

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

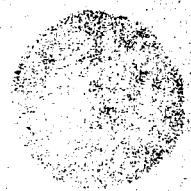


026000200290



A

494



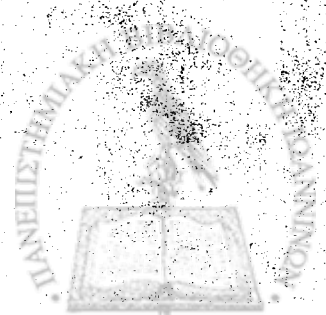
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
 ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΝ ΕΥΤΕΡΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ  
 ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΑΡΤΙΑ ΤΗΣ ΜΟΧΛΙΑΣ ΤΟΥΤΟ  
 ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΘΕΩΝ ΚΑΙ ΑΙΩΝΕΩΝ ΤΟΥΣ ΑΙΩΝΑΙΟΥΣ ΕΤΕΡΟΝ ΕΥΤΕΡΙΑΣ  
 ΚΑΙ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΜΑΡΤΙΑΣ

Καθηγητής Κ. Μ. Μ. Μ. Μ.  
 Καθηγητής  
 Καθηγητής Α. Β. Β. Β.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αθήνα, 2006





**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**  
**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**  
**ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΕΝΕΤΣΑΝΟΣ ΜΑΥΡΕΑΣ**

---

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**  
**ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**  
**ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΟΥΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**  
**ΚΑΙ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ**

**Χρήστος Κ. Μαντάς**

Ψυχίατρος

Επιμελητής Α' ΕΣΥ

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**Ιωάννινα 2006**



«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής υπό του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλοί την αποδοχή των γνώμων του συγγραφέως»

(Νόμος 5343/1932, άρθρον 202, παράγραφος 2)



**Αίτηση εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής: 29-4-1991**

**Ορισμός Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: συν.αρ.202 α / 25-6-91**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

1. Λιάκος Άρης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, επιβλέπων
2. Παπαγιαννόπουλος Ιωάννης, Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος
3. Γιαννίτση Σταυρούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος.

**Ορισμός θέματος: 16-2-1993**

**ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: συν. αρ. 42-2 α / 12-12-2000**

1. Λιάκος Άρης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, επιβλέπων
2. Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος
3. Γιαννίτση Σταυρούλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος.

**Ορισμός Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής: συν.αρ. 588 α / 25-7-2006**

**ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

1. Αγγελόπουλος Νικηφόρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Θεσσαλίας, μέλος
2. Καραβάτος Αθανάσιος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσσαλονίκης, μέλος
3. Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
4. Γιαννίτση Σταυρούλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος
5. Παπαγεωργίου Βαίτσα, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων, μέλος
6. Υφαντής Θωμάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων, μέλος
7. Σκαπινάκης Πέτρος, Λέκτορας Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων, μέλος

**Κατάθεση Διδακτορικής Διατριβής: 7-9-2006**

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Επαμεινώνδας Τσιάνος, Καθηγητής Παθολογίας

Βαθμός Διδακτορικής Διατριβής: ΑΡΙΣΤΑ

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΤΑΧΕΙΡΩΜΕΝΟ ΚΑΡΤΑΚΙ ΤΩΝ ΜΑΤΕΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**



**Την αφιερώνω στην οικογένειά μου και στους γονείς μου**



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

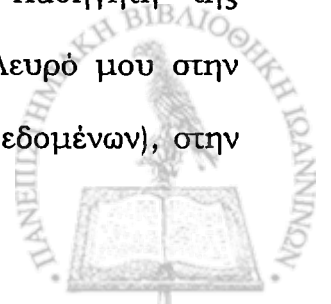
Η εργασία αυτή ολοκληρώθηκε στο Birmingham της Μεγάλης Βρετανίας, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής μου στην πρώτη παρέμβαση στην Ψύχωση, που την πραγματοποίησα στο Early Intervention Service (EIS) με την εποπτεία του καθηγητή Max Birchwood, διευθυντή του EIS και την καθημερινή εργασία με την Consultant Dr. Elizabeth Spencer. Ο χρόνος αυτός στάθηκε πολύτιμος για μένα γιατί, εκτός των άλλων, σε συνθήκες απαλλαγής από την καθημερινή κλινική ευθύνη και την κλινική πράξη, που υπηρετώ με συνέπεια πάνω από 15 χρόνια, μπόρεσα να επικεντρωθώ στην συγγραφή της διατριβής, της οποίας το υλικό είχε ήδη συγκεντρωθεί.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω κατ' αρχήν τον ομότιμο Καθηγητή της Ψυχιατρικής κ. Άρη Λιάκο, που μου εμπιστεύθηκε το θέμα και με βοήθησε να αποκτήσω τα κατάλληλα εργαλεία για τις απαιτούμενες μετρήσεις, αλλά και για τις συνεχείς υποστηρικτικές του παροτρύνσεις ώστε να φέρω σε πέρας αυτή την εργασία.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Βενετσάνο Μαυρέα, που υποστήριξε πρακτικά και ουσιαστικά αυτή την προσπάθεια και μου έδωσε τον απαραίτητο χρόνο, αλλά κυρίως την ώθηση, να πραγματοποιήσω την μετεκπαίδευση μου στην Μεγάλη Βρετανία και να ολοκληρώσω την διατριβή.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Σταυρούλα Γιαννίση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Ψυχιατρικής, για τις χρήσιμες συμβουλές της με βάση και την δικιά της εμπειρία γύρω από το περιεχόμενο της διατριβής και την συνολικότερη υποστήριξη όλης της προσπάθειας.

Θα ήθελα κυρίως να ευχαριστήσω τον Επίκουρο Καθηγητή της Ψυχιατρικής κ. Θωμά Υφαντή, που στάθηκε σταθερά στο πλευρό μου στην επεξεργασία του υλικού (και στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων), στην



εξαγωγή των συμπερασμάτων και στην τελική διαμόρφωση του κειμένου. Χωρίς την πολύτιμη βοήθειά του, χωρίς την συνεργασία του και χωρίς την δημιουργική πίεσή του δεν θα είχα ολοκληρώσει αυτή την εργασία.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω κατά σειρά την Επίκουρη Καθηγήτρια Στατιστικής του Πανεπιστημίου Πειραιά κ. Μαρία Κατέρη, για τη σημαντική βοήθειά της στην στατιστική επεξεργασία του υλικού μου, την ψυχολόγο κ. Ιωάννα Μπίμπου, Επίκουρη Καθηγήτρια στο Παιδαγωγικό Τμήμα του Α.Π.Θ., που μου εμπιστεύθηκε την ημιδομημένη συνέντευξη για την μέτρηση του υποκειμενικού φόρτου και την κ. Αργυρώ-Ειρήνη Παπιά, Απόφοιτο Φ.Π.Ψ. και Επιστημονική Συνεργάτη της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του ΠΓΝΙ, για την σημαντική της υποστήριξη, ιδιαίτερα στην τελική διαμόρφωση του κειμένου και τον έλεγχο της βιβλιογραφίας.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω όλο το προσωπικό της κλινικής που υποστήριξε την προσπάθειά μου και με βοήθησε να συγκεντρώσω το υλικό. Για την συγκέντρωση του υλικού πολύτιμη ήταν η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού που βρίσκεται καθημερινά πολύ κοντά στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Τέλος θα ήθελα από τα βάθη της καρδιάς μου να ευχαριστήσω τις οικογένειες των ασθενών που δέχτηκαν να συμμετάσχουν σε αυτή την έρευνα, παρ' ότι ζούσαν μια δύσκολη και κρίσιμη περίοδο στη ζωή τους, λόγω της εισαγωγής του συγγενή τους στην Ψυχιατρική κλινική.





## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	1 - 75
<i>Εισαγωγή</i> .....	3
<i>Οικογένεια &amp; Ψυχική νόσος</i> .....	16
<i>Η οικογένεια ως φροντιστής</i> .....	49
<i>Η Ελληνική Οικογένεια &amp; η Ψυχική νόσος</i> .....	60
<i>Η οικογένεια, ο ασθενής και η Ψυχιατρική νοσηλεία</i> .....	63
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	76 - 133
<i>Εισαγωγή</i> .....	78
<i>Υλικό- μεθοδολογία</i> .....	78
<i>Εργαλεία της μελέτης</i> .....	81
<i>Στατιστική επεξεργασία</i> .....	88
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	89 - 133
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	134 - 171
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	172
<b>SUMMARY</b> .....	176
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	180
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΓΑΛΕΙΑ</b> .....	216



1988

Επισημαίνεται ότι η παρούσα έκθεση αφορά μόνο την κατάσταση των οικονομικών της Εταιρείας κατά την περίοδο που αναφέρεται στην περίληψη και στην κατάσταση των οικονομικών. Η Εταιρεία δεν έχει υποβάλει στην Επιτροπή Κρατικών Οργανισμών (ΕΚΟ) την έκθεση των οικονομικών της για το έτος 1988, όπως απαιτείται από τον Νόμο 1566/86. Η ΕΚΟ έχει εκδώσει την απόφαση της με αριθμό 100/89, με την οποία έχει αποφασίσει να μην καταβάλει την επιχορήγηση που προβλέπεται στον Νόμο 1566/86, λόγω της μη υποβολής της έκθεσης των οικονομικών της Εταιρείας στην ΕΚΟ.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η Εταιρεία έχει καταβάλει στην ΕΚΟ την επιχορήγηση που προβλέπεται στον Νόμο 1566/86, σύμφωνα με την απόφαση της με αριθμό 100/89. Η ΕΚΟ έχει εκδώσει την απόφαση της με αριθμό 100/89, με την οποία έχει αποφασίσει να μην καταβάλει την επιχορήγηση που προβλέπεται στον Νόμο 1566/86, λόγω της μη υποβολής της έκθεσης των οικονομικών της Εταιρείας στην ΕΚΟ.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ζούμε σε μια εποχή που είναι ευρύτατα αναγνωρισμένη η επίδραση των ψυχικών διαταραχών στην Δημόσια Υγεία. Πράγματι, εκτιμάται ότι στις ψυχιατρικές διαταραχές οφείλεται το 11.6% της ανικανότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, διπλάσιο και παραπάνω από το επίπεδο της ανικανότητας που προκύπτει από όλες τις μορφές του καρκίνου (5.3%) και υψηλότερο από το αντίστοιχο επίπεδο, που σχετίζεται με καρδιαγγειακά νοσήματα (10.3%) (1).

Την ίδια στιγμή οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις διάφορες χώρες και περιοχές του κόσμου, παρουσιάζουν εξαιρετικά μεγάλες διαφορές, τονίζοντας τις ανισότητες που προκύπτουν από τα διαφορετικά επίπεδα ανάπτυξης και οικονομικής ισχύος στον σύγχρονο παγκοσμιοποιημένο μας κόσμο Στην Ευρώπη για παράδειγμα υπάρχουν 5.5-20.0 ψυχίατροι ανά 100.000, ενώ στις χώρες της Αφρικής η αντίστοιχη αναλογία είναι 0.05 ανά 100.000 (2). Τα ψυχιατρικά κρεβάτια στις Ευρωπαϊκές περιοχές είναι κατά μέσο όρο 8.70 και στην Αφρική 0.34 (3). Οι ανισότητες βεβαίως είναι παρούσες και στις ίδιες τις «αναπτυγμένες χώρες», στις διάφορες υποβαθμισμένες περιοχές τους, στις μειονότητες, στους άνεργους κ.λ.π.

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες ιστορικά βρίσκονται στην τρίτη περίοδο (μετά την ανάπτυξη του ασύλου και στην συνέχεια την παρακμή του), δηλαδή την περίοδο της μεταρρύθμισής τους, αν και κάποιες περιοχές του κόσμου, βρίσκονται ακόμη στην προ του ασύλου φάση (2).

Σε αυτή την περίοδο φαίνεται να υποστηρίζεται ισχυρά η προσέγγιση της «ισορροπημένης φροντίδας» (balanced care) που παρέχεται από Νοσοκομειακές σε συνδυασμό με Κοινοτικές υπηρεσίες. Αυτός ο συνδυασμός χρειάζεται να εξασφαλίζει θεραπεία και φροντίδα που να είναι κοντά στο σπίτι, συμπεριλαμβανομένης της Νοσοκομειακής φροντίδας ασθενών που βρίσκονται στην οξεία φάση και των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στην κοινότητα.



Χρειάζεται να απαντά στην ανικανότητα και στα συμπτώματα, να προσφέρει θεραπεία και φροντίδα εξειδικευμένα στην διάγνωση και στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς, να σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματά του. Χρειάζεται να εξασφαλίζει την συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τις άλλες υπηρεσίες και να είναι ευέλικτος και κινητικός και όχι στατικός (4).

Με βάση τα παραπάνω, ποια είναι η πραγματικότητα στην χώρα μας σε σχέση με τις σύγχρονες απαιτήσεις για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες;

Η χώρα μας βρίσκεται και αυτή σε μια μακροχρόνια μετάβαση σε σχέση με τις ψυχιατρικές της υπηρεσίες. Η μεταρρύθμιση που ξεκίνησε με την γνωστή οδηγία 815/84 και την ανάλογη χρηματοδότηση από την ΕΕ συνεχίζεται σήμερα με την Β φάση του «Ψυχαργός» με βασική προτεραιότητα το κλείσιμο όλων των μεγάλων ψυχιατρικών ασύλων, με ορίζοντα το 2015 και το πέρασμα τις περίθαλψης σε διάφορες κοινοτικές δομές και στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων. Παρά την ανισοκατανομή των διαφόρων υπηρεσιών ιδιαίτερα στην πρώτη φάση (5), τις καθυστερήσεις στην ουσιαστική τομεοποίηση και άλλες ανάλογες δυσκολίες, υπάρχει μια αργή και κοπιαστική πρόοδος, που δεν μπορεί κανείς να την παραβλέψει. Μελλοντικοί στόχοι σε ένα Ευρωπαϊκό επίπεδο -οι οποίοι ισχύουν και για την χώρα μας σε μια προοπτική ανάπτυξης πιο ισχυρής Ευρωπαϊκής συνεργασία για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση- αφορούν την συνεργασία των ψυχιατρικών υπηρεσιών με τις κοινωνικές υπηρεσίες και την πρωτοβάθμια φροντίδα, την ανάπτυξη υπηρεσιών επειγόντων στην κοινότητα, την επαρκή υποστήριξη (οικονομική και ψυχολογική ) των οικογενειών και την συμμετοχή τους στον σχεδιασμό των υπηρεσιών και την επικέντρωση στις ανάγκες των ασθενών (6).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο χρειάζεται ξανά να αναρωτηθούμε για την θέση της οικογένειας στην σύγχρονη ψυχιατρική περίθαλψη.



Στον σύγχρονο Δυτικό κόσμο η οικογένεια εξακολουθεί να φροντίζει τα νέα της μέλη, που καθυστερούν την μετακίνησή τους από το γονεϊκό σπίτι επιμηκύνοντας τα τελικά βήματα προς την ανεξαρτησία, μεταξύ των άλλων και λόγω των υψηλών ποσοστών ανεργίας και του αυξημένου κόστους της μόρφωσης και της κατοικίας (7). Σε αυτή την περίοδο, κάθε σοβαρή νόσος επιδρά επιμηκύνοντας ακόμη παραπέρα τον ρόλο της οικογενειακής φροντίδας. Με την έναρξη κάθε σοβαρής ψυχικής νόσου και ιδιαίτερα της ψύκωσης το πλήγμα στην διαδικασία εξατομίκευσης είναι εξαιρετικά ισχυρό (8) καθώς η ηλικία έναρξης είναι περίπου τα ύστερα εφηβικά χρόνια (9). Συχνά υπάρχει μια προηγούμενη διαβρωτική περίοδος της νόσου και ο χρόνος αυτός που αναφέρεται σαν «διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύκωσης» (10) μπορεί να οδηγήσει σε μια «αναπτυξιακή αντιστροφή» σε όλα τα επίπεδα. Σε αυτή την φάση είναι μεγάλο πλεονέκτημα η οικογένεια να παραμείνει λειτουργική, πρόκειμένου να υποστηρίξει τον ασθενή και να προλάβει την περαιτέρω αποδιοργάνωσή του (11).

Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η Σχιζοφρένεια και οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές, έχουν σημαντική επίδραση στις ζωές των άλλων μελών της οικογένειας που συνδέονται με τον ψυχικά πάσχοντα με δεσμούς αγάπης και έχουν επενδύσει σ' αυτόν σε όλα τα επίπεδα. Αυτές η διαταραχές έχουν συχνά μια χρόνια πορεία στην οποία οι ασθενείς βαδίζουν μαζί με την οικογένεια. Η σύγχρονη πολιτική της αποϊδρυματοποίησης «εκτοξεύει» τους συγγενείς των ασθενών σε ένα ρόλο μακροχρόνιας παροχής φροντίδας, για τον οποίον συχνά είναι απροετοίμαστοι και ανεκπαιδευτοι και από τον οποίον έχουν συστηματικά αποκλεισθεί στο παρελθόν.

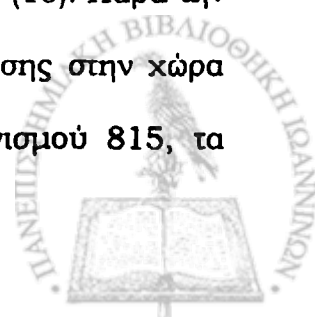
Πράγματι, η βιβλιογραφία έχει συστηματικά ασχοληθεί με τις «τοξικές» ή παθογόνες σχέσεις αγνοώντας ότι πολλές οικογένειες αγαπούν τον ψυχωτικό συγγενή τους (12). Τελευταία ωστόσο σε πολλές χώρες του κόσμου ο ρόλος των



συγγενών και της οικογένειας, ως φροντιστών (informal carers) του ψυχικά πάσχοντα, αρχίζει να αναγνωρίζεται και μέσα από την αντίστοιχη νομοθεσία (13), όπως επίσης πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος και των οργανώσεων των οικογενειών των ασθενών, χωρίς αυτή η κατάσταση να ισχύει για την χώρα μας, που βρίσκεται ακόμη πίσω από πολλές Ευρωπαϊκές χώρες.

Στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, από την αρχή της λειτουργίας της με ασθενείς που νοσηλεύονταν, αναπτύχθηκε η πρακτική της **συνοδείας των συγγενών** των ψυχικά σθενών, πολλές φορές σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας τους. Η πρακτική αυτή, όπως έχει αποδειχθεί στην πράξη αλλά και έχει τεκμηριωθεί (14) επέτρεψε τη νοσηλεία της συντριπτικής πλειοψηφίας των ασθενών -που είχαν ανάγκη νοσηλείας- στην ανοικτή ψυχιατρική κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΓΠΝΙ) και απέτρεψε την μετακίνησή τους σε άλλες κλειστές δομές (π.χ. Ψ. Ν. Κέρκυρας). Η παρούσα μελέτη, προσπαθώντας να εμβαθύνει σε αυτή την εμπειρία, εξετάζει μεταξύ των άλλων και τις στάσεις και τις απόψεις αυτών των συγγενών για τον ψυχικά ασθενή, την ψυχική νόσο και την νοσηλεία. Για την κατανόηση ωστόσο σε μεγαλύτερο βάθος της πρακτικής της συνοδείας στην συγκεκριμένες συνθήκες που αναπτύχθηκε απαιτεί την πιο λεπτομερειακή περιγραφή αυτής της μεθόδου αλλά και της τότε «χρονικής συγκυρίας».

Η διαδικασία δημιουργίας ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία [15] άνοιξε έναν νέο ορίζοντα στην ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα. Η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων ήταν ένα από τα πρώτα ψυχιατρικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου που λειτούργησε σαν ανοικτό τμήμα με βάση τις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας, το 1983 (16). Παρά την άριστη κατανομή των προγραμμάτων Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην χώρα μας (5) που ξεκίνησε με την υλοποίηση του γνωστού κανονισμού 815, τα

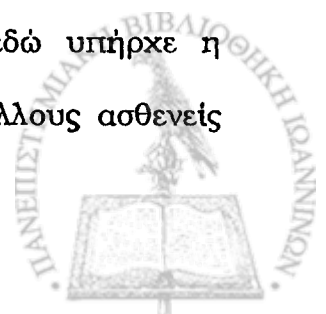


προβλήματα και τις αντιφάσεις που διαπνέουν αυτό το εγχείρημα έως σήμερα, τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων «σήκωσαν» μεγάλο βάρος αυτής της προσπάθειας, αυξάνοντας στο χρονικό διάστημα 1984-1996 κατά 1054.1% τις εισαγωγές τους (17).

Η κλινική μας, μπροστά στις πιεστικές ανάγκες ψυχιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας του πληθυσμού της ευρύτερης περιοχής της Ηπείρου και στην συνέχεια και της Νότιας Αλβανίας, ανέπτυξε την πρακτική της **συνοδείας** των ασθενών συνήθως από συγγενείς της οικογένειάς τους, με την παραμονή τους στην κλινική, κοντά στον ασθενή, κατά την μεγαλύτερη διάρκεια του χρόνου νοσηλείας.

Η παραμονή συγγενών των ασθενών στην κλινική κατά την διάρκεια της νοσηλείας (συνοδεία) προέκυψε σαν αποτέλεσμα πολλών παραγόντων:

A. Η ανάγκη εκούσιας νοσηλείας σε ένα ανοικτό τμήμα ακόμη και των περιστατικών που προσέρχονταν με εισαγγελική εντολή για υποχρεωτική εξέταση, επέβαλε την εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών για να εξελιχθεί ομαλά η ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Καθώς οι εναλλακτικές λύσεις για την παροχή ψυχιατρικής νοσηλείας ήταν και είναι ιδιαίτερα περιορισμένες (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Αθηνών-Θεσ/νίκης), η υπηρεσία μας έπρεπε να δώσει απαντήσεις “εδώ και τώρα”. Σε πολλές περιπτώσεις, για παράδειγμα, αυτοκτονικοί, διεγερτικοί ή βίαιοι ασθενείς χρειαζόταν συνεχή επιτήρηση. Λόγω του περιορισμένου αριθμού του προσωπικού, το μοίρασμα αυτής της ευθύνης με τους συγγενείς λειτουργεί αποτελεσματικά, μειώνοντας τις ανησυχίες του προσωπικού αλλά και αναβάλλοντας τουλάχιστον τις αποφάσεις για τη μεταφορά του ασθενούς σε άλλη μονάδα με όλες τις συνέπειες (απομάκρυνση του συγγενή τους, στιγματισμός από την νοσηλεία σε “Ψυχιατρείο” – ενώ εδώ υπήρχε η δυνατότητα νοσηλείας σε Νοσοκομείο μαζί με όλους τους άλλους ασθενείς

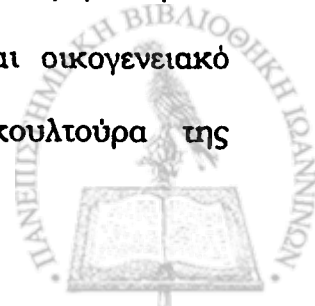


κ.λ.π.). Βεβαίως, σε κάποιες περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε αυτούς που έρχονται με εισαγγελική παραγγελία, υπάρχει επιθυμία των συγγενών για απομάκρυνση του ασθενούς, για νοσηλεία σε κλειστό τμήμα κ.λ.π.

Β. Η πρακτική αυτή προκύπτει επίσης είτε μετά από αίτημα του ίδιου του ασθενούς είτε μετά από αίτημα των συγγενών του. Είναι μια πρακτική που συνηθίζεται και σε άλλα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου (Παιδιατρική Κλινική, Χειρουργικά Τμήματα κ.ά.) όπου οι συγγενείς μένουν μαζί με τον άρρωστο διανυκτερεύοντας σε καρέκλες, διπλανά κρεβάτια κ.λ.π. Στην χώρα μας, σε μια ώρα ανάγκης, όπως είναι τα προβλήματα υγείας, η οικογένεια με την ευρύτερη έννοια προστρέχει για βοήθεια. Αυτό ουσιαστικά αποτελεί μια παράδοση που είναι πιο “ζωντανή” στην επαρχία, όπου οι συγγενικοί δεσμοί είναι πιο ισχυροί.

Γ. Στη χώρα μας εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και ιδιαίτερα εξειδικευμένο στην ψυχιατρική νοσηλευτική, όπως επίσης υπάρχουν και σημαντικές ελλείψεις σε άλλες υπηρεσίες (κοινωνικές κ.λ.π.). Έτσι, η εμπλοκή της οικογένειας και στην διάρκεια της ενδονοσοκομειακής φροντίδας και μετά είναι εντελώς απαραίτητη. Η παρουσία και η βοήθεια των μελών της οικογένειας στο Νοσοκομείο παρέχεται χωρίς οποιαδήποτε κάλυψη από ταμεία, ασφαλιστικές εταιρείες κ.λ.π. ενώ η κάλυψη των αναγκών των συγγενών γίνεται συνήθως με την φροντίδα και καλή προαίρεση του προσωπικού (φαγητό, δυνατότητα για ύπνο σε άδειο κρεβάτι του τμήματος ή δίπλα στον ασθενή, κάλυψη ακόμη και υγειονομικών αναγκών του συγγενή κ.λ.π.).

Δ. Η συνεχής παρουσία των συγγενών είναι χρήσιμη από πολλές απόψεις. Αποτελούν μια άμεση πηγή πληροφοριών εύκολα προσπελάσιμη. Θέματα που αφορούν το ιστορικό της διαταραχής, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, το κοινωνικό-οικονομικό πλαίσιο και την κουλτούρα της





οικογένειας είναι πιο εύκολο να προσδιοριστούν. Επιπλέον, η άμεση παρατήρηση της καθημερινής συνδιαλλαγής του ασθενούς στο τμήμα με τον συγγενή του προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες και για την συγκεκριμένη σχέση και γενικότερα για την συνδιαλλαγή στην οικογένεια, ανάλογα βέβαια και με το τι συγγενική σχέση έχει ο συνοδός. Υπάρχει, επίσης, το πεδίο των άμεσων θεραπευτικών χειρισμών στην σχέση ασθενούς-συγγενή που τον συνοδεύει και η καλύτερη δυνατότητα σχεδιασμού θεραπευτικών χειρισμών για την οικογένεια. Κυρίως, όμως, υπάρχει η ευκαιρία της εμπλοκής του συγγενή και γενικότερα της οικογένειας σε όλο τον θεραπευτικό σχεδιασμό και ως εκ τούτου της οικοδόμησης μιας θεραπευτικής συμμαχίας με την θεραπευτική ομάδα.

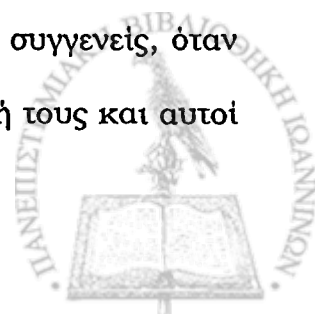
Ε. Με την συνεχή τους παρουσία, οι συγγενείς διαμορφώνουν άμεση αντίληψη για τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Έχουν άμεση εμπλοκή σε αυτούς, αφού ζητείται η συμμετοχή ή και η συγκατάθεσή τους. Παρατηρούν το προσωπικό και μαθαίνουν μέσω της διαδικασίας του modeling διάφορους χειρισμούς. Με βάση αυτή τους την εμπειρία, έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώνουν μια πιο ρεαλιστική εικόνα για τις ψυχιατρικές δομές, τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας κ.λ.π., αίροντας προκαταλήψεις και στερεότυπα.

Ζ. Η πρακτική αυτή είναι:

-Χρήσιμη για το προσωπικό (όταν έχουν συγγενείς που συνεργάζονται και που προσφέρουν εκτός των άλλων και πρακτική βοήθεια στην φροντίδα του ασθενούς)

-Χρήσιμη για τους συγγενείς (όταν θέλουν να μείνουν κοντά στον πάσχοντα συγγενή τους και το Νοσοκομείο τους επιτρέπει την διαμονή-αλλιώς οικονομικά τουλάχιστον θα επιβαρύνονταν)

Μπορεί βεβαίως η πρακτική αυτή να είναι πειστική για τους συγγενείς, όταν τους θέτουμε ως απαραίτητο όρο της νοσηλείας την παραμονή τους και αυτοί



δεν το θέλουν ή τους είναι δύσκολο να το ρυθμίσουν. Μπορεί να είναι επιβαρυντική για το προσωπικό, όταν έχουν να κάνουν με απαιτητικούς συγγενείς, όταν το προσωπικό αισθάνεται ότι υπονομεύονται οι προσπάθειές του από τους συγγενείς που συνοδεύουν τους ασθενείς κ.λ.π. Είναι, λοιπόν, φυσικό να αναπτύσσονται πιο άμεσα συμπάθειες και αντιπάθειες, συγκρούσεις και συμμαχίες.

ΣΤ. Η παρουσία ή όχι του συγγενή, έτσι κι αλλιώς έχει γίνει στοιχείο της κλινικής εκτίμησης κατά την εισαγωγή του ασθενούς. Εκτός από τις περιπτώσεις που ο συγγενής για διάφορους λόγους που εξηγήσαμε ήδη “εισάγεται” μαζί με τον ασθενή, υπάρχουν και αυτές όπου αυτή η πρακτική δεν μπορεί να εφαρμοσθεί. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν:

α. αυτές που στο θεραπευτικό συμβόλαιο αποκλείεται η συμμετοχή του συγγενή (π.χ. ασθενείς που νοσηλεύονται για απεθισμό από το αλκοόλ).

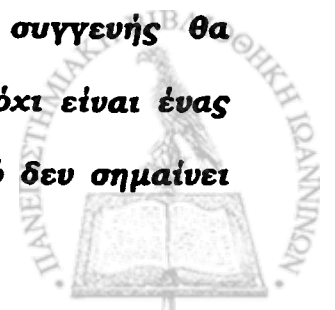
β. αυτές που οι συγγενείς είτε δεν υπάρχουν (μοναχικά άτομα) είτε δεν διατίθενται για διάφορους λόγους (και η παρουσία τους δεν τίθεται σαν όρος νοσηλείας).

γ. όταν ο ασθενής ζητά να είναι μόνος του και αυτό δεν εμποδίζει την θεραπευτική διαδικασία.

δ. όταν η κατάσταση των σχέσεων του ασθενούς με τον συγγενή και γενικότερα η κατάσταση στην οικογένεια δημιουργεί σοβαρά προβλήματα που εμποδίζουν την θεραπευτική διαδικασία (π.χ. παραληρητικές ιδέες που επικεντρώνονται στην οικογένεια, ιδιαίτερα παρεμβατικοί ή επικριτικοί συγγενείς, συγγενείς που ενέχονται σε κακοποιήσεις κ.λ.π.).

ε. Όταν κάποιος εισάγεται, αποκλειστικά για χορήγηση πιστοποιητικού.

**Συνήθως, η τελική κατάληξη, δηλ. το αν κάποιος συγγενής θα παραμείνει συνεχώς μαζί με τον ασθενή στο τμήμα ή όχι είναι ένας συνδυασμός από τους παράγοντες που αναφέραμε. Αυτό δεν σημαίνει**



**ότι δεν υπάρχουν επισκέψεις συγγενών, άλλοτε πιο τακτικές άλλοτε σε αραιά χρονικά διαστήματα. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν βεβαίως και περιπτώσεις ασθενών που εγκαταλείπονται, αλλά αυτό είναι σπάνιο).**

Η εμπειρία της χρήσης αυτής της μεθόδου, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, είναι πολύ περιορισμένη σε ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων. Υπάρχει μια αναφορά που περιγράφει ένα μοντέλο με πολλές ομοιότητες με την δική μας πρακτική (18) στην οποία οι συγγενείς που αναλαμβάνουν διάφορα πρακτικά καθήκοντα και έχουν τακτικές συναντήσεις με το προσωπικό δείχνουν να κατανοούν καλύτερα την ασθένεια και την ψυχική νόσο γενικά, σε σύγκριση με αυτούς που δεν συνοδεύουν, ενώ η παρουσία τους στο Νοσοκομείο είναι μια πρακτική εκπαίδευση. Επίσης, αναφέρεται ότι το προσωπικό –λόγω της παρουσίας των συγγενών – είναι πιο κινητοποιημένο στην φροντίδα του ασθενούς. Υπογραμμίζεται τέλος η προσεκτική επιλογή των συγγενών, ώστε να αποφεύγεται εντός του τμήματος η έκφραση εκθρότητας, βίαια επεισόδια κ.λ.π. Μια ανάλογη αναφορά (19) επισημαίνει πως παρά το ότι συνεχίζει να υπάρχει η τάση η οικογένεια να απομακρύνεται από το Νοσοκομείο στην πρώιμη φάση της νοσηλείας των ψυχικά ασθενών (γεγονός που πολλές φορές ανακουφίζει και τους συγγενείς), σε άλλες περιπτώσεις, λόγω έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού, οι οικογένειες χρειάζονται για να φροντίζουν τους νοσηλευόμενους συγγενείς τους. Ανάλογη αναφορά (20) ειδικότερα για τους ασθενείς που πάσχουν από Σχιζοφρένεια, δείχνει ότι η παρουσία της οικογένειας επηρεάζει την έκβαση, και μάλιστα εάν προστεθεί μια βραχεία οικογενειακή παρέμβαση, βελτιώνεται σημαντικά η νοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή έκβαση.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της ταυτόχρονης νοσηλείας μητέρας-βρέφους και μάλιστα σε ειδικά τμήματα, ενώ υπάρχουν



αναφορές νοσηλείας παντρεμένων ζευγαριών. Στην δική μας περίπτωση, έχει επαρκώς τεκμηριωθεί (15,14) η χρησιμότητα του μοντέλου της συνοδείας στην αποτελεσματικότερη λειτουργία της υπηρεσίας και ιδιαίτερα η βοήθεια που προσφέρει η παρουσία των συγγενών στην θεραπεία της συντριπτικής πλειοψηφίας των ψυχικά ασθενών, που έχουν ανάγκη νοσηλείας στο ανοικτό ψυχιατρικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ) χωρίς να χρειασθεί να μετακινηθούν σε άλλες κλειστές δομές. Πράγματι, για μια μεγάλη χρονική περίοδο (μελέτη τριών χρόνων), κανένας ασθενής με αυτοκτονικό ιδεασμό δεν διακομίστηκε σε κλειστό τμήμα, γεγονός που αποδίδεται στην παρουσία συγγενών (15). Επίσης, για ένα διάστημα έξι μηνών, με την βοήθεια που προσφέρει η τεχνική της «συνοδείας» κατέστη εφικτό να νοσηλευτεί το 95% των ασθενών που είχαν ανάγκη νοσηλείας στην κλινική μας, ενώ διαπιστώνονται και αλλαγές στην στάση των ασθενών που νοσηλεύθηκαν χωρίς την θέλησή τους, σε μια κατεύθυνση θετικότερης αντιμετώπισης της θεραπείας όταν συνοδεύονταν (14).

Τις δεκαετίες του '60 και του '70, σε διάφορα κέντρα, υπήρξε μια εκτεταμένη χρήση του «οικογενειακού μοντέλου» (21,22,23,24), είτε για παρατήρηση της «παθογένειας» της οικογένειας είτε για την χρήση μεθόδων οικογενειακής θεραπείας στην αντιμετώπιση ψυχωτικών ασθενών. Τα περισσότερα προγράμματα εισαγωγής ολόκληρης της οικογένειας -με βάση τα οποία διατυπώθηκαν οι πρώιμες παρατηρήσεις για τον παθογόνο ρόλο της οικογένειας ιδιαίτερα στην σχιζοφρένεια- διεκόπησαν. Διάφορα άλλα προγράμματα ενδονοσοκομειακής οικογενειακής θεραπείας ψυχωτικών ασθενών βοήθησαν γενικά να μετατοπιστούν οι αντιλήψεις σε μια πιο συνεργατική προσπάθεια με την οικογένεια για την θεραπεία του ψυχωτικού της μέλους.



Ένα βασικό ερώτημα που προκύπτει από την εμπλοκή της οικογένειας και μάλιστα σε τόσο ενεργό ρόλο, όπως στην περίπτωση της συνοδείας κατά την διάρκεια της νοσηλείας που πραγματοποιείται στην κλινική μας, είναι η γνώμη του ασθενούς για αυτή την εμπλοκή και τα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που προκύπτουν. Στην μελέτη μας δεν υπήρχε ξεχωριστό ερώτημα που να διερευνά ξεκάθαρα αυτά τα θέματα, παρότι στην πράξη πάντα υπάρχει μια διαπραγμάτευση για την παρουσία μέλους της οικογένειας όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο για να επιτευχθεί η νοσηλεία του ασθενούς. Γενικότερα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ασθενών προτιμά την εμπλοκή της οικογένειας σε διάφορα ζητήματα της θεραπείας, αν και αυτό είναι κάτι που συνήθως δεν εξετάζεται στις διάφορες μελέτες (25).

Η εμπλοκή των ασθενών και κατά συνέπεια η έκφραση της γνώμης τους για την εμπλοκή της οικογένειας θα μπορούσε να θεωρηθεί μεγάλης σημασίας στην διευκόλυνση της επιστροφής στο καθημερινό τους περιβάλλον μετά την νοσηλεία, εφ' όσον ζουν με την οικογένεια (22). Ωστόσο, ιδιαίτερα με τους ψυχωτικούς ασθενείς, υπεισέρχονται διλήμματα στην εμπλοκή της οικογένειας που αφορούν την εμπιστευτικότητα (confidentiality) όταν αποκαλύπτονται «μυστικά» που αφορούν π.χ. κάποια σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση στην οποία εμπλέκονται μέλη της οικογένειας ή όταν αποκαλύπτονται θέματα που αφορούν κίνδυνο για τον ασθενή ή για τους άλλους και όπου η λήψη μέτρων προστασίας φαίνεται επιβεβλημένη. Ο χειρισμός αυτών των θεμάτων απαιτεί μεγάλη προσοχή και συγκεκριμένα βήματα. Η βιβλιογραφία προτείνει (26) την ευελιξία του ψυχιάτρου και την σταδιακή προσέγγιση όπου

1. Τα ενδιαφέροντα και οι προτιμήσεις του ασθενούς έχουν προτεραιότητα
2. τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής κατάστασης καθοδηγούν τον κλινικό και
3. λαμβάνονται υπ' όψιν τα δυναμικά της οικογένειας.

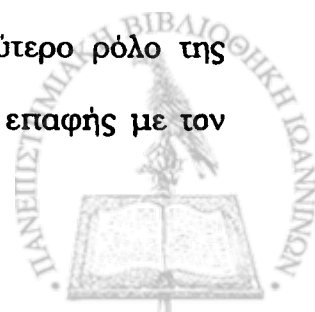


Έτσι, είναι σημαντικό να επιδιώκεται η συγκατάθεση του ασθενούς, αφού του εξηγηθούν τα οφέλη αλλά και οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι. Αν ο ασθενής αρνηθεί την εμπλοκή της οικογένειας, αυτή μπορεί να αγνοηθεί, όταν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια του ασθενούς και για την υγεία και την ασφάλεια των άλλων. Ο κλινικός, ωστόσο, πάντα πρέπει να ζητά την συγκατάθεση του ασθενούς, εξαντλώντας τις δυνατότητες που του παρέχονται στην συγκεκριμένη κάθε φορά κατάσταση, αναζητώντας την διαθεσιμότητα εναλλακτικών λύσεων, την ικανότητα του ασθενούς να κάνει πραγματικές επιλογές, την προηγούμενη λειτουργία της οικογένειας, τα διάφορα πολιτιστικά θέματα κ.λ.π.

Γενικά στην σύγχρονη βιβλιογραφία από την δεκαετία του '80 και μετά δεν υπάρχουν δημοσιευμένες αναφορές σχετικά με την μέθοδο της συνοδείας που συνεχίζει να εφαρμόζεται στην δική μας κλινική. Υπάρχουν, ωστόσο, πάρα πολλές αναφορές που αφορούν οικογενειακές παρεμβάσεις διαφόρων τύπων, στις περιπτώσεις όπου ένα μέλος της οικογένειας πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο.

Ένα από τα πεδία διαφορετικών προσεγγίσεων είναι ότι η συνεχής επαφή με τον συγγενή και μάλιστα για πολλές ώρες την εβδομάδα έχει ταυτοποιηθεί ως παράγων υποτροπής (σε εξωνοσοκομειακή βάση). Τέτοιες αναφορές υπάρχουν κυρίως στην βιβλιογραφία των σχετικών με τα Εκφραζόμενα Συναισθήματα (ΕΕ) αναφορών, αλλά και άλλες προσεγγίσεις (π.χ. η ψυχοδυναμική) εκφράζουν ανάλογους προβληματισμούς.

Από την άλλη πλευρά, η φροντίδα για τον ψυχικά πάσχοντα ή και ο φόρτος της φροντίδας που εκφράζεται σε διάφορα πεδία επηρεάζεται από τρεις παράγοντες α. Την συμπτωματολογία του ασθενούς β. την επαφή του συγγενή με τον επαγγελματία (μεγαλύτερη επαφή συνεπάγεται μεγαλύτερο ρόλο της φροντίδας, αλλά και ένταση) και γ. τις ώρες της πραγματικής επαφής με τον



ασθενή (επαφή μικρότερη από μία ώρα την εβδομάδα σημαίνει μεγαλύτερη ανησυχία αλλά λιγότερη πίεση).

Σύμφωνα με όσα μέχρι εδώ αναφέρθηκαν, στην περίπτωση μας, η συχνότερη επαφή του συγγενή με τον επαγγελματία ή τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να λειτουργεί ενισχυτικά στον ρόλο του φροντιστή.

Η πολύωρη επαφή μπορεί να δημιουργεί ένταση, που μπορεί να ευθύνεται ακόμη και για βίαια επεισόδια τα οποία συχνά κατευθύνονται προς μέλη της οικογένειας (27). Όμως, υπάρχουν διαπολιτισμικές έρευνες που διαπιστώνουν ότι η συγκατοίκηση (αναφέρονται σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον, αλλά υπάρχουν αναλογίες) μπορεί να σχετίζεται με περισσότερη ανοχή, λιγότερη κατάθλιψη και χαμηλότερα επίπεδα αναφερόμενου φόρτου (95,96). Χωρίς να μπορούμε να κατατάξουμε ακριβώς την κουλτούρα μας και πέρα από τις διαδικασίες μεταβάσεων που βρίσκεται η Ελληνική οικογένεια, η συγκατοίκηση είναι μάλλον ο κανόνας και στην χώρα μας όπως και στις γειτονικές χώρες (28). Σήμερα βρισκόμαστε σε μια διαδικασία κλεισίματος των μεγάλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων της χώρας και μεταξύ αυτών και του αντίστοιχου της Κέρκυρας, που εξυπηρετούσε την περιοχή μας για τις κλειστές νοσηλείες. Αυτό σημαίνει και αντίστοιχες προσαρμογές για όλα τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων. Στην περίπτωση της δικής μας κλινικής ήδη έχει εγκριθεί και στο άμεσο μέλλον θα υλοποιηθεί η δημιουργία τμήματος οξέων. Το εάν και με ποιόν τρόπο οι αλλαγές αυτές θα επιδράσουν στην πρακτική της συνοδείας, δεν είμαστε σε θέση να το γνωρίζουμε. Αυτό όμως που σίγουρα δεν θα αλλάξει είναι η ανάγκη της συμμαχίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών των ψυχικά ασθενών, αλλά και η προσπάθεια αντιμετώπισης των αναγκών αυτών των οικογενειών σε όλα τα επίπεδα, με την παροχή πιο ολοκληρωμένων και ποιοτικών υπηρεσιών.



## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Όπως και να επιχειρήσει κάποιος να περιγράψει αυτή την σχέση, είναι σίγουρο ότι θα βρεθεί συχνά μπροστά σε επιστημονικά διλήμματα, που αποτυπώνονται και στην μέχρι τώρα επιστημονική προσπάθεια διερεύνησης αυτής της σχέσης και θα είναι παρόντα και στο μέλλον. Μια βοηθητική κατά την γνώμη μας, οπτική, είναι μια συνεχής προσπάθεια να αποτυπώνονται και να διερευνώνται τα διάφορα επίπεδα αυτής της σχέσης υπό το πρίσμα της αλληλεπίδρασης. Αυτό δεν οδηγεί βεβαίως εύκολα σε «σαφή» συμπεράσματα, ούτε σε γραμμικές συνδέσεις, αλλά πως αλλιώς θα μπορούσαμε να προσεγγίσουμε μια τόσο πολύπλοκη δυναμική πραγματικότητα;

Με βάση το αντικείμενο της παρούσας μελέτης, που αφορά κυρίως οικογένειες ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, δηλαδή ασθενείς με ψύκωση, η σύντομη αυτή ανασκόπηση θα χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες εκείνες που αφορούν κυρίως τις οικογένειες ασθενών που πάσχουν από **Σχιζοφρένεια** και με τις οποίες, άλλωστε έχει ασχοληθεί και η σχετική βιβλιογραφία στο μεγαλύτερο μέρος της.

### *A. Μια σύντομη ιστορική ματιά*

Ιστορικά, για πρώτη φορά εδραιώθηκε θεραπευτικά μια φροντίδα βασισμένη στην οικογένεια τον 14<sup>ο</sup> αιώνα στο Βέλγιο από τον Gheel. Ωστόσο, έχει ιδιαίτερη σημασία για μια κατανόηση με ιστορικούς όρους, να δούμε τον ρόλο της οικογένειας από την εποχή του ασύλου και μετά.

Τα άσυλα αναπτύχθηκαν από τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, με διακηρυγμένο σκοπό να προστατεύσουν τον ψυχικά πάσχοντα από τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις της ζωής, στην ανοιχτή κοινωνία. Στο ιδεολογικό





κλίμα εκείνης της εποχής η οικογένεια αντιμετωπιζόταν σαν ένα έμμεσος, παθητικός παράγοντας για την έναρξη της ψυχικής νόσου. Οι επισκέψεις της οικογένειας ήταν απαγορευμένες ή πολύ περιορισμένες. Από την καθιέρωση των ασύλων ως τόπων ιατρικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς, ευνοήθηκε η γρήγορη μετακίνηση των ασθενών από την οικογένεια στο άσυλο και ουσιαστικά υποχώρησε δραματικά οποιαδήποτε δεξιότητα της οικογένειας αλλά και της κοινότητας γενικά να ζει με τον ψυχικά ασθενή στην καθημερινή ζωή.

Από τις πρώτες δεκαετίες του 19<sup>ου</sup> αιώνα και με την εμφάνιση των ψυχοδυναμικών θεωριών η οικογένεια ξαναβρίσκεται στο κέντρο του ενδιαφέροντος σε μια προσπάθεια να δοθούν αιτιολογικές ερμηνείες για την σχέση οικογένειας και ψύκωσης. Ο Sullivan (1927 ) [29] ήταν από τους πρώτους που έβαλε την οικογένεια στην θεραπεία. Σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, προσπάθησε να αναπαράγει την οικογενειακή λειτουργία με ένα τρόπο εξασφάλισης στους ασθενείς κατάλληλων συναισθηματικών εμπειριών που θα διόρθωναν τις πρώιμες παθολογικές οικογενειακές διαντιδράσεις. Οι θεωρίες για τις σχέσεις κυριάρχησαν για μεγάλο χρονικό διάστημα (ενδεικτικά, η Frieda Fromm-Reihman [30] εισάγει τον όρο της *σχιζοφρενικογόνου μητέρας*. Οι Litz et al [31] εστιάζουν στις διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ των γονέων που περιγράφονται ως συζυγική σχέση. Οι Alanen & Kinnunan [32] έθεσαν την συζυγική σχέση μεταξύ ενός ατόμου με Σχιζοφρένεια και του/ της Συζύγου κ.λ.π.) και οι θεωρίες για τους τρόπους επικοινωνίας [33] η θεωρία του διπλού δεσμού. Παρατηρώντας οικογένειες με μέλος, που έπασχε από Σχιζοφρένεια και την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία συμπέραναν ότι ο ασθενής λαμβάνει αντιφατικά μηνύματα, αλληλοσυγκρουόμενα (συνήθως το δεύτερο είναι μη-λεκτικό). Οι Hirsch and Leff [34] δεν επιβεβαίωσαν πειραματικά αυτή την θεωρία. Οι Wynne and Singer [35] ενδιαφέρονταν για την μορφή και όχι για το περιεχόμενο της επικοινωνίας αναφέροντας τέσσερις τύπους



επικοινωνίας, που συνδέονταν αιτιολογικά με την εμφάνιση της ψύκωσης κυριάρχησαν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Με την πάροδο των χρόνων, την έλλειψη πειραματικών αποδείξεων και την ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών που οδήγησαν σε νέες βιολογικές θεωρίες για την Σχιζοφρένεια, η σημασία των ψυχοδυναμικών θεωριών μειώθηκε ιδιαίτερα σε σχέση με την αιτιολογική σπουδαιότητα. Ένα από τα μείζονα προβλήματα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες προέρχονταν από την παρεξήγηση ότι η σχέση συσχέτισης (association) συνεπάγεται αιτιότητα. Οι συσχετίσεις – συνδέσεις μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της συμπεριφοράς των συγγενών μπορεί να έχουν άλλους λόγους. Πιο εμφανές είναι ότι η συμπεριφορά της οικογένειας είναι μια αντίδραση-απάντηση στην συμπεριφορά των ατόμων με Σχιζοφρένεια. Λιγότερο εμφανές είναι ότι και τα δύο μπορεί να συνδέονται με έναν τρίτο παράγοντα που να συνεισφέρει και στην Σχιζοφρένεια και στα οικογενειακά προβλήματα αλλά χωρίς να υπάρχει απ' ευθείας σχέση μεταξύ των δύο. Παρά το ότι έχουμε μια αρνητική επίδραση κυρίως στο επίπεδο ενοχοποίησης της οικογένειας, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι κάποια θετικά πράγματα προήλθαν από την πρώιμη ψυχοδυναμική εργασία. Η Fromm-Reichman, για παράδειγμα, ήταν μια από τις πρώτες ψυχοθεραπεύτριες που έδειξαν ότι οι σοβαρά ψυχικά πάσχοντες ωφελούνται από ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Τα επίπεδα του στρες στην οικογένεια έγιναν ένα πεδίο ενδιαφέροντος και η ερευνητική προσοχή εστιάσθηκε στην οικογένεια ως σύνολο, που στην συνέχεια οδήγησε στην εργασία πάνω στην επίδραση της οικογένειας στην πορεία και την πρόγνωση της νόσου, βρίσκοντας την μεγαλύτερη αναγνώριση στην μορφή των Εκφρασμένων Συναισθημάτων (ΕΕ).

Η τυχαία ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων στην δεκαετία του '50 άλλαξε ριζικά τις θεραπευτικές δυνατότητες για την ψύκωση και ουσιαστικά κήρυξε



την έναρξη για την στροφή στην κοινοτική ψυχιατρική και την δυνατότητα των ασθενών να ζήσουν μακριά από τις βλαβερές συνέπειες του ασύλου ξανά πίσω στην κοινότητα. Την ίδια περίοδο, στις δεκαετίες του '50 και '60, οι έρευνες στις οικογένεια έδιναν έμφαση στις στάσεις απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Σε ένα βαθμό αυτό αφορούσε την διερεύνηση παραγόντων υποτροπής, σε μια προσπάθεια να επεκταθεί η παραμονή στην κοινότητα. Γενικά η μη ανοχή της οικογένειας απέναντι στον ασθενή θεωρούνταν ότι μπορεί να σχετίζεται με την υποτροπή [36].

Σε αυτή την ιστορική περίοδο η οικογένεια κλήθηκε -μετά από έναν αιώνα και παραπάνω ουσιαστικής απομόνωσης από τον ασθενή- να αναλάβει συγκεκριμένες ευθύνες και μάλιστα χωρίς πολλές φορές την κατάλληλη προετοιμασία και στήριξη. Στην νέα αυτή διαδικασία, που ονομάστηκε αποασυλοποίηση, η πρώτη φορά που εκτιμήθηκε η οικογενειακή επιβάρυνση, από την οικογενειακή συμβίωση με τον ψυχικά πάσχοντα ήταν στην εργασία των Mandelborte and Folkard [37] για την αποασυλοποίηση στην Σουηδία.

Στην συνέχεια υπήρξε μεγάλη ερευνητική δουλειά και αναγνωρίστηκε η συμμετοχή της οικογένειας όχι σαν παράγοντας αιτιολογίας της νόσου, αλλά σαν κρίσιμος παράγοντας στην διαχείριση του περιβάλλοντος του ψυχικά ασθενούς. Στην βάση αυτή αναπτύχθηκαν και μια σειρά προγράμματα παρεμβάσεων στην οικογένεια με εκπαιδευτικά και άλλα χαρακτηριστικά, καθώς και διάφοροι οργανισμοί στήριξης των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους.



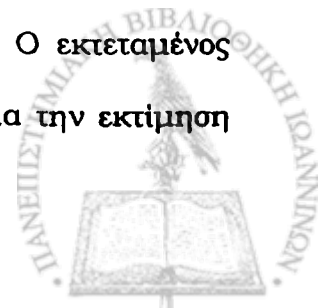
## ***B. Η οικογένεια και η πορεία της ψυχικής νόσου – Τα Εκφρασμένα Συναισθήματα [Expressed emotion (EE)]***

Η βασική έρευνα για το πώς η οικογένεια επηρεάζει την πορεία της ψυχικής νόσου είναι συνώνυμη με την ανακάλυψη των «Εκφρασμένων Συναισθημάτων» και την ερευνητική και κλινική εργασία που ακολούθησε και συνεχίζεται μέχρι τις μέρες μας.

Ως «Εκφρασμένα Συναισθήματα» (EE) περιγράφονται κυρίως αρνητικές ή ενοχλητικές στάσεις που οι συγγενείς εκφράζουν για τον ασθενή και είναι ένα μέτρο της «συναισθηματικής θερμοκρασίας» στην οικογένεια, ενώ ορίζονται λειτουργικά με μια εκτίμηση μέσω συνέντευξης [38]. Τα κριτικά σχόλια (critical comments (CC)), η εκθρότητα (Hostility (H)) και η συναισθηματική υπερεμπλοκή (Emotional over-involvement (EOI)) είναι τα τρία μέρη από τα οποία προκύπτει η συνολική βαθμολογία. Αυτές οι κλίμακες μπορούν και θα πρέπει να θεωρούνται ανεξάρτητες, αν και αυτό συνεχίζει να αποτελεί πεδίο συζήτησης. Τα θετικά σχόλια και η ζεστασιά που βαθμολογούνταν στις αρχικές μελέτες εγκαταλείφθηκαν διότι τα υψηλά επίπεδα θετικών σχολίων βρίσκονταν μαζί με υψηλά επίπεδα EOI [39] και αυτό περιέπλεκε τις μετρήσεις

### Η εκτίμηση των EE

Τα EE περιγράφηκαν και εκτιμήθηκαν αρχικά με την χρήση της κλίμακας Camberwell Family Interview (CFI) [40]. Στην συνέχεια, καθιερώθηκε και χρησιμοποιείται μια πιο σύντομη συνέντευξη [41]. Πρόκειται για μια ημιδομημένη συνέντευξη μιάμισης ώρας, που δίδεται ξεχωριστά στους συγγενείς συνήθως την περίοδο της έξαρσης των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου και την περίοδο γύρω από την έξοδο από την κρίση. Ο εκτεταμένος χρόνος που απαιτείται για τη συνέντευξη και στην συνέχεια για την εκτίμηση



από εκπαιδευμένους βαθμολογητές, οδήγησε σε προσπάθειες για συντομότερες εκτιμήσεις των ΕΕ.

Μια κλίμακα εκτίμησης του επιπέδου του ΕΕ [42] διαφέρει σημαντικά από τις άλλες, γιατί η πηγή πληροφόρησης είναι ο ασθενής και όχι η οικογένεια και μετρά τα προσλαμβανόμενα ΕΕ.

Δύο άλλες αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες, η κλίμακα απόρριψης του ασθενή PRS (Patient Rejection scale) [43] και μια τετράβαθμη κλίμακα (the 'Clinician's Hunch') συγκρίθηκαν με την ημιδομημένη συνέντευξη CFI [44]. Δυστυχώς, καμιά δεν προσέφερε ένα επαρκές σημείο τομής για να μετρά τα υψηλά ΕΕ, κυρίως λόγω του προβλήματος της ευαισθησίας. Η PRS διαχωρίζει τα υψηλά από τα χαμηλά ΕΕ στατιστικά και είναι χρήσιμη για ερευνητικούς σκοπούς, αλλά δεν προσφέρει ένα σημείο τομής (cut-off point) που θα επέτρεπε στον κλινικό να προσδιορίσει τους συγγενείς με υψηλά ΕΕ.

Το ίδιο πρόβλημα ευαισθησίας παρουσιάζει και το «δείγμα πεντάλεπτης ομιλίας» -Five minute speech sample (FMSS) [44], αν και έχει χρησιμοποιηθεί από ορισμένους ερευνητές [45]. Οι αρχικές μελέτες μετρούσαν τα ΕΕ κατά την εισαγωγή του ασθενούς με Σχιζοφρένεια στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αλλά μετέπειτα έρευνες υπολόγιζαν σε άλλο χρόνο τις κλίμακες [46] αν και ο χρόνος της έξαρσης ή της εμφάνισης των συμπτωμάτων εξακολουθεί να είναι ο επικρατέστερος στις μετρήσεις.

### Η ιστορία των ΕΕ

Την δεκαετία του 1950 αναδείχθηκε το ενδιαφέρον για την σχέση μεταξύ οικογενειών και Σχιζοφρένειας. Στις ΗΠΑ αυτό ήταν συνδεδεμένο με την ψυχοδυναμική παράδοση. Την ίδια περίοδο ένας κοινωνιολόγος από το Λονδίνο, ο George Brown, άρχισε την πρωτοποριακή εργασία του για τον ρόλο των κοινωνικών παραγόντων εντός της οικογένειας [46]. Αυτή η εργασία



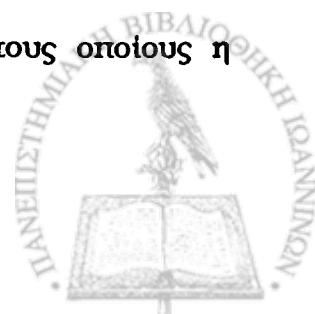
συνεχίστηκε από τον ψυχίατρο Julian Leff και την ψυχολόγο Christine Vaughn και οδήγησε σε δυο κλασσικές εργασίες το 1976 [47,48] που εισήγαγαν τα ΕΕ στην ερευνητική κοινότητα .

Αυτές οι εργασίες έδειξαν μια σχέση μεταξύ των ΕΕ, της διάρκειας της επαφής πρόσωπο με πρόσωπο (περισσότερο ή λιγότερο από 35 ώρες την εβδομάδα) μεταξύ του συγγενή και του ασθενούς με Σχιζοφρένεια, της Φαρμακευτικής αγωγής και της υποτροπής στους 9 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια μεγάλη ποικιλία αναφορικά με την υποτροπή στις οικογένειες με υψηλά ΕΕ και συγκεκριμένα 15% όταν υπήρχε χαμηλή επαφή και ΦΑ, 42% όταν υπήρχε χαμηλή επαφή χωρίς ΦΑ, 52% με υψηλή επαφή και ΦΑ, 92% με υψηλή επαφή και χωρίς ΦΑ.

Τα ερωτήματα που προέκυψαν ήταν εάν τα υψηλά ΕΕ θεωρούνταν ακριβής προγνωστικός δείκτης υποτροπής και εάν αλλάζοντας τα ΕΕ στην οικογένεια θα μπορούσαμε να αλλάξουμε τις αναλογίες της υποτροπής.

Από το τα μέσα της δεκαετίας του 60 έως και στις μέρες μας υπάρχουν εργασίες που υποστηρίζουν την σύνδεση υψηλών ΕΕ στην οικογένεια και των ρυθμών υποτροπής.

Σε μια κλασσική ανασκόπηση 26 εργασιών [49] βρέθηκε ότι η μέση αναλογία υποτροπής υποτροπής στους 9-12 μήνες ήταν 21% στα χαμηλά ΕΕ και 48% στα υψηλά ΕΕ, γεγονός που κατά τον συγγραφέα δείχνει ότι είναι ένα φαινόμενο τέτοιας αξίας, όπως η φαρμακευτική αγωγή. Μια μεταανάλυση 12 εργασιών για την προγνωστική αξία των ΕΕ [50] δείχνει ότι οι ασθενείς με Σχιζοφρένεια που ζουν σε περιβάλλον με υψηλά ΕΕ είχαν 3.7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής από ασθενείς που ζούσαν σε περιβάλλον με χαμηλά ΕΕ. Αυτή η τάση μειώνεται στις πιο πρόσφατες εργασίες, πιθανόν λόγω του ότι επικεντρώνονται σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο στους οποίους η προγνωστική δυνατότητα των ΕΕ είναι μειωμένη.



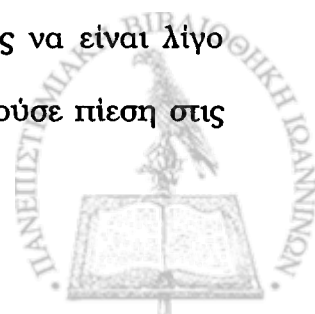
Από τα μέσα της δεκαετίας του '80 υπάρχουν εργασίες και ανασκοπήσεις που ασκούν κριτική στην μεθοδολογία και βρίσκουν αποτελέσματα που δεν υποστηρίζουν την σύνδεση ΕΕ και υποτροπής [51,52,53,54,55,56,57,58]. Στην πραγματικότητα, είναι σαφές ότι η καλή μεθοδολογία είναι ένα μείζον πρόβλημα στην έρευνα των ΕΕ. Μερικά μεθοδολογικά προβλήματα παρακάμφθηκαν μέσα από διάφορες μελέτες. Επίσης οι μετρήσεις σε διαφορετικούς χρόνους από τον χρόνο εισαγωγής δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ υψηλών και χαμηλών ΕΕ και της σχέσης τους με υποτροπή στους 12 μήνες. Σε μια έρευνα [59] με ένα δείγμα από την κοινότητα, επισημαίνεται ο μικρός αριθμός οικογενειών με Υψηλά ΕΕ.

Διάφορες μελέτες έχουν επισημάνει παράγοντες που κάνουν πιο ισχυρή την προγνωστική αξία των ΕΕ, όπως π.χ. ο ορισμός της υποτροπής σαν έξαρση των συμπτωμάτων παρά η εισαγωγή στο Νοσοκομείο [55]. Επίσης, τα ΕΕ φαίνεται να έχουν μια χρονικά περιορισμένη επίδραση, πιο ισχυρή τους πρώτους 9 μήνες μετά την εισαγωγή [60,61].

Τα ΕΕ φαίνεται να έχουν ευαισθησία σε σχέση με το φύλο, έχοντας καλύτερη προγνωστική αξία για τους άνδρες [62,63]. Από τις αρχικές εργασίες έως σήμερα η ΦΑ φαίνεται να διαντιδρά με τα ΕΕ εξασφαλίζοντας προστασία απέναντι στην επίδραση των υψηλών ΕΕ [48,64].

Επίσης η ηλικία φαίνεται να είναι ένας παράγοντας [65] καθώς υψηλά ΕΕ φαίνεται να βρίσκονται σε οικογένειες με πρώιμη έναρξη της νόσου. Σε αυτές τις καταστάσεις η ασθένεια είναι συνήθως πιο σοβαρή και οδηγεί συχνότερα σε αρνητικές στάσεις.

Τέλος το θέμα της επαφής με τους ασθενείς, που ήταν σημαντικό στις πρώιμες μελέτες, είτε έχει αγνοηθεί είτε δεν έχει επαναβεβαιωθεί. Αυτές οι μελέτες υποσημείωναν την ανάγκη οι ασθενείς και οι συγγενείς να είναι λίγο διάστημα μαζί ή να είναι χώρια. Μια τέτοια υπόθεση δημιουργούσε πίεση στις



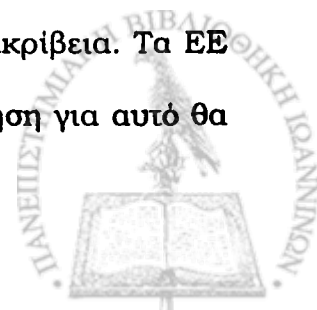
οικογένειες που αισθάνονταν επίσης ότι τα ΕΕ χρησιμοποιούνταν για να τους ενοχοποιήσουν. Πράγματι, αργότερα [66], επιχειρήθηκε μια διαφορετική ερμηνεία στα ευρήματα και προτάθηκε μια πιο θετική προσέγγιση συμβουλευοντας τους ασθενείς και τους συγγενείς να χρησιμοποιούν τον χρόνο τους σε ανεξάρτητες ευχάριστες δραστηριότητες.

#### Η απάντηση του ασθενούς με Σχιζοφρένεια σε ένα περιβάλλον με υψηλά ΕΕ

Η οδός ή οι μηχανισμοί μέσα από τους οποίους θεωρείται ότι προκαλείται υποτροπή είναι ότι τα υψηλά ΕΕ προκαλούν στρες ή αυξάνουν την φυσιολογική διέγερση. Διάφορες μελέτες [67,68,69,57] έδειξαν διαφορετικά ψυχοφυσιολογικά αποτελέσματα σε ασθενείς που ζούσαν σε περιβάλλοντα με υψηλά και χαμηλά ΕΕ. Ωστόσο, όταν υπήρχε επιτυχής αλλαγή των ΕΕ δεν μειωνόταν η διέγερση. Επίσης δεν μπορούσε να γίνει διαχωρισμός των διαστάσεων των ΕΕ (κριτικά σχόλια, υπερεμπλοκή κ.λ.π.) αν και οι μετρήσεις ήταν γενικά ακατέργαστες. Αργότερα [70] διατυπώθηκε το πρόβλημα εντός των οικογενειών, σαν πρόβλημα διαχείρισης του στρες που ενσωματώνει και άλλους εξωτερικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες, όπως τα γεγονότα ζωής και που συμπεραίνεται ότι λειτουργούν διαμέσου ενός κοινού μηχανισμού αύξησης της φυσιολογικής διεγερσιμότητας.

#### Διαπολιτισμικές εφαρμογές

Έχουν γίνει διάφορες έρευνες ανά τον κόσμο για την σχέση υψηλών ΕΕ και υποτροπής που επιβεβαιώνουν την υπόθεση. Υπάρχουν, για παράδειγμα, αρκετές ενδείξεις ότι η έκβαση των ασθενών με Σχιζοφρένεια, είναι καλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες από ό,τι στην Δύση [71]. Το ποσοστό αναλογίας της συμβολής των ΕΕ σε αυτό, δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια. Τα ΕΕ φαίνονται γενικά να είναι υψηλότερα στην Δύση και μια εξήγηση για αυτό θα





μπορούσε να είναι η μεγαλύτερη εμπλοκή της ευρύτερης οικογένειας στις αναπτυσσόμενες χώρες που μειώνει (καταπραύνει) την επίδραση των υψηλών ΕΕ στην υποτροπή [72]. Ένα άλλο βήμα είναι οι μελέτες σε μειονότητες που ζουν σε ευρύτερες κοινωνίες [73,74].

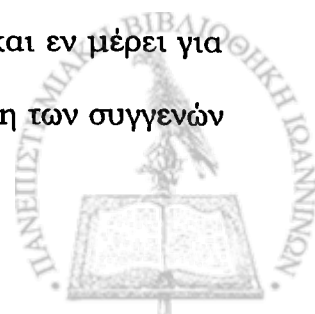
Αυξανόμενο ενδιαφέρον υπάρχει και για τις θεωρητικές έννοιες που σχετίζονται με τα ΕΕ [75] αν και ακόμη η έρευνα για το νόημα της πολιτισμικά προσδιοριζόμενης απάντησης από τα μέλη της οικογένειας στο πάσχον μέλος καταλαμβάνει δευτερεύουσα θέση σε σχέση με την έρευνα για τις ποικιλίες των επιπέδων των ΕΕ σε διαφορετικές κουλτούρες.

Σε μια ανασκόπηση διαφόρων Ευρωπαϊκών μελετών [76] βρέθηκαν διαφορές ως προς την προγνωστική αξία των διάφορων παραμέτρων των ΕΕ. Έτσι η ΕΟΙ φαίνεται ότι είναι ο μείζων παράγοντας που προσδιορίζει την υποτροπή σε μερικές κουλτούρες [58,77], ενώ οι αρχικές βρετανικές μελέτες δείχνουν ότι τα κριτικά σχόλια είναι ο μείζων παράγων. Αυτές οι διαφορές μπορεί να δείχνουν ότι χρειάζονται και διαφορετικές παρεμβάσεις.

#### Τα ΕΕ σαν μια έννοια διαντίδρασης

Οι οικογένειες επηρεάζουν τους ασθενείς. Οι ασθενείς επηρεάζουν τις οικογένειες. Και οι δύο είναι πιθανόν να συμβάλλουν στα υψηλά ΕΕ, ωστόσο υπάρχουν δυο βασικές υποθέσεις για τα ΕΕ. Η πρώτη υπόθεση είναι ότι αποτελούν ένα σταθερό χαρακτηριστικό και η δεύτερη είναι εκείνη της αιτιότητας.

Στο τέλος της δεκαετίας του '80 υπήρξε μια μεταβολή των στάσεων απέναντι στα ΕΕ, εν μέρει για να εξηγήσει κάποια από τα αντιτιθέμενα ερευνητικά ευρήματα εν μέρει λόγω του ότι ο μηχανισμός της εξήγησης του πώς τα υψηλά ΕΕ μεταφράζονται σε υποτροπή δεν είχε βρεθεί και εν μέρει για να εξηγήσει την υπόθεση ότι μπορεί τα ΕΕ να ήταν μια απάντηση των συγγενών



πού ζουν με κάποιον/α που πάσχει από Σχιζοφρένεια. Επίσης, υπήρχε μια επαγρύπνηση ότι, όπως άλλα οικογενειακά μοντέλα πριν από αυτά, τα ΕΕ θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να κατηγορηθούν οι οικογένειες [78,56].

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι στάσεις που καταγράφονται στην συνέντευξη (Assesment interview) είναι της ίδιας προγνωστικής αξίας με αυτές που υπάρχουν για μακρά περίοδο σε σχέση με τον τρόπο διαντίδρασης μεταξύ των συγγενών και του ασθενή. Άλλες, ωστόσο, έχουν δείξει ότι τα ΕΕ δεν είναι σταθερά στο χρόνο τουλάχιστον αναφορικά με τους συγγενείς με υψηλά ΕΕ [79,80,81,82].

Το ότι τα ΕΕ φαίνεται να μεταβάλλονται με τον χρόνο, μπορεί να μην επηρεάζει την πρόβλεψη της υποτροπής εάν όλες οι μελέτες την μετρούν την ίδια στιγμή, δηλαδή όταν τα άτομα με Σχιζοφρένεια βιώνουν μια έξαρση οξέων συμπτωμάτων. Αλλαγές στις βαθμολογίες έχουν ωστόσο σημαντικές θεωρητικές εφαρμογές.

Τι σημαίνουν όμως τα ΕΕ και οι αλλαγές τους μέσα στον χρόνο για τους συγγενείς; Η εργασία του Goldstein [83] στην "UCLA High Risk Study" που χρησιμοποίησε τον ορισμό της Wynne για την επικοινωνιακή παρέκκλιση (Communication Deviance -CD) τον οδήγησε στην υπόθεση ότι αυξημένα CD ή ΕΕ σε ένα συγγενή μπορεί να σχετίζονται είτε με την έναρξη είτε με την υποτροπή *«επειδή αυτές οι μετρήσεις μπορεί να είναι σημεία μιας υποκλινικής ή πλήρως ανεπτυγμένης ψυχοπαθολογίας των συγγενών»*. *«Έτσι, παιδιά από γονείς με αυξημένη CD μπορεί να έχουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της Σχιζοφρένειας, επειδή οι γονείς τους εκφράζουν την πρόθεση για την διαταραχή μέσω της μορφής μιας υποκλινικής διαταραχής σκέψης. Επιπλέον η CD μπορεί να αντανάκλα την τάση της πλευράς των συγγενών να εκδηλώνουν ανοιχτές μορφές ψυχοπαθολογίας που δημιουργούν stress στο ενδοοικογενειακό περιβάλλον και*



κατ' αντιστροφή να αυξάνεται η πιθανότητα της τελικής έκφρασης της ευαλωτότητας των παιδιών για Σχιζοφρένεια» [46].

Στην παραπάνω εργασία προτείνεται ότι η Σχιζοφρένεια που συνοδεύεται με αυξημένα ΕΕ μπορεί να είναι πιο σοβαρή, να μεταδίδεται δια μέσου των γενεών και να έχει φτωχότερη πρόγνωση ή ότι η ψυχοπαθολογία που σχετίζεται με αυξημένα ΕΕ και ορισμένες στάσεις και συμπεριφορές δημιουργεί ένα πιο ψυχοπιεστικό περιβάλλον. Καμιά από τις παραπάνω εξηγήσεις δεν αποκλείει την άλλη. Τα αυξημένα ΕΕ μπορεί να είναι εντός ενός φυσιολογικού εύρους συμπεριφορών που σχετίζονται με στρατηγικές αντιμετώπισης και μακροχρόνια φροντίδα.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα εργασία [59,84] εστίαστηκε στο εάν η στάση των γονιών σε ένα άτομο που πάσχει από Σχιζοφρένεια προηγούνταν της νόσου και εάν αυτό αντανakλά στυλ και τρόπους της γονεϊκής συμπεριφοράς. Χρησιμοποίησαν μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα που επιτρέπει να περιγραφεί η ανατροφή από τους γονείς. Η κλίμακα περιλαμβάνει 81 θέματα και έχει τρεις υποκλίμακες: Απόρριψη, Συναισθηματική Ζεστασιά και Υπερπροστασία, που είναι συγκρίσιμες με τα ΕΕ. Μικρές διαφορές υπήρχαν μεταξύ πατεράδων και μητέρων αλλά υπήρχε μια τάση οι μητέρες να θεωρούνται θερμότερες και προστατευτικότερες. Η απόρριψη και η υπερπροστασία σχετίζονται θετικά (που μπορεί να εκπλήσσει) και η απόρριψη και η ζεστασιά σχετίζονται αρνητικά. Θεωρήθηκε ότι η απόρριψη και η υπερπροστασία αντανakλούν υψηλούς κανόνες φροντίδας. Το ίδιο βρέθηκε και σε παρόμοια μελέτη στην Γερμανία [85]. Στις δύο αυτές μελέτες, οι ασθενείς με Σχιζοφρένεια περιγράφουν τους γονείς τους να δείχνουν λιγότερη ζεστασιά σε σύγκριση με τους ανθρώπους που δεν έπασχαν από Σχιζοφρένεια. Οι γονεϊκές στάσεις, όπως περιγράφονται από τους πάσχοντες από Σχιζοφρένεια, δεν έδειχναν σημαντική συσχέτιση με την προνοσηρή προσωπικότητα των ασθενών



ή την κοινωνική τους προσαρμογή αλλά σχετίζονταν σημαντικά με τα παρόντα συμπτώματα. Πιο σοβαρά συμπτώματα σχετίζονταν με απόρριψη και συναισθηματική υπερεμπλοκή και λιγότερο σοβαρά συμπτώματα σχετίζονταν με ζεστασιά.

Τέσσερις πιθανότητες εξετάζονται για εξηγήσουν τα παραπάνω ευρήματα. Η παρούσα ψυχική κατάσταση μπορεί να επηρεάζει την εκτίμηση της ανατροφής. Η στάση και η συμπεριφορά ανατροφής των γονιών μπορεί να επηρεάζει την σοβαρότητα της νόσου, αν και αυτό είναι δύσκολο να εξηγηθεί με όρους αιτιότητας. Οι πιο σοβαρά ασθενείς μπορεί να ήταν περισσότερο «ασυνήθιστοι» στην παιδική τους ηλικία και σαν συνέπεια να βίωσαν περισσότερο απόρριψη ή υπερπροστασία, αν και αυτό δεν προκύπτει από τις μετρήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη εργασία. Τέλος, μια εκτίμηση των ευρημάτων [86] έδειξε ότι όχι μόνο τα άτομα με Σχιζοφρένεια έχουν περισσότερα σχιζοειδικά και σχιζότυπα στοιχεία από τα αδέρφια τους, αλλά επιπλέον ενώ η κοινωνική προσαρμογή των αδελφών βελτιώνεται μεταξύ παιδικής ηλικίας και εφηβείας, στα άτομα με Σχιζοφρένεια αποδιοργανώνεται. Θεωρήθηκε, έτσι, ότι μπορεί να υπάρχει ένας γενετικός σύνδεσμος μεταξύ απορριπτικών και υπερπροστατευτικών συμπεριφορών και της σοβαρότητας της νόσου.

Δεν υπήρχαν συσχετίσεις μεταξύ ΕΕ και γονεϊκών στάσεων ανατροφής στις συνολικές βαθμολογίες ή μεταξύ των υποκλιμάκων. Ωστόσο, όταν η υποκλίμακα της εκθρότητας έβγαине από την εξίσωση, προέκυπτε μια σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα της απόρριψης του ερωτηματολογίου. Αυτό θέτει το ερώτημα μήπως η εκθρότητα είναι ένα προνοσηρό χαρακτηριστικό (trait).

Οι ερευνητές δίνουν μεγάλη σημασία στο σημείο εκείνο που υποστηρίζει ότι αυτό που αναφέρεται είναι η αντιλαμβανόμενη (από τους ασθενείς που



συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο ) γονεϊκή συμπεριφορά ανατροφής και όχι η παρατηρούμενη συμπεριφορά και ότι η παρούσα συμπτωματολογία μπορεί να επηρεάζει αυτή την αντίληψη. Αυτή η εργασία φαίνεται να υποστηρίζει τις παλαιότερες περιγραφές της Fromm-Reihman για την σχιζοφρενικογόνο μητέρα, μελέτη που βασιζόταν σε μνήμες ενηλίκων.

Παρά της αλλαγής που έχουν γίνει στην αντίληψη των ΕΕ (ως ένα μοντέλο διαντίδρασης) αυτά εξακολουθούν να έχουν μια αρνητική απήχηση για τις οικογένειες και μπορεί να λειτουργούν σαν εργαλείο ενοχοποίησης. Γι' αυτό προτιμάται ο όρος «Περιβάλλοντα με υψηλά ΕΕ» παρά ο χαρακτηρισμός των οικογενειών σαν οικογένειες με υψηλά ή χαμηλά ΕΕ.

#### Το παρόν και το μέλλον της μελέτης των ΕΕ

Τα ΕΕ χρησιμοποιούνται ως ένα μέτρο έκβασης της πορείας της Σχιζοφρένειας αλλά και άλλων διαταραχών και ως μέτρο αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.

Τα ΕΕ ισχύουν και για άλλες ομάδες με τις οποίες έρχεται σε επαφή ο ασθενής. Σε μια ανασκόπηση [49] σημειώνεται ότι η έντονη επιτήρηση από το προσωπικό μπορεί να μοιάζει με υπερεμπλοκή και να συνεπάγεται έναν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Μια άλλη εργασία διερεύνησης των ΕΕ του προσωπικού σε μακράς διαμονής μονάδες [87] υποστηρίζει την άποψη ότι τα ΕΕ δεν είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό και φαίνεται να εξαρτάται από τις ιδιότητες των ασθενών παρά από χαρακτηριστικά του προσωπικού, όπως η πίεση στην δουλειά, η απώλεια ικανοποίησης από την δουλειά ή η κακή υγεία.

Στην τρέχουσα περίοδο συνεχίζεται η προσπάθεια μελέτης και διερεύνησης των ΕΕ στις διάφορες κουλτούρες [88]. Τα αποτελέσματα οδηγούν σε αντιφατικά συμπεράσματα κυρίως διότι δεν έχουμε μέχρι σήμερα



διαπιστώσει τι αποτελεί κανόνα συμπεριφοράς και άρα φυσιολογικό για την συγκεκριμένη κουλτούρα (π.χ έκφραση ζεστασιάς ταυτόχρονα με κριτική στην Ινδία ή κριτική που είναι ο κανόνας στις διαπροσωπικές σχέσεις στην Αίγυπτο ή αναμενόμενη υπερεμπλοκή σε όλες τις μη-Δυτικές περισσότερο κοινωνιοκεντρικές κοινωνίες ή μη προβλεπτική ικανότητα των υψηλών ΕΕ στις οικογένειες Βρετανών Ασιατικής καταγωγής κ.λ.π) και πως συνδέεται με τα διάφορα επιμέρους συστατικά των ΕΕ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η έκβαση της Σχιζοφρένειας είναι καλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες και αυτό αποδίδεται πιθανόν στα χαμηλότερα ΕΕ. Ωστόσο, όλα αυτά χρειάζεται να ειπωθούν στα πλαίσια του πολιτισμικού υπόβαθρου και στα πλαίσια του προστατευτικού ρόλου της ζεστασιάς και της θετικής σχέσης.

Τα παραπάνω υπογραμμίζουν την ανάγκη να είμαστε προσεκτικοί στις οικογενειακές παρεμβάσεις, που μπορεί κάποιες φορές να γίνονται αντιληπτές ως διείσδυση και έτσι να έχουμε αρνητικά αποτελέσματα.

Στο επίκεντρο του σύγχρονου ενδιαφέροντος βρίσκεται η διερεύνηση της ανάπτυξης των ΕΕ στα πρώτα ψυχωτικά επεισόδια και πιο συγκεκριμένα η σύνδεσή τους με το μοντέλο εκτίμησης των φροντιστών (carers appraisal model) η αλληλεπίδρασή τους με τον φόρτο (burden) της φροντίδας καθώς και οι πρωταρχικές πηγές ανάπτυξής τους.

Γενικά από τις μελέτες [89,90] προκύπτει ότι οι φροντιστές με υψηλά ΕΕ φαίνεται να αντιλαμβάνονται την κατάσταση της φροντίδας πιο ψυχοπιεστική από αυτούς με χαμηλά ΕΕ, αν και πιθανά όχι ολόκληρη τη ζωή τους ως σύνολο. Επίσης, τυπικά βιώνουν σημαντικό υποκειμενικό φόρτο, αντιλαμβάνονται τα κοινωνικά προβλήματα του ασθενούς και προσπαθούν να ΑΠΟΦΥΓΟΥΝ τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν.

Σε αυτούς τους συγγενείς, η πυρηνική εκτίμηση (core appraisal) είναι η απώλεια των στόχων. Ακόμη παραπέρα, η απώλεια είναι πιο έντονη γιατί είναι



ημιτελής : Το πρόσωπο που εμπλέκεται στην απώλεια είναι ακόμη παρόν και τα προβλήματά του απαιτούν τρόπους αντιμετώπισης που μπορεί να υπερβαίνουν τις ικανότητες του φροντιστή. Έτσι, οι προσπάθειες του φροντιστή μπορεί να κλιμακώνονται σε συμπεριφορές υψηλών ΕΕ, δηλαδή κριτική, απόρριψη (αποφυγή) και υπερεμπλοκή ή και όλα μαζί. Με δεδομένη τη μικρή μέση περίοδο νόσου, φαίνεται ότι οι εκτιμήσεις που οδηγούν σε υψηλά ΕΕ αναπτύσσονται αρκετά γρήγορα ή προκύπτουν σαν απάντηση σε συμπεριφορές από το πρόδρομο στάδιο [91]. Διάφορα συστατικά των υψηλών ΕΕ παρουσιάζονται στον ίδιο φροντιστή, την ίδια περίοδο, προτείνοντας έτσι ότι ένας κοινός πυρήνας εκτίμησης μπορεί να προωθεί τα υψηλά ΕΕ. Αυτός μπορεί να εννοείται ως καταστροφικός, αλλά το γνωσιακό περιεχόμενο για κάθε πυρηνική εκτίμηση παραμένει αβέβαιο για αυτή την περίοδο.

Άλλες μελέτες [92] ευνοούν το μοντέλο του πλήγματος (threat) και άλλες το μοντέλο της απώλειας (loss) [93]. Προτείνουν, δηλαδή, ότι η συμπεριφορά που οδηγεί σε υψηλά ΕΕ κινητοποιείται από την αυξημένη ανάγκη του φροντιστή να αντιμετωπίσει την απώλεια. Η υπερπροστασία μπορεί να είναι ένα εγχείρημα να αναδομήσει (restore) τον ασθενή, ενώ η κριτική μπορεί να είναι μια λειτουργία υποτίμησης αυτού που έχει χαθεί. Σε διάφορες εργασίες [89,90] επιβεβαιώνεται ότι η απώλεια συνδέεται με τα ΕΕ στα πρώτα επεισόδια. Ωστόσο, τα ιδιαίτερα συστατικά μπορεί να αλλάζουν στον χρόνο, επειδή οι εκτιμήσεις είναι δυναμικές (και όχι στατικές) και μπορεί να αντανakλούν και το κοινωνικό περιβάλλον και τις αντιλήψεις για τις δυνατότητες αντιμετώπισης. Έτσι ένα μοντέλο εκτίμησης (appraisal model) μπορεί να εξηγήσει επαρκώς την αστάθεια των ΕΕ στο πρώτο επεισόδιο, αλλά η εκτίμηση και τα επίπεδα των ΕΕ μπορεί να αλλάξουν στην πορεία της φροντίδας. Πάντως δεν μπορεί να απαντηθεί εύκολα το ερώτημα γιατί οι φροντιστές με υψηλά ΕΕ εκτιμούν την κατάσταση της φροντίδας σαν πιο ψυχοπιεστική.



Η μεγαλύτερη χρήση στρατηγικών ΑΠΟΦΥΓΗΣ δείχνει ότι μπορεί να προέρχεται από ανεπαρκείς δεξιότητες αντιμετώπισης [94]. Υπάρχουν βεβαίως και άλλοι παράγοντες που επιδρούν στην εκτίμηση – στο ατομικό επίπεδο και περιλαμβάνουν: την αντίληψη ότι η συμπεριφορά του ασθενούς είναι σκόπιμη [95], περισσότερο αρνητική αυτοεκτίμηση του φροντιστή [96] και λιγότερη ενσυναίσθηση (empathy) [97]. Σε επίπεδο κατάστασης, οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν σε μια ψυχοπιεστική εκτίμηση περιλαμβάνουν: το να είναι –ο ασθενής– σε μικρότερη οικογένεια [98] και την βασισμένη στο φύλο όψη της φροντίδας [99]. Μερικά συμπτώματα του ασθενούς (αρνητικά) οδηγούν ευκολότερα σε παρερμηνείες από την πλευρά του φροντιστή.

Τα αποτελέσματα των μελετών του πρώτου επεισοδίου επιβεβαιώνουν την σπουδαιότητα της μείωσης του φόρτου, της μείωσης της αντιμετώπισης αποφυγής και της βελτίωσης της κατανόησης του φροντιστή για την κοινωνική συμπεριφορά του ασθενούς. Στο πρώτο επεισόδιο πολλοί ασθενείς είναι σε στενή επαφή με τους φροντιστές (συγγενείς) τους, μερικοί από τους οποίους βρίσκουν τον ρόλο του φροντιστή δύσκολο. Έτσι, είναι σημαντικό οι υπηρεσίες να ασχοληθούν με την επίπτωση της φροντίδας στο πρώτο επεισόδιο. Προσφέροντας υποστήριξη στις οικογένειες που δυσκολεύονται (selected families) μπορεί να μειώσουν την νοσηρότητα των φροντιστών και τις υποτροπές των ασθενών. Τέλος το μοντέλο των ΕΕ φαίνεται να είναι χρήσιμο για τις οικογενειακές παρεμβάσεις και όχι ακόμη μια αφορμή για ενοχοποίηση των οικογενειών, αν κατανοηθεί σαν ένα δυναμικό μοντέλο διαντιδράσεων μεταξύ μιας ποικιλίας παραγόντων και χαρακτηριστικών του ασθενούς, της οικογένειας και της νόσου.





### **Γ. Η επίδραση της νόσου στην οικογένεια- ή έννοια του φόρτου (Burden)**

Πώς επιδρά στα άλλα μέλη της οικογένειας το να αρρωστήσει κάποιος από σοβαρή ψυχική νόσο (π.χ. Σχιζοφρένεια); Αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες των συγγενών, όπως, για παράδειγμα, από την φυσική υγεία και την ηλικία τους, από τα κοινωνικά αγαθά, συμπεριλαμβανομένων των συζυγικών σχέσεων και του κοινωνικού δικτύου, από τα υλικά αγαθά, από τις ψυχολογικές δυνάμεις και από τις δεξιότητες αντιμετώπισης.

Είναι επαρκώς τεκμηριωμένο ότι το να ζεις και να φροντίζεις κάποιον που πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο προκαλεί προβλήματα που παραδοσιακά περιγράφονται σαν «οικογενειακός φόρτος». Η σχετική φιλολογία (έρευνα, άρθρα κ.λ.π.) πάνω στον «φόρτο» είναι ουσιαστικά αυτή που εκτιμά για πρώτη φορά τα αποτελέσματα της ψυχικής νόσου στην οικογένεια. Αυτός ο όρος, που μπορεί να εκληφθεί σαν προσβλητικός και για τους συγγενείς και για τον ασθενή, έχει γίνει προσπάθεια να αντικατασταθεί με τις διαστάσεις της φροντίδας, ιδιαίτερα από την πλευρά του Szmulker [100,101] με την καθιέρωση ενός συγκεκριμένου ερωτηματολογίου (the experience of caregiving inventory) που εκτιμά μέσα σε ένα πλαίσιο «στρες- εκτίμηση-αντιμετώπιση» και τις θετικές και τις αρνητικές πλευρές της φροντίδας. Επειδή ακόμη δεν υπάρχουν ενιαία κριτήρια για τον φόρτο (burden) δεν είναι δυνατόν να μετρηθούν και να γίνουν συγκρίσεις. Επιπλέον έχουμε λίγες πληροφορίες για το πώς ο φόρτος διαφοροποιείται με τον χρόνο και την σοβαρότητα της νόσου. Είναι όμως σίγουρο ότι υπάρχει, υφίσταται φόρτος, και ότι είναι ένα χαρακτηριστικό στην διαδικασία της φροντίδας στην πλειοψηφία των οικογενειών.



Από νωρίς στην βιβλιογραφία [102] εισήχθησαν δύο διαφορετικές διαστάσεις του φόρτου. Ο αντικειμενικός φόρτος (π.χ. επιβάρυνση στα οικονομικά, μετρήσιμα προβλήματα) και ο υποκειμενικός φόρτος.

Το σημαντικό είναι ότι το ένα δεν συνεπάγεται το άλλο. Πολλές οικογένειες που βιώνουν υψηλά επίπεδα αντικειμενικού φόρτου δεν έχουν αντίστοιχα επίπεδα υποκειμενικού φόρτου. Γενικά σημειώνεται [103] μια μεγάλη ποικιλία στην σχέση ανάμεσα στον υποκειμενικό και τον αντικειμενικό φόρτο. Οι οικογένειες με υψηλά επίπεδα υποκειμενικού φόρτου τείνουν να αντιμετωπίζουν λιγότερο καλά την κατάσταση, ανεξάρτητα από τον αντικειμενικό φόρτο. Επίσης ο υποκειμενικός φόρτος φαίνεται να είναι συνδεδεμένος με υψηλά ΕΕ και άρα πιθανόν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής.

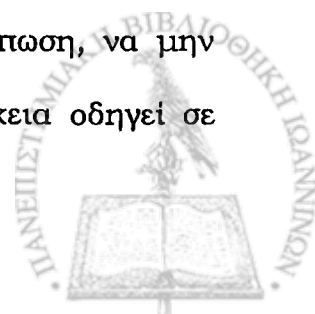
Ο όρος «φόρτος σχετιζόμενος με τον ασθενή» (“patient relatedness burden”) έδινε έμφαση στην επιβάρυνση από ειδικά προβλήματα που αναφέρονται στην συμβίωση με τον συγκεκριμένο ασθενή (και όχι από την νόσο) [103].

Πάντως, γενικά, ο τρόπος προσδιορισμού του φόρτου (και εδώ υπάρχουν παράγοντες που δεν γνωρίζουμε πόσο ειδικοί είναι για οικογένειες που έχουν μέλη που πάσχουν από Σχιζοφρένεια.) μέχρι τώρα δεν ανταποκρίνεται στην εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας ώστε να αναπτυχθούν αποτελεσματικές υπηρεσίες. Μια πρόσφατη ανασκόπηση [104] επισημαίνει τα διαφορετικά εργαλεία μέτρησης του φόρτου και τον διαφορετικό τύπο μελετών (ποσοτικές-ποιοτικές), που δυσκολεύουν τις συγκρίσεις. Σε σχέση με τους προβλεπτικούς παράγοντες για τον φόρτο σε οικογένειες με ασθενή που πάσχει από Σχιζοφρένεια, η ανασκόπηση που αναφέρεται σε μια Ευρωπαϊκή μελέτη [105] επισημαίνει ότι ο φόρτος βρέθηκε σχεδόν ταυτόσημος και ότι οι παράγοντες που σχετιζόνταν ήταν: μεγαλύτερη επαφή με τους ασθενείς, συγκατοίκηση με τους ασθενείς, πιο ηλικιωμένοι φροντιστές και περιοχές με λιγότερες



ψυχιατρικές υπηρεσίες. Ο πιο συχνός και ισχυρός παράγοντας, ωστόσο, ήταν τα συμπτώματα του ασθενούς και τα ελλείμματα που συνδέονταν με την νόσο. Οι διαπολιτισμικές διαφορές δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, αν και αναφέρονται διαφορές στην παραπάνω ανασκόπηση σε Λατινογενείς και Αφροαμερικανικούς πληθυσμούς, οι οποίοι παρουσίαζαν καλύτερη ψυχική υγεία και βίωναν λιγότερο φόρτο σε σχέση με Καυκάσιους φροντιστές, που αποδιδόταν στην μεγαλύτερη χρησιμοποίηση θρησκευτικών μεθόδων αντιμετώπισης και στο ισχυρότερο κοινωνικό δίκτυο. Σε μια Ευρωπαϊκή μελέτη (που συμπεριλαμβάνει και την Ελλάδα) [106] βρέθηκε ότι η πλειονότητα των συγγενών-κλειδιά (key-relatives) ήταν γυναίκες και γονείς του ασθενούς. Οι συγγενείς ανέφεραν ότι η φροντίδα ενός ασθενούς με Σχιζοφρένεια έχει σαν αποτέλεσμα περιορισμούς στην δική τους κοινωνική δραστηριότητα, αρνητικές επιπτώσεις στην οικογενειακή ζωή και ένα αίσθημα απώλειας. Υψηλά επίπεδα αντικειμενικού και υποκειμενικού φόρτου σχετιζόνταν με παραίτηση (resignation) από την πλευρά του συγγενούς.

Οι κοινωνικοί παράγοντες αναδείχθηκαν πολύ σπουδαίοι και σχετίζονται και με τον φόρτο και την αντιμετώπιση. Υπήρχε μια ξεκάθαρη σχέση μεταξύ της μείωσης των κοινωνικών ενδιαφερόντων των ασθενών και αυξημένων επιπέδων του αντικειμενικού φόρτου σε όλα τα κέντρα (πλην της Βόννης-Γερμανία). Επιπρόσθετα, η απουσία πρακτικής βοήθειας συνδυαζόταν με υψηλό αντικειμενικό φόρτο (Νάπολη και Λισσαβόνα). Αυτά υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό δίκτυο (Network) είναι ένας κρίσιμος παράγοντας στην μείωση των συνεπειών του στρες, λειτουργώντας σαν ηθμός (buffer) μεταξύ του «ψυχολογικώς καλώς-έχειν» και των ψυχοπιεστικών γεγονότων. Οι συγγενείς που φροντίζουν ασθενείς με Σχιζοφρένεια μειώνουν την πρόσβαση στις πηγές κοινωνικής στήριξης (για διάφορους λόγους, όπως στίγμα, κόπωση, να μην αφήσουν μόνο στο σπίτι τον ασθενή κ.λ.π.). Αυτό στην συνέχεια οδηγεί σε



αυξημένα επίπεδα στρες και σε αυξημένο κίνδυνο για την δική τους ψυχική υγεία. Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζεται από τους κοινωνικούς παράγοντες είναι οι υιοθετούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης (coping). Στην μελέτη αυτή, οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τρόποι αντιμετώπισης ήταν κοινωνικοί στην φύση τους και περιελάμβαναν την εμπλοκή των ασθενών σε κοινωνικές δραστηριότητες μέσα και έξω από την οικογένεια και θετική επικοινωνία με τον ασθενή. Εκτός από τις άμεσες επιδράσεις του κοινωνικού δικτύου στον φόρτο, υπήρχαν έμμεσες επιδράσεις μέσω της επίδρασης στην επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης. Σε μια μελέτη [107] η αντιμετώπιση φάνηκε να σχετίζεται με την πυκνότητα του κοινωνικού δικτύου του ασθενούς και, αντίστροφα, η κοινωνική στήριξη ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας που ερμήνευε την προσαρμοστική αντιμετώπιση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι ο φόρτος συνδέονταν με την υψηλή επαφή με τον ασθενή (σε ώρες) μόνο στο Αγγλικό δείγμα! Σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες [108], ωστόσο, το να ασχολείται πολύ ώρα με τον ασθενή δεν ήταν ένας παράγοντας που σταθερά συνέβαλε στην αύξηση του φόρτου και, στην πραγματικότητα, η αύξηση του χρόνου με τον ασθενή με την εμπλοκή του σε κοινωνικές δραστηριότητες ήταν μια συχνά χρησιμοποιούμενη στρατηγική αντιμετώπισης.

Στα κέντρα της Μεσογείου (Νάπολη, Αθήνα, Λισσαβόνα) οι συγγενείς είχαν περισσότερο “υποκύψει” στο πρόβλημα και συχνά χρησιμοποιούσαν πνευματική βοήθεια (spiritual) σαν μια στρατηγική αντιμετώπισης, ενώ στα κέντρα του Βορρά αυτό δεν ισχύει. Επιπλέον στα κέντρα της Μεσογείου αναφερόταν μια μεγαλύτερη μείωση των κοινωνικών ενδιαφερόντων και χαμηλότερα επίπεδα από πρακτική και συναισθηματική βοήθεια από το κοινωνικό δίκτυο.



Η πραγματικότητα της έκτασης και της ποιότητας του κοινωνικού δικτύου που ήταν μεγαλύτερη στην Βόρεια Ευρώπη μπορεί να είναι και ο λόγος για το χαμηλότερο στίγμα που βρέθηκε σε αυτές τις χώρες και μπορεί να είναι η αιτία ή και το αποτέλεσμα της μεγαλύτερης αναλογίας παντρεμένων ασθενών σε αυτά τα κέντρα.

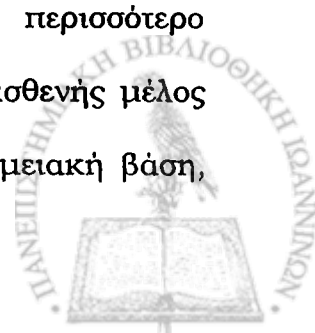
Το θέμα της συγκατοίκησης σε σχέση με τον φόρτο, πάντως, βρίσκεται να είναι διαφορετικό σε διαφορετικές κουλτούρες. Σε πιο παραδοσιακές κουλτούρες -που φαίνεται να είναι μια λειτουργία προσαρμοσμένη στους πολιτιστικούς κανόνες, στην κοινωνική υποστήριξη και στην διαθεσιμότητα κατοικιών- σχετίζεται με μεγαλύτερη ανοχή, λιγότερη κατάθλιψη και χαμηλότερο αναφερόμενο φόρτο [109,110].

Υπάρχει, γενικά, μια συμφωνία ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι αυτά που προκαλούν περισσότερη συναισθηματική εξάντληση στους συγγενείς [111]. Από τις δύο κατηγορίες συμπεριφορών -α. Οξείες, κοινωνικά ενοχλητικές ή άσχημες συμπεριφορές και β. Κοινωνική απόσυρση-, η δεύτερη κατηγορία προκαλεί πιο μακρόχρονες συγκρούσεις και είναι διαλυτική. Μακρόχρονη υποστήριξη και φροντίδα ανάπαυλας -respite care- ακόμη και προγραμματισμένη ανάπαυλα για να διακόπτεται ο κύκλος υποτροπής επανεισαγωγής, προτείνεται πολλές φορές σαν πρακτική αντιμετώπιση.

#### Η ψυχική υγεία των συγγενών

Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τουλάχιστον το 1/3 των συγγενών έχουν αθεράπευτη ψυχιατρική συμπτωματολογία, ιδιαίτερα άγχος και κατάθλιψη, σχετιζόμενα με τον ρόλο τους σαν φροντιστές (caring role) [112,113,114,115].

Οι νέοι φροντιστές έχουν μεγαλύτερο υποκειμενική καταπόνηση [116], πιθανά διότι μόλις ανέλαβαν αυτόν τον ρόλο και είναι περισσότερο εμπλεκόμενοι και λιγότερο παραιτημένοι. Οι συγγενείς που ο ασθενής μέλος της οικογένειάς τους φροντίζεται σε κοινοτική παρά σε Νοσοκομειακή βάση,



παρουσιάζονται να έχουν περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές. Έτσι [117] σημειώνεται ότι στον υπολογισμό του κόστους της παραμονής των ασθενών σε μακροχρόνια βάση στην κοινότητα, θα πρέπει να προστίθεται και το κόστος της ψυχιατρικής φροντίδας του 1/3 των φροντιστών.

#### Η κοινωνική λειτουργικότητα των συγγενών.

Η κοινωνική απομόνωση (πολλές φορές λόγω του φόβου του σιγματισμού) είναι πιο επιβαρυντική από τις οικονομικές και εργασιακές δυσκολίες. Έτσι, υπογραμμίζεται [117] ότι η κοινωνική απομόνωση μπορεί να είναι πιο διαλυτική στην σχέση μεταξύ του φροντιστή και του ατόμου με Σχιζοφρένεια και να μειώνει τις δυνατότητες αντιμετώπισης.

Δύο σημεία χρειάζεται να προσεχθούν:

1. Η διαφορά μεταξύ της αντικειμενικής κοινωνικής απομόνωσης και της υποκειμενικής αντίληψης της κοινωνικής κατάστασης κάποιου.
2. Φαίνεται ότι η κοινωνική υποστήριξη διαμέσου ενός κοινωνικού δικτύου βοηθάει να μειωθεί το stress.

Παραδόξως, το δίκτυο των συγγενών (που σχετίζεται με την νόσο) μπορεί να επεκτείνεται στον χρόνο στην διάρκεια της πορείας της νόσου καθώς συνεχίζουν να ζητούν εξωτερική βοήθεια στον ρόλο τους ως φροντιστών. Αυτό το δίκτυο μπορεί επίσης να μειώνει την κοινωνική απομόνωση, αυξάνοντας πιθανόν την αυτοεκτίμηση. Διάφορα τέτοια δίκτυα (π.χ. National Schizophrenia Fellowship στην Μεγάλη Βρετανία, NAMI στις Η.Π.Α. κ.λ.π.) αποδεικνύονται πολύ χρήσιμα.

#### Οικονομικά και εργασιακά προβλήματα

Είναι πιο σημαντικά όταν ο φροντιστής είναι η σύζυγος και έχει ένα σύντροφο (που ασθένησε) και που προηγουμένως κέρδιζε τα προς το ζειν και είχε καλή



λειτουργικότητα [114]. Η κατάσταση είναι διαφορετική για τους γονείς που αρρωσταίνει το παιδί τους και που δεν έχει ακόμη εργασθεί.

#### Προβλήματα σχέσεων εντός της οικογένειας - Ο κύκλος ζωής της οικογένειας.

Πολλοί συνιστούν στους επαγγελματίες να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους στα πλαίσια του κύκλου ζωής της οικογένειας, πράγμα που αυξάνει την κατανόηση και κάνει αποτελεσματικότερες τις παρεμβάσεις [118].

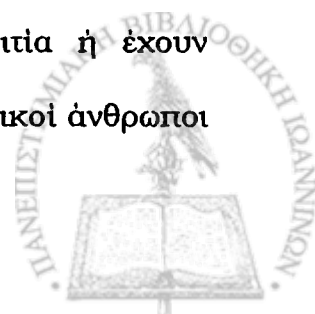
Με την έναρξη της νόσου δύο σχετιζόμενα προβλήματα, η απώλεια της αμοιβαιότητας και η αυξανόμενη εξάρτηση από τους συγγενείς, οδηγούν τους φροντιστές σε αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας για την φροντίδα. Η απώλεια της αμοιβαιότητας και η αδυναμία να εκπληρωθούν τα μοιραζόμενα καθήκοντα, που φυσιολογικά είναι παρόντα στις υγιείς σχέσεις, μπορεί να διαφέρουν σε σπουδαιότητα εξαρτώμενα από την σχέση αλλά εμφανίζονται συχνά σαν ένα ζωντανό πένθος (living bereavement).

#### Σύζυγοι

Αισθάνονται την συναισθηματική θνητότητα (emotional deadness)[119] στον γάμο τους -έχοντας και μεγαλύτερες προσδοκίες από τους γονείς- σαν ιδιαίτερο πρόβλημα. Αυξάνεται ο αριθμός των διαζυγίων, τρεις (3) φορές περισσότερο για τις γυναίκες και τέσσερις (4) για τους άνδρες [120]. Οι επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες όταν αρρωστήσει η σύζυγος [121]. Η στάση της οικογένειας είναι πιο ανεκτική απέναντι στην γυναίκα παρά στον άνδρα [122].

#### Γονείς

Είναι μαζί με τον/την σύζυγο αυτοί που κύρια φροντίζουν -τους ασθενείς- και δέχονται κατά συνέπεια τον φόρτο. Οι ανησυχίες των γονέων επικεντρώνονται κυρίως στην ενοχή και σε αισθήματα ότι αυτοί είναι η αιτία ή έχουν συνεισφέρει στην νόσο και σε φόβους για το μέλλον. Οι πρωταρχικοί άνθρωποι



που φροντίζουν τείνουν να είναι γυναίκες και αναλαμβάνουν τις συναισθηματικές συνέπειες του ρόλου τους (ενοχή, αυτομομφή, φόβος, απογοήτευση).

### Αδέλφια

Σε μια μελέτη [119] διακρίνονται τρεις κλίμακες φροντίδας: στην πρώτη τοποθετούνται οι σύζυγοι και οι γονείς στην δεύτερη τα αδέλφια τα οποία είναι μέρος της οικογένειας αλλά όχι άμεσα υπεύθυνα για τον ασθενή και μπορούν να βγαίνουν από την κατάσταση. Ωστόσο και τα αδέλφια έχουν προβλήματα όπως ενοχή, φόβο, ντροπή και θυμό [123]. Μπορεί λόγω της στροφής των γονιών στο άρρωστο παιδί να παραμελούνται και να φεύγουν πιο νωρίς από το σπίτι (να αυτονομούνται;) για να αποφύγουν την ευθύνη ή το φόρτο. Επιπλέον συχνή επαφή φέρνει στην επιφάνεια φόβους ότι « μπορεί να αρρωστήσω» « να γίνω σαν αυτόν/ήν». Επιπλέον μπορεί να αναπτύσσουν ενοχή στην αδυναμία τους να βοηθήσουν τον/την αδελφό/ή. Λίγα γνωρίζουμε για την ανάγκη ενημέρωσής τους. Σε μια εργασία [124] βρέθηκε ότι η πλειοψηφία τους θέλει ενημέρωση ιδιαίτερα για θέματα κληρονομικότητας. Μια άποψη είναι ότι συχνά είναι αποτελεσματικοί στην φροντίδα γιατί δεν υπερεμπλέκονται [124] .

### Άλλοι συγγενείς

Είναι η τρίτη κλίμακα [119] σε αυτούς που φροντίζουν (παππούς/ γιαγιά, ανήψια κ.λ.π.). Επειδή η επιβάρυνση είναι διακοπτόμενη (ζουν συνήθως σε άλλο σπίτι) μπορεί να είναι χρήσιμοι στην υποστήριξη της οικογένειας.

### Παιδιά

Λίγα έχουν γραφεί για την αντίδραση (απάντηση) ενός παιδιού που ζει με έναν ή με δύο ασθενείς γονείς ή με ένα μεγαλύτερο άρρωστο αδελφό. Η νόσος ενός γονιού μπορεί να επηρεάσει κατ' ευθείαν το παιδί διαμέσου συζυγικών προβλημάτων ή επαναλαμβανόμενων νοσηλειών [125]. Θετικά και αρνητικά





συμπτώματα Σχιζοφρένειας προκαλούν προβλήματα στον ρόλο της μητέρας. Στην διάρκεια ενός οξέος επεισοδίου επικρατούν η απώλεια της ζεστασιάς, οι άκαμποι και αγχώδεις τρόποι στην άσκηση του μητρικού ρόλου και όλα αυτά χρειάζονται ένα χρόνο περίπου για να αντικατασταθούν από πιο κατάλληλους τρόπους. Στην χρόνια κατάσταση με τα αρνητικά συμπτώματα οδηγούμαστε σε προβλήματα στον δεσμό μητέρας-παιδιού με αποτέλεσμα προβλήματα στην κοινωνική λειτουργικότητα, στην επίλυση προβλημάτων κ.λ.π. Πολλές φορές είναι πιθανόν να ζητηθεί από τους ψυχιάτρους να εκτιμήσουν τις δεξιότητες της μητέρας να παίξει τον ρόλο της (περιπτώσεις π.χ. επιμέλειας). Η ποιότητα των σχέσεων πριν την ασθένεια θα μπορούσε να παίξει κάποιο ρόλο. Οι συγγενείς που είχαν δυσκολία στις σχέσεις με τον ασθενή πριν την νόσο γίνονται πιο επικριτικοί [38].

Τελειώνοντας αυτό το κεφάλαιο, θα προσθέταμε ότι και οι έρευνες πρώτου επεισοδίου [126] δείχνουν ότι ο φόρτος (όπως και τα ΕΕ) αναπτύσσεται από την αρχή, όταν η οικογένεια θα αντιμετωπίσει με αμηχανία, άγχος και άρνηση την πρώτη εκδήλωση της νόσου και ίσως και με μη ρεαλιστικές προσδοκίες -λόγω της έλλειψης πληροφόρησης- ότι είναι κάτι οξύ που θα περάσει γρήγορα. Δεν είναι βέβαια μελετημένο πως διαμορφώνεται στην πορεία και πως οι διάφορες φάσεις επιδρούν σε τυχόν αλλαγές του φόρτου. Πάντως για ποιο λόγο κάποιοι συγγενείς βρίσκουν απροσδόκητες δυνάμεις όταν έρχονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα παραμένει άγνωστο.

#### ***Δ. Οι στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο και η οικογένεια***

Ο τρόπος που η οικογένεια αντιδρά σε ένα μέλος που αναπτύσσει Σχιζοφρένεια ή γενικά ψύχωση εξαρτάται από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την ψυχική νόσο και από την τις πρακτικές επιπτώσεις πάνω στην οικογένεια.



Οι στάσεις αντανακλούν μια υποκείμενη φιλοσοφία η ένα σύστημα πεποιθήσεων που εν μέρει προέρχεται από την λαϊκή κουλτούρα και πιθανόν τροποποιείται από την εμπειρία. Οι οικογενειακές στάσεις πρέπει να αντιμετωπισθούν στο ευρύτερο πλαίσιο των κοινωνικών στάσεων.

Ατυχώς, οι περισσότερες μελέτες για τις κοινωνικές στάσεις εστιάζουν στην ψυχική νόσο μάλλον παρά σε μια συγκεκριμένη διάγνωση και δεν είναι ξεκάθαρο αν το κοινό είναι πληροφορημένο για την ψυχική νόσο. Οι αρνητικές στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο μπορεί να ορισθούν ευρύτερα ως στιγματισμός. Το αρχικό νόημα, που αφορούσε τα εξωτερικά στοιχεία διαφοροποίησης ως ένα ορατό σημείο ντροπής, αργότερα εφαρμόστηκε και για την ψυχική νόσο. Η λέξη «στίγμα» περισσότερο χρησιμοποιείται για να δείξει τον βαθμό κοινωνικής απόστασης που ωθεί τους στιγματισμένους στο κοινωνικό περιθώριο και σε μερικές περιπτώσεις τους καθιστά ανίκανους για πλήρη δικαιώματα (ως πολίτες).

Από τις δεκαετίες του 1950 έως 1970 υπήρχε μια ευρεία συμφωνία για το πώς η κοινότητα γενικά έβλεπε τους ανθρώπους με ψυχική νόσο. Τα συμπεράσματα από τις διάφορες μελέτες ήταν ότι το στίγμα υφίσταται και η επικινδυνότητα και η μη προβλεψιμότητα φαίνεται να είναι οι ακρογωνιαίι λίθοι στην διαμόρφωση αυτών των στάσεων [127].

Είναι πολύ δύσκολο να κριθεί με κάποιο βαθμό ακρίβειας εάν οι δημόσιες απόψεις έχουν αλλάξει ή όχι. Αν και η γνώση έχει βελτιωθεί, οι στάσεις και οι συναισθηματικές αντιδράσεις δεν ακολουθούν με τον ίδιο ρυθμό αυτή την βελτίωση. Οι αλλαγές των υπηρεσιών τα τελευταία χρόνια στην κατεύθυνση της κοινωνικής φροντίδας θα μπορούσε να έχει κάποια επίδραση στις δημόσιες απόψεις. Μια τέτοια μελέτη στην χώρα μας [128] δείχνει αλλαγές προς θετικότερες στάσεις, τις οποίες εξηγεί από την ύπαρξη και λειτουργία κοινοτικών δομών. Επίσης σε μια παλαιότερη έρευνα στην χώρα μας βρέθηκε



ότι οι Έλληνες της επαρχίας (μη-αστικές περιοχές) είναι πιθανότερο να δεχθούν κάποιο ψυχικά ασθενή σαν γείτονα ή σαν εργαζόμενο στην δουλειά τους [129]. Από την άλλη πλευρά, δύο μελέτες μέτρησης της κοινής γνώμης στο Ηνωμένο Βασίλειο με ταυτόσημα χαρακτηριστικά, βρίσκουν μικρές μόνον αλλαγές [130].

Θα μπορούσε να ήταν χρήσιμο να γνωρίζουμε περισσότερα για την επίδραση των αιτιολογικών απόψεων στις ευρύτερες στάσεις. Το ότι κάποιες ψυχικές ασθένειες φαίνεται να διαδράμουν σε οικογένειες, ερμηνεύεται μερικές φορές σαν μορφή οικογενειακού ηθικού ξεπεσμού. Η αρνητική συμπτωματολογία ερμηνεύεται σαν ελεγχόμενη από τους ασθενείς και έτσι αυτοί κρίνονται σαν αντικοινωνικοί κ.λ.π.

Μια άποψη θεωρεί ότι οι δημόσιες εξηγήσεις για την ψυχική νόσο έχουν μια πολιτισμική ιστορία. Με βάση τη θεωρία των πολιτισμικών κριτηρίων υποστηρίζει ότι όταν μια εξήγηση γίνει επικρατούσα σε μια κοινωνία, τείνει να επιμένει, ανεξάρτητα από τις λειτουργικές της συνέπειες [131] .

#### Οι στάσεις των συγγενών για την σοβαρή ψυχική νόσο.

Οι στάσεις των συγγενών είναι φυσικό να επηρεάζονται από και να διαμορφώνονται μέσα στο πλαίσιο των πεποιθήσεων της κοινής γνώμης. Πως όμως διαμορφώνονται αυτές οι γενικές στάσεις στο πλαίσιο της προσωπικής αντίδρασης σε ένα αγαπημένο πρόσωπο που υποφέρει από ψυχική νόσο; Συχνά οι συγγενείς απορρίπτουν τις προηγούμενες στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο ή αναπτύσσουν μια διχοτομική στάση, συνεχίζοντας να φροντίζουν τον άρρωστο συγγενή τους και αντιμετωπίζοντας εν μέρει την συμπεριφορά του, ενώ παράλληλα ενσωματώνουν τις γενικές στερεότυπες πεποιθήσεις για την ψυχική νόσο. Μπορεί ακόμη να επιχειρούν να αλλάξουν τις κοινωνικές απόψεις.



Για τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας είναι πιο εύκολο να αποδεχθούν συμπεριφορές, ως συμπτώματα μιας νόσου και λόγω της γνώσης τους και γιατί δεν γνωρίζουν -τις περισσότερες φορές -τον ασθενή πέρα από την επαγγελματική τους σχέση. Οι επαγγελματίες βλέπουν μόνο την αναπηρία, ενώ οι συγγενείς έχουν γνωρίσει τον ασθενή σε διαφορετικούς ρόλους και σε διαφορετικό πλαίσιο και έτσι εμπλέκονται συναισθηματικά.

Βεβαίως, στην πραγματικότητα δεν υπάρχει τόσο μεγάλη απόσταση ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους συγγενείς αναφορικά με τις πεποιθήσεις τους και τις συμπεριφορές τους. Οι περισσότερες πληροφορίες για τις γνώσεις των συγγενών αναφορικά με την Σχιζοφρένεια προέρχεται από έρευνα σε ομάδες υποστήριξης και εκπαίδευσης. Πάντως έχει γίνει λίγη έρευνα για να εξηγηθεί η σχέση ανάμεσα στις στάσεις των συγγενών απέναντι στην ψυχική νόσο ή πιο συγκεκριμένα στις ψυχωτικές διαταραχές και στα αποτελέσματα αυτής της στάσης στην διαδικασία της φροντίδας του ασθενή. Η σχέση ανάμεσα στην γνώση και τις στάσεις και στην επίδραση αυτών των δύο στην συμπεριφορά είναι πολύ περίπλοκη και αντιφατική. Σε μια μελέτη [132] διαπιστώθηκε, για παράδειγμα, ότι οι συγγενείς που θεωρούν την ανάρρωση (recovery) απίθανη, τείνουν να ενοχοποιούν περισσότερο το άτομο που πάσχει από Σχιζοφρένεια για την νόσο του. Αυτό πιθανόν συμπίπτει με το εύρημα ότι αυτοί που είναι πλησιέστερα στο άτομο που πάσχει είναι λιγότερο πιθανό να αναγνωρίζουν την ψυχική νόσο [133] και τείνουν να την «φυσιολογικοποιούν» (normalize).

Εισάγοντας την έννοια της διαφορετικής ανοχής στην παρέκκλιση, διαπιστώθηκε [132] ότι τα αισθήματα του στίγματος από την πλευρά των συγγενών σχετίζονται σημαντικά με τα επίπεδα της απόδοσης (εκπλήρωσης του ρόλου) περισσότερο των ασθενών που είναι άνδρες και λιγότερο για τις γυναίκες, αλλά δεν έχουν κάποια σχέση με την ικανότητα του ατόμου να



παραμένει εντός της κοινότητας. Οι απαιτήσεις για απόδοση είναι λιγότερες στην πατρική οικογένεια (παρά στη συζυγική) για αυτό και οι ασθενείς που επιστρέφουν στο Νοσοκομείο προέρχονται περισσότερο από τις συζυγικές οικογένειες [132]. Υπάρχει μια διαδεδομένη άποψη ότι η στιγματοποίηση που συνδέεται με αυξανόμενη απομόνωση και αποξένωση μπορεί να οδηγεί σε φτωχότερη πρόγνωση αναφορικά με την έκβαση.

Η έκταση στην οποία η οικογένεια αισθάνεται στιγματισμένη εξαρτάται από την ιδιαίτερη άποψη της κοινότητας (στην οποία ζει) για την ψυχική διαταραχή. Γενικά οι μη-Δυτικές οικογένειες είναι παραδοσιακά πιο ανεκτικές [134]. Αυτό από μόνο του μπορεί να δημιουργεί προβλήματα, καθώς οι κοινωνίες διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στις αρχές και την πρακτική. Οι άνθρωποι που έχουν λιγότερη ενσυναίσθηση (empathy) στην ψυχική νόσο ενδέχεται στην πράξη να μην απομονώνουν τους συγγενείς ασθενείς τους. Μια μελέτη [135] διαπίστωσε ότι οι οικογένειες μπορεί να ανέχονται δύσκολες συμπεριφορές ενώ δεν τις αποδέχονται. Από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι πολλές οικογένειες προσπαθούν να κρύψουν την νόσο από τους άλλους και με τον ίδιο τρόπο λειτουργούν και οικογένειες επαγγελματιών ψυχικής υγείας [136]. Μια αρκετά μεγάλη συζήτηση γίνεται στην βιβλιογραφία για το ποια είναι η επίδραση της οικειότητας με την ψυχική νόσο στην διαμόρφωση στάσεων. Αναφέρεται ότι το να γνωρίζεις απλώς κάποιον ψυχικά πάσχοντα δεν αλλάζει τις στάσεις [137] ενώ η οικειότητα (familiarity) με τον ψυχικά πάσχοντα βοηθάει στην μείωση της κοινωνικής απόστασης και του στίγματος [138]. Σε μια μελέτη φαίνεται ότι για τις οικογένειες που έχουν ένα μέλος τους ψυχιατρικά νοσηλευόμενο, το γεγονός αυτό δεν επιδρά στην μεταβολή των στάσεων [139], ενώ αλλού υποστηρίζεται ότι αυτό που αλλάζει τις στάσεις είναι το να έχει κανείς απ' ευθείας επαφή με κάποιον, «που είχε μια βοηθητική θεραπεία για επεισόδια ψυχικής νόσου» [130].



## Η απάντηση στη Σχιζοφρένεια

Η νόσος μπορεί να αλλάξει τις στάσεις των ασθενών και των συγγενών τους και για τους ίδιους και για τους άλλους και να θέσει σε αμφισβήτηση προηγούμενες αξίες. Η απάντηση της οικογένειας πρέπει να θεωρείται και ως απάντηση στη νόσο αυτή καθ' αυτή και ως απάντηση στην διαδικασία της φροντίδας. Αυτές οι απαντήσεις συχνά αλληλεπικαλύπτονται, αλλά είναι σημαντικό να τις διαχωρίζουμε, καθώς προκαλούν διαφορετικά προβλήματα και ακόμη και τα μέλη της οικογένειας που δεν αναλαμβάνουν ρόλους στην φροντίδα των ασθενών μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα [140]. Δίχως την εμπλοκή της οικογένειας, οι κοινοτικές υπηρεσίες σύντομα παραφορτώνονται και δεν μπορούν να ανταποκριθούν. Δεν πρέπει πάντως να θεωρηθεί ότι επειδή οι περισσότεροι ασθενείς ζουν στην κοινότητα αυτό είναι μια ένδειξη ότι οι συγγενείς τους έχουν πιο θετικές στάσεις και καλύτερη προσαρμογή στην ψυχική νόσο. Μπορεί απλώς να έχουν αναπτύξει μια μεγαλύτερη ουδό ανοχής στα συμπτώματα. Αυτό με την σειρά του μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα σοβαρές συναισθηματικές δυσκολίες εντός της οικογένειας (π.χ. υψηλά ΕΕ).

Αυτό θέτει διάφορα ερωτήματα:

- Θέλουν οι οικογένειας να θεωρούνται ως αυτοί που φροντίζουν;
- Μήπως η έρευνα για την απάντηση της οικογένειας στην Σχιζοφρένεια παραβιάζει την ιδιωτικότητα;

Πάντως, είναι σημαντικό να εστιάσουμε στην απάντηση όλων των μελών της οικογένειας και όχι μόνο σε αυτόν που πρωταρχικά φροντίζει, όπως και να δούμε το αποτέλεσμα σε πιο «περιφερειακούς» συγγενείς.



## Η προσαρμογή των οικογενειών στην νόσο

Για το σύνολο των οικογενειών η επίπτωση θα είναι διαφορετική, υπάρχουν όμως κάποιοι κοινοί δρόμοι. Ο τρόπος που αντιδρούν στην ασθένεια διαφέρει στον χρόνο αλλά υπάρχει λίγη εμπειρική έρευνα από αυτή την μακρόχρονη προσαρμοστική διαδικασία [36].

Συνήθως ξεκινούν με αδιαφορία για την νόσο - και η παράξενη συμπεριφορά δεν αναγνωρίζεται ως νόσος αλλά ως μια ακραία εκδήλωση χαρακτηριστικών της προσωπικότητας - ή αρνούνται ότι υπάρχει πρόβλημα [141].

Κάποιοι συγγενείς ζητούν από τον ασθενή να ελέγξει την συμπεριφορά του βλέποντάς τον σαν «δύσκολο» ή «τεμπέλη». Αυτοί οι συγγενείς συχνά παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ΕΕ [38]. Τελικά, η συμπεριφορά φτάνει σε μια ουδό που ξεπερνάει την δυνατότητά της οικογένειας να την αντιμετωπίσει. Το άγχος και ο φόβος αυξάνουν και η οικογένεια ζητάει βοήθεια. Η δύσκολη φάση της πρώτης επαφής με τον ειδικό αρχίζει. Αυτή η επαφή θα μπορούσε να αρχίσει με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής σχέσης με τον ειδικό, όμως συχνά αυτό δεν πραγματοποιείται. Το άτομο που θεωρείται ότι έχει το πρόβλημα μπορεί να αρνείται την βοήθεια μην πιστεύοντας ότι ασθενεί και, εάν η πορεία της ασθένειας παρουσιάζει διακυμάνσεις, στους συγγενείς δημιουργείται σύγχυση και άγχος. Συνήθως υπάρχει τότε ένα συμβάν που μεταβάλλει τον ασθενή σε «επίσημο ασθενή» (official patient) με όλες τις επιπτώσεις, όπως η διαγνωστική και κοινωνική ετικετοποίηση κ.λ.π. Η οικογένεια αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει κάποια διαταραχή και αρχίζει να αναζητά αιτίες είτε εξωτερικές (π.χ. βιολογικές) είτε εσωτερικές π.χ. στις σχέσεις και την διαντίδραση της οικογένειας, οπότε ενοχοποιούνται μέλη της οικογένειας κ.λ.π. Όταν υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις από τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν οι συγκρούσεις.



Υπάρχουν βεβαίως διαφορετικές εκβάσεις στην αναζήτηση των αιτιών. Αυτοί που ευνοούν τις βιολογικές προσεγγίσεις (εξαιρουμένης της κάκωσης στον τοκετό-birth injury) τείνουν να αισθάνονται λιγότερο ένοχοι ή κατηγορούν λιγότερο τον ασθενή. Όσοι ευνοούν μια πιο εσωτερική προσέγγιση μέσω των σχέσεων και των δυναμικών της οικογένειας, γίνονται πιο καταστροφικοί ο ένας για τον άλλον, στην προσπάθειά τους να αλλάξουν συμπεριφορές που αντιλαμβάνονται ως βλαπτικές, αλλά αισθάνονται λιγότερη απογοήτευση και παραίτηση. Σε μια επόμενη φάση, ζώντας με την εγκατεστημένη πια νόσο, οι οικογένειες αναγνωρίζουν ότι τίποτε δεν θα είναι πια όπως πριν.

Αισθάνονται λύπη και πένθος για την απώλεια ενός μέλους της οικογένειας που γνώριζαν πριν την νόσο [113], θυμώνουν και τους κακοφαιίνεται που αλλάζει η ζωή τους. Αισθάνονται την ντροπή και το στίγμα που τους οδηγεί σε περιορισμό των κοινωνικών επαφών και την πτωχή κατανόηση εκείνων που είναι έξω από τον άμεσο κύκλο. Η υπερπροστασία αλλά και η παραίτηση μπορεί να οδηγήσουν σε συνεχή μείωση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ασθενούς και να αυξήσουν την καθοδική πορεία.

Οι απαντήσεις μπορεί να διαφέρουν στις διαφορετικές φάσεις της νόσου. Στην οξεία φάση οι συγγενείς τείνουν να είναι ενσυναισθητικοί, υποστηρικτικοί και κάνουν προσπάθεια να κρατήσουν μια ενότητα (να μην διαλυθεί το ευρύτερο οικογενειακό σύστημα), αλλά στην χρόνια φάση εμφανίζονται πιο δύσκολα προβλήματα. Ο ασθενής που αποσύρεται μπορεί να κάνει τους συγγενείς να αισθάνονται απαξιωμένοι και ότι είναι σε μικρότερη εκτίμηση, ιδιαίτερα όταν οι γνώμες τους για την θεραπεία δεν εισακούονται. Ευτυχώς, ωστόσο, οι συγγενείς συχνά γίνονται πιο ανθεκτικοί στα επεισόδια της απόρριψης της θεραπείας. Η επεισοδιακή εμφάνιση (της νόσου) καθιστά δύσκολο να καλλιεργηθούν σταθεροί μηχανισμοί αντιμετώπισης και αυτό είναι πολύ πιεστικό για τους συγγενείς [142]. Τελικά, γίνεται μια προσπάθεια να



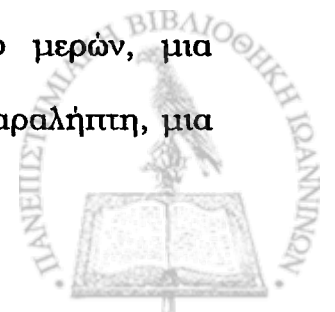


«μαζευτούν τα κομμάτια». Η συνεχής φροντίδα στο σπίτι δυσκολεύει αυτή τη προσπάθεια, ενώ η κατά καιρούς απουσία του ασθενούς μπορεί να διευκολύνει στον περιορισμό των συνεπειών του άρρωστου μέλους στην οικογενειακή ζωή. Τέτοια ανάπτυξη υπηρεσιών με φροντίδα ανάπαυλας (respite care) φαίνεται να είναι σημαντική [143].

## **Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ**

Στα τέλη της δεκαετίας του '80 έγινε κοινός τόπος να ακούγεται τους συγγενείς να αναφέρονται ως οι ανεπίσημοι φροντιστές (informal carers), ωστόσο ο όρος αυτός δεν έγινε αποδεκτός. Ο sir Roy Griffiths (1988) τους «νομιμοποίησε» στο ρόλο τους στην αναφορά του "Community care : Agenda for Action" [144] στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Εάν οι συγγενείς θεωρούνται ως μια νομιμοποιημένη πηγή φροντίδας, τι ρόλο παίρνουν στην φροντίδα; Τα περισσότερα στοιχεία αναφέρονται στους φροντιστές των ηλικιωμένων. Οι φροντιστές των σωματικά ή ψυχικά διαταραγμένων παιδιών εξαιρούνται, διότι η υπευθυνότητά τους για το παιδί είναι πολύ διαφορετική από την ευθύνη του ενήλικα. Οι φροντιστές των ψυχικά πασχόντων επίσης εξαιρούνται, λόγω του ότι ο τύπος της φροντίδας είναι διαφορετικός, εστιασμένος γύρω από την ευθύνη για το άτομο παρά σε καθαρά καθήκοντα φροντίδας. Δεν υπάρχει ένας αποδεκτός ορισμός, κάτι που ίσως αντανάκλα όχι μόνο την αμφιθυμία της δημόσιας πολιτικής απέναντι τους συγγενείς ως φροντιστές, αλλά και των ίδιων των φροντιστών, καθώς περιγράφεται από δηλώσεις του τύπου «είμαι η γυναίκα του, όχι ο φροντιστής του». «Η φροντίδα μπορεί να ειπωθεί σαν μια έκφραση ενδιαφέροντος, ένα εγχείρημα διαχείρισης, μια ένδειξη φιλίας μεταξύ των δύο μερών, μια επαινετική θυσία εκ μέρους αυτού που δίδει, το ανήκον στον παραλήπτη, μια



αντανάκλαση της εξάρτησης και της αδυναμίας αυτού που λαμβάνει». Η κοινοτική φροντίδα (community care) είναι στη πραγματικότητα φροντίδα από την οικογένεια, συνήθως τη γυναίκα [145, 146].

### Μοντέλα φροντίδας

Έχουν προταθεί τέσσερα διαφορετικά μοντέλα φροντιστών [147]:

1. ως πηγές φροντίδας
2. ως συνεργάτες
3. ως συν-πελάτες και
4. ως αντικαταστάτες των φροντιστών.

Το πρώτο μοντέλο αναφέρεται στην φροντίδα ως την φυσική τάξη των πραγμάτων. Οι συγγενείς «εκ φυσικής τάξεως» φροντίζουν και βεβαίως οι υπηρεσίες δεν τους φροντίζουν. Το δεύτερο μοντέλο υποστηρίζει ότι οι υπηρεσίες έχουν σαν σκοπό την διατήρηση και τη βελτίωση των «άτυπων φροντιστών» μέσω της αναγνώρισης των αναγκών τους και επιβραβεύοντας τους κυρίως ηθικά, διότι το καλό ηθικό αυξάνει βεβαίως την πιθανότητα να συνεχισθεί η φροντίδα. Η ψυχοεκπαίδευση ή η χρησιμοποίηση των συγγενών ως ελεγκτών για την πρόβλεψη της υποτροπής είναι σε αυτή την κατεύθυνση. Βεβαίως τίθεται το ερώτημα κατά πόσο οι συγγενείς έχουν την επιλογή της αποδοχής αυτού του μακροχρόνιου ρόλου. Η δουλειά με την οικογένεια πρέπει να επικεντρώνεται στις ανεξάρτητες ανάγκες των συγγενών καθώς και στους παράγοντες που διευκολύνουν την προσαρμογή του ασθενούς, εάν δεν πρόκειται να γίνει μια πηγή εκμετάλλευσης στην κοινοτική φροντίδα. Στο τρίτο μοντέλο οι συγγενείς «νομιμοποιούνται» για παροχή υποστήριξης και υπηρεσιών και αυτό δημιουργεί σύγχυση στις άλλες υπηρεσίες. Στο τελευταίο μοντέλο οι υπηρεσίες παρέχονται στο εξαρτημένο άτομο (τον ασθενή) με σκοπό να τον κάνουν ανεξάρτητο. Αυτό εφαρμόζεται όταν οι ασθενείς είναι γονείς και έχουν καθήκοντα και ευθύνες.

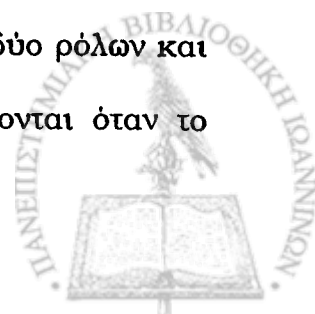


### Εξασφαλίζοντας υπηρεσίες για τους φροντιστές

Έχει προταθεί [148] ότι οι ανάγκες των φροντιστών δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται μόνο ως υποκειμενικός και αντικειμενικός φόρτος, αλλά σαν προβλήματα που επηρεάζουν κάθε μέλος της οικογένειας που ζει με κάποιον που πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο και των προβλημάτων εκείνων που είναι ειδικοί στον ρόλο της φροντίδας. Η οικογένειες είναι αντιμετώπιες με διάφορα προβλήματα στην καθημερινότητά τους. Χρειάζεται να αντιμετωπίζουν δύσκολες συμπεριφορές στο σπίτι, ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να πετύχουν μεγαλύτερη κοινωνική αποδοχή και να μειώσουν το στίγμα έξω από το σπίτι. Επίσης αντιμετωπίζουν την βία ενός μικρού τμήματος των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να πείσουν την ευρύτερη κοινωνία ότι δεν είναι πιο βίαιοι από τους άλλους. Ακόμη, προσπαθούν να πετύχουν μια ισορροπία της ανάγκης να ζήσουν την δικιά τους ζωή και της ανάγκης να κάνουν ό,τι είναι δυνατόν για να βοηθήσουν το μέλος της οικογένειάς τους, που ασθενεί.

Οι επίσημες υπηρεσίες είναι αντικειμενικές και συναισθηματικά ουδέτερες, κυβερνώνται από κανόνες και εκτιμήσεις των καταστάσεων παρά από προσωπικά χαρακτηριστικά και καθοδηγούνται από επίσημη γνώση και δεξιότητες που βασίζονται στην εκπαίδευση, σε αντίθεση με τις ανεπίσημες υπηρεσίες που είναι ατομικές, υποκειμενικές, συναισθηματικά ευαίσθητες, που συχνά χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα και που οδηγούνται από γνώση που βασίζεται στην καθημερινή εμπειρία.

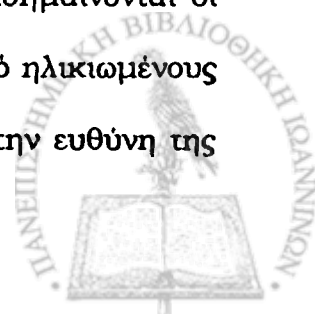
Για μια πραγματική σχέση συνεργασίας που πρέπει να αναπτυχθεί μεταξύ επαγγελματιών και οικογένειας και οι δύο πλευρές πρέπει να αναγνωρίζουν και να αποδέχονται την « ειδικότητα » ο ένας του άλλου -π.χ. υπάρχουν απόψεις ότι οι οικογένειες είναι οι πραγματικοί ειδικοί (real experts)- και τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς και των δύο ρόλων και των τυπικών και των άτυπων. Ηθικά προβλήματα αναδεικνύονται όταν το



άτομο που φροντίζεται είναι ενήλικας. Οι συγγενείς θέλουν ή και απαιτούν πληροφορίες για το άτομο που φροντίζουν .Σε αυτό μπορεί να αντιτίθεται ο ασθενής πελάτης ή ο επαγγελματίας, και οι δύο στη βάση της εχεμύθειας (confidentially). Η ανάγκη διατήρησης ή και ανάπτυξης της αυτονομίας ενός ατόμου που πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο, πρέπει να είναι κεντρική στα θεραπευτικά προγράμματα. Προβλήματα επίσης αναδεικνύονται όταν οι φροντιστές αντιμετωπίζονται σαν συν-πελάτες (co-client). Το να εξασφαλίζονται υπηρεσίες για την οικογένεια είναι πιο κατάλληλο όταν ο ασθενής είναι ανήλικος. Όταν και ο ασθενής και ο φροντιστής αντιμετωπίζονται ως πελάτες, διάφορα προβλήματα εμφανίζονται, όπως π.χ. η διάσταση του ποιος είναι ο στόχος, η διάσταση μεταξύ της υποστήριξης των φροντιστών και του καθήκοντος της συνεχιζόμενης ικανότητας να φροντίζουν, η διάσταση της διαφορετικής χρήσης των υπηρεσιών από τις διάφορες ομάδες, με την έννοια του ποια ομάδα λειτουργεί καλύτερα στο «σύστημα» κ.λ.π.

#### Η άποψη των φροντιστών για τις υπηρεσίες

Οι οικογένειες πολλές φορές συναντούν υπηρεσίες αμφιθυμικές απέναντί τους και έτσι μπορεί να αισθανθούν περιθωριοποιημένοι ή κατηγορούμενοι. Υπάρχει συχνά μια διάσταση ανάμεσα στο τι οι οικογένειες θέλουν ως αποτέλεσμα της επαφής τους με τους επαγγελματίες και στο τι είναι αυτοί προετοιμασμένοι να προσφέρουν ως θεραπεία [149,150]. Οι επαγγελματίες τείνουν να επικεντρώνονται σε θέματα όπως τα οικογενειακά δυναμικά και τα ΕΕ ενώ αντίθετα οι οικογένειες θέλουν πληροφόρηση και πρακτικές συμβουλές. Μια μελέτη που συμπεριλάμβανε μέλη της National Alliance for Mentally Ill [149] βρήκε ότι το 85% των φροντιστών ήταν γονείς και αυτοί ήταν μεταξύ 50 και 60 ετών. Σε ένα άρθρο ανασκόπησης [151] επισημαίνονται οι κίνδυνοι από την φροντίδα των ενηλίκων ψυχικά πασχόντων από ηλικιωμένους γονείς «ο κίνδυνος ότι οι κυβερνήσεις θα ανακουφισθούν από την ευθύνη της



φροντίδας των ψυχικά ασθενών, η δημιουργία ενός εν δυνάμει σε κίνδυνο πληθυσμού ηλικιωμένων γονιών και άλλων μελών της οικογένειας λόγω της πίεσης της φροντίδας και η μείωση της δυνατότητας των ασθενών για προσαρμογή στη κοινότητα». Πάντως, οι έρευνες δείχνουν ότι η μεγαλύτερη ανησυχία των ηλικιωμένων γονιών είναι τι θα γίνει ο ασθενής στο μέλλον «όταν αυτοί θα φύγουν» σε θέματα όπως η στέγαση, η εποπτεία της φαρμακευτικής αγωγής, η διαχείριση των χρημάτων, η ποιότητα ζωής κ.λ.π. [152].

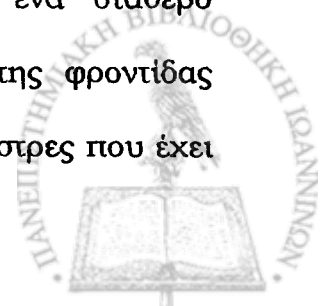
Η κλινική πρακτική βρίσκεται μακριά ακόμη από τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών για παρεμβάσεις στην οικογένεια. Προτείνονται [150] μια σειρά τρόποι ώστε οι επαγγελματίες να έχουν κοινή δράση με τις οικογένειες, όπως να εργάζονται ως ομάδα, σημειώνοντας τις δυνάμεις της οικογένειας, ενθαρρύνοντας την οικογενειακή εμπλοκή, διδάσκοντας τα μέλη της οικογένειας για την ψυχική νόσο και την ΦΑ, γνωρίζοντας ποιος προσφέρει τοπικά υπηρεσίες κ.λ.π.

#### Φροντίζοντας και αντιμετωπίζοντας (caring & coping)

Ενδιαφέρον στην διαδικασία της φροντίδας αναπόφευκτα σημαίνει ενδιαφέρον για την διαδικασία αντιμετώπισης και ένα πλαίσιο να κατανοηθεί αυτό για τους συγγενείς των ανθρώπων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική νόσο. Σε αυτή την διαδικασία περιλαμβάνονται οι ικανότητες αντιμετώπισης των ασθενών, τα ΕΕ και ο φόρτος –θέματα στα οποία ήδη αναφερθήκαμε- τα θέματα της υποτροπής και ακόμη η απόφαση για εγκατάλειψη της φροντίδας.

Ως αντιμετώπιση περιγράφονται «οι γνωσιακές και συμπεριφορικές προσπάθειες για να διευθετηθούν, να μειωθούν ή και να γίνουν ανεκτές εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις και οι συγκρούσεις μεταξύ τους» [153].

Η αντιμετώπιση δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό (trait) αλλά εξαρτάται π.χ. στην περίπτωση της φροντίδας κάποιου που πάσχει από Σχιζοφρένεια, από τις διάφορες πηγές στρες που έχει



να αντιμετωπίσει ο συγγενής, από την χρήση διαφορετικών μηχανισμών αντιμετώπισης σε διαφορετικές χρονικές στιγμές κ.λ.π. Έτσι, η αντιμετώπιση χρειάζεται να γίνει αντιληπτή ως μια δυναμική κατάσταση.

Ο τρόπος αντιμετώπισης (coping style) αναφέρεται στις διαφορετικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται, ανάλογα με τις διαφορετικές απαιτήσεις της κάθε κατάστασης. Ένα από τα μοντέλα που προτείνονται [153] περιγράφει δύο μορφές αντιμετώπισης:

- Η εστιασμένη στα προβλήματα (problem-focused) αντιμετώπιση, που στοχεύει στο να επηρεάσει κατευθείαν την εξωτερική κατάσταση και να μειώσει την πηγή του στρες και
- Η εστιασμένη στα συναισθήματα (emotion focused) που στοχεύει στο να ρυθμίσει τα εσωτερικά ψυχοπνευματικά συναισθήματα και να διατηρήσει μια αίσθηση ελπίδας και αυτοεκτίμησης.

Και οι δύο στρατηγικές δουλεύουν καλά όταν χρησιμοποιούνται μαζί. Σε μια μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης σε ένα δείγμα ανθρώπων από την κοινότητα που βίωσε ψυχοπνευματικά γεγονότα στην καθημερινή ζωή για πάνω από ένα χρόνο, διαπιστώθηκαν τρεις κύριοι τύποι εκτίμησης: α. ζημιά ή απώλεια (η καταστροφή έχει ήδη συμβεί), β. απειλή (προβλεπόμενη ζημιά ή απώλεια) και γ. πρόκληση (προβλεπόμενη ευκαιρία για κυριαρχία ή κέρδος).

Η αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης που είναι εστιασμένη στα προβλήματα, εξαρτάται από την ικανότητα των ατόμων να εφαρμόζουν την εστιασμένη στα συναισθήματα αντιμετώπιση με επιτυχία. Εάν δεν τα καταφέρνουν, η «διαταραχή» των συναισθημάτων (π.χ. η κατάθλιψη) περιορίζει την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων [154]. Διάφορες τυποποιήσεις στις στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν καταγραφεί στις διάφορες μελέτες όπως και διαφορετικά ρεπερτόρια. Επίσης έχουν καταγραφεί διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης σε σχέση με το φύλο. Γενικά, δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές



αντιμετώπισης χρησιμοποιούν περισσότερο οι γυναίκες -ιδιαίτερα τεχνικές αποφυγής- οι οποίες τείνουν να βιώνουν περισσότερο συναισθηματική πίεση στις καταστάσεις στρες και να εμπλέκονται περισσότερο συναισθηματικά [155].

Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τους συγγενείς ενός πάσχοντα από σοβαρή ψυχική νόσο στο να κάνουν καλύτερη εκτίμηση της κατάστασης, να μειώσει τις συναισθηματικές εντάσεις και να κάνει πιο αποτελεσματική την αντιμετώπιση σε εστιασμένα προβλήματα.

Σε μια μελέτη των φροντιστών ασθενών με σχιζοφρένεια [156] επιχειρήθηκε να προσδιορισθεί το ρεπερτόριο των συμπεριφορών αντιμετώπισης ή των στρατηγικών που υιοθετούνται από τους συγγενείς και να συνδεθεί με ιδιαίτερες συμπεριφορές των ασθενών. Οι συμπεριφορικές διαταραχές που οδηγούν στην αρχική οικογενειακή επιβάρυνση, έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης που είτε τροποποιούν είτε επιδεινώνουν την διαταραγμένη συμπεριφορά και την κοινωνική βλάβη.

Γενικά, φαίνεται ότι οι διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης υιοθετούνται ως απάντηση σε ιδιαίτερες συμπεριφορές, παρά ως μια διαντίδραση προσωπικοτήτων μεταξύ των συγγενών και των ατόμων με Σχιζοφρένεια. Ο έλεγχος και η λιγότερη επιβάρυνση σχετίζονταν με τρόπους αντιμετώπισης όπως αδιαφορία-αποδοχή ή δημιουργία δομής, ενώ λιγότερος έλεγχος και περισσότερο στρες σχετίζονταν με αποφυγή και αποδιοργανωμένους τρόπους συμπεριφοράς. Ωστόσο, δεν πρέπει να οδηγηθούμε σε απλουστευτικά συμπεράσματα με βάση τα παραπάνω, γνωρίζοντας ότι πρόκειται για πολύπλοκη διαντίδραση, στην οποία όπως δείχνει η σύγχρονη βιβλιογραφία (αναφερθήκαμε στα κεφάλαια των ΕΕ και της επιβάρυνσης) βασικό ρόλο παίζει η εκτίμηση (appraisal) παρά τα πραγματικά προβλήματα που δημιουργεί η ψυχική νόσος στον συγκεκριμένο ασθενή. Μια άλλη, τέλος ενδιαφέρουσα



πλευρά είναι το τι εκλαμβάνεται ως βοηθητικός τρόπος αντιμετώπισης από τους ασθενείς [157], που όμως ξεφεύγει των σκοπών της παρούσας μελέτης.

### Βοηθώντας τους φροντιστές

Η βοήθεια για τους φροντιστές προέρχεται από κλινικές και μη παρεμβάσεις και από τα θεραπευτικά και πρακτικά αποτελέσματα της αυτοβοήθειας και οργανισμών υποστήριξης.

Το ερώτημα είναι αν οι βοηθητικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να εκτιμηθούν με όρους ποιότητας ζωής των φροντιστών και των ασθενών. Μέχρι τα πρόσφατα χρόνια, λίγη προσοχή είχε δοθεί στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής της οικογένειας και αυτό μόνο σε σχέση με τον βοηθητικό ρόλο στην φροντίδα του ασθενούς.

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι αυτές που έχουν εκτιμηθεί σε μεγαλύτερη έκταση, ιδιαίτερα σε σχέση με την υποτροπή και την επανεισαγωγή [158]. Σε αντίθεση με άλλα παλιότερα οικογενειακά θεραπευτικά μοντέλα, βασίζεται στην εκπαίδευση της οικογένειας με βάση το βιολογικό μοντέλο της ευαλωτότητας στο στρες, ώστε να εξασφαλίζεται ένα περιβάλλον λιγότερο σύνθετο και με λιγότερα ερεθίσματα και να βελτιώνονται οι λειτουργικές δεξιότητες. Με αυτές τις παρεμβάσεις παρέχονται στην οικογένεια πληροφόρηση, κατανόηση και υποστήριξη, τεχνικές επικοινωνίας και διαχείρισης συμπεριφορών καθώς και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.

Παρ' όλο που αυτές οι παρεμβάσεις είναι τεκμηριωμένες [159] πολύ λίγες υπηρεσίες προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες. Όπως σημειώνεται σε μια μεγάλη ανασκόπηση στις ΗΠΑ [160] υπάρχει ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ της καλύτερης πρακτικής και της σταθερά προσφερόμενης παρέμβασης. Πολλά μοντέλα οικογενειακής ψυχοεκπαίδευσης έχουν αναπτυχθεί, από την ατομική

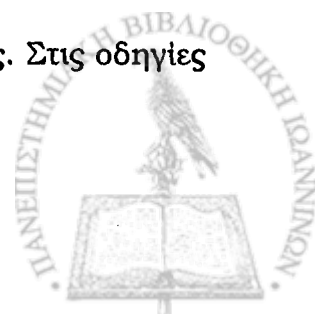




συμπεριφορική οικογενειακή [161] μέχρι τις ομάδες οικογενειών, που φαίνεται να υπερέχει με όρους μακροχρόνιας έκβασης [162].

Άλλες παρεμβάσεις αναπτύχθηκαν ως βασικά εκπαιδευτικές, δίνοντας έμφαση περισσότερο στις ανάγκες των οικογενειών παρά στην έκβαση των ασθενών [163]. Παρά τα σαφώς θετικά αποτελέσματα αυτών των παρεμβάσεων, στην έκβαση δεν υπάρχουν σαφή αποτελέσματα για το πόσο ανακουφίζουν τους συγγενείς από την ανησυχία και τον φόρτο, και πολλές φορές αυτά τα αποτελέσματα δεν είναι πάντα σημαντικά ή σε συνάφεια με την θετική έκβαση του ασθενούς [163]. Για παράδειγμα, σε μια ανασκόπηση παρεμβάσεων που δεν συμπεριλάμβαναν τον ψυχικά ασθενή και ήταν εστιασμένες στον φόρτο της οικογένειας, οι μισές είχαν θετικά αποτελέσματα και στις υπόλοιπες τα αποτελέσματα δεν ήταν σημαντικά [164]. Επίσης, μια παρέμβαση έξι εβδομάδων στο σπίτι με απόντα τον ασθενή, δεν έδωσε σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με τον φόρτο της φροντίδας. Σύμφωνα με τους συγγραφείς «είναι ευκολότερο να επηρεάσεις την κατανόηση ή και τις στάσεις απέναντι στον ασθενή, παρά την ανησυχία από την φροντίδα και την αντιμετώπιση» [165].

Ένα ακόμη ερώτημα που προέκυψε ήταν εάν τα σύντομα εκπαιδευτικά προγράμματα αυξάνουν την γνώση ή την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες. Σε μια μελέτη [166] βρέθηκε ότι με μια παρέμβαση οκτώ συνεδριών, πράγματι αυξάνονται και η γνώση και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, αλλά ωστόσο σημειώνεται ότι δεν επηρεάστηκαν σημαντικά παράγοντες όπως η υποτροπή, η συμμόρφωση στην θεραπεία κ.λ.π. Σε μια μεταανάλυση [167] διαπιστώθηκε ότι σημαντική, μακροχρόνια επίδραση στον φόρτο των συγγενών δεν επιτυγχάνεται με λιγότερο από 10 συνεδρίες, αν και το σημαντικό στοιχείο δεν είναι ο αριθμός των συνεδριών αλλά ο συνολικός χρόνος της παρέμβασης. Στις οδηγίες



που αναπτύχθηκαν από την PORT (Patients Outcome research Team) [154]

σημειώνονται τα εξής:

α. Στις οικογένειες που έχουν συνεχή επαφή με τους ασθενείς, πρέπει να προσφέρεται οικογενειακή ψυχοκοινωνική παρέμβαση τουλάχιστον 9 μηνών, που να εξασφαλίζει έναν συνδυασμό εκπαίδευσης για την νόσο, οικογενειακής στήριξης, παρέμβασης στην κρίση και εκπαίδευσης για την επίλυση προβλημάτων. Τέτοιες υπηρεσίες πρέπει να προσφέρονται και στους φροντιστές που δεν είναι μέλη οικογένειας.

β. Οι οικογενειακές παρεμβάσεις δεν πρέπει να περιορίζονται σε αυτές τις οικογένειες που ταυτοποιούνται σαν οικογένειες με υψηλά ΕΕ.

γ. Οικογενειακές θεραπείες που βασίζονται στην υπόθεση ότι η δυσλειτουργία της οικογένειας είναι η αιτία για την νόσο του ασθενούς, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται.

Στο ερώτημα αν υπάρχει ιδανική ή η καλύτερη οικογενειακή παρέμβαση, η απάντηση είναι δύσκολη. Ακόμη και ο χρόνος παρέμβασης εξαρτάται από τους στόχους. Ακόμη και μικρότερες χρονικά παρεμβάσεις από το προτεινόμενο διάστημα των 9 μηνών φαίνεται να βελτιώνουν την γνώση, τις στάσεις και τις σχέσεις. Επίσης, σημαντικό στοιχείο είναι η κατάσταση με την οποία συγκρίνεται (δηλαδή ποιες είναι οι προσφερόμενες υπηρεσίες και τι περιλαμβάνουν) η οικογενειακή παρέμβαση, ώστε να έχουμε σαφή εικόνα.

Σε σχέση με τις ενδονοσοκομειακές παρεμβάσεις ή αυτές που είχαν ενδονοσοκομειακό στοιχείο παρέμβασης [169,170,171] τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο σαφή για τα στοιχεία της έκβασης, αν και σε σχέση με την βελτίωση των στάσεων ή και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας της οικογένειας τα αποτελέσματα είναι θετικά. Δεν είναι δυνατόν βεβαίως ένα οικογενειακό πρόγραμμα να ικανοποιεί όλες τις ανάγκες. Χρειάζεται να συνυπολογίζονται ανάμεσα σε άλλα η φάση της νόσου, τα στάδια του κύκλου ζωής της



οικογένειας και του ασθενούς, το πολιτισμικό υπόβαθρο κ.λ.π. Παραδείγματος χάριν, προγράμματα οικογενειακής παρέμβασης σε πρώιμη φάση της σχιζοφρένειας δεν δείχνουν σαφή θετικά αποτελέσματα και επισημαίνεται η πιθανή ανάγκη προσαρμογής [169]. Πάντως, μελέτες που ήταν πολύ κοντά στην καθημερινή κλινική πράξη, βρήκαν θετικά αποτελέσματα (μελέτες στην Κίνα, στις Κάτω Χώρες κ.λ.π.).

Γενικά, οι οικογενειακές «υπηρεσίες» δεν είναι ο κανόνας. Ακόμη και στην μελέτη PORT, μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 31% από αυτά τα άτομα που είχαν οικογενειακή επαφή ανέφεραν ότι η οικογένειά τους πληροφορήθηκε για τη νόσο [168]. Η επαφή μεταξύ κλινικών γιατρών και των οικογενειών των ασθενών φαίνεται γενικά να είναι άτυπη, παρά μέρος του θεραπευτικού προγράμματος.

Τα εμπόδια στην εφαρμογή οικογενειακού προγράμματος προσδιορίζονται ως εξής ( World Schizophrenia Fellowship 1997) : το στίγμα της ψυχικής νόσου, η ψυχοεκπαίδευση δεν θεωρείται σημαντική, σχέσεις σύγκρουσης μεταξύ χρηστών και φροντιστών, διαφορετικά μοντέλα οικογενειακής παρέμβασης, ανεπαρκής εκπαίδευση επαγγελματιών, κόστος και δομικά προβλήματα σε πολλά συστήματα ψυχικής υγείας.

Πάντως, από πολλούς υποστηρίζεται ότι αυτό που μπορεί να κλείσει το χάσμα ανάμεσα στις ενδείξεις για οικογενειακή παρέμβαση και στην πραγματικότητα (καθώς δεν είναι μέρος της συνήθους κλινικής πρακτικής) είναι η εκπαίδευση των οικογενειών από άλλες οικογένειες ψυχικά ασθενών [172].



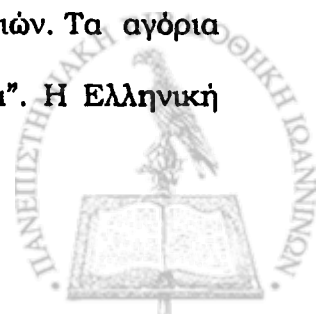
## Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Προκειμένου να προσδιορίσουμε αυτή την σχέση με βάση τις μέχρι σήμερα έρευνες, χρειάζεται προηγουμένως να εκθέσουμε τα δεδομένα για την σύγχρονη πραγματικότητα της Ελληνικής οικογένειας. Η Ελληνική οικογένεια σύμφωνα, με όλους τους μελετητές, βρίσκεται σε μια μεταβατική φάση [173,174]. Αυτή καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις γενικότερες παγκόσμιες εξελίξεις και τάσεις (π.χ. η αλλαγή του ρόλου της γυναίκας στην οικογένεια, η δυνατότητα οικογενειακού προγραμματισμού, η ανάληψη ρόλων που προηγουμένως ανήκαν στην οικογένεια από άλλα ευρύτερα συστήματα, οι αλλαγές στην δομή της οικογένειας κ.λ.π.) αλλά και από τις αλλαγές - κοινωνικοοικονομικές, πολιτισμικές, πολιτικές κ.λ.π. - που προσδιορίζουν την σημερινή Ελληνική πραγματικότητα.

Πολλοί συμφωνούν ότι συνυπάρχουν δυο ή τρεις τύποι οικογένειας στην σύγχρονη Ελληνική κοινωνία, με την παραδοσιακή εκτεταμένη οικογένεια (που συμπεριλάμβανε τρεις γενιές) να περιορίζεται, υπέρ της σύγχρονης πυρηνικής οικογένειας [173].

Στην **παραδοσιακή οικογένεια**, ως μεγαλύτερη αξία θεωρείται το φιλότιμο, η τιμή και η ηθική των μελών της οικογένειας [175,176,177]. Διάφοροι θεσμοί και κώδικες συμπεριφοράς εξυπηρετούν τις παραπάνω αξίες, όπως η παρθενία της συζύγου πριν το γάμο, ο θεσμός της προίκας, ο γάμος με προξενιό κ.λπ. Ο γάμος με προξενιό έχει θεωρηθεί ως πηγή ψυχοπαθολογίας [178].

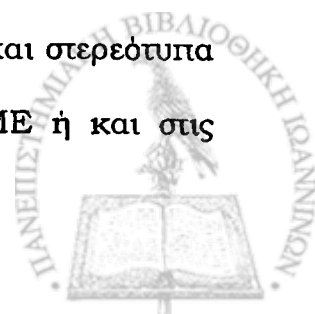
Στην παραδοσιακή οικογένεια, ο ρόλος του πατέρα είναι του αφέντη-αρχηγού, του κουβαλητή, του προστάτη της τιμής της οικογένειας. Ο κύριος ρόλος της μητέρας είναι η τεκνογονία και το μεγάλωμα των παιδιών. Τα αγόρια έχουν προβάδισμα από τα κορίτσια και αποκαλούνται "παιδιά". Η Ελληνική



οικογένεια [176] έχει ένα οργανικό σύστημα εκλειπτυσμένων και ισορροπημένων ρόλων και σχέσεων. Στην παραδοσιακή οικογένεια η σχέση πατέρα-παιδιού είναι μια σχέση εξουσίας, ενώ η σχέση μητέρας-παιδιού έχει συναισθηματική επένδυση. Οι δεσμοί με την μητέρα παραμένουν ισχυροί για όλη την ζωή, ενώ η ελληνίδα μητέρα έχει περιγραφεί ως υπερπροστατευτική-ακραίο παράδειγμα η συμβιωτική σχέση μάνας-κόρης “σύνδρομο Περσεφόνης” [179]. Πάντως, στην παραδοσιακή οικογένεια, η σχέση γονιών-παιδιών είναι κεντρική ενώ η συζυγική σχέση έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

Στην **σύγχρονη οικογένεια** δεν έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα οι αξίες. Φαίνεται όμως να έχει αισθητά μειωθεί η σημασία του φιλότιμου [180], όπως έχουν μειωθεί και παραδοσιακοί κώδικες και θεσμοί (προγαμιαίες σχέσεις, προξενιό, προίκα κ.λ.π.). Τα κίνητρα για κοινωνική άνοδο μέσω κυρίως των σπουδών παραμένουν ισχυρά. Οι αστικές οικογένειες (κατά κανόνα πυρηνικές) έχουν αξίες προσανατολισμένες στο μέλλον, ενώ οι αγροτικές οικογένειες (κατά κανόνα πιο παραδοσιακές) έχουν αξίες προσανατολισμένες στο παρελθόν. Ο ρόλος του άνδρα μεταβάλλεται, καθώς η σύγχρονη γυναίκα αναλαμβάνει –μέσω του υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, της θέσης της στην απασχόληση κ.λ.π.- νέους ρόλους. Πάντως, η μητέρα συνεχίζει να παραμένει η περισσότερο συναισθηματικά συνδεδεμένη με το παιδί της [181], αν και η υπερπροστατευτική της στάση αμφισβητείται. Στην σύγχρονη οικογένεια, τέλος, φαίνεται να μεγαλώνει η σημασία των συζυγικών σχέσεων, συμπεριλαμβανομένων και των ερωτικών, ενώ κάπως μειώνεται η σπουδαιότητα της σχέσης γονιού-παιδιού. Χρειάζεται να σημειωθεί ότι ο παραπάνω διαχωρισμός δεν είναι απόλυτος, καθώς σε διάφορες Ελληνικές οικογένειες μπορεί να συναντήσει κάποιος μεικτά στοιχεία.

Στην Ελλάδα υπάρχουν πολλές δοξασίες, λαϊκά πιστεύω και στερεότυπα για την ψυχική νόσο, που μπορεί να παρατηρηθούν στα ΜΜΕ ή και στις



καθημερινές σχέσεις. Παρά το ότι οι λέξεις «σχιζοφρένεια» και «στίγμα» έχουν Ελληνική προέλευση, πολύ λίγο έχει μελετηθεί η στάση απέναντι στην ψυχική νόσο. Κάποιες μελέτες έχουν γίνει σε συγγενείς ψυχικά ασθενών [182,183] ενώ δύο μελέτες [184,185] που έγιναν το 1964 και το 1977 αναφέρονται στις αντιλήψεις για τις δημόσιες στάσεις και τα πιστεύω, δείχνοντας κάποιες μεταβολές. Η πλειοψηφία των απαντήσεων στην μελέτη του 1964 επικεντρώνεται στην άποψη ότι οι βασικές αιτίες της ψυχικής νόσου ήταν η φτώχεια και η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ενώ στην μελέτη του 1977 αναφέρονταν σαν κύρια αιτία οι πιέσεις της καθημερινής ζωής. Σε σχέση με την αναζήτηση βοήθειας, μόνο οι νεότεροι σε ηλικία και οι διαμένοντες στην Αθήνα θα αναζητούσαν ψυχιατρική βοήθεια, ενώ οι άλλοι προτιμούσαν να αναζητήσουν βοήθεια σε κληρικούς, λαϊκούς θεραπευτές κ.λ.π.

Σε μια μελέτη του 1980 στην περιοχή της Αθήνας [186] βρέθηκε ότι οι νεότεροι και πιο μορφωμένοι εξέφραζαν μεγαλύτερο ουμανισμό και ανοχή στην παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Σε ανάλογη μελέτη 14 χρόνια αργότερα, σημειώνονται θετικές αλλαγές στις δημόσιες στάσεις, που αποδόθηκαν κυρίως στην λειτουργία κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα [187].

Σε μια μελέτη που εξέταζε τις δημόσιες στάσεις (σε όλη την επικράτεια) απέναντι στην φυσική και ψυχική νόσο [188], αποτυπώνονται αρνητικές στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο, ιδιαίτερα σε θέματα όπως η ενοικίαση κατοικίας ή η πρόσληψη σε δουλειά ψυχικά ασθενών.

Το στίγμα για την ψυχική νόσο είναι ένας βασικός λόγος που στην Ελλάδα δεν έχει αναπτυχθεί το κίνημα των οικογενειών των πασχόντων από ψυχική νόσο όπως σε άλλες χώρες.

Η μεταβατική φάση στην οποία βρίσκεται η Ελληνική οικογένεια έχει εν μέρει ενοχοποιηθεί για εκδήλωση αυξημένης ψυχιατρικής νοσηρότητας σε παλαιότερες μελέτες, χωρίς όμως αυτό να έχει με σαφήνεια τεκμηριωθεί. Από



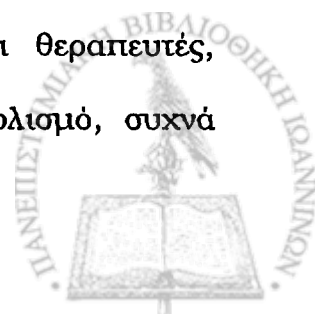
την άλλη πλευρά, η παραδοσιακή οικογένεια ή και οι αξίες της φαίνεται να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην προστασία του ψυχικά ασθενούς, σε ακραίο δε βαθμό οδηγούν στην άρνηση ή την απόκρυψη της ψυχικής αρρώστιας και στην καθυστέρηση της αναζήτησης βοήθειας, όπως δείχνουν παλαιότερες έρευνες [183].

Στις σύγχρονες συνθήκες, με την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών, την πρόοδο της αποασυλοποίησης και τον αυξημένο ρόλο που παίζει η οικογένεια, ιδιαίτερα σε συνεργασία με υπηρεσίες, για το «κράτημα» του ασθενούς στην κοινότητα [189], χρειάζεται να γίνουν αποφασιστικά βήματα στην κατεύθυνση της συμμαχίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τις οικογένειες των ασθενών, ιδιαίτερα αυτών που πάσχουν από σοβαρή ψυχική νόσο.

## **Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**

Οι περισσότεροι ασθενείς έρχονται στο Νοσοκομείο με μέλη της οικογένειάς τους ή τους φέρνει η οικογένειά τους και όταν η νοσηλεία τελειώσει επιστρέφουν σπίτι τους. Επιπλέον, η διαδικασία της αποασυλοποίησης και η αυξανόμενη συντόμευση της ψυχιατρικής νοσηλείας, έχουν δημιουργήσει επιπρόσθετα καθήκοντα για τις οικογένειες.

Χωρίς μια συνεργατική σχέση-συμμαχία ανάμεσα στους θεραπευτές και την οικογένεια, τα κέρδη από της βραχείες νοσηλείες χάνονται και το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» εντείνεται και διαιωνίζεται. Οι πρόσφατες εξελίξεις στη δουλειά με τις οικογένειες που περιλαμβάνουν και ψυχοεκπαιδευτικές τεχνικές, έχουν κάνει τις παρεμβάσεις πιο αποτελεσματικές. Δουλεύοντας με τον ψυχιατρικό ασθενή σε απομόνωση από την οικογένεια, συχνά η οικογένεια θυμώνει. Επιπλέον, οι θεραπευτές, συμπεριλαμβανομένων και αυτών με οικογενειακό προσανατολισμό, συχνά



θεωρούν την οικογένεια ως αιτία του προβλήματος. Τα νεότερα δεδομένα στις ψυχιατρικές παθήσεις δημιουργούν το έδαφος για μια συνεργασία των ασθενών, της οικογένειας και των θεραπειών, μακριά από το κλίμα των ενοχοποιήσεων που είχαν δημιουργήσει οι παλαιότερες θεωρίες.

### Νοσηλεία και οικογενειακή λειτουργία

Υπάρχουν δύο ζητήματα που μπορούμε να δούμε στο θέμα της νοσηλείας σε σχέση με την οικογενειακή λειτουργία. Το πρώτο είναι με ποιόν τρόπο η νοσηλεία επηρεάζει την οικογένεια και το δεύτερο είναι με ποιόν τρόπο η οικογένεια επηρεάζει την θεραπευτική διαδικασία στο Νοσοκομείο.

Παλαιότερα, με την λογική της προστασίας του ασθενούς και της οικογένειας του ενός από τον άλλο, υπήρχε η τάση να ελαχιστοποιούνται οι επαφές της οικογένειας με το πάσχον μέλος στην διάρκεια της νοσηλείας (στην οξεία φάση). Αυτή η τακτική, τακτική που καθιστούσε υπεύθυνο το Νοσοκομείο, είχε ως αποτέλεσμα, καθώς ο ασθενής ετοιμαζόταν να γυρίσει στην κοινότητα, να έχει μικρή υποστήριξη και τα μέλη της οικογένειας να αισθάνονται πληγωμένα, θυμωμένα, φοβισμένα και ανίσχυρα να βοηθήσουν τον ασθενή. Έτσι, οι οικογένειες συχνά διέκοπταν τον θεραπευτικό σχεδιασμό είτε μη συνεργαζόμενες είτε εγκαταλείποντας τον ασθενή.

Η νοσηλεία έχει μια ισχυρή επίδραση στην οικογένεια. Μπορεί να λειτουργήσει στην κατεύθυνση της ενοχοποίησής της για τα προβλήματα του ασθενούς ή να την αφήσει στην ασάφεια για το πώς μπορεί να βοηθήσει. Από την άλλη πλευρά, μπορεί να διευκολύνει τις αλλαγές προς αισιόδοξους στόχους για τον ασθενή και την οικογένεια.

Η νοσηλεία μπορεί να συμβεί στην διάρκεια μιας εξελισσόμενης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή μπορεί να είναι το γεγονός έναρξης της θεραπείας. Η νοσηλεία είναι καλύτερο να ειπωθεί σαν ένα «επεισόδιο» σε μια





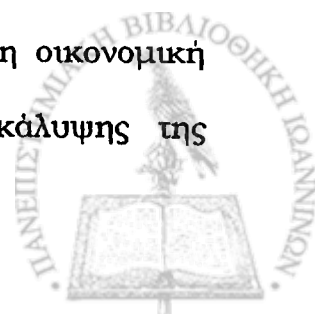
θεραπευτική διαδικασία, που εξασφαλίζει ένα επιπρόσθετο και ιδιαίτερο περιβάλλον στο οποίο συμβαίνει η διαδικασία. Το Νοσοκομείο δεν είναι μόνο θεραπευτικό εργαλείο για τα σοβαρά διαταραγμένα άτομα, αλλά επίσης (και το πιο σημαντικό) ένα περιβάλλον στο οποίο άτομα και οικογένειες μπορούν να αρχίσουν την διαδικασία μιας ουσιαστικής θεραπευτικής διαδικασίας.

Στην διάρκεια της νοσηλείας μπορούν να σχεδιασθούν θεραπευτικές παρεμβάσεις στο οικογενειακό σύστημα και επιπλέον να δοθεί μια προσωρινή ανακούφιση στην πιεσμένη οικογένεια με την προσφορά ενός δομημένου περιβάλλοντος για το πάσχον μέλος της. Διατηρώντας τις συνδέσεις μεταξύ του ασθενούς και της οικογένειας, δίδονται καλύτερες δυνατότητες για ολοκληρωμένη θεραπεία για την καλύτερη διαχείριση των φαρμάκων, και εξασφαλίζεται ένα καλύτερο περιβάλλον που θα ζει ο ασθενής, ενώ διευκολύνεται η πιο αποτελεσματική αποκατάστασή του.

#### Η εκτίμηση της οικογένειας και η απόφαση για την Νοσηλεία

Η εμπλοκή της οικογένειας στην διαδικασία εκτίμησης για την νοσηλεία μπορεί να επηρεάσει την απόφαση για νοσηλεία με πολλούς τρόπους. Τα άτομα που έρχονται για νοσηλεία, έρχονται μόνο τους ή τους φέρνουν σε μια κατάσταση κρίσης. Σε κρίση όμως είναι όχι μόνο τα άτομα αλλά και οι οικογένειές τους και χρειάζεται κανείς να εκτιμήσει τα προβλήματα και να αποφασίσει για την αντιμετώπισή τους.

Παραδοσιακά, το Νοσοκομείο χρησιμοποιείται όταν απαιτείται ένα περισσότερο ελεγχόμενο περιβάλλον. Υπάρχουν επίσης «πρακτικά» προβλήματα, πέρα από τα συμπτώματα του ασθενούς, που εμπλέκονται στην απόφαση για θεραπεία (Υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι; Υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις στην νοσηλεία στην συγκεκριμένη περιοχή; Ποια είναι η οικονομική κατάσταση των ασθενών και οι δυνατότητες οικονομικής κάλυψης της



νοσηλείας;). Ωστόσο, ο μείζων παράγων στην απόφαση είναι η προσέγγιση του θεραπευτή. Εάν ο θεραπευτής βλέπει την δουλειά με την οικογένεια σαν απογοητευτικό αλλά αναπόφευκτο τμήμα της εργασίας του, οι δυνατότητες και οι δεξιότητες της οικογένειας θα εκτιμηθούν βιαστικά. Σε τέτοιες περιπτώσεις αντί να διερευνηθούν οι δυνατότητες της οικογένειας για εναλλακτικές λύσεις στην νοσηλεία, ο θεραπευτής τείνει να θεωρεί την νοσηλεία σαν την μόνη θετική διέξοδο. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που ο ασθενής εκφράζει φοβισμένη ή επικίνδυνη συμπεριφορά η δεν έχει πλήρη γνώση της οικογενειακής συνιστώσας της κρίσης, «υποχρεώνει» τον κλινικό στο να απαντήσει στην άμεση επικίνδυνη κατάσταση που εκφράζεται με την συμπεριφορά του ατόμου.

#### Διερευνώντας το οικογενειακό πλαίσιο

Υπάρχει χρόνος να συγκεντρωθούν τα μέλη της οικογένειας όταν υπάρχει μια πιεστική κατάσταση που οδηγεί σε μια εκτίμηση για νοσηλεία; Και ποιος θα πρέπει να τους καλέσει; Ποιος είναι ο κατάλληλος χρόνος; Και ποια είναι η διαδικασία να συμπεριληφθούν στην εκτίμηση και την διαμόρφωση της απόφασης; Φυσικά, όταν τον ασθενή τον φέρνουν μέλη της οικογένειας, έχουμε ενδείξεις για το ενδιαφέρον και την υπευθυνότητά τους για τον ασθενή. Εάν ο ασθενής έλθει μόνος του, ποιος θα πρέπει να κληθεί και πότε;

Σε μεγάλη έκταση τέτοια ερωτήματα θέτουν το θέμα των ευθυνών στα οικογενειακά συστήματα που μεταβάλλονται στην διάρκεια του κύκλου ζωής.

Οι γονείς νεαρών που ακόμη ζουν στο σπίτι θα εμπλακούν στην φροντίδα των παιδιών τους. Αυτό θα γίνει επίσης με τους γονείς ενός νεαρού ενήλικα που αποτυγχάνει σε μια προσπάθεια να ζήσει ανεξάρτητα. Σε ασθενείς που είναι παντρεμένοι ο/η σύζυγος ή οι γονείς του/της ασθενούς θα περιλαμβάνονται στο οικογενειακό σύστημα. Και άλλα συγγενικά πρόσωπα χρειάζεται να εκτιμηθούν όταν είναι διαθέσιμα. Ο κλινικός πρέπει να



καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για να ανακαλύψει ποια είναι τα σημαντικά και αποδεκτά από τον ασθενή πρόσωπα και ποιος είναι ο βαθμός διαθεσιμότητάς τους.

#### Η προσέγγιση στην οικογενειακή εκτίμηση

Η εκτίμηση της οικογένειας συμβάλλει στο να προσδιοριστεί ποιες θεραπευτικές επιλογές είναι οι καλύτερες για τον συγκεκριμένο ασθενή, για τον συγκεκριμένο χρόνο, στο συγκεκριμένο πλαίσιο. Μια τέτοια η εκτίμηση μπορεί να γίνει όταν εκπληρώνονται οι εξής συνθήκες:

1. Ο επαγγελματίας πρέπει να αισθάνεται άνετα για την απόκτηση των αναγκαίων πληροφοριών
2. Η οικογένεια και ο ασθενής πρέπει να εμπιστεύονται τον κλινικό. Ακόμη και στις πιο επείγουσες καταστάσεις, όταν ο ασθενής έρχεται στα πολυσύχναστα επείγοντα, η παρουσία της οικογένειας είναι ουσιαστική για την κατανόηση του επείγοντος.

Ένας κίνδυνος στην διαδικασία εκτίμησης είναι ότι η οικογένεια μπορεί να εστιάζει μόνο στον ασθενή σαν πρόβλημα και να ενθαρρύνουν και τον κλινικό να το αντιμετωπίσει έτσι. Ακόμη και για τον ψυχωτικό ασθενή που το βιολογικό υπόστρωμα είναι δεδομένο, είναι σημαντικό για τον κλινικό να εστιάσει στο πλαίσιο της νόσου παρά μόνο στην νόσο.

#### Η εκτίμηση για την νοσηλεία

Τα μέλη της οικογένειας εξασφαλίζουν πληροφορίες πιο ελεύθερα όταν αισθάνονται ότι ο θεραπευτής τους καταλαβαίνει, τους εκτιμά και συναισθάνεται τις ανάγκες τους.

Ο πρώτος κανόνας είναι η αποδοχή και η εκτίμηση των ενεργειών τους στην παρούσα κρίση, ως προσπαθειών για την φροντίδα του ασθενούς.



Ένας δεύτερος κανόνας είναι ότι, στην διαδικασία της εκτίμησης, ο θεραπευτής είναι ο υπεύθυνος. Η ανάληψη της ηγεσίας σε αυτή την κατάσταση είναι απαραίτητη και επιτρέπει στον θεραπευτή να παρατηρήσει την οικογενειακή λειτουργία πιο καθαρά, ιδιαίτερα σε θέματα που αφορούν την φυσική ηγεσία της οικογένειας.

Η συλλογή πληροφοριών με ευαισθησία και συμπάθεια διευκολύνει την διαδικασία. Μια δήλωση του τύπου “καταλαβαίνω την αναστάτωση σας σε τέτοιες καταστάσεις” ανοίγει δρόμους επικοινωνίας. Όταν η οικογένεια επιθυμεί να «ξεφορτωθεί» το πάσχον μέλος της, αυτό μπορεί να αναπλαισιωθεί - σαν η ανάγκη του καθενός για ένα διαφορετικό χώρο αυτή την περίοδο- παρά να βιαστούμε να κατηγορήσουμε την οικογένεια. Από την άλλη πλευρά, τα μέλη της οικογένειας και ο ασθενής μπορεί να παραμένουν ανήμποροι συναισθηματικά και γνωστικά στο να θεωρήσουν ότι υπάρχει οποιαδήποτε άλλη εναλλακτική δυνατότητα (εκτός από την νοσηλεία ) εκείνη την στιγμή.

Σε κάθε περίπτωση, από την στάση της οικογένειας ο κλινικός αντλεί χρήσιμες πληροφορίες και δίνει τον τόνο για μια πιθανή νοσηλεία που θα συμπεριλαμβάνει την οικογένεια σε μια συνεργατική σχέση στην θεραπευτική διαδικασία. Η νοσηλεία μπορεί να εξασφαλίσει μια περίοδο ηρεμίας, μια αίσθηση της κρίσιμης φύσης αυτών των συμβάντων και μια ευκαιρία για ανάκτηση του ηθικού.

#### Εναλλακτικές λύσεις στην νοσηλεία

Όταν ο κλινικός συμπεριλαμβάνει την οικογένεια στην εκτίμηση, άλλοι παράγοντες στην απόφαση για νοσηλεία ή όχι είναι: 1. Η ετοιμότητα και η δεξιότητα της οικογένειας για φροντίδα του ασθενούς σε ένα πιο περιορισμένο περιβάλλον και 2. Η ανάγκη της οικογένειας για ανακούφιση από την πίεση της φροντίδας του ασθενούς.



Οι εναλλακτικές λύσεις στην νοσηλεία είναι κυρίως η θεραπεία στο σπίτι και η μερική νοσηλεία. Όταν πάντως η αρχική εκτίμηση γίνεται στο τμήμα επειγόντων, είναι δύσκολο να κρατηθεί ο ασθενής μακριά από το Νοσοκομείο [190]. Τα αποτελέσματα είναι σημαντικά στο να προληφθεί η νοσηλεία όταν η εκτίμηση ξεκινά από το σπίτι. Η μερική νοσηλεία μπορεί να περιλαμβάνει την ενεργό εμπλοκή της οικογένειας το βράδυ ή ο ασθενής να μένει στο σπίτι την ημέρα και να κοιμάται το βράδυ στο Νοσοκομείο. Η μερική νοσηλεία χρειάζεται συνήθως να είναι πιο μακρόχρονη. Είναι αποτελεσματική και πιο οικονομική, αλλά η ενδονοσοκομειακή φροντίδα παραμένει η βασική διαθέσιμη δυνατότητα για την αντιμετώπιση των σοβαρών συναισθηματικών κρίσεων. Η σημαντική σχέση μεταξύ της οικογένειας και του Νοσοκομείου για την εφαρμογή ενός επιτυχούς προγράμματος που χαρακτηρίζεται σαν συμμαχία με το ίδρυμα (institutional alliance-[191]) αναφέρεται στην σιωπηλή κατανόηση μεταξύ της οικογένειας και του προσωπικού. Αυτή η συμμαχία μερικές φορές εκφράζεται και με γραπτή συμφωνία μεταξύ των δύο μερών σε σχέση με την συνεισφορά τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα και στις ανάγκες φροντίδας του ασθενούς.

Διακρίνονται τέσσερα στάδια στην δημιουργία αυτής της συμμαχίας

1. Η κρίση του ασθενούς που φέρνει σε επαφή την οικογένεια με το Νοσοκομείο.
2. Ο αποχωρισμός που συμβαίνει όταν τελικά ο ασθενής εισάγεται και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας επιστρέφουν στο σπίτι.
3. Η επανεμπλοκή της οικογένειας στα ενδονοσοκομειακά προγράμματα
4. Η εκτίμηση που αναπαριστά το στάδιο στο οποίο η οικογένεια προσφέρεται για πιο έντονη εμπλοκή στην κατανόηση του προβλήματος και στην θεραπεία του.



Πρέπει να τονισθεί ότι οι διάφορες οικογένειες διαδράμουν αυτά τα στάδια σε διαφορετικούς χρόνους. Υπάρχουν δυο ειδών οικογένειες με τις οποίες η οικοδόμηση μιας συμμαχίας θα είναι ιδιαίτερος δύσκολη: α. οι αποκομμένες (disengaged) οικογένειες, που τα μέλη τους αισθάνονται καλαρά συνδεδεμένα το ένα με το άλλο και μπορεί να επηρεάζονται λίγο από την κρίση και β. οι οικογένειες που είναι χαρακτηριστικά εχθρικές και καχύποπτες για τους άγνωστους ξένους [192].

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις που δηλώνουν ότι τέτοιες ισχυρές παρεμβάσεις, όπως η νοσηλεία, μπορούν να είναι περισσότερο επιτυχείς με την εμπλοκή της οικογένειας εξαρχής, και χρειάζεται να καταβάλλονται οι ανάλογες προσπάθειες.

#### Η νοσηλεία και η οικογενειακή παρέμβαση.

Από την στιγμή που ένα άτομο εισάγεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αυτό το πρόσωπο παραδοσιακά χαρακτηρίζεται ως «ο ασθενής». Το προσωπικό αναλαμβάνει την φροντίδα του ασθενούς ενώ η οικογένεια συχνά δίνει κάποιο ιστορικό και αποσύρεται.

Σε κάποιες καταστάσεις, με την υπόθεση ότι ο ασθενής χρειάζεται να αποκοπεί από τις οικογενειακές πιέσεις και ευθύνες, δεν επιτρεπόταν στην οικογένεια να επισκέπτεται τον ασθενή στα αρχικά στάδια της νοσηλείας. Αυτή η πρακτική (που υπάρχει ακόμη) έχει ως αποτέλεσμα το προσωπικό να βλέπει την οικογένεια μόνο σαν πηγή κάποιων πληροφοριών και σαν υπευθύνων για τα οικονομικά της νοσηλείας. Στην χειρότερη περίπτωση θεωρούνται και σαν τα άτομα που έπαιξαν ένα μείζονα ρόλο στην πρόκληση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Πριν υπάρξουν αποτελεσματικές βιολογικές θεραπείες, η παραμονή στο Νοσοκομείο ήταν μακρά και οι εύθραυστοι οικογενειακοί δεσμοί συχνά διαλύονταν. Ακόμη και τώρα, που η παραμονή είναι μικρότερη, τα δημόσια



Νοσοκομεία συχνά είναι γεωγραφικά μακριά από τον τόπο διαμονής της οικογένειας, καθιστώντας δύσκολη την πρόσβαση. Επιπλέον, καθώς το Νοσοκομείο συνδέεται ακόμη με πολύ φόβο και με στιγματισμό, πολλές οικογένειες είναι ευχαριστημένες να μένουν μακριά.

Στην δεκαετία του '70, τα Νοσοκομεία άρχισαν να πιέζονται από το νέο μοντέλο της οικογενειακής θεραπείας που θεωρούσε ότι η νόσος ήταν αναπόσπαστο τμήμα του οικογενειακού πλαισίου. Ωστόσο, αν και νέοι θεραπευτές προσπαθούσαν να εισάγουν το μοντέλο, οι δυσκολίες ήταν μεγάλες λόγω του ότι το υπόλοιπο της θεραπείας δεν είχε αλλάξει. Όταν ένα ψυχικά πάσχον άτομο νοσηλεύεται για μεγάλο χρονικό διάστημα (αποχωριζόμενο από την οικογένειά του και ενσωματώνόμενο στο περιβάλλον του Νοσοκομείου) μπορεί να αρχίζει ένας τρόπος αντιμετώπισης που βλέπει την νοσηλεία σαν την λύση στο «οικογενειακό πρόβλημα».

Μια οικογενειακά προσανατολισμένη νοσηλεία αντιμετωπίζει το πρόβλημα με διαφορετικούς όρους. Όλα τα άτομα στο οικογενειακό σύστημα θεωρούνται (σε διαφορετικό βαθμό) ότι διαντιδρούν με το πρόβλημα και η νοσηλεία προσαρμόζεται στην υποστήριξη των οικογενειακών λειτουργιών [193]. Σε μερικούς πολιτισμούς, οι οικογένειες θεωρούνται ζωτικό τμήμα της ψυχιατρικής νοσηλείας για κάθε ένα από τα μέλη της. Λόγω ελλείψεων σε εκπαιδευμένους επαγγελματίες, οι οικογένειες έχουν ουσιαστικό ρόλο στην φροντίδα του ασθενούς. Στην πραγματικότητα, οι οικογένειες μένουν με τον ασθενή μέσα ή κοντά στο Νοσοκομείο. Μια τέτοια αντιμετώπιση επιβεβαιώνει ότι ο ασθενής είναι αναπόσπαστο τμήμα της οικογένειας. Δεν υπάρχει σκέψη ότι ο ασθενής θα μπορούσε να επιστρέψει οπουδήποτε αλλού εκτός από την οικογένειά του [194].

Στην Αμερική αναπτύχθηκαν διάφορα προγράμματα νοσηλείας, κυρίως στην δεκαετία του '70 βασισμένα στις παραπάνω έννοιες, που περιελάμβαναν



περισσότερα από ένα μέλος της οικογένειας. Αυτά τα προγράμματα ήταν τριών κατηγοριών :

1. Προγράμματα που επιχειρούν να προσδιορίσουν ολόκληρη την οικογένεια ως ασθενή [195, 196, 197].
2. Εκείνα που επιχειρούν να χρησιμοποιήσουν την επινοητικότητα της οικογένειας στην θεραπεία του διαταραγμένου μέλους της οικογένειας και να μεταβάλλουν ρόλους και λειτουργίες της οικογένειας στην διάρκεια της εντατικής φάσης της θεραπείας κατά τη νοσηλεία [196, 197, 198, 199, 200].
3. Εκείνα που χρησιμοποιούν το Νοσοκομείο ως ένα «εργαστήριο αλλαγής των οικογενειακών σχέσεων» [195,196,197, 198, 201, 202].

Η νοσηλεία θα μπορούσε να θεωρηθεί στις περισσότερες περιπτώσεις ως ένα γεγονός στην ιστορία της οικογένειας που θα μπορούσε να είναι καταστροφικό ή αξιοποιήσιμο, ανάλογα με τον προσανατολισμό της θεραπευτικής ομάδας. Εάν θεωρηθεί με τον τελευταίο τρόπο, η νοσηλεία γίνεται κεντρικό θέμα, προκειμένου να κατανοηθεί ο ρόλος του ασθενούς στο οικογενειακό σύστημα και να υποστηριχθεί η οικογένεια και ο ασθενής. Έτσι, τα προγράμματα που επιζητούν την συμμετοχή της οικογένειας προσαρμόζουν το περιβάλλον του νοσοκομείου ώστε να συμπεριλάβουν και τα μέλη της οικογένειας στην φροντίδα του ασθενούς (αυτή η κατεύθυνση σημειώνεται και σε άλλες ειδικότητες, όπως το «rooming in» στα γυναικολογικά και παιδιατρικά τμήματα).

Η εμπλοκή της οικογένειας μειώνει το στίγμα της ψυχιατρικής νοσηλείας, αποτρέπει την ταύτιση του προσωπικού με τον ασθενή εναντίον της οικογένειας, ενώ μπορεί να μοιράσει καθήκοντα στο προσωπικό και την οικογένεια σε συμμαχία που οικοδομείται.





Είναι φανερό ότι η ενδονοσοκομειακή παρέμβαση δεν μπορεί να αντιμετωπίσει όλα τα προβλήματα που έχει η οικογένεια. Εστιάζεται σε κεντρικά προβλήματα, όπως τι έφερε τον ασθενή στο νοσοκομείο, τι συνέβαλε στην διατήρηση των προβλημάτων του ασθενούς ή στην διατάραξη της ισορροπίας της οικογένειας. Ένα συχνό θέμα είναι η συμμόρφωση με την θεραπεία. Τι θα είναι σπουδαίο στον σχεδιασμό της μετά-τη-νοσηλεία-περιόδου, τονίζει την σπουδαιότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού μετά την έξοδο νωρίς στην νοσηλεία. Τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης φαίνεται να έχουν θέση στις παρεμβάσεις εντός του Νοσοκομείου, αν και η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει επαρκώς τεκμηριωθεί. Τα εργαστήρια ψυχοεκπαίδευσης με πολλαπλές ομάδες οικογενειών φαίνονται ιδιαίτερα χρήσιμα (επειδή αυτές οι οικογένειες είναι ιδιαίτερα απομονωμένες μέσα από τέτοια προγράμματα, δίνεται η δυνατότητα της επικοινωνίας με άλλες οικογένειες με ανάλογα προβλήματα). Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει την δραστηριοποίηση της οικογένειας, που είναι σημαντική για την συμμόρφωση. Όταν η οικογένεια γνωρίζει για την σπουδαιότητά της στις μείζονες διαταραχές (ψυχοεκπαίδευση) συμβάλλει αποφασιστικά.

#### Η σχέση του προσωπικού με την οικογένεια

Το προσωπικό μπορεί να χρησιμοποιεί την οικογένεια βοηθητικά σε διάφορες περιπτώσεις, όπως π.χ. στην συνεχή παρατήρηση που χρειάζεται κάποιος αυτοκτονικός ασθενής ή στο να ησυχάσει κάποιον ασθενή που είναι πολύ ταραγμένος κ.λ.π. Η διαντίδραση του προσωπικού με την οικογένεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κατανόηση των δυναμικών της οικογένειας ή ακόμη και διαγνωστικά, με την απαιτούμενη, όμως, ανάλογη προσοχή.



## Έξοδος και μεταφροντίδα με την οικογένεια

Όπως και η είσοδος στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο είναι ένα σημαντικό γεγονός, συνήθως τραυματικό και γεμάτο αρνητικές συνέπειες για τον ασθενή, την οικογένεια και την ευρύτερη κοινότητα, έτσι και η έξοδος για διαφορετικούς λόγους είναι σημαντική. Συχνά, οι ασθενείς βρίσκονται στην αβεβαιότητα για το πώς θα οργανώσουν έξω την ζωή τους. Οι περισσότεροι ψυχιατρικοί ασθενείς στην πρώτη ή την δεύτερη εισαγωγή έχουν ισχυρούς οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς [203].

Για αυτούς τους ασθενείς, οι πιέσεις (νομικές, οικονομικές, κοινωνικές) για γρήγορη έξοδο είναι ισχυρές. Οι πρόοδοι στην θεραπεία και οι αλλαγές στις στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο κάνουν ρεαλιστική την προοπτική για γρηγορότερη έξοδο.

Όταν όμως οι ασθενείς εξέρχονται χωρίς ένα επαρκές θεραπευτικό σχέδιο που να περιλαμβάνει και την οικογένεια, συχνά επανεισάγονται (φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας) και αυτό οδηγεί σε χρονιότητα, ανημπόρια και αυξανόμενη απομόνωση από την κοινότητα [204].

Πολλές αναφορές δείχνουν ότι σε κάθε περίπτωση σοβαρής ψυχικής διαταραχής που απαιτεί νοσηλεία, η θεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα αν η οικογένεια συμπεριληφθεί στις προσπάθειες παρέμβασης [205,206]. Ένας από τους πολλούς αλλά σημαντικούς λόγους για την εμπλοκή της οικογένειας, είναι η συνέχιση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής [207]. Οι ασθενείς παίρνουν ευκολότερα την φαρμακευτική αγωγή όταν οι οικογένειες παρακολουθούν και φροντίζουν [205,206].

Η πρώτη αρχή για αποτελεσματική μεταφροντίδα είναι να εξασφαλισθεί το κοινωνικό δίκτυο του ασθενούς που επανέρχεται στην κοινότητα και να αντιμετωπισθούν τα παρακάτω ερωτήματα:



- Ποιες είναι οι πιέσεις που εμποδίζουν τον ασθενή να συνεχίσει τον κοινωνικό του ρόλο;
- Ποιες είναι οι αναγκαίες αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε ο ασθενής να ξαναπετύχει και να βελτιώσει την κοινωνική του λειτουργικότητα;

Εάν η οικογένεια συμμετάσχει στην μεταφροντίδα οι επανεισαγωγές μειώνονται και η κοινωνική λειτουργικότητα αυξάνει [208].

Γνωρίζουμε ότι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής δεν επαρκεί από μόνη της για την κοινωνική επανένταξη των ασθενών που πάσχουν από σοβαρές διαταραχές και ότι χρειάζεται ένα συνολικό θεραπευτικό σχέδιο που να επιτρέπει στον ασθενή να επανέλθει. Ένας οικογενειακός προσανατολισμός στην μεταφροντίδα έχει σαν στόχο να μειώσει το οικογενειακό άγχος και να αλλάξει την αυτοπεποίθηση των μελών της οικογένειας, την γνώση τους για την νόσο και τις ικανότητές τους να αντιδρούν δομημένα προς τον ασθενή. Αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται με την εξασφάλιση πληροφόρησης, την μείωση του οικογενειακού stress και την ενθάρρυνση του κοινωνικού δικτύου του ασθενούς.

Όταν η οικογένεια αντιμετωπίζεται ως τμήμα της θεραπευτικής ομάδας από την αρχή της θεραπείας, μειώνονται οι αντιστάσεις. Σημαντικός παράγοντας σε αυτή την κατεύθυνση είναι επίσης η στάση του προσωπικού, που χρειάζεται να αντιμετωπίζει την οικογένεια ως ουσιαστικό παράγοντα στην θεραπεία και στην αποκατάσταση και όχι ως πηγή των κακών, αναγνωρίζοντας το βαρύ της φορτίο [209]. Στις σύγχρονες συνθήκες, όπου αυξάνεται ο ρόλος της οικογένειας τόσο στην αποτελεσματική και -όσο γίνεται- βραχύτερη νοσηλεία, ανεξάρτητα από τον τρόπο εισαγωγής, όσο και στην διαδικασία της εξόδου και της επανένταξης του ασθενούς στην κοινότητα, χρειάζεται μια νέα ποιότητα στην συμμαχία με την οικογένεια και μια ιδιαίτερη φροντίδα για την κάλυψη των αναγκών της [210, 211, 212].



**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



Συγκεκριμένα, τα χρονικά αυτά διαστήματα ήταν: Νοέμβριος 1994 έως Ιούνιος 1995, Νοέμβριος 1995 έως Απρίλιος 1996, Ιούλιος 1997 έως Σεπτέμβριος 1997 και Φεβρουάριος 1999 έως Απρίλιος 1999.

Τα άτομα που αποτελούν το δείγμα της μελέτης είναι 76 συγγενείς από ίδιο αριθμό ασθενών που νοσηλεύθηκαν στα παραπάνω χρονικά διαστήματα στην Ψυχιατρική Κλινική του ΠΓΝΙ.

Το δείγμα είναι χωρισμένο σε δυο ομάδες συγγενών (και των αντίστοιχων ασθενών) που ανάλογα με τον παράγοντα της συνοδείας διακρίνονται σε **συνοδούς** και **μη συνοδούς**.

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν για χορήγηση πιστοποιητικού καθώς και οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονταν για απεξάρτηση από το αλκοόλ -αφού ένας όρος της νοσηλείας με σκοπό τον απεθισμό από το αλκοόλ είναι η απουσία οποιασδήποτε επαφής με συγγενείς.

### **Μεθοδολογία της μελέτης**

Η συλλογή του υλικού πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν στους συγγενείς των ασθενών μας τόσο στην πρώτη φάση -τη **φάση εισαγωγής**- όσο και στη δεύτερη φάση -τη **φάση εξόδου**.

Όλες οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν ήταν σύμφωνες με τα ηθικά πρότυπα της αρμόδιας επιτροπής του νοσοκομείου σχετικά με τη διεξαγωγή μελετών με ανθρώπινο πληθυσμό (World Medical Association Helsinki Declaration). Μετά από την πλήρη περιγραφή της μελέτης στα άτομα, όλοι οι συγγενείς συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη και ελήφθη μια συμπληρωμένη συγκατάθεση.



Η χρονική διασπορά όπως και το μικρό ποσοστό των απαντήσεων προέκυψε από δυσκολίες που υπήρχαν κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων. Οι δυσκολίες αυτές αφορούσαν κατά κύριο λόγο :

1. Την αδυναμία κατανόησης και απάντησης των ερωτήσεων από τους συγγενείς, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των προσερχόμενων στο Νοσοκομείο είχε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
2. Την απροθυμία των συγγενών να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια, ιδιαίτερα κατά τη φάση της εισαγωγής, καθώς έθεταν σε προτεραιότητα άλλα προβλήματα που τους απασχολούσαν.
3. Τις δυσκολίες του ερευνητή και των θεραπευτών να ενημερώσουν τους συγγενείς των ασθενών έγκαιρα και πειστικά σχετικά με την έρευνα και τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν ιδιαίτερα με εκείνους τους συγγενείς που δεν συνόδευαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, αφού ήταν δύσκολο να εντοπιστούν.
4. Επίσης υπήρξαν συγγενείς οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της πρώτης φάσης αλλά στη συνέχεια δεν ξαναεμφανίστηκαν και έτσι τα ερωτηματολόγια της δεύτερης φάσης έμειναν ασυμπλήρωτα.



## **ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Στις δυο φάσεις της έρευνας (**εισαγωγή-έξοδος**) ο κάθε συγγενής που δεχόταν να συμμετάσχει σε αυτή συμπλήρωνε τις εξής κλίμακες:

### **1. Σχήμα Οικογενειακής Στάσης (Family Attitude Form-F.A.F.) [43]**

Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 57 προτάσεις και αποτελείται από δύο υποκλίμακες. Η πρώτη αφορά την κλίμακα απόρριψης του ασθενούς (Patient Rejection Scale) και περιλαμβάνει τις 24 πρώτες προτάσεις. Οι υπόλοιπες 33 προτάσεις ανήκουν στην κλίμακα υπερπροστασίας του ασθενή (Patient Overprotection Scale). Η κλίμακα αυτή θεωρείται ως μια μέτρηση τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζουν αναλογίες με τα αντίστοιχα αποτελέσματα που προκύπτουν με διαφορετικούς τρόπους εκτίμησης (όπως π.χ. με μαγνητοφωνημένη συνέντευξη) για τα Εκφρασμένα Συναισθήματα (Expressed Emotions). Η κλίμακα αυτή και ιδιαίτερα η κλίμακα απόρριψης του ασθενούς έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς για ερευνητικούς σκοπούς.

### **2. Γνώμη για την Ψυχική Νόσο (Opinion about Mental Illness) [213]**

Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 51 ερωτήσεις και διερευνά παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της ψυχικής νόσου, την αιτιολογία της και την επίδραση της στην κοινωνική συμπεριφορά και στα μέτρα που πρέπει η κοινωνία να λαμβάνει για την θεραπεία της. Στην ελληνική της έκδοση, οι πέντε παράγοντες που διερευνήθηκαν είναι κάπως διαφορετικοί, όσον αφορά την σύνθεσή τους, από εκείνους της πρωτότυπης ανάλυσης [128] και είναι οι εξής:

**A. Κοινωνική διάκριση:** Αυτός ο παράγοντας καθορίζεται σε σχέση με τα διακριτικά χαρακτηριστικά του ψυχικά πάσχοντος. Περιγράφονται ως κατώτεροι συγκρινόμενοι με τον «φυσιολογικό πληθυσμό». Περιλαμβάνει μια εν



δυνάμει πρόταση για μια ανάγκη απολυταρχικής συμπεριφοράς απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα.

**Β. Κοινωνικός περιορισμός:** Η κεντρική ιδέα είναι ότι η κοινωνία πρέπει να λαμβάνει προληπτικά μέτρα για τους ψυχικά ασθενείς. Περιλαμβάνει αντιλήψεις απόρριψης και πειθαναγκασμών, προτείνοντας κατάλληλες κυρώσεις κατά τη διάρκεια και μετά τη νοσηλεία.

**Γ. Κοινωνική φροντίδα:** Επιδεικνύει μια θετική στάση απέναντι στην ιδεολογία της θεραπείας, προτείνοντας την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας και της κοινωνικής στήριξης.

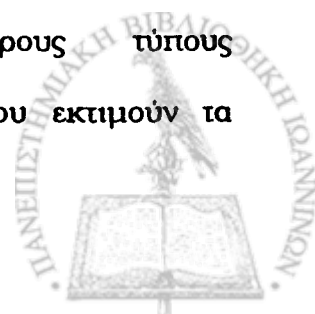
**Δ. Κοινωνική ενσωμάτωση:** Αυτός ο παράγοντας χαρακτηρίζεται από την ανάγκη ενθάρρυνσης της ίσης κοινωνικής συμμετοχής και ενσωμάτωσης των ψυχικά ασθενών ατόμων σε κάθε μορφή της κοινοτικής ζωής.

**Ε. Αιτιολογία :** Ο παράγοντας αυτός διαφοροποιείται από τους υπόλοιπους τέσσερις ως προς το ότι αφορά απόψεις σχετικά με την αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας.

**Ο ασθενής, μόνον κατά τη φάση της εισόδου του στο Νοσοκομείο, συμπληρώνει την:**

**Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος  
(Family Environmental Scale-F.E.S) [214]**

Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 90 προτάσεις που αφορούν την οικογένεια. Εκείνος που συμπληρώνει την κλίμακα καλείται να απαντήσει με βάση την εκτίμηση του για το αν ισχύουν ή όχι αυτά που δηλώνονται στην κάθε πρόταση για την οικογένειά του. Η κλίμακα FES έχει χρησιμοποιηθεί για την διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος σε διάφορους τύπους οικογενειών. Συγκροτείται από 10 (δέκα) υποκλίμακες που εκτιμούν τα





κοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά όλων των οικογενειακών τύπων.

Οι δέκα υποκλίμακες εκτιμούν τρεις περιοχές ή ομάδες κατευθύνσεων:

#### **α) Σχέσεις**

##### **(Τρεις υποκλίμακες : Συνοχή-Εκφραστικότητα-Σύγκρουση)**

Η περιοχή των Σχέσεων μετράται από τις υποκλίμακες Συνοχή-Εκφραστικότητα-Σύγκρουση. Η υποκλίμακα Συνοχή εκτιμά το βαθμό της βοήθειας και της υποστήριξης που τα μέλη της οικογένειας προσφέρουν το ένα στο άλλο. Αυτή της Εκφραστικότητας μετρά το βαθμό που τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται στο να δρουν ανοικτά και να εκφράζουν κατευθείαν τα συναισθήματά τους και, τέλος, η υποκλίμακα της Σύγκρουσης εκτιμά το σύνολο του ανοικτά εκφραζόμενου θυμού, της επιθετικότητας και των συγκρούσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.

#### **β) Προσωπική Ανάπτυξη**

Η περιοχή της προσωπικής ανάπτυξης ή του συνολικού προσανατολισμού μετράται από τις υποκλίμακες:

1. **Ανεξαρτησία**, που μετρά το βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας είναι θετικά, αυτάρκη και παίρνουν τις αποφάσεις τους,
2. **Προσανατολισμός προς επιτεύγματα**, που εκτιμά το βαθμό κατά τον οποίο οι δραστηριότητες (όπως το σχολείο και η εργασία) τοποθετούνται σε ένα πλαίσιο προσανατολισμένο σε εκπλήρωση στόχων και ανταγωνισμού,
3. **Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα**, που μετρά το βαθμό ενδιαφέροντος σε πολιτικές, κοινωνικές, πνευματικές και πολιτιστικές δραστηριότητες,
4. **Πνευματικός-Πολιτιστικός προσανατολισμός**, με την οποία εκτιμάται ο βαθμός συμμετοχής σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες και



5. **Ηθική-Θρησκευτική έμφαση.** Αυτή η υποκλίμακα εκτιμά το βαθμό κατά τον οποίο δίνεται έμφαση σε ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες.

### **γ) Διατήρηση του Συστήματος**

#### **(2 υποκλίμακες : Οργάνωση-Έλεγχος)**

Η περιοχή της Διατήρησης του συστήματος μετράται από τις υποκλίμακες Οργάνωση-Έλεγχος. Αυτές οι υποκλίμακες μετρούν αντίστοιχα: α) το βαθμό σοβαρότητας της οργάνωσης και της δομής κατά το σχεδιασμό οικογενειακών δραστηριοτήτων και ευθυνών και β) το επίπεδο στο οποίο χρησιμοποιούνται κανόνες και διαδικασίες που ορίζουν την οικογενειακή ζωή.

Στην φάση της εξόδου του ασθενούς, ο συγγενής καλείται να συμπληρώσει τα εξής ερωτηματολόγια:

#### **1. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας**

**(General Health Questionnaire –G.H.Q-28) [112]**

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάσθηκε ως ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με στόχο την ανίχνευση ψυχικών διαταραχών στα άτομα που το συμπληρώνουν σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα, όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη ή τα εξωτερικά ιατρεία της γενικής ιατρικής. Ενδιαφέρεται ειδικά για τον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ της ψυχολογικής νόσου και της ψυχολογικής υγείας. Υπάρχουν τρεις τύποι του ερωτηματολογίου (ανάλογα με τον αριθμό ερωτήσεων) GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοσθεί στα Ελληνικά και στις τρεις του μορφές [215].

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η εκδοχή του GHQ με τις 28 ερωτήσεις (GHQ-28), που περιλαμβάνει τέσσερις κλίμακες με 7 ερωτήσεις η κάθε μία και με 4 απαντήσεις στην κάθε ερώτηση (κατά το σύστημα Likert). Η

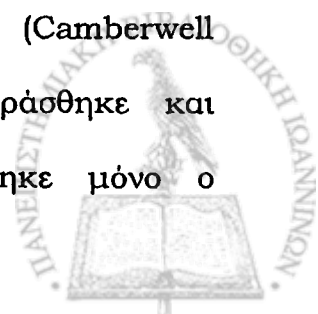


κλίμακα **A** εκτιμά «σωματικά συμπτώματα», η κλίμακα **B** «άγχος και αϋπνία», η κλίμακα **Γ** «κοινωνική δυσλειτουργία» και η κλίμακα **Δ** «καταθλιπτικό συναίσθημα». Στην έρευνά μας, μας ενδιέφερε η γενική τιμή, για σκοπούς επισήμανσης κλινικών περιπτώσεων και χρησιμοποιήθηκε η βαθμολόγηση 0-0-1-1 και η τιμή ουδός 4/5 [215]. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους συγγενείς των ασθενών στο τέλος της νοσηλείας, προκειμένου να αποφευχθεί η όποια επίδραση μπορεί να υπάρχει από ψυχοπιεστικές καταστάσεις στην φάση της εισόδου. Το σκεπτικό της χορήγησης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου βασίστηκε στην υπόθεση ότι η ψυχική υγεία των συγγενών μπορεί να είναι ένας παράγοντας που να επιδρά στις στάσεις και στις απόψεις τους.

## **2. Το ερωτηματολόγιο για τον «Φόρτο της Φροντίδας του Ψυχικά Πάσχοντος» (The Family Burden of Care) [113,114]**

Ο «συναισθηματικός φόρτος» αναφέρεται στην παρουσία προβλημάτων, δυσκολιών ή αρνητικών συνθηκών που επιδρούν στη ζωή των ατόμων που φροντίζουν τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Τα άτομα αυτά αποτελούν σημαντικό σημείο αναφοράς για τον ασθενή [103]. Ο φόρτος διακρίνεται σε «αντικειμενικό» και «υποκειμενικό», όπου αντίστοιχα, ο αντικειμενικός φόρτος προσδιορίζει ο,τιδήποτε συμβαίνει λόγω της ασθένειας και διαταράσσει την οικογενειακή ζωή, ενώ ο υποκειμενικός φόρτος αναφέρεται στο συναίσθημα που βιώνει ο συγγενής υποκειμενικά και προσωπικά.

Η αξιολόγηση του φόρτου έγινε με μια ημιδομημένη συνέντευξη [113] που στηρίχτηκε στην κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής συμπεριφοράς (Social Behavior Assessment Scale) [103] και στη σύντομη διασκευή της συνέντευξης για τον «Δείκτη Έκφρασης του Συναισθήματος» (Camberwell Family Interview) [41]. Η παραπάνω συνέντευξη μεταφράσθηκε και σταθμίσθηκε στα Ελληνικά [216,217,218,219]. Αξιολογήθηκε μόνο ο



υποκειμενικός φόρτος, με την χρησιμοποίηση του αντίστοιχου τμήματος της ημιδομημένης συνέντευξης.

Στην αρχή και στο τέλος της νοσηλείας από την πλευρά του ερευνητή συμπληρώθηκαν οι παρακάτω κλίμακες εκτίμησης του ασθενούς:

**1. Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης (Global Assessment Scale-G.A.S.) [220]**

Η κλίμακα αυτή επιτρέπει μια συνολική εκτίμηση της αλλαγής που βασίζεται στην γενική κλινική εντύπωση του ερευνητή. Η κλίμακα περιλαμβάνει 10 διαστήματα και κάθε ένα από αυτά περιέχει 10 σημεία εκτίμησης της βαρύτητας (1-100). Εκτιμά την συνολική λειτουργικότητα σε ένα συνεχές ασθένειας-υγείας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει αλλαγές σε συναισθηματικές, νευρωτικές καθώς και σε σχιζοφρενικές διαταραχές.

**2. Κλίμακα BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) [221]**

Η κλίμακα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες και μπορεί να προσφέρει μια σύντομη και αδρή εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας και της εξέλιξής της. Αποτελείται από 18 εκτιμήσεις συμπτωματολογίας, στις οποίες ο ερευνητής βαθμολογεί ανάλογα με την ύπαρξη και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων .

Η κλίμακα BPRS [221] είναι ένα από τα ευρύτετα χρησιμοποιημένα εργαλεία για την αξιολόγηση της κλινικής αλλαγής στους ψυχιατρικούς ασθενείς [222]. Αρχικά σχεδιασμένη για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ψυχοφαρμακολογικής θεραπείας στους ασθενείς με ποικίλα συμπτώματα [221], η αρχική έκδοση της κλίμακας αποτελούταν από 14 στοιχεία, αλλά άλλαξε σύντομα σε μια έκδοση 16 στοιχείων, η οποία ακολουθήθηκε στη συνέχεια από την παρούσα 18 στοιχείων έκδοση [223,221]. Όλες οι εκδόσεις



της κλίμακας έχουν χρησιμοποιήσει το ίδιο σύστημα βαθμολόγησης, που είναι βασισμένο σε μια επτά-κατηγοριών διάσταση της βαρύτητας της κατάστασης, κυμαινόμενη από 0 (μη παρούσα) ως 6 (εξαιρετικά δριμύ).

Το μεγαλύτερο μέρος των διαθέσιμων στοιχείων φαίνεται να προτείνει ότι η BPRS ισχύει και είναι αξιόπιστη. Σύμφωνα με την απλότητα της κατασκευής της και της βαθμολόγησης της, η μέση τιμή αξιοπιστίας στα 18 στοιχεία της κλίμακας αναφέρονται μεταξύ του 0,630 και 0,880 [224]. Δεδομένου ότι η κλίμακα είναι σχεδιασμένη για να αποτελεί έναν δείκτη για τη μέτρηση της αλλαγής κατά τη διάρκεια του χρόνου, η δοκιμή - επανέλεγχος της αξιοπιστίας ποικίλει μεταξύ των μάλλον ευρέων άκρων 0 και 0,91 [224, 222]. Οι προσπάθειες για την καθιέρωση της παραγοντικής δομής της BPRS έχουν παραγάγει αρκετά συνεπή αποτελέσματα, με τους περισσότερους ερευνητές να εκθέτουν πέντε παράγοντες. Ο Overall [221] έχει προσδιορίσει τους εξής παράγοντες: Διαταραχή της σκέψης, αγχώδης καταθλιπτική διαταραχή, διεγερτική έξαψη, απόσυρση-επιβράδυνση, εχθρική καχυποψία. Σαν περαιτέρω κατάθεση στις μάλλον σημαντικές ιδιότητες της, η κλίμακα έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα στις διαπολιτισμικές μελέτες [225, 222].

**Στην αρχή της νοσηλείας από την πλευρά του ερευνητή συμπληρώθηκε επιπλέον τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς:** Η κλίμακα εκτίμησης του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των **Hollingshead and Reldeich** [226].



## Στατιστική Επεξεργασία

Οι αναλύσεις των δεδομένων έγιναν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 10.0 (Statistical package for the social sciences, SPSS Inc, Chicago, IL, U.S.A.). Η ανάλυση έγινε σε δύο φάσεις.

Στην πρώτη φάση, έγιναν συγκρίσεις μεταξύ της ομάδας των συνοδών και εκείνης των μη συνοδών σε όλες τις μεταβλητές που μελετήθηκαν (μονοπαραγοντική ανάλυση). Για την ανάλυση μεταβλητών με κανονική κατανομή εφαρμόστηκε η μέθοδος Student's t-test. Για την ανάλυση δεδομένων με μη κανονική κατανομή και επιμέρους μεταβλητών των ερωτηματολογίων (όπου συνήθως η κατανομή δεν είναι κανονική) προτιμήθηκε η εφαρμογή της μη παραμετρικής μεθόδου του Kendall (Kendall's tau-b), καθόσον η μέθοδος αυτή θεωρείται η πλέον κατάλληλη για τέτοιου τύπου ερωτηματολόγια, δεν επηρεάζεται από το αν τα δεδομένα έχουν ή όχι κανονική κατανομή, και, επιπλέον, δίνει ένα μέτρο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ των δύο ανεξάρτητων μεταβλητών που μελετώνται, ορίζοντας έτσι και ένα μέτρο του σχετικού βαθμού σημαντικότητας της κάθε μεταβλητής [227,228,229]. Για τα «διατάξιμα» και «κατηγορικά» δεδομένα (όπως, π.χ. φύλο, τόπος διαμονής κ.λ.π.), χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του  $\chi^2$ -τετράγωνο ( $\chi^2$ ), όπου χρειαζόταν και με την διόρθωση του Yates.

Στη δεύτερη φάση της στατιστικής επεξεργασίας, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Πολλαπλής Λογιστικής Παλινδρόμησης (Multiple Logistic Regression Analysis), με στόχο να προσδιοριστούν με μεγαλύτερη σαφήνεια οι διάφορες παράμετροι που διαφοροποιούν τους συνοδούς από τους μη συνοδούς συγγενείς και η ενδεχόμενη επίδραση της συνοδείας σε διάφορες παραμέτρους της νοσηλείας.



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΕΡΕΥΝΑΣ  
ΚΑΙ ΔΙΔΑΚΤΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ  
ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ  
ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ  
ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ  
ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ  
ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το παρόν έγγραφο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της έρευνας και της διδακτικής πράξης στο μάθημα της Ελληνικής Γλώσσας και της Ιστορίας στην εκπαίδευση της πρώτης βαθμιαίας εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μορφή κειμένου και συνοδεύονται από πίνακες και διαγράμματα που απεικονίζουν τα ποσοστά των απαντήσεων των μαθητών και των εκπαιδευτικών. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ουσιαστικά και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση της διδασκαλίας και της μάθησης στο συγκεκριμένο μάθημα.



## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

### **A) ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Στη μελέτη συμμετείχαν 76 ασθενείς, από τους οποίους 32 (42.1%) ήταν άνδρες και 44 (57.9%) ήταν γυναίκες.

### **ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**

Το 71.1% των ασθενών δήλωσε ότι γεννήθηκε σε αγροτική περιοχή ενώ το 56.6% κατοικεί σε αστική περιοχή, το 9.2% σε ημιαστική και το 34.2% σε αγροτική περιοχή. Το 47.4% των ασθενών διαμένουν στην ευρύτερη περιφέρεια της πόλης των Ιωαννίνων, ένα μεγάλο ποσοστό (43.4%) στην περιφέρεια της Ηπείρου αλλά υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 9.2% που είτε μένει αρκετά μακριά (7,9%) είτε και στο εξωτερικό (1.3%). Αυτό σημαίνει πως η κλινική καλύπτει και ασθενείς από άλλες περιφέρειες, είτε λόγω έκτακτης ανάγκης, είτε λόγω επιλογής των υπηρεσιών από τους κατοίκους των άλλων περιφερειών σε ποσοστό περίπου 9%.

Οι συγγενείς δηλώνουν αρκετά περισσότερο από τους ασθενείς ότι γεννήθηκαν σε πόλη (32.9% έναντι 27.6% αντίστοιχα,  $\chi^2=8.2$ ,  $df=2$ ,  $p<0.01$ ). Το ίδιο, όπως ίσως ήταν αναμενόμενο, συμβαίνει και με τον τόπο διαμονής, όπου οι συγγενείς που μένουν σε πόλη (Ιωάννινα) υπερτερούν, αν και όχι στατιστικά σημαντικά (50.0% έναντι 47.4% αντίστοιχα,  $\chi^2=9.1$ ,  $df=6$ , ns), κάτι το οποίο σημαίνει ότι συχνά ο ασθενής έρχεται από το χωριό, και ο συγγενής του, που μένει στην πόλη, δέχεται να τον συνοδεύσει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ ασθενών και συγγενών σχετικά που κατοικούν στην ευρύτερη περιφέρεια Ιωαννίνων, στην Ήπειρο ή στο εξωτερικό. Αυτό συμβαίνει γιατί οι συγγενείς που συνοδεύουν τον ασθενή, συχνά, έρχονται μαζί του από εκεί που μένουν.





## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Το 57% των ασθενών ήταν έγγαμοι, ενώ το 30% άγαμοι. Τα ποσοστά διαζευγμένων και χήρων ήταν σχετικά μικρά, ακολουθώντας περίπου τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

	N	(%)
Άγαμοι	30	39.5
Έγγαμοι	42	55.3
Διαζευγμένοι	2	2.6
Χήροι	2	2.6

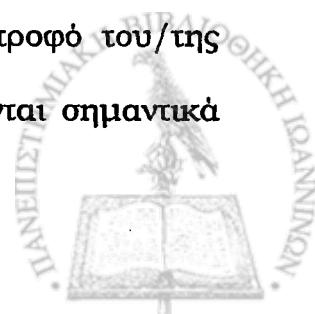
## **ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΕΓΓΑΜΟΙ)**

Η πλειονότητα των έγγαμων ασθενών έχει 1-3 παιδιά, με τους περισσότερους (38.8%) να έχουν δυο παιδιά (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΕΓΓΑΜΟΙ [N=42])**

Αριθμός παιδιών	N	(%)
0	3	7.1
1	8	19.0
2	17	40.5
3	9	21.4
4	4	9.5
5	1	2.4

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (41.8%) μένει με τον/την σύντροφό του/της (19%) ή και με τα παιδιά τους (22.8%), ποσοστά που αυξάνονται σημαντικά



εάν συνυπολογιστεί το αρκετά μεγάλο ποσοστό εκείνων που ζουν με την διευρυμένη οικογένεια (32.9%). Δέκα ασθενείς (12.7%) μένουν με τους γονείς τους, έξι (7.6%) μόνοι, τρεις (3.8%) μόνοι με τα παιδιά τους και ένας με φίλους ή μακρινούς συγγενείς.

Σχετικά με το εύρος της οικογένειας καταγωγής των ασθενών, η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ότι έχει αδέρφια (94.9%), συνήθως 2 (31.6%), τρία (20.3%) ή, λιγότερο συχνά, τέσσερα (13.9%), κατάγονται δηλαδή κατά το μάλλον ή ήττον από πολυμελείς σχετικά οικογένειες.

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

#### **ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Η πλειονότητα των ασθενών είναι μορφωτικού επιπέδου του Δημοτικού, ενώ λίγοι έχουν καταφέρει να προχωρήσουν στην Ανώτερη ή Ανώτατη εκπαίδευση (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΣΘΕΝΩΝ**

	N	(%)
Αγράμματος	5	6.6
Δημοτικό	37	48.7
Γυμνάσιο	11	14.5
Λύκειο	16	21.1
Ανώτερη Σχολή	2	2.6
Ανώτατη Σχολή	5	6.6



## ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

Η κατανομή του μορφωτικού επιπέδου στους συγγενείς φαίνεται να είναι πιο ομοιογενής και υπάρχει η τάση περισσότεροι συγγενείς να είναι περισσότερο μορφωμένοι από ότι οι ασθενείς ( $\chi^2=16.2$ ,  $df=5$ ,  $p<0.005$ ).

**Πίνακας 4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΓΓΕΝΩΝ**

	N	(%)
Δημοτικό	23	30.3
Γυμνάσιο	16	21.1
Λύκειο	16	21.1
Ανώτερη Σχολή	7	9.2
Ανώτατη Σχολή	14	18.4

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ

Σχετικά με μια αδρή εκτίμηση της «Κοινωνικής Τάξης κατά Hollinthead and Redlich», φαίνεται πως οι ασθενείς, με τα κριτήρια αυτά, ανήκουν σε μάλλον χαμηλότερη Κοινωνικοοικονομική τάξη από ό,τι οι συγγενείς που τους συνοδεύουν ( $\chi^2=26.4$ ,  $df=4$ ,  $p<0.0001$ ).

**Πίνακας 5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ**

ΑΣΘΕΝΕΙΣ			ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ		
	N	(%)		N	(%)
<b>II-III</b>	12	15.8	<b>II-III</b>	28	36.8
<b>IV</b>	53	69.7	<b>IV</b>	40	52.6
<b>V</b>	11	14.5	<b>V</b>	8	10.5



## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η πλειονότητα των ασθενών, όπως και των συγγενών, παρουσιάζει μια μάλλον «Μέτρια» οικονομική κατάσταση, όμως, οι περισσότεροι συγγενείς αναφέρουν «καλή» όπως και περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν «άσχημη» οικονομική κατάσταση (Kendall's tau-b=0.103, p<0.001), δείχνοντας μια τάση οι ασθενείς να είναι σε μάλλον δυσχερέστερη οικονομική θέση από τους συγγενείς που τους συνοδεύουν.

**Πίνακας 6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

<b>ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>			<b>ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ</b>		
	N	(%)		N	(%)
Πολύ άσχημη	2	2.6	Πολύ άσχημη	2	2.6
Άσχημη	16	21.1	Άσχημη	8	10.5
Μέτρια	45	55.2	Μέτρια	41	53.9
Καλή	11	14.5	Καλή	20	26.3
Πολύ καλή	2	2.6	Πολύ καλή	5	6.6



## ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σχετικά με την εκτίμηση της επαγγελματικής σταθερότητας των ασθενών αλλά και των συγγενών που τους συνοδεύουν, φαίνεται πως λίγοι ασθενείς εργάζονται σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης (14%), 8% περίπου δηλώνουν άνεργοι, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 14% δηλώνουν Ανάπηροι, πιθανώς και λόγω κάποιας σύνταξης που παίρνουν εξαιτίας της νόσου. Οι διαφορές με τους κατά τεκμήριο περισσότερο υγείς συγγενείς τους είναι σημαντικές (Kendall's tau-b=0.148,  $p < 0.05$ ) και ίσως εν μέρει εξηγούν και τις προηγούμενες διαφορές στα θέματα των κοινωνικών τάξεων και της οικονομικής κατάστασης γενικότερα.

**Πίνακας 7. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

<b>ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>			<b>ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ</b>		
	N	(%)		N	(%)
Πλήρης Απασχόληση	11	14.5	Πλήρης Απασχόληση	39	51.3
Μερική Απασχόληση	16	19.7	Μερική Απασχόληση	9	11.8
Εργάζονται Περιοδικά	4	5.3	Εργάζονται Περιοδικά	1	1.3
Άνεργος/η	6	7.9	Άνεργος/η	2	2.6
Ανάπηρος/η	11	14.5	Ανάπηρος/η	2	2.6
Μαθητές/Φοιτητές	6	7.9	Μαθητές/Φοιτητές	2	2.6
Οικιακά	9	11.8	Οικιακά	13	17.1
Άλλο	14	18.4	Άλλο	8	10.5



**ΕΡΓΑΣΙΑ****Πίνακας 8. Είδος εργασίας**

<b>ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>			<b>ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ</b>		
	<b>N</b>	<b>(%)</b>		<b>N</b>	<b>(%)</b>
Οικιακά	23	30,3	Οικιακά	16	21,1
Αγρότης	9	11,8	Αγρότης	6	7,9
Εργάτης	3	3,9	Εργάτης	13	17,1
Ελεύθ. Επαγγ.	2	2,6	Ελεύθ. Επαγγ.	9	11,8
Έμπορος/Βιοτέχνης			Έμπορος/Βιοτέχνης		
Επιστήμ/Δημόσιος	5	6,6	Επιστήμ/Δημόσιος	17	22,4
Υπάλληλος/Αστυνομ			Υπάλληλος/Αστυνομ		
Μαθητής/Φοιτητής	7	9,2	Μαθητής/Φοιτητής	2	2,6
Συνταξιούχος-Άλλο	16	21,1	Συνταξιούχος-Άλλο	9	11,8
Άνεργος/η	11	14,5	Άνεργος/η	4	5,3

Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και οι δηλώσεις των ασθενών σε σχέση με το ειδικό επάγγελμα που ασκούν. Τα μεγαλύτερα ποσοστά αφορούν Συνταξιούχους Ανέργους ή απασχολούμενους με τις εργασίες του σπιτιού (65.9%), πολύ λίγοι, σε σχέση με τους συγγενείς τους, εργάζονται στον Δημόσιο Τομέα (6.6% έναντι 22.4%), είναι εργάτες (3.9% έναντι 17.1%) ή ελεύθεροι επαγγελματίες και έμποροι (2.6% έναντι 11.8%) ( $\chi^2=27.3$ ,  $df=7$ ,  $p<0.0001$ ).



## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το διαγνωστικό σύστημα που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ICD-10, και ακολουθήθηκε η συνήθης πρακτική που τίθενται η διαγνώσεις στην κλινική.

**Πίνακας 9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

	N	(%)
Οργανικές διαταραχές	4	5,1
Σχιζοφρενικές Ψυχώσεις	33	43,4
Συναισθηματικές διαταραχές	30	38,0
Άλλες μη ψυχωτικές διαταραχές	1	1,3
Χωρίς (τελική) Διάγνωση-Προς Διερεύνηση	8	10,1

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, το συγκεκριμένο επεισόδιο που οδήγησε στην ανάγκη νοσηλείας δεν ήταν το πρώτο επεισόδιο. Μόνον σε 17 περιπτώσεις (22.4%) η νοσηλεία αφορούσε πρώτο επεισόδιο. Το εύρημα αυτό έχει σημασία, καθόσον αποτελεί, γενικά, στάση της κλινικής, να αποφεύγεται κατά το δυνατόν η νοσηλεία σε κάθε πρώτο επεισόδιο, και να αντιμετωπίζεται, όπου είναι εφικτό, η κατάσταση στην κοινότητα, προς αποφυγή της επιβάρυνσης που προσθέτει μια πρώτη νοσηλεία στο νέο πρώτο επεισόδιο ψύκωσης. Ανεξάρτητα, πάντως, από το αν ήταν πρώτο επεισόδιο, στις μισές περιπτώσεις (50.0%) αυτή ήταν και η πρώτη νοσηλεία στην συγκεκριμένη κλινική, πράγμα που δείχνει πως πολλοί ασθενείς μας είχαν και άλλες νοσηλείες αλλού, στο παρελθόν. Στην δική μας κλινική, επτά (7) ασθενείς είχαν ξανανοσηλευτεί μία φορά και δύο (2) ασθενείς πάνω από μία φορά. Δηλαδή, από τις 41 περιπτώσεις που είχαν ξανανοσηλευτεί, μόνον οι 7 αφορούσαν ασθενείς της δικής μας κλινικής, δίνοντας ένα μέτρο της μετανοδομομενειακής φροντίδας που παρέχει η κλινική με την μορφή του follow-up. Όταν δηλαδή κάποιος μένει χωρίς φροντίδα, έχει περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσει με βαρύτητα τέτοια που να απαιτείται η εκ νέου νοσηλεία του.



**Πίνακας 10. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ**

	N	(% )
Υγιής - με μεγάλα διαστήματα καλής προσαρμογής και Νορμοθυμίας	16	21.1
Αραιά ασθενής - Με αραιές Υποτροπές	31	40.8
Συχνά ασθενής - Με συχνές Υποτροπές	20	26.3
Διαρκώς με συμπτώματα ή διαρκώς σε κατάσταση κρίσης/υποτροπής	9	11.8

**Πίνακας 11. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 5 ΧΡΟΝΙΑ**

	N	(% )
Καμία	15	19,7
Παρακολούθηση από Γενικό Ιατρό	3	3,9
Παρακολούθηση από Ιδιώτη Ψυχίατρο	21	27,6
1-2 Νοσηλείες σε Ψυχ. Κλινική	28	36,8
3 ή περισσότερες Νοσηλείες σε Ψυχ. Κλινική	9	11,8

**Πίνακας 12. ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΖΗΤΗΣΕ**

	N	(% )
Ο ίδιος ο ασθενής	27	35,5
Κάποιος συγγενής	46	60,5
Ο εισαγγελέας	1	1,3
Άλλοι	2	2,6





## **B) ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ**

Η δημογραφική σύνθεση του δείγματος των συγγενών που συνόδευσαν τον ασθενή, δεν φάνηκε ριζικά να διαφέρει από εκείνη των συγγενών, με εξαίρεση κάποιες παραμέτρους που πιθανά σχετίζονται με τη νόσο, όπως ήδη αναφέρθηκε στην περίπτωση της επαγγελματικής κατάστασης. Έτσι, και εδώ η κατανομή φύλου ακολουθεί εκείνη των ασθενών, με μεγαλύτερη επικράτηση των γυναικών (57.9%) έναντι των ανδρών (42.1%), χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές με το δείγμα των ασθενών ( $\chi^2=0.9$ ,  $df=1$ ,  $ns$ ). Για τις (μικρές) διαφορές που υπήρχαν σε σχέση με τους τόπους γέννησης και διαμονής, έγινε ήδη μνεία προηγουμένως.

**Πίνακας 13. ΣΧΕΣΗ ΣΥΝΟΔΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ**

	N	(%)
Γιος/Κόρη	24	31,6
Σύζυγος	17	22,4
Αδελφή/ός	20	26,3
Μητέρα	7	9,2
Πατέρας	5	6,6
Άλλος στενός συγγενής	3	3,9

Η πλειονότητα των συγγενών που συνοδεύουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, φαίνεται να ανήκουν στην τωρινή του οικογένεια (σύζυγος-παιδιά συνολικά: 54.0%), το ένα τέταρτο συνοδεύεται από κάποιο από τα αδέρφια του και μικρό μόνον ποσοστό συνοδεύεται από κάποιον από τους γονείς του.



## **ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΟΔΟΥ-ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ**

### **ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

Η εγγύτητα της σχέσης του συνοδού-συγγενούς με τον ασθενή, εκτός από την συγγένεια, φαίνεται και από τις απαντήσεις σε θέματα που αφορούν συγκατοίκηση και συναλλαγή. Έτσι το 68.4% των συνοδών-συγγενών συγκατοικούσαν πριν την εισαγωγή με τον ασθενή, ενώ το 71.1% δήλωσε πως συναλλασσόταν μαζί του σε καθημερινή βάση. Άξιο προσοχής είναι πως ένα ποσοστό της τάξης περίπου του 3.9% δήλωσε πως συναντιόταν και συναλλασσόταν με τον ασθενή μόνον μια ή δυο φορές το χρόνο. Παρόλα αυτά, δέχτηκε να τον συνοδεύσει στην νοσηλεία του.

**Πίνακας 14. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ**

	N	(%)
Καθημερινά	54	71,1
1-2 φορές την εβδομάδα	10	13,2
1-2 φορές το μήνα	9	11,8
1-2 φορές το χρόνο	3	3,9

Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί πως ένα πολύ μεγάλο ποσοστό συγγενών (51.9%), σύμφωνα με δηλώσεις των ιδίων, αντιμετώπιζε κι εκείνο πρόβλημα ψυχικής υγείας.



## ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

### ΖΗΤΗΣΕ Ή ΠΡΟΤΕΙΝΕ:

Το μεγαλύτερο μέρος των συνοδών-συγγενών (73.4%), συνόδευε τον ασθενή κατά την προσέλευσή του στα εξωτερικά ιατρεία και συμμετείχε στην εισαγωγή του. Είναι, επίσης, χαρακτηριστικό για το κίνητρο της συνοδείας, πως ενώ το 74% συνόδευε τον ασθενή στα ΕΙ, μόλις το 26.3% των συνοδών-συγγενών ζήτησαν να τον συνοδεύσουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

**Πίνακας 15. Ποιος συνέστησε την συνοδεία**

	N	(%)
Ο Ιατρός	9	11,8
Ο ασθενής	14	18,4
Ο συγγενής	20	26,3
Άλλος - Δεν υπάρχουν στοιχεία	33	43,4

Έτσι, όταν αποφασίστηκε να νοσηλευθεί ο ασθενής, φαίνεται πως προσήλθαν και άλλοι συγγενείς, που μέχρι τότε δεν τον συνόδευαν, καθόσον πλέον κατά την εισαγωγή του ασθενούς, η συντριπτική πλειονότητα των συγγενών που δέχθηκαν να τον συνοδεύσουν είχε ήδη εμφανιστεί στο Νοσοκομείο (94.9% των ασθενών του αρχικού δείγματος και 98.7% του τελικού δείγματος συμμετεχόντων στην μελέτη (76 ζευγών ασθενών-συγγενών) ήδη συνοδευόταν από τον συγγενή κατά την εισαγωγή του). Δεν ήταν, μάλιστα, λίγες οι περιπτώσεις εκείνες που τον ασθενή συνόδευαν περισσότεροι του ενός συγγενείς.



**ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ  
ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΩΝ  
ΑΣΘΕΝΩΝ (ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ)**

**ΧΑΡΑΚΗΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ  
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**

**Πίνακας 16. Ηλικία ασθενών**

	Συνοδεία Συγγενούς					
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)		t-test	p
	Mean	SE	Mean	SE		
<b>Ηλικία ασθενών</b>	45.55	2.45	39.16	2.76	1.97	<b>0.05</b>

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 16, οι νεότεροι ασθενείς έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να συνοδεύονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους από κάποιον συγγενή τους, από ό,τι οι μεγαλύτεροι στην ηλικία ασθενείς.

**Πίνακας 17. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ασθενών**

Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
II-III	6	18.2%	6	14.0%				
IV	24	72.7%	29	67.4%	1.454	2	NS	0.119
V	3	9.1%	8	18.6%				

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπως αυτό εκτιμήθηκε με την κλίμακα Hollingstead and Reldeich, δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την πιθανότητα να συνοδεύεται κάποιος ασθενής από τον συγγενή του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί πως η πλειονότητα των ασθενών ανήκει στην κατηγορία IV κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.



**Πίνακας 18. Τόπος διαμονής του ασθενούς**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
Αστικός	19	57.6%	24	55.8%				
Ημιαστικός	3	9.1%	4	9.3%	0.024	2	NS	0.017
Αγροτικός	11	33.3%	15	34.9%				
Ιωάννινα	20	62.5%	16	37.2%				
Ηπειρος	12	37.5%	21	48.8%	7.446	2	<b>0.024</b>	0.283
Υπόλοιπη Ελλάδα	0	0	6	14.0%				

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 18, ο τόπος διαμονής, κυρίως όσον αφορά την απόστασή του από την έδρα της κλινικής, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο εάν οι ασθενείς θα συνοδεύονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ενώ τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τόπου διαμονής δεν φαίνεται να σχετίζονται με την συνοδεία συγγενούς, φαίνεται πως όσο πιο μακριά από τα Ιωάννινα μένει ο ασθενής, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να τον συνοδεύει και κάποιος συγγενής του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ενδιαφέρον έχει το εύρημα πως όλοι οι ασθενείς που η μόνιμη κατοικία τους ήταν εκτός Ηπείρου, συνοδευόταν από κάποιον συγγενή τους, ενώ το ίδιο συνέβαινε και με τους μισούς ασθενείς που έμεναν εκτός της πόλης των Ιωαννίνων.



**Πίνακας 19. Άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Φύλο ασθενούς</b>								
Ανδρας	12	36.4%	20	46.5%	0.789	1	NS	-0.102
Γυναίκα	21	63.6%	23	53.5%				
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>								
Έγγαμος	23	69.7%	19	44.2%	4.915	1	<b>0.027</b>	0.254
Άγαμος-Διαζευγμένος	10	30.3%	24	55.8%				
Έχουν παιδιά	22	66.7%	19	44.2%	3.798	1	<b>0.050</b>	-0.224
<b>Αριθμός παιδιών</b>								
0	11	33.3%	24	55.8%				
1	6	18.2%	2	4.7%				
2	11	33.3%	7	16.3%	8.346	4	0.080	-0.106
3	3	9.1%	7	16.3%				
4 ή παραπάνω	2	6.1%	3	7.0%				
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>								
Αγράμματοι-Δημοτικό	21	63.6%	21	48.8%				
Γυμνάσιο-Λύκειο	11	33.3%	16	37.2%	3.238	2	NS	0.172
Ανώτερη-Ανώτατη σχολή	1	3.0%	6	14.0%				

Το φύλο του ασθενούς καθώς και το εκπαιδευτικό του επίπεδο, δεν βρέθηκε να σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το εάν θα συνοδεύεται ή όχι από κάποιον συγγενή του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Από την άλλη πλευρά, φαίνεται πως όσοι ασθενείς μένουν μόνοι τους, είναι δηλαδή ή άγαμοι (και συνακόλουθα δεν έχουν παιδιά) ή διαζευγμένοι, έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνοδεύονται στη νοσηλεία τους. Το εύρημα αυτό, θα πρέπει να συνδυαστεί και με τα ευρήματα του Πίνακα 16, που τονίζει ότι οι ασθενείς που συνοδεύονται είναι μικρότεροι στην ηλικία, άρα με λιγότερες πιθανότητες να είναι παντρεμένοι ή να έχουν παιδιά.



**Πίνακας 20. Παράμετροι της Νοσηλείας**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Ποιος ζητά την εισαγωγή</b>								
Ο ασθενής	16	48.5%	11	25.6%				
Οι συγγενείς	17	51.5%	29	67.4%	5.842	2	<b>0.050</b>	0.261
Άλλο πρόσωπο	0	0	3	7.0%				
<b>Πρώτη Νοσηλεία</b>								
Ναι	9	27.3%	29	67.4%	12.051	1	<b>0.001</b>	0.398
Όχι	24	72.7%	14	32.6%				

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 20, οι ασθενείς που συνοδεύονται, εισάγονται συχνότερα μετά από αίτημα των συγγενών τους και νοσηλεύονται συνήθως για πρώτη φορά. Τα ευρήματα αυτά, σε συνδυασμό με τα προηγούμενα (μικρότερη ηλικία ασθενούς, ο ασθενής συνήθως είναι άγαμος και μένει μόνος και μακριά), ίσως σχετίζονται και με το ενδεχόμενο φτωχής επίγνωσης της νόσου και εναισθησίας, καθώς τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν τον ενεργητικό ρόλο που παίζουν οι συγγενείς στην περίθαλψη και νοσηλεία του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν πρόκειται να νοσηλευτεί για πρώτη φορά. Οι συγγενείς, δηλαδή, έχουν κατά κάποιο τρόπο «αναλάβει» τον ασθενή, τον συνοδεύουν στο Νοσοκομείο, ζητούν την εισαγωγή του και δέχονται να τον συνοδεύσουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.



**Πίνακας 21. Προηγούμενη Ιατρική Φροντίδα**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Προηγούμενη Ιατρική Φροντίδα</b>								
Καμία	3	9.1%	12	27.9%				
Από εξωτερικό ιατρό	7	21.2%	17	39.5%	10.624	2	<b>0.005</b>	-0.350
Νοσηλεία	23	69.7%	14	32.6%				

Όπως γίνεται φανερό από τον παραπάνω πίνακα, 15 ασθενείς (19.7%) δεν είχαν καμία προηγούμενη ιατρική φροντίδα, εύρημα που θα πρέπει να συνδυαστεί με τα αποτελέσματα του επόμενου πίνακα, που δείχνει ότι η πλειονότητα αυτών των ασθενών παρουσίασε για πρώτη φορά ενεργό ψυχοπαθολογία. Εκείνο, όμως, που θα πρέπει να τονιστεί σε αυτόν το πίνακα, είναι πως όσοι ασθενείς είχαν προηγουμένως κάποιο ιστορικό νοσηλειών, είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να συνοδεύονται από κάποιον συγγενή τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Έχει ήδη αρχίσει να γίνεται φανερό, ότι η χρονιότητα της νόσου, τα πολλά επεισόδια, η μεγάλη ηλικία και οι πολλές προηγούμενες νοσηλείες, συνιστούν αποτρεπτικούς παράγοντες για τους συγγενείς, αναφορικά με το ενδεχόμενο να συνοδεύουν τους ασθενείς στη νοσηλεία τους (και άρα να επενδύουν ίσως στην δυνατότητα θεραπείας των νοσοούντων συγγενών τους).

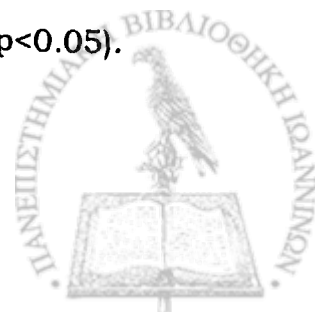




**Πίνακας 22. Παράμετροι της Νόσου**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Πρώτο επεισόδιο</b>								
Ναι	5	15.2%	12	27.9%	1.749	1	NS	0.152
Όχι	28	84.8%	31	72.1%				
<b>Διάγνωση</b>								
Σχιζοφρένεια	15	51.7%	18	46.2%	.207	1	NS	-0.055
Άλλες διαγνώσεις	14	48.3%	21	53.8%				
<b>Υποτροπή</b>								
Ναι	10	31.3%	5	11.9%				
Όχι	19	59.4%	28	66.7%	6.132	2	<b>0.05</b>	0.249
Άγνωστο	3	9.4%	9	21.4%				

Παρότι όπως φαίνεται στον Πίνακα 22 υπάρχει η τάση οι ασθενείς που συνοδεύονται να παρουσιάζουν για πρώτη φορά κάποιο ψυχωτικό συνήθως επεισόδιο, σε σχέση με όσους δεν συνοδεύονται (27.9% έναντι 15.2%), η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Όπως και προηγουμένως σημειώθηκε, η πρώτη νοσηλεία και ίσως όχι το πρώτο επεισόδιο είναι ο σημαντικός εκείνος παράγοντας που παρακινεί τους συγγενείς να συνοδεύσουν τον ασθενή τους στη νοσηλεία του. Η διάγνωση, επίσης, δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το ενδεχόμενο συνοδείας του ασθενούς κατά τη νοσηλεία του. Ιδιαίτερα σημαντικό, όμως, εύρημα, είναι η επίδραση που φαίνεται να ασκεί η συνοδεία συγγενούς, στο ενδεχόμενο υποτροπής της νόσου του ασθενούς ένα χρόνο μετά την έξοδό του από την κλινική. Έτσι, **οι ασθενείς που συνοδεύτηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν ένα χρόνο μετά την έξοδό τους από την κλινική, σε σχέση με όσους δεν συνοδεύτηκαν (11.9% έναντι 31.3% αντίστοιχα,  $p < 0.05$ ).**



**Πίνακας 23. Χρονική διάρκεια της Νόσου και της Νοσηλείας**

	Συνοδεία Συγγενούς				t-test	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
<b>Διάρκεια Νόσου (Μήνες)</b>	147.15	25.05	67.52	16.13	2.781	<b>0.007</b>
<b>Διάρκεια Νοσηλείας (Ημέρες)</b>	26.15	3.05	19.47	1.80	1.987	<b>0.05</b>

Τα ευρήματα που παρουσιάζονται στους προηγούμενους Πίνακες 16 & 20 σχετικά με το νεαρό της ηλικίας των ασθενών που συνοδεύονται και το ότι η παρούσα νοσηλεία τους είναι και η πρώτη νοσηλεία που είχαν στη ζωή τους, επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα του Πίνακα 23. Εδώ, φαίνεται καθαρά πως οι ασθενείς που συνοδεύονται πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο για σημαντικά μικρότερη χρονική περίοδο, σε σχέση με όσους δεν νοσηλεύονται, ουσιαστικά δηλαδή δεν πρόκειται για χρόνιους αρρώστους, αλλά για σχετικά νέους. Έτσι, ενώ η μέση διάρκεια νόσου όσων συνοδεύονται είναι γύρω στα 5 χρόνια, η αντίστοιχη μέση διάρκεια νόσου όσων δεν συνοδεύονται είναι παραπάνω από 12 χρόνια.

Ένα άλλο ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα, που δείχνει ίσως και τις θετικές συνέπειες που έχει η πρακτική του να συνοδεύονται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, είναι εκείνο που αφορά τη μέση διάρκεια νοσηλείας και που παρουσιάζεται επίσης στον Πίνακα 23: **η μέση διάρκεια νοσηλείας όσων ασθενών συνοδεύονται από κάποιον συγγενή τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερη από εκείνη των ασθενών που δεν συνοδεύονται ( $p < 0.05$ ).**



**Πίνακας 24. Συμμόρφωση στην αγωγή**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Συμμόρφωση στην αγωγή</b>								
Πολύ καλή	17	53.1%	27	64.3%				
Μέτρια	8	25.0%	4	9.5%	3.461	3	NS	-0.056
Φτωχή	2	6.3%	2	4.8%				

Εδώ εξετάζεται το ενδεχόμενο όφελος που θα μπορούσε να έχει η συνοδεία συγγενούς στην συμμόρφωση του ασθενούς με την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή. Παρότι υπάρχει μια τάση οι ασθενείς που συνοδεύονται να συμμορφώνονται καλύτερα στην φαρμακευτική αγωγή, σε σχέση με όσους δεν συνοδεύονται (64.3% έναντι 53.1% αντίστοιχα), η τάση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι γενικά, ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευομένων ασθενών (57.1%) εκτιμήθηκε ότι έχουν «πολύ καλή» συμμόρφωση στην αγωγή, ανεξάρτητα από το αν συνοδεύονται ή όχι, κάτι που δείχνει την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της κλινικής στο συγκεκριμένο θέμα.



**Πίνακας 25. Έκβαση**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Συνολική Έκβαση</b>								
Αποδρομή	1	3.0%	3	7.0%				
Υφεση	15	45.5%	23	53.5%	1.393	3	NS	-0.124
Παραμονή συμπτωμάτων	15	45.5%	15	34.9%				
Επιδείνωση συμπτωμάτων	2	6.1%	2	4.7%				

Παρότι η έκβαση της νόσου δεν φαίνεται να σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το εάν κάποιος νοσηλευόμενος συνοδεύεται ή όχι, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως διαφαίνεται μια τάση όσοι συνοδεύονται να εξέρχονται της κλινικής σε φάση «ύφεσης» ή «αποδρομής» των συμπτωμάτων σε μεγαλύτερο βαθμό από όσους δεν συνοδεύονται, τάση που ίσως δεν φθάνει στα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας λόγω του σχετικά περιορισμένου αριθμού του δείγματος σε κάθε ομάδα.



**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΟΥΣ**

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**

**Πίνακας 26. Ηλικία συγγενών**

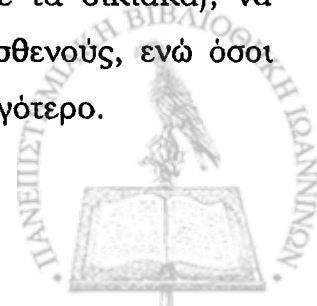
	Συνοδεία Συγγενούς				t-test	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
<b>Ηλικία Συγγενών</b>	38.27	2.19	39.74	1.78	-0.527	NS

Η ηλικία των συγγενών που συνοδεύουν τον ασθενή δεν φαίνεται να σχετίζεται με το εάν θα τον συνοδεύσουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

**Πίνακας 27. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και εργασιακή κατάσταση**

	Συνοδεία Συγγενούς				χ <sup>2</sup>	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο</b>								
II-III	11	33.3%	17	39.5%	4.650	2	0.098	0.026
IV	21	63.6%	19	44.2%				
<b>Παρούσα εργασιακή κατάσταση</b>								
Πλήρης απασχόληση	21	63.6%	18	41.9%	6.865	5	NS	0.207
Μερική απασχόληση	3	9.1%	7	16.3%				
Άνεργος/η	2	6.1%	2	4.7%				
Σύνταξη-αναπηρία κ.λ.π.	4	12.1%	4	9.3%				
Οικιακά	2	6.1%	11	25.6%				
Μαθητές-Φοιτητές	1	3.0%	1	2.3%				

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των συγγενών δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το ενδεχόμενο συνοδείας του ασθενούς, ούτε και το εάν εργάζονται σε κάποιο είδος απασχόλησης ή είναι άνεργοι. Παρόλα αυτά, διαφαίνεται μια τάση όσοι συγγενείς έχουν περισσότερο διαθέσιμο χρόνο από την εργασία τους (π.χ. όσοι έχουν κάποια μερική απασχόληση και κυρίως οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά), να έχουν και μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής στην νοσηλεία του ασθενούς, ενώ όσοι έχουν πλήρη απασχόληση, όπως είναι αναμενόμενο, εμπλέκονται λιγότερο.



**Πίνακας 28. Τόπος διαμονής του συγγενούς**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Τόπος κατοικίας συγγενούς</b>								
Αστικός	26	78.8%	27	62.8%				
Ημιαστικός	2	6.1%	4	9.3%	2.292	2	NS	0.169
Αγροτικός	5	15.2%	12	27.9%				
<b>Ιωάννινα</b>								
Ιωάννινα	22	68.8%	16	37.2%				
Ηπειρος	9	28.1%	20	46.5%	8.182	2	<b>0.017</b>	0.318
Υπόλοιπη Ελλάδα	1	3.1%	7	16.3%				

Όπως διαπιστώθηκε και στην περίπτωση των ασθενών, έτσι και στην περίπτωση των συγγενών τους, ο τόπος διαμονής τους, κυρίως όσον αφορά την απόστασή του από την έδρα της κλινικής, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο εάν οι συγγενείς θα συνοδεύουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ενώ τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τόπου διαμονής (αστική ή αγροτική περιοχή) δεν φαίνεται και εδώ να σχετίζονται με την πιθανότητα ο συγγενής να συνοδεύει τον ασθενή, φαίνεται πως όσο πιο μακριά από τα Ιωάννινα κατοικεί ο συγγενής, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να συνοδεύει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ενδιαφέρον και εδώ έχει το εύρημα πως η πλειονότητα των συγγενών που η μόνιμη κατοικία τους ήταν εκτός Ηπείρου, συνόδευσε τον ασθενή συγγενή του κατά τη νοσηλεία του (87.5%).



**Πίνακας 29. Άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συγγενών**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Φύλο συνοδού συγγενούς</b>								
Άνδρας	17	51.5%	15	34.9%	2.119	1	NS	0.167
Γυναίκα	16	48.5%	28	65.1%				
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο συγγενούς</b>								
Αγράμματος-Δημοτικό	8	24.2%	15	34.9%				
Γυμνάσιο-Λύκειο	15	45.5%	17	39.5%	1.005	2	NS	-0.095

Το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συγγενών, δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το ενδεχόμενο συνοδείας του ασθενούς, όπως φαίνεται στον παραπάνω Πίνακα 29.



**Πίνακας 30. Ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος στον συνοδό συγγενή**

Παρουσίαζε ή παρουσιάζει και ο συνοδός συγγενής κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
Ναι	14	42.4%	24	55.8%	1.339	1	NS	0.133
Όχι	19	57.6%	19	44.2%				

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 30, οι συγγενείς που συνόδευαν τους ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους, φαίνεται πως είχαν κάπως περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν και οι ίδιοι κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα, καθώς το 55.8% από αυτούς απάντησε καταφατικά στην ανάλογη ερώτηση, έναντι 42.4% όσων συγγενών δεν συνόδευσαν τους ασθενείς, αν και η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Ωστόσο αυτό το εύρημα δεν είναι αντικειμενικά τεκμηριωμένο καθώς πρόκειται απλώς για την απάντηση σε μια απ' ευθείας ερώτηση προς όλους τους συγγενείς και συνεπώς η αξία του είναι σχετική.





**Πίνακας 31. Παράμετροι της σχέσης των συνοδών συγγενών με τον ασθενή**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>Συγκατοικούν με τον ασθενή</b>								
Ναι	21	63.6%	31	72.1%	0.618	1	NS	0.090
Όχι	12	36.4%	12	27.9%				
<b>Συναλλάσσονται με τον ασθενή</b>								
Καθημερινά	21	63.6%	33	76.7%				
1-2 φορές την εβδομάδα	7	21.2%	3	7.0%	3.455	3	NS	-0.108
1-2 φορές το μήνα	4	12.1%	5	11.6%				
1-2 φορές το χρόνο	1	3.0%	2	4.7%				
<b>Σχέση με τον/την ασθενή</b>								
Γονέας	2	6.3%	10	24.4%				
Σύζυγος	10	31.3%	7	17.1%	5.199	3	NS	-0.089
Αδέλφια	9	28.1%	11	26.8%				
<b>Συμμετείχε στην εισαγωγή</b>								
Ναι	14	42.4%	42	97.7%	29.393	1	<b>0.000</b>	0.622
Όχι	19	57.6%	1	2.3%				

Στον Πίνακα 31 φαίνεται πως το αν συγκατοικούν ή όχι με τον ασθενή και το πόσο συχνά συναλλάσσονται μαζί του οι συγγενείς του, δεν φαίνεται να σχετίζεται με την πιθανότητα να τον συνοδεύουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, παρότι ίσως μια καθημερινή συνάφεια μαζί του να παίζει κάποιο ρόλο. Αν και οι γονείς φαίνεται να είναι εκείνοι που συγκριτικά περισσότερο συνοδεύουν τους ασθενείς, οι διαφορές αυτές δεν είναι σημαντικές. Τέλος, οι συγγενείς που συνοδεύουν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, συμμετείχαν στην συντριπτική τους πλειοψηφία στην εισαγωγή του, τον συνόδευσαν δηλαδή εξαρχής.



**Πίνακας 32. Η Κλίμακα «Σχήμα Οικογενειακής Στάσης» (Family Attitude Form -FAF) σε όσους συγγενείς συνοδεύουν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, σε σύγκριση με όσους δεν τους συνοδεύουν.**

	Συνοδεία Συγγενούς				Kendall's tau-b	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
<b>FAF 1 – Απόρριψη (Φάση Εισαγωγής)</b>	84.333	3.156	73.302	2.784	-0.231	<b>0.016</b>
<b>FAF 2 – Υπερπροστασία (Φάση Εισαγωγής)</b>	141.242	2.525	144.977	2.819	0.104	ns
<b>FAF 1 – Απόρριψη (Φάση Εξόδου)</b>	86.727	3.351	70.163	2.949	-0.332	<b>0.001</b>
<b>FAF 2 – Υπερπροστασία (Φάση Εξόδου)</b>	138.909	2.539	139.977	3.115	0.056	ns

Στον Πίνακα 32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των αναλύσεων των απαντήσεων που έδωσαν οι συγγενείς στην κλίμακα Family Attitude Form. Εδώ φαίνεται πως οι συγγενείς που συνόδευαν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους έδειξαν χαμηλότερες τιμές από εκείνους που δεν συνοδεύουν τον ασθενή στο σκέλος εκείνο της FAF που εκτιμά την «Απόρριψη» του ασθενούς. Οι τιμές αυτές των συνοδών συγγενών ήταν χαμηλότερες από των μη συνοδών τόσο στη φάση εισαγωγής των ασθενών όσο και κατά την έξοδό του. Έτσι, οι συγγενείς που συνοδεύουν τον ασθενή κρατούν μια πολύ λιγότερο απορριπτική στάση απέναντι στον άρρωστο, από όσους δεν τον συνοδεύουν. Παρότι οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, όσοι συγγενείς δεν συνοδεύουν τον ασθενή εξακολουθούν να κρατούν την ίδια ή και περισσότερο απορριπτική στάση απέναντί του και μετά την έξοδό του, ενώ αντίθετα σε όσους τον συνοδεύουν η τάση απόρριψής του, μειώνεται περαιτέρω κατά την έξοδό του.



**Πίνακας 33.** Η Κλίμακα «Γνώμη για την Ψυχική Νόσο» (OMI scale) σε όσους συγγενείς συνοδεύουν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, σε σύγκριση με όσους δεν τους συνοδεύουν, τόσο κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο, όσο και κατά την έξοδό τους.

	Συνοδεία Συγγενούς				Kendall'		
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)		s tau-b	p	
	Mean	SE	Mean	SE			
<b>ΦΑΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ</b>							
Κοινωνική Διάκριση	36.30	1.34	32.74	1.51	-0.139	ns	
Κοινωνικός Περιορισμός	19.30	1.37	17.86	1.27	-0.034	ns	
Κοινωνική Φροντίδα	21.06	0.53	20.74	0.56	-0.027	ns	
Κοινωνική Ενσωμάτωση	15.24	0.75	16.62	0.87	0.111	ns	
Αιτιολογία	12.66	0.76	10.86	0.72	-0.124	ns	
<b>ΦΑΣΗ ΕΞΟΔΟΥ</b>							
Κοινωνική Διάκριση	34.93	1.41	29.90	1.64	0.198	<b>0.040</b>	
Κοινωνικός Περιορισμός	19.72	1.28	17.11	1.31	-0.126	ns	
Κοινωνική Φροντίδα	20.97	0.61	20.18	0.69	-0.041	ns	
Κοινωνική Ενσωμάτωση	15.81	0.72	16.39	0.85	0.029	ns	
Αιτιολογία	12.36	0.83	11.81	0.55	-0.050	ns	



Στην κλίμακα «Γνώμη για την Ψυχική Νόσο» (OMI scale), τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 33, οι συγγενείς που συνοδεύουν τους ασθενείς φάνηκε να κρατούν μια θετικότερη στάση απέναντι στον ψυχικά ασθενή στο κοινωνικό επίπεδο, σε σχέση με όσους συγγενείς δεν τον συνοδεύουν, στάση που σταθεροποιείται σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας κατά την φάση εξόδου του ασθενούς από το Νοσοκομείο.

Έτσι, οι συγγενείς που συνοδεύουν τον ασθενή απαντούν δίνοντας χαμηλότερες τιμές στο σκέλος εκείνο της κλίμακας που διερευνά θέματα «Κοινωνικής Διάκρισης» των ψυχικά πασχόντων, σε σχέση με όσους συγγενείς δεν τον συνοδεύουν.

Στις υπόλοιπες υποκλίμακες της OMI-scale, οι απαντήσεις μεταξύ συνοδών και μη-συνοδών συγγενών δεν διέφεραν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, ούτε κατά τη φάση της εισαγωγής του ασθενούς στην κλινική, ούτε στη φάση της εξόδου του από το Νοσοκομείο.



**Πίνακας 34. Η Κλίμακα Family Environmental Scale (FES) σε όσους συγγενείς συνοδεύουν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, σε σύγκριση με όσους δεν τους συνοδεύουν.**

	Συνοδεία Συγγενούς				Kendall's tau-b	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
Συνοχή	6.54	0.39	7.04	0.23	0.058	ns
Εκφραστικότητα	4.97	0.27	5.20	0.26	0.084	ns
Σύγκρουση	2.84	0.40	2.60	0.31	-0.036	ns
Ανεξαρτησία	4.72	0.30	4.93	0.26	0.057	ns
Προσανατολισμός	6.54	0.22	5.95	0.20	-0.188	ns
Ιδεολογικός Πολιτικός Προσανατολισμός	4.21	0.34	4.60	0.31	0.083	ns
Ψυχαγωγία	3.57	0.32	4.04	0.34	0.092	ns
Θρησκεία-Ηθική	4.78	0.27	4.58	0.26	-0.069	ns
Οργάνωση	6.21	0.36	6.44	0.25	0.024	ns
Έλεγχος	3.78	0.34	4.51	0.32	0.140	ns

Παρότι, όπως φαίνεται στον Πίνακα 34, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με τις διάφορες διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως αυτές εκτιμώνται από την κλίμακα Family Environmental Scale FES (Moos and Moos, 1981), ίσως θα μπορούσε κανείς να σχολιάσει ένα διαφανόμενο προφίλ της οικογένειας. Οι οικογένειες των συγγενών που συνοδεύουν τον ασθενή (που συνήθως, όπως είδαμε στον Πίνακα 31, είναι μάλλον και οι οικογένειες των ασθενών), δείχνουν τάσεις μεγαλύτερης συνοχής, λιγότερης σύγκρουσης, φαίνεται να είναι περισσότερο ιδεολογικά προσανατολισμένες, δείχνουν μάλλον μικρότερη τάση θρησκευτικότητας αλλά και αρκετά μεγαλύτερη τάση ελέγχου, σε σύγκριση με τις οικογένειες των συγγενών που δεν συνοδεύουν τους ασθενείς.



**Πίνακας 35.** Μελέτη διαφόρων κλινικών δεικτών του ασθενούς μέσω διαφόρων σταθμισμένων κλιμάκων.

	Συνοδεία Συγγενούς				Kendall' s tau-b	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
<b>Κλίμακα εκτίμησης της λειτουργικότητας (GAS) (Εισαγωγή)</b>	40.60	1.28	37.72	1.03	-0.193	<b>0.05</b>
<b>Κλίμακα εκτίμησης της λειτουργικότητας (GAS) (Έξοδος)</b>	61.15	1.64	58.23	1.41	-0.102	ns
<b>Κλίμακα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας (BPRS) (Εισαγωγή)</b>	37.57	1.80	42.11	2.01	0.131	ns
<b>Κλίμακα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας (BPRS) (Έξοδος)</b>	21.66	1.52	26.07	2.05	0.153	ns

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 35, δεν παρατηρούνται διαφορές στους διάφορους κλινικούς δείκτες, εκτός από την κλίμακα της λειτουργικότητας (GAS) που παρουσιάζεται με σημαντικά χαμηλότερη τιμή (χαμηλότερη λειτουργικότητα) στην εισαγωγή των ασθενών που συνοδεύονται. Έτσι, φαίνεται πως οι συγγενείς συνοδεύουν περισσότερο ασθενείς με φτωχότερο επίπεδο λειτουργικότητας κατά την εισαγωγή τους, κάτι που ως τάση φαίνεται και από την κλίμακα BPRS, όπου οι συνοδευόμενοι ασθενείς εμφανίζουν κάπως βαρύτερη ψυχοπαθολογία από τους μη συνοδευόμενους.



**Πίνακας 36. Μελέτη της παρούσας ψυχοπαθολογίας των συγγενών των ασθενών με το General Health Questionnaire (GHQ-28)**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
<b>GHQ-28</b>								
Πιθανή ύπαρξη ψυχοπαθολογίας	17	53.1%	18	50.0%	0.06	1	ns	0.065

Παρότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με την τωρινή πιθανή ψυχοπαθολογία που παρουσιάζουν όσοι συγγενείς συνοδεύουν τους ασθενείς, σε σχέση με όσους δεν τους συνοδεύουν, και στις δυο ομάδες παρατηρούνται υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας.



**Πίνακας 37. Μελέτη του «Υποκειμενικού Φόρτου» των συγγενών των ασθενών**

	Συνοδεία Συγγενούς				Kendall's tau-b	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
<b>Υποκειμενικός Φόρτος</b>	15.00	0.50	13.83	0.55	-0.145	ns





## Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

**Πίνακας 38. Η στάση των συγγενών των ασθενών απέναντι στη νοσηλεία, κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο.**

	Συνοδεία Συγγενούς				Kendall's tau-b	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
Οι ψυχικά άρρωστοι δεν θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο Νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια.	3.00	0.25	3.60	0.25	0.161	ns
Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους Ψυχιατρικών Νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες	5.36	0.13	5.44	0.11	0.052	ns
Το να νοσηλεύεται κανείς σε κάποιο ψυχιατρικό Νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή	4.67	0.18	4.81	0.15	0.072	ns
Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύτηκαν σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά ασθενείς	2.70	0.15	3.05	0.18	0.135	ns
Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, εκτός από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά	4.27	0.2	4.02	0.23	-0.055	ns

Σημ. Οι απαντήσεις είναι: 1-συμφωνώ απόλυτα, 2-συμφωνώ, 3-μάλλον συμφωνώ, 4-μάλλον διαφωνώ, 5-διαφωνώ, 6-διαφωνώ εντελώς



**Πίνακας 39. Η στάση των συγγενών των ασθενών απέναντι στη νοσηλεία, κατά την έξοδο του ασθενούς από το Νοσοκομείο.**

	Συνοδεία Συγγενούς				Kendall's tau-b	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
Οι ψυχικά άρρωστοι δεν θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο Νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια.	3.12	0.26	3.77	0.22	0.191	<b>0.05</b>
Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους Ψυχιατρικών Νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες	5.39	0.14	5.33	0.12	-0.055	ns
Το να νοσηλεύεται κανείς σε κάποιο ψυχιατρικό Νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή	4.67	0.14	4.77	0.18	0.128	ns
Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύτηκαν σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά ασθενείς	2.82	0.14	3.35	0.16	0.259	<b>0.01</b>
Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, εκτός από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά	4.12	0.21	4.21	0.20	0.048	ns

Σημ. Οι απαντήσεις είναι: 1-συμφωνώ απόλυτα, 2-συμφωνώ, 3-μάλλον συμφωνώ, 4-μάλλον διαφωνώ, 5-διαφωνώ, 6-διαφωνώ εντελώς



Όπως παρατηρούμε από τις απαντήσεις σε ερωτήσεις από την κλίμακα "γνώμη για την ψυχική υγεία" που αφορούν την νοσηλεία, κατά την φάση της εξόδου υπάρχει θετική διαφοροποίηση των συγγενών που συνοδεύουν τους ασθενείς που απαντούν στην κατεύθυνση ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν θα πρέπει να αποκλείονται από την νοσηλεία σε Γενικά Νοσοκομεία μαζί με τους άλλους ασθενείς (ερώτηση 1) και δείχνουν μια πιο ρεαλιστική αντιμετώπιση στο πρόβλημα γενικά της νοσηλείας ψυχικά ασθενών αποφεύγοντας επιπόλαιες προσεγγίσεις (ερώτηση 4).



**Πίνακας 40. Η ικανοποίηση των συγγενών των ασθενών από τις υπηρεσίες κατά την νοσηλεία του ασθενούς στο Νοσοκομείο.**

**40Α. Απαντήσεις στην ερώτηση «ποιά είναι η γνώμη σας για τις υπηρεσίες με τις οποίες έχετε έρθει σε επαφή μέχρι τώρα; Είστε ικανοποιημένος ;**

	Συνοδεία Συγγενούς				$\chi^2$	df	p	Kendall's tau-b
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)					
	N	(%)	N	(%)				
Πολύ ικανοποιημένος/η	10	30.3%	17	39.5%				
Αρκετά ικανοποιημένος/η αλλά υπάρχουν περιθώρια για βελτίωση	20	60.6%	25	58.1%	2.091	2	NS	-0.127
Καθόλου ικανοποιημένος/η	3	9.1%	1	2.3%				

**40Β. Βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας**

	Συνοδεία Συγγενούς				Kendall's tau-b	p
	Όχι (N=33)		Ναι (N=43)			
	Mean	SE	Mean	SE		
Βαθμός ικανοποίησης	7.94	0.33	8.30	0.24	0.050	ns



**ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ  
ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ  
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης προχώρησε με τις Μονοπαραγοντικές (Univariate) και την Πολυπαραγοντική (Multivariate) Λογιστική Ανάλυση Παλινδρόμησης που παρουσιάζονται στον Πίνακα 41.

Ως εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η «Συνοδεία Συγγενούς κατά την Νοσηλεία» και ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από την ανάλυση συσχέτισης κατά Kendall's tau-b.

Οι τιμές πρόβλεψης υπολογίστηκαν με βάση την πιθανότητα να συνοδεύει ο συγγενής τον ασθενή στη νοσηλεία του και η τιμή «διακοπής» (cut-off value) ήταν 0.500. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση παρουσιάζονται μόνον τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Η Πολυπαραγοντική εξίσωση παλινδρόμησης κατέταξε σωστά το 83.8% των περιπτώσεων, ενώ ο δείκτης Cox and Snell R square ήταν 0.524.



**Πίνακας 41.** Παράγοντες που σχετίζονται με την παραμονή των συγγενών δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στην Ψυχιατρική Κλινική.

	<u>Univariate Logistic Analysis</u>		<u>Multivariate Logistic Analysis</u>	
	Odds ratio (95% CI)	p	Odds ratio (95% CI)	p
Ηλικία ασθενούς	0.894 (0.728 - 0.997)	0.046	0.850 (0.741 - 0.975)	0.021
Τόπος κατοικίας (0=Ιωάννινα, 1=Μακρυά)	2.596 (1.021 - 6.597)	0.045	9.558 (1.164 - 78.503)	0.036
Υπαρξη παιδιών (0=όχι, 1=ναι)	0.396 (0.154 - 1.015)	0.05		
Οικογενειακή κατάσταση (0=άγαμος, 1=έγγαμος)	0.344 (0.132 - 0.895)	0.029		
Διάρκεια Νόσου (μήνες)	0.698 (0.543 - 0.896)	0.013	0.645 (0.581 - 0.864)	0.014
Διάρκεια Νοσηλείας (ημέρες)	0.836 (0.698 - 0.987)	0.05	0.820 (0.732 - 0.976)	0.015
FAF1 κατά την Εισαγωγή	0.934 (0.887 - 0.995)	0.014		
FAF1 κατά την Έξοδο	0.887 (0.680 - 1.004)	0.001	0.843 (0.780 - 1.002)	0.05
OMI1 κατά την έξοδο	0.895 (0.712 - 1.002)	0.035		
GAS κατά την Εισαγωγή	0.853 (0.741 - 0.976)	0.048	0.851 (0.764 - 0.986)	0.012
Υποτροπή (1=όχι)	6.000 (1.106 - 32.552)	0.038		
Υπήρχε προηγούμενη παρακολούθηση από εξωτερικό ιατρό	1.152 (1.036 - 1.635)	0.010		
Υπήρχε προηγούμενη παρακολούθηση και νοσηλεία	0.251 (0.083 - 0.755)	0.014		
Πρώτο Επεισόδιο	2.167 (0.678 - 6.922)	0.1		
Πρώτη Νοσηλεία	5.524 (2.038 - 14.968)	0.001		



Στον Πίνακα 41 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής λογιστικής ανάλυσης που εφαρμόστηκε στις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές του δείγματός μας. Επιλέχθηκαν όσες μεταβλητές διαφοροποιούσαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τους συγγενείς που συνοδεύουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του από όσους δεν τον συνοδεύουν, και εφαρμόστηκαν αρχικά μονοπαραγοντικές λογιστικές αναλύσεις με κάθε μία από αυτές τις μεταβλητές (πρώτη στήλη του πίνακα), και στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συνοδεία Συγγενούς».

Η λογική της ανάλυσης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την συνοδεία του ασθενούς, ανεξάρτητα από τις τυχόν συνυπάρχουσες αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Για παράδειγμα, είναι λογικό να υποθέσει κανείς ότι οι μεγαλύτεροι στην ηλικία ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι παντρεμένοι. Είδαμε ότι η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία σχετίζονται και οι δύο ανεξάρτητα με την συνοδεία συγγενούς. Περιμένουμε, λοιπόν, η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης να μας ξεκαθαρίσει ποια από τις δυο σημαντικές μεταβλητές παίζει σημαντικότερο ρόλο στην συνοδεία του ασθενούς, ανεξάρτητα από την συνυπάρχουσα μεταξύ τους σχέση.

Τα αποτελέσματα της πολλαπλής ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι, ανεξάρτητα από τις συνυπάρχουσες αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με το ενδεχόμενο να συνοδεύεται ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του από κάποιον συγγενή του είναι:

1. **Η Ηλικία του ασθενούς.** Οι μικρότεροι σε ηλικία ασθενείς συνοδεύονται περισσότερο στη νοσηλεία τους ( $p < 0.021$ ).



2. **Ο τόπος κατοικίας του ασθενούς.** Όσο πιο μακριά μένει ο ασθενής, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να συνοδεύεται ( $p < 0.036$ ).
3. **Η Διάρκεια της νόσου.** Όσο μικρότερη διάρκεια είχε ή έχει η νόσος, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να συνοδεύεται ( $p < 0.014$ ). Με άλλα λόγια, η χρονιότητα της νόσου είναι αποτρεπτικός παράγοντας για τη συνοδεία του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.
4. **Η λειτουργικότητα του ασθενούς:** Όσο λιγότερο λειτουργικός είναι ο ασθενής κατά την εισαγωγή του, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να συνοδεύεται ( $p < 0.012$ ). Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι η χαμηλή λειτουργικότητα των ασθενών που συνοδεύονται, στη συγκεκριμένη κλίμακα, έχει σχέση και με την ενεργό ψυχοπαθολογία.

Επιπλέον, η ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε και τα ακόλουθα:

1. Η **διάρκεια νοσηλείας** ήταν ευθέως αντιστρόφως ανάλογη με την συνοδεία του συγγενούς. Όσο δηλαδή περισσότερο συνοδευόταν κάποιος ασθενής από τον συγγενή του, τόσο μικρότερη διάρκεια είχε η νοσηλεία του στην Ψυχιατρική Κλινική ( $p < 0.015$ )
2. Κατά την φάση της **εξόδου** του ασθενούς από το Νοσοκομείο, οι συγγενείς που συνόδευαν τον ασθενή είχαν διαμορφωμένη μια **πολύ λιγότερο απορριπτική στάση απέναντί του**, σε σχέση με τους συγγενείς που δεν τον συνόδευαν ( $p < 0.05$ ).





## ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, συνοπτικά, έδειξαν ότι μια σειρά παραγόντων τόσο του ασθενούς όσο και των συγγενών τους, σχετίζονται με το εάν οι συγγενείς θα συνοδεύουν ή όχι τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Μάλιστα, μερικές από αυτές τις παραμέτρους φαίνεται αυτές καθαυτές να επηρεάζονται από την συνοδεία των συγγενών, μάλλον προς το θετικότερο. Συγκεκριμένα:

1. Οι μικρότεροι στην ηλικία ασθενείς, που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή που έρχονται από άλλα, εκτός νομού, μέρη, συνοδεύονται συχνότερα από κάποιον συγγενή τους καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους.
2. Οι ασθενείς αυτοί, είναι συνήθως άγαμοι, ενώ η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο δεν φαίνεται να σχετίζεται με το εάν θα συνοδεύονται από κάποιον συγγενή τους ή όχι.
3. Συνήθως, συνοδεύονται ασθενείς που νοσηλεύονται για πρώτη φορά, ανεξάρτητα από το εάν το παρόν επεισόδιο που προκάλεσε την νοσηλεία τους ήταν το πρώτο τους επεισόδιο. Μάλιστα, όσοι ασθενείς κατά το παρελθόν είχαν ξανανοσηλευτεί, είτε στην κλινική μας είτε αλλού, είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να συνοδεύονται από κάποιον συγγενή τους.
4. Όσο μικρότερη διάρκεια είχε ή έχει η νόσος, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει ο ασθενής να συνοδεύεται. Τα αποτελέσματα αυτά (2-4), δείχνουν ότι η χρονιότητα της νόσου είναι αποτρεπτικός παράγοντας για τη συνοδεία του ασθενούς από κάποιον συγγενή του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

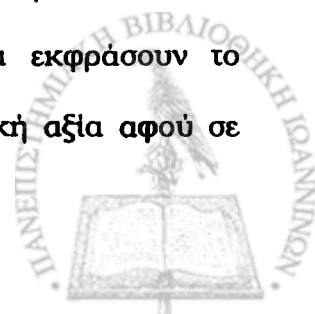


5. Η διάγνωση του ασθενούς, κυρίως το ενδεχόμενο να πάσχει από Σχιζοφρένεια, δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το εάν θα συνοδεύονται ή όχι στη νοσηλεία τους.
6. Η συνοδεία των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους, φάνηκε να έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στην διάρκεια αυτής καθεαυτής της νοσηλείας, όσο και στο ενδεχόμενο εμφάνισης υποτροπών ένα χρόνο μετά τη νοσηλεία. Έτσι, όσοι ασθενείς συνοδεύονταν, είχαν σημαντικά λιγότερες ημέρες νοσηλείας και σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να υποτροπιάσει η νόσος τους ένα χρόνο μετά την έξοδό τους από την Ψυχιατρική κλινική.
7. Οι συνοδεύοντες συγγενείς φαίνεται να συμφωνούν με την νοσηλεία ψυχικά ασθενών στο Νοσοκομείο.

Το προφίλ των συγγενών που δέχονται να συνοδεύσουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, μπορεί να σκιαγραφηθεί ως εξής: Πρόκειται μάλλον για στενούς συγγενείς του ασθενούς, συνήθως γονείς, οι οποίοι μένουν και αυτοί σε μεγάλη απόσταση από την κλινική και που προσέρχονται συνήθως μαζί με τον ασθενή και συμμετέχουν στην εισαγωγή του.

Το φύλο τους, η ηλικία τους και το κοινωνικοοικονομικό και εκπαιδευτικό τους επίπεδο δεν φαίνεται να σχετίζεται με το αν θα συνοδεύσουν τον ασθενή ή όχι, ενώ όσο περισσότερο χρόνο διαθέτουν από άλλες υποχρεώσεις τους, τόσο περισσότερο διαθέσιμοι για τη συνοδεία του ασθενούς είναι.

Υπήρχε, επίσης, μια τάση οι συνοδοί συγγενείς να αναφέρουν κάπως περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα (αν και στα αποτελέσματα από την συμπλήρωση του GHQ-28 υπήρχε η αντίστροφη εικόνα) στους ίδιους από ό,τι οι μη συνοδοί, τάση που δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Πιθανόν οι συνοδεύοντες συγγενείς να αισθάνονται πιο «ασφαλείς» να εκφράσουν το «πρόβλημά τους» αν και τελικώς το εύρημα αυτό έχει σχετική αξία αφού σε



κάθε περίπτωση δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επίσης, οι συγγενείς που συνόδευαν τους ασθενείς τους έδειξαν μια σαφώς λιγότερο απορριπτική προς τον ασθενή τάση τόσο εξαρχής, όσο και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, σε σύγκριση με όσους συγγενείς δεν συνόδευσαν τον ασθενή τους.

Τέλος, φάνηκε πως οι συγγενείς που συνόδευσαν τους ασθενείς στη νοσηλεία τους, διατήρησαν ή και βελτίωσαν τη θετική προς τον ασθενή και την ψυχική νόσο στάση που είχαν, καθώς κατά την φάση της εξόδου του ασθενούς εμφανίζονται ακόμη λιγότερο απορριπτικοί προς τον ασθενή από ό,τι όσοι συγγενείς δεν τον συνόδευσαν, ενώ στην ίδια φάση, δήλωσαν ότι πιστεύουν πως δεν θα πρέπει να υπάρχουν κοινωνικές διακρίσεις για τους ψυχικά ασθενείς σε ιδιαίτερα μεγαλύτερα ποσοστά από ό,τι οι συγγενείς που δεν συνόδευσαν τους ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.





### Ποιοι ασθενείς συνοδεύονται

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δίνουν μια σαφή εικόνα των χαρακτηριστικών των ασθενών που συνοδεύονται. Θα ήταν σκόπιμο να τονισθεί εδώ ότι υπάρχουν περιορισμοί που αφορούν την δειγματοληψία και τις δυσκολίες που αυτή είχε, περιορισμοί που ενώ δεν θέτουν ερωτήματα αναφορικά με την τυχαιότητα του δείγματος, δεν μας επιτρέπουν να ισχυρισθούμε το ίδιο και για την αντιπροσωπευτικότητά του. Θα μπορούσαμε, ωστόσο, να προτείνουμε ότι τα αποτελέσματα είναι αντιπροσωπευτικά της εμπειρίας μας από την εργασία στην Ψυχιατρική Κλινική του ΠΓΝΙ.

Όπως τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν, οι ασθενείς που συνοδεύονται είναι νεότεροι σε ηλικία, νοσηλεύονται συνήθως για πρώτη φορά, παρουσιάζουν μια τάση να εμφανίζουν για πρώτη φορά ψυχοπαθολογία ή, εάν δεν είναι η πρώτη τους φορά, έχουν μικρότερη διάρκεια νόσου και παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στην λειτουργικότητα, όπως αποτιμάται από την κλίμακα GAS, σε σχέση με όσους δεν συνοδεύονται, πιθανώς ως συνέπεια της έντασης της ψυχοπαθολογίας, που δεν αποτυπώνεται όμως στις τιμές της BPRS.

Σε συμφωνία με αρκετά από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, μια μελέτη που εξετάζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την συχνή επαφή ασθενούς-συγγενή [230] καταλήγει στο συμπέρασμα ότι πρόκειται κυρίως για δημογραφικούς παράγοντες. Οι παράγοντες που προβλέπουν μεγαλύτερη επαφή είναι το φύλο του ασθενούς (θήλυ), η εθνικότητα, η ηλικία (νεότεροι ασθενείς) και η διάρκεια της νοσηλείας (μικρότερη διάρκεια). Η ηλικία και η διάρκεια της νοσηλείας απετέλεσαν και στην ανά χείρας μελέτη σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την στενή επαφή συγγενών-ασθενούς.

Ο τόπος διαμονής του ασθενούς φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο αν ο ασθενής θα συνοδεύεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.



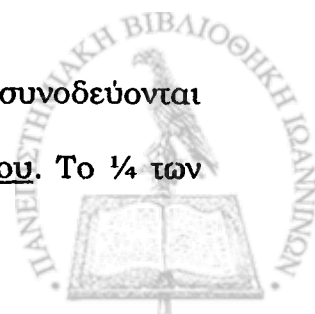
Συγκεκριμένα, όσο πιο μακριά από την έδρα της κλινικής διαμένει ο ασθενής (δηλαδή όσο πιο μακριά από την πόλη των Ιωαννίνων) τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να συνοδεύεται. Σε σχέση με αυτό το εύρημα, που παραμένει στατιστικά σημαντικό και στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η απόσταση και οι γεωμορφολογικές ιδιαιτερότητες της περιοχής φαίνεται να είναι κρίσιμοι παράγοντες.

Οι διαμένοντες στην πόλη των Ιωαννίνων έχουν εύκολη πρόσβαση στο Νοσοκομείο και, κατά συνέπεια, σε πολλές περιπτώσεις προκύπτει ένας πιο εύκολος συνδυασμός της αναγκαιότητας παραμονής κοντά στον ασθενή και της παραμονής τους στο σπίτι. Στις περιπτώσεις που η μόνιμη διαμονή είναι εκτός της πόλης των Ιωαννίνων και υπάρχει αναγκαιότητα παραμονής κοντά στον ασθενή (συνοδείας), τότε η επιλογή της παραμονής εντός της κλινικής μοιάζει προτιμητέα, καθώς επιπλέον δεν παρουσιάζει και κάποια πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση για τον συγγενή. Αντίθετα, στις περισσότερες περιπτώσεις, η κλινική «προσφέρει» και την διατροφή τους.

Σε μια μελέτη που εξετάζει συγκεκριμένα την σχέση της απόστασης και της παρουσίας των συγγενών καθώς και γενικότερα τις πρακτικές χρησιμοποίησης της οικογένειας (231), δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές όταν συγκρίνονταν η απόσταση των Νοσοκομείων και η συχνότητα των επισκέψεων των συγγενών σε τρεις διαφορετικές περιοχές του κόσμου (Ασία, Ευρώπη, Αυστραλία).

Εάν η **συνοδεία** θεωρηθεί ως σημαντική εμπλοκή της οικογένειας στην ενδονοσοκομειακή θεραπευτική διαδικασία, τότε τα κοινωνικά, δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συνοδεύονται έχουν ιδιαίτερη σημασία.

Στο σύνολό τους, τα χαρακτηριστικά των ασθενών που συνοδεύονται έχουν την μορφή χαρακτηριστικών της πρώτης περιόδου της νόσου. Το ¼ των



ασθενών είναι πρώτο επεισόδιο, τα  $\frac{3}{4}$  είναι πρώτη νοσηλεία και η μέση διάρκεια της νόσου είναι 5 περίπου χρόνια.

Είναι χαρακτηριστικά που συγκεντρώνουν μεγαλύτερη εμπλοκή της οικογένειας, οικογένεια που επιλέγει μια στρατηγική αντιμετώπισης (coping strategy) κοντά στον ασθενή.

Το θέμα των στρατηγικών αντιμετώπισης, ιδιαίτερα εκείνων που σχετίζονται με τους ασθενείς με Σχιζοφρένεια, ο τρόπος που οι στρατηγικές αυτές συνδυάζονται με κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά, ο τρόπος που συνδέονται με τα «εκφρασμένα συναισθήματα» (expressed emotions) και τον φόρτο (burden) των συγγενών, απασχολούν εκτεταμένα την διεθνή βιβλιογραφία. Μια σημαντική μελέτη (232) που έγινε σε 5 διαφορετικές χώρες (συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας) και εξετάζει την επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης από την πλευρά της οικογένειας σε σχέση με κοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες σε ασθενείς με Σχιζοφρένεια, συμπεραίνει ότι «η υιοθέτηση στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα είναι πιο συχνή ανάμεσα σε νεαρούς συγγενείς και ανάμεσα σε συγγενείς νεότερων ασθενών και σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα πρακτικής και συναισθηματικής κοινωνικής στήριξης και επαγγελματικής βοήθειας» .

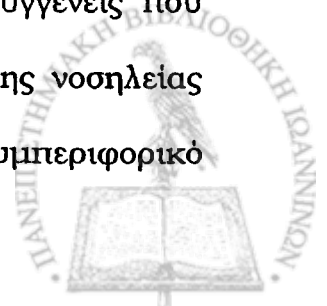
Σύμφωνα με τους Folkman and Lazarous (233), η «αντιμετώπιση» (coping) αναφέρεται στις γνωσιακές και συμπεριφορικές προσπάθειες διαχείρισης προβλημάτων ειδικών απαιτήσεων, που εκτιμάται ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητες (δηλαδή τα αποθέματα) του ατόμου. Η «αντιμετώπιση» αναπτύσσεται σε δύο κυρίως κατευθύνσεις: α. Στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα (problem-focused), οι οποίες επιχειρούν να το διαχειρισθούν ή να το αλλάξουν και β. Στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα (emotion-focused), οι οποίες επιχειρούν να ρυθμίσουν τις συναισθηματικές επιδράσεις του προβλήματος.



Στην ίδια μελέτη αναφέρεται πως συναισθηματικά εστιασμένες (emotion focused) στρατηγικές αντιμετώπισης χρησιμοποιούνται από μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς και από συγγενείς που ζούσαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με τον ασθενή και άρα ζούσαν με ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου. Επιπλέον, ο τρόπος που οι συγγενείς αντιμετωπίζουν τους ασθενείς επηρεάζεται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά αλλά και την κατάσταση συγγενών και ασθενών και εξαρτάται από την «εκτίμηση» (appraisal) των συγγενών για την κατάσταση του ασθενούς. Οι συγγενείς χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης πιο συχνά την στιγμή της ψυχωτικής κρίσης και της εισαγωγής στο Νοσοκομείο, παρά εννέα μήνες μετά την έξοδο. Σύμφωνα με την θεωρία των Lazarus & Folkman (234) η «αντιμετώπιση» και ο «φόρτος» επηρεάζονται από την «εκτίμηση». Όταν εκτιμάται ότι η κατάσταση δεν αλλάζει, χρησιμοποιούνται στρατηγικές αποφυγής.

Γενικά, οι μελέτες δείχνουν ότι οι στρατηγικές αποφυγής σχετίζονται με μη ικανοποιητικές εκβάσεις, ενώ αντίθετα, οι στρατηγικές επίλυσης σχετίζονται με περισσότερο ικανοποιητική έκβαση (235). Οι στρατηγικές αποφυγής χρησιμοποιούνται περισσότερο από συγγενείς με υψηλά Εκφρασμένα Συναισθήματα (Expressed Emotion) -όπου το συστατικό των ΕΕ που βρίσκεται αυξημένο είναι η «συναισθηματική υπερεμπλοκή» (emotional overinvolvement)- και συνδέονται με μεγαλύτερο «φόρτο» (236).

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν, φαίνεται να υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης σχετικά με τα μέχρι στιγμής υπάρχοντα στη βιβλιογραφία δεδομένα αναφορικά με τα κοινωνικά, δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των ασθενών που συνοδεύονται από κάποιον συγγενή τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Έτσι, οι συγγενείς που μένουν κοντά στον ασθενή και τον συνοδεύουν στην διάρκεια της νοσηλείας του, δεν ακολουθούν στρατηγικές αποφυγής, τουλάχιστον σε συμπεριφορικό





επίπεδο. Ακολουθούν, από ό,τι φαίνεται, στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα και συνοδεύουν τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς και με μικρότερη χρονική διάρκεια νόσου που «εκτιμούν» ότι η κατάσταση μπορεί να αλλάξει.

Στην μελέτη Magliano et al [106] σημειώνεται πως οι συγγενείς στις Μεσογειακές χώρες καταφεύγουν ευκολότερα σε «πνευματικές» (spiritual) τεχνικές αντιμετώπισης του προβλήματός τους. Σε συμφωνία και με άλλες μελέτες (232), τα ευρήματα της μελέτης αυτής υποστηρίζουν την άποψη ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης αλλάζουν με τον χρόνο, από πρακτικές εστιασμένες στο πρόβλημα, σε συναισθηματικές πρακτικές, με χρησιμοποίηση στρατηγικών αποφυγής, καθώς η ψυχοπιεστική κατάσταση επιμένει ή γίνεται αντιληπτή από το άτομο ως υπερβαίνουσα τον έλεγχό του [237].

#### **Ποιοι συγγενείς συνοδεύουν τους ασθενείς**

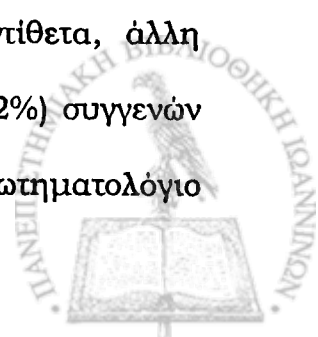
Η ηλικία των συγγενών δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται μεταξύ όσων συγγενών συνοδεύουν τους ασθενείς και όσων όχι. Οι συγγενείς που συνοδεύουν τους ασθενείς τους είναι ως επί το πλείστον γυναίκες (τα 2/3 περίπου στο δείγμα μας) και αυτό φαίνεται να αντανακλάται και στην σχετική διαφοροποίηση ως προς το είδος της απασχόλησης, όπου στους συγγενείς που είναι συνοδοί, το ¼ περίπου ασχολείται με οικιακά. Το μεγαλύτερο ποσοστό το συγγενών (τα 4/5 περίπου) συγκατοικεί με τους ασθενείς. Έτσι, τα ευρήματα είναι ανάλογα αναφορικά με τον τόπο κατοικίας και την πιθανότητα συνοδείας. Δηλαδή, όσο πιο μακριά από τα Ιωάννινα κατοικεί ο συγγενής, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να συνοδεύει τον ασθενή κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την συνοδεία. Αν και υπάρχουν αναφορές που σχετίζουν το μορφωτικό επίπεδο με τον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων, τονίζοντας ότι οι συγγενείς με χαμηλότερη μόρφωση συχνά επιλέγουν την υποταγή-εγκατάλειψη



και αναζητούν πνευματική-θρησκευτική βοήθεια [237,238], κάτι ανάλογο δεν στηρίζεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, εάν βεβαίως θεωρήσουμε ότι η συνοδεία δείχνει έναν ενεργητικό τρόπο αντιμετώπισης και όχι εγκατάλειψη-υποταγή στο πρόβλημα.

Σημαντικό είναι το εύρημα ότι ένα υψηλό ποσοστό συγγενών παρουσίαζαν οι ίδιοι γενικά κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα, με μια ελαφρά υπεροχή των συγγενών που δεν συνοδεύουν (53.1%) έναντι αυτών που συνοδεύουν (50.0%), αν και η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Το εύρημα αυτό προκύπτει από τα αποτελέσματα στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire GHQ-28) [112] που χορηγήθηκε σε όλους τους συγγενείς στην φάση της εξόδου από το Νοσοκομείο, ώστε να περιορισθούν οι επιδράσεις από την ψυχοπιεστική κατάσταση της εμφάνισης ψυχικής νόσου ή της υποίρποιής, που είναι περισσότερο έντονες στην εισαγωγή στην Ψυχιατρική Κλινική.

Οι συγγενείς βιώνουν γενικά αρκετά αρνητικά συναισθήματα, όπως ανησυχία, στίγμα, ντροπή και ενοχή, αλλά και θετικά, όπως η ανταμοιβή στο ρόλο τους ως φροντιστών [101]. Μελέτες δείχνουν σταθερά ότι περίπου το ένα τρίτο (1/3) των συγγενών-φροντιστών έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, που συνδέονται με τον ρόλο τους ως φροντιστών [112, 239,240], ενώ οι περισσότεροι φροντιστές των ασθενών με ψύκωση είναι οι ηλικιωμένες μητέρες των ασθενών [45]. Λίγες μελέτες έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στην εμπειρία των οικογενειών στο πρώτο επεισόδιο. Μια από αυτές [241] βρίσκει ένα πολύ υψηλό ποσοστό των συγγενών, ποσοστό της τάξης του 77%, να χαρακτηρίζονται ως «ψυχιατρικά περιστατικά» (psychiatric cases) με βάση τις μετρήσεις στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ). Αντίθετα, άλλη μελέτη [242] ανέφερε σχετικά χαμηλό ποσοστό (της τάξης του 12%) συγγενών που παρουσιάζουν ψυχιατρική νοσηρότητα σύμφωνα με το Ερωτηματολόγιο



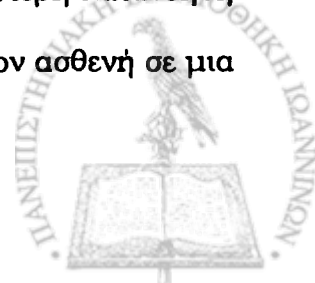
Γενικής Υγείας (GHQ). Μια άλλη μελέτη [243] που διερευνά την εμπειρία των συγγενών από το πρώτο επεισόδιο χρησιμοποιώντας κάποια διαφορετικά εργαλεία (Psychological Well-being Scale και Experience of Caregiving Inventory) διαπίστωσε ότι οι συγγενείς ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο βιώνουν ψυχική καταπόνηση (distress) και δυσκολίες, και τονίζεται ότι εάν το ασθενές μέλος της οικογένειας είναι νεαρό ή παρουσιάζει λειτουργικές δυσκολίες, τότε τα επίπεδα καταπόνησης αυξάνονται. Στην ίδια εργασία αναφέρεται ότι είναι η «εκτίμηση» (appraisal) που έχει η οικογένεια για τις επιπτώσεις της νόσου που σχετίζεται με το ψυχολογικά «καλώς-έχειν».

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι γενικά σε συμφωνία με την γενική εικόνα που δίνουν οι μελέτες για τις ψυχολογικές επιπτώσεις στους συγγενείς, ενώ αναφορικά με την ομάδα των συγγενών που συνοδεύει ασθενείς, (που γενικά εδώ θεωρήθηκαν περισσότερο ασθενείς της πρώτης περιόδου της νόσου), είναι σύμφωνα με τις δύο από τις τρεις μελέτες που παρουσιάστηκαν [241, 243].

### **Οι στάσεις των συγγενών**

Η διερεύνηση των στάσεων των συγγενών που συνοδεύουν τον ασθενή που πάσχει από σοβαρή ψυχική νόσο κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, αποτελεί το κύριο αντικείμενο της παρούσας μελέτης. Χρειάζεται από την αρχή να τονισθεί ότι οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στον ασθενή με σοβαρή ψυχική νόσο και στην οικογένειά του, είναι αδύνατον να περιγραφούν μέσα από κάποια αποτελέσματα και στατιστικές αναλύσεις. Η πολυπλοκότητά τους, ο ίδιος ο πλούτος τους, η ιδιαιτερότητά τους και η ιστορία τους τις καθιστούν έτσι και αλλιώς μοναδικές.

Η επιστημονική μελέτη οφείλει να συμβάλλει στην βαθύτερη κατανόηση αυτών των σχέσεων και να βοηθήσει αυτές τις οικογένειες και τον ασθενή σε μια



αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος συνολικά, με την έννοια κυρίως να μειώσει τις επιπτώσεις της νόσου στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους και να τους εξασφαλίσει όσο είναι δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε αυτή την προσπάθεια επιχειρεί να συμβάλλει και η παρούσα μελέτη.

Θα πρέπει, επιπλέον, να τονισθεί ότι οποιαδήποτε κατηγοριοποίηση προκύπτει ως αποτέλεσμα της μελέτης, δεν σημαίνει οποιοδήποτε διαχωρισμό των οικογενειών σε «καλές» ή «κακές», ή πολύ περισσότερο σε «παθόνες» ή «μη-παθόνες». Τέτοιου είδους προσεγγίσεις που απασχόλησαν για πολύ μεγάλο διάστημα την έρευνα, ιδιαίτερα για τους ασθενείς που πάσχουν από Σχιζοφρένεια, και που δημιούργησαν μια μεγάλη απόσταση, αν όχι εχθρικό κλίμα, ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και στις οικογένειες, ενοχοποιώντας τις τελευταίες, έχουν πάψει πια να έχουν οποιαδήποτε επιστημονική στήριξη.

Ιδιαίτερα σήμερα, στην εποχή της αποασυλοποίησης σε πολλές χώρες του κόσμου, σήμερα που η πλειοψηφία των ασθενών ζουν με τις οικογένειές τους, η ενεργητική συμμαχία και συνεργασία μαζί τους αποτελεί κρίσιμο παράγοντα στην θεραπευτική διαδικασία.

Ένα πρώτο σημαντικό εύρημα είναι ότι στην κλίμακα «ΣΧΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ» (FAMILY ATTITUDE FORM (FAF)), οι συγγενείς που συνοδεύουν στην διάρκεια της νοσηλείας τους ασθενείς, έχουν μια σημαντικά λιγότερο απορριπτική στάση απέναντί τους, τόσο στην εισαγωγή όσο και ακόμη περισσότερο στην έξοδο από την Ψυχιατρική Κλινική, όπως εκτιμάται από την υποκλίμακα «απόρριψη του ασθενούς» της FAF (extended version της Patient Rejection Scale- 24 items).

Παρότι η κλίμακα αυτή φαίνεται να είναι ανάλογη [244] με την κλίμακα «Εκφρασμένων Συναισθημάτων» (Expressed Emotion-EE), δεν διαχωρίζει τις



οικογένειες σε «υψηλά απορριπτικές» ή «χαμηλά απορριπτικές», αφού δεν έχει σημεία αποκοπής, όπως για παράδειγμα έχουμε τον διαχωρισμό σε οικογένειες με «υψηλά» και «χαμηλά» Εκφρασμένα Συναισθήματα (ΕΕ) [245,246], όμως έχει χρησιμοποιηθεί πολλαπλά για ερευνητικούς σκοπούς και κατά συνέπεια οι αναφορές σε μελέτες των εκφρασμένων συναισθημάτων (ΕΕ) με τους περιορισμούς που μια τέτοια αναλογία έχει, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Η χρησιμοποίηση της συγκεκριμένης κλίμακας, δηλ. του ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ (και ιδιαίτερος της υποκλίμακας της απόρριψης) προκρίθηκε και σαν μια δυνατότητα πιο εύκολης και γρήγορης εκτίμησης των οικογενειακών χαρακτηριστικών και στάσεων που σχετίζονται με την υποτροπή. Μια προσπάθεια για χρησιμοποίηση περισσότερο απλών εργαλείων φαίνεται να απασχολούσε πάντα τους ερευνητές.[247]

Επιπλέον η συγκεκριμένη κλίμακα φαίνεται να έχει μια διαπολιτισμική συνέπεια που επιτρέπει να εξαχθούν συμπεράσματα από την έρευνα σε διαφορετικές κουλτούρες.[248]

Η κλίμακα απόρριψης χρησιμοποιήθηκε με την λογική της μέτρησης «εκφρασμένων συναισθημάτων» σε μια σειρά από έρευνες ενδονοσοκομειακών οικογενειακών παρεμβάσεων , που θα μπορούσαμε να ισχυρισθούμε ότι παρουσιάζουν αναλογίες με την δικιά μας μελέτη [249] (290,291,292,293,294,295).

Καθώς όπως θα αναλυθεί και στη συνέχεια η παρουσία συγγενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας , μπορεί να θεωρηθεί με την ευρύτερη έννοια παρέμβαση.[250] η συγκεκριμένη κλίμακα φαίνεται να προσφέρει στο πεδίο της έρευνας των Εκφρασμένων Συναισθημάτων επειδή τονίζει την κρίσιμη σημασία της απόρριψης σαν μιας μετρήσιμης παραμέτρου του οικογενειακού κλίματος. Από μια πρακτική άποψη επίσης , αναδεικνύεται ότι εκτιμήσεις των οικογενειακών στάσεων που σχετίζονται με την πορεία ψυχωτικών διαταραχών



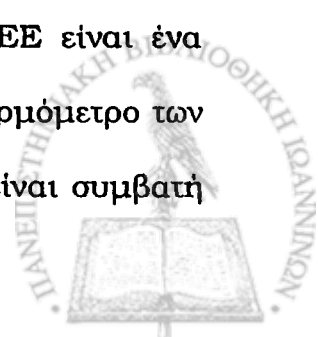
(ιδιαίτερα της Σχιζοφρένειας) μπορούν να αποκτηθούν με την χρησιμοποίηση απλών εργαλείων.

Ένα ερώτημα που προκύπτει από τη μελέτη των αποτελεσμάτων, είναι γιατί οι συνοδεύοντες τους ασθενείς συγγενείς εμφανίζουν λιγότερο απορριπτική στάση και αν αυτό το εύρημα μπορεί να αξιοποιηθεί και κλινικά, στο πεδίο δηλαδή των οικογενειακών παρεμβάσεων.

Λαμβανομένου υπόψη πως, όπως προηγουμένως επισημάνθηκε, η συνοδεία των συγγενών αφορά κυρίως περιστατικά «πρώτης περιόδου» της νόσου και ότι μπορούμε να θεωρήσουμε την συνοδεία στα πλαίσια μιας στρατηγικής αντιμετώπισης που δεν χρησιμοποιεί «αποφευκτικές στρατηγικές» στο πλαίσιο μιας «εκτίμησης», μπορεί κανείς να υποστηρίξει πως πρόκειται για μια κατάσταση που είναι εν δυνάμει αναστρέψιμη.

Εάν θεωρήσουμε, όπως άλλωστε αναφέρεται και στην αντίστοιχη βιβλιογραφία [251], ότι η «απορριπτική στάση» είναι ανάλογη με τα «κριτικά σχόλια» και την «εχθρότητα» των αντίστοιχων συστατικών των ΕΕ, τότε μπορούμε πιθανά να μιλήσουμε για συγγενείς που σε αυτά τα συστατικά παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές σε σχέση με αυτούς τους συγγενείς που δεν συνοδεύουν, χωρίς όμως να μπορούμε και να τους κατηγοριοποιήσουμε σε οικογένειες χαμηλών ΕΕ.

Ο προβληματισμός για την προέλευση και εμφάνιση των ΕΕ και, στην ουσία, για τις πηγές της ανάπτυξης των διαφόρων στάσεων της οικογένειας απέναντι στον ασθενή, λίγο έχει απασχολήσει την βιβλιογραφία και ιδιαίτερα αυτή των ΕΕ. Ένα συμπέρασμα που προκύπτει από τις μελέτες σύνδεσης των ΕΕ με τον «οικογενειακό φόρτο» (family burden) είναι ότι τα ΕΕ είναι ένα χαρακτηριστικό της κατάστασης (state characteristic) και ένα θερμοόμετρο των διαντιδράσεων οικογένειας-ασθενούς [94]. Μια τέτοια αντίληψη είναι συμβατή



και με την άποψη ότι τα ΕΕ δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά συχνά έχουμε αλλαγές στους 12 πρώτους μήνες, από υψηλά σε χαμηλά ΕΕ και σπανιότερα στην αντίθετη κατεύθυνση [252]. Επίσης, τα διάφορα συστατικά των ΕΕ φαίνεται να μην σχετίζονται μεταξύ τους και να συναρτώνται με διαφορετικές προγνωστικές παραμέτρους [253, 254, 255, 256], αν και προς το παρόν πολύ λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τα διάφορα συστατικά των Εκφρασμένων Συναισθημάτων.

Από τις μελέτες που έχουν γίνει, κάποιες υποστηρίζουν το μοντέλο των χαρακτηριστικών-ιδιοτήτων (attributional model) [257]. Υψηλότερα επίπεδα «κριτικών σχολίων» έχουν συσχετισθεί με αντιλήψεις των συγγενών ότι οι συμπεριφορές και τα συμπτώματα των ασθενών είναι πιο προσωπικά και ελεγχόμενα από τους ασθενείς [258], ενώ η ΕΟΙ συνδέεται με περισσότερο αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα και με λιγότερη προσλαμβανόμενη επιθετική συμπεριφορά από τους ασθενείς [253, 254].

Άλλες μελέτες [259] υποστηρίζουν ότι οι συγγενείς που έχουν σχέσεις «κριτικής», αντανακλούν καταναγκαστικές προσπάθειες να επαναδομήσουν την συμπεριφορά των ασθενών. Αυτές οι προσπάθειες διαμεσολαβούνται από τις πεποιθήσεις τους περί δυνατότητας ελέγχου της συμπεριφοράς.

Οι αντιδράσεις συναισθηματικής υπερεμπλοκής είναι λιγότερο κατανοητές και σαφείς. Περισσότερο υψηλές τιμές ΕΟΙ παρουσιάζονται συχνότερα σε μητέρες, ιδιαίτερα σε όσες ζούν μόνες, και σε όσους αντιλαμβάνονται άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα στους ασθενείς, θεωρώντας ότι λειτουργεί μια διαδικασία συναλλαγής [253].

Μοντέλα διαδικασιών συναλλαγής μεταξύ ασθενών και φροντιστών εξηγούν τους τρόπους με τους οποίους ο καθένας προσαρμόζεται σε αλλαγές στην ψυχική ζωή και την συμπεριφορά, στην διάγνωση και στη θεραπεία, και πολλές μελέτες των ΕΕ έχουν χρησιμοποιήσει το μοντέλο του «πλαισίου

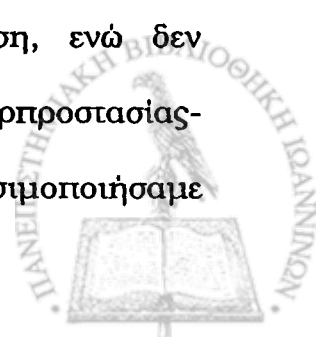


εκτίμησης του stress» [260]. Ανάλογες μελέτες [156, 261, 92, 94] βρήκαν ότι οι φροντιστές με υψηλά ΕΕ προσλαμβάνουν μεγαλύτερη απειλή, χαμηλότερο έλεγχο και αναφέρουν μεγαλύτερη ανησυχία. Μια πιθανή μορφή απειλής για τους συγγενείς μπορεί να είναι η προσλαμβανόμενη «απώλεια» από διατηρούμενους ρόλους, σχέσεις ή στόχους σχετιζόμενους με το ασθενές μέλος της οικογένειας.

Δοθέντος ότι τα συστατικά της διαδικασίας πένθους έχουν συζητηθεί σε προηγούμενες μελέτες σε σχέση με την διαβίωση με την ψύκωση [262], σπάνια έχουν διερευνηθεί ποσοτικά ως απάντηση στην ψύκωση ή σε σχέση με τα ΕΕ [93, 89]. Σε μια μελέτη ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο [90] αναφέρεται αλλαγή των ΕΕ στο 28% (περίπου στο 1/3) των ασθενών της μελέτης, κυρίως από υψηλά σε χαμηλά ΕΕ. Ωστόσο, το πιο εντυπωσιακό εύρημα ήταν η σχέση με τις εκτιμήσεις της απώλειας. Η απώλεια είναι ένα μείζον χαρακτηριστικό των σχέσεων υπερεμπλοκής [Emotional overinvolvement (EOI)] (σε συγγενείς και ασθενείς). Μια μείωση στην EOI σε χαμηλά ΕΕ ή μια αλλαγή σε υψηλά «κριτικά σχόλια» συνδυαζόταν με μια μείωση στην (εκτίμηση) της απώλειας. Η παραπάνω μελέτη χρειάζεται να εκτιμηθεί και με βάση τους περιορισμούς που προκύπτουν από το πολυεθνικό προφίλ της περιοχής που πραγματοποιήθηκε και του μικρού δείγματος.

Η μελέτη αυτή [90] υποστηρίζει ότι υψηλά ΕΕ -που περιλαμβάνουν και υψηλή EOI και υψηλά κριτικά σχόλια- μπορεί να έχουν μια προσαρμοστική λειτουργία, βοηθώντας τον συγγενή να αντιμετωπίσει την κρίση που προκύπτει από το γεγονός ότι ένα μέλος της οικογένειας γίνεται ψυχωτικό.

Στην παρούσα μελέτη, οι συγγενείς που συνοδεύουν κυρίως «νεότερα» περιστατικά, δείχνουν σημαντικά λιγότερο απορριπτική στάση, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην αντίστοιχη κλίμακα υπερπροστασίας-υπερεμπλοκής. Χωρίς να έχουμε τρόπο με τις κλίμακες που χρησιμοποιήσαμε





να κατατάξουμε τις οικογένειες, σε οικογένειες «υψηλών» ή «χαμηλών» ΕΕ, θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι, στο δείγμα μας, οι οικογένειες αντιδρούν στην απώλεια κυρίως με υπερεμπλοκή πιθανά πιο διαχρονικά, ενώ η χαμηλότερη συγκριτικά απορριπτική στάση αυτών των συγγενών μπορούμε να υποθέσουμε ότι συνδέεται κυρίως με την προσδοκία της επαναφοράς στην «κανονική» ζωή, με βάση την εκτίμηση των ασθενών «πρώτης περιόδου».

Βεβαίως, πρέπει να λάβει κανείς υπόψη του ότι ακόμη και στην αρχική πορεία της ψύκωσης, υψηλά ΕΕ είναι παρόντα σε περισσότερες από τις μισές από τις σχέσεις μεταξύ ασθενών συγγενών-φροντιστών [93, 263] και, επιπλέον, ότι σε αυτή την φάση, τα υψηλά ΕΕ είναι λιγότερο προβλεπτικά της υποτροπής [264]. Οι παρεμβάσεις σε πρώιμες φάσεις (πρώτο επεισόδιο) που είναι βασισμένες στα ΕΕ, φαίνεται να μην μπορούν να παρουσιάσουν επαρκώς τεκμηριωμένες ενδείξεις, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων σε μετέπειτα φάσεις [265].

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι το μοντέλο «εκτίμησης του φροντιστή» (carer appraisal model) των Folkman & Lazarus [266], είναι χρήσιμο στην κατανόηση της ανάπτυξης των ΕΕ [240, 92, 93, 267, 95]. Οι ψυχολογικές εκτιμήσεις αναφέρονται σε κρίσεις εκτίμησης των καταστάσεων. Η πρωταρχική εκτίμηση περιλαμβάνει μια εκτίμηση της σχετικότητας των γεγονότων και η δευτερογενής εκτίμηση αφορά τις δυνατότητες αντιμετώπισης.

Ανάμεσα στις δυνατότητες αντιμετώπισης, οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες συγκινησιακά (emotion-focused), όπως οι στρατηγικές αποφυγής, φαίνεται να μπαίνουν σε χρήση όταν η πρωταρχική εκτίμηση για τον ψυχοπιεστικό παράγοντα υπερβαίνει τα αποθέματα – τις πηγές (resources) αντιμετώπισης. Αυτές οι εκτιμήσεις διακινούν ανησυχία και κατάθλιψη. Οι συμπεριφορές των υψηλών ΕΕ (κριτική, συναισθηματική υπερεμπλοκή) μπορεί



να είναι μια προσπάθεια μείωσης της έντασης από τον αντιλαμβανόμενο ρόλο του φροντιστή.

Σύμφωνα με μια μελέτη [89] που εκτιμά αυτό το μοντέλο σε πρώτα επεισόδια, οι φροντιστές με υψηλά ΕΕ αντιλαμβάνονται την κατάσταση της φροντίδας ως περισσότερο ψυχοπιεστική από ό,τι οι φροντιστές με χαμηλά ΕΕ, και προσπαθούν να αποφύγουν τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Αυτό το εύρημα θα μπορούσαμε να θεωρηθεί ότι συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, στο επίπεδο ότι οι συγγενείς που συνοδεύουν και που είναι λιγότερο απορριπτικοί δεν *αποφεύγουν* τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Στην ίδια μελέτη σημειώνεται ότι στους συγγενείς με υψηλά ΕΕ, η πυρηνική εκτίμηση είναι η απώλεια των στόχων, και μάλιστα η απώλεια αυτή είναι πιο έντονη, διότι είναι ημιτελής. Το πρόσωπο δηλαδή που εμπλέκεται είναι παρόν (δεν έχουμε οριστική απώλεια – όπως ο θάνατος) και τα προβλήματά του απαιτούν τρόπους αντιμετώπισης που μπορεί να υπερβαίνουν τις ικανότητες του φροντιστή. Έτσι, οι προσπάθειες του φροντιστή μπορεί να κλιμακώνονται σε συμπεριφορές υψηλών ΕΕ, όπως κριτική, απόρριψη κ.λ.π.

Είναι αξιοσημείωτο ότι στην μελέτη μας η λιγότερο απορριπτική στάση των συγγενών που συνοδεύουν γίνεται ακόμη λιγότερο απορριπτική στην έξοδο, γεγονός που μπορεί να συνδέεται με την εκτίμηση των συγγενών ότι η «απώλεια» είναι συγκριτικά πιο αναστρέψιμη, σε σχέση με ό,τι εκτιμούν οι συγγενείς που δεν συνοδεύουν.

Επίσης, στην παρούσα μελέτη φαίνεται πως η λιγότερο απορριπτική στάση συνδέεται (συνυπάρχει) και με κάποιους παράγοντες της νόσου (νεότεροι ασθενείς, μικρότερη διάρκεια της νόσου, δηλαδή λιγότερο χρόνιαι ασθενείς και ασθενείς με χαμηλότερη λειτουργικότητα στην εισαγωγή), με άλλους όμως όχι (π.χ. διάγνωση ή επίπεδο ψυχοπαθολογίας).



Οι περισσότερες μελέτες μέχρι τώρα δείχνουν να μην συνδέονται οι παράγοντες της νόσου με τα ΕΕ [89, 263, 268] αλλά υπάρχουν και μερικές που αναφέρουν ότι παράγοντες της νόσου σχετίζονται με τα επίπεδα των ΕΕ ή τουλάχιστον με ένα από τα συστατικά τους [77, 269, 270, 271], ενώ άλλες παρέχουν ενδείξεις και για τον ενδεχόμενο ρόλο αντίδρασης-απάντησης (στα συμπτώματα-παράγοντες της νόσου) και για έναν ανεξάρτητο ρόλο των ΕΕ που και τα δύο επηρεάζουν την έκβαση [272, 273]

Στην παρούσα μελέτη η συνοδεία αναδεικνύεται στην πολυπαραγοντική ανάλυση να σχετίζεται με στατιστικά χαμηλότερη κοινωνική λειτουργικότητα στην GAS κατά την εισαγωγή, αλλά χωρίς να προκύπτει διαφορά στην ψυχοπαθολογία, όπως αυτή εκτιμάται από την BPRS. Επίσης, η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η συνοδεία σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερη απορριπτική στάση στην έξοδο του ασθενούς, ενώ δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην υπερπροστασία –στην οποία οι τιμές στους συγγενείς που συνοδεύουν είναι αριθμητικά υψηλότερες- όπως μετράται από το «Σχήμα Οικογενειακής Στάσης».

Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, είναι πιθανόν η χαμηλότερη λειτουργικότητα όπως και άλλοι παράγοντες της νόσου (νεότεροι ασθενείς, μικρότερη διάρκεια νόσου, δηλαδή λιγότερο χρόνιοι ασθενείς) να κινητοποιούν τους συγγενείς να τους συνοδεύσουν, ως μια μορφή έκφρασης υπερπροστασίας, ενώ ταυτόχρονα οι συνοδεύοντες συγγενείς παρουσιάζονται λιγότερο απορριπτικοί τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος της νοσηλείας (μονοπαραγοντική ανάλυση) και με στατιστικά χαμηλότερη απορριπτική στάση στο τέλος της νοσηλείας (πολυπαραγοντική ανάλυση).

Η υπερπροστατευτική στάση είναι πιθανόν να σχετίζεται με πολιτιστικούς παράγοντες. Έχει αναφερθεί [83] ότι μια τέτοια στάση είναι ο κανόνας στην Ελληνική οικογένεια στο μέγαλωμα των παιδιών και κατά



συνέπεια μια τέτοια στάση υπερπροστασίας-υπερεμπλοκής είναι παρούσα και στην εκδήλωση ή στην διάρκεια κάποιας νόσου. Επιπλέον, όπως μια άλλη Ελληνική μελέτη για τα ΕΕ αναφέρει [77], στις Ελληνικές οικογένειες που κατατάσσονται σε αυτές με υψηλά ΕΕ, οι συγγενείς παρουσιάζονται περισσότερο σαν υπερεμπλεκόμενοι-υπερπροστατευτικοί παρά σαν κριτικοί.

Η χαμηλότερη απορριπτική στάση, ιδιαίτερα κατά την έξοδο, όπως προκύπτει και στην πολυπαραγοντική ανάλυση, παρόλο που δεν κατατάσσει αυτούς τους συγγενείς ή τις οικογένειές τους στις οικογένειες χαμηλών ΕΕ (καθώς το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, όπως ήδη έχει αναφερθεί, δεν έχει σημείο αποκοπής) είναι πιθανόν να οφείλεται:

A. Σε παράγοντες της νόσου, που δείχνουν λιγότερο χρόνιους ασθενείς, γεγονός που, μέσω της διαδικασίας της εκτίμησης του συγγενή-φροντιστή (carer appraisal model) για την αναστρεψιμότητα της κατάστασης, ιδιαίτερα στην έξοδο όπου κατά κανόνα η ψυχοπαθολογία είναι σε ύφεση, (όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα της δικιάς μας μελέτης: σκόλια του πίνακα 35) αυτό να δημιουργεί μια λιγότερο απορριπτική στάση.

B. Στην διαδικασία της συνοδείας. Παρότι σε αυτή την διαδικασία δεν περιλαμβάνεται μια συγκεκριμένη δομημένη παρέμβαση στους συγγενείς, είναι δυνατόν η εμπειρία που αποκτάται από την σχεδόν συνεχή παρουσία του συγγενή στην διάρκεια της νοσηλείας, να συμβάλλει στην διαμόρφωση μιας λιγότερο απορριπτικής στάσης.

Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, χρειάζεται όμως περαιτέρω διερεύνηση και εύλογα δημιουργεί σκέψεις για μια δομημένη παρέμβαση, πιθανά σε ένα πλαίσιο ψυχοεκπαίδευσης στους συγγενείς που συνοδεύουν τους ασθενείς τους στην διάρκεια της νοσηλείας και είναι σε αυτή την χρονική περίοδο «διαθέσιμοι» για μια τέτοια παρέμβαση.



Μια τέτοια παρέμβαση, επίσης, μπορεί να είναι πολλαπλά χρήσιμη και στο επίπεδο της έκβασης, καθώς υπάρχει ήδη το αρχικό εύρημα της στατιστικά χαμηλότερης υποτροπής στους ασθενείς που συνοδεύονται στον 1 χρόνο (στην μονοπαραγοντική, αλλά όχι στην πολυπαραγοντική ανάλυση) αλλά και πιθανά και στο επίπεδο της πρόληψης της ανάπτυξης λιγότερο απορριπτικών στάσεων και γενικότερα υψηλών ΕΕ, αφού αυτό αφορά ασθενείς στην αρχική φάση της νόσου [93].

Η συνεχής επαφή που υπάρχει ως αποτέλεσμα της συνοδείας δεν αποτελεί πρόβλημα, κατά μία άποψη δε μπορεί να είναι και πλεονέκτημα, αν θεωρήσουμε με βάση τα αποτελέσματα ότι έχουμε ένα περιβάλλον με χαμηλότερη απόρριψη, που έχει αναλογίες με περιβάλλοντα χαμηλών ΕΕ, τουλάχιστον αναφορικά με το σκέλος των κριτικών σχολίων και της εκθρότητας. Έχει επισημανθεί πως οι περισσότερες οικογένειες στον κόσμο με ασθενείς που πάσχουν από Σχιζοφρένεια τείνουν να δείχνουν χαμηλά ΕΕ [84,85], γεγονός που παραβλέπεται λόγω της εστίασης στα περιβάλλοντα με υψηλά ΕΕ, και ότι ακόμη και στα περιβάλλοντα με χαμηλά ΕΕ, φαίνεται πως η υψηλή επαφή (μεγαλύτερη από 35 ώρες εβδομαδιαία- αυτή είναι η περίοδος που μετράται στις μελέτες), μπορεί να είναι προστατευτική [274].

Κάτι που επίσης είναι χρήσιμο να σημειωθεί σε αυτό το σημείο, είναι το ότι το να υπάρχει κάποιος ασθενής σε περιβάλλοντα χαμηλών ΕΕ, δεν είναι «απόλυτα καλό». Όπως έχει αναφερθεί [275], κάποιες οικογένειες «προσαρμόζονται» στις δύσκολες συμπεριφορές με το να γίνουν ασυνήθιστα επιτρεπτικές. Πολλοί ασθενείς πηγαίνουν καλά σε τέτοια περιβάλλοντα, ωστόσο όταν η επιτρεπτικότητα είναι εκσεσημασμένη και υπερβαίνει την αναγκαία θέσπιση ορίων, τότε αυτό μπορεί να αποτελεί μια δυσπροσαρμοστική μορφή των ΕΕ.



Ένα άλλο εύρημα που αναδεικνύεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης (στην μονοπαραγοντική αλλά όχι και στην πολυπαραγοντική ανάλυση) αφορά την στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη τιμή στον παράγοντα «κοινωνική διάκριση» της κλίμακας OMI (όπως προσαρμόσθηκε στα Ελληνικά δεδομένα) [276, 277] από τους συγγενείς που συνοδεύουν τον ασθενή, στην φάση της εξόδου. Η «κοινωνική διάκριση», με βάση τον ορισμό της, «περιλαμβάνει την ανάγκη για μια πιο αυταρχική στάση προς τον ψυχικά άρρωστο» και συνεπώς η μείωσή της στην έξοδο σημαίνει μια θετικότερη στάση σε κοινωνικό επίπεδο.

Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα σε επίπεδο γενικών πληθυσμών ή σε πιο ειδικούς πληθυσμούς (π.χ επαγγελματίες του χώρου της υγείας ή εκπαιδευόμενους σε επαγγέλματα υγείας) και λιγότερο σε συγγενείς ψυχικά πασχόντων. Σε σχέση με τις Ελληνικές μελέτες, οι μέσες τιμές στα αποτελέσματά μας φαίνεται να είναι συγκρίσιμες με τις μέσες τιμές του προσωπικού ενός Γενικού Νοσοκομείου που ενσωματώνει στη λειτουργία του μια ψυχιατρική κλινική [278] παρά με τις μέσες τιμές των στάσεων του γενικού πληθυσμού [276].

Στην παρούσα μελέτη δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές στο εκπαιδευτικό επίπεδο των συνοδευόντων συγγενών, σε σύγκριση με αυτούς που δεν συνοδεύουν (παρότι η αναλογία σε έχοντες ανώτερη ή ανώτατη μόρφωση είναι μεγαλύτερη στους συνοδευόντες). Από πολλές μελέτες [276, 278, 279, 280] φαίνεται ότι όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο μειώνεται η ανάγκη για αυταρχική στάση απέναντι στον ψυχικά άρρωστο, αλλά και η έννοια της απόρριψης και της επιβολής σε αυτόν κοινωνικών περιορισμών, ενώ κερδίζει σημαντικό έδαφος η άποψη ότι ο ψυχικά άρρωστος θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινωνική ζωή.



Πολλές, επίσης, μελέτες αναφέρουν ότι η περιστασιακή ή σταθερή επαφή με την ψυχική νόσο στα πλαίσια του επαγγέλματος, διαμορφώνει μια πιο αντιαυταρκική στάση απέναντι στον ψυχικά άρρωστο [278, 280] αν και έχουν παρατηρηθεί διαφορές ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες [281], ενώ σαν παράγοντας-κλειδί που σχετίζεται με καλύτερες στάσεις έχει βρεθεί να είναι η απ' ευθείας επαφή με ανθρώπους που είχαν μια βοηθητική θεραπεία για επεισόδια ψυχικής νόσου [282], παρότι σε αυτό το θέμα υπάρχουν διαφορετικές απόψεις, ενώ η απλή γνωριμία με κάποιον που παρουσιάζει ψυχική νόσο δεν αλλάζει τις στάσεις [283].

Οι συνοδεύοντες συγγενείς δεν αντιδρούν στην «ντροπή» που μπορεί να αισθάνονται από την ασθένεια του συγγενή τους με το να κρύβονται, κάτι που θεωρείται και σαν μια πιθανή προσαρμοστική αντίδραση. Σε μια μελέτη με ασθενείς που πρώτη φορά εισάγονται [284], οι μισοί συγγενείς (γονείς και σύζυγοι) αναφέρουν ότι έκαναν προσπάθειες να κρύψουν την νόσο από τους άλλους. Μια τέτοια στάση προκύπτει και από το γεγονός ότι το στίγμα της ψυχικής νόσου δεν αφορά μόνο τον ασθενή, αλλά και τους συγγενείς του, ιδιαίτερα δε την πυρηνική οικογένεια. Αυτή η στάση αναφέρεται ως «στίγμα από την σχέση-συναναστροφή» (stigma by association), οδηγεί δε σε ένα όχι αμελητέο ποσοστό σε ευχές θανάτου για τον ασθενή ή και σε αυτοκτονικό ιδεασμό του ίδιου του συγγενή [285].

Η παρουσία των συγγενών στον χώρο ενός Γενικού Νοσοκομείου -όπως στην δική μας περίπτωση- πιθανά διευκολύνεται από τον ίδιο τον χαρακτήρα του Νοσοκομείου, ενώ ταυτόχρονα δίνεται η ευκαιρία σε αυτούς τους συγγενείς να δημιουργήσουν μεταξύ τους ένα στοιχειώδες κοινωνικό δίκτυο, γεγονός πολύ σημαντικό, καθώς γνωρίζουμε ότι υπάρχει πιωχότερη έκβαση στα χρόνια ψυχικά νοσήματα όταν το κοινωνικό δίκτυο μειώνεται [286].

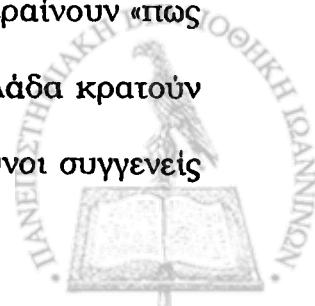


Με βάση τα παραπάνω, μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι συγγενείς που συνοδεύουν τον ασθενή είναι πιθανόν να μεταβάλλουν την στάση τους σε μια πιο αντιαυταρχική στάση μέσα από την εμπειρία της συνοδείας, αφού δεν έχουν άλλους σημαντικούς διαφορετικούς παράγοντες (π.χ. μορφωτικό επίπεδο). Άλλωστε, στην περίοδο της μελέτης, με την λειτουργία της κλινικής ως θεραπευτικής κοινότητας, οι συγγενείς αναλάμβαναν ρόλους που πλησίαζαν τους επαγγελματικούς ρόλους π.χ. του νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, λόγω του ότι κυρίως συνόδευαν λιγότερο χρόνιους ασθενείς, θα μπορούσαμε να ισχυρισθούμε ότι είχαν πιθανόν μια εμπειρία από «βοηθητική θεραπεία», λόγω της κατά κανόνα καλύτερης έκβασης στην αρχική περίοδο της νόσου, συγκριτικά με τους πιο χρόνιους ασθενείς.

Αλλαγές στις στάσεις τόσο σε ειδικούς [287] όσο και σε γενικούς πληθυσμούς [100], έχουν διαπιστωθεί και στην χώρα μας και έχουν ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα επίδρασης διαφόρων παραγόντων, όπως η παρουσία ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά Νοσοκομεία [287] ή η ανάπτυξη ψυχιατρικών δομών στην κοινότητα [128] σε διαστήματα ετών.

Το παραπάνω εύρημα λοιπόν χρειάζεται να αντιμετωπισθεί με επιφύλαξη, καθώς η μεταβολή διαπιστώνεται σε διάστημα εβδομάδων. Επιπλέον δεν γνωρίζουμε - γιατί αυτό δεν διερευνήθηκε- την σταθερότητα αυτής της μεταβολής στον χρόνο.

Μία παλαιότερη μελέτη [183] των στάσεων των συγγενών νοσηλευομένων ψυχικά ασθενών, παρουσιάζει απογοητευτικά αποτελέσματα. Η μελέτη αυτή, όμως, διεξήχθη σε μια περίοδο που επικρατούσε στην χώρα μας η ασυλική ψυχιατρική. Η μελέτη αυτή αναφέρει πως το 87.6% των οικογενειών δεν ήθελε οι ασθενείς να επιστρέψουν στην οικογένεια. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν «πως ενώ είναι γενικά αποδεκτό ότι οι δεσμοί της οικογένειας στην Ελλάδα κρατούν εφ' όρου ζωής, σε πολλές οικογένειες ψυχικά ασθενών, οι υπεύθυνοι συγγενείς





παύουν να τους θεωρούν ως μέλη της οικογένειας και δεν νοιώθουν την υποχρέωση να τους φροντίζουν».

Μια πιο πρόσφατη μελέτη [139] που εξετάζει επίσης τις στάσεις συγγενών νοσηλευομένων ασθενών, σε γειτονική χώρα (Τουρκία) δεν βρίσκει διαφορές εξαιτίας της νοσηλείας στην κοινωνική αποδοχή και προσδιορίζει τον παράγοντα της ψυχοπαθολογίας ως τον βασικό παράγοντα διαμόρφωσης στάσεων. Άλλες, όμως, μελέτες, επισημαίνουν διαφορές στις στάσεις των συγγενών σε σχέση με τις πεποιθήσεις τους για την αιτιολογία, ιδιαίτερα της Σχιζοφρένειας [288]. Μια εξήγηση είναι ότι οι συγγενείς έρχονται σε μεγαλύτερη επαφή με τους ψυχιάτρους, βοηθούμενοι να προκρίνουν την βιολογική ερμηνεία της νόσου, και έτσι διαχειρίζονται καλύτερα την ενοχή που συχνά αισθάνονται. Μια τέτοια διαδικασία ισχύει και στην δική μας κλινική πρακτική, πολύ περισσότερο για τους «συνοδεύοντες» συγγενείς.

### **Η στάση απέναντι στη Νοσηλεία – Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες**

Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις σε επιλεγμένα ερωτήματα από την κλίμακα «Γνώμη για την ψυχική υγεία», η στάση της ομάδας των συγγενών που συνοδεύουν απέναντι στην νοσηλεία διαμορφώνεται κατά την έξοδο σε πιο θετική και ρεαλιστική κατεύθυνση.

Πράγματι, οι συνοδεύοντες συγγενείς διαφωνούν μάλλον με την τοποθέτηση ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο Νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια, διαφοροποιούμενοι στατιστικά σημαντικά από τους μη συνοδεύοντες οι οποίοι μάλλον συμφωνούν. Αυτή η γνώμη πιθανά διαμορφώνεται με την παραμονή τους στην ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου. Η παρουσία εντός του Νοσοκομείου, τους επιτρέπει να παρατηρήσουν ότι οι ψυχικά πάσχοντες

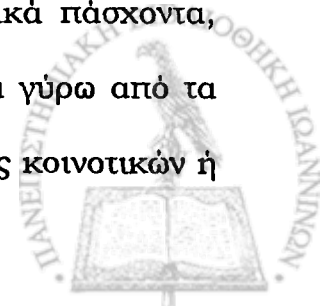


μπορούν πράγματι να νοσηλευθούν μαζί με ασθενείς που πάσχουν από σωματικά προβλήματα.

Η μείωση του στίγματος που προκύπτει από την νοσηλεία σε Γενικό Νοσοκομείο και η διαδικασία της αποασυλοποίησης ήταν άλλωστε ανάμεσα στους παράγοντες που οδήγησαν στην πολιτική ανάπτυξης ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία σε πολλές χώρες του Κόσμου και στη Ελλάδα. Στην Καραϊβική, αναφέρεται νοσηλεία ψυχικά ασθενών ακόμη και σε παθολογικά τμήματα με καλά αποτελέσματα, αν και αυτή η πρακτική φαίνεται να είναι περιορισμένη μόνο σε αυτή την περιοχή και να επηρεάζεται από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Επιπλέον, οι συνοδεύοντες συγγενείς διαμορφώνουν μια πιο προσεκτική στάση απέναντι σε δηλώσεις του τύπου «πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύτηκαν σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά ασθενείς» ενώ οι μη συνοδεύοντες δείχνουν να συμφωνούν με τέτοιες προσεγγίσεις.

Στους συγγενείς που συνοδεύουν (και άρα μπορούμε να θεωρήσουμε ότι εμπλέκονται ενεργά στην θεραπευτική διαδικασία), η νοσηλεία αντιμετωπίζεται σαν μέρος της συνολικής θεραπευτικής διαδικασίας, που βεβαίως περιέχει και τον σχεδιασμό της εξόδου και της μετανοδομομειακής φροντίδας. Με αυτή την έννοια, είναι πιθανόν ο μικρότερος χρόνος νοσηλείας και η γρήγορη επιστροφή στην κοινότητα να συνδέονται, εκτός των άλλων παραγόντων (π.χ. ασθενείς «πρώτης περιόδου»), και με την συνεχή παρουσία τους στην κλινική.

Στην διεθνή βιβλιογραφία, η στάση απέναντι στην νοσηλεία αντιμετωπίζεται μέσα από το συνολικό πρίσμα του φόρτου της φροντίδας του ψυχικά πάσχοντα και την συνολική στάση απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα, που εξετάστηκαν αναλυτικά σε άλλα κεφάλαια. Τα προβλήματα γύρω από τα οποία περιστρέφεται η συζήτηση αφορούν τα θέματα της παροχής κοινοτικών ή



νοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών, τις προτιμήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους, καθώς επίσης και τα ζητήματα που αφορούν τον χρόνο εξόδου του ασθενούς και τις ευθύνες της οικογένειας στην μετανοσοκομειακή φροντίδα. Πάντως στις σύγχρονες συνθήκες φαίνεται να έχουμε απομακρυνθεί από τα ευρήματα μιας παλαιότερης μελέτης στην χώρα μας [183] που έδειχνε τους περισσότερους συγγενείς των ψυχικά ασθενών να επιθυμούν την δια βίου παράταση της παραμονής των ασθενών στα ψυχιατρικά άσυλα, καθώς εκτός των άλλων έχουμε σημαντική μείωση των ψυχιατρικών κλινών στα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία και σημαντική αύξηση των εισαγωγών στα Γενικά Νοσοκομεία [128], όπου γενικά έχουμε νοσηλείες μικρότερης διάρκειας και γρηγορότερη επιστροφή στην κοινότητα. Τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων στις σύγχρονες συνθήκες καλύπτουν δηλαδή και στην χώρα μας ένα πολύ σημαντικό μέρος των αναγκών για νοσηλεία.

Αναφορικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, φαίνεται οι δύο ομάδες των συγγενών να μην διαφέρουν σημαντικά, αν και παρουσιάζεται μια μικρή αριθμητική υπεροχή στην ομάδα των συγγενών, που συνοδεύουν τους ασθενείς. Οι περισσότερες απαντήσεις φαίνεται να συγκλίνουν στο «αρκετά ικανοποιημένος/η», σε μια λογική μέσου όρου. Στις γραπτές σημειώσεις της πλειοψηφίας των συγγενών, πέρα από τις αριθμητικές απαντήσεις είναι κοινό το εύρημα, ακόμη και σε συγγενείς που βαθμολογούν «απόλυτα ικανοποιημένος» ή «10», του αιτήματος για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ψυχική νόσο και για περισσότερες συμβουλές όσον αφορά την συμπεριφορά τους απέναντι στον ψυχικά ασθενή.



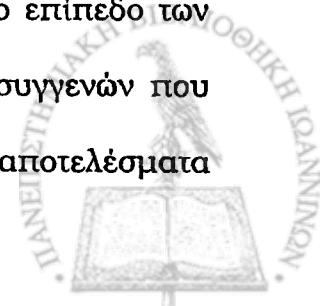
## Παράμετροι της νοσηλείας

### Πως επηρεάζεται η πορεία της νόσου και η έκβαση

Τα σημαντικά στοιχεία που διαφοροποιούν τις δύο ομάδες είναι η διάρκεια της νοσηλείας και η πιθανότητα υποτροπής ένα χρόνο μετά την έξοδό τους.

Πράγματι, η μέση διάρκεια της νοσηλείας στους ασθενείς που συνοδεύονται είναι σημαντικά μικρότερη από ό,τι εκείνη των ασθενών που δεν είχαν συνοδεία. Αυτό το γεγονός μπορεί να εξηγείται από την θεώρηση ότι στην πρώτη περίοδο της νόσου -όπως θεωρούμε ότι βρίσκεται το δείγμα των ασθενών που συνοδεύεται- γενικά η νοσηλεία τείνει να έχει μικρότερη διάρκεια, μέσα από την προσπάθεια για ταχύτερη επιστροφή στην προηγούμενη κατάσταση, που σχετίζεται και με καλύτερη ανταπόκριση στις διάφορες παρεμβάσεις ( π.χ. φαρμακοθεραπεία). Μελέτες ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο έδειξαν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων η θεραπεία των ασθενών με αντιψυχωτικά φάρμακα σχετίζεται με γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων, σε σύγκριση με ασθενείς με πολλαπλά επεισόδια και χρόνια πορεία [289, 290]. Η γρήγορη ανταπόκριση στην φαρμακοθεραπεία και η γρήγορη βελτίωση οδηγεί, εκτός των άλλων, και σε μικρότερο χρόνο νοσηλείας, όπως και στην μελέτη αυτή.

Όπως ήδη σημειώθηκε, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι συνοδευόμενοι ασθενείς είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη πιθανότητα υποτροπής-νοσηλείας (rehospitalization) ένα χρόνο μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο. Παρότι η επανεισαγωγή δεν είναι ταυτόσημη με την υποτροπή, παραμένει ένας σημαντικός παράγοντας της πορείας της νόσου. Αν και υπάρχει μια τάση οι ασθενείς που συνοδεύονται να έχουν καλύτερη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή, αυτός ο παράγοντας δεν μπορεί να εξηγήσει από μόνος του την στατιστικά σημαντική διαφορά που προκύπτει στο επίπεδο των επανεισαγωγών. Μια εξήγηση ίσως να είναι ότι οι στάσεις των συγγενών που συνοδεύουν τους ασθενείς, έτσι όπως αυτές προκύπτουν από τα αποτελέσματα



τόσο στο σχήμα οικογενειακής στάσης (Family Attitude Form) όσο και στην Γνώμη για την Ψυχική Υγεία (Opinion about Mental Illness-O.M.I.), επηρεάζουν την πορεία της νόσου, τουλάχιστον στην παράμετρο της επανεισαγωγής που εμείς εξετάζουμε.

Ένα αξιοσημείωτο εύρημα αφορά την παρουσία του συγγενή στο εξωτερικό ιατρείο επειγόντων κατά την διαδικασία της εισαγωγής. Υπάρχει ιδιαίτερα σημαντική διαφορά μεταξύ των συγγενών που συνοδεύουν τον ασθενή και αυτών που δεν τον συνοδεύουν, με τους πρώτους να παρίστανται κατά συντριπτική πλειοψηφία στο εξωτερικό ιατρείο των επειγόντων στην διαδικασία της εισαγωγής. Το εύρημα αυτό είναι σε συμφωνία και με τα ευρήματα άλλων μελετών [10] οι οποίες βρήκαν πως μια ανάλογη στάση να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με λιγότερες υποτροπές τον επόμενο χρόνο.

#### **Είναι η συνοδεία «ενδονοσοκομειακή οικογενειακή παρέμβαση»:**

Η συνεχής παρουσία συγγενών στην διάρκεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας ασθενών που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές, είναι ένας παράγοντας που δεν μπορεί να αγνοηθεί. Αντίθετα, όπως φάνηκε και από την προηγούμενη συζήτηση, μπορεί να επηρεάζει τις στάσεις και τις απόψεις των συγγενών απέναντι στον συγκεκριμένο νοσηλευόμενο ψυχικά ασθενή αλλά και γενικότερα απέναντι στην ψυχική νόσο. Με την ευρύτερη έννοια, λοιπόν, υπάρχουν χαρακτηριστικά παρέμβασης, αν όχι στις οικογένειες συνολικά, τουλάχιστον στους συγγενείς που τους συνοδεύουν και οι οποίοι θα μπορούσαν να θεωρηθούν συγγενείς-κλειδιά (key-relatives). Σε αυτούς τους συγγενείς δίνουμε πιο άμεσα πληροφορίες για την νόσο του ασθενούς που συνοδεύουν και εξηγούμε την συμπεριφορά του, επιμένοντας ιδιαίτερα για τους ψυχωτικούς ασθενείς, στους οποίους κυρίως αναφερόμαστε, και εξηγώντας ότι η συμπεριφορά αυτή δεν είναι αποτέλεσμα της προσωπικότητας του ασθενούς, ούτε και ο ίδιος μπορεί να την ελέγξει.



Προσπαθούμε να στηρίξουμε τους συγγενείς αυτούς, που είναι συνεχώς διαθέσιμοι, να τους καθησυχάσουμε από την ένταση, τον θυμό και την αμηχανία, να τους ανακουφίσουμε από την ενοχή, την ντροπή και την θλίψη που αισθάνονται. Έστω και αν αυτό δεν είναι «οργανωμένη» παρέμβαση, είναι όμως καθημερινή πραγματικότητα στην κλινική πράξη.

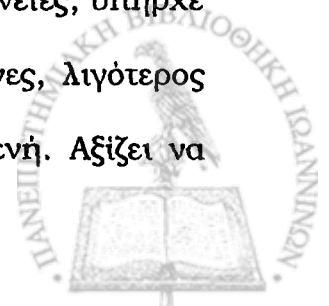
Όλη αυτή η διαδικασία, βεβαίως, δεν είναι χωρίς προβλήματα, συγκρούσεις, λάθη και αποτυχίες, που μερικές φορές οδηγούν και στην απόφαση για απομάκρυνση του συγγενή στα πλαίσια του θεραπευτικού σχεδιασμού.

Αρκετές μελέτες [171, 291-296] εξετάζουν θέματα σχετικά με την Ενδονοσοκομειακή Οικογενειακή Παρέμβαση (Ε.Ο.Π.), η οποία τυπικά ορίζεται ως σειρά 6-9 συνεδριών με ψυχοεκπαιδευτικά χαρακτηριστικά κατά τη διάρκεια μιας πέντε εβδομάδων παραμονής στο Νοσοκομείο.

Παρουσιάζοντας τα πλεονεκτήματα της ΕΟΠ, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι:

- Τα μέλη της οικογένειας είναι πιο διαθέσιμα και «θεωρούν» ότι χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια.
- Η παρέμβαση αυτή είναι αναγκαία για να κατανοήσει η οικογένεια την ανάγκη για μακρόχρονη υποστήριξη του ασθενούς μετά την έξοδο.
- Σε πολλές περιπτώσεις, είναι η μόνη πρακτική δυνατότητα για οικογενειακή παρέμβαση, είτε διότι δεν υπάρχουν εξωτερικές υπηρεσίες είτε διότι η οικογένεια δεν μπορεί να τις χρησιμοποιήσει.

Στην έξοδο, το αποτέλεσμα της ΕΟΠ ήταν σημαντικό (με την έννοια της σημαντικής κλινικής βελτίωσης, σε σύγκριση με την ομάδα που δεν έγινε παρέμβαση) για τις γυναίκες με συναισθηματικές διαταραχές, ενώ τα οφέλη της παρέμβασης διατηρήθηκαν και μετά από 18 μήνες. Για τις οικογένειες, υπήρχε τόσο κατά την έξοδο όσο και στην επανεκτίμηση στους 18 μήνες, λιγότερος οικογενειακός φόρτος και πιο θετική στάση απέναντι στον ασθενή. Αξίζει να



αναφερθεί ότι στην μελέτη χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Patient Rejection Scale [29], που χρησιμοποιήθηκε και εδώ.

Τα αποτελέσματα αυτά σχετικά με τον ρόλο της οικογένειας, ήταν πιο ισχυρά για τις οικογένειες με γυναίκες ασθενείς που έπασχαν από συναισθηματικές διαταραχές ή Σχιζοφρένεια. Στην παρούσα μελέτη, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς το φύλο. Υπήρξαν, όμως σημαντικά ευρήματα σχετικά με τη στάση απέναντι στον ασθενή μετά την «παρέμβαση» της εμπειρίας της συνοδείας στην έξοδο, η οποία ήταν λιγότερο απορριπτική για την ομάδα των συγγενών που συνοδεύουν, ενώ υπήρξαν επίσης και λιγότερες επανεισαγωγές στον ένα χρόνο μετά την έξοδο για τους ασθενείς που συνοδεύονται. Η ερευνητική ομάδα που μελέτησε θέματα Ενδονοσοκομειακής Οικογενειακής Παρέμβασης (Ε.Ο.Π.) [291-296, 171] επισημαίνει τους περιορισμούς της (σύντομος χρόνος παρέμβασης, όχι ελεγχόμενη μετανοδομειακή φροντίδα, όχι ανάλογες μελέτες για σύγκριση, η εστίαση των μελετών γινόταν αποκλειστικά σχεδόν πάνω στην έκβαση του ασθενούς) και συμπεραίνει ότι η ενδονοσοκομειακή οικογενειακή παρέμβαση σε ασθενείς με σοβαρά ψυχικά προβλήματα σχετίζεται με σημαντικές κλινικές αλλαγές, βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες, που διαφέρουν όμως ως προς το φύλο και την διάγνωση, ενώ επισημαίνεται η ανάγκη για οικογενειακή παρέμβαση και κατά τη διάρκεια της μετανοδομειακής φάσης.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι έστω και αυτή η πρωτόλεια «παρέμβαση» που συνιστά η διαδικασία της **συνοδείας**, αν και δεν έχει τα χαρακτηριστικά της Ε.Ο.Π., δείχνει ότι μπορεί να έχει θετικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα ως προς την αλλαγή της στάσης των συγγενών απέναντι στον ασθενή στην έξοδο και ίσως στην μείωση των επανεισαγωγών ένα χρόνο μετά τη νοσηλεία.



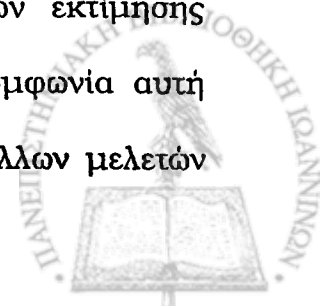
## Σχόλια σε άλλα αποτελέσματα της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε διαφορά αναφορικά με τον υποκειμενικό φόρτο των συγγενών που συνόδευαν τους ασθενείς στην διάρκεια της νοσηλείας, σε σχέση με όσους δεν τους συνόδευαν, κατά τη φάση της εξόδου από το Νοσοκομείο.

Ο φόρτος μετρήθηκε με ένα αντίστοιχο ερωτηματολόγιο [297] που έχει σταθμιστεί στον Ελληνικό πληθυσμό [216, 217, 218, 219], ερωτηματολόγιο από το οποίο χρησιμοποιήθηκε μόνο το τμήμα του «υποκειμενικού φόρτου». Πολλές μελέτες [240, 252, 261] δείχνουν την σύνδεση ανάμεσα στα επίπεδα των ΕΕ και τον «υποκειμενικό φόρτο». Σε όλες τις μελέτες, σταθερό είναι το εύρημα ότι υψηλότερα επίπεδα ΕΕ σχετίζονται με σημαντικά υψηλότερο υποκειμενικό φόρτο από την πλευρά των συγγενών. Επίσης, σε μια άλλη μελέτη [45], ο αυξημένος υποκειμενικός φόρτος φαίνεται να συνδέεται με την συχνή επαφή.

Σε όλες τις μελέτες τονίζεται ότι και οι φροντιστές με χαμηλά ΕΕ επίσης έχουν αυξημένο υποκειμενικό φόρτο, αλλά τον προσλαμβάνουν ως λιγότερο προβληματικό. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι οι μετρήσεις τόσο των ΕΕ όσο και του φόρτου, εξαρτώνται σημαντικά από την «εκτίμηση» των συγγενών για την κατάσταση των ασθενών, παρά από τα πραγματικά ελλείμματά τους (των ασθενών). Σε μια μελέτη που αφορά πρώτα επεισόδια [89], επίσης επιβεβαιώνεται ότι οι συγγενείς με υψηλά ΕΕ έχουν σημαντικά υψηλότερο υποκειμενικό φόρτο, τονίζεται δε επιπλέον ότι είναι δυνατόν οι συμπεριφορές «υψηλών ΕΕ» να είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης του φόρτου στην αρχή της φροντίδας.

Με την επιφύλαξη της χρήσης διαφορετικών εργαλείων εκτίμησης μεταξύ των διαφόρων μελετών, η πιθανή εξήγηση για την ασυμφωνία αυτή μεταξύ των δικών μας ευρημάτων και των ως άνω αναφορών άλλων μελετών





ίσως να είναι ότι, όπως έχει ήδη αναφερθεί, το εύρημα της λιγότερο απορριπτικής στάσης των συγγενών που συνοδεύουν στην φάση της εξόδου με την χρήση της συγκεκριμένης κλίμακας, δεν σημαίνει ότι αυτόματα τους κατατάσσει σε περιβάλλοντα χαμηλών ΕΕ. Πολύ δε περισσότερο αν λάβουμε υπ' όψιν μας ότι στην υποκλίμακα της «υπερπροστασίας», οι συγγενείς που συνοδεύουν έχουν και υψηλότερες αριθμητικά τιμές (αλλά όχι στατιστικά σημαντικές διαφορές) σε σύγκριση με αυτούς που δεν συνοδεύουν. Επίσης, η υψηλή επαφή μπορεί, αυξάνοντας τον φόρτο, να «αντισταθμίζει» τα πράγματα στους λιγότερο απορριπτικούς «συνοδεύοντες» συγγενείς, αν και το εύρημα της σύνδεσης αυξημένου χρόνου επαφής και αυξημένου υποκειμενικού φόρτου δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται σε Μεσογειακούς πληθυσμούς [298]. Ένα ακόμη στοιχείο, τέλος, που μπορεί να λειτουργεί «αντισταθμιστικά» αναφορικά με τον φόρτο στους λιγότερο απορριπτικούς «συνοδεύοντες» συγγενείς, είναι ο μικρότερος χρόνος νοσηλείας αυτής της ομάδας ασθενών, καθώς έχει επισημανθεί ότι η μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας αυξάνει τον φόρτο [299].

Στην κλίμακα οικογενειακού περιβάλλοντος Family Environmental Scale (FES), δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων συγγενών που εξετάστηκαν. Ωστόσο, η ομάδα των συνοδευόντων συγγενών φαίνεται να παρουσιάζει ένα οικογενειακό προφίλ με τάσεις μεγαλύτερης συνοχής και λιγότερης σύγκρουσης. Επιπλέον, εμφανίζονται να είναι περισσότερο ιδεολογικά προσανατολισμένες, να δείχνουν μάλλον μικρότερη τάση θρησκευτικότητας και αρκετά μεγαλύτερη τάση ελέγχου. Σε μια μελέτη [300] βρέθηκε ότι η κλίμακα αυτή είναι χρήσιμη για την ανίχνευση οικογενειών με χαμηλή συνοχή και υψηλή σύγκρουση, που ωφελούνται από οικογενειακές παρεμβάσεις. Επίσης, στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι η διάσταση της «εκφραστικότητας» μπορούσε ισχυρά να προβλέψει την επανεισαγωγή, εύρημα το οποίο εμείς δεν διαπιστώνουμε. Σχολιάζεται ότι η «εκφραστικότητα»



δεν μπορεί να συμπίπτει με την διάσταση της κριτικής (criticism), των ΕΕ, που είναι πιο κοντά στην διάσταση της «σύγκρουσης» στην FES. Η εκφραστικότητα δείχνει περισσότερο την ανοιχτή συζήτηση συναισθημάτων και προβλημάτων και φαίνεται να είναι θετική με όρους προσαρμογής του ασθενούς. Έτσι, η επαφή των συγγενών με τον ασθενή και η έκφραση συναισθημάτων, μπορεί να έχει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα, ανάλογα με τον τύπο των συναισθημάτων που εκφράζονται. Σε μια άλλη εργασία [301], στην οποία εξετάζεται η αναλογικότητα της FES με τα ΕΕ, διαπιστώνεται ότι η υψηλή βαθμολογία στην «σύγκρουση» μπορεί να είναι ανάλογη με υψηλές βαθμολογίες κριτικών σχολίων και άρα υψηλών ΕΕ. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι οι οικογένειες ασθενών με πολλαπλές εισαγωγές παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στην «σύγκρουση» και χαμηλότερες τιμές στην «ελεύθερη έκφραση», σε σύγκριση με εκείνους με λιγότερες εισαγωγές. Με βάση τα παραπάνω, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι και τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι συγκρίσιμα με εκείνα που αποτυπώνονται στην διεθνή βιβλιογραφία, με τον περιορισμό βεβαίως ότι στην παρούσα μελέτη οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.



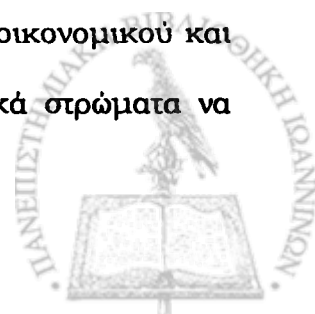
## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να αποτυπώσει πλευρές της πρακτικής της συνοδείας ασθενών σε όλη την διάρκεια ή στο μεγαλύτερο μέρος της νοσηλείας τους στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ιδιαίτερα επιχειρεί να μελετήσει την διαμόρφωση των στάσεων και των απόψεων αυτών των συγγενών απέναντι στον νοσηλευόμενο ψυχικά πάσχοντα και γενικότερα απέναντι στην ψυχική νόσο γενικά.

Πριν αναφερθούν τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα κυριότερα αποτελέσματα της ανά κείρας μελέτης, θα πρέπει να γίνει αναφορά στους αναπόφευκτους περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ανάγνωση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Οι σημαντικότεροι περιορισμοί της μελέτης αφορούν το δείγμα από το οποίο εξάγονται τα συμπεράσματά της. Εκτός του σχετικά μικρού αριθμού συμμετεχόντων, αναλογικά με το πλήθος των παραγόντων που εξετάζονται, προβληματισμοί υπάρχουν και σε σχέση με την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Είναι, βέβαια, γεγονός πως τόσο ο αριθμός όσο και η μέθοδος δειγματοληψίας είναι ανάλογα με εκείνα όλων των μελετών που διερευνούν ΕΕ και οικογενειακές παρεμβάσεις. Παρόλα αυτά, ο μεγάλος αριθμός των αρνήσεων, με την μία ή την άλλη μορφή, κυρίως με την δήλωση αδυναμίας, αλλά και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ως εμποδίου στην συμμετοχή, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, καθώς αποτρέπουν από την γενίκευση των συμπερασμάτων.

Στην Ελληνική πραγματικότητα, η έρευνα στις οικογένειες και μάλιστα σε μια στιγμή κρίσης, όπως είναι η εισαγωγή στην ψυχιατρική κλινική, παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες. Επίσης, το επίπεδο του πληθυσμού στο οποίο αναφερόμαστε έχει χαρακτηριστικά χαμηλού κοινωνικοοικονομικού και εκπαιδευτικού επιπέδου, καθώς είναι πιθανόν άλλα κοινωνικά στρώματα να

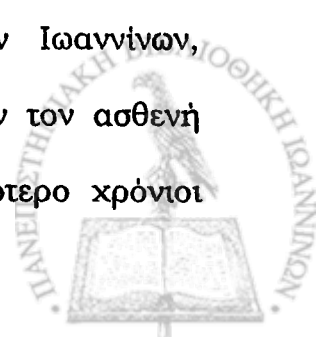


χρησιμοποιούν κυρίως ιδιωτικές υπηρεσίες «μακρυά» από την περιοχή. Το γεγονός αυτό εισάγει έναν ακόμη παράγοντα που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την ανάγνωση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, αναφορικά με την μετανοσοκομειακή φάση, δεν κατέστη δυνατόν να επανεκτιμηθεί κανένας άλλος παράγοντας εκτός της συχνότητας επανεισαγωγών, παρότι ο αρχικός σχεδιασμός της μελέτης προέβλεπε την επανεκτίμηση ένα χρόνο μετά, ώστε να εκτιμηθεί η σταθερότητα των μεταβολών στον χρόνο.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά την χρήση των ερωτηματολογίων και ιδιαίτερα του «ερωτηματολογίου του σχήματος οικογενειακής στάσης», ερωτηματολόγιο που δεν έχει σταθμισθεί στον Ελληνικό πληθυσμό και δεν έχει συγκριθεί με την μέθοδο που χρησιμοποιείται διεθνώς για την εκτίμηση των οικογενειών με χαμηλά και υψηλά ΕΕ. Ιδιαίτερα η μη ύπαρξη σημείου αποκοπής, μπορεί να δημιουργεί εσφαλμένες εντυπώσεις, παρά την χρησιμοποίησή του στην διεθνή βιβλιογραφία. Σημαντικό, τέλος, περιορισμό, αλλά ταυτόχρονα και πρόκληση, αποτελεί η μη ύπαρξη ανάλογων υπηρεσιών «συνοδείας», για τις οποίες να υπάρχουν ανάλογες δημοσιεύσεις στην διεθνή βιβλιογραφία.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν στο μεγαλύτερο μέρος τους με ό,τι μέχρι στιγμής έχει αναφερθεί από άλλες ανάλογες μελέτες στον Ελληνικό και Διεθνή χώρο, και αναδεικνύουν τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς της πρακτικής της συνοδείας του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Βασικό συμπέρασμα της παρούσας μελέτης είναι ότι οι συγγενείς ασθενών «πρώτης περιόδου», νεότερων σε ηλικία και με μικρότερη διάρκεια νόσου, που διαμένουν κυρίως μακριά από την πόλη των Ιωαννίνων, εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να συνοδεύουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, ή, διαφορετικά, οι λιγότερο χρόνιοι



ασθενείς που διαμένουν εκτός Ιωαννίνων είναι αυτοί που κυρίως συνοδεύονται. Επιπλέον, η συνοδεία του συγγενούς συνδέεται με μικρότερο χρόνο νοσηλείας και λιγότερο απορριπτική στάση απέναντι στον ασθενή με την έξοδο από το Νοσοκομείο. Ακόμη η συνοδεία συνδέεται με μεγαλύτερη κοινωνική αποδοχή του ψυχικά πάσχοντα και με την άποψη για νοσηλεία στο Γενικό Νοσοκομείο. Επιπροσθέτως, οι συνοδευόμενοι ασθενείς παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα επανεισαγωγής ένα (1) χρόνο μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο.

Μια βασική ερμηνεία των ευρημάτων αυτών, που στηρίζεται στις πιο πρόσφατες εξελίξεις και ιδιαίτερα στην βιβλιογραφία των Εκφρασμένων Συναισθημάτων (ΕΕ) είναι ότι οι συγγενείς των ασθενών «πρώτης περιόδου», έχοντας λιγότερη εμπειρία από τις συχνά χρόνιες πορείες των σοβαρών ψυχικών διαταραχών και εκτιμώντας ότι η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να αλλάξει, μένουν κοντά στον ασθενή, τον συνοδεύουν και δεν χρησιμοποιούν στρατηγικές αποφυγής. Στην διάρκεια της παραμονής τους εμπλέκονται στην διαδικασία της νοσηλείας και, με την εμπειρία που αποκτούν, διαμορφώνουν μια λιγότερο απορριπτική στάση απέναντι στον ασθενή, καθώς και μια στάση ευρύτερης κοινωνικής αποδοχής. Η διαμόρφωση αυτών των στάσεων πιθανόν να λειτουργεί ευεργετικά και στην έκβαση της νόσου (μικρότερος χρόνος νοσηλείας, λιγότερες επανεισαγωγές).

Είναι σημαντικό να τονισθεί εδώ ότι η παρούσα εργασία δεν διαχωρίζει τις οικογένειες σε «καλές» και «κακές», «ενδιαφερόμενες» ή «αδιάφορες». Αντίθετα, η κατανόηση της διαμόρφωσης των οικογενειακών στάσεων είναι σημαντική στην διαμόρφωση παρεμβάσεων βοηθητικών για ΟΛΟΥΣ τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

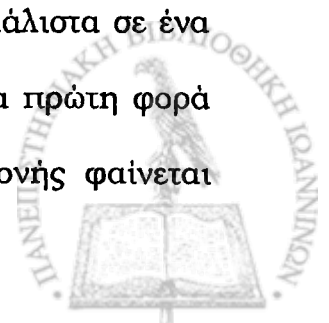
Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής εγείρουν ερωτήματα τόσο σχετικά με το εάν είναι ωφέλιμο να γίνονται προσπάθειες «εισαγωγής» των συγγενών με την μορφή της «συνοδείας» προκειμένου να ευεργετηθούν αυτοί και οι ασθενείς



από τα θετικά της παραμονής τους στην κλινική, αλλά και, από την άλλη πλευρά, μήπως η στελέχωση της κλινικής με επαρκές νοσηλευτικό κυρίως προσωπικό, καταστήσει περιττή την παραμονή «συνοδών» στο πλευρό του ασθενούς.

Επιχειρώντας μια απάντηση στο πρώτο ερώτημα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δεν προσφέρονται για γενικεύσεις. Πολύ περισσότερο καθώς γνωρίζουμε ότι η διαμόρφωση στάσεων και απόψεων είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που εξαρτάται από πολλούς και παράγοντες που αλληλεπιδρούν. Πέρα από τα περιστατικά στα οποία η συμφωνία για την εισαγωγή τους περιλαμβάνει ως όρο την διακοπή της επαφής τους με τους συγγενείς ή γενικότερα με το εξωτερικό περιβάλλον (ασθενείς π.χ. που εισάγονται για απεξάρτηση από το αλκοόλ), αυτό που χρειάζεται περαιτέρω να μελετηθεί είναι τα κριτήρια της συνοδείας, οι «ενδείξεις» και οι «αντενδείξεις» της, ώστε να γίνεται κατάλληλη επιλογή και να αποφεύγονται όσο είναι δυνατόν δυσάρεστες καταστάσεις.

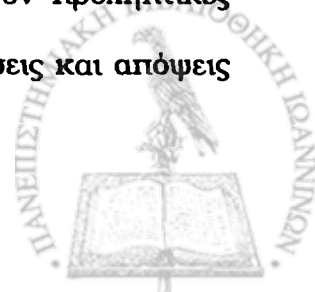
Από τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ωστόσο έστω και με επιφύλαξη, θα μπορούσε να διατυπωθεί ότι «ενδείξεις» συνοδείας υπάρχουν σε ασθενείς πρώτης περιόδου. Εδώ περιλαμβάνονται ασθενείς που εκδηλώνουν για πρώτη φορά ψυχική νόσου και κυρίως ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν συνήθως και διάφορα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που διαπιστώθηκαν ότι συνδέονται με την «συνοδεία» (π.χ. νεώτερη ηλικία, άγαμοι κ.λ.π.). Σε ασθενείς πρώτης περιόδου, όπου συχνά δεν έχουμε ξεκαθαρίσει την διάγνωση, δεν «γνωρίζουμε» τον ασθενή και την οικογένειά του, είτε ακόμη δεν μπορούμε να προβλέψουμε τυχόν «επικίνδυνες» συμπεριφορές (βία, αυτοκτονική συμπεριφορά) η συνοδεία και μάλιστα σε ένα ανοικτό τμήμα φαίνεται να έχει νόημα. Επιπλέον η νοσηλεία για πρώτη φορά στην κλινική μας καθώς και η απόσταση από τον τόπο διαμονής φαίνεται



επίσης να διαμορφώνουν «ενδείξεις» συνοδείας, είτε με την έννοια της βοήθειας από την συνεχή παρουσία των συγγενών για άντληση πληροφοριών και εμπειρίας για έναν ασθενή και την οικογένειά του που για πρώτη φορά έχουν την εμπειρία της νοσηλείας στο τμήμα μας, είτε για τη «διευκόλυνση» οικογενειών που μένουν μακριά ώστε να μην χάσουν την επαφή με τον ασθενή μέλος της οικογένειάς τους που νοσηλεύεται. Μια τέτοια σχέση με την οικογένεια του ασθενούς που νοσηλεύεται, θεωρούμε ότι διευκολύνει και την συνέχεια στην φροντίδα, αλλά και τον κοινοτικό προσανατολισμό των παρεμβάσεών μας.

Το δεύτερο ερώτημα θέτει μια μελλοντική πιθανότητα η οποία δεν είναι εύκολο να απαντηθεί. Το αν αυτή η «ιδιαιτέρη» μορφή στις υπηρεσίες που παρέχει η κλινική θα διατηρηθεί μελλοντικά, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, και κυρίως από τις συνολικές τάσεις διαμόρφωσης των υπηρεσιών τόσο στη χώρα μας όσο και παγκοσμίως. Πάντως, είναι βέβαιο ότι δεν θα σταματήσει η ανάγκη στενής συνεργασίας και θεραπευτικής σχέσης με τις οικογένειες των ασθενών μας, τόσο στην ενδονοσοκομειακή φάση όσο και στην συνέχεια της θεραπείας τους. Η αξιοποίηση σε μια τέτοια προοπτική όλων των δυνατοτήτων και συνεπώς και της συνοδείας, είναι εκ των ουκ' άνευ.

Η θεώρηση της συνοδείας ως παρέμβασης, θέτει το ερώτημα μήπως η παραμονή των συγγενών μπορεί να αξιοποιηθεί κυρίως για έναρξη ψυχοεκπαιδευτικών-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, που, παρόλα τα ερωτηματικά που ακόμη υπάρχουν, φαίνεται να έχουν θετικά αποτελέσματα, ιδιαίτερα ως συμπληρωματική θεραπεία στην Σχιζοφρένεια. Ένα επιπλέον ερώτημα -που η απάντησή του είναι ακόμη πιο πολύπλοκη- και που προκύπτει από την διαπίστωση ότι οι ασθενείς που συνοδεύονται είναι ασθενείς πρώτης περιόδου, αποτελεί το αν είναι δυνατόν να υπάρχουν προληπτικές παρεμβάσεις [79], ώστε οι συγγενείς να μην αναπτύσσουν στάσεις και απόψεις



που μπορεί να δυσκολεύουν την έκβαση. Την πρώτη περίοδο φαίνεται ότι πολλοί συγγενείς εκδηλώνουν αντιδράσεις που θα μπορούσαν να περιγραφούν σαν διαδικασίες πένθους. Έτσι οι παρεμβάσεις χρειάζεται να περιλαμβάνουν μια εξειδικευμένη εργασία πένθους, που φαίνεται να προλαμβάνει την μακροχρόνια άρνηση και απόσταση που αποτελούν τις πηγές ανάπτυξης των κριτικών σχολίων. Σε αυτή την βάση ακόμη και συμπεριφορές θυμού ή εξαναγκασμού από την πλευρά των συγγενών προς τον ασθενή, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν «προσαρμοστικές συμπεριφορές» που στην συνέχεια με την παρέμβασή μας φιλοδοξούμε να τις τροποποιήσουμε. Σε αυτή την πρώτη φάση τα στοιχεία της ψυχοεκπαίδευσης είναι προσαρμοσμένα στην «αβεβαιότητα» της διάγνωσης και περισσότερο εξατομικευμένα, χρησιμοποιώντας με πιο ευέλικτο τρόπο το «πακέτο» των πληροφοριών που χρησιμοποιούνται στην ψυχοεκαπαίδευση σε μεταγενέστερα στάδια.

Η χρησιμότητα της συνοδείας έχει αποδειχθεί στην κλινική μας πράξη για πάνω από δύο δεκαετίες. Αν σε κάτι προσπάθησε να συμβάλλει η παρούσα εργασία είναι να διερευνήσει σε μεγαλύτερο βάθος τις στάσεις και τις απόψεις των συγγενών και να διατυπώσει κάποιες υποθέσεις για το πώς αυτές διαμορφώνονται, με σκοπό να προσδιοριστούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι παρεμβάσεις μας και να γίνουμε περισσότερο αποτελεσματικοί για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η παρούσα μελέτη τεκμηριώνει ακόμη περισσότερο την καινοτόμο πρακτική της συνοδείας και ταυτόχρονα θέτει ορισμένες «ενδείξεις» χρήσιμες για την καθημερινή κλινική εμπειρία, ενώ ταυτόχρονα «ανοίγει» ζητήματα στην παραπέρα έρευνα.







Η παρουσία συγγενών, που συνοδεύουν τους ασθενείς σχεδόν σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας τους, είναι μια πρακτική που χρησιμοποιήθηκε από την αρχή της λειτουργίας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, το 1983. Η πρακτική αυτή αναπτύχθηκε κάτω από την ανάγκη να νοσηλεύονται όλοι οι ασθενείς της περιοχής μας που χρειάζονται νοσηλεία, ανεξάρτητα αν προσέρχονται με την θέλησή τους ή χωρίς να το θέλουν (π.χ. εισαγγελική παραγγελία). Με αυτό τον τρόπο και παρά την έλλειψη επαρκούς προσωπικού -ιδιαίτερα νοσηλευτικού- επειτεύχθη η εκούσια νοσηλεία της συντριπτικής πλειοψηφίας των ασθενών που είχαν ανάγκη νοσηλείας στην κλινική μας. Με αυτή την πρακτική αποφεύχθηκε η μετακίνηση τους σε άλλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Ψ.Ν. Κέρκυρας) και διευκολύνθηκε η νοσηλεία τους στο ανοιχτό ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Στην παρούσα μελέτη εξετάσθηκε ένα τυχαίο δείγμα 76 συγγενών (εκ των οποίων 43 συνόδευαν τους ασθενείς και 33 όχι) προκειμένου να προσδιορισθούν οι στάσεις και οι απόψεις τους απέναντι στην νοσηλεία και τον ψυχικά πάσχοντα και να διερευνηθεί ο ρόλος της συνοδείας στην διαμόρφωση αυτών των στάσεων.

Οι συγγενείς συμπλήρωσαν το «Σχήμα Οικογενειακής Στάσης» (αποτελούμενο από την «Κλίμακα Απόρριψης» και την «Κλίμακα Υπερπροστασίας» του ασθενούς) και την κλίμακα «Γνώμη για την Ψυχική Υγεία» κατά την εισαγωγή και την έξοδο του ασθενούς. Συμπλήρωσαν ακόμη την «Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος» κατά την εισαγωγή και το «Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας» καθώς και την «Κλίμακα για τον Υποκειμενικό Φόρτο» κατά την έξοδο του ασθενούς.

Συμπληρώθηκαν επίσης από την ερευνητική ομάδα η «Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης» και η κλίμακα BPRS. Τέλος, καταγράφηκαν για τους



ασθενείς και τους συγγενείς μια σειρά κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες καθώς και διάφοροι παράγοντες σχετιζόμενοι με την έκβαση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που συνοδεύονται είναι συνήθως νεότεροι, ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές, είναι άγαμοι, νοσηλεύονται συνήθως για πρώτη φορά και έχουν μικρότερη διάρκεια νόσου.

Οι συγγενείς που τους συνοδεύουν παρουσίαζαν -σε σύγκριση με τους συγγενείς που δεν συνοδεύουν- μια σημαντικά λιγότερο απορριπτική στάση απέναντι στον ασθενή, σύμφωνα με τις τιμές στην «Κλίμακα Απόρριψης» του ασθενή, στην έξοδο. Επίσης παρουσίαζαν μια σημαντικά θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο, σύμφωνα με τον παράγοντα της «Κοινωνικής Διάκρισης» στην κλίμακα «Γνώμη για την Ψυχική Υγεία» και θεωρούσαν περισσότερο ότι οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να νοσηλεύονται σε ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου.

Οι ασθενείς που συνοδεύονται παρουσίαζαν μικρότερο χρόνο νοσηλείας και μικρότερη πιθανότητα επανεισαγωγής τον επόμενο χρόνο μετά την έξοδό τους.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που συνοδεύονται είναι κυρίως στην πρώιμη περίοδο της νόσου τους και ότι οι συνοδεύοντες συγγενείς τους διαμορφώνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, μια λιγότερο απορριπτική στάση απέναντι στον ψυχικά ασθενή και μια στάση κοινωνικής αποδοχής της ψυχικής νόσου. Οι στάσεις αυτές πιθανόν να λειτουργούν ευεργετικά και στην έκβαση της νόσου.



The purpose of this study was to determine the prevalence of depression among patients with chronic pain. The study was conducted in a tertiary care hospital. The prevalence of depression was found to be 25%. The study also found that patients with depression had higher levels of pain and disability. The results of this study suggest that depression is a common problem among patients with chronic pain and should be treated as part of the overall management plan.

## SUMMARY

The purpose of this study was to determine the prevalence of depression among patients with chronic pain. The study was conducted in a tertiary care hospital. The prevalence of depression was found to be 25%. The study also found that patients with depression had higher levels of pain and disability. The results of this study suggest that depression is a common problem among patients with chronic pain and should be treated as part of the overall management plan.

All research team completed the Global Assessment Scale (GAS) and the Beck Depression Inventory (BDI). We also included demographic variables and some factors associated with the prevalence of depression.



The practice of relatives accompanying patients during most of the hospitalization period, has existed since the establishment of the Psychiatric Clinic, University of Ioannina, in 1983.

This practice was developed in order to cover the hospitalization needs of all psychiatric patients in our catchment area, whether voluntary or involuntary, presenting to our emergency outpatient services. The practice was effectively applied and the vast majority of patients who needed hospitalization were voluntarily admitted in our clinic, despite major shortages in nursing personnel. In this way, hospitalization in distant state psychiatric hospitals was minimized and admission to the less stigmatized environment of our open ward in a general hospital was facilitated.

In this study we looked at a random sample of 76 relatives (43 of whom accompanied a patient, and 33 of whom did not) to determine the relatives' attitudes towards the hospitalization, the mentally ill patient and the mental illness, and to find out the role of accompanying the patient in shaping their attitudes. Relatives completed the Family Attitude Form (composed of the Patient Rejection Scale and the Patient Overprotection Scale), and the OMI scale at patient admission and discharge. They also completed the Family Environmental Scale at the time of patient admission and the GHQ-28 plus the Scale for Subjective Burden at the time of patient discharge.

Our research team completed the Global Assessment Scale (GAS) and the BPRS for each patient at admission and discharge. We also included demographic and social variables and some factors associated with the hospitalization and the outcome.



Our results showed that the accompanied patients were younger, and more likely to be unmarried, living in distant areas and to have been hospitalized for the first time, compared with the unaccompanied patients. They also had shorter durations of illness.

The relatives accompanying patients had a significantly lower rejecting attitude towards the patient at discharge, according to the Patient Rejection Scale scores, when compared with the relatives who did not accompany patients. They also had a significantly better attitude towards mental illness, according to the factor of social discrimination from the OMI scale and were more likely to believe that psychiatric patients should be hospitalized in a psychiatric ward in a general hospital.

The accompanied patients showed a significantly shorter period of hospitalization and lower readmission rates during next year.

In conclusion, the present study showed that the accompanied patients were mainly early in the course of their illness and that during the course of the patient's hospitalization, the accompanying relatives developed a less rejected attitude towards their patients as well as a socially accepting attitude towards mental illness and mentally ill patients in general. These attitudes probably have a positive role in outcome.



World Health Organization (WHO) (1977) *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 80: 1-10.

2. Murgue P. (1903) *Revue de l'hygiène et de médecine sociales* 1: 1-10.

3. Allen A. (1903) *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 6: 1-10.

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...

9. ...

10. ...

11. ...

12. ...

13. ...

14. ...

15. ...

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

16. ...

17. ...

18. ...

19. ...

20. ...

21. ...

22. ...

23. ...

24. ...

25. ...

26. ...

27. ...

28. ...

29. ...

30. ...

31. ...

32. ...

33. ...

34. ...

35. ...

36. ...

37. ...

38. ...

39. ...

40. ...

41. ...

42. ...

43. ...

44. ...

45. ...

46. ...

47. ...

48. ...

49. ...

50. ...

51. ...

52. ...

53. ...

54. ...

55. ...

56. ...

57. ...

58. ...

59. ...

60. ...

61. ...

62. ...

63. ...

64. ...

65. ...

66. ...

67. ...

68. ...

69. ...

70. ...

71. ...

72. ...

73. ...

74. ...

75. ...

76. ...

77. ...

78. ...

79. ...

80. ...

81. ...

82. ...

83. ...

84. ...

85. ...

86. ...

87. ...

88. ...

89. ...

90. ...

91. ...

92. ...

93. ...

94. ...

95. ...

96. ...

97. ...

98. ...

99. ...

100. ...

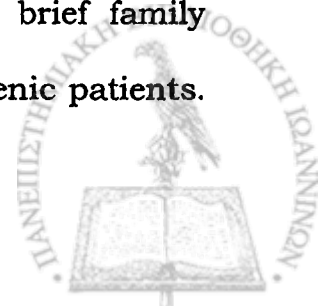


1. World Health Organization (2001a). World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, New hope. Geneva: WHO
2. Njenga F. (2002). Challenges of balanced care in Africa World Psychiatry, I, 96-98.
3. Alem A. (2002). Community-based vs hospital-based mental health care: the case of Africa World Psychiatry, I. 99-100.
4. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry. 2004 Oct;185:283-90. Review. Erratum in: Br J Psychiatry. 2004 Nov;185:440.
5. Λιάκος Α. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Χωροταξική κατανομή των προγραμμάτων 815. Ψυχιατρική 1996; 7: 130-135.
6. Karastergiou A, Mastrogianni A, Geogiadou E, Kotrotsios S, Mauratziotou K. The reform of Greek mental health services. Journal of Mental Health April 2005; 14(2): 197-203.
7. Gunn M. (1997). Youth suffers identity crisis as the rites of of passage blur. The Weekend Australian, April 26-27, p.7
8. McGorry, P.D. & Singh, B.S. (1995). Schizophrenia: the risk and possibility of prevention. In Handbook of studies on preventive Psychiatry. Ed. B. Raphael & G. Burrows, pp 491-514. Amsterdam: Elsevier Science.
9. Kosky R, Hardy J. Mental health: is early intervention the key? Med J Aust. 1992 Feb 3;156(3):147-8
10. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophr Bull. 1996;22(2):201-22. Review.





11. Davidson L, Strauss JS. Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry*. 1995 Feb;58(1):44-55. Review.
12. Lefley, H.P. (1998a). Families, culture, and mental illness: constructing new realities. *Psychiatry*. 1998 Winter;61(4):335-55. Review.
13. Hogman G., Pearson G. The silent partners: The needs and experiences of people who provide informal care to people with a severe mental illness. NSF National Office, Kingston-upon-Thames. February 1995.
14. Liakos, A., Yannitsi, S., Kosovitsa, G., Platari, G. "Open inpatient care supported by patients' relatives participation". VIII World Congress of Psychiatry- Abstracts No 688 (p. 168)
15. Ν. Αγγελόπουλος, Γ. Μανωλέσος, Α. Λιάκος. Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο. (Εμπειρίες από την λειτουργία του θεσμού στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων). *Εγκέφαλος* 24,154-158,198
16. Pappas D, Yannitsi S, Liakos A. Evaluation of in-patient groups in a general psychiatric unit. *Therapeutic Communities* (1997) Vol. 18(4) 285-296.
17. Madianos MG, Zacharakis C, Tsitsa C. Utilization of psychiatric inpatient care in Greece: a nationwide study (1984-1996). *Int J Soc Psychiatry*. 2000 Summer;46(2):89-100.
18. Cote F, Dancey TE, Saucier J. Participation in institutional treatment by selected relatives. *Am J Psychiatry*. 1954 May;110(11):831-3
19. Family treatment and psychiatric Hospital. Book: Marital and family therapy.
20. Gould E, Glick ID. The effects of family presence and brief family intervention on global outcome for hospitalized schizophrenic patients. *Fam Process*. 1977 Dec;16(4):503-10.



21. Harbin HT. A family-oriented psychiatric inpatient unit. *Fam Process*. 1979 Sep;18(3):281-91.
22. Withersty DJ. Family involvement on a psychiatric inpatient service. *Am J Psychiatry*. 1977 Jan;134(1):93-4.
23. Harbin HT. Families and hospitals: collusion or cooperation? *Am J Psychiatry*. 1978 Dec;135(12):1496-9.
24. Portner DL. Hospitalization of the family in the treatment of mental patients. *Health Soc Work*. 1977 Aug;2(3):110-22.
25. Perreault M, Paquin G, Kennedy S, Desmarais J, Tardif H. Patients' perspective on their relatives' involvement in treatment during a short-term psychiatric hospitalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999 Mar;34(3):157-65.
26. Szmukler GI, Bloch S. Family involvement in the care of people with psychoses. An ethical argument. *Br J Psychiatry*. 1997 Nov;171:401-5.
27. Straznickas KA, McNiel DE, Binder RL. Violence toward family caregivers by mentally ill relatives. *Hosp Community Psychiatry*. 1993 Apr;44(4):385-7.
28. Warner R, de Girolamo G, Belelli G, Bologna C, Fioritti A, Rosini G. The quality of life of people with schizophrenia in Boulder, Colorado, and Bologna, Italy. *Schizophr Bull*. 1998;24(4):559-68.
29. Sullivan HS. The onset of schizophrenia. 1927. *Am J Psychiatry*. 1994 Jun;151(6 Suppl):134-9.
30. Fromm-Reichman F (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263-73.



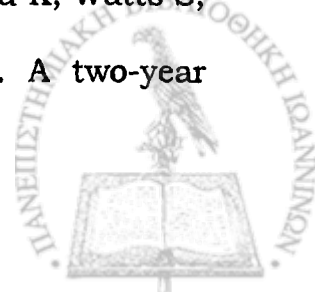
31. Litz T, Cornelison AR, Fleck S, Terry D. The intrafamilial environment of schizophrenic patients. II. Marital schism and marital skew. *Am J Psychiatry*. 1957 Sep;114(3):241-8.
32. Alanen, Y.O. and Kinnuman, P. Marriage and the development of schizophrenia. *Psychiatry*. 1975 Nov;38(4):346-65.
33. Bateson G, Jackson DD, Haley J (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioural Science*, 1, 251-64.
34. Hirsch SR, Leff JP. *Abnormalities in the Parents of Schizophrenics*. London: Oxford University Press.
35. Wynne LC, Singer MT (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics. I. A research strategy. *Arch Gen Psychiatry* 1963 Sep;9:191-8.
36. Kreisman DE, Joy DV. Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. *Schizophr Bull*. 1974 Fall;(10):34-57
37. Mandelbrote B., Folkard S. Some factors related to outcome and social adjustment in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1961;37:223-35.
38. Vaughn, CE. Expressed emotion in family relationships. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989 Jan;30(1):13-22
39. Leff JP and Vaughn C (1985). *Expressed emotion in families. Its significance for mental illness*. New York: Guilford Press.
40. Brown, G.W., Birley, J.L.T. and Wing, J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972 Sep;121(562):241-58
41. Vaughn C E, Leff J 1976b. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*.



42. Cole, J.D. and Kazarian, SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol.* 1988 May;44(3):392-7.
43. Kreisman , D.E., Simmens, S.J. and Loy, V.D. Rejecting the patient: preliminary validation of a self-report scale. *Schizophr Bull.* 1979;5(2):220-2.
44. McCreadie, R.G. and Robinson, A.D.T. The Nithsdale Schizophrenia Survey. VI. Relatives' expressed emotion: prevalence, patterns, and clinical assessment. *Br J Psychiatry.* 1987 May;150:640-4.
45. Magana, A.B., Goldstein, M.J., Karno, M., Miklowitz, D.J. Jekins, J. and Falloon, I.R. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res.* 1986 Mar;17(3):203-12.
46. Goldstein, M.J., Talovic, S.A., Nuechterlein, K.H., Fogelson, D.L., Subotnick, K.R.L. and Asarnow, R.F. 1992. Family interaction versus individual psychopathology. Do they indicate the same processes in the families of schizophrenics? *Br J Psychiatry Suppl.* 1992 Oct;(18):97-102.
47. Brown G.W. Experiences of discharged chronic schizophrenic patients in various types of living group. *Milbank Mem Fund Q.* 1959 Apr;37(2):105-31
48. Vaughn and Leff, J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry.* 1976 Aug;129:125-37.
49. Kavanagh, DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1992 May;160:601-20. Review.



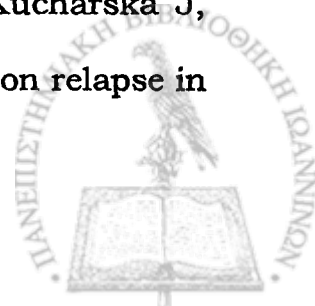
50. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: an analysis of aggregated data. *Psychol Med.* 1990 Nov;20(4):961-5. Review.
51. Kottigen C, Sonnichsen I, Mollenhauer K, Jurth R 1984. Group therapy with the families of schizophrenic patients: Results of the Hamburg Camberwell Family Interview Study III. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 83-94.
52. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. Arch Gen Psychiatry.* 1991 Apr;48(4):340-7.
53. MacMillan JF, Gold A, Crow TJ, Johnson AL, Johnstone EC. Expressed emotion and relapse. *Br J Psychiatry.* 1986 Feb;148:133-43.
54. Mintz LI, Liberman RP, Miklowitz DJ, Mintz J. Expressed emotion: a call for partnership among relatives, patients, and professionals. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):227-35.
55. McCreadie RG, Phillips K. The Nithsdale Schizophrenia Survey. VII. Does relatives' high expressed emotion predict relapse? *Br J Psychiatry.* 1988 Apr;152:477-81.
56. Parker G, Johnston P, Hayward L. Parental 'expressed emotion' as a predictor of schizophrenic relapse. *Arch Gen Psychiatry.* 1988 Sep;45(9):806-13.
57. TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAH JS, PORCEDDU K, WATTS S, FREEMAN H. Community management of schizophrenia. A two-year



- follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry*. 1989 May;154:625-8.
58. Stirling J, Tantam D, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N, Rowe S. Expressed emotion and early onset schizophrenia: a one year follow-up. *Psychol Med*. 1991 Aug;21(3):675-85..
59. McCreadie RG (1993). Relatives' expressed emotion: Does it matter and does it change? Paper presented at A Scientific symposium to celebrate the 150<sup>th</sup> Anniversary of Gartnavel Royal Hospital, Glasgow, 3 June.
60. Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 1981 Aug;139:102-4.
61. Hogarty GE, McEvoy JP, Munez M, DiBarry AL, Bartone P, Cather R, Cooley SJ, Ulrich RF, Carter M, Madonia MJ. Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia. Results of a two-year controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Sep;45(9):797-805.
62. Salokangas RK. Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1983 Feb;142:145-51.
63. Hogarty, G.E. (1985). Expressed emotion and schizophrenic relapse: Implications from the Pittsburgh study. In M. Alpert (Ed) *Controversies in schizophrenia*. New York: Guilford Press.
64. Goldstein, M. J., and Kopeiken, H. (1981). Short and long term effects of combining drug and family therapy. In M.J Goldstein (Ed) *New developments in interventions with families of schizophrenics*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
65. Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Paths to relapse: possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed



- emotion, and psychotic relapse. *Br J Psychiatry Suppl.* 1992 Oct;(18):88-96.
66. Leff JP, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D 1982. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br. J. Psychiatry* , 141, 121-34.
67. Tarrier N, Vaughn C, Lader MH, Leff JP. Bodily reactions to people and events in schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry.* 1979 Mar;36(3):311-5.
68. Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Watts S. The assessment of psychophysiological reactivity to the expressed emotion of relatives of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1988 May;152:618-24.
69. Tarrier N, Barrowclough C. Psychophysiological assessment of expressed emotion in schizophrenia. A case example. *Br J Psychiatry.* 1984 Aug;145:197-200.
70. Fallon, I.R.H., Laporta, M., Fadden G., and Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families. Cognitive and Behavioural Strategies for enhancing coping skills*, London: Routledge.
71. Lin KM, Kleinman AM. Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophr Bull.* 1988;14(4):555-67. Review.
72. Leff J, Wig NN, Ghosh A, Bedi H, Menon DK, Kuipers L, Korten A, Ernberg G, Day R, Sartorius N, et al. Expressed emotion and schizophrenia in north India. III. Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *Br J Psychiatry.* 1987 Aug;151:166-73.
73. Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F, Copestake S, Kucharska J, Carriss M. The influence of ethnicity and family structure on relapse in



- first-episode schizophrenia. A comparison of Asian, Afro-Caribbean, and white patients. *Br J Psychiatry*. 1992 Dec;161:783-90.
74. Hashemi A. & Cochrane R. (1999). Expressed emotion and schizophrenia: a review of studies across cultures. *International Review of Psychiatry*, II, 219-224.
75. Angermeyer MC (1987). Theoretical implications of psychosocial intervention studies on schizophrenia. In H. Hafner, W. Giattaz and W. Janzavik (Eds), *Search for the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag.
76. Kuipers L. Expressed emotion research in Europe. *Br J Clin Psychol*. 1992 Nov;31 ( Pt 4):429-43. Review.
77. Mavreas VG, Tomaras V, Karydi V, Economou M, Stefanis CN. Expressed Emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992 Jan;27(1):4-9.
78. Hatfield AB, Spaniol L, Zipple AM. Expressed emotion: a family perspective. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):221-6.
79. Dulz B, Hand I (1986). Short- term relapse in young schizophrenics. In M. Goldstein, I. Hand and K. Hahlweg (Eds) *Treatment of schizophrenia: Family assessment and Intervention*. Berlin: Springer-Verlag.
80. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freeman H. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry*. 1988 Oct;153:532-42.
81. Goldstein MJ, Miklowitz DJ, Strachan AM, Doane JA, Nuechterlein KH, Feingold D. Patterns of expressed emotion and patient coping styles





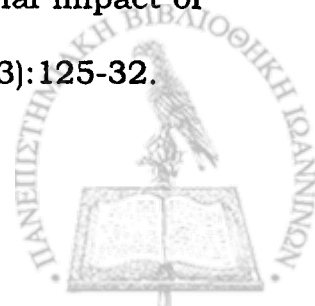
- that characterise the families of recent onset schizophrenics. *Br J Psychiatry Suppl.* 1989 Jul;(5):107-11
82. Leff J, Wig NN, Bedi H, Menon DK, Kuipers L, Korten A, Ernberg G, Day R, Sartorius N, Jablensky A. Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. A two-year follow-up of a first-contact sample. *Br J Psychiatry.* 1990 Mar;156:351-6.
63. Goldstein MJ. The UCLA High-Risk Project. *Schizophr Bull.* 1987;13(3):505-14.
84. McCreadie RG, Williamson DJ, Athawes RW, Connolly MA, Tilak-Singh D. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XIII. Parental rearing patterns, current symptomatology and relatives' expressed emotion. *Br J Psychiatry.* 1994 Sep;165(3):347-52.
85. Arrindell WA, Perris C, Eismann M, Perris H, Van der Ende J, Ross M, Benjaminsen S, Gaszner P, del Vecchio M (1986). Cross-national generalizability of patterns of parental rearing behaviour: Invariance of EMBU dimensions representations of healthy subjects from Australia, Denmark, Hungary, Italy and the Netherlands. *Personality and Individual differences*, 7, 103-11.
86. McCreadie RG, Connolly MA, Williamson DJ, Athawes RW, Tilak-Singh D. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XII. 'Neurodevelopmental' Schizophrenia: a search for clinical correlates and putative aetiological factors. *Br J Psychiatry.* 1994 Sep;165(3):340-6.
87. Moore E, Ball RA, Kuipers L. Expressed emotion in staff working with the long-term adult mentally ill. *Br J Psychiatry.* 1992 Dec;161:802-8..
88. Bhugra D, McKenzie K. Expressed emotion among cultures. *Advances in Psychiatric treatment* (2003), vol 9, 342-3



89. Raune D, Kuipers E, Bebbington PE. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Br J Psychiatry*. 2004 Apr;184:321-6.
90. Patterson P, Birchwood M, Cochrane R. Expressed emotion as an adaptation to loss: prospective study in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005 Aug;48:s59-64.
91. Gleeson, J., Jackson, H.J., Stavey, H. et al (1999). Family intervention in early psychosis. In the recognition and management of early psychosis (eds. P.D. McGorry & J. Jackson) pp. 376-405.
92. Barrowclough C, Parle M. Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1997 Jul;171:26-30.
93. Patterson P, Birchwood M, Cochrane R. Preventing the entrenchment of high expressed emotion in first episode psychosis: early developmental attachment pathways. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000 Nov;34 Suppl:S191-7.
94. Scazufca M, Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br J Psychiatry*. 1999 Feb;174:154-8.
95. Hooley JM, Campbell C. Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):1091-9.
96. Hooley JM, Hiller JB. Personality and expressed emotion. *J Abnorm Psychol*. 2000 Feb;109(1):40-4.
97. Giron M, Gomez-Beneyto M. Relationship between empathic family attitude and relapse in schizophrenia: a 2-year followup prospective study. *Schizophr Bull*. 1998;24(4):619-27.



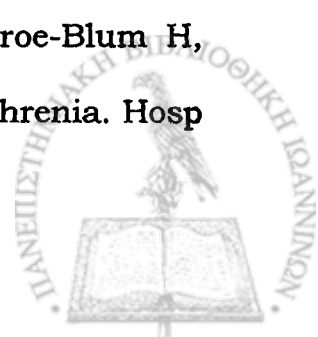
98. Leff J, Wig NN, Bedi H, Menon DK, Kuipers L, Korten A, Ernberg G, Day R, Sartorius N, Jablensky A. Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. A two-year follow-up of a first-contact sample. *Br J Psychiatry*. 1990 Mar;156:351-6.
99. Bentsen H, Boye B, Munkvold OG, Notland TH, Lersbryggen AB, Oskarsson KH, Ulstein I, Uren G, Bjorge H, Berg-Larsen R, Lingjaerde O, Malt UF. Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *Br J Psychiatry*. 1996 Nov;169(5):622-30.
100. Szmukler G (1996). From family "burden" to caregiving. *Psychiatric Bulletin*, 20, 449-451.
101. Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, Benson A, Colusa S, Bloch S. Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996 Jun;31(3-4):137-48.
102. Hoening, J. Hamilton, M. (1967). The burden on the household in an extra-mural psychiatric service. In H. Freeman and J. Farndale (Eds) *New aspects of the Mental Health Services*. London. Pergamon.
103. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med*. 1985 May;15(2):383-93.
104. Beate Schulze, Wulf Rössler. Caregiver burden in mental illness: review of measurement findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psych*. 2005; 18:684-91.
105. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, Vazquez-Barquero JL; EPSILON Study Group. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res*. 2004 Aug 1;69(2-3):125-32.



106. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998 Sep;33(9):405-12.
107. Sol omon P, Draine J. Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 1995 Nov;46(11):1156-60.
108. Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med.* 1994 Aug;24(3):707-18. Review. Erratum in: *Psychol Med* 1995 Jan;25(1):215.
109. Lefley HP. Families, culture, and mental illness: constructing new realities. *Psychiatry.* 1998 Winter;61(4):335-55. Review.
110. Lefley HP. The family experience in cultural context: implications for further research and practice. *New Dir Ment Health Serv.* 1998 Spring;(77):97-106. Review.
111. Lefley HP (1997). Synthesising the family caregiving studies: implications for service planning, social policy and further research. *Family Relations*, 46, 443-450.
112. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979 Feb;9(1):139-45.
113. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry.* 1987 Mar;150:285-92. Review.
114. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *Br J Psychiatry.* 1987 Nov;151:660-7.



115. Oldridge ML, Hughes IC. Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *Br J Psychiatry*. 1992 Aug;161:249-51.
116. Gibbons JS, Horn SH, Powell JM, Gibbons JL. Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry*. 1984 Jan;144:70-7.
117. MacCarthy, B. (1988). The role of relatives. In A. Lavender and F. Holloway (Eds) *community care in practice*. Chichester. Wiley.
118. Stromwall LK, Robinson EA. When a family member has a schizophrenic disorder: practice issues across the family life cycle. *Am J Orthopsychiatry*. 1998 Oct;68(4):580-9.
119. Hatfield (1990). *Family education in Mental Illness*. New York: Guilford Press.
120. Brown, G. W. and Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships. A methodological study. *Human Relations*, 19, 203-14.
121. Roger, L and Hollingshead, A. (1965). *Trapped: Families and Schizophrenia*. New York: Wiley
122. Niskanen P, Pihkanen TA. Attitudes of the relatives of schizophrenic patients. A comparative study between home treatment and hospital care. *Acta Psychiatr Scand*. 1972;48(2):174-85.
123. Dearth, N., Labenski, B.J., Mott, M.E. and Pelleorini, L.H. (families of the mentally ill collective) (1986). *Families helping families. Living with schizophrenia*. New York: Wm Norton.
124. Landeen J, Whelton C, Dermer S, Cardamone J, Munroe-Blum H, Thornton J. Needs of well siblings of persons with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*. 1992 Mar;43(3):266-9.



125. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med.* 1984 Nov;14(4):853-80.
126. Kuipers E., Raune D. The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis. In *Early Intervention in Psychosis* –Eds M. Birchwood, D. Fowler, C.Jackson. Chapter 5. 2000 J Wiley & Sons Ltd.
127. Maclean U. Community attitudes to mental illness in Edinburgh. *Br J Prev Soc Med.* 1969 Feb;23(1):45-52.
128. Madianos MG, Economou M, Hatjiandreou M, Papageorgiou A, Rogakou E. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Jan;99(1):73-8.
129. Aritzi S, Richardson C, Lyketsos C. Opinions concerning mental illness and psychiatric care in a remote Rural area in Greece. *Br. J. Clin Soc Psychiatry* 1987;5: 19-21
130. Huxley P (1993). Location and stigma: a survey of community attitudes to mental illness: enlightenment and stigma. *Journal of Mental health* UK, 2, 73-80.
131. Downey KJ (1967). Public images of mental illness. A factor analytic study of causes and symptoms. *Social Science and Medicine*, 1, 45-65.
132. Freeman HE, Simons OG (1963). *The mental patient comes home.* London: Wiley.
133. Sakamoto Y. A study of the attitude of Japanese families of schizophrenics toward their ill members. *Psychother Psychosom.* 1969;17(5):365-74.
134. Lefley HP. Culture and chronic mental illness. *Hosp Community Psychiatry.* 1990 Mar;41(3):277-86. Review.



135. Doll W. Family coping with the mentally ill: an unanticipated problem of deinstitutionalization. *Hosp Community Psychiatry*. 1976 Mar;27(3):183-5.
136. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull*. 1998;24(1):115-26.
137. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry*. 1996 Apr;168(4):441-7.
138. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2001 Jul;52(7):953-8.
139. Arkar H, Eker D. Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992 May;27(3):151-5.
140. Coia D A, Atkinson, JM (1989). Relative's support groups in the community. Annual meeting of the Royal College of Psychiatrists.
141. Jackson HJ, Smith N, McGorry P. Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatr Scand*. 1990 Sep;82(3):243-9.
142. Hatfield AB. Psychological costs of schizophrenia to the family. *Soc Work*. 1978 Sep;23(5):355-9.
143. Geiser R, Hoche L, King J. Respite care for mentally ill patients and their families. *Hosp Community Psychiatry*. 1988 Mar;39(3):291-5
144. Griffiths, R. (1988). *Community Care. Agenda for Action. A Report to the Secretary of State for Social Services*. London: HMSO.
145. Green 1988: "informal carers- General Household Survey 1985, London: HMSO.

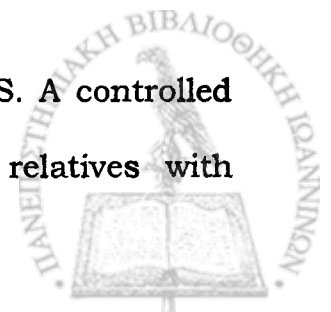


146. Parker G (1990). With due care and attention: a review of research on informal care. London: Family Policy Studies Centre.
147. Twigg, J., Atkin, K. (1991). Evaluating support to Informal Carers York: Social Policy Research Unit.
148. Atkinson JM, Coia DA (1991). Carers, the Community and the White Paper. *Psychiatric Bulletin* , 15, 763-4.
149. Hatfield, A.B. (1983). What families want of family therapists. In W.R. McFarlane (Ed.) *Family Therapy in Schizophrenia*, New York: Guilford Press.
150. Spaniol L, Zipple A, FitzGerald S (1984). How professionals can share power with families : Practical approaches to working with families of the mentally ill. *Psychological Rehabilitation Journal* 8, 77-84.
151. Lefley HP. Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: an emerging social problem. *Hosp Community Psychiatry*. 1987 Oct;38(10):1063-70.
152. Lefley HP, Hatfield AB. Helping parental caregivers and mental health consumers cope with parental aging and loss. *Psychiatr Serv*. 1999 Mar;50(3):369-75.
153. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980 Sep;21(3):219-39.
154. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1984 Apr;46(4):839-52.
155. Whittick, L.E. Carers of the dementing elderly Coping techniques and expressed emotion. Phd. Thesis, University of Glasgow.
156. Birchwood M, Cochrane R. Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychol Med*. 1990 Nov;20(4):857-65.





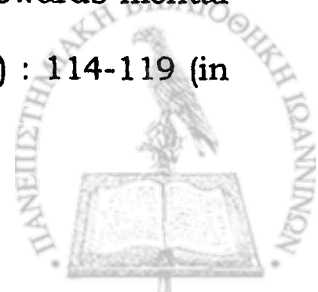
157. Lee PW, Lieh-Mak F, Yu KK, Spinks JA. Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *Br J Psychiatry*. 1993 Aug;163:177-82.
158. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995;21(4):631-43. Review
159. Pakkala E., Meriden L. Psychoeducation for Schizophrenia (review). The Cochrane Collaboration. Published By John Wiley & Sons, Ltd 2005.
160. Dixon L, Lyles A, Scott J, Lehman A, Postrado L, Goldman H, McGlynn E. Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination. *Psychiatr Serv*. 1999 Feb;50(2):233-8.
161. Mueser KT, Glynn SM, Liberman RP. Behavioral family management for serious psychiatric illness. *New Dir Ment Health Serv*. 1994 Summer;(62):37-50. Review.
162. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen B, Toran J. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Aug;52(8):679-87.
163. Solomon P. Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1996 Dec;47(12):1364-70. Review.
164. Johnson D L (1994). Current issues in family research: can the burden of mental illness be relieved? In: Lefley, H.P. and Wasow, M. (Eds) *Helping Families Cope with Mental Illness* Newark, NJ: Harwood Academic, pp 309-328.
165. Szmukler GI, Herrman H, Colusa S, Benson A, Bloch S. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with



- schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1996 Jun;31(3-4):149-55.
166. Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1999 Jun;34(6):287-94.
167. Guijpers P (1999). The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. Journal of mental Health, 8, 275-285.
168. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull. 1998;24(1):1-10.
169. Linszen D, Dingemans P, Van der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenior R, Goldstein MJ. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. Psychol Med. 1996 Mar;26(2):333-42.
170. Rund, B.R; Moe, L; Sollien, T.; Fjell, A; Borchgrevink, T; Hallert, M; and Naess, P.O. The psychosis project: Outcome and cost- effectiveness of a psychoeducational treatment program for schizophrenic adolescents. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89: 211-218, 1994.
171. Glick ID, Clarkin JF, Haas GL, Spencer JH Jr. Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. Hosp Community Psychiatry. 1993 Sep;44(9):869-73.
172. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull. 2000;26(1):5-20. Review.
173. Κατάκη, Χ.(1984). "Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής οικογένειας", Αθήνα, Εκδ. Κέδρος.
174. Katakis Ch. "Changing patterns of the marital relationship in Greece" Med.J.Soc.Psychiatry (1980), 1,48-53.



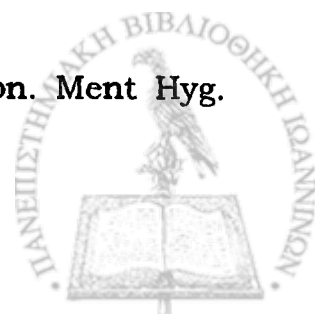
175. Triantis H.C., Vassiliou G. (1972). A comparative analysis of subjective culture, in : Triantis H. (ed) *The analysis of Subjective Culture*. New York , J. Wiley.
176. Cambell J.K. (1964). *Honor Family and Patronage*. Oxford University Press. Oxford.
177. Vassiliou V, Vassiliou G. "The implicative meaning of the Greek concept of philotimo". *J. of Cross Cultural Psychology* (1973), 4, 326-41.
178. Κουρέτας, Δ., Παπαθωμόπουλος, Ε. (1968). "Ψυχοπαθολογία του δια συνοικεσίου γάμου εν Ελλάδι". *Επιστημονική επετηρίς Σχολής Νομικών και Επιστημονικών Επιστημών. Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*.
179. Dunkas N, Nikelly G (1972). *The Persephone Syndrome Social Psychiatry*, 7: 211-216.
180. Madianos M. (1984). Acculturation and mental health of Greek immigrants in V. Hudolin (Ed) *Social Psychiatry*, New York Plenum Press, pp 549-558.
181. Potamianou A, Safilios-Rothschild C. "Trends of discipline in the Greek family". *Human Relations* (1971), 24, 387-95.
182. Safilios Rothschild. "Deviance and mental illness in the Greek family" *Family Process* (1968), 7, 100-117.
183. Alivizatos G, Lyketsos G. A preliminary report of a research concerning the attitude of the families of hospitalized mental patients. *Int J Soc Psychiatry*. 1964;10:37-44.
184. Vassiliou G, Vassiliou V. (1968). Attitudes of the Athenian Public towards mental illness. *Int. J. Ment. Hlth. Newsletter* 7: 1-8.
185. Georgas T, Janakis M, Geratsidou O. (1978) Attitudes towards mental health in Athens and provinces. *Arch. Hygiene* 1 (suppl.) : 114-119 (in Greek).



186. Madianos MG, Madianou D, Vlachonikolis J, Stefanis CN. Attitudes towards mental illness in the Athens area: implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatr Scand.* 1987 Feb;75(2):158-65.
187. Madianos MG, Economou M, Hatjiandreou M, Papageorgiou A, Rogakou E. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Jan;99(1):73-8.
188. Theodorou R, Paraschos I, (1998). Public attitudes: Comparison between mental patients and patients suffering from chronic physical illness. Presented at the Panhellenic Congress of psychiatry, Lemnos, Greece, 29 April-3 May.
189. Madianos M., Gournas G., Tomaras V., Kapsali A., Stefanis C. (1987). Family atmosphere on the course of chronic schizophrenia, treated in a community mental health center : A prospective longitudinal study. In C. Stefanis (Ed) *Schizophrenia : Recent biosocial developments.* New York, Human Science Press.
190. Friedman TT, Becker A, Weiner L. The psychiatric home treatment service: preliminary report of five years of clinical experience. *Am J Psychiatry.* 1964 Feb;120:782-8.
191. Stewart RP. Building an alliance between the families of patients and the hospital: model and process. *J Natl Assoc Priv Psychiatr Hosp.* 1981 Spring;12(2):63-8.
192. Reiss D, Costell R, Jones C, Berkman H. The family meets the hospital. A laboratory forecast of the encounter. *Arch Gen Psychiatry.* 1980 Feb;37(2):141-54.



193. Glick I. D., & Kessler, D.R. (1980). Marital and Family therapy (2<sup>nd</sup> ed.)  
New York: Grune & Stratton, 220-231.
194. Bell JE, Bell EA. Family participation in hospital care for children.  
Children. 1970 Jul-Aug;17(4):154-7
195. Abroms GM, Fellner CH, Whitaker CA. The family enters the hospital.  
Am J Psychiatry. 1971 Apr;127(10):1363-70.
196. Bowen (1966). Family psychotherapy with schizophrenia in the hospital  
and in private practice. In I. Boszormenyi- Nagy & J.L. Framo (eds)  
Intensive Family Therapy. New York : Harper and Row.
197. Combrinck-Graham L, Gursky EJ, Brendler J. Hospitalization of single-  
parent families of disturbed children. Fam Process. 1982  
Jun;21(2):141-52.
198. Bhatti RS, Janakiramaiah N, Channabasavanna SM. Family  
psychiatric ward treatment in India. Fam Process. 1980 Jun;19(2):193-  
200.
199. Grunebaum H, Weiss J, Cohler B, Gallant D, Hartman C (1982).  
Mentally Ill mothers and their Children (2<sup>nd</sup> ed) Chicago: University of  
Chicago Press.
200. Lynch M, Steinberg D, Ounsted C. Family unit in a children's  
psychiatric hospital. Br Med J. 1975 Apr 19;2(5963):127-9.
201. Nakhla F, Folkart L, Webster J (1969). Treatment of families as  
inpatients. Family Process 8, 79-96.
202. Whitaker, C.A. & Olsen, E. (1971). The staff team and the family square  
off. In G.M. Abroms & N.S. Greenfield (eds). The New Hospital  
Psychiatry. New York: Academic Press, 67-81.
203. Rose CL. Relatives' attitudes and mental hospitalization. Ment Hyg.  
1959 Apr;43(2):194-203.



204. Talbott JA. Stopping the revolving door-- a study of readmissions to a state hospital. *Psychiatr Q.* 1974;48(2):159-68.
205. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PR, Steinberg MR. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry.* 1978 Oct;35(10):1169-77.
206. Fallon IRH, Boyd j, McGill C (1981). Family management training in the community care of schizophrenia. In M. J. Goldstein (Ed) *New developments In Interventions with families of schizophrenics.* San Francisco: Jossey- Bass. Inc.
207. May PRA (1975). Schizophrenia: Evaluation of treatment methods. In A.M. Freedman, H. Kaplan & B. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol 1.* Baltimore: Williams & Wilkins.
208. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull.* 1980;6(3):490-505.
209. Glick ID, Clarkin JF (1982). The effects of family presence and brief family intervention for hospitalized schizophrenic patients : A review. In H. T. Harbin (Ed) *The Psychiatric Hospital and the Family.* New York: Spectrum, Inc. 157-171.
210. Bernheim KF. Destigmatizing hospitalization. *Hosp Community Psychiatry.* 1986 Mar;37(3):292.
211. Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000384. Review.
212. Ostman M, Hansson L. Need for support and participation in treatment differences among subgroups of relatives to compulsorily and



- voluntarily admitted mentally ill individuals. *Eur Psychiatry*. 1999 Nov;14(7):379-85.
213. Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol*. 1962 May;64:349-60.
214. Moos R H, Moos B S. *Family Environment Scale (1986) Manual*, 2nd edn. Consulting Psychology Press.
215. Garyfall os G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1991 Oct;84(4):371-8.
216. Ι. Μπίμπου-Νάκου, Γ. Κιοσέογλου, Α. Στογιαννίδου. Η συναισθηματική επιβάρυνση στο περιβάλλον των ψυχιατρικών ασθενών. Ημιδομημένη συνέντευξη προσαρμοσμένη από την συνέντευξη της G. Fadden, στο Θέματα Ψυχομετρίας στην Κλινική Πράξη και έρευνα. Επιμέλεια Α. Ρούσου. Αθήνα, 2002, Ελληνικά γράμματα, σελ. 313-320.
217. Ι. Μπίμπου. Το συναισθηματικό φορτίο γονέων/συγγενών ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές: μια πρώτη καρτογράφηση του χώρου σε μια μονάδα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. *Ψυχολογικά Θέματα*, 1989, Τόμος 2, Τεύχος 4.
218. Bibou-Nakou I, Dikaiou M, Bairactaris C. Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997 Feb;32(2):104-8.
219. Ι. Μπίμπου-Νάκου. Ο συναισθηματικός φόρτος στο περιβάλλον των ψυχιατρικών ασθενών. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, 1992, Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

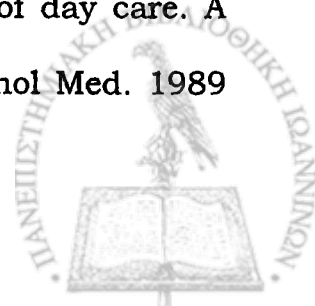


220. Luborsky L. Clinician's judgments of mental health. *Arch Gen Psychiatry*. 1962 Dec;7:407-17.
221. Overall JE, Gohram DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962, 10:799-812
222. Hedlund S, Fichter MM, Quadflieg N, Brandl C. Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation. *Eat Weight Disord*. 2003 Mar;8(1):26-35
223. Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
224. Flemenbaum A, Zimmermann RL. Inter- and intra-rater reliability of the Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1973 Jun;32(3):783-92.
225. Chan DW, Lai B. Assessing psychopathology in Chinese psychiatric patients in Hong Kong using the Brief Psychiatric Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1993 Jan;87(1):37-44.
226. Hollingshead AB, Redlich FC. *Social class and mental illness*. New York. John Wiley & Sons, 1958.
227. Angelopoulos NV, Drosos AA, Moutsopoulos HM. Psychiatric symptoms associated with scleroderma. *Psychother Psychosom*. 2001 May-Jun;70(3):145-50.
228. Priest RG. The homeless person and the psychiatric services: an Edinburgh survey. *Br J Psychiatry*. 1976 Feb;128:128-36.
229. Hyphantis Th, Bai M, Georgiadis AN, Voulgari PV, Sifaka V, Mavreas V, AA Drosos. Psychological Distress and Personality Traits in Early Rheumatoid Arthritis: a Preliminary Survey. *Rheumatology International* 2005 Dec 9:1-9.
230. Harvey K, Burns T, Sedgwick P, Higgitt A, Creed F, Fahy T. Relatives of patients with severe psychotic disorders: factors that influence





- contact frequency. Report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry*. 2001 Mar;178:248-54.
231. Roberts WL. A study of utilization by hospitals of families of hospitalized psychiatric patients on three continents. *Int J Soc Psychiatry*. 1980 Summer;26(2):124-8.
232. Magliano L, Fadden G, Economou M, Xavier M, Held T, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 Sep;33(9):413-9.
233. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980 Sep;21(3):219-39.
234. Lazarus & Folkman (1991). The concept of coping. In *Stress and Coping: An Anthology* (eds. A. Monat & R.S.Lazarus ) pp 189-206.
235. Troop N (1994). Coping, stress and illness. *The Royal Society of Medicine. Current Medical Literature in Psychiatry*, 5, 3-8.
236. Scazufca M, Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br J Psychiatry*. 1999 Feb;174:154-8.
237. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav*. 1978 Mar;19(1):2-21.
238. Noh S, Turner RJ. Living with psychiatric patients: implications for the mental health of family members. *Soc Sci Med*. 1987;25(3):263-72.
239. MacCarthy B, Lesage A, Brewin CR, Brugha TS, Mangen S, Wing JK. Needs for care among the relatives of long-term users of day care. A report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychol Med*. 1989 Aug;19(3):725-36.



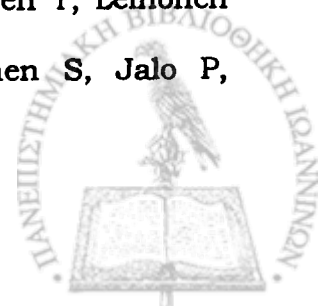
240. Scazufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1996 May;168(5):580-7.
241. [No authors listed] The Scottish First Episode Schizophrenia Study. IV. Psychiatric and social impact on relatives. The Scottish Schizophrenia Research Group. *Br J Psychiatry*. 1987 Mar;150:340-4.
242. Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, Kuipers E, Sharma T. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177:529-33.
243. Addington J, Coldham EL, Jones B, Ko T, Addington D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Oct;108(4):285-9.
244. Heresco-Levy U, Brom D, Greenberg D. The Patient Rejection Scale in an Israeli sample: correlations with relapse and physician's assessment. *Schizophr Res*. 1992 Oct;8(1):81-7.
245. McCreadie RG, Robinson AD. The Nithsdale Schizophrenia Survey. VI. Relatives' expressed emotion: prevalence, patterns, and clinical assessment. *Br J Psychiatry*. 1987 May;150:640-4.
246. McCreadie RG, Robertson LJ, Hall DJ, Berry I. The Nithsdale schizophrenia surveys. XI: Relatives' expressed emotion. Stability over five years and its relation to relapse. *Br J Psychiatry*. 1993 Mar;162:393-7.
247. Marder, S.R., Lebell, M.B. and Mintz, J. (1989) Economic methods for predicting relapse in schizophrenia, WPA, Congress, Athens, October 1989.



248. Watzl, H., Rist, F., and Cohen, R. (1986). The patient rejection scale: Cross-cultural consistency. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 236-238.
249. Levitt M. The impact of family intervention on the attitudes of key relatives of psychiatric inpatients. Thesis, Columbia University , New York, 1982.
250. Lebell M. Family effect and schizophrenic relapse: An exploratory study of four assessment procedures. PhD dissertation. California Institute for Clinical Social Work.
251. Kreisman D, Blumenthal R, Borenstein M, Woerner M, Kane J, Rifkin A, Reardon G. Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatient schizophrenics receiving low-dose neuroleptics: the family's view. *Psychiatry*. 1988 Feb;51(1):3-13.
252. Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med*. 1998 Mar;28(2):453-61.
253. Bentsen H, Boye B, Munkvold OG, Notland TH, Lersbryggen AB, Oskarsson KH, Ulstein I, Uren G, Bjorge H, Berg-Larsen R, Lingjaerde O, Malt UF. Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *Br J Psychiatry*. 1996 Nov;169(5):622-30.
254. Bentsen H, Notland TH, Boye B, Munkvold OG, Bjorge H, Lersbryggen AB, Uren G, Oskarsson KH, Berg-Larsen R, Lingjaerde O, Malt UF. Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatr Scand*. 1998 Jan;97(1):76-85.



255. King S, Dixon MJ. The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Dec;53(12):1098-104.
256. Boye B, Bentsen H, Notland TH, Munkvold OG, Lersbryggen AB, Oskarsson KH, Uren G, Ulstein I, Bjorge H, Lingjaerde O, Malt UF. What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999 Jan;34(1):35-43.
257. Brewin CR, MacCarthy B, Duda K, Vaughn CE. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1991 Nov;100(4):546-54. Erratum in: *J Abnorm Psychol* 1992 May;101(2):313.
258. Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Snyder KS. Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol*. 1998 May;107(2):355-9.
259. Barrowclough, C. & Tarrier, N. (1992). Families of schizophrenic patients. *Cognitive Behavioural interventions*, London: Chapman and Hall.
260. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York :Spinger
261. Smith J, Birchwood M, Cochrane R, George S. The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993 Feb;28(1):11-6.
262. Atkinson SD. Grieving and loss in parents with a schizophrenic child. *Am J Psychiatry*. 1994 Aug;151(8):1137-9.
263. Heikkila J, Karlsson H, Taiminen T, Lauerma H, Ilonen T, Leinonen KM, Wallenius E, Virtanen H, Heinimaa M, Koponen S, Jalo P,



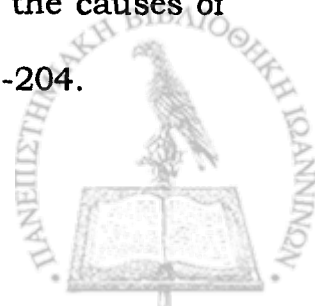
- Kaljonen A, Salakangas RK. Expressed emotion is not associated with disorder severity in first-episode mental disorder. *Psychiatry Res.* 2002 Aug 30;111(2-3):155-65.
264. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 1998 Jun;55(6):547-52.
265. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med.* 2002 Jul;32(5):763-82.
266. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol.* 1985 Jan;48(1):150-70.
267. Barrowclough C, Lobban F, Hatton C, Quinn J. An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *Br J Clin Psychol.* 2001 Nov;40(Pt 4):371-85.
268. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry.* 1976 Aug;129:125-37.
269. Barrowclough C, Tarrrier N. Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990 May;25(3):125-9.
270. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Falloon IR. Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. *J Abnorm Psychol.* 1983 Aug;92(3):359-67.
271. Glynn SM, Randolph ET, Eth S., Paz GG, Leong GB, Shaner AL, Starchan A (1988) *Therapy.* Edinburgh.



272. Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Paths to relapse: possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed emotion, and psychotic relapse. *Br J Psychiatry Suppl.* 1992 Oct;(18):88-96.
273. Woo SM, Goldstein MJ, Nuechterlein KH. Relatives' expressed emotion and non-verbal signs of subclinical psychopathology in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1997 Jan;170:58-61.
274. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1992 May;160:601-20. Review.
275. Warner R. Environmental interventions in schizophrenia. 1: The individual and the domestic levels. *New Dir Ment Health Serv.* 1999 Fall;(83):61-70.
276. Μαδιανός Μ., Μαδιανού Δ., Βλαχονικολής Ι., Στεφανής Κ. Η στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστια σε δύο Δήμους της Αθήνας: Δημογραφικές και κοινωνικές επιδράσεις, *Εγκέφαλος* 21: 162-167, 1984
277. Madianos MG, Madianou D, Vlachonikolis J, Stefanis CN. Attitudes towards mental illness in the Athens area: implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatr Scand.* 1987 Feb;75(2):158-65.
278. Μαντάς Χ., Λιόντος Ν., Υφαντής Θ., Λιάκος Α. Η στάση του προσωπικού ενός περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου απέναντι στην ψυχική αρρώστια και τον ψυχικά άρρωστο και η σχέση της με την λειτουργία εντός του Νοσοκομείου μιας Ψυχιατρικής Κλινικής. *Εγκέφαλος*, 31, 12-24, 1994.
279. Rabkin JG. Opinions about mental illness: a review of the literature. *Psychol Bull.* 1972 Mar;77(3):153-71. Review



280. Τριποδιανάκης Γ., Σαραντίδης Δ., Θεοδωροπούλου Σ. Η στάση του προσωπικού ενός Γενικού Νοσοκομείου απέναντι στον ψυχικά άρρωστο Εγκέφαλος 27: 141-146, 1990
281. Αλεβιζός Α., Μαδιανός Μ., Στεφανής Κ. Η γνώμη πάνω στην ψυχική αρρώστια μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων υπηρεσιών υγείας. Εγκέφαλος 20, 59-63, 1983.
282. Byrne Peter. Stigma of mental illness and the ways of diminish it *Advances in Psychiatric Treatment* (2000) 6: 65-72.
283. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry*. 1996 Apr;168(4):441-7.
284. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull*. 1998;24(1):115-26.
285. Ostman M, Kjellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry*. 2002 Dec;181:494-8.
286. Brugha TS, Wing JK, Brewin CR, MacCarthy B, Lesage A. The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993 Oct;28(5):218-24.
287. Mantas Chr, Th Hyphantis, N Lontos, I Savidou, A Flios, P Bakararas and A. Liakos: "Patterns of staff attitude towards mental illness. The influence of a psychiatric unit inside the general hospital". *World Psychiatric Association Regional Congress "Preventive Psychiatry", Athens, Greece, 24-28 February 1999.*
288. Angermeyer MC, Matschinger H. Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Mar;93(3):199-204.



289. Remington G. Rational pharmacotherapy in early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl.* 2005 Aug;48:s77-84.
290. Robinson GD, Woerner GM, Delman MH, Kane MJ. Pharmacological treatments for first-episode Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 31 no.3 pp. 705-722, 2005.
291. Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. Inpatient family intervention: a randomized clinical trial. II. Results at hospital discharge. *Arch Gen Psychiatry.* 1988 Mar;45(3):217-24.
292. Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH Jr, Haas GL, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1985 Sep;42(9):882-6.
293. Spencer JH Jr, Glick ID, Haas GL, Clarkin JF, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. A randomized clinical trial of inpatient family intervention, III: Effects at 6-month and 18-month follow-ups. *Am J Psychiatry.* 1988 Sep;145(9):1115-21.
294. Glick ID, Spencer JH Jr, Clarkin JF, Haas GL, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. A randomized clinical trial of inpatient family intervention. IV. Followup results for subjects with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1990 May-Jun;3(3):187-200.
295. Clarkin JF, Glick ID, Haas GL, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V. Results for affective disorders. *J Affect Disord.* 1990 Jan;18(1):17-28.





296. Glick ID, Clarkin JF, Haas GL, Spencer JH Jr, Chen CL. A randomized clinical trial of inpatient family intervention: VI. Mediating variables and outcome. *Fam Process*. 1991 Mar;30(1):85-99.
297. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry*. 1987 Mar;150:285-92. Review.
298. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 Sep;33(9):405-12.
299. Johnson DL. The Family's experience of Living with mental Illness Families as allies in the treatment of the mentally ill: New directions for mental health professionals, Ed H.P. Lefley, S.L. Johnson, American Psychiatric Press, 1990 ,pp 31-65.
300. Spiegel P. Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *Am. J. Psychiatry* (1986), 143:1.
301. Schnur DB, Friedman S, Dorman M, Redford HR, Kesselman M. Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. *Hosp Community Psychiatry*. 1986 Mar;37(3):249-52.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**  
**ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Αύξων Αριθμός: \_\_\_\_\_

Συνοδεία: 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

1. Φύλο: 1. Α 2. Θ

2. Ηλικία: \_\_\_\_\_

3. Τόπος Γέννησης:

1. Αστικός
2. Ημιαστικός
3. Αγροτικός
4. Άγνωστος

4. Τόπος Κατοικίας

1. Ν. Ιωαννίνων
2. Άλλοι Νομοί Ηπείρου
3. Λοιπή Χώρα
4. Αλλοδαπή
5. Άγνωστο

5. Τόπος Κατοικίας:

1. Αστικός
2. Ημιαστικός
3. Αγροτικός
4. Άγνωστος

6. Συνθήκες διαμονής :

1. Μόνος
2. Μόνος με παιδιά
3. Με σύντροφο χωρίς παιδιά
4. Με σύντροφο και παιδιά
5. Με γονείς
6. Με διευρυμένη οικογένεια
7. Με άλλους συγγενείς-φίλους
8. Σε ίδρυμα
9. Άλλο
10. Άγνωστο

7. Οικογενειακή κατάσταση:

1. Άγαμος	5. Χήρος/α
2. Έγγαμος	6. Άλλο
3. Χωρισμένος/η	7. Άγνωστο
4. Σε διάσταση	



8. Αριθμός παιδιών : 1. \_\_\_\_\_ 2. Άγνωστο

9. Αριθμός αδελφών : 1. \_\_\_\_\_ 2. Άγνωστο

10. Υπάρχει ψυχιατρικό πρόβλημα σε συγγενή α ή β βαθμού ή σε μέλος της οικογένειας;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

11. Μορφωτικό επίπεδο :

1. Αγράμματος 5. Ανώτερη Σχολή  
2. Δημοτικό 6. Πανεπιστήμιο  
3. Γυμνάσιο 7. Άλλο  
4. Λύκειο 8. Άγνωστο

12. Επάγγελμα:

1. Οικιακά .  
2. Αγρότης  
3. Εργάτης ανειδίκευτος  
4. Εργάτης ειδικευμένος – αυτοαπασχολούμενος  
5. Επιστήμονας - Ελεύθερο επάγγελμα –  
Ανώτερος ΔΥ - Μεγαλοεισοδηματίας  
6. Επιστήμονας με εξαρτημένη σχέση εργασία  
7. Έμπορος – βιοτέχνης  
8. ΜΕ Δημοσίου (απόφ. Λυκείου)  
9. Μαθητής – φοιτητής  
10. Συνταξιούχος  
11. Άνεργος  
12. Στρατιωτικός, Αστυνομικός  
13. Κλητήρας, Καθαριστής  
14. Άλλο  
15. Άγνωστο

13. Παρούσα εργασιακή κατάσταση:

1. Πλήρης απασχόληση  
2. Μερική απασχόληση  
3. Εργαζόμενος περιοδικά  
4. Άνεργος, ψάχνει για δουλειά  
5. Άνεργος, περιμένει να πιάσει δουλειά  
6. Άνεργος, βοηθά το σύντροφο  
7. Ανάπηρος  
8. Στρατιωτικός  
9. Μαθητής, φοιτητής  
10. Οικιακά  
11. Άλλο  
12. Άγνωστο



14. Κοινωνική τάξη:
- |        |            |
|--------|------------|
| 1. I   | 4. IV      |
| 2. II  | 5. V       |
| 3. III | 6. Άγνωστο |

15. Οικονομική Κατάσταση:

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. Πολύ άσχημα | 4. Καλά      |
| 2. Άσχημα      | 5. Πολύ καλά |
| 3. Μέτρια      | 6. Άγνωστο   |

16. Ζητούν την εισαγωγή του :

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. Ο ίδιος     | 4. Αστυνομία |
| 2. Συγγενείς   | 5. Άλλοι     |
| 3. Εισαγγελέας | 6. Άγνωστο   |

17. Ψυχιατρική φροντίδα (τα τελευταία 5 χρόνια) :

1. Καμία
2. Γενικός Ιατρός
3. Εξ. Ιατρεία Ψυχ. Υπηρεσιών – Ιδιώτης Ψυχίατρος
4. 1-2 νοσηλείες σε Ψυχιατρική Κλινική απασχόληση
5. 3 ή περισσότερες νοσηλείες σε Ψυχιατρική Κλινική
6. Άγνωστο



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΓΓΕΝΗ

Αύξων Αριθμός: \_\_\_\_\_

Συνοδεία: 1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

1. Φύλο: 1. Α 2. Θ

2. Ηλικία: \_\_\_\_\_

3. Τόπος Γέννησης:

1. Αστικός
2. Ημιαστικός
3. Αγροτικός
4. Άγνωστος

4. Τόπος Κατοικίας

1. Ν. Ιωαννίνων
2. Άλλοι Νομοί Ηπείρου
3. Λοιπή Χώρα
4. Αλλοδαπή
5. Άγνωστο

5. Τόπος Κατοικίας:

1. Αστικός
2. Ημιαστικός
3. Αγροτικός
4. Άγνωστος

6. Ο συγγενής συγκατοικεί με τον ασθενή: 1. ΝΑΙ. 2. ΟΧΙ.

7. Ο συγγενής συναλλάσσεται με τον ασθενή:

1. καθημερινά
2. μία-δύο φορές την εβδομάδα
3. μία-δύο φορές το μήνα
4. μία-δύο φορές το χρόνο
5. άλλο
6. άγνωστο

8. Σχέση του συγγενή με τον ασθενή:

1. Πατέρας	5. Παιδί
2. Μητέρα	6. Στενός συγγενής
3. Σύζυγος	7. Μακρινός συγγενής
4. Αδέλφια	8. Άγνωστο



**9. Μορφωτικό επίπεδο :**

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1.Αγράμματος | 5.Ανώτερη Σχολή |
| 2.Δημοτικό   | 6.Πανεπιστήμιο  |
| 3.Γυμνάσιο   | 7. Άλλο         |
| 4.Λύκειο     | 8.Άγνωστο       |

**10. Επάγγελμα:**

1. Οικιακά .
2. Αγρότης
3. Εργάτης ανειδίκευτος
4. Εργάτης ειδικευμένος – αυτοαπασχολούμενος
5. Επιστήμονας - Ελεύθερο επάγγελμα –  
Ανώτερος ΔΥ Μεγαλοεισοδηματίας
6. Επιστήμονας με εξαρτημένη σχέση εργασία
7. Έμπορος – βιοτέχνης
8. ΜΕ Δημοσίου (απόφ. Λυκείου)
9. Μαθητής – φοιτητής
10. Συνταξιούχος
11. Άνεργος
12. Στρατιωτικός, Αστυνομικός
13. Κλητήρας, Καθαριστής
14. Άλλο
15. Άγνωστο

**11. Παρούσα εργασιακή κατάσταση:**

- 13.Πλήρης απασχόληση
- 14.Μερική απασχόληση
- 15.Εργαζόμενος περιοδικά
- 16.Άνεργος, ψάχνει για δουλειά
- 17.Άνεργος, περιμένει να πιάσει δουλειά
- 18.Άνεργος, βοηθά το σύντροφο
- 19.Ανάπηρος
- 20.Στρατιωτικός
- 21.Μαθητής, φοιτητής
- 22.Οικιακά
- 23.Άλλο
- 24.Άγνωστο

**12.Κοινωνική τάξη:**

- |        |            |
|--------|------------|
| 1. I   | 2. IV      |
| 2. II  | 5. V       |
| 3. III | 6. Άγνωστο |

**13. Οικονομική Κατάσταση:**

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 1. Πολύ άσχημα | 4. Καλά     |
| 2. Άσχημα      | 5.Πολύ καλά |
| 3.Μέτρια       | 6.Άγνωστο   |



**14. Σχέση του συγγενή με την παρόσα νοσηλεία:**

Συμμετείχε στην εισαγωγή του 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ 3. Άγνωστο

**15.Τη συμμετοχή ζήτησε :**  
(συνοδεία)

1. Ο γιατρός
- 2.Ο ίδιος ο ασθενής
- 3.με πρωτοβουλία του
- 4.Άγνωστο

**16. Ημέρες παραμονής του συνοδού:**





**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ, ΤΗΝ ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΚΑΙ  
ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

1. ΝΑΙ            2. ΟΧΙ

ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΤΟΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΕΙΝΑΙ:

1. ΕΝΑΣ   2. ΔΥΟ   3. ΤΡΕΙΣ   4. ΤΕΣΣΕΡΕΙΣ   5. ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ

ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΩΝ

- |            |                      |
|------------|----------------------|
| 1. ΠΑΤΕΡΑΣ | 5. ΠΑΙΔΙ             |
| 2. ΜΗΤΕΡΑ  | 6. ΣΤΕΝΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ   |
| 3. ΣΥΖΥΓΟΣ | 7. ΜΑΚΡΙΝΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ |
| 4. ΑΔΕΛΦΙΑ | 8. ΑΓΝΩΣΤΟ           |



**ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ  
(ΑΛΛΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΤΑΙ Ή ΠΗΓΑΙΝΕΙ ΣΕ ΑΛΛΗ ΜΟΝΑΔΑ)**

1. ΔΕΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΕΤΑΙ
2. ΕΛΛΕΨΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
3. ΕΝΤΟΝΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ  
ΣΕ ΑΝΟΙΧΤΟ ΤΜΗΜΑ
4. ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ  
ΤΟΥ ΑΛΛΟΥ
5. ΒΙΑΙΗ Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
6. ΑΛΛΟ (ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ) .....

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ (1) (Εκτίμηση του γιατρού κατά την εισαγωγή)

1. ΠΛΗΡΗΣ ΙΑΣΗ
2. ΥΦΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΜΕΤΡΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ
3. ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ - ΧΑΜΗΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ
4. ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ - ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ (2) (εκτίμηση του ερευνητή κατά την εισαγωγή)

1. ΠΛΗΡΗΣ ΙΑΣΗ
2. ΥΦΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΜΕΤΡΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ
3. ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΧΑΜΗΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ
4. ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ



## ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ Hollingshead and Redlich

ΤΑΞΗ I. Περιλαμβάνει τους ηγέτες του επιχειρηματικού, επαγγελματικού και επιστημονικού τομέα. Αποτελείται από δυο κατηγορίες. Μια παλαιά παραδοσιακή ομάδα από αλληλοσυσχετιζόμενες οικογένειες και μια μικρή ανερχόμενη νέα ομάδα. Τα μέλη της πρώτης συνήθως κληρονομούν την οικονομική τους δύναμη μαζί με τις κοινωνικές αξίες (παράδοση, σταθερότητα κλπ.). Τα μέλη της νέας ομάδας έχουν πολύ υψηλή μόρφωση, είναι αυτοδημιούργητοι, ικανοί και επιθετικοί. Οι οικογενειακές τους σχέσεις συνήθως δεν έχουν συνεκτικότητα και σταθερότητα.

ΤΑΞΗ II. Μεταγυμνασιακή και συνήθως Πανεπιστημιακή μόρφωση. Είναι διευθυντικά στελέχη σε επιχειρήσεις ή έχουν καλές σχέσεις σε επιστημονικά επαγγέλματα. Τέσσερις στους πέντε κινούνται προς την Τάξη I. Τείνουν να έχουν σταθερές οικογένειες συνήθως όμως έχουν εγκαταλείψει τις πατρικές τους οικογένειες και τους τόπους καταγωγής τους. Υπάρχει ένταση λόγω προσπάθειας για μορφωτική, οικονομική και κοινωνική επιτυχία.

ΤΑΞΗ III. Κυρίως έμμισθοι υπάλληλοι ή μικροεπιχειρηματίες. Πολλές από τις γυναίκες εργάζονται. Τυπικά είναι απόφοιτοι Λυκείων. Συχνά είναι ασφαλείς οικονομικά, έχουν όμως λίγες ευκαιρίες να προχωρήσουν. Οικογένειες λιγότερο σταθερές από την τάξη II. Σε σχέση με την τάξη II υπάρχει λιγότερη ικανοποίηση και λιγότερη αισιοδοξία για το μέλλον.

ΤΑΞΗ IV. Στο μεγαλύτερο ποσοστό της αποτελείται από ειδικευμένους ή ημιειδικευμένους εργάτες. Επτά στους δέκα παραμένουν στις οικογένειές τους. Πρακτικά όλες οι γυναίκες που μπορούν να εργασθούν, εργάζονται. Η εκπαίδευση συνήθως φθάνει μέχρι την 6η Δημοτικού, τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά. Οι οικογένειες είναι μεγάλες και το πιθανότερο είναι να περιλαμβάνουν τρεις γενεές. Ζούν σε περιοχές που δεν είναι ποιοτικά καλές, σε μικρά διαμερίσματα. Η διάλυση της οικογένειας είναι πολύ πιθανή.

ΤΑΞΗ V. Δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό σχολείο. Οι περισσότεροι είναι ανειδίκευτοι ή μισοειδικευμένοι εργάτες. Είναι συγκεντρωμένοι σε κακές οικιστικές περιοχές. Οι οικογενειακοί δεσμοί είναι εύθραυστοι. Υπάρχει αγώνας για την επιβίωση, καθώς και έντονη έκφραση επιθετικότητας.



BPRS

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΓΡΑΦΤΕ ΕΥΑΝΑΓΝΩΣΤΑ, ΜΕ ΜΑΥΡΟ ΣΤΥΛΟ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Αρχικά ασθενή

--	--	--

Ασθενής Νο :

--	--

Ημερ. εκτίμησης :

Ημερ.	Μην.	Έτος

Ωρα:

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ (ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ)  
(σημειώστε το αντίστοιχο τετράγωνο)

0	$\frac{1}{2}$	1	2	4	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Βαθμός Γενικής Ψυχοπαθολογίας	0. Δεν υπάρχει	1. Πολύ ήπια	2. Ήπια	3. Μέτρια
No				
	4. Μέτρια βαριά	5. Βαριά	6. Υπερβολικά βαριά	
1.	Σωματικά ενοχλήματα			
2.	Άγχος			
3.	Συναίσθηματική απόσυρση			
4.	Νοητική αλοδιοργάνωση			
5.	Αισθήματα ενοχής			
6.	Ένταση-Τάση			
7.	Στερεοτυπία κινήσεων και στάσεων			
8.	Μεγαλομανία			
9.	Καταθλιπτική διάθεση			
10.	Εχθρικότητα			
11.	Καχυπογία			
12.	Ψευδαισθητική συμπεριφορά			
13.	Κινητική επιβράδυνση			
14.	Άσυνεργασία			
15.	Άσυνηθες περιεχόμενο σκέψης			
16.	Αμβλυμένο συναίσθημα			
17.	Υπερδιέγερση			
18.	Διαταραχή προσανατολισμού			
	Σ Υ Ν Ο Λ Ο			

Υπογραφή



# THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ)

David Goldberg

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### GHQ-28

Παρακαλούμε διάβασε τα παρακάτω προσεκτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχες κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σου τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα. Πρόσεξε, θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματα σου και όχι εκείνα που είχες στο παρελθόν.

Έχει σημασία να προσπαθήσεις να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σου.

#### ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

A1 - αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
A2- Νιώθεις τη ν ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A3 - Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A4- Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A5 - Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A6-Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A7 - Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B1- Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B2- Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B3 - Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B4 - Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B5 - Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B6 - Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B7 - αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

Μετάφραση και προσαρμογή: Χ- Μουτζούκης, Λ. Αδαμοπούλου, Γ. Γαρυφαλλός, Α. Καραστεργίου



ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

C1 - Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C2- Σου παίρνει περισσότερο* χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C3 - Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C4 - Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
C5 - Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμος απ' ότι συνήθως
C6 - Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
C7- Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
D1 - Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D2- Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D3- Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D4 - Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
D5 - Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D6- Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D7- Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα να

A

B

C

D

ΣΥΝΟΛΟ



GLOBAL ASSESSMENT SCALE (GAS)

R.L. SPITZER, M.D. M. GIBBON, M.S.W., ENDICOTT, PH.D.

Βαθμολογήστε το χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας κατά την περασμένη εβδομάδα του εξεταζόμενου ατόμου διαλέγοντας τη μικρότερη ομάδα τιμών ή οποία περιγράφει τη λειτουργικότητα του μέσα σε ένα υποθετικό συνεχές (continuum) Ψυχικής Υγείας-Αρρώστιας: Για παράδειγμα, ένα άτομο του οποίου ή συμπεριφορά επηρεάζεται σημαντικά από παραληρητικές ιδέες (τιμές μεταξύ 21-30) πρέπει να εκτιμηθεί μέσα σ' αυτή την ομάδα τιμών ακόμη και εάν έχει μεγαλύτερη — έκπτωση σε μερικές άλλες λειτουργίες. Χρησιμοποιείστε ενδιάμεσα επίπεδα τιμών όπου είναι δυνατό (π.χ. 35, 58, 55). Βαθμολογήστε την -πραγματική (actual) λειτουργικότητα ανεξάρτητα από το ότι το άτομο παίρνει φάρμακα ή πρόκειται να βοηθηθεί από άλλες μορφές θεραπείας.

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_

Άριθ \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Εισαγωγής \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΤΗΣ

ΤΕΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ

100 ↓ 91	Χωρίς συμπτώματα, ανώτερου βαθμού λειτουργικότητα με ένα ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων. Κατάφερε να επιλύει τα προβλήματα του. Πάντοτε τον προσέχουν οι άλλοι άνθρωποι για ζεστασιά της επαφής του και την ολοκληρωμένη του προσωπικότητα.
90 ↓ 81	Παροδικά συμπτώματα ίσως εμφανίζονται αλλά λειτουργεί καλά σε όλους τους τομείς, ενδιαφέρεται και ασχολείται σε ένα ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων, είναι αποδοτικός κοινωνικά και είναι γενικά Ικανοποιημένος από τη ζωή. Ίσως "μόνο καθημερινά, ανησυχεί ότι. Μερικές φορές δεν επιλύει τα προβλήματα του.
80 ↓ 71	Παρουσιάζει, ίσως ελάχιστα συμπτώματα αλλά τίποτα Περισσότερο από μία ελαφριά έκπτωση της λειτουργικότητας και εμφανίζει ποικίλους βαθμούς καθημερινής ανησυχίας και προβλήματα τα οποία μερικές φορές δεν μπορεί να χειρισθεί.
70 ↓ 61	Εμφανίζει μερικά ελαφριά συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική διάθεση και, μικρού βαθμού απηνία), Η κάποια δυσκολία να λειτουργήσει σε διάφορους τομείς αλλά γενικά λειτουργεί αρκετά καλά. έχει κάποιες σημαντικές γι' αυτόν διαπροσωπικές σχέσεις και οι περισσότεροι μη ειδικοί επιστήμονες δεν θα τον θεωρούσαν "άρρωστο"



60 ↓ 51	Εμφανίζει μετρίου βαθμού συμπτώματα, ή γενικά λειτουργεί με κάποια δυσκολία Π.χ. έχει λίγους φίλους και επιπεδωμένο συναίσθημα, η καταθλιπτική διάθεση και παθολογική έλλειψη αυτοπεποίθησης Η ευφορικό συναίσθημα και λογόρροια, ή μετρίου βαθμού αντικοινωνική συμπεριφορά).
50 ↓ 41	Εμφανίζει σοβαρή συμπτωματολογία ή λειτουργική έκπτωση, για την οποία περισσότεροι ειδικοί-γιατροί θα έκριναν ότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και θεραπεία (ιδεασμός ή απόπειρα αυτοκαταστροφής ή σημαντικού βαθμού ψυχαναγκαστικές τελετουργίες, συχνές κρίσεις άγχους) έντονη αντικοινωνική συμπεριφορά η επαναλαμβανόμενη κατάχρηση οινόπνευματων)
40 ↓ 31	Εμφανίζει μεγαλύτερου βαθμού έκπτωση σε διάφορους τομείς όπως στην εργασία στις οικογενειακές σχέσεις, στην ικανότητα κρίσεως, στη σκέψη ή στη διάθεση (π.χ. μία καταθλιπτική γυναίκα" αποφεύγει τούς φίλους, απορρίπτει την οικογένεια, δεν μπορεί να εργασθεί στο νοικοκυριό της), ή εμφανίζει κάποια διαταραχή στον έλεγχο της "πραγματικότητας (reality testing) ή στην επικοινωνία (π. χ. ο λόγος είναι μερικές φορές ακατανόητος, παράλογος ή άσχετος) ή έκανε σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας.
30 ↓ 21	Δεν μπορεί να λειτουργήσει σε κανένα σχεδόν τομέα (π.χ. παραμένει στο κρεβάτι όλη την ημέρα) Η η συμπεριφορά του είναι σημαντικά επηρεασμένη είτε από παραληρητικές ιδέες ή από ψευδαισθήσεις, Η εμφανίζει σοβαρή έκπτωση στην επικοινωνία (π.χ. είναι μερικές φορές ασυνάρτητος ή δεν απαντά" σε ερωτήσεις), Η στην ικανότητα να κρίνει σωστά(π.χ. αντιδρά με μεγάλη απροσφορότητα)
20 ↓ 11	Χρειάζεται κάποια "παρακολούθηση, έλεγχο για προληπτικούς λόγους δηλαδή να μην αυτοκτονήσει ή να μην χτυπήσει άλλους ή για τη στοιχειώδη προσωπική του καθαριότητα π.χ. έχει ιστορικό επαναλαμβανόμενων αποπειρών αυτοκτονίας, είναι συχνά βίαιος ή παρουσιάζει μανιακή κρίση ή έχει μυρωδιά σωματικών ακαθαρσιών) Η παρουσιάζει πολύ μεγάλη αδυναμία στην επικοινωνία (π.χ. τελείως ασυνάρτητος ή σιωπηλός).
10 ↓ 1	Χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση, έλεγχο για αρκετές ημέρες ώστε να μην αυτοκτονήσει ή να χτυπήσει άλλους ή διότι δεν μπορεί να φροντίσει την στοιχειώδη προσωπική του καθαριότητα (π.χ. χρειάζεται να εισαχθεί σε κλειστό τμήμα με εντολή να παρατηρείται συνεχώς από το Προσωπικό).





# ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

(FES-FORM R)

*RUDOLF H. MOOS*

1. Τα μέλη της οικογένειας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.
2. Τα μέλη της οικογένειας συχνά κρατούν τα συναισθήματα τους για τον εαυτό τους.
3. Στην οικογένεια μας κάνουμε πολλούς καυγάδες.
4. Στην οικογένεια μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σ' οτιδήποτε επιχειρείς.
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά προβλήματα.
7. Πολλά βράδια και πολλά σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.
8. Τα μέλη της οικογένειας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.
9. Στην οικογένεια μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεκτικά.
10. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.
12. Μιλάμε ελεύθερα στο σπίτι.
13. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια θυμώνουν πολύ.
14. Στην οικογένεια μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.
15. Για την οικογένεια μας είναι πολύ σημαντικό το να προχωρείς μπροστά στη ζωή.
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.
18. Στην οικογένεια μας δε λέμε προσευχές.
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.
20. Υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες που ακολουθούμε στην οικογένεια μας.
21. Καταναλώνουμε πολλή από την ενεργητικότητα μας σ' αυτά που κάνουμε στο σπίτι.
22. Είναι δύσκολο να "ξεσπάσεις" στο σπίτι χωρίς κάποιον να αναστατώσεις.
23. Τα μέλη της οικογένειας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούνε πράγματα.
24. Στην οικογένεια μας ότι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας το πόσα χρήματα κερδίζεις.
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένεια μας το να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.
27. Κανείς στην οικογένεια μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με μικρές ομάδες, με μπόουλινγκ κλπ.
28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων εορτών.
29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρίσκουμε τα πράγματα την ώρα που τα χρειαζόμαστε.
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.
31. Στην οικογένεια μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.
33. Τα μέλη της οικογένειας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.
34. Στην οικογένεια μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.
35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή "ο καλός ποτέ δεν χάνει".
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές εκδηλώσεις, κατασκίνωση κλπ.



38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει Παράδεισος ή Κόλαση.
39. Στην οικογένεια μας έχει μεγάλη σημασία το να είναι κανείς στην ώρα του.
40. Υπάρχουν προκαθορισμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι σπάνια προσφέρεται κανείς εθελοντικά.
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.
43. Τα μέλη της οικογένειας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.
44. Στην οικογένεια μας υπάρχει πολύ λίγος ιδιωτικός βίος (ιδιωτικότητα).
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.
47. Ο καθένας μέσα στην οικογένεια μας έχει ένα ή δύο χόμπυ.
48. Τα μέλη της οικογένειας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.
49. Οι άνθρωποι στην οικογένεια μας αλλάζουν συχνά γνώμη.
50. Στην οικογένεια μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται κανόνες.
51. Τα μέλη της οικογένειας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.
52. Συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται.
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.
55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή, στη δουλειά, βαθμούς στο σχολείο κλπ.
56. Μέσα στην οικογένεια μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες έξω από τη δουλειά ή το σχολείο.
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα που χρειάζεται μόνο να τ' αντιμετωπίσεις με πίστη.
59. Τα μέλη της οικογένειας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτια τους είναι καθαρά.
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια μετρά εξ ίσου ο λόγος του καθενός.
61. Υπάρχει πολύ λίγο πνεύμα ομάδας μέσα στην οικογένεια μας.
62. Στην οικογένεια μας συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένεια μας καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία του σπιτιού.
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.
65. Στην οικογένεια μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.
66. Τα μέλη της οικογένειας πηγαίνουν συχνά στην βιβλιοθήκη.
67. Μερικές φορές τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπυ ή ενδιαφέρον που έχουν (έξω απ' το σχολείο).
68. Στην οικογένεια μας ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι λάθος.
69. Στην οικογένεια μας είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.
70. Στην οικογένεια μας ο καθένας κάνει ότι θέλει.
71. Στ' αλήθεια τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.
75. Ο κανόνας στην οικογένεια μας είναι "πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι".
76. Στην οικογένεια μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά να διαβάσεις ένα βιβλίο.



77. Τα μέλη της οικογένειας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.
78. Στην οικογένεια μας η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.
79. Στην οικογένεια μας είμαστε πολύ προσεκτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.
81. Στην οικογένεια μας αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένεια μας.
83. Στην οικογένεια μας πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά το να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.
84. Στην οικογένεια μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψη μας.
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοση τους στη δουλειά ή το σχολείο.
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στ' αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.
88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι αν αμαρτήσεις πρέπει να τιμωρηθείς.
89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.
90. Δεν μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένεια μας.



START  
HERE

N											N
O	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-	-9-	-10-	O
N											N
O	-11-	-12-	-13-	-14-	-15-	-16-	-17-	-18-	-19-	-20-	O
N											N
O	-21-	-22-	-23-	-24-	-25-	-26-	-27-	-28-	-29-	-30-	O
N											N
O	-31-	-32-	-33-	-34-	-35-	-36-	-37-	-38-	-39-	-40-	O
N											N
O	-41-	-42-	-43-	-44-	-45-	-46-	-47-	-48-	-49-	-50-	O
N											N
O	-51-	-52-	-53-	-54-	-55-	-56-	-57-	-58-	-59-	-60-	O
N											N
O	-61-	-62-	-63-	-64-	-65-	-66-	-67-	-68-	-69-	-70-	O
N											N
O	-71-	-72-	-73-	-74-	-75-	-76-	-77-	-78-	-79-	-80-	O
N											N
O	-81-	-82-	-83-	-84-	-85-	-86-	-87-	-88-	-89-	-90-	O

Do not mark below this line

C Ex Con Ind AO ICO ARO MRE Org Ctl

R/S										
S/S										



ΣΧΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ  
(FAMILY ATTITUDE FORM)

Όνοματεπώνυμο: .....

Φύλο: Α - Θ

Ηλικία:.....

Σχέση συγγένειας με τον/την Ασθενή:

Είναι μερικές φορές δύσκολο να ζεις με ανθρώπους που είναι ψυχικά ασθενείς. Έτσι οι οικογένειες, έχουν συχνά, μπερδεμένα συναισθήματα για τους ασθενείς που ζουν μαζί τους.

Θα σου διαβάσω μερικές φράσεις που έχουν επωθεί από άλλους συγγενείς ασθενών και θα ήθελα "να μου απαντήσεις αν αισθάνεσαι έτσι (με τον ίδιο τρόπο) για τον (την)-----

Θα σου δώσω μία κάρτα που θα χρησιμοποιείς για να μου λες πόσο έτσι, καθώς θα σου διαβάζω τις αντίστοιχες φράσεις.



---

### Κατηγορίες Απαντήσεων

- 1 = Πάντα
  - 2 = Σχεδόν πάντα
  - 3 = Τον περισσότερο καιρό
  - 4 = Μερικές φορές
  - 5 = Μιά στις τόσες
  - 6 = Σχεδόν ποτέ
  - 7 = Ποτέ
- 



- |  |               |
|--|---------------|
| 1. Χαίρομαι να βρίσκομαι με τον/την  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Καθώς περνά ο καιρός τον/την καταλαβαίνω καλύτερα                       | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. (Η) θα ήταν καλύτερα, αν ήθελε να προσπαθήσει                           | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Ο (Η) είναι ένα σπουδαίο τμήμα της ζωής μου                             | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. ΕΙΜΑΙ πολύ απογοητευμένος με τον (την)                                  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Τον (την) αγαπώ πάρα πολύ   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Δεν περιμένω πολλά από τον (την)  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Είμαι πολύ περήφανος για τον (την)                                      | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Κουράζομαι οργανώνοντας τη ζωή μου γύρω από τον/την                     | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Ο (Η) — - με τρελαίνει   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Χαίρομαι να κάνω πράγματα για τον (την)                                | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Πρέπει να τον (την) φροντίζω σαν μικρό παιδί                           | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Μπορώ να τον (την) βοηθήσω να γίνει καλύτερα                           | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Ο (Η) δεν είναι ευγνώμων για ότι κάνουμε γι' αυτόν/αυτήν               | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Εκνευρίζομαι περισσότερο με τον (την) καθώς περνάει ο καιρός           | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16. Με τον (την) είναι εύκολο να τα πας καλά                               | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. θα ήταν καλύτερο εάν ο/η ζούσε σε κάποιο άλλο μέρος                    | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. Είναι δύσκολο να προβλέψεις τι πρόκειται ο (η) να κάνει                | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 19. Ο (Η) συμπεριφέρεται <i>(δρα)</i> σαν να μην νοιάζεται για μένα        | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20. Μπορώ να βασίζομαι στον (στην) για βοήθεια                             | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 21. Εάν ο (η) με αφήνει μόνο, τον (την) αφήνω και εγώ μόνο                 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 22. Δεν νοιάζομαι άλλο πια για το τι συμβαίνει στον (στην)                 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 23. Εύχομαι ο (η) να μην είχε ποτέ γεννηθεί                                | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 24. Ο (Η) με κάνει ευτυχισμένο   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 25. Θα έκανα οτιδήποτε γι' αυτόν (αυτήν)                                   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 26. Δεν μπορώ να μην ανησυχώ για το τι κάνει ο (η) όταν δεν είναι μαζί μου | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 27. Γνωρίζω τον (την) τόσο καλά ώστε να ξέρω τι σκέφτεται πριν το κάνει    | 1 2 3 4 5 6 7 |



28. Εάν εγώ δεν φροντίσω για τον (την) κανείς  
δεν θα το κάνει 1 2 3 4 5 6 7
29. Ο (Η) θα έπρεπε να έχει όση ελευθερία χρειάζεται  
για να γίνει ανεξάρτητος (η) 1 2 3 4 5 6 7
30. Δεν είναι σωστό να ανακατεύεσαι σε κάθε  
πρόβλημα που ο (η) έχει 1 2 3 4 5 6 7
31. Όταν ο (η) αρρωσταίνει είναι σαν να με σκοτώνουν 1 2 3 4 5 6 7
32. Δεν περιμένω να φροντίσει τον εαυτό του (της)  
αν δεν είμαι εγώ εκεί 1 2 3 4 5 6 7
33. Δεν νομίζω ότι θα όφειλα να θέσω τη ζωή  
σε "αναμονή" έως ότου ο (η) γίνει καλύτερα 1 2 3 4 5 6 7
34. Ο (Η) είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο ζω 1 2 3 4 5 6 7
35. Ο (Η) έχει το δικαίωμα να κρατά τις σκέψεις  
του (της) για τον εαυτό του (της) 1 2 3 4 5 6 7
36. Ο (Η) δεν μπορεί να ρυθμίσει τη ζωή του (της)  
καθόλου χωρίς τη βοήθεια μου 1 2 3 4 5 6 7
37. Όταν κάτι κακό συμβαίνει στον (στην) πληγώνομαι  
όσο και εκείνος (η) 1 2 3 4 5 6 7
38. Θα ευχόμουν να είχα περισσότερο χρόνο  
για τον εαυτό μου 1 2 3 4 5 6 7
39. Ενοχλούμαι, όταν συμβεί οτιδήποτε που με κρατά  
μακριά από τον (την) για αρκετό καιρό 1 2 3 4 5 6 7
40. Ο (Η) και εγώ είμαστε πράγματι πολύ διαφορετικοί  
στον τρόπο που σκεφτόμαστε και αισθανόμαστε 1 2 3 4 5 6 7
41. Δεν διασκεδάζω όταν είμαι μακριά από τον (την) 1 2 3 4 5 6 7
42. Αισθάνομαι ότι πράγματι πρέπει να πω όχι σε  
μερικά πράγματα που ο (η) θέλει να κάνει 1 2 3 4 5 6 7
43. Ο (Η) μπαίνει σε φασαρίες όταν προσπαθεί  
να είναι περισσότερο ανεξάρτητος (η) 1 2 3 4 5 6 7
44. Έχω ζήσει με την αρρώστια του (της) τόσο καιρό,  
που την γνωρίζω καλύτερα από τους γιατρούς 1 2 3 4 5 6 7
45. Φοβάμαι να αφήνω τον (την) να κάνει πράγματα  
από μόνος του (μόνη της) 1 2 3 4 5 6 7
46. Έχω θυσιάσει καθετί για να διαθέσω  
περισσότερο χρόνο για τον (την) 1 2 3 4 5 6 7
47. Με λίγη βοήθεια από μένα ο (η) μπορεί να πάει  
σχεδόν καλά από μόνος του (μόνη της) 1 2 3 4 5 6 7





48. Νομίζω ότι θα ήταν καλύτερο για τον (την)  
εάν διέθετε περισσότερο χρόνο με τους  
άλλους ανθρώπους και λιγότερο χρόνο με τον  
εαυτό του (της) 1 2 3 4 5 6 7
49. Είμαι το μόνο πράγμα που στέκεται ανάμεσα  
στον (στην) και τη νοσηλεία του (της) σε  
Ψυχιατρική Κλινική. (Χωρίς εμένα ο (η) θα  
ήταν στο Ψυχιατρείο) 1 2 3 4 5 6 7
50. Ο (Η) έπρεπε να προσπαθήσει να κάνει  
περισσότερα πράγματα για τον εαυτό του (της) 1 2 3 4 5 6 7
51. Τίποτε δεν είναι σημαντικότερο για μένα όσο να  
βοηθήσω τον (την) να γίνει καλύτερα 1 2 3 4 5 6 7
52. Μου φαίνεται ότι όλα όσα σκέφτομαι αφορούν  
(είναι) ο (η) 1 2 3 4 5 6 7
53. Ο (Η) και εγώ σκεφτόμαστε και αισθανόμαστε με τον ίδιο τρόπο 1 2 3 4 5 6 7
54. Το καλύτερο πράγμα που μπορώ να κάνω για τον  
(την) είναι να τον (την) προφυλάξω  
από τα προβλήματα της ζωής 1 2 3 4 5 6 7
55. Δεν ξέρω πόσο πρόκειται να επιβιώσω με την αρρώστια του (της) 1 2 3 4 5 6 7
56. Το έχω κάνει δουλειά μου να ξέρω οτιδήποτε κάνει ο (η) 1 2 3 4 5 6 7
57. Έχω δικαίωμα να χαίρομαι τη ζωή μου, όσο ο (η) 1 2 3 4 5 6 7



**1. Σε γενικές γραμμές, στενοχωριέστε , νοιώθετε ένταση και άγχος στη δουλειά εξαιτίας του ασθενή;**

1=Δεν δουλεύει

2=Δεν νοιώθει ένταση, ή η ένταση που νοιώθει δεν οφείλεται στον ασθενή

3=Νοιώθει ένταση και άγχος όταν ο ασθενής είναι σε κρίση 4=Νοιώθει συνεχή ένταση

**2. Σε γενικές γραμμές, στενοχωριέστε, πιέζεστε από το πώς λειτουργούν τα πράγματα στο σπίτι με τα ζητήματα του νοικοκυριού εξαιτίας του ασθενή;**

1=Όχι δεν οφείλεται στον ασθενή

2=Νοιώθει σπάνια ένταση

3=Νοιώθει συχνά ένταση, το νοικοκυριό όμως δεν έχει αποδιοργανωθεί

4=Νοιώθει συνεχή ένταση και τίποτε δεν λειτουργεί στο σπίτι

**3. Σε γενικές γραμμές, αισθάνεστε ένταση και στενοχώρια από την οικονομική σας κατάσταση εξαιτίας του ασθενή;**

1=Δεν στενοχωριέται ή η ένταση δεν οφείλεται στην ασθένεια

2=Στενοχωριέται περιοδικά, αλλά η ένταση δεν οφείλεται στον ασθενή

3=Στενοχωριέται περιοδικά εξαιτίας του ασθενή 4=Στενοχωριέται συχνά εξαιτίας του ασθενή

**4. Σε γενικές γραμμές, αισθάνεστε ένταση και στενοχώρια από τις διαπροσωπικές σας σχέσεις με τον ασθενή, για το πώς θα διατηρηθεί η σχέση;**

1. Όχι

2. Μερικές φορές νοιώθει ένταση που την αντιμετωπίζει

3. Πολύ συχνή ένταση

4. Πολύ συχνή ένταση , σκέφτομαι να φύγω από το σπίτι

**5. Σε γενικές γραμμές, αισθάνεστε ένταση και στενοχώρια από τις υποχρεώσεις που σας δημιουργεί ο ρόλος σας ως γονιού;**

1. Δεν έχουμε παιδιά

2. Δεν αισθάνεστε ένταση ή η ένταση δεν οφείλεται στην ασθένεια

3. Αισθάνεστε συχνά ένταση

4. Αισθάνεστε πολύ συχνά ένταση

**6. Σε γενικές γραμμές, αισθάνεστε ένταση και στενοχώρια γιατί δεν έχετε κοινωνική ζωή εξαιτίας του ασθενή;**

1. Όχι, δεν αισθάνεται ένταση, ή έχει κοινωνική ζωή
2. Μερικές φορές αισθάνεται ένταση
3. Αισθάνεται ένταση συχνά
4. Αισθάνεται ένταση όλη την ώρα

Πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια - Ικανοποίηση από τις υπάρχουσες υπηρεσίες

**Τι πιστεύετε ότι δεν πάει καλά με τον ασθενή;**

- 1=Υποφέρει από μία ψυχική διαταραχή
- 2=Έχει πρόβλημα με τα "νεύρα" του
- 3=Υπάρχει κάποιο οργανικό πρόβλημα
- 4=Έτσι είναι ο χαρακτήρας του
- 5=Υποφέρει από σχιζοφρένεια 6=Άλλο
- 7=Δεν ξέρω

**Ποια είναι η αιτία των προβλημάτων του;**

- 1 =Κληρονομικότητα
- 2=Βιολογικοί λόγοι
- 3=Του/της έτυχαν πολλά, δεν μπόρεσε να τα βγάλει πέρα
- 4=Θέλει να τραβάει την προσοχή
- 5=Άλλο
- 6=Δεν ξέρω

**Πόσο έλεγχο πιστεύετε ότι έχει ο ασθενής στην πορεία της ασθένειας;**

- 1=Την επηρεάζει σημαντικά
- 2=Την επηρεάζει μέχρι ένα βαθμό
- 3=Δεν την επηρεάζει καθόλου

**Πιστεύετε ότι εσείς ασκείτε κάποια επίδραση στην πορεία της ασθένειας του /της;**

**Ίδια αξιολόγηση με την προηγούμενη ερώτηση**

**Ανησυχείτε ποτέ ότι η ασθένεια του/της .....μπορεί να κληροδοτηθεί στα παιδιά σας, για παράδειγμα;**

- 1=Ποτέ    2=Μερικές φορές    3=Συχνά    4=Δεν ισχύει



**Σας περνάει ποτέ από το μυαλό -όταν αισθάνεστε λίγο άσχημα, είτε εσείς ή τα παιδιά σας - ότι μπορεί να σας παρουσιαστεί ή ίδια ασθένει με τον /την.....;**

1=Ποτέ 2= Μερικές φορές 3=Σχεδόν πάντα

**Κάθε φορά που ο ασθενής αισθάνεται άσχημα, αυτό απαραίτητα σημαίνει ότι αρρώστησε ξανά; ή υπάρχουν φορές που απλώς ο/η..... δεν αισθάνεται καλά όπως συμβαίνει στους περισσότερους ανθρώπους;**

1=Ο ασθενής έχει αλλαγές στη διάθεση του, που δεν σχετίζονται απαραίτητα με την ασθένεια

2=Η κακή διάθεση του/της ----- σημαίνει πάντα ότι θ' αρρωστήσει

3=Δεν ξέρω

**Σας έχει δοθεί κάποια πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια , τί ακριβώς συμβαίνει , αν θα βελτιωθεί ή όχι;**

1=Καμιά πληροφόρηση ή κάποιες πληροφορίες, αλλά ο συγγενής καταλαβαίνει, ακόμα, ελάχιστα για την ασθένεια

2=Αρκετές πληροφορίες αλλά όχι τόσες όσες θα 'θελε ο συγγενής

3=Επαρκείς πληροφορίες, ο συγγενής κατανοεί πλήρως την ασθένεια

**Σας έχουν δοθεί πληροφορίες σχετικά με το τι είδους συμπεριφορά θάπρεπε να περιμένετε από τον/την-----..... ως αποτέλεσμα της ασθένειας του/της;**

1=Πλήρης εξήγηση

2=Αρκετές πληροφορίες

3=Όχι, ελάχιστες πληροφορίες

**Σας έχουν δοθεί πρακτικές οδηγίες / συμβουλές για το πως θα μπορούσατε να χειριστείτε κάποιες δύσκολες συμπεριφορές του ασθενή;**

1=Επαρκείς

2=Κάποιες

3=Όχι, ελάχιστες αναφορές

**Αισθάνεστε ότι μπορείτε να ρηθετε σ'επαφή με κάποιον υπεύθυνο στο νοσοκομείο, αν συμβεί κάτι, ή χρειάζεστε συμβουλές για κάτι; Το έχετε κάνει ποτέ;**

1=Νοιώθω ότι έχω την απαραίτητη βοήθεια, όποτε την χρειάζομαι , και έχει ήδη συμβεί

2=Νοιώθω ότι μπορώ να το κάνω, αλλά δεν το 'χω κάνει μέχρι τώρα

3=Δεν το 'χω κάνει ποτέ και ούτε πιστεύω ότι θα μπορούσα



**Νοιώθετε ότι υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια , σε περιόδους κρίσης του ασθενή;**

1=Είμαι σίγουρος ότι υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια όταν την χρειαστώ

2=Είμαι αρκετά σίγουρος ότι υπάρχει βοήθεια

3=Δεν νομίζω ότι μπορώ να βασιστώ σε κανένα σε περιόδους κρίσης

**Ποια είναι η γνώμη σας για τις υπηρεσίες με τις οποίες έχετε έρθει σ' επαφή μέχρι τώρα; Είστε ή όχι ικανοποιημένος/η;**

1=Πολύ ικανοποιημένος/η

2=Αρκετά ικανοποιημένος, αλλά υπάρχουν περιθώρια για βελτίωση

3=Καθόλου ικανοποιημένος/η

**Τι θα βρίσκατε βοηθητικό στην παρούσα κατάσταση; Τι θα 'πρεπε να σας προσφέρουν επιπλέον οι ειδικοί;**



## Η ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

J. Cohen and E. Struening, 1962

Οι παρακάτω ερωτήσεις αποτελούν γνώμες ή ιδέες γύρω από την ψυχική αρρώστια και τους ψυχικά άρρωστους. Ψυχική αρρώστια εννοούμε την αρρώστια που φέρνει τον άρρωστο στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και ψυχικά αρρώστους εννοούμε τους αρρώστους των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Υπάρχουν πολλές διαφορές στη γνώμη γύρω από αυτό το θέμα. Με άλλα λόγια, πολλοί άνθρωποι συμφωνούν με μια ορισμένη απάντηση στις παρακάτω ερωτήσεις, ενώ άλλοι διαφωνούν με αυτήν την απάντηση. Θα θέλαμε να μας πείτε την δική σας γνώμη. Κάθε ερώτηση ακολουθείται από έξι απαντήσεις.

συμφωνώ απόλυτα / συμφωνώ / μάλλον συμφωνώ / μάλλον διαφωνώ / διαφωνώ / διαφωνώ εντελώς

Παρακαλώ βάλτε ένα σταυρό στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί καλύτερα στη γνώμη σας για κάθε ερώτηση.

Να είστε βέβαιοι ότι πολλοί, ανάμεσα σε αυτούς και γιατροί, θα συμφωνήσουν με την γνώμη σας. Δεν υπάρχει λόγος να δώσετε λανθασμένες απαντήσεις. Μας ενδιαφέρει μόνο η γνώμη σας. Μη παραλείψετε καμιά απάντηση.



		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μέλλον συμφωνώ	Μέλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
1.	Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά						
2.	Η ψυχική αρρώστια είναι μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες						
3.	Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι						
4.	Έστω και εάν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται να είναι εντάξει, δεν πρέπει να παντρεύονται						
5.	Εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια.						
6.	Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική αρρώστια.						
7.	Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κατευθύνουν. Τα κανονικά άτομα ελέγχουν την συμπεριφορά τους						
8.	Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο						
9.	Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μία στεναχώρια, το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται, αλλά να απασχολείται διαρκώς με πιο ευχάριστα πράγματα						



		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μόλις συμφωνώ	Μόλις διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
10.	Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τού, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής						
11.	Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά άρρωστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους.						
12.	Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς						
13.	Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργαστούν						
14.	Τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν θα πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται						
15.	Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.						
16.	Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά εάν απέφευγαν κακές σκέψεις						
17.	Οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.						
18.	Περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για την φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια.						
19.	Ένας καρδιοπαθής έχει μία μόνο βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους αρρώστους						





		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μέλλον συμφωνώ	Μέλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
20	Οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους						
21	Οι ψυχικά άρρωστοι δεν θα πρέπει ποτέ να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια						
22	Κάθε ένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλύτερέψει τον εαυτό του αξίζει τον σεβασμό των άλλων.						
23	Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές, πολλοί από τους αρρώστους θα γίνονταν καλώς ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.						
24	Θα ήταν ανόητη μία γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από μία σοβαρή ψυχική αρρώστια έστω και αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.						
25	Εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων αναλαμβάνονται από υγιείς γονείς, πιθανώς δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά.						
26	Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός.						
27	Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και εάν είναι, κατά κάποιο τρόπο, ψυχικά διαταραγμένοι						
28	Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με χώρους όπου ψυχικά άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν της αναγκαίας φροντίδας.						
29	Όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν θα έπρεπε να του επιτρέπουν να ψηφίζει.						



		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μόλλον συμφωνώ	Μόλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
30	Η ψυχική αρρώστια πολλών απόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων τους στην παιδική ηλικία.						
31	Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες						
32	Το να νοσηλευτεί κανείς σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.						
33	Στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση						
34	Εάν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον,* θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει.						
35	Εάν τα παιδιά υγιών γονέων αναλαμβάνονται από ψυχικά αρρώστους γονείς, θα γίνονται πιθανώς ψυχικά άρρωστοι.						
36	Κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες.						
37	Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει μία γυναίκα να χωρίσει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική αρρώστια.						
38	Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργαστούν εξαιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.						
39	Η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.						



		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μέλλον συμφωνώ	Μέλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
40	Άσχετα πώς το βλέπετε, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν είναι τια πραγματικοί άνθρωποι						
41	Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστευτούν να προσέχουν μικρά παιδιά (μπειμπι σιτερς)						
42	Ο περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνιση τους						
43	Ο καθηγητές ή οι άνθρωποι των γραμμάτων έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες						
44	Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά άρρωστους.						
45	Αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι						
46	Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις.						
47	Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται, όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του						



		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μόλιον συμφωνώ	Μόλιον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
48	Μια από τις κυριότερες σπές της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως						
49	Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο εκτός από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά						
50	Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη και αν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες						
51	Όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά με μια ανώδυνη εγχείρηση(στείρωση)						

