

Το συναισθηματικό φορτίο γονέων/συγγενών ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές: μια πρώτη χαρτογράφηση του χώρου σε μια μονάδα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης¹

I. Μπίμπου

*Dept. of Psychiatry, Medical School
Guys Hospital, London*

Η μελέτη αυτή έγινε στην Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης. Είχε ως στόχο να μελετήσει το συναισθηματικό φορτίο (*emotional burden*) που θιώνουν γονείς συγγενείς ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές και που αποτελούν τους κύριους φορείς υποστήριξης των συγκεκριμένων ασθενών στην κοινότητα. Για τις ανάγκες της μελέτης δημιουργήθηκε μια ομάδα γονέων συγγενών που λειτούργησε για 6 μήνες και είχε έντονο ψυχο-εκπαιδευτικό χαρακτήρα με κύριους άξονες προσανατολισμού την αξιολόγηση του συναισθηματικού φορτίου και των στρατηγικών αντιμετώπισης, πληροφόρησης σε σχέση με τη φύση της ασθένειας, την ενίσχυση επιτυχημένων στρατηγικών αντιμετώπισης, την αποφυγή ενοχοποίησης, τον επαναπροσδιορισμό ρεαλιστικών προσδοκιών από την πλευρά των μελών της ομάδας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς/συγγενείς ψυχιατρικών ασθενών συχνά αντιμετωπίζουν συναισθηματικά και πρακτικά βάρη και η συμμετοχή τους σε ομάδα αποτελεί ένα θεραπευτικό χειρισμό με θετικές συνέπειες για την οικογένεια και τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Συζητούνται, τέλος, πιθανοί περιορισμοί και προϋποθέσεις για μια επιτυχημένη παρέμβαση σε αντίστοιχους χώρους εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Η υποστήριξη στον τομέα της ψυχικής υγείας μιας πολιτικής αποϊδρυματοποίησης έχει προκαλέσει την επιστροφή στην κοινότητα ασθενών, ύστερα από σύντομη νοσηλεία, που συχνά έχουν μικρό δείκτη λειτουργικότητας, (Pattison and Armitage, 1986). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αναλαμβάνει συχνά η οικογένεια τη μακροχρόνια πρωτογενή περίθαλψη ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Όσο μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στη σύντομη επιστροφή του ασθενή από μία κλειστή ψυχιατρική

δομή περίθαλψης στην κοινότητα, τόσο ζωτικότερη σημασία αποκτά η επιθυμία και οι δυνατότητες της οικογένειας να αναλάβει ρόλο υποστήριξης του ασθενή.

Τα ποσοστά ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές που ζουν με οικογένειες ποικίλλουν. Υπάρχουν ερευνητικές μαρτυρίες ότι στην Αγγλία τα 3/4 από τους διαγνωσμένους χρόνιους σχιζοφρενείς, σ' οποιαδήποτε χρονική στιγμή, δεν βρίσκονται στο νοσοκομείο, αλλά ζουν στην κοινότητα (McCreadie, 1985). Επι-

¹. Το υλικό της παρουσίασης αυτής αποτελεί τμήμα μελέτης - πιλότου για τη διδακτορική διατριβή της συγγραφέως, που γίνεται σε συνεργασία με τον Τομέα Ψυχολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας/Παιδαγωγικών/Φιλοσοφίας στο Α.Π.Θ. Στη Συμβουλευτική Επιτροπή συμμετέχουν η κ. Μ. Χαρίτου, ο κ. Κ. Μπαϊράκτσης και η κ. Μ. Δικαίου, τους οποίους και ευχαριστώ ιδιαίτερα.

πλέον, αναφέρεται ότι ποσοστό 50-60% σχιζοφρενών, μετά την πρώτη εισαγωγή, επιστρέφουν σε κάποια μορφή οικογενειακού περιβάλλοντος και ένας σημαντικός αριθμός θα παραμείνει στην οικογένεια για αρκετό χρονικό διάστημα (Leung, Rastogi and Woods, 1989). Τα ποσοστά αυτά συμφωνούν και με μια αναφορά της American Psychiatric Association (A.P.A) που έδειξε ότι 65% από τους ψυχιατρικούς ασθενείς επιστρέφουν στις οικογένειες (Talbot, 1978). Οι αριθμοί αυτοί διαφοροποιούνται ανάλογα με το βαθμό, συχνότητα και ποιότητα επαφής στο αντίστοιχο κάθε φορά πολιτισμικό πλαίσιο, καθώς και από τη φύση της ασθένειας και τη δομή και οργάνωση της κοινοτικής περιθαλψης.

Οι οικογένειες, αντιμετωπίζοντας πρακτικές και συναισθηματικές δυσκολίες, που συνδέονται τόσο με τη φύση της ασθένειας όσο και με το ρόλο τους ως υποστηρικτών, βρέθηκε να βιώνουν σημαντικά επίπεδα συνεχούς ή χρόνιας έντασης (Noh and Turner, 1987 και MacCarthy, 1989). Η έννοια του συναισθηματικού φορτίου αποτελεί ένα δείκτη αξιολόγησης των στρεσογόνων εμπειριών. Η παρουσία φορτίου υποδηλώνει τη ρήξη των αμοιβαίων οριοθετήσεων που διατηρούνται και διατηρούν τις διαπροσωπικές σχέσεις, με την έννοια ότι κάποιο άτομο παραγνωρίζει τις ανάγκες του και αναγκάζεται να «*κάνει περισσότερα απ' όσα είχε μέχρι τότε αναλάβει ως αρμοδιότητες*» (Fadden, Bebbington and Kuipers, 1987, σελ. 285). Στο χώρο της ψυχικής υγείας, οι περισσότεροι ορισμοί έχουν ένα κοινό εννοιολογικό περιεχόμενο, που εκφράζεται είτε ως «*επίδραση του ψυχιατρικού ασθενή στην οικογένεια*» (Goldberg and Huxley, 1980) ή «*δυσκολίες που βιώνει η οικογένεια από την παρουσία ενός ψυχιατρικού ασθενή*» (Pai and Kapur, 1981, σελ. 332) ή «*παρουσία προβλημάτων, δυσκολιών που επηρεάζουν τη ζωή των ατόμων που αποτελούν και κύριο φορέα στήριξης ενός ψυχιατρικού ασθενή*» (Platt, 1987, σελ. 383). Η διά-

κριση σε αντικειμενικό και υποκειμενικό φόρτο (Hoening and Hamilton, 1967) αναφέρεται αντίστοιχα στις αντικειμενικές απαιτήσεις που προκύπτουν από τη συμβίωση μ' ένα ψυχιατρικό ασθενή, καθώς και στη συναισθηματική επίδραση που προκαλείται από τη συμβίωση στα μέλη μιας οικογένειας. Η διάσταση αυτή συχνά επικαλύπτεται και πολλές προσπάθειες για «αντικειμενική» καταγραφή και μαρτυρία της επίδρασης του ασθενή στην οικογενειακή μονάδα αποδείχτηκε ότι δεν παίρνουν επαρκώς υπόψη τους την εκπληκτική συνθετότητα των οικογενειακών πλεγμάτων και αλληλεπιδράσεων.

Τα τελευταία 20 χρόνια αναπτύχθηκαν διεθνώς διάφορα μοντέλα παρέμβασης σε οικογένειες ψυχιατρικών ασθενών για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων αναγκών παράλληλα ή/και ανεξάρτητα από τα διάφορα μοντέλα οικογενειακής θεραπείας. Υπάρχει ουσιαστική μαρτυρία ότι η υπερανάμιξη της οικογένειας στο χειρισμό και στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας βοηθάει στη μείωση του χρόνου νοσοκομειακής περιθαλψης του ασθενή, που με τη σειρά της βρέθηκε να σχετίζεται με μια μείωση στη συχνότητα σοβαρών εξάρσεων στη συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας (Falloon, 1988 και Vaughn, 1989). Ιδιαίτερη συμβολή για την ανανέωση του ενδιαφέροντος στο ρόλο που παίζει η οικογένεια έχουν συνεισφέρει οι μελέτες γύρω από το δείκτη έκφρασης συναισθήματος (*Expressed Emotion*) (Brown, Carstairs and Topping, 1958 και Leff et al., 1985). Υπάρχουν συστηματικά ευρήματα που συσχετίζουν υψηλά επίπεδα υποτροπής του ασθενή με τη συμβίωσή του μ' ένα συγγενή που έχει υψηλό βαθμό στην έκφραση συναισθήματος (Targier, 1989 και Vaughn, 1989). Ο δείκτης έκφρασης συναισθήματος κατά τη Vaughn (1989) ουσιαστικά αντανakλά αρνητικό συναισθήμα από την πλευρά του συγγενή (επικριτικά σχόλια ή/και εχθρικότητα) ή/και υπερβολικό ενδιαφέρον

προς τον ασθενή που φτάνει ωστόσο να προσβάλει τα όρια της προσωπικής του αυτονομίας. Υπάρχει τεράστια βιβλιογραφία, κριτική και ανασκόπηση του δείκτη έκφρασης συναισθήματος ως προγνωστικού δείκτη της υποτροπής σχιζοφρενών, καθώς και άλλων ψυχιατρικών και μη ασθενών (Vaughn, 1989 και Leff, 1989). Μία άλλη σημαντική επίδραση για την εκδήλωση ενδιαφέροντος στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με οικογένειες, αποτέλεσε και η ανάπτυξη των μοντέλων που προσπάθησαν να ενσωματώσουν βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες σε ένα αιτιολογικό μοντέλο για τη σχιζοφρένεια (*Stress vulnerability model*, Zubin and Spring, 1977). Μία τέτοια προσέγγιση υποστηρίζει την άποψη ότι η σχιζοφρένεια, πέρα από τη βιολογική της διάσταση, συνδέεται με την ένταση και η πορεία της ασθένειας επηρεάζεται με την επίδραση περιβαλλοντικών πηγών άγχους. Σταδιακά, λοιπόν, αναπτύσσονται και τελειοποιούνται ψυχοεκπαιδευτικές προσεγγίσεις, καθώς και πιο εκτεταμένα προγράμματα οικογενειακής παρέμβασης για το χειρισμό της σχιζοφρένειας. Πολλές απ' αυτές τις παρεμβάσεις έχουν ως στόχο την τροποποίηση του δείκτη έκφρασης συναισθήματος, ενώ άλλες επικεντρώνονται σε γενικότερες δομές οικογενειακής δυσλειτουργίας (Falloon et al., 1985, Goldstein et al., 1978, Hogarty et al., 1986 και Tarrier et al., 1988). Τα κυριότερα στοιχεία σ' αυτές τις προτάσεις είναι: εκπαίδευση της οικογένειας σχετικά με την ασθένεια, βελτίωση στην επικοινωνία των μελών, εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων, επαναπροσδιορισμός ρεαλιστικών προσδοκιών για την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του μέλους - ασθενή.

Πέρα από την αλληλεπικάλυψη, ως ένα βαθμό, κάποιων κοινών στόχων και τρόπων προσέγγισης, τα διάφορα μοντέλα οικογενειακής παρέμβασης διαφοροποιούνται ως προς τον προσανατολισμό

τους, το χρόνο και τη διάρκεια της παρέμβασης, καθώς και τις επιμέρους πρακτικές αντιμετώπισης. Ενδεικτικά αναφέρουμε το μοντέλο των Falloon κ.α. (1985), που στηρίζεται στη θεραπεία συμπεριφοράς, με έντονα ωστόσο γνωστικά στοιχεία, και την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση των Anderson κ.α (1986), στην Αμερική. Στο τελευταίο μοντέλο επιγραμματικά μνημονεύουμε τις 4 φάσεις του προγράμματος, που αρχίζουν με τη σύνδεση του θεραπευτή με την οικογένεια κατά τη διάρκεια της παραπομπής και της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο.

Στη συνέχεια, τα μέλη της οικογένειας συμμετέχουν σ' ένα εντατικό σεμινάριο, με στόχο την όσο το δυνατό ολοκληρωμένη πληροφόρηση σε σχέση με τη φύση της σχιζοφρένειας. Η τρίτη φάση χρονικά τοποθετείται, μετά από την αντιμετώπιση της οξείας φάσης της ασθένειας, όπου υπάρχει συμμετοχή και από τον ασθενή. Η παρέμβαση στηρίζεται σε προβληματισμούς που έχουν ήδη αναφερθεί στην προηγούμενη φάση, και σχετίζεται με την ενίσχυση των οικογενειακών ορίων και τη δημιουργία προϋποθέσεων για την προσωπική αυτονομία του ασθενή. Η τέταρτη φάση είναι προαιρετική με την έννοια ότι η οικογένεια έχει δυο πιθανές επιλογές: συνεδρίες υποστηρικτικού χαρακτήρα με σταδιακή μείωση της συχνότητας ή αμοιβαία δέσμευση για θεραπευτική αντιμετώπιση μακροχρόνιων οικογενειακών συγκρούσεων. Στην παρούσα μελέτη ενδιαφερόμαστε για τη διευρέυνση και αξιολόγηση του φορτίου που βιώνει η οικογένεια, την κατανόηση οικογενειακών αδιεξόδων που πιθανά αυξάνουν την ένταση του ασθενή και των μελών της οικογένειας, καθώς και για τη διερεύνηση στρατηγικών αντιμετώπισης των αλλαγών που φαίνονται να προκύπτουν ως αποτέλεσμα της ασθένειας. Λεπτομέρειες για την ακριβή φύση του δείγματος, τη μεθοδολογία αξιολόγησης και την ερμηνεία συνολικότερων αποτελε-

σμάτων θα δοθούν μια μελλοντική δημοσίευση.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα, Στόχοι της ομάδας, Πρακτικές δυσκολίες

Το δείγμα αποτελούσαν 13 συγγενείς ασθενών που εκπαιδεύτηκαν στην Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Θεσσαλονίκης (Υ.Ε.Ε.Α.Θ.) κατά το χρόνο 1987 - 1988. Η Υ.Ε.Ε.Α.Θ. είναι υπηρεσία εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης και εντάσσεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Δημιουργήθηκε το 1984 με στόχο την επαγγελματική εκπαίδευση και επανένταξη, καθώς και κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με διάγνωση λειτουργικής ψύχωσης και ηλικία μέχρι 25 χρονών. Η ημερήσια περίθαλψη είναι σχετικά πρόσφατη δομή όχι μόνο για την Ελλάδα αλλά και για την Ευρώπη γενικότερα (Vaughn, 1985) και οι προσεγγίσεις που προσφέρονται σε μια τέτοια θεραπευτική δομή ποικίλλουν από την υποστήριξη των ασθενών στην κοινότητα και την επίβλεψή τους με φαρμακοθεραπεία μέχρι τα εξατομικευμένα προγράμματα αποκατάστασης. Στην Υ.Ε.Ε.Α.Θ., συγκεκριμένα, εκπαιδεύονται κάθε χρόνο 30 περίπου άτομα με διάγνωση λειτουργικής ψύχωσης σε τέσσερα εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης, που λειτουργούν με αντίστοιχο εξειδικευμένο προσωπικό (κεραμική, ταπητουργία, κοπτική - ραπτική, γραμματεϊκό)².

Θεραπευτικά πλαίσια, όπως η Υ.Ε.Ε.Α.Θ., που εμπεριέχουν δυνατότητες για επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη, έλεγχο φαρμακοθεραπευτικής αγωγής και ατομική ή/και ομαδική θεραπεία, αποτελούν πρόσφορο έδαφος

για την ανάπτυξη συστηματικής συνεργασίας και εμπλοκής της οικογένειας στην αντιμετώπιση της ψύχωσης, καθώς παράλληλα μειώνεται στο ελάχιστο το κόστος σε χρόνο, χρήμα και δυνατότητες του προσωπικού. Η επιλογή για την παρέμβαση στο χώρο της Υ.Ε.Ε.Α.Θ. καθορίστηκε και από το γεγονός ότι το προσωπικό δεν επαρκούσε για παρέμβαση στο σπίτι. Επιπλέον, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι οι δομές ενός θεραπευτικού χώρου μπορούν να συμβολίζουν ποιότητες που με τη σειρά τους βοηθάνε την ίδια τη θεραπευτική πρακτική (Anderson, Reiss and Hogarty, 1986). Ο χώρος του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.), στη συγκεκριμένη περίπτωση, αποτελεί μια θεσμοθετημένη αρχή και αντιπροσωπεύει μια μακροχρόνια και σταθερή μονάδα που υπάρχει πέρα και έξω από τον προσωπικό ρόλο των όσων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Έτσι, κι αν ακόμα ένα μέλος του προσωπικού αποχωρήσει, υπάρχουν ήδη στο χώρο, ουσιαστικοί συνδετικοί κρίκοι που χρησιμεύουν δύναμει στην απαραίτητη λειτουργία για τη διατήρηση της παρούσας κατάστασης του ασθενή, μέχρις ότου διαμορφωθεί μια νέα πρωτογενής θεραπευτική σχέση.

Από τους εκπαιδευόμενους ζητήθηκε να προσδιορίσουν ένα συγγενή - κλειδί με τον οποίο να ζουν τα τελευταία τρία χρόνια και που έχει αναλάβει την κύρια ευθύνη για την καθημερινή του στήριξη και αντιμετώπιση (Platt, 1987). Από τον κάθε ασθενή ζητήθηκε η άδεια να έρθουμε σε επαφή με το μέλος εκείνο της οικογένειας που περνούσε τον περισσότερο χρόνο μαζί του ή/και είχε την πρωταρχική ευθύνη για την φροντίδα του. Σ' όλα τα νοικοκυριά, ο κύριος φορέας στήριξης ήταν η μητέρα, εκτός από μία περίπτωση όπου ήταν η αδελφή. Αυτό εξηγείται από την υπάρχουσα οικογενει-

² Ο τρόπος λειτουργίας και εφαρμογής του συγκεκριμένου προγράμματος δεν αναλύεται εδώ, στο βαθμό που είναι έξω από τις ανάγκες της συγκεκριμένης παρουσίασης.

ακή δομή της ελληνικής κοινωνίας, καθώς και από την ηλικία των εκπαιδευόμενων (Μ.Ο. 24.4). Ωστόσο, η ταύτιση του συγγενή-κλειδιού με τη μητέρα σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις, αποτελεί περιορισμό για πιθανή γενίκευση των αποτελεσμάτων, ως προς το φορέα στήριξης των συγκεκριμένων ατόμων. Από τις μητέρες, οι έξι από τις δώδεκα δούλευαν έξω από το σπίτι (ως ανειδίκευτο εργατικό προσωπικό κατά πλειοψηφία) και οι υπόλοιπες είχαν ως αποκλειστική απασχόληση τη φροντίδα του σπιτιού.

Η παρέμβαση στη συγκεκριμένη θεραπευτική δομή αποτελεί δύναμη και δείκτη των ορίων των κοινοτικών υπηρεσιών, όπως είναι η Υ.Ε.Ε.Α.Θ Εξετάζεται παράλληλα, από τη μια πλευρά, αν οι συγγενείς είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις τυχόν δυσκολίες συμβίωσης με άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές και αν η Υ.Ε.Ε.Α.Θ., από την άλλη, είναι σε θέση να προσφέρει ένα αναγκαίο πλαίσιο στήριξης και διασφάλισης επαρκούς ποιότητας ζωής και για τα δύο μέλη.

Η ομάδα γονέων που δημιουργήθηκε, λειτούργησε για έξι μήνες με συναντήσεις αρχικά κάθε μία εβδομάδα (για τις δυο πρώτες συνεδρίες) και στη συνέχεια κάθε 15ήμερο. Η χρονική διάρκεια κάθε συνάντησης ήταν 1 1/2 ώρα και το περιεχόμενό τους μαγνητοφωνήθηκε ύστερα από τη σύμφωνη γνώμη των συμμετεχόντων. Υπήρχε ένας μόνο συντονιστής. Σε κάθε συνεδρία, υπήρχε συμμετοχή κατά μέσο όρο επτά ατόμων (εύρος 7 - 13 άτομα) και ο μέσος αριθμός παρακολούθησης των συνεδριών για κάθε άτομο ήταν οκτώ (εύρος 6 - 12 συνεδρίες). Από τους 13 συμμετέχοντες, υπήρχαν 2 αρνήσεις για συμμετοχή. Στη μια περίπτωση, ενώ αρχικά ο εκπαιδευόμενος είχε δώσει τη συγκατάθεσή του για τη συμμετοχή της μητέρας του, στη συνέχεια την αναίρεσε. Στη δεύτερη περίπτωση, μια μητέρα δεν μπορούσε πρακτικά να παρακολουθήσει τις συνεδρίες της ομάδας γιατί ο χρόνος συνάντησης

ήταν ακατάλληλος για την ίδια. Αν και το ποσοστό άρνησης είναι της τάξης του 15% περίπου, ωστόσο τονίζεται η ανάγκη για πρόβλεψη και ευλυγισία στη θεραπευτική πρακτική για την ικανοποίηση αναγκών των συγγενών, που δεν εξαντλούνται θέβαια από τη δημιουργία μιας ομάδας.

Το θεωρητικό μοντέλο στο οποίο στηρίχτηκε η παρέμβαση είχε ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα, χρησιμοποιώντας περισσότερο το παράδειγμα έντασης και μηχανισμών αντιμετώπισης (*stress and coping paradigm*) παρά ένα μοντέλο ψυχοπαθολογίας. Οι εκπαιδευτικές συνιστώσες μιας τέτοιας παρέμβασης εξυπηρετούν δύο κύριους θεραπευτικούς στόχους (Gonzales, Steinglass and Reiss, 1989):

1. Πληροφόρηση σε σχέση με τη φύση της ασθένειας (αιτιολογία, συμπτωματολογία, αναμενόμενη πορεία, περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη φύση της ασθένειας). Η παροχή πληροφόρησης αυξάνει την ικανότητα αντιμετώπισης των μεταβατικών φάσεων της ασθένειας και ευαισθητοποιεί για πιθανή πρόβλεψη αλλαγών στον τρόπο ζωής της οικογένειας.
2. Επαναπροσδιορισμός της φύσης της ασθένειας και της υπευθυνότητας για την εμφάνιση και την πορεία της. Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας μια μη κριτική στάση, με έντονο προσανατολισμό στην παροχή πληροφοριών, βρέθηκε να προκαλεί δραματικές αλλαγές ως προς την προθυμία της οικογένειας για ενεργητική συμμετοχή στη θεραπευτική πρακτική (Gonzales, Steinglass and Reiss, 1989).

Οι στόχοι της ομάδας που αποτέλεσαν και τη δομή των συνεδριών, καθορίστηκαν αντίστοιχα με βάση τους γενικότερους στόχους της μελέτης και αναφέρονται στις:

Διερεύνηση και αξιολόγηση του συναισθηματικού φορτίου που βιώνουν οι συγγενείς ενός ψυχιατρικού ασθενή, καθώς και εκτίμηση των στρατηγικών αν-

τιμετώπισης και των δυσκολιών από τη συμβίωση.

Ενίσχυση των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιήθηκαν με επιτυχία από τους συγγενείς και αποφυγή ενοχοποίησης.

Διευκόλυνση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους συγγενείς για αντιμετώπιση της συναισθηματικής απομόνωσης και του στιγματισμού που συχνά αναφέρεται από όσους στηρίζουν ψυχιατρικούς ασθενείς (MacCarthy, 1989).

Πορεία της λειτουργίας της ομάδας

Στις αρχικές συνεδρίες, μετά από την παρουσίαση των μελών της ομάδας, αναγνωρίστηκαν περιοχές κοινού ενδιαφέροντος και παράλληλα οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να ελέγξουν το επίπεδο προσωπικής οικειότητας με την ομάδα και να μειώσουν αισθητά πρώιμα άγχη. Πειραματικές μελέτες με αντίστοιχες ομάδες έδειξαν ότι οι συγγενείς που χαρακτηρίζονται από υψηλό δείκτη έκφρασης συναισθήματος δεν είναι σε θέση να ακούσουν και να αφομοιώσουν το περιεχόμενο των συνεδριών (Berkowitz et al., 1984 και Kuipers and Bebbington, 1985). Στην παρούσα ομάδα παρουσιάστηκαν αντίστοιχες περιπτώσεις, αν και δεν υπάρχει αξιολόγηση των συγγενών σύμφωνα με το δείκτη έκφρασης συναισθήματος.

Υπήρχε προσπάθεια από την πλευρά του συντονιστή, για δόμηση των συνεδριών, που θα διασφάλιζε την ισότιμη συμμετοχή και τη δημιουργία μιας ανοιχτής ατμόσφαιρας, όπου οι διαφωνίες συζητούνται και αμβλύνονται. Ο συντονιστής επικεντρωνόταν κάθε φορά στις θετικές πλευρές της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων και υιοθέτησε μια μη κριτική και ενοχοποιητική στάση. Παράλληλα, στοιχεία γνωστικής προσέγγισης μέσα από την εκπαίδευση στην τεχνική επίλυσης προβλημάτων, διευκόλυναν την υιοθέτηση, από την πλευρά

των μελών, για μια εύκαμπτη αλλά σταθερή προσέγγιση στις δυσκολίες του ασθενή και της οικογένειας.

Το συναισθηματικό φορτίο εκφραζόταν σε κάθε συνεδρία, σε αντίστοιχες κάθε φορά περιοχές οικογενειακής δυσλειτουργίας. Σταδιακά, με την εδραίωση εμπιστοσύνης και συνοχής στην ομάδα, οι συγγενείς άρχισαν να μοιράζονται, πιο ελεύθερα, αρνητικά συναισθήματα όπως ενοχή, θυμό, ματαιώση, πικρία και πένθος. Συχνά υπήρχε αμοιβαία στήριξη ανάμεσα στα μέλη, στο βαθμό που υπήρχε κοινή παραδοχή για τα ίδια, δύσκολα εκφρασμένα συναισθήματα.

Οι άξονες προσανατολισμού της αντιμετώπισης στις σχέσεις των μελών μιας οικογένειας μ' ένα μέλος χαρακτηρισμένο ως ψυχιατρικό ασθενή στρέφονταν γύρω από τα παρακάτω σημεία (Anderson, Reiss and Hogarty, 1986):

Συχνός επαναπροσδιορισμός και επανεκτίμηση προσδοκιών σε σχέση με την πορεία της ασθένειας και ευαισθητοποίηση στη θετική αξιολόγηση σταδιακών βημάτων.

Δημιουργία ορίων σε περιβάλλοντα είτε με έντονα ερεθίσματα ή με απουσία ερεθισμάτων. Αποφυγή ταυτόχρονων και πολλαπλών αλληλεπιδράσεων, μη καθαρών δομών εξουσίας και διάχυτων διαπροσωπικών ή / και γενεαλογικών ορίων. Ιεράρχηση προτεραιοτήτων.

Προσπάθεια για μία επικοινωνία που να χαρακτηρίζεται όσο το δυνατόν από διαφάνεια, απλότητα και σαφήνεια και έμφαση σε θετικές υποδείξεις και υποστηρικτικά σχόλια.

Έμφαση στην ανάγκη προσωπικής αυτονομίας για κάθε μέλος του οικογενειακού συστήματος. Αποφυγή επικέντρωσης γύρω από το «πρόβλημα» και προσπάθεια για ομαλοποίηση της οικογενειακής ρουτίνας.

Πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση για την έγκαιρη αναγνώριση προειδοποιητικών «σημαδιών» με στόχο την άμεση βοήθεια του ασθενή για πιθανή α-

ποφυγή υποτροπής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι συγγενείς βρέθηκε ότι ζούν σε συνθήκες έντασης και έχουν ανάγκη από κατανόηση των πολύ πρακτικών και πραγματιστικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Είναι ενδιαφέρον ότι αρχικά ζητούσαν «συνταγές» για το πώς θα έπρεπε να αντιδρούν σε κάθε περίπτωση.

Για την πλειοψηφία των μελών της ομάδας, η ζωή τους επικεντρωνόταν γύρω από τον ασθενή, με ανυπαρξία προσωπικής ζωής και κοινωνικών δραστηριοτήτων ανεξάρτητων από αυτόν/ήν. Είναι αποδεκτό το γεγονός ότι ο ψυχιατρικός ασθενής δεν επιτρέπει ικανοποιητικές προβολές, δεν αφήνει χώρο για ταυτίσεις επιθεβαίωσης και η παρουσία του μπορεί να γίνει μια διαρκής ναρκισσιστική πληγή και πηγή αυτο-υποτίμησης για τους δικούς του (Tomkiewicz, 1973). Η ναρκισσιστική πληγή, ο κλειστός συχνά ορίζοντας σε ελπίδες, το φάντασμα του θανάτου γεννούν ή οξύνουν συναισθήματα, που περιοδικά λειτουργούν και ως μηχανισμοί άμυνας από την πλευρά των συγγενών. Η επεξεργασία αυτών των συναισθημάτων αποκαλύπτει τις κατά κανόνα σύνθετες και συγχεόμενες σχέσεις ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας (Benois, 1982).

Πολύ συχνά, στην εξομολόγηση των συγγενών έβγαινε ως κυρίαρχο θέμα «*τι θα γίνει άμα φύγουμε εμείς;*» Ο Tomkiewicz (1973), ερμηνεύοντας αυτή την ανησυχία, υποστηρίζει την άποψη ότι ο ψυχιατρικός ασθενής τείνει να προσφέρει μια εξαιρετική εκλογίκευση του φόβου του θανάτου που βιώνουν οι συγγενείς - μέλη της οικογένειας.

Το στοιχείο της πληροφόρησης αξιολογήθηκε ως πολύ βοηθητικό από την πλευρά των συμμετεχόντων. Η κατανόηση της φύσης της ασθένειας ωστόσο δεν στάθηκε αρκετή για αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς από την πλευ-

ρά των συμμετεχόντων, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από άλλες ερευνητικές μαρτυρίες (Targier et al., 1988).

Οι περιοχές όπου εκφράστηκε έντονη ανάγκη για βοήθεια από την πλευρά των μελών της ομάδας αναφέρονται παρακάτω. Ενδιάμεσα παρεμβάλλονται χαρακτηριστικά σχόλια και αυτούσιες δηλώσεις των συμμετεχόντων, που εκφράζουν ανάγλυφα τις προτεραιότητές τους.

Συχνά οι γονείς αναλάμβαναν αποκλειστική ευθύνη για οποιαδήποτε δραστηριότητα μέσα και έξω από το σπίτι και επέτρεπαν ελάχιστα ή καθόλου χώρο για προσωπική πρωτοβουλία από την πλευρά του ασθενή. Υπήρχε έντονη η σύγχυση ανάμεσα στα όρια υπερπροστασίας, σταδιακής παραχώρησης υπευθυνότητας, που ήταν σε θέση να αναλάβει ο ασθενής, και απορριπτικής στάσης ή παθητικότητας από την πλευρά του γονιού. Το σχόλιο της μητέρας που ακολουθεί είναι χαρακτηριστικό: «... *Ό,τι θέλει, του το παίρνω. Όσο τους κάνεις το καλό τους, τόσο το παίρνουν επάνω τους και το εκμεταλλεύονται. Ήθελε ένα περιοδικό για τ' αυτοκίνητα· του λέω: εγώ θα πάω στο σουπερμάρκετ, πού θα βρω το περιοδικό για να το αγοράσω; Πέρασε μια εβδομάδα. Δεν βγήκε να το πάρει. Του το πήρα εγώ στο τέλος. Τι να κάνω;»*

Σ' αυτή την απορία συνυπάρχει και η δυσκολία των γονιών να βρουν λύση σε πρακτικά καθημερινά προβλήματα που συνδέονται κυρίως με τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως η παθητικότητα από την πλευρά του ασθενή, η κοινωνική απόσυρση και η έλλειψη κινητοποίησής του/της. Ο στιγματισμός και η αρνητική κοινωνική πίεση εκφράζονταν επίμονα κατά τη διάρκεια των συνεδριών. «... *Ούτε συγγενής, ούτε κανένας δεν τον αναλαμβάνει. Μόλις ακούει για ψυχιατρείο, πάει το παιδί, σταμπάρεται, γι' αυτό και δεν μπορεί να δουλέψει»*. Το σχόλιο αυτό εκφράζει μια πραγματικότητα, αλλά, παράλληλα, στη συγκεκριμένη περίπτωση, πρόσφερε και ένα εύλογο τρόπο παθητικής αποδοχής της

κατάστασης και αποφυγή δραστηριοποίησης για αντιμετώπιση της συγκεκριμένης στάσης.

Η επαγγελματική αποκατάσταση και η διατήρηση του εργασιακού ρόλου συνδεδεμένη με τα όρια και τις δυνατότητες του κάθε ασθενή αποτελούσε έντονο προβληματισμό για τους συμμετέχοντες. «... Καλά εδώ, έρχεται και του αρέσει, αλλά αυτό θα τελειώσει, τι θα γίνει μετά;...».

Επιγραμματικά αναφέρουμε ότι η κοινωνική επανένταξη των ασθενών και η επανασύνδεσή τους με μέλη ενός κοινωνικού δικτύου απ' όπου είχαν συχνά αποκοπεί, ο τρόπος αντιμετώπισης των υπολοίπων μελών της οικογένειας, καθώς και η ενημέρωση για τη φαρμακοθεραπεία, αποτελούσαν συχνά αδιέξοδα στις συζητήσεις των μελών της ομάδας.

Συζήτηση των αποτελεσμάτων - Σχολιασμός

Έχει υπολογιστεί ότι ένα ποσοστό γύρω στο 65% ψυχιατρικών ασθενών, που βγαίνουν από ιδρυματική περίθαλψη, επιστρέφουν στις οικογένειές τους (Minkoff, 1978). Από την άλλη, η επαφή των ειδικών με τις οικογένειες εξαντλείται, κατά κανόνα, σε συλλογή πληροφοριών για το ατομικό ιστορικό του ασθενή και η αιτιακή σύνδεση ανάμεσα στην ασθένεια και στις οικογενειακές συμπεριφορές δηλώνεται έμμεσα ή άμεσα από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Ολοένα και πιο έντονη παρουσιάζεται ωστόσο η ανάγκη για σύνδεση με την οικογένεια και αποσύνδεση αιτιολογίας και θεραπείας.

Μέσα από τη λειτουργία της ομάδας ήταν ξεκάθαρο ότι ο θεραπευτής χρειάζεται να δημιουργήσει γνήσια συμμαχία συνεργασίας με την οικογένεια και στη συνέχεια να κατανοήσει τα θέματα και τα προβλήματα που πιθανά οδηγούν στην ανάγκη ή διατήρηση έντασης / άγχους στον ασθενή και στα υπόλοιπα μέλη του συστήματος. Επιπλέον, είναι α-

παραίτητη από την πλευρά του θεραπευτή, η διερεύνηση και αξιολόγηση των αποθεμάτων της κάθε οικογένειας για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων και δυσλειτουργιών, με ιδιαίτερη έμφαση στη μείωση του άγχους και επανακινητοποίηση της ελπίδας.

Όταν δημιουργήθηκε για πρώτη φορά η Υ.Ε.Ε.Α.Θ. δεν υπήρχε καμία τυπικά θεσμοθετημένη σύνδεση με την οικογένεια και η ανάγκη για την εμπλοκή της αναγνωρίστηκε σχεδόν από την πρώτη στιγμή. Πολλοί από τους συγγενείς των εκπαιδευομένων αναζητούσαν μέλη του προσωπικού για επίλυση προβλημάτων και το προσωπικό γρήγορα διαπίστωσε ότι οι συγγενείς και οι εκπαιδευόμενοι επωφελούνταν από αυτές τις επαφές. Η σκέψη για δημιουργία ομάδας γονέων σ' ένα πειραματικό στάδιο ξεκίνησε με βάση τα δύο αυτά στοιχεία. Οι ομάδες συχνά αποτελούν ένα κοινό αποδεκτό θεραπευτικό χειρισμό σε κέντρα ημερήσιας ψυχιατρικής περίθαλψης (Attwood and Williams, 1978).

Μια παρέμβαση, όπως αυτή που περιγράφηκε, με ξεκάθους στόχους, χαμηλό κόστος και μικρή χρονική διάρκεια αποδείχτηκε ευεργητική σε ορισμένους τομείς για όλο το σύστημα: προσωπικό, συγγενείς, εκπαιδευόμενους. Λεπτομέρειες αξιολόγησης των αποτελεσμάτων σε σχέση με τους συγκεκριμένους στόχους της παρέμβασης θα δημοσιευτούν στο μέλλον. Για τους περισσότερους συγγενείς, η διαδικασία αλλαγής προσδοκιών και καλύτερης κατανόησης της συμπεριφοράς από την πλευρά του ασθενή, άρχισε να διακρίνεται προς το τέλος των συνεδριών.

Μέσα από τη λειτουργία της ομάδας διερευνήθηκαν συστηματικά οι ανάγκες, οι προσδοκίες και οι προοπτικές των μελών και του προσωπικού σε σχέση με την πορεία της κατάστασης του ασθενή. Η έκφραση συχνά απαγορευμένων συναισθημάτων και η κοινότητα εμπειριών έδωσαν τη δυνατότητα για μελλοντική θεσμοθέτηση μιας γέφυρας επικοινωνίας

ανάμεσα στη συγκεκριμένη υπηρεσία και στο οικογενειακό περιβάλλον, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από αντίστοιχες ερευνητικές εμπειρίες (Leung, Rastogi and Woods, 1989).

Θα θέλαμε ωστόσο να σταθούμε ιδιαίτερα στις προϋποθέσεις για μια πετυχημένη παρέμβαση, καθώς και στους περιορισμούς που αντίστοιχα διαπιστώθηκαν από την εφαρμογή της πειραματικής αυτής προσπάθειας.

Πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση, είναι αναγκαία η συστηματική και εξατομικευμένη αξιολόγηση κάθε οικογενειακού συστήματος που να διασφαλίζει στοιχεία ουσιαστικής επαφής, εμπιστοσύνης και ασφάλειας για όλους τους συμμετέχοντες. Η εφαρμογή ενός ψυχοεκπαιδευτικού μοντέλου δεν είναι απλή, στο βαθμό που προϋποθέτει ένα θεσμοθετημένο πλαίσιο παρέμβασης με διασφάλιση της συνέχειας της περιθάλψης και συντονισμό ανάμεσα στα άτομα ή/και φορείς που ασχολούνται αντίστοιχα με το συγκεκριμένο κάθε φορά οικογενειακό σύστημα. Επιπλέον, είναι απαραίτητη μια ομάδα συντονιστών που να κατευθύνει τις θεραπευτικές συνεδρίες, με ανάλογη θεωρητική εκπαίδευση και κλινική εμπειρία. Χρειάζεται σαφής οριοθέτηση των στόχων της παρέμβασης και συνεχής επανατροφοδότηση για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, στο βαθμό που αυτή εμπεριέχει ποικιλία θεωρητικών προσεγγίσεων και πρακτικών τεχνικών. Όλες αυτές οι προϋποθέσεις δεν ήταν πάντα παρούσες στη λειτουργία της συγκεκριμένης ομάδας για λόγους που έχουν σχέση, τόσο με τη φύση και τη δομή της Υ.Ε.Ε.Α.Θ., όσο και με το γενικότερο σύστημα ψυχιατρικής περιθάλψης στη χώρα μας. Η επιλογή του συγκεκριμένου ψυχοεκπαιδευτικού μοντέλου παρέχει ουσιαστικά πλεονεκτήματα σε σχέση με την ατομική θεραπεία ή/και την αποκλειστική χρήση φαρμακοθεραπείας (Anderson, Reiss and Hogarty, 1986). Προσφέρει μια ενιαία δομή σε όλες τις θεραπευτικές

διεργασίες και βιωσιμότητα της περίθαλψης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ενώ παράλληλα προτείνει μια εναλλακτική λύση της παραδοσιακής οικογενειακής θεραπείας με έμφαση στην ενίσχυση υγιών γενεαλογικών ορίων, ξεκάθαρων δομών εξουσίας και αποτελεσματικής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη του οικογενειακού συστήματος.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να σχολιάσουμε ότι, και σ' αυτή τη μελέτη - πιλότο, οι γυναίκες βρέθηκαν να αποτελούν τον κύριο φορέα στήριξης των ασθενών, δεδομένο που επιβεβαιώνεται και από πλήθος ερευνών και είναι ανεξάρτητο από διάγνωση, ηλικία, φύλο ή ψυχιατρικά χαρακτηριστικά του ασθενή (Svanum and Sobel, 1989). Τελικά, ένα από τα αποτελέσματα της αποϊδρυματοποίησης είναι και ότι τείνει να συντελεί στην παράταση του ρόλου των γυναικών ως φορέων ανατροφής και φροντίδας, με αντίστοιχες συνέπειες στο συναισθηματικό φορτίο.

Το ίδιο το γεγονός ότι ασχολούμαστε με γονείς εμπεριέχει ένα πολύ μεγάλο κίνδυνο να μας συμπαρασύρει σε μια διαχωριστική στάση ασθενή - μελών οικογένειας και η περιγραφή της πορείας να γίνει είτε μια πράξη κατηγορίας ή τετράδιο συλλυπητηρίων (Tomkiewicz, 1973). Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι δεν αναφερόμαστε σε γονείς, ασθενείς ή οικογένειες, αλλά σε σχέσεις συχνά πολυσύνθετες και πολυεπίπεδες.

Τελειώνοντας, νοιώθουμε την επιθυμία να τονίσουμε ιδιαίτερα την ανάγκη διευκρίνησης του ρόλου που καλείται να παίζει η οικογένεια. Αν και οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συμφωνούν πρόθυμα ότι τα πρακτικά και συναισθηματικά βάρη είναι τεράστια για μια οικογένεια μ' ένα χρόνιο ασθενή, εντούτοις ασχολούνται μ' αυτή, μόνο όταν η οικογένεια, κάτω από τη συνεχή πίεση και ένταση, υποκύπτει και καταφεύγει σε ακραίες και ανορθόδοξες στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι αποφά-

σεις για το ποιος θα έπρεπε να αποτελέσει τον κατεξοχή φορέα στήριξης και περίθαλψης των ψυχιατρικών ασθενών συνήθως παίρνονται από ειδικούς και υπεύθυνους για θέματα πολιτικής χάραξης και συχνά είναι τελεσιδικές. Ωστόσο, το θέμα της περίθαλψης στην οικογένεια έναντι των κοινοτικών δομών περίθαλψης συνολικότερα, δεν έχει διευρυνθεί πλήρως. Αναφέρουμε χαρα-

κτηριστικά το σχόλιο μιας μητέρας που δίνει περιεχόμενο στην τελευταία μας θέση (Hatfield, Spaniol and Zippel, 1987). «Παλιότερα, οι ειδικοί για την ψυχική υγεία ασχολούνταν αποκλειστικά με τον ασθενή, αλλά φαίνεται ότι απέτυχαν. Τώρα, έχουν αποφασίσει ότι οι οικογένειες θα πρέπει να παίξουν αυτόν τον ρόλο, για να είναι αυτές οι υπεύθυνες για μια δεύτερη αποτυχία!».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Anderson C.H., Reiss D.J. and Hogarty G.E. *Schizophrenia and the Family: A practitioner's guide to Psychoeducation and Management*. New York, The Guilford Press, 1986.

Attwood N. and Williams M.E.D. Group support for the Families of the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 1978, 4, 3, 415-423.

Benois J.C. *Angoisse psychotique et système parental*. Paris, Editions P.U.F., Psychiatrie ouverte, 1982.

Berkowitz R., Eberlein-Fries R., Kuipers L. and Leff J. Educating relatives about Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1984, 10, 3, 418-428.

Brown G.W., Carstairs G.M. and Topping G.C. The past hospital adjustment of chronic mental patients. *The Lancet*, 1958, ii, 685-689.

Creer C., Sturt E. and Wykes T. The role of relatives. In S.K. Wing (Ed.) Long term Community Care: Experience in a London Borough. *Psychological Medicine*, Monograph Supplement 2, 1982.

Fadden G., Bebbington P. and Kuipers L. The Burden of Care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150, 285-292.

Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W., Williamson M., Razani J., Moos H.B., Gilderman A.M. and Simpson G.M. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42, 887 - 896.

Falloon I.R.H. Expressed Emotion (E.E.): Current status, Editorial. *Psychological Medicine*, 1988, 18, 269 - 274.

Goldberg D. and Huxley P. *Mental Illness in the community*. London, Tavistock, 1980.

Goldstein M.J., Rodnick E.H., Evans J.A., Philip R.A. and Steinberg M. Drug and Family Therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35, 1169 - 1177.

Gonzales S., Steinglass P. and Reiss D. Putting the illness in its place: Discussion Groups for families with chronic medical illnesses. *Fam. Proc.*, 1989, 28, 69 - 87.

Greenberg L., Fine S.B., Cohen C., Larson K., Michaelson, Baily A., Rubinton P. and Glick I.D. An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families in an acute care setting. *Hospital and Community Psychiatry*, March 1988, 39, 3, 277 - 282.

Hatfield A.B., Spaniol L. and Zipple A.M. Expressed emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 1987, 13, 2, 221 - 226.

Hoening J. and Hamilton M.W. *The Burden on the household in an Extramural Psychiatric Service*. In H. Freeman and J. Farndale (Eds). London, Pergamon, 1967, 612 - 635.

Hogarty G.E. Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S., Greenwald D.P., Janva C.D., Madonia M.J. and the EPICS Schizophrenia Research Group. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43, 633 - 642.

Kuipers L. and Bebbington P. Relatives as a resource in the management of functional illness. *British Journal of Psychiatry*, 1985, 147, 465 - 470.

Leff J.P., Kuipers L., Berkowitz R. and Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year follow - up. *British Journal of Psychiatry*, 1985, 146, 594 - 600.

Leff J. Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion. *The International Journal of Social Psychiatry*, 1989, 35, 2, 133 - 145.

Leung G.M., Rastogi S.C. and Woods J. Relative support group of long - stay psychiatric patients. *Psychiatric Bulletin*, 1989, 13, 417 - 419.

MacCarthy B. Unpredictability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148, 727 - 731.

MacCarthy B. The Role of relatives (Chapter II). In A. Lavender and F. Holloway (Eds). *Community Care in Practice*. Wiley, 1988, 207 - 227.

MacCarthy B., Lesage A., Brown C.R., Brugha T.S., Mangan J. and Wing J.K. Needs for care among the relatives of long term users of day care. *Psychological Medicine*, 1989, 19, 725 - 736.

McCreadie R.G. Coordinated aftercare for schizophrenia: A report of a pilot project. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, October 1985, 11, 335.

Meiyers S.I. *Problem-solving therapy with socially anxious children*. Swets and Zeit Linger B.V., Amsterdam and Lisse, 1978.

Minkoff K. A map of chronic mental patients. In J.A. Talbot (Ed.) *The chronic mental patient*. Washington D.C., American Psychiatric Association, 1978.

Noh S. and Turner R.J. Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. *Social Science and Medicine*, 1987, 25, 3, 263 - 271.

Pai S. and Kapur R.L. The burden of the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 1981, 138, 332 - 335.

Pattison S. and Armitage P. An ethical analysis of the policies of British community and hospital care for mentally ill people. *Journal of Medical Ethics*, 1986, 12, 136 - 140.

Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some eating scales. *Psychological Medicine*, 1985, 15, 383 - 393.

Ascher-Svanum H. and Sabel T.S. Caregivers of mentally ill adults: A woman's agenda. *Hospital and Community Psychiatry*, August 1989, 40, 8, 843 - 845.

Talbott S.A. (Ed.). *The chronic mental patient: Problems, solutions and recommendations for a public policy*. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1978.

Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., Bamrah J.S., Porceddu K., Watts S. and Freeman H. The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, 532 - 542.

Tarrier N. Effect of treating the family to reduce relapse in schizophrenia: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, July 1989, 82, 423 - 424.

Tomkiewicz S. Relation du debile mental avec sa famille. *Confrontations Psychiatriques*, 1973, 10, 159 - 192.

Vaughn C.C. Annotation: Expressed emotion in family relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1989, 30, 1, 13 - 22.

W.H.O. *Schizophrenia: An international follow - up study*. Chichester, England, Wiley, 1979.

Zubin S. and Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, 2, 103 - 126.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τον ψυχίατρο Γ. Τσάρα, Προϊστάμενο το 1987 της Υπηρεσίας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Θεσσαλονίκης (Υ.Ε.Ε.Α.Θ.), τους εργαζόμενους στην Υπηρεσία και βέβαια τους γονείς και τους εκπαιδευόμενους που έκαναν την έρευνα πραγματικότητα. Η Υ.Ε.Ε.Α.Θ. χρηματοδοτήθηκε από την Ε.Ο.Κ. και τον Ο.Α.Ε.Δ.