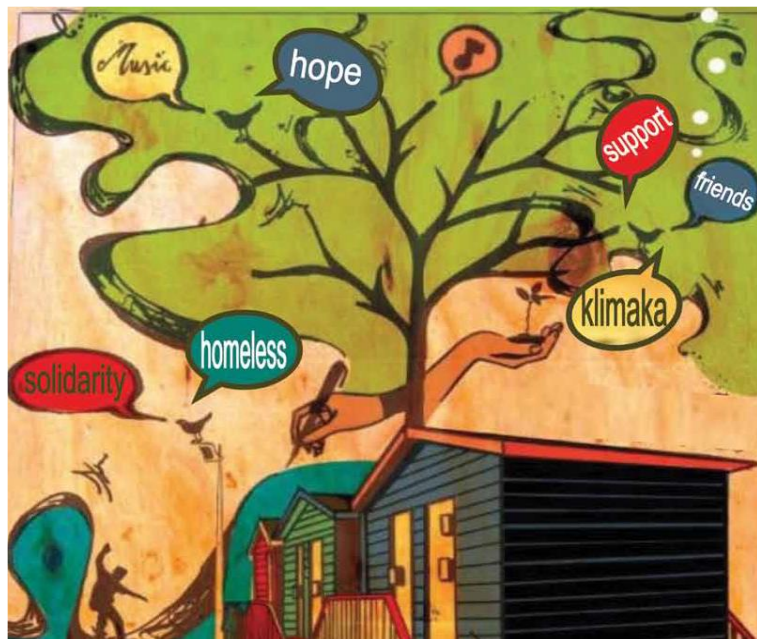




**Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Τίτλος: «Διερεύνηση της Ψυχοπαθολογίας των Αστέγων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα στο νομό Ηρακλείου»**



**Από τους φοιτητές:** Βεΐζι Αργύρης

Δανδουλάκης Μιχαήλ – Αλέξανδρος

Ζαχαριάκης Γεώργιος

**Επιβλέπων Καθηγητής:** Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Κρήτης,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΙΑΓΝΗ, MSc

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2017**

[*Βεΐζι Αργύρης*]

[*Δανδουλάκης Μιχαήλ – Αλέξανδρος*]

[*Ζαχαριάκης Γεώργιος*]

© 2016

ALL RIGHTS RESERVE

## Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	vi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	8
ABSTRACT .....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	12
ΑΣΤΕΓΟΙ .....	12
1.1 Η Έλλειψη στέγης .....	12
1.2 Η έννοια του Κοινωνικού αποκλεισμού .....	13
1.3 Ορισμοί της έννοιας άστεγου .....	14
1.4 Κατηγορίες αστέγων σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία (ETHOS) .....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	17
ΟΙ ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΗΠΑ .....	17
2.1 Οι άστεγοι στην Ελλάδα .....	23
2.1.1 Οι νεοάστεγοι στην Ελλάδα .....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	27
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ .....	27
3.1 Τι είναι ψυχοπαθολογία .....	27
3.2 Συνήθειες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς .....	29
3.2.1 Νευρώσεις .....	30
➤ Είδη Αγχωδών διαταραχών .....	30
1. Μικτή Αγχώδης – Καταθλιπτική κατάσταση .....	31
2. Φοβίες .....	32
3. Υστερική νεύρωση (μετατροπής) .....	33
4. Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση .....	34
5. Σωματόμορφες Διαταραχές .....	35
6. Τις (ή στερεοτυπίες) .....	36
7. Καταθλιπτική νεύρωση .....	36
8. Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ) .....	37

3.2.2 Ψυχώσεις.....	38
1. Σχιζοφρένεια.....	39
3.2.3 Συναισθηματικές Διαταραχές (Συμπεριφοράς).....	40
1. Βασικοί τύποι κατάθλιψης.....	41
3.2.4 Νοητικές ανεπάρκειες.....	41
Βαθμίδες καθυστέρησης.....	41
3.2.5 Οργανικές και ψυχικές διαταραχές.....	42
1. Επιληψία - «κρίσεις Ε».....	42
Ψυχωσικές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τη κλινική εμφάνιση της επιληπτικής δραστηριότητας.....	42
Ιατρογενείς ψυχωσικές διαταραχές.....	43
4. Αμνησία.....	43
5. Διαταραχές του ύπνου – Δυσυπνίες (οφειλόμενες σε ψυχιατρική ή σωματική πάθηση).....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	46
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΤΕΓΩΝ.....	46
4.1 Η Ψυχοκοινωνιολογική προσέγγιση.....	46
4.2 Ψυχοπαθολογία αστέγων στην ΕΕ.....	47
4.2.1 Γερμανία.....	47
4.2.2 Ολλανδία.....	50
4.2.3 Γαλλία.....	51
4.2.4 Ισπανία.....	52
4.2.5 Ελβετία.....	52
4.2.6 Ελλάδα.....	54
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	56
5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	56
5.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	56
5.2 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ.....	56
5.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	56
5.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	57
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	59
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	101
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	105
9. ΗΘΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	
107	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108

<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1<sup>ο</sup> : ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΦΟΡΕΩΝ .....</i>	<i>115</i>
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2<sup>ο</sup> : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....</i>	<i>117</i>

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θεωρούμε υποχρέωση μας να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην Κ. Μαρία Καρτσωνάκη, που μας βοήθησε στην εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Στο Δήμο Ηρακλείου που μας έδωσε την έγκριση για την διεξαγωγή της μελέτης με την χρήση ερωτηματολογίων σε αστέγους.

Τέλος στις οικογένειές μας για την στήριξη που μας παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ETHOS= European Typology on Homelessness and Housing Exclusion

ΜΚΟ= Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

ΔΜΤΣ= Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες

DSM= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ΙΨΔ= Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

ΟΗΕ= Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ICD= International Classification of Diseases

OECD= Organization of Economic Co-operation and Development

FEANTSA= European Federation of National Organizations working with the homeless

CES-D= Center for Epidemiology Studies Depression Scale

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις μέρες μας η έλλειψη στέγης αναγνωρίζεται διεθνώς ως κοινωνικό πρόβλημα και ως η πιο ακραία μορφή φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. Η πρόσφατη οικονομική κρίση και οι νέες μορφές έλλειψης στέγης που εμφανίζονται, αυξάνουν το ενδιαφέρον για τη νέα γενιά αστέγων και για τις στρατηγικές αποτελεσματικής εξάλειψης του φαινομένου. Σύμφωνα με εκτιμήσεις υπολογίζεται ότι οι άστεγοι στην Ελλάδα σήμερα ξεπερνούν τις 20.000. Είναι πολύ σημαντικό να μελετηθούν οι ψυχικές διαταραχές στον πληθυσμό των αστέγων καθώς η σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και έλλειψη στέγης είναι σύνθετη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 50 άστεγοι στο νομό Ηρακλείου όπου η επικοινωνία μαζί τους έγινε σε συσσίτια, στο κέντρο αστέγων νομού Ηρακλείου, σε πλατείες και στο δρόμο. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1). Γενικό ερωτηματολόγιο για την συλλογή κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων. 2). Το ερωτηματολόγιο Langner για την ανίχνευση συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και άλλων νευρωσικών διαταραχών. 3). Το ερωτηματολόγιο CES-D (Center for Epidemiology Studies Depression scale) για την μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

**Αποτελέσματα:** Οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως άνδρες (82%), που βρέθηκαν επί το πλείστον σε συσσίτια με μέσο όρο ηλικίας 47,76 έτη, απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης (36%), άγαμοι (42%) ή διαζευγμένοι (42%). Η επικοινωνία με την οικογένεια δεν υφίσταται και το επάγγελμα τους ήταν κυρίως τεχνίτες, ενώ οι λόγοι που βρέθηκαν χωρίς στέγη ήταν κυρίως οικονομικοί. Οι περισσότεροι πάσχουν από κάποιο σωματικό ή ψυχικό νόσημα, ενώ αρκετοί είναι χρήστες αλκοόλ και κάποιοι έχουν παραβατική συμπεριφορά. Από το ερωτηματολόγιο Langner το 84% το συμμετεχόντων καταγράφηκαν ως μη υγιείς περιπτώσεις με μειωμένη λειτουργικότητα και ψυχικές διαταραχές ενώ το 78% εμφανίζει συμπτώματα σοβαρής κατάθλιψης σύμφωνα με τα δεδομένα που αντλήθηκαν από το ερωτηματολόγιο CES-D.

**Συμπεράσματα:** Η έλλειψη στέγης θεωρείται ακραία έκφραση του κοινωνικού αποκλεισμού και συνδέεται με την εξαθλίωση και την φτώχεια ευάλωτων κοινωνικών ομάδων για τις οποίες δεν υπάρχει επαρκής κοινωνική προστασία. Είναι ανάγκη να δημιουργηθούν οργανωμένες και στοχευόμενες δράσεις για την επίλυση του προβλήματος.

**Λέξεις κλειδιά:** Άστεγοι, οικονομική κρίση, ψυχοπαθολογία.



## ABSTRACT

Nowadays homelessness internationally recognized as a social problem and as the most extreme form of poverty and social exclusion. The recent economic crisis and new forms of homelessness occurring, increase the interest in the new generation of homeless and for the effective elimination strategies of the phenomenon. According to estimates calculated that homeless people in Greece currently exceed 20,000. It is very important to study the mental disorders in the population of homeless and the relationship between mental illness and homelessness is complex.

**Material and Method:** The study sample consisted of 50 homeless in Heraklion where communication with them was in free meals, homeless in Heraklion center, squares and on the road. For data collection the following questionnaires were used: 1). General questionnaire to collect socio-demographic data. 2). The Langner questionnaire for detecting symptoms of anxiety, depression and other neurotic disorders. 3). The CES-D questionnaire (Center for Epidemiology Studies Depression scale) for measuring depressive symptomatology.

**Results:** Participants were mostly men (82%), found mostly in free meals with an average age of 47.76 years, basic education graduates (36%), unmarried (42%) or divorced (42%). Communicating with family does not exist and their occupation were mainly technicians, while the reasons were homeless were mainly economic. Most of the suffer from a physical or mental illness, while many are drinkers and some have offending behavior. From the questionnaire Langner 84% of the participants scored as unhealthy cases with reduced functionality and mental disorders and 78% with severe depression symptoms according to data extracted from the questionnaire CES-D.

**Conclusions:** Homelessness is considered extreme expression of social exclusion and associated with abjection and poverty of vulnerable social groups for which there is no adequate social protection. It is necessary to create organized and targeted actions to solve the problem.

**Keywords:** Homeless, economic crisis, psychopatholog

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της έλλειψης στέγης είναι ένα παγκόσμιο, κοινωνικό φαινόμενο που στην δεκαετία του '80 οξύνθηκε σημαντικά (Gelberg L., 2002). Στην Ελλάδα, άρχισε να θεωρείται ως κοινωνικό πρόβλημα σχετικά πρόσφατα, αν και παρουσιάζει αυξητικές τάσεις από τις αρχές ήδη της δεκαετίας του '90, (Ζαραφονίτου Χ., 2011) οπότε ξεκίνησε και η μαζική εισροή μεταναστών από τις χώρες, κυρίως, της ανατολικής Ευρώπης. Η χρονική αυτή συγκυρία οδήγησε, αρχικά τουλάχιστον, στη σύνδεση των δύο φαινομένων (Γουλιέλμου Σ., 2013).

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, το φαινόμενο άρχισε να απασχολεί ιδιαίτερα τους κοινωνικούς επιστήμονες στις Η.Π.Α., αφενός λόγω της ποσοτικής αύξησης των αστέγων και, αφετέρου, λόγω της ποιοτικής αλλαγής των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, με τη συμμετοχή γυναικών, παιδιών και ολόκληρων οικογενειών (Meanwell E., 2012).

Παρά τις αυξημένες διαστάσεις του φαινομένου, σε διεθνές επίπεδο, το θέμα δεν έχει διερευνηθεί ικανοποιητικά και συστηματικά. Η έλλειψη συστηματικής γνώσης των διαστάσεων, χαρακτηριστικών και αναγκών των αστέγων καθώς και της απαραίτητης εννοιολογικής κατηγοριοποίησής τους αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στην ανάπτυξη και εφαρμογή «στοχευμένων» πολιτικών πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου (Breakey W. R. & Fischer P. J., 1990).

Οι περισσότερες έρευνες για τους άστεγους προέρχονται από τις ΗΠΑ και μελέτησαν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό αυτό. Οι έρευνες για τους αστέγους στις Ευρωπαϊκές χώρες επικεντρώνονται στην ψυχική κατάσταση και την κοινοτική φροντίδα των αστέγων ήδη από τη δεκαετία του 1980. Το φαινόμενο αναπτύσσεται σταδιακά στις χώρες αυτές, σε αντίθεση με τις χώρες της Βόρειας Αμερικής όπου το φαινόμενο είναι πιο παλιό. Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι υψηλότερη στον πληθυσμό των αστέγων, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό με ποσοστά από 58–100%. Σε χώρες όπως η Γερμανία, η Ισπανία, η Ολλανδία, η Γαλλία, η Ελβετία όπου μελετήθηκε το φαινόμενο της απώλειας στέγης βρέθηκε πολύ υψηλή επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, με προεξάρχουσες τις διαταραχές κατάχρησης ουσιών, τις συναισθηματικές

διαταραχές, ενώ μικρά ποσοστά αναφέρονται για τις ψυχωτικές διαταραχές (Χονδράκη Π., 2012).



αναγνωρίζεται λιγότερο ως έλλειψη φυσικού καταφυγίου και περισσότερο ως απώλεια ενός προσωπικού χώρου (Somerville P., 1992). Η σχέση του ατόμου με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον αποκτά ιδιαίτερη σημασία, και οι έρευνες επικεντρώνονται στην ατομική εμπειρία και δράση όπως αυτές διαμορφώνονται μέσα στα κοινωνικά, φυσικά, και πολιτισμικά τους πλαίσια. Αυτή η προοπτική υιοθετεί μια δυναμική σχέση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον, εστιάζοντας τόσο στη διαδικασία της αλλαγής όσο και στην τρέχουσα εμπειρία. Από την πλευρά αυτής της προοπτικής, η έννοια της στέγης δεν αποτελεί ένα αμετάβλητο προϊόν, αλλά έναν δυναμικό χώρο (May J., 2000), μια ζωντανή διαδικασία ή κατασκευή, ή ένα ταξίδι. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι διαπραγματεύονται και κατασκευάζουν τις ζωές τους μέσα σε αυτά τα περιορισμένα περιβάλλοντα μπορεί να δώσει σημαντικά στοιχεία για τη διαδικασία του περάσματος από τη στέγη στην στέρηση στέγης.

### 1.2 Η έννοια του Κοινωνικού αποκλεισμού

Στην προσπάθεια να οριστεί και να εξεταστεί ο κοινωνικός αποκλεισμός ως φαινόμενο, είναι υποχρεωτικό να διευκρινιστεί το θεωρητικό πλαίσιο αναφοράς, καθώς ο όρος αυτός μπορεί να έχει διαφορετικό περιεχόμενο για διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις. Η επιλογή αυτή, ωστόσο, δεν είναι τόσο απλή, ιδιαίτερα από τη στιγμή που ο όρος εξετάστηκε από τους κοινωνικούς επιστήμονες, αφού είχε αρχίσει ήδη να χρησιμοποιείται ευρέως τόσο στην καθημερινή γλώσσα, όσο και στο δημοσιογραφικό και πολιτικό λόγο **«ως κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζεται η κατάσταση διαβίωσης σε συνθήκες ανέχειας»**.

Η συνθήκη, ως αποτέλεσμα, είναι αυτή που παρέχει το ενοποιητικό στοιχείο και όχι η αιτία. Άλλωστε είναι χαρακτηριστικό πως ο όρος συχνά ταυτίζεται με τη φτώχεια, όπως η ανεργία αντίστοιχα μετονομάζεται σε «αποκλεισμό από την αγορά εργασίας». Ο Strobel (1996) σημειώνει σχετικά: *«Η επιτυχία του όρου “κοινωνικός αποκλεισμός” πιθανόν να οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι έχει υποστεί μια αλλαγή στη σημασία του και έχει μετατραπεί σε ευφημισμός. Ενώ αρχικά αναφερόταν στην πράξη της απόρριψης κάποιου από μια ομάδα, από ένα θεσμό ή από ένα κοινωνικό χώρο (ή της απαγόρευσης να συμμετέχει σε αυτά), τώρα αναφέρεται στο αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας, στην κατάσταση αυτών που αποκλείονται, χωρίς ένδειξη σχετικά με το “από πού αποκλείονται”*

και “ποιος τους αποκλείει”». Αν επιχειρήσουμε, λοιπόν, να προσεγγίσουμε το φαινόμενο ως διαδικασία, θα πρέπει να προσδιορίσουμε το φορέα και το υποκείμενο του αποκλεισμού. Επιπλέον μένει να δούμε το κοινό στοιχείο που διαπερνά τους πόρους που στερούνται οι κοινωνικά αποκλεισμένοι, το γεγονός ότι συνιστούν δημόσια κοινωνικά αγαθά (Γσιάκαλος Γ., 1998).

Με αυτήν την έννοια, ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να εκφραστεί ως αποκλεισμός από την εκπαίδευση, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και στην παρούσα πτυχιακή εργασία, την κατοικία, η έλλειψη των οποίων μπορεί να οδηγήσει στην οικονομική ανέχεια ή περιθωριοποίηση. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζει τόσο μια συνθήκη, όσο και την ίδια τη διαδικασία. Θεμελιώνεται με αναφορά στα κοινωνικά δικαιώματα, στοιχείο που απουσιάζει στο επίπεδο του κυριάρχου λόγου αναφορικά με το φαινόμενο. Κυρίως, όμως, οφείλει να συνδέσει την επίκαιρη κοινωνική θέση του ατόμου (φτώχεια, ανεργία) με την ταξική του κατάσταση (Αλεξίου Θ., 1999), αναγνωρίζοντας το εύρος των μηχανισμών που παρεμβάλλονται ανάμεσά τους (Βλάση Α., 2013).

### 1.3 Ορισμοί της έννοιας άστεγου

Ως άστεγος, σύμφωνα με το ETHOS 2006 - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion -Ευρωπαϊκή τυπολογία ορισμών για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία, ορίζεται: *«Το άτομο που ζει στο δρόμο, διαμένει σε νυχτερινά καταφύγια και σε ξενώνες για άστεγους, όπως επίσης και οι μητέρες ή οι γυναίκες που διαμένουν σε καταφύγια γυναικών ή οικογενειακά καταφύγια».*

Ως στερούμενοι κατοικίας, σύμφωνα με τον ίδιο οργανισμό, θεωρούνται: *«Οι μετανάστες που διαμένουν σε ξενώνες, οι άνθρωποι που αποφυλακίζονται ή παίρνουν εξιτήριο από νοσοκομεία και τα άτομα στα οποία παρέχεται οικονομική ενίσχυση για την αποκατάσταση στέγης».*

Στη χώρα μας, όπως έχει ήδη αναφερθεί δεν υπάρχει επίσημος προσδιορισμός της ομάδας των αστέγων. Οι δημόσιες κοινωνικές υπηρεσίες αποδέχονται ως άστεγο μόνο εκείνον που ζει στο δρόμο, πλήρως εξαθλιωμένος.

Σε αντίθεση με αυτές, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) που δραστηριοποιούνται σε αυτόν το τομέα κάνουν αποδεκτή μια ευρύτερη έννοια για το τι είναι άστεγος,

βασισμένες στην ευρωπαϊκή τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία (γνωστή ως ETHOS) και η οποία έχει συνταχθεί από την FEANTSA και βασίζεται στη παραδοχή ότι η έννοια του «σπιτιού» συνίσταται από τρεις παραμέτρους, η απουσία των οποίων περιγράφει το φαινόμενο της έλλειψης στέγης (ETHOS 2006).

Σύμφωνα λοιπόν με την ETHOS – ευρωπαϊκή τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία:

1. Το να έχει κάποιος σπίτι σημαίνει ότι έχει ένα κατάλληλο οίκημα (ή χώρο), στο οποίο το άτομο και η οικογένεια του έχουν την αποκλειστική κυριότητα (φυσική διάσταση).
2. Το να είναι κανείς σε θέση να διαθέτει προσωπικό χώρο και να απολαμβάνει τις κοινωνικές του σχέσεις (κοινωνική διάσταση).
3. Το να έχει κανείς έναν νόμιμο τίτλο για την ιδιοκτησία ενός χώρου (νομική διάσταση). Αυτή η ανάλυση οδηγεί στις 4 κύριες διαφοροποιήσεις:
  - Άστεγοι στον δρόμο.
  - Έλλειψη κατοικίας.
  - Επισφαλής στέγη.
  - Ανεπαρκής ή Ακατάλληλη στέγη, οι οποίες όλες υποδηλώνουν την έλλειψη σπιτιού (MPHASIS, 2009).

#### 1.4 Κατηγορίες αστέγων σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία (ETHOS)

1. Άστεγοι (χωρίς κανενός είδους καταφύγιο, που κοιμούνται στο δρόμο). Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει ανθρώπους οι οποίοι ζουν στους δρόμους, χωρίς πρόσβαση σε κανενός είδους κατοικία και ανθρώπους που περιστασιακά μένουν για μια νύχτα σε φθηνά ξενοδοχεία. Δεν υπάρχουν καθόλου στατιστικά δεδομένα για αυτή την ομάδα. Ο μεγάλος αριθμός παράνομων μεταναστών που εισήλθαν στη χώρα καθιστά άσκοπη κάθε προσπάθεια να υπολογισθεί αυτή η ομάδα. Ωστόσο, αναδεικνύει την ανάγκη για αντιμετώπιση του προβλήματος της κατοικίας.
2. Στερούμενοι κατοικίας (που έχουν ένα μέρος να κοιμηθούν, αλλά είναι προσωρινά σε ιδρύματα ή ξενώνες αστέγων). Η δεύτερη μεγάλη ομάδα αστέγων περιλαμβάνει ανθρώπους που απευθύνονται σε συγκεκριμένες υπηρεσίες (για

παράδειγμα πρόσφατα αποφυλακισμένοι, διαμένοντες σε ξενώνες, θύματα ενδοοικογενειακής βίας). Σε αυτή την ομάδα θα μπορούσε κανείς να έχει επαρκή δεδομένα, με την προϋπόθεση ότι θα λειτουργούσε ένα ενοποιημένο σύστημα για την καταγραφή των περιπτώσεων.

3. Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης (απειλούμενοι με σοβαρό αποκλεισμό εξαιτίας επισφαλούς μίσθωσης, έξωσης, οικογενειακής βίας). Δεν υπάρχουν δεδομένα που να αφορούν ανθρώπους που ζουν σε επισφαλή κατοικία ή που ζουν υπό την απειλή της έξωσης ή οποιουδήποτε άλλου κινδύνου. Ωστόσο, χρησιμοποιώντας τα δεδομένα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας σχετικά με το εισόδημα και την οικονομική ανασφάλεια ανάλογα με το φύλο και το είδος του νοικοκυριού, κάποιος μπορεί να εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, αν οι οργανισμοί που ασχολούνται με το θέμα των αστέγων, ξεκινούσαν την καταγραφή των ανθρώπων που ζουν σε αυτή την κατάσταση, θα μπορούσαμε να έχουμε σημαντική συνεισφορά στα δεδομένα. Μια τέτοια δραστηριότητα θα μπορούσε να συμβάλλει στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων για την αποφυγή του αποκλεισμού από την κατοικία.

4. Άνθρωποι που διαβιούν σε ανεπαρκή-ακατάλληλα καταλύματα (σε τροχόσπιτα σε παράνομους χώρους κατασκήνωσης, σε ακατάλληλα καταλύματα, σε ακραίες συνθήκες συνωστισμού). Εδώ πάλι δεν υπάρχουν δεδομένα ούτε σχετικά με τους ανθρώπους που ζουν σε ακατάλληλα καταλύματα ούτε σχετικά με την κατάσταση που βρίσκονται τα ίδια τα καταλύματα (MPHASIS, 2009).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΟΙ ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Αρκετοί μελετητές έχουν διαπιστώσει ότι στις Αγγλοσαξωνικές χώρες (ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο) όπου και συναντάμε μεγαλύτερη εισοδηματική ανισότητα και λιγότερο γενναιόδωρα κοινωνικά προγράμματα από τις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, εμφανίζονται τα υψηλότερα ποσοστά μακροχρόνια άστεγων από οπουδήποτε αλλού.

Επίσης, οι σημαντικές διαφορές στις κοινωνικές δαπάνες μεταξύ ΗΠΑ και



Ευρώπης, ιδιαίτερα οι κοινωνικές δαπάνες προς τις οικογένειες, εξηγούν τα υψηλότερα ποσοστά άστεγων οικογενειών στις ΗΠΑ (Alesina A. & Glaeser E., 2004).

Η σημαντική ερευνητική μαρτυρία για το πρόβλημα των άστεγων στις ΗΠΑ, μας δείχνει επίσης, ότι το σύστημα της στεγαστικής αγοράς μπορεί να ενθαρρύνει ή να εξισορροπεί τα αποτελέσματα των πολιτικών κοινωνικής πρόνοιας. Η αύξηση της έλλειψης στέγης στις ΗΠΑ, αντιστοιχεί με τη μείωση της πρόσβασης στην οικονομικά προσιτή και ποιοτική κατοικία. Όπως αναφέρεται, τα τελευταία χρόνια, δεν υπάρχει πολιτεία στις ΗΠΑ που ένας εργατής με πλήρες ωράριο και τον ελάχιστο μισθό, να μπορεί να νοικιάσει ένα δωμάτιο διαμέρισμα, στις νόμιμες τιμές ενοικίασης, που σημαίνει, ότι οι άνθρωποι πρέπει να ξοδέψουν περισσότερο από το 30% του εισοδήματός τους για στέγαση. Αντίθετα, στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ο θεσμός της κοινωνικής κατοικίας, βοηθά τους εργαζόμενους με χαμηλές αμοιβές να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλη κατοικία με προσιτή τιμή (Πρότυπο Πειραματικό Λύκειο Ιωνιδείου, 2014).

Εκτός από τα παραπάνω, οι βίαιες διαρθρωτικές οικονομικές αλλαγές μπορούν, επίσης, να οδηγήσουν στην έλλειψη στέγης. Παράδειγμα οι χώρες στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, όπου το φαινόμενο της έλλειψης στέγης ήταν ανύπαρκτο στις χώρες του πρώην Ανατολικού μπλοκ, αλλά με την κατάρρευση του συστήματος, σε αρκετές χώρες το πρόβλημα έχει γίνει έντονα εμφανές. Στην Τσεχία, για παράδειγμα, η έλλειψη στέγης είναι αξιοσημείωτη μετά τη διάλυση της Τσεχοσλοβακίας, το 1993 (Γιαννέτου Κ. 2012).

Προβαίνοντας σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, για την έλλειψη στέγης στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες, μπορούμε να εντοπίσουμε δύο συγκεκριμένες ομάδες που ξεχωρίζουν για την καθολική παρουσία τους: η φυλετική ή εθνική μειονότητα και οι ψυχικά ασθενείς. Στις ΗΠΑ, οι Αφροαμερικανοί και οι ιθαγενείς Αμερικανοί υπερεκπροσωπούνται μεταξύ των άστεγων (Burtet al., 1999).

Στη Γαλλία, οι Αφρικανοί και οι μετανάστες, βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να μείνουν άστεγοι, από τους υπόλοιπους κατοίκους. Στην Αγγλία, οι έγχρωμοι βρίσκονται, επίσης, σε μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άστεγοι. Στην Αυστραλία, μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άστεγοι, διατρέχουν οι ιθαγενείς και στην Ιαπωνία, εθνικές μειονότητες, όπως είναι οι Αϊνου, οι Κορεάτες και οι κάτοικοι των νησιών Okinawa, αλλά και κοινωνικές ομάδες, όπως είναι, οι Eta και Hinin, που βρίσκονται έξω από τη κυρίαρχη κοινωνική διαστρωμάτωση της χώρας και οι οποίοι κατοικούν σε φτωχές περιοχές κινδυνεύουν περισσότερο να βρεθούν άστεγοι (The road home serve, 2008).

Επίσης, οι άνθρωποι που βιώνουν την ψυχική ασθένεια, υπερεκπροσωπούνται μεταξύ των άστεγων στην Ευρώπη, στην Αυστραλία και στις ΗΠΑ, αν και η συχνότητα της ψυχικής ασθένειας μεταξύ των άστεγων, χρήζει πιο ενδελεχούς έρευνας. Δυστυχώς, δεν υπάρχει μία σημαντική συγκριτική διεθνής έρευνα, για τις επιπτώσεις των πολιτικών για την ψυχική υγεία (π.χ. Αποασυλοποίηση), στην έλλειψη στέγης.

Οι παραπάνω ερευνητικές μαρτυρίες, ωστόσο, αναδεικνύουν ότι η σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και έλλειψης στέγης είναι πιο σύνθετη. Για παράδειγμα, η έλλειψη στέγης στις ΗΠΑ αυξήθηκε, όταν μεγάλοι αριθμοί ανθρώπων αποασυλοποιήθηκαν, αλλά τούτο συμπίπτει χρονικά με το γεγονός, ότι πολλοί άνθρωποι με ή χωρίς ψυχική ασθένεια έμειναν άστεγοι, γιατί έχασαν την πρόσβαση σε φτηνή κατοικία. Από την άλλη μεριά, άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, ακόμη και με ιστορικό μακρόχρονης παραμονής στο δρόμο, μπόρεσαν να ζήσουν στα δικά τους διαμερίσματα, όταν τους προσφέρθηκε η κατάλληλη οικονομική και κοινωνική υποστήριξη (Γιαννέτου Κ. 2012).

Ειδικά τώρα για την Ευρώπη, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ακολουθείται οργανωμένη στρατηγική για τη στήριξη των αστέγων με τη λειτουργία θεραπευτικών προγραμμάτων που έχουν ως στόχο την αποκατάσταση των αστέγων και τα οποία προσφέρουν εκτός από στέγη, ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρεμβάσεων προκειμένου να υπάρξει σταδιακή επανένταξη των θεραπευομένων στην κοινωνία και στο εργασιακό περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα, στους ξενώνες της Αγγλικανικής Εκκλησίας στη Μεγάλη Βρετανία οι τρόφιμοι ακολουθούν αυστηρό πρόγραμμα, ξυπνούν νωρίς, πηγαίνουν σε συνεντεύξεις για δουλειά ή παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα. Ακόμα, τους παρέχεται επίδομα στέγασης, το οποίο είτε χρησιμοποιούν για να νοικιάσουν κάποια κατοικία είτε το δίνουν στη δομή, όπου φιλοξενούνται. Φιλοδοξία αυτής της πολιτικής είναι η έλλειψη στέγης να αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο στη ζωή των πολιτών και όχι μια μόνιμη κατάσταση (Γιαννέτου Κ. 2012).

Στη γειτονική, τώρα, Ιταλία, οι άστεγοι υπολογίζονται περίπου σε 100.000 άτομα, που ζουν σε 158 πόλεις. Μόνο το 17% των δράσεων για τη στήριξη των αστέγων ανήκουν σε κρατικούς φορείς, ενώ στη παρούσα φάση δεν υπάρχουν προγράμματα χρηματοδοτούμενα από εθνικούς πόρους ή ξενώνες για τη φιλοξενία αστέγων. Την ευθύνη, τελικώς, για την επιβίωση, αλλά και την αποκατάσταση των αστέγων, αναλαμβάνει η Καθολική Εκκλησία μέσω της φιλανθρωπικής της οργάνωσης Caritas και άλλες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Το ένα τρίτο των προσφερομένων υπηρεσιών αφορά τις πρωτογενείς ανάγκες των αστέγων (φαγητό, ένδυση, υπόδηση, προσωπική υγιεινή) σε αντίστοιχες υποδομές, 17% των δράσεων αφορά τη νυχτερινή φιλοξενία και 4% την ημερήσια φιλοξενία σε ξενώνες. Παράλληλα, προσφέρεται σειρά υπηρεσιών από εξειδικευμένους κοινωνικούς επιστήμονες, που περιλαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη, επαγγελματικό προσανατολισμό, ακόμα και συνοδεία στις δημόσιες υπηρεσίες (Φωτιάδη Ι., 2012).

Από 85.000 έως 100.000 υπολογίζονται οι άστεγοι στη Γαλλία. Μέτρηση που έγινε μια τυχαία νύχτα του χειμώνα κατέγραψε 86.000 άτομα, δηλαδή το 0,13% του συνολικού πληθυσμού. Στην πλειοψηφία τους πρόκειται για άνδρες (79%) γαλλικής καταγωγής (36%). Μόνο στο Παρίσι, ο σταθερός πληθυσμός των clochards φτάνει τους 15.000, στους οποίους προστίθεται περιστασιακά περίπου τριπλάσιος αριθμός αστέγων. Το 2009 δόθηκε 1,1 δισ. ευρώ για ξενώνες και γεύματα αστέγων και το 2010 επενδύθηκαν ακόμα 110 εκατομμύρια ευρώ (Φωτιάδη Ι., 2012).

Στη Σουηδία, με τη μακρά παράδοση κοινωνικής πολιτικής, οι άστεγοι τυγχάνουν καλύτερης τύχης. Μπορεί ο συνολικός αριθμός τους να αυξήθηκε από το 2005 έως το 2011 σύμφωνα με έρευνες του υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας, παράλληλα όμως εντατικοποιήθηκαν και τα μέτρα προστασίας τους. Έτσι, μολονότι 34.000 άτομα είναι άστεγα, σε δημόσιους χώρους κοιμούνται σήμερα μόνο 280, όταν το 2005, 980 άτομα έμεναν σε δρόμους της Στοκχόλμης, του Γκέτενμποργκ και του Μάλμε. Από τους 34.000

που ανήκουν στην κατηγορία ανθρώπων χωρίς σπίτι, 4.500 βρίσκονται σε επείγουσα κατάσταση, οι υπόλοιποι έχουν βρει προσωρινή λύση σε ξενώνα ή ξενοδοχείο. Η αλλαγή στο τοπίο ήρθε με την υιοθέτηση στοχευμένων μέτρων από το αρμόδιο υπουργείο, που προέβλεπαν αύξηση των αντίστοιχων κονδυλίων και συνεργασία όλων των συναρμόδιων φορέων. Ωστόσο, σημειώθηκε αύξηση των γυναικών και των αλλοδαπών αστέγων (34%) (Φωτιάδη Ι., 2012).

Σύμφωνα τώρα με τα αποτελέσματα έρευνας του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τους Αστεγούς που έγινε σε 13 χώρες, στις περισσότερες χώρες υπήρχαν δεδομένα για άτομα που διαβιούν σε αντίξοες συνθήκες και σε καταφύγια έκτακτης ανάγκης, και για άτομα που ζουν σε ξενώνες αστέγων. Επιπλέον, παρατηρήθηκε αυξανόμενος αριθμός γυναικών και νέων ατόμων, αυξανόμενοι αριθμοί οικονομικών μεταναστών από την ανατολική Ευρώπη και αυξανόμενος αριθμός αιτούντων άσυλο και μεταναστών χωρίς χαρτιά (Bosch MJ, 2010).

Φαίνεται πάντως πως η συμβουλευτική, και η εξατομικευμένη παρέμβαση από ειδικευμένους επιστήμονες, παραδείγματος χάριν στις Στέγες Φιλοξενίας, όπως λειτουργεί σαν πρόγραμμα στη Φινλανδία, μπορεί να συμβάλλει τόσο στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων όσο και στη μείωση της πιθανότητας επαναφοράς στο σημείο της «έλλειψης στέγης». Η προαναφερθείσα τακτική, σε συνδυασμό με την εφαρμογή προγραμμάτων κινητών μονάδων βοήθειας για «στοχευμένη» δράση, μπορεί να συντελέσει στην άμεση και αποτελεσματικότερη παρέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, η επιτευχθείσα μείωση του πληθυσμού των αστέγων συσχετίστηκε, από τους ειδικούς, με συγκεκριμένες πολιτικές παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένων προληπτικών πολιτικών σε Γερμανία και Αγγλία και με μια νέα, ολοκληρωμένη πρακτική επικεντρωμένη στο μοντέλο «Πρώτα Στέγαση» (Housing First), στη Φινλανδία, στο οποίο έγινε αναφορά παραπάνω (European Observatory of Homelessness, 2011).

Ειδικά η τελευταία, τον Φεβρουάριο του 2008 θέσπισε ένα εθνικό πρόγραμμα δράσης με στόχο τη μείωση των μακροχρόνια αστέγων κατά το ήμισυ έως το 2011. Η παροχή επαρκούς στέγασης θεωρήθηκε απαραίτητη προϋπόθεση για την αντιμετώπιση των λοιπών κοινωνικών προβλημάτων και των προβλημάτων υγείας. Το πρόγραμμα βοήθησε τους αστέγους να εξασφαλίσουν μόνιμη στέγη βάσει συμβάσεων μίσθωσης και μετέτρεψε τα καταφύγια σε μονάδες προς ενοικίαση. Παρείχε συμβουλευτικές υπηρεσίες στέγασης και οικονομική υποστήριξη για την αποφυγή εξώσεων, καθώς και καθοδήγηση

σχετικά με την αξιοποίηση των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας (Εκθεση κοινωνικής προστασίας, 2011).

Καταρτίστηκαν επίσης σχέδια αποκατάστασης και παροχής υπηρεσιών προς αστέγους. Κατά την πρώτη αξιολόγηση του προγράμματος, διαπιστώθηκε ότι το αποτέλεσμα ήταν η εξοικονόμηση 14.000 ευρώ ανά άτομο, πάνω από το 50 % του μέσου συνολικού κόστους των κυβερνητικών παροχών προς αστέγους. Η φινλανδική κυβέρνηση εκτιμά ότι η επίτευξη του στόχου του προγράμματος για τη δημιουργία 1250 νέων κατοικιών και εγκαταστάσεων επιδοτούμενης στέγασης ή πρόνοιας για τους μακροχρόνια άστεγους μπορεί να εξοικονομήσει 17,5 εκατ. ευρώ ετησίως (Εκθεση κοινωνικής προστασίας, 2011).

Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε πως προκειμένου να σχεδιασθούν και να τεθούν σε λειτουργία τέτοιου είδους προγράμματα, απαιτούνται και οι ανάλογες δομές οι οποίες δεν υφίστανται χωρίς την κρατική οικονομική στήριξη. Ουσιαστικά, όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, οι περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες της σύγχρονης ελληνικής οικονομίας, αποτελούν ένα από τα βασικότερα προβλήματα, καθώς απαιτείται οικονομικό κόστος αφενός, για την ίδρυση όλων των παραπάνω υπηρεσιών και αφετέρου, για τη στελέχωσή τους από ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό.

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η έλλειψη στέγης συνιστά παράγοντα δημιουργίας έντονων ανασφαλειών σχετικά με τις βασικές ανάγκες επιβίωσης του ατόμου (σίτιση – υγεία) αλλά και φόβου του εγκλήματος εφόσον ο άστεγος ζει καθημερινά στο δρόμο «εκτεθειμένος» σε πολλαπλούς κινδύνους και απειλές. Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τομείς ανασφάλειας των αστέγων, ιδίως σε περιόδους κακοκαιρίας όπου, η έλλειψη, έστω και προσωρινού, καταλύματος, τους καθιστά ευάλωτους. Για τον ίδιο λόγο, ο βραδινός ύπνος συνιστά έναν επιπλέον λόγο ανασφάλειας, συνδεδεμένης με το φόβο ενδεχόμενης θυματοποίησής τους, συναίσθημα που μπορεί να εντείνουν ακόμη και σημάδια «κοινωνικής αταξίας» στο χώρο όπου κοιμούνται, όπως είναι οι βανδαλισμοί, τα γκράφιτι ή ακόμη και τα φαινόμενα διακίνησης ναρκωτικών ουσιών (Dearbhal, 2006).

Όπως παραδόξως το ζήτημα της καθημερινής εξασφάλισης τροφής, δεν φαίνεται να ενισχύει τυχόν αισθήματα ανασφάλειας μιας και, τόσο στην πρόσφατη έρευνα της “Κλίμακας” όσο και από τα στοιχεία της δικής μας έρευνας, οι άστεγοι με τον έναν ή άλλον τρόπο έχουν βρει τρόπους επίλυσής του. Βέβαια η εξασφάλιση τροφής δεν

σημαίνει και σωστή σίτιση. Σε αυτή τη περίπτωση εάν δεν σιτίζονται σωστά, αναπόφευκτα ο οργανισμός τους θα είναι αδύναμος, και ευάλωτος σε ασθένειες ιδιαίτερα όταν επικρατούν ακραίες καιρικές συνθήκες. Πάντως σε πορίσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. σε εφήβους άστεγους, οι άστεγοι βιώνουν αισθήματα ανασφάλειας σχετικά με την εξασφάλιση τροφής τα οποία συνδέονται άμεσα με το εύρος του κοινωνικού δικτύου που έχουν αναπτύξει κάτι που τους βοηθά να εξασφαλίζουν φαγητό όταν δεν έχουν καθόλου χρήματα. Σε αντίθετη περίπτωση, ίσως αναγκασθούν να εμπλακούν σε παραβατικές πράξεις (κλοπή χρημάτων ή φαγητού) ίσως ακόμη και να πέσουν θύματα σεξουαλικής εκμετάλλευσης προκειμένου να εξασφαλίσουν μία ποσότητα τροφής, το λεγόμενο «survival sex» (Dearbhal, 2006).

Το σεξ για λόγους επιβίωσης, ενέχει σοβαρό κίνδυνο θυματοποίησης, γεγονός που προκαλεί ή/και εντείνει το φόβο του εγκλήματος. Τέλος, οι άστεγοι πέφτουν συχνά θύματα ποινικών αδικημάτων, ιδίως κλοπών και επιθέσεων κατά της σωματικής τους ακεραιότητας, ενώ οι γυναίκες αισθάνονται επιπλέον ανασφάλεια λόγω του ότι οι παραπάνω ενέργειες μπορεί να συνοδεύονται από σεξουαλικά αδικήματα σε βάρος τους.

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τους αστέγους, πολύ λίγες είναι οι χώρες που διεξάγουν έρευνες καταγραφής των αστέγων και των αναγκών τους ανά τακτά χρονικά διαστήματα και διαθέτουν οργανωμένα συστήματα ποσοτικής και ποιοτικής καταγραφής τους (των κατηγοριών και των αναγκών). Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η Δανία, η Φινλανδία, η Ιρλανδία, το Ην. Βασίλειο και η Νορβηγία. Γι αυτό και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, έχει ήδη αναγνωριστεί η αναγκαιότητα της αποτελεσματικής συλλογής δεδομένων, ως ένα συστατικό στοιχείο μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση των αναγκών των αστέγων (European Observatory of Homelessness, 2011)

Στη χώρα μας, τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία δεν επιτρέπουν να διαφανούν οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος. Για το λόγο αυτό πρέπει να οργανωθεί ένα σύστημα συλλογής πληροφοριών σε εθνικό επίπεδο, το οποίο θα αποτελέσει τη βάση για την ανάπτυξη και την εφαρμογή των πολιτικών σχετικά με το πρόβλημα των αστέγων.

## 2.1 Οι άστεγοι στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το φαινόμενο της έλλειψης στέγης είναι αρκετά πρόσφατο συγκριτικά με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνεχής αύξηση του άστεγου πληθυσμού που τείνει να πλησιάσει τους αντίστοιχους των Ευρωπαϊκών χωρών.

Αυτό γίνεται πιο φανερό από το γεγονός ότι κατά τη διετία 2009-2011 οι άστεγοι αυξήθηκαν κατά 25%. Αν και στις αρχές της δεκαετίας του '90 το φαινόμενο των αστέγων θεωρούνταν «εισαγόμενο», λόγω της



μεγάλης εισροής μεταναστών και αιτούντων άσυλο κυρίως από χώρες του πρώην Ανατολικού μπλοκ, σύντομα έγινε αντιληπτό πως στους άστεγους έχουν προστεθεί και κοινωνικό-οικονομικά ευπαθείς ομάδες του γηγενή πληθυσμού. (MPHASIS 2009).

Στις μέρες μας, ιδιαίτερα μετά το 2008, οι άστεγοι αποτελούν κομμάτι της καθημερινής ζωής καθώς σύμφωνα με εκτιμήσεις ο αριθμός των ατόμων που διαβιούν εκτός στέγης ή σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης στην Ελλάδα ανέρχεται σε 20.000, αριθμός που συνεχώς αυξάνεται. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση αστέγων συναντάται στα μεγάλα αστικά κέντρα (Κυριακίδου Σ., 2010).

Είναι χαρακτηριστικό ότι από τους 20.000 αστέγους, οι 11.000 βρίσκονται στη Αθήνα. Αν και το φαινόμενο των αστέγων παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις, η Πολιτεία δεν αναγνωρίζει τους άστεγους ως ειδική κατηγορία, γεγονός που οδηγεί σε ζητήματα ελλείψεων ορισμού και συνεπώς καταγραφής του φαινομένου. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει στην χώρα μας ακριβής προσδιορισμός του «τι είναι άστεγος» προκύπτουν βασικά προβλήματα στην αντιμετώπιση του φαινομένου που κυρίως σχετίζονται με την έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών και συντονισμού μεταξύ των αρμόδιων Υπουργείων και φορέων (κυρίως ΜΚΟ) (Παναγιωτοπούλου Ο., 2012).

Τα παραπάνω γίνονται φανερά από το γεγονός ότι η μόνη επίσημη καταγραφή των αστέγων στην Ελλάδα έγινε το 2009 από το Υπουργείο Υγείας, στην οποία βρέθηκε ότι ο

αριθμός τους ανέρχεται σε 7.720 άτομα, αριθμός που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματική διάσταση του φαινομένου. Απόρροια των προβλημάτων αυτών είναι η έλλειψη δημόσιων πολιτικών πρόληψης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των αναγκών των αστέγων. Υπάρχουν ωστόσο αρκετοί φορείς (κυρίως ΜΚΟ) που προσπαθούν να ξεπεράσουν αυτά τα εμπόδια κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Σύμφωνα με έρευνα της Κλίμακας, το 72% των αστέγων έχει έρθει σε επαφή με κάποιον ξενώνα ή κάποιο πρόγραμμα που αφορά στους άστεγους (Παναγιωτοπούλου Ο., 2012).

Η οικονομική κρίση και η ανεργία που πλήττει σχεδόν όλες τις ηλικίες και τις επαγγελματικές κατηγορίες ενισχύουν την αύξηση των αστέγων. Τα 3 πρώτα τρίμηνα του 2011, χάθηκαν 370.000 θέσεις εργασίας, ενώ οι μισθοί στον ευρύτερο πληθυσμό μειώθηκαν κατά 22% και στους νέους κατά 32%. Παράλληλα, η ανεργία των νέων έχει διπλασιαστεί και έφτασε το 48% το Νοέμβριο του 2011. Μέσα σε ένα χρόνο, δηλαδή από το Γ' τρίμηνο του '10 μέχρι το Γ' τρίμηνο του '11 ο αριθμός των απασχολούμενων είχε μειωθεί δραματικά, ενώ αντίθετα ο αριθμός των ανέργων ολοένα αυξάνεται (Παναγιωτοπούλου Ο., 2012).

Το φαινόμενο των αστέγων έχει διαφοροποιηθεί τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά σε σχέση με το παρελθόν. Για παράδειγμα, το 90,7% των αστέγων είναι εγγράμματοι, ενώ το 10,9 % είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η εμπειρία της «Κλίμακας» έχει δείξει ότι εάν θα μπορούσαμε να φτιάξουμε ένα «προφίλ» του μέσου αστέγου, αυτός θα είναι άντρας, 45-50 ετών (ο ηλικιακός μέσος όρος συνεχώς αυξάνει) και ζει στο δρόμο για διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών. Ένα σημαντικό ποσοστό των αστέγων είναι ψυχικά ασθενείς (οι αλκοολικοί εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία), ενώ το 40% είναι πρώην φυλακισμένοι είτε για μικροκλοπές είτε για χρήση ουσιών είτε για χρέη στο δημόσιο (Παναγιωτοπούλου Ο., 2012).

Σήμερα, μπορούμε να εντοπίσουμε στην Ελλάδα 3 βασικές κατηγορίες αστέγων:

1. Τα άτομα σε κατάσταση έλλειψης στέγης για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω συνδυασμού παραγόντων όπως η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα, οι ψυχικές διαταραχές, η χρήση ναρκωτικών και η κατάχρηση αλκοόλ.
2. Οι μετανάστες ή αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες σε μεταβατικό στάδιο. Πιο συγκεκριμένα, είναι άτομα στα πρώτα στάδια της εγκατάστασης τους στην Ελλάδα τα οποία αντιμετωπίζουν έντονα ζητήματα έλλειψης στέγης. Επίσης, ζουν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα σε ακατάλληλες κατοικίες και σε συνθήκες



υπερσυνωστισμού. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (2010), 1 στους 4 Έλληνες (25,5%) που δεν είναι φτωχός, ζει σε κατοικία που δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του.

3. Οι νεοάστεγοι, οι οποίοι είχαν ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο, μέτριο έως και υψηλό μορφωτικό επίπεδο και οδηγήθηκαν στην έλλειψη στέγης ως αποτέλεσμα της ανεργίας ή/και των χαμηλών εισοδημάτων. Ωστόσο, διατηρούν ακόμα δεσμούς με το οικογενειακό τους περιβάλλον, δεν εμφανίζουν ψυχικά νοσήματα και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για αποκατάσταση και επανένταξη (Βλάσση Α., 2013).

### 2.1.1 Οι νεοάστεγοι στην Ελλάδα

Η εμφάνιση των νεοαστέγων συμπίπτει με τη γενιά των νεόπτωχων κάνοντας σαφές ότι η φτώχεια πλήττει άτομα που κατά το παρελθόν είχαν υψηλό ή επαρκές βιοτικό επίπεδο. Στους νεοάστεγους μπορούν να συμπεριληφθούν άτομα που έχασαν την ιδιοκτησία τους με δήμευση, λόγω δανείων ή άλλων οφειλών. Περισσότερα από 50.000 ακίνητα βρίσκονται υπό την απειλή του πλειστηριασμού, από τα οποία τα 20.000 αφορούν την πρώτη κατοικία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μόνο τον πρώτο μήνα του 2011 κινήθηκαν οι νομικές διαδικασίες για περισσότερες από 4.000 εξώσεις. Επίσης, σε αυτή την κατηγορία ανήκουν νέοι που έχουν απομακρυνθεί από την οικογένειά τους και μαστίζονται από ανεργία ή δεν μπορούν να συντηρήσουν μια κατοικία καθώς και άτομα που έχασαν τη δουλειά τους λίγο πριν βγουν στη σύνταξη. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 27,8% του μη φτωχού Ελληνικού πληθυσμού δυσκολεύεται να αντεπεξέλθει στις δαπάνες στέγασης (Παναγιωτοπούλου Ο., 2012).

Οι αλλαγές στη δομή της ελληνικής κοινωνίας και οικογένειας είναι φανερά τα τελευταία χρόνια. Η μετάβαση από το μοντέλο της διευρυμένης και προστατευτικής οικογένειας στην πυρηνική και σε συνδυασμό με τη ραγδαία αστικοποίηση, επέφεραν την χαλάρωση των δεσμών αλληλεγγύης στα αδύναμα ή με ιδιαιτερότητες μέλη. Έτσι πολλά άτομα που τη μία στιγμή βρίσκονται κάτω από την οικογενειακή προστασία, την άλλη στιγμή μπορεί να απειληθούν από τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, το 2010 η Ελλάδα με 27,7% καταλαμβάνει την 7η θέση στην ΕΕ των 27 χωρών σε ποσοστό φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων (Παναγιωτοπούλου Ο., 2012).

Η έλλειψη κοινωνικής ευαισθητοποίησης και η καθυστέρηση εφαρμογής στην Ελλάδα μέτρων και πολιτικών για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων που ισχύουν ήδη σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες αποτελούν τροχοπέδη στην επίλυση του προβλήματος των αστέγων. Επιπλέον, οι πολιτικές δρακόντειας λιτότητας που εφαρμόζονται στα πλαίσια των επιταγών του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας αναμένεται να αυξήσουν τα ποσοστά των αστέγων, ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα, τα οποία αντιμετωπίζουν και τα σημαντικότερα κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα. Η υψηλή ανεργία, τα χαμηλά εισοδήματα, η αποδυνάμωση του κράτους πρόνοιας είναι μερικοί από τους παράγοντες που θα εντείνουν τον αποκλεισμό από τη στέγη. Συνάμα, το φαινόμενο των νεοαστέγων είναι εκείνο που θα μας απασχολήσει ιδιαίτερα στο μέλλον, καθώς τα μικρό-μεσαία κοινωνικά στρώματα είναι εκείνα που πλήττονται περισσότερο από την οικονομική κρίση (Παναγιωτοπούλου, 2012).

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις αρχές του έτους 2016, για λογαριασμό του δήμου Αθηναίων προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για τη βοήθεια και την επανένταξη αυτών των ανθρώπων και επιμελήθηκε μεθοδολογικά η εταιρία Public Issue, και διενεργήθηκε από τις ειδικές συνεργάτιδες του street work του ΚΥΑΔΑ, κυρίες Χαρά Μουρτέζου και Μαρία Βανικιώτη.

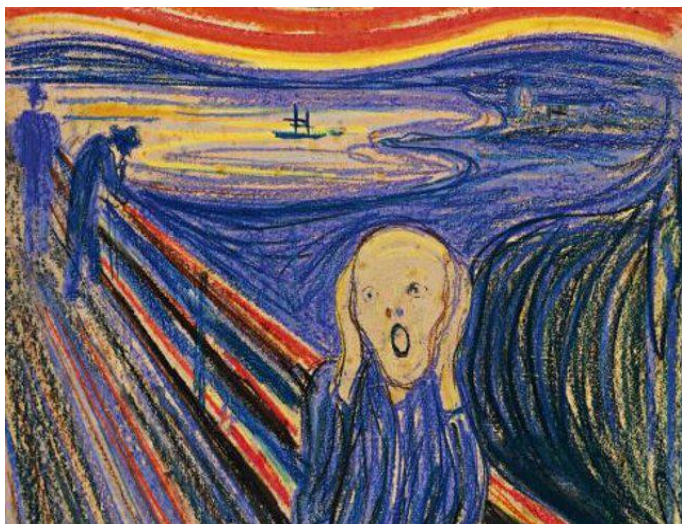
Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας:

- Το 62% των αστέγων είναι Έλληνες.
- Στη συντριπτική τους πλειονότητα (85,4%) είναι άντρες.
- Το μεγαλύτερο μέρος (57%) των αστέγων ανήκει στη δυναμική ηλικιακή ομάδα 35-55.
- Μεγάλο ποσοστό οδηγήθηκε στον δρόμο την τελευταία 5ετία (71%) και τον τελευταίο χρόνο το 21,7%.
- Το 29% δηλώνει ότι δεν θέλει να μετακινηθεί σε κάποια δομή φιλοξενίας.
- Το 41,2% των αστέγων δηλώνουν ότι κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, το 7,3% χρήση αλκοόλ και το 2% και των δύο.
- Το 47% δηλώνει ως αιτία που είναι άστεγος, την απώλεια της εργασίας του (Γεωργιοπούλου Τ., 2016).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η ψυχική υγεία παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή ενός ανθρώπου, τόσο γιατί τον καθιστά λειτουργικά ικανό, όσο και γιατί τον κάνει κοινωνικά αποδεκτό και σωματικά και ψυχικά ισορροπημένο. Τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας είναι μεγάλα τόσο στον γενικό πληθυσμό, χωρίς δηλαδή κάποιο σωματικό νόσημα, όσο και στα ενδονοσοκομειακά πλαίσια.



#### 3.1 Τί είναι ψυχοπαθολογία

Αρχικά, είναι σημαντικό να αναφερθεί το πότε θεωρείται ένα άτομο ψυχικά υγιές. Για να είναι κάποιος ψυχικά υγιής :

1. Δεν πρέπει να πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα (αν και είναι ελλιπές κριτήριο).
2. Θα πρέπει να έχει άριστη λειτουργικότητα. Η ψυχική υγεία συνίσταται στην ύπαρξη ενός ψυχικού οργάνου, του υποσυνείδητου, που εξασφαλίζει την άριστη λειτουργικότητα (Σύμφωνα με τον Freud υπάρχει καλή λειτουργικότητα εξαιτίας του υποσυνείδητου).
3. Να έχει φυσιολογικό αναπτυξιακό επίπεδο. Φυσιολογικός δηλαδή θεωρείται αυτός που έχει διανύσει ομαλά όλα τα στάδια εξέλιξης της προσωπικότητας (Παραπέμπει στην παιδική ηλικία, πώς μεγαλώνει ένα παιδί).
4. Να έχει κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά (Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι ο κοινωνικά αποδεκτός δεν είναι παθολογικός, ούτε ότι ο μη κοινωνικά αποδεκτός είναι παθολογικός).

5. Τελευταίο κριτήριο είναι τα συναισθήματα του ατόμου, το πώς νιώθει. (Καβαλάκη Α., 2013).

Η ψυχοπαθολογία ή ψυχολογία αποκλίνουσας συμπεριφοράς, είναι η επιστημονική μελέτη των ψυχολογικών διαταραχών. Με αυτόν τον επιστημονικό τομέα ασχολούνται εκπαιδευμένοι επαγγελματίες, όπως είναι οι κλινικοί και συμβουλευτικοί ψυχολόγοι, οι ψυχίατροι, οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται σε μια συμπεριφορά βασιζόμενη σε τρεις παραμέτρους: την παράμετρο στατιστικής συχνότητας, των κοινωνικών κανόνων και της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς (Barlow D., 2001).

Σύμφωνα με τον όρο 1. στατιστική συχνότητα, μία συμπεριφορά είναι αποκλίνουσα όταν συμβαίνει σπάνια ή δεν συμβαίνει συχνά σε σχέση με τη συμπεριφορά του γενικού πληθυσμού.

Με τον όρο 2. κοινωνικές νόρμες, μία συμπεριφορά είναι αποκλίνουσα όταν διαφέρει σημαντικά από αποδεκτά κοινωνικά πρότυπα, αξίες ή κανόνες.

Με τον όρο 3. παράμετρος δυσπροσαρμοστικότητας, μία συμπεριφορά είναι αποκλίνουσα όταν περιορίζει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί στη ζωή του ή στην κοινωνία.

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, τον πατέρα της σύγχρονης ιατρικής (460 – 37 π.Χ), η αποκλίνουσα συμπεριφορά αλλά και η ασθένεια γενικότερα, είχαν εσωτερικά αίτια άρα και βιολογική φύση και αιτιολογία (Getzfeld A., 2009).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM-IV, η ψυχική διαταραχή ορίζεται ως εξής: Ένα κλινικά σημαντικό συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή μοτίβο που εμφανίζει κάποιος, το οποίο συνδέεται με την ύπαρξη δυσφορίας (πχ ένα επώδυνο σύμπτωμα) ή αναπηρίας (δηλαδή, έκπτωση σε έναν ή περισσότερους σημαντικούς τομείς της ζωής του ατόμου) ή με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο οδύνης, θανάτου, πόνου, αναπηρίας ή με σημαντική μείωση της ελευθερίας του ατόμου. Επιπλέον, το συγκεκριμένο σύνδρομο ή μοτίβο δεν πρέπει να αποτελεί απλώς μια αναμενόμενη και πολιτισμικά αποδεκτή αντίδραση σε κάποιο γεγονός, όπως, για παράδειγμα, στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Όποια και αν είναι η αρχική του αιτία, πρέπει στην παρούσα φάση να θεωρείται ως εκδήλωση συμπεριφορικής, ψυχολογικής ή βιολογικής δυσλειτουργίας του ατόμου (Getzfeld A., 2009).

### 3.2 Συνήθεις μορφές παθολογικής συμπεριφοράς

Είναι σημαντικό, πριν την αναφορά στα είδη ψυχικών διαταραχών, να αναλυθούν τα αίτια της παθολογικής συμπεριφοράς, και τί την προκαλεί. Τα αίτια είναι δυο ειδών: οργανικά και ψυχολογικά :

Τα οργανικά περιλαμβάνουν βλάβες του εγκεφάλου, δυσλειτουργίες των ενδοκρινών αδένων, προχωρημένη ηλικία κλπ. Επίσης, ανωμαλίες στη λειτουργία του θυρεοειδούς μπορεί να προκαλέσουν ταχείες αλλαγές στην ψυχική διάθεση, διαταραχές του ύπνου, ανεξέλεγκτη νευρική και ταραχή, φοβικές καταστάσεις που μπορούν να φτάσουν ως τον πανικό, παραισθήσεις και άλλα.

Τα ψυχολογικά αίτια αναφέρονται στις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου μέσα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Σχετικά με τα αίτια αυτά έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις. Κάθε θεωρία για τη γένεση και την εξέλιξη της προσωπικότητας έχει και διαφορετικά αίτια που προκαλούν τις παθολογικές αποκλίσεις. Έτσι, ο Freud π.χ. θεωρεί ως αίτιο παθολογικής συμπεριφοράς τις διάφορες άλυτες συγκρούσεις, ψυχοσεξουαλικής κυρίως υφής, που ανάγονται στα πρώτα χρόνια της ατομικής ζωής. Ο Adler θεωρεί ως αίτιο της παθολογικής συμπεριφοράς το συναίσθημα μειονεξίας που δημιουργείται από την παρεμπόδιση της ορμής για επικράτηση. Οι συμπεριφοριστές Watson, Skinner, Bandura αποδίδουν την παθολογική συμπεριφορά σε ανεπιθύμητες μαθήσεις μέσω χωροχρονικών συνδέσεων του τύπου «ερέθισμα – αντίδραση», μέσω συντελεστικών συνδέσεων του τύπου «αντίδραση – αμοιβή» ή/και μέσω της μίμησης προτύπων. Έτσι ο υπερβολικός φόβος για τους σκύλους αποδίδεται σε σύνδεση του σκύλου με κάποιο άλλο φοβικό ερέθισμα (πτώση, ξάφνιασμα). Ομοίως, το υποχονδριακό άτομο έχει «μάθει» ότι προσελκύει την προσοχή και το ενδιαφέρον των άλλων όταν είναι άρρωστο κλπ. (Παρασκευοπούλου I., 1988).

***Οι πιο συνήθεις μορφές παθολογικής συμπεριφοράς μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες:***

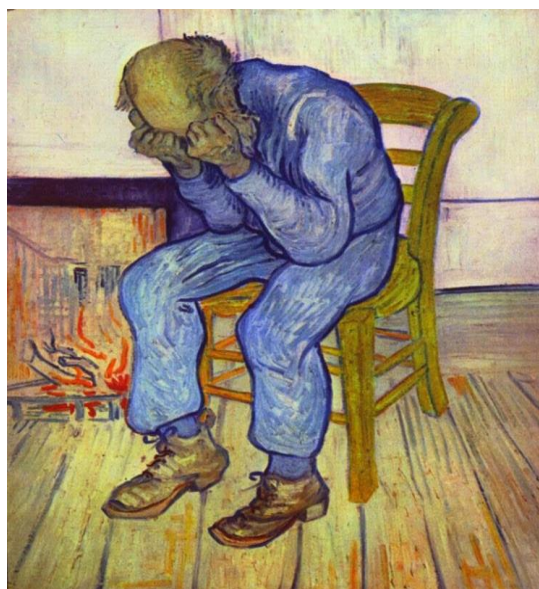
Νευρώσεις, ψυχώσεις, συναισθηματικές διαταραχές (συμπεριφοράς), νοητικές ανεπάρκειες, οργανικές/ψυχικές δυσλειτουργίες

### 3.2.1 Νευρώσεις

Οι νευρώσεις είναι ελαφριάς μορφής ψυχικές διαταραχές που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι το υπερβολικό άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία. Είναι μια χωρίς οργανική βλάβη διαταραχή στην ψυχική εξέλιξη του ατόμου, που εξαρτάται κυρίως από την επίδραση του περιβάλλοντος χωρίς να αποκλείονται ιδιοσυστατικοί παράγοντες. Το νευρωσικό άτομο δεν χάνει την επαφή με την πραγματικότητα (κάτι που συμβαίνει με τα ψυχωσικά άτομα), συνεχίζει να συμμετέχει και να δρα στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή, αλλά αδιάλειπτα νιώθει – μπροστά σε συγκεκριμένα αντικείμενα, ιδέες ή καταστάσεις – μια δυσάρεστη εσωτερική ένταση, εκνευρισμό, συναισθήματα ενοχής, φόβο, ακόμα και πανικό. Τα ενοχλήματα που νιώθει είναι δυσπροσαρμοστικά προς το Εγώ του, γι' αυτό και το άτομο νιώθει ότι πάσχει από ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία βιώνει ως ψυχοσυγκρούσεις (Παρασκευοπούλου Ι., 1988).

***Οι πιο συνήθεις μορφές νευρώσεων είναι οι αγχώδεις διαταραχές με τα είδη των αγχωδών διαταραχών να χωρίζονται στις παρακάτω μορφές :***

➤ ***Είδη Αγχωδών διαταραχών***



Υπάρχει το φυσιολογικό άγχος, το οποίο δεν εμποδίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και ακόμα μπορεί να πετύχει θετικά αποτελέσματα, αποτελεί κινητήρια δύναμη πχ ένας φοιτητής πριν την εξεταστική μπορεί να εκδηλώσει άγχος , το οποίο μπορεί να τον κάνει να διαβάσει περισσότερο για να γράψει καλά. Υπάρχει όμως και το παθολογικό άγχος, το οποίο μας αφορά άμεσα εδώ, που εμποδίζει τη λειτουργικότητα και το άτομο δεν μπορεί να το ελέγξει (Μπαλλής, 2000).

Το άγχος ορίζεται ως ένα δυσάρεστο αίσθημα φόβου ή ανησυχίας, που συνήθως συνοδεύεται από παθολογικά συμπτώματα εγρήγορσης, όπως αυξημένη καρδιακή συχνότητα, αυξημένη αρτηριακή πίεση, εφίδρωση, μυδρίαση, νευρικότητα, ανασφάλεια, σωματικό πόνο, σφίξιμο στο στομάχι, τρέμουλο, ρίγος, κρύα χέρια και υγρά, ζάλη, συχνοουρία, αϋπνία, ένα αίσθημα ότι ‘‘κάθεται σε αναμμένα κάρβουνα’’. Μπορεί να



θεωρηθεί μια υπερβολική αντίδραση φόβου σε εξωτερικά ερεθίσματα. Σε αντίθεση με τον φόβο που είναι η αντίδραση στον πραγματικό κίνδυνο, το άγχος δημιουργείται λόγω της αναμονής μελλοντικών απειλών (Getzfeld A., 2009).

Κάποιες από τις λειτουργίες που επηρεάζει το άγχος είναι η συγκέντρωση, η προσοχή, η αντίληψη, η μνήμη, η κρίση, η μάθηση. Όλες οι Αγχώδεις Διαταραχές έχουν ένα κοινό βασικό γνώρισμα: το άτομο βιώνει μια συναισθηματική αντίδραση, συνήθως φόβο, που είναι δυσανάλογη σε σχέση με το περιβαλλοντικό ερέθισμα. Το άγχος αυτό προκαλεί ένα γενικότερο πρόβλημα στην ικανότητα του ατόμου να έχει μια φυσιολογική καθημερινότητα και μια φυσιολογική ζωή. Όλες αυτές οι διαταραχές οδηγούν σε μια απαισιόδοξη στάση ζωής και ένα αίσθημα απώλειας έλεγχου απέναντι σε μια επερχόμενη δυσάρεστη κατάσταση. Αυτό το αίσθημα απώλειας έλεγχου και ο φόβος για το άγνωστο είναι κοινό χαρακτηριστικό όλων των αγχωδών διαταραχών (Getzfeld A., 2009).

### 1. Μικτή Αγχώδης – Καταθλιπτική κατάσταση

Το 1989, ο Klerman, αναφερόμενος σε μια μεγάλη μελέτη του Wells και άλλων, βρήκε ότι οι ασθενείς υποφέρουν από άγχος και ήπια κατάθλιψη και ήταν αδύναμοι σε αρκετές περιοχές της λειτουργίας τους, εμφάνιζαν σωματική και κοινωνική ανικανότητα. Παρουσιάζει τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών που αναφέρθηκαν και συμπτώματα από την καταθλιπτική συνδρομή που θα αναφερθούν αναλυτικότερα παρακάτω.

Σύμφωνα με το DSM-IV υπάρχουν πολλές υποκατηγορίες αγχωδών διαταραχών. Οι τέσσερεις πιο συχνοί τύποι είναι α) η Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, β) η κοινωνική φοβία, γ) η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) και δ) η Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ) (Πιάνου Κ., 1989).

## 2. Φοβίες

Φόβος λέγεται το δυσάρεστο συναίσθημα, που νιώθει κάποιος μπροστά στην απειλή κάποιου συγκεκριμένου κατανοητού λογικά κινδύνου, που συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και συναισθηματική ταραχή, καθώς και από την επιθυμία του άτομου να αμυνθεί ή να τραπεί σε φυγή. Συνήθως, φόβος προκαλείται στο άτομο σε μεγαλύτερο από όσο νομίζει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει, κίνδυνο. Παρότι μπορεί να εμφανιστεί σαν συνοδευτικό σύμπτωμα σε πολλές ψυχικές διαταραχές (σχιζοφρένεια, ψυχαναγκαστική υστερική νεύρωση κ.α.), θεωρείται αυτός καθ' αυτόν φυσιολογικός και ωφέλιμος, διότι μας βοηθάει εφόσον δεν είναι υπερβολικός, στην αντιμετώπιση πολλών κινδύνων της ζωής. Όταν όμως η διάρκεια και η ένταση δεν ανταποκρίνονται στο αίτιο και στις πραγματικές εξωτερικά συνθήκες και όταν γενικεύεται και αποτελεί ιδιαίτερη κατάσταση, τότε συνήθως παίρνει παθολογικό χαρακτήρα (Πιάνου Κ., 1989).



Μια συνήθης περίπτωση παθολογικού φόβου αποτελεί η λεγόμενη φοβική νεύρωση ή φοβία. Ο όρος δηλώνει τον ισχυρό φόβο ή το άγχος που νιώθει ένα άτομο από ορισμένα πρόσωπα, αντικείμενα, ζώα ή καταστάσεις και ο οποίος δεν δικαιολογείται λογικά. Φαίνεται και στον ίδιο τον ασθενή παράλογος. Η φοβία, είτε αποτελεί μετάθεση του εσωτερικού άγχους σε ένα εξωτερικό συμβολικό αντικείμενο (ψυχανάλυση), είτε είναι προϊόν σύνδεσης μιας τραυματικής εμπειρίας με ένα ουδέτερο ερέθισμα (ψυχολογία συμπεριφοράς), αποτελεί ένα μηχανισμό προσαρμογής. Το άτομο δηλαδή κάνει την λιγότερο οδυνηρή επιλογή. Είναι ευκολότερο συνήθως να αποφύγει ο φοβικός το συγκεκριμένο εξωτερικό φοβογόνο ερέθισμα από το εσωτερικό ψυχικό άγχος. Θεωρείται δε η φοβία παράλογος φόβος, γιατί έχει λησμονηθεί η αρχική πραγματική της αιτία.



Οι περισσότεροι φόβοι είναι επίκτητοι ή κάποιοι μπορεί να οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη ή διαταραγμένη λειτουργία ενδοκρινών αδένων όπως ο συγκεχυμένος φόβος. (Πιάνου Κ., 1989).

Κοινό χαρακτηριστικό σε όλα τα είδη του φόβου είναι ότι η συναισθηματική ταραχή εκδηλώνεται με κάποια συμπτώματα, όπως: τρεμούλα, ταχυπαλμία, υπερβολική εφίδρωση, πονοκέφαλοι, ημικρανίες, ζαλάδες, ωχρότητα, δυσκολία αναπνοής, ξηρότητα στόματος κ.τ.λ. και γενικά διαταραχές σε όλα τα συστήματα (πχ πεπτικό, κυκλοφορικό, αναπνευστικό), που επηρεάζονται από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Συχνά στις παθολογικές καταστάσεις φόβου εμφανίζονται και ψυχολογικά συμπτώματα. Αυτά είναι μείωση στη συγκέντρωση προσοχής, περιορισμός των δυνατοτήτων για μάθηση και άσκηση, μικρότερη επίδοση και απόδοση σε όλους τους τομείς από εκείνη, που οι πνευματικές δυνάμεις επιτρέπουν, δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή. Συχνά παρουσιάζεται αίσθημα κόπωσης, διαταραχή ύπνου, μελαγχολία. (Πιάνου Κ., 1989).

Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές όπως: Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, η Διαταραχή άγχους αποχωρισμού, κλειστοφοβία. Ακόμα ένα άτομο μπορεί να εμφανίζει νυκτοφοβία, ζωοφοβία, πυροφοβία κλπ.

### 3. Υστερική νεύρωση (μετατροπής)

Ο όρος υστερία χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τους Έλληνες και συνδέθηκε με τους πόνους της γυναίκας κατά την αποβολή του ύστερου. Γι' αυτό και μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα εθεωρείτο ασθένεια των γυναικών. Σε βαριές περιπτώσεις έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων, όπως ολική ή μερική αχρηστία των αισθητηρίων οργάνων ή μελών του σώματος, όπως παραλύσεις (μονοπληγία μέχρι ημιπληγία), κράμπες, ορισμένα τικ. Ακόμα μπορεί να εμφανίσει κώφωση, μείωση της όρασης ακόμα και τύφλωση. Οι συνηθέστερες μορφές υστερίας είναι η υστερική τύφλωση, η υστερική κώφωση, η υστερική αλαλία (απώλεια της ομιλίας), οι υστερικές παραλύσεις, η υστερική αμνησία, η υστερική ανοσμία, η νευρωσική ανορεξία κα

Τα συμπτώματα της υστερίας είναι ποικίλα. Μπορεί να μιμηθεί κάθε αρρώστια, από όγκο στον εγκέφαλο μέχρι ρευματισμούς και επιληψία. Κατά κανόνα το υστερικό άτομο παρουσιάζει συμπτώματα μιας ασθένειας όπως εκείνο τα φαντάζεται. Παρουσιάζει

συμπτώματα όπως διαταραχές στην κινητικότητα και τις αισθήσεις, δυσκολίες βαδίσματος, παραλύσεις γενικά των άκρων, διαταραχές των αισθητηρίων οργάνων κλπ. Συχνά παρατηρούνται καρδιακές κρίσεις ή δυσκολίες αναπνοής, παράπονα για πόνους καθώς και διάφορες σπλαχνικές και αγγειοκινητικές διαταραχές. Τα υστερικά άτομα παρουσιάζουν συνήθως νηπιακά και εγωιστικά χαρακτηριστικά ανωριμότητας στις εκδηλώσεις τους, καθώς και ναρκισσισμό.

Μια μορφή υστερίας θεωρείται και η διάσπαση της συνείδησης. Στην υστερική διάσπαση της συνείδησης, το άτομο δεν απομακρύνεται από τον κόσμο της πραγματικότητας. Εδώ υπάγονται και ορισμένα είδη αμνησίας και κυρίως η εκλεκτική, όπου το άτομο δεν θυμάται ορισμένα γεγονότα, που αποτελούν για το ίδιο το άτομο τραυματική εμπειρία (Πιάνου Κ., 1989; Παρασκευοπούλου Ι., 1988).

#### 4. *Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση*

Χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες και επίμονη επανάληψη, κατά τρόπο τελετουργικό, μιας σειράς στερεοτυπικών ενεργειών. Το άτομο νιώθει πως είναι αναγκασμένο να επαναλαμβάνει ορισμένες σκέψεις, να εκτελεί ορισμένες πράξεις, να φέρνει στο νου του ορισμένα βιώματα ή να συλλογίζεται για ένα αφηρημένο θέμα, παρότι έχει το συναίσθημα, ότι αυτό είναι αταίριαστο για την περίπτωση και παράλογο. Κάθε προσπάθεια να εμποδίσει ή να καταπιέσει την εμφάνιση τους οδηγεί σε έντονο συναίσθημα άγχους, συγκεχυμένου δηλαδή, φόβου με σωματικά συμπτώματα, πράγμα που εξαναγκάζει στο τέλος τον ασθενή να υποκύπτει στους παράλογους αυτούς ψυχαναγκασμούς. Εντοπιστικά στον εγκέφαλο, μεγάλη δραστηριότητα παρατηρείται στην υπερμεσολόβιο έλικα και σε μικρότερο βαθμό, στον κερκοφόρο πυρήνα, ένα κύκλωμα που εκτίνεται από τον μετωπιαίο λοβό μέχρι τον θάλαμο (Παρασκευοπούλου Ι., 1988; Getzfeld A., 2009).

Ιδεοληψίες: Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, τις οποίες το άτομο προσπαθεί να εξουδετερώσει ή να καταπιέσει και είτε δεν τα καταφέρνει είτε δυσκολεύεται πάρα πολύ να το κάνει.

Καταναγκασμοί: Σκέψεις ή πράξεις που προκαλούν ανακούφιση. Χρησιμοποιούνται για να καταπιέσουν τις ιδεοληψίες.

Η συμπτωματολογία των ψυχαναγκαστικών μπορεί να συνοψιστεί σε τρεις μεγάλους άξονες: Συμμετρία (τακτοποίηση, ομοιομορφία, γραμμές κλπ.), προβλήματα αρρώστιας (καθαριότητα, πλύσιμο χεριών, μικρόβια και δηλητήρια, δυσμορφίες κτλ.), και θρησκεία – σεξ (ανεπίτρεπτες σκέψεις, φαντασιώσεις κλπ.). Πιο συγκεκριμένα το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικές και παράλογες. Έτσι επιδεικνύει κάποια εναισθησία για την συμπεριφορά του και αναγνωρίζει πως αυτές οι συμπεριφορές δεν είναι φυσιολογικές, ότι είναι δημιούργημα του δικού του μυαλού και δεν επιβάλλονται έξωθεν, όπως συμβαίνει στην παρεμβολή σκέψης (Getzfeld A., 2009).

Ακόμα, σύμφωνα με το DSM – IV οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί προκαλούν έντονη δυσφορία και είναι χρονοβόροι, απασχολώντας το άτομο περισσότερο από μια ώρα την ημέρα, κάθε μέρα. Παρεμποδίζονται σημαντικά οι συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, είτε το επάγγελμα είτε το σχολείο είτε οι κοινωνικές του επαφές. Κάποια παραδείγματα ιδεοψυχαναγκαστικών τάσεων είναι π.χ. να ελέγχει επανειλημμένα αν έχει κλειδώσει ή όχι την πόρτα ή να μην αρχίσει να εργάζεται παρά μόνο αφού «στοιχίσει» σχολαστικά όλα τα αντικείμενα του γραφείου του ή να ελέγχει επανειλημμένα αν έκλεισε τον θερμοσίφωνα (Getzfeld A., 2009).

Κάθε παρέκκλιση από τη ρουτίνα προκαλεί στο άτομο θυμό, δυσαρέσκεια, φόβο, άγχος. Δεν ανέχεται απρόσμενες αλλαγές. Τέλος, νομίζουν ότι η σκέψη τους θα αποκτήσει παντοδυναμία. Χρησιμοποιούν αντίθετες λέξεις για να διώξουν κάποια δυσάρεστη σκέψη που τους ταλαιπωρεί και θα είχε μάλλον δυσάρεστες συνέπειες. Επαναλαμβάνουν προσευχές και συχνά καταφεύγουν σε εξομολόγους για να ομολογήσουν τις αμαρτωλές σκέψεις που τους κάνουν να υποφέρουν. Παρουσιάζουν όχι σπάνια, αυτό που περιγράφεται σαν ψευδό – ψευδαισθήσεις. Είναι ως βιώματα αισθητηριακά, συνήθως, οπτικά, που τα άτομα τα αναγνωρίζουν ως μη πραγματικά και συνοδεύονται από συναισθήματα δυσάρεστα και σπάνια ευχάριστα πχ αιμομικτικές, φονικές ενέργειες (Μπάλλης Θ., 2000).

##### 5. Σωματόμορφες Διαταραχές

Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν οργανικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλους, στομαχόπονους, άσθμα, έλκος, ζαλάδες, χρόνια πνευματική και σωματική κόπωση κα,

που γενεσιουργό τους αίτιο είναι κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα. Πρόκειται για σωματοποιητικές διεργασίες – οργανονευρώσεις – που κύριο στοιχείο τους είναι ο πόνος. Πολλοί στις ψυχοσωματικές διαταραχές συμπεριλαμβάνουν και εκείνες, στις οποίες υπάρχει διαταραχή μόνο στη λειτουργία όχι όμως και στο όργανο (π.χ. διαταραχές ύπνου, ενούρηση και λοιπά), χρησιμοποιώντας τον όρο «ψυχογενείς διαταραχές με σωματικά κυρίως συμπτώματα» (Μπάλλης Θ., 2000).

Σημαντικό ρόλο στις ψυχοσωματικές διαταραχές παίζει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και κυρίως το συμπαθητικό σε συνεργασία με το ενδοκρινολογικό, που ρυθμίζει τη συγκινησιακή συμπεριφορά. Ο δρόμος που οδηγεί από τη συναισθηματική ένταση στη σωματική βλάβη, μπορεί να παρασταθεί σχηματικά ως εξής: Συναισθηματική ένταση – διαταραχή του νευροφυτικού συστήματος – διαταραχή στη λειτουργία – βλάβη του οργάνου (Πιάνου Κ., 1989).

#### 6. Τικ (ή στερεοτυπίες)

Είναι άσκοπες, στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες σπασμοδικές, μη βουλητικές κινήσεις, που συνήθως παρουσιάζονται στο πρόσωπο και στο λαιμό. Συνήθως πρόκειται για ένα είδος κίνησης. Είναι συχνότερη στην παιδική ηλικία, εμφανίζεται όμως και στην ενήλικη ζωή σε μικρότερη συχνότητα και συχνότερα στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Ενίοτε τα τικ εμφανίζονται σε περιόδους συναισθηματικής έντασης και χειροτερεύουν με το άγχος (Μπάλλης Θ., 2000).

#### 7. Καταθλιπτική νεύρωση

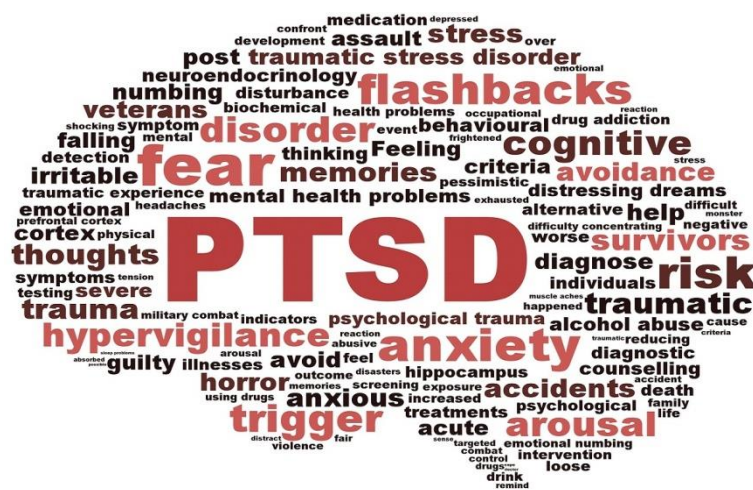
Με τον όρο καταθλιπτική νεύρωση ή νευρωτική κατάθλιψη εννοείτε ένα σύμπλεγμα μικρής ή μεγαλύτερης διάρκειας συμπτωμάτων, όπως παθητική απαισιοδοξία για τη ζωή, υπερβολική θλίψη (μελαγχολία, αδιαφορία, αίσθημα κόπωσης, αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής), ανορεξία, έλλειψη σιγουριάς, παραίτηση, αϋπνίες, ζαλάδες, απάθεια, ευερεθιστότητα και κλείσιμο στον εαυτό του.

Σχετίζεται με αντίδραση του ατόμου σε μια εσωτερική σύγκρουση ή μια εξωτερική τραυματική εμπειρία, όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου ή πράγματος, αλλαγή

ρουτίνας και καθημερινότητας (π.χ. μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή τραυματισμό λόγω αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης). Το άτομο διαστρέφει την πραγματικότητα και σε μια απώλεια ή και απειλή αντιδρά με θλίψη μεγαλύτερη σε ένταση και χρονική διάρκεια από ότι τα περισσότερα άτομα. Συνήθως γνωρίζει την αιτία αλλά υπερβάλει ως προς την εκτίμηση της. Ο κόσμος και οι δυσκολίες μεγαλώνουν στα μάτια του και νιώθει γενικά αδύναμος όχι μόνο να χαρεί τη ζωή αλλά και να ξεπεράσει τις δυσκολίες της. Αυτό μπορεί να οδηγεί κάποιες φορές σε απόπειρες αυτοκτονίας (Πιάνου Κ., 1989).

#### 8. Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ)

Στο παρελθόν λεγόταν νεύρωση πόλεμου και αφορούσε Βετεράνους του πόλεμου που όταν επέστρεφαν στο σπίτι τους εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους και αναβίωναν σκηνές του πολέμου από τον οποίο είχαν μόλις επιστρέψει. Για να διαγνωστεί κάποιος με ΔΜΤΣ πρέπει να έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός και το γεγονός αυτό πρέπει να αναβιώνετε επίμονα. Η έκθεση στο τραυματικό γεγονός πρέπει να περιλαμβάνει πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων. Επιπλέον η αντίδραση του ατόμου πρέπει να περιλαμβάνει έντονο φόβο, αίσθημα αβοηθησίας ή αίσθημα φρίκης.



Τα συμπτώματα του ΔΜΤΣ είναι τα ακόλουθα:

1. επίμονη αναβίωση του τραυματικού γεγονότος. Το άτομο έχει πολλούς εφιάλτες στη διάρκεια της ημέρας ή της νύχτας που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.
2. Αίσθηση ότι το τραυματικό γεγονός ξανασυμβαίνει. Αυτό περιλαμβάνει αναβίωση της εμπειρίας, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις που κάνουν το άτομο να αισθάνεται πως ξαναζεί το γεγονός.

3. Ύπαρξη επεισοδίων αναβίωσης. Η αποσύνδεση αναφέρεται σε μια σειρά δραστηριοτήτων, σκέψεων ή συναισθημάτων που διαφοροποιούνται από την υπόλοιπη προσωπικότητα του ατόμου και λειτουργούν ανεξάρτητα από αυτά. Το άτομο μπορεί να αισθάνεται αποκομμένο, μη πραγματικό, ή να αισθάνεται μωδιασμένο σε σχέση με συγκεκριμένα γεγονότα, στην περίπτωση αυτή στο τραύμα.
4. Βίωση έντονης ψυχικής δυσφορίας και σωματικής αντίδρασης κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα ή συζητήσεις που σχετίζονται με το περιστατικό.
5. Το άτομο επίσης μπορεί να μην θυμάται μια σημαντική πλευρά του τραύματος κάτι που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε επαγγελματίες υγείας και νομικούς που εργάζονται με αυτά τα άτομα.
6. Αίσθημα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους, που είναι μια μορφή συναισθηματικής αμβλύτητας. Μπορεί να αισθάνεται πως η ζωή του έχει σχεδόν τελειώσει, είναι απελπισμένο, πιστεύει πως δεν θα παντρευτεί, δε θα κάνει παιδιά και δεν θα έχει φυσιολογική διάρκεια ζωής κ.α.
7. Εμφάνιση άγχους και υπερεργήγησης, δυσκολία στην επέλευση ή τη διατήρηση του ύπνου ή δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα ή εκρήξεις οργής ή υπέρμετρη αντίδραση στο ξάφνιασμα.
8. Μπορεί να ουρλιάζουν υστερικά στον παραμικρό μη αναμενόμενο θόρυβο, όπως μια κόρνα ή μια σειράνα (Getzfeld A., 2009).

### 3.2.2 Ψυχώσεις

Οι ψυχώσεις είναι οι πιο βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχωσικές διαταραχές παίρνουν ποικίλες μορφές. Το κοινό χαρακτηριστικό των διαφόρων μορφών ψυχώσεων είναι ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή με την πραγματικότητα. Διεγείρεται περισσότερο από εσωτερικές καταστάσεις, υπακούει σε μια εξωπραγματική λογική και ζει στο δικό του κόσμο. Παρουσιάζει ένα είδος νοητικής σύγχυσης και συχνά οι συναισθηματικές του αποκρίσεις είναι απρόσφορες – ανορθόδοξες. Έχει ελάχιστη ή ακόμα και καμία επίγνωση τόσο της φύσης όσο και της σοβαρότητας της πάθησης του. Δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές και κοινωνικές απαιτήσεις, καθώς η σκέψη, το συναίσθημα, η επικοινωνία και η συμπεριφορά του ατόμου είναι βαριά διαταραγμένα. Επίσης, επειδή



πολλές φορές είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους, απαιτεί εγκλεισμό και περίθαλψη σε ψυχιατρική κλινική.

Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε οργανικές, όσες δηλαδή έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο (εγκεφαλικό τραύμα, εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση, ορμονικές διαταραχές), όπως είναι οι γεροντικές άνοιες, αλκοολικές ψυχώσεις και σε λειτουργικές, όσες δηλαδή δεν έχουν σαφώς διαγνωσμένη οργανική αιτία, ιστοπαθολογική αλλοίωση, και επομένως μπορούν να αποδοθούν σε ψυχοκοινωνικά αίτια (Παρασκευοπούλου Ι., 1988).

### 1. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διαταραχές στην α) σκέψη, στο β) συναίσθημα και στην γ) κινητική – πραξιακή συμπεριφορά, που οδηγούν τον άρρωστο σε λειτουργική έκπτωση.



A) Οι διαταραχές στη σκέψη συνίστανται σε μεταβολή του τρόπου σχηματισμού των εννοιών και των κρίσεων που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και, μερικές φορές, σε παραγωγή ψευδαισθήσεων (πχ. ο ασθενής ακούει φωνές, βλέπει οράματα, βιώνει αισθήματα που δεν προέρχονται από εξωτερικούς ερεθισμούς) και αλλόκοτων παραληρηματικών ιδεών (πχ. ο ασθενής πιστεύει ότι μαγνητικά κύματα από μακρινό πλανήτη ελέγχουν τη σκέψη του και τον εξαναγκάζουν να κάνει ορισμένες πράξεις, πιστεύει ότι ζώφια περνούν κάτω από το δέρμα του, νομίζει ότι είναι ήδη νεκρός).

B) Οι διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν:

- 1) αμφιθυμικές καταστάσεις (πχ. ο ασθενής αγαπάει και μισεί ταυτόχρονα με την ίδια ένταση το ίδιο πρόσωπο),
- 2) υποτονικό θυμικό (πχ. ο ασθενής μένει απαθής, ασυγκίνητος και αδιάφορος μπροστά στα διάφορα συγκινησιογόνα ερεθίσματα) και

3) απρόσφορες συναισθηματικές αποκρίσεις (πχ. ο ασθενής σκάει στα γέλια όταν χτυπήσει ο ίδιος ή κάποιος άλλος, χαίρεται στο άκουσμα ότι κάποιος συγγενικό ή φιλικό του πρόσωπο πέθανε).

Γ) Οι διαταραχές στον κινητικό – πραξιακό τομέα συχνά περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα (πχ. ο ασθενής στέκεται σαν άγαλμα χωρίς καμία έκφραση, στηρίζεται για ώρες στο ένα πόδι σαν πελεκάνος, δεν ακουμπάει το κεφάλι του στο μαξιλάρι όταν ξαπλώνει, το λεγόμενο ψυχικό προσκέφαλο, μένει για ώρες σε άβολη θέση, όπως το χέρι πάνω από το κεφάλι, χωρίς να δείχνει ότι ενοχλείται, η λεγόμενη κηρώδης ευκαμψία) (Μπάλλης Θ., 2000).

### 3.2.3 Συναισθηματικές Διαταραχές (Συμπεριφοράς)

Οι διαταραχές Συμπεριφοράς ή διαγωγής αναφέρονται σε καταστάσεις που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι οι αντικοινωνικές μορφές έκφρασης των εσωτερικών ενορμήσεων και επιθυμιών ειδικά κάτω από συνθήκες στρες. Αναφέρονται σε πράξεις που συστηματικά είναι αντίθετες με το ηθικό, κοινωνικά καθιερωμένο και την έννομη τάξη. Το άτομο με διαταραχή διαγωγής δεν θεωρεί υπεύθυνο για τα ψυχολογικά του προβλήματα, τον εαυτό του, αλλά ενοχοποιεί την κοινωνία, αλλά άτομα κ.τ.λ. Από τις μορφές ψυχικών παθήσεων η διαταραχή αυτή είναι κυρίως ενδοτροπική και ζημιώνει το ίδιο το άτομο (Παρασκευοπούλου Ι., 1988).

Το συναίσθημα χωρίζεται σε τρεις συνιστώσες: τη συμπεριφορά, τη φυσιολογία ή τη γνωστική διεργασία. Πιο συγκεκριμένα, οι θεωρητικοί τονίζουν για την συμπεριφορά ότι το συναίσθημα είναι τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στα άτομα. Μέσω της έκφρασης του προσώπου αυξάνονται οι πιθανότητες επιβίωσης των άλλων επειδή μπορούν να αντιδράσουν γρηγορότερα σε μια πραγματική απειλή. Αυτός είναι ένας λόγος που τα συναισθήματα είναι μεταδοτικά. Ο Cannon (1929), για την φυσιολογία του συναισθήματος, θεωρούσε το συναίσθημα ως μια κυρίως εγκεφαλική λειτουργία.

Τέλος, μια ομάδα διακεκριμένων θεωρητικών εστιάζουν την προσοχή τους στη μελέτη των γνωστικών πλευρών του συναισθήματος. Ο πιο σημαντικός είναι ο Richard S. Lazarus, οποίος υποστηρίζει ότι οι αλλαγές στο περιβάλλον του ατόμου εκτιμώνται σύμφωνα με την πιθανή του συνέπεια στο συγκεκριμένο άτομο. Το είδος της εκτίμησης



που κάνει το άτομο καθορίζει και το συναίσθημα που βιώνει π.χ. αν δει κάποιος να κρατάει όπλο, πιθανότατα θα εκτιμήσει την κατάσταση ως επικίνδυνη και θα νιώσει το συναίσθημα του φόβου (Barlow Durand, 2001).

### 1. Βασικοί τύποι κατάθλιψης

- Αγχώδης κατάθλιψη - Πολύ βαριά μορφή-Καταθλιπτική εμβροντησία.
- Ψυχωσική-Παραληρητική κατάθλιψη.
- Λανθάνουσα κατάθλιψη-Συγκαλυμμένη (συμπτώματα υποχόνδρια, πονοκέφαλο, πόνο στη μέση, στην κοιλιά, μουδιάζουν τα άκρα – εμφανίζεται και στην εφηβεία), με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης : - την Διπολική διαταραχή - την Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή - την Δυσθυμία και κυκλοθυμία - και την Μανία – Μελαγχολία.

### 3.2.4 Νοητικές ανεπάρκειες

#### Βαθμίδες καθυστέρησης

Τα σύνδρομα που προκαλούνται από εγκεφαλικές βλάβες είναι:

1. Η πνευματική καθυστέρηση ή олиγοφρενίες.
2. Σύνδρομο ελαφρών εγκεφαλικών βλαβών.
3. Καθυστέρηση της ψυχικής εξέλιξης.

Ο όρος διανοητική καθυστέρηση/νοητική υστέρηση αναφέρεται στις συνήθεις κλίμακες γενικής νοημοσύνης, νοητικό πηλίκο μικρότερο από 70 (δηλαδή περισσότερο από δυο τυπικές αποκλίσεις, 30 μόρια, κάτω του μέσου όρου 100) και συγχρόνως παρουσιάζει μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στις συνήθεις για την ηλικία του αναπτυξιακές απαιτήσεις.

Τα άτομα με νοητική υστέρηση χαρακτηρίζονται από ελλιπή ανάπτυξη γνωστικών ικανοτήτων, όπως είναι οι λειτουργίες της μνήμης, της προσοχής, της αντίληψης, της

κρίσης, της γλώσσας και επικοινωνίας, της ικανότητας για μάθηση κ.α. (Νάσιος Γ., 2011).

### 3.2.5 Οργανικές και ψυχικές διαταραχές

#### 1. *Επιληψία - «κρίσεις E»*

Ο όρος επιληψία χρησιμοποιείται για ένα πλήθος παροξυσμικών διαταραχών διαφορετικής έντασης, που συνήθως (όχι πάντα) συνοδεύονται από απώλεια συνείδησης και σπασμούς, παρουσιάζονται σε όχι τακτά διαστήματα και έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό μια βιοηλεκτρική εκφόρτιση σε ένα ορισμένο σημείο του εγκεφάλου. Οι ψυχοκινητικές επιληψίες ή κροταφικές χαρακτηρίζονται από θόλωση της συνείδησης χωρίς πτώση. Στην διάρκεια του μισού ή περισσότερων λεπτών που διαρκεί η διαταραχή, ο ασθενής εκτελεί πλήθος άσκοπων και παράλογων ενεργειών (πιάνει τα ρούχα του, πηγαίνει πέρα δάθε, καταπίνει ή μασάει κατά χαρακτηριστικό τρόπο κ.α.). Συχνά παρατηρείται βλάβη στην κροταφική περιοχή. Οι ψυχωσικές διαταραχές που εμφανίζονται σε ασθενείς με σύνθετες εστιακές κρίσεις κροταφικού λοβού παρουσιάζει "σχιζοφρενικόμορφη" μεσοκριτική ψύχωση.

#### *Ψυχωσικές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τη κλινική εμφάνιση της επιληπτικής δραστηριότητας.*

Αυτές περιλαμβάνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα που εμφανίζονται στη φάση της κρίσης (κριτικές ψυχώσεις) στις σύνθετες εστιακές κρίσεις κροταφικού λοβού, όπως παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, δυσμνησικά φαινόμενα, αποπροσωποποίηση-αποπραγματοποίηση, διαταραχές σκέψης με τη μορφή της "επιβαλλόμενης σκέψης" ("forced thinking") και αυτοματισμοί και τη μετακριτική ψυχωσική διαταραχή. Η τελευταία εμφανίζεται μετά το πέρας μίας επιληπτικής κρίσης, συχνότερα μετά από μία δευτεροπαθής γενικευμένη τονικοκλονική κρίση ή μετά από status epilepticus. Παρουσιάζεται σε ποσοστό 6-10% των ασθενών με επιληψία και πρέπει να διακρίνεται από τη μετακριτική συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση. Έχει διάρκεια ολίγων ωρών ως, σπάνια, ολίγων ημερών (ως 7 ημέρες), δεν συνοδεύεται από έκπτωση του επιπέδου συνείδησης και χαρακτηρίζεται από παραληρητικές ιδέες, αλλόκοτη συμπεριφορά, επιθετικότητα και συχνά καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εξελιχθεί σε μεσοκριτική ψυχωσική διαταραχή.

### Ιατρογενείς ψυχωσικές διαταραχές

Οφείλονται στα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Τα συμπτώματα αυτά είναι συνήθως παροδικά και συχνά υποχωρούν με τη διακοπή του υπεύθυνου σκευάσματος χωρίς να απαιτείται μακρόχρονη χορήγηση αντιψυχωσικής αγωγής. Περισσότερο ενοχοποιούνται η τοπιραμάτη και η βικαμπατρίνη. Σε αυτές μπορούν να περιληφθούν οι ψυχωσικές διαταραχές που εμφανίζονται μετά τη χειρουργική αφαίρεση της επιληπτογόνου εστίας, ιδιαίτερα εφόσον αυτή εντοπίζεται στο κροταφικό λοβό (Στεργίου Β., & Καρλοβασίτου Α., 2010).

### 4. Αμνησία

Η πλήρης και γενικευμένη αμνησία είναι σπάνια. Πρόκειται συνήθως για απώλεια μνήμης σημαντικών πρόσφατων γεγονότων. Η αμνησία δεν οφείλεται σε οργανική βλάβη και είναι τόσο εκτεταμένη που δεν μπορεί να αποδοθεί σε ένα συνηθισμένο ξέχασμα ή κόπωση. Επικεντρώνεται κυρίως σε ψυχοτραυματικά γεγονότα, όπως ατυχήματα ή απροσδόκητο πένθος. Υπάρχει ένας σταθερός πυρήνας μνημονικού υλικού που αφορά το γεγονός και δεν μπορεί να ανακληθεί. Συγχρόνως οι άρρωστοι αυτοί διατηρούν ακέραιη την ικανότητα τους να εγγραφούν στην μνήμη τους καινούργιες πληροφορίες.

Η συχνότερη μορφή είναι η αμνησία της προσωπικής τους ταυτότητας, όλων δηλαδή των πληροφοριών που αφορούν την προσωπική ζωή τους, ενώ θυμούνται γενικότερες πληροφορίες. Οι ανοιακοί πάλι θυμούνται το όνομα τους αλλά ξεχνούν γενικές πληροφορίες, ενώ,



στη μεταδιασεισική αμνησία υπάρχει παλίνδρομος αμνησία. Συνήθως η αμνησία εγκαθίσταται αιφνίδια και οι άρρωστοι είναι ενήμεροι ότι έχασαν τη μνήμη τους.

Διακρίνονται διάφορες μορφές αμνησίας όπως: η εστιακή, που αφορά την απώλεια μνήμης γεγονότων περιορισμένου χρόνου (μερικών ωρών ή ημερών), γενικευμένη, που

αφορά την απώλεια μνημονικών εικόνων ολόκληρης της ζωής και εκλεκτική, όπου το άτομο αδυνατεί να θυμηθεί μερικά, αλλά όχι όλα τα γεγονότα που συνέβησαν στη διάρκεια κάποιου μικρού χρονικού διαστήματος. Τα άτομα αυτά δείχνουν αμηχανία, δυσφορία, αναζητούν την προσοχή των άλλων ή αποδέχονται την όλη κατάσταση με εντυπωσιακή αδιαφορία.

Η παροδική γενικευμένη αμνησία συνδέεται με διαταραχές της αιμάτωσης του εγκέφαλου και γι' αυτό παρουσιάζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας 60 με 70 χρόνων, ενώ η αμνησία μετατρεπτικού τύπου εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας μεταξύ 20 και 40 χρόνων, δηλαδή σε περίοδο της ζωής τους που συνδέεται με στρεσογόνες καταστάσεις. Η παροδική γενικευμένη αμνησία εμφανίζεται ξαφνικά και αφορά κατά κύριο λόγο πρόσφατες μνήμες (Μπάλλης Θ., 2000).

##### 5. Διαταραχές του ύπνου – Δυσυπνίες (οφειλόμενες σε ψυχιατρική ή σωματική πάθηση)

Η αϋπνία είναι κοινό και συχνό πρόβλημα για το οποίο παραπονιέται το 10 – 30% του ενήλικου πληθυσμού. Ο υποκειμενικός παράγοντας για το αν κοιμάται κάποιος καλά ή όχι, έχει μεγάλη σημασία. Ορίζεται ως η μείωση της ποσότητας του ύπνου (δεν μπορεί να κοιμηθεί ή αδυνατεί να συντηρήσει τον ύπνο, ανεξάρτητα από την ύπαρξη εμφανούς αιτίας) και η κακή ποιότητα του.

Σε μερικούς η αϋπνία είναι συχνά δευτερογενής διαταραχή που συνοδεύει άλλες παθήσεις όπως κατάθλιψη, άγχος, άνοια, τα οποία προέρχονται από σωματικές παθήσεις.

Η αϋπνία μπορεί να διακριθεί σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθής αϋπνία σχετίζεται με μαθημένη συμπεριφορά και παθογόνες γνωσιακές συσχετίσεις που δεν ενισχύουν τον ύπνο όπως είναι η προσπάθεια να κοιμηθεί κάποιος. Σε αυτήν την περίπτωση δημιουργείται αυξημένη σωματική ένταση (ανησυχία, μυϊκή ένταση, αυξημένη αγγειοσυστολή), που είναι ασύμβατα με τον ύπνο και οδηγούν σε αϋπνία.

Η δευτεροπαθής αϋπνία είναι συχνότερη μορφή και αποτελεί συμπτώματα πολλών ψυχιατρικών και σωματικών παθήσεων και είναι αποτέλεσμα χορήγησης ή/και διακοπής φαρμάκων και αποτέλεσμα περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Μερικά από τα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με αϋπνία είναι : καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα αναπνευστικού συστήματος, νοσήματα γαστρεντερικού

συστήματος, νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος, του ενδοκρινικού συστήματος, του νευρικού συστήματος και άλλες καταστάσεις όπως πόνοι, πυρετός, αρθρίτιδα κ.α.

Άλλες διαταραχές ύπνου είναι η ναρκοληψία, η υποτροπιάζουσα υπερυπνία, το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο, η διαταραχή περιοδικών κινήσεων των άκρων, οι παραϋπνίες, και το Ντελίριο (Delirium) – Οργανικό ψυχοσύνδρομο (Μπαλής Θ., 2000; Παπαρρηγόπουλος Θ., Ψάρρος Κ., 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΤΕΓΩΝ

Ο πληθυσμός των αστέγων αντιμετωπίζει πολλά και πολύπλοκα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν διεξαχθεί στον χώρο της Ευρώπης δείχνουν ότι τα ποσοστά της ψυχιατρικής νοσηρότητας για την ειδική αυτή ομάδα του πληθυσμού είναι κατά πολύ αυξημένα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και κυμαίνονται από 58–100% σε κάποιες περιπτώσεις (Χονδράκη Π., και συν, 2012).

#### 4.1 Η Ψυχοκοινωνιολογική προσέγγιση

Η έρευνα στην περιβαλλοντική ψυχολογία έχει δείξει ότι το σπίτι έχει διακριτές κοινωνικές, προσωπικές, φυσικές, πολιτικές, και πολιτισμικές ιδιότητες, οι οποίες γίνονται αντιληπτές ως σύνολο. Το σπίτι δεν αποτελεί μόνο ένα φυσικό χώρο αλλά αντιπροσωπεύει επίσης ένα κέντρο δραστηριοτήτων, μια πηγή ταυτότητας, ένα στόχο για προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη, μια αφηρημένη κατάσταση ύπαρξης, και μια νομική έννοια. Το σπίτι είναι ένας τρόπος έκφρασης της ατομικής ταυτότητας αλλά και ένας τρόπος σύνδεσης με μια ορισμένη κουλτούρα. Για το λόγο αυτό έχει σημαντική θέση μέσα στις κοινωνικές και πολιτισμικές δυνάμεις. Από την άλλη, η έλλειψη στέγης φαίνεται να εκφράζει μια συνέχεια της «ύπαρξης στέγης» που κυμαίνεται από τη διαβίωση στο δρόμο μέχρι τη διαμονή σε ακατάλληλα, επισφαλή καταλύματα (Cloke P., et al., 2000).

Η πολυπλοκότητα της έλλειψης στέγης διαμορφώνεται περαιτέρω από παράγοντες όπως η φτώχεια, οι οικογενειακές συγκρούσεις, η κακοποίηση, η εξάρτηση και η κακή ψυχική υγεία. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι βιώνεται διαφορετικά από τα άστεγα άτομα ανάλογα με τα περιβάλλοντα. Για παράδειγμα, στη Μεγάλη Βρετανία οι άστεγοι είτε φιλοξενούνται σε ξενώνες, ξενοδοχεία, ή καταλύματα με κρεβάτι και πρωινό, είτε διαμένουν παράνομα σε ακατοίκητα σπίτια ή απλά στο δρόμο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες τα καταφύγια είναι πιο συχνά και παρέχουν μικτή φιλοξενία βραχείας διαμονής ανάλογη με αυτή των κοιτώνων (Moore J., 2007). Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (2000), μέσω

της αρμόδιας υπηρεσίας του για θέματα στέγης, υποστηρίζει ότι «η έλλειψη στέγης μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση αποσύνδεσης από την κοινωνία, η οποία χαρακτηρίζεται από την απουσία των συνδετικών δεσμών που ενώνουν τους ανθρώπους μέσα στις κοινωνικές τους δομές (Τσακιράκη Ε., 2010).

Η έλλειψη στέγης φέρει τις επιπτώσεις μιας κατάστασης κατά την οποία το άτομο όχι απλά δεν έχει που να κοιμηθεί αλλά κυρίως νιώθει ότι δεν ανήκει πουθενά». Έτσι, για κάποιους, η έλλειψη στέγης δεν είναι παρά μια χρόνια έλλειψη μόνιμης, οικονομικά προσιτής κατοικίας. Για άλλους, είναι μάλλον το αποτέλεσμα μιας βαθύτερης αποσύνδεσης με την κοινωνία λόγω της ανικανότητας να νιώθουν κάποιου είδους συνδετικότητα με το σπίτι, την γειτονιά και την ευρύτερη κοινότητα.

Μέσα από αυτή την προοπτική γίνεται φανερό ότι τόσο η έλλειψη στέγης όσο και η στέγη είναι κοινωνικά και πολιτισμικά κατασκευασμένες έννοιες (Hutson S., & Liddiard M., 1994). Ο Smith (1994) πρόσθεσε την έλλειψη προσωπικής ελευθερίας και προσωπικής ζωής και την έλλειψη μονιμότητας ως μέρος της απουσίας στέγης. Η έλλειψη στέγης μπορεί ωστόσο να αντιπροσωπεύει μία ακόμα μεγαλύτερη απουσία: απώλεια της αίσθησης ότι το άτομο ανήκει κάπου κοινωνικά και πολιτισμικά και μία μορφή κοινωνικού αποκλεισμού. Οι Dant & Deacon (1989) υποστηρίζουν ότι η σημασία του σπιτιού έγκειται στο ότι συνενώνει την ταυτότητα του ατόμου, του χώρου και του κοινωνικού πλαισίου, δίνοντας έμφαση στον κοινωνικό, συμβολικό, πολιτισμικό και φυσικό αντίκτυπο του να είναι κανείς άστεγος. Χωρίς τα παραπάνω, το άτομο βιώνει αποκλεισμό, και ακόμη και μέσα στα πλαίσια της ζωής του ως άστεγος, μπορεί να νιώθει ότι δεν ανήκει πουθενά.

## 4.2 Ψυχοπαθολογία αστέγων στην ΕΕ

### 4.2.1 Γερμανία

Στη Γερμανία, το ενδιαφέρον για το φαινόμενο της απώλειας στέγης ξεκινά πολύ νωρίς από τους Bonhoeffer και τον Wilmanns που μελέτησαν την «ψυχοπαθολογία των περιπλανώμενων». Οι συγγραφείς αυτοί περιγράφουν την υψηλή επικράτηση της

σχιζοφρένειας και του αλκοολισμού μεταξύ πρώην αστέγων ανάμεσα στους εργάτες και τους φυλακισμένους (Χονδράκη και συν., 2012).

Στις δεκαετίες του 1920 και 1930, κάποιοι ερευνητές ασχολήθηκαν με τις ψυχιατρικές διαγνώσεις στον πληθυσμό των αστέγων ονομάζοντας τις ομάδες αυτές ως αντικοινωνικές, αφύσικες και κατώτερες. Αρκετές χιλιάδες αστέγου πληθυσμού απελάθηκε προς στρατόπεδα συγκέντρωσης και οι άστεγες γυναίκες υπέστησαν στείρωση. Μέχρι τη δεκαετία του 1980 η ψυχιατρική έρευνα χαρακτηρίζεται από μια κοντόφθαλμη νοοτροπία που εστιάζεται στις ψυχικές δυσλειτουργίες που μπορεί να εμφανίζει ο πληθυσμός αυτός. Μόλις πρόσφατα, τη δεκαετία του 1990, οι ερευνητές ασχολήθηκαν με τις συνθήκες ζωής και τον κοινωνικό ιστό του αστέγου πληθυσμού που λαμβάνεται υπόψη για την αξιολόγηση της κοινωνικό-οικονομικής τους κατάστασης (Χονδράκη και συν., 2012).

Όσον αφορά στην επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στους άνδρες αστέγους τα ευρήματα που αφορούν στη Γερμανία συγκλίνουν με τα ευρήματα των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών: 77–94% τρέχουσα επικράτηση με υψηλότερο το ποσοστό των διαταραχών εξάρτησης από ουσίες, καθώς επίσης και περιορισμένη χρήση των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας (Salize H., et al., 2001).

Στην έρευνα του Langle et al., (2005) συμμετείχαν 91 άνδρες της πόλης Tubingen της Γερμανίας όπου η τρέχουσα επικράτηση των ψυχικών διαταραχών (με βάση το ICD-10) ήταν πολύ υψηλή και άγγιζε το 74%, με πρώτη θέση τη διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ. Ακολουθούν οι αγχώδεις διαταραχές με 26% και οι συναισθηματικές διαταραχές με 15%. Η συννόσηση άγγιζει το 67% και αφορά κυρίως στο συνδυασμό εξάρτησης αλκοόλ και ουσιών (Fazel S., et al 2008).

Η έρευνα των Fichter et al., (1996), σε ένα δείγμα 271 αστέγων στην πόλη του Μονάχου έδειξε ότι η διά βίου επικράτηση των ψυχικών διαταραχών (στον άξονα I) στους αστέγους του δείγματος ήταν πολύ υψηλή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό στο Μόναχο (Wittchen HU., et al., 1992) και στο Λος Άντζελες (Koegel P., et al., 1998). Από τον άξονα II η μόνη διαταραχή που εξετάστηκε η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, ήταν πολύ χαμηλή για τους άνδρες του δείγματος (4,1%). Το αντίστοιχο ποσοστό για τη δια βίου επικράτηση της διαταραχής αυτής είναι 9,6%. Όσον αφορά στη συννοσηρότητα, το 45,9% είχε μία διάγνωση, το 23,3% είχε δύο διαγνώσεις, το 8,2% είχε τρεις διαγνώσεις και το 3,4% είχε τέσσερις διαγνώσεις. Επομένως, η



συννοσηρότητα ήταν πολύ υψηλή για τους αστέγους άνδρες του Μονάχου και αφορούσε το συνδυασμό μίας διαταραχής κατάχρησης ουσιών (κυρίως αλκοόλ) με συναισθηματική διαταραχή, αγχώδη διαταραχή ή σχιζοφρένεια. Το ποσοστό του δείγματος που είχε δύο ή περισσότερες τρέχουσες διαγνώσεις ήταν 34,9% και το αντίστοιχο ποσοστό διά βίου ήταν 53,4%.

Στη μελέτη των Fichter & Quadflieg (2001) σε ένα δείγμα 265 αστέγων ανδρών στην πόλη του Μονάχου, στη Γερμανία, βρέθηκε ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στους αστέγους είναι πολύ υψηλή για όλη την ζωή τους (η συνολική επικράτηση οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής φθάνει το 93,2%), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στον γενικό πληθυσμό είναι 0,8% για τις ψυχωσικές διαταραχές, 4,5% για τις συναισθηματικές διαταραχές, 15,1% για τη διαταραχή κατάχρησης ουσιών, 3% για τις αγχώδεις διαταραχές (Fichter et al., 1996).

Στον άξονα II, εκτιμήθηκε μόνο η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας με ποσοστό 25,1%. Επίσης, η συννοσηρότητα βρέθηκε πολύ υψηλή με το 17,5% (27,2% διά βίου) να έχει δύο διαγνώσεις, το 6,3% (10,4% διά βίου) να έχει τρεις διαγνώσεις και το 0,9% (2,2% διά βίου) να έχει τέσσερις διαγνώσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις η συννοσηρότητα περιελάμβανε τον συνδυασμό κατάχρησης ουσιών, κυρίως αλκοόλ, και συναισθηματικών διαταραχών ή αγχωδών διαταραχών ή ψυχωσικών διαταραχών. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε πολύ υψηλό ποσοστό εξάρτησης από το αλκοόλ, ενώ χαμηλότερα ποσοστά καταγράφει συνήθως η Μαδρίτη. Η Γερμανία είναι από τις χώρες με την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ τον χρόνο, ίσως γιατί είναι εύκολα προσβάσιμο και λιγότερο ακριβό από άλλες χώρες. Το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ φαίνεται να συνυπάρχει και με άλλες ψυχικές διαταραχές, γεγονός το οποίο χρειάζεται να ληφθεί υπόψη για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα. Η διά βίου επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών είναι πολύ υψηλή στο δείγμα του Μονάχου (32,8%), ενώ υψηλά ποσοστά δυσθυμίας καταγράφει και η Ισπανία. Η κατάχρηση και εξάρτηση ουσιών δεν ήταν τόσο έντονη στο δείγμα του Μονάχου όσο καταγράφηκε στο δείγμα του Λος Άντζελες (Koegel P., et al., 1998).

Μετά από 3 χρόνια από την αρχική αξιολόγηση του δείγματος, οι Fichter & Quadflieg (2005) επαναξιολόγησαν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών καθώς και την κατάσταση στέγασης στο ίδιο δείγμα των 265 αστέγων. Παρατηρήθηκε μία μικρή αύξηση στην επικράτηση των ψυχικών διαταραχών (από 4,38% σε 5,7%), ενώ στις

συναισθηματικές διαταραχές, στη διαταραχή κατάχρησης ουσιών και στις αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζεται μία ύφεση στη διάρκεια των 3 αυτών χρόνων.

Στην έρευνα των Salize (2001) συμμετείχαν 102 άστεγοι άνδρες, στην περιοχή Mannheim της Γερμανίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 68,6% του δείγματος είχε τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή. Η διά βίου επικράτηση ήταν 82,4%. Η πιο συχνή διαταραχή που μετρήθηκε ήταν ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα που απορρέουν από την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, με βάση το ICD-10 με ποσοστό 55,9%. Μόνο το 34,3% (διά βίου 40,1%) του δείγματος έκανε κατάχρηση ουσιών, χωρίς άλλη ψυχιατρική διάγνωση. Σε συνδυασμό με άλλη ψυχιατρική διαταραχή βρέθηκε το 21,6% του δείγματος (διά βίου 33,3%), ενώ το 12,7% του δείγματος είχε μία τουλάχιστον ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή κατάχρησης ουσιών (διά βίου 8,8%). Τα ευρήματα αυτής της έρευνας συνηγορούν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών ιδιαίτερα όσον αφορά στη συννοσηρότητα κατάχρησης αλκοόλ με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Fichter & Quadflieg, 1999).

#### 4.2.2 Ολλανδία

Στην Ολλανδία, το 1995 η εκτίμηση του αριθμού των αστέγων ήταν 20.000. Το 2000 εκτιμάται ότι το 0,13% του πληθυσμού είναι χωρίς στέγη, το οποίο συμβαδίζει με τα χαμηλότερα ποσοστά που έχουν εκτιμηθεί από χώρες της Αμερικής (Culhane Dr., et al., 1994). Στη χώρα αυτή, όπως και στις ΗΠΑ, ο αριθμός των αστέγων είναι πολύ μεγαλύτερος στις μεγάλες πόλεις. Στο Άμστερνταμ, ο αριθμός των αστέγων εκτιμάται να κυμαίνεται μεταξύ 2000 και 6.550 το 1990 που είναι 2 έως 5 φορές υψηλότερος από τον εθνικό μέσο όρο. Στο Άμστερνταμ, το 10% των αστέγων μένουν στον δρόμο, 25 και είναι νεαροί ενήλικες, λιγότερο από 10% είναι άστεγες γυναίκες με παιδιά και το 40% είναι μέλη εθνικών μειονοτήτων (Sleegers J., et al., 1998).

Από έρευνα που έγινε στο Άμστερνταμ, βρέθηκε ότι το 60% των ερωτηθέντων ήταν χωρίς στέγη για πάνω από 1 χρόνο. Οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την καταγραφή των ψυχικών ασθενειών στους αστέγους στην Ολλανδία είναι λίγες (Sleegers J., et al., 1998). Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η επικράτηση των ψυχικών ασθενειών είναι μεγαλύτερη για τις ΗΠΑ από την Ολλανδία. Όμως στην Ολλανδία περισσότεροι ψυχικά ασθενείς νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη

χώρα αυτή δεν είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση στον αριθμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων αλλά τη μείωση στη διάρκεια της νοσηλείας, στον αριθμό των πρώτων εισαγωγών και τον διπλασιασμό του αριθμού των επανεισαγωγών (Mental Health Care, 1996).

Η αναδιαμόρφωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε κοινοτική ψυχιατρική φροντίδα δεν είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των αστέγων από τους ψυχιατρικούς ασθενείς που εξήλθαν από τα νοσοκομεία. Πολλοί όμως από τους αστέγους με ψυχικά προβλήματα θα είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο πριν 20 χρόνια. Τώρα, τα νοσοκομεία δίνουν εξιτήριο σε ασθενείς με σοβαρά ψυχικά νοσήματα, μετά από βραχύχρονη νοσηλεία και χωρίς να υπάρχει συντονισμός με τις υπηρεσίες στην κοινότητα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μία έξαρση των συμπτωμάτων και στην απώλεια στέγης (Mechanic D., et al., 1998). Με βάση τις έρευνες των Slegers (2000) και Spijker (1991) προκύπτει ότι η μεγαλύτερη διά βίου επικράτηση, στον πληθυσμό των αστέγων στην πόλη αυτή, ανήκει στη διαταραχή κατάχρησης και εξάρτησης αλκοόλ με ποσοστό 31–46% και ακολουθούν οι διαταραχές της διάθεσης με ποσοστά 24–25%. Η σχιζοφρένεια ακολουθεί τα χαμηλά ποσοστά των άλλων ευρωπαϊκών χωρών (3–14%).

#### 4.2.3 Γαλλία

Η Γαλλία έχει υιοθετήσει μία πολύ ενεργή στάση στην αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών και την επένδυση των χρηματικών πόρων για την ψυχική υγεία σε εξωτερικές κοινοτικές δομές (Kovess V., et al., 1995). Για τον λόγο αυτόν μπορεί να έχει μικρότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών μεταξύ του αστέγου πληθυσμού σε σχέση με χώρες όπου η μείωση των ψυχιατρικών κρεβατιών δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση στις κοινοτικές δομές.

Στην έρευνα των Kovess & Lazarus (1999) συμμετείχαν 838 άστεγοι της πόλης του Παρισιού. Στη μέτρηση της ψυχοπαθολογίας βρέθηκε ότι η συννοσηρότητα αφορούσε σε προβλήματα κατάχρησης ουσιών σε συνδυασμό με σχιζοφρένεια, ενώ η κατάχρηση αλκοόλ συνδυαζόταν με καταθλιπτικές διαταραχές. Η κατάχρηση ουσιών ήταν συχνότερη στους άνδρες από τις γυναίκες, σε ανθρώπους χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, και σε αυτούς που ζούσαν στον δρόμο. Φαίνεται η διαταραχή αυτή να παίζει ρόλο στην έναρξη του φαινομένου καθώς και στη διατήρησή του.

#### 4.2.4 Ισπανία

Όσον αφορά στην Ισπανία, η πρωτεύουσα της χώρας η Μαδρίτη με πληθυσμό 4 εκατομμύρια εκτιμάται να έχει από 900 έως 2000 αστέγους με βάση έρευνες που έγιναν στον δρόμο από στατιστικές υπηρεσίες. Τα πιο αξιόπιστα στοιχεία για τους αστέγους στην πόλη αυτή προέρχονται από διαφορετικές πηγές: τον συνολικό αριθμό κρεβατιών που διαθέτει η πόλη (n=991), τις Επείγουσες Κοινωνικές Υπηρεσίες που παρέχουν 24 ώρες υπηρεσίες σε περίπου 200 αστέγους που ζουν στους δρόμους της πόλης και την Κοινωνική Υπηρεσία για τους Μετανάστες. Στην έρευνα του Vazquez et al., (1999) πήραν μέρος 261 άστεγοι στην πόλη της Μαδρίτης.

Η διά βίου επικράτηση των ψυχικών διαταραχών ήταν πολύ υψηλή (67%) και ήταν υψηλότερη στους άνδρες (70% σε σύγκριση με το 55% των γυναικών), καθώς και η επικράτηση της διαταραχής κατάχρησης ουσιών (43% σε σύγκριση με το 33%). Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη τάση να αναπτύσσουν διαταραχές μη σχετιζόμενες με κατάχρηση ουσιών. Η επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες (30–17%).

Ο αποϊδρυματισμός των ψυχικά ασθενών δεν φαίνεται να επιδρά στην αύξηση του αριθμού των αστέγων στην Ισπανία, αφού το ποσοστό των σχιζοφρενών μεταξύ των αστέγων είναι μόλις 4%. Επίσης, η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας στην Ισπανία ξεκίνησε στο μέσο της δεκαετίας του 1980 στη διάρκεια της οποίας δεν σημειώθηκε σημαντική αύξηση στον πληθυσμό των αστέγων. Με βάση την παραπάνω έρευνα, φαίνεται ότι το μείζον πρόβλημα του πληθυσμού των αστέγων στη Μαδρίτη είναι οι συναισθηματικές διαταραχές (27%). Η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί μια άτυπη διαταραχή. Το γεγονός μπορεί να εμποδίζει τον πληθυσμό αυτόν από το να αναζητήσει βοήθεια και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικούς αμυντικούς μηχανισμούς.

#### 4.2.5 Ελβετία

Η Ελβετία είναι μία από τις πιο πλούσιες χώρες στον κόσμο. Είναι η δεύτερη χώρα στον κόσμο στις δαπάνες για την υγεία με 5144 \$ κατά κεφαλή το 2009 και 6187 \$ το 2013 (OECD Health at a Glance 2011; Health System in Transition 2015). Στην ψυχιατρική

φροντίδα, το 80% των συνολικών δαπανών για την υγεία διατίθενται για την ενδονοσοκομειακή φροντίδα όταν στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό αυτό είναι 20% (Health System in Transition 2015). Το φαινόμενο της απώλειας στέγης στη Ελβετία δεν είναι απόλυτα κατανοητό. Κάποιοι θα μπορούσαν να υποστηρίξουν ότι το φαινόμενο αυτό δεν υπάρχει στη χώρα αυτή, εφόσον είναι μία από τις πιο πλούσιες χώρες στον κόσμο με ένα επαρκές κοινωνικό σύστημα, χωρίς εμφανείς ανισότητες (Gwatkin DR et al., 2004). Όπως έχει δειχθεί ένα επαρκές κοινωνικό σύστημα λειτουργεί προστατευτικά προς το φαινόμενο της απώλειας στέγης (Caton CL et al., 2000). Ο αριθμός των κρεβατιών που είναι διαθέσιμα για τον άστεγο πληθυσμό αυξήθηκε στο Καντόνι της Ζυρίχης στο διάστημα από το 2001 έως το 2003 κατά 17%. Η έρευνα των Lauber et al., (2005) περιλαμβάνει 16.247 ενήλικες ασθενείς που έκαναν εισαγωγή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο στο Καντόνι της Ζυρίχης από το 1998 έως το 2001. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 1,6% όλων των εισαγωγών ήταν άστεγοι. Το 30% αυτών ήταν γυναίκες και το 70% ήταν άνδρες. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην Αγγλία είναι 20,5% και στην Αμερική 35% (Koffman J., & Fulop NJ, 1999).

Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι ο άστεγος πληθυσμός έπασχε κυρίως από διαταραχή κατάχρησης ουσιών και συγκεκριμένα από πολλαπλή κατάχρηση ουσιών κατά ICD-10. Σχεδόν ίδια ποσοστά βρέθηκαν σε ψυχωσικές, νευρωτικές και διαταραχές προσωπικότητας, ενώ μικρότερα ποσοστά σημειώθηκαν σε οργανικές και συναισθηματικές διαταραχές. Ο αριθμός των ασθενών με συννοσηρότητα, βρέθηκε πολύ υψηλός (27%) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Επίσης, οι άστεγοι είχαν μικρότερη νοσηλεία ενώ κατά την έξοδό τους η κλινική τους κατάσταση ήταν ελάχιστα βελτιωμένη σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς, καθώς 1 στους 3 προσήλθε με δική του πρωτοβουλία, ποσοστό υψηλότερο σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν στέγη. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης είναι σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων ερευνών που μελετούν τα ποσοστά των αστέγων σε ενδονοσοκομειακές ψυχιατρικές δομές και χαρακτηρίζονται από σοβαρές ψυχικές διαταραχές και φτωχή κοινωνική προσαρμογή. Ο ίδιος ερευνητής, το 2005 μελέτησε 28.204 ασθενείς που είχαν εισαχθεί στο ψυχιατρικό νοσοκομείο στο Καντόνι της Ζυρίχης Lauber et al., (2006). Ο βαθμός της σοβαρότητας των συμπτωμάτων ήταν υψηλός και στα δύο δείγματα (άστεγοι vs μη άστεγοι). Οι άστεγοι ασθενείς παρατηρήθηκε ότι είχαν συντομότερη ενδονοσοκομειακή παραμονή και είχαν μέτρια βελτίωση κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, ενώ σε μια άλλη ομάδα ασθενών η βελτίωση ήταν αισθητή.

Βρέθηκε ότι ο άστεγος πληθυσμός έπασχε κυρίως από διαταραχή κατάχρησης ουσιών και συγκεκριμένα από πολλαπλή κατάχρηση ουσιών κατά ICD-10 με ποσοστό 32,7%. Μέτρια ποσοστά βρέθηκαν σε ψυχωσικές (17,1%), συναισθηματικές (5,6%) και διαταραχές προσωπικότητας (7,8%), ενώ μικρότερα ποσοστά σημειώθηκαν σε οργανικές διαταραχές (0,7%). Ο αριθμός των ασθενών με συννοσηρότητα δηλαδή οι ασθενείς με διαταραχή κατάχρησης ουσιών και κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή βρέθηκε υψηλός (28,6%) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς (Lauber et al., 2006).

#### 4.2.6 Ελλάδα



Στην αρχή της δεκαετίας του 1990 το φαινόμενο των αστέγων ήταν κάτι ξένο για την Ελλάδα και είναι μάλλον πρόσφατο σε σύγκριση με το ξεκίνημά του σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Σιγά σιγά όμως έχει εξελιχτεί και το ποσοστό των αστέγων αυξάνεται συνεχώς πλησιάζοντας τα ποσοστά των άλλων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Αλαμάνου Α., και συν 2013). Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος εμφανίζονται ιδιαίτερα φτωχές σε σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα.

Οι άστεγοι στην Ελλάδα πολύ πρόσφατα (Ν.4052/12) αναγνωρίστηκαν θεσμικά ως ειδική-ευάλωτη κοινωνική ομάδα που χρήζει ειδικών μέτρων προστασίας. Ωστόσο μέχρι σήμερα η πλειονότητα των υπηρεσιών που παρέχονται αφορούν φιλανθρωπικού τύπου παροχές ενώ δεν υπάρχει καμιά θεσμοθετημένη δράση που να σχετίζεται με την πρόληψη

του φαινομένου και την ένταξη των αστέγων στην αγορά εργασίας και την αποκατάσταση τους στον κοινωνικό ιστό. Η εφαρμογή του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος στη στέγη παραμένει ως σήμερα ζητούμενο από την ελληνική πολιτεία αφήνοντας χιλιάδες άστεγους εγκλωβισμένους στο φαύλο κύκλο του κοινωνικού περιθωρίου (Πειραματικό Λύκειο Ιωνιδείου 2014).

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει εθνική στρατηγική για την αντιμετώπιση του φαινομένου της απώλειας στέγης και δεν υπάρχουν επίσης και ερευνητικές εργασίες για τη μελέτη του πληθυσμού των αστέγων. Κάποιες πρωτοβουλίες έχουν αναπτυχθεί από ΜΚΟ, ενώ πρόσφατες προσπάθειες από κυβερνητικούς κύκλους για τους αστέγους που κοιμούνται στον δρόμο δεν έχουν δημοσιευθεί ακόμη. Η τελευταία απογραφή των αστέγων ατόμων στην Ελλάδα από τον FEANTSA έγινε το 2006.

Από αυτή την απογραφή καταγράφηκαν 6000 άστεγοι στο δρόμο, 1000 άτομα σε ξενώνες διανυκτέρευσης, 300 άστεγοι σε προσωρινά καταλύματα αστέγων και 554 σε δομές υποδοχής για μετανάστες (FEANTSA 2009).

Στην έρευνα του Κωνσταντακόπουλου και συν που έγινε το 2003 και συμμετείχαν μόνο 58 άστεγοι που έκαναν χρήση του Κέντρου Υποστήριξης Αστέγων στην Κλίμακα, στην πόλη της Αθήνας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υψηλότερη επικράτηση ανήκει στις διαταραχές ψυχωσικού φάσματος με 32,7% σε αντίθεση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες όπου τα αντίστοιχα ποσοστά είναι χαμηλότερα. Ακολουθούν οι διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ με 22,4% και ουσιών με 18,9%, ενώ υψηλό ποσοστό κατέχουν και οι διαταραχές προσωπικότητας με 17,2% (Κωνσταντακόπουλος Γ., και συν 2003).



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

#### **5.1 ΣΚΟΠΟΣ**

Βασικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας των αστέγων στο νομό Ηρακλείου.

#### **5.2 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ**

Οι επιμέρους στόχοι στους οποίους επικεντρώθηκε η έρευνα αναφορικά με τους αστέγους και την ψυχοπαθολογία αυτών είναι οι παρακάτω:

- Ο διαχωρισμός του ιδιαίτερου αυτού πληθυσμού σε υποομάδες με βάση το φύλο, την ηλικία κλπ.
- Καταγραφή αισθημάτων ανασφάλειας, φόβων και αναγκών τους.
- Καταγραφή κοινωνικών χαρακτηριστικών, όπως προηγούμενη εργασιακή και οικονομική κατάσταση.
- Η διερεύνηση ψυχιατρικής νοσηρότητας στο δείγμα.

#### **5.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Για τη συλλογή των δεδομένων της συγκεκριμένης επιδημιολογικής μελέτης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ημιδομημένης συνέντευξης για να υπάρχει αμεσότητα με τα υποκείμενα και ευελιξία στη διαμόρφωση των ερωτήσεων καθώς και για την παροχή πληροφοριών σχετικά με το υπό μελέτη φαινόμενο.

Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας κατατέθηκε πρωτόκολλο αρχικά στο ΤΕΙ Νοσηλευτικής όπου δόθηκε άδεια με Αρ. Πρωτ. 214 στις 18/2/2016 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1). Κατόπιν το πρωτόκολλο κατατέθηκε για έγκριση στο Δήμο Ηρακλείου, στη Διεύθυνση Κοινωνικής Ανάπτυξης για την λήψη άδειας συλλογής δεδομένων από τους άστεγους που φιλοξενούνται στη Δομή Φιλοξενίας Αστέγων του Δήμου όπου δόθηκε άδεια με Αρ. Πρωτ. 110957 στις 11/10/2016 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1).

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο ως τον Νοέμβριο του 2016. Για την συμμετοχή των αστέγων στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια της Dr. D. Avramon (1995) που αναφέρονται στην αδυναμία του ατόμου να αποκτήσει και να διατηρήσει δικό του σπίτι με δικά του οικονομικά μέσα και χωρίς την βοήθεια



άλλων. Με βάση τον ορισμό αυτό αναζητήθηκαν άστεγοι στους δρόμους, σε ξενώνες, σε συσσίτια και σε ιδρύματα.

Σαν κριτήριο επίσης τέθηκε η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας αν δεν ήταν Έλληνες πολίτες, η ηλικία (άνω των 18 ετών) και η κατοικία στο νομό Ηρακλείου και η εθελοντική συμμετοχή τους.

Για την πρακτική προσέγγιση του θέματος, που πραγματοποιήθηκε η εργασία χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία των αστέγων που συμμετείχαν στην μελέτη και ειδικά σταθμισμένα εργαλεία για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων.

Η επικοινωνία και η διενέργεια των συνεντεύξεων με τους αστέγους πραγματοποιήθηκε σε συσσίτια, στο δρόμο, σε εκκλησιαστικά κέντρα και στον ξενώνα του δήμου Ηρακλείου που βρίσκεται στην περιοχή της Αλικαρνασσού και φιλοξενεί μικρό αριθμό αστέγων.

#### **5.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία.

1. Ένα γενικό ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικά, δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη, όπως ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, επικοινωνία με τους συγγενείς, επάγγελμα, εργασία, αιτία απώλειας στέγης. Στο συγκεκριμένο μέρος του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τους άστεγους να απαντήσουν σε ερωτήματα τα οποία σχετίζονταν με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής λόγω παθολογικών ή ψυχιατρικών νοσημάτων, την νοσηλεία τους σε νοσοκομεία, την χρήση ή κατάχρηση παράνομων ουσιών, καθώς επίσης και πιθανόν προβλήματα με το νόμο.
2. Το ερωτηματολόγιο του T. Langner το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πολλές διεθνείς έρευνες και έχει σταθμιστεί όσον αφορά την αξιοπιστία του και την εγκυρότητα του στον ελληνικό πληθυσμό από τον Μαδιανό (1980) και τους συνεργάτες του και χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση και εκτίμηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο Langner αποτελείται από 22 ερωτήσεις που ανιχνεύουν κύρια σωματικά συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, καθώς και άλλες νευρωσικές διαταραχές και βαθμολογούνται ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία του

συμπτώματος. Το τελικό αποτέλεσμα κυμαίνεται από 0-22 και ως όριο διάκρισης υγιών και περιπτώσεων χρησιμοποιήθηκε το όριο των 4 θετικών απαντήσεων και το όριο των 6 παθολογικών συμπτωμάτων.

**Αριθμός παθολογικών συμπτωμάτων στην κλίμακα Langner και βαθμός διαταραχής του ατόμου**

<b>Ψυχική κατάσταση</b>	<b>Συμπτώματα</b>	<b>Λειτουργικότητα</b>
<b>Καλή</b>	0-1: Ασήμαντος βαθμός	
<b>Ελαφρά διαταραχή</b>	2-3: Ελάχιστος βαθμός	Ικανοποιητική λειτουργικότητα
<b>Μέτρια διαταραχή</b>	4-5: Μέτριος βαθμός	Ικανοποιητική προσαρμογή
<b>Εμφανής διαταραχή</b>	6-7: Μέτριος βαθμός	Μικρή μείωση προσαρμογής
<b>Σοβαρή διαταραχή</b>	8-9: Σοβαρός βαθμός	Λειτουργικότητα με δυσκολία
<b>Βαριά διαταραχή</b>	10+: Σοβαρός Βαθμός	Λειτουργικότητα με μεγάλη δυσκολία

Η κλίμακα δείχνει το βαθμό της λειτουργικής έκπτωσης του ατόμου εξαιτίας των ψυχολογικών προβλημάτων. Δεν έχει διαγνωστικό σκοπό, δε δίνει δηλ. ψυχιατρική διάγνωση, δεν αναγνωρίζει τύπους νόσων, αλλά αξιολογεί την κατάσταση της ψυχικής υγείας με βάση των αριθμό των μη ειδικών παθολογικών συμπτωμάτων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ανιχνεύει ψυχοπαθολογία για διάστημα ενός μήνα.

3. Το ερωτηματολόγιο CES-D (Center for Epidemiology Studies Depression scale) το οποίο κατασκευάστηκε από τον Radloff LS (1977), με σκοπό τη μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Αποτελείται από 20 ερωτήματα που ανιχνεύουν συμπτώματα, τα οποία αφορούν το διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Η βαθμολόγηση γίνεται με 0-3 σε κάθε ερώτηση και το τελικό αποτέλεσμα κυμαίνεται από 0-60. Ως όριο διάκρισης υγιών και μη υγιών ατόμων έχει καθιερωθεί το σκορ 16.

Οι Μαδιανός και οι συνεργάτες του (1983β) έχουν ελέγξει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας CES-D στον ελληνικό πληθυσμό.

## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

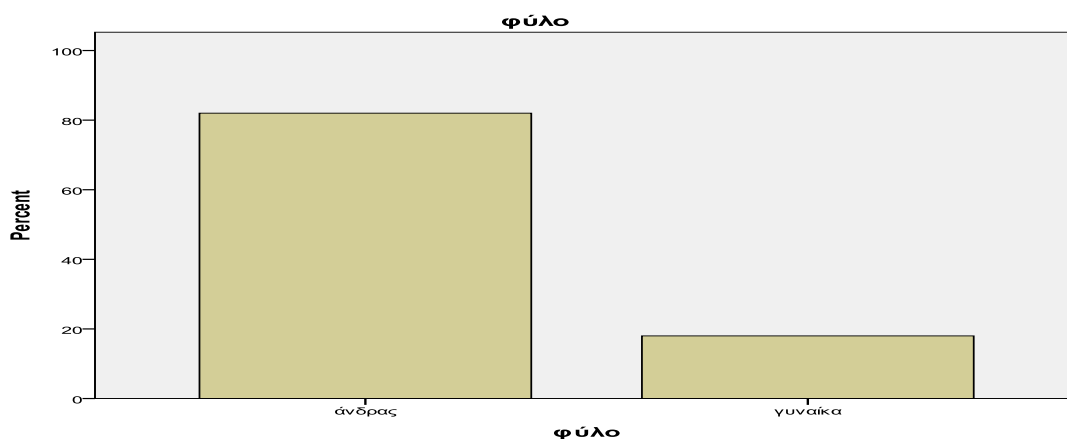
### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 50 άτομα. Ο αριθμός των ανδρών που συμμετείχαν στην μελέτη ήταν 41 άτομα (ποσοστό 82%) και ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των γυναικών 9 άτομα (ποσοστό 18%). Ωστόσο η αντιπροσώπευση των δυο φύλων στο δείγμα θεωρείται ικανοποιητική. Η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο παρουσιάζεται στον πίνακα 1 και στο σχήμα 1 παρακάτω.

**Πίνακας 1: Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
άνδρας	41	82,0	82,0	82,0
γυναίκα	9	18,0	18,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

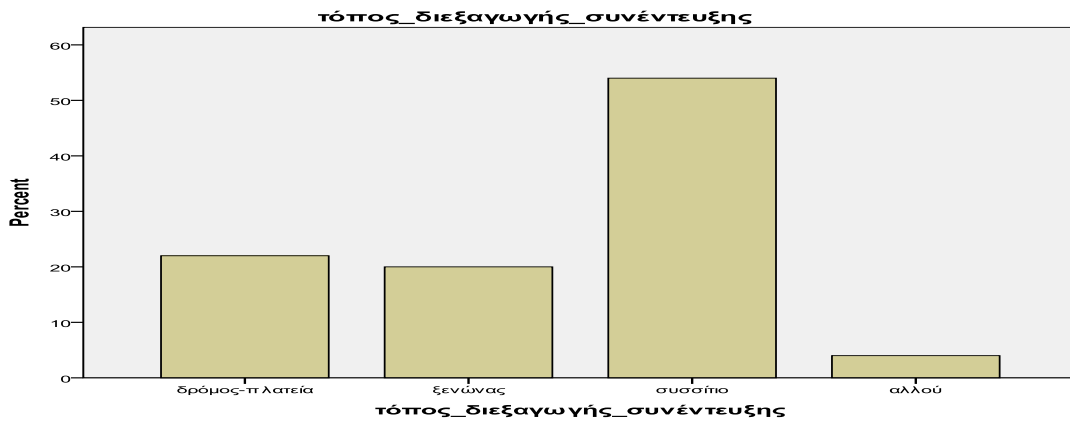
**Σχήμα 1: Κατανομή συμμετεχόντων ως προς το φύλο**



**Πίνακας 2: Κατανομή ως προς τον τόπο διεξαγωγής**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
δρόμος-πλατεία	11	22,0	22,0	22,0
ξενώνας	10	20,0	20,0	42,0
συσσίτιο	27	54,0	54,0	96,0
αλλού	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 2: Κατανομή ως προς τον τόπο διεξαγωγής**

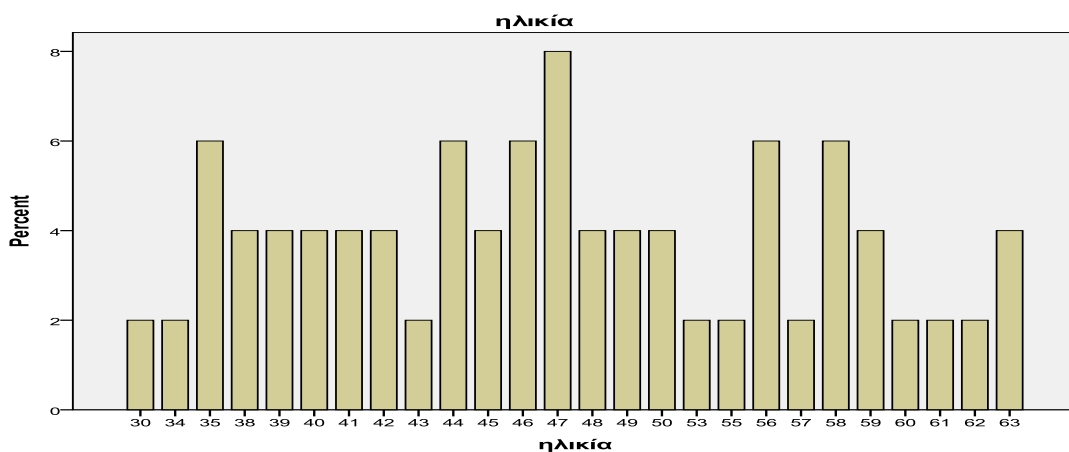


Το μεγαλύτερο ποσοστό των άστεγων που εντοπίστηκε κατά τη διεξαγωγή της συνέντευξης βρισκόταν σε συσσίτια όπως φαίνεται από τον πίνακα, σχήμα 2. Μεγάλο ποσοστό παρατηρείται και στους δρόμους/πλατείες και αμέσως μετά ακολουθούν οι ξενώνες .

**Πινάκας 3: Κατανομή δείγματος ως προς την ηλικία**

N	Valid	50
	Missing	0
Mean		47,76
Std. Deviation		8,630
Minimum		30
Maximum		63

**Σχήμα 3: Ηλικιακή κατανομή δείγματος ως προς την ηλικία**



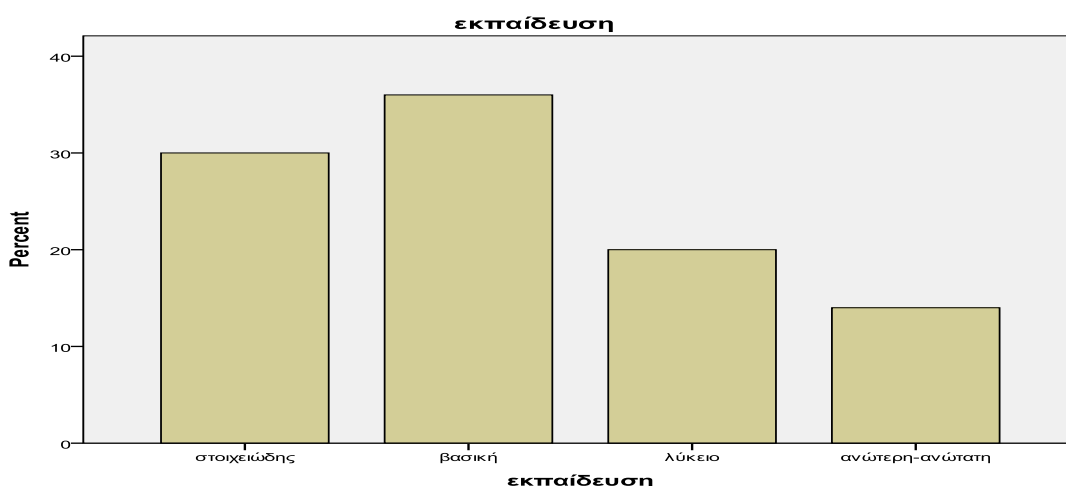
Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονται από τα 30 μέχρι τα 63 έτη, με μέση τιμή 47,76 και τυπική απόκλιση (TA)  $\pm 8,630$  έτη. Η ηλικία των συμμετεχόντων που

επικράτησε ήταν τα 47 έτη. Αναλυτικά η ηλικιακή κατανομή του δείγματος παρουσιάζεται στον Πίνακα 3 και στο Σχήμα 3.

**Πινάκας 4: Κατανομή δείγματος ως προς την εκπαίδευση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	στοιχειώδης	15	30,0	30,0	30,0
	βασική	18	36,0	36,0	66,0
	λύκειο	10	20,0	20,0	86,0
	ανώτερη-ανώτατη	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 4: Κατανομή ως προς την εκπαίδευση**

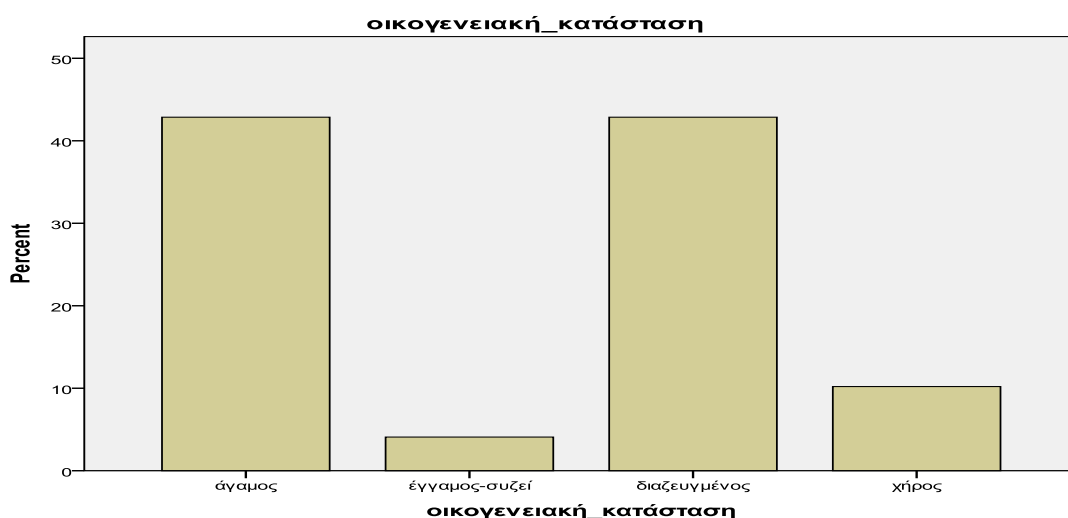


Αναφορικά με την εκπαίδευση των αστέγων που πήραν μέρος στην έρευνα, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία τους με ποσοστό 36% (n=18) διαθέτουν βασική εκπαίδευση, ενώ ελάχιστοι έχουν ανώτερη μόρφωση με ποσοστό 14% (n=7) όπως βλέπουμε στο σχήμα, πίνακα 4 παραπάνω.

**Πινάκας 5: Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	άγαμος	21	42,0	42,9	42,9
	έγγαμος-συζεί	2	4,0	4,1	46,9
	διαζευγμένος	21	42,0	42,9	89,8
	χήρος	5	10,0	10,2	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
Missing	System	1	2,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 5: Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση**

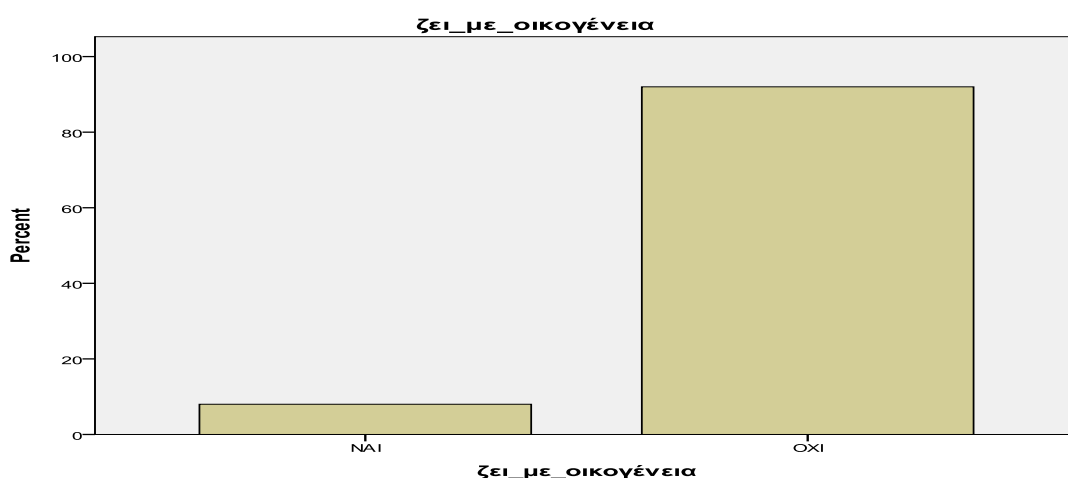


Το μεγαλύτερο ποσοστό των άστεγων που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη, σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση απάντησαν ότι είναι άγαμοι και διαζευγμένοι σε ποσοστό 42% (n=21) και για τις δυο κατηγορίες, όπως φαίνεται από το σχήμα και τον πίνακα 5, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς 92% (n=46) δεν ζουν με την οικογένεια τους (πίνακας, σχήμα 6).

**Πίνακας 6: Κατανομή δείγματος ως προς το αν ζουν με οικογένεια**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	4	8,0	8,0	8,0
	ΟΧΙ	46	92,0	92,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 6: Κατανομή δείγματος ως προς το αν ζουν με οικογένεια**



**Πίνακας 7: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν επικοινωνία με οικογένεια**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	20	40,0	40,0	40,0
	ΟΧΙ	30	60,0	60,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

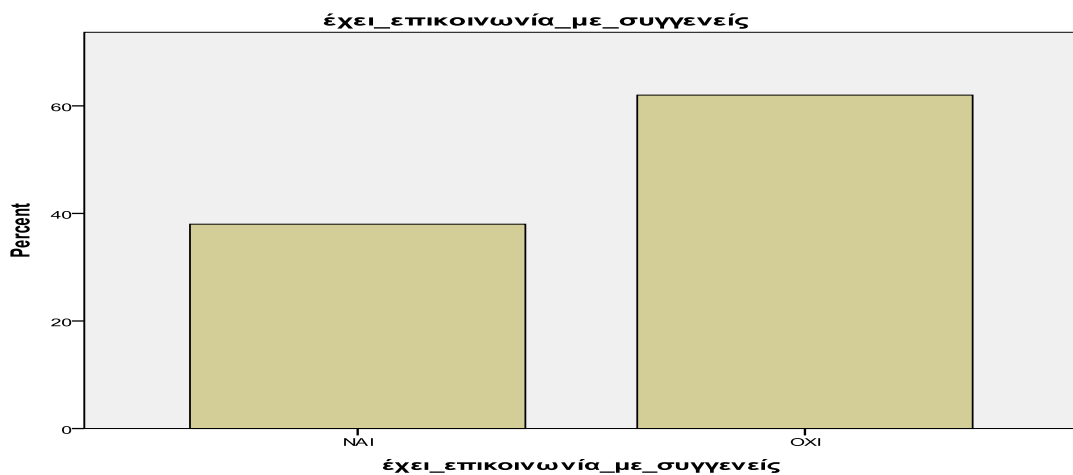
**Σχήμα 7: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν επικοινωνία με οικογένεια**



**Πίνακας 8: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν επικοινωνία με συγγενείς**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	19	38,0	38,0	38,0
	ΟΧΙ	31	62,0	62,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

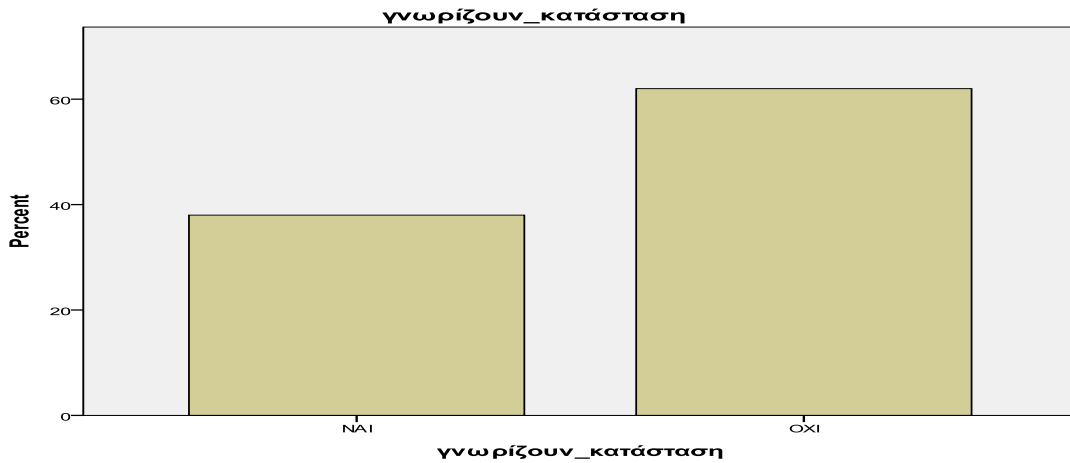
**Σχήμα 8: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν επικοινωνία με συγγενείς**



**Πίνακας 9: Κατανομή δείγματος ως προς αν γνωρίζουν την κατάσταση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	19	38,0	38,0	38,0
	ΟΧΙ	31	62,0	62,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

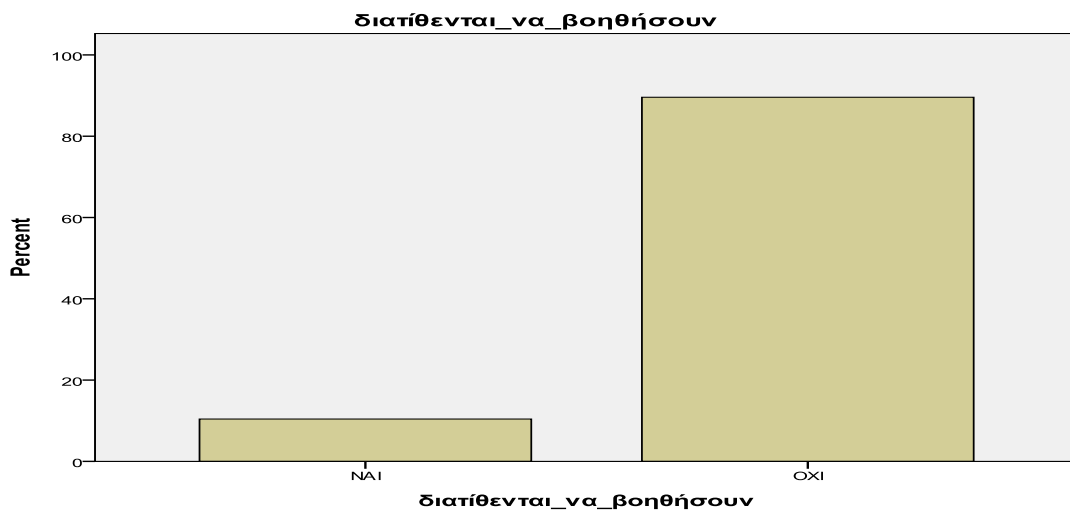
**Σχήμα 9: Κατανομή δείγματος ως προς αν γνωρίζουν την κατάσταση**



**Πίνακας10: Κατανομή δείγματος ως προς αν διατίθενται να βοηθήσουν**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	5	10,0	10,4	10,4
	ΟΧΙ	43	86,0	89,6	100,0
	Total	48	96,0	100,0	
Missing	System	2	4,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 10: Κατανομή δείγματος ως προς αν διατίθενται να βοηθήσουν**



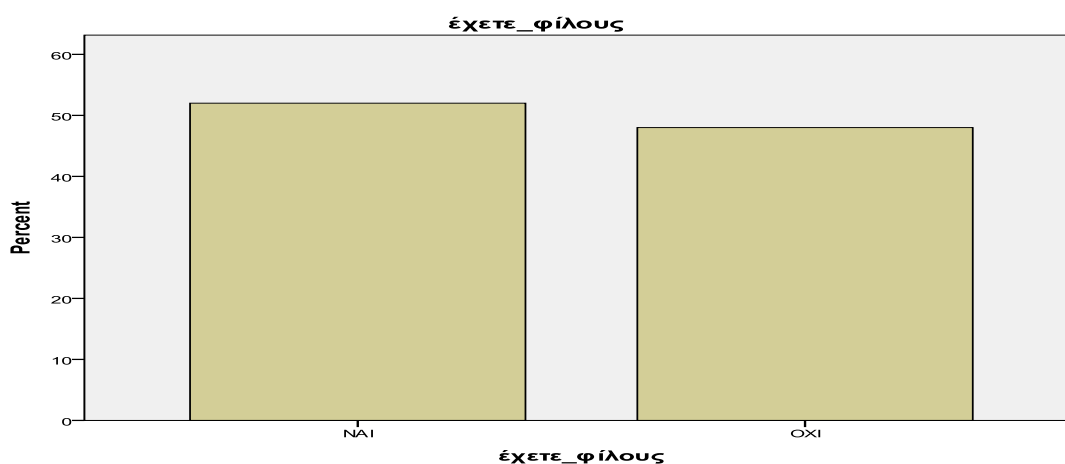


Στο ερώτημα που τέθηκε σχετικά με την επικοινωνία με την οικογένεια τους 30 άτομα, ποσοστό 60% απάντησαν αρνητικά (πίνακας, σχήμα 7), ενώ αντίστοιχα 31 άτομα (62%) απάντησαν ότι δεν έχουν καμία επικοινωνία ούτε με συγγενείς και ίδιος αριθμός αστέγων απάντησαν αρνητικά στο ερώτημα «αν γνωρίζουν οι οικείοι τους για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται» και 43 άτομα ποσοστό 86% θεωρούν ότι οι δικοί τους δεν είναι διατεθειμένοι να τους βοηθήσουν (πίνακας, σχήμα 8, 9 και 10 αντίστοιχα).

**Πίνακας 11: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν φίλους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	26	52,0	52,0	52,0
	ΟΧΙ	24	48,0	48,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

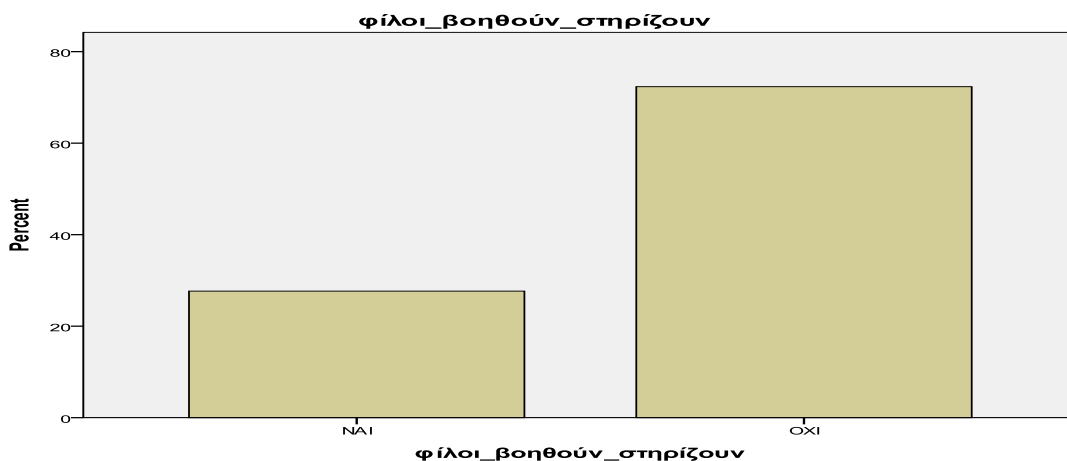
**Σχήμα 11: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν φίλους**



**Πίνακας 12: Κατανομή δείγματος ως προς αν οι φίλοι βοηθούν, στηρίζουν**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	13	26,0	27,7	27,7
	ΟΧΙ	34	68,0	72,3	100,0
	Total	47	94,0	100,0	
Missing	System	3	6,0		
Total		50	100,0		

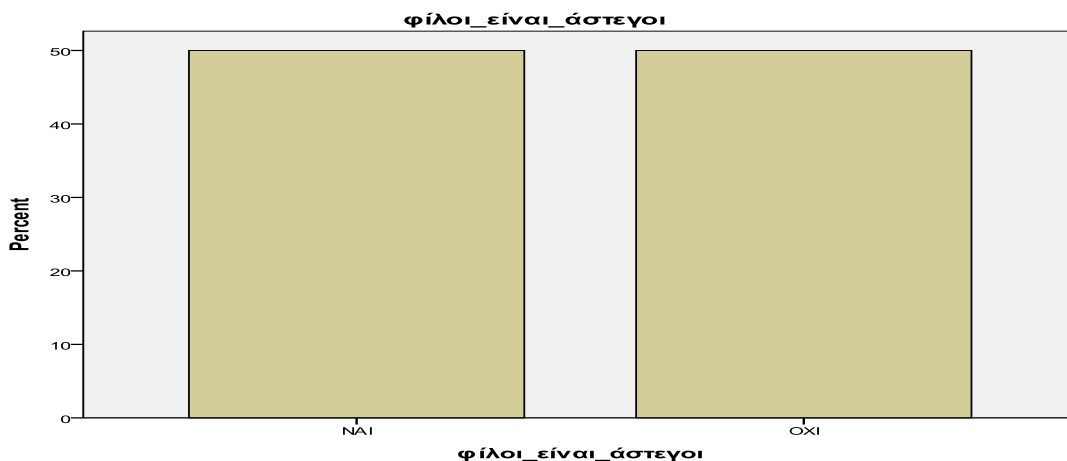
**Σχήμα 12: Κατανομή δείγματος ως προς αν οι φίλοι βοηθούν, στηρίζουν**



**Πίνακας 13: Κατανομή δείγματος ως προς αν οι φίλοι είναι άστεγοι**

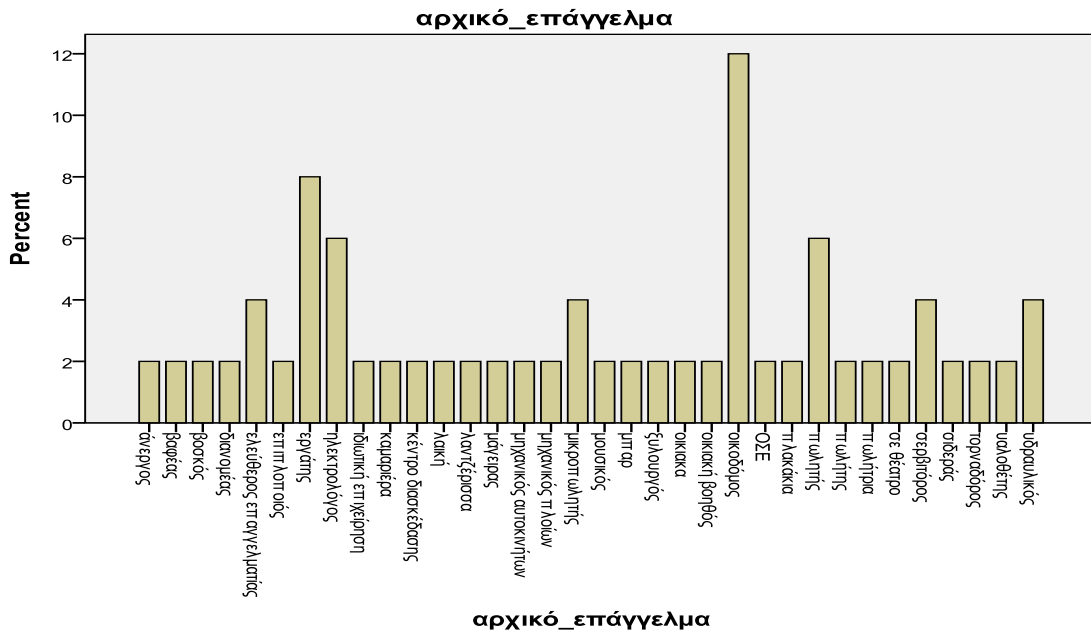
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	18	36,0	50,0	50,0
	ΟΧΙ	18	36,0	50,0	100,0
	Total	36	72,0	100,0	
Missing	System	14	28,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 13: Κατανομή δείγματος ως προς αν οι φίλοι είναι άστεγοι**



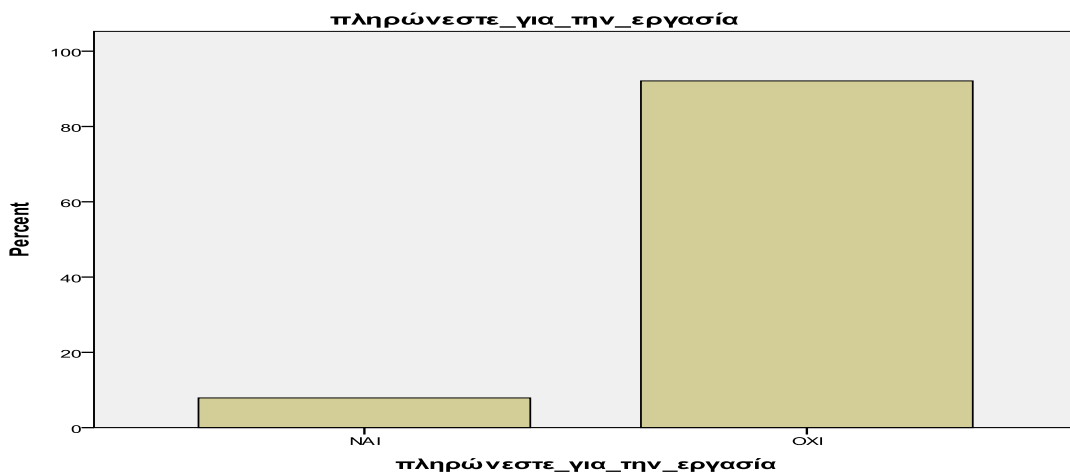
Αναφορικά με την ύπαρξη φίλων οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 52% (n=26) απάντησαν θετικά (πίνακας, σχήμα 11), αλλά στο ερώτημα αν οι φίλοι τους βοηθούν και τους στηρίζουν το 68% (n=34) απάντησε αρνητικά. όπως φαίνεται από τον πίνακα και το σχήμα 12. Επιπρόσθετα στο ερώτημα αν οι φίλοι τους ήταν άστεγοι από τα 36 άτομα που απάντησαν σε αυτό 18 άστεγοι απάντησαν θετικά και 18 αρνητικά (πίνακας, σχήμα 13).

**Σχήμα 14: Κατανομή δείγματος ως προς το αρχικό τους επάγγελμα**



Από το σχήμα 14 παραπάνω που σχετίζεται με την ερώτηση για το επάγγελμα που κατέχουν φαίνεται ότι όλοι ασχολούνταν με κάποια τέχνη και οι περισσότεροι μάλιστα με επαγγέλματα που σχετίζονται με τη ανέγερση σπιτιών και οικοδομών ή ήταν εργάτες, ενώ κανείς από τους συμμετέχοντες δεν ασχολούνταν με κάποιο επάγγελμα που χρειαζόταν ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση. Επιπρόσθετα στην ερώτηση να είχαν εργαστεί τους τελευταίους 6 μήνες κανείς δεν έδωσε θετική απάντηση, και αν παρείχαν κάποια εργασία μόλις το 6% (n=3), είχε λάβει κάποιο χρηματικό ποσό (πίνακας 14, σχήμα 15), ενώ στο παρελθόν όλοι ήταν εργαζόμενοι.

**Σχήμα 15: Κατανομή δείγματος ως προς αν πληρώνονται για την εργασία τους**

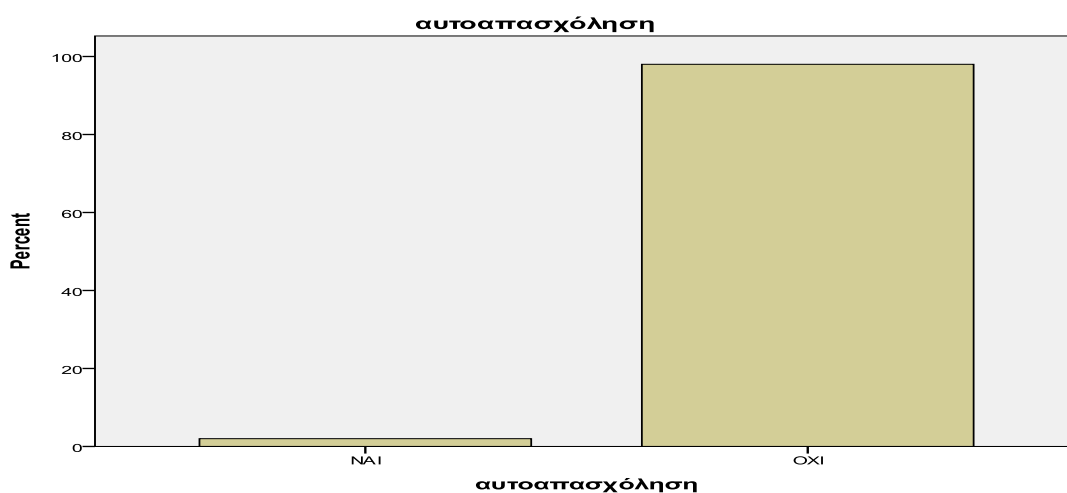


**Πίνακας 14: Κατανομή δείγματος ως προς αν πληρώνονται για την εργασία τους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	3	6,0	7,9	7,9
	OXI	35	70,0	92,1	100,0
	Total	38	76,0	100,0	
Missing	System	12	24,0		
Total		50	100,0		

Όσον αφορά την αυτοαπασχόληση μόλις ένα άτομο απάντησε θετικά (σχήμα 16, πίνακας 15), ενώ η πλειοψηφία 36 άτομα ποσοστό 72% δεν λαμβάνουν κάποιο επίδομα ως βοήθεια (πίνακας 16, σχήμα 17).

**Σχήμα 16: Κατανομή δείγματος ως προς την αυτοαπασχόληση**



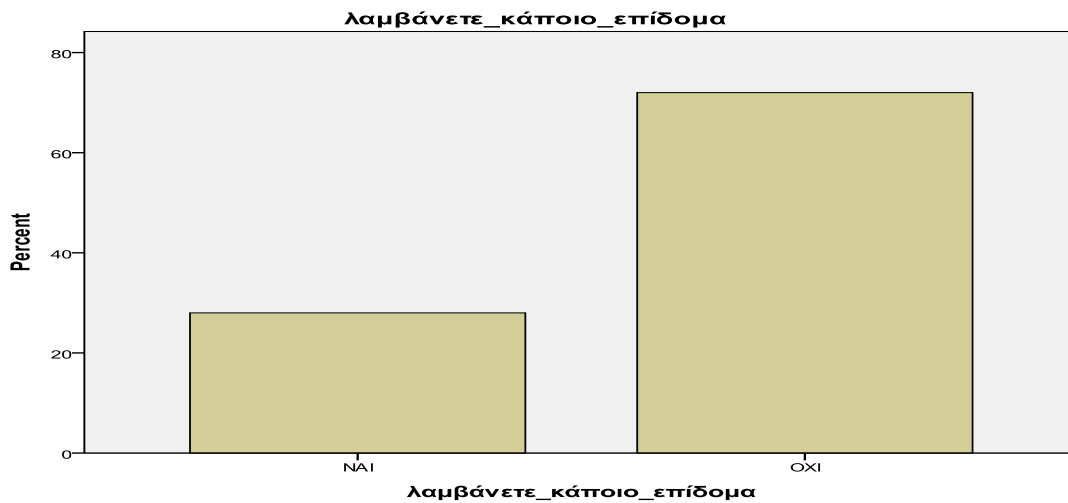
**Πίνακας 15: Κατανομή δείγματος ως προς την αυτοαπασχόληση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	2,0	2,0	2,0
	OXI	49	98,0	98,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Πίνακας 16: Κατανομή δείγματος ως προς το επίδομα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	14	28,0	28,0	28,0
	OXI	36	72,0	72,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 17: Κατανομή δείγματος ως προς το επίδομα**

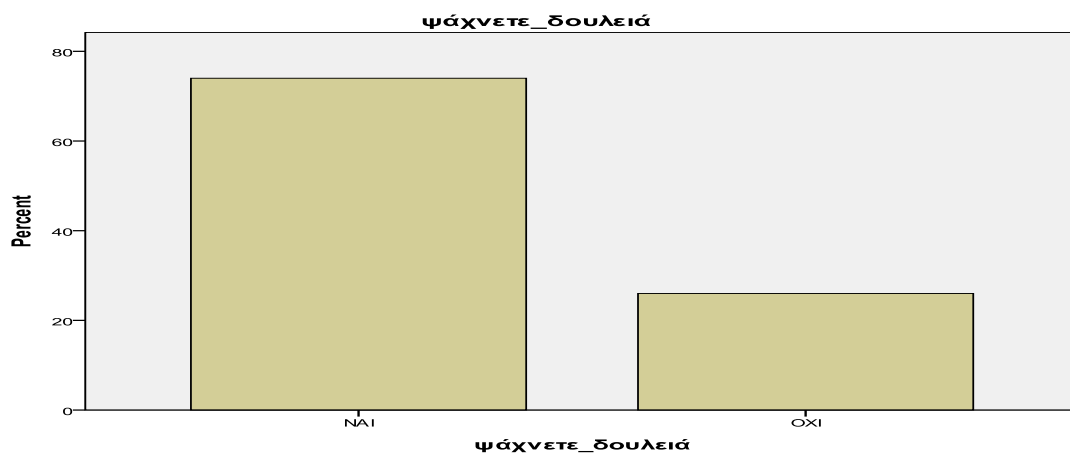


Στην ερώτηση αν ψάχνουν για εργασία όπως φαίνεται από πίνακα 17 και το σχήμα 18 που παρατίθεται παρακάτω η πλειοψηφία με ποσοστό 74% (n=37) έδωσαν θετική απάντηση (πίνακας 17, σχήμα 18) ενώ σχετικά με το διάστημα που ψάχνουν εργασία η μέση τιμή ήταν 20,06 μήνες με  $TA \pm 16,87$  και με μικρότερη τιμή τους 2 και μεγαλύτερη τους 72 μήνες (πίνακας 18, σχήμα 19).

**Πίνακας 17: Κατανομή δείγματος ως προς αν ψάχνουν δουλειά**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	37	74,0	74,0	74,0
	ΟΧΙ	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

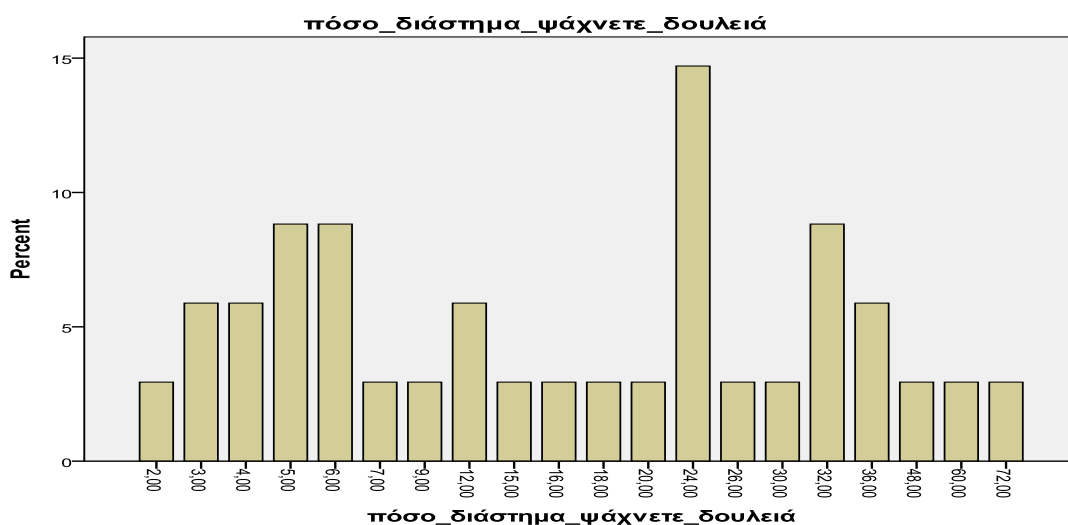
**Σχήμα 18: Κατανομή δείγματος ως προς αν ψάχνουν δουλειά**



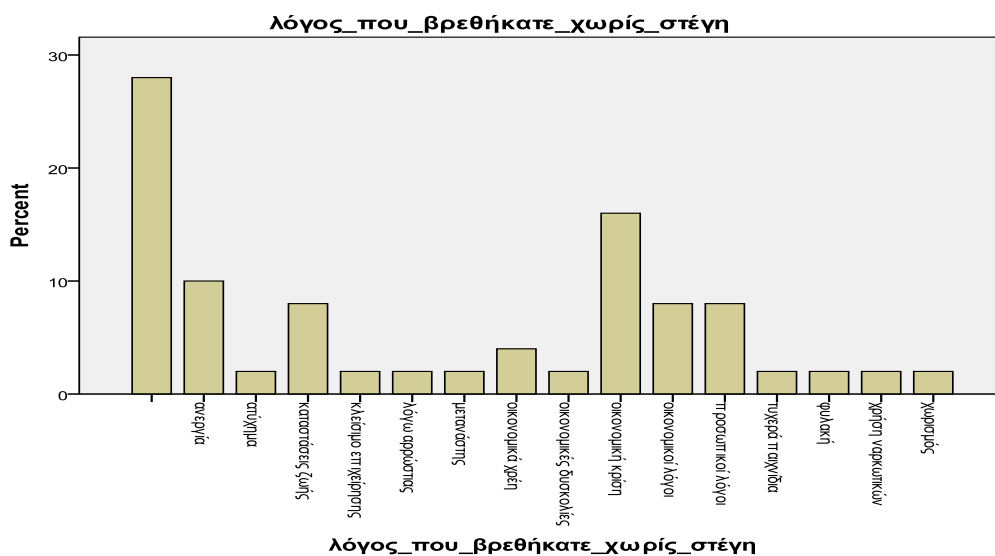
**Πίνακας 18: Κατανομή δείγματος ως προς το πόσο διάστημα ψάχνουν για δουλειά**

N	Valid	34
	Missing	16
Std. Deviation		16,86657
Minimum		2,00
Maximum		72,00

**Σχήμα 19: Κατανομή δείγματος ως προς το πόσο διάστημα ψάχνουν για δουλειά**



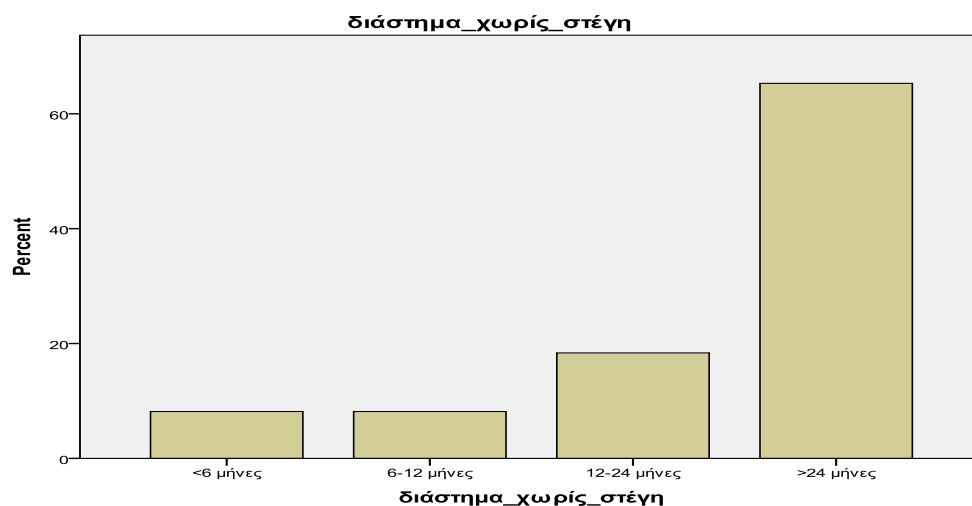
**Σχήμα 20: Κατανομή δείγματος ως προς το λόγο που βρέθηκαν χωρίς στέγη**



**Πίνακας 19: Κατανομή δείγματος ως προς το διάστημα χωρίς στέγη**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<6 μήνες	4	8,0	8,2	8,2
	6-12 μήνες	4	8,0	8,2	16,3
	12-24 μήνες	9	18,0	18,4	34,7
	>24 μήνες	32	64,0	65,3	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
Missing	System	1	2,0		
Total		50	100,0		

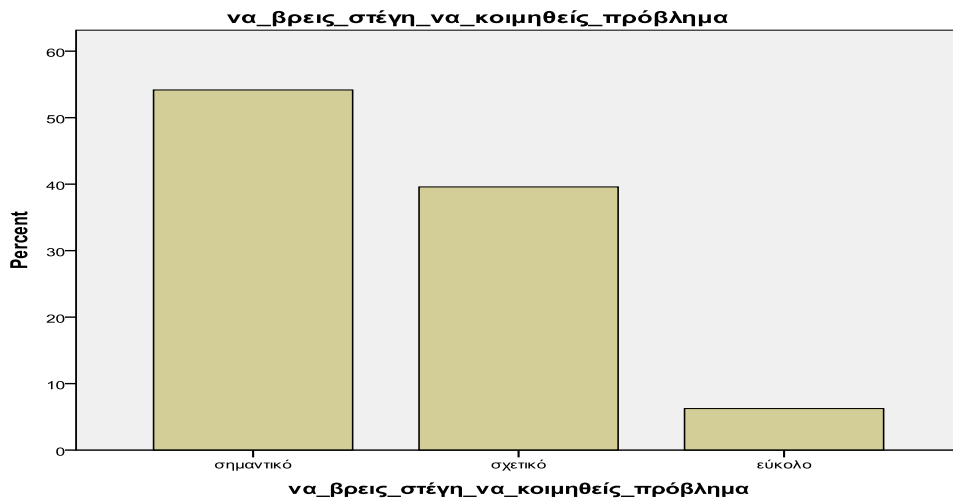
**Σχήμα 21: Κατανομή δείγματος ως προς το διάστημα χωρίς στέγη**



**Πίνακας 20: Κατανομή δείγματος ως προς το αν το να βρει να κοιμηθεί είναι πρόβλημα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	σημαντικό	26	52,0	54,2	54,2
	σχετικό	19	38,0	39,6	93,8
	εύκολο	3	6,0	6,3	100,0
	Total	48	96,0	100,0	
Missing	System	2	4,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 22: Κατανομή δείγματος ως προς το αν το να βρει να κοιμηθεί είναι πρόβλημα**

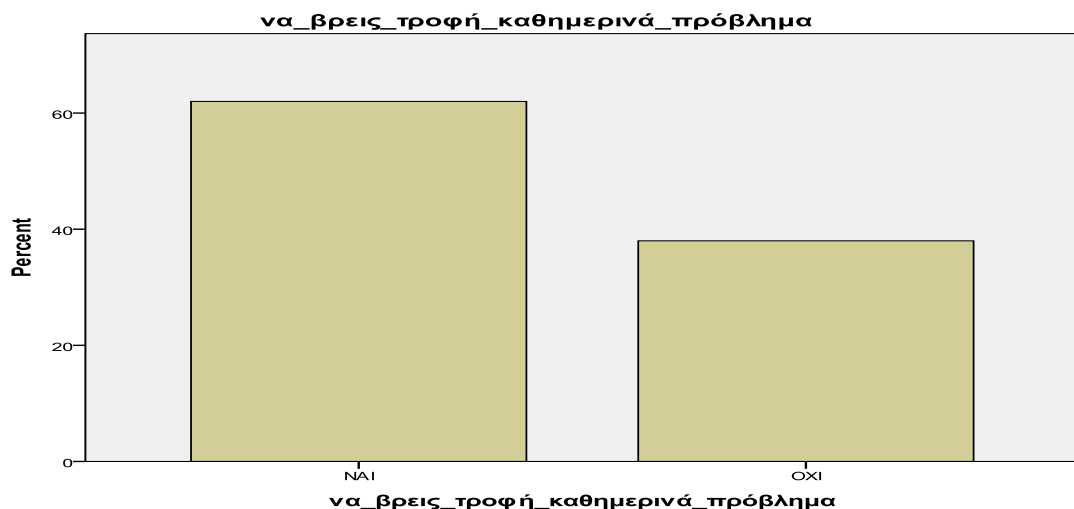


Στην ερώτηση για το λόγο που βρέθηκαν χωρίς στέγη η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ο κυριότερος λόγος που βρέθηκαν χωρίς στέγη είναι η οικονομική κρίση στην Ελλάδα (σχήμα 20). Το 64% (n=32) των αστέγων είναι πάνω από 24 μήνες χωρίς στέγη (πίνακας 19, σχήμα 21) και το 52% (n=26) αποκαλύπτει ότι αποτελεί σημαντικό πρόβλημα η εύρεση στέγης για να κοιμηθούν (σχήμα 22, πίνακας 20).

**Πίνακας 21: Κατανομή δείγματος ως προς το αν το να βρει τροφή είναι πρόβλημα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	31	62,0	62,0	62,0
OXI	19	38,0	38,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 23: Κατανομή δείγματος ως προς το αν το να βρει τροφή είναι πρόβλημα**

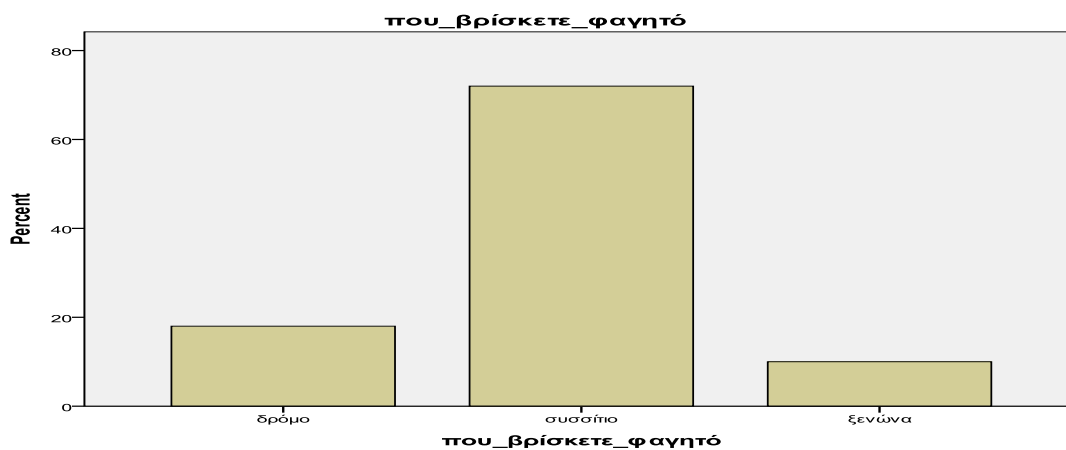




**Πίνακας 22: Κατανομή δείγματος ως προς το που βρίσκουν φαγητό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δρόμο	9	18,0	18,0	18,0
	συσσίτιο	36	72,0	72,0	90,0
	ξενώνα	5	10,0	10,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

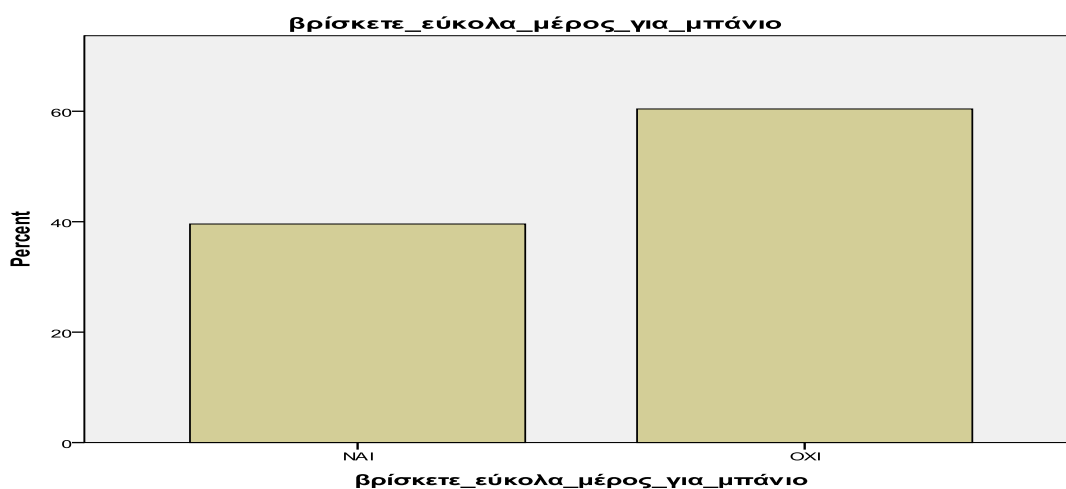
**Σχήμα 24: Κατανομή δείγματος ως προς το που βρίσκουν φαγητό**



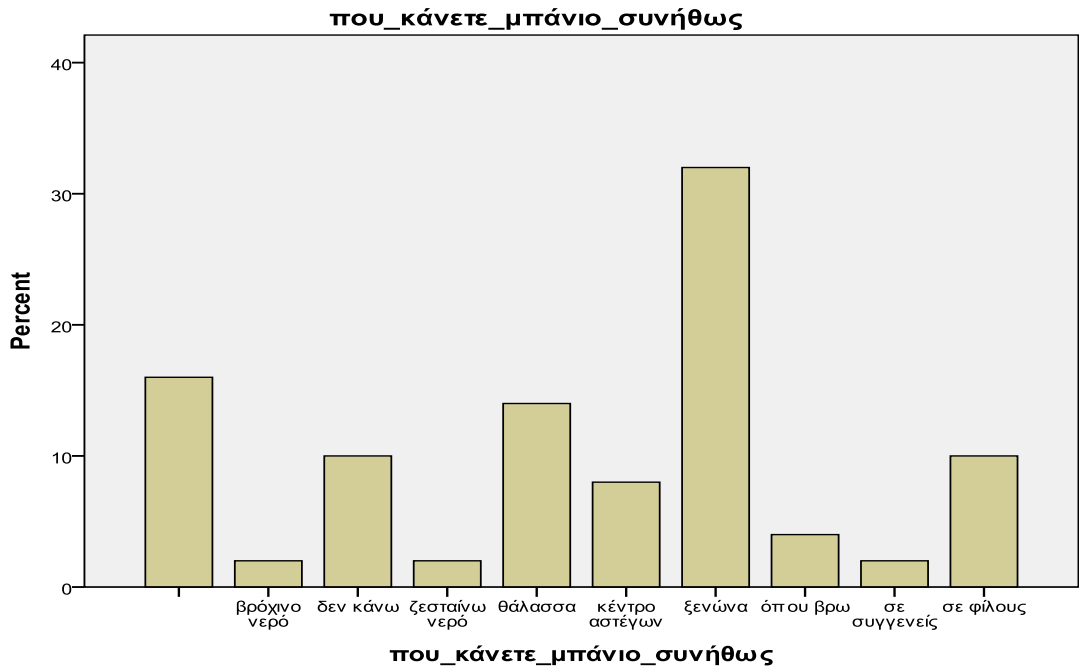
**Πίνακας 23: Κατανομή δείγματος ως προς το μπάνιο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	19	38,0	39,6	39,6
	ΟΧΙ	29	58,0	60,4	100,0
	Total	48	96,0	100,0	
Missing	System	2	4,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 25: Κατανομή δείγματος ως προς το μπάνιο**



**Σχήμα 26: Κατανομή δείγματος ως προς το που κάνουν μπάνιο**



Όπως φαίνεται από τα παραπάνω σχήματα το 62% (n=31) θεωρεί ότι είναι σημαντικό πρόβλημα η εύρεση τροφής (σχήμα 23, πίνακας 21) ενώ το 72% (n=36) βρίσκει φαγητό σε συσσίτια (σχήμα 24, πίνακας 22). Όσον αφορά τη καθημερινή τους υγιεινή το 58% (n=29) δε βρίσκει εύκολα να κάνει μπάνιο (σχήμα 25,) και όσοι βρουν είναι συνήθως σε ξενώνα φιλοξενίας αστέγων ενώ αρκετοί είναι και αυτοί που απάντησαν ότι δεν κάνουν μπάνιο καθόλου ή κάνουν στην θάλασσα (σχήμα 26).

**Σχήμα 27: Κατανομή δείγματος ως προς το αν παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα στήριξης αστέγων**



**Πίνακας 24: Κατανομή δείγματος ως προς το αν παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα στήριξης αστέγων**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	7	14,0	14,0	14,0
	ΟΧΙ	43	86,0	86,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

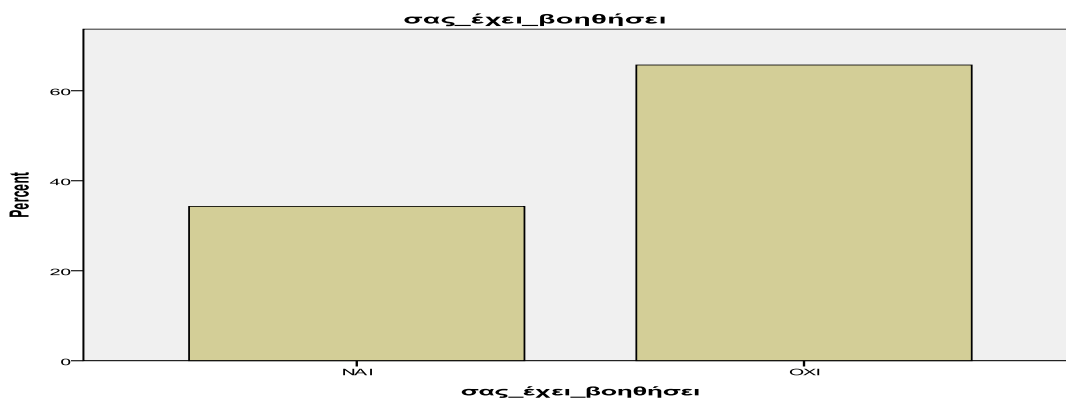
**Πίνακας 25: Κατανομή δείγματος ως προς το ποιο πρόγραμμα στήριξης αστέγων**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		45	90,0	90,0	90,0
	κέντρο αστέγων	3	6,0	6,0	96,0
	κοινωνικής μέριμνας	1	2,0	2,0	98,0
	οικανα ΠΑΓΝΗ	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Πίνακας 26: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους βοήθησε**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	12	24,0	34,3	34,3
	ΟΧΙ	23	46,0	65,7	100,0
	Total	35	70,0	100,0	
Missing	System	15	30,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 28: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους βοήθησε**



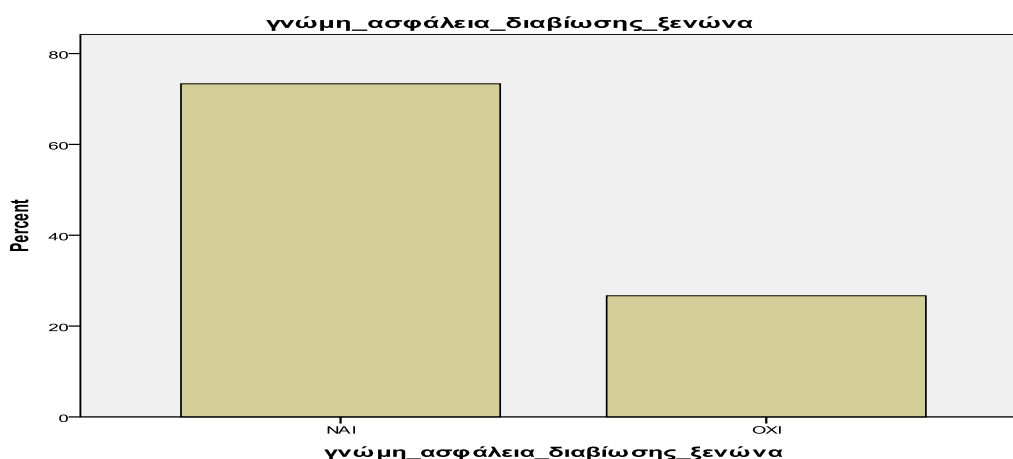
Αναφορικά με την παρακολούθηση κάποιου προγράμματος για αστέγους μόλις 7 άτομα ποσοστό 14%, παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα (σχήμα 27, πίνακας 24) από τους

οποίους το 6% (n=3) παρακολουθεί το πρόγραμμα στο κέντρο αστεγών του δήμου Ηρακλείου (πίνακας 25). Επιπλέον στην ερώτηση αν το πρόγραμμα στήριξης αστεγών θα μπορούσε να τους προσφέρει κάποια βοήθεια το 46% (n=23) απάντησε αρνητικά (σχήμα 28, πίνακας 26).

**Πίνακας 27: Κατανομή δείγματος ως προς την ασφάλεια στο ξενώνα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	33	66,0	73,3	73,3
	OXI	12	24,0	26,7	100,0
	Total	45	90,0	100,0	
Missing	System	5	10,0		
Total		50	100,0		

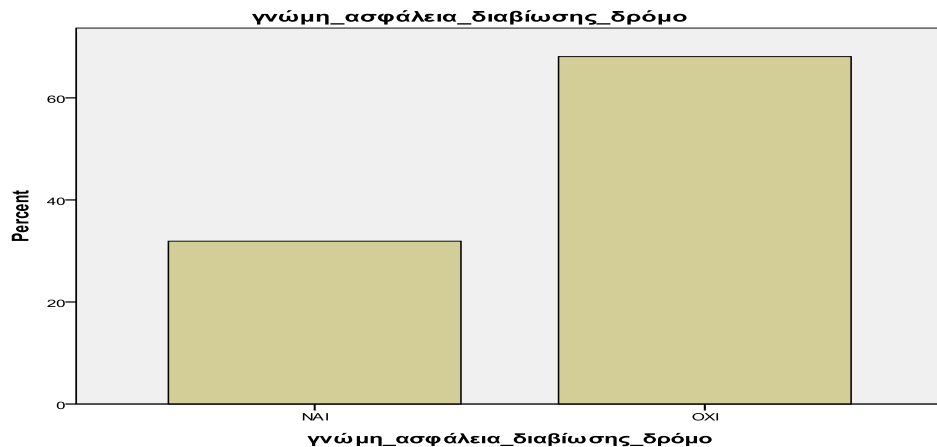
**Σχήμα 29: Κατανομή δείγματος ως προς την ασφάλεια στο ξενώνα**



**Πίνακας 28: Κατανομή δείγματος ως προς την ασφάλεια στο δρόμο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	15	30,0	31,9	31,9
	OXI	32	64,0	68,1	100,0
	Total	47	94,0	100,0	
Missing	System	3	6,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 30: Κατανομή δείγματος ως προς την ασφάλεια στο δρόμο**

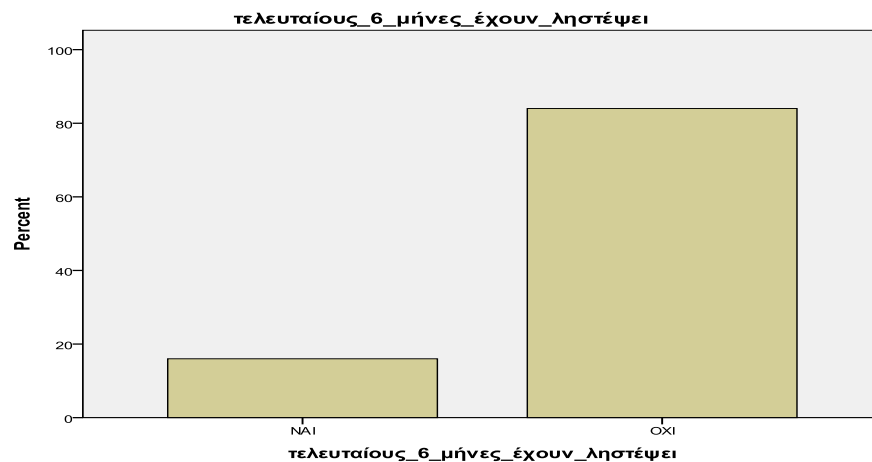


Ένα σημαντικό ζήτημα για τους αστέγους είναι και κατά πόσο αισθάνονται ασφαλείς στη καθημερινή τους διαβίωση είτε στο ξενώνα είτε κάποιιοι στο δρόμο. Το 66% (n=33) μας αποκάλυψε ότι αισθάνεται ασφάλεια στο ξενώνα (σχήμα 29, πίνακας 27) ενώ μόνο 30% (n=15) νιώθει ασφάλεια στο δρόμο (σχήμα 30).

**Πίνακας 29: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους έχουν ληστέψει τους τελευταίους 6 μήνες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	8	16,0	16,0	16,0
	ΟΧΙ	42	84,0	84,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

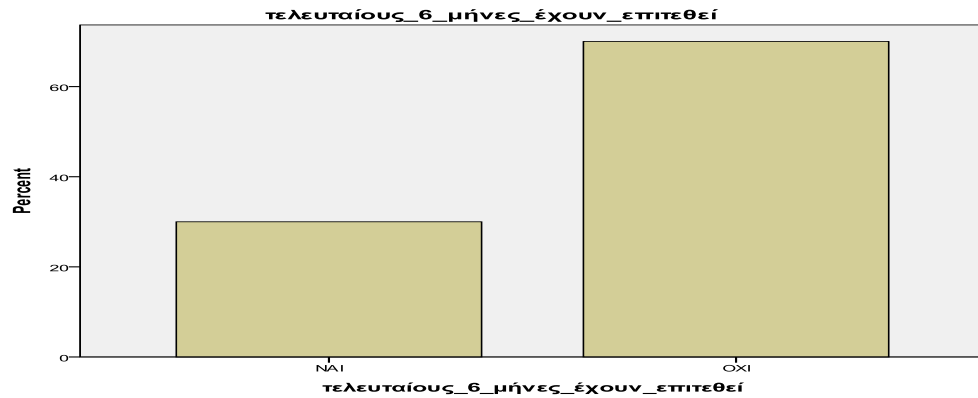
**Σχήμα 31: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους έχουν ληστέψει τους τελευταίους 6 μήνες**



**Πίνακας 30: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους έχουν επιτεθεί τους τελευταίους 6 μήνες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	15	30,0	30,0	30,0
	OXI	35	70,0	70,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

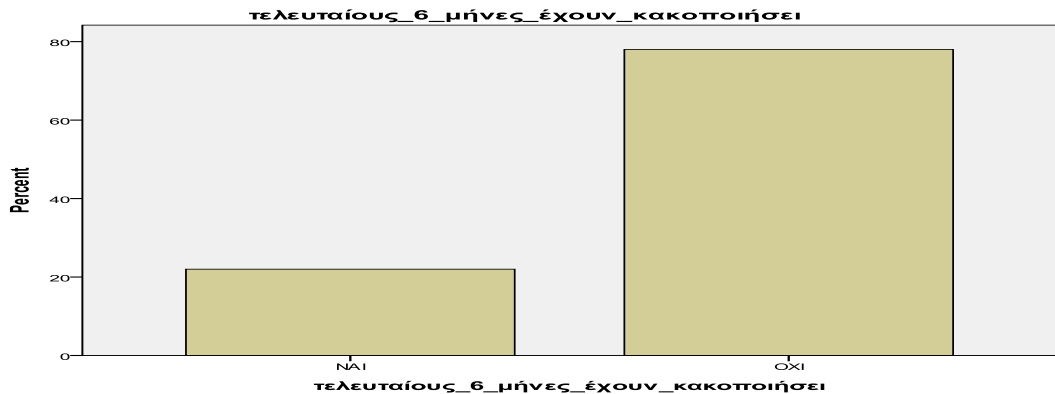
**Σχήμα 32: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους έχουν επιτεθεί τους τελευταίους 6 μήνες**



**Πίνακας 31: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους έχουν κακοποιήσει τους τελευταίους 6 μήνες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	11	22,0	22,0	22,0
	OXI	39	78,0	78,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 33: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους έχουν κακοποιήσει τους τελευταίους 6 μήνες**



**Πίνακας 32: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους έχουν κακοποιήσει σεξουαλικά τους τελευταίους 6 μήνες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	2,0	2,0	2,0
	OXI	49	98,0	98,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 34: Κατανομή δείγματος ως προς αν τους έχουν κακοποιήσει σεξουαλικά τους τελευταίους 6 μήνες**

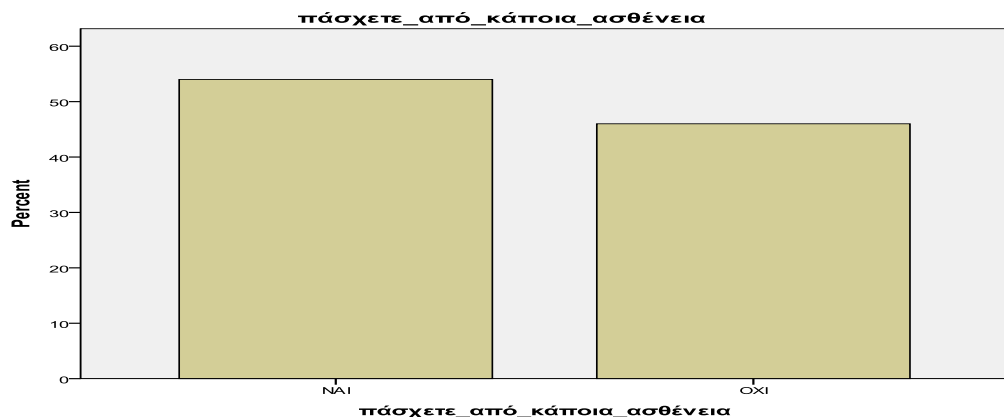


Αναφορικά με τα ερωτήματα που τέθηκαν στους άστεγους που πήραν μέρος στην έρευνα και αφορούσε παραβατικές συμπεριφορές εναντίον τους το τελευταίο εξάμηνο, 8 άτομα ποσοστό 16% απάντησαν ότι έχουν πέσει θύμα ληστείας (πίνακας 29, σχήμα 31), το 30% (n=15) απάντησαν ότι είχαν δεχθεί κάποιου είδους επίθεση (πίνακας 30, σχήμα 32), 11 άστεγοι ποσοστό 22%, δήλωσαν ότι είχαν πέσει θύματα κακοποίησης (πίνακας 31, σχήμα 33) και τέλος 1 άτομο ποσοστό 2% δήλωσε ότι είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά (πίνακας 32, σχήμα 34).

**Πίνακας 33: Κατανομή δείγματος ως προς αν πάσχουν από κάποια ασθένεια**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	27	54,0	54,0	54,0
OXI	23	46,0	46,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

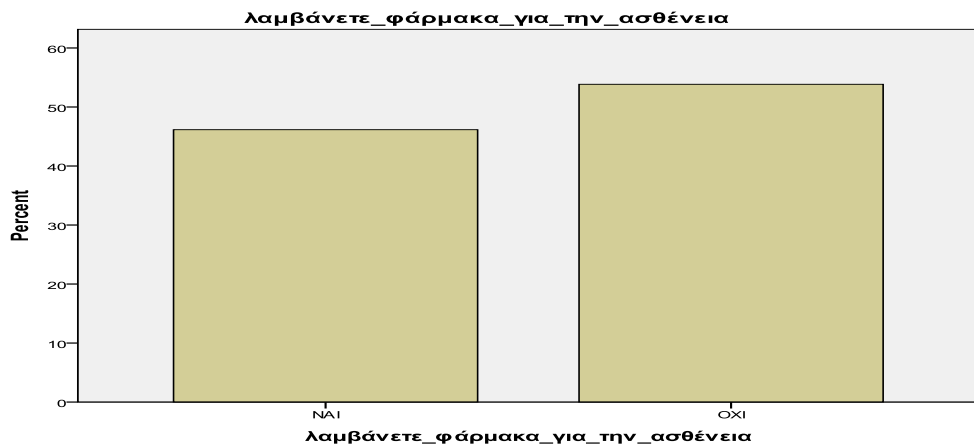
**Σχήμα 35: Κατανομή δείγματος ως προς αν πάσχουν από κάποια ασθένεια**



**Πίνακας 34: Κατανομή δείγματος ως προς αν λαμβάνουν φάρμακα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	18	36,0	46,2	46,2
	OXI	21	42,0	53,8	100,0
	Total	39	78,0	100,0	
Missing	System	11	22,0		
Total		50	100,0		

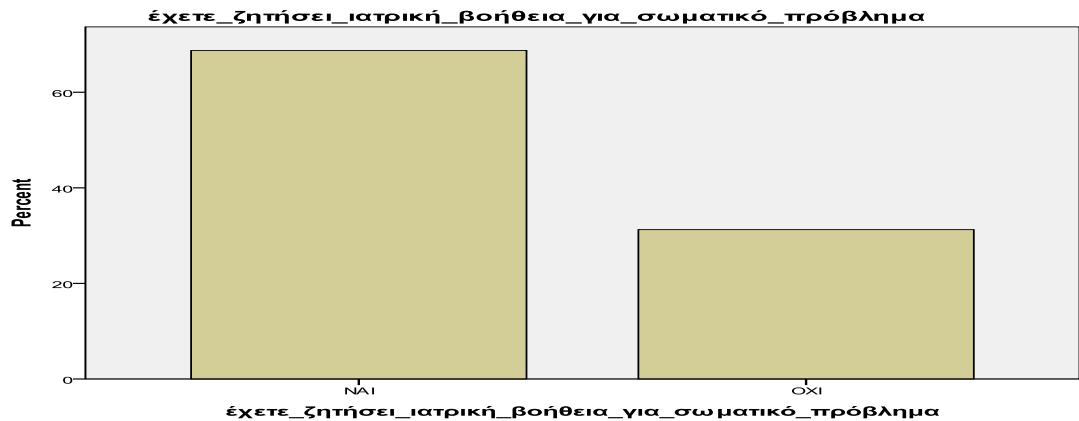
**Σχήμα 36: Κατανομή δείγματος ως προς αν λαμβάνουν φάρμακα**



**Πίνακας 35: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν ζητήσει ιατρική βοήθεια**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	33	66,0	68,8	68,8
	OXI	15	30,0	31,3	100,0
	Total	48	96,0	100,0	
Missing	System	2	4,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 37: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν ζητήσει ιατρική βοήθεια**

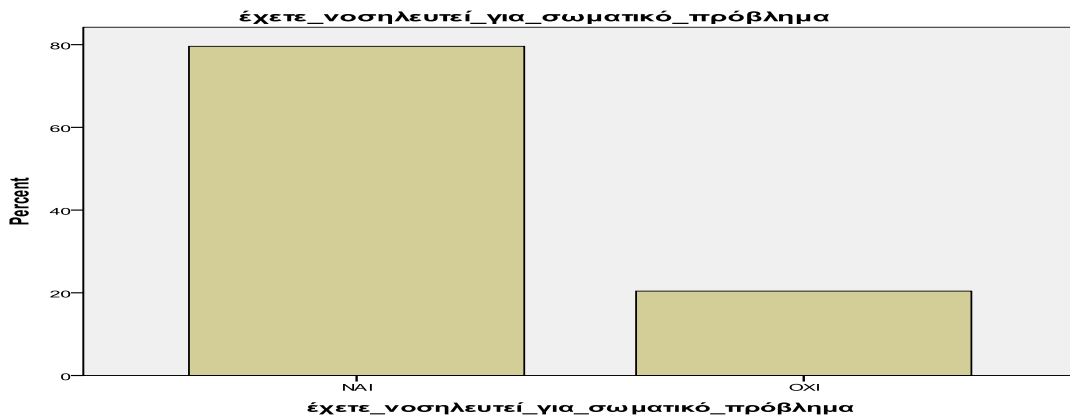




**Πίνακας 36: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν νοσηλευτεί για σωματικό πρόβλημα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	39	78,0	79,6	79,6
	OXI	10	20,0	20,4	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
Missing	System	1	2,0		
Total		50	100,0		

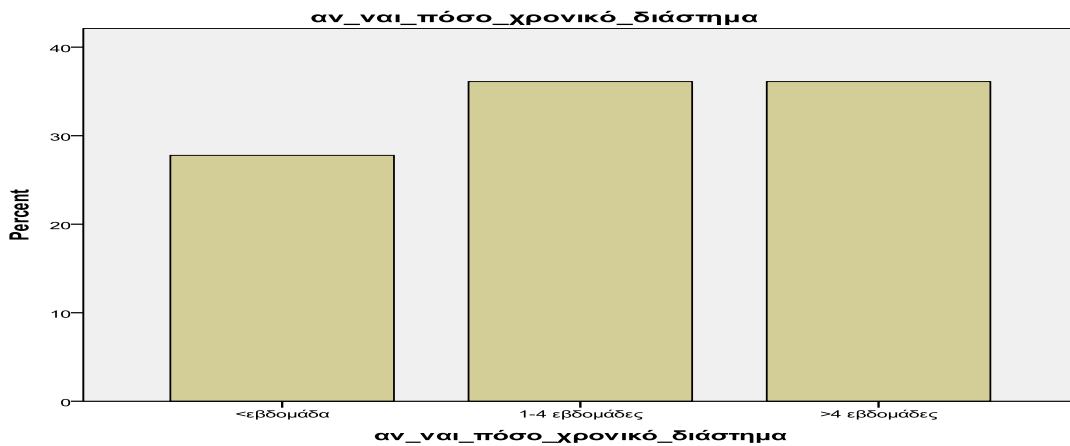
**Σχήμα 38: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν νοσηλευτεί για σωματικό πρόβλημα**



**Πίνακας 37: Κατανομή δείγματος ως προς το χρονικό διάστημα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<εβδομάδα	10	20,0	27,8	27,8
	1-4 εβδομάδες	13	26,0	36,1	63,9
	>4 εβδομάδες	13	26,0	36,1	100,0
	Total	36	72,0	100,0	
Missing	System	14	28,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 39: Κατανομή δείγματος ως προς το χρονικό διάστημα**

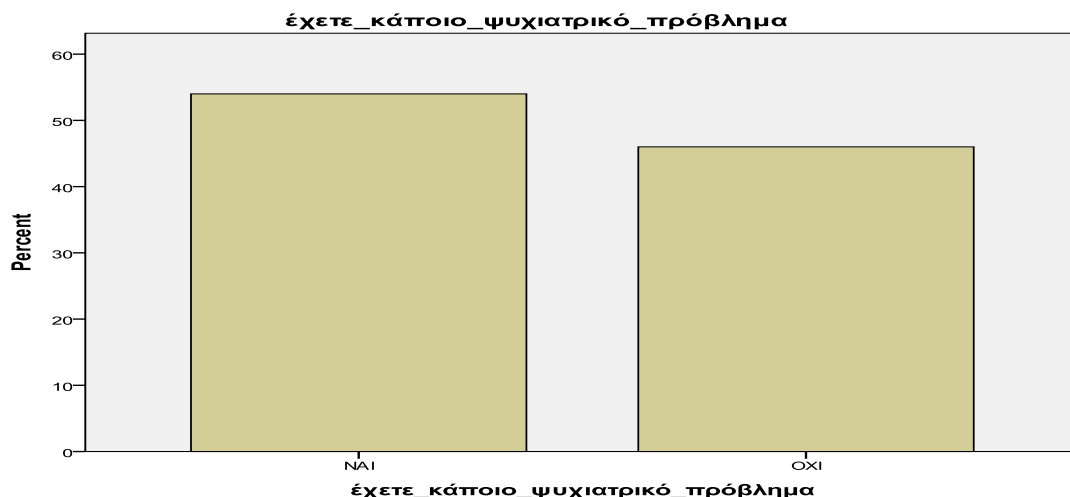


Στην συνέχεια ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε ερωτήματα για την υγεία τους γενική και ψυχική. Το μεγαλύτερο ποσοστό 54% (n=27) απάντησε θετικά στην ερώτηση για την ύπαρξη κάποιας νόσου με το μεγαλύτερο ποσοστό να μην δίνει σαφής απάντηση για τη νόσο ενώ από αυτούς που απάντησαν οι περισσότεροι έπασχαν από διαβήτη (πίνακας 33, σχήμα 35) ενώ ποσοστό 42% (n=21) δήλωσαν ότι δε λαμβάνουν φάρμακα για την ασθένεια τους (πίνακας 34, σχήμα 36). Στο ερώτημα αν έχουν ζητήσει ιατρική βοήθεια για το πρόβλημα υγείας τους, 33 άτομα απάντησαν θετικά που αντιστοιχεί σε ποσοστό 66% (πίνακας 35, σχήμα 37). Στην ερώτηση αν έχουν νοσηλευτεί για κάποιο σωματικό πρόβλημα υγείας 78% (n= 39) απάντησαν θετικά (πίνακας 36, σχήμα 38) και πιο συγκεκριμένα για χρονικό διάστημα <εβδομάδας νοσηλεύτηκε το 20% (n=10) ενώ 13 άτομα ποσοστό 26%, νοσηλεύτηκαν για χρονικό διάστημα 1-4 εβδομάδων ή >4 εβδομάδες (πίνακας 37, σχήμα 39).

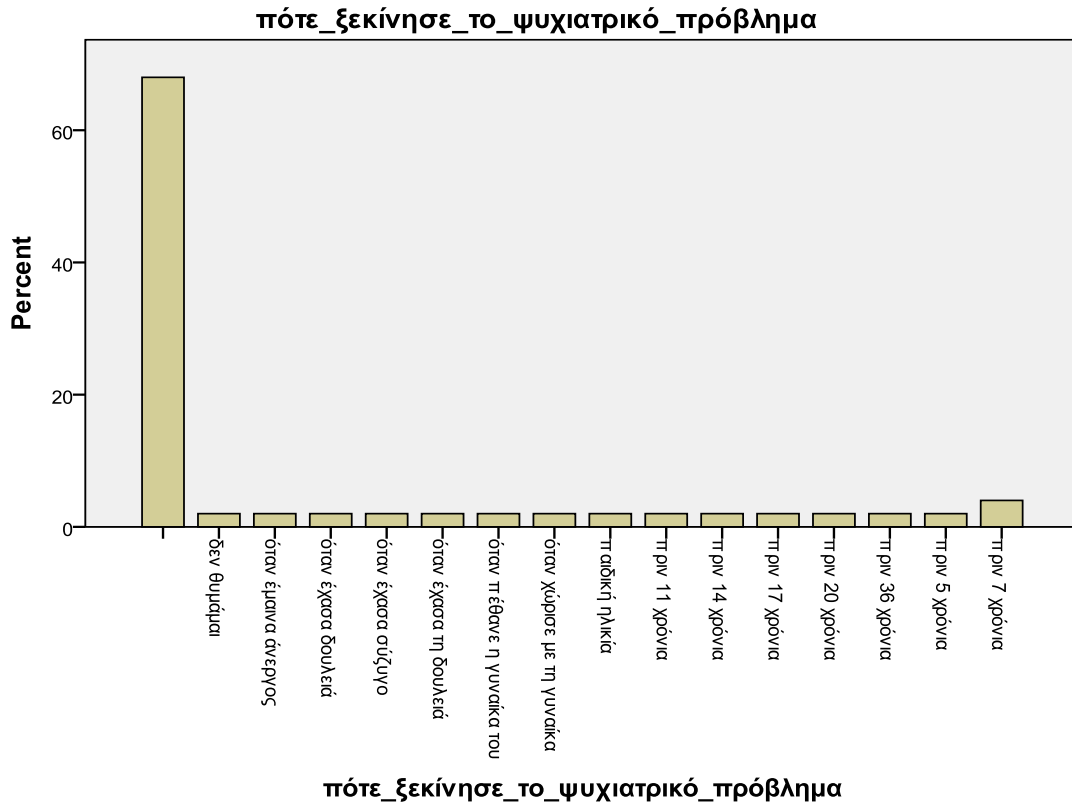
**Πίνακας 38: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	27	54,0	54,0	54,0
	ΟΧΙ	23	46,0	46,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

**Σχήμα 40: Κατανομή δείγματος ως αν έχουν κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα**



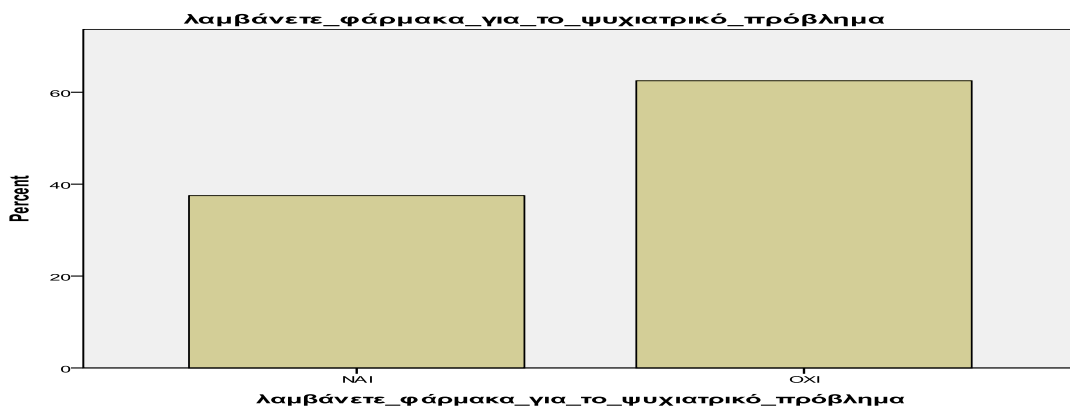
**Σχήμα 41: Κατανομή δείγματος ως προς το πότε άρχισε το ψυχιατρικό πρόβλημα**



**Πίνακας 39: Κατανομή δείγματος ως προς το αν λαμβάνουν φάρμακα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	18	36,0	37,5	37,5
	OXI	30	60,0	62,5	100,0
	Total	48	96,0	100,0	
Missing	System	2	4,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 42: Κατανομή δείγματος ως προς το αν λαμβάνουν φάρμακα**



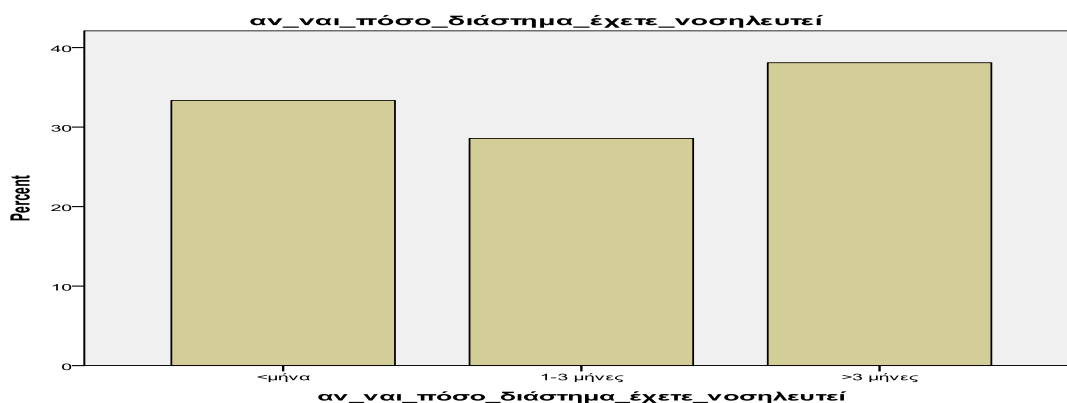
**Πίνακας 40: Κατανομή δείγματος ως προς αν έχουν νοσηλευτεί**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	25	50,0	50,0	50,0
	OXI	25	50,0	50,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

**Πίνακας 41: Κατανομή δείγματος ως προς το χρονικό διάστημα νοσηλείας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<μήνα	7	14,0	33,3	33,3
	1-3 μήνες	6	12,0	28,6	61,9
	>3 μήνες	8	16,0	38,1	100,0
	Total	21	42,0	100,0	
Missing	System	29	58,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 43: Κατανομή δείγματος ως προς το χρονικό διάστημα νοσηλείας**

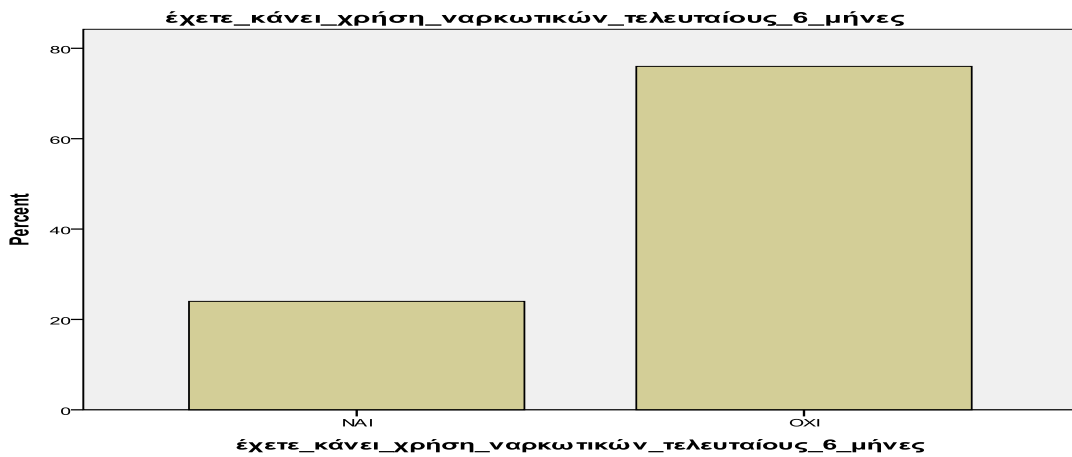


Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δηλώνουν σε μεγάλο ποσοστό 54% (n=27) ότι πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα (πίνακας 38, σχήμα 40). Στο ερώτημα μάλιστα που τους τέθηκε για τον προσδιορισμό έναρξης του ψυχιατρικού προβλήματος, οι απαντήσεις είναι ποικίλες ενώ αρκετές από αυτές συνδέονται με γεγονότα που σημάδεψαν πιθανόν την ζωή τους όπως το ότι έχασαν την δουλειά τους, ο αποχωρισμός από κάποιο οικείο τους πρόσωπο, η ανεργία (σχήμα 41). Από τα 27 άτομα που απάντησαν ότι πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα οι 18 λαμβάνουν κάποια αγωγή για το πρόβλημα τους (πίνακας 39, σχήμα 42), ενώ οι μισοί από τους συμμετέχοντες απάντησαν ότι έχουν νοσηλευτεί για αυτό (πίνακας 40) για χρονικό διάστημα <μήνα 14% (n=7), 1-3 μήνες 12% (n=6) και >3 μήνες 16% (n=8) όπως φαίνεται αναλυτικότερα από τον πίνακα 41, σχήμα 43.

**Πίνακας 42: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 6 μήνες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	12	24,0	24,0	24,0
	OXI	38	76,0	76,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 44: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 6 μήνες**



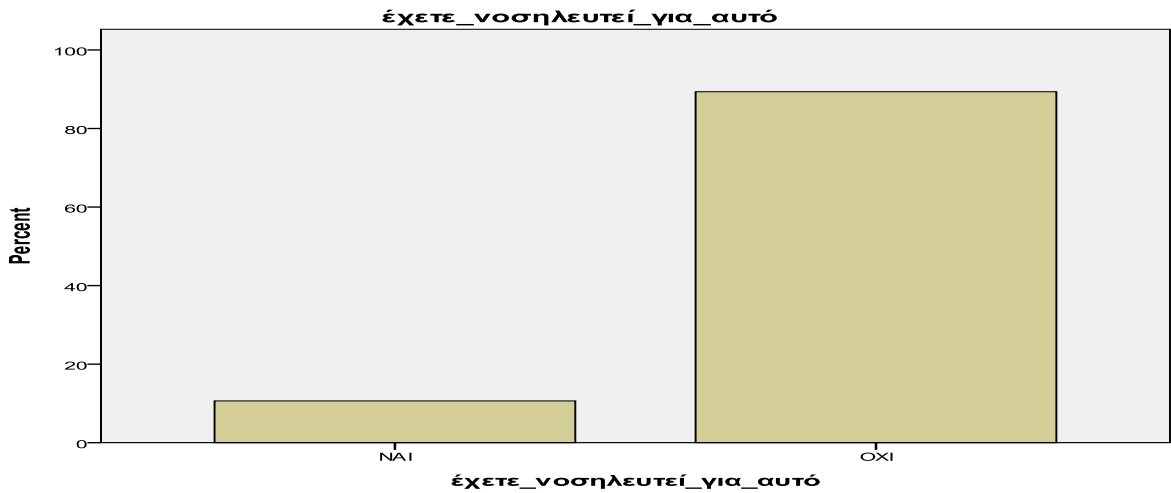
**Πίνακας 43: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν ζητήσει βοήθεια γι' αυτό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	6	12,0	13,3	13,3
	OXI	39	78,0	86,7	100,0
	Total	45	90,0	100,0	
Missing	System	5	10,0		
Total		50	100,0		

**Πίνακας 44: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν νοσηλευτεί**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	5	10,0	10,6	10,6
	OXI	42	84,0	89,4	100,0
	Total	47	94,0	100,0	
Missing	System	3	6,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 45: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν νοσηλευτεί**



**Πίνακας 45: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα απεξάρτησης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	9	18,0	20,0	20,0
	OXI	36	72,0	80,0	100,0
	Total	45	90,0	100,0	
Missing	System	5	10,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 46: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα απεξάρτησης**



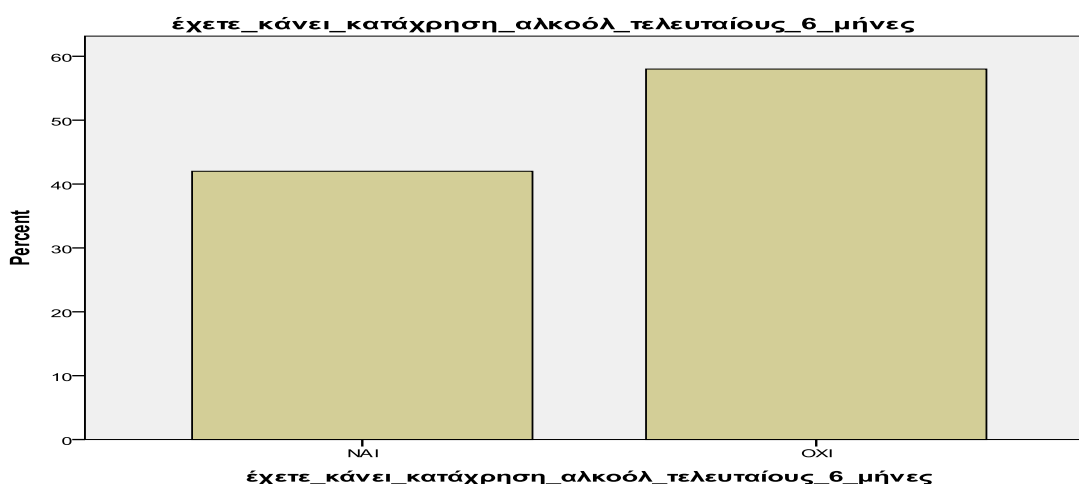
Στην συνέχεια έγινε προσπάθεια να γίνει καταγραφή της χρήσης παράνομων ουσιών και αλκοόλ από τους άστεγους. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών σε ποσοστό 76% (n=38). Υπήρξαν όμως 12 άτομα ποσοστό 24% που

απάντησαν θετικά στην ερώτηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών το τελευταίο εξάμηνο (πίνακας 42, σχήμα 44) από τους οποίους οι μισοί έχουν ζητήσει βοήθεια (πίνακας 43) ενώ υπήρξαν και 5 άστεγοι ποσοστό 10% που είχαν νοσηλευτεί για αυτό το λόγο (πίνακας 44, σχήμα 45). Σχετικά με το ερώτημα αν έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης το 72% (n=36) απάντησε αρνητικά (πίνακας 45, σχήμα 46).

**Πίνακας 46: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν κάνει κατάχρηση αλκοόλ τους τελευταίους 6 μήνες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	21	42,0	42,0	42,0
	OXI	29	58,0	58,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 47: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν κάνει κατάχρηση αλκοόλ τους τελευταίους 6 μήνες**



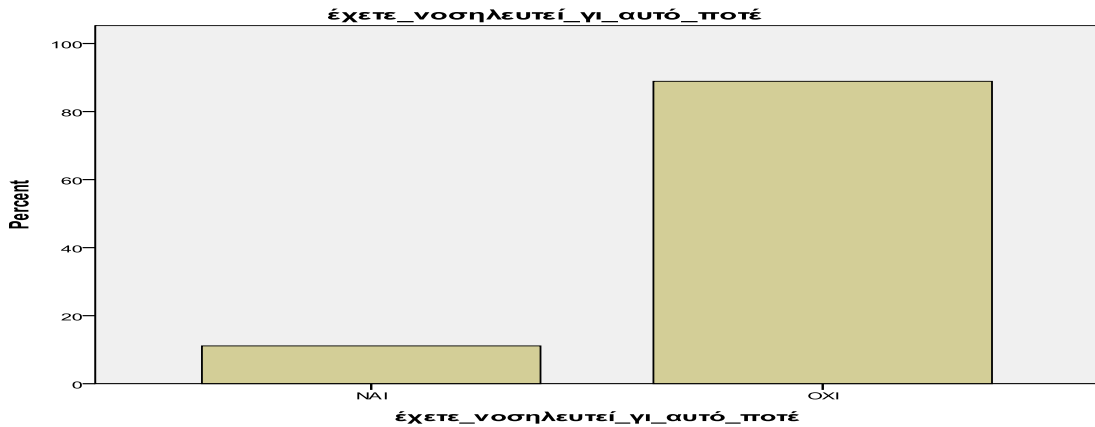
**Πίνακας 47: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν αναζητήσει βοήθεια για αυτό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	10	20,0	21,3	21,3
	OXI	37	74,0	78,7	100,0
	Total	47	94,0	100,0	
Missing	System	3	6,0		
	Total	50	100,0		

**Πίνακας 48: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν νοσηλευτεί ποτέ γι' αυτό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	5	10,0	11,1	11,1
	OXI	40	80,0	88,9	100,0
	Total	45	90,0	100,0	
Missing	System	5	10,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 48: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν νοσηλευτεί ποτέ γι' αυτό**



**Πίνακας 49: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν πάει σε πρόγραμμα απεξάρτησης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	5	10,0	11,1	11,1
	OXI	40	80,0	88,9	100,0
	Total	45	90,0	100,0	
Missing	System	5	10,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 49: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν πάει σε πρόγραμμα απεξάρτησης**



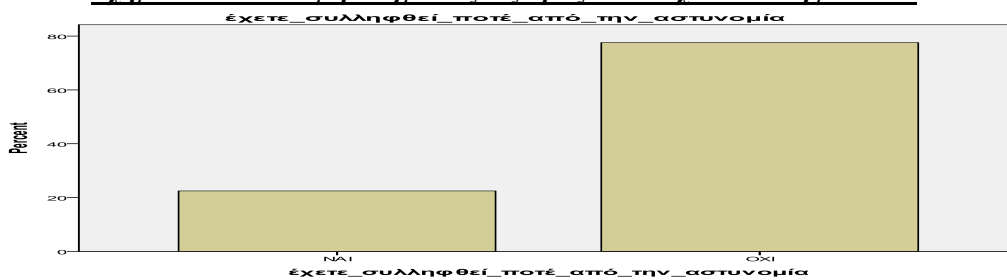


Σχετικά με τη χρήση αλκοόλ το τελευταίο εξάμηνο οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό θετικά σε σύγκριση με τα ναρκωτικά με ποσοστό 42% (n=21) όπως φαίνεται από τον πίνακα 46, σχήμα 47. Από τα 21 αυτά άτομα μόλις 10 έχουν ζητήσει βοήθεια για αυτό (πίνακας 47). επιπλέον από αυτά τα 10 άτομα οι μισοί (n=5) έχουν νοσηλευτεί για αυτό το λόγο και έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης (πίνακας 48,49 & σχήμα 48,49).

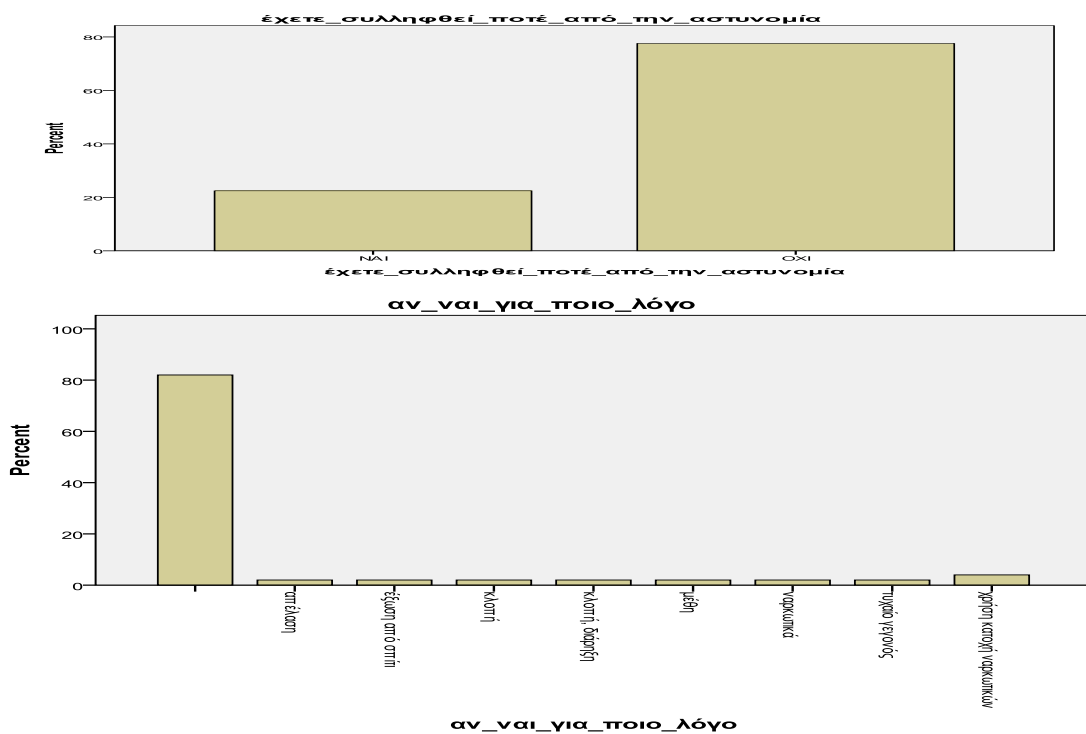
**Πίνακας 50: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν συλληφθεί ποτέ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	11	22,0	22,4	22,4
	OXI	38	76,0	77,6	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
Missing	System	1	2,0		
Total		50	100,0		

**Σχήμα 50: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν συλληφθεί ποτέ**



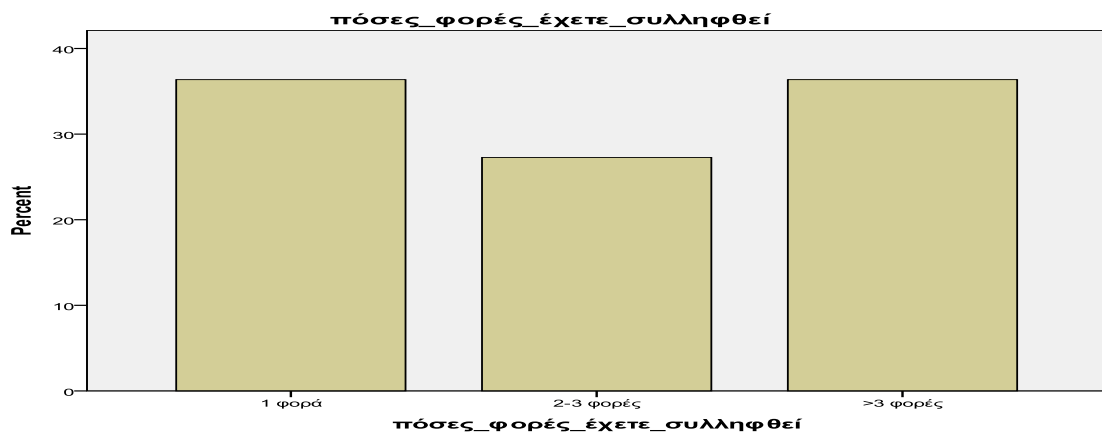
**Σχήμα 51: Κατανομή δείγματος ως προς το λόγο**



**Πίνακας 51: Κατανομή δείγματος ως προς τις φορές σύλληψης τους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 φορά	4	8,0	36,4	36,4
	2-3 φορές	3	6,0	27,3	63,6
	>3 φορές	4	8,0	36,4	100,0
	Total	11	22,0	100,0	
Missing	System	39	78,0		
Total		50	100,0		

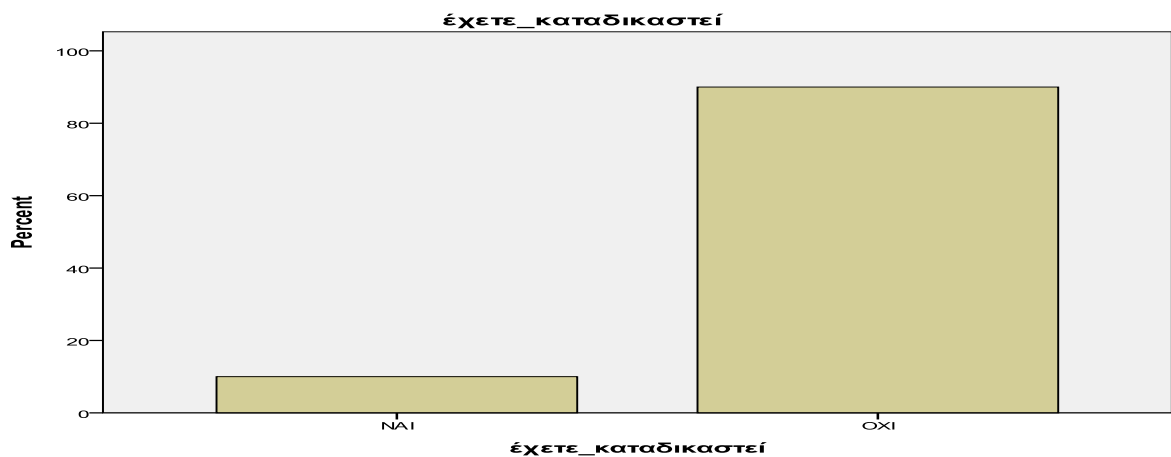
**Σχήμα 52: Κατανομή δείγματος ως προς τις φορές σύλληψης τους**



**Πίνακας 52: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν καταδικαστεί**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	5	10,0	10,0	10,0
	ΟΧΙ	45	90,0	90,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

**Σχήμα 53: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν καταδικαστεί**



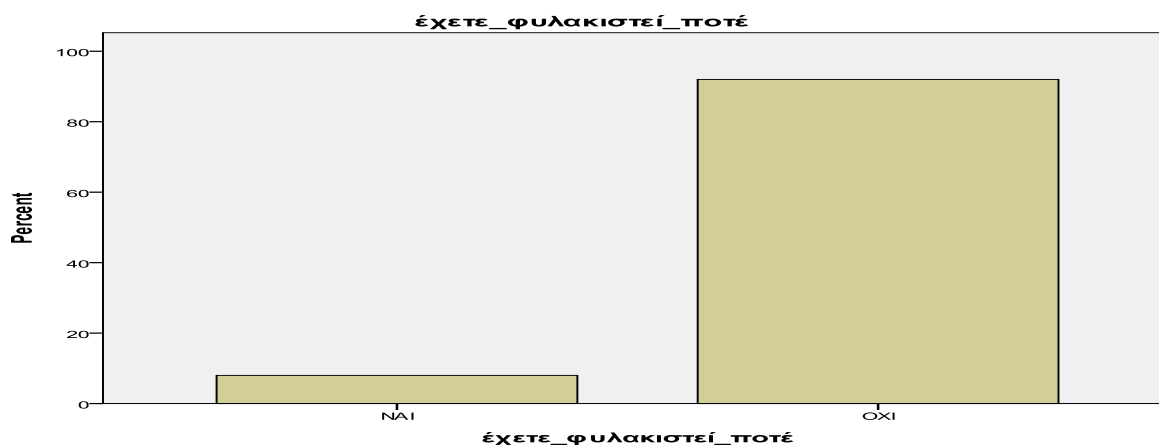
**Πίνακας 53: Κατανομή δείγματος ως προς το γιατί καταδικάστηκαν**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45	90,0	90,0	90,0
δίπλωμα	1	2,0	2,0	92,0
κλοπές	1	2,0	2,0	94,0
ναρκωτικά	1	2,0	2,0	96,0
χωρίς άδεια παραμονής	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Πίνακας 54: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν φυλακιστεί**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	4	8,0	8,0	8,0
OXI	46	92,0	92,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 54: Κατανομή δείγματος ως προς το αν έχουν φυλακιστεί**



**Πίνακας 55: Κατανομή δείγματος ως προς το χρόνο φυλάκισης τους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	47	94,0	94,0	94,0
10 χρόνια	1	2,0	2,0	96,0
12 χρόνια	1	2,0	2,0	98,0
3' μήνες	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Σχετικά με την παραβατική συμπεριφορά των συμμετεχόντων το 22% (n=11) απάντησε ότι έχει συλληφθεί από την αστυνομία (πίνακας, σχήμα 50), και όσον αφορά το λόγο

σύλληψης τους το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ως αιτία την χρήση-κατοχή ναρκωτικών (σχήμα 51). Επιπλέον στην ερώτηση για το πόσες φορές έχουν συλληφθεί, όπως φαίνεται από τον πίνακα 51, σχήμα 52 παραπάνω 4 άτομα έχουν συλληφθεί 1 φορά, 3 άτομα, 2-3 φορές και 4 άτομα και >3 φορές. Από τα 11 άτομα που συλλήφθηκαν 5 άτομα ποσοστό 10% καταδικάστηκαν (πίνακας 52, σχήμα 53). Αναφορικά με το λόγο που καταδικάστηκαν οι απαντήσεις ήταν ποικίλες όπως «χωρίς άδεια παραμονής, κλοπές, ναρκωτικά, δίπλωμα οδήγησης» (πίνακας 53). Όσον αφορά την φυλάκιση τους 8% (n=4) απάντησαν θετικά (πίνακας 54, σχήμα 54) ενώ σχετικά με το χρόνο φυλάκισης απάντησαν μόνο 3 άτομα με απαντήσεις 10 χρόνια, 12 χρόνια και 3 μήνες (πίνακας 55).

#### ***Αποτελέσματα ερωτηματολογίου 22 ερωτήσεων (Langner).***

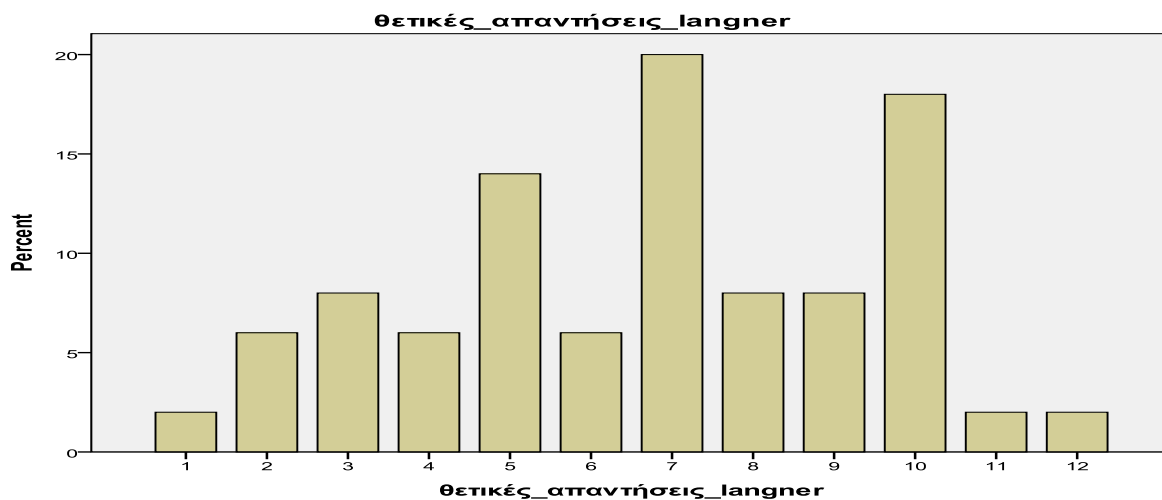
Το ερωτηματολόγιο Langner αποτελείται από 22 ερωτήσεις που ανιχνεύουν κύρια σωματικά συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, καθώς και άλλες νευρωσικές διαταραχές. Την άποψη αυτή ενισχύουν οι Fabrega & McBee (1970) και ο Muller (1971) υποστηρίζοντας ότι το ερωτηματολόγιο των 22 ερωτήσεων εκτιμά ήπια νευρωτικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι μέσα από το ερωτηματολόγιο αυτό γίνεται καταγραφή της υποκειμενικής εκτίμησης των συναισθηματικών καταστάσεων.

Οι 22 ερωτήσεις - συμπτώματα, βαθμολογούνται ανάλογα με την παρουσία ή απουσία του συμπτώματος. Η συνηθισμένη μέθοδος βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου είναι με τη μέτρηση των θετικών απαντήσεων κάθε ερώτησης, οπότε το τελικό αποτέλεσμα κυμαίνεται από 0-22. Ως όριο διάκρισης υγιών και μη περιπτώσεων, έχει χρησιμοποιηθεί το όριο των 4 θετικών απαντήσεων.

Στον πίνακα 57, σχήμα 55 παρακάτω παρουσιάζεται η κατανομή των ατόμων του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων που παρουσίασαν στο ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν όπως φαίνεται από το διάγραμμα 1, το μεγαλύτερο ποσοστό των άστεγων 84% (n=42) θεωρήθηκαν ως μη υγιής περιπτώσεις αφού συγκέντρωσαν πάνω από 4 συμπτώματα θετικά τα οποία κυμάνθηκαν μεταξύ των ορίων 4-12 με μέσο όρο θετικών συμπτωμάτων 6,7 και  $TA \pm 2,75$  (πίνακας 56). Πιο αναλυτικά στο διάγραμμα 2 καταγράφεται η κατανομή των ατόμων του δείγματος ανάλογα με τη βαρύτητα στο score της κλίμακας Langner και διαβάθμιση της ψυχοπαθολογίας αυτών με το 64% (n=32) να εμφανίζουν σοβαρή

συμπτωματολογία, το 20% μέτρια (n=10) και μόλις 8 άτομα ποσοστό 16% να μην εμφανίζουν καθόλου συμπτώματα.

**Σχήμα 55: Κατανομή δείγματος ως προς τις θετικές απαντήσεις Langner**



**Διάγραμμα 1: Κατανομή δείγματος ως προς τις θετικές απαντήσεις langner**



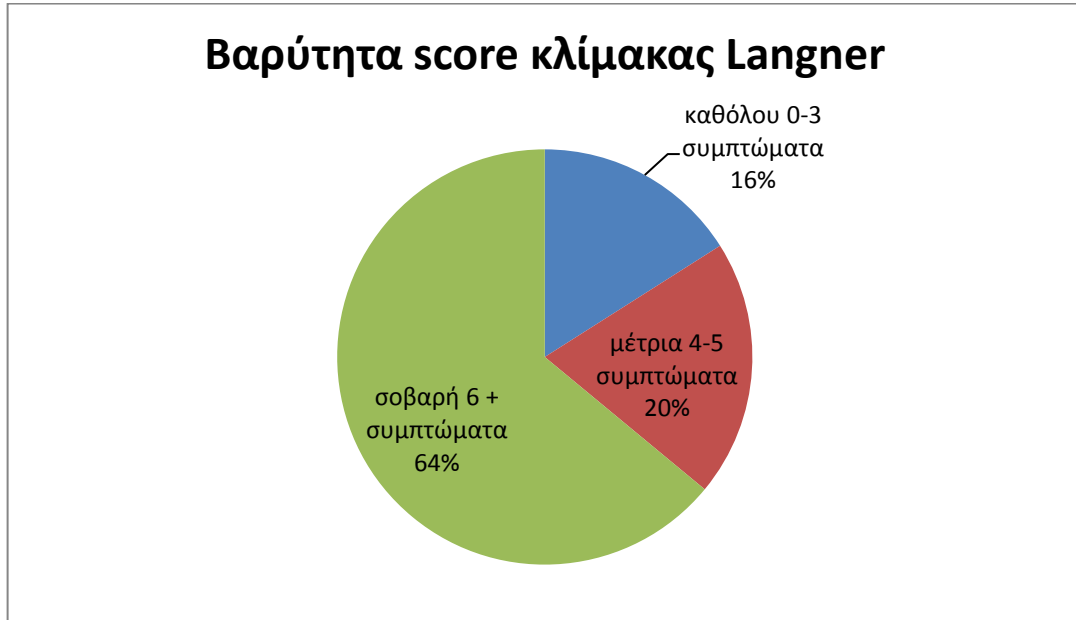
**Πίνακας 56: Μέση τιμή θετικών ερωτήσεων ερωτηματολόγιου Langner**

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Θετικές απαντήσεις langner	50	1	12	6,70	2,750
Valid N (listwise)	50				

***Πίνακας 57: Κατανομή δείγματος ως προς τις θετικές απαντήσεις Langner***

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2,0	2,0	2,0
	2	3	6,0	6,0	8,0
	3	4	8,0	8,0	16,0
	4	3	6,0	6,0	22,0
	5	7	14,0	14,0	36,0
	6	3	6,0	6,0	42,0
	7	10	20,0	20,0	62,0
	8	4	8,0	8,0	70,0
	9	4	8,0	8,0	78,0
	10	9	18,0	18,0	96,0
	11	1	2,0	2,0	98,0
	12	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

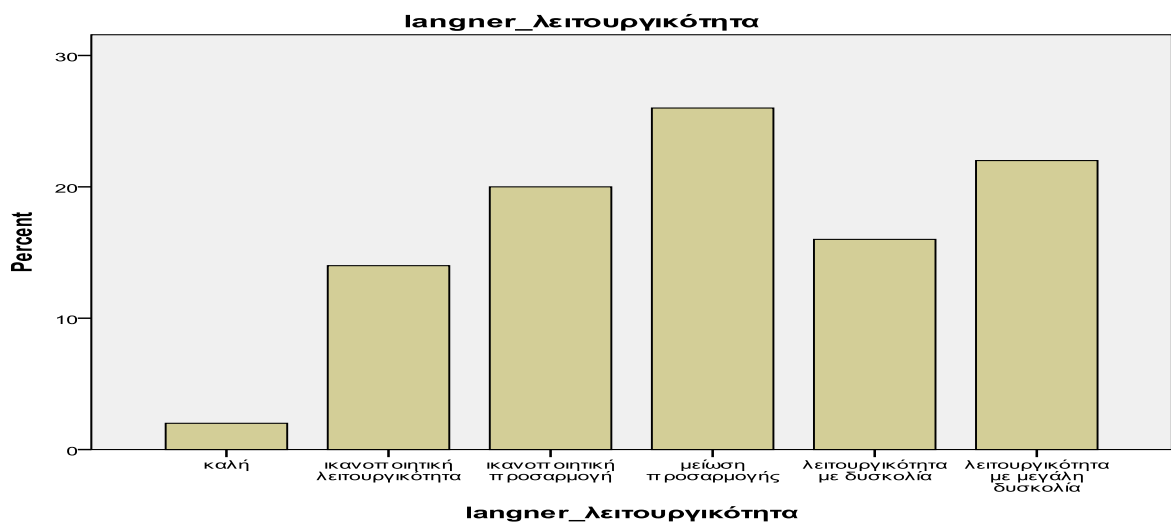
***Διάγραμμα 2: Κατανομή των ατόμων του δείγματος ανάλογα με τη βαρύτητα στο score της κλίμακας Langner και διαβάθμιση της ψυχοπαθολογίας***



**Πίνακας 58: Κατανομή δείγματος ως προς τη λειτουργικότητα Langner**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καλή	1	2,0	2,0	2,0
ικανοποιητική λειτουργικότητα	7	14,0	14,0	16,0
ικανοποιητική προσαρμογή	10	20,0	20,0	36,0
μείωση προσαρμογής	13	26,0	26,0	62,0
λειτουργικότητα με δυσκολία	8	16,0	16,0	78,0
λειτουργικότητα με μεγάλη δυσκολία	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 56: Κατανομή δείγματος ως προς τη λειτουργικότητα Langner**

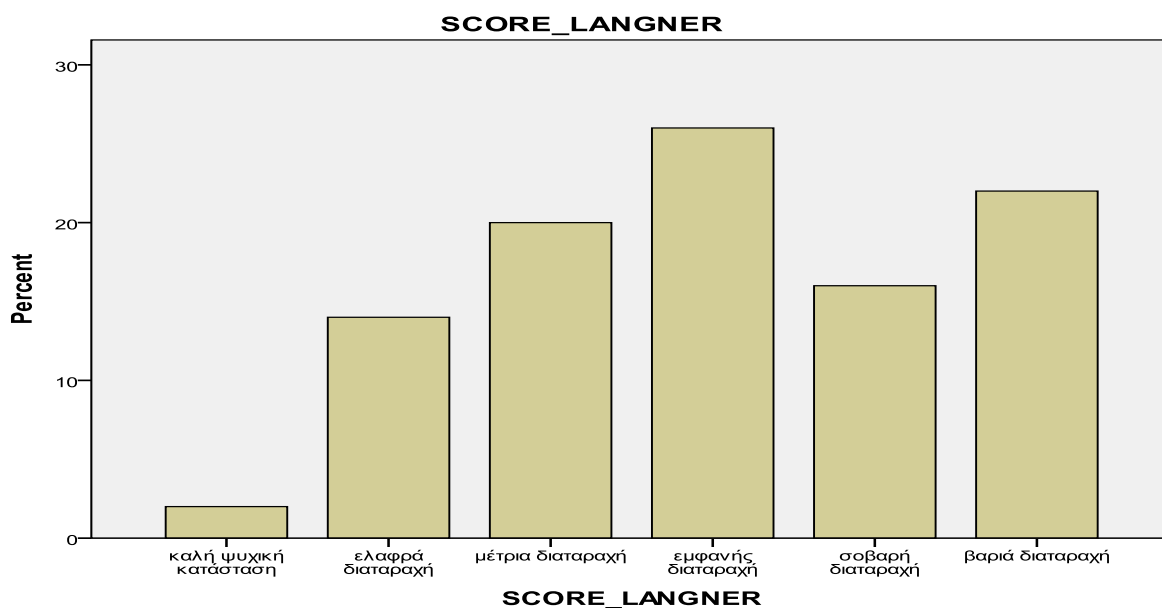


Όπως φαίνεται παραπάνω από τον πίνακα 58, σχήμα 56 σχετικά με τη λειτουργικότητα σύμφωνα με την κλίμακα Langner το μεγαλύτερο ποσοστό από τους άστεγους 26% (n=13), που έλαβαν μέρος στην έρευνα εμφανίζει μειωμένη προσαρμογή, ενώ ακολουθούν με ποσοστό 22% (n=11) η απάντηση με τη λειτουργικότητα με μεγάλη δυσκολία.

**Πίνακας 59: Κατανομή δείγματος ως προς το σκορ lagner**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καλή ψυχική κατάσταση	1	2,0	2,0	2,0
ελαφρά διαταραχή	7	14,0	14,0	16,0
μέτρια διαταραχή	10	20,0	20,0	36,0
εμφανής διαταραχή	13	26,0	26,0	62,0
σοβαρή διαταραχή	8	16,0	16,0	78,0
βαριά διαταραχή	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

***Σχήμα 57: Κατανομή δείγματος ως προς το σκορ langner***



Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της κλίμακας Langner συμπεραίνεται πως οι άστεγοι παρουσιάζουν εμφανή ψυχική διαταραχή σε ποσοστό 26% (n=13), ενώ 11 άτομα ποσοστό 22% εμφανίζουν βαριά ψυχική διαταραχή (πίνακας 59, σχήμα 57).

#### ***Αποτελέσματα ερωτηματολογίου CES-D (Center for Epidemiology Studies Depression scale)***

Το ερωτηματολόγιο CES-D είναι ένα τεστ προσυμπτωματικού ελέγχου για την κατάθλιψη και καταθλιπτική διαταραχή. Η κλίμακα μετρά τα συμπτώματα που καθορίζονται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM-V) για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Δημιουργήθηκε το 1977 από τον Radloff LS και αναθεωρήθηκε το 2004 από τον Eaton WW και τους συνεργάτες του. Η κλίμακα υπήρξε ένα σημαντικό εργαλείο σε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες για την διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Είναι πολύ διαδεδομένη και παραμένει ως ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα μέσα στον τομέα της ψυχιατρικής.

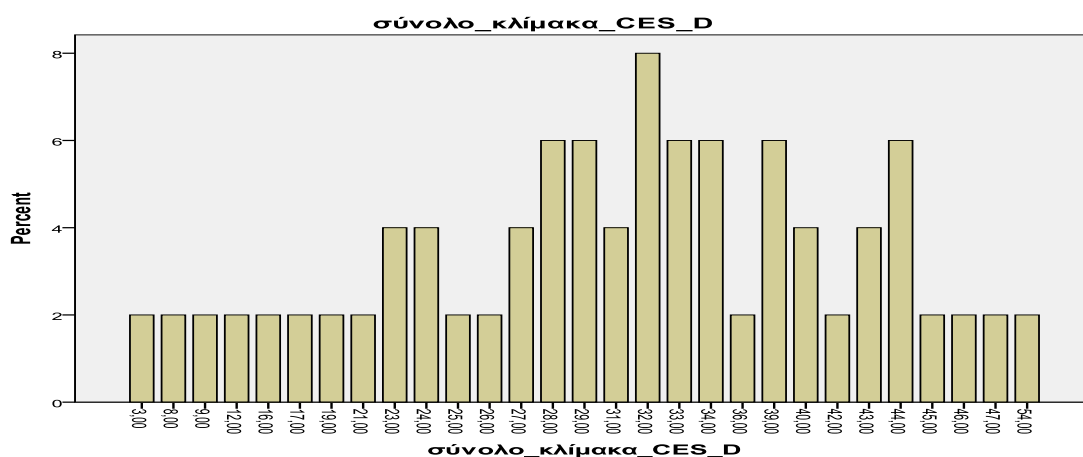
Αποτελείται από 20 ερωτήματα που μετρούν την κατάθλιψη σε 9 ξεχωριστές ομάδες, θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος, όρεξη, ύπνος, σκέψη-συγκέντρωση, ενοχή, κούραση, κίνηση, αυτοκτονικό ιδεασμό. Η βαθμολογία υπολογίζεται από το άθροισμα των 20 ερωτήσεων το τελικό αποτέλεσμα κυμαίνεται από 3-60 ενώ ως όριο διάκρισης υγιών και μη υγιών ατόμων έχει καθιερωθεί το σκορ 16.



**Πίνακας 60: Στατιστικά συνόλου κλίμακας CES D**

N	Valid	50
	Missing	0
Mean		31,0200
Std. Deviation		10,80909
Minimum		3,00
Maximum		54,00

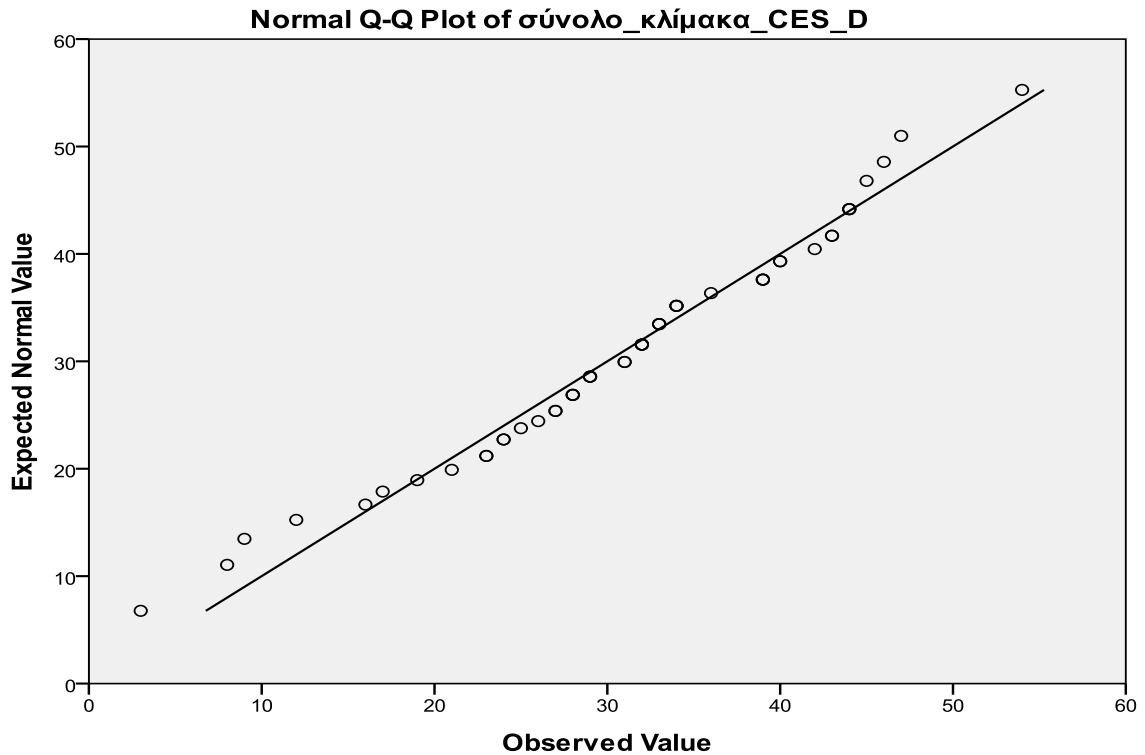
**Σχήμα 58: Στατιστικά συνόλου κλίμακας CES D**



**Πίνακας 61: Έλεγχος κανονικής κατανομής απαντήσεων κλίμακας CES D**

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
		σύνολο_κλίμακα_CES_D
N		50
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	31,0200
	Std. Deviation	10,80909
Most Extreme Differences	Absolute	,075
	Positive	,071
	Negative	-,075
Kolmogorov-Smirnov Z		,530
Asymp. Sig. (2-tailed)		,941
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

**Σχήμα 59: Έλεγχος κανονικής κατανομής απαντήσεων κλίμακας CES D**



Όπως φαίνεται από τον πίνακα 60 παραπάνω οι τιμές που καταγράφηκαν από τις απαντήσεις των αστέγων που έλαβαν μέρος στην έρευνα κυμάνθηκαν από 0-54 με μέση τιμή 31,02 και  $TA \pm 10,81$  ενώ όπως φαίνεται από τον πίνακα 61 σύμφωνα με το τεστ του Kolmogorov Smirnov η κατανομή των απαντήσεων είναι κανονική. Από τα σχήματα 58-59 φαίνεται επίσης η κανονικότητα ενώ πιο εμφανής είναι αυτή από το σχήμα 59 (Q-Q Plot) όπου οι κύκλοι που απεικονίζονται είναι σχεδόν πάνω στην διχοτόμο των δυο αξόνων.

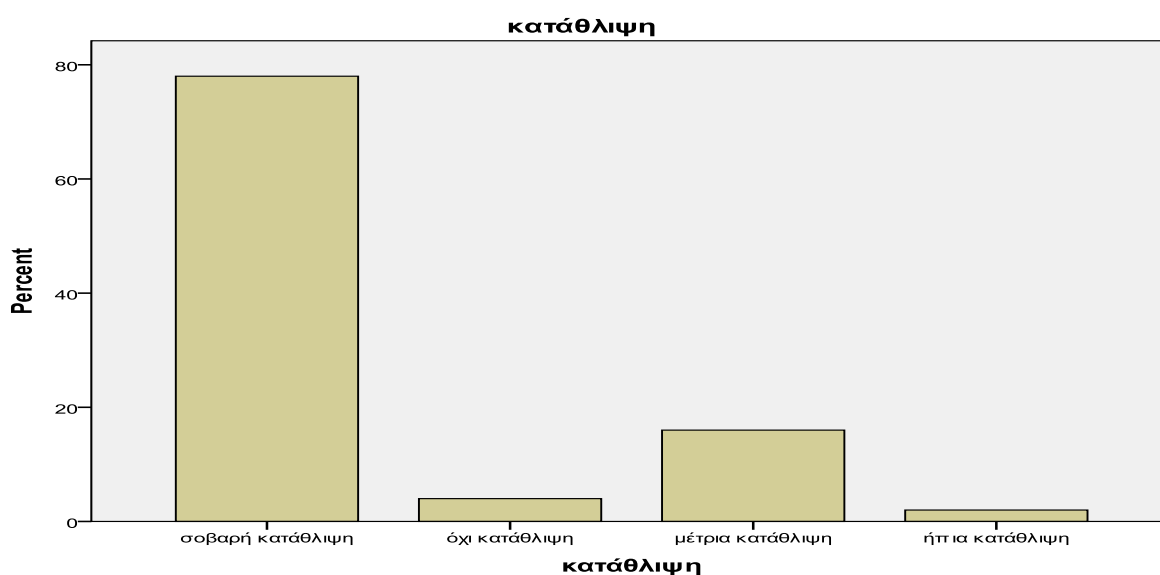
Στην συνέχεια βάση των απαντήσεων που συγκεντρώθηκαν έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί πόσο σοβαρή είναι καταθλιπτική συμπτωματολογία των συμμετεχόντων. Έτσι έγινε διαχωρισμός των απαντήσεων σε 4 κατηγορίες. Για συγκέντρωση σκορ <10 δεν υπάρχει κατάθλιψη, για σκορ 10-14 θεωρείται ήπιου βαθμού κατάθλιψη, για 15-23 μέτριου βαθμού και τέλος >24 σοβαρού βαθμού.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 62, σχήμα 60 παρακάτω το μεγαλύτερο ποσοστό 78% (n=39), εμφανίζουν σοβαρού βαθμού κατάθλιψη και μόλις 2 άτομα ποσοστό 4% δεν εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

**Πίνακας 62: Κατανομή δείγματος ως προς τη κατάθλιψη**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid σοβαρή κατάθλιψη	39	78,0	78,0	78,0
όχι κατάθλιψη	2	4,0	4,0	82,0
μέτρια κατάθλιψη	8	16,0	16,0	98,0
ήπια κατάθλιψη	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Σχήμα 60: Κατανομή δείγματος ως προς τη κατάθλιψη**



### **Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίων**

Στην συνέχεια έγινε έλεγχος για την αξιοπιστία των ερωτηματολογίων με τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha ο οποίος λαμβάνει τιμές [0,1] όπου το 0 ερμηνεύεται ως έλλειψη αξιοπιστίας και το 1 ως ισχυρά αξιόπιστη κλίμακα. Τιμές μεγαλύτερες του 0,7 θεωρούνται ικανοποιητικές. Όπως φαίνεται παρακάτω από τους πίνακες 63, 64 για την κλίμακα CES-D ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,867 και για την κλίμακα Langner αντίστοιχα είναι 0,774, υπάρχει δηλαδή αρκετά μεγάλη αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

**Πίνακας 63: Κατανομή δείγματος ως προς την αξιοπιστία της κλίμακας CES D**

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,867	20

**Πίνακας 64: Κατανομή δείγματος ως προς την αξιοπιστία κλίμακας Langner**

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,774	22

### ***Συμπερασματική στατιστική***

Για τη σύγκριση κατανομής των συχνοτήτων δυο μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (chi-square test). Όπως φαίνεται από τον πίνακα 65 που ακολουθεί, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για την εμφάνιση κατάθλιψης, ψυχικών διαταραχών, μειωμένης λειτουργικότητας και επιδείνωση της ψυχοπαθολογίας των αστέγων λόγω των ήδη υφιστάμενων ψυχιατρικών προβλημάτων τους και τη μη λήψη φαρμάκων, την προηγούμενη νοσηλεία τους σε νοσοκομείο λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας, την οικογενειακή τους κατάσταση, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και την προηγούμενη νοσηλεία τους λόγω χρήσης, την καταδίκη τους λόγω ποινικών αδικημάτων.

**Πίνακας 65: Στατιστικά σημαντικά συσχετίσεις**

	Pearson (chi-square test)
Ψυχιατρικό πρόβλημα υγείας-λειτουργικότητα	0,021
Ψυχιατρικό πρόβλημα υγείας-ψυχική διαταραχή	0,021
Ψυχιατρικό πρόβλημα υγείας-ψυχοπαθολογία	0,011
Ψυχιατρικό πρόβλημα υγείας-κατάθλιψη	0,011
Λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων-κατάθλιψη	0,037
Λήψη φαρμάκων γενικά-κατάθλιψη	0,044
Νοσηλεία για σωματικό πρόβλημα υγείας-λειτουργικότητα	0,001
Νοσηλεία για σωματικό πρόβλημα υγείας-ψυχική διαταραχή	0,001
Νοσηλεία για σωματικό πρόβλημα υγείας-ψυχοπαθολογία	0,001
Νοσηλεία για σωματικό πρόβλημα υγείας-κατάθλιψη	0,004
Οικογενειακή κατάσταση-ψυχική διαταραχή	0,045
Οικογενειακή κατάσταση-λειτουργικότητα	0,045
Νοσηλεία για ψυχιατρικό πρόβλημα-κατάθλιψη	0,026
Χρήση ναρκωτικών ουσιών-λειτουργικότητα	0,003
Χρήση ναρκωτικών ουσιών-ψυχική διαταραχή	0,003
Χρήση ναρκωτικών ουσιών-ψυχοπαθολογία	0,005
Νοσηλεία για ναρκωτικά-λειτουργικότητα	0,002
Νοσηλεία για ναρκωτικά-ψυχική διαταραχή	0,002
Νοσηλεία για ναρκωτικά-ψυχοπαθολογία	0,009

Έχουν καταδικαστεί-κατάθλιψη	0,026
Καταθλιπτική συμπτωματολογία-λειτουργικότητα	0,02
Καταθλιπτική συμπτωματολογία-ψυχική διαταραχή	0,02
Καταθλιπτική συμπτωματολογία-ψυχοπαθολογία	0,017

## 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας σε ένα δείγμα αστέγων στο δήμο Ηρακλείου. Παράλληλα, εξετάζονται οι παράγοντες που ενδεχομένως διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στο πρόβλημα της απώλειας στέγης, όπως τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία), το επίπεδο εκπαίδευσης, η ψυχολογία του άστεγου καθώς και η αντιμετώπισή του από τον περίγυρο. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της μελέτης ήταν το ερωτηματολόγιο, ένα εργαλείο ευρέως διαδεδομένο σε αντίστοιχες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας και πρακτικής.

Η ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων οδήγησε σε χρήσιμα συμπεράσματα και παρατηρήσεις, τα οποία παρατίθενται στις παραγράφους που ακολουθούν.

Το δείγμα που μελετήθηκε περιλάμβανε 50 άτομα που είχαν μείνει χωρίς στέγη, άνδρες και γυναίκες. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, προέρχονται από το Δήμο Ηρακλείου αποκλειστικά και το μεγαλύτερο ποσοστό των άστεγων που εντοπίσαμε κατά τη διεξαγωγή της συνέντευξης βρισκόταν σε συσσίτια. Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων ανέρχονταν σε 47 έτη, ενώ το ποσοστό των ανδρών ήταν αρκετά μεγαλύτερο από τον αριθμό των γυναικών.

Οι τιμές των δεικτών αξιολόγησης είναι αρκετά υψηλές καταδεικνύοντας την υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Ο πρώτος από τους δείκτες ήταν ο συντελεστής ( $\alpha$ ) του Cronbach, ο οποίος αποτελεί ένα μέτρο της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Ο δεύτερος δείκτης που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) του Pearson.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των αστέγων το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να είναι άγαμοι και διαζευγμένοι. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν ζουν με την οικογένεια τους και δεν έχουν καμιά επικοινωνία μαζί τους, ούτε και με κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν την κατάσταση που

βρίσκονται, γεγονός που επηρεάζει την ψυχολογική τους κατάσταση και τους κάνει να αισθάνονται απομονωμένοι από τον κοινωνικό περίγυρο.

Αναφορικά με την οικονομική τους κατάσταση, οι περισσότεροι δε παίρνουν κάποιο επίδομα από το κράτος ούτε έχουν άλλες απολαβές, καθώς δεν εργάζονται και αναζητούν δουλειά κατά μέσο όρο 24 μήνες. Οι οικονομικοί αυτοί παράγοντες και το γεγονός ότι οι περισσότεροι ήταν αυτοαπασχολούμενοι, οικοδόμοι/τεχνίτες σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση στη χώρα μας και ειδικότερα στο κλάδο τους, ήταν η αιτία που τους οδήγησε στην απώλεια της στέγης τους.

Αναφορικά με το πρόγραμμα στήριξης αστέγων μόλις 14% των ερωτηθέντων παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα από τους οποίους το 6% παρακολουθεί το κέντρο αστέγων ενώ 2% το κοινωνικής μέριμνας και 2% το OKANA. Οι περισσότεροι από τους αστέγους δήλωσαν ότι δεν τους παρείχαν βοήθεια αυτά τα προγράμματα στήριξης.

Ένα σημαντικό ζήτημα για τους αστέγους είναι και κατά πόσο αισθάνονται ασφαλείς στη καθημερινή τους διαβίωση είτε στο ξενώνα είτε κάποιος στο δρόμο. Το 66% μας αποκάλυψε ότι αισθάνεται ασφάλεια στο ξενώνα ενώ μόνο 30% νιώθει ασφάλεια στο δρόμο.

Όσον αφορά την ψυχική τους υγεία διακρίνουμε ότι οι περισσότεροι άστεγοι πάσχουν από ψυχιατρικά προβλήματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι δε παίρνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή κάτι που δυσχεραίνει το πρόβλημα τους ενώ παράλληλα οι μισοί από τους ψυχιατρικά ασθενείς ερωτηθέντες έχουν νοσηλευτεί .

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων οι περισσότεροι ανέφεραν ότι δεν είναι ικανοί να φροντίσουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Σχετικά με τη διάθεση τους –κέφι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι είναι κακή τον περισσότερο καιρό.

Επιπλέον όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας οι άστεγοι συχνά με ποσοστό 38% δυσκολεύονται να κοιμηθούν χωρίς διακοπές ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσαν ότι έχουν ένταση και νευρικότητα μερικές φορές.

Αναφορικά με το αν έχουν προσωπικές ανησυχίες οι οποίες συμβάλουν στη σωματική τους εξασθένηση το μεγαλύτερο ποσοστό των αστέγων απάντησε καταφατικά. Με αυτόν τον τρόπο η κακή ψυχική υγεία τους επιβαρύνει την σωματική τους υγεία κάνοντας στους ευάλωτους σε ασθένειες καθώς πέφτει το ανοσοποιητικό τους σύστημα. Είναι επίσης αναγκαίο να ειπωθεί ότι η πλειοψηφία των αστέγων αναφέρει ότι τίποτα στη ζωή τους δεν γίνεται όπως θα το ήθελαν διακρίνοντας ένα συναίσθημα απογοήτευσης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικά με τη λειτουργικότητα Langner οι περισσότεροι άστεγοι παρουσίασαν μειωμένη προσαρμογή η οποία σχετίζεται με την έλλειψη στέγης και την απομόνωση των αστέγων από το κοινωνικό σύνολο και τις δραστηριότητες του. Όσο αφορά το σκορ Langner που σχετίζεται με την ψυχική τους διάθεση είναι εξίσου σημαντικό να αναφερθούν τα αποτελέσματα του που μας παρουσιάζουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πάσχει από εμφανή διαταραχή ενώ προκαλεί ανησυχία το γεγονός ότι το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό των αστέγων εμφανίζει βαριάς μορφής διαταραχή της ψυχικής τους κατάστασης.

Όσο αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την όρεξη των αστέγων για το φαγητό, αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι οι περισσότεροι παρουσιάζουν μερικές φορές «1-2 μέρες» κακή όρεξη ώστε να μην τρώνε, με αποτέλεσμα να συμβάλει στην κακή λειτουργία και εξασθένηση του οργανισμού τους.

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των αστέγων που ασχοληθήκαμε μας εξέφρασαν ότι αισθάνονται μελαγχολία αρκετές φορές λόγω της έλλειψης στέγης και της γενικότερης απομόνωσης τους από την οικογένεια τους, τους φίλους τους και τη κοινωνία που φαίνεται να τους έχουν ξεχάσει. Η ελπίδα για το μέλλον εμφανίζεται στο πρόσωπο σπάνια έως καθόλου για αυτή τη μειονότητα της κοινωνίας που λέγονται άστεγοι. Έχουν χάσει την αισιοδοξία τους και το ενδιαφέρον διατηρώντας μια παθητική στάση απέναντι στη ζωή, την οποία αναπολώντας μερικές φορές το παρελθόν σκέφτονται ότι ήταν μια αποτυχία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ένα αρνητικό στοιχείο που αναδεικνύεται επίσης είναι ότι εκλείπει το συναίσθημα της ευτυχίας από τους αστέγους όπως φαίνεται και από το ποσοστό 40% του δείγματος μας το οποίο δηλώνει ότι σπάνια «λιγότερο από μία μέρα» νιώθει ευτυχισμένο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα σπάνια να ευχαριστιούνται τη ζωή τους ξεσπώντας σε κλάματα με λυγμούς τουλάχιστον 1-2 μέρες.

Τέλος το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των αστέγων σε ποσοστό 78% εμφανίζει σοβαρή κατάθλιψη η οποία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχική και σωματική τους υπόσταση και αποτελεί αιτία για το αίσθημα των αστέγων ότι η κοινωνία τους απορρίπτει λόγω της αντιπάθειας των ανθρώπων προς τους ίδιους αρκετές φορές.

Οι άνθρωποι που βιώνουν την ψυχική ασθένεια, υπερεκπροσωπούνται μεταξύ των άστεγων στην Ευρώπη (Philipott, P., et al., 2007), στην Αυστραλία (Homelessness Task Force, 2008), και στις ΗΠΑ, αν και η συχνότητα της ψυχικής ασθένειας μεταξύ των

άστεγων, χρήζει πιο ενδεδειγμένης έρευνας. Δυστυχώς, δεν υπάρχει μία σημαντική συγκριτική διεθνής έρευνα, για τις επιπτώσεις των πολιτικών για την ψυχική υγεία (π.χ. αποασυλοποίηση), στην έλλειψη στέγης. Οι παραπάνω ερευνητικές μαρτυρίες, ωστόσο, αναδεικνύουν ότι η σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και έλλειψης στέγης είναι πιο σύνθετη.

Κατά τη τελευταία δεκαετία, η οικονομική κρίση επιδεινώνει τα προβλήματα στέγασης» λόγω της αδυναμίας πληρωμής ενοικίων και στεγαστικών δανείων, της αύξησης των εξώσεων και των κατασχέσεων κατοικιών και οι «νέες μορφές στέρησης της κατοικίας προκαλούν μία κλιμακούμενη ανησυχία για τη δημόσια τάξη.

Τα ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία για τον άστεγο πληθυσμό είναι σπάνια στη χώρα μας, γεγονός που εμποδίζει την εκτίμηση των πραγματικών διαστάσεων του προβλήματος, ενώ αναστέλλει κάθε προσπάθεια για το σχεδιασμό μίας ολοκληρωμένης στρατηγικής για την αντιμετώπισή του (FEANTSA 2009). Σε μία σχετικά πρόσφατη καταγραφή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Απρίλιος 2009) οι άστεγοι στην Ελλάδα υπολογίστηκαν σε 7.720 άτομα, ένας αριθμός που έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση γιατί δεν περιλαμβάνει σημαντικές κατηγορίες της τυπολογίας ETHOS. Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις υπολογίζουν τον αριθμό των άστεγων στη χώρα μας, στα 20.000 άτομα (Παπαλιού, Ο., 2010, ΕΚΚΕ, 2010).

Στην έρευνα της «Κλίμακα» για το ψυχοκοινωνικό προφίλ και το επίπεδο διαβίωσης των άστεγων που ζουν στους δρόμους της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και της Λάρισας (2005-2006, δείγμα 200 άτομα) έχουν καταγραφεί σημαντικά ευρήματα από τους ερωτηθέντες (Γιαννέτου Κ., 2012), ενώ στην σύγκριση με τα αποτελέσματα μελέτης σε κάποια σημεία δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα αλλά σε κάποιες άλλες συγκρίσεις οι διαφορές είναι σημαντικές.

Η αισιοδοξία των άστεγων της παρούσας εργασίας ότι θα τα καταφέρουν να βγουν από την συγκεκριμένη κατάσταση είναι μειωμένη, το πρόβλημα για την εξασφάλιση φαγητού και ύπνου που έχει γίνει πιο μεγάλο, η συμμετοχή τους σε κάποιο πρόγραμμα στήριξης δεν υπάρχει σχεδόν καθόλου, καθώς όπως είναι πιθανόν δεν υπάρχει στο δήμο Ηρακλείου κάτι οργανωμένο, η χρήση παράνομων ουσιών και αλκοόλ έχει αυξηθεί, και μεγαλύτερο ποσοστό έχει εμφανίσει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (πίνακας 66).



**Πίνακας 66: Σύγκριση αποτελεσμάτων παρούσας εργασίας με μελέτη «Κλίμακας»**

	Αποτελέσματα «Κλίμακα»	Αποτελέσματα παρούσας έρευνας
Εγγράμματοι	90,7%	70%
Άγαμοι	50,3%	42%
Χρονικό διάστημα άστεγοι 3 έτη	46,5%	64%
Δεν έχουν παραβατική συμπεριφορά	75%	92%
Άστεγοι λόγω οικονομικών προβλημάτων	50,3%	43%
Αισιοδοξία ότι θα βγουν από την συγκεκριμένη κατάσταση	66%	38%
Πρόβλημα εξασφάλισης καταλύματος για ύπνο	31%	52%
Έχει κάθε μέρα πρόβλημα σίτισης	23%	62%
Έχει πέσει θύμα ληστείας	39,3%	16%
Στενοί συγγενείς γνωρίζουν την κατάσταση του	58%	38%
Δεν έχει εργαστεί τελευταία	70%	100%
Έχει έρθει σε επαφή με κάποιο πρόγραμμα για άστεγους	72%	14%
Αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας	46%	54%
Δεν έχει νοσηλευτεί για ψυχιατρικό πρόβλημα	80%	50%
Χρήση αλκοόλ	33%	42%
Χρήση ναρκωτικών πρόσφατα	14%	24%

## **8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η έλλειψη στέγης θεωρείται ακραία έκφραση του κοινωνικού αποκλεισμού και συνδέεται με την εξαθλίωση και την φτώχεια ευάλωτων κοινωνικών ομάδων για τις οποίες δεν υπάρχει επαρκής κοινωνική προστασία. Οι άστεγοι βιώνουν τις επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού σε μεγαλύτερο βαθμό από άλλες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού εφόσον παράλληλα περιορίζεται και η πρόσβαση τους σε κοινωνικά αγαθά και υπηρεσίες. Στη χώρα μας δεν υπάρχει σύστημα που να εξασφαλίζει το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα ως σταθεροποιητικός παράγοντας στη ζωή του ατόμου.

Οι πραγματικά αξιόλογες προσπάθειες διάφορων τοπικών φορέων, ΜΚΟ, της εκκλησίας, διαφόρων οργανώσεων και εθελοντών του Ερυθρού Σταυρού μπορούν να αντιμετωπίσουν μόνο έκτακτες ανάγκες και είναι δυνατόν να παρέχουν πλήρη αποκατάσταση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας πρέπει να τονιστούν ορισμένα συμπεράσματα, τα οποία θα συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας των ατόμων που έχουν χάσει τη στέγη τους.

1. Αρχικά, το βασικότερο αποτέλεσμα που πρέπει να σημειωθεί είναι το αυξημένο ποσοστό ατόμων που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Για την εξάλειψη του προβλήματος, καθώς και για την πρόληψη αυτού, απαραίτητη είναι η ύπαρξη μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης που θα βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν και τους οικείους τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αυτή καθώς και δημιουργία περισσότερων προγραμμάτων που ασχολιούνται με αυτήν την κατηγορία του πληθυσμού.
2. Ένα ακόμα θέμα που εντοπίστηκε είναι η δυσμενής οικονομική κατάσταση που βρίσκονται οι άστεγοι. Σε αυτό το φαινόμενο πρέπει να αναλάβει ενεργό δράση η πολιτεία παρέχοντας οικονομικά επιδόματα σε αστέγους που βρίσκονται στα όρια της οικονομικής εξαθλίωσης. Επίσης η πολιτεία θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί όσον αφορά την επαγγελματική τους αποκατάσταση, προσφέροντας τους εργασία με σκοπό να συμβάλουν στην οικονομική τους ανεξαρτησία και να μπορέσουν οι άστεγοι να νιώσουν ενεργά μέλη της κοινωνίας.
3. Θα πρέπει να χαρτογραφηθούν οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος ώστε να εντοπιστούν και να ενεργοποιηθούν κατάλληλοι μηχανισμοί κάλυψης των αναγκών. Χρειάζονται δράσεις που να στοχεύουν στην εξάλειψη των αιτιών που οδήγησαν τα άτομα αυτά στην παρούσα κατάσταση και παρεμβάσεις για την εξασφάλιση ενσωμάτωσής τους στο κοινωνικό σύνολο.
4. Ακόμα, αποτελεί χρέος της πολιτείας και των φορέων της να συνδράμει αποφασιστικά στην εύρεση και παροχή προσωρινής ή μόνιμης κατοικίας για τους αστέγους με σκοπό να εξαλείψει το βασικότερο πρόβλημα που μαστιίζει στην σημερινή εποχή την κοινωνία των αστέγων. Αυτό το μέτρο θα βοηθήσει τους άστεγους κυρίως στον ψυχικό τομέα αφού θα εξαλείψει σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά συναισθήματα και θα τους προσφέρει προπάντων ασφάλεια και όλα τα εφόδια για μια καλύτερη ζωή.
5. Πρέπει να υπάρξει σχέδιο ευαισθητοποίησης των πολιτών σε θέματα που σχετίζονται με τις ανάγκες των αστέγων για να αποδυναμωθεί το στερεότυπο ότι οι άστεγοι είναι περιθωριοποιημένα άτομα.

## 9. ΗΘΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί που πιθανόν επηρεάζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ένα βαθμό:

1. Το δείγμα της μελέτης θεωρείται ικανοποιητικό αλλά πιθανόν να μην αρκετά μεγάλο για να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα .
  2. Το 30% αρνήθηκαν να απαντήσουν διότι το θέμα που ασχοληθήκαμε ήταν λεπτό.
  3. Ο πληθυσμός στόχος για την συλλογή των δεδομένων ήταν άτομα αποκλειστικά από το Ηράκλειο.
- *Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία των αστέγων ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων.*
  - *Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έτυχαν ποσοτικής και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά.*
  - *Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας».*

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Alamanou A., Theodorikakou O., Katsadoros K., Klimaka, NGO, Athens, Greece  
“Neo-homelessness” and the Greek Crisis, *European Journal of Homelessness* \_  
Volume 7, No. 2, December 2013
2. Alesina, A., Glaeser, E.L., (2004). *Fighting Poverty in the U.S. and Europe: A  
World of Difference*, Oxford University Press, Oxford.
3. Andrew R. Getzfeld – Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος  
Μεσσήνης, Ph.D. πρώτη έκδοση Σεπτέμβριος 2009 - Βασικά Στοιχεία  
Ψυχοπαθολογίας / εκδόσεις GOTSIS, σελ. 13-14, 29, 30-32, 35, 40-41.
4. Barlow Durand – Επιμέλεια: Λάμπρος Μεσσήνης, 01/01/2001 / ΔΕΥΤΕΡΗ  
ΕΚΔΟΣΗ/Ψυχολογία & παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη  
Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση - Ά ΤΟΜΟΣ / εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.5, 54.
5. Bosch M. J. , (2010) ‘Homelessness among Migrants in Spain’, *European Journal  
of Homelessness*, vol. 4, σ. 139154
6. Breakey W. R. & Fischer P. J. (1990). «Homelessness: The Extent of the  
Problem», *Journal of Social Issues*, vol. 46 (4), pp. 31-47 (31).
7. Burt M., Aron, L., Douglas T., Valente J., Lee E., Iwen B., 1999, *Homelessness:  
Programs and the People they Serve: Findings of the National Survey of Homeless  
Assistance Providers and Clients*, Urban Institute, Washington.
8. Caton CL, Hasin D, Shrout PE. (2000). Risk factors for homelessness among  
indigent urban adults with no history of psychotic illness: a case-control study. *Am  
J Publ Health*, 90:258–63.
9. Caton CL, Hasin D, Shrout PE. Risk factors for homelessness among indigent  
urban adults with no history of psychotic illness: a case-control study. *Am J Publ  
Health* 2000, 90:258–63.
10. Christian, J., 2003. «Homelessness: International Perspectives». *Journal of  
Community and Applied Social Psychology*, Vol. 13, pp. 85-90.
11. Cloke, P., Milbourne, P. & Widdowfield, R. C., 2000, «The Hidden and Emerging  
Spaces of Rural Homelessness», *Environment and Planning D*, Vol. 32, No. 1, pp.  
77-90 <http://epn.sagepub.com/content/32/1/77.abstract> (πρόσβαση 18/11/2016).
12. Culhane DP, Dejowski EF, Ibanez J et al.(1994). Public shelter admission rates in  
Philadelphia and New York City: the implications of turnover for sheltered  
population counts. *Hous Pol Debate*, 5:107–140

13. Dearbhal M. Exploring the Complex Relationship between Housing and Health through Consideration of the Health Needs of People who are Homeless, Prepared for the 2006 ENHR Conference Workshop 5 “The Residential Context of Health”, Brussels, June 2006.
14. Dr. Avramov D., The State-of-the-art Research of Homelessness and Provision of Services in Europe.
15. Eaton WW, Muntaner C, Smith C, Tien A, Ybarra M. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: Maruish ME, ed. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004:363-377.
16. Edgar B. European Review of Statistics on Homeless, FEANTSA, 2009.
17. ETHOS – Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την Έλλειψη Στέγης και τον Αποκλεισμό από την κατοικία, European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL.
18. European Observatory of Homelessness, Social Housing Allocation and Homelessness, Brussels-December 2011, σ. 65.
19. Fabrega HJr, McBee G (1970) Validity features of a mental health questionnaire, *Soc. Sei. Med.*. 4, 669-673.
20. Fazel S., Ksosla V., Doll H., Geddes J., The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis, *PLoS Med*. 2008 Dec; 5(12): e225.
21. Fichter M, Quadflieg N. (1999). Alcoholism in homeless men in the midnineties: results from the Bavarian Public Health Study on homelessness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249: 34–44 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10195342> (πρόσβαση 20/11/2016).
22. Fichter MM, Koniarczyk M, Greifenhagen A. (1996).Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Europ Archiv Psychiatr Clin Neurosc*, 246:185–196 <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02188952>(πρόσβαση 20/11/2016).
23. Fichter MM, Quadflieg N. (2005).Three year course and outcome of mental illness in homeless men. A prospective longitudinal study based on a representative sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* , 255:111–120.

24. Gelberg L., Leake B., Lu M., Anderson R., Nyamathi A. M., Morgenstern H., et al., 2002. «Chronically homeless women’s perceived deterrents to contraception», *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34,p.p. 278–285.
25. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004, 364:1273–1280.
26. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG., (2004). Making health systems more equitable. *Lancet*, 364:1273–1280  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15464189> (πρόσβαση 15/11/2016).
27. Homelessness Task Force, (2008), *The Road Home: A National Approach to Reducing Homelessness*, Commonwealth of Australian Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Canberra
28. Homelessness Task Force, “The Road Home: A National Approach to Reducing Homelessness”, Commonwealth of Australian Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Canberra, 2008.
29. Hutson S., Liddiard M., 1994, *Youth Homelessness: The construction of a Social Issue*, London: MacMillan, [https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=yt-EAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA97&dq=homeless+youth+hUTSON&ots=riYjB0Ft0t&sig=L1gn3zxXAnjHnsUZJBeyBb8wlZw&redir\\_esc=y#v=onepage&q=homeless%20youth%20hUTSON&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=yt-EAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA97&dq=homeless+youth+hUTSON&ots=riYjB0Ft0t&sig=L1gn3zxXAnjHnsUZJBeyBb8wlZw&redir_esc=y#v=onepage&q=homeless%20youth%20hUTSON&f=false) σελ. 97, (πρόσβαση 18/11/2016).
30. Koegel P, Burnam A, Farr K. (1998).The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1085–1092 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2461690> (πρόσβαση 20/11/2016).
31. Koffman J, Fulop NJ. Homelessness and the use of acute psychiatric beds: findings from a one-day survey of adult acute and low level secure psychiatric patients in North and South Thames regions. *Health Soc Care Commun* 1999, 7:140–147.
32. Koffman J, Fulop NJ., (1999). Homelessness and the use of acute psychiatric beds: findings from a one-day survey of adult acute and low level secure psychiatric patients in North and South Thames regions. *Health Soc Care Commun* , 7:140–147.

33. Konstantakopoulos G, Kakoulas I, Valma V, Stamatogiannopoulou E, Giotakos O, Katsadoros K. Mental disorders and dual diagnosis in a sample of homeless people in Athens. *An Gener Hosp Psychiatry* 2003, 2(Suppl 1):S113
34. Kovess V, BoissgueÂrin B, Antoine D. (1995) Has the sectorisation of psychiatric services in France really been effective? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30:132–138 <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00802042> (πρόσβαση 20/11/2016).
35. Kovess V, Lazarus M. (1999). The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34:580–585 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10651176> (πρόσβαση 20/11/2016).
36. Lauber C, Lay B, Rossler W. Homeless people at disadvantage in mental health services. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006, 256:138–145 <http://link.springer.com/article/10.1007/s00406-005-0616-4> (πρόσβαση 25/11/2016).
37. Lauber C, Lay B, Rossler. (2005). Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Med Wkly* ,135:50–56.
38. Lauber C, Lay B, Rossler. Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2005, 135:50–56.
39. Mallett, S., 2004. «Understanding Home: A Critical Review of the Literature». *The Sociological Review*, Vol. 52, No. 1, pp. 62-89.
40. Marsel Mesulam (2000) Oxford – επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γρηγόριος Νάσιος 2011 - Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωστικής Νευρολογίας – εκδόσεις Πασχαλίδη/ Αθήνα, σελ. 126
41. May, J., 2000. «Of Nomads and Vagrants: Single Homelessness and Narratives of Home as Place». *Environment and Planning D*, Vol. 18, No. 6, pp. 737-759.
42. Meanwell E., 2012. «Experiencing Homelessness: A Review of Recent Literature», *Sociology Compass* vol. 6 (1), pp. 72-85 (72).
43. Mechanic D, McAlpine DD, Olfson M.(1998). Changing patterns of psychiatric inpatient care in the United States, 1988–1994. *Arch Gen Psychiatry*, 55:785–791 <http://insights.ovid.com/archives-general-psychiatry/aogp/1998/09/000/changing-patterns-psychiatric-inpatient-care/3/00000756> (πρόσβαση 20/11/2016).
44. Moore, J., 2007, «Polarity or Integration? Towards a Fuller Understanding of Home and Homelessness», *Journal of Architectural and Planning Research*, Vol. 24, No. 2, pp. 143-159.

45. MPHASIS (2009), Αμοιβαία πρόοδος στο θέμα των αστέγων μέσω της προώθησης και της ενίσχυσης των συστημάτων πληροφοριών.
46. Netherlands Institute of Mental Health: Yearbook Mental Health Care 1996/97 (in Dutch). Utrecht, De Tijdstroom, 1996.
47. OECD Indicators 2011, Health at a Glance.
48. Philipott, P., Lecocq, C., et al., (2007), “Psychological Research on Homelessness in Western Europe: A Review from 1970 to 2001” στο Journal of Social Issues, Vol. 63, No 3, σελ.483-503.
49. Radloff LS (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research and in the general population, *Appi. Psychol. Meas.* 1, 385-401.
50. Salize H, Horst A, Dillmann-Lange C, Killmann U, Stern G, Wol I et al.(2001). Needs for mental health care and service provision in single homeless people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 36:207–216  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11518035> (πρόσβαση 20/11/2016).
51. Slegers J, Spijker J, Limbeek J, Engeland H., (1998). Mental health problems among homeless adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 97:253–259.
52. Slegers J. (2000). Similarities and Differences in Homelessness in Amsterdam and New York City. *Psychiat Serv* 51:100–104.
53. Smith SG., The essential qualities of a home, [Journal of Environmental Psychology Volume 14, Issue 1](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494405801963), March 1994, Pages 31-46  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494405801963> (πρόσβαση 18/11/2016).
54. Somerville, P., 1992. «Homelessness and the Meaning of Home: Rooflessness or Rootlessness?» *International Journal of Urban and Regional Research*, Vol. 16, No. 4, pp. 529-539.
55. Switzerland Health System Review, Health System in Transition 2015, Vol. 17 No 4 2015.
56. Vazquez C, Munoz M, Rodriguez A. (1999). Homelessness in Spain In: *Psychosocial Aspects, Psychology in Spain*, 1999, Vol. 3. No 1, 3-10.
57. Wittchen HU, Essau CA, Zerssen D. von, Krieg JC, Zaudig M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* , 241:247–258  
<http://link.springer.com/article/10.1007/BF02190261> (πρόσβαση 20/11/2016).



58. Αλεξίου Θανάσης (1999), «Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση, η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης», Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
59. Βλάση Α., 2013, «Το φαινόμενο των αστέγων στην Αθήνα της κρίσης», Ε.Μ.Π.- Σχολή Αρχιτεκτόνων Μηχανικών Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Αρχιτεκτονική-Σχεδιασμός του Χώρου Κατεύθυνση: Πολεοδομία-Χωροταξία.
60. Γεωργιοπούλου Τ., Πρώτο θέμα, 2016, <http://www.protothema.gr/greece/article/582954/ereuna-to-62-ton-astegon-einai-ellines/> (πρόσβαση 15/11/2016).
61. Γιαννέτου Κ., 2012, Το κοινωνικό πρόβλημα της έλλειψης στέγης, Κείμενα Δημόσιας πολιτικής, Police Brief.
62. Γουλιέλμου Σ., 2013, «Ο ρόλος του επικοινωνιακού προγραμματισμού στην αντιμετώπιση κοινωνικών ζητημάτων σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο– η περίπτωση των αστέγων της Αθήνας», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Δημοσίων Σχέσεων & Επικοινωνίας Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ιονίων Νήσων Αργοστόλι Κεφαλληνίας.
63. Έκθεση της επιτροπής κοινωνικής προστασίας, 2011, Η κοινωνική διάσταση της στρατηγικής «Ευρώπη 2020».
64. Ζαραφωνίτου Χ., 2011. «Προτάσεις για την αντιμετώπιση των συναφών με την εγκληματικότητα και την ανασφάλεια προβλημάτων στο κέντρο της Αθήνας», στο ηλεκτρονικό περιοδικό *The Art of Crime*, τεύχος 20.
65. Καψαλάκη Α., 2013, Η ψυχοπαθολογία ασθενών σε κέντρο αποκατάστασης, Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Τμήμα λογοθεραπείας.
66. Κυριακίδου Σ., 2010, Άστεγος εν έτη 2013: ο γείτονας σου; Ο απολυμένος συνάδελφος σου; Ένας παλιός σου φίλος; Εσύ;
67. Μπαλλής Θεόδωρος Ι. (2000). Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής. University Studio Press σελ. 72-73, 162, 186, 214, 228, 236
68. Παναγιωτόπουλου Ο., 2012, Οι άστεγοι στην Ελλάδα, [http://www.pyxida.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4100&catid=22&Itemid=816](http://www.pyxida.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4100&catid=22&Itemid=816) (πρόσβαση 15/11/2016).

69. Παπαλιού, Ο., (2010), «Το ζήτημα των άστεγων: μία πρώτη προσέγγιση» σε Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας 2010, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
70. Παπαρρηγόπουλος Θ., Ψάρρος Κ., - Οι διαταραχές του ύπνου στην κλινική ιατρική πρακτική από Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, 2009 - *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική* / ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, σελ. 445
71. Παρασκευόπουλου Ι. (1988). Κλινική ψυχολογία. Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Ειδική έκδοση σελ. 17-18, 22
72. Πιάνου Κ., 1989 - *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών – νέων – Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ – β΄ έκδοση / Γιάννινα, σελ. 128-129, 132-134, 148, 153*
73. Πρότυπο Πειραματικό λύκειο Ιωνιδείου, 2014, Σκηνοθετώντας την διαφορετικότητα, Ερευνητική εργασία.
74. Στεργίου Β., Καρλοβασίτου Α. Ψυχίατρος, υποψήφιος Διδάκτωρ Α.Π.Θ., ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ 2010, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας Α.Π.Θ./Οι ψυχωσικές διαταραχές στην επιληψία/Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας Α.Π.Θ./ΤΟΜΟΣ 47, ΤΕΥΧΟΣ 1- <http://www.encephalos.gr/full/47-1-01g.htm> (πρόσβαση 18/11/2016).
75. Τσακிரάκη Ε., 2010, «Φύλλο και κοινωνικός αποκλεισμός: Διερευνώντας τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των άστεγων γυναικών της πρωτεύουσας», Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Ανθρωπιστικών Επιστημών, Τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού.
76. Τσιάκαλος Γεώργιος (1998), «Κοινωνικός αποκλεισμός ορισμοί, πλαίσιο και σημασία, στο Κοινωνικός αποκλεισμός: η ελληνική εμπειρία», Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας & Κοινωνικής Πολιτικής.
77. Φωτιάδη Ι., 2012, Κοινωνικό φαινόμενο δεκαετιών στο εξωτερικό, <http://www.kathimerini.gr/447883/article/epikairothta/ellada/koinwniko-fainomeno-dekaetiwn-sto-e3wteriko> (πρόσβαση 15/11/2016).
78. Χονδράκη Π., Μαδιανός Μ., Παπαδημητρίου ΓΝ., «Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Ειδικό άρθρο, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 23 (4), 2012.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1<sup>ο</sup> : ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΦΟΡΕΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Ανδρόγεω 2  
Τ.Κ.: 71202  
Πληροφορίες: Οικονομάκης Φανούρης  
Τηλέφωνο: 2813409128  
Fax 2813409235  
E-mail: oikonomakis-f@heraklion.gr

Έκδ.1 αναθ.5 ημ/νία έγκρ. 2/1/2015 ΠΡΟ-ΠΣΠ 001

Ηράκλειο, 11/10/2016

Αρ. Πρωτ.: 110957

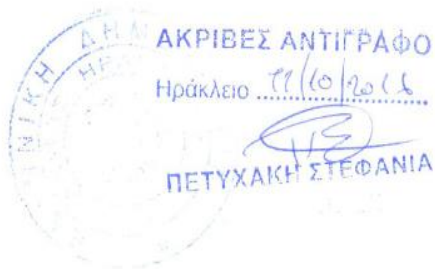
ΠΡΟΣ:

- 1) Ζαχαράκη Γεώργιο του Εμμανουήλ
- 2) Βεΐζι Αρντιτι
- 3) Ανδρουλάκη Μιχαήλ-Αλέξανδρου

Θέμα: «Εκπόνηση πτυχιακής εργασίας»

Σχετ: Αριθμ πρωτ. 11097/28.9.2016 αίτηση σας.

Μετά την παραπάνω σχετική αίτηση σας και την προσκόμιση εκ μέρους σας των πρόσθετων στοιχείων που σας ζητήθηκαν στις 11.10.16, μπορείτε να επισκεφτείτε για την έρευνα σας, την δομή φιλοξενίας αστέγων του Δήμου μας για την λήψη των σχετικών συνεντεύξεων στα πλαίσια της πτυχιακής σας εργασίας με θέμα " Διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας των αστέγων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα στο Νομό Ηρακλείου " .



Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΦΑΝΟΥΡΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ  
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 18/2/2016

Πληροφο.: Ευαγγ. Γωνιανάκη  
Τηλέφ.: 2810-379538  
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 214

ΠΡΟΣ:  
Βεΐζι Αρντίτι  
Ζαχαριάκης Γεώργιος  
Δανδουλάκης Μιχαήλ - Αλέξανδρος

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής  
Καρτσωνάκη Μαρία

**ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.**

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ5031 Βεΐζι Αρντίτι  
ΥΝ5752 Ζαχαριάκης Γεώργιος  
ΥΝ6111 Δανδουλάκης Μιχαήλ - Αλέξανδρος

με θέμα: «Διερεύνηση της Ψυχοπαθολογίας των αστέγων σε αντιτροσωπευτικό δείγμα στο Νομό Ηρακλείου».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Καρτσωνάκη Μαρία**.

Παρατηρήσεις:

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

  
Χρήστος Μελάς  
Επικ. Καθηγητής

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2<sup>ο</sup> : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ  
ΑΣΤΕΓΩΝ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:.....**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΟΥΜΕΝΟΥ:.....**

**ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:**

- |                  |           |
|------------------|-----------|
| 1.Δρόμος-πλατεία | 2.Ξενώνας |
| 3.Συσσίτιο       | 4.Αλλού   |

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Ηλικία:.....

Φύλο: α. Άνδρας β. Γυναίκα

Εκπαίδευση: 1.Στοιχειώδης 2.Βασική 3.Λύκειο 4.Ανώτερη-Ανώτατη

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

1. ΑΓΑΜΟΣ
2. ΕΓΓΑΜΟΣ/ΣΥΖΕΙ
3. ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ
4. ΧΗΡΟΣ

**ΖΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ;**

1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

**ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ;**

1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

**ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΣΑΣ;**

1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

**ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΑΣ;**

1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

**ΔΙΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΝΑ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ;**

1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΦΙΛΟΥΣ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΣΑΣ ΒΟΗΘΟΥΝ/ΣΑΣ ΣΤΗΡΙΖΟΥΝ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΣΤΕΓΟΙ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

***ΕΡΓΑΣΙΑ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ***

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΡΧΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΟΥ ΑΣΚΗΣΑΤΕ;

.....

ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ                      3.ΣΥΝΤΑΞΗ

ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΤΙ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΤΕ;

.....

ΠΛΗΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΕΡΓΑΣΤΕΙ ΠΟΤΕ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΜΗΠΩΣ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΕΠΙΔΟΜΑ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ, ΨΑΧΝΕΤΕ ΓΙΑ ΔΟΥΛΕΙΑ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑ ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ; (σε μήνες).....

***ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ***

ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΒΡΕΘΗΚΑΤΕ ΧΩΡΙΣ ΣΤΕΓΗ;

.....  
ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΙΣΤΕ ΧΩΡΙΣ ΣΤΕΓΗ;

1.<6 μήνες            2.6-12 μήνες            3. 12-24 μήνες            4.>24 μήνες

ΤΟ ΝΑ ΒΡΕΙΤΕ ΚΑΠΟΥ ΝΑ ΚΟΙΜΗΘΕΙΤΕ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΓΙΑ ΣΑΣ;

1.Σημαντικό            2.Σχετικό            3.Εύκολο

ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΓΙΑ ΣΑΣ ΝΑ ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΤΡΟΦΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ (ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΜΗΝΕΣ);

1.ΝΑΙ            2.ΟΧΙ

ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΦΑΓΗΤΟ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΜΗΝΕΣ;

1.Στο δρόμο            2.Σε συσσίτιο            3.Σε ξενώνα

ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΕΥΚΟΛΑ ΜΕΡΟΣ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΜΠΑΝΙΟ (ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΜΗΝΕΣ);

1.ΝΑΙ            2.ΟΧΙ

ΠΟΥ ΚΑΝΕΤΕ ΜΠΑΝΙΟ ΣΥΝΗΘΩΣ;

.....  
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΤΕΓΩΝ;

1.ΝΑΙ            2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟ;.....

ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ (πχ να βρείτε δουλειά, να σας προσφέρει ρούχα, να πάρετε κάποιο επίδομα κ.τ.λ.)

1.ΝΑΙ            2.ΟΧΙ

### **ΑΣΦΑΛΕΙΑ**

ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΣΦΑΛΗΣ ΔΙΑΒΙΩΝΤΑΣ:

ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ

1.ΝΑΙ            2.ΟΧΙ

ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ

1.ΝΑΙ            2.ΟΧΙ

ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΝΑ ΣΑΣ:

ΛΗΣΤΕΨΟΥΝ

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΠΙΤΕΘΟΥΝ

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΟΥΝ

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΟΥΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

**ΥΓΕΙΑ**

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ; (ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ).....

Πότε ξεκίνησε η ασθένεια;.....

ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ ΑΥΤΟ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙ ΠΟΤΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ (στο διάστημα που είστε άστεγος ή πριν;)

ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ;

1.<1 εβδομάδα                      2.1-4 εβδομάδες                      3.περισσότερο

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

Πότε ξεκίνησε;.....



ΑΝ ΝΑΙ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ ΑΥΤΟ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ;

1.<1 μήνα                      2.1-3 μήνες                      3.>3 μήνες

***ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΚΑΤΑΧΡΗΣΕΙΣ***

ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΕΧΕΤΕ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙ ΠΟΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΓΙ ΑΥΤΟ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΟ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΕΧΕΤΕ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙ ΠΟΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΓΙ ΑΥΤΟ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΟ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

***ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ***

ΕΧΕΤΕ ΣΥΛΛΗΦΘΕΙ ΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;.....

ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ;

1.1 φορά                      2.1-3 φορές                      3.>3 φορές

ΕΧΕΤΕ ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΕΙ ΑΠΟ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;.....

ΕΧΤΕ ΦΥΛΑΚΙΣΤΕΙ ΠΟΤΕ;

1.ΝΑΙ                      2.ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ;.....

### ***ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ LANGNER***

1.Νιώθετε αδυναμία, κομμάρες τον περισσότερο καιρό;

ΝΑΙ                       ΟΧΙ                       ΔΕΝ ΞΕΡΩ

2.Έτυχε για μέρες ή εβδομάδες ή μήνες να μην μπορείτε να φροντίσετε για καθημερινά πράγματα;

ΝΑΙ                       ΟΧΙ                       ΔΕΝ ΞΕΡΩ

3.Νιώθετε κάθε τόσο ξαφνικά ζέστη σε όλο το σώμα σαν να έχετε εξάψεις;

ΝΑΙ                       ΟΧΙ                       ΔΕΝ ΞΕΡΩ

4.Γενικά θα λέγατε ότι τον περισσότερο καιρό είστε σε πολύ καλή διάθεση, κέφι;

Πολύ καλή       Καλή       Κακή       Πολύ κακή       ΔΕΝ ΞΕΡΩ

5.Έχετε νιώσει ποτέ δυνατούς χτύπους στην καρδιά σας;

Συχνά       Μερικές φορές       Ποτέ       ΔΕΝ ΞΕΡΩ

6.Πώς θα λέγατε πως είναι η όρεξη σας;

Πολύ καλή       Καλή       Κακή       Σχετικά κακή       ΔΕΝ ΞΕΡΩ

7.Έχετε περιόδους ανησυχίας που να μην μπορείτε να καθίσετε σε μια καρέκλα ή συχος;

ΝΑΙ                       ΟΧΙ                       ΔΕΝ ΞΕΡΩ

8.Είστε τύπος ανήσυχος;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

9.Ενοχληθήκατε από δύσπνοια, κόπσιμο αναπνοής χωρίς να έχετε κάνει γυμναστική ή να έχετε κουραστεί;

Συχνά  Μερικές φορές  Ποτέ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

10.Έχετε συχνά ένταση νευρικότητα;

Συχνά  Μερικές φορές  Ποτέ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

11.Είχατε τάσεις για λιποθυμία ή έτυχε να λιποθυμήσετε ποτέ;

Ποτέ  Λίγες φορές  Περισσότερες φορές

12.Είχατε δυσκολία να κοιμηθείτε χωρίς διακοπές;

Συχνά  Μερικές φορές  Ποτέ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

13.Ενοχλήστε από ξινίλες στο στομάχι μερικές φορές την εβδομάδα;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

14.Η μνήμη σας φαίνεται να είναι καλή;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

15.Ενοχληθήκατε ποτέ από «κρύους» ιδρώτες;

Συχνά  Μερικές φορές  Ποτέ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

16.Τρέμουν ποτέ τα χέρια σας τόσο ώστε να σας ενοχλεί αυτό;

Συχνά  Μερικές φορές  Ποτέ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

17.Νιώθετε το κεφάλι σας βαρύ σαν να υπάρχει ένα «μπούκωμα» σ' αυτό τον περισσότερο καιρό;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

18.Αισθάνεστε μοναξιά κάπως ξεκομμένος ακόμα και μεταξύ φίλων (ξεκομμένος, απομονωμένος, μόνος);

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

19.Έχετε προσωπικές ανησυχίες που να σας εξασθενούν να σας ρίχνουν σωματικά, να σας κάνουν σωματικά άρρωστο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

20.Πιστεύετε ότι τίποτα δεν γίνεται όπως το θέλετε εσείς π.χ. οι ευχές σας δεν πραγματοποιούνται;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

21.Ενοχλείστε ποτέ από πονοκεφάλους;

Συχνά  Μερικές φορές  Ποτέ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

22.Μερικές φορές δεν μπορείς παρά να σκέφτεσαι ότι τίποτε στην ζωή δεν αξίζει πια;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

**ΚΑΙΜΑΚΑ CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES - DEPRESSION SCALE****(CES - D)**

Παρακάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσετε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ σημειώστε μου πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις 30 τελευταίες μέρες.

	<b>α</b>	<b>β</b>	<b>γ</b>	<b>δ</b>
	Σπάνια ή καθόλου λιγ. από 1 μέρα	Μερικές φορές για 1-2 μέρες	Αρκετές φορές για 3-4 μέρες	Τον περισσότερο ο καιρό για 5-7 μέρες
1. Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούν	0	2	2	3
2. Η όρεξη σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε	0	2	2	3
3. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να απαλλαγείτε από την κακοκεφιά αμέσως, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθούσαν	0	2	2	3
4. Νιώθετε ότι είσαστε εξίσου ικανός με τους άλλους	3	2	1	0
5. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σ' αυτό που κάνετε	0	2	2	3
6. Νιώθετε μελαγχολικός	0	2	2	3
7. Νιώθετε πως ότι κάνετε το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια, πίεση	0	2	2	3
8. Νιώθετε ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0
9. Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία	0	2	2	3
10. Νιώθετε φοβισμένος	0	2	2	3
11. Έχετε ανήσυχο ύπνο	0	2	2	3
12. Είσαστε ευτυχισμένος	3	2	1	0
13. Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο	0	2	2	3
14. Νιώθετε μοναξιά	0	2	2	3
15. Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας	0	2	2	3
16. Ευχαριστιέστε (χαιρόσαστε τη ζωή)	3	2	1	0
17. Κλαίτε με λυγμούς	0	2	2	3
18. Νιώθετε λυπημένος	0	2	2	3
19. Νιώθετε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν	0	2	2	3
20. Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0	2	2	3

*Μετάφραση-Προσαρμογή-Στάθμιση Μ.Γ. Μαδιανός 1982*