



Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας
Πτυχιακή Εργασία

**Στεγαστικές ψυχιατρικές δομές κοινοτικού τύπου.
Συγκριτική προσέγγιση αστικού και ημιαστικού χώρου.
Οι περιπτώσεις του ξενώνα Άγιου Νικολάου και Χαλανδρίου**



Συντάκτες: Δεπάστα Θεοδώρα
Περάκη Εμμανουέλα
Χατζάκη Μαριλένα

Επιβλέπων: Τζανάκης Μανώλης

Ηράκλειο 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1	Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών	9
1.2	Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών	9
1.3	Ευπαθείς ομάδες	10
1.4	Οι πόροι και η χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας	10
1.5	Κυβερνητικές πολιτικές εκτός του τομέα της υγείας οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική υγεία	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1	Πολιτική, Σχέδιο Δράσης και Προγράμματα ψυχικής υγείας	15
2.2	Ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία	16
2.3	Διασύνδεση σωματικών και ψυχικών διαταραχών	20
2.4	Αποτελεσματικές θεραπείες των ψυχικών διαταραχών	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1	Στάδια ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα	23
3.2	Αποκατάσταση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	29
3.3	Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	29
3.3.1	<i>Μεταβατική φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης</i>	30
3.3.2	<i>Κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης</i>	31
3.4	Η νέα κατάσταση 1984-1999: Ο κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ.	34
3.4.1	<i>Γενικά</i>	34
3.4.2	<i>Οι στόχοι</i>	36
3.4.3	<i>Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και τον παραϊατρικού προσωπικού</i>	37
3.4.4	<i>Η επίτευξη των στόχων (1984-1996)</i>	37
3.4.5	<i>Η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πριν και μετά την υλοποίηση του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/84 - Πρόγραμμα Β' (1995)</i>	41
3.4.6	<i>Τα αποτελέσματα του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/84</i>	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

4.1	Η μετάβαση από το ίδρυμα στην κοινότητα	51
4.2	Από το άσυλο στη κοινότητα	52
4.2.1	<i>Οι κατηγορίες των ιδρυμάτων</i>	52
4.2.2	<i>Η αντίφαση του ασύλου</i>	52
4.2.3	<i>Στροφή προς την κοινότητα</i>	54
4.2.4	<i>Μοντέλα υπέρβασης του ασύλου</i>	55
4.2.5	<i>Το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης</i>	55
4.2.6	<i>Το μοντέλο της απονοσοκομειοποίησης</i>	56
4.2.7	<i>Το «μεικτό» μοντέλο</i>	56
4.3	Ο αποϊδρυματισμός	57
4.4	Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	58
4.5	Η «πρόδρομη περίοδος»	59
4.6	Η «πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδος»	60
4.7	Η «δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδος»	63
4.8	Το εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός»	67
4.8.1	<i>Η Α' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2000-2001)</i>	68
4.8.2	<i>Η Β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2002 - 2006)</i>	69
4.9	Η «μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης» των φορέων υλοποίησης «Ψυχαργός β' φάση» και το έργο της	74
4.9.1	<i>Το Οργανωτικό Σχήμα της «Μονάδας» - Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία</i>	77
4.10	Ανάπτυξη εναλλακτικών δομών περίθαλψης	79

II. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1	Η έρευνα στην κοινωνική εργασία	86
5.2	Στάδια έρευνας	86

III. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΤΟ ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ: Ο ΞΕΝΩΝΑΣ ΑΓΑΠΗ ΚΑΙ Ο ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΑΛΛΙΣΤΗ

6.1	Ο ξενώνας Αγάπη	96
6.2	Ο ξενώνας Καλλίστη	99
6.3	Δυσλειτουργίες και προοπτικές των ξενώνων	102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

7.1	Αρχική εντύπωση	105
7.1.1	<i>Τοποθεσία ξενώνων</i>	105
7.1.2	<i>«Φυσική» αρχιτεκτονική και φιλική εσωτερική διακόσμηση</i>	106
7.1.3	<i>Περιγραφή του χώρου – Υλικοτεχνική υποδομή</i>	106

7.2	Προσωπικό	108
7.2.1	<i>Διεπιστημονική συνεργασία</i>	109
7.3	Διοίκηση- Οργανωτικά θέματα	111
7.4	Λειτουργικότητα, ικανότητες, δυνατότητες φιλοξενούμενων	112
7.5	Διαχείριση χρόνου- Δραστηριότητες	114
7.5.1	<i>Εργοθεραπεία</i>	114
7.5.2	<i>Τέχνες (τέχνες αποασυλοποίησης: μουσική, εικαστικές τέχνες, χορός)</i>	116
7.6	Ένταξη- Αποκλεισμός	119
7.6.1	<i>Κοινωνικός αποκλεισμός</i>	119
7.6.2	<i>Η αντίσταση στην αλλαγή του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας</i>	121
7.6.3	<i>Το φαινόμενο της αντίστασης της κοινότητας στην εγκατάσταση των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης- χαρακτηριστικά και τρόποι αντίδρασης της κοινότητας</i>	123
7.6.4	<i>Το υπόβαθρο των αντιδράσεων</i>	125
7.6.5	<i>Το υπόβαθρο των αντιδράσεων</i>	128
7.6.6	<i>Η ενσωμάτωση της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινοτική ζωή</i>	130
7.6.7	<i>Η Ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα λειτουργίας της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης</i>	131
7.6.8	<i>Η ανάπτυξη δικτύου εθελοντών</i>	132
7.6.9	<i>Επικοινωνιακή πολιτική της Μονάδας και η αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης</i>	135
7.6.10	<i>Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς την κοινότητα</i>	137
7.6.11	<i>Οικογένεια και ψυχική διαταραχή</i>	140
7.6.12	<i>Το πρόβλημα της εύρεσης στέγης και εργασίας</i>	144

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

8.1	Γενικά για την Θεραπευτική Ομάδα	146
8.2	Οι ρόλοι της θεραπευτικής ομάδας	146

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΩΝ	150
--	-----

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	153
-----------	-----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ	159
--------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	161
-----------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	174
--------------	-----

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

...και μόνο η ανάμνηση αυτού του νοσοκομείου συνδέεται με τη μεγαλύτερη δυνατή αθλιότητα, με το χάσιμο της προσωπικότητας και της πιο απλής ανθρώπινης αξιοπρέπειας των όσων είναι εκεί μέσα...

...ας φανταστούμε λίγο πως μπορεί να είναι ένα ψυχιατρείο, με την αναπόφευκτη ασχήμια του και τ' απελπιστικά του θεάματα. Κι όμως, αυτοί που δε στοιβάχτηκαν σ' ορισμένους υπερπλήρεις θαλάμους ή που ποτέ δεν είχαν την ευκαιρία να επισκεφτούν τους αρρώστους σ' αυτούς τους χώρους, δεν μπορούν να καταλάβουν και την φρίκη (κι αυτή η λέξη δεν είναι αρκετά δυνατή) των συνθηκών που ζουν αυτοί που τους έτυχε το χειρότερο...υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι χαντακωμένοι, απομονωμένοι από τους υπόλοιπους ζωντανούς, πεταμένοι σαν κάτι άχρηστο και σπασμένο σε ένα σωρό σκουπίδια...

Κάθε παράγκα- που είναι χτισμένη για 40 κρεβάτια- είναι τόσο κατάφορα ανεπαρκής επειδή οι άρρωστοι αυξάνουν ασταμάτητα, που αντί για 40, είμαστε 120 για 40 κρεβάτια. Οι απίθανα ανεπαρκείς κοιτώνες χρειάζονταν παραπανίσια στρώματα: αυτά λοιπόν, τα βάζουμε στη σειρά κάθε βράδυ στο αναψυκτήριο, το μπάνιο, παντού όπου υπήρχε χώρος για έναν άνθρωπο που ήλθε να ζαπλώσει.

Κάθε πρωί νωρίς- νωρίς όλοι αυτοί έπρεπε να είναι στο πόδι για να ελευθερώσουν το αναψυκτήριο ώστε να αφήσουν τις καθαρίστριες να καθαρίσουν. Καθένας έπαιρνε το στρώμα του και πήγαινε στο μπάνιο ή αλλού κι έφτιαχνε με αυτά μια θλιβερή πυραμίδα.

Αυτό, όμως, δεν ήταν το χειρότερο. Το χειρότερο είναι πως είμαστε ο ένας πάνω στον άλλο να περπατάμε σε μια αίθουσα που μόνο να έβλεπε κανείς πως φερόταν ο καθένας μέσα σε αυτήν τον έπιανε απόγνωση. Μερικοί που ήταν μέσα πολύ καιρό κουβαλούσαν την μιζέρια τους μ' όλη της την δόξα, συγκρατώντας τα παντελόνια τους με ένα σπάγκο ή με το χέρι μαραμένο...ή δεν τα κρατούσαν καθόλου. Οι άλλοι αποδιοργανωμένοι, αποβλακωμένοι, χαζοί, ξάπλωναν κολλητά στους τοίχους ή κάτω από τα τραπέζια. Έπρεπε να τους αιχμαλωτίζουν μέσα σ' ατελείωτους κύκλους που έκαναν περπατώντας πρωί-βράδυ, με την ψυχή νεκρή και με κάποια ή καθόλου συνείδηση της κατάρρευσης τους...

(Roger Gentis, 1983)

Το παραπάνω απόσπασμα κειμένου, ανήκει σε τρόφιμο ενός ψυχιατρείου και το παραθέτουμε πιστεύοντας ότι μπορεί να σκιαγραφήσει την εικόνα που επικρατούσε στα ψυχιατρεία στο παρελθόν, καθώς και την ανάγκη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης η οποία ήδη υλοποιείται μέσω των προγραμμάτων «Ψυχαργός».

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τα τελευταία 15 χρόνια επιχειρείται στην Ελλάδα μια μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών, με την οποία επιδιώκεται η αντικατάσταση του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα στη Μεγάλη Βρετανία, τη Γαλλία, τις Η.Π.Α. και την Ιταλία, παρατηρείται μεταπολεμικά μια στροφή από το «ασυλιακό» στο «κοινοτικό μοντέλο» ψυχιατρικής περίθαλψης. **Το ασυλιακό μοντέλο** βασίζεται κυρίως στο θεσμό του ψυχιατρικού ασύλου και τη μετεξέλιξή του το ψυχιατρικό νοσοκομείο και ακολουθεί τη λογική της κοινωνικής απομόνωσης: οι ψυχιατρικοί ασθενείς απομονώνονται προκειμένου αφενός να προστατευτούν οι ίδιοι από τις βλαβερές κοινωνικές επιδράσεις και αφετέρου για να απαλλαγεί η ίδια η κοινωνία από μια μορφή παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Η απομόνωση συνοδεύεται από μια εξατομικευμένη θεώρηση της ψυχοπαθολογίας, βιολογικής ή ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης. Η ψυχική νόσος παραμένει έτσι ανεξήγητη για το πλατύ κοινό, το οποίο ασπάζεται πλήθος λαθεμένες απόψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες, και φόβους, που της προσδίδουν το στοιχείο του στίγματος. Οι διακρίσεις που συνοδεύουν το στίγμα επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια στην προσπάθεια τους να επανακτήσουν την κοινωνική λειτουργικότητα τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι διακρίσεις όμως που συνοδεύουν το πάσχον άτομο δεν περιορίζονται μόνο σε αυτό, περιλαμβάνουν αντίθετα οτιδήποτε και οποιονδήποτε σχετίζεται με το άτομο αυτό: τη φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για να ελεγχθούν τα συμπτώματα, τα μέλη της οικογένειας, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ακόμα και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή τις εξωνοσοκομειακές δομές στις οποίες αντιμετωπίζονται τα άτομα που πάσχουν... Το στίγμα και οι διακρίσεις που το συνοδεύουν είναι αναπόφευκτες συνέπειες του ασυλιακού μοντέλου περίθαλψης.

Αντίθετα, **το κοινοτικό μοντέλο** ψυχιατρικής περίθαλψης βασίζεται σε ένα σύνολο από διαφοροποιημένους θεσμούς (κοινοτικές στεγαστικές δομές, κινητή μονάδα, νοσοκομείο ημέρας, επαγγελματικά εργαστήρια, κέντρο ψυχικής υγείας, ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου, κ.α.) και ακολουθεί τη λογική της διατήρησης των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις με κάθε τρόπο εντός του κοινωνικού ιστού με σκοπό την σταδιακή ενσωμάτωσή τους σε αυτόν.

Τα εν λόγω δύο μοντέλα ψυχιατρικής περίθαλψης βασίζονται σε διαφορετικές θεωρήσεις του ανθρώπου, της ανθρώπινης φύσης, της υγείας του και της ασθένειάς του και διαβλέπουν διαφορετικά τις δυνατότητες της θεραπευτικής παρέμβασης. **Οι στεγαστικές δομές κοινοτικού τύπου (ξενώνες, οικοτροφεία, θεραπευτικά διαμερίσματα) αποτελούν βασική συνιστώσα των προγραμμάτων επανένταξης και αποκατάστασης των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις.**

Η μελέτη του τρόπου που αυτού του τύπου οι δομές λειτουργούν σε ένα αστικό και σε ένα αγροτικό-ημιαστικό περιβάλλον συνεισφέρει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το συνολικό πρόγραμμα αποασυλοποίησης έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο επιλέξαμε την διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος. Πιστεύουμε ότι θα συνεισφέρει στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης αφού δεν έχει επιδιωχθεί στο παρελθόν ανάλογη συγκριτική προσέγγιση σε προγράμματα αποασυλοποίησης που αφορούν διαφορετικές κοινωνικές δομές.

Πιο συγκεκριμένα **σκοπός και αντικείμενο της έρευνάς** μας, είναι η σύγκριση των προγραμμάτων αποασυλοποίησης και επανένταξης ψυχιατρικά ασθενών τα οποία αναπτύσσονται σε ένα ημιαστικό και σε ένα αστικό περιβάλλον. Αυτό επιτεύχθηκε μέσω της καταγραφής των προγραμμάτων αποκατάστασης, της κοινωνικής λογικής τους και των τεχνικών συλλογής στοιχείων που θα χρησιμοποιήσουμε. Επίσης θα εξετάσαμε τον τρόπο με τον οποίο οι νέες ψυχιατρικές δομές συνδέονται με την τοπική κοινωνία, με την οικογένεια και με θεσμούς όπως η τοπική αυτοδιοίκηση, η αγορά εργασίας κ.α.

Η μέθοδος που επιλέξαμε για την διερεύνηση των παραπάνω παραμέτρων του θέματος ήταν η ποιοτική αφού η συλλογή πληροφοριών, θα ήταν καλύτερη εξαιτίας της σημασίας που θα δινόταν στην λεπτομέρεια, και στη ζωντανή απόδοση του λόγου των ερωτώμενων. Το γεγονός ότι η μέθοδος αυτή ήταν περισσότερο ανοιχτή και αδόμητη θα μας επέτρεπε την πιο άμεση εμπλοκή μας στο ερευνούμενο πεδίο με στόχο την αποκάλυψη θεωρίας και όχι την επαλήθευση της.

Οι τεχνικές έρευνας που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

A) Ημι-δομημένη συνέντευξη με επαγγελματίες των κοινωνικών υπηρεσιών προκειμένου να καταγραφούν και να αναλυθούν οι διαφορετικές οπτικές με τις οποίες ερμηνεύουν το συνολικό εγχείρημα της αποασυλοποίησης και το ρόλο τους σε αυτό

B) Συμμετοχική παρατήρηση στο χώρο των δύο ξενώνων και ζήτηση ανάληψης ρόλων (π.χ. βόλτα με τους ενοίκους).

Γ) Συλλογή γραπτών τεκμηρίων (φυλλάδια, αφίσες, προγράμματα επανένταξης κλπ.) και δημοσιοποιημένου λόγου (κείμενα σε ιστοσελίδες των δύο ξενώνων, άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά των εργαζομένων σε αυτές κ.α.).

Τα βασικά προβλήματα στην διεξαγωγή της έρευνάς αυτής ήταν η μετακίνηση σε δυο γεωγραφικές περιοχές και η πρόσβαση και αποδοχή εκ μέρους των φορέων. Το ζήτημα της μετακίνησης λύθηκε με καταμερισμό του έργου και η πρόσβαση και αποδοχή είχε εξασφαλιστεί πριν την έναρξη της έρευνάς, είτε με την μεσολάβηση του επιβλέποντα καθηγητή, είτε με δικιά μας πρωτοβουλία. Ακόμα, **το κύριο ηθικό ζήτημα** που μας απασχόλησε ήταν η παρακολούθηση των ένοικων στον χώρο διαβίωσης τους, αφού η προσέγγισή τους απαιτούσε λεπτό χειρισμό και σεβασμό του προσωπικού τους χώρου, ώστε να μην νιώσουν ότι εισβάλλουμε σε αυτόν με ιδιοτελή κίνητρα..

Στην προσπάθειά μας να αναπτύξουμε το θέμα, ακολουθήσαμε την παρακάτω **δομή** περνώντας από τα γενικότερα θεωρητικά μέρη στα πιο ειδικά. Συνολικά η πτυχιακή εργασία αποτελείται από τρία μέρη (I- III) αποτελούμενα από οκτώ κεφάλαια. Το πρώτο μέρος είναι το καθαρά θεωρητικό κομμάτι της εργασίας μας, το κεφάλαιο 1 περιλαμβάνει θεματολογία σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, το οικονομικό και κοινωνικό τους κόστος, τις ομάδες που επηρεάζει και τις πολιτικές των κυβερνήσεων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Το 2^ο κεφάλαιο αναφέρεται στις εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας και πως υλοποιούνται αυτές, μέσω ενός προγράμματος με συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την μείωση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό. Στα κεφάλαια 3 και 4 βλέπουμε τα στάδια της ψυχιατρικής περίθαλψης από τον 4^ο αιώνα π.Χ. περίπου μέχρι τις μέρες μας και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Το δεύτερο μέρος είναι η μεθοδολογία. Περιλαμβάνει το 5^ο κεφάλαιο και αναφέρεται στην έρευνα στην κοινωνική εργασία και τα στάδια της έρευνας αυτής.

Το τελευταίο μέρος είναι το Ερευνητικό- Εμπειρικό. Στο 6^ο κεφάλαιο περιγράφουμε το πεδίο μελέτης μας, δηλαδή τον ξενώνα Αγάπη και Καλλίστη, αλλά και τις δυσλειτουργίες και προοπτικές που παρατηρήσαμε και μας αναφέρθηκαν κατά την

διάρκεια των επισκέψεών μας. Στο κεφάλαιο 7 στόχος μας είναι να κάνουμε μία από κοινού σύγκριση και εξέταση των δύο ξενώνων, με αναδρομή στη θεωρία, προκειμένου να βγουν συμπεράσματα θεμελιωμένα τόσο στην εμπειρία, όσο και στη θεωρία. Δηλαδή παραθέτουμε τα εμπειρικά δεδομένα, τεκμηριώνοντας τα θεωρητικά και ερμηνεύοντας τα παράλληλα. Το κεφάλαιο 8 αναφέρεται στην θεραπευτική ομάδα και στους ρόλους που έχει η κάθε ειδικότητα ξεχωριστά στα πλαίσια των νέων αποκαταστασιακών δομών.

Τέλος στο παράρτημα παραθέτουμε το διάγραμμα της πτυχιακής μας εργασίας, το πλάνο στο οποίο βασιστήκαμε για τις συνεντεύξεις, φωτογραφίες των ξενώνων καθώς και έντυπο υλικό, ένα παράδειγμα ανάπτυξης ενός εθνικού προγράμματος σε μια χώρα με χαμηλό επίπεδο πόρων και ένα παράδειγμα της ανάπτυξης ενός τοπικού προγράμματος σε χώρα με μέσο επίπεδο πόρων και το πλάνο της ημιδομημένης συνέντευξης.

Κλείνοντας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Τζανάκη Μανώλη για την κατανόηση και καθοδήγησή του καθώς και το προσωπικό των ξενώνων που συνεργάστηκε μαζί μας, χωρίς το οποίο αυτή η εργασία δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί.

I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σε όλες τις κοινωνίες οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική επιβάρυνση της υγείας. Αποτελεσματικές παρεμβάσεις υπάρχουν, αλλά όμως η πλειονότητα των ατόμων που τις χρειάζεται δεν έχει πρόσβαση σε αυτές. Οι παρεμβάσεις είναι δυνατόν να γίνουν προσβάσιμες μέσω αλλαγών στις πολιτικές και στη νομοθεσία, καθώς και μέσω επαρκούς χρηματοδότησης και της εκπαίδευσης κατάλληλου προσωπικού.

1.1 Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών

Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για το 12% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της υγείας από νόσους. Εκτιμάται μάλιστα ότι μέχρι το 2020 θα φτάσει το 15%. Η κατάθλιψη αναμένεται να γίνει η δεύτερη κύρια αιτία ανικανότητας στον κόσμο. Η ευπαθέστερη ηλικιακή ομάδα είναι οι λεγόμενοι «νεαροί ενήλικες» που αποτελούν το πλέον παραγωγικό κομμάτι μιας κοινωνίας (Ζαχαριάς, 2004:15).

Οι λόγοι που μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών είναι η ταχεία αστικοποίηση, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές και οι μακροοικονομικές αλλαγές. Τα αποτελέσματα της αστικοποίησης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τις ψυχικές διαταραχές, δηλαδή η αυξημένη έλλειψη στέγης, η φτώχεια, η έλλειψη ζωτικού χώρου, τα υψηλά επίπεδα μόλυνσης, η διάλυση των οικογενειών και η απώλεια κοινωνικής στήριξης συμβάλλουν στην αύξηση των διαταραχών της ψυχικής υγείας (Αγγελόπουλος, 1990:51).

Τα άτομα που επίσης εκτίθενται σε βία είναι πιθανότερο απ' ό τι οι άλλοι να υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η διαταραχή από ψυχοτραυματική εμπειρία και η κατάθλιψη, που δυνατόν να οδηγήσουν σε κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών και σε αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών (Ζαχαριάς, 2004:15- 16).

Τα άτομα που νοσούν αντιμετωπίζουν το στίγμα και υφίστανται διακρίσεις σε όλο τον κόσμο. Εκδηλώνεται ως προκατάληψη, στερεοτυπική αντιμετώπιση, φόβος, ντροπή, θυμός, απόρριψη ή αποφυγή. Οι νοσούντες υφίστανται παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών τους τόσο στην κοινωνία όσο και στην κλειστή κοινότητα των ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Συχνός είναι επίσης ο αποκλεισμός τους στην αγορά εργασίας και η περιορισμένη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες, στην ασφάλιση και στη στέγαση. Η κακοποίηση που δέχονται στον ψυχολογικό, το σωματικό και σεξουαλικό τομέα γίνεται συχνή καθημερινή εμπειρία. Μεγάλο μέρος όλων αυτών των προβλημάτων δεν δηλώνεται πουθενά και επομένως η επιβάρυνση δεν ποσοτικοποιείται (Ζαχαριάς, 2004:16).

1.2 Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών

Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ψυχικών διαταραχών επιβαρύνει τις κοινωνίες, τις κυβερνήσεις, τα άτομα που υποφέρουν, καθώς και όσους τα φροντίζουν και τις οικογένειές τους. Η πιο φανερή οικονομική επιβάρυνση είναι το άμεσο κόστος της θεραπευτικής αγωγής. Πολλές ψυχικές διαταραχές είναι χρόνιες και τείνουν να

υποτροπιάζουν. Αυτό σημαίνει μακροχρόνιες ή επανειλημμένες θεραπείες και φροντίδα, πράγμα που επιβαρύνει σημαντικά το κόστος (Ζαχαριάς, 2004:17).

Το έμμεσο κόστος πηγάζει κυρίως από την απώλεια εργασίας και τη μειωμένη παραγωγικότητα των ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές και όσων τους φροντίζουν καθώς και των οικογενειών τους. Το έμμεσο κόστος είναι υψηλότερο από το άμεσο. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α. το ετήσιο άμεσο κόστος θεραπείας που αφορά την κατάθλιψη είναι γύρω στα 12 δισεκατομμύρια δολάρια ενώ το έμμεσο κόστος των απουσιών από την εργασία και της απολεσθείσας παραγωγικότητας που αποδίδεται στην κατάθλιψη, υπολογίστηκε σε 31 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή σχεδόν το τριπλάσιο του άμεσου κόστους. Επομένως από οικονομική άποψη η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών είναι δαπανηρή αλλά πιο δαπανηρό είναι να αφεθούν αθεράπευτες (Ζαχαριάς, 2004:17- 18).

Οι οικογένειες υφίστανται επίσης το κοινωνικό κόστος και το συναισθηματικό βάρος που προκαλεί η φροντίδα των ανήμπορων μελών τους, την έκπτωση της ποιότητας ζωής όσων είναι υποχρεωμένοι να προσφέρουν φροντίδα, τον κοινωνικό αποκλεισμό, το στίγμα και την απώλεια ευκαιριών να βελτιώσουν τη ζωή τους (Ζαχαριάς, 2004:18).

1.3 Ευπαθείς ομάδες

Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών δεν είναι ομοιόμορφη σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Οι πιο ευάλωτες ομάδες είναι αυτές που βρίσκονται σε δυσμενείς συνθήκες και έχουν τους λιγότερους πόρους. Αυτές οι ομάδες περιλαμβάνουν τις γυναίκες και ειδικά εκείνες που κακοποιούνται, τα άτομα που ζουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας, τους μετανάστες, τα άτομα με ψυχοτραυματικές εμπειρίες, τα παιδιά και τους εφήβους χωρίς φροντίδα (Ζαχαριάς, 2004:18- 19).

Επίσης η ψυχική υγεία μπορεί να επιβαρυνθεί από παράγοντες, όπως είναι την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ατόμων σε έναν γεωγραφικό χώρο. Αυτό είναι ένα γεγονός, το οποίο μειώνει την πιθανότητα να παίξει κανείς ένα διαφορετικό κοινωνικό ρόλο, με αποτέλεσμα οι κοινωνικοί ρόλοι να επαναλαμβάνονται και να δημιουργείται έτσι ένα αίσθημα αδυναμίας του να ταυτιστεί κανείς σε ένα δικό του ρόλο. Ένας ακόμη παράγοντας που θεωρείται ότι επηρεάζει την ψυχική ισορροπία, είναι η μοντέρνα πολεοδομία των αστικών περιοχών. Οι πολυκατοικίες στις οποίες συνωστίζονται πολλές οικογένειες μαζί, είναι πιθανόν να επιδεινώσουν τα ήδη υπάρχοντα αισθήματα φόβου, καχυποψίας και μοναξιάς. Αυτό είναι κάτι που θα αλλάξει, αν η πολεοδομία και η αρχιτεκτονική αρχίσουν να εξυπηρετούν τις ανάγκες των ανθρώπων και όχι τους δικούς τους αφηρημένους σκοπούς. Το οικοδομήσιμο περιβάλλον, ίσως να μην επιδρά άμεσα στις κοινωνικές δομές και αξίες, μπορεί όμως να συμβάλλει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, με το να μειώνει το άγχος και να αυξάνει την ικανοποίηση από την θετική ψυχοσυναλλαγή μεταξύ των γειτόνων (Αγγελόπουλος, 1990:50-53).

1.4 Οι πόροι και η χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας

Δυστυχώς η χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκής κυρίως στις μη ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες. Το 62% των αναπτυσσόμενων και το 16% των αναπτυγμένων οικονομικά χωρών δαπανά για την ψυχική υγεία λιγότερο του 1% του

συνολικού του προϋπολογισμού για την υγεία. Σχεδόν για το 70% των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο αναλογεί ένας ψυχίατρος σε κάθε 100.000 άτομα (Ζαχαριάς, 2004:19).

Μπορούμε να ευελπιστούμε ότι στον 21ο αιώνα η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα βελτιωθεί σημαντικά. Οι πρόοδοι στις κοινωνικές επιστήμες μας επιτρέπουν να κατανοούμε καλύτερα τις κοινωνικές αιτίες των ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Η αναπτυξιακή προσέγγιση φωτίζει τα προβλήματα που οφείλονται σε δύσκολες κατά την παιδική ηλικία και τις συνακόλουθες ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων. Οι κλινικοί έχουν τώρα πρόσβαση σε πιο αποτελεσματικά ψυχοτρόπα φάρμακα για ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών. Η έρευνα έχει δείξει την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στο να επιταχύνουν και να σταθεροποιούν την ανάρρωση από κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος, όπως και από χρόνιες καταστάσεις, όπως η σχιζοφρένεια (Ζαχαριάς, 2004:19).

1.5 Κυβερνητικές πολιτικές εκτός του τομέα της υγείας οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία των πληθυσμών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες τόσο στο κοινωνικό όσο και στο οικονομικό επίπεδο. Οι κυβερνήσεις με τις παρεμβάσεις τους κάθε φορά μπορούν να επηρεάσουν κάποιους απ' αυτούς τους παράγοντες με αποτελέσματα είτε αρνητικά, είτε θετικά για την ψυχική υγεία.

Με βάση την ψυχοκοινωνική θεώρηση στη γένεση της ψυχικής νόσου, έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα υποθέσεων για το ρόλο που διαδραματίζουν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στη διαμόρφωση του διπόλου ψυχική υγεία –ψυχική νόσος. Ένα πλέγμα ψυχολογικών, οικογενειακών και ευρύτερων κοινωνικών παραγόντων θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε κάθε ψυχική νόσο και παίζουν συντελεστικό ρόλο στην ανάπτυξη της. Έτσι, φαίνεται ότι οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις, γεγονότα, συνθήκες και ερεθίσματα, καθώς και ψυχολογικές καταστάσεις, όπως συγκρούσεις και ματαιώσεις, μπορούν να επιφέρουν μια γενικότερη διαταραχή στην ομοιόσταση του οργανισμού. Τα λεγόμενα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, όπως ο θάνατος αγαπημένων προσώπων, η απώλεια της εργασίας, οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, ο χωρισμός και αποχωρισμός, η αναγκαστική μετακίνηση, η αλλαγή σπιτιού ή σχολείου, τα οικονομικά προβλήματα, η συνταξιοδότηση, η μετανάστευση και μια σειρά από άλλα γεγονότα, έχουν προταθεί ως αντιπροσωπευτικοί στρεσογόνοι παράγοντες, που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης μιας διαταραχής στην ψυχική ή και σωματική υγεία του ατόμου. Παρακάτω αναλύονται ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες (Χριστοδούλου, 2000:61-62).

Η **φτώχεια** είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου μελλοντικών ψυχικών διαταραχών. Οι φτωχοί βιώνουν τη δυστυχία, πράγμα που τους καθιστά πιο ευάλωτους στις ψυχικές διαταραχές. Αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά εμπόδια στο να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, επειδή δεν μπορούν να πληρώσουν, ή επειδή οι υπηρεσίες δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες τους. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ιδίως όσα έχουν χρόνια νοσήματα, κινδυνεύουν να μείνουν άστεγα, άνεργα και να αποκλειστούν κοινωνικά. Οι *κυβερνητικές πολιτικές* με στόχο να μειώσουν τα απόλυτα ή τα σχετικά επίπεδα της φτώχειας προσδοκάται να έχουν σημαντική θετική επίπτωση στις ψυχικές διαταραχές (Παπαδάτος, 1985:55, Ζαχαριάς, 2004:31).

Πολλές παγκόσμιες τάσεις, π.χ. η **αστικοποίηση**¹, έχουν αρνητική επίπτωση στην ψυχική υγεία των πληθυσμών. Αυξάνει τον κίνδυνο να μείνει κανείς άστεγος, να χάσει τα μέσα επιβίωσης και να εκτεθεί σε παθογόνο περιβάλλον, π.χ. τη μόλυνση των πόλεων. Διαλύει επίσης τις οικογενειακές δομές, πράγμα που οδηγεί σε μειωμένη κοινωνική στήριξη. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η αστικοποίηση συνόδευσε την οικονομική ανάπτυξη, την ανάδυση συγκροτημένων οικονομιών της αγοράς και την ταχεία εκβιομηχάνιση. Οι *κυβερνήσεις* μπορούν να εξομαλύνουν καταστάσεις μέσω της νομοθεσίας και της πολιτικής που ακολουθούν, ώστε να βελτιώσουν τη στέγαση και τις συνθήκες ζωής των αστικών πληθυσμών (Ζαχαριάς, 2004:31).

Η **έλλειψη στέγης** μπορεί να είναι η αιτία ψυχικών διαταραχών ή συνέπειά τους. Τα άτομα που ζουν σε κακές στεγαστικές συνθήκες είναι πιθανότερο να παραπονούνται για ψυχολογικά προβλήματα και να έχουν υψηλότερο επιπολασμό ψυχικών διαταραχών από ότι άλλοι. Η σχετική με τη στέγαση νομοθεσία και εθνικές στεγαστικές *πολιτικές*, που ελαττώνουν τον αριθμό των αστέγων και βελτιώνουν την ποιότητα και διαθεσιμότητα της στέγης σε μια χώρα, μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα ως προς τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών (Ζαχαριάς, 2004:31).

Το που θα στεγαστεί το πάσχον ψυχικά άτομο αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα. Πολλά άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές αναγκάζονται, επειδή δεν έχουν εργασία, είναι ακριβά τα ενοίκια και η οικογένεια τους δεν θέλει ή δεν μπορεί να τα συντηρεί, να είναι για πολλά χρόνια έγκλειστα σε ψυχιατρεία ή σε ξενώνες (Θεοφίλου, 2002:177-178).

Οι εθνικές στεγαστικές πολιτικές και η νομοθεσία μπορούν επίσης να διασφαλίσουν, ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, δεν υφίστανται διακρίσεις ως προς την διάθεση των κατοικιών και ότι έχουν την ίδια πρόσβαση, όπως όλοι, σε κατοικίες, τις οποίες παραχωρεί ή επιχορηγεί το κράτος. Οι χώρες μπορούν επίσης να προάγουν την ψυχική υγεία, δίνοντας προτεραιότητα στη στέγαση ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, και ιδιαίτερα όσον αφορά τη στέγαση που εξυπηρετεί τις ειδικές ανάγκες τους, δηλαδή σπίτια ενδιάμεσης διαμονής και υποστηριζόμενα σπίτια μακράς διαμονής. Τα παραπάνω είναι συχνά ουσιώδη για την επιτυχία του αποϊδρυματισμού και της μόνιμης φροντίδας στο κοινοτικό επίπεδο. Τέτοιες πολιτικές όμως θα αμφισβητηθούν εάν μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού δεν έχει στέγη (Ζαχαριάς, 2004:31-32).

Η **ανεργία** έχει μια βαθιά αμφίδρομη σχέση με τις ψυχικές διαταραχές. Οι άνεργοι κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, όπως άγχος, κατάθλιψη, απώλεια της αυτοπεποίθησης, μείωση της αυτοεκτίμησης και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η ανεργία μπορεί να είναι ιδιαίτερα καταστροφική για την ψυχική υγεία των μεγαλύτερων ενηλίκων, που έχουν μικρή προοπτική να επανεισέλθουν στην αγορά εργασίας. Την τελευταία δεκαετία πολλές αναπτυσσόμενες χώρες έχουν αναλάβει οικονομικές μεταρρυθμίσεις με στόχο τη δόμηση οικονομιών της αγοράς. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις συνήθως περιλαμβάνουν αλλαγές στη νομοθεσία, με σκοπό να αυξηθεί η ευελιξία της αγοράς εργασίας. Αυτό μπορεί να είναι σωστό με οικονομικά κριτήρια αλλά, όμως, αυξάνει τις πιθανότητες ξαφνικής ανόδου της ανεργίας. Η άνοδος των δεικτών απασχόλησης σε μια χώρα είναι δυνατό να βελτιώσει δραματικά το επίπεδο

¹ Αστικοποίηση είναι η μετανάστευση, η οποία έχει από μόνη της αυξημένο κίνδυνο στο να παρουσιάσει κάποιος διαταραχή (Αγγελόπουλος, 1990:51).

ψυχικής υγείας της χώρας αυτής (Ζαχαριάς, 2004:32, Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:135).

Εκτός όμως από την ανάγκη ανόδου των δεικτών απασχόλησης, παίζει σημαντικό ρόλο η επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων που νοσούν, για να είναι σε θέση να καλύψουν κάποια θέση απασχόλησης. Τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές καλούνται να ενταχθούν στην αγορά εργασίας με δυσμενείς και άνισους όρους. Οι όροι ένταξης είναι δυσμενείς, διότι η αγορά εργασίας δεν είναι ανοιχτή, ούτε παρέχει απλόχερα ευκαιρίες για επαγγελματική απασχόληση. Συγχρόνως, τα άτομα αυτά έχουν να αντιμετωπίσουν μια σειρά προβλημάτων, όπως: χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, έλλειψη εξειδίκευσης, προκαταλήψεις εργοδοτών (Θεοφίλου, 2002:178).

Οι **καλές συνθήκες εργασίας** είναι ουσιώδεις για την προαγωγή και διατήρηση της ψυχικής υγείας του εργατικού δυναμικού μιας χώρας. Αν και μπορεί να λεχθεί ότι η απασχόληση έχει θετική σχέση με την ψυχική υγεία, αφ' εαυτής δεν διασφαλίζει την καλή ψυχική υγεία. Οι συνθήκες που σχετίζονται με την εργασία, όπως η φύση και το περιβάλλον της εργασίας, είναι βασικοί παράγοντες. Η εργατική νομοθεσία μπορεί να προάγει την ανάπτυξη ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας. Η σχετική με την απασχόληση και την ασφάλεια εργασίας νομοθεσία πρέπει να αντιμετωπίζει θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και την κατάχρηση ουσιών. Πολλές χώρες έχουν συντάγματα ή νομοθεσίες που απαγορεύουν τις διακρίσεις λόγω αναπηρίας ή ανικανότητας. Ακόμη και τότε, τα άτομα με αναπηρίες, και ιδιαίτερα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, έχουν δυσκολίες να βρουν εργασία. Αυτό οφείλεται κυρίως στο στίγμα, αλλά επίσης στις δυσκολίες απασχόλησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές, π.χ. στο ότι ίσως χρειαστούν πρόσθετη στήριξη και στον κίνδυνο υποτροπών. Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι διακρίσεις, μερικές χώρες έχουν θέσει στόχους στους εργοδότες, όπου, κατά το νόμο, χώροι εργασίας με έναν ορισμένο αριθμό εργαζομένων υποχρεούνται να έχουν ένα ορισμένο ποσοστό αναπήρων εργαζομένων. Οι πρώτες ενδείξεις είναι ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν ωφελήθηκαν αναλογικά από αυτές τις στρατηγικές (Παπαδάτος, 1985:53, Ζαχαριάς, 2004:32).

Οι **αναπτυσσόμενες χώρες** δεν έχουν συνήθως ολοκληρωμένα **συστήματα κοινωνικής ασφάλισης**, τα οποία θα μετρίαζαν τα δυσάρεστα επακόλουθα των οικονομικών αλλαγών. Οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική ανικανότητα και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν παρέχονται τα επιδόματα ανικανότητας. Οι οικογένειες, και όσοι φροντίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, παίζουν σημαντικό ρόλο στο να τα καταστήσουν ικανά να ζουν στην κοινότητα, και έτσι να μειωθεί η επιβάρυνση των υπηρεσιών. Αυτό δικαιώνει την παροχή επιδομάτων από την κοινωνική ασφάλιση στις οικογένειες και σε όσους φροντίζουν άτομα με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Ζαχαριάς, 2004:32-33).

Η **εκπαίδευση** καθορίζει σημαντικά τη μελλοντική ψυχική υγεία. Στα σχολεία υπάρχει ευκαιρία να γίνει έγκαιρη παρατήρηση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων των παιδιών, πριν να εμφανιστούν μείζονες ψυχικές διαταραχές. Είναι επίσης δυνατό να αναληφθούν δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης σχετικά με την ψυχική υγεία. Η έλλειψη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι σημαντικός παράγοντας, ο οποίος προδικάζει μελλοντικά ψυχικά προβλήματα. Στρατηγικές για την αποθάρρυνση της εγκατάλειψης της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Άλλες προληπτικές δράσεις περιλαμβάνουν προγράμματα εκπαίδευσης που προάγουν τις ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, τις δεξιότητες

αντιμετώπισης, χειραφέτησης και τις διαπροσωπικές δεξιότητες, καθώς και προγράμματα πρόληψης της χρήσης αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών από τους εφήβους (Ζαχαριάς, 2004:33).

Βέβαια, υπάρχει και η περίπτωση εφήβων που εξαιτίας της εμφάνισης ψυχωσικών συμπτωμάτων αδυνατούν να ολοκληρώσουν την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με αποτέλεσμα το μέτριο μορφωτικό επίπεδο να αποτελεί εμπόδιο στην διεκδίκηση θέσεων. Γενικότερα οι δυσκολίες/ εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην επαγγελματική τους προετοιμασία και ένταξη στην αγορά εργασίας τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι: α) προκαταλήψεις/ διακρίσεις/ κοινωνικός στιγματισμός, β) η φύση της ασθένειας, γ) η έλλειψη συμβουλευτικής καθοδήγησης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Επίσης η προσωπική αδράνεια, αδιαφορία και παθητικότητα, η ελλιπής εκπαίδευση/ κατάρτιση, η έλλειψη ειδικών κρατικών υπηρεσιών, αποτελούν τις δευτερεύουσες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς στην επαγγελματική τους προετοιμασία και ένταξη (Θεοφίλου, 2002:175-176).

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πιθανότερο να εμπλακούν με την **ποινική δικαιοσύνη** από ότι οι άλλοι άνθρωποι, και οι φυλακισμένοι είναι πιθανότερο να έχουν ψυχικές διαταραχές από ότι ο γενικός πληθυσμός. Χρειάζονται πολιτικές ώστε να προλαμβάνεται η άστοχη φυλάκιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να διευκολύνεται η μεταγωγή τους σε εγκαταστάσεις όπου θα προσφέρεται θεραπεία. Το πρόβλημα των παιδιών και των εφήβων στις φυλακές πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη νομοθεσία, με προγράμματα αναμόρφωσης και αποκατάστασης, και προγράμματα που εμπλέκουν τις οικογένειες (Ζαχαριάς, 2004:33).

Πολλοί από τους παραπάνω κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι. Έτσι, υπάρχει μια σαφής διασύνδεση της φτώχειας, της αστικοποίησης και της έλλειψης στέγης. Αλλαγές στρατηγικής σε ένα τομέα επηρεάζουν διαδοχικά τους άλλους, που με τη σειρά τους επιδρούν στον αρχικό τομέα. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της δυναμικής διεργασίας στην ψυχική υγεία μπορεί να είναι είτε θετικό είτε αρνητικό. Οι κυβερνήσεις πρέπει να αποδεχθούν το γεγονός ότι σημαντικές μακροοικονομικές και μακροκοινωνικές αλλαγές πολιτικής επηρεάζουν την ψυχική υγεία των πληθυσμών. Πρέπει να λειτουργήσουν μηχανισμοί για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και/ ή να καταγράφεται και να ελέγχεται η κατάσταση στην ψυχική υγεία στην οποία προκαλούνται μεταβολές από αυτές τις αλλαγές (Ζαχαριάς, 2004:33).

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι ψυχικές διαταραχές έχουν επιπτώσεις άμεσα τόσο στο άτομο που νοσεί και την οικογένειά του, όσο και έμμεσα στην κοινωνία ευρύτερα. Το άτομο εκτός από το πρόβλημα της ψυχικής ασθένειας, έχει να αντιμετωπίσει τον κοινωνικό αποκλεισμό και όλες τις διαστάσεις του (στιγματισμός, προκατάληψη, απόρριψη, αποκλεισμός από την αγορά εργασίας). Ολόκληρος ο κρατικός μηχανισμός έχει ενεργοποιηθεί, προκειμένου να εξαλείψει τις αρνητικές συνέπειες της ψυχικής ασθένειας μέσω μακροπρόθεσμων πολιτικών, μεσοπρόθεσμων σχεδίων δράσης και βραχυπρόθεσμων προγραμμάτων. Στο επόμενο κεφάλαιο παραθέτουμε τις εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας και πως υλοποιούνται αυτές, μέσω ενός προγράμματος με συγκεκριμένες παρεμβάσεις, για την μείωση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Πολιτική, Σχέδιο Δράσης και Προγράμματα ψυχικής υγείας

Μία πολιτική για την ψυχική υγεία, είναι ένα οργανωμένο σύνολο αξιών, αρχών και στόχων με προορισμό τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και τη μείωση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό. Ορίζει ένα όραμα για το μέλλον και βοηθάει ώστε να δημιουργηθούν εφαρμόσιμοι μέθοδοι ανάληψης δράσης. Τα σχέδια δράσης καθώς και τα προγράμματα συμπληρώνουν τις πολιτικές και παρέχουν τα μέσα ώστε να επιτευχθούν οι ευρείς στόχοι που θέτει η πολιτική.

Ένα σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία, είναι μια λεπτομερής ολοκληρωμένη μελέτη για την ανάληψη στρατηγικών δράσεων, οι οποίες ωφελούν την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Το σχέδιο δράσης καθιστά δυνατή την εφαρμογή του οράματος, των αξιών, των αρχών και των στόχων, που η πολιτική καθορίζει και περιλαμβάνει συνήθως στρατηγικές, χρονοδιαγράμματα και πόρους.

Μια λογική αλληλουχία συγκροτημένων παρεμβάσεων με στόχο τις ψυχικές διαταραχές ή τα προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελεί ένα πρόγραμμα για την ψυχική υγεία. Ένα πρόγραμμα καθορίζει τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν ως αποδέκτη τον πληθυσμό, και αναλαμβάνονται σύμφωνα με τις στρατηγικές προσέγγισης που έχουν προηγουμένως τεθεί από την πολιτική και τον σχεδιασμό (Ζαχαριάς, 2004:15).

Πίνακας 1: Διαφορές μεταξύ μιας πολιτικής, ενός σχεδίου δράσης και ενός προγράμματος.

	Πολιτική	Σχέδια δράσης	Προγράμματα
Εστίαση	<ul style="list-style-type: none"> - Όραμα - Αξίες - Αρχές - Ευρείς στόχοι 	<ul style="list-style-type: none"> - Στρατηγικές - Χρονοδιαγράμματα - Χρηματοδότηση 	<ul style="list-style-type: none"> - Συγκεκριμένες παρεμβάσεις - Πόροι (υλικοί και ανθρώπινοι) - Προϋπολογισμός
Προτεραιότητες	Ψυχική υγεία έναντι άλλων προβλημάτων υγείας ή μεταξύ των διαφόρων προβλημάτων της ψυχικής υγείας	Τομείς δράσης και είδη στρατηγικών	Είδη παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία
Περιεχόμενο	Γενικό	Γενικό ή ειδικό (σύμφωνα με τις στρατηγικές)	Ειδικό
Διάρκεια	Μακρά (5 έως 10 έτη)	Μέση (3 έως 8 έτη)	Σύντομη (1 έως 5 έτη)
Γεωγραφική περιοχή	Χώρα ή μεγάλη περιφέρεια	Χώρα ή μικρή Περιφέρεια	Χώρα ή τοπική εμβέλεια

Πηγή: Υπουργείο υγείας και πρόνοιας, Διεύθυνση ψυχικής υγείας. *Προγράμματα, σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας*, 2004:15.

2.2 Ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία

Εφ' όσον έχουν οριστεί οι γενικοί στόχοι και τα πεδία δράσης και έχουν σχεδιαστεί οι κύριες στρατηγικές και οι πόροι, η πολιτική και το συνακόλουθο σχέδιο δράσης μπορούν πλέον να εξελιχθούν σε ένα ή περισσότερα προγράμματα. Ένα πρόγραμμα ορίζει τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις, αποδέκτης των οποίων είναι ο πληθυσμός. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν στόχο προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία μπορεί να αφορούν την προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία ή αποκατάσταση και γίνονται σε διάφορα σημεία του συστήματος υγείας ή και έξω από το σύστημα αυτό (π.χ. σε χώρους εργασίας και σχολεία).

Η ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία σε μια χώρα ή περιφέρεια ή μικρότερη περιοχή έχει πολλά πλεονεκτήματα (Παράρτημα Ζ και Η):

- Μετατρέπει τις αξίες, τις αρχές, τους στόχους και τις στρατηγικές μιας πολιτικής και ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία, σε παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων.
- Βοηθά στην υλοποίηση νέων παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία, από ποικίλους παροχείς, σε διάφορα μέρη της χώρας ή της περιφέρειας.
- Διευκολύνει την παροχή υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο.

Το Υπουργείο Υγείας είναι συνήθως ο θεσμός που ευθύνεται για την κατάστρωση, κεντρική διαχείριση, συντονισμό και αξιολόγηση ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία. Εντούτοις, είναι σκόπιμο οι μικρότερες περιοχές ή οι περιφέρειες να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη προγραμμάτων, τα οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινότητας (Ζαχαριάς, 2004:61).

Οι παρεμβάσεις που καθορίζονται από ένα πρόγραμμα μπορούν να αναπτυχθούν σύμφωνα με τα ακόλουθα βήματα: αρχικά προσδιορίζεται το θέμα ή το πρόβλημα που θα αντιμετωπιστεί, ορίζονται οι στόχοι του προγράμματος και επιλέγονται οι κατάλληλες προγραμματικές παρεμβάσεις. Στη συνέχεια γίνεται η περιγραφή των δραστηριοτήτων και ο προσδιορισμός των υπευθύνων για την υλοποίηση του προγράμματος, καθορίζεται το χρονοδιάγραμμα και σχεδιάζεται ο προϋπολογισμός. Το τελικό βήμα είναι η αξιολόγηση του προγράμματος

1ο βήμα : Προσδιορισμός του θέματος ή προβλήματος που θα αντιμετωπιστεί

Το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία είναι να προσδιοριστεί το συγκεκριμένο θέμα ή πρόβλημα το οποίο θα αντιμετωπίσει το πρόγραμμα. Το θέμα ή το πρόβλημα μπορεί να προσεγγιστεί από διάφορες πλευρές, όπως για παράδειγμα είναι οι παρεμβάσεις για άτομα με ειδικές διαταραχές (π.χ. έγκαιρη θεραπεία ατόμων με κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, υπερκινητικές διαταραχές), για ευπαθείς ομάδες (π.χ. προαγωγή και πρόληψη στα παιδιά, γυναίκες, ηλικιωμένους, αυτόχθονες εθνικές μειονότητες), για άτομα τα οποία διατρέχουν ιδιαίτερους κινδύνους λόγω ειδικών συνθηκών (π.χ. πρόληψη ψυχικών διαταραχών σε κακοποιημένες γυναίκες, θύματα καταστροφών, πρόσφυγες) και για άτομα που χρειάζονται προστασία (π.χ. προαγωγή της ψυχικής υγείας στο σχολικό πληθυσμό ή σε εργαζόμενους στο χώρο της εργασίας τους).

Εφόσον προσδιοριστεί ένα θέμα που χρήζει αντιμετώπισης, είναι ουσιώδες να εξηγηθεί γιατί είναι σημαντικό και πως θα βοηθήσουν οι παρεμβάσεις που θα αναληφθούν. Με αυτό τον τρόπο δικαιώνεται ορθολογικά η ύπαρξη του προγράμματος,

αναδεικνύοντας τους στόχους και διευκολύνοντας τη χρηματοδότηση και υποστήριξή του.

Μερικά κριτήρια που μπορούν να βοηθήσουν στην ανάδειξη των λόγων, οι οποίοι δικαιολογούν την αντιμετώπιση ενός προβλήματος είναι το μέγεθός του, η οξύτητά του, η σημασία του, η επιδεκτικότητά του σε αντιμετώπιση και το κόστος του, δηλαδή η κοινωνική και οικονομική αρνητική επίδραση του προβλήματος (Ζαχαριάς, 2004:62).

2ο βήμα: Ορισμός των στόχων του προγράμματος

Οι στόχοι θα πρέπει να καθορίζουν τι ακριβώς ελπίζεται να πετύχει το πρόγραμμα και ποιοι θα ωφεληθούν. Μερικά πιθανά οφέλη είναι τα εξής:

- **Οφέλη για την υγεία του πληθυσμού**, π.χ. ανακούφιση συμπτωμάτων, ευεξία, ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, επίπεδο ανικανότητας, ποσοστά υποτροπών
- **Οφέλη από την ανταπόκριση στις προσδοκίες του κοινού**, π.χ. ανθρώπινα δικαιώματα, ιατρικό απόρρητο, αυτονόμηση ως προς τις επιλογές
- **Οφέλη λόγω της οικονομικής προστασίας από το κόστος της ασθένειας**, π.χ. πρόσβαση σε ψυχοτρόπα φάρμακα και σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για διαταραχές που έχουν μεγάλο κόστος αντιμετώπισης (σχιζοφρένεια, εξάρτηση από ναρκωτικά) (Ζαχαριάς, 2004:62-63).

3ο βήμα: Επιλογή κατάλληλων προγραμματικών παρεμβάσεων

Η επιλογή των παρεμβάσεων πρέπει να βασίζεται σε πρακτικές τεκμηριωμένες με στοιχεία, δηλαδή σε πρακτικές οι οποίες γνωρίζουμε ότι έχουν αποτέλεσμα. Για την επιλογή πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη αφενός ότι είναι γνωστό για τις υπάρχουσες ανάγκες και αφετέρου η πείρα που έχει σωρευτεί από τις υπάρχουσες υπηρεσίες και τα πιλοτικά προγράμματα. Οι αξιολογήσεις που έχουν γίνει για τις υπάρχουσες υπηρεσίες και τα πιλοτικά προγράμματα αποτελούν εξαιρετικά πολύτιμα στοιχεία. Μερικά παραδείγματα αποτελεσματικών παρεμβάσεων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2: (Ζαχαριάς, 2004:15).

4ο βήμα: Περιγραφή των δραστηριοτήτων ενός προγράμματος ψυχικής υγείας

Κατά την κατάρτιση ενός προγράμματος, πρέπει να ορίζονται όλες οι δραστηριότητες που καταλήγουν στην υλοποίηση των παρεμβάσεων. Προς διευκρίνηση αυτής της διαδικασίας, μπορούν να εξεταστούν κατά σειρά οι 11 τομείς της πολιτικής που απαιτούν ανάληψη δράσης, ώστε να οριστεί ποιες δραστηριότητες χρειάζονται:

- **Χρηματοδότηση**: Ποια θα είναι η πηγή της χρηματοδότησης, πόση θα είναι διαθέσιμη και πως θα διατεθεί για το πρόγραμμα;
- **Νομοθεσία και ανθρώπινα δικαιώματα**: Πως θα γίνουν σεβαστά τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές; Υπάρχει ανάγκη νέων νόμων και κανονισμών για να υποστηριχτεί το πρόγραμμα;
- **Οργάνωση των υπηρεσιών**: Ποιοι παροχείς θα υλοποιήσουν τις παρεμβάσεις; Τι είδους παραπομπές είναι αναγκαίες από το ένα επίπεδο στο άλλο;
- **Ανθρώπινοι πόροι και εκπαίδευση**: Τι ειδικότητες εργαζομένων της γενικής και ψυχικής υγείας θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα; Τι είδους εκπαίδευση θα απαιτηθεί;

Πίνακας 2: Παραδείγματα αποτελεσματικών παρεμβάσεων

Προαγωγή και πρόληψη	<p>Ενίσχυση του δεσμού μητέρας- παιδιού σε φτωχές κοινότητες</p> <p>Μη ειδική πρόληψη στον τομέα της ψυχικής υγείας: αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης, της εγκατάλειψης των ηλικιωμένων και του τραύματος σε μετανάστες και πρόσφυγες</p> <p>Προαγωγή της ψυχικής υγείας στα σχολεία</p> <p>Ανάπτυξη ικανοτήτων αντιμετώπισης και καλών σχέσεων μεταξύ συνομηλίκων στα παιδιά σχολικής ηλικίας</p>
Νοητική αναπηρία	<p>Χρήση ιωδίου από μέλλουσες μητέρες σε περιοχές κινδύνου</p> <p>Εντοπισμός προβλημάτων αλκοολισμού σε εγκύους, υποστηρικτική συμβουλευτική και έγκαιρη θεραπεία</p> <p>Εξέταση όλων των νεογνών για φενυλκετονουρία και θεραπεία με δίαιτα χαμηλή σε φενυλαλανίνη</p>
Επιληψία	<p>Επαρκής προγεννητική φροντίδα, ασφαλής τοκετός, έλεγχος του πυρετού στα παιδιά, πρόληψη εγκεφαλικής βλάβης και έλεγχος παρασιτικών και μεταδοτικών ασθενειών</p>
Κατάθλιψη	<p>Θεραπεία εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη</p>
Αυτοκτονία	<p>Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ατόμων με κατάθλιψη</p> <p>Έλεγχος όπλων, μη τοξικό αέριο, έλεγχος τοξικών ουσιών, υλικά εμπόδια ώστε να εμποδιστεί η πτώση από ψηλά σημεία</p>
Σχιζοφρένεια	<p>Κοινωνική Φροντίδα: περίθαλψη εξωτερικών ασθενών, κέντρα ημέρας, υποστηριζόμενη εργασία, υποστήριξη για τις οικογένειες, υποστηριζόμενη στέγαση, κοινοτικές ομάδες για την ψυχική υγεία</p> <p>Φροντίδα οξέων περιστατικών σε νοσοκομεία ημέρας είναι μια εναλλακτική λύση αντί της εισαγωγής, για επιλεγμένους ασθενείς</p> <p>Η συνταγογράφηση ορισμένων αντιψυχωτικών φαρμάκων, όπως η κλοζαπίνη, αντισταθμίζει το κόστος της εισαγωγής</p>
Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών	<p>Σύντονη παρέμβαση για άτομα με πρώιμα προβλήματα ποτού από επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας</p> <p>Συμβουλευτικές παρεμβάσεις, συμπεριφορικές θεραπείες και ομάδες αυτοβοήθειας για εξάρτηση από αλκοόλ και ναρκωτικά</p>

Πηγή: Υπουργείο υγείας και πρόνοιας, Διεύθυνση ψυχικής υγείας. *Προγράμματα, σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας*, 2004:106

- **Προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση:** Οι στόχοι θα επιτευχθούν με τις παρεμβάσεις όπως έχουν οριστεί; Υπάρχει κάτι άλλο που μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων;
- **Βασικά φάρμακα:** Τι είδους φάρμακα θα χρησιμοποιηθούν; Πως θα διανέμονται;
- **Συνηγορία:** Πως θα συμμετέχουν οι χρήστες υπηρεσιών και οι οικογένειες τους στο πρόγραμμα; Θα υλοποιήσουν μερικές παρεμβάσεις οι οργανώσεις τους;
- **Βελτίωση ποιότητας:** Τι είδους διαδικασίες θα διεξαχθούν για την ποιότητα; Θα χρησιμοποιηθούν η πιστοποίηση, τα κριτήρια και οι οδηγίες;
- **Πληροφοριακά συστήματα:** Τι δεδομένα θα καταγράφονται ώστε να ελεγχθεί το πρόγραμμα; Τι είδους δείκτες εισαγωγής, επεξεργασίας και εξόδου δεδομένων θα χρησιμοποιηθούν;
- **Έρευνα και αξιολόγηση:** Θα γίνει μια αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της σχέσης κόστους- αποτελεσματικότητας;
- **Διατομεακή συνεργασία:** Ποιοι τομείς θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα; Τι είδους συνεργασία θα υπάρξει; (Ζαχαριάς, 2004:65)

5ο βήμα: Προσδιορισμός των υπευθύνων για την υλοποίηση του προγράμματος

Η αποτελεσματική εφαρμογή ενός προγράμματος και η ανάπτυξη των διαφόρων λειτουργιών του στηρίζονται σε πολλούς παράγοντες. Μέσω αυτών των παραγόντων εξασφαλίζεται η παροχή υψηλής ποιότητας παρεμβάσεων προς όφελος του πληθυσμού. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Διεύθυνση:** Η ευθύνη της διεύθυνσης πρέπει να βαρύνει το υπουργείο υγείας ή την υγειονομική περιφέρεια, ή κάποιο τοπικό θεσμό, σύμφωνα με την διοικητική δομή της χώρας ή της περιφέρειας. Η λειτουργία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει την αγορά υπηρεσιών, εάν το σύστημα υγείας είναι οργανωμένο κατάλληλα.
- **Χρηματοδότηση:** Οι κύριες πηγές μπορεί να είναι το υπουργείο οικονομικών, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση, φιλανθρωπικά ιδρύματα ή δωρητές
- **Παροχή φροντίδας:** Μπορεί να αναληφθεί από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, άτομα με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειές τους, ομάδες αλληλοβοήθειας, επαγγελματικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, εργαζόμενους στη γενική ή ψυχική υγεία, παραδοσιακούς θεραπευτές, ακαδημαϊκά ιδρύματα και επαγγελματικές-επιστημονικές οργανώσεις.
- **Τομείς εκτός της υγείας:** Σε αυτούς εντάσσεται η παιδεία, η απασχόληση, η κοινωνική πρόνοια, η στέγαση, η δικαιοσύνη και η αστυνομία
- **Έλεγχος:** Διάφοροι φορείς είναι δυνατόν να αναλάβουν τον έλεγχο, όπως το υπουργείο υγείας, η υγειονομική περιφέρεια, οι επιστημονικές-επαγγελματικές ενώσεις, οι ομάδες χρηστών των υπηρεσιών, οικογενειών και άλλες ομάδες συνηγορίας.
- **Συνηγορία:** Μπορεί να αναληφθεί από το υπουργείο υγείας, την υγειονομική περιφέρεια, τις ομάδες χρηστών των υπηρεσιών και οικογενειών, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και άλλες ομάδες συνηγορίας (Ζαχαριάς, 2004:66).

6ο βήμα: Καθορισμός χρονοδιαγράμματος

Κάθε προγραμματική δραστηριότητα απαιτεί τον ορισμό ενός χρονοδιαγράμματος σύμφωνα με τους πόρους και τις τεχνικές δυνατότητες. Ένα πρόγραμμα μπορεί να

διαρκέσει λιγότερο χρόνο από ότι μια πολιτική ή ένα σχέδιο δράσης (1 έως 5 χρόνια). Τα περισσότερα προγράμματα εφαρμόζονται με πόρους που δεν είναι δυνατόν να καλύψουν όλους όσους έχουν ανάγκη. Επίσης κάποιες παρεμβάσεις που προβλέπονται από το πρόγραμμα δεν υλοποιούνται. Επομένως, ένα χρονοδιάγραμμα που καθορίζει την προοδευτική υλοποίηση του προγράμματος είναι επίσης αναγκαίο (Ζαχαριάς, 2004:66).

7ο βήμα: Σχεδιασμός προϋπολογισμού

Για να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα είναι αναγκαίο να υπάρχει ένας λεπτομερής προϋπολογισμός, με ακριβή στοιχεία εσόδων- εξόδων. Ένα από τα πλεονεκτήματά της ανάπτυξης ενός προγράμματος είναι ότι διευκολύνει τον ακριβή υπολογισμό των ανθρώπινων, υλικών και αναλώσιμων πόρων. Τα δεδομένα που απαιτούνται για την κατάστρωση του προϋπολογισμού ενός προγράμματος για ένα έτος περιλαμβάνουν τον αριθμό των ατόμων ανά έτος υπέρ των οποίων γίνονται παρεμβάσεις και το μέσο κόστος κατ' άτομο σε ανθρώπινους πόρους, φάρμακα, και εργαστηριακούς και υλικούς πόρους (κτίρια, οχήματα κ.τ.λ.). Κατά περίπτωση, ο προϋπολογισμός του προγράμματος πρέπει να προσαρμόζεται με τους διαθέσιμους πόρους (Ζαχαριάς, 2004:67).

8ο βήμα: Αξιολόγηση του προγράμματος

Ένα πρόγραμμα αφού εφαρμοστεί πρέπει και να αξιολογηθεί. Αυτό είναι σημαντικό διότι όχι μόνο εκτιμάται ο αντίκτυπος και το κόστος του προγράμματος αλλά και διότι συλλέγονται πληροφορίες για την ανάπτυξη μελλοντικών προγραμμάτων. Οι μέθοδοι καταγραφής, ελέγχου και αξιολόγησης των προγραμμάτων συμπεριλαμβάνουν:

- Τη χρήση κριτηρίων για την εκτίμηση του προγράμματος
- Τη χρήση διαδικασιών πιστοποίησης
- Τη χρήση υπαρχόντων συστημάτων πληροφόρησης
- Διαβουλεύσεις με ομάδες χρηστών των υπηρεσιών, οικογενειών και συνηγορίας (Ζαχαριάς, 2004:67).

2.3 Διασύνδεση σωματικών και ψυχικών διαταραχών

Υπάρχει μια σύνθετη αμφίδρομη σχέση των σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δίνουν λιγότερη προσοχή σε συμπτώματα σωματικής ασθένειας. Τα συνηθέστερα νοσήματα είναι η υπέρταση και ο διαβήτης. Τα άτομα αυτά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν σωματικά νοσήματα λόγω μειωμένης λειτουργίας του ανοσοποιητικού τους συστήματος, κακής υγιεινής συμπεριφοράς, μη συμμόρφωσης με τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή και των εμποδίων που αντιμετωπίζουν ως προς την πρόσβαση τους στα συστήματα υγείας (Ζαχαριάς, 2004:23-24).

Από την άλλη, όπως είναι γνωστό, τα σωματικά νοσήματα επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση του ατόμου, είτε άμεσα, είτε έμμεσα. Πολλά σωματικά νοσήματα έχουν ως πρώιμη εκδήλωση ψυχικές διαταραχές, συχνά πριν εμφανιστούν τα σωματικά συμπτώματα και σημεία του νοσήματος, όπως π.χ. συμβαίνει στην περίπτωση των όγκων του εγκεφάλου, του ιού του AIDS κ.α. Άλλες φορές, κατά την πορεία ενός σωματικού νοσήματος επισυμβαίνουν ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που περιπλέκουν περαιτέρω την

κλινική εικόνα. Είναι τεκμηριωμένο, ότι η ψυχική κατάσταση του ατόμου επιδρά στο σωματικό του νόσημα και επηρεάζει την έκφρασή του, την πορεία του, το βαθμό ανταπόκρισής του στη φαρμακοθεραπεία και συνεπώς την πρόγνωση του (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:96).

2.4 Αποτελεσματικές θεραπείες των ψυχικών διαταραχών

Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για πολλές ψυχικές διαταραχές σύμφωνα με την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001.

Υπάρχει τώρα αξιολογη συμφωνία ότι παρά την αποτελεσματική αποκατάσταση και τα μακροχρόνια θεραπευτικά προγράμματα, υπάρχει μεγάλος αριθμός ατόμων με αρκετά σοβαρές αναπηρίες, ώστε να απαιτούν ψυχιατρικές υπηρεσίες ίσες προς αυτές που προσφέρονται στα νοσοκομεία. Τα στοιχεία γι' αυτό προήλθαν από αρκετές πηγές. Πρώτον, παρά την ανάπτυξη των υπηρεσιών για να αντικατασταθούν τα ψυχιατρικά άσυλα, αυτό δεν οδήγησε σε μείωση του αριθμού των μακροχρόνιων παραμονών στο νοσοκομείο. Δεύτερον, κάποιοι ασθενείς δεν άντεξαν την αλλαγή της κατάστασης των ψυχιατρικών ασύλων, γι' αυτό επέστρεψαν μόνιμα στο νοσοκομείο. Τρίτον, είναι συνήθες φαινόμενο οι ασθενείς που έχουν ζήσει σε ψυχιατρικό άσυλο, όταν εφαρμόζονται προγράμματα αποϊδρυματοποίησης, να είναι οι πλέον δύσκολοι να τοποθετηθούν, πράγμα που δείχνει τη δυσκολία σχεδιασμού προγραμμάτων γι' αυτούς τους ασθενείς, που χρειάζονται εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Κάθε ψυχιατρικό πλαίσιο υιοθετεί μια συνδυαστική προσέγγιση θεωριών, προκειμένου να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Υπάρχει μια πληθώρα αξιολογών θεωριών², που για ευνόητους λόγους δεν μπορούμε να επεκταθούμε περαιτέρω, ενδεικτικά όμως αναφέρουμε μερικές από αυτές: ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, η ατομική ψυχολογία του Adler, η προσωποκεντρική προσέγγιση του Rogers, η προσέγγιση Gestalt κ.α.(Ασημάκης Π., 2001), καθώς επίσης εναλλακτικές θεραπείες μέσω τεχνών, όπως δραματοθεραπεία, παιγνιοθεραπεία, μουσικοθεραπεία κ.α. (βλέπε κεφ 7.5).

Αναφορικά με συγκεκριμένα νοσήματα, ενδεικτικά η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με αντικαταθλιπτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Στη σχιζοφρένεια η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η οικογενειακή θεραπεία, σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές από 50% σε 10%. Βραχείες παρεμβάσεις με αποδέκτες άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ σε βαθμό επικίνδυνο μειώνουν την κατανάλωση αλκοόλ κατά 30%. Τέλος οι θεραπείες που αντιμετωπίζουν την εξάρτηση από ουσίες είναι οικονομικά αποδοτικές, αφού μειώνουν την εξάρτηση κατά 40- 60%. Γενικότερα μια αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να διακατέχεται από συνδυασμό και συντονισμό τεχνικών και στρατηγικών που αφορούν τόσο την συνεργασία με την οικογένεια, όσο και με τη θεραπευτική ομάδα για την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση με μια θεραπευτική αγωγή που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή. (Ζαχαριάς, 2004:24-25, Χριστοδούλου και συνεργάτες, 1999:18-25)

² Για περισσότερες λεπτομέρειες: Ασημάκης Π., *Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες, εκδόσεις Ασημάκης, Αθήνα 2001*

Στο παρόν κεφάλαιο αναφέραμε τις στρατηγικές που πρέπει να ακολουθηθούν για την υλοποίηση ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία. Σήμερα έχουν γίνει σημαντικά βήματα στον χώρο της ψυχικής υγείας, παρ' όλ' αυτά δεν πρέπει να παραβλέψουμε την ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα από τα αρχαία χρόνια και τις προσπάθειες για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση τις τελευταίες δεκαετίες. Γι' αυτό το λόγο ακολουθεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή των φάσεων της ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Στάδια ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Η χρονική πορεία³ της ψυχιατρικής στην Ελλάδα μπορεί με βάση τα χαρακτηριστικά της να διαιρεθεί στην ιστορική φάση (1838-1955), την παραδοσιακή φάση (1956-1982) και την μεταβατική φάση (1983-...)

Ιστορική φάση (1838-1955)

Η ιστορική εξέλιξη της περίθαλψης των ψυχικά αρρώστων στην χώρα μας είναι παράλληλη με την έννοια της ψυχικής αρρώστιας, όπως αυτή διαμορφώθηκε μέσα από την ιστορική πορεία της ελληνικής κοινωνίας. Η λαϊκή αντίληψη για την ψυχική αρρώστια από τους κλασικούς χρόνους περιλαμβάνει την υπερφυσική αιτιολογία της. Ο ψυχικά άρρωστος είναι ένα άτομο με θεϊκές ιδιότητες. Είναι ένα διαφορετικό άτομο, που διακατέχεται από τα πνεύματα της Μανίας και της Λύσσας. Τον 4^ο π.Χ. αιώνα αναπτύσσεται η Ιπποκρατική άποψη για την ψυχική αρρώστια με την γνωστή θέση ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών: του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέγματος. Έτσι μπαίνει η πρώτη βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής ασθένειας. Οι Ιπποκρατικοί απέρριψαν την θεολογική άποψη για την επιληψία και την ψυχική αρρώστια, σε αντίθεση με τις γνωστές επικρατούσες απόψεις, και εφάρμοσαν στην πράξη τις κλινικές τους παρατηρήσεις, όπως ήταν η ερμηνεία των ονείρων, η υποβολή σε λογοθεραπεία και η παραμονή σε ιερά. (αναφέρονται 420 τέτοια ιερά σε ολόκληρη την Ελλάδα). Ο Απόλλων θεωρείτο ο θεός που τιμωρούσε τους ασεβείς με την εμφάνιση της φρενοβλάβειας, γι' αυτό αποκαλείτο Λοξίας (Μαδιανός, 1994:165-166).

Η έννοια του εγκλεισμού των «τρελών» για πρώτη φορά αναπτύσσεται στους «Νόμους» από τον Πλάτωνα. Ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ήταν δυνατόν να καταδικαστεί από τον δικαστή σε φυλάκιση πέντε χρόνων με τη ρητή απαγόρευση των επαφών του με την κοινότητα. Μετά το διάστημα αυτό ο εγκλειστος έπρεπε να απελευθερωθεί αν και εφόσον η συμπεριφορά του είχε βελτιωθεί αλλιώς θα έπρεπε να θανατωθεί. Στην πραγματικότητα οι ψυχικά άρρωστοι στην Αθηνά κρατούνταν στο σπίτι τους κάτω από συνεχή παρακολούθηση και αν οι συγγενείς τους εγκατέλειπαν, τιμωρούνταν. Ο Αριστοτέλης εισήγαγε πρώτος την εμπειρική παρατήρηση πάνω στις διαταραχές της συμπεριφοράς του ανθρώπου και την έννοια της κάθαρσης, με την χρήση μουσικής, κρασιού και αφροδισιακών, ιδιαίτερα για τα μελαγχολικά άτομα. Ο ίδιος εισήγαγε τον όρο μελαγχολία, που προέρχεται από την Ιπποκρατική μέλαινα χολή, για άτομα με διαταραχές της αντίληψης (Μαδιανός, 1994:166).

Στην ρωμαϊκή εποχή δημιουργούνται τα πρώτα νομικά θέματα περί τον ψυχικά ασθενή, ενώ η διδασκαλία του Γαληνού καλύπτει κάθε ιατρική πράξη εκείνης της εποχής (Μαδιανός, 1994:165-166).

³ Οι χρονικές φάσεις συμπίπτουν με ιστορικά γεγονότα όπως εκείνα του 1838 με την ίδρυση του Ασύλου της Κέρκυρας, του 1955- 1956 με την εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων, την ίδρυση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής του 1983.

Τον 3^ο μ.Χ. αιώνα, ο Σωρανός και ο Αρεταίος αναπτύσσουν πραγματικά ανθρωπιστικές απόψεις περί την θεραπεία των ψυχικά αρρώστων. Οι τελευταίοι ενθαρρύνονταν να συμμετέχουν σε συζητήσεις, να παίζουν σε τραγωδίες ή κωμωδίες, μια πρακτική που μοιάζει με αυτήν που σήμερα αποκαλούμε ψυχόδραμα. Γενικά η αντίληψη για τον ψυχικά άρρωστο στους κλασικούς χρόνους στην Ελλάδα είναι, για τον πληθυσμό και τους ειδικούς, ένα μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και αντίστοιχα ορθολογικών στοιχείων (Μαδιανός, 1994:167).

Κατά τους Βυζαντινούς χρόνους (4ος αιώνας), κλασικό παράδειγμα οργάνωσης ασυλιακής φιλανθρωπικής περίθαλψης αποτελεί το έργο του Μεγάλου Βασιλείου, η «Βασιλειάς». Στα ιδρύματα αυτά περιθάλπονταν και ψυχικά άρρωστοι. Ο Ιωάννης ο Χρυσόστομος αργότερα ίδρυσε πολλά νοσοκομεία στην Κωνσταντινούπολη (Μαδιανός, 1994:167).

Κατά την Οθωμανική αυτοκρατορία, ορισμένα μοναστήρια είχαν την φήμη κέντρων εξορκισμού και θεραπείας «δαιμονισμένων, τρελών, επιληπτικών και διεγερτικών αρρώστων». Υπήρχαν κελιά- ξενώνες όπου οι ανήσυχοι άρρωστοι παρέμεναν νηστεύοντας αυστηρά, δεμένοι με αλυσίδες, δεχόμενοι εκκλησιαστικές «θεραπευτικές» πρακτικές που περιελάμβαναν τους εξορκισμούς του Μεγάλου Βασιλείου, το ράντισμα με άγιασμα και τις προσευχές. Τέτοιες προσευχές στον Ελλαδικό χώρο ήταν η Χίος, όπου υπήρχαν πολλά μοναστήρια όπως αυτά του Αγίου Ρόκου και το μοναστήρι της Αγίας Ματρώνας (Πλουμπίδης, 1981,1989).

Στην Κεφαλονιά η συγκέντρωση ψυχασθενών γινόταν στο μοναστήρι του Αγίου Γεράσιμου, στην Θεσσαλονίκη στο μοναστήρι του Αγίου Αντωνίου, στην Κέρκυρα στην εκκλησία του Αγίου Σπυρίδωνα, στην Αττική στο μοναστήρι του Δαφνιού, στην Σμύρνη στην εκκλησία του Αγίου Χαραλάμπους. Ψυχασθενείς συγκεντρώνονταν επίσης και σε ορισμένα μοναστήρια του Αγίου Όρους (Πλουμπίδης, 1981,1989).

Στα περισσότερα μοναστήρια γίνονταν δεκτοί χριστιανοί ορθόδοξοι και ετερόδοξοι (μουσουλμάνοι και εβραίοι). Σε άλλα πάλι γίνονταν επιλεκτική διαλογή αρρώστων, ενώ άλλα δέχονταν μόνο επιληπτικούς ή μελαγχολικούς, ή μανιακούς ή μόνον ήσυχους αρρώστους. Μερικά μοναστήρια αργότερα μετατράπηκαν σε άσυλα ή μικρά νοσοκομεία (Πλουμπίδης, 1981,1989).

Κατά τις πρώτες 10ετίες του 1800, όχι μόνο μέριμνα, αλλά ούτε καν θέμα ψυχικής νόσου και ψυχικών αρρώστων δεν υπήρχε. Το πιθανότερο είναι ότι οι τελευταίοι δεν θα ήταν τότε πολλοί και το μεγαλύτερο μέρος απ' αυτούς, (οι ακίνδυνοι με τις ελαφρές καταστάσεις), χάνονταν μέσα στο κοινωνικό σύνολο, χάρη στην προστασία των οικογενειών τους και την ανοχή του κοινού, πού τους θεωρούσε απλά σαν «μισερά» άτομα και του; έβλεπε με συγκατάβαση και πολύ συχνά με διαθέσεις εμπαιγμού και δημιουργίας ιλαρότητας σε βάρος τους (Φιλανδριανός, 1977).

Στον ελλαδικό χώρο τα πρώτα άσυλα ιδρύθηκαν σε συγκεκριμένους τόπους. Το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα, το 1838. Αργότερα το 1840 ιδρύθηκε στην Κεφαλονιά από Άγγλους, ένα άσυλο σε στρατώνα κατά το πρότυπο του άσυλου στην Κέρκυρα. Ένα άλλο άσυλο λειτούργησε το 1885 στην Μαγνησία (Πλουμπίδης, 1981,1989).

Στην Κωνσταντινούπολη υπήρξε ένας αριθμός ιδρυμάτων που δέχονταν ψυχασθενείς. Στα μέσα του 16ου αιώνα τοποθετείτε η ίδρυση του νοσοκομείου του Γαλατά των Γεμιτζήδων, δηλαδή των ναυτικών, που δεχόταν ψυχοπαθείς. Το 1855 ιδρύθηκε το άσυλο «La Paix» στην Κωνσταντινούπολη από καθολικές καλογριές (Πλουμπίδης, 1981,1989).

Λίγα χρόνια μετά την ίδρυση του ελληνικού κράτους, τον Ιανουάριο του 1833, οργανώθηκε η πρώτη Υγειονομική Υπηρεσία επρόκειτο για Υγειονομικό τμήμα ή αστυνομία που ανήκε στην Γραμματεία (Υπουργείο) των εσωτερικών. Το πρώτο υγειονομικό νομοθέτημα ήταν ο γνωστός νόμος «περί συστάσεως φρενοκομείων» και ακολούθησε ο νόμος για λωβοκομεία ή λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στην Σπιναλόγκα και στην Σάμο. Ο νόμος «περί συστάσεως φρενοκομείων» καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του άρρωστου στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα κτλ του άρρωστου. Οι δε νομάρχης, δήμαρχος, και αστυνομικός διευθυντής ήταν υπεύθυνοι για την διοικητική διαδικασία του εγκλεισμού μετά από την δικαστική απόφαση του Πρωτοδικείου. Ο νομάρχης όφειλε να αναφέρει στον υπουργό Υγείας κάθε εισαγωγή, αναστολή εξόδου ή απόλυση άρρωστου μέσα σε 24 ώρες. Σε ανάλογο χρονικό διάστημα ο Υπουργός είχε το δικαίωμα, με αιτιολογημένη απόφαση του, να εγκρίνει, να τροποποιήσει ή να ακυρώσει τις προηγούμενες αποφάσεις ή να απαιτήσει νέα γνωμάτευση. Σύμφωνα με τον νόμο, την έξοδο του άρρωστου από το ίδρυμα μπορούσαν να ζητήσουν άμεσα συγγενείς ή και λοιποί που είχαν οριστεί με δικαστικές πράξεις. Ο άρρωστος μπορούσε να εξέλθει του ιδρύματος μετά από έγγραφη βεβαίωση του αρμόδιου ψυχιάτρου (Μάτσα, 1984:13-20, Πλουμπίδης, 1981, Χαβιάρα– Καραχάλιου, 19887:91).

Η ιστορική πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στον ελλαδικό χώρο ακολούθησε πορεία παρόμοια με την υπόλοιπη Ευρώπη, με την μόνη διάφορα την καθυστέρηση στην δημιουργία άσυλων. Η καθυστέρηση αυτή ίσως να οφείλεται στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας και στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε τον ψυχικά άρρωστο μέσα στο σπίτι. Ο παραπάνω πίνακας περιγράφει χρονολογικά τους κυριότερους σταθμούς εξέλιξης της ψυχιατρικής στην χώρα μας έως το 1981, λίγο πριν ξεκινήσει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Μαδιανός, 1994:186).

Πίνακας 3: Οι κυριότερες χρονολογίες στην εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα έως το 1981

1838	Ίδρυση του ψυχιατρείου στην Κέρκυρα από τους Άγγλους
1862	Νόμος ΨΜΒ «Περί συστάσεως φρενοκομείων»
1887	Ίδρυση Δρομοκαΐτειου
1905	Ίδρυση του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.
1915	Πρώτη διάλεξη για την ψυχανάλυση από τον Μανόλη Τριανταφυλλίδη
1934	Ίδρυση του Κ.Θ.Ψ.Π.Α. στο Δαφνί
1936	Ίδρυση της Νευρολογικής Ψυχιατρικής εταιρίας Αθηνών.
1946	Πρώτη εφαρμογή ηλεκτροσόκ
1948	Πρώτη εγχείρηση λοβοτομής στο Δαφνί
1954	Εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων
1956	Ίδρυση του τμήματος ψυχικής υγιεινής του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος (ΝΠΙΔ)
1958	Ίδρυση του ασύλου στην Λερό και μεταφορά χρόνιων αρρώστων από άλλα άσυλα εκεί
1961	Ίδρυση του ΟΓΑ και δυνατότητα νοσοκομειακής κάλυψης των αγροτών.
1964	Ίδρυση του Κ.Ψ.Υ.Ε. ως ΝΠΙΔ
1964	Διαχωρισμός της έδρας της Νευρολογίας από της Ψυχιατρικής το Πανεπιστήμιο Αθηνών
1971	Ίδρυση κέντρου ημερήσιας περίθαλψης στην Θεσσαλονίκη στο Κ.Ψ.Υ.
1973	Νέος νόμος (104) «περί ψυχικής υγιεινής»
1977	Παροχή δωρεάν ψυχοφαρμάκων από ασφαλισμένους του ΟΓΑ.
1977	Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο

1978	Έναρξη 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας επειγόντων περιστατικών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο για την ευρεία περιφέρεια Αθηνών καθώς και του Νοσοκομείου Ημέρας.
1978	Υπουργική απόφαση που τροποποιεί το άρθρο του Ν.104
1978	Εμφάνιση με δημοσιεύματα, νέων ρευμάτων για την αναμόρφωση της ψυχιατρικής.
1978	Νόμος 963 για την αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες.
1978	Ίδρυση Πανεπιστημιακής ψυχιατρικής Κλινικής στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
1979	Ίδρυση Αγροτικών κέντρων Υγείας.
1979	Ίδρυση του Κέντρου Κοινωνικής ψυχικής υγιεινής Βύρωνα- Καισαριανής από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών
1980	Ίδρυση του Κ.Κ.Ψ.Υ. την Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στην Θεσσαλονίκη
1980	Ίδρυση του Ινστιτούτου Κοινωνικής ψυχιατρικής από την Νευρολογία και αύξηση του χρόνου ειδικεύσεις.
1981	Διαχωρισμός των ειδικοτήτων της ψυχιατρικής από την Νευρολογία και αύξηση του χρόνου ειδίκευσης.
1981	Οργάνωση της Κινητής Μονάδας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Φωκίδα

Πηγή: Μαδιανός, 1994:186-187

Η παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη (1956-1982)

Η μελέτη των χαρακτηριστικών του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας, στα πλαίσια του προγράμματος της Περιφερειοποιήσεις των Υπηρεσιών Υγείας του ΚΕΠΕ από την Μονάδα Κοινωνικής ψυχιατρικής της ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, απετέλεσε τη βάση για την συγγραφή συγκεκριμένων προτάσεων αναμόρφωσης του συστήματος αυτού, τις οποίες περίπου ακολούθησαν και οι διάφορες προτάσεις από διάφορες ομάδες εργασίας του Υπουργείου Υγείας από την μελέτη λοιπόν αυτή προέκυψε ότι το σύστημα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- α) Άνιση περιφερική κατανομή ψυχιάτρων στο γενικό πληθυσμό συγκριτικά με όλους τους άλλους γιατρούς. Το 60 % των ψυχιάτρων εργάζεται στην Αθηνά, η οποία έχει το 32% του πληθυσμού της χώρας.
- β) Συγκεντρωτισμός υπηρεσιών. Υπήρχαν 11 νόμοι χωρίς ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες. Οι 32 από τις 60 δημόσιες ή ιδιωτικές κλινικές ήταν, το 1982 εγκατεστημένες στην Αθηνά. Υπήρχαν 11 νόμοι από τους 51 χωρίς κανένα ψυχίατρο.
- γ) Ανισότιμη κατανομή ψυχιάτρων και προσωπικού ανά κρεβάτι, σε σχέση με το μέγεθος των ψυχιατρικών νοσοκομειακών μονάδων, συγκριτικά με τις μονάδες γενικής ιατρικής.
- δ) Περιορισμένη διαθεσιμότητα κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών.
- ε) Έλλειψη εναλλακτικού δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής, οι οποίες αποτελούν το φίλτρο για την είσοδο στο ψυχιατρείο παρέχοντας πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη.
- ζ) Απουσία ανώτατου επιπέδου εκπαίδευσης ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργοθεραπευτών και ειδικών υγεινολόγων κοινωνικής ψυχικής υγιεινής.
- η) Τέλος υπήρχαν και άλλοι παράγοντες σημαντικοί, όπως η άνιση ποιότητα υπηρεσιών των ποικίλων ασφαλιστικών ταμείων, η απουσία νομικών ασφαλιστικών μέτρων για την αποκατάσταση ή την εναλλακτική λύση διαμονής πέρα πάω το άσυλο (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες) (Μαδιανός, 1994:191-193)

Όλα τα παραπάνω καθορίζουν ακόμη τον έντονο ταξικό χαρακτήρα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής ψυχιατρικών Υπηρεσιών και τα αποτελέσματα που επιφέρουν τα χαρακτηριστικά αυτά. Το σύστημα που περιγράφετε καλύπτει την χρονική περίοδο έως το 1982.

Πίνακας 4: Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα (1980)

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
1. Συγκεντρωτισμός Υπηρεσιών 2. Ανισοκατανομή ψυχιάτρων, αδελφών νοσοκόμων, κοινωνικών λειτουργών και αρρώστων 3. Ανισοκατανομή ψυχιατρικού προσωπικού σε σύγκριση με το προσωπικό υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ανεπαρκής κατανομή χρηματοδότησης 4. Απουσία ειδικού απογραφικού συστήματος αρρώστων 5. Έλλειψη εθνικού ασφαλιστικού φορέα υγείας. Πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών φορέων
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1. Ολιγάριθμα άσυλα με μεγάλο αριθμό κρεβατιών 2. Μακρύς χρόνος νοσηλείας 3. Ανεπάρκεια αποτελεσματικότητας 4. Απουσία εναλλακτικών λύσεων στην εισαγωγή στο άσυλο 5. Έλλειψη Υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και αποκατάστασης 6. Απουσία ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά νοσοκομεία. 7. Άνιση ποιότητα της παροχής

Πηγή: Μαδιανός, 1994:194

Η μεταβατική φάση (1983-....)

Είναι γενικά αποδεκτό ότι σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της Ψυχικής Υγείας παρατηρούνται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Σε αυτές πρέπει να περιληφθούν:

- η ψήφιση του νόμου Ν.1397 το 1983⁴ που μπορεί να θεωρηθεί ως ορόσημο για την μεταβατική, τωρινή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης με το άρθρο 21 του Ν. 1397/83 του Ε.Σ.Υ. για την ψυχική υγεία.
- ο κανονισμός 815 της 26-3-1984 του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν το διοικητικό οργανωτικό μέσο για την αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994:221- 223).

Ανάμεσα στις εξελίξεις της δεκαετίας του '80 πρέπει να αναφερθούν και οι ακόλουθες:

- η ολοκλήρωση ενός συστήματος υπηρεσιών από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Νοσοκομείο ημέρας, ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης του κέντρου, ξενώνας-1984, οικοτροφείο-1986, νέα εξωτερικά ιατρεία-1986)

⁴ Για περισσότερες πληροφορίες βλ. Μαδιανός, 1994:222.

- η λειτουργία ψυχιατρικών κλινικών στα πανεπιστήμια Πατρών, Ιωαννίνων, Θράκης και Κρήτης, στις οποίες περιλαμβάνονται μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στα γενικά νοσοκομεία, Κέντρα ημέρας, Ξενώνες και εργαστήρια.
- η νομοθεσία 963/79 για την προστασία των σωματικά και ψυχικά ανάπηρων και τα ειδικά προγράμματα του ΟΑΕΔ (εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης) που έχει ιδρύσει σε διάφορες πόλεις σε συνεργασία με τις τοπικές ψυχιατρικές μονάδες και με την οικονομική ενίσχυση του Κοινωνικού Ταμείου της ΕΟΚ.
- ίδρυση επιτροπών Ψυχικής Υγείας στο ΚΕ.Σ.Υ
- νέα νομοθεσία για την αποκατάσταση των ψυχικά άρρωστων (Ν. 1648 /1986)
- η ίδρυση των πρώτων ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη και άλλες πόλεις (Μαδιανός, 1994:223-224).

Αξιοσημείωτη είναι η ολοένα και αυξανόμενη ευαισθησία των ειδικών μπροστά στα προβλήματα της Ψυχικής Υγείας, την οικολογία, τα προβλήματα του εξαστισμού και ποιότητας ζωής. Εδώ συνέβαλε και η δημιουργία ομάδων πίεσης για την ανάγκη της αναμόρφωσης του ψυχιατρικού συστήματος (Μαδιανός, 1994:224).

Πρέπει επίσης να τονιστεί η σημερινή κατάσταση της ελληνικής κοινωνίας, η οποία έχει υποστεί σημαντικό μετασχηματισμό εξαιτίας του εξαστισμού, της εκβιομηχάνισης και της μετανάστευσης, σαν αποτέλεσμα της μεταπολεμικής οικονομικής κατάστασης της χώρας. Η μεταβατική κατάσταση αυτή της ελληνικής κοινωνίας επιδρά στην διαμόρφωση του πυρηνικού πρότυπου οικογένειας, ενώ παράλληλα διαπιστώνεται μια σειρά από σημαντικές αλλαγές (χαλάρωση συγγενικών δεσμών, αλλαγή ρόλων και εξουσίας άντρα-γυναίκας), που φαίνεται να δημιουργούν έδαφος για την πρόκληση μηχανισμών stress και την εξασθένιση του μικροπεριβαλλοντικού υποστηρικτικού συστήματος για τα ψυχικά ευάλωτα άτομα (Μαδιανός, 1994:224).

Η ελληνική κοινωνία βρίσκεται από πλευράς πρωτοβάθμιας αλλά και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, τελείως ανέτοιμη να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες, όπως αυτές διαπιστώθηκαν από έρευνες στην δεκαετία του 1980. Με την νομοθετική θεσμοθέτηση του Εθνικού συστήματος Υγείας, τίθενται οι προϋπόθεσης για την υλοποίηση του ώστε οι «υπηρεσίες του συστήματος να παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από το ενιαίο και αποκεντρωτικό σύστημα Υγείας» (Μαδιανός, 1994:223-225).

Η ανάγκη αποϊδρυματισμού κρίνεται επιτακτική αν αναλογιστεί κανείς τα αντιθεραπευτικά αποτελέσματα στην κατάσταση των ψυχικά ασθενών, τα οποία μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

- στίγμα
- απόσυρση από κοινωνικούς ρόλους
- περιορισμό των κοινωνικών προσδοκιών
- ρήξη των οικογενειακών δομών
- ρήξη του κοινωνικού δικτύου υποστήριξης
- παθητικοποίηση
- αποπροσωποποίηση
- και κακοποίηση (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000:43).

Κοινωνιολογικές μελέτες έδειξαν ότι το ψυχιατρείο επιτελεί περισσότερο λειτουργίες κοινωνικού ελέγχου και εγκλεισμού παρά θεραπευτικές διαδικασίες και ότι λειτουργεί σαν μια μικρή απομονωμένη αυταρχική κοινωνία που επιδρά και επηρεάζει αρνητικά την

προσωπικότητα και την συμπεριφορά των ατόμων, καταργώντας τα δικαιώματά τους. Η ζωή στο ψυχιατρείο πνέζει τους ασθενείς να αποσύρουν τις άμυνές τους, να αποδέχονται παθολογικούς ρόλους και να εναρμονίζονται με τις επιταγές του προσωπικού και να περιορίζονται στην αποκλεισμένη ψυχιατρική μικροκοινωνία.

Η λειτουργία του ψυχιατρείου συνδυάστηκε με καταγγελίες για σκάνδαλα. Η δημοσιοποίηση καταγγελιών εξαθλίωσης και κακοποίησης ασθενών σε ψυχιατρική ιδρυματική φροντίδα κινητοποίησε ευρείας έκτασης κριτικές με αποτέλεσμα την ανάπτυξη κινήματος αποϊδρυματισμού.

Σαν αντιστάθμισμα στις αποτυχημένες ιδρυματικές πρακτικές του ψυχιατρείου αντιπροτάθηκε η διάσπαση των λειτουργιών του σε αποκεντρωμένες υπηρεσίες φροντίδας των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000:45).

3.2 Αποκατάσταση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μια «φυσιολογική» θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (Μαδιανός, 2005:35- 36).

Σύμφωνα με το ορισμό που δόθηκε από το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α η Ψυχιατρική Αποκατάσταση έχει στόχο να αυξάνει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς. Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση» που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις: την αποκαταστασιακή διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση (Μαδιανός, 1994:48-49).

3.3 Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διακρίνονται: 1) *στη μεταβατική φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης* περιλαμβάνεται η μερική νοσηλεία στο Νοσοκομείο Ημέρας ή στο Κέντρο Ημέρας, το θεραπευτικό περιβάλλον, η θεραπευτική κοινότητα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η ψυχιατρική εργοθεραπεία κατά τη μεταβατική φάση και οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες και 2) *στην κύρια φάση της αποκατάστασης* που περιλαμβάνει την κοινωνική αποκατάσταση με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών και τις εναλλακτικές στεγαστικές λύσεις στη διαμονή (ξενώνας, προστατευόμενο διαμέρισμα, θετή οικογένεια), την επαγγελματική αποκατάσταση και το περίγραμμα του χώρου των υπηρεσιών της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης.

3.3.1 Μεταβατική φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Με τη φράση αυτή εννοούμε την περίοδο από την έξοδο ενός ασθενή από το ψυχιατρείο μέχρι και την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής του. (Μαδιανός, 1994:71)

A. Μερική νοσηλεία

Με βάση τη βιβλιογραφία το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας ιδρύθηκε το 1933 στην πρώην ΕΣΣΔ έχοντας ως βάση της θεραπευτικής παρέμβασης την εργοθεραπεία. Στην Ελλάδα λειτούργησε το 1978 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Μαδιανός, 1994:74). Η δομή και η λειτουργία της ημερήσιας περίθαλψης διακρίνεται από τον τύπο του ίδιου του συστήματος της περίθαλψης σε: α) Νοσοκομεία Ημέρας μέσα στα Κρατικά Ψυχιατρεία και β) σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Ημέρας σε ψυχιατρικά ιδρύματα εντατικής περίθαλψης, όπως σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, σε κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής ή σε κλινικές (εξωτερικά ιατρεία) θεραπευτικής παρακολούθησης (Μαδιανός, 1994:74).

Σε όλες τις περιπτώσεις οι θεραπευτικοί στόχοι είναι ίδιοι, δηλαδή: 1) η θεραπευτική ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης της ζωής του αρρώστου από την ψυχοπαθολογική κατάσταση στη φυσιολογική ζωή στην κοινότητα και 2) η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας για την προσαρμογή των αρρώστων στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανεισαγωγής (Μαδιανός, 1994:75).

Το προσωπικό στην ημερήσια περίθαλψη εργάζεται με την μορφή ομάδας. Συναντάμε όλα τα βασικά επαγγέλματα της ψυχικής υγείας με έμφαση περισσότερο στο ρόλο του εργοθεραπευτή και των ειδικών θεραπειών (Μαδιανός, 1994:75).

B. Το θεραπευτικό περιβάλλον

Εννοούμε ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και η τυχόν ανασφάλειά τους. Αναπτύσσεται ταυτόχρονα το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα. Όλα αυτά συντελούν στην επίτευξη του κύριου θεραπευτικού στόχου που είναι να μπορέσει ο νοσηλευόμενος να ξεχωρίσει το ρόλο που έχει μέσα στο ψυχιατρείο και το ρόλο που θα αποκτήσει μετά την έξοδό του απ' αυτό (Μαδιανός, 2005:106).

Γ. Η Θεραπευτική Κοινότητα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Είναι ένα πρότυπο θεραπευτικής προσέγγισης, με αρχική εφαρμογή τους ψυχιατρικούς θαλάμους, το οποίο προσφέρει ένα αποτελεσματικό περιβάλλον για την αλλαγή της συμπεριφοράς των νοσηλευόμενων μέσα από τον εκκοινωνισμό και την αποκατάσταση (Μαδιανός, 1994:77).

Στη θεραπευτική κοινότητα τα μέλη αποτελούν οι νοσηλευόμενοι, το προσωπικό και οι συγγενείς τους που εμπλέκονται διοικητικά και συναισθηματικά κυρίως. Οι ρόλοι και οι σχέσεις επανεξετάζονται και συζητούνται συχνά. Στόχος είναι η ευόδωση της επικοινωνίας των μελών και να αυξηθεί το επίπεδο της ευελιξίας τους. (Μαδιανός, 2005:109).

Δ. Η ψυχιατρική εργοθεραπεία κατά τη μεταβατική φάση

Η ψυχιατρική εργοθεραπεία είναι η πρώτη παρέμβαση σ' ένα ψυχικά άρρωστο άτομο το οποίο προγραμματίζει να βγει από το ψυχιατρείο. Αποτελεί τη βασική θεραπευτική αποκαταστασιακή παρέμβαση σ' αυτή τη φάση (Μαδιανός, 1994:80).

Η εργοθεραπεία μπορεί να ασκείται ατομικά ή ομαδικά, μέσα ή έξω από το ψυχιατρείο. Βοηθάει το άτομο σε πρώτο στάδιο να ικανοποιεί τις ανάγκες για εξάρτηση, επιθετικότητα, παλινδρομική συμπεριφορά και συμβολισμούς, ενώ σε δεύτερο στάδιο το βοηθά να αναπτύσσει την αισθητηριακή του αντιληπτικότητα, να συντονίζει τις κινητικές και νοητικές λειτουργίες, να αναπτύσσει τα όρια και την προσωπική ανεξαρτησία του Εγώ, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και πρωτοβουλίες. Έτσι το άτομο φτάνει στο επίπεδο της αυτοεξυπηρέτησης και αργότερα στην ανεξαρτητοποίηση (Μαδιανός, 1994:80).

Ε. Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες

Με αυτόν τον όρο εννοούμε κάθε προγραμματισμένη δραστηριότητα που ασκεί το άτομο σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ή σε έναν άλλο χώρο, δραστηριότητα που κρίνεται ως απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών του, προσωπικών και λειτουργικών. Ο θεραπευτικός χαρακτήρας επιτυγχάνεται μέσα από τους μηχανισμούς μάθησης νέων δεξιοτήτων ή βελτίωσης προηγούμενων. Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες διακρίνονται σε εκείνες που ικανοποιούν βασικές ανάγκες με ένα συμβολικό χαρακτήρα και σε εκείνες που ενισχύουν την ανάπτυξη του ατόμου (Μαδιανός, 2005:111).

3.3.2 Κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Α. Η κοινωνική αποκατάσταση

Περιλαμβάνει τους εξής φορείς: την κοινωνική λέσχη, τις στεγαστικές εναλλακτικές υπηρεσίες (ξενώνας, οικοτροφείο, θετές οικογένειες, προστατευμένη διαμονή) και την κοινωνική πρόνοια.

Ι. Οι υπηρεσίες της κοινωνικής αποκατάστασης

Κοινωνική λέσχη: έχει ως στόχο την κοινωνικοποίηση- επανένταξη των μελών της στην κοινότητα μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο. Οι δραστηριότητες ασκούνται μέσα και έξω από το χώρο της λέσχης.

Στεγαστικές εναλλακτικές λύσεις: βασικός στόχος τους είναι η μείωση του χρόνου νοσηλείας των ψυχικά αρρώστων στο ψυχιατρείο, η υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου.

Μετανοσοκομειακός Ξενώνας: ο χρόνος παραμονής είναι βραχύς (περίπου 3 μήνες). Χρησιμοποιείται ως εναλλακτική λύση διαμονής από άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο.

Οικοτροφείο: είναι μονάδα προστατευμένης μακρόχρονης διαμονής με αριθμό μελών 20 άτομα, τα οποία είναι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι χωρίς δυνατότητες για ανεξάρτητη διαμονή στην κοινότητα.

Προστατευμένο διαμέρισμα: διαμένουν τρεις ή τέσσερις ψυχικά άρρωστοι με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο ή έως μια φορά την εβδομάδα

Θετή οικογένεια: ο θεσμός αυτός αναπληρώνει την πραγματική οικογένεια ενώ το κράτος βοηθά οικονομικά τη διαβίωση του αρρώστου

Κοινωνική πρόνοια: προβλέπεται μια κάποια επιδότηση των οικογενειών τους ή των εργοδοτών τους σε περίπτωση που προσλάβουν το άτομο που έχει ψυχολογικά προβλήματα .

II. Τα πρότυπα για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του σχιζοφρενικού αρρώστου

Έχουν περιγραφεί περίπου 5- 6 πρότυπα. Θα πρέπει να ταιριάζουν, να είναι κατάλληλα για τον άρρωστο, ώστε τα πρότυπα να προσαρμόζονται στον άρρωστο και όχι ο άρρωστος στα πρότυπα.

III. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες

Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες έχει σαν στόχο την τροποποίηση της αρνητικής ατμόσφαιρας. Οι κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν συναισθηματικές, γνωσιακές και κινητικές περιοχές της λειτουργικότητας. Οι τρεις βασικοί τομείς κοινωνικών δεξιοτήτων περιλαμβάνουν: 1) τις αντιληπτικές δεξιότητες, 2) τις πρακτικές δεξιότητες και 3) τις γνωσιακές δεξιότητες.

Σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα που εστιάζεται σε πέντε τομείς: 1) την επίλυση ενός προβλήματος, 2) την έκφραση θετικών συναισθημάτων σε ένα πρόσωπο που προσφέρει ευχαρίστηση, 3) την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων σε μια δυσάρεστη κατάσταση και την πιθανότητα πρόληψής της, 4) την έκφραση θετικών αιτημάτων και 5) την ενεργητική ακρόαση. Ένα μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης γίνεται στο σπίτι του εκπαιδευόμενου με τη συνεργασία κάποιου συγγενούς ή φίλου υπεύθυνου για την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης.

Όπως είναι φυσικό είναι δυνατό να παρατηρούνται περιορισμοί στην εκπαιδευτική διαδικασία όταν: 1) το άτομο είναι σοβαρά διαταραγμένο από ψυχοπαθολογικής άποψης, 2) το άτομο δεν έχει κίνητρα, 3) το άτομο δεν αντέχει την εκπαιδευτική διαδικασία και 4) ο θεραπευτής δεν έχει εκπαιδευτεί σε συμπεριφορικές τεχνικές.

IV. Ο ρόλος της οικογένειας στην κοινωνική αποκατάσταση

Η σημασία της οικογένειας είναι καίρια αφού όλες οι ψυχοπαθολογικές διεργασίες εκπηγάζουν και καταλήγουν σ' αυτήν. Επομένως είναι αδύνατο η ίδια η οικογένεια να μείνει έξω από κάθε είδους παρέμβαση που έχει ως στόχο την κοινωνική αποκατάσταση του χρόνιου ψυχικά αρρώστου μέλους της. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι εξής παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή των χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα: η κοινωνική και οικονομική σταθερότητα (ικανοποιητικό εισόδημα, απασχόληση, στέγαση), η συναισθηματική σταθερότητα (αποδοχή, ίση κατανομή έργου, ρόλοι) και το αναπτυγμένο κοινοτικό υποστηρικτικό σύστημα (ικανοποιητική μετανοσοκομειακή παρακολούθηση, κοινωνική επανένταξη). Οι επαγγελματίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οφείλουν να εκτιμούν αυτές τις παραμέτρους και σε μερικές από αυτές να παρεμβαίνουν, ώστε να τις τροποποιήσουν προς όφελος του αρρώστου (Μαδιανός, 1994:89-98, Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:181).

B. Η επαγγελματική αποκατάσταση

Αποτελεί το μακροπρόθεσμο στόχο της πλήρους αποκατάστασης ενός ψυχικά αρρώστου μέσα από την έκθεσή του σε επαγγελματικού τύπου εργασιακά πλαίσια και προκαταρκτική εκπαίδευση σε διάφορες επαγγελματικές περιοχές για την ανάπτυξη ή απόκτηση νέων επαγγελματικών επιδεξιοτήτων. Στον τομέα αυτόν ανήκουν: α) το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, όπου σαν βασικό στόχο έχει τον έλεγχο, που ασκείται από τον εργοθεραπευτή, των ικανοτήτων και επιδεξιοτήτων του ατόμου με το ειδικό πρόβλημα και η προσαρμογή του σε συνθήκες εργασίας. Τα μέλη που μετέχουν σ' ένα τέτοιο πρόγραμμα εμφανίζουν υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας. Ο χρόνος της

εκπαίδευσης διαρκεί λίγους μήνες, β) το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης-Αποκατάστασης (Κ.Ε.Ε.), όπου εδώ ένα ποσοστό ατόμων που ακολούθησαν την προεπαγγελματική εκπαίδευση, αλλά δεν βρέθηκε ότι ήταν ικανά να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά εργασίας, παραπέμπονται στο Κ.Ε.Ε όπου η εκπαίδευση επικεντρώνεται σ' ένα επαγγελματικό αντικείμενο (συνήθως η Κ.Ε.Ε. περιλαμβάνει 2 ή 3 επαγγελματικά αντικείμενα). Η λειτουργικότητα των μελών είναι χαμηλότερη αφού τα άτομα αυτά δεν μπόρεσαν να εργαστούν στην ελεύθερη αγορά και χρειάστηκαν ειδική παρατεταμένη επαγγελματική εκπαίδευση, γ) η Προστατευμένη Εργασία, που πρόκειται για παραγωγική εργασία που επιχορηγείται, ενώ η αμοιβή του εργαζόμενου είναι ανάλογη με την παραγωγή του, και δ) το Προστατευμένο Εργαστήριο που προσφέρει ως χώρος τη δυνατότητα για δουλειά σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρά μειονεκτήματα στην αποδοτικότητα τους και δεν μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί σε σύγκριση με άλλους συναδέλφους τους (Μαδιανός, 2005:168- 171).

Η επαγγελματική εκπαίδευση αρχίζει με την αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών – λειτουργικών και επαγγελματικών δυνατοτήτων του ασθενούς. Στη συνέχεια ο ασθενής ανάλογα με τις δυνατότητές του, τοποθετείται σε κάποιο από τα παραπάνω προγράμματα. Σε μερικές περιπτώσεις, ο ασθενής κρίνεται σκόπιμο να επανεκπαιδευτεί σε καινούριο αντικείμενο (λιγότερο αγχογόνο και με χαμηλότερες προδιαγραφές). Βέβαια, θα πρέπει η θεραπευτική ομάδα να δουλέψει με τον ασθενή, προκειμένου να αποδεχθεί τον καινούριο του εργασιακό ρόλο. Σε επόμενη φάση, ο ασθενής θα ενταχθεί σε πρόγραμμα προστατευμένης εργασίας, που θα του προσφέρει τη δυνατότητα αμειβόμενης εργασίας με ταυτόχρονη ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Η ένταξη στην ελεύθερη αγορά εργασίας αρχίζει με την εκπαίδευση του ασθενούς στις διαδικασίες αναζήτηση θέσης εργασίας (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:178).

Βασική προϋπόθεση για την επαγγελματική αποκατάσταση είναι ο επαγγελματικός προσανατολισμός του ατόμου και η αντικειμενική αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των ικανοτήτων του, την ευαισθητοποίηση των εργοδοτών και τις ανάγκες της κοινότητας – αγοράς. Η τελική και η πιο λεπτή φάση είναι η τοποθέτηση σε θέση εργασίας. Εδώ η ευθύνη ανήκει κυρίως στον επαγγελματικό σύμβουλο, στον κοινωνικό λειτουργό και τον εργοθεραπευτή (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:179, Μαδιανός, 1994:102).

Γ. Το περίγραμμα του χώρου των υπηρεσιών της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης.

Η αρχιτεκτονική του χώρου των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει καθορισμένες σταθερές και κανονισμούς (D.H.S.S. 1972, 1975). Η αρχιτεκτονική του χώρου στη κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά αρρώστων έχει ουσιαστική βαρύτητα στη γενικότερη αποτελεσματική λειτουργία των προγραμμάτων αυτών (Μαδιανός, 1994:108).

Βασικές αρχές για τη διαμόρφωση του χαρακτήρα των χώρων είναι:

- Η διασφάλιση της ασφάλειας των εργαζομένων και των μελών των προγραμμάτων, πχ με την αποφυγή της χρήσης επικίνδυνων δομικών τυπικών ή κατασκευών.
- Η ενίσχυση της κοινωνικής επαφής των μελών του προγράμματος με την ύπαρξη χώρων κοινής παραμονής.
- Η άνετη και ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων εσωτερικών χώρων και του εξωτερικού περιβάλλοντος.
- Ο φωτισμός με φυσικό φως και η δημιουργία οπτικών φυγών.

- Να μην δημιουργούνται προβλήματα προσανατολισμού από το σχεδιασμό, ώστε το άτομο να εξοικειώνεται εύκολα με το περιβάλλον.
- Ο χώρος να είναι οικείος από αισθητική και από λειτουργική πλευρά σε αντίθεση με τον ιδρυματισμό χαρακτήρα της αρχιτεκτονικής των ψυχιατρείων.
- Ο χρωματισμός να μη δημιουργεί ψυχολογικές εντάσεις.
- Οι εξωτερικές επιφάνειες να δημιουργούν επίσης αίσθημα οικειότητας (Μαδιανός, 1994:108).

3.4 Η νέα κατάσταση 1984-1999: Ο κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ.

3.4.1 Γενικά

Η περιφερειακή ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα υπήρξε, από τη δεκαετία του 1970, ένα καθολικό αίτημα των ειδικών και του κοινού, αφού το τότε υπάρχον σύστημα των υπηρεσιών αυτών ήταν αδύνατο να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού και να διασφαλίσει ποιοτικές συνθήκες ψυχιατρικής φροντίδας (Μαδιανός, 2005:545).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης της Ελλάδας εμφάνιζε τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Συγκεντρωτισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και έλλειψη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγείας και ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία, με παράλληλη την απουσία της τομεοποίησης.
2. Άνιση γεωγραφική κατανομή του ψυχιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων και του τομέα υγείας.
3. Άνιση κατανομή των κρατικών επιχορηγήσεων μεταξύ των κρατικών ψυχιατρικών νοσοκομείων.
4. Ανορθολογική διαχείριση των πόρων και έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού (Μαδιανός, 2005:545).

Το αποτέλεσμα των χαρακτηριστικών αυτών του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης ήταν η αδυναμία του να επιλύει τις ανάγκες της υπάρχουσας ψυχιατρικής νοσηρότητας και να μην επιτρέπει τον αποϊδρυματισμό των χρονίων ασθενών (Μαδιανός, 2005:545).

Η ανάγκη της μεταβολής της δομής και του χαρακτήρα του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης έγινε επιτακτικότερη το 1983, στο πλαίσιο του σχεδιασμού του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδος (νόμος 1897/1983) και ιδιαίτερα του άρθρου 21, το οποίο προβλέπει τη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα (Μαδιανός, 2005:545).

Πράγματι, μεταξύ 1984 και 1996 συντελέστηκαν σημαντικές αλλαγές στον ψυχιατρικό χώρο της Ελλάδας. Το 1984 μια Επιτροπή Ψυχικής Υγείας συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και εκπόνησε ένα πενταετές σχέδιο για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Μαδιανός, 2005:545-546).

Τον Ιούνιο του 1984 η Ελλάδα υπέβαλε πενταετές σχέδιο στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή ζητώντας την οικονομική συνδρομή της. Οι στρατηγικοί στόχοι του σχεδίου αυτού, που πήρε τη μορφή του προγράμματος, ήταν οι ακόλουθοι:

- αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αποϊδρυματισμός,
- ίδρυση Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία,

- δημιουργία υπηρεσιών επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης και υπηρεσίες μετανοσοκομειακής περίθαλψης για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς, και
- οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και μετεκπαιδευτικών υποτροφιών για το προσωπικό ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 2005:546).

Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 815/84 χορήγησε στην Ελλάδα έκτακτη οικονομική υποστήριξη στον κοινωνικό τομέα. Η συνδρομή αυτή αφορά (1) στην ίδρυση νέων χώρων κατάρτισης στην ευρεία περιοχή Αθηνών (Πρόγραμμα Α') και (2) στη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την ελληνική επικράτεια (Πρόγραμμα Β') (Μαδιανός, 2005:546).

Το σύνολο της χρηματοδότησης που δόθηκε από τον Κανονισμό (ΕΟΚ) 815/84 και για τα δύο Προγράμματα (Α' & Β') ήταν 320 εκατομμύρια ECU. Η κοινοτική χρηματοδότηση κάλυψε το 55% των δαπανών. Η συνολική χρονική περίοδος υλοποίησης του Προγράμματος Β' ήταν έντεκα χρόνια (1984-1995) (Μαδιανός, 2005:546).

Από το 1984 έως το τέλος του 1988 εγκρίθηκαν 118 προγράμματα, αλλά μόνο ένα μικρό ποσοστό από το συνολικό ποσό των 60 εκατομμυρίων ECU που διέθεσε γι' αυτά η κοινότητα είχε απορροφηθεί (Μαδιανός, 2005:546).

Το 1988 έγινε φανερό ότι η υλοποίηση των προγραμμάτων δεν είχε ακολουθήσει το αρχικό χρονοδιάγραμμα. Η σημαντική καθυστέρηση στην υλοποίηση των εγκεκριμένων προγραμμάτων οφειλόταν στις δυσκολίες του ελληνικού διοικητικού συστήματος, στη μη ύπαρξη τμήματος Ψυχικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας με επακόλουθο την ανεπαρκή παρακολούθηση της υλοποίησης των προγραμμάτων, στη δυσκολία επάνδρωσης των νέων ψυχιατρικών δομών με ειδικευμένο προσωπικό, στη δυσκολία εξεύρεσης κατάλληλων χώρων για την ανέγερση των κτιρίων των κατασκευαστικών προγραμμάτων (κυρίως στις μεγάλες πόλεις) και, τέλος, σε ένα βαθμό οφειλόταν και στην αρνητική στάση της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά αρρώστους και ανάπηρους ανθρώπους (Μαδιανός, 2005:546).

Έτσι, στο τέλος της πρώτης πενταετούς περιόδου υλοποίησης του Κανονισμού 815/84 μόνο ένα μικρό μέρος των εγκεκριμένων προγραμμάτων είχε υλοποιηθεί. Ήταν αναγκαία, συνεπώς, η παράταση ισχύος του Κανονισμού, η οποία πράγματι εγκρίθηκε από την Κοινότητα σαν Κανονισμός 4130/88 με διάρκεια 3 ετών μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου του 1991. Ο Κανονισμός 4130/88 περιλάμβανε επίσης κάποιους όρους και δεσμεύσεις για να διασφαλίσει την επίτευξη των στόχων της κοινοτικής συμμετοχής. (Μαδιανός, 2005:546-547).

Σύμφωνα με τις δεσμεύσεις αυτές, μια ανεξάρτητη ομάδα εμπειρογνομόνων δημιουργήθηκε από την Κοινότητα και ορίστηκε ότι θα έπρεπε να διαμορφωθεί μια υπηρεσία παρακολούθησης και αξιολόγησης, παράλληλα με την τεχνική υποστήριξη που θα παρείχε η Κοινότητα (Μαδιανός, 2005:547).

Το 1989 η Κοινότητα συμπέρανε ότι η υλοποίηση του Προγράμματος Β' παρουσίαζε σημαντική καθυστέρηση. Η σχετικά περιορισμένη Δράση για τη Λέρο δεν είχε υλοποιηθεί σύμφωνα με το πρόγραμμα και η κατάσταση εκεί παρέμενε αμετάβλητη. Με αυτά τα δεδομένα η Κοινότητα αποφάσισε να αναστείλει την έγκριση νέων προγραμμάτων για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση του Κανονισμού 815/84 (Μαδιανός, 2005:547).

Η ελληνική κυβέρνηση υπέβαλε μια νέα Δράση για το Ψυχιατρείο Λέρου («Λέρος Ι») η οποία εγκρίθηκε από την Κοινότητα το Δεκέμβριο του 1990 σαν ένα διετές (1991-

1992) ειδικό πρόγραμμα. Το πρόγραμμα αυτό στόχευε στην αποϊδρυματοποίηση, αποκατάσταση και βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης μεγάλου αριθμού ασθενών, με χρηματικό κόστος 4,6 εκατομμύρια ECU) (Μαδιανός, 2005:547).

Στο τέλος του 1991 ήταν φανερό ότι το πρόγραμμα αυτό είχε ευεργετική επίδραση στην κατάσταση των ασθενών του Ψυχιατρείου Λέρου, γεγονός που διαπιστώθηκε και από ανεξάρτητη ομάδα εμπειρογνομόνων. Επίσης, το Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας δημιούργησε τμήμα Ψυχικής Υγείας για να διευκολύνει διοικητικά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Δημιούργησε ακόμα την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του ΚΕΣΥ για να διευκολύνει τον προγραμματισμό των υπηρεσιών και επίσης δημιούργησε ένα σύστημα για το σημαντικό και απαραίτητο έργο της παρακολούθησης και αξιολόγησης. Η χρηματοδότηση αυτού του συστήματος συνεχίστηκε μέχρι το Μάρτιο του 1996 από πηγές της τεχνικής υποστήριξης (Μαδιανός, 2005:547).

Ως αποτέλεσμα των ανωτέρω, η Κοινότητα αποφάσισε το Δεκέμβριο του 1991 να συνεχίσει τη χρηματοδότηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το νέο αναθεωρημένο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, επιλέχθηκαν τελικά 43 Δράσεις με αναμενόμενο χρόνο ολοκλήρωσης το τέλος του 1994 και εξάμηνη παράταση για μερικές από αυτές μέχρι τον Ιούνιο του 1995. Συνολικά μπορεί να υποστηριχθεί ότι δώδεκα χρόνια μετά την έναρξη υλοποίησης του Κανονισμού και, παρά τις διαδοχικές δυσκολίες και τα προβλήματα στην υλοποίησή του, επιτεύχθηκε ένας σημαντικός ψυχιατρικός εξωραϊσμός (Μαδιανός, 2005:547).

3.4.2 Οι στόχοι

Το Πρόγραμμα Β' του Κανονισμού 815/84 αποσκοπούσε κυρίως στο να μειώσει τον αριθμό νέων εισαγωγών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, να αποφύγει τον ιδρυματισμό και να διευκολύνει τον αποϊδρυματισμό και την προσαρμογή των ασυλοποιημένων ασθενών στη ζωή μέσα στην κοινότητα.

Οι στρατηγικοί στόχοι ήταν οι παρακάτω:

- Αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με τη βαθμιαία αντικατάσταση του ιδρυματικού ψυχιατρικού μοντέλου από αποκεντρωμένες και ευέλικτες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα ή στα γενικά νοσοκομεία.
- Αποϊδρυματισμός των ασθενών μακράς παραμονής, μέσω της οργάνωσης υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επαγγελματικής εκπαίδευσης, η δημιουργία εναλλακτικών στεγαστικών λύσεων μέσα στην κοινότητα και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Εκπαίδευση του προσωπικού ψυχικής υγείας, ώστε, μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα και βραχύχρονες υποτροφίες στο εξωτερικό, να προσαρμοστεί σε νέα πρότυπα φροντίδας και να διευρύνει την επαγγελματική του εμπειρία (Μαδιανός, 2005:548).

Για την επίτευξη αυτών των στόχων θεωρήθηκαν αναγκαία τα παρακάτω βήματα:

- Η ίδρυση νέων δομών ψυχικής υγείας:
- Δομές που διευκολύνουν την επιστροφή και την επανένταξη στην κοινότητα των ασθενών μακράς παραμονής:
- Ξενώνες και Προστατευόμενα Διαμερίσματα.
- Κέντρα Ημέρας.
- Προεπαγγελματικά και Επαγγελματικά Εργαστήρια.
- Συνεργατικές.

- Δομές για πρόληψη του ιδρυματισμού των ψυχιατρικών ασθενών.
- Ψυχιατρικές Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Μονάδες Οξέων και Βραχείας Νοσηλείας.
- Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.
- Δομές-σταθμοί για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής.
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και ενήλικες.
- Συμβουλευτικοί Σταθμοί.
- Δομές που διευκολύνουν την επανένταξη χρονίων ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα.
- Κέντρα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης.
- Συνεργατικές.
- Η υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- Η υλοποίηση πειραματικών προγραμμάτων, που περιλάμβαναν και προγράμματα αποκατάστασης και επανένταξης (Μαδιανός, 2005:548).

3.4.3 Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και τον παραϊατρικού προσωπικού

Ο Κανονισμός 815/84 - Πρόγραμμα Β' πρόσφερε τη δυνατότητα για εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια στην Ελλάδα ή και στο εξωτερικό, για διάφορους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται κυρίως στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η εκπαίδευση του προσωπικού στους τομείς της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης θεωρήθηκε απαραίτητη για την υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών ψυχικής υγείας εκπαιδεύτηκε μέσα από οκτώ εκπαιδευτικά προγράμματα. Η συμμετοχή για το 1991 ανήλθε σε 5.000 άτομα, περίπου 40% του προσωπικού στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (Μαδιανός, 2005:550).

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα διευκόλυναν τη διάχυση των γνώσεων και τη βελτίωση των επαγγελματικών ικανοτήτων και ευαισθητοποίησαν τους συμμετέχοντες στην ιδεολογία και στην πρακτική της αποϊδρυματοποίησης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της αποκέντρωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Όμως η περιορισμένη διάρκεια των εκπαιδευτικών προγραμμάτων υποβαθμίζει οπωσδήποτε το επιθυμητό θετικό τους αποτέλεσμα (Μαδιανός, 2005:550).

3.4.4 Η επίτευξη των στόχων (1984-1996)

Οι στρατηγικοί στόχοι του πενταετούς προγράμματος για την υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα αφορούσαν σε τρεις κύριους τομείς:

1. Αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη σταδιακή διαμόρφωση δομών εναλλακτικών προς τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας υλοποιήθηκε με την κατασκευή και τον εξοπλισμό 26 Κέντρων Ψυχικής Υγείας, 27 Ψυχιατρικών Τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία, 7 Μονάδες οξέων περιστατικών και βραχείας νοσηλείας, 9 Ψυχοπαιδαγωγικών Κέντρων, 41 Ξενώνων και διαμερισμάτων και 24 Εργαστηρίων προ- και επαγγελματικής κατάρτισης.

2. Αποϊδρυματισμός των αρρώστων μακράς παραμονής από τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία και μετακίνηση τους σε εναλλακτικές δομές κατοικίας στην κοινότητα και σε εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης, συνεργατικές και άλλες υπηρεσίες αποκατάστασης. Δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση του Ψ.Ν. Λέρου. Η διαδικασία αποϊδρυματισμού θα μπορούσε να οδηγήσει σε ελάττωση του αριθμού των κρεβατιών των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων και σε βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία
3. Εκπαίδευση του προσωπικού ψυχικής υγείας μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια, με σκοπό την εξοικείωση σε νέες ιδέες, μεθόδους και τρόπους φροντίδας στους τομείς της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Μαδιανός, 2005:550).

Η υλοποίηση του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης επέφερε σημαντικές αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, πιο αισθητές στους τομείς της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της αποκέντρωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στους οποίους τομείς η Ελλάδα υστερούσε σημαντικά.

Ακολουθεί η παρουσίαση ειδικών δεικτών για τις ανωτέρω μεταβολές για μια περίοδο δεκαεσσάρων ετών (1982-1996). Σε μία ημερήσια απογραφή του 1981, 8.386 ασθενείς νοσηλεύονταν στα εννέα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι περισσότεροι δε από αυτούς για περισσότερο από 12 μήνες. Το 1996 μόνο 5.047 ασθενείς νοσηλεύονταν και το 80,6% από αυτούς ήταν μακράς παραμονής (> 12 μήνες). Από το 1981 ως το 1996 ο αριθμός των αρρώστων μακράς παραμονής (> 12 μήνες) ελαττώθηκε στο 40%. Επίσης, ο αριθμός των αρρώστων με νοσηλεία > 36 μήνες μειώθηκε κατά 50% μεταξύ 1981 και 1996. Παράλληλα το ίδιο διάστημα υπήρξε σημαντική μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας. Κατά το ίδιο διάστημα δεν αυξήθηκε ο αριθμός των ασθενών στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές (Μαδιανός, 2005:551).

Φαίνεται ότι η υλοποίηση του Κανονισμού 815/84 είχε σημαντική επίδραση στη δημιουργία εναλλακτικών ψυχιατρικών δομών μέσα στην κοινότητα για την αποϊδρυματοποίηση των ασθενών μακράς παραμονής και την αποφυγή νοσηλείων για τα καινούργια ψυχιατρικά περιστατικά (Μαδιανός, 2005:551).

Οι υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αυξήθηκαν σημαντικά ή ιδρύθηκαν εκεί όπου δεν υπήρχαν (Πίνακας 5 και Πίνακας 6). Τα Κέντρα Ημέρας, οι εναλλακτικές οικιστικές δομές και άλλες υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης και διευκολύνουν την προσαρμογή στη ζωή στην κοινότητα (Μαδιανός, 2005:551).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5			
Δείκτες μεταβολής: 1984 και 1996. Διαθέσιμες θέσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης			
	1984	1996	± Αλλαγή 1982/1996
Διαθέσιμες θέσεις στα Κέντρα Ημέρας*	40	326	+715.0%
Διαθέσιμες θέσεις σε: Προ-επαγγελματικά εργαστήρια Συνεργατικές Άλλες υπηρεσίες αποκατάστασης	0	1.004 416 157	Δεν μπορεί να υπολογιστεί
Διαθέσιμες θέσεις στις εναλλακτικές στεγαστικές δομές	0	1.037	Δεν μπορεί να υπολογιστεί
ΣΥΝΟΛΟ		2.940	

* Για ενήλικες και παιδιά.

Πηγή: Μαδιανός, 2005:552

Οι διαθέσιμες θέσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης το 1983, 1993 και 1996 φαίνονται στον Πίνακα 6. Το 1983 υπήρχαν πολύ λίγες διαθέσιμες θέσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Μετά την υλοποίηση του Κανονισμού 815/84 - Πρόγραμμα Β' δημιουργήθηκαν σταδιακά διάφορες υπηρεσίες αποκατάστασης με σύνολο θέσεων 1.722 το 1993 και 2.940 το 1996 (Μαδιανός, 2005:551).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (1983-1996)																		
Υγειονομικές Περιφέρειες	Μονάδες Ψυχιατρικής Αποκατάστασης σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία			Νοσοκ. Ημέρας/ Κέντρα Ημέρας			Προ- και Επαγγελματική Εκπαίδευση			Συνεργατικές			Ξενώνες/ Διαμερίσματα			Σύνολο		
1. Αθήνα/Αττική	-	55	80	40	140	185	-	350	690	-	127	144	15	125	163	55	797	1262
2. Κεντρική Ελλάδα	-	-	-	-	-	-	-	25	10	-	10	12	-	25	46	-	60	68
3. Ήπειρος-Κέρκυρα	-	-	-	-	-	20	-	50	81	-	-	-	-	30	52	-	80	153
4. Θεσσαλία	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	13	53	-	13	75
5. Κεντρική Μακεδονία-Θεσσαλονίκη	-	25	25	15	60	105	-	70	80	-	85	115	-	184	38	15	444	633
6. Δυτική Μακεδονία																		
7. Ανατολ. Μακεδονία																		
8. Θράκη	-	-	-	-	8	8	-	-	24	-	12	24	-	18	24	-	38	80
9. Νησιά Αιγαίου	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	20	91	-	70	361	-	105	452
10. Κρήτη	-	25	25	-	30	8	-	20	32	-	20	30	-	-	15	-	95	110
11. Ανατ. Πελοπόννησος	-	-	27	-	-	-	-	25	20	-	15	-	-	15	15	-	55	62
12. Δυτ. Πελοπόννησος	-	-	-	-	-	-	-	35	45	-	-	-	-	-	-	-	35	45
ΣΥΝΟΛΟ	-	105	157	55	238	326	-	590	1004	-	289	416	15	480	1037	70	1722	2940

Πηγή: Στοιχεία για τα έτη 1983,1993 προέρχονται από προηγούμενη μελέτη της Μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και, από εκθέσεις παρακολούθησης των Μαδιανού και Υφαντόπουλου. Τα στοιχεία για το έτος 1996 προέρχονται από την DATAPSY. Η περιφερειακή διαίρεση αφορά στην τότε περίοδο.

Όσον αφορά στη γεωγραφική τους κατανομή, διάφοροι τύποι υπηρεσιών αποκατάστασης δημιουργήθηκαν σε 10 από τις 12 υγειονομικές περιφέρειες μέχρι το 1996 (Πίνακας 7). Στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη υπήρχε μεγαλύτερη συγκέντρωση διαθέσιμων θέσεων σε σχέση με την υπόλοιπη χώρα. Στην πλειονότητα τους οι θέσεις αυτές καταλαμβάνονται, από χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Συνεπώς πρέπει να αναφερθεί ότι ο αριθμός των θέσεων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ήταν ακόμη ανεπαρκής για τον αριθμό των ασθενών που θα αποασυλοποιηθούν τα επόμενα χρόνια (Μαδιανός, 2005:552)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΝΟΜΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (1995)								
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας	Πριν το 1984		Περίοδος 1984-1995					
	Νομοί		Κατασκευή συμπληρωματικών υπηρεσιών		Κατασκευή νέων υπηρεσιών		Απουσία υπηρεσιών	
Ύπαρξη	11	21.6	11	100.0	0	0		
Απουσία	40	78.4	-	-	20	50.0	20	50.0
Σύνολο	51	100.0	11	21.6	20	39.2	20	39.2

Πηγή: Μαδιανός, 2005:554

3.4.5 Η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πριν και μετά την υλοποίηση του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/84 - Πρόγραμμα Β' (1995).

Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει την κατανομή των 51 νομών της Ελλάδας (πλην του Αγίου Όρους), ανάλογα με την ύπαρξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά το 1995. Σε 11 νομούς, όπου υπήρχαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πριν από την υλοποίηση του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/84 -Πρόγραμμα Β', κατασκευάστηκαν μερικές συμπληρωματικές υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, συνήθως διοικητικά υπαγόμενες στα 10 δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το 1984 υπήρχαν 40 νομοί χωρίς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στους μισούς από αυτούς δημιουργήθηκαν νέες ψυχιατρικές υπηρεσίες, μέσω του Κανονισμού 815/84 - Πρόγραμμα Β'. Συνολικά το 1996 υπήρχαν υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας σε 31 νομούς (Μαδιανός, 2005:552)

Οι υπηρεσίες αυτές καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, όπως ψυχιατρικά τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Μονάδες Οξέων και Βραχείας Θεραπείας, Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Εργαστήρια Προεπαγγελματικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης, Συνεργατικές, Ξενώνες και Προστατευόμενα Διαμερίσματα. Πριν από το 1984 υπήρχαν μόνο Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Εξωτερικά Τα ιατρεία και πολύ λίγα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, μόνο στην Αθήνα-Πειραιά και στη Θεσσαλονίκη (Μαδιανός, 2005:554).

Μέχρι το 1995 (Πίνακας 7)σε 20 νομούς δεν υπήρχαν υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Στις περισσότερες από αυτές, πάντως, υπάρχουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εξυπηρετούν, όσο είναι δυνατόν, τις τοπικές ανάγκες. Σε μερικούς από αυτούς τους

νομούς υπάρχουν στοιχειώδεις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως τα ιατρεία του ΙΚΑ και τα Εξωτερικά Ιατρεία κάποιων Γενικών Νοσοκομείων (Μαδιανός, 2005:554).

Σε 20 νομούς δεν υπήρχαν καθόλου δημόσιες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, αν και υπήρχαν μερικοί ιδιώτες ψυχίατροι που ασκούσαν την ψυχιατρική σε αυτούς. Σε όλους τους νομούς όπου υπήρχαν δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία δημιουργήθηκαν και άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες (Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Αποκατάστασης, Ξενώνες, Συνεργατικές, Επαγγελματικά Εργαστήρια) και επίσης Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία και Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής (Μαδιανός, 2005:554).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8					
ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ					
ΑΝΑ 100.000 ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΚΑΘΕ ΝΟΜΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ (1998)					
ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑ	0.00	ΚΟΡΙΝΘΟΣ	0.00	ΜΑΓΝΗΣΙΑ	6.07
ΑΡΓΟΛΙΔΑ	0.00	ΚΟΖΑΝΗ	0.00	ΒΟΙΩΤΙΑ	7.46
ΑΡΤΑ	0.00	ΚΥΚΛΑΔΕΣ	0.00	ΛΑΡΙΣΑ	8.54
ΧΙΟΣ	0.00	ΛΑΚΩΝΙΑ	0.00	ΦΘΙΩΤΙΔΑ	8.91
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ	0.00	ΛΑΣΙΘΙ	0.00	ΑΧΑΪΑ	25.23
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ	0.00	ΛΕΥΚΑΔΑ	0.00	ΗΡΑΚΛΕΙΟ	26.53
ΔΡΑΜΑ	0.00	ΛΕΣΒΟΣ	0.00	ΞΑΝΘΗ	29.85
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑ	0.00	ΜΕΣΣΗΝΙΑ	0.00	ΕΥΒΟΙΑ	40.64
ΦΛΩΡΙΝΑ	0.00	ΠΕΛΛΑ	0.00	ΙΩΑΝΝΙΝΑ	43.89
ΓΡΕΒΕΝΑ	0.00	ΠΡΕΒΕΖΑ	0.00	ΑΤΤΙΚΗ	52.60
ΗΛΕΙΑ	0.00	ΡΕΘΥΜΝΟ	0.00	ΚΕΡΚΥΡΑ	55.22
ΗΜΑΘΙΑ	0.00	ΡΟΔΟΠΗ	0.00	ΠΙΕΡΙΑ	55.64
ΚΑΡΔΙΤΣΑ	0.00	ΣΑΜΟΣ	0.00	ΧΑΝΙΑ	57.87
ΚΑΣΤΟΡΙΑ	0.00	ΣΕΡΡΕΣ	0.00	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	68.64
ΚΑΒΑΛΑ	0.00	ΘΕΣΠΡΩΤΙΑ	0.00	ΦΩΚΙΔΑ	91.15
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑ	0.00	ΤΡΙΚΑΛΑ	0.00	ΑΡΚΑΔΙΑ	91.49
ΚΙΛΚΙΣ	0.00	ΖΑΚΥΝΘΟΣ	0.00	ΕΒΡΟΣ	93.19

Πηγή: Μαδιανός, 2005:555

Σε 20 νομούς όπου δεν υπήρχαν ψυχιατρικές υπηρεσίες δημιουργήθηκαν Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία και Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Σε 20 νομούς με συνολικό πληθυσμό 1.960.000 δεν υπήρχαν κτηριακές υποδομές για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρ' όλα αυτά, σε μερικούς από τους νομούς αυτούς υπάρχουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο πλαίσιο άλλων υπηρεσιών υγείας (Μαδιανός, 2005:554).

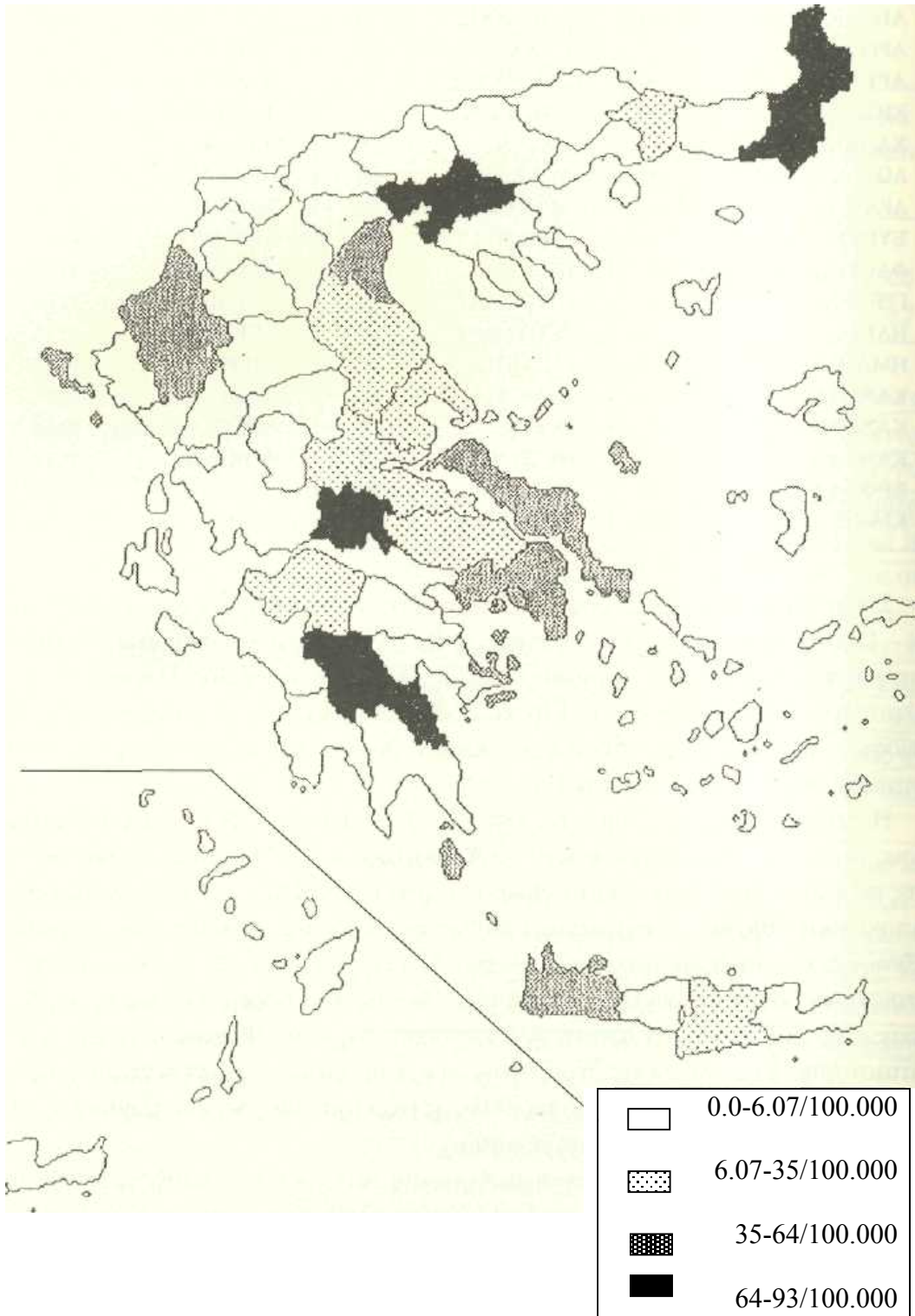
Συμπερασματικά, είναι προφανές ότι μετά την υλοποίηση του Κανονισμού 815/ 84 - Πρόγραμμα Β' σε ένα μεγάλο μέρος της χώρας άρχισαν σταδιακά να δημιουργούνται ψυχιατρικές υπηρεσίες ευρείας κλίμακας. Αυτές οι υπηρεσίες, στην πλειονότητα τους, ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και η λειτουργία τους συνεισφέρει στον αποϊδρυματισμό των χρονίων ψυχικά αρρώστων και προάγει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα (Μαδιανός, 2005:555).

Η περιφερειακή κατανομή, το 1998, των διαθέσιμων θέσεων ανά 1.000 κατοίκους στις υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Μονάδες Αποκατάστασης σε Ψυχιατρεία,

Νοσοκομεία Ημέρας, Εργαστήρια Προ- και Επαγγελματικής Αποκατάστασης και Συνεργατικές) καθώς και σε δομές εναλλακτικής στέγασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία μακράς διαμονής, Διαμερίσματα) έδειξε ότι σε ολόκληρες περιφέρειες, όπως εκείνη της Δυτικής Μακεδονίας, του Βορείου Αιγαίου, της Δυτικής Ελλάδας, δεν είχαν αναπτυχθεί καθόλου υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Στις υπόλοιπες περιφέρειες, η σχέση των θέσεων αποκατάστασης, ιδιαίτερα στον τομέα της μερικής περίθαλψης (Κέντρα Ημέρας) και πληθυσμού, αποδεικνύει το ελάχιστο των θέσεων αυτών (Μαδιανός, 2005:555).

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τη γεωγραφική κατανομή των διαθέσιμων θέσεων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ανά 100.000 πληθυσμού) στο επίπεδο των νομών. Θέσεις σε υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υπάρχουν μόνο σε 17 νομούς (Μαδιανός, 2005:555).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑ 100.000 ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (1998).



Πηγή: Μαδιανός, 2005:556.

Ο Πίνακας 9 δείχνει τη γεωγραφική κατανομή των θέσεων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης το 1998 (Μαδιανός, 2005:557).

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει τη σειρά κατατάξεως των Υγειονομικών Περιφερειών με βάση τις υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας κάθε τύπου ανά 1.000 κατοίκους. Η περιφέρεια με τη χαμηλότερη αναλογία ήταν η Δυτική Ελλάδα με αναλογία 0,013/1.000 κατοίκους και αυτή με την υψηλότερη αναλογία είναι το Νότιο Αιγαίο με 0,18 μονάδες ανά 1.000 κατοίκους, λόγω της ύπαρξης του Ψ.Ν. Λέρου στο οποίο αναπτύχθηκαν αρκετές Μονάδες (Μαδιανός, 2005:557).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (1996)				
Σειρά Διάταξης	Αριθμός Υγειονομικής Περιφέρειας	Υγειονομική Περιφέρεια	Αριθμός Μονάδων Ψυχικής Υγείας	Μονάδες/1.000 κατοίκους
1	7	Δυτική Ελλάδα	9	0,013
2	3	Δυτική Μακεδονία	6	0,020
3	10	Πελοπόννησος	13	0,021
4	5	Θεσσαλία	23	0,031
5	8	Κεντρική Ελλάδα	20	0,034
6	11	Βόρειο Αιγαίο	8	0,040
7	4	Ήπειρος	15	0,044
8	13	Κρήτη	27	0,050
9	9	Αττική	189	0,053
10	6	Ιόνια Νησιά	11	0,057
11	2	Κεντρ. Μακεδονία	108	0,062
12	1	Ανατολική Μακεδονία/Θράκη	39	0,068
13	12	Νότιο Αιγαίο	47	0.182

Πηγή: Μαδιανός, 2005:557

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει την κατάταξη των 13 υγειονομικών περιφερειών της Ελλάδας με βάση την αναλογία του συνδυασμού (ψυχιατρικές κλίνες και θέσεις αποκατάστασης) ανά 1.000 κατοίκους (1996). Έχουν περιληφθεί οι κλίνες τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών ψυχιατρικών νοσοκομείων. Πρέπει να αναφερθεί ότι τα ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία νοσηλεύουν σημαντικό ποσοστό των ψυχιατρικών ασθενών, πολλοί εκ των οποίων καλύπτονται υγειονομικά από το ΙΚΑ ή τον ΟΓΑ. Τα ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία βρίσκονται, εκτός της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (Μαδιανός, 2005:558).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ (ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ + ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ) ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (1996)		
Διάταξη	Υγειονομική περιφέρεια	Κλίνες και θέσεις ανά 1.000 κατοίκους
1	Στερεά Ελλάδα	0,43
2	Δυτική Ελλάδα	0,45
3	Ήπειρος	0,60
4	Πελοπόννησος	0,86
5	Βόρειο Αιγαίο	0,98
6	Δυτική Μακεδονία	1,00
7	Ανατολική Μακεδονία	1,05
8	Θεσσαλία	1,56
9	Κρήτη	2,09
10	Κεντρική Μακεδονία	2,10
11	Αττική	2,52
12	Ιόνια Νησιά	3,00
13	Νότιο Αιγαίο	4,18

Πηγή: Μαδιανός, 2005:558

Υπήρχαν 8 νομοί σε όλη τη χώρα με συνολικό πληθυσμό 455.700 κατοίκων όπου δεν υπήρχαν καθόλου οργανωμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες του ΕΣΥ (Πίνακας 12) (Μαδιανός, 2005:558).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΝΟΜΟΙ ΧΩΡΙΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ (1998)	
Νομός	Πληθυσμός
Άρτα	79,000
Θεσπρωτία	44,200
Κεφαλλονιά	32,000
Λευκάδα	21,000
Λακωνία	95,000
Χίος	53,000
Λασιθί	71,000
Γρεβενά	37,000
Σύνολο	455,700

Πηγή: Μαδιανός, 2005:559

3.4.6 Τα αποτελέσματα του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/84

Στη Νότια Ευρώπη η μακρόχρονη παράδοση παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας από μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία χωρίς υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης έσβησε προοδευτικά κατά τη δεκαετία του 1980. Εξαιρέση αποτελεί η Ιταλία όπου η ψυχιατρική μεταρρύθμιση άρχισε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 (Μαδιανός, 2005:559).

Στην Ελλάδα, όπως και στα άλλα κράτη της Νότιας Ευρώπης, οι αλλαγές στη νομοθεσία σχετικά με την ψυχική υγεία και η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών ξεκίνησαν γύρω στα τέλη της δεκαετίας του 1980 (Μαδιανός, 2005:559).

Κατά τη δεκαετία 1985-1995 πραγματοποιήθηκαν σοβαρές προσπάθειες στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, στην αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών και τη δημιουργία υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 2005:559).

Είναι γενικά αποδεκτό από την ελληνική αλλά και τη διεθνή ψυχιατρική κοινότητα ότι ο Κανονισμός 815/84- Πρόγραμμα Β λειτούργησε καταλυτικά στην υλοποίηση του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Η υλοποίηση του Κανονισμού 815/84 συνέβαλε:

1. Στη δημιουργία μιας μεγάλης ποικιλίας υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες είναι αποκεντρωμένες και πιο προσιτές στο κοινό, κάποιες δε από αυτές είναι ενσωματωμένες στα γενικά νοσοκομεία.
2. Στη σημαντική ελάττωση κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία με την αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.
3. Στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση μεγάλου τμήματος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια,
4. Στην ελάττωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η ελάττωση ίσως αντικατοπτρίζει την αλλαγή στη στάση των οικογενειών (αποφεύγουν να αφήνουν τους συγγενείς τους για μεγάλο χρόνο στα νοσοκομεία) αλλά και των γιατρών.
5. Στη σημαντική αύξηση στον αριθμό κρεβατιών και θέσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
6. Στην αύξηση του προσωπικού των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων (Μαδιανός, 2005:560).

Τα αποτελέσματα της υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Κανονισμός 815/84 - Πρόγραμμα Β') μπορεί να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

- Σε 60,8% των νομών της Ελλάδας υπήρχαν διάφορες ψυχιατρικές υπηρεσίες που περιλαμβάνουν Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Εξωτερικά Ιατρεία, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες, παιδιά και εφήβους, Κέντρα Ημέρας και υπηρεσίες ημερήσιας περίθαλψης, Μονάδα Οξέων και Βραχείας Νοσηλείας, Μονάδες Αποκατάστασης, Εργαστήρια Προ- και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Συνεργατικές, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα και εξειδικευμένες υπηρεσίες για εξαρτημένα άτομα.
- Η ποιοτική αξιολόγηση της δομής έδειξε ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των εννέα δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων, ενώ την καλύτερη βαθμολογία συγκέντρωσε το Ψ.Ν. Λέρου. Το εύρημα αυτό αντανάκλα τη μεγάλη προσπάθεια που έγινε όλα αυτά τα χρόνια για τη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας στο Ψ.Ν. Λέρου.
- Οι δείκτες λειτουργίας δεν παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εννέα ψυχιατρικών νοσοκομείων.
- Οι δείκτες αποτελέσματος το 1996 έδειξαν ότι σε όλα τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία οι χρόνιοι ασθενείς μακράς παραμονής αποτελούσαν την πλειονότητα των ασθενών. Οι ετήσιες έξοδοι βρέθηκαν περίπου ίσες με τις εισόδους, γεγονός που δείχνει βραδύ ρυθμό αποϊδρυματοποίησης το 1996.
- Άλλα αξιόλογα ευρήματα ήταν η σημαντική ελάττωση κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, η σημαντική αύξηση ψυχιατρικών κρεβατιών και υπηρεσιών για εξωτερικούς ασθενείς στα γενικά νοσοκομεία, η αύξηση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, η μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, η δραματική αύξηση κρεβατιών και θέσεων στις διάφορες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και η αύξηση του προσωπικού των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων.
- Η γεωγραφική κατανομή των ασθενών που εξέρχονται από τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι ανομοιόμορφη, με υπεροχή κάποιων απομακρυσμένων περιφερειών της χώρας.
- Στο διάστημα 1978-1993 διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση των εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών και των θέσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ανά 1.000 εξερχόμενους ασθενείς αλλά και ανά 1.000 εξερχόμενους ασθενείς με ανάγκη αποκατάστασης. (Μαδιανός, 2005, σ. 560)

Με βάση τα παρακάτω, η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν έχει επιτευχθεί ακόμα:

- υπάρχουν νομοί όπου πρέπει να δημιουργηθούν υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας,
- κάποιες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που δημιουργήθηκαν με τον Κανονισμό 815/84 δε λειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού.
- η τομεοποίηση της περιοχής πρωτεύουσας και της υπόλοιπης Ελλάδας είναι απαραίτητη για το μέλλον.
- η εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας θα πρέπει να συνεχιστεί και στο μέλλον.
- οι ασθενείς με χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα θα πρέπει σταδιακά να μεταφερθούν από τα ψυχιατρεία σε ειδικά οικοτροφεία. Το παράδειγμα της Λέρου είναι ενθαρρυντικό.
- Τέλος, πρέπει να επιδιωχθεί η επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση του κοινού πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, γι' αυτό και είναι αναγκαία μια ευρύτερη κινητοποίηση (Μαδιανός, 2005:561).

Συμπερασματικά, είναι προφανές ότι δεκαπέντε χρόνια μετά την έγκριση του «5ετούς» προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μέχρι το τέλος του 1999 σημαντική πρόοδος είχε σημειωθεί στους τομείς της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αποκέντρωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι, παρά τις διάφορες δυσκολίες, ο Κανονισμός 815/84 - Πρόγραμμα Β' συντέλεσε αποφασιστικά στην αλλαγή του χώρου της ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 2005:561).

Γράφοντας αυτό το κεφάλαιο κατανοήσαμε τα στάδια που έχει περάσει η ψυχιατρική στην Ελλάδα από τον 4^ο αι. π.Χ. μέχρι να πάρει τη σημερινή της μορφή. Από τη λαϊκή αντίληψη ότι η ψυχική ασθένεια προερχόταν από τα πνεύματα της μανίας και της λύσσας, μέχρι την επικρατούσα αντίληψη ότι ο ψυχικά ασθενής θεωρείται πλέον ένα άτομο που μπορεί να αποκατασταθεί.

Αρχικά οι ψυχικά ασθενείς καταδικάζονταν σε φυλάκιση, ή ακόμα και θανατώνονταν αν δεν υπήρχε οικογενειακό περιβάλλον και βελτίωση της ασθένειας. Πολύ αργότερα όμως, η ιστορική πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, ακολουθώντας δειλά- δειλά βήματα άλλων ευρωπαϊκών χωρών, προχώρησε στην ίδρυση των λεγόμενων ψυχιατρείων και άλλων σημαντικών σταθμών στην εξέλιξη της ψυχιατρικής.

Όμως η εικόνα της ψυχιατρικής περίθαλψης χρειαζόταν περαιτέρω βελτίωση και μέσω μιας σειράς διαφόρων κανονισμών που ήδη αναφέραμε, φτάσαμε στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Το εγχείρημα αυτό σκιαγραφείται στο επόμενο κεφάλαιο μαζί με τις εναλλακτικές δομές περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με τον μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, την μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Η μεταρρύθμιση αφορά:

- το νομικό πλαίσιο
- το οργανωτικό πλαίσιο
- το διοικητικό πλαίσιο
- το διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000)

Βέβαια η μεταρρύθμιση των τεσσάρων αυτών πλαισίων πρέπει να είναι προϊόν θεωρητικών ζυμώσεων, αναζητήσεων και προτάσεων από την βάση και όχι το αποτέλεσμα κυβερνητικών επιλογών. Η μεταρρύθμιση εάν αποτελεί κρατική επιλογή, θα παραμείνει ένας ανεκπλήρωτος στόχος, ή ακόμη μια ουτοπία, αν δεν συμπεριλάβει και τους τέσσερις παραπάνω τομείς οι οποίοι καθορίζουν τη μορφή και την ποιότητα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης ή καλύτερα της φροντίδας Ψυχικής Υγείας. (Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Η μεταρρύθμιση λοιπόν της ψυχιατρικής περίθαλψης, και ιδιαίτερα των συστημάτων υπηρεσιών που καλύπτουν και τους τρεις βαθμούς της περίθαλψης, καθώς και η ευαισθητοποίηση στην Κοινωνική Ψυχιατρική ολοένα μεγαλύτερου αριθμού ψυχιατρικών στελεχών, αναδεικνύουν στην επιφάνεια την ανάγκη για την ανάπτυξη του τομέα της Διοικητικής ψυχιατρικής. Είναι γνωστό ότι ένα σημαντικό ποσοστό του έργου των ψυχιάτρων ή άλλων συναφών κλάδων σε ορισμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες αφορά διοικητικά καθήκοντα π.χ. την οργάνωση και τον προγραμματισμό νέων υπηρεσιών, την κατανομή των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες, τα καθήκοντα και τις σχέσεις του προσωπικού, το συντονισμό του συστήματος υπηρεσιών, την αποκέντρωση υπηρεσιών, την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, την συμμετοχή των πολιτών κτλ.(Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2000).

Ως **ψυχιατρική μεταρρύθμιση** θεωρείται η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στοχεύει στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του ψυχικά ασθενούς, ο οποίος αντιμετωπίζεται προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο του στο φυσικό του χώρο (οικογένεια, εργασία, φίλοι κ.λ.π.) που δυσχεραίνουν την κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση και επανένταξη (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:13).

Η κίνηση για την μεταρρύθμιση του τρόπου παροχής υπηρεσιών ενισχύθηκε από ορισμένες κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις, όπως: α) η εξάπλωση των σοσιαλιστικών ιδεών και προτύπων, τα οποία προβάλλουν την κοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Δεν είναι τυχαίο ότι από τις πρώτες χώρες που προώθησαν, πριν από αρκετές δεκαετίες, πρωτοπόρα για την εποχή τους προγράμματα κοινωνικής Ψυχιατρικής⁵, ήταν η Σοβιετική ένωση. β) η ευαισθητοποίηση της παγκόσμιας κοινής

⁵ Κοινωνική Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της Ψυχιατρικής που ασχολείται με τις κοινωνικές παραμέτρους που υπεισέρχονται στην αιτιοπαθολογία, την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, συμπληρώνοντας τις κλασικές αρχές της κλινικής ψυχοπαθολογίας και τις νεότερες γνώσεις της Βιολογικής Ψυχιατρικής (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:11).

γνώμης, για τα δικαιώματα των ανθρώπων, ιδίως των κοινωνικών μειονοτήτων, των μειονεκτούντων ατόμων, αυτών που παρουσιάζουν εκδηλώσεις αποκλίνουσας συμπεριφοράς. γ) η βελτίωση του βιοτικού και του πολιτιστικού επιπέδου μεγάλων στρωμάτων του πληθυσμού. δ) η ανακάλυψη μετά των 1950 διαφορετικών κατηγοριών ψυχοφαρμάκων, τα οποία άλλαξαν ριζικά την κλινική εικόνα και την πρόγνωση αρκετών ψυχικών διαταραχών (Λειβαδίτης, 1994:422).

4.1 Η μετάβαση από το ίδρυμα στην κοινότητα

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται άμεσα με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής⁶. Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα (μετά από κατάλληλη προετοιμασία) και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα. Απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών είναι η σωστή επιλογή των ασθενών (απουσία επιθετικών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, ύπαρξη κάποιου βαθμού κοινωνικολειτουργικών δεξιοτήτων) και η λειτουργία πλέγματος υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχιατρικής μέριμνας στην κοινότητα (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:13).

Στόχος του αποϊδρυματισμού και της ανάπτυξης του συστήματος των υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας είναι να έχουν οι ψυχικά ασθενείς την ευκαιρία να απολαμβάνουν μια όσο το δυνατόν κανονική ζωή στην κοινότητα με την υποστήριξη κατάλληλων και τοπικά προσδιορισμένων υπηρεσιών θεραπευτικής και κοινωνικής φροντίδας. Το μοντέλο φροντίδας της ψυχικής υγείας στην κοινότητα βασίζεται στις εξής αρχές:

- της αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού
- της εξωνοσοκομειακής φροντίδας
- της κοινωνικής ψυχιατρικής
- της τομεοποίησης
- της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- της κοινωνικής ενσωμάτωσης (Ψυχαργός, 2004)

Το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, βάσει των προαναφερόμενων αρχών, προσανατολίζεται πλέον στην συγκρότηση τοπικά ολοκληρωμένων δικτύων συντονισμένων υπηρεσιών διαρκούς φροντίδας της ψυχικής ασθένειας στην κοινότητα. Σε τοπικό επίπεδο δημιουργούνται:

- υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που σκοπό έχουν να επηρεάζουν άμεσα με θεραπευτικές μεθόδους και τεχνικές τα συμπτώματα του ψυχικού προβλήματος και
- μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, που σκοπό έχουν να αντιμετωπίζουν άμεσα τις ανάγκες κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου (στέγασης, επαγγελματικής κατάρτισης, απασχόλησης, συνηγορίας, ψυχαγωγίας) (Ψυχαργός, 2004).

Διαχρονικές μελέτες που συνέκριναν την ποιότητα ζωής ασθενών που μετακινήθηκαν από παραδοσιακά ψυχιατρικά ιδρυματικά περιβάλλοντα σε υπηρεσίες

⁶ Κοινοτική Ψυχιατρική είναι η πρακτική πλευρά της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Με τον όρο «κοινοτική ψυχιατρική» προσδιορίζεται το σύνολο των ψυχιατρικών θεσμών που αποσκοπούν στη παροχή ψυχιατρικής φροντίδας (πρόληψη, αντιμετώπιση, αποκατάσταση) χωρίς τη μεσολάβηση της νοσηλείας (ή με την πολύ περιορισμένη χρήση αυτής) (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000:11, Μαδιανός, 1998)

φροντίδας στην κοινότητα, κατέδειξαν ότι αυτοί είχαν σημαντικές βελτιώσεις στην κοινωνική τους δραστηριότητα, στο εύρος του κοινωνικού τους δικτύου, στην ικανότητα να καλύπτουν τις ανάγκες τους και θετικές διαφοροποιήσεις στο συναίσθημα της αυτονομίας και αυτοεκτίμησης τους (Ψυχαργός, 2004).

Οι ίδιοι οι ασθενείς συγκρίνοντας την ζωή τους στις υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα, σε σχέση με την ζωή τους στο ψυχιατρείο, αναφέρουν περισσότερο ιδιωτικό χώρο, μεγαλύτερη ασφάλεια, αυξημένο αίσθημα ελευθέριας, υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σε πολλούς τομείς της ζωής τους και εμφανίζουν σημαντικά βελτιωμένη εικόνα (Ψυχαργός, 2004).

Πρέπει όμως να επισημανθεί ότι, στην διαδικασία του αποϊδρυματισμού και της ανάπτυξης των υπηρεσιών κοινοτικού τύπου φροντίδας, η κοινότητα δεν προσεγγίζεται απλά σαν μια αλλαγή του τόπου παροχής θεραπείας αλλά σαν ένα φυσικό δυναμικό πλαίσιο όπου αλληλεπιδρούν κοινωνικές σχέσεις που δεν είναι δυνατόν να προσδιορίζουν την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου με ψυχικό πρόβλημα (Ψυχαργός, 2004).

4.2 Από το άσυλο στη κοινότητα

4.2.1 Οι κατηγορίες των ιδρυμάτων

Τα ψυχιατρικά ιδρύματα διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: **1)** τα της «*θείας χάριτος*», όπου όλα γίνονται από φιλανθρωπικά αίτια χωρίς να υπάρχει εξήγηση, αφού περιλαμβάνουν απόψεις και θεωρίες που έχουν παγιωθεί από δεκάδες χρόνια, **2)** τα «*χαρισματικά*», όπου ο διευθυντής είναι χαρισματικός με αποτέλεσμα να ταυτίζονται με αυτόν μέσα από έναν ναρκισσισμό, ο οποίος έχει επιπτώσεις και στο θεραπευτικό σκέλος, ευνοώντας την προβολή των επιτυχιών προς τα έξω. Η εξιδανίκευση αυτή είναι η αιτία απόρριψης από τους εκτός ιδρύματος κι έχει ως συνέπεια τη δημιουργία επιθετικότητας, **3)** τα «*διαπραγματευτικά*» που μέσα από τις συναλλακτικές διεργασίες μπορούν να επιφέρουν τη μεταρρύθμιση (Μαδιανός, 1994:31-33)

4.2.2 Η αντίφαση του ασύλου

Οι ψυχωσικοί άρρωστοι λόγω της παραμονής τους στο άσυλο για μεγάλο χρονικό διάστημα με σκοπό τη θεραπεία από την ψυχωσική διεργασία, χάνουν βαθμιαία τη λειτουργικότητα που τους έχει απομείνει. Ο άρρωστος είναι έγκλειστος, αδιαφοροποίητος, χωρίς εξωτερικά ερεθίσματα, ώστε να ενισχύεται η ψυχωσική του ομογενοποίηση, η έλλειψη δηλαδή της διάκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους, πράγματα και χώρους. Λογικό επακόλουθο είναι κάποιος να αναρωτηθεί: η αντίφαση που έγκειται; Η αντίφαση του ασύλου έγκειται στο ότι το ψυχιατρείο υποτίθεται ότι είναι ο θεραπευτικός χώρος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ψύχωσης και όχι ο χώρος προαγωγής τους (Μαδιανός, 1994:33).

Μπορούμε να τα δούμε όλα αυτά αν εξετάσουμε το παράδειγμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής που είναι το μεγαλύτερο:

Περισσότεροι από 60.000 ασθενείς έχουν νοσηλευτεί στο Δαφνί στα 80 χρόνια λειτουργίας του, ενώ το 1998 οι εισαγωγές έφτασαν στις 3.400. Στα 26 τμήματα του ιδρύματος μπορούν να νοσηλευτούν 1.300 ασθενείς, αλλά οι γιατροί του νοσοκομείου χαρακτηρίζουν μέτριες έως κακές και θλιβερές τις συνθήκες νοσηλείας. Οι περισσότεροι από τους νοσηλευόμενους είναι άνω των 50 ετών και μέρα με τη μέρα χάνονται οι ελπίδες για κάθε είδους αποκατάσταση (ψυχική, συναισθηματική,

κοινωνική, επαγγελματική). Μεγάλος αριθμός ασθενών δεν βγαίνουν από το θάλαμό τους, ούτε δέχονται επισκεπτήριο, το 73% είναι άγαμοι, ενώ η πλειονότητα έχει ιδρυματοποιηθεί ύστερα από παραμονή 20-30 χρόνων. Το θετικό είναι ότι οι 1003 από αυτούς δεν χρειάζονται τη βοήθεια προσωπικού για τις ανάγκες τους.

Σύμφωνα με τις επιστημονικές επιτροπές που προβλέπει η Ευρωπαϊκή Σύμβαση, στην Ελλάδα δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά σε μεγάλο ποσοστό οι ψυχιατρικού ασθενείς. Με λίγες εξαιρέσεις οι συνθήκες διαβίωσης κυμαίνονται από μέτριες έως κακές και σε μερικές περιπτώσεις άθλιες:

- Οι κοιτώνες 5 έως 20 κλινών είναι υποτυπωδώς εξοπλισμένοι και λίγοι ασθενείς έχουν προσωπικά αντικείμενα.
- Το περιβάλλον είναι γυμνό και απρόσωπο και η γενική εικόνα που επικρατεί είναι αυτή της στέρησης.
- Περίπου 30 από 70 γυναίκες ήταν κατάκοιτες χωρίς τα απαραίτητα μέσα για την εξυπηρέτησή τους.
- Δυο μη – ειδικευμένα μέλη του προσωπικού αναλογούν στη περίθαλψη 40 ή περισσότερων ασθενών.

Σε γραπτή ενημέρωση του πρωθυπουργού από το ιατρικό προσωπικό μεταξύ άλλων αναφέρεται:

«Αναγκαζόμαστε να απευθυνθούμε σε εσάς, αφού σειρά διαβημάτων, κινητοποιήσεων και αναφορών απέτυχαν να επισύρουν της προσοχή της πολιτείας και όσα απαράδεκτα συμβαίνουν στο ΨΝΑ, το κατ' ευφημισμόν νοσοκομείο και καθ' υποκρισίαν άσυλο. Εκεί όπου οι άνθρωποι περιφέρουν εν ζωή την ευτέλεια του θανάτου τους μέσα στη μοναξιά και την εγκατάλειψη. Οι συνθήκες διαβίωση είναι αφόρητες κι επικίνδυνες»

Στην έκθεση τουλάχιστον προς το Υπουργείο αναφέρεται ότι:

- Περισσότεροι από 850 άρρωστοι ζουν σε συνθήκες αφόρητες και αχανείς θαλάμους με 20 και περισσότερους νοσηλεύομενους.
- Νεοεισερχόμενοι άρρωστοι νοσηλεύονται στους ίδιους χώρους με χρόνια περιστατικά και με μη αυτοεξυπηρετούμενους.
- Η ανάμιξή τους συντελεί στον ιδρυματισμό νέων αρρώστων ενώ η έλλειψη κλινών οδηγεί σε πρόωρη έξοδο άλλων.
- Οι ψυχικά άρρωστοι θεωρούνται πολίτες δεύτερης κατηγορίας, η μέριμνα της πολιτείας έρχεται πάντα καθυστερημένα, είναι ανεπαρκής, μίζερη και απρόθυμη.
- Τα κοινοτικά προγράμματα δεν αξιοποιήθηκαν στον βαθμό που έπρεπε και επωφελήθηκαν λιγότεροι ασθενείς απ' όσους έπρεπε.

Η πραγματικότητα :

- Μόνο ένας στους 20 από τους 1518 ασθενείς έχουν χρόνο νοσηλείας μικρότερο από 30 μέρες (77 συνολικά) και μόνο ένας στους 10 έχει χρόνο νοσηλείας μικρότερο από 3 μήνες (152 συνολικά).
- Πιθανότητες εξόδου έχουν 308 (1/10), ενώ για τους 1206 αρρώστους που νοσηλεύονται πάνω από έναν χρόνο (8/10) η πιθανότητα εξόδου κι επιστροφής στα σπίτια τους είναι πρακτικά μηδενική.
- Περισσότερα από 5 χρόνια νοσηλεύονται 888 ασθενείς, απ' αυτούς οι 332 είναι μεγαλύτεροι των 20 χρονών και 110 μεγαλύτεροι των 30.
- Ένας στους 4 είναι αναλφάβητος (27,87%), ενώ το 21,57% έχει παρακολουθήσει τις πρώτες τάξεις δημοτικού. Το χαμηλό επίπεδο γραμματικών γνώσεων είναι χαρακτηριστικό της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης.

- Το 73,11% είναι άγαμοι και λόγω μεγάλης ηλικίας δεν έχουν γονείς και τα αδέρφια τους (αν υπάρχουν) είναι συνήθως απρόθυμα να στηρίζουν την αποϊδρυματοποίηση.
- Σύμφωνα με διαγνωστικά κριτήρια 750 ανήκουν στην ομάδα των σχιζοφρενών, 296 έχουν νοητική στέρηση και 104 μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις.
- Οι 796 (53,6%) δε συμμετέχουν καθόλου στη ζωή του τμήματός τους, οι 192 ευκαιριακά, 511 δεν εξέρχονται ποτέ από το τμήμα νοσηλείας και οι 139 μόνο με συνοδεία προσωπικού.
- Όμως 1003 ασθενείς αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και 215 μερικώς. Αυτό είναι ενθαρρυντικό για την προσπάθεια της αποϊδρυματοποίησης.
- 300 ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο με άδεια, ενώ 1150 (7/10) δε βγαίνουν καθόλου από το νοσοκομείο.
- Οι περισσότεροι από τους μισούς (822) έχουν πολύ αραιό ή καθόλου επισκεπτήριο.
- Σύμφωνα με προτάσεις των θεραπευτικών ομάδων προκύπτει ότι εγκρίνεται η έξοδος μόνο για 115 ασθενείς και για 292 προτείνεται να νοσηλευτούν σε ψυχιατρικό άσυλο. Μόνο για 407 ασθενείς διαπιστώνεται από την ιατρική υπηρεσία η ανάγκη για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Ακόμα ζητείται να διερευνηθεί η οργάνωση προγράμματος επιστροφής για 163 αρρώστους και να μεταφερθούν 432 ασθενείς σε ιδρυματικού τύπου δομές (για νοητικά καθυστερημένους, υπερηλικές). Ενθαρρυντικό θεωρείται το γεγονός ότι προτείνεται η ένταξη 352 ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές (Διαλυνάκη, 2004:21-23).

4.2.3 Στροφή προς την κοινότητα

Η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής άρχισε μεταπολεμικά να λαμβάνει χώρα. Κατανοήθηκε στο εσωτερικό της ψυχιατρικής ως νίκη της «δημόσιας υγείας», σε αντίθεση με τη μονόπλευρη θεώρηση της ψυχικής ασθένειας ως ατομικού – βιολογικού φαινομένου που συνόδευε την ασυλιακή πρακτική. *«Το βασικό επιχείρημα της κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί η πρόταση ενός εναλλακτικού σχεδίου στο παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο»*, δηλαδή μια πρόταση που βασίζεται σε μια διαφορετική θεσμική διάρθρωση, η οποία επιτρέπει της εφαρμογή μιας σειράς θεραπευτικών παρεμβάσεων χωρίς τη διαμεσολάβηση του εγκλεισμού, ή έστω χωρίς την επικέντρωση σε αυτόν. Στο νέο αυτό μοντέλο της κοινοτικής ψυχιατρικής, η ψυχιατρική φροντίδα λαμβάνει χώρα διαφόρων νέων δομών, οι οποίες βρίσκονται μέσα στη ζώσα κοινότητα (Τζανάκης, 2003:141).

Σ' αυτήν την πορεία προς τη κοινότητα καθοριστικό ρόλο έπαιξε η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων. Τα ψυχοφάρμακα τροποποίησαν ριζικά την επικρατούσα ατμόσφαιρα στο εσωτερικό των ψυχιατρικών ιδρυμάτων κι επέτρεψαν μια αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων των θεραπευομένων στο εσωτερικό της κοινότητας, χωρίς τη μεσολάβηση, ή με το δραστικό περιορισμό, της νοσηλείας. Όμως πέρα από την σημαντική αυτή ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων, η κρίση του ασυλιακού μοντέλου και οι προσπάθειες για ριζικό μετασχηματισμό του, είχαν προηγηθεί της ανακάλυψής τους. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε δυο περιπτώσεις εγχειρημάτων υπέρβασης του θεσμού του ασύλου και της λογικής του, οι οποίες έλαβαν χώρα πριν από την εμφάνιση των ψυχοφαρμάκων: η *«θεσμική ψυχοθεραπεία»* και η *«θεραπευτική κοινότητα»* (Τζανάκης, 2003:142).

Το κίνημα της θεσμικής ψυχοθεραπείας αναπτύχθηκε στη Γαλλία. Επηρεάστηκε από εξωγενείς παράγοντες, όπως η αγγλική εμπειρία του «μη περιορισμού» και της «ανοικτής πόρτας» και οι απόψεις του Γερμανού Simon για την εργασία ως θεραπευτικό παράγοντα (Μπαϊρακτάρης, 1994:38). Κεντρική αρχή του κινήματος αποτέλεσε η διαπίστωση ότι δεν είναι δυνατή η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών χωρίς μια προηγηθείσα ανάλυση του ασυλιακού θεσμού. Οι παγιωμένες σχέσεις μεταξύ των θεσμικά εμπλεκόμενων, των γιατρών, των νοσηλευτών, του βοηθητικού προσωπικού τους. Ο σκοπός του κινήματος ήταν να καταστεί δυνατή η διασύνδεση νοσοκομειακής πρακτικής και ψυχανάλυσης (Τζανάκης, 2003:143).

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα άλλο παράδειγμα κριτικής του ασυλιακού μοντέλου πριν την ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων. Νέες θεωρίες και πρακτικές συνοδεύουν την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας. Οι νέες αυτές θεωρίες και πρακτικές κάνουν λόγο για διαφορά της θεραπευτικής κοινότητας από άλλα κέντρα και το πιο σημαντικό και ουσιαστικό, ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία του και στη θεραπεία άλλων, αντί της υιοθέτησης του παθητικού ρόλου και δέκτη των υπηρεσιών. Μέσω αυτών των επιχειρούμενων αλλαγών επιτυγχάνεται όχι μόνο η ενσωμάτωση στη ψυχιατρική πρακτική ενός νέου θεραπευτικού πνεύματος, αλλά και η κριτική του ασυλιακού περιβάλλοντος (Τζανάκης, 2003:143-144).

4.2.4 Μοντέλα υπέρβασης του άσυλου

Από την εφαρμογή των διαφόρων εθνικών προγραμμάτων που αποσκοπούν στην αντικατάσταση του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο⁷, προκύπτουν ορισμένες γενικές μορφές μεταλλαγής του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας. Διακρίνονται σε τρία μοντέλα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: α) το μοντέλο της «αποϊδρυματοποίησης», β) το μοντέλο της «απονοσοκομειοποίησης» και γ) το «μεικτό μοντέλο» (το οποίο αποτελεί ένα συνδυασμό των δυο) (Τζανάκης, 2003:156, Μπαϊρακτάρης 1994).

4.2.5 Το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης

Το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης ως μορφή υπέρβασης του ασύλου, προϋποθέτει έναν ριζικό στοχασμό όσον αφορά το νόημα της ψυχικής ασθένειας, τη διάρθρωση των θεσμών που απευθύνονται στη εξυπηρέτηση ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις και το ρόλο των επαγγελματιών. Η αναδιάταξη του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας βασίζεται στο κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου-ασύλου και την αντικατάστασή του από ένα σύνολο νέων εξωνοσοκομειακών δομών μέσα στην κοινότητα (Τζανάκης, 2003:157).

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας αμφισβητείται: αφενός κοινωνικοποιείται, αφετέρου πολιτικοποιείται. Το ίδιο και ο ψυχιατρικός θεσμός καθώς και οι επαγγελματικοί ρόλοι που σχετίζονται με αυτόν. Η ασθένεια νοείται ως απόκλιση από τα κοινωνικά πρότυπα και η διαχείρισή της, όπως εκφράζεται από την παραδοσιακή ψυχιατρική, ερμηνεύεται ως βία που αποκλείει τη διαφορετικότητα. Το ασυλιακό σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών νοείται ως σύστημα διαχείρισης, δηλαδή ένα σύστημα που έχει ως ρόλο τη φύλαξη των αποκλινόντων. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η παραδοσιακή ψυχιατρική με τον εγκλεισμό στο άσυλο, αντί να οδηγεί στη θεραπεία

⁷ Σε όλες τις χώρες η δημιουργία νέων δομών στο εσωτερικό των γενικών ιατρικών υπηρεσιών δε συνάντησε τόσες δυσκολίες όσες το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων-ασύλων. Οι λόγοι έχουν να κάνουν με τη διοικητική ομοιοστατική λογική, με τη τοπικιστική λογική της διατήρησης των θέσεων εργασίας, αλλά και με μια σειρά ζητημάτων που συνδέονται με τη δυσκολία μεταφοράς χρόνιων ασθενών σε νέες περισσότερο ανοικτές κι εκτεθειμένες υπηρεσίες φροντίδας (Τζανάκης, 2003:156)

της ασθένειας, οδηγεί στον αναδιπλασιασμό της, δηλαδή στην ιδρυματοποίηση, η οποία συνιστά μια ιατρογενή ασθένεια (Τζανάκης, 2003:157).

Ως μόνη λύση προτείνεται ως θεσμικού κέντρου της διαχειριστικής λογικής που βασίζεται στη βία. Για το σκοπό αυτό απαιτείται η αναδιοργάνωση των επαγγελματικών ρόλων, η παραίτηση από την ισχύ της αυθεντίας και η εγκαθίδρυση μιας παραδοχής των κοινωνικών αντιφάσεων και κατά συνέπεια της ύπαρξης της διαφορετικότητας. Η σύγκρουση με τις παραδοσιακές δυνάμεις θεωρείται αναπόφευκτη, εφόσον η ψυχιατρική σχετίζεται αναγκαστικά με τις κοινωνικές διαιρέσεις και την παγιωμένη κοινωνική ιεραρχία. Η διαδικασία της αποιδρυματοποίησης κατανοείται ως μια συνεχής κριτική διεργασία χωρίς έτοιμες συνταγές (Μπαϊρακτάρης, 1994:95- 96).

4.2.6 Το μοντέλο της απονοσοκομειοποίησης

Το μοντέλο αυτό πρεσβεύει ένα δραστικό περιορισμό του ρόλου των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και το κλείσιμό τους σε ορισμένες περιπτώσεις, με μια παράλληλη ενίσχυση της ελεύθερης αγοράς υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η λογική αυτού του μοντέλου είναι η φιλελευθεροποίηση του ψυχιατρικού συστήματος και η δημοσιονομική πολιτική περιστολής των δημοσίων δαπανών. Οι κοινοτικές δομές που οργανώνονται δεν αποσκοπούν στην αντικατάσταση της φροντίδας που πριν παρέχονταν από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι νέες δομές καλούνται να λειτουργήσουν παράλληλα αφενός με τον ιδιωτικό τομέα που αναπτύσσεται, και αφετέρου με μια σειρά από φιλανθρωπικού, ανθρωπιστικού και προνοιακού χαρακτήρα ιδρύματα (Τζανάκης, 2003:157-158, Μπαϊρακτάρης, 1994:95- 96).

Πρέπει να επισημάνουμε ότι το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων χωρίς την αντικατάστασή του από ένα δίκτυο κοινωνικών δομών (το οποίο θεωρείται ότι επίσης αναπαράγει δυνητικά την ιδρυματοποίηση) οδηγεί πολλούς από τους πρώην τροφίμους σε ένα άλλου είδους κοινωνικό περιθώριο: η αποασυλοποίηση παίρνει εδώ τη μορφή της αντικατάστασης του εγκλεισμού από την ανεργία και την έλλειψη στέγης. Η νέα αυτή κατάσταση οδηγεί στην άνθηση προνοιακών υπηρεσιών νεο-ιδρυματικού χαρακτήρα (περιστασιακή, εθελούσια διαμονή). Συναφές με αυτές τις εξελίξεις αποτελεί το φαινόμενο της συνεχούς μεταπήδησης σε διαφορετικούς θεσμούς και ιδρύματα φροντίδας, χωρίς θεραπευτική συνέχεια. Κατ' αντιδιαστολή, στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου υπέρβασης του ασύλου, αναπτύσσονται σημαντικά κινήματα διεκδίκησης και προώθησης των ατομικών δικαιωμάτων από τα κάτω, με τη συμμετοχή τόσο ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις, όσο και επαγγελματιών (Μπαϊρακτάρης, 1994:96, Μαδιανός, 2000).

4.2.7 Το «μεικτό» μοντέλο

Οι περισσότερες μεταρρυθμιστικές πολιτικές που έλαβαν χώρα στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης των δυτικών χωρών βασίστηκαν στη συνύπαρξη της κοινοτικής ψυχιατρικής με το παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο, το οποίο παρότι συρρικνώνεται και μετασχηματίζεται, ούτε εξαφανίζεται ούτε και αποκαθίσταται πλήρως. Οι νέες δομές έχουν διπλό ρόλο, αφενός στην εισαγωγή του ατόμου στο ψυχιατρείο και αφετέρου στην επιστροφή του στους φυσικούς χώρους διαβίωσης. Δηλαδή, οι εναλλακτικές δομές δεν αντιστρατεύονται το ψυχιατρείο, αλλά το συμπληρώνουν, το υποκαθιστούν σε ορισμένες περιπτώσεις αλλά δεν το αντικαθιστούν. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του «μεικτού» μοντέλου δε

συνίσταται στον εγκλεισμό και στη διαχείρισή του, όπως παλαιότερα στο ασυλιακό μοντέλο (Τζανάκης, 2003:159).

Σε σχέση με τη συνύπαρξη του ψυχιατρικού νοσοκομείου και των εναλλακτικών σε αυτό θεσμούς μπορούμε να παρατηρήσουμε ένα πολλαπλασιασμό των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, σε συνδυασμό όμως με τις σωματικές θεραπείες και ιδιαίτερα με τη φαρμακοθεραπεία (Μπαϊρακτάρης, 1994:98- 101).

4.3 Ο αποϊδρυματισμός

Ο αποϊδρυματισμός είναι μια φιλοσοφία που έχει τις ρίζες της στην αντιψυχιατρική κίνηση του 1950 και του 1960. Ο ψυχικά άρρωστος θεωρείται θύμα που θα δεχτεί «ανθρώπινη» φροντίδα μόνο αν τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα πάψουν να υπάρχουν. *«Ο αποϊδρυματισμός είναι μια διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από τον προσανατολισμό της φροντίδας των ψυχικά αρρώστων που βασίζεται στον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα (άσυλα) προς την μέριμνα των αρρώστων στην κοινότητα σε συνθήκες ισότητας»* (Μαδιανός, 2005:487).

Κινείται γύρω από δυο βασικές ιδεολογικές προσεγγίσεις: την *ιδεολογία του παραδοσιακού ιατροκεντρισμού*, που διέπει τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου και την *ιδεολογία της χειραφέτησης*.

Ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών θεσμών ή της παραδοσιακής λογικής προηγείται εκείνου του αποϊδρυματισμού του ίδιου του ασύλου. Οι ψυχιατρικοί θεσμοί περικλείουν την παραδοσιακή ιατροκεντρική λογική της σχέσης «άρρωστος (νοσηλεύομενος)- υγιής (θεραπευτής ή συγγενής ή οποιοσδήποτε τρίτος)» (Μαδιανός, 1994:35).

Από την άλλη η ιδεολογία της χειραφέτησης θέτει την προϋπόθεση της υπονόμησης και ανατροπής της παραδοσιακής ψυχιατρικής λογικής με τη χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Θα πρέπει απαραίτητα να αναπτυχθεί ένας διαφορετικός τύπος σχέσης μεταξύ των θεραπευτών και των θεραπευομένων μέσα στα πλαίσια της πραγματικότητας σχέσης υγείας- αρρώστιας.

Σύμφωνα με τον Del Aqua, ψυχίατρο της ιστορικής ομάδας Basaglia, «ο αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του ψυχιατρείου». «Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητούμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει». «Αποϊδρυματισμός είναι το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευθεί τη θεραπεία του. Ιδρυματισμός είναι όταν λέμε «ο άρρωστός μου», «ο γιατρός μου», ακόμα και αν εργαζόμαστε στη κοινότητα» (Μαδιανός, 1994:35-36)

Ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών αρρώστων, από τους οποίους το 50 έως 70% ήταν χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι, έκανε ορατή την ύπαρξή τους μέσα στην κοινότητα.

Μετά από κάποιες έρευνες που έλαβαν χώρα κυρίως στις Η.Π.Α και τη Μεγάλη Βρετανία και είχαν ως στόχο την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων στην κοινότητα, προέκυψαν ορισμένα γενικά κοινά συμπεράσματα: 1) Οι περισσότεροι χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι αν και φαίνεται ότι λειτουργούν, στην πραγματικότητα ζουν περιθωριακά, 2) Η επαρκής και συνεχής παροχή υπηρεσιών στα Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής με ιδιαίτερη έμφαση στην επανένταξη σχετίζεται άμεσα με το προηγούμενο δεδομένο, 3) Η αποδοχή ή όχι του αρρώστου από την οικογένεια και την κοινότητα είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που

επιηρεάζει την παραμονή του χρόνιου ψυχωσικού έξω από το άσυλο, 4) Η προνοσηρά κατάσταση του χρόνιου ψυχωσικού από την άποψη εκπαίδευσης, επαγγέλματος, απασχόλησης ή οικογενειακής κατάστασης, δε βρέθηκε να επιηρεάζει την πρόγνωση για επανεισαγωγή στο άσυλο, όσο η κατάσταση του από πλευράς κοινωνικής λειτουργικότητας από τη στιγμή της έναρξης της νόσου μέχρι την εγκατάστασή του στην κοινότητα, 5) Η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής σε δόσεις συντήρησης περιλαμβάνει τις τυχόν υποτροπές σε σημαντικό ποσοστό, 6) Απαραίτητη είναι η ανοχή των αρρώστων σε ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, όπως επίσης και 7) Η αποδοχή της πραγματικότητας από τον άρρωστο, ότι δηλαδή αντιμετωπίζει δυσκολίες στην καθημερινή του ζωή και αγωνίζεται να τις υπερνικήσει (Μαδιανός, 1994:36- 37).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται δέκα κοινωνικοί, δημογραφικοί, οικονομικοί κ.ά. παράγοντες, από τους οποίους οι τυχόν αλλαγές τους σημαίνουν θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 13: Παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική αλλαγή και τον αποϊδρυματισμό χρόνιων ψυχασθενών

Παράγοντες Αποτέλεσμα	± Αλλαγή	Θετικό/ Αρνητικό
1. Ποσοστά υπερηλίκων		Αύξηση -
2. Αριθμός μελών ανά οικογένεια		Μείωση ±
3. Διαζύγια		Αύξηση -
4. Αστισμός/ Κοινωνική Αποργάνωση		Αύξηση -
5. Αναλαβητισμός		Μείωση +
6. Κοινωνική οικονομική ανάπτυξη		Αύξηση +
7. Ανεργία		Αύξηση -
8. Οικονομική Ευημερία		Αύξηση +
9. Ασφαλιστική Κάλυψη		Αύξηση +
10. Ανάπτυξη Ψυχιατρικών Υπηρεσιών		Αύξηση +

Πηγή: Μαδιανός 1994:41

4.4 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συνά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:03)

Αναφορικά μ' αυτή τη «μετάβαση», από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο, το οποίο βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε σε τρεις περιόδους: α) στην «πρόδρομη περίοδο», από τα τέλη του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου έως τα τέλη της δεκαετίας του '70, β) στην «πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδο» από τις αρχές της δεκαετίας του '80 έως την ολοκλήρωση της εφαρμογής του κανονισμού 805/84, δηλαδή έως τα τέλη της δεκαετίας του '90 και γ) στη «δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδο», αυτή του «ψυχαργός», του μεταρρυθμιστικού

προγράμματος που ξεκίνησε το 2000 (πρώτη φάση 2000- 2001) με ορίζοντα δεκαετίας. Καθεμιά από αυτές τις τρεις περιόδους διατηρεί ορισμένα ιδιαίτερα κοινωνικά χαρακτηριστικά. Αυτά σχετίζονται με τις βαθύτερες συγκροτήσεις και ανασυγκροτήσεις των λόγων «για» την ψυχιατρική και με τις ανάλογες θεσμικές διευθετήσεις και πρακτικές και δεν ανταποκρίνονται αποκλειστικά σε περιόδους εφαρμογής προγραμμάτων (Τζανάκης, 2003:172- 173)

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν. 1397/83). (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:3)

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:3).

Ο Νόμος 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη μεταρρύθμιση (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:3)

Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:3).

Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:3)

4.5 Η «πρόδρομη περίοδος»

Η «πρόδρομη περίοδος εκτείνεται από το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ενώ διατηρούνται οι βασικές δομές της ασυλιακής ψυχιατρικής σε ένα μη προβληματικοποιημένο πλαίσιο, ορισμένα εγχειρήματα κινούνται προς την αντίθετη κατεύθυνση. Οι περισσότερες απ' αυτές τις προσπάθειες είναι εντελώς αποσπασματικές και δεν έχουν τη συμβολική δύναμη που θα τους επέτρεπε να καταστούν «παραδειγματικές». Επικεφαλής των παρεμβάσεων αυτών ήταν μεμονωμένοι ψυχίατροι ή και ομάδες ψυχιάτρων που σπούδασαν στο εξωτερικό και γοητεύτηκαν από τις προοπτικές που διανοίγονταν με την καθιέρωση της κοινωνικής ψυχιατρικής. Η τελευταία γίνονταν αντιληπτή ως η μοντέρνα εκδοχή της ψυχιατρικής, το πρότυπο το οποίο όφειλε κανείς ως σύγχρονος «επαγγελματίας ψυχικής υγείας» να ακολουθήσει (Λυκέτσος, 1998).

Την εποχή που στη δύση πραγματοποιείται η επανάσταση των ψυχοφαρμάκων, διαδίδονται μια σειρά από ψυχοθεραπευτικές σχολές ψυχοδυναμικού και ατομικοκετρικού προσανατολισμού και τίθενται οι ιδεολογικές βάσεις (κριτική των

ασύλων) της μεταστροφής της ψυχιατρικής φροντίδας από το «κλειστό» Νοσοκομείο-άσυλο στην «κοινότητα», στην Ελλάδα ιδρύονταν η «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» (1957), προκειμένου να αποσυμφωρηθούν τα κεντρικά ψυχιατρεία, που είχαν υπερπληρωθεί εξαιτίας της ραγδαίας αστικοποίησης. Έως και τα τέλη της δεκαετίας του 70 η ασυλιακή ψυχιατρική αποτελεί την «κανονική» επιστήμη, για να δανειστούμε την ορολογία του Kuhn, δηλαδή τη μη προβληματικοποιημένη εφαρμογή ενός γενικού σχεδίου ψυχιατρικής φροντίδας βασισμένο στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο-άσυλο (Τζανάκης, 2003:174).

Παρά τον περιθωριακό τους χαρακτήρα όμως, οι ομάδες αυτές των ψυχιάτρων θα λειτουργήσουν αργότερα ως καταλύτες, σε ένα ευρύτερο εγχείρημα στιγματισμού της ασυλιακής ψυχιατρικής, δημιουργώντας ντόπια «παραδείγματα» εναλλακτικής ψυχιατρική. Από την άλλη, τα άτομα και οι ομάδες αυτές θα αποκτήσουν ένα πολύ υψηλό γόητρο: 1) θα θεωρηθεί ότι δικαιώθηκαν για τις επιλογές και τους αγώνες τους και 2) θα ιδωθούν ως πρωτοπορία μιας ευρύτερης προσπάθειας που θα κυριαρχήσει τόσο συμβολικά-ιδεολογικά όσο και πρακτικά-οργανωτικά (Μπαϊρακτάρης, 1994:107).

4.6 Η «πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδος»

Η επίσημη έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι αναπόδραστα συνδεδεμένη με το «σκάνδαλο» της Λέρου. Η Λέρος θα αποτελέσει τον σημαίνοντα «τόπο» της προσπάθειας αλλαγής, ο οποίος θα υπογραμμίσει ένα «ξεπερασμένο» όσο και «απάνθρωπο», σύμφωνα με τη νέα αντίληψη, «τρόπο». Η είσοδος της Ελλάδας στην Ε.Ο.Κ. και η συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας συμπίπτει με την ευαισθητοποίηση ομάδων «επαγγελματιών ψυχικής υγείας» για τις συνθήκες που επικρατούσαν στα ψυχιατρεία και ιδιαίτερα στη Λερό. Λίγο πιο πριν, στα τέλη της δεκαετίας του '70, η λεγόμενη «Ομάδα της Λέρου», συγκροτημένη κατά βάση από αγροτικούς γιατρούς που υπηρέτησαν στο εν λόγω νησί, δραστηριοποιείται και δημοσιοποιεί την κατάσταση που επικρατούσε εκεί. Ωστόσο, ήταν αυτό το νησί-σύμβολο που συμπύκνωσε εννοιολογικά το πρόταγμα της αλλαγής (Τζανάκης, 2003:178).

Με παρέμβαση της Ε.Ο.Κ. συγκροτείται μια επιτροπή εμπειρογνομόνων αποτελούμενη από Έλληνες και ξένους ειδικούς (κυρίως ψυχιάτρους) με σκοπό να εκπονήσουν μια μελέτη για το συνολικό μετασχηματισμό του συστήματος της ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Στη βάση αυτού του πορίσματος εγκρίθηκε ο κανονισμός 815 του 1984, πενταετούς διάρκειας, με συγχρηματοδότηση (55% κοινοτικοί και 45% εθνικοί πόροι), ο οποίος προέβλεπε την δημιουργία εναλλακτικών θεσμών, την εκπαίδευση του προσωπικού και άλλες δράσεις που αποσκοπούσαν στη μεταστροφή της λειτουργίας των δράσεις που αποσκοπούσαν στη μεταστροφή της λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών προς το κοινοτικό μοντέλο. Η βραδύτητα στην απορρόφηση των κονδυλίων οδήγησε σε πενταετή παράταση (έως το 1995). Το 1991 αποφασίστηκε μια παρέμβαση ειδικά στο ψυχιατρείο της Λέρου (πρόγραμμα Λέρος II): δημιουργήθηκαν 11 ξενώνες σε όλη τη χώρα με στόχο την «επανένταξη» 110 τροφίμων (κατά βάση ηλικιωμένων και με μακρά παραμονή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα). Το χρονικό διάστημα 1980-95 δημιουργήθηκαν συνολικά 140 νέες δομές, στο πλαίσιο του κανονισμού της Ε.Ο.Κ. 815/84 και της παράτασης του (Τζανάκης, 2003:178).

Παράλληλα με την εφαρμογή των εξειδικευμένων προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μια σειρά από θεσμοί, όπως για παράδειγμα οι ψυχιατρικές κλινικές των περιφερειακών πανεπιστημίων, υποβοηθούν τη μετάβαση από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο. Αργότερα, ο Ν. 2071 (15/7/1992) θα εκσυγχρονίσει το μέχρι τότε υπάρχον νομικό πλαίσιο (Τζανάκης, 2003:179).

Ως κοινωνικοί επιταχυντές μιας διαδικασίας που ήδη βρίσκονταν στα πρώτα της βήματα, δηλαδή του περάσματος στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης, λειτούργησε τόσο η Λέρος και το «σκάνδαλο» που προκάλεσε όσο και η έξωθεν παρέμβαση. Είδαμε ότι εγχειρήματα προς την κατεύθυνση του κοινοτικού μοντέλου δεν ήταν άγνωστα στον ελληνικό χώρο. Καταρχάς, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αντανακλάται στην πολύ μεγάλη μείωση των διαθέσιμων κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, η οποία φτάνει την περίοδο 1981-2000 το 53,2%, που ανταποκρίνεται σε αριθμό 3.380 κρεβατιών (Τζανάκης, 2003:179-180).

Πίνακας 14: Μεταβολή αριθμού κρεβατιών δημόσιων ψυχιατρείων.

Ψυχιατρεία	1981	2000	Μεταβολή +/-%
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	2.750	831	-70,0
Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	880	700	-20,4
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	100	150	+50,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	1.000	690	-31,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	500	330	-34,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	416	285	-31,4
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	416	280	-32,6
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	1.905	438	-77,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	420	220	-47,6
Σύνολο	8.387	3.924	-53,2

Πηγή: Μαδιανός, 2000:415

Η αναλογία ψυχιατρικών κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους περιορίζεται κατά 33,81%, συμπεριλαμβανομένης της μικρής αύξησης στα γενικά νοσοκομεία και της σημαντικής μείωσης στα ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η μείωση αυτή οφείλεται, κυρίως, στον περιορισμό της δυναμικότητας σε κρεβάτια των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων, η οποία φτάνει στο διάστημα 1981-1996 στο 44,94% (Τζανάκης, 2003:180).

Πίνακας 15: Ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους (εξαιρουμένων ψυχιατρικών κρεβατιών φυλακών και στρατού).

Ψυχιατρικά κρεβάτια σε:	1981	1993	1996	Μεταβολή%
Δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία	0,89 (8.486)	0,52 (5.460)	0,49 (5.007)	- 44,94
Ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία	0,50 (4.836)	0,45(4.219)	0,40 (4.145)	-20,0
Γενικά νοσοκομεία	0,0 (16)	0,03 (284)	0,03 (327)	+ 2180,0
Σύνολο	1,39 (13.338)	1,00(9.963)	0,92 (9.479)	-33,81%

Πηγή: Μαδιανός, 2000:416.

Πίνακας 16: Γεωγραφική κατανομή Ψυχιατρικών Τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων (Ψ.Τ.Γ.Ν.) και Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ).

Περιφέρειες	1981		1993		1996	
	Ψ.Τ.Γ.Ν	Κ.Κ.Ψ.Υ	Ψ.Τ.Γ.Ν	Κ.Κ.Ψ.Υ	Ψ.Τ.Γ.Ν	Κ.Κ.Ψ.Υ
Αθήνα	-	4	14	7	14	7
Κεντρική Ελλάδα	-	-	-	1	1	1
Ηπειρος-Κέρκυρα	-	-	1	1	1	1
Θεσσαλία.	-	-	2	1	2	1
Κεντρική Μακεδονία	-	2	3	5	3	6
Θεσσαλονίκη						
Δ. Μακεδονία	-	-	1	-	1	-
Ανατ. Μακεδονία	-	-	-	1	-	1
Θράκη	1	-	1	1	3	2
Νησιά Αιγαίου	-	-	-	-	3	1
Κρήτη	-	-	1	2	1	2
Κεντ.-Ανατολ. Πελοπόννησος	-	-	-	-	2	1
Δ. Πελοπόννησος	-	-	1	1	1	1
Σύνολο	1	6	24	20	30	24

Πηγή: Μαδιανός, 2000:418.

Την ίδια στιγμή παρατηρείται μια σημαντική αύξηση και μια σχετική ανασύνθεση του Επιστημονικού προσωπικού των εργαζομένων στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζεται στον αριθμό των απασχολούμενων ψυχιάτρων, ενώ ενισχύεται η παρουσία των «κοινωνικών επαγγελματιών» και γενικά του επιστημονικού μη ιατρικού προσωπικού(Τζανάκης, 2003:182).

Πίνακας 17: Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (πλην Αιγινήτειου) ανά 100 κρεβάτια.

Προσωπικό	1981	1993	1996
Ψυχίατροι	1,48	3,58	6,31
Ψυχολόγοι	0,10	0,70	1,10
Κοινωνικοί Λειτουργοί	0,31	0,90	1,44
Νοσηλεύτριες	28,8	38,0	37,3
Εργοθεραπευτές	0,02	0,62	1,0

Πηγή: Μαδιανός, 2000:419.

Συνοπτικά, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, παρατηρείται: 1) σημαντική μείωση του αριθμού των διαθέσιμων κρεβατιών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, 2) σημαντική αύξηση του αριθμού των ψυχιατρικών κρεβατιών και των εξωτερικών ιατρικών των γενικών νοσοκομείων και 3) διεύρυνση των υπηρεσιών κοινοτικού τύπου και πολλαπλασιασμός των θέσεων στον τομέα της αποκαλούμενης «αποκατάστασης». Την ίδια στιγμή παρατηρείται ελάττωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρεία. Αυτή ανάγεται στην αλλαγή της στάσης των οικογενειών και των επαγγελματιών, οι οποίοι τείνουν στο να προτείνουν πιο μικρής διάρκειας ενδονοσοκομειακές νοσηλείες (Μαδιανός, 2000:421). Η αλλαγή όμως στο σύστημα της ψυχιατρικής φροντίδας καταδεικνύεται και από τη σημαντική αύξηση του προσωπικού των ιδρυμάτων νοσοκομειακού τύπου, τη στιγμή που η δυναμικότητα τους σε κρεβάτια περιορίζεται (Τζανάκης, 2003:182)

Μολαταύτα, η γεωγραφική κατανομή των προγραμμάτων δεν ακολούθησε την κατανομή του πληθυσμού. Τα περισσότερα προγράμματα που εκπονήθηκαν και υλοποιήθηκαν βάσει του κανονισμού 815/84 εστιάστηκαν στις μεγάλες πόλεις (2,2 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους στην Αθήνα, 3,1 στη Θεσσαλονίκη και μόλις 1,1 στην υπόλοιπη χώρα) (Λιακός, 1995:401)

Σε γενικές γραμμές, όμως, η εφαρμογή του κανονισμού 815/84 οδήγησε σε σχετική αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών που δε θα πρέπει να νοηθεί μόνο γεωγραφικά αλλά και κοινωνικά. Δίπλα στο οριοθετημένο με σαφήνεια ψυχιατρικό Νοσοκομείο, που εξακολουθεί να κυριαρχεί, αναπτύσσεται σταδιακά ένας αριθμός πολύμορφων και διαφοροποιημένων υπηρεσιών. Οι δομές αυτές δε μπορούν προς το παρόν να αποτελέσουν ένα «δίκτυο» που να αντικαθιστά ή να τείνει στην υποκατάσταση του ψυχιατρείου. Είναι σχετικά ασύνδετες μεταξύ τους και δεν υπηρετούν ένα συνολικό σχεδιασμό. Αποτελούν, όμως, την πρώτη προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο για το πέρασμα από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης (Τζανάκης, 2003:183)

4.7 Η «δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδος»

Η πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδος χαρακτηρίζεται από έντονη συγκρουσιακή ατμόσφαιρα. Σιγά-σιγά, όμως, το επαναστατικό πνεύμα θα καταλαγιάσει και θα μετασχηματιστεί σε μια πραγματιστική λογική. Η «δεύτερη μεταρρυθμιστική» περίοδος, η οποία ξεκινά με τον καινούριο αιώνα και βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, εστιάζεται στην ολοκλήρωση του περάσματος από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο. Ο ιδιαίτερος τόνος δίνεται ακριβώς από την έννοια της «συνέχειας» και της «ολοκλήρωσης»: κάτι έχει ξεκινήσει και «πρέπει» να ολοκληρωθεί. Το πρόγραμμα «ψυχαργώς» θεσπίστηκε με βάση το μέλημα της ολοκλήρωσης του περάσματος (Τζανάκης, 2003:183):

«Η μέχρι σήμερα χορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, ειδικότερα στο πλαίσιο του Κανονισμού 815/84, είχε ως αποτέλεσμα τόσο τη σχετική μείωση του μεγέθους των δημόσιων Ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη σχετική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης ενός σημαντικού αριθμού ασθενών σε αυτά, όσο και τη δημιουργία (κτίρια και εξοπλισμός) ενός φάσματος νέων εξωνοσοκομειακών δομών και υπηρεσιών πρόληψης της ψυχικής ασθένειας αλλά και επαγγελματικής ένταξης / επανένταξης των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα και μειονεξίες. (...) Στο πλαίσιο προέκυψε η ανάγκη για το σχεδιασμό ενός ειδικού προγράμματος, που να περιλαμβάνει συγκεκριμένα μέτρα και ενέργειες - υπό τη μορφή ολοκληρωμένων παρεμβάσεων - με στόχο την κοινωνικοοικονομική ένταξη / επανένταξη των ατόμων

με ψυχικά και νοητικά προβλήματα. Αυτό είναι το δεκαετές Εθνικό Πρόγραμμα ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα. Αυτό είναι το δεκαετές Εθνικό Πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης του συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης και Φροντίδας στην Ελλάδα. (...) Κατ' αυτό τον τρόπο αναμένεται η βαθμιαία αντικατάσταση του ιδρυματικού συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης από ένα δίκτυο εναλλακτικών προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και δομών εκτός ψυχιατρείων, προσανατολισμένων στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα και γενικότερα η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και περίθαλψης των ασθενών στις νέες αυτές δομές.» (απόσπασμα από ιστοσελίδα με ψυχιατρικό περιεχόμενο) (Τζανάκης, 2003:183).

Σε αντίθεση με την πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδο, έμφαση δόθηκε στον τομέα της εκπαίδευσης. Η κατάρτιση των νέων στελεχών βρέθηκε στο επίκεντρο της εφαρμογής εξειδικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Το γεγονός αυτό, ανεξάρτητα από την «αντικειμενική» εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της, καταδεικνύει την προβληματοποίηση της «στάσης του προσωπικού». Το προσληφθέν προσωπικό «οφείλει», σε αντίθεση με το παρελθόν, να είναι «εκπαιδευμένο», προκειμένου να κατέχει εκείνα τα εχέγγυα που θα του επιτρέψουν να επιτελέσει το έργο του, ακολουθώντας τη νέα αντίληψη για τον «άνθρωπο που πάσχει», για τον «ψυχιατρικό ασθενή». Η εκπαίδευση του βασίζεται εξαρχής στην υιοθέτηση του «θεραπευτικού πνεύματος» που συνάδει με ένα κοινοτικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης (Τζανάκης, 2003:184).

Πίνακας 18: Εκπαίδευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση εκπαιδευτών και στελεχών και λοιπού προσωπικού του τομέα ψυχικής υγείας (2002)

Ίδρυμα	Αριθμός προγραμμάτων	Αριθμός ωρών	Αριθμός εκπαιδευόμενων
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (για λογαριασμό του Θ.Ψ.Π.Χ και του Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης αντίστοιχα)	2	450/451	150/140
Ψ.Ν.Α Αττικής «Δρομοκαϊτειο»	1	430	90
Ε.Π.Ψ.Ι. (Ψ.Ν. Αττικής)	1	580	150
Ψ.Ν. Κέρκυρας	1	700	130
Ψ.Ν. Τρίπολης	1	360	190
Ψ.Ν Πέτρας Ολύμπου	1	200	60
Σύνολο	7	3.170	910

Πηγή: Μ.Υ.Π.Ε.Π

Εκτός όμως από την κατάρτιση του προσωπικού που επρόκειτο να στελεχώσει τις νέες δομές, οι οποίες θα δημιουργούνταν από την υλοποίηση του προγράμματος «ψυχαργός», μεγάλη έμφαση δόθηκε στην επέκταση προγραμμάτων «αποκαταστασιακού» χαρακτήρα. Τα προγράμματα αυτά υιοθετούσαν έναν προσανατολισμό «επανένταξης στον κοινωνικό ιστό» των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις που διαβιούσαν ήδη στα μεγάλα και στα μικρότερα ψυχιατρεία της χώρας (Τζανάκης, 2003:184).

Πίνακας 19: Αριθμός προγραμμάτων ανά φορέα υλοποίηση

Ίδρυμα	Αριθμός προγραμμάτων
Αιγινήτειο Νοσοκομείο	5
Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας	1
Θ.Ψ.Π.Χ.	7
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	10
Κρατικό θεραπευτήριο Λέρου	6
Ψ.Ν. Αττικής	9
Ψ.Ν. Αττικής «Δρομοκαΐτειο»	4
Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	5
Ψ.Ν. Κέρκυρας	7
Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου	6
Ψ.Ν. Τρίπολης	11
Σύνολο	71

Πηγή:Μ.Υ.Π.Ε.Π

Τα προγράμματα αυτού του είδους βασίζονται στη λογική της επαγγελματικής μαθητείας των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις, δηλαδή της απόκτησης δεξιοτήτων που δυνάμει υποβοηθούν την ένταξη στον κόσμο της εργασίας. Οι τομείς τους οποίους κάλυπταν είχαν μια μεγάλη ποικιλία (Τζανάκης, 2003:184).

Πίνακας 20: Αριθμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων κατά κατηγορία επαγγελμάτων (2002)

Θεματικό πεδίο	Αριθμός προγραμμάτων	%
Αγροτικά	6	8
Οικονομία- Διοίκηση	4	6
Περιβάλλον	1	1
Πολιτισμός- Αθλητισμός	3	4
Τεχνικά, μεταφορές	53	75
Τουρισμός- Υπηρεσίες	4	6
Σύνολο	71	100

Πηγή:Μ.Υ.Π.Ε.Π

Τα εν λόγω προγράμματα διαχωρίζονταν ανάλογα με τον πληθυσμό, στον οποίο απευθύνονταν (ομάδα στόχος), στη βάση όχι αυστηρών ψυχιατρικών διαφορικών διαγνώσεων, αλλά γενικών κατηγοριοποιήσεων τον πληθυσμού που διαβιούσε και εξακολουθεί να διαβιεί στα άσυλα (Τζανάκης, 2003:185).

Πίνακας 21: Εγκριθέντα προγράμματα κατά δυάδα στόχο (2002)

Ομάδα στόχος	Αριθμός προγραμμάτων	Αριθμός επωφελούμενων	%
Άτομα με νοητική υστέρηση	5	135	13,6
Άτομα με ψυχικές μειονεξίες	25	317	22,1
Άτομα με συνδυασμό προβλημάτων	41	521	64,3
Σύνολο	71	973	100

Πηγή: Μ.Υ.Π.Ε.Π

Το μεγαλύτερο βάρος του προγράμματος «ψυχαργός» αφορούσε σε πρώτη φάση στη στεγαστική παρέμβαση. Δημιουργήθηκε ένας αρκετά μεγάλος αριθμός από στεγαστικές δομές που καταστατικά αποσκοπούν στην υποκατάσταση της μακρόχρονης ενδονοσηλειακής φροντίδας. Σε πρώτη φάση και η «στεγαστική αποκατάσταση» ακολουθούσε μια λογική «κοινωνικής επανένταξης», εφόσον απευθύνονταν κατά βάση σε άτομα που ήδη διαβιούσαν στα μεγάλα και στα μικρότερα ψυχιατρεία της χώρας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα: (Τζανάκης, 2003:186).

Πίνακας 22: Νέες στεγαστικές δομές στο πλαίσιο του «ψυχαργός-Α' φάση» (2001)

Είδος δομής	Αριθμός	Αριθμός ατόμων που προβλέπεται να στεγαστούν
Ξενώνες	49	624
Οικοτροφεία	6	145
Σύνολο	55	769

Πηγή: Μ.Υ.Π.Ε.Π

Ο πληθυσμός που μεταφέρθηκε στις νέες στεγαστικές δομές στην πρώτη φάση του προγράμματος «ψυχαργός» (2000-2002) περιόρισε τον αριθμό των ατόμων που διέμεναν ουσιαστικά στα μεγάλα νοσηλευτικά ψυχιατρικά ιδρύματα (ο συνολικός πληθυσμός 5.700 ατόμων που διαβιούσαν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία το 1980 περιορίστηκε το 2002 σε 2.800). Η δυναμικότητα των νέων στεγαστικών δομών σε θέσεις «φιλοξενούμενων» αντιστοιχεί σε μια ανάλογη μείωση της δυναμικότητας των ψυχιατρείων σε κρεβάτια, από τα οποία και προέρχονται τα άτομα αυτά (Τζανάκης, 2003:186).

Η δεύτερη φάση του προγράμματος «ψυχαργός» ξεκίνησε το 2002 και ολοκληρώνεται το 2006. Η επίσημη πρόβλεψη αναφέρεται στο κλείσιμο, σε αυτό το διάστημα, πέντε ψυχιατρείων, τα οποία προβλέπεται να αντικατασταθούν από ολοκληρωμένα δίκτυα ψυχιατρικών δομών κοινοτικού τύπου. Έως το 2015 προβλέπεται ο τερματισμός της λειτουργίας του συνόλου των ψυχιατρείων με τη μορφή των μονάδων «μακράς νοσηλείας». Μετά το 1915 τα ψυχιατρικά νοσοκομεία προβλέπεται να λειτουργήσουν ως «μονάδες οξέων περιστατικών» και «βραχείας νοσηλείας», δηλαδή ως «κέντρα παρέμβασης στην κρίση» και ως «ξενώνες βραχείας νοσηλείας». Η πρόβλεψη για τις συνολικές εξελίξεις μεταξύ των ετών 2002 (ολοκλήρωση της πρώτης φάσης του προγράμματος «ψυχαργός») και 2010

(ολοκλήρωση του προγράμματος), δίνονται από τον παρακάτω πίνακα: (Τζανάκης, 2003:186)

Πίνακας 23: Μονάδες ψυχικής υγείας 2002-2010 (πρόβλεψη)

Μονάδες ψυχικής υγείας	2002	2006	2010
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	21 (+10)	34	69
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	2	5	6
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	22	34	52
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	20	32	51
Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης	70	76	96
Ξενώνες	72	172	1/2
Οικοτροφεία	11	161	161
Προστατευμένα Διαμερίσματα	106	195	230
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	4	21	31
Κέντρα Ημέρας	4	22	28
Ειδικές μονάδες για αυτιστικά άτομα	-	8	21
Μονάδες παρέμβασης στην κρίση για χρήστες ναρκωτικών ουσιών	-	11	32
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών	-	6	15

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

4.8 Το εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε έναν μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Ως γλωσσολογικός νεολογισμός εμπεριέχει την ποιητική διάσταση της ψυχικής νόσου και τους απαραίτητους συνειρμούς γύρω από το «ταξίδι» από το χώρο του Ασύλου προς το χώρο της οικειότητας (κοινότητα) μέσα από τη μυθοπλασία αναζήτησης του χρυσόμαλλου δέρατος (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:3).

Ειδικότερα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:3).

Το πρόγραμμα αποτελεί το επιχειρησιακό εργαλείο της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, στο πλαίσιο της τομεοποίησης (Μαδιανός, 2005:561).

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000 - 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του, ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001 - 2010. Η δεύτερη αναθεώρηση του έχει προγραμματιστεί για το 2004, οπότε και θα ισχύει για μια νέα δεκαετία (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:3).

4.8.1 Η Α' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2000-2001)

Σε εθνικό επίπεδο

Η Α' φάση υλοποίησης του Προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και, όπως ήδη αναφέρθηκε, χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων) (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:3).

Η Α' αυτή φάση εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. (Μαδιανός, 2005:562).

Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός» υπήρξαν τα εξής σε επίπεδο εθνικό: (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:3)

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Κατάρτισης
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση και Απασχόληση 973 ασθενών
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στο πλαίσιο της Α' φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία «Μονάδας Υποστήριξης, Εμπψύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:4).

Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:4).

Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό.

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς: (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:4)

1. Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων
2. Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος
3. Εντοπισμός, ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας
4. Ενέργειες διάδοσης-ευαισθητοποίησης
5. Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
6. Εμπψύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας - Πρόνοιας
7. Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών.

Το έργο της Μονάδας Υποστήριξης, Εμφύκωσης & Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων - Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκόμενων στο Πρόγραμμα Φορέων (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:4)

Στο επίπεδο της Περιφέρειας Κρήτης

Στην Κρήτη, πριν από την υλοποίηση του Προγράμματος είχαν δημιουργηθεί με τον Κανονισμό 815/84 της τότε Ε.Ο.Κ. δύο δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: ένας Ξενώνας και δύο προστατευόμενα διαμερίσματα στην πόλη των Χανίων τα οποία συστεγάζονται (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:5).

4.8.2 Η Β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς» (2002 - 2006)

Σε εθνικό επίπεδο

Η Β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς» αναφέρεται στην περίοδο 2000 -2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:6).

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:6).

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιαστεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:6).

Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος ανέρχεται στο ποσό των 250 δισεκατομμυρίων δραχμών. Για την περίοδο 2001-2006 θα διατεθούν 72 δισεκατομμύρια δραχμές από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, 25 δισεκατομμύρια δραχμές από το Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, 108 δισεκατομμύρια δραχμές από τον Τακτικό Προϋπολογισμό και 45 δισεκατομμύρια δραχμές από την Κοινωνική Ασφάλιση (Πίνακας 24) (Μαδιανός, 2005:563).

Πίνακας 24: Η χρηματοδότηση του προγράμματος Ψυχαργός

<i>Δαπάνες για την ψυχική υγεία, που βάρυναν αποκλειστικά τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης</i>		
Κατά το έτος 2000	120,0 δισ. δραχμές	
Κατά το έτος 2001*	131,0 δισ. δραχμές	
Σύνολο 2000-2001	251,0 δισ. Δραχμές	
<i>Νέες συγχρηματοδοτούμενες από Ε.Ε. δράσεις (δομών και υποδομών) για την ψυχική υγεία στο διάστημα 2001-2010</i>		
Χρηματοδότηση Ευρωπαϊκής Ένωσης	20,2 δισ. δραχμές	64,2%
Χρηματοδότηση Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας	11,3 δισ. δραχμές	20,2%
Σύνολο	31,5 δισ. Δραχμές	
<i>Δαπάνες δεκαετούς Προγράμματος «Ψυχαργός» 2001-2010</i>		
Κόστος επενδύσεων και έναρξη λειτουργίας δομών	250,0 δισ. δραχμές	
Διαρκής λειτουργία δομών στη δεκαετία	300,0 δισ. δραχμές	
Σύνολο δαπανών 2000-2001	550,0 δισ. Δραχμές	
<i>Χρηματοδότηση κόστους επενδύσεων και έναρξης λειτουργίας δομών</i>		
Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια»	72,0 δισ. δραχμές	28,8%
Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων	25,0 δισ. δραχμές	10,0%
Τακτικός Προϋπολογισμός	108,0 δισ. δραχμές	43,2%
Κοινωνική Ασφάλιση	45,0 δισ. δραχμές	18,0%
Σύνολο	250,0 δισ. Δραχμές	
<i>Χρηματοδότηση κόστους διαρκούς λειτουργίας στη δεκαετία 2001-2010</i>		
Τακτικός Προϋπολογισμός	230,50 δισ. δραχμές	76,7%
Κοινωνική Ασφάλιση	70,0 δισ. δραχμές	23,3%
Σύνολο	300,0 δισ. Δραχμές	

*Κατ' εκτίμηση με προβολή έως 31.12.2001.

Πηγή: Μαδιανός, 2005:563

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζεται η περιφερειακή κατανομή των θέσεων (κλινών) στις στεγαστικές δομές που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του «Ψυχαργός» Ι και ΙΙ.

Αναπτύχθηκαν 972 κλίνες-θέσεις σε ξενώνες οικοτροφεία και διαμερίσματα το 2000-2001, ενώ μεταξύ 2002 και 2004 λειτούργησαν άλλες 706 θέσεις. Η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρήθηκε στις περιφέρειες της Αττικής, της κεντρικής Μακεδονίας και στην Κρήτη (Μαδιανός, 2005:564).

Πίνακας 25
Γεωγραφική κατανομή των κλινών σε οικοτροφεία/ ξενώνες που δημιουργήθηκαν με το πρόγραμμα Ψυχαργός Ι και ΙΙ

Υγειονομική περιφέρεια	Πληθυσμός 15-64	ΨΥΧΑΡΓΩΣ		Σύνολο	ΨΥΧΑΡΓΩΣ Π**
		I	II		
1) Ανατολική Μακεδονία /Θράκη	407.116	75	60	135	-
2) Κεντρική Μακεδονία	1.288.187	124	139	263	95
3) Δυτική Μακεδονία	197.688	-	-	-	15
4) Ήπειρος	233.303	95	30	126	24
5) Θεσσαλία	499.849	76	49	115	-
6) Ιόνια Νησιά	151.328	30	30	60	43
7) Δυτική Ελλάδα	643.923	57	45	102	32
8) Στερεά Ελλάδα	441.177	75	60	105	63
9) Αττική	2.655.366	215	205	420	276
10) Πελοπόννησος	413.562	110	33	143	44
11) Βόρειο Αιγαίο	143.048	12	-	12	-
12) Νότιο Αιγαίο	187.097	45	-	45	-
13) Κρήτη	401.395	87	57	144	18
Σύνολο	7.663.038	972	706	1.676	610

*Το 80% των ενοίκων συμμετέχει σε κοινωνιοθεραπευτικές δραστηριότητες.

**Επρόκειτο να λειτουργήσουν έως τις 31-12-2004.

Πηγη: Μαδιανός, 2005:564

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει την ανάπτυξη των ακόλουθων νέων δομών:

31 Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. 5 Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. (Κάθε ολοκληρωμένο Τμήμα περιλαμβάνει Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων.)

34 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες.

32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.

11 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία.

10 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.

8 Ολοκληρωμένες μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.

21 Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).

12 Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.

16 Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα. 46 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.

15 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.

211 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.000 ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. 15 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί ΠΕ (Μαδιανός, 2005:565).

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει τη μείωση του μεγέθους και του ρόλου των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους μετά το 2010

Συγχρόνως, ...

- Η συμπλήρωση του Δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον Αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Ταμειακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.),
- η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
- η αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης,

...εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:7).

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ειδικών μονάδων που ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των Γενικών Νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε κατά τη φάση της κρίσης είτε κατά τη φάση της υποστήριξης, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:7).

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται ο αριθμός των υπηρεσιών (ανά τύπο) που αναπτύσσονται ή θα προγραμματιστούν στο πλαίσιο του «Ψυχαργός» Π. Παρατηρείται μία πολύ σημαντική καθυστέρηση το 2004 στην ολοκλήρωση του προγραμματισμού, αφού λειτούργησαν 63 νέες δομές (όλες στεγαστικές) από τις 324 που είχαν σχεδιαστεί (Μαδιανός, 2005:565).

Πίνακας 26: Δομές ψυχικής υγείας που δημιουργούνται στο σύνολο της χώρας (2002-2010)

Υπηρεσίες	Χρονική περίοδος		
	2002-2004	2005-2006	2007+
<i>Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας</i>			
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	16	28	6
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γεν. Νοσοκομείων	5	4	0
ΚΨΥ- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	24	25	6
Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	9	17	5
Κέντρα Ημέρας	18	10	1
Κινητές Μονάδες	6	13	0
Σύνολα	78	97	18
<i>Δομές Αποϊδρωματισμού</i>			
Ξενώνες	22 (6)	20	0
Οικοτροφεία	96 (33)	13	0
Προστατευμένα Διαμερίσματα	119 (24)	0	0
Εργαστήρια Κατάρτισης	2	6	0
Σύνολα	239	39	0
<i>Εξειδικευμένες Δομές Ψυχικής Υγείας</i>			
Δομές για τον Αυτισμό	4 (2)	8	7
Δομές για την Τοξικοεξάρτηση	0	12	9
Δομές για τον Αλκοολισμό	0	8	1
Δομές για Νόσο Αλτσχάιμερ	3	4	0
Σύνολα	7	32	17
Γενικά σύνολα δομών	324 (65)	168	35
		527	

*Σε παρένθεση υπηρεσίες που έχουν ήδη αναπτυχθεί στις 1-3-2004.

Πηγή: Μαδιανός, 2005:566

Πρέπει να σημειωθεί ότι η καθυστέρηση αυτή εν μέρει οφείλεται σε διοικητικές ανεπάρκειες των τοπικών υπηρεσιών υγείας και στις αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών που παρατηρήθηκαν σε περιοχές της χώρας.

Στο τέλος του 2006 προβλέπεται να έχουν αντικατασταθεί από ψυχιατρικές υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων οι υπηρεσίες των ψυχιατρικών νοσοκομείων και να κλείσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία:

- 2) Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.
- 3) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας.
- 4) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης και
- 5) 4)Θεραπευτήριο ψυχικών Παθήσεων Χανίων (Μαδιανός, 2005:565).

Ήδη το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου έκλεισε στις αρχές του 2004. Το προσωπικό αυτών των ψυχιατρικών νοσοκομείων που θα κλείσουν θα αξιοποιείται σταδιακά στις νέες δομές, ενώ η κτιριακή τους υποδομή θα χρησιμοποιηθεί για την κατάρτιση και απασχόληση ασθενών, καθώς και για την ανάπτυξη διαφόρων Πανεπιστημιακών Τμημάτων (Κέρκυρα, Τρίπολη, Χανιά).

Παράλληλα, για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, προβλέπεται η μείωση του αριθμού των κλινών τους σε 500, 350 και 250 αντίστοιχα, που θα καλύπτουν μόνο οξεία περιστατικά με νοσηλεία μέσης διάρκειας. Η ολοκλήρωση των

δομών στην κοινότητα έως το διάστημα 2012-2015 θα επιτρέψει την οριστική κατάργηση και των τριών αυτών ψυχιατρικών νοσοκομείων. Ανάλογη είναι η πρόβλεψη και για το Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου, με την ανάπτυξη του εξειδικευμένου προγράμματος «Ειδική Δράση για τη Λέρο».

Στο επίπεδο της Περιφέρειας Κρήτης

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται οι Κοινοτικές, οι Εξειδικευμένες και οι δομές Αποασυλοποίησης του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης ανά τύπο δομής και χρονικό προγραμματισμό, στο πλαίσιο της Β' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός»: (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:8).

Πίνακας 27: Κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας Πε.ΣΥ.Π. Κρήτης

Ψυχιατρικά Τμήματα	Παιδοψυχιατρικά Τμήματα	ΚΨΥ- Ιατροπαιδαγωγικά	Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	Κέντρα Ημέρα	Κινητές Μονάδες	Σύνολο
Από Φεβρουάριο. 2004 ως 2007+	Από Φεβρουάριο. 2004 ως 2007+	Από Φεβρουάριο. 2004 ως 2007+	Από Φεβρουάριο. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από 2004 ως 2007+
4	1	4	3	1	0	13

Πηγή: Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:8

Πίνακας 28: Εξειδικευμένες δομές τομέα ψυχικής υγείας. Πε.ΣΥ.Π Κρήτης

Αυτισμός	Τοξικοεξάρτηση	Αλκοολισμός	Αλτσχάϊμερ	Σύνολο
Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+
1	1	1	1	4

Πηγή: Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:8

Πίνακας 29: Δομές αποασυλοποίησης Πε.ΣΥ.Π. Κρήτης

Ξενώνες	Οικοτροφεία	Προστ. Διαμερίσματα	Εργαστήρια Κατάρτισης	Σύνολο
Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+	Από Φεβρ. 2004 ως 2007+
5	8	9	0	22

Πηγή: Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004:8

4.9 Η «μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης» των φορέων υλοποίησης «Ψυχαργός β' φάση» και το έργο της

Για την υποστήριξη και παρακολούθηση του προγράμματος «Ψυχαργός Β' Φάση», το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διενήργησε Δημόσιο Ανοικτό Διαγωνισμό για την

ανάδειξη Αναδόχου που ανέλαβε το έργο «Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ.

Στην προκήρυξη συμμετείχε και αξιολογήθηκε θετικά από την Επιτροπή Αξιολόγησης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας η Ένωση Φορέων στην οποία συμμετέχουν το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής με ποσοστό 60,3%, το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών με ποσοστό 7%, το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων με ποσοστό 3,1% και ο Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ) με ποσοστά 29,6% (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:11).

Το έργο της "Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ - Φάση Β" συνίσταται στην παροχή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών, μέσω του οποίου θα επιτευχθεί η βελτιστοποίηση των διαδικασιών του προγράμματος, η μεταφορά της πλέον σύγχρονης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας στις μονάδες ψυχικής υγείας και η εξασφάλιση συστηματικής παρακολούθησης έργων και ενεργειών (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:11).

Η Μονάδα θα αναλάβει σε πρώτη φάση την τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης ώστε να εξασφαλιστούν οι αναγκαίοι όροι αξιοποίησης, έγκαιρης και εντός των οικονομικών περιορισμών, εκτέλεσης των έργων. Η Μονάδα πέραν της υποστήριξης για τη διαμόρφωση προτάσεων έργων θα αναλάβει να προσφέρει λύσεις και υπηρεσίες σε θέματα συνολικού σχεδιασμού και προγραμματισμού δράσης. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό βελτίωση των λειτουργιών των Φορέων έναντι των υποχρεώσεων εκτέλεσης των έργων και των συνθηκών ελέγχου σε κανονιστικό και χρηματοοικονομικό επίπεδο και σε τελευταία ανάλυση (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000-2006:11).

Σημαντική διάσταση στη λειτουργία της Μονάδας αποτελεί η υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ - Β' ώστε να ενσωματώσουν την οπτική και τις προτεραιότητες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής. Πρακτικά τούτο επιτυγχάνεται με την υποστήριξη και εμπύχωση του προσωπικού των νέων δομών με εξειδικευμένα στελέχη και προγράμματα «on the job training». Η αξιοποίηση της πλέον έγκυρης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας από την Ελλάδα και το εξωτερικό σχετικής με την κοινοτική ψυχιατρική, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την επαγγελματική αποκατάσταση, την αντιμετώπιση των κρίσεων από τη χρήση ουσιών και την αντιμετώπιση του αυτισμού, αναμένεται να συμβάλλει στην ανάπτυξη ευελιξίας και προσαρμοστικότητας των φορέων του δημοσίου τομέα σε σχέση με τις μεθόδους υλοποίησης έργων και τις τεχνολογικές εξελίξεις (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000-2006:11).

Η Μονάδα αναλαμβάνοντας την υποστήριξη για τη δημιουργία και λειτουργία Δικτύων των εμπλεκόμενων Φορέων θα συμβάλλει στη μεγιστοποίηση των ωφελειών και την ανάπτυξη συνεργίας μεταξύ φορέων και τομέων ψυχικής υγείας. Με τη λειτουργία της Μονάδας θα εξασφαλισθεί η τακτική απογραφή, ανάλυση και παρουσίαση στατιστικών στοιχείων και δείκτες από την εφαρμογή των δράσεων για την αποασυλοποίηση και κοινωνικό-οικονομική αποκατάσταση. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό η συστηματοποίηση των αναγκών σε σχέση με τη διαδικασία προγραμματισμού έργων και ενεργειών από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ιδιαίτερα ενόψει της διαδικασίας συνεχούς (10ετές πρόγραμμα) όσο και προγραμματικής (αρχές 2004) αναθεώρησης του προγράμματος (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:12).

Στην συνέχεια παρατίθεται Πίνακας των Υποέργων του Έργου της Μονάδας:(Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:12-14)

1. Τεχνική υποστήριξη των Φορέων, που προτίθενται να υποβάλλουν προτάσεις στο Ε.Π. «Υγεία - Πρόνοια» (Αξονας Προτεραιότητας 2) για τη διαμόρφωση των προτάσεων και τη σύνταξη των απαιτούμενων Τεχνικών Δελτίων. Η υποστήριξη θα πρέπει να έχει και τη μορφή της on line σύνδεσης μεταξύ Μονάδας και Φορέων
2. Τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης (μονάδες Πε.Σ.Υ.Π., αλλά και Φορείς εκτός Πε,Σ.Υ., που υλοποιούν επιμέρους προγράμματα) σε θέματα σχεδιασμού, συντονισμού, διοίκησης και διαχείρισης των επιμέρους εφαρμογών για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση γενικότερα καθώς και των επιμέρους υλοποιούμενων προγραμμάτων στη Β' φάση του «Ψυχαργός», στα πλαίσια του γενικότερου σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας.
3. Παρακολούθηση της υλοποίησης των δράσεων του «Ψυχαργός - Β' Φάση» και Δημιουργία Βάσης Δεδομένων των δράσεων, των Φορέων (Δ.Τ.Π.Ε., μονάδες Δ.Τ.Π.Ε., Φορείς που δεν ανήκουν σε Δ.Τ.Π.Ε.) και των συμμετεχόντων του προγράμματος, για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας
4. Παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών προς τους Φορείς υλοποίησης (συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών εξειδικευμένων στελεχών των τομέων της Ψυχικής Υγείας), προκειμένου να υλοποιηθούν τα επιμέρους προγράμματα, Υποστήριξη και εμπύχωση των επαγγελματιών που θα λειτουργήσουν τις νέες δομές, (κατάρτιση, αποφυγή burn out⁸, προώθηση στην απασχόληση κ.τ.λ.), με βάση συγκεκριμένες κατευθύνσεις και οργανωτικά εργαλεία
5. Υποστήριξη του ήδη απασχολούμενου επιστημονικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού των Φορέων που θα αναλάβουν την υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός- Β' Φάση» και προσωπικού των Δ.Τ.Π.Ε. που θα αναλάβουν το συντονισμό των προγραμμάτων. Η υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει ενδεικτικά τη διενέργεια συσκέψεων εργασίας, work shops, σεμιναρίων σε θέματα υλοποίησης συγχρηματοδοτούμενων από την Ε.Ε. προγραμμάτων, αλλά και σε θέματα υλοποίησης προγραμμάτων κοινοτικής ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αντιμετώπισης της κρίσης από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αντιμετώπισης του Αυτισμού
6. Υποστήριξη και συμβουλευτική για τη δημιουργία και λειτουργία δικτύου/ ων των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος, αλλά και άλλων Φορέων, που λειτουργούν δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στα πλαίσια παλαιότερων προγραμμάτων
7. Προώθηση ανταλλαγών του προσωπικού/ στελεχιακού δυναμικού των Φορέων υλοποίησης, διακίνηση πληροφοριών, δημοσιοποίηση του προγράμματος και διενέργεια σεμιναρίων ειδικότερα σε θέματα ανάπτυξης, διοίκησης και διαχείρισης καινοτόμων ενεργειών και «καλών» πρακτικών
8. Συνεργασία με Εμπειρογνώμονες (από την Ελλάδα και το εξωτερικό) για μεταφορά τεχνογνωσίας και παροχή τεχνικής βοήθειας σε θέματα υλοποίησης προγραμμάτων κοινοτικής ψυχιατρικής, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, πρόληψης στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αντιμετώπισης του αυτισμού

⁸ Εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής εξουθένωσης (Μαδιανός, 2000:80).

9. Υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και των στελεχών τους σε δραστηριότητες ευαισθητοποίησης της κοινότητας, «ανοίγματος» των δομών στη κοινωνία, ανάπτυξης προγραμμάτων εθελοντισμού, κοινωνικής αλληλεγγύης και καταπολέμησης του στίγματος και αντιμετώπισης αντιδράσεων εκ μέρους της κοινότητας
10. Ανάλυση πρωτοβουλιών και πραγματοποίηση εκδηλώσεων, ημερίδων, παραγωγή εντύπου και λοιπού υλικού ευαισθητοποίησης, πληροφόρησης και ενημέρωσης σχετικά με την ψυχική ασθένεια, τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοόλ και το πρόβλημα της αντιμετώπισης διαταραχών αυτιστικού τύπου καθώς και την προώθηση / προαγωγή της ψυχικής υγείας συνολικότερα
11. Τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και των δομών, που θα δημιουργηθούν, σε θέματα νομικά, θεσμικά, δικαιωμάτων των χρηστών κλπ. Ακόμη τεχνική υποστήριξη συντονισμού των ενεργειών αντιμετώπισης προβλημάτων σε ζητήματα νομικά, θεσμικά κ.α.
12. Ολοκληρωμένη τεχνική, διοικητική, διαχειριστική και επιστημονική υποστήριξη του Ψ.Ν. Αττικής στην υλοποίηση των επιμέρους προγραμμάτων, που αυτό θα αναλάβει. Η υποστήριξη παρέχεται προς τα άτομα των ειδικών ομάδων και προς τα στελέχη υλοποίησης των προγραμμάτων
13. Ενημέρωση του Πληροφοριακού Συστήματος που λειτουργεί ή θα δημιουργηθεί στο Υπουργείο Υγείας- Πρόνοιας και Τεχνική υποστήριξη προκειμένου να επιτευχθεί συμβατότητα του Πληροφοριακού Συστήματος με το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (ΟΠΣ) του ΥΠΕΘΟ, με στόχο τη διαρκή και απρόσκοπτη παρακολούθηση των δράσεων τόσο στο επίπεδο του σχεδιασμού όσο και της διαχείρισης
14. Τεχνική υποστήριξη των φορέων υλοποίησης σε θέματα συντονισμού των ενεργειών ολοκλήρωσης έργων υποδομών, τεχνικών έργων κ.λ.π.
15. Δημιουργία και λειτουργία μηχανισμού συνεχούς παρακολούθησης της κοινωνικής -επαγγελματικής (επαν-) ένταξης των ψυχικά ασθενών
16. Τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας σε θέματα υλοποίησης και παρακολούθησης του προγράμματος «Ψυχαργός - Β' φάση».

4.9.1 Το Οργανωτικό Σχήμα της «Μονάδας» - Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία

Για την εξασφάλιση της επιτυχούς υλοποίησης του έργου της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός- Β' φάση» και τον πλήρη έλεγχο της πορείας του, η Ένωση Φορέων «ΕΠΨΥ- ΕΚΚΕ - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ -ΟΜΑΣ» έχει προχωρήσει στην απαραίτητη οργάνωση και στελέχωση, και στην υιοθέτηση διαδικασιών διοίκησης του συνολικού έργου (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:14).

Για το σκοπό αυτό έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερη οργανωτική δομή, βάσει της οποίας γίνεται καταμερισμός των ρόλων και των πεδίων δράσης των εμπλεκόμενων στελεχών στις επιμέρους θέσεις εργασίας, ανάλογα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του έργου σε όλα τα στάδια και τις φάσεις αυτού και ανάλογα με την εξειδίκευση κάθε στελέχους (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:14).

Η Ένωση των συνεργαζόμενων Εταιρειών «ΕΠΨΥ, ΕΚΚΕ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΟΜΑΣ» διαθέτει ανθρώπινο δυναμικό με άριστη επιστημονική κατάρτιση και εξειδίκευση, ενώ έχει εξασφαλισμένη και τη συνεργασία με μια

πλούσια Ομάδα Εμπειρογνομόνων, που καλύπτουν με επάρκεια το σύνολο των απαιτήσεων του έργου της Μονάδας (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:15).

Η προτεινόμενη συγκράτηση και διάρθρωση της Ομάδας Έργου και εκείνη της Ομάδας των Εμπειρογνομόνων, σε συνδυασμό με την αποτελεσματική κατανομή και διάρθρωση των στελεχών που σε περιφερειακό επίπεδο, θα αναλάβουν το έργο της επιτόπιας υποστήριξης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός - Β' φάση», διασφαλίζουν την ομαλή και απρόσκοπτη εκτέλεση όλων των επιμέρους φάσεων του έργου (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:15).

Το έργο της Μονάδας, αναπτύσσεται σε πέντε (5) άξονες άρρηκτα συνδεδεμένους με τις ανάγκες του σύνθετου προγράμματος «Ψυχαργός- Β" φάση»:

- Διοίκηση συνολικού και επιμέρους έργων
- Διαχείριση προγραμμάτων
- Υποστήριξη σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Ανάπτυξη δικτύων και διακίνηση πληροφοριών
- Δημοσιότητα - ευαισθητοποίηση - επικοινωνιακή στρατηγική.(Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:15)

Σε κάθε επίπεδο η Μονάδα στελεχώνεται από εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό, ικανό να διαχειριστεί τα ζητήματα εξειδίκευσης του και να διατυπώσει λύσεις επ' αυτών. Ταυτόχρονα η πολυσυλλεκτικότητα και η υψηλή ετοιμότητα των στελεχών της Ομάδας Έργου, των Περιφερειακών Συνεργατών και των Εμπειρογνομόνων, που έχει εξασφαλίσει η Ένωση, παρέχει τα εχέγγυα για την αποδοτική υλοποίηση του έργου σε ομαδικό επίπεδο. Ο αριθμός, οι ειδικότητες και τα προσόντα του ανθρώπινου δυναμικού της Μονάδας εξασφαλίζει κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο την πλήρη εξυπηρέτηση των υποχρεώσεων που αναλαμβάνει η Μονάδα, έναντι τόσο των Φορέων υλοποίησης, όσο και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας. (Ε.Π. «Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006, σ. 15)

Αναλυτικότερα, για το Οργανωτικό Σχήμα της Μονάδας έχει ως εξής:

Επιτροπή Πλοήγησης (STEERING COMITEE)

Έχει την ευθύνη παρακολούθησης του έργου της Μονάδας, της οργάνωσης, της κατεύθυνσης, του ελέγχου της διαχείρισης και της εποπτείας της προόδου του έργου. Θα συσταθεί στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα.

Τομέας Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Ο Τομέας Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δραστηριοποιείται σε αντικείμενα του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» σχετικά με την ανάπτυξη στεγαστικών αποκαταστασιακών δομών και διαδικασιών, σε αντικείμενα μετασχηματισμού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, σε ότι αφορά τη συρρίκνωση του ασυλικού μοντέλου ψυχιατρικής περίθαλψης.

Τομέας Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα

Ο Τομέας Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα δραστηριοποιείται σε αντικείμενα του προγράμματος «Ψυχαργός» σχετικό με την ανάπτυξη δικτύων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, που να διασφαλίζουν σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας λειτουργική επάρκεια ως προς τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού.

Τομέας Διοίκησης - Διαχείρισης Προγραμμάτων & Υποστήριξης της Ειδικής Δράσης του Ψ.Ν. Αττικής

Ο Τομέας αυτός δραστηριοποιείται αφενός μεν σε αντικείμενα που έχουν να κάνουν με τη διοίκηση τόσο του συνολικού, όσο και των επιμέρους υλοποιούμενων

προγραμμάτων, και αφετέρου σε αντικείμενα εξειδικευμένης υποστήριξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, προκειμένου να υποβοηθηθεί αυτό στην ανάπτυξη των δραστηριοτήτων του.

Οριζόντιο - Διατομεακό Τμήμα (Task Force) της Ομάδας Έργου

Η Ομάδα έργου της Μονάδας συμπληρώνεται από ένα Οριζόντιο Διατομεακό Τμήμα (Task Force) το οποίο δραστηριοποιείται στην υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, κυρίως για το σχεδιασμό, την προετοιμασία και την παρακολούθηση δράσεων που σχετίζονται με την κοινωνικό-οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006:15-16).

4.10 Ανάπτυξη εναλλακτικών δομών περίθαλψης

Η ανάπτυξη κοινοτικών μορφών περίθαλψης βασίζεται στη δημιουργία υπηρεσιών προσανατολισμένων στις ανάγκες του ψυχικά πάσχοντος οι οποίες ποικίλλουν στις διαφορετικές φάσεις της νόσου, όπως επίσης ποικίλλουν και σε διαφορετικές ψυχικές διαταραχές. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο προσδιορισμός των αναγκών αυτών ποιοτικά και ποσοτικά. Για την ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση χρειάζονται επιδημιολογικές μελέτες και είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός του πληθυσμού, ο οποίος πρόκειται να εξυπηρετηθεί.

Ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να προβλέπει υπηρεσίες για την πρόληψη, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Οι νέες και σύγχρονες μορφές περίθαλψης στη κοινότητα περιλαμβάνουν Ψυχιατρικά νοσοκομεία με έναν νέο διαφορετικό ρόλο, Μονάδες Νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Αποκατάστασης, Οικοτροφεία- Ξενώνες- Προστατευμένα Διαμερίσματα, Νοσοκομεία Ημέρας, Εξωτερικά Ιατρεία, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης κι Επαγγελματική Εκπαίδευση, Κινητές μονάδες και παρεμβάσεις στον γενικό πληθυσμό (Lempriere et al, 1995:397- 398).

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο

Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ο πιο παραδοσιακός θεσμός, η μετεξέλιξη του ασύλου, διατηρείται στις περισσότερες των περιπτώσεων ως βασικός κρίκος της αλυσίδας των κοινοτικών υπηρεσιών. Ωστόσο, αλλάζει η μορφή του καθώς και η λειτουργικότητά του και οι θεραπευτικοί ρόλοι επαναπροσδιορίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Οι θεραπευτικοί προσανατολισμοί δεν είναι προσκολλημένοι σ' ένα στενά ιατρικό βλέμμα, αλλά εμπλουτίζονται με ψυχοδυναμικές θεωρήσεις και με κοινωνικούς προβληματισμούς σχετικά με το χαρακτήρα της ασθένειας και το ρόλο του κοινωνικού περιβάλλοντος. Νέοι δρώντες-παρεμβαίνοντες διεισδύουν στο εσωτερικό του ψυχιατρείου, ως νέοι θεραπευτικοί παράγοντες. Παράλληλα ενδυναμώνεται ο ρόλος των ήδη υπαρχόντων δρώντων που είχαν κοινωνικό ή έστω μη ιατρικό προσανατολισμό (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κ.α.) (Τζανάκης, 2003:162).

Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο έχει πλέον ως στόχο την περιστασιακή αντιμετώπιση των «οξέων φάσεων» με σταθερό το μέλημα της επιστροφής τους στους «φυσικούς» χώρους διαβίωσης. Όσον αφορά το κοινοτικό πλαίσιο λειτουργίας, το ψυχιατρικό Νοσοκομείο εκμεταλλεύεται τη δυνατότητά του για εικοσιτετράωρη παρακολούθηση περιορίζοντας, όσο το δυνατόν περισσότερο, τις ιδρυματικές λογικές που απορρέουν από την ίδια τη δομή του (Λειβαδίτης, 1995:321- 322).

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας συνδέεται και καλείται να καλύψει τις ανάγκες μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής. Αν και αποτελεί τον αντίποδα του ψυχιατρικού Νοσοκομείου, πολλές φορές λειτουργεί συμπληρωματικά ή παράλληλα με αυτό και δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο της απουσίας διοικητικής αυτοτελείας του. (Τζανάκης, 2003:163).

Στο εσωτερικό του ισχύει η ιεραρχική δομή του παραδοσιακού ψυχιατρικού Νοσοκομείου, στη κορυφή της οποίας βρίσκονται οι ψυχίατροι. Η δομή και η λειτουργία του ξεφεύγει από το στενά ιατρικό πλαίσιο και νέοι δρώντες έχουν καθοριστικό ρόλο στις θεραπευτικές διαδικασίες (εθελοντές, επαγγελματίες με κοινωνικό προσανατολισμό, τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα κλπ). Το ίδιο το αντικείμενο της ψυχιατρικής επαναπροσδιορίζεται: στόχο δεν αποτελεί πια ο ασθενής, αλλά το κοινωνικό άτομο με οποιαδήποτε κοινωνικά προβλήματα, τα οποία έχουν συνέπειες που θεωρείται ότι εμπίπτουν στη δικαιοδοσία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η παρέμβαση δεν είναι εξατομικευμένη: δεν εστιάζεται στο άτομο ως φορέα μιας ψυχοπαθολογίας, αλλά στο άτομο ως μέρος μιας κοινωνικής δομής. Επομένως, το αντικείμενο της ψυχιατρικής επεκτείνεται κατά συνέπεια στις κοινωνικές δομές (Τζανάκης, 2003:164).

Στο πλαίσιο του κέντρου ψυχικής υγείας οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται δεν είναι μονοσήμαντα ιατρικοί, αλλά χρησιμοποιούνται και άλλες ψυχοκοινωνικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις (συμβουλευτική, ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, επαγγελματική κατάρτιση μέσω εργαστηρίων κα). Τα κέντρα Ψυχικής Υγείας έχουν συνήθως τη δυνατότητα πλήρους νοσηλείας λίγων ατόμων, δυστυχώς όμως στην Ελλάδα δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο (Τζανάκης, 2003:164).

Τα κέντρα Ψυχικής Υγείας μεριμνούν επίσης για την λεγόμενη «αγωγή κοινότητας», καθώς υπάρχει συσχέτιση των ψυχιατρικών ζητημάτων με τις επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες. Επιπλέον, η οργάνωση «ομάδων αυτοβοήθειας» και «κοινωνικών λεσχών» πρώην νοσηλευόμενων ατόμων ή ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις βρίσκει ένα προνομιακό χώρο ανάπτυξης σε μια ολοκληρωμένη όσο και αποκεντρωμένη ψυχιατρική υπηρεσία, όπως είναι το κέντρο Ψυχικής Υγείας, στο περιθώριο των επαγγελματικών ενασχολήσεων (Μαδιανός, 2000, 1994, Πλουμπίδης, 2000, Μωρογιάννης, 2000).

Το Νοσοκομείο ημέρας

Το Νοσοκομείο ημέρας αποτελεί μια κοινοτική ψυχιατρική δομή, η οποία παρέχει νοσοκομειακές φροντίδες, λειτουργεί σε περιορισμένη χρονική διάρκεια, συνήθως σε οκτάωρη καθημερινή βάση, εκτός από Σαββατοκύριακα και αργίες. Το Νοσοκομείο ημέρας εντάσσεται οργανικά σ' ένα ευρύτερο θεσμό, όπως είναι μια κλινική ψυχιατρικού Νοσοκομείου ή ένα κέντρο Ψυχικής Υγείας (Τζανάκης, 2003:165).

Το Νοσοκομείο ημέρας αποσκοπεί στην ημερήσια περίθαλψη των ατόμων, τα οποία διαμένουν στους δικούς τους φυσικούς χώρους. Κατά τη διάρκεια της ημερήσιας ψυχιατρικής φροντίδας παρέχονται ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε ατομικό, οικογενειακό και ομαδικό επίπεδο. Μέσω του Νοσοκομείου ημέρας επιτυγχάνεται η συστηματική ψυχοκοινωνική παρέμβαση δίχως τη μεσολάβηση της νοσηλείας, πόσο μάλλον του αναγκαστικού εγκλεισμού (Παπαδάτος, 1985:145, Τζανάκης, 2003:165).

Τα εξωτερικά ιατρεία

Τα εξωτερικά ιατρεία αποτελούν άλλον ένα παραδοσιακό ψυχιατρικό χώρο, ο οποίος μεταλλάσσεται εντασσόμενος στο κοινοτικό πλαίσιο. Συχνά στεγάζονται έξω

από τους χώρους το ψυχιατρικού Νοσοκομείου, με σκοπό να εξαλείψουν την έννοια της προκατάληψης και του στίγματος που είναι στενά συνδεδεμένες με τον εγκλεισμό και την απομόνωση. Αυτή η μετακίνηση των εξωτερικών ιατρείων εκτός από χωροταξικό χαρακτήρα, έχει και άλλο σκοπό: την τροποποίηση της ίδιας της δομής και της λειτουργίας του, καθώς αποκόπτονται από τη λογική εισόδου-εξόδου και κινούνται σε μια κατεύθυνση παρακολούθησης και συμβουλευτικής. Αυτό όμως συμβαίνει, μόνο όταν εντάσσονται οργανικά σ' ένα ψυχιατρικό Νοσοκομείο και όχι σ' ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Με αυτόν τον τρόπο τα εξωτερικά ιατρεία έχουν ένα «τομεοποιημένο» προσανατολισμό, εφόσον απευθύνονται όχι σε μεμονωμένα άτομα, σε φορείς ψυχοπαθολογίας, αλλά σε κοινωνικά υποκείμενα που εντάσσονται σε μια γεωγραφική περιοχή με συγκεκριμένα και σαφή χαρακτηριστικά, τα οποία λαμβάνονται υπ' όψη στις θεραπευτικές παρεμβάσεις (Τζανάκης, 2003:165).

Ο ψυχιατρικός τομέας στο γενικό Νοσοκομείο

Ο ψυχιατρικός τομέας στο γενικό Νοσοκομείο έρχεται να υποκαταστήσει μερικώς ή /και πλήρως το ψυχιατρικό Νοσοκομείο, διατηρώντας κι επαυξάνοντας το ιατρικό status⁹ της ψυχιατρικής πρακτικής. Με τη δημιουργία του ψυχιατρικού τομέα στα γενικά Νοσοκομεία επιτυγχάνεται αφενός η άρση των τοίχων που δημιούργησε ο θεσμός του ασύλου ανάμεσα στη ψυχιατρική και την υπόλοιπη ιατρική και αφετέρου ο αποστιγματισμός της ψυχικής ασθένειας (Τζανάκης, 2003:163).

Ο ψυχιατρικός τομέας του γενικού Νοσοκομείου, όπως και οι προαναφερθέντες δομές, απευθύνεται στο πληθυσμό της γεωγραφικής περιοχής που καλύπτει το γενικό Νοσοκομείο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ο θεραπευόμενος να δέχεται τις παρεχόμενες υπηρεσίες μέσα στο φυσικό του κοινωνικό περιβάλλον, χωρίς τον εγκλεισμό του σε κάποιο άσυλο μέσα στο οποίο θα αποκόπτονταν οι δεσμοί του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους. Η νοσηλεία είναι σύντομη και αφορά μόνο στην «οξεία φάση», ενώ αντιμετωπίζονται και τυχόν ψυχιατρικά προβλήματα των υπόλοιπων νοσηλευομένων (Τζανάκης, 2003:163).

Όπου εφαρμόστηκε ο θεσμός αυτός διασυνδέθηκε με ένα «δίκτυο υπηρεσιών», εφόσον είναι αδύνατο από μόνο του να αντικαταστήσει το ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Οι δυνατότητες παρέμβασης συνίστανται στην αντιμετώπιση των «οξέων φάσεων» σύμφωνα με το πρότυπο των πρώτων βοηθειών και στην απάντηση σε κάθε είδους ελαφρότερων ψυχιατρικών ή και ψυχοκοινωνικών αιτημάτων (Ιεροδιακόνου Χ. Σ, 1997).

Οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα διαμερίσματα ημιαυτόνομης διαβίωσης

Αυτές οι νέες στεγαστικές δομές έχουν περισσότερο ένα μετανοσοκομειακό χαρακτήρα κι εντάσσονται στο πλαίσιο ενός προγράμματος αποκατάστασης κι επανένταξης. Διακρίνονται μεταξύ τους από το μέγεθος τους (αριθμός διαμενόντων) και από το βαθμό και το είδος της επίβλεψης και της υποστήριξης. Αν και καταστατικά έχουν περιορισμένο χρονικό ορίζοντα παροχής υπηρεσιών, εφόσον αποσκοπούν είτε στη σταδιακή μαθητεία της αυτόνομης διαβίωσης, όταν πρόκειται γι' άτομα που έχουν ζήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε κλειστές ψυχιατρικές υπηρεσίες, είτε στην περιστασιακή διαμονή των ατόμων που βρίσκονται σε οξεία φάση ή χρήζουν συστηματικής υποστήριξης. Πολλές φορές αναλαμβάνουν τη φροντίδα ατόμων για πολύ μεγάλα διαστήματα, ελλείψει άλλων επιλογών. Συνήθως

9 Η ψυχιατρική συγκροτείται ως επιστήμη στα τέλη του 18ου και στις αρχές του 19ου αιώνα χάριν και δια μέσου ενός ιδιόμορφου θεσμού, του ασύλου. Το άσυλο της αποδίδει το status της ιατρικής ειδικότητας και την ίδια στιγμή το διαχωρίζει από την υπόλοιπη ιατρική (Τζανάκης, 2003).

επιδιώκεται να λειτουργήσουν ως «υποκατάστατο» του οικογενειακού περιβάλλοντος, κατά τρόπο τέτοιο ώστε τα άτομα που φιλοξενούνται να μαθητεύουν στην αυτονομία και στις κοινωνικές δεξιότητες. Στόχος των δομών αυτών είναι, τα άτομα να ξεπεράσουν τις δυσκολίες διαβίωσης και επιβίωσης που αντιμετωπίζουν (έλλειψη μόνιμης κατοικίας, έλλειψη εργασίας, οικογενειακές συγκρούσεις κτλ) για όσο καιρό διαμένουν σ' αυτό το προστατευμένο περιβάλλον (Τζανάκης, 2003:166).

A. Ξενώνας

Ο ξενώνας ως μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη, που λίγο-πολύ αυτοεξυπηρετούνται, ύστερα από αίτησή τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους την κοινότητα (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:6). Παραμένουν για λιγότερα χρονικά διαστήματα από ότι στις άλλες δομές και έχουν κάποιες ελπίδες επαγγελματικής αποκατάστασης (Lempriere et al, 1995:399).

Ειδικότερα στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική ή προσωρινή η απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής κι επανεκπαίδευσης για τη ζωή στη κοινότητα. η δυναμικότητα του ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:6).

Οι ξενώνες ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του βαθμού υποστήριξης αυτών, διαβαθμίζονται σε:

- Βραχείας διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.
- Μέσης διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου βαθμού υποστήριξης.
- Μακράς διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα χαμηλού βαθμού υποστήριξης (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:6).

Οι ξενώνες ανάλογα με το χώρο εγκατάστασής τους χωρίζονται σε:

- Ενδονοσοκομειακούς ξενώνες, οι οποίοι βρίσκονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βραχείας και μέσης παραμονής και σ' αυτούς γίνεται η προετοιμασία για τη μετάβαση των ατόμων σε ψυχιατρικά τμήματα Ψυχιατρικών ή Γενικών Νοσοκομείων στους εξωνοσοκομειακούς ξενώνες.
- Εξωνοσοκομειακούς ξενώνες, οι οποίοι βρίσκονται μέσα στην κοινότητα, είναι βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής.

Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον ξενώνα ως εξής :

- Υψηλός βαθμός υποστήριξης : εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο¹⁰)
- Μέσος βαθμός υποστήριξης :κατώτερη του εικοσιτετράωρου παρουσία προσωπικού (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο).

10 Στην έννοια του «κλειστού νοσηλίου» και στις τρεις (ξενώνας, οικοτροφεία, διαμερίσματα)υπάρχουσες δομές περιλαμβάνεται η νοσηλεία, τα φάρμακα και η ψυχολογική στήριξη, τα τρόφιμα, τα είδη υγιεινής και ασφάλειας και τα υλικά καθαριότητας, τα έξοδα για εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες, για συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, η αγωγή της κοινότητας σε θέματα που αφορούν τη ψυχική υγεία και η εκπαίδευση της κοινότητας σε θέματα αποκατάσταση και υποστήριξης των ασθενών (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:8).

- Χαμηλός βαθμός υποστήριξης :περιοδική παρουσία προσωπικού για τη παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων(ημερήσιο κλειστό νοσήλιο) (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:6).

B. Οικοτροφεία

Το οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:7). Οι πιθανότητες επαγγελματικής τους αποκατάστασης είναι μικρές ή ανύπαρκτες (Lempriere et al, 1995:399).

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Περιορισμός στο χρόνο παραμονής δεν υπάρχει στο οικοτροφείο. Ειδικότερα τα άτομα που διαμένουν στο οικοτροφείο είναι άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα, άτομα με νοητική στέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές και άτομα που μπορούν να ζουν στη κοινότητα, αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:7).

Μια διαφοροποίηση που πραγματοποιείται στα οικοτροφεία είναι αυτή ανάλογα με την ηλικία. Έτσι έχουμε:

- Οικοτροφείο νέων από 19– 30 ετών
- Οικοτροφείο ενηλίκων 31– 55 ετών και
- Οικοτροφείο από 56 ετών και άνω (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:7).

Γ. Διαμερίσματα

Το διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική στέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες, αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν σε διαμέρισμα δεν υπερβαίνει τα 6 (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:8).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευόμενα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητας τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:8).

Οι ένοικοι που εντάσσονται στα διαμερίσματα είναι υποχρεωμένοι να τηρούν το κανονισμό λειτουργίας αυτών. Βασικές αρχές είναι: η συναίνεση του ενοίκου ως προς τη φαρμακευτική αγωγή, η λήψη των αποφάσεων με τη σύμφωνη γνώμη της θεραπευτικής ομάδας, η συμμετοχή στην καθαριότητα, η φροντίδα της ατομικής εμφάνισης, η τήρηση ωραρίου και κανόνων κοινής ζωής (π.χ. ώρες κοινής ησυχίας), η συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, η αποφυγή διενέξεων με ενοίκους της πολυκατοικίας ή γείτονες, η απαγόρευση διανυκτέρευσης εκτός σπιτιού χωρίς άδεια, χρήσης οινόπνευματων και συμμετοχής σε τυχερά παιχνίδια (Μαδιανός, 2005:137-138).

Κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης κι επαγγελματική εκπαίδευση

Η εργασιοθεραπεία έχει μια μακρά παράδοση στη ψυχιατρική. Πολύ νωρίς θεωρήθηκε ότι η εργασία συνιστά θεραπευτικό παράγοντα, ο οποίος συμβάλλει στη προσομοίωση της ομαλής κοινωνικής ζωής και στα μάθηση της εργασίας. Στο κοινοτικό ψυχιατρικό πλαίσιο η ένταξη του ατόμου με ψυχιατρικές διαγνώσεις σε

τέτοιου είδους δομές, όπως είναι ένας συνεταιρισμός «κοινωνικού χαρακτήρα» ή ένα επιμορφωτικό σεμινάριο εκπαίδευσης σε ένα επάγγελμα, νοείται ως θεραπευτική κι επανενταξιακή πρακτική. Από τη μια έχει αναπτυχθεί μια ολόκληρη υποστηρικτική τεχνολογία βασισμένη στην επαγγελματική απασχόληση και από την άλλη παρέχονται ορισμένα εφόδια για μια μελλοντική ένταξη στο κόσμο της εργασίας (Τζανάκης, 2003:166).

Οι σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες με τα πολύ υψηλά ποσοστά ανεργίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τις νεαρές ηλικίες, έχουν στρέψει το βάρος από την επαγγελματική στη στενά ψυχοθεραπευτική διάσταση της προστατευμένης εργασίας και της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (Τζανάκης, 2003:166).

Η κινητή μονάδα

Η κινητή μονάδα αποτελεί την πιο ενεργητική και πιο δραστική παρέμβαση για την υπέρβαση του ασύλου, προλαμβάνοντας τον εγκλεισμό σε αυτό. Εδώ έχουμε πλήρη αντιστροφή του παραδοσιακού μοντέλου, καθώς το υποκείμενο εντοπίζεται στο φυσικό χώρο διαβίωσής του, χωρίς τη μεσολάβηση της νοσηλείας. Έτσι αντιμετωπίζεται μέσα στο φυσικό του περιβάλλον (Τζανάκης, 2003:167).

Αν και συχνά αντιμετωπίζεται ως προσωρινή και αναγκαστική λύση, η οποία απαντά στην έλλειψη ενός ευρέως δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών, η κινητή μονάδα και ο γενικότερος προσανατολισμός προς την κατεύθυνση της «φροντίδας στο σπίτι» αποτελεί το κατεξοχήν μοντέλο για τις πλέον σύγχρονες εξελίξεις στην ψυχιατρική φροντίδα, αλλά και για τις υπό διαμόρφωση προνοιακές υπηρεσίες (Τζανάκης, 2003:168).

Οι παρεμβάσεις στον πληθυσμό.

Οι παρεμβάσεις στην κοινότητα αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, στον οποίο απευθύνεται μια αποκεντρωμένη κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία, μέσω διαφόρων μορφών (σεμινάρια, ομιλίες κτλ). Κύριος στόχος είναι η εξάλειψη του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, αλλά και η εξοικείωση και η αποδοχή της κοινότητας προς τις νέες δομές που βρίσκονται μέσα στην ίδια τη κοινότητα. (Τζανάκης, 2003, σελ 168)

Εκτός όμως από την προσπάθεια αποστιγματισμού της ψυχικής ασθένειας, αυτό που επιδιώκουν οι παρεμβάσεις στην κοινότητα είναι η ενεργό συμμετοχή της ίδιας της κοινότητας στις θεραπευτικές διαδικασίες. Ο πληθυσμός της εκάστοτε γεωγραφικής περιοχής καλείται όχι μόνο να γνωρίσει την κοινωνική διαδικασία παραγωγής των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, αλλά και να συμβάλλει ενεργητικά στην αντιμετώπισή τους. Η κοινότητα δεν αποτελεί μόνο ένα χώρο παρέμβασης, αλλά πολύ περισσότερο ένα δυνάμει βασικό παράγοντα θεραπευτικής δράσης (Τζανάκης, 2003:168).

Η δυνατότητα ενεργητικής παρέμβασης της κοινότητας μπορεί να επιφέρει τη πρωτοβάθμια πρόληψη. Μέσα από συναντήσεις κι ενημερωτικές εκδηλώσεις τα άτομα και οι οργανώσεις καλούνται να συγκροτηθούν, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι πιθανές δυσκολίες προσαρμογής και τα αναδυόμενα ψυχιατρικά προβλήματα των μελών της κοινότητας (Τζανάκης, 2003:168).

Οι ψυχικές διαταραχές σε μεγάλο ποσοστό ευθύνονται για την επιβάρυνση της υγείας. Το οικονομικό και κοινωνικό τους κόστος οδηγούν τις κυβερνήσεις στη δημιουργία προγραμμάτων, όπου με συγκεκριμένες παρεμβάσεις γίνεται αποδέκτης ο πληθυσμός με στόχο την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την αποκατάσταση τους.

Μετά από τις διάφορες φάσεις που πέρασε η ψυχιατρική στην Ελλάδα και με την πρόοδο που παρουσίασε στην αποκαταστασιακή πολιτική, έρχεται ένας νέος όρος συνώνυμος με την αλλαγή και την καινοτομία, η μεταρρύθμιση. Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης δημιουργήθηκε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με το όνομα «Ψυχαργός».

Με βάση αυτά θεωρήσαμε σκόπιμο να επισκεφτούμε τις νέες δομές που δημιουργήθηκαν για να διαπιστώσουμε κατά πόσο εφαρμόζεται αυτό το πρόγραμμα σε αστικό επίπεδο (Χαλάνδρι) και σε ημιαστικό (Άγιος Νικόλαος).

Σκοπός της έρευνάς μας, είναι η σύγκριση των προγραμμάτων αποασυλοποίησης και επανένταξης ψυχιατρικά ασθενών τα οποία αναπτύσσονται σε αυτούς τους χώρους. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω της καταγραφής των προγραμμάτων αποκατάστασης, της κοινωνικής λογικής τους και των τεχνικών συλλογής στοιχείων που θα χρησιμοποιήσουμε. Επίσης θα εξετάσουμε τον τρόπο με τον οποίο οι νέες ψυχιατρικές δομές συνδέονται με την τοπική κοινωνία, με την οικογένεια και με θεσμούς όπως η τοπική αυτοδιοίκησης, η αγορά εργασίας κ.α. Τέλος, θα γίνει καταγραφή του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την συμμετοχή τους σε αυτό το συνολικό εγχείρημα

II. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Η έρευνα στην κοινωνική εργασία.

Στην Κοινωνική Εργασία η ποιοτική συλλογή και ανάλυση δεδομένων εστιάζει στις ποιοτικές μεθόδους συλλογής δεδομένων και εντοπίζει τα πλεονεκτήματά τους έναντι των μεθόδων ποσοτικής έρευνας ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που ερευνώνται ευαίσθητα κοινωνικά θέματα. Παράλληλα επιχειρεί να αγγίξει το αρκετά πολύπλοκο ζήτημα της ποιοτικής ανάλυσης (Κανδυλάκη, 1997:150).

Ο «επαγγελματισμός» δημιουργεί την ανάγκη διαρκούς ενημέρωσης, διερεύνησης των γνώσεων και βελτίωσης των δεξιοτήτων του κοινωνικού λειτουργού. Η συνειδητή εφαρμογή των όσων γίνονται γνωστά από την έρευνα στην κοινωνική εργασία, είναι ουσιαστικό τμήμα αυτής της διαδικασίας (Κανδυλάκη, 1997:151).

Συνήθως η έρευνα ταυτίζεται με την ποσοτική. Η ποσοτικοποίηση των εννοιών, των απόψεων, των στάσεων, των συναισθημάτων και των εμπειριών, επιτρέπει μεν μια γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας, αλλά αδυνατεί να αντικατοπτρίσει την πολυπλοκότητα, τον αυθορμητισμό και το ενδιαφέρον για τις ατομικές διαφορές που χαρακτηρίζει την κοινωνική εργασία. Η ποιοτική έρευνα όμως δίνοντας έμφαση στην λεπτομέρεια, στο «ζωντανό λόγο» και στην «εις βάθος» ανάλυσή του, μπορεί να προσφέρει πλούσιο υλικό για τον εμπλουτισμό της θεωρίας αλλά και της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας. (Κανδυλάκη, 1997:151)

5.2 Στάδια έρευνας

Για την διεκπεραίωση μιας έρευνας χρειάζεται κανείς να ακολουθήσει κάποια διαδοχικά στάδια. Παρακάτω παραθέτουμε τις ενέργειες μας σε κάθε στάδιο καθώς και κάποια θεωρητική τεκμηρίωση του τρόπου με τον οποίο αποφασίσαμε να κινηθούμε.

Στάδιο 1ο : Προσδιορισμός αντικειμένου σκοπού, ερευνητικών υποθέσεων, μεθοδολογίας, ηθικών ζητημάτων και πρόληψη εμποδίων .

Στην έρευνα ο ερευνητής θα πρέπει συνεχώς να ασχολείται με τους στόχους, τα υποκείμενα, τις θεωρίες, τις μεθόδους και τα δεδομένα. Η διαρκής αλληλεπίδραση μεταξύ ανάγνωσης, σκέψης, μελέτης του υλικού, των δεδομένων και ανάλυσης είναι η ουσία της ερευνητικής δραστηριότητας. Ο τρόπος με τον οποίο διατυπώνεται το ερώτημα της έρευνας δεν είναι απλώς σημαντικός για την όλη διαδικασία, αλλά καθορίζει σε ένα μεγάλο βαθμό το πλαίσιο των μεθόδων που θα χρησιμοποιηθούν. Ο σχεδιασμός της έρευνας αποτελεί τη διαδικασία διαμέσου της οποίας οι ερευνητικές ερωτήσεις παίρνουν την μορφή ερευνητικής μελέτης (Κανδυλάκη, 1997:152).

Η έρευνα ξεκινάει με την επιλογή ενός θέματος, το οποίο πολύ σύντομα πρέπει να οριοθετηθεί. Το ιδανικό θέμα θα πρέπει να είναι ενδιαφέρον και ξεκάθαρο αφού η πρόοδος της εργασίας θα οδηγήσει εκ νέου σε ανάγκες οριοθέτησης. Μετά τον προσδιορισμό του θέματος τίθενται τα ερωτήματα υπό διερεύνησης που θα απευθύνονται σε ένα σύνολο ατόμων ειδικά επιλεγμένων– δηλαδή στο δείγμα (Claude Javeau, 2000:32, Κυριαζή, 1999:255).

Ο μόνος τρόπος για να ελέγξουμε το αχανές υλικό που θα προκύψει είναι το πλάνο, το οποίο καθοδηγεί την έρευνα, υποστηρίζει τις υποθέσεις, και οδηγεί σε έναν αυτοέλεγχο στην διαχείριση των γεγονότων (Kaufmann J.-C,1996:33-39). Αυτό το πλάνο ήταν ουσιαστικά το διάγραμμα της πτυχιακής μας εργασίας (Παράρτημα Α), το οποίο περιείχε:

α) Ακριβή προσδιορισμό του θεματος: Το θέμα επιλέχθηκε μετά από μελέτη του αρχείου προηγούμενων πτυχιακών εργασιών ώστε να αποτελεί μια ερευνά πρωτότυπη που θα είχε να προσθέσει νέα δεδομένα μετά την διεκπεραίωση της και με την βοήθεια του επιμελητή της εργασίας μας που ως γνωστός του αντικειμένου μας έδινε τις σωστές κατευθύνσεις.

β) Τον σκοπό της εργασίας: Σκοπός και αντικείμενο της έρευνάς μας, είναι η σύγκριση των προγραμμάτων αποασυλοποίησης και επανένταξης ψυχιατρικά ασθενών τα οποία αναπτύσσονται σε ένα ημιαστικό και σε ένα αστικό περιβάλλον. Αυτό επιτεύχθηκε μέσω της καταγραφής των προγραμμάτων αποκατάστασης, της κοινωνικής λογικής τους και των τεχνικών συλλογής στοιχείων που χρησιμοποιήσαμε. Επίσης εξετάσαμε τον τρόπο με τον οποίο οι νέες ψυχιατρικές δομές συνδέονται με την τοπική κοινωνία, με την οικογένεια και με θεσμούς όπως η τοπική αυτοδιοίκηση, η αγορά εργασίας κ.α. Τέλος, έγινε καταγραφή του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την συμμετοχή τους σε αυτό το συνολικό εγχείρημα.

γ) Ερωτήματα και υποθέσεις εργασίας: Όστε να είναι όσο το δυνατόν πιο σαφής οι άξονες στους οποίους θα κινούμασταν. Για να επιτευχθούν οι καθορισμένοι σκοποί της ερευνάς, πρέπει να θέσει κάποιος μια σειρά υποθέσεων εργασίας, τις οποίες θα επαληθεύσει. Οι σωστά διατυπωμένες υποθέσεις με την σειρά τους θα οδηγήσουν στην διατύπωση των κατάλληλων αξόνων πάνω στους οποίους θα κινηθούν οι συνεντεύξεις (Claude Javeau, 2000:59). Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποιους από τους δικούς μας είχαν αναφερθεί στην αρχή της έρευνας:

- Βαθμός κάλυψης βασικών αναγκών των ενοίκων (επιβίωσης, υγείας, μάθησης και αυτονομίας) καθώς και των κοινωνικών τους αναγκών (παραγωγής, αναπαραγωγής, επικοινωνίας)
- Ποιες οι κατηγορίες του προσωπικού και ποιο το έργο των εθελοντικών ομάδων αν υπάρχουν;
- Κατά πόσο το κράτος υποστηρίζει το έργο των ξενώνων
- Ποια η διοικητική δομή του ξενώνα;
- Ποιες οι διαφορές κατά την επανένταξη των ενοίκων σε επαρχία και αστικό κέντρο;

δ) Προσδιορισμός Μεθοδολογίας: Όστε να εξεταστεί η διαθεσιμότητα σε χρόνο (με ημερολόγιο δραστηριοτήτων και καταμερισμό εργασίας),όπως επίσης και η διαθεσιμότητα συνεργασίας του πεδίου (εξασφάλιση απαραίτητων δικαιολογητικών εγγράφων από το ΤΕΙ)

Είδος έρευνας: Ποιοτική.

Οι ερευνητές στην κοινωνική εργασία που υιοθετούν ποιοτικές μεθόδους συλλογής πληροφοριών, τις θεωρούν καλύτερες εξαιτίας της σημασίας που δίνουν στην λεπτομέρεια ,και της ζωντανής απόδοσης του λόγου των ερωτώμενων. Κατηγορούν τις ποσοτικές μεθόδους για «θετικισμό», αρκετές φορές λανθασμένα. Ακόμα στην ποιοτική ερευνά η σχέση μεταξύ ερευνητή και αντικειμένου μελέτης εμφανίζεται στενότερη, οι ερευνητές έχουν την ανάγκη να έρθουν «πιο κοντά» στα άτομα που μελετούν, να γνωρίσουν την κατάσταση «από μέσα». Στόχος είναι η αποκάλυψη θεωρίας και όχι η επαλήθευση της και ακόμη η στρατηγική στην ερευνητική μέθοδο αυτή είναι περισσότερο ανοιχτή και αδόμητη. Τέλος η ποιοτική έρευνα τοποθετεί τα

ευρήματά της στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και στο συγκεκριμένο τόπο. (Κανδυλάκη, 1997:153- 154) Για τους παραπάνω λόγους διαλέξαμε την ποιοτική μέθοδο για την διεκπεραίωση της έρευνας μας, αφού αποφασίσαμε ότι ήταν το κατάλληλο είδος ερευνητικής προσέγγισης με το οποίο θα μας δινόταν η ευκαιρία να έρθουμε πιο κοντά στο υπό εξέταση θέμα, με τρόπο μη απρόσωπο, χωρίς καθορισμένη δομή ερωτήσεων και στατιστική ανάλυση δεδομένων.

Ο ποιοτικός ερευνητής, βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση στο να εντοπίσει πως συνδέονται τα γεγονότα, οι δραστηριότητες, αλλά και στο να παραθέσει ερμηνείες γεγονότων όπως δίνονται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες στην έρευνα. (Κανδυλάκη, 1997:154)

Πεδίο μελέτης: Συγκριτική ερευνά σε δυο ξενώνες, έναν στην περιφέρεια (Άγιο Νικόλαο) και έναν στην Αττική (Χαλάνδρι). Το πεδίο μελέτης επιλέχθηκε με κριτήριο την πρόσβαση μας σε πόλεις που βρίσκονταν σε περιοχές κοντά στην μόνιμη κατοικία μας, ώστε να είναι εύκολη η μεταφορά μας σε αυτές. Ένα επιπλέον κριτήριο για την επιλογή ξενώνων ήταν ο ένας να βρίσκεται σε αστικό και ο άλλος σε ημιαστικό περιβάλλον, αφού την διαφοροποίηση στην λειτουργία αυτών των δυο θέσεων θέλαμε να διερευνήσουμε.

Επιλογή δείγματος: Το προσωπικό των ξενώνων.

Όσον αφορά την δειγματοληψία, ακολουθώντας την λογική της θεμελιωμένης θεωρίας, έγινε με θεωρητικά κριτήρια (θεωρητική δειγματοληψία – Theoretical Sampling) και όχι με στατιστικά. Πιο συγκεκριμένα, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε στις γνώσεις προσωπικού των ξενώνων σχετικά με τον ρόλο τους στο πλαίσιο εργασίας τους και τις απόψεις τους σχετικά με το τι νομίζουν οι ίδιοι για την λειτουργία του ξενώνα (ως προς την επίτευξη των στόχων του, ως προς την στάση της κοινότητας ,τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν προσωπικό και τρόφιμοι, διοικητικές δυσκολίες, κ.τ.λ.)

Ο καθορισμός του πληθυσμού μιας έρευνας εξαρτάται από: 1. Το αντικείμενο της ερευνάς 2. Τις επιλεγμένες υποθέσεις εργασίας 3. Τα υλικοτεχνικά εμπόδια που προκύπτουν. Για λόγους οικονομικούς ή περιορισμού του χρόνου, παραδείγματος χάρη, ίσως βρεθεί κανείς μπροστά στην ανάγκη να περιορίσει το δείγμα του (Claude Javeau, 2000:68-69, Κυριαζή, 1999:256).

Η δειγματοληψία δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις ποιοτικές έρευνες χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν λαμβάνει κανένα ρόλο. Με αλλά λόγια έχουν δευτερεύοντα ρόλο μεταβλητές όπως ηλικία, φύλο, όταν δεν διερευνάται συγκεκριμένη κοινωνική κατηγορία. Η επιλογή του δείγματος λαμβάνει υπόψη κυρίως τη βάση των κεντρικών υποθέσεων (Kaufmann J.-C,1996:40-44).

Τεχνικές συλλογής στοιχείων:

- Ημιδομημένη συνέντευξη.

Η μακρά και «εις βάθος» συνέντευξη είναι ένα αποκαλυπτικό εργαλείο, ιδιαίτερα όταν η ερευνά στοχεύει σε περιγραφή και ανάλυση. Προσφέρει στον ερευνητή την ευκαιρία να διεισδύσει στην σκέψη των ερωτώμενων, να δει και να βιώσει το υπό συζήτηση ζήτημα δια μέσου αυτών. Πρόκειται για ένα διάλογο στον οποίο ο ερευνητής ενθαρρύνει τον ερωτώμενο να συνδυάσει με ένα απόλυτα δικό του τρόπο εμπειρίες και στάσεις που σχετίζονται με το υπό έρευνα ζήτημα. Προσφέρει την ευκαιρία στον ερευνητή να αναδηρήσει, να αποκαλύψει νέους ορισμούς και λέξεις κλειδιά, να ανοίξει νέες διαστάσεις διερεύνησης ενός προβλήματος, και το κυριότερο, να εξασφαλίσει ζωντανές, ακριβείς και πλούσιες απόψεις που βασίζονται στην προσωπική εμπειρία του ερωτώμενου (Κανδυλάκη, 1997:155).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί ότι οι έρευνες που εμπεριέχουν ως τεχνική συνεντεύξεις, αποβλέπουν στην συλλογή τριών ειδών δεδομένων: α)

Γεγονότων, τα οποία προκύπτουν από το προσωπικό πεδίο των ατόμων (ηλικία τους, μορφωτικό επίπεδο), γεγονότων από το πεδίο συμπεριφοράς τους (του χρόνου για παράδειγμα που αφιερώνουν στις δραστηριότητες που αποτελούν αρμοδιότητες τους)β) Υποκειμενικών κρίσεων, πάνω σε γεγονότα, ιδέες, συμβάντα, ή άτομα (γνώμες, στάσεις, κίνητρα, προσδοκίες, φιλοδοξίες), γ) Γνώσεις, δηλαδή ενδείξεις γύρω από το επίπεδο γνώσεων διαφόρων μελετώμενων από την ερευνά αντικειμένων (Claude Javeau, 2000:46-47).

Στην ανάλυση των απαντήσεων που θα δοθούν στις συνεντεύξεις ο ερευνητής θα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής για να μην πέσει σε ανακρίβειες: 1.Την ικανότητα του συνεντευξιαζόμενου (το αντικείμενο των ερωτήσεων του είναι γνωστό; πρόκειται για γνώση που απέκτησε πρόσφατα ή το αντίθετο;) 2.Της κατανόησης από την πλευρά του συνεντευξιαζόμενου (του περιεχομένου των ερωτήσεων, του λεξιλογίου που χρησιμοποιείται) 3.Της ειλικρινείας του συνεντευξιαζόμενου (απαντάει σύμφωνα με την συνείδηση του ή ψεύδεται εν γνώση ή ακόμη και εν άγνοια του;) 4. Την αξιοπιστία του (εξωτερικεύει με λόγια κατάλληλα τα αληθινά του συναισθήματα; η μη λεκτική συμπεριφορά του ταυτίζεται με τα λεγόμενα του;) (Claude Javeau, 2000:48).

Οι συνεντεύξεις συνήθως μπορεί να είναι τριών τύπων: δομημένες, ημιδομημένες, αδόμητες (Κανδυλάκη, 1997:155).

Στην ημιδομημένη συνέντευξη ο ερευνητής προσαρμόζει τη συζήτηση στα δεδομένα αντίληψης και ικανότητας των ερωτώμενων, και είναι σε θέση α χειρίζεται την περίπτωση όπου ο ερωτώμενος αποκαλύπτει κάτι προτού ερωτηθεί σχετικά. Η ημιδομημένη συνέντευξη χαρακτηρίζεται από μεγάλη ευελιξία. Δεν υπάρχει ουσιαστική ποιοτική διαφορά μεταξύ αυτής και των υπόλοιπων τύπων συνέντευξης. Η διαφορά είναι ότι χρησιμοποιείται ένας λεπτομερής οδηγός θεμάτων ή ένας σκελετός που καλύπτει τις βασικές ερωτήσεις που θα γίνουν στην συνέντευξη. Αφήνει περιθώρια ευελιξίας για τη σειρά που θα ακολουθηθεί και επιτρέπει αναφορά σε θέματα εκτός λίστας αν προκύψει η ανάγκη (Κανδυλάκη, 1997:155). Ορισμένοι ερευνητές προτείνουν την χρήση μιας σειράς θεματικών, καταταγμένων σε λογική σειρά ώστε να κερδίζεται η εμπιστοσύνη των συνεντευξιαζόμενων (Kaufmann J.-C,1996:44-47).

Εμείς κατά για την διεξαγωγή της έρευνας μας, χρησιμοποιήσαμε την ημιδομημένη συνέντευξη και κινηθήκαμε με αυτήν φτιάχνοντας ένα πλάνο εργασίας (Παράρτημα Β), πάνω στο οποίο στηρίχθηκαν οι συνεντεύξεις μας με το προσωπικό των ξενώνων. Πριν από κάθε επίσκεψη σε ξενώνα συμβουλευόμασταν το πλάνο αυτό, για να διαπιστώσουμε τι στοιχεία μας λείπουν. Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων όμως προέκυπταν και στοιχεία καινούργια τα οποία τα καταγράφαμε και φροντίσαμε να τα διερευνήσουμε και στους δυο ξενώνες, ώστε να μπορεί να υπάρξει μια σύγκριση δεδομένων. Πήραμε συνεντεύξεις από όλες τις ειδικότητες του προσωπικού, που συνολικά και στους δυο ξενώνες ήταν είκοσι (βλέπε κεφ 8).

- Συμμετοχική παρατήρηση και ανάληψη ρόλων σε εθελοντική βάση (πχ. βόλτα με τους ένοικους)

Συχνά η κοινωνική έρευνα συμπεριλαμβάνει παρατήρηση. Οι παρατηρητικές μέθοδοι ως εργαλεία κοινωνικής έρευνας ακολουθούν δυο τύπους, που βρίσκονται σε εκ διαμέτρου αντίθετους πόλους. Τη συμμετοχική παρατήρηση (μια κυρίως ποιοτική μέθοδο συλλογή δεδομένων, που έχει τις ρίζες της στην κοινωνική ανθρωπολογία και στη Σχολή Κοινωνιολογίας του Σικάγου), και τη δομημένη παρατήρηση (μια ποσοτική μέθοδο που χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές επιστήμες). Βασικό πλεονέκτημα της παρατήρησης είναι η αμεσότητα (Κανδυλάκη, 1997:156, Παρασκευόπουλος, 1993:133).

Η με την συμμετοχική παρατήρηση συλλογή πληροφοριών για τους τρόπους ζωής των συνάνθρωπων μας ενδείκνυται κυρίως για την μελέτη περιορισμένης έκτασης κοινωνικών κατηγοριών ή ομάδων (στην περίπτωση μας τους τροφίμους στον χώρο διαβίωσης τους). Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ερευνητής- παρατηρητής συμμετέχει στην ζωή της ομάδας την οποία μελετά (για παράδειγμα συνοδεία των ενικών στην καθημερινή τους βόλτα στο καφενείο της περιοχής τους) ο βαθμός επιτυχίας της εφαρμογής της μεθόδου αυτής εξαρτάται κυρίως από τις ίδιες τις ικανότητες του ερευνητή-παρατηρητή: από την ευφυΐα του, την ευαισθησία του και την ικανότητα του να γίνεται συμπαθής. Για αυτό το λόγο η μέθοδος αυτή έχει χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερα εξατομικευμένη (Λαμπίρη Ι.-Δημάκη, 1990:75).

Ο ερευνητής δεν ρωτάει τους ανθρώπους για τις απόψεις, τα συναισθήματα, ή τις στάσεις τους, αλλά παρατηρεί τι κάνουν και ακούει αυτά που λένε. Φυσικά παρουσιάζονται αρκετά προβλήματα στην ακριβή καταγραφή της γλώσσας, που όμως σε καμία περίπτωση δεν είναι αξεπέραστα (Κανδυλάκη, 1997:156).

Η παρατήρηση, ως ερευνητική μέθοδος, βρίσκεται πολύ πιο κοντά στο να δώσει την «πραγματική εικόνα» του πραγματικού κόσμου. Αυτό βέβαια Δε σημαίνει ότι πρόκειται για μια εύκολη και χωρίς προβλήματα επιλογή. Το κυριότερο ζήτημα, εξάλλου, σχετίζεται με την επιρροή που ασκεί ο ερευνητής-παρατηρητής στη κατάσταση που παρατηρεί. Συχνά υποστηρίζεται, ότι η επιρροή αυτή θα μπορούσε να ξεπεραστεί αν οι «παρατηρούμενοι», είτε δεν γνωρίζουν ότι βρίσκονται υπό παρατήρηση, είτε έχουν εξοικειωθεί με την παρουσία του ερευνητή, ώστε να εξακολουθήσουν να λειτουργούν σαν να μην βρισκόταν εκεί ο παρατηρητής. Το κυριότερο πρακτικό πρόβλημα είναι ότι πρόκειται για μια πολύ χρονοβόρα μέθοδο (Κανδυλάκη, 1997:156, Παρασκευόπουλος, 1993:142- 144).

Η παρατήρηση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε διάφορα στάδια μιας ερευνητικής μελέτης:

1. Σε μια πρώτη διερευνητική φάση, με κύριο στόχο μια αρχική προσέγγιση στη θέμα.
2. Ως μια υποστηρικτική τεχνική, που λειτουργεί συμπληρωματικά στη συλλογή πληροφοριών προς άλλες μεθόδους.

Η αποκλειστική χρήση της συνέντευξης οποιουδήποτε τύπου, χωρίς την ταυτόχρονη χρήση της συμμετοχικής παρατήρησης είναι ανεπαρκής και ανολοκλήρωτη μέθοδος. Δεν είναι ασυνήθιστο, εξάλλου, η παρατήρηση να αποτελεί τη κύρια μέθοδο έρευνας, ιδιαίτερα όταν ο σκοπός της είναι περιγραφικός. Κύριο χαρακτηριστικό της συμμετοχικής παρατήρησης, είναι ότι ο ερευνητής-παρατηρητής προσπαθεί να γίνει κατά κάποιο τρόπο ένα μέλος της παρατηρούμενης ομάδας. Αυτό σημαίνει ότι όχι μόνο θα είναι παρών, αλλά και θα μοιράζεται κατά κάποιο τρόπο τις εμπειρίες της ομάδας. Θα μπορεί να διεισδύσει στον κοινωνικό, αλλά και συμβολικό κόσμο της ομάδας, μαθαίνοντας τις κοινωνικές τους συνήθειες, τη χρήση της λεκτικής και της μη λεκτικής τους επικοινωνίας. Επιπλέον, ο παρατηρητής θα πρέπει να εδραιώσει κάποιο ρόλο στην ομάδα. Το να έχει κανείς την εμπειρία του προγράμματος από μέσα είναι απαραίτητο στοιχείο, αποτελεί το κομμάτι της συμμετοχής, στη συμμετοχική παρατήρηση. Ταυτόχρονα, υπάρχει και η ξεκάθαρη πλευρά του παρατηρητή. Η πρόκληση είναι να συνδυάσει κανείς τη συμμετοχή και τη παρατήρηση, ώστε να κατορθώσει να κατανοήσει το πρόγραμμα ως εκ των έσω, και ταυτόχρονα να είναι σε θέση να το περιγράψει όντας απέξω (Κανδυλάκη, 1997:156-157).

Η συμμετοχική παρατήρηση συνδυάζει ταυτόχρονα ανάλυση κειμένων, συνεντεύξεις, άμεση συμμετοχή και παρατήρηση. Βασικός ρόλος του ερευνητή, είναι να παρατηρεί την ομάδα, την μονάδα, την οργάνωση ή οτιδήποτε άλλο απαιτεί η

μελέτη που εκπονεί. Η αναγκαία παράλληλη συλλογή απόψεων από άτομα που μπορούν να δώσουν πληροφορίες, απαιτεί από τον συμμετέχοντα παρατηρητή να έχει δεξιότητες για συνέντευξη (Κανδυλάκη, 1997:157, Παρασκευόπουλος, 1993:136).

Με την συλλογή γραπτών τεκμηρίων κάναμε ουσιαστικά έμμεση παρατήρηση των κοινωνικών φαινομένων που λαμβάνουν χώρα στους ξενώνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Λαμπίρη Ι.-Δημάκη, 1990:75).

Τέτοια γραπτά τεκμήρια ήταν έντυπο ενημερωτικό υλικό που διέθεταν οι ξενώνες και απευθυνόταν για την ενημέρωση της κοινότητας αναφορικά με την ύπαρξη και τις δραστηριότητες της κοινότητας. Άρθρα που κατεβάσαμε από το internet και αφορούσαν τους συγκεκριμένους ξενώνες, στοιχεία από το αρχείο των ξενώνων που μας δόθηκαν από τους εργαζόμενους σε αυτούς.

Μετά την συλλογή των γραπτών αυτών τεκμηρίων έγινε η ανάλυση τους και η προσπάθεια ερμηνείας τους. Μέσω από αυτών διαπιστώσαμε την ενεργή δράση των εργαζομένων των ξενώνων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αλλά αποκομίσαμε και ειδικές γνώσεις αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας, οργάνωσης και διοίκησης τέτοιων Μονάδων. Κάποια από τα γραπτά αυτά τεκμήρια παρατίθενται στα παραρτήματα της εργασίας μας.

ε) Προβλήματα -ηθικά ζητήματα:

Η αρχή μιας ερευνάς είναι πάντοτε δύσκολη αφού πρέπει να κτιστεί εμπιστοσύνη και να τακτοποιηθούν γραφειοκρατίες εκκρεμότητες (οι οποίες είναι απαραίτητες σε έρευνες που απαιτούν είσοδο σε ευαίσθητα και απόρρητα δεδομένα) που θα επιτρέψουν την είσοδο στο υπό εξέταση πεδίο. Γρήγορα όμως οι δυσκολίες ξεπερνιούνται (Kaufmann J.-C,1996:47-48).

Το βασικό πρόβλημα ήταν η μετακίνηση σε δυο γεωγραφικές περιοχές, και επιπλέον η πρόσβαση και η αποδοχή εκ μέρους των φορέων. Το ζήτημα της μετακίνησης λύθηκε με καταμερισμό του έργου και η πρόσβαση και αποδοχή εξασφαλίστηκε είτε με την μεσολάβηση του επιβλέποντα καθηγητή είτε με δικιά μας πρωτοβουλία

Όσον αφορά τα ηθικά ζητήματα, το κύριο που μας απασχόλησε ήταν η παρακολούθηση των ένοικων στον χώρο διαβίωσης τους αφού η προσέγγισή τους απαιτούσε λεπτό χειρισμό και σεβασμό του προσωπικού τους χώρου, ώστε να μην νιώσουν ότι εισβάλλουμε σε αυτόν με ιδιοτελή κίνητρα.

Οι μελέτες ευαίσθητων ζητημάτων θέτουν τα εξής ερωτήματα:

- Για τα είδη έρευνας που είναι κοινωνικά αποδεκτά
- Για το σε ποιο βαθμό μπορεί κανείς να καταχραστεί τη συνεργατικότητα του διερωτώμενου και να διεισδύσει στην προσωπική του ζωή
- Τα προβλήματα που προκύπτουν για τη διασφάλιση της ποιότητας των πληροφοριών και τέλος,
- Την ικανότητα του ισχυρού να ελέγξει την ερευνητική διαδικασία (Κανδυλάκη, 1997:151).

Η ευαισθησία του κοινωνικού θέματος που μελετάται δνητικά επηρεάζει σχεδόν όλα τα στάδια της διαδικασίας της έρευνας, τη διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος, το σχεδιασμό, την εφαρμογή της μελέτης και τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων. Φυσικά τα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται σε κάθε στάδιο. Μπορεί να είναι μεθοδολογικής χρήσης, τεχνικής, ηθικής, πολιτικής ή νομικής υπόστασης. Πολύ συχνά μπορεί να επηρεάσουν την προσωπική ζωή και την προσωπική ασφάλεια του ερευνητή (Κανδυλάκη, 1997:151, Φίλιας, 1992:21).

Στάδιο 2ο : Υλοποίηση έρευνας

Αφού έγινε μια πρώτη επαφή μας με το εξεταζόμενο θέμα μέσω μιας αρχικής βιβλιογραφικής αναζήτησης που κάναμε, αρχίσαμε να επικοινωνούμε με τους ξενώνες που είχαμε επιλέξει για να πάρουμε την έγκρισή τους για την εμπλοκή μας στον χώρο τους. Μετά από τηλεφωνική επικοινωνία που είχαμε με αυτούς, μας ζητήθηκαν κάποια έγγραφα που θα πιστοποιούσαν το Εκπαιδευτικό Ίδρυμα προέλευσής μας και κανονίσαμε συνάντηση για αναλυτικότερη συζήτηση πάνω στο τι επιδιώκουμε να κάνουμε, τι στοιχεία / δεδομένα θέλουμε να μας δοθούν και τι τελικά μπορούν να κάνουν από την μεριά τους οι εργαζόμενοι στους ξενώνες για αυτά.

Κάναμε ένα αρχικό χρονοδιάγραμμα για να προγραμματιστεί η εργασία όσο το δυνατόν καλύτερα και στην συνέχεια δημιουργήσαμε το διάγραμμα της πτυχιακής για να έχουμε πριν πάμε ξεκάθαρους τους στόχους, τη μεθοδολογία, και τις υποθέσεις εργασίας που θα προσπαθούσαμε να διερευνήσουμε.

Μετά την έγκριση της πτυχιακής μας από την επιτροπή του ΤΕΙ, αρχίσαμε τις επισκέψεις στους ξενώνες. Αρχικά επισκεφτήκαμε τον ξενώνα του Χαλανδρίου. Μετά από μια σειρά επισκέψεων καταγράψαμε τις πληροφορίες που πήραμε αλλά και όσα είδαμε με την συμμετοχική παρατήρηση. Επισκεφτήκαμε ακόμα και το «Δαφνί» αφού αυτό αποτελεί τον κύριο φορέα προέλευσης των τροφίμων των ξενώνων, για να δούμε τις συνθήκες διαβίωσης τους πριν την φιλοξενία στους ξενώνες και επιπλέον για να καταλάβουμε την διαδικασία και τα κριτήρια επιλογής ενός ατόμου για την μεταφορά τους σε πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (μετά από πόσο χρονικό διάστημα παραμονής του στο ψυχιατρείο, ποιοι αποφασίζουν. κτλ). Ταυτόχρονα με το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας μας συλλέγαμε και ότι υλικό παρουσιαζόταν και πιστεύαμε ότι θα μας φανεί χρήσιμο, για παράδειγμα γραπτά τεκμήρια από δραστηριότητες που είχαν κατά καιρούς πραγματοποιηθεί με πρωτοβουλία των ξενώνων, άρθρα από το internet, βιβλιογραφία σχετική με το εξεταζόμενο θέμα που μας δάνειζαν κ.α. Σε αυτόν τον ξενώνα πραγματοποιήσαμε τις επισκέψεις μας σε διάστημα 4 μηνών και καθόμασταν συνήθως από το πρωί μέχρι το μεσημέρι. Από την αρχή κιόλας το κλίμα συνεργασίας ανάμεσα σε μας και τους εργαζόμενους ήταν πολύ καλό. Μας ξενάγησαν στους χώρους του ξενώνα και οι συζητήσεις με το προσωπικό γίνονταν σε μέρος όπου είχαμε οπτική επαφή με τον χώρο αναψυχής των τροφίμων. Μια δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν η ανησυχία μας μήπως διαταράξουμε την καθημερινότητα των τροφίμων αλλά αυτό ήταν κάτι που το προσέξαμε ιδιαίτερα, αφού φροντίσαμε να είμαστε διακριτικές. Σε αυτό βοήθησε και ο χώρος που ήταν ιδικά διαμορφωμένος ώστε το προσωπικό και να εποπτεύει και να αφήνει την αίσθηση ανεξαρτησίας στους τροφίμους. Σε κάθε επίσκεψη κλείναμε εκ των πρότερων ραντεβού με κάποιον από τα μέλη του προσωπικού ώστε να οργανωθεί καλύτερα ο χρόνος μας κατά την διάρκεια της επίσκεψής μας. Αρχικά περιοριστήκαμε στην απλή παρατήρηση του ελεύθερου χρόνου των τροφίμων και με το πέρας των επισκέψεων ακολουθήσαμε την τεχνική της συμμετοχικής παρατήρησης (έξοδος με τους τροφίμους, συζητήσεις μαζί τους κ.τ.λ.)

Αφού ολοκληρώσαμε τον κύκλο των προγραμματισμένων επισκέψεων μας στον ξενώνα «Κάλλιστη» του Δήμου Χαλανδρίου, αρχίσαμε τις επισκέψεις στην πόλη του Αγίου Νικολάου, όπου είχε μεταφερθεί ο ξενώνας από την Ελούντα που αρχικά θέλαμε να εξετάσουμε. Ο ξενώνας αυτός ονομαζόταν «Αγάπη» και προσπαθήσαμε κατά την διάρκεια των επισκέψεων μας να συγκρίνουμε τα δεδομένα που είχαμε συλλέξει από τον πρώτο ξενώνα με τα αντίστοιχα του δεύτερου. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκαμε να διαπιστώσουμε τις τυχόν διαφοροποιήσεις που είχαν στην διοίκηση

και λειτουργία τους, στον κύριο στόχο τους που είναι η αποκατάσταση στην κοινότητα και η κοινωνικοποίηση των ατόμων, καθώς και τον βαθμό κάλυψης των αναγκών των τροφίμων. Στον ξενώνα «Αγάπη», πραγματοποιήσαμε τις επισκέψεις μας σε διάστημα τριών μηνών και δουλέψαμε με τον ίδιο τρόπο που περιγράψαμε παραπάνω για τον ξενώνα «Καλλίστη». Στο τέλος των επισκέψεων καταγράψαμε το υλικό που είχαμε συλλέξει.

Μετά την λήξη του δεύτερου κύκλου επισκέψεων στον ξενώνα «Αγάπη» αρχίσαμε να επεξεργαζόμαστε τα αποτελέσματα της ερευνάς στο σύνολο της, χωρίζοντας τα σε θεματικούς άξονες. Στην συνέχεια χωρίσαμε τους άξονες αυτούς σε τρία μέρη και αρχίσαμε να τους επεξεργαζόμαστε ατομικά με στόχο την θεωρητική τους τεκμηρίωση. Όταν ολοκληρώσαμε αυτή την εργασία ξαναρχίσαμε να δουλεύουμε και πάλι ομαδικά για την τελική σύνταξη του κειμένου, την καταγραφή των συμπερασμάτων, την σελιδοποίηση και γενικά την μορφοποίηση.

Στάδιο 3ο : Ανάλυση δεδομένων

Η συλλογή και ανάλυση πληροφοριών γίνεται ταυτόχρονα στην ποιοτική έρευνα. Η ανάλυση των πληροφοριών είναι μια πολύ προσωπική διαδικασία για τον ερευνητή, αφού μπορεί να εφεύρει μόνος του τρόπους κατηγοριοποίησης ή κωδικοποίησης των πληροφοριών. Η κωδικοποίηση, είναι η διαδικασία κατηγοριοποίησης και ταξινόμησης των πληροφοριών. Οι κώδικες βοηθούν στη σύνθεση, ταξινόμηση και στην απόδοση κεντρικού νοήματος των παρατηρήσεων που προκύπτουν από τα ερευνητικά δεδομένα (Κανδυλάκη, 1997:157, Κυριαζή, 1999:292).

Υπάρχει μια υποχρέωση κατά την διάρκεια της ανάλυσης σε βάθος του υλικού για θεωρητική παραγωγικότητα και εφευρετικότητα. Αυτή η παραγωγικότητα μπορεί να υπάρξει μόνο με θέληση και συνειδητή επιδίωξη. Η επεξεργασία του υλικού είναι μια συνεχής διαδικασία έκπτωσης του πραγματικού, περιορισμού του σε κατηγορίες. Η κατασκευή θεωρίας που προκύπτει από την επεξεργασία του υλικού δεν είναι μόνο ένα τελικό προϊόν αλλά αναπαριστά ένα εργαλείο πολύ συγκεκριμένο της εργασίας της ανάλυσης (Kaufmann J.-C,1996:75-83). Όσον αφορά την διαδικασία κωδικοποίησης του υλικού που συλλέχθηκε από της επισκέψεις μας στον ξενώνα αυτή έγινε ως εξής: Κινηθήκαμε στις συνεντεύξεις μέσω ενός πλάνου ημιδομημένης συνέντευξης πάνω στο οποίο αποφασίσαμε από κοινού να στηριχθούμε (Παραρτήματα Γ). Οι πληροφορίες λοιπόν που συλλέχθηκαν ήταν ήδη κατά κάποιο τρόπο σε κατηγορίες, έτσι αυτό που κάναμε εμείς στην συνέχεια ήταν να συγκρίνουμε τις κοινές κατηγορίες μεταξύ των δυο ξενώνων για να δούμε που αποκλίνουν στην προσέγγιση τους, που συμφωνούν, τι δυσκολεύει την αποκατάσταση και τι έχει αποδειχθεί στην πράξη ότι λειτουργεί προς όφελος των τροφίμων και των σκοπών του προγράμματος των ξενώνων.

Η εννοιολογική συγκρότηση των δεδομένων είναι το πρώτο βήμα για την ανάλυση. Η εννοιολογική συγκρότηση αφορά στην επονομασία μιας ιδέας, ενός φαινομένου, ενός γεγονότος, ή ενός συμβάντος. Οι τίτλοι και τα ονόματα επιλέγονται από τον ερευνητή, ως τα πλέον ταιριαστά και σχετικά με τα δεδομένα που αντιπροσωπεύουν. Μπορεί να είναι λέξεις που ο ίδιος ο ερευνητής επινοεί ή «ζωντανό κωδικό», ονόματα και φράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει οι ερωτώμενοι στη συνέντευξη. Για να μπορέσει κανείς να κατηγοριοποιήσει και να συγκροτήσει εννοιολογικά τις πληροφορίες, είναι αναγκαίο να ακούσει αλληπάλληλα και προσεκτικά τις συνεντεύξεις, να τις απομαγνητοφωνήσει, να τις διαβάσει επανειλημμένα και προσεκτικά. Η ανάλυση που έπεται είναι σειρά προς σειρά και

λέξη προς λέξη. Οι αρχικές ιδέες και έννοιες και οι πρώτες σημειώσεις πάνω στο απομαγνητοφωνημένο κείμενο δίνουν την ευκαιρία στον ερευνητή-αναλυτή να επεξεργαστεί τις πληροφορίες και να προχωρήσει στη συγκρότηση κειμένου που γεννιέται μέσα από το υλικό που προκύπτει από την έρευνα. Το κείμενο γίνεται πιο άμεσο και ζωντανό όταν συμπεριλαμβάνει και αυθεντικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις (Κανδυλάκη, 1997:157, Κυριαζή, 1999:264).

Η ανάλυση των δεδομένων εντάσσεται απαραίτητα στις προοπτικές των υποθέσεων εργασίας, οι οποίες διατυπώθηκαν από την αρχή, δηλαδή, η προκαταρκτική εργασία είναι αυτή, που θα τροφοδοτήσει καλύτερα τη σκέψη για μια καλύτερη ανάλυση. Επίσης είναι δυνατόν ακόμα και κατά την διάρκεια της ανάλυσης να υποχρεωθεί κάποιος να αναζητήσει συμπληρωματικά διερευνητικά στοιχεία, ανάλογα με όσα προκύπτουν κατά την διάρκεια της ανάλυσης και πιστεύει ότι θα ήταν καλό να εμβαθύνει περισσότερο (Claude Javeau, 2000:191-192).

Τέλος πρέπει να επισημάνουμε ότι την ανάλυση των απαντήσεων που θα δοθούν στις συνεντεύξεις ο ερευνητής θα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής για να μην πέσει σε ανακρίβειες: 1.Την ικανότητα του συνεντευξιαζόμενου (το αντικείμενο των ερωτήσεων του είναι γνωστό; πρόκειται για γνώση που απέκτησε πρόσφατα ή το αντίθετο;) 2.Της κατανόησης από την πλευρά του συνεντευξιαζόμενου (του περιεχομένου των ερωτήσεων, του λεξιλογίου που χρησιμοποιείται..) 3.Της ειλικρινείας του συνεντευξιαζόμενου(απαντάει σύμφωνα με την συνείδηση του ή ψεύδεται εν γνώση ή ακόμη και εν άγνοια του;) 4. Την αξιοπιστία του (εξωτερικεύει με λόγια κατάλληλα τα αληθινά του συναισθήματα; η μη λεκτική συμπεριφορά του ταυτίζεται με τα λεγόμενα του;) (Claude Javeau, 2000:48).

Στάδιο 4ο: Σύνταξη τελικού κειμένου

Η σύνταξη δεν είναι ένα απλό συγγραφικό έργο καθώς συχνά παρατηρούνται ανατροπές της τελευταίας στιγμής. Το ιδανικό είναι μια μετριοπαθής θεωρητικοποίησι, προσανατολισμένη σε λεπτομέρειες. Στην τελική φάση θα πρέπει να ξεχάσουμε τις πολύπλοκες διασυνδέσεις μεταξύ των υποθέσεων και να ευνοήσουμε την απλότητα από την οποία εξαρτάται η ισχύς της επιχειρηματολογίας. Η αφήγηση θα πρέπει να είναι ενιαία, με ένα τόνο και διασυνδέσεις μεταξύ των μερών. Πρέπει να συνδυαστεί η παρουσίαση της θεωρίας και η παρουσίαση του υλικού μαζί στην προσπάθεια επιχειρηματολογίας. Η κατασκευή θεωρίας δεν είναι μόνο ένα τελικό προϊόν αλλά αναπαριστά ένα εργαλείο πολύ συγκεκριμένο της εργασίας της ανάλυσης (Kaufmann J.-C.,1996:105-111). Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει την σύνθεση των αποτελεσμάτων, συγγραφή συμπερασμάτων την σελιδοποίηση, την δημιουργία πίνακα περιεχομένων, την προσεκτική ανασκόπηση όλου του κειμένου και την αρίθμηση του (Claude Javeau, 2000:192).

Η έκθεση της ερευνάς πρέπει περιλαμβάνει την ουσία των αναλυμένων αποτελεσμάτων και επίσης να μπορεί να γίνει κατανοητή στο κοινό που απευθύνεται. Για παράδειγμα ίσως χρειαστεί να αποφευχθεί η χρήση ιδιαζουσών και κουραστικών γλωσσικών εκφράσεων, σχολαστικών παρατηρήσεων και δύσκολων συλλογισμών αν οι αποδέκτες της εργασίας δεν είναι εξοικειωμένοι με αυτού του είδους τις έννοιες (Claude Javeau, 2000,σελ: 193).

Σε αυτήν την ερευνητική προσπάθεια που κάναμε προσπαθήσαμε να διαπιστώσουμε τυχόν διαφοροποιήσεις στην κοινωνική αποκατάσταση των τροφίμων ξενώνων που βρίσκονταν σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια (αστικό, ημιαστικό περιβάλλον) μέσω της χρήσης των κατάλληλων ερευνητικών τεχνικών και της τήρησης της δεοντολογίας που απαιτεί μια τέτοια έρευνα. Αρχικά κατά το στάδιο

διεξαγωγής της έρευνας δουλέψαμε ομαδικά. Πηγαίναμε και οι τρεις στις συναντήσεις, στο τέλος των οποίων καταγράφαμε τις εντυπώσεις και τις πληροφορίες που αποκομούσαμε. Στην συνέχεια στο στάδιο σύνταξης του κειμένου, δουλέψαμε με καταμερισμό εργασίας, η καθεμία είχε αναλάβει συγκεκριμένο θεματικό μέρος για εύρεση βιβλιογραφίας και τεκμηρίωση, το οποίο στην συνέχεια συζητούσαμε όλες μαζί για να αποφασίσουμε την τελική μορφή του.

Η εμπειρία μας αυτή και η ανάλυση των καταγεγραμμένων παρατηρήσεων και των γραπτών τεκμηρίων οδήγησε σε κάποια συμπεράσματα, τα οποία τεκμηριώσαμε και θεωρητικά. Παρακάτω αναφέρονται τα συμπεράσματα αυτά καθώς και κάποιες προτάσεις που θα βοηθούσαν ίσως στην άρση των υπαρχόντων δυσκολιών λειτουργίας των ξενώνων.

III. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΤΟ ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ: Ο ΞΕΝΩΝΑΣ ΑΓΑΠΗ ΚΑΙ Ο ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΑΛΛΙΣΤΗ

6.1 Ο ξενώνας Αγάπη

Ο ξενώνας Αγάπη ξεκίνησε τη λειτουργία του στις 28/2/2001. Αρχικά αποτελούνταν από τέσσερα αυτόνομα διαμερίσματα των 50 μ περίπου το καθένα σε μια περιοχή έξω από την πόλη του Αγίου Νικολάου, στην Ελούντα. Αυτό αποτελούσε πρόβλημα για την κοινωνικοποίηση των ενοίκων, λόγω της απόστασης από την ζώσα κοινότητα. Υπήρχαν πολλά προβλήματα αφού ο κύριος στόχος, η κοινωνική επανένταξη δεν επιτυγχανόταν. Στην περιοχή υπήρχαν πολλοί ξένοι επισκέπτες κατά την διάρκεια της καλοκαιρινής σεζόν και τον χειμώνα επικρατούσε ερημιά.

Αφού έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες, από το Μάιο του 2004 ο ξενώνας Αγάπη στεγάζεται πλέον μέσα στη πόλη του Αγίου Νικολάου, δηλαδή μέσα στη ζώσα κοινότητα. Σήμερα στεγάζεται σε ένα τριώροφο κτίριο που βρίσκεται πολύ κοντά στο νοσοκομείο και που αποτελούσε κατά το παρελθόν ξενοδοχείο. Προσωρινά συστεγάζεται με το ΕΚΑΒ.

Το κτίριο αυτό είναι γενικά σε καλή κατάσταση (Παράρτημα Γ). Στην είσοδο έχει πινακίδα που γνωστοποιεί το ότι η ύπαρξη του οφείλεται στο πρόγραμμα «ψυχαργώς». επίσης έχει δυο πόρτες κλειδωμένες (μια με σιδερένια κάγκελα και κουρτίνα και μια ξύλινη εσωτερική).

Όταν ξεκίνησε τη λειτουργία του, είχε μόλις πέντε ασθενείς, ενώ ο προβλεπόμενος αριθμός ήταν δώδεκα. Σήμερα φιλοξενεί εννέα άτομα, από τους οποίους οι επτά είναι άνδρες και οι δυο γυναίκες (Πίνακας 30). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι από τους ενοίκους βρίσκονται εκεί από την έναρξη λειτουργίας του ξενώνα. Οι ένοικοι μένουν στα δωμάτια τους ανά δυο και ανάλογα με τους δεσμούς φιλίας που έχουν αναπτύξει. Οι δυο από τους ένοικους έχουν διάγνωση νοητική υστέρηση και οι υπόλοιποι είναι ψυχωσικοί. Δυο από αυτούς έχουν διάγνωση σχιζοφρένεια. Οι περισσότεροι αυτοεξυπηρετούνται (κάνουν μπάνιο, σιδερώνουν, στρώνουν τα κρεβάτια, σκουπίζουν. Το φαγητό είναι από catering. Η ψυχολόγος μας ανέφερε ότι οι τρόφιμοι δεν είναι ακόμα έτοιμοι για να ζήσουν αυτόνομοι σε κάποιο διαμέρισμα. Οι περισσότεροι βγαίνουν καθημερινά με συνοδεία, αφού πρώτα πάρουν άδεια. Ένας μόνο βγαίνει μόνος του.

Η πόρτα κλειδώνεται για να έχει το προσωπικό την εποπτεία των φιλοξενουμένων, ώστε οι έξοδοι τους να μην είναι ανεξέλεγκτοι (υπάρχουν κάγκελα ακόμα και στα παράθυρα) αλλά και για να ελέγχεται η είσοδος ατόμων εκτός ξενώνα.

Όσον αφορά το προσωπικό, όταν ο ξενώνας ξεκίνησε τη λειτουργία του απασχολούσε έντεκα άτομα, ενώ ο προβλεπόμενος αριθμός είναι δώδεκα. Το προσωπικό αποτελούνταν από ένα ψυχολόγο (ΠΕ), δυο Κοινωνικούς Λειτουργούς (ΤΕ), δύο Εκπαιδευτές Αργυροχρυσοχόιας, πέντε Νοσηλεύτές (ΔΕ), ένα Γενικών Καθηκόντων (ΥΕ). Σήμερα απασχολεί εννέα άτομα, δηλαδή ένα ψυχολόγο (ΠΕ), δυο Κοινωνικούς Λειτουργούς (ΤΕ), πέντε Νοσηλεύτές (ΔΕ), ένα Γενικών Καθηκόντων (ΥΕ). Σύμφωνα με τα παραπάνω το ποσοστό κάλυψης της δομής σε προσωπικό είναι 75%. Σχετικά με τις κενές θέσεις προσωπικού, αυτή η κατάσταση επικρατεί διότι η μια νοσηλεύτρια αρνήθηκε την θέση και οι δυο αργυροχρυσόχοι δεν μπόρεσαν

τελικά να συνεργαστούν με τον ξενώνα (η μια επειδή της ζητήθηκε να αφήσει το εργαστήριο της αφού θ' απασχολούνταν στο δημόσιο και η άλλη για άγνωστους λόγους).

Πίνακας 30 Χαρακτηριστικά των ενοίκων του ξενώνα Αγάπη.

ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	7	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΡΓΟΙ	4
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	2		ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	-
ΗΛΙΚΙΑ	30-40	2	ΟΙΚΟΓ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	5
	40-50	2		ΑΓΑΜΟΙ	6
	50-60	3		ΕΓΓΑΜΟΙ	2
	60-70	2	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	1	
	70 και άνω	-	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ	ΚΡΗΤΗ	9
ΓΡΑΜ. ΓΝΩΣΕΙΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	3	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	2
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1		ΨΥΧ. ΣΥΝΔΡ.	5
	ΤΕΧΝ.ΣΧΟΛΗ	1		ΝΟΗΤ. ΣΤΕΡΗΣΗ	2

Κατά την έναρξη της δημιουργίας του ξενώνας είχε προβλεφθεί εργαστήριο Αργυροχρυσοχοΐας για την εργασιακή απασχόληση των ενοίκων. Ο ξενώνας είχε εξοπλιστεί με τα απαραίτητα μέσα και είχε πραγματοποιηθεί και η πρόσληψη των εκπαιδευτών. Δυστυχώς όμως σήμερα δεν υπάρχει κανένα αντικείμενο εργασιακής απασχόλησης των ενοίκων της δομής, γιατί δεν υπάρχει κανένας εκπαιδευτής (δεν ανανεώθηκαν οι συμβάσεις).

Σχετικά με τα κριτήρια επιλογής των ασθενών, η διαδικασία επιλογής έγινε από το Θ.Ψ.Π. Χανίων. Επισημαίνουμε ότι η ομάδα των ενοίκων χαρακτηρίζεται από έντονη ανομοιογένεια ως προς τη νόσο και τη λειτουργικότητά τους, γεγονός που δυσκολεύει την ανάπτυξη ενεργειών σε ομαδικό επίπεδο. Όπως είναι λογικό, για την ομαλή μετακίνηση των ασθενών στις νέες δομές, προηγήθηκαν κάποιες διαδικασίες προετοιμασίας από ομάδα ιατρών και ψυχολόγων.

Την ανάλογη διαδικασία προετοιμασίας χρειαζόταν όμως και η τοπική κοινότητα. Λόγω της ελλείψεως αυτής, στην αρχή υπήρξαν αντιστάσεις από την τοπική κοινότητα. Οι κάτοικοι της περιοχής πήγαιναν να διαμαρτυρηθούν στην Νομαρχία, στον Δήμο, στην διοίκηση του νοσοκομείου παραπονούμενοι ότι «Είχαμε τους λεπρούς, τώρα έχουμε και τους τρελούς...». Επιπλέον, ως επιχείρημα απομάκρυνσης τους από την περιοχή, προέβαλαν τον φόβο που έτρεφαν προς αυτούς αλλά και το ότι το κτίριο και η περιοχή δεν ήταν τα κατάλληλα για την ασφάλεια των τροφίμων. Σιγά-σιγά μέσω κάποιων ομιλιών, σεμιναρίων και εκδηλώσεων που έγιναν με πρωτοβουλία του ξενώνα, οι αντιστάσεις της κοινότητας μειώθηκαν αφού η άγνοια ήταν ο κυρίως παράγοντας της συμπεριφοράς τους. Έτσι σήμερα η στάση της κοινότητα τείνει ν' αλλάξει και κλείνει προς την υποδοχή. Αυτό μάλιστα το διαπιστώσαμε από την πρώτη μας επίσκεψη στον ξενώνα, όπου έπειτα από εκτενείς συζητήσεις με κατοίκους της περιοχής, για να δούμε κατά πόσο είναι ενήμεροι της ύπαρξης ξενώνα ψυχικά ασθενών στην περιοχή τους, διαπιστώσαμε ότι γνώριζαν που στεγάζεται χωρίς ν' ακούσουμε κάποιο αρνητικό σχόλιο.

Αναφορικά με την σχέση προσωπικού και ενοίκων πραγματοποιούνται κάποιες προγραμματισμένες συναντήσεις, όπου δίνεται η ευκαιρία υποβολής αναγκών και παραπόνων. Το προσωπικό διατηρεί μια διαρκή σχέση επίβλεψης, ενθάρρυνσης και συμπαράστασης στις καθημερινές δραστηριότητες των ενοίκων τόσο εντός όσο κι εκτός του ξενώνα. Πρόκειται για μια σχέση όπου το προσωπικό διατηρεί ένα γονεϊκό

ρόλο, δίνοντας σταδιακά την ευκαιρία στους ενοίκους να αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες ευθύνες. Βέβαια όπως διαπιστώσαμε, οι προγραμματισμένες συναντήσεις μεταξύ ενοίκων και προσωπικού δεν γίνονται αρκετά συχνά λόγω δυσχερειών στο πρόγραμμα υπηρεσίας του προσωπικού. Γι' αυτόν τον λόγο οι ένοικοι έχουν την δυνατότητα να υποβάλλουν τις ανάγκες, επιθυμίες ή και τα παράπονά τους στο προσωπικό βάρδιας.

Η ποιότητα της επικοινωνίας και η ατμόσφαιρα μεταξύ προσωπικού κι ενοίκων είναι σε γενικές γραμμές καλή, αν και υπάρχουν μερικές φορές προβλήματα, που ενδεχομένως οφείλονται στην έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης του προσωπικού στο χειρισμό των ψυχιατρικών περιστατικών και των ατόμων με νοητική υστέρηση και στις τεχνικές της αποκατάστασης. Η ατμόσφαιρα μεταξύ των ενοίκων είναι γενικά καλή με κάποιες εξαιρέσεις, αλλά η ποιότητα επικοινωνίας είναι περιορισμένη, λόγω της ανομοιογένειας που χαρακτηρίζει τους ενοίκους ως προς τη λειτουργικότητά τους.

Οι ένοικοι έχουν τη δυνατότητα να κάνουν συλλογικές και ατομικές επιλογές στη διαχείριση της καθημερινότητάς τους (φαγητό, δουλειές σπιτιού, έξοδος, τσιγάρα, διαχείριση χρημάτων κτλ). Ο βαθμός ελευθερίας επιλογής εξαρτάται άμεσα από το βαθμό λειτουργικότητας του κάθε ενοίκου, αλλά και από άλλες παραμέτρους, όπως δικαστική συμπαράσταση, μεγάλη απόσταση προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες κτλ. Ανάλογα με τη λειτουργικότητα των ενοίκων ικανοποιούνται και τα πολιτικά τους δικαιώματα κι εξαρτάται η ύπαρξη ή όχι οριστικής δικαστικής συμπαράστασης. Όλοι έχουν πρόσβαση σε τηλέφωνο, όλοι παίρνουν σύνταξη ή βοήθημα από την Πρόνοια.

Όσον αφορά τον σχεδιασμό κοινών δραστηριοτήτων και πρωτοβουλιών των ενοίκων της δομής, πραγματοποιούνται αρκετά συχνά κοινές δραστηριότητες, οι οποίες απο¹¹τελούν πρωτοβουλίες του προσωπικού της δομής και όχι των ενοίκων, όπως η συμμετοχή τους σε πολιτιστικές εκδηλώσεις, συναυλίες, η διοργάνωση βραδιάς μουσικής στον ξενώνα και εκδρομών, η αγορά και προετοιμασία γεύματος από τους ίδιους, κτλ. Ο ξενώνας έχει συνεργασία με πλήθος φορέων (ΚΑΠΗ, πολιτιστικούς συλλόγους...) Άλλες καθημερινές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται είναι: έξοδοι για φαγητό ή καφέ και ψώνια (τρόφιμα και ρούχα). Το πρόβλημα που παρατηρείται κατά τις εξόδους των φιλοξενουμένων, είναι ότι παίρνουν απόδειξη την οποία καταθέτουν στη διοίκηση και οι καταστηματαρχές πληρώνονται μετά από έναν χρόνο σχεδόν. Αυτό αποτελεί πρόβλημα γιατί τους κάνει να δυσανασχετούν και να μην τους δέχονται. Ακόμα το γεγονός ότι τα χρήματα τα διαχειρίζεται το νοσοκομείο δεν τους δίνει την ευελιξία ούτε και για τα πιο απλά καθημερινά πράγματα που θα βοηθούσαν την επιτάχυνση της ανάπτυξης λειτουργικότητας των ενοίκων, όπως για παράδειγμα να τους ανατίθεται να βγαίνουν και να παίρνουν μόνοι τους ψωμί.

Έχουν γίνει προσπάθειες επανασύνδεσης όλων των ενοίκων με τις οικογένειές τους. Υπάρχει τακτική τηλεφωνική επικοινωνία των ενοίκων με τους συγγενείς τους, γίνονται επισκέψεις κατ' οίκων σε συγγενείς ενοίκων, αλλά και επισκέψεις από τους συγγενείς στον ξενώνα.

Σε περίπτωση που υπάρξει κάποιο επείγον περιστατικό που αφορά τους ενοίκους του ξενώνα, γίνεται τηλεφωνική επικοινωνία με τον Νευρολόγο- Ψυχίατρο που παρακολουθεί τους ενοίκους για τυχόν απαραίτητες αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή ή για τη μεταφορά του ενοίκου στο ψυχιατρείο. Σε περίπτωση παθολογικού επείγοντος περιστατικού, ειδοποιείται το ΕΚΑΒ και γίνεται μεταφορά του ενοίκου

¹¹ Με το οριστικό κλείσιμο του Θ.Ψ.Π.Χ., οι ασθενείς των νομών Λασιθίου και Ηρακλείου θα εξυπηρετούνται από τις ψυχιατρικές κλινικές του Βενιζελείου Νοσοκομείου και του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

στο Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου. Σε περίπτωση εισαγωγής στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, ο νευρολόγος- ψυχίατρος, που παρακολουθεί ψυχιατρικά τους ενοίκους, δίνει γραπτή εντολή μεταφοράς προς το ψυχιατρείο και αυτή πραγματοποιείται μέσω ΕΚΑΒ. Δυστυχώς δεν υπάρχει ψυχιατρικό τμήμα στο Γενικό Νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να γίνεται αναγκαία η επιστροφή του ενοίκου πίσω στο Θ.Ψ.Π.Χ. σε κάθε περίπτωση υποτροπής.

Όσον αφορά την ύπαρξη άλλων δομών ψυχικής υγείας σε επίπεδο νομού, προς το παρόν δεν υπάρχει καμία Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας, επομένως δεν υπάρχει συνεργασία με άλλες δομές σε επίπεδο νομού. Μελλοντικά όμως υπάρχει προοπτική συνεργασίας, αφού ετοιμάζεται ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας στον Άγιο Νικόλαο και ένα Νοσοκομείο Ημέρας στη Σητεία.

Αναφορικά με την επανένταξη των ενοίκων, κανένας ένοικος δεν συμμετέχει σε εργοθεραπεία ή σε κατάρτιση, διότι δε λειτουργούν ανάλογα προγράμματα. Κανένας ένοικος δεν γνωρίζει και δεν ασχολείται σε κοινωνικούς συνεταιρισμούς, γιατί δεν έχει ιδρυθεί κανένας συνεταιρισμός. Κανένας ένοικος δεν απασχολείται στην κανονική αγορά εργασίας και κανένας δεν διαθέτει δεξιότητες επιχειρηματικότητας διαχείρισης. Δεν γίνεται χρήση ουδενός πλήρως εμπορικού περιβάλλοντος ως εργαλείου για την κοινωνική επανένταξη.

Οι γενικές προοπτικές για τους ενοίκους της δομής δεν είναι καλές ως προς την έμπρακτη επανένταξή τους, εξαιτίας της απουσίας στο νομό όπως τα προστατευμένα διαμερίσματα, προκειμένου να μεταφερθούν εκείνοι οι ένοικοι οι οποίοι θα ανέπτυσαν τις κατάλληλες δεξιότητες μετά από εκπαίδευση. Για τον λόγο αυτό οι ένοικοι φαίνεται να είναι «καταδικασμένοι» να παραμείνουν στον ξενώνα, ο οποίος φυσικά χάνει την ιδιότητα του μεταβατικού χώρου, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει καμία προοπτική για ένταξη στην απασχόληση με τις υπάρχουσες συνθήκες λειτουργίας της δομής.

6.2 Ο ξενώνας Καλλίστη

Ο ξενώνας «Καλλίστη» στεγάζεται σε μια καινούρια τετραώροφη οικοδομή 580 τ.μ περίπου (Παράρτημα Δ). Αποτελείται από τέσσερα οροφδιαμερίσματα από τα οποία στα τρία διαμένουν οι φιλοξενούμενοι και στο τέταρτο βρίσκονται τα γραφεία και οι χώροι όπου γίνονται οι ομάδες και οι εκδηλώσεις. Ειδικότερα υπάρχουν έξι υπνοδωμάτια δυο κλινών, μπαλκόνια, δυο κουζίνες, τέσσερα λουτρά, τέσσερα wc, τέσσερις χώροι γραφείων, τρεις σαλοτραπεζαρίες, μια αίθουσα αναμονής και εκδηλώσεων, επίσης υπάρχει υπόγειο όπου βρίσκεται το λεβητοστάσιο, χώρος δεξαμενής πετρελαίου, χώρος μηχανοστασίου και τέσσερις αποθηκευτικοί χώροι. Υπάρχει κεντρική θέρμανση, τζάκι σε κάθε όροφο και ανελκυστήρα. Επίσης διαθέτει υπαίθριο χώρο πλακόστρωτο με πέτρα 380 τμ περίπου, καθώς και χώρο στάθμευσης.

Ο εξοπλισμός του κτιρίου κατά την παραλαβή του περιελάμβανε κρεβάτια μονά με τα στρώματα, κομοδίνα, καναπέδες, καρέκλες τραπεζαρίας, γραφεία, καρέκλες γραφείου, πολυθρόνες, τραπέζια, υγεία, ηλεκτρικές κουζίνες και πλυντήρια ρούχων. Αργότερα προστέθηκε το εξής υλικό: τηλεοράσεις, video, Η/Υ, φωτοτυπικό μηχάνημα, βιντεοκάμερα, συσκευή fax, καταψύκτη μολυσματικού υλικού, τοστιέρα, καφετιέρα, φραπιέρα, ραδιοκασετόφωνα, κλιματιστικά, φωτογραφική μηχανή, βιβλιοθήκες, πίνακες ζωγραφικής, κουρτίνες, παπλώματα, πιρούνια - κουτάλια - μαχαίρια κ.α.

Το προσωπικό του ξενώνα απαρτίζεται από τις εξής ειδικότητες: έναν ειδικό ψυχίατρο (ΠΕ), έναν ψυχολόγο (ΠΕ), δυο νοσηλευτές (ΤΕ), μια κοινωνική

λειτουργός (ΤΕ), μια εργοθεραπεύτρια (ΤΕ), επτά βοηθούς νοσηλευτών (ΥΕ), έναν επιμελητή (ΥΕ) και μια γραμματέα (ΥΕ). Συνολικά δηλαδή απασχολεί 16 άτομα. Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό απασχολείται σύμφωνα με το εβδομαδιαίο πρόγραμμα και καλύπτει οκτάωρη εργασία όλες τις ημέρες και όλες τις βάρδιες, ενώ ο ψυχίατρος έχει την εποπτεία της δομής και δεν βρίσκεται στον ξενώνα σε καθημερινή βάση.

Πίνακα 31: Χαρακτηριστικά των ενοίκων του ξενώνα Καλλίστη.

ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	12	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ	ΣΕΡΡΕΣ	1
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	-		ΑΤΤΙΚΗ	3
ΗΛΙΚΙΑ	30 – 40	2		ΛΕΣΒΟΣ	1
	40 – 50	2		ΝΑΞΟΣ	1
	50 – 60	3		ΑΝΔΡΟΣ	1
	60 – 70	3		ΒΟΙΩΤΙΑ	1
	70 και άνω	2		ΑΡΚΑΔΙΑ	1
ΓΡΑΜ. ΓΝΩΣΕΙΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	4		ΑΙΤ / ΝΙΑ	1
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1		ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1
	ΤΕΣΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	1		ΚΑΡΔΙΤΣΑ	1
ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤ.	ΑΓΑΜΟΙ	10	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	7
	ΕΓΓΑΜΟΙ	1		ΨΥΧ. ΣΥΝΔΡ.	4
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	1		ΜΑΝ/ΘΛΙΨΗ	1

Όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εφαρμόζουν οργανωμένο πρόγραμμα αποκατάστασης που περιλαμβάνει δραστηριότητες για την ανάπτυξη και τη βελτίωση ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Στόχος της θεραπευτικής ομάδας είναι η επανένταξη στην κοινότητα και η λειτουργική αυτονόμηση των ατόμων που συμμετέχουν. Οι συγκεκριμένες ενέργειες για την υλοποίηση του προγράμματος είναι τα εξής:

- Για κάθε φιλοξενούμενο άτομο ορίζεται πρόσωπο αναφοράς που είναι υπεύθυνο για την υλοποίηση του ατομικού και του ομαδικού προγράμματος σε συνεργασία με την θεραπευτική ομάδα και το ίδιο το άτομο.
- Στα πλαίσια αγωγής της κοινότητας γίνονται συχνές επαφές με τον Δήμο ή την Κοινότητα και τις υπηρεσίες τους (πνευματικό κέντρο, Δημοτική επιχείρηση, ΚΑΠΗ, δημοτική βιβλιοθήκη, κ.α.) που συχνά καταλήγουν σε συνεργασία με τους κοινωνικούς φορείς.
- Οργανώνονται πολιτιστικές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις με συμμετοχή της κοινότητας με απώτερους σκοπούς, τόσο την ευκολότερη αφομοίωση όσο και την αποδοχή του ασθενούς από την κοινότητα.

Σχετικά με το τελευταίο υπήρχαν αντιδράσεις από την κοινότητα στην προκείμενη εγκατάσταση του ξενώνα στην περιοχή. Οι αντιστάσεις αυτές εκδηλωνόταν με διαμαρτυρίες στο Δήμο και γενικά σε όλους τους αρμόδιους φορείς. Όπως όμως διαπιστώσαμε από τις συζητήσεις μας με το προσωπικό και με την κοινότητα, με το πέρασμα του χρόνου και τις ενημερώσεις που πραγματοποιήθηκαν, άρχισε σιγά-σιγά να αλλάζει αυτή η στάση. Σε συνδυασμό μάλιστα με την ομαλή ένταξη των ενοίκων και την αποφυγή δημιουργίας προβλημάτων, η κοινότητα φαίνεται ότι έχει πλέον αποδεχθεί τους ενοίκους του ξενώνα κι επιπλέον παίζει ενεργό ρόλο στην επανένταξή τους.

Ο τρόπος παρακολούθησης της πορείας του προγράμματος και η αξιολόγησή του περιλαμβάνει:

- Την παρατήρηση των ασθενών από τα πρόσωπα αναφοράς, προκειμένου να διαπιστωθεί η εξέλιξη της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα και η ανάπτυξη ατομικής υπευθυνότητας.
- Την χρήση ερωτηματολογίου κοινωνικής λειτουργικότητας που σχεδιάστηκε για να δώσει τη δυνατότητα λεπτομερούς εκτίμησης της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου, με σκοπό την έρευνα και την αποκατάσταση. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό με βάση την παρατηρούμενη απόδοση του ατόμου τον προηγούμενο μήνα.

Από τις επισκέψεις μας στον ξενώνα και τις συζητήσεις που είχαμε με το προσωπικό και τους ενοίκους, καταγράψαμε ορισμένες από τις δραστηριότητες που εφαρμόζονται στο πρόγραμμα επανένταξης τους. Στις καθημερινές εκπαιδευτικές δραστηριότητες περιλαμβάνονται η αυτοεξυπηρέτηση στην ατομική υγιεινή που είναι έργο του Νοσηλευτή (εμφάνιση, λούσιμο, περιποίηση προσώπου και χεριών, ξύρισμα, χρήση τουαλέτας, βούρτσισμα δοντιών, αλλαγή και καταλληλότητα ρούχων), οι οικιακές δεξιότητες που είναι επίσης έργο του Νοσηλευτή (καθαριότητα των χώρων, πλύσιμο πιάτων, προετοιμασία πρωινού, τρόποι στο τραπέζι, στρώσιμο τραπεζιού, χρήση τηλεφώνου), η διαχείριση των χρημάτων που είναι έργο του Νοσηλευτή και του Εργοθεραπευτή (προσπάθεια αυτοδιαχείρισης των προσωπικών του οικονομικών σύμφωνα με το επίπεδο του καθενός), η κυκλοφοριακή αγωγή που είναι επίσης έργο του Νοσηλευτή και του Εργοθεραπευτή (γνώση τοποθεσίας, πλήρης διεύθυνση κατοικίας, χρήση μαζικών μέσων μεταφοράς, περίπατο σε κοντινές αποστάσεις, αγορά προσωπικών ειδών, επαφή με την κοινότητα χωρίς βοήθεια).

Οι ομαδικές δραστηριότητες περιλαμβάνουν τακτικές εβδομαδιαίες συναντήσεις (σε συγκεκριμένο τόπο, χώρο και ώρα) με το προσωπικό και τους ασθενείς, όπου δίνεται η ευκαιρία έκφρασης επιθυμιών, αναγκών και παραπόνων για την ομαλότερη συμβίωση, δραστηριότητες δημιουργίας, ψυχαγωγίας και εκπαίδευσης (ομάδες καθαριότητας, κηπουρικής, κοινωνικών δεξιοτήτων και δραστηριοτήτων, κουζίνας, πλυντηρίου, σιδερώματος, τακτοποίησης, διακόσμησης, τραπεζαρίας) και ψυχαγωγικές δραστηριότητες (καφέ, ταβέρνα, κινηματογράφο, φούρνο, περίπτερο, super-market, ρουχισμός, λαϊκή αγορά, κομμωτήριο, εκδρομές, εορτασμοί).

Εκτός από τις καθημερινές ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες, γίνονται προσπάθειες για την ενίσχυση της υπευθυνότητας των ενοίκων. Αυτό επιτυγχάνεται με το να είναι υπεύθυνοι για το πρωινό ξύπνημα, τα γεύματά και τα προσωπικά τους αντικείμενα. Ακόμα αφορά τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τη συνεργασία με την υπηρεσία ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων του Ψ.Ν.Α (εμβολιασμό, έλεγχο αντισωμάτων). Η επιστροφή το βράδυ και γενικότερα η τήρηση ωραρίου περιλαμβάνεται στην ανάπτυξη της υπευθυνότητας. Τέλος περιλαμβάνεται η χρήση των δημοσίων χώρων φαγητού και ποτού και των δημοσίων υπηρεσιών (Ταχυδρομείο, Πρόνοια, ΟΑΕΔ, τράπεζα).

Δεν θα μπορούσαμε να κάνουμε λόγο για επανένταξη αν δεν πραγματοποιούνταν δραστηριότητες σχετικά και με την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Στις προσπάθειες αυτές περιλαμβάνετε η προεπαγγελματική κατάρτιση, η προστατευόμενη εργασία και η εργοθεραπεία.

Πέρα από τις ομαδικές δραστηριότητες, γίνονται εξατομικευμένες δραστηριότητες, δηλαδή ατομικές συναντήσεις φιλοξενούμενου— προσωπικού και συνάντησεις φιλοξενούμενου με την οικογένεια. Εκτός όμως από τον φιλοξενούμενο, επαφή με την οικογένεια διατηρεί και η θεραπευτική ομάδα, η οποία συνεργάζεται με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ενοίκου, δημιουργεί μια άνετη και

σταθερή διαπροσωπική σχέση της οικογένειας με τον οικείο ασθενή, εκπαιδεύει την οικογένεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών και τρόπου ελέγχου της συμπεριφοράς τους (στήριξη και συνεργασία της οικογένειας σε κάθε επικοινωνία, παρότρυνση της οικογένειας για επισκεπτήριο σε τακτά χρονικά διαστήματα, εκπαίδευση της οικογένειας σε θεραπευτικούς χειρισμούς έναντι στον ασθενή, παρότρυνση για τηλεφωνική επικοινωνία του φιλοξενούμενου με τους συγγενείς του).

6.3 Δυσλειτουργίες και προοπτικές των ξενόνων

Από τις επισκέψεις μας στους ξενώνες Αγάπη και Καλλίστη, διαπιστώσαμε κάποιες δυσλειτουργίες, αλλά και κάποιες προοπτικές θετικές για την εξέλιξή τους. Το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και οι δυο δομές είναι αυτό του γραφειοκρατικού μηχανισμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη καθυστέρηση του θεραπευτικού κινήτρου και σημαντικούς οικονομικούς περιορισμούς, ως προς το κόστος ορισμένων δαπανών, όπως εκπαιδευτικά ταξίδια, εκδρομές φιλοξενούμενων κ.α., που οδηγούν στη ματαίωσή τους (π.χ. στον ξενώνα Καλλίστη δεν δικαιολογήθηκαν τα έσοδα των συνοδών για την εκδρομή που πραγματοποιήθηκε στην Πάρο, με αποτέλεσμα οι υπάλληλοι να επιβαρυνθούν από την τσέπη τους). Οι διαδικασίες διεκπεραίωσης εγγράφων, τις περισσότερες φορές διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα. Επίσης, η μη διεκπεραίωση σχετικών αναφορών για απαραίτητα είδη, όπως σύνδεση Internet, εγκατάσταση τηλεφωνικού κέντρου, προμήθεια ειδών για τις μέρες των Χριστουγέννων, υλικών για την εργοθεραπεία κ.α. επιβραδύνουν και εμποδίζουν την άρτια λειτουργία των ξενόνων. Τέλος, πολλές από τις δραστηριότητες που έχουν προγραμματιστεί, όπως εκδρομές καλοκαιριού, θαλάσσια μπάνια κ.α., δεν μπορούν να υλοποιηθούν στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα, λόγω καθυστέρησης της έγκρισης του θεραπευτικού προγράμματος.

Μια από τις σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετώπισαν και οι δυο ξενώνες κατά την έναρξη της λειτουργίας τους, λόγω της κακής και λανθασμένης πληροφόρησης, ήταν η άγνοια και η προκατάληψη από τη μεριά της κοινότητας. Αρχικά υπήρξε αρχικά έντονη αντίδραση, όμως με την πάροδο του χρόνου και με την κοινωνική ανάμειξη τα προβλήματα ξεπεράστηκαν. Το νοσηλευτικό προσωπικό καλύπτοντας με την υπηρεσία του όλες τις ώρες της ημέρας και όλες τις ημέρες τον Ξενώνα, επικοινωνεί με τους κατοίκους της περιοχής και συμβάλλει στην ειλικρινή και ανοιχτή ενημέρωση.

Άλλο μείζονος σημασίας πρόβλημα, είναι η σίτιση των φιλοξενούμενων, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι το catering αρκετές φορές δεν είναι καλό και επιπλέον το πρόγραμμα που δίνεται από το νοσοκομείο (πολλές φορές κοτόπουλο, ελάχιστες φορές ψάρι ποιότητας, ελάχιστο μοσχαρίσιο κρέας, τα περισσότερα διαστήματα μονότονο, χωρίς ποικιλία), δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των ενοίκων. Η ηλικία των φιλοξενούμενων, οι ειδικές δίαιτες που ακολουθούν, η απουσία ενασχόλησης μέχρι τώρα με την Παρασκευή φαγητού, η έλλειψη τραπεζοκόμου ή μάγειρα, η σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και κυρίως η έλλειψη εργοθεραπευτή που απαιτείται, δεν δίνουν τη δυνατότητα παρασκευής φαγητού στον ξενώνα. Στόχος της θεραπευτικής ομάδας όταν βελτιωθούν οι συνθήκες (κυρίως η κάλυψη των κενών θέσεων), είναι να εκπαιδεύσει ένα μικρό αριθμό φιλοξενούμενων.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι εμφανής και στις δυο δομές. Στον ξενώνα Καλλίστη, ο αριθμός των νοσηλευτών δεν είναι επαρκής, διότι ο ξενώνας στεγάζεται σε τετραώροφη οικοδομή, με προαύλιο χώρο, οι φιλοξενούμενοι έχουν

ανάγκη υψηλής φροντίδας, υπάρχει αρκετή απόσταση από τα εμπορικά μαγαζιά και τις υπηρεσίες και οι υπάλληλοι που παραιτήθηκαν ή απουσίαζαν από την εργασία τους για μακρύ χρονικό διάστημα (λόγω εγκυμοσύνης για παράδειγμα), δεν αντικαταστάθηκαν έγκαιρα. Από την άλλη, ο ξενώνας Αγάπη μπορεί να βρίσκεται σε κεντρικό σημείο της πόλης του Αγίου Νικολάου χωρίς να διαθέτει επιπλέον χώρους (π.χ. προαύλιο), όμως αυτό δεν σημαίνει ότι δεν είναι επιτακτική η ανάγκη για παραπάνω νοσηλευτικό προσωπικό. Θα πρέπει επίσης να δοθεί η δυνατότητα από την υπηρεσία στα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και στις δυο δομές, να καλύψουν βάρδιες το απόγευμα, τη νύχτα, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες, ώστε να βοηθήσουν το έργο τους εκεί όπου είναι αναγκαίο λόγω της έλλειψης, διότι επηρεάζεται αρνητικά η πρόοδος του προγράμματος, το έργο των νοσηλευτών επιβαρύνεται σημαντικά (καλύπτει ένας νοσηλευτής αρκετές φορές μόνος του βάρδια, συμπτώματα burn out,), γίνονται επιπλέον βάρδιες και μεταφέρονται οι κανονικές άδειες για την επόμενη χρονιά,.

Στην αρχή της λειτουργίας του ξενώνα Καλλίστη δεν υπήρχε εργοθεραπευτής, με αποτέλεσμα να έχει επιβαρυνθεί επιπλέον το έργο των νοσηλευτών, έως ότου καλύφθηκε η θέση. Στον ξενώνα Αγάπη η θέση του εργοθεραπευτή παραμένει κενή.

Η έλλειψη προσωπικού, όπως προαναφέραμε, κωλύει τη διαδικασία της επιμόρφωσης και της συνεχιζόμενης κατάρτισης του. Υπάρχει δυσκολία στην παρακολούθηση διαφόρων συνεδρίων και σεμιναρίων, αφενός λόγω του αριθμού τους (κυρίως των νοσηλευτών, που είναι απαραίτητοι για να καλύψουν τις βάρδιες), και αφετέρου δεν υπάρχει δυνατότητα χρηματοδότησης, παρακολούθησης όλων των συνεδρίων, επισκέψεων σε αντίστοιχες δομές εκτός Αττικής και Λασιθίου αντίστοιχα.

Η έλλειψη εργαστηρίων προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης στην περιοχή, δε δίνει τη δυνατότητα στους φιλοξενούμενους, τουλάχιστον σε αυτούς που τους το επιτρέπει η ηλικία και η κατάσταση τους, να αποκτήσουν κάποια επαγγελματική δεξιότητα, ώστε να αποκατασταθούν επαγγελματικά κατά την επανένταξή τους στην κοινότητα.

Σημαντικό πρόβλημα και για τους δυο ξενώνες αποτελεί η συντήρηση και η επισκευή τόσο του κτιρίου, όσο και του τεχνικού εξοπλισμού, αφού η Τεχνική Υπηρεσία των νοσοκομείων δεν είναι σε θέση να κάνει κάποιες μικροεπισκευές όποτε χρειαστεί και δεν αναλαμβάνουν ούτε οι ιδιώτες της περιοχής, γιατί δε δέχονται πίστωση, κυρίως για μικροποσά. Εκτός από την ανεπαρκή τεχνική υποστήριξη, έρχεται να προστεθεί και η έλλειψη από απαραίτητα είδη. Για παράδειγμα στον ξενώνα Καλλίστη για το χρονικό διάστημα περίπου τριών μηνών είχε σταματήσει η τροφοδοσία από το νοσοκομείο ειδών χαρτικών, όπως χαρτοπετσέτες, ρολά υγείας κ.α., με αποτέλεσμα να τα αγοράζουν προσωπικό και φιλοξενούμενοι με δικά τους χρήματα. Επίσης έχει παρατηρηθεί μη επαρκή ποσότητα και σε άλλα είδη, όπως ξυραφάκια.

Άλλη μια δυσκολία που αντιμετωπίζουν και οι δυο ξενώνες είναι η μετακίνηση των φιλοξενούμενων. Είναι αναγκαίο να δοθούν χρήματα για τη μετακίνηση τους, διότι κάποιιοι δεν έχουν κανένα εισόδημα, δεν έχουν πάρει ούτε το θεραπευτικό κίνητρο ακόμη, με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσκολίες, τόσο για τη μετακίνησή τους για εξετάσεις σε τακτικά ιατρεία, όσο για τη μετακίνησή τους στην κοινότητα για συναλλαγές. Αυτό παρατηρείται περισσότερο στον ξενώνα Καλλίστη, καθώς οι αποστάσεις που πρέπει να διανύσουν οι ένοικοι είναι μεγαλύτερες.

Τέλος, η έλλειψη «μικρού ταμείου» έχει ως αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία του ξενώνα. Θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στον ξενώνα, να μπορεί να διαχειρίζεται κάποιο ποσό μηνιαίως, προκειμένου να γίνονται κάποιες επισκευές η μικροδαπάνες. Αυτό το ποσό θα πρέπει να το διαχειρίζεται κάποιο μέλος της θεραπευτικής ομάδας,

στα πλαίσια εκπαίδευσης των κοινωνικών του δεξιοτήτων, αποδίδοντας βέβαια όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Εκτός από τις δυσλειτουργίες που παρατηρήσαμε και στις δυο δομές, δεν θα μπορούσαμε να παραβλέψουμε κάποιες προοπτικές θετικές για την εξέλιξη τους. Από τα σημαντικότερα βήματα που έχουν γίνει, είναι η ανταπόκριση της κοινότητας, τόσο στην κλειστή κοινωνία του Αγίου Νικολάου, όσο και στην ευρύτερη του Χαλανδρίου. Σε πρώτο στάδιο και οι δυο κοινότητες ήταν αρκετά αρνητικές με τη λειτουργία των ξενώνων και το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε αντιμέτωπο με την άγνοια και την προκατάληψη των κατοίκων της περιοχών. Με την πάροδο του χρόνου όμως και με συνεχή επικοινωνία με ιδιωτικούς φορείς και ιδιώτες, η πρώτη εικόνα έχει αλλάξει σημαντικά. Υπάρχει συνεχής συναλλαγή των φιλοξενούμενων με τη κοινότητα και στις δυο δομές και επιπλέον στον ξενώνα Καλλίστη δημιουργήθηκε ομάδα εθελοντών για την υποστήριξη τους.

Όσον αφορά το επίπεδο λειτουργικότητας, κατά την αξιολόγηση των φιλοξενούμενων παρουσίασε σημαντική βελτίωση. Εκτιμήθηκε η αυτοφροντίδα στην ατομική υγιεινή, στις οικιακές κοινοτικές, κοινωνικές δεξιότητες και στην υπευθυνότητα.

Στα παραπάνω συνάδει και ο ζήλος του προσωπικού, παρόλο που και στους δύο ξενώνες είναι μη επαρκής ο αριθμός του, που με αμεσότητα και ζεστασιά προς τους φιλοξενούμενους συντελούν ενεργά στην ομαλή αποκατάστασή τους.

Στα πλαίσια συνεργασίας με άλλους κοινωνικούς φορείς, δόθηκε προτεραιότητα στην ασφαλιστική, συνταξιοδοτική, επιδοματική κάλυψη, καθώς και στην έκδοση ταυτοτήτων, βιβλιαρίων, καρτών απεριορίστων διαδρομών και καρτών ανεργίας.

Τέλος δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στον κτιριακό και υλικοτεχνικό εξοπλισμό ώστε να διαμορφωθεί ένα αξιοπρεπές περιβάλλον, παρέχοντας στους φιλοξενούμενους τις ανέσεις εκείνες που βρίσκει κανείς σε κάθε σπίτι στοχεύοντας στη λειτουργική τους αυτονομία. Αυτό έχει επιτευχθεί κυρίως στο Ξενώνα Καλλίστη στο Χαλάνδρι, καθώς πληρεί τις παραπάνω προδιαγραφές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παραθέσαμε αναλυτικά την περιγραφή των ξενώνων Αγάπη και Καλλίστη. Αναφέραμε τα χαρακτηριστικά των δομών, των ενοίκων και του προσωπικού. Εκτενέστερα, παραβάλλαμε την εξωτερική και εσωτερική αρχιτεκτονική του χώρου, τα ιδιαίτερα γνωρίσματα των ενοίκων, το πρόγραμμα επανένταξης που εφαρμόζεται και το ρόλο του προσωπικού. Τέλος, εντοπίσαμε και καταγράψαμε ορισμένες δυσλειτουργίες, αλλά και προοπτικές των δυο ξενώνων.

Στο παρόν κεφάλαιο, στόχος μας είναι να κάνουμε μία από κοινού σύγκριση και εξέταση των δύο ξενώνων, με αναδρομή στη θεωρία, προκειμένου να βγουν συμπεράσματα θεμελιωμένα τόσο στην εμπειρία, όσο και στη θεωρία. Δηλαδή παραθέτουμε τα εμπειρικά δεδομένα, τεκμηριώνοντας τα θεωρητικά και ερμηνεύοντας τα παράλληλα. Οι παρατηρήσεις μας αφορούν την πρώτη εντύπωση από τις επισκέψεις μας στους δύο ξενώνες, το προσωπικό και την διοίκηση των ξενώνων, την λειτουργικότητα των ενοίκων και τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται και τέλος την ενσωμάτωση των δομών στην κοινότητα και σε προέκταση των φιλοξενούμενων, αλλά και τον κοινωνικό αποκλεισμό που πολλές φορές βιώνουν.

7.1 Αρχική εντύπωση

7.1.1 Τοποθεσία ξενώνων

Ο ξενώνας Καλλίστη βρίσκεται μέσα στη ζώσα κοινότητα. Κατά την πρώτη επίσκεψή μας, ιδιαίτερη εντύπωση μας έκανε το γεγονός ότι στεγάζεται σε νεόκτιστη τετραώροφη πολυκατοικία, ελάχιστα απομακρυσμένη από τον κεντρικό δρόμο. Λόγω της άγνοιάς μας σχετικά με το πώς θα είναι μια τέτοια δομή (δηλαδή κτιριακά), είχαμε ενδοιασμούς για τον αν βρισκόμασταν μπροστά από τη σωστή διεύθυνση. Όταν την επιβεβαιώσαμε από τους γείτονες, είχαμε ήδη σχηματίσει μια πρώτη θετική εικόνα. Δεν διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα οικοδομήματα της περιοχής, πράγμα που επιβεβαιώνεται και από τα παραπάνω

Ο ξενώνας Αγάπη στεγάζεται στο κέντρο του Άγιου Νικολάου, σε κτίριο που αποτελούσε στο παρελθόν ξενοδοχείο. Μοιράζεται προσωρινά τον ίδιο χώρο με το ΕΚΑΒ και βρίσκεται απέναντι από το γενικό νοσοκομείο της πόλης. Δυστυχώς, λόγω της ηλικίας και της εμφάνισης του κτιρίου, δεν είχαμε τα ίδια συναισθήματα σε σχέση με τον ξενώνα στο Χαλάνδρι.

Σύμφωνα με τις βασικές αρχές του νέου στεγαστικού μοντέλου οι ξενώνες θα πρέπει να βρίσκονται σε γειτονιές με πρόσβαση σε κοινοτικές διευκολύνσεις αυξάνοντας τις δυνατότητες για υποστήριξη και κοινωνική επανένταξη. Αραιοκατοικημένες και απομονωμένες περιοχές έχουν μικρές ή και ελάχιστες δυνατότητες για κοινωνική επανένταξη, σε αντίθεση με γειτονιές που διαθέτουν δημόσιες και κοινοτικές διευκολύνσεις, όπως συχνές αστικές γραμμές μεταφοράς, οικονομικά εστιατόρια, εμπορικά καταστήματα, πάρκα (Παπαδάτος, 1985:56, Ζήση, 2002:150).

Εύκολα συμπεραίνει κανείς από τα παραπάνω, ότι και οι δυο ξενώνες πληρούν τις προϋποθέσεις που απαιτεί το νέο αποκαταστασιακό πρόγραμμα, αφού βρίσκονται

μέσα στη ζώσα κοινότητα, πράγμα απαραίτητο για την ομαλή επανένταξή των φιλοξενουμένων.

7.1.2 «Φυσική» αρχιτεκτονική και φιλική εσωτερική διακόσμηση

Εκπληξη μας προκάλεσε στον ξενώνα Καλλίστη, ότι η πόρτα της εισόδου ήταν ανοιχτή και δεν υπήρχε ταμπέλα γνωστοποίησης της δομής. Η περίβολος του κτιρίου, αλλά και το ίδιο το κτίριο συνάμα ήταν περιποιημένο και οι ένοικοι, όπως διαπιστώσαμε αργότερα, στα πλαίσια του αποκαταστασιακού τους προγράμματος είχαν φυτέψει στα παρτέρια της πυλωτής δενδρύλλια και λουλούδια. Καθώς ανεβαίναμε προς τους κυρίους χώρους αντικρίσαμε ένα ζεστό περιβάλλον, όμοιο με εκείνο ενός «φυσικού» σπιτιού, όπου κυριαρχούσαν χρώματα γήινα, κυρίως σε αποχρώσεις του καφέ και άπλετο φως. Οι εσωτερικοί χώροι ήταν επαρκείς και άρτια διαμορφωμένοι

Από την άλλη στον ξενώνα Αγάπη η πόρτα ήταν κλειδωμένη και υπήρχε ταμπέλα στην είσοδο. Το περιβάλλον δεν ήταν τόσο άνετο, δεν υπήρχε αρκετό φως και το μοναδικό παράθυρο που υπήρχε στο ισόγειο είχε κάγκελα. Τα χρώματα ήταν μουντά σε αποχρώσεις κυρίως του γκρι, γεγονός που σου δημιουργούσε την αίσθηση μη οικείου περιβάλλοντος και σε προέκταση δυσλειτουργικό για στέγαση.

Τόσο τα εξωτερικά αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά, όσο και η εσωτερική διακόσμηση δεν θα πρέπει να θυμίζουν υπηρεσίες, αλλά όσο το δυνατόν περισσότερο «φυσικά» σπίτια. Για παράδειγμα, η ύπαρξη γραφείων για το προσωπικό ή κοινόχρηστων μεγάλων χώρων για ομαδικές συναντήσεις αποτελούν τυπικά χαρακτηριστικά υπηρεσιακών δομών που αποφεύγονται στα πλαίσια της νέας προσέγγισης¹² (Ζήση, 2002:150– 151).

Επιπλέον, η νέα προσέγγιση τοποθετεί ιδιαίτερη έμφαση στην εξασφάλιση ενός στεγαστικού περιβάλλοντος, που θα είναι ελάχιστα ή και καθόλου στρεσογόνο, μόνιμο και σταθερό χωρίς χρονικούς περιορισμούς με δυνατότητες αξιοποίησης χώρων του φυσικού περιβάλλοντος της κοινότητας. Η έκθεση σε στρεσογόνα ερεθίσματα και σε συχνές αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την θεραπευτική έκβαση. Από την άλλη, η στεγαστική σταθερότητα η οποία συνδέεται με ένα αίσθημα ασφάλειας και η δυνατότητα για προσωπικό χώρο μπορούν να μειώσουν σημαντικά τα επίπεδα του στρες. Τέλος, η εξασφάλιση μιας κατοικίας προσβάσιμης σε κοινοτικές διευκολύνσεις αποτελεί μια φυσική συνθήκη– πλαίσιο για ανάκτηση, άσκηση και επιτυχέστερη εμπέδωση απαραίτητο προς επιβίωση δεξιοτήτων (Ζήση, 2002:151).

Σ' αυτή την περίπτωση ο ξενώνας Καλλίστη βρίσκεται πιο κοντά σ' αυτό που απαιτεί το πρόγραμμα, ενώ στον Άγιο Νικόλαο εξαιτίας των περιορισμένων κτιρίων για στέγαση στη περιοχή αναγκαστικά βρίσκεται σε όχι και τόσο κατάλληλο κτίριο για μια τέτοια δομή.

7.1.3 Περιγραφή του χώρου – Υλικοτεχνική υποδομή

Στον ξενώνα Κάλιστη τα διαμερίσματα είναι αυτόνομα. Πιο συγκεκριμένα κάθε οροφδιαμέρισμα έχει τον δικό του εξοπλισμό (π.χ. τηλεόραση, σαλόνι, λουτρό, θέρμανση) και φιλοξενεί 3-4 ενοίκους. Υπάρχουν επίσης πολλοί χώροι ανάπαυσης-αναψυχής, όπου οι ένοικοι μπορούν να περάσουν τον ελεύθερο χρόνο τους. Η

9. Η νέα προσέγγιση αναγνωρίζει την ανάγκη για ένα μόνιμο σπίτι κι επομένως προωθεί τη σταθερή κατοικία που θα σέβεται τις επιλογές και τις προτιμήσεις του ψυχικά πάσχοντα, εξασφαλίζοντας του παράλληλα και ένα υποστηρικτικό πλαίσιο υπηρεσιών (Ζήση, 2002:152).

επιτήρηση των ασθενών δεν είναι και τόσο εύκολη, μιας και μπορούν να κινούνται ελεύθερα στο χώρο. Η εξώπορτα είναι σχεδόν πάντα ανοιχτή και πολλές φορές οι επισκέπτες δεν γίνονται αντιληπτοί κατά την είσοδό τους στο κτίριο.

Στον ξενώνα Αγάπη πάλι, η πόρτα είναι πάντα κλειδωμένη και υπάρχει έλεγχος στην είσοδο για το ποιος είσαι και τι ακριβώς θέλεις, το ραντεβού για επίσκεψη είναι απαραίτητο. Οι εσωτερικοί κοινόχρηστοι χώροι είναι περιορισμένοι, υπάρχει ένας χώρος ανάπαυσης-αναψυχής μόνο, κάτι που περιορίζει τη δυνατότητα των επιλογών τους. Η επιτήρηση τους είναι σχετικά εύκολη αφού τις περισσότερες φορές βρίσκονται «περιορισμένοι» σε αυτόν τον χώρο. Οι προσωπικοί τους χώροι είναι στην ουσία ανύπαρκτοι.

Οι ξενώνες σύμφωνα με τα καθιερωμένα πρέπει να διαθέτουν: μπάνιο με WC και νιπτήρα ανά πέντε άτομα διατάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα, ευρύχωρη κουζίνα 10 με 12 τμ τουλάχιστον ανά δέκα άτομα, ώστε να μπορούν οι ένοικοι να εκπαιδεύονται στη μαγειρική και υπνοδωμάτια των δυο ατόμων. Κατ' εξαίρεση μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και έγκριση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, μπορεί τα υπνοδωμάτια να είναι των τριών ατόμων, όπου το επιτρέπει ο χώρος. Όσον αφορά τους κοινόχρηστους χώρους: α) καθιστικό, το οποίο μπορεί να εξυπηρετεί τουλάχιστον τα 2/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως, β) τραπεζαρία για σίτιση τουλάχιστον του 1/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως, γ) αίθουσα πολλαπλών χρήσεων, όπου αυτό είναι δυνατόν και γραφείο των επαγγελματιών, το οποίο χρησιμοποιείται για τις ειδικές ανάγκες στις ημέρες εφημερίας για όσες στεγαστικές δομές ενταχθούν στο πρόγραμμα εφημερίας, όπως αυτό προσδιορίζεται από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο υπάγονται (Παρίτισης και συνεργάτες, 2003:18- 19).

Σχετικά με την υλικοτεχνική υποδομή ο ξενώνας πρέπει να έχει: θέρμανση σε όλα τα δωμάτια και ψύξη τουλάχιστον στα υπνοδωμάτια, κρεβάτι με στρώμα και δυο μαξιλάρια για κάθε άτομο, ατομικά κομοδίνα και ερμάρια και ντουλάπες ανά δυο άτομα, σεντόνια, υποσέντονα και μαξιλαροθήκες σε επαρκή αριθμό και κλινοσκεπάσματα τουλάχιστον τέσσερα ανά άτομο (δυο χειμερινά και δυο καλοκαιρινά), οτιδήποτε άλλο απαιτεί η λειτουργία ενός μέσου νοικοκυριού, όπως ενδεικτικά: κουρτίνες, καναπέδες, καρέκλες, πολυθρόνες, μοκέτες, καθρέπτες, είδη διακόσμησης, όπως ενδεικτικά: αντίγραφα έργων τέχνης ή δικές τους δημιουργίες που μπορούν να αναρτηθούν μετά από σύμφωνη γνώμη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας και των ενοίκων, σταχτοδοχεία, βάζα, τουλάχιστον τα αναγκαία σε ποσότητες και είδη σκεύη κουζίνας και μαγειρικής, τραπεζομάντιλα κ.τ.λ., ηλεκτρικές συσκευές νοικοκυριού, όπως ενδεικτικά: πλυντήρια ρούχων και πιάτων, ψυγείο, κουζίνα, αποροφητήρας, όλα με προδιαγραφές μακρόχρονης αντοχής λόγω του αριθμού των ενοίκων που τα χρησιμοποιούν, ηλεκτρονικός- υποστηρικτικός- εκπαιδευτικός εξοπλισμός, όπως ενδεικτικά: τηλεόραση, στερεοφωνικό συγκρότημα, βίντεο, φαξ, τηλέφωνο, φωτογραφική μηχανή και είδη μπάνιου και ειδικά εξαρτήματα, όπου χρειάζονται, όπως ενδεικτικά: για άτομα με κινητικές αναπηρίες και για γηριατρικά περιστατικά (Παρίτισης και συνεργάτες, 2003:18-19).

Σύμφωνα με τα παραπάνω και κατά την προσωπική μας άποψη με βάση πάντα όσα είδαμε και καταγράψαμε από τις επισκέψεις μας στους δυο ξενώνες, ο ξενώνας Καλλίστη είναι εκείνος που πληρεί, αν όχι όλες, τις περισσότερες προϋποθέσεις. Συγκεντρώνει όλους εκείνους τους απαραίτητους χώρους και μέσα που προαναφέραμε, με αποτέλεσμα να θυμίζει ένα φυσικό περιβάλλον σπιτιού. Σε αντίθεση, ο ξενώνας Αγάπη παρουσιάζει έλλειψη χώρων αναψυχής, αφού υπάρχει ένας μοναδικός χώρος συγκέντρωσης στο ισόγειο του κτιρίου και μια τραπεζαρία.

7.2 Προσωπικό

Η έλλειψη προσωπικού και η διαφοροποίηση του σε μορφωτικό επίπεδο είναι εμφανής και στους δύο ξενώνες, πράγμα που δυσχαιρένει το έργο του, μιας και συγχέονται οι ρόλοι του και δεν αποδίδει σωστά στη δουλειά του. Στον ξενώνα Καλλίστη δεν υπάρχει εργοθεραπευτής σε μόνιμη βάση, ενώ στο ξενώνα στον Άγιο Νικόλαο το πρόβλημα είναι πιο έντονο, αφού οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγκάζονται να εκτελούν τις βάρδιες νοσηλευτών. Δεν υπάρχει εργοθεραπευτής, αλλά ούτε και ψυχίατρος και αυτό έχει αποτέλεσμα, σε αντικατάσταση της τελευταίας ειδικότητας να τους παρακολουθεί νευρολόγος μια φορά το μήνα.

Οι θέσεις του προσωπικού των ξενώνων συνιστώνται με προεδρικό διάταγμα σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.3 του άρθρου 9 του Ν.2716/99. Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης), ο αριθμός των εργαζομένων και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο κάθε μέλους του προσωπικού καθορίζεται από τον επιστημονικά υπεύθυνο σύμφωνα με τις ανάγκες που συσχετίζονται με τον βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:11).

Με ευθύνη του επιστημονικά υπεύθυνου διασφαλίζεται ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητά τους, συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους, καθώς και στο χρόνο απασχόλησης (μερική ή πλήρης) στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:11).

Ο επιστημονικά υπεύθυνος ορίζει από το σύνολο των εργαζομένων κάποιον, ανεξαρτήτως ειδικότητας, για ποιους συγκεκριμένους ασθενείς αναλαμβάνει τον ρόλο του «προσώπου - αναφοράς»¹³ γι' αυτούς. (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:12).

Όσον αφορά την σύνθεση του προσωπικού στους ξενώνες, ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ενοίκων και τον βαθμό υποστήριξης του ξενώνα. Οι ειδικότητες των εργαζομένων που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία του ξενώνα είναι ενδεικτικά οι εξής: Ψυχίατρος, Ψυχολόγος, Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, Εργοθεραπευτής, Ειδικός Παιδαγωγός, Διοικητικός, Οικονόμος, Βοηθητικό Προσωπικό. Άλλες ειδικότητες, όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτόν (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:12).

Η διαφοροποίηση του προσωπικού σε επίπεδο εκπαίδευσης (ΠΕ, ΤΕ, ΥΕ) είναι κάτι που παρατηρήσαμε και στις δυο δομές και ήδη προαναφέραμε. Σε όλες τις ψυχιατρικές δομές παρατηρείται η συνύπαρξη επαγγελματιών όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης. Στις κοινοτικές δομές αποκατάστασης, υπάρχουν άτομα Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (οικονόμος, καθαρίστρια), Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Νοσηλευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Εργοθεραπευτές,) και Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Νοσηλευτές) που έρχονται σε καθημερινή επαφή με τους φιλοξενούμενους. Η ανομοιογένεια του επιπέδου γνώσεων που συναντάται, επιφέρει ποικίλα προβλήματα τόσο στους επαγγελματίες μεταξύ τους, όσο και στις σχέσεις τους με τους πάσχοντες.

10. Το μέλος της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας (το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης) που αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει τη φροντίδα για τον ασθενή, όπως έχει σχεδιαστεί κατά την κατάρτιση του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:12).

Το κυριότερο πρόβλημα που παρατηρείται μεταξύ των εργαζομένων είναι η αδυναμία συμφωνίας μιας κοινής παρέμβασης, ώστε να επιτευχθεί μια ολοκληρωμένη κοινωνική αποκατάσταση. Οι διαφορετικές κατευθύνσεις κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, η ιδεολογία και η ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου επηρεάζει με τη σειρά της την αντιμετώπιση προς τους φιλοξενούμενους. Διακρίνεται μια αμεσότητα από τους νοσηλευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και από τους ψυχολόγους, μιας και βρίσκονται σε καθημερινή συνδιαλλαγή μαζί τους, ενώ οι ψυχίατροι κυρίως, εξαιτίας του διευθυντικού ρόλου που συνήθως κατέχουν, διατηρούν έναν αποστασιοποιημένο τρόπο προσέγγισης.

Η διαφορετική αυτή στάση στον τρόπο παρέμβασης ενδεχομένως να προβληματίζει και να δημιουργεί σύγχυση στον ίδιο τον ένοικο, καθώς δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τη διαφοροποίηση της αντιμετώπισης και το σκοπό της.

Εκτός από την διαφορετικότητα των ειδικοτήτων στους δυο ξενώνες, εντοπίσαμε την αναγκαιότητα του εργοθεραπευτή και του ψυχιάτρου στον ξενώνα Αγάπη. Οι ένοικοι του ξενώνα Καλλίστη, όπου υπάρχει εργοθεραπευτής, είναι περισσότερο λειτουργικοί από εκείνους του ξενώνα Αγάπη. Η εργοθεραπεία, όπως θα αναλύσουμε παρακάτω, είναι άκρως σημαντική για την ομαλή εξέλιξη των φιλοξενούμενων. Εξίσου σημαντική όμως είναι και η παρουσία του ψυχιάτρου, καθώς ο νευρολόγος που είναι υπεύθυνος για τον ξενώνα Αγάπη, δεν έχει άμεση και συχνή επαφή με τους ενοίκους και το προσωπικό, παρά μόνο αν συμβεί κάτι και για να συνταγογραφεί τα φάρμακα τους. Αλλά σε γενικό επίπεδο και οι δυο δομές αντιμετωπίζουν πρόβλημα έλλειψης προσωπικού και θα πρέπει να επανδρωθούν άμεσα.

7.2.1 Διεπιστημονική συνεργασία

Η σχέση του προσωπικού και στους δυο ξενώνες είναι πολύ καλή. Υπάρχει συνεργασία μεταξύ τους και μέσω της διεπιστημονικής ομάδας παίρνουν αποφάσεις για διάφορα ζητήματα που αφορούν τους ξενώνες.

Η δημιουργία των πρώτων ομάδων ψυχικής υγείας εμφανίζεται στις Η.Π.Α. γύρω στο 1920 με 1930 όπου η αρχική μορφή της ομάδας είχε σαν μέλη τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο, αργότερα προστέθηκαν στις ομάδες και άλλες ειδικότητες (Παπαδάτος –Στογιαννίδου, 1988:219).

Αρχικά η ομάδα η οποία αποτελείτε από τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο λειτούργησε σε ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, στη συνέχεια μεταφέρθηκε σε ιδρύματα, σε μονάδες εξωτερικής νοσηλείας, σε φοιτητικές εστίες, σε κέντρα ψυχικής υγιεινής. Ανάλογα με τη φύση της εργασίας και το σκοπό της κάθε υπηρεσίας προστέθηκαν και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, εργοθεραπευτές κ.λ.π.

Ο ορισμός που δόθηκε από το Ινστιτούτο του Brunel έχει ως εξής: ομάδα αποτελεί μια κατάσταση όπου οι επιστήμονες που εργάζονται σε αυτή, γνωρίζονται προσωπικά μεταξύ τους, είναι αποδεκτοί από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, έχουν την πρόθεση να δουλέψουν μαζί επ' άοριστο και εργάζονται πρόσωπο με πρόσωπο σε μικρούς ή μεγάλους αριθμούς.

Το να είναι κανείς μέλος της ομάδας προϋποθέτει το δικαίωμα των προϋπαρχόντων μελών να έχουν βαρύνουσα γνώμη στη διερεύνησή της, το δικαίωμα να συμπεριλαμβάνονται σε όλες τις γενικές συζητήσεις ομάδας και την υποχρέωση να ακολουθούν τους υπάρχοντες κανόνες και διαδικασίες (Παπαδάτος– Στογιαννίδου, 1988:220).

Η θεραπευτική ομάδα θα εργαστεί σε τρία επίπεδα: στο επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης, στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας και στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης (Μαδιανός, 2000:150).

Η σωστή λειτουργία της ομάδας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά σημαντικός είναι ο παράγων άνθρωπος και η προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία- μέλους της ομάδας, η εκπαίδευση και μάλιστα η εξειδίκευση του κάθε μέλους, η αντίληψη της ομαδικότητας, η τήρηση των επαγγελματικών ορίων. Προϋποθέτει την αμοιβαία αποδοχή των μελών των διαφόρων ειδικοτήτων και την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη του ασθενούς.

Είναι ακόμα απαραίτητη για την καλή και αποδοτική λειτουργία της ομάδας η ύπαρξη αλληλεγγύης, υποστήριξης μεταξύ των μελών καθώς και ο καθορισμός ενός κοινού και αποδεκτού σκοπού. Σημαντικό επίσης είναι ο διαχωρισμός των ρόλων του κάθε επαγγελματία και η ρεαλιστική αντίληψη των επαγγελματικών ορίων για την αποφυγή συγκρούσεων μέσα στην ομάδα. Ο κάθε ειδικός προσφέρει στην ομάδα με βάση τις δικές του γνώσεις, τις ιδέες και προτάσεις, έτσι π.χ. ο κοινωνικός λειτουργός θα πληροφορήσει την ομάδα για τις συνθήκες τις κοινωνικές στις οποίες το άτομο διαβίει, ο ψυχίατρος θα προβεί στην ψυχιατρική διάγνωση, ο ψυχολόγος θα ερμηνεύσει τις ψυχομετρικές διαδικασίες κ.λ.π.

Όλα τα μέλη της ομάδας θεραπεύουν, ερευνούν, διδάσκουν και διδάσκονται μέσα από την εμπειρία η οποία προκύπτει από την καθημερινή επαφή με τον ασθενή και τα προβλήματα που τον απασχολούν.

Οι στόχοι της ομάδας εξαρτώνται από το θεραπευτικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει και λειτουργεί η ομάδα. Ανεξάρτητα από αυτό όμως κατευθύνονται στα εξής επίπεδα:

- α. Στη διάγνωση της ψυχικής νόσου,
- β. Στην αναζήτηση των παραγόντων τόσο από το άμεσο όσο και από το ευρύτερο περιβάλλον που οδήγησαν στην εκδήλωση της νόσου,
- γ. Στη δημιουργία ενός σχεδίου δράσης για τη θεραπεία του ασθενούς (Παπαδάτος- Στογιαννίδου, 1988:221).

Κατά συνέπεια η λειτουργία της ομάδας δεν αφορά μόνο τη διάγνωση και τη θεραπευτική στρατηγική αντιμετώπιση αλλά και την περαιτέρω θεραπευτική στρατηγική. Βασικό πλεονέκτημα της ολιστικής και πολύπλευρης αυτής προσέγγισης του ασθενούς είναι ο υπολογισμός όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία και διατήρηση της ψυχικής νόσου, όπως π.χ. ενδοοικογενειακές σχέσεις, εργασιακές, κοινωνικές, κ.λ.π.

Η ομάδα ψυχικής υγείας αξιοποιώντας σωστά τις γνώσεις, τις ικανότητες και τις δεξιότητες των μελών της έχει δυνατότητες να κατανοήσει τις ανάγκες και τα προβλήματα του ατόμου σφαιρικά. Μπορεί έτσι να επιτύχει πληρέστερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του ατόμου μέσα από μία πιο αποτελεσματική σχέση και παρέμβαση (Αντωνίου και συνεργάτες, 2002:54-56).

Συμπεραίνει κανείς, ότι δεν είναι μόνο απαραίτητη η επάνδρωση των δομών με επιπλέον προσωπικό, αλλά και η επιτυχής συνεργασία σαν θεραπευτική ομάδα. Στη συνοχή της ομάδας πρωτεύων ρόλο έχει ο επιστημονικά υπεύθυνος (επισημαίνεται για άλλη μια φορά η έλλειψη του ψυχιάτρου από τον ξενώνα Αγάπη), αφού εκείνος έχει την εποπτεία της ομάδας και των νοσοκομείων. Το θετικό στην περίπτωση και των δυο ξενώνων, είναι ότι παρά τα ποικίλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σαν νέες δομές, το υπάρχον προσωπικό κάνει ότι είναι εφικτό για την ομαλή λειτουργία του εκάστοτε ξενώνα.

7.3 Διοίκηση- Οργανωτικά θέματα

Ο ξενώνας Κάλλιστη διοικείται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, διευθυντής είναι ο ψυχίατρος του ξενώνα, ο οποίος τον επισκέπτεται μια φορά την βδομάδα για την παρακολούθηση των τροφίμων και τον συντονισμό της ομάδας προσωπικού. Γενικά υπήρχε αυτονομία δράσης του προσωπικού και ευκαιρία ανάπτυξης πρωτοβουλιών. Στον ξενώνα Αγάπη τον διευθυντικό ρόλο έχει το Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου και ρόλο προϊστάμενης έχει η ψυχολόγος του ξενώνα. Η πρόσβασή μας στον ξενώνα ήταν βασισμένη σε πιο αυστηρούς γραφειοκρατικούς κανόνες μιας και έπρεπε να πάρουμε την άδεια από το διοικητή του νοσοκομείου

Σύμφωνα με τον Παρίτη και συνεργάτες (2003), η διοικητικό- οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι αυτοτελής και αυτόνομη. Η αυτοτελής διαχείριση αφορά τις ατομικές δαπάνες των χρηστών όπως την ένδυση, τη διατροφή, τις ατομικές αγορές και τα ατομικά έξοδα στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης. Η οικονομική και διοικητική διαχείριση θα πρέπει να καταγράφεται, εγκρίνεται, παρακολουθείται και ελέγχεται χωριστά στο πλαίσιο του δικού της προϋπολογισμού, που ενσωματώνεται στο προϋπολογισμό του φορέα στον οποίο ανήκει και απεικονίζεται ως παράρτημά του.

Η διαχείριση στους ξενώνες που ανήκουν σε φορείς που διέπονται από τις διατάξεις του Νόμου 2362/95 «περί δημόσιου λογιστικού ελέγχου των δαπανών του κράτους και άλλες διατάξεις» ή χρηματοδοτούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό, η διοικητικό- οικονομική τους διαχείριση σε ότι αφορά τις λειτουργικές δαπάνες διενεργείται στα πλαίσια ενός εγκεκριμένου κλειστού προϋπολογισμού. Ο διαχειριστής του ξενώνα μεριμνά για την εύρυθμη λειτουργία του, σε ότι αφορά υλικά, τις προμήθειες και την οικονομική οργάνωση των δραστηριοτήτων, επίσης την αντικατάσταση του φθαρέντος εξοπλισμού, τις πληρωμές των παγίων (ενοίκιο, ΟΤΕ, ΔΕΗ, νερό κ.τ.λ.), την καταβολή των επιδομάτων όπου αυτά χορηγούνται και αποδίδει λογαριασμό στον υπόλογο που έχει ορίσει ο φορέας στον οποίο ανήκει ο ξενώνας (Παρίτη και συνεργάτες, 2003:79).

Η οικονομική διαχείριση στον ξενώνα γίνεται με πάγια προκαταβολή που εκδίδει η οικονομική υπηρεσία του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας, το ύψος της οποίας καλύπτει πλήρως το 1/12 του προϋπολογισμού του ξενώνα. Όλες οι άλλες δαπάνες του ξενώνα που αφορούν τη μισθοδοσία του προσωπικού, τη συντήρηση του κτιρίου- εφόσον διενεργείται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας- και τις έκτακτες και απρόβλεπτες ανάγκες διενεργούνται από το φορέα που ανήκει ο ξενώνας. Με βάση τα ανωτέρω, οφείλει κάθε δομή να δεχτεί τον μέγιστο δυνατό αριθμό που έχει οριστεί γι' αυτήν σε ασθενή-ενοίκους. Διότι με τον τρόπο αυτό θα αυξηθούν τα έσοδα της κάθε δομής στο μέγιστο. Το νοσήλιο είναι ένα από τα βασικότερα έσοδα μιας δομής (Παρίτη και συνεργάτες, 2003:79).

Λογικό επακόλουθο, είναι ότι αν η διεύθυνση των ξενώνων ήταν πιο οικονομικά ανεξάρτητη, θα διευκολυνόταν η οργάνωση μεγαλύτερου αριθμού δραστηριοτήτων και θα διασφαλιζόταν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την ταχύτερη προσαρμογή των τροφίμων στην κοινότητα.

Η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η αξιολόγηση τους, πέραν του ότι τίθεται αφ' εαυτής σε κάθε σύστημα παροχής υπηρεσιών, αποτελεί και σημαντικό στοιχείο για μια επιτυχή κοινοτική ενσωμάτωση της Μονάδας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τίθεται άμεσα και έμμεσα υπό δημόσια κρίση στην καθημερινή συνδιαλλαγή της Μονάδας με την τοπική κοινωνία, γι' αυτό και έχει ιδιαίτερη σημασία.

Ο Π.Ο.Υ. (1997) έχει επεξεργασθεί και καθορίσει κριτήρια για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς επίσης προετοιμάζεται και έκδοση Υπουργικής απόφασης Εσωτερικού Κανονισμού λειτουργίας των Μονάδων με ανάλογα κριτήρια, σύνοψη των οποίων παρατίθεται στην συνέχεια:

Φυσικό περιβάλλον: Τήρηση προϋποθέσεων υγιεινής και ασφάλειας, επάρκεια χώρου, κατάλληλος εξοπλισμός και επίπλωση, επαρκής φωτισμός, εξαερισμός, κατάλληλη θερμοκρασία, κατάλληλοι χώροι υγιεινής, καθημερινή καθαριότητα.

Διοικητικές ρυθμίσεις: Μέτρα προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, γραπτή πολιτική για την φιλοσοφία και το μοντέλο φροντίδας, περιγραφή των ρόλων του προσωπικού, τακτική εσωτερική αξιολόγηση.

Προσωπικό: Διακλαδικότητα, επάρκεια ανάλογα με τον αριθμό των εξυπηρετούμενων, 50% τουλάχιστον σε πλήρη απασχόληση, ετήσιος ιατρικός έλεγχος. Τήρηση γραπτών φακέλων, διασφάλιση του απόρρητου, γραπτή διαδικασία για την υποβολή και τον χειρισμό παραπόνων. εκπαίδευση του προσωπικού στο χειρισμό και την θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και στις πρώτες βοήθειες, συμμετοχή σε προγράμματα εσωτερικής εκπαίδευσης. δημιουργία θετικού και φιλικού κλίματος για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ύπαρξη γραπτών οδηγιών για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. γραπτά πρωτοκόλλα για τον ρόλο και τους στόχους της εργοθεραπείας και των αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων. Παροχή δυνατότητας στο προσωπικό να συζητά με τους προϊστάμενους του τις δυσκολίες και τα προβλήματα. Γραπτό ατομικό αποκαταστασιακό πρόγραμμα (με την συμμετοχή του ενδιαφερόμενου) που τηρείται από όλο το προσωπικό, ορισμός υπεύθυνου μέλους του προσωπικού για την υλοποίηση του προγράμματος, εβδομαδιαίες συναντήσεις για συζήτηση των ατομικών προγραμμάτων. Διατήρηση τακτικής επαφής με άλλες υπηρεσίες Υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

7.4 Λειτουργικότητα, ικανότητες, δυνατότητες φιλοξενούμενων

Η λειτουργικότητα είναι μια βασική έννοια και παίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του χρόνιου ψυχικά άρρωστου¹⁴. Κατά την διάρκεια των επισκέψεών μας στους ξενώνες, διαπιστώσαμε τη διαφοροποίηση που παρουσιάζουν οι ένοικοι στις δυο δομές. Στον ξενώνα Καλλίστη οι περισσότεροι αυτοεξυπηρετούνται, πράγμα που τους καθιστά αρκετά ικανούς για το επόμενο βήμα της επανένταξής τους, βγαίνουν συχνά και συναλλάσσονται καθημερινά με την κοινότητα. Βρίσκονται στο στάδιο εκμάθησης διαχείριση των χρημάτων τους. Σε γενικές γραμμές, οι περισσότεροι είναι έτοιμοι να βγουν σε κοινοτικό διαμέρισμα υπό επιτήρηση, αλλά βέβαια εκεί συναντούν άλλο εμπόδιο, της μη εύρεσης διαμερίσματος. Στον ξενώνα Αγάπη, οι ένοικοι δεν έχουν φτάσει ακόμα σε τέτοιο στάδιο λειτουργικότητας με αποτέλεσμα τα χρήματά τους να τα διαχειρίζεται το προσωπικό ή τα συγγενικά τους πρόσωπα. Παρόλο που φαινομενικά η πρόσβασή τους στην κοινότητα θα ήταν πιο εύκολη, μιας και βρίσκονται σε κεντρικό σημείο της πόλης, δεν βγαίνουν συχνά, παρά μόνο με συνοδεία.

¹⁴ Ως χρόνιος άρρωστος ορίζεται το άτομο εκείνο που υποφέρει από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας σε τρία ή περισσότερα πεδία της καθημερινής τους ζωής, όπως προσωπική υγιεινή και αυτό-φροντίδα, δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας (Ζήση, 2002:26).

Στην έννοια της λειτουργικότητας υπεισέρχονται η μειονεξία από την ψυχοπαθολογία, η επακόλουθη ανικανότητα ή και η αναπηρία. Στο βιολογικό επίπεδο ο άνθρωπος στην ηλικία των 20 ετών περίπου βρίσκεται στο υψηλότερο σημείο της φυσικής του απόδοσης και λειτουργικής ικανότητας. Από κει και πέρα αργά αλλά σταθερά, αρχίζει η έκπτωση της λειτουργικότητας των κυττάρων και η διαδικασία της γήρανσης (Μαδιανός, 2005:56-57).

Η εκτίμηση της λειτουργικότητας ενός ψυχικά αρρώστου πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα ακόλουθα στοιχεία, προκειμένου το άτομο αυτό να συμμετάσχει σε πρόγραμμα αποκατάστασης: την προνοσηρή λειτουργικότητα (κυρίως το ανώτατο επίπεδό της), το προηγούμενο καλύτερο επίπεδο ύφεσης των συμπτωμάτων, το τωρινό επίπεδο αυτονομίας, δεξιοτήτων (κοινωνικών, καθημερινής ζωής), το τωρινό επίπεδο ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων και συνεργασίας στα πλαίσια της οικογένειας και των υπηρεσιών υγείας, το τωρινό επίπεδο εναισθησίας, το τωρινό επίπεδο των κινήτρων του ατόμου για αλλαγή και ποιο είναι το οικογενειακό υποστηρικτικό σύστημα ως προς τη δυνατότητα αποκατάσταση του ατόμου (Μαδιανός, 2005:57).

Αναφορικά με τις ατομικές δαπάνες των ενοίκων και τις προμήθειες αναλωσίμων ειδών (προμήθεια τροφίμων και ποτών, ενδυμάτων, ατομικές αγορές, ατομικά έξοδα και ψυχαγωγία) διενεργείται από τον ασθενή που συνοδεύεται από τον εκπαιδευτή του, μέλος της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, για το χρονικό διάστημα που ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμά ότι ο ασθενής δεν είναι έτοιμος να διενεργεί τις προμήθειές του μόνος του. Ο εκπαιδευτής ενημερώνει κάθε φορά για την οικονομική αυτή δραστηριότητα το διαχειριστή του ξενώνα. Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και όποτε ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμήσει ότι ο ασθενής είναι ικανός να διενεργεί τις προμήθειες των ανωτέρω ειδών μόνος του, εκδίδει σχετική πράξη την οποία κοινοποιεί στον διαχειριστή (Παρίτσης και συνεργάτες, 2003:120).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι οι νέες κοινοτικές δομές αποκατάστασης φιλοξενούν άτομα με διαφορετικές διαγνώσεις, ηλικίες και ανάγκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία προβλημάτων συνύπαρξης των ενοίκων στις δομές αυτές.

Η διαφορετικότητα των διαγνώσεων (σχιζοφρένεια, ψυχωσικές συνδρομές, μανιοκατάθλιψη κα) στα άτομα που φιλοξενούνται στον ξενώνα καθυστερεί την αποκατάστασή τους, αφού υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες που οδηγούν στη διαφορετική αντιμετώπισή τους από τους θεραπευτές, διαταράσσονται οι μεταξύ τους σχέσεις και η αρμονική συμβίωσή τους. Σ' αυτό προστίθεται και η ύπαρξη νοητικής στέρησης σε μερικούς από τους ψυχικά νοσούντες, που δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο το έργο των ειδικών, αφού τα άτομα στα οποία συνυπάρχει η νοητική στέρηση, τείνουν να μιμούνται τη συμπτωματολογία άλλων διαγνώσεων.

Ένα άλλο πρόβλημα που παρατηρείται και επηρεάζει την μεταξύ τους συμβίωση, είναι η διαφορά ηλικίας, καθώς κυμαίνεται από τα 24 έως τα 70 έτη. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχουν κοινά ενδιαφέροντα, με αποτέλεσμα να μην δημιουργούν φιλικές σχέσεις μεταξύ τους και να μην καλύπτονται οι συναισθηματικές τους ανάγκες. Αυτό μακροπρόθεσμα αποτελεί άλλη μια αιτία παρακώλυσης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Εκτός από τις συναισθηματικές ανάγκες, ακάλυπτες μένουν και οι σεξουαλικές, πράγμα που απασχολεί τους ενοίκους, αφού έχουν έντονη την ανάγκη εκτόνωσης των γενετήσιων ορμών τους. Η μη κάλυψη των αναγκών αυτών σε συνδυασμό με την φύση της ψυχικής ασθένειας, τους καθιστά ανίκανους να διαχωρίσουν το πρέπον από το μη πρέπον, με φυσικό επακόλουθο να προβαίνουν σε άσεμνες λεκτικές εκφράσεις και χειρονομίες απέναντι στους συνασθενείς τους και στο προσωπικό.

7.5 Διαχείριση χρόνου- Δραστηριότητες

7.5.1 Εργοθεραπεία

Στον ξενώνα Κάλλιστη γίνεται εργοθεραπεία, αλλά όχι σε μεγάλη συχνότητα, καθώς ο εργοθεραπευτής βρίσκεται στον ξενώνα μια φορά τη βδομάδα. Παρ'όλ'αυτά, γίνονται προσπάθειες να απασχολούνται οι τρόφιμοι σε ομάδες του κέντρου ψυχικής υγιεινής της περιοχής. Επίσης, πραγματοποιούνται καθημερινά έξοδοι για καφέ και για τα βασικά ψώνια, εφόσον είναι σε θέση οι ένοικοι και το προσωπικό. Από την άλλη, στον ξενώνα Αγάπη δεν υπάρχει καθόλου εργοθεραπευτής, με αποτέλεσμα να επιβραδύνεται η διαδικασία της αποκατάστασης.

Η Εργοθεραπεία στα πλαίσια ενός ξενώνα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απευθύνεται στους τροφίμους, που παράγοντες όπως: κληρονομικότητα, προγεννητικοί- περιγεννητικοί και περιβάλλον, τους δημιουργούν προβλήματα: γνωστικά, αντιληπτικά και συμπεριφοράς. Τέτοια προβλήματα μπορεί να είναι: α) η ψυχοκινητική καθυστέρηση- ανωριμότητα, β) η νοητική καθυστέρηση, γ) η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, και τέλος δ) η υπερκινητικότητα (www.users.acn.gr/ergotherapy).

Ο Εργοθεραπευτής λοιπόν αναλαμβάνει την άσκηση των χρονίων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες είτε έχουν χάσει είτε δεν απέκτησαν ποτέ λόγω της χρονιότητας της ψυχικής ασθένειας. Αναλαμβάνει επίσης τον γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης (συνθήκες διαμονής, εργασιακές σχέσεις) και αποτελεί τον σύνδεσμο μεταξύ του αρρώστου και της ομάδας ψυχικής υγείας ως προς τις διαγνωστικές κλινικές και τις γενικότερες θεραπευτικές πληροφορίες ο εργοθεραπευτής συμμετέχει σε όλα τα στάδια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έως την τελική κοινωνική αποκατάσταση ή την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού συστήματος (Μαδιανός, 2005:59-60).

Έχει επίσης αρμοδιότητα να οργανώνει και να διευθύνει τα προστατευόμενα εργαστήρια που συνήθως λειτουργούν στους ξενώνες και καθώς και τον τομέα της προεπαγγελματικής αποκατάστασης. Τέλος ο εργοθεραπευτής είναι επιφορτισμένος με την επαφή με τυχόν εργοδότες ή βιοτέχνες, ώστε να προσληφθεί το μέλος που έχει ολοκληρώσει το πρόγραμμα ή να συναφθεί κάποια συμφωνία στο πλαίσιο μιας ανάθεσης εργασίας που θα προσφέρει οικονομικό όφελος στον τρόφιμο με την μορφή προστατευόμενης εργασίας (Μαδιανός, 2005:59-60).

Η δραστηριότητα του εργοθεραπευτή ξεκινά μέσα από την αξιολόγηση του ασθενούς κάνοντας μια εκτίμηση των καθημερινών και προσωπικών του δεξιοτήτων, καθώς και της λειτουργικότητας του με την βοήθεια διαφόρων τεστ και δοκιμασιών, με παρατήρηση και τέλος με συλλογή πληροφοριών από: το ιστορικό του, την υπόλοιπη ομάδα αποκατάστασης και το περιβάλλον του ασθενή (Μαδιανός, 2000:158). Μέσα από την εκτίμηση αυτή ο εργοθεραπευτής προσπαθεί να αντιληφθεί το γενικό επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς, τις κινητικές γνωστικές δεξιότητες, τις εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες καθώς και τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου (Maya Willson, 1987:55, Μαδιανός, 2000:158).

Οι θεραπευτικοί στόχοι λοιπόν αλλά και οι προτεραιότητες τίθενται με βάση α) Την ιεράρχηση των προβλημάτων όπως αυτά διαπιστώθηκαν από την εκτίμηση που έγινε και β) Τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας του (www.users.acn.gr/ergotherapy)

Στον αντιληπτικό τομέα η εργασία επικεντρώνεται στα εξής σημεία:

Αντίληψη
Προσοχή
Προσανατολισμό στο χώρο
Προσανατολισμό στο χρόνο
Σωματογνωσία

Τον γνωστικό τομέα:

Κατανόηση και εκτέλεση οδηγιών
Επίλυση προβλημάτων
Μνήμη
Προγραφή
Γραφή
Χρήση εργαλείων
Αυτοϋπηρέτηση

Τον ψυχοκοινωνικό τομέα:

Επικοινωνία λεκτική και μη λεκτική
Συμπεριφορά
Κοινωνικότητα

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ο εργοθεραπευτής ανάλογα με το επίπεδο και τις δυνατότητες του ατόμου θέτει μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους, οι οποίοι θα πραγματοποιηθούν μέσα από κάποιες δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να είναι:

- α. σωματικές (γυμναστική, σπορ)
- β. καθημερινής επιβίωσης (προσωπική φροντίδα, οικιακές ασχολίες)
- γ. κοινωνικές (εκμάθηση τέχνης, π.χ. ζωγραφικής, θεάτρου, κ.λ.π.)
- δ. εργασιακές (εκμάθηση Η/Υ, κηπουρική, κ.λ.π.) (Μαδιανός, 2000:158).

Η επιλογή των παραπάνω δραστηριοτήτων γίνεται με βάση τη δομή, τη φιλοσοφία και τους στόχους της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται ο εργοθεραπευτής:

Βασικοί στόχοι του έργου του εργοθεραπευτή είναι να επιτύχει:

- α. Την ατομική ανεξαρτητοποίηση του ατόμου ώστε λειτουργικά να φροντίζει τον εαυτό του, να κινείται στην κοινότητα και γενικά να αυτοεξυπηρετείται,
- β. Την εργασιακή αποκατάστασή του και
- γ. Την κοινωνικοποίησή του μέσα από κοινωνικό-θεραπευτικές δραστηριότητες
- δ. Την Αύξηση της λειτουργικότητας του
- ε. Την Βελτίωση της απόδοσης
- ζ. Την Εμπόδιση της εξέλιξης της παθολογίας (Μαδιανός, 2000:158).

Τα κύρια μέσα που χρησιμοποιεί ένας εργοθεραπευτής στην επίτευξη των παραπάνω στόχων είναι:

- α) Η χρησιμοποίηση – προσαρμογή– προσομοίωση του περιβάλλοντος και
- β) Ο εξοπλισμός και τα υλικά όπως: Στρώματα, Μπάλες, Παιχνίδια, Γραφική ύλη, καθημερινά αντικείμενα ,ειδικά βοηθήματα (www.users.acn.gr/ergotherapy).

Συnergάζεται στενά με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα. Με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό για την ψυχιατρική και κοινωνική αποκατάσταση του πελάτη και με τον ψυχολόγο για την συνεκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων του τροφίμου. Συnergάζεται λοιπόν με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα του ξενώνα και στηρίζει το περιβάλλον συμβουλευτικά ως προς: την εργονομία του χώρου του

ασθενή, την οργάνωση του χρόνου του και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του (www.users.acn.gr/ergotherapy) . Αποτελεί τον σύνδεσμο μεταξύ του αρρώστου και της ομάδας ψυχικής υγείας ως προς τις διαγνωστικές κλινικές και τις γενικότερες θεραπευτικές πληροφορίες. Ο εργοθεραπευτής συμμετέχει σε όλα τα στάδια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έως την τελική κοινωνική αποκατάσταση ή την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού συστήματος (Μαδιανός,2005:59-60).

Η εργασιακή απασχόληση των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο έχει σημαντική συμβολή στις θεραπευτικές προσπάθειες, καθώς προσφέρει ευκαιρίες για τη βελτίωση της αυτό-αντίληψης, των μηχανισμών λήψης αποφάσεων και των ικανοτήτων αυτοπειθαρχίας και υγιούς αλληλεπίδρασης με τους υπόλοιπους τροφίμους (Παπαδάτος– Στογιαννίδου, 1988:226). Η προσφορά του εργοθεραπευτή είναι σημαντική αφού η Εργοθεραπεία υπηρετεί το στόχο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης της ψυχικής αρρώστιας (Μαδιανός, 2005:59-60).

Η ανάγκη εργοθεραπείας είναι αναμφισβήτητη αφού αποτελεί μια σημαντική προσπάθεια αποφυγής της παθητικότητας των ψυχιατρικών ασθενών. Αποτελεί, παράλληλα, ένα μέσο ψυχαγωγίας– αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου αλλά και το αρχικό στάδιο της προεπαγγελματικής κατάρτισης για τα άτομα που είναι σε θέση να αποκατασταθούν επαγγελματικά στο μέλλον. Προς το παρόν, ο ξενώνας Καλλίστη το έχει επιτύχει αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό, αφού ανάμεσα στις ειδικότητες που απασχολεί είναι και αυτή του εργοθεραπευτή.

7.5.2 Τέχνες (τέχνες αποασυλοποίησης: μουσική, χορός, εικαστικές τέχνες)

Στα πλαίσια του αποκαταστασιακού προγράμματος που ακολουθεί ο κάθε ξενώνας εντάσσει στις ομαδικές δραστηριότητές του ασκήσεις βασισμένες στην τέχνη. Στον ξενώνα Καλλίστη η κοινωνική λειτουργός έχει συντονιστικό ρόλο στην ομάδα δραματικής έκφρασης. Από την άλλη στον ξενώνα του Αγίου Νικολάου δεν γίνονται τέτοιου είδους ασκήσεις και παρόλο που είχαν προβλεφθεί δυο θέσεις αργυροχρυσόχων για να απασχολούν τους ενοίκους δημιουργικά δεν καλύφθηκαν. Κάποιες φορές στα πλαίσια της εργαστηριακής τους άσκησης, τους απασχολούν σπουδάστριες του τμήματος κοινωνικής εργασίας.

Στη σύγχρονη κοινωνία μεγάλη αξία δίνεται στη λεκτική επικοινωνία. Όμως ο λόγος είναι ένα από τα μέσα του ανθρώπου για έκφραση και επικοινωνία. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι απαραίτητη για την έκφραση εκείνων των συναισθημάτων που δεν χρειάζονται λόγια ή για τα οποία δεν υπάρχουν λόγια. Η έκφραση μέσω της τέχνης προσφέρει άλλωστε εναλλακτική λύση για το άτομο που δεν μπορεί ή δεν θέλει να μιλήσει. Βοηθά τα άτομα να εξερευνήσουν τις διάφορες διαστάσεις της προσωπικότητάς τους και να αναπτύξουν την προσωπικότητά τους μαθαίνοντας ταυτόχρονα κοινωνικούς ρόλους. Μέσω της τέχνης βρίσκει κανείς έναν ευαίσθητο και αποτελεσματικό τρόπο για να πλησιάσει και να βοηθήσει το άτομο (Dalley T, Case C, 1998:15).

Οι βασικοί στόχοι μιας θεραπευτικής ομάδας είναι: η αποϊδρυματοποίηση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των φιλοξενούμενων. Σημαντικό μεθοδολογικό εργαλείο στην επίτευξη των παραπάνω στόχων έχει αποδειχθεί η εφαρμογή διαφόρων μορφών τέχνης. Οι μορφές τέχνης που έχουν χρησιμοποιηθεί στην υπηρεσία της αποασυλοποίησης και της επανένταξης των φιλοξενούμενων ενός ξενώνα, είτε σε οργανωμένη μορφή είτε με αυθόρμητο τρόπο είναι: η ζωγραφική, η γλυπτική, η χαρακτηριστική σε πέτρα, η αργυροχρυσόχοια, η μουσική και ο χορός.

Η έκφραση μέσω διαφόρων μορφών της τέχνης εντάσσεται στο συνολικό πνεύμα υποστήριξης των δυνατοτήτων των ενοίκων, αποκατάστασης μιας ικανοποιητικής

εικόνας του εαυτού αλλά και αναγνώρισης της διάστασης της ευχαρίστησης που συνδέεται με δραστηριότητες, όπως αυτές που σχετίζονται με κάποιες μορφές τέχνης (Πρίνου- Πολυχρονιάδου .Π, 1995:42).

Έχει παρατηρηθεί ότι κάθε εμπειρία καλλιτεχνικής έκφρασης και δημιουργίας δρα ενισχυτικά στην καλλιέργεια μιας καλής εικόνας για τον εαυτό και επομένως στην άνοδο της αυτοεκτίμησης, συμβάλλει επίσης στην εκδήλωση θετικών συναισθημάτων, στην ανάπτυξη της βούλησης και της υπευθυνότητας καθώς και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων. Η εφαρμογή μορφών τέχνης στο θεραπευτικό πρόγραμμα ενός ξενώνα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συμβάλλει στην συνειδητοποίηση, έκφραση και ανάπτυξη της δημιουργικής πλευράς του ανθρώπου. Διευκολύνει την επεξεργασία εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος, την ανακάλυψη, έκφραση και διερεύνηση των προσωπικών δυνατοτήτων και οδηγεί σε έναν επαναπροσδιορισμό της πραγματικότητας. Η τέχνη αποτελεί ένα μέσο αυτοέκφρασης για τον ένοικο, που δίνει ταυτόχρονα την δυνατότητα στο άτομο να εξελίξει και να δοκιμάσει χωρίς να διακινδυνεύσει (μέσα σε ασφαλές θεραπευτικό περιβάλλον) τις δυνατότητες του, τις επιθυμίες του και τις σκέψεις του. Δημιουργείται ένας σαφής «ασφαλής χώρος» για κάθε άτομο, έτσι ώστε να αναπτυχθεί και να διορθώσει τις αδυναμίες του (Πρίνου- Πολυχρονιάδου Π, 1995:43).

Η συμβολή της τέχνης λοιπόν στην Αποασυλοποίηση και στην Κοινωνική Επανάταξη είναι πολύ σημαντική, αφού διευκολύνει την δημιουργικότητα, τη φαντασία, την αυτογνωσία, προσφέρει δυνατότητες για εξερεύνησης, αναγνώρισης, επεξεργασίας, αλλαγή συναισθημάτων και σχέσεων, διευρύνει τα όρια των εμπειριών του ατόμου και μεγαλώνει το φάσμα των συναισθηματικών και κοινωνικών ρόλων που διαδραματίζει το άτομο στην ζωή του. Η θεραπεία μέσα στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνει κάθε προσπάθεια που στόχευε στην αποκατάσταση της επαφής και της επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους και κάθε προσπάθεια για εκπαίδευση που νοείται ως μια βαθύτερη και πολύπλευρη διεργασία από την απλή μετάδοση γνώσεων.

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες για τις θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής του χορού, της ζωγραφικής, του δράματος και άλλων μορφών τέχνης. Παρακάτω θα αναφέρουμε κάποια στοιχεία από την εφαρμογή της μουσικής, του χορού και των εικαστικών στην ψυχοθεραπεία (Πρίνου- Πολυχρονιάδου Π, 1995:43).

Η Μουσική

Η μουσική αποτελεί ένα πολύ αποτελεσματικό και πολύ ευαίσθητο μέσο για την προσέγγιση των ψυχικών παθήσεων. Σήμερα το όλο πλαίσιο της επίδρασης της μουσικής στον άνθρωπο έχει αναχθεί στον χώρο της απόλυτης ορθολογικής επιστημονικής ανάλυσης μέσω της μουσικοθεραπείας. Μουσικοθεραπεία είναι η επιστημονική εφαρμογή της μουσικής με θεραπευτικό σκοπό

Στη θεραπεία, η μουσική μπορεί να αποτελέσει έναν ευαίσθητο οδηγό για την διερεύνηση της πολύπλοκης προσωπικής κλίμακας των συγκινησιακών και συναισθηματικών αντιδράσεων του ατόμου, των συνειδητών και υποσυνείδητων προβληματισμών του. Ακόμη, μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ αποτελεσματικό διεγερτικό για την αφύπνιση και ενεργοποίηση των δημιουργικών δυνάμεων που υπάρχουν σε κάθε άνθρωποι και που μπορούν να ευνοήσουν τις προσπάθειες αναδιοργάνωσης. Η μουσική λοιπόν μπορεί να αποτελέσει εργαλείο έρευνας, ανάλυσης και αναδιοργάνωσης της εσωτερικής ζωής του ατόμου. Αλλά μπορεί να συμβάλλει και σαν εργαλείο έρευνας της κοινωνικής ζωής του ατόμου, μελετώντας την ποιότητα των διαπροσωπικών επαφών (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999:23).

Η σωματική έκφραση που υποβάλλεται από την μουσική, επιτρέπει στο σώμα να περάσει σε δράση, να μεταφέρει και να ερμηνεύσει σε σωματικές κινήσεις ένα ηχητικό μήνυμα που προκαλεί μια συγκινησιακή εκφόρτιση ωφέλιμη για την θεραπεία (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999:24).

Ο Χορός

Ο χορός θεωρείται ότι είναι η αρχαιότερη των τεχνών. Από τα πανάρχαια χρόνια αποτελούσε αναπόσπαστο μέρος των δραστηριοτήτων των ανθρώπων, επιτρέποντας τους να είναι συμμετέχοντες δημιουργοί και όχι θεατές. Πολλές από τις τελετουργικές των πρωτόγονων φυλών αφορούσαν την ψυχική θεραπεία και χρησιμοποιούσαν σαν θεραπευτικά εργαλεία το χορό, το τραγούδι και το μύθο (Schott-Billmann F, 1998:15).

Το όργανο που χρησιμοποιεί ο χορός για να εκφραστεί είναι το ανθρώπινο σώμα. Αποτελεί μια ψυχοθεραπευτική δραστηριότητα που επιτρέπει στον άνθρωπο να αφυπνίσει τη λειτουργική ευχαρίστηση του σώματος, να ξαναβρεί την ψυχοσωματική ενότητα, να συμβολίσει τις ενορμήσεις του με ένα κινητικό λεξιλόγιο, να υπερβεί τον εαυτό του και να επιφέρει την μεταλλαγή, δηλαδή τη μετουσίωση. Οι παραδοσιακές πρακτικές της χοροθεραπείας χάνονται στα βάθη των αιώνων και επιπλέον είναι παγκόσμιες. Ακόμη και σήμερα τις συναντάμε ενσωματωμένες ευρύτατα σε όλο το φάσμα της κοινωνικής ζωής. Ο όρος χοροθεραπεία αφορά κινησιακές πρακτικές που στοχεύουν στη θεραπεία όλων των ειδών των προβλημάτων, σωματικών, ψυχικών και ψυχοσωματικών (Schott-Billmann F, 1998:16).

Ο χορός ευνοεί την έκφραση προσωπικών συγκινήσεων και την ερμηνεία των συναισθημάτων του ατόμου. Η συγκίνηση δραστηριοποιείται ως παράγοντας ενοποίησης σώματος και πνεύματος. Ο χορός είναι ταυτόχρονα φυσική και ψυχική δραστηριότητα. Οι κινήσεις τους συνδέονται με συγκινήσεις, τις οποίες ξυπνούν ή εκφράζουν. Ξυπνούν δηλαδή μια συναισθηματική αντίδραση ή γίνονται οι κινήσεις φορείς των ψυχικών του καταστάσεων. Ο χορός ακόμα αποτελεί, το ενωτικό σημείο ανάμεσα στο έξω και στο μέσα και προωθεί μια αρμονική επανενοποίηση των δύο πλευρών του ανθρώπου. Για να μπορέσει ο ασθενής να ενοποιήσει και να δώσει θετικό χαρακτήρα στην εικόνα του σώματος του, είναι απαραίτητο να συμμετέχει σε ασκήσεις χορού που προτείνουν τη συμμετοχή όλου του σώματος και παράλληλα να λάβει ένα «βλέμμα έγκρισης», από τον θεραπευτή, που να αντικαθρεφτίζει μια ναρκισσιστικά εξυψωτική και εποικοδομητική εικόνα του (Schott-Billmann F, 1998:16).

Η χοροθεραπεία έχει στόχο να κάνει το άτομο αυτόνομο. Αυτό αφορά τόσο το συναίσθημα της σωματικής του ακεραιότητας και μιας θετικής αναγνώρισης του εγώ, όσο και τη συνείδηση της ατομικής του ύπαρξης ενώπιον κάποιου άλλου (εμπειρία του σταδίου του καθρέφτη). Η διαδικασία της αποσύνδεση είναι πρωταρχική, κυρίως στην θεραπεία των ψυχωτικών που έχουν παραμείνει ψυχικά προσκολλημένοι στην μητέρα. Μη έχοντας ξεπεράσει το στάδιο του καθρέφτη, δεν έχουν πρόσβαση στον διαχωρισμό δηλαδή στην αναγνώριση του άλλου και συνεπώς του εαυτού τους. Στη χοροθεραπεία ο ασθενής προχωρά από την ταύτιση με τον θεραπευτή προς την διαφοροποίηση και την εξέλιξη του προς την αυτονομία, τη δόμηση και την έκφραση (Schott-Billmann F, 1998:18).

Εικαστικές Τέχνες

Έχει αναγνωριστεί ότι οι πιο θεμελιώδεις σκέψεις και τα συναισθήματα του ανθρώπου, που προέρχονται από το ασυνείδητο, βρίσκουν την έκφραση τους περισσότερο στις εικόνες παρά στις λέξεις. Η τέχνη όταν εφαρμόζεται στη θεραπεία, γίνεται μέσο μη λεκτικής επικοινωνίας, ένας τρόπος δήλωσης συγκεχυμένων και

δύσκολα κατανοητών συναισθημάτων σε μια προσπάθεια να αποκτήσουν σαφήνεια και τάξη. Η αυθόρμητη εικαστική έκφραση, παρομοιάζεται με τον ελεύθερο συνειρμό της ψυχάνάλυσης. Οι διαδικασίες της καλλιτεχνικής δραστηριότητας μοιάζουν από πολλές απόψεις με τις διαδικασίες που εμπλέκονται στα όνειρα (Dalley T., Case C., 1998:35).

Στην τέχνη των ψυχωσικών, ο δημιουργός μιλά κυρίως προς τον εαυτό του και για τον εαυτό του, αλλά γίνεται αιχμάλωτος των παραληρητικών ιδεών του από τη άποψη αυτή, η διαφορά ανάμεσα στην ψυχωσική και στην λεγόμενη «πραγματική» τέχνη είναι, ότι ο υγιής δημιουργός κάνει με την θέληση του αυτό, το οποίο ο ψυχωσικός νιώθει αναγκασμένος να κάνει. Τα επίπεδα λειτουργίας του Εγώ εναλλάσσονται κάτω από τον έλεγχο και γλιστρούν εντός και εκτός της φαντασίας σύμφωνα με την βούληση του (Dalley T., Case C., 1998:36).

Η έλλειψη του προσωπικού και συγκεκριμένα της ειδικότητας του εργοθεραπευτή σε συνδυασμό με την απουσία εργαστηρίων επαγγελματικής αποκατάστασης, καθλώνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας, δηλαδή την πλήρη αποκατάσταση των φιλοξενούμενων. Η αναγκαιότητα ύπαρξης εργοθεραπείας και δημιουργικής απασχόλησης μέσω τέχνης κρίνεται απαραίτητη.

Σύμφωνα με τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι όλες οι μορφές τέχνης επιτρέπουν στον άνθρωπο να προσεγγίσει την ψυχική του υγεία μέσα από την δημιουργία. Συμβάλλουν στην έκφραση προσωπικών σκέψεων και στη διερεύνηση και επεξεργασία των συγκρούσεων, ανησυχιών και προβληματισμών. Βοηθούν τα συναισθηματικά μπλοκαρισμένα άτομα, όπως είναι οι χρόνιοι ψυχωσικοί, να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, να χαλαρώσουν τις άμυνες τους και να πλησιάσουν τους άλλους ανθρώπους. Διευκολύνουν την αυτογνωσία και την ενεργοποίηση των δημιουργικών δυνάμεων που ωθούν προς την αποδιοργάνωση της εσωτερικής ζωής του ατόμου. Όλες οι μορφές τέχνης που εφαρμόζονται εμπλουτίζουν τα άτομα με εμπειρίες, βοηθούν στην διεύρυνση των κοινωνικών σχέσεων και των κοινωνικών ρόλων, εμβαθύνουν στην επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους και γενικά βοηθούν στην βελτίωση της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων και της ποιότητας ζωής. Επομένως, είναι θετικό το γεγονός ότι στον ξενώνα Καλλίστη πραγματοποιείται ομάδα δραματικής έκφρασης σε αντίθεση με τον ξενώνα Αγάπη, κι έτσι δίνεται η δυνατότητα έκφρασης των ενοίκων με ποικίλους τρόπους μέσω των τεχνών.

7.6 Ένταξη- Αποκλεισμός

7.6.1 Κοινωνικός αποκλεισμός

Οι τρόφιμοι συχνά αντιμετωπίζουν κοινωνικό αποκλεισμό από τους κατοίκους, αφού υπάρχει άγνοια σε θέματα ψυχικής υγείας. Αυτή η άγνοια μεταφράζεται σε άρνηση των κατοίκων να ενοικιάσουν διαμερίσματα σε τροφίμους που είναι περισσότερο λειτουργικοί και έτσι καθυστερεί η ενσωμάτωσή τους στο κοινωνικό σύνολο διαιώνοντας τον αποκλεισμό τους.

Αρχικά, στην εγκατάσταση των νέων δομών αποκατάστασης υπήρξε αντίδραση από την πλευρά της κοινότητας, λόγω της άγνοιας που προαναφέραμε. Όμως και οι δυο ξενώνες έκαναν ότι ήταν δυνατό για να γίνουν αποδεκτοί από την κοινότητα και το έχουν καταφέρει σε πολύ μεγάλο βαθμό. Αυτό δυστυχώς δεν σημαίνει ότι η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού έχει πλήρως εξαλειφθεί.

Οι προβληματισμοί που τοποθέτησαν το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού σε κοινοτικά προγράμματα (π.χ. «Ψυχαργός») πηγάζουν από την παρατήρηση εμφάνισης καινούργιων μορφών αποστέρευσης. Σημαντικό στοιχείο όλων αυτών των μορφών, είναι ο πολυδιάστατος χαρακτήρας τους, δηλαδή οι ομάδες που τις βιώνουν δεν αποστερούνται σε έναν μόνο τομέα, αλλά σε πολλούς. Για παράδειγμα μπορεί να αποστερούνται ταυτόχρονα στους τομείς της απασχόλησης, της εκπαίδευσης και της στέγασης. Αποτέλεσμα αυτής της συσσώρευσης αποστερήσεων είναι τα άτομα που τις υφίστανται να μένουν στο περιθώριο μιας γενικότερης ευημερίας. Οι ομάδες αυτές δεν μπορούν να συμμετέχουν στον οικονομικό και κοινωνικό τρόπο ζωής που απολαμβάνουν οι πολλοί. Εμποδίζεται η συμμετοχή τους σε κοινωνικές ανταλλαγές και πρακτικές, καθώς και σε κοινωνικά δικαιώματα που χαρακτηρίζουν την κοινωνική ένταξη (Κουβουνίδη, 1993:49).

Επομένως, ως κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να θεωρηθεί η κατάσταση της ταυτόχρονης αποξένωσης ενός ατόμου από την αγορά εργασίας, την οικογένεια, το κράτος (Καραντινός et al, 1990:5)

Η έννοια του «κοινωνικού αποκλεισμού» αποτελεί τα τελευταία χρόνια φαινόμενο με έντονες κοινωνικές και πολιτικές διαστάσεις. Οι απόκληροι σε όλες τις κοινωνίες όχι μόνο δεν μειώνονται αλλά παρουσιάζουν αύξηση, με έντονα στοιχεία οικονομικής και κοινωνικής αποστέρευσης.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός σήμερα ως ιδιαίτερο κοινωνικό-πολιτικό φαινόμενο θεωρείται ως άρνηση και μη πραγμάτωση των κοινωνικών δικαιωμάτων των πολιτών, παραπέμποντας σε περιορισμούς της πρόσβασης τους σε κοινωνικά αγαθά και υπηρεσίες. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας των διαδικασιών και μηχανισμών που δημιουργούν το φαινόμενο αλλά και η ανεπάρκεια των πολιτικών που εφαρμόζονται για τη αντιμετώπιση του, ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την περιθωριοποίηση μεγάλων τιμημάτων του πληθυσμού.

Ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες που υφίστανται τον αποκλεισμό είναι και οι ψυχικά πάσχοντες, οι οποίοι βιώνουν έντονα τον αποκλεισμό λόγω της ασυλιακής ψυχιατρικής περίθαλψης που κυριαρχεί σήμερα, αλλά και λόγω του κοινωνικού στιγματισμού της νόσου. Ο ψυχικά πάσχων αποκλείεται από την εργασιακή, την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή και γρήγορα χάνει κάθε διαπραγματευτική ικανότητα υπεράσπισης της ύπαρξής του.

Μερικά αλλά χαρακτηριστικά των χρόνιων ψυχικά πασχόντων που μπορεί να τους οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό είναι τα ακόλουθα:

1. Περιορισμός κινητικότητας
2. Δυσκολία επικοινωνίας
3. Μείωση οικονομικών πόρων
4. Εξάρτηση από τους άλλους ή από μηχανήματα
5. Απώλεια νοητικών λειτουργιών
6. Έλλειψη υποστηρικτικών δομών για τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους (Κατσούλης, 1996:55-56).

Το θέμα της εξάρτησης των χρονίως ψυχικά πασχόντων αποτελεί πρόβλημα, που η πολιτική για την υγεία θα πρέπει να το λάβει σοβαρά υπόψη της. Αποτέλεσμα της έλλειψης φροντίδας είναι η παραμέληση των ατόμων αυτών. Οι στόχοι που θα πρέπει να επιδιωχθούν σε αυτόν τον τομέα είναι:

1. Η εξασφάλιση ενός εισοδήματος που θα επιτρέπει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης και που θα αναγνωρίζει και τις οικονομικές ανάγκες των ατόμων αυτών.
2. Η εξασφάλιση επαρκών μικρών ευέλικτων δομών προστατευμένης διαβίωσης (ξενώνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης)

3. Η ειδική εκπαίδευση των επιστημόνων και επαγγελματιών που ασχολούνται με τα άτομα αυτά, των μελών των οικογενειών τους και των ίδιων των ατόμων με ειδικές ανάγκες γύρω από θέμα πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, αποκατάστασης και χειρισμού των προβλημάτων τους (Κατσούλης, 1996:63-65).

Η αποδοχή της ύπαρξης του ξενώνα από τους κατοίκους της περιοχής έγινε, όπως ήδη έχουμε αναφέρει, και στους δυο ξενώνες σταδιακά. Αρχικά αντιμετώπιζαν την στέγαση του ξενώνα στην περιοχή τους με δυσπιστία, όμως με τις κατάλληλες παρεμβάσεις από την πλευρά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας επήλθε σταδιακά αλλαγή στην στάση τους. Όμως σημαντική δεν είναι μόνο η αποδοχή της κοινότητας, αλλά και η συμμετοχή της στο δύσκολο αυτό έργο της αποκατάστασης. Απαραίτητη είναι η συμμετοχή και της πολιτείας, ώστε με διάφορους παραμέτρους να διασφαλίζεται η αξιοπρεπή διαβίωση και εξάλειψη του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού.

7.6.2 Η αντίσταση στην αλλαγή του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η μεταρρύθμιση του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από υπηρεσίες βασισμένες στο ψυχιατρείο σε υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα, είναι μια διαδικασία αλλαγής. Όπως κάθε αλλαγή βιώνεται σαν μια κίνηση προς ένα άγνωστο μέλλον, διότι κλονίζει ισορροπίες και απαιτεί νέες στάσεις και συμπεριφορές. Καθώς η αλλαγή του ψυχιατρικού συστήματος συνεπάγεται την απώλεια του γνωρίμου είναι μια διαδικασία αγχογόνος (Παπαδάτος, 1985:232, ΕΠΨΥ, 2000:11).

Αναφέρεται, ότι παρεμφερείς διεργασίες που συμβαίνουν στα άτομα όταν βιώνουν την αλλαγή συμβαίνουν και στις ομάδες, τους οργανισμούς, αλλά και στις κοινότητες και ειδικά διάμεσου των εξής διαδοχικών σταδίων:

- του σοκ λόγω απώλειας
- του πένθους
- της προσπάθειας ανακάλυψης του χαμένου αντικειμένου
- της αξιολόγησης του καινούργιου
- της μετατροπής
- της ταυτοποίησης και
- της προσαρμογής (ΕΠΨΥ, 2000:11).

Όταν η αλλαγή αντιμετωπίζεται με έλλειψη ενδοψυχικής ασφάλειας και αδυναμία ταυτοποίησης γίνεται απειλητική, με συνέπεια να προκαλείται αντίσταση στην αποδοχή της.

Το φαινόμενο αντίστασης στην αλλαγή συνήθως προέρχεται από

- φόβο για το άγνωστο
- απουσία γνώσης και πληροφόρησης
- προκαταλήψεις
- ασυμβίβαστο άξιων και υποθέσεων και
- απώλεια του γνώριμου ψυχοκοινωνικού πεδίου (ΕΠΨΥ, 2000:11-12).

Στις προσπάθειες που επιχειρούνται για να επέλθει η αλλαγή στην ποιότητα ζωής των ασθενών στα ψυχιατρεία με τον αποϊδρυματισμό και την φροντίδα τους στην κοινότητα, έχει παρατηρηθεί, ότι από όλους τους εμπλεκόμενους στο σύστημα ψυχικής υγείας τίθενται σε κίνηση ισχυρές κοινωνικό-ψυχικές διεργασίες, που προσομοιάζουν με το φαινόμενο της αντίστασης στην αλλαγή. Οι σχετικές τους αντιδράσεις κυμαίνονται από παθητικές έως έκδηλα εχθρικές, παίρνουν την μορφή ισχυρών απορριπτικών στάσεων, άμυνας και απωθημένων αισθημάτων ένοχης και

φόβου, και εκφράζονται με συμπεριφορές που έχουν στόχο την παρεμπόδιση ή την ανάστροφη της προόδου του έργου των υπηρεσιών.

Τέτοιου τύπου αντιδράσεις έχει παρατηρηθεί ότι κινητοποιούνται τόσο από την διοίκηση, όσο και από το προσωπικό των ιδρυμάτων, τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειες τους αλλά και από τις τοπικές κοινότητες (ΕΠΨΥ,2000:12).

Η κεντρική διοίκηση προβάλλοντας συνήθως τη σχέση κόστους-οφέλους, επιμένει στην προτίμηση των ιδρυματικών μορφών φροντίδας, καθυστερώντας την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Στην χώρα μας, η μεγάλη χρονική καθυστέρηση του αποϊδρυματισμού (διάρκειας τουλάχιστον 15 χρόνων) συσχετίστηκε και με εμπόδια που έθεσαν η κεντρική και η περιφερειακή διοίκηση. Τα εμπόδια αυτά είχαν την μορφή γραφειοκρατικών προβλημάτων, παρεμπόδιση της διάδοσης της πληροφόρησης και καθυστερήσεων χρηματοδότησης και νομοθετικής κατοχύρωσης των νέων κοινοτικού τύπου υπηρεσιών (ΕΠΨΥ,2000:12).

Τα μέλη του προσωπικού των ψυχιατρικών ιδρυμάτων αντιστέκονται στον αποϊδρυματισμό, γιατί επηρεάζεται το κύρος τους, το συναίσθημα της ικανότητας τους, η οικονομική τους κατάσταση, χάνουν τους παραδοσιακούς τους ρόλους και αποδυναμώνονται οι συμβιωτικές σχέσεις που έχουν με τους ασθενείς. Για τους παραπάνω λόγους διακινούνται αρνητικά συναισθήματα από μέρος τους, που κινητοποιούν την αντίσταση τους στην μετεξέλιξη του συστήματος. Η αντίσταση τους στην αλλαγή εκφράζεται υπό την μορφή απουσιών από την εργασία, παραίτηση, εκρήξεων θυμού και επικλήσεις εξωτερικής βοήθειας για την διατήρηση του υπάρχοντος καθεστώτος (ΕΠΨΥ,2000:13).

Οι ίδιοι οι ασθενείς, σε περιπτώσεις μετακίνησης τους από το ψυχιατρείο σε υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα, είναι δυνατόν να εκφράσουν αντιδράσεις. Οι αντιδράσεις τους σχετίζονται με τον αποχωρισμό και συνοδεύονται από πένθος, λύπη, επίκληση βοήθειας θυμό και τάσεις εξιδανικεύσεις του ψυχιατρικού ιδρύματος που εγκαταλείπουν.

Οι οικογένειες των ασθενών επίσης εμφανίζουν ιδιαίτερες συναισθηματικές αντιδράσεις και δυσκολεύονται να συνηγορήσουν στην προοπτική της μετακίνησης των συγγενών τους ασθενών από το ψυχιατρείο στις κοινοτικές υπηρεσίες. Η προοπτική αυτή τους απειλεί με στίγμα, τους προκαλεί άγχος, αποδιοργάνωση και τους ανακινεί ένοχες (ΕΠΨΥ,2000:13).

Τέλος, παρατηρούνται αντιδράσεις και στο επίπεδο της κοινότητας από κατοίκους, ως προς την αποδοχή της εγκατάστασης κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ειδικότερα στεγαστικών μονάδων ψυχικά ασθενών, στα όρια της περιοχής τους. Γενικά, η αντίσταση της κοινότητας αποτελεί φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί σε όλες τις χώρες που πραγματοποιούν προγράμματα αποϊδρυματισμού και ανάπτυξης υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας. Στην χώρα μας από τις 55 Μονάδες που αναπτύχθηκαν την περίοδο 2000-2001 σε ποσοστό άνω του 50% αντιμετώπισαν σοβαρές κοινοτικές αντιδράσεις. Στο 20% αυτών των περιπτώσεων οι αντιδράσεις είχαν σαν αποτέλεσμα την σοβαρή παρεμπόδιση της εγκατάστασης των υπηρεσιών στις συγκεκριμένες κοινότητες ή ακόμα και την μετακίνησης τους.

Από την μέχρι τώρα εμπειρία μπορεί να διαπιστωθεί ότι η μετακίνηση της εγκατάστασης σε νέο χώρο δεν σχετιζόταν τόσο με την ένταση των αντιδράσεων, όσο με την συγκεκριμένη επιλογή των τοπικών υπεύθυνων ως τακτικού ελιγμού για την αποφυγή προστριβών και την περαιτέρω ζύμωση και ωρίμανση του θέματος της αποδοχής μιας Μονάδας από μια συγκεκριμένη κοινότητα. Αντίθετα υπήρξαν περιπτώσεις, που αν και οι αντιδράσεις είχαν έντονο και σφοδρό χαρακτήρα, η σταθερότητα στην αρχική επιλογή και η στρατηγική αντιμετώπισης των αντιδράσεων,

αποδείχτηκαν ικανές να κάμψουν τα όποια εμπόδια και οι μονάδες να λειτουργήσουν απρόσκοπα μια και με το πέρασμα του χρόνου υπήρξε εκτόνωση της κατάστασης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά τα οποία προβλήματα και τις δυσκολίες στην Α' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» λειτούργησαν και οι 55 μονάδες που είχαν προγραμματιστεί (ΕΠΨΥ,2000:13).

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται, ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν γίνονται εύκολα αποδεκτοί από την κοινότητα. Το γεγονός αυτό σχετίζεται με τις κοινωνικές στάσεις προς την ψυχική ασθένεια, σε συνδυασμό με την αλληλεπίδραση και με ορισμένα ειδικά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν οι κοινότητες που αντιδρούν, τα οποία αναφέρονται παρακάτω.

7.6.3 Το φαινόμενο της αντίστασης της κοινότητας στην εγκατάσταση των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης- χαρακτηριστικά και τρόποι αντίδρασης της κοινότητας

Η εγκατάσταση μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών στις κοινότητες είναι διαδικασία, που σε ορισμένες περιπτώσεις αντιμετωπίζει την αντίθεση και τις αντιδράσεις των κατοίκων τους.

Η αντίσταση που επιδεικνύουν σχετίζεται με συλλογικά άγχη και φόβους, όπως:

- φόβοι ότι θα εκπέσουν οι ηθικές αξίες,
- εντύπωση ότι περιορίζεται η αίσθηση προσωπικής ασφάλειας,
- φόβοι για σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση,
- φόβοι για κλοπές και καταστροφές,
- άγχος για παράξενες συμπεριφορές και
- ανησυχία ότι θα μειωθεί η αξία της ακίνητης περιουσίας (ΕΠΨΥ,2000:20).

Οι κάτοικοι υπό την πίεση των ανησυχιών και των φόβων που τους διακινούνται, οδηγούνται σε διάφορες αντιδράσεις, που σκοπό έχουν να αναστείλουν την εγκατάσταση των υπηρεσιών και των ψυχικά ασθενών ανάμεσα τους.

Οι γειτονίες και οι κοινότητες που αντιδρούν στην εγκατάσταση των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, έχει φανεί ότι τείνουν να εμφανίζουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Οι κοινοτικοί παράγοντες που σχετίζονται με την τάση αντίδρασης των κοινοτήτων είναι:

- η κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση,
- η εθνική σύνθεση,
- ο χαρακτηρισμός της χρήσης γης,
- οι πολιτικές επιλογές των κατοίκων,
- οι στάσεις τους προς την ψυχική ασθένεια,
- οι στάσεις τους προς ορισμένα είδη υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας (ΕΠΨΥ,2000:20-21).

Οι προσπάθειες εγκατάστασης Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ψυχικά ασθενών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερου βαθμού αντίσταση σε κοινότητες που:

- υιοθετούν συντηρητικές πολιτικά αξίες,
- έχουν υψηλό βαθμό κοινωνικής συνοχής και ομοιογενείας,
- οργανώνονται με ισχυρούς συλλόγους και έχουν δυναμικούς ηγέτες,
- εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ιδιοκτήτης οικογενειακής κατοικίας και
- εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά μετακινούμενου πληθυσμού (ΕΠΨΥ,2000:20).

Αντίθετα, φαίνεται ότι οι υπηρεσίες αντιμετωπίζουν μικρότερου βαθμού αντίσταση σε κοινότητες που:

- είναι οικονομικά υποβαθμισμένες,
- είναι διαφυλετικές,

- εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ενοικιαζόμενης κατοικίας,
- εμφανίζουν υψηλά ποσοστά μετακινούμενου πληθυσμού,
- δεν έχουν ισχυρές κοινοτικές πηγές αντιμετώπισης κοινωνικών προβλημάτων και
- εμφανίζουν υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας (ΕΠΨΥ,2000:21)

Η αντίσταση των κοινοτήτων επί πλέον φαίνεται ότι μειώνεται όταν πρόκειται να εγκατασταθούν προστατευμένα διαμερίσματα αντί ξενώνων και όταν δεν έχει αναπτυχθεί μεγάλος αριθμός παρόμοιων υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας.

Στην συνέχεια παραθέτονται οι τρόποι που εκδηλώνονται οι αντιδράσεις, καθώς και οι προτάσεις για την αντιμετώπιση τους. Αν και σε κάθε περίπτωση υπάρχουν ιδιαιτερότητες σχετικά με τους τρόπους, την χρονική αλληλουχία και την ένταση που εκδηλώνονται οι αντιδράσεις, έχει διαπιστωθεί ότι παρουσιάζουν και κοινά χαρακτηριστικά .

Αντιδράσεις σε τοπικό επίπεδο

Αφορούν συνήθως στην δημιουργία ενός πυρήνα γειτόνων, που όταν διαπιστώνουν ότι το συγκεκριμένο ακίνητο μισθώθηκε για να λειτουργήσει ως Μονάδα ΨΚΑ, θορυβούνται και ενώνονται για να αντιμετωπίσουν την επερχόμενη «απειλή». Προστρέχουν λοιπόν σε τοπικούς φορείς για να ζητήσουν «συμπαράσταση», ώστε να ματαιωθεί η εγκατάσταση της μονάδας. Η τοπική αυτοδιοίκηση, οι τοπικοί σύλλογοι, βουλευτές και της περιφέρειας, επαγγελματικές ενώσεις και σύλλογοι γονέων, καθώς και οι φορείς στους οποίους υπάγεται διοικητικά η συγκροτούμενη μονάδα, γίνονται συνήθως οι δεκτές του αιτήματος τους. Αρκετές φορές αξιοποιούν και τοπικά ΜΜΕ που δέχονται να προβάλλουν τις απόψεις τους. Αν οι φορείς που προαναφέρθηκαν δεν ασπαστούν τις ανησυχίες των κατοίκων, τότε οι δεύτεροι συγκροτούν άτυπες επιτροπές για τη διεκδίκηση της αναστολής εγκατάστασης της μονάδας.

Αντιδράσεις σε κεντρικό επίπεδο

Εκδηλώνονται συνήθως με την υποβολή εγγράφων διαμαρτυριών- καταγγελιών προς το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, οι οποίες πολλές φορές κοινοποιούνται στα πολιτικά κόμματα, σε άλλα Υπουργεία και μεμονωμένα στα γραφεία του Προέδρου της Βουλής και του Πρωθυπουργού. Οι διαμαρτυρίες υποβάλλονται συνήθως από τους άμεσα ενδιαφερόμενους- τους γείτονες της περιοχής όπου πρόκειται να εγκατασταθεί η μονάδα-, μερικές φορές όμως και από τους Δήμους που υιοθετώντας το αίτημα των δημοτών τους, συνηγορούν και διεκδικούν την ματαίωση της λειτουργίας τους. Ένας άλλος τρόπος αφορά την κατάθεση αναφορών και ερωτήσεων στην Βουλή, που απευθύνονται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Δικαστικές προσφυγές.

Σπανιότερα οι γείτονες της υπό εγκατάστασης μονάδας προσφεύγουν στα δικαστήρια- συνήθως με την διαδικασία της αίτησης λήψης ασφαλιστικών μέτρων-, ζητώντας να εκδοθεί απόφαση που να μην επιτρέπει την εγκατάσταση και λειτουργία της μονάδας. Οι αποφάσεις που έχουν εκδοθεί μέχρι σήμερα δεν έχουν κάνει δεκτές τις αγωγές τους (ΕΠΨΥ,2000:22-23).

Αυτό που ειπώθηκε σε εμάς από το προσωπικό των ξενώνων ήταν, ότι αρχικά οι κάτοικοι προσπάθησαν να αποτρέψουν την εγκατάσταση του ξενώνα προφασιζόμενοι την επικινδυνότητα των τροφίμων και στην συνέχεια, όταν δεν έβλεπαν αποτέλεσμα προβάλλοντας αυτό το επιχείρημα, υποστήριζαν ότι η περιοχή ήταν επικίνδυνη για την σωματική ακεραιότητα των τροφίμων, με τη δικαιολογία ότι δεν ήξεραν πώς να προστατευτούν όντας έγκλειστοι για μεγάλο χρονικό διάστημα (βλέπε 7.6.4). Για την άρση τέτοιου είδους συμπεριφορών χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές όπως ενημερωτικά έντυπα, ομιλίες ειδικών σε θέματα ψυχικής υγείας προς την κοινότητα, καθώς και

εκμετάλλευση των τοπικών Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Οι τεχνικές αυτές παρατίθενται εκτενέστερα στα παρακάτω υποκεφάλαια (βλέπε 7.6.5 -7.6.9).

7.6.4 Το υπόβαθρο των αντιδράσεων

«Η εγκατάσταση της μονάδας εγκυμονεί κίνδυνους για την προσωπική και περιουσιακή μας ασφάλεια και για την στοιχειώδη αξιοπρέπεια του περιβάλλοντος της διαβίωσης μας, δικαίωμα που προστατεύει συνταγματικά...»

«υπάρχει προφανής κίνδυνος βασικών έννομων αγαθών μας: της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας, της περιούσιας...»

«...άτομα απρόβλεπτης συμπεριφοράς... προκαλούν φόβο και ανασφάλεια...»

«...σκανδαλώδης απόφαση που υποκρύπτει πολιτική σκοπιμότητα...»

«...πως είναι δυνατόν ένα τέτοιο κτίριο, χωρίς προαύλιους χώρους να είναι κατάλληλο για την αποκατάσταση των συνάνθρωπων μας, που έχουν ανάγκη από στοργή, άνεση και κατάλληλα διαμορφωμένα κτίρια...»

«...οι ασθενείς κινδυνεύουν αφού το κτίριο βρίσκεται κοντά στον δρόμο...»

Τα παραπάνω αποσπάσματα ψηφισμάτων, δικαστικών αγωγών και δημοσιευμάτων, που κατάληξη τους είναι το αίτημα για την μη λειτουργία των μονάδων, είναι φανερό ότι απορρέουν από φόβο και ανασφάλεια κυρίως για την ζωή και την περιούσια των μελών της τοπικής κοινωνίας, αφού θεωρείται δεδομένη η επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική νόσο (ΕΠΨΥ,2000:24).

Αξιοσημείωτες είναι και οι διαστάσεις της «προσβολής της αξιοπρέπειας του περιβάλλοντος διαβίωσης» και την «προσβολή της προσωπικότητας» που θεωρούνται ότι διακυβεύονται, καθώς και το «ενδιαφέρον» για την ακαταλληλότητα των κτιρίων και των γενικότερων συνθηκών των υπό εγκατάσταση μονάδων. Οι πρώτες, παραπέμπουν σε στάσεις απορριπτικού κοινωνικού αποκλεισμού, που σηματοδοτούν την απομάκρυνση μιας μειονότητας και την επιτήρηση της, εφόσον αποκλίνει από τα κοινώς αποδεκτά μέτρα με τρόπο που προκαλεί φόβο ή που είναι ανεπιθύμητος. Οι δεύτερες παραπέμπουν σε στάσεις καλοπροαίρετου κοινωνικού αποκλεισμού, σύμφωνα με τις οποίες η μειονοτική ομάδα θα πρέπει να απομονωθεί από την υπόλοιπη κοινωνία για δικό της όφελος. Οι στάσεις αυτές υιοθετούνται και για λόγους αυτοπροβολής σε κοινωνικά περιβάλλοντα, που αποδοκιμάζουν την δημόσια εκδήλωση του απορριπτικού κοινωνικού αποκλεισμού (ΕΠΨΥ,2000:25).

Επιπτώσεις των αντιδράσεων.

Είναι γεγονός ότι οι αντιδράσεις ταλαιπώρησαν τους φορείς υλοποίησης, τους εργαζόμενους, τους ένοικους των μονάδων και τις τοπικές κοινωνίες.

Οι φορείς υλοποίησης αρχικά υπόκεινται σε πιέσεις για την ματαίωση της εγκατάστασης ή στην καλύτερη περίπτωση για την μετακίνηση της εκτός της πόλης, γεγονός που είναι αντίθετο με τις αρχές της κοινωνικής επανένταξης και ενσωμάτωσης. Ιδιαίτερα στις μικρές πόλεις, που υπάρχει και προσωπική γνωριμία γενικότερα και των ατόμων κύρους ειδικότερα, οι επιφυλάξεις και οι αντιδράσεις της τοπικής κοινωνίας έχουν σαν αποτέλεσμα το να καταναλώνεται πολλή προσπάθεια και χρόνος για την αντιμετώπιση τους. Κάποιες φορές παρατηρείται και μια ταλάντευση ή κλονισμός, για το κατά πόσο η απόφαση για την δημιουργία της μονάδας είναι σωστή, ή αν θα γίνει αποδεκτή και θα ενσωματωθεί από την τοπική κοινωνία. Υπήρξαν περιπτώσεις που για τους λόγους αυτούς σημειώθηκαν σημαντικές καθυστερήσεις στην έναρξη λειτουργίας κάποιων μονάδων, ή που η τελική επιλογή του χώρου εγκατάστασης ήταν ακατάλληλη (ΕΠΨΥ,2000:25).

Τα μέλη του προσωπικού βιώνουν συγκρουσιακές καταστάσεις. Ο ενθουσιασμός για την συμμετοχή τους στην αποϊδρυματοποίηση και την κοινωνική ενσωμάτωση, βρίσκεται αντιμέτωπος με μια «εχθρική» πραγματικότητα μέρους της τοπικής κοινωνίας που αντιδρά. Καταναλώνουν πολλή ενέργεια και «ψυχισμό» για την διεργασία αυτών των καταστάσεων, σε μια χρονική περίοδο που απαιτείται παράλληλα η επένδυση τους στην ομογενοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και στην αντιμετώπιση πλήθους οργανωτικών θεμάτων που αφορούν στην καθημερινή λειτουργία της μονάδας (ΕΠΨΥ,2000:26).

Το αρνητικό κλίμα επηρεάζει βέβαια και τους ενοίκους των μονάδων, που βιώνουν συγχυτικές καταστάσεις. Βγαίνοντας από το ιδρυματικό πλαίσιο, που ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του ήταν η έλλειψη της δυνατότητας κοινωνικής αλληλεπίδρασης, βρίσκονται σε μια μονάδα, που μέρος του κοινωνικού της περιγύρου τους αντιμετωπίζει με επιφυλακτικότητα, καχυποψία και μερικές φορές με εχθρότητα. Αυτό είναι κάτι που φέρνει τον κίνδυνο μιας νέας απόρριψης για τους ένοικους και είναι κάτι που σίγουρα δεν βοηθάει την επανένταξη τους (ΕΠΨΥ,2000:26).

Για τον λόγο αυτό η διεπιστημονική ομάδα καλείται να δημιουργήσει αρχικά ένα κλίμα εσωτερικής αποδοχής προς τους ενοίκους και στην συνέχεια να διεργαστεί τα δικά της συναισθήματα για το θέμα των αντιδράσεων. Η κοινωνικοποίηση των ενοίκων με έναν μεθοδικό προγραμματισμό αποτελεί την καλύτερη έμπρακτη λύση στο πρόβλημα, αφού αποδεικνύει ότι από την μια οι αντιδράσεις δεν είναι τόσο γενικευμένες όσο αρχικά εκλαμβάνονται και από την άλλη διαλύει σταδιακά τους φόβους των αντιδρώντων, που διαπιστώνουν την υπερβολή των αρχικών τους εκτιμήσεων (ΕΠΨΥ,2000:26).

Τέλος οι τοπικές κοινωνίες «ταλαιπωρούνται» βιώνοντας μια δύσκολη και σύνθετη εμπειρία, που ενέχει συγκρούσεις σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο και πολλές αντιφάσεις. Ο φόβος για την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές συγκρούεται με τις ανθρώπινες αξίες της αποδοχής και της υποστήριξης των μειονεκτούντων ατόμων και κοινωνικών ομάδων. Η κοινωνική αλληλεγγύη που όλοι πρεσβεύουμε, έρχεται αντιμέτωπη με το ζητούμενο να την κάνουμε πράξη εμείς και όχι κάποιοι άλλοι, χρησιμοποιείται συνειδητά η υπερβολή για ενίσχυση των επιχειρημάτων και γίνεται άστοχη- επιεικώς- χρήση μορφών διεκδίκησης (λαϊκές συνελεύσεις, διαδηλώσεις) στην λογική του «όποιος φωνάζει περισσότερο έχει δίκιο». Ο θεσμός της τοπικής αυτοδιοίκησης (αυτό)παγιδεύεται και «αξιοποιείται» ενάντια σε κάτι, που θα έπρεπε να επιδιώκει, σε μεμονωμένες ευτυχώς περιπτώσεις. Η τοπική κοινωνία χωρίζεται στον δυναμικό πυρήνα των αντιδρώντων, την ουδέτερη πλειοψηφία και τους θετικά διακείμενους. Όταν κοπάσει ο θόρυβος, με την λειτουργία της μονάδας και την έμπρακτη διαπίστωση ότι «έγινε πολύς θόρυβος για το τίποτα», αρχίζει μια νέα φάση εσωτερικών διεργασιών. Τα μέλη της κοινότητας που αντιδρούσαν βιώνουν, μεταξύ άλλων, συναισθήματα που κυμαίνονται από την «ήττα» στην ενοχή ή την αδιαφορία και την απάθεια (ΕΠΨΥ,2000:27).

Για όλα αυτά τα συναισθήματα, η μονάδα με την λειτουργία και την δράση της οφείλει να δίνει ευκαιρίες επαναπροσέγγισης για μια πιο υγιή αλληλεπίδραση και συνδιαλλαγή. Υπάρχουν συγκεκριμένα παραδείγματα που οι μονάδες με την δράση τους διευκολύνουν τα άτομα που αντιδρούν να επαναπροσδιορίσουν την στάση τους και να γίνουν αρωγοί της προσπάθειας (ΕΠΨΥ,2000:27).

Τρόποι αντιμετώπισης των αντιδράσεων.

Αρχικά είναι βασικό να τεθεί το θέμα των αντιδράσεων στις πραγματικές του διαστάσεις. Σε πρόσφατη ερευνά στο ερώτημα για την «στάση απέναντι στη

λειτουργία των ξενώνων για άτομα με σχιζοφρένεια», 1 στους 2 ερωτώμενους τάσσεται υπέρ της δημιουργίας ενός μικρού ξενώνα για άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια στην γειτονιά τους. Και στην διεθνή βιβλιογραφία σε ανάλογες σχετικές έρευνες έχει διαπιστωθεί, ότι αν και Υπάρχουν αρνητικές στάσεις του κοινού προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εντούτοις σημαντική είναι και η θετική διάθεση προς αποϊδρυματισμένους ασθενείς. Φαίνεται λοιπόν, ότι ακόμα και στις λίγες περιπτώσεις δυναμικών αντιδράσεων, οι αντιδρώντες είναι μάλλον μια καλά οργανωμένη μειοψηφία, που χρησιμοποιεί έντονες και θορυβώδεις μορφές προβολής στις αντιδράσεις τους (ΕΠΨΥ,2000:28).

Όταν οι αντιδράσεις εκδηλωθούν και μορφοποιηθούν, ο φορέας υλοποίησης (Νοσοκομείο) και η θεραπευτική ομάδα που γίνονται οι πρώτοι αποδεκτές, οφείλουν να τις αντιμετωπίσουν με νηφάλιο τρόπο, ανεξάρτητα με την προσέγγιση- στρατηγική που επιλέχτηκε για την εγκατάσταση της μονάδας, ή μη αντιμετώπιση των αντιδράσεων είναι πιθανόν να εκληφθεί σαν αναποφασιστικότητα για την ορθότητα της επιλογής, γεγονός που μπορεί να τις εντείνει (ΕΠΨΥ,2000:29).

Επιχειρήματα που μπορούν να αξιοποιηθούν είναι τα ακόλουθα:

Η εγκατάσταση των Μονάδων Ψ.Κ.Α σε οικιστικές περιοχές, είναι επίσημη πολιτική του κράτους στον τομέα της ψυχικής υγείας, βασίζεται σε νόμο, καθώς και σε σχετικές οδηγίες του Π..Ο.Υ. και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η δεκαετής λειτουργία όλων των προηγούμενων μονάδων στην χώρα μας, καθώς και η διεθνής εμπειρία, έχουν αποδείξει έμπρακτα τη επιτυχία του επιχειρήματος, καθώς και το υπερβολικό και αβάσιμο των αρχικών αντιδράσεων.

Τα παραπάνω επιχειρήματα μπορούν να διατυπωθούν προφορικά ή γραπτά, ιδιαίτερα όταν οι διαμαρτυρίες έχουν διατυπωθεί εγγράφως.

Επιπροσθέτως, ο φορέας υλοποίησης και η θεραπευτική ομάδα, καλούνται να δημιουργήσουν συμμαχίες με πρόσωπα και φορείς, που δεν εναντιώνονται ή που, στην καλύτερη περίπτωση ενστερνίζονται τις αρχές και τους στόχους λειτουργίας μιας Μονάδας Ψ.Κ.Α. Πρόσωπα κύρους από τον κοινωνικό, επιστημονικό, καλλιτεχνικό χώρο ή φορείς όπως ιατρικοί, δικηγορικοί σύλλογοι, καθώς και κινήσεις ή πρωτοβουλίες ομάδων που δραστηριοποιούνται σε θέμα ανθρώπινων και κοινωνικών δικαιωμάτων, είναι ενδεικτικά παραδείγματα δυνητικών συμμάχων που πρέπει να προσεγγιστούν

Δεδομένοι σύμμαχοι, είναι βεβαίως και εκπρόσωποι του αρκετά εκτεταμένου σήμερα δικτύου των λειτουργούντων Μονάδων Ψ.Κ.Α, που η εμπειρία τους είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και βοηθητική και πρέπει να επιζητείται.

Εξίσου σημαντικά δεδομένα για την αντιμετώπιση των αντιδράσεων, που μπορούν να αξιοποιούνται είναι:

- η Διακήρυξη του Προέδρου της Δημοκρατίας για την Ψυχική Υγεία,
- η Διακήρυξη της Αθήνας,
- οι δύο έγγραφες παρεμβάσεις του Συνηγόρου του Πολίτη,
- ψήφισμα της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων,
- σχετικές δικαστικές αποφάσεις, που απόσπασμα τους ή ολόκληρα παρατίθενται ως παραρτήματα...

Τα παραπάνω, καθώς και άλλο συναφές υλικό, διατίθενται και από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία οι φορείς καλούνται να επικοινωνούν για την παροχή πολιτικής και νομικής υποστήριξης, όταν κρίνεται αναγκαίο (ΕΠΨΥ,2000:229-30).

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ο δύσκολος ρόλος που καλούνται να φέρουν εις πέρας το κράτος, αλλά κυρίως το προσωπικό που απαρτίζει τις μονάδες

ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, αφού η παρέμβαση τους πρέπει να κινηθεί σε πολλά επίπεδα, όπως: α)σε επίπεδο προσωπικών και δεοντολογικών συγκρούσεων μεταξύ τους, β)σε επίπεδο σύστασης της μονάδας στην εκάστοτε περιοχή, γ)σε επίπεδο συναισθηματικής ισορροπίας των τροφίμων, οι οποίοι είναι οι δέκτες των προαναφερόμενων αντιδράσεων, αλλά κυρίως δ)σε επίπεδο εκτέλεσης του βασικού στόχου σύστασης μιας μονάδας που είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

7.6.5 Στρατηγικές αντιμετώπισης των κοινοτικών αντιδράσεων κατά την εγκατάσταση των μονάδων

Η οργάνωση και η λειτουργία μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, λόγω του πολύπλοκου χαρακτήρα της κοινοτικής οργάνωσης, του δυναμικού χαρακτήρα των κοινοτικών σχέσεων και των κυρίαρχων αρνητικών κοινωνικών στάσεων προς την ψυχική ασθένεια, είναι έργο σύνθετο και με ιδιαίτερες απαιτήσεις. Έχει φανεί ότι οι παράμετροι αυτοί παίζουν σημαντικό ρόλο ειδικότερα κατά την διαδικασία της εγκατάστασης της υπηρεσίας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η διαδικασία της ενσωμάτωσης της στην κοινότητα (ΕΠΨΥ,2000:31).

Συνεπώς, οι ειδικοί ψυχικής υγείας στο στάδιο του σχεδιασμού της υπηρεσίας χρειάζεται να λαμβάνουν υπ' όψιν τα κοινοτικά χαρακτηριστικά και να απαντούν στα ακόλουθα ερωτήματα:

- ποια είναι η πλέον κατάλληλη κοινοτική περιοχή για εγκατάσταση της μονάδας;
- ποιοι άλλοι (φυσικά ή νομικά πρόσωπα) χρειάζεται να εμπλακούν στην διαδικασία του σχεδιασμού και της προετοιμασίας λειτουργίας της μονάδας;
- ποια είναι η κατάλληλη χρονική στιγμή που χρειάζεται να τους εμπλέξουν και να συνεργαστούν μαζί τους;
- ποιες διαθέσιμες εναλλακτικές στρατηγικές προβλέπονται σε περίπτωση ακύρωσης του αρχικού σχεδιασμού; (ΕΠΨΥ,2000:31).

Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά έχουν σκοπό να προσδιορίσουν την πλέον κατάλληλη στρατηγική για τον τρόπο εισαγωγής, εγκατάστασης και εγκαθίδρυσης της υπηρεσίας στην κοινότητα. Στην διαδικασία αυτή σημαντικό ρόλο παίζουν οι τρόποι δημοσιοποίησης του προγράμματος και πληροφόρησης της κοινότητας και συνεργασίας με τους κατοίκους (ΕΠΨΥ,2000:31).

Διεθνώς η εμπειρία της ανάπτυξης των υπηρεσιών φροντίδας ψυχικά ασθενών έχει αναδείξει τρία είδη στρατηγικών εισαγωγής και εγκατάστασης των μονάδων στην κοινότητα

Προσέγγιση Υψηλού Προφίλ

Θεωρητική άποψη της μεθόδου είναι, ότι μια επαρκώς πληροφορημένη κοινότητα που συναινεί και παραδέχεται στα πλαίσια της την λειτουργία μιας μονάδας φροντίδας ψυχικά ασθενών, αναμένεται μακροπρόθεσμα να υποστηρίξει αποτελεσματικά την ενσωμάτωση τους στον κοινωνικό ιστό. Βάσει της στρατηγικής αναπτύσσεται αρχικά μια προσεκτική και σε βάθος διαδικασία αγωγής της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και στην συνέχεια μια ευρεία διαδικασία πληροφόρησης και ανάπτυξης συνεργασιών. Σκοπός είναι να εμπλακούν οι κάτοικοι, οι αντιπρόσωποι και οι φορείς τους στον σχεδιασμό της υπηρεσίας.

Η προσέγγιση απαιτεί υψηλού βαθμού εκπαίδευση των ειδικών ψυχικής υγείας της κοινότητας και κοινωνικού σχεδιασμού, καθώς και διαθεσιμότητα χρόνου μέχρι την επίτευξη του επιθυμητού στόχου της συναίνεσης των ομάδων στόχου. Σύμφωνα με την στρατηγική, η εγκατάσταση της υπηρεσίας στην κοινότητα πραγματοποιείται

μόνο εφόσον συναινούν οι ενδιαφερόμενοι στην προοπτική της λειτουργίας της (ΕΠΨΥ,2000:32).

Προσέγγιση Χαμηλού Προφίλ

Θεωρητική άποψη της μεθόδου είναι, ότι ο φόβος προς την ψυχική ασθένεια και τους φορείς της αντιμετωπίζεται όχι σε φανταστικό επίπεδο, αλλά στο επίπεδο της πραγματικότητας. Αναμένεται ότι οι προκαταλήψεις προς τους ψυχικά ασθενείς είναι δυνατόν να τροποποιηθούν καθοριστικά μέσω της άμεσης γνωριμίας μαζί τους, που παρέχει η πραγματικότητα των καθημερινών συναλλαγών. Η στρατηγική στηρίζεται επίσης στα ατομικά δικαιώματα των ασθενών, που βάσει αυτών θεωρούνται ισότιμοι πολίτες της κοινωνίας με δικαίωμα να διαμένουν όπου αυτοί επιθυμούν, χωρίς να χρειάζεται η συγκατάθεση ή έγκριση κανενός άλλου.

Στα πλαίσια της προσέγγισης σκοπός είναι η εγκατάσταση της υπηρεσίας με άμεσες, συνοπτικές και αθόρυβες διαδικασίες, σε οικήματα που πληρούν τις νομικές απαιτήσεις, που μισθώνονται ή αγοράζονται εκ των πρότερων. Οι κάτοικοι της κοινότητας και οι φορείς τους ενημερώνονται για την λειτουργία της υπηρεσίας σταδιακά εκ των υστέρων της ολοκλήρωσης της εγκατάστασης και λειτουργίας της. Οι υποστηρικτές της θεωρούν, ότι η στρατηγική επιφέρει περισσότερο επιτυχή και άμεσα αποτελέσματα στην εγκαθίδρυση και λειτουργία των υπηρεσιών στην κοινότητα σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους.

Στα θετικά της στρατηγικής προσμετρούνται η μικρή διάρκεια χρόνου που απαιτείται μέχρι την λειτουργία της υπηρεσίας και οι περιορισμένες ανάγκες σε εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για εργασία με την κοινότητα. Στα αρνητικά της όμως αναφέρονται δυσκολίες που προκύπτουν μακροπρόθεσμα στην κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στο κοινοτικό πλαίσιο, λόγω των αντιδράσεων των κατοίκων που είναι δυνατόν να έχει δημιουργήσει η λειτουργία της υπηρεσίας δίχως την εκφρασμένη αποδοχή της (ΕΠΨΥ,2000:32-33).

Συνδυαστική Προσέγγιση

Στην συνδυαστική προσέγγιση περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι προσεγγίσεις που υιοθετούν και συνδυάζουν στοιχεία και από τις δυο προαναφερόμενες στρατηγικές.

Για την επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής εγκατάστασης της κοινοτικού τύπου υπηρεσίας φροντίδας της ψυχικής υγείας βασικό ρόλο παίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινότητας.

Σε κοινότητες που έχουν λίγες πιθανότητες να αντιδράσουν προς την εγκατάσταση της υπηρεσίας, θεωρείται περισσότερο κατάλληλη μια στρατηγική του τύπου της προσέγγισης Χαμηλού Προφίλ. Αντίθετα σε κοινότητες που αξιολογούνται ότι έχουν πολλές πιθανότητες αντίδρασης, θεωρείται περισσότερο κατάλληλη η υιοθέτηση μιας στρατηγικής του τύπου προσέγγισης Υψηλού Προφίλ.

Όμως, επισημαίνεται ότι λόγω της μεγάλης ποικιλίας των ιδιαίτερων και διαφορετικών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι κοινότητες, η επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής είναι διαδικασία που εμπεριέχει αβεβαιότητα. Συνεπώς η παράθεση των προαναφερόμενων στρατηγικών, δεν αποτελεί παρά μόνον μια περιορισμένη, συνοπτική και σχηματική παρουσίαση των διαθέσιμων μεθόδων εγκατάστασης κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που σκοπό έχει περισσότερο να εμποτίσει τον προβληματισμό, παρά να προτείνει συγκεκριμένες λύσεις σε ζητήματα σχεδιασμού (ΕΠΨΥ,2000:33-34).

Αυτό που διαπιστώσαμε και στους δυο ξενώνες, ήταν ότι ανέπτυξαν την Προσέγγιση Χαμηλού Προφίλ. Προσπάθησαν να φέρουν σε επαφή την κοινότητα με την μονάδα και να γνωστοποιήσουν στο ευρύ κοινό το σκοπό λειτουργίας της, κυρίως

μέσω της ενημέρωσης, οργάνωσης πολιτιστικών εκδηλώσεων όπου κύριοι «πρωταγωνιστές» ήταν οι ίδιοι οι ένοικοι και μέσω ανάπτυξης δικτύου εθελοντών (βλέπε 7.6.8).

7.6.6 Η ενσωμάτωση της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινοτική ζωή

Για να επιτευχθεί η ενσωμάτωση της μονάδας στην τοπική κοινότητα, πρέπει να συντρέχουν τρεις βασικές προϋποθέσεις.

Η πρώτη προϋπόθεση κοινωνικής ενσωμάτωσης της μονάδας αφορά την εναρμόνιση της λειτουργίας της με τους γενικούς κανόνες και πλαίσια που είναι αποδεκτά και καθιερωμένα σε κοινοτικό επίπεδο για την κοινωνική συνδιαλλαγή και αλληλεπίδραση. Υπό αυτήν την έννοια η εξωτερική εμφάνιση και η εσωτερική διαρρύθμιση, επίπλωση και λειτουργικότητα της μονάδας, οφείλουν να προσομοιάζουν περισσότερο στην έννοια της κατοικίας παρά της εξειδικευμένης θεραπευτικής μονάδας. Επίσης, οι καθημερινές δραστηριότητες των ενοίκων και του προσωπικού της μονάδας, δεν πρέπει να διαφοροποιούνται σημαντικά από αυτές των υπόλοιπων μελών της κοινότητας. Η εξωτερική εμφάνιση και η κοινωνική συμπεριφορά των ένοικων είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα και παραπέμπουν στην αναγκαιότητα επαρκούς προετοιμασίας πριν την μεταστέγαση τους.

Η δεύτερη προϋπόθεση κοινοτικής ενσωμάτωσης της μονάδας αφορά το γεγονός ότι αυτή πρέπει να είναι «ανοιχτή» στην τοπική κοινότητα, επιτρέποντας και επιδιώκοντας την γνωριμία, την αλληλεπίδραση και την συνδιαλλαγή. Πρέπει να οργανώνονται και να ενθαρρύνονται επισκέψεις και να πραγματοποιούνται εορταστικές εκδηλώσεις, που θα δίνουν την δυνατότητα στην γειτονιά και την ευρύτερη κοινότητα να γνωρίσουν τους ενοίκους, το προσωπικό, την λειτουργία και τους στόχους της μονάδας.

Η τρίτη προϋπόθεση κοινοτικής ενσωμάτωσης της μονάδας αφορά στην προσδοκώμενη ανταποδοτικότητα της προς την τοπική κοινωνία. Η τοπική κοινότητα αποδεχόμενη την μονάδα στο πλαίσιο της προσδοκιάς τα δικά της οφέλη, που δεν είναι άλλα, από την άμεση ή έμμεση παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στα μέλη της σε πρώτο επίπεδο, ενώ σε δεύτερο επίπεδο η μονάδα αναμένεται να συμμετέχει στην διαμόρφωση και στην διαδικασία κάλυψης γενικότερων αναγκών της κοινότητας της οποίας σταδιακά αποτελεί συστατικό στοιχείο (ΕΠΨΥ,2000:35-36).

Ειδικότερα η επιτυχής κοινωνική ενσωμάτωση μιας μονάδας συναρτάται από την ενεργό συμμετοχή της σε προγράμματα και δράσεις ενημέρωσης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, τα οποία έχουν ως βασικό στόχο την μείωση των εμποδίων στη θεραπεία και την φροντίδα, μέσω της διάδοσης πληροφόρησης και γνώσης για την συχνότητα των διαταραχών, την δυνατότητα ίασης, την θεραπευτική διαδικασία και την ιδιαίτερη σημασία που πρέπει να δίνεται στα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι επιλογές και τα οφέλη των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να διαδίδονται ευρέως, έτσι ώστε τα αιτήματα και η συνεργασία με το κοινό, τους επαγγελματίες, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και αυτούς που διαμορφώνουν την πολιτική, να συμμερίζονται κοινές βασικές γνώσεις και πληροφόρηση. Οι οργανωμένες εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού και οι δράσεις αγωγής ψυχικής υγείας μπορούν να συμβάλλουν στην μείωση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, στην αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την σύγκλιση του δικτύου υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας. Οι προσφερόμενες δράσεις μπορεί να πραγματοποιούνται σε τοπικό

και ευρύτερο επίπεδο με την συνεργασία και άλλων φορέων υγείας και ψυχικής υγείας, κάτι που αναμένεται να προωθηθεί σημαντικά με την σύσταση των τομέων και τη λειτουργία των τομεακών επιτροπών ψυχικής υγείας. Βεβαίως οι δράσεις αγωγής ψυχικής υγείας απαιτούν την ενεργό εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης, των σχολείων και κάθε άλλου φορέα που δραστηριοποιείται ενεργά στην τοπική κοινότητα, ενώ ο χαρακτήρας και η εξειδίκευση της θεματολογίας, πρέπει να περιλαμβάνει και να προσαρμόζεται στις τοπικές ανάγκες, καθώς και στο συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο (ΕΠΨΥ,2000:36).

Αναφορικά με τις προϋποθέσεις ενσωμάτωσης που αναφέρονται παραπάνω, μπορούμε να πούμε, πως και στους δυο ξενώνες γίνονται προσπάθειες ανάπτυξης της λειτουργικότητας μέσω καθημερινών δραστηριοτήτων (συνθήκες ατομικής υγιεινής, ψυχαγωγία, ανάθεση αρμοδιοτήτων για την κάλυψη των τρεχόντων αναγκών κ.α.). Η δεύτερη προϋπόθεση επίσης εκπληρώνεται, αφού η προσπάθεια διασύνδεσης της τοπικής κοινωνίας με την μονάδα αποτελεί πρωταρχικό μέλημα. Όσον αφορά τα οφέλη της κοινότητας από την λειτουργία μιας τέτοιας μονάδας, μπορούμε να αναφέρουμε, ότι και στις δυο περιπτώσεις οι ξενώνες ενημερώνουν με ποικίλα μέσα την κοινότητα για το υπάρχον δίκτυο συστημάτων υγείας που υπάρχει στην γεωγραφική της έκταση.

Η ενσωμάτωση της μονάδας στην κοινότητα είναι μια διαρκής και δυναμική διαδικασία, που επέρχεται σαν αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ειδικών δραστηριοτήτων όπως:

- Ανάπτυξη προγραμμάτων ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης της κοινότητας σε θέματα λειτουργίας των υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής Υγείας.
- Ανάπτυξη δικτύου εθελοντών
- Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα
- Ανάπτυξη επικοινωνιακής πολιτικής και αξιοποίησης των Μ.Μ.Ε.
- Διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της Μονάδας (ΕΠΨΥ,2000:37).

7.6.7 Η Ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα λειτουργίας της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ενσωμάτωση της μονάδας φροντίδας ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, όπως προαναφέρεται, αναμένεται να συναντάει εμπόδια από την ανησυχία που προκαλεί η λειτουργία της στους κατοίκους της περιοχής εγκατάστασης. Η ανησυχία τους οφείλεται στις αρνητικές στάσεις και στις προκαταλήψεις που έχουν για την ψυχική ασθένεια. Συνεπώς η κάμψη και η τροποποίηση αυτών των στάσεων φαίνεται να αποτελούν την απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτευχθεί η ενσωμάτωση της μονάδας στην κοινότητα, ώστε να επιτελέσει αποτελεσματικά το έργο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών της. Σε αντίθετη περίπτωση, οι ασθενείς κινδυνεύουν να παραμένουν σε μια κοινότητα σε αποκλεισμό από την ίδια την κοινότητα.

Για τους λόγους αυτούς χρειάζεται η διεπιστημονική ομάδα της υπηρεσίας, από την έναρξη της λειτουργίας της, να αναπτύξει προγράμματα που να απευθύνονται στους περίοικους και τους κατοίκους της ευρύτερης περιοχής, με στόχο την εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση τους σε θέματα ψυχικής ασθένειας και λειτουργίας των υπηρεσιών φροντίδας της

Σκοπός των προγραμμάτων ευαισθητοποίησης των κατοίκων της κοινότητας, δεν πρέπει να είναι αποκλειστικά η μετάδοση γνώσεων, αλλά η τροποποίηση των

αρνητικών στάσεων ως προς την ψυχική ασθένεια. Συνεπώς, τα προγράμματα ευαισθητοποίησης δεν θα πρέπει να στηρίζονται μόνο στην μετάδοση πληροφοριών. Η κάμψη των προκαταλήψεων, όσων έχουν ελάχιστη ή καμία επαφή με ψυχικά ασθενείς, θεωρείται ότι απαιτεί μια ιδιαίτερη εκπαιδευτική στρατηγική. Έχει υποστηριχθεί, ότι για την μείωση των προκαταλήψεων παίζει σημαντικό ρόλο η εξοικείωση με τις ψυχικές ασθένειες παρά οι θεωρητικές γνώσεις (Παπαδάτος,1985:239)

Οι παρεμβάσεις μπορούν να συνοψιστούν στις εξής: α) ανάπτυξη δικτύου εθελοντών μετά από την ευαισθητοποίηση που επιδιώχθηκε μέσω των παραπάνω ενεργειών, β) διοργάνωση ενημερωτικών ομιλιών, γ) διοργάνωση εκδηλώσεων σε συνεργασία με φορείς της κοινότητας, δ) διανομή ενημερωτικών έντυπων (Παράρτημα Ε και ΣΤ), ε) ύπαρξη εθελοντών. Και στους δυο ξενώνες υπάρχει το φαινόμενο της εθελοντικής προσφοράς από τους κατοίκους είτε υλικών αγαθών, είτε προσωπικής ενασχόλησης με τις ανάγκες του κτιρίου και των τροφίμων των ξενώνων (ΕΠΨΥ,2000:38-44).

7.6.8 Η ανάπτυξη δικτύου εθελοντών

Εθελοντισμός είναι η συνεισφορά ατόμων στο πλαίσιο μιας μη-κερδοσκοπικής και μη-αμειβόμενης δράσης, που δεν προβλέπει επαγγελματική εξέλιξη, που έχει σαν στόχο την ευημερία του συνανθρώπου, της κοινότητας ή γενικότερα της κοινωνίας. Από τον ορισμό συνεπάγεται, ότι δεν αφορά απλά μια μορφή παροχής ανιδιοτελούς παροχής κοινωνικού έργου, αλλά επιπλέον και στάση ζωής με ιδιαίτερες αξίες και ιδεολογία, όπως αυτές της φιλανθρωπίας, της αλληλεγγύης, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της κοινωνικής συμμετοχής. Εθελοντής είναι κάθε άτομο μη επαγγελματίας της ψυχικής υγείας, που είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα ψυχικής υγείας και προσφέρει χωρίς αμοιβή εργασία σχετική με την προαγωγή της υγείας ατόμων, οικογενειών, ή σε πλαίσιο κοινοτικών αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων (Μαδιανός, 2005:64-65)

Σε κάθε κοινότητα δραστηριοποιούνται άτομα, άτυπες ομάδες και φορείς που επιδεικνύουν ιδιαίτερη ευαισθησία και έχουν διάθεση εθελοντικής ενεργοποίησης σε τομείς ανθρωπιστικής αλληλεγγύης, κοινωνικής υποστήριξης και υπεράσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ο ρόλος τους στην κοινότητα αναδεικνύεται σημαντικός ως προς την επίτευξη της κοινωνικής συνοχής και της κοινωνικής προστασίας. Με την εθελοντική τους δράση συγκροτούν μια από τις διαστάσεις της άτυπης πλευράς της φροντίδας στην κοινότητα (ΕΠΨΥ,2000:45).

Οι εθελοντές είναι δυνατόν να αναδειχθούν χρήσιμοι συνεργάτες στο έργο της μονάδας. Ειδικότερα, είναι δυνατόν να αποτελέσουν τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην Μονάδα και την κοινότητα στις προσπάθειες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική ενσωμάτωση των ασθενών και να λειτουργήσουν σαν ιδιαίτερο υποστηρικτικό σύστημα (Μαδιανός, 1994).

Το ενδιαφέρον της εθελοντικής προσφοράς, με συχνότητα περιοδική ή μόνιμη, καλύπτει ένα ευρύ φάσμα παροχών προς τις ανάγκες λειτουργίας των υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας όπως παροχή:

- ατομικής οικονομικής υποστήριξης ψυχικά ασθενών - ενοίκων των ξενώνων,
- οικονομική υποστήριξη συγκεκριμένης δραστηριότητας της μονάδας,
- ατομικού ρουχισμού ή και άλλων ειδών προσωπική χρήσης των ενοίκων,
- αγαθών και άλλων αναγκαίων ειδών προς την υπηρεσία,
- μεταφορών, μετακινήσεων και συνοδείας ενοίκων Ξενώνων,

- φιλοξενίας ενοίκων στα σπίτια τους,
- ειδικής εκπαιδευτικής δραστηριότητας και δημιουργικής απασχόλησης ενοίκων,
- παροχή ειδικής περίθαλψης ενοίκων,
- εργασίας και τεχνικών υπηρεσιών προς την μονάδα και
- υποστήριξης για την εύρεση εργασίας ή απασχόλησης ενοίκων ξενόνων.

Το κέρδος ενός εθελοντή από την πρόσφορα του είναι πολλαπλό. Κατ' αρχήν καλύπτει δικές του συναισθηματικές ανάγκες με το να προσφέρει και να δέχεται ανατροφοδότηση. Αποκτά ο ίδιος ψυχολογική ευαισθησία για τις δικές του ανάγκες και προβλήματα, ώστε να είναι σε θέση να τα αντιμετωπίσει έγκαιρα και σωστά. Αποκτά το συναίσθημα του «ανήκειν» σε μια ομάδα. Και τέλος από την στιγμή που ο εθελοντισμός είναι μια ανώτερη μορφή ανθρωπισμού, ενισχύει ουσιαστικά το έργο της ομαδικής ψυχικής υγείας και της προαγωγής της ψυχικής υγείας της κοινότητας του (Μαδιανός, 2005:64-65).

Η μονάδα χρειάζεται να εντάσσει, μόνιμα και σταθερά στο έργο που επιτελεί την προσέλκυση εθελοντών από όλο το φάσμα της κοινωνικοοικονομικής, εκπαιδευτικής και επαγγελματικής διαστρωμάτωσης της κοινότητας. Η συνεργασία μαζί τους χρειάζεται να αναπτύσσεται οργανωμένα, συστηματικά και εποπτευόμενα από τον υπεύθυνο και τα μέλη του προσωπικού της υπηρεσίας.

Η ανάπτυξη της συνεργασίας με τους εθελοντές είναι διαδικασία που αναπτύσσεται στα εξής στάδια:

α) Αναζήτηση εθελοντών

Η διαδικασία προσέλκυσης εθελοντών πραγματοποιείται τόσο με τρόπους ανεπίσημους, όσο και με επίσημους. Τα μέλη του προσωπικού χρειάζεται σε κάθε επαφή με τους κατοίκους ή φορείς της κοινότητας να τους προσκαλούν να γνωρίσουν τις δραστηριότητες της υπηρεσίας και να τους ενθαρρύνουν ως προς την παροχή της ενεργού συμμετοχής τους.

Χρειάζεται επίσης η υπηρεσία, με επίσημο και οργανωμένο τρόπο μέσω ανακοινώσεων στο τοπικό ηλεκτρονικό και γραπτό τύπο και αποστολής επιστολών και φυλλαδίων, να δηλώνει το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη συνεργασίας με εθελοντές, προβάλλοντας τις αξίες της κοινωνικής αλληλεγγύης και τα οφέλη της συμμετοχής σε κοινωνική δράση. Στην διαδικασία αυτοί οι ίδιοι οι εθελοντές είναι δυνατόν να αποτελέσουν αποτελεσματικό μέσο της προώθησης του εθελοντισμού στην κοινότητα (ΕΠΨΥ, 2000:46).

β) Αξιολόγηση εθελοντών

Οι εθελοντές θεωρούνται συνεργάτες της υπηρεσίας και δεν προσεγγίζονται μόνο σαν φιλάνθρωποι. Στα πλαίσια της συνεργασίας τους εντάσσονται στην λειτουργία της υπηρεσίας αναλαμβάνοντας ειδικούς ρόλους, επιτελούν συγκεκριμένο έργο και συναλλάσσονται με τα μέλη του προσωπικού και τους ασθενείς. Από αυτήν την άποψη χρειάζεται να αξιολογούνται οι δυνατότητες τους σχετικά με τις απαιτήσεις του ρόλου τους. Κριτήρια αξιολόγησης εθελοντών είναι το κίνητρο, η διαθεσιμότητα, στοιχεία της προσωπικότητας, ο τρόπος επικοινωνίας και η αλληλεπίδραση με τους άλλους, οι στάσεις προς την ψυχική ασθένεια, ο σεβασμός των δικαιωμάτων των άλλων και η τήρηση εχεμύθειας (ΕΠΨΥ, 2000:47).

γ) Εκπαίδευση εθελοντών

Οι εθελοντές, για να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στο ρόλο και στο έργο που αναλαμβάνουν να επιτελούν εμπλεκόμενοι στα πλαίσια λειτουργίας μιας Μονάδας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρειάζονται ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση

(ΕΠΙΨΥ, 2000:47). Η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση τους πρέπει να κινηθεί γύρω από τους εξής άξονες:

- Του σεβασμού των δικαιωμάτων του αλλού
- Της δεοντολογίας -εχεμύθειας
- Των ορίων του εθελοντισμού και του επαγγελματισμού (Μαδιανός, 2005:65-67).

Ακόμα η ιδεολογία του εθελοντή πρέπει να συμβαδίζει με εκείνη της κοινωνικής ψυχιατρικής, δηλαδή:

- 1) να πιστεύει ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι σαν όλες τις άλλες αρρώστιες
- 2) να θεωρεί ότι όλοι υποκείμεθα σε ψυχική διαταραχή και ότι δεν υπάρχει ένας διαχωρισμός «υγεία-αρρώστια», αλλά ένα δίπολο υγείας - αρρώστιας. Έτσι αποφεύγετε η ετικετοποίηση του ψυχικά πάσχοντος και τέλος
- 3) να πιστεύει ότι η προσέγγιση προς τον άρρωστο δεν γίνεται με πατερναλιστικό τρόπο αλλά στο επίπεδο της ανοιχτής και ισότιμης επικοινωνίας. Η βασική θέση είναι ότι ο εθελοντής δεν είναι φιλάνθρωπος αλλά συνεργάτης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 2005:65-67)

Το πρόγραμμα ευαισθητοποίησης που απαιτείται να σχεδιάσουν και να πραγματοποιήσουν τα μέλη του προσωπικού της μονάδας θα πρέπει να είναι ευέλικτο, σύμφωνο με τις δυνατότητες των εθελοντών, βιωματικό και να συνδυάζει τόσο ατομικές συνεργασίες, όσο και οργανωμένες ομαδικές εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Θέματα που είναι σκόπιμο να συμπεριλαμβάνονται στο πρόγραμμα εκπαίδευσης εθελοντών είναι: ψυχοκοινωνικά προβλήματα ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, ιστορία της ψυχιατρικής περίθαλψης, αποϊδρυματισμός, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, κοινοτικού τύπου φροντίδα της ψυχικής υγείας, είδη υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κοινωνικές στάσεις προς την ψυχική ασθένεια, δικαίωμα ψυχικά ασθενών (ΕΠΙΨΥ, 2000:48).

γ)Οργάνωση συνεργασίας και εποπτεία εθελοντών

Η εξέλιξη της συνεργασίας με τους εθελοντές χρειάζεται να είναι συστηματική και οργανωμένη, ενταγμένη στα πλαίσια της λειτουργίας της μονάδας. Ο υπεύθυνος και τα μέλη του προσωπικού της θα πρέπει να δημιουργήσουν ένα σύστημα, όπου θα καλύπτει τις ανάγκες συμβουλευτικής και υποστήριξης των εθελοντών στο έργο τους. Το σύστημα αυτό είναι δυνατόν να σχεδιαστεί ως εξής: μέλη του προσωπικού αναλαμβάνουν την ατομική συνεργασία με εθελοντές- σε τακτά διαστήματα οι εθελοντές έχουν την δυνατότητα συνεργασίας με τον υπεύθυνο της μονάδας-, περιοδικά οι εθελοντές καλούνται να συμμετέχουν σε συναντήσεις της ομάδας προσωπικού- ενθαρρύνονται να δημιουργήσουν ομάδα εθελοντών με την υποστήριξη μελών του προσωπικού- και να δραστηριοποιηθούν σύμφωνα με τους στόχους της (ΕΠΙΨΥ, 2000:48).

Οι ξενώνες λαμβάνοντας υπ' όψιν την σημασία που έχει η ανάπτυξη δικτύου εθελοντών στην κάλυψη μεγάλου φάσματος υπηρεσιών λειτουργίας της μονάδας, προχώρησαν άμεσα στην αναζήτηση, αξιολόγηση, εκπαίδευση και οργάνωση , που, αφού ενημερώθηκαν, προσέφεραν τις υπηρεσίες τους σε μερική ή τακτική βάση, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα του χρόνου τους. Για παράδειγμα και στους δυο ξενώνες, η συνεισφορά των εθελοντών είναι σημαντική και πολύτιμη σε όλους τους προαναφερόμενους τομείς. Ενδεικτικά αναφέρουμε την προσφορά υλικών αγαθών (ρουχισμός), βοήθεια στη διεκπεραίωση διαφόρων εκδηλώσεων, διάθεση χρόνου σε προσωπικό επίπεδο με τους ενοίκους κ.α. Ωστόσο στην περίπτωση του ξενώνα Καλλίστη υπερτερεί το αίσθημα αυτό στην τοπική κοινωνία.

7.6.9 Επικοινωνιακή πολιτική της μονάδας και η αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

Οι εκστρατείες ενημέρωσης σε τοπικό επίπεδο έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων. Μειώνουν τον φόβο και την αρνητική κοινωνική επίδραση αυξάνοντας τις επαφές των κατοίκων με τα πάσχοντα άτομα, με αποτέλεσμα την εξοικείωση μεταξύ τους. Οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης για την προαγωγή της υγείας έχουν σκοπό να ευαισθητοποιήσουν και να πληροφορήσουν το κοινό. Οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης πρέπει να στηρίζονται σε μια υποδομή που θα συνδέει το κοινό με τις πηγές πληροφόρησης και υποστήριξης.

Τα μέσα ψυχαγωγίας, μπορούν να ευαισθητοποιήσουν και να προσφέρουν πληροφορίες, ιδιαίτερα σε ζητήματα που θεωρούνται ταμπού, όπως η ψυχική ασθένεια. Οι δημοφιλείς τηλεοπτικές σειρές για παράδειγμα έχουν φανεί ιδιαίτερα χρήσιμες στην διακίνηση κοινωνικών μηνυμάτων. Ακόμα οι κινηματογραφικές ταινίες μπορούν και αυτές με την σειρά τους να ευαισθητοποιήσουν και να δώσουν πληροφορίες για ενημέρωση

Επικοινωνιακά εργαλεία

Η μονάδα με σκοπό την δημοσιοποίηση των λειτουργιών της, αλλά και την ενημέρωση- ευαισθητοποίηση και την αγωγή ψυχικής υγείας της κοινότητας, χρησιμοποιεί επικοινωνιακά εργαλεία που συνήθως είναι: α) ενημερωτικά φυλλάδια, έντυπα, ταινίες, video και άλλο πληροφοριακό υλικό που παράγεται από την ίδια την μονάδα ή που έχει παραχθεί από άλλους φορείς, β) Γραμμή επικοινωνίας: στόχος της γραμμής είναι η ενημέρωση για τις ψυχικές διαταραχές και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και η ευαισθητοποίηση- κινητοποίηση των πολιτών για εθελοντική δράση και συμμετοχή σε δίκτυα εθελοντών. γ) Προγράμματα συνεργασίας για την ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών: στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η ενημέρωση, η κατάρριψη μύθων, και η δημιουργία τοπικών κοινωνικών δικτύων αλληλεγγύης καθώς και τοπικών συλλογών οικογενειών ή ασθενών χρηστών υπηρεσιών. δ) Συνεργασία με φορείς και οργανώσεις της κοινότητας, ώστε να δομηθεί το απαραίτητο δίκτυο των σχέσεων που επιτρέπει, ενθαρρύνει και πολλαπλασιάζει τις δυνατότητες αλληλεπιδράσεων, που αποτελούν βασική προϋπόθεση για την κοινωνική ενσωμάτωση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ακόμα με αυτήν την συνεργασία δίνεται η ευκαιρία στους φορείς να συμμετέχουν στις δράσεις της τοπικής κοινωνίας και στη κάλυψη των τοπικών αναγκών για ενημέρωση γύρω από την ψυχική ασθένεια και χρήση των υπηρεσιών. ε) Πολιτιστικά-καλλιτεχνικά δρώμενα. Τέτοια δρώμενα μπορούν να είναι: προγραμματισμένες καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, διοργάνωση happenings(εκδήλωση δρόμου, ή σε κάποιο κεντρικό κατάστημα) σε συνεργασία με κάποια καλλιτεχνική τοπική ομάδα, κινηματογραφικά αφιερώματα για την ψυχική ασθένεια ζ) Συνεργασία με μέσα μαζικής ενημέρωσης.(συνέντευξη τύπου, δελτία τύπου). Συνήθως η κάθε μονάδα επιλέγει ποιο από τα παραπάνω επικοινωνιακά εργαλεία θα χρησιμοποιήσει και παράγει το δικό της πληροφοριακό έντυπο που διανέμει στην κοινότητα. Συνίσταται η συνεργασία και η αξιοποίησης ειδικών στην επικοινωνία και διαφήμιση για την παραγωγή ενός εντύπου που να έχει τα, κατά το δυνατόν, καλύτερα ποιοτικά και επικοινωνιακά αποτελέσματα, καθώς και η αξιοποίηση χορηγιών για την κάλυψη του λοστού παραγωγής, όταν αυτό δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από την μονάδα (ΕΠΨΥ, 2000:55-56).

Η συμβολή των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Το άτομο που χαρακτηρίζεται ως κοινωνικά ασθενές, θεωρείται ταυτόχρονα και ικανό να διαπράξει ένα οποιοδήποτε έγκλημα αιφνίδια, χωρίς λόγο, ωθούμενο από τις επιταγές μιας ανεξέλεγκτης μυστηριακής δύναμης, της τρέλας, που το εξουσιάζει ολοκληρωτικά. Το στερεότυπο του επικίνδυνου ψυχασθενή, στέρα θεμελιωμένο στην κοινή γνώμη, επιβεβαιώνεται συνεχώς μέσα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τον καθημερινό λόγο (Τσαλίκου,1987:13).

Ενδεικτική είναι η δραματοποίηση των ΜΜΕ των εγκλημάτων εκείνων, που οι δράστες τους έχουν χαρακτηριστεί ως ψυχικά ασθενείς. Στην περίπτωση που ένα άτομο ψυχικά ασθενές διαπράξει μια εγκληματική πράξη, η αναστάτωση της κοινής γνώμης αγγίζει τα όρια του παροξυσμού και του πανικού, επηρεασμένη από την αλλοιωμένη εικόνα για τον ψυχασθενή από τα ΜΜΕ, δικαιώνοντας την αρνητική στάση του κοινού απέναντι του (Τσαλίκου,1987:13,20).

Εκτός όμως από τις αρνητικές συνέπειες των Μ.Μ.Ε., υπάρχουν επίσης και κάποιες θετικές επιδράσεις. Τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να αξιοποιηθούν από τις Μονάδες ΨΚΑ για την κάλυψη ενός μεγάλου φάσματος των δραστηριοτήτων τους, που η δημοσιοποίηση τους εξυπηρετεί τους ειδικότερους και ευρύτερους στόχους τους.

Κατ' αρχήν, μπορούν να βοηθήσουν στη γνωστοποίηση της ύπαρξης της μονάδας και των στόχων της λειτουργίας της, γεγονός που διευκολύνει την ενσωμάτωσή της. Σε περιπτώσεις αντιδράσεων κατά την έναρξη λειτουργίας της μονάδας τα Μ.Μ.Ε. αξιοποιούμενα κατάλληλα, μπορεί να αποτελέσουν έναν πολύτιμο σύμμαχο για την αντιστροφή του αρνητικού κλίματος. Πρέπει εδώ να διευκρινιστεί ότι, αν και τα ΜΜΕ γενικά συντηρούν ή και επιτείνουν τις αρνητικές κοινωνικές στάσεις προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που προσεγγίζουν το θέμα με αντικειμενικότητα και ευαισθησία, συμβάλλοντας έτσι στην αντικειμενική πληροφόρηση του κοινού που απευθύνονται (Παπαδάτος,1985:233,ΕΠΨΥ, 2000:57).

Συνεπώς συνίσταται να αποφεύγονται οι γενικεύσεις και να προσεγγίζονται τα ΜΜΕ και οι λειτουργοί τους, που με την κατάλληλη προετοιμασία και πληροφόρηση μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στους στόχους λειτουργίας των μονάδων. Μέχρι σήμερα έχει υπάρξει πληθώρα άρθρων, ρεπορτάζ και συνεντεύξεων σε τοπικές και πανελλήνιες κυκλοφορίες εφημερίδες και περιοδικά καθώς και σε τηλεοπτικές και ραδιοφωνικές εκπομπές. Η αποτίμηση αυτής της δημοσιότητας είναι σαφώς θετική (ΕΠΨΥ, 2000:57).

Η συνεργασία με φορείς και οργανώσεις της κοινότητας

Για μια μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οι συνεργασίες με φορείς και πρόσωπα της τοπικής και της ευρύτερης κοινότητας είναι μονόδρομος. Μέσα από αυτές δομείται το απαραίτητο δίκτυο των σχέσεων που επιτρέπει, ενθαρρύνει και πολλαπλασιάζει τις δυνατότητες αλληλεπιδράσεων, που αποτελούν βασική προϋπόθεση επίτευξης του κύριου στόχου λειτουργίας της μονάδας, την κοινωνική ενσωμάτωση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (ΕΠΨΥ, 2000:60).

Σκοπός αυτών των συνεργασιών είναι η διευκόλυνση να ασκήσουν, κατά το δυνατόν πληρέστερα, τα δικαιώματά τους (αξιοπρεπής στέγαση, διασφάλιση παροχών, δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου ...). Παράλληλα βέβαια, οι συνεργασίες αυτές συμβάλλουν στην ενεργό συμμετοχή της μονάδας στη ζωή και τις

δράσεις της τοπικής κοινότητας και στην συμμετοχή της, στο μέτρο του δυνατού, στην κάλυψη τοπικών αναγκών.

Ενδεικτικά αναφέρονται φορείς και τρόποι συνεργασίας, λαμβανομένου υπ' όψιν του γεγονότος της απαραίτητης εξειδίκευσης, ανάλογα με τις ισχύουσες τοπικές συνθήκες.

Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση είναι σύνθετη και πολυεπίπεδη περιλαμβάνοντας τομείς όπως:

-Συμμετοχή της μονάδας σε εκδηλώσεις και δράσεις του δήμου πολιτιστικού, αθλητικού, επετειακού και εθελοντικού χαρακτήρα (π.χ. συναυλίες, αθλητικοί αγώνες, παρελάσεις, γιορτές, δένδροφυτεύσεις...)

-Συνδιοργάνωση εκδηλώσεων και δράσεων της μονάδας με το δήμο σε θέματα αμοιβαίου ενδιαφέροντος (οχ ημερίδα για την ψυχική υγεία...)

-Πρόσκληση στο δήμο και τους φορείς του να συμμετέχουν σε εκδηλώσεις της μονάδας.

Η συνεργασία με τις τοπικές υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας αποσκοπεί στην κάλυψη των αντίστοιχων αναγκών των ένοικων και συμβάλλει προς την κατεύθυνση της σύνδεσης των προαναφερόμενων υπηρεσιών ψυχικής Υγείας.

Η εκκλησία είναι επίσης ένας σημαντικός θεσμός, η συνεργασία με τον οποίο αφενός επιτρέπει την άσκηση των θρησκευτικών πεποιθήσεων των ένοικων, αφετέρου επηρεάζει με τον λόγο της τους πιστούς, να μην αντιμετωπίζουν με διακρίσεις και προκαταλήψεις τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Απαραίτητη είναι και η συνεργασία με τη τοπική αστυνομία που στοχεύει στη γνωστοποίηση της ύπαρξης της μονάδας και των στόχων της και στη διαμεσολαβήσει σε τυχόντα προβλήματα.

Σε πολλές κοινότητες δραστηριοποιούνται ομάδες πολιτών μέσα από πολιτιστικούς συλλόγους, αθλητικές ενώσεις, εθελοντικές οργανώσεις και άλλους ανάλογους φορείς, κοινό χαρακτηριστικό των οποίων είναι, τις περισσότερες φορές, η ευαισθησία για τα κοινωνικά ζητήματα, η εμπιστοσύνη τους στην συλλογική δράση και η κοινωνική αλληλεγγύη. Η συνεργασία με τους φορείς είναι πολλαπλά χρήσιμη.

Τέλος, η συνεργασία με επιστημονικές και επαγγελματικές ενώσεις (π.χ. γιατροί, δικηγόροι, εκπαιδευτικοί κ.α.) συμβάλλει τόσο στην αποδοχή και την ενσωμάτωση, όσο και στην παροχή υπηρεσιών και την κάλυψη αναγκών της μονάδας, που με την σειρά της οφείλει να συμβάλλει στην κάλυψη των αναγκών της τοπικής κοινωνίας. Οι ξενώνες που έχουν δημιουργηθεί δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες των ατόμων που μπορούν να αποϊδρυματοποιηθούν και να βγουν στην κοινότητα (Μαδιανός,2000:104,ΕΠΨΥ, 2000:60-61).

Σχετικά με την επικοινωνιακή πολιτική, οι ξενώνες χρησιμοποίησαν ένα συνδυασμό επικοινωνιακών εργαλείων. Έτσι δημοσίευσαν ενημερωτικά φυλλάδια, οργάνωσαν ομιλίες και εκστρατείες ενημέρωσης, χρησιμοποίησαν εποικοδομητικά την κοινότητα σε οργάνωση πολιτιστικών δρώμενων, εκμεταλλεύτηκαν την θετική επίδραση των τοπικών ΜΜΕ, συνεργάστηκαν επιτυχώς με φορείς της κοινότητας, ώστε να έχουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στον ελάχιστο δυνατό χρόνο.

7.6.10 Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς την κοινότητα

Η κοινότητα είναι ένα κοινωνικό σύστημα που επιτελεί λειτουργίες για την ικανοποίηση των οικονομικών, κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών των μελών της. Στις πρωταρχικές της λειτουργίες συμπεριλαμβάνεται και η λειτουργία της αλληλεγγύης, που συνδέεται με τον σκοπό της σταθεροποίησης των κοινοτικών

σχέσεων και της προώθησης της κοινοτικής ανάπτυξης και ευημερίας (Μαδιανός,2000:104,ΕΠΨΥ, 2000:49).

Η κοινότητα λόγω της ανάγκης υποστήριξης και αλληλοβοήθειας των μελών της αναδεικνύεται σε φορέα τόσο της παροχής, όσο και αποδοχής υπηρεσιών κοινωνικής Πρόνοιας και προστασίας και προαγωγής της υγείας και της ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται στο πλαίσιο της ένα τοπικό δίκτυο από ανάλογες υπηρεσίες και εθελοντικές οργανώσεις (Σταθόπουλος,1995).

Επισημαίνεται όμως, ότι ενώ τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι το 20-25% των ατόμων του γενικού πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής τους αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (Π.Ο.Υ 2001), το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας μας συνεχίζει να παραμένει ακόμα συγκεντρωτικό και ανεπαρκές. Συνεπάγεται ότι, αφού καλύπτονται πλημμελώς οι ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού, η ζήτηση ανάλογων υπηρεσιών σε τοπικό κοινοτικό επίπεδο είναι μεγάλη. Από αυτήν την άποψη, όταν εγκατασταθεί μια μονάδα ψυχοκοινωνικής φροντίδας ψυχικά ασθενών στην κοινότητα αναμένεται να γίνει σταδιακά αποδέκτης αιτημάτων κάλυψης αναγκών ψυχοκοινωνικής υγείας των κατοίκων της περιοχής (ΕΠΨΥ, 2000:49).

Η δυνατότητα ανταπόκρισης της μονάδας στην παροχή υπηρεσιών προαγωγής και φροντίδας της ψυχικής υγείας προς τους κατοίκους της περιοχής όπου λειτουργεί, θεωρείται ότι είναι δυνατόν να επηρεάσει θετικά την διαδικασία ενσωμάτωσης της στην κοινότητα. Συνεπάγεται ότι με την έναρξη της λειτουργίας της απώτερος στόχος είναι η ένταξη της σαν μια μονάδα φροντίδας της ψυχικής υγείας στο κοινοτικό δίκτυο των υπηρεσιών. Αυτό θα εξαρτηθεί σε σημαντικό βαθμό από το είδος, την ποικιλία και την έκταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι δυνατόν να προσφέρει. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός χρειάζεται από το πρώτο διάστημα να λειτουργήσει παράλληλα και σαν άτυπος φορέας παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς την κοινότητα (ΕΠΨΥ, 2000:49-50).

Σε πρώτη φάση, είναι απαραίτητο να οργανωθεί το σύστημα παραπομπής των αιτημάτων των κατοίκων μέσω της πρόβλεψης καθορισμένων ωρών την εβδομάδα για το κοινό από συγκεκριμένα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Στην αρχική φάση η παροχή υπηρεσιών πρώτης διαγνωστικής εκτίμησης, αρχικής αντιμετώπισης και παραπομπής σε κατάλληλες υπηρεσίες ανάλογα με το είδος των προβλημάτων ψυχικής υγείας των κατοίκων θεωρείται επαρκής (ΕΠΨΥ, 2000:50).

Σε δεύτερη φάση, η μονάδα είναι χρήσιμο να επικεντρώσει την παρέμβαση της στην προαγωγή του συστήματος ψυχοκοινωνικής φροντίδας των κατοίκων της κοινότητας σε συνεργασία με τον οργανισμό τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλους φορείς. Στην κατεύθυνση αυτή είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση, η ενημέρωση και η κινητοποίηση της δημοτικής αρχής να υποστηρίξει την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής φροντίδας (ΕΠΨΥ, 2000:50).

Γενικότερα οι ανάγκες προαγωγής της ψυχοκοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού της περιοχής απαιτεί τη δημιουργία ενός δικτύου για την προώθηση ενεργειών ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας με μέτρα που στοχεύουν τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και σε ειδικές ομάδες (παιδιά, γυναίκες, υπερήλικες) και επαγγελματίες της περιοχής (ιατρών, παιδίατρων, εκπαιδευτικών), έγκαιρης διάγνωσης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και ανάπτυξης ειδικών προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης (ΕΠΨΥ, 2000:51).

Ειδικότερα η διεπιστημονική ομάδα της μονάδας είναι δυνατόν ανάλογα με τις ανάγκες της περιοχής να προτείνει ειδικότερα τη συνεργασία για την υλοποίηση των εξής προγραμμάτων:

Κοινωνική Λέσχη, για την δημιουργία και ψυχαγωγία των ατόμων με προβλήματα ψυχικής Υγείας σε συνεργασία με ομάδα εθελοντών, καλλιτεχνών, δημοτική αρχή, δημοτική επιχείρηση, πολιτιστικούς φορείς.

Γραφείο Έυρεσης Εργασίας, για προώθηση στην αγορά εργασίας ατόμων με ειδικές ανάγκες και προβλήματα ψυχικής υγείας σε συνεργασία με δημοτική αρχή, ΟΑΕΔ, τοπικό σύλλογο επαγγελματιοβιοτεχνών, γεωργικό συνεταιρισμό.

Πρόγραμμα εκπαίδευσης εκπαιδευτικών και ευαισθητοποίησης γονέων, σε θέματα ψυχοκοινωνικής εξέλιξης παιδιών και εφήβων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σε συνεργασία με σχολεία της περιοχής, τοπική ΟΛΜΕ και δημοτική αρχή.

Συμβουλευτικό Σταθμό Ψυχικής Υγείας, σε συνεργασία με δημοτική αρχή, ιατρικές υπηρεσίες και κέντρο υγείας.

Προγράμματα εκπαίδευσης και υποστήριξης οικογενειών ψυχικά ασθενών σε συνεργασία με αντιστοίχους συλλόγους οικογενειών.

Πρόγραμμα Επαγγελματικής Κατάρτισης ατόμων με προβλήματα ψυχικής Υγείας και ειδικές ανάγκες σε συνεργασία με την δημοτική αρχή.

Πρόγραμμα Προστατευμένης Εργασίας Ατόμων με Προβλήματα Ψυχικής Υγείας σε συνεργασία με την δημοτική αρχή, δημοτική επιχείρηση, συλλόγους επαγγελματιοβιοτεχνών, γεωργικούς συνεταιρισμούς...κ.α.

Πρόγραμμα Αποστιγματισμού της Ψυχικής Ασθένειας σε συνεργασία με τοπικούς φορείς (ΕΠΨΥ, 2000:51-52).

Η παράθεση των προγραμμάτων είναι ενδεικτική για το είδος των υπηρεσιών και των συνεργασιών που είναι δυνατόν να αναπτύξει η διεπιστημονική ομάδα της μονάδας με σκοπό την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής φροντίδας της κοινότητας, έτσι ώστε να προωθηθεί η ενσωμάτωση της στο κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών. Για την υλοποίηση των περισσότερων εκ των προαναφερόμενων προγραμμάτων, δεν αρκεί μόνον η διαθεσιμότητα της διεπιστημονικής ομάδας της μονάδας και των συνεργαζόμενων φορέων, αλλά απαιτούνται ειδικές χρηματοδοτήσεις για την υλοποίηση συγκεκριμένων υπηρεσιών. Από αυτήν την άποψη ο ρόλος της μονάδας περιορίζεται στην ανάπτυξη της συνεργασίας με τους τοπικούς φορείς, την μελέτη και προώθηση του σχεδιασμού, την κατάρτιση του προγράμματος και την αναζήτηση επιδότησης για την υλοποίηση των προγραμμάτων. Επισημαίνεται ότι όσον αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων για την ψυχική υγεία υπάρχουν πολλών ειδών σχήματα επιχορήγησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση όπως HORIZON, EQUAL, LEONARD κ.α. τα οποία διαχειρίζονται κρατικοί φορείς και δημόσιες υπηρεσίες των Υπουργιών Εργασίας, Υγείας, Παιδείας κ.α. Συνήθως προϋπόθεση είναι η επιβολή αίτησης υλοποίησης προγραμμάτων από ένα δίκτυο φορέων, που στην συγκεκριμένη περίπτωση της ανάπτυξης κοινοτικών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής φροντίδας θα ήταν δυνατόν να συμπεριλαμβάνει φορείς δημοσίου και ιδιωτικού μη-κερδοσκοπικού τομέα) (ΕΠΨΥ, 2000:52).

Οι υπό εξέταση ξενώνες είχαν μεν συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και με άλλους φορείς της κοινότητας με σκοπό την ευαισθητοποίηση, ενημέρωση, κινητοποίηση των κατοίκων σε θέματα ψυχικής υγείας, αλλά δεν είχαν κινηθεί προς την κατεύθυνση εφαρμογής κάποιου προγράμματος παρόμοιου με αυτά που περιγράφονται παραπάνω. Αυτό είναι κάτι που μπορεί να εξηγηθεί, από την στιγμή που η χρηματοδότηση είναι περιορισμένη ακόμη και για την λειτουργία και τις δραστηριότητες του ίδιου του ξενώνα (για παράδειγμα περιορισμένη δυνατότητα εκδρομών για τους τροφίμους) και επιπλέον η διαθεσιμότητα του προσωπικού για στελέχωση τέτοιων προγραμμάτων είναι επίσης περιορισμένη αφού και στις δυο περιπτώσεις το προσωπικό αρκεί για να καλύψει τις βασικές ανάγκες λειτουργίας.

Η ανάπτυξη τέτοιων προγραμμάτων στο μέλλον θα ωφελούσε αναμφισβήτητα στην ενσωμάτωση των μονάδων στην κοινότητα αφού θα βοηθούσαν στην ένταξη τους στο δίκτυο υπηρεσιών της και κάτι τέτοιο θα πρέπει να αποτελέσει μελλοντικό στόχο.

7.6.11 Οικογένεια και ψυχική διαταραχή.

Οι σημαντικές εξελίξεις στην παροχή κοινοτικά προσανατολισμένης ψυχοκοινωνικής περίθαλψης των ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες αναπόφευκτα μετατόπισαν ένα μέρος της παρεχόμενης φροντίδας στην οικογένεια. Υπάρχουν πολιτισμικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά τη συχνότητα διαμονής των χρόνιων ψυχικά πάσχοντων με τις οικογένειες τους. Συγκεκριμένα σε περισσότερο παραδοσιακές κοινωνίες ή σε μη αστικά κέντρα είναι πιο συχνό οι ψυχικά πάσχοντες να ζουν μαζί με τις οικογένειες τους, σε αντίθεση με κοινωνίες λιγότερο παραδοσιακές. Παρά τις διαφοροποιήσεις αυτές, η οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό πόρο υποστήριξης (Ζήση, 2002:167).

Η μελέτη των αντιλήψεων των οικογενειών για την χρόνια ψυχική νόσο έχει σημασία γιατί μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση: α) της διαδικασίας προσαρμογής των οικογενειών στις διαφορετικές φάσεις της ψυχικής διαταραχής, β) του συστήματος μέσα στο οποίο ο πάσχων λειτουργεί και γ) της δυναμικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην οικογένεια και τον πάσχοντα και πώς αυτή επηρεάζει την πρόγνωση και την ανάρρωση της χρόνιας ψυχικής διαταραχής (Ζήση, 2002:169).

Ο κοινωνικός λειτουργός, στην προσέγγιση της οικογένειας θα πρέπει να μελετήσει/ ερευνήσει τα εξής: 1) ποιες είναι οι στάσεις της απέναντι στην ψυχική διαταραχή και τους ψυχικά πάσχοντες, 2) πώς οι οικογένειες αντιλαμβάνονται, ορίζουν και επαναπροσδιορίζουν τη φύση της προβληματικής συμπεριφοράς μέλους τους, 3) ποιες είναι οι απόψεις τους για το στίγμα και τέλος, 4) ποια είναι η σχέση ανάμεσα στις στάσεις, τις αντιλήψεις και τη γνώμη της οικογένειας σχετικά με την ψυχική διαταραχή και ο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Λουμίδα, 1993:35, Ζήση, 2002:169-170).

Οι πρώτες αντιδράσεις των οικογενειών στην εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής εναλλάσσονται ανάμεσα στην άρνηση και την αποδοχή, την βεβαιότητα και την αβεβαιότητα υιοθετώντας αποδόσεις σε σωματικά προβλήματα ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία συνήθως αντικαθίστανται από «ψυχολογικές» ερμηνείες. Η αρχική αμφιθυμία της οικογένειας καταγράφεται στους συνεχείς επαναπροσδιορισμούς της φύσης της προβληματικής συμπεριφοράς, μέχρι τη φάση της τελικής αποδοχής της. Υπάρχει, ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό οικογενειών που επίμονα αρνείται την ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος (Μπασδάρης et al.1996:75, Ζήση, 2002:170).

Οι αντιλήψεις και οι στάσεις των οικογενειών απέναντι στην ψυχική διαταραχή ποικίλλουν. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις μπορεί να βιώνουν είτε αισθήματα ντροπής και ενοχής, είτε θυμού, φόβου και έντασης. Υπάρχουν βέβαια και οικογένειες με περιορισμένα αισθήματα ντροπής και με περισσότερο αίσθημα ζεστασιάς και αποδοχής. Για να εξηγήσει ο επαγγελματίας της ψυχικής υγείας την αντιφατικότητα στα συναισθήματα των οικογενειών που έρχεται σε επαφή και να την προσεγγίσει κατάλληλα, θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν του την εμπλοκή ποικίλων άλλων παραγόντων, που μπορεί να επηρεάσουν τα επίπεδα αποδοχής ή απόρριψης, όπως οικονομικές δυσχέρειες, διάρκεια και σοβαρότητα συμπτωματολογίας, προηγούμενος ρόλος του πάσχοντα στο νοικοκυριό και τις προοπτικές του για ανάρρωση (Ζήση, 2002:172-174).

Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή επηρεάζει τις οικογένειες και κατά συνέπεια το θεραπευτικό αποτέλεσμα με ποικίλες επιπτώσεις τόσο στις ίδιες, όσο και στους πάσχοντες. Ως αρνητικές επιπτώσεις για τους ψυχικά πάσχοντες αναφέρονται οι εξής: χαμηλή αυτοεικόνα, δυσκολίες στην δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων, δυσκολίες στην εύρεση εργασίας, άρνηση αποδοχής της ύπαρξης ψυχιατρικού προβλήματος. Το στίγμα μπορεί να επηρεάσει ακόμα και την πορεία της ασθένειας, ασθενείς που έχουν αποδεχθεί την διάγνωση αισθάνονται μια εσωτερική πίεση να πειθαρχήσουν στο στερεότυπο του ανήμπορου και άχρηστου, με επακόλουθο την μεγαλύτερη κοινωνική απόσυρση και την υιοθέτηση του ρόλου του ανάπηρου. Ο πάσχων αναπτύσσει αισθήματα ματαιώσης, απογοήτευσης, ντροπής, ενοχής, γίνεται εσωστρεφής και σηκώνει μόνος του το βαρύ φορτίο της αρρώστιας με το δικό του τρόπο. Με αυτόν τον τρόπο οδηγείται τελικά στην περιθωριοποίηση, την απομόνωση και τον αποκλεισμό. Ως αρνητικές επιδράσεις για την οικογένεια, αναφέρονται οι κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις και την χαμηλή αυτοεικόνα. Αυτές οι επιδράσεις είναι αποτέλεσμα του συναισθηματικού βάρους, που σηκώνουν από την νόσο του συγγενή τους. Συνήθως βιώνει συνολικά τις συνέπειες της κοινωνικής προκατάληψης και αδυνατεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να διεκδικήσει αυτά που δικαιούται για λογαριασμό του άρρωστου (Μπασδάρης et al.1996:77, Ζήση, 2002:175-176).

Η προκατάληψη και ο στιγματισμός όμως δεν περιορίζονται στην οικογένεια, αλλά επεκτείνονται ακόμα και στους θεραπευτές, καθώς και στο ίδρυμα που παρέχει ψυχιατρικές υπηρεσίες. Επιβαρύνονται από την προκατάληψη, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται στους πάσχοντες η ποιότητα υπηρεσιών που θα έπρεπε. Η αντιμετώπιση του ζητήματος του αποστιγματισμού αποτελεί το πρώτο βήμα που μπορεί, αν όχι να ανατρέψει, τουλάχιστον να αποσταθεροποιήσει την κυριαρχία της προκατάληψης, έτσι ώστε να αρχίσει να αλλάζει η στάση της κοινωνίας απέναντι στο πρόβλημα. Οι ενέργειες που μπορούν να γίνουν για τον σκοπό αυτό, μπορούν να συνοψιστούν στις εξής: α) βελτίωση των θεραπειών, β) καταπολέμηση αγνοίας, γ) εκπόνηση προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης στις οικογένειες και τους ασθενείς, δ) αλλαγή των νομών και των πολιτικών ρυθμίσεων, ώστε να περιοριστούν οι διακρίσεις και να ενισχυθεί η νομική προστασία για τους ψυχικά ασθενείς.

Ένα σημαντικό σημείο που θα πρέπει να αναφερθεί, είναι η ψυχολογική υπερκόπωση των οικογενειών που φροντίζουν μέλος τους με χρόνια ψυχική διαταραχή για μεγάλο διάστημα. Η έννοια της ψυχολογικής υπερκόπωσης αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα δυσχερειών και δυσκολιών, που προκύπτουν από την παροχή της φροντίδας αυτής. Τις περισσότερες φορές, ανεξαρτήτου πολιτισμικού πλαισίου, εκείνοι που παρέχουν φροντίδα είναι στο φύλο γυναίκες. Ο βαθμός επίδρασης που έχει η παρεχόμενη φροντίδα στις ζωές τους και το νοικοκυριό, φαίνεται να εξαρτάται σημαντικά στους πόρους που η οικογένεια διαθέτει ή όχι, όπως κατάσταση σωματικής ή/ και ψυχικής υγείας, ηλικία, οικονομική κατάσταση, κοινωνικά στηρίγματα, ψυχολογικές αντοχές και δεξιότητες αντιμετώπισης αντίξοων συνθηκών. Άλλοι παράγοντες θα μπορούσαν να είναι το είδος συγγενικής σχέσης (γονεϊκή, συζυγική) και ο προηγούμενος ρόλος που ο ψυχικά πάσχων είχε στην οικογένεια. Για παράδειγμα, η υποχώρηση της αμοιβαιότητας σε μια συζυγική σχέση και κατά συνέπεια ο επαναπροσδιορισμός των κοινωνικών ρόλων, αναμένεται να έχει διαφορετικές επιδράσεις συγκριτικά με μια γονεϊκή σχέση, η οποία εξ ορισμού είναι άνιση με μετριασμένες προσδοκίες αμοιβαιότητας (Μπασδάρης et al.1996:75, Ζήση, 2002:177-178).

Η ψυχολογική υπερκόπωση των οικογενειών καταγράφεται σε διαφορετικούς τομείς της ζωής τους, όπως: σωματική και ψυχική υγεία, οικονομικά, ενδοοικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις γενικότερα.

Η επίδραση της φροντίδας ενός μέλους της οικογένειας με χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή στην κατάσταση υγείας αυτών που εμπλέκονται στην παροχή της, μπορεί να είναι απειλητική και αρνητική. Κάποιες από αυτές μπορεί να είναι εκδήλωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας- αγχώδη νεύρωση ή κατάθλιψη- η οποία συνδέεται με τον ρόλο του φροντιστή.

Ένας άλλος τομέας που επηρεάζεται από την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής στην οικογένεια είναι ο οικονομικός. Το μέλος της οικογένειας με το ψυχιατρικό πρόβλημα είναι πολύ πιθανό ποτέ να μην είχε εργασία ή αν είχε, να την έχασε. Αυτό προκαλεί ιδιαίτερα δυσάρεστες συνέπειες κυρίως στις συζυγικές σχέσεις και λιγότερο στις γονεϊκές. Η ανεργία μπορεί να επεκταθεί και στους φροντιστές, οι οποίοι συχνά αναγκάζονται να σταματήσουν από την εργασία τους ή να μειώσουν τα ωράρια τους, προκειμένου να ανταποκριθούν στις οικογενειακές τους υποχρεώσεις. Οικονομικές δυσχέρειες μπορούν επίσης να προκληθούν από τα αυξημένα έξοδα για ψυχιατρική περίθαλψη, αδυναμία του πάσχοντα να χειριστεί με επάρκεια τα ψυχολογικά του ή τις υπερβολικές απαιτήσεις του.

Όσον αφορά τις ενδοοικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις των οικογενειών είναι λογικό να ατονήσουν, αφού η ελαχιστοποίηση του ελεύθερου χρόνου, η ψυχολογική κόπωση αλλά και το αίσθημα ντροπής και φόβου κοινωνικού στιγματισμού που συνοδεύουν την ψυχική διαταραχή δεν αφήνουν περιθώρια για τέτοιες πολυτέλειες. Τέλος, είναι αναμενόμενο πως η συρρίκνωση του κοινωνικού δικτύου μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική υποστήριξη που το άτομο λαμβάνει και αυτό, με την σειρά του, τα επίπεδα κοινωνικής ευεξίας (Ζήση, 2002:179-182).

Από την άλλη, η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας κατέχει σημαντικό ρόλο στην ομαλή αποκατάσταση του θεραπευόμενου. Αυτό λοιπόν που πρέπει να επιτευχθεί, είναι η μετατόπιση του ρόλου οικογένειας από ενοχοποιητικό σε ρόλο συμμάχου

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μια αξιοσημείωτη μετατόπιση στον τρόπο προσέγγισης της οικογένειας των ατόμων με χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή. Ενώ για πολλά χρόνια οι οικογένειες θεωρούνταν κατά κάποιο τρόπο υπεύθυνες τόσο για την εμφάνιση, όσο και για την πορεία της ψυχικής διαταραχής των μελών τους, πιο σύγχρονες προσεγγίσεις αναδεικνύουν το σημαντικό ρόλο που αυτές μπορούν να παίξουν στην αποκαταστασιακή διαδικασία, προσδίδοντας σε αυτές ένα θετικό προσανατολισμό. Η μετατόπιση αυτή από έναν «ενοχοποιητικό» ρόλο σε ένα ρόλο «συμμάχου», μπορεί να αποδοθεί στη συσσωρευμένη δόση σχετικά με την αιτιολογία και την πρόγνωση της χρόνιας ψυχικής διαταραχής, στη συνεχώς αυξανόμενη αναγνώριση της αξίας της εμπειρίας που έχουν αποκτήσει οι οικογένειες μέσα από την καθημερινή τους αλληλεπίδραση με τα μέλη τους που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικό πρόβλημα και τέλος στην κινητοποίηση των συλλόγων των οικογενειών, που όλο και πιο δυναμικά διεκδικούν την πλήρη και ισότιμη συμμετοχή τους στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, το σχεδιασμό, την οργάνωση και την υλοποίηση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Η μετατόπιση αυτή οφείλεται στους καλύτερους τρόπους κάλυψης των αναγκών των οικογενειών. Οι ανάγκες αυτές αφορούν: α) τη μείωση του άγχους τους σχετικά με την πορεία του πάσχοντα-μέλους τους, β) την απόκτηση δεξιοτήτων με τις οποίες θα μπορούν να κινητοποιούν τον πάσχοντα να δραστηριοποιείται, γ) τη διαμόρφωση ρεαλιστικών προσδοκιών σχετικά με την κλινική πορεία του πάσχοντα., δ) την

υποστήριξή τους από ομάδα επαγγελματιών σε περιόδους κρίσης και ε) την απόκτηση γνώσεων σε θέματα ψυχικής υγείας (Μπασδάρης et al.1996:78).

Επίσης αξίζει να τονίσουμε την ανάγκη για ουσιαστική συμμετοχή της οικογένειας στο θεραπευτικό σχεδιασμό, αλλά και την οργάνωση και εφαρμογή αποκαταστασιακών προγραμμάτων. Και τέλος την ανάγκη για υποστήριξή της, που θα τη βοηθήσει να μάθει να χειρίζεται αποτελεσματικότερα τις καθημερινές δυσκολίες που προκύπτουν μέσα από την εντατική και απαιτητική φροντίδα.

Η εκπαίδευση των οικογενειών σχετικά με τη φύση, την αιτιολογία, τη πρόγνωση, την έκβαση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της σοβαρής ψυχικής διαταραχής είναι σημαντική, γιατί τους παρέχει δεδομένα τα οποία μετριάζουν τους φόβους και τις ενοχές τους. Η ενημέρωσή τους σχετικά με τη φιλοσοφία και τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι σημαντική, γιατί τους βοηθά να γνωρίσουν περισσότερα για το είδος των εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων που είναι διαθέσιμες.

Χρειάζεται ωστόσο να επισημανθεί, πως η εμπλοκή των οικογενειών δεν είναι μια εύκολη διαδικασία για πολλούς και διαφορετικούς λόγους. Υπάρχουν οικογενειακά περιβάλλοντα τα οποία είναι ιδιαίτερα δυσλειτουργικά, ενώ άλλα εμφανίζουν υψηλές αντιστάσεις για συνεργασία, που αυτές συνήθως οφείλονται στην ψυχολογική υπερκόπωση και σε αισθήματα παραίτησης, απογοήτευσης και ματαίωσης. Υπάρχουν τέλος περιπτώσεις, όπου οι οικογένειες είναι αρκετά αποξενωμένες, ενώ δεν είναι σπάνιο οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες να μην επιθυμούν την εμπλοκή των οικογενειών τους στην αποκαταστασιακή διαδικασία. Παρά τις δυσκολίες είναι σημαντικό οι οικογένειες να αισθάνονται ότι η συμβολή τους είναι πολύτιμη και αναγκαία. Οι επαγγελματίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οφείλουν να δίνουν το μήνυμα αυτό στις οικογένειες σε μια συνεχή και σταθερή βάση, προκειμένου να εξασφαλίσουν τη συνεργασία τους.

Ο βαθμός επιτυχούς συνεργασίας μεταξύ κλινικών και οικογενειών εξαρτάται τόσο από χαρακτηριστικά της σχέσης οικογένειας-πάσχοντα, που αυτά κυρίως αφορούν το βαθμό σταθερότητας ή ασυνέχειας της σχέσης τους, το βαθμό σύγκλισης των στόχων των οικογενειών με τους στόχους του πάσχοντα- μέλους τους, το βαθμό δυσλειτουργικότητάς του πάσχοντα, όσο και από χαρακτηριστικά των επαγγελματιών, που αυτά με τη σειρά τους αφορούν τις στάσεις τους απέναντι στην οικογένεια, την προθυμία τους να αναγνωρίσουν το σημαντικό ρόλο που αυτές μπορούν να διαδραματίσουν, το είδος της προηγούμενης εκπαίδευσής τους και την κατανόησή τους στις ενδεχόμενες αντιστάσεις των οικογενειών ή των ίδιων των ψυχικά πασχόντων.

Το επιστημονικά καταρτισμένο προσωπικό που απαρτίζει τους ξενώνες είναι γνώστες της σημαντικής συμβολής, που μπορεί να έχει η οικογένεια, στην επανένταξη του ψυχικά ασθενή. Η ενδυνάμωση της μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη διεκδίκηση από μέρους της, παροχών και υπηρεσιών που δικαιούται, άρση των αισθημάτων ματαίωσης και απομόνωσης του ατόμου που πάσχει, βελτίωση των ενδοοικογενειακών σχέσεων. Η παρέμβαση στην οικογένεια μπορεί να βοηθήσει στον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου με αποτέλεσμα αυτό να έχει πολλές θετικές κοινωνικές προεκτάσεις.

Στους ξενώνες που επισκεφτήκαμε, η παρέμβαση σε επίπεδο οικογένειας στόχευε αρχικά στην δημιουργία τακτικής επικοινωνίας μεταξύ των τροφίμων και των οικογενειών. Βέβαια σε αυτό το εγχείρημα αντιμετωπίζουν και κάποιες δυσκολίες αφού δεν ήταν όλες οι οικογένειες σε θέση να δεχτούν το γεγονός της νόσου. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι επαγγελματίες προσπαθούσαν να τους ενημερώσουν και να τους ευαισθητοποιήσουν.

Μια ακόμα ενέργεια που προωθήθηκε ήταν να δίνεται η δυνατότητα στους τροφίμους και στις οικογένειες να περνάνε κάποιες από τις γιορτές μαζί.

7.6.12 Το πρόβλημα της εύρεσης στέγης και εργασίας

Δυσκολεύονται να βρουν διαμερίσματα για τους ενοίκους που είναι λειτουργικοί και καθυστερεί έτσι η αποκατάστασή τους. Αυτό παρατηρείται όχι μόνο στην επαρχία, όπου οι επιλογές είναι περιορισμένες, αλλά και στα πιο μεγάλα αστικά κέντρα.

Η εξασφάλιση στέγης αποτελεί ένα από τα πιο κρίσιμα ζητούμενα στις παρεμβάσεις επανένταξης. Η εξασφάλιση ενός ασφαλούς και σχετικά μόνιμου σπιτιού, που θα διευκολύνει την πρόσβαση στη κοινότητα και την κοινωνική ανάμειξη είναι σαφώς προτιμότερη έναντι της σταδιακής προετοιμασίας σε δομές με θεραπευτικό προσανατολισμό (Ζήση, 2002:240).

Η μη εύρεση στέγης προς ενοικίαση οφείλεται, σύμφωνα με τα λεγόμενα των εργαζομένων στους ξενώνες, στην άγνοια και κατ' επέκταση στο στίγμα και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών στηρίζεται σε μια σειρά προκαταλήψεων, οι οποίες κατά ένα μέρος δικαιολογούνταν την εποχή που δεν υπήρχαν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχώσεις. Οι προκαταλήψεις αυτές, ακόμα και σήμερα, επεκτείνονται και στους ψυχιάτρους και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ψυχιατρική με την απομόνωση της στα ψυχιατρεία αποκόπηκε από το υπόλοιπο σώμα των ιατρικών ειδικοτήτων (Lempriere- Feline και συνεργάτες, 1995:394). Μόλις πρόσφατα έχουν αρχίσει οι διαδικασίες για το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και αποκέντρωση τους με την μεταφορά των ασθενών σε τμήματα οξέων μέσα στα γενικά νοσοκομεία. Αλλά αυτή η προσπάθεια είναι ακόμα σε πολύ αρχικό στάδιο και δεν μπορούμε να πούμε ακόμα κάτι για την αποτελεσματικότητά της.

Οι προκαταλήψεις που βοήθησαν στην δημιουργία του στίγματος στηρίζονται στην πεποίθηση ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίατος, επικίνδυνος για το περιβάλλον και ανεύθυνος για τις πράξεις του. Μετά την δεκαετία του '40 και μετά την ανακάλυψη δραστικών βιολογικών θεραπειών για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων έγινε φανερό ότι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που αναφέρονται παραπάνω δεν είναι καθόλου δικαιολογημένα αφού με την κατάλληλη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση και την εισδοχή των σύγχρονων ψυχιατρικών μεθόδων της ερευνάς στην ψυχιατρική, αποδείχθηκε ότι η σχιζοφρένεια, η οποία αποτελούσε τον κύριο λόγο εγκλεισμού και απομόνωσης των ασθενών στα άσυλα, μπορούσε αποτελεσματικά να αντιμετωπισθεί (Lempriere- Feline και συνεργάτες, 1995:394).

Παρ' όλα αυτά όμως η απόσταση που επιθυμούν να έχουν οι κάτοικοι μιας περιοχής προς τους ψυχικά πάσχοντες συνάνθρωπους τους, τους κάνει να μην σκέφτονται ορθολογικά και να διστάζουν να νοικιάσουν διαμερίσματα σε αυτούς από φόβο για τις συνέπειες μιας πιθανής υπότροπής τους, αλλά και για να μην προκληθούν αντιδράσεις από τους υπόλοιπους ενοίκους που διαμένουν σε διπλανά διαμερίσματα. Προβλήματα στέγασης εντοπίζονται και στην περίπτωση που κάτοικοι εμποδίζουν ακόμα και την στέγαση ξενώνα στην περιοχή τους, πόσο μάλλον την συνεισφορά στην εύρεση διαμερισμάτων για την τελική αποκατάστασή τους.

Το τελικό στάδιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνει την μεταφορά των ενοίκων των ξενώνων σε αυτόνομα διαμερίσματα. Ένα τέτοιο εγχείρημα όμως είναι δύσκολο να επιτευχθεί όπως μας ειπώθηκε από το προσωπικό των μονάδων που επισκεφτήκαμε, αφού συντρέχουν όλοι σχεδόν από τους προαναφερθέντες παράγοντες που εμποδίζουν την εύρεση στέγης (άγνοια- φόβος στιγματισμού της

περιοχής, φόβος υποτροπής των ψυχιατρικά πασχόντων, φόβος δημιουργίας αντιδράσεων από τους υπόλοιπους ενοίκους προς τους ιδιοκτήτες των διαμερισμάτων κ.α.)

Δυσκολία εύρεσης εργασίας

Ένα άλλο κρίσιμο ζητούμενο στην επανένταξη των χρόνιων ψυχικά πασχόντων είναι η εύρεση εργασίας. Μια εργασία με νόημα έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη πρόγνωση ψυχικών ασθενειών, αφού ενδυναμώνει την αυτοεικόνα του πάσχοντος, εξασφαλίζει ένα σταθερό εισόδημα, βελτιώνει τη λειτουργικότητα, μειώνει τη παθολογία και τις εισαγωγές σε ψυχιατρείο συμβάλλοντας σημαντικά στην ανάρρωση και στην ουσιαστική επανένταξη. Ωστόσο ένα μικρό μόνο ποσοστό ατόμων με χρόνιες και σοβαρές ψυχιατρικές δυσκολίες εργάζεται. Το μοντέλο που φαίνεται περισσότερο να ευνοεί την εργασιακή επανένταξη των χρόνιων ψυχικά πασχόντων, είναι αυτό της υποστηριζόμενης απασχόλησης, όπου ένας επαγγελματίας που ονομάζεται «τοποθετητής εργασίας» παρέχει υπηρεσίες τοποθέτησης σε θέσεις εργασίας, καθώς και εξατομικευμένη και εντατική κατάρτιση κατά τη διάρκεια της εργασίας (Παπαδάτος, 1995:231). Η υποστηριζόμενη απασχόληση, εξασφαλίζοντας μια θέση εργασίας σε πραγματικές συνθήκες και μια διαρκή στήριξη του εργαζομένου, του εργοδότη και της οικογένειας του εργαζομένου, αυξάνει τις πιθανότητες για τη διατήρηση της θέσης αυτής (Ζήση, 2002:240-241).

Στην πράξη όμως διαπιστώνουμε, ότι ενώ οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς διαθέτουν σημαντική ικανότητα να εργαστούν, ακόμη και την περίοδο που έχουν συμπτώματα και πολλοί από αυτούς διαθέτουν και ειδικές δημιουργικές δεξιότητες, ένα πολύ μικρό ποσοστό βρίσκει δουλειά κυρίως λόγω της αρνητικής στάσης των εργοδοτών. Για τον λόγο αυτό οι παρεμβάσεις των στελεχών των μονάδων επικεντρώνονται στην ενημέρωση- ευαισθητοποίηση των εργοδοτών καθώς και στην πληροφόρησή τους για επιδοτούμενα προγράμματα ώστε να αρθούν οι αντιστάσεις τους.

Στο κεφάλαιο αυτό παραθέσαμε και αναλύσαμε τις εμπειρίες μας από τις επισκέψεις που πραγματοποιήσαμε στις δυο δομές. Οι εμπειρίες μας αυτές αφορούν διάφορους τομείς που κρίναμε ότι ήταν απαραίτητο να ερευνηθούν και να καταγραφούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Πρωταρχικός μας στόχος, εκτός από την περιγραφή των δομών και τη μεταξύ τους σύγκριση, ήταν η κατανόηση του ρόλου της διεπιστημονικής ομάδας στα πλαίσια των νέων αποκαταστασιακών δομών και πιο συγκεκριμένα ο ρόλος της κάθε ειδικότητας ξεχωριστά. Από τις επισκέψεις μας στους ξενώνες Αγάπη και Καλλίστη και τις συζητήσεις μας με το ειδικευμένο και μη προσωπικό, συγκεντρώσαμε και παραθέτουμε τους τομείς παρέμβασης της κάθε ειδικότητας.

8.1 Γενικά για την Θεραπευτική Ομάδα.

Ο ρόλος που σκιαγραφείται παρακάτω για καθένα από τα μέλη του προσωπικού, είναι συμπληρωματικός των καθηκόντων που προκύπτουν από την ειδικότητα και την επιστημονική κατάρτιση του καθενός και απαραίτητος για την δομή αποασυλοποίησης και το επιστημονικό μοντέλο δουλειάς που εφαρμόζεται στον Ξενώνα. Αλλωστε όπως αναφέρεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης « με ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου διασφαλίζεται ότι οι ρόλοι των εργαζομένων, εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητα τους (ειδικά καθήκοντα), συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους και ανάγκες καθώς και στον χρόνο απασχόλησης (μερικής ή πλήρης) στην Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (μη ειδικά καθήκοντα)».

Ο χρόνος απασχόλησης των μελών του προσωπικού είναι ανάλογος των αναγκών της λειτουργίας του Ξενώνα, πάντα ασφαλώς μέσα στα πλαίσια του νόμιμου ωραρίου αλλά σύμφωνα με το έργο και τα καθήκοντα που κάθε ειδικότητα έχει να επιτελέσει. Στο ίδιο φύλλο της εφημερίδας αναφέρεται ότι: «ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο 24ωρο κάθε μέλους του προσωπικού στην Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης καθορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σύμφωνα με τις ανάγκες που συσχετίζονται με το βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σε αυτόν».

Από τη μεριά της θεραπευτικής ομάδας δίνεται η δυνατότητα στους ενοίκους των ξενώνων να εκφράζουν τις ανάγκες και επιθυμίες τους. Σε ειδικά προβλεπόμενο γι' αυτόν τον σκοπό χώρο πραγματοποιούνται τακτές χρονικές συναντήσεις με καθορισμένο περιεχόμενο και σύνθεση συμμετεχόντων. Τα μέλη της Θεραπευτικής Ομάδας πραγματοποιούν κλινική συνάντηση σε καθορισμένη ώρα στα πλαίσια του εβδομαδιαίου προγράμματος. Στην συνάντηση παρουσιάζονται και συζητούνται κλινικά δεδομένα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της εξέλιξης κάθε ενοίκου ατομικά και αξιολογείται το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα. Όποτε κριθεί αναγκαίο στην κλινική συνάντηση προσκαλούνται και συμμετέχουν εξωτερικοί συνεργάτες καθώς και ειδικοί ψυχικής υγείας άλλων υπηρεσιών και φορέων οι οποίοι είναι δυνατόν να συνεργάζονται στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης του ενοίκου. Η κλινική συνάντηση πραγματοποιείται υπό την εποπτεία του Επιστημονικού Υπευθύνου και του Υπευθύνου του Υπευθύνου δομής.

8.2 Οι ρόλοι της θεραπευτικής ομάδας

Ο **ψυχίατρος** είναι ο επιστημονικός υπεύθυνος του ξενώνα Καλλίστη, ενώ στον ξενώνα Αγάπη την εποπτεία έχει ο νευρολόγος του Γ.Ν. Αγίου Νικολάου. Ο ρόλος και στους δυο ξενώνες παραμένει λίγο πολύ ίδιος. Έχει την ευθύνη συντονισμού και

υλοποίησης του έργου της θεραπευτικής ομάδας, την επιστημονική ευθύνη για την λειτουργία της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και την διασύνδεση με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα που ανήκει η μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, την ευθύνη της ψυχιατρικής κάλυψης των ενοίκων του Ξενώνα, αξιολογώντας και προτείνοντας την φαρμακευτική αγωγή ή την τροποποίηση της. Συνάμα ενημερώνει και καθοδηγεί το προσωπικό του Ξενώνα για την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή ανά ένοικο και αξιολογεί την γενική υγεία των ενοίκων του Ξενώνα παραπέμποντας για πιο εξειδικευμένη θεραπεία ή εξετάσεις, όταν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Υπεύθυνος της στεγαστικής δομής, και αρμόδιος για τις δραστηριότητες που επικεντρώνονται στους ενοίκους, στις οικογένειες τους και στην κοινότητα αλλά και στους άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στην στεγαστική δομή, στο πλαίσιο κατάρτισης και εργασιακής απασχόλησης, είναι ο **ψυχολόγος**. Κάνει την ψυχοθεραπευτική ομάδα των ενοίκων του ξενώνα, την οικογενειακή θεραπεία στις οικογένειες των ενοίκων καθώς και την ατομική παρέμβαση. Χρησιμοποιεί κλινικά εργαλεία (tests) για την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας, για την εκτίμηση της κλινικής συμπεριφοράς και επικοινωνίας σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο των ενοίκων του ξενώνα καθώς και των δυναμικών που αναπτύσσονται στις σχέσεις των ενοίκων και των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Καταγράφει και στην συνέχεια κωδικοποιεί όλα τα γεγονότα που αφορούν την ομαδική θεραπεία, την οικογενειακή και την ατομική. Προγραμματίζει και συντονίζει εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα καθημερινής εκπαίδευσης για κάθε ένοικο, το οποίο κατά τακτά χρονικά διαστήματα αξιολογείται και αναπροσαρμόζεται εάν κριθεί απαραίτητο. Αναλαμβάνει την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δραστηριοτήτων αντιμετώπισης κρίσεων, διαχείρισης άγχους, αποκατάστασης συγκεκριμένων δεξιοτήτων και λειτουργιών, βελτίωσης διαπροσωπικών σχέσεων, χειρισμού συγκρούσεων και αλλαγών συμπεριφοράς. Οι παρεμβάσεις αυτές γίνονται σε εξατομικευμένο ή ομαδικό επίπεδο. Ως προς το πλαίσιο επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης, κινητοποιεί τους ενοίκους και διαχειρίζεται το άγχος που σχετίζεται με την εκπαιδευτική και εργασιακή διαδικασία. Υποστηρίζει τους επαγγελματίες και κυρίως το πρόσωπο αναφοράς στην εφαρμογή των εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης και στην δοκιμή τους μαζί με τον ένοικο για όσο χρονικό διάστημα κρίνεται απαραίτητο. Συμμετέχει στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης της κοινότητας και αποστιγματισμού των ενοίκων της στεγαστικής δομής καθώς και σε ερευνητικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής επανένταξης με απώτερο στόχο να συμβάλλει καθοριστικά στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ενοίκων.

Ο **διοικητικός** ασχολείται με διοικητικά θέματα του ξενώνα και φροντίζει την γραμματειακή υποστήριξη. Μεριμνά για την εύρυθμη λειτουργία του σε ότι αφορά τα υλικά, τις προμήθειες και την οικονομική οργάνωση των δραστηριοτήτων, όπως ενδεικτικά οι εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του ξενώνα, η αντικατάσταση του φθαρέντος εξοπλισμού, οι πληρωμές των παγίων (ενοίκιο, ΟΤΕ, ΔΕΗ, νερό κ.τ.λ.) η καταβολή των επιδομάτων, όπου αυτά χορηγούνται και αποδίδει λογαριασμό στον υπόλογο που έχει ορίσει ο φορέας στο οποίο ανήκει ο ξενώνας. Ασχολείται με τις ατομικές δαπάνες των ενοίκων που ενδεικτικά είναι: ένδυση, διατροφή, ατομικές αγορές και ατομικά έξοδα στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης. Καταγράφει, παρακολουθεί και ελέγχει χωριστά τον προϋπολογισμό του Ξενώνα, ο οποίος ενσωματώνεται στον προϋπολογισμό του φορέα στον οποίο ανήκει και απεικονίζεται ως παράρτημα του. Τηρεί βιβλίο δαπανών και ενεργειών στο οποίο καταγράφονται οι δραστηριότητες

από οικονομικής άποψης και περιγράφονται οι ανάγκες που ικανοποιήθηκαν. Προτείνεται επίσης ο διοικητικός να τηρεί βιβλίο εσόδων.

Ο **κοινωνικός λειτουργός** συμμετέχει στο διαγνωστικό έργο με την διερεύνηση του κοινωνικού ιστορικού και την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση των ενοίκων, του οικογενειακού και υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος καθώς και με την θεώρηση της κοινωνικής διάστασης των αναγκών των ενοίκων στην κατάρτιση του ατομικού τους θεραπευτικού προγράμματος. Ασχολείται με την φροντίδα των ενοίκων του ξενώνα σε προσωπικό επίπεδο καθώς και με τις σχέσεις των ενοίκων με άλλους (οικογένεια, φίλους, γειτονιά). Συνεισφέρει στο περιβάλλον της Μονάδας και στα πλαίσια του προγράμματος λειτουργίας για την δημιουργία θεραπευτικής υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, συνεργαζόμενος τόσο ατομικά όσο και ομαδικά με τους ενοίκους. Ασχολείται με την κοινωνική διάσταση των σχέσεων των ενοίκων του Ξενώνα και δρα σε συμβουλευτικό επίπεδο προς αυτούς. Κάνει γνωριμία με τις οικογένειες των ενοίκων στον τόπο όπου ζουν και εργάζονται. Για το σκοπό αυτό τους επισκέπτεται εκεί, κάνει την γνωριμία μαζί τους και κανονίζει μαζί τους τις συναντήσεις με τον ψυχολόγο του ξενώνα, μετά από συνεργασία και συνεννόηση μαζί του. Κάνει (ανά 15νθήμερο) την καταγραφή των σχέσεων του καθενός με τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του. Υποστηρίζει και προωθεί τα κοινωνικά δικαιώματα των ενοίκων, διευρύνοντας και αξιοποιώντας κάθε είδους κοινωνικοπρονοιακών παροχών, υπηρεσιών, πηγών και προγραμμάτων στήριξης της κοινότητας. Ασχολείται με τα οικονομικά των ενοίκων του ξενώνα αλλά επίσης και με την οικονομική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. Ασχολείται επίσης καθημερινά με την φροντίδα των ενοίκων σε συνεργασία με τις νοσηλεύτριες π.χ. προσωπική υγιεινή, τακτοποίηση χώρων, φροντίδας των δωματίων τους, τακτοποίηση ντουλάπας κ.τ.λ. Αυτό αποτελεί κομμάτι της ανάκτησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους. Συμβάλλει στην διασύνδεση της Μονάδας με την κοινότητα μέσω κοινωνικής μελέτης της κοινότητας, της ανάλυσης της δυναμικής της, της επιλογής τρόπων συστηματικής διασύνδεσης και ένταξης της Μονάδας στο κοινοτικό πλαίσιο, της εκτίμησης και αξιοποίησης των κοινοτικών πηγών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ενοίκων, καθώς και μέσω της ανάπτυξης προγραμμάτων αγωγής και ψυχικής υγείας της κοινότητας.

Υπεύθυνος για την εκπαίδευση των ενοίκων, η οποία περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες δράσεις που έχουν ως αντικείμενο την βελτίωση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής με στόχο την κατά το δυνατόν καλύτερη επανένταξη των ενοίκων (π.χ. στην προμήθεια τροφίμων και ποτών, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής), είναι ο **εργοθεραπευτής**. Η εκπαίδευση γίνεται ατομικά ή σε ομάδες και ανάλογα με το αντικείμενο εκπαίδευσης μπορούν να εμπλακούν και άλλες ειδικότητες. Συμμετέχει στις δραστηριότητες των ενοίκων μαζί με τις νοσηλεύτριες. Οργανώνει προγράμματα στα πλαίσια της κατάρτισης ή της επαγγελματικής δραστηριότητας των ενοίκων. Είναι αρμόδιος για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών και δεξιοτήτων εκείνων των ενοίκων οι οποίες είναι απαραίτητες για την επαγγελματικής τους αποκατάσταση σε προστατευμένα εργαστήρια ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Ερευνά και εποπτεύει τις προϋποθέσεις λειτουργίας των Θεραπευτικών Συνεταιρισμών και των Κοινωνικών Επιχειρήσεων, στα οποία συμμετέχουν τόσο ένοικοι, όσο και υγιή μέλη. Είναι επίσης αρμόδιος για την αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου των ενοίκων μέσα και έξω από την Μονάδα καθώς και για την οργάνωση εκδηλώσεων, όπως γιορτές, γενέθλια, προβολή ταινιών, εξόδων με εκπαιδευτικό και ψυχαγωγικό χαρακτήρα κ.τ.λ. σε συνεργασία με την υπόλοιπη Θεραπευτική Ομάδα και τους ενοίκους.

Οι **νοσηλευτές** παρέχουν σταθερή φροντίδα των ατόμων που εγκαθίστανται και εξασφαλίζουν την συνέχιση της φροντίδας αυτής. Είναι υπεύθυνοι για την προμήθεια φαρμακευτικού υλικού, για την προετοιμασία και την χορήγηση των συνιστώμενων φάρμακων (από στόμα, καθώς και ενέσιμα) και την εκπαίδευση των ενοίκων στην λήψη αυτών. Συνεργάζονται με τον ψυχίατρο για την αντιμετώπιση και τον χειρισμό τυχόν παρενεργειών από τα χορηγηθέντα φάρμακα. Ρυθμίζουν τις ιατρικές εξετάσεις, όπως αυτές καθορίζονται από τον υπεύθυνο ιατρό του προγράμματος. Εκτιμούν σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της Θεραπευτικής Ομάδας, τις συνθήκες διαβίωσης και τις ανάγκες του ατόμου: διατροφή, επίπεδο αυτοφροντίδας, κοινωνικές σχέσεις, συνθήκες εργασίας καθώς και στον βαθμό ικανοποίησης του από την ζωή γενικότερα. Η εκτίμηση αυτής της κατάστασης του ενοίκου είναι διαρκής.

Σε συνεργασία με τον/την Κοινωνικό Λειτουργό καλλιεργούν τις επιδεξιότητες του ενοίκου με εστιασμό στις ικανότητες το, ώστε να επιτευχθεί υψηλό επίπεδο αυτόνομης διαβίωσης του ατόμου στην κοινότητα. Βοηθούν το ένοικο σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας (φροντίδα του εαυτού, προσωπική υγιεινή, φροντίδα του δωματίου, προετοιμασία τροφής,

Μετακίνηση στην κοινότητα, αγορά καταναλωτικών αγαθών, χρησιμοποίηση των μέσων μεταφοράς, χρησιμοποίηση των δημόσιων ή ιδιωτικών υπηρεσιών π.χ. τράπεζες, χώροι αναψυχής, διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, αποφυγή ατυχημάτων κ.α.). Η βοήθεια αυτή συντελεί στην αυτονόμηση του ενοίκου, αναφορικά με τις απαιτήσεις της ζωής στην κοινότητα, είτε βραχυπρόθεσμα, είτε μακροπρόθεσμα. Σταδιακά αυτή η υποστήριξη μπορεί να μειώνεται όσο το άτομο μαθαίνει, αυξάνει η εμπιστοσύνη στον εαυτό του και τα καταφέρνει καλύτερα. Συμμετέχουν στις ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων (κοινωνικοποίηση- αποϊδρυματισμός- εκπαίδευση- αυτοεξυπηρέτηση) και συνοδεύουν τους ενοίκους σε εξωτερικές δραστηριότητες. Κάνουν ομάδες δραστηριοτήτων των ενοίκων. Είναι υπεύθυνοι για τον προγραμματισμό και την ομαλή ροή του εβδομαδιαίου νοσηλευτικού προγράμματος (βάρδιες). Καλλιεργούν την ομαδική συμβίωση, την συλλογική δράση και την συμμετοχή των ενοίκων σε προγράμματα εντός και εκτός ξενώνα, με γνώμονα την συλλογική εξέλιξη της ομάδας αλλά και τις ιδιαίτερες δυνατότητες κάθε ενοίκου ξεχωριστά.

Ο **οικονόμος** είναι υπεύθυνος σε συνεργασία με το άτομο το οποίο είναι αρμόδιο για την προετοιμασία των γευμάτων, για την τήρηση των βασικών κανόνων υγιεινής κατά την συντήρηση των τροφίμων και την προετοιμασία των γευμάτων καθώς και την δημιουργία ευχάριστης και άνετης ατμόσφαιρας κατά τις ώρες των γευμάτων. Διαμορφώνει το εβδομαδιαίο διαιτολόγιο σε συνεργασία με το άτομο το οποίο είναι αρμόδιο για την προετοιμασία των γευμάτων και τους ενοίκους και φροντίζει για τις ανάλογες προμήθειες. Κατά τον σχεδιασμό του διαιτολογίου, ο οικονόμος πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη του την φαρμακευτική αγωγή των ενοίκων. Οι πληροφορίες σχετικά με την αλληλεπίδραση των τροφίμων και φαρμάκων πρέπει να έχουν δοθεί κατά την συγγραφή της ιατρικής συνταγής. Σε περίπτωση αμφιβολίας πρέπει να ζητείται η γνώμη του ιατρού που έγραψε την συνταγή.

Τέλος το **βοηθητικό προσωπικό** οργανώνει την καθημερινή ζωή του ξενώνα, όπως φαγητό και προμήθειες. Αναλαμβάνει την καθαριότητα και συντήρηση του χώρου. Ασχολείται και βοηθά τους ενοίκους να διεκπαιρεύσουν προσωπικά τους θέματα, όπως σιδέρωμα ρούχων, τακτοποίηση ντουλάπας κ.τ.λ.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΩΝ

Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε την πρώτη μας εντύπωση από τις επισκέψεις μας στους δυο ξενώνες. Ο λόγος είναι διττός: από τη μια πάντα η πρώτη εντύπωση λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν και από την άλλη, λόγω της μη προηγούμενης μας ενασχόλησης με το συγκεκριμένο θέμα, είχαμε την αγωνία της πρώτης μας επαφής σχετικά με το πώς θα είναι μια τέτοια δομή και κυρίως, πώς θα μας αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι και οι διαμένοντες σε αυτήν. Τελικά στην πορεία το άγχος μας εξαλείφθηκε, καθώς και στους δυο ξενώνες, μας υποδέχτηκαν με ευχαρίστηση και ήταν πρόθυμοι στο να μας βοηθήσουν στην εκπόνηση της εργασίας μας.

Απαραίτητη για την πλήρη κατανόηση του εγχειρήματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η περιγραφή των ξενώνων, για να αντιληφθούμε πλήρως πώς είναι μια τέτοια δομή. Έτσι αναφερθήκαμε στην τοποθεσία των ξενώνων, στην αρχιτεκτονική και την εσωτερική διακόσμηση και σε μια πληρέστερη περιγραφή του χώρου και της υλικοτεχνικής υποδομής.

Ένας άλλος τομέας που κρίναμε απαραίτητο να συμπεριλάβουμε, ήταν αυτός του προσωπικού. Επεκταθήκαμε στη διαφορετικότητα των ειδικοτήτων, στο πώς αυτή επηρεάζει τους ρόλους και τις σχέσεις των εργαζομένων, αλλά και την εξέλιξη των ενοίκων. Η διεπιστημονική συνεργασία ήταν άλλο ένα θέμα που επεξεργαστήκαμε, καθώς θεωρήσαμε άκρως σημαντική τη συμβολή της στην ομαλή αποκατάσταση των φιλοξενούμενων, αλλά και στις εποικοδομητικές διαπροσωπικές σχέσεις του προσωπικού.

Οι ξενώνες, όπως και οι υπόλοιπες δομές κοινοτικής φροντίδας, αποτελούν κάτι καινοτόμο στην ιστορία της ψυχιατρικής. Αλλαγές δεν παρατηρούνται μόνο στην δομή της μονάδας, στη σύνθεση του προσωπικού, στη μεθοδολογία και τη δεοντολογία της αποκατάστασης, αλλά και στη διοίκηση. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο αναφερθήκαμε στη διοίκηση και οργάνωση αυτών των δομών, με σκοπό να κατανοήσουμε την αυτονομία που τυχόν έχουν και γενικότερα τις δυνατότητές τους σαν νέες δομές κοινοτικής αποκατάστασης.

Οι νέες αυτές δομές, όπως ήδη έχουμε προαναφέρει, φιλοξενούν άτομα τα οποία παρουσιάζουν κάποιο βαθμό λειτουργικότητας σε σχέση με κάποια άλλα που δεν βρίσκονται σε αυτή τη θέση. Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε λοιπόν τις δυνατότητες και τις ικανότητες των ενοίκων. Όμως για την βελτίωση της κατάστασης τους, απαραίτητη είναι η εκπαίδευσή τους στους τομείς της καθημερινής ζωής. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της εργοθεραπείας, όπου μαθαίνουν να αυτοεξυπηρετούνται και να είναι πιο λειτουργικοί, όχι μόνο για τον εαυτό τους, αλλά και για τους γύρω τους. Στην βελτίωση και ενίσχυση της συμπεριφοράς των ενοίκων βοηθάει και η ενασχόληση με τις τέχνες. Έτσι αναφερθήκαμε στο πώς η μουσική, οι εικαστικές τέχνες και ο χορός συμβάλλουν στην επιθυμητή αποκατάσταση.

Δυστυχώς, όλες αυτές οι δομές παρά τη θετική επίδραση στην ζωή κάποιων συνανθρώπων μας, κατά την έναρξη της λειτουργίας τους αντιμετώπισαν την αρνητική στάση της κοινότητας, το λεγόμενο φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού. Επεκταθήκαμε στην αντίσταση στην αλλαγή του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κοινότητας στην εγκατάσταση των μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Αναλύσαμε τα χαρακτηριστικά και τους τρόπους αντίδρασης της κοινότητας, καθώς και το υπόβαθρο αυτών των αντιδράσεων. Επίσης εξετάσαμε τις στρατηγικές αντιμετώπισης των κοινοτικών αντιδράσεων κατά την εγκατάσταση των μονάδων και το πώς τελικά ενσωματώθηκαν οι μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην κοινοτική ζωή.

Για να επιτευχθεί η ενσωμάτωση χρειάστηκε η ανάπτυξη προγραμμάτων ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης της κοινότητας σε θέματα λειτουργίας των υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας, η ανάπτυξη δικτύου εθελοντών, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, η ανάπτυξη επικοινωνιακής πολιτικής και αξιοποίησης των Μ.Μ.Ε. και η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της μονάδας.

Ο πιο σημαντικός ρόλος όμως στην επανένταξη των ενοίκων εκτός από τα προαναφερόμενα, είναι αυτός της οικογένειας. Η οικογένεια αποτελεί τον πιο απαραίτητο σύμμαχο και στήριγμα αυτών των ατόμων. Η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην αποκατάστασή τους. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, πρέπει η οικογένεια να απενεχοποιηθεί, αποβάλλοντας κάθε είδους ενοχή και κατέχοντας ουσιαστικό ρόλο.

Εκτός από τον κοινωνικό αποκλεισμό που αντιμετωπίζουν οι νέες δομές και κυρίως οι φιλοξενούμενοι σ' αυτές, έχουν επίσης να ανταπεξέλθουν στο πρόβλημα της εύρεσης στέγης και εργασίας. Είναι αυτονόητο ότι η εύρεση εργασίας έχει μέγιστη σημασία για την επαγγελματική αποκατάσταση των ενοίκων, όπως επίσης και η εύρεση κατοικίας για το επόμενο βήμα, αυτό των προστατευμένων διαμερισμάτων.

Σύμφωνα με τα παραπάνω προκύπτει σε γενικές γραμμές ότι ο ξενώνας Καλλίστη (Χαλάνδρι) πληρεί τις περισσότερες προϋποθέσεις για την σύσταση και λειτουργία μιας τέτοιας δομής σε σχέση με τον ξενώνα Αγάπη (Άγιος Νικόλαος). Αυτό μάλλον οφείλεται στον αστικό χαρακτήρα του ενός, ο οποίος διευκολύνει σε πολλούς τομείς τόσο το προσωπικό, όσο και τους ενοίκους. Από την άλλη ο ημιαστικός χαρακτήρας του άλλου φαίνεται να μετριάξει τις επιλογές τους.

Πιο συγκεκριμένα ο ξενώνας Καλλίστη υπερτερεί στο λειτουργικό τομέα μιας και η στελέχωση μιας τέτοιας δομής γίνεται πιο εύκολα στο αστικό περιβάλλον εξαιτίας της διαθεσιμότητας των ειδικοτήτων. Από την άλλη σε ένα ημιαστικό περιβάλλον, στο οποίο και βρίσκεται ο ξενώνας Αγάπη, αν και προκηρύσσονται θέσεις εργασίας δεν υπάρχει προσωπικό για να τις καλύψει. Για παράδειγμα δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ψυχίατρος στο νομό Λασιθίου (στον ξενώνα Αγάπη χρέη ψυχιάτρου εκτελεί νευρολόγος). Παρόλο που δεν θεωρείται αναγκαία από όλους η επαφή ψυχιάτρου με τις νέες δομές εμείς διαπιστώσαμε ότι είναι απαραίτητη από τη στιγμή που στον ξενώνα Καλλίστη φάνηκε ωφέλιμη στην ανάπτυξη λειτουργικότητας των ενοίκων. Θετικό στοιχείο ωστόσο είναι η επικείμενη σύσταση Νοσοκομείου Ημέρας στη Σητεία καθώς και Κέντρου Ψυχικής Υγείας στον Άγιο Νικόλαο, στα οποία και προβλέπεται (βλέποντας το αισιόδοξα) πρόσληψη ψυχιάτρου. Η προσπάθεια που έγινε στο παρελθόν για να καλυφθεί η θέση εργοθεραπευτή από αργυροχρυσόχοο απέτυχε, αφού όντας μη ειδικός δεν κατάφερε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες μιας τέτοιας δομής. Έτσι η θέση έμεινε και πάλι ακάλυπτη με αποτέλεσμα η επαγγελματική τους κατάρτιση που αποτελεί βασικό στόχο να μένει στάσιμη τουλάχιστον προσωρινά. Όσον αφορά τη δημιουργική τους απασχόληση καλύφθηκε για ένα μικρό χρονικό διάστημα από σπουδαστές του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Στον ξενώνα Καλλίστη οι λειτουργικές ανάγκες καλύπτονται πληρέστερα από την στιγμή που συνεργάζονται με εργοθεραπευτή σε τακτική βάση και επιπλέον η κοινωνική λειτουργός, έχοντας γνώσεις δραματικής έκφρασης, καλύπτει δημιουργικά τον ελεύθερό τους χρόνο.

Ο εθελοντικός τομέας αποτελεί ένα βασικό παράγοντα μιας και συνδέει, σε άλλο επίπεδο, τη δομή με την κοινότητα και βοηθάει μ' αυτό τον τρόπο στο βασικό στόχο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στον ξενώνα Αγάπη ο εθελοντισμός μπορεί να χαρακτηριστεί ισχνός και περιστασιακός. Η εκκλησία είναι αυτή που κυρίως ενεργοποιείται σ' αυτό τον τομέα. Αντίθετα στον ξενώνα Καλλίστη υπάρχει ένα

σταθερό δίκτυο εθελοντισμού και αυτό είναι κάτι που δικαιολογείται μέσω της κουλτούρας των πόλεων, δηλαδή ο τομέας αυτός καλύπτεται μέσω άτυπων δικτύων των κατοίκων και όχι μέσω κάποιων οργανωμένων φορέων όπως στο ημιαστικό περιβάλλον.

Μια άλλη διαφοροποίηση στη σχέση αστικού- ημιαστικού χώρου αφορά το πλήθος επιλογών. Στο αστικό περιβάλλον υπάρχουν περισσότεροι διαθέσιμοι φορείς, δηλαδή διευρυμένο δίκτυο συνεργασίας με την τοπική κοινωνία για τις διάφορες πολιτιστικές εκδηλώσεις που οργανώνονται, καθώς και περισσότερες δυνατότητες ψυχαγωγίας. Από την άλλη στο ημιαστικό εξαιτίας του περιορισμένου χώρου της κοινότητας οι όποιες δραστηριότητες πιθανότατα να επαναλαμβάνονται. Βέβαια αναφορικά με αυτό το θέμα θα ήταν καλό να λάβουμε υπ' όψιν μας και κάποιους άλλους παράγοντες όπως είναι η ενεργητική διάθεση του προσωπικού και η δυνατότητα χρηματοδότησης για την υλοποίηση αυτών.

Σχετικά με την κτιριακή υποδομή μπορεί να είναι πιο λειτουργικοί οι χώροι του ξενώνα Καλλιόστη, αλλά αυτό δεν είναι κάτι που σχετίζεται με την σύγκριση αστικού- ημιαστικού χώρου καθώς μπορεί να αποτελεί ένα τυχαίο γεγονός. Δηλαδή κατά την περίοδο που προβλεπόταν η σύσταση των ξενώνων βρέθηκαν προς ενοικίαση τα συγκεκριμένα κτίρια.

Όσον αφορά τη σχέση των ξενώνων με τους φορείς στην τοπική κοινότητα δεν εντοπίσαμε κάποια διαφοροποίηση, αν και βέβαια θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι θα ήταν αναμενόμενη μια στενότερη σχέση των τοπικών αρχών σε μια περιφέρεια.

Αυτούς τους τομείς κρίναμε απαραίτητο να ερευνήσουμε και να τοποθετηθούμε. Ευελπιστούμε ότι καταφέραμε να προσφέρουμε μια όσο το δυνατόν ολοκληρωμένη εικόνα της λειτουργίας των νέων δομών κοινοτικής φροντίδας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Αναθεώρηση των στόχων της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης

Ο κοινωνικός λειτουργός ερχόμενος σε επαφή με την οικογένεια θα πρέπει να έχει στόχους την όσο το δυνατόν καλύτερη επανάκτηση της επικοινωνίας μεταξύ του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος με τον φιλοξενούμενο σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να επιτυγχάνεται η βελτίωση των σχέσεών τους σε συναισθηματικό επίπεδο (πχ ένας συγγενής στον ξενώνα Αγάπη είχε την αρμοδιότητα να φέρνει τη σύνταξη στον φιλοξενούμενο κάθε μήνα. Με αυτόν τον τρόπο είχαν επικοινωνία σε τακτά χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα ο δεσμός συγγένειας να μην ατονεί.) Επίσης, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να αφορούν την εκπαίδευση των οικογενειών σε θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης δυσκολιών, ώστε να εξασφαλιστεί ένα όσο το δυνατόν λιγότερο περιβάλλον γι' αυτούς, το οποίο θα μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη πρόγνωση της χρόνιας ψυχικής διαταραχής. Ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά των επιτυχών ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα εξής:

- Θετική στάση απέναντι στους συγγενείς και στους πάσχοντες χωρίς καμία πρόθεση ενοχοποίησης τους.
- Εκπαίδευση και ενημέρωση των οικογενειών σχετικά με τη φύση, την αιτιολογία και την πορεία της σχιζοφρένειας.
- Εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης προσανατολισμένες στο χειρισμό του προβλήματος: επικέντρωση στα τρέχοντα προβλήματα των οικογενειών, όπως και στη βελτίωση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, ώστε να αρχίζουν αυτόνομα να λύνουν τα προβλήματά τους.
- Εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης προσανατολισμένες στο συναίσθημα: επικέντρωση στον καλύτερο χειρισμό συναισθημάτων, όπως άγχος και εσωτερική ένταση.
- Λήψη φαρμακευτικής αγωγής: όλοι οι πάσχοντες λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή παράλληλα με την παρέμβαση.

Έτσι τα βασικά συστατικά των επιτυχών παρεμβάσεων είναι καλό να περιλαμβάνουν εκπαίδευση, στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα και συναισθηματική με πρακτική υποστήριξη.

2. Νέοι τρόποι αποκατάστασης στα επίπεδα παρέμβασης

Σύμφωνα με τη Ζήση (2002), διεθνείς μελέτες αξιολόγησης πολιτικών αποϊδρυματισμού και παρεμβάσεων επανένταξης δείχνουν πως ακόμη και οι πιο χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες μπορούν με επαρκείς πόρους και κατάλληλη υποστήριξη να ζήσουν σχετικά αυτόνομα στο φυσικό χώρο της κοινότητας. Με θεωρητική βάση τα παραπάνω πιστεύουμε ότι η μετάβασή τους σε κοινοτικές δομές στεγαστικής αποκατάστασης θα βελτιώσει σημαντικά τις συνθήκες διαβίωσής τους και γενικότερα την ποιότητα ζωής τους. Η κλινική τους εικόνα ενδεχομένως να μην επιβαρύνεται, ενώ τα επίπεδα της λειτουργικότητάς τους πιθανόν θα αυξάνονται, καθώς θα ανακτούν τις χαμένες τους δεξιότητες. Ίσως να νιώσουν περισσότερη ελευθερία, αυτονομία και να αξιολογήσουν θετικά αυτές τις αλλαγές. Στην πλειοψηφία τους δεν επιθυμούν την επιστροφή τους στο ψυχιατρείο, εκφράζοντας την προτίμησή τους για τη νέα τους ζωή στη κοινότητα. Η διάρκεια αυτών των αλλαγών ενδεχομένως να εξαρτάται σημαντικά από την εξασφάλιση μιας συνεχούς στήριξης και μιας διασύνδεσης με υπηρεσίες και δίκτυα υποστήριξης. Επομένως, το εναλλακτικό μοντέλο φροντίδας και στήριξης του ατόμου με χρόνιες και σοβαρές ψυχιατρικές

δυσκολίες στην κοινότητα, μπορεί πειστικά να συρρικνώσει ή ακόμα και να ανατρέψει τον κυρίαρχο ρόλο του ψυχιατρού.

Οι παρεμβάσεις με στόχο την κοινωνική επανένταξη¹⁵ των πρώην ψυχιατρικών νοσηλευομένων αφορούν πολλαπλά επίπεδα μικρής, αλλά και μεγαλύτερης εμβέλειας:

- **Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο:** αφορούν κατά κύριο λόγο την ύφεση της συμπτωματολογίας με τη μέγιστη δυνατή μείωση των παρενεργειών, βελτίωση των δεξιοτήτων, αποκατάσταση της κατεστραμμένης αυτοεικόνας, ενδυνάμωση και ενίσχυση, στέγαση και εργασία σε φυσικές συνθήκες και εξασφάλιση δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και συνδιαλλαγής. Οι κλινικές παρεμβάσεις με θετικά αποτελέσματα υιοθετούν μια εξατομικευμένη προσέγγιση, εξασφαλίζουν μια θεραπευτική συνέχεια, εκπαιδεύουν τον πάσχοντα σε σχέση με τη φύση της διαταραχής τους, ενθαρρύνουν την ενημερότητά του σε σχέση με τη συμπτωματολογία του και του διασφαλίζουν τη παροχή μιας ευέλικτης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Η άμεση εκπαίδευση του πάσχοντα σε βασικές δεξιότητες της καθημερινότητας και στη στήριξη του γενικότερα στο φυσικό του περιβάλλον από μια διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, έχει βρεθεί να αποτελεί ένα πειστικό και αποτελεσματικό κλινικό μοντέλο. Οι παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας αποβλέπουν στη μεγαλύτερη αυτονόμηση του πάσχοντος ατόμου και καλύπτουν τομείς αυτοφροντίδας, κοινωνικών δεξιοτήτων, χρήσεις κοινοτικών διευκολύνσεων και δημιουργικής αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες που λαμβάνει χώρα σε πραγματικές συνθήκες και εμπλέκει στις διαδικασίες τους μη πάσχοντες επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα. Η κατεστραμμένη αυτοεικόνα του πάσχοντος μπορεί να αποκατασταθεί μέσα από την ενδυνάμωση του και την ενίσχυσή του σε ρόλους με θετικό περιεχόμενο και την ενεργό εμπλοκή του στο σχεδιασμό και την υλοποίηση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Η ενεργό συμμετοχή των ατόμων με ψυχιατρικό ιστορικό σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων και παροχής υπηρεσιών έχει θετικές επιδράσεις τόσο σε ένα επίπεδο στενά προσωπικό, όσο και σε επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών: μεγαλύτερη «ευαισθησία» σε ομάδες πασχόντων με υψηλές αντιστάσεις, μεγαλύτερη κατανόηση και ενσυναίσθηση, αποτελεσματικότητα σε παρεμβάσεις εξωτερικής δράσης και προώθηση προτύπων θετικών ρόλων, τόσο για τους άλλους πάσχοντες, όσο και για τους επαγγελματίες. (Ζήση Α., 2002, σελ 239-240)
- **Παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας:** μετά το ψυχιατρείο δεν είναι μικρό το ποσοστό εκείνο που επιστρέφουν στις οικογένειές τους. Σίγουρα, το να ζει ένα άτομο με σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα με την οικογένειά του, έχει θετικές, αλλά και αρνητικές πλευρές. Συνοψίζοντας, οι θετικές είναι ότι τον προστατεύουν από την απομόνωση, τη μοναξιά, την εγκατάλειψη και βιώνει την επανένταξή του με τον πλέον φυσικό και ζεστό τρόπο, ενώ οι αρνητικές είναι ότι οι ενδοοικογενειακές διαφωνίες και γενικότερα η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μπορούν να προκαλέσουν μια χρόνια συνθήκη στρες απειλητική για τη πορεία της χρόνιας ψυχικής διαταραχής. Επιπλέον, η εντατική φροντίδα και η διαρκής στήριξη του πάσχοντος ατόμου έχει βρεθεί

¹⁵ Επανένταξη σημαίνει χειραφέτηση του ατόμου με ιδιότητες και ρόλους με θετικό περιεχόμενο, οικονομική αυτονομία, δυνατότητες για αυτοπροσδιορισμό και ελεύθερη επιλογή, ύπαρξη σχέσεων αμοιβαιότητας και εμπιστοσύνης, ευκαιρίες για κατάρτιση και εκπαίδευση, ίση μεταχείριση σε πόρους και υπηρεσίες. (Ζήση Α, 2002, σελ 238)

να προκαλεί σοβαρή κόπωση στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Οι οικογένειες ωφελούνται σημαντικά από παρεμβάσεις που προωθούν ή βασίζονται στα ακόλουθα: α) λεπτομερής ενημέρωση σχετικά με τη φύση της διαταραχής, τόσο στον ίδιο τον πάσχοντα, όσο και στις οικογένειες, β) πρακτική, αλλά και συναισθηματική υποστήριξη των οικογενειών και γ) εκπαίδευση σε στρατηγικές που εντοπίζονται στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

- **Παρεμβάσεις σε επίπεδο θεραπευτικής ομάδας:** ως μια κρίσιμη παράμετρος στη διαδικασία αποκατάστασης κι επανένταξης του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα, είναι η σχέση που θα αναπτύξει με τη θεραπευτική ομάδα. Το προσωπικό στο πεδίο της αποκατάστασης κι επανένταξης θα πρέπει να διαθέτει τέτοιες δεξιότητες, αλλά και στάσεις που θα του επιτρέψει να συνδεθεί με τους πάσχοντες, αναπτύσσοντας μεταξύ τους ισχυρούς δεσμούς εμπιστοσύνης να ορίσουν μαζί τους στόχους, να αξιολογήσουν μαζί τι είναι εφικτό, ποιες είναι οι ικανότητες και πόσο υποστηρικτικό είναι το περιβάλλον, να σχεδιάσουν μαζί την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ικανοτήτων τους, αλλά και των πόρων, να τους εκπαιδεύσουν σε νέες δεξιότητες και πώς να τις χρησιμοποιούν καλύτερα, να τους φέρνουν σε επαφή με πόρους της κοινότητας και με κοινωνικά δίκτυα στήριξης. Το πιο σημαντικό, που η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να εξασφαλίσει στους πάσχοντες που έχουν μεταβεί σε κοινοτικές δομές, είναι η συνεχής υποστήριξη και η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των στρεσογόνων συνθηκών, δεδομένης της υψηλής ευαισθησίας, που τα άτομα αυτά επιδεικνύουν στο στρες. Από την άλλη, η θεραπευτική ομάδα, προκειμένου να ανταποκριθεί στο εξαιρετικά απαιτητικό της έργο, χρειάζεται επανατροφοδότηση, κίνητρα, διακοπές ανανέωσης, στήριξη και συνεχή κατάρτιση στη τεχνογνωσία της αποκατάστασης. (Ζήση Α., 2002, σελ 243)
- **Παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας:** η κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχιατρικές δυσκολίες εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τις στάσεις και τα επίπεδα ανοχής της κοινότητας. Οι ψυχικά πάσχοντες συνεχίζουν να είναι αντιμετώπι με συμπεριφορές διάκρισης, προκατειλημμένες και στερεοτυπικές αντιλήψεις κι έτσι αναβιώνουν το στίγμα της ψυχικής διαταραχής. Το στίγμα έχει αρνητικές επιδράσεις στο θεραπευτικό αποτέλεσμα καθώς αυξάνει την ετοιμότητα του ατόμου να υιοθετήσει του ρόλο του «ασθενή» και του «ανήμπορου», βλάπτοντας σημαντικά την αυτοεικόνα του. (πχ κατά την πρώτη επαφή μας με την κοινότητα στο ξενώνα «Καλλίστη» του Χαλανδρίου, μια από τις διαμένοντες στην διπλανή πολυκατοικία, αναφέρθηκε γι' αυτούς με τον χαρακτηρισμό «σπαστικοί») Επιπλέον, τα αρνητικά στερεότυπα και η προκατάληψη, που κατά πολύ οφείλονται στην άγνοια και σε διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις, οι οποίες επιβαρύνονται και από τα ΜΜΕ ενεργοποιούν μηχανισμούς κοινωνικού αποκλεισμού, εμποδίζοντας την πρόσβαση των ψυχικά πασχόντων σε ποικίλους τομείς, όπως στην απασχόληση και στη «φυσική» στέγη. Ως παρεμβάσεις για την άρση αυτών των αρνητικών στερεοτύπων προτείνονται οι κοινωνικές καμπάνιες ενημέρωσης του κοινού για τη φύση των ψυχικών διαταραχών με κύριο στόχο την αποκατάσταση λαθεμένων αντιλήψεων.

3. Η υποστήριξη της οικογένειας από δίκτυα- οργανώσεις που αφορούν την ψυχική ασθένεια

Ο ρόλος της οικογένειας στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θεωρείται εξαιρετικά σημαντικός μιας και η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ψυχικά ασθενή και η εμπλοκή και ενεργός συμμετοχή της στην θεραπευτική διαδικασία μπορεί να είναι καθοριστική για την επιτυχή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του.

Πολλά και ποικίλα είναι τα συναισθήματα των μελών της οικογένειας που ένα μέλος της πάσχει από ψυχική ασθένεια. Είναι δύσκολο να αποδεχθούν την αλήθεια. Βλέπουν το πρόβλημα ως τραγωδία και κινητοποιούν μηχανισμούς άρνησης και απώθησης για να το αντιμετωπίσουν. Σε αυτό το κλίμα αναπτύσσονται συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης, ενοχής και ντροπής, άγχους, σύγχυσης και φόβου, δυσαρέσκειας, οργής, πικρίας και απελπισίας. Το συναισθηματικό βάρος για τις οικογένειες ίσως είναι συχνά δυσβάστακτο. Σε αυτό έρχεται να προστεθεί και το βάρος του κοινωνικού στίγματος και οδηγούνται έτσι στην περιθωριοποίηση και την απομόνωση. Οι οικογένειες πιστεύουν ότι είναι στην ουσία μόνες για να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο από την μια και την κοινωνία από την άλλη.

Πέρα από αυτό όμως και το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξης του ψυχικά αρρώστου έχει πέσει σχεδόν αποκλειστικά στις οικογένειες. Ειδικά τα τελευταία χρόνια με το κίνημα του αποϊδρυματισμού και την αντιμετώπιση του αρρώστου έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα, ο ρόλος της οικογένειας γίνεται ακόμα πιο σημαντικός μιας και η οικογένεια αποτελεί τον κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και την βασική και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να προσεγγίζουν τις οικογένειες τόσο των ένοικων των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όσο και των άλλων οικογενειών ψυχικά ασθενών της περιοχής τους και να τους κινητοποιούν παρέχοντας τους:

- Υπεύθυνη ενημέρωση για να κατανοήσουν την ψυχική διαταραχή και τις σύγχρονες θεραπείες.
- Εκπαίδευση για να αποκτήσουν δεξιότητες ούτως ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της αρρώστιας και να επιλύει αποτελεσματικά τα προβλήματα και τις δυσκολίες
- Υποστήριξη, πρακτική και συναισθηματική για να βελτιώσουν τις σχέσεις τους και να βοηθήσουν το μέλος τους που πάσχει από την ψυχική νόσο.

Θα ωφελούσε οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να μεταφέρουν τη γνώση που χρειάζονται οι οικογένειες, γιατί η γνώση τους οπλίζει έναντι της άγνοιας και τους βοηθά στην κατανόηση και την αποδοχή. Για να βοηθηθούν οι οικογένειες να αντιμετωπίσουν αυτές τις δυσκολίες της ψυχικής διαταραχής έχουν αναπτυχθεί σύγχρονες παρεμβάσεις όπως ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συγγενών, και οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών. Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συγγενών είναι πολύ χρήσιμες στην υπεύθυνη ενημέρωση των οικογενειών για την αρρώστια και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της. Οι υποστηρικτικές ομάδες συγγενών βοηθούν τους συγγενείς να νοιώσουν ανακούφιση από το βάρος της αρρώστιας, να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, τα άγχη και τις αγωνίες τους, να συμπλιωθούν με την αρρώστια και να παλέψουν τα συναισθήματα απομόνωσης και στίγματος.

Σήμερα έχουν αναπτυχθεί στην χώρα μας οι πρώτοι σύλλογοι οικογενειών με στόχο την υπεράσπιση των δικαιωμάτων τόσο των ψυχικά ασθενών, όσο και των συγγενών τους. Η διασύνδεση με τους συλλόγους αυτούς, πέρα από την βοήθεια που προσφέρει στις ίδιες τις οικογένειες μπορεί να οδηγήσει και στην απόκτηση ενός

ακόμη σύμμαχου της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στους κόλπους της κοινότητας.

4. Η αντιμετώπιση του ζητήματος του αποστιγματισμού με αλλαγή νομοθετικών ρυθμίσεων

Η προκατάληψη και ο στιγματισμός όμως δεν περιορίζονται στην οικογένεια, αλλά επεκτείνονται ακόμα και στους θεραπευτές, καθώς και στο ίδρυμα που παρέχει ψυχιατρικές υπηρεσίες. Επιβαρύνονται από την προκατάληψη με αποτέλεσμα να μην παρέχεται στους πάσχοντες η ποιότητα υπηρεσιών που θα έπρεπε. Η αντιμετώπιση του ζητήματος του αποστιγματισμού αποτελεί το πρώτο βήμα που μπορεί αν όχι να ανατρέψει, τουλάχιστον να αποσταθεροποιήσει την κυριαρχία της προκατάληψης, έτσι ώστε να αρχίσει να αλλάζει η στάση της κοινωνίας απέναντι στο πρόβλημα. Μία ενέργεια που θα βοηθούσε αρκετά είναι η αλλαγή των νόμων και των πολιτικών ρυθμίσεων, ώστε να περιοριστούν οι διακρίσεις και να ενισχυθεί η νομική προστασία για τους ψυχικά ασθενείς.

Σε κάποιες χώρες τα νομικά μέτρα και οι αποφάσεις των δικαστηρίων βοήθησαν πολύ στην ελάττωση των διακρίσεων κατά των ατόμων με ψυχική νόσο. Στην Αμερική για παράδειγμα το νομοθετικό διάταγμα περί μειονεξίας ψηφίστηκε ως νόμος του κράτους. Ο νόμος αυτός απαγόρευσε τις διακρίσεις εξαιτίας αναπηρίας, όσον αφορά την εργασία, τα προγράμματα και τις υπηρεσίες που προσφέρονται.

Αυτό το βήμα, σηματοδότησε ένα μεγάλο άλμα προς τα εμπρός για την μείωση των διακρίσεων, για όλους όσους έπασχαν από κάποια αναπηρία, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής ασθένειας. Αντίστοιχα νομοθετικά διατάγματα ψηφίστηκαν και σε άλλες χώρες.

Το 2003 η χώρα μας στα πλαίσια της Ελληνικής Προεδρίας των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης οργάνωσε συνδιάσκεψη με θέμα «Ψυχική Ασθένεια και Στίγμα στην Ευρώπη: αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της ισότητας». Οι συζητήσεις αυτής της Συνδιάσκεψης αποτέλεσαν τη βάση για το συμβούλιο των Υπουργών Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών της Ευρώπης, το οποίο κατέληξε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα και πρακτικά εφαρμόσιμες προτάσεις, που δημοσιεύτηκαν στην επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής ένωσης και αποτελούν πολύτιμο οδηγό στον αγώνα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών.

Με την πρωτοβουλία αυτή η Ελλάδα, ως χώρα, έδειξε το γνήσιο της ενδιαφέρον για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ψυχική ασθένεια, όχι μόνο από την ιατρική- βιολογική σκοπιά, αλλά κυρίως από την κοινωνική, βάζοντας τα ζητήματα της καταπολέμησης των προκαταλήψεων, του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού ως ζητήματα που πρέπει να απασχολήσουν σοβαρά τις κοινωνίες εκείνες, που θέλουν να θεωρούνται δίκαιες, δείχνουν σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, δεν περιθωριοποιούν, αλλά αντίθετα ενθαρρύνουν τις δυνατότητες ένταξης και δράσης όλων ανεξαρτήτως των πολιτών. Η πρωτοβουλία αυτή αποκτά μια ειδική σημασία, γιατί η χώρα μας βρίσκεται σε μία κρίσιμη φάση εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, η οποία έχει ως κύριους στόχους της την σταδιακή συρρίκνωση και κατάργηση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και την ανάπτυξη σύγχρονων υπηρεσιών στην κοινότητα, ώστε ο ψυχικά ασθενής να παραμείνει στο φυσικό του περιβάλλον ενσωματωμένος στο κοινωνικό γίγνεσθαι ως ενεργός πολίτης. Σε αυτή τη φάση το βασικό μέλημα της μεταρρύθμισης είναι η ανάδειξη και ενεργοποίηση κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων και η ενίσχυση κινήσεων αλληλεγγύης προς τον ψυχικά πάσχοντα και την οικογένεια του.

Στο πλαίσιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έχει σχεδιαστεί η ανάπτυξη ενός πολύπλευρου δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα, που ανταποκρίνεται στο σύνολο των αναγκών του πληθυσμού της χώρας. Η λειτουργία τους βασίζεται σε μια σύνθετη διεπιστημονική ομάδα, η οποία ασπάζεται μια νέα ανθρωποκεντρική φιλοσοφία στην προσέγγιση των ασθενών, με έμφαση στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση, στον σεβασμό στην διαφορετικότητα και στην κατοχύρωση της ουσιαστικής κοινωνικής τους ένταξης μέσα από την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του στίγματος. Η νέα αυτή αντίληψη επέβαλε σημαντικές αλλαγές στην εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και στις μεθόδους και διαδικασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας.

Τέτοιου είδους πολιτικές θα πρέπει να ενισχυθούν, ώστε να εξαλειφθεί πλήρως ο κοινωνικός στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

Η μετάθεση της εστίας της ψυχιατρικής περίθαλψης από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο αποτελεί τον στόχο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας, έτσι όπως αυτή κωδικοποιείται στο δεκαετές πρόγραμμα «Ψυχαργός».

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση βασίζεται στις αρχές του αποϊδρυματισμού και στις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής επιδιώκει την αποδόμηση του παλαιού (που στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ταυτίζεται με το άσυλο και κυρίως τη λογική του) και πρέπει απαραίτητα να συμπληρωθεί απ' τη δόμηση του καινούριου: διαφορετικά δε γίνεται λόγος για αποϊδρυματοποίηση αλλά για διαδικασίες απονοσοκομειοποίησης.

Οι νέες δομές που δημιουργούνται στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης έρχονται να επιτελέσουν διπλή λειτουργία: από τη μια μεριά να φροντίσουν με ανθρώπινο τρόπο στην κοινότητα, το δικαίωμα του πάσχοντα για φροντίδα και από την άλλη, να προάγουν πρακτικές που θα απαντούν στις ανάγκες φροντίδας όσων νοσούν τώρα και όσων θα νοσήσουν στο μέλλον και των οποίων οι ανάγκες αυτές σε διαφορετική περίπτωση ή θα έμεναν αναπάντητες ή θα ελάμβαναν απαντήσεις ακατάλληλες (έως και απαράδεκτες). Τέτοιες δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευμένα διαμερίσματα, κ.ά. Στην παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στις δομές αυτές αλλά επικεντρώνεται σε μία από αυτές, δηλαδή στους ξενώνες.

Είναι σημαντικό οι ψυχικές διαταραχές να αντιμετωπίζονται εντός της κοινότητας σε κατάλληλες δομές (ξενώνες), ώστε να επιτευχθεί η αποκατάστασή τους με βάση τις αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αυτό είναι κάτι που κρίνεται αναγκαίο από τη στιγμή που η επιβάρυνση ατόμων, οικογενειών και κοινωνίας είναι μεγάλη αναφορικά με το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των διαταραχών. Κάτι τέτοιο εντοπίζεται και σε χρηματικές δαπάνες για την κάλυψη της φαρμακευτικής-νοσοκομειακής περίθαλψης αλλά και σε επίπεδο κοινωνικού αποκλεισμού και απώλειας ευκαιριών των οικογενειών, που καλούνται να φροντίζουν τα πάσχοντα μέλη τους. Οι πολιτικές των κυβερνήσεων για την ψυχική υγεία θα πρέπει να λάβουν υπ' όψιν τους τις ευπαθείς ομάδες π.χ. ηλικιωμένους, έφηβους, κακοποιημένες γυναίκες, μετανάστες, άτομα με χαμηλό εισόδημα, άτομα με ψυχοτραυματικές εμπειρίες κ.ά.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο.

Το πλαίσιο των αρχών λειτουργίας των νέων μονάδων είναι αυτό που παρέχει η κοινοτική ψυχιατρική: τομεοποίηση (παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο), αποφυγή του ιδρυματισμού, συνεχές της φροντίδας, διασφάλιση της ποιότητας, προσβασιμότητα των υπηρεσιών και ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού.

Η επίτευξη των στόχων λειτουργίας των νέων δομών σύμφωνα μάλιστα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ:2002) αφορά σε:

- σύνδεση της ψυχιατρικής φροντίδας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- διαθεσιμότητα της χρήσης των ψυχοφαρμάκων
- παροχή της φροντίδας στην κοινότητα
- εκπαίδευση και επιμόρφωση των πολιτών

- συμμετοχή της κοινότητας των οικογενειών και των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων
- ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων
- ενίσχυση της έρευνας

Οι εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας και η υλοποίηση αυτών, μέσω προγραμμάτων με συγκεκριμένες παρεμβάσεις, παίζουν καθοριστικό ρόλο για την μείωση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό. Ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι το Ψυχαργός μέσω του οποίου αναμένεται η βαθμιαία αντικατάσταση του ιδρυματικού συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης από ένα δίκτυο εναλλακτικών προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και δομών εκτός ψυχιατρείων, προσανατολισμένων στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα και γενικότερα η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και περίθαλψης των ασθενών στις νέες αυτές δομές.

Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού είναι απαραίτητος ο καλός συντονισμός και η συνεργασία των διάφορων ειδικοτήτων που απαρτίζουν το προσωπικό του ξενώνα. Η συμβολή κάθε κλάδου για την κάλυψη των αναγκών των ενοίκων είναι ουσιαστική, απ' τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων που απαιτούνται για μια αποτελεσματική παρέμβαση.

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας μελετήθηκαν οι περιπτώσεις των ξενώνων Αγάπη (Άγιος Νικόλαος) και Καλλίστη (Χαλάνδρι), όπου μετά την περιγραφή τους γίνεται προσπάθεια εντοπισμού τυχόν διαφοροποιήσεων- ομοιοτήτων στη δομή και τη λειτουργία τους. Η σύγκριση έγινε σε διάφορους τομείς και τα αποτελέσματα τεκμηριώθηκαν θεωρητικά.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ

Στεγαστικές ψυχιατρικές δομές κοινοτικού τύπου. Συγκριτική προσέγγιση αστικού και ημιαστικού χώρου. Οι περιπτώσεις του ξενώνα Αγίου Νικολάου (Ελούντα) και Χαλανδρίου (Αττική)

ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΕ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Τα τελευταία χρόνια λαμβάνει χώρα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στα πλαίσια της οποίας υλοποιείται ένα πρόγραμμα αποασυλοποίησης των ψυχιατρικά ασθενών. Η στεγαστική αποκατάσταση υπηρετεί την λογική της επανένταξης και της αποασυλοποίησης και είναι χρήσιμο να δούμε πως αυτή υλοποιείται σε ένα ημιαστικό και σε ένα αστικό περιβάλλον.

ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση για τους χρόνια ψυχικά ασθενείς στο θεραπευτήριο ψυχιατρικών παθήσεων Χανίων και του ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.
- Διερεύνησης της συχνότητας και εφαρμογής της οικογενειακής θεωρίας σύμφωνα με απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ποιες διαφορετικές προσεγγίσεις εφαρμόζονται σε αυτές.
- Οι απόψεις των εργοδοτών του Νόμου Ηρακλείου απέναντι στους εν δυνάμει εργαζόμενους με ψυχική διαταραχή
- Η κοινωνική εργασία στην κοινωνική επανένταξη των ψυχωσικών σε πλαίσια ψυχικής υγείας
- Σχιζοφρένεια-ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στην οικογένεια. Θρησκεία και ψυχική υγεία, η στάση των ψυχικά ασθενών απέναντι στην εκκλησία.
- Η μελέτη της οικογενειακής επιβαρύνσεις των ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα.

ΤΙ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟ ΘΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ Η ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το θέμα μας πιστεύουμε ότι συνεισφέρει στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης αφού δεν έχει επιδιωχθεί στο παρελθόν ανάλογη συγκριτική προσέγγιση σε προγράμματα αποασυλοποίησης που αφορούν διαφορετικές κοινωνικές δομές

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός και αντικείμενο της έρευνάς μας, είναι η σύγκριση των προγραμμάτων αποασυλοποίησης και επανένταξης ψυχιατρικά ασθενών, τα οποία αναπτύσσονται σε ένα ημιαστικό και σε ένα αστικό περιβάλλον. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω της καταγραφής των προγραμμάτων αποκατάστασης, της κοινωνικής λογικής τους και των τεχνικών συλλογής στοιχείων που θα χρησιμοποιήσουμε. Επίσης, θα εξετάσουμε τον τρόπο με τον οποίο οι νέες ψυχιατρικές δομές συνδέονται με την τοπική κοινωνία, με την οικογένεια και με θεσμούς όπως η τοπική αυτοδιοίκηση, η αγορά εργασίας κ.α. Τέλος, θα γίνει καταγραφή του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες

αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την συμμετοχή τους σε αυτό το συνολικό εγχείρημα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ- ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Με βάση τον προαναφερθέντα σκοπό που παραθέσαμε, τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

- Βαθμός κάλυψης βασικών αναγκών των ενοίκων (επιβίωσης, υγείας, μάθησης και αυτονομίας), καθώς και των κοινωνικών τους αναγκών (παραγωγής, αναπαραγωγής, επικοινωνίας).
- Ποιες οι κατηγορίες του προσωπικού και ποιο το έργο των εθελοντικών ομάδων αν υπάρχουν;
- Κατά πόσο το κράτος υποστηρίζει το έργο των ξενώνων;
- Καταγραφή προγραμμάτων που έχουν υλοποιηθεί ή βρίσκονται σε εξέλιξη
- Ποια η διοικητική δομή του ξενώνα;
- Ποιες οι διαφορές κατά την επανένταξη των ενοίκων σε επαρχία και αστικό κέντρο;
- Ποιες οι προϋποθέσεις εισαγωγής ενός ατόμου στους ξενώνες αυτούς; Υπάρχει όριο παραμονής; Και εάν ναι ποια είναι η βιογραφική πορεία των ενοίκων που δεν έχουν την ικανότητα να επανενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πεδίο μελέτης: συγκριτική ερευνά σε δυο ξενώνες, έναν στην περιφέρεια (Ελούντα) και έναν στην Αττική(Χαλάνδρι)

Επιλογή δείγματος: γνώσεις και απόψεις προσωπικού των ξενώνων

Τεχνικές συλλογής στοιχείων:

- Ημιδομημένη συνέντευξη
- Συμμετοχική παρατήρηση: ζήτηση ανάληψης ρόλων σε εθελοντική βάση (πχ. βόλτα με τους ένοικους)
- Συλλογή γραπτών τεκμηρίων και ανάλυση τους
- Επαφή και συνάντηση με τοπικούς φορείς προκειμένου να καταγράψουν τα κίνητρα και οι κοινωνικές λογικές που υποβαστάζουν τη σχέση τους με τις στεγαστικές δομές κοινοτικού τύπου)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Κατά τα τελευταία 15 χρόνια επιχειρείται στην Ελλάδα μια μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών, με την οποία επιδιώκεται η αντικατάσταση του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα στη Μεγάλη Βρετανία, τη Γαλλία, τις Η.Π.Α. και την Ιταλία, παρατηρείται μεταπολεμικά μια στροφή από το «ασυλιακό» στο «κοινοτικό μοντέλο» ψυχιατρικής περίθαλψης. Το ασυλιακό μοντέλο βασίζεται κυρίως στο Θεσμό του ψυχιατρικού ασύλου και τη μετεξέλιξή του το ψυχιατρικό νοσοκομείο και ακολουθεί τη λογική της κοινωνικής απομόνωσης: οι ψυχιατρικοί ασθενείς απομονώνονται προκειμένου αφενός να προστατευτούν οι ίδιοι από τις βλαβερές κοινωνικές επιδράσεις και αφετέρου για να απαλλαγεί η ίδια η κοινωνία από μια μορφή παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Η απομόνωση συνοδεύεται από μια εξατομικευμένη θεώρηση της ψυχοπαθολογίας, βιολογικής ή ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης.

Αντίθετα, το κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης βασίζεται σε ένα σύνολο από διαφοροποιημένους θεσμούς (κοινοτικές στεγαστικές δομές, κινητή μονάδα,

νοσοκομείο ημέρας, επαγγελματικά εργαστήρια, κέντρο ψυχικής υγείας, ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου, κ.α.) και ακολουθεί τη λογική της διατήρησης των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις με κάθε τρόπο εντός του κοινωνικού ιστού.

Τα εν λόγω δύο μοντέλα ψυχιατρικής περίθαλψης βασίζονται σε διαφορετικές θεωρήσεις του ανθρώπου, της ανθρώπινης φύσης, της υγείας του και της ασθένειάς του και διαβλέπουν διαφορετικά τις δυνατότητες της θεραπευτικής παρέμβασης. Οι στεγαστικές δομές κοινοτικού τύπου (ξενώνες, οικοτροφεία, θεραπευτικά διαμερίσματα) αποτελούν βασική συνιστώσα των προγραμμάτων επανένταξης και αποκατάστασης των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις.

Η μελέτη του τρόπου που αυτού του τύπου οι δομές λειτουργούν σε ένα αστικό και σε ένα αγροτικό-ημιαστικό περιβάλλον συνεισφέρει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το συνολικό πρόγραμμα αποασυλοποίησης έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ. ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ, ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ, ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Πεδίο μελέτης θα αποτελέσει η συγκριτική έρευνα σε δύο ξενώνες, οι οποίοι έχουν δημιουργηθεί στο πλαίσιο του προγράμματος αποασυλοποίησης «Ψυχαργός», έναν στην περιφέρεια (Ελούντα) και έναν στην Αττική (Χαλάνδρι).

Θα χρησιμοποιηθούν οι εξής τεχνικές έρευνας:

1. Ημι-δομημένη συνέντευξη με επαγγελματίες των κοινωνικών υπηρεσιών: α) με το προσωπικό, προκειμένου να καταγραφούν και να αναλυθούν οι διαφορετικές οπτικές με τις οποίες ερμηνεύουν το συνολικό εγχείρημα της αποασυλοποίησης και το ρόλο τους σε αυτό και β,) με τοπικούς φορείς, προκειμένου να καταγραφούν τα κίνητρα και οι κοινωνικές λογικές που διέπουν τη σχέση τους με τις στεγαστικές δομές που προαναφέρθηκαν.
2. Συμμετοχική παρατήρηση στο χώρο των δύο ξενώνων και ζήτηση ανάληψης ρόλων (π.χ. βόλτα με τους ενοίκους).
3. Συλλογή γραπτών τεκμηρίων (φυλλάδια, αφίσες, Προγράμματα επανένταξης κλπ.) και δημοσιοποιημένου λόγου (κείμενα σε ιστοσελίδες των δύο ξενώνων, άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά των εργαζομένων σε αυτές κ.α.).

Το εμπειρικό υλικό που θα αντληθεί από αυτές τις τεχνικές έρευνας θα αναλυθεί ανάλογα με τον τύπο του υλικού (αφηγήσεις, παρατηρήσεις, γραπτά τεκμήρια) και με τα ερωτήματα που σταδιακά θα αναδειχθούν στην πορεία της εργασίας. Γενικά η ανάλυση θα ακολουθήσει τρία στάδια: α) απομαγνητοφώνηση και κατάταξη του υλικού, β) ανάλυση γραμμή προς γραμμή (line by line) και γ) εξαγωγή γενικότερων συμπερασμάτων. Σε σχέση με την επιλογή του δείγματος θα ακολουθηθεί η τεχνική της θεωρητικής δειγματοληψίας, σύμφωνα με τις οδηγίες της Grounded Theory (Θα αναζητούνται οι διαφορετικές περιπτώσεις έως ότου να μην προκύπτουν νέα στοιχεία, τέτοια που να διαψεύδουν και να τροποποιούν ριζικά τις εξηγήσεις που σταδιακά αναδύονται από την ανάλυση του εμπειρικού υλικού).

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΓΙΑ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ.

Ένα βασικό πρόβλημα είναι η μετακίνηση σε δυο γεωγραφικές περιοχές, η πρόσβαση και η αποδοχή εκ μέρους των φορέων. Το ζήτημα της μετακίνησης θα λυθεί με καταμερισμό του έργου και η πρόσβαση και αποδοχή έχει ήδη εξασφαλιστεί είτε με την μεσολάβηση του επιβλέποντα καθηγητή είτε με δικιά μας πρωτοβουλία

ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΑΚΥΠΤΟΥΝ

Το Κύριο ηθικό ζήτημα που μας απασχολεί είναι η παρακολούθηση των ενοίκων στον χώρο διαβίωσης τους αφού η προσέγγισή τους απαιτεί λεπτό χειρισμό και σεβασμό του προσωπικού τους χώρου, ώστε να μην νιώσουν ότι εισβάλλουμε σε αυτόν με ιδιοτελή κίνητρα...

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Ο μέσος χρόνος διεκπεραίωσης της έρευνας μα υπολογίζεται περίπου στον ένα χρόνο. Συγκεκριμένα τα στάδια διεξαγωγής της έρευνας είναι τα εξής:

1. Προετοιμασία μεθοδολογικών εργαλείων και βιβλιογραφική ενημέρωση
2. Επιλογή συγκεκριμένου πεδίου μελέτης και επίσκεψη. Κρούση για συνέντευξη.
3. Στάδιο διεξαγωγής της έρευνας, απομαγνητοφώνηση, και ανάλυσης των συνεντεύξεων και διατύπωση των τελικών υποθέσεων εργασίας; καθώς και συμμετοχική παρατήρηση και συλλογή γραπτών τεκμηρίων.
4. Συγκεκριμενοποίηση των ευρημάτων της έρευνας
5. Συγγραφή της εργασίας
6. Παρουσίαση της εργασίας

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ:

1. Binoche B., *Τα ανθρώπινα δικαιώματα*, εκδόσεις Πατάκης, Αθηνά 1997
2. Blue A., *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*, μτφρ Λογοθέτη Κ, Αθηνά 1999
3. Gent R., *Πίσω από τα τείχη του άσυλου*, μτφ Γαϊτάνη Τ, εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1983
4. Goffman, *Τα άσυλα* εκδόσεις Ευρυαλός Αθήνα 1994
5. Αλεβίζος, *Τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς*, Ελευθεροτυπία, 25/01/2001
6. Αλέξιου Θ., *Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθηνά 1998
7. Ανδριώτη Δ., *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*, Αθηνά, 1998
8. Αποστόλη Ι., *Ψυχιατρική αποκατάσταση*, εκδόσεις Έλλην Αθηνά 1998
9. Βαλσαματζής Γ., *Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*, 2000
10. Βλάχος Γ., *Κοινωνιολογία των δικαιωμάτων του ανθρώπου*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1979
11. Ιωαννίδου-Τούρνα, *Η σχιζοφρένεια στην οικογένεια*, 1997
12. Κασιμάτη, *Κοινωνικός αποκλεισμός- Η Ελληνική εμπειρία*, Αθηνά 1998
13. Μαδιανός Μ., *Οι διαστάσεις των ψυχικών διαταραχών και η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα*, Σύγχρονα θέματα, τ. 19, 1983
14. Μαδιανός Μ., *Ψυχιατρική μεταρρύθμιση*, εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994
15. Μαδιανός Μ.- Στεφάνης Κ., *Οδηγός υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και υποστήριξης στην Ελλάδα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 1997
16. Μαδιανός Μ., *Υγεία και Ελληνική κοινωνία*, Αθηνά 1998
17. Μαδιανός Μ., *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000
18. Οικονόμου Μ., *Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*
19. Παπαδάτος, *Ψυχική υγεία και τοπική αυτοδιοίκηση*, εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1987
20. Πλουμπίδης Δ., *Η ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*, εκδόσεις Εξάντας, Αθηνά 1989

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:

21. Aubert C., *Les quatre réalités de la psychiatrie*, Γενεύη 1999
22. Castel R., *Le psychanalisme*, Flam Marion, Παρίσι 1981.
23. Chamberlayne P., Bornat J., Wengraf T., *The turn to Biographical Methods in social science. Comparative Issues and examples*, Routledge, Λονδίνο 2000
24. Dingwall R., Lewis Ph., *The sociology of the professions. Lawyers, Doctors and others*, Macmillan, Λονδίνο 1983.

B. Πλάνο ημιδομημένης συνέντευξης

Κατηγορίες:

Τόπος- χρόνος:

- πόσο καιρό βρίσκεται ο ξενώνας σε λειτουργία;
- πως επιλέχθηκε η τοποθεσία στέγασης του;
- με ποια κριτήρια διαμορφώθηκε ο χώρος στο εσωτερικό του ξενώνα;

Προσωπικό:

- κατά πόσο το προσωπικό επαρκεί για να καλυφθούν οι ανάγκες του ξενώνα και των τροφίμων;
- τι ειδικότητες απασχολούνται στον ξενώνα και πως συμβάλει ο καθένας τους στην διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης;

Ελεύθερος χρόνος:

- πως περνάνε οι τρόφιμοι τον ελεύθερο χρόνο τους;
- κατά πόσο η εργοθεραπεία (αν υπάρχει) είναι αποτελεσματική;
- υπάρχει δυνατότητα επαγγελματικής κατάρτισης των τροφίμων;
- περιγραφή της καθημερινότητας των τροφίμων

Διοίκηση:

- πως και από ποιους διοικείται ο ξενώνας;
- τρόπος λήψης αποφάσεων

Αλληλεπίδραση με την τοπική κοινωνία:

- ποια η άποψη του προσωπικού για τον κοινωνικό αποκλεισμό/ στιγματισμό που οι τρόφιμοι πιθανόν αντιμετωπίζουν;
- κατά πόσο αντιστέκεται ή αντιστάθηκε στο παρελθόν η κοινότητα στην εγκατάσταση του ξενώνα στην περιοχή τους;
- τι ενέργειες έγιναν για τις αντιστάσεις της κοινότητας και τι αλλαγές σημειώθηκαν μετά από τις ενέργειες αυτές;
- ποια η άποψη τους για τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα κατά την επανένταξη τους: εύρεση εργασίας και στέγης

Εθελοντές:

- υπάρχουν;
- και αν ναι πως βοηθάνε στο έργο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης;

Γ. Ξενώνας Αγάπη- Άγιος Νικόλαος



Δ. Ξενώνας Καλλίστη.- Χαλάνδρι



Εσωτερικός χώρος Ξενώνα Καλλίστη- Χαλάνδρι



Ε. Ενημερωτικό φυλλάδιο ξενώνα Αγάπη- Άγιος Νικόλαος

Ευχαριστούμε :

Πολύ σημαντικό είναι η προσφορά των δελτίων – συνδημάτων που ξενώνι, τα οποία αναδύονται και εργαζόμενοι τους εθνικούς συνεισφέροντες στη γαβροποίηση των οχημάτων της κοινωνίας με τους προγράμματα υγιεινής και στην καταπολέμηση των προσηλωμάτων. Οι δελτία της συμμετοχής σε διάφορες δραστηριότητες όπως για παράδειγμα και ανταμφοκίνηση φρενοβελών ως προς την κατασκευαστική των αυτοκινήτων. Καθένας από μας, μέσω των εθελοντικών προγραμμάτων κοινωνικού έργου, μπορεί να συμβάλει στη μεταβολή της κοινωνίας μας σε μια κοινωνία περισσότερο ανθρωπική και ανθρωπική στην ψυχρή αίσθηση.

Η ΠΡΟΧΗ

Η βροχή σταμάτησε να ο βροχιάς ξεδιπλώνεται

Το κορμί στο χέρι κίτρινα

Πλάι είναι μόνος

Πλάι με πλάι η πόρτα,

Είμαι στηλέσει άδεια.

Αλλά μια μέρα έφυγε από τη ζωή μου.

Φοιμήνη για την αποβάδα μου.

Προ' το σκοτεινό σπιν και φόνε

Άφησε ακατάκτους τους τάπητες τούτους

Να κοιτών ένα άδαιο κάθον κρηφάκι.

Ενημέρωσε τα χιμάρια χαμόγελα.

Τα κοιμημένων όμοια.

Είκοσι ακατάκτους

(ανθρώπων, φωνών, αυτιών)

Τηλ. 2841 066008 (συνδέση με 70926 ή 70914 ή 70940)

email ps-ekklisia@oan.gr

Γενικό Νοσοκομείο

Αγίου Νικολάου

Ξενώνας "Αγάπη"

Ψυχιατρικός

" Στο δρόμο για την Ιθάκη της κοινωνικής επανένταξης... "

ΤΑ ΠΑΙΝΩΡΙΑ

Σ' αυτές τις σφραγισμένες κάμαρες, που αφανή

μέρες βιωμάς, ανύψω κάτω τηρητηνών

για να βρω τα παρόμοια. Όταν ακούει

ένα κωκόρο ή να μιλήσει.

Μια τα κωκόρορα δεν βρίσκονται ή δεν μπορεί

να πάρει. Και ναύνηται τους να μην τα βρω.

Τους τα φως ή να μια να κωκόρορα.

Πιάνει όμοια τα κωκόρορα κωκόρορα ή να δώξει.

ΤΙΤΙΚΗ

Χαμός ασφαλιστική, χροιάς άδεια, χροιάς αβδό

μεγάλα α' πηγάδι τηρήτην μου έκπασαν αβδό.

Εκεί κάθομαι και ανακαλύπτω τούτοι αβδό.

Αλλά δεν σκεπτόμαι τον κωκό μου φέρει απώλη η τούτη

δύο κωκόρορα κολλάει έξω να κώμο αβδό.

Α, όταν έπαιξαν τα αβδό τους να μην κωκόρορα.

Αλλά δεν σκεπτομαι κωκόρορα κωκόρορα ή τούτοι.

Ανακαλύπτω μ' αβδόρων από τον κώμο αβδό.

(Κωκόρορα)

Ο Ξενοφώντας Ψυχροκοιτωνικός Λαοκραταριστής και
 Ιεραρχοκρατής «Αγίαση», λειτουργεί από τον Φεβρουάριο του
 2001, ως τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αγίου
 Νικολάου, φθάσεν εις τροπή με ψυχικές διαταραχές ή
 νοσηρή κατάσταση και ψυχολογική υποβάθμιση που
 δεν έγγον ανακούφισης και ανακατασκευής για τη ζωή
 στην κοινότητα. Όλοι οι άνθρωποι έχουν βιώσει τον
 επάκουτο για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα στο
 Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Κέντρου. Ο Ξενοφώντας
 «Αγίασης» ανέλαβε στο πρόγραμμα «Ψυχολογικός», το οποίο
 είναι ένα πρόγραμμα έκθεσης και εργάζεται να καθίσει
 σταθερά όμας τις ασήριες σε εθιμικό επίπεδο, στον τομέα
 της ψυχικής υγείας. Κεντρικός άξονας είναι η ανεπαρκής
 υγιεινότητα στην κοινότητα, όπου ο ψυχικός ασθενής να
 εθιστεί σταθερά στον ανακούφιση του προβλήματος και
 να υποστηρίχεται από τον, διατηρήσει την κοινωνική του
 αξιοπιστία.

Η αποκατάσταση γίνεται στο Ξενοφώντας με τη βοήθεια και
 ανταλλάσσεται από μια ψυχολογική και κοινωνική και
 βολική, στο κοινωνικό λειτουργό, όπως ο Ξενοφώντας
 και μια ομάδα γενικών καθηγητών. Η διαδικασία
 αναπόδραση είναι ο υποπόλιος -πρωτοπρος του ΙΝ.Α.Ν. στο
 οποίο υπάρχει η δομή.
 Ο Ξενοφώντας μπορεί να παραβρεθεί σε 12 άτομα.
 Ένας μήνας είναι παραβρεθεί 7 άτομα από το οποίο τα 2
 μέσων είναι με τις ασήριες τους.

Στόχος της θεραπευτικής ομάδας αποτελεί η αποκατάσταση
 προσωπική και η ψυχολογική κατάσταση και
 ανακατασκευή των σχέσεων. Ο μακροχρόνιος επάκουτος
 στο κοινωνικό επίπεδο τους ασθενείς από τις ασήριες
 τους υποστηρίχεται με τον ΙΝ.Α.Ν. και την κοινότητα,
 την ασήριση και γενικά το έθνος και η
 οποία αποκαταστάση στην υγιεινή κατάσταση του
 ατόμου.

Μέσα σε μια εβδομάδα σχεδιασμένη δομή
 είναι ο Ξενοφώντας, που λειτουργεί ως επάκουτος
 χείρας ανάμεσα στο «έθνος» και στην κοινότητα,
 διαμορφώνει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που
 αποτελεί και ανακατασκευή για τη ζωή στην
 κοινότητα. Η διαμόρφωση της ανακατασκευής και
 της ψυχολογικής ανακατασκευής και ανακατασκευής
 ορίζεται στην κοινότητα της μέσης δυναμικής
 ανακατασκευής στην ζωή του ασθενή στην κοινότητα. Αυτό
 σημαίνει την βελτίωση της ανακατασκευής ανακατασκευής
 των ασθενών, της λειτουργικότητας τους, που διαμορφώ-
 τους και των κοινωνικών τους δεξιοτήτων.


Σημειώνεται, επίσης, επάκουτος της κοινωνικής συμπερι-
 ρχής και της συμπεριφοράς τους σε διαφορετικές εθιμο-
 λογίες χείρας στην κοινότητα, διαμορφώνει μια καθή-
 κολογική ζωή, με τον του στήριξης, και τον
 διακρίσεων.

Η λειτουργία του Ξενοφώντας προσεγγίζεται με ασήριες-
 τό προβλήματα και ασήριες με ασήριες με
 διαφορετική προσέγγιση.
 Άλλα είναι τα αποτελέσματα και στην κοινότητα
 της, με τον Ξενοφώντας την ανακατασκευή της
 ανακατασκευής του.

- Διαμορφώνει τον χώρο τους είναι
- Επικεντρώνει σε δεξιοτήτες ανακατασκευής διαβίωσης
- Επικεντρώνει σε κοινωνικές δεξιοτήτες
- Υποστηρίζει στην κοινότητα τους ασθενείς και στην
 ασήριες τους
- Στοιχάζει σε θέματα κοινωνικής υποστήριξης
 (συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες στην κοινότητα
 ή διαφορετική κοινωνική δραστηριότητα στον Ξενοφώντας).
- Ενθαρρύνει την ανακατασκευή με ασήριες την κοινότητα,
 στην κοινότητα στην υγιεινή και τον ανακατα-
 κτήσεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.

ΣΤ. Σελιδοδείκτες που διανέμονται από τον ξενώνα Αγάπη-Άγιος Νικόλαος

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου
Ξενώνας «Αγάπη»
ΠΥΧΑΡΙΩΣ



Αποδοχή της διαφορετικότητας

Όχι στον αποκλεισμό

Μπορούμε να κάνουμε περισσότερα


Όλοι μπορούμε να βοηθήσουμε

Υπάρχει χώρος για όλους

Η Ισοτιμία μεταξύ της σωματικής και ψυχικής υγείας είναι ζωτικής σημασίας

Τηλ: 2841025226-8
Fax: 2841025228

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου
Ξενώνας «Αγάπη»
ΠΥΧΑΡΙΩΣ



Η ψυχική νόσος αντιμετωπίζεται, αρκεί να:

- Αναγνωριστεί έγκαιρα
- Ο ασθενής να παίρνει τα φάρμακά του και να έχει ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη
- Η οικογένεια να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια
- Το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον να απορυθμιστεί και να αφηρόστω και να αποδεχτεί τον ασθενή ως άνθρωπο που έχει ανώριμη από συμπαράσταση και βοήθεια

Τηλ: 2841025226-8
Fax: 2841025228

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου
Ξενώνας «Αγάπη»
ΠΥΧΑΡΙΩΣ

Οι μύθοι και οι προλήψεις μπορούν να μας βλάψουν με σοβαρή συνέπεια ό'ταν εφεύρη της

Το ερώτημα παγιώνεται

Η σωστή ενημέρωση βοηθά

Δύο μύθοι και δύο αλήθειες

Μύθος: Τα άτομα αυτά πρέπει να κλείνονται στο ψυχάτρειο


Η ψυχική νόσος σήμερα μπορεί ν' αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα

Μέθος: Τα άτομα αυτά είναι βίαια και επικίνδυνα

Τ' άτομα αυτά δεν είναι περισσότερα επικίνδυνα, αν συγκριθούν με το γενικό πληθυσμό

Τηλ: 2841025226-8
Fax: 2841025228

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου
Ξενώνας «Αγάπη»
ΠΥΧΑΡΙΩΣ



Αποκατάσταση: δημιουργία καινούριων σχέσεων με την εξωτερική πραγματικότητα

Η σχέση ανθρώπου με άνθρωπο είναι η πιο θεραπευτική σχέση

Μια κοινωνία αλλάζελεγγίης δεν ταπεινώνει, αλλά σέβεται, δεν απορρίπτει, αλλά μπορείςται

Τηλ: 2841025226-8
Fax: 2841025228

Z. Παράδειγμα ανάπτυξης ενός εθνικού προγράμματος σε μια χώρα με χαμηλό επίπεδο πόρων¹⁶

Χώρα Α: Επειδή οι τρεις ψυχικές διαταραχές οι οποίες ετέθησαν ως προτεραιότητα είχαν παρόμοια επίπτωση και χαρακτηριστικά σε όλες τις περιοχές της χώρας, αποφασίστηκε να αναπτυχθεί ένα εθνικό πρόγραμμα, το οποίο θα εφαρμοζόταν σε όλη τη χώρα. Κανένα άλλο θέμα ψυχικής υγείας δεν είχε μεγαλύτερη προτεραιότητα σε οποιαδήποτε περιοχή.

1. Θέματα προς αντιμετώπιση: ψύχωση, επιληψία και νοητική αναπηρία. Τα θέματα αυτά επιλέγηκαν λόγω της σημασίας, της σοβαρότητάς τους και της επίπτωσης που είχαν στον πληθυσμό, όπως καταδείχθηκε από συνεντεύξεις εργαζομένων στον τομέα υγείας και κοινοτικών παραγόντων.

2. Στόχοι:

- *Βελτίωση της υγείας:* μείωση του επιπολασμού της νοητικής αναπηρίας και της επιληψίας λόγω δευτερογενούς εγκεφαλικής βλάβης κατά την εγκυμοσύνη και τη βρεφική ηλικία και ελάττωση του επιπέδου ανικανότητας λόγω ψύχωσης και επιληψίας.
- *Ανταπόκριση στις προσδοκίες:* διαβούλευση με ομάδες χρηστών υπηρεσιών και οικογενειών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών.
- *Οικονομική προστασία:* αύξηση του αριθμού των ατόμων με επιληψία και ψύχωση που αντιμετωπίζονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χωρίς άμεσες πληρωμές

3. Επιλογή παρεμβάσεων: Επιλέχθηκαν οι παρακάτω παρεμβάσεις:

- Πρόληψη νοητικής αναπηρίας και επιληψίας: Τακτικός έλεγχος των εγκύων με ταυτόχρονη εκπαίδευση και διαγνωστική αξιολόγηση, αντιμετώπιση των επιπλοκών του τοκετού σε κέντρα υγείας και πρόληψη (εμβολιασμός) και κατάλληλη θεραπεία των μολυσματικών ασθενειών στα πρώτα έτη ζωής.
- Θεραπεία των ατόμων με ψύχωση με φάρμακα και ψυχοεκπαίδευση με ομάδες υποστήριξης για τις οικογένειες και τους παροχείς φροντίδας.
- Θεραπεία ατόμων με επιληψία με φάρμακα και ψυχοεκπαίδευση

4. Δραστηριότητες: Το πρόγραμμα θα χρηματοδοτηθεί από τη φορολογία. Τα σχολεία και οι ομάδες οικογενειών θα συνεργαστούν για την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικών με τις τρεις διαταραχές. Ο αριθμός των ατόμων που αντιμετωπίζονται και ο αριθμός των επισκέψεων θα καταγράφεται επί δυο εβδομάδες κάθε έτος. Ο επιπολασμός της ανικανότητας που σχετίζεται με τις τρεις διαταραχές θα μετρείται κάθε πέντε έτη. Θα δημιουργηθεί ένα σύστημα πιστοποίησης και ένας οδηγός για το πρόγραμμα. Οι παρεμβάσεις θα γίνονται από γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και νοσηλευτές που θα διασυνδέονται με παραδοσιακούς θεραπευτές και θα υποστηρίζονται από κοινοτικούς ψυχιατρικούς νοσηλευτές. Θα υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα για την επιληψία και την ψύχωση. Θα δημιουργηθούν κριτήρια για τις ομάδες ή τα κέντρα που θα υλοποιούν το πρόγραμμα με τη συμβολή των εργαζόμενων, των χρηστών υπηρεσιών και των οικογενειών. Το σύστημα πληροφόρησης θα επιτρέπει τον υπολογισμό των ατόμων και των

¹⁶ Ζαχαριάς, 2004:68- 69

επισκέψεων κατά έτος. Ένας κατάλογος ελέγχου των κριτηρίων που αφορούν τις ομάδες εργαζομένων και τα κέντρα θα συμπληρώνεται κάθε δυο έτη.

5. Υπεύθυνοι φορείς: Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας και οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας θα είναι οι επικεφαλής της διεύθυνσης και του ελέγχου. Οι παρεμβάσεις θα γίνονται από γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και νοσηλευτές που θα διασυνδέονται με παραδοσιακούς θεραπευτές και θα υποστηρίζονται από κοινοτικούς ψυχιατρικούς νοσηλευτές. Επίσης οι δάσκαλοι και οι ομάδες οικογενειών θα παρέχουν εκπαίδευση στην κοινότητα σχετικά με τις τρεις διαταραχές

6. Χρονοδιάγραμμα: Το πρόγραμμα θα αναμορφωθεί μετά πέντε έτη

7. Προϋπολογισμός: Θα υπολογίζεται κατά έτος σύμφωνα με τις ώρες εργασίας των εργαζόμενων στην υγεία και των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται

8. Αξιολόγηση: Το κόστος, οι εκβάσεις και η διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος θα αξιολογείται κάθε πέντε έτη. Αυτό θα απαιτεί τη συλλογή λεπτομερειών αναφορικά με το οικονομικό κόστος όλων των εμπλεκόμενων τομέων, την ύπαρξη δεικτών ως προς την αλλαγή του επιπολασμού των διαπιστωμένων περιστατικών στην κοινότητα, την ανάλυση δεδομένων αφενός σχετικά με τη βελτίωση των εκβάσεων σε άτομα με ψυχικές διαταραχές (π.χ. ανακούφιση συμπτωμάτων, ποιότητα ζωής, ικανοποίηση από τις υπηρεσίες) και αφετέρου σχετικά με το επίπεδο διατομεακής συνεργασίας.

Η. Παράδειγμα της ανάπτυξης ενός τοπικού προγράμματος σε χώρα με μέσο επίπεδο πόρων¹⁷

Χώρα Β: Στην περιφέρεια Γ (1.500.000 κάτοικοι) αναπτύχθηκε ένα πρόγραμμα ψυχικής υγείας το οποίο εστίασε σε δυο ειδικές συνθήκες:

- Ένας πρόσφατος πόλεμος είχε ως αποτέλεσμα πολλά άτομα να παρουσιάζουν διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες
- Υψηλό επίπεδο φτώχειας, υψηλή ανεργία και οικογένειες με ψυχοκοινωνικά προβλήματα

1. Θέματα προς αντιμετώπιση:

- *Τοπικά θέματα:* Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και φτωχές οικογένειες υψηλού κινδύνου. Επιλέχθηκαν διότι ο τοπικός πληθυσμός τους έδωσε προτεραιότητα.
- *Εθνικά θέματα:* Κατάθλιψη και κατάχρηση/ εξάρτηση από το αλκοόλ, είναι τα εθνικά θέματα με τη μεγαλύτερη τοπική επίπτωση και σοβαρότητα. Υπάρχουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τα θέματα αυτά.

¹⁷ Ζαχαρίας, 2004:69- 70

2. Στόχοι:

- *Βελτίωση*: Μείωση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών σε οικογένειες υψηλού κινδύνου, της κατάθλιψης και των επιπλοκών από το στερητικό σύνδρομο όσον αφορά το αλκοόλ.
- *Ανταπόκριση στις προσδοκίες*: Ελάττωση των συμπτωμάτων σε άτομα με διαταραχές μετά από ψυχοτραυματικό στρες και βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- *Οικονομική προστασία*: Αύξηση του αριθμού των ατόμων που αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, χωρίς άμεσες πληρωμές

3. Επιλογή παρεμβάσεων: Επιλέχθηκαν οι παρακάτω παρεμβάσεις κατά προτεραιότητα:

- Επισκέψεις στο σπίτι για τη υποστήριξη μητέρων σε οικογένειες υψηλού κινδύνου και διεύρυνση των κοινωνικών δικτύων
- Θεραπεία ατόμων με διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες με φάρμακα και ομάδες συναισθηματικής υποστήριξης
- Θεραπεία ατόμων με κατάθλιψη με φάρμακα και ψυχοεκπαίδευση
- Θεραπεία ατόμων με στερητικό σύνδρομο, όσον αφορά το αλκοόλ και ομάδες αλληλοβοήθειας για αποκατάσταση από την εξάρτηση

4. Δραστηριότητες: Το πρόγραμμα θα χρηματοδοτηθεί από την κοινωνική ασφάλιση και διεθνής χορηγούς. Θα συμμετάσχουν η κοινωνική πρόνοια, τα σχολεία και οι κοινοτικές ομάδες. Ο αριθμός ατόμων και οι επισκέψεις θα καταγράφονται καθημερινά και θα τηρούνται αρχεία για χρήση από το σύστημα πληροφόρησης. Θα δημιουργηθεί σύστημα πιστοποίησης και οδηγιών. Οι παρεμβάσεις θα υλοποιηθούν από ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ομάδες ψυχικής υγείας και μη κυβερνητικές οργανώσεις. Θα υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα για τις τρεις διαταραχές. Θα καθοριστούν κριτήρια για τα τέσσερα σκέλη του προγράμματος σε συνεργασία με εργαζόμενους στη γενική και ψυχική υγεία, μη κυβερνητικές οργανώσεις, χρήστες των υπηρεσιών και οικογένειες. Κάθε δυο έτη θα γίνεται η πιστοποίηση της καλής εφαρμογής του προγράμματος σε κάθε περιοχή της περιφέρειας.

5. Υπεύθυνοι φορείς: Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας θα είναι επικεφαλής του ελέγχου και θα συνεπικουρούνται από χρήστες υπηρεσιών και οικογένειες. Η ευθύνη διεύθυνσης θα ανήκει στην υγειονομική περιφέρεια και στις τοπικές ομάδες. Οι φορείς που θα υλοποιήσουν τις παρεμβάσεις καθορίζονται στο 5^ο βήμα (κοινωνική πρόνοια, σχολεία, κοινοτικές ομάδες, ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ομάδες ψυχικής υγείας και μη κυβερνητικές οργανώσεις).

6. Χρονοδιάγραμμα: Το πρόγραμμα θα αναμορφωθεί μετά από τέσσερα έτη

7. Προϋπολογισμός: Θα υπολογίζεται κατά έτος σύμφωνα με τον αριθμό των εμπλεκόμενων ατόμων και τις επισκέψεις.

8. Αξιολόγηση: Η επίδραση της παρέμβασης στα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα αξιολογείται κάθε δύο έτη, λαμβάνοντας υπόψη δείκτες που θα αφορούν τις κλινικές εκβάσεις και την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών. Το κόστος του προγράμματος θα ελέγχεται μέσω του προϋπολογισμού και θα γίνει μια σύγκριση του κόστους και της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Η διεργασία ανάπτυξης του προγράμματος (π.χ. διαδικασίες, σχέσης μεταξύ της κοινωνικής πρόνοιας, των σχολείων και των κοινοτικών ομάδων) θα αξιολογηθεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Claude Javeau, *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο- το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*, επιμέλεια: Τζαννόνε- Τζώρτζη Κ., εκδόσεις: Τυπωθήτω, Αθήνα 2000
2. Cohen Louis, Lawrence Manion, *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, εκδόσεις: Μεταίχμιο, 1994, Αθήνα
3. Dalley T., Case C., *Θεραπεία μέσω της τέχνης. Η εικαστική προσέγγιση*, εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1998
4. Kaufmann J.-C., *L'entretien imprevensif*, αποδελτίωση: Τζανάκης Μ., Παρίσι 1996
- 4 Lempriere T.- Feline A. και συνεργάτες, *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*, Τόμος β', εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα 1995
- 5 Mounir Y., Ekdawi- Alison M.Conning, *Ψυχιατρική αποκατάσταση, ένας πρακτικός οδηγός*, εκδόσεις: Έλλην, Αθήνα 1998
- 6 Schott-Billmann F., *Όταν ο χορός θεραπεύει*, εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1998
- 7 Willson M., *Η συμβολή της εργοθεραπείας στην αποκατάσταση του ψυχιατρικά άρρωστου*, περιοδικό Εκλογή, 1987, τεύχος 72
- 8 www.users.acn.gr/ergotherapy
- 9 www.msu.gr
- 10 Αγγελόπουλος Ν., *Περιβάλλον και Ψυχική Υγεία*, περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 17, Αθήνα 1990
- 11 Αντωνίου Α., Γκότσης Η., Χριστογιάννης Χρ., Δούρος Α., *Εργασιακές σχέσεις και κόπωση στο χώρο της ψυχικής υγείας*, τετράδια ψυχιατρικής, τεύχος 79, 2002:54-56
- 12 Ασημάκης Π., *Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες*, εκδόσεις Ασημάκης, Αθήνα 2001
- 13 Διαλυνάκη Ε., *Εξωοικογενειακή φροντίδα*, Ηράκλειο 2004
- 14 Ε.Π. Υγεία-Πρόνοια (μονάδα υποστήριξης εμφύχωσης και παρακολούθησης φορέων υλοποίησης του προγράμματος Ψυχαργώς Β' φάση), *Μέθοδοι κοινωνικής ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο*, Αθήνα 2004
- 15 Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, (μονάδα υποστήριξης εμφύχωσης και παρακολούθησης φορέων υλοποίησης του προγράμματος Ψυχαργώς Α' φάση), Υπουργείο εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων, Υπουργείο υγείας και πρόνοιας, Ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο, *Οδηγός ενσωμάτωσης των νέων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα*, 2000
- 16 Ευδόκιμου-Παπαγεωργίου, *Η επέμβαση της τέχνης στην ψυχοθεραπεία*, εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999
- 17 Ζήση Α, *Επανάταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων-εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές*, εκδόσεις: Τυπωθήτω, Αθήνα 2002
- 18 Θεοφίλου Π., *Η επαγγελματική προετοιμασία και ένταξη των ατόμων που κινδυνεύουν με κοινωνικό αποκλεισμό: Ψυχωτικοί Ασθενείς*, περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 67, Αθήνα 2002
- 19 Ιεροδιακόνου Χ. Σ, *Η Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο*, Ιακωβίδης Α. Ι. (επιμ), εκδόσεις Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη 1997
- 20 Κανδυλάκη Α. περιοδικό: Κοινωνική εργασία, τεύχος 47, 1997
- 21 Καραντινός Δ, Κονιόρδος Μ, Τίνιος Π, *Παρατηρητήριο Καταπολέμησης του Κοινωνικού Αποκλεισμού*, εκδόσεις Δακτυλογραφική, Αθήνα 1990

- 22 Κατσούλης Η., *Διαστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα – κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών, Τόμος Β', Αθήνα 1996
- 23 Κουβουνίδη Τζ., *Κοινωνικός Αποκλεισμός: Έννοια, Κοινοτικές πρωτοβουλίες, Ελληνική εμπειρία και Διλήμματα πολιτικής*, εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα 1993
- 24 Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1999
- 25 Λαμπίρη– Δημάκη Ι., *Η κοινωνιολογία και η μεθοδολογία της*, εκδόσεις: Σάκκουλα, Κομοτηνή 1990, σελ 75-79
- 26 Λειβαδίτης Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994
- 27 Λειβαδίτης Μ., *Δομές και λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών στη Θράκη*, στο Lemprière T., Féline A., et al, 1995
- 28 Λιακός Ά., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*, στο Lemprière T., Féline A. et al, 1995
- 29 Λιοδάκης Α., από την ημερίδα *Ψυχική νόσος και κοινωνική μεταρρύθμιση*, Κέντρο ψυχικής υγείας Ηρακλείου, Ηράκλειο 2005
- 30 Λουμίδη Δ., *Ψυχική υγεία: Η αντιμετώπιση– φροντίδα της μέσα στην κοινωνία*, περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 29, Αθήνα 1993:35
- 31 Λυκέτσος Γ., *Το μυθιστόρημα της ζωής μου*, εκδόσεις: Γαβριηλίδης Αθήνα 1998
- 32 Μαδιανός Μ., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της θεωρίας στην πράξη*, εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994
- 33 Μαδιανός Μ., *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία-Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998
- 34 Μαδιανός Μ., *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*, εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 2000
- 35 Μαδιανός Μ., *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000
- 36 Μαδιανός Μ., *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*, εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 2005
- 37 Μάτσα Κ., *Η γέννηση του Ψυχιατρικού Ασύλου*, τετράδια ψυχιατρικής 3- 4, 1984
- 38 Μπαϊρακτάρης Κ., *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 1994.
- 39 Μπασδάρης, Φασούλη, Νηματούδης, Καπρίνης, *Μελέτη Κοινωνικών Παραμέτρων και Αντιλήψεων των οικογενειών χρόνιων ασυλοποιημένων ψυχικά ασθενών*, περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 44, 1996
- 40 Μωρογιάννης Φ., *Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Παρελθόν, Παρόν, Μέλλον*, τετράδια ψυχιατρικής, τεύχος 71, 2000
- 41 Οδηγός Ενσωμάτωσης Νέων Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης Ψυχαργός, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000
- 42 Παπαδάτος Γ., *Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα 1985
- 43 Παπαδάτο Γ., Στογιαννίδου Α., *Κοινοτική ψυχική υγιεινή*, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988
- 44 Παρασκευόπουλος Ι., *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*, τόμος 2, Αθήνα 1993
- 45 Παρίτσης Ν., Τζανακάκη– Μελισσάρη Μ., Χατζάκη– Τζωράκη Α., *Στεγαστικές δομές αποασυλοποίησης στην Κρήτη- ανάλυση παρούσας κατάστασης και προοπτική*, Χανιά 2003
- 46 Πιανός Κ. Χ., *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και η αντιμετώπιση τους*, εκδόσεις: Έλλην, Αθήνα 2000

- 47 Πλουμπίδης Δ., *Συμβολή στη μελέτη της ιστορίας της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1981
- 48 Πλουμπίδης Δ., *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Θεσμοί, Ιδρύματα και Κοινωνικό Πλαίσιο (1850- 1920)*, Θεσσαλονίκη 1989
- 49 Πλουμπίδης Δ. Ν., *Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας*, στο Χριστοδούλου Γ. Ν., Κονταξάκης Β. Π., Οικονόμου Μ. Π. (επιμ.), 2000
- 50 Πρίνου Πολυχρονιάδου Π., *Μουσική και ψυχολογία. εισαγωγή στην μουσικοθεραπεία*, εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα 1995
- 51 Σταθόπουλος Π., *Κοινοτική εργασία, θεωρία και πράξη*, εκδόσεις: Έλλην, Αθήνα 1995
- 52 Τζανάκης Μ., *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα, μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Ρέθυμνο 2003
- 53 Τσαλιγοπούλου Φ., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα 1987
- 54 Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, *Πολιτική, Σχέδια Δράσης και Προγράμματα Ψυχικής Υγείας*, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2004, Ζαχαριάς Β., Πασαντωνόπουλος Γ.
- 55 Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, *Το πλαίσιο της ψυχικής υγείας*, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2004, Ζαχαριάς Β., Πασαντωνόπουλος Γ.
- 56 Φιλανδριανός Κ., *Δημόσιο ψυχιατρείο Αθηνών*, Αθήνα 1977
- 57 Φίλιας Β., *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και στις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*, εκδόσεις Gutenberg 1999
- 58 Χαβιάρα- Καραχάλιου Σ., *Τόποι απομόνωσης και τρόποι αντιμετώπισης των ψυχοπαθών στον ευρύτερο ελληνικό χώρο πριν από την ίδρυση του Δρομοκαϊτείου, Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο:100 χρόνια κοινωνικής προσφοράς 1887- 1987*, Αθήνα 1987
- 59 Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π., Οικονόμου Μ.Π., *Προληπτική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000
- 60 Χριστοδούλου Γ.Ν., Αλεβίζος Β.,Μαυρέας Β., *Οι Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγία για την διάγνωση και την αντιμετώπιση (ICD-10, κεφ V)*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1999