

## **Σχιζοφρένεια**

Τι πρέπει να γνωρίζει η οικογένεια και ο οικογενειακός γιατρός



ΘΕΣΣΑΛΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ -  
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

**Σχιζοφρένεια**

Τι πρέπει να γνωρίζει η οικογένεια και ο οικογενειακός γιατρός

Δ. Κανδύλης   Στ. Καπρίνης   Γ. Καπρίνης

Λάρισα 2006

---

## **Σχιζοφρένεια**

Τι πρέπει να γνωρίζει η οικογένεια και ο οικογενειακός γιατρός

α' έκδοση: 1997

β' έκδοση: 2005

### **Συγγραφείς:**

Δημήτριος Κανδύλης, Στέργιος Καπρίνης, Γεώργιος Καπρίνης

### **Φιλολογική επεξεργασία κειμένου:**

Άννα Κανδύλη-Τσιαλιάφα

### **Έκδοση:**

Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας - Περιθαλψης - Αποκατάστασης

### **Copyright ©:**

Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας - Περιθαλψης - Αποκατάστασης

Αγίου Όρους 6α, 41 335, Λάρισα

Τηλ. 2410-627363, φαξ: 2410-670880

www.theypsya.gr, e-mail: thepsip1@otenet.gr

*Η ανατύπωση τμημάτων του παρόντος βιβλίου επιτρέπεται μόνο μετά την έγγραφη άδεια των συγγραφέων*

I.S.B.N.: 960-88603-0-X

---

## Πρόλογος

Αγαπητέ/ή αναγνώστη/στρια

Το βιβλίο, που κρατάς στα χέρια σου, αποτελεί ένα πρακτικό οδηγό για την αντιμετώπιση των πιο συχνών καθημερινών συμπεριφορών των ασθενών με σχιζοφρένεια<sup>1</sup>, με την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπευτικών χειρισμών. Σκοπός του είναι να σε βοηθήσει να γνωρίσεις αυτή την ασθένεια, να καταλαβαίνεις καλύτερα το μέλος της οικογένειάς σου που πάσχει απ' αυτή, να συνεργάζεσαι καλύτερα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τη θεραπεία του ασθενούς συγγενή σου.

Η αναγκαιότητα ύπαρξης γραπτής πληροφόρησης και άρα προσιτής, οποιαδήποτε στιγμή, σχετικώς με τη σχιζοφρένεια καθώς και με τη διαχείριση των καθημερινών προβλημάτων των σχιζοφρενών ασθενών, αναδείχθηκε στις συζητήσεις μας με τους συγγενείς τους στις “ομάδες εκπαίδευσης και υποστήριξης συγγενών” που λειτουργούμε. Τα πάμπολλα και αγωνιώδη ερωτήματά των τελευταίων για το πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση των ασθενών και για το τι πρέπει να κάνουν γι' αυτούς, μας οδήγησαν στη συγγραφή αυτού του οδηγού πρακτικών συμβουλών.

Στις σελίδες του, οι συγγενείς των σχιζοφρενών θα βρουν κάποιες απαραίτητες και μόνο βασικές γνώσεις για να κατανοήσουν τη συμπεριφορά των ασθενών μελών της οικογένειάς τους και θα πάρουν κάποιες εκλαϊκευμένες απαντήσεις σε συνηθισμένες απορίες τους σχετικά μ' αυτή την ασθένεια. Πιστεύουμε ότι, μελετώντας τον, θα μπορούν πλέον να κατανοούν καλύτερα τον ασθενή συγγενή τους και θα γίνουν πιο χρήσιμοι για τη φροντίδα και την υποστήριξή του. Στοχεύουμε, ακόμη, στο να συμβάλουμε να μάθουν για να αντιμετωπίζουν πιο εύκολα τη θλίψη, την ταραχή, το φόβο και τα αρνητικά συναισθήματα, που οι ίδιοι βιώνουν φροντίζοντας τον ασθενή τους.

Βεβαίως, οι απαντήσεις που θα βρουν οι αναγνώστες αυτού του οδηγού στα περισσότερα συχνά ερωτήματα που τους απασχολούν, δεν είναι οι μοναδικά παραδεκτές από την επιστημονική κοινότητα. Ακόμη, οι προτά-

---

<sup>1</sup> Ορισμένες φορές, σ' αυτό τον οδηγό, για την οικονομία του λόγου χρησιμοποιείται και ο όρος “σχιζοφρενείς”. Αυτό δεν θα πρέπει να εκληφθεί ως, εξ απροσεξίας ή από έλλειψη ευαισθησίας, συμβολή στο στιγματισμό αυτών των ασθενών.

---

σεις και οι υποδείξεις μας για την επίλυση των καθημερινών προβλημάτων των σχιζοφρενών συγγενών τους δεν είναι πάντα εύκολα εφαρμόσιμες και οπωσδήποτε αποδοτικές. Πάντα θα υπάρχει ένας αριθμός δοκιμών, σφαλμάτων και αποτυχιών, προτού αναγνωρισθεί από τους ίδιους ο καλύτερος τρόπος διαχείρισης των καταστάσεων, που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Εξ άλλου, όλα όσα περιέχονται ως οδηγίες και συμβουλές δεν σημαίνει ότι μπορούν να εφαρμοσθούν οπωσδήποτε στο δικό σας ασθενή συγγενή κι ούτε αναπτύσσονται όλες οι πτυχές της φροντίδας ενός σχιζοφρενούς.

Οι σχιζοφρενείς ασθενείς δεν έχουν ακόμη τη δική τους φωνή στην ελληνική κοινωνία. Η φύση της ασθένειάς τους είναι τέτοια, που δεν τους επιτρέπει να δημιουργήσουν οργανώσεις και να αγωνίζονται για ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες στη ζωή. Το κράτος, εδώ και χρόνια, έχει επιλέξει, κατά την άποψή μας, μια θεραπευτικά ανώφελη για τους πάσχοντες επιδοματική πολιτική, που αρχικά τους περιθωριοποιεί κοινωνικά και μετέπειτα συντείνει σ' ένα ιδιόμορφο ιδρυματισμό τους. Αντίθετα, εμείς πιστεύουμε ότι η κατάλληλη εκπαίδευση των σχιζοφρενών ασθενών και των συγγενών τους, η συνεχής και με συνέπεια συμπαράσταση και υποστήριξή τους είναι οι απαραίτητοι όροι για να είναι καλύτερη η φροντίδα των σχιζοφρενών ασθενών, για να επιτευχθεί η ψυχοκοινωνική τους επανένταξη και η επαγγελματική τους αποκατάσταση, για να έχουν ελπίδα στο αύριο.

Οι συγγραφείς

---

## Πρόλογος στη β' έκδοση

Στην αντιμετώπιση κάθε ασθένειας εμπλέκονται τρεις παράγοντες: ο ασθενής, η οικογένειά του και ο γιατρός.

Η μάχη κατά της σχιζοφρένειας εξαρτάται επομένως και από την αρμονική σύμπραξη των τριών αυτών παραγόντων.

Η κατάλληλη εκπαίδευση και η ορθή πληροφόρηση της οικογένειας συμβάλλει καταλυτικά στη διαχείριση των προβλημάτων του σχιζοφρενούς μέλους της.

Η ορθή διαχείριση ελαχιστοποιεί το δυσάντοχο φορτίο της οικογένειας για τη φροντίδα του πάσχοντος μέλους της, ενώ μεγιστοποιεί το προσδοκώμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτό επιζητούσαμε με την πρώτη έκδοση αυτού του πρακτικού οδηγού.

Σήμερα, δέκα χρόνια μετά, προβαίνουμε σε επανέκδοση, συμπεριλαμβάνοντας περισσότερα κεφάλαια, διατηρώντας όμως τη δομή της πρώτης γραφής και υπηρετώντας πάντα τον ίδιο σκοπό. Την προαγωγή της φροντίδας του σχιζοφρενούς ως πάσχοντος υποκειμένου αλλά και την υποστήριξή του για να πάψει, επί τέλους, να είναι πολίτης χωρίς δικαιώματα και χωρίς ευκαιρίες σ' ό,τι αφορά την αυτονομία του και τη θεραπεία του.

Οι απαντήσεις μας σε ερωτήματα, που μας έθεσαν συγγενείς σχιζοφρενών, θα βοηθήσουν και άλλους να πληροφορηθούν, με τρόπο απλό και κατανοητό και όσο το δυνατόν πληρέστερα, παρ' ό,τι δεν χρησιμοποιούμε μια αυστηρώς επιστημονική γλώσσα, για τις επικρατούσες σύγχρονες απόψεις που αφορούν τα χαρακτηριστικά της ασθένειας αυτής, για τον τρόπο διάγνωσής της, για την πορεία της και την πρόγνωσή της, για τη μακροχρόνια θεραπευτική αντιμετώπισή της, για την καθημερινή διαχείριση των αιτημάτων των ασθενών και γενικά για τη συνολική φροντίδα του σχιζοφρενούς. Ακόμη, οι συγγενείς και οι ασθενείς θα βρουν χρήσιμες διευθύνσεις και πληροφορίες, για το πού μπορούν να απευθυνθούν για παραπέρα βοήθεια και υποστήριξη, καθώς και για τους σχετικούς νόμους που αφορούν την ψυχική υγεία.

Τέλος, επιδιώξαμε η τωρινή έκδοση να είναι και εκπαιδευτικά χρήσιμη τόσο για τον οικογενειακό γιατρό που ασκεί την καθημερινή μαχόμενη ιατρική, στις τόσο αντίξοες συνθήκες άσκησής της στην ελληνική πραγματικότητα (ιδίως στην ύπαιθρο), όσο και για τον ειδικευόμενο ψυχίατρο και

---

τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας που φροντίζουν το σχιζοφρενή ασθενή στο συνήθως μακρόχρονο ταξίδι του σ' αυτή την ασθένεια. Ορισμένα θέματα αυτού του οδηγού, που σημαίνονται ιδιαίτερα, έχουν γραφεί ειδικά για όλους αυτούς.

Οι συγγραφείς



---

Ένα μέρος από τις πληροφορίες, οδηγίες και συμβουλές, που περιέχονται σ' αυτόν τον οδηγό, προήλθαν από την άσκηση της μαχόμενης καθημερινής ψυχιατρικής σε διάφορες μονάδες ψυχικής υγείας και από συζητήσεις στις ομάδες συγγενών που, εδώ και χρόνια, λειτουργούμε. Πλούσιες εμπειρίες αποκτήθηκαν, την τελευταία διετία, από τις συμβουλευτικές δραστηριότητες που παρέχουμε στο Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης που λειτουργεί στη Λάρισα, βάσει του προγράμματος Ψυχαγωγός β' φάση. Σ' αυτούς τους ανώνυμους συγγενείς οφείλουμε ευγνωμοσύνη που μας βοήθησαν και μάθαμε να καταλαβαίνουμε καλύτερα τους σχιζοφρενείς ασθενείς.

Ένα άλλο μέρος πληροφοριών προέρχεται από υλικό του Οργανισμού Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Καναδά, καθώς και από την Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς των ΗΠΑ, που ευγενικά μας επέτρεψαν να το χρησιμοποιήσουμε. Απ' αυτό το χώρο, τους ευχαριστούμε θερμά.

Τέλος, ευχαριστούμε όλους όσους μας εμπιστεύθηκαν και μας βοήθησαν στο έργο μας.



οδηγίες



πληροφορίες



πληροφορίες που αφορούν κυρίως τον οικογενειακό γιατρό



---

Σ' όλους, όσους  
μας έμαθαν να κατανοούμε καλύτερα  
και να φροντίζουμε πληρέστερα  
τους ψυχικά ασθενείς



---

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### A. ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ .....23

#### I. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ .....23

Πάσχουν πολλοί άνθρωποι από ψυχικές παθήσεις; .....	23
Τι είναι η σχιζοφρένεια; .....	24
Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική ασθένεια ή απλά μια κοινωνική ετικέτα; .....	25
Είναι μια νέα ασθένεια; .....	27
Είναι μια ασθένεια οικογενετική; .....	27
Ποια άτομα προσβάλλει συχνότερα η σχιζοφρένεια; .....	28
Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη νόσηση από σχιζοφρένεια; ..	29
Γιατί η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται συνηθέστερα στην εφηβεία; .....	29
Μπορεί η σχιζοφρένεια να εκδηλωθεί και σε παιδιά; .....	30
Μπορεί να εκδηλωθεί για πρώτη φορά και σε μεγάλη ηλικία; .....	30
Υπάρχει σχέση ανάμεσα στη μεγαλοφυΐα και στη σχιζοφρένεια; .....	31

#### 2. ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ .....33

Προειδοποιεί η σχιζοφρένεια; .....	33
Έχει η σχιζοφρένεια ξεκάθαρα και καθορισμένα συμπτώματα; .....	35
Ποια ήταν τα κριτήρια της σχιζοφρένειας σύμφωνα με τους γιατρούς E. Κρέπελιν και E. Μπλόυλερ; .....	36
Ποια είναι τα συμπτώματά της σύμφωνα με το γιατρό K. Σνάϊντερ; .....	37
Τι είναι τα θετικά και τι τα αρνητικά συμπτώματα; .....	38
Πώς από τα συμπτώματα ο γιατρός κάνει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας; .....	41
Τι σημαίνουν κάποια από τα συνηθέστερα συμπτώματα του σχιζοφρενούς; .....	43
Ποιο είναι το πιο συχνό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας; .....	49
Εμφανίζουν οι σχιζοφρενείς ασθενείς και καταθλιπτικά συμπτώματα; .....	50
Εκδηλώνουν και μανιακά συμπτώματα οι σχιζοφρενείς; .....	50
Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αντιλαμβάνονται ότι κάτι αλλάζει στην προσωπικότητά τους; .....	52
Από τότε που πρωτοπεριγράφηκαν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, παραμένουν τα ίδια; .....	53

#### 3. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ .....55

Που βασίζεται η διάγνωση της σχιζοφρένειας; . . . . .	55
Μπορεί να γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένειας από ένα και μόνο σύμπτωμά της; . . . . .	55
Μπορεί να διαγνωσθεί η σχιζοφρένεια με μια και μόνη ψυχιατρική συνέντευξη; . . . . .	56
Υπάρχουν συγκεκριμένες σωματικές ή βιοχημικές διαταραχές που είναι ενδεικτικές της σχιζοφρένειας; . . . . .	57
Είναι απαραίτητες κάποιες συγκεκριμένες ψυχολογικές δοκιμασίες για να διαγνωσθεί η σχιζοφρένεια; . . . . .	57
Είναι πάντα απαραίτητο να γίνεται ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σ' όποιον εκδηλώνει σχιζοφρένεια; . . . . .	58
Πότε είμαστε βέβαιοι για τη διάγνωση; . . . . .	59
Υπάρχουν ασθένειες των ενδοκρινών αδένων που μπορούν να μιμηθούν τη σχιζοφρένεια; . . . . .	60
Υπάρχουν νευρολογικές ή εγκεφαλικές διαταραχές που εμφανίζουν, μεταξύ των άλλων, και σχιζοφρενικά συμπτώματα; . . . . .	61
Υπάρχουν άλλες ψυχικές ασθένειες που λαθεμένα αναγνωρίζονται ως σχιζοφρένεια; . . . . .	61
Ποια πρέπει να είναι η αντιμετώπιση ενός πρώτου επεισοδίου σχιζοφρένειας; . . . . .	64
Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ενδέχεται να συμβάλουν στην πρόληψη της κοινωνικής αναπηρίας; . . . . .	64

#### **4. Η ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ . . . . . 66**

Ποια είναι η πορεία της σχιζοφρένειας; . . . . .	66
Υπάρχει κάποια τυπική πορεία της ασθένειας αυτής; . . . . .	66
Ποια είναι η εξέλιξη των ασθενών; . . . . .	66
Μπορεί η σχιζοφρένεια να προκαλέσει μαθησιακές δυσκολίες; . . . . .	68
Ποια είναι η πρόγνωση αυτής της ασθένειας; . . . . .	69
Μπορεί να προβλεφθεί από κάποια χαρακτηριστικά ποια θα είναι η κατάληξη του σχιζοφρενού ασθενούς; . . . . .	70
Η διάρκεια της νόσησης έχει σχέση με την ανταπόκριση στη θεραπεία; . . . . .	71
Τι είναι και πώς καταλαβαίνουμε την υποτροπή; . . . . .	72
Ποιοι παράγοντες οδηγούν στην υποτροπή; . . . . .	72
Τι είναι το εκφραζόμενο συναίσθημα και πως εμπλέκεται στην εμφάνιση	

των υποτροπών στην σχιζοφρένεια; . . . . .	73
Σε πόσο χρόνο εμφανίζεται η υποτροπή; . . . . .	74
Ποιες είναι οι συνέπειες μιας υποτροπής; . . . . .	75

## **5. ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ . . . . .77**

Τι προκαλεί τη σχιζοφρένεια; . . . . .	77
Τι ισχυρίζονται, τελευταία, οι ειδικοί για τις πιθανές αιτίες της σχιζοφρένειας; . . . . .	77
Είναι μια ασθένεια κληρονομική; . . . . .	79
Η σχιζοφρένεια θα εμφανίζεται πάντα στις επόμενες γενιές μιας οικογένειας που είχε ασθενές/ή μέλος/η; . . . . .	79
Εάν ο αδερφός μου ή η αδερφή μου έχει σχιζοφρένεια, υπάρχει πιθανότητα να μεταδοθεί στα παιδιά μου; . . . . .	80
Οφείλεται η σχιζοφρένεια σε χημική ατέλεια του εγκεφάλου; . . . . .	81
Η σχιζοφρένεια είναι αποτέλεσμα κατασκευαστικής ανωμαλίας του εγκεφάλου; . . . . .	81
Οφείλεται η σχιζοφρένεια σε βλάβη των δικτύων επικοινωνίας του εγκεφάλου; . . . . .	82
Το κάπνισμα του χασίς προκαλεί σχιζοφρένεια; . . . . .	83
Μπορεί η σχιζοφρένεια να μεταδοθεί όπως μια μόλυνση, αγγίζοντας για παράδειγμα ή φιλώντας κάποιον; . . . . .	84
Ευθύνεται για την ασθένεια ο τρόπος ανατροφής του παιδιού από τους γονείς; . . . . .	84

## **B. ΤΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΛΥΣΗ ΤΟΥΣ . . . . .85**

### **I. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ . . . . .85**

Είναι συνηθισμένο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια να χάνουν τις κοινωνικές τους επαφές; . . . . .	85
Γιατί μερικές φορές εξαφανίζονται οι ασθενείς; . . . . .	85
Υπάρχει κίνδυνος για αυτοκτονία; . . . . .	88
Υπάρχουν συμπεριφορές και στάσεις του ασθενούς συγγενή μου για να υποπτευθώ την πιθανότητα αυτοκτονίας; . . . . .	89
Τι πρέπει να κάνω αν τον βρω να προσπαθεί ή να έχει επιχειρήσει να αυτοκτονήσει; . . . . .	90
Πόσο σοβαρός είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας στη σχιζοφρένεια; . . . . .	90
Δημιουργούν οι σχιζοφρενείς νομικά προβλήματα; . . . . .	91

Τι είναι η διέγερση; . . . . .	92
Οι σχιζοφρενείς καπνίζουν περισσότερο απ' ό,τι οι υγιείς; . . . . .	92
Πώς θα αντιμετωπίζω ως γονιός τα έξοδα του άρρωστου παιδιού μου; . . . . .	93
<b>2. ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ; . . . . .</b>	<b>95</b>
α) Για μια ενοχλητική συμπεριφορά . . . . .	95
β) Για να ελέγξω κάποια συμπτώματα της ασθένειας . . . . .	97
γ) Για να βοηθήσω τον ασθενή που αρνείται την ασθένειά του . . . . .	99
<b>3. ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΡΑΣΩ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΡΙΣΗΣ; . . . . .</b>	<b>102</b>
α) Τι πρέπει να κάνω άμεσα; . . . . .	102
β) Τι πρέπει να αποφύγω; . . . . .	103
γ) Πως μπορώ να βοηθηθώ από τις αστυνομικές αρχές; . . . . .	103
<b>4. ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΡΑΣΩ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ; . . . . .</b>	<b>106</b>
<b>Γ. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ . . . . .</b>	<b>107</b>
<b>1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ . . . . .</b>	<b>107</b>
Πού θα απευθυνθώ για ν' αναζητήσω ιατρικές συμβουλές; . . . . .	107
Τι ισχύει με το ιατρικό απόρρητο; . . . . .	109
Γιατί οι συγγενείς πρέπει να κρατούν ημερολόγιο των συμβαινόντων; . . . . .	110
Πώς γίνεται η εισαγωγή σε Νοσοκομείο και ποια είναι η σχετική Νομοθεσία; . . . . .	111
Είναι πάντα απαραίτητη η νοσοκομειακή περίθαλψη; . . . . .	112
Πού και πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται το πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο; . . . . .	118
Πόσο κοστίζει η θεραπεία της σχιζοφρένειας; . . . . .	121
<b>2. Η ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ . . . . .</b>	<b>122</b>
Τι πρέπει γενικά να γνωρίζω; . . . . .	122
Τι είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα; . . . . .	123
Πώς δρουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα; . . . . .	124
Όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι το ίδιο αποτελεσματικά; . . . . .	124
Σε τι μορφές υπάρχουν αυτά τα φάρμακα; Πώς χορηγούνται;	
Σε ποιες ποσότητες; . . . . .	125



Ποιες εξετάσεις πρέπει να γίνονται πριν από την έναρξη και κατά τη διάρκεια της φαρμακοθεραπείας; . . . . .	127
Σε πόσο χρονικό διάστημα η φαρμακοθεραπεία γίνεται αποτελεσματική; . . . . .	128
Είναι επικίνδυνα αυτά τα φάρμακα; . . . . .	128
Ποιες παρενέργειες μπορούν να προκληθούν από τη λήψη των αντιψυχωτικών; . . . . .	128
Υπάρχουν φαρμακευτικές αγωγές χωρίς παρενέργειες; . . . . .	130
Για πόσο καιρό πρέπει οι σχιζοφρενείς να παίρνουν αντιψυχωτικά; . . . . .	131
Μπορούν έγκυες γυναίκες να παίρνουν αυτά τα φάρμακα; . . . . .	131
Οι νεότερης ηλικίας ασθενείς απαντούν καλύτερα στη θεραπεία από εκείνους της μεγαλύτερης; . . . . .	132
Πότε τα αντιψυχωτικά πρέπει να δίνονται σε ενέσιμη μορφή; . . . . .	133
Αν το πρώτο φάρμακο που χορήγησε ο ψυχίατρος αποδειχθεί αναποτελεσματικό, τι θα πρέπει να γίνει στη συνέχεια; . . . . .	134
Είναι χρήσιμο και απαραίτητο να συνδυάζουμε τυπικά και συμβατικά αντιψυχωτικά στη φαρμακοθεραπεία; . . . . .	134
Τι γίνεται αν ο ασθενής δεν καλύτερεύει, αν και δοκιμάστηκαν δύο ή και τρία διαφορετικά φάρμακα; . . . . .	135
Συμβαίνει οι ασθενείς να αρνούνται να παίρνουν τα φάρμακά τους; . . . . .	136
Γιατί αρνούνται να πάρουν τα φάρμακά τους; . . . . .	137
Τι σημαίνει συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή; . . . . .	138
Πώς θα πετύχω ο συγγενής μου να παίρνει σταθερά τα φάρμακά του; . . . . .	142
Επηρεάζει η φαρμακοθεραπεία την πορεία της σχιζοφρένειας; . . . . .	144
Πώς αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά η διέγερση του σχιζοφρενούς ασθενούς; . . . . .	145
Υπάρχουν συνέπειες από τη μη έγκαιρη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στη σχιζοφρένεια; . . . . .	146
Είναι η φαρμακοθεραπεία από μόνη της επαρκής για τους περισσότερους ασθενείς με σχιζοφρένεια; . . . . .	146
Υπάρχουν άλλες θεραπείες εκτός της φαρμακευτικής; . . . . .	147
Μπορούμε να ελαχιστοποιήσουμε τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χρησιμοποιώντας κοινωνικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις χωρίς φαρμακοθεραπεία; . . . . .	148

### 3. ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ . . . . . 149

Τι είναι η ατομική ψυχοθεραπεία; . . . . .	149
Τι είναι η ομαδική θεραπεία; . . . . .	149
Τι είναι η οικογενειακή θεραπεία; . . . . .	150

## **Δ. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ . . . . . 151**

Τι είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του σχιζοφρενούς ασθενούς; . . . . .	152
Πού θα γίνει η ψυχοκοινωνική επαναπροσαρμογή του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο; . . . . .	153
Ποια είναι η χρησιμότητα και η σπουδαιότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στη μακροχρόνια φροντίδα των σχιζοφρενών; . . . . .	154
Τι είδους παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν προς την οικογένεια; . . . . .	156
Σε τι συνίστανται οι παρεμβάσεις με επίκεντρο τους ασθενείς; . . . . .	157
Τι πρέπει να ξέρω για τα συστήματα ψυχοκοινωνικής φροντίδας; . . . . .	158
Πού θα μείνει ο ασθενής μετά τη νοσηλεία του; . . . . .	159
Μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι να ζει ανεξάρτητος; . . . . .	162
Πώς πρέπει να συμπεριφέρομαι στον ασθενή συγγενή μου, που γύρισε στο σπίτι; . . . . .	165
Βοηθά κάποιες φορές να ζουν χωριστά από τις οικογένειές τους οι ασθενείς; . . . . .	169
Βοηθά μια κατάλληλη εκπαίδευση στην πρόληψη των υποτροπών; . . . . .	170
Τι σημαίνει ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών; . . . . .	171
Γιατί πρέπει να αξιολογούμε την ποιότητα ζωής των χρόνιων σχιζοφρενών; . . . . .	172
Μπορεί η εκπαίδευση για την ασθένεια να βοηθήσει στη διαχείριση της σχιζοφρένειας; . . . . .	173

## **Ε. Η ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ . . . . . 175**

Τα άτομα με σχιζοφρένεια εξακολουθούν να ζουν στο περιθώριο; . . . . .	175
Το κοινωνικό κράτος συνδράμει τα άτομα αυτά; . . . . .	175
Έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά η φροντίδα τους; . . . . .	176
Ο κοινωνικός τους αποκλεισμός είναι έντονος; . . . . .	176
Τι πρέπει να γίνει για το ξεπέρασμά του; . . . . .	177
Τι είναι το στίγμα, ποιες είναι οι συνέπειές του; . . . . .	177

---

Σε ποιες λαθεμένες αντιλήψεις οδηγεί το στίγμα; . . . . .	178
Τι πρέπει να γίνει για να περιορισθεί το στίγμα από τη σχιζοφρένεια; . . . . .	178
Πως μπορώ να βοηθήσω για να υπερνικήσει ο ασθενής συγγενής μου το στίγμα; . . . . .	179

**ΣΤ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ . . . . . 181**

**Ζ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ . . . . . 187**

Νόμος 2071/1992 . . . . .	187
Νόμος 2716/1999 . . . . .	193
Φ.Ε.Κ. 661/2000 . . . . .	222
Διευθύνσεις Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης . . . . .	236
Συνιστώμενη βιβλιογραφία . . . . .	241



# Α. ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

## Ι. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Πάσχουν πολλοί άνθρωποι από ψυχικές παθήσεις;

Στην τελευταία έκθεσή της, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) αναφέρει ότι ένα άτομο στα τέσσερα, σε κάποια φάση της ζωής του, υποφέρει, για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα, από κάποια ψυχική πάθηση.

Τα τελευταία χρόνια, ορισμένες ψυχικές παθήσεις εμφανίζονται με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς της Π.Ο.Υ, μέχρι το 2020, οι ψυχικές παθήσεις θα είναι δεύτερες σε σειρά συχνότητας στον κόσμο μετά από τις καρδιακές.

Οι ψυχικές παθήσεις προσβάλλουν τους ανθρώπους με την ίδια ένταση, τόσο στις αναπτυγμένες πλούσιες χώρες όσο και στις φτωχότερες. Σήμερα, υποστηρίζεται ότι σ' όλο το γνωστό κόσμο:

- 120 εκατομμύρια ανθρώπων πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη,
- 37 εκατομμύρια πάσχουν από την ασθένεια Αλτσχάϊμερ,
- 50 εκατομμύρια πάσχουν από επιληψία,
- 24 εκατομμύρια πάσχουν από σχιζοφρένεια,
- 1 εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο, ενώ
- 10-20 εκατομμύρια κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας.

## Τι είναι η σχιζοφρένεια<sup>1</sup>;

Το ανθρώπινο είδος είναι το μόνο που πάσχει από αυτή την ασθένεια.

Ο διεθνής αυτός όρος δηλώνει μια ομάδα ψυχικών παθήσεων, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, οι οποίες παρουσιάζουν ένα κοινό και ουσιώδες σύμπτωμα, τη διάσχιση<sup>2</sup>. Στα χαρακτηριστικά συμπτώματα αυτών των παθήσεων, συνηθέστερα, περιλαμβάνονται διαταραχές της σκέψης, της αντίληψης και της συμπεριφοράς, καθώς και ένα αμβλύ ή αταίριαστο με τα πραγματικώς συμβαίνοντα συναίσθημα. Οι διαταραχές αυτές αφορούν βασικές λειτουργίες κάθε ανθρώπινης ύπαρξης και τελικά προκαλούν, σ' όσους πάσχουν απ' αυτή την ασθένεια, μια αλλοίωση του αισθήματος της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του ελέγχου του εαυτού.

Σύμφωνα με τον ερευνητή Βάϊνμπεργκ, που εργάζεται στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α, η σχιζοφρένεια προσβάλλει τις ανώτερες περίπλοκες ψυχικές λειτουργίες του ανθρώπου, αυτές που διακρίνουν το ανθρώπινο είδος από τα άλλα είδη του ζωικού βασιλείου.

Ο Γάλλος ψυχίατρος Ανρί Έ ορίζει τη σχιζοφρένεια σαν “*χρόνια πάθηση η οποία αλλοιώνει βαθύτατα την προσωπικότητα του πάσχοντος*” και θεωρεί ότι η πάθηση χαρακτηρίζεται “*από ένα βαθύ και προοδευτικό μετασχηματισμό της προσωπικότητας*.” Σύμφωνα με τις απόψεις του, η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται με μια τάση του πάσχοντος “*να διακόψει την οικοδόμηση του κόσμου του, μέσω της επικοινωνίας με τους άλλους, για να χαθεί τελικά μέσα στην αυτιστική σκέψη, δηλαδή μέσα στο χάος των φαντασιώσεών του*.”

Η επιλογή αυτού του ιατρικού όρου<sup>3</sup>, για πρώτη φορά το 1911, από τον ψυχίατρο Ευγένιο Μπλόϋλερ στηρίχτηκε στο ότι αυτή η ασθένεια φαινόταν να χαρακτηρίζεται πρωτίστως από μια αποσύνδεση, ένα σχίσσιμο, ανάμεσα στις λειτουργίες του συναισθήματος και σ' εκείνες της σκέψης και της γνώσης.

<sup>1</sup> Παρ' ότι στη σύγχρονη ψυχιατρική είναι αποδεκτό ότι δεν υπάρχει μια ενιαία ψυχοπαθολογική οντότητα με το όνομα σχιζοφρένεια αλλά ένα σύνολο ψυχικών παθήσεων που συνιστούν μια ξεχωριστή ομάδα, εκείνη των σχιζοφρενικών νόσων, στον οδηγό αυτό θα χρησιμοποιείται ο όρος σχιζοφρένεια για χάρη ευκολίας του αναγνώστη.

<sup>2</sup> Η διάσχιση είναι η αποδιοργάνωση της ενότητας μεταξύ των διαφόρων τομέων της ψυχικής ζωής, όπως της σκέψης, του συναισθήματος, της βούλησης κ.ά.

<sup>3</sup> Ο όρος προέκυψε από τις λέξεις σχίζω+φρην. Η τελευταία λέξη στα αρχαία ελληνικά σημαίνει νους, μυαλό.

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μιας και μόνο μορφής ψυχική πάθηση. Αποτελεί πολυδιάστατη ασθένεια που εκδηλώνεται με πολλές μορφές. Οι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην κατηγορία των ψυχώσεων και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται τα πιο αντιπροσωπευτικά ψυχωτικά συμπτώματα.

Εξαιτίας του πολυμορφισμού των συμπτωμάτων της ασθένειας, μόνο λίγες γενικεύσεις είναι αληθείς και επιτρεπτές για τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως σχιζοφρενή. Μερικές φορές, μπορεί κάποιος να εμφανίσει σχιζοφρενικά/ψυχωτικά συμπτώματα εξαιτίας μιας άλλης ασθένειας (και σωματικής ακόμη) εκτός της σχιζοφρένειας. Για το λόγο αυτό, οι ψυχίατροι, αφού πάρουν ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό, διενεργούν και τις απαραίτητες εργαστηριακές (αιματολογικές, βιοχημικές, νευροψυχολογικές) εξετάσεις, για να αποκλείσουν όλες τις άλλες πιθανές αιτίες προέλευσης των συμπτωμάτων, προτού φθάσουν στο συμπέρασμα ότι κάποιος πάσχει από σχιζοφρένεια.

### **Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική ασθένεια ή απλά μια κοινωνική ετικέτα;**

Αρκετά πρωταρχικά και χαρακτηριστικά συμπτώματα, που περιέγραψαν οι ψυχίατροι Ε. Κρέπελιν, Ε. Μπλόϋλερ και Κ. Σνάιντερ, συμβαίνει πολλές φορές να λείπουν κατά την έναρξη της σχιζοφρένειας. Το γεγονός αυτό οδήγησε στο να χρησιμοποιείται, για μια περίοδο από ορισμένους γιατρούς και μη, ο όρος “σχιζοφρένεια” κατά τρόπο απλουστευτικό, για να χαρακτηρίζεται μια μεγάλη γκάμα “προβληματικών” ατόμων. Πριν από λίγες δεκαετίες, οποιοσδήποτε ήταν λίγο παράξενος, εκκεντρικός ή απομονωμένος, ιδιαίτερα εάν επισκεπτόταν ψυχαναλυτή στην Αμερική ή πήγαινε ενάντια στη γραμμή του κομμουνιστικού κόμματος στην πρώην Σοβιετική Ένωση, μπορούσε εύκολα να θεωρηθεί ως σχιζοφρενής. Προ ετών, στις Η.Π.Α, πολύ εύκολα θεωρούσαν κάποιο σχιζοφρενή, απλά και μόνο επειδή έλεγε ότι ακούει τη φωνή κάποιου (που δεν τον έβλεπε και ενώ δεν ήταν κοντά του), να του λέει κατανοητές ή ακατανόητες κουβέντες που τον ευχαριστούσαν ή τον ενοχλούσαν. Ανάλογα, στην πρώην Σοβιετική Ένωση, η Κ.Γ.Β. χρησιμοποιούσε τον όρο της “λανθάνουσας σχιζοφρένειας” για να προσδιορίσει (σαφέστερα;) την έννοια του πολιτικού αντιρρησία και να επιτύχει τον παραπέρα περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των αντιφρονούντων.

Για τους δημιουργούς του κινήματος της νέο-υπαρξιστικής ψυχιατρικής (κυριότερος εκπρόσωπος ο Ρ. Λαιγκ), η σχιζοφρένεια αποτελεί μια κατάσταση άμυνας που υιοθετεί το άτομο, προκειμένου να τα βγάλει πέρα μ' ένα κόσμο που το εξουθενώνει με τις παράλογες και αντιφατικές του απαιτήσεις. Έτσι για τον Ρ. Λαιγκ, ασθενής δεν είναι ο σχιζοφρενής αλλά το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του και η σχιζοφρένεια δεν είναι τίποτα άλλο από την έναρξη μιας επανορθωτικής διαδικασίας, που οδηγεί το πάσχον άτομο στην ανάκτηση του πραγματικού εαυτού του, δηλ. στην ανάκτηση της υγείας. Οι “αντιψυχιατρικές” θέσεις του Ρ. Λαιγκ έγιναν πολύ δημοφιλείς στους κύκλους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Στην αρχή, μάλιστα, πολλοί απ' αυτούς υπήρξαν φανατικοί οπαδοί του στο κίνημα της αντιψυχιατρικής. Σήμερα, οι θέσεις του Ρ. Λαιγκ είναι περιορισμένα αποδεκτές. Υπάρχουν, μάλιστα, αρνητικές κρίσεις για το έργο του και από οπαδούς της υπαρξιστικής θεώρησης της ψυχιατρικής, που τον κατηγορούν ότι παραποίησε την ψυχιατρική αλήθεια για να ικανοποιήσει το κοινό αίσθημα.

Οι παραπάνω αντιλήψεις και τα αποτελέσματα μιας μεγάλης έρευνας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (που κατέδειξε σημαντικές διαφορές στη αντίληψη του τι νοείται ως σχιζοφρένεια μεταξύ των ψυχιάτρων διαφόρων χωρών) αλλά και οι αντιλήψεις για την όσο πιο οικονομικά γίνεται αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτής της ασθένειας, που ακολουθούν μεγάλο παγκόσμιο ασφαλιστικό οργανισμό, οδήγησαν, την τελευταία εικοσαετία, σε μια τυποποίηση των ψυχιατρικών διαταραχών με τη δημιουργία ταξινομικών συστημάτων. Τα ταξινομικά συστήματα ασφαλώς συμβάλλουν σε μια αξιόπιστη προσέγγιση της διάγνωσης των ψυχικών νοσημάτων, προσφέρουν μια επιστημονική γλώσσα συνεννόησης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αλλά περιέχουν και αρκετές ασάφειες και γενικεύσεις. Σήμερα, στην Ελλάδα, χρησιμοποιούνται κυρίως δυο ταξινομικά συστήματα: το *International Classification of Diseases, ICD-10* (δέκατη έκδοση) και το *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV* (τέταρτη έκδοση). Το πρώτο είναι η ευρωπαϊκή αντίληψη για την ταξινόμηση των ψυχικών παθήσεων, ενώ το δεύτερο η αντίστοιχη αμερικάνικη. Η σχιζοφρένεια και στα δύο αυτά ταξινομικά συστήματα περιγράφεται παρόμοια και αναφέρεται ως “ψυχική διαταραχή”, που στην καθημερινή γλώσσα του λαού ισοδυναμεί με τη “φρενοβλάβεια”.



### Είναι μια νέα ασθένεια;

Παρόλο που ο όρος σχιζοφρένεια δεν είχε χρησιμοποιηθεί μέχρι τα τέλη του προ-προηγούμενου αιώνα, η ασθένεια αυτή υπήρχε από τους αρχαίους χρόνους και έχει διαγνωσθεί σ' όλους του λαούς και σ' όλες τις κοινωνικές τάξεις. Τα εντυπωσιακά της συμπτώματα έχουν περιγραφεί (με διαφορετικούς όρους) σ' όλες τις εποχές. Αναφορές παρόμοιων συμπτωμάτων με εκείνα της σχιζοφρένειας που βρίσκονται σε ιατρικά συγγράμματα, καθώς επίσης και στη θρησκευτική ή δραματική λογοτεχνία, αποδεικνύουν ότι αυτή η ασθένεια υπήρχε από πολύ παλιά. Για παράδειγμα, στο έργο του Σαίξπηρ «Βασιλιάς Ληρ» (1605), ο ήρωας πρέπει να υποκριθεί ότι είναι ο τυπικός φρενοβλαβής «Τομ του Μπέντλαμ» και τα συμπτώματα που αναφέρονται είναι παρόμοια μ' αυτά της σχιζοφρένειας.

Για τους λαούς της Δύσης, η σχιζοφρένεια δεν αποτελούσε ιατρικό πρόβλημα μέχρι περίπου τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Το 1896, ο γερμανός γιατρός Εμίλ Κρέπελιν περιέγραψε μια ομάδα “ψυχικών παθήσεων” που είχε, συνήθως, σαν κύρια χαρακτηριστική εκδήλωση μια βραδεία και προϊούσα εξασθένηση των ψυχικών λειτουργιών και των διανοητικών ικανοτήτων αυτού που έπασχε απ' αυτές. Την ομάδα αυτών των ψυχικών διαταραχών ο Ε. Κρέπελιν την ονόμασε *πρώιμη άνοια*. Αργότερα, το 1911, ο ελβετός γιατρός Ευγένιος Μπλούλερ μελέτησε σε βάθος τις διαταραχές της σκέψης των ασθενών με πρώιμη άνοια και αφού έλαβε υπόψη του τη “ρήξη” που επέρχεται μεταξύ του ασθενούς και της αντικειμενικής πραγματικότητας, υιοθέτησε τον όρο *σχιζοφρένεια*. Θεωρώντας, όμως, ότι δεν πρόκειται για μια και μόνη νοσολογική οντότητα αλλά για μια ομάδα τέτοιων, μιλούσε για την “ομάδα των σχιζοφρενιών”. Ανεξάρτητα από τις επιστημονικές διαφωνίες, που ανέκυψαν αργότερα σχετικά με τη φύση και την αιτιοπαθογένεια των ψυχικών παθήσεων, που μπορούν να περιλαμβάνονται σ' αυτή την ομάδα, ορισμένοι γιατροί χρησιμοποιούν τον όρο “σχιζοφρένεια”, ενώ για άλλους είναι αποδεκτός ο όρος “σχιζοφρενίες”.<sup>4</sup>

### Είναι μια ασθένεια οικογενειακή;

Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια, όχι μόνο μακραιώνη αλλά και οικο-

<sup>4</sup> Η διαφορά ενικού-πληθυντικού αριθμού στη γλώσσα των ψυχιάτρων μπορεί και να σημαίνει τη διάκριση σε τυπική και άτυπες μορφές σχιζοφρένειας.

μηνική. Τη συναντά κανείς σε αναπτυγμένες χώρες αλλά και σε αναπτυσσόμενες. Μπορεί κάποια συμπτώματά της να διαφέρουν λίγο-πολύ από πολιτισμό σε πολιτισμό, οι μορφές της όμως είναι παντού σχεδόν παρόμοιες. Ομοίως, ο ρυθμός εμφάνισης νέων περιπτώσεων είναι παρόμοιος στις διάφορες χώρες, όπου μελετήθηκε.

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο αριθμός των περιπτώσεων σχιζοφρένειας που διαπιστώνονται σε κάθε στιγμή είναι χαμηλότερος στον αναπτυσσόμενο κόσμο, ενώ ο κίνδυνος να αναπτύξει ένα άτομο την ασθένεια, σε κάποια περίοδο της ζωής του, είναι ελαφρώς υψηλότερος στον αναπτυγμένο κόσμο.

### **Ποια άτομα προσβάλλει συχνότερα η σχιζοφρένεια;**

Παρά το γεγονός ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να πλήξει τον καθένα και σε οποιαδήποτε ηλικία, κατά κάποιον τρόπο, είναι περισσότερο συνηθισμένη σε εφήβους και σε νέους ενήλικες που, κατά την άποψη ορισμένων ερευνητών, είναι γενετικά προδιατεθειμένοι για την ασθένεια.

Αξίζει να θυμάστε ότι:

- ✓ η πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος σχιζοφρένεια, όταν κανένας από τους δύο γονείς δεν είναι σχιζοφρενής, είναι 1% περίπου. Αν, όμως, ένας από τους δύο γονείς του πάσχει από αυτή την ασθένεια, τότε η πιθανότητα να γίνει κάποιος σχιζοφρενής φθάνει περίπου στο 13% και το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 34% περίπου, όταν και οι δύο γονείς είναι σχιζοφρενείς.
- ✓ τα 3/4 των σχιζοφρενών εμφανίζουν την ασθένεια ανάμεσα στα 16 και 25 χρόνια της ζωής τους. Η έναρξη των συμπτωμάτων δεν είναι συνηθισμένη μετά τα 40 χρόνια και είναι σπάνια μετά την ηλικία των 50 χρόνων.
- ✓ η σχιζοφρένεια πλήττει περισσότερο τους άντρες απ' ό,τι τις γυναίκες στις ηλικίες των 16-25 χρόνων, ενώ σ' εκείνες των 25-30, η πιθανότητα να προσβληθούν οι γυναίκες είναι υψηλότερη.

## **Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη νόσηση από σχιζοφρένεια;**

Σύμφωνα με ευρήματα μελετών, οι άνδρες ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πρωιμότερη έναρξη, χειρότερη προνοσηρή λειτουργικότητα και διαφορετικούς προνοσηρούς προγνωστικούς παράγοντες. Επιπλέον, εμφανίζουν περισσότερα αρνητικά συμπτώματα και μεγαλύτερη γνωσιακή διαταραχή, καθώς και εμφανέστερες ανατομικές και νευροφυσιολογικές διαταραχές.

Οι γυναίκες ασθενείς εμφανίζουν πιο συχνά και συμπτώματα συναισθηματικής φύσης, ακουστικές ψευδαισθήσεις και διωκτικό παραλήρημα, έχουν ταχύτερη και καλύτερη ανταπόκριση στην αγωγή με αντιψυχωτικά κατά την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο αλλά εμφανίζουν περισσότερες παρενέργειες εξαιτίας των αντιψυχωτικών φαρμάκων.

Η βραχυπρόθεσμη και μεσοπρόθεσμη πορεία της νόσου είναι καλύτερη στις γυναίκες, που κάνουν σπανιότερα χρήση καπνού και ουσιών.

Οι οικογένειες των αρρένων ασθενών είναι περισσότερα επικριτικές και η συναισθηματική πίεση έχει μεγαλύτερη αρνητική επίδραση σ' αυτούς απ' ό,τι στις θήλεις. Δεν διαπιστώθηκαν, όμως, σαφείς διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς το οικογενειακό ιστορικό.

Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, υποστηρίζεται η υπόθεση ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ αρρένων και θηλέων ασθενών με σχιζοφρένεια. Οι διαφορές αυτές είναι, ενδεχομένως, αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης των ορμονών του φύλου, καθώς και νευροαναπτυξιακών και ψυχοκοινωνικών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων.

## **Γιατί η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται συνηθέστερα στην εφηβεία;**

Από τις επιδημιολογικές μελέτες της σχιζοφρένειας έχει προκύψει ότι συχνότερα πρωτοεκδηλώνεται στην εφηβεία ή κατά τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Σήμερα, υπάρχουν κάποιες έγκυρες απόψεις γιατί συμβαίνει αυτό.

Από τη γέννηση μέχρι την εφηβεία και ενώ ωριμάζει ο εγκέφαλος, συμβαίνει μια μείωση της τάξης του 30-40% των συνάψεων μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων. Η διαδικασία αυτή φαίνεται ότι βελτιώνει την «ενεργό μνήμη» και την ικανότητα του ανθρώπου να επεξεργάζεται σύνθετες γλωσσικές πληροφορίες. Στους σχιζοφρενείς, η διαδικασία αυτή έχει διαρκέσει

περισσότερο από το κανονικό και έχει μειώσει κατά πολύ τις συνάψεις των κυττάρων στους μετωπιαίους και σε τμήμα των κροταφικών λοβών, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η λειτουργική συνεργασία μεταξύ αυτών των περιοχών του εγκεφάλου και να μειώνεται η ισχύς της ενεργούς μνήμης. Έτσι, σύμφωνα με τον ερευνητή Φάινμπεργκ, αν αυτή η προσαρμοστική διαδικασία της μείωσης των συνάψεων διαρκέσει πολύ χρόνο και δε διακοπεί έγκαιρα, θα μπορούσε, σε συνεργασία με περιβαλλοντικούς παράγοντες και με παράγοντες στρες, να έχει ως κατάληξη τη σχιζοφρένεια.

### **Μπορεί η σχιζοφρένεια να εκδηλωθεί και σε παιδιά;**

Τα παιδιά, μετά την ηλικία των πέντε ετών, μπορούν να εκδηλώσουν ένα είδος σχιζοφρένειας, ωστόσο αυτό θεωρείται πολύ σπάνιο. Όμως, χρειάζεται να γίνει επιπλέον συστηματική έρευνα, για να διευκρινιστεί αν υπάρχει στενή σχέση της σχιζοφρένειας της παιδικής ηλικίας μ' εκείνη της εφηβείας και της ενήλικης ζωής. Παρά το γεγονός ότι κάποιοι άνθρωποι, που εκδηλώνουν αργότερα την ασθένεια, είναι δυνατόν να ένοιωθαν και να συμπεριφέρονταν σαν παιδιά διαφορετικά από τα άλλα της ηλικίας τους, ωστόσο, τα “συνήθη” συμπτώματα της σχιζοφρένειας των ενηλίκων (π.χ. ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ασυναρτησία, συναισθηματική επιπέδωση, ρήξη με την πραγματικότητα) είναι πολύ σπάνια σε παιδιά.

Τελευταία, γίνεται πολύς λόγος για τις σχέσεις μεταξύ συνθηκών ζωής κατά την παιδική ηλικία και την εμφάνιση σχιζοφρένειας στην μετέπειτα ζωή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας έρευνας, σημασία, ενδεχομένως, για την εμφάνιση σχιζοφρένειας κατά την ενήλικη ζωή φαίνεται να έχει ο συνολικός αριθμός αδελφών κατά την παιδική ηλικία. Τα παιδιά από οικογένειες με πολλά μέλη είναι πιο αδύναμα, ισχυρίζεται ο γιατρός Κ. Γουόλντεμπεκ, εξαιτίας της εμπλοκής διατροφικών παραγόντων. Ο ίδιος γιατρός δεν αποκλείει, όμως, τη συμμετοχή και ψυχολογικών και λοιμωδών παραγόντων.

### **Μπορεί να εκδηλωθεί για πρώτη φορά και σε μεγάλη ηλικία;**

Αν και, όπως επανειλημμένα έχει τονιστεί, η σχιζοφρένεια γενικά θεωρείται ασθένεια που αρχίζει κατά το τέλος της εφηβείας ή κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή, υπάρχει και ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που εμφανίζουν για πρώτη φορά συμπτώματα της σχιζοφρένειας κατά τη μέση ενήλικη ζωή τους ή σε ακόμη μεγαλύτερη ηλικία. Αυτές τις νοσηρές καταστάσεις με την

όψιμη εμφάνιση, ορισμένοι ερευνητές δεν τις θεωρούν “γνήσιες” σχιζοφρένιες και αποδίδουν την προέλευσή τους σε οργανικές αιτίες.

### **Υπάρχει σχέση ανάμεσα στη μεγαλοφυΐα και στη σχιζοφρένεια;**

Στοιχεία για μια τέτοια σχέση προέρχονται κυρίως από ανεκδοτολογικές αναφορές, βιογραφίες και αυτοβιογραφίες διάσημων ανθρώπων. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι είναι δυνατόν να έχει κάποιος ταλέντο, να είναι δημιουργικός και με υψηλό δείκτη νοημοσύνης (IQ) και παρ’ όλα αυτά να εμφανίσει σχιζοφρένεια. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό παράδειγμα, ανάμεσα στα τόσα πολλά, αποτελεί και η περίπτωση του μεγάλου Έλληνα κλασσικού γλύπτη Γιαννούλη Χαλεπά, που υπήρξε μια από τις πιο τραγικές καλλιτεχνικές μεγαλοφυΐες όλων των αιώνων. Το αντίθετο, όμως, δεν ισχύει, δηλ. άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν είναι πιο δημιουργικά, πιο προικισμένα και πιο νοήμονα από το μέσο όρο του πληθυσμού.

Σε μια μελέτη που αφορούσε παιδιά σχιζοφρενών μητέρων, που ανατράφηκαν όμως, σε ανάδοχες οικογένειες υγιών ατόμων, διαπιστώθηκε ότι, εκτός από υψηλότερη συχνότητα ποικίλων ψυχικών διαταραχών (μεταξύ αυτών και η σχιζοφρένεια), υπήρχε σημαντικός αριθμός ατόμων που είχαν επιτύχει να σταδιοδρομήσουν σε δημιουργικά και προσοδοφόρα επαγγέλματα. Όμως, από άλλες μελέτες διαπιστώνονται διαφορετικά και αντίθετα αποτελέσματα. Από άλλες έχει προκύψει ότι οι σχιζοφρενείς δίδυμοι έχουν χαμηλότερο IQ σε σχέση με τους υγιείς αδελφούς τους. Από άλλη διαπιστώνεται ότι, ενώ το ποσοστό των προσχιζοφρενικών παιδιών που είχαν άριστη σχολική επίδοση ήταν σημαντικώς υψηλότερο από το αντίστοιχο των παιδιών που παρέμειναν υγιή, εν τούτοις κανένα από τα πρώτα δεν μπόρεσε να ολοκληρώσει τις σπουδές του στο πανεπιστήμιο ή να χρησιμοποιήσει παραγωγικά τις αρχικά διαπιστωθείσες ικανότητές του.

Εκείνο, που γνωρίζουμε σήμερα, είναι ότι δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο να εμφανίσουν σχιζοφρένεια άτομα, παρά το ότι έχουν πολύ υψηλό δείκτη νοημοσύνης. Πάντως, ο χαμηλός δείκτης φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση σχιζοφρένειας. Συνήθως, όμως, οι περισσότεροι ασθενείς που εκδηλώνουν την ασθένεια έχουν δείκτη νοημοσύνης μέσου επιπέδου και ορισμένοι μάλιστα απ’ αυτούς βρίσκονται πολύ πιο πάνω από το μέσο όρο. Μια χαρακτηριστική περίπτωση πιθανής σχέσης ανάμεσα στη μεγαλοφυΐα και τη σχιζοφρένεια θεωρείται ο νομπελίστας

μαθηματικός Τζον Φορμπος Νας. Ίσως, στο μέλλον, ο συνδυασμός λεπτομερειακών περιγραφών κάποιων περιπτώσεων και της συστηματικής επιδημιολογικής έρευνας να φωτίσουν και να καθορίσουν με σαφήνεια το παράδοξο του συνδυασμού μεγαλοφυΐας και σχιζοφρένειας.

## 2. ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

### Προειδοποιεί η σχιζοφρένεια;

Συνήθως, για πολύ καιρό, για μήνες ή για χρόνια, πριν από την εκδήλωση της ασθένειας προηγείται μια βαθμιαία επιδεινούμενη αλλαγή της προσωπικότητας και μια μεταβολή της συμπεριφοράς του/της εφήβου, που αργότερα θα αρρωστήσει. Ορισμένα μέλη οικογενειών σχιζοφρενών έχουν αναφέρει ότι πριν από την εκδήλωση της ασθένειας στο συγγενή τους καταλάβαιναν ότι κάτι δεν πήγαινε καλά με την ψυχική του υγεία. Είχαν νοιώσει ότι ο γιος ή η κόρη τους, ο αδελφός ή η αδελφή τους, ο ή η σύζυγός τους δεν περνούσε μια απλή νευρική “κρίση”, δεν είχε μια συνηθισμένη κακή διάθεση, δεν αντιδρούσε, μ’ αυτόν τον τρόπο, σε υπερβολική χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ. Κάποιοι άλλοι, αντίθετα, είπαν πως η ασθένεια του συγγενούς τους εμφανίσθηκε αιφνίδια. Άλλοι γονείς αποδίδουν την ασυνήθιστη και πολλές φορές παράδοξη συμπεριφορά του παιδιού τους είτε σε αντιδράσεις της εφηβείας του είτε σε μια ερωτική απογοήτευση είτε στους «καθηγητές που το ζορίζουν» και γενικά σε μια κακή προσαρμογή σε ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες της ζωής του. Συχνά, ακόμη, θεωρούν σαν αιτία μια γενική σωματική κούραση και κατάρπωση του παιδιού από την επίπονη προετοιμασία του για τις πανελλήνιες εξετάσεις.

Ωστόσο, όλοι συμφωνούν ότι, συνηθέστερα, υπάρχουν κάποια πρώιμα σημάδια που δείχνουν πως κάτι συμβαίνει, κάτι αλλάζει, κάτι επέρχεται. Ένας κατάλογος από τέτοια σημάδια, που προέρχεται από συζητήσεις με συγγενείς των ασθενών και που αναφέρεται και σε διδακτικά βιβλία της ψυχιατρικής, είναι ο παρακάτω:

- ✓ αδυναμία να κοιμηθεί, είναι ξύπνιος ασυνήθιστες ώρες, αλλάζει τις δραστηριότητες της ημέρας με εκείνες της νύχτας,
- ✓ με τις ώρες απασχόληση με το κομπιούτερ παίζοντας ξανά και ξανά το ίδιο παιχνίδι
- ✓ κοινωνική απομόνωση, αδιαφορία και χειροτέρευση των κοινωνικών σχέσεων,
- ✓ υπερδραστηριότητα ή υποδραστηριότητα ή περίοδοι εναλλαγής και των δύο καταστάσεων,
- ✓ αδυναμία να συγκεντρωθεί, εμφανής δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, μείωση των σχολικών επιδόσεων,

- ✓ ασυνήθιστη ενασχόληση με τη θρησκεία, με αιρετικές θρησκευτικές ομάδες ή τον αποκρυφισμό,
- ✓ εχθρότητα, διαρκείς υποψίες, έλλειψη φόβου ή υπερβολικός φόβος,
- ✓ υπερβολικές αντιδράσεις απέναντι στο/στη σύντροφο, απόρριψη της οικογένειάς του,
- ✓ αδιαφορία για την προσωπική του υγιεινή και καθαριότητα,
- ✓ συχνές άσκοπες μετακινήσεις ή συνεχή ταξίδια με ωτοστόπ με γενικόλογη και ασαφή αιτιολόγηση,
- ✓ υπερβολικά ακατανόητο, παράξενο γράψιμο ή ασυνήθιστα παιδιαρίσματα χωρίς νόημα,
- ✓ ασυνήθιστες και υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις από ασήμαντες αφορμές, “πλατωνικοί έρωτες”,
- ✓ ατέλειωτες ονειροπολήσεις, έκφραση παράδοξων ιδεών,
- ✓ ασυνήθιστη ευαισθησία σε ερεθίσματα (θόρυβος, φως κλπ),
- ✓ μυρίζει και γεύεται ουσίες με διαφορετικό τρόπο,
- ✓ κάνει περίεργη χρήση των λέξεων, των γραμματικών ή των συντακτικών κανόνων,
- ✓ έχει περίεργη ή και αλλόκοτη συμπεριφορά (αρνείται να αγγίξει τους άλλους, επιμένει να φορά συνέχεια γάντια, ξυρίζει παράξενα το κεφάλι του ή τις τρίχες σε όλο το σώμα, τρυπά το σώμα του με αιχμηρά αντικείμενα, αυτοακρωτηριάζεται κ.α),
- ✓ αδιαφορία για την καθημερινή πραγματικότητα.

Ωστόσο, πρέπει πάντα να θυμάστε ότι:

κανένα από τα παραπάνω σημάδια δεν σημαίνει από μόνο του την παρουσία της σχιζοφρένειας. Ακόμη και κάποιοι συνδυασμοί τους δεν αρκούν.

Μέλη οικογενειών, στις οποίες, στο παρελθόν τους, υπάρχει ιστορικό σχιζοφρένειας, μπορεί να είναι πολύ πιο ικανά και έτοιμα να αντιληφθούν ότι τα λόγια, οι σκέψεις, οι εκδηλώσεις και οι συμπεριφορές των έφηβων ή των νεαρών ενήλικων μελών τους, που φαίνεται να μην συνταιριάζουν προς τις αναμενόμενες προσδοκίες τους, αποκλίνουν του φυσιολογικού.



Από την άλλη μεριά, το στίγμα της ασθένειας οδηγεί πολλές οικογένειες στο να αρνούνται αυτό που είναι ολοφάνερο, δηλαδή την απόκλιση του συγγενούς τους από τη φυσιολογική συμπεριφορά, κάτι που όλοι οι άλλοι διαπιστώνουν. Θέλουν να πιστεύουν ότι αυτή οφείλεται σε ναρκωτικά ή στο ότι κάποιος νόθευσε το ποτό του παιδιού τους ή μπορεί να κατηγορούν τους καθηγητές του σχολείου του για άσχημη και μεροληπτική μεταχείρισή του. Κάποιοι άλλοι γονείς επιμένουν να χρησιμοποιούν όρους υποβαθμιστικούς της τωρινής κατάστασης των παιδιών τους, έστω και αν έχουν ενημερωθεί κατάλληλα, υπεύθυνα και διεξοδικά, για τη φύση και τα προβλήματα της ψυχικής τους ασθένειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Συχνά, συμβαίνει πολλοί γονείς να χρησιμοποιούν τις λέξεις “νευρικός”, “καταθλιπτικός”, “ανήσυχος”, “ιδιότροπος”, “ιδιόρρυθμος”, όταν αναφέρονται στα προβλήματα των σχιζοφρενών μελών της οικογένειάς τους και να αναζητούν καθησυχαστικές συμβουλές από διάφορους αναρμόδιους, παρά ιατρική βοήθεια. Όμως,

ο βαθμός επίγνωσης της οικογένειας σ’ ό,τι αφορά τη φύση και τα προβλήματα που αργά ή γρήγορα θα προκύψουν από τη σχιζοφρένεια του παιδιού τους αποτελεί το κλειδί για μια επιτυχημένη διαχείρισή της.

Συγγενείς σχιζοφρενών ασθενών, με βάση τη γνώση που εκ των υστέρων απέκτησαν, συμβουλεύουν να ζητηθεί ιατρική βοήθεια σε περίπτωση που υπάρχουν κάποιες από τις παραπάνω συμπεριφορές ή αν παρατηρηθεί μια ιδιάζουσα αλλαγή στη συμπεριφορά του συγγενούς σας, που να διαρκεί σταθερά πάνω από ένα μήνα.

### **Έχει η σχιζοφρένεια ξεκάθαρα και καθορισμένα συμπτώματα;**

Ναι, σε γενικές γραμμές και ιδίως κατά τις περιόδους της ακμής της. Υπάρχει μια σημαντικού βαθμού συμφωνία γι’ αυτό, ακόμη και ανάμεσα σε ψυχιάτρους από διαφορετικούς πολιτισμούς. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται περίπου από το 80-90% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα στη χρήση διαγνωστικών ερωτηματολογίων.

Όμως, σημαντικές δυσκολίες στην αναγνώριση και στη διαπίστωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας παρουσιάζονται συνήθως στα πρώτα στάδια της εκδήλωσης της ασθένειας. Αν η εισβολή της σχιζοφρένειας είναι από-

τομη και θορυβώδης, τότε συνήθως τα συμπτώματα είναι πιο εύκολα αντιληπτά. Αν όμως η εισβολή της είναι ύπουλη και ερπυστική, τότε τα συμπτώματά της είναι συνήθως δυσδιάκριτα. Μερικές φορές, και ο ικανότερος ψυχίατρος δυσκολεύεται να διαπιστώσει τα ειδικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε ντροπαλούς, φοβισμένους ή μη συνεργαζόμενους εφήβους. Ένα ολοκληρωμένο ιστορικό, που εμπλουτίζεται και από τις πληροφορίες συγγενών, καθώς επίσης και από τις προσεχτικές και επαναλαμβανόμενες, στον κατάλληλο χρόνο, εξετάσεις της ψυχικής κατάστασης του πάσχοντος ατόμου, εξακολουθεί να αποτελεί το βασικό εργαλείο διάγνωσης στην ψυχιατρική.

### Ποια ήταν τα κριτήρια της σχιζοφρένειας σύμφωνα με τους γιατρούς Ε. Κρέπελιν και Ε. Μπλόυλερ;

Τα κριτήρια αυτά καταγράφονται στον επόμενο πίνακα και εξακολουθούν, πέρα από την ιστορική τους αξία, να έχουν και διαγνωστική. Ο Ε. Μπλόυλερ μάλιστα τα ομαδοποίησε και ξεχώρισε την ομάδα των κλασικών συμπτωμάτων, που την ονόμασε “ομάδα των 4Α”.

#### Κριτήρια του Ε. Κρέπελιν

- έκπτωση γνωσιακών λειτουργιών με διαταραχές της προσοχής και της συγκέντρωσης
- ακουστικές ψευδαισθήσεις
- ιδέες επίδρασης και διαταραχές στη ροή της σκέψης με χάλαση του συνειρμού
- επιπέδωση του συναισθήματος, αμφιθυμία
- αμφιβουλησία
- ηχολαλία, ηχοπραξία, εκρήξεις θυμού
- Κατατονική διέγερση
- Στερεοτυπίες
- Αρνητισμός
- Αυτισμός

#### Κριτήρια του Ε. Μπλόυλερ

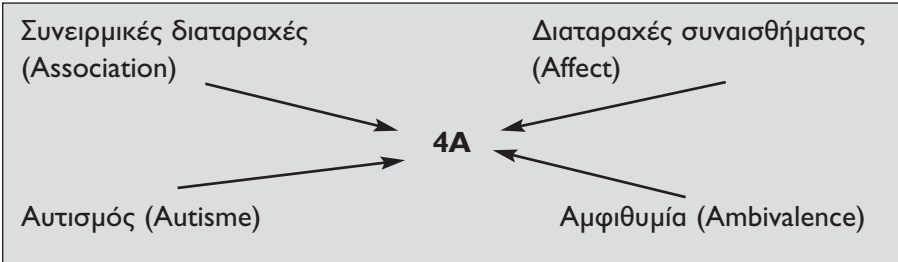
##### Βασικές διαταραχές

- διαταραχές σκέψης
- διαταραχές συναισθήματος
- διαταραχές βούλησης
- διαταραχές υποκειμενικού βιώματος του εαυτού

##### Συμπληρωματικά συμπτώματα

- διαταραχές της αντίληψης
- παραληρητικές ιδέες
- διαταραχές της μνήμης
- αλλαγή στην προσωπικότητα
- αλλαγές στην ομιλία και τη γραφή
- σωματικά συμπτώματα
- κατατονικά συμπτώματα

## Η ομάδα των “τέσσερα Α” του Ε. Μπλόυλερ



### Ποια είναι τα συμπτώματά της σύμφωνα με το γιατρό Κ. Σνάϊντερ;

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται, τουλάχιστον κατά την περίοδο της πλήρους εκδήλωσής της, από ένα σύνολο ευδιάκριτων παθολογικών συμπτωμάτων.

Τα διάφορα συμπτώματα, που χαρακτηρίζουν την πάθηση, δεν έχουν όλα την ίδια βαρύτητα, ούτε και όλοι οι ψυχίατροι αποδίδουν την ίδια σπουδαιότητα στα ίδια συμπτώματα. Άλλα συμπτώματα είναι περισσότερο ή λιγότερο σταθερά και ειδικά και εμφανίζονται σχεδόν σε κάθε περίπτωση σχιζοφρένειας, ενώ άλλα είναι ασταθή, μπορεί να εμφανίζονται ή να μην εμφανίζονται, όπως μπορεί να παρατηρηθούν και σε άλλες ψυχικές ή και σε σωματικές παθήσεις.

Ο γερμανός ψυχίατρος Κούρτ Σνάϊντερ είχε καταγράψει ένα σύνολο συμπτωμάτων που τα θεωρούσε χαρακτηριστικά για τη σχιζοφρένεια και τα ξεχώριζε σε δυο μεγάλες ομάδες: τα συμπτώματα πρώτης και τα συμπτώματα δεύτερης τάξης. Θεωρούσε τα πρώτα ως πιο αντιπροσωπευτικά της ασθένειας.

### Συμπτώματα πρώτης τάξης

- α. ηχηρή σκέψη
- β. φωνές που συζητούν ή διαφωνούν ή και τα δύο
- γ. φωνές σχολιασμού
- δ. εμπειρίες σωματικής παθητικότητας
- ε. εμπειρίες επηρεασμού της σκέψης
- στ. εκπομπή της σκέψης
- ζ. παραληρητική αντίληψη

**Συμπτώματα δεύτερης τάξης**

- α. άλλες διαταραχές της αντίληψης*
- β. αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες*
- γ. αμηχανία*
- δ. εναλλαγές της διάθεσης καταθλιπτικού και ευφορικού τύπου*
- ε. αισθήματα συναισθηματικής φτώχιας ...και αρκετά άλλα ακόμη*

Οποιαδήποτε από τα παραπάνω πρωτογενή συμπτώματα διαπιστωθούν και με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει κάποια σωματική ασθένεια, στην οποία, εν μέρει ή στο σύνολό τους, θα μπορούσαν να αποδοθούν, οδηγούν τη σκέψη των ψυχιάτρων (κάποιες επιφυλάξεις πάντα και κατά περίπτωση μπορούν να υπάρξουν) στην ύπαρξη σχιζοφρένειας.

**Τι είναι τα θετικά και τι τα αρνητικά συμπτώματα;**

Τα τελευταία χρόνια, οι ψυχίατροι συνηθίζουν να διακρίνουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας σε θετικά και σε αρνητικά. Αυτός ο διαχωρισμός μπορεί να μπερδέψει κάποιους. Όμως, ο γιατρός Τόρεϊ διευκρινίζει ότι το επίθετο “θετικά” δηλώνει εκείνες τις παθολογικές εκδηλώσεις που είναι παρούσες, ενώ δεν θα έπρεπε και το επίθετο “αρνητικά” δηλώνει λειτουργίες που απουσιάζουν από τον ψυχισμό του πάσχοντος, ενώ θα έπρεπε να είναι παρούσες. Τυπικά θετικά συμπτώματα είναι π.χ οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα. Στα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνονται η απώλεια της ενεργητικότητας, το ρηκό συναίσθημα, η κοινωνική απόσυρση, η παραμέληση του εαυτού, κ.α. Αυτή η ταξινόμηση θεωρείται αρκετά υποβοηθητική, γιατί μπορεί να διευκολύνει τη διάγνωση, να βοηθήσει στην υπόδειξη μιας αποτελεσματικότερης θεραπείας και ακόμη, στην πρόβλεψη της πορείας και της έκβασης της ασθένειας.

Περίπου οι μισοί ασθενείς με προσφάτως εμφανισθείσα σχιζοφρένεια παρουσιάζουν αρνητικά συμπτώματα. Για τα τρία τέταρτα αυτής της ομάδας, τα αρνητικά συμπτώματα ήταν παρόντα δύο με έξι χρόνια πριν το πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο. Τα αρνητικά συμπτώματα, κατά την οξεία φάση του πρώτου επεισοδίου, έχουν λιγότερη προγνωστική αξία, όσον αφορά την εξέλιξη των πρώτων πέντε ετών, απ’ ό,τι τα αρνητικά συμπτώματα που εμφανίζονται μερικούς μήνες μετά την οξεία αρχή της σχιζοφρέ-

νειας. Κατά το οξύ επεισόδιο, τα αρνητικά συμπτώματα συσχετίζονται ωστόσο με τον αριθμό ημερών νοσηλείας. Περισσότερα αρνητικά συμπτώματα κατά την είσοδο στην κλινική απαιτούν μακρύτερη περίοδο νοσηλείας μέχρι την υποχώρησή τους.

Μέχρι πριν λίγα χρόνια, τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια στηρίζονταν κυρίως σε συμπτώματα, απ' αυτά που σήμερα αποκαλούμε θετικά. Τα αρνητικά συμπτώματα, χωρίς να έχουν μικρότερη διαγνωστική αξία, οι ψυχίατροι τα λάβαιναν λιγότερο υπόψη στη διάγνωση, γιατί στην αρχή, τουλάχιστον, της ασθένειας είναι λιγότερο κατανοητά και αναγνωρίσιμα και βέβαια, γιατί σε μια θορυβώδη έναρξη της σχιζοφρένειας υπερκαλύπτονται από τα θετικά. Σήμερα, είναι βεβαιωμένο πως στις περισσότερες περιπτώσεις της ασθένειας προηγείται η εμφάνιση των αρνητικών συμπτωμάτων, γι' αυτό και είναι πάντα απαραίτητο να αναζητούνται κατά την πρώτη ψυχιατρική συνέντευξη.

### Τα θετικά συμπτώματα

#### Ψευδαισθήσεις

- ✓ Ακουστικές
  - ✓ Φωνές που σχολιάζουν
  - ✓ Φωνές που συνδιαλέγονται
- ✓ Σωματικές – απτικές
- ✓ Οσφρητικές
- ✓ Οπτικές

#### Παραληρητικές ιδέες

- ✓ Διωκτικές
- ✓ Ζηλοτυπικές
- ✓ Ενοχικές
- ✓ Μεγαλομανιακές
- ✓ Θρησκευτικές
- ✓ Σωματικές
- ✓ Ιδέες αναφοράς
- ✓ Ιδέες ελέγχου

### Τα αρνητικά συμπτώματα

#### Ανέκφραστο πρόσωπο

- ✓ Μειωμένες αυθόρμητες κινήσεις
- ✓ Σπάνιες εκφραστικές χειρονομίες
- ✓ Φτωχή βλεμματική επαφή
- ✓ Συναισθηματική μη απαντητικότητα
- ✓ Απρόσφορο συναίσθημα
- ✓ Έλλειψη συναισθηματικής χροιάς της φωνής
- ✓ Φτωχό περιεχόμενο του λόγου
- ✓ Ανακοπές
- ✓ Αυξημένος λανθάνων χρόνος απαντήσεων

**Τα θετικά συμπτώματα**Παραληρητικές ιδέες

- ✓ Ιδέες διαβάσματος του μυαλού
- ✓ Εκπομπής της σκέψης
- ✓ Παρεμβολής στη σκέψη
- ✓ Απόσυρσης της σκέψης

Εξωπραγματική συμπεριφορά

- ✓ Ένδυση, εμφάνιση
- ✓ Κοινωνική, σεξουαλική συμπεριφορά
- ✓ Επιθετική συμπεριφορά – ψυχοκινητική ανησυχία
- ✓ Επαναληπτική – στερεότυπη συμπεριφορά

Θετικές δομικές διαταραχές της σκέψης

- ✓ Εκτροχιασμός
- ✓ Κατ'εφαπτομένη σκέψη
- ✓ Ασυναρτησία
- ✓ Παραλογία
- ✓ Περιφερικότητα
- ✓ Πίεση ομιλίας
- ✓ Απρόσεκτη ομιλία
- ✓ Εκρηκτική ομιλία

**Τα αρνητικά συμπτώματα**Αβουλησία – απάθεια

- ✓ Καθαριότητα και υγιεινή
- ✓ Χωρίς διάρκεια απασχόληση ή σχολική παρακολούθηση

Σωματική ανεργησία

- ✓ Ενδιαφέρον για αναψυχή, δραστηριότητες
- ✓ Ενδιαφέρον για σεξ, δραστηριότητα
- ✓ Ενδιαφέρον για κοντινές σχέσεις
- ✓ Σχέσεις με φίλους και συνομηλίκους

Ανηδονία - ακοινωνικότητα

- ✓ Ενδιαφέρον για αναψυχή, δραστηριότητες
- ✓ Ενδιαφέρον για σεξ, δραστηριότητα
- ✓ Ενδιαφέρον για κοντινές σχέσεις
- ✓ Σχέσεις με φίλους και συνομηλίκους

Προσοχή

- ✓ Κοινωνική απροσεξία
- ✓ Απροσεξία κατά τη εξέταση

**Πώς από τα συμπτώματα ο γιατρός κάνει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας;**

Παρόλο που δεν μπορούν να προσδιοριστούν απολύτως παθογνωμονικά<sup>5</sup> συμπτώματα<sup>6</sup> για τη σχιζοφρένεια, εν τούτοις μια κατανομή τους σε ομάδες είναι χρήσιμη και έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διάγνωση. Στα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, που είναι γνωστά με τα χαρακτηριστικά ICD-10 και DSM-IV, υπάρχει μια εκτενής αναφορά σε τέτοιες ομάδες. Τα συστήματα αυτά αποτελούν αρκετά χρήσιμα εργαλεία για την προσέγγιση της διάγνωσης της σχιζοφρένειας.

Έτσι, στο ταξινομικό σύστημα ICD-10 αναφέρονται τα παρακάτω συμπτώματα:

- ✓ Ηχώ της σκέψης, παρεμβολή στη σκέψη, απόσυρση της σκέψης και εκπομπή της σκέψης.
- ✓ Παραληρητικές ιδέες ελέγχου, επίδρασης ή παθητικότητας, που σαφώς αναφέρονται στις κινήσεις του σώματος ή των άκρων ή σε ιδιαίτερες σκέψεις, πράξεις ή αισθήσεις, παραληρητική αντίληψη.
- ✓ Ακουστικές ψευδαισθήσεις που βιώνονται ως φωνές που σχολιάζουν τη συμπεριφορά του ασθενούς ή συζητούν μεταξύ τους για τον ασθενή ή άλλοι τύποι ακουστικών ψευδαισθήσεων που έρχονται με τη μορφή φωνών από κάποια περιοχή του σώματος.
- ✓ Επίμονες παραληρητικές ιδέες άλλων τύπων που είναι πολιτισμικά απαράδεκτες και τελείως απίθανες, όπως θρησκευτικής ή πολιτικής ταυτότητας ή υπεράνθρωπων δυνάμεων και ικανοτήτων (π.χ. δυνατότητα ελέγχου του καιρού ή επικοινωνία με εξωγήινους).
- ✓ Επίμονες ψευδαισθήσεις παντός τύπου, όταν συνοδεύονται από παροδικές ή σταθερές παραληρητικές ιδέες, χωρίς να υπάρχει σαφές συναισθηματικό περιεχόμενο ή από επίμονες ιδέες υπερεκτίμησης ή όταν συμβαίνουν συνεχώς κάθε μέρα επί αρκετές εβδομάδες ή μήνες.

<sup>5</sup> σημαίνει χαρακτηριστικά σημεία ή συμπτώματα, τα οποία είναι ειδικά διαγνωστικά μιας συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας.

<sup>6</sup> σύμπτωμα σημαίνει την κάθε αλλαγή ή το γεγονός, που εμφανιζόμενο σ' ένα σύστημα μπορεί να θεωρηθεί ενδεικτικό μιας κατάστασης. Το σύμπτωμα γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή, αντίθετα με το "σημείο" που το διαπιστώνει ο γιατρός ύστερα από εξέταση του ασθενούς.

- ✓ Ανακοπές ή παρεμβολές στη ροή της σκέψης.
- ✓ Κατατονική συμπεριφορά, όπως διέγερση, λήψη παράξενων στάσεων ή κηρώδης ευκαμψία, αρνητισμός, αλαλία και εμβροντησία.
- ✓ «Αρνητικά» συμπτώματα, όπως έντονη απάθεια, διακοπή της ομιλίας και αμβλύτητα ή ασυμβατότητα των συναισθηματικών αντιδράσεων, που συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα την κοινωνική απόσυρση και τη μείωση της απόδοσης στις κοινωνικές σχέσεις.
- ✓ Έντονη και συνεχής μεταβολή στη συνολική ποιότητα κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικής συμπεριφοράς, που εκδηλώνονται ως απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη σκοπού, οκνηρία, στάση που δείχνει αυτοενασχόληση και κοινωνική απόσυρση

ενώ σ' εκείνο της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας ( DSM-IV) αναφέρονται:

- ✓ **Χαρακτηριστικά συμπτώματα:** Να υπάρχουν δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, το καθένα από τα οποία είναι παρόν για σημαντικό τμήμα του χρόνου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς):
  1. παραληρητικές ιδέες
  2. ψευδαισθήσεις
  3. αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
  4. έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- ✓ **Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία:** Για ένα σημαντικό τμήμα του χρόνου από τη στιγμή της έναρξης της διαταραχής, μια ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτομέριμνα να είναι καταφανώς κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη
- ✓ **Διάρκεια:** Τα σημεία της διαταραχής να επιμένουν σταθερώς για τουλάχιστον 6 μήνες.
- ✓ Να έχουν αποκλειστεί ως υποκείμενες διαταραχές, η σχιζοσυναισθηματική, εκείνη της διάθεσης, καθώς επίσης η λήψη ουσιών, η γενική σωματική πάθηση, μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή



Πάντα όμως να θυμάστε ότι:

Ιδιαίτερη και βαρύνουσα σημασία για τη διάγνωση έχει πρωτίστως η εντύπωση που αποκομίζει ο ψυχίατρος από τη συνολική και εμπειριστατωμένη εξέταση του πάσχοντος.

### **Τι σημαίνουν κάποια από τα συνηθέστερα συμπτώματα του σχιζοφρενούς;**

Στον κόσμο των σχιζοφρενών κυριαρχούν η ασυνήθιστη συμπεριφορά, οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, οι διαταραχές της σκέψης, οι διαταραγμένες συναισθηματικές αντιδράσεις, οι διαταραχές της εναισθησίας, ο αυτισμός κ.ά.

*Ασυνήθιστη συμπεριφορά:* Όπως κάθε “φυσιολογικό” άτομο μπορεί να βλέπει τον κόσμο μέσα από τη δική του οπτική γωνία, έτσι και οι σχιζοφρενείς έχουν τις δικές τους αντιλήψεις για την πραγματικότητα. Ωστόσο, η δική τους οπτική για τον κόσμο είναι συχνά εντυπωσιακά διαφορετική από εκείνη που βιώνουν οι “φυσιολογικοί άνθρωποι.”

Ζώντας σε ένα ταραχώδη και ευμετάβλητο κόσμο, όπου λείπουν τα αξιόπιστα πλαίσια και όρια των σχέσεων, οι σχιζοφρενείς καταλαμβάνονται από ένα ιδιαίτερα έντονο άγχος και ζουν κάτω από την επίδραση μιας ανείπωτης και ανεξήγητης πολλές φορές και για εκείνους και για τον παρατηρητή, ρήξης ανάμεσα στο υποκειμενικό και το αντικειμενικό, στο Εγώ και τον έξω Κόσμο. Ζουν, ακόμη, μια δυσερμήγευτη υπαρξιακή κατάσταση ανάμεσα στο εδώ και το εκεί, στο χθες, το σήμερα και το αύριο. Ο χρόνος για πολλούς απ’ αυτούς κυλά διαφορετικά. Η στιγμή μπορεί να τους φαίνεται αιώνας και ο αιώνας στιγμή. Γι’ αυτό, ένα τέτοιο άτομο μπορεί να δείχνει απόμακρο, ξεκομμένο ή σκεπτικό και ίσως να κάθεται άκαμπτο σε μια θέση, να μην κουνιέται για ώρες και να μη βγάζει από το στόμα του ούτε μια κουβέντα. Αλλά και αντίθετα, μπορεί να κινείται συνεχώς, να είναι μονίμως απασχολημένο με κάτι το ανούσιο, να παραμένει άγρυπνο και σε συνεχή διέγερση. Ένας σχιζοφρενής ασθενής μπορεί ακόμη, να εμφανίσει μια πολύ διαφορετική συμπεριφορά σε όμοιες καταστάσεις ή μια απρόσμενη και ανάρμοστη συμπεριφορά σε μια συνήθη κατάσταση.

**Ψευδαισθήσεις<sup>7</sup>:** Ο κόσμος του σχιζοφρενούς μπορεί να είναι γεμάτος από ψευδαισθήσεις. Ένας σχιζοφρενής μπορεί να αισθανθεί πράγματα που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα, όπως το να ακούει φωνές, να βλέπει ανθρώπους ή αντικείμενα τα οποία δεν υπάρχουν γύρω του ή να αισθάνεται άορατα δάκτυλα να αγγίζουν το κορμί του. Αυτές οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι ευχάριστες ή δυσάρεστες και άλλοτε αρκετά τρομακτικές. Το να ακούει κάποιος φωνές, που δεν ακούνε οι άλλοι, είναι το πιο συνηθισμένο είδος ψευδαισθήσεων (ακουστικές) στη σχιζοφρένεια. Τέτοιες φωνές μπορούν να περιγράφουν τις δραστηριότητες του ασθενούς, να διεξάγουν κάποια συζήτηση, να τον σχολιάζουν θετικά ή αρνητικά, να τον προειδοποιούν για επικείμενους κινδύνους ή να του υποδεικνύουν τι να κάνει.

Το να ομολογεί, όμως, ένα άτομο και να διαπιστώνει ο γιατρός την ύπαρξη ακουστικών ψευδαισθήσεων δεν σημαίνει ότι το άτομο αυτό πάσχει οπωσδήποτε από σχιζοφρένεια.

**Παραληρητικές ιδέες<sup>8</sup>:** Οι παραληρητικές ιδέες είναι προσωπικές εσφαλμένες και ακλόνητες πεποιθήσεις, οι οποίες δεν προκύπτουν από κάποια αποδεκτή για το κοινωνικό σύνολο αιτία. Η πίστη του πάσχοντος γι' αυτές τις ιδέες, που δεν αποδεικνύονται και δεν αποτελούν κομμάτι της κουλτούρας του, είναι ακλόνητη παρά τις οποιοσδήποτε αποδείξεις που του προσκομίζουν οι τρίτοι για το αντίθετο. Οι παραληρητικές ιδέες αποτελούν συνήθη συμπτώματα της σχιζοφρένειας και μπορούν να περιλαμβάνουν για παράδειγμα, θέματα καταδίωξης ή μεγαλείου. Συνηθέστερα, οι παραληρητικές ιδέες της σχιζοφρένειας είναι αρκετά περίεργες, αλλόκοτες και μερικές φορές τελείως ακατανόητες.

Ο σχιζοφρενής μπορεί να πιστεύει, μεταξύ των άλλων, ότι κάποιος γείτονάς του κλέβει ή ελέγχει τη σκέψη του και τη συμπεριφορά του μέσω μαγνητικών κυμάτων ή ότι διάφοροι άγνωστοί του άνθρωποι του στέλνουν ειδικά και αποκλειστικά μηνύματα μέσω της τηλεόρασης ή ότι του παίρνουν

<sup>7</sup> οποιαδήποτε αίσθηση και αντίληψη χωρίς την ύπαρξη εξωτερικού ερεθίσματος.

<sup>8</sup> πρόκειται για διαταραχή της σκέψης και του λόγου που συνίσταται στο να θεωρεί κάποιος, με ακλόνητη πίστη, κάποια δικά του φανταστικά γεγονότα ως αληθινά, χωρίς μάλιστα να έχει ανάγκη κάποιων αποδείξεων.

και μεταδίδουν τις σκέψεις του σε άλλους ανθρώπους για ιδιοτελείς λόγους. Οι παραληρητικές ιδέες καταδίωξης, που είναι συνηθισμένες στην παρανοϊκή μορφή σχιζοφρένειας, είναι εσφαλμένες και παράλογες πεποιθήσεις του πάσχοντος ατόμου που, συνηθέστερα, νομίζει ότι συνωμοτούν εναντίον του, το καταδιώκουν και όλα αυτά για να πετύχουν δόλιους στόχους. Μπορεί ακόμη να πιστεύει ότι κάποιο πρόσωπο κάποιας ομάδας είναι το κεντρικό πρόσωπο της φανταστικής καταδίωξης, που περιγράφει. Όλα αυτά, συνήθως, μόνο αυτός τα γνωρίζει κατά τρόπο “αποκαλυπτικό” και είναι ακλόνητα πεπεισμένος ότι τα πράγματα έχουν όπως αυτός τα ζει και τα αντιλαμβάνεται.

*Διαταραχές της σκέψης:* Συχνά η σκέψη του σχιζοφρενούς είναι διαταραγμένη και αυτό γίνεται αντιληπτό τόσο στον προφορικό όσο και στο γραπτό του λόγο. Οι διαταραχές της σκέψης αποτελούν χαρακτηριστική εκδήλωση ορισμένων μορφών σχιζοφρένειας. Ο σχιζοφρενής συχνά υποφέρει επειδή δεν μπορεί “να σκεφθεί καθαρά”. Οι σκέψεις του μπορεί να έρχονται, ν’ αλλάζουν και να φεύγουν γρήγορα χωρίς να του είναι δυνατό να τις ελέγχει. Πολλές φορές, δεν είναι ικανός να συγκεντρωθεί σε μια σκέψη για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα και η προσοχή του αποσπάται γρήγορα. Η σκέψη του φαίνεται μπερδεμένη, χωρίς συνοχή και συγκρότηση και ο λόγος του γίνεται συχνά ασυνάρτητος και ακαταλαβίστικος. Άλλοτε, η σκέψη του ασθενούς “διακόπτεται” αιφνίδια και ο ασθενής παραμένει αμήχανος για λίγο, για να συνεχίσει μετά την κουβέντα από εκεί που σταμάτησε ή να μεταπηδήσει σε άλλο θέμα.

Ο σχιζοφρενής δεν είναι ικανός να ξεχωρίζει ικανοποιητικά τι είναι σχετικό και τι απόλυτο, δεν ξεχωρίζει το μέρος από το όλο και δεν μπορεί να συνδέει τις ιδέες και τις σκέψεις του σε μια λογική σειρά, καθώς αυτές αρχίζουν να αποδιοργανώνονται, να διασπώνται και να μην μπορούν να ακολουθήσουν την οδηγό παράσταση και να φθάσουν στο στόχο. Το αποτέλεσμα είναι να “αλλάζει” τα επί μέρους στοιχεία του θέματος που αποτολμά να συζητήσουμε, “κομματιάζοντάς” τα και “μπερδεύοντάς” τα μ’ ένα τρόπο που, συνηθέστερα, δεν μας είναι απόλυτα κατανοητός. Ο σχιζοφρενής μπορεί να μιλά σωστά συντακτικά και να γράφει χωρίς ορθογραφικά λάθη, όμως μιλά και γράφει ακατανόητα και με ένα δικό του συμβολικό τρόπο. Έτσι ο λόγος του γίνεται συχνά ακατανόητος για τους άλλους. Συνήθως, ο σχιζοφρενής δεν μας καταλαβαίνει τι του λέμε και εμείς με τη σειρά

μας δεν καταλαβαίνουμε τι θέλει και τι προσπαθεί εκείνος να μας πει. Συνομιλώντας μαζί του, διαπιστώνουμε ότι η συνομιλία γίνεται “εν κενώ”, σαν να μας χωρίζει ένας “αόρατος” τοίχος και αυτό γρήγορα φέρνει αμηχανία και η κουβέντα δεν προχωρά ή προχωρά δύσκολα.

Αυτή η έλλειψη λογικής συνέχειας στη σκέψη του σχιζοφρενούς μπορεί να κάνει τη συνομιλία με κάθε τρίτο πολύ δύσκολη, κάτι που συμβάλλει και οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση του ασθενούς. Όταν, πάλι, οι άλλοι δεν μπορούν να καταλάβουν τι λέει ο σχιζοφρενής, δεν αισθάνονται άνετα μαζί του, τείνουν να τον αποφεύγουν και τον εγκαταλείπουν, συντείνοντας έτσι στην απομόνωσή του.

*Διαταραγμένες συναισθηματικές αντιδράσεις:* Οι σχιζοφρενείς, αραιά στην αρχή και συχνότερα κατόπιν, εκδηλώνουν αυτό που ονομάζεται “ακατάλληλο ή αταίριαστο συναίσθημα”. Αυτό σημαίνει ότι διακατέχονται από συναισθήματα που είναι αντιφατικά με τα λόγια τους, τις σκέψεις τους ή τη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, ένας σχιζοφρενής μπορεί να ισχυρίζεται ότι καταδιώκεται από δαιμόνια και ταυτόχρονα να γελάει ή να αδιαφορεί. Ένας άλλος γελούσε ασταμάτητα όταν του είπαν ότι οι γονείς του σκοτώθηκαν σε δυστύχημα. Αυτό δεν πρέπει να συγχέεται με τη συμπεριφορά των φυσιολογικών ατόμων που, για παράδειγμα, γελούν νευρικά μετά από ένα μικρό ατύχημα ή σε μια δύσκολη κατάσταση.

Συχνά τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν συναίσθημα ρηκό, επιπεδωμένο, που δεν συνταιριάζει με τα αντίστοιχα βιωματικά γεγονότα και τις καταστάσεις της ζωής τους. Αυτό αποτελεί σημείο μιας σοβαρής έκπτωσης της συναισθηματικής τους λειτουργίας.

Άλλοτε πάλι, ο ασθενής δίνει την εντύπωση πως είναι ανίκανος να αισθανθεί ή να εκδηλώσει οποιοδήποτε συναίσθημα. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει πως ο ασθενής δεν αισθάνεται κάποιες συγκινήσεις και ότι δεν είναι δεκτικός απέναντι στην καλοσύνη και την ευγένεια των άλλων. Είναι, ακόμη, πιθανόν να αισθάνεται ιδιαίτερη και σε μεγάλο βαθμό συγκίνηση, ωστόσο να μην μπορεί να την εξωτερικεύσει.

Ορισμένοι σχιζοφρενείς εκδηλώνουν μερικές φορές παρατεταμένες και ακραίες καταστάσεις μιας νοσηρής χαράς ή υπερβολικής θλίψης και είναι πολύ σημαντικό να καθοριστεί κατά πόσο ένας τέτοιος ασθενής είναι σχιζοφρενής ή πάσχει από μια άλλη ψυχική ασθένεια, που ονομάζεται “διπολική συναισθηματική διαταραχή” ή μια τρίτη, τη “σχιζοσυναισθηματική

ψύκωση”. Η διαπίστωση αυτή είναι έργο του ψυχιάτρου και μόνο.

Εξαιτίας μιας συνυπάρχουσας κατάθλιψης, ο σχιζοφρενής συχνά αισθάνεται εντελώς αβοήθητος και χωρίς ελπίδα. Πιστεύει, τότε, πως έχει συμπεριφερθεί ανάρμοστα και άσχημα σε κάποιον ή κάποιους, πως είναι υπεύθυνος για τη διάλυση κάποιων διαπροσωπικών σχέσεων του ή πως κανείς δεν τον αγαπά. Τα καταθλιπτικά αυτά συναισθήματα είναι πολύ επώδυνα και συμβάλλουν στο να οδηγηθεί ακόμη και στην αυτοκτονία. Στα αρχικά στάδια της εξέλιξης της σχιζοφρένειας, ο κίνδυνος της αυτοκτονίας με παρορμητικό τρόπο είναι μεγάλος. Γι’ αυτό:

*ενημερώστε το γιατρό, όταν ο συγγενής σας αναφέρει,  
έστω και σποραδικά,  
ότι η ζωή του είναι άχρηστη και θέλει να πεθάνει*

Θα πρέπει να θυμάστε, όμως, πως η κατάθλιψη του σχιζοφρενούς μπορεί να είναι το αποτέλεσμα όχι μόνο της φύσης της ασθένειάς του αλλά και κάποιων φαρμάκων, που πρέπει να παίρνει αλλά και της κοινωνικής του απομόνωσης. Ο ασθενής, όντας συχνά μακριά από/ή χωρίς συγγενείς, νιώθει ανασφαλής, εγκλείεται ερμητικά στον εαυτό του και χάνει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει και να σχετιστεί με άλλα άτομα. Συχνά, οι σχιζοφρενείς δεν έχουν και την απαραίτητη ενέργεια για να εκδηλώσουν δραστηριότητες και να αναπτύξουν κοινωνικές σχέσεις.

*Διαταραχές της εναισθησίας<sup>9</sup>*: Κάποιες στιγμές, τα φυσιολογικά άτομα μπορεί να αισθάνονται, να σκέπτονται και να ενεργούν με τρόπους που μοιάζουν με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Μερικές φορές και οι φυσιολογικοί άνθρωποι αδυνατούν να σκεφτούν καθαρά. Μπορεί να γίνουν υπερβολικά αγχώδεις, για παράδειγμα, όταν μιλάνε μπροστά στο κοινό, με αποτέλεσμα να αισθάνονται σύγχυση και να μην είναι σε θέση να συγκεντρώσουν τη σκέψη τους και να ξεχνούν τι θέλουν και τι πρέπει να πουν.

Όπως τα φυσιολογικά άτομα μπορεί κάποιες φορές να κάνουν παράξενα πράγματα, έτσι και πολλοί σχιζοφρενείς μπορεί συχνά να σκέφτονται, να

<sup>9</sup> Είναι η αναγνώριση και κατανόηση από τον ασθενή της νόσου του ή των προβλημάτων που προκύπτουν απ’ αυτή.

αισθάνονται και να ενεργούν κατά τρόπο φυσιολογικό. Ο σχιζοφρενής, συνήθως, διατηρεί κάποιες γέφυρες επαφής με την πραγματικότητα, εκτός κι αν βρίσκεται σε ένα στάδιο υπερβολικής αποδιοργάνωσης. Για παράδειγμα, γνωρίζει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι τρώνε τρεις φορές κάθε μέρα και κοιμούνται το βράδυ. Όμως, το να μη βρίσκεται κάποιος σε απόλυτη επαφή με την πραγματικότητα, δεν σημαίνει, κατ' ανάγκη, ότι ζει και στον κόσμο της σχιζοφρένειας. Για το σχιζοφρενή ασθενή, φαίνεται πως υπάρχουν συγκεκριμένες ίδιες όψεις του Κόσμου του, που δεν τις συζητά, δεν τις μοιράζεται με τους άλλους και δεν τις τοποθετεί σε μια ρεαλιστική βάση. Το να ακούσει κάποιος μια φωνή προειδοποίησης, που κανένας άλλος δεν την ακούει και που δεν αποτελεί μια εμπειρία που μοιράζεται με πολλά άτομα, είναι μεν ξεκάθαρη παραποίηση της πραγματικότητας αλλά παραποίηση μόνο ενός μέρους της. Έτσι, ο σχιζοφρενής μπορεί να διατηρεί, για άλλοτε άλλης διάρκειας χρονικά διαστήματα, λίγα ή αρκετά κομμάτια μιας συμπεριφοράς, που εγγίζει αυτό που αποδεχόμαστε ως φυσιολογικό. Ένας από τους συγγραφείς αυτού του οδηγού γνώρισε ένα παρανοϊκό χρόνιο ασθενή 63 χρόνων, που αρρώστησε στα 28 του, που ζούσε έγκλειστος στο Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης τα τελευταία δεκαπέντε (15) χρόνια της ζωής του και που έγραφε θαυμάσια ποιήματα. Να ένα δείγμα από τα ποιήματά του.

*Αστέρες Γαλαξίες Νεφελώματα  
Πλειάδες Ωρίωνες Ανδρομέδες  
του χωροχρόνου ψυχικά μεστώματα  
ζωοδότες του Απειρού.*

*Τα άπλετα τα φωτεινά πελάγη της πνοής σας  
αρπάγες γίνονται της σκέψης μου του Είναι μου πορεία  
Αχ να γινόταν η ψυχή να απλωθεί μαζί σας  
και στα ποτάμια του φωτός να ξεχυθεί το Πνεύμα*

*Είναι σκληρός συνεπαρμός κι' η ανάσα κακουχεί  
λογιάζοντας τα όρια της χρονοφθόρου ζήσης  
κι' ὀρθούται ο γρόνθος με θυμό, ποθεί να κτυπηθή  
στην ἄρνηση πως στου Θεού το σώμα δεν θα επιζήσης*

Ο αυτισμός<sup>10</sup>: εκδηλώνεται σαν έλλειψη ενδιαφέροντος, αδιαφορία, αδράνεια, απάθεια, έλλειψη αυθορμητισμού και πρωτοβουλίας, σαν παραμέληση στοιχειωδών αναγκών ή σαν μείωση και εξαφάνιση των διαφόρων αξιών της ζωής (ηθικών, κοινωνικών). Ο ασθενής συγκεντρώνεται κυρίως στον εσωτερικό του κόσμο, στον εαυτό του. Έτσι εξηγείται γιατί ασχολείται, ως επί το πλείστον, με ιδέες που απορρέουν από τις φαντασιώσεις και τις ονειροπολήσεις του. Ζει με τις ιδιαίτερες επιθυμίες του, με την ευαισθησία του, με τις αγωνίες του ή και χωρίς αυτές, με τις ψευδαισθήσεις του και τις παραληρητικές του ιδέες, που γι' αυτόν αποτελούν τις μόνες πραγματικότητες. Τελικά, μπορεί να χαθεί κάθε ζωική επαφή με τον έξω κόσμο. Έτσι απομένει ως μόνος υπάρχων κόσμος ο εσωτερικός του, ένας κόσμος της παραδοξότητας και της μονομέρειας. Ένας κόσμος πολύ πλούσιος ή πολύ φτωχός.

### Ποιο είναι το πιο συχνό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας;

Το σύμπτωμα, που αναφέρουν πιο συχνά οι σχιζοφρενείς ασθενείς στον ψυχίατρο, είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις. Εμφανίζονται σχεδόν στο 70 με 80 % των ασθενών κατά την έναρξη ή κατά τη πορεία της ασθένειάς τους. Οι ψυχίατροι προσπαθούν να κάνουν διάκριση ανάμεσα στις τρίτου προσώπου ακουστικές ψευδαισθήσεις, (κατά τις οποίες, ο ασθενής λέει ότι οι φωνές μιλάνε γι' αυτόν ή γι' αυτήν) και τις δευτέρου προσώπου ψευδαισθήσεις, (κατά τις οποίες οι φωνές μιλάνε σε "μένα"). Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, που διαπιστώνονται στην τυπική σχιζοφρένεια, συνίστανται στο να ακούει ο ασθενής φανταστικές συζητήσεις τρίτων προσώπων που τον αφορούν, όπως π.χ «κοίτα που πάει, φαίνεται να θέλει να βρει τα χαρτιά που μας κρύβουν την καταγωγή του».

Συχνότερα, οι ασθενείς δεν αναγνωρίζουν αν η συγκεκριμένη φωνή ή οι φωνές ανήκουν σε γνωστά τους πρόσωπα. Η εμπειρία της ακουστικής ψευδαίσθησης φαντάζει εντελώς αληθινή για τον ασθενή, (σαν να ακούει ένα ραδιόφωνο κάπου κοντά στον αυχένα του). Οι σχιζοφρενείς, μερικές φορές, δίνουν τόσο πειστικές περιγραφές ή εξηγήσεις για τις φωνές ώστε

<sup>10</sup> Τρόπος σκέψης κατά τον οποίο οι σκέψεις (κυρίως εγωκεντρικές και ναρκισσιτικές) αφορούν εμφαντικά την υποκειμενικότητα παρά την αντικειμενικότητα και είναι σε ρήξη με την πραγματικότητα. Το ουσιώδες στον αυτισμό, σύμφωνα με τον ψυχίατρο Μινκόφσκι συνίσταται στην απώλεια της ζωικής επαφής με τον έξω κόσμο.

ο γιατρός που τους εξετάζει να μη μπορεί να διακρίνει ότι περιγράφονται ακουστικές ψευδαισθήσεις.

### **Εμφανίζουν οι σχιζοφρενείς ασθενείς και καταθλιπτικά συμπτώματα;**

Δεν είναι ασυνήθιστο, στα πρώτα στάδια της εξέλιξης της διαδικασίας της σχιζοφρένειας, όταν μάλιστα διατηρείται μια σημαντικού βαθμού επαφή με την αντικειμενική πραγματικότητα, οι ασθενείς να εκδηλώνουν και να υποφέρουν από κατάθλιψη. Κλείνονται στον εαυτό τους, παραμένουν άπρακτοι, δηλώνουν ανήμποροι, σταματούν να τρώνε, είναι λυπημένοι και φαίνονται δυστυχισμένοι, αναφέρουν ότι νοιώθουν άτονοι και αδύναμοι και περιγράφουν ένα σύνολο αδιαμφισβήτητων καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και αργότερα, μετά από κάποια χρόνια, τότε που η ασθένεια πορεύεται προς τη χρονιότητα. Οι αναφορές των σχιζοφρενών ασθενών για καταθλιπτικά συμπτώματα πρέπει πάντα να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, επειδή αυτού του είδους τα ενοχλήματα τους επηρεάζουν πολύ αρνητικά, καθώς επιπλέκονται και με άλλες ανεπιθύμητες εμπειρίες, όπως π.χ βασανιστικές ακουστικές ψευδαισθήσεις ή με την αίσθηση ότι οι σκέψεις τους επηρεάζονται ή ελέγχονται.

Όμως, και η φαρμακοθεραπεία της σχιζοφρένειας, κάτω από ορισμένες συνθήκες, μπορεί να προκαλέσει, δευτερογενώς, καταθλιπτικές αντιδράσεις. Αν δεν είναι αποτελεσματική, οι ασθενείς μπορεί να νιώσουν αβοήθητοι, απελπισμένοι και στην απόγνωση τους, με την παρορμητικότητα που πολλές φορές τους διέπει, να επιχειρήσουν να αυτοκτονήσουν. Αλλά και όταν η θεραπεία ανακουφίζει αρκετά τον ασθενή από την ψυχική του αναστάτωση και του επιτρέπει να κατανοεί ότι εξασθενίζουν οι κοινωνικές του σχέσεις ή ότι η ασθένειά του τον στιγματίζει στον κοινωνικό του περίγυρο και τότε ο ασθενής μπορεί να αναπτύξει μια αντιδραστικού χαρακτήρα κατάθλιψη. Επιπλέον, κάποια φάρμακα, που είναι αναγκαίο να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά, έχουν σαν παρενέργεια την εμφάνιση καταθλιπτικών εκδηλώσεων.

### **Εκδηλώνουν και μανιακά συμπτώματα οι σχιζοφρενείς;**

Είναι, συχνά, αρκετά δύσκολο να διακρίνουμε πότε κάποιος, που είναι υπερδραστικός, ακούραστος, γελάει αρκετά και αστεϊάζεται με όλους, που ισχυρίζεται ότι έχει ειδικές υπερφυσικές δυνάμεις και που όλα τα μπορεί,



που επιάρεται για ανύπαρκες ιδιότητες και ικανότητες, πάσχει από σχιζοφρένεια ή από μανία<sup>11</sup>. Μπορεί να υπάρχουν σημαντικές ομοιότητες στην εμφάνιση και στη συμπεριφορά αυτών των ασθενών και είναι κάτι το συνηθισμένο να υπάρχουν διαφορετικές διαγνώσεις γι' αυτούς, που άλλοτε χαρακτηρίζονται ως μανιακοί και άλλοτε ως σχιζοφρενείς από τους ψυχιάτρους των διαφόρων υπηρεσιών, στους οποίους οδηγούνται ή προσφεύγουν για νοσηλεία. Ωστόσο, κάποιες ανοησίες (το σύνδρομο του καραγκιόζη) μπορούν να χαρακτηρίζουν περισσότερο το μανιακό, κυρίως αν ο ασθενής έχει την τάση να μιλά διαρκώς, να γελά συνεχώς, να φαίνεται αλλά και να νοιώθει παράλληλα, χωρίς λόγο, ιδιαίτερα ευτυχισμένος και το σπουδαιότερο να διαχέει αυτήν, την αδικαιολόγητη από τα πραγματικά γεγονότα της ζωής του, υπερβολική χαρά του και στους άλλους, που σ' ένα βαθμό συντονίζονται με το κέφι που σκορπά.

Τέτοιες κοινές εκδηλώσεις σχιζοφρενικών και μανιακών συμπτωμάτων στον ίδιο ασθενή υπάρχουν τόσο στην τυπική σχιζοφρένεια όσο και στις πολλές άτυπες μορφές της ασθένειας και συχνά χρειάζονται πολλές ψυχιατρικές εξετάσεις, σε βάθος χρόνου, για να διευκρινισθεί το κατά πόσον πρόκειται για τυπική σχιζοφρένεια, για μανία ή για μεικτές καταστάσεις, που κάποιιοι τις αποκαλούν σχιζοσυναισθηματικές ψυχώσεις<sup>12</sup> και που έχουν διαφορετική πορεία και πρόγνωση σε σχέση με την τυπική σχιζοφρένεια. Κάποιες τυπικές διαφορές μεταξύ σχιζοφρένειας και μανίας παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα,<sup>13</sup> που ακολουθεί.

<sup>11</sup> αυτόνομη νοσηρή ψυχοπαθολογική οντότητα, που χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητική διέγερση ευφορικής φύσης, κλάδος της μανιο-καταθλιπτικής ψύκωσης

<sup>12</sup> είναι ψυχωτικές διαταραχές, στο μεταίχμιο μεταξύ των σχιζοφρενικών και των συναισθηματικών ψυχώσεων, που εμφανίζονται με επεισοδιακό χαρακτήρα στις οποίες συνυπάρχουν, μάλλον άτονα, σχιζοφρενικά και συναισθηματικά συμπτώματα την ίδια περίοδο της νόσησης

<sup>13</sup> τροποποιημένος πίνακας από το βιβλίο του T. Turner "Σχιζοφρένεια".

	<b>MANIA</b>	<b>ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b>
Ιστορικό	Πορεία κατά φάσεις με περιόδους φυσιολογικής συμπεριφοράς	Πορεία που ποικίλλει, κατά ώσεις, συνήθως χωρίς περιοδικότητα και μεσοδιαστήματα τελείως ελεύθερα συμπτωμάτων
Συμπεριφορά	Υπερδραστηριότητα/ μιλά δυνατά/ κινείται συνεχώς	Ποικίλλει: Φοβισμένη/ επιθετική/ επίπεδη/ ανάρμοστη /πλήρης αντιθέσεων
Συμπτώματα	Υπερισχύει η συναισθηματική διαταραχή	Κυρίως υπάρχει διαταραχή του συνειρμού, παραλήρημα, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις
Ντύσιμο	Πολύχρωμο, το αλλάζει διαρκώς	Ατημέλητο/ ρυπαρό
Ομιλία	Γρήγορη, με λεπτομέρειες, φλύαρη, αυθόρμητη, μεγαλοϊδεατική	Συχνά μπερδεμένη, ασυνάρτητη, ακατανόητη
Αντίδραση οικογένειας	Εξαντλημένη αλλά εμπλεκόμενη	Μπερδεμένη, αρνείται να εμπλακεί

### **Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αντιλαμβάνονται ότι κάτι αλλάζει στην προσωπικότητά τους;**

Οι περισσότεροι σχιζοφρενείς ασθενείς (το 70% ή και περισσότερο) δεν έχουν πλήρη επίγνωση του τι τους συμβαίνει. Το βασικό χαρακτηριστικό κάποιων ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως λ.χ των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών, είναι το γεγονός ότι φαίνονται απόλυτα αληθινές στον πάσχοντα. Το να διαφωνήσεις μαζί του για το αληθές ή μη αυτών των ακουσμάτων και των πεποιθήσεών του, ειδικά στα πρώτα στάδια της εξέλιξης της ασθένειάς του, μπορεί να εξοργίσει το σχιζοφρενή και είναι ανώφελο. Το πώς μπορείτε να αντιμετωπίσετε αυτές τις καταστάσεις και το τι

πρέπει να πράξετε, θα το διαβάσετε σε επόμενα κεφάλαια αυτού του οδηγού.

Όμως, ένας αριθμός ασθενών έχει, άλλοτε άλλου βαθμού, επίγνωση των αλλαγών που συμβαίνουν και επιζητά κάποιες εξηγήσεις, συνηθέστερα, από γιατρούς της σωματικής ιατρικής ή από συγγενείς και φίλους.

Πολλές φορές, οι σχιζοφρενείς στέκονται με τις ώρες και τις ημέρες μπροστά σ' ένα καθρέπτη, προσπαθώντας οι ίδιοι να κατανοήσουν αλλαγές που βιώνουν. Αυτοί οι ασθενείς είναι συνήθως μπερδεμένοι και καταθλιπτικοί και θα αναζητήσουν μόνο μετά από πολλές περιπλανήσεις σε “ψευδοεπιστήμονες” ψυχιατρική βοήθεια και συνήθως μετά από πιέσεις των δικών τους. Τα τελευταία χρόνια, αναζητούν βοήθεια από τους γενικούς γιατρούς, από τους παθολόγους ή τους χειρουργούς των γενικών νοσοκομείων. Αυτό, βέβαια, μπορεί να οδηγήσει και σε κάποιες ατέρμονες σωματικές εξετάσεις προκειμένου να αποδείξουν στους εαυτούς τους και στο περιβάλλον τους το αληθές των φαντασιώσεών τους (π.χ το τσιπ του υπολογιστή που έχει εμφυτευθεί από τους διώκτες τους στον εγκέφαλό τους). Άλλοτε πάλι μέσω αυτών των εξετάσεων αναζητούν ένα τρόπο για να χειριστούν το φόβο ή την κατάθλιψή τους. Όμως, τα τελευταία χρόνια και λόγω της αναπτυσσόμενης στενής συνεργασίας μεταξύ γιατρών της σωματικής ιατρικής και ψυχιάτρων, οι τελευταίες περιπτώσεις έχουν όλο και καλύτερη διαχείριση.

### **Από τότε που πρωτοπεριγράφηκαν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, παραμένουν τα ίδια;**

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι κάποια πρωτογενή, ουσιώδη, βασικά συμπτώματα, όπως οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η διάσπαση της σκέψης, η αμφιθυμία<sup>14</sup>, η αμφιβουλησία<sup>15</sup>, οι διαταραχές του σωματικού εγώ, που αποτέλεσαν τον πυρήνα των ψυχοπαθολογικών διαταραχών στις πρώτες περιγραφές της ασθένειας από τους Ε. Κρέπελιν, Ε. Μπλόυλερ και Κ. Σνάιντερ, ανευρίσκονται και σήμερα. Αυτό που φαίνεται να αλλάζει, σε σχέση με τις σημειούμενες πολιτισμικές μεταβολές, είναι το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών και των ψευδαισθήσεων των ασθε-

<sup>14</sup> η ταυτόχρονη ανταγωνιστική συνύπαρξη, στο ίδιο πάσχον υποκείμενο, ισχυρών και αντίθετων τάσεων, ιδεών, συναισθημάτων προς το ίδιο πρόσωπο, προς το ίδιο αντικείμενο, την ίδια κατάσταση

<sup>15</sup> το να θέλει και να μην θέλει ταυτόχρονα ο ασθενής

νών, καθώς και η σταθερότητα της εμφάνισης των κλασικών κλινικών μορφών, που αντικαθίστανται από άλλες άτυπες και εκτροπικές. Έτσι, αντί να πιστεύουν κάποιοι σχιζοφρενείς ότι «μια γραφομηχανή έχει τοποθετηθεί στο κεφάλι τους», είναι περισσότερο πιθανό σήμερα να μιλήσουν «για τσιπ υπολογιστή ή ακτίνες λέιζερ που παρεμβαίνουν στη σκέψη τους». Διαπιστώνεται, επίσης, ότι σήμερα η εμφάνιση της κατατονικής μορφής σχιζοφρένειας έχει περιοριστεί σημαντικά, αντίθετα με ότι συνέβαινε στους σχιζοφρενείς των ψυχιατρικών ασύλων, μέχρι το 1953. Το πόσο ευθύνονται ορισμένα ψυχοφάρμακα γι' αυτό το γεγονός, μάλλον το υποθέτουν οι ψυχίατροι παρά το γνωρίζουν. Ο αυξανόμενος αριθμός των παρανοϊκών μορφών της σχιζοφρένειας έχει επίσης διαπιστωθεί. Αυτό είναι πιθανόν να οφείλεται στην ευκολότερη αναγνώριση τέτοιων μορφών από τους ειδικούς αλλά και γιατί να μην συνδέεται με το ακοινωνήτο της κοινωνίας μας και με την πληθώρα των ασαφειών και παρεξηγήσεων, που διέπουν τις σχέσεις και τις έννοιες των πραγμάτων σήμερα; Παρόλα αυτά, συγκρίνοντας περιγραφές περιστατικών σχιζοφρένειας του 19<sup>ου</sup> αιώνα και σημερινών, μπορεί κάποιος να βεβαιωθεί για την αξιοσημείωτη ομοιότητά τους παρά τις κάποιες επιφανειακές διαφορές.

### 3. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

#### Πού βασίζεται η διάγνωση της σχιζοφρένειας;

Συχνά, στην ιατρική η διάγνωση και η ταξινόμηση μιας ασθένειας γίνεται με βάση τα συμπτώματα. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται, μέχρι σήμερα, με βάση τα συμπτώματα παρά από διαπιστωμένες λειτουργικές διαταραχές και οργανικές βλάβες του εγκεφάλου. Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή εξέταση που να βοηθά στη διάγνωση της ασθένειας, όπως για παράδειγμα η μέτρηση της αιμοσφαιρίνης βοηθά στη διάγνωση της αναιμίας, ενώ εκείνη του ουρικού οξέος βοηθά στη διάγνωση της ουρικής αρθρίτιδας. Επίσης, μια ακτινογραφία του κρανίου, το ηλεκτρο-εγκεφαλογράφημα ή η αξονική τομογραφία δεν βοηθούν αποτελεσματικά ή/και κατά τρόπο ασφαλή στη διάγνωση.

Για τους λόγους αυτούς, η διάγνωση της σχιζοφρένειας βασίζεται σε όσα συμπτώματα αναφέρουν οι πάσχοντες, σ' αυτά που παρατηρούν οι οικείοι τους και σε εκείνα που διαπιστώνει ο ψυχίατρος.

#### Μπορεί να γίνει η διάγνωση της σχιζοφρένειας από ένα και μόνο σύμπτωμά της;

Υπάρχει από πολύ καιρό μια διαμάχη σχετικά με το πόσα συμπτώματα χρειάζεται να συνυπάρχουν για να γίνει με βεβαιότητα η διάγνωση. Είναι γενικά αποδεκτό ότι ένα από τα κύρια συμπτώματα, π.χ ακουστικές ψευδαισθήσεις, εάν επιμένει για περισσότερο από μερικές μέρες (τουλάχιστον ένα μήνα στα ταξινόμικά συστήματα), είναι ενδεικτικό της σχιζοφρένειας ή μιας σχιζοφρενικής νόσου. Σύμφωνα με την άποψή μας, η θεώρηση αυτή περικλείει αρκετούς κινδύνους για λαθεμένη διάγνωση. Πράγματι, ένας αριθμός ασθενών εμφανίζει, αρχικά, μόνο ένα σύμπτωμα (για παράδειγμα το άκουσμα φωνών) και τίποτα άλλο. Οι ασθενείς αυτοί δεν φθίνουν ως προσωπικότητες, εξακολουθούν να διατηρούν τις κοινωνικές τους σχέσεις, ντύνονται και συμπεριφέρονται φυσιολογικά, είναι συμφιλιωμένοι με τα συμπτώματά τους και καταφέρνουν να ζουν αρκετά καλά μέσα στο κοινωνικό σύνολο, παρά τις κάποιες δυσαρμονίες στις σχέσεις τους μ' αυτό. Όμως, αυτοί οι ασθενείς δεν πάσχουν από "τυπική" μορφή σχιζοφρένειας.

Παρά το γεγονός ότι ήταν πραγματικά ασθενείς από μια “σχιζοφρενική νόσο” όταν πρωτοέγινε η διάγνωση, η μακρόχρονη και συνεχής παρακολούθησή τους έδειξε ότι έπασχαν από μια “άτυπη” σχιζοφρένεια. Το να έχει κάποιος απλά και μόνο, έστω και σταθερά, μια ψευδαίσθηση ή ένα παραλήρημα, π.χ ότι κάποια μυστική ομάδα τον καταδιώκει δεν σημαίνει απαραίτητα και νόσηση από την “τυπική” σχιζοφρένεια, που είναι γενικά παραδεκτό πως οι τέσσερις κλινικές μορφές της έχουν τη βαρύτερη διαδρομή και συνηθέστερα τη χειρότερη κατάληξη.

### **Μπορεί να διαγνωσθεί η σχιζοφρένεια με μια και μόνη ψυχιατρική συνέντευξη<sup>16</sup>;**

Εάν εμφανίζονται έκδηλα θετικά συμπτώματα ή εντέχνως εκμαιευθούν από τον εξεταστή γιατρό (προϋπόθεση, ο ασθενής να είναι συνεργάσιμος), μπορεί να γίνει η σωστή διάγνωση από μια και μόνη ψυχιατρική συνέντευξη, όταν μάλιστα ο ψυχίατρος είναι έμπειρος.

Ομοίως, αν εκτιμηθούν δεόντως κάποια παρόντα, έστω και μεμονωμένα, ουσιώδη πρωτογενή συμπτώματα, καθώς και οι πληροφορίες από το ατομικό ιστορικό του ασθενούς, μπορούμε να προσεγγίσουμε, με μεγάλη βεβαιότητα, τη σωστή διάγνωση χωρίς να είναι απαραίτητες οι πολλές επανεξετάσεις.

Στο να τεθεί η ακριβής διάγνωση βοηθούν ασφαλώς και είναι απαραίτητες οι πληροφορίες που δίνονται από στενούς συγγενείς ή φίλους. Ο γιατρός με επιμέλεια θα ζητήσει κάθε πληροφορία, που θεωρεί χρήσιμη για να εδραιώσει τη διάγνωση και οι γονείς, αποβάλλοντας κάθε ντροπή και ενοχή, θα πρέπει να τον βοηθήσουν σ’ αυτό το έργο. Η διαπίστωση, κατά την πρώτη εξέταση, των γνωρισμάτων-κλειδιών, όπως της αλλαγής των χαρακτήρων της προσωπικότητας, της παρουσίας πρωτογενών συμπτωμάτων σχιζοφρένειας και της έλλειψης σωματικής ασθένειας, αποτελούν σημαντικά λόγo, όχι μόνο για να υποψιαστούμε αλλά και για να κάνουμε (συχνά με μεγάλη εγκυρότητα) τη διάγνωση της ύπαρξης σχιζοφρένειας.

Αρκετές φορές, η άμεση εντύπωση, που αποκομίζουν οι ψυχίατροι από την πρώτη τους επαφή με ένα ύποπτο για εκδήλωση σχιζοφρένειας άτομο,

<sup>16</sup> ο όρος ψυχιατρική συνέντευξη είναι ταυτόσημος με εκείνο της ψυχιατρικής εξέτασης, της διερευνητικής συνομιλίας, δηλ. του εξεταστή γιατρού με τον ασθενή υποκείμενο.

είναι ότι το τελευταίο είναι ένα άτομο ακατανόητο, συναισθηματικά ψυχρό, άκαμπτο και απόμακρο, με το οποίο δεν κατορθώνουν να δημιουργήσουν “γέφυρες” επικοινωνίας. Νοιώθουν σαν να τους χωρίζει ένας αόρατος τοίχος και αυτό το αίσθημα έχει μια κάποια εμπειρική διαγνωστική αξία.

### **Υπάρχουν συγκεκριμένες σωματικές ή βιοχημικές διαταραχές που είναι ενδεικτικές της σχιζοφρένειας;**

Η απάντηση, απλά, είναι όχι. Η σωματική εξέταση είναι, σχεδόν εξ ορισμού, φυσιολογική, εκτός κι αν η σχιζοφρένεια συνυπάρχει με κάποια σωματική ασθένεια.

Δεν ανευρίσκονται συγκεκριμένες αιματολογικές ή βιοχημικές διαταραχές σ’ όλες τις συνηθισμένες εξετάσεις αίματος, που γίνονται κατά την πρώτη εισαγωγή του σχιζοφρενούς σ’ ένα γενικό νοσοκομείο για νοσηλεία ή κατά την αρχική διερεύνησή του, ενώ είναι περιπατητικός. Στις ανάλογες εξετάσεις, μετά από μήνες ή χρόνια, και προκειμένου είτε να διερευνηθούν υποτροπές είτε να αποκλεισθούν καταστάσεις συννοσηρότητας,<sup>17</sup> και πάλι δεν ανευρίσκουμε, στην καθημερινή πρακτική, κάποιες συγκεκριμένες διαταραχές, ειδικές για τη νόσηση από σχιζοφρένεια. Κάποιες διαταραχές, που ανευρίσκονται κατά την εξέλιξη της ασθένειας, αποτελούν συνήθεις παρενέργειες των φαρμάκων που παίρνει ο ασθενής για τη σχιζοφρένεια ή για κάποια άλλη ασθένειά του.

Όμως, με περίπλοκες ερευνητικές τεχνικές, για παράδειγμα με ραδιοϊσότοπα, ορισμένοι γιατροί έχουν περιγράψει κάποιες ανωμαλίες σε μεμονωμένους, όμως, ασθενείς και όχι στο σύνολο των σχιζοφρενών ασθενών. Τελικά, δεν έχουν ακόμη περιγραφεί, μέχρι σήμερα, κάποιες σαφείς διαγνωστικές παρακλινικές εξετάσεις για τη σχιζοφρένεια.

### **Είναι απαραίτητες κάποιες συγκεκριμένες ψυχολογικές δοκιμασίες για να διαγνωσθεί η σχιζοφρένεια;**

Όχι. Δεν υπάρχουν, μέχρι σήμερα, κάποιες ψυχολογικές δοκιμασίες που να επιτρέπουν να γίνεται, με τρόπο ασφαλή, η διάγνωση της σχιζοφρένειας, χωρίς μάλιστα να χρειασθεί να προηγηθεί μια ή και περισσότερες

---

<sup>17</sup> Η ταυτόχρονη νόσηση από περισσότερες της μιας ψυχικές ή σωματικές ασθένειες σε διάφορους συνδυασμούς

ψυχιατρικές συνεντεύξεις. Υπάρχουν, όμως, χρήσιμες επιβοηθητικές ερευνητικές δοκιμασίες για την εδραίωση της κλινικής διάγνωσης, καθώς και ερωτηματολόγια, με τα οποία οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να μετρήσουν και να αξιολογήσουν τη σοβαρότητα της ασθένειας αλλά και να καθορίσουν το βαθμό της καλύτερευσης από την εφαρμοζόμενη θεραπεία.

### **Είναι πάντα απαραίτητο να γίνεται ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σ' όποιον εκδηλώνει σχιζοφρένεια;**

Μέχρι σήμερα και με τις συνηθισμένες μεθόδους λήψης του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, δεν έχει διαπιστωθεί και περιγραφεί κάποια ανωμαλία που να είναι χαρακτηριστική της σχιζοφρένειας. Έτσι, είναι γενικά αποδεκτό ότι ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν είναι μια απολύτως απαραίτητη εξέταση για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Η διενέργεια ενός εγκεφαλογραφήματος κρίνεται αναγκαία, όταν υπάρχουν από το ιστορικό εμφανείς ενδείξεις μιας επιληπτικής διαταραχής και τούτο προκειμένου να διαφοροποιηθούν οι δυο παθήσεις ή για να εξακριβωθεί, αν οι επιληπτικοί σπασμοί είναι απόρροια της χορηγούμενης φαρμακευτικής αντιψυχωτικής αγωγής. Μόνο αν εμφανίζεται, κατά περιόδους, μια ασυνήθιστη συμπεριφορά, με ή χωρίς σπασμούς, στο σχιζοφρενή συστήνεται η διενέργεια ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος. Παρ' όλα αυτά, πιέσεις από ασθενείς και κυρίως από τις οικογένειές τους ωθούν συχνά τους ψυχιάτρους να συστήσουν αυτή την εξέταση, για να βεβαιωθούν οι συγγενείς και ο ίδιος ο ασθενής ότι τα συμπτώματά του δεν οφείλονται σε «νευρολογική νόσο».

Όμως, αρκετά συχνά, τον τελευταίο καιρό οι ψυχίατροι συστήνουν τη διενέργεια ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος ή και μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου προκειμένου να αποκλεισθεί η παρουσία ορισμένων μορφών όγκων του εγκεφάλου, που, εξαιτίας της θέσης εντόπισής τους στον εγκεφαλικό ιστό, προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της σχιζοφρένειας. Κατά τη γνώμη μας, η τελευταία εξέταση, εφόσον βέβαια προηγείται μια λεπτομερειακή ψυχιατρική συνέντευξη, ολοκληρώνει τον επιβαλλόμενο διαφοροδιαγνωστικό έλεγχο για την ύπαρξη σχιζοφρένειας και μπορεί να αποκαλύψει και χρήσιμα ακτινολογικά διαγνωστικά στοιχεία, που συνηγορούν υπέρ της πιθανής ύπαρξης “σχιζοφρενικής νόσου”.



### Πότε είμαστε βέβαιοι για τη διάγνωση;

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι βέβαιη μόνο αν προηγουμένως αποκλειστούν άλλες πιθανές ασθένειες, που μπορούν να εκδηλωθούν με παρόμοια συμπτώματα, όπως π.χ η χρήση τοξικών ουσιών, η επιληψία, ένας όγκος στον εγκέφαλο, ορισμένες παθήσεις του θυρεοειδή αδένου, κάποιες άλλες μεταβολικές διαταραχές. Αλλά και κάποιες σωματικές ασθένειες μπορούν να εμφανίσουν συμπτώματα παρόμοια μ' αυτά της σχιζοφρένειας, όπως η υπογλυκαιμία και η “ασθένεια του Γουίλσον”. Επίσης, η σχιζοφρένεια πρέπει να διαχωρίζεται από μια άλλη ψυχική ασθένεια, τη “συναισθηματική διπολική διαταραχή<sup>18</sup>” (τη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, όπως την αποκαλούσαν παλιότερα οι ψυχίατροι). Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν, ταυτόχρονα, άτονα συμπτώματα σχιζοφρένειας και μανιοκατάθλιψης, δηλ. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η αιτιοπαθογενετική της σχέση με τη σχιζοφρένεια δεν είναι ξεκάθαρη προς το παρόν.

Στο σημείο αυτό, θεωρούμε υποχρέωσή μας να τονίσουμε με ιδιαίτερη έμφαση ότι:

το έργο της διάγνωσης της σχιζοφρένειας, όπως και κάθε ασθένειας, είναι αποκλειστικό έργο του γιατρού που εμπιστεύεστε και κανενός άλλου. Ως γονείς νέων, που πάσχουν από σχιζοφρένεια, ασφαλώς μπορείτε να βοηθήσετε τα παιδιά σας, εάν είστε ενημερωμένοι γι' αυτήν και τα συμπτώματά της. Τα βλέπτετε, όμως, όταν επιδιώκετε να υποκαταστήσετε τους ψυχιάτρους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο έργο τους.

Ανεξάρτητα από το τι θα διαπιστωθεί στην πρώτη ψυχιατρική συνέντευξη του ασθενούς, η διάγνωση της σχιζοφρένειας μπορεί να απαιτήσει αρκετό χρόνο για να εδραιωθεί. Τα συμπτώματα, που είναι απαραίτητα για τη διάγνωση της, δεν αναγνωρίζονται πάντα εύκολα ή δεν εκδηλώνονται με μιας και από την αρχή. Πολλές φορές, ιδίως στην αρχή, είναι ύπουλα και εξαπατητικά και εκδηλώνονται με σαφήνεια μόνο όταν η ασθένεια προχωρήσει

<sup>18</sup> Ψύχωση, όπου το πυρηνικό στοιχείο είναι η μεταβολή του συναισθήματος, είτε προς την κατεύθυνση της θλίψης είτε της ευφορίας.

αρκετά, ίσως και μετά από αρκετά χρόνια. Επίσης, υπάρχουν πολλές διαφορές ανάμεσα στους σχιζοφρενείς ασθενείς ως προς την εμφάνιση των ενδοκρινών τους. Οι περισσότεροι ψυχίατροι, γνωρίζοντας το στίγμα που συνοδεύει τη σχιζοφρένεια, προτιμούν να μην εξωτερικεύσουν, αμέσως, στους γονείς και συγγενείς τις υποψίες τους γι' αυτή και τους ενημερώνουν μόνο, αν είναι τελειώς σίγουροι για την ορθότητα της διάγνωσης τους.

Γι' αυτό, δώστε τον απαραίτητο χρόνο, που χρειάζεται, στον ψυχίατρο της εμπιστοσύνης σας. Τα πράγματα δεν μπορούν να πάνε προς το καλύτερο για το συγγενή σας σε λίγες μόνο μέρες. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος και συνεπώς, περισσότερη κατανόηση και υπομονή από μέρους σας.

### **Υπάρχουν ασθένειες των ενδοκρινών αδένων που μπορούν να μιμηθούν τη σχιζοφρένεια;**

Η μόνη ασθένεια, που διαπιστωμένα μπορεί να το κάνει αυτό, είναι ο υποθυρεοειδισμός (μυξοίδημα). Ο υποθυρεοειδισμός παρουσιάζεται με έκδηλα σωματικά συμπτώματα (ξηρό δέρμα, πρόσωπο στρογγυλωμένο, εύκολη κούραση, αύξηση βάρους, βραδέα αντανακλαστικά και βραχνάδα στη φωνή). Οι εμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές είναι σοβαρές και αποτελούν τα πιο έκδηλα συμπτώματα αυτής της ασθένειας. Συμβαίνει μάλιστα, πολλές φορές, να είναι τόσο έντονες, που αναγκάζουν τους συγγενείς να οδηγούν τα πάσχοντα μέλη των οικογενειών τους ευθύς εξ αρχής στον ψυχίατρο και μετά από σύσταση εκείνου στον ενδοκρινολόγο. Η ζωή του υποθυρεοειδικού ασθενούς χαρακτηρίζεται σημαντικά από την απάθεια και την αδράνεια.

Οι ψυχικές εκδηλώσεις του υποθυρεοειδισμού διακρίνονται εύκολα από τη σχιζοφρένεια με τη βοήθεια του βιοχημικού εργαστηρίου. Αντίθετα, μια άλλη ασθένεια του θυρεοειδούς, η θυρεοτοξίκωση<sup>19</sup> δεν δημιουργεί συμπτώματα όμοια ή παρόμοια με εκείνα της σχιζοφρένειας. Στην πάθηση αυτή, στην κλινική εικόνα κυριαρχούν η νευρική κίνηση, η κατάθλιψη και το άγχος. Κάποιοι όγκοι της υπόφυσης, ανάλογα με την εντόπισή τους, το

<sup>19</sup> η οξεία τοξική κρίση που περιλαμβάνεται στις νευρολογικές εκδηλώσεις του υπερθυρεοειδισμού.

μέγεθός τους και την υφή τους, μπορούν, επίσης, να είναι η αιτία μιας “οργανικής” ψύκωσης με εκδηλώσεις σχιζοφρενικού χαρακτήρα.

### **Υπάρχουν νευρολογικές ή εγκεφαλικές διαταραχές που εμφανίζονται, μεταξύ των άλλων, και σχιζοφρενικά συμπτώματα;**

Υπάρχει ένας αριθμός τέτοιων διαταραχών, οι περισσότερες από τις οποίες δεν είναι πολύ συχνές. Ο αποκλεισμός τους μπορεί εύκολα να γίνει με απλές κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Γενικά, όταν συμβαίνει ασθενείς με νευρολογικά ή εγκεφαλικά νοσήματα να εκδηλώνουν παράλληλα και συμπτώματα, που προσομοιάζουν με τα σχιζοφρενικά, τότε, μάλλον κατά κανόνα, διαθέτουν καλύτερη εναισθησία για την ασθένειά τους και υποφέρουν περισσότερο από τα ψυχιατρικά τους συμπτώματα απ’ ότι οι σχιζοφρενείς. Τα πιο συχνά από αυτά τα νευρολογικά και εγκεφαλικά νοσήματα παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα.

- Επιληψία – ειδικότερα επιληψία του κροταφικού λοβού
- Νεοπλασίες, αγγειακά εγκεφαλικά προβλήματα ή τραύματα – ειδικά των μετωπιαίων λοβών ή του μεταιχμιακού συστήματος
- Νόσος του AIDS
- Λιποειδώσεις του εγκεφάλου
- Νόσος των Creutzfeldt – Jacob
- Ερπητική εγκεφαλίτιδα
- Νόσος του Huntington
- Νευροσύφιλη
- Υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης
- Σύνδρομο Wernicke - Korsakoff

### **Υπάρχουν άλλες ψυχικές ασθένειες που λαθεμένα αναγνωρίζονται ως σχιζοφρένεια;**

Γενικά, η διάγνωση της σχιζοφρένειας, που τίθεται μετά από μια ολοκληρωμένη ψυχιατρική συνέντευξη με τη χρήση και τις οδηγίες των ταξινομικών συστημάτων και, αν είναι απαραίτητο, με τη χρήση των κατάλληλων εργαστηριακών εξετάσεων (νευροφυσιολογικών, νευροαπεικονιστικών και νευροχημικών), καθώς και με τη χρήση των διαφόρων ψυχολογικών, νευ-

ροψυχολογικών δοκιμασιών και των τεστς της προσωπικότητας, θα πρέπει να θεωρείται αξιόπιστη.

Παρ' όλα αυτά, κατά την έναρξη ή την εξέλιξη κάποιων ψυχικών νοσημάτων, μπορεί να εμφανίζονται όμοιες ή παρόμοιες κλινικές εικόνες προς εκείνες της σχιζοφρένειας και το αντίθετο. Την ασάφεια και την επικάλυψη των παθολογικών ψυχικών εκδηλώσεων τη γνωρίζουν οι γιατροί, που γενικά δεν βιάζονται να βάλουν αμέσως ( και αυτό, κατά τη γνώμη μας, είναι πολύ σωστό, αρκεί τα πράγματα να μην οδηγούνται σε μια επιζήμια καθυστέρηση) τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ειδικά, στα πρώτα στάδια της εκδήλωσης μιας ψυχωτικής διαταραχής, τόσο εξαιτίας του στίγματος που θα ακολουθεί τα επόμενα χρόνια τον πάσχοντα όσο και λόγω της ομοιότητας κάποιων μορφών της σχιζοφρένειας με εκείνες της κατάθλιψης ή με καταστάσεις που προκαλούνται από τη χρήση ναρκωτικών, πολλοί ασθενείς μπορεί να θεωρούνται ως καταθλιπτικοί ή μανιακοί πριν την οριστική διάγνωση της σχιζοφρένειας και το αντίθετο. Ακόμη, η συνύπαρξη συναισθηματικών και σχιζοφρενικών διαταραχών συγχέει αρκετά τα πράγματα στην κατοπινή εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας. Κάποια κύρια στοιχεία-κλειδιά για τη διάκριση της σχιζοφρένειας από άλλες ψυχικές παθήσεις παρουσιάζονται συνοπτικά στον επόμενο πίνακα,<sup>20</sup> με αποκλειστικό σκοπό να διευκολύνουν το έργο του γιατρού και όχι ασφαλώς για “να αναγορεύσουν σε γιατρούς” τους συγγενείς των ασθενών ή κάποιους τρίτους. Η θέση των τελευταίων θα πρέπει να είναι, προς όφελος του ασθενούς, υποβοηθητική και μόνο υποβοηθητική προς το συνολικό (διαγνωστικό – θεραπευτικό – συμβουλευτικό / υποστηρικτικό) έργο των ψυχιάτρων.

<sup>20</sup> πίνακας από το βιβλίο του T. Turner “Σχιζοφρένεια”, τροποποιημένος

<b>Διαταραχή</b>	<b>Ομοιότητες</b>	<b>Διαφορές</b>
μανία	ψυχοκινητική αναστάτωση, ασυναρτησία, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες	ιδεοφυγή έναντι διαταραχών της σκέψης, παραληρητικές ιδέες σύμφωνες με το συναίσθημα, (συνήθως μεγαλεπήβολες) Πορεία με φάσεις
κατάθλιψη	απόσυρση, αρνητικά συμπτώματα, ψυχοκινητική επιβράδυνση	μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες, όχι πρωτογενή συμπτώματα, αυτοκατηγορία
ψυχώσεις προκαλούμενες από φάρμακα, εξάρτηση/ απόσυρση από αλκοόλ	παρανοϊκές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ψυχοκινητική αναστάτωση	οξεία εισβολή και σύντομη διάρκεια, (ωρών έως ημερών) οπτικές παραισθήσεις +/- σύγχυση τρόμος, ιδρώτες, παραλήρημα
διαταραχές προσωπικότητας	ασυνήθιστες συμπεριφορές, παρανοειδής ιδεασμός, ξεκάθαρες “φωνές”	όχι πρωτογενή συμπτώματα, μη επίμονες εκδηλώσεις, συχνά σχετιζόμενες με φάρμακα ή αλκοόλ
ταραχή πανικού/ αγοραφοβία	ιδέες αναφοράς, διέγερση, παρανοειδής σκέψη	όχι πρωτογενή συμπτώματα, άλλα τυπικά συμπτώματα πανικού και άγχους
παραληρητική διαταραχή	παραληρητικές ιδέες / παραλήρημα	οψιμότερη εμφάνιση, χωρίς άλλα ψυχωτικά συμπτώματα, “φυσιολογική” κοινωνική συμπεριφορά
σχιζότυπη διαταραχή	εκκεντρικός/αποσυρμένος, παροδικές ανωμαλίες της αντίληψης	χωρίς επιμένοντα ψυχωτικά συμπτώματα, όχι ξεκάθαρη έναρξη ή υποχώρηση

## **Ποια πρέπει να είναι η αντιμετώπιση ενός πρώτου επεισοδίου σχιζοφρένειας;**

Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης, ο κύριος στόχος της θεραπείας είναι να επιτευχθεί η ταχεία ύφεση του επεισοδίου, με τη χορήγηση των πιο αποτελεσματικών και καλύτερα ανεκτών φαρμάκων. Από πολλές κλινικές μελέτες έχουν προκύψει ενδείξεις ότι, κατά τη διάρκεια του πρώτου επεισοδίου, οι ασθενείς ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία, ανεξάρτητα από το φάρμακο που τους χορηγείται αλλά εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε εξωπυραμιδικού τύπου παρενέργειες. Για το λόγο αυτό, ίσως η καλύτερη επιλογή για την αντιμετώπιση του πρώτου επεισοδίου είναι οι θεραπευτικές στρατηγικές που ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο παρενεργειών και αυτό φαίνεται να επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση άτυπων νευροληπτικών ή τη χορήγηση τυπικών νευροληπτικών σε μικρές δόσεις.

## **Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ενδέχεται να συμβάλουν στην πρόληψη της κοινωνικής αναπηρίας;**

Η συνολική συχνότητα της σχιζοφρένειας ανέρχεται σε 1% αλλά η κοινωνική αναπηρία και το κόστος που συνοδεύουν τη νόσο είναι δυσανάλογα μεγάλα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η σχιζοφρένεια είναι μια από τις κυριότερες αιτίες αναπηρίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Με βάση αντιπροσωπευτικές μετρήσεις, το ετήσιο κόστος της σχιζοφρένειας στη Βρετανία υπολογίζεται σε 2,6 δισεκατομμύρια στερλίνες και στον Καναδά σε 2,35 δισεκατομμύρια δολάρια. Από ένα πλήθος στοιχείων προκύπτει ότι τα πρώιμα στάδια της σχιζοφρένειας είναι κρίσιμα για τη διαμόρφωση και την πρόβλεψη της πορείας και της έκβασης της νόσου. Για το λόγο αυτό, το κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται πλέον στα πρώιμα στάδια της νόσου δεδομένου ότι η πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη πρόγνωση και λειτουργική έκβαση.

Το πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας συνήθως εμφανίζεται κατά το τέλος της εφηβείας ή τα πρώτα έτη της ενήλικης ζωής. Πάντως, η ασθένεια είναι δυνατόν να παραμείνει αδιάγνωστη επί 2 ως 3 χρόνια μετά την εμφάνιση σαφώς έκδηλων συμπτωμάτων. Η πρώιμη διάγνωση συχνά εμποδίζεται από την ύπουλη έναρξη της σχιζοφρένειας, που εγκαθίσταται σε υπόστρωμα προνοσηρών προβλημάτων ομιλίας, γνωσιακών ικανοτήτων και συμπεριφοράς.

Αν και ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών, μετά το πρώτο επεισόδιο, εμφανίζουν τελικά υποχώρηση των συμπτωμάτων, η πλειοψηφία (ως 70%) παρουσιάζει νέο επεισόδιο μέσα σε 5 ως 7 χρόνια. Δεν είναι, συνεπώς, φρόνιμη η πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Αν αποφασισθεί διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, αυτή θα πρέπει να γίνει προοδευτικά, σε συνδυασμό με προγραμματισμό για έγκαιρη επισήμανση και αντιμετώπιση τυχόν υποτροπής. Έγκαιρα θα πρέπει να αντιμετωπισθεί, επίσης, το ενδεχόμενο της μη ανταπόκρισης στη θεραπεία.

Να θυμάστε ότι:

η επικέντρωση στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας προσφέρει την ευκαιρία για ουσιαστική συμβολή στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους. Δεν έχουμε τα περιθώρια να χάσουμε αυτή την ευκαιρία.

## 4. Η ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

### Ποια είναι η πορεία της σχιζοφρένειας;

Η πορεία της σχιζοφρένειας καθώς και συμπεριφορά του ασθενούς ενδεχομένως να αλλάζουν από ασθενή σε ασθενή. Είναι σαν το δακτυλικό αποτύπωμα που ακολουθεί μεν ένα γενικό σχέδιο αλλά είναι ανεπανάληπτο στις λεπτομέρειές του.

Από μελέτες έχει προκύψει ότι ορισμένοι σχιζοφρενείς ασθενείς επανέρχονται σε φυσιολογικά λειτουργικά επίπεδα και πολλοί άλλοι βελτιώνονται σε σημείο που να μπορούν να ζουν αρκετά αυτόνομα, με τη βοήθεια και των κατάλληλων φαρμάκων (μερικές φορές και χωρίς αυτά) και των διάφορων μορφών ψυχοθεραπείας και κοινωνιοθεραπείας. Αυτά ισχύουν για τις μισές περιπτώσεις των ασθενών. Ωστόσο, περίπου το 25% των σχιζοφρενών απαντούν μέτρια στις διάφορες θεραπείες και γι' αυτό το λόγο χρειάζονται καθημερινή υποστήριξη στη ζωή τους, ενώ ένα άλλο 25% δεν ανταποκρίνεται σ' αυτές. Για τους τελευταίους, απαιτείται μια συνεχής φροντίδα από ειδικά καταρτισμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε κατάλληλες υπηρεσίες και σε κατάλληλες ψυχιατρικές δομές.

### Υπάρχει κάποια τυπική πορεία της ασθένειας αυτής;

Όχι, αλλά όπως και σε κάθε άλλη πολυπαραγοντική ασθένεια, έχουν αναπτυχθεί διάφορα υποθετικά μοντέλα για την πορεία της, που εξαρτώνται από την προνοσηρή προσωπικότητα του ασθενούς, τη διάρκεια της νόσησης πριν τη διάγνωση της ασθένειας, από την επικράτηση των θετικών ή των αρνητικών συμπτωμάτων, από το χρόνο έναρξης της φαρμακευτικής αγωγής, την ανταπόκριση και τη συμμόρφωση σ' αυτή. Περίπου το 60% με 70% των ασθενών ανταποκρίνονται καλά στην αρχική θεραπεία και επιστρέφουν, μετά τη νοσηλεία, στο σπίτι τους ή ακόμα και στη δουλειά τους με καλό επίπεδο λειτουργικότητας. Δυστυχώς, το 80% ή και περισσότερο αυτών των ασθενών θα υποτροπιάσει μετά από 2 ή 3 χρόνια και η επόμενη ανάρρωση μπορεί να βραδύνει.

### Ποια είναι η εξέλιξη των ασθενών;

Η εξέλιξη των ασθενών με σχιζοφρένεια έχει βελτιωθεί τα τελευταία 25 χρόνια. Παρά το γεγονός ότι δεν έχει βρεθεί μια απολύτως αποτελεσματι-



κή θεραπεία της, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι πολλοί ασθενείς βελτιώνονται αρκετά, ώστε να ζουν αρκετά ανεξάρτητοι, αυτόνομοι και να έχουν μια καλή ποιότητα ζωής.

Σε μελέτες, που έκαναν οι ψυχίατροι Μπλόϋλερ, Μίλλερ και Τσιόμπι και ο Α. Μαρνέρος και στις οποίες έχουν παρακολουθηθεί σχιζοφρενείς για μεγάλες χρονικές περιόδους, από την πρώτη εκδήλωση της ασθένειάς τους μέχρι τα γηρατειά τους, αναφέρεται, σε αδρά ποσοστά, ότι για το 25% απ' αυτούς πετυχαίνεται πλήρης ανάρρωση, το 50% παρουσιάζει σημαντική βελτίωση, με άλλοτε άλλο βαθμό αυτονομίας και το υπόλοιπο 25% χρειάζεται χρόνια υποστήριξη - φροντίδα. Οι γονείς και οι συγγενείς των ασθενών θα πρέπει να έχουν στο νου τους ότι οι εκβάσεις, που προαναφέραμε, δεν έχουν ούτε μια απόλυτα σταθερή ούτε μια απόλυτα καθολική μορφή. Δυστυχώς, οι σημερινές μας γνώσεις και η απουσία βιολογικών δεικτών δεν μας επιτρέπουν να κάνουμε, εξ αρχής, μια ακριβή πρόβλεψη για την έκβαση της ασθένειας.

Στοιχεία των μορφών της εισβολής, της πορείας και της εξέλιξης της σχιζοφρένειας παρατίθενται στον επόμενο πίνακα.

	Εκδήλωση της νόσου	Μορφή της πορείας	Έκβαση	Μελέτη Λωζάνης (%) N = 228	Μελέτη Burgholz (%) N = 208	Μελέτη της μακροπρόθεσμης πορείας Vermont (%) N = 82
1.	οξεία	διαλείπουσα	Ίση/μετριώς καλή	25,4	30 - 40 25 - 35	7
2.	χρονία	απλή	Μετριώς καλή/δυσμενής	24,1	10 - 20	4
3.	οξεία	διαλείπουσα	Μετριώς καλή/δυσμενής	11,9	5	4
4.	χρονία	απλή	Ίση/ μετριώς καλή	10,1	5 - 10	12
5.	χρονία	διαλείπουσα	Ίση/ μετριώς καλή	9,6		38
6.	οξεία	απλή	Μετριώς καλή/ δυσμενής	8,3	8 - 15	3
7.	χρονία	διαλείπουσα	Μετριώς καλή/ δυσμενής	5,3		27
8.	οξεία	απλή	Ίση/ μετριώς καλή	5,3	5	5

Η ανάπτυξη ποικίλων θεραπευτικών μεθόδων και υπηρεσιών έχει μεγάλη σημασία, επειδή οι ανάγκες των σχιζοφρενών είναι ποικίλες. Μερικοί ασθενείς χρειάζονται συνεχή προσοχή, υποστήριξη και φροντίδα, ενώ άλλοι μπορούν να λειτουργούν περισσότερο ανεξάρτητα, χωρίς συνεχή επίβλεψη. Ασθενείς μας, που τα προηγούμενα χρόνια, ζούσαν γυμνοί στη Λέρο, σήμερα, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση, ζουν σε ξενώνες και κάποιοι απ' αυτούς και σε διαμερίσματα πολυκατοικιών, μόνο με την επίβλεψη και τη φροντίδα μιας κοινωνικής λειτουργού.

Συστήνουμε στους αναγνώστες (γονείς και συγγενείς) αυτού του πρακτικού οδηγού να είναι προσεκτικοί και συγκρατημένοι απέναντι σ' όσους πρακτικούς θεραπευτές και γιατρούς των εναλλακτικών θεραπειών (βελονισμός, βοτανοθεραπεία, ομοιοπαθητική θεραπεία) ισχυρίζονται και διαφημίζουν πως προσφέρουν τη “θεραπεία” για τη σχιζοφρένεια. Τέτοιες ειδήσεις και δηλώσεις μπορούν να προκαλέσουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες που, καθώς δεν εκπληρώνονται, οδηγούν σε μεγαλύτερη απογοήτευση τους συγγενείς και σε κατάρρευση του συστήματος της οικογενειακής υποστήριξης, που πραγματικά έχουν ανάγκη οι σχιζοφρενείς ασθενείς.

### **Μπορεί η σχιζοφρένεια να προκαλέσει μαθησιακές δυσκολίες;**

Εξαιτίας κάποιων συμπτωμάτων, όπως ο φτωχός, μπερδεμένος και ακατόνητος λόγος, η αδιαφορία και η κοινωνική απόσυρση, οι ανάρμοστες συμπεριφοριακές αντιδράσεις και το μειωμένο, ακόμη και για καθημερινές προσωπικές καταστάσεις, ενδιαφέρον από τον ασθενή και όλα αυτά σε συνδυασμό με την ξεπερασμένη πια αντίληψη για την “πρώιμη άνοια”, που θεωρούσαν, παλιότερα, ότι σταθερά συνοδεύει κάθε περίπτωση τυπικής σχιζοφρένειας, υπήρξε σημαντική σύγχυση για τη διάκριση ορισμένων περιπτώσεων σχιζοφρένειας από περιπτώσεις νοητικής υστέρησης. Αν και έχουν περιγραφεί συγκεκριμένες ομοιότητες ανάμεσα σε ανθρώπους που είναι καθυστερημένοι νοητικά ή εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες και σ' αυτούς με σχιζοφρένεια, που εκδηλώνουν σχετικές δυσκολίες στο σχολείο, εντούτοις οι δύο καταστάσεις είναι ευδιάκριτα διαφορετικές.

Η ουσιαστική διαφορά συνίσταται στο ότι οι ασθενείς με μαθησιακές

δυσκολίες ή νοητική υστέρηση ταλαιπωρούνται από την πάθησή τους από τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας. Μπορεί να έχουν, επίσης, δυσκολίες στο περπάτημα και στην ομιλία ή να δυσκολεύτηκαν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του μη ειδικού δημοτικού σχολείου. Αναφορικά με τις τιμές του δείκτη ευφυΐας τους, έχουν μια τυπική χαμηλή βαθμολογία. Αντίθετα, παιδιά που πιθανόν να εκδηλώσουν αργότερα σχιζοφρένεια μπορεί να έχουν ασυνήθιστες ιδέες, προβλήματα στη δόμηση της σκέψης τους και κάποιο βαθμό κοινωνικού απομονωτισμού και εσωτερίκευσης (δεν τους αρέσει να είναι σε ομάδες και δυσκολεύονται να κάνουν φίλιες) αλλά όλα αυτά δεν συνυπάρχουν απαραίτητα μ' ένα χαμηλό δείκτη νοημοσύνης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι, με τον καιρό, ο δείκτης νοημοσύνης των ατόμων με σχιζοφρένεια μειώνεται (κατά 5 έως 10 βαθμούς) αλλά αυτό παίρνει συνήθως 10 με 20 χρόνια και εμφανίζεται στις εξελικτικές και υπολειμματικές μορφές της ασθένειας. Επομένως, οι μαθησιακές δυσκολίες είναι κάτι που εμφανίζεται αμέσως μετά τη γέννηση ή λίγο αργότερα, ενώ η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει, εκ των υστέρων, σε μια σειρά μειονεξιών που μπορούν να μιμηθούν μαθησιακά προβλήματα.

### **Ποια είναι η πρόγνωση αυτής της ασθένειας;**

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που θεωρούνται καλοί ή κακοί για την πρόγνωση της σχιζοφρένειας. Η αξία τους είναι σχετική. Ο γιατρός θα τους λάβει υπόψη, σε συνδυασμό και με πολλούς άλλους κλινικούς και μη παράγοντες, προκειμένου να δώσει μια απάντηση στους συγγενείς του ασθενούς για το πώς πρόκειται, πιθανόν, να εξελιχθούν τα πράγματα. Όμως, η εξέλιξη, πολλές φορές, είναι απρόβλεπτη, ιδίως τα πρώτα χρόνια της νόσησης. Σας παραθέτουμε ορισμένους παράγοντες στους δύο επόμενους πίνακες.

**Καλή πρόγνωση**

- ✓ Όψιμη έναρξη
- ✓ Ευδιάκριτοι εκλυτικοί παράγοντες
- ✓ Καλή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και εργασιακή προσαρμογή
- ✓ Συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής (ιδιαίτερα καταθλιπτικής διαταραχής)
- ✓ Γάμος
- ✓ Οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών
- ✓ Καλό υποστηρικτικό σύστημα

**Κακή πρόγνωση**

- ✓ Πρώιμη έναρξη
- ✓ Απουσία εκλυτικών παραγόντων
- ✓ Προοδευτική και ύπουλη εισβολή
- ✓ Κακή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και εργασιακή προσαρμογή
- ✓ Απόσυρση, αυτιστική συμπεριφορά
- ✓ Άγαμος, διαζύγιο, χηρεία
- ✓ Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας
- ✓ Φτωχό υποστηρικτικό σύστημα
- ✓ Αρνητικά συμπτώματα
- ✓ Νευρολογικά συμπτώματα και σημεία
- ✓ Ιστορικό περιγεννητικού τραύματος
- ✓ Απουσία ύφεσης εντός 3 ετών
- ✓ Πολλές υποτροπές
- ✓ Ιστορικό επιθετικότητας

### **Μπορεί να προβλεφθεί από κάποια χαρακτηριστικά ποια θα είναι η κατάληξη του σχιζοφρενούς ασθενούς;**

Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα συμπτώματα, από μόνα τους, είναι φτωχοί προβλεπτικοί παράγοντες για οποιαδήποτε πρόβλεψη. Παρόλα αυτά, υπάρχει η άποψη ότι τα θετικά συμπτώματα (π.χ. οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες), όταν εμφανίζονται ως οι πρώτες εκδηλώσεις της ασθένειας, μάλλον προοιωνίζουν μια καλύτερη έκβαση σε σχέση με μια βραδεία και ύπουλη εισβολή αρνητικών συμπτωμάτων, όπως η απάθεια και η ανηδονία<sup>21</sup>. Τονίζουμε, όμως και πάλι, πως κανένα σύμπτωμα από μόνο του, είτε θετικό είτε αρνητικό, δεν έχει κάποια ιδιαίτερη και καθοριστική προβλεπτική

<sup>21</sup> Διεθνούς χρήσης ειδικός επιστημονικός όρος που, αναφέρεται στην έλλειψη γενετήσιας επιθυμίας για ικανοποίηση ή απόλαυση και έντονη ευχαρίστηση ή τέρψη (ηδονή)

σημασία. Πάντως, μια έναρξη με πολλά αρνητικά συμπτώματα μάλλον οδηγεί σε κακή και δυσμενή έκβαση.

### ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

	<b>ΚΑΛΗ ΕΚΒΑΣΗ</b>	<b>ΚΑΚΗ ΕΚΒΑΣΗ</b>
Έναρξη	Οξεία (μέρες/ εβδομάδες)	Ύπουλη (μήνες/ χρόνια)
Ηλικία	Πάνω από 30	Εφηβεία
Φύλο	Γυναίκα	Άνδρας
Οικογενειακό ιστορικό	Αρνητική (και για συναισθηματική διαταραχή)	Θετική για σχιζοφρένεια
Κοινωνικότητα	Εργασία/καλές κοινωνικές επαφές, χαμηλός δείκτης εκφραζόμενου συναισθήματος στην οικογένεια	Υψηλός δείκτης εκφραζόμενου συναισθήματος στην οικογένεια
Νοημοσύνη	Πάνω από το μέσο όρο, δεν υπάρχει γνωστική μειονεξία	Κάτω από το μέσο όρο, γνωστική μειονεξία
Συμπτώματα	Διαταραχές διάθεσης, Θετικά	Επίπεδο / αποσυρμένο, Αρνητικά
Παρακλινικές εξετάσεις (εγκεφαλική τομογραφία)	Δεν υπάρχουν ανωμαλίες στον εγκέφαλο	Διευρυμένες εγκεφαλικές κοιλότητες
Ναρκωτικά/ Αλκοόλ	Δεν υπάρχει κατάχρηση	Κατάχρηση ουσίας
Θεραπεία	Πρώιμη αντίδραση, χωρίς παρενέργειες. Συμμόρφωση Εναισθησία	Περιορισμένη/ή καμιά αντίδραση και/ή σημαντικές παρενέργειες. Άρνηση της ασθένειας/ έλλειψη συμμόρφωσης
Γεωγραφία	Αναπτυσσόμενη χώρα	Βιομηχανική χώρα

#### **Η διάρκεια της νόσησης έχει σχέση με την ανταπόκριση στη θεραπεία;**

Μια βραχύχρονη εκδήλωση των συμπτωμάτων (διάρκειας ημερών ή εβδομάδων) είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε μια καλύτερη ανταπόκριση

στη θεραπεία και σε μια καλύτερη έκβαση. Αντιθέτως, όσο πιο πολύ διαρκεί η νόσηση, όταν μάλιστα κυριαρχούν και τα ύπουλα αρνητικά συμπτώματα, τόσο πιο δύσκολα γίνονται τα πράγματα για μια αποτελεσματική θεραπεία. Επομένως, η σημασία της πρώιμης διάγνωσης της ασθένειας και της έγκαιρης έναρξης της θεραπείας της (φαρμακευτικής-ψυχοθεραπευτικής- κοινωνιοθεραπευτικής ) έχει ιδιαίτερη σημασία.

### **Τι είναι και πώς καταλαβαίνουμε την υποτροπή;**

Όταν μιλάμε για υποτροπή στη σχιζοφρένεια, εννοούμε την επανεμφάνιση των έντονων συμπτωμάτων, όπως περίπου κατά την αρχική εκδήλωση της ασθένειας. Όπως αναφέρουν ο Τζέφρις και οι συνεργάτες του στο βιβλίο τους «Ζώντας και εργαζόμενοι για τους σχιζοφρενείς», *“η σχιζοφρένεια συνηθέστερα είναι μια κατάσταση υποτροπιάζουσα και συνεπώς πρέπει να θυμάστε ότι υπάρχει η πιθανότητα επανεμφάνισης των συμπτωμάτων. Η επανεμφάνισή τους δεν πρέπει να σας βρίσκει απροετοίμαστους”*.

Πολλές οικογένειες έχουν παρατηρήσει πως η συμπεριφορά των άρρωστων μελών τους πριν την υποτροπή είναι ίδια με εκείνη που παρουσίαζαν πριν από την πρώτη εκδήλωση της ασθένειάς τους. Μερικές συνηθισμένες εκδηλώσεις πριν από την υποτροπή είναι και πάλι η έντονη αϋπνία, η αυξανόμενη κοινωνική απομόνωση, η αδιαφορία για την προσωπική υγιεινή, μια ανεξήγητη κόπωση, συχνές περιπλανήσεις, η εγκατάλειψη της εργασίας, η χρήση ή η επανάληψη της χρήσης ηρεμιστικών χαπιών, χασίς, αλκοόλ, κάποιες διαταραχές της σκέψης, καθώς και σημάδια ύπαρξης οπτικών και ακουστικών ψευδαισθήσεων, όπως για παράδειγμα, το να ακούει ο ασθενής τους πολύ δυνατά μουσική, συνήθως με ακουστικά, σε μια προσπάθειά του να σκεπάσει τις φωνές των ακουστικών ψευδαισθήσεων.

Εάν παρατηρήσετε οποιοσδήποτε απ' αυτές τις συμπεριφορές, τηλεφωνήστε αμέσως στο γιατρό που τον παρακολουθεί.

### **Ποιοι παράγοντες οδηγούν στην υποτροπή;**

Η υποτροπή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της ίδιας της ασθένειας σε συνδυασμό με πολλούς εξωτερικούς παράγοντες, κυρίως οικονομικούς και κοινωνικούς. Πολλές φορές συμβαίνει, γιατί ο ασθενής έχει σταματήσει να

παίρνει τα φάρμακά του για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Μερικές φορές, η δοσολογία της φαρμακευτικής αγωγής δεν είναι η κατάλληλη για να προφυλάξει τον πάσχοντα από την επανεμφάνιση των οξέων συμπτωμάτων. Άλλοτε πάλι, συμβαίνει γιατί ο ασθενής δεν έχει αρκετή υποστήριξη είτε από το σπίτι του είτε από τις κοινωνικές υπηρεσίες του κράτους, που ανέλαβαν την εποπτεία του. Υπάρχει ακόμη η περίπτωση, ο ασθενής να έχει βιώσει πρόσφατα κάποιο σοβαρό ψυχικό τραύμα, όπως το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, το χάσιμο μιας δουλειάς, τη μετακόμιση σε ένα νέο μέρος. Κάποιες φορές, συμβαίνει γιατί ο σχιζοφρενής είναι απλά σωματικά εξαντλημένος και πιεσμένος από τις συνθήκες ή τις ευθύνες από την εργασία του. Από μελέτες μιας 20ετίας, οι συγγραφείς αυτού του οδηγού έχουν πεισθεί ότι οι περισσότερες υποτροπές οφείλονται στην αδιαφορία του κοινωνικού συνόλου, στην ελλιπή μετανοδοσολογική φροντίδα και υποστήριξη του ασθενούς, στο κοινωνικό στρες και στη μη συμμόρφωσή του στη θεραπεία. Τέλος, σε ορισμένες υποτροπές δεν είναι εύκολο να προσδιορίσουμε το τι τις προκάλεσε. Στη συνέχεια, σας παραθέτουμε ένα συνοπτικό πίνακα με αιτίες, που οδηγούν σε υποτροπή και που πρέπει πάντα να τις έχετε στο νου σας:

#### Διακοπή φαρμάκου

Ελλιπής συμμόρφωση στο να παίρνει τα φάρμακά του  
 Ανεπαρκής αποτελεσματικότητα του/των φαρμάκου/ων  
 Υποδοσολόγηση του φαρμάκου/ων  
 Ανεπιθύμητες ενέργειες από το/τα φάρμακο/α  
 Συνύπαρξη παραγόντων στρες  
 Συνύπαρξη με άλλο ψυχικό ή σωματικό νόσημα  
 Κατάχρηση “ναρκωτικών” ή οίνοπνεύματος  
 Φυσιολογική εξέλιξη της ασθένειας

### **Τι είναι το εκφραζόμενο συναίσθημα και πώς εμπλέκεται στην εμφάνιση των υποτροπών στη σχιζοφρένεια;**

Το «εκφραζόμενο συναίσθημα» είναι η έκφραση κυρίως αρνητικών, επικριτικών και εχθρικών συναισθημάτων από τα μέλη της οικογένειας προς το σχιζοφρενή συγγενή τους και ιδιαίτερα η υπερβολική εμπλοκή και κριτική

τους στη συμπεριφορά και στη ζωή γενικότερα του σχιζοφρενούς. Έρευνες έδειξαν ότι οι επικριτικές και εμπλεκόμενες οικογένειες αυξάνουν στο διπλάσιο την πιθανότητα υποτροπών στο σχιζοφρενή συγγενή τους, ενώ οι ελαστικές και λιγότερο παρεμβατικές μειώνουν το επίπεδο διέγερσης του ασθενούς, με λιγότερες πιθανότητες υποτροπής της ασθένειας. Επίσης, το επίπεδο του άγχους της οικογένειας για την εξέλιξη της πορείας του σχιζοφρενούς συγγενή της παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση ή μείωση αντίστοιχα των υποτροπών της σχιζοφρένειας. Το χαμηλό στρες της οικογένειας μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπών, γι' αυτό πρέπει να εκπαιδεύονται τα μέλη της στο χειρισμό καθημερινών προβλημάτων, που δημιουργούνται από την ασθένεια, χωρίς να γίνονται υπερβολικά επικριτικά απέναντι στο σχιζοφρενή ή να επεμβαίνουν περισσότερο απ' όσο πρέπει στη ζωή του.

Η οικογενειακή ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία, σύμφωνα με τον Φάλοου, πρέπει να περιλαμβάνει:

1) πληροφόρηση της οικογένειας για τη φαρμακευτική αγωγή, τα προσδοκώμενα αποτελέσματα και τις παρενέργειές της, για τα προειδοποιητικά σημάδια της ασθένειας και τους κινδύνους της,

2) εκπαίδευση για τη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, με την ανάπτυξη τεχνικών έκφρασης των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων και της ικανότητας για ενεργητική ακρόαση και θετική διεκδίκηση,

3) εκπαίδευση της οικογένειας στην επίλυση προβλημάτων, αναπτύσσοντας μεθόδους για αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων στο πρόβλημα, για συζήτηση των υπέρ και κατά κάθε λύσης, για την επιλογή της καλύτερης λύσης και για την κατάλληλη εφαρμογή της.

### **Σε πόσο χρόνο εμφανίζεται η υποτροπή;**

Οι ειδικοί προειδοποιούν ότι η υποτροπή μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια μιας περιόδου, που ονομάζεται “αυτοθεραπεία”. Το ίδιο συμβαίνει και με άλλες ασθένειες, όπως ο διαβήτης και τα αρθρικά. Συνήθως, μια τέτοια κατάσταση παρουσιάζεται 1-3 χρόνια μετά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Είναι η περίοδος, κατά την οποία ο ασθενής, κουρασμένος από την ασθένεια του, είτε παραιτείται από κάθε θεραπεία είτε αποφασίζει να πάρει την υπόθεση στα χέρια του. Είναι τότε που, ίσως σταματήσει να παίρ-



νει τη συνταγογραφημένη από το γιατρό του φαρμακευτική αγωγή και θα προσχωρήσει είτε σε μια ομάδα “εναλλακτικής θεραπείας” είτε σε μια περιθωριακή ομάδα και προσπαθώντας να “αποβάλει” το κακό από το σώμα του, θα αρχίσει να κάνει επίπονες ασκήσεις για να ξεφορτωθεί την πάθησή του ή να καταναλώνει τεράστιες ποσότητες βιταμινών ή φάρμακα από βότανα κλπ.

### Ποιες είναι οι συνέπειες μιας υποτροπής;

Μια υποτροπή προκαλεί μεγάλη απογοήτευση στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του και υποτροπές μπορεί να υπάρξουν και από τον πρώτο χρόνο μετά τη νόσηση. Όπως, όμως, ανέφερε μια μητέρα, *“άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν διαφέρουν κατά πολύ και δεν πρέπει να τα βλέπουμε διαφορετικά από τα άτομα που υποφέρουν από άλλες σωματικές ασθένειες, στα οποία η ασθένεια υποτροπιάζει, αν δεν παίρνουν, με τον τρόπο που τους υποδείχθηκε, τα φάρμακά τους, όπως π.χ. στο διαβήτη”*.

Πολλές οικογένειες διαπίστωσαν ότι μπορούν να βρουν κάποιες λύσεις, σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν για το συγγενή τους που αντιμετωπίζει την πιθανότητα υποτροπής της ασθένειάς του. Για παράδειγμα, οι γονείς σε μια οικογένεια ξεκαθάρισαν στον ανήλικο ασθενή γιο τους, ο οποίος τους συμπεριφερόταν ιδιαίτερα επιθετικά με την έναρξη κάθε υποτροπής, πως εάν ποτέ ξανά απειλήσει να βιαιοπραγήσει ή να καταστρέψει πράγματα του οικογενειακού νοικοκυριού, θα έπρεπε να φύγει από το σπίτι. Του υπέδειξαν ότι θα μπορούσε να πάει στο νοσοκομείο μόνος του ή μαζί τους αλλά δε θα του επέτρεπαν να μείνει άλλο στο σπίτι. Άλλες οικογένειες, έχοντας να αντιμετωπίσουν ένα σχιζοφρενή με λιγότερο επιθετικές τάσεις, ανακάλυψαν ότι ήταν αρκετό να πουν στο συγγενή τους ότι θα μπορούσε να μείνει στο σπίτι, με την προϋπόθεση ότι θα συμφωνούσε να δεχθεί ιατρική βοήθεια σε περίπτωση υποτροπής.

Τα μέλη των οικογενειών των σχιζοφρενών τονίζουν πως διαπίστωσαν ότι όταν κάποιος γνωρίζει την πορεία της ασθένειας του συγγενούς του, είναι δυνατόν να προβεί σε κάποιους σημαντικούς χειρισμούς για να αποφευχθεί επερχόμενη υποτροπή. Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διδαχθεί και έχουν μάθει να προσέχουν τα σημάδια υποτροπής τους και να τηλεφωνούν νωρίς στο γιατρό τους. Οι οδηγίες που δίνουμε στους συγγενείς των ασθενών, στην κλινική που εργαζόμαστε, είναι να παρατηρούν τη

συμπεριφορά των ασθενών τους και να ενημερώνουν το γιατρό τους. Έχουμε διαπιστώσει ότι η συστηματική εκπαίδευση, που τους δίνουμε σχετικά με τη διαχείριση των προβλημάτων των συγγενών τους, έχει μειώσει σημαντικά τις υποτροπές των ασθενών συγγενών τους. Η δημιουργία μιας λίστας που αναφέρεται στα “σημάδια της υποτροπής” και μιας δεύτερης με “στρατηγικές” για το ξεπέρασμά τους, που θα φτιάξετε μαζί με το συγγενή σας, θα βοηθήσουν και τους δυο σας να ξεπεράσετε τις δύσκολες στιγμές.

Να θυμάστε πάντα πως οι υποτροπές οδηγούν σε εξαιρετικά αρνητικές εκβάσεις. Τις σημαντικότερες απ’ αυτές τις περιλάβαμε στον επόμενο πίνακα.

Ανάγκη ενδονοσοκομειακής νοσηλείας  
Απώλεια εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης  
Διατάραξη ψυχοκοινωνικής προσαρμογής  
Δυσκολία στην επίτευξη επαγγελματικών στόχων  
Κίνδυνος αυτοκτονίας  
Κίνδυνος εμφάνισης επιθετικότητας  
Κούραση της οικογένειας

## 5. ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ<sup>22</sup>

### Τι προκαλεί τη σχιζοφρένεια;

Οι επιστήμονες δεν έχουν συμφωνήσει ότι μια και μόνο αιτία προκαλεί τη σχιζοφρένεια. Θεωρούν την ασθένεια πολυπαραγοντική. Υποπτεύονται πολλούς παράγοντες αλλά για κανένα δεν είναι απολύτως σίγουροι. Όπως θα αναφερθεί και πιο κάτω, φαίνεται πιθανό ότι γενετικοί παράγοντες δημιουργούν μια ευαίσθησία προς την ασθένεια και σε συνάρτηση με περιβαλλοντικούς παράγοντες, που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό, οδηγούν στην εκδήλωση της ασθένειας. Σε ορισμένους τύπους σχιζοφρένειας ενέχεται ένας κληρονομικός παράγοντας.

Όπως η προσωπικότητα του κάθε ατόμου θεωρείται αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γενετικών χαρακτήρων, βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων αλλά και της κουλτούρας του, έτσι και μια αποδιοργάνωση της, όπως συμβαίνει στη σχιζοφρένεια, θα πρέπει να είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων. Οι επιστήμονες δεν ανακάλυψαν μέχρι σήμερα μια συγκεκριμένη (χημική ή χυμική) λειτουργική διαταραχή ή βλάβη του εγκεφάλου που να θεωρείται απολύτως υπεύθυνη για την εκδήλωση της ασθένειας. Δεν έχει βρεθεί, προς το παρόν, ένα ιδιαίτερο ή παθολογικό γονίδιο ή κάποια βιοχημική διαταραχή ή έλλειψη κάποιας ουσίας, που να θεωρείται ως η αιτία της ασθένειας. Επίσης, κανένα, έστω και επώδυνο, ψυχολογικό τραύμα δε δείχνει να είναι αρκετό, από μόνο του, να διαταράξει τόσο την ψυχική ισορροπία, ώστε να εκδηλωθεί η ασθένεια. Ένας αποτυχημένος έρωτας ή μια σχολική αποτυχία, κατά την εφηβεία, δεν είναι ασφαλώς η αιτία εκδήλωσης της ασθένειας αλλά ίσως ένα από τα παρεπόμενά της. Τέλος, η σχιζοφρένεια δεν είναι αποτέλεσμα μιας από τις γνωστές σωματικές ασθένειες, που μπορεί να εμφανίστηκε λίγο πριν ή συγχρόνως μ' αυτή. Ούτε, βέβαια, οφείλεται σε αβιταμίνωση.

### 📖 Τι ισχυρίζονται, τελευταία, οι ειδικοί για τις πιθανές αιτίες της σχιζοφρένειας;<sup>23</sup>

Δύο πρόσφατα άρθρα συζητήθηκαν πολύ τον τελευταίο καιρό. Στο πρώτο άρθρο αναφέρεται ότι θήλαα έμβρυα, που είχαν εκτεθεί σε λοίμωξη με ινφλουέντσα πέντε μήνες πριν τον τοκετό τους, είχαν εμφανίσει στην ενήλικη ζωή τους, σε υψηλή συχνότητα, σχιζοφρένεια. Στο δεύτερο άρθρο αναφέρεται ότι το γονίδιο των υποδοχέων D3 της ντοπαμίνης δεν προδιαθέτει για σχιζοφρένεια.

<sup>22</sup> στο κεφάλαιο αυτό περιοριζόμαστε στις εντελώς αναγκαίες βασικές γνώσεις για τον συγγενή του ασθενούς, τις αποδεκτές από το μεγαλύτερο αριθμό των ψυχιάτρων. Ακόμη, συνειδητά χρησιμοποιούμε μια εκλαϊκευμένη γλώσσα και όχι μια ακραιφνώς επιστημονική

<sup>23</sup> οι απόψεις που εκθέτουμε αφορούν κυρίως τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η επιδημιολογία έχει παίξει ένα μοναδικό ρόλο στο αίτημα της ψυχιατρικής να τεκμηριώσει τις διαγνώσεις με επιστημονικό τρόπο. Οι επιδημιολογικές μελέτες έδωσαν αξιόπιστους ορισμούς των νόσων και επέτρεψαν σε διάφορες διεθνείς ομάδες ερευνητών να αποδείξουν ότι νοσήματα, όπως η σχιζοφρένεια, δεν είναι “λάθη” του πολιτισμού αλλά νοσήματα, όπως όλα τα άλλα. Οι γενετικές μελέτες ήταν εκείνες που έδωσαν την πρώτη πραγματική ένδειξη ότι οι ψυχιατρικές νόσοι έχουν βιολογική βάση. Πράγματι, οι κλασικές μελέτες με οικογένειες, με διδύμους και οι μελέτες υιοθεσίας στη σχιζοφρένεια, έδωσαν έγκυρα συμπεράσματα που δημοσιεύτηκαν στα πιο έγκριτα ιατρικά και μη περιοδικά.

Όπως ισχυρίζονται ο γιατρός Τάκεϊ και οι συνεργάτες του, τα δεδομένα για την influenza υποστηρίζουν την ολοένα και πιο αποδεκτή άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νευροαναπτυξιακή νόσος. Αυτή η ερευνητική ομάδα πιστεύει ότι η ινφλουέντσα μπορεί να δημιουργήσει αυτοαντισώματα στη μητέρα, τα οποία γίνονται εμβρυϊκά αυτοαντισώματα. Αν αυτό ισχύει, τότε μπορεί να είναι ερμηνεύσιμο το γιατί μια γενετική νόσος, όπως η σχιζοφρένεια, δεν έχει εξαφανισθεί από τον πληθυσμό, παρά τη χαμηλή αναπαραγωγικότητα των σχιζοφρενών ασθενών.

Οι επιδημιολογικές μελέτες αναδεικνύουν τους πολυποίκιλους εκείνους μηχανισμούς, που θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν την αιτιολογία και παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Εξακολουθούν να υπάρχουν αμφιβολίες για το αν οι υποδοχείς της ντοπαμίνης είναι η κύρια γενετική αιτία της σχιζοφρένειας. Τέτοιες αναφορές ελαττώνουν τις ελπίδες μας ότι οι μελέτες σύνδεσης θα προσφέρουν μια γρήγορη λύση στο σύνθετο πρόβλημα της σχιζοφρένειας και κάνουν επιτακτική την ανάγκη για πιο εύστοχη προσπέλαση της γενετικής της. Είναι παράδοξο, ίσως, αλλά μετά από δεκαετίες επιδημιολογικών ερευνών, που αναδεικνύουν τα γονίδια ως έναν αιτιολογικό μηχανισμό της σχιζοφρένειας και μετά από εφαρμογή πολύπλοκων μεθόδων μοριακής και στατιστικής γενετικής, ακόμα δεν γνωρίζουμε ποια γονίδια συμμετέχουν και πως τα πρωτεϊνικά τους παράγωγα οδηγούν σ' αυτή την ασθένεια.

Σήμερα, προβάλλει επιτακτική η ανάγκη για πολυδιαγνωστική προσέγγιση στη σχιζοφρένεια. Εκτός από τις “πολυδιαγνώσεις”, η αρχή των “επιδημιολογικών νοσολογιών” αναγνωρίζει ότι υπάρχει ανάγκη τα διαγνωστικά κριτήρια να μην περιορίζονται στα παραδοσιακά συμπτώματα και σημεία των ψυχιατρικών νόσων. Για παράδειγμα, γνωρίζουμε, σήμερα, ότι πολλά ψυχιατρικά νοσήματα αντανακλούν τη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Έχουμε, όμως, και πολλές και λεπτές νευροδιαγνωστικές δοκιμασίες, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα από τη νευροψυχολογική εκτίμηση μέχρι τις νευροοπεκονιστικές διερευνήσεις. Εν τούτοις, όλες αυτές οι μετρήσεις,

συνήθως, θεωρούνται ως εξαρτημένες μεταβλητές ή αποτέλεσμα μάλλον και όχι ως κριτήρια για τον ορισμό ενός συνδρόμου. Τα νευροδιαγνωστικά κριτήρια θα μπορούσαν να διαχωρίσουν τις ψυχοπαθολογικές υποκατηγορίες σε εκείνες, που είναι πιο ομογενείς σε ό,τι αφορά τους μηχανισμούς της αιτιολογίας και παθοφυσιολογίας και σε εκείνες που ορίζονται με παραδοσιακή προσέγγιση. Στις περιπτώσεις αυτές, οι ψυχιατρικοί επιδημιολόγοι θα πρέπει να συνδυάσουν την παραδοσιακή τους ικανότητα για μετρήσεις, για σχεδιασμό ερευνών και για ανάλυση δεδομένων, με πολύτιμες πληροφορίες από διάφορες νευροεπιστήμες. Αυτό θα μπορούσε να επιταχύνει το ταξίδι μας στο δρόμο της ανακάλυψης κάποιων αιτιών της σχιζοφρένειας.

### **Είναι μια ασθένεια κληρονομική;**

Είναι ευρέως γνωστό ότι, όταν υπάρχει σχιζοφρένεια σε μια οικογένεια, είναι πολύ πιθανό να νοσούν, με άλλοτε άλλη ένταση, δύο ή περισσότερα μέλη της από την ίδια ή άλλη ψυχική ασθένεια. Οι στενοί συγγενείς των σχιζοφρενών είναι περισσότερο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν σχιζοφρένεια απ' ό,τι εκείνοι που δεν σχετίζονται με κάποιον που πάσχει απ' αυτήν.

Υπήρξαν πολλές έρευνες για το θέμα αυτό. Μια εκτενής περιγραφή τους εκφεύγει από τους στόχους αυτού του πρακτικού οδηγού ενημέρωσής σας. Περιληπτικά, μόνο, θα αναφέρουμε ότι, από τις έρευνες αυτές προέκυψε πως η σχιζοφρένεια έχει κάποια βάση κληρονομικότητας αλλά για τον ακριβή προσδιορισμό της έκτασης αυτής της γενετικής επιρροής χρειάζονται παραπέρα έρευνες. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι αυτό που μπορεί να κληρονομείται είναι η ευαισθησία ή η προδιάθεση προς τη διαταραχή, ίσως ένα κληρονομικό έλλειμμα, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στη σχιζοφρένεια όταν συνυπάρξει με μια συγκεκριμένη ομάδα άλλων παραγόντων. Αυτή η προδιάθεση μπορεί να οφείλεται στην επίδραση ενός ενζύμου ή σε κάποια άλλη βιοχημική ανωμαλία ή σε κάποιον άλλο παράγοντα ή σε συνδυασμό παραγόντων.

Ακόμη δεν ξέρουμε επαρκώς πώς μεταβιβάζεται η γενετική προδιάθεση και δεν μπορούμε να προβλέψουμε με ακρίβεια, αν ένα προδιατεθειμένο άτομο θα εκδηλώσει ή όχι την ασθένεια. Σε ορισμένους ανθρώπους, ένας γενετικός παράγοντας μπορεί να είναι κρίσιμος για την ανάπτυξη της ασθένειας, ενώ σε άλλους μπορεί να είναι σχετικός ασήμαντος.

### **Η σχιζοφρένεια θα εμφανίζεται πάντα στις επόμενες γενιές μιας οικογένειας που είχε ασθενές/ή μέλος/η;**

Όχι. Παρά το ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν όντως σημαντικό ρόλο, η κλη-

ρονομικότητα δεν μεταφέρεται σύμφωνα με τους νόμους της κληρονομικότητας του Μέντελ. Κάποιοι ασθενείς δεν εμφανίζουν οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας, ούτε κάποιο γενετικό παρελθόν ψυχικών ασθενειών. Έτσι, η άποψη κάποιας γονιδιακής μετάλλαξης ή εγκεφαλικής βλάβης προβάλλει ισχυρά ως γενεσιουργός παράγοντας. Στις πρόσφατες γενετικές θεωρίες για τη σχιζοφρένεια, που είναι σχετικά περίπλοκες, υποστηρίζεται ότι πρέπει να υπάρχει κάποια κληρονομικότητα ορισμένων γονιδίων, τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με περιβαλλοντικούς παράγοντες, έτσι ώστε το άτομο να είναι ευάλωτο στην ανάπτυξη αυτής της ασθένειας. Τίποτα όμως ακόμη δεν είναι απόλυτα επαρκώς αποδεδειγμένο. Ο επόμενος πίνακας δείχνει τις πιθανότητες των συγγενών σχιζοφρενών ατόμων να εμφανίσουν σχιζοφρένεια καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

### Προσδιορισμός πιθανότητας εκδήλωσης σχιζοφρένειας σε συγγενείς σχιζοφρενικών σύμφωνα με τους Ρ. Κέντελ και Α.Κ.Ζίλεϊ

Σχέση	Πιθανότητα εμφάνισης
Γονιός	5,6
Αδέρφια	10,1
Αδέρφια και ένας πάσχων γονιός	16,7
Παιδιά από έναν πάσχοντα γονέα	12,8
Παιδιά από δύο πάσχοντες γονείς	46,3
Θείοι/ θείες/ ανιψιοί/ ανιψιές	2,8
Εγγόνια	3,7
Μη συγγενείς	0,86

### Εάν ο αδερφός μου ή η αδερφή μου έχει σχιζοφρένεια, υπάρχει πιθανότητα να μεταδοθεί στα παιδιά μου;

Όπως φαίνεται στον προηγούμενο πίνακα, ο κίνδυνος που σχετίζεται με την εκδήλωση σχιζοφρένειας εξαρτάται κατά πολύ από το πόσο στενή είναι η συγγενική σχέση με το άτομο που πάσχει. Έτσι, για ένα πανομοιότυπο δίδυμο, η επικινδυνότητα φθάνει περίπου στο 50% (ίσως και παραπάνω), για ένα συγγενή πρώτου βαθμού (γονέας, αδέρφια ή παιδί) φθάνει περίπου στο 10% και για ένα συγγενή δεύτερου βαθμού φθάνει περίπου στο 3%. Η πιθανότητα να εκδηλωθεί σχιζοφρένεια σ' ένα από τα παιδιά σας, αν ο αδερφός ή η αδερφή σας πάσχει από αυτή την ασθένεια, ανέρχεται στο 3%. Αυτό

σημαίνει, αν υποθετικά είχατε 100 παιδιά, τα 97 δεν θα εκδηλώσουν την ασθένεια. Επειδή η γενική επικράτηση της σχιζοφρένειας είναι περίπου 1% (δηλαδή 99 από τους 100 ανθρώπους δεν θα αρρωστήσουν απ' αυτή), γενικά, δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην επικινδυνότητα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά σας σε σχέση με τα άλλα παιδιά. Εάν σας ανησυχεί η επικινδυνότητα που έχει να κάνει με τη δική σας οικογένεια, είναι απόλυτα λογικό να συμβουλευτείτε το γιατρό σας ή έναν ψυχίατρο ειδικευμένο στη γενετική. Αυτό το πρόβλημα αφορά τους συγγενείς εξ αίματος και όχι τους συγγενείς εξ αγχιστείας.

### **Οφείλεται η σχιζοφρένεια σε χημική ατέλεια του εγκεφάλου;**

Παρόλο που οι βασικές γνώσεις σχετικά με τη χημεία του εγκεφάλου και τη σχέση της με τη σχιζοφρένεια εξαπλώνονται ραγδαία, καμιά νευροχημική αιτία δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί απολύτως σαν υπαίτια για την ασθένεια. Υποστηρίζεται, εδώ και καιρό, ότι οι νευροδιαβιβαστές (ουσίες που επιτρέπουν την επικοινωνία ανάμεσα στα νευρικά κύτταρα) εμπλέκονται στη διαδικασία της εκδήλωσης σχιζοφρένειας. Είναι, όμως, πιθανό η σχιζοφρένεια να συνδέεται με κάποια έλλειψη ισορροπίας των πολύπλοκων και αλληλένδετων χημικών συστημάτων του εγκεφάλου.

Ασθενείς με σχιζοφρένεια, που εμφανίζουν κυρίως αρνητικά συμπτώματα, παρουσιάζουν πιο εμφανείς εγκεφαλικές μεταβολικές διαταραχές, ιδίως σε κυκλώματα του μετωπιαίου και του κροταφικού λοβού, καθώς και της παρεγκεφαλίδας, σε σύγκριση με τους ασθενείς που εμφανίζουν κυρίως θετικά συμπτώματα.

### **Είναι αποτέλεσμα κατασκευαστικής ανωμαλίας του εγκεφάλου;**

Το ενδιαφέρον γι' αυτή την ερευνητική υπόθεση προκλήθηκε από τη μελέτη των στοιχείων των αξονικών τομογραφιών<sup>24</sup> του εγκεφάλου. Ορισμένοι ερευνητές, χρησιμοποιώντας αυτή την τεχνική, υποστηρίζουν ότι οι σχιζοφρενείς είναι πιθανό να έχουν κάποιες ανωμαλίες στη σύσταση και τη μορφή του εγκεφάλου τους (για παράδειγμα, μεγαλύτερες κοιλότητες στο εσωτερικό του εγκεφάλου τους) συγκριτικά με φυσιολογικά άτομα της ίδιας ηλικίας. Όμως, διαπιστώθηκε ότι αυτές οι ανωμαλίες δεν υπήρξαν ούτε χαρακτηριστικές όλων των τύπων της σχιζοφρένειας, ούτε απαντώνται μόνο σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Διαπιστώθηκε, ακόμη, ότι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια υπάρχει δυσλειτουργία των οπισθίων περιοχών του εγκεφάλου, που είναι υπεύθυνες για την επεξεργασία της οπτι-

<sup>24</sup> ένα είδος ακτινογραφικής απεικόνισης των δομών του ζωντανού εγκεφάλου

κής αντίληψης, καθώς και των προμετωπιαίων περιοχών, που εμπλέκονται στην ενεργή διατήρηση των πληροφοριών.

Τελευταία ισχυροποιούνται οι απόψεις ότι οι δομικές διαταραχές του εγκεφάλου και ιδίως η ελάττωση του όγκου της φαιάς ουσίας, θεωρούνται σημαντικές σε ό,τι αφορά την παθολογοανατομική βάση της σχιζοφρένειας.

### **Οφείλεται η σχιζοφρένεια σε βλάβη των δικτύων επικοινωνίας του εγκεφάλου;**

Τα δεδομένα, μέχρι σήμερα, μας οδηγούν, όλο και περισσότερο, στο να δεχθούμε ότι στη σχιζοφρένεια υπάρχει μια σοβαρή διαταραχή της λειτουργίας του εγκεφάλου. Η γιατρός Αντρέασεν στο βιβλίο της «Ο σπασμένος εγκέφαλος: η βιολογική επανάσταση στην ψυχιατρική», αναφέρει ότι “... τρέχοντα στοιχεία, που αφορούν τους αιτιολογικούς παράγοντες της σχιζοφρένειας συνιστούν ένα μωσαϊκό. Θεωρείται δεδομένο πως εμπλέκονται στην ασθένεια πολλοί παράγοντες. Σ’ αυτούς περιλαμβάνονται μεταβολές στη χημεία και τη δομή του εγκεφάλου αλλά και γενετικοί παράγοντες. Διάφορες μολυσματικές ασθένειες και εγκεφαλικά τραύματα μπορούν να παίξουν κάποιο ρόλο. Τελικά, η σχιζοφρένεια αποτελεί πιθανόν μια ομάδα από συσχετιζόμενες ασθένειες, μερικές από τις οποίες οφείλονται σε έναν παράγοντα, ενώ άλλες σε κάποιον άλλο”.

Υπάρχουν δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Κάθε κύτταρο έχει διακλαδώσεις, οι οποίες λαμβάνουν και μεταβιβάζουν μηνύματα από άλλα νευρικά κύτταρα δια μέσου συνάψεων (συνδέσεων, σημείων επαφής), συνιστώντας ένα πολύπλοκο επικοινωνιακό δίκτυο. Στις συνάψεις αυτές απελευθερώνονται χημικές ουσίες, που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές, οι οποίες μεταφέρουν τα μηνύματα από το ένα κύτταρο στο άλλο και κατ’ επέκταση από τον ένα λοβό του εγκεφάλου στον άλλο, από το ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο στο άλλο. Στον εγκέφαλο του σχιζοφρενή, κάτι φαίνεται να μη λειτουργεί σωστά σ’ αυτό το δίκτυο επικοινωνίας για τη διάδοση των πληροφοριών.

Η παραπάνω άποψη για την προέλευση της ασθένειας γίνεται ευκολότερα κατανοητή, αν δεχτούμε ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος μοιάζει στη δομή του με το τηλεπικοινωνιακό δίκτυο. Στο βιβλίο της «Σχιζοφρένεια: απευθείας συζήτηση με την οικογένεια και τους φίλους», η Μαίριυλιν Γουώλς αναφέρει ότι “στους περισσότερους ανθρώπους το δίκτυο επικοινωνίας του εγκεφάλου λειτουργεί φυσιολογικά. Τα εισερχόμενα αισθητηριακά μηνύματα στέλνουν τα κατάλληλα σήματα στον εγκέφαλο. Η διαδικασία της αναγνώρισης, κωδικοποίησης και κατανόησής τους συνεχίζεται ακατάπαυστα στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται τα αντίστοιχα συναισθήματα, σκέψεις και ενέργειες. Στον εγκέφαλο του σχιζο-



φρενούς, τα εισερχόμενα μηνύματα και τα σήματα που δημιουργούνται, φαίνεται να οδηγούνται σε λάθος δόδους ή να χάνονται στην πορεία ή να καταλήγουν σε λάθος κατευθύνσεις”

### Το κάπνισμα του χασίς προκαλεί σχιζοφρένεια;

Αυτό είναι ένα αμφιλεγόμενο θέμα, με πολλούς ερευνητές (και οικογένειες) να θεωρούν ότι υπάρχει σημαντική σχέση. Όμως, σε χώρες όπου το κάπνισμα του χασίς είναι πολιτισμική συνήθεια, δεν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις για αυξημένα ποσοστά εκδήλωσης σχιζοφρένειας.

Από την άλλη μεριά, μια μακρόχρονη μελέτη σε νεοσύλλεκτους Σουηδούς στρατιώτες βρήκε ότι αυτοί, που κατά την στρατολόγηση παραδέχτηκαν ότι κάνουν ή είχαν κάνει στο παρελθόν (ιδιαίτερα σε μια πιο τακτική βάση) χρήση χασίς, είχαν 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν σχιζοφρένεια σε σύγκριση με τους μη χρήστες.

Δεν είναι απολύτως διευκρινισμένο αν η χρόνια χρήση του χασίς μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια ή απλά σημαίνει ότι η ανάγκη της χρήσης του αποτελεί “ένδειξη” μιας ήδη ελαττωματικής νευροανάπτυξης. Πάντως, είναι πιθανό η χρήση του χασίς, ιδίως αν γίνεται σε χρόνια βάση, να δημιουργεί ψευδο-σχιζοφρενικές καταστάσεις σε επιρρεπή άτομα. Στον επόμενο πίνακα αναγράφονται κάποια υπέρ και κάποια εναντίον αυτής της άποψης επιχειρήματα, όπως τα αναφέρει στο βιβλίο του ο γιατρός Τ. Τάρνερ.

Υπέρ	Κατά
Μπορεί να ισχυροποιήσει τις “παρανοϊκές” αισθήσεις και σκέψεις	Πολλοί ασθενείς θεωρούν ότι το χασίς τους χαλαρώνει
Αυξημένη χρήση σχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης σχιζοφρένειας	Δεν υπάρχει αυξημένη εμφάνιση της σχιζοφρένειας σε πολιτισμούς, που το χρησιμοποιούν εθιμικά
Πρόσφατα έχει αναφερθεί μια αυξανόμενη εμφάνιση της σχιζοφρένειας (στο Λονδίνο)	Η χρήση του έχει διαδοθεί στις μέρες μας αλλά (συγκριτικά) ο αριθμός των πασχόντων από σχιζοφρένεια ατόμων δεν αυξάνεται ανάλογα
Τα σχιζοφρενικά συμπτώματα χειροτερεύουν με τη χρήση του	Οι βικτοριανοί γιατροί χρησιμοποιούσαν το χασίς για να γιατρέψουν τη “μανία”

### **Μπορεί η σχιζοφρένεια να μεταδοθεί όπως μια μόλυνση, αγγίζοντας, για παράδειγμα, ή φιλώντας κάποιον;**

Δεν υπάρχει καμιά απόδειξη ότι η σχιζοφρένεια μεταδίδεται όπως μια μόλυνση. Σύντροφοι και γονείς, που συχνά μοιράζονται στο σπίτι τα μαχαιροπήρουνα, το φαγητό και το νερό με τα άρρωστα μέλη της οικογένειάς τους, δεν 'κολλάνε' τίποτα απ' αυτούς. Δεν υπάρχει, επίσης, κανένας αυξημένος κίνδυνος για τους συντρόφους, ούτε μπορεί η σχιζοφρένεια να μεταδοθεί, σαν μόλυνση, μέσω της σεξουαλικής επαφής. Υπάρχουν, βέβαια, υψηλότερα επίπεδα σχιζοφρένειας μεταξύ συγγενών, όμως η κατάσταση αυτή ερμηνεύεται σαν ένα κληρονομικό φαινόμενο.

### **Ευθύνεται για την ασθένεια ο τρόπος ανατροφής του παιδιού από τους γονείς;**

Οι περισσότεροι ερευνητές της σχιζοφρένειας συμφωνούν τώρα πως ο τρόπος που ανέτρεφαν οι γονείς τα παιδιά τους, που στα κατοπινά χρόνια νόσησαν από σχιζοφρένεια, δεν ευθύνεται για την ασθένεια. Τις προηγούμενες δεκαετίες, υπήρχε μια τάση κάποιων επαγγελματιών ψυχικής υγείας να θεωρούν υπεύθυνους τους γονείς και ιδιαίτερα τη μητέρα. Η άποψη αποδείχθηκε ανακριβής. Σήμερα, αντίθετα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προσπαθούν να εξασφαλίσουν τη βοήθεια των μελών της οικογένειας των σχιζοφρενών στα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζουν και δείχνουν μια αυξανόμενη ευαισθησία για τα συναισθήματα απομόνωσης και αποκλεισμού, που βιώνουν πολλές οικογένειες, στην προσπάθειά τους να φροντίσουν το μέλος τους που πάσχει από σχιζοφρένεια.

# Β. ΤΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΛΥΣΗ ΤΟΥΣ

## Ι. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

**Είναι συνηθισμένο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια να χάνουν τις κοινωνικές τους επαφές;**

Δυστυχώς ναι. Αυτό μπορεί να συμβαίνει για πολλούς λόγους. Η ασθένεια από μόνη της στιγματίζει, ακόμη, τους ασθενείς που συχνά απομακρύνονται από τις συντροφικές τους, συμπεριφέρονται παράξενα σε δημόσιους χώρους ή φέρνουν σε δύσκολη θέση τους φίλους τους με τα λεγόμενά τους. Αν εισαχθούν σε νοσοκομείο και παραμείνουν εκεί για αρκετό καιρό, χάνουν λίγο-πολύ, κατ' ανάγκη, τις επαφές με τους συνομηλίκους τους, μένουν πίσω στα μαθήματα του σχολείου και συνηθέστερα οι εργοδότες τους δεν δέχονται να ξαναγυρίσουν στην εργασία τους. Επιπλέον, και εξαιτίας των παρενεργειών των φαρμάκων και ιδιαίτερα των επιπτώσεών τους στη συγκέντρωση (τέτοια προβλήματα είναι και μέρος της ασθένειας), είναι δύσκολο για όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια να συνδιαλεχθούν εύκολα με τους άλλους, να αποκτήσουν καινούργιες δεξιότητες ή να διατηρήσουν μια δουλειά.

**Γιατί μερικές φορές εξαφανίζονται οι ασθενείς;**

Η εξαφάνιση του ασθενούς από το σπίτι είναι συχνή έγνοια για την οικογένειά του. Συχνά, άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια πιστεύουν ότι, αν αλλάξουν τον τόπο και το χώρο διαμονής τους, θα λύσουν τα προβλήματά τους. Δεν κατανοούν ότι τα προβλήματα αυτά συνδέονται στενά με τη φύση της ασθέ-

νειάς τους. Άλλοτε πάλι, είναι οι φωνές των ακουστικών ψευδαισθήσεων που τους διέταξαν να φύγουν και έτσι απλά, φεύγουν απ' το σπίτι. *Ειδοποιήστε για την εξαφάνιση το αστυνομικό τμήμα της περιοχής σας ή άλλη αρμόδια υπηρεσία αναζήτησης εξαφανισμένων προσώπων και ενημερώστε τους για το πού σύχναζε ο ασθενής συγγενής σας. Μπορείτε να τον αναζητήσετε από κοινού. Θυμηθείτε ότι, αν ο συγγενής σας είναι νομικά ενήλικας, ίσως η αστυνομία να μην έχει το δικαίωμα να σας τον επιστρέψει στο σπίτι. Σε μια τέτοια περίπτωση, συμβουλευτείτε τον ψυχίατρο που τον παρακολουθεί ή το δικηγόρο σας για το τι πρέπει να κάνετε για να πετύχετε την επιστροφή του ασθενούς συγγενή σας στο σπίτι. Ίσως χρειαστεί και η παρέμβαση του εισαγγελέα του τοπικού πρωτοδικείου, προκειμένου να αποκλειστεί η επιδείνωση της υγείας του. Και γι' αυτό το θέμα συμβουλευτείτε τον ψυχίατρο, τον κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου ή του Κ.Ψ.Υ. της πόλης σας ή της τοπικής αυτοδιοίκησης.*

Ίσως συμβεί να φύγει ο συγγενής σας από το δημόσιο νοσοκομείο ή την ιδιωτική κλινική που νοσηλεύεται, προτού ολοκληρωθεί η θεραπεία του. Εάν έχει εισαχθεί χωρίς τη θέλησή του, είναι υπεύθυνο το νοσοκομείο να ειδοποιήσει την αστυνομία για να ερευνησει και να ανευρεθεί ο ασθενής. Εάν έχει εισαχθεί με τη θέλησή του, τότε συμμαχήστε με το προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου, αφήστε κατά μέρος την απόδοση ευθυνών και αναζητήστε μαζί τους τον ασθενή συγγενή σας. Πρέπει να ξέρετε πως, σήμερα, οι ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων δεν είναι τόποι εγκλεισμού αλλά θεραπευτικοί χώροι, που λειτουργούν σύμφωνα με ό,τι επιτάσσουν οι σχετικοί νόμοι και οι σύγχρονες ψυχιατρικές αντιλήψεις. Έτσι, ίσως συμβεί, παρά τη σωστή επίβλεψη, ένας σχιζοφρενής σε κρίση να βρει τρόπους να το σκάσει από μια κλινική που δεν είναι φυλακή<sup>1</sup>.

Ένας ενήλικας ασθενής, που νοσηλεύεται με τη θέλησή του στο νοσοκομείο, έχει το δικαίωμα να φύγει όποτε θέλει. Αν όμως οι γιατροί κρίνουν πως η κατάστασή του θα επιδεινωθεί αν δεν ολοκληρώσει τη θεραπεία του, θα ζητήσουν εκείνοι τη συμβολή σας, ώστε να αποτραπεί κάτι τέτοιο. Συμμαχήστε μαζί τους, βοηθήστε τους, κάνοντας αυτό που σας ζητούν. Μια τέτοια συμμαχία είναι πάντοτε καρποφόρα. Αν ο ασθενής φύγει από το σπίτι σας ή από το σπίτι του μάθετε να περιμένετε, αφού έχετε ενημερώ-

<sup>1</sup> Πληροφορίες σχετικές με την εκούσια και την ακούσια νοσηλεία θα βρείτε στους Νόμους, που περιέχονται στο παράρτημα αυτού του οδηγού

σει τις αρμόδιες αρχές. Συχνά ο ασθενής επιστρέφει από μόνος του.

Για να διευκολυνθείτε σε περίπτωση εξαφάνισης, πρέπει να έχετε κάνει τα παρακάτω:

- ✓ να γνωρίζετε πάντα ποια είναι τα άτομα της παρέας του,
- ✓ να σημειώνετε κάπου τις διάφορες τοποθεσίες, τις οποίες κατά καιρούς αναφέρει ο συγγενής σας και λέει ότι ενδιαφέρεται ή θα ήθελε να επισκεφθεί κάποια στιγμή. Θα είναι ένα χρήσιμο στοιχείο σχετικά με το πού πρέπει να ψάξετε, αν τυχόν εξαφανιστεί ο συγγενής σας.
- ✓ αν ο συγγενής σας έχει αποφασίσει να ταξιδέψει, σκεφτείτε και οργανώστε έναν αποτελεσματικό τρόπο για να έρχεστε σε επαφή μαζί του. Για παράδειγμα, ένας πατέρας συμφώνησε με τον ασθενή γιο του ότι θα χρηματοδοτούσε τις διακοπές του, όμως, όποτε θα χρειαζόταν χρήματα θα τον ενημέρωνε και ο πατέρας του θα του έστελνε μερικά, όχι πολλά. Ο πατέρας ανακάλυψε πως αυτός ήταν ένας αποτελεσματικός τρόπος για να διατηρεί την επαφή με το παιδί του.
- ✓ εάν έχετε χάσει την επαφή με το συγγενή σας για κάποιο χρονικό διάστημα, θεωρείται συνετό να μην περιμένετε πολύ και να ξεκινήσετε την αναζήτησή του. Παρόλο που η αστυνομία, ίσως, να μην έχει κανένα δικαίωμα για δραστική παρέμβαση, αξίζει να μιλήσετε με τους αρμόδιους αστυνομικούς και να τους πείτε το πρόβλημά σας. Μπορεί να σας βοηθήσουν με μια πρακτική συμβουλή ή με τα όσα γνωρίζουν.
- ✓ εάν έχετε κάποια ιδέα για το πού μπορεί να βρίσκεται ο συγγενής σας, ελάτε σε επαφή με το γιατρό του, το τοπικό αστυνομικό τμήμα και τον εισαγγελέα για να σχεδιαστεί η προσέγγισή του.
- ✓ γνωστοποιείστε το πρόβλημά σας στις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Κλινική του τοπικού Γενικού Νοσοκομείου, Ομάδες αυτοβοήθειας). Μερικές φορές, κάποιος εξαφανισμένος ασθενής μπορεί να διατηρεί κάποια επαφή μαζί τους ή με άλλους πελάτες τους. Επίσης, μπορεί να είναι και η τοπική Εκκλησία σε θέση να βοηθήσει, ιδιαίτερα αν ο συγγενής είναι βαθιά θρησκευόμενος.
- ✓ αν αποφασίσετε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες ενός γραφείου ιδιωτικών αστυνομικών, συζητήστε πάντα μαζί τους το ποσό της αμοιβής τους, αφού πειστείτε πρώτα για τις ικανότητές τους.

### Υπάρχει κίνδυνος για αυτοκτονία;

Η πιθανότητα αυτοκτονίας είναι πάντοτε παρούσα, λόγω των παθολογικών διαταραχών της ασθένειας (κατάθλιψη, παραληρητικές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις, που μερικές φορές μπορεί να λένε στο άτομο να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει). Η εκτίμηση του πιθανού κινδύνου αυτοκτονίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζει πολλές δυσκολίες. Αναφέρεται, σύμφωνα με εκτιμήσεις, ότι ένα ποσοστό 5-10% των ασθενών με σχιζοφρένεια αυτοκτονούν. Τα ποσοστά αυτά αυξάνουν, όταν περιπλέκονται με δύσκολες προσωπικές και οικογενειακές καταστάσεις, με εξάρτηση από αλκοόλ ή ναρκωτικά. Η αυτοκτονία, συνήθως, εμφανίζεται κατά την περίοδο των πρώτων 5 χρόνων μετά την εκδήλωση της ασθένειας, ενώ μετά απ' αυτή την περίοδο το ενδεχόμενο αυτού του κινδύνου μειώνεται αισθητά. Όσοι γιατροί δουλέψαμε στη Λέρο, στην αρχή της δεκαετίας του '90, για την αποασυλοποίηση των χρόνιων σχιζοφρενών που ήταν εκεί έγκλειστοι, διαπιστώσαμε ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών τους κατά την τελευταία 15ετία ήταν ασήμαντος.

Ο γιατρός Ντε Χερτ υποστηρίζει ότι *“η επισήμανση παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς θα βοηθήσει στην αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου και θ' αποτελέσει τη βάση για παρεμβάσεις που θα έχουν ως στόχο τη μείωση του σχετικού κινδύνου”*. Για το λόγο αυτό, είναι καλό να θυμάστε τις απόψεις ενός άλλου γιατρού, του Τόρρεϊ, που θεωρεί ότι *“οι σχιζοφρενείς με τον υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι αυτοί που εμφανίζουν συχνές υποτροπές, που γνωρίζουν ότι είναι ασθενείς, που έχουν χαμηλή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, που είναι κοινωνικά απομονωμένοι και χωρίς ελπίδα για το μέλλον και τέλος έχουν μεγάλη διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ήταν πριν και στο σημερινό επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητάς τους”*.

Κάποιες φορές, η αυτοκτονία μπορεί να σχεδιαστεί μεθοδικά και να διαπραχθεί αναλόγως. Άλλες φορές, η αυτοκτονία μπορεί να είναι αποτέλεσμα τυχαίων συμβάντων. Κάτι τέτοιο συμβαίνει, όταν ο ασθενής αντιδρά, κατ' επιταγή μιας ακουστικής ψευδαίσθησης ή εξαιτίας μιας παραληρητικής ιδέας. Οι οικογένειες των σχιζοφρενών υποστηρίζουν ότι και στις δύο περιπτώσεις υπάρχουν κάποια μέτρα προφύλαξης, που μπορείτε να πάρετε, παρά το γεγονός ότι δεν έχετε τη δυνατότητα πάντα να φυλάγετε το συγγενή σας από το ενδεχόμενο αυτοκτονίας.

## **Υπάρχουν συμπεριφορές και στάσεις του ασθενούς συγγενή μου για να υποπτευθώ την πιθανότητα αυτοκτονίας;**

Σας δίνουμε ένα κατάλογο με συμπεριφορές και στάσεις του ασθενούς, που ίσως επιχειρήσει ν' αυτοκτονήσει:

Ο ασθενής:

- ✓ μιλά συχνά για το θάνατο. Πώς θα ήταν αν πέθαινε; Πώς θα μπορούσε να το κάνει κάποιος; Συνοδεύει τις κουβέντες του με σχόλια του τύπου “όταν θα έχω πεθάνει, όταν δεν θα ζω”.
- ✓ ενδιαφέρεται να κάνει μια διαθήκη για να μοιράσει τα περιουσιακά του στοιχεία ή αρχίζει να χαρίζει ξαφνικά πολύτιμα προσωπικά του αντικείμενα.
- ✓ εκφράζει συναισθήματα του τύπου “δεν αξίζω τίποτα, δεν κάνω καλό σε κανένα, είμαι βάρος για όλους, είμαι υπεύθυνος για τη δυστυχία σας, σας κουράζω που ζω”.
- ✓ δείχνει σημάδια έλλειψης ελπίδας για το μέλλον, “τι ωφελεί να γιατρευτώ αφού θα ξαναρρωστήσω;”
- ✓ δείχνει σημάδια ότι ακούει φωνές ή βλέπει οράματα, που μπορεί να τον διατάζουν να κάνει κάτι επικίνδυνο.
- ✓ προβαίνει σε αγορές φονικών οργάνων, υπερβολικών ποσοτήτων φαρμάκων (από αυτά που παίρνει ή γεωργικών).

**Κάθε συζήτησή του περί αυτοκτονίας ή περί τιμωρίας του εαυτού του πρέπει να την παίρνετε στα σοβαρά. Δεν είναι αλήθεια ότι κάποιος που μιλά για αυτοκτονία, σπάνια την πραγματοποιεί.**

Αν ο ασθενής αρχίσει να κάνει λόγο για αυτοκτονία ή για ψυχικές πληγές που τον κάνουν να υποφέρει, θεωρήστε το θέμα ζωτικής σημασίας και ενημερώστε αμέσως τον ψυχίατρό του ή όποιον άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας τον φροντίζει. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, πηγαίνετε το συγγενή σας στα εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής του τοπικού Νοσοκομείου ή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Σε κάποιες πόλεις, υπάρχει ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή 24ωρης επικοινωνίας για θέματα αυτοκτονιών. Νοιαστείτε να έχετε πάντα πρόχειρους τους αριθμούς τηλεφώνων τους και μη διστάσετε να τους χρησιμοποιήσετε.

## Τι πρέπει να κάνω αν τον βρω να προσπαθεί ή να έχει επιχειρήσει να αυτοκτονήσει;

Σε περίπτωση που βρήκατε εσείς τον ασθενή συγγενή σας, μετά από αποτυχούσα προσπάθεια αυτοκτονίας, κάντε τα παρακάτω

- ✓ καλέστε αμέσως το 166, (που είναι το νούμερο των εκτάκτων περιστατικών) ή το νούμερο τηλεφώνου του Κέντρου Υγείας ή του αγροτικού γιατρού\*.
- ✓ εάν χρειάζεται και γνωρίζετε, δώστε τις πρώτες βοήθειες για καρδιοαναπνευστική ανάνηψη.
- ✓ καλέστε κάποιον δικό σας να σας δώσει ένα χέρι βοήθειας. Παρά το γεγονός ότι ίσως δε συνηθίζεται αυτό, να είστε προετοιμασμένοι για την περίπτωση που το γενικό νοσοκομείο δεν δεχτεί να κρατήσει τον ασθενή μετά από απόπειρα αυτοκτονίας και τον διακομίσει σ' ένα άλλο οργανωμένο κέντρο ή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- ✓ επικοινωνήστε με το θεράποντα ψυχίατρο ή το πρόσωπο αναφοράς που τον φροντίζει και ενημερώστε τους για το γεγονός. Ζητήστε τη βοήθειά τους. Μην προσπαθήσετε να χειριστείτε το θέμα μόνοι σας, ή μόνο με κάποιους συγγενείς. Μην κρατάτε το γεγονός οικογενειακό μυστικό.
- ✓ μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (μη κυβερνητικές οργανώσεις),<sup>2</sup> οι οποίες ασχολούνται με θέματα υποστήριξης των ψυχικά ασθενών και της οικογένειάς του ή κάποιες ομάδες αλληλεγγύης, π.χ. ομάδες συγγενών.

## Πόσο σοβαρός είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας στη σχιζοφρένεια;

Δυστυχώς, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για αυτοκτονία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι αριθμοί ποικίλλουν, ανάλογα με την ηλικία των ομάδων που μελετώνται και με τις χώρες στις οποίες διεξάγονται οι έρευνες. Οι πιο απαισιόδοξοι ερευνητές θεωρούν ότι το ποσοστό ανέρχεται περίπου στο 10-15% όλων όσων υποφέρουν από σχιζοφρένεια, κατά τη διάρκεια της

\* Τα νούμερα αυτά να τα γράψετε στο προσωπικό σας σημειωματάριο και φροντίστε να τα βρίσκετε εύκολα.

<sup>2</sup> Ένας κατάλογος μ' αυτές υπάρχει στο παράρτημα αυτού του βιβλίου



ζωής τους. Όμως, τα ποσοστά αυτά γίνονται ακόμη υψηλότερα εξαιτίας και άλλων προβλημάτων της προσωπικότητάς τους, των δύσκολων συνθηκών της περιθωριοποίησης στις οποίες κάποιοι εξωθούνται να ζουν, και ακόμη, λόγω της εξάρτησης από τα ναρκωτικά ή από το αλκοόλ.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι, κατά την περίοδο της εισβολής της σχιζοφρένειας και κατά τις υποτροπές της κάποιοι ασθενείς επηρεάζονται έντονα από τα συμπτώματά τους και από την απελπισία τους για τις αλλαγές που τους συμβαίνουν (και που δεν μπορούν να κατανοήσουν) οδηγούνται στην αυτοκτονία. Τον πρώτο καιρό μάλιστα οι απειλητικές φωνές από τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, καθώς και τα παρεπόμενα συμπτώματα της κατάθλιψης, μπορούν να τους οδηγήσουν σε ένταση και παραφορά και να πιστεύουν ότι δεν αξίζει, να ζουν. Οι ασθενείς έχουν, επίσης, την τάση να δρουν παρορμητικά και αυτοκαταστροφικά, καθώς πιστεύουν πως τα σώματά τους έχουν μολυνθεί ή ότι τους έχει καταλάβει ο δαίμονας ή εξαιτίας μιας ανυπόφορης και ακατανόητης γι' αυτούς σωματικής δυσφορίας που τους βασανίζει. Όμως, έχουν περιγραφεί και προστατευτικοί παράγοντες, που περιορίζουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας, όπως η πρόωρη εγκατάσταση υπολειμματικής κατάστασης και η συμμετοχή σε κάποιες κοινωνιοθεραπευτικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας.

### **Δημιουργούν οι σχιζοφρενείς νομικά προβλήματα;**

Δυστυχώς, ένας σημαντικός αριθμός σχιζοφρενών αντιμετωπίζουν προβλήματα με το νόμο από κάποιες παραβάσεις που κάνουν. Οι παραβάσεις του νόμου μπορεί να ποικίλουν, από κλοπές μαγαζιών, παραγγελία γεύματος σ' ένα εστιατόριο και άρνηση πληρωμής του έως και πολύ πιο σοβαρές, όπως μια βίαιη επίθεση, ένας εμπρησμός ή ένας φόνος.

Στην περίπτωση που κατηγορηθεί ο συγγενής σας, προσπαθήστε να εξασφαλίσετε τις υπηρεσίες ενός δικηγόρου που γνωρίζει τα προβλήματα της σχιζοφρένειας. Αυτό θα το καταλάβετε από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις που θα κάνετε στο δικηγόρο, σχετικά με τις γνώσεις του επάνω στο θέμα της συγκεκριμένης ασθένειας και την επίδρασή της πάνω στον ασθενή. Στην πορεία της καριέρας τους, αρκετοί δικηγόροι έχουν υπερασπιστεί πελάτες με ψυχικές διαταραχές και γι' αυτό το λόγο έχουν κάποια γνώση του θέματος. Αναζητήστε τους από μόνοι σας στον τοπικό Δικηγορικό Σύλλογο ή με τη βοήθεια του ψυχιάτρου, που παρακολουθούσε το συγγενή

σας ή με τη βοήθεια του τοπικού παραρτήματος του Συλλόγου Οικογενειών Ψυχικά Ασθενών (Σ.Ο.Ψ.Υ.)<sup>3</sup> ή άλλου φορέα, που μεριμνά για τους ψυχικά ασθενείς.

### Τι είναι η διέγερση;

Ο Λιτρέ, στο ιατρικό λεξικό του, όρισε τη διέγερση ως “δυσφορία, που κάνει τους ασθενείς να αλλάζουν συνεχώς θέσεις και να καθίστανται φλύαροι”. Για το γιατρό Νταμεζόν, αποτελούσε “θεαματικό και μάλιστα επικίνδυνο επιφαινόμενο, που συχνά επιτείνεται από τις αντιδράσεις ενός τρομοκρατημένου περιβάλλοντος”.

Η διέγερση είναι πάντα η κινητική έκφραση μιας ψυχικής αναταραχής. Αφορά τη στάση, τη μιμική, τις χειρονομίες, την κινητικότητα, το συγχρονισμό των κινήσεων και την αρμονία τους, τη δυνατότητα ολοκλήρωσής τους. Μπορεί να συνοδεύεται, κατά την εξέλιξή της, από διαταραχές της εμφάνισης, της συνείδησης, του προσανατολισμού, της ομιλίας, της μορφής και του περιεχομένου της σκέψης, από διαταραχές του συναισθήματος, από άγχος, κ.α. Μπορεί να εκδηλωθεί σε άτομα, που πάσχουν από μια ψυχική πάθηση απ’ όλο σχεδόν το φάσμα της ψυχιατρικής παθολογίας αλλά και σε άτομα που δεν νοσούν ψυχικά. Η σφοδρότητα και η διάρκειά της ποικίλλουν και εξαρτώνται τόσο από τις αιτίες που την προκαλούν όσο και από τη στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Πιο σπάνια, είναι βιολογικά προκαθορισμένη (π.χ. επιληπτική κρίση).

*Η διέγερση δεν είναι συνώνυμο της βίας.*

Η διέγερση ως παροξυσμική διαταραχή συνιστά επείγον ψυχιατρικό περιστατικό και είναι, μεταξύ των ψυχιατρικών επειγόντων, το επείγον που κρύβει τις μεγαλύτερες διαγνωστικές παγίδες, αφού συχνά αποτελεί μέρος της συμπτωματολογίας σωματικών νόσων που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς.

### Οι σχιζοφρενείς καπνίζουν περισσότερο απ’ ότι οι υγιείς;

Πράγματι, παρατηρείται αυξημένη συχνότητα καπνίσματος στους ασθενείς με σχιζοφρένεια σε σχέση με αντίστοιχο δείγμα του γενικού πληθυσμού. Το ποσοστό των ανδρών ασθενών, που καπνίζουν, είναι σημαντικά

<sup>3</sup> η διεύθυνση του συλλόγου είναι Δήλου 3, τ.κ. 16231, Βύρωνα, Αθήνα, τηλ. 210 76 40 277.

μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των υγιών, ενώ δεν συμβαίνει κάτι ανάλογο στις γυναίκες. Η συχνότητα του καπνίσματος στους σχιζοφρενείς είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς, στους οποίους προέχουν τα θετικά συμπτώματα, ενώ μειώνεται με την αύξηση των αρνητικών συμπτωμάτων. Οι καπνιστές ασθενείς καταναλώνουν περίπου διπλάσια τσιγάρα απ' ότι οι άλλοι καπνιστές και το κάπνισμά τους φαίνεται να επηρεάζεται από τη μορφή της σχιζοφρένειας.

Υπάρχει μια εξήγηση για το υπερβολικό κάπνισμα των σχιζοφρενών. Οι ασθενείς αυτοί είναι ιδιαίτερα δεκτικοί σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος, ενώ παράλληλα έχουν περιορισμένη ικανότητα στο να φιλτράρουν άσχετες πληροφορίες. Αυτή η λειτουργική διαταραχή του εγκεφάλου τους, έχει διαπιστωθεί ότι, περιορίζεται από τους νευροϋποδοχείς της νικοτίνης του εγκεφάλου. Έτσι, ο σχιζοφρενής, καπνίζοντας καθημερινά πολλά τσιγάρα, παίρνει μεγάλες δόσεις νικοτίνης, που μπλοκάρουν αυτούς τους νευροϋποδοχείς και οδηγούν σε παροδική μείωση συμπτωμάτων, όπως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις.

### **Πώς θα αντιμετωπίσω ως γονιός τα έξοδα του άρρωστου παιδιού μου;**

Πολλοί σχιζοφρενείς έχουν προβλήματα με τη διαχείριση των χρημάτων τους. Έτσι, η οικογένεια του ασθενούς αντιμετωπίζει, συχνά, δυσάρεστες καταστάσεις. Μερικές απ' αυτές μπορεί να μην επιδέχονται άμεση και εύκολη λύση. Ο κάθε σχιζοφρενής δικαιούται και μπορεί να λάβει σαν βοήθεια κάποιο επίδομα από το κράτος μέσω του Ασφαλιστικού του Ταμείου ή κάποιας Κρατικής Κοινωνικής Υπηρεσίας. Σε μια τέτοια περίπτωση, ο συγγενής σας θα λαμβάνει ένα μηνιαίο οικονομικό βοήθημα, το οποίο έχει το δικαίωμα να διαχειρίζεται ο ίδιος. Οι περισσότεροι σχιζοφρενείς θα χρειαστούν βοήθεια για να μάθουν πώς να κρατούν ένα καλό ατομικό εξοδολόγιο για να καλύψουν το νοίκι τους, το φαγητό τους και τα έξοδα των μετακινήσεών τους. Χρειάζεται να γνωρίζουν ότι τα έξοδά τους δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα έσοδά τους. Για πολλούς αυτό είναι δύσκολο, τουλάχιστον στην αρχή. Όταν τους διατίθεται σημαντικό ποσό χρημάτων, οι περισσότεροι συνηθίζουν να σπαταλούν όλα τα χρήματά τους σε αγορές, συχνά απερίσκεπτες ή να τα δίνουν σε φίλους ή ακόμα και σε ξένους.

Στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του τόπου που κατοικείτε, ίσως να έχουν

οργανωθεί προγράμματα εκπαίδευσης των σχιζοφρενών σε κοινωνικές δεξιότητες και στην επίλυση προβλημάτων. Ζητήστε από τους εκεί εργαζόμενους να σας πληροφορήσουν σχετικά και προσπαθήστε να πείσετε τον ασθενή συγγενή σας να τα παρακολουθήσει. Οι εμπειρίες μας λένε ότι, όσοι σχιζοφρενείς παρακολούθησαν τέτοια προγράμματα, έχουν ωφεληθεί σημαντικά.

Φροντίστε να έλθετε σε επαφή με την Κοινωνική Υπηρεσία του τοπικού Γενικού Νοσοκομείου ή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας ή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Ζητήστε να σας ενημερώσουν για την ισχύουσα επιδοματική πολιτική σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς. Αφού ενημερωθείτε, ζητήστε να σας βοηθήσουν να συμπληρώσετε τη σχετική αίτησή σας προς την αρμόδια κρατική υπηρεσία ή το ασφαλιστικό σας ταμείο. Ό,τι είναι να ζητήσετε, ζητήστε το με έγγραφη αίτηση. Αν δε βρείτε ανταπόκριση απευθυνθείτε στο τοπικό παράρτημα του Σ.Ο.Ψ.Υ. ή άλλου αρμόδιου φορέα που ασχολείται με θέματα Ψυχικής Υγείας.

## 2. ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

### α) Για μια ενοχλητική συμπεριφορά

Πολλά μέλη οικογενειών των σχιζοφρενών υποστηρίζουν ότι η ενοχλητική συμπεριφορά του ασθενούς μπορεί να ελεγχθεί με δύο τρόπους: είτε ξεκαθαρίζοντας και συμφωνώντας με το συγγενή σας σχετικά με τη συμπεριφορά του, που δεν μπορείτε να ανεχθείτε ως οικογένεια, είτε εξετάζοντας τη δική σας στάση και τους λόγους, που σας κάνουν να αφήνετε τον εαυτό σας να ενοχληθεί.

Μέλη των οικογενειών των ασθενών μας λένε ότι έχουν διαπιστώσει πως, το να συμφωνήσει κάποιος με τον ασθενή σ' ό,τι αφορά τον τρόπο συμπεριφοράς του, είναι μερικές φορές πιο εύκολο απ' ό,τι θεωρείται. Μια μητέρα διηγείται την ακόλουθη προσωπική της μαρτυρία: «Καθώς παρακολουθούσα τη συμπεριφορά της κόρης μου, έφτανα συχνά στο σημείο να προσπαθώ να βρω το “σωστό” τρόπο για να χειριστώ το κάθε θέμα. Ήθελα να τη διορθώνω μ' ένα θετικό τρόπο, ώστε να μην την πληγώσω. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν αρκετές φορές να μην καταφέρνω τίποτα, γιατί δεν μπορούσα να ξεκαθαρίσω κάθε φορά τι έπρεπε και τι δεν έπρεπε να κάνω. Μια μέρα, ο γιος μου είπε πως κάθε φορά που έφερνε τους φίλους του στο σπίτι μας, η αδελφή του πήγαινε κοντά τους και τους έκανε διάφορα ενοχλητικά πράγματα. Πες μου σε παρακαλώ, μου είπε, τι πρέπει να κάνω γι' αυτό; Πέρασα πολλές μέρες προσπαθώντας να αποφασίσω πώς θα χειριστώ και θα διευθετήσω καλύτερα την κατάσταση αυτή. Όταν θέλησα να το ξανα συζητήσω με το γιο μου, εκείνος μου είπε πως το αντιμετώπισε μόνος του λέγοντας απλά στην αδελφή του “Όταν έχω φίλους στο σπίτι, θέλω να μένω μόνος μαζί τους”. Ο γιος μου υπήρξε μαζί της απλός και ειλικρινής και έτσι δεν πλήγωσε τα αισθήματά της.»

Πολλές οικογένειες συμφωνούν ότι μια ευθεία προσέγγιση κάθε θέματος μπορεί, μερικές φορές, να φέρει καλύτερο αποτέλεσμα. Λέγοντας “σταματήστε το αυτό” ή “αυτή η συμπεριφορά είναι ακατάλληλη”, μπορούμε να αλλάξουμε την ενοχλητική συμπεριφορά του ασθενούς. Η προτροπή σας αυτή, ίσως, χρειαστεί να επαναληφθεί. Πρέπει να συνειδητοποιήσετε ότι, μερικές φορές, ο ασθενής συγγενής σας δεν έχει επίγνωση των ανάρμοστων πράξεών του και γι' αυτό, μια απλή δήλωσή σας, για παράδειγμα “σε παρακαλώ, μη καπνίζεις εδώ μέσα, η κυρία Π. υποφέρει από άσθμα”, μπορεί να φέρει θετικό αποτέλεσμα.

Πολλοί συγγενείς παραδέχονται ότι για πολύ χρόνο σύρονται σε μια ατέρμονη διαπραγμάτευση με τον ασθενή για το ποια πρέπει να είναι η συμπεριφορά του και δεν εξετάζουν τους κινδύνους, που μπορούν να προκύψουν από συναλλαγές του τύπου: “εάν κάνεις αυτό ή αν δεν κάνεις το άλλο, θα βγούμε έξω για φαγητό, θα σου αγοράσω εκείνο το δίσκο, θα σε πάω βόλτα.” *Μια τέτοια διαπραγμάτευση ποτέ δεν αποφέρει καρπούς.* Η ικανότητά σας να φέρετε θετικά αποτελέσματα θα εξαρτάται, πάντα, από τη ρεαλιστική εκτίμηση και αποδοχή του προβλήματος. Θυμηθείτε όμως, ότι

κάποιες συμπεριφορές για να διορθωθούν θα πάρουν πολύ περισσότερο χρόνο από άλλες. Συνεπώς, χρειάζεται πολύ υπομονή.

Μερικές φορές, κανένα σύνολο παρεμβάσεων κατά της ενοχλητικής συμπεριφοράς δεν θα αποδώσει με μιας. Γι’ αυτό, και είναι απαραίτητο να εξετάσετε με ιδιαίτερη προσοχή τη δική σας συμπεριφορά. Γιατί άραγε επιτρέπετε στον εαυτό σας να ενοχλείται από κάποιον, που γνωρίζετε ότι πάσχει από μια πάθηση, η οποία σχετίζεται με τη λειτουργία του εγκεφάλου του; Η απάντηση βρίσκεται στο ότι νομίζουμε πως όλοι μας κοιτάζουν, πως όλοι σκέφτονται ότι υπάρχει κάτι στραβό σε μας και όχι μόνο στο συγγενή μας, που συμπεριφέρεται ανάρμοστα. Νιώθουμε ένοχοι και ντρεπόμαστε για μια τέτοια συμπεριφορά. Όμως, όταν αφήνουμε τον αυτοσεβασμό μας να πληγώνεται εξαιτίας της ανάρμοστης συμπεριφοράς του ασθενούς συγγενή μας, δεν μπορούμε, πλέον, να ελέγξουμε αποτελεσματικά αυτή τη συμπεριφορά του.

Ορισμένους συγγενείς σχιζοφρενών τους απασχολεί ιδιαίτερα το πρόβλημα της ανάρμοστης συμπεριφοράς των ασθενών τους. Θεωρούν πως, αν δεν ενοχοποιούν τον εαυτό τους για την ενοχλητική συμπεριφορά του ασθενούς μέλους της οικογένειάς τους, μπορούν να το βοηθήσουν πληρέστερα. Έχουν διαπιστώσει και συνειδητοποιήσει ότι, πολλές φορές, ο θεατής είναι εκείνος που μπορεί να έχει κάποιο πρόβλημα προσαρμογής και αποδοχής των συμβαινόντων. Συχνά, νιώθουν θλίψη παρά ενόχληση, καθώς βλέπουν το συγγενή τους να κάνει απεγνωσμένες προσπάθειες για να προσαρμοστεί σ’ ένα κόσμο με “φυσιολογική” συμπεριφορά. Επιπλέον, σας προτείνουν να έχετε στο νου σας πως, αν το μέλος της οικογένειας που

υποφέρει περισσότερο από αυτή τη συμπεριφορά, δεν είναι ο ασθενής, τότε κάτι δεν πηγαίνει καλά μ' αυτό και θα πρέπει να ζητήσετε βοήθεια από κάποιον ειδικό.

Διαβάστε προσεκτικά και έχετε πάντα στο νου σας τις παρακάτω προτάσεις, που θα σας βοηθήσουν να χειριστείτε σωστά τις ξαφνικές ενοχλητικές ενέργειες του ασθενούς συγγενή σας:

- ✓ Ενεργήστε αμέσως για να σταματήσετε ή να αλλάξετε τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.
- ✓ Να είστε αυστηροί, κάποιες φορές θυμωμένοι, αλλά ποτέ προσβλητικοί με τον ασθενή συγγενή σας.
- ✓ Να είστε ευγενικοί με τους παριστάμενους. Υποθέστε ότι σας καταλαβαίνουν και ότι είναι ανεκτικοί απέναντι στο γεγονός.
- ✓ Αν είναι αναγκαίο, απολογηθείτε και εξηγήστε την κατάσταση σε όποιον έχει εμπλακεί στο επεισόδιο.
- ✓ Εξηγήστε την κατάσταση σ' αυτόν, που πιθανώς ζημιώθηκε από το συμβάν, προσφερθείτε να πληρώσετε τις ζημιές, τακτοποιήστε και καθαρίστε το χώρο.
- ✓ Διατηρήστε την αίσθηση του χιούμορ σας.
- ✓ Μοιραστείτε την ιστορία με κάποιον, που γνωρίζετε ότι θα δει την πραγματική της διάσταση και ελπίζετε ότι θα σας συνδράμει.

### **β) Για να ελέγξω κάποια συμπτώματα της ασθένειας**

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, συχνά, βιώνουν ενοχλήσεις και καταστάσεις, που τα κάνουν να υποφέρουν πολύ αλλά και που δύσκολα αντιμετωπίζονται από τους γονείς τους, τ' αδέρφια τους, τους ειδικούς και άλλα άτομα, που διαχειρίζονται την ασθένειά τους και τα προβλήματα που προκύπτουν απ' αυτή. Σ' αυτές περιλαμβάνονται η *παρανοϊκή σκέψη*, η *άρνηση της ασθένειας*, το *σίγμα της σχιζοφρένειας*.

Σ' ένα άρθρο τους, οι Βαϊντέν και Χάβενς δίνουν τις παρακάτω συμβουλές και οδηγίες για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων.

Έτσι, για το έλεγχο της παρανοϊκότητας συστήνουν τα παρακάτω έξι βήματα:

1. Όταν συναντιέστε με τον ασθενή, να στέκεστε δίπλα του και όχι απέναντί του. Η στάση “πλάι – πλάι” μπορεί να απομακρύνει το φόβο του παρανοϊκού απέναντί σας και να αυξήσει τις πιθανότητες μιας λειτουργικής θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή. Να θυμάστε ότι, όταν στέκεστε ακριβώς μπροστά στον ασθενή, αυτό μπορεί να ληφθεί από την πλευρά του ως διάθεση και στάση αναμέτρησης.

2. Να αποφεύγετε την απευθείας επαφή με τα μάτια. Η βλεμματική επαφή συχνά κάνει τον παρανοϊκό να αισθάνεται ακόμη πιο παρανοϊκός. Προσπαθήστε να κοιτάζετε αλλού.

3. Μιλάτε με έμμεσο τρόπο. Να αποφεύγετε να μιλάτε σε πρώτο πρόσωπο προς τον ασθενή. Αντικαταστήστε τις λέξεις “εγώ” και “εσύ” με τις “αυτός, ή, ό” ή “αυτοί, ές, ά”. Ο σκοπός αυτής της τεχνικής, όπως συμβαίνει και με τη στάση του σώματος, είναι να στρέψει τις παρανοϊκές προβολές του ασθενούς μακριά από εσάς. Έτσι τα παρανοϊκά συμπτώματα οδηγούνται σε εξωτερικά και περισσότερο γενικά “καθημερινά” θέματα.

4. Να προτιμάτε να ταυτίζετε παρά να καυγαδίζετε με τον ασθενή. Όποτε είναι δυνατό, οι τρόποι σας και οι εκδηλώσεις των συναισθημάτων σας πρέπει να παραλληλίζονται με τους τρόπους και τις εκδηλώσεις του ασθενούς. Ο στόχος είναι να τον κάνετε να αισθανθεί ότι τον καταλαβαίνετε. Αντιμετωπίστε το θυμό με ανταποδοτικό θυμό, την απογοήτευση με απογοήτευση. Η έκφραση των συναισθημάτων σας πρέπει να φτάνει ως εκείνο το σημείο, ώστε η συναισθηματική εκδήλωση του ασθενούς να φανερώνει ότι η συμπεριφορά σας είναι αποδεκτή απ’ αυτόν. Ο παρανοϊκός ασθενής δεν σκέφτεται λογικά και οι δικές σας προσπάθειες για εκλογίκευση είναι πιθανό να μην βρουν αντίκρισμα.

5. Προσπαθήστε να μην εκλογικεύετε. Μοιραστείτε με τον ασθενή την έλλειψη εμπιστοσύνης του προς τους άλλους. Προσεγγίζοντας αυθόρμητα ένα παρανοϊκό άτομο, συνήθως προσπαθούμε να το πείσουμε να μας δείξει περισσότερη εμπιστοσύνη, όμως, συχνά είναι καλύτερο να κάνουμε το αντίθετο. Αυτό σημαίνει ότι και σεις, μαζί με τον ασθενή, να δείξετε ότι δεν εμπιστεύεστε όλο τον κόσμο. Στην αρχή, μην προσπαθείτε να διορθώνετε ή να διαψεύσετε τον ασθενή ή να του δείξετε την πραγματικότητα. Ο γιατρός θα εφαρμόσει, στη συνέχεια, κάποιες κατάλληλες τεχνικές, που θα μειώσουν τα παρανοϊκά συμπτώματα του ασθενούς σας.

6. Αναβάλετε την πληροφόρησή του σχετικά με την παρανοϊκή του συμπερι-



φορά. Ένας ασθενής, κατά τη διάρκεια της κρίσης, συχνά δεν ανέχεται την πληροφόρηση σχετικά με θέματα της ασθένειάς του και συνήθως, του είναι αδύνατο να συλλάβει και να κατανοήσει την ύπαρξη και γένεση των παθολογικών του εκδηλώσεων και συμπεριφορών. Απεναντίας, αρνείται ότι είναι ασθενής και κατηγορεί τους άλλους για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Έως ότου ο ασθενής αναλάβει ψυχικά και μειωθεί η παρανοϊκότητα του, δεν πρέπει να γίνεται καμιά προσπάθεια για ταύτιση, διόρθωση ή διαφωνία με τον ίδιο, σχετικά με τα παρανοϊκά του συμπτώματα.

### γ) Για να βοηθήσω τον ασθενή που αρνείται την ασθένειά του

Εάν η άρνηση αποτελεί εκδήλωση ενός οξέος επεισοδίου, ο ασθενής χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη και πιθανά την τροποποίηση των φαρμάκων που παίρνει.

Εάν ο ασθενής αρνείται ότι είναι ασθενής, είναι πολύ πιθανό ότι θα αρνηθεί και τη θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να ζητηθεί η μη εκούσια κλειστή νοσηλεία\* του ασθενούς σε μια θεραπευτική μονάδα. Ο μόνος τρόπος για να εγκλεισθεί ένας σχιζοφρενής σε μια κλειστού τύπου θεραπευτική μονάδα είναι να διαταχθεί αυτό από το δικαστήριο, όπως ορίζει ο νόμος 2071/92, ως άτομο που δεν μπορεί να κρίνει για το καλό του και που πρέπει να νοσηλευθεί για να μην επιδεινωθεί παραπέρα η υγεία του.

Όταν η άρνηση της ασθένειας είναι χρόνια και δείχνει να μην αποτελεί εκδήλωση οξείας φάσης ή υποτροπής, το πρώτο βήμα είναι να καθορίσετε κατά πόσο πρέπει να ασχοληθείτε μ' αυτή τη νοσηρή εκδήλωση. Η άρνηση της ασθένειας μπορεί να μην είναι επιζήμια για το σχιζοφρενή, όσο χρονικό διάστημα ο ασθενής τα πηγαίνει καλά στη ζωή του και ανταποκρίνεται στη θεραπεία θετικά. Πράγματι, ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι σχιζοφρενείς, που αρνούνται την ασθένειά τους, δίνουν στη ζωή τους περισσότερο νόημα, είναι πιο αισιόδοξοι και έχουν λιγότερα παθολογικά συμπτώματα. Αυτό είναι δύσκολο να το αποδεχθούν οι οικογένειες. Ωστόσο, μερικές φορές, στην άρνηση της ασθένειας το μόνο που χρειάζεται να προσδιοριστεί είναι εάν δημιουργείται κάποιο πρόβλημα.

*Βοηθώντας τον ασθενή να αναγνωρίσει την ύπαρξη ή έστω την πιθανότη-*

\* Για περισσότερες λεπτομέρειες για το θέμα, αυτό, ανατρέξτε στην ενότητα “ο νόμος για τη νοσηλεία του ψυχικά ασθενή”, στο παράρτημα αυτού του οδηγού.

τα της ασθένειάς του και άρα τη *συμμόρφωσή* του σε μια θεραπεία, *αυξάνουν* οι πιθανότητες βελτίωσής του. Υπάρχουν *τέσσερα βήματα για να το καταφέρετε*:

*Βήμα 1* : Αρχικά, ακούγοντας την άποψη του ασθενούς δείξτε του ότι συμφωνείτε και υποθέστε, μαζί του, ότι μπορεί να είναι αληθής και αποδεκτή από τρίτους. Για παράδειγμα, αν ο ασθενής λέει “δεν είμαι ασθενής, οι άλλοι είναι ασθενείς και φτιάχνουν αυτές τις ιστορίες για μένα,” μη διαφωνήσετε ευθύς αμέσως μ’ αυτή τη θέση του. Αντίθετα, εσείς πρέπει να σκεφτείτε (αλλά να μην το εκφράσετε στον ασθενή), “άφησέ με να υποθέσω πως αυτή η δήλωση είναι αληθινή. Τώρα, με ποιόν τρόπο μπορεί να είναι αληθινό αυτό;” Αυτός ο τρόπος σκέψης μπορεί να σας βοηθήσει στο έργο αυτής της υπόθεσης, όπου η άρνηση θα πρέπει να αποτελεί μια λογική αντίδραση από την πλευρά του ασθενούς. Μπορείτε να αναγνωρίζετε τα πιστεύω του ασθενούς σαν να αποτελούν μια συγκεκριμένη “θέση,” έστω και παραληρητική, χωρίς βέβαια να χρειάζεται να συναινέσετε σ’ αυτή.

*Βήμα 2* : Προσπαθήστε να αποδείξετε ότι η θέση του ασθενούς δεν είναι τίποτε άλλο από μια απλή άποψη. Αφού θα έχετε κατανοήσει την εξήγηση της άρνησής του, ο στόχος σας θα είναι να αποδείξετε, μαζί μ’ εκείνον, ότι οι άνθρωποι μπορούν να έχουν εύλογες διαφορές στις απόψεις και στις θέσεις τους και επιπλέον, μπορούν να “διαφωνούν με το δικαίωμα και των άλλων στη διαφωνία,” χωρίς να το λαμβάνουν ως προσωπική προσβολή. Συζητήστε θέματα που δεν τρομάζουν (π.χ. πρόσφατα κοινωνικά γεγονότα, αθλητικά, μουσική) και προσπαθήστε να φτάσετε στο συμπέρασμα ότι οι *διαφορετικές απόψεις είναι αποδεκτές και αποτελούν κομμάτι της ζωής*. Μετά, μπορείτε να φέρετε στη συζήτηση το γεγονός ότι *είναι αποδεκτό να διατηρείτε διαφορετικές απόψεις σχετικά με την κατάσταση του πάσχοντα ή την ανάγκη του για θεραπεία*.

*Βήμα 3* : Προωθήστε μια *εναλλακτική πρόταση*. Προτείνετε εναλλακτικές εξηγήσεις μ’ ένα τρόπο που να αφήνει στον ασθενή το περιθώριο να διαφωνήσει, χωρίς να μπει στον κόπο να τσακωθεί μαζί σας, υποστηρίζοντας τις απόψεις του. Πρέπει να καταλάβετε ότι είναι απαραίτητο για τον ασθενή να λάβει ο ίδιος μια θέση άρνησης απέναντι στα συμπτώματά του. Για παράδειγμα, ίσως να αγγίξετε ένα νέο θέμα λέγοντας κάτι, όπως “άλλα άτομα έχουν βρει ότι είναι πιθανό αυτό να αληθεύει για σένα”.

*Βήμα 4* : Προλάβετε κάποιες αποτυχίες. Όταν μετριάζεται η άρνηση του

πάσχοντα, να είστε προετοιμασμένοι για προβλήματα, που τυχόν θα προκύψουν. Συχνά ακολουθεί μια κατάπτωση του ασθενούς ή απελπισία ή και το αίσθημα της αποτυχίας. Μια δύσκολη κατάσταση παρουσιάζεται στην περίοδο, που ο σχιζοφρενής επανακτά την εικόνα του εαυτού του, μετά από μια κρίση. Τότε, μπορεί να εκδηλώσει συναισθήματα απελπισίας σε σημείο που να θέλει να αυτοκτονήσει.

### 3. ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΡΑΣΩ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΡΙΣΗΣ;

Ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο –κατά το οποίο βιώνεται ένας βίαιος αποχωρισμός από την πραγματικότητα – μπορεί να διαρκέσει από λίγες μέρες έως λίγους μήνες, από τη στιγμή που θ' αρχίσουν να παρατηρούν οι άλλοι την ασυνήθιστη συμπεριφορά του ασθενούς. Η κρίση έρχεται μετά από σύντομη προειδοποίηση ή και χωρίς προειδοποίηση.

Κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, ο συγγενής σας θα εμφανίσει κάποια ή όλα τα ακόλουθα συμπτώματα σε έξαρση: ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, διαταραχή σκέψης, διαταραχές στη συμπεριφορά και στα συναισθήματά του, ευερεθιστότητα, διέγερση, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα. Μπορεί να γίνει και βίαιος. Οικογένειες, που έχουν ζήσει αυτές τις κρίσεις, σας προειδοποιούν ότι, όσο και αν προετοιμαστείτε, δεν μπορείτε να προστατευτείτε πλήρως από το σοκ, τον πανικό και το φόβο που θα αισθανθείτε, αν ο ασθενής συγγενής σας είναι σε κρίση. Επιπλέον, πρέπει να καταλάβετε πως ίσως να είναι και ο ασθενής τρομοκρατημένος, όπως κι εσείς, με όλα αυτά: “φωνές” μπορεί να δίνουν απειλητικές διαταγές για τη ζωή του, μπορεί να σέρνονται φίδια στο παράθυρο ή δηλητηριώδη αέρια να γεμίζουν το δωμάτιο. Επιβάλλεται να ζητήσετε, όσο το δυνατόν γρηγορότερα, κάποια ιατρική βοήθεια\* για τον ασθενή και αυτό μπορεί να σημαίνει ίσως και εισαγωγή για νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας. Σε περίπτωση, τώρα, που ο συγγενής σας λαμβάνει ήδη ιατρική βοήθεια, τηλεφωνήστε αμέσως στο γιατρό σας. Ρωτήστε τον τι πρέπει να κάνετε.

#### α) Τι πρέπει να κάνω άμεσα;

- ✓ Προσπαθήστε να διατηρήσετε την ψυχραιμία σας. Κλείστε την τηλεόραση, το ραδιόφωνο.
- ✓ Εάν άλλα άτομα είναι παρόντα, ζητήστε τους να φύγουν από το δωμάτιο. Να μιλάτε ένας – ένας κάθε φορά με τον ασθενή. Προσπαθήστε να πείτε “ας καθίσουμε να συζητήσουμε” ή “ας καθίσουμε και ας κάνουμε ησυχία.” Μιλήστε του αργά και καθαρά όπως σε μια φυσιολογική περίπτωση.

\* να έχετε πάντα στο κινητό σας τηλέφωνο, με το σύστημα της άμεσης κλήσης, τους αριθμούς τηλεφώνων της τοπικής υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και του γιατρού που παρακολουθεί τον ασθενή συγγενή σας, καθώς και το τηλέφωνο 166 του ΕΚΑΒ.

- ✓ Σχολιάστε με απλά λόγια τη συμπεριφορά του που παρατηρείτε: “φοβάσαι / κάνει να φοβάσαι, κ.λπ.” Αποφύγετε την καθοδήγηση, τις κλισέ παρατηρήσεις τύπου: “κάνεις σαν παιδί” ή “νεαρή μου, θα κάνεις ό,τι σου λέω.”
- ✓ Επαναλάβετε τις ερωτήσεις σας ή τις δηλώσεις σας, αν είναι απαραίτητο, χρησιμοποιώντας κάθε φορά τα ίδια λόγια. Μην επαναδιατυπώνετε την ερώτηση με την ελπίδα ότι έτσι θα ξεκαθαρίσετε τα πράγματα.
- ✓ Δώστε στον ασθενή την ελευθερία να έχει κάποιο προσωπικό “χώρο” στο δωμάτιο.
- ✓ Μη στέκεστε πάνω από το κεφάλι του ή μην τον πλησιάζετε πολύ κοντά.

*Πρέπει να καταλάβετε πως κάθε φόρτιση από μέρους σας μπορεί να τον αναστατώσει περισσότερο.*

## **β) Τι πρέπει να αποφύγω;**

- ✓ Μη φωνάζετε. Εάν ο ασθενής δείχνει να μην σας καταλαβαίνει, αυτό μπορεί να οφείλεται στις “άλλες φωνές”, που ίσως είναι πιο δυνατές.
- ✓ Μην ασκείτε κριτική. Ο ασθενής, στο στάδιο που βρίσκεται, δεν είναι σε θέση να απολογηθεί. Μην τον προκαλείτε με τέτοιες ενέργειες.
- ✓ Αποφύγετε τη συνεχή βλεμματική επαφή.
- ✓ Μην κλειδώνετε την εξώπορτα.
- ✓ Μη διαφωνείτε με άλλα άτομα σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε.

Είναι καλύτερο, εάν μπορείτε, να βοηθήσετε να εισαχθεί ο ασθενής σε νοσοκομείο με τη θέλησή του. Αν νομίζετε ότι ο ασθενής σας δε θα σας ακούσει, αναζητήστε κάποιο φίλο που μπορεί να τον πείσει. Ορισμένοι συγγενείς ανακάλυψαν πως το να παρουσιάσουν κάποια εναλλακτική επιλογή στον ασθενή λειτούργησε θετικά: “θέλεις να πας μαζί μου στο νοσοκομείο ή προτιμάς να σε πάει ο Γιάννης;” Μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του αισθήματος ανασφάλειας του ασθενούς. Το να προσφέρουμε κάποιες επιλογές, ανεξάρτητα του πόσο εναλλακτικές είναι, προσδίδει στους ίδιους τους ασθενείς μια αίσθηση ελέγχου της τρομακτικής κατάστασης, στην οποία βρίσκονται.

Πολλοί συγγενείς προειδοποιούν πως, μερικές φορές, μια κρίση μπορεί να περιλαμβάνει και βία. Σε τέτοιες περιπτώσεις, δεν υπάρχει χρόνος για να μιλήσετε με ηρεμία στον ασθενή συγγενή σας ή να τηλεφωνήσετε στον ψυχίατρο για συμβουλές. Επειδή βρίσκεται σ' ένα στάδιο διαφορετικό από την πραγματικότητα, υπάρχει περίπτωση να προσπαθήσει να αντιδράσει απέναντι στην ψευδαίσθησή του, για παράδειγμα, ίσως, να σπάσει ένα παράθυρο. Επίσης, μπορεί να απειλήσει να βλάψει τον εαυτό του ή εσάς ή να καταστρέψει περιουσιακά στοιχεία. Μια μητέρα ανέφερε ότι ο γιος της *“ούρλιαζε συνέχεια ότι ο θεός τον διέταζε να τη σκοτώσει.”*

Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να κάνετε ό,τι είναι απαραίτητο για να προστατεύσετε τον εαυτό σας και τους άλλους (συμπεριλαμβανομένου και του ασθενούς) από οποιαδήποτε σωματική βλάβη. Ίσως, αυτό να σημαίνει πως ο πλέον συνετός τρόπος είναι να αφήσετε τους προλόγους. Η εναλλακτική λύση μπορεί να είναι να ασφαλίσετε τον ασθενή σ' ένα δωμάτιο κατά τη διάρκεια των τηλεφωνημάτων για βοήθεια. Μια τέτοια ενέργεια πρέπει να ακολουθείται μόνο σε συνθήκες σοβαρής έντασης και όταν είστε βέβαιος ότι δεν μπορείτε να κάμετε τίποτε για να αποκαταστήσετε το διάλογο. Όταν συμβαίνει αυτό, πιθανότατα η μόνη επιλογή σας είναι να τηλεφωνήσετε στην αστυνομία. Ίσως, να μην είναι σωστό να οδηγήσετε τον ασθενή μόνι σας στο νοσοκομείο. Αυτό μπορείτε να το κάνετε μόνο, αν έρθει και κάποιος άλλος μαζί σας.

### **γ) Πως μπορώ να βοηθηθώ από τις αστυνομικές αρχές;**

Ορισμένες οικογένειες, κατά τις περιόδους υποτροπής του συγγενούς τους, μας αναφέρουν πως είχαν δισταγμούς να ζητήσουν τη μεσολάβηση της αστυνομίας. Ένωσαν ότι συμπεριφέρονταν στον συγγενή τους όπως σε ένα κοινό εγκληματία, ότι τον παρατούσαν, τον εγκατέλειπαν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις δεν έχουν άλλη επιλογή. Πολλές από τις οικογένειες διαπίστωσαν ότι η χρήση της δήλωσης *“θα καλέσω την αστυνομία”*, ηρεμούσε τον συγγενή τους. Έδινε στο άτομο να καταλάβει πως η συμπεριφορά του δεν μπορούσε πλέον να γίνει ανεκτή. Ένας πατέρας είπε ότι, *“η θέα της αστυνομικής στολής τον βοήθησε να ελέγξει την κατάσταση του γιου του”*. Ωστόσο, ένας άλλος πατέρας, που διαφωνεί μ' αυτήν την τακτική, ανέφερε ότι, *“επειδή η κόρη μου ήταν παρανοϊκή, με τη θέα και μόνο του αστυνομικού στο σπίτι της έκανε σαν να έβλεπε κόκκινο πανί και εξαγριω-*

νόταν περισσότερο”. Θυμηθείτε πως πρέπει να εμπιστευτείτε το ένστικτό σας. Γνωρίζετε το συγγενή σας καλύτερα από τον καθένα και σεις πρέπει να κρίνετε πως θα αντιδράσει στις διαφορετικές τακτικές.

Αν τηλεφωνήσετε στην αστυνομία, εξηγήστε, ότι ο συγγενής σας έχει άμεση ανάγκη για ιατρική βοήθεια και ότι έχει διαγνωσθεί ως σχιζοφρενής (αν όντως έχει γίνει κάτι τέτοιο). Περιγράψτε με συντομία τη συμπεριφορά του (απειλεί, καταστρέφει πράγματα) και δηλώστε ότι χρειάζεστε την παρουσία της για να τον μεταφέρετε στο νοσοκομείο. Να διευκρινίσετε στους αστυνομικούς αν ο συγγενής σας είναι οπλισμένος ή όχι και αν υπάρχουν όπλα στο σπίτι, που μπορεί να χρησιμοποιήσει.

Όταν έλθει η αστυνομία στο σπίτι, πρέπει να είστε προετοιμασμένοι για τις ποικίλες αντιδράσεις του συγγενούς σας. Ορισμένοι αστυνομικοί είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα και γνωρίζουν πώς να χειριστούν ψυχιατρικά περιστατικά. Κάποιοι άλλοι δεν γνωρίζουν ή δεν έχουν εμπειρία σχετικά με την αντιμετώπιση τέτοιου είδους κρίσεων. Ορισμένοι αστυνομικοί μπορεί να είναι πολύ υποβοηθητικοί σε αντίθεση με άλλους που αποδεικνύεται ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν. Ίσως οι αστυνομικοί σας ζητήσουν να συμμετάσχετε στη μεταφορά του ασθενούς βοηθώντας τους. Αυτό που πρέπει να σκεφτείτε, πριν το πράξετε, είναι οι πιθανές συνέπειες αυτής της πράξης σας. Κάποιοι ασθενείς, πιθανόν στο μέλλον, να σας ταυτίζουν, ως προς τις διαθέσεις σας, με τους αστυνομικούς. Όμως, πρέπει να γνωρίζετε ότι η δική σας συναισθηματική κατάσταση μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα, που θα καθορίσει την αντίδραση της αστυνομίας.

Μόλις εμφανιστεί η αστυνομία στο σπίτι σας θα προσπαθήσει να εκτιμήσει την κατάσταση και να αποφασίσει τι πρέπει να γίνει. Όσο χρόνο η αστυνομία είναι παρούσα ίσως να έχετε την ευκαιρία να τηλεφωνήσετε στο γιατρό του για να ζητήσετε συμβουλές. Ενημερώστε τους αστυνομικούς αν ο γιατρός σας έδωσε ειδικές συμβουλές.

Αφού η αστυνομία πάρει τις πληροφορίες που χρειάζεται θα οδηγήσει, το πιθανότερο, το συγγενή σας στα έκτακτα περιστατικά του νοσοκομείου. Αν δεν μπορείτε να πάτε μαζί με την αστυνομία στο νοσοκομείο (παρά το γεγονός ότι η παρουσία σας είναι απαραίτητη) ζητήστε από τους αστυνομικούς να σας τηλεφωνήσουν και να σας ενημερώσουν για το τι επακολούθησε. Σας συνιστούμε, με την πρώτη ευκαιρία, να πάτε στο νοσοκομείο, να αναζητήσετε το συγγενή σας και να μιλήσετε με τους γιατρούς για την κατάστασή του.

#### 4. ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΡΑΣΩ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ;

Ορισμένοι συγγενείς, με τις εμπειρίες που απέκτησαν από τη διαχείριση των προβλημάτων και των συμπεριφορών των σχιζοφρενών, συνέβαλαν στη συγγραφή του βιβλίου οδηγιών της Εθνικής Ένωσης των Ψυχικά Ασθενών των ΗΠΑ. Σας προτείνουν να έχετε έτοιμο ένα σχέδιο δράσης για περιπτώσεις κινδύνου. Έτσι, θα πρέπει να:

- ✓ έχετε πρόχειρο έναν κατάλογο με τηλέφωνα του ψυχιάτρου, των ψυχιατρικών υπηρεσιών του τόπου σας και της αστυνομίας.
- ✓ έχετε ρωτήσει τον ψυχίατρο, που παρακολουθεί τον ασθενή, σε ποια ψυχιατρική υπηρεσία θα απευθυνθείτε σε περίπτωση κινδύνου.
- ✓ γνωρίζετε ποια μέλη της οικογένειάς σας και ποιους φίλους εμπιστεύεται ο συγγενής σας σε ώρα ανάγκης.
- ✓ έχετε αποφασίσει ποιος θα φροντίσει άλλα μέλη της οικογένειάς σας, που κι εκείνα έχουν ανάγκη την παρουσία σας.
- ✓ έχετε μάθει πού μπορείτε να απευθυνθείτε τηλεφωνικά για υποστήριξη, οποιαδήποτε στιγμή το έχετε ανάγκη.
- ✓ έχετε σκεφθεί ποια λόγια θα χρησιμοποιήσετε για να εξηγήσετε την κατάσταση στο τοπικό αστυνομικό τμήμα για να ζητήσετε βοήθεια.
- ✓ ξέρετε πως μια κρίση μπορεί να είναι λιγότερο τρομακτική για τον ασθενή συγγενή σας, αν από πριν του έχετε εξηγήσει τι πρέπει να κάνει κι εκείνος σε μια τέτοια περίπτωση.



# Γ. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

## Ι. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### Πού θα απευθυνθώ για να αναζητήσω ιατρικές συμβουλές;

Όταν αποφασίσετε να κλείσετε ραντεβού με κάποιο γιατρό, γιατί έχετε διαπιστώσει ορισμένες παράδοξες ψυχικές εκδηλώσεις και κάποια ιδιάζουσα συμπεριφορά ενός μέλους της οικογένειάς σας, υπάρχουν διάφορα πράγματα που μπορείτε να κάνετε για να αποφορτισθεί η κατάσταση και να γίνει πιο ανεκτή για όλους. Πρώτα απ' όλα, πρέπει να ξέρετε ότι ο συγγενής μπορεί να μη θέλει να επισκεφτεί το γιατρό. Υπάρχει πιθανότητα πραγματικά να μη γνωρίζει ότι οι εκδηλώσεις του και η συμπεριφορά του δεν είναι φυσιολογικές. Η έλλειψη παραδοχής ότι κάτι το παθολογικό του συμβαίνει, μπορεί να προκαλέσει στο συγγενή σας την άρνησή του να επισκεφθεί ένα γιατρό. Από την άλλη πλευρά, αν πράγματι αντιλαμβάνεται ο συγγενής σας πως κάτι δεν πηγαίνει καλά με τις σκέψεις του και τα αισθήματά του, είναι πιθανό να περνά επί εβδομάδες ή και μήνες ένα στάδιο σύγχυσης και φόβου, στην προσπάθειά του να καταλάβει από μόνος του το πρόβλημα και να το αντιμετωπίσει.

Έτσι, όταν του προτείνετε την ανάγκη να πάρει κάποια ιατρική συμβουλή, κάντε το όσο πιο απλά μπορείτε, χωρίς να δείχνετε ότι το μόνο που του προσφέρετε είναι απλά παρηγοριά.

Αποφύγετε να επιβεβαιώσετε τους φόβους του. Μην είστε εκθρικοί και μην του κάνετε παρατηρήσεις του τύπου “είσαι πολύ παράξενος τώρα τελευταία” ή “γιατί ενεργείς έτσι;” ή “είσαι ανόητος και τεμπέλης,” γιατί αποξενώνετε ακόμη περισσότερο το συγγενή σας. Είναι, επίσης, λάθος να λέτε ο,τιδήποτε επιτρέπει τον ασθενή να νιώσει πως έχετε σχολιάσει τη συμπεριφορά του πίσω από την πλάτη του, όπως *“συζητήσαμε όλοι μαζί σχετικά με την παράξενη συμπεριφορά σου και συμφωνήσαμε πως είναι ανάγκη να δεις κάποιο γιατρό.”* Δεν θα βοηθήσει, ακόμη, αν του το ζητήσετε επικαλούμενοι τα αισθήματα και τις απόψεις των άλλων μελών της οικογένειας, όπως *“η συμπεριφορά σου αναστατώνει τη μητέρα σου”* ή *“ο πατέρας σου είναι πολύ θυμωμένος μαζί σου.”*

Είναι χρήσιμο σ’ αυτές τις περιπτώσεις να επικεντρώσετε τα λόγια της προτροπής σας πάνω σ’ ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα, όπως η αδυναμία του να κοιμηθεί, η έλλειψη ενέργειας ή η θλίψη και το κλάμα του. Μπορείτε να πείτε π.χ. κάτι, όπως *“ξέρω πως δεν κοιμήθηκες καλά τη νύχτα και είσαι πολύ κουρασμένος κατά τη διάρκεια της ημέρας. Γιατί δεν κλείνεις ένα ραντεβού μ’ ένα γιατρό;”* Σ’ αυτή την περίπτωση, ο γιατρός μπορεί να εκληφθεί ως κάποιος που μπορεί να βοηθήσει παρά σαν δικαστής που θα κρίνει.

Αν ο συγγενής σας δεχθεί να συναντήσει ένα ιδιώτη γιατρό, ζητήστε από τη γραμματέα του δεύτερου να σας κλείσει ραντεβού την ίδια μέρα, ώστε να μην περιμένετε στην αίθουσα αναμονής πιεζόμενοι χρονικά και με το συγγενή σας να αδημονεί.\* Αφού κλείσετε το ραντεβού, ζητήστε από τη γραμματέα του γιατρού να σημειώσει το λόγο για τον οποίο τον ζητάτε και περιγράψτε σε γενικές γραμμές τις ανησυχίες σας, όσο πιο ξεκάθαρα γίνονται.

Αν ο συγγενής σας δεν δέχεται να επισκεφθεί κάποιο γιατρό, τότε εσείς πρέπει να κλείσετε ένα ραντεβού για να τον επισκεφθείτε μόνοι σας και να συζητήσετε μαζί του το πρόβλημα. Μετά τη συνομιλία σας με τον ειδικό, ίσως έχετε τη δυνατότητα, με τις συμβουλές του, να πείσετε πλέον το συγγενή σας να πάει σε κάποιο ραντεβού.

Αν έχετε πετύχει να τον πείσετε να ζητήσει κάποια ιατρική συμβουλή, πρέπει να γνωρίζετε πως η πρώτη επίσκεψη μπορεί να μην προσφέρει

\* Σε κάποιες δημόσιες ψυχιατρικές υπηρεσίες είναι δυνατό να κλείσετε ραντεβού με το γιατρό της επιλογής σας.

λύσεις ή απαντήσεις στο πρόβλημα. Οικογένειες, που έχουν περάσει αυτή την εμπειρία, ομολόγησαν πως είχαν την ελπίδα ότι όλα θα τέλειωναν εδώ, πως η επίσκεψη στον ειδικό θα τα “θεράπευε όλα με μιας”. Απογοητεύθηκαν, όταν φάνηκε να μη γίνεται τίποτε. Εσείς μην απογοητευτείτε. Συνεχίστε τις προσπάθειες για να πετύχετε τους στόχους σας.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης σε ένα γιατρό, ο συγγενής σας είναι σπάνιο να εμφανίσει τη συμπεριφορά που σεις είχατε παρατηρήσει και σας είχε ανησυχήσει τις προηγούμενες μέρες. Μερικοί άνθρωποι, όταν μιλούν σ’ ένα γιατρό, το βρίσκουν πολύ αγχωτικό και σιωπούν. Πολλοί σχιζοφρενείς έχουν αναφέρει ότι, πέρα από αυτά, κατά τη διάρκεια της επίσκεψης σε κάποιον ειδικό επαγγελματία ψυχικής υγείας αισθάνονταν το μυαλό τους κενό.

Μετά την πρώτη επίσκεψη, ζητήστε εκ νέου ραντεβού από το γιατρό, για να τον ενημερώσετε πληρέστερα και με τη σειρά σας να ενημερωθείτε εκτενέστερα για όσα συμβαίνουν στο συγγενή σας. Από δω και πέρα, σε σας απομένει να τηρήσετε κατά γράμμα τις συμβουλές του. Να θυμάστε όμως ότι είναι δικαίωμά σας να ζητήσετε και μια δεύτερη γνώμη, ακολουθώντας την ίδια διαδικασία. Κανείς δεν θα σας μεμφθεί γι’ αυτό.

Όταν βεβαιωθείτε από τα λόγια των γιατρών ότι όντως υπάρχει πρόβλημα με την ψυχική υγεία ενός μέλους της οικογένειάς σας, διαλέξτε μόνον έναν απ’ αυτούς, αυτόν που εμπιστεύεστε και συνεργασθείτε στενά μαζί του, για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα του συγγενούς σας.

### **Τι ισχύει με το ιατρικό απόρρητο;**

Αργά ή γρήγορα, όλες οι οικογένειες συναντούν το νομικό και ηθικό θέμα του ιατρικού απορρήτου το οποίο αποτελεί μια βασική αρχή στην άσκηση της ιατρικής επιστήμης. Η νομοθεσία που ισχύει σήμερα στην Ελλάδα, σχετικά με το ιατρικό απόρρητο, είναι αντικρουόμενη. Πολλές φορές, η δημόσια διοίκηση αλλά και ορισμένοι συγγενείς καταπατούν στοιχειώδη ατομικά δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

Οι πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή, συνήθως, δεν συζητούνται παρά μόνο με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, εκτός αν ο συγγενής έχει δώσει τη συγκατάθεσή του. Εξάιρεση γίνεται όταν ο ασθενής είναι ανήλικος ή θεωρείται νοητικά υστερημένο άτομο.

Είναι φυσικό για τους συγγενείς να θέλουν να μάθουν όσο περισσότερα μπορούν για την κατάσταση του ασθενούς, ώστε να προσφέρουν τη μεγαλύτερη δυνατή βοήθεια. Οι γιατροί το γνωρίζουν αυτό αλλά τα χέρια τους είναι δεμένα, αν δεν έχει δοθεί η συγκατάθεση του ασθενούς. Η ιδανική λύση είναι να δώσει ο ασθενής, αν είναι “πνευματικά” υγιής, στο γιατρό γραπτή εξουσιοδότηση ώστε ο δεύτερος να μπορεί να μιλήσει στους συγγενείς. Αν ο ασθενής σας δεν θέλει να δώσει τη συγκατάθεσή του ρωτήστε το γιατρό του αν υπάρχει κάτι που μπορείτε να κάνετε, ώστε να τον βοηθήσετε να δώσει την έγκρισή του. Να θυμάστε πως ο γιατρός μπορεί να παραβεί τον κανόνα αν διαπιστώσει ότι υπάρχει κίνδυνος σωματικής βίας από μέρους του ασθενούς.

Ορισμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κρίνουν απαραίτητο να παρακολουθήσετε κάποιες ομαδικές συνεδρίες υγείας ή συσκέψεις μαζί με τον ασθενή και έτσι θα πάρετε κάποιες πληροφορίες, για την κατάσταση της υγείας του. Αυτό είναι μια εναλλακτική λύση, καθώς ο ασθενής μπορεί να προτιμά αυτή την προσέγγιση παρά να υπογράψει εξουσιοδότηση για την άρση του ιατρικού απορρήτου.

Ο γιατρός και οι συνεργάτες του, συνήθως, απευθύνονται στους συγγενείς για να συλλέξουν οποιεσδήποτε πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή. Είναι στην κρίση του γιατρού, αν οι πληροφορίες που του δίνονται θα γίνουν γνωστές στον ασθενή. Να είστε βέβαιοι ότι, ο τρόπος που θα το κάνει αυτό, αποσκοπεί στο να ενδυναμώσει τη θεραπευτική του σχέση με τον ασθενή.

### **Γιατί οι συγγενείς πρέπει να κρατούν ημερολόγιο των συμβαινόντων;**

Τώρα που ξεκινήσατε τη διαδικασία για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα ψυχικής υγείας του συγγενούς σας, σας συμβουλεύουμε να κρατάτε ημερολόγιο-αρχείο σχετικά με τη συμπεριφορά του και τους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων, που κάνετε (κάθε φορά) εσείς και οι άλλοι, κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Καταγράψτε μόνο σπουδαία γεγονότα. Αυτό, ασφαλώς, χρειάζεται προσπάθεια για να γίνει, ωστόσο, αξίζει τον κόπο. Το δικό σας αρχείο μπορεί να βοηθήσει, όταν ο γιατρός αναζητά νέες πληροφορίες για τον ασθενή ή όταν αλλάξετε γιατρό. Επίσης, μπορεί, μ’ αυτό τον τρόπο, να κρατήσετε καθαρά στο μυαλό σας κάθε τι το σχετι-

κό με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπευτική αγωγή, που έχει ακολουθηθεί μέχρι τώρα.

Το ημερολόγιο-αρχείο πρέπει να είναι ακριβές ως προς τις καταγραφές και τα γεγονότα να γράφονται με σειρά. Να αποφεύγετε ασαφείς εκφράσεις και περιγραφές χωρίς συνοχή. Οι εμπειρίες, μας οδηγούν να σας υποδείξουμε να περιγράφετε με τρόπο απλό τα γεγονότα, σχηματίζοντας ένα πίνακα συμπεριφορών που παρατηρήσατε. Αποφεύγετε να τις σχολιάζετε. Για παράδειγμα, εάν πείτε πως ο Κώστας αρνείται να πλυθεί και φορά τα ίδια ρούχα κάθε μέρα, έχετε παρατηρήσει μια συμπεριφορά. Αυτό είναι περισσότερο χρήσιμο από το να πείτε πως ο Κώστας δείχνει απαίσιος. Ένα άλλο παράδειγμα, εάν πείτε πως η Μαρία κλαίει κάθε βράδυ για μια ώρα τουλάχιστον, έχετε παρατηρήσει μια συμπεριφορά. Αυτό, πάλι, είναι πιο χρήσιμο σαν πληροφορία για το γιατρό από το “Η Μαρία δείχνει τόσο θλιμμένη”. Καταγράψτε τις λεπτομέρειες της υπό παρατήρηση συμπεριφοράς, αναφέροντας τη μέρα, το χρονικό διάστημα και τη διάρκειά της. Να κρατάτε επίσης, ένα αρχείο για τα ραντεβού σας με το γιατρό και αντίγραφα απ’ όλα τα πιστοποιητικά και τις συνταγές φαρμάκων, που σας έχουν χορηγηθεί.

Κρίνεται απαραίτητο να διατηρείτε το αρχείο σας απόρρητο και να το χρησιμοποιείτε με ιδιαίτερη σύνεση, όταν και όπου χρειάζεται. Επιπλέον, εάν ο συγγενής σας έχει τάσεις παρερμηνείας και παρανοϊκότητας, η γνώση και μόνο ότι διατηρείτε αρχείο μπορεί να τον πείσει ότι τον κατασκοπεύετε. Κάποιες οικογένειες διαπίστωσαν πως είναι χρήσιμο να εμπλέκουν και τους συγγενείς τους στην καταγραφή των πληροφοριών. Αυτό το επικροτούμε. Ενθαρρύνετε το συγγενή σας να καταγράφει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του σε ημερολόγιο, που θα κρατά ο ίδιος. Απ’ αυτό θα αντληθούν χρήσιμες πληροφορίες, για να καταστρωθεί το πρόγραμμα μιας εξατομικευμένης ολιστικής παρέμβασης.

### **Πώς γίνεται η εισαγωγή σε Νοσοκομείο και ποια είναι η σχετική Νομοθεσία;**

Οι εισαγωγές, στο τοπικό γενικό νοσοκομείο ή σε ιδιωτική κλινική υπάγονται σε διατάξεις του Νομού περί ψυχικής υγείας (Νομ.2071/92)\*. Στο Νόμο αυτό, γίνεται διάκριση μεταξύ εκούσιας και μη εκούσιας νοσηλείας.

\* Τα σχετικά άρθρα του νόμου αυτού υπάρχουν στο παράρτημα αυτού του βιβλίου

Η εκούσια νοσηλεία βασίζεται, συνήθως, σε ένα αίτημα του ασθενούς μετά από τις συστάσεις του γιατρού του. Από την άλλη, η μη εκούσια νοσηλεία γίνεται χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς για την αποκατάσταση της υγείας του τελευταίου.

Ο γιατρός σας θα σας εξηγήσει τα σχετικά με το νόμο και τις προϋποθέσεις νοσηλείας. Εάν δεν το κάνει, ζητήστε το. Άλλες πηγές πληροφόρησης είναι ο δικηγόρος σας, η εισαγγελία των δικαστηρίων ή κάποιος άλλος τοπικός φορέας ψυχικής υγείας ή κάποια οικογενειακή ομάδα αυτοβοήθειας. Επίσης, μπορείτε να λάβετε βοηθητικά φυλλάδια σχετικά με τη νομοθεσία περί ψυχικής υγείας και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών από τοπικούς φορείς ψυχικής υγείας ή από τις ανάλογες τοπικές δημόσιες και μη υπηρεσίες (ένας κατάλογος τέτοιων υπηρεσιών υπάρχει στο παράρτημα του οδηγού).

Σε κατάσταση κρίσης είναι φυσικό να περιμένετε ο ασθενής συγγενής σας να εισαχθεί στο νοσοκομείο, αν όχι με τη θέλησή του, τότε ακούσια. Ίσως, ο συγγενής σας αρνηθεί να εισαχθεί και ο ψυχίατρος να μη συστήσει την ακούσια νοσηλεία. Υπενθυμίστε του ευγενικά, τόσο τα δικαιώματα του ασθενούς ως πολίτη, όσο και τις ευθύνες εκείνου, ως γιατρού. Δώστε του να καταλάβει ότι δεν επιθυμείτε να απαλλαγείτε από τον ασθενή αλλά μεριμνάτε από αγάπη και καθήκον για την αποκατάσταση της υγείας του.

Αν δεν μπορείτε να παρευρίσκεστε στο νοσοκομείο κατά την εξέταση του συγγενούς σας, που βρίσκεται σε κρίση είναι πιθανό να αφήσουν το συγγενή σας να φύγει πριν σας ειδοποιήσουν. Σε περίπτωση που δεν εισαχθεί ο συγγενής σας, οι οικογένειες που έχουν βιώσει τέτοιες εμπειρίες, σας προτείνουν να σκεφτείτε άλλες δράσεις, όπως η προσφυγή στον εισαγγελέα, στον ιατρικό σύλλογο, στη διοίκηση του νοσοκομείου.

### **Είναι πάντα απαραίτητη η νοσοκομειακή περίθαλψη;**

Όχι. Δεν είναι πάντα απαραίτητη. Πολλοί ασθενείς μπορούν επαρκώς να φροντίζονται ως περιπατητικοί, διαμένοντας στο σπίτι τους. Το αν απαιτείται ή όχι νοσηλεία σε κάποια ψυχιατρική δομή θα το κρίνει ο ψυχίατρος, που έχει αναλάβει την περίπτωση του συγγενούς σας.

#### 1. Τι πρέπει να ξέρω για τη νοσηλεία:

Ο ψυχίατρος ή ο γιατρός του συγγενούς σας μπορεί να συστήσει νοσηλεία, μετά από την εκτίμηση της κατάστασής του, όταν για πρώτη φορά

εκδηλωθεί η ασθένεια ή μετά από υποτροπή. Πιθανόν μια εισαγωγή να γίνει μετά από μια οξεία διέγερση και να είναι οι αστυνομικές αρχές ή το ΕΚΑΒ που οδήγησαν στο νοσοκομείο το συγγενή σας. Το αν και πού πρέπει να νοσηλεύεται ο σχιζοφρενής είναι ένα μεγάλο θέμα. Χωρά πολλή συζήτηση αλλά δεν μπορεί να αναλυθεί στις σελίδες αυτού του πρακτικού οδηγού. Εσείς θα πρέπει να θυμάστε ότι μπορεί να γίνει στην Ψυχιατρική κλινική του τοπικού δημόσιου Γενικού Νοσοκομείου (αν διαθέτει η περιοχή σας) ή σε τοπική ψυχιατρική ιδιωτική κλινική ή και στο πιο κοντινό δημόσιο ψυχιατρείο, σε σχέση με το μέρος που ζείτε, αν δεν υπάρχουν οι δυο πρώτες ψυχιατρικές δομές.

*Διαλέξτε πάντα τη δομή νοσηλείας, που βρίσκεται πλησιέστερα στον τόπο διαμονής σας. Αυτό είναι σημαντικό για τη συνέχιση της φροντίδας στο μέλλον.*

Η διαθεσιμότητα ενός κρεβατιού μπορεί να καθορίσει την εισαγωγή ή όχι του συγγενούς σας στο ψυχιατρικό τμήμα κάποιου γενικού νοσοκομείου ή στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική ή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Το πρώτο, συνήθως, προσφέρει στον ασθενή ένα ευρύτερο πλέγμα υποστηρικτικής θεραπείας και κάποια συμβουλευτικά προγράμματα. Πέραν τούτου, αν ο ασθενής αντιμετωπίζει και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας, εκτός από τη σχιζοφρένεια, τότε ένα γενικό νοσοκομείο θεωρείται το πιο κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον. Παράλληλα, ίσως ο ασθενής ανακαλύψει πως σ' ένα περιβάλλον με θεραπευτικά πλαίσια μπορεί να λειτουργήσει καλύτερα, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια της νοσηλείας του. Σε ορισμένες καταστάσεις, μπορεί να υπάρξουν, αν οι εξελίξεις το επιβάλλουν, κάποιες μετακινήσεις από το ένα νοσοκομείο στο άλλο, ώστε να καλυφθούν οι οποιοσδήποτε ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς.

Ορισμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δίνουν μεγάλη έμφαση στην ανάγκη για κλειστή νοσηλεία παρά στην περιπατητική και τούτο, για να υπάρξει χρόνος για πληρέστερη παρατήρηση και ορθή διάγνωση. Το περιβάλλον του νοσοκομείου επιτρέπει τη συνεχή παρατήρηση και εξέταση, που συντελούν στο σχηματισμό μιας ολοκληρωμένης εικόνας για την κατάσταση του ασθενούς.

Όταν ο συγγενής σας εισαχθεί στο νοσοκομείο, φροντίστε να παραδώσετε για ασφάλεια τα χρήματά του και άλλα ατομικά του είδη στην προϊσταμένη της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Ας τα φυλάσσει εκείνη έως ότου πάρει εξιτήριο ο συγγενής σας. Ορισμένες οικογένειες προτείνουν να φτιάξετε μια λίστα με όλο το ρουχισμό και τα άλλα προσωπικά είδη του συγγενούς σας, που θα χρειαστεί μέσα στο νοσοκομείο. Αυτό θα βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό στη φύλαξη και επιπλέον, αποτελεί εγγύηση ενάντια σε πιθανές παρεξηγήσεις.

Μετά την εισαγωγή του συγγενούς σας στο νοσοκομείο, θα γίνουν οι απαραίτητες ψυχιατρικές και γενικές ιατρικές εξετάσεις. Εάν είστε μαζί του στο νοσοκομείο, πολύ πιθανόν να σας πάρουν μια συνέντευξη. Εάν δε γίνει αυτό, μπορείτε να το ζητήσετε. Ο σκοπός των συνεντεύξεων και κάποιων ψυχολογικών εξετάσεων είναι για να τεθεί ή να επιβεβαιωθεί η διάγνωση (εάν ήδη έχει γίνει από το γιατρό του συγγενούς σας). Η διάγνωση θα καθορίσει την κατάλληλη θεραπεία και βάσει αυτής θα αποφασιστεί εάν και για πόσο χρόνο ο ασθενής πρέπει τελικά να αντιμετωπιστεί ως εσωτερικός ασθενής του νοσοκομείου.

Επιπλέον, η εκτίμηση των γιατρών επιτρέπει να ληφθεί μια απόφαση σχετικά με την πνευματική κατάσταση του ασθενούς. Εάν ο συγγενής σας θεωρηθεί πνευματικά ανεπαρκής, δημιουργείται η ανάγκη να τον υποκαταστήσει κάποιος άλλος στη λήψη αποφάσεων. Ένα άτομο θεωρείται πνευματικά επαρκές *“όταν έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει τη φύση της ασθένειάς του, για την οποία έχει συστηθεί θεραπεία και να είναι σε θέση να εκτιμήσει τις περιστάσεις, ώστε να δώσει ή όχι τη συγκατάθεσή του για ο,τιδήποτε χρειάζεται”*.

Σε περιπτώσεις που ο ασθενής έχει περιουσιακά στοιχεία, μπαίνει πάλι το θέμα της πνευματικής ικανότητάς του για να τα διαχειρίζεται. Ίσως χρειασθεί να του εξασφαλισθεί ένας εντολοδόχος, ο οποίος θα μπορεί να παίρνει αποφάσεις για τις οικονομικές του υποθέσεις. Για το θέμα αυτό θα πρέπει να συμβουλευθείτε το δικηγόρο σας. Προς το παρόν, ο όρος “πνευματική επάρκεια” τυγχάνει ιδιαίτερου ενδιαφέροντος και πάντως, κατά την άποψή μας, πρέπει να γίνουν σημαντικές αλλαγές στον τομέα αυτό της νομοθεσίας περί ψυχικής υγείας και αστικών δικαιωμάτων.

## 2. Πώς θα συνδράμω στη νοσηλεία του συγγενούς μου;

Κύριος στόχος σας, κατά τη διάρκεια της κλειστής νοσηλείας του συγ-



γενούς σας, θα πρέπει να είναι η εγκαθίδρυση ουσιαστικής επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι περισσότεροι συγγενείς φτάνουν στο νοσοκομείο σε μια κατάσταση πανικού και σοκ, ενώ θέλουν να μάθουν τι συμβαίνει και τι θα γίνει στο μέλλον με τον ασθενή. Επιπλέον, δεν καταλαβαίνουν και δεν μπορούν να τα βγάλουν εύκολα πέρα με τις γραφειοκρατικές διαδικασίες του νοσοκομείου.

Οικογένειες, που έχουν βιώσει τέτοιου είδους εμπειρίες, καταθέτουν πως είναι πολύ σημαντικό να θυμάστε το λόγο, για τον οποίο είστε στο νοσοκομείο. *Ήλθατε για να ζητήσετε βοήθεια για το συγγενή σας.* Για να βοηθηθείτε, ακολουθήστε τις παρακάτω υποδείξεις:

**1. Κρατήστε ένα αρχείο με όλα όσα θυμάστε για την περίπτωση.**

Σημειώστε τις ερωτήσεις που κάνετε, τις απαντήσεις που λαμβάνετε, τα ονόματα και τα τηλέφωνα του προσωπικού που φροντίζει το συγγενή σας. Κρατήστε αρχείο σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή που του παρέχεται, καταγράφοντας την ημέρα και τις ώρες. Κρατήστε αντίγραφα από την αλληλογραφία που στέλνετε, καθώς και όλες τις βεβαιώσεις και τα πιστοποιητικά που λαμβάνετε από το νοσοκομείο.

**2. Να ξέρετε πως οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκονται εκεί για να βοηθήσουν το συγγενή σας.**

Πρέπει, λοιπόν, να καταλάβετε πως αποτελεί κύρια ευθύνη τους η υγεία του συγγενούς σας και εσείς πρέπει να είστε έτοιμοι να κάνετε ό,τι είναι δυνατόν για να τους βοηθήσετε. Κοιτάξτε αν μπορείτε να δημιουργήσετε μια σχέση συνεργασίας ανάμεσα σ' εσάς, το συγγενή σας, τον ψυχίατρο και το νοσηλευτικό προσωπικό που τον παρακολουθεί.

**3. Μάθετε το όνομα του ψυχιάτρου, που έχει αναλάβει το συγγενή σας, της ψυχιατρικής νοσοκόμας και του κοινωνικού λειτουργού.**

Τα πρόσωπα αυτά είναι υπεύθυνα για τη θεραπεία του συγγενούς σας. Πρέπει να έχετε τη δυνατότητα να τους τηλεφωνείτε και να συζητάτε μαζί τους, εάν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις και ανησυχίες. Όμως, ο αριθμός

των πληροφοριών, που θα σας δώσουν, ίσως είναι περιορισμένοι εξαιτίας του ιατρικού απορρήτου. Κατανοήστε, λοιπόν, τη θέση τους.

**4.** Να είστε ευγενικοί και υποστηρικτικοί, όταν μιλάτε στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Χρησιμοποιείτε προτάσεις του τύπου “βοηθήστε με, σας παρακαλώ”, “πείτε μου, σας παρακαλώ, πού μπορώ να πάρω πληροφορίες σχετικά με...”.

**5.** Ζητήστε μια συνάντηση με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό, που έχουν αναλάβει το συγγενή σας.

Στην πρώτη συνάντηση, προσπαθήστε να γνωριστείτε μαζί τους. Σε επόμενες συναντήσεις, πηγαίνετε προετοιμασμένοι με μια λίστα από ερωτήσεις. Δώστε τους να καταλάβουν ότι προσφέρεστε να τους δώσετε οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με τον ασθενή.

**6.** Να είστε πάντα μέσα στο θέμα σ’ αυτές τις συζητήσεις.

Ζητήστε ειδικές πληροφορίες. Μερικά παραδείγματα: Ποια είναι τα ιδιαίτερα συμπτώματα για τα οποία πρέπει να ανησυχείτε; τι υποδηλώνουν αυτά; πώς μπορείτε εσείς να τα παρακολουθήσετε; ποια είναι η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στον ασθενή και πόσο συχνά; ποιες είναι οι δόσεις; υπήρξαν παρενέργειες; τι έχει γίνει για την αντιμετώπισή τους;

**7.** Ζητήστε διευκρινήσεις σε όλες τις απαντήσεις που σας δόθηκαν. Μην χρησιμοποιείτε ακαταλαβίστικη γλώσσα και μη ζητάτε ασαφείς πληροφορίες.

**8.** Εάν ο ψυχίατρος είναι πολύ απασχολημένος για να σας μιλήσει, γράψτε όλα όσα θέλετε να τον ρωτήσετε ή να του πείτε (υπό μορφή λίστας) και παραδώστε το γράμμα στη νοσηλευτική υπηρεσία.

**9.** Σκεφτείτε αν θέλετε να παίρνετε μαζί σας, στις επισκέψεις σας στο νοσοκομείο, ένα φίλο ή συγγενή, ο οποίος δεν έχει εμπλακεί άμεσα στο πρόβλημα.

Το πρόσωπο αυτό μπορεί να αποτελεί ήρεμη και λογική παρουσία, στην περίπτωση που εσείς είστε πλημμυρισμένοι από συναισθηματική φόρτιση.

**10.** Γίνετε μέλος της τοπικής ομάδας γονέων σχιζοφρενών ασθενών.

Όταν όλοι οι άλλοι μπορεί να έχουν αποτύχει, η βοήθεια αυτής της ομάδας, πιθανόν, να σας δώσει τη δυνατότητα να ξεφύγετε από τη γραφειοκρατία του νοσοκομείου και να λάβετε απαντήσεις.

Υπάρχουν, όμως, και ορισμένες *πράξεις* και *ενέργειες*, που καλό είναι να *αποφεύγετε*, όπως:

1. Μην είστε αγενείς. Μην αφήνετε τους φόβους και τα άγχη σας να μετατρέπονται σε θυμό. Μην προσεγγίζετε την κατάσταση με “το ζωνάρι σας λυμένο για καβγά”. Ο εχθρός είναι η ασθένεια του συγγενούς σας και όχι το νοσηλευτικό προσωπικό.
2. Μην ενοχλείτε το προσωπικό με άσκοπες, ιδιαίτερες ή υπερβολικές απαιτήσεις.
3. Μην κάνετε μακράς διάρκειας τηλεφωνήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό για λεπτομέρειες.
4. Μην επιτρέπετε στον εαυτό σας να τρομοκρατηθεί. Μην προσπαθείτε να τρομοκρατήσετε το προσωπικό του νοσοκομείου.
5. Μην αργοπορείτε στα ραντεβού σας. Εάν τα ραντεβού σας ακυρώνονται κατ’ επανάληψη, ζητήστε να μάθετε το γιατί από το Διευθυντή της κλινικής.

Συγγενείς ασθενών, που τους ζητήσαμε τις απόψεις τους για καλύτερη συνεργασία, μας κατέθεσαν τις παρακάτω προτάσεις, σχετικά με τις ενέργειες που *οφείλετε* να κάνετε, ώστε να *βοηθήσετε* το δικό σας συγγενή κατά την *παραμονή* του στο νοσοκομείο.

1. Εξοικειωθείτε με τη ρουτίνα του τμήματος του νοσοκομείου.
2. Συζητάτε ο,τιδήποτε συμβαίνει με το συγγενή σας. Ενημερώστε τον για όλες τις ενέργειες που έχετε κάνει, στην προσπάθειά σας να λάβετε μεγαλύτερη βοήθεια.
3. Σεβαστείτε τις επιθυμίες του συγγενούς σας. Αν, για παράδειγμα, δείχνει να αναστατώνεται από τις πολώρες οικογενειακές συναντήσεις, κάνετε τις επισκέψεις σας σύντομες και μοιραστείτε τις με άλλους συγγενείς και φίλους.
4. Μην υπονομεύετε το προσωπικό, μην επικρίνετε κάποια μέλη του.
5. Μην επικρίνετε τα εκπαιδευτικά προγράμματα ή τα προγράμματα δραστηριοτήτων.
6. Εξετάστε τα παράπονα του συγγενούς σας ρεαλιστικά. Ενεργήστε για κείνα που δείχνουν να είναι αληθινά και όχι φανταστικά.
7. Κάντε ό,τι είναι δυνατόν, για να δώσετε στο συγγενή σας να καταλάβει ξεκάθαρα πως είναι απαραίτητη αυτή η περίοδος νοσηλείας του στο νοσοκομείο.

Εάν αισθάνεστε ότι δεν φέρονται καλά στο συγγενή σας ή ότι δεν λαμβάνει επαρκή φροντίδα και αν αποτύχουν οι ευγενικές σας προσεγγίσεις προς τους ανθρώπους που τον φροντίζουν, για να διαλυθούν οι ανησυχίες σας, μπορείτε να συζητήσετε το θέμα με τον Διευθυντή της κλινικής.

#### **▣ Πού και πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται το πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο;**

Οι απόψεις για το πού και πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται το πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο δίστανται ανάμεσα στην ανάγκη άμεσης νοσηλείας του ασθενούς σε ψυχιατρικό περιβάλλον και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ως περιπατητικού ασθενούς.

Η επιλογή ή μη της κατάλληλης ψυχιατρικής δομής για άμεση νοσηλεία του ασθενούς, που εκδηλώνει για πρώτη φορά σχιζοφρενικό επεισόδιο, εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, όπως:

- ο τύπος των προβλημάτων που θέτει η ίδια η νόσος,
- οι επιθυμίες του ασθενούς και των συγγενών του,
- τα αναμενόμενα πλεονεκτήματα από μια εντατική θεραπεία σε ψυχιατρική δομή,

- η αποφυγή των μειονεκτημάτων από μια ενδεχόμενη θεραπεία σε νοσοκομείο.

Εντέλει, τα προσδοκώμενα αποτελέσματα πρέπει να σταθμίζονται πάντοτε προς τις μη επιθυμητές συνέπειες.

Η επιλογή μεταξύ νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης ενός πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου γίνεται, μόλις κατασταλάξουμε στην αρχική διάγνωση. Προς τούτο, ο γιατρός που θα αναλάβει το περιστατικό οφείλει να απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα:

1. Ποια η σοβαρότητα της πάθησης, σε τι πρέπει να εστιαστεί η θεραπεία;
2. Τι θέλει ο ασθενής;
3. Πότε πρέπει να αρχίσει μια εντατική θεραπεία;
4. Ποια μπορεί να είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά μιας επιθυμητής νοσοκομειακής θεραπείας;

Οι απόψεις μας σ' αυτά τα ερωτήματα εκτίθενται σύντομα στη συνέχεια. Ένα πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο συνοδεύεται, συχνά, από σοβαρή αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς. Αυτό μπορεί να αποβεί καταστρεπτικό για τους ίδιους τους ασθενείς, για τις σχέσεις τους με τρίτους, τις ασχολίες τους και τις προοπτικές τους. Οι ασθενείς τείνουν να αγνοήσουν την πάθησή τους, να την ελαχιστοποιήσουν και η συνυπάρχουσα, συνηθέστερα, έλλειψη εναισθησίας τους οδηγεί συχνά στο να θεωρήσουν τις θεραπευτικές αγωγές ανωφελείς, να τις αποφεύγουν, να τις αρνούνται με ό,τι αυτό συνεπάγεται ως προς τη χρονιότητα της νόσου.

Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από σχιζοφρένεια, φαίνονται λιγότερο ικανοποιημένοι από την προτεινόμενη βοήθεια απ' ό,τι οι ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από άλλα ψυχιατρικά προβλήματα. Είναι δυνατόν αυτή η μη ικανοποίηση να οφείλεται στην έλλειψη παροχών. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να μη νοιώθουν τη βοήθεια ως περιοριστική. Στις περιπτώσεις των ασθενών που βιώνουν τη σχιζοφρένεια για πρώτη φορά, δεν είναι προφανές ότι αυτά που προτείνει ο θεραπευτής αντιστοιχούν σε αυτά που επιθυμούν οι ασθενείς.

Ανάλογα με την ηλικία, στην οποία συμβαίνουν οι πρώτες εκδηλώσεις της σχιζοφρένειας, αναμένονται διαφορές ως προς το είδος της βοήθειας που οι ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας και οι θεραπευτές θεωρούν σημαντική κατά το πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο. Ειδικότερα, έχουμε διαπι-

στώσει με τη χρήση του ερωτηματολογίου για την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που συνέταξε το ευρωπαϊκό τμήμα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Ψυχικής Υγείας και το οποίο μεταφράσαμε και προσαρμόσαμε στην Ελληνική γλώσσα, ότι:

- Όλοι οι ασθενείς, οι συγγενείς και οι θεραπευτές δίνουν μεγάλη σημασία στην ευσυνείδητη πληροφόρηση, αναφορικά με τη διάγνωση και τη φαρμακευτική αγωγή.
- Υπάρχει, ωστόσο, σημαντική διάσταση απόψεων μεταξύ τους.
- Οι ασθενείς αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στη δημιουργία ενός ήσυχου και προστατευτικού περιβάλλοντος, ενώ δίνουν λιγότερη σημασία στη χορηγούμενη βοήθεια στο δικό τους περιβάλλον από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- Οι θεραπευτές δίνουν περισσότερη σημασία στην εξωνοσοκομειακή υποστήριξη.

Η ψυχιατρική νοσηλεία μπορεί να προσφέρει αξιόπιστο και προστατευτικό περιβάλλον σε αποδιοργανωμένους ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους ή είναι βίαιοι. Αυτό μπορεί να τους βοηθήσει και στην επανένταξη. Η θεραπευτική αγωγή εντός του νοσοκομείου είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για τη θεραπεία μιας οξείας συμπτωματολογίας, όταν ένας οργανωμένος χώρος είναι απαραίτητος για την προστασία του ασθενούς. Η θεραπεία εντός νοσοκομείου, σε παραδοσιακή κλειστή νοσηλεία, παρουσιάζει, ωστόσο, το μειονέκτημα της αντιπαράθεσης με άλλους ασθενείς και μερικές φορές, μάλιστα, με βιαιότητα. Επίσης, η συλλογική θεραπεία ασθενών διαφορετικής ηλικίας, με διαφορετικά προβλήματα και διαφορετικές θεραπευτικές προοπτικές, αποτελεί σημαντικό μειονέκτημα για πολλούς ασθενείς. Επιπλέον, είναι δύσκολο για το νοσηλευτικό προσωπικό να έχει εξειδικευμένη γνώση των διάφορων ψυχιατρικών προβλημάτων, ανάλογα με τις ηλικιακές κατηγορίες.

Ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, δομημένο ανάλογα με τη φάση της ασθένειας και με την ηλικία, που είναι όσο το δυνατό λιγότερο περιοριστικό και το οποίο αρχίζει στο νοσοκομείο, μπορεί να αποτρέπει πολλές από τις παραπάνω μη επιθυμητές επιδράσεις. Τέτοια θεραπευτικά προγράμματα δίνουν μια καλή ευκαιρία για υποστήριξη και βοήθεια, για αποδοχή μέσω της αλληλεπίδρασης με συντρόφους της ίδιας ηλικίας, που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα. Επιπλέον, η θεραπευτική επίδραση μιας ειδικευμέ-

νης ομάδας, με κίνητρα, ενθουσιασμό και συνάφεια, είναι θετική και ωφέλιμη.

### **Πόσο κοστίζει η θεραπεία της σχιζοφρένειας;**

Συνηθέστερα, η σχιζοφρένεια έχει χρόνια πορεία, με υφέσεις και υποτροπές, που για πολλούς λόγους είναι συχνές.

Έτσι, υπάρχουν πολλές οικονομικές επιπτώσεις για τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πρόνοιας.

Η ελληνική πολιτεία δεν έχει έγκυρα στοιχεία του κόστους για τη θεραπεία των σχιζοφρενών ασθενών στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

Ο γιατρός Μ. Κναπ, συνυπολογίζοντας άμεσα και έμμεσα στοιχεία για το κόστος της σχιζοφρένειας στην Αγγλία, αναφέρει για το 1997 ένα ετήσιο κόστος 2,6 δισεκατομμυρίων λιρών, χωρίς στο ποσό αυτό να περιλαμβάνονται ορισμένες έμμεσες δαπάνες, που δεν είναι εύκολο να κοστολογηθούν. Λίγο περισσότερο από το μισό του ποσού αυτού αντιστοιχεί στο άμεσο κόστος, που αφορά το σύστημα υγείας της Αγγλίας, τις τοπικές δημοτικές αρχές και τα ασφαλιστικά ταμεία. Ο ίδιος γιατρός ισχυρίζεται ότι στην Αγγλία, το υπάρχον σύστημα φροντίδας των σχιζοφρενών γέρνει τελικά υπέρ του οφέλους του ασθενούς στη σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας. Ανάλογα συμπεράσματα προκύπτουν και από άλλες δυτικές ευρωπαϊκές χώρες. Το κόστος της θεραπείας της σχιζοφρένειας είναι σημαντικό. Όμως, οι υπάρχουσες και χρησιμοποιούμενες φαρμακοθεραπείες και ψυχοθεραπείες, καθώς και τα προγράμματα κοινωνικών παρεμβάσεων, βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Για το λόγο αυτό, οι ορθολογιστικές δαπάνες είναι ηθικά επιβεβλημένες, παρά το κόστος τους.

Κάθε σύγκριση με την ελληνική πραγματικότητα, δυστυχώς, είναι ανέφικτη, έστω και αν βαδίζουμε στο 20<sup>ο</sup> έτος μετά την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

## 2. Η ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ

### Τι πρέπει γενικά να γνωρίζω;

Από μακροχρόνιες μελέτες σε σχιζοφρενείς, έχει προκύψει ότι μόνο το 10% απ' αυτούς μπορεί να εκπληρώσει τον ατομικό και κοινωνικό του ρόλο χωρίς τη λήψη των κατάλληλων φαρμάκων. Είναι διαπιστωμένο πως η φαρμακοθεραπεία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για μια επιτυχή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.

Βεβαίως, οι σύγχρονες απόψεις για τη θεραπεία των σχιζοφρενών συμφωνούν στην ανάγκη συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, καθώς και με την κατάλληλη εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.

Επισημαίνουμε ότι είναι λάθος να θεωρήσει ο αναγνώστης ότι η θεραπευτική προσέγγιση του σχιζοφρενούς πρέπει να περιορίζεται σε μια και μόνο μέθοδο θεραπείας, αποκλειστικά φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική ή κοινωνικοθεραπευτική. Η φύση και η εξέλιξη της ασθένειας επιβάλλουν να λαμβάνουμε υπόψη μας και να διαχειριζόμαστε ορθά, με τους καλύτερους δυνατούς τρόπους, τις πολυάριθμες οργανικές, ψυχικές και κοινωνικές παραμέτρους της ασθένειας.

Κάθε σχιζοφρενής χρειάζεται εξατομικευμένη θεραπευτική φροντίδα. Το εξατομικευμένο θεραπευτικό σχέδιο θα πρέπει, αφού καταστρωθεί, να εξηγηθεί λεπτομερειακά τόσο στον ασθενή (όταν η κατάστασή του το επιτρέπει) όσο και στους συγγενείς του. Είναι πολύ σημαντικό, τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του, να καταλάβουν τι περιλαμβάνει η θεραπεία και τι αναμένεται απ' αυτή. Είναι πάντα απαραίτητο να εξασφαλίζεται η συμμετοχή τους στην ολοκλήρωση της θεραπείας και ο ενεργός τους ρόλος στο σχεδιασμό του καλύτερου δυνατού προγράμματος για την ψυχοκοινωνική επανένταξη του ασθενούς. Αυτή η στρατηγική πετυχαίνει τελικά τον περιορισμό των κρίσεων, τη μείωση του αριθμού των υποτροπών και τη μονιμότερη και πλέον αυτόνομη παραμονή του ασθενούς στον κοινωνικό ιστό.

*Η φαρμακοθεραπεία θεωρείται ως η αρχική και η βασική επιλογή για τη θεραπεία των σχιζοφρενών. Η συμπληρωματική προς αυτήν ψυχοθεραπεία μπορεί να τροποποιήσει θετικά τη δομή της προσωπικότητας του σχιζοφρενούς. Οι διάφορες κοινωνικοθεραπευτικές μέθοδοι έρχονται επικουρικά να*



διευκολύνουν την επιστροφή του ασθενούς στην οικογένεια, στην κοινωνία, στην εργασία. Σε μερικές περιπτώσεις, σε ανθεκτικές μορφές ή ειδικές μορφές της ασθένειας, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να δώσει καλά αποτελέσματα, χωρίς να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς ή να προκαλούνται εκφυλιστικές βλάβες στον εγκέφαλό του.

### Τι είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα;

Στη δεκαετία του 1950 άρχισε να παρασκευάζεται μια νέα ομάδα φαρμάκων, που ονομάστηκαν νευροληπτικά ή αντιψυχωτικά φάρμακα, τα οποία έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα στη μείωση, προπάντων, των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Σήμερα, πλέον, τα φάρμακα αυτά αποκαλούνται *συμβατικά* ή *τυπικά* αντιψυχωτικά, καθώς παρασκευάζονται και άλλα, τα *άτυπα*, που ενεργούν ευεργετικά και στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και στα γνωστικά ελλείμματα και στη διαταραχή του συναισθήματος, που προκαλεί η ασθένεια.

Τα αντιψυχωτικά, συνήθως, επιτρέπουν στον ασθενή να λειτουργήσει περισσότερο αποτελεσματικά και κατάλληλα. Είναι η καλύτερη “θεραπεία”, που σήμερα διαθέτουμε, καθώς δεν υπάρχει κάποια άλλη, αναγνωρισμένα περισσότερο αποτελεσματική. Όμως, στην πραγματικότητα, αυτά τα φάρμακα δεν “θεραπεύουν” τη σχιζοφρένεια. Μειώνουν, κατά περίπτωση και σε άλλοτε άλλο βαθμό κάποια από τα συμπτώματα της ασθένειας αλλά δεν τα εξαλείφουν παντελώς και δεν αποτρέπουν τελείως την εμφάνιση μελλοντικών υποτροπών.

Μερικά από τα συμπτώματα, και πάντα κατά περίπτωση, μπορούν να ελεγχθούν σε διάστημα λίγων ημερών ή λίγων εβδομάδων (4 έως 6), ενώ άλλα σε μερικούς μήνες (4 έως 5). Συνήθως, απαιτείται μια περίοδος αρκετών μηνών για να επιτύχουμε μια πλήρη σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενούς.

Στους περισσότερους σχιζοφρενείς δεν παρατηρείται μια συνολική υποχώρηση των συμπτωμάτων αλλά μάλλον μια μείωσή τους, περίπου κατά το 1/3. Το 5-15% των σχιζοφρενών αναφέρουν μια συνολική καλύτερευση, μεγαλύτερη του 50-60%, ιδίως όταν λαμβάνουν σταθερά τα φάρμακά τους για περισσότερο από ένα χρόνο.

Τα αρνητικά συμπτώματα της χρόνιας σχιζοφρένειας, όπως η απομόνωση και η απάθεια, δεν ανταποκρίνονται τόσο καλά στη φαρμακευτική αγωγή

με τα αντιψυχωτικά φάρμακα πρώτης γενιάς, κάτι που δεν συμβαίνει με τα θετικά συμπτώματα. Το ίδιο συμβαίνει με το διαταραγμένο συναίσθημα των σχιζοφρενών, καθώς και με κάποιες ανώτερες πνευματικές λειτουργίες. Αυτό το πρόβλημα φαίνεται να ξεπερνιέται με τα αντιψυχωτικά της τελευταίας γενιάς, τα αποκαλούμενα *άτυπα*.

### **Πώς δρουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα;**

Τα φάρμακα αυτά μπλοκάρουν υποδοχείς ενδογενών οργανικών ουσιών του εγκεφάλου, π.χ της ντοπαμίνης, στα νευρικά κύτταρα. Η ντοπαμίνη είναι ένας από τους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου, που μεταφέρει μηνύματα από συγκεκριμένα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου σε άλλα. Υπάρχουν ενδείξεις πως κάποια άτομα, που πάσχουν από σχιζοφρένεια, ίσως έχουν πάρα πολλούς υποδοχείς ντοπαμίνης ή έχουν άλλους υποδοχείς που είναι ευαίσθητοι σ' αυτή. Εξαιτίας όλων αυτών, ο εγκέφαλος των σχιζοφρενών μπορεί να παραλαμβάνει πάρα πολλά μηνύματα μέσα από αυτές τις διόδους. Αυτά τα επιπλέον μηνύματα μπορεί να ανταγωνίζονται, κατά κάποιο τρόπο, άλλα μηνύματα και σήματα, τα οποία διαβιβάζονται μέσω διαφορετικών χημικών διόδων και αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Παρόλο που οι γιατροί συνήθως, χρησιμοποιούν τα αντιψυχωτικά που σχετίζονται με το σύστημα ντοπαμίνης, εντούτοις κάθε φάρμακο διαφέρει ως προς τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει τις άλλες χημικές ουσίες του εγκεφάλου. Για το λόγο αυτό, οι σχιζοφρενείς αντιδρούν διαφορετικά σε κάθε ένα απ' αυτά.

### **Όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι το ίδιο αποτελεσματικά;**

Όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα, υπό προϋποθέσεις, είναι αποτελεσματικά για τον έλεγχο της σχιζοφρένειας. Ορισμένα φάρμακα είναι πολύ πιο αποτελεσματικά για να ελέγξουν συγκεκριμένα σχιζοφρενικά συμπτώματα (για παράδειγμα, ψευδαισθήσεις και παραληρηματικές ιδέες). Άλλα, πάλι, είναι πιο κατάλληλα για να αντιμετωπισθούν κάποια αρνητικά συμπτώματα (για παράδειγμα, η απόσυρση στον εαυτό του και η αδυναμία του να χαρεί). Η θεραπευτική δυνατότητα αυτών των φαρμάκων είναι περίπου παρόμοια και οι σημαντικές διαφορές τους αφορούν το είδος και τη σοβαρότητα των παρενεργειών που προκαλούν.

Εκτός αυτού, εξαιτίας διαφορών σε επίπεδο ευαισθησίας, οι σχιζοφρενείς αντιδρούν, επίσης, με διαφορετικό τρόπο στην ίδια δοσολογία του ίδιου φαρμάκου. Μερικές από τις ατομικές διαφορές, που είναι υπεύθυνες για τη διαφορετική αντίδραση των ασθενών, είναι το φύλο, το βάρος, ο ρυθμός του μεταβολισμού, η συνολική σωματική υγεία, η οξύτητα και η βαρύτητα των συμπτωμάτων. Το να βρει ο ψυχίατρος το “ταιριαστό” αντιψυχωτικό φάρμακο και τη σωστή δοσολογία του είναι κυρίως ζήτημα δοκιμής και σφάλματος. Για κάποιους ασθενείς μπορεί να πάρει μήνες, ακόμη και χρόνια, πριν βρεθεί ο σωστός συνδυασμός.

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε πως η δοσολογία των φαρμάκων πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να ελέγχεται τακτικά.

Η πλειοψηφία των σχιζοφρενών δείχνει σημαντική βελτίωση, όταν χρησιμοποιεί αυτά τα φάρμακα, σύμφωνα με τις υποδείξεις του ψυχιάτρου. Καθολική ή μερική βελτίωση μπορεί να υπάρξει, με την πάροδο του χρόνου, μέχρι και πάνω από το 70% των ασθενών, ανάλογα με την κλινική μορφή της ασθένειας, τη σοβαρότητα και τη χρονιότητά της. Ωστόσο, μερικοί ασθενείς δεν βοηθούνται πολύ από τις φαρμακευτικές αγωγές και κάποιοι άλλοι, που βρίσκονται στα καταληκτικά στάδια της ασθένειας, μάλλον δεν τις χρειάζονται.

Είναι δύσκολο να προβλέψουμε, εξ αρχής και με ασφάλεια, ποιοι σχιζοφρενείς θα ωφεληθούν από τη θεραπεία με αντιψυχωτικά φάρμακα και ποιοι όχι. Αυτό θα το μάθουμε αργότερα και εφόσον συμμορφώνονται με τις υποδείξεις και τις προτεινόμενες φαρμακευτικές αγωγές. Άλλωστε, για να υπάρξουν οι όποιες πιθανότητες θεραπείας των ψυχικών ασθενειών, προϋπόθεση είναι να θελήσει ο ασθενής να μπει στο σύστημα φροντίδας και να συνεργασθεί με τους θεράποντες της εμπιστοσύνης του, συμμορφούμενος με τις υποδείξεις τους.

### **Σε τι μορφές υπάρχουν αυτά τα φάρμακα; Πώς χορηγούνται; Σε ποιες ποσότητες;**

Στην Ελλάδα, υπάρχουν όλα τα αντιπροσωπευτικά αντιψυχωτικά φάρμακα σε κοινή χρήση. Κάθε φάρμακο έχει δυο διαφορετικά ονόματα: το όνομα

της χημικής ομάδας, στην οποία ανήκει, καθώς και το εμπορικό όνομα, που του δίνεται από τη φαρμακευτική εταιρεία που το παρασκευάζει.

Κυκλοφορούν με τη μορφή δισκίων ή σε σταγόνες ή επίσης σε ενέσεις που γίνονται ενδομυϊκώς.

Στους περισσότερους ασθενείς, τα φάρμακα αυτά χορηγούνται από το στόμα. Προτιμώνται πιο συχνά τα δισκία, γιατί είναι πιο εύκολη η χορήγησή τους. Τελευταία, κυκλοφορούν και δισκία που διαλύονται εύκολα και αμέσως και έτσι είναι σίγουρο ότι ο ασθενής παίρνει το φάρμακό του. Οι σταγόνες μας επιτρέπουν να προσαρμόζουμε πιο εύκολα την ποσολογία και προ πάντων, να σιγουρεύουμε τη λήψη του φαρμάκου ιδίως όταν ο ασθενής δεν συνεργάζεται. Σε ασθενείς, που ζουν ένα οξύ επεισόδιο σχιζοφρένειας, χορηγούμε την ενέσιμη μορφή, γιατί έτσι επιδρούν στον οργανισμό πιο άμεσα απ' ότι στις άλλες μορφές. Ένας χρόνιος σχιζοφρενής, ως περιπατητικός ασθενής, συνήθως λαμβάνει δισκία ή ενέσεις βραδείας αποδέσμευσης του φαρμάκου (μορφή που αποκαλείται ντεπό).

Η χορηγούμενη ποσότητα του φαρμάκου εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, που αφορούν το μεταβολισμό του ατόμου που τα παίρνει, κάποια σωματικά του χαρακτηριστικά αλλά και τις ιδιότητες του φαρμάκου και το αποτέλεσμα που επιθυμούμε να προκληθεί. Βεβαίως, έχει προσδιορισθεί για κάθε φάρμακο μια μέση δόση για τις διάφορες ενδείξεις του αλλά υπάρχουν και πολλές αποκλίσεις απ' αυτή εξαιτίας των παραπάνω παραγόντων. Η συνηθισμένη πρακτική είναι να φθάνουμε στη μέγιστη ημερήσια συνολική δόση σταδιακά, με ένα τρόπο “ψηλαφητικό”, παρατηρώντας προσεκτικά την εμφάνιση στοιχείων, που δηλώνουν την υποχώρηση της κρίσης. Ο γιατρός συνιστά τη χορήγηση μεγαλύτερης ημερήσιας ποσότητας ενός φαρμάκου από τη μέση ποσότητα, όταν δεν εμφανίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα, ενόσω δεν έχουν εμφανισθεί και παρενέργειες. Όποια και αν είναι η οδός χορήγησης των φαρμάκων, να θυμάστε ότι, ενώ η μη εμφάνιση αποτελέσματος δικαιολογεί την αύξηση της ημερήσιας χορηγούμενης ποσότητας (άλλωστε τα όρια της τελευταίας δεν είναι πάντοτε με σαφήνεια καθορισμένα για όλα τα φάρμακα), αντιθέτως η εμφάνιση σημαντικών παρενεργειών επιβάλλει τη μείωσή της και τούτο, εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις, πρέπει να γίνεται και πάλι σταδιακά. Να θυμάστε, ακόμη, ότι η λαμβανόμενη μέση ημερήσια ποσότητα του φαρμάκου επιβάλλεται να προσαρμόζεται απόλυτα

στις διακυμάνσεις της βαρύτητας των συμπτωμάτων. Έτσι, ο γιατρός θα τη μειώσει σταδιακά, όταν βελτιώνεται το παραλήρημα αλλά θα την αυξήσει ή θα την ενισχύσει και με ένα άλλο κατάλληλο φάρμακο, όταν αυτό δεν υποχωρεί.

Κατά την έναρξη της θεραπείας, συνιστάται η ημερήσια ποσότητα του φαρμάκου να χορηγείται σε δυο ή τρεις δόσεις, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης πρόωρων παρενεργειών. Στη συνέχεια, η χορήγηση των περισσότερων φαρμάκων μπορεί να γίνεται σε μια και μόνη ημερήσια νυκτερινή χορήγηση, κάτι που ανακουφίζει τον ασθενή από μια ημερήσια ζωή με σημαντικό βαθμού καταστολή, ενώ τον βοηθά να νοιώθει απελευθερωμένος από την υποχρέωση να παίρνει τα φάρμακά του κατά τη διάρκεια των ημερήσιων δραστηριοτήτων του. Όμως, ορισμένα φάρμακα δεν μπορούν να δίνονται σε μια και μόνο ημερήσια δόση.

### **Ποιες εξετάσεις πρέπει να γίνονται πριν από την έναρξη και κατά τη διάρκεια της φαρμακοθεραπείας;**

Πριν από τη χορήγηση των αντιψυχωτικών, είναι απαραίτητο να γίνονται: ένας κλινικός έλεγχος της σωματικής κατάστασης του ασθενούς, μια σειρά αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, ο προσδιορισμός κάποιων δεικτών και ορισμένες παρακλινικές εξετάσεις.

Ο γιατρός:

1. θα ζυγίσει τον ασθενή, θα μετρήσει το ύψος του και θα προσδιορίσει τον δείκτη της μυϊκής του μάζας.
2. θα μετρήσει την περίμετρο της μέσης του, την αρτηριακή του πίεση.
3. θα ζητήσει να κάνει εξετάσεις αίματος, για να προσδιορισθεί ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων, η τιμή του σακχάρου, της χοληστερίνης, των λιπιδίων, των τριγλυκεριδίων, κ.α.
4. θα πάρει πληροφορίες για τυχόν ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού παχυσαρκίας, υπερτάσεως, σακχαρώδους διαβήτη, λιπιδαιμίας, καρδιοπάθειας, των συνηθειών του φαγητού, της χρήσης καπνού και αλκοόλ.
5. θα υποβάλει τον ασθενή σε καρδιολογικό και ηλεκτροεγκεφαλογραφικό έλεγχο.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, κάποιες από αυτές τις εξετάσεις και μετρήσεις θα επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

### **Σε πόσο χρονικό διάστημα η φαρμακοθεραπεία γίνεται αποτελεσματική;**

Είτε μ' ένα συμβατικό είτε μ' ένα άτυπο παράγοντα των αντιψυχωτικών, χρειάζεται, στις περισσότερες περιπτώσεις, περίπου ένας μήνας για να περιορισθούν ή για να αρχίσουν να περιορίζονται τα θετικά συμπτώματα. Βέβαια, κάποιοι ασθενείς θ' αρχίσουν να νιώθουν καλύτερα μέσα σε λίγες μέρες. Άλλοι, πάλι, χρειάζονται τρεις μήνες ή και περισσότερο για να υποχωρήσουν αισθητά τα συμπτώματά τους και να βελτιωθεί σημαντικά η υγεία τους.

### **Είναι επικίνδυνα αυτά τα φάρμακα;**

Μερικές φορές, ασθενείς και οικογένειες ανησυχούν για τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστεί η σχιζοφρένεια. Σκέφτονται και ανησυχούν για τις παρενέργειές τους. Ανησυχούν, ακόμη, με την ιδέα ότι μπορούν να οδηγήσουν σε εθισμό ή μήπως και ενεργούν με τη μορφή ελέγχου του εγκεφάλου. Τα φάρμακα αυτά δεν ελέγχουν τις σκέψεις του πάσχοντος. Αντίθετα, συχνά τον βοηθούν να διακρίνει ανάμεσα στα σχιζοφρενικά συμπτώματα και στην πραγματικότητα. Μπορούν να μειώσουν τις ψευδαισθήσεις, την ταραχή, τη σύγχυση, τις παραληρητικές ιδέες και επιτρέπουν στον σχιζοφρενή να σκέφτεται πιο συγκροτημένα και να παίρνει πιο λογικές αποφάσεις. Ορισμένα φαίνεται να μειώνουν την αδιαφορία, την απομόνωση και τον εγκλεισμό του σχιζοφρενούς στον εαυτό του. Είναι η ίδια η σχιζοφρένεια που επηρεάζει τον έλεγχο του μυαλού και της προσωπικότητας του ασθενούς, ενώ αντίθετα τα αντιψυχωτικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν τον πάσχοντα να απελευθερωθεί από τα συμπτώματά της και του επιτρέπουν να σκέφτεται πιο καθαρά. Οι γονείς και ο ίδιος ο ασθενής πρέπει να κατανοήσουν ότι τα αντιψυχωτικά δεν παρεμποδίζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου, καθώς και ότι δεν προκαλούν ιατρογενή εθισμό, όπως κάποια άλλα ψυχοφάρμακα.

### **Ποιες παρενέργειες μπορούν να προκληθούν από τη λήψη των αντιψυχωτικών;**

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως στην πραγματικότητα και όλα τα άλλα φάρμακα, έχουν και δυσάρεστες επιδράσεις μαζί με τις ωφέλιμες. Κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων της φαρμακευτικής θεραπείας, οι ασθενείς μπορεί να προβληματίζονται από τις παρενέργειες. Τέτοιες είναι : η νευρι-

κότητα, οι σπασμοί των μυών, το να τρέμουν τα χέρια τους, η ξηρότητα του στόματος, η θολή όραση, το να μην τους χωράει ο τόπος (ακαθησία<sup>1</sup>), η υπνηλία, η ευαισθησία στον ήλιο, η αύξηση του βάρους, η δυσκοιλιότητα, η έκκριση γάλακτος από τους μαστούς, οι διαταραχές της στύσης κ.α. Οι παρενέργειες αυτές δεν είναι τόσο σοβαρές και αξεπέραστες. Άλλωστε, λίγο ή πολύ, υποχωρούν στο πέρασμα του χρόνου και όταν τα φάρμακα χορηγούνται στη σωστή εξατομικευμένη δόση.

Όμως, οι παρενέργειες που προκύπτουν μετά από μακροχρόνια χορήγηση των αντιψυχωτικών είναι περισσότερο σοβαρές. Η *όψιμη δυσκινησία* είναι μια τέτοια μορφή παρενέργειας. Πρόκειται για μη θεληματικές κινήσεις των μυών του προσώπου, των χειλέων και της γλώσσας. Μερικές φορές συνοδεύονται και από κινήσεις των άκρων ή και άλλων ομάδων μυών. Αν μειωθεί η δοσολογία της αγωγής, ίσως επέλθει κάποια βελτίωση. Για ορισμένους ασθενείς υπάρχει ο κίνδυνος, η *όψιμη δυσκινησία* να μετατραπεί σε μόνιμη. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει με τα χρόνια λήψης ορισμένων αντιψυχωτικών. Η *όψιμη δυσκινησία* εμφανίζεται γύρω στο 15-20% των ασθενών, που λαμβάνουν, για πολλά χρόνια, ορισμένα και όχι όλα τα αντιψυχωτικά αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και σε ασθενείς, που λάμβαναν αυτά τα φάρμακα για μικρότερες χρονικές περιόδους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής είναι ήπια και ο ασθενής μπορεί να μην είναι γνώστης των ακούσιων κινήσεων που κάνει.

Το ζήτημα παρενεργειών-ωφέλειας, ασφαλώς, χρειάζεται σοβαρή στάθμιση σε κάθε περίπτωση χορήγησης αντιψυχωτικών. Έτσι, ο κίνδυνος της *όψιμης δυσκινησίας* (όσο τρομακτικός και αν είναι) πρέπει να σταθμίζεται προσεκτικά σε σχέση μ' εκείνο των επαναλαμβανόμενων υποτροπών, οι οποίες μπορούν να διαταράξουν σημαντικά τις προσπάθειες του ασθενούς για την επιστροφή του στη σχολή που φοιτούσε ή στη δουλειά. Στους ασθενείς που εκδηλώνουν *όψιμη δυσκινησία*, να είστε βέβαιοι πως ο ψυχίατρος θα προβεί σε επαναπροσδιορισμό της φαρμακευτικής αγωγής. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πρόσφατη έρευνα τονίζεται πώς η *όψιμη δυσκινησία*, η οποία κάποτε θεωρούνταν μη αναστρέψιμη, συχνά βελτιώνεται, ακόμη και όταν οι ασθενείς συνεχίζουν να λαμβάνουν την αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή.

<sup>1</sup> διεθνώς χρησιμοποιούμενος, ειδικός επιστημονικός όρος για μια παρενέργεια των αντιψυχωτικών φαρμάκων, που παρουσιάζεται στους μισούς και πάνω απ' όσους παίρνουν αντιψυχωτικά. Χαρακτηρίζεται από κινητική ανησυχία, υποκειμενική διέγερση και δυσφορία, έλλειψη ανοχής στην απραξία.

Είναι γεγονός πως ορισμένοι ασθενείς ενοχλούνται, σε μεγαλύτερο βαθμό από άλλους, από τις παρενέργειες. Ίσως να αισθάνονται δυσάρεστα εξαιτίας του τρόμου ή των άτακτων και ακούσιων κινήσεων των ποδιών τους, των χειλιών τους και της γλώσσας τους ή από την ανυπόφορη ακαθυσία ή να είναι απογοητευμένοι από την έλλειψη ενέργειας. Τέτοιοι ασθενείς εύκολα αποφασίζουν να σταματήσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι οικογένειες των ασθενών και οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι είναι προτιμότερο να μειώνεται η δοσολογία των φαρμάκων, ακόμη και αν επιμένουν κάποια δευτερεύοντα συμπτώματα της ασθένειας, προκειμένου να μειωθεί η ένταση των παρενεργειών και να αποφευχθεί η διακοπή της λήψης των φαρμάκων.

Θεωρούμε ότι είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουν οι γονείς όσα περισσότερα μπορούν, σχετικά με τις παρενέργειες των αντιψυχωτικών. Αυτή η πληροφόρηση θα προλάβει πολλές παρεξηγήσεις (για παράδειγμα, δεν θα περάσουν την ακαθυσία για νευρικότητα, ενώ θα έχουν τη δυνατότητα να δώσουν πολύτιμες πληροφορίες στο γιατρό του ασθενούς, όποτε χρειαστεί). Χρήσιμο είναι οι γονείς να φανταστούν τον εαυτό τους σαν μια νοσοκόμα ενός θαλάμου και να σημειώνουν όσα περισσότερα στοιχεία μπορούν, σχετικά με την απαντητικότητα του συγγενούς τους στην εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή. Για επιπλέον πληροφορίες, αναφορικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, οι γονείς θα πρέπει να απευθύνονται αποκλειστικά στον ψυχίατρο. Τους προτρέπουμε, ακόμη, να παρακολουθούν τα σχετικά μαθήματα που γίνονται στις ομάδες συγγενών των σχιζοφρενών στις διάφορες υπηρεσίες ψυχικής υγείας του τόπου τους.

### **Υπάρχουν φαρμακευτικές αγωγές χωρίς παρενέργειες;**

Προφανώς, όχι. Όπως με όλα τα φάρμακα, έτσι και με τα αντιψυχωτικά, είναι στενό το φάσμα της διαφοράς ως προς τη χορηγούμενη ποσότητα του φαρμάκου μεταξύ της εμφάνισης του θεραπευτικού αποτελέσματος και της πρόκλησης παρενεργειών. Τα περισσότερα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι παντελώς ασφαλή ως προς την προκαλούμενη τοξικότητα, εάν χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις συνιστώμενες ανώτερες ποσολογίες. Όμως, μερικά από τα αντιψυχωτικά προκαλούν παρενέργειες, κατά περίπτωση, και όταν ακόμη δοθούν σε πολύ μικρές δόσεις. Δυσνητικά, όλα τα αντιψυχωτικά μπορούν να προκαλέσουν καταστολή και να επιφέρουν αύξηση του βάρους.



### Για πόσο καιρό πρέπει οι σχιζοφρενείς να παίρνουν αντιψυχωτικά;

Είναι αληθές ότι τα φάρμακα αυτά μειώνουν τον κίνδυνο μελλοντικών υποτροπών. Συνεχίζοντας τη φαρμακοθεραπεία, μόνο ένα 40% περίπου των ασθενών αυτών μπορεί να εκδηλώσει υποτροπή μέσα στα δυο πρώτα χρόνια από την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Το ποσοστό των ασθενών, που δεν παίρνουν τα φάρμακα αυτά και που υποτροπιάζουν στο ίδιο χρονικό διάστημα, ανέρχεται στο 80%. Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι, έστω και αν η συνέχιση της φαρμακοθεραπείας δεν αποτρέπει τελείως την εμφάνιση της υποτροπής, εντούτοις μειώνει αισθητά τη συχνότητά της. Γενικά, για συντήρηση χρησιμοποιούνται χαμηλότερες δόσεις απ' αυτές που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των σοβαρών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων του ασθενούς. Εάν τα συμπτώματα επανεμφανιστούν με τη χαμηλότερη δόση, συζητήστε με το γιατρό το τι πρέπει να κάνετε. Συνήθως, μια προσωρινή αύξηση της δοσολογίας μπορεί να αποτρέψει την υποτροπή.

### Μπορούν οι έγκυες γυναίκες να παίρνουν αυτά τα φάρμακα;

Το πρόβλημα της συνταγογράφησης των ψυχοτρόπων, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τίθεται με δύο διαφορετικά ενδεχόμενα στο γενικό γιατρό, στο γυναικολόγο - μαιευτήρα και στον ψυχίατρο, στα πλαίσια της διασυνδεδετικής – συμβουλευτικής ψυχιατρικής.

*Πρώτο ενδεχόμενο:* Μια γυναίκα που λαμβάνει, από πολλού χρόνου, ψυχοτρόπα επιθυμεί την εγκυμοσύνη.

Στην περίπτωση αυτή, είναι σωστό και απαραίτητο να επαναξιολογηθεί σφαιρικά όχι μόνο η θεραπεία με αντιψυχωτικά αλλά και η υπάρχουσα ψυχοπαθολογία, μέσα από μια λογική αποδραματοποίησης του αιτήματος και των συνεπαγομένων του. Ακολούθως, ενημερώνονται λεπτομερειακά οι ενδιαφερόμενοι, με γνώμονα ότι το χρέος του γιατρού είναι να εκθέσει τα δεδομένα, όποια και αν είναι αυτά, στους γονείς χωρίς να τους τρομάξει. *Αυτοί και μόνο αυτοί είναι που θα πάρουν την τελική απόφαση.*

Αν αποφασίσουν να τεκνοποιήσουν, η διακοπή της χορήγησης ψυχοτρόπων είναι μια ιδανική λύση. Όμως, μια τέτοια πολιτική είναι πολύ συχνά αδύνατη, μιας και η συνέχιση της θεραπείας με ψυχοτρόπα κρίνεται, τις περισσότερες φορές, απαραίτητη.

Σε τέτοιες περιπτώσεις ας εφαρμόζονται οι παρακάτω κανόνες:

➤ Η μονοθεραπεία είναι προτιμητέα της πολυφαρμακίας. Να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατόν, οι συνδυασμοί των διαφόρων ομάδων ψυχοτρόπων.

➤ Να διακόπτονται όσα φάρμακα έχουν αποδεδειγμένα βλαβερές επιδράσεις στην έγκυο και / ή στο νεογέννητο. Να προτιμώνται ορισμένα παλαιότερης γενιάς ψυχοτρόπα, για τα οποία διαθέτουμε επαρκείς γνώσεις από τη χρήση τους.

➤ Να προτιμώνται οι ελάχιστες δόσεις ψυχοτρόπων, των οποίων η ημι-περίοδος ζωής είναι βραχεία.

➤ Να μειώνονται οι δόσεις ή και να σταματά η θεραπεία αρκετές μέρες πριν από το τοκετό.

➤ Μετά τον τοκετό, το νεογέννητο θα πρέπει να αναλαμβάνεται από παιδιατρική ομάδα, προκειμένου να αντιμετωπιστούν πιθανά δευτερογενή τοξικά φαινόμενα.

*Δεύτερο ενδεχόμενο:* Μια γυναίκα έλαβε ψυχοτρόπα κατά το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο της εγκυμοσύνης της, χωρίς να ξέρει για την τελευταία.

Παρά τις ανησυχίες, που προκαλούνται από τη λήψη φαρμάκων κατ' αυτή την περίοδο, πρέπει να υπογραμμισθεί, ευθύς εξ' αρχής, ότι η χρήση ψυχοτρόπων δεν δικαιολογεί την από μέρους της εγκύου λήψη απόφασης για τη διακοπή της κύησης. Κάθε περίπτωση θα πρέπει να εξετάζεται χωριστά και επισταμένως. Για ορισμένα ψυχοτρόπα θα πρέπει να διενεργηθούν οι δέουσες παρακλινικές εξετάσεις:

- υπερηχοκαρδιογράφημα σε περίπτωση λήψης λιθίου
- υπερηχογράφημα του νευρικού σωλήνα και αμνιοκέντηση ( α - εμβρυϊκή πρωτεΐνη, ακετυλοχολινεστεράση ) σε περίπτωση χορήγησης βαλπροϊκού οξέος.

Εάν διαπιστωθούν δυσπλασίες, η διακοπή της κύησης είναι επιβεβλημένη, ειδάλλως, θα πρέπει να εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπεία της ψυχικής διαταραχής της εγκύου. Η επιλογή του ψυχοτρόπου φαρμάκου, ο τρόπος χορήγησής του και οι προφυλάξεις, που θα πρέπει να ληφθούν, είναι οι ίδιες μ' εκείνες του πρώτου ενδεχόμενου.

### **Οι νεότερης ηλικίας ασθενείς απαντούν καλύτερα στη θεραπεία από εκείνους της μεγαλύτερης;**

Όχι. Είναι γενικά αποδεκτό ότι, όσο πιο νωρίς εκδηλώνεται η ασθένεια τόσο πιο πιθανό είναι να έχει πιο χρόνια κατάληξη και να αντιμετωπίζεται

δυσκολότερα. Όσοι εκδηλώνουν την ασθένεια κατά την εφηβεία, και μάλιστα κατά τρόπο ύπουλο και με υπεροχή των αρνητικών συμπτωμάτων, είναι αυτοί που δεν θα ανταποκριθούν εύκολα και σύντομα ή πολύ ικανοποιητικά στη θεραπεία. Αντίθετα, όταν η ασθένεια εμφανιστεί σε νέους ενήλικες, που έχουν αναπτύξει επαρκώς την προσωπικότητά τους, είναι πιθανόν η ασθένεια να διαδράμει λιγότερο έντονα και τα ενοχλήματα να υποχωρήσουν γρηγορότερα. Αυτό εξηγεί σ' ένα βαθμό, γιατί οι γυναίκες τα πάνε τόσο καλύτερα από τους άνδρες, καθώς τυπικά αρρωσταίνουν 4 με 5 χρόνια αργότερα από τους άνδρες. Έτσι, έχουν και ευκολότερη αποδρομή των συμπτωμάτων τους και καλύτερη εξέλιξη.

### **Πότε τα αντιψυχωτικά πρέπει να δίνονται σε ενέσιμη μορφή;**

Ο γιατρός πάντα λογαριάζει ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος χορήγησης του φαρμάκου, λαμβάνοντας υπόψη πάρα πολλούς παράγοντες, που έχουν να κάνουν τόσο με τα τωρινά συμπτώματα του ασθενούς, που καλείται να θεραπεύσει, όσο και με τις ιδιότητες κάθε αντιψυχωτικού φαρμάκου. Προφανώς, για ένα ασθενή, που συνεργάζεται και συμφωνεί να παίρνει τα φάρμακά του, η χορήγηση των τελευταίων από το στόμα είναι η καλύτερη λύση. Όμως, μπροστά στον κίνδυνο ο ασθενής να μη συμμορφώνεται με τις θεραπευτικές συμβουλές του γιατρού και να παραμελεί τη λήψη των φαρμάκων του, τότε η χορήγηση ενός αντιψυχωτικού σε ενέσιμη μορφή βραδείας αποδέσμευσης του φαρμάκου είναι αναγκαία. Αυτή η τακτική φαίνεται να αποδίδει καλά αποτελέσματα σε χρόνιους σχιζοφρενείς, που έχουν πολλές υποτροπές λόγω αμέλειας ή αντιρρησιών στη λήψη των φαρμάκων ή όταν δεν έχουν το απαραίτητο και κατάλληλο σύστημα θεραπευτικής υποστήριξης. Ένας αριθμός ασθενών τις προτιμά, καθώς είναι μικρότερος μπελάς να κάνεις ένεση κάθε 2-4 εβδομάδες (ανάλογα με το φάρμακο), από το να παίρνεις χάπια δύο ή τρεις φορές την ημέρα. Επιπλέον, για ορισμένα από τα αντιψυχωτικά, που κυκλοφορούν και σε ενέσιμη μορφή, υποστηρίζεται ότι εμφανίζουν λιγότερες παρενέργειες απ' ότι το ίδιο φάρμακο σε άλλη μορφή. Δυστυχώς, όλα τα αντιψυχωτικά δεν κυκλοφορούν σε ενέσιμες μορφές (είτε με ελαιώδη είτε με υδαρή σύσταση), που ανάλογα με τη σύστασή τους άλλοτε χρησιμοποιούνται στο οξύ επεισόδιο και άλλοτε στις χρόνιες καταστάσεις.

### **Αν το πρώτο φάρμακο, που χορήγησε ο ψυχίατρος, αποδειχθεί αναποτελεσματικό, τι θα πρέπει να γίνει στη συνέχεια;**

Υπάρχουν σαφείς υποδείξεις από μέρους ερευνητικών φορέων για το τι πρέπει να κάνει ο ψυχίατρος, αν το αντιψυχωτικό φάρμακο, που πρωτοχρησιμοποίησε, δεν είναι αποτελεσματικό. Αν ο ασθενής έχει λάβει μια θεραπεία μ' ένα άτυπο φάρμακο και σε επαρκή δόση για τουλάχιστον 1,5 με 2 μήνες και παρόλα αυτά δεν παρατηρείται, έστω και μια μικρή ύφεση των συμπτωμάτων, ο γιατρός του οφείλει να τροποποιήσει τη φαρμακευτική αγωγή, μετά από προσεκτική κλινική εκτίμηση και με τη χρήση των κατάλληλων ερωτηματολογίων, μετά από συγκριτική μέτρηση της έντασης των συμπτωμάτων.

Το πρώτο βήμα είναι να συστήσει ο γιατρός ένα άλλο άτυπο αντιψυχωτικό και πάλι σε επαρκή ημερήσια ποσότητα ή να συνδυάσει δύο αντιψυχωτικά φάρμακα, συνήθως ένα άτυπο μ' ένα συμβατικό ή δύο άτυπα. Αν προκύψουν σοβαρές παρενέργειες απ' αυτούς τους συνδυασμούς, τότε ο γιατρός θα κάνει τροποποιήσεις στο είδος και την ημερήσια ποσότητα των χρησιμοποιούμενων ατύπων και συμβατικών αντιψυχωτικών, για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Αν έχουν χρησιμοποιηθεί, τουλάχιστον, δύο φάρμακα (είτε από μόνα τους είτε σε συνδυασμό) ή κατ' άλλους και τρία πρώτης επιλογής φάρμακα, χωρίς κάποια σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων, τότε η κλοζαπίνη θα πρέπει να είναι το επόμενο φάρμακο επιλογής. Έχει ενδιαφέρον μια σειρά πρόσφατων ερευνών, που υποστηρίζουν ότι η κλοζαπίνη μπορεί πραγματικά να μειώσει την πιθανότητα αυτοκτονίας σε ασθενείς με δύσκολες σχιζοφρενικές ασθένειες. Η Αμερικάνικη Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων έχει συμφωνήσει να συμπεριλάβει την ένδειξη 'κατά της αυτοκτονίας' σαν οδηγία για τη συνταγογράφηση της κλοζαπίνης.

Κάθε γιατρός έχει ένα συγκεκριμένο σύστημα χορήγησης διαφόρων συνδυασμών αντιψυχωτικών, προτού θεωρήσει αναγκαία τη χορήγηση της κλοζαπίνης, όμως η θεραπεία μ' αυτό το φάρμακο δεν θα πρέπει να καθυστερεί πάρα πολύ, γιατί όσο μεγαλύτερο διάστημα είναι ενεργή η ασθένεια, τόσο πιο αβέβαιη είναι η ανταπόκριση στη θεραπεία, κάτι που προοιωνίζει κακή έκβαση.

### **Είναι χρήσιμο και απαραίτητο να συνδυάζουμε τυπικά και συμβατικά αντιψυχωτικά στη φαρμακοθεραπεία;**

Σ' όλα τα επίσημα έντυπα θεραπευτικών οδηγιών αναφέρεται ότι κάτι τέτοιο δεν συνιστάται αλλά, στην πραγματικότητα της καθημερινής άσκησης

της ψυχιατρικής, ένας τέτοιος συνδυασμός μπορεί, κάποιες φορές, να βοηθήσει τον ασθενή. Για παράδειγμα, σ' ένα ασθενή που έχει παρενέργειες από την ενέσιμη μορφή του συμβατικού αντιψυχωτικού μπορεί να δοθεί μικρότερη ημερήσια δόση αυτού του φαρμάκου και να προστεθεί, συμπληρωματικά, ένα μη τυπικό, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η δράση του πρώτου και να ελαχιστοποιηθούν οι παρενέργειες. Επιπλέον, αν το πρόβλημα είναι η μη συμμόρφωση ή η μερική συμμόρφωση στη λήψη τους από το στόμα, τότε η τακτική χορήγηση των ενέσιμων μορφών βραδείας αποδέσμευσης παρέχει ασφάλεια, καθώς μάλλον προλαμβάνεται, σ' ένα βαθμό, μια υποτροπή που μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως την παραμέληση του εαυτού και τη βία. Ορισμένες φορές και ανάλογα με την εκδηλούμενη ψυχοπαθολογία, η συγχορήγηση ενός συμβατικού φαρμάκου, όπως η κλωροπρομαζίνη, μαζί μ' ένα τυπικό φάρμακο, μπορεί να βοηθήσει στην καταπράυνση κάποιων διαταραχών, όπως π.χ στην επέλευση του ύπνου αλλά πιθανόν και στην αντιμετώπιση συγκεκριμένου συμπτώματος ή και να ενισχύσει τη συμμόρφωση στη λήψη των φαρμάκων, καλυτερεύοντας έτσι την ποιότητα ζωής των ασθενών. Υπάρχει ομοφωνία των γιατρών στο ότι η καλύτερη πρακτική είναι να αποφεύγονται οι συνδυασμοί και οι πολύπλοκες συνταγογραφήσεις συμβατικών και άτυπων αντιψυχωτικών αλλά, τελικά, οι συγκεκριμένες ανάγκες του ασθενούς θα πρέπει να καθορίζουν τη θεραπευτική στρατηγική.

### **Τι γίνεται αν ο ασθενής δεν καλυτερεύει, αν και δοκιμάστηκαν δύο ή και τρία διαφορετικά φάρμακα;**

Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με σχιζοφρένεια δεν εμφανίζει ικανοποιητική ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, παρότι δοκιμάστηκαν ανεπιτυχώς πολλά φαρμακευτικά σχήματα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, κάποιοι ψυχίατροι μιλούν για ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια. Η δική μας άποψη είναι πως αυτήν την κατάσταση πρέπει να τη θεωρούμε και να την αντιμετωπίζουμε ως περίπτωση σχιζοφρένειας με «μειωμένη ανταπόκριση» στη φαρμακοθεραπεία.

Τα κριτήρια της μειωμένης ανταπόκρισης σε αντιψυχωτικά φάρμακα είναι:

- Φαρμακοαντοχή, τουλάχιστον σε δύο προηγούμενες χορηγήσεις δυο τέτοιων φαρμάκων, σε δόση 400-600 mg κλωροπρομαζίνης ή ισοδύναμης άλλων αντιψυχωτικών φαρμάκων, για 4 έως 6 εβδομάδες, χωρίς κλινική βελτίωση.

- Η ασθένεια επιμένει τουλάχιστον για 5 χρόνια, χωρίς στο διάστημα αυτό να έχουν υπάρξει περίοδοι καλής κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.

- Τα σχιζοφρενικά συμπτώματα επιμένουν και είναι αρκετά έντονα.

Προκειμένου να βοηθήσουμε αυτούς τους ασθενείς, ακολουθούμε επακριβώς ορισμένα βήματα, τα παρακάτω:

- ✓ Ταυτοποίηση συγκεκριμένων συμπτωμάτων-στόχων.

✓ Συστηματική χρήση των αντιψυχωτικών φαρμάκων σε επαρκείς δόσεις και για επαρκές χρονικό διάστημα.

✓ Αναζήτηση ενδεχόμενης ανεπαρκούς συμμόρφωσης, κακής ανοχής της αγωγής, διαγνωστικού λάθους, ανεπαρκών στρατηγικών ψυχοκοινωνικής στήριξης και επανένταξης, συννοσηρότητας, ιδίως με χρήση ουσιών, πριν τη διάγνωση της περίπτωσης ως μειωμένης απαντητικότητας .

✓ Εξάντληση των δυνατοτήτων της μονοθεραπείας, πριν από τη χρήση μεικτών σχημάτων.

✓ Πρόληψη εξωπυραμιδικών (και άλλων) παρενεργειών, με την κατάλληλη επιλογή αντιψυχωτικού (χωρίς προσθήκη αντιχολινεργικού, αν είναι δυνατόν).

- ✓ Διατήρηση θετικής θεραπευτικής στάσης-συμμαχίας με τον ασθενή.

✓ Χρησιμοποίηση του φαρμάκου κλοζαπίνη, που είναι σήμερα το μόνο φάρμακο με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σ' αυτές τις περιπτώσεις, από μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα άτυπα φάρμακα ή σταθεροποιητές του συναισθήματος.

- ✓ Διενέργεια ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

### **Συμβαίνει οι ασθενείς να αρνούνται να παίρνουν τα φάρμακά τους;**

Μερικοί ασθενείς αρνούνται ότι χρειάζονται τα φάρμακα ή μπορεί να διακόψουν τη λήψη τους, είτε ενεργώντας από μόνοι τους είτε βασιζόμενοι στις συμβουλές κάποιου άλλου συγγενικού ή φιλικού προσώπου. Βασικά, μια τέτοια αντίληψη αυξάνει τον κίνδυνο της υποτροπής, παρά το γεγονός ότι τα συμπτώματα μπορεί να μην εμφανιστούν αμέσως. Συχνά, είναι πολύ δύσκολο να πείσουμε κάποιους ασθενείς ότι χρειάζεται να συνεχίσουν τη φαρμακοθεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα, ιδίως αν αισθάνονται προς στιγμήν καλύτερα χωρίς αυτά.

Σε ασθενείς, για τους οποίους ο ψυχίατρος δεν είναι βέβαιος ότι θα λαμβάνουν σταθερά τη φαρμακευτική τους αγωγή, θα συστήσει τη λήψη φαρμάκου με ενέσιμη μορφή βραδείας αποδέσμευσης και άρα μακράς διάρκειας δράσης. Τέλος, έχει μεγάλη σημασία να θυμάστε ότι ο σχιζοφρενής συγγενής σας ποτέ δεν πρέπει να σταματά τη λήψη αντιψυχωτικών φαρμάκων χωρίς την ιατρική

συμβουλή του ψυχιάτρου της εμπιστοσύνης σας, που τον παρακολουθεί.

Πολλοί γονείς και συγγενείς έχουν αναφέρει πως, όταν ο ασθενής συγγενής τους επέστρεψε στο σπίτι από το νοσοκομείο, ήλπιζαν πως τα μεγαλύτερα προβλήματά του είχαν ξεπερασθεί και ότι ο συγγενής τους, που τον έβλεπαν να είναι στο τέλος της νοσηλείας του καλύτερα, θα βάδιζε σταθερά πλέον στο δρόμο της αποκατάστασης της υγείας του. Είχαν πιστέψει πως με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία ο συγγενής τους θα προόδευε συνεχώς, έως ότου θα “θεραπευόταν” τελείως. Εξεπλάγησαν, όμως, όταν πολύ νωρίς διαπίστωσαν ότι τώρα υπήρχαν νέα προβλήματα, που έπρεπε να αντιμετωπίσουν. Το μεγαλύτερο ήταν εκείνο της συμμόρφωσης, δηλ. της κανονικής συνέχισης και της πιστής εφαρμογής των οδηγιών του γιατρού στη φαρμακοθεραπεία. Οι οικογένειες, που ξεπέρασαν αυτά τα προβλήματα, πιστεύουν πως το καλύτερο, που μπορεί να κάνει κάποιος, είναι να προετοιμαστεί για να το αντιμετωπίσει.

### Γιατί αρνούνται να πάρουν τα φάρμακά τους;

Υπάρχουν πέντε σημαντικοί λόγοι, για τους οποίους κάποιος σχιζοφρενής θα μπορούσε να αρνηθεί τη φαρμακευτική αγωγή:

- ✓ Ίσως, έχει έλλειψη συναίσθησης σχετικά με την ασθένειά του. Επειδή, συχνά, δεν πιστεύει ότι είναι ασθενής, δεν μπορεί και να κατανοήσει γιατί θα πρέπει να παίρνει φάρμακα. Άλλοι ασθενείς νομίζουν ότι τα φάρμακα είναι αυτά που προκαλούν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους. Εάν στη διαταραχή εμπλέκεται και το παρανοϊκό στοιχείο, ίσως ο ασθενής να βλέπει τη φαρμακευτική αγωγή σαν ένα μέρος της συνομωσίας, που θα τον εμποδίσει να λειτουργήσει φυσιολογικά.
- ✓ Ίσως, να υποφέρει από τις δυσάρεστες παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων και έτσι να πιστεύει πως αυτά του προκαλούν περισσότερα προβλήματα σε σχέση μ’ εκείνα που του λύνουν.
- ✓ Μπορεί να παίρνει ένα περίπλοκο συνδυασμό πολλών φαρμάκων κάθε μέρα. Ίσως, να βρίσκει αυτή την αγωγή πολύ μπερδεμένη και να δυσανασχετεί απέναντι σ’ αυτούς που του υπενθυμίζουν ότι είναι ασθενής.
- ✓ Μπορεί να αισθάνεται τόσο καλά, ώστε να ξεχνά να πάρει τα φάρμακά του ή να σκέφτεται ότι δεν τα χρειάζεται πλέον.

✓ Μπορεί να αισθάνεται πολύ καλά λόγω της φύσης της ψυχοπαθολογίας του (π.χ. φωνές που του λένε όμορφα πράγματα και τον κάνουν να αισθάνεται καλά).

### **📖 Τι σημαίνει συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή<sup>2</sup>;**

Με τον όρο εννοείται, γενικά, η στάση του ασθενούς στην όποια φαρμακευτική αγωγή που του προτείνει ο γιατρός.

Μολονότι θεωρείται αυτονόητο ότι ο ασθενής, ο οποίος επισκέπτεται το γιατρό, θα ακολουθήσει την αγωγή που του προτείνει ο τελευταίος, πολλές μελέτες αποδεικνύουν ότι η απόλυτη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή δεν υπερβαίνει το 15% των ασθενών. Από μια έρευνα, που αφορούσε ασθενείς που εξήλθαν από παθολογική κλινική γενικού νοσοκομείου, διαπιστώθηκε ότι το:

15% αυτών είχε πλήρη συμμόρφωση στη θεραπεία  
18% αυτών είχε ικανοποιητική συμμόρφωση  
65% αυτών είχε κακή συμμόρφωση

Το ποσοστό της συμμόρφωσης μεταβάλλεται, μάλιστα σημαντικά, σε σχέση με το φύλο του ασθενούς: οι γυναίκες συμμορφώνονται πλήρως στη φαρμακευτική αγωγή σε ποσοστό μόνο 5%, ενώ στους άνδρες αυτό το ποσοστό ανέρχεται στο 35%. Οι ασθενείς, συνήθως, αφαιρούν μερικά φάρμακα από την αγωγή τους, αυξομειώνουν τη δόση κάποιων άλλων, προσθέτουν φάρμακα από προηγούμενες συνταγές, αυξομειώνουν τη διάρκεια της αγωγής.

Οι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη συμμόρφωση του ασθενούς στη φαρμακευτική αγωγή, διαχωρίζονται σε:

#### *1. παράγοντες που εξαρτώνται από τις επιπτώσεις της ασθένειας*

Το ποσοστό της καλής συμμόρφωσης στην αγωγή αυξάνεται ανάλογα με την υποκειμενική βαρύτητα της νόσου. Για να ακολουθήσει την αγωγή του

<sup>2</sup> η εκτενής αναφορά δίνεται για την ευαισθητοποίηση των γιατρών της γενικής ιατρικής και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σ' αυτό το θέμα, καθώς στην πρωτοβάθμια φροντίδα αυτοί διαχειρίζονται συχνά τη συνταγογράφηση των αντιψυχωτικών και ένα μέρος της παρακολούθησης της εξέλιξης των σχιζοφρενών.



ο ασθενής θα πρέπει να αισθανθεί την ανάγκη να θεραπευθεί κι αυτό προϋποθέτει ότι έχει συνειδητοποιήσει ότι είναι ασθενής.

Η ένταση και τα χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων και ο βαθμός της υποκειμενικής ενόχλησης επηρεάζουν τη συμμόρφωση του ασθενούς στην αγωγή. Είναι γνωστή η κακή συμμόρφωση σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων, οι οποίες δεν ενοχλούν ιδιαίτερα τον ασθενή, όταν μάλιστα υποτιμά τη βαρύτητα της ασθένειάς του και υπερτιμά τις πιθανότητες αυτόματης ίασης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η συμμόρφωση είναι καλύτερη, εάν προηγηθεί νοσηλεία του ασθενούς, η οποία βιώνεται απ' αυτόν ως επιβεβαίωση της σοβαρότητας της κατάστασής του.

#### *2. παράγοντες που εξαρτώνται από τις επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής*

Είναι γνωστό, ότι όσο περισσότερο πολύπλοκη είναι η αγωγή, τόσο περισσότερο επηρεάζεται αρνητικά η συμμόρφωση του ασθενούς σ' αυτήν. Ο αριθμός των χορηγούμενων φαρμάκων είναι καθοριστικός για την καλή συμμόρφωση. Συνταγές, που περιλαμβάνουν περισσότερα από τρία φάρμακα, δεν ακολουθούνται συνήθως από τους ασθενείς.

Επίσης, το ημερήσιο σύνολο των φαρμακευτικών λήψεων επηρεάζει τη συμμόρφωση. Η εφάπαξ ημερήσια φαρμακευτική χορήγηση την ευνοεί, σ' αυτήν την περίπτωση ο ασθενής σπάνια ξεχνά τη λήψη της αγωγής του. Εντούτοις, μερικοί ασθενείς, ιδιαίτερα οι πλέον ανήσυχτοι, αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια με την πολλαπλή φαρμακευτική λήψη, η οποία τους καθησυχάζει δίδοντάς τους την εντύπωση μιας διαρκούς θεραπευτικής παρέμβασης. Στην τελευταία περίπτωση, το φάρμακο παίζει το ρόλο του "καλού συντρόφου" και αντικαθιστά το γιατρό. Εκτός της φαρμακοκινητικής του σκευάσματος είναι, λοιπόν, χρήσιμο να λαμβάνεται υπόψη και η ιδιαίτερη συναισθηματική κατάσταση κάθε ασθενούς, η επιθυμία του, το θεραπευτικό του αίτημά, πριν συγκεκριμενοποιηθεί το φαρμακευτικό θεραπευτικό του σχήμα.

Η διάρκεια της θεραπείας επηρεάζει τη συμμόρφωση. Οι σύντομες θεραπείες ακολουθούνται καλύτερα από τις μακρόχρονες, οι οποίες απαιτούν συχνή παρακολούθηση και σχέση εμπιστοσύνης με το γιατρό. Ο τρόπος, με τον οποίο ο γιατρός αντιμετωπίζει τον ασθενή του, επηρεάζει σημαντικά τη γρήγορη συμμόρφωση στην αγωγή και τη συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων. Η ποιότητα και η διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης επηρεάζουν ανάλογα την ποιότητα και τη διάρκεια της συμμόρφωσης στην αγωγή.

Η ανεκτικότητα στη φαρμακευτική αγωγή επιδρά στη συμμόρφωση του

ασθενούς. Οι επερχόμενες αλλαγές στις καθημερινές συνήθειές του και οι ενδεχόμενες παρενέργειες, οι οποίες προκαλούνται από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, πρέπει να ληφθούν υπόψη και να δοθούν οι κατάλληλες εξηγήσεις στον ασθενή, ώστε να μπορέσει ο τελευταίος να ανεχθεί τις δυσάρεστες επιπτώσεις της αγωγής του, τις οποίες ο γιατρός πρέπει να περιορίζει στο ελάχιστο δυνατόν. Για παράδειγμα, συχνές ημερήσιες δόσεις, ιδιαίτερα σε εργαζόμενους, επιδρούν αρνητικά στη συμμόρφωση, είτε διότι ο ασθενής ξεχνά την αγωγή του είτε διότι δεν επιθυμεί να αντιληφθούν οι άλλοι ότι παίρνει φάρμακα.

### 3. παράγοντες που εξαρτώνται από τη σχέση ασθενούς – φαρμάκου

Όπως η πολιτισμική εξέλιξη (μέρος της οποίας αποτελεί και η ιστορία της εξέλιξης του φαρμάκου) δεν στάθηκε ικανή να περιορίσει στην ανθρωπινή σκέψη την επίδραση του μύθου, της φαντασίας, της μαγείας και του εμπειρισμού, έτσι και η σημερινή επιστημονική γνώση δεν στάθηκε ικανή να εξαλείψει την υποκειμενική διάσταση της σχέσης ασθενούς φαρμάκου.

Η διφορούμενη σχέση του ασθενούς με το φάρμακο προσδιορίζεται από την ετυμολογία της ίδιας της λέξης φάρμακο. Πράγματι, η αρχική σημασία της λέξης είναι δηλητήριο (φαρμάκι) και μόνο στην πορεία αποκτά την έννοια της ουσίας, η οποία ασκεί θεραπευτική επίδραση στον οργανισμό (γιατρικό).

Η σχέση του ασθενούς με το φάρμακο χαρακτηρίζεται, λοιπόν, ως ένα βαθμό από το φόβο της δηλητηρίασης, της εξάρτησης του πρώτου από το δεύτερο και αυτός ο φόβος εξηγεί εν μέρει την αντίσταση του ασθενούς στη φαρμακευτική αγωγή. Η μεταφορική έννοια της φράσης “χρυσώνω το χάπι” υποδηλώνει ότι δεν παίρνει κανείς το φάρμακο αυτονόητα και ότι πολλές φορές χρειάζονται ιδιαίτερες προσπάθειες ή και τεχνάσματα για να υπερνικηθούν οι αντιστάσεις του ασθενούς.

Η αντίσταση στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί μέρος γενικότερης αντίστασης του ασθενούς στο γιατρό του, φαινόμενο καθόλου σπάνιο στην καθημερινή ιατρική πράξη. Η δυσπιστία, η ειρωνεία και μερικές φορές, η έκδηλη επιθετικότητα απαντάται στο λόγο των ασθενών: “ο γιατρός μου, μου δίνει φάρμακα. Δεν τα παίρνω και γίνομαι καλά” γράφει ο Μολιέρος, στον “Κατά φαντασία ασθενή”.

Μερικές φορές, οι ασθενείς βιώνουν τη φαρμακευτική αγωγή ως πράξη βίας, η οποία ασκείται επάνω τους. Μάλιστα, αυτή η βία διαφαίνεται και στην ιατρική ορολογία, σε φράσεις όπως “θεραπεία εφόδου”, “φαρμακευτικό οπλοστάσιο”, οι οποίες υποδηλώνουν το πολεμικό πνεύμα που χαρακτηρίζει τον αγώνα κατά της ασθένειας.

Συχνά ο ασθενής, όταν εξέρχεται από το ιατρείο, δεν έχει ακόμη αποφασίσει εάν θα ακολουθήσει την αγωγή του γιατρού. Μετά την ιατρική επίσκεψη ακολουθεί, πολλές φορές, μια νέα διαδικασία, η οποία θα τον βοηθήσει να πάρει την οριστική απόφαση του. Η ιατρική συνταγή ακολουθεί μια διαδρομή, η οποία ξεκινά από τον φαρμακοποιό και συνεχίζει μέσω των φίλων, γειτόνων και συγγενών του ασθενούς. Η συνταγή σχολιάζεται, συγκρίνεται, επικρίνεται ή επιδοκιμάζεται πριν την οριστική αποδοχή ή την απόρριψή της. Η γνώμη των άλλων αποτελεί ένα είδος “παράλληλης ιατρικής γνώσης”, που συχνά επηρεάζει τον ασθενή και που πολλές φορές υποκαθιστά την επιστημονική ιατρική γνώση. Αυτό συμβαίνει, παραδείγματος χάριν, όταν ο ασθενής ζητά από το γιατρό ή από το φαρμακοποιό το ίδιο φάρμακο, το οποίο θεράπευσε ένα γνωστό του από κάποια ασθένεια, η οποία, κατά τη γνώμη του, είναι όμοια με τη δική του.

Η σχέση του ασθενούς με το φάρμακο είναι βασικά αμφιθυμική. Το φάρμακο αντιπροσωπεύει αφενός την ελπίδα για θεραπεία και αφετέρου προκαλεί απέχθεια, για τους λόγους που αναφέραμε παραπάνω.

#### *4 παράγοντες που εξαρτώνται από την προσωπικότητα του ασθενούς*

Η θεώρηση του φαινομένου της μη συμμόρφωσης στην αγωγή ως αποτέλεσμα ενός τύπου προσωπικότητας περιορίζει, κατά τη γνώμη μας, τις διαστάσεις του προβλήματος, άλλωστε καμιά έρευνα δεν στάθηκε ικανή να αποδείξει κάτι τέτοιο.

Οποσδήποτε, η μη συμμόρφωση αποτελεί μια ψυχολογική αντίδραση και ως τέτοια εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς, όχι όμως μόνο απ’ αυτήν. Η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, όπως το φαινόμενο πλασέμπο (PLACEBO), αποτελεί περισσότερο αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, σχέση (στην οποία διαπλέκονται ο ασθενής, ο γιατρός και το περιβάλλον τους) και λιγότερο απόρροια συγκεκριμένης παθολογικής προσωπικότητας.

Εντούτοις, στο σημείο αυτό θέλουμε να επισημάνουμε ότι η μη συμμόρφωση είναι δυνατόν να αποτελεί μια αμυντική αντίδραση του υποκειμένου στο γεγονός της ασθένειάς του και ως τέτοιο έχει σαφώς σχέση με την προσωπικότητά του. Έτσι, η μη συμμόρφωση στην αγωγή είναι δυνατόν να είναι το αποτέλεσμα της συνειδητής ή ασυνειδητής άρνησης της ασθένειας: “παίρνω φάρμακο” σημαίνει “αποδέχομαι ότι είμαι ασθενής”. Αρνούμενο το υποκείμενο την πραγματικότητα μ’ ένα μαγικό τρόπο σκέψης, “ό,τι δεν σκέπτομαι, δεν υπάρ-

χει”, όταν δεν παίρνει τα φάρμακά του πιστεύει ότι δεν ασθενεί. Η ένταση αυτού του φαινομένου ποικίλλει: άλλοτε ο ασθενής απορρίπτει εντελώς την αγωγή του (σ’ αυτήν την περίπτωση πρόκειται για πλήρη άρνηση της πραγματικότητας), και άλλοτε την ακολουθεί ελλιπώς, συμβιβάζοντας αφενός την επιθυμία του για θεραπεία και αφετέρου την αντίδρασή του στην αποδοχή της ασθένειας, αισθανόμενος υγιής κατά την χρονική περίοδο που δεν ακολουθεί την αγωγή του.

Στους έφηβους, η άρνηση ή η διακοπή της θεραπείας αντανακλά μερικές φορές τη ντροπή που αισθάνονται ως “διαφορετικά” ή “μειονεκτούντα” άτομα και εκφράζει την επιθυμία τους να αυτοεπιβεβαιωθούν ως φυσιολογικά άτομα.

Η διακοπή της αγωγής, ιδιαίτερα στους χρόνιους ασθενείς, αποτελεί σε μερικές περιπτώσεις την έκφραση της επιθετικότητάς τους προς τον “ανίκανο” γιατρό, που δεν κατορθώνει να τους θεραπεύσει ή που δεν υιοθετεί την επιθυμητή απ’ αυτούς στάση απέναντί τους. Άλλοτε πάλι, η διακοπή της αγωγής αποτελεί αυθεντικό ισοδύναμο της επιθυμίας για αυτοκτονία, κατά τη διάρκεια καταθλιπτικής περιόδου του ασθενούς.

#### *5 παράγοντες που εξαρτώνται από την προσωπικότητα του γιατρού*

Η προσωπικότητα του γιατρού επηρεάζει σημαντικά τη συμμόρφωση του ασθενούς στην αγωγή. Η συμμόρφωση είναι σημαντικά καλύτερη όταν ο γιατρός επικοινωνεί εύκολα με τον ασθενή του, δείχνει ενδιαφέρον γι’ αυτόν και κατανόηση στα προβλήματα του. Ακόμη, σημαντικό ρόλο παίζει και η πεποίθηση του γιατρού για την αποτελεσματικότητα της αγωγής που προτείνει. Όσο περισσότερο ο γιατρός είναι απόλυτα βέβαιος ότι η αγωγή του θα βοηθήσει τον ασθενή, τόσο περισσότερο εύκολα θα ξεπεραστούν οι αρχικές ενδεχόμενες αντιστάσεις του τελευταίου στην αγωγή. Γι’ αυτό, ο γιατρός θα πρέπει να είναι σίγουρος ότι έχει κάνει την καλύτερη θεραπευτική επιλογή για το συγκεκριμένο ασθενή.

### **Πώς θα πετύχω ο συγγενής μου να παίρνει σταθερά τα φάρμακά του;**

Το να πείσεις τους ασθενείς με σχιζοφρένεια να παίρνουν, όπως πρέπει, τα φάρμακά τους είναι η μισή δουλειά της ψυχιατρικής θεραπευτικής πρακτικής. Οι σχιζοφρενείς, συνηθέστερα, χρειάζεται να λαμβάνουν σταθερά τα φάρμακά τους για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα.

Στη συνέχεια, σας παραθέτουμε μια λίστα από ιδέες και οδηγίες, που θα πρέπει να γνωρίζουν και με τη σειρά τους να διδάσκουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στους συγγενείς, για να βοηθηθούν οι ασθενείς να συμμορφώνονται στη θεραπεία.

- ✓ Βοηθήστε τον να μάθει τα ονόματα των φαρμάκων που παίρνει, να γνωρίζει καλά τη δοσολογία τους και να ξέρει τι πρέπει να κάνει στην περίπτωση που εμφανιστούν παρενέργειες.
- ✓ Εξηγήστε τους τη φύση της ασθένειας χωρίς να χρησιμοποιείτε αφορισμούς. Χρησιμοποιήστε τα ενημερωτικά φυλλάδια, που παρέχονται από κρατικές υπηρεσίες και εθελοντικούς οργανισμούς.
- ✓ Μη σπεύδετε να ερμηνεύσετε τα κίνητρά του, είναι προτιμότερο να τον ακούσετε. Αυτό αρκεί, πολλές φορές, για να εκφράσει ο ασθενής τις ανησυχίες και τους δισταγμούς του.
- ✓ Προσπαθήστε να τους εξηγήσετε το ρόλο της φαρμακοθεραπείας. Δώστε έμφαση στο ότι η ασθένεια είναι ένα πρόβλημα των “νεύρων” ή ακόμα και των “χημικών αντιδράσεων του εγκεφάλου”, παρά ότι είναι ένα ψυχικό ελάττωμα ή κάτι για το οποίο πρέπει να ντρέπονται.
- ✓ Φροντίστε να διαγνώσετε έγκαιρα τη μη συμμόρφωση. Δεν πρέπει να σας διαφεύγει ότι ο οποιοσδήποτε ασθενής είναι δυνατόν, υπ’ ορισμένες συνθήκες, να μη συμμορφώνεται στην αγωγή του. Γι’ αυτό, θα πρέπει σε κάθε νέο ασθενή να λαμβάνετε υπόψη αυτό το ενδεχόμενο και να τον ρωτάτε εάν έχει κάποιο πρόβλημα με τα φάρμακά του (π.χ. κεφαλαλγίες, γαστραλγίες, ναυτία, υπνηλία,...), εάν παίρνει καθημερινά την αγωγή του, πόσα φάρμακα παίρνει με ποιόν τρόπο, πριν ή μετά το γεύμα, πόσα φάρμακα του απομένουν κ.λπ.
- ✓ Απλουστεύστε, όσο είναι δυνατό, την αγωγή: χορηγήστε τα δυνατόν λιγότερα διαφορετικά φάρμακα, στις μικρότερες απαραίτητες δόσεις, στον ελάχιστο αριθμό ανά 24ωρο.
- ✓ Κάντε τους γνωστό πως η αρχική ποσολογία των φαρμάκων πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς. Για το λόγο αυτό, πρέπει πάντα να ακούτε τα παράπονα του συγγενούς σας σχετικά με τις παρενέργειες. Κάντε ό,τι είναι δυνατό, για να δώσετε στον ασθενή να καταλάβει ότι τον νιώθετε. Έτσι, θα διώξετε το άγχος του σχετικά με τα φάρμακα.
- ✓ Μάθετε ότι τα “άσχημα” συμπτώματα, συνήθως τα θετικά, δεν θα επανεμφανιστούν αμέσως μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Η επίδραση των αντιψυχωτικών φαρμάκων παραμένει στον οργανισμό από 6 εβδομάδες έως τρεις μήνες. Αυτή η περίοδος “χάριτος”, θα λέγαμε, σας δίνει το χρόνο για να χειριστείτε το πρόβλημα του ασθενούς σας σε συνεργασία με το γιατρό.

- ✓ Εξηγήστε στο συγγενή σας ότι μπορεί να καταλήξει πάλι στο νοσοκομείο, αν δεν πάρει τα φάρμακά του (αυτό δεν πρέπει να ληφθεί ως απειλή). Κάποιοι δεν θα δεχθούν τις προειδοποιήσεις, ενώ άλλους δεν τους πειράζει η επιστροφή στο νοσοκομείο.
- ✓ Εάν άλλα άτομα μέσα στην οικογένειά σας λαμβάνουν κάποια φάρμακα, μετατρέψτε την όλη διαδικασία της λήψης φαρμάκων σε ιεροτελεστία. Όλοι παίρνουν τα φάρμακά τους την ίδια ώρα (ακόμη και αν πρόκειται για χάπια βιταμινούχα).
- ✓ Είναι ευκολότερο να παίρνει κάποιος ένα χάπι την ημέρα παρά έξι. Μιλήστε στο γιατρό σχετικά με τον τρόπο, με τον οποίο ο συγγενής σας θα πρέπει να παίρνει το φάρμακό του.
- ✓ Για ασθενείς που ξεχνούν συνεχώς την, από του στόματος, φαρμακευτική αγωγή τους, η χρήση μιας εβδομαδιαίας θήκης χαπιών μπορεί να αποτελέσει ένα αποτελεσματικό εργαλείο.
- ✓ Ποτέ να μην ανακατεύετε τα χάπια με το φαγητό. Εάν ο συγγενής σας είναι παρανοϊκός, αυτή η ενέργεια θα ενισχύσει την παρανοϊκότητά του. Δεν θα μπορέσετε ποτέ να ξαναποκτήσετε την εμπιστοσύνη του.
- ✓ Πολλοί ασθενείς αρνούνται να παίρνουν φάρμακα από το στόμα, όχι όμως και τα ενέσιμα μακράς διαρκείας. Με τα ενέσιμα είστε σίγουροι ότι το άτομο λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή. Δεν μπορεί να τα φτύσει ή να τα κρύψει κάτω από τη γλώσσα, κ.λ.π. Συζητήστε με το γιατρό τα πλην και τα συν από μια ενδεχόμενη αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής.
- ✓ Καθορίστε μια διαδικασία για τη λήψη των φαρμάκων, π.χ. βλέποντας μαζί του μια ταινία ή πηγαίνοντας για φαγητό κ.λ.π. Δώστε στο συγγενή σας να καταλάβει ότι είστε περήφανοι γι' αυτόν, αναφορικά με τον τρόπο που χειρίζεται την ανάγκη του για λήψη των φαρμάκων.
- ✓ Κάντε ό,τι είναι δυνατό για να είστε ήρεμοι και λογικοί, για να πείσετε το συγγενή σας να πάρει τα φάρμακά του. Εάν τον πείσετε πολύ, ίσως να τον κάνετε περισσότερο αρνητικό. Πάντα θα είναι αναγκαία μια περίοδος προγύμνασής σας, στη στάση σας μέσα από τις εμπειρίες σας.

### **Επηρεάζει η φαρμακοθεραπεία την πορεία της σχιζοφρένειας;**

Βεβαίως ναι, και υπό προϋποθέσεις, συνήθως θετικά. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από το ότι :

- Οι ασθενείς της εποχής πριν από τα αντιψυχωτικά, (δηλαδή πριν τη δεκαετία του 50), είχαν χειρότερη εξέλιξη σε σχέση μ' αυτούς που αντιμετωπίστηκαν μ' αυτά.
- Όσο καθυστερεί η έναρξη της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της ασθένειας, τόσο λιγότερο αποτελεσματική θα είναι η μείωση των συμπτωμάτων.
- Μια ασθένεια, που μένει για αρκετό διάστημα χωρίς θεραπεία, οδηγεί σε υποτροπές, συχνές επανεισαγωγές σε θεραπευτικές δομές 24ωρης νοσηλείας και επομένως έχει υψηλότερο κόστος θεραπείας.
- Όσο πιο πολύ καθυστερεί η έναρξη της φαρμακοθεραπείας, τόσο πιο πολύς χρόνος θα χρειαστεί για να υποχωρήσουν τα συμπτώματα και η ανάρρωση θα γίνει με βραδείς ρυθμούς.
- Οι ασθενείς, που σταματούν από μόνοι τους τη φαρμακοθεραπεία, εμφανίζουν πολύ πιο υψηλό ποσοστό υποτροπών συγκριτικά με όσους δεν ενεργούν ανάλογα και μάλιστα, όταν η φαρμακοθεραπεία διακόπτεται απότομα.
- Υποδοσολογούμενη φαρμακοθεραπεία ή 'διακοπτόμενη' συνεπάγεται σημαντικά συχνότερες υποτροπές.
- Όλες οι ενδείξεις οδηγούν στο ότι η αντιψυχωτική φαρμακοθεραπεία είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης των υποτροπών στη σχιζοφρένεια.

### **Πώς αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά η διέγερση του σχιζοφρενούς ασθενούς;**

Σήμερα, η πιο συχνή στρατηγική, στα ψυχιατρικά επείγοντα, για την αντιμετώπιση του διεγερμένου είναι η χρήση της αλοπεριδόλης, σε συνδυασμό με τη λοραζεπάμη. Συνήθως, ο γιατρός χορηγεί 5mg αλοπεριδόλης με ένεση ενδομυϊκώς και 2 mg λοραζεπάμης από το στόμα. Η στρατηγική αυτή είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Τα αποτελέσματα εμφανίζονται περίπου σε μια ώρα, στις περισσότερες των περιπτώσεων. Αν κάτι τέτοιο δεν συμβεί, τότε μπορεί η χορήγηση αυτών των φαρμάκων να επαναληφθεί. Η συγχορήγηση ρισπεριδόνης και λοραζεπάμης από το στόμα είναι το ίδιο αποτελεσματική. *Η ευθύνη επιλογής του/των φαρμάκου/ων για την αντιμετώπιση της διέγερσης του σχιζοφρενούς ανήκει αποκλειστικά στο γιατρό.*

## Υπάρχουν συνέπειες από τη μη έγκαιρη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στη σχιζοφρένεια;

Οι παράγοντες, που οδηγούν στο να μην χορηγούνται στους νέους σχιζοφρενείς ασθενείς τα απαραίτητα φάρμακά τους εγκαίρως, είναι πολλοί. Αφορούν τους γιατρούς και τις εκάστοτε διαμορφούμενες θεραπευτικές απόψεις αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς.

Σήμερα, πάντως, είναι αποδεδειγμένο ότι, εάν ο ασθενής παραμένει χωρίς αγωγή για μεγάλο χρονικό διάστημα, κατά την περίοδο των πρόδρομων συμπτωμάτων, πιθανόν να οδηγηθεί σε κακή έκβαση.

Η σχέση, μάλιστα, της χωρίς φαρμακευτική αγωγή χρονικής περιόδου και της έκβασης είναι ισχυρότερη κατά τους πρώτους μήνες της ασθένειας. Έτσι, ορισμένοι ερευνητές συνιστούν η φαρμακευτική παρέμβαση να αρχίζει όσο το δυνατό νωρίτερα, κατά την πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας.

## Είναι η φαρμακοθεραπεία, από μόνη της, επαρκής για τους περισσότερους ασθενείς με σχιζοφρένεια;

Αν και η φαρμακοθεραπεία είναι το βασικό στοιχείο της σύγχρονης θεραπείας και χωρίς αυτή, η πλειοψηφία των πασχόντων ατόμων θα υποτροπιάσει, είναι γενικά αποδεκτό ότι μια βιοψυχοκοινωνική θεραπευτική προσέγγιση είναι η καταλληλότερη. Η φαρμακοθεραπεία οδηγεί στην ύφεση των πιο έντονων και δυσάρεστων συμπτωμάτων, για παράδειγμα των ενοχλητικών ψευδαισθήσεων ή της διαταραχής σκέψης και έτσι επιτρέπει και αποκαθιστά, σ' ένα βαθμό, τις διαταραχθείσες διαπροσωπικές επαφές. Οι νοσοκόμοι και οι γιατροί μπορούν να επικοινωνήσουν με τον ασθενή, τα κοινωνικά προγράμματα μπορούν να συνεχιστούν και γι' όσους ασθενείς έχει υπάρξει σημαντική βελτίωση, είναι δυνατό να εφαρμοστούν γνωστικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Όταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είτε διαχειρίζονται οξείες καταστάσεις είτε φροντίζουν χρόνιους ασθενείς στο σπίτι, υπάρχουν συγκεκριμένα προγράμματα αποκατάστασης και ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές τεχνικές, που πρέπει να διενεργούνται παράλληλα προς τη φαρμακοθεραπεία για να ολοκληρώνεται η ευεργετική προσφορά της. Το να εξηγήσουμε την ασθένεια, να βοηθήσουμε τους ασθενείς να χειριστούν καθημερινά πρακτικά και κοινωνικά ζητήματα, όπως τρόπους να επωφεληθούν από δημόσιες υπηρεσίες ή να πάνε για ψώνια και να ξεκινήσουμε μια σειρά από εργασιοθεραπείες και δημιουργικές θεραπείες, είναι



όλα μέρος της σύγχρονης θεραπευτικής για τη σχιζοφρένεια.

Η χειρουργική ανάταξη μπορεί να είναι η θεραπεία που απαιτείται για ένα σπασμένο πόδι. Η φυσικοθεραπεία, όμως, είναι εκείνη που θα διευκολύνει τον ασθενή να κινηθεί και να περπατήσει μια ώρα αρχύτερα. Έτσι, η εκπαίδευση και η βοήθεια προς το σχιζοφρενή για να μάθει ή να ξαναθυμηθεί ξεχασμένες κοινωνικές δεξιότητες είναι σημαντική για την ψυχοκοινωνική του επανένταξη και την αυτονόμησή του στο μέγιστο δυνατό βαθμό.

### **Υπάρχουν άλλες θεραπείες εκτός της φαρμακευτικής;**

Είναι αποδεκτό ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι χρήσιμα για τη μείωση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων αλλά δεν μειώνουν όλα τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας και στον ίδιο βαθμό. Συμβαίνει, μάλιστα, αρκετοί σχιζοφρενείς, ενώ είναι σχετικά απαλλαγμένοι από συμπτώματα, να εξακολουθούν να έχουν δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή και στη διατήρηση σχέσεων με άλλα άτομα. Επιπλέον, επειδή οι ασθενείς αυτοί συχνά υποτροπιάζουν, κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών ή επαγγελματικών περιόδων της ζωής τους (ηλικίες 18 με 35), είναι απρόθυμοι ή δεν μπορούν και δεν τους δίνονται οι κατάλληλες ευκαιρίες για να ολοκληρώσουν την εκπαίδευση, που απαιτείται, για να καταλάβουν μια σταθερή θέση εργασίας, γ' αυτό είναι δύσκολο να αυτονομηθούν στην καθημερινή ζωή. Το αποτέλεσμα αυτών των καταστάσεων είναι ότι οι σχιζοφρενείς δεν υποφέρουν μόνο από τις παθολογικές τους σκέψεις και συναισθηματικές τους διαταραχές αλλά και από την έλλειψη κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων.

Σ' αυτά ακριβώς τα ψυχολογικά, κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα των σχιζοφρενών βοηθούν οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Γενικά, οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις έχουν μικρή αξία για την αντιμετώπιση των διαταραχών, που εμφανίζουν οι ασθενείς σ' ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο αλλά είναι αρκετά χρήσιμες για εκείνους, των οποίων τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι ήπια. Πολλές μορφές ψυχοκοινωνικών θεραπειών είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μπορούν να εφαρμοσθούν στο νοσοκομείο, στη μονάδα επανένταξης, στο σπίτι, στο χώρο εργασίας και βοηθούν το σχιζοφρενή στην κοινωνικοποίηση και την αυτονόμησή του. Μερικές από αυτές τις προσεγγίσεις περιγράφονται περιληπτικά στη συνέχεια. Δυστυχώς, η διαθεσιμότητά τους ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα και στην πατρίδα μας, από πόλη σε πόλη, από υπηρεσία σε υπηρεσία.

## **Μπορούμε να ελαχιστοποιήσουμε τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, χρησιμοποιώντας κοινωνικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις χωρίς φαρμακοθεραπεία;**

Αν και είναι αληθές ότι οι κοινωνικές και ψυχολογικές θεραπευτικές προσεγγίσεις μπορούν να ωφελήσουν, για παράδειγμα να μειώνουν το εκφραζόμενο συναίσθημα μέσα στις οικογένειες, η φαρμακοθεραπεία παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας. Ομοίως, η διασφάλιση ενός σταθερού περιβάλλοντος για τον ασθενή, με ούτε με πάρα πολλά ούτε πολύ λίγα ερεθίσματα, τον διευκολύνει να διατηρήσει την απαραίτητη ισορροπία και σε προσωπικό και σε κοινωνικό επίπεδο. Η ουσία της σύγχρονης διαχείρισης της σχιζοφρένειας προσανατολίζεται γύρω από την έννοια της “βιοψυχοκοινωνικής ολιστικής προσέγγισης”, στην οποία, με τη συμμετοχή εξειδικευμένων θεραπειών, επιδιώκονται ο έλεγχος των συμπτωμάτων, η ψυχολογική και κοινωνική συμβουλευτική και υποστήριξη, μαζί με κάθε είδος επιστημονικά αναγνωρισμένης άλλης μορφής θεραπείας.

Το μόνο που δεν επιτρέπεται θεραπευτικά είναι να ακολουθούμε φανατικά μια και μόνη μέθοδο θεραπείας αποκλείοντας κάθε άλλη που με ατεκμηρίωτο υποκειμενισμό θεωρούμε ως αναποτελεσματική.

### 3. ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

#### Τι είναι η ατομική ψυχοθεραπεία;

Η ατομική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει τακτικές προγραμματισμένες συνεδρίες ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, που μπορεί να είναι ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός ή η ψυχιατρική αδελφή. Αυτές οι συζητήσεις μπορεί να εστιάζονται σε τωρινά ή προηγούμενα προβλήματα, εμπειρίες, σκέψεις, συναισθήματα ή σχέσεις. Με το να μοιράζεται ο ασθενής αυτές τις εμπειρίες με κάποιον ειδικό, που τον κατανοεί, με το να μιλάει για τον κόσμο του με κάποιον που ζει έξω από αυτόν, βοηθιέται βαθμιαία να καταλάβει καλύτερα τον εαυτό του και τα προβλήματά του. Επίσης, μπορεί να μάθει να ξεχωρίζει το πραγματικό από το φανταστικό και το παραπονημένο.

Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η υποστηρικτική θεραπεία, η επικεντρωμένη στην πραγματικότητα, είναι γενικά πιο ωφέλιμη στους εξωτερικούς σχιζοφρενείς, σε σχέση με την ψυχαναλυτική ή ενορατική ψυχοθεραπεία. Σε μια μεγάλης κλίμακας μελέτη, οι ασθενείς, στους οποίους εφαρμόστηκε η ψυχοθεραπεία, η επικεντρωμένη στην πραγματικότητα και στους οποίους διδάχθηκαν πρακτικές διαπροσωπικές δεξιότητες, τα κατάφεραν εξίσου καλά ή και καλύτερα από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν στην ενορατική επικεντρωμένη θεραπεία.

#### Τι είναι η ομαδική θεραπεία;

Η ομαδική θεραπεία, συνήθως, προσφέρεται ταυτόχρονα σ' ένα μικρό αριθμό ασθενών (για παράδειγμα 6 έως 8) από ένα ή δύο εκπαιδευμένους θεραπευτές. Εδώ, η εστίαση της εκπαίδευσης είναι στο να μάθει ο ασθενής από τις εμπειρίες των άλλων, να εξετασθούν οι αντιλήψεις του ασθενούς σε σύγκριση με εκείνες κάποιων άλλων και να διορθωθούν κάποιες παραμορφώσεις των προσωπικών συμπεριφορών του, με ανατροφοδότηση δεδομένων, που έχουν συλλεχθεί από τη ζωή των άλλων μελών της ομάδας. Αυτή η μορφή θεραπείας είναι πολύ χρήσιμη μετά τον ολικό ή μερικό έλεγχο των συμπτωμάτων του ασθενούς και την έξοδό του από την οξεία φάση της σχιζοφρένειας. Όταν οι ασθενείς αρχίσουν να αναρρώνουν, η συμμετοχή τους σε μια ομαδική θεραπεία μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη, για να τους προετοιμάσει να προσαρμοστούν στην κοινωνική ζωή.

### Τι είναι η οικογενειακή θεραπεία;

Όπως εφαρμόζεται συνήθως, η οικογενειακή θεραπεία περιλαμβάνει τον ασθενή, τους γονείς του ή τη σύζυγό του και το θεραπευτή. Μπορούν, επίσης, να λάβουν μέρος τα αδέρφια, τα παιδιά και άλλοι συγγενείς του. Οι σκοποί ποικίλλουν. Η συνάντηση σε μια οικογενειακή ομάδα μπορεί να επιτρέψει σε πολλά μέλη της οικογένειας να επικοινωνήσουν πραγματικά μεταξύ τους και στο θεραπευτή να καταλάβει τις απόψεις τους, ώστε να τους προσφέρει την απαιτούμενη απαραίτητη υποστήριξη και κατανόηση για την αντιμετώπιση της κρίσης. Μπορεί, επίσης, να βοηθήσει στο σχεδιασμό της περαιτέρω θεραπείας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και να εξασφαλίσει τη συμμετοχή των μελών της οικογένειας στο συνολικό θεραπευτικό πρόγραμμα.

Επειδή, πολύ συχνά, οι ασθενείς φεύγοντας από το νοσοκομείο ξαναγυρίζουν στην οικογένειά τους, που αναλαμβάνει τη φροντίδα τους, η θεραπεία αυτή βοηθά σημαντικά τα μέλη της οικογένειας να πλουτίσουν τις γνώσεις τους για την ασθένεια και να γίνουν γνώστες των δυσκολιών και των προβλημάτων που αφορούν τη σχιζοφρένεια.

Βοηθά, ακόμη, τα μέλη μιας οικογένειας να μάθουν τους τρόπους μείωσης των πιθανοτήτων για μελλοντικές υποτροπές, να γνωρίσουν τις διαφορετικές συμπεριφορές των ασθενών, καθώς και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης της οικογένειας και του ασθενούς, που είναι διαθέσιμες.

# Δ. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μετά τη νοσηλεία στο νοσοκομείο, πολλοί ασθενείς, μετά από σύσταση των θεραπειών τους, ακολουθούν, όπου είναι διαθέσιμο, ένα πρόγραμμα μετανοσοκομειακής φροντίδας και υποστήριξής τους. Τέτοια προγράμματα, συνήθως, περιλαμβάνουν ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις (ομαδικές ή ατομικές), εκμάθηση δεξιοτήτων, τεχνικές για επίλυση καθημερινών προβλημάτων, απασχολησιοθεραπεία, δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου και εκπαίδευση της οικογένειας. Στην επιλογή ενός τέτοιου προγράμματος και για την επιτυχή συμμετοχή του ασθενούς, είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες και οι προτιμήσεις του. Ο ρόλος της οικογένειας πρέπει να είναι υποστηρικτικός και όχι καθοδηγητικός. Τέτοια προγράμματα προσφέρουν στον ασθενή σημαντικές ευκαιρίες επανακοινωνικοποίησης και στο γιατρό τη δυνατότητα να παρακολουθεί την πορεία ανάρρωσης και να αντλεί χρήσιμα στοιχεία για την εξέλιξη της ασθένειας του συγγενούς σας.

Τα προγράμματα αυτά συμβαίνει να είναι πολύ ανόμοια στις διάφορες ψυχιατρικές υπηρεσίες της Ελλάδας και σε μερικές

περιοχές της δεν εκτελούνται. Μπορείτε να πάρετε πληροφορίες για τις υπάρχουσες υπηρεσίες υποστήριξης, προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης και ομάδων αυτοβοήθειας από την κλινική ή το νοσοκομείο που νοσηλεύτηκε ο/η συγγενής σας ή επικοινωνώντας με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας της περιοχής σας ή απευθυνόμενοι στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (τηλ. 210-8251834 και 210-8251835) ή απευθυνόμενοι σε έναν από τους οργανισμούς, που αναφέρονται στο παράρτημα του βιβλίου.

### **Τι είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του σχιζοφρενούς ασθενούς;**

Είναι μια συμπληρωματική δραστηριότητα στη θεραπευτική της ψυχικής ασθένειας αλλά και μια εξαιρετικά ελπιδοφόρα στρατηγική. Ένας ορισμός, που νομίζουμε πως είναι σαφής και περιεκτικός, την καθορίζει ως “το σύνολο των άμεσων και έμμεσων διαδικασιών, που αποσκοπούν στη μείωση των ελλειμμάτων της ψυχικής νόσου και στην αύξηση των ψυχοκοινωνικών ικανοτήτων των περιθωριοποιημένων ασθενών και εν τέλει των διαδικασιών, που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ευκαιριών μέσα στην κοινότητα για καλύτερη ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών”.

Ένα πρώτο ερώτημα, που θα μπορούσε να τεθεί, είναι το εάν και κατά πόσο η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (ΨΚΑ) αντιπροσωπεύει ένα νέο και πρωτοποριακό βήμα στην ψυχιατρική θεραπευτική. Ένας μεγάλος αριθμός ψυχιάτρων, που έζησαν τις εξελίξεις του κλάδου μας τα τελευταία σαράντα χρόνια, δικαιολογημένα αποδέχονται κάτι τέτοιο. Πραγματικά, μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, σε πολλές χώρες δόθηκε σταδιακά μια ιδιαίτερη προσοχή στο ζήτημα της χρονιότητας της ψυχικής ασθένειας, της περίθαλψης των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα, σε εναλλακτικές λύσεις του παραδοσιακού ψυχιατρικού νοσοκομείου, στην ανάλυση της επίδρασης των συνθηκών του κοινωνικού - πολιτιστικού περιβάλλοντος σε ό,τι αφορά την εκδήλωση και την εξέλιξη ψυχικών νοσημάτων, που προκαλούν υπολειμματικότητα και αναπηρία. Πολλές δράσεις, προαγωγικές μιας ψυχιατρικής περίθαλψης με ανθρώπινο πρόσωπο, έχουν υπάρξει όλα αυτά τα χρόνια. Θα μπορούσε κανείς να προσθέσει ακόμη, για να μην αδικήσει την ιστορική αλήθεια, τις εμπειρίες της θερα-

πευτικής κοινότητας, την ψυχιατρική του τομέα και πολλές άλλες καινοτομίες.

Η ΨΚΑ καταβάλλει σήμερα κάθε δυνατή προσπάθεια να ξεπεράσει τα θεωρητικά και πρακτικά δεδομένα του αγώνα κατά της χρονιοποίησης των παρελθόντων χρόνων. Πολλές προηγούμενες προσπάθειες βασίζονταν στη νοσοκομειοκεντρική αντίληψη για την περίθαλψη. Η αντίληψη αυτή προκάλεσε πολλές αντιρρήσεις και αποτέλεσε αντικείμενο δριμύτατης κριτικής. Σήμερα, όποια κι αν είναι η αξία της νοσηλείας στα πλαίσια της στρατηγικής της θεραπευτικής αντιμετώπισης των προβλημάτων των ψυχικά ασθενών, δεν παραγνωρίζεται ο ρόλος και η προσφορά του κοινωνικού περιγύρου στη θεραπεία των ψυχικά ασθενών.

Η πόλη, η γειτονιά, η οικογένεια και ο χώρος εργασίας θεωρούνται και πράγματι, αποτελούν χώρους και μέσα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης, που μπορούν να αντισταθμίσουν και να μειώσουν τις διαταραχές και τα ελλείμματα των χρόνιων ασθενών. Αυτά, που εύκολα αποκαλούμε σήμερα “ελλείμματα” της ασθένειας και αναπηρία, υπήρξαν η καταγωγή και η δικαιολογία για τον αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών από το κοινωνικό σώμα. Στο εξής, πρέπει να βρεθεί ένας άλλος τρόπος ύπαρξής τους μέσα στον κοινωνικό ιστό, μια άλλη μέθοδος συμμετοχής τους στα κοινά. Το καθήκον των ψυχιατρικών και ιατροκοινωνικών ομάδων είναι να αναζητούν όλα τα μέσα, όλα τα στηρίγματα, που θα διευκολύνουν το γυρισμό και θα εξασφαλίζουν την παραμονή των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα.

### **Πού θα γίνει η ψυχοκοινωνική επαναπροσαρμογή του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο;**

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του συγγενούς σας στην κλινική, δώστε στο νοσηλευτικό προσωπικό, που τον έχει αναλάβει, να καταλάβει ότι επιθυμείτε να συμμετάσχετε στο σχεδιασμό και να λάβετε την κατάλληλη βοήθεια για την εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος γενικότερης φροντίδας του ασθενούς συγγενούς σας, μετά την έξοδό του από την κλινική. Πολλοί συγγενείς των ασθενών συνιστούν πως είναι προτιμότερο να μην αρκεσθείτε σ’ ένα προφορικό αίτημα αλλά να απευθύνετε επιστολή προς την κοινωνική λειτουργό της κλινικής. Να θυμάστε πάντα ότι τα γραπτά μένουν. Ένα παράδειγμα μιας τέτοιας επιστολής είναι το παρακάτω.

Κύριε/Κυρία.....

Σας ευχαριστώ για τη φροντίδα που παρέχετε στο γιο μου/στην κόρη μου (εάν μπορείτε δώστε ένα συγκεκριμένο παράδειγμα βοήθειας, το οποίο υπήρξε ιδιαίτερα σημαντικό για εκείνον /η). Τώρα, που πλησιάζει ο καιρός για να φύγει, θα ήθελα να συναντηθούμε για να με ενημερώσετε και να συζητήσουμε τι πρέπει να κάνω για εκείνον/η από δω και πέρα και πώς θα το κάνω.

Πολλοί συγγενείς συνιστούν, ακόμη, να γράψετε ένα σημείωμα με τα στοιχεία σας (αν δεν σας ζητηθούν από την προϊστάμενη αδελφή της κλινικής) και να ζητήσετε να τοποθετηθεί στο φάκελο του ασθενούς, για να “θυμίζει” στο προσωπικό της κλινικής να σας ενημερώνει τακτικά, σχετικά με την πορεία και το εξιτήριο του ασθενούς. Στα ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά και σε μικρότερες ιδιωτικές κλινικές, το προσωπικό μπορεί να αμελεί να σας κρατά πάντα ενήμερους για τις εξελίξεις της ασθένειας του συγγενούς σας. Μερικοί γονείς ανέφεραν ότι έτυχε να πάνε στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και εκεί, κάποιος τους είπε: “Α, με την ευκαιρία, ο γιος σας παίρνει εξιτήριο αύριο”.

Στις περισσότερες κλινικές και ψυχιατρικά νοσοκομεία, μια κοινωνική λειτουργός θα αναλάβει την περίπτωση του συγγενούς σας. Ζητήστε, από τις πρώτες μέρες της εκεί παραμονής του συγγενούς σας, να ενημερώσουν και να συμβουλευθούν εσάς και το συγγενή σας, σχετικά με τις κοινωνικές υπηρεσίες και τα κοινωνικά προγράμματα γενικότερης επανενταξιακής φροντίδας που συντελούνται στη γειτονιά σας ή στην πόλη σας, εκτός των κλινικών και των νοσοκομείων. Επίσης, ζητήστε να μάθετε τι είναι καλύτερο για τον ασθενή, να επιστρέψει σπίτι ή να ακολουθήσει μια άλλη εναλλακτική λύση διαμονής.

### **Ποια είναι η χρησιμότητα και η σπουδαιότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στη μακροχρόνια φροντίδα των σχιζοφρενών;**

Οι παρεμβάσεις, που διαδραματίζονται στα πλαίσια της Ψ.Κ.Α. του σχιζοφρενούς, κατέχουν ένα αναγνωρισμένο θεραπευτικό ρόλο στα συστήματα ιατροκοινωνικής φροντίδας του. Επιπλέον, είναι επιβεβλημένες και από ηθικούς λόγους, καθώς δεν είναι πρόπον να συντηρούμε ένα σύστημα φρο-



ντίδας που αγνοεί, δεν λογαριάζει και δεν νοιάζεται για την επάνοδο «με τη μέγιστη δυνατή αυτονομία» της άρρωστης ύπαρξης μέσα στην κοινωνία, όπου δικαιωματικά ανήκει.

Είναι αναγκαίο η μακροχρόνια φροντίδα των σχιζοφρενών να ικανοποιεί ένα σύνολο απαιτήσεων και να εγγράφεται σ' ένα ιδανικό πλαίσιο αρχών, κανόνων, καταστάσεων και προϋποθέσεων.

Αναφέρουμε επιλεκτικά κάποια παραδεκτά στοιχεία για τη δόμηση ενός τέτοιου πλαισίου.

- ✓ Οι σχιζοφρενείς είναι πολίτες με πλήρη δικαιώματα και οι προσωπικές τους επιλογές θα πρέπει να ευνοούνται κατά το μέγιστο.
- ✓ Η οργάνωση του συστήματος προσδιορίζεται περισσότερο από τις ανάγκες, παρά από τους πόρους και η πρόσβαση σ' αυτό διευκολύνεται.
- ✓ Η Πολιτεία πρέπει να ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες της καθημερινής ζωής, εάν ο ασθενής ή η οικογένειά του δεν είναι σε θέση να τις εξασφαλίσουν. Τα παραπάνω περιλαμβάνουν τη διαμονή, τη διατροφή, τη συντήρηση, την απασχόληση, τις θεραπευτικές αγωγές, κλπ.
- ✓ Στα βιομηχανικά και αστικά κέντρα, οι οικογενειακοί πυρήνες είναι περιορισμένοι και όλο και περισσότερο κατακερματίζονται. Ως εκ τούτου, πολλοί ασθενείς αναγκάζονται να επιλέξουν ή οδηγούνται στην απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον.
- ✓ Η εργασία δεν διασφαλίζεται πλέον από τις κοινωνίες μας, το κοινωνικό κράτος περιορίζεται και ο ασθενής με σοβαρή ψυχική νόσο αντιμετωπίζει έντονο πρόβλημα ανεργίας και απομόνωσης.
- ✓ Η αξία των αντιψυχωτικών είναι γνωστή. Η κατάλληλη αντιψυχωτική αγωγή συντήρησης αποτελεί προαπαιτούμενο κάθε ψυχοκοινωνικής παρέμβασης.
- ✓ Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις δεν αποτελούν μια εναλλακτική πρόταση στις φαρμακευτικές αγωγές αλλά μια μεγάλη πρόκληση για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εάν ο στόχος μας είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μας.

Τέτοιες παρεμβάσεις πρέπει να επικεντρώνονται τόσο σε συγκεκριμένους τομείς της σχιζοφρένειας (όπως η εκμάθηση συμπεριφορών στο πάσχον υποκείμενο, που παραληρεί και βιώνει ψευδαισθησιακή αγωνιώδη εμπειρία), όσο και στους τομείς που συνδέονται με μακρόχρονες αναπη-

ρίες (όπως για παράδειγμα, η συνέχιση των δεσμών με τα άλλα μέλη της οικογένειας, η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή).

### **Τι είδους παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν προς στην οικογένεια;**

Οι οικογένειες των σχιζοφρενών ασθενών συγκεντρώνουν τα τελευταία 20 χρόνια ένα σημαντικό μέρος της προσοχής μας. Οι μορφές των σχέσεων είναι συχνά δύσκολες και με εντάσεις. Πολλές θεωρίες ενέπλεξαν την οικογένεια στην παθογένεση της ασθένειας (για παράδειγμα “διπλός δεσμός”, “σχίσμα και σχάση”, “σχιζοφρενογόνος μητέρα”). Αυτές οι θεωρίες έχουν σήμερα αναιρεθεί πλήρως. Αυτό που ισχύει, όμως, είναι η αναγνώριση της κρίσιμης σημασίας του άμεσου διαπροσωπικού περιβάλλοντος στην εξέλιξη της ασθένειας. Η ποιότητα αυτού του περιβάλλοντος αποδόθηκε, συχνά, με όρους υπερδέσμευσης και υψηλού βαθμού συναισθηματικής έκφρασης. Στις υπερβολικά συντηγμένες οικογενειακές σχέσεις, όταν παρατηρούνται απότομοι χωρισμοί και καβγάδες, η συχνότητα των υποτροπών διπλασιάζεται, παρόλη την φαρμακευτική αγωγή. Μετά την επιβεβαίωση των παραπάνω παρατηρήσεων, χάρη σε μελέτες του Λέφ και των συνεργατών του, αναπτύχθηκε μια μορφή θεραπείας, η οποία επέτρεψε τη σημαντική μείωση των εντάσεων και οδήγησε σε αισθητή μείωση των υποτροπών. Η θεραπεία αυτή βασίζεται στη διαπαιδαγώγηση και στην εκπαίδευση των οικογενειών αναφορικά με την ασθένεια και τις πρακτικές στρατηγικές για την επίλυση των κλασικών οικογενειακών προβλημάτων, χωρίς μεγάλο εκνευρισμό ή υπερεμπλοκή.

Το σύνολο των τωρινών επιστημονικών γνώσεων είναι, σχετικά, σημαντικό σ' αυτόν τον τύπο οικογενειακής προσέγγισης (συχνά αποκαλούμενη «συμπεριφορική οικογενειακή διαχείριση»). Η αναγνώριση της αξίας της είναι πλέον δεδομένη στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Μ' αυτόν τον τύπο θεραπείας υπάρχει, σχεδόν σ' όλες τις περιπτώσεις, μια ουσιαστική βελτίωση, όταν συνδυάζεται με φαρμακευτική αγωγή. Το εύρος του αποτελέσματος ξεπερνάει κατά 20 με 30% την αντιψυχωτική αγωγή (μείωση του ποσοστού υποτροπής κατά 50%), ανάλογα με την επιλογή του γιατρού, του ασθενούς και της οικογένειας. Περίπλοκες μελέτες έδειξαν ότι απαιτούνται 2 με 7 θεραπευτικές συνεδρίες κατ' έτος για την πρόληψη της υποτροπής και ότι η μείωση του επιπέδου συναισθηματικής έκφρασης, που επιφέρουν οι παραπάνω θεραπείες, εξακολουθεί αρκετά χρόνια. Τα σχετικά κόστη αυτών

των θεραπειών πρέπει να συγκρίνονται με τα κόστη και τη δυστυχία, που συνδέονται με μια υποτροπή και με την εκ νέου νοσηλεία. Πράγματι, το όφελος απ' αυτές τις παρεμβάσεις υπολογίζεται να είναι πολύ σημαντικότερο απ' ό,τι γνωρίζουμε προς το παρόν.

Ο τρόπος κατά τον οποίον λειτουργεί το συμπεριφορικό μοντέλο ανάληψης της οικογένειας δια φωτίζεται από τις διαπολιτισμικές μελέτες. Φαίνεται ιδιαίτερα προσαρμόσιμος σε πυρηνικές οικογένειες και επιτυγχάνει αναμφίβολα τα καλύτερα αποτελέσματά του μέσω μιας σταθερής θεραπευτικής σχέσης, καθώς και με την παράλληλη χορήγηση φαρμάκων.

Συνοπτικά, τα οφέλη από την ανάληψη της φροντίδας των οικογενειών των σχιζοφρενών με το συμπεριφορικό μοντέλο είναι αναγνωρισμένα διεθνώς. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτη η σχεδόν ολοσχερής αποτυχία εφαρμογής, στην καθημερινή ρουτίνα, αυτής της προσέγγισης, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει μ' εκείνη της χορήγησης φαρμακευτικών συνταγών. Εάν διακόπταμε τη χορήγηση κάποιου φαρμάκου, που αποδείχθηκε αποτελεσματικό γι' αυτά τα συμπτώματα, θα αντιμετωπίζαμε τη γενική κατακραυγή. Γιατί τότε ανεχόμαστε αυτή την αμέλεια στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες; Οι λόγοι είναι αναμφίβολα σύνθετοι, καθώς παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες και απαιτούν χρονοβόρες διαδικασίες. Το παραπάνω μοντέλο δεν επιφέρει όφελος στις φαρμακευτικές εταιρείες και συνεπώς έγκειται στον καθένα να του δώσει τη σημασία που του αξίζει.

### **Σε τι συνίστανται οι παρεμβάσεις με επίκεντρο τους ασθενείς;**

Υπάρχει μια μακρά ιστορία εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες στη σχιζοφρένεια. Η μελέτη των επιδράσεων των γνωστικών συμπεριφορικών θεραπειών στις αγωνίες, τις συνδεδεμένες με τις ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα, που εξακολουθούσαν παρόλη την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία, οδήγησε σε ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Ωστόσο, ο θεμελιώδης χαρακτήρας τους είναι τέτοιος, που οδηγεί σε διαφορετική προσέγγιση στις σχέσεις μας με τους σχιζοφρενείς. Επιμένουν περισσότερο στις πτυχές, που απαιτούν συνεργασία με τους ασθενείς, παρά στον πατερναλισμό και αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μαθαίνουν να εργάζονται με τους ασθενείς και όχι απλώς για τους ασθενείς. Μια τέτοια βαθύτερη εμπλοκή εκτιμάται περισσότερο

από τους ασθενείς.

Είναι αδιαμφισβήτητη η αξία των φαρμακευτικών θεραπειών. Επίσης, είναι γνωστά τα οφέλη, που μπορούμε να αναμένουμε, από τα άτυπα αντιψυχωτικά. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες βελτιώνουν τη συμμόρφωση στη μακροχρόνια θεραπεία, είναι μεγάλης σημασίας. Αναμφίβολα, μια από τις αιτίες που εξηγούν την ευνοϊκότερη εξέλιξη των σχιζοφρενών, που ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες, συνίσταται στη στενή συμμετοχή των οικογενειών στην θεραπεία. Μια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στη Μαλαισία, έδειξε σημαντική βελτίωση της εξέλιξης του ασθενούς στην περίπτωση της σύνδεσης με εκπαίδευση στη θεραπεία για τις οικογένειες. Ωστόσο, αυτός ο τύπος προσέγγισης δεν είναι πολύ αποδεκτός για τους ευρωπαίους ασθενείς, οι οποίοι έχουν οικογενειακές σχέσεις διαφορετικής δομής (συχνά με λίγες επαφές).

### **Τι πρέπει να ξέρω για τα συστήματα ψυχοκοινωνικής φροντίδας;**

Η σχιζοφρένεια, όπως και όλες οι άλλες ψυχικές ασθένειες, δεν προσβάλλει μόνο τον εγκέφαλο αλλά και το πλαίσιο των ανθρώπινων σχέσεων με το κοινωνικό περιβάλλον.

Οι σημαντικότεροι κίνδυνοι βασίζονται στις ζημιές, που μπορούν να προκληθούν στις σχέσεις με τα άλλα άτομα από τις συνέπειες της ασθένειας. Ακόμα και αν, μακροπρόθεσμα, είναι προφανές ότι η ασθένεια καθίσταται λιγότερο ενεργή και για σημαντικό ποσοστό ασθενών υπάρχει ασυμπτωματική εξέλιξη, υπάρχει κίνδυνος να μην ξεπεραστούν τα ατομικά και κοινωνικά ελλείμματα, τα οποία προκλήθηκαν νωρίτερα κατά την εξέλιξη της ασθένειας. Έτσι, κάποιοι ασθενείς εγκαταλείπουν προοδευτικά το σπίτι τους, την οικογένεια και τους επαγγελματίες, που προσπαθούν να τους βοηθήσουν, κατευθυνόμενοι σε όλο και πιο βαθιά απομάκρυνση από τους κοινωνικούς θεσμούς. Η κοινωνική τους ζωή θα είναι στιγματισμένη, καθώς χειροτερεύει και αυτό θα τους δίνει λίγες ελπίδες επιστροφής στη φυσιολογική ζωή.

Στην κοινωνία μας, όπου υπάρχει ήδη λίγος χώρος για τα άτομα με ειδικές ανάγκες και όπου οι οικογένειες διαθέτουν πολύ περιορισμένες δυνατότητες και εξουσίες, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οδηγούνται να αναλάβουν καθήκοντα, τα οποία ανήκαν παραδοσιακά στις οικογένειες. Υπάρχουν σήμερα αδιαμφισβήτητες αποδείξεις σε παγκόσμιο επίπεδο ότι η ολο-

κληρωμένη ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα είναι βεβαιωμένα ανώτερη από τη μεμονωμένη ψυχιατρική φροντίδα, όσο εξαιρετική και αν είναι η τελευταία.

Από την άσκηση της ψυχιατρικής έχει διαπιστωθεί ότι μια προσέγγιση, η οποία απευθύνεται στις ανάγκες των ασθενών συνολικά, καθίσταται ιδιαίτερα απαραίτητη, αφού οι ασθενείς καλούνται να ζήσουν μέσα στην κοινωνία και έξω από το νοσοκομείο. Μια θεραπευτική ομάδα, η οποία λειτουργεί με μικρές ομάδες ασθενών (των δέκα μελών η κάθε μια), μπορεί να εργαστεί εντατικά με σχιζοφρενείς ασθενείς στην οργάνωση της κοινωνικής τους ζωής, των κόμμι τους και του σπιτιού τους και να οδηγεί σε μείωση των υποτροπών.

Η βάση της παραπάνω προσέγγισης συνίσταται στη δημιουργία στερεών σχέσεων, γεμάτων εμπιστοσύνη και σεβασμό, με τους ασθενείς για μια μεγάλη χρονική περίοδο. Αυτό πρέπει να γίνεται συνεχώς και με συνέπεια. Ο κάθε υπεύθυνος επαγγελματίας συνοδεύει τον ασθενή στο ζωτικό του περιβάλλον και τον συντροφεύει στις καθημερινές του δραστηριότητες, όσο αυτό είναι δυνατό. Πράγματι, ο υπεύθυνος για τη φροντίδα του ασθενούς δεν περιορίζεται στα επαγγελματικά κλινικά καθήκοντα (ακόμα και εάν πρόκειται για ζωτικό στοιχείο της προσέγγισης) και στη φαρμακευτική αγωγή. Υποστηρίζει τον ασθενή έτσι, ώστε να διατηρήσει ή να επιτύχει τη βέλτιστη προσαρμογή στο περιβάλλον, τη σωστή διαχείριση των εσόδων του, μια ποιότητα σχέσεων με φίλους και μια μεγάλη ικανοποίηση από τις δραστηριότητές του και την εργασία του. Βοηθά, επίσης, τον ασθενή να αποκτήσει ή να ξαναβρεί κοινωνικές δεξιότητες, χρησιμοποιώντας κλασικά προγράμματα αποκατάστασης που περιλαμβάνουν παιχνίδια ρόλων. Αυτή η προνομιούχα σχέση βελτιώνει αδιαμφισβήτητα θετικά την εξέλιξη της σχιζοφρένειας, καθώς ο ασθενής θεωρεί τον θεραπευτή του σύμμαχο.

### **Πού θα μείνει ο ασθενής μετά τη νοσηλεία του;**

Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των ασθενών κατά το χρόνο της εξόδου του ασθενούς από το ψυχιατρικό νοσοκομείο ή την ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, είναι αυτό της διαμονής του. Εάν ο ασθενής δεν θέλει να επιστρέψει στο σπίτι μαζί σας (δεν έχετε το δικαίωμα να επιμείνετε σε κάτι τέτοιο, εκτός εάν ο συγγενής σας

είναι ανήλικος), υπάρχουν και στη χώρα μας εναλλακτικές λύσεις, όπως για παράδειγμα, ο ξενώνας, το θεραπευτικό διαμέρισμα, το οικοτροφείο.<sup>1</sup>

Οι ξενώνες ποικίλλουν ανάλογα με το βαθμό επίβλεψης που προσφέρουν. Η επίβλεψη μπορεί να κυμαίνεται από 24 ώρες το 24ωρο έως ένα χαλαρό περιοδικό έλεγχο, μια φορά την εβδομάδα, από τον κατάλληλο επαγγελματία ψυχικής υγείας. Οι κανονισμοί και η πολιτική που ακολουθούν οι ξενώνες για την κοινωνική επανένταξη του ασθενούς, στην πραγματικότητα, ποικίλλουν αρκετά. Γι' αυτό, είναι απαραίτητο να συζητήσετε διεξοδικά με το γιατρό, που έχει αναλάβει το συγγενή σας, για τις υπηρεσίες που προσφέρονται σ' ένα τέτοιο ξενώνα, προτού αποφασισθεί αν ένας συγκεκριμένος ξενώνας είναι κατάλληλος ή όχι για τον συγγενή σας. Η τελική απόφαση θα ληφθεί, λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες και τη βούληση του ασθενούς, όποτε αυτό είναι δυνατό.

Τα θεραπευτικά διαμερίσματα λειτουργούν με ελάχιστη επίβλεψη και απαιτούνται κάποιες ικανότητες από τη μεριά του συγγενούς σας, ώστε να μπορεί να λειτουργεί αρκετά αυτόνομα σ' αυτά. Τον πρώτο καιρό μπορεί να του παρέχεται μια υποστήριξη από θεραπευτές.

Επειδή, συνήθως, υπάρχουν λίστες αναμονής για προγράμματα στέγασης<sup>2</sup> ψυχικά ασθενών, θα πρέπει να γράψετε το συγγενή σας στη λίστα της υπηρεσίας, που θα σας υποδειχθεί, όσο το δυνατόν συντομότερα από τη στιγμή που θα πάρετε την απόφαση, που, όμως, θα πρέπει να έχει και την έγκριση του ίδιου.

Η απόφαση σχετικά με τη στέγαση μπορεί να ληφθεί κάτω από συνθήκες συναισθηματικής φόρτισης οπότε και μπορεί να οδηγήσει σε αποτελέσματα αντίθετα από τα αναμενόμενα. Για να κάνετε τη σωστή επιλογή, θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

<sup>1</sup> Για τη λειτουργία αυτών των δομών προστατευμένης στέγασης, θα βρείτε πλούσιες πληροφορίες στους Νόμους και τις υπουργικές αποφάσεις που υπάρχουν στο παράρτημα αυτού του οδηγού.

<sup>2</sup> Για ένα κατάλογο των φορέων που λειτουργούν τέτοιες υπηρεσίες, ανατρέξτε στο παράρτημα του οδηγού ή τηλεφωνήστε στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης τηλ. 210 8251834 & 210 8251835.

A) Το να επιστρέψει και να μείνει ο ασθενής στο σπίτι μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο μπορεί να είναι η ενδεδειγμένη λύση, όταν:

1. ο συγγενής σας έχει ένα σχετικά υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας, έχει φίλους, εμπλέκεται σε δραστηριότητες έξω από το σπίτι
2. δεν υπάρχουν εντάσεις και αντιπαλότητες μεταξύ των μελών της οικογένειας
3. ο συγγενής σας μπορεί να χρησιμοποιεί τις διαθέσιμες υπηρεσίες ιατροκοινωνικής υποστήριξης
4. η ζωή των άλλων μελών της οικογένειας και ιδίως των μικρών παιδιών δεν επηρεάζεται αρνητικά

B) Το να μείνει ο άρρωστος στο σπίτι μπορεί να μην είναι η σωστή λύση, όταν:

1. το κύριο άτομο, που προσφέρει συμπαράσταση, είναι άρρωστο ή ηλικιωμένο
2. ο/η σχιζοφρενής είναι τόσο σοβαρά άρρωστος / η , ώστε οι πιθανότητες να ζήσει μια φυσιολογική οικογενειακή ζωή είναι ελάχιστες.
3. τα παιδιά φοβούνται και είναι πικραμένα ή αισθάνονται ότι ζουν σε νοσοκομείο
4. χειροτερεύουν οι συζυγικές σχέσεις
5. όλες οι έγνοιες και η ζωή της οικογένειας περιστρέφονται γύρω από το σχιζοφρενή και
6. δεν υπάρχουν υπηρεσίες υποστήριξης της οικογένειας ή οι υπηρεσίες αυτές δεν είναι προσπελάσιμες από τον άρρωστο και την οικογένειά του.

Εάν, τελικά, αποφασισθεί από εσάς και το συγγενή σας πως ο δεύτερος θα μείνει στο σπίτι, τότε όλη η οικογένεια θα πρέπει να συζητήσει με το γιατρό, που τον παρακολουθεί στο νοσοκομείο ή στην ιδιωτική κλινική, για να διευκρινιστούν όλες οι πλευρές του προγράμματος φροντίδας που πρέπει να ακολουθηθεί. Είναι καλό να κρατάτε σημειώσεις για την πορεία του / της ασθενούς και για την επίδραση της κατάστασής του στα άλλα μέλη

της οικογένειας. Έτσι, θα έχετε όλες τις πολύτιμες πληροφορίες, στην περίπτωση που χρειασθεί να αποφασισθεί, σε συνεργασία με τον/τη συγγενή σας, μια αλλαγή του χώρου διαμονής και αναζήτηση νέας κατάλληλης στέγης.

Συχνά, οι οικογένειες αισθάνονται πολλές ενοχές, εάν αποφασισθεί να μην μείνει ο ασθενής στο σπίτι. Αυτό συμβαίνει κυρίως στις μητέρες ή συζύγους. Αν αισθάνεστε και σεις παρόμοια, θυμηθείτε αυτό που είπε μια μητέρα: *“μπορεί να παρουσιασθεί ξανά χειροτέρευση. Τότε, θα είναι ευκολότερο για το συγγενή σας να προσαρμοσθεί στη μετάβαση από το σπίτι σ’ ένα ξενώνα ή στο θεραπευτικό διαμέρισμα, καθώς εσείς θα έχετε ακόμη το κουράγιο και τη δύναμη να προσφέρετε συμπαράσταση και να του ενθαρρύνετε τη χρήση πηγών ικανοποίησης. Αλλιώς ο συγγενής σας θα χρειασθεί να κάνει αυτή τη προσαρμογή χωρίς τη δική σας βοήθεια και ίσως αβοήθητος”*.

Στην τελευταία περίπτωση, ίσως καταλήξει σ’ ένα Ψυχιατρικό Άσυλο, απ’ αυτά που υπάρχουν ακόμη στη χώρα μας και αυτό δεν πρέπει να συμβεί.

### **Μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι, να ζει ανεξάρτητος;**

Τα μέλη των οικογενειών των σχιζοφρενών, ανησυχούν και έχουν πολλά ερωτήματα σχετικά με το τι θα συμβεί, όταν ο ασθενής επιστρέψει στο σπίτι μετά από τη νοσηλεία του. Ζητούν να μάθουν πώς πρέπει να του συμπεριφέρονται, τι να του απαντούν ή τι πρέπει να απαιτούν απ’ αυτόν.

Οι ειδικοί συνιστούν να οργανώσετε έτσι τη βοήθεια προς τον ασθενή συγγενή σας, ώστε να βοηθηθεί για να γίνει όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητος, ανάλογα με το βαθμό της λειτουργικότητάς του. Η ικανότητα του συγγενούς σας να δραστηριοποιηθεί εξαρτάται, κατά πολύ, από το πόσο είχε ολοκληρωθεί σαν προσωπικότητα πριν αρρωστήσει. Όσες περισσότερες ατομικές δεξιότητες και κοινωνικές σχέσεις είχε αποκτήσει πριν ασθενήσει, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να λειτουργήσει ξανά αυτόνομα, σε ικανοποιητικό βαθμό.

Η παροχή προς τον ασθενή ενός προγράμματος εξατομικευμένης βοήθειας για την αυτονόμησή του ξεκινά από τη στιγμή της εισόδου του στο νοσοκομείο και φυσικά, συνεχίζεται και μετά την έξοδό του.



Πρέπει να θεωρείτε τη σχιζοφρένεια σαν μια ασθένεια, παρόμοια με κάθε άλλη σοβαρή (καρδιοπάθεια, καρκίνος, διαβήτης). Εσείς και ο ασθενής πρέπει να μάθετε να λειτουργείτε, από εδώ και μπρος, σε νέες και ιδιαίτερα απαιτητικές συνθήκες. Για το σχιζοφρενή συγγενή σας, που μόλις εξήλθε από το νοσοκομείο, η περιποίηση του εαυτού του, η εκπλήρωση των επαγγελματικών και κοινωνικών του υποχρεώσεων μπορεί, πλέον, να απαιτεί μια σημαντική καταβολή σωματικού και ψυχικού έργου. Ακόμη, η παρουσία του σε θεραπευτικές συνεδρίες πιθανόν να αποτελεί κουραστικό κομμάτι της καθημερινής ζωής του, ειδικά τον πρώτο καιρό. Όλα αυτά θα τροποποιήσουν τη ζωή της οικογένειας και πολλά από τα μέλη της θα χρειαστεί να εκπαιδευτούν και να μάθουν περισσότερο αποτελεσματικούς τρόπους για να μιλούν και να συμπεριφέρονται απέναντι στο συγγενή τους. *Η ζωή μπαίνει πλέον σε νέα πλαίσια.*

Ένα από τα πρώτα πράγματα που πρέπει να κάνετε, προτού έλθει ο συγγενής σας στο σπίτι, είναι να σκεφθείτε σχετικά με κάποια μέτρα προφύλαξης, παρά το γεγονός ότι οι ελπίδες για μια μόνιμη ή μια μεγάλου χρονικού διαστήματος ύφεση των συμπτωμάτων της ασθένειας είναι πολλές. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις. Εάν ο ασθενής, μετά από κάποιο χρόνο, αρχίζει να χειροτερεύει ή εμφανίσει κατάθλιψη ή αρχίσει να μιλά για αυτοκτονία, πρέπει να λάβετε σοβαρά υπόψη τον κίνδυνο να την πραγματοποιήσει, πιθανώς με τα ίδια του τα φάρμακα, με υπάρχοντα γεωργικά φάρμακα, με δηλητήρια ή όπλα, που υπάρχουν στο σπίτι. *Λάβετε τα μέτρα σας, απομακρύνοντάς τα.*

Πολλοί ασθενείς είναι χρόνιοι καπνιστές. Έτσι, πρέπει να αποφασίσετε τι είδους κανόνες θα εφαρμόζονται, από δω και μπρος, στο σπίτι, συμπεριλαμβανομένου και του καπνίσματος, ώστε να αποφευχθεί μια πυρκαγιά. Εάν ο συγγενής σας εμφανίσει σημάδια επιθετικότητας ή βίας, ίσως θα πρέπει να σκεφτείτε να δημιουργήσετε κάποιους χώρους ασφαλείας μέσα στο σπίτι. Ίσως, θα πρέπει να κλειδώνετε πάντα το αυτοκίνητό σας και να τοποθετείτε τα κλειδιά του πάντοτε στο ασφαλές μέρος που καθορίσατε. Εξηγήστε, επιπλέον, στον ασθενή τους κινδύνους από την οδήγηση, όταν κάποιος είναι κουρασμένος ή νυσταγμένος από τα φάρμακα.

Με την επιστροφή του συγγενούς σας στο σπίτι, κρίνεται σκόπιμο να συζητήσετε μαζί του τους κινδύνους από τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και την ανεξέλεγκτη σεξουαλική ζωή. Η συζήτηση που, θα κάνετε, πρέπει να είναι

ανάλογη με το βαθμό ωριμότητας του συγγενούς σας. Είναι σκόπιμο να συμβουλευτείτε το γιατρό του σχετικά με τα θέματα αυτά, να ζητήσετε τη βοήθειά του και την παρέμβασή του, κατά περίπτωση. Οι σχιζοφρενείς, συχνά, δεν μπορούν να αντιστέκονται σε καθημερινούς πειρασμούς. Πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με το γεγονός, ότι η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ μπορεί να καταστρέψει την αποτελεσματικότητα των αντιψυχωτικών φαρμάκων και για το ότι η υπερβολική κατανάλωσή τους μπορεί να προκαλέσει επιπλέον νοσηρές καταστάσεις.

Η σεξουαλική δραστηριότητα, μπορεί επίσης να αποτελέσει δεξαμενή κινδύνων για το συγγενή σας, παρόλο που η χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή μπορεί, κατά περίπτωση, να μειώσει τη σεξουαλική δραστηριότητά του. Η ευπιστία και η υποβολιμότητα των νεανίδων σχιζοφρενών, η μοναξιά τους, η ανάγκη τους για κοινωνική αποδοχή, η αδυναμία τους να κρίνουν για το συμφέρον τους και η πίεση από το σύντροφό τους, συμβάλλουν συχνά ώστε να γίνονται εύκολα αντικείμενα σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Ο κίνδυνος για τους νεαρούς σχιζοφρενείς να εκτεθούν σε μόλυνση από τον ιό του AIDS ή από άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι σοβαρός. Για τις γυναίκες, υπάρχει ο επιπλέον κίνδυνος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Οι ασθενείς και των δύο φίλων πρέπει να ενημερώνονται για τη χρήση των προφυλακτικών και των άλλων μεθόδων αντισύλληψης. Οι γυναίκες, που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια και πιστεύουν πως αυτό αρκεί για να προστατευθούν από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους πιθανών μολύνσεων από γονόρροια ή AIDS.

Με βάση τις εμπειρίες τους, τα μέλη των οικογενειών των σχιζοφρενών συμβουλεύουν να ενθαρρύνετε τον ασθενή σας να φέρνει τους φίλους στο σπίτι, εάν είναι εφικτό. Εάν η κόρη σας αρχίζει να γίνεται φιλική απέναντι σ' έναν άνδρα, μπορείτε να της ζητήσετε να τον καλέσει για φαγητό στο σπίτι για να τον γνωρίσετε. Επίσης, θα μπορούσατε να τη συμβουλέψετε να συναντά το νέο φίλο της μόνο σε δημόσιους χώρους, έως ότου τον γνωρίσει καλύτερα. Εξηγήστε με ηρεμία και απλά λόγια τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν, εάν πάει στο σπίτι ενός άγνωστου άνδρα μόνη της.

Οι σχιζοφρενείς, συχνά, επικοινωνούν πιο εύκολα με τα παιδιά απ' ό τι με τους συνομήλικους. Παρόλο που αυτό δεν σημαίνει κατά κανόνα σεξουαλικό ενδιαφέρον, ωστόσο προκαλεί ανησυχίες, ιδίως αν συμβαίνει μεταξύ ενηλίκων σχιζοφρενών ανδρών και παιδιών. Είναι φρόνιμο μια τέτοια

συμπεριφορά να παρακολουθείται προσεκτικά αλλά διακριτικά.

Νεαρά κορίτσια, που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι ευάλωτα σε προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου από ενήλικες. Για τους άνδρες σε νεαρή ηλικία, μπορεί να παρουσιαστούν ομοφυλοφιλικές προσεγγίσεις, οι οποίες ίσως βιωθούν ως τρομακτικές. Σε μεγάλες πόλεις, τέτοιες προσεγγίσεις είναι συνηθισμένες και χρειάζεται να επιβεβαιώσετε μια τέτοια υπόνοιά σας από τη συμπεριφορά του συγγενούς σας για να τον συμπαρασταθείτε.

Ένα άλλο πρόβλημα μπορεί να είναι η αδιαφορία του ασθενούς ως προς το ντύσιμό του/της. Τα ανοικτά φερμουάρ στα παντελόνια μπορεί να προκαλούν, ωστόσο δεν είναι απαραίτητο η ενέργεια αυτή να γίνεται ηθελημένα. Ίσως, είναι απλά αποτέλεσμα μιας ασυνήθιστης αμέλειας. Μερικοί σχιζοφρενείς μπορεί να αυνανίζονται μπροστά στο κοινό. Μην τους μαλώνετε. Φροντίστε να τους απομακρύνετε και ζητήστε την κατανόηση των άλλων για το συμβάν.

Είναι σημαντικό να συζητάμε περί σεξουαλικότητας με το συγγενή μας, με ένα τρόπο που να λαμβάνει υπόψη του τα σημερινά δεδομένα και τις ανησυχίες της νεότερης γενιάς. Αν και η ηθική περί σεξ μπορεί να είναι κυρίαρχη σε ορισμένες οικογένειες, τα θέματα προστασίας της υγείας πρέπει να έχουν τον πρώτο λόγο. Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια χρειάζονται προστασία από τη σεξουαλική βία, από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, από εξαναγκαστική συμπεριφορά, προφύλαξη μετάδοσης σεξουαλικών ασθενειών και ερωτικής απογοήτευσης.

### **Πώς πρέπει να συμπεριφέρομαι στον ασθενή συγγενή μου, που γύρισε στο σπίτι;**

Οι ακόλουθες υποδείξεις μπορούν να σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε σωστά το μέλος της οικογένειάς σας που αρρώστησε, όταν επανέλθει κοντά σας στο σπίτι :

1. Να του μιλάτε σε χαμηλούς τόνους και καθαρά. Να χρησιμοποιείτε απλές και σύντομες προτάσεις, για να αποφεύγεται η σύγχυση. Αν είναι απαραίτητο, επαναλαμβάνετε τις ερωτήσεις σας και τα όσα δηλώνετε χρησιμοποιώντας τις ίδιες λέξεις.

2. Εξηγήστε καθαρά τι κάνετε και γιατί το κάνετε. Για παράδειγμα, “τοποθετώ τα καθαρά σου ρούχα στο ντουλάπι. Μπορείς να διαλέξεις ποια ρούχα θέλεις να φορέσεις σήμερα.”

3. Δημιουργήστε μια συγκροτημένη και ευχάριστη καθημερινή ρουτίνα. Να είστε προβλέψιμοι. Να είστε συνεπείς. Μη λέτε ότι θα κάνετε αυτό που ζητά και μετά αλλάζετε γνώμη.

4. Να τον επαινείτε για κάθε τι που κάνει σωστά. Εάν ο συγγενής σας χτενίσει τα μαλλιά του, έστω και μετά τρεις μέρες από την υπόδειξή σας, επισημάνετε πόσο ελκυστικός δείχνει.

5. Αποφύγετε τις εντάσεις. Μειώστε το άγχος σας και αποφύγετε περιττές τυπικότητες. Για παράδειγμα, το να τρώει μαζί με όλη την οικογένεια ίσως να μην είναι τόσο απαραίτητο στην αρχή της επανόδου στο σπίτι.

6. Πείσετε αλλά μην πιέσετε το συγγενή σας να παίρνει τα φάρμακά του και να πηγαίνει σε όλα τα ιατρικά του ραντεβού.

Καθώς θα περνά ο καιρός, ο συγγενής σας θα δείχνει όλο και περισσότερα σημάδια υπευθυνότητας. Τότε, ενώ θα τηρούνται όλα τα παραπάνω, για να μην φορτώνεται με δυσάντοχο γι' αυτόν άγχος, μπορείτε, πάντα ανάλογα με το βαθμό της επαναπροσαρμογής και επανένταξής του στην καθημερινή ζωή, να ακολουθήσετε τις επόμενες συμβουλές και προτάσεις:

1. Συζητήστε με το συγγενή σας πώς αισθάνεται σχετικά με το να κάνει περισσότερα πράγματα.

2. Ξεκινήστε μαθαίνοντάς του δεξιότητες καθημερινής φροντίδας (προσωπική υγιεινή, να ντύνεται σωστά, να τρώει γεύματα σε τακτά χρονικά διαστήματα).

3. Αναθέστε του ευθύνες γύρω από το νοικοκυριό, στις οποίες μπορεί να ανταπεξέλθει. Διαπιστώστε αν ο συγγενής σας προτιμά να δουλεύει μόνος ή με άλλους. Για παράδειγμα, μπορεί να του αρέσει να πλένει πιάτα, ωστόσο δεν ανέχεται τη βοήθεια ενός άλλου να τα σκουπίσει.

4. Ενθαρρύνετε αλλά μην πιέζετε το συγγενή σας να λάβει μέρος σε κοινωνικές συγκεντρώσεις. Ένας ή δύο φίλοι, αν έλθουν για δείπνο, ίσως του είναι εύκολο, ενώ αντιθέτως, μια συγκέντρωση όλη μέρα με το σόι μπορεί να του προκαλέσει αναστάτωση.

5. Συζητήστε με το συγγενή σας τα σχέδια μιας εξόδου από το σπίτι μια φορά την εβδομάδα. Μια βόλτα με το αυτοκίνητο, πιθανόν στην εξοχή, μπορεί να είναι ευχάριστη. Αντιθέτως, ένα ταξιδάκι στην πόλη υπάρχει περίπτωση να τον γεμίσει ένταση και ανησυχία. Αν στον ασθενή αρέσει ο καφές και τα γλυκίσματα, σχεδιάστε ένα διάλειμμα και πηγαίνετε σε μια καφετερία, παρά σε κάποιο εστιατόριο, όπου η ατμόσφαιρα θα είναι ίσως περισσότερο τυπική.

6. Μην γίνετε αδιάκριτοι. Μην ρωτάτε συνεχώς το συγγενή σας “τι σκέφτεσαι”, “γιατί το κάνεις αυτό;” Μιλάτε απλά για άσχετα θέματα, όπως “άκουσες τίποτα για τη νέα ταινία που βγήκε στους κινηματογράφους;”

7. Πρέπει να καταλάβετε πως, παρόλο ότι είναι δύσκολο για το συγγενή σας να έχει μια συζήτηση μαζί σας, ίσως μπορέσει να ευχαριστηθεί τη συντροφιά σας με άλλους τρόπους. Σκεφτείτε να δείτε τηλεόραση μαζί του ή να ακούσετε μουσική ή να παίξετε χαρτιά ή τάβλι. Μιλήστε για γεγονότα της παιδικής σας ηλικίας. Ίσως τον ευχαριστεί να του διαβάζουν κάποιο βιβλίο.

8. Να αποφεύγετε επίμονες ασήμαντες παρατηρήσεις. Προσδιορίστε τις ακραίες συμπεριφορές που σας ενοχλούν και μάθετε να τις ανέχεστε, με ένα τρόπο βαθύ και έντιμο. Για παράδειγμα, σε πολλές οικογένειες, η έλλειψη προσωπικής υγιεινής αποτελεί πρόβλημα. Μια παρατήρηση του τύπου “δεν μπορείς να πλυθείς;” ή “μυρίζεις απαίσια” δεν δείχνει να έχει και μεγάλη επίδραση στη λύση του προβλήματος. Είναι καλύτερο να παρουσιάζεται το πρόβλημα σαν να ήταν δικό σας. “Δεν μου αρέσει ο τρόπος που μυρίζεις. Έχω πρόβλημα με το γεγονός ότι δεν πλένεσαι τακτικά. Μπορούμε να κάνουμε μια συμφωνία ότι θα πλένεσαι καθημερινά;”

9. Να προσποιείστε ότι ξεχνάτε. Πείτε κάτι όπως, “Ξέχασα να φέρω το γάλα. Μπορείς να το φέρεις σε παρακαλώ;”

10. Ενθαρρύνετε το συγγενή σας να αναλάβει κάποιες ευθύνες. Για παράδειγμα, αφήστε οδηγίες σχετικά με την προετοιμασία του δείπνου, σε περίπτωση που αργήσετε να επιστρέψετε στο σπίτι. Εκείνο το βράδυ, φροντίστε να αργήσετε πράγματι.

11. Μάθετε στο συγγενή σας πώς να ελέγχει το άγχος του και να το μετατρέπει σε μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Για παράδειγμα, εάν βρίσκεται σε ανοικτό χώρο με πολλά άτομα και αρχίζει να αισθάνεται πανικό, μπορεί να πάει σε κάποιον άλλο μικρό και κλειστό, έως ότου φύγει αυτό το συναίσθημα.

12. Θυμηθείτε ότι τα μέλη της οικογένειας, είναι συχνά, οι μόνοι φίλοι που έχει ο συγγενής σας. Γι' αυτό, προσπαθήστε πάντοτε να φέρεστε φιλικά.

13. Εάν είστε μέλος κάποιας θρησκευτικής οργάνωσης ή κοινωφελούς ή αθλητικού σωματείου, ενθαρρύνετε κάποιο μέλος τους να πλησιάσει και να γίνει φίλος με το συγγενή σας (φροντίστε να είναι στην ηλικία του).

14. Πάντα να προσπαθείτε να τοποθετείτε τον εαυτό σας στη θέση του. Σεβαστείτε τα συναισθήματα του. Με το να πείτε “Μην είσαι ανόητος. Δεν υπάρχει τίποτα να φοβάσαι” δεν θα πετύχετε τίποτα. Αν αισθάνεται φοβισμένος, πείτε κάτι όπως: “Εντάξει, καταλαβαίνω ότι είσαι φοβισμένος. Κάθισε εδώ δίπλα μου, για λίγο, ώσπου να σου περάσει ο φόβος.”

15. Σεβαστείτε τις ανησυχίες του σχετικά με την ασθένειά του. Συχνά, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια ζητούν από την οικογένειά τους να μην κοινολογούν το πρόβλημά τους, ακόμη και στις ομάδες υποστήριξής τους. Η αναγκαία συνεργασία σας με τέτοιες ομάδες ίσως απαιτήσει ιδιαίτερα λεπτούς και κατάλληλους χειρισμούς. Στην περίπτωση αυτή συμβουλευτείτε και πάλι το γιατρό.

Με τον καιρό, ο συγγενής σας θ' αρχίσει να αισθάνεται περισσότερη ασφάλεια και σιγουριά σχετικά με την ικανότητά του να κάνει ορισμένα πράγματα. Όμως, αυτήν την εποχή θα ανακύψουν και νέα προβλήματα, ιδιαίτερα εάν η οικογένεια δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένη για να φροντίζει σωστά το σχιζοφρενή συγγενή της. Με άλλα λόγια, η οικογένεια μπορεί να έχει αναπτύξει μια συμπεριφορά ρουτίνας απέναντι στο σχιζοφρενή, να του συμπεριφέρεται σαν να είναι διαρκώς σοβαρά ασθενής ή σαν παιδί. Έτσι, όμως, μένει πίσω η διαδικασία της ψυχοκοινωνικής επένταξης.

Ο συγγενής σας, ίσως, αρχικά να έχει λογικές προσδοκίες, σχετικά με αυτά που κάνει, όπως να επανασυνδέσει τους δεσμούς του με την κοινωνία, να επιστρέψει στο σχολείο ή να εργαστεί. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν προστριβές μέσα στην οικογένεια, αν δεν συμβαδίζουν πάντοτε με την εξέλιξη και την πορεία της υγείας του πάσχοντος και δεν επανεκτιμώνται οι στόχοι. Εάν λειτουργεί στον τόπο διαμονής σας μια υπηρεσία κοινωνικής βοήθειας, κάνετε ό,τι είναι δυνατόν για να επισκεφτεί ο συγγενής σας ένα κοινωνικό λειτουργό. Συνεργασθείτε με τον κοινωνικό λειτουργό, με το γιατρό σας και την ομάδα υποστήριξης, ώστε να βοηθήσετε το συγγενή σας να κάνει τις κατάλληλες επιλογές του σχετικά με το μέλλον του, αφού, εν τω μεταξύ, έχει πάρει μια ρεαλιστική και ολοκληρωμένη πληροφόρηση.

### **Βοηθά κάποιες φορές να ζουν χωριστά από τις οικογένειές τους οι ασθενείς;**

Σε αρκετές περιπτώσεις, ο σχιζοφρενής γιος ή κόρη εκδηλώνει την επιθυμία να φύγει από το σπίτι των γονιών του και να κατοικήσει μόνος του. Η επιθυμία ποικίλλει ανάλογα με την εξέλιξη της ασθένειας, το κλίμα που διαμορφώνεται μέσα στην οικογένεια, τις οικογενειακές παραδόσεις κ.α. Οι οικογένειες, που πιστεύουν πως κάτι τέτοιο μπορεί να έχει και θετικές εξελίξεις, παραθέτουν τέσσερις λόγους για να υποστηρίξουν τη θέση τους:

1) Ο σχιζοφρενής μπορεί να ολοκληρωθεί περισσότερο ως δυναμική προσωπικότητα, εάν διαμένει μόνος του, υπό την προϋπόθεση ότι θα υποστηρίζεται από μια θεραπευτική ομάδα και κατάλληλες κοινωνικές υπηρεσίες.

2) Όταν το άτομο ή τα άτομα της οικογένειας που τον φροντίζουν, μετά από κάποια ηλικία αρρωστήσουν ή πεθάνουν, ο ασθενής ίσως να μείνει μόνος του, με πολύ λίγους πόρους επιβίωσης.

3) Το να ζεις με κάποιον σχιζοφρενή απαιτεί μεγάλες θυσίες και οι συγγενείς έχουν και αυτοί το δικαίωμα της προσωπικής ζωής.

4) Και οι δύο, ο συγγενής σας και εσείς, μπορεί να έχετε πολύ μεγάλο συναισθηματικό φορτίο, ώστε, εάν συγκατοικείτε, να προκαλείτε και να συντηρείτε μια ατμόσφαιρα γεμάτη ένταση και σύγχυση.

Εάν εσείς και ο γιος σας ή η κόρη σας έχετε αποφασίσει πως το να μετακομίσει ο/η δεύτερος/η είναι το πλέον επιθυμητό, αυτό ίσως γίνει πιο εύκολα σε περίοδο ύφεσης της ασθένειας και όταν ο συγγενής σας βρίσκεται κοντά στην ηλικία, που σε φυσιολογικά πλαίσια θα έφευγε από το σπίτι. Πάρα πολλοί γονείς αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν αυτό το θέμα, έως ότου φτάνουν στο σημείο να πουν “δεν μπορώ να ανεχτώ άλλο αυτήν την κατάσταση. Πρέπει να φύγεις.” Τότε οι αλλαγές, που προκάλεσε στην οικογένεια αυτή η ασθένεια, ίσως είναι περισσότερο οδυνηρές.

Κατά τη γνώμη μας, είναι πολύ καλύτερα οι νέοι σχιζοφρενείς να ζουν με τις οικογένειές τους (αρκεί να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις) για να έχουν την απαραίτητη απαιτούμενη φροντίδα και εποπτεία αλλά θεωρούμε ότι, για τους μεγαλύτερης ηλικίας σχιζοφρενείς ασθενείς, είναι καλύτερα να παρωθούν να δοκιμάζουν πιο ανεξάρτητες μορφές ζωής, τελείως αυτόνομης ή ζωής σε δομές προστατευμένης στέγασης.

### **Βοηθά μια κατάλληλη εκπαίδευση στην πρόληψη των υποτροπών;**

Μια από τις μεγαλύτερες προόδους της τελευταίας 15ετίας, στην ψυχιατρική θεραπευτική συνέβη στον τομέα της αποκατάστασης χρονίων υπολειμματικών ψυχωτικών, χάρη στην εφαρμογή αυστηρώς δομημένων προγραμμάτων παρέμβασης, που στηρίζονται στις αρχές της μάθησης. Από την εφαρμογή τους προέκυψαν ευοίωνα αποτελέσματα ως προς την ελάττωση των ποσοστών των υποτροπών, την καλύτερευση της ποιότητας της ζωής των ασθενών και τη μείωση των ενίοτε επιζήμιων νοσηλείων μακράς διάρκειας.

Η αποτελεσματικότητα των αντιψυχωτικών φαρμάκων στη μείωση του αριθμού των υποτροπών και των επανεισαγωγών προς νοσηλεία έχει επαρκώς καταδειχθεί. Αρχικά, είχε θεωρηθεί ότι οι υποτροπές των χρονίων σχιζοφρενών σχετίζονται σταθερά με τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Αργότερα, με την εισαγωγή στη θεραπευτική των αντιψυχωτικών βραδείας αποδέσμευσης (μορφή ντεπό), παρατηρήθηκε ότι ορισμένοι χρόνιοι σχιζοφρενείς εκδήλωναν υποτροπές παρά την κανονική λήψη των φαρμάκων τους. Η παρατήρηση αυτή επέτρεψε την επανεκτίμηση της σπουδαιότητας πολλών άλλων παραγόντων, που προηγούνται των υποτροπών, συγχρόνως



δε, αποτέλεσε το έναυσμα για την αναζήτηση εναλλακτικών θεραπευτικών σχημάτων, ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη από τη λήψη των αντιψυχωτικών και να ελαχιστοποιούνται οι παρενέργειές τους από τη μακρόχρονη χορήγησή τους.

Έκτοτε, διαπιστώθηκε ότι η εκπαίδευση των χρόνιων σχιζοφρενών σ' ό,τι αφορά τη διαχείριση της θεραπείας τους με τα φάρμακα αυτά, ώστε να καταστούν ενεργητικοί συνεργάτες του γιατρού στη διαμόρφωση του αναγκαίου γι' αυτούς φαρμακευτικού σχήματος, έχει μεγάλη αξία. Ο γιατρός και ο ασθενής, διαπραγματευόμενοι τη δοσολογία του αντιψυχωτικού, θα συμφωνήσουν στην κατάλληλη απαραίτητη δόση, ώστε να αποφευχθούν στο ελάχιστο οι ανεπιθύμητες ενέργειές του.

Ο χρόνιος σχιζοφρενής, εκπαιδευόμενος καταλλήλως, κατακτά τις απαραίτητες ορθές γνώσεις για τη βελτίωση των ικανοτήτων του σε τέσσερις βασικούς τομείς:

- α) στη λήψη πληροφοριών γύρω από τα αντιψυχωτικά φάρμακα
- β) στη σωστή λήψη των κατάλληλων και απαραίτητων φαρμάκων, μετά από ίδια αξιολόγηση των συμπτωμάτων του
- γ) στην αναγνώριση των ανεπιθύμητων ενεργειών των ψυχοφαρμάκων
- δ) στην αναλυτική και εποικοδομητική συζήτηση των προβλημάτων, που προκύπτουν από τη λήψη των ψυχοφαρμάκων, με επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα για τους ασθενείς που εκπαιδεύτηκαν, μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- βελτίωσαν τις γνώσεις τους και τις ικανότητές τους για τη διαχείριση των φαρμάκων που παίρνουν
- ακολουθούν πιο εύκολα και πιο πιστά τη θεραπεία
- τα αποτελέσματα είναι ανεξάρτητα της χρονιότητας της νόσου και άρα μπορούν να υπάρξουν και σε βαριά χρονιοποιημένους ασθενείς

### **Τι σημαίνει ποιότητα ζωής των σχιζοφρενών ασθενών;**

Η έκφραση “ ποιότητα ζωής “ είναι σχετικά πρόσφατη στο λεξιλόγιο των ανθρωπιστικών επιστημών. Για πρώτη φορά ακούστηκε το 1964, κατά τη διάρκεια μιας προεδρικής ομιλίας του Λ. Τζόνσον.

Στην ιατρική, το ενδιαφέρον για την “ποιότητα ζωής” προέκυψε, σ' ένα βαθμό, από τον προταθέντα το 1978 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγεί-

ας (Π.Ο.Υ) ορισμό της υγείας “σαν μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας”.

Στο πεδίο της ψυχικής υγείας ήταν το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης που ώθησε τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο ν’ αναρωτηθούν και να ενδιαφερθούν για την ποιότητα ζωής των ασθενών τους και για τα μέσα καλύτερευσής της. Οι καταγγελίες, που είδαν το φως της δημοσιότητας, για τις ολέθριες συνέπειες της ιδρυματοποίησης, όπως αυτή εφαρμόστηκε στις Η.Π.Α. ( οι Ραϊκ και Τάλμποτ μίλησαν για το “ εθνικό αίσχος” και ο Λαμπ για “μια μαζική κοινωνική τραγωδία”), προσέλκυσαν την προσοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις συχνά δύσκολες, ανυπόφορες και απάνθρωπες συνθήκες ζωής των ψυχικά ασθενών που ζουν μέσα στην κοινότητα.

Το 1981, ο Λαμπ υποστήριξε ότι “ εάν και μόνο προσηλωνόμασταν στο να βελτιώνουμε την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων, θα πραγματοποιούσαμε ένα μεγάλο βήμα προς τα εμπρός, στη φροντίδα των χρόνιων ψυχικά ασθενών και θα υλοποιούσαμε τα αναμενόμενα οφέλη από την αποϊδρυματοποίηση.”

Το να καταστήσεις τη ζωή των χρόνιων σχιζοφρενών πιο άνετη εξασφαλίζοντάς τους ένα κατάλληλο περιβάλλον, όπου θα μπορέσουν να εξελιχθούν με το δικό τους ρυθμό, είναι πλέον κοινός στόχος των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης. Η τωρινή πρόκληση της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι να προσφέρει στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς τις απαραίτητες συνθήκες για μια υψηλή ποιότητα ζωής.

### **Γιατί πρέπει να αξιολογούμε την ποιότητα ζωής των χρόνιων σχιζοφρενών;**

Οι λόγοι, που επιβάλλουν να εστιάζουμε την προσοχή μας στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής επανένταξης χρόνιων ψυχωτικών, είναι οι παρακάτω:

1) αρκετοί χρόνιοι ιδρυματοποιημένοι σχιζοφρενείς δεν μπορούν ν’ ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής επανένταξης και αποτελεσματικής επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι περισσότεροι απ’ αυτούς δε θα καταφέρουν να επιστρέψουν σε μια σταθερή απασχόληση ή να κατακτήσουν ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας. Το καλύτερο

που θα μπορούσε να επιτελέσει γι' αυτούς ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τη μέχρι σήμερα γνώση, είναι να βελτιώσει την ποιότητα των φροντίδων τους.

2) Συχνά, παρατηρείται το φαινόμενο της εμπλοκής, όταν υφίστανται περίπλοκα συστήματα παρεμβάσεων στην παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών. Τα επιμέρους συστήματα παρεμβάσεων, συνηθέστερα, δεν μπορούν ν' αξιολογηθούν επαρκώς, αφού οι περισσότερες διαθέσιμες μέθοδοι μέτρησης είναι ανεπαρκείς και δεν περιέχουν το υποκειμενικό συναισθηματικό στοιχείο. Εξετάζοντας, λοιπόν, την ποιότητα ζωής, θα μπορούσαμε να πούμε ότι επιτυγχάνουμε την εξέταση και αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης ενός σημαντικού αριθμού επιμέρους δυναμικών μεταβλητών.

3) Το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αναπτύχθηκε, ταυτόχρονα και παράλληλα, με την έννοια "ικανοποίηση του χρήστη". Η τελευταία αποτελεί κύριο δείκτη στην αξιολόγηση των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης. Η υλοποίηση των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής επανένταξης απαιτεί τη σύμπραξη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, των χρηστών και των φορέων της κοινότητας, στο σχεδιασμό, στην παρακολούθηση και στην αξιολόγησή τους. Ποιος ο λόγος επανάληψης ενός αποκαταστασιακού προγράμματος για ένα χρόνιο σχιζοφρενή, αν δεν είναι πιο ευτυχισμένος και περισσότερο ικανοποιημένος, σε σχέση με την κατάστασή του πριν ξεκινήσει το πρόγραμμα;

4) Η επιστροφή στις αντιλήψεις της "ανθρωπιστικής ψυχιατρικής", με τις αρχές και επιταγές της κοινοτικής ψυχιατρικής, μας οδηγεί στην ανάγκη διερεύνησης του συνόλου των συνθηκών, καταστάσεων, προβλημάτων της πάσχουσας ύπαρξης και όχι μόνο στη διερεύνηση της υπάρχουσας εκάστοτε παθολογίας. Αυτή, άλλωστε, είναι η επιταγή που προκύπτει και από τον ισχύοντα ορισμό για την υγεία.

### **Μπορεί η εκπαίδευση για την ασθένεια να βοηθήσει στη διαχείριση της σχιζοφρένειας;**

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η ψυχοεκπαίδευση όλης της οικογένειας μπορεί να μειώσει το βάρος της φροντίδας, να ενδυναμώσει τις στάσεις τους και να μειώσει τα ποσοστά των υποτροπών σε ασθενείς με

σιζοφρένεια. Αυτή η προσέγγιση ουσιαστικά εμπεριέχει την ενημέρωση, σχετικά με τη φύση της ασθένειας και των συμπτωμάτων, τον τρόπο που τα τελευταία επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ασθενών αλλά και το πώς οι δικές τους αντιδράσεις μπορούν, έως ένα βαθμό, να ελαχιστοποιήσουν τα συμπτώματα. Η έρευνα, αναφορικά με την εκπαίδευση που απαιτείται και για το ποιες είναι οι πιο κατάλληλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συνεχίζεται. Μια σειρά εκπαιδευτικού υλικού αναπτύσσεται, από χώρα σε χώρα, για να βοηθήσει στο να παρέχονται τέτοιες γνώσεις. Το υλικό αυτό περιλαμβάνει βίντεο, φυλλάδια, κασέτες και περιοδικά, σχεδιασμένα έτσι ώστε να βελτιώσουν τη γνώση και την ικανότητα παρέμβασης.

# Ε. Η ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

**Τα άτομα με σχιζοφρένεια εξακολουθούν να ζουν στο περιθώριο;**

Δυστυχώς, στις μέρες μας, ο θρίαμβος του ατομικισμού έχει οδηγήσει στο μαρασμό και στην εγκατάλειψη κύριες αρχές της Δημοκρατίας. Η ισότητα και η αδελφοσύνη είναι ιδιαίτερα παραγκωνισμένες, ενώ η αλληλεγγύη και η κοινωνική δικαιοσύνη έχουν παραμεληθεί. Παρατηρείται, ολοένα και περισσότερο, η αύξηση της κοινωνικής ανισότητας και η έλευση της εποχής των απομονώσεων, των περιθωριοποιήσεων, των αποκλεισμών. Την τελευταία 20ετία, όλα τα ευρωπαϊκά κράτη ορθώνουν, διαδοχικά, τείχη προστασίας για τις κυρίαρχες ομάδες, προκειμένου να κρατήσουν έξω και μακριά απ' αυτές, εκείνες των μη προνομιούχων πολιτών, όπως οι άστεγοι, οι άνεργοι μακράς διάρκειας, τα φτωχά νοικοκυριά, οι πρόσφυγες, οι αθίγγανοι και όλα τα Άτομα Με Ιδιαίτερες Ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.) και ασφαλώς μεταξύ αυτών και τα άτομα με σχιζοφρένεια.

**Το κοινωνικό κράτος συνδράμει τα άτομα αυτά;**

Οι χορηγήσεις του κράτους κοινωνικής πρόνοιας ολοένα και περιορίζονται. Οι χωρίς δικαιώματα άνεργοι πληθαίνουν ραγδαία και τα εκατομμύρια των φτωχών, των περιθωριακών,

των αστέγων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες συγκροτούν μια νέα κοινωνία, εκείνη των στερήσεων και της απελπισίας, μια κοινωνία έξω από κάθε δίκιο και χωρίς τις αρχές της Δημοκρατίας. Η απομόνωση, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι και παραμένει η μεγαλύτερη πρόκληση για τη σημερινή Ευρώπη, που δεν μπορεί πλέον να παραβλέπει ότι η εδραίωση των διακρίσεων, που επιτρέπει, καθιστά εύθραυστο το κοινωνικό της οικοδόμημα.

### **Έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά η φροντίδα τους;**

Είναι αληθές ότι η φροντίδα των σχιζοφρενών ασθενών αποτελεί για κάθε οργανωμένη κοινωνία πρόβλημα περίπλοκο και δυσεπίλυτο. Η σχιζοφρένεια εξακολουθεί να αποτελεί και σήμερα, για το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού της Ελλάδας, “στίγμα” και “ντροπή”. Επιπλέον, εξακολουθεί να φοβίζει τους ανθρώπους, που αντιδρούν με πολλαπλούς μηχανισμούς άμυνας απέναντί της. Στους μηχανισμούς αυτούς περιλαμβάνονται η απομόνωση, η αποβολή των ψυχικά πασχόντων από τους χώρους συναναστροφής και εργασίας, η περιθωριοποίησή τους, ο υπέρμετρος αναγκαστικός εγκλεισμός, ο δευτερογενής ιδρυματισμός, δηλ. ο κοινωνικός τους αποκλεισμός.

### **Ο κοινωνικός τους αποκλεισμός είναι έντονος;**

Με δεδομένα την κουλτούρα και την παραπάνω στάση της κοινωνίας μας, καθώς και τις σημαντικές ελλείψεις των κατάλληλων και απαραίτητων προνοιακών δομών και υπηρεσιών για την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ψυχικά μειονεκτούντων ατόμων στη χώρα μας, ο αποκλεισμός τους είναι διπλός. Δεν πρόκειται απλά μόνο για αποκλεισμό από την αγορά εργασίας αλλά ευρύτερα από το “κοινωνικό γίνεσθαι”. Ο αποκλεισμός, λοιπόν, των χρόνιων ψυχικά ασθενών και των νοητικά υστερούντων από το “κοινωνικό γίνεσθαι” και την αγορά εργασίας είναι πλέον βαθύτερος και εντονότερος, σε σχέση με εκείνο άλλων μειονεκτούντων ατόμων, όπως π.χ. των κινητικά αναπήρων. Η περιθωριοποίηση και η ανεργία των ατόμων με ψυχικές και νοητικές μειονεξίες δεν αποτελεί τίποτα το καινούργιο. Τα οδηγεί στην φτώχεια και στον κοινωνικό αποκλεισμό, χωρίς να έχουν τα απαραίτητα εφόδια για να αμυνθούν. Βρίσκονται μέσα σ’ ένα λαβύρινθο και είναι εγκλωβισμένα σ’ ένα σύστημα αλλοτρίωσης, απομόνωσης και χρονιοποίησης των προβλημάτων τους.

### **Τι πρέπει, να γίνει για το ξεπέρασμά του;**

Πρέπει να δοθεί έμφαση στη διαρθρωτική φύση της διαδικασίας, που αποκλείει τ' άτομα αυτά από οικονομικές και κοινωνικές ευκαιρίες. Το πρόβλημα εστιάζεται στο δικαίωμα ή μη, να έχουν τα παραπάνω άτομα ίσες ευκαιρίες στη ζωή, ώστε να αποκατασταθούν στην κοινωνία και μέσω της κατάλληλης κατάρτισης σ' ένα ανάλογο επάγγελμα.

Κοινή είναι η πεποίθηση ότι απαιτούνται εντατικές προσπάθειες, ώστε να καθιερωθούν ίσες ευκαιρίες συμμετοχής στην καθημερινή ζωή για τα άτομα με τις ψυχικές ή νοητικές μειονεξίες. Τα άτομα μ' αυτές τις ιδιαίτερες ανάγκες, οι γονείς τους, οι ευαισθητοποιημένοι πολίτες, κάθε άλλος υποστηρικτής των ίσων δικαιωμάτων και ευκαιριών, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, όλοι πρέπει να συνεργασθούν σταθερά και με συνέπεια, ενεργά στον προγραμματισμό και την εφαρμογή των μέτρων που επηρεάζουν τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές ή νοητικές μειονεξίες.

### **Τι είναι το στίγμα, ποιες είναι οι συνέπειές του;**

Το στίγμα για το σχιζοφρενή ασθενή είναι η γενικά αρνητική στάση και διάθεση, που εκδηλώνεται από τους τρίτους προς το πρόσωπό του, εξαιτίας της κακής πληροφόρησης. Ο ασθενής με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται με φόβο, με αντιπάθεια, χωρίς ανεκτικότητα, με έλλειψη εμπιστοσύνης, με ειρωνεία και εμπαιγμούς.

Το στίγμα είναι ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας. Μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές διακρίσεις, που επιδεινώνουν άσκοπα τα προβλήματα των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τέτοιες διακρίσεις οδηγούν στη μείωση των πόρων για την αντιμετώπιση της ασθένειας, στη μη διαθεσιμότητα χώρων στέγασης, σε λιγότερες ευκαιρίες για εργασία και κοινωνικές συναναστροφές. Έτσι, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια οδηγούνται σ' ένα φαύλο κύκλο, καθώς τα προβλήματά τους αυτά, στη συνέχεια, αυξάνουν ακόμα περισσότερο το στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια. Ακόμη, το στίγμα που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια, συχνά, στρεβλώνεται από άπειρους “ρεπόρτερς” των ΜΜΕ και από περιώνυμα πρόσωπα της δημόσιας ζωής, που με τις δημοσιοποιημένες απόψεις τους βοηθούν στη διαιώνιση των αρνητικών στερεότυπων.

Το στίγμα, που συνοδεύει τον ασθενή, μπορεί να έχει αρνητική επίδρα-

ση στην πορεία και την έκβαση της ασθένειάς του. Επιπλέον, το στίγμα της σχιζοφρένειας δεν επηρεάζει μόνο αυτούς που νοσούν αλλά και τις οικογένειές τους και τους ανθρώπους που τους φροντίζουν.

### **Σε ποιες λαθεμένες αντιλήψεις οδηγεί το στίγμα;**

Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία έχει δώσει ένα κατάλογο από τις πιο γνωστές λαθεμένες αντιλήψεις, που επικρατούν για τη σχιζοφρένεια και συντηρούν το στίγμα για το σχιζοφρενή ασθενή. Τις παραθέτουμε στη συνέχεια:

- Κανείς δεν γιαιτρεύεται από τη σχιζοφρένεια
- Η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που δεν αντιμετωπίζεται επιτυχώς
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια ενδέχεται να “μεταδώσουν” στους άλλους την τρέλα τους.
- Οι σχιζοφρενείς είναι τεμπέληδες και αναξιόπιστοι
- Η σχιζοφρένεια είναι το αποτέλεσμα μιας εσκεμμένης αδυναμίας της βούλησης (το άτομο θα μπορούσε να ξεπεράσει το πρόβλημα, αν ήθελε)
- Ο,τιδήποτε λένε τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι ανοησίες
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν δίνουν αληθείς πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπείας ή τις καταστάσεις που τους συμβαίνουν
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι παντελώς ανίκανα να πάρουν λογικές αποφάσεις για τη ζωή τους και γενικώς είναι απρόβλεπτα
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια σταδιακά χειροτερεύουν, κατά την διάρκεια της ζωής τους
- Για τη σχιζοφρένεια υπεύθυνοι είναι οι γονείς.

### **Τι πρέπει να γίνει για να περιορισθεί το στίγμα από τη σχιζοφρένεια;**

Για να περιορισθεί το στίγμα και οι διακρίσεις, που αφορούν τους σχιζοφρενείς, είναι αναγκαίο να βελτιωθούν οι θεραπείες, να αλλάξουν οι από-



ψεις των ανθρώπων μέσα από προγράμματα και εκπαιδευτικές εκστρατείες και τέλος, να αλλάξουν νόμοι και οι πολιτικές ρυθμίσεις, προκειμένου να ενισχυθεί η νομική προστασία των ψυχικά ασθενών. Κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές, που μπορούν να φανούν χρήσιμες στον περιορισμό του στίγματος και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, αναφέρονται παρακάτω:

- ✓ Βελτίωση και χρήση φαρμάκων, που ελέγχουν καλύτερα τα συμπτώματα, προλαβαίνουν τις υποτροπές, ενώ ταυτόχρονα μειώνουν τις παρενέργειες και διευκολύνουν τον ασθενή να συμμορφώνεται στη θεραπεία.
- ✓ Εκστρατείες στις γειτονιές των πόλεων και στα χωριά με εφαρμογή των κατάλληλων και από τους κατάλληλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκπαιδύσεων του κοινού, με σκοπό την αλλαγή των λαθεμένων απόψεων που εξακολουθούν να επικρατούν.
- ✓ Εκπαίδευση κατά του στίγματος στα σχολεία και στις υπηρεσίες υγείας.
- ✓ Βελτίωση της ψυχοεκπαίδευσης των ασθενών και των οικογενειών τους, σχετικά με τους τρόπους που μπορούν να ζουν με την ασθένεια και να αντιπαλεύουν τις διακρίσεις.
- ✓ Ενίσχυση κοινωνικών και νομικών ενεργειών για τον περιορισμό των διακρίσεων.

### **Πώς μπορώ να βοηθήσω για να υπερνικήσει ο ασθενής συγγενής μου το στίγμα;**

Πολλοί ασθενείς δεν αντέχουν το στίγμα που προκαλεί αυτή η ασθένεια. Έτσι, αποφεύγουν μια εισαγωγή σε νοσοκομείο, γιατί ισοδυναμεί με την παραδοχή από τους ίδιους ότι υποφέρουν από μια ψυχική διαταραχή. Για να αποφύγουν το στίγμα, συχνά αρνούνται να συμμετάσχουν στη θεραπεία ή στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής επαναπροσαρμογής και επανένταξης. Ο φόβος του στίγματος μπορεί ακόμη, να είναι η βαθύτερη ανησυχία των μη ρεαλιστικών ενεργειών τους, όπως είναι μια φαινομενικά ανόητη προσπάθεια για να προσεγγίσουν υψηλούς επαγγελματικούς στόχους (για παράδειγμα, ένας ασθενής με πολύ φτωχό λειτουργικό σύστημα έκανε αίτη-

ση για να λάβει μέρος σε κατατακτήριες εξετάσεις για την εισαγωγή στη νομική σχολή). Αρκετές φορές, οι σχιζοφρενείς ζουν μια παράδοξη κατάσταση. Έχοντας το φόβο του στίγματος, αρνούνται την ασθένειά τους αλλά λαμβάνουν με τη θέλησή τους την αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή.

Ο φόβος του στίγματος μπορεί να είναι εντονότερος σε σχιζοφρενείς που είχαν καλή λειτουργικότητα πριν αρρωστήσουν, που προέρχονται από υψηλά κοινωνικό – οικονομικά στρώματα και που οι οικογένειες τους είχαν σημαντικό πρόβλημα να δεχτούν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η αναγνώριση του στίγματος ομαλοποιεί τις εμπειρίες του ασθενούς, ενισχύει την αυτοεκτίμησή του και βοηθά να διασώσει την εικόνα του εαυτού του. Βοηθήστε τον/την ασθενή να αναγνωρίσει πόσο φυσιολογικός/η είναι. Οι σχιζοφρενείς τείνουν να αποδίδουν όλα τους τα προβλήματα στο γεγονός ότι είναι ασθενείς και η αντίληψη αυτή τους οδηγεί σε μεγαλύτερο φόβο για το στίγμα και καλλιεργεί την απομόνωση. Η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ομαλοποίηση των εμπειριών του ασθενούς μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη. Πολλοί ασθενείς εξιδανικεύουν τις ζωές των “φυσιολογικών” ανθρώπων. Αυτοί οι ασθενείς θα τα καταφέρουν πολύ καλύτερα στη ζωή τους, αν γνωρίζουν ότι πολλά από τα δικά τους βάσανα βιώνονται και από εκείνους που αποκαλούνται “φυσιολογικοί”.

## ΣΤ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Τα μέλη της οικογένειας, καθώς εμπλέκονται στη διαχείριση των προβλημάτων του σχιζοφρενούς και ιδιαίτερα, εκείνο το μέλος που παρέχει την περισσότερη φροντίδα, βρίσκονται καθημερινά κάτω από την επήρεια άγχους. Μια μητέρα αναφέρει: “το προσωπικό άγχος είναι κάτι, που συχνά παραγνωρίζεται . Ο ασθενής γίνεται η μέγιστη προτεραιότητα και αμελούμε και ξεχνάμε τις δικές μας ανάγκες. Οι καθημερινές μας ασχολίες είναι η αντιμετώπιση των κρίσεων και των οικονομικών προβλημάτων, η αναζήτηση βοήθειας από κοινωνικές υπηρεσίες που κακολειτουργούν, τα προβλήματα με τη γραφειοκρατία, το να στριμώχνεις ή να θυσιάζεις τις δικές σου προσωπικές στιγμές για χάρη εκείνων, η υπεράσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού σου από ένα άπονο κράτος, η δικαιολόγηση της συμπεριφοράς του σε όσους δεν τη κατανοούν. Όλα αυτά κουράζουν και κλέβουν κυριολεκτικά την ενέργειά σου. Στο τέλος καταλήγεις σε εξάντληση από το άγχος και αυτό μπορεί να σε οδηγήσει στην κατάθλιψη και την κατάρρευση.”

Οι οικογένειες με άρρωστα μέλη αναφέρουν ότι η ένταση, που υπάρχει από τον συγγενή που πάσχει από σχιζοφρένεια, μπορεί να εμφανισθεί από τις πρώτες κιόλας μέρες, μόλις το άτομο αυτό αρχίσει να συμπεριφέρεται παράξενα.

Είναι φυσικό να ενοχλείται κάποιος από τέτοιες συμπεριφορές. Συνήθως αποτραβιόμαστε απ’ αυτά τα άτομα. Όταν εμφανισθεί η “παράξενη” συμπεριφορά μέσα στην οικογένεια από ένα μέλος της, οι αντιδράσεις προς αυτό ίσως είναι και εκθρικές, τον πρώτο καιρό. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να

δείχνουν αμήχανα και να δυσανασχετούν, ενώ συχνά κατηγορούν και κριτικάρουν τα πάσχοντα άτομα. Μπορεί, ακόμη, και να αλληλοκατηγορούνται, καθώς μεγαλώνει ο φόβος και η σύγχυσή τους.

Αξίζει να θυμάστε την ακόλουθη λίστα των αρνητικών αντιδράσεων, που εκδηλώνονται στις οικογένειες των σχιζοφρενών. Είναι πολύ συνηθισμένες, τόσο στις πρώτες μέρες της “παράξενης” συμπεριφοράς, όσο και μετά τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

- ✓ απόλυτη άρνηση της ασθένειας : “Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει στην οικογένειά μας”
- ✓ άρνηση της σοβαρότητας της ασθένειας: “Απλά περνά μια δύσκολη φάση”
- ✓ άρνηση να συζητήσει κάποιος τους φόβους του
- ✓ απομόνωση από τις συνηθισμένες κοινωνικές λειτουργίες
- ✓ ντροπή και ενοχή: “Τι κάναμε λάθος;”
- ✓ αισθήματα απομόνωσης “Κανείς δεν ξέρει τι περνάω”
- ✓ πικρία: “Δεν είναι δίκαιο. Γιατί σ’ εμάς;”
- ✓ σκέψεις για το ενδεχόμενο μετακόμισης από το μέρος που μένουν: “Ίσως αν φεύγαμε από την πόλη και πηγαίναμε να ζήσουμε στην εξοχή”
- ✓ υπερβολική έρευνα για πιθανές αιτίες: “Ίσως, την τιμωρούσαμε πολύ”
- ✓ ανικανότητα για να σκεφτεί ή να μιλήσει κάποιος για ο,τιδήποτε άλλο εκτός από την ασθένεια
- ✓ υπερβολική αμφιθυμία απέναντι στο ασθενές άτομο
- ✓ συζυγική διάσταση, διαζύγιο
- ✓ συγγενικός ανταγωνισμός και άρνηση να μιλήσει κάποιος ή να βρισκείται με το συγγενή που υποφέρει, στον ίδιο χώρο
- ✓ αύξηση της κατανάλωσης του αλκοόλ ή εξάρτηση από ηρεμιστικά φάρμακα
- ✓ κατάθλιψη
- ✓ αϋπνία, απώλεια βάρους, άγχος

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα, που πρέπει να προσέχουμε, είναι η

δυσανασχέτηση των άλλων μελών της οικογένειας. Όταν ξοδεύετε όλο το χρόνο και την ενέργειά σας φροντίζοντας και ψάχνοντας για βοήθεια για το ασθενές παιδί σας, είναι πολύ εύκολο να παραμελήσετε τα άλλα παιδιά. Θα πρέπει, ακόμη, να μάθετε να κατανοείτε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας, που δεν τρέφει αισθήματα στοργής για τον ασθενή ανάλογα με τα δικά σας.

Πολλοί γονείς δεν μπορούν να καταλάβουν αυτή την έλλειψη συμπάθειας και δυσανασχετούν έντονα με τα άλλα παιδιά τους, που δεν αισθάνονται με τον ίδιο τρόπο, όπως αισθάνονται εκείνοι απέναντι στον ασθενή. Αυτό είναι λάθος και θα συσσωρεύσει πολλά δεινά αργότερα.

Μερικοί γονείς πιστεύουν ότι ένας τρόπος για να αποτρέψουν αυτή την εξέλιξη είναι να συμπεριλαμβάνουν όλα τα μέλη της οικογένειας στις συζητήσεις σχετικά με τον ασθενή και να ζητούν τη βοήθειά τους για τη φροντίδα του. Άλλοι γονείς, συχνά, προσπαθούν να προστατεύσουν τα υγιή παιδιά τους, κρύβοντάς τους την αλήθεια. Όμως, η άγνοια μπορεί να είναι πολύ τραυματική. Τα παιδιά πρέπει να ενημερώνονται κατάλληλα, ανάλογα με την ηλικία τους. Μια γυναίκα, της οποίας οι γονείς πάντα την συμπεριελάμβαναν στη φροντίδα προς τον αδερφό της, ανέφερε: *“Ο αδερφός μου είναι, μόλις, ένα χρόνο μεγαλύτερος από μένα. Δε θυμάμαι κάποια στιγμή που να μην ήταν σπίτι. Τον αγαπώ πολύ και είμαι το μόνο άτομο, στο οποίο μπορεί να μιλήσει σχετικά με ό,τι του συμβαίνει.”* Ένας πατέρας είπε πως *“τώρα που η άρρωστη κόρη μου παίρνει φάρμακα και πηγαίνει καλύτερα, οι άλλες τρεις κόρες δέχονται να τη βοηθήσουν. Στο παρελθόν, φοβόντουσαν και ενοχλούνταν από την αδερφή τους. Αλλά τώρα και οι τέσσερις κόρες βγαίνουν έξω μια φορά την εβδομάδα και έχουν αναπτύξει πολύ ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς μεταξύ τους.”*

Επειδή οι νέες σχέσεις, που διαμορφώνονται μέσα στην οικογένεια του σχιζοφρενούς, μπορούν να προκαλέσουν εξ αρχής εντάσεις, οι συγγενείς των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια υποστηρίζουν ότι είναι αναγκαία η ένταξη όλης της οικογένειας σε μια ομάδα υποστήριξης, αμέσως μόλις γίνει η διάγνωση για το ασθενές μέλος της. Εκεί, ακούγοντας άλλους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια τέτοια εμπειρία, θα βοηθηθείτε να αναγνωρίσετε αισθήματα θυμού, σύγχυσης, ενοχής, ντροπής και να συνειδητοποιήσετε ότι αυτά τα συναισθήματα είναι φυσιολογικά. Πέρα, όμως, από τη φυσιολογικότητά τους, αυτά τα αισθήματα είναι και ψυχοφθόρα και θα γίνον-

νται πιο αρνητικά, όταν τα μέλη της οικογένειας είναι απληροφόρητα. Όσο πιο σύντομα μια οικογένεια κατανοήσει το φάσμα της νόσου και βρει κατάλληλους τρόπους επαφής με τον πάσχοντα, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει η οικογένεια να παραμείνει ένα υγιές λειτουργικό σύνολο.

Ένας άλλος λόγος, που επιβάλλει από νωρίς την ένταξη της οικογένειας του πάσχοντος σε μια ομάδα υποστήριξης, είναι για να βρεθούν τρόποι αποφυγής της κατάρρευσης, που τόσο συχνά έρχεται, κάτω από το βάρος της φροντίδας για κάποιον σχιζοφρενή. Αισθήματα χρόνιας κούρασης και πλήρους εξάντλησης, μια έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή, μια έλλειψη αυτοεκτίμησης και συμπάθειας για τον πάσχοντα σχιζοφρενή, είναι συνήθεις νοσηρές εκδηλώσεις σε άτομα που πάλευαν μόνα για πολλά χρόνια. Τα άτομα αυτά μπορεί να υποφέρουν από πονοκεφάλους, αϋπνία, χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, κατάθλιψη και ασθένειες που σχετίζονται με το άγχος.

Για να προλάβετε και για να αποφύγετε την κατάρρευση, ακολουθήστε τις παρακάτω συμβουλές και υποδείξεις:

1. Να φροντίζετε την υγεία σας σε καθημερινή βάση. Να τρώτε υγιεινά. Πηγαίστε βόλτες, όσο πιο συχνά γίνεται. Να κοιμόσαστε αρκετά. Επισκεφτείτε το γιατρό σας για τακτικές γενικές εξετάσεις. Πείτε του ότι φροντίζετε ένα άτομο, που πάσχει από μια χρόνια πάθηση.
2. Μάθετε κάποιες τεχνικές χαλάρωσης.
3. Αφιερώστε κάθε μέρα τον απαραίτητο χρόνο για τον εαυτό σας.
4. Πηγαίστε διακοπές, εάν έχετε την οικονομική δυνατότητα. Προσπαθήστε να έχετε, κάθε τόσο, μια μέρα ή νύχτα για τον εαυτό σας. Θα μπορούσε να μείνει ένας φίλος, ένα βράδυ, στο σπίτι για να ξεκουραστείτε.
5. Αποφύγετε τις αυτοκατηγορίες και την εξοντωτική αυτοκριτική.
6. Παρακολουθήστε κάποιες εκδηλώσεις. Δώστε στον εαυτό σας λίγες ώρες για να συγκεντρωθείτε σε κάτι άλλο.
7. Εάν ο συγγενής σας φύγει από το σπίτι, μην τον επισκέπτεστε πέρα από τρεις φορές την εβδομάδα, μετά από μια αρχική μεταβατική περίοδο. Περιορίστε τα τηλεφωνήματα.
8. Προσπαθήστε να μην παραμελείτε τις σχέσεις σας με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς σας.

9. Μοιραστείτε τον πόνο σας και τα προβλήματά σας με φίλους που σας κατανοούν και μπορούν να σας στηρίξουν. Να είστε προσεκτικοί απέναντι στα άτομα από τα οποία ζητάτε συμβουλές (για παράδειγμα, λάθος πληροφορημένοι άνθρωποι μπορεί να σας πουν ότι η σχιζοφρένεια είναι κάτι που το προκαλέσατε εσείς).

10. Στοχεύστε στην ομαδική δουλειά μέσα στην οικογένεια.

11. Αποδεχθείτε ότι μια επιτυχής αντιμετώπιση απαιτεί τις συντονισμένες προσπάθειες των διαφόρων ομάδων παροχής φροντίδας.

12. Συνειδητοποιήστε ότι η ζωή πρέπει να προχωρήσει για σας και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να ωφελήσει και το συγγενή σας. Ο ίδιος μπορεί να αισθανθεί πιο δυνατός από τη συνειδητοποίηση ότι η ζωή προχωρά.

13. Να είστε σε εγρήγορση, γιατί η περιθάλψη ενός σχιζοφρενή μπορεί να σημαίνει μια ξαφνική και αναγκαία αλλαγή στον τρόπο ζωής σας. Για παράδειγμα, πολλές οικογένειες ανακάλυψαν ότι, παρόλο που ο συγγενής τους ζούσε ικανοποιητικά στο σπίτι για πολλά χρόνια, από ένα σημείο και πέρα εμφανίστηκε μια αλλαγή, η οποία μείωσε την ποιότητα ζωής όλων στο σπίτι. Μην επιμένετε να κρατήσετε το συγγενή σας στο σπίτι, εάν η παραμονή του σας είναι δυσάρεστη.

14. Διατηρήστε τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Μπορεί να είναι σημαντικό για το συγγενή σας.

15. Διατηρήστε την αίσθηση του χιούμορ.

16. Μην χάνετε ποτέ την ελπίδα.

Η κατάρρευση μπορεί, επίσης, να προκληθεί από την έλλειψη αποδοχής της ασθένειας από τη μεριά της οικογένειας. Μερικοί άνθρωποι δεν έχουν την ικανότητα να αποδεχθούν την ασθένεια. Η συνειδητοποίηση ότι ο συγγενής τους ίσως να μην είναι ποτέ πια ο ίδιος, ότι μπορεί να μην “θεραπευτεί” ποτέ, ίσως είναι αδύνατο να γίνει από κάποιους αποδεκτό. Πολλοί από αυτούς παρακολουθούν κάποιες συναντήσεις ομαδικής υποστήριξης, σε συχνή βάση, επιμένοντας σ’ όλη τη διάρκεια αυτών ότι η σύζυγός του θα γίνει καλύτερα, ότι ο γιος τους θα θεραπευτεί. Μια μητέρα είπε ότι αφιέρωσε όλο της το χρόνο στο γιο της, τον πρώτο χρόνο της ασθένειάς του. Μετά, της υπενθύμισαν ότι, επειδή ακριβώς ήταν κοινωνική λειτουργός,

αισθανόταν την υποχρέωση ότι όφειλε να είναι ικανή να τον βοηθήσει. Αυτή η μητέρα, τώρα, τονίζει στους άλλους να μην αποδυναμώνουν τους εαυτούς τους συναισθηματικά ή οικονομικά ψάχνοντας για θεραπείες “χίμαιρες.”

Υπάρχουν και εκείνοι που πιέζουν τους εαυτούς τους ως τα όριά τους. Ποτέ δεν σταματούν. Εξαντλούνται εντελώς. Αυτοί, που έχουν βιώσει τέτοιες καταστάσεις, συμβουλεύουν ότι από τη στιγμή που θα αφήσετε τον εαυτό σας ελεύθερο, μόλις πείτε “αυτό είναι!”, η ζωή θα γίνει ευκολότερη. Ένας πατέρας ανέφερε “Δουλεύεις μέσα στο φόβο, το θυμό, τον πόνο και τελικά φτάνεις να το αποδεχθείς. Η αποδοχή είναι σαν να υιοθετείς ένα νέο εαυτό – το άλλο πρόσωπο δεν υπάρχει πλέον. Η αποδοχή σημαίνει ότι έχεις μάθει πως μπορείς να ξεκινήσεις να δουλεύεις για εκείνα τα πράγματα, που θα κάνουν πραγματικά τη διαφορά στη ζωή του συγγενούς σου.”



## Ζ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

ΑΘΗΝΑ 15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992  
ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 123

**ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071**

*Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος υγείας.*

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

.....  
.....

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'  
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

**Άρθρο 91  
Σκοποί και αρχές**

1. Το Κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό των λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας.
2. Για τον ανωτέρω σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς, της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

**Άρθρο 92 Διάρθρωση σε τομείς**

1. Σε κάθε νομό συνιστάται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε Τομέας Ψυχικής Υγείας, περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. κοινής ωφέλειας.
2. Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο χώρος ευθύνης και η έδρα του κάθε Τομέα, καθώς και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε αυτόν και στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι ήδη υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας, συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο: .
  - α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.

β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.

4. Οι Τ. Ε. Ψ. Υ. είναι 5μελείς και αποτελούνται από:

α) Το Διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του νομού στον οποίο ανήκει ο Τομέας ή άλλο ιατρό της ίδιας διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υγείας ή ο αναπληρωτής του ασκούν χρέη προέδρου.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του, που προτείνεται από αυτόν.

γ) Το Διευθυντή κέντρου ψυχικής υγείας, με τον αναπληρωτή του και εφόσον υπάρχουν περισσότεροι του ενός από τον αρχαιότερο σε θέση Διευθυντή.

δ) Το Διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα νομαρχιακού ή περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του

ε) Τον αρχαιότερο σε θέση Διευθυντή ψυχιατρικής κλινικής ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.

Σε περίπτωση που ελλείπουν μέλη των περιπτώσεων γ', δ' και ε', τη θέση τους καταλαμβάνουν εκπρόσωποι του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνονται από αυτόν. Σε πόλεις στις οποίες έχουν την έδρα τους Ιατρικά τμήματα Α.Ε.Ι., οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι επταμελείς (7μελείς), τα δε επί πλέον δύο (2) είναι μέλη Δ.Ε.Π. Ψυχίατροι, που ορίζονται από το αντίστοιχο Ιατρικό τμήμα των Α.Ε.Ι. με τους αναπληρωτές τους. Η θητεία των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

5. Σε κάθε ασθενή παρέχονται υπηρεσίες από Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του Τομέα στον οποίο κατοικεί. Εξαιρεση είναι δυνατή μόνο στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα του αρμόδιου Τομέα για λόγους αρτιότερης περίθαλψης, γ) επί απουσίας ανάλογης μονάδας στον αρμόδιο Τομέα. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ασθενούς από μονάδα άλλου Τομέα, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια μονάδα του Τομέα κατοικίας και να αναπέμψει σε αυτήν τον ασθενή μετά τη λήξη της παρασχεθείσας από αυτήν φροντίδας.

### Άρθρο 93 Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχοι οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ.. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου, μπορεί να αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας, στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., συνιστώνται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας,

Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συνιστώνται ύστερα από γνώμη των Τ.Ε.Ψ.Υ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταφέρονται δε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.

4. Οι διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, που αφορούν στα κέντρα υγείας, ισχύουν και για τα κέντρα ψυχικής υγείας, που έχουν συσταθεί με την παρ. 2 του άρθρου 21 του ν. 1397/1983.

5. Τα κέντρα ψυχικής υγείας διοικούνται από διοικούσα 3μελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δύο (2) μέλη που ορίζονται από το νομάρχη της οικείας νομαρχίας, στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες συγκρότησης και λειτουργίας της διοικούσας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.

6. Στα κέντρα ψυχικής υγείας, του ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συνιστώνται και ως αυτοτελή ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ.

7. Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης και αντίστροφα.

### **Άρθρο 94 Εκούσια νοσηλεία**

1. Εκούσια νοσηλεία είναι η με τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι:

α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και

β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.

3. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.

4. Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

5. Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε ακούσια “ζητήσει” την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξερεύσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή ο παθολόγος ιατρός, δεν ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται αμέσως στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε κινήσει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

### **Άρθρο 95 Ακούσια νοσηλεία**

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η “φύλαξη”

ασθενή με το άρθρο 69 επ. του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανών, διέπεται από ειδική νομοθεσία.

2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

I.α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.

β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινότητα, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή.

### Άρθρο 96 Διαδικασία εισαγωγής

1. Την ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριορίστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του η ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

2. Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε I είτε II. Οι ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.

3. Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.

4. Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον "Τομέα" ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις των δύο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας, μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από το συνοδό του ασθενή.

5. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξετασθεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων, σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

6. Σε τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, επι-

μελούμενος άμα για τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του, “κεκλεισμένων των θυρών”, ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντημηθούν .

7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

8. Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής τον οποίο αφορά έχει προσαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που η αίτηση αναγκαστικής νοσηλείας γίνεται δεκτή, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί, ενώ στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.

9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

### **Άρθρο 97**

#### **Ένδικα μέσα**

1. Κατά της απόφασης του πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή κατά τις διατάξεις της πολιτικής δικονομίας. Το ένδικο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένδικα αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης.

2. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, “εκλεισμένων των θυρών”, μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεσή της. Το εφετείο μπορεί να ζητήσει και νέα γνωμάτευση ψυχιάτρου ή ό,τι άλλο θεωρήσει σκόπιμο.

### **Άρθρο 98**

#### **Συνθήκες νοσηλείας**

1. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν, απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.

2. Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.

4. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

### **Άρθρο 99**

#### **Διακοπή-Διάρκεια-Λήξη ακούσιας νοσηλείας**

1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτήν, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

2. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

3. Ο ασθενής ή συγγενείς του της παρ. 1 του άρθρου 96, ή ο επίτροπος του δικαιούνται με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες.

4. Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα.

### **Άρθρο 100**

#### **Υποτροπή ασθένειας**

Σε περίπτωση υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

### **Άρθρο 101**

#### **Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας**

1. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα ν.π.ι.δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

**ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 2716**

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

**Άρθρο 1**

**Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

1. το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.
2. οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περιθάλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

**Άρθρο 2**

**Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των**

**Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές**

1. συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.
2. συνιστάται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α΄/21.8.1997). Με απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 ορίζεται πενταμελής Εκτελεστική Γραμματεία της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι επταμελής και αποτελείται από:

- α) έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο.
- β) δύο κοινωνικούς λειτουργούς.
- γ) έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και
- δ) δύο νομικούς.

Ο πρόεδρος και τα μέλη της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, καθώς και οι αναπληρωτές τους, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν.2519/1997. με από-



φαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μέσα σε διάστημα τριών (3) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, ορίζονται τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ειδικής Επιτροπής. Ένα εκ των μελών ορίζεται ως Πρόεδρος με την ίδια απόφαση. Η θητεία της Επιτροπής είναι πενταετής. 3. η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ'ίδιαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

Α) δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.

Β) επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Γ) πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Δ) ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρήσεις στον Τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

Ε) δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των νόμιμων πρόσπησης των δικαιωμάτων των ασθενών του άρθρου 1 παρ. 4 εδ. 2 του ν. 2519/1997.

ΣΤ) υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Ζ) υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν.2519/1997, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο.

Η) παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

Θ) οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

4. με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Προέδρου της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων, ορίζονται οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, ο τρόπος οργάνωσης και παροχής της δικηγορικής αρωγής για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

5. με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός τεσσάρων (4) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος, ορίζονται το ύψος της αμοιβής ή αποζημίωσης του Προέδρου και των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν.2519/1997 και της ανωτέρω Ειδικής Επιτροπής κατά τις κείμενες διατάξεις, η γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Για τις δαπάνες κίνησης των μετακινούμενων μελών της επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών και της Ειδικής Επιτροπής ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Οι Πρόεδροι εκδίδουν τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Το αυτό ισχύει και για τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας της Επιτροπής Ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν.2519/1997.

6. στην παρ. 1 εδ. Β' του άρθρου 1 του ν. 2519/1997 προστίθεται και ένας εκπρόσωπος της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων που προτείνεται από αυτήν με το νόμιμο αναπληρωτή του. ομοίως ορίζονται οι αναπληρωτές των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

### Άρθρο 3

#### Τομείς Ψυχικής Υγείας – Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας ( Μ.Ψ.Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.
2. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. , καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος. Με την ίδια ή όμοια απόφαση γίνεται:

α) η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) σε κάθε νομό ή σε ευρύτερη περιοχή.

β) η σύσταση στην Αττική και το Νομό Θεσσαλονίκης, καθώς και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων. Στην Αττική, στο Νομό Θεσσαλονίκης και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, συστήνονται και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το. Ψ.Υ.Π.Ε.).

γ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται και λειτουργούν σε Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι Μονάδες αυτές είναι:

α) οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 (ΦΕΚ 254<sup>Α</sup> ) και του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'), οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, που ιδρύονται με τον παρόντα νόμο.

β) τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.

4. με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από τη δημοσίευση, ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παρ. 2 εδ. Δ' του παρόντος άρθρου.

5. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, Μονάδες Ψυχικής Υγείας απιολογημένα μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας όπου κρίνεται αναγκαίο.

6. οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας είναι πενταμελείς και συγκροτούνται εντός πέντε (5) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και

Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από:

α) επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπευθύνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 του Τομέα (Το.Ψ.Υ.) με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των Μ.Ψ.Υ. του άρθρου 5 παρ. 1 με το νόμιμο αναπληρωτή του.

β) λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγούς, εκπαιδευτικούς) που υπηρετούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά την περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

γ) ψυχιάτρους ή παιδοψυχιάτρους ή λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του παρόντος νόμου, οι οποίες ανήκουν στο συγκεκριμένο Τομέα.

7. τρία (3) μέλη της ΤοΜΕΑΚ'ΗΣ Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος, είναι από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. Α' τα λοιπά μέλη, μεταξύ των οποίων ο Αντιπρόεδρος, από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. Β' και γ'. στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών, ο Υπουργός ορίζει ως μέλη, πρόσωπα κύρους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ελευθέρως ανακλητά με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η θητεία των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

8. ο πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά τους. η Τ.Ε.Ψ.Υ. συνεδριάζει στην έδρα της Μονάδας Ψυχικής Υγείας από την οποία προέρχεται ο Πρόεδρος και υποστηρίζεται γραμματειακά από διοικητικό υπάλληλο της Μονάδας. Στα πρακτικά των συνεδριάσεων αναφέρεται αναλυτικά τόσο η απόφαση της πλειοψηφίας όσο και η γνώμη της μειοψηφίας. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταβάλλεται στον Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο και μέλη της Τ.Ε.Ψ.Υ., αποζημίωση κατά συνεδρίαση σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο Πρόεδρος της Τ.Ε.Ψ.Υ. δύναται να αναπληρώνεται, κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, στα ιατρικά του καθήκοντα εν όλω ή εν μέρει κατ' ανάλογη εφαρμογή της διάταξης της παραγράφου 3 του άρθρου 18 του ν. 2519/1997. για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων μελών της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Οι δαπάνες λειτουργίας της Τ.Ε.Ψ.Υ. βαρύνουν τον προϋπολογισμό από το οποίο προέρχεται ο Πρόεδρος της μετά από έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του.

9. οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

Α) εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχική αρμοδιότητά τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών, με σκοπό σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση.

Β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.

δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των επιστημονικών υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των ψυχιατρικών νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Γ) παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Δ) γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες τους Ψυχικής Υγείας.

Ε) προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

Στ) διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

Ζ) γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από ρτον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το ΚΕ.Σ.Υ., το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.Υ.ΥΠ.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

Η) διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

Θ) υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου που αφορούν τη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας.

Σε περίπτωση σύστασης Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2. εδ. Β' περ. β' ισχύουν τα αυτά και για τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.).

11 με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδεται με πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και εισήγηση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, κάθε τμήμα τους αναλαμβάνει την ευθύνη να παρέχει νοσηλεία και υπηρεσίες αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό ισχύει για τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, εφόσον ενταχθούν στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

12. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία κοινών υπηρεσιών στο αντικείμενο της ψυχικής υγείας ή η συγχώνευση, η μεταφορά και η ένταξη αυτών που ήδη υπάρχουν ή η συνεργασία για την εκτέλεση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

13. οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Το αυτό ισχύει και στην περίπτωση ακούσιας νοσηλείας. Η διάταξη αυτή δεν ισχύει στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) απουσίας ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ατόμου με ψυχικές διαταραχές από Μονάδα Ψυχικής Υγείας άλλου Τομέα Ψυχικής Υγείας, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μετά τη λήξη της φροντίδας που τους παρασχέθηκε.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### Άρθρο 4 Γενικές διατάξεις

1. μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενα την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

2. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές Μ.Ψ.Υ. για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής.

3. με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι αρχές και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ασφαλιστικών οργανισμών και Ταμείων, οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του Δημοσίου, που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όσων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτόν.

4. οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

5. για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν συσταθεί από νοσοκομεία του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή από μονάδες ψυχικής υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εν όλω ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το Δημόσιο, η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

6. η χρήση των όρων «Κέντρο Ψυχικής Υγείας», «Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα», «Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία», «Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία», Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχι-

κής Υγείας κατ' Οίκον», «Φιλοξενούσες Οικογένειες», «Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης» σε συνδυασμό ή όχι με οποιονδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το Δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Η χρήση των όρων σε τίτλο ή επωνυμία από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, απαγορεύεται. Στην απαγόρευση υπάγονται όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, που εποπτεύονται ή όχι από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα ανωτέρω νομικά πρόσωπα, εφόσον έχουν ήδη χρησιμοποιήσει τίτλους με τους συγκεκριμένους όρους, υποχρεώνονται σε διάστημα έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου να αφαιρέσουν τους όρους από τον τίτλο τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι παραβάτες τιμωρούνται με πρόστιμο και σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους σε νέα προθεσμία με αφαίρεση της άδειας λειτουργίας.

### Άρθρο 5

#### Κεντρο Ψυχικής Υγείας – Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία

1. τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. με την αυτή ή όμοια απόφαση συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των Μονάδων αυτών. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύνανται να αναπτύσσουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα οποία συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συνιστώνται πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας και οι θέσεις προσωπικού τους.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ανάλογα με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και τις τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

4. Σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τα οποία είναι εγκατεστημένα σε περιοχές που ο πληθυσμός που εξυπηρετούν έχει ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε άλλες Μ.Ψ.Υ. παροχής νοσηλείας, μπορεί να λειτουργούν περιορισμένα τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής). Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μονάδες που αναπτύσσουν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας, τα κριτήρια, οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις λειτουργίας και η στελέχωση των τμημάτων αυτών.

### Άρθρο 6

#### Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' οίκον

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα νοσοκομεία

του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι κατηγορίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

### **Άρθρο 7**

#### **Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας**

1. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ως μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2593/1953 και του ν. 1397/1983 των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, ή ως μονάδες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. Ο Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περισσότερους του ενός Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του, ο τρόπος λειτουργίας, η στελέκωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

### **Άρθρο 8**

#### **Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής**

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και κάθε συναρμόδιου Υπουργού κατά περίπτωση, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, ορίζονται τα τμήματα, οι Μονάδες ή οι υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ., μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 σε Κέντρα εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη της Τ.Ε.Ψ.Υ. και της οικείας Ιατρικής Σχολής, μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή μονάδες των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.



### Άρθρο 9 Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

1. Οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή έφηβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες.

2. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων και Φιλοξενουσών Οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτηση τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

3. Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου με σκοπό την παροχή ιδίως στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών.

Ειδικότερα, τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικές και επαγγελματικής επανένταξης.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των μονάδων αυτών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι αρχές, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής τους.

Η τοποθέτηση στις Μονάδες και τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η ψυχιατρική παρακολούθηση σε αυτά παιδιών ή εφήβων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα παρέχεται μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου.

4. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, με απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων τους, μετά από πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σε διαμέρισμα ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα.

Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα εγκαθίσταται αριθμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέχρι έξι (6), με περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία υπάγονται.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα Προστατευμένα Διαμερίσματα παρέχονται σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστη-



μιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας, και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή από τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όπως επίσης σε χώρους που παραχωρείται η χρήση τους από οποιοδήποτε νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή διαχωρίζονται ή κληροδοτούνται, στην αντίστοιχη Μονάδα Ψυχικής Υγείας γι' αυτόν τον συγκεκριμένο σκοπό.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται μέσα σε έξι (6) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθορίζονται οι προϋποθέσεις εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών ως και οι προϋποθέσεις καταβολής χρηματικών ποσών που χορηγεί το νοσοκομείο στον ασθενή για την αντιμετώπιση των δαπανών διαβίωσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής – εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης, τα της επιλογής του υπολόγου διαχείρισης από τη θεραπευτική μονάδα, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

5. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, καθώς και από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου και έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες.

Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η οργάνωση, η λειτουργία, οι αρχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του.

Τα αυτά ισχύουν και για τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 που λειτουργούν ψυχιατρικά τμήματα ή Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές παιδιών και εφήβων και για τις μονάδες αυτών του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, ως προς την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε φιλοξενούσες Οικογένειες παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών Φιλοξενουσών Οικογενειών, τα κριτήρια και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του.

## Άρθρο 10

### **Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης**

1. Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής – επαγγελματικής επανάταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Τα τμήματα αυτά ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, ως Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού

ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

2. οι Ειδικές Δυνάμεις Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων κατά περίπτωση μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και ως Μονάδες των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο τους την ψυχική υγεία. Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού αυτών.

Τα Προστατευόμενα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης λειτουργούν σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ως και σε χώρους παραχωρούνται δωρεάν κατά χρήση γι' αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Στα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού, η οποία εκδίδεται εντός έτους από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία των Προστατευμένων Εργαστηρίων και των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής, η στελέχωσή τους, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

## Άρθρο ΙΙ

### Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα

1. επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του π. δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α') και του π.δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α') αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό φυσικό ή νομικό πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μία Μ.Ψ.Υ. . Οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.)

2. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας εντός τριών (3) μηνών από την απόφαση σκοπιμότητας, η οποία εκδίδεται μετά από γνώμη της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6)

μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την έγκριση σκοπιμότητας.

3. με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. του παρόντος άρθρου.

4. τα φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα υποβάλλουν εντός έτους, από τότε που έλαβαν τη σχετική άδεια ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, σχετικά δικαιολογητικά για να λάβουν την άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Σε αντίθετη περίπτωση η άδεια ίδρυσης που χορηγήθηκε ανακαλείται αμέσως και επιβάλλονται κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 20 και 21 του π.δ. 247/1991 όπως κάθε φορά ισχύει.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι διαδικασίες ελέγχου, τα δικαιολογητικά, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

5. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι, οι διαχειριστές ή τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων του ποινικού νόμου, που συνιστά κώλυμα διορισμού στο Δημόσιο ή για παράβαση που αφορά το νόμο για τα ναρκωτικά ή για εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές είναι γιατροί ή ψυχολόγοι κλάδου Ε.Σ.Υ. ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν τη δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης, εφόσον δεν υπάρχει σκοπιμότητα.

6. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ήδη λειτουργούν υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος και των αποφάσεων που θα εκδοθούν εντός προθεσμίας έτους από τη δημοσίευσή τους.

## **Άρθρο 12** **Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης** **(Κοι.Σ.Π.Ε.)**

1. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) αποβλέπουν στην κοινωνικο-ενοσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική του αυτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η μέριμνα για την ανάπτυξή τους και η εποπτεία τους ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

2. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορεί:

A) Να ιδρύσουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης και υποκαταστήματα οπουδήποτε.

B) Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας εφόσον η συμμετοχή αυτή επιτρέπεται από

τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις. ειδικότερα, μπορεί να συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), Κοινοπραξίες, Εταιρείες Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε.), Ανώνυμες Εταιρείες (Α.Ε) και Δημοτικές Επιχειρήσεις.

Γ) Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις ή εταιρείες στην πραγματοποίησή τους και να συνεργάζονται μέσω κοινοπραξιών ή προγραμματικών συμβάσεων με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εταιρείες ή άλλες ενώσεις κάθε τύπου, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο την ανάπτυξη δραστηριοτήτων, από αυτές που προβλέπονται στον παρόντα νόμο.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης έχουν έδρα τους το δήμο στον οποίο εδρεύει η διοίκησή τους. Η επωνυμία τους περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον όρο Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα. Μπορεί να περιλαμβάνει και διακριτικό τίτλο. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συστήνεται και λειτουργεί αποκλειστικά ένας Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης. Η επωνυμία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης διακρίνεται από την επωνυμία άλλων συνεταιρισμών, οι οποίοι εδρεύουν στον ίδιο δήμο, αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας και έχουν τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό. Στην επωνυμία δεν επιτρέπεται να περιλαμβάνονται ονόματα φυσικών προσώπων ή επωνυμίες άλλων νομικών προσώπων.

3. Η σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. ρυθμίζεται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν. 1667/1986 (ΦΕΚ 196<sup>Α</sup>) χωρίς τον περιορισμό για υπογραφή του καταστατικού από εκατό (100) τουλάχιστον πρόσωπα αν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό. Απαιτείται άδεια σκοπιμότητας, η οποία χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του προτεινόμενου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τα αναπτυξιακά δεδομένα της περιοχής δράσης και η γνώμη του Τομέα Ψυχικής Υγείας, κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 4 έως 8 του άρθρου 1 του ν. 1667/1986 εκτός από τα εδάφια δ' και ε' της παρ. 4.

4. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να γίνουν:

Α) Φυσικά πρόσωπα, ενήλικες ή ανήλικοι τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, οι οποίοι λόγω ψυχικής διαταραχής έχουν ανάγκη αποκατάστασης, όπως αυτή προσδιορίζεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή (Προσωπική Κατοικία, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του παρόντος νόμου, νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως ψυχιατρικά, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή άλλες Μ.Ψ.Υ.), χωρίς να απαιτείται να έχουν την ικανότητα για δικαιοπραξία, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα και των νόμων Περί Συνεταιρισμών. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας αποτελούν τουλάχιστον το 35% του συνόλου των μελών.

Β) Ενήλικες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπως εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές και άλλες κατηγορίες επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Επιτρέπεται η συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων ή ψυχιάτρων ή ψυχολόγων κλάδου Ε.Σ.Υ.. τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών.

Γ) Δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό των συνεταιρισμών, και ειδικότερα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία έχουν αναπτύξει Μονάδες Ψυχικής Υγείας και υπάγονται στον κατά περίπτωση Τομέα Ψυχικής Υγείας. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 20% του συνόλου των μελών.

Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. δεν μπορεί να γίνουν νομικά ή φυσικά πρόσωπα τα οποία μετέχουν σε άλλο συνεταιρισμό, ο οποίος έχει τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό και έχει την έδρα του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

5. Τα μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να απασχολούνται στους Κοι.Σ.Π.Ε. ως εξής:

Α) Τα μέλη της πρώτης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους Κοι.Σ.Π.Ε. και να αμειβονται ανάλογα με την παραγωγικότητά τους και το χρόνο της εργασίας τους, όπως προβλέπεται από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του κατά περίπτωση Κοι.Σ.Π.Ε.. Αν τα απασχολούμενα μέλη της κατηγορίας αυτής έχουν σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας ή επίδομα πρόνοιας ή επιδόματα επανένταξης ή οποιασδήποτε μορφής νοσήλιο ή παροχή, δεν χάνουν αυτές τις παροχές αλλά συνεχίζουν να τις εισπράττουν ταυτόχρονα και αθροιστικά με την αμοιβή τους από το συνεταιρισμό. Αν τα απασχολούμενα μέλη της πρώτης κατηγορίας παρ. 6 εδ. α' δεν είναι ασφαλισμένα, ούτε καλύπτονται από τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 18 του ν.2072/1992 ασφαλιζονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. στους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς των κλάδων τους.

Β) Τα μέλη της δεύτερης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους συνεταιρισμούς, με πλήρη ή μερική απασχόληση, σύμφωνα με τους όρους που προβλέπονται από το καταστατικό και τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας τους. Ειδικότερα, εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας με την οποία οι συνεταιρισμοί για επιστημονικούς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να απασχολούνται παράλληλα, να μετακινούνται ή να αποσπώνται με τη συναίνεσή τους στους Κοι.Σ.Π.Ε.. Τα απασχολούμενα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν αμειβονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι συνεταιρισμοί οφείλουν μόνο να καταβάλουν σε αυτά τις δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκαν λόγω της εργασίας τους σε αυτούς.

6. Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. με την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η διαδικασία εγγραφής διέπεται από τις διατάξεις του ν. 1667/1986 άρθρο 2 παράγραφοι 4-6. Τα μέλη μπορεί να αποχωρήσουν από τους Κοι.Σ.Π.Ε. με γραπτή δήλωσή τους, που υποβάλλεται στο Δ.Σ. τρεις (3) μήνες τουλάχιστον πριν από το τέλος οικονομικής χρήσης. Το Δ.Σ. μπορεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις να επιτρέψει την αποχώρηση μελών πριν από την συμπλήρωση του παραπάνω χρονικού διαστήματος. Το μέλος διαγράφεται από τους συνεταιρισμούς στις περιπτώσεις που προβλέπει το καταστατικό ή αν λόγω μη εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους βλέπονται τα συμφέροντα των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στα μέλη που αποχωρούν ή διαγράφονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφεραν το αργότερο τρεις (3) μήνες από την έγκριση του ισολογισμού της χρήσης μέσα στην οποία έγινε η αποχώρηση ή η διαγραφή.

7. Κάθε μέλος εγγράφεται με μια υποχρεωτική συνεταιριστική μερίδα που καθορίζεται στο καταστατικό. Αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, η εισφορά της συνεταιριστικής μερίδας γίνεται μέσα σε ένα (1) μήνα από την καταχώρηση του συνεταιρισμού ή από την εγγραφή του μέλους. Η συνεταιριστική μερίδα είναι αδιαίρετη και ίση για όλα τα μέλη.

Το καταστατικό μπορεί να επιτρέψει την απόκτηση από κάθε μέλος έως 5 προαιρετικών μεριδών, εκτός από την υποχρεωτική μερίδα και να ορίζει χωρίς περιορισμό τον αριθμό προαιρετικών μεριδών που μπορούν να αποκτήσουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που υπάγονται στον ευρύτερο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Η αξία κάθε προαιρετικής μερίδας είναι ίση με την αξία της υποχρεωτικής. Για την απόκτηση της υποχρεωτικής ή των προαιρετικών μεριδών τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου εγγράφουν στον προϋπολογισμό τους ανάλογη πίστωση για το σκοπό αυτόν. Η μεταβίβαση της συνεταιριστικής μερίδας σε τρίτο γίνεται εγγράφως ύστερα από συναίνεση του Δ.Σ., εφόσον στο πρόσωπο του τρίτου συντρέχουν οι όροι που απαιτούνται για την είσοδό του ως μέλος.

Η προαιρετική συνεταιριστική μερίδα μπορεί να μεταβιβάζεται χωρίς προηγούμενη άδεια του Δ.Σ. σε άλλο μέλος του Κοι.Σ.Π.Ε.. Ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 3 του ν. 1667/1986. Η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα.

8. Τα δικαιώματα των μελών διέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 4 του ν. 1667/1986. Κάθε νέο μέλος υποχρεούται να καταβάλει, εκτός από το ποσό της μερίδας του και εισφορά ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού, όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Η εισφορά αυτή φέρεται σε ειδικό αποθεματικό. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει καταβολή μικρότερης εισφοράς ή συμβολικής αξίας εισφορά για τα μέλη της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει ότι τα μέλη υποχρεούνται να καταβάλουν ορισμένο χρηματικό ποσό για την κάλυψη ζημιών των συνεταιρισμών και μόνο ύστερα από απόφαση της Γ.Σ.. τα μέλη ευθύνονται για τα χρέη των συνεταιρισμών σε τρίτους μέχρι το ποσό της συνεταιριστικής τους μερίδας.

Η ευθύνη των μελών υφίσταται και για χρέη που είχαν δημιουργηθεί πριν γίνουν μέλη και δεν περιλαμβάνει τα χρέη που δημιουργήθηκαν μετά την έξοδό τους. Η σχετική αξίωση παραγράφεται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από την έξοδο του μέλους ή από την περάτωση της πτώχευσης ή της εκκαθάρισης. Δεν απαγγέλλεται ποτέ προσωπική κράτηση κατά των μελών των οργάνων συνεταιρισμών για χρέη προς τρίτους και προς το Δημόσιο, καθώς και για χρέη μεταξύ των μελών και συνεταιρισμών.

9. Το Δ.Σ. αποτελείται από επτά (7) τακτικά μέλη και ισάριθμα αναπληρωματικά που εκλέγονται από τη Γ.Σ. . η σύνθεση του Δ.Σ. είναι η ακόλουθη: Πέντε (5) μέλη της δεύτερης και τρίτης κατηγορίας, καθώς και δύο (2) μέλη της πρώτης κατηγορίας του παρόντος άρθρου εφόσον δεν τελούν σε πλήρη στέρηση δικαστικής συμπαράστασης.

Το Δ.Σ. με πρόσκληση του συμβούλου που πλειοψήφησε, συνέρχεται και εκλέγει με φανερή ψηφοφορία πρόεδρο, ταμεία και γραμματέα. Δεν μπορεί να εκλεγούν στη θέση του προέδρου, γραμματέα και ταμεία μέλη της πρώτης κατηγορίας. Το Δ.Σ. μέσα σε τρεις (3) μήνες πρέπει να δηλώσει την εκλογή του για καταχώρηση στο μητρώο συνεταιρισμών του αρμόδιου Ειρηνοδικείου. Η διάρκεια της θητείας του Δ.Σ. είναι τριετής και παρατείνεται μέχρι την εκλογή νέου Δ.Σ. το πολύ για τρεις (3) μήνες. Το Δ.Σ. συνέρχεται σε τακτική συνεδρίαση μια φορά το μήνα και σε έκτακτη, όταν το συγκαλέσει ο πρόεδρος ή το ζητήσουν τρία (3) από τα μέλη του. Βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει έγκυρα, όταν παρίστανται πέντε (5) τουλάχιστον μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση άρτιου αριθμού, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου. Εκπροσώπηση μέλους δεν επιτρέπεται.

Οι αποφάσεις καταχωρούνται από το γραμματέα στο βιβλίο πρακτικών του Δ.Σ.. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 7 του ν. 1667/1986.

10. Το Εποπτικό Συμβούλιο αποτελείται από τρία (3) μέλη που εκλέγονται από τη Γ.Σ. . Το ίδιο μέλος δεν μπορεί να μετέχει στο Ε.Σ. και στο Δ.Σ.. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. της πρώτης κατηγορίας δεν μετέχουν στο Ε.Σ.. Τα μέλη του Ε.Σ. και του Δ.Σ. δεν επιτρέπεται να έχουν μεταξύ τους συγγένεια μέχρι δεύτερου βαθμού ή είναι σύζυγοι. Αν τα μέλη του συνεταιρισμού είναι λιγότερα από είκοσι (20) δεν απαιτείται η εκλογή Ε.Σ., εκτός αν ορίζει διαφορετικά το καταστατικό. Μείωση των μελών κάτω των πενήντα (50) δεν θίγει τη σύνθεση και τη λειτουργία του Ε.Σ. μέχρι τη λήξη της θητείας του. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παρ. 9. Το Ε.Σ. ελέγχει τις πράξεις του Δ.Σ., καθώς και την τήρηση των αποφάσεων της Γ.Σ. από το Δ.Σ.. Το Ε.Σ. έχει το δικαίωμα και καθήκον να λαμβάνει γνώση οποιουδήποτε βιβλίου, εγγράφου ή στοιχείων των συνεταιρισμών, να διενεργεί λογιστικό και διαχειριστικό έλεγχο και να παρακολουθεί την μπορεί των υποθέσεων του συνεταιρισμού. Για τη διενέργεια λογιστικού και διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να διορίσει έναν ειδικό σύμβουλο ή εμπειρογνώμονα. Το Ε.Σ. αν διαπιστώσει παραβάσεις του νόμου, του καταστατικού ή των αποφάσεων της Γ.Σ. εκ μέρους του Δ.Σ. ή παρατυπίες ως προς τη διαχείριση, που βλάπτουν τα συμφέροντα των συνεταιρισμών, υποδεικνύει εγγράφως την επανόρθωσή τους και ζητεί εκτάκτως από το Δ.Σ. τη σύγκληση της Γ.Σ..

11. Η Γενική Συνέλευση των μελών είναι το ανώτατο όργανο του Κοι.Σ.Π.Ε., αποφασίζει για κάθε υπόθεση που δεν υπάγεται στην αρμοδιότητα άλλου οργάνου και έχει την εποπτεία και τον έλεγχο των

άλλων οργάνων της Διοίκησης. Στην αποκλειστική αρμοδιότητα της Γ. Σ., εκτός από τις προβλέψεις της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 1667/1986, υπάγονται:

α) Η έγκριση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ), σε Εταιρείες ή Επιχειρήσεις δημοσίου συμφέροντος, καθώς και η αποχώρηση από αυτές.

β) Η έγκριση για συμμετοχή των συνεταιρισμών σε Κοινοπραξίες ή Ενώσεις συνεταιριστικές ανώτερου βαθμού και η αποχώρησή τους από αυτές.

γ) Η παύση των μελών των οργάνων της Διοίκησης, οποτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο και κυρίως για παράβαση καθήκοντος ή για ανικανότητα να ασκήσουν την τακτική διαχείριση.

Η Γ. Σ. απαρτίζεται από όλα τα μέλη, που συνέρχονται σε τακτική ή έκτακτη συνεδρίαση όπως ορίζει ο παρών νόμος. Όλα τα μέλη των Κοι. Σ.Π.Ε., ανεξάρτητα από κατηγορία, μετέχουν και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν το καταστατικό προβλέπει την αντιπροσώπευση διαμέσου άλλου μέλους εξουσιοδοτημένου από αυτά. Ειδικότερα τα μέλη της πρώτης κατηγορίας παρέχουν έγκυρη εξουσιοδότηση κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα για δικαιοπρακτική ικανότητα. Η εξουσιοδότηση γενικά παρέχεται με απλό έγγραφο. Κάθε παριστάμενο μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο ένα απόν μέλος.

Θέματα σύγκλησης, λειτουργίας και εγκυρότητας των αποφάσεων της Γ. Σ. ρυθμίζονται από τις διατάξεις των παραγράφων 2-6 και 8 του άρθρου 5 του ν. 1667/1986. Η σύγκληση της Γ. Σ. γνωστοποιείται και στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αιτήματα για σύγκληση έκτακτης Γ. Σ. υποβάλλονται από τουλάχιστον πέντε (5) μέλη στα οποία περιλαμβάνονται και μέλη του εδαφίου α' της παρ. 4 του παρόντος άρθρου.

12. οι πόροι των συνεταιρισμών προέρχονται από:

α) Επιχορήγηση από τον τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων αποκλειστικά για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

β) Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή από Διεθνείς Οργανισμούς.

γ) Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της χρήσης περιουσιακών στοιχείων.

δ) Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των Κοι.Σ.Π.Ε..

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.

Το κεφάλαιο των Κοι. Σ.Π.Ε. απαρτίζεται από:

α) τις συνεταιριστικές μερίδες,

β) το τακτικό αποθεματικό,

γ) το έκτακτο αποθεματικό,

δ) τα ειδικά αποθεματικά του παρόντος άρθρου και τα ειδικά αποθεματικά που τυχόν αποφασίζει η Γ.Σ.

τακτικό αποθεματικό σχηματίζεται από την παρακράτηση τουλάχιστον του ενός εκατοστού (1/20) των καθαρών κερδών χρήσης. Η συγκεκριμένη παρακράτηση δεν είναι υποχρεωτική όταν το ύψος του αποθεματικού έχει εξισωθεί με την συνολική αξία των συνεταιριστικών σελίδων. Επιπλέον, περιέχεται στο τακτικό αποθεματικό κάθε άλλο έσοδο για το οποίο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό.

Ειδικό αποθεματικό σχηματίζεται από την εισφορά νέων μελών ανάλογη προς την καθαρή περιουσία Κοι. Σ.Π.Ε., όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει την καταβολή μικρότερης εισφοράς.

Τα μέλη που είναι Ν.Π.Δ.Δ. ή μη κερδοσκοπικό Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να μην εισπράττουν τα καθαρά κέρδη χρήσης, με απόφαση του διοικούστος οργάνου τους, για το σχηματισμό ειδικού αποθεματικού. Το ποσό αυτό χρησιμοποιείται όταν το αποθεματικό



είναι ανεπαρκές για την κάλυψη ζημιών των Κοι.Σ.Π.Ε. και κυρίως για την απαλλαγή από έκτακτη εισφορά των συγκεκριμένων μελών που δεν εισέπραξαν τα διανεμηθέντα καθαρά κέρδη.

Οι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τα Αναπτυξιακά Προγράμματα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και τα έσοδα από χαρακτηριστική αιτία, εφόσον ο σκοπός τους δεν ορίζεται ειδικά, αποτελούν ειδικό αποθεματικό για την κάλυψη των προγραμμάτων, των εργασιών, των δαπανών και των αναγκών των Κοι.Σ.Π.Ε. σε περίπτωση διάλυσης των συνεταιρισμών το ειδικό αυτό αποθεματικό δεν διανέμεται εξίσου στα μέλη του αλλά διατίθεται για παρεμφερείς σκοπούς. Εκτός από τα αποθεματικά που προβλέπονται στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό, η Γ.Σ. μπορεί να αποφασίζει για το σχηματισμό έκτακτων και ειδικών αποθεματικών.

Μετά την αφαίρεση των αποθεματικών, το υπόλοιπο των καθαρών κερδών διανέμεται μεταξύ των μελών. Ειδικότερα, αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, τα μισά καθαρά κέρδη διανέμονται ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες, με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος άρθρου και του καταστατικού και τα άλλα μισά ανάλογα με την ποσοστιαία συμμετοχή τους στις εργασίες του συνεταιρισμού. Το καταστατικό καθορίζει τον τρόπο υπολογισμού της ποσοστιαίας συμμετοχής.

13. πέραν των διατάξεων τις παρ. 3 του άρθρου 9 του ν. 1667/1986, οι οποίες ρυθμίζουν θέματα διαχείρισης, οι Κοι.Σ.Π.Ε. υποχρεούνται να δημοσιεύσουν περίληψη του ισολογισμού τους στον Αθηναϊκό ή Επαρχιακό τύπο, αναλόγως της έδρας τους.

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. τηρούν τα εξής βιβλία:

α) βιβλίο Εσόδων – Εξόδων, που προβλέπει η φορολογική νομοθεσία,

β) ημερολόγιο, βιβλίο απογραφών κινητής και ακίνητης περιουσίας και βιβλίο επιστολών που προβλέπει η εμπορική νομοθεσία,

γ) βιβλίο πρακτικών Δ.Σ.,

δ) βιβλίο πρακτικών Ε.Σ.,

ε) βιβλίο πρακτικών Γ.Σ.,

στα οποία καταχωρούνται τα πρακτικά των αντίστοιχων οργάνων,

στ) βιβλίο μητρώου μελών Κοι.Σ.Π.Ε., στο οποίο καταχωρούνται με χρονολογική σειρά η ημερομηνία εγγραφής, τα στοιχεία ταυτότητας του μέλους, ο αριθμός των μερίδων και η αξία τους, η εισφορά νέων μελών και η χρονολογία τυχών αναχώρησης ή διαγραφής των μελών. Τα βιβλία υπό στοιχεία (γ – στ) θεωρούνται πριν από τη χρήση τους από το ειρηνοδικείο στην περιφέρειά του οποίου εδρεύουν οι συνεταιρισμοί.

14. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διαλύονται :

α) αν τα μέλη τους μειωθούν κάτω των δέκα (10).

β) όταν λήξει ο χρόνος διάρκειάς τους, όπως ορίζεται στο καταστατικό.

γ) αν αποφασίσει η Γ.Σ.

δ) αν κηρυχθούν σε πτώχευση, μόνο αφού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

Η σχετική διαπιστωτική πράξη καταχωρείται, με μέριμνα του Δ.Σ., στο μητρώο συνεταιρισμών του ειρηνοδικείου, στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι Κοι.Σ.Π.Ε.

Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 2 – 4 του άρθρου 10 και της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986.

Αν αποτύχει η διαδικασία, η οποία προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986, οι Κοι.Σ.Π.Ε. κηρύσσονται σε πτώχευση με απόφαση του αρμόδιου ειρηνοδικείου, ύστερα από δήλωση του Δ.Σ. των συνεταιρισμών ή αίτηση οποιουδήποτε δανειστή.

Μέσα σε τρεις (3) μήνες από την υποβολή της δήλωσης ή αίτησης για την κήρυξη σε πτώχευση των συνεταιρισμών το Δ.Σ. είναι υποχρεωμένο να δηλώσει στο ειρηνοδικείο αν θα καταβληθούν τα χρέη των



συνεταιρισμών ή αν η διαφορά μεταξύ παθητικού και ενεργητικού μειώθηκε κάτω από το ένα τρίτο (1/3).

Μετά την πάροδο του τριμήνου, πριν από τη λήξη οποιουδήποτε άλλου μέτρου, ο ειρηνοδίκης συγκαλεί τους δανειστές για συμβιβασμό. Κατά το συμβιβασμό, στο συνέλευση των δανειστών προεδρεύει ο ειρηνοδίκης. Ο συμβιβασμός, εφόσον επιτευχθεί, επικυρώνεται από το ειρηνοδικείο. Μετά την επικύρωση οι συνεταιρισμοί συνεχίζουν τις εργασίες τους. Η απόφαση αυτή κοινοποιείται στην Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας με φροντίδα του Δ.Σ. του Κοι.Σ.Π.Ε.

Σε περίπτωση που αποτύχει ο συμβιβασμός, το ειρηνοδικείο κηρύσσει σε πτώχευση τους συνεταιρισμούς. Από την κήρυξη τους σε πτώχευση οι συνεταιρισμοί διαλύονται.

Αρμόδιο δικαστήριο για την πτώχευση είναι το ειρηνοδικείο της έδρας των συνεταιρισμών. Καθήκοντα εισηγητή δικαστή εκτελεί ο ειρηνοδίκης. Σύνδικος διορίζεται αυτός που υποδεικνύει η πλειοψηφία των δανειστών, εκτός αν σπουδαιός λόγος δεν το επιτρέπει.

15. πέντε (5) τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. με σκοπό το συντονισμό και την προώθηση των δραστηριοτήτων τους. Η Γ.Σ. της ένωσης απαρτίζεται από τους αντιπροσώπους των συνεταιρισμών – μελών. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. κάθε Κοι.Σ.Π.Ε σε αναλογία ένας ανά δέκα (10) μέλη. Κάθε αντιπρόσωπος έχει μια ψήφο.

Οι ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και οι Κοι.Σ.Π.Ε. από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ενώσεων Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Η Π.Ο.Ε. Κοι.Σ.Π.Ε. έχει ως σκοπό τη γενικότερη εκπροσώπηση και τον συντονισμό των δραστηριοτήτων της κοινωνικό-οικονομικής ενσωμάτωσης, της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κάθε ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. και κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. συμμετέχει στη Γ.Σ. της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Κοι.Σ.Π.Ε. με δύο (2) αντιπροσώπους. Κάθε αντιπρόσωπος διαθέτει μια ψήφο. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. της ένωσης Κοι.Σ.Π.Ε. ή τον Κοι.Σ.Π.Ε. στις ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοι.Σ.Π.Ε. εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του παρόντος άρθρου.

16. Το Δ.Σ. μπορεί να προσλάβει εργαζόμενους που δεν είναι μέλη του Κοι.Σ.Π.Ε. οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να παρίστανται στη Γ.Σ. και να εκφέρουν τη γνώμη τους χωρίς δικαίωμα ψήφου, εφόσον προβλέπεται στο καταστατικό.

17. Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα προμηθεύονται αγαθά και δέχονται υπηρεσίες από τους Κοι.Σ.Π.Ε. η προμήθεια αγαθών και η παροχή υπηρεσιών της παραγράφου αυτής απαλλάσσεται από κάθε κράτηση υπέρ τρίτου.

Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα επιτρέπεται να παραχωρούν κατά χρήση στους Κοι.Σ.Π.Ε. πράγματα κινητά ή ακίνητα και κάθε μορφής εγκαταστάσεις. Ειδικότερα, το ίδιο ισχύει για νοσοκομεία του ν. δ. 2592/1953 και ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και λοιπές Ν.Ψ.Υ. που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. Παραχώρηση κατά χρήση πραγμάτων κινητών ή ακινήτων και κάθε μορφής εγκαταστάσεων, που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τη θέση σε ισχύ του παρόντος σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες ή σε μονάδες επανένταξης ή αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν με τον καν. 815/1984, διατηρούνται μέχρι τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. Κατά τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. επιτρέπεται η κατά παραχώρηση χρήση.

Τα καταστατικά ή τροποποιήσεις των καταστατικών των Κοι.Σ.Π.Ε., πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων, δεν υπόκεινται στο τέλος χαρτοσήμου ή άλλη επιβάρυνση υπέρ του Δημοσίου. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. απαλλάσσονται από κάθε φόρο άμεσο, ή έμμεσο ή υπέρ τρίτων εκτός του φόρου προστιθέμενης αξίας όπου εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 1642/1986 όπως ισχύει.

18. οι Κοι.Σ.Π.Ε. διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος και συμπληρωματικά από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, από το νόμο για τους Αστικούς Συνεταιρισμούς και από κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν ψυχιατρικά θέματα.

19. Στο ν. 1892/1990 όπως κάθε φορά ισχύει υπάγονται και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορι-

σμένης Ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και του τυχών κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού καθορίζονται το ίδιο κεφάλαιο συμμετοχής, το ποσοστό επιχορήγησης και επιδότησης των Κοι.Σ.Π.Ε., οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, οι όροι, ο τρόπος και η διαδικασία καταβολής, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ν. 1892/1990, καθώς κάθε φορά ισχύει και ως προς τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

### ΑΡΘΡΟ 13

#### Πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος καθορίζεται ειδικό νοσήλιο, για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον και τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής, των άρθρων 6, 7, 8, 9, 10 και 11.

2. Με αυτή ή όμοια απόφαση το ποσοστό του ειδικού νοσηλίου, το οποίο αποδίδεται στη Φιλοξενούσα Οικογένεια και στον ασθενή του Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα ανασφάλιστα, οικονομικά αδύναμα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στο οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

5. οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου της παρ. 1 του παρόντος και των πόρων της παρ. α΄ του άρθρου 28 του ν. 2519/1997 για την παροχή των υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

6. Στο άρθρο 28 του ν. 2519/1997 το τελευταίο εδάφιο της παρ. δ΄ ως παρ. ε΄ και οι λοιπές παράγραφοι αριθμούνται αναλόγως.

7. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και την Ανάπτυξη Ερευνών και Μελετών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια που αφορά την εφαρμογή της παραγράφου αυτής.

### Άρθρο 14

#### Κίνητρα επανένταξης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός οκταμήνου από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης, στα οποία προβλέπεται και χορήγηση χρηματικού ποσού σε βάρος του προϋπολογισμού του προγράμματος είτε ως θεραπευτικού κινήτρου για άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν μακρά παραμονή για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας είτε ως κινήτρου επανένταξης για άτομα που διαμένουν σε κοινότητα.

### **Άρθρο 15** **Μετακίνηση του προσωπικού των** **Μονάδων Ψυχικής Υγείας**

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μετά από εισήγηση της Τ.Ε.Ψ.Υ., το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να απασχολείται εκ περιτροπής σε οποιαδήποτε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα με πλήρη ή μερική απασχόληση εντός του κανονικού ωραρίου εργασίας του ή και για την πραγματοποίηση εφημεριών κατ' εξαίρεση των διατάξεων του Υπαλληλικού Κώδικα και των διατάξεων του άρθρου 75 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ.Α' /15.7.1992) και του άρθρου 25 του ν. 2519/1997 για την εξυπηρέτηση των αναγκών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

2. Με όμοια απόφαση το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας κάθε τομέα μπορεί να απασχολείται κατά τα οριζόμενα στην παρ. 1 του παρόντος άρθρου στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας όμορου ή μη Τομέα Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 εδάφια γ', δ' του παρόντος νόμου. Η απασχόλησή του αυτή δεν μπορεί να υπερβαίνει συνολικά τους τρεις (3) μήνες κατ' έτος.

### **Άρθρο 16** **Ακούσια νοσηλεία**

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄**

### **Άρθρο 17** **Μεταβατικές διατάξεις**

1. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ανέπτυξαν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και άλλες ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ. (815/1984, οι οποίες εξακολουθούν να λειτουργούν με κρατική επιχορήγηση, υποχρεούνται εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση του νόμου να δηλώσουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας αν θα συνεχίσουν τουλάχιστον επί διετία ή όχι την παροχή των ανωτέρω υπηρεσιών στον Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Εφόσον δηλώσουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση, υποχρεούνται κατά τις προϋποθέσεις των παραγράφων 4 και 6 του άρθρου 11 να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος νόμου και να λάβουν την άδεια λειτουργίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, οι μονάδες μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983 ή των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων σε περίπτωση μη υποβολής της δήλωσης, δήλωσης περί μη συνέχισης λειτουργίας ή μη προσαρμογής στις διατάξεις του παρόντος νόμου κατά τα ανωτέρω. Η διάταξη αυτή δεν αφορά το προσωπικό.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Κοινωνικού Ιδρύματος του ν.δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α' /2.6.1970) με την επωνυμία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής εντάσσονται στις λειτουργίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας της περιοχής τους.

Σε Τομείς Ψυχικής Υγείας στους οποίους λειτουργούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου δύναται, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, να καταργούνται οι αντίστοιχες μονάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το προσωπικό των Μονάδων που καταργούνται και που υπηρετεί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου τοποθετείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε νοσοκομεία ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας αυτών στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) μετά από αίτησή του και ύστερα από κρίση του υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα καταλαμβάνει κενές οργανικές θέσεις με την ίδια σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Σε περίπτωση έλλειψης κενών οργανικών θέσεων καταλαμβάνει προσωποπαγείς θέσεις οι οποίες καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων από την υπηρεσία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι διαδικασίες και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παραγράφου αυτής, καθώς και η αποκλειστική προθεσμία για την υποβολή της σχετικής αίτησης.

3. Οι προβλεπόμενες υπουργικές και κοινές υπουργικές αποφάσεις μπορούν να τροποποιούνται μετά την πρώτη έκδοσή τους με όμοιες αποφάσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄ ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

### Άρθρο 18

1. Οι διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 26 του ν. 2519/1997 έχουν εφαρμογή και για τους γιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία πέντε (5) ετών σε θέσεις επιμελητών Γ΄.

2. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 26 του ν.2166/1993 (ΦΕΚ. 137 Α΄) προστίθεται δεύτερο εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και σε περίπτωση κωλύματός του, των ανωνύμων εταιρειών στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης, έχει το δικαίωμα να μετέχει με δικαίωμα ψήφου και ανεξάρτητα από το εάν έχει ή όχι την ιδιότητα του φαρμακοποιού, στις τακτικές και έκτακτες γενικές συνελεύσεις του "Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακαποθηκαρίων" ως ισότιμο μέλος αυτού και δικαιούται να εκλέγει και να εκλέγεται ως τακτικό και αναπληρωματικό μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου τούτου, υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις, που ορίζουν οι διατάξεις των παρ. 2,3 και 4 του άρθρου 11, του π.δ. 613/1977 (ΦΕΚ 199 Α΄). Τα ανωτέρω ισχύουν και για τον οριζόμενο κατά νόμο ως εκπρόσωπο των εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης.

### Άρθρο 19

Η παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 1729/1987 ( ΦΕΚ 144 Α΄ ), η οποία αντικαταστάθηκε με το άρθρο 12 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 19 Α΄), αντικαθίσταται ως εξής:

2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων, απαγορεύεται.

Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από:

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ..

β. Τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και

Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Όποιος χορηγεί ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν.2161/1993. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

### Άρθρο 20

1. Το προσωπικό της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν.2646/1998 (ΦΕΚ 236<sup>Α</sup>) με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Ε.Ο.Π. και του Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ", που επιλέγεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας να ενταχθεί στο νέο φορέα "Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας" και μετά από δήλωσή του εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου, κατατάσσεται σε βαθμό και μισθολογικά κλιμάκια ανάλογα με το χρόνο υπηρεσίας που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται, με τα τυπικά προσόντα του κλάδου στον οποίο κατατάσσεται. Ο χρόνος που τυχόν πλεονάζει στο βαθμό κατάταξης του υπαλλήλου θεωρείται ότι έχει διανυθεί στο βαθμό και την επιλογή του ως Προϊστάμενου οργανικής μονάδας. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία για θέματα υπηρεσιακής του κατάστασης.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου έχει εφαρμογή και στους υπαλλήλους με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου της παρ. 5 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') των καταργούμενων νομικών προσώπων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π. και Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ" που μετά τη συγχώνευσή τους στο νέο φορέα Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας" μετατάσσονται σε εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ν.Π.Δ.Δ. ή σε υπηρεσίες της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού και εντάσσονται, μετά από δήλωσή τους, σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου. Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'), καθώς και η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου, έχουν εφαρμογή και στο προσωπικό των εξοχών του Π.Ι.Κ.Π.Α., των βρεφικών – παιδικών σταθμών, βρεφονηπιοκομείων και νηπιαγωγείων του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ" και αντίστοιχων προγραμμάτων βρεφονηπιακής φροντίδας, που λειτουργούν στο πλαίσιο άλλων δραστηριοτήτων του Ε.Ο.Π., των ταπητουργείων, κλιμοποιείων, εργαστηρίων και γενικά των υπηρεσιών οικοτεχνίας του Ε.Ο.Π., των Ιατροκοινωνικών Κέντρων και της Παιδικής Πολυκλινικής του Π.Ι.Κ.Π.Α. ως και του προσωπικού των βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.), του Κοινωνικού Κέντρου Οικογένειας και Νεότητας (Κ.Κ.Ο.Ν.) και των κατασκηνώσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που μεταφέρεται και μετατάσσεται στις υπηρεσίες πρόνοιας των οικείων οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ., σε Δημοτικά Νομικά Πρόσωπα των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού και σε Ν.Π.Δ.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

### Άρθρο 21

Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου συστάθηκαν:

α) με το από 7 Φεβρουαρίου 1925 προεδρικό διάταγμα (ΦΕΚ 33 Α'/1925) "Νοσοκομείο Φυματιώντων νομού Ηρακλείου", περιοχής Μονής Ιερουσαλήμ Μαλεβιζίου,

β) με το π.δ. 608/1985 (ΦΕΚ 221 Α'/1985) "Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ηρακλείου Κρήτης", καταργούνται ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα και συγχωνεύονται σε ένα Ν.Π.Δ.Δ. με την

επωνυμία "Κέντρο Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών – Ενηλίκων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Ηρακλείου Κρήτης", το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με έδρα το Λουτράκι Μαλεβιζίου Ηρακλείου.

Η κινητή και ακίνητη περιουσία των συνκωνευόμενων Ν.Π.Δ.Δ μεταφέρεται στο νέο Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο υποκαθίσταται αυτοδικαίως σε όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις τους.

Το Κέντρο διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο διορίζεται με ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη, για τρία χρόνια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από:

- α. έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,
- β. έναν αιρετό εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της έδρας του Κέντρου,
- γ. έναν εκπρόσωπο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Κρήτης,
- δ. τέσσερα πρόσωπα με επιστημονικό κύρος ή εξειδίκευση ή εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών, καθορίζεται ο σκοπός, ο τρόπος οργάνωσης διοίκησης και λειτουργίας αυτού.

### Άρθρο 22

Η παρ. 3 του άρθρου 18 του ν. 2072/1992 (φεκ 125 Α) αντικαθιστάτε ως ακολούθως:

3. Άτομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% που επιδοτούνται με προνοιακό ή άλλο επίδομα, διατηρούν το επίδομά τους αυτό και όταν υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, απασχολησιοθεραπεία λογοθεραπεία, ημερήσια φύλαξη και ψυχολογική στήριξη.

### Άρθρο 23

Στο άρθρο 7 του ν. 2646/1998 προστίθεται παράγραφος 9, ως ακολούθως:

9. Οι προϋπολογισμοί των καταργούμενων φορέων Π.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. "ΜΗΤΕΡΑ", αποτελούν προϋπολογισμό του Ε.Ο.Κ.Φ. από το οικονομικό έτος 1999 και μέχρι την υλοποίηση των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Για την πληρωμή των πάσης φύσεως δαπανών των εγγεγραμμένων πιστώσεων στους προϋπολογισμούς των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. "ΜΗΤΕΡΑ", επιχορηγείται ο Ε.Ο.Κ.Φ.. Η εκκαθάριση των δαπανών γίνεται σύμφωνα με τις επί μέρους διατάξεις που διέπουν τους ως άνω φορείς.

Πληρωμές που έχουν γίνει στους επί μέρους φορείς μέχρις της δημοσίευσης του παρόντος νόμου θεωρούνται νόμιμες.

### Άρθρο 24

1. Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

1. Άδεια ίδρυσης φαρμακείου χορηγείται μετά γνώμη του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη: α) Για δήμο ή κοινότητα της χώρας στον οποίο δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') και β) για συγκεκριμένο δημοτικό ή κοινωνικό διαμέρισμα δήμου ή κοινότητας που συνενστήθη με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.

Οι διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') εφαρμόζονται ανάλογα και στις περιπτώσεις των καταργηθέντων δήμων και κοινοτήτων, όπου δε σε αυτές αναφέρεται ο όρος δήμος ή κοινότητα, νοείται το οικείο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα στο οποίο αντιστοιχεί ο καταργηθείς με τις

διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α΄) Ο.Τ.Α.. όπου στις διατάξεις των άρθρων 3 και 6 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α΄) αναφέρεται ο όρος "δήμο ή κοινότητα" αυτός συμπληρώνεται ως εξής: "δήμο ή κοινότητα ή δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα, των δήμων και των κοινοτήτων που συστάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α΄).

Η παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 5607/1932 (ΦΕΚ 300 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:

1 Η μεταφορά φαρμακείων επιτρέπεται μόνο:

α) εντός των ορίων των δήμων και κοινοτήτων στους οποίους δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α΄) και β) εντός των ορίων των εδαφικών περιφερειών των δημοτικών ή κοινοτικών διαμερισμάτων των δήμων και κοινοτήτων που συνεστήθησαν με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.

Οι διατάξεις της παρούσας παραγράφου ισχύουν από 1.1.1999.

2. Η προκήρυξη για την πρόληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστών, ραδιολογίας – ακτινολογίας και χειριστών – εμφανιστών σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και το Ε.Κ.Α.Β. γίνεται μέσα στο ίδιο έτος κατά το οποίο η θέση κενώθηκε, για οποιονδήποτε λόγο, πλήν της μετάταξης, με απόφαση του Δ.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ. μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας χωρίς να απαιτείται Πράξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.). η πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού γίνεται με βάση το ν. 1397/1993, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Η πρόσληψη του λοιπού προσωπικού διενεργείται σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ν. 2190/1994, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα. Η επιλογή και κατάρτιση του πίνακα επιλογής και κατάταξης των υποψηφίων γίνεται από τριμελή επιτροπή που συγκροτεί ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας, στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο και αποτελείται από δύο τακτικούς υπαλλήλους της Διεύθυνσης Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας και έναν τακτικό υπάλληλο του νοσοκομείου.

Η σχετική προκήρυξη δημοσιεύεται ολόκληρη στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Τεύχος Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.) και περιλήψή της σε δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες Αθηνών. Η προκήρυξη αποστέλλεται πριν τη δημοσίευση της στο Α.Ε.Σ.Π. το οποίο οφείλει να την ελέγξει από άποψη νομιμότητας εντός δέκα (10) ημερών. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία των δέκα (10) ημερών τεκμαίρεται η σύμφωνη γνώμη του Α.Σ.Ε.Π.. οι σχετικοί πίνακες κατάταξης των υποψηφίων αποστέλλονται στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο ασκεί έλεγχο αυτεπαγγέλτως ή κατ' έσταση υποψηφίων. Μετά τον έλεγχο η επιτροπή του οικείου φορέα καταρτίζει τους οριστικούς πίνακες κατάταξης, καθώς και τους πίνακες διοριστέων, τους οποίους αποστέλλει για δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.) η πρόσληψη του προσωπικού γίνεται αμέσως μετά την κατάρτιση των πινάκων κατάταξης των υποψηφίων και πριν το αυτεπάγγελτο ή κατ' έσταση έλεγχο του Α.Σ.Ε.Π. μετά τη δημοσίευση των οριστικών πινάκων διοριστέων οι τυχόν ήδη προσληφθέντες που δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς απολύονται. Οι απολυόμενοι λαμβάνουν αποδοχές που προβλέπονται για την απασχόλησή τους έως την ημέρα της απόλυσης, χωρίς οποιαδήποτε αποζημίωση από την αιτία αυτή.

3. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α΄ /21.8.1997) Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις αντικαθίσταται ως εξής:

Για την κατάληψη θέσης γιατρού δημόσιας υγείας απαιτείται στο βαθμό Β΄ ηλικία 40 ετών και κατοχή τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή πενταετής τουλάχιστον αποδεδειγμένη εμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος, στο βαθμό Α΄, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 45 ετών και πενταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή επταετής προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος και στο βαθμό Διευθυντή, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 50 ετών και οκταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή δεκαετής τουλάχιστον προϋπηρε-



σία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός αναφέρεται στο άρθρο 3 του παρόντος.

4. Στις ειδικές Επιτροπές της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α΄) που εκδικάζουν ενστάσεις για ιατρικές θέσεις στις οποίες δικαιούνται να διορισθούν γιατροί περισσότερων της μιας ειδικοτήτων ως μέλη των Επιτροπών και εισηγητές, μετέχουν γιατροί όλων αυτών των ειδικοτήτων που προτείνονται αντιστοίχως από τους φορείς των περιπτώσεων β΄, γ΄, δ΄. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με την πρότασή του ορίζει το μέλος της επιτροπής που προεδρεύει.

5. Πιστοποιητικό εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία μπορεί επίσης να λάβουν με τις προϋποθέσεις, τα δικαιολογητικά και τη διαδικασία του άρθρου 4 του π.δ. 386/1995. καθορισμός της εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία και της εξειδίκευσης στη Μικροβιολογία. (ΦΕΚ 216 Α΄/25.10.1995), ιατροί εφόσον μετά την κτήση του τίτλου της ειδικότητας Παθολογίας ή Παιδιατρικής, έχουν μετεκπαιδευτεί στο εξωτερικό για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια στο αντικείμενο των λοιμώξεων σε Κέντρα Λοιμώξεων (Κρατικών ή Πανεπιστημιακών Κλινικών), τα οποία, κατά την κρίση της Επιτροπής της παρ. Ι ΙΙΙ του άρθρου 3 του προαναφερόμενου 386/1995 προεδρικού διατάγματος, είναι κατάλληλα για εξειδίκευση γιατρών στη Λοιμωξιολογία.

Η υποβολή της σχετικής αίτησης γίνεται μέσα σε τρία (3) χρόνια από την περάτωση της εξειδίκευσής τους.

Σε κάθε περίπτωση η παραπάνω Επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για τη χορήγηση ή μη πιστοποιητικού Λοιμωξιολογίας μπορεί και να καλέσει τον αιτούντα σε προφορική συνέντευξη.

6. Ιατροί που κατέχουν με τη δημοσίευση του παρόντος θέσεις Δ.Ε.Π. σε Τμήματα Πανεπιστημίων τα οποία είναι αναγνωρισμένα να παρέχουν άσκηση στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μπορούν να αναγνωρίσουν το χρόνο της προϋπηρεσίας ως χρόνο άσκησης στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. .

Η απόκτηση της ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

7. Στο υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όταν κρίνει επί θεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως αιρετά μέλη κατά το εδάφιο (β) της παραγράφου 2 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α΄) συμμετέχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με βαθμό τουλάχιστον Α΄, που προτείνονται από την ΠΟΕΔΗΝ. Μέχρι τον ορισμό εκπροσώπων από την ΠΟΕΔΗΝ, το υπάρχον Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εξακολουθεί να κρίνει επί θεμάτων που αφορούν στους υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Η ισχύς της παραγράφου αυτής αρχίζει από την ημερομηνία ισχύος του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α΄).

8. Το πρώτο εδάφιο της τελευταίας παραγράφου του άρθρου 40 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:

Χρέη Διευθυντή φαρμακείου εκτελούν, μέχρι την προκήρυξη και πλήρωση των θέσεων κλάδου Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., οι ήδη υπηρετούντες προϊστάμενοι τμημάτων.

9. Οι έχοντες προσληφθεί και όσοι θα προσληφθούν σε θέσεις του κλάδου ΠΕ φαρμακοποιών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., μετά την ισχύ του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α΄/21.8.97) κατατάσσονται σε συνιστώμενες προσωρινές θέσεις κλάδου Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του αναφερόμενου νόμου, μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α΄/21.8.1997).

10. Η παρ. Ι του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α΄/20.10.1998) μετά τις λέξεις "περιφερειακών ιατρείων", συμπληρώνεται ως εξής:

"Η διάταξη της παρ. Ι του άρθρου 54 του ν. 1759/1988, όπως τροποποιήθηκε από τη διάταξη της παρ. Ι του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 εφαρμόζεται για τα κέντρα υγείας νησιών στα οποία δεν λειτουργούν νοσοκομεία."



### Άρθρο 25

1. Στο πρώτο εδάφιο της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α΄) μετά τη λήξη "Νοσοκομείων" προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας, Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

2. Στην περίπτωση α΄ της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α΄), μετά τη λέξη "Εργαστηρίων", προστίθεται η φράση "των κλάδων ΤΕ Φυσιοθεραπευτών και ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου".

3. Στο άρθρο 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α΄), προστίθεται παρ. 13 που έχει ως εξής:

"13. Επίδομα τροφής του προσωπικού (πλην Ιατρικού) των Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

4. Στην περίπτωση γ΄ της παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α΄) μετά τη λέξη "Νοσοκομείων", προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας".

5. Για τις εφημερίες που έχουν πραγματοποιήσει οι γιατροί σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2606/1998 και της 2032993/342/0022/20.5.98 ερμηνευτικής εγκυκλίου, μέσα στην αναλογία του 1/3, 1/5 της Α΄ Ζώνης και 1/2 της Β΄ και Γ΄ Ζώνης επί του συνόλου αντίστοιχα, από 1.1.1998 μέχρι την έκδοση των κανονιστικών αποφάσεων για κάθε Νοσοκομείο, θα καταβληθούν τα αναλογούντα σε αυτούς ποσά που θα καθοριστούν με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Ποσά τα οποία μετά την εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών μέχρι 31.12.1998 πρέπει να επιστραφούν από γιατρούς δεν είναι απαιτητά, εφόσον δεν έχουν εισπραχθεί καθ΄ υπέρβαση ορίων που προβλέπονται από το άρθρο 7 παρ. 8 του ν. 2606/1998 και του άρθρου 104 του Συντάγματος.

6. Διατηρείται από της ισχύος του ν. 2470/1997 το επίδομα ετοιμότητας της παρ. 2, εδ. α΄ του άρθρου 3 του ν. 828/1978, που διατηρήθηκε με το άρθρο 12 παρ. 1 του ν. 1643/1986, και επίσης με το άρθρο 20 παρ. 1 του ν. 1963/1991 και καταβάλλεται σε όλους τους αγροτικούς γιατρούς (υπόχρεους με παράταση, με θητεία, μόνιμος), που υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία, Κέντρα Υγείας και στους αγροτικούς γιατρούς που υπηρετούν με οποιονδήποτε τρόπο σε Νοσοκομεία, λόγω ειδικών συνθηκών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Επίσης διατηρούνται οι πρόσθετες αποδοχές των εδαφίων α΄ και γ΄ της παρ. 2 της Α3α/οικ. 15230/89 (ΦΕΚ 732 Β΄ /2.10.1989) κοινής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως κυρώθηκε με το ν. 1881/1990 (ΦΕΚ 42 Α΄ /23.3.1990) και διατηρήθηκε με το άρθρο 20 παρ. 2 του ν. 1963/1991 και καταβάλλονται στους γιατρούς υπηρεσίες υπαίθρου για όσο χρονικό διάστημα αυτοί υπηρετούν σε περιφερειακά ιατρεία που έχουν χαρακτηριστεί ως άγονα με τις Α3α/οικ. 15230/89 (ΦΕΚ 732 /τ. Β΄ /2.10.89), Α/ οικ. 62879 / 19.12.91 / ΦΕΚ 771 τ. Β΄ /31.12.92 και ΔΥ Ια/33202/2.9.93/ ΦΕΚ 703/τ.Β΄/10.9.93 κοινές υπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα ανωτέρω δεν ισχύουν: α) για τους οπλίτες γιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968 που διατίθενται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και β) για τους γιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ..

7. Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου προσωπικού, που έχει προσληφθεί στο Ψ.Ν.Α. για το πρόγραμμα Απεξάρτησης από τα Ναρκωτικά σύμφωνα: α) με την αριθμ. 334/11.9.1995 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 413/2.11.1995 Π.Υ.Σ., β) με την αριθμ. 124/20.5.1997 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 200/28.7.1997 Π.Υ.Σ. και έληξαν, παρατείνοντας έως τη δημοσίευση του παρόντος νόμου κατά παρέκκλιση των διατάξεων που καθορίζουν την ανώτατη διάρκεια της σύμβασης και η σχέση μετατρέπεται σε σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου.

Το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε θέσεις ειδικότητας αντίστοιχης των τυπικών προσόντων ή ειδικότητας που καθορίζεται με την πράξη κατάταξης σε θέσεις που συνιστώνται αυτοδικαίως με την

ίδια πράξη. Οι συνιστώμενες θέσεις είναι προσωποπαγείς και καταργούνται με την ένταξη του προσωπικού αυτού σε θέσεις που θα συσταθούν με τον οργανισμό του Ψ.Ν.Α..

8. Γιατροί ή οδοντίατροι που έχουν ενταχθεί σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 11 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 και υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου σε θέσεις του κλάδου γιατρών Δημόσιας Διοίκησης Υγείας Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, επανετάσσονται, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, μετά από κρίση από το Συμβούλιο της παραγράφου 4 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, στον κλάδο που υπηρετούν και σε βαθμό αναλόγως με τα χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας τους, όπως αυτά αναφέρονται στην παράγραφο 11 του άρθρου 6 του ανωτέρω νόμου.

Ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά την απόκτηση των τυπικών προσόντων της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεταχθούν στο βαθμό Β' και ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά τη συμπλήρωση της δεκαετίας, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεταχθούν στο βαθμό Α', θεωρείται ως πλεονάζων χρόνος παραμονής στο βαθμό που θα επανεταχθούν και προσμετράτε στο χρόνο που απαιτείται για την προαγωγή τους στον επόμενο βαθμό.

### Άρθρο 26

1. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α'), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 2 του ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146 Α'), αντικαθίστανται ως ακολούθως:

1. Ο Ε.Ο.Φ. διοικείται από 9μελές Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και επτά (7) μέλη. Ως μέλη του Δ.Σ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας φαρμακοποιοί, γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, χημικοί, οικονομολόγοι και ειδικοί στην πληροφορική, με ειδικές γνώσεις και εμπειρία στο αντικείμενο του Ε.Ο.Φ., ένας Διευθυντής Ελεγκτικού Συνεδρίου και ένας πάρεδρος Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

2. Ως πρόεδρος και αντιπρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπα που έχουν γνώση οργάνωσης και διοίκησης. Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση.

Με την απόφαση διορισμού του προέδρου και αντιπροέδρου του Ε.Ο.Φ. καθορίζονται και οι αμοιβές τους.

2. Η παρ. 3 του άρθρου 2 του ν. 1965/1991, που προστέθηκε με το άρθρο 36 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 119 Α'), καταργείται.

3. Η θητεία των μελών του υφιστάμενου κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. λήγει από το διορισμό του νέου Δ.Σ., με βάση την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου.

### Άρθρο 27

1. Για τη νοσηλεία στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του Οίκου Ναύτου εφαρμόζονται οι εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του άρθρου 39 του ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α').

2. Η νομοθεσία του Οίκου Ναύτου εξακολουθεί να ισχύει για όλα τα θέματα που δεν ρυθμίζονται με τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου.

### Άρθρο 28

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ  
**ΒΑΣ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ**

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
**ΕΥΑΓ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ**

ΓΕΩΡΓΙΑΣ  
**ΓΕΩΡΓ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ**

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
**ΛΑΜΠΡ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
**ΓΙΑΝ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
**ΓΕΡΑΣ. ΑΡΣΕΝΗΣ**

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
**ΜΙΑΤ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ**

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ  
**ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ**

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ  
**ΣΤΑΥΡ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ**

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
**ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ**

## ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 23 ΜΑΙΟΥ 2000  
ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 661

### ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ.Α3α/οικ.876 Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9του Ν. 2716/99.

### ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντες υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α/17.5.99) “Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις”.
2. Τις διατάξεις του Π.Δ. 138/92 (ΦΕΚ 68/Α/22.4.92) “Όργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας” όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει σήμερα.
3. Τις διατάξεις των οργανισμών των ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Γενικών Νοσοκομείων.
4. Την αρ.1039386/441/ΑΟ06/21.4.2000 κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών “Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών Γεώργιο Δρύ” (Φ.Ε.Κ.571/Β/ 21.4.2000).
5. Την υπ’ αριθμ. Δ 1 α/οικ.11443/7.6.99 απόφασή μας με την οποία συγκροτήθηκε ομάδα εργασίας για τον καθορισμό των προϋποθέσεων και του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των αρχών και της στελέχωσης των Ξενώνων, οικοτροφείων και προστατευμένων διαμερισμάτων.
6. Τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 1 του Ν.2469/97 (Φ.Ε.Κ. 38/Α/97) και το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται πρόσθετη δαπάνη.

### ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Καθορίζουμε τις αρχές, τις προϋποθέσεις, τη στελέχωση, τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2719/99 για άτομα με ψυχικές διαταραχές και νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ως κατωτέρω, αποφασίζουμε:

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

#### Άρθρο 1 Αρχές

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 διέπονται και εφαρμόζουν τις ακόλουθες αρχές:

- α. Τις αρχές που ορίζονται στην παρ. 2, του άρθρου 1 του Ν.2716/99.
- β. Την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όπως αυτά αναφέρονται στο άρθρο 2 παρ. 3 του Ν. 2716/99 καθώς και κάθε άλλου συνταγματικού τους δικαιώματος ως πολιτών.
- γ. Τις αρχές και τους στόχους της Συναινετικής Διακήρυξης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του

Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως αυτή δημοσιεύθηκε στην WHO/MNH/MNO/96.2 έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

## **Άρθρο 2** **Προϋποθέσεις**

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων, είναι οι ακόλουθες:

A. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που συνιστώνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του ίδιου άρθρου.

α) Σύσταση της μονάδας

β) Σύσταση των θέσεων προσωπικού

γ) Εξασφάλιση της κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου εξοπλισμού

δ) Ορισμός του επιστημονικού υπευθύνου

ε) Διορισμός του προσωπικού ή εξασφάλιση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας από το προσωπικό που ήδη υπηρετεί στον φορέα, για τον οποίο συστήνεται ο ξενώνας ή το οικοτροφείο, ή εγκρίνεται το πρόγραμμα προστατευμένων διαμερισμάτων.

στ) Λειτουργική διασύνδεση της μονάδας ή των προστατευμένων διαμερισμάτων με άλλες υπηρεσίες του Τομέα.

B. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων, που ιδρύονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 11 του νόμου 2716/1999, οι προϋποθέσεις και τα δικαιολογητικά για την άδεια λειτουργίας τους ορίζονται ειδικότερα στην από τη διάταξη της παρ. 4 του ίδιου άρθρου προβλεπόμενη υπουργική απόφαση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β** **ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ** **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

### **Άρθρο 3** **Ξενώνες**

1. Ο ξενώνας ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη ύστερα από αίτησή τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Ειδικότερα στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειας τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την ζωή στην κοινότητα.

Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον.

Η δυναμικότητα του ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

2. Οι ξενώνες διαβαθμίζονται ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του βαθμού υποστήριξης αυτών, σε:

- Βραχείας διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.

- Μέσης διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως μέσου βαθμού υποστήριξης.

- Μακράς διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

Αλλαγή της ανωτέρω διαβάθμισης μπορεί να γίνει με τεκμηριωμένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και έγκριση από την Δ/νση Ψυχικής Υγείας.

3. Οι Ξενώνες ανάλογα με το χώρο εγκατάστασής τους χωρίζονται σε ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς

Οι ενδονοσοκομειακοί Ξενώνες βρίσκονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βραχείας και μέσης διάρκειας παραμονής, έχουν υψηλό έως μέσο βαθμό υποστήριξης και σε αυτούς γίνεται η προετοιμασία για τη μετάβαση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα Ψυχιατρικών ή Γενικών Νοσοκομείων στους εξωνοσοκομειακούς Ξενώνες. Οι εξωνοσοκομειακοί Ξενώνες βρίσκονται στην κοινότητα, είναι βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής και έχουν υψηλό ή μέσο ή χαμηλό βαθμό υποστήριξης.

4. Η υποστήριξη των Ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον Ξενώνα ως εξής:

Υψηλός βαθμός υποστήριξης: εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού

Μέσος βαθμός υποστήριξης: κατώτερη του εικοσιτετράωρου παρουσία του προσωπικού και

Χαμηλός βαθμός υποστήριξης: η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων.

#### Άρθρο 4

##### Οικοτροφεία

1. Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το Οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Ειδικότερα τα άτομα που διαμένουν στο Οικοτροφείο είναι: α) άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα,

β) άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές,

γ) άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

2. Διαφοροποιήσεις των Οικοτροφείων, ανάλογα με την ηλικία, δύνανται να γίνουν στην περίπτωση που αναπτυχθούν πολλά Οικοτροφεία σε έναν Τομέα Ψυχικής Υγείας, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα που ανήκουν και γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και με απόφαση του Υπουργού Υγείας-Πρόνοιας. Οι διαφοροποιήσεις των οικοτροφείων ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά είναι:

α. Οικοτροφείο νέων από 19 - 30 ετών

β. Οικοτροφείο ενηλίκων από 31 - 55 ετών και γ. Οικοτροφείο από 56 ετών και άνω

#### Άρθρο 5

##### Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

1. Το προστατευμένο διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που

διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα δεν υπερβαίνει τα έξι.

2. Η Ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

## Άρθρο 6

### Ξενώνες και Οικοτροφεία Παιδιών ή Εφήβων

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία Παιδιών ή Εφήβων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές προσφέρουν θεραπευτικό περιβάλλον μακριά από την οικογένεια, όταν αυτό επιβάλλεται από τις συνθήκες θεραπείας τους και εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα, κατά την περίοδο εκείνη, τα άτομα αυτά να ενταχθούν σε Φιλοξενούσες Οικογένειες της παρ. 5 του άρθρου 9 του Ν.2716/99, όπως αυτό βελτιώνεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο στην αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία λαμβάνει και την τελική απόφαση.

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία φιλοξενούν τα παιδιά και τους εφήβους για βραχύ ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που προσδιορίζεται εκάστοτε από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σε συνεργασία με την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και μέχρις ότου ενηλικιωθούν. Μετά την ενηλικίωση η συνέχεια της φροντίδας παρέχεται σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας μετά από απόφαση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας.

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία φιλοξενούν ενδεικτικά: \*Παιδιά προσχολικής ηλικίας με προβλήματα σωματικής κακοποίησης ή συναισθηματικής παραμέλησης. Ο αριθμός των παιδιών δεν υπερβαίνει τα 8-10.

\*Παιδιά λανθάνουσας ή προεφηβικής ηλικίας που προέρχονται από διαταραγμένες οικογένειες, οι οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών. Ο αριθμός των παιδιών δεν υπερβαίνει τα 15.

\*Εφηβοί με παραπρωματική συμπεριφορά, με ψυχικές διαταραχές ή χωρίς σοβαρή ψυχική διαταραχή αλλά με σοβαρά διαταραγμένους γονείς. Ο αριθμός των εφήβων δεν υπερβαίνει τους 10-12.

Δεν επιτρέπεται η λειτουργία Ξενώνων ή Οικοτροφείων στους οποίους φιλοξενούνται παιδιά και έφηβοι μαζί.

## Άρθρο 7

### Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

1. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Οι εργαζόμενοι στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση οφείλουν να δραστηριοποιούνται στην επίτευξη των κατωτέρω βασικών στόχων της:

α. Βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης.

β. Διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους.

γ. Διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα.

δ. Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.

ε. Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

2. Κύριο εργαλείο για την εφαρμογή της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι οι στεγαστικές δομές στην κοινότητα όπως αναφέρονται στο άρθρο 9του Ν.2716/99.

### Άρθρο 8 Παρεχόμενες Υπηρεσίες

1. Οι υπηρεσίες που παρέχονται κατά περίπτωση στην διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των φιλοξενουμένων ατόμων που διαμένουν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και σε Προστατευμένα Διαμερίσματα και τις οποίες οφείλει να εξασφαλίζει ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, είναι:

1. φαρμακευτική αγωγή
2. εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες
3. ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειές τους
4. επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση εφόσον η ηλικία τους το επιτρέπει
5. συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης
6. συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
7. προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό
8. συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες
9. ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας.
10. προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα καταρτίζουν εξαμηνιαίο πρόγραμμα για κάθε μία από τις ανωτέρω παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς επίσης και Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για κάθε φιλοξενούμενο άτομο στο οποίο αποτυπώνονται τα ανωτέρω, και καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικά με την ενεργό συμμετοχή του ενδιαφερομένου στον ατομικό του φάκελο. Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα αναθεωρείται τουλάχιστον κάθε εξάμηνο.

Ανά εβδομάδα καταχωρείται στο φάκελο του κάθε ατόμου κάθε είδους δραστηριότητά του μέσα και έξω από το χώρο κατοικίας είτε αυτή προβλέπεται στο Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα είτε όχι.

Τα προγράμματα αυτά κατατίθενται στο Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας και στο Δ/ντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οι οποίοι έχουν και την αρμοδιότητα ελέγχου από κοινού της πλήρους και ακριβούς εφαρμογής τους.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

#### Άρθρο 9 Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα

1. Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που ανήκουν σε αυτήν αποτελεί την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο (στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης παιδιών και εφήβων), ψυχολόγο, κοινωνικό/ή λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, επισκέπτη/τρια υγείας, εργοθεραπευτή/τρια, διοικητικό/ή υπάλληλο. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες κατά περίπτωση ή ανάλογα με τοεπιτελούμενο έργο, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου.



2. Έργο της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως αναφέρονται στη Συναινετική Διακήρυξη μέσω των μεθόδων που περιγράφονται στην παρούσα απόφαση. Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
3. Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο υπάγεται η μονάδα και μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την ετήσια εποπτεία του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας.
4. Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας δεν μεταβάλλεται παρά μόνο με αιτιολογημένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου ή με αίτημα του ενδιαφερόμενου μέλους ή αποχώρησή του από το φορέα.. Η σταθερότητα της σύνθεσης της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στις ειδικότητες και στα άτομα που έχουν οριστεί αποτελεί ευθύνη της Διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος. Αναιτιολόγητη αλλαγή αποτελεί παράβαση των διατάξεων της παρούσας απόφασης από τη Διοίκηση.

### **Άρθρο 10**

#### **Επιστημονικός Υπεύθυνος**

1. Με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζεται με κριτήρια τη γνώση και εμπειρία του και την αποδοχή των αρχών που διατυπώνονται στο Κεφάλαιο Α' της παρούσας, αποδεικνυόμενων κυρίως από την ενεργό συμμετοχή του σε αντίστοιχες δράσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος προέρχεται από τις ειδικότητες που συνθέτουν και στελεχώνουν την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα.
2. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, όπως αυτό περιγράφεται ανωτέρω, την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος γενικότερα και τη διασύνδεσή της με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.  
Το αυτό πρόσωπο μπορεί να ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε περισσότερες από μία Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του ίδιου φορέα.

### **Άρθρο 11**

#### **Προσωπικό**

1. Οι θέσεις του προσωπικού των Ξενώνων και των Οικοτροφείων συνιστώνται με Προεδρικό Διάταγμα σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 9του Ν.2716/99. Το προσωπικό των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων προέρχεται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκουν τα προγράμματα αυτά.  
Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο κάθε μέλους του προσωπικού στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος καθορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σύμφωνα με τις ανάγκες που συσχετίζονται με το βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά.  
Ο αριθμός των εργαζομένων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προ-

στατευμένων Διαμερισμάτων προσδιορίζεται από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο ανάλογα με τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 11 του Ν .2716/99 ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) κάθε μέλους του προσωπικού τους η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο και ο αριθμός των εργαζομένων σ' αυτές εγκρίνεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Με ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου διασφαλίζεται ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητά τους συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους καθώς και στο χρόνο απασχόλησης ( μερική ή πλήρης) στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Το μέλος της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας που αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει την φροντίδα για τον ασθενή, όπως έχει σχεδιασθεί κατά την κατάρτιση του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος σύμφωνα με το άρθρο 8 της παρούσας, καλείται "πρόσωπο αναφοράς" για τον ασθενή αυτό.

Οι εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οφείλουν να υπηρετούν το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για τους διαβιούντες στις ανωτέρω Μονάδες και Προγράμματα. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος ορίζει από το σύνολο των εργαζομένων κάθε έναν, ανεξαρτήτως ειδικότητας, για ποιους συγκεκριμένους ασθενείς αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" γι αυτούς.

4. Κανένας εργαζόμενος δεν μπορεί να αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου -αναφοράς" για περισσότερους από έξι(6) νοήσιμους των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος.

5. Σύνθεση προσωπικού:

α) Στον ξενώνα:

σ αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των νοσημάτων και το βαθμό υποστήριξης του ξενώνα καθώς και του αριθμού των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιεί.

Οι ειδικότητες των εργαζομένων που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία του ξενώνα είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ψυχίατρος

Ψυχολόγος Οικονόμος Νοσηλεύτρια Κοινωνικός Λειτουργός Εργοθεραπευτής/τρια Διοικητικός Βοηθητικό προσωπικό Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτόν.

β) Στο οικοτροφείο:

Το προσωπικό ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ατόμων που διαμένουν σ' αυτό. Οι ειδικότητες που καλύπτουν την 24ωρη λειτουργία του Οικοτροφείου είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ψυχίατρος Ψυχολόγος Οικονόμος Νοσηλεύτρια Κοινωνικός Λειτουργός Εργοθεραπευτής/τρια Διοικητικός Βοηθητικό προσωπικό Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτό.

γ) Στα προστατευμένα διαμερίσματα:

Η λειτουργία της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας της αντίστοιχης Μονάδας Ψυχικής Υγείας, στην φροντίδα της οποίας ανατίθενται τα άτομα που εγκαθίστανται στο Προστατευμένο Διαμέρισμα, έχει την ευθύνη την καλή λειτουργία του προγράμματος προστατευμένων διαμερισμάτων. Αυτή η ομάδα στελεχώνεται ενδεικτικά από:

Ψυχίατρο

Ψυχολόγο

Κοινωνικό Λειτουργό

Εργοθεραπευτή

Επισκέπτη υγείας

Διοικητικό Υπάλληλο

Άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Ο αριθμός του προσωπικού που στηρίζει την υλοποίηση των προγραμμάτων προστατευμένων διαμερισμάτων καθορίζεται από τη διοίκηση του φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας μετά από εισήγηση του αντίστοιχου επιστημονικού υπεύθυνου της στην οποία ανατίθεται το πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος με βάση τον αριθμό των προστατευμένων διαμερισμάτων που έχουν ανατεθεί στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το βαθμό αυτονομίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαμένουν σε αυτά.

Ο αριθμός των μελών της Θεραπευτικής Ομάδας είναι από πέντε (5) μέχρι δέκα (10) και παρέχουν πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε, κατ' ανώτατο όριο πενήντα (50) άτομα με ψυχικές διαταραχές που διαβιούν σε προστατευμένα διαμερίσματα και παρέχουν τις υπηρεσίες τους σ' αυτά σύμφωνα με το πρόγραμμα που συντάσσει ο επιστημονικός υπεύθυνος της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία έχει ανατεθεί το πρόγραμμα του προστατευμένου διαμερίσματος.

δ) Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Παιδιών ή Εφήβων:

Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Παιδιών ή Εφήβων το προσωπικό που καλύπτει την 24ωρη λειτουργία τους απαρτίζεται ενδεικτικά από τις εξής ειδικότητες:

Παιδοψυχίατρος ή Ψυχίατρος με εμπειρία ή και εξειδίκευση στη θεραπεία εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Ψυχολόγος Οικονόμος

Νοσηλεύτης/τρια Κοινωνικός Λειτουργός Εργοθεραπευτής/τρια Διοικητικός Βοηθητικό προσωπικό Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον ξενώνα/μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτά. Η αναλογία του προσωπικού προς τους φιλοξενούμενους οφείλει να είναι τουλάχιστον 3: 1 (εργαζόμενοι / φιλοξενούμενοι) και η παρουσία του σε κάθε Μονάδα είναι απαραίτητη σε εικοσιτετράωρη βάση.

Στους ξενώνες παιδιών ή εφήβων ανάλογα με το πρόγραμμα και τις κατά περίπτωση ειδικές ανάγκες των παιδιών και των εφήβων εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας πρόσθετη εξειδικευμένη κατά περίπτωση στελέχωση, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων που ανήκει ο ξενώνας και αντίστοιχη πρόταση από την αρμόδια Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας όπου δεν υφίσταται Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων. Ενδεικτικά:

\*Στις Μονάδες που φιλοξενούν παιδιά προσχολικής ηλικίας στο προσωπικό περιλαμβάνονται νηπιαγωγοί και βοηθητικό προσωπικό πλέον του προσωπικού που έχει περιγραφεί ανωτέρω.

\*Στις Μονάδες που φιλοξενούν παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας στο προσωπικό περιλαμβάνονται απαραίτητα ειδικοί παιδαγωγοί.

\*Στις Μονάδες που φιλοξενούν εφήβους στο προσωπικό περιλαμβάνονται ειδικοί παιδαγωγοί και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

6. Η ένταξη σε πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος ενός ασθενούς γίνεται με αίτηση του ίδιου ατόμου και με πρόταση του θεράποντα ψυχιάτρου ή άλλου επαγγελματία ψυχικής υγείας ή οποιασδήποτε κοινωνικής ή πανεπιστημιακής ψυχιατρικής υπηρεσίας που είχε την ευθύνη παρακολούθησης αυτού του ατόμου πριν την παραπομπή του προς τη Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα που υλοποιεί το Πρόγραμμα του Προστατευμένου Διαμερίσματος. Μαζί με την πρόταση κατατίθεται ιστορικό του ασθενούς στο οποίο καταχωρούνται τα στοιχεία που αφορούν στη λειτουργικότητα του ατόμου, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, το κοινωνικό του δίκτυο (συχνότητα και ένταση σχέσεων με οικογένεια, φίλους) το εργασιακό του ιστορικό και όποια άλλα στοιχεία κρίνει απαραίτητα η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα.

7. Οι ξενώνες και τα οικοτροφεία των παιδιών και των εφήβων διασυνδέονται λειτουργικά με τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων στον οποίο υπάγονται. Επίσης μετέχουν στο πρόγραμμα εφημεριών του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας όπου δεν έχει συσταθεί ή δεν έχει λειτουργήσει η αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων.

Η προετοιμασία του νοικοιού που βγαίνει προς ενηλικίωση και θα χρειασθεί να παραμείνει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε προστατευμένη στεγαστική δομή, για τη μεταφορά του στην αντίστοιχη μονάδα ενηλίκων του Τομέα Ψυχικής Υγείας που ανήκει, είναι ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που τον φιλοξενεί και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που θα τον υποδεχθεί.

## Άρθρο 12

### Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας

Καταρτίζεται Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας από τη διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, σε διάστημα έξι (6) μηνών από την έναρξη λειτουργίας τους, όπου θα περιγράφονται αναλυτικά τα αναφερόμενα στα προηγούμενα κεφάλαια, υποβάλλεται στη Δ/νση Ψυχικής Υγείας και εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

## Άρθρο 13

### Τρόπος παραπομπής

Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων παραπέμπονται άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 4 του Ν. 2716/99 κατά τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 9 του ίδιου νόμου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

## Άρθρο 14

### Διοικητικό-οικονομική διαχείριση

Η διοικητικό-οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προγράμματος

τος Προστατευμένου Διαμερίσματος είναι αυτοτελής και αυτόνομη.

Η οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος, καταγράφεται, εγκρίνεται, παρακολουθείται και ελέγχεται χωριστά στο πλαίσιο του δικού της προϋπολογισμού που ενσωματώνεται στον προϋπολογισμό του φορέα στον οποίο ανήκει και απεικονίζεται ως παράρτημά του.

Η αυτοτελής διαχείριση αφορά τις ατομικές δαπάνες των χρηστών που ενδεικτικά είναι: η ένδυση, η διατροφή, οι ατομικές αγορές και τα ατομικά έξοδα, στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης.

## Άρθρο 15

### Η διαχείριση στους Ξενώνας

1. Η προμήθεια τροφίμων και ποτών, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής, διενεργείται από τον ασθενή που συνοδεύεται από τον εκπαιδευτή του, μέλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας, για το χρονικό διάστημα που ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμά ότι ο ασθενής δεν είναι έτοιμος να διενεργεί τις προμήθειές του μόνος του. Ο εκπαιδευτής ενημερώνει για την οικονομική αυτή δραστηριότητα κάθε φορά τον διαχειριστή του Ξενώνα. Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και όποτε ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμήσει ότι ο ασθενής είναι ικανός να διενεργεί τις προμήθειες των ανωτέρω ειδών μόνος του, εκδίδει σχετική πράξη την οποία κοινοποιεί στον διαχειριστή. Όταν οι προμήθειες των ανωτέρω ειδών γίνονται για την κάλυψη των αναγκών του συνόλου των ασθενών, η προμήθεια διενεργείται από τριμελή επιτροπή. Η επιτροπή αποτελείται από δύο ασθενείς και έναν εκπαιδευτή.

Στα καθήκοντα κάθε εκπαιδευτού μέλους της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και του επιστημονικού υπευθύνου είναι η άσκηση του ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών του Ξενώνα στην έρευνα της αγοράς και στην ανάδειξη των ιδιαίτερων προτιμήσεων του ασθενή, έτσι ώστε να αποκτήσει την δεξιότητα να αναζητά την άριστη σχέση τιμής-οφέλους στο πλαίσιο του προϋπολογισμού για κάθε αγαθό ή υπηρεσία που προτίθεται να καταναλώσει.

2. Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και ειδικότερα σε αυτές που ανήκουν σε φορείς που διέπονται από τις διατάξεις του Ν. 2362/95 “Περί Δημόσιου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του κράτους και άλλες διατάξεις” ή χρηματοδοτούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό, η διοικητικό-οικονομική τους διαχείριση σε ότι αφορά τις λειτουργικές δαπάνες διενεργείται στα πλαίσια ενός εγκεκριμένου κλειστού προϋπολογισμού. Η διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που υπηρετεί στον Ξενώνα, και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στον Ξενώνα με πλήρη απασχόληση σε αυτόν και ασκεί τα καθήκοντά του επί εξάμηνο. Ο διαχειριστής μεριμνά για την εύρυθμη λειτουργία του Ξενώνα σε ότι αφορά τα υλικά, τις προμήθειες και την οικονομική οργάνωση των δραστηριοτήτων, όπως ενδεικτικά οι εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του Ξενώνα, η αντικατάσταση του φθαρέντος εξοπλισμού, οι πληρωμές των παγίων (Ενοίκιο, Q.T.E, Δ.Ε.Η, νερό κλπ), η καταβολή των επιδομάτων, όπου αυτά χορηγούνται, και αποδίδει λογαριασμό στον υπόλογο που έχει ορίσει ο φορέας στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας.

Ο επιστημονικός υπεύθυνος του Ξενώνα ορίζει εκ περιτροπής έναν ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών του Ξενώνα ως βοηθό του διαχειριστή με δίμηνη θητεία έτσι ώστε κάθε ασθενής να εκπαιδευτεί στην οικονομική διαχείριση του Ξενώνα.

Στον Ξενώνα ο διαχειριστής τηρεί βιβλίο δαπανών και ενεργειών στο οποίο καταγράφονται οι δραστηριότητες από οικονομικής άποψης και περιγράφονται οι ανάγκες που ικανοποιήθηκαν.

Η οικονομική διαχείριση στον Ξενώνα γίνεται με πάγια προκαταβολή που εκδίδει η οικονομική υπηρε-

σία του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας το ύψος της οποίας καλύπτει πλήρως το 1/12 του προϋπολογισμού του Ξενώνα.

Όλες οι άλλες δαπάνες του Ξενώνα που αφορούν την μισθοδοσία του προσωπικού, την συντήρηση του κτιρίου εφόσον διενεργείται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας- και τις έκτακτες και απρόβλεπτες ανάγκες διενεργούνται από τον φορέα που ανήκει ο Ξενώνας.

### Άρθρο 16

#### Η διαχείριση στο Οικοτροφείο

Η διοικητικο-οικονομική διαχείριση των οικοτροφείων ακολουθεί τις διατάξεις της παρούσας απόφασης που αφορούν την διαχείριση των Ξενώνων. Ειδικότερα, εφόσον οι ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών του οικοτροφείου κατά την εκτίμηση του επιστημονικού υπευθύνου δεν μπορούν να πραγματοποιούν τις ατομικές οικονομικές τους δραστηριότητες μόνοι τους, τότε οι αντίστοιχες πράξεις γίνονται με την εποπτεία του εκπαιδευτή τους, ο οποίος αποδίδει λογαριασμό στον διαχειριστή του οικοτροφείου και αυτός στον υπόλογο.

Σε περίπτωση που η πλειοψηφία των ασθενών-ενοίκων του οικοτροφείου δεν είναι σε κατάσταση να πραγματοποιήσουν αυτόνομα τις οικονομικές τους δραστηριότητες, για προμήθειες που αφορούν τις ανάγκες του συνόλου των ενοίκων του οικοτροφείου αυτές διενεργούνται από τριμελή επιτροπή στην οποία το ένα μέλος είναι ασθενής-ένοικος του οικοτροφείου εξ αυτών που ο επιστημονικός υπεύθυνος έχει βεβαιώσει ότι δύνανται να ασκούν οικονομικές δραστηριότητες αυτοτελώς.

### Άρθρο 17

#### Η διαχείριση στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

Η διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας που αναπτύσσει προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που εργάζεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στο Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

Ο προϋπολογισμός που αφορά το προστατευμένο διαμέρισμα συντίθεται από δύο μέρη. Το ένα μέρος αφορά τις “υποστηρικτικές” δαπάνες που πραγματοποιεί απευθείας ο φορέας στον οποίο ανήκει το διαμέρισμα και περιλαμβάνει το μέρος της μισθοδοσίας των εργαζομένων του φορέα αυτού, που απασχολούνται με οποιοδήποτε τρόπο και για οποιοδήποτε χρονικό διάστημα στο προστατευμένο διαμέρισμα καθώς και τις δαπάνες για την προμήθεια φαρμάκων των ασθενών-ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος που είναι αναφάριστοι.

Το άλλο μέρος αφορά τις δαπάνες “λειτουργίας”, των παγίων (Ενοίκιο, ΟΤΕ, ΔΕΗ, νερό κλπ.) και τις δαπάνες ψυχαγωγίας. Για τη διαμόρφωση του μέρους αυτού του προϋπολογισμού συνυπολογίζεται και το 80% των εισοδημάτων που έχει κάθε ένοικος από οποιαδήποτε ιδία πηγή εισοδήματος. Η συνεισφορά αυτή δεν μπορεί να ξεπερνά τις 120.000 δρχ. μηνιαίως. Το σύνολο του προϋπολογισμού του μέρους των “λειτουργικών” δαπανών του προστατευμένου διαμερίσματος αναλογίζεται σε κάθε δωδεκαμηνοί του ισόποσα σε κάθε ένοικο του προστατευμένου διαμερίσματος, ο οποίος συμμετέχει ισομερώς στην κάλυψη των δαπανών και την πραγματοποίηση των οικονομικών δραστηριοτήτων του προστατευμένου διαμερίσματος.

Ένας εκ των ασθενών-ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος εκ περιτροπής και για διάστημα τεσσάρων (4) μηνών ορίζεται βοηθός του διαχειριστή και ασκεί καθήκοντα οικονόμου του διαμερίσματος και επιβλέπει την εφαρμογή των από κοινού με το σύνολο των ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος αποφάσεων για τις οικονομικές δραστηριότητες του προστατευμένου διαμερίσματος. Ο διαχειριστής από κοινού με το βοηθό του αποδίδουν λογαριασμό στον υπόλογο.

## Άρθρο 18

### Γενικές κατευθύνσεις

1. Οι προμήθειες των αναλώσιμων ειδών στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων γίνονται σε ημερήσια βάση. Σε περίπτωση μαζικής προμήθειας αυτή δεν πρέπει να υπερβαίνει την κάλυψη των αναγκών των νοίκων της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των επτά (7) ημερών.
2. Το σύνολο των απασχολούμενων και των χρηστών-νοίκων κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων είναι υπεύθυνοι-υπόλογοι για την κινητή και ακίνητη περιουσία της μονάδας ή του προγράμματος και είναι ισομερώς υπόλογοι για αυτήν στο φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.
3. Τον μήνα Ιανουάριο κάθε έτους γίνεται απογραφή της περιουσίας της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης η οποία κατατίθεται στον φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στον οποίο ανήκει το σύνολο της περιουσίας αυτής. Κάθε αντικείμενο που δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί επειδή τέθηκε εκτός λειτουργίας ή αποφασίστηκε η αντικατάστασή του παραδίδεται στον φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προς ακρήστευσή του.
4. Κατά τα λοιπά για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που ανήκουν σε Ν.Π.Δ.Δ ή σε Ν.Π.Ι.Δ που επιχορηγούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό ισχύουν οι διατάξεις που διέπουν την διαχείριση του φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ενώ για τις λοιπές Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ισχύουν οι αντίστοιχες διατάξεις που διέπουν την λειτουργία του φορέα στον οποίο ανήκουν. Σε όλες τις περιπτώσεις η εφαρμογή των διατάξεων αυτών οφείλει να εξυπηρετεί την εκπαίδευση των ασθενών-νοίκων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και να διασφαλίζει τη λειτουργία της Μονάδας στο πρότυπο της λειτουργίας οικογενειακού περιβάλλοντος.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε**

### **ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

#### **Άρθρο 19**

#### **Λειτουργία**

1. Οι αποκαταστασιακοί στόχοι λειτουργίας των Ξενώνων, των οικοτροφείων και των προστατευμένων διαμερισμάτων υλοποιούνται με:
  - α. Τη συνεχή και σταθερή εφαρμογή προγραμμάτων που ωθούν το άτομο στην απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητάς του.
  - β. Την ανάπτυξη προγραμμάτων που παρέχουν δυνατότητες για εκπαίδευση στα άτομα αυτά.
  - γ. Προγράμματα και δραστηριότητες που προωθούν και βοηθούν το άτομο να αποκτήσει δυνατότητες κριτικής και αξιολόγησης των δράσεων και των υπηρεσιών που του παρέχονται.
  - δ. Δράσεις που βοηθούν το άτομο στη διεκδίκηση και άσκηση των νομικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του.
  - ε. Προγράμματα δράσεων ανάπτυξης συνεργασίας με εθελοντές και συλλόγους.
  - στ. Προγράμματα ενθάρρυνσης της συμμετοχής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα κοινά.
  - ζ. Προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου, την ενημέρωση για τις εξωδρυματικές μορφές φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους.
2. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα οφείλουν να συντονίζουν τις δραστηριότητες και τις λειτουργίες που δύναται να αναπτυχθούν στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Απο-

κατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων ώστε αυτές να προσαρμόζονται στις ανάγκες των ατόμων που φιλοξενεί και να εγκαθιδρύουν άμεσες σχέσεις μεταξύ των ατόμων στα οποία απευθύνεται και της κοινωνίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ**

### **ΥΠΟΔΟΜΗ**

#### **Άρθρο 20**

#### **Περιγραφή του χώρου**

##### **α) Ξενώνας-Οικοτροφεία**

Οι Ξενώνας και τα οικοτροφεία πρέπει να διαθέτουν:

1. Μπάνιο με W.C. και νιπτήρα ανά πέντε (5) άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα.
2. Ευρύχωρη κουζίνα 10-12 τμ. τουλάχιστον ανά 10 άτομα, ώστε να μπορούν οι ένοικοι να εκπαιδεύονται στη μαγειρική.
3. Υπνοδωμάτια των δύο (2) ατόμων. Κατ' εξαίρεση, μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και έγκριση της Δ/νσης Ψυχικής Υγείας μπορεί τα υπνοδωμάτια να είναι των τριών (3) ατόμων, όπου το επιτρέπει ο χώρος.
4. Κοινόχρηστους χώρους α) καθιστικό, το οποίο μπορεί να εξυπηρετεί τουλάχιστον τα 2/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως, β) Τραπεζαρία, για σίτιση τουλάχιστον του 1/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως, γ) αίθουσας πολλαπλών χρήσεων, όπου αυτό είναι δυνατόν.
5. Γραφείο των επαγγελματιών, το οποίο χρησιμοποιείται για τις ειδικές ανάγκες στις ημέρες εφημερίας για όσες στεγαστικές δομές ενταχθούν στο πρόγραμμα εφημερίας όπως αυτό προσδιορίζεται από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο υπάγονται. Με μεταγενέστερη απόφασή μας θα καθορισθούν τα πρότυπα κατασκευής των ανωτέρω στεγαστικών δομών.

##### **β) Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων**

Κάθε κατοικία που εντάσσεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος πρέπει να διαθέτει:

1. Μπάνιο με W.C. και νιπτήρα ανά πέντε (5) άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα.
2. Ευρύχωρη κουζίνα 9 τμ. τουλάχιστον.
3. Υπνοδωμάτιο των δύο (2) ατόμων, το μέγιστο
4. Ευρύχωρο καθιστικό ώστε να εξυπηρετείται το σύνολο των ενοίκων ταυτοχρόνως.

#### **Άρθρο 21**

#### **Υλικοτεχνική Υποδομή**

1. Ο Ξενώνας, το οικοτροφείο και το προστατευμένο διαμέρισμα πρέπει να έχουν την κατωτέρω υλικοτεχνική υποδομή:

- α) θέρμανση σε όλα τα δωμάτια και ψύξη τουλάχιστον στα υπνοδωμάτια,
- β) κρεβάτι με στρώμα και δύο μαξιλάρια για κάθε άτομο, ατομικά κομοδίνα και ερμάρια και ντουλάπες ανά δύο άτομα,
- γ) σεντόνια, υποσέντονα και μαξιλαροθήκες σε επαρκή αριθμό και κλινοσκεπάσματα τουλάχιστον τέσσερα ανά άτομο (δύο χειμερινά και δύο καλοκαιρινά)
- δ) οτιδήποτε άλλο απαιτεί η λειτουργία ενός μέσου νοικοκυριού όπως ενδεικτικά: κουρτίνες, καναπέδες, καρέκλες, πολυθρόνες, μοκέτες, καθρέπτες.
- ε) είδη διακόσμησης όπως ενδεικτικά: αντίγραφα έργων τέχνης ή δικές τους δημιουργίες που μπορούν να αναρτηθούν μετά από σύμφωνη γνώμη της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και των ενοίκων, σταχτοδοχεία, βάζα.
- στ) τουλάχιστον τα αναγκαία σε ποσότητες και είδη σκεύη κουζίνας και μαγειρικής, τραπεζομάντιλα κλπ.



ζ) ηλεκτρικές συσκευές νοικοκυριού όπως ενδεικτικά πλυντήρια ρούχων και πιάτων, ψυγείο, κουζίνα, απορροφητήρας, όλα με προδιαγραφές μακρόχρονης αντοχής λόγω του αριθμού των ενοίκων που τα χρησιμοποιούν.

η) ηλεκτρονικός- υποστηρικτικός-εκπαιδευτικός εξοπλισμός όπως ενδεικτικά τηλεόραση, στερεοφωνικό συγκρότημα, video, fax, τηλέφωνο, φωτογραφική μηχανή.

θ) είδη μπάνιου και ειδικά εξαρτήματα όπου χρειάζονται, όπως ενδεικτικά για άτομα με κινητικές αναπηρίες και για γηριατρικά περιστατικά

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ** **ΕΙΔΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ**

### **Άρθρο 22**

#### **Γενικές Διατάξεις**

1. Σε χρονικό διάστημα 4 έως 6 μηνών από την έναρξη λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων τα άτομα που διαμένουν και λαμβάνουν χρηματικά ποσά σε εφαρμογή των προβλεπομένων στα άρθρα 13 και 14 του Ν.2716/99 συμμετέχουν, για εκπαιδευτικούς λόγους και ως καταναλωτές των υπηρεσιών που τους παρέχονται, στις δαπάνες που αφορούν στο ενοίκιο, διατροφή, κοινόχρηστους λογαριασμούς για μεν το ποσό που προέρχεται από τη διάταξη του άρθρου 14 σε αναλογία που συνολικά δεν μπορεί να υπερβεί το ήμισυ του λαμβανομένου χρηματικού ποσού και με ολόκληρο το ποσό που προέρχεται από τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν.2716/99.

2. Μέχρι τη σύσταση και λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, η Δ/ση Ψυχικής Υγείας εκδίδει απόφαση προσωρινής έγκρισης σκοπιμότητας και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν.2716/99 και των αντίστοιχων του άρθρου 11 του ίδιου νόμου από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

3. Εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, εκτός της ψυχιατρικής παρακολούθησης η οποία παρέχεται με ευθύνη του φορέα στον οποίο υπάγονται οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων καθώς και άλλες υπηρεσίες όπως φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία κ.α. αναζητούνται κατά προτεραιότητα από δημόσιους φορείς στην περιοχή λειτουργίας τους ή πλησίον αυτών. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων μεριμνά για τη διασύνδεση μ' αυτές τις υπηρεσίες. Στην περίπτωση αντιμετώπισης δυσκολιών στην εξεύρεση αυτών των υπηρεσιών, απευθύνεται εγγράφως στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία αναλαμβάνει την διεκπεραίωση του θέματος μέσω της Δ/σης Ψυχικής Υγείας. Στην περίπτωση αδυναμίας κάλυψης των αναγκών για τις προαναφερόμενες υπηρεσίες αυτές αναζητούνται σε ιδιωτικό τομέα ή εξετάζεται η περίπτωση πρόσληψης με μερική απασχόληση, του ανάλογου ειδικού επαγγελματία. Η προτίμηση της πρώτης ή της δεύτερης εναλλακτικής λύσης βασίζεται σε συνδυασμό χρηματοοικονομικών και θεραπευτικών κριτηρίων, στην αντίστοιχη απόφαση της Διοίκησης του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

### **Άρθρο 23**

#### **Τελική Ρύθμιση**

Με την έκδοση της παρούσας απόφασης κάθε προγενέστερη σχετική απόφαση καταργείται.

Η ισχύς της παρούσας αρχίζει από τη δημοσίευσή του Ν.2716/17.5.99.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην εφημερίδα της κυβερνήσεως.

Αθήνα, 16 Μαΐου 2000 ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

1. **Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής**, Νοταρά 58, Τ.Κ. 106 83, Αθήνα
2. **Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής**, Σωτανού του Εφεισίου 2, Τ.Κ. 115 27, Παπάγου Τ.Θ. 66517 15601, Αθήνα
3. **Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης & Ψυχικής Υγείας**, Γράμμου 61-63, Τ.Κ. 151 24, Μαρούσι, Αθήνα
4. **Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου**, Ιωάννου Θεολόγου 19, Τ.Κ. 155 61, Χολαργός, Αθήνα
5. **Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας**, Μελετίου Πηγά 22, Τ.Κ. 116 36, Μετς, Αθήνα
6. **Εταιρεία Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών**, Γιαννιτσών 31 & Π. Κυρίλλου, Τ.Κ. 546 27, Θεσσαλονίκη
7. **Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Περιβαλψης Αποκατάστασης**, Αγίου Όρους 6α, Τ.Κ. 413 35, Λάρισα
8. **Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου**, Γεωργίου Παπανδρέου 38, Τ.Κ. 454 44, Ιωάννινα
9. **Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "Κλίμακα"**, Ευμολπιδών 30-32, Τ.Κ. 118 54, Γκάζι, Αθήνα
10. **Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής & Περιβαλψης**, Πλουτάρχου 10, Τ.Κ. 106 76, Αθήνα
11. **Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων**, Αθηνάς 2, Τ.Κ. 105 51, Αθήνα
12. **Ελληνικό Κέντρο για την Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας «Το Περιβολάκι»**, Ύδρας 55, Τ.Κ. 152 32, Χαλάνδρι, Αθήνα
13. **Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας & Παιδιού**, Σκουφά 75, Τ.Κ. 106 80, Αθήνα
14. **Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες**, Σολωμού 25, Τ.Κ. 106 82, Εξάρχεια, Αθήνα
15. **Πανελλήνια Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανεξέταση**, Χαρίσσης 6, Τ.Κ. 104 39, Αθήνα
16. **Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία**, Δήλου 3, Τ.Κ. 162 31, Βύρωνα, Αθήνα
17. **«Ψ-ΣΥΝΘΕΣΗ» Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Έρευνας Εκπαίδευσης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**, Μαρασλή 51 & Ζουμετίκου 9, Τ.Κ. 542 49, Θεσσαλονίκη
18. **«ΞΕΝΙΟΣ ΖΕΥΣ» Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία**, Πηγάσου 4, Τ.Κ. 117 45, Αθήνα
19. **«ΙΡΙΣ» Εταιρεία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών & Ενηλίκων**, Ανατολικής Ρωμυλίας 4, Παπάγου, Τ.Κ. 156 69, Αθήνα
20. **«ΑΝΟΔΟΣ» Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία**, Λεωφ. Αγ. Δημητρίου 54, Αγ. Δημήτριος, Τ.Κ. 173 41, Αθήνα
21. **Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο ΝΕΣΤΩΡ»**, Κάνιγγος 23, Τ.Κ. 106 82 Αθήνα
22. **Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής-Κινητικής Αποκατάστασης & Μέριμνας Υγείας**, Σαχτούρη 27, Τ.Κ. 193 00 Ασπρόπυργος Αττικής
23. **Μονάδα Επαγγελματικής Αποκατάστασης & Κοινωνικής Υποστήριξης «Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων «ΕΔΡΑ»**, Γαστούνης & Γουμένισσας 14, Τ.Κ. 121 31, Περιστέρι, Αθήνα

24. **Σ.Ο.Ψ.Υ. ΗΠΕΙΡΟΥ «Η ΕΣΤΙΑ»**, Μπαλογιάννη & Παπανδρέου, Τ.Κ. 454 44, Ιωάννινα
25. **Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ»**, Ελικώνος 27, Τ.Κ. 113 64, Κυψέλη, Αθήνα
26. **Ελληνικό Κέντρο Προαγωγής Κοινωνικής & Ψυχικής Υγείας «ΠΟΡΕΙΑ» Α.Μ.Κ.Ε.**, Ζαν Μωρεάς 20, Τ.Κ. 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα
27. **Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινωνικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιού & Ενηλίκων «ΠΑΝΑΚΕΙΑ»**, Στ. Καζούλη 18, Τ.Κ. 851 00, Ρόδος
28. **Αστική Μη κερδοσκοπική Εταιρεία «ΜΕΤΑΒΑΣΙΣ»**, Καλλιπόλεως 20 & Αγ. Αποστόλων, Τ.Κ. 162 32 Βύρωνα, Αθήνα
29. **Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συγγενών Διαταραχών Βόλου**, Ανθεστήρων 5, Τ.Κ. 385 00, Αλυκές Βόλου
30. **Εταιρεία Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας (ΕΨΥΠΕΑ)**, Κ. Τζαβέλα 12 και Ε. Δεληγιώργη, Τ.Κ. 302 00, Μεσολόγγι
31. **Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών**, Χαρίσιο Γηροκομείο, Άνω Τέρμα Δημητρίου Χαρίση, Άνω Τούμπα, Τ.Κ. 543 52, Θεσσαλονίκη
32. **Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων, Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας**, Αστεριάδου 4, Τ.Κ. 412 22, Λάρισα
33. **Διεθνής Εταιρεία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**, Τ.Θ. 7, Τ.Κ. 570 18, Μελισσοχώρι Θεσσαλονίκης
34. **Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης**, Καλούδη 8B, Τ.Κ. 452 21, Ιωάννινα
35. **Ινστιτούτο Έρευνας Εκπαίδευσης Ψυχιατρικών Ανοϊκών Ασθενών Alzheimer**, Χρυσοπηγής 58, Τ.Κ. 731 32, Χανιά
36. **Εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα “IASIS”**, Γ. Γεννηματά 56, Άνω Γλυφάδα (Αργοναυτών 46, Τ.Κ. 167 77, Ελληνικό), Αθήνα
37. **Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία “Δίοδος”**, Χαιρωνείας 1, Τ.Κ. 113 61, Κυψέλη, Αθήνα
38. **Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία “Ηπιόνη”**, Σάμου 50, Τ.Κ. 151 25, Πολύδροσο Αμαρουσίου, Αθήνα
39. **ΑΛΘΑΙΑ Αστική μη κερδοσκοπική Εταιρεία**, Δ. Σούτσου 3, Τ.Κ. 151 21, Αθήνα
40. **TACT HELLAS, Καπετάν Βάρδα 26**, Τ.Κ. 117 44, Αθήνα
41. **Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης & ψυχοθεραπείας “Αθηνά”**, Αγαθουπόλεως 5, Τ.Κ. 112 57, Αθήνα
42. **Εταιρεία Αρωγής Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Στήριξης «ANIMA»**, Χαριλαού Τρικούπη 5, Τ.Κ. 121 31, Περιστερί, Αθήνα
43. **Ελληνική εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης**, Αποκατάστασης & Κοινωνικής Μέριμνας, Πατησίων 334, Τ.Κ. 111 41, Αθήνα
44. **Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία “Πυξίδα”**, Ελ. Βενιζέλου 60A, Τ.Κ. 185 34, Πειραιάς
45. **Φθωτική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Φ.Ε.Ψ.Υ.**, Θερμοπυλών 25-27, Τ.Κ. 351 00, Λαμία
46. **Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία “Η Ζωή”**, Λεονταρίου 12, Κάντζα Παλλήνης, Αθήνα
47. **Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας Νομού Έβρου «ΨΥΧΑΣΠΙΣ»**, Ζιγκμπουργκ 73, Τ.Κ. 682 00, Ορεσιάδα Ν. Έβρου
48. **Μ.Κ.Ο. της Εκκλησίας της Ελλάδας «ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ»**, Αγίας Ζώνης 96, Τ.Κ. 112 56,

Κυψέλη, Αθήνα

**49. Εταιρεία Συστημικής Θεραπείας και Παρέμβασης σε Άτομα, Οικογένειες και Ευρύτερα Συστήματα**, Λασιθίου 28, Τ.Κ. 712 01, Ηράκλειο Κρήτης

**50. Α.μ.Κ.Ε. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»**, Ανταίου 1 και Παρικλέους, Τ.Κ. 151 22, Μαρούσι, Αθήνα

**51. Α.μ.Κ.Ε. «ΙΑΣΙΣ»**, Πατησίων 212, Τ.Κ. 112 56, Αθήνα

**52. Α.μ.Κ.Ε. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ «Η ΑΡΩΓΗ»**, Μουρέλου 5, Τ.Κ. 712 00, Ηράκλειο Κρήτης

**53. Α.μ.Κ.Ε. “ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ”**, Αβέρωφ 44, Τ.Κ. 421 00, Τρίκαλα

**54. Εταιρεία Ψυχοκοινωνικών Μελετών (ΕΨΥΜΕ) «ΑΝΑΔΥΣΗ»**, Ε. Βενιζέλου 8, Τ.Κ. 188 63, Πέραμα, Αθήνα

**55. Φίλοι Κοινωνικής Παιδιατρικής/Ιατρικής «Ανοιχτή Αγκαλιά»**, Μεσογείων 24, Τ.Κ. 115 27, Αθήνα

**56. Αστική Εταιρεία για την ψυχοκοινωνική Ένταξη «Μετάβαση»**, Λ. Βεργωτή 131, Τ.Κ. 281 00, Αργοστόλι - Κεφαλλονιά

**57. Ειδικά αναγνωρισμένο Φιλανθρωπικό Σωματείο (ΝΠΙΔ) τα «Παιδικά χωριά SOS»**, Ερμού 6, Τ.Κ. 105 63, Αθήνα

**58. Εταιρεία Νόσου Αλτσχάιμερ και Συναφών Διαταραχών Αθήνας**, Ασημακοπούλου 38, Τ.Κ. 153 42, Αγ. Παρασκευή, Αθήνα

**Συνιστώμενη Βιβλιογραφία**

1. Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Από το άσυλο στην κοινότητα. Μιχάλης Γ. Μαδιανός. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.
2. Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία. Γκάρο Εσαγιάν. Εκδόσεις Μαστοριδής, Θεσσαλονίκη, 2000.
3. Σχιζοφρένεια. Φαινομενολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση. Επιστημονική Επιμέλεια Ν. Τζαβάρας – Δ. Πλουμπίδης – Σ. Στυλιανίδης. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2002.
4. Ψυχιατρική Αποκατάσταση. Ένας πρακτικός οδηγός. Μ. Εκδαίωι και συν. Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα, 1994.
5. Η μηχανή του Νου. C. Blakemore. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο, 2002.
6. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Σε οργανισμούς, ομάδες και άτομα. Αναστασία – Βαλεντίνη Ρήγα και συν. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 2001.
7. Συμβουλευτική Ψυχολογία Μ. Μαλικιώση – Λοΐζου. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 1999.
8. Μαθαίνοντας από τον ασθενή. Π. Κείσιμεντ. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα, 1989.
9. Η ιστορία της Τρέλας. Μισέλ Φουκώ. Εκδόσεις Ηριδανός. Αθήνα, 2006.
10. Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας. Καινοτομίες στην πρακτική, την πολιτική και την επικοινωνία. Ρ. Ουόρνερ. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2005
11. Η χαμένη τέχνη της ακρόασης. Οι βάσεις μιας καλής επικοινωνίας. Μ.Ρ. Nichols. Εκδόσεις Κέδρος. Αθήνα, 2005.
12. Ο άνθρωπος και η ψύχωση του. Γκιζέλα Πανκόφ. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα, 2004.
13. Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας. D. Pilgrim – Anne Rogers. Εκδόσεις Τυπωθήτω – Γιώργος Δάρδανος. Αθήνα, 2004.
14. Ο χρόνιος ψυχωτικός. Αποϊδρυματοποίηση, ενδιάμεσες δομές, ψυχοκοινωνική επανένταξη. Επιμέλεια έκδοσης: Δ. Κανδύλης – Γ. Καπρίνης. Εκδόσεις Θ.Ε.Ψ.Υ.Π.Α. – Ε.Ψ.Υ.Κ.Α. Λάρισα, 2005.
15. Ο γυρισμός. Από το άσυλο της Λέρου στην κοινωνία της Λάρισας. Δ. Κανδύλης. Εκδόσεις Ώρες. Βόλος, 1992.

Εξωτερική και εσωτερική άποψη  
του Κέντρου Ημέρας Λάρισας “Γεώργιος Καπρίνης”



## Δραστηριότητες Απασχολησιοθεραπείας στο Κέντρο Ημέρας Λάρισας “Γεώργιος Καπρίνης”



Ομάδα Κηποτεχνίας

## Δραστηριότητες Απασχολησιοθεραπείας στο Κέντρο Ημέρας Λάρισας “Γεώργιος Καπρίνης”



Ομάδα Εικαστικών



Ομάδα Γυμναστικής



Ομάδα χορού (συμμετοχή στη γιορτή Πηνειού 2006)



Επιμορφωτικές - Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις  
του Κέντρου Ημέρας Λάρισας “Γεώργιος Καπρίνης”



Επίσκεψη στο  
Αστεροσκοπείο  
Λάρισας



Επίσκεψη στην  
Πινακοθήκη Λάρισας

Επίσκεψη στο  
Κτηνιατρικό  
Στρατιωτικό  
Μουσείο Λάρισας

Επίσκεψη στο  
Αρχαιολογικό Μουσείο  
Λάρισας





Επίσκεψη στο  
Σιδηροδρομικό Μουσείο

Επίσκεψη στο Λαογραφικό  
Μουσείο Μακρυνίτσας





