



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΜΕΛΟΣ ΜΕ
ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Της Έλλης Καλλιγέρι

Επιβλέπουσα εισηγήτρια

Δρ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π, Τ.Ε.Ι Λάρισας

ΛΑΡΙΣΑ 2012





**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ
ΕΧΟΥΝ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ
ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Έλλη Καλλιγέρη

ΑΜ 06020782

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ .ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π, Τ.Ε.Ι Λάρισας

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

Ψυχολόγος, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι Ηπείρου

ΙΩΑΝΝΑ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι Λάρισας

ΛΑΡΙΣΑ 2012

Ευχαριστίες

Στο σημείο αυτό, θέλω με πλήρη γνώση και απέραντη ευθύνη να τονίσω ότι η εκπόνηση και ολοκλήρωση μιας διπλωματικής εργασίας δεν είναι μια εύκολη υπόθεση. Απαιτεί μελέτη, κόπο, χρόνο και πολύ καλή συνεργασία με αρκετούς ανθρώπους. Γι' αυτό χρειάζεται να είναι κανείς καλά εξοπλισμένος με δύναμη, κουράγιο και όραμα.

Αναγνωρίζοντας, λοιπόν, τη βοήθεια που μου προσέφεραν όλοι οι δικοί μου συλλοβάτες, ώστε να ολοκληρωθεί η διπλωματική μου εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω:

Την επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας **κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου** για τη συμπαράσταση, τις οδηγίες και τις συμβουλές που μου παρείχε και το χρόνο που μου διέθεσε κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, την επιστημονική βοήθεια της η οποία μου έδωσε συχνά λύσεις όπου συναντούσα εμπόδια.

Την *κ. Μαίρη Γκούβα, Επίκουρη Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου* και την *κ. Ιωάννα Παπαθανασίου Καθηγήτρια ΤΕΙ Λάρισας*, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής για τις εύστοχες παρατηρήσεις τους, την καθοδήγηση και την ενθάρρυνση που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

Τον διευθυντή και το προσωπικό της ΨΚ του Σισμανογλείου Νοσοκομείου.

Όλους τις οικογένειες που συμμετείχαν στην έρευνα και που μου εμπιστεύτηκα τις ζωές τους

Το πόνημα αυτό θα ήθελα να το αφιερώσω στα μέλη της οικογένειάς μου και στον πατέρα μου για τις δύσκολες στιγμές που περνά και να τους ευχαριστήσω για την υπομονή και τη συμπαράστασή τους.

Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων.....	5
Πρόλογος.....	7
Περίληψη.....	9
Abstract.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
Η ψυχική νόσος στην κοινότητα.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	17
Οικογενειακό σύστημα.....	17
Η Σημασία της Οικογένειας για την Υπαρξιακή Θέση του Ανθρώπου.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	22
Οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις της ψύχωσης.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	29
Ψυχωσική οικογένεια.....	29
4.1. Κρίση της οικογένειας.....	29
4.2 Ψυχωσική επικοινωνία και η οικογένεια του Σχιζοφρενή.....	31
4.3 Η εκτίμηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ψυχωσικού ασθενούς.....	33
4.4 Οικογενειακή επιβάρυνση – στρες και επιθετικότητα.....	35
4.5 Στίγμα.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	41
Η ολιστική περιγραφή του βιώματος των γονιών του ψυχικά ασθενούς.....	41
5.1. Ψυχολογικές αντιδράσεις – προσαρμογή στην νόσο.....	41
5.2 Η μετά την διάγνωση φάση.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	48
Αντιμετώπιση θρήνου.....	48
6.1 Γονεϊκός θρήνος.....	48
6.2 Θρήνος των γονιών των ψυχικά ασθενών.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	56
Σχέδια αντιμετώπισης.....	56
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	67
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.....	66
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις.....	66
2. Υλικό και μέθοδος.....	67
2.1 Δείγμα.....	69
2.2 Διαδικασία.....	69
3. Ερωτηματολόγια και ερευνητικά εργαλεία.....	72
3.1 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90).....	70
3.2 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας.....	70
3.3 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.....	71
3. 4. Στατιστική επεξεργασία.....	72
4. Αποτελέσματα της μελέτης.....	74
4.1 Έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των μεταβλητών.....	74
4.2 Κοινωνιοδημογραφικό προφίλ.....	76
4.3 Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία.....	78
4.4 Κοινωνικό- δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα των συγγενών των ψυχωτικών ασθενών.....	79
4.4.1 Διαφορές ανάλογα με το φύλο των οικογενειών των ψυχωτικών ασθενών σε σχέση με την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας.....	79

4.4.2 Διαφορές ανάλογα με το φύλο των οικογενειών των ψυχωτικών ασθενών σε σχέση με την Κλίμακα για την Επιθετικότητα	83
4.4.3 Διαφορές ανάλογα με το θρήσκευμα, την ύπαρξη εργασίας, χρόνια προβλήματα υγείας, μέλος ΣΟΨΥ και του στίγματος που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα	86
4.4.4 Άλλοι κοινωνικόδημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα.....	87
4.5 Ανάλυση συσχέτισης.....	89
4.5.1 Ανάλυση συσχέτισης για τους άνδρες.....	90
4.5.2 Ανάλυση συσχέτισης για τις γυναίκες.....	92
4.5.3 Ανάλυση συσχέτισης για το σύνολο του δείγματος.....	94
5. Συζήτηση.....	96
6. Συμπεράσματα.....	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	117

Πρόλογος

Σε μια υποθετική περίπτωση (ή μύθο καλύτερα) στην οποία θα υπήρχε η δυνατότητα όλες οι οικογένειες των ψυχικά αρρώστων να δεχθούν πίσω με ένα λειτουργικό τρόπο όλους αυτούς τους αρρώστους που χρήζουν αποκατάστασης, τότε θα είχε επιτευχθεί η απόλυτη αποασυλοποίηση και επανένταξη. Και θα ζούσαμε εμείς καλά (και χωρίς δουλειά) και αυτοί καλύτερα. Αυτό το μικρό μυθιστορηματικό ατόπημα, απλά, προσπαθεί να καταδείξει την κεφαλαιώδους σημασίας θέση της οικογένειας του ψυχικά αρρώστου, τόσο στην πορεία της νόσου, όσο και στις διαδικασίες επανένταξης και αποκατάστασης. Η οικογένεια ίσως αποτελεί ένα από τα πιο μεγάλα, ίσως ανεξάντλητα πεδία, οπότε η όποια προσπάθεια αναλυτικής περιγραφής στα πλαίσια αυτού του κειμένου εκ των πραγμάτων δεν μπορεί να είναι αποσπασματική και ελλιπής. Ανεξάρτητα από τον τύπο της οικογένειας (αγροτική, αστική, πυρηνική ή εκτεταμένη), τα δύο βασικά χαρακτηριστικά που ενδιαφέρουν είναι, πρώτον το ότι η οικογένεια είναι ένα σύστημα μελών με καθορισμένους ρόλους, ιεραρχία, ταυτότητες, σκοπούς και μέσα/τρόπους λειτουργίας/αλληλόδρασης. Δεύτερον, τα «προϊόντα» της οικογένειας, εκφράζονται πολυεπίπεδα: από το ενδοατομικό επίπεδο μέχρι το μακροκοινωνικό. Δηλαδή, ο θεσμός της οικογένειας σχετίζεται άμεσα και με μια διαλεκτική σχέση, τόσο με τα άτομα (σαν προϊόντα μιας οικογενειακής κοινωνικοποιητικής ιστορίας), όσο και με τις γενικότερες κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες μέσα στις οποίες η ιστορία της οικογένειας

Οι γονείς και τα αδέρφια που συμμετείχαν στην έρευνα υπήρξαν για μένα οδηγοί στην εξερεύνηση ενός διαφορετικού κόσμου, του κόσμου του ψυχωσικού ασθενούς και της οικογένειάς του. Εκ πρώτης όψεως δεν επρόκειτο για τίποτα το «εξαιρετικό». Ήταν οι «συνηθισμένοι» γονείς και τα «συνηθισμένα» αδέρφια πού, εμείς που δουλεύουμε σε δομές ψυχικής υγείας, συναντάμε κάθε μέρα στους διαδρόμους και στα γραφεία στο χώρο δουλειάς μας, όταν έρχονται να επισκεφθούν τα άρρωστα παιδιά τους ή τα άρρωστα αδέρφια τους, να τα συνοδεύσουν ή να αναζητήσουν γι' αυτά θεραπεία. Το διαφορετικό για μένα ήταν ότι για πρώτη φορά άκουγα μ' ένα ολοκληρωμένο τρόπο αφήγηση τους για την αρρώστια του παιδιού, για την σχέση μαζί του, καθώς και για τον τρόπο που αυτά συναντώνται με την ιστορία της δικής τους ζωής.

Οι γονείς αυτοί και τα αδέρφια, παρ'όλο που βρίσκονται σε μια κατάσταση βαθύτατου υποφέρειν, μου επέτρεψαν να μπω στα «σπίτια» τους και στις ζωές τους. Πολλές φορές η διαδικασία των συνεντεύξεων ήταν πολύ επώδυνη και για όλους μας. Ωστόσο η οικογένεια του παιδιού θεώρησαν ότι ήταν μια θετική για εκείνους εμπειρία, να καταλάβουν τι τους συνέβη, για ποιο λόγο ζούσαν μια τέτοια κατάσταση και ποιο θα ήταν το μέλλον τους.

Για τους γονείς και τα αδέρφια των ψυχικά ασθενών που μίλησαν μαζί μου, οφείλω να ομολογήσω πως νιώθω ένα «χρέος» απέναντί τους να μεταφέρω την εμπειρία τους και το μήνυμά τους προς τους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να ακουσθεί η δική τους φωνή. Σε κάθε περίπτωση αποτέλεσαν ένα ζωντανό παράδειγμα για μένα, καθώς μέσα από μια ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία έχουν την αντοχή να συνεχίζουν ένα δύσκολο δρόμο και κυρίως το θάρρος και τον αλtruισμό να θέλουν μέσα από την αφήγηση του δικού τους επώδυνου βιώματος να βοηθήσουν κι άλλους ανθρώπους που μπορεί να βρεθούν στην ίδια με αυτούς κατάσταση. Τους ευχαριστώ με όλη μου την ψυχή για την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλαν.

Περίληψη

Διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας των οικογενειών που έχουν μέλος με ψυχική διαταραχή

Της: Έλλης Καλλιγέρη

Υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κ. Ευαγγελίας Κοτρώτσιου

Φεβρουάριος 2012

Σκοπός: Η ψύχωση αποτελεί μία από τις πιο συχνές όσο και εξουθενωτικές ψυχολογικές οντότητες για την οικογένεια των ατόμων που πάσχουν. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας και της επιθετικότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών συγγενών α βαθμού που έχουν μέλος με ψυχωτική διαταραχή.

Μεθοδολογία: Στη συγκεκριμένη μελέτη συμπεριλήφθησαν 50 υγιείς ενήλικες συγγενείς ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή, από ένα μεγάλο Νοσοκομείο της Αθήνας, οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες – 20 άνδρες και 30 γυναίκες - ανάλογα με την ατομική τους καταχώρηση για το φύλο τους στο ερωτηματολόγιο κοινωνικο δημογραφικών στοιχείων. Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια α) ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων β) Η κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και γ) Η κλίμακα μέτρησης της εχθρότητας και της κατεύθυνσης της εχθρότητας (HDHQ).

Αποτελέσματα: Υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας καθώς και μία τάση για αυτοεπίκριση και ενδοστρεφή εχθρότητα διαπιστώθηκαν στις γυναίκες συγγενείς με ψυχωτικό μέλος σε σχέση με τους άνδρες. Όσον αφορά τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του μέλους Σοψυ, του στίγματος, της ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, της απουσία βοήθειας και του βολέματος των ειδικών με τα υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας.

Συμπεράσματα: Τα ανωτέρω ευρήματα κατέδειξαν την πολυδιάστατη επίδραση της ψύχωσης στην ψυχολογία των οικογενειών με ψυχωτικό μέλος. Η διερεύνηση της έκτασης των παραγόντων κινδύνου που μεσολαβούν στην ανάπτυξη του ψυχοπαθολογίας και των συναφών διαταραχών, καθώς και των τρόπων έγκαιρης παρέμβασης, αποτελούσε και θα αποτελεί αντικείμενο ευρύτερων ερευνητικών διαχρονικών μελετών.

Λέξεις κλειδιά: Ψύχωση, Ψυχοπαθολογία, Επιθετικότητα, Οικογενειακό σύστημα, Ψυχολογική Επιβάρυνση.

Abstract

Psychopathology among families with an psychotic member.

By Eli Kalligeri

Under the supervision of Professor Evangelia Kotrotsiou

February 2012

Objective: Psychosis is considered to be the most often studied and most frequent and debilitating psychological burden for the families with a psychotic member. The aim of this study was to investigate the role of the gender difference on psychopathology and hostility among families with a psychotic member.

Method: 50 healthy individuals' first degree relatives of psychotic patients participated to the present study. Subjects were classified into two groups — male and female — based on their personal statements. The first group consisted of 20 male relatives with a psychotic member while the other group consisted of 30 female relatives. The questionnaire included: a) question for the recording of social-demographic parameters and attitude of patients in aspects of health, b) The Symptom Checklist (SCL-90) and c) The hostility and direction of hostility questionnaire.

Results: Higher levels of psychopathology, and a tendency to develop an introversion, hostile attitude and self criticism were observed among female first degree relative of a psychotic patient. Demographic factors such as membership of SOPSY, stigma and mental health services seemed to be correlated with psychopathology and hostility.

Conclusion: Findings illustrated the multidimensional nature of psychotic mental disorders. Longitudinal studies are needed to examine the range of factors associated with the development and/or persistence of psychopathology or related disorders, as well as effectiveness ways of minimizing the psychological burden in such families.

Key words: psychosis, psychopathology, hostility, family system, psychological burden.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική νόσος στην κοινότητα

Οι εξελίξεις στην Κοινωνική/Κοινωνική ψυχιατρική και στην κοινοτικά προσανατολισμένη περίθαλψη εύλογα μετατόπισαν ένα μεγάλο μέρος της παρεχόμενης φροντίδας στην οικογένεια. Μελέτες στις ΗΠΑ δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό, το οποίο αγγίζει το 65% των απολυόμενων από τα ψυχιατρεία (το 25% αυτών είναι άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή), επιστρέφει στην οικογένειά του.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ευνόησε την αποσυλοποίηση και την επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Νέες δομές και υπηρεσίες εγκαθιδρύθηκαν για να διευκολύνουν τη μετάβαση από το ψυχιατρείο στην κοινότητα. Ωστόσο το μεγάλο συναισθηματικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος κλήθηκε να πληρώσει η οικογένεια η οποία συχνά απροετοίμαστη, αβοήθητη κι απομονωμένη από το κοινωνικό περιβάλλον, ανέλαβε το ρόλο της αποκλειστικής φροντίδας τους.

Μέσα προαγωγής της ψυχικής υγείας της οικογένειας:

- **Εκπαίδευση**
- **Δημιουργία και ανάπτυξη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων**
- **Διάλογος με ειδικούς, κοινωνικούς φορείς και εκπροσώπους των κέντρων λήψης αποφάσεων**
- **Συνεργασία με τα ΜΜΕ**
- **Συμβουλευτικές υπηρεσίες για άτομα και οικογένειες**
- **Συνεργασία με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επαγγελματικής υγιεινής και υγιεινής εργασίας**
- **Ειδικά προγράμματα ψυχολογικής ενίσχυσης**
- **Ενίσχυση δραστηριοτήτων αυτοβοήθειας (Χριστοδούλου 2000).**

1.1 Ψύχωση και Σχιζοφρένεια

Η **ψυχική ασθένεια** ορίζεται ως ένα κλινικά σημαντικό ψυχολογικό σύνδρομο ή πρότυπο συμπεριφοράς, που εμφανίζεται σ' ένα άτομο και συνδέεται με δυσφορία (π.χ. ένα επώδυνο σύμπτωμα) ή δυσλειτουργία (δηλαδή περιορισμό σε μια ή περισσότερες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας) ή με ένα σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να υποστεί θάνατο, πόνο, αναπηρία ή μισ σημαντική απώλεια της ελευθερίας του. Επιπλέον, αυτό το σύνδρομο δεν είναι μια αναμενόμενη και πολιτισμικά αποδεκτή αντίδραση σ' ένα συγκεκριμένο γεγονός, π.χ. στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Οποιαδήποτε κι αν είναι η πρωταρχική του αίτια, πρέπει να θεωρηθεί εκδήλωση μιας συμπεριφορικής, ψυχολογικής ή βιολογικής δυσλειτουργίας στο άτομο. Ούτε οι παρεκκλίνουσες συμπεριφορές (π.χ. πολιτικές, θρησκευτικές ή σεξουαλικές), ούτε συγκρούσεις ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία δεν ψυχικές διαταραχές, εκτός αν παρέκκλιση ή σύγκρουση είναι σύμπτωμα δυσλειτουργίας του ατόμου, όπως περιγράψαμε παραπάνω (American Psychiatric Association, 1994).

Για τις ανάγκες της έρευνας, θα πρέπει να προσδιορίσουμε τι εννοούμε με τον όρο «σοβαρή ψυχική ασθένεια». Θεωρήσαμε ότι θα πρέπει να πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

- Να υπάρχουν χαρακτηριστικά θετικά συμπτώματα π.χ. σοβαρές διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη και την συμπεριφορά
- Να μειώνεται η λειτουργικότητα του ατόμου σε ένα ή περισσότερους τομείς της ζωής του π.χ. στην εργασία, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στη φροντίδα εαυτού
- Η διάρκεια της διαταραχής να υπερβαίνει τον ένα μήνα
- Η σοβαρότητα της διαταραχής να επιβάλλει την ψυχιατρική παρέμβαση, όπως την χορήγηση φαρμάκων και πιθανόν την εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική.

Οι παραπάνω προϋποθέσεις μπορούν να πληρωθούν σε ένα μεγάλο αριθμό ψυχικά ασθενών με διαφορετικές διαγνώσεις. Ωστόσο, θα μπορούσε να πει κανείς ότι χαρακτηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό άτομα που πάσχουν από τις

επονομαζόμενες διαταραχές του ψυχικού φάσματος. Σε αυτές περιλαμβάνονται η σχιζοφρένεια, η σχιζοφρενική διαταραχή, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, παραληρηματική διαταραχή και η διπολική διαταραχή. Συχνά η πρακτική των ψυχιατρικών κλινικών είναι να χαρακτηρίζουν όλες αυτές τις διαταραχές ως ψύχωση ή ψυχωσική συνδρομή. Κατά κανόνα, αυτοί οι δυο όροι – ψύχωση και ψυχωσική συνδρομή-, αν και κάπως ασαφείς κατά τη νέα ταξινόμηση του DSM-IV, συνεχίζουν να αναγράφονται ως διάγνωση στο εξιτήριο των ασθενών και αυτοί αναφέρονται στους γονείς και τα αδέρφια κατά την ενημέρωσή τους για την κατάσταση του παιδιού τους από τη θεραπευτική ομάδα.

Ο όρος «**ψύχωση**» αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1845 από τον Emst von Feuchtersleben εννοώντας πολύ γενικά <<την ασθένεια του πνεύματος>>, σε αντιδιαστολή με τη νεύρωση που αφορούσε <<όλες αυτές τις παράξενες διαταραχές του συναισθήματος και της κινητικότητας που δεν συνοδεύονται από πυρετό>>. Στη συνέχεια, σημαντικοί κλινικοί, όπως ο Emil Kraepelin, διασαφήνισαν τα βασικά χαρακτηριστικά των ψυχωσικών διαταραχών, κυρίως σε αντιδιαστολή με τις νευρώσεις.

Στις πιο τυπικές μορφές τους, οι ψυχώσεις – οξείες ή χρονιές- χαρακτηρίζονται από : μια μείζονα συμπτωματολογία (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, διαταραχές της δομής της σκέψης), διάσπαση της επαφής με τη πραγματικότητα, έλλειψη εναισθησίας όσο αφορά στο παθολογικό βίωμα, βαθιά προσβολή της προσωπικότητας που συνοδεύεται με διαταραχές στις σχέσεις με τους άλλους (παράδοση συμπεριφορά ή απομόνωση), συχνά φτωχή πρόγνωση. Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι ο όρος “ψυχωση” έχει δυο κύριες συνιστώσες: η πρώτη είναι η έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα- που εκδηλώνεται με τις ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα, τη συγχυτική συμπεριφορά, η δεύτερη αφορά στη σοβαρή προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας σε βαθμό που ο ασθενής δυσκολεύεται να εκπληρώσει τον κοινωνικό του ρόλο (Kaplan & Sadock, 1998).

Η σχιζοφρένεια είναι η πιο συχνή και σημαντική διαταραχή της ομάδας των ψυχώσεων. Ο όρος Σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1860), ο Morel είχε ονοματίσει πρώιμη άνοια και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin το διέδωσε σε όλο τον κόσμο.

Βέβαια αργότερα φάνηκε ότι δεν επρόκειτο για «άνοια» που άρχιζε νωρίς αλλά για βαριά ψυχωτική διαταραχή (Μάνος, 1999).

Ο όρος σχιζοφρένεια απαρτίζεται από το ρήμα “σχίζω” και το ουσιαστικό “φρήν”, που δηλώνει αρχικά το διάφραγμα (μεμβράνη που χωρίζει την καρδιά και πνεύμονες από την κοιλιά) και κατ’επέκταση την καρδιά και την ψυχή. Έτσι, η σχιζοφρένεια είναι μια διάσπαση, αποσύνδεση κατά πρώτον ανάμεσα στις σκέψεις και κατά δεύτερον ανάμεσα στο συναίσθημα, στη σκέψη και τη συμπεριφορά (Ζερβής, 2001). Οι Lempriere, Feline και οι συνεργάτες τους περιγράφουν τη σχιζοφρένεια σαν μια δομική ρωγμή που προκύπτει από την ψυχωτική επεξεργασία και επιφέρει διάρρηξη, αποδιάρθρωση και αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Προσβάλλει τομείς της ψυχονοητικής ζωής και των διαπροσωπικών σχέσεων, όπως της νοημοσύνης, του θυμικού και της ψυχοκινητικής δραστηριότητας (Μάνος, 1999).

Τα αίτια της σχιζοφρένειας δεν είναι ακόμα γνωστά παρά τις μεγάλες προσπάθειες που έγιναν στο τομέα αυτό. Οι μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι τα σχιζοφρενικά σύνδρομα έχουν περιγραφεί σε όλους τους πολιτισμούς, σε όλες τις φυλές και σε όλες τις πολιτισμικές ομάδες. Το επίπεδο σχιζοφρενικής νοσηρότητας τοποθετείται για τους περισσότερους από τους πληθυσμούς που μελετήθηκαν μεταξύ 0,60 και 0,90%. Πρόκειται για μια πάθηση που συνήθως πρωτοεμφανίζεται σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες (στο 75% των περιπτώσεων εκδηλώνεται μεταξύ 15 και 35 ετών) με ίση συχνότητα στα δυο φύλα. Στην Ελλάδα έρευνα του Μαδιανού (1994) υπολόγισε ότι η σχιζοφρένεια προσβάλλει το 1,2% του γενικού πληθυσμού

Η σχιζοφρένεια, όπως και άλλο νόσοι επηρεάζονται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, παρά το γεγονός ότι δεν αμφισβητείται το βιολογικό υπόστρωμα της νόσου. Το γεγονός ότι στη σχιζοφρένεια η συμπτωματολογία της νόσου προσδιορίζει τη συμπεριφορά του ατόμου, καθιστά ιδιαίτερα σημαντικούς τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι συμπεριφορές αυτές επηρεάζουν τόσο το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς, όσο και το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον. Επομένως, είναι σαφές ότι η ενασχόληση με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα της φαρμακευτικής θεραπείας όσο αποτελεσματική και να γίνει αυτή στο μέλλον (Penn, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Οικογενειακό σύστημα

Η Σημασία της Οικογένειας για την Υπαρξιακή Θέση του Ανθρώπου

Κατέχει τεράστια σημασία η οικογένεια στη νοηματοδότηση των δεδομένων της ζωής για έναν άνθρωπο και στη συγκρότηση της αίσθησης του εαυτού σε σχέση με τον εξωτερικό κόσμο.

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

Οι περισσότερες έρευνες έχουν γίνει πάνω στη δυσλειτουργική οικογένεια, είτε αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της, είτε σαν σύστημα το οποίο παράγει παθολογικές συμπεριφορές.

Ειδικά στη περίπτωση της σχιζοφρένειας, μακροπρόθεσμη συνέπεια αυτού είναι η παρουσίαση της οικογένειας, και κυρίως των γονέων, σαν τους «ηθικούς αυτουργούς» για την εμφάνιση της, με αποτέλεσμα μια μεγάλη ενοχοποίηση των μελών, υπό το πρίσμα του «εμείς φταίμε» (Crossley N. 2006). Αντίθετα λίγες έρευνες έχουν εστιαστεί στη δομή της λεγόμενης «λειτουργικής» οικογένειας (Μαδιανός 2004) προσδιορίζει τα χαρακτηριστικά της λειτουργίας μιας τέτοιου τύπου οικογένειας: Παρουσιάζουν μια *προσαιτεριστική στάση* στις ανθρώπινες επαφές, οι οποίες είναι *ανοικτές, φιλικές*, με ένα βασικό επίπεδο εμπιστοσύνης (σε αντίθεση με μια *εναντιωματική στάση*). Υπάρχει σεβασμός για την αίσθηση της ξεχωριστής υπόστασης, την ατομικότητα, την αυτονομία και την ιδιωτική ζωή (σε αντίθεση με την προσδοκία συμφωνίας, συμμόρφωσης ή αντιπροσώπευσης). Υπάρχει ανοικτή σαφής και ειλικρινής επικοινωνία (σε αντίθεση με την υπεκφυγή, τη σύγχυση ή τον περιορισμό). Υπάρχει ισχυρός γονεϊκός συνασπισμός και ισοτιμία των γονέων, σε αντίθεση με το γονεϊκό σχίσμα και τις «συμμαχίες» γονέα-παιδιού. Ο έλεγχος είναι εύκαμπτος και με διαπραγματεύσεις στο πλαίσιο της βασικής ιεραρχίας γονέα-παιδιού, σε αντίθεση με τον αυστηρό και άκαμπτο έλεγχο και την εμμονή στους κανόνες-απαγορεύσεις. Τέλος, υπάρχει αυθόρμητη συναλλαγή, ενώ η

μοναδικότητα και η διαφορά εκτιμούνται, αλλά και ενθαρρύνονται.(Skynner R 1999).

Σε μια αδρή διαφοροποίηση, μπορούμε να διακρίνουμε δύο βασικούς τύπους οικογενειών, οι οποίοι-ειδικά στα Μεσογειακά κράτη- απαντώνται και οι δύο σε άλλο βαθμό. Στη παραδοσιακή/ αγροτική οικογένεια παρατηρείται η συνύπαρξη δύο ή τριών γενεών, υπάρχει ανισότιμη κατανομή εργασίας, αλλά και αναπαράσταση της συζύγου πιο πολύ σαν μητέρα και όχι σαν σύντροφο.

Αντίθετα, η αστική / πυρηνική οικογένεια (ουσιαστικά «προϊόν της βιομηχανικής επανάστασης») είναι σαφώς πιο ολιγομελής, περιλαμβάνοντας συνήθως μια μόνο γενιά. Υπάρχει μια μεγαλύτερη ισοτιμία αναφορικά τόσο την εργασία, όσο και την ανατροφή (και την παράλληλη συναισθηματική επένδυση, αλλά και εξουσία) των παιδιών, χωρίς ωστόσο να χάνονται σε δομικό επίπεδο οι βασικοί γονεϊκοί ρόλοι. Από τα παραπάνω, φαίνεται να παρουσιάζεται μια μεγάλη διάσταση ανάμεσα σε αυτούς του δύο «τύπους» οικογενειών. Αρχικά, η «παραδοσιακή», εκτεταμένη αγροτική οικογένεια θεωρήθηκε σαν πιο «επιρρεπής» στο να «παράγει» ψυχοπαθολογία. Φαινόμενα όπως η ύπαρξη δυάδων, ανταγωνιστικών η μια με την άλλη, η έντονη εξάρτηση του κάθε μέλους από το άλλο και από την οικογένεια γενικότερα (το φαινόμενο του rubber fence, όπως έχει περιγραφεί από τον Winn) παραπέμπουν σε παθολογικά οικογενειακά σχήματα. Όμως εμπειρικές έρευνες δεν έδειξαν κάτι τέτοιο, αλλά μάλλον μια μεγαλύτερη επίπτωση της ψυχοπαθολογίας στις αστικού τύπου οικογένειας. Φαίνεται πως στη «παραδοσιακή» Ελληνική οικογένεια έχει επιτευχθεί μια σημαντική ομοιότητα (καθορισμένοι και ισορροπημένοι ρόλοι, αποδεκτοί από όλα τα μέλη, σαφές πλαίσιο διαχείρισης της εξουσίας, συναίνεση των γονέων γύρω από τους βασικούς στόχους του συστήματος), ενώ αντίθετα η αστική οικογένεια περνάει μια μεταβατική φάση, κάτι που την κάνει ιδιαίτερα «ευάλωτη» (Μαδιανός 2000).

2.1 Η οικογένεια και οι αρχές της συστημικής προσέγγισης

Ένας ευρύς και συνήθης ορισμός της οικογένειας είναι «το σύνολο από πρόσωπα, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς γάμου, αίματος ή

υιοθεσία, ζουν κάτω από την ίδια στέγη ή έχουν αποχωρισθεί ο ένας από τον άλλο, αλλά αναγνωρίζουν ότι ανήκουν σ' ένα κοινό σπιτικό» (Sillamy, 1980).

Προκειμένου να κατανοήσει την συμπεριφορά, η συστημική προσέγγιση εστιάζει στις αλληλεπιδράσεις των ατόμων, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην **αμφίδρομη αιτιότητα**, σύμφωνα με την οποία άνθρωποι και γεγονότα ενισχύουν και διαιωνίζουν αμοιβαία τον χαρακτήρα των αλληλεπιδράσεων τους. Συνεπώς, σύμφωνα με την οπτική αυτή, η προβληματική συμπεριφορά ενός μέλους της οικογένειας (του υποδεικνυόμενου ως ασθενή) αποτελεί ένδειξη των συναλλακτικών διεργασιών που πραγματοποιούνται μέσα στην οικογένεια η οποία δυσλειτουργεί.

Η οικογένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια ολιστικά (και όχι αθροιστικά) οργανωμένη οντότητα που συνιστά κάτι μεγαλύτερο από το άθροισμα των στοιχείων που την απαρτίζουν. Η **έννοια της ολότητας** πρεσβεύει ότι η οικογένεια δεν αποτελείται μόνο από άτομα, αλλά από σχέσεις ανάμεσα στα άτομα τα οποία καθορίζουν τη δομή ή την οργάνωση της οικογένειας ως ολότητα. Επίσης τα βιολογικά συστήματα θεωρούνται κυκλικά και όχι γραμμικά στην αιτιολογία τους: η δράση του κάθε μέλους ή συνιστώστος μέρους του συστήματος επηρεάζει όλα τα άλλα τα οποία αλλάζουν και επηρεάζουν τη λειτουργία όλων των προηγούμενων. Σε ένα οικογενειακό σύστημα, το ίδιο γεγονός με μια αλληλουχία καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικά αποτελέσματα. Κάθε αποτέλεσμα είναι συνέπεια όχι μόνο ενός ειδικού γεγονότος, που πυροδοτεί, αλλά και των ενδιάμεσων αντιδράσεων, οι οποίες καθορίζονται από τη δομή των οικογενειακών σχέσεων (Ζαφείρης, 1999).

Μέσα σε μια οικογένεια παρατηρούμε δίκτυα σχέσεων που συνυπάρχουν σχηματίζοντας **υποσυστήματα**. Αυτά τα υποσυστήματα συγκροτούνται ανάλογα με τις λειτουργίες και τα ενδιαφέροντα των μελών της οικογένειας, καθώς και τις συμμαχίες και τους συνασπισμούς που δημιουργούν. Κάθε μέλος της οικογένειας, ανεξάρτητα από τη γενιά ή το φύλο του μπορεί να ανήκει σε διαφορετικά υποσυστήματα.

Ένα ακόμη στοιχείο, που πρέπει να διευκρινισθεί, είναι η ισορροπία μεταξύ **συνοχής** (cohesion) και **αυτοκαθορισμού** (self-assertion), που χαρακτηρίζει τις οικογενειακές σχέσεις. Το ζητούμενο είναι κάθε ένας να είναι διαφοροποιημένος

από την υπόλοιπη οικογένεια και ταυτόχρονα να διατηρεί σχέσεις στοργής και αμοιβαίου σεβασμού (co-individuation). Σε κατάσταση **αποδέσμευσης** (disengagement), τα μέλη της οικογένειας είναι τόσο απόμακρα το ένα από το άλλο, που η συνοχή και η αίσθηση του ανήκουν χάνονται. Αντίθετα, μια οικογένεια με **παγιδευτική εμπλοκή** (enmeshment), δεν μπορεί να παρέχει στα μέλη της αυτονομία και προσωπική ανάπτυξη. Ο αυτοκαθορισμός κάθε μέλους βιώνεται ως απειλή για την ταυτότητα της οικογένειας και ελέγχεται στενά. Διαφορετικές αντιλήψεις ή γνώμες θεωρούνται επικίνδυνες για την οικογενειακή σταθερότητα, καθώς μπορούν να οδηγούν σε μεγαλύτερο αποχωρισμό ανάμεσα στα μέλη. Η οικογένεια γίνεται μια αδιαφοροποίητη «μάζα από Εγώ», με μικρή ή και ανύπαρκτη αδιαφοροποίητη μεταξύ των ατόμων. Μπορούμε, λοιπόν, να περιγράψουμε ένα συνεχές διαφοροποίησης του εαυτού όπου στη μια άκρη βρίσκεται η ακραία εμπλοκή (enmeshment) και από την άλλη η απόλυτη αποδέσμευση (disengagement).

Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται και η **έννοια της διατήρησης των ορίων**, που αναφέρεται, επίσης στις διαδικασίες του «μαζί» και του «χωριστά», οι οποίες βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Τα όρια περικλείουν τη «χωρική, χρονική και συναισθηματική περιοχή των σχέσεων». Τα σαφή και διαπερατά όρια εξασφαλίζουν την υγιή λειτουργία της οικογένειας, αποτρέπουν την σύγχυση και συμβάλλουν στη διατήρηση ενός σταθερού κλίματος. Τα όρια ελέγχουν την εισροή και εκροή των πληροφοριών και ρυθμίζουν τη ροή τους. Όταν το οικογενειακό σύστημα είναι ανοιχτό, επιτρέπει τη ροή πληροφοριών. Από την άλλη πλευρά, οι οικογένειες που περιορίζουν τη ροή μετατρέπονται σε κλειστά συστήματα. Σε κάποιες οικογένειες τα όρια είναι συγκεχυμένα, ενώ σε άλλες εξαιρετικά άκαμπτα. Όταν η οικογένεια λειτουργεί με κάποιον από τους παραπάνω τρόπους για μεγάλο χρονικό διάστημα, εμφανίζονται δυσλειτουργίες και δυσκολίες προσαρμογής (Haber & Leach, 1987; Τομαράς, 1999).

Τα κοινωνικά συστήματα είναι οργανισμοί που έχουν ανάγκη από **ισορροπία**. Ως κοινωνικό σύστημα, η οικογένεια έχει βασικές ανάγκες για ασφάλεια και σταθερότητα, οι οποίες διατηρούνται μέσω της ομοιόστασης. Η **ομοιόσταση** προσφέρει την απαραίτητη σταθερότητα και ισορροπία, που είναι αναγκαίες ανάμεσα στις αλλαγές, καθώς και τον έλεγχο αυτών των αλλαγών προκειμένου το

σύστημα να διατηρήσει μια ομαλή και συνεπή λειτουργία. Η ανάδραση, δηλαδή οι κυκλικές και αμφίδρομες διαδικασίες ανταλλαγής, και τα μοντέλα αλληλεπίδρασης παρέχουν στην οικογένεια τους μηχανισμούς αυτοελέγχου και αυτορρύθμισης, της επιτρέπουν να πραγματοποιεί αλλαγές και να διατηρεί μια σταθερή κατάσταση.

Η προσαρμοστική ικανότητα κάθε οικογένειας δοκιμάζεται και από συγκυριακά γεγονότα ζωής, όπως μια χρόνια αρρώστια, αναπηρία ή θάνατο. Σε αυτές τις συνθήκες, η οικογένεια αντιμέτωπη μ' έναν ισχυρό παράγοντα αποσταθεροποίησης, τείνει να αποκτήσει και πάλι σταθερότητα κινητοποιώντας ενδογενείς ομοιοστατικούς μηχανισμούς. Καταρχήν ανατρέχει σε στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες ή έχουν αποτύχει στο παρελθόν. Συγχρόνως, μια λειτουργική οικογένεια, μπροστά στην απειλή που θέτει το πρόβλημα, εγκαταλείπει το οικείο και ασφαλές, αναζητώντας την σταθερότητα, έστω και σε μια άλλη μορφή. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «**μορφογένεση**» (Wilson & Kreisl, 1988; Ζαφείρης, 1999; Τομαράς, 1999).

Σε κάθε οικογένεια υπάρχουν ορισμένοι σιωπηροί κανόνες, που καθορίζουν την εσωτερική λειτουργία της και τις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον. Αυτοί οι κανόνες, που συνιστούν **το μύθο της οικογένειας**, διαβιβάζονται από γενιά σε γενιά και καθορίζουν τους ρόλους, τη δομή, τις μορφές επικοινωνίας και τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια διαπραγματεύεται και επιλύει τα προβλήματά της. Οι κανόνες είναι άγραφοι, συγκεκαλυμμένοι και δεν αποσαφηνίζονται. Ρυθμίζουν τα πρότυπα συμπεριφοράς των μελών, το σύστημα πεποιθήσεων τους, καθώς και τις σχέσεις που αναπτύσσουν (Haber & Leach, 1987; Wilson & Kreisl, 1988; Ζαφείρης, 1999; Τομαράς, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις και οι θεωρίες αιτιοπαθογένειας της ψύχωσης

Οι ψυχωσικοί ασθενείς διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την κλινική τους εικόνα, την ανταπόκρισή τους στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και στην πρόγνωση της ασθένειάς τους. Παρ' όλο που έχει προσδιοριστεί μια σειρά παραγόντων – βιολογικοί, γενετικοί και ψυχοκοινωνικοί- που συντελούν στην εμφάνιση της ψύχωσης, ωστόσο, η ακριβής αιτία της ανάπτυξης και συντήρησης της ψυχωσικής συμπτωματολογίας παραμένει σε αρκετό βαθμό άγνωστη. Θεωρείται πού πιθανόν να μην ενέχεται ένας μόνο αιτιολογικός παράγοντας, αλλά να συνεργούν περισσότεροι.

Η σύγχρονη θεωρία του "Στρες και της Προδιάθεσης" υποστηρίζει ότι ένα άτομο μπορεί να έχει μια ειδική ευαλωτότητα (προδιάθεση), που όταν επιδρά σε αυτή μια στρεσογόνο κατάσταση, επιτρέπει την ανάπτυξη ψυχωσικών συμπτωμάτων. Η προδιάθεση και η στρεσογόνο κατάσταση, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, μπορούν να έχουν είτε βιολογική, είτε περιβαλλοντική προέλευση (Karlan & Sadock, 1998).

Στο παρελθόν, η μελέτη των οικογενειών των ψυχικά ασθενών ήταν προσανατολισμένη σε μια προσπάθεια προσδιορισμού του αιτιολογικού ρόλου της οικογένειας στην εμφάνιση και εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής. Αυτές οι θεωρίες έχουν δεχθεί έντονη κριτική λόγω της ασάφειας των υποθέσεων τους. Οι επισημάνσεις τους μπορούν να συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό, αν όχι στην αιτιολογία της ψύχωσης, στη διερεύνηση θεμάτων, όπως για παράδειγμα η σχέση των γονιών με το άρρωστο παιδί τους, η διαμόρφωση του γονεϊκού ρόλου, οι συζυγικές σχέσεις, που αποτελούν συνιστώσες του βιώματος των γονιών, όταν το παιδί τους πάσχει από σοβαρή ψυχική ασθένεια.

3.1 Η ψυχαναλυτική θεωρία

Ο Freud (1911) επεσήμανε ότι η ψύχωση οφείλεται σε πρώιμες αναπτυξιακές καθηλώσεις που έχουν ως αποτέλεσμα μια ανεπάρκεια του Εγώ. Η αποδιοργάνωση

του Εγώ των ψυχωσικών ασθενών αντικατοπτρίζει την παλινδρόμησης σ' ένα αναπτυξιακό στάδιο όπου το Εγώ δεν είχε ακόμη πλήρως αναπτυχθεί.

Μια βασική υπόθεση της ψυχαναλυτικής θεωρίας που αναπτύχθηκε από τον Sullivan ήταν ότι η διαταραχή εντοπιζόταν σε πολύ πρώιμες δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, ειδικά στην σχέση με μια ενοχική και υπεραγχώδη μητέρα. Η σχιζοφρενιογόνος μητέρα, όπως περιγράφεται στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία (Parker, 1982), αποτελεί μια κυριαρχική φιγούρα, ελεγκτική, υπερπροστατευτική, ουσιαστικά όμως απορριπτική, και δρα ως αιτιολογικός παράγοντας στην εμφάνιση της ψύχωσης. Όπως περιέγραψε η Mahler, το παιδί είναι ανίκανο να αποχωριστεί και να εξελιχθεί πέρα από μια απόλυτη και στενή εξάρτηση που χαρακτηρίζει την σχέση μητέρας- βρέφους στο στοματικό στάδιο της ανάπτυξης. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια δεν έχει κατακτήσει τη μονιμότητα του αντικειμένου που σχετίζεται άμεσα με την αίσθηση μιας σταθερής ταυτότητας και προϋποθέτει την ύπαρξη ενός στενού δεσμού με τη μητέρα κατά τη διάρκεια της βρεφικής περιόδου. Η έναρξη των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της εφηβείας συμβαίνει γιατί αυτοί οι έφηβοι δε διαθέτουν ένα ισχυρό εγώ για να λειτουργήσουν ανεξάρτητα και να αυτονομηθούν από τους γονείς τους, να ελέγξουν αυξημένες εσωτερικές ορμές και αντιμετωπίσουν έντονα εξωτερικά ερεθίσματα (Albin, 2001).

Ο Lacan (1955-6) επικεντρώθηκε στη σημασία της ψύχωσης σε σχέση με μια ασυνείδητη παθολογία που κατά κανόνα διαχέεται σε διαφορετικές γενιές μέσα στην ίδια οικογένεια. Η μελέτη του φαντασιακού των γονιών, όπως έγραψε η Dolto (1982), μας επιτρέπει να αντιληφθούμε ότι είναι αναγκαίες τρεις γενιές για την εμφάνιση της ψύχωσης: μια πρώτη γενιά νευρωτικών παππούδων, μια δεύτερη γενιά νευρωτικών γονιών και η Τρίτη γενιά του ψυχωσικού παιδιού.

Στην ψύχωση, υποστηρίζει ο Lacan (1955-6), το φαντασιακό παραμένει αποκλεισμένο, χωρίς να μπορεί να εκφραστεί, καθώς δεν γίνεται κατανοητή η υποκειμενικότητα της γλώσσας. Στον ψυχωσικό, το φαντασιακό και το πραγματικό διαπλέκονται χωρίς διάκριση και ο ασθενής δεν αναγνωρίζει τον εαυτό του στις δικές του φαντασιώσεις. Ωστόσο το παραλήρημα έχει νόημα και το φαινόμενο της τρέλας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη γλώσσα.

Σύμφωνα με το Lacan (1938) η ψύχωση και η γλώσσα του ψυχωσικού βρίσκονται σε στενή συσχέτιση με τα βιογραφικά συμφραζόμενα που

δημιούργησαν την ψυχική του οργάνωση. Τα οικογενειακά συμπλέγματα παίζουν μέσα στο Εγώ έναν αξιόλογο ρόλο, είτε ως αίτια των αντιδράσεων του υποκειμένου, είτε ως θέματα του παραληρήματος του. Οι νοσηρές αντιδράσεις στις ψυχώσεις, επισημαίνει ο Lacan, προκαλούνται από οικογενειακά αντικείμενα σε φθίνουσα συνάρτηση με την πραγματικότητα αυτών των αντικειμένων προς όφελος της φαντασιακής τους εμβέλειας

3.2 Ο “διπλός δεσμός” του Bateson

Ο Bateson, ως ανθρωπολόγος, μελετούσε την ανθρώπινη επικοινωνία, όταν παρατήρησε ότι η γλώσσα που χρησιμοποιούσαν ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενείς περιείχε συχνά αρκετές παράδοξες δηλώσεις που δημιουργούσαν σύγχυση στην επικοινωνία, αφού το περιεχόμενο που έστελνε ο πομπός δεν αντιστοιχούσε στα συμφραζόμενα του μηνύματος. Αυτό τον οδήγησε στην υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σ’ ένα ιδιαίτερο τύπο επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια που είναι γνωστός ως “διπλός δεσμός”

Ο “διπλός δεσμός” ορίζεται ως ένας ειδικός τύπος πλαισίου μάθησης απ’ όπου το παιδί δεν μπορεί να ξεφύγει. Πρόκειται για ένα πλαίσιο όπου το παιδί δέχεται αντιφατικά μηνύματα που του επιβάλλουν να παραγνωρίσει σημαντικές πλευρές του εαυτού του ή της εμπειρίας του. Σύμφωνα με το Bateson, η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε οικογένειες που χαρακτηρίζονται από σύγχυση στην επικοινωνία, επειδή οι εντολές ή οι παραγγελίες που δίνονται στο ένα επίπεδο επικοινωνίας (δηλαδή το περιεχόμενο της εντολής ή της παραγγελίας) έρχονται επανειλημμένα σε αντίφαση – ή ακυρώνονται σε – ένα άλλο επίπεδο επικοινωνίας (δηλαδή το πλαίσιο στο οποίο δίνεται η εντολή ή η παραγγελία). Στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας δίνουμε μεγάλη έμφαση στην θεωρία διπλής δέσμευσης (double-bind theory, Bateson 1956), όπου συσχετίζεται η απώλεια της ικανότητας διάκρισης της λογικής στάθμης των σκέψεων ενός σχιζοφρενή με την εμπειρία του στην οικογένεια ως αντικείμενο ασυμβίβαστων, αντιφατικών συναισθηματικών απαιτήσεων συνήθως από τη μητέρα, από τις οποίες δεν μπορεί να ξεφύγει. Ο αδιέξοδος χαρακτήρας της κατάστασης έγκειται στο ότι κανένα από τα οικογενειακά μέλη δεν μεσολαβεί, να διορθώσει, ή να αποσαφηνίσει τα συγκεκριμένα μηνύματα.

Σύμφωνα με τη θεωρία διπλής δέσμευσης, οι σχιζοφρενείς έχουν υποστεί κατά την παιδική τους ηλικία επαναλαμβανόμενες εμπειρίες υποβολής τέτοιου τύπου. Ο τρόπος άμυνας ενάντια σε μια τέτοια σύγχυση και απέναντι στην αμφιθυμία τόσο του παιδιού, όσο και της μητέρας είναι η απώλεια της ικανότητας αναγνώρισης των λεπτών διακρίσεων, που επιτρέπουν την κατανόηση των κινήτρων και τον εντοπισμό της ανακολουθίας των φανερών και κρυφών νοημάτων.(Left jl.2000)

Το παιδί παγιδευμένο μέσα σε ένα πλέγμα παραδόξων χαρακτηρισμών, που φέρουν την ισχύ προσταγών, αδυνατεί να λειτουργήσει σωστά.

Σε πολλές οικογένειες σχιζοφρενών υπάρχει ελάχιστη γνήσια επιβεβαίωση του παιδιού από τον κάθε γονιό, χωριστά ή μαζί. Το άτομο υφίσταται την πίεση για αποδοχή μιας συγκεκριμένης εικόνας για τον εαυτό και μια σκληρή επίθεση όταν προβάλλει σημάδια διαφωνίας.

Όπως αναφέρεται και στους Mishler και Waxler (1968), στη συνέχεια ο Haley εμπλούτισε τη θεωρία του δίνοντας έμφαση στον αγώνα για εξουσία και έλεγχο και μετατοπίζοντας το βάρος από τη δυαδική σχέση μητέρας- παιδιού μέσα στην οποία αναπτύσσεται ο “διπλός δεσμός” σε ολόκληρη την οικογένεια ως σύστημα αλληλεπιδράσεων. Στις οικογένειες των ψυχωσικών, τα μέλη αποφεύγουν να προσδιορίσουν τις μεταξύ τους σχέσεις με το να αποδυναμώνουν τα στοιχεία της επικοινωνίας τους.

Σύμφωνα πάντα με τη σχόλη του Bateson, η αμυντική λειτουργία του “διπλού δεσμού” ουσιαστικά προστατεύει από το άγχος της στενής σχέσης ή της σχέσης αυτής κάθε αυτής. Έτσι για την εμφάνιση της ψύχωσης ενοχοποιούνται οι συναισθηματικές συγκρούσεις της μητέρας, που απειλείται από την πιθανότητα μια στενής διαπροσωπικής σχέσης (Mishler & Waxler, 1968).

3.3 Το “συζυγικό σχίσμα”

Οι υποθέσεις του Lidz (1957) για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας αποτελούσαν κατά κάποιο τρόπο μια άμεση προέκταση και εφαρμογή της ψυχαναλυτικής θεωρίας στην οικογενειακή τριάδα «μητέρα - πατέρα -παιδί». Ωστόσο η βασική διαφορά είναι ότι ο Lidz αντιλαμβάνεται την οικογένεια ως μια ενότητα, ένα σύστημα.

Εμπειρικά διακρίνει δυο πρότυπα οικογενειών. Το πρώτο πρότυπο ονομάζεται «συζυγικό σχίσμα». Σε αυτό οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από χρόνια εχθρότητα, αμοιβαία απόσυρση και υπάρχει μια χρόνια κατάσταση σοβαρής ανισορροπίας και ασυμφωνίας.

Το δεύτερο πρότυπο είναι οργανωμένο γύρω από ένα κεντρικό, κυρίαρχο, παθολογικό πρόσωπο, συνήθως τη μητέρα, και αναφέρεται ως «βλαισό ζεύγος». Σε αυτή την περίπτωση το γονεϊκό ζεύγος επιτυγχάνει μια σχετική κατάσταση ισορροπίας όπου η συνέχιση του γάμου τους δεν απειλείται συνεχώς.

Τα πρότυπα αυτά αντανακλούν διαφορετικές διεργασίες στη γένεση της σχιζοφρένειας ανάλογα με το φύλο του παιδιού. Το βλαισό ζεύγος συναντάται στις οικογένειες με σχιζοφρενή γιο, ενώ οι σχισματικές οικογένειες ενοχοποιούνται για την σχιζοφρένεια της κόρης, αντικατοπτρίζοντας έτσι τη διαφορετική διεργασία για την ανάπτυξη ταυτότητας του παιδιού ανάλογα με το φύλο του. Ωστόσο, ο Lidz επισημαίνει ότι και στις δυο περιπτώσεις η κεντρική δυσκολία είναι η ίδια, πώς να αναπτυχθεί η ταυτότητα του φύλου, όταν το πρότυπο που προβάλλει ο γονέας του ίδιου φύλου είναι στρεβλό.

Ολόκληρη η οικογένεια θεωρείται παθολογική, καθώς την παράδοξη σκέψη και τις παράλογες απόψεις για τον έξω κόσμο, το παιδί τα μαθαίνει μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Σε αυτή τη θεωρία γίνεται πιο εκτενής περιγραφή των δραματικών οικογενειακών σχέσεων. Επιθετικές και αιμομικτικές επιθυμίες, ο φόβος της απώλειας του ελέγχου πάνω στις επιθυμίες αυτές παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ψύχωσης κατά την εφηβεία. Αιτιολογικός παράγοντας για αυτά τα παθολογικά οικογενειακά πρότυπα, κατά τον Lidz, είναι οι σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας των γονιών που τους εμποδίζουν να εκπληρώσουν ικανοποιητικά το γονεϊκό τους ρόλο (Mishler & Waxler, 1968).

3.4 Η Θεωρία του Wynne

Ο Wynne το 1966 άρχισε να αναπτύσσει τις ιδέες του σχετικά με τη δομή των οικογενειών που εκδηλώνουν συμπτώματα σχιζοφρένειας και περιέγραψε τον τεχνητό χαρακτήρα τόσο των θετικών (ψευδοαμοιβαιότητα) όσο των αρνητικών

(ψευδοεχθρική) συναισθημάτων που επικρατούν σε οικογένειες των οποίων κάποιο μέλος πάσχει από σοβαρή διαταραχή.

Σύμφωνα με τον Wynne, η διαμόρφωση μιας σταθερής ταυτότητας και η υγιής λειτουργία του Εγώ απαιτούν όχι μόνο ένα σταθερό και συγκροτημένο περιβάλλον, αλλά και τη δυνατότητα να ελεγχθούν και να δοκιμαστούν ποικίλοι ρόλοι ως πιθανές πτυχές της υπό διαμόρφωση ταυτότητας. Οι οικογένειες των σχιζοφρενών δεν παρέχουν ένα τέτοιο σταθερό περιβάλλον λόγω των άκαμπτων ή αντίθετα των χαλαρών ρόλων και των διασπασμένων προτύπων επικοινωνίας.

Ο Wynne αναφέρεται κυρίως στην ποιότητα και τη δομή των ρόλων σε αυτές τις οικογένειες οι οποίες ορίζονται ως κοινωνικά συστήματα. Διακρίνονται τέσσερα κύρια χαρακτηριστικά τους: *πρώτον*, ο τρόπος προσέλευσης της προσοχής και άντλησης νοήματος που είναι διασπαστικός, αντιφατικός και δυσπροσαρμοστικός, έχει ως αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η ικανότητα του παιδιού να συγκεντρώνεται και να σκέφτεται με κατάλληλο τρόπο, *δεύτερον*, οι δυσκολίες στις σχέσεις αφορούν το θέμα της εγγύτητας και της απόστασης και οφείλονται στις συγκεχυμένες προσδοκίες από τους άλλους, *τρίτον*, λανθάνοντα διάχυτα συναισθήματα κενού, έλλειψης νοήματος και σκοπού, που τα μέλη της οικογένειας αποφεύγουν να τα συνειδητοποιήσουν, *τέλος*, οι χειρισμοί των μελών της οικογένειας χρησιμεύουν στην άρνηση δυσάρεστων συναισθημάτων και της έλλειψης νοήματος και ικανοποίησης από τις μεταξύ τους σχέσεις (Singer & Wynne, 1966).

Ο Wynne θεωρεί σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας τα βιολογικά χαρακτηριστικά και το νόημα που μπορεί να δοθεί σε αυτά από τους γονείς ανάλογα με τη δική τους ψυχολογική κατάσταση. Σημασία δεν έχουν τόσο αυτά καθεαυτά τα χαρακτηριστικά του παιδιού, αλλά ο τρόπος που νοηματοδοτούνται από τους γονείς και αλληλεπιδρούν με τις δικές τους ενδοψυχικές συγκρούσεις (Mishler & Waxler, 1968).

3.5. Η Θεωρία του Bowen

Ο Bowen ήταν ψυχίατρος – ψυχαναλυτής που ασχολήθηκε αρχικά με την ατομική θεραπεία ψυχωσικών ασθενών. Σύντομα, όμως κατάλαβε ότι κάτι τέτοιο

δεν επαρκούσε και ότι θα έπρεπε να συμπεριλάβει στη θεραπεία και τις οικογένειες τους. Από την κλινική του αυτή εμπειρία διαμόρφωσε την υπόθεση και την έννοια της συμβιωτικής σχέσης μητέρας – ασθενή. Αυτή η συναισθηματική ταυτοποίησης η οποία συμπεριέλαβε και τα άλλα μέλη της οικογένειας, οδήγησε στην απόρριψη της ιδέας περί συμβιωτικής σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και στην αντικατάστασή της από την άποψη ότι *«η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα ευρύτερο οικογενειακό φαινόμενο το οποίο ξεπερνά τη συμβιωτική σχέση μητέρας – ασθενή»*.

Η θεωρία του Bowen για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας έχει κάποια κοινά χαρακτηριστικά με τη θεωρία του Lidz με τη διαφορά ότι εδώ τονίζεται με μεγαλύτερη έμφαση η έννοια των οικογενειακών ρόλων. Περιγράφονται σημαντικές συγκρούσεις, «συναισθηματικό διαζύγιο» μεταξύ των γονιών, μια υπερ-εμπλεκόμενη μητέρα μ' έναν «περιφερειακό» πατέρα – ένα πρότυπο που μοιάζει πολύ με το «συζυγικό σχίσμα» του Lidz. Η βασική διαφορά στις δυο θεωρίες αφορά στο ότι ο Bowen επικεντρώνεται περισσότερο στη δομή των ρόλων, παρά στη φύση των σχέσεων. Ο σημαντικός παράγοντας για τη θεωρία του είναι η ακαμψία και η ακρότητα στη διαμόρφωση των ρόλων. Η τάση στις οικογένειες των σχιζοφρενών, όπως αυτές περιγράφονται, είναι να συντηρούν ακραίους, πολωμένους και στερεότυπους ρόλους, υιοθετώντας μια άκαμπτη και αδιαφοροποίητη συμπεριφορά (Bowen,1978).

Ο Bowen παρατηρεί ότι το σχιζοφρενές παιδί, πριν ακόμη αρρωστήσει, «αγγίζει» μια πτυχή της προσωπικότητας του γονιού όπου υπάρχει ψυχική σύγκρουση (Ζαφείρης, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ψυχωσική οικογένεια

4.1. Κρίση της οικογένειας

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

Η οικογένεια καλείται να αντιμετωπίσει μια σύνθετη πρόκληση: να διαχειρισθεί έντονα συναισθήματα και καθήκοντα φροντίδας τη στιγμή που τα πρότυπα οικογενειακής αλληλεπίδρασης τα οποία παρέχουν δομική σταθερότητα έχουν διαταχθεί σοβαρά. Η επαναδημιουργία μιας νέας σταθερής δομής και λειτουργικής οικογενειακής ισορροπίας αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για τις οικογένειες σε κρίση. Μπροστά σε μια ανεπιθύμητη συναισθηματική ένταση, οι οικογένειες προσπαθούν να διατηρήσουν τις συνεχείς οικογενειακές λειτουργίες, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η ισορροπία και η φροντίδα να συνεχίζεται. Πρόκειται για - ενδοψυχικούς και διαπροσωπικούς - μηχανισμούς οικογενειακής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας που επιτρέπουν, μέσω της άρνησης και αποφυγής του επίμαχου θέματος, τη βραχυπρόθεσμη συναισθηματική προστασία και στη συνέχεια την ψυχολογική αντιμετώπιση μιας απώλειας (Shapiro,1994; Nadeau,1998).

Στις οικογένειες σε κρίση γίνονται πιο έντονοι και ισχυροί οι συναισθηματικοί δεσμοί ανάμεσα στα μέλη και άκαμπτες δομές που περιορίζουν την ευέλικτη έκφραση διαφορετικών συναισθημάτων, αποτελούν μερικές φορές τα μόνα μέσα που παρέχουν την απαραίτητη συναισθηματική και λειτουργική σταθερότητα. Σε ακραίες καταστάσεις οικογενειακής έντασης ασυνείδητα οι οικογενειακές σχέσεις μετακινούνται από ένα ανοιχτό σ' ένα πιο κλειστό σύστημα επικοινωνίας.

Η οικογένεια σε οξεία κρίση αποδιοργανώνεται και παύει να αποτελεί μια ενότητα, αλλά ένα σύνολο ατόμων. Η οικογένεια βρίσκει τρόπο να χειριστεί την

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

- Η φύση της ασθένειας (η σοβαρότητα των κλινικών της εκδηλώσεων, η διάρκεια της, οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες)
- Η ηλικία του ασθενούς κατά την έναρξη της αρρώστιας και η προσωπικότητα του
- Η θέση και ο λειτουργικός ρόλος του ασθενούς στην οικογένεια
- Η αντίδραση των συγγενών και η οικογενειακή δομή
- Η στάση και τα λόγια του γιατρού και του λοιπού προσωπικού υγείας.

Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν με:

- Την εξέλιξη και την ποιότητα του διαπροσωπικού και συναισθηματικού κόσμου του ασθενούς και
- Τη συνολική οικογενειακή δομή

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

4.2 Ψυχωσική επικοινωνία και η οικογένεια του Σχιζοφρενή

Αφετηρία για την προσπάθεια ελέγχου των τρόπων επικοινωνίας μέσα στην «ψυχωσική οικογένεια» είναι η διαπίστωση ότι η ψύχωση, και η ψυχωσική επικοινωνία γενικότερα δεν περιορίζεται στα δύο (για πολύ καιρό αυτονόητα) αξιώματα:

Πρώτον, ότι η διαταραχή εντοπίζεται στο «μυαλό» του ασθενούς

Δεύτερον, ότι τα λόγια του στερούνται νοήματος, ή έχουν απλώς μια ενδοψυχική σημασία.

Μετά τις πρώτες περιγραφές των περιπτώσεων δυαδικής ψύχωσης φάνηκε ότι η παθολογία είναι μία διαδικασία διαδραστική, διαπροσωπική, η πολυπλοκότητα της οποίας δεν μπορεί να συνοψιστεί στην παθολογία του ενός. Συνέπεια των παραπάνω είναι ο προβληματισμός του ποιού μηχανισμού επικοινωνίας ισχύουν, και πως αυτοί λειτουργούν σε ένα σύστημα μέσα στο οποίο παρουσιάζεται η ψύχωση (Watzlawick 1993).

Οι συστημικοί κατά κύριο λόγο θεωρητικοί είναι αυτοί που ανίχνευσαν τους τρόπους επικοινωνίας (και μετεπικοινωνίας) και προσδιόρισαν κάποιους βασικούς μηχανισμούς. Η παρεκκλίνουσα απάντηση αφορά μια δήλωση από το α άτομο, η οποία ακολουθείται από μια δήλωση από το β άτομο. Η β δήλωση αναγνωρίζει την επιθυμία επικοινωνίας από τον α, αλλά αδιαφορεί, τόσο για το περιεχόμενο, όσο και για τον στόχο του πομπού. Ο αποκλεισμός αυτός συνήθως προκαλεί σύγχυση στον α, ακριβώς γιατί δεν μπορεί να ξέρει επακριβώς αν ο β συμφωνεί ή διαφωνεί, αν απορρίπτει το μήνυμα ή το παρεξηγεί ή δεν το έχει αντιληφθεί καν, με αποτέλεσμα να μην ξέρει πως να φερθεί.

Στην πιο αφηρημένη της μορφή, μια παραπλανητική δήλωση έχει ως εξής: Ότι βλέπετε (ή σκέφτεστε ή ακούτε ή νοιώθετε) είναι πλασματικό. Συνέχεια οι οικογένειες των σχιζοφρενών περιγράφονται ως ιδιαίτερα κλειστά συστήματα, εντός των οποίων οι μελλοντικοί άρρωστοι είναι εξαιρετικά εγκλωβισμένοι.

Το βασικότερο στοιχείο, που πρέπει να αξιολογηθεί, κατά την εκτίμηση της σχιζοφρενικής συμπεριφοράς, είναι το σύστημα επικοινωνίας, στο οποίο λειτούργησε αρχικά, ή εξακολουθεί να λειτουργεί αυτή η συμπεριφορά

(Dixon2001). Το κάθε άτομο προσπαθεί να καθιερωθεί ως πρόσωπο, βασικά απέναντι στους αρχικούς βασικούς άλλους. Κάποια στοιχεία «διαταραγμένων» ατόμων, που θεωρούνται παραληρηματικές δομές, είναι στην πραγματικότητα αναγνωρίσιμα προϊόντα οικογενειακών καταστάσεων (Λαίινγκ 1989).

Η σύγχυση, σχετικά με το πώς νιώθει ο ασθενής τον εαυτό του και με το πώς οι άλλοι των νιώθουν, αντανακλά την απατηλή κατάσταση μέσα στην οποία ζει επί χρόνια εντός της οικογένειας. Η επίμονη έλλειψη συνοχής μέσα στο αρχικό πλέγμα των σχέσεων συνιστά την αφετηρία της δυσπιστίας του ατόμου απέναντι στα αισθήματα του, έτσι που να μην κατακτήσει ποτέ κάποιο βαθμό αυτοπεποίθησης. Ο ασθενής παλεύει να δώσει νόημα σε μια συγχυτική κατάσταση. Αφενός προσπαθεί να διατηρήσει μία εικόνα σύμφωνη με εκείνη που έχουν σχηματίσει οι γονείς για εκείνον, αφετέρου, εάν αυτή καθαυτή η εικόνα είναι αντιφατική και σχεδόν ολότελα ασύνδετη με τα εσωτερικά συναισθήματα του, προσπαθεί να την αναιρέσει.

Ένα σοβαρό ενδεχόμενο, απέναντι σε αυτό το επισφαλές πλαίσιο, είναι το άτομο να αναπτύξει στρατηγικές που να συνδυάζονται με τα επονομαζόμενα σχιζοφρενικά είδη συμπεριφοράς. Ο ασθενής, προσπαθώντας να συμβιβάσει την προσωπικότητα του με όλες αυτές τις αντιθέσεις, συνθλίβεται από το βάρος της ίδιας της προσπάθειας καταλήγοντας στην συντριβή της ιεράρχησης του νοήματος της ζωής. Ολόκληρο το σύστημα των εννοιών του και το νόημα της πραγματικότητας κατακερματίζεται (Cooper 2001).

Η αποδόμηση της προσωπικότητας, τα κατατονικά και παρανοϊκά συμπτώματα, η ρηχότητα του συναισθήματος, η αυτιστική απόσυρση, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, η σύγχυση των «ορίων του εγώ», οι νεολογισμοί, οι συντακτικές τροποποιήσεις, οι περίεργοι τονισμοί, το αυθαίρετο χώρισμα των λέξεων και των συλλαβών, οι ισοδύναμες εκδηλώσεις που λειτουργούν στην εξωλεκτική έκφραση και χειρονομία κ.λ.π. φαίνονται να είναι απόρροια των αλληλεπιδράσεων στις σχέσεις του ασθενή με τους γονείς του, δηλαδή να συνάδουν με την κοινωνική του πραγματικότητα. Η ψυχωτική εικόνα αντιστοιχεί στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, της αυτοπραγμάτωσης και της αυτονομίας του ατόμου (Cooper 2001).

Το πρόβλημα της σχιζοφρένειας ταυτίζεται με το πρόβλημα της αλλοτρίωσης και της αποξένωσης. Το ψυχωτικό επεισόδιο αποτελεί μία προσπάθεια απόδρασης του ατόμου από το κυρίαρχο σύστημα αλλοτρίωσης και επομένως το χαρακτηρισμένο ως ψυχωτικό άτομο είναι λιγότερο «νοσηρό» ή τουλάχιστον λιγότερο αλλοτριωμένο από το «φυσιολογικό» γόνιο της «κανονικής» οικογένειας. Κατ' επέκταση, η εισαγωγή του στο ψυχιατρικό ίδρυμα σηματοδοτεί την συντριβή της απελπισμένης προσπάθειας απελευθέρωσης του εαυτού, λόγω της ανεπάρκειάς του σε σχέση με τις επιβεβλημένες κοινωνικές δεξιότητες και τακτικές (Cooper 2001).

4.3 Η εκτίμηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ψυχωτικού ασθενούς (Η κλίμακα του Εκφραζόμενου Συναισθήματος)

Η ανάγκη εκτίμησης συγκεκριμένων παραγόντων που συνθέτουν την συναισθηματική στάση απέναντι στον άρρωστο ή γενικότερα, την ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα οδήγησε στη διαμόρφωση διαφόρων ψυχολογικών οργάνων μέτρησης, μεταξύ των οποίων αυτό που χρησιμοποιείται συχνότερα είναι η εκτίμηση του εκφραζόμενου συναισθήματος απέναντι στο ψυχικά άρρωστο συγγενή και την ψυχική ασθένεια.

Η εκτίμηση γίνεται βάσει μια ημιδομημένης συνέντευξης (Camberwell Family Interview), που αναφέρεται στο ψυχιατρικό ιστορικό του ασθενούς, στην συμπτωματολογία του, στη συμπεριφορά του στο σπίτι, στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και στις προστριβές που ενδεχομένως δημιουργούνται (Vaughn, Leff, 1976). Από το περιεχόμενο της συνέντευξης βαθμολογούνται οι υποκλίμακες του Εκφραζόμενου Συναισθήματος (Expressed Emotion):

- 1) Κριτικής
- 2) Συναισθηματικής υπερεμπλοκής
- 3) Εχθρικότητας
- 4) Θετικών σχολίων
- 5) Εγκαρδιότητας

Οι τρεις πρώτες κλίμακες καθορίζουν την κατηγοριοποίηση του ερωτώμενου συγγενή ως προς το εκφραζόμενο συναίσθημα και έχουν προγνωστική αξία για τιν

ασθενή. Οι “υψηλού εκφραζόμενου συναισθήματος” συγγενείς χαρακτηρίζονται από επικριτική στάση, εχθρικότητα, υπερεμπλοκή ή συνδυασμό αυτών. Για την πιστοποίηση στάσης, απαιτούνται 6 τουλάχιστον επικριτικά σχόλια για τον άρρωστο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Είναι επίσης πιθανό να υπάρχει μια γενικευμένη αρνητική κριτική ή απορριπτική στάση. Η υπερεμπλοκή βαθμολογείται στη βάση συνολικής αξιολόγησης της συνέντευξης. Η ήπια μορφή της χαρακτηρίζεται από υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις, που αφορούν στα προβλήματα του αρρώστου, υπερβολική ανησυχία κλπ. Η εκσεσημασμένη υπερεμπλοκή περιλαμβάνει υπερπροστατευτικότητα, παρεμβάσεις, επιτήρηση και έλεγχο στην καθημερινή ζωή του αρρώστου, καθώς και θυσίες στην προσωπική ζωή του συγγενούς, προκειμένου να αφοσιωθεί στην εξυπηρέτηση των αναγκών του αρρώστου (Τομαράς & Μαυρέας, 1990)

Παρόλο που η προγνωστική αξία του Εκφραζόμενου Συναισθήματος για την πρόληψη των υποτροπών έχει θεμελιωθεί, δεν γνωρίζουμε πολλά για την πρόελευση των στάσεων και των συναισθηματικών χαρακτηριστικών, που μετράει η κλίμακα. Είναι πιθανό το Εκφραζόμενο Συναίσθημα να είναι ένα στοιχείο που προκύπτει ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του συγγενή, του ασθενή και των συνθηκών και χαρακτηριστικών της αρρώστιας.

Γνωρίζουμε ότι η κριτική είναι πιο συχνή σε συγγενείς αρρώστων με παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια, ενώ η υπερεμπλοκή είναι πιο συχνή στην ηβηφρένεια. Αυτό μπορεί να συνδέεται με τη μικρότερη προσβολή της προσωπικότητας του άρρωστου μέλους από την παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια, καθώς και με την αίσθηση των γονιών των αποδιοργανωμένων σχιζοφρενών ότι οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι η βελτίωση στην κλινική εικόνα των ασθενών σε οικογένειες με υψηλό του εκφραζόμενο συναίσθημα συνοδεύεται κατά κανόνα με μείωση του εκφραζόμενου συναισθήματος των οικογενειών και βελτίωση στη λειτουργικότητα των οικογενειών (Nazarian, 1995).

Τα δεδομένα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι, όποιος κι αν είναι ο ακριβής μηχανισμός, το εκφραζόμενο συναίσθημα ανιχνεύει παραμέτρους της συμπεριφοράς του συγγενούς, που σχετίζεται άμεσα με τα ειδικά χαρακτηριστικά του ασθενή (Ivanivic et al, 1994). Η παρουσία υψηλού εκφραζόμενου

συναισθήματος είναι ένδειξη περίπλοκων αρνητικών αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στον άρρωστο και την οικογένεια του.

Η υπόθεση σύμφωνα με την οποία το αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον είναι αποτέλεσμα της αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς του αρρώστου ενισχύεται από παρατηρήσεις, όπως ότι η εποκρικτικότητα και η εχθρικότητα μειώνονται σημαντικά, όταν η κλινική εικόνα των αρρώστων έχει βελτιωθεί. Ωστόσο το ίδιο δεν παρατηρείται και για την υπερεμπλοκή.

Η αντίστροφη υπόθεση υποστηρίζεται από τα ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία αρνητικοί τρόποι επικοινωνίας και συναισθηματικής συναλλαγής μέσα στην οικογένεια αποτελούν παράγοντα υψηλού κινδύνου για τη μελλοντική ανάπτυξη διαταραχής του σχιζοφρενικού φάσματος σε οποιοδήποτε από τα παιδιά της οικογένειας (Τομαράς & Μαυρέας, 1990).

4.4 Οικογενειακή επιβάρυνση – στρες και επιθετικότητα.

Κατά τις δεκαετίες 1950 και 1960 ξεκίνησαν οι πρώτες ερευνητικές προσπάθειες για τον καθορισμό των επιπτώσεων της ψυχικής ασθένειας ενός μέλους της οικογένειας στη ζωή των άλλων μελών της και ορίσθηκε η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης (family burden) ως «*οι συνέπειες που βιώνουν τα άτομα που βρίσκονται σε στενή επαφή με ένα σοβαρά διαταραγμένο ψυχιατρικά άτομο*» (Treudley, 1946)

Οι Hoening και Hamilton το 1966 διέκριναν την οικογενειακή επιβάρυνση σε αντικειμενική και υποκειμενική. Ο Fadden (1987) και ο Jones (1995) έδωσαν τους εξής ορισμούς:

- Η *αντικειμενική επιβάρυνση* αναφέρεται σε πρακτικά παρατηρήσιμα προβλήματα του συγγενή, όπως είναι η διαταραχή των ενδοοικογενειακών σχέσεων, τα οικονομικά και επαγγελματικά προβλήματα, οι περιορισμοί σε κοινωνικές δραστηριότητες, η μείωση του ελεύθερου χρόνου.
- Η *υποκειμενική επιβάρυνση* αναφέρεται στις ψυχολογικές αντιδράσεις των συγγενών, έτσι όπως περιγράφουν οι ίδιοι ότι τις βιώνουν. Η εμπειρία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει αίσθηση απώλειας, θυμό, ενοχή, άγχος, ντροπή και

ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως διαταραχές του ύπνου, της όρεξης, πονοκεφάλους κλπ

Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στην αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση είναι περίπλοκη. Φαίνεται ότι μεσολαβούν μια πληθώρα διαμεσολαβητικών παραγόντων, όπως η σχέση με το άρρωστο παιδί και η κοινωνική υποστήριξη που επηρεάζουν τη γνωστική εκτίμηση των στρεσογόνων παραγόντων και αυτή με τη σειρά της καθορίζει τον τρόπο που βιώνεται η αρρώστια του παιδιού από τους γονείς του.

Η ψυχιατρική αρρώστια θεωρείται μια πολύ σημαντικά στρεσογόνος συνθήκη, καθώς συγκεντρώνει τα τέσσερα κριτήρια που διακρίνουν τις καταστάσεις με υψηλές προσαρμοστικές απαιτήσεις (Hatfield, 1987b) :

- *Μοναδικότητα.* Οι γονείς κατά κανόνα, δεν έχουν έρθει στο παρελθόν σε άμεση επαφή με συμπεριφορές που σχετίζονται με την ψυχική αρρώστια και δε διαθέτουν την εμπειρία, τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν τις προσκλήσεις. Επίσης, δεν υπάρχουν κοινωνικά αποδεκτοί ρόλοι και αντιδράσεις.
- *Μεγάλη διάρκεια και συχνότητα.* Το χρονικό διάστημα που μια πρόκληση είναι παρούσα, επηρεάζει το βαθμό και την ένταση του στρες. Οι παρατεινόμενες φορτισμένες καταστάσεις οδηγούν σε εξουθένωση. Η συχνότητα αναφέρεται στην επανεμφάνιση συγκεκριμένων απαιτήσεων, για περιορισμένο χρονικό διάστημα, αλλά συχνά επαναλαμβανόμενων. Ο συνδυασμός μεγάλης διάρκειας και υψηλής συχνότητας στρεσογόνων παραγόντων του ατόμου. Η ψυχική αρρώστια με τη μακρά συνήθως πορεία της και την περιοδική έξαρση των συμπτωμάτων επιφέρει υψηλά επίπεδα στρες. Μάλιστα η αντιληπτή ως ακαθόριστη και ατέρμονη, τα άτομα νιώθουν αβοήθητα κι αδύναμα να ασκήσουν έλεγχο πάνω στις καταστάσεις.
- *Υψηλή διεισδυτικότητα.* Υψηλή διεισδυτικότητα εμφανίζουν καταστάσεις που επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής ή περικλείουν μια ολόκληρη σειρά απαιτήσεων, έτσι ώστε το άτομο έχει την αίσθηση ότι ολόκληρη η ζωή του απειλείται ή διαταράσσεται κι ότι δεν υπάρχει διέξοδος.

- *Πρόκληση σύγχυσης.* Η προσαρμογή γίνεται πιο δύσκολα, όταν υπάρχει σύγχυση για το τι ακριβώς συμβαίνει, ποιοι είναι οι ρόλοι και οι σχέσεις, ποια θα είναι η εξέλιξη και πως θα διαμορφωθεί το μέλλον.

Η κυριότερη πηγή της οικογενειακή επιβάρυνσης είναι η φροντίδα που πρέπει να παρέχεται στον ψυχικά ασθενή, ειδικά αν οι συγγενείς ζουν μαζί του μέσα στο ίδιο σπίτι. Οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με παρεκκλίνουσες συμπεριφορές, όπως βαθιές και απρόβλεπτες αλλαγές της διάθεσης, παράλογους ιδεασμούς, διαταραχές της προσοχής και της επικοινωνίας, απόσυρση και απάθεια. Όλα αυτά μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα σοβαρό κίνδυνο για τη σωματική ακεραιότητα των συγγενών, κοινωνική απομόνωση της οικογένειας και σοβαρή επιβάρυνση των άλλων παιδιών.

Παρά τα νέα δεδομένα για την ψυχική αρρώστια από γενετικές, βιοχημικές και νευροπαθολογικές έρευνες, για το ευρύ κοινό, ο τρόπος σύνδεσης της παθολογικής συμπεριφοράς με τις διαταραχές του νευρικού συστήματος παραμένει αρκετά ασαφής. Επιπλέον, η κοινωνική στάση ότι υπεύθυνοι για την «τρέλα» του πάσχοντος μέλους είναι οι γονείς του, τους καθιστά πιο ευάλωτους σε παρερμηνείες της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς με αποτέλεσμα να παγιδούνται σ' ένα φαύλο κύκλο ενοχής, θυμού και θλίψης (Lefley, 1987)

Οι Kreisman και Joy (1974) εντοπίζουν ως κύριες πηγές επιβάρυνσης:

- 1) Το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική αρρώστια
- 2) Την επιθετική συμπεριφορά του αρρώστου
- 3) Την παρεκκλίνουσα συμπεριφορά του αρρώστου
- 4) Τις οικονομικές επιπτώσεις της αρρώστιας
- 5) Την συνεχή ευθύνη των γονιών για την επιτήρηση του παιδιού
- 6) Τη διαταραχή στη συζυγική ζωή που προκαλείται από την αρρώστια
- 7) Τα ίδια τα συναισθήματα ντροπής και ενοχής των γονιών

Σε δείγμα 101 ασθενών με οξύ ψυχωσικό επεισόδιο που νοσηλεύθηκαν σε γενικό νοσοκομείο, βρέθηκε ότι το 32% των συγγενών τους (γονείς ή σύζυγοι) ψυχικά ασθενών, ήταν θύματα φυσικής βίας από τον άρρωστο, ενώ ποσοστό 5-% των συγγενών ανέφεραν ότι είχαν υποστεί λεκτική επιθετικότητα, απειλές ή ξεσπάσματα θυμού. Η κακοποίηση συνδέθηκε στενά με αυξημένα επίπεδα επιβάρυνσης, υψηλό βαθμό εμφάνισης ελασσόνων συναισθηματικών διαταραχών στους συγγενείς (79%) και αυξημένη πιθανότητα (15%) να ζουν υπό τι κράτος

φόβου για τον ψυχικά ασθενή. Ως παράγοντες που σχετίζονται με την επιθετική συμπεριφορά έναντι των συγγενών, αναφέρθηκε η διάγνωση, ταυτόχρονη χρήση τοξικών ουσιών και η κακή προνοσηρά σχέση ασθενούς και γονιού (Vaddadi, 1997).

Οι δυσκολίες κοινωνικοποίησης των ψυχωσικών ασθενών συχνά τους καθελώνουν σε ένα παρατεταμένο καθεστώς εξάρτησης από τους γονείς τους. Η ικανοποίηση αναγκών και αμφιθυμία στα πλαίσια του διπόλου εξάρτηση – ανεξαρτησία αποτελούν έννοιες- κλειδιά για την σχέση των ψυχωσικών ασθενών με τα σημαντικά γι' αυτούς πρόσωπα. Καθώς η οικογένεια αντιπροσωπεύει μισητές ανάγκες εξάρτησης και οι ψυχωσικοί ασθενείς νιώθουν εύκολα απειλούμενοι και ματαιωμένοι όταν οι απαιτήσεις τους δεν μπορούν να ικανοποιηθούν, μεταθέτουν το θυμό και την επιθετικότητα τους προς τους άμεσους συγγενείς τους (Lefley, 1997). Αυτή η συγκρουσιακή σχέση του συγγενή με τον ψυχικά ασθενή που δυσκολεύει τη συνεργασία τους στη διαχείριση της ασθένειας, αποτελεί παράγοντα που συνδέει την αντικειμενική με την υποκειμενική επιβάρυνση που βιώνει ο συγγενής (Jones, 1996).

Η Lefley (1997) εντοπίζει τρεις βασικές πηγές στρες για τους συγγενείς των ψυχικά ασθενών: το στρες που πηγάζει από τις καταστάσεις (situational), από το κοινωνικό περιβάλλον (societal) και από την επαφή με το σύστημα υγείας (iatrogenic). Οι κλίμακες της οικογενειακής επιβάρυνσης, παρατηρεί η Lefley, επικεντρώνεται στην πρώτη πηγή στρες που προκύπτει από την αλληλεπίδραση των συγγενών με τον ψυχικά ασθενή. Ωστόσο, οι οικογένειες επιβαρύνονται και από τις συνέπειες του στίγματος, τα κωλύματα με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και το νομικό καθεστώς, καθώς και τις απογοητεύσεις λόγω της ακατάλληλης συμπεριφοράς των επαγγελματιών.

4.5 Στίγμα

Παρά την σημαντική συμβολή που μπορεί να έχει ένα υποστηρικτικό κοινοτικό δίκτυο στην αντίληψη του στρες και στην ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης, η πραγματικότητα των οικογενειών με ψυχικά άρρωστο μέλος φαίνεται να είναι πολύ διαφορετική. Η διάγνωση της ψυχικής ασθένειας συνοδεύεται με κοινωνικό στίγμα, τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένεια του.

Πολλές έρευνές, σε διαφορετικές χώρες, έδειξαν αρνητική στάση του κοινού απέναντι στους ψυχικά αρρώστους. Προσδιορίστηκε ότι κοινωνικό- δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, η μόρφωση, η εργασία και ο τόπος κατοικίας (έως την ηλικία των 18 χρόνων), έχουν επίδραση σε παράγοντες, που αντανακλούν την κοινωνική διαφορετικότητα και τον κοινωνικό περιορισμό των ασθενών. Με άλλα λόγια, οι νεότεροι, οι πιο μορφωμένοι κι αυτοί που μεγάλωσαν σε αστικές περιοχές είχαν μικρότερη τάση να θεωρούν ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους, ότι συμπεριφέρονται σαν παιδιά και ότι δεν θα πρέπει να τους επιτρέπεται να παντρεύονται (Μαδιανός, 1987).

Ένας από τους λόγους που η ψυχική ασθένεια είναι αντικείμενο στιγματισμού είναι ο φόβος και η αγνοία. Παρ' όλο που υπολογίζεται ότι περίπου 1 στους 4 κάποια στιγμή στη ζωή του έχει ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια για ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας, η πλειοψηφία αρνείται ότι κάτι τέτοιο αφορά ψυχική ασθένεια. Οι περισσότεροι άνθρωποι δε θέλουν να σκεφτούν τι σημαίνει ένα από τα μέλη της οικογένειας τους να αρρωστήσει από ψυχική ασθένεια. Ο φόβος είναι ένας παράγοντας. Η ψυχική ασθένεια θεωρείται επικίνδυνη και σπάνια, όμως πολυπροβεβλημένα, βίαια επεισόδια από ψυχικά ασθενείς συμβάλλουν στην αναζωπύρωση αυτού του φόβου. Το στοιχείο της ευθύνης της οικογένειας είναι μια άλλη κοινωνική αντίληψη που οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση της οικογένειας.

Σύμφωνα με κάποιες θεωρίες, ο στιγματισμός πηγάζει από την ψυχολογική τάση να κατασκευάζουμε σχήματα του τύπου «εκείνου και εμείς», με τα οποία η προσωπική ταυτότητα ενδυναμώνεται, "βαφτίζοντας" ανώμαλους αυτούς που είναι διαφορετικοί και εν δυνάμει επικίνδυνοι. Διάφορες θεωρήσεις των ασθενειών ενισχύουν την συλλογική προκατάληψη και δίνουν ηθικές διατάσεις στην ασθένεια, γεγονός που επιτρέπει την αίσθηση ελέγχου πάνω στην αρρώστια. Το αγωνιώδες ερώτημα «Γιατί αυτή η οικογένεια; Γιατί αυτός ο άνθρωπος;» απαντάται με βάση την προδιάθεση και την κληρονομικότητα και η οικογένεια βαρύνει με την ευθύνη των παθολογικών αλληλεπιδράσεων, που οδήγησαν στην ασθένεια. Έτσι το ενδεχόμενο να αρρωστήσει κάποιος ξαφνικά, χωρίς λόγο και χωρίς να υπάρχει κάποιο κρυφό νόημα σε αυτό, αποκλείεται από την συνείδηση των άλλων (James, 1998; Porter, 1998; Shaw, 1998; Heginbotham, 1998; Jamison, 1998; Scambler, 1998; Littlewood, 1998).

Για να αποφευχθεί ο στιγματισμός, τα μέλη της οικογένειας υιοθετούσαν ένα από τους δυο τρόπους απόκρυψης της αρρώστιας:

- a) Διατηρούσαν μια φαινομενικά φυσιολογική ζωή
- b) Απέφευγαν την επαφή με οτιδήποτε θύμιζε αρρώστια και ως εκ τούτου τον στιγματισμό.

Η αποκάλυψη της αρρώστιας γίνεται μόνο σε όσους εμπλέκονταν άμεσα με την οικογένεια. Ως βασικός λόγος απόκρυψης της αρρώστιας αναφέρεται ο φόβος της γελοιοποίησης και εκμετάλλευσης του αρρώστου από τους άλλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ολιστική περιγραφή του βιώματος των γονιών του ψυχικά ασθενούς.

5.1. Ψυχολογικές αντιδράσεις – προσαρμογή στην νόσο.

Η αναγνώριση και η παραδοχή της πραγματικότητας της ψυχικής αρρώστιας σ' ένα αγαπημένο πρόσωπο είναι μια ψυχοφθόρος διαδικασία, που διαβρώνει τη ζωή της οικογένειας και εξελίσσεται με διαφοροποιήσεις των μελών, προόδους, στασιμότητα και παλινδρομήσεις.

Το βίωμα περιγράφεται ως μια σειρά από φάσεις που διαδέχεται η μια την άλλη. Αν και ο αριθμός των σταδίων διαφέρει στις διάφορες έρευνες, παρατηρείται ότι τα χαρακτηριστικά και η εξέλιξη του βιώματος περιγράφονται με παρεμφερή τρόπο. Οι γονείς δεν ακολουθούν με γραμμικό τρόπο τις φάσεις που περιγράφονται. Στην ουσία πρόκειται για μια πολύπλοκη ατομική και διαπροσωπική διεργασία που περιλαμβάνει προκλήσεις, απώλειες και προσπάθειες προσαρμογής.

Οι γονείς περιγράφουν ότι η ιστορία της ζωής τους χωρίζεται σε δυο περιόδους: πριν και μετά τη διάγνωση. Ο κόσμος της οικογένειας αλλάζει δραματικά με τη διάγνωση και ο χρόνος από εκεί και πέρα καθορίζεται με βάση αυτό το γεγονός σταθμό. Όλα μοιάζουν να ακολουθούν μια γραμμική πορεία. Η εμπειρία παίρνει για τους γονείς τη μορφή μιας αφήγησης με αρχή, μέση, αλλά χωρίς τέλος. Ο πρόλογος είναι η ζωή πριν από την αρρώστια, η καθημερινή ζωή, ενώ η φροντίδα και η ευθύνη μοιάζουν να μην τελειώνουν ποτέ (Tuck, 1997).

Η Howard (1994) περιγράφει το βίωμα των γονιών ως μια διεργασία με 4 στάδια, κάθε ένα από τα οποία περιλαμβάνει τρεις διεργασίες:

I. Αντίληψη προβλήματος: αντιμετώπιση δυσκολιών και διλημάτων

- Αντίληψη : αίσθηση ότι το παιδί συμπεριφέρεται διαφορετικά
- Συνειδητοποίηση : αυξημένη συνείδηση της σοβαρότητας του προβλήματος
- Σοκ : κρίση που επισπεύδεται από τα προοδευτικά οξύτερα και σοβαρότερα συμπτώματα της αρρώστιας

II. Αναζήτηση λύσεων: ανακοίνωση της διάγνωσης αλλά ελλιπής κατανόηση της σημασίας της

- Αναζήτηση : συγκέντρωση πληροφοριών και αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπιση της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού

- Αγώνας : αντιμετώπιση των επεισοδίων και προσπάθεια κατανόησης της φύσης της ασθένειας

- Υποφέρειν : αγωνία και δυστυχία για τα εμμένοντα προβλήματα της αρρώστιας

III. *Αντιμετώπιση της κατάστασης:* αναζήτηση υποστήριξης και κατανόηση της ασθένειας

- Επιμονή : παροχή βοήθειας προς το παιδί

- Εμμονή : συνέχιση της επίπονης φροντίδας προς το παιδί

- Αναγνώριση : συνειδητοποίηση της πραγματικότητας της αρρώστιας και της χρονιότητάς της

IV. *Επιβίωση μετά την εμπειρία:* αναγνώριση τρόπων για τη φροντίδα του εαυτού του ως αντιστάθμισμα στη βαθιά λύπη και τη συνεχή φροντίδα του παιδιού

- Αποδοχή : συμφιλίωση με την πραγματικότητα της αρρώστιας

- Ελπίδα : καταλυτικός παράγοντας μπροστά στην ανησυχία και το θρήνο

- Αποφασιστικότητα: ξεκάθαρη απόφαση να βοηθήσουν το παιδί και να δώσουν μάχη για τα δικαιώματά του στην φροντίδα

Ο Tekelsen (1987b) αναφέρεται εκτενώς στην εξελικτική διάσταση του βιώματος των συγγενών των ψυχικά ασθενών, το οποίο διακρίνει σε 10 επιμέρους φάσεις :

1. *Παραγνωρίζοντας αυτό που πλησιάζει*

Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από την αγωνιώδη προσπάθεια των γονιών να ενσωματώσουν στη ζωή της οικογένειας, ως φυσιολογικές, ορισμένες ακραίες συμπεριφορές του παιδιού που αργότερα θα χαρακτηρισθούν ως συμπτώματα της αρρώστιας.

2. *Η αναγνώριση και το πρώτο σοκ*

Αδιαμφισβήτητες εκδηλώσεις της ψυχικής αρρώστιας εμφανίζονται και οι γονείς αναγνωρίζουν την ύπαρξη των ψυχολογικών προβλημάτων του παιδιού και κινητοποιούνται. Κάποιοι γονείς καταφεύγουν στη βοήθεια κάποιου επαγγελματία υγείας κι άλλοι προσπαθούν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής της οικογένειας.

3. *Το αδιέξοδο*

Συνήθως η πρώτη απόπειρα αναζήτησης βοήθειας δεν έχει και την αναμενόμενη θετική εξέλιξη. Οι γονείς βρίσκονται σε σύγχυση, ενώ το άγχος μπροστά στην πιθανότητα να εμφανισθούν πολλαπλασιαζόμενες παρεκκλίνουσες κοινωνικά συμπεριφορές ή συμπεριφορές απειλητικές για τη ζωή αυξάνονται.

4. *Αναχαιτίζοντας τις επιπτώσεις της αρρώστιας*

Η οικογένεια επιλέγει συχνά να περιορίσει την εμπλοκή της με τις συνέπειες της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, κρατώντας τις αποστάσεις της.

5. *Η επίσημη αναγνώριση της ψυχικής ασθένειας*

Η συμπεριφορά του παιδιού διαταράσσεται σε τέτοιο βαθμό που επίσημα αναγνωρίζεται ως ψυχικά ασθενής.

6. *Η αναζήτηση νοήματος*

Όταν οι γονείς αναγκαστούν να αναγνωρίσουν την ύπαρξη της ψυχικής αρρώστιας μπαίνουν στην διαδικασία να αποδώσουν νόημα σε αυτή την εμπειρία.

7. *Αναζητώντας θεραπεία*

Η αναζήτηση θεραπείας ξεκινάει μόνο όταν οι γονείς έχουν αποδεχθεί την ύπαρξη της αρρώστιας.

8. *Η κατάρρευση της αισιοδοξίας*

Όταν η θεραπεία προχωράει, αλλά το άρρωστο παιδί δεν αποκτά το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας, οι γονείς φθάνουν στο συμπέρασμα ότι η ασθένεια δεν θα εξαφανισθεί αφήνοντας την οικογένεια άθικτη μόνο με δυσάρεστες αναμνήσεις, αλλά ότι θα πρέπει να αναπροσαρμόσουν τις ανάγκες και τους ρόλους έτσι ώστε να εξασφαλίσουν τη φροντίδα του παιδιού.

9. *Η εγκατάλειψη του ονείρου*

Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από το θρήνο μπροστά στις πολλαπλές απώλειες που συνεπάγεται η χρόνια ψυχική αρρώστια.

10. *Ανασυνθέτοντας τα κομμάτια*

Οι προκλήσεις αυτής της περιόδου είναι να μάθουν οι γονείς από τη μια μεριά να διαχωρίζουν την ασθένεια από την υπόλοιπη οικογενειακή ζωή, έτσι ώστε η αρρώστια να θεωρείται μια από τις διαστάσεις της ζωής κι όχι το μοναδικό θέμα. Από την άλλη μεριά, οι γονείς πρέπει να ασχοληθούν με δραστηριότητες που δεν σχετίζονται με την αρρώστια και να επενδύσουν σε άλλους στόχους, χωρίς αυτό να επηρεάζει την εμπλοκή τους με το πάσχον παιδί (Garley, 1997; Terkelsen, 1987b).

Η Milliken (2001) σε μια ποιοτική έρευνα στην οποία συμμετέχουν 29 μητέρες σχιζοφρενών ασθενών, περιέγραψε το βίωμα τους ως μια διαδικασία «επαναπροσδιορισμού της γονεϊκής ταυτότητας». Η διεργασία αυτή που ξεκινάει από την ταυτότητα της μητέρας ως γονιού ενός εφήβου με κάποια προβλήματα συμπεριφοράς, περνάει από στάδια όπου ο ρόλος της περιθωριοποιείται και παραγνωρίζεται από το σύστημα υγείας και το κοινωνικό περιβάλλον, όταν θρηνεί ιδιωτικά τις πολλαπλές απώλειες που επιφέρει η ψυχική νόσος και η ζωή της επικεντρώνεται στη φροντίδα του άρρωστου παιδιού. Η Milliken θεωρεί ότι αυτή η διεργασία καταλήγει σ'ένα στάδιο όπου οι μητέρες επαναπροσδιορίζουν την ταυτότητα του «αλλαγμένου» τους παιδιού και μάχονται να του εξασφαλίσουν μια καλή ποιότητα ζωής μέσα από τη φροντίδα που οι ίδιες προσφέρουν, αλλά και μέσα από την συλλογική διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων. Ταυτόχρονα οι μητέρες επαναπροσδιορίζουν τη δική τους ταυτότητα και τις δικές τους ανάγκες, κατακτώντας μια ισορροπία ανάμεσα στην φροντίδα του παιδιού τους και στη δική τους ψυχική ευεξία.

5.2 Η μετά την διάγνωση φάση.

Η διάγνωση επιβεβαιώνει τις υποψίες των γονιών και αποτελεί κατά κάποιο τρόπο μια απάντηση στις ανησυχίες τους. Ωστόσο, παρά την ύπαρξη προηγούμενων ενδείξεων, η αναγνώριση της ψυχικής αρρώστιας στο παιδί τους είναι μια επώδυνη και τρομακτική εμπειρία. Το βασικό ερώτημα που θέτουν οι γονείς είναι ποιες θα είναι οι επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού και στη δική τους ζωή στο μέλλον (Terkelsen, 1987; Gerace, 1993; Tuck, 1997). Η απουσία ξεκάθαρων απαντήσεων και η αντιφατικότητα των επαγγελματιών επιτείνουν την σύγχυση των γονιών για την αιτιολογία της ασθένειας και για το μέλλον.

Η Milliken (2001,2003) περιέγραψε το βίωμα των μητέρων ως μια διαδικασία επαναπροσδιορισμού του γονεϊκού τους ρόλου ο οποίος ωστόσο παραμένει παραγνωρισμένος από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Τα κεντρικά θέματα που αναδείχθηκαν από τις συνεντεύξεις 29 γονιών του δείγματος είναι τα εξής:

- *Το στρες λόγω αυξημένων καθηκόντων φροντίδας.* Το στρες των γονιών πηγάζει από την οικονομική επιβάρυνση, την αίσθηση αδυναμίας μπροστά στις αυξανόμενες επιπτώσεις της αρρώστιας, τη ματαίωση και το φόβο. Ο φόβος είχε ως αντικείμενο την ίδια την αρρώστια, την ανησυχία για την ακεραιότητα του παιδιού και την πιθανότητα βίαιης συμπεριφοράς ή αυτοκτονίας.

- *Η ενοχή και θρήνος.* Οι μητέρες θρηνούσαν και βίωναν ενοχές. Όταν το παιδί αρρώστησε, κατηγορούσαν τους εαυτούς τους ότι δεν υπήρξαν καλοί γονείς και προκάλεσαν την ασθένεια, ακόμη κι αν απέδιδαν την ψύχωση σε οργανικά αίτια. Ακόμη, τύψεις είχαν για την καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία του παιδιού, για τη συγκρουσιακή κι αμφιθυμική σχέση μαζί του, την παραμονή του στο νοσοκομείο και τη λήψη της θεραπευτικής αγωγής παρά τη θέλησή του.

- *Οι επιπτώσεις στην υγεία των γονιών.* Αναφέρθηκαν διαταραχές στον ύπνο, ψυχιατρικά προβλήματα, οργανικές ασθένειες, όπως υπέρταση, παχυσαρκία, πόνοι στο στήθος, ημικρανίες, που αποδίδονταν στην επιβάρυνση από την ψυχιατρική αρρώστια του παιδιού.

Η Harden (2005), με μια σειρά συνεντεύξεων, ζήτησε από τους γονείς να περιγράψουν την εμπειρία τους από την ψυχική αρρώστια του παιδιού τους. Η Harden περιέγραψε τη διαδικασία της συνέντευξης ως μια διεργασία νοηματοδότησης της εμπειρίας των γονιών, που είχε ως κύριο άξονα την έννοια της γονεϊκής ευθύνης απέναντι στο άρρωστο παιδί και αποτελούνταν από τρεις φάσεις :

- *Την αναδιοργάνωση του παρελθόντος.* Η αφήγηση επιχειρούσε να απαντήσει στα ερωτήματα «πότε» και κυρίως «γιατί» εμφανίστηκε η αρρώστια. Η αναζήτηση για τις αιτίες της αρρώστιας αφορούσε στη δική τους ευθύνη για την πρόκλησή της δηλαδή στην αντιλαμβανόμενη αποτυχία τους στην εκπλήρωση του γονεϊκού τους ρόλου. Η ενοχή είχε μια σημαντική θέση στην αφήγηση των γονιών,

ενώ αντισταθμιστικά σε αυτή λειτουργούσαν οι προσπάθειες αναζήτησης θεραπείας για το άρρωστο παιδί.

➤ *Την αναδιοργάνωση του παρόντος.* Οι γονείς παρουσίαζαν μια θετική εικόνα του εαυτού τους και της οικογένειας ως συγγενείς που νοιαζόταν για τον άρρωστο και προσπαθούσαν σκληρά να τον φροντίσουν. Αυτό περιελάμβανε την προσπάθεια να συνεργασθούν με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σχετικά με τη θεραπεία, να επαναπροσδιορίσουν την σχέση τους με το άρρωστο παιδί και το γονεϊκό τους ρόλο, να προστατεύσουν το παιδί και τον εαυτό τους από το στίγμα, να ισορροπήσουν τις ανάγκες φροντίδας του παιδιού και τις δικές τους προσωπικές ανάγκες.

➤ *Την αναδιοργάνωση του μέλλοντος.* Περιγράφηκαν οι ανησυχίες των γονιών για το πώς θα διαμορφωνόταν το μέλλον του παιδιού και το δικό τους. Τα γονεϊκά καθήκοντα δεν είχαν χρονικό σημείο λήξης και περιλάμβαναν την συνεχή εμπλοκή και ανησυχία για το παιδί. Το μέλλον του παιδιού θα έπρεπε να επανασχεδιασθεί, καθώς οι προσδοκίες για αυτό φάνηκε ότι δεν μπορούσαν να εκπληρωθούν.

Στην έρευνα περιγράφεται η αμφιθυμία που χαρακτήριζε πολλές από τις αντιδράσεις των γονιών: αμφιθυμία σχετικά με τη φροντίδα που παρείχαν, αμφιθυμία και για θέματα που αφορούσαν τη θεραπεία. Τα φάρμακα, η νοσηλεία και οι επαγγελματίες υγείας αποτελούσαν ένα μέσο για τους γονείς που τους βοηθούσε να ελέγξουν την απειλή που εγείρετε από τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας. Όμως αποτελούσαν ταυτόχρονα μια πηγή ενοχών, καθώς τα επέβαλαν στο παιδί παρά τη θέληση του και του προκαλούσαν πόνο. Οι αλλαγές στην συμπεριφορά και στην προσωπικότητα του παιδιού είχαν ως αποτέλεσμα μια σημαντική διαφοροποίηση στην σχέση του γονιού με το παιδί μέσα στον χρόνο και στην ταυτότητα του ως γονιού. Αυτό οδηγούσε μια σύγκρουση μεταξύ της τεράστιας ευθύνης για την φροντίδα του παιδιού και των προσωπικών αναγκών του γονιού (Harden, 2005).

Το θέμα της φροντίδας του άρρωστου παιδιού παίρνει σημαντικές διαστάσεις, ειδικά όσον αφορά στις μητέρες. Συνδέουν τη φροντίδα που πρέπει να παρέχουν

στο παιδί με μια ζωή γεμάτη λύπη κι ανησυχία, έντονες ενοχές και ντροπή, αλλά και την ελπίδα ενός καλύτερου μέλλοντος για το παιδί (Pejlert, 2001).

Η αγωνία του ελέγχου της αρρώστιας μέσω της θεραπείας, η προσπάθεια οργάνωσης του μέλλοντος, οι δυσκολίες της παροχής φροντίδας, καθώς κι η διαχείριση συναισθημάτων, όπως ο φόβος, η ενοχή, η αίσθηση αδυναμίας και αβεβαιότητα επανέρχονται στην περιγραφή του βιώματος των γονιών σε μια σειρά φαινομενολογικών ερευνών και βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων (Wheeler, 1994; Teschinsky, 2000; Rose, 2002; Delanay, 1996; Jeon, 1998).

Η Jungbauer και οι συνεργάτες της (2004) διερεύνησαν προβλήματα όπως:

- Οι πρακτικές δυσκολίες του αποχωρισμού
- Οι συναισθηματικές δυσκολίες του αποχωρισμού
- Η συνεχιζόμενη οικονομική εξάρτηση
- Η υποστήριξη των γονιών σε καθημερινά ζητήματα
- Η αμφιθυμία σχετικά με την παροχή υποστήριξης
- Οι προσπάθειες των γονιών να αποδεσμευθούν από τους ασθενείς
- Ο τρόπος που εντάσσεται η συνεχιζόμενη γονεϊκή φροντίδα στην ιστορία της ζωής του γονιού
- Οι ανησυχίες και οι φόβοι για το μέλλον

Διαπιστώθηκε η απόσυρση του ασθενούς μέσα στην οικογένειά του, γεγονός που καθιστούσε τους γονείς πιο σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή του. Σύμφωνα με την Jungbauer, η απόσυρση αυτή σηματοδοτούσε την ανάπτυξη ενός πολύ στενού δεσμού, ασυνήθιστου για γονείς και ενήλικα παιδιά, που χαρακτήριζε την σχέση τους σε μια πολύ πιο πρώιμη φάση. Πολλοί γονείς αντιμετώπιζαν το δίλημα αν η φροντίδα που παρείχαν ήταν απαραίτητα για την επιβίωση του παιδιού τους ή ζημιογόνα - ανασταλτική για την ανεξαρτητοποίηση του. Επίσης, με αμφιθυμικό τρόπο αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην επίτευξη ισορροπίας μεταξύ της επιθυμίας ικανοποίησης προσωπικών αναγκών και του αισθήματος ευθύνης για το παιδί. Μεγαλύτερα προβλήματα συναντούσαν γονείς που η διαρκής γονεϊκή φροντίδα ερχόταν σε σύγκρουση με τους δικούς του προσωπικούς στόχους ζωή (Jungbauer, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Αντιμετώπιση θρήνου

6.1 Γονεϊκός θρήνος

Ο «φυσιολογικός θρήνος», περιλαμβάνει μια μεγάλη σειρά από συναισθήματα και συμπεριφορές που συνοδεύουν το βίωμα μιας απώλειας. Η επισήμανση του μεγάλου εύρους των αντιδράσεων αυτών είναι ουσιαστική, έτσι ώστε να αποφεύγει κανείς την «παθολογικοποίηση» μιας φυσιολογικής διεργασίας. (Worden, 1991; Rando, 1993; Parkes, 1996; Wrenn, 1998)

Σε συναισθηματικό επίπεδο διακρίνουμε:

- Τη θλίψη, που είναι ίσως η πιο έκδηλη αντίδραση θρήνου και σύμφωνα με τον Parkes, λειτουργεί ως ένα σήμα προς το κοινωνικό περιβάλλον για να στηρίξουν και να προστατεύσουν αυτόν που θρηνεί
- Το θυμό. Παρ' όλο που ο θυμός είναι μια πολύ συχνή εκδήλωση θρήνου, ωστόσο αποτελεί μια αντίδραση που δύσκολα παραδέχονται αυτοί που θρηνούν την απώλεια ενός προσώπου, με αποτέλεσμα ο θυμός να δυσκολεύει την ομαλή διεργασία του θρήνου. Έχουν εντοπισθεί δυο κύριες πηγές θυμού:
 1. η ματαίωση ότι δεν ήταν δυνατόν να γίνει κάτι για να προληφθεί η απώλεια και
 2. ένα είδος παλινδρόμησης που οδηγεί σε πρώιμες παιδικές εμπειρίες αποχωρισμού από τη μητέρα και συνοδεύει, στην συνέχεια, την απώλεια στενών διαπροσωπικών σχέσεων στην ενήλικη ζωή του υποκειμένου. Ο θυμός αυτός μπορεί να στραφεί είτε σ' ένα εξωτερικό αντικείμενο, όπως είναι οι συγγενείς και το προσωπικό υγείας, είτε να ενδοβληθεί, οδηγώντας σε καταθλιπτικού τύπου αντιδράσεις.
- Την ενοχή. Συχνά η ενοχή επικεντρώνεται σε κάτι που συνέβη ή σε μια παράληψη, που θα μπορούσε να έχει αποτρέψει την απώλεια.
- Το άγχος και το φόβο, που διακυμαίνεται από μια ελαφρά αίσθηση ανασφάλειας έως την εκδήλωση κρίσεων πανικού. Η παράταση εκδηλώσεων σοβαρού άγχους αξιολογείται ως μια ένδειξη περιπλοκής του θρήνου. Ο

φόβος πηγάζει από την ανασφάλεια του υποκειμένου ότι δεν μπορεί να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του και τους δικούς του, καθώς και από την συνειδητοποίηση της ευαλωτότητας του στην απώλεια.

- Την αίσθηση μοναξιάς
- Την κόπωση που συνήθως βιώνεται ως απάθεια ή ανηδονία, ακόμη κι από άτομα που συνήθως είναι πολύ δραστήρια.
- Την αίσθηση αδυναμίας να ανταπεξέλθει στις συνηθισμένες δραστηριότητες του, που σχετίζεται στενά και με την εκδήλωση άγχους.
- Το σοκ, που χαρακτηρίζει κυρίως τις αιφνίδιες απώλειες
- Τη νοσταλγία και τη λαχτάρα επανασύνδεσης με το άτομο που χάθηκε
- Την ανακούφιση, ειδικά μετά από δύσκολες σχέσεις ή όταν προηγείται μια μακρά ή επίπονη ασθένεια. Παρ'όλο που σε αυτές τις περιπτώσεις, αναφέρεται αρκετά συχνά το αίσθημα της ανακούφισης, συνδέεται με ενοχές.

Σε γνωστικό επίπεδο παρατηρούνται:

- Δυσπιστία απέναντι στην πραγματικότητα της απώλειας, ειδικά εάν αυτή η απώλεια είναι ξαφνική και απροσδόκητη
- Σύγχυση, που περιλαμβάνει αίσθηση του μη – πραγματικού, διαταραχές στην μνήμη και δυσκολίες συγκέντρωσης
- Συνεχής ενασχόληση και εμμονές σκέψεις σχετικές με τις συνθήκες της απώλειας
- Η αίσθηση της παρουσίας, στο χώρο και τον χρόνο, του προσώπου π.χ. που πέθανε, αν η απώλεια σχετίζεται με το θάνατο.

Σε επίπεδο συμπεριφοράς αναφέρονται:

- Διαταραχές του ύπνου : αϋπνία τύπου έλευσης ή πρόωμη αφύπνιση
- Διαταραχές της όρεξης : ανορεξία, βουλιμιά
- Κοινωνική απόσυρση
- Κλάμα
- Η αποφυγή αντικειμένων και καταστάσεων που θυμίζουν το πρόσωπο που αφορά η απώλεια
- Νευρική και υπερδραστηριότητα

- Η διαφύλαξη αντικειμένων που θυμίζουν αυτόν που χάθηκε

Οι σωματικές εκδηλώσεις του θρήνου περιλαμβάνουν:

- Κενό στομάχι
- Κόμπο στο λαιμό και στο στήθος
- Υπερευαισθησία στο θόρυβο
- Δύσπνοια
- Μυϊκή αδυναμία
- Ξηροστομία
- Κόπωση

Ο θρήνος των γονιών εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα, κατάθλιψη, θυμό, ενοχή και απελπισία.

Στην ουσία οι γονείς καλούνται να εγκαταλείψουν τα όνειρα και τις ελπίδες που είχαν επενδύσει στο συγκεκριμένο παιδί, γεγονός που σημαίνει να εγκαταλείψουν μια προέκταση του εαυτού τους. Περνούν από τρεις φάσεις :

A) την πρώτη φάση της αποφυγής όπου περισσότεροι γονείς βιώνουν σοκ, μούδιασμα, αμηχανία, σύγχυση και μια δυσκολία να αποδειχθούν γνωστικά και συναισθηματικά το γεγονός της απώλειας,

B) την φάση της αντιμετώπισης της απώλειας όπου έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως θλίψη, λαχταρά επανένωσης, θυμός, και ενοχές, κάνουν την εμφάνιση τους και

Γ) την τελευταία φάση της αποκατάστασης όπου οι γονείς επιστρέφουν στην συναισθηματική και κοινωνική τους ισορροπία, αλλά τίποτα δεν μπορεί να ξαναγίνει όπως πριν (Rubin, 2001)

Η Miles (1986) σε δυο διαφορετικές ποιοτικές έρευνες επιβεβαίωσε τα συναισθήματα ενοχών. Υποστηρίζει ότι τα γονικά αισθήματα ενοχής είναι φυσιολογικά και διακρίνει έξι μορφές ενοχών κάθε μια από τις οποίες έχει και διαφορετική πηγή:

1. ενοχή για την πρόκληση της αρρώστιας. Σχετίζεται με την πεποίθηση ότι ο γονιός συνέβαλε στην εμφάνιση της αρρώστιας ή απέτυχε να προστατεύσει το παιδί από αυτή.
2. ενοχή σχετική με την αρρώστια. Αφορά την ανεπάρκεια που ο ίδιος γονιός πιστεύει ότι έχει κατά την φροντίδα του παιδιού κατά την αρρώστια του.

3. ενοχή σχετική με το γονεϊκό του ρόλο. Πηγάζει από την πεποίθηση του γονιού ότι απέτυχε να ανταποκριθεί στις δικές του προσδοκίες ή στις κοινωνικές επιταγές για το πώς θα όφειλε να είναι ως γονιός.
4. ηθική ενοχή. Σχετίζεται με την πίστη ότι η αρρώστια του παιδιού είναι τιμωρία για τα ηθικά παραπτώματα ή τις αμαρτίες του γονιού.
5. ενοχή επιβίωσης. Δηλαδή ενοχή που ο γονιός είναι υγιής, ενώ το παιδί αρρώστησε.
6. ενοχή για το θρήνο, που εκδήλωσαν κατά τις στιγμές της διάγνωσης ή και αργότερα.

6.2 Θρήνος των γονιών των ψυχικά ασθενών

Στη βιβλιογραφία για τους γονείς των ψυχικά ασθενών, περιγράφονται πολύ συχνά συναισθήματα λύπης, θυμού και ενοχής και γίνεται αναφορά σε απώλειες και θρήνο. Σύμφωνα με τη θεωρία του στρες, αυτά τα συναισθήματα αποτελούν αντιδράσεις σε στρεσογόνους παράγοντες και συστατικά στοιχεία της υποκειμενικής επιβάρυνσης του γονιού από την ψυχική αρρώστια του παιδιού. Παρόλο που οι κλίμακες της οικογενειακής επιβάρυνσης μετρούν στάσεις, διαταραχές συμπεριφοράς και αναφέρονται σε αυτά τα συναισθήματα, ωστόσο δεν μπορούν να τα περιγράψουν πλήρως και να τα εξηγήσουν (Rose, 1996).

Κατά τη δεκαετία του 1990, διατυπώθηκε η άποψη ότι οι αντιδράσεις των γονιών σχετίζονται με τις πολλαπλές απώλειες που βιώνουν ως συνέπεια της ψυχικής αρρώστιας του παιδιού τους και μια πτυχή του βιώματός τους μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα μέσα από το πρίσμα των μοντέλων θρήνου, που έχουν διατυπωθεί για γονείς που πεθαίνει ή που αρρωσταίνει το παιδί τους από σωματική νόσο (MacGregor, 1994; Parker, 1993). Ο αριθμός των ερευνών που έχουν δημοσιευθεί είναι ακόμη περιορισμένος, αλλά φαίνεται ότι υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη διερεύνηση αυτού του πεδίου.

Η διάγνωση μιας χρόνιας αρρώστιας σ' ένα παιδί βιώνεται από τους γονείς ως μια τραυματική απώλεια (Serrano, 1985). Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες συνήθως δεν πεθαίνουν από αυτές, αλλά αντιμετωπίζουν πολλαπλές απώλειες, πραγματικές και συμβολικές, που συνδέονται με την αρρώστια. Οι γονείς των

ψυχικά ασθενών έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να προσδιορίσουν σε τι συνίσταται αυτή η απώλεια από τους γονείς που θρηνούν το θάνατο του παιδιού τους, γιατί η φύση της απώλειας είναι λιγότερο απτή. *«το αντικείμενο δεν πέθανε... η απώλεια συνέβη, αλλά χωρίς να μπορεί να προσδιορισθεί ακριβώς αυτό που χάθηκε... το υποκείμενο ξέρει καλά ποιον αφορά η απώλεια, αλλά όχι τι έχασε σχετικά με αυτό το πρόσωπο... απώλεια αντικειμένου που διαφεύγει της συνείδησης»* (Freud, 1917). Φαίνεται, επίσης, ότι είναι δύσκολο για τους γονείς να συλλάβουν τις απώλειες στην ολότητα και την περιπλοκότητά τους, καθώς είναι προοδευτικές και μεταβάλλονται παράλληλα με την εξελικτική πορεία της αρρώστιας (Godress, 2005). Η οικογένεια αλλάζει και οι σχέσεις των μελών της διαφοροποιούνται, καθώς οι ανάγκες φροντίδας του ασθενούς υπερσχύουν των προσωπικών αναγκών των άλλων μελών της οικογένειας. Οι γονείς με το πέρασμα του χρόνου συνειδητοποιούν ότι η αλλαγή είναι μόνιμη και δεν μπορεί να ξαναγυρίσουν στην προηγούμενη κατάσταση πριν την εκδήλωση της ασθένειας (Stein, 2001; Ryan, 1993).

Σε ένα άρθρο του ο MacGregor (1994) επισημαίνει την παραγνωρισμένη φύση της απώλειας και του θρήνου του γονιών των ψυχικά ασθενών. Παρατηρεί ότι οι γονείς των οποίων το παιδί νοσεί ψυχικά βιώνουν θρήνο ο οποίος, όμως, δεν αναγνωρίζεται, οι γονείς δεν μπορούν να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους και δε δέχονται τις εκδηλώσεις θρήνου ως ένδειξη παθολογίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αναστολή των αντιδράσεων θρήνου με αρνητικές συνέπειες στους γονείς και στον ασθενή.

Χαρακτηριστικά αναφέρονται με υψηλή συχνότητα αντιδράσεις των γονιών, όπως λύπη, θυμός, ευερεθιστότητα, απελπισία, διαταραχές στον ύπνο, στην εργασία και στην ικανότητα να συναλλάσσονται με άλλους (Godren, 2005).

Ο Miller (1996) παρουσιάζει ένα μοντέλο θρήνου για τους συγγενείς των ψυχικά ασθενών όπου :

I. Φάση αναπόλησης

- *Αποδοχή της πραγματικότητας της απώλειας.*

Ο συμβολικός και αφηρημένος χαρακτήρας των απωλειών που βιώνουν οι γονείς και η κυκλική πορεία της αρρώστιας με τις εξάρσεις και υφέσεις της έχουν ως αποτέλεσμα οι συγγενείς να διακρίνουν στοιχεία από τον «παλιό εαυτό» του

ασθενή, γεγονός που αναζωπυρώνει τις ελπίδες τους και επιτείνει την άρνηση της αρρώστιας.

- *Βίωση της οδύνης του θρήνου.*

Πρόκειται για τη φάση όπου έντονα συναισθήματα σχετικά με την αρρώστια του παιδιού έρχονται στην επιφάνεια. Πολλές από αυτές τις αντιδράσεις, όπως λύπη, θυμός, ενοχή, άγχος, μοναξιά είναι μέρος κάθε φυσιολογικής διεργασίας θρήνου. Ωστόσο, όπως παρατηρεί ο Miller, στους γονείς των ψυχικά ασθενών κάποια συναισθήματα, όπως ο θυμός, η αίσθηση εγκατάλειψης και η ενοχή, είναι κεντρικά, επανέρχονται και εμμένουν παρά τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

II. Φάση προσαρμογής στην απώλεια

Στη φάση αυτή οι γονείς δομούν μια νέα πραγματικότητα όπου το ψυχικά άρρωστο παιδί τους έχει τη δική του θέση, αλλά εκπληρώνονται και οι δικές τους ανάγκες. Περιλαμβάνει δυο επιμέρους στόχους/ έργα:

- *Προσαρμογή στην απώλεια μέσω της ανάπτυξης σχέσεων με άλλους*

Ο Miller παρατηρεί ότι οι συγγενείς αρχικά έχουν την τάση να απομονώνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον, να αρνούνται την ανάγκη τους για την ανάπτυξη συναισθηματικών σχέσεων με άλλους και να μεταφέρουν την αρνητική τους εμπειρία από την σχέση με τον ψυχικά άρρωστο σε άλλες σχέσεις.

- *Προσαρμογή στην απώλεια μέσω της σχέσης με το ψυχικά άρρωστο παιδί*

Ο στόχος αυτός, που είναι κι ο τελικός του μοντέλου του Miller, περιλαμβάνει την αναδιαμόρφωση της παλιάς σχέσης με το παιδί, καθώς ο γονιός θα πρέπει να αποδεχθεί ότι κάποιες πλευρές του «παλιού εαυτού» του αρρώστου έχουν αλλάξει, αλλά κάποιες «υγιείς πλευρές» εξακολουθούν να είναι παρούσες. Αυτό θέτει τη διπλή πρόκληση ότι από τη μια πλευρά οι γονείς να εξακολουθήσουν να δρουν υποστηρικτικά προς το παιδί τους, αλλά ταυτόχρονα να μην υπερεμπλέκονται συναισθηματικά σε μια σχέση φροντίδα με συμβιωτικό χαρακτήρα.

Ακόμη βρέθηκε ότι ο αυξημένος θρήνος των γονιών συσχετιζόταν αρνητικά με την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του γονιού δηλαδή συνδεόταν με την εμφάνιση οργανικών ή ψυχολογικών προβλημάτων στους γονείς. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι με τα επίπεδα θρήνου συνδεόταν κι ο τύπος του δεσμού μεταξύ γονιού και παιδιού. Όταν ο δεσμός ήταν αγχώδης/ αμφιθυμικός, εμφανίζονταν

υψηλά επίπεδα θρήνου και αρνητικά φορτισμένη συναισθηματική σχέση, όταν ο δεσμός ήταν αποφευκτικός τότε και η αποφυγή σκέψεων και συναισθημάτων για την κατάσταση του παιδιού ήταν έντονη, ενώ ο ασφαλής δεσμός συσχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα θρήνου και θετικά φορτισμένη σχέση γονιού – άρρωστου παιδιού (Godress, 2005).

6.3 Νοηματοδότηση

Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, οι όροι «σχιζοφρένεια», «ψύχωση» και «μανιοκατάθλιψη» δεν έχουν ένα κοινά αποδεκτό νόημα για το ευρύ κοινό και δεν εγείρουν εικόνες συγκεκριμένων προβλημάτων, αλλά μάλλον συγκεχυμένες εικόνες δυσοίωνου μέλλοντος. Αυτές οι εικόνες που εγείρονται με αφορμή την ανακοίνωση της διάγνωσης, τρομάζουν τους γονείς και δρουν ανασταλτικά στην αναγνώριση και αποδοχή της πραγματικότητας της αρρώστιας. Η αποκατάσταση της ιστορίας ζωής της οικογένειας και η οργάνωση του μέλλοντος σχετίζεται στενά με τις αιτίες και την πρόγνωση που οι συγγενείς αποδίδουν στην ασθένεια.

Ο Terkelsen (1987) βασιζόμενος στην κλινική του εμπειρία στην ψυχολογική στήριξη γονέων ψυχικά ασθενών, παρατηρεί ότι η υιοθέτηση ενός βιολογικού ή διαπροσωπικού μοντέλου αιτιολογικής νοηματοδότησης έχει ιδιαίτερη σημασία στη διαδικασία προσαρμογής στην αρρώστια. Στην περίπτωση που οι γονείς πιστεύουν ότι η ασθένεια του παιδιού έχει βιολογική βάση, τείνουν να έχουν αρνητικές εικόνες για τον ασθενή και να αγνοούν τις υγιείς πλευρές της προσωπικότητάς του. Οι γονείς νιώθουν μια αίσθηση αδυναμίας και υπερεκτιμούν την επαγγελματική βοήθεια, ειδικά τις βιολογικές θεραπείες.

Η Natale (1994) και ο Ferriter (2003) διερεύνησαν την αιτιολογική νοηματοδότηση για την αρρώστια του σχιζοφρενούς παιδιού. Οι γονείς αναφέρθηκαν συχνότερα σε βιολογικούς συντελεστές (χημική/ ορμονική ανισορροπία, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, δυσλειτουργία του εγκεφάλου) και στρεσογόνους παράγοντες εκτός οικογένειας (αρνητικές εμπειρίες από πρόσωπα και οργανισμούς εκτός οικογένειας). Ένα μικρό ποσοστό των γονιών αναφέρθηκε σε στρεσογόνες συνθήκες εντός της οικογένειας και στην ίδια την προσωπικότητα του παιδιού.

Η βαρύνουσα σημασία της αιτιολογικής νοηματοδότησης και η σχέση της με αισθήματα ενοχής επαναλήφθηκαν και στην ποιοτική έρευνα της Harden (2005). Το θέμα που διέτρεχε τις συνεντεύξεις ήταν η αιτιολογική νοηματοδότηση της αρρώστιας και ειδικά η ευθύνη που αναλογούσε στους γονείς σχετικά με την πρόκληση ή την συμμετοχή στην εμφάνιση της αρρώστιας. Η τάση των γονιών να χρεώνονται την αποκλειστική ευθύνη της ανατροφής και υγείας του παιδιού ενισχυόταν κι από τις ερωτήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με το ιστορικό του ασθενούς και τις σχέσεις στην οικογένεια.

Οι μητέρες που απέδιδαν τη σχιζοφρένεια του παιδιού τους σε κακή μητρική ανατροφή χαρακτήριζαν την αιτία ως εσωτερική, σταθερή και ελεγχόμενη, ενώ οι μητέρες που απέδιδαν την ασθένεια σε προσωρινή βιοχημική ανισορροπία χαρακτήριζαν την αιτία ως εξωτερική ως προς τη δυνατότητα ελέγχου από τη μητέρα, ασταθή και μη ελεγχόμενη. Για ένα δυσάρεστο συμβάν, εσωτερικές αιτιολογικές εξηγήσεις συνδέονται με κατάθλιψη. Εάν η εσωτερική αιτία θεωρείται και σταθερή, η κατάθλιψη είναι χρόνια, καθώς δεν αναμένεται μελλοντική αλλαγή.

Όσο αφορά τη νοηματοδότηση που σχετίζεται με την πρόγνωση της ψυχικής ασθένειας, έχει παρατηρηθεί ότι η πλειοψηφία των συγγενών αρχικά έχουν μια υπεραπλουστευμένη άποψη για την πρόγνωση. Στο άλλο άκρο, βρίσκονται συγγενείς που δεν μπορούν να φανταστούν μια ευνοϊκή εξέλιξη, είτε γιατί έχουν μια προηγούμενη αρνητική εμπειρία ψυχικής ασθένειας στην οικογένεια, είτε γιατί οι αναπαραστάσεις τους συνδέονται με χρονιότητα και ανίατη κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Σχέδια αντιμετώπισης.

Λόγω των αυξημένων στρεσογόνων παραγόντων που υφίστανται, οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών κάνουν κι αυξημένη χρήση στρατηγικών για να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή με τον ασθενή. Οι κυριότερες από αυτές, που αναφέρονται από τους ίδιους τους συγγενείς, περιλαμβάνουν την ενασχόληση με δραστηριότητες εκτός σπιτιού, τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης, την αποδοχή της αρρώστιας, την οριοθέτηση της συμπεριφοράς του ασθενούς, την συναισθηματική αποστασιοποίηση από την κατάσταση, την επιλογή να ζουν χωριστά από τον ασθενή, την άντληση στήριξης από θρησκευτικά πιστεύω (Doornbos, 1997).

Οικογένεια, θεραπεία, αποκατάσταση και εκπαίδευση.

Όπως φαίνεται η σημασία της οικογένειας είναι δομική, τόσο αναφορικά με την ανάπτυξη, ή έστω τη διατήρηση κάποιας ψυχοπαθολογίας, όσο και αναφορικά με τη θέση και τη λειτουργικότητά της σε σχέση με τις διαδικασίες παρέμβασης στα πλαίσια της επανένταξης.

Σε σχέση με την αποκατάσταση το «σχέδιο δράσης» περιλαμβάνει συγκεκριμένες κατευθύνσεις, όπως:

α) Κατευθύνσεις παρεμβάσεων αποκατάστασης προς τον ασθενή

- Να μην επικαλείται το ρόλο του «εύθραυστου»
- Να συνεργάζεται στο επίπεδο της θεραπείας (θεραπευτική «συμμόρφωση.»)
- Να αποδέχεται και να μάθει να «ξαναζεί» με την οικογένεια και το περιβάλλον
- συνεργάζεται με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες(θεραπευτική «συμμαχία»)
- Να παροτρύνει στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων

β) Κατευθύνσεις παρεμβάσεων αποκατάστασης προς την οικογένεια

- Να μάθει να «ξαναζεί» με το άρρωστο μέλος της.
- Να αποφεύγονται λανθασμένες συμπεριφορές (υπερπροστασία, απόρριψη, άρνηση της νόσου).
- Να μάθει να «συναλλάσσεται» και να αντεπεξέρχεται προς την νόσο (θετική συμβολή στη θεραπευτική «συμμόρφωση» και στη «θεραπευτική συμμαχία»).
- Να μην υπάρχουν λανθασμένες συμπεριφορές προς την κοινότητα («πέπλο σιωπής» για τη νόσο, απομόνωση του ασθενούς κ.λ.π.).
- Να μην υπάρχει έντονη «έκφραση συναισθημάτων» μέσα στην οικογένεια
- Να γίνεται προσπάθεια για τη μείωση του «βάρους» της οικογένειας.(Ζήση,Α.2004)
-

Η θεραπεία οικογένειας είναι από τις σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.

Υπάρχουν διάφορες σχολές και θεωρίες θεραπευτικής παρέμβασης, όπως:

- Το Συστημικό Μοντέλο
- Το Μοντέλο πολλαπλής οικογενειακής θεραπείας
- Το Συμπεριφορικό Μοντέλο και
- Το Ψυχοεκπαιδευτικό Μοντέλο του συνδέεται άμεσα με την Αγωγή Ψυχικής Υγείας.(Kreisman,D.2000).
-

Οι οικογενειακοί θεραπευτές θα εκτιμήσουν τις σχέσεις των μελών της οικογένειας και θα βαδίσουν πάνω σε συγκεκριμένες παραμέτρους:

1. Στην εξακρίβωση του προβλήματος και το πόσο και το πώς συνδέονται τα μέλη της οικογένειας με αυτό.
2. Στις αμυντικές, γνωσιακές και επικοινωνιακές ικανότητες των μελών ώστε να βοηθήσουν στην λύση του προβλήματος και
3. Στην διάθεση για θεραπευτική συμμαχία.

Παρεμβαίνουν με τεχνικές αποδόμησης, αναπλαισίωσης, έντασης, εστίασης, αναπαράστασης, αναδόμησης, διάκρισης ορίων και ρόλων και χρήσης του παράδοξου (Gladding, S 2002).

Η θέση της οικογένειας απέναντι στην ψύχωση είναι ένας καθοριστικός παράγοντας σε σχέση με την εμφάνιση ή ψύχωση είναι ένας καθοριστικός παράγοντας σε σχέση με την εμφάνιση ή όχι υποτροπών, και προτείνει τρεις βασικούς στόχους αναφορικά με τις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια:

- ο Να εκπαιδευτεί ο άρρωστος αναφορικά με την στενή σχέση σχιζοφρένειας και stress, καθώς και αναφορικά με την σημασία της φαρμακευτικής αγωγής.
- ο Να αυξηθεί η ικανότητα για επίλυση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με το περιβαλλοντικό stress
- ο Να εκπαιδευτεί τόσο ο άρρωστος, όσο και η οικογένεια σε στρατηγικές αντιμετώπισης των επίμονων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.

Επίσης προτείνονται αναφορικά με την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση, τέσσερα κυρίως πρότυπα. Το πρότυπο του U.C.L.A.(με επικέντρωση στη ψυχωσική εμπειρία της οικογένειας και τον έλεγχο της κοινωνικής πραγματικότητας του ψυχωσικού μέλους), το πρότυπο των Leff & Vaughn (με έμφαση στην καταγραφή της συναισθηματικής έκφρασης και μείωση των επαφών του ψυχωσικού μέλους και των μελών με υψηλή συναισθηματική έκφραση), το πρότυπο του Pittsburgh (με έμφαση στις φάσεις:θεραπευτική συμμαχία, μάθηση δεξιοτήτων, επανείσοδο στην κοινότητα, σταδιακή αποδέσμευση) και το πρότυπο της Νότιας Καλιφόρνιας (με κυρίως συμπεριφορικές παρεμβάσεις.) Πάντως και τα τέσσερα πρότυπα περιλαμβάνουν κάποια βασικά σημεία:

- ∅ Υποστήριξη της οικογένειας
- ∅ Έμφαση στην συνέχιση της φαρμακοθεραπείας
- ∅ Πληροφόρηση για τη φύση και την πορεία της αρρώστιας
- ∅ Έλεγχο των ψυχωσικών συμπτωμάτων (αρνητικών και θετικών)
- ∅ Πρόληψη της υποτροπής (και της συνακόλουθης επανεισαγωγής) με εκμάθηση έγκαιρης αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων, παρέμβαση

στην κρίση, στρατηγικές μείωσης του stress, προσαρμογή των προσδοκιών της οικογένειας και παροχή θεραπευτικού συνεχούς. (Μαδιανός 1999)

Οι στόχοι –σκοποί της ψυχοεκπαίδευσης

Πιο αναλυτικά οι στόχοι για κάθε εμπλεκόμενο μέρος –τον πάσχοντα, την οικογένεια και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας- περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

Για τον πάσχοντα:

- Την μείωση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου
- Την αποφυγή υποτροπών και νέων νοσηλειών
- Την αποκατάσταση του ώστε να επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα
- Την ανάρρωση του μέσα από την συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων μερών στη διαδικασία θεραπείας και αποκατάστασης.

Για την οικογένεια ή τους οικείους:

- Την εξασφάλιση της συμμετοχής τους στην υποστήριξη της θεραπείας και βελτίωση της υγείας του πάσχοντα
- Την εξασφάλιση της υποστήριξης τους που να στηρίζεται σε γνώση και δεξιότητες
- Την μεγιστοποίηση της ικανότητας των μελών της οικογένειας ή των οικείων ώστε να συμβάλλουν στην ανάρρωση του
- Την ανακούφιση τους από τον πόνο, την θλίψη και τα άγχη και την υποστήριξη τους στις προσπάθειες τους στήριξης του πάσχοντα.

Για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας:

- Το συντονισμό όλων των παραμέτρων της θεραπείας και αποκατάστασης ώστε να εξασφαλιστεί ότι όλοι εργάζονται με τον ίδιο σκοπό σε μια συνεργατική και υποστηρικτική σχέση που περιλαμβάνει την οικογένεια
- Την προσοχή και το σεβασμό τόσο στις κοινωνικές όσο και στις ιατρικές ανάγκες του πάσχοντα
- Την παροχή της αποτελεσματικότερης φαρμακευτικής θεραπείας

- Τη συνεργασία με τον πάσχοντα και την οικογένεια του και την αποδοχή τους ως ίσους «συνεργάτες»
- Τη διερεύνηση των προσδοκιών της οικογένειας από τη θεραπεία και της ελπίδας τους για το μέλλον του πάσχοντα
- Την εκτίμηση τόσο των δυνατοτήτων όσο και των αδυναμιών της οικογένειας
- Την επίλυση των οικογενειακών συγκρούσεων με ευαισθησία απέναντι στη συναισθηματική φόρτιση που βιώνει η οικογένεια
- Την παροχή κατάλληλης πληροφόρησης σε κατάλληλες περιστάσεις
- Την παροχή συγκεκριμένου πλάνου ανταπόκρισης και αντιμετώπισης της κρίσης εκ μέρους των επαγγελματιών
- Την ενθάρρυνση της ανοιχτής και ξεκάθαρης επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας
- Την ενθάρρυνση της οικογένειας στο να διευρύνει τα κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα
- Την ευελιξία στην ικανοποίηση των αναγκών της οικογένειας του πάσχοντα.
(Agency for Healthcare Research and Quality, 2003)

Τα πλεονεκτήματα της ψυχοεκπαίδευσης

Η ψυχοεκπαίδευση ως μέθοδος έρχεται να καλύψει τόσο απλές όσο και πιο σύνθετες ανάγκες που προκύπτουν από την ψυχική νόσο με τρόπο τέτοιο που να προκύπτει ουσιαστική αλλαγή και βελτίωση στην καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής του πάσχοντα και της οικογένειας του. Πιο συγκεκριμένα για το πάσχον άτομο μπορεί να επιτευχθεί η μείωση των υποτροπών του, η ελάττωση του αριθμού των νοσηλειών, αλλά και όταν αυτή είναι απαραίτητη, του χρόνου νοσηλείας του, η μείωση της έντασης και του πλήθους των συμπτωμάτων του και κατ' επέκταση, η μείωση της φαρμακευτικής αγωγής.

Σε κοινωνικό επίπεδο το άτομο αποκτά περισσότερη συμμετοχή στην οικογενειακή ζωή και στις κοινωνικές δραστηριότητες παραμένοντας δραστήριο μέλος στην κοινότητα και εξασφαλίζοντας καλύτερους όρους κοινωνικής ζωής αλλά

και περισσότερες ευκαιρίες για απασχόληση και εργασία. Βιώνει σε λιγότερο βαθμό το στίγμα και την προκατάληψη της κοινωνίας για τον ψυχικά άρρωστο όπως επίσης και το άγχος και την κατάθλιψη που προκύπτουν από την κοινωνική απομόνωση (Falloon, 2003).

Η οικογένεια του πάσχοντα μέσω της εκπαίδευσης και των γνώσεων που θα αποκτήσει από την διαδικασία της ψυχοεκπαίδευσης, μαθαίνει και κατανοεί πολύ καλύτερα την φύση της νόσου όπως και τις ανάγκες του μέλους της που προκύπτουν εξαιτίας της. Για την οικογένεια του ψυχικά πάσχοντα η εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης της καθημερινότητας και διαχείρισης προβλημάτων όπως είναι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, η συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες και η απασχόληση του, έχουν ως αποτέλεσμα να μειώνονται οι συγκρούσεις και το συνολικό άγχος που προκύπτει από αυτές και κατ' επέκταση να βελτιώνονται οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Μία άλλη σημαντική συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης για την οικογένεια είναι αυτή δεν νιώθει πλέον μόνη, αβοήθητη και περιχαρακωμένη αλλά βλέπει ότι υπάρχουν και άλλες οικογένειες με παρόμοιες εμπειρίες και ανάγκες και ότι υπάρχουν λύσεις στο αδιέξοδο που αισθάνθηκαν να δημιουργείται από την αρρώστια του μέλους της (Magliano et al, 2005).

Σημαντική ωφέλεια προκύπτει και για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και γενικότερα το σύστημα ψυχικής υγείας το οποίο χρησιμοποιεί την ψυχοεκπαίδευση ως μία από μεθόδους στην αντιμετώπιση των σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας επωφελείται γιατί κατανοεί καλύτερα τον αντίκτυπο που έχει η ψυχική νόσος στις οικογενειακές σχέσεις όπως επίσης βελτιώνει την ικανότητα του στο να αντιλαμβάνεται στις διαφορετικές αντιλήψεις του πάσχοντα και της οικογένειας. Επίσης λόγω της φύσης της ψυχοεκπαίδευσης, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που τη χρησιμοποιεί βελτιώνει σημαντικά δεξιότητες που αφορούν πτυχές της οικογενειακής, γνωσιακής και συμπεριφορικής θεραπείας που του είναι χρήσιμες σε περιπτώσεις ά ψυχικά πασχόντων. Το σημαντικότερο όλων όμως είναι το γεγονός ότι τα σημαντικά καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντα μειώνουν αισθητά τη ματαίωση και την απογοήτευση που συχνά βιώνει ο

επαγγελματίας ψυχικής υγείας στην πορεία της εξέλιξης μιας χρόνιας ψυχικής νόσου(GOLDMAN C.R 2000).

Τέλος ως προς το σύστημα ψυχικής υγείας, η ψυχοεκπαίδευση επιτυγχάνει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, βελτιωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και κατ' επέκταση αυξημένη ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η μείωση της ανάγκης για παρέμβαση σε περιπτώσεις κρίσεων και νοσηλείας των πασχόντων έχει σαφή οικονομική ωφέλεια για το σύστημα υγείας και υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν την αυξημένη ωφέλεια της ψυχοεκπαίδευσης σε σχέση με το κόστος εφαρμογής της (Agency for Healthcare Research and Quality, 2003; Οικονόμου, 2005).

Περιεχόμενα ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων:

- Εισαγωγή: Παρουσίαση των μελών του προσωπικού και περιγραφή των παρουσιάσεων που θα ακολουθήσουν.
- Γενικές πληροφορίες σχετικά με τη διαταραχή
- Ορισμοί και διάγνωση: Τι είναι ψυχική διαταραχή; τι είναι σχιζοφρένεια;
- Ιστορική αναδρομή, δημογραφικά στοιχεία, κλπ
- Θεωρίες αιτιολογίας: Ξεκινάμε με το να πούμε ότι δεν είναι οι συγγενείς αυτοί που προκαλούν την ψυχική ασθένεια
- Πρόγνωση
- Θεραπεία και εναλλακτικές θεραπείες (έλλειψη αποτελεσματικότητας)
- Πορεία της νόσου
- Φαρμακευτική αγωγή
- Επιδράσεις των φαρμάκων με σκοπό την ενθάρρυνση για συμμόρφωση
- Παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής (κίνδυνοι και οφέλη)
- Συμπτώματα: **α)** Θετικά: παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, διαταραχές στη σκέψη, **β)** αρνητικά: έλλειψη ενδιαφερόντων, κοινωνική απομάκρυνση, φτωχή υγιεινή
- Υποδείξεις για την αντιμετώπιση της διαταραχής
- Πρώιμα συμπτώματα υποτροπής
- Διαδικασία αποκατάστασης

- Εντοπισμός και εφαρμογή βραχυπρόθεσμων στόχων
- Εντοπισμός ατομικών δυνατοτήτων των ασθενών και των οικογενειών τους
- Εκπαίδευση στρατηγικών για την διαχείριση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, αρνητικών συμπτωμάτων ή άλλων στρεσογόνων συμπεριφορών
- Παροχή ευκαιριών στους ασθενείς για εξάσκηση και ενδυνάμωση των υιοθετούμενων δεξιοτήτων
- Στρατηγικές για την επίλυση προβλημάτων
- Διαχείριση του στρες
- Προσωπικές εμπειρίες
- Ενθάρρυνση της ανάπτυξης δικτύων μεταξύ των οικογενειών ώστε να μειωθεί η απομόνωση και ο στιγματισμός
- Καθιέρωση επαφών για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους με επαγγελματίες της ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονται στην κοινότητα
- Προτάσεις για τη διαχείριση:
 - Ενδιαφέρον για τον ασθενή και τον ίδιο τον συγγενή κατά τη μακρά διάρκεια της διαδικασίας αποκατάστασης
 - Να συνεχίσουν τη ζωή τους και να μην είναι η νόσος του ασθενή όλη τους η ζωή
 - Να χρησιμοποιούν ομάδες στήριξης
 - Να κρατούν την επικοινωνία σε απλή και ξεκάθαρη μορφή
 - Να αποφεύγουν την αποδιοργάνωση του σπιτιού κ.ά.
 - Παροχή πληροφοριών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και τα οικονομικά ζητήματα, όπως π.χ. επιδόματα, συντάξεις, κ.λ.π

Έρευνες έδειξαν ότι σύντομα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα επηρεάζουν τους εξής παράγοντες (Mc Farlane W.R. 1998):

- Αίσθημα υποστήριξης από τη θεραπευτική ομάδα
- Αίσθημα της οικογένειας για την ευθύνη τους για την ασθένεια
- Κατανόηση της ασθένειας
- Μη σκόπιμη συμπεριφορά του ασθενή
- Λιγότερο απόρριψη του ασθενή

και δεν επηρεάζουν τα εξής:

- Συγκράτηση πληροφοριών
- Αντίληψη των συμπτωμάτων
- Αλληλεπίδραση με τον ασθενή
- Φορτίο από την ασθένεια
- Ελπίδα για το μέλλον
- Ώρες που καταναλώνονται με τον ασθενή

Το φαινόμενο της «εξουθένωσης» πλήττει σχεδόν όλες τις εκφάνσεις ζωής της οικογένειας. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι οικογένειες αυτές «πιέζονται» ιδιαίτερα στο κοινωνικό πεδίο, με μια έντονη συρρίκνωση των κοινωνικών τους σχέσεων. Η ελαχιστοποίηση του ελεύθερου χρόνου, τα αισθήματα ντροπής και στιγματισμού που βιώνουν, ο περιορισμός των κοινωνικών επαφών σε μία προσπάθεια να «κρύψουν το πρόβλημα», συρρικνώνουν τα κοινωνικά δίκτυα των οικογενειών αυτών, επηρεάζοντας αρνητικά την κοινωνική υποστήριξη που έχουν λαμβάνειν, κάτι που έχει (μέσω μιας κυκλικότητας) επιπλέον συνέπειες για την ψυχική τους ευεξία και ευημερία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των Οικογενειών, που έχουν ένα τουλάχιστον μέλος με διαγνωσμένη σχιζοφρενική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας των οικογενειών με σχιζοφρενές (ψυχωτικό) μέλος και η διασύνδεση των ανωτέρω μεταβλητών των Οικογενειών με σχιζοφρενές μέλος με την κατάσταση της υγείας τους και γενικά με την ποιότητα ζωής τους. Κεντρική υπόθεση λοιπόν είναι ότι οι οικογένειες με ψυχωτικό (σχιζοφρενές) μέλος απολαμβάνουν «κακή» ποιότητα ζωής ως αποτέλεσμα της σύμπλοκης δράσης πολλών ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως:

- ↗ Εχθρότητας είτε ενάντια στον εαυτό τους είτε έναντι των άλλων
- ↗ Ψυχοπαθολογίας είτε λόγω κληρονομικότητας είτε λόγω των συνθηκών διαβίωσης
- ↗ Προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- ↗ Η ποιότητα ζωής και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και στην ανάπτυξη του στίγματος (Gilbert 1998, Gilbert 2003) διότι ο στιγματισμός πηγάζει από την ψυχολογική τάση να κατασκευάζουμε σχήματα του τύπου «εκείνου και εμείς» (James, 1998; Porter, 1998; Shaw, 1998; Heginbotham, 1998; Jamison, 1998; Scambler, 1998; Littlewood, 1998).

- ↗ Θα υπάρχει διαφορά στις οικογένειες με ψυχωτικό μέλος σε σχέση με το φύλο. Υποθέτουμε ότι οι άνδρες συγγενείς α βαθμού με ψυχωτικό μέλος θα έχουν χαμηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τις γυναίκες, διότι το βίωμα των μητέρων περιγράφεται ως μια διαδικασία επαναπροσδιορισμού του γονεϊκού τους ρόλου με εμφανείς ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις όπως άγχος, ενοχή και θρήνος (Milliken 2001,2003).
- ↗ Οι άνδρες συγγενείς α βαθμού με ψυχωτικό μέλος θα έχουν χαμηλότερα ποσοστά εχθρότητας σε σχέση με τις γυναίκες από τις οποίες αναμένουμε υψηλότερα ποσοστά αυτεπίκρισης ως ένα τρόπο προσαρμογής στο πρόβλημα της ψύχωσης (Gilbert, 1998; Gilbert & Miles, 2000). Έχει αποδειχθεί ότι τα εχθρικά συναισθήματα συνεπάγονται της μακράς ταλαιπωρίας της οικογένειας από την ασθένεια και αναμενόμενη αντίδραση σε ανάλογα εχθρικά αισθήματα του ασθενούς, που όμως είναι συνέπεια της νόσου του (Ραμπαβίλας & Χριστοδούλου, 2003).
- ↗ Ειδικοί κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, έκτος του φύλου που συνδέονται με τη νόσο θα επηρεάζουν το προφίλ των οικογενειών με ψυχωτικό μέλος όπως το στίγμα και τα υποστηρικτικά με προεκτάσεις στην ψυχοπαθολογία και εχθρότητα των οικογενειών αυτών.

2 Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας τον Ιούνιο του 2011 έως και τον Σεπτέμβριο του 2011.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν γονείς ή αδέρφια ή σύζυγοι ή παιδιά, που στην Οικογένεια τους έχουν τουλάχιστον ένα μέλος με διαγνωσμένη σχιζοφρενική διαταραχή και που κατοικούν στην Αθήνα Το

δείγμα της έρευνας προέκυψε μέσω δειγματοληψίας χιονοστιβάδας (snowball sampling). Για την εφαρμογή αυτής της μεθόδου προϋπόθεση είναι η συνεργασία με τους Συλλόγους Οικογενειών για τη Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.) που υπάρχουν στην Αθήνα, καθώς και με τους Διευθυντές της ψυχιατρικής κλινικής του Σισμανογλείου Νοσοκομείου Αθήνας, οι οποίοι στα πλαίσια της ψυχιατρικής παρακολούθησης θα είχαν μικρή ή μεγάλη συνεργασία με την οικογένεια του ατόμου που νοσεί από σχιζοφρένεια.

Οι Διευθυντές της ψυχιατρικής κλινικής του Σισμανογλείου Νοσοκομείου Αθήνας και το προεδρείο του Σ.Ο.Ψ.Υ. λειτούργησαν ως «θυρωροί» (gatekeeper) υποδεικνύοντας (βλ. σχετικά Stake, 1995) στον ερευνητή οικογένειες που κατά την κρίση τους συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις της έρευνας (ύπαρξη στενής συγγενικής σχέσης α βαθμού με ψυχωτικό μέλος, αφού ενημερωθούν συναινούν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η κατάσταση υγείας τους επιτρέπει την κατανόηση του ερωτηματολογίου).

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Η ύπαρξη διαγνωσμένης σχιζοφρενικής διαταραχής, που να τεκμαίρεται από τουλάχιστον μια νοσηλεία σε κρατική δομή ψυχικής υγείας (ψυχιατρείο ή ψυχιατρική κλινική), σε κατιών μέλος (υιός – κόρη) της Οικογένειας ή σύζυγο ή αδελφό.
2. Στην έρευνα συμμετέχουν μόνο συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, σύζυγοι και αδέρφια μόνο στις περιπτώσεις, που δεν υπάρχουν γονείς ή σύζυγοι) του ατόμου που έχει διάγνωση ψυχωτική συνδρομή (σχιζοφρένεια)
3. Οι γονείς (πατέρας – μητέρα), οι σύζυγοι και τα αδέρφια που θα συμμετάσχουν στην έρευνα να μην πάσχουν οι ίδιοι από σχιζοφρένεια και γενικά η κατάσταση της υγείας τους να επιτρέπει την κατανόηση του ερωτηματολογίου
4. Η συναίνεση των ατόμων να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος ατομικός κωδικός και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα προκειμένου να μην εμφανιστεί το ονοματεπώνυμο του. Εξάλλου, όλη

η διαδικασία γινόταν από το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονταν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλιζόταν πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ της ερευνητικής ομάδας και των ατόμων που έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

2.1 Δείγμα

Συνολικά τα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν 50. Αυτά τα 50 άτομα, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση το φύλο των συμμετεχόντων. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από 20 άνδρες συγγενείς α βαθμού ψυχωτικού μέλους (ποσοστό 40 %) και 30 γυναίκες συγγενείς α βαθμού ψυχωτικού μέλους (ποσοστό 60 %). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 59,44 έτη με τυπική απόκλιση τα 12,18 έτη.

2.2 Διαδικασία

Στη συνέχεια έγινε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων με προσωπική συνέντευξη του ερευνητή ή εκπαιδευμένων από τον ερευνητή συνεντευκτών, οι οποίοι ήταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας και άνηκαν σε φορέα, που παρακολουθούσε το ψυχωτικό άτομο και είχε συνεργασία με την οικογένεια του (για λόγους δεοντολογίας και προστασίας του απορρήτου). Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν η αξιολόγηση των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία, κατόπιν προσωπικής επικοινωνίας με τους υπευθύνους των ερωτηματολογίων από τους οποίους ελήφθησαν οι σχετικές άδειες.

3. Ερωτηματολόγια και ερευνητικά εργαλεία

3.1 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

3.2 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετρείται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις

υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανakλά τη συνολική επιθετικότητα.

Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economidou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

3.3 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος θα δοθεί ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, συνθήκες διαβίωσης, κατάσταση υγείας, δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο τους) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία). Επίσης, θα τους ζητηθεί να απαντήσουν σε ερωτήσεις (κλειστές και ανοιχτές) με στόχο τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής τους και τις απόψεις τους σε ζητήματα ψυχικής υγείας (ικανοποίηση από τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ζητήματα που τους απασχολούν για το μέλλον των παιδιών τους, απόψεις σε διάφορα θέματα ψυχικής υγείας).

3. 4. Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, θα χρησιμοποιηθούν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος και σταθερή απόκλιση (SD)) των ανδρών και των γυναικών ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των διαμέσων ανάμεσα στις δύο ομάδες των εξής παραμέτρων: της εχθρότητας του HDHQ, και της ψυχοπαθολογίας του SCL-90. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test διότι οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω του test των Kolmogorov-Smirnov (επειδή $n=50$) αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών είναι αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006). Για τις συγκρίσεις πάνω από δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (ONE WAY ANOVA) (Γναρδέλλης, 2006). Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000; Κατσουγιαννόπουλος, 1990).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να

εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Γναρδέλλης, 2006; Ιωαννίδης, 2000).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Παρασκευόπουλος, 1993) διότι η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν θα θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχέτισεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

4. Αποτελέσματα της μελέτης

4.1 Έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος

Ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση υπολογίστηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων των συγγενικών προσώπων των ασθενών με ψύχωση του δείγματος μας και για τα συνολικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος μας

	N	x	SD	Shapiro-Wilk (Sig.)
Ηλικία	50	59,44	± (12,18)	0,918
Ευχαρίστηση από υπ/σιες	50	5,92	± (1,93)	0,143
Απουσία Βοήθειας	50	3,64	± (2,09)	0,102
Βόλεμα Ειδικών	50	3,78	± (2,34)	0,104
Συν/κή Ψυχοπαθολογία (Total SCL-90)	50	90,30	± (89,21)	0,951
Συν/κή Επιθετικότητα (Total HDHQ)	50	21,88	± (8,91)	0,905

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση.

Το στατιστικό κριτήριο Shapiro-Wilk αναφέρεται, αφενός γιατί το δείγμα μας είναι ίσο του 50 (n=50) και αφετέρου είναι κατάλληλο να δείξει την κατεύθυνση της κατανομής των μεταβλητών (Δαφέρμος Β. , 2005) και γιατί από το επίπεδο σημαντικότητας του κριτηρίου αυτού, ελέγχθηκε η κανονικότητα των ποσοτικών

μεταβλητών η οποία βρέθηκε να μην ξεπερνά κατά πολύ την κανονική (καθώς το επίπεδο σημαντικότητας βρέθηκε $> 5\%$, πιθανοθεωρητικό όριο όπου κρίνουμε τη μηδενική υπόθεση), με αποτέλεσμα να επιλεγεί η χρήση παραμετρικών κριτηρίων για την συνέχεια της μελέτης για όλες τις ποσοτικές μεταβλητές (Δαφέρμος Β., 2005).

4.2 Κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ του δείγματός μας

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των συγγενών με ψυχωτικό μέλος, καθώς και οι απαντήσεις τους στις επιπλέον ερωτήσεις που τους τέθηκαν στο Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακες 2 και 3. Το εύρος της ηλικίας των ατόμων που πήραν μέρος στην μελέτη ήταν από 31 έως 79 ετών, με μέσο όρο ηλικίας $59,44 \pm 12,18$ (πίνακας 2). Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, το μεγαλύτερο ποσοστό, ήταν έγγαμοι (ποσοστό $58,0\%$), ενώ η πλειοψηφία του δείγματος ($52,0\%$) ήταν απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης.

Σχετικά με την οικονομική κατάσταση των οικογενειών με ψυχωτικό ασθενή του δείγματος μας το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) έχει εισόδημα έως 900 € μηνιαίως. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό ($72,0\%$) των οικογενειών δηλώνει πως δεν είναι μέλος του ΣΟΨΥ και πως αισθάνονται στιγματισμένοι (ποσοστό 92%) (πίνακας 3).

Από τις συγκρίσεις με τη δοκιμασία χ^2 για τον έλεγχο των διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων (ανδρών και γυναικών) και των υπολοίπων κοινωνικό-δημογραφικών καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δυο ομάδων και στις υπόλοιπες δημογραφικές μεταβλητές που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα, εκτός από το ατομικό εισόδημα (Fisher's Exact Test= $12,058$, $p=0,031$). Τέλος, ενδεικτικής στατιστικά σπουδαιότητας ανευρέθηκε μεταξύ της κατά φύλο σύνθεσης και το αν είναι μέλος ΣΟΨΥ (χ^2 του Yates= $3,476$, $p=0,062$).

Πίνακας 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά κατηγορικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Σύνολο	Ποσοστό%
Φύλο		
Άνδρες	20	40
Γυναίκες	30	60
Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερος	2	4,00
Παντρεμένος-η	29	58,0
Διαζευγμένος-η	7	14,0
Χήρος-α	7	14,0
Σε διάσταση	4	8,0
Άλλο	1	2,0
Εκπαιδευτικό Επίπεδο		
Αποφ. Δημοτικού	5	10,0
Αποφ. Γυμνασίου	13	26,0
Αποφ. Λυκείου	13	26,0
Αποφ. Τεχνικής Σχολής	7	14,0
Πτυχιούχος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	12	24,0
Εργασιακή κατάσταση		
Οικιακά	3	6,0
Συνταξιούχος	22	44,0
Μη δυνάμενος να εργαστεί	1	2,0
Εποχικά απασχολούμενος	2	4,0
Με σταθερή εργασία	22	44,0
Ατομικό Εισόδημα		
ΕΩΣ 300€	2	4,0
ΕΩΣ 600€	5	10,0
ΕΩΣ 900€	17	34,0
ΕΩΣ 1.200€	14	28,0
ΕΩΣ 1.500€	5	10,0
ΕΩΣ 1.800€	3	6,0
Πάνω από 1.800€	4	8,0

Θρήσκευμα		
Χριστ. Ορθόδοξος	49	98,0
Καθολικός	1	2,0
Κοινωνική Ασφάλιση		
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	1	2,0
ΔΗΜΟΣΙΟ	8	16,0
ΙΚΑ	26	52,0
ΟΑΕΕ	3	6,0
ΤΥΔΚΥ	5	10,0
ΟΓΑ	2	4,0
ΑΛΛΟ	5	10,0
Χρόνια Προβλήματα Υγείας (σε άλλο μέλος)		
Ναι	8	16,0
Όχι	42	84,0
Μέλος ΣΟΨΥ		
Ναι	14	28,0
Όχι	36	72,0
Σχέση με πάσχοντα		
Σύζυγος	37	74,0
Παιδί	3	6,0
Άλλο	4	8,0
Γονέας	6	12,0
Στίγμα στην οικογένεια		
Ναι	46	92,0
Όχι	4	8,0

4.3 Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των οικογενειών ψυχωτικών ασθενών

Το t-test για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση διαφορών ανάμεσα στο φύλο και την ηλικία, την ευχαρίστηση από υπηρεσίες, την απουσία βοήθειας το βόλεμα ειδικών, το συνολικό βαθμό ψυχοπαθολογίας και τη συνολική εκτίμηση της εχθρότητας στους συγγενείς των πασχόντων με ψύχωση (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Οι μεταβλητές κατά φύλο: μέσοι όροι και διαφορά των μέσων όρων.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΔΙΑΦΟΡΑ	
	N	χ	(SD)	N	χ	(SD)	test	ρ=
Ηλικία	20	60,55	± (12,97)	30	58,7	± (11,78)	0,512	0,611
Ευχαρίστηση από υπ/σιες	20	6,30	± (1,38)	30	5,66	± (2,21)	1,243	0,219
Απουσία Βοήθειας	20	3,55	± (1,98)	30	3,7	± (2,19)	-0,250	0,803
Βόλεμα Ειδικών Συν/κή Ψυχοπαθολογία (Total SCL-90)	20	53,55	± (66,13)	30	114,8	± (95,03)	-2,686	0,015
Συν/κή Επιθετικότητα (Total HDHQ)	20	19,25	± (8,21)	30	23,63	± (9,06)	-1,772	0,088

N= αριθμός ατόμων. χ= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση. test= t-test. ρ= p-value (αμφίπλευρη).

Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, σχετικά με τη συνολική ψυχοπαθολογία, ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες ποσοτικές μεταβλητές μεταξύ των δύο φύλων, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό. Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι, στη συνολική βαθμολογία της ψυχοπαθολογίας των οικογενειών των ψυχωτικών, ο μέσος όρος για τους άνδρες συγγενείς των ψυχωτικών ασθενών, ήταν $53,55 \pm (66,13)$, ενώ για τις γυναίκες συγγενείς των ψυχωτικών ασθενών, ο μέσος όρος ήταν $114,8 \pm (95,03)$, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το t-test για ανεξάρτητα δείγματα ($P=0,015$).

Τέλος, στη συνολική βαθμολογία της επιθετικότητας, όπως αυτή παρουσιάζεται στον πίνακα 4, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι, ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας της Επιθετικότητας και της Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας για τους άνδρες συγγενείς των ψυχωτικών ασθενών, ήταν $19,25 \pm$

(8,21), ενώ για τις γυναίκες συγγενείς των ψυχωτικών ασθενών, ο μέσος όρος ήταν $23,63 \pm (9,06)$, με ενδεικτικά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το t-test για ανεξάρτητα δείγματα ($P=0,088$).

4.4 Κοινωνικό- δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα των συγγενών των ψυχωτικών ασθενών

4.4.1 Διαφορές ανάλογα με το φύλο των οικογενειών των ψυχωτικών ασθενών σε σχέση με την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας- Symptom Checklist 90-R (SCL-90)

Στον πίνακα 5, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της ψυχοπαθολογίας στις δύο ομάδες του δείγματος (ανδρών και γυναικών), αλλά και στο σύνολο του δείγματος, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο του Derogatis (1977), *Symptom Checklist 90-R (SCL-90)*.

Η μέση τιμή της *σωματοποίησης* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή, όπως βλέπουμε στον πίνακα 5, ήταν 6.75 ± 10.08 με εύρος 0-33, και η μέση τιμή της *σωματοποίησης* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 15.6 ± 12.90 , με εύρος 2-40, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,012$).

Η μέση τιμή της *ψυχαναγκαστικότητας* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή, όπως βλέπουμε στον πίνακα 5, ήταν 6.25 ± 1.68 με εύρος 0-26, και η μέση τιμή της *ψυχαναγκαστικότητας* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 14.4 ± 1.92 , με εύρος 1-37, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,004$).

Η μέση τιμή της *διαπροσωπικής ευαισθησίας* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 5.25 ± 6.31 με εύρος 0-19, και η μέση τιμή της *διαπροσωπικής ευαισθησίας* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 11.33 ± 10.01 , με εύρος 1-30, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,019$).

Πίνακας 5. Σύγκριση μεταξύ των 20 ανδρών συγγενών των ψυχωτικών ασθενών και των 30 γυναικών συγγενών των ψυχωτικών ασθενών ως προς τις υποκλίμακες και ως προς το συνολικό βαθμό του SCL-90.

	Συγγενείς Ψυχωτικών Ασθενών			Διαφορά
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	20 (100,0)	30(100,00)	50 (100,0)	
SCL_90 - Σωματοποίηση				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-33	2-40	0-40	
Μέση τιμή (x ± SD)	6.75 ± 10.08	15.6 ± 12.90	12.06 ± 12.53	t = -2.583 P = 0.012
SCL_90 - Ψυχαναγκαστικότητα				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-26	1-37	0-37	
Μέση τιμή (x ± SD)	6.25 ± 1.68	14.4 ± 1.92	11.14 ± 10.19	t = -2.983 P = 0.004
SCL_90 - Διαπροσωπική ευαισθησία				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-19	1-30	0-30	
Μέση τιμή (x ± SD)	5.25 ± 6.31	11.33 ± 10.01	8.90 ± 9.15	t = -2.411 P = 0.019
SCL_90 - Κατάθλιψη				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-41	1-47	0-47	
Μέση τιμή (x ± SD)	10.30 ± 10.90	23.43 ± 13.65	18.18 ± 14.09	t = -3.600 P = 0.000
SCL_90 - Άγχος				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-29	0-35	0-35	
Μέση τιμή (x ± SD)	4.75 ± 7.77	12.00 ± 12.13	9.10 ± 11.11	t = -2.364 P = 0.022
SCL_90 - Επιθετικότητα				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-18	0-24	0-24	
Μέση τιμή (x ± SD)	4.45 ± 4.65	6.00 ± 7.22	5.38 ± 6.31	t = -0.847 P = 0.400
SCL_90 - Φοβικό Άγχος				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-18	0-21	0-21	
Μέση τιμή (x ± SD)	2.15 ± 4.61	6.03 ± 7.82	4.48 ± 6.94	t = -1.996 P = 0.051

Συνέχεια πίνακα 5

SCL_90 - Παρανοειδή Ιδεασμό

Ελαχίστη - μεγίστη	0-19	1-23	0-23	
Μέση τιμή (x ± SD)	4.30 ± 5.29	8.40 ± 7.24	6.76 ± 6.78	t = -2.170 P = 0.035

SCL_90 - Ψυχωτισμός

Ελαχίστη - μεγίστη	0-22	0-29	0-29	
Μέση τιμή (x ± SD)	4.30 ± 6.21	8.56 ± 9.87	6.86 ± 8.78	t = -1.715 P = 0.092

SCL_90 - GDS

Ελαχίστη - μεγίστη	0.15-2.72	0.11-3.33	0.11- 3.33	
Μέση τιμή (x ± SD)	0.71 ± 0.67	1.32 ± 1.06	1.07 ± 0.96	t = -2.263 P = 0.028

SCL_90 - DETHS

Ελαχίστη - μεγίστη	1.00-2.78	1.00-3,33	1.00- 3.33	
Μέση τιμή (x ± SD)	1.45 ± 0.46	1.86 ± 0.69	1.69 ± 0.63	t = -2.314 P = 0.025

SCL_90 - STHS

Ελαχίστη - μεγίστη	3-89	9-90	3-90	
Μέση τιμή (x ± SD)	31.75 ± 28.41	53.53 ± 27.43	44.82 ± 29.57	t = -2.711 P = 0.009

SCL_90 - TOTAL

Ελαχίστη - μεγίστη	3-245	10-300	3-300	
Μέση τιμή (x ± SD)	53.55 ± 66.13	114.80 ± 95.03	90.30 ± 89.21	t = -2.502 P = 0.015

=====

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T –Test, p= p-value (αμφίπλευρη).

=====

Η μέση τιμή της *κατάθλιψης* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 10.30 ± 10.90 με εύρος 0-41, και η μέση τιμή της κατάθλιψης στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 23.43 ± 13.65 , με εύρος 1-47, με πάρα πολύ στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,000).

Η μέση τιμή του *άγχους* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 4.75 ± 7.77 με εύρος 0-29, και η μέση τιμή του άγχους στην ομάδα των

γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 12.00 ± 12.13 , με εύρος 0-35, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,022$).

Η μέση τιμή της *επιθετικότητας* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 4.45 ± 4.65 με εύρος 0-18, και η μέση τιμή της επιθετικότητας στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 6.00 ± 7.22 , με εύρος 0-24, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,400$).

Η μέση τιμή του *φοβικού άγχους* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 2.15 ± 4.61 με εύρος 0-18, και η μέση τιμή του *φοβικού άγχους* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 6.03 ± 7.82 , με εύρος 0-21, με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,051$).

Η μέση τιμή του *παρανοειδούς ιδεασμού* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 4.30 ± 5.29 με εύρος 0-19, και η μέση τιμή του *παρανοειδούς ιδεασμού* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 8.40 ± 7.24 , με εύρος 1-23, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,035$).

Η μέση τιμή του *ψυχωτισμού* για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 4.30 ± 6.21 με εύρος 0-22, και η μέση τιμή του *ψυχωτισμού* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 8.56 ± 9.87 , με εύρος 0-29, με ενδεικτικά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,092$).

Η μέση τιμή του *Γενικού δείκτη Συμπτωμάτων* (ΓΔΣ-SCL-90) για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 0.71 ± 0.67 με εύρος 0.15-2.72, και η μέση τιμή του *Γενικού δείκτη Συμπτωμάτων* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 1.32 ± 1.06 , με εύρος 0.11-3.33, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P = 0.028$).

Η μέση τιμή του *Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων* (ΔΕΘΣ-SCL-90) για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 1.45 ± 0.46 με εύρος 1.00-2.78, και η μέση τιμή του *Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων* στην

ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 1.86 ± 0.69 , με εύρος 1.00-3,33, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P = 0.025$).

Η μέση τιμή του *Συνόλου των Θετικών Συμπτωμάτων* (ΣΘΣ-SCL-90) για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 31.75 ± 28.41 με εύρος 3-89, και η μέση τιμή του *Συνόλου των Θετικών Συμπτωμάτων* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 53.53 ± 27.43 , με εύρος 9-90, με πολύ στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P = 0.009$).

Τέλος, η μέση τιμή του *Συνολικού βαθμού της Ψυχοπαθολογίας* (Total-SCL-90) για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 53.55 ± 66.13 με εύρος 3-245, και η μέση τιμή του *Συνολικού βαθμού της Ψυχοπαθολογίας* στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 114.80 ± 95.03 , με εύρος 10-300, με ενδεικτικά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P = 0.015$).

4.4.2 Διαφορές ανάλογα με το φύλο των οικογενειών των ψυχωτικών ασθενών σε σχέση με την Κλίμακα για την Επιθετικότητα- Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)

Στον πίνακα 6, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της επιθετικότητας και της κατεύθυνσης της επιθετικότητας των οικογενειών με ψυχωτικό μέλος (για τους άνδρες και τις γυναίκες και για το σύνολο του δείγματος, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Caine et al., (1967) *Hostility and Direction of Hostility Questionnaire* (HDHQ).

Όπως μπορούμε να δούμε στον πίνακα 6, η μέση τιμή της *επίκρισης των άλλων* (criticism of others) για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 7.35 ± 3.08 , με εύρος 1-12, και η μέση τιμή της επίκρισης στην ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 7.36 ± 3.05 , με εύρος 1-13, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0.985$).

Πίνακας 6. Σύγκριση μεταξύ των 20 ανδρών συγγενών των ψυχωτικών ασθενών και των 30 γυναικών συγγενών των ψυχωτικών ασθενών ως προς τις υποκλίμακες και ως προς το συνολικό βαθμό του HDHQ.

	Συγγενείς Ψυχωτικών Ασθενών			Διαφορά
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	20 (100,0)	30(100,0)	50 (100,0)	
Επίκριση των άλλων (Criticism of others)				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-12	1-13	1-13	
Μέση τιμή (x ± SD)	7.35 ± 3.08	7.36 ± 3.05	7.36 ± 3.03	t= -0.018 P=0.985
Παρορμητική εχθρότητα (Acting-out hostility)				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-9	1-11	1-11	
Μέση τιμή (x ± SD)	4.40 ± 2.13	4.63 ± 2.37	4.54 ± 2.26	t= -0.354 P=0.724
Παρανοειδής εχθρότητα (Paranoid hostility)				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-5	0-8	0-8	
Μέση τιμή (x ± SD)	1.95 ± 1.57	3.00 ± 2.58	2.58 ± 2.27	t= -1.623 P=0.111
Αυτοεπίκριση (Self-criticism)				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-8	1-11	0-11	
Μέση τιμή (x ± SD)	3.35 ± 2.68	5.70 ± 2.74	4.76 ± 2.93	t= -2.994 P= 0.004
Ενοχή (Guilt)				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-4	0-7	0-7	
Μέση τιμή (x ± SD)	2.20 ± 1.39	2.93 ± 1.89	2.64 ± 1.73	t= -1.481 P= 0.144
Εξωστρεφής εχθρότητα (Extrapunitiveness)				
Ελαχίστη - μεγίστη	4-23	3-32	3-32	
Μέση τιμή (x ± SD)	13.70 ± 5.83	15.00 ± 7.24	14.48 ± 6.68	t=-0.670 P= 0.506
Ενδοστρεφής εχθρότητα (Intropunitiveness)				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-12	3-17	0-17	
Μέση τιμή (x ± SD)	5.55 ± 3.64	8.63 ± 4.26	7.40 ± 4.27	t= -2.649 P= 0.010
Ολική εχθρότητα (Total hostility)				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-32	8-39	4-39	
Μέση τιμή (x ± SD)	19.25 ± 8.21	23.63 ± 9.06	21.88 ± 8.91	t= -1.737 P=0.088

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t= T-Test.

Η μέση τιμή της *παρορμητικής εχθρότητας* (acting-out hostility) για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 4.40 ± 2.13 , με εύρος 1-9, ενώ η μέση τιμή της παρορμητικής εχθρότητας των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 4.63 ± 2.37 , με εύρος 1-12, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,724$).

Η μέση τιμή της *παρανοειδούς εχθρότητας* (paranoid hostility) για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή κυμάνθηκε στο 1.95 ± 1.57 , με εύρος 0-5, ενώ για την ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 3.00 ± 2.58 , με εύρος 0-8, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,111$).

Η μέση τιμή της *αυτοεπίκρισης* (self-criticism) για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 3.35 ± 2.68 , με εύρος 0-8, ενώ η μέση τιμή της αυτοεπίκρισης για την ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 5.70 ± 2.74 , με εύρος 1-11, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,004$).

Στον πίνακα 6, μπορούμε να παρατηρήσουμε πιο αναλυτικά τις μέσες τιμές και τις συγκρίσεις των παραπάνω υπο-κλιμάκων της εχθρότητας καθώς και αυτή της *ενοχής* (Guilt), της οποίας η μέση τιμή για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 2.20 ± 1.39 , με εύρος 0-4, ενώ η μέση τιμή για την ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 2.93 ± 1.89 , με εύρος 0-7, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,114$).

Όσον αφορά στην *εξωστρεφή εχθρότητα* (extrapuniteness), (την άθροιση, δηλαδή, της βαθμολογίας των υποκλιμάκων: επίκριση των άλλων - παρορμητική εχθρότητα - παρανοειδής εχθρότητα) μπορούσε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 6, ότι η μέση τιμή της για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 13.70 ± 5.83 , με εύρος 4-23, ενώ η μέση τιμή της εξωστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 15.00 ± 7.24 , με εύρος 3-32, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,506$).

Για την *ενδοστρεφή εχθρότητα* (Intropuniteness), (την άθροιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων αυτοεπίκρισης και ενοχής) παρατηρούμε στον

πίνακα 6, πως η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή ήταν 5.55 ± 3.64 , με εύρος 0-12, ενώ η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν 8.63 ± 4.26 , με εύρος 3-17, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,010$).

Στην *ολική εχθρότητα* (total hostility) των δύο ομάδων, όπως φαίνεται στον πίνακα 6, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή και των γυναικών συγγενών των με ψυχωτικό ασθενή ήταν αντίστοιχα 19.25 ± 8.21 , με εύρος 1-32 και 23.63 ± 9.06 , με εύρος 8-39, με στατιστικά ενδεικτικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,088$).

4.4.3 Διαφορές ανάλογα με το θρήσκευμα, την ύπαρξη εργασίας, χρόνια προβλήματα υγείας, μέλος ΣΟΨΥ και του στίγματος που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα των οικογενειών των ψυχωτικών ασθενών

Το t-test για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση διαφορών ανάμεσα στο θρήσκευμα, στην ύπαρξη εργασίας, στην ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας, στο αν είναι μέλος ΣΟΨΥ και στο στίγμα και την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα των οικογενειών με ψυχωτικό ασθενή. Από την στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι για την ψυχοπαθολογία, όσο για την εχθρότητα στατιστικές σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μόνο ως προς στο αν είναι μέλος ΣΟΨΥ [($t=-3,638$, $p=0,001$), (($t=-3,205$, $p=0,004$) αντιστοίχως] και ως προς την ύπαρξη στίγματος στην οικογένεια ($t=4,620$, $p=0,000$), ενώ *ενδεικτικά* ήταν τα αποτελέσματα για την εχθρότητα ($t=1,955$, $p=0,056$).

4.4.4 Άλλοι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα των οικογενειών ψυχωτικών ασθενών

Για την σύγκριση ανάμεσα σε τρεις ηλικιακές ομάδες (19-39, 40-59, 60 +), καθώς και στις υπόλοιπες κατηγορικές κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα (One way Anova) για τα τελικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων της ψυχοπαθολογίας και

εχθρότητας. Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, στο επίπεδο της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Πίνακας 7. Ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα για τις τρεις ηλικιακές ομάδες

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ			ΗΛΙΚΙΑ 1	ΗΛΙΚΙΑ 2	ΗΛΙΚΙΑ 3
	F	p	19-39	40-59	60+
			M ±SD	M ±SD	M ±SD
Συνολική Ψυχοπαθολογία (SCL-90- Total)	0.804	0.454	46.66 ±53.45	81.29 ±87.19	105.39 ±94.52
Συνολική Εχθρότητα (HDHQ-Total)	0.537	0.588	16.66 ±9.01	22.29 ± 9.29	22.13 ±8.68

F=λόγος, df= βαθμοί ελευθερίας, M=μέσος όρος, SD= τυπική απόκλιση

* p<0.05 για p-value (αμφίπλευρη).

Οι τρεις ηλικιακές ομάδες που συγκρίναμε έχουν ίσες διακυμάνσεις, διότι ο έλεγχος Levene έχει επίπεδο σημαντικότητας Sig=0,560>0,05%. Η ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των ομάδων (F (2) = 0,804 για p=0,454>0,05%) έδειξε ότι η ηλικία δεν επηρεάζει την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια με ψυχωτικούς ασθενείς. Στο επίπεδο της εχθρότητας επίσης, δεν ανευρέθηκαν επίσης, σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Οι τρεις ηλικιακές ομάδες που συγκρίναμε έχουν ίσες διακυμάνσεις, διότι ο έλεγχος Levene έχει επίπεδο σημαντικότητας Sig=0,674<0,05%. Η ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των ομάδων (F (2) = 0,537 για p=0,588>0,05%) έδειξε ότι η διαμόρφωση της εχθρότητας στην οικογένεια με ψυχωτικό μέλος δεν επηρεάζεται από την ηλικία.

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση και την συνολική ψυχοπαθολογία ο έλεγχος Levene έχει επίπεδο σημαντικότητας Sig=0,154>0,05%, επομένως οι διακυμάνσεις δεν διαφέρουν. Ο λόγος F για επίδραση μεταξύ των ομάδων είναι F (5) =1,088 για p=0,380 >0,05%) που δεν καταδεικνύει καμία σημαντική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας των συγγενών των ψυχωτικών ασθενών. Σχετικά με την συνολική εχθρότητα ο έλεγχος Levene έχει επίπεδο σημαντικότητας

Sig=0,064>0,05%, επομένως οι διακυμάνσεις δεν διαφέρουν. Ο λόγος F για επίδραση μεταξύ των ομάδων είναι $F(5) = 1,396$ για $p=0,244 >0,05\%$, το οποίο σημαίνει ότι η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης και στην εχθρότητα δεν είναι σημαντική.

Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Ο έλεγχος Levene έχει επίπεδο σημαντικότητας Sig=0,601>0,05% για την συνολική ψυχοπαθολογία και Sig=0,495>0,05% για τη συνολική εχθρότητα, δηλαδή οι διακυμάνσεις δεν διαφέρουν (βλ. παράρτημα). Ο λόγος F για επίδραση μεταξύ των ομάδων ήταν $F(4) = 2,427$ για $p=0,062 >0,05\%$ και $F(4) = 2,557$ για $p=0,052 >0,05\%$, αντίστοιχα για την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα. Επομένως το μορφωτικό επίπεδο δείχνει να έχει μια *ενδεικτικά σημαντική* συσχέτιση με την διαμόρφωση της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας των οικογενειών με ψυχωτικό μέλος. Ωστόσο σε επίπεδο πληθυσμού μπορούμε να υποθέσουμε ότι ίσως να υπάρχει μια τάση ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας των χαμηλότερων μορφωτικών επιπέδων σε σχέση με τα υψηλότερα, στις οικογένειες των ψυχωτικών ασθενών κάτι που χρήζει μεγαλύτερης διερεύνησης με μεγαλύτερα δείγματα.

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση τόσο για την ψυχοπαθολογία, όσο και την εχθρότητα η ανάλυση της διακύμανσης έδειξε ότι η επίδραση μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Ο λόγος F για επίδραση μεταξύ των ομάδων ήταν $F(4) = 1,185$ για $p=0,330 >0,05\%$ και $F(4) = 0,484$ για $p=0,747 >0,05\%$, αντίστοιχα για την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα, χωρίς να υπάρχουν διακυμάνσεις μεταξύ των ομάδων. Η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα.

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με το εισόδημα το επίπεδο σημαντικότητας στην ανάλυση διακύμανσης ήταν $F(6) = 1,286$ για $p=0,284 >0,05\%$ για την ψυχοπαθολογία χωρίς στατιστική σημαντικότητα για το ρόλο του ατομικού εισοδήματος στην ψυχοπαθολογία, ενώ για την εχθρότητα το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $F(6) = 2,034$ για $p=0,082 >0,05\%$, άρα και η επίδραση των ομάδων στην συνολική εχθρότητα είναι ενδεικτικά στατιστικά σημαντική. Η πιθανότητα ελέγχου του Levene δεν είναι σημαντική (Total SCL-90 $p=0,231$ και Total HDHQ $p=0,189$). Άρα σε επίπεδο πληθυσμού δεχόμαστε ότι το ατομικό

εισόδημα δεν συσχετίζεται με την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας στις οικογένειες των ψυχωτικών ασθενών. Δυστυχώς δεν ήταν δυνατό να εφαρμοστούν τα post hoc tests (eg Bonferoni) για περαιτέρω έλεγχο της συγκεκριμένης επίδρασης.

Στη σύγκριση των ομάδων, εν συνεχεία ανάλογα με την *κοινωνική ασφάλιση* εργασιακή για την ψυχοπαθολογία η ανάλυση της διακύμανσης έδειξε ότι η επίδραση μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Ο λόγος F για επίδραση μεταξύ των ομάδων ήταν $F(6) = 1,856$ για $p = 0,111 > 0,05\%$, χωρίς να υπάρχουν διακυμάνσεις μεταξύ των ομάδων (Levene Sig=0,261>0,05%). Αντιστοίχως, για την εχθρότητα η ανάλυση διακύμανσης ήταν $F(6) = 2,353$ για $p = 0,047 < 0,05\%$, χωρίς να υπάρχουν διακυμάνσεις μεταξύ των ομάδων (Levene Sig=0,136>0,05%). Συνεπώς η ύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης φαίνεται να συσχετίζεται με τη διαμόρφωση της συνολικής εχθρότητας στις οικογένειες με ψυχωτικό μέλος.

Τέλος, στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με την *σχέση με τον πάσχοντα* το επίπεδο σημαντικότητας στην ανάλυση διακύμανσης ήταν $F(3) = 1,584$ για $p = 0,206 > 0,05\%$ για την ψυχοπαθολογία χωρίς στατιστική σημαντικότητα για το ρόλο της σχέσης με τον πάσχοντα στην ψυχοπαθολογία (με διακυμάνσεις μεταξύ των ομάδων Levene Sig=0,041<0,05%), ενώ για την εχθρότητα το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $F(3) = 2,735$ για $p = 0,054 > 0,05\%$, άρα και η επίδραση των ομάδων στην συνολική εχθρότητα είναι ενδεικτικά στατιστικά σημαντική, χωρίς διακυμάνσεις μεταξύ των ομάδων (Levene Sig=0,165>0,05%). Ωστόσο σε επίπεδο πληθυσμού μπορούμε να υποθέσουμε ότι ίσως να υπάρχει μια τάση ανάπτυξης εχθρότητας σε σχέση με τον δεσμό με τον πάσχοντα, κάτι που χρήζει διερεύνησης.

4.5 Ανάλυση συσχέτισης

Για να εξεταστούν, στη συνέχεια, η τελευταία από τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας και να μελετηθούν οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι παράγοντες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και συγκεκριμένα για να δούμε την σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και την

εχθρότητα και παραμέτρους κοινωνικο- δημογραφικών χαρακτηριστικών εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης συσχέτισης (Pearson Correlation Coefficient), για το σύνολο των ανδρών (πίνακας 8) για το σύνολο των γυναικών (πίνακας 9), όσο και για το σύνολο του δείγματος (πίνακας 10) ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την χρήση της μεθόδου παρουσιάζονται παρακάτω. Επίσης, πάρα πολύ σημαντικές συσχετίσεις ($P < 0,001$) προέκυψαν μεταξύ της ευχαρίστησης από υπηρεσίες, απουσία βοήθειας, βόλεμα των ειδικών και της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας, τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα χωριστά (βλ. παράρτημα β).

4.5.1 Ανάλυση συσχέτισης για τους άνδρες

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των άλλων μεταβλητών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 8, για την ομάδα των ανδρών προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της εργασιακής κατάστασης καθώς επίσης, σημαντική συσχέτιση ανευρέθηκε μεταξύ της ηλικίας και της σχέσης με τον πάσχοντα ($P < 0,05$).

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και των άλλων μεταβλητών προέκυψε στατιστικά πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της συνολικής ψυχοπαθολογίας.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του ατομικού εισοδήματος σε και των άλλων μεταβλητών, προέκυψε πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ του ατομικού εισοδήματος και του στίγματος καθώς και σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) προέκυψε μεταξύ του ατομικού εισοδήματος και των συνολική ψυχοπαθολογία και της συνολικής εχθρότητας.

Επίσης, πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας.

Τέλος, από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης ανα δύο μεταξύ των άλλων μεταβλητών όπως φαίνεται και στον πίνακα 8, δεν προέκυψε καμία σημαντικά ($P < 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ των υπολοίπων παραγόντων.

Η τιμή p που ορίστηκε να παρέχει στατιστική σημαντικότητα είναι $p < 0,05$.

Πίνακας 8: Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων της ψυχοπαθολογίας, της εχθρότητας και κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων στο σύνολο των ανδρών (N=20)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Ηλικία	1										
2. Εκπαίδευση	-,193	1									
3. Οικογ. Κατάσταση	-,430	,266	1								
4. Εργασιακή κατάσταση	-,747 ^{***}	,245	,322	1							
5. Ατομικό Εισόδημα	,055	,369	,020	,084	1						
6. Κοινωνική ασφάλιση	,049	,112	,161	,174	,361	1					
7. Σχέση με πάσχοντα	-,553 [*]	,156	,133	,465 [*]	-,200	-,006	1				
8. Μέλος ΣΟΨΥ	-,382	-,240	,097	-,074	-,230	-,401	-,158	1			
9. Στίγμα	,078	,289	,053	-,331	,595 ^{**}	,241	-,196	-,034	1		
10. Ψυχοπαθολογία (SCL-90 –TOTAL)	,129	-,598 ^{**}	-,116	-,294	-,546 [*]	-,121	,024	,279	-,207	1	
11. Εχθρότητα (HDHQ-TOTAL)	-,179	-,291	-,055	,157	-,533 [*]	-,221	,049	,292	-,364	,595 ^{**}	1

*p<0,05

**p<0,01

***p≤0,001

^{MS} (Mat. b. ginally significant) (0,05 < P < 0,10)

4.5.2 Ανάλυση συσχέτισης για τις γυναίκες

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των άλλων μεταβλητών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 9, για την ομάδα των γυναικών συγγενών με ψυχωτικό προέκυψε στατιστικά από πάρα πολύ ($P < 0,001$) έως σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των: εργασιακής κατάστασης, σχέσης με τον πάσχοντα, στίγμα και ψυχοπαθολογία.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και των άλλων μεταβλητών προέκυψε στατιστικά από πάρα πολύ ($P < 0,001$) έως σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και των: εργασιακή κατάσταση, ατομικό εισόδημα, σχέση με τον πάσχοντα, μέλος του ΣΟΨΥ και εχθρότητα.

Επίσης, σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της σχέσης με τον πάσχοντα.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της σχέσης με τον πάσχοντα και των άλλων μεταβλητών προέκυψε στατιστικά από πάρα πολύ ($P < 0,001$) έως σημαντική ($P < 0,05$) θετική συσχέτιση μεταξύ της σχέσης με τον πάσχοντα και των: ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, ψυχοπαθολογία και εχθρότητα. Σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση, επίσης, προέκυψε μεταξύ του μέλους του ΣΟΨΥ και της εκπαίδευσης καθώς και μεταξύ στίγματος και της ηλικίας. Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και των άλλων μεταβλητών προέκυψε στατιστικά από πάρα πολύ ($P < 0,001$) έως σημαντική ($P < 0,05$) μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και των: ηλικία, σχέση με πάσχοντα και εχθρότητα.

Τέλος, από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της εχθρότητας και των άλλων μεταβλητών προέκυψε στατιστικά από πάρα πολύ ($P < 0,001$) έως σημαντική ($P < 0,05$) μεταξύ της εχθρότητας και των: εκπαίδευση, σχέση με πάσχοντα, μέλος του ΣΟΨΥ και ψυχοπαθολογία (Πίνακας 9).

Η τιμή p που ορίστηκε να παρέχει στατιστική σημαντικότητα είναι $p < 0,05$.

Πίνακας 9: Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων της ψυχοπαθολογίας, της εχθρότητας και κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων στο σύνολο των γυναικών (N=30)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Ηλικία	1										
2. Εκπαίδευση	-,352ms	1									
3. Οικογ. Κατάσταση	,372*	-,057	1								
4. Εργασιακή κατάσταση	-,645***	,377*	-,271	1							
5. Ατομικό Εισόδημα	,281	,452*	,133	,135	1						
6. Κοινωνική ασφάλιση	,035	-,274	,106	-,026	-,110	1					
7. Σχέση με πάσχοντα	-,482**	,459*	-,432*	,283	,076	-,288	1				
8. Μέλος ΣΟΨΥ	-,042	-,401*	-,156	-,137	-,194	,226	-,178	1			
9. Στίγμα	-,500**	,092	-,289	,290	-,101	,200	,107	,120	1		
10. Ψυχοπαθολογία (SCL-90 –TOTAL)	,380*	-,313ms	,079	-,167	,148	,042	-,438*	,303	-,234	1	
11. Εχθρότητα (HDHQ-TOTAL)	,291	-,436*	,053	-,170	-,173	,229	-,561***	,413*	-,199	,709***	1

*p<0,05

**p<0,01

***p≤0,001

MS (Mat. b. ginally significant) (0,05 < P < 0,10)

4.5.3 Ανάλυση συσχέτισης για το σύνολο του δείγματος

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10, μετά τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και των ερωτηματολογίων της έρευνας για το σύνολο των συγγενών πρώτου βαθμού με ψυχωτικό πάσχοντα, η ηλικία συσχετίζεται αρνητικά με την εργασιακή κατάσταση και την σχέση με τον πάσχοντα.

Η εργασιακή κατάσταση συσχετίζεται αρνητικά με την ηλικία και θετικά με την εκπαίδευση. Το ατομικό εισόδημα σχετίζεται αρνητικά με το φύλο και θετικά με την εκπαίδευση.

Η σχέση με τον πάσχοντα συσχετίζεται αρνητικά με την ηλικία και θετικά με την εκπαίδευση και την εργασιακή κατάσταση. Το θρήσκευμα συσχετίζεται αρνητικά με την κοινωνική ασφάλιση.

Το μέλος ΣΟΨΥ συσχετίζεται θετικά με το φύλο και αρνητικά με την εκπαίδευση και το ατομικό εισόδημα. Το στίγμα στην οικογένεια συσχετίζεται θετικά με το ατομικό εισόδημα.

Η ψυχοπαθολογία συσχετίζεται θετικά με το φύλο, το μέλος ΣΟΨΥ και την εχθρότητα, ενώ η εχθρότητα συσχετίζεται θετικά με το μέλος ΣΟΨΥ και την ψυχοπαθολογία και αρνητικά με την εκπαίδευση, το ατομικό εισόδημα και την σχέση με τον πάσχοντα (Πίνακας 10).

Η τιμή p που ορίστηκε να παρέχει στατιστική σημαντικότητα είναι $p < 0,05$.

Πίνακας 10: Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων της ψυχοπαθολογίας, της εχθρότητας και κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων στο σύνολο του δείγματος (N=50).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Ηλικία	1												
2. Φύλο	-,075	1											
3. Εκπαίδευση	-,273 ^{ms}	-,087	1										
4. Οικογ. Κατάσταση	,005	-,072	,099	1									
5. Εργασιακή κατάσταση	-,679 ^{***}	-,044	,325 [*]	-,012	1								
6. Ατομικό Εισόδημα	,172	-,308 [*]	,406 ^{**}	,088	,114	1							
7. Κοινωνική ασφάλιση	,052	-,151	-,092	,140	,060	,174	1						
8. Σχέση με πάσχοντα	-,507 ^{***}	-,015	,335 [*]	-,188	,351 [*]	-,052	-,172	1					
9. Θρήσκευμα	-,124	,117	-,126	-,088	-,059	-,250	-,325 [*]	-,078	1				
10. Μέλος ΣΟΨΥ	-,221	,309 [*]	-,330 [*]	-,047	-,115	-,289 [*]	-,118	-,163	,089	1			
11. Στίγμα	-,225	-,060	,188	-,117	,023	,290 [*]	,224	-,022	-,042	,020	1		
12. Ψυχοπα/γία (SCL-90 –TOTAL)	,246	,340 [*]	-,403 ^{**}	-,015	-,206	-,225	-,062	-,283 [*]	,009	,355 [*]	-,224	1	
13. Εχθρότητα (HDHQ-TOTAL)	,083	,243	-,385 ^{**}	-,010	-,060	-,384 ^{**}	,016	-,335 [*]	,180	,400 ^{**}	-,272	,694 ^{***}	1

*p<0,05

**p<0,01

***p≤0,001

^{ms} (Mat. b. ginally significant) (0,05 < P < 0,10)

5. Συζήτηση

Στη συνέχεια αναφέρονται οι περιορισμοί και οι αδυναμίες της παρούσας μελέτης προκειμένου να σχολιαστούν τα ευρήματα της μελέτης και να συγκριθούν με ανάλογα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, εξετάστηκαν αποκλειστικά άνδρες και γυναίκες συγγενείς α βαθμού με ψυχωτικό μέλος, ηλικίας από 31 έως 79 ετών, με μέσο όρο ηλικίας $59,44 \pm 12,18$, που προήλθαν από στοιχεία που δόθηκαν από την ψυχιατρική κλινική του Σισμανογλείου Νοσοκομείου Αθηνών. Ο διαχωρισμός των συμμετεχόντων στις δύο ομάδες πραγματοποιήθηκε με βάση το φύλο των συμμετεχόντων όπως από καταγράφηκε στο ερωτηματολόγιο των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ του φύλου και των μεταβλητών που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Το συνολικό δείγμα των ασθενών ανήρθε σε 50 άτομα και κατά συνέπεια η ομάδα των ανδρών συγγενών με ψυχωτικό μέλος αποτελείτο από 20 άτομα, ενώ η ομάδα των γυναικών συγγενών με ψυχωτικό μέλος από 30 άτομα, συνιστώντας ένα μικρό δείγμα του πληθυσμού των οικογενειών με ψυχωτικό ασθενή. Για να οριστεί με σαφήνεια ο ρόλος των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών το φύλο, στην διαμόρφωση της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας των οικογενειών που έχουν μέλος με ψυχωτική διαταραχή θα απαιτείτο μεγαλύτερο δείγμα και μεγαλύτερη ποικιλία ψυχιατρικών δομών, ώστε να αποφανθούμε για αιτιότητα.

Σε καμία περίπτωση, λοιπόν, δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι το φύλο είναι η αιτία της ψυχοπαθολογικό-επιθετικής συμπεριφοράς ή το αντίστροφο των οικογενειών αυτών. Ωστόσο, από τα αποτελέσματα εξάγονται συμπεράσματα για τις διαφορές των ανδρών και των γυναικών συγγενών που έχουν μέλος με ψυχωτική διαταραχή πάνω στην διαμόρφωση της ψυχοπαθολογίας και στα συναισθήματα της εχθρότητας καθώς και για την σχέση ή την επίδραση διαφόρων

κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών σε καταστάσεις κρίσεων όπως μια ψυχική διαταραχή, τα οποία χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης μέσω πολύ παραγοντικών στατιστικών μοντέλων, ώστε να είναι σε θέση με σαφήνεια να σκιαγραφήσουν το ψυχοκοινωνικό προφίλ αυτών των « τόσο επιβαρυσμένων» οικογενειών.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά κάποια κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των οικογενειών που έχουν μέλος με ψυχωτική το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν έγγαμοι (ποσοστό 58,0%), ενώ η πλειοψηφία του δείγματος (52,0%) ήταν απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης. Σχετικά με την οικονομική κατάσταση των οικογενειών με ψυχωτικό ασθενή του δείγματος μας το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) έχει εισόδημα έως 900 € μηνιαίως. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό (72,0%) των οικογενειών δηλώνει πως δεν είναι μέλος του ΣΟΨΥ και πως αισθάνονται στιγματισμένοι (ποσοστό 92%). Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τις έρευνες έχουν επισημάνει ότι και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την πορεία των σχιζοφρενικών διαταραχών. Στους κοινωνικούς παράγοντες αναφέρονται το φύλο, η φυλή, το έθνος, η κοινωνικο-οικονομική θέση, η ανεργία, η μετανάστευση, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, οι αντιξοότητες της ζωής και η έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος (Μιχελή & Πολυχρόνη, 2003).

Τα αποτελέσματα μας αυτά επισημαίνουν και το «στίγμα» που συνεπάγεται η σχιζοφρένεια και στηρίζουν την πρώτη υπόθεση μας. Ο αντίκτυπος του στιγματισμού της ψυχικής νόσου, άμεσος ή έμμεσος, δεν περιορίζεται μόνο στον ίδιο τον ασθενή. Οι συνέπειες του στίγματος είτε με τη μορφή κοινωνικής απόρριψης, είτε με τη μορφή του αυτοστιγματισμού, επεκτείνεται και στα άτομα του στενού περιβάλλοντος του ασθενή, στην οικογένεια του. Η οικογένεια είναι αυτή που σηκώνει ένα δυσβάστακτο φορτίο, συναισθηματικό, αλλά και πρακτικό, λόγω των λειτουργικών συνεπειών της νόσου στην οικογενειακή ζωή, των επαναλαμβανόμενων υποτροπών και νοσηλειών, αλλά και της οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται η χρονιότητα της νόσου. Κατά μια έννοια λοιπόν και η οικογένεια του σχιζοφρενούς γίνεται «παράλληλος ασθενής», που υποφέρει από την κοινωνική παθολογία του στίγματος (Οικονόμου, 2006).

Ωστόσο, από τις συγκρίσεις με τη δοκιμασία χ^2 για τον έλεγχο των διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων (ανδρών και γυναικών) και των υπολοίπων κοινωνικό-δημογραφικών καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δυο ομάδων και στις υπόλοιπες δημογραφικές μεταβλητές που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα, εκτός από το ατομικό εισόδημα ($p=0,031$) και της ενδεικτικής στατιστικά σπουδαιότητας μεταξύ της κατά φύλο σύνθεσης και το αν είναι μέλος ΣΟΨΥ ($p=0,062$). Διαπιστώνεται πως οι γυναίκες συγγενείς ψυχωτικών ασθενών έχουν χαμηλότερα εισοδήματα, αλλά αναζητούν με μεγαλύτερη συχνότητα υποστηρικτικά δίκτυα σε σχέση με τους άνδρες συγγενείς ψυχωτικών ασθενών. Για τις υπόλοιπες μεταβλητές οι ομάδες μας ήταν ομοιογενείς κάτι που μας επιτρέπει με μεγαλύτερη ασφάλεια την εξαγωγή των συμπερασμάτων για τις διαφορές που προέκυψαν. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τις έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι παράγοντες οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και στην ανάπτυξη του στίγματος (Gilbert 1998, Gilbert 2003) και ότι ο στιγματισμός πηγάζει από την ψυχολογική τάση να κατασκευάζουμε σχήματα του τύπου «εκείνου και εμείς» (James, 1998; Porter, 1998; Shaw, 1998; Heginbotham, 1998; Jamison, 1998; Scambler, 1998; Littlewood, 1998), ειδικά όταν συντρέχουν και επιπρόσθετοι λόγοι, όπως αυτοί που περιγράφονται στην παρούσα μελέτη.

Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, σχετικά με τη συνολική ψυχοπαθολογία, ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του φύλου και της ηλικίας, της ευχαρίστησης από υπηρεσίες, την απουσία βοήθειας το βόλεμα ειδικών στους συγγενείς των πασχόντων με ψύχωση, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό. Διαπιστώνεται ότι σε σχέση με τους συγκεκριμένους παράγοντες οι άνδρες και οι γυναίκες συγγενείς των ψυχωτικών έχουν την ίδια άποψη και δεν ανιχνεύονται διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με τις έρευνες που εντοπίζουν τρεις βασικές πηγές στρες για τους συγγενείς των ψυχικά ασθενών: το στρες που πηγάζει από τις καταστάσεις (situational), από το κοινωνικό περιβάλλον (societal) και από την επαφή με το σύστημα υγείας (iatrogenic) (Lefley ,1997).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σχετικά με την ψυχοπαθολογία των ανδρών και γυναικών συγγενών που έχουν ψυχωτικό μέλος, προέκυψε πως

υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά τους μέσους όρους στην σωματοποίηση, στην ψυχαναγκαστικότητα, στη διαπροσωπική ευαισθησία, στην κατάθλιψη, στο άγχος, στον παρανοειδή ιδεασμό, στον δείκτη ενόχλησης από τα συμπτώματα, στον δείκτη θετικών συμπτωμάτων στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων και στη συνολική βαθμολογία της ψυχοπαθολογίας ενώ ενδεικτικά σημαντική διαφορά προέκυψε στο φοβικό άγχος και στον ψυχωτισμό. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν, πως τα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας διαφοροποιούνται δραματικά σε σχέση με το φύλο, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες συγγενείς των ψυχωτικών ασθενών εκδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τους άνδρες και επιβεβαιώνουν πλήρως την αρχική μας υπόθεση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη του Alanen (1958, 1972), οποίος υποστήριξε ότι οι μητέρες των σχιζοφρενών είχαν πληθώρα ψυχολογικών διαταραχών και σε διαφωνία με άλλες έρευνες που δεν μπόρεσαν να τεκμηριώσουν αυτές τις υποθέσεις (Ferreira 1965, Sharan, 1965 στο Ασημακόπουλος, 2002).

Διαφορετικό μοτίβο αποτελεσμάτων παρατηρούμε στο ερωτηματολόγιο της επιθετικότητας. Πιο συγκεκριμένα, από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά τους μέσους όρους στην αυτό-επίκριση και ενδοστρεφή εχθρότητα και ενδεικτικά στατιστική διαφορά στην ολική εχθρότητα, ενώ στις υπόλοιπες διαστάσεις δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών των οικογενειών με ψυχωτικό μέλος του δείγματος μας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες θα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας κι ιδιαίτερα στην αυτό-επίκριση και υψηλότερα από του άνδρες συγγενείς των ψυχικά πασχόντων ασθενών. Αυτά τα ευρήματα που δείχνουν μια υψηλότερη αυτοεπίκριση έρχονται σε συμφωνία με μελέτες που υποστηρίζουν ότι η αυτοεπίκριση αποτελεί ένα τρόπο προσαρμογής στο πρόβλημα της ψύχωσης (Gilbert, 1998; Gilbert & Miles, 2000). Φαίνεται, επίσης, ότι είναι δύσκολο για τους γονείς να συλλάβουν τις απώλειες στην ολότητα και την περιπλοκότητά τους, καθώς είναι προοδευτικές και μεταβάλλονται παράλληλα με την εξελικτική πορεία της αρρώστιας (Godress, 2005). Συνδεδεμένος με την επιθετικότητα, ο θυμός παρακινεί μια κατηγορηματική απάντηση όταν απειλούνται σημαντικοί στόχοι (Kuppens, et al., 2003). Οι δυσκολίες κοινωνικοποίησης των ψυχωσικών ασθενών συχνά τους

καθλώνουν σε ένα παρατεταμένο καθεστώς εξάρτησης από τους γονείς τους. Η ικανοποίηση αναγκών και αμφιθυμία στα πλαίσια του διπόλου εξάρτηση – ανεξαρτησία αποτελούν έννοιες- κλειδιά για την σχέση των ψυχωσικών ασθενών με τα σημαντικά γι' αυτούς πρόσωπα. Καθώς η οικογένεια αντιπροσωπεύει μισητές ανάγκες εξάρτησης και οι ψυχωσικοί ασθενείς νιώθουν εύκολα απειλούμενοι και ματαιωμένοι όταν οι απαιτήσεις τους δεν μπορούν να ικανοποιηθούν, μεταθέτουν το θυμό και την επιθετικότητα τους προς τους άμεσους συγγενείς τους (Lefley,1997). Αυτή η συγκρουσιακή σχέση του συγγενή με τον ψυχικά ασθενή που δυσκολεύει τη συνεργασία τους στη διαχείριση της ασθένειας, αποτελεί παράγοντα που συνδέει την αντικειμενική με την υποκειμενική επιβάρυνση που βιώνει ο συγγενής (Jones, 1996).

Μια προσπάθεια ερμηνείας, για τα υψηλά επίπεδα της αυτεπίκρισης και της ενδοστρεφούς εχθρότητας των γυναικών συγγενών πάσχοντα με ψύχωση, που θα μπορούσαμε να κάνουμε, και στηρίζεται τόσο στις απόψεις του Foulds (1967) είναι ότι τα υψηλά επίπεδα των διαστάσεων αυτά της εχθρότητας μπορεί να αντανακλούν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις που ένα τραυματικό γεγονός εγείρει. Όσο πιο βαθιές και αμοιβαία ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις έχουν μεταξύ τους οι άνθρωποι, τόσο λιγότερο πιθανό είναι, ακόμη και σε περιπτώσεις που βρίσκονται κάτω από stress να καταφεύγουν στην εξωστρεφή ή στην ενδοστρεφή εχθρότητα (Foulds 1967).

Από τους υπόλοιπους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που διερευνήθηκαν για την διαμόρφωση της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας στο σύνολο των οικογενειών που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε ότι για την ψυχοπαθολογία, όσο για την εχθρότητα στατιστικές σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μόνο ως προς στο αν είναι μέλος ΣΟΨΥ και ως προς την ύπαρξη στίγματος στην οικογένεια ενώ ενδεικτικά ήταν τα αποτελέσματα της επίδρασης για την εχθρότητα, ενώ η ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των ομάδων έδειξε ότι η ηλικία δεν επηρεάζει την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας στην οικογένεια με ψυχωτικούς ασθενείς. Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση και την συνολική ψυχοπαθολογία δεν βρέθηκε καμία σημαντική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας των συγγενών των ψυχωτικών ασθενών.

Το μορφωτικό επίπεδο, εν συνεχεία, βρέθηκε να έχει μια ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση με την διαμόρφωση της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας των οικογενειών με ψυχωτικό μέλος. Δηλαδή σε επίπεδο πληθυσμού μπορούμε να υποθέσουμε ότι ίσως να υπάρχει μια τάση ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας των χαμηλότερων μορφωτικών επιπέδων σε σχέση με τα υψηλότερα, στις οικογένειες των ψυχωτικών ασθενών κάτι που χρήζει μεγαλύτερης διερεύνησης με μεγαλύτερα δείγματα.

Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση και το ατομικό εισόδημα δεν φανήκαν να συσχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα, ενώ η ύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης βρέθηκε να επηρεάζει τη διαμόρφωση της συνολικής εχθρότητας στις οικογένειες με ψυχωτικό μέλος. Τέλος, στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με την σχέση με τον πάσχοντα βρέθηκε ότι σε επίπεδο πληθυσμού μπορούμε να υποθέσουμε ότι ίσως να υπάρχει μια τάση ανάπτυξης εχθρότητας σε σχέση με τον δεσμό με που υπάρχει με τον πάσχοντα, κάτι που χρήζει διερεύνησης.

Από την ανάλυση αυτή προκύπτει το συμπέρασμα ότι η ψυχοπαθολογία και η εχθρότητα των οικογενειών με ψυχωτικό ασθενή πιθανόν να προκύπτει από εσωτερικά αίτια με απώλειες σε πολλαπλά επίπεδα, δηλαδή να πρόκειται για μια εσωτερική διεργασία πένθους (MacGregor, 1994; Parker, 1993). Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με την άποψη του Φρόυντ για το θρήνο της οικογένειας των ψυχωτικών ασθενών *«το αντικείμενο δεν πέθανε... η απώλεια συνέβη, αλλά χωρίς να μπορεί να προσδιορισθεί ακριβώς αυτό που χάθηκε... το υποκείμενο ξέρει καλά ποιον αφορά η απώλεια, αλλά όχι τι έχασε σχετικά με αυτό το πρόσωπο... απώλεια αντικειμένου που διαφεύγει της συνείδησης»* (Freud, 1917).

Ο άρρωστος είναι εκεί και δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης με τα μέλη της οικογένειας, με άλλα λόγια ενδοστρέφεται μέσα σε αυτήν. Το εξωτερικό περιβάλλον λίγο φαίνεται να επενεργεί σε αυτήν την διεργασία. Και τούτο διότι είναι η ίδια η οικογένεια που αλλάζει λόγω της νόσου. Οι σχέσεις των μελών της διαφοροποιούνται, καθώς οι ανάγκες φροντίδας του ασθενούς υπερσχύουν των προσωπικών αναγκών των άλλων μελών της οικογένειας. Οι γονείς με το πέρασμα του χρόνου συνειδητοποιούν ότι η αλλαγή είναι μόνιμη και δεν μπορεί να ξαναγυρίσουν στην προηγούμενη κατάσταση πριν την εκδήλωση της ασθένειας (Stein, 2001; Ryan, 1993).

Από την ανάλυση προέκυψαν από παρά πολύ ως πολύ σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων των ερωτηματολογίων της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας, χωρίς να αποτελούν εξαρτημένο χαρακτηριστικό των ανδρών έναντι των γυναικών. Η ψυχοπαθολογία συσχετίζεται θετικά με το φύλο, το μέλος ΣΟΨΥ και την εχθρότητα, ενώ η εχθρότητα συσχετίζεται θετικά με το μέλος ΣΟΨΥ και την ψυχοπαθολογία και αρνητικά με την εκπαίδευση, το ατομικό εισόδημα και την σχέση με τον πάσχοντα, τόσο για τους άνδρες όσο για τις γυναίκες. Επίσης, πάρα πολύ σημαντικές συσχετίσεις προέκυψαν μεταξύ της ευχαρίστησης από υπηρεσίες, απουσία βοήθειας, βόλεμα των ειδικών και της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας, τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα χωριστά. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με φαινομενολογικές μελέτες που τονίζουν ότι η αγωνία του ελέγχου της αρρώστιας μέσω της θεραπείας, η προσπάθεια οργάνωσης του μέλλοντος, οι δυσκολίες της παροχής φροντίδας, καθώς κι η διαχείριση συναισθημάτων, όπως ο φόβος, η ενοχή, η αίσθηση αδυναμίας και αβεβαιότητα είναι πυρηνικά στην περιγραφή του βιώματος των γονιών (Wheeler, 1994; Teschinsky, 2000; Rose, 2002; Delanay, 1996; Jeon, 1998).

Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων της ψυχοπαθολογίας, όπως μετράται με το SCL-90 (Derogatis, 1977), των ανδρών και των γυναικών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή έρχεται σε συμφωνία με τις θεωρητικές προσεγγίσεις που τονίζουν την σημαντικότητα του λειτουργικού ρόλου που ο ψυχικά ασθενής παίζει μέσα στην οικογένεια. Όσο περισσότερο η οικογένεια εξαρτάται, λειτουργικά ή συναισθηματικά, από το μέλος αυτό τόσο περισσότερο η ασθένεια του διαρρηγνύει τη συνέχεια του συστήματος. Η εκδήλωση ψυχικής ασθένειας σ' ένα παιδί μπορεί να επιφέρει μεγάλο ναρκισσιστικό πλήγμα στους γονείς λόγω της συναισθηματικής επένδυσης και των προβολών που έχουν κάνει επάνω του (Serrano, 1985).

Επίσης, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων της επιθετικότητας, όπως μετράται με το HDHQ (των Caine et al., 1997), των ανδρών και των γυναικών συγγενών με ψυχωτικό ασθενή είναι σύμφωνα με αποτελέσματα άλλων μελετών, οι οποίες αναφέρουν ότι ένας από τους τρόπους με τους οποίους φαίνεται να προσπαθούν τα άτομα που νιώθουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις μετά από ένα ψυχοτραυματικό γεγονός και να προστατέψουν τον εαυτό τους, είναι η

εκδήλωση επιθετικών στάσεων (Stemmler et al., 2007). Επίσης, συμφωνούν με ερευνητικά ευρήματα που δείχνουν ότι αφενός, η επιθετικότητα λειτουργεί ως αυτόνομη αντανακλαστική αντίδραση και αφετέρου, αποτελεί μια κοινωνικοποιημένη μορφή του συναισθήματος του μετατραυματικού άγχους και φόβου, που συνδέεται με την εκδήλωση ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς (Stemmler et al., 2007; Jarymowicz & Bar-Tal, 2006).

Τελειώνοντας, αξίζει να τονισθεί ότι από την παρούσα διπλωματική αναδεικνύεται η προβληματική γύρω από το κοινωνικοψυχολογικό προφίλ των οικογενειών που έχουν ασθενή με ψυχωτική διαταραχή, η οποία καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική μέσα σε ένα πλαίσιο ανάπτυξης πολιτικών προαγωγής και πρόληψη της υγείας με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση κι αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιβαρύνσεων αυτών των οικογενειών. Η διαχείριση της πρόληψης οφείλει να στρέφεται και στο συγγενικό περιβάλλον μέσα από την εξασφάλιση ασφάλειας, την παροχή υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης των πόρων και των δικτύων υποστήριξης. Ένας πρόσθετος ρόλος της πρόωρης παρέμβασης θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει την ανίχνευση των οικογενειών και ειδικότερα των γυναικών που απαιτούν μια πιο σύνθετη παρέμβαση, στον παρόντα αλλά και ύστερο χρόνο, διότι η επιβάρυνση από την «απόσυρση του πάσχοντα στην οικογένεια του» αποδεικνύεται μέσα από την παρούσα μελέτη να έχει μακροχρόνιες επιδράσει

6. Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σχετικά με τα χαρακτηριστικά των οικογενειών που έχουν πάσχοντα με ψυχωτική διαταραχή είναι τα εξής:

- Υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας όπως μετράται με το SCL-90 (του Derogatis, 1977) των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες συγγενείς των ψυχωτικών ασθενών.
- Υψηλά επίπεδα της αυτοεπικρίσης και της ενδοστρεφούς εχθρότητας, όπως μετράται με το HDHQ (Caine et al, 1997), των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες συγγενείς των ψυχωτικών ασθενών..

- Οι γυναίκες συγγενείς ψυχωτικών ασθενών έχουν χαμηλότερα εισοδήματα, αλλά αναζητούν με μεγαλύτερη συχνότητα υποστηρικτικά δίκτυα σε σχέση με τους άνδρες συγγενείς ψυχωτικών ασθενών
- Μόνο το μέλος Σοψυ, το στίγμα η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, η απουσία βοήθειας και το βόλεμα των ειδικών βρεθήκαν να συσχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας, χωρίς να αποτελούν εξαρτημένο χαρακτηριστικό των γυναικών έναντι των ανδρών συγγενών.
- Τέλος, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύεται η σχέση της ψυχοπαθολογίας και της επιθετικότητας και στα δύο φύλα των οικογενειών με μέλος που πάσχει από ψυχωτική διαταραχή

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, 118-123.
- Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, 16-20.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- Δαφέρμος, Β., (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδ. ΖΗΤΗ
- Ζαφείρης Α. Ζαφείτη Ε. Μουζακίτης Χρ., (1999). *Οικογενειακή Θεραπεία. Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. (εκδ) Αθήνα Ελληνικά Γράμματα
- Ζερβής, Χ. (2001). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. (εκδ.2η), Αθήνα: Γραφικές Τέχνες.
- Ζήση Α.(2002) «Επανάταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων», Αθήνα, εκδ. Τυπωθήτω.
- Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- Λαϊνγκ Ρ.(1989) «Η πολιτική της οικογένειας», Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη.
- Μαδιανός Μ. (1996), *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : από το άσυλο στην κοινότητα* (εκδ) Αθήνα Ελληνικά Γράμματα
- Μαδιανός Μ(1990) «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη.
- Μαδιανός Μ.(2000) «Προληπτική ψυχιατρική», Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη.
- Μαδιανός Μ.(2004) «Κλινική Ψυχιατρική», 2^η έκδοση, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη.
- Μιχελή, Α. Πολυχρόνη, Φ. (2003). *Σχιζοφρένεια : Ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες στην οικογένεια*, Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Ηρακλείου.

- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, 42-48.
- Οικονόμου Μ.(2005) «Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», Προληπτική Ψυχιατρική, Εκδ.Βήτα.
- Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ".
- Ραμπαβίλας, Α.Δ & Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2003) Σχιζοφρένεια. Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ.Ρ., Αλεβίζος, Β.Η. & Κονταξάκης, Β.Π.. Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Τομαράς Β. Μαυρέας Β. (1990). Σχιζοφρένεια και οικογένεια. Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία και θεραπεία της σχιζοφρένειας. *Ιατρική* 57(3), 238-246
- Τομαράς Β. (1997). Σημειώσεις για μάθημα «Δομή και δυναμική οικογένειας». Μεταπτυχιακό Ψυχικής Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Παν/μιου Αθηνών
- Χριστοδούλου Γ.(2000) «Προληπτική ψυχιατρική», Αθήνα, εκδ. Βήτα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Allan, S., Gilbert, P., Goss, K. (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.* , vol. 17, p. 719- 722.
- Agency for Healthcare. Research and Quality Family Psychoeducation.
- Atkinson J.(1995) "Families coping with schizophrenia: Family groups", New York, John Willey publications.
- Basaglia F.(2008) "Οι θεσμοί της βίας και άλλα κείμενα", Τετράδια Ψυχιατρικής.
- Bateson G.(1956) "Toward a theory of schizophrenic behavioral science"
- Campling P.(2002) "Therapeutic communities: past, present and future", London, J. Kingsley Publisers Ltd.
- Caplan G.(1964) "Principles of preventive psychiatry", New York, Basic Books

- Coldman C.R.(2000) “Toward a definition of psychoeducation, Hospital and Community Psychiatry”, British Journal of Psychiatry, London.
- Cooper D. (2001) “Psychiatry and anti-psychiatry”, London: Tavistock Publications.
- Crossley N.(2006) “Contesting psychiatry: Social movements in mental health”, London: Routledge, an imprint of Taylor and Francis Group.
- Dixon LB(2001)Psychiatric services to families. London.Un.PRESS
- Fallon IRH (2003) “Family interventions for mental disorders”, World Psychiatry.
- Falloon J.(1990) “Family management of schizophrenia”, Baltimore, J. Hopkins Press.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. Social Research, vol.70, 1205- 1230.
- Gilbert P. (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, 3- 38.
- Gilbert, P., Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it’s relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. Personality and Individual Differences, vol.29, p. 757- 774
- Gladding S.(2002) “Family therapy-history”, New Jersey, Merrill Prentice Hall.
- <http://mentalhealth.gov> (2003)
- Kreisman D.(2000) “Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature”, Schizophrenia Bulletin.
- Kuipers L.(1995) “Social support and psychiatric disorders”, London, Cambridge University publications.
- Left JL (2000)The London Depression Intervention. London. Un.PRESS
- Magliano L. et. all (2005) “Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission, World Psychiatry 4(1), pp 45-49.
- Mc Farlane W.R.(1998) “Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia”, London, Family Process.
- Minuchin S.(2007) “Τεχνικές οικογενειακής θεραπείας” Αθήνα, εκδ. Ερευνητές.
- Skynner,R.(1997) “Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα”, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη.
- Watzlawick P.(1993) “Δομές της ψυχωσικής επικοινωνίας”, Θεσσαλονίκη, εκδ. Μάγια.
- World Federation for Mental Health(WFMH)
- Albin M & Ehcylopaedia Universalis (2001). Dictionnaie de la Psychonalypse (2e edition) Paris: Encyclopaedia

- American Psychiatric Association, (1994), Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. (4th Eds) Wasgington: American Psychiatric Association
- Bateson G, Jackson DD., Heley J., Weaklend JH, (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Science* 1:251-264
- Bowen M. (1978) Family therapy in clinical practice (eds) New York : Jason Aronson
- Delaney KR, Engels Scianna B (1996). Parents' perceptions of their child's emotional illness and psychiatric treatment needs. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* Oct-Dec 9(4):15-24
- Dolto F (1982) *Seminaie de psychanalyie d' enfants*, (eds) Paris: Seuil.
- Doornbos M(1997) The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *Journal OF Psychosocial Nursing* Vol35, No9, 2226.
- Fadden G., Bebbington P., Kuipers C. (1987). Caring and its burdens. A study of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, pp 660-667.
- Ferriter M. Husboud N (2003) Experience of parents with as son or daughter suffering from schizophrenic *Journal of PSY and Mean Health Nursing* 10,552-560.
- Foulds, G.A. (1967). Some differences between Neurotics and Character disorders. *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.* 6 ,52-59.
- Freud S(1917) Mourning and Melancholia In: S. Shrachey(eds) Standard Edition of the complete psychological works of S. Freud. London: Hogart Press.
- Garley P., Gallop R., Johnston N., Pipitone J., (1997). Children of the mentally ill: a qualitating focus group approach. *Journal of psychiatric and Mental health Nursing* 4, 87-103.
- Gerace L, Camilleri D, Ayresl (1993). Sibling perspectives on schizophrenia and the family. *Schizophrenia Bulletin* Vol 19, No 3, 637 -647.
- Godress J. Ozgul S, Foley-Evans L.(2005) Grief experiences of parents whose children suffer from mental illness. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry* 39:88-94
- Haber J., Leach A.(1987). Family theory and application. Haber J., Hoskins PP, Leach A., Sideleau B-F In: *Comprehensive Psychiatric Nursing* (eds) New York: McGraw- Hill Book Company
- Hatfield A. (1987b): coping and adaptation: a conceptual framework for understanding families. (eds) Hatfield A and Lefley H. In *families of the mentally ill*. New York: The Guilford press
- Heden J (2005) Parenting a young person with mental health problems. *Sociology of health and illness*, Vol 27, No 3, 351-371
- Howard P. (1994). Lifebuy material care giving for children with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* Vol VIII, No 2, 107-114

- Ivanivic M, Valetic Z, Bebbington P.(1994) Expressed emotion on the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 29:61-65
- James A (1998) stigma of mental illness. *The lancet* Vol 352, 26, 1048
- Jamison KR (1998). Stigma of manic depressions : a psychologist experience. *The lancet* Vol 352, 26, 1053
- Jarymowicz M., Bar-tal D., (2006). The dominance of fear over hope in the life of individuals and collectives. *Eur J Soc Psychol*, 36, 369-372.
- Jones (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. *Archives of Psychiatric Nursing* Vol X No 2, 77-84
- Jones SC, Dee Roth MA, Jones PK, (1995). Effect of demographic and behavioral variable on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. *Psychiatric services* 46(2), pp 141-5
- Jung bauer J. Stelling K, Dietriens Angermeyer M.(2004) Schizophrenia problems of separation in families *Journal of Advanced Nursing* 47(6) 605-613
- Kaplan H., Sadock B, (1998), *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences /Clinical Psychiatry*. (eds) Maryland: Williams & Wilkins
- Kreisman D, Joy V (1974). Family response to the mental illness of a relative : a review of the literature schizophrenia *Bulletin*, No 10, 34-54
- Kuppens, P., Van Mechelen, I., Smits, D. J. M., & De Boeck, P. (2003). The appraisal basis of anger: Specificity, necessity, and sufficiency of components. *Emotion*, 3, 254-269.
- Liakos, A. (1977). Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorship Thesis. University of Athens. Greece.
- Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
- Lacan J (1938) Τα οικογενειακά συμπλέγματα στη διαμόρφωση του ατόμου, (εκδ) Αθήνα: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ 1987
- Lacan J (1955-6), Οι ψυχώσεις Σεμινάριο Τρίτο (Εκδ) Αθήνα : Ψυχογιός 2005
- Leff J., Kuipers L,(1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 141, 121-134
- Lefley H (1987). Behavioral manifestation of mental illness, (eds), Hatfield A. and Lefley H. In *families of the mentally ill*. New York: The Guilford press

- Lefley H. (1997). The consumer recovery vision: will it alleviate the family burden. *American Journal of orthopsychiatry* 67(2), 210-217
- Lidz Y, Cornelison AR., Fleck S., Terry D., (1957). The interfamilial environment of the schizophrenic patient. II Marital schism and marital skew. *American journal of Psychiatry* 114:241-8
- Mac gregor P. (1994) Grief: the unrecognized parent response to mental illness in a child. *Social work* 39 (2) :160-6
- MacGregor P.(1994) Grief the unrecognized parental response to mental illness in a child. *Social Work* 39(2):160-6
- Miles M. Demi A.S.(1986) Guilt in Bereaved Parents. In T.A. Rando Parental loss of a child(eds) Illinois: Research Press Company
- Miller Fr(1996). Grief therapy for relatives of persons with serious mental illness *Psychiatric Services* Vol47 No6 633-637
- Milliken PJ (2001). Disenfranchised mother: caring for adult child with schizophrenia. *Health care for women International* 22, 149-160
- Milliken PJ Nortucott HC (2003) Redefining parental identity: caregiving and schizophrenia. *Qualitative Health Resilience* Jan; 13(1): 100-13
- Mishler E., Waxler N (1968). *Family process and Schizophrenia*, (eds) New York: science house
- Nadeaun J. (1998). *Families making sense of death*. London :sage publications
- Natale A, Barrau C(1994). Mother's causal explanations for their son's schizophrenia: relationship to depression our guilt *Archives of Psychiatric Nursing* Vol I. VII No 9 228-336
- Nazarian Sh (1995). Family experience with positive client response to clozapine. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol IX, No 1, 11-21
- Parker BA(1993). Living with mental illness: the family as caregiver *Journal of psychosocial nursing and mental Health services* 31(3):19-24
- Parker G. (1982). Re-searching the schizophrenic mother. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 31(3):19-24
- Parkes C.M.(1996) *Bereavement: Studies of grief in adult life*(eds) NY International Universities Press
- Parter R (1998). Can the stigma of mental illness be changed? *The lancet* vol 352, 26, 1044-1057
- Pejler A.(2001) Being a part of an adult son or daughter with a severe mental illness receiving professional care: parents narratives. *Health and Social Care in Community* 9, 194-204
- Rando T.I.(1993) *Treatment of complicated mourning*. Illinois Research Press
- Rose C. Mallinson RK, Walton – Moss B (2002). A grounded theory of families responding to mental illness. *West journal of nursing Resilience* Aug; 24 (5) : 516-36

- Rose C.(1996). Families of psychiatric patients: A critical review and future research directions. Archives of psychiatric Nursing Vol. X. No2, 67-76
- Ryan KA(1993) Mothers of adult children with schizophrenia : an ethnographic study. Schizophrenia Res Recj 11(1):21-31
- Stake R. (1995): The art of case study research, CA Sage, Newbury Park.
- Scambler Gr (1998). Stigma and disease : changing paradigms. The lancet Vol 352, 26, 1058-9
- Serrano J.A. (1985) L ' enfant malade chronique et so famille therapie familiale de geneve. Vol 6, no 4, pp375-390
- Serrano J.A.(1985) C'enfant molode Chronique et sa Famile. Therapie Familiale de Geneve Vol6 No4 79 375-370
- Shapiro E. (1994). Grief as a family process (eds) New York : Guilford Press
- Shaw FI 91998) Mistaken identity. The lancet Vol 352, 26, 1050-1
- Sillamy, (1980). Dictionnaire de Psychologie. (eds) Paris:Bordas
- Singer MT., Wynne L.c (1996). Communication styles in parents of normals, neurotics and schizophrenic. Psychiatry Res Rep 20:25-38
- Stemmler G., Aue T. & Wacker J., (2007). Anger and fear: Separable effects of emotion and motivational direction on somatovisceral responses. International Journal of Psychophysiology, 66,141–153.
- Terkelsen K (1987). The evolution of family responses to mental illness through time. In : Hatfield A. and Lefley H. Families of the mentally ill (eds), New York, London, the Guilford press.
- Terkelsen K (1987b). the meaning of mental illness to family in Hatfield A. and Lefley H. Families of the mentally ill (eds), New York, London, the Guilford press.
- Trendley MB (1946). Mental illness and family routines. In :scene A.(1990) objective and subjective dimensions of family burden. Social Psychiatry and psychiatric epidemiology 25,289-297
- Tuck I, du Mont Ph, Evans G, Shape J. (1997). The experience of caring for an adult child with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing Vol XI, No 3, 118-125
- Vaddadi K, Soosai E, Gilleard C, Adlord S (1997). Mental illness, physical abuse and burden of care on relatives: a study of acute psychiatric admission patients, Acta Psychiatria Scandinovica, 95:313-317
- Vanghn CE, Leff JP (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. British Journal of social and clinical psychology 15:157-165
- Wheeler C (1994). The diagnosis of schizophrenia and its imprecation the primary caregiver. Nursing of Prox New Zealand Now; 9(3) :15-23
- Wilson H. –Sk, Kreisl C-R. (1988) Psychiatry Nursing. (3rd eds) London, New York :Addison – Wesley Publishing
- Worden W(1991) Grief Counseling and grief therapy. A handbook for hc mental health practitioner(ed) NY:Seringer Publishing Company

- Wrenn (1998) Η διεργασία του φυσιολογικού θρήνου. Στο Μ.Νιλσεν & Δ.Παπαδέτου. το Πένθος στην ζωή μας Αθήνα :Μέριμνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Αξιότιμε κύριε/ α,

Το παρόν ερωτηματολόγιο χορηγείται στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας στο μεταπτυχιακό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τις απόψεις οικογενειών με ψυχωτικό μέλος για θέματα που τους απασχολούν, όπως η υγεία τους, η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ζητήματα φροντίδας κλπ. Στα πλαίσια αυτά η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι πολύ σημαντική. Σωστές ή λάθος απαντήσεις δεν υπάρχουν. Χρειάζονται μόνο ειλικρινείς αυθόρμητες απαντήσεις. Πρέπει να γνωρίζετε, επίσης, ότι τα προσωπικά σας δεδομένα θα διατηρηθούν απόρρητα και ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν καθαρά για ερευνητικούς σκοπούς. Είναι, επίσης, ζήτημα εξαιρετικής σπουδαιότητας να απαντήσετε σ' όλες τις ερωτήσεις. Τέλος, ο χρόνος που θα αφιερώσετε είναι σημαντικός, καθώς παράλληλα με το επιστημονικό μέρος της έρευνας οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα βοηθήσουν και το καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτσι ώστε να προσαρμοστούν καλύτερα στις δικές σας ανάγκες.

Α: ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥΣ
(συμπληρώστε τα κενά ή βάλτε σε κύκλο την απάντηση που σας εκφράζει:
ΝΗΜ/ΝΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ: / /

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	1. Άνδρας 2. Γυναίκα
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ	1. Χριστιανός ορθόδοξος, 2. Μουσουλμάνος, 3. Άθεος 4. Άλλο.....
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	1. Άγαμος/η, 2. Έγγαμος/η, 3. Διαζευγμένος/η, 4. Χήρος/α, 5. Σε διάσταση, 6. Άλλο.....
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	1 2 3 4 5 6 περισσότερα από 6
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	1. Αναλφάβητος, 2. Έως Δημοτικό, 3. Έως Γυμνάσιο, 4. Έως Λύκειο, 5. Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής, 6. Πτυχιούχος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, 6. Άλλο
ΕΡΓΑΣΙΑ	1. Ναι 2. Όχι
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	1. Οικιακά, 2. Συνταξιούχος, 3. Μη δυνάμενος/η να εργαστεί, 4. άνεργος, 5. Εποχικά απασχολούμενος /η, 6. Με σταθερή εργασία, 7. Άλλο
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
ΝΟΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (αναφέρετε την πόλη ή την κωμόπολη ή το χωριό κατοικίας σας)
ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	1. Διαμέρισμα, 2. Μονοκατοικία, 3. Άλλο
ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	1. Ιδιόκτητη, 2. Ενοικιαζόμενη, 3. Με δάνειο, 4. Φιλοξενία, 5. Άλλο
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΟΙΚΟΥΝΤΩΝ
ΑΤΟΜΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	1. Έως 300€, 2. Έως 600€, 3. έως 900€, 4. Έως 1.200€, 5. Έως 1.500€, 6. Έως 1.800€, 7. Έως 2.100€, 8. Περισσότερα από 2.101€
ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ:	1. Εργασία, 2. Σύνταξη, 3. Ενοίκια, 4. Άλλο
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ:	1. Ανασφάλιστος/η, 2. Πρόνοια, 3. Δημόσιο, 4. ΙΚΑ, 5. ΟΑΕΕ, 6. ΤΥΔΚΥ, 7. ΟΓΑ, 8. Άλλο.....
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ:	1. Πολύ καλή, 2. Καλή, 3. Μέτρια, 4. Κακή, 5. Πολύ κακή
ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1. Ναι, 2. Όχι
ΕΙΔΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	1. 2. 3.

ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	1. Ναι 2. Όχι
ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	1. Ναι , 2 Όχι (εάν, Ναι) σε ποιο μέλος 1. σύζυγο, 2. παιδί, 3. άλλο
ΕΙΣΤΕ ΜΕΛΟΣ ΣΕ ΣΥΛΛΟΓΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Σ.Ο.Ψ.Υ)	1. Ναι 2. Όχι
ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ	1. Ναι 2. Όχι

B: ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΜΕΛΟΣ ή ΜΕΛΗ ΠΟΥ ΝΟΣΟΥΝ ΑΠΟ ΨΥΧΩΣΗ

	ΠΡΩΤΟ ΜΕΛΟΣ ΠΟΥ ΝΟΣΕΙ	ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΛΟΣ	ΤΡΙΤΟ ΜΕΛΟΣ
1.ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΣΧΟΝΤΑ			
2. ΦΥΛΟ (1. άνδρας, 2. γυναίκα)			
3. ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ			
ΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΑΣΤΕΡΙΣΜΟ (1° παιδί, 2° παιδί κ.ο.κ.)			
ΥΠΑΡΞΗ ΨΥΧΩΣΗΣ ΣΕ ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ 1. πατέρα, 2. μητέρα, 3.παππού από την πλευρά του πατέρα, 4. γιαγιά από την πλευρά του πατέρα, 5. παππού από την πλευρά της μητέρας, 6. γιαγιά από την πλευρά της μετέρας, 7. συγγενής α βαθμού από την πλευρά της μητέρας, 8. συγγενής α βαθμού από την πλευρά του πατέρα, 9.άλλος πρόγονος από την πλευρά του πατέρα, 10. άλλος πρόγονος από την πλευρά της μητέρας			
4. ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ (γράφουμε την ηλικία στην οποία διαπιστώθηκε από ψυχιατρική υπηρεσία το πρόβλημα)			
5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (1. αναλφάβητος, 2. Έως Δημοτικό, 3. Έως Γυμνάσιο, 4. Απόφοιτος Μέσης Τεχνικής Σχολής, 5. Απόφοιτος Λυκείου, 6. Απόφοιτος ΙΕΚ, 7. Πτυχιούχος Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 8. Άλλο			
6. ΚΑΤΟΙΚΙΑ (1. Αθήνα, 2. Θεσσαλονίκη, 3. Πάτρα, 4. Σε πόλη με πληθυσμό περισσότερων από 10.000 κατοίκων, 5. Σε κωμόπολη από 3.000 έως 10.000 κατοίκους, 6. Σε χωριό			
7. ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (1. Έως 2 χλμ., 2. Έως 5 χλμ., 3. Έως 10 χλμ. 4. Έως 20 χλμ, 3. Έως 30 χλμ, 4. Περισσότερα από 30 χλμ)			
8. ΕΙΔΟΣ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (1. Τακτικά εξωτερικά Ιατρεία, 2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, 3. Κέντρο Ημέρας, 4. Προστατευόμενο εργαστήριο, 5. Κοι.Σ.Π.Ε., 6. Ξενώνας, 7. Προστατευόμενο διαμέρισμα, 8. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, 9. Οικοτροφείο, 10. Ιδιωτική Ψυχιατρική κλινική, 11. ιδιώτης ψυχίατρος, 12. Ψυχιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου, 13. ψυχιατρείο., 14. άλλο			
9. ΕΡΓΑΣΙΑ (1.ναι, 2. όχι)			
10 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (1. Σταθερή, 2. Μερική απασχόληση, 3. Εποχική, 4. Περιστασιακή, 5. Απασχόληση σε Κοι.Σ.Π.Ε., 6. Άνεργος, 7. Μη δυνάμενος να εργαστεί, 8. άλλο			
11. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ			
12 ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ (1. Πολύ μεγάλη, 2. Μεγάλη, 3. Μέτρια, 4. Λίγη, 5. Καθόλου, 6. Δεν γνωρίζω)			
13 ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΣΥΝΕΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΤΩΝ ΕΞΙ ΜΗΝΩΝ (1. ναι, 2. όχι)			
14 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (1. ναι, 2. όχι)			
15 ΔΙΑΜΟΝΗ (1. με την οικογένεια, 2. σε ξενώνα ή άλλη στεγαστική δομή, 3. σε προστατευόμενο διαμέρισμα, 4. μόνος, 5. άλλο			
16 ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (1. ναι, 2. όχι)			
17 ΑΣΦΑΛΙΣΗ (1. Πρόνοια, 2. Δημόσιο, 3. ΟΑΕΕ, 4. ΟΓΑ, 5. ΙΚΑ, 6. Ανασφάλιστος, 7. Άλλο			
18 ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (1. ναι, 2. όχι)			
19 ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ σε ευρώ			
20ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (1. πρόνοια, 2. εργασία, 3. ενοίκια, 4. ενίσχυση από την οικογένεια, 5. άλλο			
21 ΣΤΑΘΕΡΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ (1. ναι, 2. όχι)			
22 ΥΠΑΡΞΗ ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ (1. ναι, 2. όχι)			

23 ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ (1.ναι, 2.όχι)			
24 ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (1. ναι, 2. όχι)			
25 ΥΠΑΡΞΗ ΕΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ: 1. ναι 2. όχι			
26. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ή ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕ ΤΟ ΑΣΘΕΝΕΣ ΜΕΛΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΕΞΙ ΜΗΝΕΣ (1. Τακτικά εξωτερικά Ιατρεία, 2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, 3. Κέντρο Ημέρας, 4. Προστατευόμενο εργαστήριο, 5. Κοι.Σ.Π.Ε., 6. Ξενώνας, 7. Προστατευόμενο διαμέρισμα, 8. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, 9. Οικοτροφείο, 10. Ιδιωτική Ψυχιατρική κλινική, 11. ιδιώτης ψυχίατρος, 12. Ψυχιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου, 13. ψυχιατρείο., 14. άλλο)			
27. ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ: (1. έως ένα μήνα, 2. έως τρεις μήνες, 3. έως 6 μήνες, 4. έως ένα έτος, 5. έως 2 έτη, 6. περισσότερο από δύο έτη)			

Γ: ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ / ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΠΗΓΩΝ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

	ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΜΕ ΣΕΙΡΑ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ/ ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
1	
2	
3	
	ΠΟΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ ΘΑ ΙΕΡΑΡΧΟΥΣΑΤΕ ΩΣ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ
1	
2	
3	
	ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΑ ΤΡΙΑ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΩΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
1	
2	
3	
	ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΑ ΤΡΙΑ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝ ΤΩΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
1	
2	
3	
	ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ
1	
2	
3	
	ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΜΕ ΣΕΙΡΑ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΤΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ
1.	

2.	
3.	
	ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΜΕ ΣΕΙΡΑ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΥΣ
1.	
2.	
3.	

Παρακάτω αναφέρονται 3 προτάσεις. Βάλτε ένα X στο τετραγωνάκι που σας αντιπροσωπεύει. Το 1 αντιπροσωπεύει την απόλυτη διαφωνία και το 10 την απόλυτη συμφωνία.

ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Είμαι ευχαριστημένος/η από τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που αντιμετώπισαν το πρόβλημα της ψύχωσης στο μέλος της οικογένειάς μου										
2. Ουσιαστική βοήθεια δεν βρήκα από πουθενά										
3. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι έτσι οργανωμένες ώστε να «βολεύονται» οι ειδικοί και όχι να εξυπηρετούνται οι έχοντες ανάγκη βοήθειας και στήριξης										

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φτάνει για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είστε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή σχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή των ανθρώπων. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και απαντήστε, αν σας περιγράφει ή όχι, σημειώνοντας το σημείο **X** κάτω από τις στήλες «σωστό» ή «λάθος» αντίστοιχα, δίπλα κάθε πρόταση.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.		
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες.		
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.		
9. Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.		
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.		
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.		
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό.		
35. Κάποιος με έχει στο μάτι.		
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.		
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.		
39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.		
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.		
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.		
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
46. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

**ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**

ΠΑΡΑΤΗΜΑ Β

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ , ΑΠΟΥΣΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ, ΒΟΛΕΜΑ ΕΙΔΙΚΩΝ, ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑΣ

ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	1	2	3	4	5
1.Ευχαρίστηση από υπηρεσίες	1				
2.Απουσία Βοήθειας	-,696 ^{***}	1			
3.Βόλεμα ειδικών	-,742 ^{***}	,777 ^{***}	1		
4.Ψυχοπαθολογία	-,722 ^{***}	,585 ^{***}	,750 ^{***}	1	
5. Εχθρότητα	-,599 ^{***}	,449 ^{***}	,557 ^{***}	,694 ^{***}	1

*** $p \leq 0,001$

ΑΝΔΡΕΣ

	1	2	3	4	5
1. Ευχαρίστηση από υπηρεσίες	1				
2. Απουσία Βοήθειας	-,563**	1			
3. Βόλεμα ειδικών	-,422ms	,689***	1		
4. Ψυχοπαθολογία	-,404ms	,571**	,750***	1	
5. Εχθρότητα	-,424ms	,662***	,710***	,595**	1

*** $p \leq 0,001$

ΓΥΝΑΙΚΕΣ

	1	2	3	4	5
1. Ευχαρίστηση από υπηρεσίες	1				
2. Απουσία Βοήθειας	-,763 ^{***}	1			
3. Βόλεμα ειδικών	-,825 ^{***}	,828 ^{***}	1		
4. Ψυχοπαθολογία	-,810 ^{***}	,632 ^{***}	,752 ^{***}	1	
5. Εχθρότητα	-,655 ^{***}	,344 ^{ms}	,479 ^{**}	,709 ^{**}	1

*** $p \leq 0,001$