

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ψύχωση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση:
Ποιες είναι οι απόψεις των ειδικών;**

Των φοιτητών:
Καρπουτζάκη Ζωή
Καστρίτης Χαράλαμπος
Λελεδάκη Νικολέτα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:
Δρ. Μαρία Μουδάτσου

Ηράκλειο, 2021

Copyright@ 2021 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, της επιβλέπουσας καθηγήτριας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση Τήρησης Ακαδημαϊκής Δεοντολογίας

Οι κάτωθι υπογεγραμμένοι φοιτητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του ΕΛΜΕΠΑ

Καρπουτζάκη Ζωή
Καστρίτης Χαράλαμπος
Λελεδάκη Νικολέτα

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

Ψύχωση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Ποιες είναι οι απόψεις των ειδικών;

είναι προϊόν δικής μας δουλειάς και όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται πλήρως.

Επίσης, δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε άλλο ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος ή το σύνολο αυτής.

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

Καρπουτζάκη Ζωή

Καστρίτης Χαράλαμπος

Λελεδάκη Νικολέτα

Περίληψη

Οι ανθρώπινες ανάγκες αποτελούν μια σύνθετη έννοια, η οποία διαφέρει ως προς το ποιος τις προσδιορίζει. Σύμφωνα με την θεωρία του A. Maslow (1943, 1954), η βασικότερη ανάγκη όλων είναι αυτή της επιβίωσης, δηλαδή, ότι κρατά τον άνθρωπο στη ζωή (τροφή, νερό, ύπνος κλπ), ενώ, για την κάλυψη μιας κατηγορίας αναγκών απαιτείται η πρότερη ικανοποίηση της αμέσως προηγούμενης κατηγορίας πχ για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, απαιτείται η κάλυψη των αναγκών ασφαλείας. Η ψύχωση αποτελεί μια σειρά από συμπτώματα ψυχικών ασθενειών που στρεβλώνουν τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα έναντι των γύρω του (Doherty & Owen, 2014). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου, δηλαδή, μία διαδικασία που προσφέρει ευκαιρίες ανεξαρτητοποίησης σε ψυχωτικούς ασθενείς με έκπτωση λειτουργικότητας μέσα στην κοινότητα συνδυάζοντας τη φαρμακευτική θεραπεία, την ψυχοθεραπεία και τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Μαδιανός, 2005).

Η παρούσα εργασία στοχεύει στη μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την υφιστάμενη κατάσταση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχωσικών ασθενών. Συγκεκριμένα, θα μελετηθούν οι ανάγκες, οι ευκαιρίες, τα προβλήματα και οι δυσκολίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η επίδραση του στίγματος στο άτομο και την οικογένεια καθώς και προτάσεις για το μέλλον.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών αφορούν κυρίως τις βιολογικές (τροφή, νερό, στέγη), τις κοινωνικές και τις ανάγκες ασφάλειας (φάρμακα, τήρηση προγράμματος). Αντίστοιχα, βρέθηκε πως οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και τα κοινωνικά δίκτυα συμβάλλουν ολιστικά στη στήριξη των ασθενών και συμβάλλουν θετικά στην ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση. Όμως, το στίγμα φαίνεται πως αυξάνει τη βίωση συναισθημάτων όπως το άγχος, η ντροπή, η απελπισία/ απόγνωση και ο θυμός, τα οποία οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση και τη μείωση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς, ενώ, επιβαρύνει τις οικογένειες με τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις της κοινωνίας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να κλείνονται στον εαυτό τους, υιοθετούν απόψεις τρίτων και να αυτοστιγματίζονται. Έτσι, προτείνονται παρεμβάσεις όπως η δημιουργία κέντρων αποκατάστασης, η

ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η πρόσληψη ειδικών επαγγελματιών για την παροχή νέων υπηρεσιών, η διασύνδεση υπηρεσιών δημοσίου (συμπεριλαμβανομένων των ΟΤΑ) και ιδιωτικού τομέα για την υλοποίηση δράσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.

Abstract

Human needs are a complex concept, which differs by who is defining them. According to A. Maslow's theory (1943, 1954), the most important need is survival. Survival includes the basic needs that keep us alive such as food, water, sleep, etc. In order to meet a category of needs, all prior categories must be satisfied. For example, to meet one's social needs, security needs must be met first. Psychosis is a series of symptoms of mental illness that distort the way a person perceives reality in relation to those around him (Doherty & Owen, 2014). The psychosocial rehabilitation of the individual is a process that offers opportunities for independence in psychotic patients with reduced functionality within the community by combining drug therapy, psychotherapy and psychosocial interventions (Madianos, 2005).

The present thesis aims to study the views of mental health professionals on the current state of psychosocial rehabilitation of psychotic patients. Specifically, the needs, opportunities, problems and difficulties of psychosocial rehabilitation, the effect of stigma on the individual and the family as well as suggestions for the future.

The results indicated that the needs of psychotic patients mainly concern the biological (food, water, shelter), social and security needs (medicines, schedule). Respectively, it was found that the relations between the family members and the social networks contribute holistically to the support of the patients and contribute positively to their psychosocial rehabilitation. However, stigma seems to increase the experience of emotions such as anxiety, shame, despair and anger, which lead to social isolation and lower patient self-esteem, while burdening families with stereotypes and prejudices resulting in patients being closed to themselves, adopting the views of others and being stigmatized. Thus, interventions such as the establishment of rehabilitation centers, the development of training programs, the recruitment of specialists for the provision of new services, the interconnection of public services (including local authorities) and the private sector for the implementation of information and awareness actions are proposed.

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract	6
Περιεχόμενα	7
Εισαγωγή	9
Κεφάλαιο 1: Η έννοια της ψύχωσης	11
1.1 Ορισμός ψύχωσης και κατηγορίες ψυχοτικών διαταραχών	11
1.2 Συμπτώματα ψύχωσης	12
1.3 Θεραπεία ψύχωσης - Διαταραχών του φάσματος της σχιζοφρένειας	14
1.3.1 Φαρμακευτική θεραπεία	14
1.3.2 Ψυχολογικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις	15
Κεφάλαιο 2: Χρόνια ψυχική ασθένεια και ψύχωση	17
2.1 Ορισμός σοβαρής ψυχικής ασθένειας	17
2.2 Ψύχωση και αναπηρία	18
2.3 Χρόνιος ψυχικά ασθενής και ανάγκες	19
2.4 Οι ανάγκες των ασθενών	20
Κεφάλαιο 3: Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	25
3.1 Ορισμός της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	25
3.2 Σκοποί και στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	26
3.3 Η αναγκαιότητα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	28
3.4 Η σπουδαιότητα της εργασίας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	29
3.5 Οι επιπτώσεις του στίγματος στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών	30
3.6 Κοινωνικός λειτουργός και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	31
Κεφάλαιο 4: Κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	35
4.1 Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα	35
4.2 Υπηρεσίες και δομές	39
4.3 Δυσκολίες	41

4.4 Συμφέροντες παράγοντες	42
4.5 Αξιολόγηση των υπαρχόντων δομών και υπηρεσιών	44
Κεφάλαιο 5: Κοινωνική πολιτική διεθνώς για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών	46
5.1 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ευρώπη	46
5.2 Το παράδειγμα των Η.Π.Α.	47
5.3 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση σε άλλες χώρες	49
5.4 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και δομών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διεθνώς	50
Κεφάλαιο 6: Μεθοδολογία έρευνας	52
6.1 Χαρακτηριστικά της έρευνας	52
6.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι	52
6.3 Δείγμα - Κριτήρια επιλογής πληθυσμού	53
6.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων-Συνέντευξη	56
6.5 Άδειες και ενημέρωση	56
6.6 Ανάλυση κοινωνικοδημογραφικών και ποιοτικών δεδομένων	56
Κεφάλαιο 7: Παρουσίαση αποτελεσμάτων	58
Κεφάλαιο 8: Συζήτηση, περιορισμοί και προτάσεις	70
8.1 Συζήτηση	70
8.2 Περιορισμοί & προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	72
8.3 Προτάσεις για την ισχύουσα κοινωνική πολιτική	73
Κεφάλαιο 9: Συμπεράσματα	74
Βιβλιογραφία	75
Παράρτημα I Οδηγός Συνέντευξης	85
Παράρτημα II Αίτημα για άδεια πρόσβασης	87

Εισαγωγή

Η Ψύχωση ορίζεται ως μία σειρά από συμπτώματα που σχετίζονται με θέματα ψυχικής υγείας σε ένα ευρύ φάσμα ψυχωτικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών της σχιζοφρένειας, της διπολικής διαταραχής, της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Ουσιαστικά, η ψύχωση ορίζεται ως μια εμπειρία, κατά την οποία ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα του διαφέρει ιδιαίτερα από τους υπόλοιπους γύρω του, προκαλώντας σύγχυση στην πραγματικότητα που βιώνει (Doherty & Owen, 2014). Η θεραπεία των ψυχωσικών ασθενών εστιάζει στη φαρμακευτική θεραπεία, την ψυχοθεραπεία και τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, κυρίως συνδυαστικά για την πληρέστερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου (Μαδιανός 2005).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ορίζεται ως μία διαδικασία που προσφέρει ευκαιρίες σε ψυχωτικούς ασθενείς με έκπτωση λειτουργικότητας να αποτελέσουν όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητες οντότητες μέσα στην κοινότητα. Συγκεκριμένα, κατά την παραπάνω διαδικασία, υποστηρίζεται η βελτίωση των δεξιοτήτων του ατόμου, καθώς και η δημιουργία ενός πιο ανεκτικού κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι δύο αυτοί στόχοι είναι εξίσου σημαντικοί και αλληλοεξαρτώμενοι, αφού καλύπτουν μέρος των βασικών αναγκών του ασθενή (Μαδιανός, 2005).

Οι ανθρώπινες ανάγκες αποτελούν μια σύνθετη έννοια, η οποία διαφέρει ως προς το ποιος τις προσδιορίζει. Για παράδειγμα, όταν οι ανάγκες ενός ανθρώπου ορίζονται από ειδικούς τότε συνδέονται στενά με την ατομική θεραπεία, ενώ, όταν το ίδιο το άτομο ορίζει τις ανάγκες του ανακύπτουν θέματα του ευρύτερου κοινωνικού ιστού που το περιβάλλει όπως η εκπαίδευση, η διατροφή και οι συνήθειες (Μουδάτσου και συν., 2018). Αντίστοιχα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τις ανάγκες του ατόμου ως αντικειμενικές ελλείψεις του τομέα της υγείας, που χρήζουν επαναπροσδιορισμού. Έτσι, οι ιατρικές ή επιστημονικές ανάγκες που καταγράφονται από ειδικούς μπορεί να διαφέρουν αισθητά από εκείνες που τελικώς αναφέρονται από το άτομο (Boberg et al. 2003).

Μια πλήρης απεικόνιση των ανθρώπινων αναγκών είναι αυτή της πυραμίδας του Maslow. Ο Α. Maslow (1943, 1954) δημιούργησε την πυραμίδα των αναγκών θέτοντας σε κάποιες από αυτές προτεραιότητα έναντι άλλων. Σύμφωνα με την θεωρία του, η βασικότερη ανάγκη όλων είναι αυτή της επιβίωσης, δηλαδή, ότι κρατά τον άνθρωπο στη ζωή (τροφή, νερό, ύπνος κλπ), ενώ, για την κάλυψη μιας κατηγορίας αναγκών απαιτείται η πρότερη ικανοποίηση της αμέσως προηγούμενης κατηγορίας πχ για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, απαιτείται η κάλυψη των αναγκών ασφαλείας.

Η Κοινωνική Εργασία, ανά τα χρόνια, θεωρείται ένας από τους βασικούς και απαραίτητους επιστημονικούς κλάδους στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας στον χώρο της ψυχικής υγείας, διευκολύνει και ενδυναμώνει τα άτομα, ώστε να έχουν μία ισορροπημένη σχέση ανάμεσα στην συναισθηματική τους κατάσταση και τις εξωτερικές πιέσεις που υφίστανται. Οι πρακτικές που επιλέγονται από τους ειδικούς έχουν ενδυναμωτικό χαρακτήρα, δίδουν μεγάλη έμφαση στον ρόλο της κοινότητας και έχουν διαπολιτισμικό πρόσημο. Άλλωστε αυτός είναι ο λόγος που σε ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία χρησιμοποιείται κυρίως το ψυχοκοινωνικό μοντέλο (Crawford & Walker, 2010).

Στα κεφάλαια που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά οι βασικοί ορισμοί για την ψύχωση ως ασθένεια, τα χαρακτηριστικά και η θεραπεία της, οι ανθρώπινες ανάγκες, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών με ψύχωση, η υφιστάμενη κατάσταση για την κοινωνική πολιτική που διέπει την ψυχική υγεία παγκοσμίως και η συμβολή της κοινωνικής εργασίας στο πεδίο.

Κεφάλαιο 1: Η έννοια της ψύχωσης

1.1 Ορισμός ψύχωσης και κατηγορίες ψυχωτικών διαταραχών

Η Ψύχωση ορίζεται ως μία σειρά από συμπτώματα που σχετίζονται με θέματα ψυχικής υγείας και εμφανίζονται σε ένα εύρος ψυχωτικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών του φάσματος της Σχιζοφρένειας, της διπολικής διαταραχής, την διαταραχή μετατραυματικού στρες και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Doherty & Owen, 2014). Συγκεκριμένα η ψύχωση ορίζεται ως μια εμπειρία, η οποία προκαλεί σύγχυση της πραγματικότητας του ατόμου που την βιώνει. Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα του διαφέρει ιδιαίτερα από τους υπόλοιπους γύρω του (Krishnan et al. 2011; Sass & Parnas, 2003).

Στο διαγνωστικό εγχειρίδιο του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συλλόγου, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), κατηγοριοποιούνται οι ψυχωτικές διαταραχές. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η σχιζότυπη διαταραχή (προσωπικότητας), η παραληρητική διαταραχή και η βραχεία ψυχωτική διαταραχή. Επιπροσθέτως, άλλες κατηγορίες είναι η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η σχιζοφρένεια. Επιπλέον, κατηγορίες αποτελούν η ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα, και η ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη ιατρική κατάσταση. Το εγχειρίδιο περιλαμβάνει δύο κατηγορίες οι οποίες συσχετίζονται με το σύμπτωμα της κατατονίας. Η κατατονία σχετιζόμενη με άλλη ψυχική διαταραχή και η κατατονία οφειλόμενη σε άλλη ιατρική κατάσταση. Τέλος, αναφέρονται ως κατηγορίες, η ψυχωτική διαταραχή στο φάσμα της σχιζοφρένειας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς και η προσδιοριζόμενη ψυχωτική διαταραχή στο φάσμα της σχιζοφρένειας.

1.2 Συμπτώματα ψύχωσης

Η ψύχωση διαφέρει αρκετά από άνθρωπο σε άνθρωπο. Παρόλα αυτά η εμπειρία της ψύχωσης είναι πολύ αληθινή για το άτομο που την βιώνει, καθώς η έλλειψη επίγνωσης της πραγματικότητας μπορεί να γίνει ιδιαίτερα οδυνηρή και τρομακτική (Mannion et al. 2019).

Κατά την διάρκεια ενός ψυχωσικού επεισοδίου το άτομο ενδέχεται να βιώσει, είτε σε μερικό βαθμό είτε εντελώς, απώλεια επαφής με την πραγματικότητα. Τα συμπτώματα μπορούν να κυμανθούν από παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και σκέψη, παρορμητικά κίνητρα συμπεριφοράς, έως και κατατονία (Spauwen et al. 2006; Yung et al. 2010; Bakken & Høidal, 2014; Canitano & Pallagrosi, 2017).

Η Andreasen διέκρινε τα ψυχωτικά συμπτώματα σε θετικά και αρνητικά. Χαρακτηριστικό των θετικών συμπτωμάτων είναι ότι εμφανίζονται μόνο σε άτομα που πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές και όχι σε φαινομενικά ψυχικά υγιή άτομα. Από την άλλη τα αρνητικά συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως εκπτώσεις σε ψυχικές λειτουργίες οι οποίες είναι παρούσες σε φαινομενικά υγιή άτομα (Κωστελέτος και συν. 2020).

Τα θετικά συμπτώματα της ψύχωσης σχετίζονται με ασυνήθιστες, ενοχλητικές σκέψεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, παραισθήσεις (οπτικές, ακουστικές, γευστικές, οσφρητικές), παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (Doherty & Owen, 2014). Συνήθως προκαλούνται από την αποδιοργάνωση του συστήματος της ντοπαμίνης, η οποία προκαλεί αλλαγές στα νοήματα των λαμβανόμενων ερεθισμάτων. Η αποδιοργάνωση αυτή μπορεί να προέρχεται από έντονο άγχος, στρες και λοιπά δυσλειτουργικά νοητικά σχήματα, τα οποία επιδρούν στο σύστημα της ντοπαμίνης του εκάστοτε ατόμου (Κωστελέτος και συν. 2020).

Στην πέμπτη έκδοση του επίσημου διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου DSM-V, του American Psychiatric Association (2013), καταγράφονται αναλυτικά τα αρνητικά συμπτώματα των ψυχωτικών διαταραχών. Κύριο αρνητικό σύμπτωμα θεωρείται η μειωμένη ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα η

συναισθηματική απάθεια η οποία μπορεί να περιλαμβάνει εκπτώσεις στην διαπροσωπική και βλεμματική επαφή. Ένα ακόμα αρνητικό σύμπτωμα αποτελεί η ακινησία. Η έλλειψη κινήτρων ή της ικανότητας επίτευξης εργασιών και δραστηριοτήτων που έχουν έναν τελικό στόχο. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η πληρωμή των λογαριασμών και η συμμετοχή στην εργασία και σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Άλλα αρνητικά συμπτώματα σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο αποτελούν η αλαλία, η ανηδονία και η δυσκολία δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών επαφών. Η αλαλία (επιλεκτική αλαλία) είναι το κώλυμα του ατόμου να μιλήσει σε ορισμένες περιπτώσεις. Ο κλινικός όρος της ανηδονίας αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει μειωμένη ικανότητα στο να βιώσει την απόλαυση από θετικά ερεθίσματα ή υποβαθμίζει την ανάμνηση της χαράς και της ευχαρίστησης, που είχε βιώσει παλαιότερα από αντίστοιχα ερεθίσματα. Αναφορικά με την δυσκολία δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών επαφών πολλές φορές η αιτία εντοπίζεται στην έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Η προαναφερόμενη κατάσταση μπορεί να σχετίζεται με την έλλειψη κινήτρων, αλλά μπορεί επίσης να οφείλεται και στις περιορισμένες ευκαιρίες για κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (American Psychiatric Association, 2013).

1.3 Θεραπεία ψύχωσης - Διαταραχών του φάσματος της σχιζοφρένειας

Η θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας επικεντρώνονται στην φαρμακευτική θεραπεία, την ψυχοθεραπεία και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, στις περισσότερες περιπτώσεις συνδυαστικά. Επιτακτική ανάγκη αποτελεί η τήρηση συγκεκριμένων αρχών πριν ακολουθηθεί οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση (Μαδιανός 2005). Βασικότερες αρχές της θεραπείας αποτελούν η εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης – συμμαχίας, δηλαδή, η δημιουργία ενός στενού δεσμού μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου για την ομαλή εξέλιξη της αποκατάστασης του, καθώς και η σωστή διάγνωση-έλεγχος της κλινικής

εικόνας του ασθενούς μέσα από ένα πλήρες ψυχοκοινωνικό ιστορικό. Επιπλέον, εξίσου σημαντικές για τη θεραπεία είναι η αξιολόγηση της ατομικής λειτουργικότητας του ασθενούς και η επικέντρωση του θεραπευτικού πλάνου στις ανάγκες του.

1.3.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Κύρια φαρμακευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση των διαταραχών του φάσματος της σχιζοφρένειας αποτελούν τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Αποτελούνται από τα κλασικά ή αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς και τα άτυπα αντιψυχωσικά ή αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς, ενώ γενικότερα αποκαλούνται νευροληπτικά ή μείζονα ηρεμιστικά. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι συσκευασμένα έτσι ώστε να χορηγούνται είτε μέσω της στοματικής κοιλότητας είτε παρεντερικά. Η παρεντερική χορήγηση τους μπορεί να είναι βραχείας διάρκειας και να γίνεται ενδοφλέβια-ενδομυϊκά καθώς και μέσης ή μακράς διάρκειας με ενδομυϊκή ενέσιμη μορφή. Η χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων πραγματοποιείτε για την αντιμετώπιση και καταστολή οξέων ψυχωσικών επεισοδίων αλλά και για την πρόληψη των υποτροπών (Κούκια, 2015).

Ως κυριότερη φαρμακολογική δράση των αντιψυχωσικών φαρμάκων παρουσιάζεται η ανταγωνιστική ντοπαμινεργική δράση στους υποδοχείς D2. Όπως συμβαίνει και σε άλλες φαρμακευτικές αγωγές παρόμοιου τύπου, παρουσιάζονται διάφορες παρενέργειες τόσο στα κλασικά όσο και στα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα. Το είδος των παρενεργειών διαφέρει ανάλογα με το σκεύασμα ενώ σημαντικό είναι ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά φαίνεται να συσχετίζονται λιγότερο με την εκδήλωση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων. Κάποια από τα βασικά συμπτώματα – παρενέργειες ενδέχεται να παρουσιαστούν είναι αύξηση του σωματικού βάρους, δυσλιπιδαιμία, υπερπρολακτιναιμία, σεξουαλική δυσλειτουργία, εξωπυραμιδικές παρενέργειες, αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες, καταστολή, υπηλία και ορθοστατική υπόταση (Υπουργείο Υγείας, 2015).

Ιδιαίτερα σημαντική στην θεραπεία των ψυχωτικών διαταραχών αποτελεί η φαρμακευτική πρόληψη των υποτροπών στην φάση της συντήρησης. Η συνεχιζόμενη φαρμακευτική αγωγή και η αποτελεσματικότητα των αντιψυχωσικών φαρμάκων έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά ως βασική θεραπεία για την ανάρρωση των ασθενών που βρίσκονται σε ύφεση. Μερικοί από τους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο υποτροπών είναι η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, η έλλειψη εναισθησίας, τα έντονα και επίμονα συμπτώματα καθώς και όταν δεν ακολουθείται σωστά η φαρμακευτική θεραπεία. Για την αποφυγή των υποτροπών στους πάσχοντες από διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας σημαντικότερη αποτελεί η συνέχεια και η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (Κούκια, 2015).

1.3.2 Ψυχολογικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Οι διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας είναι σοβαρές και χρόνιες ψυχικές ασθένειες που ενδέχεται να προκαλούν υψηλή αναπηρία και έντονη νοσηρότητα στους πάσχοντες. Σε παγκόσμιο επίπεδο ένας στους δέκα ασθενείς με ψύχωση λαμβάνει ιδρυματική φροντίδα και το 90% παρουσιάζονται ανήμποροι να εργαστούν στηριζόμενοι σε κρατικά αναπηρικά επιδόματα. Σημαντικός παράγοντας κινδύνου των ασθενών που πάσχουν από ψύχωση αποτελεί η αυτοκτονία με ποσοστό 5% καθόλη την διάρκεια της ζωής τους (Περιτογιάννης και συν. 2018).

Η σημασία των ψυχολογικών θεραπειών και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων διαφαίνεται μέσα από την βιβλιογραφία εδώ και 30 χρόνια για τον επιστημονικά εστιασμένο λόγο του ότι ήταν αναγκαίες καθώς οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις εφευρέθηκαν αργότερα. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις στηρίχθηκαν στην μελέτη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν το άτομο πριν, κατά την διάρκεια και μετά την διάγνωση των ψυχωτικών διαταραχών. Από πολύ νωρίς έστρεψαν την προσοχή τους στην οικογένεια καταρτίζοντας προγράμματα ανακούφισης από το φορτίο που επιφέρει το στίγμα ενός ασθενή με ψύχωση (Οικονόμου & Λαλιώτη, 2011).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν μια μορφή θεραπευτικών προγραμμάτων, χωρίς τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής, οι οποίες αποσκοπούν στην ανάπτυξη της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση του στιγματισμού και των εμποδίων που υπάρχουν στην κοινωνία καθώς και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Γιαννίκου & Θώμο, 2015). Στόχος των αναφερόμενων παρεμβάσεων είναι τόσο η βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή με ψύχωση αλλά και της οικογένειάς του. Έτσι, μολονότι η φαρμακοθεραπεία διατείνεται ως αποτελεσματικότερη μέθοδος, η συμβολή των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στους παράγοντες υποτροπής είναι αναπόσπαστο κομμάτι του ευρύτερου θεραπευτικού σχεδιασμού και αποκατάστασής του ατόμου και της οικογένειάς του (Υπουργείο Υγείας, 2015; Κούκια, 2015).

Οι αναγνωρισμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που προσφέρονται σήμερα διεθνώς για τους ασθενείς που πάσχουν από ψύχωση, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας (2015), είναι η θεραπεία εστιασμένη στη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μέσω τέχνης, η γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία και αποκατάσταση, η συμβουλευτική και υποστηρικτική θεραπεία, οι ψυχοδυναμικές-ψυχαναλυτικές θεραπείες, η ψυχοεκπαίδευση, η εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων και οι παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας.

Η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας της χώρας μας προχώρησε σε συγγραφή ενός κατευθυντήριου εγχειριδίου θεραπείας των ατόμων με σχιζοφρένεια. Δόθηκε έμφαση στους στόχους των θεραπειών και των παρεμβάσεων. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν η μείωση της ευαλωτότητας του ατόμου, της δυσφορίας, της πιθανής υποτροπής και της αναπηρίας του, η βελτίωση των συμπτωμάτων, της ποιότητας ζωής, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των δεξιοτήτων του για την επίλυση προβλημάτων καθώς και η αύξηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία. Όμως, σε κάθε περίπτωση, η θεραπεία της ψύχωσης επικεντρώνεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεραπευτικής παρέμβασης, όπου το βιολογικό μέρος του μοντέλου αναφέρεται στο φαρμακευτικό μοντέλο θεραπείας και το ψυχοκοινωνικό τμήμα στους προαναφερθέντες παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω (Ευθυμίου & Ρακιτζή, 2009).

Κεφάλαιο 2: Χρόνια ψυχική ασθένεια και ψύχωση

2.1 Ορισμός σοβαρής ψυχικής ασθένειας

Σύμφωνα με τον Goldman (1981), είναι απαραίτητα τρία κριτήρια για να οριστεί κάποιος ως σοβαρά ψυχικά ασθενής. Το πρώτο κριτήριο είναι η διάγνωση, όπου το DSM-V κατατάσσει ως σοβαρές ψυχικές ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, οι διπολικές διαταραχές, το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και η παραληρητική διαταραχή. Αντίστοιχα, το δεύτερο κριτήριο αφορά τη διάρκεια του επεισοδίου, με τους δώδεκα μήνες να ορίζονται ως την ελάχιστη ένδειξη σοβαρής ψυχικής ασθένειας, ενώ, το τρίτο κριτήριο αφορά την έντονη μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου στη διαχείριση της καθημερινότητας του (απασχόληση, σχέσεις, στέγη) (Μαδιανός, 2005).

Άλλος ένας ορισμός δίνεται από τους Switaj et al. (2018). Σύμφωνα με αυτόν, κριτήρια απαραίτητα για την ύπαρξη σοβαρής ψυχικής ασθένειας θεωρούνται οι επαφές του χρήστη με υπηρεσίες (δύο ή περισσότερες), η χρήση νευροληπτικών μακράς δράσης, η διάγνωση ψυχικής ασθένειας (σχιζοφρένειας ή παραληρητικής διαταραχής), οι νοσηλείες και οι εισαγωγές σε προγράμματα μερικής νοσηλείας (τρεις ή περισσότερες σε διάστημα δύο ετών) και ο βαθμός προσαρμοστικής λειτουργικότητας (5 ή λιγότερο βάσει του DSM-V).

2.2 Ψύχωση και αναπηρία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1997), στη «Διεθνή Ταξινόμηση Βλαβών, Αναπηριών και Μειονεξιών», χρησιμοποίησε αρχικά τους όρους «Βλάβη», «Αναπηρία» και «μειονεξία» δίνοντας τους παρακάτω ορισμούς:

Βλάβη: Είναι η εμπειρία της απώλειας ή της απόκλισης από το φυσιολογικό, που μπορεί να αναφέρεται σε τρία επίπεδα: το ψυχολογικό, το φυσιολογικό και το λειτουργικό.

Αναπηρία: Οποιοσδήποτε περιορισμός στα πλαίσια των φυσιολογικών δραστηριοτήτων του ανθρώπου, που οφείλεται σε γνωστικά, ψυχολογικά ή βιολογικά αίτια.

Μειονεξία: Αποτελεί μειονέκτημα, προερχόμενο από μια βλάβη ή αναπηρία και παρεμποδίζει την ομαλή εκτέλεση ενός ρόλου, ο οποίος είναι αναμενόμενος ανάλογα το φύλο, την ηλικία, τις κοινωνικές ή πολιτιστικές νόρμες.

Λίγα χρόνια μετά, η ελληνική νομοθεσία στο Ν.2817/2000 ορίζει ότι τα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρουσιάζουν έντονη δυσκολία μάθησης και προσαρμογής, λόγω ιδιαιτεροτήτων (σωματικών, διανοητικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών). Έτσι, τα άτομα αυτά μπορεί να έχουν: νοητική ανεπάρκεια ή ανωριμότητα, οπτικοακουστικά προβλήματα, νευρολογικά ή ορθοπεδικά προβλήματα, προβλήματα λόγου και ομιλίας, ειδικές δυσκολίες στη μάθηση, αναπτυξιακές διαταραχές (συμπεριλαμβανομένου του φάσματος του αυτισμού) και λοιπές δυσκολίες (γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές) (Παπάνης, Γιαβρίμης & Βίκη, 2009).

Αντίστοιχα, ο νέος Ν.3699/2008 (ΦΕΚ 199/Α' /2.10.2008) αναφέρει πως τα άτομα εμφανίζουν νοητική αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση) και ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), κινητικές αναπηρίες και χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα. Επιπρόσθετα, αναφέρει πως το άτομο δύναται να εμφανίσει διαταραχές ομιλίας-λόγου, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής (με ή χωρίς υπερκινητικότητα), διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, παραβατική συμπεριφορά και λοιπές δυσκολίες (γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές)» (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).

Το ζήτημα της λειτουργικότητας είναι πολύ σημαντικό για να καταστεί σαφές και κατανοητό το πόσο επηρεάζει τον χρόνιο ψυχικά ασθενή η αναπηρία του, που απορρέει από την ψυχική ασθένεια. Ως λειτουργικότητα ορίζεται ο βαθμός ικανοποίησης των απαιτήσεων από συγκεκριμένους ρόλους, όπως αυτός του εργαζόμενου, του φοιτητή, του συζύγου, του γονέα και γενικότερα ρόλους που

απαιτεί η κοινωνία η ίδια. Η εκτίμηση της λειτουργικότητας ενός ψυχικά ασθενή είναι πολύ σημαντική και οφείλει να εκτιμά κάποια στοιχεία, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να εισαχθεί σε κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης (Μαδιανός, 2005).

Ανάμεσα στα στοιχεία αυτά συγκαταλέγονται η προνοσηρή λειτουργικότητα, το προηγούμενο καλύτερο επίπεδο ύφεσης των συμπτωμάτων και το τωρινό επίπεδο αυτονομίας, ανάπτυξης δεξιοτήτων, εναισθησίας, κινήτρων για αλλαγή και τα υποστηρικτικά δίκτυα. Έτσι, εξετάζεται πλήρως η λειτουργικότητα του ατόμου πριν την εμφάνιση της νόσου, η ύπαρξη ή όχι της βέλτιστης κατάστασης του μετά τη νόσο και η τωρινή του κατάσταση σε σχέση με την καθημερινότητα του (αυτονομία, διαπροσωπικές σχέσεις, συνεργασία, κίνητρα-στόχοι και σημαντικοί άλλοι) (Μαδιανός, 2005).

2.3 Χρόνιος ψυχικά ασθενής και ανάγκες

Χρόνιος ψυχικά ασθενής είναι αυτός που εκδηλώνει μια ψυχική διαταραχή, ένα ψυχολογικό ή συμπεριφορικό σύνδρομο που του προκαλεί σημαντική δυσφορία (ένα οδυνηρό σύμπτωμα) ή αναπηρία (εξασθένηση της λειτουργικότητάς του σε έναν ή περισσότερους σημαντικούς τομείς της καθημερινότητας). Επίσης, χρόνιος ψυχικά ασθενής είναι αυτός που ενέχει τον κίνδυνο του θανάτου, του πόνου και της σοβαρής απώλειας της ελευθερίας του (Nariman et al. 2011).

Για να οριστεί ένα άτομο ως χρόνιος ψυχικά ασθενής απαιτείται να ανταποκρίνεται στα εξής κριτήρια: το κριτήριο της διάγνωσης, να υπάρχει δηλαδή διάγνωση πως πάσχει από σχιζοφρενικές συναισθηματικές διαταραχές, οργανικά ψυχοσύνδρομα και εξαρτήσεις. Το δεύτερο κριτήριο είναι αυτό της εξάρτησης, καθώς οι περισσότεροι που νοσούν από χρόνια ψυχική ασθένεια, δεν είναι αυτόνομοι και εξαρτώνται οικονομικά από την οικογένειά τους ή από διάφορα προνοιακά επιδόματα (Μαδιανός, 2005).

Ένας άλλος ορισμός περί του θέματος αναφέρει ότι ως ψυχικά ασθενής θεωρείται το άτομο που νοσεί από ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές που έχουν

διάρκεια και συμβάλλουν στην έκπτωση της λειτουργικότητάς του σε πολλαπλά επίπεδα της καθημερινότητας. Το πρώτο επίπεδο στο οποίο φαίνεται να υπάρχει σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, είναι η προσωπική υγιεινή και φροντίδα, το δεύτερο είναι η καλλιέργεια και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων, το τρίτο αφορά στην ικανότητα μάθησης, διασκέδασης. Τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών των δυσλειτουργιών αποτελεί η αδυναμία οικονομικής ανεξαρτησίας και αυτονομίας (Μαδιανός, 2005).

Οι Brown et al. (2004), κάνουν μια επισήμανση στο ζήτημα της χρονιότητας ενός ψυχικά ασθενή και ορίζουν πως ο χρόνιος θεωρείται ένας ασθενής, που έχει νοσηλευτεί σε ψυχιατρική μονάδα για ένα διάστημα άνω των είκοσι τεσσάρων μηνών. Στον αντίποδα της άποψης αυτής, ο χρόνιος ψυχικά ασθενής ορίζεται ως το άτομο που εμφάνισε ένα ψυχωσικό επεισόδιο, λόγω του οποίου νοσηλεύτηκε εντός των τελευταίων πέντε ετών, για τουλάχιστον έξι μήνες. Όπως επίσης και στη περίπτωση που νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρικό ίδρυμα για δύο ή περισσότερες φορές μέσα σε χρονικό διάστημα ενός έτους (Μαδιανός, 2005).

2.4 Οι ανάγκες των ασθενών

Στη βιβλιογραφία παρουσιάζονται δύο μοντέλα της υγείας, το κοινωνικό και το ιατρικό. Το κοινωνικό μοντέλο ορίζει την υγεία ως πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου (WHO, 2011), ενώ, το ιατρικό ως απουσία μιας νόσου (Μουδάτσου και συν., 2018). Αντίστοιχα, το κοινωνικό μοντέλο θεωρεί την υγεία ως αποτέλεσμα εσωτερικών ή εξωτερικών παραγόντων που δύναται να επιδράσουν άμεσα στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, ενώ, το ιατρικό ως την εμφάνιση σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων (WHO, 2011). Έτσι, διαφαίνονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο μοντέλα, οι οποίες διαφοροποιούν την έννοια του όρου «ανάγκες των εξυπηρετούμενων».

Οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων είναι μια σύνθετη έννοια, η οποία διαφέρει ως προς το ποιος τις προσδιορίζει. Για παράδειγμα, όταν οι ανάγκες ενός ανθρώπου ορίζονται από ειδικούς τότε συνδέονται στενά με την ατομική θεραπεία, ενώ, όταν το

ίδιο το άτομο ορίζει τις ανάγκες του ανακύπτουν θέματα του ευρύτερου κοινωνικού ιστού που το περιβάλλει όπως η εκπαίδευση, η διατροφή και οι συνήθειες (Μουδάτσου και συν. 2018). Αντίστοιχα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τις ανάγκες του ατόμου ως αντικειμενικές ελλείψεις του τομέα της υγείας, που χρήζουν επαναπροσδιορισμού. Έτσι, οι ιατρικές ή επιστημονικές ανάγκες που καταγράφονται από ειδικούς μπορεί να διαφέρουν αισθητά από εκείνες που τελικώς αναφέρονται από το άτομο (Boberg et al. 2003).

Ο Α. Maslow (1943, 1954) δημιούργησε την πυραμίδα των αναγκών θέτοντας σε κάποιες από αυτές προτεραιότητα έναντι άλλων. Σύμφωνα με την θεωρία του, η βασικότερη ανάγκη όλων είναι αυτή της επιβίωσης, δηλαδή, ότι κρατά τον άνθρωπο στη ζωή (τροφή, νερό, ύπνος κλπ), ενώ, για την κάλυψη μιας κατηγορίας αναγκών απαιτείται η πρότερη ικανοποίηση της αμέσως προηγούμενης κατηγορίας πχ για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, απαιτείται η κάλυψη των αναγκών ασφαλείας (Βλ. Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Η πυραμίδα του Α. Maslow.

Αναλυτικότερα, οι ανάγκες των ασθενών με ψύχωση είναι οι εξής:

Φυσικές ή βιολογικές ανάγκες

Στις φυσικές ή βιολογικές ανάγκες των ασθενών με ψύχωση, περιλαμβάνονται οι καθημερινές τους λειτουργικές ανάγκες. Η σίτιση, η στέγαση, ο ύπνος, οι οικιακές εργασίες, η μετακίνηση και οτιδήποτε άλλο απαιτεί η καθημερινότητα ενός ατόμου (Slade et al., 1998; Rosales, 1999; McCrone et al, 2001; Middelboe et al. 2001). Σε αυτή την κατηγορία, δύναται να ενταχθεί η ανάγκη για οικονομική στήριξη, εφόσον οι ασθενείς με τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή, αδυνατούν να εργαστούν ιδίως κατά την έξαρση των συμπτωμάτων τους (Olfson et al. 2002).

Ανάγκες ασφάλειας

Στις ανάγκες για ασφάλεια περιλαμβάνεται η ανάγκη για προστασία και υγεία. Με τον όρο προστασία νοείται η φύλαξη του ατόμου (σωματική και συναισθηματική), από τις δυσμένειες του εξωτερικού περιβάλλοντος, καθώς και δημιουργία μηχανισμών αντίληψης για τον κίνδυνο και την αυτό-προστασία του. Αντίστοιχα, η υγεία (σωματική και ψυχική) αναφέρεται στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εμφάνισης συμπτωμάτων που άπτονται της σύγχρονης παθολογίας και ψυχοπαθολογίας, προκειμένου να θωρακιστεί ο οργανισμός του ατόμου και να αναπτύξει άμυνες απέναντι στους κινδύνους (Switaj et al. 2018).

Κοινωνικές ανάγκες

Οι κοινωνικές ανάγκες περιλαμβάνουν το αίσθημα του ανήκειν που αφορά στην κοινωνική συνδιαλλαγή μέσω της δημιουργίας σχέσεων μεταξύ δύο ή περισσότερων ανθρώπων όπως η οικογένεια, η φιλία, η ομάδα, η συντροφικότητα και η σεξουαλικότητα. Όμως, πολλές φορές ελλοχεύουν ζητήματα όπως η έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, που αποτελεί βασικό σύμπτωμα της ψύχωσης και μπορεί να βελτιωθεί μέσω προγραμμάτων που συμβάλλουν στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ατόμου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Dickinson et al. 2007).

Η έκπτωση της λειτουργικότητας περιλαμβάνει εκπτώσεις στο λόγο, τη σύναψη σχέσεων και γενικότερα την επικοινωνία του ατόμου με τους άλλους. Έτσι, παρατηρείται συχνά φτωχός και χωρίς νόημα λόγος, δυσκολία στην έκφραση και τη συνδιαλλαγή. Ως αποτέλεσμα αυτού τα άτομα αδυνατούν να ανταποκριθούν επαρκώς σε μια συζήτηση, βιώνουν αισθήματα μοναξιάς ή/και μένουν στο περιθώριο, εμφανίζοντας συννοσηρότητα με την ψυχική διαταραχή της κατάθλιψης (Switaj et al. 2018).

Ανάγκες εκτίμησης & αυτοεκτίμησης

Οι ανάγκες εκτίμησης και αυτοεκτίμησης είναι πολύ σημαντικές για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου αλλά και την πρόληψη της υποτροπής, αφού το αίσθημα του αξίζω είναι πολύ σημαντικό για όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως. Τα άτομα με ψυχωτική συνδρομή πέρα από τις κοινωνικές ανάγκες για επικοινωνία και συνδιαλλαγή, έχουν την ανάγκη να διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους, καθώς καθημερινά έρχονται αντιμέτωποι το στίγμα της νόσου. Σύμφωνα με τους Henry et al. (2008), πολλοί ασθενείς με ψύχωση χρησιμοποιούν τη στρατηγική μόνωσης και καταπίεσης των συναισθηματικών αντιδράσεων τους. Έτσι, τα άτομα με ψυχωτική συνδρομή τείνουν να αποφεύγουν να μιλούν ανοικτά για τα συναισθήματα τους σε τρίτους, από φόβο μην περιθωριοποιηθούν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της εκτίμησης τους προς τους άλλους, οι οποίοι δε γνωρίζουν πως μπορούν να απευθυνθούν στο άτομο που νοσεί, ενώ παράλληλα, το ίδιο το άτομο αισθάνεται μειονεκτικά ως προς το αίσθημα του αξίζω, που αφορά την αυτοεκτίμηση του (Παλιόκα, Παττακού και Τελεμέ, 2019).

Αυτοπραγμάτωση

Η ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης είναι η κορυφή της πυραμίδας του Maslow. Εκεί περιλαμβάνονται η αλήθεια, η ηθική, η ισότητα και η δημιουργικότητα του ατόμου. Η έννοια της αλήθειας περιλαμβάνει την αποτύπωση της πραγματικότητας με λέξεις και την ανάληψη ευθυνών, όπου αυτό είναι απαραίτητο. Αντίστοιχα, η ηθική περιλαμβάνει τους ατομικούς κώδικες ηθικής που διαμορφώνει το άτομο μέσα

από τις κοινωνικές του συνδιαλλαγές, ενώ, η ισότητα αφορά την ίση μεταχείριση των ανθρώπων και την κατάρριψη προκαταλήψεων και στερεοτύπων. Τέλος, η δημιουργικότητα συνδέεται στενά με ζητήματα τέχνης καθώς το άτομο κατακτά το ανώτερο επίπεδο εαυτού και είναι σε θέση να αποκρυπτογραφήσει τα διάφορα οπτικοακουστικά (έντεχνα και μη) ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Rogers, 2006).

Οι παραπάνω ανάγκες μπορούν να καλυφθούν μέσα από φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που συνδέονται άρρηκτα με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου. Παλαιότερα, οι ανάγκες των ατόμων με ψυχωτική συνδρομή καλύπτονταν μέσα από κλειστές δομές φιλοξενίας όπως ιδρύματα αλλά και νοσοκομεία. Σήμερα, η κάλυψη τους τείνει να γίνεται από την οικογένεια, τυπικούς ή/και άτυπους φροντιστές και δομές ανοικτού τύπου όπως τα κατά τόπους Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα οποία παρέχουν ολιστική αντιμετώπιση της κατάστασης μέσα από υπηρεσίες ψυχοεκπαίδευσης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας) τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια του (Καλλιγέρη, 2012).

Κεφάλαιο 3: Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

3.1 Ορισμός της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ορίζεται ως μία διαδικασία που προσφέρει ευκαιρίες σε ψυχωτικούς ασθενείς με έκπτωση λειτουργικότητας να αποτελέσουν όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητες οντότητες μέσα στην κοινότητα. Συγκεκριμένα, κατά την παραπάνω διαδικασία, υποστηρίζεται η βελτίωση των δεξιοτήτων του ατόμου, καθώς και η δημιουργία ενός πιο ανεκτικού κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι δύο αυτοί στόχοι είναι εξίσου σημαντικοί και αλληλοεξαρτώμενοι (Μαδιανός, 2005).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στους χρόνιους ψυχωτικά ασθενείς αποτελεί μια ολιστική μέθοδο θεραπείας, όπου το άτομο αναπτύσσει συγκεκριμένες δεξιότητες και το περιβάλλον του αποκτά την κατάλληλη εκπαίδευση για να μπορεί να διαχειριστεί την κατάσταση της νόσου και τις αντιδράσεις μιας ενδεχόμενης υποτροπής. Έτσι, τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επικεντρώνονται στη δημιουργία διαφόρων προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και την ανάπτυξη κοινωνικών (επικοινωνία, ανθρώπινες σχέσεις) και καλλιτεχνικών δεξιοτήτων. Αντίστοιχα, η στοχευμένη επίτευξη περιβαλλοντικών αλλαγών, δημιουργεί τις συνθήκες για ένα ποιοτικότερο βιοτικό επίπεδο, με την εμπλοκή της οικογένειας και των σημαντικών άλλων, σε όσους παρουσιάζουν έκπτωση της λειτουργικότητας τους (Lando et al. 2006).

Άλλωστε, οι χρόνια ψυχωτικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν κοινωνικά εμπόδια που αφορούν στην εύρεση εργασίας, την κατανομή των πόρων, την αξιοποίηση φορέων και υπηρεσιών, τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και την ισότιμη θέση τους στην κοινωνία. Έτσι, για την ελαχιστοποίηση όλων αυτών των εμποδίων έχουν δημιουργηθεί τα συγκεκριμένα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρόνια ψυχωτικών ασθενών (Μαδιανός, 2005).

3.2 Σκοποί και στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ως βασική αρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αποσκοπεί στην κοινωνική ενσωμάτωση του ασθενή και τη μειωμένη έκθεση του σε βλαπτικές περιβαλλοντικές συνθήκες. Κύριοι στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελούν η βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή και της ικανοποίησης του στην καθημερινότητα. Για την επίτευξη αυτών, η επιστημονική κοινότητα εκτιμά τις υπάρχουσες δεξιότητες του ασθενούς και εστιάζει στην ενίσχυση τους και εξετάζει τη δυναμική (στάσεις και δεξιότητες) των υποστηρικτικών δικτύων του, όπως η οικογένεια και άλλες κοινωνικές επαφές, για την εκπαίδευση τους σε δεξιότητες που ενισχύουν τη συμμετοχή τους στην αποκατάσταση του (Ζήση, 2001).

Ουσιαστικά, η αποκατάσταση του ψυχικά αρρώστου έχει εκπαιδευτική λειτουργία, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για την κοινότητα. Οι ειδικοί αποσκοπούν στην ψυχοκοινωνική εξέλιξη του ασθενή, ενώ παράλληλα επιδιώκουν την κάλυψη των κοινωνικών και στεγαστικών του αναγκών. Το τελευταίο επιτυγχάνεται είτε με καθημερινές δραστηριότητες και με την μερική ή πλήρη επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενή, ανάλογα με τις ανάγκες του. Σε κάθε περίπτωση, το άτομο εκπαιδεύεται ώστε να είναι ικανό να καλύψει τις ατομικές του ανάγκες επιβίωσης και αυτοσυντήρησης, τις κοινωνικές και τις επαγγελματικές ανάγκες (Κυριάκου & Χαραλάμπους, 2014).

Επιπλέον, στους στόχους συμπεριλαμβάνονται η οργάνωση (προγραμματισμός) και ο συντονισμός του συνόλου των πόρων. Για παράδειγμα, μία κοινωνία με άνιση κατανομή πόρων, χρειάζεται να αλλάξει τον τρόπο που οργανώνεται και συντονίζεται, για να είναι φιλικότερη προς τα μέλη της που πάσχουν από ψυχωσική συνδρομή. Κατ' επέκταση, μία κοινωνία με ανθρωπιστικές δεξιότητες, η οποία εφαρμόζει ανθρωποκεντρικές και ολιστικές τακτικές, βοηθά τα ίδια τα μέλη της να υιοθετήσουν ανάλογες στάσεις και δεξιότητες. Έτσι, μπορεί να επιτευχθεί η πλήρης και γόνιμη απασχόληση των ψυχωσικών ατόμων στην αγορά εργασίας, όπου το άτομο θα έχει ενεργό συμμετοχή κατά την διαδικασία αποκατάστασης (Μαδιανός, 2005).

Χαρακτηριστικό πρόγραμμα για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων σε χρόνια ψυχωσικούς ασθενείς αποτελούν οι ομάδες της «Κοινωνικής Λέσχης». Οι ομάδες αυτές στοχεύουν κυρίως σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα των ασθενών δίνοντας έμφαση στην αγωγή υγείας, την κοινωνικοποίηση και την ψυχική αποφόρτιση τους. Ο χρόνιος ψυχωσικός ασθενής, μέσα από τη συμμετοχή του στις ομάδες αυτές, αναπτύσσει και εφαρμόζει κοινωνικές δεξιότητες όπως οι κανόνες συμπεριφοράς, η σύναψη σχέσεων, η επικοινωνία, η ελεύθερη έκφραση και η συζήτηση γύρω από μια θεματική. Όλα τα παραπάνω γίνονται στο προστατευμένο πλαίσιο της ομάδας, το οποίο προετοιμάζει τον ασθενή στην ένταξη του στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Μαδιανός, 2005).

Όλα τα παραπάνω, συντελούν στην βελτίωση της συμπεριφοράς του ασθενή και στην ενίσχυση της λειτουργικότητάς του, αφού ενισχύουν τις ικανότητές του και τελικώς ενδυναμώνουν τον ασθενή, ώστε να αναλαμβάνει ενεργητικούς ρόλους στην κοινότητα. Έτσι, επιτυγχάνεται η ένταξη των ψυχωσικών ασθενών στην αγορά εργασίας, διατηρώντας μία πιο ενεργητική και ελπιδοφόρα στάση κατά την διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 2005).

3.3 Η αναγκαιότητα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ίδρυση της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (World Association For Psychosocial Rehabilitation) αποδεικνύει στην πράξη την σημαντικότητα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η οποία βοηθά στη βελτίωση της λειτουργικότητας του πάσχοντα σε κοινωνικό και επαγγελματικό, βελτιώνοντας τελικά την ποιότητα ζωής του (Βλ. 3.2 Σκοποί και στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης) (Κυριζίδη, 2010).

Στο ιδρυτικό συνέδριο της εταιρείας, στη Λυών της Γαλλίας, ψηφίστηκε η διακήρυξη για τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων, η οποία αναφέρεται στην οικονομική στήριξη των, μέσω επιδομάτων του κράτους με σκοπό τη λειτουργικότερη και αξιοπρεπή διαβίωση τους (Μαδιανός, 2005). Έτσι, ο ψυχικά

πάσχων έχει γενικά τα δικαιώματα που απορρέουν από τις ιδιότητες του ανθρώπου και του πολίτη, ενώ, ειδικά ως ασθενής, απολαμβάνει το δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητας του και την προσβασιμότητα του στην πλέον κατάλληλη και σύγχρονη θεραπεία της ασθένειας του (Αντωνίου-Λιόλη, 2013).

Η εποχή της παγκοσμιοποίησης και η ενίσχυση των καπιταλιστικών οικονομικών συστημάτων δημιουργούν στα ψυχικά ασθενή άτομα μεγαλύτερες δυσκολίες, αφού έχουν περιορισμένη έως ανύπαρκτη πρόσβαση την αγορά εργασίας, αντιμετωπίζουν σοβαρά βιοποριστικά ζητήματα και στερούνται ποιότητας ζωής. Η απουσία κρατικής μέριμνας για τα άτομα αυτά με τις πενιχρές υπηρεσίες και τις υποδομές που τα αφορούν, αυξάνουν τις υποχρεώσεις της οικογένειας και της κοινότητας για την φροντίδα των ψυχωσικών ασθενών, χωρίς να είναι προετοιμασμένες για κάτι τέτοιο. Έτσι, σήμερα, κρίνεται αναγκαία και θεμελιώδης η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (Κυριζίδη, 2010).

3.4 Η σπουδαιότητα της εργασίας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η αγορά εργασίας στις σύγχρονες κοινωνίες μαστίζεται από χαμηλούς μισθούς, δυσμενείς συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον και αίσθημα επισφάλειας. Ο εργαζόμενος βιώνει έντονα συναισθήματα ανασφάλειας που αφορούν κυρίως στην διατήρηση του εισοδήματός του και της εργασιακής του θέσης, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που βιώνει έντονες διακρίσεις στο περιβάλλον όπου εργάζεται. Οι καπιταλιστικές κοινωνίες, βασιζόμενες στην ιδέα της ελεύθερης αγοράς και του γόνιμου ανταγωνισμού, εμποίησαν μία στρατιά ανέργων, ένα κύμα ιδιωτικοποίησης των κοινωνικών υπηρεσιών και μία περιθωριοποίηση των κοινωνικά μειονεκτικών ομάδων (Ζήση και συν. 2017).

Ως λύση στα παραπάνω ζητήματα, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί την προετοιμασία του ψυχικά πάσχοντα ως προς την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων για τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και δικτύων υποστήριξης, την

δημιουργία και αναπροσαρμογή μηχανισμών άμυνας σε δύσκολες καταστάσεις και την απόκτηση επαγγελματικής κατάρτισης για την πρόσβαση σε διάφορα επαγγέλματα (Μουρίκη, 2010)

Όμως, η έλλειψη τους φέρνει τους ψυχικά ασθενείς αντιμέτωπους με νέες δυσκολίες. Ένα από τα βασικότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν είναι η ανασφάλεια. Ο Loisy (2000) ορίζει την ανασφάλεια ως την απουσία ενός ή περισσότερων παραγόντων ασφάλειας που επιτρέπουν στα άτομα ή στις οικογένειες να αναλαμβάνουν τις βασικές υποχρεώσεις τους και να απολαμβάνουν τα βασικά τους κοινωνικά δικαιώματα. Αντίστοιχα, όπως επισημαίνει ο Κουζής (2010), η εργασιακή επισφάλεια λαμβάνει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα, καθώς το αίσθημα αυτό εκδηλώνεται από την αδυναμία κάλυψης των σύγχρονων αναγκών, είτε επειδή το άτομο δεν είναι ενταγμένο στην αγορά εργασίας, είτε λόγω του περιεχομένου της απασχόλησης. Η εργασιακή ανασφάλεια συνεπώς, συνδέεται άμεσα με την αβεβαιότητα ως προς την στέγη, την υγεία και την εύρεση πόρων.

Ένα άλλο εμπόδιο που ανακύπτει από το εργασιακό περιβάλλον, σύνηθες στους ψυχικά ασθενείς, είναι η περιθωριοποίηση των ευπαθών ομάδων. Η δυσκολία επαγγελματικής ανέλιξης πυροδοτεί επικριτικές στάσεις και συμπεριφορές ενάντια σε κάθε μορφή διαφορετικότητας ή/και ασθένειας-αναπηρίας (Μουρίκη, 2010). Η στάση αυτή σε συνδυασμό με την ανεργία φαίνεται να έχει σημαντικές επιδράσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, την εικόνα και την αυτοεκτίμηση του, αφού καθιστούν δυσκολότερη την εύρεση εργασίας (Μπουραντάς, 2013).

3.5 Οι επιπτώσεις του στίγματος στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών

Το στίγμα είναι το «σημάδι» που διακρίνει ένα ψυχικά άρρωστο άτομο από τα άλλα άτομα και αποδίδει στο στιγματισμένο άτομο ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά, με επακόλουθη την κοινωνική απόρριψη και την απομόνωση του. Ο Goffman (1963) θεωρεί το στίγμα ως μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από

κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής συμμετοχής. Αναλυτικότερα, η έννοια του στίγματος περιλαμβάνει γνωσιακές και συμπεριφορικές διαδικασίες. Το κοινωνικό στίγμα είναι το στίγμα που υφίσταται το άτομο από τον κοινωνικό του περίγυρο και ο αυτοστιγματισμός το στίγμα που βιώνει το άτομο εξαιτίας δικών του νοητικών κατασκευών σχετικά με το πώς οι άλλοι βλέπουν την ασθένειά του (Μπότσιου & Παπαβασιλείου, 2011).

Η δημιουργία του στίγματος φαίνεται να σχετίζεται με τις έννοιες της προκατάληψης και της διάκρισης, αφού περιλαμβάνει εκφράσεις και στάσεις που αφορούν ψευδείς προλαμβάνουσες για μια κοινωνική ομάδα. Αναλυτικότερα, η προκατάληψη ορίζεται ως μια νοητική κατασκευή η οποία εκφράζει μία μαζική αδικαιολόγητη αρνητική στάση, απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης, χωρίς να εξετάζει αν υπάρχει εξήγηση γι' αυτή τη συμπεριφορά του. Η διάκριση νοείται ως μία αρνητική επακόλουθη συμπεριφορά του στίγματος ή και της προκατάληψης, και γίνεται ορατή όταν τα ψυχικά ασθενή άτομα ή άλλες ομάδες στερούνται τα βασικά και θεμελιώδη δικαιώματά τους ή αναγκαία αγαθά, λόγω του στίγματος και της προκατάληψης. Πολύ συχνά αντιμετωπίζουν την κοινωνική διάκριση όσον αφορά στη στέγαση και την εργασία, καθώς και ένα διάχυτο φόβο ότι είναι επικίνδυνοι, ενώ σημαντικό πρόβλημα αποτελεί ο αυτοστιγματισμός των ψυχωσικών στο πλαίσιο της αντίληψης της ανικανότητάς του και της αποθάρρυνσης (Οικονόμου & Λαλιώτη, 2011).

Όμως, το ψυχωσικό άτομο είναι ικανό να αντιληφθεί την εικόνα που έχει ο κοινωνικός περίγυρος για εκείνο και τις διακρίσεις που υφίσταται. Μία κοινωνία ορίζει την φυσιολογική συμπεριφορά των μελών της, όχι μόνο αποτυπώνοντας τους κοινωνικούς κανόνες σε έγγραφους νόμους, αλλά ακόμη και με άγραφους κανόνες συμπεριφοράς, που ρυθμίζουν τις στάσεις των ανθρώπων και τις διακρίνουν σε θεμιτές και αθέμιτες αντίστοιχα. Η αντικειμενικότητα, άλλωστε, είναι η υποκειμενικότητα των μαζών και γι' αυτόν τον λόγο, προσδίδονται στα ψυχωσικά άτομα κακοποιητικοί χαρακτηρισμοί και «κοινωνικές ταμπέλες», όπως αυτή του «τρελού», αφού η στάση τους διαφέρει από εκείνη που φιλοδοξεί η κοινωνία στην οποία ανήκουν. Συνεπώς, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνδέονται με την ψυχική ασθένεια προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπιση του ατόμου που νοσεί, με εμφανείς τις επιδράσεις τους τόσο στις αντιλήψεις που διαμορφώνονται

απέναντί του όσο και στις συμπεριφορές και πρακτικές διακρίσεων που υιοθετούνται και οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό του (Οικονόμου & Λαλιώτη, 2011).

Σύγχρονες έρευνες αναφέρουν ότι ένα 10% των ψυχικά ασθενών παραμένει μόνιμα σε ιδρύματα, με το 90% αυτών να αδυνατούν να εργαστούν και να τίθενται σε πρόωρη συνταξιοδότηση. Παράλληλα με αυτό, έρευνες αναφέρουν ότι ένα 5% των ασθενών καταλήγουν πολλές φορές στην αυτοκτονία. Σε κάθε περίπτωση, η επιτυχία ή η αποτυχία της διαδικασίας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης των ψυχωσικών ατόμων, καθορίζεται σε έναν μεγάλο βαθμό από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Περιογιάννης και συν. 2018).

Αναφορικά με τις επιπτώσεις του στίγματος στο ίδιο το άτομο, σημειώνεται μια αδυναμία κατανόησης της συμπεριφοράς του πάσχοντος από τους γύρω του. Έτσι, ένα άτομο που βιώνει τα συμπτώματα της ψύχωσης αδυνατεί να διαχειριστεί την κατάστασή του και προβαίνει σε μη προβλέψιμες ή/και επιθετικές συμπεριφορές, που μπορεί να τρομάζουν τους υπόλοιπους. Επιπλέον, το άτομο αδυνατεί να αλληλεπιδράσει με τους άλλους, αφού, εκείνοι δεν κατανοούν τις αντιδράσεις του, με αποτέλεσμα να μη συνάπτει σχέσεις. Το γεγονός λοιπόν ότι το άτομο αισθάνεται ότι οι άλλοι δεν κατανοούν τις σκέψεις του, τη συμπεριφορά του, την κατάσταση που αντιμετωπίζει, του προκαλεί περισσότερο άγχος, συνδυαστικά με την ψυχική διαταραχή που του το επιφέρει κι έτσι έρχεται ο στιγματισμός (Οικονόμου, 2008).

Επιπρόσθετα, το στίγμα και η τάση του κοινωνικού συνόλου στην εφαρμογή διακρίσεων συμβάλλουν στην καταστρατήγηση βασικών, θεμελιωδών δικαιωμάτων κάθε ενεργού πολίτη και στην έκπτωση της ποιότητας ζωής του. Έτσι, συναντάται δυσκολία στην εύρεση εργασίας, κατοικίας, στην αξιοποίηση υπηρεσιών υγείας. Το άτομο αδυνατεί να είναι αυτόνομο, να ζει αξιοπρεπώς και ανεξάρτητα (Mental Health Europe, 2018). Στον ψυχολογικό τομέα, το στίγμα επηρεάζει και επιφορτίζει την ψυχική υγεία του ατόμου με ψυχωσικά συμπτώματα. Το βίωμα του στίγματος οδηγεί σε μια στρεβλή αυτοεικόνα, αναγεννά αμφιβολίες, ενοχές, μη σταθερότητα, καταλήγοντας στον αυτοστιγματισμό του (Mental Health Europe, 2018).

Το Mental Health Europe (2018) αναφέρει πως η στάση της κοινωνίας δυσχεραίνει την αποκατάσταση, τη θεραπεία των ασθενών με ψυχωσικά σύνδρομα, καθώς και των διακρίσεων που υφίστανται. Συγκεκριμένα, ένα 47% των ψυχικών

ασθενών φαίνεται πως έχει υποστεί δημόσια παρενόχληση, ένα 60% έχει βιώσει λεκτική κακοποίηση, ενώ, ένα 26% αποφάσισε την αλλαγή κατοικίας λόγω διακρίσεων (Mental Health Europe, 2018).

Όμως, οι επιπτώσεις του στίγματος δεν συνδέονται μόνο με το ίδιο το άτομο, αλλά έχουν άμεση σχέση και με το οικογενειακό περιβάλλον του, που αναλαμβάνει το ρόλο του φροντιστή. Η ίδια η οικογένεια του ασθενή με ψυχωσικά σύνδρομα έρχεται αντιμέτωπη με τη στάση της κοινωνίας και τις διακρίσεις που ο ίδιος υφίσταται. Έτσι, αντιμετωπίζει την κοινωνική απόρριψη, την ενοχή και τον αυτοστιγματισμό που επιφέρει το ίδιο το στίγμα στον πάσχοντα, χωρίς επαρκή ενημέρωση και χωρίς την κατάλληλη στήριξη της πολιτείας. Ως αποτέλεσμα αυτού, η οικογένεια αναλαμβάνει τη συναισθηματική και οικονομική στήριξη του ατόμου, το οποίο έχει περιορισμένες ευκαιρίες από την κοινωνία (έλλειψη κρατικών επιδομάτων, αδυναμία ένταξης σε εργασία) δυσχεραίνοντας τη θεραπεία και τη διαβίωση του. Η οικογένεια, λοιπόν, ασθενεί και αυτή, καθώς καλείται να σηκώσει το φορτίο της κοινωνικής παθολογίας που αντιμετωπίζει και ο ίδιος ο πάσχοντας (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011).

Το στίγμα λαμβάνει σημαντικό ρόλο επιπρόσθετα και στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχωσικού συνδρόμου. Οι αρνητικές απόψεις που συνοδεύουν την ασθένεια, λειτουργούν ως αποτρεπτικοί παράγοντες στην αναγνώριση της κατάστασης που αντιμετωπίζει, στην αναζήτηση της κατάλληλης βοήθειας, καθώς το ίδιο το άτομο προσπαθεί να αποφύγει την ετικετοποίηση της ψυχικής ασθένειας. Παράλληλα, η φαρμακευτική αγωγή που απαιτείται, αντιμετωπίζεται με εσφαλμένες ερμηνείες και πεποιθήσεις, γεγονός ανασταλτικό για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι το στίγμα, δύναται να οδηγήσει τον πάσχοντα να μη λάβει καμία θεραπεία, όπου και σ' αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα γίνονται ολοένα πιο έντονα και δυσχερή για την ίδια του την κοινωνική λειτουργικότητα (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011).

3.6 Κοινωνικός λειτουργός και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η Κοινωνική Εργασία, ανά τα χρόνια, θεωρείται ένας από τους βασικούς και απαραίτητους επιστημονικούς κλάδους στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας στον χώρο της ψυχικής υγείας, διευκολύνει και ενδυναμώνει τα άτομα, ώστε να έχουν μία ισορροπημένη σχέση ανάμεσα στην συναισθηματική τους κατάσταση και τις εξωτερικές πιέσεις που υφίστανται. Οι πρακτικές που επιλέγονται από τους ειδικούς έχουν ενδυναμωτικό χαρακτήρα, δίδουν μεγάλη έμφαση στον ρόλο της κοινότητας και έχουν διαπολιτισμικό πρόσημο. Σε ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία χρησιμοποιείται κυρίως το ψυχοκοινωνικό μοντέλο (Crawford & Walker, 2010).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δύναται να συμμετέχουν στη θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ψυχωσικού περιστατικού σε ρόλο συμβούλου, συνηγόρου ή/και εκπαιδευτή. Αναλυτικότερα, η κοινωνική εργασία με άτομα έχει ως βασικό της στόχο τη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του εξυπηρετούμενου και την κριτική συνειδητοποίηση του για να αναλάβει δράση στα ζητήματα του. Εδώ, ο επαγγελματίας χρειάζεται να εξετάσει λεπτομερώς τα στοιχεία που μοιράζεται μαζί του το άτομο, σε συνδυασμό με την προσωπικότητα του (Golightley & Goemans, 2020).

Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με το άτομο για τη βελτίωση βασικών κοινωνικών δεξιοτήτων (διαπροσωπικές σχέσεις, επικοινωνία). Στην περίπτωση αυτή ο επαγγελματίας μπορεί να χρησιμοποιήσει συνδυασμό μεθόδων όπως η κοινωνική εργασία με άτομο και με ομάδες. Έτσι, είτε μέσω ατομικών συνεδριών ή μέσα από ομάδες απόκτησης κοινωνικών δεξιοτήτων ή συνδυασμό αυτών, ο ψυχωσικός ασθενής ενισχύει τις ήδη υπάρχουσες λειτουργικές του ικανότητες, αναπτύσσει νέες δεξιότητες, τις οποίες εξασκεί διαρκώς και συμβάλλουν στην ένταξη του στην κοινότητα (Golightley & Goemans, 2020).

Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με τα ψυχωσικά άτομα και σε επίπεδο οικογένειας. Συγκεκριμένα, ο επαγγελματίας δύναται να προσφέρει συμβουλευτική στις οικογένειες με ψυχωσικά μέλη, με έμφαση στη διαχείριση

κρίσεων, ενώ, συμμετέχει στη θεραπευτική διαδικασία μέσω της ψυχοεκπαίδευσης. Η ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια με ψυχωσικά μέλη περιλαμβάνει την ενημέρωση για την ασθένεια και τα συμπτώματα της, τη σημαντικότητα της ορθής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, τη δημιουργία πλάνου έκτακτης ανάγκης και την εκμάθηση τρόπων διαχείρισης ενδεχόμενων των υποτροπών (Golightley & Goemans, 2020).

Αντίστοιχα, σε κοινοτικό επίπεδο, ο κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί ευνοϊκότερες συνθήκες για την ένταξη των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με την σωστή και ενδεδειγμένη ενημέρωση του κοινού σχετικά με ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία, δράσεις ευαισθητοποίησης και εκδηλώσεις με διαδραστικό χαρακτήρα για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Η προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας στην κοινότητα επιτυγχάνεται κυρίως με την δημιουργία ενός υποστηρικτικού κοινωνικού, πολιτισμικού και φυσικού περιβάλλοντος (Καρύδη, 2010).

Όλα τα παραπάνω, προϋποθέτουν ένα κοινωνικό περιβάλλον με ανθρώπινο πρόσημο, που θα ενσωματώνει τα μέλη του, θα μειώνει τις ανισότητες και τις κοινωνικές διακρίσεις και θα υιοθετεί πολιτικές εξάλειψης του στίγματος και των προκαταλήψεων για τις ψυχικές διαταραχές. Ένα τέτοιο κοινωνικό περιβάλλον αντικατοπτρίζει τις αξίες της Κοινωνικής Εργασίας, και προάγει την κοινωνική αλλαγή, την κοινωνική δικαιοσύνη και την ενδυνάμωση της κοινότητας και των μελών της (Ασημόπουλος, 2015).

Κεφάλαιο 4: Κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

4.1 Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Παραδοσιακά, η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα βασιζόταν στην ιδρυματική φροντίδα, αυξάνοντας τον εγκλεισμό των πασχόντων σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία, καθώς και δομές αποκατάστασης ήταν πενιχρές έως ανύπαρκτες. Το ελληνικό σύστημα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών κρίθηκε ανεπαρκές να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών, παρακωλύοντας το γενικότερο σύστημα προαγωγής κοινωνικής ανάπτυξης και υγείας. Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τις κακές συνθήκες των ιδρυμάτων, ανάγκασαν την Ελλάδα να ακολουθήσει το παράδειγμα της Ευρώπης για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (Δεπάστας, 2018).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην χώρα, αποσκοπούσε στην δημιουργία ενός δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα καλύπτουν ανάγκες πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, και κατ' επέκταση τον αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ψυχωσικών, μέσα από την ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών κοινοτικής στεγαστικής περίθαλψης και αποκαταστατικών παρεμβάσεων. Σαφώς, η βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και η κατάρτιση του προσωπικού στις νέες προσεγγίσεις που θα διέπουν πλέον τα θεραπευτικά προγράμματα, αποτέλεσε βασικό και θεμελιώδη στόχο της μεταρρύθμισης (Δεπάστας, 2018).

Στην Ελλάδα ο βασικός νόμος που αφορά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ο 2716/1999 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», που προβλέπει την αύξηση των δομών που θα παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΦΕΚ 96/Α/1999). Με βάση τον ν. 2716/99 η χώρα χωρίστηκε σε 60 τομείς με πληθυσμούς που κυμαίνονται από τις 400.000 έως τις 500.000. Πλέον τα υπάρχοντα κέντρα ψυχικής υγείας συμμετέχουν

στους περισσότερους τομείς, ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν νέα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Κέντρα Ημέρας (Μαδιανός, 2005).

Ακόμη, δημιουργήθηκαν ψυχιατρικές πτέρυγες στα Γενικά Νοσοκομεία, στην προσπάθεια αποϊδρυματοποίησης των ασθενών, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και Κινητές Μονάδες Ψυχικής Περίθαλψης. Αξίζει να σημειωθεί πως τα νοσοκομεία βελτίωσαν τις υποδομές τους κατά 65%. Επιπροσθέτως δημιουργήθηκαν στην χώρα δομές αποασυλοποίησης και αυτονομίας των ασθενών, όπως ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα και εργαστήρια κατάρτισης. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, συστάθηκαν υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας με τον ν. 2716/99 και ουσιαστικά αποτελούν μονάδες Ψυχικής Υγείας με εμπορικό χαρακτήρα και μπορούν να αναπτύξουν κάθε είδος δραστηριότητας. Το δεκαετές πρόγραμμα Ψυχαργός, που αναφέρθηκε παραπάνω, αποτέλεσε την μεγαλύτερη καινοτομία στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα (Μαδιανός, 2005).

Με την ισχύ της συγκεκριμένης νομοθεσίας αποφασίστηκε το κλείσιμο πέντε ψυχιατρικών νοσοκομείων από το σύνολο των εννέα που υπήρχαν, μοιράζοντας τις υπηρεσίες που προσέφεραν στα Γενικά Νοσοκομεία και σε νέες δομές στην κοινότητα. Συγκεκριμένα, δημιουργήθηκαν και τέθηκαν σε λειτουργία κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης κ.ά. Κύριος στόχος των συγκεκριμένων αλλαγών αποτέλεσε η κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε τοπικό επίπεδο, καθώς και η ενεργή συμμετοχή τους στην κοινότητα (Μάτσα & Μεγαλοοικονόμου, 2003).

Έναν χρόνο αργότερα, με Υπουργική Απόφαση καθορίστηκαν οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης των ψυχωσικών ατόμων και χωρίστηκαν σε ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα και οικοτροφεία (ΦΕΚ 661/2000). Με επόμενες Υπουργικές αποφάσεις το 2008 και το 2010, οι αρμοδιότητες των Κέντρων Υγείας και των Γενικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα επεκτάθηκαν και πλέον μπορούσαν να προσφέρουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Μάτσα & Μεγαλοοικονόμου, 2003).

Επιπροσθέτως, στην Ελλάδα, το δεκαετές πρόγραμμα «Ψυχαργός» συνέβαλε στην αξιολόγηση και βελτίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της χώρας. Το πρόγραμμα αυτό χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και καταρτίστηκε το 1997 από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ουσιαστικά έθεσε τα θεμέλια για την πραγματοποίηση της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Το πρόγραμμα αποτελείται από τρεις διαφορετικές φάσεις, και αποσκοπεί στην συνεχή και δυναμική εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Οι βασικότεροι στόχοι του προγράμματος είναι η ανάπτυξη περισσότερων και πιο λειτουργικών κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και η επαγγελματική και κοινωνική επαναπροσαρμογή των ψυχωσικών ατόμων (Θεοδωροπούλου & συν. 2013).

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα πραγματοποιείται σε μία περίοδο κατά την οποία η Ελλάδα έρχεται αντιμέτωπη με νέες οικονομικές και κοινωνικές κρίσεις, λόγω των μνημονιακών δεσμεύσεων που ανέλαβε η ελληνική κυβέρνηση το 2010. Οι δυσμενείς καταστάσεις στην οικονομία της χώρας προκάλεσαν συγχωνεύσεις υγειονομικών ιδρυμάτων, μείωση προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας και κατέστησαν τα δημόσια νοσοκομεία λιγότερο λειτουργικά. Παράλληλα με αυτό, οι συνεχείς ψυχολογικές πιέσεις στον γενικό πληθυσμό από την ανεργία, την φτώχεια και την επισφάλεια, ενέτειναν τα περιστατικά εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, που αφορούσαν κυρίως αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές (WHO, 2011).

Πιο αναλυτικά, σε μία πρώτη φάση του προγράμματος που διήρκησε από το 2000 έως και το 2001, έγιναν ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης των νοσηλευόμενων από όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία σε 31 πόλεις σε όλη την χώρα. Η δεύτερη φάση του προγράμματος η οποία ξεκίνησε το 2001 και ολοκληρώθηκε το 2007, αφορούσε την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.), Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον Αυτισμό, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.). Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών και η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, δεν θα μπορούσαν παρά να αποτελούν σημαντικούς παραμέτρους για την διασφάλιση της εδραίωσης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και την παγίωση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων (Θεοδωροπούλου & συν. 2013).

Το διάστημα 2010- 2020 αφορά στην Γ' φάση του προγράμματος. Στην συγκεκριμένη διαδικαστική περίοδο εξετάζεται και σχεδιάζεται η ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών στους νομούς και τις περιφέρειες, ενώ παράλληλα σκοπεύει να εμπλουτίσει τον τομέα της πρόληψης. Συγκεκριμένα, η τρίτη φάση του προγράμματος εστιάζει σε πέντε άξονες που είναι διαφορετικοί και ταυτόχρονα αλληλοεξαρτώμενοι. Οι άξονες αυτοί αφορούν την ενίσχυση του κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών, την προαγωγή και πρόληψη της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, την στοχευμένη οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας, την προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την εκπαίδευση της κοινωνίας (επαγγελματιών και μη) σε ζητήματα ψυχικής υγείας (Παραδοτέο Π.α.1, Μάιος 2012). Γενικότερα, μέσα από εμπειριστατωμένες έρευνες και περαιτέρω επιμόρφωση του προσωπικού, το πρόγραμμα Ψυχαργός εστιάζει στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της λειτουργίας των σχετικών δομών (Θεοδωροπούλου & συν. 2013).

Συμπερασματικά, η αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή περιλαμβάνει την κάλυψη των αναγκών του, μέσα από την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την επαγγελματική του αποκατάσταση. Επομένως, το άτομο εκπαιδεύεται με τέτοιο τρόπο ώστε να καλυφθούν οι ατομικές του ανάγκες (προσωπική υγιεινή, τροφή, στέγαση, ασφάλεια, οικονομία, ανάγκες μετακινήσεων και χρήσης μέσων μεταφοράς), οι κοινωνικές του ανάγκες (αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων) και οι επαγγελματικές του ανάγκες με την στοχευμένη εκπαίδευση σε εξειδικευμένα επαγγελματικά αντικείμενα. Στα πλαίσια της ίδιας αξιολόγησης, πραγματοποιήθηκε έρευνα ικανοποίησης των ληπτών στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας. Η έρευνα διεξήχθη σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας της περιοχής των Αθηνών με τη χρήση ερωτηματολογίου. Από τα αποτελέσματα της έρευνα προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ληπτών είναι ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας των παραπάνω κέντρων (Μαδιανός, 2005).

4.2 Υπηρεσίες και δομές

Οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ελλάδα για τους ψυχικά πάσχοντες ξεκίνησαν τη λειτουργία τους μέσα από το πρόγραμμα «Ψυχαργός», αποσκοπώντας στην αυτόνομη διαβίωση των πασχόντων και την αποασυλοποίηση τους από διάφορα ιδρύματα (Θεοδωροπούλου & συν. 2013). Οι υπηρεσίες και οι δομές αυτές είναι: οι στεγαστικές δομές αυτόνομης/ ημι-αυτόνομης διαβίωσης, οι δομές επαγγελματικής αποκατάστασης, οι δομές περίθαλψης και άλλες κοινοτικές δομές.

Στεγαστικές δομές

Στις στεγαστικές δομές υπάγονται οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα. Στους ξενώνες διαμένουν άτομα που απαιτείται να απομακρυνθούν από το οικογενειακό περιβάλλον για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, άτομα χωρίς οικογένεια καθώς και άτομα με δυσκολία προσαρμογής στην κοινότητα, τα οποία χρειάζονται εκπαίδευση για τη βελτίωση της λειτουργικότητας και την ανεξάρτητη διαβίωση τους. Επιπρόσθετα, τα οικοτροφεία είναι μια μονάδα υψηλού βαθμού προστασίας, όπου φιλοξενούνται άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Πέρα από την διαβίωση τους, παρέχεται υποστήριξη και θεραπεία, προκειμένου να εκπληρωθεί ο τελικός σκοπός τους που είναι η διατήρηση της ζωής και η δράση μέσα στην κοινωνία. Αντίστοιχα, τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι χώροι φιλοξενίας, συνήθως σε πολυκατοικίες ή και μονοκατοικίες, που διαμένουν άτομα που έχουν την ικανότητα μερικώς να φροντίσουν τον εαυτό τους και να αυτοεξυπηρετηθούν. Σκοπός αυτής της δομής είναι οι φιλοξενούμενοι να οδηγηθούν στο μέγιστο βαθμό ανεξαρτησίας και αυτονομίας (Θεοδωροπούλου & συν. 2013).

Δομές επαγγελματικής αποκατάστασης

Οι δομές επαγγελματικής αποκατάστασης δημιουργήθηκαν έτσι ώστε να βοηθήσουν τους ψυχικά πάσχοντες, με σημαντικά μειωμένη λειτουργικότητα, να

προετοιμαστούν για την είσοδο τους στην αγορά εργασίας. Συγκεκριμένα, οι ψυχικά πάσχοντες που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των δομών αυτών αποκτούν την απαραίτητα επαγγελματική εκπαίδευση και αναπτύσσουν δεξιότητες που εξασφαλίζουν την πρόσβαση τους στην αγορά εργασίας (Θεοδωροπούλου & συν. 2013).

Δομές περίθαλψης

Τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων είναι εκείνα που αναλαμβάνουν την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών στις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Πρόκειται για το σύνολο των ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας, που προσφέρουν ενδονοσοκομειακή φροντίδα βραχείας διάρκειας στους πάσχοντες, όταν βρίσκονται στην ενεργό φάση της ασθένειας και είχαν κάποιο ενεργό ψυχωσικό επεισόδιο. Στόχος αυτής της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή είναι η σωστή λειτουργία και οργάνωση της μετανοσοκομειακής κατάστασης του, καθώς και η στενή συνεργασία του με τις υπηρεσίες της κοινοτικής ψυχικής υγείας (Θεοδωροπούλου & συν. 2013).

Κοινοτικές δομές

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν κοινοτικές δομές δημόσιου χαρακτήρα, οι οποίες αναλαμβάνουν να φέρουν εις πέρας τις βασικότερες αρμοδιότητες της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας, όπως αυτές ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συγκεκριμένα, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας παρέχουν ψυχιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ψυχοθεραπείας και υπηρεσίες πρόληψης, πρόωξης διάγνωσης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών, σε συνεχή συνεργασία με άλλες δομές υγείας (ψυχικής και σωματικής) για τη φροντίδα του πάσχοντα. Ταυτόχρονα, υλοποιούνται παρεμβάσεις στην κρίση, παρεμβάσεις στην κοινότητα με στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε ζητήματα ψυχικής υγείας και εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών που λαμβάνει ο ασθενής (Θεοδωροπούλου & συν. 2013).

4.3 Δυσκολίες

Παρά την πρόοδο σε ότι αφορά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, υπάρχουν σοβαρά και θεμελιώδη ζητήματα που εξακολουθούν μέχρι και σήμερα να εμποδίζουν την ολοκληρωτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχωσικών. Η έλλειψη οικονομικών πόρων, οι ανεπαρκείς υποδομές και ο υψηλός φόρτος εργασίας του προσωπικού στις δομές ψυχικής υγείας, αποτελούν προβλήματα που παρακωλύουν την επιτυχημένη έκβαση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην χώρα (Σακκέλης, 2009).

Αδιαμφισβήτητα, οι ανάγκες των ανθρώπων με χρόνια ψυχικές διαταραχές υπερβαίνουν εκείνες του υγιή πληθυσμού. Η οικονομική ένδεια είναι ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου, που δυστυχώς μαστίζει σε μεγάλο ποσοστό τον ψυχικά ασθενή πληθυσμό. Τα παρεχόμενα επιδόματα, σε πολλές περιπτώσεις, δεν επαρκούν για να καλυφθούν οι εξειδικευμένες ανάγκες των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα τους επιβαρύνει, μαζί με τις οικογένειές τους, με ένα μεγάλο φορτίο άγχους και ανησυχίας (Σακκέλης, 2009).

Ακόμη, οι χρήστες των συγκεκριμένων υπηρεσιών, αντιμετωπίζουν προβλήματα που αφορούν την προσβασιμότητα στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Η σημερινή κατάσταση στα Κέντρα αυτά και η απουσία τήρησης των προδιαγραφών του εθνικού σχεδιασμού δημιουργεί συνωστισμό και παρακωλύει την άμεση προσβασιμότητα των ψυχικά ασθενών και των εν δυνάμει πολιτών που επιθυμούν να λάβουν τις υπηρεσίες αυτές. Επιπρόσθετα, ο υψηλός φόρτος εργασίας φαίνεται να λειτουργεί αρνητικά ως προς την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, αφού ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας καλείται να αναλάβει περισσότερα περιστατικά από όσα δύναται (Μαδιανός, 2009).

Οι κυβερνήσεις έχουν μεγάλο μερίδιο ευθύνης σε αυτήν την διαδικασία καθώς μπορούν να επηρεάσουν τις κοινωνικές συνθήκες, να ορίσουν νέες βάσεις στην οικονομία των εθνών, καθώς και να εφαρμόσουν πολιτικές που συμφέρουν ή

επιβαρύνουν τους πολίτες (Π.Ο.Υ., 2001). Παράλληλα με αυτό, οι κυβερνήσεις δεν δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε οικονομικές επενδύσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα οι υπάρχουσες δομές να μην επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού, ή να υστερούν σε υποδομές και εργατικό δυναμικό. Μία ολοκληρωμένη υλοποίηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών, προϋποθέτει πληθώρα δομών ψυχικής υγείας, άρτια καταρτισμένο προσωπικό και φυσικά συνεχή αξιολόγηση των υπηρεσιών, ώστε να βελτιώνονται στον μέγιστο δυνατό βαθμό (Σακκέλης, 2009).

4.4 Συμφέροντες παράγοντες

Για την αποασυλοποίηση των ψυχικά πασχόντων συνέβαλλε ως απόρροια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και η κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική, η οποία αρχίζει να αναδύεται στην Ελλάδα μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο, λόγω των μεγάλων αναγκών που ανέκυψαν στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης (Κονταξάκης, 2005). Η κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική αφορά το συνδυασμό της ιατρικής φροντίδας με ενέργειες που διαμορφώνουν οι εκπαιδευτικές, κοινωνικές, οικονομικές και λοιπές συνθήκες, που επιδρούν στην ψυχική υγεία του ατόμου. Η συμβολή της είναι πολύ σημαντική καθώς αξιολογεί το άτομο ολιστικά και όχι υπό το πρίσμα αποκλειστικά του βιοιατρικού ή του κοινωνικού μοντέλου. Έτσι, καταφέρνει να προσφέρει έναν εναλλακτικό τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, προωθώντας τις ανοικτές δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα στην κοινότητα και όχι κλειστές δομές διαβίωσης όπως τα ψυχιατρεία (Κονταξάκης και συν. 2005).

Η αποασυλοποίηση, ως διαδικασία εμπεριέχει δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο, το μεταβατικό, σχετίζεται με την ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου, καθώς και με την ενημέρωση της κατάστασής του, κατά την έξοδο του από το κλειστό ίδρυμα περίθαλψης. Έτσι, ο επαγγελματίας υγείας έχοντας υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή, τον ενημερώνει πλήρως για την κατάσταση της υγείας του, το πλάνο θεραπείας του, τις ενδεχόμενες υποτροπές και το πλάνο αντιμετώπισης τους (Μαδιανός, 1994).

Έπειτα, το δεύτερο στάδιο αναφέρεται στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των πασχόντων, την παρακολούθηση και στήριξή τους. Η παρακολούθηση αυτή γίνεται ενώ το άτομο βρίσκεται στην κοινότητα, δηλαδή, ζει και αλληλεπιδρά με άλλους ανθρώπους. Συγκεκριμένα, το άτομο παρακολουθείται κανονικά από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ακολουθεί κάποιο ή κάποια προγράμματα για τη βελτίωση των ατομικών, των κοινωνικών και των επαγγελματικών του δεξιοτήτων. Έτσι, ο ψυχικά πάσχων βελτιώνει σταδιακά τη λειτουργικότητα του και αποκτά ενεργό συμμετοχή σε κοινωνικά ζητήματα, γεγονός που συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Μαδιανός, 1994).

Αναλυτικότερα, για την ορθότερη λειτουργία των προγραμμάτων αποασυλοποίησης, είναι απαραίτητο να στοχεύουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων του χρόνιου ψυχωτικού πάσχοντα. Έτσι, τα προγράμματα που παρακολουθεί ο πάσχοντας είναι προσαρμοσμένα στην κοινωνικοπολιτισμική του κατάσταση, τις ανάγκες του ίδιου και της κοινότητας, ενώ, διασυνδέονται με άλλες υπηρεσίες (κέντρα ψυχικής υγείας, γενικά νοσοκομεία). Εξίσου σημαντικές παράμετροι των προγραμμάτων αυτών αποτελούν το προσωπικό τους, το οποίο πρέπει να είναι πλήρως καταρτισμένο και ευαισθητοποιημένο με τις ψυχικές ασθένειες καθώς και η αξιολόγηση τους, η οποία πρέπει να γίνεται συστηματικά και με αντικειμενικά κριτήρια (Εταιρία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας, 2007).

4.5 Αξιολόγηση των υπαρχόντων δομών και υπηρεσιών

Τα ευρήματα της αξιολόγησης του προγράμματος «Ψυχαργός» κατέδειξαν πως τα κοινοτικά δίκτυα δεν αναλαμβάνουν πλήρως το ρόλο τους, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την επίτευξη της αποασυλοποίησης και της ποιοτικής κοινοτικής φροντίδας. Αυτή η κατάσταση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη γεωγραφική κατανομή της κάθε δομής, η οποία συχνά αναλαμβάνει να καλύψει τις ανάγκες ενός ολόκληρου νομού και όχι ενός γεωγραφικού διαμερίσματος. Συγκεκριμένα, παρατηρείται συσσώρευση των δομών ψυχικής υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα, ενώ, υπάρχουν περιφερειακές ενότητες με σημαντικές ελλείψεις σε δομές ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 2005).

Αντίστοιχα, ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα είναι η υποστελέχωση των δομών. Το προσωπικό που στελεχώνει τις δομές ψυχικής υγείας σήμερα, αν και πλήρως καταρτισμένο, δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες της γεωγραφικής κοινότητας σε επίπεδο νομού αλλά σε επίπεδο γεωγραφικού διαμερίσματος. Έτσι, υπάρχει σημαντική καθυστέρηση στις παρεχόμενες υπηρεσίες, η οποία προκαλεί τη δυσaréσκεια του γενικού πληθυσμού και την αναποτελεσματικότητα του συστήματος ψυχικής υγείας. Η κατάσταση αυτή εμποδίζει την αποτελεσματικότητα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχωσικών, καθώς δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την ομαλή υλοποίηση του έργου (Μαδιανός, 2005).

Η αξιολόγηση του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που σχετίζονται με τη γενικότερη στρατηγική του Υπουργείου Υγείας, έδειξε ότι οι ακούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα είναι τετραπλάσιες από τις νοσηλείες των δημοσίων ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη, οι εισαγωγές ασθενών με εισαγγελική παρέμβαση στις κλινικές και τα ψυχιατρικά τμήματα των Νοσοκομείων είναι περισσότερες από το 50%. Τα περιστατικά αυτά εντείνουν την ύπαρξη ηθικών ζητημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, που αφορούν στον σεβασμό των δικαιωμάτων των ψυχωσικών ατόμων (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Αντίστοιχα, σε έρευνα για την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του δήμου Αθηνών βρέθηκε ότι η πλειοψηφία είναι ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες που έλαβε. Αναλυτικότερα, η πλειοψηφία δήλωσε αρκετά ικανοποιημένη από την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη συμπεριφορά του προσωπικού, ενώ, χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σημειώθηκαν για τη διάταξη των κτιριακών υποδομών, τη διαθεσιμότητα των ραντεβού και τον χρόνο αναμονής στους χώρους υποδοχής (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι έχουν γίνει προσπάθειες για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την εκπροσώπηση τους, μέσα από συλλόγους, σωματεία και θεσμοθετημένους φορείς εκπροσώπων όπως οι Λ.Υ.Ψ.Υ. ή Σύλλογοι Οικογενειών των ληπτών. Εντούτοις, οι εγγενείς αδυναμίες στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έχουν σημαντική

επίπτωση στην ποιότητα των υπηρεσιών και εν τέλει στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών, κάτι που παρακωλύει την διαδικασία της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, απογυμνώνοντας το ψυχωσικό άτομο από τον μανδύα των ανθρώπινων και θεμελιωδών δικαιωμάτων του, θέτοντας έτσι υπό αμφισβήτηση την ανθρώπινη και ισότιμη υπόστασή του στην κοινωνία (Μαδιανός, 2005).

Κεφάλαιο 5: Κοινωνική πολιτική διεθνώς για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών

5.1 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη η ουσιαστική ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχωσικών ξεκίνησε να εφαρμόζεται από το 1980 μέχρι και σήμερα. Χαρακτηριστικό αποτελεί το παράδειγμα της Ιταλίας σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την αποασυλοποίηση των ασθενών. Κύριοι στόχοι της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης αποτέλεσαν η πρόληψη, η εξωνοσοκομειακή φροντίδα των ατόμων, η αυτονομία των ψυχωσικών και η ολοκληρωμένη ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους (Sprauwen et al. 2006).

Σημαντικό ρόλο στη μεταρρύθμιση αυτή διαδραμάτισε το πλήρως καταρτισμένο και έμπειρο προσωπικό των δομών ψυχικής υγείας, το οποίο υλοποίησε στοχευμένες παρεμβάσεις σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο. Αναλυτικότερα, σε ατομικό επίπεδο, οι επαγγελματίες πραγματοποίησαν ατομικές συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης και ομάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για την απόκτηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας. Αντίστοιχα, σε κοινοτικό επίπεδο οι επαγγελματίες βοήθησαν στη δημιουργία κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία, κέντρων ημέρας και στεγαστικών δομών για την αυτόνομη και ημιαυτόνομη διαβίωση των χρόνια ψυχωσικών ασθενών. Παράλληλα, η μεταρρύθμιση στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης υποχρέωνε τους εργοδότες να προβαίνουν σε προσλήψεις χρόνια ψυχωσικών ασθενών με την υποχρέωση παροχής ειδικής και εξειδικευμένης εποπτείας για την βελτίωση των προσωπικών τους δεξιοτήτων και την κατάρτιση τους (Sprauwen et al. 2006).

Τα τελευταία είκοσι χρόνια η Ιταλία, η Ισπανία και η Γαλλία προχώρησαν στη δημιουργία στεγαστικών δομών για χρόνια ψυχωσικούς ασθενείς χωρίς οικογενειακά υποστηρικτικά δίκτυα και την προσφορά εργασίας ευέλικτου τύπου, χωρίς τις στρεσογόνες συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, με στόχο την ενίσχυση της αυτονομίας τους. Ομοίως στη Μ. Βρετανία προχώρησαν στη δημιουργία ένος

ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και εκπαίδευσης σε επαγγελματικές δεξιότητες, με στόχο την επαγγελματική και κοινωνική αποκατάστασή τους (Sprauwen et al. 2006).

Η Γερμανία το 1970 ανέπτυξε ένα κοινοτικό σύστημα ψυχικής υγείας, κατά το οποίο οι ψυχιατρικές μονάδες υγείας ενσωματώθηκαν μέσα στα γενικά νοσοκομεία ως ψυχιατρικές πτέρυγες, ενώ ιδρύθηκαν νέες και πιο καινοτόμες εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Οι μεταρρυθμίσεις σχετικά με την ψυχική υγεία δεν αποτελούσαν προϊόν κυβερνητικών αποφάσεων, αλλά σχεδιάζονταν από 16 ομοσπονδιακά κρατίδια και εφαρμόζονταν καθολικά για όλη την χώρα. Η συγκεκριμένη στρατηγική δημιούργησε πολλά προβλήματα, καθώς υπήρχε χάσμα μεταξύ των ενδονοσοκομειακών και των εξωνοσοκομειακών πρακτικών. Το χάσμα έγκειται στην άνιση χρηματοδότηση των δομών, και στην ανοργάνωτη στελέχωσή τους, καθώς οι διεπιστημονικές ομάδες μέσα στα νοσοκομεία διέφεραν από εκείνες των ψυχιατρικών κλινικών. Η επανένωση της Δυτικής και της Ανατολικής Γερμανίας το 1990, δημιούργησε νέες ανάγκες, μέσα στις οποίες υπήρξε και η μέριμνα για την ψυχική υγεία. Το μεταρρυθμιστικό ρεύμα της εποχής και οι εξωτερικές πιέσεις, κατάφεραν να εφαρμόσουν ένα πιο οργανωμένο και ισότιμο προνοιακό σύστημα, και έτσι ενισχύθηκε η ενδονοσοκομειακή φροντίδα, με παράλληλη μείωση της ιδρυματοποίησης των ψυχικά ασθενών (Salize et al. 2007).

5.2 Το παράδειγμα των Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α., για την ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας για ασθενείς με ψύχωση υλοποιήθηκαν έξι προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης πολυδιάστατου χαρακτήρα με εφαρμογές στην κοινότητα. Τα προγράμματα αυτά χωρίζονται σε ομάδες αυτοβοήθειας και κοινοτικά κέντρα φροντίδας αυτόνομης και ημι-αυτόνομης ημιδιαμονής. Παραδείγματα αυτών αποτελούν το Fountain House στη Νέα Υόρκη, το Council House στο Πίτσμπουργκ, το Horizon House στη Φιλαδέλφεια, το Thresholds Club στο Σικάγο, το Portals House στο Λος Αντζέλες, το Hill House στο Κλίβελαντ Οχάιο και το Soteria House στο Σαν Φρανσίσκο (Μαδιανός, 2005).

Παράλληλα με αυτά, δημιουργήθηκαν περίπου 1.500-2.000 εθελοντικές ομάδες οικογενειακής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, οι περισσότερες από τις οποίες αποτελούν μέλη της N.A.M.I. (National Alliance for the Mentally). Η δράση αυτών των ομάδων κατάφερε να περιορίσει την ψυχιατρική αντιμετώπιση των ασθενών, με εναλλακτικές λύσεις για τη μείωση των συμπτωμάτων, βοηθώντας τα ψυχωτικά άτομα να αποκτήσουν αυτονομία και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων εθελοντικών υπηρεσιών αποτελούν το Μέτωπο Απελευθέρωσης των Ψυχικά Αρρώστων στη Βοστώνη (M.P.L.F.), το Κέντρο για την Ανεξάρτητη Διαμονή στο Μπέρκλεϊ της Καλιφόρνιας και το SHARE (Self-help and Advocacy Resource Exchange) στη Φιλαδέλφεια.

Τα προαναφερθέντα Κέντρα παρέχουν προγράμματα με κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, ενώ σε μικρότερο βαθμό παρέχεται εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση στα ψυχωσικά άτομα. Μερικά από αυτά τα Κέντρα λειτουργούν τελείως αυτόνομα, ενώ άλλα συνδέονται με τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας της περιοχής τους. Συμπληρωματικά με τα προαναφερθέντα κέντρα, υπάρχουν και άλλα εθελοντικά προγράμματα Κοινοτικής Εργασίας, στα οποία δραστηριοποιούνται Κοινοτικοί Λειτουργοί (Community Workers). Οι επαγγελματίες αυτοί, προσεγγίζουν ατομικά τις χρόνιες ψυχιατρικές περιπτώσεις ως ισότιμα πρόσωπα με ανθρώπινη υπόσταση και όχι ως διαγνωσμένους ασθενείς (Μαδιανός, 2005).

Άλλοι τύποι κοινοτικής φροντίδας είναι το πρόγραμμα Foster Family Care των ΗΠΑ. Αναλυτικότερα, το Foster Family Care αποτελεί ένα βασικό κορμό προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για την οικογένεια ατόμων με ψυχικές διαταραχές με παροχή στέγης. Σε αυτόν τον κορμό περιλαμβάνονται προγράμματα όπως αυτό του Ψυχιατρικού Κέντρου Pilgrim στην Νέα Υόρκη, με 2.449 μέλη σε 841 σπίτια, του κέντρου S.E.R.V. στο Νιου Τζέρσεϊ (35 σπίτια για 40 μέλη), το υποστηρικτικό πρόγραμμα της Τζώρτζια (με 550 ωφελούμενους) και το πρόγραμμα των Βετεράνων στο Λιτλ Ροκ του Άρκανσο (65 μέλη σε 8 σπίτια). Σκοπός του προγράμματος αποτελεί η δημιουργία των συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των ψυχωσικών ασθενών σε κατοικίες μετά την έξοδο τους από ιδρύματα κλειστού τύπου. Ωφελούμενοι της δράσης είναι ψυχωσικά άτομα, μικρής ηλικίας, τα οποία δεν είναι εξαρτημένα από ουσίες. Αξίζει να σημειωθεί πως το πρόγραμμα

παρέχει υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση (Crisis Intervention team), από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με στόχο την κάλυψη των μεταβατικών αναγκών των ασθενών, την ενίσχυση των κοινωνικών και επαγγελματικών τους δεξιοτήτων καθώς και την πρόληψη της υποτροπής (Μαδιανός, 2005).

5.3 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση σε άλλες χώρες

Γενικότερα, λίγες χώρες διαθέτουν συνδυαστικές λειτουργίες στον τομέα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ακόμη και μέσα στα γεωγραφικά πλαίσια της ίδιας χώρας, μπορούν να σημειωθούν διαφορές ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν στον κλάδο της ψυχικής υγείας.

Η Ινδία, για παράδειγμα, διαθέτει 37 δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα οποία εξυπηρετούν περίπου 18.000 ψυχικά ασθενείς. Όπως γίνεται αντιληπτό, οι λιγοστές κτιριακές υποδομές που υπάρχουν στην χώρα δεν επαρκούν για να καλύψουν τον μεγάλο όγκο ασθενών. Η συγκεκριμένη κατάσταση δημιουργεί τεράστιο πρόβλημα μέσα στα νοσοκομεία, καθώς και στους λήπτες των υπηρεσιών. Πολλοί είναι εκείνοι που κοιμούνται στο πάτωμα του θαλάμου, καθώς τα κρεβάτια δεν αρκούν. Οι τουαλέτες μέσα στα νοσοκομεία βρίσκονται σε άσχημη κατάσταση, ενώ οι προβληματικές υδραυλικές εγκαταστάσεις, καθιστούν πολλές φορές αδύνατη την καθαριότητα. Άλλο ένα από τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μέσα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι το ντους με κρύο νερό, ακόμη και τους χειμερινούς μήνες. Τα αποχωρητήρια είναι δημόσια, με αποτέλεσμα οι εξυπηρετούμενοι να αναγκάζονται να τα χρησιμοποιούν σε κοινή θέα, ακόμη και να κάνουν μπάνιο δημόσια. Η συγκεκριμένη κατάσταση, σκιαγραφεί ένα κράτος που δεν επενδύει στον τομέα της ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα υποτιμά τα ψυχικά ασθενή άτομα και τα απογυμνώνει από την ανθρώπινη υπόστασή τους. Για τους παραπάνω λόγους, η Ινδία δεν παραχωρεί ελεύθερο τόπο, ώστε να ευδοκιμήσει η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στην χώρα (Κυριζίδη, 2010).

Στις χώρες του Τρίτου Κόσμου η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση επιτελείται σε μεγάλο βαθμό μέσα στην παραδοσιακή κοινωνία, με τους ψυχικά ασθενείς να βρίσκουν εργασία στον πρωτογενή τομέα. Ωστόσο, υπάρχουν και επιρροές από πρότυπα δυτικών χωρών, κυρίως από την Βρετανία, κατά τα οποία η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βασίζεται στον εθελοντισμό. Στην πορεία αυτή συνέβαλε σπουδαίο ρόλο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), αλλά και διεθνείς οργανώσεις, όπως η Παγκόσμια Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Τα παραπάνω όργανα βοήθησαν στην εξειδίκευση του προσωπικού που στελέχωναν τις υπηρεσίες, καθώς και στην διεπιστημονική οργάνωση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε χώρες της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής (Μαδιανός, 2005).

5.4 Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και δομών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διεθνώς

Έρευνες σχετικά με την ψυχική υγεία των πληθυσμών σε παγκόσμιο επίπεδο, αναδεικνύουν πως οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις, ενώ οι επενδύσεις σε ζητήματα ψυχικής υγείας μειώνονται συνεχώς. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2001), οι υπηρεσίες που παρέχονται για την ψυχική υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες φαίνεται να χρηματοδοτούνται ανεπαρκώς. Συγκεκριμένα, το 28% των χωρών παγκοσμίως, δεν διαθέτει χωριστό προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία, ενώ το 37% επενδύει λιγότερο από 1% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία σε αντίστοιχες υπηρεσίες.

Όμως η κατάσταση αυτή δεν είναι τυχαία, αφού φαίνεται να στηρίζεται στο ελλιπές σύστημα αξιολόγησης της φροντίδας των ψυχικά ασθενών. Αναλυτικότερα, πληθώρα ζητημάτων, σε διεθνές επίπεδο, τείνουν να παρακωλύουν την ουσιαστική υλοποίηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από νοσοκομεία και άλλους φορείς κοινοτικής φροντίδας. Ένα από τα σημαντικά αυτά ζητήματα είναι οι εκάστοτε πολιτικές της κάθε χώρας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων χωρών είναι η Ινδία, η Αίγυπτος και η Ταϊλάνδη όπου η ψυχική φροντίδα δεν αποτελεί δημόσιο αγαθό, παρά στηρίζεται αποκλειστικά από ιδιώτες επαγγελματίες

στην ψυχική υγεία και αμείβεται με ιδίους πόρους, ενώ, οι ψυχικά πάσχοντες και οι οικογένειες τους αποκλείονται από κάθε μορφής επιδοματικής κοινωνικής πολιτικής (Κυριζίδη, 2010).

Άλλα παραδείγματα χωρών, όπως η Μ. Βρετανία, διαθέτουν τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα και εξειδικευμένες κοινοτικές δομές, οι οποίες εποπτεύονται από την κεντρική διοίκηση υπηρεσιών υγείας της χώρας. Αντιθέτως, η Ιταλία και η Γαλλία διαθέτουν αποκεντρωμένες διοικήσεις για τις κατά τόπους υπηρεσίες τους, διασφαλίζοντας έτσι την πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας με ταυτόχρονη μείωση στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Αντίστοιχα, το ελλιπές νομικό πλαίσιο φαίνεται να έχει επιβλαβείς επιδράσεις στα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Συγκεκριμένα, η κείμενη νομοθεσία για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση περιλαμβάνει διάφορες μορφές διατάξεων που μπορούν μεν να υλοποιηθούν αλλά δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα λόγω της μειωμένης χρηματοδότησης. Συζητήσεις επί του θέματος γίνονται παγκοσμίως με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ασθενείς να διεκδικούν τα αυτονόητα δικαιώματά τους, όμως, το στίγμα φαίνεται ακόμα να επιδρά αρνητικά σε πολλά επίπεδα της καθημερινότητας, εμποδίζοντας της ουσιαστική αξιολόγηση και ανάπτυξη ενός νέου τύπου παροχής ολιστικής φροντίδας για την ψυχική υγεία (Κυριζίδη, 2010. Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

Κεφάλαιο 6: Μεθοδολογία έρευνας

6.1 Χαρακτηριστικά της έρευνας

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με τη μεθοδολογία της ποιοτικής έρευνας. Σκοπός της ήταν η αποτίμηση των αναγκών των ψυχωσικών ασθενών στο Ηράκλειο Κρήτης και η καταγραφή των ευνοϊκών παραγόντων και δυσκολιών που εμποδίζουν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων αποτέλεσε η ημι-δομημένη μορφή συνέντευξης. Αυτός ο τύπος της συνέντευξης είναι πιο ευέλικτος, αφού ο συνεντευκτής χρησιμοποιεί ένα κατάλογο θεμάτων, για τα οποία επιθυμεί να πάρει απαντήσεις. Υπάρχει ωστόσο μεγαλύτερη ελευθερία στη σειρά που τίθενται οι ερωτήσεις, στη διατύπωση, στη διάρκεια και στην προσοχή που δίνουν στα διάφορα θέματα (Robson, 2010).

6.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελεί η μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σχετικά με την υπάρχουσα κατάσταση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν τα προβλήματα και οι δυσκολίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων, οι ευνοϊκοί παράγοντες, καθώς και προτάσεις για το μέλλον.

Αναλυτικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας περιλαμβάνουν τα εξής:

1) Ποιες είναι οι κύριες ανάγκες των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών και πως αντιμετωπίζονται;

- 2) Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ψύχωση: Ποιο είναι το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο και οι υπάρχουσες υπηρεσίες στην Ελλάδα; (σε τοπικό, εθνικό και εθελοντικό επίπεδο).
- 3) Αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται: Καλύπτουν τις ανάγκες των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση; Αν όχι ποιες συνέπειες έχει στους ασθενείς και στις οικογένειες τους;
- 4) Πως επηρεάζει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών και την οικογένειά τους;
- 5) Ποιες είναι οι προτάσεις για το μέλλον;

6.3 Δείγμα - Κριτήρια επιλογής πληθυσμού

Ο πληθυσμός της μελέτης προήλθε από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στο Δήμο Ηρακλείου. Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία δέκα επαγγελματίες ψυχικής υγείας αρμόδιοι για θέματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η επιλογή αυτών έγινε με κριτήριο την προϋπηρεσία τους στο χώρο ψυχικής υγείας, την ειδικότητά τους (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές) και την εμπειρία τους με άτομα που πάσχουν από ψυχωτικά συμπτώματα.

Ειδικότερα, η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται είτε στον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί (βλ. πίνακας 1).

Φύλο	N	%	Ηλικία	N	%
Ανδρας	3	37,5	25-35	3	37,5
Γυναίκα	5	62,5	>36	5	62,5
Οικογενειακή Κατάσταση			Παιδιά		
Άγαμος/-η	3	37,5	Ναι	4	50
Έγγαμος/-η	5	62,5	Όχι	4	50
Αριθμός Παιδιών			Τόπος Διαμονής		
2	3	87,5	Αστικός	8	100
3	1	12,5			
Μορφωτικό Επίπεδο			Τομέας Απασχόλησης		
ΑΕΙ/ΤΕΙ	4	50	Ιδιωτικός	4	50
Μεταπτυχιακό	4	50	Ελεύθερος Επαγγελματίας	4	50
Υπηρεσία			Ειδικότητα		
Κέντρα Ειδικής Αγωγής	2	25	Κοινωνικός/η Λειτουργός	4	50
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	2	25	Ψυχολόγος	3	37,5
Συμβουλευτική / Ψυχοθεραπεία	4	50	Εργοθεραπευτής/-τρια	1	12,5
Εισόδημα			Έτη Προϋπηρεσίας		
<5000	1	12,5	1-3	2	25
5000-12000	4	50	4-10	2	25
>12000	3	37,5	>10	4	50

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά οκτώ επαγγελματίες υγείας (τέσσερις κοινωνικοί λειτουργοί, τρεις ψυχολόγοι και ένας εργοθεραπευτής), κάτοικοι αστικής περιοχής, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (τέσσερις εξ΄

αυτών είχαν μεταπτυχιακό τίτλο), με τους τέσσερις από αυτούς να εργάζονται για περισσότερα από δέκα έτη, δύο να εργάζονται από τέσσερα έως δέκα έτη και δύο να εργάζονται από ένα έως τρία έτη. Επιπλέον, οι τέσσερις από αυτούς εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (δύο σε κέντρα ειδικής αγωγής και δύο σε κέντρα ψυχικής υγείας) και οι υπόλοιποι τέσσερις ως αυτοαπασχολούμενοι, με εισοδήματα από 5.000-12.000 €, οι τρεις με εισοδήματα μεγαλύτερα των 12.000 € και ένας με εισοδήματα μικρότερα των 5.000 €. Από αυτούς, οι πέντε ήταν γυναίκες και οι υπόλοιποι τρεις ήταν άνδρες, με πέντε από αυτούς ηλικίας μεγαλύτερης των 36 ετών και έγγαμους, ενώ, τρεις είναι ηλικίας από 25-35 ετών και άγαμοι. Αντίστοιχα, τέσσερις εξ' αυτών έχουν παιδιά, με τους τρεις να έχουν δύο τέκνα και ένας να έχει τρία, ενώ, οι υπόλοιποι τρεις δεν έχουν παιδιά.

Η πρόσβαση στους ερευνώμενους εξασφαλίστηκε μέσα από έγγραφες άδειες που στάλθηκαν σε δομές, για τη διασφάλιση της έγκρισης τους για συμμετοχή των εργαζομένων τους (κυρίως για δημόσιους υπαλλήλους), καθώς και μέσω έγγραφης συναίνεσης, για όσους εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως από την αρχή για τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της έρευνας και την αμοιβαία συμφωνία για τα δικαιώματά τους (π.χ. δικαίωμα στην προσβασιμότητα των δεδομένων). Το βήμα αυτό εξασφαλίζει τη δεοντολογική αρχή της πληροφορημένης συγκατάθεσης (Hopf, 2004). Παράλληλα, οι συμμετέχοντες ενημερώνονται για τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους κατά την ανάλυση των ευρημάτων, τη δημοσίευσή τους και την αξιοποίησή τους γενικότερα (Traianou, 2014).

6.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων-Συνέντευξη

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο αφορά τη συλλογή κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχουσών στην έρευνα, ενώ, το δεύτερο από τους θεματικούς άξονες της ημι-δομημένης συνέντευξης. Οι άξονες του δεύτερου μέρους ήταν: οι ανάγκες των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών, η κάλυψη τους, οι προσφερόμενες υπηρεσίες και η αξιολόγηση αυτών, η επίδραση του στίγματος στον ασθενή και την οικογένεια του και οι προτάσεις για το μέλλον. Ο

συνολικός οδηγός συνέντευξης παρουσιάζεται στο Παράρτημα I, στο τέλος της εργασίας.

Το σύνολο των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε την χρονική περίοδο από Μάρτιος έως Μάιος 2021. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μέσω της εφαρμογής Skype και μαγνητοφωνήθηκαν, μετά από τη σύμφωνη γνώμη των συμμετεχόντων. Η χρονική διάρκεια κάθε συνέντευξης ήταν περίπου μία ώρα.

6.5 Άδειες και ενημέρωση

Η μελέτη πληροί όλες τις προϋποθέσεις της ερευνητικής δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (ΕΛΜΕΠΑ). Όλοι οι συμμετέχοντες, ανεξαιρέτως, ενημερώθηκαν προφορικά για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας, ενώ, αντίστοιχη γραπτή επιστολή στάλθηκε στις δημόσιες και ιδιωτικές δομές, όπου απασχολούνται οι επαγγελματίες του δείγματος της παρούσας έρευνας. Αντίγραφο της άδειας πρόσβασης παρουσιάζεται στο Παράρτημα II, στο τέλος της εργασίας.

6.6 Ανάλυση κοινωνικοδημογραφικών και ποιοτικών δεδομένων

Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων εκφράστηκαν με τη μορφή ποσοστών (%) και συχνοτήτων, με τη βοήθεια της έκδοσης 22.0, του στατιστικού πακέτου της IBM SPSS Statistics. Αντίστοιχα, όλες οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν από τους ερευνητές, τηρώντας το σύνολο των κανόνων της ερευνητικής εχεμύθειας και δεοντολογίας.

Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων ακολουθήθηκε η μεθοδολογία της ανάλυση πλαισίου ή συνηθέστερα framework analysis (Gale και συν. 2013, Ritchie & Spencer, 1994). Οι ερευνητές μελέτησαν πρώτα προσεκτικά τις συνεντεύξεις (μια προς μία) και εξοικειώθηκαν με τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ, στη συνέχεια,

κατένειμαν τα δεδομένα των συνεντεύξεων σε ενότητες, βάσει των αποτελεσμάτων και του οδηγού συνέντευξης.

Οι ενότητες που προέκυψαν ήταν: οι ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών κατά Maslow, οι ευνοϊκές συνθήκες και οι δυσκολίες πρόσβασης στην ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους, η επίδραση του στίγματος και οι προτάσεις για το μέλλον. Έτσι, μετά από συνεχείς συγκρίσεις των δεδομένων κάθε συνέντευξης, εξετάστηκε η συνοχή τους, προέκυψαν οι θεματικές ενότητες και αντιστοιχήθηκαν οι πληροφορίες τους, βάσει του εύρους των εμπειριών και αντιλήψεων που προέκυψαν για κάθε ενότητα.

Ειδικότερα, κάθε ενότητα περιλαμβάνει μικρότερες θεματικές υπο-ενότητες, η κωδικοποίηση των οποίων βασίζεται στα δεδομένα που περιλαμβάνονται σε αυτή. Η δημιουργία των υπο-ενοτήτων έγινε βάσει του πλήθους και της συχνότητας εμφάνισης απόψεων, σκέψεων και ιδεών. Οι υπο-ενότητες που προέκυψαν είναι:

- (α) για τις ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών κατά Maslow: εκφρασμένες ανάγκες, μη εκφρασμένες ανάγκες και διαχείριση των αναγκών,
- (β) για τις ευνοϊκές συνθήκες και οι δυσκολίες πρόσβασης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών: ευνοϊκές συνθήκες συμμετοχής στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και δυσκολίες συμμετοχής στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση,
- (γ) για την επίδραση του στίγματος: στίγμα και ασθενής και στίγμα και οικογένεια,
- (δ) για τις προτάσεις για το μέλλον: προτάσεις νέων υπηρεσιών.

Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων, ακολούθησαν συγκρίσεις ανά ομάδα επαγγελματιών, όπου αυτό ήταν εφικτό (πχ ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς), προκειμένου να διασφαλιστεί η απόδοση ενός κοινού κωδικού για την ίδια εμπειρία ή άποψη. Τα αποτελέσματα του συνόλου της ανάλυσης των δεδομένων συζητήθηκαν και παρουσιάζονται αναλυτικά στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

Κεφάλαιο 7: Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Από την ανάλυση των δεδομένων, των συνεντεύξεων, προέκυψαν οι βασικές θεματικές ενότητες και υπο-ενότητες για τις ανάγκες των ασθενών, οι οποίες είναι:

- (α) οι ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών κατά Maslow,
 - εκφρασμένες ανάγκες,
 - μη εκφρασμένες ανάγκες,
 - διαχείριση των αναγκών.
- (β) οι ευνοϊκές συνθήκες και οι δυσκολίες πρόσβασης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών,
 - ευνοϊκές συνθήκες συμμετοχής στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση,
 - δυσκολίες συμμετοχής στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
- (γ) η επίδραση του στίγματος
 - στίγμα και ασθενής,
 - στίγμα και οικογένεια.
- (δ) οι προτάσεις για το μέλλον.
 - προτάσεις νέων υπηρεσιών.

A) Ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών κατά Maslow

A1) Εκφρασμένες ανάγκες

Οι ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών βάσει της θεωρίας του Maslow, όπως καταγράφηκαν από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων φαίνεται να εστιάζουν στις βιολογικές ανάγκες (τροφή, νερό, στέγη), τις ανάγκες ασφάλειας (φαρμακευτική αγωγή και υγεία) και τις κοινωνικές ανάγκες (επικοινωνία και αλληλεπίδραση με τους άλλους). Τις ανάγκες αυτές φαίνεται πως εκφράζουν συνήθως οι ασθενείς στους επαγγελματίες με στόχο την όσο το δυνατό καλύτερη ανταπόκριση τους σε αυτές.

A1.1) Βιολογικές ανάγκες

Οι επαγγελματίες αναφέρθηκαν κυρίως στις βιολογικές ανάγκες των ασθενών. Αυτές οι ανάγκες σχετίζονται με: τη σίτιση, τη στέγαση, τον ύπνο, τις οικιακές εργασίες, τη μετακίνηση, την επιδοματική πολιτική ως λύση στους μη έχοντες

εργασία και την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Αναλυτικότερα, αναφέρθηκαν τα κάτωθι:

«Πρωτεύον ζήτημα μας είναι η κάλυψη της ασφαλιστικής ικανότητας των ασθενών, για να μπορέσουν να λάβουν ειδικές παροχές και προνοιακά επιδόματα όπως πχ μια αναπηρική σύνταξη, η οποία θα τους βοηθήσει να βιοποριστούν κατά την νοσηλεία τους αλλά και μετά στην κοινωνία» (Επαγγελματίας 1).

«Η ένδυση, η τροφή και η στέγη ασφαλώς. Αυτές είναι οι βασικές τους ανάγκες. Τα υπόλοιπα έπονται» (Επαγγελματίας 5).

«Ας μην τρέχουμε σε άλλες ανάγκες πριν καλύψουμε τις βασικές. Οι ασθενείς με ψύχωση λόγω της στιγματιστικής αντιμετώπισης τους από την κοινωνία αντιμετωπίζουν ζητήματα σίτισης, στέγασης ή/και ένδυσης» (Επαγγελματίας 7).

A1.2) Ανάγκες ασφάλειας

Οι επαγγελματίες αναφέρθηκαν στις ανάγκες για ασφάλεια, ως ανάγκη για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της εμφάνισης των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας.

«Τα φάρμακα είναι πολύ σημαντική ανάγκη για την διασφάλιση της άρσης των συμπτωμάτων της ασθένειας» (Επαγγελματίας 2).

«Από τις βασικότερες ανάγκες που εκφράζει ένας ασθενής αποτελεί η κάλυψη της ιατροφαρμακευτικής του περίθαλψης, για την μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων της ασθένειας και η τήρηση ενός σταθερού προγράμματος» (Επαγγελματίας 4).

«Φυσικά, τα φάρμακα. Δίνουν ασφάλεια στον ασθενή ότι δε θα προβεί σε σφάλματα ή θα παρεκκλίνει από τη συμπεριφορά που θεωρεί ως φυσιολογική» (Επαγγελματίας 8).

A1.3) Κοινωνικές ανάγκες

Αναφορικά με τις κοινωνικές ανάγκες, οι επαγγελματίες αναφέρθηκαν στο αίσθημα του ανήκειν που αφορά την κοινωνική συνδιαλλαγή, τη δημιουργία σχέσεων (οικογένεια, φίλια, εργασία).

«Όλοι οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη να σχετίζονται με τους άλλους και να είναι μέλη μιας ομάδας. Οι άνθρωποι με ψύχωση δεν παύουν να είναι άνθρωποι. Άρα, είναι και αυτή μια ανάγκη τους» (Επαγγελματίας 3).

«Ας μην πάμε μακριά. Η συνδιαλλαγή με τους άλλους είναι η βασική τους ανάγκη» (Επαγγελματίας 4).

«Να νιώθουν ότι δεν διαφέρουν σε κάτι. Ότι δεν περιθωριοποιούνται και είναι μέρος της κοινωνίας μας» (Επαγγελματίας 7).

«Σχέσεις. Κοινωνικές, Οικογενειακές, όλες. Αυτό είναι το βασικό» (Επαγγελματίας 8).

Παράλληλα, αναφέρθηκαν σε ζητήματα έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου (σύμπτωμα της ψύχωσης) στο λόγο, τις σχέσεις και την επικοινωνία τους με τους άλλους. Συγκεκριμένα, έγινε αναφορά στην ολιστική κάλυψη των αναγκών του ασθενή, με προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης που σχετίζονται με την αύξηση της λειτουργικότητας του. Όπως αναφέρθηκε:

«Θεωρώ πως η βασικότερη ανάγκη που εκφράζουν οι ασθενείς αφορά την παροχή ενός ολοκληρωμένου ψυχοεκπαιδευτικού πακέτου που θα ενισχύσει το άτομο στην καθημερινότητα του, από τη λήψη της αγωγής μέχρι την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων» (Επαγγελματίας 7).

A2) Μη εκφρασμένες ανάγκες

Αντίστοιχα, οι επαγγελματίες αναφέρονται σε ανάγκες που δεν εκφράζονται και είναι εξίσου σημαντικές για την πορεία του ασθενή και σχετίζονται με τις βιολογικές και τις κοινωνικές ανάγκες τους.

A2.1) Βιολογικές ανάγκες

Σε σχέση με τις βιολογικές ανάγκες του ασθενή, έρχεται να προστεθεί η ανάγκη για επαγγελματική αποκατάσταση ή αλλιώς η απόκτηση εισοδημάτων. Συγκεκριμένα, ο επαγγελματίας 8 ανέφερε:

«Η επαγγελματική ανάπτυξη του ασθενή είναι ένα ζήτημα που τον καίει αλλά δεν το εκφράζει. Είναι περιορισμένος σε αυτό που του προσφέρει το περιβάλλον του και καταπιέζει τις δικές του προσωπικές ανάγκες που μπορεί να έχει. Έτσι δεν μπορεί να αυτονομηθεί».

A2.2) Κοινωνικές ανάγκες

Σε σχέση με τις κοινωνικές ανάγκες, γίνεται αναφορά από τους επαγγελματίες για τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Αναλυτικότερα, ο Επαγγελματίας 3 αναφέρει ότι:

«Η σύνδεση με την οικογένεια και η δημιουργία ισχυρών δεσμών ανάμεσα στα μέλη της αλλά και κοινωνικών δικτύων όπως φίλοι και λοιποί συγγενείς αποτελούν βασικό μέλημα για την ολιστική υποστήριξη του ατόμου».

A3) Διαχείριση αναγκών

Η διαχείριση των αναγκών από τους επαγγελματίες τείνει να ακολουθεί τις επιταγές της σύγχρονης εποχής μέσα από την οικοδόμηση της σχέσης ανάμεσα σε επαγγελματίες και ασθενείς, ενώ, ακολουθούνται εξατομικευμένες παρεμβάσεις με στόχο την αποϊδρυματοποίηση και την ένταξη των ασθενών στην κοινότητα.

A3.1) Σχέση με τους ασθενείς

Οι επαγγελματίες αναφέρθηκαν στη σχέση τους με τους ασθενείς και τη σημαντικότητα που έχουν αυτές οι σχέσεις στη θεραπεία του ασθενή. Συγκεκριμένα, ανέφεραν:

«Η διαχείριση των αναγκών βρίσκεται μέσα στη σχέση που αναπτύσσουμε με τον εκάστοτε ασθενή και αποτελεί μέρος της αμοιβαίας συμφωνίας μας μαζί του» (Επαγγελματίας 2).

«Οι επαγγελματίες που συμμετέχουν στη θεραπεία του ασθενή έχουν άριστες σχέσεις μαζί του, ενώ, ασχολούνται κυρίως με τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής και την ανάπτυξη σχέσεων και κοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίες θα ενισχύσουν την αποκατάστασή τους» (Επαγγελματίας 3).

A3.2) Εξατομίκευση

Αντίστοιχα, οι επαγγελματίες υγείας, αναφέρθηκαν στην εξατομικευμένη παρέμβαση στον ασθενή

«Η διαχείριση των αναγκών γίνεται εξατομικευμένα για κάθε ασθενή, σύμφωνα πάντα με τα ενδιαφέροντα του και τις πρότερες δραστηριότητες που ενδεχομένως να είχε στο πρόγραμμα του, σε συνάρτηση πάντα με τους στόχους που έχουν τεθεί για τη θεραπεία του» (Επαγγελματίας 5).

«Οι ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών καταγράφονται και ιεραρχούνται μέσα στο κοινωνικό ιστορικό, όπου εξετάζεται το κοινωνικό-διαπροσωπικό επίπεδο, οι σχέσεις του με την οικογένεια, το γνωστικό και αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου, ενώ, αντίστοιχα στο ιατρικό ιστορικό καταγράφονται τυχόν παθήσεις που έχει ο ασθενής. Τα ιστορικά ενημερώνονται τακτικά με δεδομένα από την τακτική παρακολούθηση των ασθενών από όλους τους επαγγελματίες της υπηρεσίας μας» (Επαγγελματίας 8).

B) Ευνοϊκές συνθήκες και δυσκολίες πρόσβασης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών

B1) Ευνοϊκές συνθήκες πρόσβασης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών

B1.1) Η διεπιστημονική ομάδα

Η πρόσβαση των ασθενών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση φαίνεται να έχει αρκετές ευνοϊκές συνθήκες. Η διεπιστημονική ομάδα και οπτική για τον ασθενή φαίνεται να ενισχύει την πορεία των ασθενών για την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Αναλυτικότερα, οι επαγγελματίες ανέφεραν:

«Για την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση του ασθενή απαιτείται να εργαστεί σκληρά όλη η γκάμα των ειδικοτήτων» (Επαγγελματίας 4).

«Η διεπιστημονικότητα είναι πολύ βασική για τη στήριξη του ασθενή αφού η κάθε ειδικότητα θα βάλει το δικό της λιθαράκι. Για παράδειγμα, ο κοινωνικός λειτουργός θα ασχοληθεί με την κοινωνική αποκατάσταση του ατόμου και την ενίσχυση της κοινωνικής του λειτουργικότητας μέσα από την εκπαίδευση του σε κοινωνικές δεξιότητες» (Επαγγελματίας 5).

B1.2) Το οικείο περιβάλλον

Επιπλέον, έγιναν αναφορές από τους επαγγελματίες για τη θετική επίδραση του οικείου περιβάλλοντος των ασθενών στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες ανέφεραν:

«Η οικογένεια και γενικά τα κοινωνικά δίκτυα διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην θεραπευτική πορεία του ασθενούς. Η στήριξη που παρέχουν στο άτομο είναι το κλειδί για την ευνοϊκή πορεία του προς την θεραπεία, αφού ενισχύει την αναζήτηση ειδικής βοήθειας για τη συνεχή παρακολούθηση του» (Επαγγελματίας 1).

«Το φιλικό, το συγγενικό, το οικογενειακό και γενικά το οικείο περιβάλλον του ασθενή χρειάζεται να λάβει την απαραίτητη ψυχοεκπαίδευση για να μπορέσει να διαχειριστεί ορθά και να βοηθήσει στην κάλυψη των αναγκών του ασθενή. Ειδικά, η ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού τείνει να είναι απαραίτητη για την εύρεση πόρων -επιδόματα-, την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση» (Επαγγελματίας 7).

«Σίγουρα το οικογενειακό περιβάλλον είναι προτιμότερο από τις κλειστές δομές περίθαλψης, όμως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει πετύχει σε επαρκές επίπεδο και έτσι κάθε προσπάθεια πέφτει στο κενό» (Επαγγελματίας 2).

B1.3) Ένα παράδειγμα κέντρου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: το ΕΠΙΨΥ

Συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν, ο Επαγγελματίας 2 και ο Επαγγελματίας 8, σε εξειδικευμένες δομές του ευρύτερου δημόσιου τομέα όπως το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), με έδρα την Αθήνα, το οποίο παρέχει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Το πλαίσιο αυτό χωρίζει τις υπηρεσίες του σε Κέντρο Ημέρας και Κέντρο Εργαστηρίων, τα οποία στελεχώνονται από ειδικότητες όπως κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές και πολλοί άλλοι. Αναλυτικότερα:

«Κάθε ειδικότητα στο κέντρο αυτό βοηθά στην κατάρτιση τόσο του προγράμματος αποκατάστασης, όσο και του καθημερινού προγράμματος του ασθενή, με σκοπό να καλυφθούν οι ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας του. Αντίστοιχες προσπάθειες φαίνεται να έγιναν με το πρόγραμμα Ψυχαργός» (Επαγγελματίας 2).

«Το ΕΠΙΨΥ φαίνεται να κατορθώνει αυτό που επιδιώκεται ουσιαστικά, δηλαδή, την αποιδρωματοποίηση των ψυχικά ασθενών. Έτσι, εκπαιδεύει τους θεραπευτές του, να γίνουν γνώστες του αντικειμένου, για να μπορούν να ανταπεξέλθουν ομαδικά σε κάθε περίπτωση. Άρα, επιτυγχάνεται η ανάπτυξη και διατήρηση υγιών σχέσεων ανάμεσα

στον ασθενή, την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του αλλά και η ανεξάρτητη διαβίωση του» (Επαγγελματίας 8).

B2) Δυσκολίες πρόσβασης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών

B2.1) Υποστελέχωση δημόσιων υπηρεσιών

Μερικοί επαγγελματίες υγείας φαίνεται αναφέρθηκαν σε δομές του δημοσίου τομέα, με ελάχιστους υλικούς και άυλους πόρους. Συγκεκριμένα, στις δομές αυτές, οι επαγγελματίες, επικεντρώθηκαν στην υποστελέχωση τους για τη διεκπεραίωση των τρεχουσών υποθέσεων. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν:

«Υπάρχει έλλειψη ως προς την προσφερόμενη φροντίδα υγείας του ασθενή, λόγω έλλειψης προσωπικού. Αυτό συνεπάγεται είτε πως θα πρέπει να ανοίξουν επιπλέον θέσεις εργασίας για όλες τις ειδικότητες ή πως θα πρέπει να αναπτυχθούν νέες υπηρεσίες/ δομές για την κάλυψη των αναγκών όσων χρήζουν ψυχικής φροντίδας» (Επαγγελματίας 6).

«Γενικά γίνονται διάφορες προσπάθειες για τη στελέχωση των υπηρεσιών, όμως, δεν είναι αρκετές για να μπορέσουμε να τις χαρακτηρίσουμε ως προσπάθειες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση» (Επαγγελματίας 2).

Αντιθέτως, ο ιδιωτικός τομέας φαίνεται να παρουσιάζει αυξημένη ετοιμότητα ως προς την πληρότητα σε προσωπικό, όπως, αναφέρθηκε από τον Επαγγελματία 3 *«στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό για να βοηθήσει το κάθε άτομο»*.

B2.2) Όγκος εργασίας-Έλλειψη χρόνου

Αντίστοιχα, άλλοι επαγγελματίες επικεντρώθηκαν στον αυξημένο φόρτο εργασίας τους και την έλλειψη χρόνου που έχουν για να τις διεκπεραιώσουν. Αναλυτικότερα:

«Ο χρόνος είναι δυσανάλογος σε σχέση με το πλήθος των ασθενών» (Επαγγελματίας 1).

«Στο δημόσιο δεν υπάρχει χρόνος ούτε για τσιγάρο. Πόσο μάλλον για την ανάπτυξη νέων προγραμμάτων ή άλλων υπηρεσιών ακόμα πιο εξειδικευμένων» (Επαγγελματίας 7).

Αντιθέτως, ο ιδιωτικός τομέας φαίνεται να διαχειρίζεται αμεσότερα την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, όπως, ανέφερε ο Επαγγελματίας 3 *«εμείς στον ιδιωτικό τομέα έχουμε συχνά ραντεβού για να μπορέσουμε να ανταποκριθούμε στο πλήθος των ασθενών».*

B2.3) Δυσκολίες που σχετίζονται με τον ασθενή

Όμως, δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση φαίνεται να δημιουργούν και οι ίδιοι οι ασθενείς. Δηλαδή, πολλοί τείνουν να υιοθετούν απόψεις τρίτων, με αποτέλεσμα να αυτοστιγματίζονται και να δυσκολεύουν τη ζωή τους.

«Πολλοί ασθενείς βιώνουν τη λεγόμενη εσωτερικευμένη καταπίεση, μέσω του αυτόστιγματισμού τους. Ουσιαστικά, δηλαδή, οι ασθενείς θέτουν τον εαυτό τους σε κατάσταση ανημπορίας και μπλοκάρουν την μετέπειτα θεραπεία τους» (Επαγγελματίας 5).

Γ) Επίδραση του στίγματος

Γ1) Στίγμα και ασθενής

Γ1.1) Ψυχοσυναισθηματική κατάσταση

Το στίγμα στην ψυχική ασθένεια αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ομαλή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου. Έτσι, το άτομο αισθάνεται άγχος, ντροπή, μοναξιά, απόρριψη, απελπισία/ απόγνωση, θυμό και αδικία σε υπερθετικό βαθμό, ενώ, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η απομόνωση το θέτουν σε μια κατάσταση γενικής ευαλωτότητας. Πιο αναλυτικά, οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν:

«Το άτομο αντιδρά στις συμπεριφορές που δέχεται τείνοντας να απομονώνεται κοινωνικά και συναισθηματικά, δηλαδή, να κλείνεται στον εαυτό/ καβούκι του. Αισθάνεται ότι πνίγεται, ότι δεν έχει την επιλογή να αντιδράσει με αποτέλεσμα το άγχος να κυριαρχεί» (Επαγγελματίας 1).

«Απέναντι στο στίγμα, ο ασθενής είναι πολύ ευάλωτος, αφού παρουσιάζει μειωμένη αυτοεκτίμηση, αισθήματα απόρριψης και κατωτερότητας. Έτσι αυξάνεται το άγχος και

η θλίψη του, ενώ παράλληλα, μειώνονται οι πιθανότητες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας» (Επαγγελματίας 2).

«Απελπισία, απόγνωση, θυμός, άγχος και αδικία είναι από τα βασικά αισθήματα που αισθάνεται ένας ψυχωσικός ασθενής απέναντι στο στίγμα. Έτσι, οι αντιδράσεις του σε διάφορες καταστάσεις της καθημερινότητας είναι εντονότερες και το οδηγούν σε καταστάσεις αποκλεισμού, μοναξιάς, περιθωριοποίησης και απομόνωσης όπως η ανεργία και η κακή ποιότητα ζωής» (Επαγγελματίας 3).

Γ2) Στίγμα και οικογένεια

Γ2.1) Υιοθέτηση στάσεων της κοινωνίας- Αμυντική στάση απέναντι στον ασθενή

Αντίστοιχα, όπως φαίνεται από τις συνεντεύξεις, το στίγμα επιδρά στην οικογένεια των ψυχωσικών ασθενών, η οποία ενστερνίζεται στερεότυπα και προκαταλήψεις για την ψυχική υγεία. Έτσι, δημιουργείται κόλλημα στην αποκατάσταση του ασθενή, με την οικογένεια να αδυνατεί να τον βοηθήσει και να υιοθετεί αμυντική στάση απέναντι του. Συγκεκριμένα, ο επαγγελματίας 5 ανέφερε:

«Το στίγμα έχει αρνητικές συνέπειες ως προς τη συμπεριφορά/ αντίδραση της οικογένειας, η οποία τείνει να κρύβεται από την κοινωνία, λόγω ντροπής. Έτσι, η ίδια αδυνατεί να υποστηρίξει τον ασθενή στη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής ή δημιουργεί εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας».

«Η οικογένεια κρύβει την ψυχική ασθένεια και σιγά-σιγά απομακρύνεται από τον κοινωνικό της περίγυρο, κάτι που ενισχύει την απομόνωση/ αποξένωση, τη μοναξιά και τα συμπτώματα ψυχικής και σωματικής ασθένειας» (Επαγγελματίας 6).

Γ2.2) Αίσθημα ευθύνης-Ο ρόλος του προστάτη

Όμως, όπως αναφέρθηκε από τους επαγγελματίες υγείας, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας φαίνεται να επιδρά και στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση της οικογένειας, η οποία συνήθως αναλαμβάνει το ρόλο του προστάτη απέναντι στην κοινωνία από αίσθημα ευθύνης για την ασθένεια του ατόμου. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες είπαν:

«Η οικογένεια πιστεύει πως έχει ευθύνη για την ασθένεια του ατόμου, με αποτέλεσμα να απολογείται συνεχώς για τον ασθενή και να επαγρυπνεί διαρκώς για τη διαχείριση

της κατάστασης του. Παρ' όλα αυτά, στην προσπάθεια τους αυτή καταλήγουν να απομονώνουν κοινωνικά το άτομο, αδυνατώντας έτσι να ανταποκριθούν στις βασικές, αν όχι τις βασικότερες ανάγκες του» (Επαγγελματίας 7).

«Η οικογένεια νιώθει πως ενεργεί σωστά αναλαμβάνοντας ρόλο προστάτη απέναντι στην κοινωνία, προκειμένου να βοηθήσει το άτομο που νοσεί στην καθημερινότητα του. Δυστυχώς, αυτός ο ρόλος είναι που αποπροσανατολίζει την οικογένεια από τον γενικό σκοπό της θεραπείας, δηλαδή την αποκατάσταση» (Επαγγελματίας 8).

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας αναφέρθηκαν στη σημαντικότητα και την αξία των δράσεων ευαισθητοποίησης της κοινότητας ως προς την αντιμετώπιση του στίγματος. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν:

«Είναι σημαντικές οι δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινότητας, με την κοινωνία να ενημερώνεται και να αλληλεπιδρά με τους ψυχικά ασθενείς» (Επαγγελματίας 4).

«Εξαιρετικά σημαντικές για την καταπολέμηση του στίγματος είναι οι δράσεις μέσω της τέχνης που βοηθούν όλους ανεξαιρέτως να εκφραστούν δημιουργικά για καθετί όμορφο που έχουν μέσα τους. Παράλληλα, οι δράσεις πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού είναι πολύ σημαντικές για την πληρέστερη ενημέρωση και την καταπολέμηση του στίγματος» (Επαγγελματίας 8).

4) Προτάσεις για το μέλλον

Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων κατέδειξαν την ανάγκη για την ενίσχυση των υπάρχοντων υπηρεσιών με εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για την ανάπτυξη και παροχή νέων υπηρεσιών που θα καλύψουν πληρέστερα το ζήτημα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

«Νομίζω πως ήρθε η ώρα να σταματήσουμε να μιλάμε για υποστελέχωση και να δημιουργούμε νέες θέσεις εργασίας για όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας. Ως βασική προϋπόθεση αυτού βέβαια θα είναι η παρακολούθηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος με στόχο πάντοτε την εξειδίκευση και την ετοιμότητα τους στο πεδίο» (Επαγγελματίας 2).

«Οι ψυχικά ασθενείς χρειάζονται ολοένα και περισσότερο στο πλευρό τους νέους επαγγελματίες, οι οποίοι θα γίνουν μέντορες για εκείνους παρέχοντας τους συνεχή ενδυνάμωση σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Έτσι, θα καταφέρουν να επανενταχθούν, να αναπτύξουν και να αναδείξουν τη λειτουργικότητα τους σε κάθε πτυχή της καθημερινότητας» (Επαγγελματίας 3).

Επιπλέον, οι συνεντευξιαζόμενοι πρότειναν τη διασύνδεση υπηρεσιών του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα και την τοπική αυτοδιοίκηση για την πληρέστερη, ολόπλευρη και ολιστική αντιμετώπιση του χάσματος ανάμεσα στην ψυχική ασθένεια και την κοινωνία.

«Η διασύνδεση των υπηρεσιών -δημοσίων, ιδιωτικών και ΟΤΑ- μπορεί να γίνει μέσω συνεργασιών ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας για τη διενέργεια από κοινού δράσεων, η οποία θα στοχεύει στην ανταλλαγή απόψεων/ιδεών και τεχνογνωσίας σε δύσκολες καταστάσεις κρίσεων» (Επαγγελματίας 1).

«Συνδέοντας τα δύο τμήματα της υγείας, τα οποία παρουσιάζονται αντιφατικά μεταξύ τους, όπως ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας, ενδέχεται να υπάρξουν σημαντικά αποτελέσματα ως προς τη διαχείριση των ασθενών, ενώ, η συνεργασία με τους ΟΤΑ πρόκειται να βοηθήσει στην αλλαγή της υφιστάμενης κατάστασης με σημαντικές προτάσεις για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας» (Επαγγελματίας 5).

Παράλληλα, προτάθηκε η δημιουργία νέων κέντρων αποκατάστασης, βασισμένων σε διεθνή πρότυπα άλλων χωρών, για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των ασθενών με τη χρήση θεραπειών μέσω της τέχνης (εικαστικά, μουσική, θέατρο, χορός).

«Οι θεραπείες που βασίζονται στη τέχνη τείνουν να έχουν σημαντικότερα αποτελέσματα σε σχέση με την ψυχική ασθένεια. Αυτό όμως στο εξωτερικό. Στην Ελλάδα λείπει η εφαρμογή των μορφών αυτών όπως η δραματοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία και η χοροθεραπεία, οι οποίες θα βοηθήσουν το άτομο να εκφραστεί δημιουργικά, θα ενισχύσουν τις κοινωνικές του δεξιότητες και θα του προσφέρουν τη χαρά της δημιουργίας» (Επαγγελματίας 4).

«Προτείνω τη δημιουργία κέντρων ημέρας ή ημερήσιας φροντίδας για την παροχή συμβουλών και την ψυχοεκπαίδευση, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων ευαισθητοποίησης για την καταπολέμηση του στίγματος, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την ένταξη των ασθενών στο κοινωνικό σύνολο» (Επαγγελματίας 5).

«Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για νέες δομές και επιμορφωτικά προγράμματα, τα οποία θα ενθαρρύνουν τους ψυχικά ασθενείς να εκπαιδευτούν επαγγελματικά και αποκατασταθούν επαγγελματικά» (Επαγγελματίας 6).

«Η δημιουργία ενός κέντρου, 24ωρης λειτουργίας, για την αντιμετώπιση κρίσεων και δύσκολων καταστάσεων των ασθενών κρίνεται επιτακτική. Το κέντρο αυτό θα μπορεί να παρέχει άμεση θεραπεία βραχείας διάρκειας σε ασθενείς με ψύχωση ή άλλα ψυχικά σύνδρομα. Η στελέχωση του κέντρου θα περιλαμβάνει ειδικότητες όπως οι ψυχίατροι,

οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλευτές, οι εργοθεραπευτές και λοιποί επαγγελματίες υγείας» (Επαγγελματίας 7).

«Η σύγχρονη κοινωνία θα πρέπει να μπορεί να δημιουργήσει υπηρεσίες, ο οποίες θα είναι σε συνεχή επαγρύπνηση/ετοιμότητα σε σχέση με τις υποτροπές. Επομένως, θα πρότεινα τη δημιουργία ενός δικτύου παρέμβασης για τη μείωση των υποτροπών και την ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειάς τους» (Επαγγελματίας 8).

Κεφάλαιο 8: Συζήτηση, περιορισμοί και προτάσεις

8.1 Συζήτηση

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, συμπεραίνει κανείς πως βάσει της πυραμίδας του Maslow, οι ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών αφορούν κυρίως τις βιολογικές, τις κοινωνικές και τις ανάγκες ασφάλειας. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι οι ασθενείς έχουν ανάγκες που αφορούν: (α) τη διαβίωση τους (τροφή, νερό, στέγη) και ζητήματα ασφαλιστικής ικανότητας, για τη λήψη επιδομάτων και (β) την ασφάλεια τους που σχετίζεται με την καθημερινή τους λειτουργικότητα (φάρμακα, τήρηση προγράμματος). Παρόμοια ευρήματα έχουν καταδείξει ο Π.Ο.Υ. (2001) και η Καρύδη (2010), όπου αναφέρονται ανάγκες των ψυχικά ασθενών όπως η απόκτηση δεξιοτήτων για την προσωπική τους φροντίδα, η οικονομική υποστήριξη τους για τη διαβίωση τους, η ενεργός συμμετοχή τους στην κοινότητα, η ιατρική τους περίθαλψη και οι ανάγκες τους που σχετίζονται με την αποκατάσταση τους.

Αντίστοιχα, οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας φαίνεται πως συμβάλλουν ολιστικά στη στήριξη των ασθενών για την τήρηση ενός σταθερού προγράμματος και τη λήψη βοήθειας όταν κριθεί ανάγκη. Έτσι προκύπτει πως τα δίκτυα του ασθενή συμβάλλουν θετικά στη θεραπευτική του πορεία (ψυχοκοινωνική αποκατάσταση). Την άποψη αυτή ενισχύουν τα κέντρα κοινοτικής ψυχιατρικής και οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, τα οποία αναδεικνύουν τη σημαντικότητα του ρόλου που διαδραματίζουν οι οικογένειες και τα δίκτυα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή (kinitimonada.wordpress.com, 2011).

Επιπροσθέτως, ο στιγματισμός του ατόμου από το κοινωνικό σύνολο φαίνεται πως αυξάνει τις πιθανότητες για εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων όπως το άγχος, η ντροπή, η απελπισία/ απόγνωση και ο θυμός, τα οποία οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση και τη μείωση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 47% των ασθενών έχει παρενοχληθεί σε δημόσιο χώρο, βιώνοντας αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, ντροπή, θλίψη, θυμό και τελικώς αποφάσισε να απομονωθεί, δημιουργώντας κώλυμα στην αποκατάσταση του (Mental Health Europe, 2018), ενώ, η θετική αυτοεικόνα και αυτοπεποίθηση τείνει να συμβάλλει στη διαχείριση του αυτοστιγματισμού (Καρύδη, 2007).

Αντιστοίχως, οι οικογένειες τους επιβαρύνονται με τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις της κοινωνίας για την ψυχική υγεία και αδυνατούν να βοηθήσουν πρακτικά τον ασθενή. Έτσι, οι ασθενείς κλείνονται στον εαυτό τους, υιοθετούν απόψεις τρίτων και αυτοστιγματίζονται, με αποτέλεσμα να μπλοκάρουν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε η έρευνα της Κούτρα (2015), όπου αναφέρθηκε στις επιπτώσεις που έχουν οι προκαταλήψεις στις οικογένειες των ψυχικά ασθενών και βοηθούν στην μετέπειτα περιθωριοποίηση τους.

Επιπλέον, οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του δημοσίου παρουσιάζονται υποστελεχωμένες, με αυξημένο φόρτο εργασίας ανά επαγγελματία και έλλειψη χρόνου για νέους ασθενείς, κάτι που δυσκολεύει τη συνέπεια στη θεραπεία. Στον αντίποδα αυτού, οι ιδιωτικές δομές παρουσιάζονται με επαρκή στοχοθεσία και μεγαλύτερη ετοιμότητα για τα παραπάνω ζητήματα. Με γνώμονα αυτά, γίνεται αντιληπτή η αξία της διεπιστημονικότητας, η οποία συμβάλλει στην υλοποίηση εξατομικευμένων ολιστικών παρεμβάσεων για την κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών και την αποιδρυματοποίηση τους. Αντίθετα με τα ζητήματα των δομών που καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα, ο Μάλλιαρης (2019) επικεντρώθηκε στη δυσκολία προσβασιμότητας των ασθενών στις δομές και την επάρκεια τους ως προς τον αριθμό του πληθυσμού που εξυπηρετούν. Παρ' όλα αυτά, με γνώμονα την οπτική αυτή τα νέα υγειονομικά πρωτόκολλα, τα οποία βασίζονται στις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕ, δείχνουν το δρόμο της διεπιστημονικής ομάδας (Pont & Harding, 2019).

Συμπερασματικά, οι προτάσεις των συμμετεχόντων δίνουν λύσεις στα παραπάνω ζητήματα, όπως η δημιουργία κέντρων αποκατάστασης που αξιοποιούν την τέχνη στη θεραπεία, η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η πρόσληψη ειδικών επαγγελματιών για την παροχή νέων υπηρεσιών όπως η καθοδήγηση (mentoring). Ταυτόχρονα, προτάθηκε η διασύνδεση υπηρεσιών δημοσίου (συμπεριλαμβανομένων των ΟΤΑ) και ιδιωτικού τομέα για την υλοποίηση δράσεων ενημέρωσης για την ψυχική υγεία που στοχεύουν: (α) στη διαχείριση κρίσεων από το άτομο, τους επαγγελματίες υγείας και την οικογένεια (μέσω ψυχοεκπαίδευσης) και (β) την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου. Αντίστοιχες προτάσεις για την καταπολέμηση του στίγματος γίνονται στην έρευνα του Πλεμμένου (2017), ενώ, η σημαντικότητα των δράσεων διαφαίνεται από τις αναφορές τους στα εγχειρίδια των κέντρων κοινοτικής ψυχιατρικής, τα οποία συμβάλλουν στην καταπολέμηση του στίγματος στην ψυχική ασθένεια (Μουδάτσου, 2015).

8.2 Περιορισμοί & προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Παρά τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, υπάρχουν και περιορισμοί. Ένας από τους βασικούς περιορισμούς της είναι η γεωγραφική έκταση για τη διεξαγωγή της έρευνας. Αναλυτικότερα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης, με τα αποτελέσματα της να απεικονίζουν την πραγματικότητα της τοπικής κοινωνίας, όπως η υποστελέχωση των δομών ψυχικής υγείας, κάτι που ενδέχεται να διαφέρει σε άλλα μέρη της Ελλάδας. Μια πολύ ενδιαφέρουσα πρόταση για περαιτέρω έρευνα αποτελεί η εκ νέου διεξαγωγή της παρούσας μελέτης σε άλλη γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας με στόχο τη σύγκριση των αναγκών των ψυχωσικών ασθενών στις δύο περιοχές και του βαθμού ικανοποίησης αυτών από τις υφιστάμενες δομές φροντίδας.

Αντίστοιχα, ένας άλλος περιορισμός αφορά τη μεθοδολογία της έρευνας. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική μεθοδολογία, η οποία δίδει αναλυτικά δεδομένα για την άποψη των επαγγελματιών υγείας για τις ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών και την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Επομένως, παρότι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν ήταν αναλυτικά και σχετίζονταν βαθύτατα με το υπό διερεύνηση ζήτημα, εντούτοις, δεν είναι ποσοτικά-μετρήσιμα αποτελέσματα ή συγκρίσιμα με ποσοτικό τρόπο.

8.3 Προτάσεις για την ισχύουσα κοινωνική πολιτική

Τα παραπάνω αποτελέσματα μπορούν να αξιοποιηθούν στη χάραξη νέας κοινωνικής πολιτικής για τους ψυχωσικούς ασθενείς, προσανατολισμένη στην κάλυψη των αναγκών τους. Συγκεκριμένα, μια από τις βασικές προτάσεις για αλλαγή της τρέχουσας κατάστασης, είναι η αύξηση των κονδυλίων που αφορούν την ψυχική υγεία. Δυστυχώς, μέχρι σήμερα τα χρήματα που αφορούν την ψυχική υγεία αλλά και την υγεία γενικότερα τείνουν να έχουν αντιστρόφως ανάλογη πορεία σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών.

Παράλληλα με την αύξηση των κονδυλίων, προτείνεται η δημιουργία νέων δομών ημερήσιας ή/και 24ωρης φροντίδας, η οποία θα ασχολείται άμεσα με τις έκτακτες κρίσεις και υποτροπές των ασθενών καθώς και με τη στήριξη των φροντιστών/δικτύων τους. Ταυτόχρονα, κρίνεται απαραίτητη η αύξηση των θέσεων εργασίας, με επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) που έχουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή αποδοτικότερων υπηρεσιών στους ασθενείς.

Επιπλέον, επιτακτική ανάγκη αποτελεί η ανάδειξη του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού. Ο κοινωνικός λειτουργός, ως επαγγελματίας ψυχικής υγείας, πέραν της συμμετοχής του στη διεπιστημονική ομάδα, συμβάλλει τα μέγιστα στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων και την καταπολέμηση του στίγματος που βιώνουν οι ασθενείς. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός δύναται να βοηθήσει στην εκπαίδευση των οικογενειακών φροντιστών ως προς τη διαχείριση του ασθενή, ενώ μέσα από τις ομάδες του, δημιουργεί δίκτυα αλληλεγγύης για την ανταλλαγή μηχανισμών και καλών πρακτικών στη διαχείριση κρίσιμων καταστάσεων.

Κεφάλαιο 9: Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι οι βιολογικές ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών, κατά Maslow, σχετίζονται κυρίως με τη διαβίωση, την ένδυση, τη διατροφή και τη στέγη, ενώ, δεν παραλείπουν ζητήματα που σχετίζονται με τη λήψη επιδομάτων και την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Σε σχέση με τις ανάγκες ασφαλείας, οι επαγγελματίες, αναφέρουν πως οι ψυχωσικοί ασθενείς έχουν ως βασική τους ανάγκη τη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής, ενώ, για τις κοινωνικές τους ανάγκες αναφέρουν πως επιθυμούν να έχουν κοινωνικά δίκτυα (φίλους, οικογένεια), να συνδιαλέγονται με κόσμο και να αισθάνονται ότι ανήκουν σε μια ομάδα. Οι ανάγκες αυτές, όπως αναφέρουν οι επαγγελματίες, καλύπτονται μέσα από τη σχέση ασθενή και επαγγελματία και εξατομικευμένων παρεμβάσεων που παρέχουν διεπιστημονικά στον ασθενή.

Επιπλέον, βρέθηκε πως η διεπιστημονικότητα και το οικείο περιβάλλον αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου. Αντίστοιχα, στις δυσκολίες της αποκατάστασης των ασθενών βρέθηκαν παράγοντες όπως η υποστελέχωση των δημόσιων δομών και ο αυξημένος φόρτος εργασίας που επιβαρύνεται το προσωπικό τους, εν αντιθέσει των ιδιωτικών, όπου παρουσιάζονται επαρκείς, σύμφωνα με όσα ανέφεραν οι επαγγελματίες. Αντίστοιχα, κώλυμα στη θεραπεία των ψυχωσικών ασθενών αποτελεί ο αυτοστιγματισμός τους, αφού οι ίδιοι τείνουν να υιοθετούν απόψεις τρίτων.

Επιπρόσθετα, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας φαίνεται να επιδρά σε ατομικό επίπεδο ενισχύοντας συναισθήματα όπως άγχος, ντροπή, απελπισία/ απόγνωση και θυμός, ενώ σε οικογενειακό φαίνεται να δημιουργεί αισθήματα ευθύνης και ντροπής απέναντι στην κοινωνία, καθιστώντας αδύνατη την πρακτική βοήθεια προς τον ασθενή.

Τέλος, για την κάλυψη όλων των παραπάνω ζητημάτων προτάθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας η δημιουργία ολοκληρωμένων κέντρων αποκατάστασης, η ανάπτυξη προγραμμάτων, η πρόσληψη νέων επαγγελματιών καθώς και η διασύνδεση δημοσίου, ΟΤΑ και ιδιωτικού τομέα.

Βιβλιογραφία

ΞενόγλωσσηΣΕ

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5th ed.). *Washington, DC: American Psychiatric Association*, pp. 947.

Bakken, T. L., & Høidal, S. H. (2014). Asperger syndrome or schizophrenia, or both? Case identification of 12 adults in a specialized psychiatric inpatient unit. *International Journal of Developmental Disabilities*, 60(4), pp. 215-225.

Boberg, E. W., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., Offord, K. P., Koch, C., Wen, K. Y., Kreutz, K. & Salner, A. (2003). Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient education and counseling*, 49(3), pp. 233-242.

Brown, A. S., Begg, M. D., Gravenstein, S., Schaefer, C. A., Wyatt, R. J., Bresnahan, M., Babulas, V. P. & Susser, E. S. (2004). Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 774-780.

Canitano, R., & Pallagrosi, M. (2017). Autism spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders: excitation/inhibition imbalance and developmental trajectories. *Frontiers in psychiatry*, 8, 69.

Crawford K. & Walker J. (2010). Social Work and Human Development. *Learning Matters*.

Dickinson, D., Bellack, A.S. & Gold, J.M. (2007). Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), pp. 1213-1220.

Doherty, J.L., Owen, M.J. (2014). Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice. *GenomeMed*, 6, 29.

Gale N, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi – Disciplinary health research. *BMC. Medical Research Methodology*. 13, 117.

Goffman, E. (1963). *Embarrassment and social organization*.

Goldman, M. (1981). China's intellectuals. *Index on Censorship*, 10(6), pp. 85-89.

Golightley M., Goemans R. (2020). Social Work and Mental Health. *Learning Matters*.

Henry, J.D., Rendell, P.G., Green, M.J., McDonald, S. & O'Donnell, M. (2008). Emotion regulation in schizophrenia: affective, social, and clinical correlates of suppression and reappraisal. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), pp. 473-478.

Hopf, C. (2004). Qualitative interviews: An overview. *A companion to qualitative research*, pp. 203(8).

Krishnan, R. R., Fivaz, M., Kraus, M. S., & Keefe, R. S. E. (2011). Hierarchical temporal processing deficit model of reality distortion and psychoses. *Molecular psychiatry*, 16(2), pp. 129-144.

Lando J., Williams S.M., Williams B., Sturgis S. (2006). A Logic Model for the Integration of Mental Health into Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *PuMed*.

Loisy, C. (2000). Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Les travaux de l'Observatoire*

nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Paris: La Documentation française, pp. 23-50.

Mannion, A., White, K., Porter, E., Louw, J., Kirkpatrick, B., Gilroy, S.P. & Leader, G. (2019). *Psychosis*. In Matson, J.L. (Ed), *Handbook of Intellectual Disabilities: Integrating Theory, Research, and Practice*. Switzerland: Springer Nature.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), pp. 370-96.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.

McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H.C., Vdzquez-Barquero, J.L., Tansella, M., Becker, X., and the EPSILON study group. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, pp. 370-379.

Mental Health Europe. (2018). *From Exclusion to Inclusion. The way Forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe*.

Middelboe, T., Mackeprang, T., Hansson, L, et al. (2001). The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjectiveneeds and perceivedhelp. *European Psychiatry*, 16(4), pp. 207–214.

Narriman C., Shahrokh, Robert E. Hales, Katharine A. Phillips, Stuart C. Yudofsky (2011). *The Language of Mental Health: a Glossary of Psychiatric Terms*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC London, England, pp 338.

Olfson, M., Lewis- Fernandez, R., Weissman, M.M, Feder, A., Gameroff, M.J., Pilowski, D. Fuentes, M. (2002). Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), pp. 1412-1419.

Pont, J., & Harding, T. W. (2019). *Organisation and management of health care in Prison*. Strasbourg, Council of Europe.

Ritchie J. & Spencer L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A Bryman, RC Burgess (Eds.), *Analyzing Qualitative Data*. London: Routledge.

Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Εκδόσεις Gutenberg: Αθήνα.

Rogers, C. (2006). Principles of early intervention in the treatment of psychosis. *Nursing times*, 102(5), pp. 28-30.

Rosales, C. (1999). *Estudio de las personas con trastornos esquizofrenicos*. Doctora Thesis, Granada: Granada University of Psychiatry.

Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia bulletin*, 29(3), pp. 427-444.

Slade, M., Phelan, M. & Thornicroft, G. (1998). A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychological Medicine* 28, pp. 543-550.

Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H. U., & Van Os, J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 527-533.

Switaj, P., Grygiel, P., Chrostek, A. Wciorka, J. & Anczewska, M. (2018). Investigating the roles of loneliness and clinician – and self-rated depressive symptoms in predicting the subjective quality of life among people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(2), pp 183-193.

Salize HJ. et al. (2007). Mental health care in Germany: current state and trends. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.

Traianou, A. (2014). The centrality of ethics in qualitative research. *The Oxford handbook of qualitative research*, 1, pp. 62-77.

WHO (2011). *Mental Reform in Europe, Country Reports from the WHO European Network on Mental Health*.

Yung, A. R., Nelson, B., Thompson, A., & Wood, S. J. (2010). *The psychosis threshold in Ultra High Risk (prodromal) research: is it valid?*.

Ελληνική

Αντωνίου-Λιόλη, Σ. (2013). *Τα δικαιώματα των ψυχικών ασθενών*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ασημόπουλος, Χ. (2015). *Η Κοινωνική Εργασία στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων*, στο Κουντή- Χρονοπούλου, Κ., Τζεδάκη Μ, Πασσά Μ. (Επιμ.). *Η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην Ψυχιατρική Θεραπευτική*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΝΟΥ Α.Ε.

Γιαννίκου, Μ., & Θώμο, Α. (2015). *Ο άρρωστος με ψυχωσική διαταραχή και η αντιμετώπιση του*. Πάτρα: ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Δεπάστας, Χ. (2018). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπειού*, 17(2).

Εταιρία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας. (2007). *Ο δύσκολος δρόμος*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Ευθυμίου Κ. & Ρακιτζή Σ. (2009). I.P.T.: Ένα γνωσιακό-συμπεριφοριστικό ομαδικό πρόγραμμα για την σχιζοφρένεια. Η ελληνική μορφή του απαρτιωτικού ψυχολογικού θεραπευτικού προγράμματος. Ένα πρόγραμμα για την αποασυλοποίηση και την αποκατάσταση σχιζοφρενών ασθενών. *Psychatriki*, 17, 239.

Ζήση, Α. (2001). Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες: Ερευνητικές εξελίξεις και νέες προοπτικές. *Εγκέφαλος*, 38:53-71

Ζήση, Α., Σταλίδης, Γ. & Μπένος, Α. (2017). Κοινωνική τάξη και ψυχική υγεία: Εμπειρικά ευρήματα μιας συγκριτικής μελέτης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1), σελ. 75-85.

Θεοδωροπούλου, Π., Κωστακόπουλος, Ι., Μεταξάς, Ν. Μιχαλόπουλος, Μ., Παπαναστασίου, Δ., Ρόμπολα, Γ. Σταματοπούλου, Β. & Χριστόπουλος, Ι. (2013). 10

χρόνια ΣΟΨΥ Πάτρας, *Τα ΣΟΨΥχα μας*, Β (8), Ανακτήθηκε από:
<http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/Periodiko.pdf>.

Καλλιγέρη, Έ. (2012). *Διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας των οικογενειών που έχουν μέλος με ψυχική διαταραχή*. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Καρύδη Μ.Β. (2007). *Στοιχεία ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στην επαγγελματική αποκατάσταση ψυχωσικών ασθενών*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Καρύδη, Μ. (2010). Η ψυχοκοινωνική επαγγελματική αποκατάσταση σε ασθενείς με ψύχωση. *Εγκέφαλος*.

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας. (2011). *Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχική ασθένεια*. Ανακτήθηκε από: <https://kinitimonada.wordpress.com>.

Κονταξάκης, Β. (2005). Πρώιμη ψύχωση: Εισαγωγή, έννοιες, ιστορική αναδρομή. *Ψυχιατρική*.

Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005). *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών* στο: Κονταξάκης Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι., Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005). *Προληπτική ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.

Κουζής, Γ. (2010). Το πανόραμα της εργασιακής ανασφάλειας και της επισφαλούς εργασίας. Ανακτήθηκε από:
http://aoratoi.files.wordpress.com/2010/03/panorama_ergasiakis_anasfaleias.doc

Κούκια, Ε. (2015). *Ψυχιατρική νοσηλευτική – νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Κούτρα, Κ. (2015). *Ο ρόλος της οικογένειας στη φροντίδα ψυχιατρικών ασθενών και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των μελών της*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Κυριάκου, Μ., & Χαραλάμπους, Α. (2014). *Τα προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης και η συμβολή τους στην επαγγελματική και ψυχοκοινωνική ένταξη των ασθενών με ψυχικές διαταραχές*.

Κυριζίδης Χ. Θεοχάρης. (2010). Έννοιες, περιεχόμενο και παραδείγματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ανά τον κόσμο. *Εγκέφαλος Journal*, 57.

Κωστελέτος, Ι., Κόλλιας, Κ. & Στεφανής Ν. (2020). Αντίξοες ψυχοτραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και σχιζοφρένεια. *Ψυχιατρική*, 31 (1), σελ. 23-35.

Μαδιανός Μ. (1994). *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Από το άσυλο στην κοινότητα*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Μαδιανός, Γ. Μ. (2005). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Μάλλιαρης, Π. (2019). *Επίδραση της γήρανσης στις γνωστικές λειτουργίες ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Μάτσα, Α. & Μεγαλοικονόμου, Θ. (2003). *Πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας και ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Η γύμνια του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα στο Δαμίγος Δ. (2003). Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Μουδάτσου, Μ. (2015). *Αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας*. Ηράκλειο: Γ.Ν.Ηρακλείου, Βενιζέλειο-Πανάνειο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Μουδάτσου, Μ., Τζανιδάκη, Μ., Κριτσωτάκης, Γ., Κούτης, Α., Αλεγκάκης, Α., Παναγουλοπούλου, Ε. & Φιλαλήθης, Α. (2018). Ανάγκες ψυχοσωματικής υγείας των γυναικών σε ορεινό δήμο της Κρήτης: Απόψεις επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, *Κοινωνική Εργασία*, 129, σελ. 41-60.

Μουρίκη, Α. (2010). *Το «νέο προλεταριάτο»: Επισφαλώς εργαζόμενοι – Οι παρίες της σύγχρονης αγοράς εργασίας*, στο Ναούμη, Μ., Παπαέτρου, Γ., Σπυροπούλου, Ν.,

Φρονίμου, Ε. και Χρυσάκης, Μ. (2010), *Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας*, Αθήνα: ΕΚΚΕ – Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής.

Μπότσιου Μ., & Παπαβασιλείου Ι. (2011). *Το κοινωνικό στίγμα και η επίδρασή του στην επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές* στο Γιαβρίμης, Π., Παπάνης, Ε. & Βίκη Α. (2011), *Έρευνα Εκπαιδευτική Πολιτική και Πράξη στην Ειδική Αγωγή*, Τόμος Β, Επιλεγμένες Εργασίες, Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη.

Μπουραντάς, Δημήτρης. (2013). *Επί σκηνής χωρίς πρόβα*. Αθήνα. Εκδόσεις Πατάκης.

Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ. (2011). *Διπολική διαταραχή*. Enet. gr: Ελευθεροτυπία, 8.

Οικονόμου Μ. (2008). Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102: 19-26.

Παλιόκα, Ε., Παττακού, Γ. & Τελεμέ, Π. (2019). *Εκτίμηση αναγκών υγείας των φροντιστών των ασθενών με χρόνια ψυχωτική συνδρομή-Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας*. Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.

Παπάνης Ε., Γιαβρίμης Π., Βίκη Α., (2009). *Καινοτόμες Προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή Εκπαιδευτική έρευνα για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού*. Αθήνα: Σιδεράς, σελ. 359.

Παρασκευαΐδου, Σ., & Κατσαλιάκη, Κ. (2015). Αξιολόγηση των υπηρεσιών και της δομής των προγραμμάτων ψυχικής υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32 (4), σελ. 467-474.

Περιτογιάννης, Β., Ληξουριώτης, Χ., Μαυρέας Β. (2018). Ο ασθενής με ψύχωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(4):446-453.

Πλεμμένος, Π. (2017). *Το στίγμα και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας: μια μελέτη περίπτωσης*. Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Π.Ο.Υ. (2001). *Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001, ψυχική υγεία: νέα αντίληψη, νέα ελπίδα*. Διαθέσιμο στο www.mohaw.gr/GR/healthgr/whr.pdf.

Σακκέλης, Γ. (2009). *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.

Υπουργείο Υγείας (2015). *Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες, Κ.Ο.-3: Σχιζοφρένεια. Η Σχιζοφρένεια Στους Ενήλικες: Θεραπευτική Αντιμετώπιση και διαχείριση*. Αθήνα: Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Νομοθετήματα

N.2716/1999 (ΦΕΚ 96/A/1999)

ΦΕΚ 661/2000

N. 2817/2000

N. 3699/2008 (ΦΕΚ 199/A/2008)

Παράρτημα Ι Οδηγός Συνέντευξης

Ενδεικτικές ερωτήσεις

Ι. Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία:
3. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/-η Άγαμος/-η Άλλο
- 3.1 Έχετε παιδιά; Ναι Όχι
- 3.1.1 Αν, ναι: Πόσα;
4. Τόπος διαμονής: Αστικός Ημιαστικός Αγροτικός Πολύ Μικρό Χωριό
5. Επίπεδο εκπαίδευσης: ΑΕΙ/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό Διδακτορικό
6. Εργάζομαι ως: Δημόσιος Υπάλληλος Ιδιωτικός Υπάλληλος Ελεύθερος επαγγελματίας
7. Σε ποια υπηρεσία/φορέα εργάζεστε:
8. Ποια είναι η ειδικότητά σας:
9. Ατομικό/Οικογενειακό εισόδημα: < 5.000 € 5.000 – 12.000 € >12.000 €
10. Πόσο καιρό εργάζεστε στην ψυχική υγεία; <1 έτος 1-3 έτη 4-10 έτη >10 έτη

ΙΙ. Ανάγκες χρόνιων ψυχωσικών ασθενών

1. Με βάση την πυραμίδα του Maslow ποιες είναι οι ανάγκες των ασθενών για φαγητό, κοινωνικές συναναστροφές, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και λοιπά βιολογικά ζητήματα;

ΙΙΙ. Κάλυψη αναγκών

1. Πως καλύπτονται οι ανάγκες των ασθενών μέχρι σήμερα;
2. Καλύπτεται η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση;
- 3.Υπάρχει σε ικανοποιητικό βαθμό βιβλιογραφία για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση;

4. Υπάρχει πολιτική σχετικά με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση; Και αν ναι, ποια είναι;

IV. Προσφερόμενες υπηρεσίες/ αξιολόγηση

1. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα πως γίνεται η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψύχωση;
2. Οι υπηρεσίες που παρέχονται καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με ψύχωση; Αν όχι, ποιες οι συνέπειες για το άτομο, τις οικογένειες και τις υπηρεσίες;

V. Επίδραση του στίγματος στον ασθενή και την οικογένεια του

1. Ποιες οι συνέπειες του στίγματος για το άτομο και την οικογένεια του;

VI. Προτάσεις για το μέλλον

Παράρτημα II Αίτημα για άδεια πρόσβασης

Προς

Θέμα: Έγκριση άδειας για έρευνα από ομάδα φοιτητών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελ.Με.Πα.

Αξιότιμοι/-ες κύριοι/-ες,

Από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (Ελ.Με.Πα.) έχει εγκριθεί η εκπόνηση πτυχιακής/ερευνητικής εργασίας με τίτλο: **Ψύχωση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Ποιες είναι οι γνώμες των ειδικών.** Η έρευνα πραγματοποιείται από τους προπτυχιακούς φοιτητές του Τμήματος Καρπουτζάκη Ζωή, Καστρίτη Χαράλαμπο και Λελεδάκη Νικολέτα, με επιβλέπουσα καθηγήτρια τη Δρ. Μαρία Μουδάτσου.

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, για την ισχύουσα κατάσταση σε σχέση με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών.

Ειδικότερα, μέσω ποιοτικής έρευνας (ημι-δομημένες συνεντεύξεις) θα διερευνηθούν οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στα κάτωθι θέματα: (α) τις ανάγκες των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών και των τρόπων της μέχρι τώρα κάλυψής τους, (β) τη συγκέντρωση του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου και των προσφερόμενων υπηρεσιών της χώρας, (γ) την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών και (δ) την επίδραση του στίγματος στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών και τις οικογένειες τους.

Υπενθυμίζουμε ότι θα τηρηθεί πλήρης εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια σχετικά με τα στοιχεία των συμμετεχόντων και τα δεδομένα που θα προκύψουν από τις συνεντεύξεις.

Παρακαλούμε όπως κάνετε αποδεκτή την αίτησή μας, να πραγματοποιήσουμε την μελέτη μας σε συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους, Ψυχιάτρους), οι οποίοι εργάζονται στην υπηρεσία σας. Διευκρινίζεται ότι οι συνεντεύξεις θα πραγματοποιηθούν διαδικτυακά για λόγους αποφυγής της εξάπλωσης της πανδημίας του COVID-19 σε μέρα και ώρα όπου δε θα εμποδίζεται η ομαλή σας λειτουργία.

Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε μαζί μας όπως παρακάτω:

Ζωή Καρπουτζάκη	(+30) 6943 778 922	zozkarp@gmail.com
Χαράλαμπος Καστρίτης	(+30) 6972 100 616	harry.kastritis9@gmail.com
Νικολέτα Λελεδάκη	(+30) 6973 664 958	nicol.eta@hotmail.gr
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Μαρία Μουδάτσου	(+30) 6938 980 463	moudatsoum@yahoo.gr

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Είμαστε στη διάθεση σας για συνεργασία.

Η Ομάδα Έρευνας

Ζωή Καρπουτζάκη

Χαράλαμπος Καστρίτης

Νικολέτα Λελεδάκη