμετώπιση δυσκολιών στην καθημερινότητα τους

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ			
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ			
Τι είναι η ψυχοεκπαίδευση και ποιοι είναι οι στόχοι και τα μέσα που χρησιμοποιεί;	Ποιοι μπορούν να συμμετέχουν στην ψυχοεκπαίδευση και σε ποιες περιπτώσεις προτείνεται και εφαρμόζεται;	Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν;	Ποιοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να κάνουν ψυχοεκπαίδευση ; Εσείς έχετε κάνει ψυχοεκπαίδευση σε οικογένειες ; Αν ναι, θα θέλατε να μας μιλήσετε για την εμπειρία σας αυτή;
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ			

Σ1	<ul style="list-style-type: none"> • Του εξηγώ την ασθένεια με στόχο να κατανοήσει τα συμπτώματα • Τον βοηθάω να δει την πραγματικότητα χωρίς να την μπερδεύει με τις ψευδαισθήσεις • Να ξέρει πότε θα έρθει η έξαρση με σκοπό να το ελέγξει 	<ul style="list-style-type: none"> • Η οικογένεια • Δουλεύουμε περισσότερο με τους ίδιους τους ασθενείς 		<ul style="list-style-type: none"> • Κοινωνικοί λειτουργοί • Νοσηλευτές
----	---	---	--	---

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Σ2	<ul style="list-style-type: none"> • Η εκπαίδευση του ασθενή • Μαθαίνουμε να αναγνωρίζει τα συμπτώματα • Να προλαβαίνει μια υποτροπή • Να ξεχωρίζει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Η οικογένεια • Ο περίγυρος του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> • Σαφώς και βοηθάει να υπάρχει ένα υγιές και προστατευτικό περιβάλλον • Να αναγνωρίσουν τα σημάδια της υποτροπής • Να βοηθήσουν σε απλά πράγματα όπως υγιεινής, διατροφής, συμπεριφοράς 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχίατροι • Ψυχολόγοι • Κοινωνικοί λειτουργοί • Νοσηλευτές
Σ3	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση για την 	<ul style="list-style-type: none"> • Όλοι εκείνοι που 		<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχίατροι

	<p>καθημερινότητα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση προς την ασθένεια όπως το γιατί υπάρχουν αυτά τα συμπτώματα • Για το πότε να περιμένει την υποτροπή • Πως να το διαχειριστεί 	<p>είναι σε σχέση με τον ασθενή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γιατρός • Νοσηλεύτης • Κοινωνικός λειτουργός • Ψυχολόγος • Οικογένεια • Ο περίγυρος του ασθενή 		<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολόγοι • Κοινωνικοί λειτουργοί
--	---	---	--	--

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Σ4	<ul style="list-style-type: none"> • Η εκπαίδευση και η ενημέρωση του ασθενή για την φύση της ασθένειας του • Μαθαίνει να διαχειρίζεται τις κρίσεις και τον εαυτό του γενικά 	<ul style="list-style-type: none"> • Όλοι μπορούν και πρέπει να συμμετέχουν • Οικογένεια • Κοινωνία • Δεν εφαρμόζεται λόγω έλλειψης χρόνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Μεγάλος ο ρόλος της οικογένειας στην εξέλιξη του σχιζοφρενή • Μπορούν να εκπαιδευτούν • Να ξέρουν πότε εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολόγοι • Κοινωνικοί λειτουργοί. • Όχι
----	--	--	--	--

Σ5	-	<ul style="list-style-type: none"> • Να ενημερωθεί η οικογένεια για το τι είναι η ασθένεια • Την πορεία της • Τις φάσεις της • Πότε υπάρχει πιθανή υποτροπή του ασθενή • Εκπαίδευση εναισθησίας της οικογένειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Πάρα πολύ σημαντικό 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχίατρος • Κοινωνικός λειτουργός • Μπορούν να την κάνουν διάφορες ειδικότητες. • Ναι, οι οικογένειες νομίζω ότι συνεργάζονται. • Δυσκολεύονται στην αρχή λόγω του στίγματος, όμως βλέπεις ότι αντιλαμβάνονται και μαθαίνουν πράγματα.
----	---	--	---	--

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Σ6	<ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να εκπαιδεύσεις • Να καταλάβει που είναι ακριβώς το πρόβλημα • Σε ποιο επίπεδο δηλαδή εγκεφαλικό βιολογικό • Να τους αποσυμπιέσεις • Να τους κάνεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Η λογική λέει ότι πρέπει να γίνεται σε όλους • Καμιά φορά λόγω του όγκου της εργασίας μας διαφεύγει 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Γιατρός • Κοινωνικός λειτουργός • Επισκέπτης υγείας • Οι οικογένειες συμμετέχουν ενεργά • Είναι η μεγαλύτερη επαφή με το διαδίκτυο • Υπάρχουν άλλοι που δεν θέλουν να μάθουν γιατί τους φοβίζει όλο
----	--	--	---	--

	σύμμαχους • Να τους δώσεις ρόλους			αυτό
--	---	--	--	------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1. Συμπεράσματα της έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η διερεύνηση, η καταγραφή και η κατανόηση των προβλημάτων και των αναγκών των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Παρατηρήσαμε ότι οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στα περισσότερα σημεία της έρευνας συγκλίνουν. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω αποτελέσματα καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

Η πρώτη μας ερευνητική υπόθεση αφορούσε τα προβλήματα και τις ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι επιστήμονες ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα μας αναφέρθηκαν στον στιγματισμό και σε προβλήματα που γενικότερα προέρχονται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς ή/και βιολογικούς

παράγοντες, τα οποία επισημαίνονται και από τους Torres-González et al. (2014). Σύμφωνα με την άποψη των ειδικών, υπάρχουν επίσης δυσκολίες σχετικά με την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής οι οποίες αναφέρονται στο θεωρητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας από τους Krings κ.α. (2010), αλλά και στην έρευνα της Ευαγγέλου (2014). Επιπλέον οι ειδικοί επισήμαναν την έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και λειτουργικότητας, το οποίο αναφέρεται από τους Eby & Brown (2009), και τις δυσκολίες των σχιζοφρενών ασθενών στις οικογενειακές τους σχέσεις. Ένα σημαντικό συμπέρασμα που προέκυψε μέσα από την έρευνα ήταν ότι όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι ανέδειξαν ως σημαντικό πρόβλημα την κοινωνική απόσυρση των ασθενών και τις συνέπειες της. Επιπλέον, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες είχαν την άποψη ότι το επίδομα που λαμβάνουν οι ασθενείς είναι ανεπαρκές για να καλύψει τις βασικές τους ανάγκες. Λαμβάνοντας υπόψη την βιβλιογραφική ανασκόπηση, επιβεβαιώνονται οι στάσεις και οι αντιλήψεις των ειδικών για το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, αφού όλα τα παραπάνω αναφέρονται και στην έρευνα «Άγνωστες ανάγκες στην διαχείριση της Σχιζοφρένειας» των Torres-González et al. (2014), στην οποία εστίασαμε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας μας.

Σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσαν να περιοριστούν τα προβλήματα των ασθενών με σχιζοφρένεια, οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν ότι χρειάζεται μια ολοκληρωμένη θεραπεία, με ψυχολογική στήριξη και σταθερή λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Την συγκεκριμένη άποψη την εντοπίζουμε και στην βιβλιογραφική ανασκόπηση από την Σουλάκη (2018), στην έρευνα της Εβίτας Ευαγγέλου (2014), στους Μαργαρίτη κ.α (2018) και από τον Μαδιανό (1998), ως βασικό θεραπευτικό σχήμα. Ακόμη, πρότειναν ως θεραπευτικό στόχο την μείωση των παρενεργειών των φαρμάκων και τον περιορισμό των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, το οποίο συναντάμε και από την Καρύδη (2011). Σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή, την επίδραση και τις παρενέργειες της, παρατέθηκαν στοιχεία στο θεωρητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας από τους Parekh (2017), Torres-González et al. (2014), Krings κ.α., (2010), Ευαγγέλου (2014) και Μαργαρίτη κ.α. (2018). Επιπροσθέτως, οι ειδικοί επισήμαναν ως τρόπο περιορισμού των προβλημάτων των σχιζοφρενών την υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον και την κοινότητα με υπηρεσίες και προγράμματα, την δραστηριοποίηση τους και την

ψυχοεκπαίδευση των ίδιων αλλά και των οικογενειών τους. Πιο συγκεκριμένα, οι αντιλήψεις των επαγγελματιών συγκλίνουν στο ότι είναι απαραίτητη η ανέγερση Κέντρων Ημέρας και η δημιουργία ομάδων στήριξης, όπου τα άτομα με σχιζοφρένεια θα μπορούν να δραστηριοποιούνται, να κοινωνικοποιούνται και να αναπτύσσουν τις δεξιότητες τους. Σύμφωνα με τους Kring κ.α., (2010) και με την έρευνα της Ευαγγέλου (2014), η συμμετοχή σε ομάδες και δράσεις βοηθάει τα άτομα να αναπτύξουν τις δεξιότητες τους και να μειώσουν την φαρμακευτική τους αγωγή.

Αναφορικά με τις ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και την κάλυψή τους, οι συνεντευξιαζόμενοι είχαν παρόμοιες απόψεις. Μας ανέφεραν την ανάγκη για οικονομική και κοινωνική υποστήριξη, για εργασία, για αποδοχή και κοινωνικοποίηση. Ακόμη, μίλησαν για την ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και για την βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων των σχιζοφρενών ατόμων, όπου σύμφωνα με τους Καρύδη (2011) και Wolfgang Fleischhacker et al., (2014), το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει την ζωή και την συμμετοχή του ατόμου στην θεραπεία. Πληροφορίες που τεκμηριώνουν τους ισχυρισμούς των ειδικών για τις παραπάνω ανάγκες συναντήσαμε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση από τους Kring κ.α., (2010), τους Torres-González et al., (2014), την Ευαγγέλου (2014), τους Μαργαρίτη κ.α., (2018) και τους Funk et al., (2010). Οι παραπάνω συγγραφείς αναφέρουν όλες τις ανάγκες που αφορούν το βιοψυχοκοινωνικό πεδίο της ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Βλέπουμε λοιπόν ότι οι απόψεις των ειδικών συμφωνούν με την βιβλιογραφία.

Σχετικά με την ερευνητική υπόθεση που αφορά την συσχέτιση του κοινωνικοπολιτισμικού και οικονομικού επιπέδου με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με σχιζοφρένεια, οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν διαφορετικές, αφού μερικοί υποστήριξαν ότι σχετίζεται, ενώ άλλοι πως όχι. Ένας από τους ψυχιάτρους παρέθεσε την άποψη ότι δεν σχετίζεται με το πόσο βαριά είναι η ασθένεια αλλά με την εξέλιξη της ανάλογα με το στρες που υπάρχει στην καθημερινότητα του ατόμου. Ακόμη, η κοινωνική λειτουργός ανέφερε ότι μπορεί κάποιος να έχει καλό κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο αλλά δεν σημαίνει ότι με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας θα διατηρηθεί. Σύμφωνα με την Ευαγγέλου (2014), οι προσωπικές αντιλήψεις των ατόμων επηρεάζουν τον τρόπο που βιώνει την ασθένεια και την λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Όσον αφορά την υπόθεση εάν το φύλο των ασθενών διαφοροποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, η μειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων εξέφρασαν την άποψη ότι οι άνδρες είναι πιο ευάλωτοι σε σχέση με τις γυναίκες. Οι υπόλοιποι συνεντευξιαζόμενοι είπαν πως δεν υπάρχει διαφοροποίηση. Σε σχέση με την ηλικία των ασθενών και το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, οι ειδικοί υποστήριξαν πως υπάρχει σχέση διότι διαφοροποιείται η ψυχосύνθεση του ατόμου ανάλογα με την ηλικία του (εφηβεία, γεράματα), η αντιμετώπιση που λαμβάνει, αλλά και οι θεραπευτικοί στόχοι. Ακόμη αναφέρθηκε πως συνήθως η σχιζοφρένεια ξεκινάει σε μικρή ηλικία, άποψη την οποία συναντάμε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση από τον Nordqvist (2017), όπου υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια εμφανίζεται συχνότερα σε μικρές ηλικίες και ότι οι άνδρες εμφανίζουν συμπτώματα σε μικρότερη ηλικία από τις γυναίκες. Επίσης σύμφωνα με τους ειδικούς, φαίνεται οι έφηβοι να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τους ηλικιωμένους, ενώ παρατέθηκε και η αντίληψη ότι στους ηλικιωμένους παρατηρούνται περισσότερες παρενέργειες φαρμάκων και μεγαλύτερη περιθωριοποίηση.

Σε σχέση με την οικονομική κατάσταση, οι απόψεις της πλειοψηφίας των ειδικών ήταν πως όταν το οικονομικό επίπεδο είναι υψηλό, τα προβλήματα των σχιζοφρενών είναι λιγότερα και η περίθαλψη τους καλύτερη. Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρούμε ότι υπάρχει συσχέτιση του κοινωνικοπολιτισμικού και οικονομικού επιπέδου με τα προβλήματα των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με τον W.H.O. (2018), ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που κατάγεται από χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος δεν λαμβάνουν καμία αγωγή. Για τις οικονομικές δυσκολίες παρουσιάζουν την άποψη τους και οι Wolfgang Fleischhacker et al, (2014), σύμφωνα με τους οποίους τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια συνήθως δυσκολεύονται να βρουν εργασία, έχουν οικονομικές δυσκολίες και έρχονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα της φτώχειας. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι υπάρχει ταύτιση του θεωρητικού υπόβαθρου με σχεδόν όλα τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με το οικονομικό επίπεδο και τα προβλήματα των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Σχετικά με τον κοινωνικό στιγματισμό, οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια βιώνουν διαφορετικά την πραγματικότητα και αυτό οδηγεί στην περιθωριοποίηση και την

απόσυρση τους. Σύμφωνα με τους περισσότερους συνεντευξιαζόμενους, όταν η κοινωνία δεν κατανοεί ένα άτομο και την διαφορετική του συμπεριφορά καταλήγει να τον φοβάται, ενώ η σύνδεση της σχιζοφρένειας με την τρέλα είναι ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τον κοινωνικό στιγματισμό κατά τις απόψεις των επαγγελματιών. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, το στίγμα δημιουργείται κυρίως εξαιτίας παρερμηνειών που διαδίδονται για τα αίτια και την φύση της ασθένειας (Funk et al., 2010). Επιπροσθέτως παρατηρείται πως συχνά οι ασθενείς αυτοστιγματίζονται, απομακρύνονται και κλείνονται στον εαυτό τους. Σχετικά με τον αυτοστιγματισμό αναφέρει η Οικονόμου-Λαλιώτη (2011), ότι πολλές φορές το ίδιο το άτομο καταλήγει να εσωτερικεύει το στίγμα και να υιοθετεί χαρακτηριστικά που του αποδίδονται. Σύμφωνα με τους ειδικούς, κάθε ασθενής αντιδρά στον στιγματισμό και τη συμπεριφορά του κοινωνικού περιβάλλοντος με τον δικό του διαφορετικό τρόπο έκφρασης. Συνήθως παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπεριφορά, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι δεν εκφράζουν εύκολα τι νιώθουν, είναι ευαίσθητοι, απομονώνονται και προκαταβάλλονται προς τους άλλους. Μια άποψη που εκφράστηκε ήταν πως παίζει μεγάλο ρόλο με ποιόν τρόπο τους προστατεύει το περιβάλλον τους, αφού η υπερπροστατευτικότητα επηρεάζει αρνητικά τον ασθενή. Συνήθως η οικογένεια περιορίζει τον ασθενή για να μην εκτεθεί, διότι το στίγμα δεν αφορά μόνο τον ασθενή αλλά και την ίδια. Αυτό το φαινόμενο το συναντήσαμε και στην βιβλιογραφία, όπου σύμφωνα με τους Wolfgang Fleischhacker et al., (2014), όταν ο ασθενής και η οικογένειά του κρατάνε μυστική τη νόσο, δημιουργείται ένας κύκλος αντιδράσεων στον ασθενή που έχει αντίκτυπο στον ίδιο και στο περιβάλλον του. Σημαντική ήταν και η εκδοχή που παρουσιάστηκε από τους επαγγελματίες σχετικά με το ότι η ιατρική κοινότητα έχει το δικό της μερίδιο ευθύνης για την διατήρηση του στιγματισμού, όταν δεν δίνεται η πρέπουσα σημασία στην φροντίδα των ασθενών. Επίσης επισημάνθηκε ότι το κοινωνικό στίγμα επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια και οδηγεί σε κοινωνικό αποκλεισμό. Η συγκεκριμένη άποψη επιβεβαιώνεται στην θεωρία από τους Funk et al., (2010), οι οποίοι αναφέρουν ότι συχνά τα άτομα αποκλείονται από βασικούς τομείς της ζωής όπως στέγαση, εκπαίδευση, εργασία, κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε κοινωνική και οικονομική περιθωριοποίηση. Παρατηρούμε λοιπόν πως οι στάσεις των ειδικών και η

βιβλιογραφία συγκλίνουν στο ότι το κοινωνικό στίγμα έχει μεγάλη επίδραση στην ζωή των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Όσον αφορά την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, η παμπσηφία των επαγγελματιών είχε την άποψη πως αυτό είναι ένα μέσο που πραγματικά βοηθάει στη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ τονίστηκε η ανάγκη καλύτερης οργάνωσης των προγραμμάτων και μεγαλύτερη διάδραση με την κοινωνία έτσι ώστε να υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα από αυτές τις δράσεις. Άλλοι τρόποι που μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση του κοινωνικού στιγματισμού σύμφωνα με τους ειδικούς, είναι η οργανωμένη ενημέρωση στα σχολεία, η ίδρυση δομών, η έμφαση στην αποκατάσταση των ασθενών, η καθημερινή συναναστροφή του κόσμου με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Σχετικά με την αποκατάσταση των ασθενών, αναφέρει η Καρύδη (2011), ότι εστιάζει σε βασικούς τομείς (εργασία, ενίσχυση αυτοεκτίμησης, ανάπτυξη δεξιοτήτων) και ότι η έλλειψη προϋπηρεσίας, το κοινωνικό στίγμα και οι διακρίσεις δυσκολεύουν την εύρεση εργασίας.

Αναφορικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν και ασχολούνται με σχιζοφρενείς ασθενείς, οι ειδικοί μας είπαν τις εξής: Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Επίσης υπάρχουν κάποιοι ξενώνες, η ιδιωτική κλινική του Αγίου Χαράλαμπου, οικοτροφεία και τα προστατευμένα διαμερίσματα των νοσοκομείων. Οι απόψεις των ειδικών συμφωνούν στο ότι αυτές οι υπηρεσίες δεν επαρκούν για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και οι ανάγκες των πασχόντων. Πιο συγκεκριμένα οι ειδικοί εξέφρασαν πως δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό στις υπάρχουσες υπηρεσίες, ενώ τόνισαν την ανάγκη ανέγερσης υπηρεσιών οι οποίες θα εδρεύονται εκτός των νοσοκομείων και δομές που θα ασχολούνται με την επανένταξη των ασθενών. Την συγκεκριμένη άποψη την συναντάμε στην θεωρία από τους Μαργαρίτη κ.α. (2018), σύμφωνα με τους οποίους η φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ενδείκνυται να δίνεται μέσα από την κοινότητα και ότι η κακή οργάνωση του συστήματος και οι ανεπαρκείς πόροι διατηρούν τα προβλήματα. Σύμφωνα με την έρευνα της Ευαγγέλου (2014), άτομα που είχαν νοσηλευτεί προτιμούν την ανοιχτή μορφή περίθαλψης αντί του νοσοκομείου και οι ανάγκες τους καλύπτονται καλύτερα με αυτό τον τρόπο.

Αναφορικά με την ψυχοεκπαίδευση, οι αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας συγκλίνουν, αφού όλοι αναφέρουν πως έχει να κάνει με την εκπαίδευση του ασθενή προκειμένου να κατανοήσει την ασθένεια του και τα συμπτώματά αυτής. Ακόμη, συμπλήρωσαν πως τους εκπαιδεύουν να αναγνωρίζουν τα σημάδια της υποτροπής και να διαχειρίζονται τις κρίσεις τους. Η ψυχοεκπαίδευση βοηθάει τους ασθενείς να ξεχωρίζουν τις ψευδαισθήσεις από την πραγματικότητα αλλά και σε πρακτικά ζητήματα της καθημερινότητας. Όσον αφορά το ποιοί επαγγελματίες μπορούν να κάνουν ψυχοεκπαίδευση, όλοι οι ειδικοί είχαν την άποψη πως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι ψυχίατροι, οι νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας είναι οι κατάλληλοι γι' αυτό το σκοπό. Επίσης σύμφωνα με την άποψη των συμμετεχόντων, στην ψυχοεκπαίδευση μπορούν να συμμετέχουν όλοι όσοι συναναστρέφονται με τον ασθενή όπως οι γιατροί, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχίατροι, η οικογένεια και ο περίγυρος του ασθενή. Σύμφωνα με την Καρύδη (2011), η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας συμβάλλει στην καλύτερη συνεργασία της με του επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η παραπάνω άποψη επιβεβαιώνεται από τους συνεντευξιζόμενους σύμφωνα με τους οποίους η συμμετοχή της οικογένειας είναι πολύ σημαντική για την ισορροπία του ασθενή αλλά και για την σωστή φροντίδα του.

Όσον αφορά τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, οι ειδικοί εξέφρασαν την εμπειρία τους που θέλει τους κοινωνικούς λειτουργούς να κάνουν ομάδες με τους ψυχασικούς, να συνεργάζονται με τις άλλες ειδικότητες της υπηρεσίας, ενώ σημαντικό είναι το γεγονός της διασύνδεσης με άλλες δομές. Ακόμη, κάνουν διαχώριση των περιστατικών, μια πρώτη αναγνώριση των αναγκών τους και παρέχουν υποστήριξη στην ψυχοεκπαίδευση τους. Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1998), ο κοινωνικός λειτουργός στις δομές ψυχικής υγείας αναλαμβάνει την λήψη κοινωνικού ιστορικού, την αναγνώριση αναγκών των περιστατικών, την διασύνδεση με άλλους φορείς, την ανάδειξη του περιστατικού ως ψυχιατρικό, κοινωνικό ή μεικτό και συνεργάζεται με τους υπόλοιπους επαγγελματίες της θεραπευτικής ομάδας για την αντιμετώπιση του περιστατικού. Βλέπουμε λοιπόν ότι οι απόψεις των ειδικών σχετικά με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού ταυτίζονται με την βιβλιογραφία.

6.2 Προτάσεις που σχετίζονται με τα παραπάνω συμπεράσματα της έρευνας

Με βάση τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας, οδηγηθήκαμε σε κάποιες προτάσεις οι οποίες αφορούν την αντιμετώπιση των αναγκών και των προβλημάτων των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Αρχικά θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην σωστή και ολοκληρωμένη θεραπεία η οποία πρέπει να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική στήριξη. Ακόμη θα ωφελούσε πολύ η μείωση των παρενεργειών των φαρμάκων, ώστε οι ασθενείς να την λαμβάνουν σταθερά χωρίς επιπτώσεις στην υγεία και την καθημερινότητά τους.

Επιπλέον, θα πρέπει να δημιουργηθούν δομές εκτός των νοσοκομείων και να ενισχυθούν οι υπάρχουσες, όπου τα άτομα θα δραστηριοποιούνται, θα κοινωνικοποιούνται, θα συναναστρέφονται με την κοινότητα, θα λαμβάνουν τροφή και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Πιο συγκεκριμένα ένα Κέντρο Ημέρας που θα περιελάμβανε όλα αυτά και την εργασιακή συμβουλευτική θα περιόριζε τα προβλήματα των ασθενών. Ακόμη θα μπορούσε να εισαχθεί στις δομές η εργοθεραπεία και η μουσικοθεραπεία. Ο σωστός συντονισμός των υπηρεσιών και η καλή οργάνωση των πόρων τους μαζί με αξιολογήσεις, θα βοηθούσε στην βελτίωση των δομών. Η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού είναι απαραίτητη σε αυτές τις υπηρεσίες και θα ήταν ωφέλιμη η αύξηση θέσεων εργασίας του σε αυτές τις δομές.

Σχετικά με την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και το πρόβλημα της εύρεσης εργασίας, θα μπορούσαν να γίνουν προγράμματα προστατευόμενης και επιδοτούμενης εργασίας και εκπαίδευσης. Επίσης, θα μπορούσαν να δημιουργηθούν εργαστήρια υπολογιστών και τέχνης όπου θα ανέπτυσσαν τις δεξιότητες τους. Ακόμα, η αύξηση του επιδόματος θα ενίσχυε την οικονομική δυνατότητα των ατόμων ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις υλικές τους ανάγκες.

Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου βοηθάνε στην μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Παρόλα αυτά η καλύτερη οργάνωση αυτών των δράσεων με περισσότερη διάδραση με την κοινωνία, θα έφερνε μεγαλύτερα αποτελέσματα. Θα μπορούσαν να οργανωθούν ενημερώσεις στα σχολεία, ημερίδες και συναυλίες.

Η ψυχοεκπαίδευση είναι μια θεραπευτική μέθοδος η οποία θα βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια αλλά και τους φροντιστές τους, οι οποίοι πολλές φορές δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στην φροντίδα του ασθενούς. Η ενίσχυση και η εκπαίδευση του προσωπικού θα βοηθούσε στην καλύτερη εφαρμογή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Cannon, M., Jones, P. & Murray, R. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *The American Journal of Psychiatry*, Vol 159, 92-1080.

Cannon, T. & Mednick, S. (1993). The schizophrenia high risk project in Copenhagen: three decades of progress. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol 87, 33-47.

Cantor, S. (1988). *Childhood Schizophrenia*. ΗΠΑ: Hardcover

Crow, T. (1985). The Two-Syndrome Concept: Origins and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, Vol 11, 471-486

Differences in etiological beliefs about schizophrenia among patients, family, and medical staff. (2018, Δεκέμβριος 27). Ανακτήθηκε από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6311336>

Eby, L. & Brown, J.N. (2009). *Mental health nursing care*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Funk M., Drew N., Freeman M., Faydi E., (2010) *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*, Switzerland: World Health Organization. Ανακτήθηκε 16 Δεκεμβρίου 2018 από https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44257/9789241563949_eng.pdf;jsessionid=0BC20176D02FA0B745DB856AF1655020?sequence=1

Goff, D. & Coyle, J. (2001). The Emerging Role of Glutamate in the Pathophysiology and Treatment of Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, Vol 158, 1367-1377.

Junginger, J., Barker, S. & Coe, D. (1992). Mood theme and bizarreness of delusions in schizophrenia and mood psychosis. *Journal of abnormal psychology*, Vol 101, 92-287.

Kendler, K., Karkowski-shuman, L. & Walsh, D. (1996). Age at Onset in Schizophrenia and Risk of Illness in Relatives: Results from the Roscommon Family Study. *The British Journal of Psychiatry*, Vol 169, 213-218.

- Kring A.M., Davison G. C., Neale J. M., Johnson S. L., (2010) *Ψυχοπαθολογία, μετάφραση Καραμπά Θ.* Αθήνα: εκδόσεις Gutenberg
- Lenzenweger, M. F., Dworkin, R. H., & Wethington, E. (1991). Examining the underlying structure of schizophrenic phenomenology: Evidence for a three-process model. *Schizophrenia Bulletin, Vol 17*, 515-524.
- McGhie, A. & Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *The British journal of medical psychology, Vol 34*, 16-103.
- Mednick, S. (1988). Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to an Influenza Epidemic. *Archives of General Psychiatry, 45*, pp. 189. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800260109013
- Mellor, C. (1970). First Rank Symptoms of Schizophrenia: I. the Frequency in Schizophrenics on Admission to Hospital II. Differences between Individual First Rank Symptom. *The British Journal of Psychiatry, Vol 117*, 15-23.
- Nordqvist, C. (2017, December 7). Understanding the symptoms of schizophrenia. *MedicalNewsToday*. Ανακτήθηκε 18 Νοεμβρίου, 2018, από <https://www.medicalnewstoday.com/articles/36942.php>
- Parekh, R. (2017). *What Is Schizophrenia?* Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου 2019, από <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>
- Sahu, M. & Prasuna, J. (2016). Twin Studies: A Unique Epidemiological Tool. *Indian Journal of Community Medicine, 41*, pp. 177-182. doi: 10.4103/0970-0218.183593
- Sartorius, N., Shapiro, R. & Jablensky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, Vol 1*, 21-34.
- Strauss, J., Carpenter, T., & Bartko, J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia. Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin, Vol 11*, 9-61.
- Torres-González F., Ibanez-Casas I., Saldivia S., Ballester D., Grandón P., Moreno-Küstner B., Xavier M., Gómez-Beneyto M. (2014) *Unmet needs in the management of schizophrenia*, DovePress-Open access to scientific and medical research, Vol 10, 97-110, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Ανακτήθηκε 11 Νοεμβρίου 2018, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3897352>

Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Lukoff, D., & Hardesty, J. P. (1989). A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 98, 407-411.

What is schizophrenia?. (2007, Μάιος). Ανακτήθηκε από <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-w-whatschiz-toc~mental-pubs-w-whatschiz-cau>

Wolfgang Fleischhacker W., Arango C., Arteel P., Barnes R. E. T., Carpenter W., Duckworth K., Galderisi S., Halpern L., Knapp M., Marder R. S., Moller M., Sartorius N., Woodruff P. (2014) *Schizophrenia—Time to Commit to Policy Change*, *Schizophrenia Bulletin* vol. 40 suppl. no. 3 pp. 165–194 Ανακτήθηκε 21 Δεκεμβρίου 2018 από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4002061/>

World Health Organization (2018) Schizophrenia, Ανακτήθηκε 20 Νοεμβρίου 2018 από <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Ευαγγέλου Ε., (2014) *Εξετάζοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνια ψυχική διαταραχή. Μια εμπειρική έρευνα που έλαβε χώρα σε δυο κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας στην Αθήνα*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών Ά/2014 Τόμος 142, σελ 123-150, Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών, Ανακτήθηκε 2 Νοεμβρίου 2018 από <http://dx.doi.org/10.12681/grsr.110>

Κακούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: τυπωθήτω.

Καλλινικάκη, Θ. (2011). *Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος

Καρύδη Μ.Β. (2011) *Ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση*, Αθήνα: Επιστήμης Κοινωνία, Ψυχική Υγεία Σύγχρονες Προσεγγίσεις-Προβληματισμοί, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Ανακτήθηκε 3 Νοεμβρίου 2018 από <https://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8701/1/m010550.pdf>

Μαδιανός, Μ. (1998). *Κοινωνία και ψυχική υγεία*. Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαργαρίτη Μ., Χατζούλης Μ., Λαζαρίδου Μ., Αγγελίδης Γ.Φ., Φωτόπουλος Β., Μαρκάκη Λ., Κουλούρη Φ. (2018) *Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (II): Υπηρεσίες στην κοινότητα και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Αθήνα: Ψυχιατρική, Τόμος 29, Τεύχος 2 σελ 118-129, Ανακτήθηκε 29 Οκτωβρίου 2018 από <http://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?>

[option=com_content&view=article&id=1434:29-2-y-y&catid=35:-qq-&lang=el&Itemid=575](https://sites.google.com/site/stmessinis/ArxikiSelida/anchos/schizophrenia)

Μεσσήνης, Σ. (2018). *Σχιζοφρένεια*. Ανακτήθηκε 20 Νοεμβρίου, 2018, από <https://sites.google.com/site/stmessinis/ArxikiSelida/anchos/schizophrenia>

Μοσχονάς, Δ. & Βιλαέτη, Α. (2018). *Σχιζοφρένεια*. Ανακτήθηκε 5 Οκτωβρίου 2018, από <https://www.iatropedia.gr/encyclopedia/schizofrenia>

Οικονόμου-Λαλιώτη Μ. (2011) *Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και ο φαύλος κύκλος των επιπτώσεων του*. Αθήνα: Επιστήμης Κοινωνία, Ψυχική Υγεία Σύγχρονες Προσεγγίσεις-Προβληματισμοί, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Ανακτήθηκε 3 Νοεμβρίου 2018 από <https://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8701/1/m010550.pdf>

Παπαδάτου Δ. και Μπελλάλη Θ., (2008) *Βασικές γνώσεις ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας*, Αθήνα: εκδόσεις κριτική

Πολυκανδριώτη Μ. και Κουτελέκος Ι., (2013) *Ανάγκες ασθενών*. Αθήνα: Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 2, Τεύχος 2, σελ 73-83 Ανακτήθηκε 14 Δεκεμβρίου 2018 από <http://hdl.handle.net/11400/8330>

Σκαπινάκης, Π. (2018). *Σχιζοφρένεια*. Ανακτήθηκε 15 Οκτωβρίου, 2018, από <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=751>

Σουλάκη, Γ. (2017-2018). *Σχιζοφρένεια: Νέες Θεραπείες και λειτουργικότητα του ασθενή*. Ανακτήθηκε 7 Φεβρουαρίου 2019, από <https://www.liberal.gr/arthro/154230/ygeia/2017/schizofrenia-nees-therapeies-kai-leitourgikotita-tou-astheni.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Συνεντευξιαζόμενη 1^η

Προφίλ συνεντευξιαζόμενης

Αριθμός ατόμου: ένα (1)

Φύλο: γυναίκα

Μορφωτικό επίπεδο: τριτοβάθμια εκπαίδευση

Μέρες και ώρες: Δευτέρα-Παρασκευή, 08:00-15:00

Ειδικότητα: ψυχολόγος

Απαντήσεις 1^{ης} συνεντευξιαζόμενης

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιά είναι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας των δομών Ηρακλείου;

Ξεκινώντας θα ήθελα να μου πείτε, ποιά πιστεύετε ότι είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια:

«Τα άτομα αυτά πέρα από τον στιγματισμό που βιώνουν, έχουν επίσης την τάση να αυτοστιγματίζονται γιατί το βλέπουν ότι είναι διαφορετικοί από τους άλλους. Και βέβαια ακολουθεί η κοινωνική απόσυρση. Αυτά είναι από τα κυριότερα προβλήματα».

Μπορείτε να μου δώσετε ένα παράδειγμα για τον αυτοστιγματισμό:

«Ναι, ας πούμε την προηγούμενη εβδομάδα είχαμε πάει τους σχιζοφρενείς ασθενείς εκδρομή στον Άγιο Νικόλαο. Όπως κατεβήκαμε από το λεωφορείο και περπατούσαμε, εγώ ήμουν δίπλα από μια ασθενή μου. Σε κάποια στιγμή με τραβάει παραπέρα και μου λέει "κυρία, μην περπατάτε δίπλα μου γιατί θα νομίζουν ότι είστε κι εσείς τρελή και δε θέλω". Δηλαδή αποσύρονται και στην ουσία χτίζουν έναν τοίχο, επειδή νιώθουν διαφορετικοί και νομίζουν ότι αυτό το βλέπουν όλοι και τους λένε τρελούς. Βέβαια, παίζουν ρόλο και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις».

Κατάλαβα. Φαίνεται πως ήθελε να σας προστατεύσει. Εσείς πως το διαχειριστήκατε;
«Ναι ήθελε να με προστατεύσει. Εγώ είμαι δεμένη με τους ασθενείς μου και εκείνοι με μένα, οπότε βιώνω συχνά τέτοιες συμπεριφορές. Την ηρέμησα εξηγώντας της ότι δεν το γράφει και στο κούτελο που λέμε ότι είναι διαφορετική και ότι δεν είναι τόσο εμφανές όσο νομίζει, ότι κανείς δεν την σχολιάζει αρνητικά, οπότε συνεχίσαμε τη βόλτα μας κανονικά μαζί με τους υπόλοιπους».

Κατά τη γνώμη σας με ποιό τρόπο θα μπορούσαν να περιοριστούν τα προβλήματα των ασθενών με σχιζοφρένεια, ώστε να έχουν μια καλύτερη λειτουργικότητα στην καθημερινή τους ζωή;

«Είναι τρία τα βασικά σημεία για τη βελτίωση του ασθενή. Η συστηματική παρακολούθηση από τον ειδικό, η σταθερή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Όταν συνυπάρχουν αυτά, ο ασθενής είναι λειτουργικός».

Τι είδους ανάγκες αντιμετωπίζουν τα άτομα που νοσούν από σχιζοφρένεια και πως θα μπορούσαν να καλυφθούν;

«Πολλές είναι οι ανάγκες τους. Αρχικά, έχουν ανάγκη για οικονομική και κοινωνική υποστήριξη. Δεν φτάνουν τα χρήματα από το επίδομα που παίρνουν για να καλύψουν τις ανάγκες τους και ειδικά όταν δεν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον να φροντίσει τον ασθενή έχουμε πρόβλημα. Υπάρχει ανάγκη για εργασία, όμως κανείς δεν παίρνει στην επιχείρηση του ένα τέτοιο άτομο και οι θέσεις εργασίας που είναι για άτομα με αναπηρία είναι ελάχιστες. Επίσης υπάρχει η ανάγκη για ειλικρινή ενδιαφέρον από την οικογένεια και για αποδοχή. Πολλές φορές υπάρχει συννοσηρότητα μέσα στην οικογένεια και εκεί είναι πραγματικά δύσκολα τα πράγματα. Είναι πολύ σημαντικό να μπορεί η οικογένεια να αποδεχτεί και να στηρίζει τον ασθενή. Γενικά χρειαζόμαστε προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για να βοηθήσουμε έμπρακτα στην ένταξη τους».

Ερευνητικό ερώτημα: Το κοινωνικοπολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο των ασθενών με σχιζοφρένεια διαφοροποιεί τα προβλήματα και τις ανάγκες τους κατά την άποψη των επιστημών ψυχικής υγείας; Και αν ναι πως;

Το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο των ασθενών πιστεύετε ότι σχετίζεται με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι;

«Σαφώς σχετίζεται. Ας πούμε στην Αφρική μπορεί να λάτρευαν σαν Θεό έναν ασθενή με σχιζοφρένεια. Μπορεί να μετέφραζαν ας πούμε τις ψευδαισθήσεις του ως οράματα και γενικά η διαφορετικότητα του αυτή να τον ξεχώριζε προς το καλύτερο. Εδώ τον λέμε απλά τρελό».

Έχετε παρατηρήσει αν το φύλο των ασθενών με σχιζοφρένεια, διαφοροποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν;

«Ναι, βλέπω πως οι άνδρες συνήθως είναι πιο ευάλωτοι και αποσύρονται πιο εύκολα από τις γυναίκες».

Πιστεύετε ότι η ηλικία των ασθενών με σχιζοφρένεια έχει σχέση με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν;

«Σίγουρα. Συνήθως η σχιζοφρένεια αρχίζει νωρίς της εφηβείας. Η εφηβεία είναι παραγωγική ηλικία οπότε υπάρχουν περισσότερα προβλήματα απο ότι ας πούμε σε έναν ηλικιωμένο. Έχει μεγαλύτερο ρόλο η αποδοχή».

Οι ασθενείς που έχουν υψηλό οικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα από άλλους με χαμηλότερο κατά την γνώμη σας;

«Βέβαια. Μια οικογένεια ευκατάστατη συνήθως είναι και περισσότερο μορφωμένη για να έχει φτάσει σε ένα καλό οικονομικό επίπεδο. Συνήθως ψάχνουν το θέμα περισσότερο και ενημερώνονται, οπότε κατανοούν καλύτερα την ασθένεια στο τέλος. Επίσης έχουν την οικονομική δυνατότητα να απευθυνθούν ας πούμε σε μια κλινική στο εξωτερικό, ή να γίνεται περίθαλψη κατ' οίκον. Μια οικογένεια με χαμηλό οικονομικό επίπεδο αναγκαστικά θα περιμένει το ραντεβού της δύο φορές το μήνα, κι αυτό αν βρεί, στο δημόσιο».

Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποιά βαθμό ο κοινωνικός στιγματισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών;

Για ποιούς λόγους πιστεύετε οι σχιζοφρενείς ασθενείς στιγματίζονται από την κοινωνία και σε ποιά βαθμό επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους ο στιγματισμός αυτός;

«Έχουν διαφορετική όψη και βίωση της πραγματικότητας και αυτό είναι κάτι εμφανές, οπότε περιθωριοποιούνται ή αποσύρονται από μόνοι τους διότι βλέπουν ότι δεν ταιριάζουν με το σύνολο. Ο κόσμος δεν μπορεί να εξηγήσει τη συμπεριφορά τους, οπότε τους φοβάται».

Συνήθως πως αντιδρούν οι ασθενείς απέναντι στον στιγματισμό αυτό;

«Πάρα πολύ συχνά παθαίνουν κατάθλιψη, ειδικά όταν μιλάμε για νεαρές ηλικίες. Επίσης και οι ίδιοι μετά από κάποιο σημείο λειτουργούν με αρνητισμό, προκαταβάλλονται και συμπεριφέρονται σε άλλους όπως τους έχουν συμπεριφερθεί στο παρελθόν. Ο λεγόμενος καθρέπτης».

Πιστεύετε πως η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με την σχιζοφρένεια είναι ένα μέσο το οποίο θα μπορούσε να μειώσει τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων που πάσχουν από αυτήν;

«Φυσικά και είναι. Σε σχέση με παλαιότερα έχουμε μεγάλη διαφορά προς το καλύτερο στο κομμάτι του στιγματισμού. Σίγουρα όμως αυτό πρέπει να συνεχίζεται πάντα για να έχουμε αποτελέσματα».

Κατά τη γνώμη σας ποιοί άλλοι τρόποι ενδέχεται να βοηθούσαν στην μείωση του κοινωνικού στιγματισμού απέναντι στη σχιζοφρένεια;

«Αυτό που βοηθάει είναι η ενσυναίσθηση. Να μπορεί ο κόσμος να μπει στα παπούτσια των σχιζοφρενών, να καταλάβει πως είναι και να τους αποδεχτεί. Θα έπρεπε να υπήρχαν περισσότερες δομές που να ασχολούνται με την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κόσμου, αλλά και με την ένταξη των σχιζοφρενών στη κοινωνία. Θα έπρεπε να εκπαιδεύονται από τα σχολεία τα παιδιά για τέτοια θέματα. Απο την πλευρά των ασθενών και οι ίδιοι χρειάζονται ψυχοεκπαίδευση. Να αποκτήσουν επίγνωση για το τι είναι αυτό που τους συμβαίνει ώστε να μάθουν να το διαχειρίζονται. Τώρα ας πούμε, μπορεί να έχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις, αλλά στη πραγματικότητα πιστεύουν ότι τα ακούνε από άλλους ανθρώπους αυτά».

Ερευνητικό ερώτημα: Οι διαθέσιμες υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι ικανές, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και να καλυφθούν οι ανάγκες τους, σύμφωνα με την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας;

Ποιές είναι οι διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν και ασχολούνται με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια;

«Εδώ απο όσο ξέρω ασχολούνται τα Γενικά Νοσοκομεία, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής».

Θεωρείτε πως οι υπηρεσίες αυτές επαρκούν για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και οι ανάγκες των πασχόντων;

«Δεν επαρκούν σίγουρα. Υπάρχουν πολύ λίγες κλίνες για τα οξέα περιστατικά, λίγο προσωπικό και γενικά το σύστημα υπολειτουργεί. Χρειαζόμαστε υπηρεσίες που να ασχολούνται με την αποκατάσταση των ασθενών, δηλαδή να τους βρίσκουν δουλειά για να μπορούν να διαβιούν μόνοι τους και να υπάρχει εποπτεία για να είναι ελεγχόμενη η κατάσταση τους».

Υπάρχει συνεργασία με κοινωνικούς λειτουργούς στην υπηρεσία σας;

«Όχι δυστυχώς δεν έχουμε καμία συνεργασία. Στο νοσοκομείο υπάρχει η κοινωνική υπηρεσία, αλλά ασχολείται με άλλα θέματα δεν έχει να κάνει με τους ασθενείς του ψυχιατρικού τμήματος».

Πιστεύετε ότι θα ωφελούσε να υπάρχει μόνιμα στην ομάδα του ψυχιατρικού τμήματος ένας κοινωνικός λειτουργός;

«Θα βοηθούσε πολύ πιστεύω και ειδικά στη διερεύνηση του κοινωνικού ιστορικού των ασθενών, για να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα όταν φτάνουν σε εμάς. Επίσης θα μπορούσε να ασχολείται με πιο πρακτικά ζητήματα όπως λέγαμε πριν, ασ πούμε με την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας, με την αποκατάσταση και ένταξη των ασθενών, με την σχέση ασθενή και οικογένειας».

Ερευνητικό ερώτημα: Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που έχουν στην καθημερινότητά τους, όταν αυτή εφαρμόζεται;

Σχετικά με την ψυχοεκπαίδευση που αναφέρατε και προηγουμένως, θα ήθελα να μου πείτε τι είναι και ποιό είναι οι στόχοι και τα μέσα που χρησιμοποιεί;

«Αυτό που προσπαθώ να κάνω εγώ ως ψυχολόγος στο κομμάτι της ψυχοεκπαίδευσης είναι να εκπαιδεύω τον ασθενή. Δηλαδή του εξηγώ την ασθένεια με στόχο να κατανοήσει τα συμπτώματα, τον βοηθάω να έρθει και να δει την πραγματικότητα χωρίς να την μπερδεύει με τις ψευδαισθήσεις και τον εκπαιδεύω να ξέρει πότε θα έρθει η έξαρση με σκοπό να το ελέγξει».

Ποιοί μπορούν να συμμετέχουν στην ψυχοεκπαίδευση και σε ποιές περιπτώσεις προτείνεται και εφαρμόζεται;

«Πολύ σημαντική είναι η συμμετοχή της οικογένειας και η στήριξη που μπορεί να προσφέρει στον ασθενή, σε ένα ασφαλές και ελεγχόμενο περιβάλλον για να επέλθει η ισορροπία. Πολλές φορές βέβαια το περιβάλλον στην οικογένεια δεν είναι υγιές και υπάρχει συννοσηρότητα. Σίγουρα όμως δεν εφαρμόζεται όπως θα έπρεπε, δουλεύουμε περισσότερο με τους ίδιους τους ασθενείς».

Ποιοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να κάνουν ψυχοεκπαίδευση;

«Θα μπορούσαν να κάνουν κοινωνικοί λειτουργοί αλλά και νοσηλευτές».

Συνεντευξιαζόμενη 2^η

Προφίλ συνεντευξιαζόμενης

Αριθμός ατόμου: ένα (1)

Φύλο: γυναίκα

Μορφωτικό επίπεδο: τριτοβάθμια εκπαίδευση

Μέρες και ώρες: Δευτέρα-Παρασκευή, 08:00-15:00

Ειδικότητα: ψυχίατρος

Απαντήσεις 2^{ου} συνεντευξιαζόμενης

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιά είναι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας των δομών Ηρακλείου;

Ποιά πιστεύετε ότι είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια;

«Νομίζω ότι είναι η κοινωνική απομόνωση πιο πολύ. Είναι στιγματοποιημένοι και βρίσκονται στο περιθώριο».

Με ποίο τρόπο θα μπορούσαν να περιοριστούν αυτά τα προβλήματα, ώστε να έχουν μια καλύτερη λειτουργικότητα στην καθημερινή τους ζωή;

«Νομίζω ότι θα μπορούσαν να οργανώνονται, δηλαδή να υπάρχουν σύλλογοι και να βρίσκονται υγιείς και ασθενείς μαζί, συμμετέχοντας σε διάφορες δραστηριότητες, όπως του Δήμου. Να πηγαίνουν εκδρομές και σινεμά αλλά να βρίσκονται οι ασθενείς μαζί με υγιείς, είτε εθελοντές είτε όχι».

Τι είδους ανάγκες πιστεύετε ότι αντιμετωπίζουν τα άτομα με σχιζοφρένεια και πως θα μπορούσαν να καλυφθούν;

«Έχουν σίγουρα οικονομικά προβλήματα γιατί τα επιδόματα που παίρνουν δεν τους φτάνουν, δουλειά δεν μπορούν να βρουν κι αν βρουν τους κόβεται το επίδομα. Τώρα, υπάρχουν κάποιες δουλειές που είναι για άτομα με ειδικές ανάγκες αλλά παίρνουν τα πιο λειτουργικά άτομα. Πιστεύω πρέπει να αυξηθούν οι θέσεις που δίνουν σε τέτοια άτομα με χαμηλότερες προσδοκίες από τους εργοδότες. Δηλαδή χρειάζονται πιο πολλές θέσεις και περισσότερη υποστήριξη από βοηθητικό προσωπικό».

Ερευνητικό ερώτημα: Το κοινωνικοπολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο των ασθενών με σχιζοφρένεια διαφοροποιεί τα προβλήματα και τις ανάγκες τους κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας; Και αν ναι πως;

Θεωρείτε πως σχετίζεται το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο των ασθενών με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν;

«Ναι. Τα συμπτώματα μας δείχνουν τι υπάρχει απο πίσω πολιτισμικά. Παραδείγματος χάρη, τα άτομα που εμφανίζουν θρησκευτικό παραλήρημα είναι συνήθως άτομα από οικογένειες που είναι πολύ κοντά σε εκκλησίες. Δηλαδή αυτοί που είναι θρησκόληπτοι θα βγάλουν και πιο πολύ θρησκευτικού περιεχομένου παραληρήματα ή ακουστικές ψευδαισθήσεις».

Θα μπορούσατε να μου δώσετε και άλλο παράδειγμα πάνω σε αυτό με βάση την εμπειρία σας;

«Ένα άλλο παράδειγμα είναι αυτό με τα κινητά. Από τότε που μπήκαν για τα καλά στις ζωές μας, άρχισαν να λένε ότι τους παρακολουθούν τα κινητά, οπότε βλέπουμε ότι επηρεάζει και η εποχή».

Το φύλο των ασθενών με σχιζοφρένεια διαφοροποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν;

«Πάντα έτσι και αλλιώς έχουν διαφορετικά προβλήματα οι άνδρες και διαφορετικά οι γυναίκες οπότε αυτό τους ακολουθεί και στην πάθηση. Δεν νομίζω όμως ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά στα προβλήματα όσον αφορά την ασθένεια».

Πιστεύετε ότι η ηλικία των ασθενών με σχιζοφρένεια έχει σχέση με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν;

«Αυτοί που είναι μεγάλοι σε ηλικία είναι συνήθως πιο περιθωριοποιημένοι, επειδή τα παλιά χρόνια υπήρχαν άλλες θεραπείες και φάρμακα με πιο πολλές παρενέργειες οπότε κάποιος που είχε σχιζοφρένεια φαινόταν ξεκάθαρα, τον έκανε λιγότερο λειτουργικό και λιγότερο αποδεκτό. Σήμερα προσπαθούμε να έχουν υψηλή λειτουργικότητα, αν και αυτό είναι δύσκολο σημείο γιατί οι νεαρότερες ηλικίες εμφανίζουν κατάθλιψη».

Κατά τη γνώμη σας οι ασθενείς που έχουν υψηλό οικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα από άλλους με χαμηλότερο;

«Έχουν λιγότερο άγχος σε σχέση με τα οικονομικά τους. Έχουν πρόσβαση σε μια νοσηλεία, σε μια ιδιωτική κλινική ή σε περισσότερες ψυχοθεραπείες. Αυτά είναι τα πιο σημαντικά. Έχουν καλύτερο βιοτικό επίπεδο οπότε και πιο εύκολη ζωή».

Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποιά βαθμό ο κοινωνικός στιγματισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών;

Για ποιούς λόγους οι σχιζοφρενείς ασθενείς στιγματίζονται από την κοινωνία και σε ποιά βαθμό επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους ο στιγματισμός αυτός;

«Νομίζω ότι συμβαίνει επειδή η σχιζοφρένεια δεν είναι κάτι χειροπιαστό οπότε ο κόσμος δεν το κατανοεί πολύ, και ότι δεν το κατανοούμε το φοβόμαστε. Ο στιγματισμός είναι δύο ειδών, όταν τους περιθωριοποιούν οι άλλοι, δηλαδή δεν τους δίνουν εύκολα δουλειές, δεν τους θέλουν σε παρέες και όταν αυτοστιγματίζονται και κρατούν οι ίδιοι τον εαυτό τους έξω από τα κοινά, τις παρέες, την εργασία, επειδή νιώθουν διαφορετικοί και ότι δεν ταιριάζουν με το σύνολο και έτσι απομονώνονται».

Συνήθως πως αντιδρούν οι ασθενείς απέναντι στον στιγματισμό αυτό;

«Ο κάθε ασθενής είναι διαφορετικός. Άλλοι μπορεί να αρχίσουν να γράφουν και να έχουν ένα δικό τους τρόπο έκφρασης, άλλοι πάλι κλείνονται μέσα στο σπίτι και δεν βγαίνουν έξω, οπότε τότε έχουμε κοινωνική απόσυρση. Γενικότερα συνήθως

απομονώνονται, δεν συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες, παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπεριφορά».

Πως επηρεάζεται η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό;

«Ε, στενοχωριέται. Δηλαδή αν σου πει ότι κάνανε όλοι μαζί μια γιορτή και δεν με κάλεσαν γιατί φοβήθηκαν μην κάνω ή μην πω κάτι περίεργο, εντάξει θα στενοχωρηθεί».

Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου πιστεύετε ότι είναι ένα μέσο το οποίο θα μπορούσε να μειώσει τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων αυτών;

«Είναι ένα μέσο αλλά έως τώρα δεν έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα».

Πιστεύετε ότι έχουν γίνει αρκετές δράσεις πάνω στο κομμάτι αυτό;

«Νομίζω ότι πια έχουν γίνει αρκετές, σε σχέση με παλιότερα, για την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας αλλά...».

Κατά τη γνώμη σας ποιοί άλλοι τρόποι ενδέχεται να βοηθούσαν στην μείωση του κοινωνικού στιγματισμού απέναντι στη σχιζοφρένεια;

«Εγώ νομίζω ότι θα έπρεπε να γίνει θέμα της πολιτείας, δηλαδή να δίνονται κάποια κίνητρα στους εργοδότες έτσι ώστε να προσλαμβάνονται περισσότερα άτομα γιατί τώρα οι θέσεις είναι πολύ λίγες για άτομα με ειδικές ανάγκες. Με αυτόν τον τρόπο θα τους γνωρίσει ο κόσμος, θα τους μάθει και σιγά-σιγά θα αρχίσει και να τους εμπιστεύεται».

Ερευνητικό ερώτημα: Οι διαθέσιμες υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι ικανές, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και να καλυφτούν οι ανάγκες τους, σύμφωνα με την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας;

Ποιές είναι οι διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν και ασχολούνται με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια;

«Εδώ στο Ηράκλειο έχουμε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Ψυχιατρικό τμήμα εδώ στο Βενιζέλειο νοσοκομείο, και μια μέρα την εβδομάδα κάνουμε και μονάδα ημερήσιας φροντίδας. Δηλαδή κάνουμε ομάδες με τους ασθενείς και έρχεται ο φυσιοθεραπευτής, ο διαιτολόγος και άλλοι, οπότε είναι μια μέρα που την περνάνε εδώ φουλ. Εμείς αυτά έχουμε και μετά είναι και το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο».

Θεωρείτε πως οι υπηρεσίες αυτές επαρκούν για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και οι ανάγκες των σχιζοφρενών;

«Όχι, σίγουρα θέλουμε πιο πολλές μονάδες και χρειαζόμαστε και ένα κέντρο ημέρας που δεν έχουμε στο Ηράκλειο».

Ποιές ανάγκες τους πιστεύετε ότι θα κάλυπτε το κέντρο ημέρας;

«Θα ξεκινούσαν από εκεί με δραστηριότητες, δηλαδή να περνούν κάποιες ώρες την ημέρα έτσι. Είναι μια διττή κατάσταση ανάμεσα στην νοσηλεία και στην έξοδο. Οπότε αρχίζουν σιγά-σιγά να δραστηριοποιούνται και να γίνονται λίγο πιο λειτουργικοί και μετά καλό θα ήταν να υπάρχει ένα πρόγραμμα όπως υπήρχε παλαιότερα αλλά έχει καταργηθεί, τα εργαστήρια. Τα εργαστήρια ήταν επιδοτούμενα για ψυχιατρικούς ασθενείς και σχιζοφρενείς, που μάθαιναν υπολογιστές και άλλες διάφορες τέχνες και έτσι αποκτούσαν περισσότερα προσόντα για να βρουν μια δουλειά. Ήταν πολύ ωραία αλλά έχει σταματήσει αυτό εδώ και χρόνια, αν θυμάμαι καλά από το 1996».

Το ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων συνεργάζεται με κοινωνικούς λειτουργούς;

«Υπάρχει η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου που αν της ζητήσουμε κάτι θα μας βοηθήσει. Δηλαδή αν έχουμε κάποιον ασθενή και θέλουμε να βρούμε κάτι συγκεκριμένο π.χ. για το που μένει ή αν θα μπορούσε να απευθυνθεί σε ένα Κ.Ε.Π.Α. ας πούμε για σύνταξη, αυτό θα γίνει. Αλλά στο μόνιμο προσωπικό του Ψυχιατρικού τμήματος δεν συμπεριλαμβάνεται κοινωνικός λειτουργός αν και θα έπρεπε. Θα βοηθούσε δηλαδή να υπάρχει ένας τοποθετημένος στο Ψυχιατρικό τμήμα για να παίρνει ένα κοινωνικό ιστορικό στον κάθε ασθενή, να ασχολείται με το στίγμα που είπαμε και έτσι θα ήταν τελείως διαφορετικό. Εδώ η κοινωνική υπηρεσία είναι για όλο το νοσοκομείο οπότε είναι δύσκολο».

Ερευνητικό ερώτημα: Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που έχουν στην καθημερινότητά τους, όταν αυτή εφαρμόζεται;

Όσον αφορά την ψυχοεκπαίδευση, τι είναι και ποιοί είναι οι στόχοι και τα μέσα που χρησιμοποιεί;

«Η ψυχοεκπαίδευση έχει να κάνει με την εκπαίδευση του ασθενή για τα σημεία και τα συμπτώματα της ασθένειας. Εξηγούμε στον ασθενή τα πάντα γύρω από το πρόβλημα του και του μαθαίνουμε να αναγνωρίζει τα συμπτώματα και να

προλαβαίνει μια υποτροπή ας πούμε. Επίσης προσπαθούμε να τον εκπαιδύσουμε να ξεχωρίζει την πραγματικότητα από τις ψευδαισθήσεις».

Ποιοί μπορούν να συμμετέχουν στην ψυχοεκπαίδευση και σε ποιές περιπτώσεις προτείνεται και εφαρμόζεται;

«Όλοι μπορούν να συμμετέχουν. Εννοείται πολύ σημαντική πρώτα από όλα είναι η συμμετοχή της οικογένειας, όμως κάποιες φορές μπορεί να είναι και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ψυχωσικοί ασθενείς και έτσι δυσκολεύουν τα πράγματα. Επίσης ο περίγυρος του σχιζοφρενή μπορεί να συμμετέχει».

Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν;

«Σαφώς και βοηθάει πάρα πολύ να υπάρχει ένα υγιές και προστατευτικό περιβάλλον γύρω από τον ασθενή. Εκτός από τα θέματα της ασθένειας και για το πως μπορούν να αναγνωρίσουν τα σημάδια της υποτροπής για παράδειγμα, μπορούν να κάνουν πιο εύκολη και την καθημερινότητα του ασθενή για απλά πράγματα όπως θέματα υγιεινής, διατροφής, συμπεριφοράς».

Ποιοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να κάνουν ψυχοεκπαίδευση;

«Θεωρώ κυρίως ψυχίατροι και ψυχολόγοι όπως και γίνεται, αλλά θα μπορούσαν επίσης να κάνουν κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές».

Συνεντευξιαζόμενη 3^η

Προφίλ συνεντευξιαζόμενης

Αριθμός ατόμου: ένα (1)

Φύλο: γυναίκα

Μορφωτικό επίπεδο: τριτοβάθμια εκπαίδευση

Μέρες και ώρες: Δευτέρα-Παρασκευή, 08:00-15:00

Ειδικότητα: ψυχίατρος

Απαντήσεις 3^ο συνεντευξιαζόμενης

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιά είναι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας των δομών Ηρακλείου;

Θα ήθελα να μου πείτε, ποιά πιστεύετε ότι είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια;

«Πολλά. Πέραν της νόσου που είναι πολύ δύσκολη να τη διαχειριστεί κανείς γιατί είναι νόσος που προκαλεί αναπηρία, νομίζω ένα πολύ μεγάλο θέμα είναι ότι απομονώνονται πάρα πολύ τα άτομα με σχιζοφρένεια. Δηλαδή με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο, μένουν με πολύ δικούς τους ανθρώπους, αν υπάρχει κάποιος. Εύκολα αποκόπτονται από την κοινωνία, δεν έχουν δραστηριότητες, δεν έχουν να προσφέρουν οι ίδιοι ενώ πολλοί από αυτούς θα μπορούσαν να προσφέρουν πράγματα. Επίσης, υποβαθμίζεται πάρα πολύ και η υγεία τους, η φυσική τους υγεία, δηλαδή μπορεί να μην φροντίζουν τον τρόπο που τρώνε, τον τρόπο που κοιμούνται, που ντύνονται. Εμένα πιο πολύ εντύπωση μου έχει κάνει το φαγητό, το ότι τρώνε μόνο βλακείες, δηλαδή γρήγορο φαγητό, δεν έχουν την υπομονή και κάποιοι ούτε την ικανότητα ή την έννοια να μαγειρέψουν κάτι πιο υγιεινό, ή δεν έχουν τα χρήματα».

Με ποιό τρόπο πιστεύετε θα μπορούσαν να περιοριστούν τα προβλήματα των ασθενών ώστε να έχουν μια καλύτερη λειτουργικότητα στην καθημερινή τους ζωή;

«Πιστεύω το να υπήρχαν κέντρα ημέρας, δηλαδή χώροι κοινοτικοί που να μπορούν οι ασθενείς να συναναστρέφονται με άλλους, να μπορούν να τρώνε πιο ποιοτικά, να κάνουν δραστηριότητες, θα ήταν πολύ σημαντικό. Εκεί σκέφτομαι ότι μπορεί και να μπει ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, στα πιο πρακτικά και καθημερινά αλλά πολύ σημαντικά ζητήματα».

Τι είδους ανάγκες έχουν τα άτομα που νοσούν από σχιζοφρένεια και πως θα μπορούσαν να καλυφθούν;

«Σίγουρα όλοι οι άνθρωποι αποζητούν την αποδοχή, πόσο μάλλον όταν δεν την έχεις τότε ένα παραπάνω. Επίσης έχουν ανάγκη να προσφέρουν και πρέπει να τους εκμιαεύουμε αυτό, γιατί όταν έχουμε έναν ασθενή συνήθως σκεφτόμαστε τι μπορούμε να του δώσουμε και όχι τι μπορεί εκείνος να δώσει, αλλά αυτό είναι που θα

τον κινητοποιήσει να προχωρήσει. Γενικά αυτά που μου έρχονται στο μυαλό να σας πω είναι οι φυσιολογικές ανάγκες που έχει κάποιος άνθρωπος, να έχει παρέα, να έχει ενδεχομένως μια σχέση, κάτι πολύ δύσκολο στον πληθυσμό αυτό».

Ερευνητικό ερώτημα: Το κοινωνικοπολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο των ασθενών με σχιζοφρένεια διαφοροποιεί τα προβλήματα και τις ανάγκες τους κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας; Και αν ναι πως;

Σχετίζεται το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο των ασθενών με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν;

«Όχι. Δηλαδή με την έννοια του πόσο βαριά θα είναι η ασθένεια και το τι συμπτώματα θα έχει θεωρώ ότι δεν σχετίζεται, στους σχιζοφρενείς ειδικά. Απλά όταν ένας σχιζοφρενής έχει γονείς ας πούμε που είναι πιο υποψιασμένοι, μπορεί πιο γρήγορα να τον πάνε και να πάρει θεραπεία και γενικά η εξέλιξη της νόσου να είναι καλύτερη και να υπάρχει λιγότερο στρες από το περιβάλλον. Το στρες επηρεάζει την έναρξη της νόσου. Άρα θεωρώ ότι το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο σχετίζεται και επηρεάζει σίγουρα την εξέλιξη της νόσου».

Το φύλο των ασθενών με σχιζοφρένεια διαφοροποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν;

«Θα έλεγα ότι όχι».

Πιστεύετε ότι η ηλικία των ασθενών με σχιζοφρένεια έχει σχέση με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν;

«Νομίζω ότι η ηλικία έχει να κάνει και με την απόσταση που έχουν από την έναρξη της νόσου. Δηλαδή όσο περνάει χρόνος από την έναρξη της νόσου οι άνθρωποι και το αποδέχονται περισσότερο και βρίσκουν τρόπους να το χειριστούν στην καθημερινότητα. Βασικά νομίζω ότι σε νέους ανθρώπους που πρωτοεμφανίζεται η σχιζοφρένεια είναι άλλη η αντιμετώπιση για να μη χρονίσουν κάποια πράγματα. Δηλαδή να δούμε τι συμβαίνει στην οικογένεια, αν υπάρχει στρες, συνήθως εκλύεται το πρώτο επεισόδιο από κάποιο πολύ μεγάλο στρες. Σε ένα νέο άνθρωπο είναι πολύ σημαντικό να φροντίσουμε να μην αποκοπεί από το περιβάλλον του, να επαναπροσανατολίσει τη ζωή του, να πάρει γρήγορα θεραπεία να μη γίνουν τα συμπτώματα μόνιμα. Σε έναν ασθενή ο οποίος είναι χρόνιος και έχει ήδη

αποτραβηχτεί από τη κοινωνία, έχει ήδη χάσει την κοινωνικότητα του, οι στόχοι μας είναι άλλοι, ίσως να ξανακάνει κάποια πράγματα αν μπορεί ή να αποδεχτεί ότι κάποια πράγματα δεν θα γυρίσουν πίσω. Ενώ στην οξεία φάση που τα πράγματα ακόμα δεν έχουν εγκατασταθεί μπορούμε να κάνουμε περισσότερα πράγματα».

Οι ασθενείς που έχουν υψηλό οικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα από άλλους με χαμηλότερο;

«Για μένα ένα υψηλότερο οικονομικό επίπεδο κυρίως εξασφαλίζει στον ασθενή λιγότερο στρες και αυτό είναι πολύ σημαντικό. Επίσης μπορούν να απευθυνθούν σε επαγγελματίες ιδιώτες που να υπάρχουν περισσότερες συνεδρίες και συνέχεια στην παρακολούθηση. Εμένα μου τυχαίνει πάρα πολλές φορές σε εφημερίες να έρθουν ασθενείς που παρακολουθούνται κάπου και έχουν ως πούμε μια συνεδρία το εξάμηνο. Μου φαίνεται αδιανόητο να έχεις κάποιον που να τον παρακολουθείς μια φορά το εξάμηνο, μέσα σε τόσο διάστημα μπορούν να γίνουν σημεία και τέρατα! Δηλαδή πρέπει αν κάτι πάει να χαλάσει να το προλάβεις πριν γίνει αυτό!»

Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποιό βαθμό ο κοινωνικός στιγματισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών;

Κατά τη γνώμη σας, για ποιους λόγους οι σχιζοφρενείς ασθενείς στιγματίζονται από την κοινωνία και σε ποιό βαθμό επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους ο στιγματισμός αυτός;

«Πιστεύω ότι ένα μέρος του στιγματισμού έχει να κάνει με το φόβο. Παραδοσιακά, τον τρελό τον φοβόμασταν. Νομίζω ότι άλλαξε πάρα πολύ η ζωή από τότε που βγήκαν τα νευροληπτικά γιατί πραγματικά είναι πάρα πολύ αποτελεσματικά φάρμακα και βοηθάνε στο να μειωθούν τα συμπτώματα που θα μπορούσαν να είναι επικίνδυνα. Αυτό είναι το πρώτο κομμάτι. Το δεύτερο είναι το ότι είναι πολύ διαφορετικοί. Το τρίτο είναι ότι οι σχιζοφρενείς κατά βάση είναι πολύ ευαίσθητοι και γι' αυτό το λόγο κλείνουν πολύ στον εαυτό τους και αποτραβιούνται και οι άλλοι δεν μπορούν εύκολα να τους καταλάβουν. Όταν δεις ως πούμε κάποιον και είναι κλεισμένος στο καβούκι του δύσκολα τον πλησιάζεις αλλά για εκείνους είναι και ένας τρόπος να προστατευτούν από την υπερπληθώρα των ερεθισμάτων».

Πως επηρεάζεται η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό;

«Κάποιες φορές υπάρχουν εκρήξεις θυμού. Κάποιες φορές το μετατρέπουν σε παραλήρημα αυτό που νιώθουν. Ας πούμε ένα βλέμμα περίεργο πολύ γρήγορα μπορεί να πάρει τη μορφή παραληρήματος δηλαδή "Α, αυτός με κοιτάζε περίεργα άρα θέλει το κακό μου"».

Πιστεύετε πως η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με την σχιζοφρένεια είναι ένα μέσο το οποίο θα μπορούσε να μειώσει τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων που πάσχουν από αυτήν;

«Ναι, βέβαια. Πρέπει να πούμε ότι δεν είναι επικίνδυνοι αυτό είναι πολύ σημαντικό. Έχουν και εκείνοι πράγματα να πουν και να δώσουν και πιστεύω ότι ίσως η τέχνη να βοηθάει, δηλαδή μια έκθεση με έργα ασθενών είναι ένας τρόπος να ανοίξουν πόρτες και καρδιές».

Κατά τη γνώμη σας ποιοί άλλοι τρόποι ενδέχεται να βοηθούσαν στην μείωση του κοινωνικού στιγματισμού απέναντι στη σχιζοφρένεια;

«Η ενημέρωση με την ευρεία έννοια, ας πούμε σε ημερίδες, σε σχολεία, σε άρθρα, σε συναυλίες, το να κάνουν οι ίδιοι οι ασθενείς πράγματα βοηθάει. Αν υπήρχε για παράδειγμα μια μπάντα και μέσα σε αυτήν έπαιζαν ένας ή δύο σχιζοφρενείς και έκαναν συναυλίες, θα έβλεπε ο κόσμος ότι και αυτοί μπορούν να κάνουν πράγματα να αναμειχθούν δηλαδή με την κοινωνία και όσο περισσότερο αναμειγνύονται τόσο πιο αποδεκτοί θα είναι».

Ερευνητικό ερώτημα: Οι διαθέσιμες υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι ικανές, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και να καλυφτούν οι ανάγκες τους, σύμφωνα με την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας;

Ποιές είναι οι διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν και ασχολούνται με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια;

«Υπάρχουν ξενώνες, υπάρχουν οι δημόσιες δομές όπως τα νοσοκομεία και το κέντρο ψυχικής υγείας. Υπάρχει ένας ξενώνας στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ο οποίος ασχολείται με τους ασθενείς που βγαίνουν από το νοσοκομείο αλλά δεν είναι ακόμη αρκετά αυτόνομοι και στόχος είναι να αυτονομηθούν. Δεν τα καταφέρνουν όλοι, κάποιοι τα καταφέρνουν και στο τέλος πηγαίνουν και ζουν μόνοι τους σε ένα σπίτι, και κάποιοι πηγαίνουν σε προστατευόμενα διαμερίσματα που είναι πάλι μεγαλύτερη η αυτονομία σε σχέση με τον ξενώνα».

Θεωρείτε πως οι υπηρεσίες αυτές επαρκούν για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και οι ανάγκες των πασχόντων;

«Όχι. Νομίζω ότι χρειάζεται λίγο παραπάνω δουλειά σε εξωτερική βάση. Στην Ελλάδα γενικά είμαστε πολύ του νοσοκομείου και πρέπει να δημιουργηθούν δομές εκτός νοσοκομείου. Να υπάρχουν δηλαδή κέντρα ημέρας ή δομές ανεξάρτητες από τα νοσοκομεία για την επανένταξη και για συχνή παρακολούθηση, όχι μόνο με ιατρικό προσωπικό, αλλά με κοινωνικούς λειτουργούς, με εργοθεραπευτές, μουσικοθεραπευτές και άλλους. Να ξεφύγουμε λίγο από την ιδέα κατευθείαν στο νοσοκομείο γιατί και αυτό είναι κάτι που στιγματίζει. Πρέπει στην κοινότητα να γίνονται πιο λεπτές και διακριτικές παρεμβάσεις».

Πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμο να υπάρχει μόνιμα ένας κοινωνικός λειτουργός στην ομάδα του ψυχιατρικού τμήματος;

«Ναι θα το θέλαμε όλοι πάρα πολύ. Είναι μεγάλο έλλειμμα. Θα μπορούσε να ασχοληθεί με πολλά πράγματα, να οργανώσει ασ πούμε βοήθεια στο σπίτι και να περνάει να βλέπει αν ο ασθενής πήρε τα φάρμακα του, ή με την επανένταξη, ή προσανατολισμός του ασθενή προς κάποια δομή, να συνοδεύει και να κάνει δραστηριότητες μαζί με τους ασθενείς σε ομάδα, να τον βοηθήσει να βρει κάποια εργασία, να τον εκπαιδεύει για θέματα όπως το να πάρει ασ πούμε τηλέφωνο έναν γιατρό να κλείσει ραντεβού, γενικά πράγματα που αφορούν την καθημερινότητα σε πιο πρακτικά ζητήματα. Πολλοί ασθενείς δεν το λαμβάνουν από την οικογένεια αυτό γιατί μπορεί να είναι όλοι πάσχοντες».

Ερευνητικό ερώτημα: Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που έχουν στην καθημερινότητά τους, όταν αυτή εφαρμόζεται;

Σχετικά με την ψυχοεκπαίδευση θα ήθελα να μου πείτε τι είναι και ποιοί είναι οι στόχοι και τα μέσα που χρησιμοποιεί;

«Η ψυχοεκπαίδευση στους ψυχωσικούς έχει δύο σκέλη, το ένα είναι αυτό που είπαμε για την καθημερινότητα και την διαχείριση πρακτικών θεμάτων, παραδείγματος χάρη πώς θα πάει να αγοράσει πέντε πράγματα να μαγειρέψει και το άλλο είναι η ψυχοεκπαίδευση προς την ασθένεια που το κάνουμε εμείς οι ψυχίατροι. Αυτό έχει να κάνει με τις φωνές που ακούει, το γιατί υπάρχουν αυτά τα συμπτώματα, για το πότε να περιμένει την υποτροπή και πως να το διαχειριστεί. Ασ πούμε εγώ είχα μια ασθενή

που κάθε φορά που ετοιμαζόταν να κάνει υποτροπή, το πρώτο σύμπτωμα που είχε ήταν να βάζει πράγματα πίσω από την πόρτα για να μην μπει κάποιος μέσα. Της είχαμε εξηγήσει ότι αυτό είναι το καμπανάκι και όποτε συμβαίνει πρέπει αμέσως να πάει στο γιατρό».

Ποιοί μπορούν να συμμετέχουν στην ψυχοεκπαίδευση και σε ποιές περιπτώσεις προτείνεται και εφαρμόζεται:

«Εγώ θα έλεγα όλοι, ο γιατρός, ο νοσηλευτής, ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχολόγος, γενικά νομίζω όποιος είναι σε σχέση με τον ασθενή και βλέπει κάποια πράγματα οφείλει να τα δουλέψει. Εννοείται και η οικογένεια και ο περίγυρος του ασθενή. Οι ασθενείς μπορεί να απομονώνονται αλλά είναι πολύ εξαρτημένοι από το περιβάλλον τους. Ας πούμε αυτό που λέγαμε πριν με τα πράγματα πίσω απο την πόρτα, θα μπορούσε και κάποιος από την οικογένεια να το γνωρίζει και να καταλάβει ότι πρόκειται για υποτροπή».

Ποιοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να κάνουν ψυχοεκπαίδευση:

«Περισσότερο πιστεύω εμείς οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί».

Συνεντευξιαζόμενος 4ος

Προφίλ συνεντευξιαζόμενου

Αριθμός ατόμου: ένα (1)

Φύλο: άνδρας

Μορφωτικό επίπεδο: τριτοβάθμια εκπαίδευση

Μέρες και ώρες: Δευτέρα-Παρασκευή, 08:00-15:00

Ειδικότητα: ψυχίατρος

Απαντήσεις 4^{ου} συνεντευξιαζόμενου

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιά είναι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας των δομών Ηρακλείου;

Ποιά πιστεύετε ότι είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια;

«Πολλά είναι. Βιολογικά προβλήματα, προβλήματα στη ψυχολογική σφαίρα, στην κοινωνική σφαίρα, δηλαδή δεν μπορούν να δουλέψουν, υπάρχει το στίγμα, αν και έχει μειωθεί πάρα πολύ την τελευταία δεκαετία αλλά υπάρχει. Οπότε έχουν προβλήματα σε όλες τις σφαίρες της ενιαίας τους βιοψυχοκοινωνικής οντότητας».

Οπότε συνοψίζοντας αναφέρατε ότι προβλήματα είναι σίγουρα το ότι δεν μπορούν να βρουν εργασία, και το στίγμα που υπάρχει και το αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους. Τι άλλο θα κατατάσσατε στα κυριότερα προβλήματα τους;

«Στη ψυχολογική σφαίρα έχουν προβλήματα. Οι γονείς τους καμιά φορά είναι μισότρελοι. Συμβαίνει συχνά να έχουμε πολυπροβληματικές οικογένειες. Είναι και η κληρονομικότητα. Οπότε εκτός του ότι ο ασθενής δεν έχει από κάπου να στηριχτεί, μπορεί να υπάρχει και επικριτική στάση που δεν βοηθάει στο κλίμα. Έχουν και θέματα στη βιολογική σφαίρα. Δηλαδή στα φάρμακα, το ένα φάρμακο μπορεί να τον παχαίνει, το άλλο να τον πειράζει, το άλλο να τον κοιμίζει, οπότε χρειαζόμαστε και χρόνο μέχρι να το βρούμε και πάλι απέχουμε από το τέλειο».

Με ποιο τρόπο πιστεύετε θα μπορούσαν να περιοριστούν τα προβλήματα των ασθενών με σχιζοφρένεια, ώστε να έχουν μια καλύτερη λειτουργικότητα στην καθημερινή τους ζωή;

«Καλύτερη θεραπεία, καλύτερη παρακολούθηση, καλύτερη ένταξη. Όλα αυτά χρειάζονται βελτίωση. Καλύτερα φάρμακα από άποψη αποτελεσματικότητας των φαρμάκων, να έχουν δηλαδή λιγότερες παρενέργειες και να έχουν καλύτερη ανοχή στο φάρμακο. Στη ψυχολογική σφαίρα μπορούν να βοηθηθούν ψυχοθεραπευτικά. Υπάρχουν προγράμματα στην Ισπανία που κάνουν ομάδες σχιζοφρενών ασθενών και έτσι βελτιώνουν ελλείμματα και κομμάτια της κοινωνικότητας. Προστατευμένη εργασία, επιδοτούμενη απασχόληση, προστατευμένη εκπαίδευση, τέτοια πράγματα. Είχαμε κι εδώ προγράμματα κατά περιόδους. Αυτή τη περίοδο υπάρχει ένα

πρόγραμμα υποστηριζόμενης επαγγελματικής απασχόλησης με πιο επιχειρηματικούς όρους, αλλά αυτό εδώ στο Ηράκλειο είναι κάπως υποτονικό».

Κατά τη γνώμη σας τι είδους ανάγκες αντιμετωπίζουν τα άτομα που νοσούν από σχιζοφρένεια και πως θα μπορούσαν να καλυφθούν;

«Έχουν ανάγκη για κοινωνικοποίηση. Ομάδες στήριξης, ομάδες γενικά. Ας μη δουλεύουν, έτσι κι αλλιώς υπάρχουν τόσοι εκατομμύρια άνεργοι που υποτίθεται είναι και υγιείς, ας μη δουλέψει στην αρχή. Αλλά πρέπει να βγει από το σπίτι και να ξεφύγει από την απομόνωση. Αυτό είναι το βασικό».

Πιστεύετε ότι σχετίζεται το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο των ασθενών, με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν;

«Πάντα, ναι. Η αρχή είναι η οικονομία, σαφώς και άμα είναι κανείς φτωχός και περιθωριοποιημένος, έχει περισσότερα προβλήματα από κάποιον που είναι λιγότερο φτωχός και περιθωριοποιημένος. Οι γονείς που είναι πιο ευκατάστατοι συνήθως έχουν και καλύτερη αντίληψη των πραγμάτων λόγω της μόρφωσης και μεγαλύτερες δυνατότητες παρέμβασης και μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους περισσότερο και αποτελεσματικότερα».

Το φύλο των ασθενών με σχιζοφρένεια, θεωρείτε διαφοροποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν;

«Εξατομικευμένα. Εγώ δεν νομίζω ότι υπάρχει διαφορά, μπορεί να μην μπορώ εγώ να τη δω και να υπάρχει. Έχουν θεματάκια διαφορετικά όπως το ότι κάποια φάρμακα επηρεάζουν περισσότερο τους άντρες από ότι τις γυναίκες ή το ότι οι γυναίκες μπορεί να έχουν κάποια θέματα γονιμότητας λόγω των φαρμάκων, αυτά».

Πιστεύετε ότι η ηλικία των ασθενών με σχιζοφρένεια, έχει σχέση με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν;

«Ε ναι άλλο να έχεις σχιζοφρένεια από είκοσι χρονών και άλλο να είσαι εξήντα. Άμα είσαι σχιζοφρενής, λίγο μετά τα εξήντα πεθαίνεις. Ξέρετε ζουν γύρω στα είκοσι χρόνια λιγότερο. Σαφώς και υπάρχει σχέση αφού υπάρχει διαφορά στην ψυχοσύνθεση. Οι νέοι συχνά παθαίνουν κατάθλιψη και έχουν πιο μεγάλη αυτοκτονικότητα. Υπάρχει περισσότερο συναίσθημα στις νεαρότερες ηλικίες,

καταλαβαίνουν, βλέπουν τη διαφορετικότητα που έχουν από τους συμμαθητές τους και απομονώνονται. Αργότερα συνηθίζεις σε αυτό, πότε πάνω, πότε κάτω, με τις υποτροπές σου. Έχει όμως πιο μεγάλο νόημα να κάνεις παρεμβάσεις τύπου επαγγελματικής αποκατάστασης και κοινωνικοποίησης σε έναν εικοσάχρονο, παρά σε έναν εξηντάχρονο και έχει και πιο μεγάλη αποτελεσματικότητα και πιο μεγάλο ρόλο. Στους ηλικιωμένους δίνεται περισσότερη βαρύτητα σε ζητήματα υγείας, παραδείγματος χάρη να κάνει εξετάσεις αίματος για να δούμε αν έχει επηρεαστεί το ζάχαρο».

Κατά τη γνώμη σας, για ποιούς λόγους οι σχιζοφρενείς ασθενείς στιγματίζονται από την κοινωνία και σε ποιό βαθμό επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους ο στιγματισμός αυτός;

«Υπάρχει το στίγμα. Κι εμείς στην ιατρική κοινότητα ευθυνόμαστε για την αναπαραγωγή του. Πολλές φορές δεν το σκεφτόμαστε ότι αυτό το φάρμακο που του λέμε να παίρνει έχει ένα σωρό παρενέργειες και το τι μπορεί να προκαλέσει αυτό. Θα έπρεπε να δίνουμε περισσότερη σημασία, να φτιάξουμε ομάδες, να τους φροντίζουμε περισσότερο. Αυτή η ιατρική συμπτωματολογία φοβίζει τον κόσμο και έχουν μια περίεργη στάση και οι σχιζοφρενείς επίσης κρατούν απόμακρη στάση επειδή τους φοβίζει το διαφορετικό που είναι οι άλλοι και δεν είναι μόνο η ασθένεια που το προκαλεί αυτό, είναι η έλλειψη κοινωνικοποίησης. Αν ενισχύσουμε την κοινωνικοποίηση σε ομάδες, για απλά πράγματα όπως το να χαιρετήσει ή να πάει μέχρι το περίπτερο και να περιμένει τη σειρά του χωρίς να φωνάζει και να σπρώχνει, θα είναι καλό βήμα. Δεν το έχουμε όμως στο μυαλό μας τόσο πρακτικά, πιο πολύ δουλεύουμε εδώ και δεν φανταζόμαστε πως είναι ας πούμε όταν πηγαίνει στο σούπερ μάρκετ ή στη θάλασσα. Του λες πρέπει να βγαίνεις έξω, να πηγαίνεις βόλτες αλλά δεν σκέφτεσαι πως θα είναι και πως θα συμπεριφέρεται όταν βγαίνει έξω. Αυτό θέλει δουλειά».

Συνήθως πως αντιδρούν οι ασθενείς απέναντι στο στιγματισμό αυτό;

«Το σίγουρο είναι ότι δεν τους βοηθάει αυτό. Από εκεί και πέρα δεν εκφράζουν εύκολα αυτό που αισθάνονται, δεν θα έρθει να σου πει πως νιώθει. Το θεωρεί φυσικό, το συνηθίζει, το αποδέχεται και φταίμε και εμείς σε αυτό γιατί δεν το συζητάμε μαζί τους, η παρέμβαση μας είναι περισσότερο ιατροκεντρική. Πρέπει να κάνεις άλλου

τύπου δουλειά σε αυτό το κομμάτι, όπως σε ομάδες, με ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτικά, θέλει πολύ στοχοκατευθυνόμενη προσπάθεια».

Πιστεύετε πως η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με την σχιζοφρένεια είναι ένα μέσο το οποίο θα μπορούσε να μειώσει τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων αυτών;

«Σαφώς και είναι. Πιο διαδραστικά ίσως από το να μοιράζεις φυλλάδια. Δηλαδή να συναναστρέφονται με άλλα άτομα, ακόμα και εδώ που τα τελευταία χρόνια με την κρίση έρχονται πάρα πολλά άτομα με κατάθλιψη και έχουν προβλήματα είτε οικονομικής φύσεως, είτε έκλεισε η επιχείρησή τους, είτε άλλα, είναι καλό που περιμένοντας έξω μιλάνε μεταξύ τους γιατί έχουν τη δυνατότητα και οι άλλοι να δουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι τόσο επιθετικά ή αυτοκαταστροφικά όσο νομίζανε παλιά».

Κατά τη γνώμη σας ποιοί άλλοι τρόποι ενδέχεται να βοηθούσαν στην μείωση του κοινωνικού στιγματισμού απέναντι στη σχιζοφρένεια;

«Ας γίνει αυτό πρώτα. Να τους βγάλουμε έξω, να συναναστραφεί ο κόσμος με τον ψυχωσικό, να ψωνίσουν από το μαγαζί που εργάζεται, να ξέρεις ότι καθάρισε το γραφείο σου μια ομάδα καθαριότητας από σχιζοφρενείς και να το αποδέχεσαι να είσαι εντάξει με αυτό, να ζουν ανάμεσα μας γενικά».

Ποιές είναι οι διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν και ασχολούνται με τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια;

«Εδώ; Σώθηκες! Ότι κάνουν τα νοσοκομεία και το κέντρο ψυχικής υγείας που κατά καιρούς κάνει προγράμματα εκπαίδευσης για κάποιους μήνες. Εδώ εμείς έχουμε μια ομάδα με οχτώ άτομα και έχει και το ΠΑΓΝΗ μια ομάδα πολύ κλειστή όμως, με φαρμακοαντοχούς ασθενείς ή φαρμακοαντοχη σχιζοφρένεια καλύτερα».

Θεωρείτε πως οι υπηρεσίες αυτές επαρκούν για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και οι ανάγκες των πασχόντων;

«Ούτε με σφαίρες! Είναι όλα πολύ ιατροκεντρικά και εδώ και στην υπόλοιπη Ελλάδα. Δεν είναι πάντα καλό αυτό. Χρειάζεται μια διαδραστικότητα, μια πολυκλαδικότητα, δηλαδή να δουλεύουν με κοινωνικούς λειτουργούς, με ψυχολόγους, γιατί εκείνοι κάνουν πράγματα που δεν μπορούμε να τα κάνουμε εμείς ως γιατροί. Ένα κέντρο ημέρας θα ήταν πολύ χρήσιμο. Είχαμε παλαιότερα αλλά τώρα δεν υπάρχει».

Συνεργάζεστε με κοινωνικούς λειτουργούς εδώ στην υπηρεσία;

«Έχουμε μια διάδραση αλλά είναι υποτυπώδης και σπάνια. Πολλές φορές ας πούμε έχουμε αιτήματα για παρακολούθηση απο τα προγράμματα “βοήθεια στο σπίτι” ή και εμείς στέλνουμε τέτοιου είδους αιτήματα. Η κοινωνική υπηρεσία είναι του νοσοκομείου όχι δική μας».

Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο για το Ψυχιατρικό τμήμα να υπάρχει στο μόνιμο προσωπικό του ένας κοινωνικός λειτουργός;

«Ένας κοινωνικός λειτουργός που έχει νοοτροπία νοσοκομείου και έχει να πάει σε σπίτι χρόνια, όχι. Μια κινητή μονάδα όμως με έναν κοινωνικό λειτουργό και έναν επισκέπτη υγείας που θα μπορούσε να επισκεφθεί τον ασθενή ή να προλάβει μια κρίση θα ήταν πολύ χρήσιμη».

Τώρα, σχετικά με την ψυχοεκπαίδευση, τι είναι και ποιό είναι οι στόχοι και τα μέσα που χρησιμοποιεί;

«Η ψυχοεκπαίδευση που κάνω στην ουσία είναι η εκπαίδευση και ενημέρωση του ασθενή για την φύση της ασθένειάς του. Μαθαίνει να διαχειρίζεται όσο γίνεται τις κρίσεις αλλά και τον εαυτό του γενικά. Και λέω όσο γίνεται γιατί δεν είναι όλοι συνεργάσιμοι και λειτουργικοί».

Ποιό μπορούν να συμμετέχουν στην ψυχοεκπαίδευση και σε ποιές περιπτώσεις προτείνεται και εφαρμόζεται;

«Όλοι μπορούν και πρέπει να συμμετέχουν. Η οικογένεια σίγουρα, η κοινωνία, αλλά και εμείς ως ειδικοί χρειαζόμαστε συνεχή εκπαίδευση για να διαχειριστούμε τα περιστατικά. Τώρα, που εφαρμόζεται, αυτό είναι ένα άλλο θέμα! Εμείς επικεντρωνόμαστε περισσότερο στον ίδιο τον ασθενή, διότι δεν προλαβαίνουμε».

Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν;

«Η οικογένεια παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στην εξέλιξη του σχιζοφρενή. Όταν βέβαια δεν είναι πολυπροβληματική, γιατί αν είναι, σκούρα τα πράγματα! Μπορούν να εκπαιδευτούν να ξέρουν πότε το παιδί τους εμφανίζει συμπτώματα υποτροπής αλλά και για το πως μπορούν να το βοηθήσουν γενικά».

Ποιοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιστεύετε ότι μπορούν να κάνουν ψυχοεκπαίδευση;

«Ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί κυρίως. Όλοι κάνουμε απο λίγο βέβαια, αλλά θα έπρεπε να εστιάζουμε περισσότερο σε αυτό».

Εσείς έχετε κάνει ψυχοεκπαίδευση σε οικογένειες;

«Θα πω όχι. Δεν είναι ότι δεν έχω συζητήσει με τις οικογένειες των ασθενών μας πούμε για την ασθένεια του παιδιού τους, ή για να τους εξηγήσω τις παρενέργειες του φάρμακου που θα παίρνει. Είναι ότι δεν έχω κάνει ψυχοεκπαίδευση με την έννοια να γίνει ολοκληρωμένα, σε ένα ραντεβού μου που θα αποσκοπεί σε αυτό».

Συνεντευξιαζόμενη 5^η

Προφίλ συνεντευξιαζόμενης

Αριθμός ατόμου: ένα (1)

Φύλο: γυναίκα

Μορφωτικό επίπεδο: τριτοβάθμια εκπαίδευση

Μέρες και ώρες: Δευτέρα έως Παρασκευή, 08:00-15:00

Ειδικότητα: Κοινωνική λειτουργός

Απαντήσεις 5^{ης} συνεντευξιαζόμενης

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιά είναι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας των δομών Ηρακλείου;

Θα θέλαμε να μας πείτε από την μέχρι τώρα εμπειρία σας, ποια πιστεύετε ότι είναι τα κυριότερα προβλήματα των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και τι είδους ανάγκες αντιμετωπίζουν;

«Όντως είναι πάρα πολλά. Είναι πάρα πολύ βασικό για τα άτομα αυτά να προωθούν την ορθή λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής. Από εκεί ξεκινάω δηλαδή, πρέπει να έχει ρυθμιστεί αυτό. Πρέπει να έχουν τακτική επαφή με τον θεράποντα ψυχίατρό τους και αφού ρυθμιστούν αυτά, θα πρέπει να τεθούν θέματα που αφορούν την κοινωνική τους λειτουργικότητα. Όσοι έχουν ελλιπή κοινωνική λειτουργικότητα, έχουν τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας θα πρέπει να δουλευτούν μετά οι δεξιότητες

τις οποίες υπολείπονται και θέλουν βοήθεια. Κυρίως κοινωνικές δεξιότητες, επικοινωνιακές και όσοι βέβαια έχουν ρυθμίσει όλες αυτές τις δεξιότητες, είναι δηλαδή σε ικανοποιητικό βαθμό και είναι σχετικά λειτουργικοί είναι σημαντικό να μπορούν να προλαμβάνουν τα πρώιμα συμπτώματα της υποτροπής. Δηλαδή να εκπαιδευτούν στην εναισθησία, να αρχίζουν να αντιλαμβάνονται τότε ξεκινούν τα πρώτα συμπτώματα, αλλά από την στιγμή που θα λαμβάνουν την αγωγή τους και θα έχουν μια καλή λειτουργικότητα. Σίγουρα οι σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον είναι ένα θέμα το οποίο χρειάζονται βοήθεια αρκετές φορές, λόγω των κακών σχέσεων είτε με τους γονείς είτε με τα αδέρφια είτε με την ευρύτερη οικογένεια. Νιώθουν πολλές φορές παραμελημένοι, απομονωμένοι, μοναξιά και είναι πάρα πολύ σημαντικό για τους ανθρώπους αυτούς να έχουν ανθρώπους δικούς τους που τους στηρίζουν και να μπορούν να υπάρχουν ανάλογες υπηρεσίες που να μπορούν να απευθύνονται και να μειώνονται όλες αυτές οι δυσκολίες που μπορεί να έχουν. Θέλουν συνεχή υποστήριξη, θέλουν φροντίδα και επειδή ακριβώς υπολείπονται σε πολλές δεξιότητες, αρκετές φορές μπορούν να γίνουν «κουραστικοί» για το περιβάλλον τους και αυτό σίγουρα κάνει το περιβάλλον να κρατάει τις αποστάσεις. Εκεί χρειάζεται υποστήριξη και ο ασθενής αλλά και η οικογένειά του για να ανταπεξέλθει. Άλλα προβλήματα αυτή την στιγμή δεν μπορώ να σκεφτώ».

Από όσα μας είπατε, με ποιόν τρόπο πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να περιοριστούν τα προβλήματα αυτά ώστε και οι ίδιοι οι ασθενείς να έχουν μια καλύτερη λειτουργικότητα στην καθημερινότητά τους;

« Να αναπτυχθούν δομές και υπηρεσίες που θα έρθουν να καλύψουν πάρα πολλές από τις ανάγκες αυτές, δηλαδή οι άνθρωποι αυτοί δεν έχουν ανάγκη από ένα φάρμακο μόνο. Θα πρέπει να υπάρξουν διάφορα κέντρα ημέρας, να υπάρξουν ομάδες αλλά και εργαστήρια που θα βοηθήσουν τους ανθρώπους αυτούς να αναπτύξουν όλες αυτές τις δεξιότητες καθώς και να τους βοηθήσουν να δουλέψουν θέματα εναισθησίας τους και παράλληλα να τους βοηθήσουν να δουλέψουν τις σχέσεις με τις οικογένειές τους».

Οι σχέσεις με την οικογένεια είναι κάτι που και οι ίδιοι οι ασθενείς έχουν ανάγκη, σωστά;

«Ναι! Και οι ίδιοι. Επιπλέον θα ήταν πολύ καλό να υπάρξουν κέντρα ημέρας αλλά και εργαστήρια όπως είπα, για να περνάνε εκεί τον ελεύθερό τους χρόνο. Οι περισσότεροι παίρνουν κάποιες συντάξεις αλλά στις συντάξεις αυτές είναι αρκετά

λίγα τα χρήματα με αποτέλεσμα να έχουν και υλικές ανάγκες. Δηλαδή δεν επαρκούν ποτέ οι συντάξεις».

Ερευνητικό ερώτημα: Το κοινωνικοπολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο των ασθενών με σχιζοφρένεια διαφοροποιεί τα προβλήματα και τις ανάγκες τους κατά την άποψη των επιστημών ψυχικής υγείας; Και αν ναι πως;

Όσον αφορά το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο των ασθενών, πιστεύετε ότι σχετίζεται με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι;

« Είναι πολύ σημαντικό σε ποια ηλικία έκανε την έναρξή της η νόσος δηλαδή αν την έχει κάνει στην εφηβεία ή προεφηβεία σίγουρα δεν έχουν προλάβει να δομήσουν μια προσωπικότητα τέτοια και να έχουν ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον. Βέβαια στην πορεία της νόσου και τα θετικά αλλά και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, απομονώνουν τον άνθρωπο και τον αποκόπτουν από τις κοινωνικές του δραστηριότητες οπότε ακόμα και να έχει κάποιος πολύ καλό κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο, αυτό δεν σημαίνει ότι με την έναρξη της ασθένειας θα διατηρηθεί ακριβώς στον ίδιο βαθμό. Σίγουρα θα είναι λίγο πιο κάτω και από κει και πέρα θα εξαρτηθεί από τον ίδιο ον ασθενή και τις συνέπειες που έχει η ασθένεια στον ίδιο αλλά και πως το περιβάλλον του τον υποστηρίζει και τι υπηρεσίες υπάρχουν και δομές για να του παρέχουν φροντίδα ώστε να μπορέσει να καλύψει όλες αυτές τις ανάγκες και τα θέματα που προκύπτουν για να μπορέσει να προχωρήσει».

Το φύλο των ασθενών με σχιζοφρένεια πιστεύετε ότι διαφοροποιεί τα προβλήματα που αυτοί αντιμετωπίζουν; Αν ναι, με ποιόν τρόπο;

« Εκεί δεν νομίζω ότι έχει να κάνει τόσο πολύ με το φύλο. Έχει να κάνει με διάφορους παράγοντες όπως είναι η ηλικία έναρξης της ασθένειας, με την προνοσηρή προσωπικότητα, με το υποστηρικτικό περιβάλλον που μπορεί να υπάρχει, την υπολειμματική φάση της ασθένειας οπότε δεν νομίζω ότι διαφοροποιεί με βάση το φύλο. Τουλάχιστον δεν έχω διαβάσει κάποιες έρευνες ή μελέτες που να το αποδεικνύουν. Ίσως αν μιλήσετε με κάποιον ψυχίατρο που να είναι πιο εξειδικευμένος να γνωρίζει κάτι παραπάνω».

Ναι καταλαβαίνω. Κατά την γνώμη σας, οι ασθενείς που έχουν υψηλό οικονομικό επίπεδο αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα από άλλους που διαθέτουν χαμηλότερο; Αν ναι, γιατί πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;

« Σίγουρα το οικονομικό επηρεάζει καθώς θα μπορούν να πάνε και ιδιωτικά σε κάποιες υπηρεσίες και να καλύψουν έτσι κάποιες ανάγκες. Υπάρχουν βέβαια και ασθενείς που υπολείπονται ακόμα και πρακτικά πράγματα, δηλαδή δεν μπορούν να πάρουν συντάξεις για διάφορους λόγους ή και οι συντάξεις που παίρνουν πολλοί να είναι πάρα πολύ μικρές με αποτέλεσμα να μην μπορούν να διαχειριστούν τα οικονομικά. Σίγουρα όμως η «καλή» οικονομική κατάσταση είναι βοηθητική από εκεί και πέρα όμως δεν είναι πανάκεια».

Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποιά βαθμό ο κοινωνικός στιγματισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών;

Από στοιχεία της βιβλιογραφίας, παρατηρήσαμε ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δέχονται κοινωνικό στιγματισμό. Θα θέλαμε να μας πείτε σε ποιά βαθμό επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους ο στιγματισμός αυτός;

« Συμφωνώ. Σίγουρα επηρεάζει πάρα πολύ την ποιότητα ζωής τους και ο κοινωνικός αποκλεισμός περιορίζει. Η ποιότητα ζωής είναι να υπάρχει αρμονία σε όλες τις πτυχές και τις εκφάνσεις της ζωής ενός ανθρώπου. Μιλάμε τώρα για την καλύτερη περίπτωση όπου ο ασθενής παίρνει τα φάρμακά του, φανταστείτε να μην τα παίρνει κιόλας! Μπορεί να επηρεάσει από τον τρόπο που θα φροντίσει την υγεία του, από τον τρόπο που θα ασχοληθεί με την αυτοφροντίδα του, τις δεξιότητές του, την επικοινωνία του, τις φιλικές του σχέσεις, την οικογένειά του. Όλο αυτό θα τον περιορίσει με ό,τι συνεπάγεται αυτό για τον ίδιο».

Όσον αφορά την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, πως αυτή επηρεάζεται από τον κοινωνικό αποκλεισμό και πως αντιδρούν συνήθως απέναντι σε αυτόν;

«Ο κοινωνικός αποκλεισμός επηρεάζει τους πάντες. Όταν έχουν επαφή με την πραγματικότητα, δηλαδή δεν βρίσκονται σε κάποια υποτροπή εννοείται ότι μπορούν να καταλάβουν αυτό που συμβαίνει. Βέβαια δεν θα στεναχωρηθούν στον βαθμό που θα στεναχωρηθεί κάποιος άλλος άνθρωπος γιατί ακριβώς έχει πρόβλημα και το συναίσθημα τους όπου είναι επίπεδο, όμως από κει και πέρα η μοναξιά είναι μοναξιά. Συνήθως αυτό το επιζητάει και η ασθένειά τους, να θέλουν δηλαδή να μένουν μόνοι αλλά τους επηρεάζει. Σίγουρα όχι στον βαθμό όπου επηρεάζει έναν άλλο οποιονδήποτε άνθρωπο αλλά τους επηρεάζει και εκείνους σε έναν άλλο βαθμό».

Μάλιστα. Πιστεύετε πως η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας, είναι ένα μέσο το οποίο θα μπορούσε να μειώσει τον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια;

« Ναι. Η γνώση είναι αυτή που μπορεί να βοηθήσει την υπόλοιπη κοινωνία δηλαδή οι υπηρεσίες και οι δομές ψυχικής υγείας θα πρέπει να ξεκινήσουν «εκστρατείες» για την άρση του στίγματος γύρω από την ψυχική ασθένεια. Θα πρέπει να δουλευτεί λιγάκι η άγνοια όπως και ο φόβος. Η άγνοια δημιουργεί φόβο και ο φόβος κάνει τον άνθρωπο να κάνει διακρίσεις. Όταν λοιπόν ξεκινήσουμε από την άγνοια όλα τα άλλα δεν θα υπάρχουν. Αν υπάρχει γνώση αρχίζεις και διαχειρίζεσαι διαφορετικά τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και είναι πολύ ευκολότερο να τις αντιμετωπίσεις».

Πολύ σημαντικά όσα μας είπατε. Κατά την γνώμη σας ποιοι άλλοι τρόποι θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην μείωση του κοινωνικού στιγματισμού απέναντι στην σχιζοφρένεια;

« Πολύ βασικό είναι η υποστήριξη των πασχόντων και των ίδιων των οικογενειών τους, μέσα δηλαδή από υπηρεσίες που θα τους τοποθετούν στην κοινότητα και όχι σε κλειστές δομές φροντίδας. Βέβαια είναι σημαντικό να υπάρχουν και οι κλειστές δομές φροντίδας σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις όπου έχουν εξαντληθεί όλοι οι τρόποι παραμονής στην κοινότητα αλλά θα πρέπει να είναι μικρές, ευέλικτες, επανδρωμένες με το ανάλογο προσωπικό έτσι ώστε να ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες του κάθε ανθρώπου».

Ερευνητικό ερώτημα: Οι διαθέσιμες υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι ικανές, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και να καλυφθούν οι ανάγκες τους, σύμφωνα με την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας;

Σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν ποιες είναι αυτές που ασχολούνται με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια;

« Εννοείται στον νομό Ηρακλείου;»

Ναι, πείτε μας όσες γνωρίζετε.

«Σίγουρα είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής όπου παρέχει κάποιες υπηρεσίες, είναι η Πανεπιστημιακή Κλινική του νοσοκομείου, τα ψυχιατρικά τμήματα του Βενιζελείου νοσοκομείου και η ιδιωτική ψυχιατρική κλινική ο Άγιος Χαράλαμπος. Ακόμα είναι ιδιώτες ψυχίατροι και ψυχοθεραπευτές οι οποίοι

δραστηριοποιούνται στον τομέα της ψυχικής υγείας του νομού και σίγουρα οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα των δύο νοσοκομείων. Πιστεύω να μην έχω ξεχάσει κάποιον».

Οι υπηρεσίες αυτές θεωρείτε ότι επαρκούν ώστε να αντιμετωπιστούν τόσο τα προβλήματα όσο και οι ανάγκες των πασχόντων;

« Νομίζω ότι δεν είναι πλήρως επανδρωμένες δηλαδή υπάρχουν πολλές ελλείψεις σε προσωπικό, οι ασθενείς είναι πάρα πολλοί και οι οικογένειές τους και οι ανάγκες είναι πάρα πολύ μεγάλες. Το προσωπικό προσπαθεί θεωρώ ότι κάνει καλή δουλειά, όμως από εκεί και πέρα χρειάζεται να επανδρωθεί με όλο το προσωπικό, δηλαδή σύμφωνα με τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής ανά 70.000 κόσμο θα έπρεπε να υπάρχουν κέντρα ψυχικής υγείας, ανά ένα τέταρτο θα έπρεπε να είναι το εκάστοτε κέντρο ψυχικής υγείας απόσταση από το χώρο τον οποίο μένει ο εξυπηρετούμενος. Για να φτάσουμε εκεί θέλουμε ακόμα πολύ δουλειά αλλά είμαστε σε καλό δρόμο. Πιστεύω να τα καταφέρουμε».

Όσον αφορά τον κοινωνικό λειτουργό που ασχολείται με περιστατικά σχιζοφρένειας όπως στην συγκεκριμένη υπηρεσία, ποιος είναι ο ρόλος του;

« Σίγουρα όταν δουλεύει με ψυχωσικούς ασθενείς ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται είτε και μόνος του είτε σε συνεργασία με τον ψυχίατρο για τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων, δηλαδή για τις σχέσεις του ασθενή με το υποστηρικτικό οικογενειακό του περιβάλλον. Αυτό είναι ένα κομμάτι, όσον αφορά βέβαια την ίδια την θεραπεία της ασθένειας ή το φαρμακευτικό κομμάτι, αυτό είναι κομμάτι του ψυχιάτρου. Από εκεί και πέρα ενίσχυση σε δεξιότητες, υποστήριξη του ίδιου του ασθενή είναι κομμάτια που μπορεί να τα δουλέψει ο κοινωνικός λειτουργός. Και βέβαια διασύνδεση με υπηρεσίες στην κοινότητα, δράσεις για την άρση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, ομιλίες στην κοινότητα και ανάλογα βέβαια και την περεταίρω εξειδίκευση που μπορεί να έχει ένας κοινωνικός λειτουργός. Μπορεί να κάνει και ομάδες εναισθησίας, ομάδες ενίσχυσης δεξιοτήτων, να συμμετέχει σε κέντρα ημέρας..νομίζω είναι η φύση της δουλειάς τέτοια που δίνει την δυνατότητα για πολλά πράγματα αλλά η καθεαυτή θεραπευτική παρέμβαση σίγουρα πρέπει να γίνεται από έναν ψυχίατρο. Είναι πολύ σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός για να αναλάβει δράση θα πρέπει να έχει οπωσδήποτε την σύμφωνη γνώμη και συνεργασία του θεράποντος ψυχιάτρου του κάθε ατόμου».

Μάλιστα. Στην συνέχεια θα θέλαμε να μας πείτε ποιες δεξιότητες απαιτούνται από τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να διαχειριστεί περιπτώσεις με σχιζοφρενείς ασθενείς;

«Χμμ.. ενσυναίσθηση, καλή επικοινωνία, αυτογνωσία, καλή αυτοκριτική. Θεωρώ όμως ότι η ενσυναίσθηση τα περιλαμβάνει όλα».

Ερευνητικό ερώτημα: Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που έχουν στην καθημερινότητά τους, όταν αυτή εφαρμόζεται;

Ολοκληρώνοντας, διαβάσαμε σε άλλες έρευνες για την σημαντικότητα που έχει η ψυχοεκπαίδευση στις οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρένεια και θα θέλαμε να μας πείτε ποιοι μπορούν να συμμετέχουν στην ψυχοεκπαίδευση και σε ποιες περιπτώσεις προτείνεται η εφαρμογή της;

«Αυτό έχει να κάνει σε συνεργασία με τον θεράποντα ψυχίατρο. Πρώτα θα πρέπει να υπάρξει ακριβής διάγνωση και νομίζω ότι μπορεί να γίνει και από τα αρχικά στάδια. Όσο πιο νωρίς ενημερωθεί η οικογένεια για το τι είναι η ασθένεια, για την πορεία της ασθένειας, για τις φάσεις της ασθένειας, τότε υπάρχει πιθανή υποτροπή του ασθενή, για την εκπαίδευση εναισθησίας της οικογένειας, νομίζω είναι πολύ καλό να γίνεται όσο πιο νωρίς αρκεί να υπάρχει και συνεργασία με τον θεράποντα γιατρό του ασθενή».

Άρα θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να γίνεται η ψυχοεκπαίδευση στις οικογένειες. Πιστεύετε ότι βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που αυτές αντιμετωπίζουν;

« Πάρα πολύ σημαντικό! Και το παρέλειψα στην αρχή να το πω. Όσα περισσότερα γνωρίζουν οι οικογένειες είναι σε θέση να βοηθήσουν τον ασθενή τους».

Ποιοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να κάνουν ψυχοεκπαίδευση σε οικογένειες;

«Μπορεί να την κάνει και ο ψυχίατρος, μπορεί να την κάνει και ο κοινωνικός λειτουργός. Μπορούν να την κάνουν διάφορες ειδικότητες σε ένα κέντρο».

Εσείς έχετε κάνει ψυχοεκπαίδευση σε οικογένειες; Αν ναι, θα θέλατε να μας μιλήσετε για την εμπειρία σας μέσα από αυτή την διαδικασία;

«Ναι. Οι οικογένειες νομίζω ότι συνεργάζονται. Μπορεί να δυσκολεύονται στην αρχή λόγω του στίγματος, λόγω της άγνοιας, λένε «έλα μωρέ δεν είναι τίποτα», στην πορεία όμως βλέπεις ότι αντιλαμβάνονται και μαθαίνουν πράγματα. Εγώ κάνω

κάποια ομάδα και έχω δουλέψει πολύ με τις οικογένειες των ψυχωσικών ασθενών μέσα από την ομάδα και εκείνο που μου αρέσει και μου κάνει πολύ καλή εντύπωση, είναι ότι όταν συμβεί οτιδήποτε στον ασθενή τους με παίρνουν αμέσως τηλέφωνο και το συζητάνε μαζί μου, για το πώς μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή και πως θα πρέπει να το διαχειριστούμε μέσα στην ομάδα αλλά και σε ατομικά που έχω κάνει. Εξαρτάται βέβαια.. κάποιιοι μπορούν να πάνε καλά, κάποιιοι λιγότερο καλά. Εξαρτάται από τις αντιστάσεις και από το πόσο θέλει να ακούσει η οικογένεια και να εκπαιδευτεί σε όλο αυτό».

Ναι καταλαβαίνω. Υπάρχουν οικογένειες/ άτομα που να έχουν μπει στην διαδικασία της ψυχοεκπαίδευσης και να την έχουν διακόψει; Αν ναι, αυτό έχει κάποια επίδραση στον ασθενή;

«Ναι. Σε αυτήν την περίπτωση σίγουρα δεν βοηθούν τον ασθενή στον βαθμό που θα βοηθούσαν εάν έκανε και την εκπαίδευση».

Άρα θεωρείται και εσείς ότι είναι σημαντικό να γίνεται η ψυχοεκπαίδευση.

«Πάρα πολύ σημαντικό και το παρέλειψα στην αρχή».

Συνεντευξιαζόμενος 6ος

Προφίλ συνεντευξιαζόμενου

Αριθμός ατόμου: ένα (1)

Φύλο: άνδρας

Μορφωτικό επίπεδο: τριτοβάθμια εκπαίδευση

Μέρες και ώρες: : Δευτέρα-Παρασκευή, 08:00-15:00

Ειδικότητα: Ψυχίατρος

Απαντήσεις 6^{ου} συνεντευξιαζόμενου

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιά είναι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κατά την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας των δομών Ηρακλείου;

Ξεκινώντας, θα θέλαμε να μας πείτε από την εμπειρία σας ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σχιζοφρενείς στην καθημερινότητά τους;

«Το μεγαλύτερο και το κυριότερο πρόβλημά τους είναι τα θέματα της λειτουργικότητας. Αν μπορούν λοιπόν να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητα, αν μπορεί να είναι λειτουργικοί ή μη. Δυστυχώς οι περισσότεροι είναι μη λειτουργικοί, πράγμα που σημαίνει ότι βασικά καθημερινά προβλήματα συνήθως δεν μπορούν να

ανταπεξέλθουν. Θέλουν την βοήθεια δηλαδή κάποιου. Τα άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της νόσου και αυτό είναι και η νόσος σαν πρόβλημα είναι ότι οι περισσότεροι δεν συμμορφώνονται με κάποια πράγματα, με τα περισσότερα από τα πράγματα που ουσιαστικά τους υποδεικνύονται. Ένα από αυτά είναι φυσικά σίγουρα και το πρώτιστο ότι δεν συμμορφώνονται με την φαρμακευτική αγωγή. Άλλα προβλήματα τα οποία έχουν κυρίως οι σχιζοφρενείς... Αυτά πιστεύω τα δύο, η συμμόρφωση και η λειτουργικότητα είναι τα πιο βασικά. Μετά υπάρχουν θέματα κοινωνικοποίησης που δεν μπορούν εύκολα να κοινωνικοποιηθούν, θέματα γενικά επαφών ακόμα και με τους δικούς τους ανθρώπους και φυσικά εξαρτάται και το στάδιο το οποίο βρίσκεται η νόσος, αν μπορούν να ενταχθούν μέσα σε κάποιο περιβάλλον ή όχι. Αυτά, αλλά η λειτουργικότητα και η συμμόρφωση είναι τα δύο μεγάλα μας προβλήματα».

Επομένως οι ανάγκες τους έχουν να κάνουν με τα προβλήματα. Πως θα μπορούσαν αυτές να καλυφθούν;

« Εννοείται. Όπως και σε όλα τα νοσήματα τα ψυχιατρικά και τα ψυχολογικά είναι πάντα εξατομικευμένα. Δεν υπάρχει δηλαδή ένα στάνταρ. Η «σχιζοφρένεια σχιζοφρένεια» ως διάγνωση μπορεί να την έχει κάποιος αλλά μπορεί να έχει καλή λειτουργικότητα και καλή συμμόρφωση, υπάρχει ο άλλος ο οποίος δεν την έχει ή είναι παρατραβηγμένη, υπάρχουν πολλά ξέρεις. Είναι καθαρά εξατομικευμένα προβλήματα πλέον».

Συνεπώς πως θα μπορούσαν να περιοριστούν με κάποιο τρόπο οι δυσκολίες των ασθενών προκειμένου να έχουν μια καλύτερη λειτουργικότητα;

« Κοίτα, στην κύρια συμπτωματολογία ενός ασθενή αυτό που θέλεις αρχικά είναι να περιορίσεις το σύμπτωμα. Δηλαδή να τον επαναφέρεις μιας και ουσιαστικά το κύριο πρόβλημα σε αυτούς είναι στην αντίληψη τους, είναι διαταραχή της αντίληψης, να τους επαναφέρεις στην πραγματικότητα. Δηλαδή να μην έχουν αυτές τις διαταραχές στο κομμάτι της αντίληψής τους. Από κει και πέρα η βοήθεια έγκειται περισσότερο στο πως πρέπει και τον ίδιο τον ασθενή να τον εκπαιδεύσεις για να μάθει για την νόσο του όσο είναι εφικτό και κυρίως φυσικά τους συγγενείς. Γιατί την άμεση βοήθεια την έχεις από το περιβάλλον, σε εκείνους ουσιαστικά στηρίζεσαι γενικά αν έχουμε τα θέματα της λειτουργικότητας που είπαμε πριν και της μη συμμόρφωσης ,

όλο το βάρος πέφτει καθαρά στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται και στους συγγενείς που έχει ο ασθενής. Αλλιώς δεν μπορείς να κάνεις τίποτα».

Ερευνητικό ερώτημα: Το κοινωνικοπολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο των ασθενών με σχιζοφρένεια διαφοροποιεί τα προβλήματα και τις ανάγκες τους κατά την άποψη των επιστημών ψυχικής υγείας; Και αν ναι πως;

Καταλαβαίνω. Όσον αφορά το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο όπου εντάσσεται ο κάθε ασθενής, πιστεύετε ότι σχετίζεται με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι; Αν ναι, πως;

«Κοίταξε να δεις, λέμε εμείς πάντα ότι το να νοσήσει κάποιος και με σχιζοφρένεια κυρίως είναι ένας πολυπαραγοντικός... δηλαδή είναι πολλοί παράγοντες οι οποίοι πρέπει να υπάρχουν για να φτάσει κάποιος εκεί. Ένας από τους βασικούς παράγοντες είναι και μέσα στο περιβάλλον το οποίο κινείται είτε αυτό είναι το σχολείο, είτε είναι η ίδια η οικογένεια είτε η δουλειά του κτλ, και επειδή είναι νόσος η οποία ξεκινάει σε μια μικρή ηλικία σχετικά, στο μεγαλύτερο ποσοστό, άρα το κυριότερο περιβάλλον κοινωνικό το οποίο έρχεται σε άμεση αλληλεπίδραση είναι η οικογένεια κατά πρώτιστο λόγο και δεύτερο το σχολείο. Και είναι βασικοί παράγοντες οι οποίοι ουσιαστικά επηρεάζουν και την πορεία αλλά και την εξέλιξη της νόσου. Είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες, δηλαδή λέμε ότι έχει διάφορους όπως η κληρονομικότητα, ο τρόπος ο οποίος έχει μεγαλώσει, τα βιώματα τα οποία έχει και το κομμάτι μέσα στο οποίο κινείται, το κοινωνικό κομμάτι δηλαδή, το οικογενειακό, το σχολικό κατά βάση».

Το φύλο των ασθενών, διαφοροποιεί τα προβλήματα που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν ή και τις ανάγκες που έχουν να καλύψουν;

«Στατιστικά οι άνδρες είναι πιο ευάλωτοι στην σχιζοφρένεια απ' ότι είναι οι γυναίκες. Η αναλογία νομίζω είναι 1 προς 3, δεν θυμάμαι τώρα ακριβώς. Αλλά κάπου εκεί είναι η αναλογία και σίγουρα οι άνδρες είναι πιο ευάλωτοι και πιο δύσκολοι σε σχέση με τις γυναίκες. Δηλαδή η διαφορά στο φύλο ότι οι γυναίκες είναι πιο εύκολα συμμορφούμενες απ' ότι είναι οι άνδρες, είναι πιο λειτουργικές απ' ότι είναι οι άνδρες, γενικά την περνάνε.. όχι πιο απαλά. Είναι πιο εύκολες να το πούμε έτσι οι γυναίκες απ' ότι είναι οι άνδρες. Συνήθως οι άνδρες είναι πολύ πιο δύσκολοι σε όλο το πακέτο, στην συμμόρφωση, στην λειτουργικότητα σε όλα».

Όσον αφορά το οικονομικό επίπεδο εκείνοι που έχουν υψηλότερα εισοδήματα, αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα από άλλους με χαμηλότερο:

«Όχι, δεν έχει καμία σημασία. Δηλαδή το βλέπουμε ότι έχει να κάνει το πολιτισμικό επίπεδο γενικά, όχι το οικονομικό τόσο πολύ. Δηλαδή έχουμε δει και άνθρωποι/οικογένειες οι οποίες είναι εύπορες κτλ να αντιμετωπίζει κάποιο μέλος (προβλήματα).. Ίσως η ευκολία που έχεις πρόσβαση στην υγεία, στο να αντιμετωπίσεις, δηλαδή ότι έχεις τα χρήματα οπότε πια πας πιο εύκολα σε έναν εξωτερικό γιατρό ιδιωτικά. Αυτό εντάξει, μπορεί κάποιος να έχει την ευκολία την οικονομική να πηγαίνει πιο τακτικά ή πιο εύκολα σε έναν ιδιώτη γιατρό ας πούμε, παρά να απευθυνθεί σε ένα δημόσιο τομέα ο οποίος είναι πιο αργός γενικά και αργοκίνητος. Αυτό ναι, εκεί ίσως παίζει κάποιο ρόλο αυτό το κομμάτι γιατί η αντιμετώπιση είτε στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα είναι περίπου η ίδια. Η συχνότητα έχει να κάνει φυσικά, ο ιδιώτης λέει θα πας πιο εύκολα εφόσον πληρώνεις στο δημόσιο δυστυχώς αυτό είναι πιο δύσκολο»

. Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποιά βαθμό ο κοινωνικός στιγματισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών;

Από στοιχεία της βιβλιογραφίας, διαβάσαμε ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια στιγματίζονται από την κοινωνία σε μεγάλο βαθμό. Ο στιγματισμός αυτός σε ποιο βαθμό επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους; Είναι σε θέση να το αντιληφθούν;

«Εννοείται. Από την στιγμή που είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται κάποια πράγματα. Αν δεν αντιλαμβάνονται, δηλαδή εάν είμαστε μέσα στην νόσο η οποία δεν έχει βελτιωθεί επειδή έχουμε διάφορα επίπεδα και διάφορα συμπτώματα, έχει να κάνει με τι προβάλλει ο καθένας περισσότερο. Δηλαδή ένας ας πούμε ο οποίος είναι παρανοϊκός, σίγουρα θα φαίνεται περίεργος όταν είναι καχύποπτος από τον τρόπο που θα σε κοιτάξει όταν είναι έξω ή δεν θα βγει έξω. Συνήθως αυτός θα απομονωθεί περισσότερο ας πούμε δεν θα εκτεθεί τόσο πολύ λόγω του φόβου του. Υπάρχουν άλλοι ας πούμε που έχουν ψευδαισθήσεις οι οποίοι θα τους κοιτάξεις ας πούμε να πίνεις καφέ μπορεί και δίπλα τους και αυτός να μιλάει μόνος του, να κάνει διάφορες κινήσεις που παραπέμπουν σε μια «φάση». Από εκεί και πέρα το στίγμα είναι περισσότερο όχι τόσο γιατί οι ίδιοι εκτίθενται με τέτοιο βαθμό που πέφτουν «θύματα» της κοροϊδίας ή του στιγματισμού, είναι γιατί η κοινωνία η ίδια δεν ξέρει πως θα τους αντιμετωπίσει. Και παρόλο που είμαστε πολύ καλά, δηλαδή είμαστε πολύ

καλύτερα από ότι ήμασταν πριν είκοσι χρόνια, όσον αφορά αυτό έχουμε ανοίξει πιο πολύ, είναι πιο «open mind» οι κοινωνίες, υπάρχουν ενημερώσεις για αυτά τα πράγματα και εδώ εμείς στο κέντρο κάνουμε αυτή την δουλειά, αλλά πάντα όταν ακούς την λέξη σχιζοφρένεια παραπέμπει σε τρέλα. Ο «τρελός» φαίνεται στον άλλον κάπως.. επικίνδυνο, παραπέμπει σε επικινδυνότητα και αυτό είναι το πρόβλημα. Ότι η κοινωνία δεν έχει λύσει ακόμα τέτοιου είδους θέματα δηλαδή το πώς επεξεργάζεται την λέξη «τρέλα». Συνήθως αυτή παραπέμπει σε επικίνδυνο άνθρωπο. Αυτό τον συνδυασμό ακόμα δεν έχει και για αυτό γίνονται φοβίσιμοι οι πιο πολλοί. Φυσικά αντικειμενικά και αυτοί οι οποίοι είναι σχιζοφρενείς και είναι επιθετικοί κτλ αλλά ουσιαστικά αυτοί είναι ελάχιστοι μπροστά στους υπόλοιπους που είναι πιο φυσιολογικοί».

Ναι καταλαβαίνω. Επομένως μπορεί και να αντιδράσουν απέναντι σε αυτόν τον στιγματισμό οι ίδιοι; Ή απλώς επηρεάζονται εσωτερικά;

«Κοίταξε να δεις εξαρτάται πως τους προστατεύει και το ίδιο τους το περιβάλλον και ειδικά εδώ στην Ελλάδα υπάρχει αυτή η υπερπροστατευτικότητα. Συνήθως δεν τους αφήνουν οι οικογένειες ειδικά εδώ στην Κρήτη να εκτεθούν πολύ. Γιατί δεν είναι ένα στίγμα μόνο για τον ίδιο τον ασθενή, είναι ένα στίγμα για όλη την οικογένεια κατάλαβες; Οπότε υπάρχει αυτή η υπερπροστατευτικότητα μέχρι αηδίας δηλαδή σε τέτοιο βαθμό που δεν κάνει καλό και στον ίδιο τον ασθενή κατάλαβες. Τον περιορίζουν οι ίδιοι κοινωνικά, δηλαδή προσπαθούν να τον εκθέσουν όσο λιγότερο γίνεται για να μην εκτεθούν οι ίδιοι».

Ναι. Και εδώ στην Κρήτη ένα παραπάνω όπως είπατε και εσείς.

«Εδώ είναι πολύ πιο έντονο αυτό το κομμάτι. Αυτός ο οποίος έχει μια καλή αντίληψη δηλαδή έχει βελτιώσει κάποια πράγματα, πραγματικά δεν τον καταλαβαίνεις καθόλου. Κυκλοφορεί ανάμεσά μας, μπορεί να δουλεύει και ανάμεσά μας και να μην τον καταλαβαίνεις καν! Υπάρχουν και αυτά. Αυτοί που λέμε οι οποίοι φαίνονται δηλαδή τους βλέπεις στον δρόμο και κυκλοφορούν και κάνουν διάφορα και μιλάνε μόνοι τους ή εν πάση περιπτώσει φέρονται περίεργα, αυτοί είναι ελάχιστοι. Και μιλάμε για περιστατικά χρόνια τα οποία έχουν ξεκινήσει στραβά εξαρχής και πορεύονται στραβά. Αλλά αυτά σε σχέση με το σύνολο είναι πολύ μικρό ποσοστό».

Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κόσμου και γενικότερα της κοινωνίας πιστεύετε ότι είναι ένα μέσο που θα βοηθούσε στην μείωση του κοινωνικού

στιγματισμού; Ή ποιοι άλλοι τρόπου ενδέχεται να βοηθούσαν στην μείωση αυτού του φαινομένου;

«Φυσικά και θα βοηθούσε και αυτό ουσιαστικά γίνεται προσπάθεια πολλά χρόνια τώρα να γίνει. Ένα κομμάτι της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι αυτό ουσιαστικά. Ακόμα απέχουμε γιατί αυτό δεν γίνεται στο βαθμό που πρέπει και ίσως καμία φορά και με τον τρόπο που πρέπει κατάλαβες; Όλα τα λέμε, υπάρχουν είδες και εδώ φυλλάδια και τα λοιπά, αλλά για να κάνεις ενημέρωση όμως χρειάζεσαι και κόσμο και πρόγραμμα και άλλα πολλά για να τα κάνεις. Οπότε μια φορά το χρόνο δεν σώζεις την κατάσταση στην παγκόσμια ας πούμε ημέρα ψυχικής υγείας, για να ενημερώσεις τον κόσμο για αυτά».

Ο κόσμος δείχνει ανταπόκριση από την πλευρά του; Να παρευρεθεί σε κάποιο κάλεσμα;

«Κοίταξε να δεις δείχνουν περισσότερο από ότι έδειχναν παλιά. Εξακολουθούν να μην δείχνουν γιατί εξακολουθεί να είναι θέμα το οποίο είναι «ταμπού» ακόμη. Όσο η κοινωνία μας μένει αμετάβλητη σε βασικές αρχές και πράγματα σίγουρα ναι, δεν θα αλλάξει ούτε και αυτό. Ότι ο «τρελός» θα είναι «τρελός» και θα είναι και επικίνδυνος είναι μέσα σε αυτά τα πλαίσια, όσες φορές και να του πεις σίγουρα σε παραπέμπει σε «προβληματικό» άτομο από άποψη συμπεριφοράς».

Ερευνητικό ερώτημα: Οι διαθέσιμες υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι ικανές, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα και να καλυφθούν οι ανάγκες τους, σύμφωνα με την άποψη των επιστημόνων ψυχικής υγείας;

Όσον αφορά τις διαθέσιμες υπηρεσίες που υπάρχουν εδώ στο Ηράκλειο, θεωρείτε ότι επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες των ατόμων με σχιζοφρένεια;

«Όχι. Κοίταξε να δεις, το κομμάτι αυτό που ανήκει στον τομέα της κοινοτικής ψυχιατρικής δηλαδή στο κέντρο ψυχικής υγείας ήταν αυτός ο ρόλος του. Πλέον δεν μπορεί να λειτουργήσει έτσι γιατί δεν υπάρχουν άτομα. Τον καιρό που λειτουργούσε έτσι όταν πρώτο άνοιξε ήταν γιατί υπήρχε πολύς κόσμος και γιατί η Ελλάδα δεν είχε περάσει κρίση, γιατί η κρίση πολλαπλασίασε όλα τα περιστατικά, τα δεκαπλασίασε, με αποτέλεσμα πλέον όλο το βάρος να έχει πέσει στην αντιμετώπιση αυτών και να έχουν μείνει πάρα πολύ πίσω όλα τα υπόλοιπα, όπως είναι η ενημέρωση. Έχουμε πέσει μόνο και ασχολούμαστε με το κλινικό κομμάτι ασθενής».

Παρόλα αυτά γίνεται κάποια προσπάθεια ώστε να βελτιωθεί αυτό:

«Στη σφαίρα του δυνατού και με τις υπάρχουσες συνθήκες, καταστάσεις και προσωπικό ναι γίνονται. Αλλά δεν είναι αρκετά και δεν φτάνουν και δεν ξέρω και αν ποτέ γίνουν αρκετά για να φτάσουν».

Όσον αφορά έναν κοινωνικό λειτουργό που εργάζεται σε μια τέτοια υπηρεσία ψυχικής υγείας, ποιος είναι ο ρόλος του σχετικά με αυτού του είδους περιστατικά;

«Κοίταξε να δεις αντικειμενικά ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύπλευρος. Το μοντέλο που λειτουργεί εδώ είναι ότι βοηθάει στην διαχείριση του περιστατικού εξαρχής, μπαίνοντας στην διαδικασία να έχει την πρώτη συνέντευξη με τον ασθενή και το περιβάλλον του ασθενούς, έτσι όπως μπορεί να διαχωρίσει τα πράγματα δηλαδή τι χρειάζεται στην συνέχεια και από εκεί και πέρα υποστήριξη όσον αφορά το κομμάτι κυρίως και της ψυχοεκπαίδευσης, που είναι καμιά φορά μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του κοινωνικού λειτουργού. Πρέπει να του μάθει όμως κάποιος αυτό το κομμάτι, δηλαδή στο να μπορεί να εκπαιδεύσει την οικογένεια κυρίως να μάθει για την νόσο και το πώς θα αντιμετωπίζει τα πράγματα και φυσικά την διασύνδεση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες. Δηλαδή αν κάτι χρειαστεί να κινηθεί το «γρανάζι» των υπηρεσιών που μπορούν να βοηθήσουν πολύπλευρα τον ασθενή, ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που αναλαμβάνει όλο αυτό, το κομμάτι δηλαδή της διασύνδεσης της μιας υπηρεσίας με την άλλη γιατί είναι μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του και της δουλειάς που μπορεί να κάνει».

Συνεπώς καταλαβαίνω ότι είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας κοινωνικός λειτουργός σε τέτοιου είδους υπηρεσίες (ψυχικής υγείας).

«Όχι μόνο ένας. Είναι απαραίτητη εννοείται η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού σε πολλά επίπεδα».

Ερευνητικό ερώτημα: Κατά πόσο η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των σχιζοφρενών βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που έχουν στην καθημερινότητά τους, όταν αυτή εφαρμόζεται;

Σχετικά με την ψυχοεκπαίδευση που αναφέρατε και εσείς, από ότι διαβάσαμε είδαμε ότι είναι απαραίτητο να γίνεται και πολλές φορές παίζει καταλυτικό ρόλο στην πορεία και την εξέλιξη της νόσου σε έναν ασθενή. Θέλετε να μας πείτε τι περιλαμβάνει και ποιοι είναι οι στόχοι της;

«Ότι λέει η λέξη, πρέπει να εκπαιδεύσεις ουσιαστικά. Όσον αφορά τον κοινωνικό λειτουργό, το κύριο μέλημά του είναι να το κάνει αυτός στην οικογένεια και όχι τόσο στον ίδιο τον ασθενή. Αυτό θα το αναλάβει περισσότερο ίσως ο γιατρός αρχικά και μετά θα τον υποστηρίξει ο επισκέπτης υγείας, τους ανήκει δηλαδή περισσότερο, τους πάει αυτό το κομμάτι όσον αφορά κυρίως τον ασθενή. Όχι ότι δεν μπορεί να το κάνει και ο κοινωνικός λειτουργός αλλά το πιστεύω ότι του πάει περισσότερο δηλαδή αυτό της οικογένειας. Πρώτα πρώτα δηλαδή, από την στιγμή που θα τεθεί μια διάγνωση σε κάποιον οποιαδήποτε και αν είναι αυτή και τώρα μιας και μιλάμε για την σχιζοφρένεια, η οποία είναι και κάτι δύσκολο να ακουστεί στο αυτί του οποιουδήποτε, ξέροντας ότι ο ασθενής πρέπει να λειτουργεί μέσα σε ένα περιβάλλον το οποίο να είναι προστατευτικό μέχρι έναν βαθμό, ως εκεί που πρέπει και μέχρι εκεί που πρέπει και υποστηρικτικό μαζί. Άρα πρώτα η δουλειά της εκπαίδευσης είναι να πείσει το περιβάλλον, την οικογένεια συνήθως, να κατανοήσει τι είναι αυτό το πρόβλημα. Τι είναι τελικά αυτή η σχιζοφρένεια; Να καταλάβει που είναι ακριβώς το πρόβλημα, σε ποιο επίπεδο δηλαδή εγκεφαλικό, βιολογικό είναι το πρόβλημα αν και αυτό το αναλαμβάνει πιο πολύ αρχικά και ο γιατρός μαζί. Γιατί πολλά πράγματα τα κάνει ο γιατρός μαζί με τον κοινωνικό λειτουργό και μετά η ουσία είναι αφού κατανοήσουν το τι είναι αυτή η σχιζοφρένεια ακριβώς, πρέπει να τους μάθεις πως θα την αντιμετωπίσουν. Και αυτό είναι πάρα πολύ δύσκολο και ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να εκπαιδευτεί στο να το κάνει αυτό το πράγμα, όσο καλύτερα γίνεται. Αξιολογώντας πάντα, γιατί όπως είπαμε αυτό είναι εξατομικευμένο. Αλλιώς να μιλάς σε ένα μέλος μιας οικογένειας εάν για παράδειγμα είναι μονογονεϊκή και αλλιώς να μιλάς σε μια οικογένεια ολόκληρη. Η οικογένεια είναι ένα σύστημα, την ξέρουμε σαν ένα σύστημα το οποίο όταν λέμε ότι ένας πάσχει, πάσχουν όλοι με τον τρόπο τους. Οπότε πρέπει να τους αποσυμπιέσεις και να τους κάνεις σύμμαχους απέναντι στο πως θα βοηθήσουν και αυτοί με το δικό τους κομμάτι την ασθένεια και όχι να το δούνε καθαρά σαν και κάτι σοβαρό, το οποίο πρέπει να πέσουμε πάνω του και να δούμε πως θα το καλύψουμε, ή και να αδιαφορήσουν απέναντι του. Πρέπει να τους μάθεις δηλαδή πως θα «μπουν στο παιχνίδι» και να τους δώσεις ρόλους κίολας που μπορεί να έχει ο καθένας ξεχωριστά, για να μπορείς να πετύχεις όσο το δυνατόν καλύτερο αποτέλεσμα στο σύνολο της οικογένειας απέναντι στον ασθενή. Δεν είναι κάτι

εύκολο να το κάνει αλλά σιγά σιγά αποκτώντας εμπειρία, ένας κοινωνικός λειτουργός το κάνει με τον καλύτερο τρόπο πιστεύω».

Εσείς οι γιατροί κάνετε οι ίδιοι ψυχοεκπαίδευση στις οικογένειες;

«Κοίταξε να δεις εννοείται ότι το κάνουμε. Εμείς τα κάνουμε όλα. Αλλά όταν είμαστε μέσα σε μια δημόσια δομή, όπως μιλάμε αυτή την στιγμή, δεν μπορείς να τα κάνεις όλα κατάλαβες. Δεν είσαι ένας ιδιώτης που θα το επωμισθεί να το κάνει όλο το πακέτο αυτός ο ίδιος. Εδώ έχω λοιπόν τον κοινωνικό λειτουργό, έχω τον επισκέπτη υγείας, έχω τις άλλες ειδικότητες και πρέπει να τις αξιοποιήσω. Δεν μπορώ να τα πάρω όλα αυτά εγώ επάνω μου. Άρα ουσιαστικά, όλοι μπορούν να το κάνουν αυτό αν έχουν μάθει να το κάνουν. Απλώς ο κοινωνικός λειτουργός έχει και το background και την επιστημονική άνεση να είναι πιο κοντά, να το καταλάβει περισσότερο και να το φτιάξει και περισσότερο».

Ναι το καταλαβαίνω. Η ψυχοεκπαίδευση προτείνεται να γίνει σε συγκεκριμένες περιπτώσεις; Το προτείνετε εσείς; Πως λειτουργεί αυτή η διαδικασία;

«Η λογική λέει ότι πρέπει να γίνεται σε όλους. Καμιά φορά λόγω του όγκου της εργασίας μας διαφεύγει, δεν θα πω ότι είμαστε τέλειοι σε αυτή την ζωή. Αλλά κυρίως και για τους ασθενείς μιας και μιλάμε για σχιζοφρένεια, προσπαθούμε να το κάνουμε στο μέτρο του δυνατού σε όλους. Απλώς σίγουρα ο κοινωνικός λειτουργός θα αναλάβει το κομμάτι της οικογένειας κατά 99% και ο γιατρός θα αναλάβει τον ασθενή αρχικά, να τον βάλει μέσα στο παιχνίδι αναλόγως και με τι ασθενή έχεις να κάνεις και σε πόσο βελτιώνεται η κατάσταση. Μετά φυσικά μπορεί να το αναλάβει και αυτό ο κοινωνικός λειτουργός».

Ο γιατρός έρχεται σε επαφή με την οικογένεια του ασθενή, ώστε να την ενημερώνει και ο ίδιος;

«Κοίταξε, η λογική λέει πως είναι δουλειά του να το κάνει αυτό το πράγμα. Πάλι θα πω ότι πολλά πράγματα δεν μπορούν να γίνονται στο μέτρο του δυνατού. Εξαρτάται την περίπτωση. Υπάρχουν ας πούμε άλλα κέντρα που δεν έχουν κοινωνικό λειτουργό οπότε εξ' αναγκασμού τα κάνει όλα ο γιατρός ή ένας επισκέπτης υγείας. Οπότε σε μια δομή που έχεις όλες τις ειδικότητες σίγουρα διανέμεται και καλύτερα η εργασία και εφόσον είναι κάτι ομαδικό, θεωρείται ότι είσαι μια ομάδα η οποία αναλαμβάνει έναν ασθενή, οπότε με αυτό το κομμάτι μπορεί να μην ασχοληθεί ο γιατρός και καθόλου.

Και να ενημερώνεται όμως. Αυτό ούτως ή άλλως θα γίνει να ενημερώνεται από τον κοινωνικό λειτουργό για το τι γίνεται στο κομμάτι της οικογένειας».

Μάλιστα. Κάτι τελευταίο και ολοκληρώνουμε σιγά σιγά. Από την εμπειρία σας, οι οικογένειες είναι δεκτικές σε αυτή την διαδικασία; Ώστε να ενημερωθούν και στην συνέχεια να βοηθήσουν τον ίδιο τον ασθενή;

«Κοίταξε να δεις, επειδή έχω πετύχει στα χρόνια που λειτουργώ (που δουλεύω δηλαδή ουσιαστικά) και την προηγούμενη φάση, έχω την εντύπωση ότι τελευταία οι οικογένειες είναι πιο δεκτικές και το κυνηγάνε και από μόνες τους που παλαιότερα δεν γινόταν. Παλιά τους κυνηγούσες».

Πολύ βασικό αυτό.

«Ναι. Τώρα έχω την εντύπωση ότι θέλουν. Είναι η μεγαλύτερη επαφή που έχουμε με το διαδίκτυο και γενικά η «κουτσή» ενημέρωση που παίρνει ο καθένας γιατί τα ακούει όπως θέλει κτλ; Εν πάση περιπτώσει έστω και μέσα από αυτή την λάθος διαδικασία, ο άλλος μπαίνει στο «τρυπάκι» να θέλει να μάθει και να ενημερωθεί. Αν δεν τον βάλεις εσύ μπορεί να έρθει και από μόνος του να στο ζητήσει. Είναι λίγο καλύτερα τα πράγματα απ' ότι παλαιότερα σε αυτό το κομμάτι αλλά εντάξει και αυτό μπορεί να βελτιωθεί. Και πάλι φυσικά έχουμε ανθρώπους οι οποίοι δεν θέλουν, το νόμισμα έχει δύο πλευρές. Υπάρχουν άλλοι που δεν θέλουν να μάθουν γιατί τους φοβίζει όλο αυτό το πράγμα, οπότε πρέπει να τους προσεγγίσεις με τέτοιο τρόπο ώστε να τους αποσυμπιέσεις έτσι ώστε να τους πεις ότι είναι χρήσιμο να καταλάβουν. Αλλά σίγουρα τα πράγματα είναι πολύ καλύτερα απ' ότι ήταν παλαιότερα ή από φόβο περισσότερο δεν ήθελαν να μάθουν. Τώρα ναι το κυνηγάνε ή αν δεν το κυνηγάνε αυτοί τους κυνηγάμε εμείς».