



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Η ΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΕΝΟΣ ΜΕΛΟΥΣ
ΤΗΣ»**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εισηγητές: Κάππα Αλεξάνδρα (ΥΚ20109)

Κύργιου Πολυξένη Ευαγγελία (ΥΚ20079)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ράτσικα Νικολέττα, Επίκουρη Καθηγήτρια
Κοινωνικής Εργασίας

©

Ηράκλειο, 2023

Υπεύθυνη Δήλωση: Βεβαιώνουμε ότι είμαστε συγγραφείς αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχαμε για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχουμε αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες κάναμε χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνουμε ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμάς προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας Νικολέττα Ράτσικα, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, για την καθοδήγηση που μας προσέφερε και το χρόνο που διέθεσε δίνοντάς μας χρήσιμες συμβουλές και οδηγίες για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας. Στο ίδιο πλαίσιο ευγνωμοσύνης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Κλινική Ψυχικής Υγείας «Άγιος Χαράλαμπος» και ειδικότερα τον Νικόλαο Σφακιανάκη, Κοινωνικό Λειτουργό της κλινικής, για τη συμβολή τους στην παροχή του ερευνητικού μας δείγματος. Οφείλουμε επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συγγενείς των ασθενών της κλινικής, οι οποίοι συνέβαλαν πρακτικά στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας με την συμμετοχή τους στην έρευνά μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΜΕΡΟΣ Α΄	
Κεφάλαιο 1: Από τον εγκλεισμό στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής	13
1.1 Πριν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.....	13
1.2 Μετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.....	20
Κεφάλαιο 2: Νομικό πλαίσιο και δομές ψυχικής υγείας στην Ελλάδα	24
2.1 Νομικό πλαίσιο.....	24
2.2 Εκούσια και ακούσια νοσηλεία.....	27
2.3 Δημόσιες και ιδιωτικές δομές ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.....	29
2.3.1 Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.....	30
2.3.2 Οι ψυχιατρικοί τομείς Γενικών Νοσοκομείων.....	30
2.3.3 Τα κέντρα ψυχικής υγείας.....	31
2.3.4 Τα εξωτερικά ιατρεία.....	31
2.3.5 Τα νοσοκομεία ημέρας.....	32
2.3.6 Οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα διαμερίσματα ημιαυτόνομης διαβίωσης.....	33
2.3.7 Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης εκπαίδευσης και επαγγελματικής εκπαίδευσης.....	34
2.3.8 Οι κινητές μονάδες.....	34
2.3.9 Οι ιδιωτικές δομές ψυχικής υγείας.....	35
Κεφάλαιο 3: Οικογένεια και ψυχική ασθένεια	35
3.1 Η οικογένεια ως σύστημα.....	35
3.2 Η κρίση στην οικογένεια.....	36
3.3 Επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση ψυχικής νόσου.....	37
3.3.1 Η χρήση ουσιών ως επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση ψυχικής νόσου.....	39
3.4 Η ψυχική ανθεκτικότητα ως προστατευτικός παράγοντας στην οικογένεια.....	40
3.5 Η επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών - η άτυπη φροντίδα.....	41
3.6 Το στίγμα και η ψυχική ασθένεια.....	43
3.6.1 Τα είδη στίγματος.....	44

Κεφάλαιο 4: Η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.....	46
4.1 Εμφάνιση και ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας στην ψυχική υγεία.....	46
4.2 Αλλαγές και προκλήσεις στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	50
ΜΕΡΟΣ Β΄	
Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία έρευνας.....	55
5.1 Σκοπός έρευνας – ερευνητικά ερωτήματα.....	55
5.2 Μεθοδολογία έρευνας – ποιοτική ανάλυση.....	55
5.3 Πεδίο έρευνας.....	56
5.4 Εργαλεία συλλογής στοιχείων.....	57
5.5 Δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα.....	58
5.6 Εγκυρότητα και αξιοπιστία.....	59
5.7 Αισθήματα κατά τη διάρκεια της έρευνας.....	60
5.8 Ανάλυση στοιχείων.....	61
Κεφάλαιο 6: Ανάλυση δεδομένων.....	63
6.1 Κεντρικός άξονας 1: Περιγραφή του προβλήματος.....	63
6.2 Κεντρικός άξονας 2: Η αντίδραση της οικογένειας στα θεραπευτικά σχήματα στη φροντίδα στη κοινότητα.....	64
6.3 Κεντρικός άξονας 3: Η αντίδραση της οικογένειας στην κλειστή φροντίδα (σύντομη ή μακροχρόνια).....	71
6.4 Κεντρικός άξονας 4: Οι επιπτώσεις στην οικογένεια εξ' αιτίας της νοσηλείας.....	73
6.5 Κεντρικός άξονας 5: Αναστοχασμός: Η σημασία της ψυχικής νόσου ενός μέλους που πάσχει από ψυχική ασθένεια.....	78
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα.....	81
7.1 Συμπεράσματα – συζήτηση αποτελεσμάτων.....	81
7.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	87
Παράρτημα I: Διεθνές φωτογραφικό υλικό.....	87
Παράρτημα II: Φωτογραφικό υλικό από σύγχρονες δομές ψυχικής υγείας.....	90
Παράρτημα III: Φωτογραφικό υλικό από την έκθεση «Εγκλεισμοί» στο Δρομοκαΐτειο.....	92
Παράρτημα IV: Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	94
Παράρτημα V: Πρωτόκολλο πτυχιακής εργασίας.....	95
Παράρτημα VI: Λίστα οικογενειών – ασθενών.....	100

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....102

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, είναι η οπτική των μελών της οικογένειας για την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της. Αρχικά, επιχειρείται μία ιστορική αναδρομή στην επιστήμη της Ψυχιατρικής, η οποία, στο πέρασμα των αιώνων, πέρασε από διάφορες διακυμάνσεις, μέχρι που τον 20ο πια αιώνα, και ειδικά μετά την δεκαετία του 1960, αρχίζει ουσιαστικά η περίοδος από τον εγκλεισμό στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην Κοινωνική Ψυχιατρική, εφόσον ασχολείται και με την πρόληψη των ψυχικών ασθενειών.

Κατόπιν, εξετάζεται το νομικό πλαίσιο που θεσμοθετήθηκε στον ελληνικό χώρο καθώς και οι διάφορες Δομές Ψυχικής Υγείας, ιδιωτικές και δημόσιες, που υπάρχουν στην χώρα μας.

Η παρούσα εργασία στοχεύει στις παραμέτρους που επηρεάζουν τη συσχέτιση της οικογένειας με την ψυχική νόσηση ενός μέλους της. Το πρωταρχικό δίκτυο υποστήριξης του ψυχικά πάσχοντος είναι συνήθως η οικογένειά του. Η οικογένεια περνάει από την φάση της σταθερότητας, με συνήθεις δεξιότητες αντιμετώπισης των γεγονότων, σε μία φάση αποσταθεροποίησης και αποδιοργάνωσης. Αυτή η ανατροπή της σταθερής κατάστασης, είναι η κρίση που αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας πριν την διάγνωση, κατά την νοσηλεία αλλά και κατά την επανένταξη του ασθενούς μέλους της. Έχει βέβαια διακυμάνσεις, αλλά γενικά είναι σοβαρή και επίπονη, ψυχικά, σωματικά και κοινωνικά, όχι μόνο για τον φροντιστή του ψυχικά ασθενούς, αλλά και για τα υπόλοιπα μέλη. Η έρευνα έδειξε ότι περισσότερο επηρεάζονται αρνητικά τα νεαρά άτομα και οι έφηβοι.

Η συγκεκριμένη έρευνα απευθύνεται σε συγγενείς ψυχικά ασθενών. Συγκεκριμένα, ερωτήθηκαν 8 μέλη οικογενειών, των οποίων συγγενείς τους νοσηλεύονται ή έχουν νοσηλευτεί στην ιδιωτική Κλινική Ψυχικής Υγείας «Άγιος Χαράλαμπος», που εδρεύει στο Ηράκλειο. Οι συγγενείς ψυχικά ασθενών αντιπροσωπεύουν ένα «αόρατο» υγειονομικό σύστημα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το καθολικό ποσοστό των ερωτηθέντων συγγενών παραδέχεται ότι το ψυχικό βάρος που επωμίστηκαν ήταν πολύ μεγάλο, δεν ήταν έτοιμοι για κάτι τέτοιο, καθώς διακατέχονταν από άγνοια πάνω στο θέμα της ασθένειας. Επίσης, οι ερωτηθέντες βίωσαν πολύ έντονα συναισθηματικά το κομμάτι του στίγματος της μη αποδοχής και της κοινωνικής απομόνωσης. Οι

συνεντεύξεις με τους συγγενείς παρείχαν σημαντική συνδρομή στην ανάδειξη των θεματικών ενοτήτων που προέκυψαν από το υλικό που συγκεντρώσαμε.

Λέξεις Κλειδιά: ψυχική υγεία, ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ψυχικά ασθενής, διάγνωση, ψυχιατρική νοσηλεία, κρίση στην οικογένεια, σχέσεις μελών, κοινωνικό στίγμα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

ABSTRACT

The subject of this thesis is the perspective of family members on the psychiatric hospitalization of a family member. Firstly, a historical review of the science of psychiatry is attempted, which, over the centuries, has gone through various fluctuations until the 20th century, and especially after the 1960s, when the period from incarceration to the Psychiatric Reform actually begins. Particular reference is made to Community Psychiatry, since it also deals with the prevention of mental illness.

Then, it examines the legal framework that has been established in Greece as well as the various Mental Health Structures, private and public, that exist in our country.

The present study aims at the parameters that influence the association between the family and the mental illness of a family member. The primary support network of the mentally ill person is usually his/her family. The family goes from a phase of stability, with normal coping skills, to a phase of destabilization and disorganization. This upheaval of the stable situation is the crisis that family members face before diagnosis, during hospitalization and during the reintegration of the ill family member. It varies, of course, but generally it is serious and mentally, physically and socially painful, not only for the caregiver of the mentally ill person, but also for the other parties. Research has shown that young people and adolescents are most negatively affected.

This survey is aimed at relatives of mentally ill people. Specifically, 8 family members were interviewed, whose relatives are or have been hospitalized in the private Mental Health Clinic "Agios Charalambos", based in Heraklion. The results of the survey showed that the universal percentage of the interviewed relatives admitted that the mental burden they had to bear was too great, they were not prepared for this as they were possessed by ignorance about the illness. Also, the respondents experienced, very strongly emotionally, the stigma of non-acceptance and social isolation. The interviews with relatives provided an important contribution in highlighting the themes that emerged from the material collected.

Keywords: mental health, psychiatric reform, mentally ill, diagnosis, psychiatric hospitalization, family crisis, member relations, social stigma, psychosocial rehabilitation

«Τη φύση την εξηγούμε, τον ψυχικό βίο τον κατανοούμε»

Wilhelm Dilthey (1833-1911)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά την διάρκεια των σπουδών μας, μας προκαλούσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και μας απασχολούσε το ζήτημα της Ψυχικής Υγείας. Προβλήματα ψυχικής υγείας ενδέχεται να ανακύψουν ανά πάσα στιγμή στη ζωή των ατόμων και απασχολούν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού παγκόσμια. Ειδικότερα, επιχειρήσαμε τη σκιαγράφηση των στάσεων και των αντιλήψεων, γενικά της οπτικής την οποία έχει η οικογένεια για την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της, το πως δηλαδή εκείνοι βιώνουν τόσο την διάγνωση όσο και την νοσηλεία του συγγενή τους σε κάποια κλινική. Σήμερα οι περισσότερες οικογένειες ατόμων που βιώνουν την ψυχιατρική νοσηλεία του συγγενή τους, εμφανίζουν περισσότερη ανασφάλεια και δυσφορία, σε σχέση με την εκτίμηση των επιπτώσεων της διάγνωσης, παρά με τα ίδια τα συμπτώματα (Addington et al., 2003).

Σκοπός αυτής της εργασίας αποτελεί περισσότερο, η καταγραφή των απόψεων, των βιωμάτων, του συναισθήματος του οικογενειακού περιβάλλοντος για την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της και οι επιπτώσεις αυτού του γεγονότος στην οικογένεια.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος προέκυψε και από τη συνεργασία μας με την ιδιωτική κλινική «Άγιος Χαράλαμπος», που εδρεύει στο Ηράκλειο, κατά τη διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης, από την οποία συλλέξαμε το ερευνητικό μας υλικό από συγγενείς των ασθενών εκεί. Θεωρούμε πως είναι ένα θέμα που χρήζει περισσότερης μελέτης, καθώς δεν έχει πραγματοποιηθεί ανάλογη πρόσφατη πτυχιακή εργασία, που θα ρίξει φως στο βίωμα της οικογένειας, μέλος της οποίας νοσηλεύεται εξ' αιτίας μιας ψυχικής πάθησης.

Η παρούσα εργασία επιμερίζεται σε δύο μέρη: στο πρώτο μέρος, το θεωρητικό και στο δεύτερο μέρος, το ερευνητικό.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται η εξέλιξη της Ψυχιατρικής από τα προϊστορικά έτη έως και τις αρχές του 21^{ου} αιώνα, βλέποντας τί ίσχυε πριν και μετά την ψυχιατρική

μεταρρύθμιση, η οποία αποτέλεσε το έναυσμα της αποασυλοποίησης και της εξωνοσκοκομειακής περίθαλψης και φυσικά των πολύ καλύτερων συνθηκών θεραπείας και νοσηλείας από το σύνολο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Νομικό πλαίσιο και οι Δομές Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα. Είναι ύψιστης σημασίας για την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των δομών αυτών η εξοικείωση με το νομικό πλαίσιο που τις διέπει. Γίνεται περιγραφή των υπάρχουσών δομών ψυχικής υγείας, δημόσιων και ιδιωτικών που απαρτίζουν το δίκτυο των Κοινοτικών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια στην διαχείριση της ψυχικής ασθένειας. Αναλυτικότερα, γίνεται αναφορά στην οικογένεια ως σύστημα με τις αλληλεπιδράσεις των μελών της, στην κρίση που περνάει από το διάστημα της εμφάνισης μιας ψυχικής νόσου, στους επιβαρυντικούς και προστατευτικούς παράγοντες στην εμφάνιση της νόσου και στην επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών από την εποπτεία και φροντίδα του πάσχοντος μέλους. Τέλος, αναλύθηκε η έννοια του στίγματος στην ψυχική ασθένεια και τα είδη του.

Στο τέταρτο θεωρητικό κεφάλαιο, αναδεικνύεται η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Η Κοινωνική Εργασία ως εφαρμοσμένο επιστημονικό πεδίο συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόληψη και διατήρηση της ψυχικής υγείας, αλλά και στην αντιμετώπιση της ανισορροπίας που επιφέρει κάποια δυσλειτουργία. Γίνεται εκτενής αναφορά στην εμφάνιση και ανάπτυξη της στον χώρο της ψυχικής υγείας, καθώς και στις αλλαγές και προκλήσεις που υπάρχουν στο σύστημα υπηρεσιών υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας. Παρατίθεται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, η ερευνητική μέθοδος που επιλέχθηκε, το πεδίο της έρευνας, τα εργαλεία συλλογής στοιχείων, ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα με έμφαση σε αυτά της εγκυρότητας και αξιοπιστίας, τα δικά μας αισθήματα κατά την διάρκεια της έρευνας και τέλος, ο τρόπος ανάλυσης των στοιχείων που συλλέχθηκαν μέσω της θεματικής ανάλυσης.

Το έκτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται την ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν με τους συγγενείς των ασθενών. Κινηθήκαμε αναλύοντας τους πέντε θεματικούς άξονες που είχαμε ορίσει και στο ερωτηματολόγιο της συνέντευξης, με αυτούς να είναι: α) η περιγραφή του προβλήματος, β) η αντίδραση της οικογένειας στα θεραπευτικά σχήματα από την φροντίδα στην κοινότητα, γ) η αντίδραση της οικογένειας στην κλειστή φροντίδα, είτε πρόκειται για σύντομη, είτε για μακροχρόνια, δ) οι επιπτώσεις στην οικογένεια εξ' αιτίας της νοσηλείας και ε) ο αναστοχασμός αναφορικά με την σημασία της ψυχικής νόσου ενός μέλους που πάσχει από ψυχική ασθένεια.

Στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο, η εργασία μας ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων της έρευνας, στα οποία κωδικοποιούμε με δομημένο τρόπο τα σημαντικότερα στοιχεία που προέκυψαν.

1. Από τον εγκλεισμό στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής

1.1 Πριν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Είναι σημαντικό να εξετάσουμε το πεδίο της ψυχιατρικής και τις φάσεις που διένυσε με την πάροδο του χρόνου. Αυτή η εξέταση χρήζει ιδιαίτερης προσοχής εφόσον κατ' αυτό τον τρόπο αποφεύγονται τα λάθη του παρελθόντος και αναγνωρίζονται νέες και περισσότερο αποτελεσματικές έννοιες και προσεγγίσεις. Οι ψυχικές ασθένειες εμφανίστηκαν ταυτόχρονα με την γέννηση του κόσμου. Δεν πρόκειται για μια καινούρια πραγματικότητα, αντιθέτως στο πέρασμα των αιώνων υπάρχουν ιστορικές μαρτυρίες, όπως και ο στιγματισμός που τις συνοδεύει. Ακριβή δεδομένα για την προϊστορική και πρώιμη ιστορική περίοδο δεν υπάρχουν, καθώς δεν έχουν βρεθεί οργανικά ευρήματα για αυτές. Τα υπάρχοντα δεδομένα προκύπτουν κυρίως μέσα από τις μαρτυρίες των πρωτόγονων λαών, σύμφωνα με τις οποίες η ψυχική ασθένεια, όπως και οι άλλες ασθένειες θεωρείται ότι προέρχονται από τους θεούς και για το λόγο αυτό η θεραπεία τους ανατίθεται στους ιερείς και τους μάντεις. Ο χαρακτήρας της ψυχιατρικής αυτής περιόδου είναι κυρίως θεουργικός και εμπειρικός. Μέσα στο πέρασμα των αιώνων η Ψυχιατρική πέρασε από διάφορες διακυμάνσεις, μέχρι που τον 20ο πια αιώνα αρχίζει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Παρακάτω επιχειρείται η διάκριση και ανάλυση των χρονικών φάσεων της ψυχιατρικής.

Όμως, πριν περάσουμε στην ανάλυση των χρονικών, επιχειρείται ο ορισμός της ψυχικής ασθένειας. Συνήθως με τον συγκεκριμένο όρο γίνεται αναφορά σε «χρόνια νοσήματα». Πρόκειται για έναν πολύ ευρύ όρο που συμπεριλαμβάνει πολλές και διαφορετικές καταστάσεις με διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας, προσωρινές ή χρόνιες. Αυτές μπορεί να αντιμετωπιστούν είτε ως αμιγώς ιατρικές καταστάσεις, είτε ως ασθένειες με κοινωνικές διαστάσεις, δηλαδή να γίνουν καλύτερα κατανοητές σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Είναι ένας πολιτισμικά φορτισμένος όρος καθώς κάθε κοινωνία θεωρεί συγκεκριμένες «ενδείξεις» ως σημαντικότερους δείκτες καλής ψυχικής υγείας, δηλαδή αποτελεσματικής ατομικής και κοινωνικής λειτουργικότητας.

Την περίοδο **3500-3000 π.Χ.** θεωρούταν ότι η ψυχική ασθένεια ήταν απόρροια κακών πνευμάτων και άλλων παντοδύναμων υπερφυσικών δυνάμεων, που καταλάμβαναν το σώμα του ανθρώπου. Ιδίως οι πολιτισμοί της Αρχαίας Αιγύπτου, της Κίνας και των

Εβραίων πίστευαν πως επρόκειτο για κακά πνεύματα και δαίμονες ή θεϊκή τιμωρία για την ανυπακοή ή άλλη μη πρόεπουσα συμπεριφορά. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του βασιλιά της Βαβυλωνίας, Nebuchadnezzar, ο οποίος θεωρούνταν ότι εμφάνισε λυκανθρωπία, δηλαδή την πίστη ότι είναι λύκος, ως θεϊκή τιμωρία της υπεροψίας του. Εκείνη την περίοδο κύριες μέθοδοι θεραπείας αποτελούσαν οι εξορκισμοί, οι προσευχές, η παρατήρηση της κίνησης των άστρων και των πλανητών και μια άτεχνη χειρουργική επέμβαση κατά την οποία άνοιγαν μια τρύπα στο κρανίο του θύματος για να «δραπετεύσει» το κακό πνεύμα (Καλαϊτζάκη, 2020).

Κατά την **αρχαία ελληνική περίοδο** υπήρχαν τρεις απόψεις για την ψυχική ασθένεια: η λαϊκή άποψη, η ιατρική γνώση και η φιλολογική-φιλοσοφική σκέψη. Σύμφωνα με τη λαϊκή άποψη, οι ασθενείς καταλαμβάνονται από κακά πνεύματα, όπως οι Θεές του τρόμου, Μανία και Λύσσα, που τους κάνουν να περιπλανιόνται ή να είναι βίαιοι, βασικά στοιχεία που χαρακτήριζαν τους ψυχικά ασθενείς. Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) ήταν ο κυριότερος εκπρόσωπος της ιατρικής γνώσης και ο πρώτος που ασχολήθηκε με την ψυχική νόσο και μίλησε για «ιερή νόσο» (επιληψία). Πίστευε πως όλες οι ασθένειες έχουν φυσική προέλευση απορρίπτοντας την θεολογική ερμηνεία (Καλογεροπούλου, n.d). Πρότεινε τη βιολογική βάση των ψυχικών διαταραχών, δηλαδή ισχυρίστηκε ότι η ανισορροπία των υγρών του σώματος όπως η κίτρινη χολή, η μαύρη χολή, το αίμα και το φλέγμα προκαλούν αντίστοιχους τύπους προσωπικότητας και διαταραχές όπως τον Χολερικό, τον Μελαγχολικό, τον Αιματώδη, τον Φλεγματικό. Θεώρησε τον εγκέφαλο ως υπεύθυνο για αυτές τις διαταραχές τις οποίες μετέπειτα όρισε ως υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια (WATSON PATRICK W [13] & CORRIGAN AMY C, 2002). Με παρόμοιο τρόπο κινήθηκαν και ο Δημόκριτος και ο Αριστοτέλης, προτείνοντας μάλιστα ως θεραπεία την τέχνη και ειδικότερα, το θέατρο (Στυλιανίδης και συν., 2007). Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης ανέπτυξαν τη φιλολογική-φιλοσοφική σκέψη. Και οι δυο τους μιλούν για ψυχικές ασθένειες και για την κάθαρση ως θεμελιώδη τρόπο θεραπείας. Ο Πλάτωνας επισημαίνει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης, ενώ ο Αριστοτέλης τη θεωρεί σαν φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη (Μάνος, 1997).

Κατά την **ρωμαϊκή περίοδο** (13^{ος}-20^{ος} μ.Χ.) μεγάλη ήταν η συμβολή του Γαληνού, ο οποίος θεωρείται εισηγητής της ψυχοσωματικής αντίληψης στον ψυχιατρικό προβληματισμό (Καπρίνης και συν., 1988). Οι Ρωμαίοι επέδρασαν στην Ψυχιατρική

ως επί το πλείστον με τη δημιουργία νόμων για τους ψυχασθενείς με θέσπιση ελαφρυντικών για τη ψυχική ασθένεια. Επί Ιουστινιανού και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού, ακολούθησε η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς.

Ο **Μεσαίωνα** θα μπορούσε να θεωρηθεί η περίοδος με τους δυσμενότερους όρους για τους ψυχικά πάσχοντες καθώς αν εκλαμβάνονταν ως δαιμονισμένοι και μπορούσαν να καταλήξουν ακόμα και στην πυρά. Η επίδραση της Χριστιανικής πίστης οδήγησε ξανά στην ανάπτυξη δοξασιών για υπερφυσικές δυνάμεις, όπως για παράδειγμα η ύπαρξη δαιμόνων και μαγισσών. Σε περιπτώσεις στις οποίες η συμπεριφορά τους κρινόταν βίαιη ή ενοχλητική κλείνονταν σε υπόγεια και φυλακές με άθλιες συνθήκες διαβίωσης, όπως διαφαίνεται μέσα από μαρτυρίες για χώρους με περιπτώματα ζώων, κόπρανα, υπολείμματα τροφών, ενώ η σίτιση τους ήταν απαράδεκτη για τα ανθρώπινα δεδομένα. Συχνά ετίθεντο υπό την προστασία Αγίων και απομονωνόταν σε μοναστήρια ώστε να θεραπευτούν (Πλουμπίδης, 1989). Στα τέλη του Μεσαίωνα, αν και η Χριστιανική πίστη σταδιακά εξασθενούσε, η εκκλησία δεν παρέδιδε τον κυρίαρχο ρόλο της. Χιλιάδες ύποπτοι αιρετικοί και μάγισσες πέρασαν βασανιστήρια και κήκαν. Πολλές ήταν οι θεραπείες που εφαρμόζονταν την εποχή αυτή από κληρικούς και μάγους στην Αγγλία, με κυρίαρχη πρακτική το δέσιμο με αλυσίδες. Την ίδια περίοδο στη Γαλλία, μοναστηριακά νοσοκομεία παρείχαν υποτυπώδη φροντίδα και στέγη στους ψυχικά νοσούντες, τοποθετώντας τους μαζί με ανθρώπους με σωματικά προβλήματα, ενώ στα ευρέως διαδεδομένα θεραπευτικά μέσα περιλαμβάνονταν οι αφαιμάξεις, οι υποκλυσμοί και οι σωματικές τιμωρίες (Ploumpidis, 2008).

Με την έναρξη της **Αναγέννησης** ο ανθρωπισμός, οδήγησε στην θεώρηση ότι το σώμα πρόκειται για μία βιολογική μηχανή η οποία μπορεί να μελετηθεί εμπειρικά και όχι η απαραβίαστη δημιουργία του Θεού. Αξιώνεται η χειραφέτηση του ανθρώπου από τις προκαταλήψεις και τις δεισιδαιμονίες της προηγούμενης περιόδου, αυτής του Μεσαίωνα. Η δαιμονολογία παύει να έχει επιρροή και η ψυχική νόσος δεν συνδέεται πλέον με τις μυστικές και ολέθριες δυνάμεις που καταβάλλουν τον άνθρωπο και τον καθιστούν έρμαιό τους. Το νόημα της νόσου αναζητάται στον άνθρωπο, στις αδυναμίες του και στα όνειρα που εκείνος δημιουργεί μέσα στο μυαλό του, αντί για τις διαβρωτικές δυνάμεις (Foucault, 1964).

Αυτό όμως καταδεικνύει την έναρξη μιας νέας πολιτικής που εμπλέκει την οργανωμένη κοινωνία στην αντιμετώπιση της νόσου και κρίνει απαραίτητο τον εγκλεισμό του ψυχικά ασθενούς σε άσυλα. Το πρώτο άσυλο της Ευρώπης λειτούργησε στην Αγγλία το 1403 και το δεύτερο στη Βαλένθια της Ισπανίας το 1408. Το ψυχιατρικό νοσοκομείο της Βηθλεέμ στο Λονδίνο ήταν ευρέως διαδεδομένο για τις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των ατόμων που νοσηλεύονταν εκεί. Ο μεγάλος Εγκλεισμός στη Γαλλία είχε ως σημείο έναρξης τον 17ο αιώνα με την εισαγωγή των φτωχών και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε γενικά νοσοκομεία. Το «Γενικό Νοσοκομείο» ήταν το πρώτο που λειτούργησε στο Παρίσι το 1657 με σκοπό «να καταστείλει την αεργία και την επαιτεία σαν πηγές ανωμαλίας» (Foucault, 2004). Στις απαρχές του δεν ήταν ιατρικό ίδρυμα, αλλά ίδρυμα εγκάθειρξης αποτελούμενο από ψυχικά και σωματικά ασθενείς, αλλά και φτωχούς, άεργους και μικροπαραβάτες. Το κράτος αναλάμβανε «δημοσία δαπάνη», για την στέγαση και την σίτιση τους. Ο εγκλεισμός των συγκεκριμένων ομάδων στο νοσοκομείο απέβλεπε σε διττό σκοπό. Αφενός, συνιστά ένα είδος τιμωρίας, καθώς σχετίζεται με τις αντιλήψεις της εποχής για το σώμα, τις ασθένειες και την εργασία. Η αρρώστια ή η αεργία δηλώνει ηθική κατάπτωση (Sontag, 1993). Αφετέρου, αποφεύγονται οι κοινωνικοπολιτικές ταραχές που θα είχαν ως επίπτωση ένα πιθανό ξεσήκωμα αυτών των ομάδων.

Συχνοί μέθοδοι στα άσυλα αποτέλεσαν οι περιστροφικές καρέκλες, οι συσκευές ψυχρολουσίας, οι αφαιμάξεις, οι τοπικές λοιμώξεις, με σκοπό να αποσπάσουν την προσοχή του αρρώστου από τις ψυχαναγκαστικές του ιδέες και τα ψυχωτικά του παραληρήματα. Η εφαρμογή τέτοιων μεθόδων επόμενο ήταν να κάνει την επιθετικότητα τους, κατάσταση χρόνια που απαιτούσε σχεδόν διαρκή συμπεριφορική βία. Αυτό αντιτίθεται με την ουσιαστική έννοια του ασύλου, που υποδήλωνε ένα καταφύγιο, έναν χώρο που προσέφερε μια ασφάλεια από καταδίωξη, κακουχία ή ανημποριά, σωματική, ψυχική, ιδεολογική ή και όλα μαζί (Χαρτοκόλλης, 1984). Η λέξη άσυλο με αυτό τον τρόπο στη διεθνή της εφαρμογή έχασε την αρχική της σημασία και κατέληξε να σηματοδοτεί ένα θλιβερό και απαίσιο χώρο για κάθε απόκληρο της ζωής, κάτι σαν αποθήκη άχρηστου ανθρώπινου υλικού (Στιγγάρης, 1987).

Η κατάσταση όμως παρουσίασε μεταβολές τον 18ο αιώνα, με την περίοδο του **Διαφωτισμού** η οποία θεωρείται προεπιστημονική περίοδος (Δουλκερίδου, 2013). Πρωτεργάτης των αλλαγών ήταν ο Phillipe Pinel ο οποίος απελευθέρωσε τους ψυχικά

πάσχοντες από τις αλυσίδες τους και επεδίωξε μια περισσότερο ανθρώπινη μεταχείρισή τους, όταν ήταν υπεύθυνος ενός μεγάλου ασύλου στο Παρίσι γνωστού ως «La Bicêtre». Ξεκίνησε μια πιο ευνοϊκή μεταχείριση προς τους ασθενείς, δηλαδή με περισσότερη συμπόνια και κατανόηση και αντιμετωπίζονταν με αξιοπρέπεια ως ανθρώπινα όντα, παρά ως κτήνη. Πολλά άτομα που βρίσκοντας εκτός ελέγχου, ηρέμησαν. Ασθενείς που είχαν κριθεί επικίνδυνοι, πλέον κυκλοφορούσαν στο νοσοκομείο και στον περίβολο, χωρίς να προκαλούν φασαρίες ή να ενοχλούν. Τα μπουντρούμια αντικαταστάθηκαν από ευήλια και ευάερα δωμάτια. Ασθενείς που ήταν για μεγάλα διαστήματα έγκλειστοι φάνηκε να παρουσιάζεται βελτίωση στην υγεία τους και τελικά έφυγαν από το νοσοκομείο. Ακόμη, στο βιβλίο του *Traite Medico Philosophique sur l' atienation mentale ou la manie* (1800) ενέταξε τις ψυχώσεις σε κατηγορίες: μανία, μελαγχολία, άνοια και ηλιθιότητα (Παπαδημητρίου, 1973). Ένας ιστορικός περιγράφει τις συνθήκες που επικρατούσαν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο πριν εφαρμοστούν οι καινοτομίες που έφερε ο Pinel:

«Οι ασθενείς ήταν αλυσοδεμένοι στους τοίχους των κελιών τους, με σιδερένια κολάρα που τους κρατούσαν κολλημένους στον τοίχο και τους επέτρεπαν ελάχιστη κίνηση. Κατά κανόνα δεν μπορούσαν να ξαπλώσουν κάτω τη νύχτα. Πολλές φορές είχαν ένα σιδερένιο στεφάνι γύρω από τη μέση τους και επιπλέον είχαν αλυσίδες και στα χέρια και στα πόδια. Οι αλυσίδες αυτές ήταν αρκετά μακριές ώστε να επιτρέπουν στον ασθενή να φάει μόνος του από ένα κύπελλο και το φαγητό ήταν συνήθως ένας άνοστος χυλός από ψωμί μουλιασμένο μέσα σε μια αραιή σούπα. Οι γνώσεις διαιτολογίας ήταν ελάχιστες, οπότε δεν δινόταν καμία προσοχή στο είδος της διατροφής που προσφερόταν στους ασθενείς. Οι ασθενείς θεωρούνταν ζώα, που δε νοιάζονται εάν το φαγητό είναι καλό ή κακό» (Selling, 1940, σ. 54).

Ο μαθητής του και συνεχιστής του έργου του, ο Esquirol, έθεσε τα θεμέλια της ηθικής θεραπείας, δηλαδή της χρήσης θεραπευτικών μεθόδων που απευθύνονται στην ανθρώπινη πλευρά του ασθενούς και την εφαρμογή τους από τον θεράποντα ιατρό, κυρίως στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο – άσυλο, το οποίο θεωρήθηκε ως βασικό θεραπευτικό μέσο για την βελτίωση της ψυχικής υγείας των νοσηλευόμενων. Προέβαλε την πρακτική της κλινικής παρατήρησης, την κατάλληλη κτιριακή δομή και την οργάνωση του ασύλου, ενώ συνέχισε την χρήση των παραδοσιακών φυσικών θεραπευτικών μεθόδων (Λέκκα, 2012). Σύμφωνα με την μέθοδο της ηθικής θεραπείας οι ασθενείς είχαν στενή σχέση με τους συνοδούς, οι οποίοι τους μιλούσαν, τους

διάβαζαν και τους ενθάρρυναν να παίρνουν μέρος σε δραστηριότητες που είχαν κάποιο στόχο. Οι τρόφιμοι διαβίωναν όσο πιο φυσιολογικά μπορούσαν και ήταν υπεύθυνοι για την ζωή τους στο βαθμό που οι δυσκολίες τους δεν αποτελούσαν εμπόδιο. Ακόμη, η χωρητικότητα των νοσοκομείων δεν έπρεπε να υπερβαίνει τους 250 ασθενείς (Whitaker, 2002). Τη σύνδεση της ηθικής θεραπείας με την ιατρική εξασφάλισε η εφαρμογή της κλινικής μεθόδου, μέσω της παρατήρησης του ασθενούς και της καταγραφής του συμπτώματος γενικά στο σώμα και το νευρικό σύστημα (Πλουμπίδης, 1991).

Κατά τα **τέλη του 1800** ο Sigmund Freud κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πολλές μορφές αποκλίνουσας συμπεριφοράς ήταν απόρροια έντονων, παρατεταμένων ασυνείδητων συγκρούσεων μεταξύ των ενστικτωδών επιθυμιών και των κοινωνικών απαγορεύσεων. Ο Freud με την εγκαθίδρυση του ψυχαναλυτικού κινήματος και της εκτεταμένης μελέτης των νευρώσεων και του ασυνείδητου, όρισε τις βάσεις για την ορθή αντιμετώπιση πολλών ψυχικών ασθενειών, παρά τις συγκρούσεις με την δυτική εκκλησία (Δουλκερίδου, 2013).

Στις **αρχές του 19ου αιώνα** στην Ελλάδα οι ασθενείς δεν έχαιραν ιδιαίτερης φροντίδας. Παρατηρείται έντονα ο κοινωνικός τους αποκλεισμός, με την απομάκρυνση τους από την κοινωνία, καθώς οι θεραπείες αναζητούνταν έξω από αυτή, δηλαδή σε εκκλησιαστικούς χώρους. Συχνός ήταν και ο εγκλεισμός τους σε μοναστήρια. Το έτος 1862 ψηφίστηκε ο νόμος «Περί φρενοκομείων» ΨΜΒ/1862, ο οποίος πρόκειται για τον πρώτο νόμο για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα, που αφορούσε τη διαδικασία του εγκλεισμού μετά από δικαστική απόφαση του Πρωτοδικείου, καθιστώντας υπεύθυνο για την εκτέλεσή της τον Δήμαρχο, τον Νομάρχη και τον Αστυνομικό Διευθυντή. Με την ψήφιση του εν λόγω νόμου ιδρύθηκε το 1887 το Δρομοκαΐτειο και συνεχίστηκε η ίδρυση κλειστών ψυχιατρικών δομών όπως τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία Πέτρας Ολύμπου και Χανίων έως και το 1971 (Μαδιανός, 1994).

Ένα από τα πιο γνωστά ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας μας αποτελεί η αποικία ψυχασθενών της **Λέρου** που ιδρύθηκε το 1957. Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να δοθεί στις συνθήκες ίδρυσης και στέγασης των ασθενών στο Ψυχιατρείο. Κατά τη δεκαετία του '50 καθώς ο αριθμός των ασθενών συνεχώς αυξανόταν, αυξανόταν και η ανάγκη σε ασυλικά κρεβάτια και αυτό οδήγησε στην υπερπληρότητα σε βαθμό που συχνά δύο

ασθενείς κοιμόντουσαν στο ίδιο κρεβάτι. Προτάθηκε λοιπόν, για την αποσυμφόρησή τους, η δημιουργία μιας «αποικίας» ψυχασθενών στην Λέρο που αποσκοπούσε στην απασχόλησή τους σε αγροτικές εργασίες, σύμφωνα με βελγικά πρότυπα. Η επιλογή των ασθενών γινόταν με κριτήριο την έλλειψη επισκέψεων από συγγενικά πρόσωπα στα ιδρύματα όπου νοσηλεύονταν για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Οι ασθενείς της Λέρου δεν είχαν απορριφθεί μόνο από το κοινωνικό τους περιβάλλον, αλλά και από τα Ψυχιατρεία όπου παρέμεναν.

Οι συνθήκες νοσηλείας στη Λέρο ήταν άθλιες και έγιναν αντικείμενο διεθνούς κατακραυγής. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι δεν γινόταν χρήση των επίσημων στοιχείων τους αλλά υπήρχε μια αρίθμηση στο ρουχισμό τους που αντιστοιχούσε στον φάκελο του ασθενή. Αυτή η αρίθμηση είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια της «ταυτότητάς» τους, με αποτέλεσμα να περιγράφονται στα στοιχεία του ιδρύματος ως ανώνυμοι. Όπως οι συνθήκες μεταφοράς, έτσι και οι συνθήκες διαβίωσης, όπως περιγράφονται από τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και το προσωπικό εκείνης της περιόδου, ήταν πολύ δύσκολες, πράγμα που καταδεικνύει ότι ο κύριος σκοπός της μεταφοράς τους εκεί ήταν η απομάκρυνσή τους από το κοινωνικό σύνολο και όχι η φροντίδα και η θεραπεία τους. Επιπλέον, για πολλά χρόνια, ήταν ανύπαρκτη η επιστημονική στήριξη με την πλειοψηφία του προσωπικού να κατέχει φυλακτικό ρόλο. Αυτό συνέβαλε στην ενίσχυση του ιδρυματισμού και των άθλιων συνθηκών διαβίωσης των εγκλειστών, αφού δεν υπήρχε θεραπευτικό πλάνο. Έτσι, το Ψυχιατρείο της Λέρου έγινε το παγκόσμιο σύμβολο της αθλιότερης περίθαλψης ασυλιακού τύπου και έδωσε το έναυσμα στην Τζέιν Γκάμπριελ για την παραγωγή του συνταρακτικού ντοκιμαντέρ «Το νησί των αποβλήτων» (Island of the Outcasts, 1990), ένα αφιέρωμα για την επικρατούσα κατάσταση. Ταυτόχρονα όμως αποτέλεσε και αφορμή για την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην χώρα, με την μερική χρηματοδότησή της από την ευρωπαϊκή κοινότητα (Ζάπρου, 2020).

«Με λίγα λόγια, τους κάναμε ένα τσάι και μας τους πετούσαν κυριολεκτικά και φεύγανε. Πού μας τους αφήνετε βρε; Εμείς δεν ξέρουμε ούτε ένεση να κάνουμε, ούτε πώς θα τους δέσουμε, με τι θα τους δέσουμε κι όλα αυτά τα πράγματα. Ποιός είν' ο κακός; Ποιός είν' ο καλός; Ποιός είν' ο γέρος; Ποιός είν' ο άρρωστος; Πού 'ν' τα

φάρμακά τους; Λέει «είναι γραμμένα στα ιστορικά. Να διαβάσετε!». Βρε και ποιός θα διαβάσει τα ιστορικά που δεν ξέρουμε να διαβάσουμε;»

-Πρώην φύλακας στο ψυχιατρείο Λέρου, Α. Τιπιέρος

1.2 Μετά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Ο ρόλος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης αποσκοπεί στην μετατόπιση από την ιδρυματική περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα μέσω της οποίας οι ψυχικά ασθενείς εξακολουθούν να αποτελούν μέρος της κοινότητάς τους, διαβιώνοντας μέσα σε εκείνη (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2000). Ως Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ορίζεται το σύνολο των παρεμβάσεων που στοχεύει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, ώστε το άτομο να διατηρεί την ταυτότητα μέλους - πολίτη μέσα στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η μεταρρύθμιση ισοδυναμεί με τον μετασχηματισμό και εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης για την βέλτιστη παροχή υπηρεσιών (Μαδιανός, 2002). Επιπλέον, συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής (Williams & Williams-Morris, 2000).

Οι αλλαγές άρχισαν να υλοποιούνται μετά το 1960 με κύριους άξονες να είναι η διαφορετική χρήση των κλειστών ιδρυμάτων ψυχιατρικής περίθαλψης, η βραχυπρόθεσμη νοσηλεία στα ψυχιατρεία και η παραμονή των ψυχικά ασθενών και σε γενικά νοσοκομεία. Κυριότερες αιτίες για αυτές τις αλλαγές αποτέλεσαν η διαδεδομένη κατανάλωση των ψυχοφαρμάκων μετά τη δεκαετία του 1950, το σύνδρομο του «ιδρυματισμού» και οι επιπτώσεις που είχε στην ψυχική υγεία του ασθενούς και το οικονομικά υψηλό κόστος της ιδρυματικής περίθαλψης (Κουκούλη, 2020).

Κομβικό σημείο αποτέλεσε η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (1981) στη διάρκεια του οποίου εισήγαγε σημαντικές αλλαγές στο πεδίο της ψυχικής υγείας εκσυγχρονίζοντάς το. Οι αλλαγές αυτές αποσκοπούσαν στην επικράτηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, ως βάση για ένα εθνικό μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα, το οποίο θα συντελούσε στο κλείσιμο των ψυχιατρείων της χώρας και στην αποϊδρυματοποίηση των χρόνια ψυχικά ασθενών (Δεπάστας, 2018).

Με τον όρο του ιδρυματισμού εννοείται η μακρόβια παραμονή του ατόμου στο ψυχιατρείο που το οδηγούσε που οδηγούσε στην σταδιακή αποδόμηση της προσωπικής του ταυτότητας και στην υιοθέτηση της «ταμπέλας» του ψυχασθενούς. Στην Μεγάλη Βρετανία ο Barton (1960) όρισε πρώτος την ιδρυματική νεύρωση, ως μία ασθένεια που έχει τις ρίζες της στις επιπτώσεις του εγκλεισμού. Κατά την διαδικασία αυτή το άτομο αντιλαμβάνεται ότι στερείται τις ελευθερίες και τα δικαιώματα που είχε πριν από την είσοδό του στη ψυχιατρική δομή. Καλείται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες διαβίωσης και στις επιταγές των ανώτερων του, χάνοντας κατ' αυτό τον τρόπο την προσωπική του βούληση. Το ίδρυμα γίνεται ο μικρόκοσμός τους και το εξωτερικό περιβάλλον αποτελεί όλο και περισσότερο ξένο για αυτούς (Δρακάκη, 2020). Ακολούθησε ο Κοινωνιολόγος Goffman (1961), ο οποίος όρισε τον ιδρυματισμό ως μια κατάσταση εγκλεισμού μεγάλου αριθμού ατόμων που αποκόπτονται από την κοινωνία. Μια τέτοια κατάσταση θεωρήθηκε η περίοδος του εγκλεισμού (lockdown), κατά την οποία οι άνθρωποι απομονώθηκαν από φίλους και συγγενείς και αποκόπηκαν από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο εκδηλώνοντας συμπτώματα «ιδρυματισμού».

Βασικός παράγοντας στην διαδικασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ήταν η ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Είναι μια προσέγγιση στη ψυχιατρική φροντίδα που θέτει έμφαση στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της κοινότητας και αναγνωρίζει τη σημασία του περιβάλλοντος και των κοινωνικών παραγόντων στην ψυχική ευεξία των ατόμων. Ο σκοπός της είναι να ανιχνεύσει, να προλάβει και να θεραπεύσει έγκαιρα τις ψυχικές διαταραχές, μέσα στην κοινότητα την στιγμή που εμφανίζονται με την χρήση των αναγκαίων πόρων και όχι όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο Ψυχιατρείο. Για την αποδοτικότερη έκβαση της διαδικασίας, οι υπηρεσίες παρέχονταν μέσα στην κοινότητα χωρίς την απομάκρυνση των ασθενών από το φυσικό κοινωνικό τους περιβάλλον και προωθώντας την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας. Στην Κοινοτική Ψυχιατρική δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που συνδέονται με την εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας, ώστε να μειωθούν οι αρνητικές στάσεις του πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και να ελαττωθεί το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές (Δημοπούλου και συν., 2011). Προϋπόθεση στην εφαρμογή της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αποτελεί ένα τομοποιημένο δίκτυο διαθέσιμων και προσβάσιμων σε όλους Υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που εξασφαλίζεται από το συνεχές της φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ασθενούς και της οικογένειάς

του, σε ένα καθεστώς διατομεακής και διεπιστημονικής συνεργασίας (Μαδιανός, 2000).

Κάποιες από τις βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι: (Μαδιανός, 2000)

- ❖ **Η αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα**, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή, συμπεριλαμβάνεται η έννοια της εφαρμογής της θεραπείας σχεδιασμένη με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του κάθε ατόμου.
- ❖ **Η αρχή της τομεοποίησης**, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών για τους ασθενείς μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής. Με αυτό τον τρόπο δίνεται ευκολότερη πρόσβαση στους κατοίκους μιας κοινότητας στα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας καθώς η απόσταση θα πρέπει να είναι από 1 έως 15 λεπτά μακριά τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κάθε τομέας πρέπει να περιλαμβάνει από 70.000 έως 150.000 κατοίκους.
- ❖ **Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς** από τον ίδιο θεραπευτή που για κάποιες διαταραχές θεωρείται ο αποτελεσματικότερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και της πιθανής επιστροφής του στο ψυχιατρείο. Υπάρχει τακτική αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.
- ❖ **Η αρχή της ανταποκριτικότητας**, η προσέλευση του κοινού στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας να είναι ανάλογη σε σχέση με τα δίκτυα παραπομπών που γίνεται μέσω της διασύνδεσης του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας (Δασκαλοπούλου και συν., 2005).

Ο νόμος 2716 17-5-1999 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, έδινε βαρύτητα στην παροχή Υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το κράτος αποσκοπώντας στην πρόληψη, τη διάγνωση, την θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές, με διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα. Οι Υπηρεσίες ψυχικής υγείας οργανώνονται με γνώμονα την αρχή της τομεοποίησης, της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της περίθαλψης εκτός νοσοκομειακού χώρου, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, τη συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης

και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Καταλυτικό ρόλο διαδραμάτισε και η συμβολή της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός», που χωρίστηκε σε τρεις φάσεις: Α΄ Φάση: 2000- 2001, Β΄ Φάση: 2001-2010, Γ΄ Φάση: 2011-2020.

Το Σύμφωνο Spilda, το οποίο συντάχθηκε μεταξύ Ελληνικής Κυβέρνησης και ΕΕ, αποτέλεσε κύρια πηγή αξιολόγησης των προβλημάτων υλοποίησης της Β΄ Φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός», ορίζοντας τις κατευθυντήριες που έπρεπε να λάβει υπόψιν η πρώτη. Βασικά σημεία ήταν η δέσμευση της Ελληνικής Κυβέρνησης στην συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μέσω του προγράμματος ΕΣΠΑ και στην παράλληλη αξιολόγηση των δράσεων. Το 2010 στην έκθεση αξιολόγησης που συντάχθηκε στα πλαίσια του Συμφώνου Spilda επισημάνθηκαν κάποια αδύναμα σημεία του προγράμματος. Ιδιαίτερα τονίστηκε η διάσπαση, η αποσπασματικότητα και η απουσία συντονισμού, η ανεπαρκής κάλυψη των πληθυσμών, η ανισότιμη γεωγραφική του ανάπτυξη, η απουσία ηγεσίας, τα χάσματα στην φροντίδα ευάλωτων ομάδων όπως παιδιά-έφηβοι, τρίτη ηλικία, «αδικημένες ομάδες» (όπως αυτισμός, νοητική υστέρηση, αλκοολισμός), η απουσία μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας όπως και έρευνας, Υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η απουσία αποφασιστικού ρόλου των Τ.Ε.Ψ.Υ, η απουσία ειδικών τμημάτων νοσηλείας οξέων περιστατικών, για τα οποία συχνά είναι απαραίτητη η αναγκαστική νοσηλεία, προβλήματα σεβασμού δικαιωμάτων ασθενών όπως και απουσία συμμετοχής των χρηστών και των οικογενειών τους στις αποφάσεις για τον σχεδιασμό και την πολιτική ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η έλλειψη ελεγκτικού μηχανισμού για την αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οδηγεί σε συμπεράσματα μέσω εκτιμήσεων και όχι μέσω μιας τυποποιημένης διαδικασίας, με αποτέλεσμα την αμφισβήτηση των συμπερασμάτων(Στυλιανίδης,2009).

Μέχρι και σήμερα έχουν παρατηρηθεί φαινόμενα καταπάτησης των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η κατάσταση είναι σαφώς βελτιωμένη, αλλά δυστυχώς λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που βιώνουν αυτοί οι άνθρωποι, παραδείγματος χάριν την ακούσια νοσηλεία τους. Η ακούσια νοσηλεία δεν αφήνει περιθώρια για αντιδράσεις, καθώς συνοδεύεται σχεδόν πάντα και με βαριά φαρμακευτική αγωγή με σοβαρές νευρολογικές επιπτώσεις. Οι αλλαγές που πρότεινε η Επιτροπή Αξιολόγησης, στόχευαν στην δημιουργία ενός ενιαίου φορέα Ψυχικής Υγείας με αποκεντρωμένη διάρθρωση, ο οποίος θα αναλάμβανε την διοίκηση και τον συντονισμό των υπηρεσιών

Ψυχικής Υγείας στην χώρα. Παρά τις αδυναμίες που εντοπίστηκαν υπήρξαν και μερικά θετικά σημεία άξια αναφοράς όπως, ο εκσυγχρονισμός του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης, το κλείσιμο ψυχιατρικών νοσοκομείων, η διακοπή λειτουργίας και η μετακίνηση των ασθενών τους στην κοινότητα, η σταδιακή εξάλειψη του στίγματος, η αλλαγή συμπεριφοράς του προσωπικού των υπηρεσιών.

2. Νομικό πλαίσιο και Δομές Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

2.1 Νομικό πλαίσιο

Η υγεία δεν νοείται μόνο ως προς την σωματική της υπόσταση, αλλά και ως προς την πνευματική και ψυχική της. Η υγεία, ως φυσικό αγαθό, δεν έχει μόνο υλική υπόσταση (corpus) , αλλά και πνευματική υπόσταση (animus) (Δημητρόπουλος, 2008). Η νομοθεσία για την Ψυχική υγεία δεν καλύπτει απλώς την φροντίδα και την θεραπεία. Παρέχει το νομικό πλαίσιο για την επίλυση κρίσιμων θεμάτων ψυχικής υγείας, όπως είναι η πρόσβαση στην φροντίδα, η αποκατάσταση και παρακολούθηση ασθενών με τη θεραπεία, η πλήρης ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα, και η προαγωγή της Ψυχικής Υγείας σε διάφορους τομείς κοινωνίας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2005). Οι ψυχικές ασθένειες εμφανίζουν ιδιαιτερότητες και για το λόγο αυτό συναντάται αυξημένη ανάγκη παροχής ιδιαίτερης προστασίας και υποστήριξης, τόσο στους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, όσο και στα μέλη των οικογενειών τους. Με την κατάλληλη περίθαλψη και αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας επιτυγχάνεται η αποφυγή της απομάκρυνσης των ασθενών από το κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι Υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποβλέπουν στην πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η σχετική νομοθεσία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της πολιτικής για την ψυχική υγεία και παρέχει το νομικό πλαίσιο για την επίτευξη το στόχο της πολιτικής αυτής.

Βασικές διατάξεις στην νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία αποτελούν η Αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων, το απόρρητο, η συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης, η εκούσια και ακούσια νοσηλεία, η εκούσια και ακούσια θεραπεία σε νοσοκομειακό περιβάλλον, η ακούσια θεραπεία σε κοινοτικό επίπεδο, οι μηχανισμοί περιοδικού επανελέγχου, η ικανότητα-επάρκεια, η πιστοποίηση των επαγγελματιών και των Υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα δικαιώματα και οι ρόλοι των οικογενειών και των φροντιστών.

Συμπληρωματικά, λειτουργεί και η νομοθεσία σε τομείς εκτός της Ψυχικής υγείας, οι οποίοι μπορεί να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Νομοθετικά μέτρα τέτοιου είδους μπορεί να λειτουργήσουν ως αρωγός στην επιτυχία μίας πολιτικής που προάγει την κοινοτική φροντίδα των ψυχικών διαταραχών και τον αποϊδρυματισμό. Η νομοθεσία σε αυτούς τους τομείς αποδεικνύεται επίσης σημαντική για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και την προαγωγή της Ψυχικής υγείας. Βασικές διατάξεις στην νομοθεσία άλλων τομέων με επιπτώσεις στην ψυχική υγεία αφορούν τη στέγαση, την εκπαίδευση, την απασχόληση, την κοινωνική ασφάλιση, την ποινική δικαιοσύνη, την αστική και γενική νομοθεσία, τη νομοθεσία για την γενική φροντίδα υγείας, την πρόσβαση σε ψυχοτρόπα φάρμακα, την προστασία ευπαθών ομάδων και τον περιορισμό της πρόσβασης στο αλκοόλ και στις φαρμακευτικές ουσίες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2005).

Σε εθνικό επίπεδο, η προστασία των ατόμων με αναπηρία κατοχυρώνεται σε συνταγματικές διατάξεις. Κατ' αρχήν στο Σύνταγμα στο άρθρο 2 παρ. 1 κατοχυρώνει «τον σεβασμό και την προστασία της αξίας του ανθρώπου ως την πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας». Από το δικαίωμα ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρο 5 παρ. 1 Σ) και το δικαίωμα στην προστασία της υγείας (άρθρο 21 παρ. 3 Σ) απορρέουν συγκεκριμένες υποχρεώσεις του κράτους, με την λήψη από αυτό ειδικών μέτρων, για την προστασία, μεταξύ άλλων ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, ατόμων με αναπηρία. Επιπροσθέτως, στο άρθρο 21 παρ. 5 Σ, έχει θεσμοθετηθεί ρητά η υποχρέωση όλων των κρατικών οργάνων να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκηση όλων των δικαιωμάτων του ανθρώπου «ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου», στο πλαίσιο του «κοινωνικού κράτους δικαίου».

Στην Ελλάδα, οι ψυχικές ασθένειες και οι διαταραχές αντιμετωπίζονται σύμφωνα με το Νόμο 2071/1992 «Ψυχική Υγεία και Προστασία των Ψυχιατρικά Ασθενών» (ΦΕΚ 123/15.07.1992). Ο νόμος αυτός έχει ως στόχο την προστασία της ψυχικής υγείας των ανθρώπων και την προώθηση της έρευνας στον τομέα της Ψυχικής υγείας. Επιπλέον, με το Ν. 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 15.07.1992) προβλέπεται σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην προστασία των ψυχικά ασθενών. Στόχος

του νόμου, όπως αυτός αναγράφεται στην εισηγητική του έκθεση, είναι η σύσταση ενός ενιαίου, αποκεντρωμένου και αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που να είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους στη βάση της ισότητας, της δικαιοσύνης και αλληλεγγύης.

Στο πλαίσιο αυτό, οι ψυχιατρικοί ασθενείς έχουν δικαίωμα συνεχής ψυχιατρικής περίθαλψης, ενώ το κράτος υποχρεούται να παρέχει τις απαραίτητες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες. Επιπλέον, με το άρθρο 43 του ν. 2071/1992 «Περί ψυχικής υγείας» και το άρθρο 232 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, προβλέπεται η δυνατότητα νομικής εκπροσώπησης των ψυχιατρικών ασθενών, σε περίπτωση που ψυχικά ασθενής θεωρεί ότι δεν μπορεί να αναλάβει ο ίδιος την υπεράσπιση των συμφερόντων του και η δυνατότητα αποζημίωσης για περιπτώσεις παραμέλησης ή κακοποίησης. Στην Ελλάδα, υπάρχουν επίσης ειδικές διατάξεις για την προστασία των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές και αναπηρίες σε διάφορους τομείς, όπως η απασχόληση, η εκπαίδευση και η κοινωνική προστασία. Για παράδειγμα, στον τομέα της απασχόλησης, ισχύει ο νόμος 3699/2008 «Δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία» (ΦΕΚ Α 199/2.10.2008), ο οποίος καθορίζει τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία στην εργασία και προβλέπει ότι πρέπει να λαμβάνονται ειδικά μέτρα προστασίας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, προκειμένου να αποφεύγονται οι διακρίσεις.

Αξιοσημείωτη είναι επίσης η αναφορά της σύστασης του ειδικού «γραφείου για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές» στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών του Υπουργείου Υγείας, που έχει την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης των δυσκολιών που παρουσιάζονται αναφορικά με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν. 2716/1999.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων με την σύσταση Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Αυτή η ειδική επιτροπή αποτελείται από εννέα μέλη: έναν Ψυχίατρο και έναν Παιδοψυχίατρο, δύο Κοινωνικούς Λειτουργούς, έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δύο Νομικούς, δύο εκπροσώπους των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των συλλόγων οικογενειών των χρηστών. Η ειδική αυτή

επιτροπή λειτουργεί στο πλαίσιο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του Ν. 2519/1997. Εποπτεύει και ελέγχει τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί απευθείας ο ίδιος με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα προστασίας της περιουσίας του και το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης. Μερικές από τις αρμοδιότητές της είναι να ελέγχει, να ενεργεί αυτεπαγγέλτως, να δέχεται καταγγελίες, να ενημερώνει με κάθε δυνατό τρόπο για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Κάθε φορά που αποδεικνύεται να έχει συμβεί παραβίαση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αναφέρεται στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, ο οποίος προχωρά, εφόσον κριθεί αναγκαίο, σε κάθε νόμιμη ενέργεια για τη δίωξη των υπευθύνων. Τέλος, η επιτροπή οφείλει να οργανώσει σύστημα εθελοντικής δικηγορικής αρωγής σε συνεργασία με τους κατά τόπους Δικηγορικούς Συλλόγους της χώρας για θέματα προάσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Δημητροπούλου, 2008).

2.2 Εκούσια και ακούσια νοσηλεία

Η εισαγωγή ενός ασθενή σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας και η παραμονή του για θεραπεία μπορεί να γίνει είτε με τη συναίνεση του, δηλαδή εκούσια είτε χωρίς τη θέλησή του, δηλαδή ακούσια (άρθρο 94 Ν. 2071/1992). Στην **εκούσια νοσηλεία** το άτομο το οποίο νοσηλεύεται έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την ατομική του ελευθερία, τα οποία διαθέτουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για διαφορετική αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής. Για την εκούσια εισαγωγή ενός ασθενούς σε μονάδα ψυχικής υγείας θα πρέπει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις (Άρθρο 94 παρ.2 Ν 2071/1992). Απαραίτητη κρίνεται η ικανότητα του ασθενούς να αποφασίζει για το συμφέρον της υγείας του, δηλαδή να βρίσκεται σε θέση να λάβει μία τέτοια απόφαση. Ακόμη, απαιτείται και η συμφωνία του επιστημονικού διευθυντή ή του νομικού αναπληρωτή του για την ανάγκη θεραπείας του. Ο ασθενής ο οποίος έχει εισήχθη με αυτόν τον τρόπο σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί οποιαδήποτε χρονική στιγμή να αιτηθεί την διακοπή της παραμονής του στην κλινική και της θεραπείας του. Μπορεί επίσης ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του να κρίνει ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

Η **ακούσια νοσηλεία** ρυθμίζεται τόσο στον Αστικό Κώδικα όσο και από τους Ν. 2071/1992 και Ν. 2716/1999 και αναφέρεται στην «χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας» (Κοσμάτος, 2002). Ο ψυχικά πάσχων είναι υποχρεωμένος να νοσηλευτεί για να προστατευθεί από τον εαυτό του ή για το κοινό καλό. Σημειώνεται ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να εφαρμοστεί μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου ο κίνδυνος για τον εαυτό ή τους άλλους είναι υψηλός και δεν είναι εφικτό να παρθούν άλλα μέτρα προστασίας. Την διαδικασία αυτή μπορεί να την εκκινήσει ο/η σύζυγος, άτομο έως και δεύτερου βαθμού συγγένειας, καθώς και οποιοσδήποτε έχει την επιμέλεια του, ή αυτεπάγγελτα από τον Εισαγγελέα σε επείγουσες περιπτώσεις και μόνο εφόσον δεν υφίσταται κανένα από τα ανωτέρω πρόσωπα (Μαρτινάκη και συν. 2019). Στη συνέχεια, ο Εισαγγελέας εκδίδει ένταλμα με το οποίο το άτομο μεταφέρεται με αστυνομική συνοδεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας που υπάρχει στον Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας του, προκειμένου να αξιολογηθεί η κατάσταση της υγείας του και η πιθανή ανάγκη νοσηλείας του (Ν. 2071/1992, άρθρο 96, παρ. 4).

Οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία καθορίζονται διαζευκτικά στο νόμο (Άρθρο 95 παρ.2 Ν 2071/1992), ώστε για να εισαχθεί ασθενής χωρίς τη θέληση του σε μονάδα ψυχικής υγείας θα πρέπει: είτε να πάσχει από ψυχική διαταραχή και να μην θεωρείται ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και η έλλειψη νοσηλείας του να συνεπάγεται επιδείνωση της κατάστασής του, είτε να είναι επικίνδυνος, δηλαδή να καθίσταται απαραίτητη η νοσηλεία του, για να αποτραπούν αυτοκαταστροφικές ή ετεροκαταστροφικές πράξεις. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να ερευνάται η επικινδυνότητα του ατόμου, δηλαδή εάν έχει ήδη παρουσιάσει κάποια δείγματα βίας, αξιόποινης ή μη (Συμεωνίδου και συν., 2020). Ακόμη όμως και στις περιπτώσεις βίαιης συμπεριφοράς του ασθενούς, το μέτρο αυτό πρέπει να λαμβάνεται μόνο στην περίπτωση που η βία έχει τέτοια μορφή και ένταση που δικαιολογεί την λήψη αυτού του επώδυνου μέτρου. Ευχερώς καθίσταται σαφές ότι ο νοσηλευόμενος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ασθενής και όχι ως κρατούμενος, γεγονός το οποίο στην πράξη δεν γίνεται πάντα αντιληπτό. Ταυτόχρονα θα πρέπει να αναμένεται θεραπευτικό αποτέλεσμα, που να βοηθά στη μη ανάπτυξη πράξεων βίας. Και στις δύο περιπτώσεις η νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας θα πρέπει να στοχεύει στο μεγαλύτερο δυνατό όφελος που θα αποκομίσει ο ασθενής μέσω της θεραπείας.

2.3 Δημόσιες και ιδιωτικές Δομές Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Οι Ψυχιατρικές Δομές στην Ελλάδα ανήκουν είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα και είναι σημαντικές για την υποστήριξη και την αρωγή των ατόμων που έρχονται αντιμέτωποι με διάφορα ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Στις Ψυχιατρικές δομές, παρέχονται στους ψυχικά ασθενείς εξειδικευμένες θεραπευτικές υπηρεσίες, όπως ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή, ψυχοκοινωνική υποστήριξη και άλλες μορφές ψυχολογικής και ψυχιατρικής περίθαλψης. Επίσης, οι Ψυχιατρικές δομές μεριμνούν για την αποκατάσταση και ανακούφιση από σοβαρά ψυχικά προβλήματα, καθώς και την πρόληψη της επιδείνωσης της ψυχικής υγείας.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες χωρίζονται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤΟ.Ψ.Υ.), με γνώμονα γεωγραφικά και πληθυσμιακά δεδομένα, στους οποίους περιλαμβάνονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας ανήκουν σε νοσοκομεία, σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης (Παπαδακάκη, 2022). Σε αυτό το δίκτυο δομών Ψυχικής Υγείας είναι ζωτικής σημασίας, πέρα από την κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή, ένα πλήθος ειδικοτήτων επαγγελματιών όπως, Ψυχίατροι, Παιδοψυχίατροι, Ψυχιατρικοί νοσηλευτές, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Εργοθεραπευτές και Λογοθεραπευτές αλλά και μια ανθρωποκεντρική αντίληψη των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή (Τσιάντης, 2001).

Στον δημόσιο τομέα εντάσσεται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ο Ψυχιατρικός τομέας του Γενικού Νοσοκομείου, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ψυχικής Υγιεινής, τα Εξωτερικά Ιατρεία, το Νοσοκομείο Ημέρας, οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία, τα Διαμερίσματα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και οι Κινητές Μονάδες.

2.3.1 Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία

Υπάρχουν διάφορα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα, τα οποία προσφέρουν παροχές σε ασθενείς με σοβαρά ψυχικά προβλήματα που απαιτούν νοσηλεία και παρακολούθηση. Τα νοσοκομεία ψυχιατρικής στην Ελλάδα λειτουργούν ως ειδικά νοσοκομεία που περιλαμβάνουν την παροχή ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και φαρμακευτικής θεραπείας στους ασθενείς τους. Η επίβλεψη των ασθενών συνήθως γίνεται από ειδικούς Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς, που βοηθούν τους ασθενείς στην επανένταξή τους στην κοινωνία. Στην Ελλάδα, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν καταταχισθεί σε ειδικές κατηγορίες ανάλογα με τη σοβαρότητα των ψυχιατρικών προβλημάτων που αναλαμβάνουν. Στόχος των Ψυχιατρικών δεν είναι πλέον η ανάληψη της δια βίου ευθύνης των εσωτερικών ασθενών, αλλά η περιστασιακή αντιμετώπιση της «οξείας φάσης» με συνεχή εστίαση στην επιστροφή τους στους φυσικούς χώρους διαβίωσής τους (Fallon & Fadden, 1995).

Άξιο αναφοράς, ως ένα από τα μεγαλύτερα και παλαιότερα πλέον Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, αποτελεί το Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το οποίο λειτούργησε το 1887, κατόπιν δωρεάς του Χιώτη Ζωρζή Δρομοκαΐτη και δεχόταν ασθενείς από όλη την Ελλάδα. Βασίστηκε πάνω στα Γαλλικά πρότυπα που τότε αναγνωρίζονταν ως ό,τι πιο καινοτόμο στο χώρο, με τον γαλλικό διαφωτισμό να θεωρούνταν «πατέρας» των ασύλων. Στην πράξη βέβαια παρέκκλινε αρκετά από αυτά τα πρότυπα και χαρακτηρίστηκε από πολλούς ως απάνθρωπο για τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης. Σήμερα οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται έχουν διαφοροποιηθεί και ακολουθούνται σύγχρονα θεραπευτικά μοντέλα παροχών ψυχικής υγείας (Φίστε, 2014).

2.3.2 Ο Ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου

Τα ψυχιατρικά αυτά τμήματα έχουν σκοπό τη βραχεία νοσηλεία ενήλικων ατόμων ή παιδιών και εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και τη παροχή εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων για αυτούς σε μια συνεχή ψυχιατρική φροντίδα. Στα Γενικά Νοσοκομεία, η Ψυχιατρική Ιατρική ασχολείται με τη διάγνωση και θεραπεία ασθενών που παρουσιάζουν διάφορα ψυχικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, ψυχωτικές διαταραχές και στρες. Οι Ψυχίατροι που εργάζονται στα Γενικά

Νοσοκομεία έχουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στη διάγνωση και θεραπεία αυτών των προβλημάτων και συνεργάζονται στενά με άλλους ειδικούς στο νοσοκομείο, όπως οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι, προκειμένου να παρέχουν ολοκληρωμένη και αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς. Ο Ψυχιατρικός Τομέας στα Γενικά Νοσοκομεία απαρτίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό που αναλαμβάνει την αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία ασθενών με ψυχικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, παρέχουν φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθούν συνεχώς την κατάσταση των ασθενών, ενώ παράλληλα παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στο πλαίσιο της θεραπείας τους. Το Ψυχιατρικό Τμήμα ενός Γενικού Νοσοκομείου είναι υπεύθυνο για τους κατοίκους της περιοχής ευθύνης που καλύπτει το νοσοκομείο. Θα μπορούσαν μάλιστα να καλύψουν όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες με εξαίρεση ίσως τη μακροχρόνια νοσηλεία, η οποία εξακολουθεί να παρέχεται σε μεγάλο βαθμό από ψυχιατρικά ιδρύματα, αλλά και από τους ξενώνες και τα οικοτροφεία (Σακκάς, 2004).

2.3.3 Τα κέντρα ψυχικής υγείας

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας έχουν ως στόχο να προλαμβάνουν, να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν ψυχικά και ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών τους, ενώ ταυτόχρονα σχεδιάζουν εξατομικευμένα προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για να διασφαλίζουν την κοινωνική ένταξη του ασθενούς. Επιπλέον, παρέχουν προγράμματα πρόληψης της Ψυχικής υγείας στην κοινότητα και συνεργάζονται στενά με άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας για την επίτευξη του κοινού στόχου της βελτίωσης της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Επίσης, σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας μπορεί να είναι η ψυχοπαιδαγωγική και ψυχοκοινωνική μέριμνα των παιδιών και των εφήβων της περιοχής ευθύνης του και η ψυχοκοινωνική επανένταξη των παιδιών και των εφήβων με ψυχικές διαταραχές (Ν. 3027/2002, ΦΕΚ Α' 152).

2.3.4 Τα εξωτερικά ιατρεία

Το εξωτερικό ψυχιατρικό ιατρείο είναι ιατρικό κέντρο που παρέχει ψυχιατρική φροντίδα και θεραπεία σε ασθενείς που δεν χρειάζονται νοσηλεία σε ψυχιατρείο. Αυτά τα ιατρεία μπορεί να λειτουργούν ως αυτόνομες μονάδες ή μπορεί να συνδέονται με γενικά ή κοινοτικά νοσοκομεία. Στα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία παρέχονται υπηρεσίες όπως διαγνωστική αξιολόγηση, ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική θεραπεία, συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Οι ασθενείς μπορούν να

προγραμματίσουν συνεδρίες με τον ψυχίατρο ή τον ψυχολόγο του ιατρείου και να λάβουν συμβουλευτική και θεραπευτική υποστήριξη για την αντιμετώπιση των ψυχικών τους προβλημάτων. Τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία είναι σημαντικά για την παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε ασθενείς που δεν χρειάζονται νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και μπορούν να λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία σε εξωτερικό περιβάλλον. Στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας υπάρχουν και λειτουργούν 23 τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία καθώς και 8 Εξωτερικά Ιατρεία για παιδιά και εφήβους. Η υπόλοιπη Ελλάδα διαθέτει 31 Εξωτερικά Ιατρεία στις 11 υγειονομικές περιφέρειες σε Γενικά Νοσοκομεία. Παράλληλα σε όλα τα ψυχιατρεία λειτουργούν Εξωτερικά Ιατρεία (Μαδιανός, 1994).

2.3.5 Τα νοσοκομεία ημέρας

Στην Ελλάδα, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας αφορούν ιδρύματα που παρέχουν ψυχιατρική θεραπεία και υποστήριξη σε ασθενείς με ψυχικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι λειτουργίες τους ποικίλλουν ανά νοσοκομείο και περιοχή, αλλά συνήθως λειτουργούν τις καθημερινές, από το πρωί έως το απόγευμα. Στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας της Ελλάδας, οι ασθενείς λαμβάνουν διάφορες μορφές ψυχιατρικής θεραπείας, όπως ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή, και ψυχοπαιδαγωγική υποστήριξη. Επιπλέον, παρέχονται δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την ενίσχυση των δεξιοτήτων των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, όπως αθλητισμός, τέχνη, μουσική, και κοινωνικές δραστηριότητες.

Απευθύνεται στον ενήλικο πληθυσμό των ψυχικά πασχόντων, για τους οποίους η 24ωρη ψυχιατρική νοσηλεία δεν είναι αναγκαία, ενώ η αντιμετώπιση τους σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου είναι ανεπαρκής. Κάθε παραπομπή ακολουθείται από την πραγματοποίηση μιας «συνέντευξης εκτίμησης» την οποία παρακολουθεί και η οικογένεια του ασθενούς, ή τουλάχιστον ένα μέλος της. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αυτής αξιολογείται η καταλληλότητα του ασθενούς για το θεραπευτικό πρόγραμμα, συζητούνται οι προσδοκίες και όροι της συνεργασίας του ασθενούς και της οικογένειας με το Κέντρο και τίθενται στόχοι της θεραπείας. Αποτελεί μια πολυδύναμη θεραπευτική δομή από το σύνολο των ενδιάμεσων δομών του ψυχιατρικού τομέα. Λειτουργικά βρίσκεται μεταξύ των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων και της κατ' οίκον νοσηλείας, ενώ η βασική αποστολή του είναι να

παρέχει το μέγιστο του φάσματος των σύγχρονων ψυχιατρικών μεθόδων θεραπείας στον ψυχικά ασθενή, στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα, για την αποφυγή της χρονιοποίησής του και της αποκοπής του από το ευρύτερο περιβάλλον (Κανδύλης, 1993).

2.3.6 Οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα διαμερίσματα ημιαυτόνομης διαβίωσης

Μονάδες ή Προγράμματα που παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα Προστατευόμενων Διαμερισμάτων έχουν σχεδιαστεί για την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτησή τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας (Παπαδακάκη, 2022).

Οι Ξενώνες, χρησιμεύουν ως Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, για άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, ή άτομα που η μικρής διάρκειας απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειας τους κρίνεται ότι θα φέρει θεραπευτικά αποτελέσματα ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για διαβίωση στην κοινότητα. Η δυνατότητα υποδοχής 15-20 ατόμων θεωρείται η βέλτιστη, ώστε να υπάρχει όσο το δυνατόν περισσότερο «οικογενειακή ατμόσφαιρα» (Άρθρο 9 Ν. 2716/1999).

Το Οικοτροφείο, είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ύψιστης προστασίας, το οποίο παρέχει στέγαση, θεραπεία και υποστήριξη σε άτομα με ψυχικές διαταραχές για να εξασφαλιστεί η παραμονή τους στη κοινότητα και η σχέση τους με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Το σύνολο των ατόμων που φιλοξενεί το οικοτροφείο δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο των 25. Δεν υπάρχει όριο στην διάρκεια της παραμονής τους σε αυτό (Άρθρο 9 Ν. 2716/1999).

Τα Διαμερίσματα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης απευθύνονται στους πλέον λειτουργικούς ασθενείς. Αυτοί οι ίδιοι έχουν την ευθύνη για την λειτουργία του διαμερίσματος με

μερική βοήθεια από κοινωνικούς λειτουργούς ή νοσηλευτές για τα διάφορα προβλήματα και με συχνές επισκέψεις στο διαμέρισμα (Πλουμπίδης, 2004).

2.3.7 Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης εκπαίδευσης και επαγγελματικής εκπαίδευσης

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης αποτελούν ένα νέο θεσμό με στόχο την ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην κοινωνία και στην αγορά εργασίας. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή ψυχιατρικής και κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και την εξασφάλιση θέσεων εργασίας για τα μέλη τους. Μέσω αυτών των πρωτοβουλιών, οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να αποκτήσουν την αυτονομία και την αυτοπεποίθηση που χρειάζονται για να επανέλθουν στην κοινωνία και να αναλάβουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη ζωή τους. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης αποτελούν νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, ιδιότυπου συνεταιρισμού με περιορισμένη ευθύνη των μελών του, ο οποίος εξυπηρετεί το γενικό συμφέρον της ελληνικής κοινωνίας προωθώντας την κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση των πολιτών με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (άρθρο 12, Ν. 1716/1999).

Μέλη του κοινωνικού συνεταιρισμού μπορεί να είναι φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Ειδικότερα, μέλη του συνεταιρισμού μπορεί να είναι είτε ενήλικες και ανήλικοι τουλάχιστον 15 ετών, οι οποίοι λόγω ψυχικής διαταραχής έχουν ανάγκη αποκατάστασης χωρίς να απαιτείται η ικανότητα για δικαιοπραξία, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα και των νόμων Περί Συνεταιρισμών, είτε ενήλικες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας μπορεί να προσφέρουν εργασία στους συνεταιρισμούς, με πλήρη ή μερική απασχόληση. Μέλη μπορούν να αποτελέσουν και δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου (Άρθρο 12 παρ. 4-5 Ν.1716/1999).

2.3.8 Οι κινητές μονάδες

Οι κινητές μονάδες εξυπηρετούν πληθυσμό που αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις Υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι περιοχές αυτές είναι κυρίως ορεινές ή αγροτικές, στις οποίες λόγω των γεωγραφικών ή συγκοινωνιακών συνθηκών δεν υπάρχει εύκολη πρόσβαση (άρθρο 7, Ν. 2716/1999). Η Κινητή Μονάδα αποτελείται κυρίως από ψυχιάτρους, ψυχολόγους,

κοινωνικούς λειτουργούς και επισκέπτες υγείας. Σε καθορισμένες ημέρες η μονάδα χρησιμοποιεί ειδικά μεταφορικά μέσα μεταφοράς για να επισκεφτεί το Κέντρο Υγείας όπου εξετάζουν τον ασθενή και ελέγχουν το σπίτι του. Με αυτό τον τρόπο, διασφαλίζεται η συνέχεια της θεραπείας, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ελέγχεται επιτόπου η επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη του ασθενούς, υποβοηθείται η οικογένεια προς σωστές τοποθετήσεις, αποτρέπονται οι κρίσεις και αποφεύγεται η μεταφορά του αρρώστου στη πόλη (Ιεροδιακόνου, 1988).

2.3.9 Ιδιωτικές Δομές Ψυχικής Υγείας

Στον ιδιωτικό τομέα αντίστοιχα λειτουργούν πολλές ιδιωτικές ψυχιατρικές δομές που προσφέρουν υπηρεσίες νοσηλείας και θεραπείας σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Πρόκειται κυρίως για υγειονομικές μονάδες στις οποίες παρέχονται ατομική και ομαδική θεραπεία, φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική με γνώμονα τις σύγχρονες εφαρμοσμένες αντιλήψεις και μεθόδους της Ιατρικής Επιστήμης (Π.Δ. 247/1991, ΦΕΚ Α' 93/13/21.6.91). Μερικά από τα πιο διαδεδομένα ιδιωτικά κέντρα ψυχιατρικής στην Ελλάδα αποτελούν η «ΓΑΛΗΝΗ», ο «ΑΓΙΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ», και η κλινική «ΛΥΡΑΚΟΥ».

Αξίζει να τονιστεί ότι το κόστος νοσηλείας είναι συνήθως αρκετά υψηλό και έτσι οι υπηρεσίες αυτές απευθύνονται σε ένα συγκεκριμένο μερίδιο του πληθυσμού που διαθέτει αυτούς τους πόρους. Βέβαια το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την ψυχασθένεια και γενικότερα την κακή φήμη των δημόσιων ψυχιατρείων, κυρίως κατά το παρελθόν, κάνει πολλές οικογένειες να καταφεύγουν σε μια ιδιωτική κλινική ως έναν διακριτικότερο τρόπο να παραδεχθεί μια οικογένεια ότι αντιμετωπίζει ψυχιατρικό πρόβλημα ένα μέλος της. Επιπλέον η κοινή γνώμη γενικά έχει την πεποίθηση ότι η ποιότητα των υπηρεσιών και οι συνθήκες θεραπείας στις κλινικές αυτές, όπου το καθετί πληρώνεται, είναι ανώτερες συγκριτικά με τις δημόσιες δομές (Blue, 1999).

3. Οικογένεια και ψυχική ασθένεια

3.1 Η οικογένεια ως σύστημα

Η οικογένεια αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς θεσμούς της κοινωνίας. Αναλαμβάνει τον ρόλο της μετάδοσης των κοινωνικών αξιών και κανόνων, ενισχύοντας έτσι το δίκτυο των συστημάτων αξιών και των προτύπων συμπεριφοράς που οφείλουν να τηρούν τα μέλη της οικογένειας τόσο μέσα όσο και έξω από αυτήν.

Επίσης, η οικογένεια συνεισφέρει στη συγκρότηση γενικών παραδοχών, προσδοκιών, στόχων, δικαιωμάτων και απαγορεύσεων, ενώνοντας έτσι τα μέλη της και ικανοποιώντας τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Από αυτήν άλλωστε πηγάζουν μερικά από τα πιο βαθιά και προσωπικά συναισθήματα των ατόμων. Μέσα στην οικογένεια, οι γονείς μπορούν να λειτουργήσουν τόσο ως πρότυπα, όσο και ως εμπόδια για τα παιδιά τους. Τα παιδιά αντίστοιχα μπορούν να αποτελέσουν πηγή περηφάνιας, αλλά επίσης να προκαλέσουν ντροπή ή ακόμη και απογοήτευση στους γονείς τους. Ειδικοί ψυχικής υγείας συνειδητοποίησαν ότι κατά τη θεραπεία ενός ατόμου, συχνά υπάρχει ένα μέρος του προβλήματος το οποίο δεν αναδύεται στην επιφάνεια. Κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η υπόλοιπη οικογένεια μπορεί να είναι συνυπεύθυνη για την ανάπτυξη του προβλήματος του μέλους της. Παρατήρησαν, επίσης, ότι όταν όλη η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία, μπορεί να αποκαλυφθούν σοβαρές συναισθηματικές συγκρούσεις μεταξύ των μελών, που στο παρελθόν δεν είχαν εκδηλωθεί. Σύντομα έγινε κατανοητό ότι τα ανεξήγητα συμπτώματα του ασθενούς μπορούν να εξηγηθούν μόνο στο πλαίσιο της οικογενειακής δυναμικής (Ζαφείρης και συν., 1999).

Η οικογένεια δεν αποτελείται απλώς από τα μέλη της, αλλά και από τις αλληλεπιδράσεις και τις διεργασίες που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των μελών. Αυτό ονομάζεται οικογενειακό σύστημα. Η συμπεριφορά του κάθε μέλους συνεξαρτάται από τη συμπεριφορά των άλλων, και έτσι τα οικογενειακά προβλήματα δεν μπορούν να αποδοθούν σε ατομική δυσλειτουργία ή παθολογία. Υπάρχει δηλαδή μια αμφίδρομη αιτιότητα, σύμφωνα με την οποία άνθρωποι και γεγονότα ενισχύουν και διαιωνίζουν αμοιβαία το χαρακτήρα των αλληλεπιδράσεων τους. Η κρίση που αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας αποτελεί συνήθως σύμπτωμα της δυσλειτουργίας του οικογενειακού συστήματος. Συνεπώς ζητήματα, όπως αυτό της ψυχικής υγείας, αναπτύσσονται και συνεχίζουν να υφίστανται εντός του οικογενειακού πλαισίου (Collins et al., 2017).

3.2 Η κρίση στην οικογένεια

Ως κρίση ορίζεται «η ανατροπή μιας σταθερής κατάστασης». Ο ορισμός αυτός στηρίζεται στην αρχή κατά την οποία μία σταθερή κατάσταση η οποία αποκαλείται ομοιόσταση ή ισορροπία και αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την εκπλήρωση των βασικών λειτουργιών της οικογένειας και του ατόμου. Ωστόσο, η διατήρηση αυτής της σταθερότητας είναι δυνατή μέσω της προσαρμογής και της επίλυσης προβλημάτων

(Parad, 1966). Σύμφωνα με τον Ewing (1978), ο Caplan θεωρούσε ότι ανάλογα με τον τρόπο αντιμετώπισης των κρίσεων εξαρτάται εάν θα αποτελέσουν ευκαιρία για ωρίμανση της προσωπικότητας ή θα καταστήσουν το άτομο πιο ευάλωτο σε ψυχοπαθολογίες.

Η διαδικασία κρίσης εξελίσσεται σταδιακά και ξεκινά από μια σταθερή κατάσταση, όπου οι άνθρωποι λειτουργούν με τις συνήθειες δεξιότητες αντιμετώπισης των γεγονότων. Αφού εμφανιστεί ένα επικίνδυνο γεγονός ή μια σειρά από γεγονότα που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν, αυτό αυξάνει την ένταση και τη δυσκολία αντιμετώπισης της κατάστασης. Η κρίση δεν αναδεικνύεται από το ίδιο το γεγονός, αλλά από τη δυσκολία των ατόμων να το αντιμετωπίσουν και από το αν άλλα γεγονότα μπορούν να επιδεινώσουν την ήδη διαταραγμένη σταθερή κατάσταση. Το επόμενο στάδιο της διαδικασίας είναι η αντίδραση των ατόμων σε ένα αιφνίδιο γεγονός, το οποίο μπορεί να αντιπροσωπεύει και κίνδυνο αλλά και ευκαιρία. Καθώς προσπαθούν να διαχειριστούν τα γεγονότα και τη δική τους αντίδραση, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τις συνήθειες μεθόδους αντιμετώπισης που έχουν λειτουργήσει αποτελεσματικά στο παρελθόν. Αν αυτές οι μέθοδοι φαίνεται ότι δεν λειτουργούν σε συγκεκριμένες συγκυρίες, τότε γεννώνται αισθήματα φόβου, έντασης ή σύγχυσης. Σε αυτό το σημείο, οι άνθρωποι αισθάνονται έντονη δυσαρέσκεια, δηλαδή μία κατάσταση ενεργού κρίσης, καθώς η σταθερή κατάστασή τους έχει διαταραχθεί σημαντικά. Αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε επίλυση της κρίσης, είτε με θετικό, είτε με αρνητικό πρόσημο εντός περίπου έξι εβδομάδων. Αν η επίλυση δεν είναι αποτελεσματική, ο άνθρωπος μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες στο μέλλον και να είναι πιο επιρρεπής σε αρνητικές αντιδράσεις σε μελλοντικά δυσάρεστα γεγονότα. Αντίθετα, αν η έκβαση της κρίσης είναι θετική, το άτομο μπορεί να επανέλθει στην προηγούμενη σταθερή του κατάσταση ή να αποκτήσει εμπειρίες που θα συντελέσουν στην βελτίωση της λειτουργία του στο μέλλον (Thompson, 2011).

3.3 Επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση ψυχικής νόσου

Η παθολογική συμπεριφορά θεωρείται ότι προκαλείται από τον συνδυασμό πολλών παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να χωριστούν σε τρεις βασικές κατηγορίες, τους βιολογικούς, τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικο-πολιτιστικούς.

- ❖ **Βιολογικοί παράγοντες:** Οι γενετικοί παράγοντες και η κληρονομικότητα μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη παθολογικής συμπεριφοράς. Ορισμένες κληρονομικές ανωμαλίες ή γενετικές διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν τη νευροχημεία και τη λειτουργία του εγκεφάλου, οδηγώντας σε συμπεριφορικές αλλοιώσεις.
- ❖ **Ψυχολογικοί παράγοντες:** Οι τραυματικές εμπειρίες, οι εκμαθημένες συνδέσεις και οι διαστρεβλωμένες αντιλήψεις αποτελούν ψυχολογικούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην παθολογική συμπεριφορά. Ένα άτομο που έχει υποστεί ένα σοβαρό τραύμα, όπως σωματική κακοποίηση ή σεξουαλική κακοποίηση, μπορεί να αναπτύξει συμπτώματα ψυχοπαθολογίας.
- ❖ **Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες:** Αν ένα άτομο βιώνει διαρκείς συγκρούσεις, απορρίψεις ή απομόνωση από την κοινωνία όπως και προβλήματα στις σχέσεις και δυσλειτουργικές σχέσεις, είναι πιο πιθανό να επηρεαστεί σε σημαντικό βαθμό η ψυχολογική ευεξία του. Επιπλέον οι πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες μπορούν να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που έχει αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ατόμων. Πόλεμοι, εθνικές κρίσεις, φτώχεια, ανισότητα και διακρίσεις προς μία κοινωνική ομάδα μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογικό άγχος, κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές (Καλαϊτζάκη, 2020).

Σχεδόν κάθε συμπεριφορά έχει μία κληρονομική συνιστώσα, καθώς εμπλέκονται γονίδια σε αυτήν. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αντιληφθούμε ότι τα γονίδια δε λειτουργούν ανεξάρτητα από το περιβάλλον. Αντίθετα σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων υπάρχει μια σχέση αιτίου-αιτιατού μεταξύ περιβάλλοντος και γονιδίων δηλαδή το περιβάλλον διαμορφώνει την γονιδιακή έκφραση, ενώ αντίστοιχα και τα γονίδια διαμορφώνουν το περιβάλλον (Plomin et al., 2003). Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες διακρίνονται σε κοινούς και μη, για κάθε άτομο. Στους κοινούς περιλαμβάνονται στοιχεία που είναι κοινά στα μέλη μιας οικογένειας, όπως είναι το επίπεδο του οικογενειακού εισοδήματος, οι πρακτικές ανατροφής των παιδιών, οικογενειακή κατάσταση των γονέων και η ποιότητα της γονικής σχέσεις. Οι μη περιβαλλοντικοί, αφορούν στοιχεία που θεωρείται ότι είναι διαφορετικά για το κάθε

μέλος της οικογένειας, όπως είναι οι σχέσεις με φίλους ή συγκεκριμένα γεγονότα, και τα στοιχεία αυτά θεωρούνται άξια αναφοράς προκειμένου να κατανοήσει κανείς γιατί δύο αδέλφια από την ίδια οικογένεια παρουσιάζουν τόσες διαφορές μεταξύ τους (Turkheimer & Waldron, 2000). Ο όρος «κληρονομικότητα» αναφέρεται στο βαθμό της διακύμανσης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή διαταραχής που μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες. Ωστόσο, πρέπει να γίνει σαφές ότι ο όρος αυτός δεν υποδηλώνει αποκλειστικότητα της γενετικής επίδρασης και μπορεί να είναι παραπλανητικός αν χρησιμοποιηθεί με λανθασμένο τρόπο ή παρανοηθεί. Έτσι, η υιοθέτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου είναι η πιο κατάλληλη για την ερμηνεία της αιτιολογίας των ψυχιατρικών νόσων.

3.3.1 Η χρήση ουσιών ως επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση ψυχικής νόσου

Τα τελευταία χρόνια, η συνύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης από ουσίες έχει γίνει ένα κεντρικό θέμα προβληματισμού για ειδικούς και μη. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται συννοσηρότητα. Ορισμένες από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές μεταξύ των ατόμων που έκαναν χρήση και κατάχρηση ουσιών είναι οι αγχώδεις διαταραχές (28%), οι συναισθηματικές διαταραχές (26%), οι διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας (18%) και η σχιζοφρένεια (7%) (Μάτσα, 2001).

Η σχέση ανάμεσα στην ψυχιατρική διαταραχή και στην εξάρτηση θεωρείται από πολλούς επιστήμονες πολύπλοκη. Θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε αυτή τη σχέση σε έξι κατηγορίες σύμφωνα με την ταξινόμηση του Mayer:

- ❖ **Ψυχοπαθολογία ως παράγοντας κινδύνου:** Η ψυχική διαταραχή μπορεί να προηγηθεί της χρήσης ουσιών και να λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για την εξάρτηση.
- ❖ **Συνύπαρξη και αλληλεπίδραση:** Ψυχιατρικές διαταραχές και εξαρτήσεις από ουσίες μπορούν να συνυπάρχουν και να επηρεάζουν η μία την άλλη.
- ❖ **Ψυχιατρικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης:** Τα ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να αναπτύσσονται στο πλαίσιο μιας χρόνιας τοξίκωσης.
- ❖ **Επιτάχυνση εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών:** Η μακροχρόνια χρήση ουσιών μπορεί να επιταχύνει την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών και σε αυτήν την περίπτωση δεν υποχωρούν γρήγορα.
- ❖ **Συνδέονται μέσω της σημασίας:** Η χρήση ουσιών και η ψυχοπαθολογία μπορεί να συνδέονται μέσω της σημασίας που αποκτά η κάθε μία από την άλλη. Αυτό

σημαίνει ότι η χρήση ουσιών μπορεί να επηρεάζει ή να επιδεινώνει την ψυχική διαταραχή, ενώ η ψυχοπαθολογία μπορεί να αυξάνει την τάση για χρήση ουσιών.

- ❖ **Ανεξάρτητες μεταξύ τους:** Η ψυχιατρική διαταραχή και η εξάρτηση μπορεί να μην σχετίζονται αιτιολογικά, αλλά να είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχει ταυτόχρονη παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης, αλλά χωρίς αιτιολογική σχέση μεταξύ τους.

Η κατηγορία των ατόμων με διπλή διάγνωση λόγω της συννοσηρότητας αντιμετωπίζουν διπλή κοινωνική στιγματοποίηση, καθώς θεωρούνται ταυτόχρονα ψυχικά ασθενείς και εξαρτημένοι από ουσίες. Αυτό οδηγεί στην άποψη της κοινωνίας ότι είναι διπλά επικίνδυνοι. Φαίνεται ότι το κοινωνικό στερεότυπο της επικινδυνότητας ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή και εξάρτηση ενισχύει μορφές αντιδράσεων και απορρίψεων και διαιωνίζει τον κοινωνικό ρατσισμό. Ακόμα και στις περισσότερες υπηρεσίες υγείας, η ομάδα αυτή αντιμετωπίζει τον χαρακτηρισμό «προβληματική» (Μάτσα, 2001).

3.4 Η ψυχική ανθεκτικότητα ως προστατευτικός παράγοντας στην οικογένεια

Η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται σε καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενους τύπους θετικής προσαρμογής υπό συνθήκες σημαντικών αντιξοοτήτων ή επικίνδυνων καταστάσεων. Δηλαδή, η ψυχική ανθεκτικότητα περιγράφει την δυναμική διαδικασία της θετικής προσαρμογής, παρά την εμφάνιση δυσκολιών και αντιξοοτήτων και παρά την έκθεση σε παράγοντες επικινδυνότητας (Masten, 2007).

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η πρωτοβουλία και η επιμονή, τα οποία απορρέουν και τα δύο από την ελπίδα και την εμπιστοσύνη. Άτομα και συστήματα μπορούν να παρουσιάζουν ανθεκτικότητα. Ως εκ τούτου, στα γνωρίσματα της ψυχικής ανθεκτικότητας ενυπάρχουν η ικανότητα αλλαγής ή της προσαρμογής σε αρνητικές συγκυρίες της ζωής, ξεπερνώντας τα εμπόδια και η ικανότητα ανάκαμψης-διατήρησης των ικανοτήτων κάτω από στρεσογόνες συνθήκες. Επιπλέον περιλαμβάνει την ικανότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης στις προκλήσεις και κινδύνους, την ανάκαμψη από τραύματα και την επιτυχή προσαρμογή παρά τις προκλήσεις (Hinton, 2003). Η Patterson (2002) θεωρεί την οικογένεια

καταλυτικό στοιχείο στην ύπαρξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο προσδιορίζονται οι απαιτήσεις και οι ικανότητες τους, η ταυτότητα και η εικόνα των μελών για τον κόσμο. Στην περίπτωση της ψυχικής νόσου, η οικογένεια διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην υποστήριξη των ασθενών στην κοινότητα και συνιστά το κεντρικό κοινωνικό δίκτυο για αυτούς (Αγγελόπουλος και συν., 2020).

3.5 Η επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών – η άτυπη φροντίδα

Η παροχή φροντίδας απαιτεί την αφιέρωση μεγάλου μέρους χρόνου, ενέργειας και χρημάτων για μακρά χρονικά διαστήματα. Περιλαμβάνει διάφορες δύσκολες, επίπονες και απαιτητικές εργασίες, οι οποίες μπορεί να επιφέρουν ψυχολογική ή σωματική κόπωση. Αυτή η ανεπίσημη φροντίδα, αποτελεί τη βοήθεια προς φίλους ή συγγενείς που δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους (Chou, 2000; Östman et al., 2000) και συχνά μετατρέπεται σε δυσβάσταχτο βάρος, «φορτίο», λόγω της μακροχρόνιας φύσης της νόσου.

Αυξημένη ευθύνη της φροντίδας μετακυλιέται στην οικογένεια, η οποία αναγνωρίζεται τα τελευταία χρόνια ως ένας σημαντικός παράγοντας στην εξέλιξη του ατόμου με ψυχικές διαταραχές. Μέλη της οικογένειας, συγγενείς ή φίλοι αναλαμβάνουν συχνά την άτυπη φροντίδα, υιοθετώντας το ρόλο του ανεπίσημου φροντιστή, βοηθώντας τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Schene et al., 1998). Οι συγγενείς των ασθενών με ψυχικές διαταραχές βιώνουν αισθήματα απώλειας, θλίψης, ντροπής, ενοχής και θυμού (Sartorius, 1998), ενώ αισθάνονται στιγματισμένοι και κοινωνικά απομονωμένοι, όπως και τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Η συμπεριφορά των ασθενών και ο τρόπος διαχείρισής της αποτελούν συχνά πηγή διαρκών εντάσεων μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους (Biegel et al., 1992). Οι φροντιστές συχνά έρχονται αντιμέτωποι με υβριστική ή επιθετική συμπεριφορά, αλλαγές διάθεσης, απρόβλεπτες καταστάσεις που μπορούν να είναι κοινωνικά προσβλητικές ή ενοχλητικές. Τα αρνητικά συμπτώματα, όπως η έλλειψη κινήτρων, η απάθεια ή η ανηδονία, συχνά προκαλούν απόγνωση στους φροντιστές.

Μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρεται στις συνέπειες της φροντίδας ασθενών με ψυχικές διαταραχές (Becker et al., 2002). Οι οικογένειες και οι φροντιστές

αναγκάζονται συχνά να αντιμετωπίσουν όχι μόνο το οικονομικό κόστος της φροντίδας, αλλά και το κοινωνικό κόστος. Αυτό περιλαμβάνει το συναισθηματικό βάρος, τη μείωση της ποιότητας ζωής, τον κοινωνικό αποκλεισμό, το στίγμα και την απώλεια ευκαιριών για προσωπική βελτίωση (Östman et al., 2002). Η επιβάρυνση των φροντιστών αποτελεί κοινό πρόβλημα για τις οικογένειες που έχουν μέλη με ψυχικές διαταραχές, τόσο σε σύγχρονες όσο και σε παραδοσιακές κοινωνίες (Kate et al., 2013).

Οι συγγενείς ψυχικά ασθενών αντιπροσωπεύουν ένα «αόρατο» υγειονομικό σύστημα καθώς οι ψυχικές ασθένειες είναι χρόνιες και απαιτούν μακροχρόνια παροχή κοινοτικών υπηρεσιών υγείας. Επωμίζονται έναν μεγάλο συναισθηματικό φορτίο και αντιμετωπίζουν αγωνία σχετικά με την εξάρτηση του ατόμου που φροντίζουν από τους ίδιους, καθώς και ανησυχία για το μέλλον, όταν δεν θα είναι σε θέση να τους φροντίζουν αποκλειστικά, δεδομένων των ελλείψεων στο σύστημα υγείας και σε δομές αποκατάστασης, υποστηριζόμενης διαβίωσης ή υποστήριξης κατ'οίκον. Συχνά αισθάνονται πως δεν διαθέτουν αρκετές πληροφορίες και γνώσεις για το πως να χειριστούν τις καθημερινές δραστηριότητες και ιδίως τις περιόδους κρίσης. Επίσης οι φροντιστές αισθάνονται, όπως και οι ίδιοι οι πάσχοντες, ότι δεν καλύπτονται οι βασικές τους ανάγκες, γεγονός που προκαλεί αγωνία και θυμό. Τέλος, οι φροντιστές αντιμετωπίζουν την αίσθηση της αγνόησης, έλλειψης σεβασμού ή περιθωριοποίησης από επαγγελματίες υγείας ή ότι υπάρχει έλλειψη κατάρτισης στους επαγγελματίες, ώστε να αξιολογήσουν κατάλληλα τις ανάγκες τους και να τους παράσχουν την αντίστοιχη βοήθεια.

Οι ολιστικές παρεμβάσεις κρίνονται απαραίτητες για την υποστήριξη της οικογένειας, στοχεύοντας στην ικανοποίηση των εξατομικευμένων αναγκών κάθε μέλους, παράλληλα με την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών για την θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενούς. Είναι εξίσου σημαντικό να γίνουν συστημικές και θεσμικές αλλαγές που θα αναγνωρίζουν και θα ενσωματώνουν τον ρόλο της άτυπης φροντίδας στο σύστημα υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την υποστήριξη των φροντιστών και τη δημιουργία ενός πλαισίου που θα τους επιτρέπει να διατηρούν τη δική τους ζωή με τον τρόπο που επιθυμούν.

3.6 Το στίγμα και η ψυχική ασθένεια

Το στίγμα αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό που είναι βαθιά απαξιωτικό και συνήθως ανατίθεται σε ομάδες ανθρώπων από την κοινωνία. Αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή όπου η κοινωνία δημιουργεί κατηγορίες, θεσπίζει μέσα κατηγοριοποίησης και αποδίδει συγκεκριμένες σημασίες σε συγκεκριμένα γνωρίσματα, καθορίζοντας κάποια ως φυσιολογικά και αποδεκτά και κάποια ως αναπόφευκτα αρνητικά. Οι τεχνικές διαχείρισης της φθαρμένης ταυτότητας του στιγματισμένου υποκειμένου αφορούν τον τρόπο που η κοινωνία αντιμετωπίζει τα άτομα που έχουν επηρεαστεί από αρνητικά στερεότυπα ή στίγματα. Αυτές οι τεχνικές μπορεί να περιλαμβάνουν την απόρριψη, την απομόνωση ή την απαξίωση του στιγματισμένου ατόμου, ενώ παράλληλα ενισχύουν τα φυσιολογικά πρότυπα και την αποδοχή των «φυσιολογικών» ατόμων (Goffman, 1963).

Ο Γκόφμαν (1963) πραγματεύεται τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι διαχειρίζονται τη στιγματισμένη ταυτότητά τους, κατά την κοινωνική τους συνύπαρξη με άτομα που θεωρούνται φυσιολογικά, δηλαδή σε συνθήκες ««μικτών συναναστροφών»». Παρατήρησε ότι, όχι όλες οι πηγές κοινωνικού στίγματος είναι εξίσου ορατές. Για παράδειγμα, η στιγματισμένη θέση των ανθρώπων που έχουν υποστεί προηγούμενες ψυχικές νόσους δεν είναι πάντα εμφανής, ενώ το στίγμα των τυφλών είναι πιο εμφανές. Σε περιπτώσεις όπου η συμμετοχή σε μια στιγματισμένη ομάδα δεν είναι αμέσως εμφανής, το άτομο πρέπει να αποφασίσει εάν θα αποκαλύψει την κατάστασή του ή όχι, εάν θα το αναφέρει ή όχι, εάν θα λέει ψέματα ή όχι - και σε κάθε περίπτωση, σε ποιον, τότε και με ποιον τρόπο θα το κάνει. Έτσι, το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει το δίλημμα της αποκάλυψης του στίγματος του και να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο θα το διαχειριστεί.

Παρόλο που παρατηρείται αύξηση της ευαισθητοποίησης για θέματα ψυχικής υγείας, οι ψυχικές ασθένειες συχνά αναφέρονται με αρνητικό τρόπο και προκαλούν διακρίσεις. Αυτό μπορεί να οφείλεται στα αρνητικά στερεότυπα που συνδέονται με τις ψυχικές ασθένειες και διαμορφώνουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Σύμφωνα με τους Link και Phelan (2001), ένα τέτοιο στίγμα περιλαμβάνει πολλά στοιχεία, όπως την επισήμανση του ατόμου με ετικέτα, τα στερεότυπα συμπεριφοράς, τον διαχωρισμό των κοινωνικών ομάδων σε «εμάς» και «αυτούς», την απώλεια κατάστασης ελευθερίας και τις πολυεπίπεδες διακρίσεις. Μέσω της διαδικασίας του στιγματισμού, ένα άτομο ή μια

ομάδα με δύναμη αναγνωρίζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά σε άλλα άτομα που θεωρούνται σε μειονεκτική θέση και τους επιβάλλει μια ετικέτα, συνδέοντάς τους με στερεότυπα που αιτιολογούν την αρνητική μεταχείρισή τους.

Τα στερεότυπα που συμβάλλουν στο στίγμα της ψυχικής νόσου περιλαμβάνουν πεποιθήσεις όπως ότι οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες είναι υπεύθυνοι για την ασθένειά τους, αποτελούν άτομα μη παραγωγικά ή απρόβλεπτα συμπεριφορικά, ή δεν μπορούν να ανακάμψουν (Angermeyer et al., 2006). Ένα από τα πιο κοινά στερεότυπα είναι η πεποίθηση ότι οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες, ιδίως η σχιζοφρένεια, είναι βίαιοι και αποτελούν κίνδυνο (Wood et al., 2014). Αυτά τα στερεότυπα προκαλούν αρνητική αντιμετώπιση και διάκριση για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, ενισχύοντας το στίγμα που υφίστανται.

3.6.1 Τα είδη στίγματος

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας του στίγματος, ανεξαρτήτου προσέγγισης, μπορεί να αναλυθεί σε τρία επίπεδα, διαιρώντας την έννοια τους στίγματος και σε τρεις αντίστοιχες κατηγορίες. Αρχικά, η υιοθέτηση των προκαταλήψεων από το ευρύ κοινό απέναντι στις ομάδες των ψυχικά ασθενών, διαμορφώνουν το επονομαζόμενο «δημόσιο στίγμα». Σε επόμενη φάση, το δημόσιο στίγμα δύναται να επηρεάσει τις ομάδες οι οποίες το επωμίζονται, ώστε οι προκαταλήψεις να εσωτερικευτούν από τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, διαμορφώνοντας αυτό που καλούμε «αυτό-στίγμα». Και τέλος, υπάρχει το «τιμητικό στίγμα», το οποίο αφορά τα άτομα που σχετίζονται με τον ήδη στιγματισμένο ψυχικά ασθενή.

Δημόσιο στίγμα συνιστά το φαινόμενο κατά το οποίο μεγάλες κοινωνικές ομάδες επικυρώνουν στερεότυπα και προκατειλημμένες συμπεριφορές, έναντι μίας στιγματισμένης ομάδας, στην εν λόγω περίπτωση, αυτή των ψυχικά ασθενών. Ο ενστερνισμός στερεοτύπων και προκαταλήψεων σχετικών με τους ψυχικά ασθενείς είναι ένα ευρέως διαδομένο φαινόμενο, κυρίως στις Δυτικές κοινωνίες, χωρίς αυτό να περιορίζεται στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες που θα μπορούσε κανείς να εικάσει ότι δεν έχουν την απαραίτητη πρόσβαση στην εκπαίδευση και την πληροφορία (Ben-Zeev et al., 2010).

Αυτό-στίγμα χαρακτηρίζεται η απώλεια της αυτοεκτίμησης που παρουσιάζεται όταν ο ασθενής εσωτερικεύσει το δημόσιο στίγμα το οποίο έχει υποστεί. Οι συνέπειες μπορεί να είναι εξίσου σοβαρές καθώς ο ίδιος ο ασθενής πλέον αποδέχεται τις απόψεις της κοινωνίας για εκείνον, τις εσωτερικεύει και ομογνωμεί ότι πρέπει να απαξιωθεί, λόγω της ψυχικής του ασθένειας. Οι στιγματισμένοι άνθρωποι, ζώντας στο ίδιο κοινωνικό περιβάλλον με τους υπολοίπους, είναι σε θέση να γνωρίζουν τις επικρατούσες απόψεις για την πάθησή τους και είναι σχεδόν αναπότρεπτο, μετά από συνεχή και μακροχρόνια πίεση να μην τις υιοθετήσουν. Αποτέλεσμα αυτού είναι να εγκαταλείπουν κάθε ελπίδα, και κατά συνέπεια κάθε προσπάθεια για εργασία, αυτονομία και φυσιολογική ζωή. Έτσι, η συνεχής επίδραση του δημόσιου στίγματος μπορεί να κάνει ένα άτομο να αισθάνεται ένοχο και ανεπαρκές για την κατάστασή του (Corrigan, 2004).

Το **τιμητικό στίγμα**, έννοια που προέρχεται από τον Goffman (1963), αναφέρεται στην ενδεχόμενη κοινωνική δυσκολία που καλούνται να αντιμετωπίσουν άτομα τα οποία είναι συνδεδεμένα με ένα ήδη στιγματισμένο άτομο. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των γονέων των ψυχικά ασθενών. Στην περίπτωση του τιμητικού στίγματος, η νοητική αναπαράσταση που δημιουργείται από τον παρατηρητή για το στιγματισμένο άτομο συνδέεται συσχετιστικά με αντίστοιχες αναπαραστάσεις που έχει για τους ανθρώπους που είναι κοντά σε αυτό το άτομο. Έτσι, οι αρνητικές στερεοτυπικές αξιολογήσεις για το στιγματισμένο άτομο μεταφέρονται αυτόματα, αρκετές φορές ασυνείδητα, στους ανθρώπους οι οποίοι έχουν σχέση μαζί του. Ως αποτέλεσμα, η οικογένεια βιώνει συνολικά τις επιπτώσεις των προκαταλήψεων, του στιγματισμού και των κοινωνικών διακρίσεων (Κασφίκης, 2019).

Για να μειωθεί ή να εξαλειφθεί το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια απαιτούνται δράσεις τόσο σε ατομικό, όσο και σε πολιτικό επίπεδο. Σε ατομικό επίπεδο, η ευαισθητοποίηση και η παροχή υποστήριξης μπορούν να προωθηθούν κυρίως μέσω της ενημέρωσης και του εθελοντισμού για υποστήριξη, ενώ σε πολιτικό, χρειάζονται περισσότεροι πόροι για την Ψυχική υγεία, βελτιωμένες δομές υποστήριξης, ενημέρωση του ευρύτερου κοινού για την φύση και την αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών.

4. Η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας

4.1 Εμφάνιση και ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας στην ψυχική υγεία

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί παίζουν ρόλο στο σύστημα Υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τις πρώτες μέρες του επαγγέλματος. Η ιστορία της συμμετοχής της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας, ανάγεται στα τελευταία χρόνια του 19ου αιώνα και στις δύο πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα (Lubove, 1965) . Όπως σημειώθηκε από τον Stuart (1997), η Αγγλική Εταιρεία, για τη μετέπειτα φροντίδα των τρελών και της κυρίας Almoners, επισκέφτηκε ασθενείς που είχαν πάρει εξιτήριο στα σπίτια τους ήδη από τη δεκαετία του 1880. Η αρχή της εξειδίκευσης της Κοινωνικής Εργασίας στην ψυχική υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, ξεκίνησε το 1906 με την ίδρυση ενός ειδικού τμήματος στο Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης προκειμένου να ασχοληθεί με ψυχικούς ασθενείς (Lubove, 1965).

Κατά τις αρχές του αιώνα, οι ψυχιατρικοί Κοινωνικοί Λειτουργοί συμμετείχαν κυρίως στη μετέπειτα φροντίδα ασθενών με ψυχικά νοσήματα που έπαιρναν εξιτήριο. Αυτή η επαγγελματική δραστηριότητα προέκυψε από αμφιβολίες για τη λειτουργία των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και τις ιδέες κορυφαίων ψυχιάτρων, όπως ο Adolf Meyer, ο οποίος υποστήριζε μια ψυχοβιολογική προσέγγιση στην Ψυχιατρική, τονίζοντας την αλληλεπίδραση οργανισμού και περιβάλλοντος (Meyer, 1922; Grob, 1983). Η Ψυχιατρική Κοινωνική Εργασία καθοδηγείται επίσης από το επαγγελματικό ενδιαφέρον, καθώς οι επαγγελματίες ηγέτες έβλεπαν θετικά την πιθανή συμμαχία της Κοινωνικής Εργασίας με την Ψυχιατρική (Stuart, 1997). Στην πραγματικότητα, ακόμη και ο τίτλος – Ψυχιατρική Κοινωνική Εργασία– που επιλέχθηκε από το επάγγελμα για να περιγράψει το πεδίο άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας, αντανακλά τον επαγγελματικό προσανατολισμό καθώς και το επαγγελματικό ενδιαφέρον (Grob, 1994).

Ακόμη και εκτός του πεδίου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η Ψυχιατρική και η Ψυχολογία έχουν επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας, καθώς και τον προσανατολισμό και τη φύση της άσκησης του. Μετά την Έκθεση του Flexner στο Conference of Charities and Correction (Flexner, 1915), το επάγγελμα τήρησε σθεναρά την παράδοση των κοινωνικών υποθέσεων.

Υιοθέτησε μια ουσιαστικά ψυχολογική ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Stuart, 1997), εστιάζοντας στην ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου και επιδιώκοντας έναν ψυχιατρικό προσανατολισμό (Lubove, 1965. Popple, 1995. Woodroffe, 1962).

Η Ψυχιατρική Κοινωνική Εργασία άνθισε τη δεκαετία του 1920 και βασίλευσε στο επάγγελμα για αρκετές δεκαετίες στη συνέχεια. Ο κύριος αντίκτυπός του ήταν, και ίσως εξακολουθεί να είναι, στην εξειδίκευση της κοινωνικής εργασίας. Η ανάπτυξη της Ψυχιατρικής Κοινωνικής Εργασίας σχετιζόταν εν μέρει με τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών κατά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο (Wenocur & Reisch, 1989). Η κάλυψη των αναγκών παροχής υπηρεσιών, που σχετίζονται με αυτόν τον πόλεμο, αντιπροσώπευε μια πολλά υποσχόμενη επαγγελματική ευκαιρία για την ανάπτυξη αυτής της υποειδικότητας στην Κοινωνική Εργασία. Η καθιέρωση προγραμμάτων κατάρτισης στην ψυχιατρική περιπτωσιολογία στο Smith College το 1918, και στη Σχολή Κοινωνικής Εργασίας της Νέας Υόρκης και τη Σχολή Κοινωνικής και Υγειονομικής Εργασίας της Πενσυλβάνια το 1919, παρείχε στο πεδίο αποφοίτους, που κατέλαβαν κεντρική θέση στην κοινωνική εργασία. Αυτοί οι Κοινωνικοί Λειτουργοί προχώρησαν περαιτέρω στην αλλαγή του προσανατολισμού του επαγγέλματος. Κατά τη δεκαετία του 1920, το επάγγελμα στράφηκε υπέρ της αποδοχής της ψυχιατρικής προσέγγισης ως βάσης όλων των κοινωνικών περιπτώσεων (Jarrett, 1919, Lubove, 1965). Αυτή η αλλαγή προσανατολισμού ενισχύθηκε από τις ψυχαναλυτικές θεωρίες που απέκτησαν εξέχουσα θέση στην ψυχιατρική κατά τις δεκαετίες του 1920 και του 1930 (Grob, 1991), οι οποίες παρείχαν βάση γνώσεων για τη νέα ειδικότητα στην κοινωνική εργασία. Ο ψυχοθεραπευτικός προσανατολισμός στην κοινωνική εργασία που είχε ξεκινήσει τη δεκαετία του 1920 βρήκε ευρεία αποδοχή στις δεκαετίες του 1940 και του 1950 (Lubove, 1965· Brieland, 1995). Αυτή η αλλαγή στον προσανατολισμό ενισχύθηκε από την πλούσια νέα αγορά για κοινωνική εργασία μεταξύ της αυξανόμενης μεσαίας τάξης (Wenocur & Reisch, 1989).

Πρώτον, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί προσλήφθηκαν από ψυχιατρικά νοσοκομεία καθώς και από κοινοτικούς φορείς, για να παρέχουν τη σύνδεση μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών και των κοινοτήτων τους και για να διευκολύνουν καλύτερες ρυθμίσεις εξόδου και κοινοτικής φροντίδας των πρώην ασθενών (Grob, 1983. Stuart, 1997). Ωστόσο, η επιρροή των ψυχοδυναμικών θεωριών και η προσοχή στους περιβαλλοντικούς παράγοντες στην πρόληψη και τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών,

άρχισε να επεκτείνεται πολύ πέρα από τον στενά καθορισμένο τομέα της ψυχιατρικής. Αυτοί οι προσανατολισμοί οδήγησαν στην ίδρυση Κλινικών Ψυχικής Υγιεινής και Κλινικών Καθοδήγησης Παιδιού, οι οποίες οδήγησαν την Ψυχιατρική Κοινωνική Εργασία πολύ πιο κοντά στην πρακτική στην κοινότητα. Αυτές οι τάσεις θόλωσαν τα όρια μεταξύ της ψυχιατρικής κοινωνικής εργασίας, ως πεδίου πρακτικής και άλλων τομέων πρακτικής στο πλαίσιο της κοινωνικής εργασίας. Η κοινωνική ψυχιατρική και η διαχείριση περιπτώσεων θεωρήθηκαν μέσα για την επίλυση των προβλημάτων του γενικού πληθυσμού και οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί μετακόμισαν σε φορείς πρόνοιας και οικογενειακές κλινικές (Brieland, 1995).

Η πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας επεκτάθηκε πολύ, ιδιαίτερα μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Η ίδρυση του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες έδωσε έμφαση στην κοινοτική πρόληψη και θεραπεία και παρείχε νέες ευκαιρίες για ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς καθώς επίσης επηρέασε την εκπαίδευση στην Κοινωνική Εργασία (Brieland, 1995; Leiby, 1978). Το κίνημα και η νομοθεσία για την κοινωνική ψυχιατρική (όπως ο νόμος για τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες) είχαν βαθιά επίδραση τόσο στη σκέψη και την πρακτική στον τομέα της ψυχικής υγείας, όσο και στην κοινωνική εργασία, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτές οι τάσεις ενίσχυσαν τις κοινοτικές προσεγγίσεις στην πρακτική της κοινωνικής εργασίας στην ψυχική υγεία (Aviram, 1994; Caplan, 1964; Goldman, 1982b; Grob, 1991; Jones, 1972; Mechanic, 1999).

Αρχικά, ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιοριζόταν στη λήψη πληροφοριών σχετικά με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Αργότερα, ο ρόλος τους επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει την ευθύνη να ενεργούν ως σύνδεσμοι μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειάς του και του ιδρύματος. Έπαιξαν σημαντικό ρόλο όταν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία άρχισαν να προετοιμάζουν τους ασθενείς για εξιτήριο από το σπίτι. Οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί μετακόμισαν σε αποκλειστική απασχόληση στην κοινότητα λόγω της ανάπτυξης του Κινήματος Καθοδήγησης Παιδιού κατά τις δεκαετίες του 1930 και του 1940. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1940 και του 1950, περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί προσλήφθηκαν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο ρόλος τους κατανεμήθηκε μεταξύ του να υπηρετήσουν ως σύνδεσμοι μεταξύ των ιδρυμάτων και των περιβαλλόντων τους και να βοηθήσουν στη διατήρηση του ίδιου του ιδρύματος (Nacman, 1977).

Η επέκταση του ρόλου της Κοινωνικής Εργασίας στο σύστημα Ψυχικής Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες κατέστη δυνατή λόγω της μεγαλύτερης συμμετοχής της ομοσπονδιακής κυβέρνησης στον χώρο της ψυχικής υγείας, κατά τη δεκαετία του 1960. Ο προσανατολισμός του κινήματος της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας της δεκαετίας του 1960 ήταν δεκτικός σε ιδέες και πρακτικές κοινωνικής εργασίας και απορρόφησε μεγαλύτερο αριθμό κοινωνικών λειτουργών στο σύστημα ψυχικής υγείας. Ένα από τα εντυπωσιακά χαρακτηριστικά της απόδοσης ρόλων στο πλαίσιο του κοινοτικού κινήματος ψυχικής υγείας ήταν η διάχυση και η επικάλυψη που υπήρχε. Τα όρια μεταξύ των επαγγελματιών ήταν ασαφή, δημιουργώντας αφενός καλύτερες επαγγελματικές ευκαιρίες για τους κοινωνικούς λειτουργούς αλλά οδηγώντας σε συγκρούσεις και επαγγελματικούς ανταγωνισμούς και σύγχυση αφετέρου.

Ως συνέπεια της επέκτασης του τομέα της ψυχικής υγείας και του θεωρητικού προσανατολισμού της ψυχοδυναμικής σχολής και των προληπτικών προσεγγίσεων, καθώς και της αλλαγής των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών (Goodwin, 1997), η πελατεία του συστήματος ψυχικής υγείας διευρύνθηκε σημαντικά. Πολλοί από τους νέους πελάτες του συστήματος ψυχικής υγείας δεν ήταν άτομα που έπασχαν από μια από τις κύριες ψυχικές διαταραχές, αλλά άτομα που είχαν διαγνωστεί ως νευρωτικά ή άτομα που ορίστηκαν ότι είχαν «προβλήματα στη ζωή» (Szasz, 1974) που χρειάζονταν συμβουλές για να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν το άγχος τους. Ωστόσο, περίπου μια δεκαετία αργότερα, με την εμφάνιση του DI και των συνεπειών του, άρχισαν να ακούγονται κριτικές για την ανεπαρκή ανταπόκριση των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας (CMHCs) στις ανάγκες των βαρέως και χρονίως ψυχικά ασθενών (Chu & Trotter, 1974). Μαζί με άλλα επαγγέλματα ψυχικής υγείας, το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας αντιμετώπιζε μια νέα πρόκληση.

Υπάρχει, ωστόσο, έλλειψη συναίνεσης μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με τον ρόλο της κοινωνικής εργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας. Ούτε υπάρχει συμφωνία μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματικών ομάδων, που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σχετικά με το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα όρια του τομέα τους. Για να κατανοήσουμε τη συζήτηση στο πλαίσιο της κοινωνικής εργασίας σχετικά με τα ζητήματα που αντιμετωπίζει και τον ρόλο της στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πρέπει να εκτιμηθούν οι αλλαγές που έχουν συμβεί στο σύστημα ψυχικής υγείας τις

τελευταίες τρεις δεκαετίες. Η επόμενη ενότητα θα εξετάσει εν συντομία αυτές τις αλλαγές.

4.2 Αλλαγές και προκλήσεις στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Το σύστημα ψυχικής υγείας έχει αλλάξει δραματικά κατά το δεύτερο μισό αυτού του αιώνα (Goodwin, 1997; Mechanic, 1999). Ο τόπος φροντίδας για τον ψυχικά ασθενή, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, μετατοπίστηκε δραστικά από το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην κοινότητα. Μια διαμόρφωση παραγόντων, όπως το κίνημα της Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας, οι τάσεις αποϊδρυματοποίησης, η ευρεία χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων καθώς και η επέκταση του κράτους πρόνοιας ευθύνονται για αυτή τη μετατόπιση (Bassuk & Gerson, 1978. Bloom, 1984. Lerman, 1982. Mechanic & Rochefort, 1990. Rochefort, 1989). Το κίνημα για τα πολιτικά δικαιώματα της δεκαετίας του 1960 και οι μεταρρυθμίσεις στους νόμους για την ψυχική υγεία έχουν ενισχύσει περαιτέρω αυτές τις αλλαγές στα συστήματα θεραπείας και φροντίδας ψυχικής υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες (Benson, 1996). Αυτές οι αλλαγές πολιτικής έχουν επιδεινώσει παλιά ζητήματα και έχουν δημιουργήσει νέα προβλήματα. Αυτά περιελάμβαναν την έλλειψη στέγης ψυχικά ασθενών (Bachrach, 1992), την ποινικοποίηση των ψυχικά ασθενών (Torrey et al, 1992), τη γενική παραμέληση των σοβαρά και επίμονων ψυχικά ασθενών (Grob, 1995. Issac & Armant, 1990) και, γενικά, την ανάγκη παροχής επαρκών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας για ψυχικά ασθενείς (Aviram, 1990a). Πιο πρόσφατα, η έλευση της βιολογικής ψυχιατρικής και η αυξανόμενη κυριαρχία ενός βιολογικού μοντέλου ψυχικών διαταραχών έχουν επηρεάσει το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Grob, 1994. NAMHC, 1988. Schizophrenia Bulletin, 1988. Weinberger & Kleinman, 1986).

Επίσης, η ανάπτυξη του κινήματος των καταναλωτών στην ψυχική υγεία, η ανάπτυξη ομάδων αυτοβοήθειας και η μεγαλύτερη συμμετοχή των οικογενειών, ως φροντιστές και συνήγοροι, έχουν αλλάξει το σκηνικό της αρένας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι οικονομικές κρίσεις των ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν προσθέσει νέες προκλήσεις για τα επαγγέλματα της ψυχικής υγείας.

Η αποϊδρυματοποίηση (DI) υπήρξε η πιο εμφανής αλλαγή πολιτικής στις δυτικές χώρες κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα (Goodwin, 1997). Οι δυνάμεις που ήταν υπεύθυνες για το DI μπορούν να περιγραφούν ως μια «ανίερη συμμαχία», στην οποία κάθε μέλος αυτού του συνασπισμού υποστήριξε την αλλαγή λόγω διαφορετικών

στόχων. Μόλις οι συνθήκες άλλαξαν, η συμμαχία διαλύθηκε και η κοινωνία είχε και πρέπει να αντιμετωπίσει τις συνέπειες του DI (Aviram, 1990a). Όπως ήδη αναφέρθηκε, μία από τις συνέπειες αυτής της αλλαγής ήταν ότι το ψυχιατρικό νοσοκομείο έπαψε να είναι ο κόμβος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η παροχή υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας για ψυχικά ασθενείς έχει γίνει η πρώτη προτεραιότητα του συστήματος ψυχικής υγείας. Κατά την αξιολόγηση της DI, φαίνεται να είναι μόνο μια μικτή ευλογία (Mechanic & Rochefort, 1990).

Άλλες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές τάσεις που εμφανίστηκαν στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα και σε συνδυασμό με τις συνέπειες του DI παρουσίασαν νέες προκλήσεις στο σύστημα. Το κίνημα για τα πολιτικά δικαιώματα και η πολιτική ελευθεριακή προσέγγιση στην ψυχιατρική, οδήγησαν σε νομικές μεταρρυθμίσεις που έδωσαν έμφαση στα συμφέροντα της ελευθερίας, αλλάζοντας τα κριτήρια και τις διαδικασίες που διέπουν τις ψυχικές δεσμεύσεις (Brakel, 1985· Brooks, 1979). Ως αποτέλεσμα αυτής της μεταρρύθμισης, καθώς και άλλων αλλαγών πολιτικής, οι πύλες του ψυχιατρείου όχι μόνο παρέμειναν ορθάνοιχτες, για εξιτήριο ατόμων με μακροχρόνια αναπηρία, αλλά και μη επικίνδυνων, ψυχικά άρρωστων ατόμων, αλλά από την άλλη, κρατήθηκαν σχεδόν κλειστές για την εισαγωγή νέων ασθενών. Άτομα που στο παρελθόν θα νοσηλεύονταν και θα παρέμεναν στο νοσοκομείο για πολλά χρόνια, δεν μπορούσαν πλέον να εισαχθούν. Κάποιος θα μπορούσε να δει το φαινόμενο των ασθενών να μετακινούνται «από τις πίσω πτέρυγες στα πίσω σοκάκια» (Aviram & Segal, 1973). Κάποιοι ισχυρίζονται ότι αυτές οι νομικές μεταρρυθμίσεις, ειδικά αυτές κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και του 1980, πήγαν πολύ μακριά, «αφήνοντας τους ασθενείς να σαπίσουν ή να πεθάνουν με τα δικαιώματά τους» (Apelbaum & Gutheil, 1979; Treffert, 1973). Η κοινότητα γνώρισε νέα φαινόμενα, όπως άστεγους ψυχικά ασθενείς (Lamb, 1984), Young Adult Chronic Patients (Pepper & Ryglewicz, 1982) και ποινικοποίηση των ψυχικά ασθενών (Torrey et al, 1992). Η κοινωνία ανησυχούσε όχι μόνο για την έλλειψη ή την ανεπάρκεια θεραπείας και φροντίδας για ψυχικά άρρωστα άτομα, αλλά και για θέματα κοινωνικού ελέγχου και διατάραξης της εύρυθμης ζωής στην κοινότητα (Aviram, 1990a, 1990b).

Ως συνέπεια αυτών των τάσεων, η επιβάρυνση για τις οικογένειες των ψυχικά ασθενών αυξήθηκε πολύ (Goldman, 1982a; Hatfield, 1978b). Πολλοί από αυτούς που πήραν εξιτήριο από ψυχιατρικά ιδρύματα ή εκείνους που δεν εισήχθησαν σε αυτά, επέστρεψαν ή/και παρέμειναν με τις οικογένειές τους. Η έλλειψη επαρκών κοινοτικών

υπηρεσιών δημιούργησε μεγάλο βάρος -τόσο σωματικό όσο και συναισθηματικό- στις οικογένειες (Gubman & Tessler, 1987; Spaniol & Zipple, 1986). Εξαιτίας αυτού και άλλων κοινωνικών και πολιτιστικών τάσεων, κυρίως κατά το τελευταίο τέταρτο αυτού του αιώνα, οι οικογένειες «βγήκαν από την ντουλάπα» και δημιούργησαν ένα ισχυρό κίνημα οικογενειών των ψυχικά ασθενών (Hatfield & Lefley, 1987). Οι οικογένειες ένιωθαν πιο ελεύθερες να οργανωθούν, λόγω της βιολογικής επανάστασης στην ψυχιατρική και των επιστημονικών ανακαλύψεων που συσχετίζουν τις κύριες ψυχικές διαταραχές με βιολογικούς παράγοντες, αφαιρώντας έτσι την «κατηγορία» από τις οικογένειες. Δημιούργησαν τόσο ομάδες υποστήριξης όσο και μια δύναμη πολιτικού λόμπι, που υποστήριξε τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Hatfield, 1987).

Ένα μεταγενέστερο φαινόμενο, που σημειώθηκε στον χώρο της ψυχικής υγείας, είναι η άνοδος του καταναλωτικού κινήματος. Παρόλο που οι ομάδες αυτοβοήθειας ψυχικά ασθενών είναι γνωστές εδώ και αρκετό καιρό (Gartner & Riessman, 1977), το μέγεθος και η κατεύθυνση που παίρνει αυτό το κίνημα δικαιολογεί τη θεώρησή του ως νέο φαινόμενο. Αυτό το κίνημα δίνει έμφαση όχι μόνο στην αυτοβοήθεια αλλά και στις έννοιες της ανάκαμψης και της ενδυνάμωσης (Deegan, 1997).

Λόγω της ψυχολογικής επανάστασης αυτού του αιώνα, ο τομέας των Υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει επεκταθεί πολύ. Η ψυχολογική δυσφορία έχει γίνει μόνιμο πρόβλημα για την παρέμβαση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Το να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν καλύτερα το ταχέως μεταβαλλόμενο κοινωνικό περιβάλλον και να τους βοηθήσουμε να επιτύχουν μια συναισθηματική ευημερία, έγιναν αποδεκτοί στόχοι του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έννοιες όπως η πρόληψη και η προαγωγή της ψυχικής υγείας, έχουν χρησιμοποιηθεί συχνά από επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την καθοδήγηση των δραστηριοτήτων τους (Carlan, 1964). Αυτοί με τη σειρά τους διεύρυναν σε μεγάλο βαθμό τον πληθυσμό που στόχευαν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό, σε συνδυασμό με ευρύτερα ασφαλιστικά προγράμματα, δημιούργησε νέες ευκαιρίες και άλλαξε σημαντικά την αγορά εργασίας του συστήματος ψυχικής υγείας. Ως αποτέλεσμα του διευρυνόμενου τομέα ψυχικής υγείας, καθώς και των επαγγελματικών και οικονομικών συμφερόντων των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας, η παραδοσιακή πελατεία του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας –όσοι πάσχουν από εξουθενωτικές σοβαρές ψυχικές διαταραχές– παραμελήθηκε.

Το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατηγορήθηκε για υπερβολική εμπλοκή με τη θεραπεία του «ανησυχούν καλά», αντί για την παροχή θεραπείας και φροντίδας για τους σοβαρά και επίμονα ψυχικά ασθενείς (Chu & Trotter, 1974). Αυτό οδήγησε τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να θέσουν προτεραιότητες, δίνοντας μεγαλύτερη προσοχή στις υπηρεσίες που απαιτούνται για τα άτομα με χρόνια και σοβαρή αναπηρία ψυχικά πάσχοντα άτομα.

Η βιολογική επανάσταση στην ψυχιατρική, ιδιαίτερα τις δύο τελευταίες δεκαετίες, είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει το εύρος και τον προσανατολισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι επιστημονικές ανακαλύψεις στην έρευνα του εγκεφάλου και οι εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία έχουν αλλάξει το σκηνικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, υπήρξαν ακούσιες συνέπειες που σχετίζονται με αυτή τη βιολογική επανάσταση στην Ψυχιατρική. Η Ψυχιατρική πλησίασε περισσότερο την παραδοσιακή ιατρική, δίνοντας πολύ λιγότερη προσοχή στους κοινωνικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας. Ακόμα κι αν χρησιμοποιήσουμε έναν στενότερο ορισμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας από αυτόν που χρησιμοποιήθηκε κατά τη δεκαετία του 1960 και εστιάσουμε στις κύριες ψυχικές διαταραχές ως κύριο στόχο του συστήματος ψυχικής υγείας, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε την επίδραση κοινωνικών παραγόντων στην ψυχική υγεία. Αντιμετωπίζοντας αυτό το ζήτημα, ο David Mechanic δηλώνει ότι «η σοβαρή ψυχική διαταραχή προκύπτει από πολύπλοκες, αλλά ελάχιστα κατανοητές, αλληλεπιδράσεις μεταξύ βιολογικών ευάλωτων σημείων και ψυχοκοινωνικών επιρροών» (Mechanic, 1994, 135). Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση της διαταραχής, την πορεία της, τη θεραπεία της και τις προσπάθειες αποκατάστασης. Γνωρίζουμε ότι οι κοινωνικές δομές, οι παράγοντες κοινωνικής αλλαγής, καθώς και οι οργανωτικές και κοινωνικές ρυθμίσεις, είναι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπεία και τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών.

Ως απάντηση στις ανάγκες θεραπείας και φροντίδας των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και σε μια προσπάθεια περιορισμού του κόστους, αναπτύχθηκαν δύο νέες προσεγγίσεις πρακτικής στο σύστημα Ψυχικής υγείας: α) διαχείριση περιστατικών και β) διαχειριζόμενη φροντίδα. Αν και η διαχείριση περιπτώσεων εξακολουθεί να είναι μια κάπως χαλαρά καθορισμένη έννοια (Spitz, 1987), έχει γίνει μια από τις κύριες κοινωνικές και επαγγελματικές απαντήσεις που προσπαθούν να εξασφαλίσουν επαρκείς και καλά συντονισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τα σοβαρά ψυχικά

άρρωστα άτομα στην κοινότητα (Robinson, 1991). Οι πολιτικές και η ειδική νομοθεσία στις αρχές της δεκαετίας του 1990, όπως το PL 99-660 στις Ηνωμένες Πολιτείες, απαιτούν από τις δικαιοδοσίες να σημειώσουν ουσιαστική πρόοδο προς την παροχή υπηρεσιών διαχείρισης υποθέσεων σε άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Αυτές οι πολιτικές και η κατανομή μεγάλων προϋπολογισμών για αυτόν τον τύπο υπηρεσίας έχουν βασιστεί στην υπόθεση ότι οι υπηρεσίες διαχείρισης περιπτώσεων θα βελτιώσουν τις υπηρεσίες για τους πελάτες, τις οικογένειες των πελατών και τις κοινότητες (Solomon, 1992).

Η διαχειριζόμενη φροντίδα είναι μια άλλη αλλαγή που επηρεάζει τις Υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μάλιστα μία πρόκληση για αυτήν. Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει γίνει ένα μείζον θέμα ανησυχίας για όσους ασκούν ιατρική πολιτική και εκείνους που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες (Mechanic, 1996, 1997). Επί του παρόντος, οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες υπόκεινται σε κάποιο είδος προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας (Mechanic, Schlesinger & McAlpine, 1995; Dorwart, 1990). Η διαχειριζόμενη φροντίδα είναι μια στρατηγική που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα οργανωτικών και οικονομικών ρυθμίσεων, καθώς και ρυθμιστικές συσκευές που επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας. Αυτή η στρατηγική αναπτύχθηκε ως αποτέλεσμα της DI, της ανάγκης παροχής κοινοτικής φροντίδας και της ευρείας δημόσιας αποδοχής από το κοινό της νομιμότητας παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συνδυασμό με την ταχεία αύξηση του κόστους για την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Οι στόχοι του ήταν να αυξήσει τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, να περιορίσει το κόστος και να βελτιώσει την ποιότητα της περίθαλψης. Ωστόσο, όσοι επικρίνουν αυτή τη στρατηγική, ισχυρίζονται ότι θα μπορούσε να οδηγήσει σε άρνηση της απαραίτητης θεραπείας, μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών και μετατόπιση του κόστους στις οικογένειες, τους επαγγελματίες και τις κοινότητες των ασθενών (Mechanic, Schlesinger & McAlpine, 1995). Ορισμένοι πολιτικοί οικονομολόγοι πιστεύουν ότι ο κύριος λόγος αυτής της στρατηγικής ήταν η περιστολή του κράτους πρόνοιας και οι προσπάθειες των κυβερνήσεων, που αντιμετωπίζουν τον παγκόσμιο οικονομικό ανταγωνισμό, να συγκρατήσουν το κόστος (Goodwin, 1997). Ανεξάρτητα από τους λόγους αυτής της στρατηγικής, η διαχειριζόμενη φροντίδα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει γίνει ένας σημαντικός παράγοντας στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (England & Vaccaro, 1991).

“Ο άνθρωπος δεν θα πρέπει να παλεύει να εξαφανίσει τα σύνδρομά του, αλλά να συντονιστεί με αυτά, γιατί αυτά είναι που κατευθύνουν την επαφή του με τον κόσμο.”

Ζιγκμούντ Φρόιντ

Αυστριακός ψυχίατρος (1856-1939)

ΜΕΡΟΣ Β΄

5. Μεθοδολογία Έρευνας

5.1 Σκοπός έρευνας- ερευνητικά ερωτήματα

Ως βασικός σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας τέθηκε η διερεύνηση των απόψεων, των βιωμάτων, του συναισθήματος του οικογενειακού περιβάλλοντος για την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της και οι επιπτώσεις αυτού του γεγονότος στην οικογένεια. Για την συλλογή αυτών των στοιχείων τέθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Τί συναισθήματα γεννιόνται στην οικογένεια όταν ένα μέλος της νοσηλεύεται εξ' αιτίας ψυχιατρικών προβλημάτων;
2. Συμβάλλει η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής και/ή της νοσηλείας στην διάσπαση ή την συνοχή της οικογένειας και πώς;
3. Ποιά είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια;

5.2 Μεθοδολογία έρευνας – Ποιοτική ανάλυση

Συχνά η πραγματικότητα δεν αποτελεί μια αντικειμενική αλήθεια αδιαπραγμάτευτη και κοινά αποδεκτή για όλους, άλλα παρουσιάζεται με διάφορες οπτικές ανάλογα με την υποκειμενική αντίληψη του καθενός. Η υποκειμενική αντίληψη για τη πραγματικότητα, σε ατομικό επίπεδο στη καθημερινή ζωή, είναι αποδεκτή και αιτιολογείται από τον τρόπο λειτουργίας του ανθρώπινου εγκεφάλου (Freeman, 2000). Παρόλο που είναι σημαντικό να έχουμε κάποιες φορές αντικειμενικά και μετρήσιμα αποτελέσματα τα οποία να δείχνουν τις σχέσεις μεταξύ μεταβλητών και να μας βοηθούν να προβλέπουμε καταστάσεις, είναι εξίσου πιο σημαντικό, σε κάποιες περιπτώσεις, να ερμηνεύσουμε πιο υποκειμενικά και με περισσότερο ολιστική ματιά τα φαινόμενα, με στόχο την κατανόηση και την ερμηνεία τους.

Η οπτική των οικογενειών σχετικά με την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους τους, όπως αναδείχθηκε από την βιβλιογραφία στην εργασία αυτή, έχει υποκειμενικό χαρακτήρα, καθώς προσδιορίζεται από τις εκάστοτε κοινωνικές, οικονομικές συνθήκες και διαμορφώνεται από το ιδεολογικό πλαίσιο της εποχής. Η οπτική του ερευνητή που χρησιμοποιεί την ποιοτική μέθοδο, σύμφωνα με τον Μαντζούκα (2007) πρεσβεύει ότι δεν υπάρχει μια μοναδική και αντικειμενική πραγματικότητα, αλλά αυτό που ονομάζουμε πραγματικότητα είναι αυτό που ο καθένας αισθάνεται και βιώνει. Υπό αυτό το πρίσμα, δεν υπάρχει μια αντικειμενική πραγματικότητα σχετικά με το πως αντιλαμβανόμαστε την ψυχική ασθένεια, αλλά το κάθε μέλος της οικογένειας την κατανοεί και την αντιλαμβάνεται με τον δικό του μοναδικό τρόπο.

Μερικά από τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου, είναι πως επιτρέπει στον ερευνητή να αντλήσει πληροφορίες σε βάθος, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη διερεύνηση πολύπλοκων κοινωνικών διαδικασιών, συμπεριφορών, στάσεων, αξιών, και αντιλήψεων. Επιπλέον, προϋπόθεση αποτελεί η αμεσότητα της σχέσης μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου και αυτό δύναται να οδηγήσει στη διερεύνηση θεμάτων που δεν είχαν προκαθοριστεί, μεταβάλλοντας ή τροποποιώντας πολλές φορές ακόμη και το ίδιο το αρχικό ερευνητικό πλαίσιο. Τέλος, ο ερευνητής είναι σε θέση να κατανοήσει κοινωνικές συμπεριφορές, στάσεις, και αντιλήψεις των ερωτώμενων, δηλαδή να δει τον κοινωνικό κόσμο και τα κοινωνικά φαινόμενα μέσα από τις εμπειρίες και τα μάτια των κοινωνικών υποκειμένων (Marshall & Rossman, 1995).

Αφού λάβαμε υπόψη τους προαναφερθέντες παράγοντες διεξαγωγής της ποιοτικής έρευνας και τα πλεονεκτήματά της, αποφασίσαμε πως αυτή η μέθοδος είναι η καταλληλότερη για την υλοποίηση της δικής μας έρευνας, καθώς βασίζεται στην εις βάθος ανάλυση και εξέταση των δεδομένων που συγκεντρώνονται κατά τη φάση συλλογής στοιχείων.

5.3 Πεδίο έρευνας – επιλογή δείγματος

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται η έρευνα είναι συγγενείς των ψυχικά ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, αναζητήθηκαν 8 μέλη οικογενειών, των οποίων συγγενείς τους νοσηλεύονται ή έχουν νοσηλευτεί στην Κλινική Ψυχικής Υγείας «Άγιος Χαράλαμπος» που έχει έδρα στο Ηράκλειο. Να σημειώσουμε ότι πρόκειται για οικογένειες που εκδήλωναν ενδιαφέρον και διατηρούσαν επαφή με τον ασθενή τους. Επομένως είχαν επαφή και με το χώρο νοσηλείας και ήταν δυνατόν να τις προσεγγίσουμε. Η επιλογή

της συγκεκριμένης κλινικής δεν ήταν τυχαία, καθώς πραγματοποιήσαμε την πρακτική άσκηση μας εκεί τα δύο τελευταία ακαδημαϊκά εξάμηνα των σπουδών μας. Άρα, χρησιμοποιήσαμε την δειγματοληπτική μέθοδο ευκολίας. Σε αυτό το διάστημα, αναπτύχθηκε μια αμφίδρομη σχέση εμπιστοσύνης τόσο με τους ασθενείς, όσο και με το προσωπικό της κλινικής, η οποία διευκόλυνε το ερευνητικό μας έργο. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων περιγράφονται συνοπτικά στον Πίνακα 1.

5.4 Εργαλεία συλλογής στοιχείων

Στην έρευνά μας επιλέξαμε να συλλέξουμε τα στοιχεία μέσω της μεθόδου της συνέντευξης. Η μακρά και εις βάθος συνέντευξη αποτελεί μια ισχυρότατη μέθοδο για το «οπλοστάσιο» της ποιοτικής έρευνας. Πρόκειται για ένα αποκαλυπτικό εργαλείο, ιδιαίτερα όταν η έρευνα έχει ως σκοπό την περιγραφή και την ανάλυση (McCracken, 1991). Συνήθως οι συνεντεύξεις στα πλαίσια της κοινωνικής έρευνας μπορεί να είναι τριών τύπων: δομημένες, ημιδομημένες και αδόμητες. Για τις ανάγκες της εργασίας μας θεωρήσαμε σκόπιμο να χρησιμοποιήσουμε την ημιδομημένη συνέντευξη με μέλη οικογενειών, των οποίων ένα άλλο μέλος τους νοσεί.

Στην ημιδομημένη συνέντευξη, ο ερευνητής προσαρμόζει την συζήτηση στα δεδομένα της αντιληπτικής ικανότητας των ατόμων που συμμετέχουν, διατηρώντας παράλληλα ευελιξία όσον αφορά τον τρόπο και την σειρά με την οποία θέτει τις ερωτήσεις. Δεν υπάρχει ουσιαστική, ποιοτική διαφορά μεταξύ αυτής και των υπολοίπων τύπων συνεντεύξεων. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι χρησιμοποιείται ένας λεπτομερής οδηγός θεμάτων ή ένας σκελετός που καλύπτει τις βασικές ερωτήσεις που θα τεθούν κατά την συνέντευξη. Αφήνει περιθώρια ελευθερίας ως προς την σειρά που θα ακολουθηθεί, ενώ είναι επιτρεπτό να αναφέρονται και άλλα θέματα εκτός λίστας, αν προκύψει τέτοια ανάγκη (Fielding, 1993).

Στα πλαίσια της ημιδομημένης συνέντευξης, καθορίσαμε γενικές θεματικές ενότητες, και μέσα από ερωτήσεις υποστηρίξαμε την ελεύθερη έκφραση των ερωτώμενων. Έτσι, τους δώσαμε την δυνατότητα να απαντήσουν με τον δικό τους τρόπο, να θέσουν δικά τους όρια και να εστιάσουν σε θέματα τα οποία οι ίδιοι θεωρούσαν σημαντικά. Με αυτό τον τρόπο επιδιώξαμε να δημιουργήσουμε ένα θετικό κλίμα συζήτησης με τους συμμετέχοντες και να ακολουθήσουμε την φυσική ροή αυτής, προσπαθώντας όμως παράλληλα να διασφαλίσουμε ότι καλύπτονται όλα τα ζητήματα που είχαμε προγραμματίσει για την συνέντευξή μας. Με αυτό το είδος συνέντευξης κατορθώσαμε

να συλλέξουμε πολλές πληροφορίες και να θέσουμε άμεσα διευκρινιστικές ερωτήσεις ανάλογα με τις απαντήσεις και τις ανάγκες των ερωτώμενων.

5.5 Δεοντολογία και ηθικά ζητήματα

Κατά την προσέγγιση των υποψήφιων συμμετεχόντων αφού έγιναν οι απαραίτητες συστάσεις, με πλήρη τα στοιχεία της ταυτότητας μας, περάσαμε σε μια όσο το δυνατό σαφέστερη ενημέρωση για το είδος και το σκοπό της έρευνας μας. Προκειμένου να εξασφαλίσουμε την συγκατάθεση τους αναλύσαμε το λόγο για τον οποίο πραγματοποιείται η συνάντηση και τους πληροφορήσαμε για το ενδιαφέρον τους να διεξάγουν την συγκεκριμένη μελέτη, για το στόχο της καθώς και γύρω από που θα περιστραφεί η συζήτηση. Ύστερα περιγράψαμε τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί, αναφέροντας πότε και πού θα διεξαχθεί, πόση ώρα θα διαρκέσει και ποιο μέσο καταγραφής θα χρησιμοποιούσαμε. Παρακινήθηκαν να εκφράσουν τυχόν αμφιβολίες ή επιφυλάξεις και διευκρινίσαμε ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και ότι έχουν τη δυνατότητα να αποσυρθούν από την διαδικασία, χωρίς να υποστούν συνέπειες επειδή τυχόν δυσαρέστησαν τον ερευνητή ή έβλαψαν το ερευνητικό έργο. Η διαδικασία της συνέντευξης μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα και αντιστάσεις στον ερωτώμενο, κάτι που αντιμετωπίστηκε με ενσυναίσθηση, με απόλυτο σεβασμό και κατανόηση προς αυτά. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπήρχε και η δυνατότητα διαλλείματος, αν ο συνεντευξιαζόμενος το επιθυμούσε. Κατανοούμε πόσο ευαίσθητο θέμα ήταν για εκείνους να μοιραστούν την εμπειρία τους και δεν θα μπορούσαμε να διεξάγουμε τις συνεντεύξεις αν πρώτα δεν είχαμε προνοήσει πώς θα αντιμετωπίζαμε τέτοιου είδους αντιδράσεις. Αφού, πρώτα, κατανόησαν πλήρως την διαδικασία, έπειτα συμφώνησαν να συμμετάσχουν.

Σε κάθε έρευνα που πραγματοποιείται, είναι ύψιστης σημασίας η τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας. Πιο συγκεκριμένα, μία ορθή έρευνα οφείλει να λαμβάνει υπόψιν της τα ζητήματα της ανωνυμίας-εμπιστευτικότητας, την συγκατάθεση συμμετεχόντων, την αποφυγή πρόκλησης βλάβης στα υποκείμενα και την προστασία των δεδομένων και των συμπερασμάτων. Προσδοκούμε οι ενέργειές μας να χαρακτηρίζονται από ορθότητα, καταλληλότητα και επάρκεια και για να το εξασφαλίσουμε αυτό διατηρούσαμε ανοικτό το ερώτημα σχετικά με την επάρκεια και την δεοντολογική συμβατότητα της μεθόδου και των τεχνικών που αξιοποιήσαμε.

5.6 Εγκυρότητα και αξιοπιστία

Κατά την διεξαγωγή ερευνητικών σχεδίων με ποσοτικές μεθόδους για να υπάρξει επιστημονική ορθότητα ως προς την διαδικασία και τα αποτελέσματα, απαιτείται να γίνεται έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ερευνητικού σχεδίου. Οι έννοιες αυτές αφορούν την σταθερότητα του αποτελέσματος που εμφανίζεται σε διαδοχικές μετρήσεις και την συνοχή του εργαλείου μέτρησης (αξιοπιστία), καθώς και την εκτίμηση ότι το εργαλείο, μετρά ή «αντανακλά» την έννοια που σκοπεύει να μετρήσει (εγκυρότητα).

Στα ερευνητικά σχέδια με ποιοτικές μεθόδους η χρήση αυτών των δυο εννοιών με την προσέγγιση αυτή δεν συνάδει με την ίδια την φύση της ποιοτικής έρευνας που αποτυπώνει την υποκειμενικότητα της πραγματικότητας και την σχετικότητα του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο. Ωστόσο, αν θεωρήσουμε ότι απώτερος σκοπός αυτών των δυο εννοιών είναι να εξασφαλίσουν την επιστημονική ορθότητα και το κύρος της διαδικασίας, τότε μπορούν να χρησιμεύσουν ως εργαλεία και μεθοδολογικές στρατηγικές που θα ενισχύσουν τη συνέπεια του μεθοδολογικού σχεδιασμού και την ίδια τη διεξαγωγή μιας ποιοτικής εκπαιδευτικής έρευνας (Eisenhart & Howe, 1992).

Στις ποιοτικές μεθόδους η εγκυρότητα είναι πολύ πιο σημαντική από την αξιοπιστία. Η εγκυρότητα αναφέρεται στον βαθμό αντιστοίχισης των ερευνητικών σκοπών, υποθέσεων ή ερωτημάτων της έρευνας με τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας, δηλαδή στο κατά πόσο τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το πεδίο, καθώς και η ανάλυση και η ερμηνεία τους ανταποκρίνονται στους σκοπούς της έρευνας, αντιστοιχούν στην κοινωνική πραγματικότητα ή απαντούν με επαρκή τρόπο στα ερευνητικά ερωτήματα. Η εγκυρότητα είναι παρούσα σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες απειλές που μπορούν να επηρεάσουν την εγκυρότητα σε ποιοτικές μεθόδους. Οι Lincoln και Cuba (1985, στο Robson, 2007) αναφέρουν τρεις βασικές απειλές: την αντιδραστικότητα, δηλαδή το πόσο η παρουσία του ερευνητή επηρεάζει το πεδίο, την μεροληψία του ερευνητή, δηλαδή τις παραδοχές και τις προκαταλήψεις του και τέλος την μεροληψία του ανταποκρινόμενου, δηλαδή την μεταβαλλόμενη του συμπεριφορά ανάλογα με το περιβάλλον.

Συχνά χρησιμοποιούνται στρατηγικές για να αξιολογείται η εγκυρότητα των δεδομένων και να περιορίζονται οι απειλές που ενδέχεται να την επηρεάσουν. Ο τριγωνισμός, είναι μία από τις κύριες στρατηγικές που εφαρμόζεται, δηλαδή επιβεβαιώνουμε τα ίδια αποτελέσματα και ευρήματα χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους. Έτσι, ενισχύουμε την αξιοπιστία των ευρημάτων μας και την εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα. Επίσης, εξασφαλίζουμε την εγκυρότητα των δεδομένων μας μέσω της επικύρωσης από τους συμμετέχοντες. Το να επιτρέψουμε στους ίδιους να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα και τις ερμηνείες της ερευνητικής διαδικασίας ενισχύει την αξιοπιστία και την ακεραιότητα της έρευνάς μας. Εγκυρότητα στην ερευνητική διαδικασία προσδίδεται και μέσω του ελέγχου από άλλους ερευνητές. Ο έλεγχος αυτός επιτρέπει την ανεξαρτησία και την αντικειμενικότητα της αξιολόγησης και ενισχύει την εγκυρότητα των δεδομένων μας. Αυτές αποτελούν στρατηγικές που αξιοποιήσαμε και οι ίδιες για την διασφάλιση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων μας, με την εφαρμογή τους να μας επιτρέπει να είμαστε βέβαιες για την αξία των ευρημάτων που παρουσιάζουμε.

Σχετικά με την συνέπεια των αποτελεσμάτων που αφορούν την αξιοπιστία της έρευνας, έγινε προσπάθεια να μην υπάρχουν τεχνικά προβλήματα κατά την συλλογή των δεδομένων, δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην λεπτομερή καταγραφή των δραστηριοτήτων που πραγματοποιήθηκαν και παρουσιάστηκαν με ακρίβεια και συστηματικότητα τα μεθοδολογικά βήματα και οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν στην έρευνα. Παρουσιάζοντας και τεκμηριώνοντας την υποκειμενικότητα και τις προκαταλήψεις μας διατηρήσαμε μια ηθικά δεοντολογική στάση απέναντι στους συμμετέχοντες και τις ερευνητικές μεθόδους συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων.

5.7 Αισθήματα κατά τη διάρκεια της έρευνας

Η διεξαγωγή έρευνας ήταν μια νέα εμπειρία για εμάς καθώς αποτέλεσε την πρώτη μας ερευνητική προσπάθεια. Κατά την διάρκεια της αντιμετωπίσαμε διάφορα συναισθήματα, καθώς ήταν μια απαιτητική και συναισθηματικά φορτισμένη διαδικασία. Παρουσιάστηκε ανησυχία για την κατάσταση και την ευεξία των ερωτώμενων και το πώς η ερευνά μας μπορεί να τους επηρεάσει. Η έκθεση σε προσωπικές ιστορίες και περιστατικά των ασθενών και των συγγενών τους, μας έκανε να αισθανθούμε συμπόνοια και συμπάθεια προς αυτούς για τις δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Η αντίληψη του πεδίου και η κατανόηση των ψυχικών

ασθενειών διέγειρε ακόμα περισσότερο το ενδιαφέρον μας για το συγκεκριμένο αντικείμενο. Μέχρι το πέρας της ερευνητικής διαδικασίας αναπτύξαμε ένα έντονο αίσθημα ευθύνης να συμβάλλουμε στην βελτίωση της κατάστασής τους. Παρόλο που επρόκειτο για ένα θέμα κοντά στα ενδιαφέροντά μας, ήρθαμε σε μια εσωτερική σύγκρουση αναφορικά με το πού τελειώνει ο ερευνητικός μας ρόλος και πού αρχίζει ο συμβουλευτικός ανάλογα, με τις ανάγκες του κάθε συμμετέχοντα. Συνειδητοποιούμε πως πρόκειται για δύο διαφορετικούς ρόλους που μπορεί να συμπληρώνει ο ένας τον άλλο αν ο συνομιλητής εκφράζει ανάγκη για υποστήριξη ή βοήθεια σχετικά με το ευαίσθητο θέμα. Τότε θα αναλαμβάναμε και έναν πρόσθετο συμβουλευτικό ρόλο μέχρι το σημείο που επιτρέπουν οι δεξιότητές μας. Αναγνωρίζαμε, εξ' αρχής, πως η έρευνα και η εργασία σε ένα ευαίσθητο θέμα σαν αυτό μπορεί να έχει έντονο αντίκτυπο σε εμάς και για αυτό το λόγο ήμασταν προσεκτικές και ζητούσαμε υποστήριξη, είτε η μια από την άλλη, είτε από την επιβλέπουσα καθηγήτρια ή άλλους επαγγελματίες για τη διαχείριση των συναισθημάτων μας.

5.8 Ανάλυση στοιχείων

Για την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνά μας, χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης. Η θεματική ανάλυση είναι μια διαδικασία ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο και έχει πολλές πιθανές εφαρμογές σε διάφορους τομείς έρευνας. Σκοπός της είναι η εξαγωγή κοινών θεμάτων, σημασιών ή εννοιών από ένα σύνολο δεδομένων, προσφέροντας απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Τα κοινά θέματα (θεματικές ενότητες) αναγνωρίζονται μέσω μιας αυστηρής διαδικασίας εξοικείωσης με δεδομένα, κωδικοποίησής τους και ανάπτυξης των θεματικών εννοιών.

Πιο αναλυτικά, η θεματική ανάλυση είναι μια εξαιρετικά ευέλικτη μέθοδος εντοπισμού, συγκρότησης, και ανάλυσης των διαφορετικών θεματικών εννοιών που απορρέουν από τα δεδομένα. Στόχος της συγκεκριμένης ανάλυσης είναι να επιλεγούν οι πληροφορίες από τις συνεντεύξεις, να ανακαλυφθούν κοινά νοήματα ή κοινό περιεχόμενο μεταξύ των δεδομένων και αυτά να ομαδοποιηθούν σε κοινές θεματικές ενότητες οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν και μικρότερες εννοιολογικές ενότητες, τις υπο-ενότητες. Για την επιτυχή εφαρμογή της θεματικής ανάλυσης, πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στον καθορισμό του έννοιας του θέματος. Ένα θέμα μπορεί να

αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο είδος του νοήματος που εντοπίζεται στα δεδομένα. Μπορεί να περιλαμβάνει είτε έκδηλο περιεχόμενο, που είναι κάτι άμεσα παρατηρήσιμο, όπως συγκεκριμένες αναφορές στις συνεντεύξεις, είτε εναλλακτικά κρυφό περιεχόμενο. Τα θέματα είναι έτσι άμεσου και έμμεσου περιεχόμενου. Η διαδικασία της θεματικής ανάλυσης κωδικοποιεί ποιοτικές πληροφορίες, όπου ο ερευνητής αναπτύσσει λέξεις ή φράσεις που χρησιμοποιούνται ως ετικέτες για τα τμήματα των δεδομένων. Ανάλογα με τη μεθοδολογία και το ερευνητικό ερώτημα, τα τμήματα των δεδομένων μπορεί να είναι σε διάφορα σχήματα και μεγέθη (Ράτσικα, 2023).

Οι Virginia Braun και η Victoria Clarke (2006) έχουν αναπτύξει μια προσέγγιση για τη θεματική ανάλυση που είναι θεωρητικά ανεξάρτητη και χαρακτηρίζεται από ανοικτή κωδικοποίηση και από έξι φάσεις διεργασίας για την παραγωγή ανάλυσης. Αυτή είναι η προσέγγιση που ακολουθήσαμε και εμείς με τις έξι φάσεις να είναι οι εξής:

- ❖ **Εξοικείωση με τα δεδομένα:** Η πρώτη φάση περιλαμβάνει ανάγνωση και επανάληψη της ανάγνωσης των δεδομένων, εμβάθυνση και εξοικείωση με το περιεχόμενό τους.
- ❖ **Κωδικοποίηση:** Κατά την κωδικοποίηση, δημιουργούνται σύντομοι και περιεκτικοί κωδικοί που προσδιορίζουν σημαντικά χαρακτηριστικά των δεδομένων που μπορεί να είναι συναφή με την απάντηση στην ερευνητική ερώτηση. Περιλαμβάνει την κωδικοποίηση του συνόλου δεδομένων και έπειτα, τη σύγκριση όλων των κωδικών και των σχετικών δεδομένων μεταξύ τους. Αυτό θα επιτρέψει την συνέχεια στο επόμενο στάδιο της ανάλυσης.
- ❖ **Αναζήτηση θεμάτων/ θεματικών ενοτήτων:** Περιέχει την εξέταση των κωδικών και των δεδομένων που έχουν συγκεντρωθεί για τον εντοπισμό σημαντικών ευρύτερων θεματικών ενοτήτων. Στη συνέχεια, έρχεται η συγκέντρωση δεδομένων που αφορούν κάθε πιθανή θεματική ενότητα, για να επαληθευτεί η εγκυρότητά τους και η επανεξέταση της βιωσιμότητάς καθεμίας από αυτές.
- ❖ **Επανεξέταση Θεματικών Ενοτήτων:** Σε αυτό το στάδιο ελέγχονται οι υποψήφιες θεματικές ενότητες από το σύνολο των δεδομένων, προκειμένου να διαπιστωθεί αν αυτές αντανακλούν μια πειστική αναδόμηση των δεδομένων και δίνουν απαντήσεις στην ερευνητική ερώτηση. Τα θέματα είναι συνήθως

σαφή. Σε αυτό το στάδιο ενδέχεται να διαχωριστεί ένα αρχικό θέμα ή να συνενωθούν δύο αρχικά θέματα ή και να απορριφθεί ένα.

- ❖ **Ορισμός και ονοματοποίηση θεμάτων/θεματικών ενοτήτων:** Αυτή η φάση περιλαμβάνει την λεπτομερή ανάπτυξη της ανάλυσης για κάθε θέμα και την εστίαση του περιεχομένου στον τίτλο της θεματικής ενότητας, τον προσδιορισμό της «ιστορίας» του κάθε θέματος. Επίσης λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με το πώς θα ονομαστεί κάθε θεματική ενότητα ώστε να ανταποκρίνεται στο περιεχόμενό της.
- ❖ **Συγγραφή:** Αυτή η τελική φάση αφορά την σύνταξη των αναλυτικών αφηγήσεων και των ευρημάτων από τα δεδομένα και την σύνδεση της ανάλυσης με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Διεξήχθησαν 8 συνεντεύξεις. Αυτές παρείχαν σημαντική συνδρομή στην ανάδειξη των θεματικών ενοτήτων που προέκυψαν από το υλικό που συγκεντρώσαμε. Όλες μαγνητοφωνήθηκαν, απομαγνητοφωνήθηκαν και μετατράπηκαν σε σημειώσεις για να διευκολύνουν την διαδικασία της κωδικοποίησης σαν προϋπόθεση που προηγείται της θεματικής ανάλυσης που ακολουθήθηκε.

6. Ανάλυση δεδομένων

6.1 Κεντρικός άξονας 1: Περιγραφή του προβλήματος

Υποκατηγορία: Μέλος της οικογένειας με το πρόβλημα ψυχικής υγείας

Με βάση τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, το μέλος της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας είναι κάποιο από τα παιδιά, αδέρφια ή γονείς, ενώ υπήρχαν και περιπτώσεις μακρινότερων συγγενών. Στις οκτώ συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν, τρία από αυτά είναι παιδιά, δύο αδέρφια, δύο μητέρες και ένας ανιψιός. Επιπλέον, το ηλικιακό εύρος τους κυμαίνεται από δεκαεννέα έως εξήντα πέντε έτη. Πέντε από αυτούς είναι γυναίκες, ενώ οι υπόλοιποι τρεις άνδρες.

Υποκατηγορία: Πότε διαγνώστηκε

Όλοι οι ασθενείς έχουν λάβει την διάγνωσή τους για πάνω από έναν χρόνο. Ακόμη, δύο από αυτούς έχουν διαγνωστεί για παραπάνω από τριάντα χρόνια. Όσο για τους υπόλοιπους έξι, το διάστημα της διάγνωσης τους εκτείνεται από ένα έως τέσσερα έτη.

Παρατηρούμε επίσης, πως σε όσους η διάγνωση είναι πιο πρόσφατη, η περίοδος νοσηλείας τους είναι μικρότερου χρονικού διαστήματος.

Υποκατηγορία: Ποια ήταν η διάγνωση

Πολλές από τις διαγνώσεις παρουσίασαν ομοιότητες. Δύο νεαροί άνδρες έχουν λάβει την διάγνωση του ψυχωσικού συνδρόμου και της τοξικοεξάρτησης, ενώ δύο μεσήλικες γυναίκες έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη. Επιπλέον, μια νεαρή γυναίκα έχει διαγνωστεί με κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συχνή εμφάνιση κατάθλιψης στο γυναικείο φύλο, κάτι που επικυρώνεται και από τη βιβλιογραφία. Αυτός ο αυξημένος επιπολασμός σχετίζεται με τις ορμονικές αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν στον γυναικείο οργανισμό, όπως η εφηβεία, η εγκυμοσύνη και η εμμηνόπαυση, υποδηλώνοντας ότι οι ορμονικές διακυμάνσεις μπορεί να πυροδοτήσουν την κατάθλιψη. Ακόμη, η μείωση των επιπέδων οιστρογόνων, κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, μπορεί να αυξήσει, επίσης, τον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης στις γυναίκες (Onya & Otorikpa, 2018). Από τους υπόλοιπους τρεις ασθενείς, δύο εξ' αυτών έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και μία με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

Υποκατηγορία: Τι ακολούθησε της διάγνωσης – τρόπος αντιμετώπισης

Όλοι οι μετέχοντες ανέφεραν πως μετά την διάγνωση ακολούθησε συστηματική επαφή με ιδιώτη ψυχίατρο και λήψη της απαραίτητης φαρμακευτικής αγωγής. Παράλληλα λάμβαναν φροντίδα από το στενό τους οικογενειακό περιβάλλον. Ύστερα, ενόσω η διαταραχή ορισμένων κλιμακωνόταν, επιλέχθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις η εκούσια νοσηλεία τους για μια πολυεπίπεδη παρέμβαση τόσο σε δημόσιες όσο και σε ιδιωτικές δομές ψυχικής υγείας. Η πρώτη αυτή νοσηλεία ήταν σύντομη για το σύνολο των ασθενών, αφού οι ερωτώμενοι δεν έμειναν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς εκτίμησαν πως δεν καλύπτονταν οι ανάγκες τόσο των συγγενών τους όσο και των ίδιων και στράφηκαν ψάχνοντας καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών στην ιδιωτική κλινική του Άγιου Χαράλαμπου, από την οποία δηλώνουν ικανοποιημένοι μέχρι στιγμής.

Για την μειοψηφία τους, η νοσηλεία στην εν λόγω κλινική, αποτελεί την πρώτη τους και πριν από αυτή λάμβαναν αποκλειστικά την φαρμακευτική τους αγωγή σε πλαίσια φροντίδας στην κοινότητα.

6.2 Κεντρικός άξονας 2: Η αντίδραση της οικογένειας στα θεραπευτικά σχήματα στη φροντίδα στην κοινότητα

Υποκατηγορία: Η φροντίδα στο σπίτι-κοινότητα του ασθενούς

Η φροντίδα ήταν δύσκολη για τους συγγενείς

Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν πως ήταν για εκείνους αρκετά δύσκολη η φροντίδα του μέλους της οικογένειας που νοσεί στο σπίτι. Ανάλογα με το είδος και τον βαθμό συγγένειας παρουσιάστηκαν και ορισμένες διαφορετικές προκλήσεις που έπρεπε να αντιμετωπίσει ο καθένας. Στις περιπτώσεις τέκνων που νοσηλεύεται ο γονέας τους παρατηρήσαμε πως εκείνα αισθάνονται μια αντιστροφή ρόλων καθώς κλήθηκαν να αναλάβουν έναν ρόλο φροντιστή που μέχρι πρότινος είχε ο γονέας τους. Στις περιπτώσεις αδελφών είδαμε πως οι γονείς είτε έχουν αποβιώσει, είτε έχουν συγκεχυμένες αντιλήψεις για το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας, γεγονός που δυσχεραίνει την ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αναλαμβάνουν τα αδέρφια την φροντίδα ως καταλληλότερος συγγενής. Αναφορικά με τις περιπτώσεις που μιλήσαμε με γονείς παρατηρήσαμε να έχουν ακόμα εντονότερες ανησυχίες για το μέλλον των παιδιών τους συγκριτικά με τις δύο προαναφερθείσες περιπτώσεις, καθώς εκείνα βρίσκονται σε μια νεαρή ηλικία. Κοινός παρονομαστής σε όλους τους ερωτώμενους, ήταν το ψυχικό βάρος που επωμίστηκαν και το γεγονός ότι έχουν παραμερίσει προσωπικές τους ανάγκες για να είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στον απαιτητικό ρόλο του φροντιστή. Η επιβάρυνση συνήθως αφορά τις οικογενειακές καθημερινές συνήθειες καθώς και την σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Είναι χαρακτηριστικά τα παρακάτω αποσπάσματα:

«Όταν έχεις έναν άνθρωπο σε τέτοια κατάσταση κλέβεις στιγμές για τον εαυτό σου...δεν μπορείς να πάρεις αποφάσεις για την ζωή σου, για τον εαυτό σου πρέπει πάντα να είναι παράλληλα με το άτομο αυτό, με τις ανάγκες του ατόμου αυτού. Δηλαδή θα πας μέχρι εκεί που μπορείς να πας. Δεν είσαι ελεύθερος, δεν ζεις ελεύθερα... βέβαια λες είναι και επιλογή μου, θα μπορούσα να κοιτάζω την ζωή μου, να φύγω, αλλά δεν θα μπορούσα να το κάνω γιατί με κρατάνε συναισθηματικοί λόγοι και ακόμα και να έφευγα δεν θα μπορούσα να πάω να ζήσω ελεύθερα μετά θα αρρώσταινα

εγώ έχοντας στο πίσω μέρος του μυαλού μου ότι την άφησα, θα ήταν χειρότερη φυλακή» (Συνεντευξιαζόμενη 5).

«Κοιτάζτε, η διαχείριση της ασθένειας και της κατάστασης ήταν εντελώς ανθρώπινη, εξαιρετικά επώδυνη. Εγώ μπήκα στον χορό αφότου έφυγαν οι γονείς μου... στην προσπάθεια μου να τον βοηθήσω και στα επαγγελματικά και να μπορέσω να ανταποκριθώ σε διάφορους ρόλους από το άγχος και την πίεση περιέπεσα σε κατάθλιψη και έπαιρνα αγωγή. Αυτό όμως με έκανε να δω τα πράγματα πιο ανοιχτά για να μπορέσω να επιβιώσω, για να βάλω και προτεραιότητες... σε αυτά τα πράγματα η εμπειρία είναι πολύ τραυματική» (Συνεντευξιαζόμενος 3).

Υποκατηγορία: Τα κυριότερα ζητήματα που απασχολούν

Γενική τοποθέτηση

Αρχικά, οι περισσότεροι μετέχοντες τοποθετήθηκαν και θεωρούν ως κυριότερα ζητήματα την αποκατάσταση της υγείας του συγγενή τους, την αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στενού και ευρύτερου, το στρες και την ανησυχία που βιώνουν, τα εργασιακά θέματα και τις σχέσεις μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Αποκατάσταση υγείας ασθενή

Αναφορικά με την αποκατάσταση υγείας του ασθενή υπήρξαν διαφοροποιήσεις στις προσδοκίες των ερωτώμενων. Όσων οι συγγενείς είναι χρόνια διαγνωσμένοι και με διαταραχές, όπως αυτή της σχιζοφρένειας, ευελπιστούν περισσότερο στην σταθεροποίηση παρά στην βελτίωση της κατάστασης. Από την άλλη οι συγγενείς ασθενών με λίγα χρόνια διάγνωσης και με ηπιότερες διαταραχές έχουν μια περισσότερο αισιόδοξη οπτική πιστεύοντας πως η υγεία του συγγενή τους θα βελτιωθεί και θα υπάρξει η μελλοντική αποκατάστασή του, με την βοήθεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Αντίδραση κοινωνικού περιβάλλοντος

Το συγκεκριμένο ζήτημα πρόκειται γι' αυτό που απασχολεί περισσότερο όλους τους μετέχοντες. Η πλειοψηφία έχει μοιραστεί με τον στενό οικογενειακό κύκλο την νοσηλεία του συγγενούς τους, άλλοι με κανέναν και ορισμένοι και με κάποιους φίλους πέρα από τα μέλη της οικογένειας. Οι περισσότεροι πιστεύουν πως η κοινωνία δεν είναι έτοιμη να αποδεχτεί τόσο την ψυχική ασθένεια όσο και τα άτομα συνδεδεμένα με ψυχικά ασθενείς. Γνώριζαν ότι γενικά η έννοια του ψυχικά ασθενούς έχει ταυτιστεί με κάποιον που δημιουργεί πρόβλημα στον περίγυρό του, που είναι αντιπαθής,

δυσάρεστος και ανεπιθύμητος, κάτι που δημιουργεί στίγμα. Προβληματίζονταν πολύ σχετικά με το στίγμα και την προκατάληψη του κοινωνικού περίγυρου απέναντι στον ψυχικά ασθενή, τα οποία βέβαια καλλιεργούνται από την άγνοια, το φόβο και την έλλειψη σεβασμού προς την διαφορετικότητα. Έγινε εκτενής αναφορά στο στίγμα και πως αυτό επιφέρει ακόμα μεγαλύτερο ψυχικό βάρος σε όλα τα μέλη του οικογενειακού συστήματος.

«Κακά τα ψέματα, έχουμε μεγαλώσει, εμείς είμαστε και λίγο πιο μεγάλοι σε ηλικία, με ένα ταμπού για τα ψυχικά νοσήματα, στους ανθρώπους αυτούς βάζουμε ταμπέλες από το πιο απλό «του 'στριψε η βίδα» ... και όμως αυτά τα περιστατικά είναι τόσα πολλά και κλειδωμένα μέσα σε σπίτια και αποκαλύπτονται σε κλίμακα πλέον όταν έχουν φτάσει σε προχωρημένο στάδιο... και μένα στο βάθος με ενοχλεί να μάθει η γειτόνισσα ότι η κόρη μου νοσηλεύεται, γιατί δεν είναι η συμπεριφορά όλων των ανθρώπων καλοπροαίρετη. Υπάρχει μέσα μου ότι το παιδί μου θα στιγματιστεί και το αισθάνεται και η ίδια γιατί δεν μπορεί να λέει ψέματα» (Συνεντευξιαζόμενη 4).

Διατυπώθηκε και η άποψη από μερικούς ότι αποκρύπτουν την διάγνωση και την νοσηλεία του μέλους τους, ακόμα και σε συγγενικά πλαίσια σαν μια μορφή αυτοπροστασίας και άμυνας.

«Δεν θέλουμε να αναφερθούμε ούτε στα αδέλφια της αναλυτικά. Αυτό που παρουσιάζουμε είναι κάτι το αόριστο και έχουν δεχτεί και εκείνοι αυτό το αόριστο. Το έχουμε σε εισαγωγικά αποκρύψει, γιατί δεν κρύβεται. Δεν ρωτάνε, δεν μιλάμε, δεν απαντάμε, μιλάμε για άλλα θέματα δεν αναφερόμαστε για να μην υπάρξει το στίγμα, αυτή είναι η άμυνά μας» (Συνεντευξιαζόμενος 6).

Εκφράστηκε όμως και η γνώμη της «ευκαιρίας» που έχουν σαν συγγενείς ψυχικά ασθενών να εκμεταλλευτούν το βήμα που τους δίνεται και να επιχειρήσουν να ευαισθητοποιήσουν την κοινή γνώμη σχετικά με το θέμα της ψυχικής υγείας.

«Εγώ πλέον το θεωρώ ως μια εντελώς φυσιολογική κατάσταση, στο περιβάλλον μου δηλαδή όλοι ξέρουν πως ο αδελφός μου είναι στην κλινική και το παρουσιάζω και 'γω με έναν εντελώς φυσιολογικό τρόπο δεν προσπαθώ ούτε να υπαινιχθώ, ούτε τίποτα... Και στο χωριό που είναι το περιβάλλον στενό προσπαθώ κατά κάποιον τρόπο να προβληματίσω και τους ανθρώπους ότι ξέρετε τι υπάρχει ένα γονίδιο, μια αλυσίδα προς τα πίσω που αν κοιτάξεις λίγο πιο προσεκτικά κάποιες καταστάσεις μπορεί ο καθένας να βρει αντίστοιχα» (Συνεντευξιαζόμενος 3).

Στρες και ανησυχία

Κοινή τοποθέτηση αποτελεί ότι ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας η οικογένεια αντιμετωπίζει μια περίοδο δυσλειτουργίας, με δυσκολίες στη επίλυση προβλημάτων και έντονο στρες. Συνεπώς, έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές και δύσκολες συνθήκες ζωής στις οποίες για να προσαρμοστούν μαθαίνουν να ζουν με την αβεβαιότητα. Είδαμε πως οι ανησυχίες τους καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, από το αν έγινε η λήψη των φαρμάκων από το συγγενικό τους πρόσωπο, μέχρι το αν θα είναι σε θέση να εξακολουθήσουν να ανταποκρίνονται στον ρόλο του φροντιστή στο μέλλον και, αν όχι, ποιος θα αναλάβει τα καθήκοντά τους. Όλες αυτές οι ανησυχίες συμβάλλουν στην πρόκληση ενός μόνιμου αισθήματος φόβου και ανασφάλειας.

Ειδικότερα στις οικογένειες με συγγενή που νοσηλεύεται για μικρότερο χρονικό διάστημα, υπάρχουν οι πρόσθετες ανησυχίες για το πως θα προσαρμοστεί στο περιβάλλον της κλινικής και αν η απόφαση της εισαγωγής που πήραν ήταν η σωστή. Οι φροντιστές και τα μέλη της οικογένειας φοβούνται τη δική τους ανεπάρκεια στο να παρέχουν την πρακτική, σωματική και συναισθηματική υποστήριξη που χρειάζεται το άτομο που νοσεί. Μιλώντας για το συγκεκριμένο ζήτημα πολλοί ανέφεραν πως απομονώθηκαν, βίωσαν έντονο στρες, ένιωσαν ανασφαλείς οικονομικά και συναισθηματικά και απορροφήθηκαν από τη διαδικασία της φροντίδας. Υπήρχαν αμφιβολίες για το κατά πόσο οι ενέργειες στις οποίες προβαίνουν θα αποδειχτούν επωφελείς, αφού η κατάσταση ήταν δύσκολη και πρωτόγνωρη για εκείνους και αγνοούσαν βασικές γνώσεις για αυτήν. Εξαρτιόνταν από τους ειδικούς επαγγελματίες τόσο για την ενημέρωσή τους όσο και για τη λήψη της απαραίτητης υποστήριξης.

«Ήμωνα μια εβδομάδα ξύπνια, λέγαμε το χάσαμε το παιδί μας. Ήταν σοκ για εμάς και να διαχειριστούμε την κατάσταση και την νοσηλεία... Όταν δεν γνωρίζεις ένα πράγμα περνάνε πολλά από το μυαλό σου. Σκεφτόμουν συνέχεια τι κάνει εκεί μέσα, με ποιόν μιλάει, τι ζει, τι θα της αφήσει αυτό. Ο ενδοιασμός μας ήταν να μην τραυματιστεί ακόμα παραπάνω, να μην είναι άλλο ένα λιθαράκι αρνητικό σε όλα αυτά που της έχουν συμβεί» (Συνεντευξιαζόμενη 4).

Εργασιακά θέματα

Το σύνολο των ερωτώμενων αναφέρθηκε και στις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τους βίο. Ορισμένοι που η οικονομική κατάσταση της οικογένειας το επιτρέπει έχουν σταματήσει να εργάζονται για να είναι διαθέσιμοι οποιαδήποτε στιγμή ενδέχεται να τους χρειαστεί ο συγγενής τους. Άλλοι εξακολουθούν να εργάζονται με

μειωμένη ενέργεια και κίνητρο με την ψυχική τους εξάντληση να εκδηλώνεται και στον εργασιακό τους χώρο με αποτέλεσμα να είναι πολύ λιγότερο παραγωγικοί, βλέποντας πλέον την εργασία αποκλειστικά ως ένα βιοποριστικό μέσο. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι οικογένειες επιβαρύνονται οικονομικά σε μεγάλο βαθμό είτε από τις θεραπείες, είτε από την νοσηλεία στην Ιδιωτική Δομή γεγονός που καθιστά σε πολλές περιπτώσεις την διατήρηση της εργασία τους απαραίτητη για να είναι σε θέση να συνεχίζουν να ανταπεξέρχονται σε αυτά τα κόστη. Έχοντας αυτό στο πίσω μέρος του μυαλού τους, εντείνεται το άγχος και η ψυχική τους εξουθένωση. Είδαμε την περίπτωση του Συνεντευξιζόμενου 6, του οποίου η μητέρα νοσηλεύεται αυτή την περίοδο, και μας μίλησε για τις οικονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει στην προσπάθειά του να εξασφαλίσει τη νοσηλεία της στην κλινική. Αναφέρθηκε στις παράλληλες δαπάνες που υπάρχουν για τα παιδιά του, τις ανάγκες του νοικοκυριού του και στο πως σχεδόν κάθε μήνα ανταποκρίνεται με δυσκολία και οριακά αυτές τις οικονομικές απαιτήσεις.

«Εγώ είχα μια δουλειά από εδώ, μια από εκεί οπότε σταμάτησα να εργάζομαι μιας και δεν ήμουν η κύρια πηγή εισοδήματος για να είμαι διαθέσιμη όλες τις στιγμές για εκείνη και η ίδια κατάσταση υπάρχει και από τότε που έγινε η εισαγωγή της στην κλινική» (Συνεντευξιζόμενη 5).

*«Δεν διαχειρίζεται εύκολα, όταν ήμουν στην δουλειά να κάνω θεραπεία σε ασθενή μου και να πρέπει να είμαι εκεί *focused*, δυσκολευόμουν πολύ να σκεφτώ τι έχω μπροστά μου, το μυαλό μου δεν μπορούσε να ξεκολλήσει και έψαχνα στιγμές να εκτονωθώ» (Συνεντευξιζόμενος 7).*

Αναπτύσσεται και η άποψη ότι ειδικά στις περιπτώσεις νεαρών ασθενών, οι οικείοι τους να φοβούνται τον κοινωνικό και επαγγελματικό αποκλεισμό τους, ακόμη και την αυτοαπομόνωση σαν αντίδραση ψυχικά ασθενούς συγγενή τους όταν παρέλθει το χρονικό διάστημα της νοσηλείας τους. Αυτό παρατηρείται ειδικά σε περιπτώσεις γονέων που νοσηλεύεται το παιδί τους και δεν είχε αποκτήσει εργασιακές εμπειρίες πριν από την εισαγωγή του στην κλινική. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Συνεντευξιζόμενου 2 που νοσηλεύεται η νεαρή κόρη του για παραπάνω από μισό χρόνο και ανησυχεί για το αν θα μπορέσει να αναρρώσει πλήρως, αν η νοσηλεία θα αποτελέσει εμπόδιο στον επαγγελματικό της βίο και πως θα διαχειριστεί τις μελλοντικές της επιλογές. Διαπιστώνεται επιφυλακτικότητα όσον αφορά τη συνέχιση των σπουδών της ή την ανάγκη για απόκτηση εργασίας, αν αυτή τελικά αποδειχτεί να είναι μια αγχογόνα και πιεστική συνθήκη που ενδεχομένως επηρεάσει την κατάστασή της.

Σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον

Η ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της οικογένειας μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις σχέσεις στο οικογενειακό περιβάλλον. Όλοι συμφωνούν στο γεγονός ότι η νοσηλεία μπορεί να αλλάξει τους ρόλους και τις δυναμικές εντός της οικογένειας. Άτομα που πριν είχαν διαφορετικούς ρόλους μπορεί να αναλάβουν νέες ευθύνες για τη φροντίδα και τη στήριξη του ασθενούς. Επιπλέον οι περισσότεροι μετέχοντες αντιμετωπίζουν ένταση και δυσπιστία μεταξύ τους στην προσπάθεια τους να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που παρουσιάζει η ψυχική ασθένεια. Παρατηρήσαμε επίσης έντονες αλλαγές συναισθημάτων με κυρίαρχα αυτά της ενοχής και της απώλειας κατά τις αλλαγές που τελούνται στο μέλος που νοσηλεύεται.

Η ψυχιατρική διάγνωση ενός μέλους της οικογένειας μπορεί να αποτελέσει ταυτόχρονα ευκαιρία και κίνδυνο για τις σχέσεις στο οικογενειακό περιβάλλον. Αυτό εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια αντιμετωπίζει και ανταποκρίνεται στη διάγνωση. Οι περισσότεροι μετέχοντες το πρώτο διάστημα της διάγνωσης την αντιμετώπισαν ως κίνδυνο με αποτέλεσμα την κακή επικοινωνία μεταξύ των μελών με εκείνα να μην ξέρουν πως να αντιδράσουν ή να συζητήσουν για την κατάσταση. Βίωναν το στίγμα και την απομόνωση σε έντονο βαθμό και δεν βρίσκονταν σε θέση να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα στον ασθενή καθώς όλα τα παραπάνω είχαν συντελέσει στην διάσπασή τους και την διαιώνιση του άγχους τους. Μετά την επαφή τους με την ψυχιατρική κλινική και την κινητοποίηση τους με τη βοήθεια των επαγγελματιών άλλαξε ο τρόπος που έβλεπαν την διάγνωση του συγγενή τους και ξεκίνησαν να την βλέπουν σαν ευκαιρία. Άρχισαν να αποκτούν επίγνωση και κατανόηση σχετικά με τα ψυχικά ζητήματα και τις προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο συγγενής τους και αυτό ενίσχυσε την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση εντός της οικογένειας. Ήρθε η συνειδητοποίηση πως έπρεπε να ενώσουν τις δυνάμεις τους για να βοηθήσουν, τόσο το μέλος που έχει υποστεί την διάγνωση, όσο και τους ίδιους. Έτσι μέσω της αλληλοϋποστήριξης και της ενότητας οδηγήθηκαν στην ανάπτυξη μιας ενισχυμένης φροντίδας προς τον ασθενή. Τέλος, έγιναν πιο ευαισθητοποιημένοι και ανοιχτοί στην συζήτηση σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας.

«Τι να σας πω πλέον θα έλεγα είμαστε σαν σιαμαία, οι δυσκολίες αυτές μας έκαναν να δεθούμε πολύ, έχουμε πολύ έντονη σχέση. Και όλη η οικογένεια ενώθηκε πολύ, βρίσκω και 'γω την δική μου υποστήριξη σε αυτούς. Είναι πολύ σπουδαίο πράγμα όταν υπάρχει συνεννόηση, υπάρχει

αγάπη, κατανόηση και στα παράξενα...δεν ήταν πάντα έτσι όμως ειδικά στις αρχές» (Συνεντευξιαζόμενη 5).

Ωστόσο, δεν λείπουν και ορισμένοι, αν και μειοψηφία, που είδαν εξ' αρχής την διάγνωση του συγγενή τους ως ευκαιρία και αυτό είχε θετικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου και της ορθής της αντιμετώπισης με τις έγκαιρες παρεμβάσεις τους.

«Ήξερα πως θα ήταν μια πρόκληση για μένα, είμαι βλέπετε η μόνη συγγενής που έχει στην Ελλάδα οι υπόλοιποι είναι στο εξωτερικό. Αυτό λειτούργησε τελικά καλά σε μένα γιατί ένιωσα ότι είχα καθήκον να ανταποκριθώ όσο πιο γρήγορά μπορούσα στην κατάσταση... έτσι ήρθα σε επαφή με την κλινική και με την βοήθεια εκεί έχω πίστη πως τα πράγματα θα πάνε καλύτερα. Αν ξεπεράσει το θέμα με την εξάρτηση που είχε θα του είναι πιο εύκολο να ξεπεράσει και τα ψυχιατρικά θέματα που ήρθαν με αυτή» (Συνεντευξιαζόμενη 8).

6.3 Κεντρικός άξονας 3: Η αντίδραση της οικογένειας στην κλειστή φροντίδα (σύντομη ή μακροχρόνια)

Υποκατηγορία: Φορές και χρονικό διάστημα νοσηλειών

Μετά την διάγνωση της ασθένειας η οικογένεια ανίσχυρη να ανταποκριθεί στη φροντίδα του ασθενή, τις περισσότερες φορές καταφεύγει σε θεσμούς κλειστής περίθαλψης. Η πλειονότητα των μετεχόντων ανέφερε ότι το μέλος που νοσηλεύεται είχε νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν, πριν από την τρέχουσα περίοδο νοσηλείας. Οι προηγούμενες εμπειρίες από νοσηλείες του ασθενή αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την επιλογή του επόμενου χώρου νοσηλείας από την οικογένεια του. Από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε διαπιστώσαμε ότι οι περισσότερες οικογένειες έχουν αναζητήσει περισσότερες από μία ψυχιατρικές κλινικές για τη νοσηλεία του συγγενή τους. Αυτή η αναζήτηση συνήθως οφείλεται στο γεγονός ότι η οικογένεια δεν έμεινε ικανοποιημένη από τη φροντίδα του συγγενή της που παρείχε η προηγούμενη κλινική. Πιο συγκεκριμένα οι μετέχοντες αναφέρθηκαν στη στάση του προσωπικού, απέναντι στον ασθενή και στους ίδιους, στις εγκαταστάσεις και την καθαριότητα, στις θεραπευτικές μεθόδους και την ασφάλεια του ασθενή. Οι προηγούμενες νοσηλείες των περισσότερων ήταν δημόσιες ενώ ορισμένοι είχαν επιλέξει ιδιωτικές δομές. Τρεις από τους οκτώ ερωτηθέντες ανέφεραν ότι η παρούσα νοσηλεία αποτελεί την μοναδική των συγγενικών τους προσώπων. Παρά τις διαφορές στην διάρκεια των νοσηλειών, το μεγαλύτερο μέρος τους πρόκειται για βραχυπρόθεσμες. Η παρούσα νοσηλεία των περισσότερων έχει διαρκέσει από 2 μήνες έως και 5 έτη. Ωστόσο, υπάρχουν και

μεμονωμένες περιπτώσεις που είναι μακροχρόνιες με κάποιες να έχουν διαρκέσει πάνω από είκοσι χρόνια.

«Στο ψυχιατρικό νοσοκομείο που ήταν πριν από εδώ μόλις μπαίναμε μέσα μας έπιανε η ψυχή μας. Φαινόταν από το προσωπικό σαν να μην τους ένοιαζε για τον κόσμο εκεί μέσα. Το μέρος ήταν τόσο θλιβερό που το σκέφτεσαι και ανατριχιάζεις. Και οι πληροφορίες που είχαμε εμείς από τον γιατρό να σας πω την αλήθεια ήταν λίγες. Αλλά βλέπετε μας ήταν δύσκολο να πληρώσουμε τότε κάπου ιδιωτικά και ούτε σπίτι μπορούσαμε να τον έχουμε» (Συνεντευξιαζόμενη 1).

Υποκατηγορία: Συναισθήματα και προσδοκίες μέσα από τις νοσηλείες

Οι ψυχιατρικές νοσηλείες ενός μέλους μιας οικογένειας μπορεί να προκαλέσουν ποικίλα συναισθήματα στους συγγενείς του. Στο θέμα αυτό όλοι οι μετέχοντες επισήμαναν πως επικρατούσε αγωνία για την κατάσταση του αγαπημένου προσώπου τους και φόβος για την πορεία της ψυχικής του υγείας. Η αναμονή και η αβεβαιότητα σχετικά με το αν η νοσηλεία θα φέρει βελτίωση τους προκαλούσε ανυπομονησία ως προς το κατά πόσο θα ήταν εφικτή ή όχι η επιστροφή τους στο σπίτι και έντονο άγχος. Παράλληλα, η απογοήτευση είναι μια συναισθηματική αντίδραση που είδαμε να προκύπτει εάν οι αναμενόμενες βελτιώσεις δεν εμφανιζόταν ή αν η κατάσταση επαναλαμβανόταν.

Ιδίως σε ασθενείς με ιστορικό επαναλαμβανόμενων νοσηλειών η απογοήτευση και αποθάρρυνση μεγεθυνόταν με τους συγγενείς να φοβούνται ότι αυτή η πρακτική θα συνεχιστεί. Οι συγγενείς μπορεί να έχουν υψηλές προσδοκίες για βελτίωση μετά από μια νοσηλεία, αλλά όταν δεν βλέπουν σημαντική αλλαγή ή βελτίωση στην ψυχική κατάσταση του ψυχικά ασθενούς ατόμου, αισθάνονται απογοητευμένοι. Αυτό το συναίσθημα απορρέει από την αντίφαση ανάμεσα στις προσδοκίες και την πραγματικότητα, καθώς επίσης και από την αίσθηση ανικανότητας να βοηθήσουν αποτελεσματικά το μέλος που νοσηλεύεται. Αυτή η αίσθηση ανικανότητας συνήθως συνοδεύεται και από ενοχή. Είναι αναμενόμενο αυτή η επαναληψιμότητα να προκαλέσει εξάντληση στον συγγενή και να βρίσκεται σε σημείο να μην έχει την ενέργεια ή την ικανότητα να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις απαιτήσεις της φροντίδας και να φροντίσει για τον εαυτό του, όπως και αναφέρθηκε από πολλούς.

«Μας έχει κουράσει και εμάς όλο αυτό 2 και χρόνια τώρα. Και ό,τι και να κάναμε δεν μας φαινόταν να βελτιώνεται και δεν νομίζω πως πολυκαταλαβαίνει την κούρασή μας. Δεν ξέρω

πόσες φορές ακόμα μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία, προσπαθούμε να είμαστε κοντά της όσο μπορούμε αλλά δεν ξέρω και 'γω πόσο αισιόδοξοι πρέπει να είμαστε. Προσπαθούμε όμως να είμαστε με την βοήθεια του προσωπικού εδώ» (Συνεντευξιαζόμενος 2)

Οι προσδοκίες των περισσότερων αφορούν την ελπίδα για βελτίωση και την επαναφορά στην κανονικότητα. Οι συγγενείς ευελπιστούν πως η νοσηλεία θα βοηθήσει το πάσχον μέλος να ανακτήσει την ψυχική του υγεία και πως θα έρθει η μέρα που θα επανέλθει στην προηγούμενη κανονική του ρουτίνα. Άλλοι αντί για μόνιμη βελτίωση επιθυμούν σταθερότητα και ασφάλεια για το αγαπημένο τους πρόσωπο, θεωρώντας την επανάληψη νοσηλείων να αποτελεί απειλή για αυτή την αίσθηση. Προσδοκείται από όλους η αποφυγή επανάληψης νοσηλείας, η οποία θα σήμαινε μια πιθανή επανεμφάνιση των συμπτωμάτων και την επανάληψη των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι η προσδοκία της αποφυγής επανάληψης μπορεί να είναι φυσιολογική και κατανοητή, αλλά παράλληλα, η πολυπλοκότητα της ψυχικής υγείας μπορεί να κάνει δύσκολη την εξασφάλιση μόνιμης βελτίωσης. Τέλος, οι ερωτηθέντες ελπίζουν να βρουν υποστήριξη και για τον εαυτό τους καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τις προκλήσεις της φροντίδας και της νοσηλείας.

«Αυτό που ελπίζω είναι να περάσει αυτό το διάστημα και να μην ξαναχρειαστεί να περάσουμε το ίδιο πράγμα. Δεν μου αρέσει να την βλέπω κλεισμένη όσο καλές και να είναι οι συνθήκες δεν παύει να είναι μια φυλακή. Έχω ξεκινήσει και εγώ ψυχοθεραπεία για να μπορώ να μιλάω και να νιώθω λίγο πιο εντάξει με αυτό, να είμαι λειτουργικός πατέρας και σύζυγος, να μην πνίγομαι» (Συνεντευξιαζόμενος 6).

6.4 Κεντρικός άξονας 4: Οι επιπτώσεις στην οικογένεια εξ' αιτίας της νοσηλείας

Υποκατηγορία: Επιπτώσεις – Αλλαγή στις ισορροπίες

Είναι λογικό ότι με την εμφάνιση της ψυχικής νόσου σε κάποιο μέλος της οικογένειας, οι σχέσεις μεταξύ των μελών διαταράσσονται, μιας και η οικογένεια είναι συνήθως το πρωταρχικό δίκτυο υποστήριξης του ψυχικά πάσχοντος. Το ψυχικά ασθενές άτομο δεν λειτουργεί σαν μονάδα, μέσα σε γυάλινη φούσκα, αλλά μέσα σε συστήματα, που το πιο άμεσο και κοντινό σύστημα είναι η οικογένεια του, με την οποία βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση.

Διαταράσσονται λοιπόν, αυτονόητα, οι ισορροπίες στις σχέσεις των μελών, βγαίνουν από την σφαίρα του φυσιολογικού και εμφανίζονται διάφορες επιπτώσεις σε όλη την

δομή της οικογένειας, συνήθως αρνητικές στην πλειοψηφία τους. Επίκεντρο της οικογένειας, σε καθημερινή βάση είναι αυτό το άτομο και η διαχείριση των οικογενειακών σχέσεων, είτε είναι γονικές, είτε αδερφικές. Στις περιπτώσεις που είναι το παιδί το μέλος που νοσεί, είδαμε όλο το βάρος της προσοχής και της φροντίδας των γονέων ρίχνεται σε αυτό αποκλειστικά, παραμελώντας, τις περισσότερες φορές, τα άλλα παιδιά, τα οποία αδικούνται και μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα οι δικές τους ανάγκες και τα θέλω τους. Σύμφωνα με γονείς ερωτηθέντες κάποιες φορές έχουν αντιληφθεί ότι συμβαίνει αυτό, αλλά πιστεύουν ότι δεν το κάνουν εσκεμμένα και επίσης ότι «το άλλο μας παιδί είναι υγιές και δεν έχει ανάγκη την προσοχή μας». Επίσης συχνά υπάρχουν διαφωνίες, άλλοτε ελαφριές και άλλοτε πιο σοβαρές, μεταξύ των γονέων ως προς την διαχείριση του παιδιού-ασθενή, αλλά και της ίδιας της ψυχικής νόσου.

«Είχα και το άλλο παιδί που δεν έπρεπε να το περάσει όλο αυτό. Χρειαζόταν την βοήθεια μου, την στήριξη μου και δεν μπορούσα να του την δώσω τις στιγμές που το είχε ανάγκη γιατί το άλλο μου παιδί με χρειαζόταν περισσότερο. Έχει ζοριστεί και αυτός» (Συνεντευξιαζόμενη 4).

Αδέρφια ψυχικά ασθενών, είτε νεαρής ηλικίας είτε και πολύ μεγαλύτερης ηλικίας που ζουν και φροντίζουν τον ασθενή για πάρα πολλά χρόνια, επηρεάστηκαν σημαντικά σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Ενήλικα αδέρφια ασθενών ανέφεραν την προσωπική τους άποψη ότι ο πρόωρος θάνατος ενός από τους δύο γονείς τους συνέβη λόγω της αδυναμίας τους να διαχειριστούν την ψυχική ασθένεια του αδελφού τους. Τα νεαρά αδέρφια ένιωσαν την αδιαφορία των γονέων και πολλές φορές οι ανάγκες και τα «θέλω» τους παραγκωνίστηκαν. Επίσης, σε κάποια περίπτωση, οι αντιλήψεις των γονέων ήταν συγκεκριμένες πάνω στο θέμα της ψυχικής ασθένειας, γεγονός που δυσχεραίνει την ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς και είχε κατ' επέκταση ως αποτέλεσμα να αναλαμβάνουν τα αδέλφια την φροντίδα του ασθενούς. Ο Συνεντευξιαζόμενος 3, αδερφός ασθενή, πάσχων για 42 συνεχόμενα έτη, που οι γονείς έχουν αποβιώσει, αισθάνεται και ο ίδιος αλλά και κατ' επέκταση και η δική του οικογένειά όλα αυτά τα χρόνια, βαρύ το φορτίο της ευθύνης του αδερφού του αλλά και της αντιμετώπισης της νόσου.

«Αν ήταν και η μητέρα μου λίγο πιο ανοιχτή θα ήταν λίγο πιο ελαφριά τα πράγματα, τα έκανε δύσκολα πολλές φορές» (Συνεντευξιαζόμενη 5).

Στις περιπτώσεις του πάσχοντος γονέα οι ρόλοι αντιστράφηκαν, η αλληλεπίδραση μεταξύ γονέα και παιδιού δεν είναι υγιής. Ο γονέας, μητέρα ή πατέρας, αδυνατεί να

εκπληρώσει τον ρόλο του και να φροντίσει τα παιδιά του και τα παιδιά, η κόρη ή ο γιός, από την άλλη μεριά αισθάνονται και επιβαρύνονται με υπέρμετρη ευθύνη φροντίδας του πάσχοντα γονέα, αναλαμβάνοντας ρόλο φροντιστή, καταπιέζοντας ή παραγκωνίζοντας πολλές φορές τις δικές τους ανάγκες.

«Εγώ μένω το μεγαλύτερο μέρος της χρονιάς στο εξωτερικό, λίγους μήνες πριν γέννησε και η γυναίκα μου οπότε είναι δύσκολο να έχω το μυαλό μου εκεί όταν έχω το μυαλό μου και εδώ. Είναι σαν να έχω δύο παιδιά την μέμπα και την μητέρα μου.» (Συνεντευξιαζόμενος 7).

Υποκατηγορία: Κρίση - αντιμετώπιση

Εφόσον λοιπόν, διαταράσσεται η ισορροπία και η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια λόγω της ασθένειας που αντιμετωπίζει ένα μέλος της, ακολουθεί μία κρίση. Η παρέμβαση της οικογένειας στη διαχείριση της ψυχικής νόσου μπορεί να είναι αναποτελεσματική για μια σειρά αιτιών. Η οικογένεια μπορεί να είναι αρνητικά προκατειλημμένη απέναντι στην ψυχική νόσο ή να αγνοεί βασικές γνώσεις για αυτήν. Αυτό ανέφεραν όλοι οι ερωτηθέντες ότι αντιμετώπισαν κατά τα αρχικά στάδια και ειδικά πριν την διάγνωση της ασθένειας, καθώς η άγνοια δημιουργεί φόβο, αποξένωση, στίγμα και άρνηση. Η διαχείριση της ψυχικής νόσου στο οικογενειακό περιβάλλον είναι δύσκολη και απαιτητική εξ' ορισμού και ενδέχεται να επιβαρύνει συναισθηματικά όσους την έχουν αναλάβει. Οποιαδήποτε θεραπεία προτάθηκε από ειδικούς, συνήθως δεν είχε το αναμενόμενο αποτέλεσμα όταν ο ασθενής ζούσε σε ένα οικογενειακό περιβάλλον επικριτικό, αρνούμενο να παραδεχτεί την παρουσία ψυχικής νόσου, ή έντονα φοβικό ότι αν την παραδεχτεί, αυτό θα επιδράσει αρνητικά στην καθημερινότητα του ατόμου και της οικογένειας. Από τους ερωτηθέντες συγγενείς εκείνοι που είχαν ασθενείς με ηπιότερες διαταραχές και λίγα χρόνια διάγνωσης, αντιμετωπίζουν την κρίση στην οικογένεια με πιο αισιόδοξη οπτική, πιστεύοντας πραγματικά πως η υγεία του συγγενή τους θα βελτιωθεί. Από την άλλη, οι συγγενείς των χρόνια διαγνωσμένων και βαρύτερων περιπτώσεων, όπως των σχιζοφρενών, πέρασαν από πολλά στάδια, ξεκινώντας από την άρνηση της ασθένειας, που συνοδευόταν από την άγνοια. Στα αρχικά στάδια της διάγνωσης όλο αυτό τους φάνταζε σαν κίνδυνος, πάλευαν με την αποδοχή ή μη, την αντιμετώπιση του στίγματος από τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο, και φτάνοντας, μετά από χρόνια και αφού δέχτηκαν την φροντίδα των ειδικών, στην πλήρη αποδοχή. Συνειδητοποιημένοι πλέον

απέναντι στην ασθένεια του δικού τους προσώπου, ευελπιστούν στην σταθεροποίηση της κατάστασης και όχι τόσο στην βελτίωση ή στην πλήρη ίασή της.

«Θυμάμαι όταν πρωτοδιαγνώστηκε, είχαμε και το θέμα με τα ναρκωτικά και τις καταχρήσεις του και ήμουν και 'γω μόνη μου, η μητέρα του δεν ζει, ο πατέρας του είναι στον Καναδά. Ανησυχούσα πολύ πως θα τα αντιμετωπίζαμε όλα αυτά και εκείνος δεν ήταν στην αρχή δεν ήθελε να έρθει στην κλινική. Τελικά ήρθε οικειοθελώς, σαν την μόνη του συγγενή εδώ κάνω μεγάλη προσπάθεια και με την βοήθεια εδώ νιώθω και 'γω πολύ πιο ενημερωμένη και σίγουρη ότι μπορούμε να είμαστε καλύτερα, αν και η ζωή μου έχει επηρεαστεί πολύ» (Συνεντευξιαζόμενη 8).

Όλοι οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι στα αρχικά στάδια της διάγνωσης, οι οικογένειες βίωναν ένα φοβικό περιβάλλον, και τα μέλη τους αντιδρούσαν και αλληλεπιδρούσαν αρνητικά. Αυτό επιδείνωνε τα συμπτώματα του ατόμου, το έκανε να νιώθει ένοχο και ανεπαρκές και έτσι δημιουργούταν ένας φαύλος κύκλος επίρριψης ευθυνών που ήταν δύσκολο να παύσει. Ακόμη και κατά την περίοδο των συνεντεύξεων, υπήρξαν εμφανείς διαφωνίες μεταξύ μητέρας και πατέρα ασθενών, όπως μας ανέφεραν. Οι μητέρες γενικά ήταν πιο διαλλακτικές, πιο υποστηρικτικές στα παιδιά τους και αποζητούσαν την επιστροφή τους στο σπίτι, πιστεύοντας πολύ περισσότερο στην ολική αποκατάσταση της υγείας τους, κάνοντας παράλληλα και όνειρα για το μέλλον τους. Οι πατεράδες, από την άλλη μεριά, κρατούσαν μία επιφυλακτική στάση απέναντι στους ειδικούς και τις θεραπείες, λειτουργούσαν πιο αυστηρά απέναντι στο παιδί, του επέρριπταν κάποιες ευθύνες για την κατάστασή του, αλλά και την γενική ανισορροπία στην οικογένεια. Παρακάτω παραθέτουμε δύο αποσπάσματα μητέρων και ένα πατέρα για να αποτυπωθεί η διαφορά στην οπτική τους.

«Θέλω απλά να τον δω να έρχεται σπίτι και να είναι καλά. Για εκείνον βρίσκουμε πάντα την όρεξη να κάνουμε τα πάντα φτάνει να είναι αυτός καλά. Και τον βλέπω είναι καλύτερα και φαίνεται και από τον τρόπο που μας μιλάει και ας έχει ακόμα κι άλλα βήματα να κάνει» (Συνεντευξιαζόμενη 1).

«Το καλό είναι ότι μας έχει πει τα λάθη που έκανε και είναι εδώ τώρα, εγώ όμως δεν μπορώ να πιστέψω ότι το λέει και το εννοεί. Το λέει τώρα και όντως το πιστεύει; Ή το λέει για να ικανοποιήσει τον πατέρα της και την μάνα της; Αν το λέει έτσι δεν το θέλω καν... Ελπίζω έστω να μιλάει στους ανθρώπους εδώ» (Συνεντευξιαζόμενος 2)

Τον Συνεντευξιαζόμενο 2 συνόδευε η σύζυγός του η οποία συμμετείχε σε ορισμένες φάσεις της συνέντευξης συμπληρώνοντας τον ίδιο. Την βλέπουμε να έχει μια διαφορετική ερμηνεία για το ίδιο συμβάν:

«Δεν προσποιείται το λέει και το νιώθει κιόλας. Εντάξει μπορεί να έχει μέσα της κάποια πράγματα αλλά τα έχει δει τα λάθη της» (Σύζυγος συνεντευξιζόμενου 2).

Σιγά σιγά όμως και πάντα μετά την εξωτερική παρέμβαση από ειδικούς ή τον εγκλεισμό του ασθενή σε δημόσια ή ιδιωτική δομή, η οπτική όλων άλλαξε, τα μέλη των οικογενειών βοηθήθηκαν σημαντικά από τους επαγγελματίες, μέσω της ενημέρωσης για την ασθένεια, της εκπαίδευσης και της προτροπής για ένα πιο θετικό φίλτρο επεξεργασίας της πραγματικότητας. Η κρίση άρχισε να ξεπερνιέται και οι σχέσεις των μελών να ομαλοποιούνται σε μεγάλο βαθμό.

Υποκατηγορία: Βοήθεια - από ποιους

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το οικογενειακό περιβάλλον ήθελε και ήταν διατεθειμένο να στηρίξει το άτομο, όμως δε γνώριζε πώς. Τα μέλη της οικογένειας του πάσχοντος, είτε ήταν γονείς, είτε αδέρφια, είτε παιδιά δεν είχαν πρότερη γνώση του τι ακριβώς συμβαίνει στο αγαπημένο τους άτομο και τι έπρεπε να κάνουν. Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων φάνηκε η συναισθηματική τους εξουθένωση. Από την στιγμή που αναζήτησαν και δέχτηκαν την φροντίδα και την συμπαράσταση των ειδικών στους οποίους απευθύνθηκαν - ιδιώτες Ψυχολόγοι και Ψυχίατροι, Δημόσιες Δομές Υγείας, Ιδιωτική Κλινική με όλη την επιστημονική ομάδα - έλαβαν την κατάλληλη καθοδήγηση και υποστήριξη, ξεπέρασαν κατά πολύ το στάδιο της συναισθηματικής εξουθένωσης, δραστηριοποιήθηκαν και οι ίδιοι απέναντι στην θεραπεία του δικού τους ανθρώπου με μία πιο θετική στάση, όπως παραδέχτηκαν και οι ίδιοι. Η παρέμβαση των ειδικών και η πολύτιμη βοήθειά τους αποτέλεσε για τους συγγενείς ένα είδος ερεθίσματος που κατάφερε να εξισορροπήσει την αρχική διατάραξη που προκάλεσε το εξωτερικό γεγονός (διάγνωση της ψυχικής ασθένειας) που οδήγησε στην κρίση. Αυτή η αλλαγή στην διαχείριση από τους συγγενείς και η αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των μελών της οικογένειας, στις περισσότερες περιπτώσεις, επίδρασε θεραπευτικά ενισχύοντας κατ' επέκταση και την δράση της θεραπείας.

«Κάτι τέτοιο σε πιάνει πολύ απροετοίμαστο ειδικά όταν δεν ξέρεις και ακριβώς περί τίνος πρόκειται. Θυμάμαι ήθελα πολλές διευκρινήσεις ακόμα και στην εξήγηση της διαταραχής. Μας βοήθησε πολύ το προσωπικό να καταλάβουμε καλύτερα τι συμβαίνει και πως μπορούμε να την προσεγγίζουμε πιο σωστά και σήμερα νιώθω και εγώ και η γυναίκα μου πολύ πιο καλά και μεταξύ μας και με εκείνη» (Συνεντευξιζόμενος 7).

Το κατά πόσο η οικογένεια θα μιλούσε για το ψυχικά ασθενές μέλος της σε άλλους συγγενείς ή άτομα του φιλικού περιβάλλοντος, ήταν κάτι που απασχόλησε πολλούς από τους ερωτηθέντες και η διαχείριση ήταν διαφορετική κατά περίπτωση. Η άγνοια για την ψυχική νόσο σε μεγάλη μερίδα του κοινωνικού συνόλου, καθιστά εύκολο το να δημιουργηθούν εικασίες και ψευδείς πληροφορίες ως προς τη φύση του ψυχικού νοσήματος. Η πλειοψηφία όσων ρωτήθηκαν έχουν μιλήσει και έχουν ζητήσει την συμπαράσταση του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, πιστεύοντας ότι κατά κάποιο τρόπο, το συναισθηματικό φορτίο μοιράζεται και έτσι ελαφρύνεται. Κάποιοι άλλοι μίλησαν και σε κάποιους στενούς φίλους πέρα από τα μέλη της οικογένειας, αναφέροντας την περίπτωση αδερφού ασθενή, Συνεντευξιαζόμενου 3 που κάνοντας την «δημοσιοποίηση» της ασθένειάς του, ευελπιστούσε να ευαισθητοποιήσει τους γύρω του πάνω στο θέμα της ψυχικής ασθένειας και να απομυθοποιήσει ό,τι αρνητικό υπάρχει γύρω από αυτήν.

Φαίνεται όμως από τις απαντήσεις τους, ότι και σε αυτούς τους προβληματισμούς και τις φοβίες τους, δέχθηκαν μεγάλη βοήθεια από την επιστημονική ομάδα (ψυχίατρος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος) της κλινικής, που λειτούργησε υποστηρικτικά και ενθαρρυντικά απέναντί τους.

6.5 Κεντρικός άξονας 5: Αναστοχασμός. Η σημασία της ψυχικής νόσου ενός μέλους που πάσχει από ψυχική νόσο για την οικογένεια

Υποκατηγορία: Τα συναισθήματα της οικογένειας σήμερα

Καθ' όλη την διεξαγωγή της ερευνάς μας είδαμε πως η σημασία της ψυχικής νόσου ενός μέλους για την οικογένεια είναι έντονη και πολύπλευρη. Η νόσος επηρεάζει τις συναισθηματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαδικασίες της οικογένειας, αποτελώντας μια πρόκληση που απαιτεί από όλους την αντιμετώπιση και την προσαρμογή.

Οι περισσότεροι μετέχοντες συγκλίνουν στην άποψη ότι τα κυρίαρχα αισθήματα τους σήμερα εξακολουθούν να είναι η ανησυχία και ο φόβος. Η αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της νόσου και το πώς θα επηρεάσει την καθημερινότητά τους δημιουργεί προβληματισμό και ενίοτε ένταση. Οι επιπτώσεις της νόσου είναι πιο έντονες όταν η νοσηλεία διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, ή όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει μια χρόνια κατάσταση.

Ωστόσο εκφράστηκε από την πλειονότητα των συγγενών πως τα παραπάνω αισθήματα μετριάζονται όσο η κατάσταση του ασθενή βελτιώνεται, η οικογένεια αντιλαμβάνεται μια αίσθηση ψυχραιμίας, δύναμης και ανακούφισης. Η βελτίωση της υγείας του ασθενούς φαίνεται να αναζωογονεί την ελπίδα και ενισχύει την αίσθηση ασφάλειας. Η επιμονή της οικογένειας να υπερνικήσει τις δυσκολίες της νόσου τους χαρίζει δύναμη και αισιοδοξία για το μέλλον.

Υποκατηγορία: Τα σημαντικά προβλήματα και η αντιμετώπισή τους σήμερα

Τα σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες σήμερα διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της νόσου, την ηλικία του ασθενούς και το διάστημα της νοσηλείας του.

Οι οικογένειες με ασθενείς που βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία είναι αντιμετώπιες με την ανάγκη να φροντίζουν και να υποστηρίζουν τη σωματική υγεία τους πέρα από την ψυχική. Σε αυτήν την περίπτωση, το βασικό ζήτημα είναι η διατήρηση της συνολικής ευεξίας τους και η δυνατότητα να διαχειρίζονται τις προκλήσεις της ηλικίας κάτι που εξασφαλίζουν με τακτικές ιατρικές εξετάσεις και συχνή παρακολούθηση της σωματικής τους υγείας.

«Όσο περνάνε τα χρόνια ξέρετε και επειδή αυτοί οι άνθρωποι επιδίδονται συχνά σε καταχρήσεις χωρίς να το καταλάβουν, εμένα το πρόβλημα του αδελφού μου ήταν το τσιγάρο. Αυτός πρόπερσι νοσηλεύτηκε 6 φορές σε κλινική και το μεγάλο μου άγχος εμένα κάθε φορά που με παίρνουν τηλέφωνο είναι αυτό, μην έχει συμβεί κάτι να τρέχουμε στην κλινική πάλι... φοβόμουν τις παρενέργειες από τις υπερβολές αυτές με τα τσιγάρα και τα φάρμακα» (Συνεντευξιαζόμενος 3).

Για τις οικογένειες με νεότερους ασθενείς που αντιμετωπίζουν νέες νοσηλείες, το κύριο πρόβλημα είναι πώς εκείνοι θα μπορέσουν να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό μέλλον παρά την παρουσία της νόσου. Η προσαρμογή στο πλαίσιο μιας κλινικής και η δυνατότητα να βρουν υποστήριξη και αντιμετώπιση των προκλήσεων είναι καίρια για την επιτυχή αντιμετώπιση της κατάστασης. Καταβάλλεται προσπάθεια για συνεχή επαφή με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι τους υποδεικνύουν ορισμένες κατευθυντήριες για την παροχή σωστής φροντίδας για τη διαχείριση της ψυχικής νόσου.

«Αν υπάρχουν άνθρωποι να την βοηθήσουν έχει πιθανότητες να γίνει καλά. Το θέμα είναι από εδώ και πέρα να μην αποκόψει από αυτούς τους ανθρώπους εδώ πέρα. Ακόμα και να επιστρέψει στην σχολή της μετά από εδώ πρέπει να υπάρχει μια επαφή, αλλά να υπάρχει επαφή συνέχεια, όχι ανά 6 μήνες ή 1 χρόνο. Να έρχεται κάθε μήνα κάθε εβδομάδα, τακτικά μέχρι να σταθεί στα πόδια της σιγά σιγά» (Συνεντευξιαζόμενος 2).

Στις περιπτώσεις της συννοσηρότητας με ουσίες, εκφράστηκε η άποψη πως η μεγαλύτερη δυσκολία είναι να αποφευχθεί η υποτροπή, όταν αντιμετωπίζονται τα ψυχιατρικά προβλήματα. Επιχειρείται έτσι η υποστήριξη και η θεραπεία για την αντιμετώπιση της διπλής πρόκλησης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών μέσα στο κλινικό πλαίσιο και η διατήρηση επαφής με εκείνο και όταν παρέλθει το διάστημα της νοσηλείας.

«Όταν θα έρθει σπίτι τι θα γίνει; Αν πει ας πούμε να βγει μια βόλτα δεν ξέρω τι μπορεί να πάει να κάνει. Θυμάμαι όταν ήταν στις ουσίες δεν μας μιλούσε, δεν μας έλεγε τι τον προβλημάτιζε. Πάντα ψέματα έλεγε και μας έλεγε ότι οι φίλοι του τον αγαπάνε πιο πολύ από εμάς, τους εμπιστευόταν πιο πολύ. Πρέπει να μας εμπιστευτεί και να τον εμπιστευτούμε να πάρουμε δύναμη ο ένας από τον άλλο και να προχωράμε για να μην γίνουν τα ίδια λάθη» (Συνεντευξιαζόμενη 1).

Υποκατηγορία: Προσδοκίες από το μέλλον

Κοινή τοποθέτηση αποτελεί ότι οι προσδοκίες από το μέλλον αναθεωρούνται λόγω της ψυχικής νόσου. Το σύνολο των συνεντευξιαζόμενων κατανοεί πως ο δρόμος προς την ανάρρωση είναι μακρύς και έχουν προσαρμόσει τις προσδοκίες τους ανάλογα.

Σε ασθενείς που έχουν υπάρξει βελτιώσεις στην πορεία της νόσου βλέπουμε τους συγγενείς να είναι παραπάνω αισιόδοξοι και αποφασισμένοι να συμβάλλουν στην δημιουργία ενός υγιούς περιβάλλοντος στο σπίτι όταν παρέλθει το διάστημα της νοσηλείας. Προσδοκάται η ανάκτηση της ψυχικής ισορροπίας, η απόκτηση αυτοπεποίθησης και εσωτερικής δύναμης καθώς και η δυνατότητα σταδιακής αυτονομίας για τους ασθενείς.

«Και τώρα που τον βλέπω καλύτερα και είμαι πιο αισιόδοξη και πάλι με απασχολεί σαν θέμα. Θέλω να σταθεί στα πόδια του, να βρει τον εαυτό του, να πιστέψει στον εαυτό του πάνω απ' όλα να τα αφήσει όλα πίσω, να μαζέψει τα κομμάτια του σιγά σιγά και να προχωρήσει μπροστά όπως εκείνος θέλει...δεν μπορώ να του επιβάλλω κάτι σαν μάνα, μόνο να τον συμβουλευτώ» (Συνεντευξιαζόμενη 1).

Σε χρόνιους ασθενείς που δεν έχουν παρατηρηθεί βελτιώσεις οι προσδοκίες που εκφράζονται από την οικογένεια αποτυπώνουν την επιθυμία για σταθερότητα, ευσυνειδησία και σεβασμό προς το μέλος που πάσχει. Υπάρχει η επιθυμία να διατηρηθούν τα θετικά χαρακτηριστικά και οι αξίες της προσωπικότητάς τους, να μην χάσουν τον εαυτό τους μέσα από την νόσο.

«Εγώ τώρα αυτό το οποίο προσδοκώ είναι αν μπορεί να υπάρξει μια ισορροπημένη κατάσταση όπως είναι τώρα δηλαδή και αυτό που επίσης ειλικρινά προσδοκώ είναι να φύγει αυτός πρώτα από μένα, γιατί αν δεν συμβεί αυτό θα αναλάβει το βάρος η γυναίκα μου και θα ήταν τρομερή αδικία ένας τρίτος άνθρωπος να το επωμιστεί, που τόσο μου έχει συμπαρασταθεί. Θέλω επίσης να τον δω να κρατάει τα όμορφα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του που τον κάνουν να είναι μια τόσο ευγενική παρουσία» (Συνεντευξιαζόμενος 3).

Ωστόσο σε ασθενείς που η νοσηλεία τους είναι βραχυπρόθεσμη ως τώρα και δεν έχουν εμφανιστεί βελτιώσεις, οι συγγενείς τρέφουν ελπίδα για ανάρρωση και ευημερία θεωρώντας πως η ψυχική ασθένεια δεν είναι μια παγιωμένη και αμετάβλητη συνθήκη. Ευελπιστούν πως θα έρθει η μέρα που θα απαλλαχθούν από το βάρος της νόσου και θα είναι σε θέση να συμμετέχουν πλήρως στην οικογενειακή ζωή.

«Θέλω να ξαναέρθει όσο πιο κοντά στον παλιό της εαυτό γίνεται. Να την δω να χαμογελάει και να ξέρω ότι είναι ένα αληθινό χαμόγελο που δεν κρύβει τόση λύπη από πίσω, η οποία την έφερε εδώ που είναι σήμερα. Ελπίζω να είναι σε θέση να χαρεί τα παιδιά και τα εγγόνια της όταν τελειώσει η νοσηλεία της και να δει πόσο όμορφα πράγματα έχει να πάρει από την ζωή» (Συνεντευξιαζόμενος 7).

7. Συμπεράσματα

7.1 Συμπεράσματα- συζήτηση αποτελεσμάτων

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας αποσκοπεί στην σκιαγράφηση των στάσεων και των αντιλήψεων, γενικά της οπτικής, την οποία έχουν τα μέλη της οικογένειας για την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της.

Για την συστημική θεωρία και σκέψη, ο άνθρωπος, η οικογένεια και η κοινότητα είναι συστήματα ζωντανά, εφόσον τα μέρη τους αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Είναι σημαντικό, λοιπόν να εξετάζεται το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει το άτομο, δηλαδή η οικογένεια, καθώς και οι δυναμικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του, κάτι το οποίο δίνει την δυνατότητα στους ειδικούς να παίρνουν πληροφορίες για τους παράγοντες που πυροδοτούν μια κρίση, όπως επίσης, την

εμφάνιση, τη διάρκεια, την ένταση και τις μεθόδους επίλυσης της κρίσης (Κουρέτα, 2020). Από τις συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν προκύπτουν απαντήσεις, οι οποίες, γενικά ανταποκρίνονται στα ερευνητικά ερωτήματα που είχαμε θέσει εξαρχής.

Με την διάγνωση της ασθένειας και την αρχική νοσηλεία του ασθενούς στο σπίτι, ξεκινάει για όλα τα μέλη της οικογένειας η κρίση. Αλλά και για το διάστημα που προηγήθηκε της επιστημονικής διάγνωσης. Διότι στις περισσότερες περιπτώσεις, ενδείξεις και συμπτώματα προϋπήρχαν, όμως μέχρι να ξεπεραστεί η άρνηση και η εθελουφλία και να απευθυνθούν σε ειδικό (ψυχίατρο, ψυχολόγο ή δομή) και να γίνει η διάγνωση πέρασε ένα χρονικό διάστημα.

Η οικογένεια, όπως είναι φυσικό, για όλους τους ασθενείς μας ήταν το πρωταρχικό δίκτυο υποστήριξης τους. Με την διάγνωση της ασθένειας, όλοι οι μετέχοντες ανέφεραν ότι τα μέλη της οικογένειας επιβαρύνθηκαν συναισθηματικά. Γενικά υπήρχαν συναισθήματα φόβου, για την πορεία της ασθένειας και για την εικόνα που παρουσίαζε ο δικός τους άνθρωπος, θλίψης, ενοχής, μήπως έφταιγαν οι ίδιοι για την εμφάνιση της ασθένειας, άρνησης να το αποδεχτούν και να το δημοσιοποιήσουν, ακόμα και στον ειδικό επιστήμονα. Τα οικογενειακά στερεότυπα αποδομήθηκαν, υπήρξε αποσταθεροποίηση του θεσμού, οι ισορροπίες άλλαξαν, μεταξύ γονέων και των άλλων παιδιών, μεταξύ μητέρας-πατέρα, μεταξύ αδελφών. Το καθολικό ποσοστό των ερωτηθέντων συγγενών παραδέχεται ότι το ψυχικό βάρος που επωμίστηκαν ήταν πολύ μεγάλο, δεν ήταν έτοιμοι για κάτι τέτοιο, ούτε εκπαιδευμένοι αρχικά γι' αυτό και ως συνέπεια αναγκάστηκαν να παραμερίσουν προσωπικές τους ανάγκες, μιας και ήταν ανάγκη να ανταπεξέλθουν στον απαιτητικό ρόλο του φροντιστή. Φαίνεται ότι αυτό το βάρος ήταν μεγαλύτερο για τα αδέρφια ασθενών, που οι γονείς είχαν φύγει από την ζωή, και για τα τέκνα, που και από νεαρή ηλικία, αναγκάστηκαν να φροντίσουν γονείς-ασθενείς. Με την διάγνωση της ασθένειας, πέρα από τα συναισθήματα με τα οποία είχαν να παλέψουν, υπήρχαν και άλλα σοβαρά ζητήματα, όπως η αποκατάσταση της υγείας του συγγενή τους, άρα η εξεύρεση ειδικών επιστημόνων και σε δεύτερο χρόνο κλινικής για την νοσηλεία, αλλά και η αντίδραση του ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, το στρες και η ανησυχία, η διαχείριση των εργασιακών θεμάτων, των προσωπικών, αλλά και του ασθενούς, και οπωσδήποτε, οι σχέσεις μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Γενικά, από τις απαντήσεις των μετεχόντων φαίνεται καθαρά ότι κατά την περίοδο προ νοσηλείας, οι

οικογένειες αντιμετώπισαν μια περίοδο έντονου στρες, αβεβαιότητας, δυσλειτουργίας και με δυσκολίες στη επίλυση προβλημάτων.

Με την απόφαση για νοσηλεία του δικού τους ανθρώπου, υπήρχε στην αρχή η αμφιβολία αν η απόφαση που πήραν ήταν σωστή. Εξαρτώνται όμως πλέον από τους ειδικούς επαγγελματίες τόσο για να ενημερωθούν όσο και για να λάβουν την απαραίτητη υποστήριξη. Με τη βοήθεια τους κινητοποιήθηκαν, άλλαξε ο τρόπος που έβλεπαν την διάγνωση του συγγενή τους και ξεκίνησαν να την βλέπουν σαν ευκαιρία. Πλέον έγιναν αποδέκτες υπεύθυνης ενημέρωσης (για την κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και τη θεραπεία της), εκπαίδευσης (για να αποκτήσουν δεξιότητες αντιμετώπισης της ασθένειας και των προβλημάτων της) και υποστήριξης (συναισθηματικής και πρακτικής). Έτσι επέρχεται στην οικογένεια και στα μέλη της μία σχετική ηρεμία, οπλίζονται ενάντια στην άγνοια και βοηθούνται στην κατανόηση, την αποδοχή και τη διαχείριση της ασθένειας. Επίσης αρκετοί από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι τα αρνητικά συναισθήματα συνεχίζουν να υπάρχουν, όμως μετριάστηκαν κατά πολύ και παράλληλα υπήρξε συσπείρωση της οικογένειας, αλληλοκατανόηση και ενσυναίσθηση για το πώς αισθάνεται το κάθε μέλος και αλληλοβοήθεια στην αντιμετώπιση της ασθένειας του ανθρώπου τους και την κατάσταση της νοσηλείας του στην κλινική.

Σαν συμπέρασμα, λοιπόν, βάσει των ερωτηματολογίων, κατά το πρώτο στάδιο της διάγνωσης της ασθένειας, η συνοχή της οικογένειας κινδύνεψε σε σοβαρό βαθμό, λόγω των αρνητικών, ψυχικά συναισθημάτων που βίωναν όλοι. Αυτή η κατάσταση άλλαξε με την νοσηλεία του ασθενή, σε συσπείρωση και συνοχή, ως αποτέλεσμα της ψυχοκοινωνικής στήριξης από τους ειδικούς Ψυχικής Υγείας. Παρατηρήθηκαν, βέβαια, διακυμάνσεις βάσει του κοινωνικοπολιτισμικού και γεωπολιτικού υπόβαθρου μέσα στο οποίο ζει η οικογένεια, δηλαδή όσοι ζούσαν σε μικρές κοινωνίες, ανέπτυσαν μία διαφορετική οπτική στο ζήτημα της ψυχικής ασθένειας, συγκριτικά με αυτούς που ζούσαν στον αστικό ιστό. Οι πρώτοι βίωναν πολύ πιο έντονα συναισθηματικά το κομμάτι του στίγματος και της μη αποδοχής από ότι οι δεύτεροι. Αυτή η στάση βέβαια δεν είναι αδικαιολόγητη αν σκεφτούμε ότι οι μύθοι και τα στερεότυπα που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια αλλά και η ελλιπής πληροφόρηση του συνόλου των πολιτών αυξάνουν δραματικά τον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους. Από τις απαντήσεις που έδωσαν κάποιοι από τους

ερωτηθέντες, αποκαλύφθηκε η θέση που έχει ο ψυχικά ασθενής στην τοπική κοινωνία στην οποία ζούσαν.

Από τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων, συμπεραίνουμε ότι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες κατά την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της είναι, αρχικά η ανησυχία και το άγχος τους για την πορεία της ασθένειας του δικού τους ανθρώπου και τον χρόνο νοσηλείας του. Σε αυτό το σημείο συμπεράναμε πως οι μητέρες ήταν πιο συνειδητοποιημένες αλλά και αισιόδοξες για την επιστροφή του παιδιού στο σπίτι συγκριτικά με τους πατέρες. Επιπλέον, ο χρόνος νοσηλείας, που σχετίζεται όμως με το είδος της ψυχικής ασθένειας, παίζει ρόλο στις συναισθηματικές αντιδράσεις των οικείων, καθώς η μεγάλη διάρκεια νοσηλείας στην κλινική, έδειξε πιο συνειδητοποιημένους, για την κατάσταση, συγγενείς, ενώ αντίθετα όταν απαιτείται πολύ μικρότερο διάστημα νοσηλείας στην κλινική, οι συγγενείς βρίσκονται ακόμη σε έντονα φορτισμένη συναισθηματική κατάσταση. Θα προσθέσουμε και την οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας ως στρεσογόνο παράμετρο (νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική, ιδιώτες ψυχίατροι, ψυχολόγοι κ.λ.π.), που φάνηκε να τους προβληματίζει ιδιαίτερα.

Ένα ακόμα σημαντικό συμπέρασμα είναι πως οι γονείς ανησυχούν ιδιαίτερα για την μετά την νοσηλεία επαγγελματική πορεία και αποκατάσταση των παιδιών τους, δηλαδή αν θα μπορέσουν να συνεχίσουν τις σπουδές τους ή να αναζητήσουν και να βρουν δουλειά. Και γιατί όχι, εφόσον τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν δικαίωμα στην εργασία και την ικανότητα να εργαστούν. Τέλος, αυτό που απασχολεί ιδιαίτερα τους μετέχοντες είναι το θέμα του στίγματος, που εγείρεται ανάμεσα σε αυτούς και τον κοινωνικό περίγυρο, μαζί με τον κοινωνικό αποκλεισμό που έχουν βιώσει κάποιοι αλλά και ο ψυχικά ασθενής συγγενής τους. Ο στιγματισμός των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας εντοπίζεται κυρίως στην άποψη ότι είναι βίαιοι και απρόβλεπτοι, η πραγματικότητα όμως είναι πως τα ποσοστά επικινδυνότητας των ψυχικά πασχόντων είναι ίδια με αυτά του γενικού πληθυσμού. Θα είναι ο δικός τους άνθρωπος αποκλεισμένος από την αγορά εργασίας, αλλά και ευρύτερα από τα κοινωνικά δρώμενα;

Επειδή δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση του πληθυσμού για τις ψυχικές νόσους, κάτι το οποίο διαφαίνεται και στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας μας, όσο περισσότερο ευαισθητοποιείται η κοινότητα, τόσο αντίστοιχα μειώνεται η προκατάληψη απέναντι

στο άτομο με ιδιαίτερες ψυχικές ανάγκες και δεν βιώνει πλέον την επιθετικότητα του περιβάλλοντος του. Αυτό έχει ως αλυσιδωτή αντίδραση τη μείωση της επιθετικότητας του ασθενούς και άρα και της επικινδυνότητάς του. Σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, «η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία προσφέρει τις ευκαιρίες σε άτομα, ανάικα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή, να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ΨΚΑ συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των δεξιοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν πιο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή ή παρουσιάζουν έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια ώστε έχει προκύψει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας». Για να επέλθει η ομαλή ψυχοκοινωνική επανένταξη του ψυχικά πάσχοντος και η βελτίωση της ζωής του ίδιου και της οικογένειάς του, υπάρχουν σύγχρονες παρεμβάσεις στην οικογένεια, οι οποίες περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνικού τύπου ενέργειες, όπως οι ψυχοεκπαιδευτικές και υποστηρικτικές ομάδες συγγενών και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Έτσι αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια ένα κίνημα, που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της υπεράσπισης των δικαιωμάτων των οικογενειών και των ασθενών μελών τους. Οι οικογένειες άρχισαν να συμμετέχουν πλέον ενεργά ως σύμμαχοι σε θεραπείες που δεν κατηγορούν την οικογένεια για την εμφάνιση της νόσου και έχουν ως στόχο να την υποστηρίξουν και να την ανακουφίσουν από την επιβάρυνση της φροντίδας του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας. Σημαντικό έργο επίσης προς την στήριξη των οικογενειών παρέχουν υπηρεσίες του Κοινοτικού Υποστηρικτικού Συστήματος, που βοηθούν την κοινότητα να δεχθεί ή να ενσωματώσει το άτομο με ψυχικά προβλήματα ή αρρώστια. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν: 1. Υποστήριξη της οικογένειας σε συμβουλευτικό επίπεδο, 2. Υποστήριξη της οικογένειας σε στάδιο κρίσης, 3. Συμβουλευτική και επιμόρφωση της κοινότητας και 4. Κοινοτική ευαισθητοποίηση.

7.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Μια ενδιαφέρουσα πρόταση για μελλοντική έρευνα, θα μπορούσε να αφορά το θέμα της εξάντλησης των φροντιστών και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της. Κάποιες έρευνες έχουν αναφερθεί τα προηγούμενα χρόνια στο μεγάλο ζήτημα της εξάντλησης των φροντιστών ατόμων με ψυχικά νοσήματα και στις στρατηγικές αντιμετώπισης του

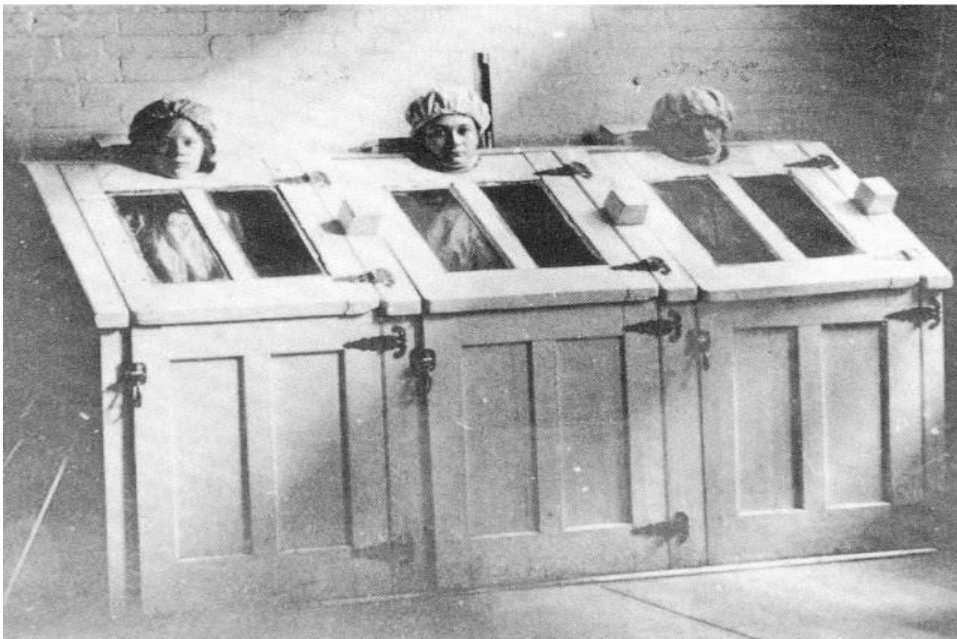
φαινομένου, παρόλα αυτά υπάρχει περιθώριο για βαθύτερη διερεύνηση. Για την υποστήριξη των οικογενειών, γενικότερα, πολύτιμες γνώσεις παρέχουν στους επιστήμονες ψυχικής υγείας και τις ομάδες υποστήριξης της κοινότητας, η βαθύτερη κατανόηση των μηχανισμών εκείνων που συμβάλλουν στην συναισθηματική και σωματική εξουθένωση των φροντιστών και ο εντοπισμός αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισής τους.

Μια εξίσου ενδιαφέρουσα πρόταση, θα ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων σε παιδιά και εφήβους. Τα μέλη της οικογένειας που βάζονται ίσως περισσότερο από την συμβίωση με ένα άτομο με ψυχική ασθένεια, είναι τα παιδιά και οι έφηβοι. Οι συγγενείς νεαρής ηλικίας δεν μπορούν να κατανοήσουν, αρχικά την ασθένεια. Έτσι, την αντιμετωπίζουν με φόβο και έντονο στρες, εφόσον η καθημερινότητά τους αλλάζει εντελώς και οι σχέσεις στην οικογένεια μπαίνουν σε ανισορροπία. Όλο αυτό προκαλεί αλυσιδωτές αντιδράσεις και αρνητικά επακόλουθα στην καθημερινή ζωή των νεαρών αυτών συγγενών. Απαιτείται, λοιπόν, περισσότερη έρευνα για να διερευνήσουμε πώς η διάγνωση της ασθένειας και η νοσηλεία ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει τα παιδιά και τους εφήβους. Σε αυτό περιλαμβάνονται οι πιθανές ψυχολογικές, συναισθηματικές, εκπαιδευτικές, αλλά και κοινωνικές επιπτώσεις που προφανώς έχει πάνω στα νεαρά μέλη της οικογένειας και πώς αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Τέλος, είδαμε πως περιορισμένη έρευνα έχει επικεντρωθεί στην μακροπρόθεσμη ανάκαμψη και αποκατάσταση, τόσο του ασθενούς μετά την νοσηλεία, δηλαδή της αποασυλοποίησης, όσο και της οικογένειάς του. Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε την προετοιμασία των ψυχικά νοσούντων ατόμων, ώστε να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας, μέσα στα όρια των δυνατοτήτων του, ή στο σπίτι. Τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί το Κοινοτικό Υποστηρικτικό Σύστημα (ΚΥΣ), που λειτουργεί ως ένα δίκτυο υπεύθυνων ατόμων και τοπικών δυνάμεων, που συντονίζονται από κοινού με στόχο την προσφορά βοήθειας σε άτομα με ψυχικές ιδιαιτερότητες, στην κάλυψη των αναγκών τους και τη φροντίδα, ώστε να διαβιούν όσο το δυνατόν φυσιολογικά, αλλά και την υποστήριξης της οικογένειας σε συμβουλευτικό επίπεδο. Όμως μένουν πολλά ακόμη να γίνουν...

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: Διεθνές φωτογραφικό υλικό πριν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση



Ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία ενώ είναι δεμένοι σε ένα κουτί ατμού στο κρατικό νοσοκομείο Milledgeville στην πολιτεία Τζόρτζια, ΗΠΑ το 1908.

Πηγή: *VINTAGE EVERYDAY. Bring back some good or bad memories:*
<https://www.vintag.es/2019/07/old-mental-institutions.html>



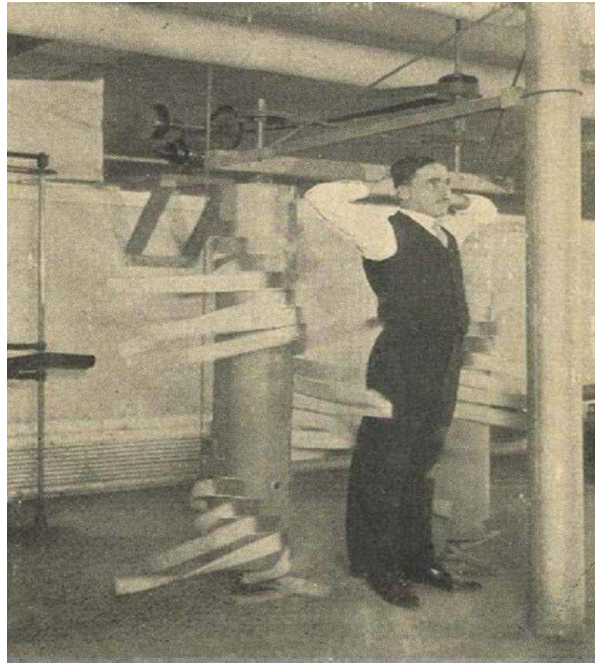
Ένας ασθενής σε μια καρέκλα συγκράτησης στο West Riding Lunatic Asylum στο Wakefield, Yorkshire, Αγγλία το 1869.

Πηγή: *VINTAGE EVERYDAY. Bring back some good or bad memories:*
<https://www.vintag.es/2019/07/old-mental-institutions.html>



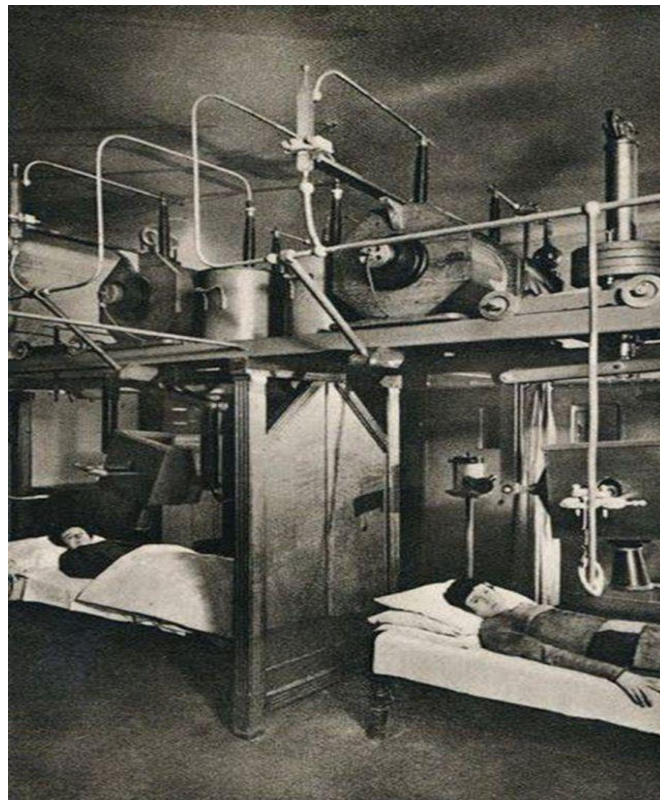
Ασθενής που υποβάλλεται σε θεραπεία για πλευρική εγκεφαλική διαθερμία στις αρχές της δεκαετίας του 1920. Η Διαθερμία χρησιμοποίησε ένα γαλβανισμένο ρεύμα για να κλονίσει τους πάσχοντες από ψυχολογία. Οι γιατροί τελικά το θεώρησαν επικίνδυνο και αναξιόπιστο.

Πηγή: *VINTAGE EVERYDAY. Bring back some good or bad memories:*
<https://www.vintag.es/2019/07/old-mental-institutions.html>



Μηχανική συσκευή μασάζ που χαστούκιζε στο BC σανατόριο.

Πηγή: *VINTAGE EVERYDAY. Bring back some good or bad memories:*
<https://www.vintag.es/2019/07/old-mental-institutions.html>



Γυναίκες που λαμβάνουν θεραπεία με ράδιο στο Σερβικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο στη Σερβία το 1907.

Πηγή: *VINTAGE EVERYDAY. Bring back some good or bad memories:*
<https://www.vintag.es/2019/07/old-mental-institutions.html>



Μια "Καρέκλα Παλαβών" που εφαρμοζόταν σε ασθενείς που είχαν κακή συμπεριφορά ή άγρια ξεσπάσματα σε ένα ολλανδικό ψυχιατρείο το 1938.

Πηγή: Rare Historical Photos: <https://rarehistoricalphot>

Παράρτημα II: Φωτογραφικό υλικό από σύγχρονες δομές ψυχικής υγείας



Διάδρομος από ψυχιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου.

Πηγή: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων



Δραστηριότητες ασθενών στην κλινική ψυχικής υγείας «Άγιος Χαράλαμπος».

Πηγή: Προσωπικό μας αρχείο



Εξωτερικός χώρος ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής

Πηγή: <https://sinouri.gr>



Δίκλινο δωμάτιο ψυχιατρικής κλινικής.

Πηγή: Ψυχιατρική κλινική « Ασκληπειείον»: <https://toasklepieion.com>

Παράρτημα III: Φωτογραφικό υλικό από την έκθεση «Εγκλεισμοί» στο Δρομοκαΐτειο



Συλλογή χρησιμοποιημένων ψυχιατρικών φαρμάκων.

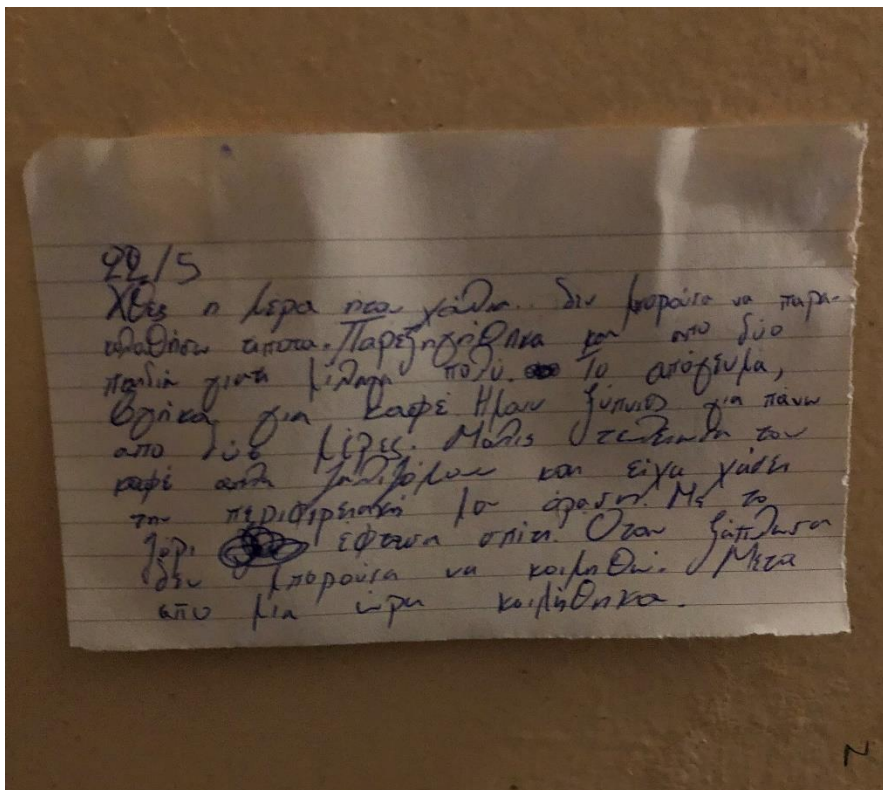
Πηγή: Προσωπικό μας αρχείο



Birds born in a cage think flying is an illness

«Τα πουλιά που γεννιούνται σε ένα κλουβί θεωρούν το πέταγμα...αρρώστια».

Πηγή: Προσωπικό μας αρχείο



20/5
 Χθες η κόρη μου χάρη. Δεν μπορούσε να παρα-
 κησθεί απλά. Παρέσυρθη και στο δίο
 παιδί γιατί ^{πολύ} ~~πολύ~~ το άσβημα,
 βόρκα για καφέ Ηταν ζήλια για πάνω
 από δύο λίρες. Μόλις ζήτησα τον
 καφέ από ~~την~~ ^{την} περιφρονούσα και είχα χάρη
 την περιφρονούσα ^{το} ~~από~~ ^{Με} το
 για ~~ε~~ ^ε φάσα σπίτι. Όταν ^{ζήτησα}
 ότι ^{μπορούσε} να κοιμηθεί. Μόλις
 από για ^{ήδη} ^{κοιμήθηκα}.

Απόσπασμα από ημερολόγιο ασθενή.

Πηγή: Προσωπικό μας αρχείο

Παράρτημα IV: Οδηγός συνέντευξης έρευνας

(Τηρήθηκε αυστηρά η ανωνυμία των ερωτώμενων)

Ημιδομημένη Συνέντευξη

Θεματική 1η: Περιγραφή του προβλήματος

- Ποιό είναι το μέλος της οικογένειας με το πρόβλημα ψυχικής υγείας;
- Πότε διαγνώστηκε;
- Ποιά ήταν η διάγνωση;
- Τί ακολούθησε της διάγνωσης - τρόπος αντιμετώπισης; (φάρμακα, φροντίδα στην κοινότητα, σύντομη νοσηλεία, μακροχρόνια νοσηλεία, επαναλαμβανόμενες νοσηλείες ...)

Θεματική 2η: Η αντίδραση της οικογένειας στα θεραπευτικά σχήματα στη

φροντίδα στην κοινότητα

- Πόσο εύκολο ή δύσκολο ήταν για εσάς ή τα άλλα μέλη της οικογένειας η φροντίδα στο σπίτι- κοινότητα του ασθενούς- μέλους της οικογένειας;
- Ποιά ήταν τα κυριότερα ζητήματα που σας απασχόλησαν; (αποκατάσταση υγείας, εργασιακά θέματα, σχέσεις στην οικογένεια, ανησυχία και αγωνία, σχέσεις με το περιβάλλον, αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος)

Θεματική 3η: Η αντίδραση της οικογένειας στην κλειστή φροντίδα (σύντομη ή μακροχρόνια)

- Πόσες φορές χρειάστηκε να νοσηλευτεί και για πόσο χρονικό διάστημα κάθε φορά;
- Τί συναισθήματα σας δημιούργησε αυτό, πως τα αντιμετωπίσατε;
- Τί προσδοκούσατε κάθε φορά;

Θεματική 4η: Οι επιπτώσεις στην οικογένεια εξ' αιτίας της νοσηλείας

- Ποιες ήταν οι επιπτώσεις στις σχέσεις των μελών της οικογένειας, αλλάξαν οι ισορροπίες;
- Υπήρξε κρίση στην οικογένεια και πως αντιμετωπίστηκε;
- Δέχθηκαν βοήθεια και από ποιους; (ειδικούς, φίλους, συγγενείς μεταξύ τους)

Θεματική 5η: Αναστοχασμός. Τι σημαίνει για εκείνους και την οικογένειά τους το γεγονός ότι ένα μέλος πάσχει από ψυχική νόσο

- Ποιά είναι τα συναισθήματα της οικογένειας σήμερα, είναι τα ίδια για όλα τα μέλη;
- Ποιά είναι τα σημαντικά προβλήματα, πως τα αντιμετωπίζουν;
- Τί προσδοκούν από το μέλλον;

Παράρτημα V: Πρωτόκολλο πτυχιακής εργασίας

1) Τίτλος

Η οπτική της οικογένειας για την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της.

2) Εισαγωγή-Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, Σύνοψη-Περίληψη

Κατά την διάρκεια των σπουδών μας, μας προκαλούσε ενδιαφέρον μας και μας απασχολούσε το ζήτημα της ψυχικής υγείας. Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος προέκυψε και από τη συνεργασία μας με την ιδιωτική κλινική «Άγιος Χαράλαμπος» κατά τη διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης. Προβλήματα ψυχικής υγείας ενδέχεται να ανακύψουν ανά πάσα στιγμή στη ζωή των ατόμων και απασχολούν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού παγκόσμια. Ειδικότερα, θα επιχειρήσουμε να προσεγγίσουμε την οπτική των μελών των οικογενειών των ψυχικά ασθενών, το πως δηλαδή εκείνοι βιώνουν τόσο την διάγνωση όσο και την νοσηλεία του συγγενή τους σε κάποια κλινική. Η ψυχική πάθηση μπορεί να δημιουργήσει ένα σημαντικό βάρος στον στενό οικογενειακό τους κύκλο αλλά και γενικότερα στην κοινωνία. Σήμερα οι περισσότερες οικογένειες ατόμων που βιώνουν την ψυχιατρική νοσηλεία του συγγενή τους, εμφανίζουν περισσότερη ανασφάλεια και δυσφορία σε σχέση με την εκτίμηση των επιπτώσεων της διάγνωσης, παρά με τα ίδια τα συμπτώματα (Addington και συν., 2003). Ως προς τις οικογενειακές σχέσεις πιστεύουμε ότι οι οικογένειες θα έχουν υψηλά ποσοστά σύγκρουσης, γεγονός που απορρέει από αντιφατικά μηνύματα ή συμπεριφορές των δύο γονέων. Κάποιες από τις σοβαρότερες επιπτώσεις αποτελούν το στίγμα, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με τις ψυχικές ασθένειες και δημιουργούν προβλήματα τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους. Τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που σηκώνουν το τεράστιο συναισθηματικό βάρος από την νόσο του συγγενή τους αλλά και το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξής του. Η οικογένεια βιώνει συνολικά τις συνέπειες των προκαταλήψεων, του στιγματισμού και των κοινωνικών διακρίσεων. Το στίγμα απέναντι στους ψυχικά ασθενείς καλλιεργείται από την άγνοια, τον φόβο και την έλλειψη σεβασμού προς τον συνάνθρωπο και την διαφορετικότητα γι' αυτό και οι οικογένειές τους θα πρέπει να αποκτούν επίγνωση της κατάστασης και να εκπαιδεύονται στον σωστό χειρισμό αυτής από τους επαγγελματίες υγείας. Συνήθως, τα μέλη της οικογένειας μπαίνουν σε

προγράμματα στήριξης και συμβουλευτικής για μικρό χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μια σταθερή βοήθεια, ενώ στο μέλλον μπορεί να προκύψουν θέματα που δεν υπάρχει η δυνατότητα να επεξεργαστούν και να ξεπεράσουν (Biegel et al., 2013). Πρόκειται για ένα θέμα που βρίσκουμε πρωτότυπο και από την έρευνα μας πάνω σε αυτό, είδαμε πως δεν έχουν διεξαχθεί πολλές σχετικές έρευνες και χρήζει περισσότερης μελέτης. Όταν έχει προηγηθεί η διάγνωση ενδέχεται να παρουσιαστούν αλλαγές στη δομή και τη δυναμική της οικογένειας. Αυτές οι αλλαγές οδηγούν στην επαναδιαμόρφωση των μεταξύ τους σχέσεων, οι οποίες έχουν σημαίνουσα αξία για την πορεία της ψυχικής ασθένειας. Στις πλείστες των περιπτώσεων, η οικογένεια εκδηλώνει τάσεις απομόνωσης, αποφεύγοντας να ζητήσει βοήθεια, ενώ βιώνει μία συνθήκη παρατεταμένης κρίσης (Davidson, 2012). Το πλαίσιο της οικογένειας εκδηλώνει τάσεις αποδιοργάνωσης, αποδυνάμωσης και νοσηρής λειτουργίας για το σύνολο των μελών του. Πρόκειται για μια τραυματική εμπειρία για όλη την οικογένεια, η οποία ασχολείται με το άτομο που νοσεί και τα μέλη βάζουν σε δεύτερη θέση τις δικές τους ανάγκες. Τέλος, αποφασιστικό ρόλο διαδραματίζει και το αν η οικογένεια θα μπορέσει να λειτουργήσει ως ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ή όχι.

3) Συναφείς Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

- Στάσεις και Αντιλήψεις των Επιστημόνων Ψυχικής Υγείας των δομών Ηρακλείου για τα προβλήματα και τις ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από Σχιζοφρένεια (02-07-2020)
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνικό στίγμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές (10-02-2022)

Πρόσθετη γνώση μέσω της προτεινόμενης εργασίας

Δεν έχει πραγματοποιηθεί ανάλογη πρόσφατη πτυχιακή εργασία, που θα ρίξει φως στο βίωμα της οικογένειας μέλος της οποίας νοσηλεύεται εξ αιτίας μια ψυχικής πάθησης.

4) Σκοπός της Εργασίας

Σκοπός της μελέτης θα αποτελέσει η καταγραφή των απόψεων, των βιωμάτων, του συναισθήματος του οικογενειακού περιβάλλοντος για την ψυχιατρική νοσηλεία ενός μέλους της και οι επιπτώσεις αυτού του γεγονότος στην οικογένεια.

5) Διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων ή ερωτημάτων

1. Τι συναισθήματα γεννώνται στην οικογένεια όταν ένα μέλος της νοσηλεύεται εξ' αιτίας ψυχιατρικών προβλημάτων;
2. Συμβάλλει η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής και/ή της νοσηλείας στην διάσπαση ή την συνοχή της οικογένειας και πως;
3. Ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια;

6) Διάγραμμα θεωρητικού μέρους

1. Από τον εγκλεισμό στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ιστορική εξέλιξη ψυχιατρικής
2. Νομικό πλαίσιο και δομές ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα
3. Ψυχικές ασθένειες και οικογένεια
4. Η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας

7) Μεθοδολογία Εμπειρικής Έρευνας

Σκοπεύουμε να πραγματοποιήσουμε μία ποιοτική έρευνα και η συλλογή των στοιχείων θα γίνει με την μέθοδο της ημιδομημένης συνέντευξης. Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται η έρευνα είναι συγγενείς των ψυχικά ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, θα αναζητηθούν 10 μέλη οικογενειών, των οποίων μέλη της νοσηλεύονται ή έχουν νοσηλευτεί στην Κλινική Ψυχικής Υγείας «Άγιος Χαράλαμπος» που έχει έδρα στο Ηράκλειο. Τα δεδομένα θα αναλυθούν με την μέθοδο της θεματικής ανάλυσης (Braun & Clarke, 2006).

8) Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης και ενέργειες για την άρση των δυσκολιών

Μία δυσκολία μπορεί να είναι εύρεσης δείγματος. Ελπίζουμε ότι, επειδή η συγκεκριμένη κλινική αποτελεί τον χώρο πρακτικής άσκησής μας, οι οικογένειες να μας εμπιστευτούν και να είναι πρόθυμες να συμμετέχουν. Επίσης, η διαδικασία της συνέντευξης μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα στον/στην ερωτώμενο/η γεγονός που θα αντιμετωπίσουμε με ενσυναίσθηση, με απόλυτο σεβασμό και κατανόηση προς αυτά.

9) Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν

Σε κάθε έρευνα που πραγματοποιείται είναι ύψιστης σημασίας η τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας. Προσδοκούμε οι ενέργειές μας να χαρακτηρίζονται από ορθότητα, καταλληλότητα και επάρκεια. Πιο συγκεκριμένα, μία ορθή έρευνα οφείλει να λαμβάνει υπόψη της τα ζητήματα της ανωνυμίας-εμπιστευτικότητας, την συγκατάθεση συμμετεχόντων, την αποφυγή πρόκλησης βλάβης στα υποκείμενα και η προστασία των δεδομένων και των συμπερασμάτων.

10) Χρονοδιάγραμμα Gantt

	ΕΠΗΡΕΣΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2022				ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2023				ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2023				ΜΑΡΤΙΟΣ 2023				ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2023				ΜΑΙΟΣ 2023				ΙΟΥΝΙΟΣ 2023													
			ΕΒΔ 1	ΕΒΔ 2	ΕΒΔ 3	ΕΒΔ 4	ΕΒΔ 1	ΕΒΔ 2	ΕΒΔ 3	ΕΒΔ 4	ΕΒΔ 1	ΕΒΔ 2	ΕΒΔ 3	ΕΒΔ 4	ΕΒΔ 1	ΕΒΔ 2	ΕΒΔ 3	ΕΒΔ 4	ΕΒΔ 1	ΕΒΔ 2	ΕΒΔ 3	ΕΒΔ 4	ΕΒΔ 1	ΕΒΔ 2	ΕΒΔ 3	ΕΒΔ 4	ΕΒΔ 1	ΕΒΔ 2	ΕΒΔ 3	ΕΒΔ 4										
Από τον εγκλεισμό στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ιστορική εξέλιξη ψυχιατρικής	19/12/2022	1 μηνός																																						
Νομικό πλαίσιο και δομές ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα	19/1/2023	1,5 μηνός																																						
Ψυχικές ασθένειες και οικογένεια	20/2/2023	1 μηνός																																						
Η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας	20/3/2023	1 μηνός																																						
Ερευνητικό μέρος	1/4/2023	2 μηνός																																						

11) Παρουσίαση μιας ενδεικτικής βιβλιογραφίας

Το σύστημα βιβλιογραφικής τεκμηρίωσης που θα χρησιμοποιήσουμε είναι αυτό:

- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale J.M. & Johnson S.L. (Επιμ.). (2010). ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Ευρωπαϊκό συνέδριο κατά των διακρίσεων και του στιγματισμού. (Επιμ.). (2010). Ευρωπαϊκό συνέδριο κατά των διακρίσεων και του στιγματισμού : για μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση προσανατολισμένη στον χρήστη και για το δικαίωμα για εναλλακτικές λύσεις : πρακτικά. Αθήνα: Επιτροπή Ερευνών Α.Π.Θ.
- Collins, D., Jordan, C. & Coleman, H. (Επιμ.). (2017). Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια. 4 η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις BHTA medical arts.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in analysis. Qualitative Research in Psychology.
- Davies, T. & Craig, T. (Επιμ.). (2014). ABC στην ψυχική υγεία. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.
- Pilgrim D., Rogers A. (Επιμ.). (2004). Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και της Ασθένειας. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

- Φαφαλιού, Μ. (1995) Ιερά Οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
- Μαδιανός, Μ. (2000). Κοινωνική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Οικονόμου Μ.Π., Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (2004), στο Χριστοδούλου et. al, Β΄ τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Τζέμος Γ., Αγγελόπουλος Η., Επείγουσες Ψυχιατρικές Καταστάσεις (2004), στο Χριστοδούλου et al, Β΄ τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Χριστοδούλου Γ.Ν. et al (2004). Ψυχιατρική, τόμος Β΄. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Παράρτημα VI: Λίστα ερωτώμενων και ασθενών

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Λίστα ερωτώμενων

A/a	Ψευδώνυμο	Σχέση με τον ασθενή	Θεσμός
1	Συνεντευξιαζόμενη 1	Μητέρα	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και είχε νοσηλευτεί σε άλλες δύο δημόσιες
2	Συνεντευξιαζόμενος 2	Πατέρας	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και είχε νοσηλευτεί και σε μια δημόσια
3	Συνεντευξιαζόμενος 3	Αδελφός	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική
4	Συνεντευξιαζόμενη 4	Μητέρα	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική
5	Συνεντευξιαζόμενη 5	Αδελφή	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην και είχε νοσηλεύει και σε μια δημόσια
6	Συνεντευξιαζόμενος 6	Γιός	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική
7	Συνεντευξιαζόμενος 7	Γιός	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική
8	Συνεντευξιαζόμενη 8	Θεία	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Λίστα ασθενών

A/a	Σχέση με τον συνεντευξιαζόμενον	Διάγνωση	Διάστημα Νοσηλείας
1	Γιός	Ψυχωσικό σύνδρομο και τοξικοεξάρτηση	2 μήνες
2	Κόρη	Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή	6 μήνες
3	Αδελφός	Σχιζοφρένεια	25 χρόνια
4	Κόρη	Αγχώδης διαταραχή και κατάθλιψη	3 μήνες
5	Αδελφή	Σχιζοφρένεια	5 χρόνια
6	Μητέρα	Κατάθλιψη	1 χρόνο
7	Μητέρα	Κατάθλιψη και αυτοκτονικός ιδεασμός	5 μήνες
8	Ανηψιός	Ψυχωσικό σύνδρομο και τοξικοεξάρτηση	4 μήνες

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων

Ψευδώνυμο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Επάγγελμα/απασχόληση	Τόπος διαμονής
Συν.1	52	Έγγαμη	οικιακή βοηθός	κωμόπολη
Συν.2	54	Έγγαμος	κτηνοτρόφος	κωμόπολη
Συν.3	61	Έγγαμος	ιατρός	αστικό κέντρο
Συν.4	49	Έγγαμη	τραπεζική υπάλληλος	αστικό κέντρο
Συν.5	51	Έγγαμη	οικιακά	κωμόπολη
Συν.6	29	Έγγαμος	μικροπωλητής	κωμόπολη
Συν.7	32	Έγγαμος	φυσικοθεραπευτής	κωμόπολη
Συν.8	48	Άγαμη	οικιακά	κωμόπολη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση:

- Blue, A. (1999). *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*. μτφρ. Λογοθέτης Κ., Αθήνα: Εξάντας.
- Collins, D., Jordan, C. & Coleman, H. (επιμ. Ασημόπουλος, Χ. & Μαρτινάκη, Σ. (2017). *Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια*. 4η έκδοση. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Foucault, M. (2004). *Η ιστορία της τρέλας*. (Φ. Αμπατζοπούλου, μτφρ.). Αθήνα: Ηριδανός. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1964).
- Krings, A.M, Davison, G.C, Neale, J.M, Johnson, S.L (Επιμ.). (2007) *ΨΥΧΟΠΟΘΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: Gutenberg
- Robson, C. (2007). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Gutenberg: Αθήνα.
- Αγγελόπουλος, Η., Οικονόμου, Μ., Παπαγεωργίου, Χ., Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2020). *ΙΑΤΡΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- *ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ* (2003). Συντονισμός έκδοσης: Δημήτρης Δαμίγος, πρόλογος: Π. Σακελλαρόπουλος. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Γκαρέλη, Ε. (2022). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Κοινωνικοοικονομική αποτίμηση του Προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "Ψυχαργός" στον τομέα ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι προκλήσεις της παγκόσμιας πανδημίας στην μεταρρυθμιστική πορεία*. (διπλωματική εργασία). Ανακτήθηκε από: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/170641?lang=el&fbclid=IwAR0ZA7IHmfyEIODSO2AcST4WKmRR4PTt1eEwD9tPSECDLl3vgM9iiPcVjts> (10/3/2023).
- Δασκαλοπούλου Ο. και συν, Α. Ε. (2005). *Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Καταγραφή και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής πορείας ατόμων με σχιζοφρένεια στα πλαίσια της ένταξης τους στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες του ΚΨΥ*. Ηράκλειο Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας: Πτυχιακή εργασία ΑΤΕΙ.

- Δεπάστας, Χ. (2018, Απρίλιος – Ιούνιος). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*. “Το Vima του Asklipeίου” Journal, pp. Volume 17, Issue 2.
- Δημητρόπουλος, Γ.Α. (2008). *Συνταγματικά δικαιώματα (Τρίτος Τόμος-Σκληρόδετη Έκδοση) Σύστημα Συνταγματικού Δικαίου Τεύχη I-III – Ειδικό Μέρος: Μητρικά Δικαιώματα – Φυσική Υπόσταση- Πνευματική Υπόσταση*. Αθήνα: Σακκουλάς.
- Δημητροπούλου - Θεωδόρου Ε.Α. (2008). *ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥ- ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (Εισαγωγή στο Δίκαιο και στη Νομοθεσία Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής)*. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σακκουλάς.
- Δημοπούλου, Μ. και συν, Ρ. Φ. (2011). *Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάπτυξη της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας Κέρκυρας/Λευκάδας*. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, pp. Τόμος 8, Τεύχος 1.
- Δουλκερίδου Π. (2013). *Διάρθρωση και κατανομή υπηρεσιών Κέντρων και Μονάδων Ψυχικής Υγείας*. Ν. Θεσσαλονίκης. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Λάρισα: Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής.
- Δρακάκη, Ε. (2020, 23 Νοεμβρίου). *Το σύνδρομο της ιδρυματοποίησης: τι είναι και πώς επηρεάζει τον σύγχρονο άνθρωπο;* (Κελαράκου, Ε. Επιμ.), στο *Yourarticles, Κοινωνιολογία*.
Ανακτήθηκε από: <https://yourearticles.com/koinwniologia/to-syndromo-tis-idrymatopoiisis-ti-einai-kai-pws-epireazei-ton-sygxrono-anthrwpo/>
(12/3/2023)
- Έκθεση της Ομάδας Εργασίας για την αναθεώρηση του προγράμματος «Ψυχαργός», Περίληψη (2011, Δεκέμβριος). *ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα
Ανακτήθηκε από: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psychargws-quot/913-sxedio-psyxargws?fdl=3098> (14/3/2023).
- Ζάπρου, Α. (2020, 13 Ιανουαρίου). *Ψυχιατρείο Λέρου: Το κολαστήριο αυτών που ξεχάστηκαν στον χρόνο*. MaxMag, Αφιερώματα Ψυχικά Μοτίβα.
Ανακτήθηκε από: <https://www.maxmag.gr/thematikes/psixika-motiva/psychiatreio-leroy/> (11/3/2023)

- Ζαφείρης, Γ.Α, Ζαφείρη, Α.Ε, Μουζακίτης, Χ.Μ. (1999). *Οικογενειακή Θεραπεία Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. β' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ιεροδιακόνου, Χ.Σ, et al (1988). *Ψυχιατρική*. Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης.
- Καλαϊτζάκη, Α. Αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις Εισαγωγή, για το μάθημα του Β' εξαμήνου, Κλινική Ψυχολογία-Ψυχοπαθολογία.
- Καλογεροπούλου Μαρία. (n.d.). *Η συμβολή των οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος*. Ανακτήθηκε από: http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/16/12/654.pdf (10/3/2023)
- Κανδύλης, Δ. (1993). *Το νοσοκομείο ημέρας (Βασικές αρχές λειτουργίας, ενδείξεις και αντενδείξεις στο σύστημα της τομεοποιημένης ψυχιατρικής)*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 44: 56 – 64.
- Καπρίνης, Γ. και συν. (1988). *Η εξέλιξη της Ψυχιατρικής προβληματικής*. στο Ιεροδιακόνου, Ψυχιατρική, Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης
- Καρυδάκη, Δ. (2020). *Το νησί των απόκληρων: η ιστορία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Λέρου (1957-1995)*. PIXELS@humanities, 1. Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.12681/pixels-h.25403>
- Κασφίκης, Γ. (2019). *Γονεϊκή υποστήριξη μετά το coming out των ΛΟΑΤΚΙ+ παιδιών τους*. Ανακτήθηκε από: https://11528.gr/goneiki_upostiriksi/ (16/5/2023).
- Κονταξάκης, Β. Π., Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2000). *Κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική*, στο Χριστοδούλου Γ.Ν., (επιμ.), Αθήνα: Βήτα.
- Κοσμάτος, Κ. (2002). *Η ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Ερευνητικές Διαπιστώσεις και Προοπτικές από την Εφαρμογή του Νόμου 2071/1992*. Σειρά: Εγκληματολογικά. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σακκουλάς.
- Κουκούλη, Σ. Αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις Διάλεξη_6 Πολιτική Ψυχικής Υγείας, για το μάθημα του Γ' Εξαμήνου, Κοινωνική Πολιτική για Ευάλωτες Ομάδες.
- Κουρέτα, Κ. (2020). *Θεωρίες ψυχοκοινωνικής κρίσης*. <https://atticaspirit.gr/wp-content/uploads/2020/11/Theories-tis-psychokoinonikis-krisis.pdf> (10/8/2023).
- Λέκκα, Β. (2012). *Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής*. Αθήνα: Futura.

- Μαδιανός, Μ. (1994). *Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ και η ανάπτυξη της, Από τη Θεωρία στην Πράξη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαδιανός, Μ. (1994). *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαδιανός, Μ. (2000). *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μαδιανός, Μ. (2002). *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Μαντζούκας, Σ. (2007). *Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση*. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. 46 (1). 88-98. Ανασκόπηση.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές*. Αθήνα: Άγρα.
- Μαρτινάκη, Σ., Ασημόπουλος, Χ., Μιχαλόβιτς, Ν., Αναστασιάδου, Ν., Σκευοφύλαξ, Β., Χατζημικαλίδη, Α. (2019). *Ακούσια νοσηλεία, οικογένεια και κλινική κοινωνική εργασία*. Κοινωνική Εργασία, 744- 753.
- Μουδάτσου, Μ. Αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις Κ.Ψ.Υ Παρουσίαση Μουδάτσου, Κ.Ψ.Υ Ηρακλείου, παρουσίαση για το μάθημα Γ' Εξαμήνου, Κοινωνική Πολιτική για Ευάλωτες Ομάδες
- Παπαδακάκη, Μ. Αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις Παρουσίαση Εθνικό Σύστημα Υγείας, για το μάθημα του ΣΤ' εξαμήνου, Κοινωνική Εργασία και Κοινωνική Φροντίδα Υγείας.
- Παπαδημητρίου, Γ.Ν, Λιάππας, Ι.Α., Λύκουρας, Ε. (2013). *ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Πλουμπίδης, Δ. (1991). *Η ψυχιατρική και η ψυχολογία ανάμεσα στις θεραπευτικές και τις κοινωνικές επιταγές*. στο Ψυχολογικά θέματα, τόμος 4, τ. β'.
- Πλουμπίδης, Δ. (1989). *Οι παραδοσιακές πρακτικές σχετικά με τους ψυχοπαθείς και την εγκατάσταση της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα στη διάρκεια του 19ου αι. και μέχρι περίπου τον 1ο Παγκόσμιο Πόλεμο*, στο Lebonici S., Σακελλαρόπουλος Π. (επιμ.).
- Πλουμπίδης, Δ. (2004). *Ψυχιατρική σε άλλες Δομές της Κοινότητας*. στο Χριστοδούλου et al, τόμος Β', σ. 863-867. Αθήνα: Βήτα.

- Ράτσικα, Ν. Αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις 7.1. Θεματική Ανάλυση, για το μάθημα του ΣΤ' Εξαμήνου, Ποιοτική Έρευνα στην Κοινωνική Εργασία.
- Σακκάς, Π. (2004). *Ψυχιατρική στο Ψυχιατρικό τομέα του Γενικού νοσοκομείου*. στο Χριστοδούλου et al, τόμος β, σ. 852. Αθήνα: Βήτα,.
- Στιγγάρης, Μ. Γ. (1987). *Η μεταχείριση των ψυχωτικών μέχρι και τον 19ο αι. μ.Χ.*, στο *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο:100 χρόνια Κοινωνικής Προσφοράς 1887-1987*. Αθήνα.
- Στυλιανίδης, Σ. και συν, Ν. Θ. (2007). *Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα - Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα*. Αρχαιολογία και τέχνες , p. τχ. 105
- Στυλιανίδης, Σ, (2010). *Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας, Ηθική και δεοντολογία, τεκμήρια και εμπειρία*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε., Μητροσύλη, Μ., Κοσμάτος, Κ. (2020). *Ποινική μεταχείριση των ψυχικώς πασχόντων*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Τσιάντης, Ι. (2001). «Οργάνωση Υπηρεσιών Παιδοψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα», στο *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2005). Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. *Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα. Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας*. (Πασαντωνόπουλος, Γ. Μετ., Ζαχαρίας, Β. Επίμ.). Ανακτήθηκε από: www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies/odigiespoy (12/4/2023).
- Φιστέ, Μ. (2015, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ)) *Το Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής: ιστορική πορεία του ιδρύματος και διαχρονική εξέλιξη των κύριων νοσογραφικών και ψυχοπαθολογικών εννοιών (διδασκαρική διατριβή)*. Διαθέσιμο από: : Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Χαρτοκόλλης, Π. (1984). *Κοινωνική Ψυχιατρική κι ο μετασχηματισμός των ασύλων σε σύγχρονα ιδρύματα: αναγκαιότητα ή ουτοπία*, στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Αθήνα: Καστανιώτη.

Ξενόγλωσση:

- Addington, J., Coldham, E. L., Jones, B., Ko, T., & Addington, D. (2003). *The first episode of psychosis: the experience of relatives*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 285–289. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00153.

- Angermeyer, M. C., Dietrich, S., Heider, D., Matschinger, H. (2006). *Influence of news-paper reporting on adolescent's attitudes toward people with mental illness*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(4), 318–322.
- Appelbaum, P.S. & Gutheil, T. (1979). Rotting with their rights on: Constitutional theory and political reality in drug refusal by psychiatric patients. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 7, 306-315.
- Aviram U. (1990a). Community care of the seriously mentally ill: Continuing problems and current issues. *Community Mental Health Journal*, 26, 69-88.
- Aviram, U. (1990b). Community care of the severely mentally ill: Is social control a “necessary evil” in policy-making considerations? *Psychiatric Quarterly*, 61, 77-86.
- Aviram, U. (1994). Mental health policy and services in Israel: Stagnation or progress. *Social Security*, [Special English edition], 3, 48-83.
- Aviram, U. & Segal, S. (1973). Exclusion of the mentally ill: Reflection on an old problem in a new context. *Archives of General Psychiatry*, 29, 126-131.
- Bachrach, L.L. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 453-464.
- Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H., Schene, A., Tansella, M., Thornicroft, G., Jázquez-Barquero. (2002). *The EPSILON Study-a study of care for people with schizophrenia in five European centres*. *World Psychiatry*. 1(1), 45–47.
- Ben-Zeev, D., Young, M., Corrigan, P. (2010). *DSM-V and the stigma of mental illness*. *Journal of Mental Health*. 19(4): 318–327
- Bassuk, E.L. & Gerson, S. (1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American*, 238, 46-53.
- Benson, P.R. (1996). Mental health policy and practice: International perspectives [Special issue]. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19 (3/4).
- Biegel, D.E., Milligan, S.E., Putnam., P.L., & Song, L. (1992). *The role of race in family caregiving with persons with mental illness: Burden, support systems and use of self-help* (final report to the Office of Program Evaluation and Research, Ohio Department of Mental Health). Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.

- Bloom, B. (1984). *Community mental health: A general introduction*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Brakel, S.J. (1985). Involuntary hospitalization. In Brakel, S.J., Parry, J., & Weiner, B.A. (eds.), *The mentally disabled and the law* (3rd ed.). Chicago: American Bar Foundation.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77_ /101.
- Brieland, D. (1995). Social work practice: History and evolution. In *Encyclopedia of social work* (19th edition) (Vol. 3, pp. 2247-2258). Washington, DC: National Association of Social Workers Press.
- Brooks, A.D. (1979). The impact of law on psychiatric hospitalization: Onslaught or imperative reform. In S.L. Halleck (ed.), *Coping with legal onslaught*, (New Directions for Mental Health Services, No. 4). San Francisco: Jossey-Bass.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventing psychiatry*. New York: Basic Books.
- Chou, J. (2000). *Caregiving as a career: Health outcomes of family caregivers of older adults*. *Social Science & Medicine*.
- Corrigan, PW. (2004). *How stigma interferes with mental health care*. *The American Psychologist*, 59 (7): 614–625. Ανακτήθηκε από: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.59.7.614> (19/5/2023).
- Chu, F.D. & Trotter, S. (1974). *The madness establishment*. New York: Grossman.
- Deegan P.E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. In U. Aviram (ed.) *Social work in mental health: Trends and issues*, pp. 11-24. New York: The Haworth Press, Inc.
- Dorwart, R.A. (1990). Managed mental health care: Myths and realities in the 1990s. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1087-1091.
- England, M.J. & Vaccaro, V.A. (1991). New systems to managed mental health care. *Health Affairs*, 10, 129-137.
- Ewing, Ch.P. (1978). *Crisis Intervention as Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.

- Falloon, I., Fadden, G. (1995). *Integrated mental health care*. New York: Cambridge University Press.
- Fielding, N. (1993). *Qualitative Interviewing*. Στο N. Gilbert (Ed.). *Researching Social Life*. London: Sage.
- Freeman, W. (2000). *How brains make up their minds*. New York: Columbia University Press.
- Flexner, A. (1915). Is social work a profession? *Proceedings, National Conference of Charities and Corrections*. Chicago: Hildman.
- Gartner, A. & Riessman, F. (1977). *Self-help in the human services*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. London and Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. London: Penguin.
- Goldman, H.H. (1982a). Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 557-559.
- Goldman, H.H. (Ed.) (1982b). International perspectives on deinstitutionalization [Special issue], *International Journal of Mental Health*, 11 (4).
- Grob, G.N. (1983). *Mental health and American society, 1875-1940*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Grob, G.N. (1991). *From asylum to community: Mental health policy in modern America*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Grob, G.N. (1994). *The mad among us: A history of the care of America's mentally ill*. New York: The Free Press.
- Grob, G.N. (1995). The paradox of deinstitutionalization. *Society* [Special issue], July/August, 51-59.
- Gubman, G.D. & Tessler, R.C. (1987). The impact of mental illness on families. *Journal of Family Issues*, 8, 226-245.
- Hatfield, A.B. (1978b). Psychological costs of schizophrenia to the family. *Social Work*, 23, 355-359.
- Hatfield, A.B. (ed.) (1987). *Families of the mentally ill: Meeting the challenges*. (New Directions for Mental Health Services, No. 34). San Francisco: Jossey-Bass.

- Hatfield, A.B. & Lefley, H.P. (Eds.) (1987). *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York: The Guilford Press.
- Hinton, M. (2003). *A qualitative study of resiliency in women with a history of childhood sexual abuse* (Unpublished master's thesis). p. 38. University of Calgary. Calgary, Alberta, Canada.
- Jarrett, M.C. (1918). Psychiatric social work. *Mental Hygiene*, 2, 283-290.
- Jarrett, M.C. (1919). The psychiatric thread running through all social case work. *Proceedings. National Conference of Social Work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jones, K. (1972). *A history of mental health services*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., Nehra, R. (2013). *Caregiving appraisal in schizophrenia: A study from India*. *Social Science & Medicine*. 98, 135-140.
- Lamb, R.H. (Ed.) (1984). *The homeless mentally ill*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Leiby, J. (1978). *A history of social welfare and social work in the United States, 1915-1972*. New York: Columbia University Press.
- Lerman, P. (1982). *Deinstitutionalization and the welfare state*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*. 27 (1), 363–385. Ανακτήθηκε από: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363> (22/5/2023)
- Lubove, R. (1965). *The professional altruist: The emergence of social work as a career, 1880-1930*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marshall, K. & Rossman, G. (1995). *Designing Qualitative Research*. 2nd edition. London: SAGE Publications.
- Masten, A.S. (2007). *Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises*. *Development and Psychopathology*. 19, 921-930.
- McCracken, G. (1991). *The Long Interview*. *Qualitative Research Methods*. Vol.13. London: Sage.
- Mechanic, D. (1994). The influence of social factors on mental health. In J.R.M. Copeland, M.T. Abou-Saleh, & D.G. Blazer (eds.), *Principles of geriatric psychiatry*. (pp.135-139) New York: John Wiley & Sons.

- Mechanic, D. (1996). Key policy considerations for mental health in the managed care era. In R.W. Manderscheid & M. A. Sonnenschein (Eds.) *Mental health: United States, 1996*, (pp. 1-16). DHHS Pub. No. (SMA) 96-3098. Washington, D.C.: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print Off.
- Mechanic, D. (1997). Integrating mental health services through reimbursement reform and managed mental health care. *Journal of Health Services Research Policy*, 2, 86-93.
- Mechanic, D. (1999). *Mental health and social policy: The emergence of managed care*. (4th ed.). Boston and London: Allyn and Bacon.
- Mechanic, D. & Rochefort, D.A. (1990). Deinstitutionalization: An appraisal of reform. *Annual Review of Sociology*, 16, 310-327.
- Mechanic, D., Schlesinger, M. & McAlpine, D.D. (1995). Management of mental health and substance abuse services: State of the art and early results. *The Milbank Quarterly*, 73, 19-37.
- Meyer, A. (1922). Historical sketch and outlook of psychiatric and social work. *Hospital Social Service*, 5, 221-225.
- NAMHC (1988). National Advisory Mental Health Council Report to Congress on the Decade of the Brain. *Approaching the 21st century: Opportunities for NIMH Neuroscience research*. Rockville, MD: NIMH (DHHS Publication No. [ADM] 89-1580).
- Nacman, M. (1977). Social work in health settings: A historical review. *Social Work in Health Care*, 2, 4.
- Östman, M., Kjellin, L., Stigmar, K. (2000). *Relative's experience of caregiving in schizophrenia: expressed emotion, burden and coping*. *Nordic Journal of Psychiatry*.
- Östman, M., Hansson, L., & Saveman, B. I. (2002). *Family burden and family support: Reported impairments, actions, and support received by relatives to persons with major depression or bipolar disorder*. *Psychiatric Services*. 53(7), 809-815.
- Patterson, J. (2002). *Integrating family resilience and family stress theory*. *Journal of Marriage and Family*. 64: 349-360.
- Parad, H.J. (1966). *Crisis intervention: Selected readings*. New York: Family Service Association of America.

- Pepper, B. & Ryglewicz, H. (Eds.) (1982). *The young adult chronic patient*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Plomin, R., DeFries, J.C, Craig, I.W & McGuffin, P. (2003). *Behavioral Genetics in the Postgenomic Era*. Washington, DC: APA Books.
- Ploumpidis, D., Garanis - Papadatos, T. & Economou, M. (2008). *Deinstitutionalization in Greece: Ethical problems*. *Psychiatriki*. 19, (4), 320-329.
- Poppo, P.R. (1995). Social work profession: History. In *Encyclopedia of social work* (19th edition), (Vol. 3, pp. 2282-2292). Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Robinson, G. (1991). Choices in case management. *Community Support Network News*, 7, 11-12.
- Rochefort, A.D. (1989). *Handbook of mental health policy in the United States*. New York: Greenwood Press.
- Sartorius, N. (1998). *Stigma: what can psychiatrists do about it?* *The Lancet*, 352(9133), 1058–1059. doi:10.1016/s0140-6736(98)08008-8
- Schene, A. H., van Wijngaarden, B. & Koeter, M. (1998). *Family caregiving in schizophrenia: domains and distress*. *Schizophrenia Bulletin*. 24: 609 -618.
- *Schizophrenia Bulletin*. (1988). S.J. Keith & S.M. Matthews (guest ed.). A national plan for schizophrenia research: Panel recommendations. *Schizophrenia Bulletin* (Special Issue). 18, No. 3.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*, 28, 163-180.
- Spaniol, L. & Zipple, A. (1986). Families with chronically mentally ill members: A review of the research findings. In J.P. Bowker & A. Rubin (Eds.) *Studies on chronic mental illness: New horizons for social work researchers*. Washington, DC: Council on Social Work Education.
- Spitz, B. (1987). A national survey of Medicaid case management programs. *Health Affairs*, 6, 61-70.
- Stuart, P.H. (1997). Community care and the origins of psychiatric social work. In U. Aviram (ed.), *Social work in mental health: Trends and issues*, (pp. 25-36). New York: The Haworth Press, Inc.

- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness*. Rev. ed. New York: Harper & Row.
- Thompson, N. (2011). *Crisis intervention*. Lyme Regis: Russell House.
- Torrey, E.F., Stieber, J., Ezekiel, J., Wolf, S.M., Sharfstein, J., Noble, J.H. & Flynn, L.M. (1992). *Criminalizing the seriously mentally ill: The abuse of jails as mental hospitals*. Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill.
- Treffert, D.F. (1973). Dying with their rights on. *American Journal of Psychiatry*, 130, 1041.
- Turkheimer, E. & Waldron, M.C. (2000). *Nonshared environment: A theoretical, methodological and quantitative review*. *Psychological Bulletin*, 126, 78-108.
- WATSON PATRICK W. & CORRIGAN AMY C. (2002, Feb;). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. *World Psychiatry*, pp. 16–20.
- William, D.R., Williams-Morris, R. (2000) *Racism and mental health: the African American experience*. *Ethnicity and Health*, 5(3/4), pp. 243-268.
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). *Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety*. *Psychiatry Research*, 220 (1-2). Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.012> (22/5/2023).
- Weinberger, D. & Kleinman, J. (1986). Observations on the brain in schizophrenia. *Annual Review Psychiatry Update*, 5, 42-67.
- Wenocur, S. & Reisch, M. (1989). *From charity to enterprise: The development of American social work in a market economy*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Woodroffe, K. (1962). *From charity to social work in England and the United States*. Toronto: University of Toronto Press.