

*Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας  
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας*

*Ερευνητική Πτυχιακή Εργασία*

*Η επίδραση της ψυχιατρικής διάγνωσης και  
ψυχιατρικής νοσηλείας στην οικογένεια του ασθενή.  
Συγκριτική προσέγγιση δημόσιας και ιδιωτικής  
περίθαλψης.*

*Συντάκτες*

*Δραϊνάκη Ευτυχία*

*Κυριακοπούλου Μαρία*

*Σερλιδάκη Ανθούλα*

*Υπεύθυνος Καθηγητής*

*Τζαυάκης Μανόλης*

*Ηράκλειο 2005*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	6
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	7
<b>ΜΕΡΟΣ Α΄</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ</b> .....	12
1.1. Μοντέλα υπέρβασης του ασύλου.....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	32
3.1. Δημόσια ψυχιατρική φροντίδα.....	32
3.1.1. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.....	32
3.1.2. Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου.....	34
3.1.3. Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ψυχικής Υγιεινής.....	35
3.1.4. Εξωτερικά Ιατρεία.....	36
3.1.5. Νοσοκομείο Ημέρας.....	37
3.1.6. Ξενώνες, Οικοτροφεία και Διαμερίσματα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης.....	38
3.1.7. Κινητές Μονάδες.....	39
3.2. Ιδιωτική ψυχιατρική φροντίδα.....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ</b> .....	43
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b> .....	49
5.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις που σχετίζονται με τον επιβαρυντικό ρόλο της οικογένειας στην έναρξη και διατήρηση της ψυχικής ασθένειας.....	50
5.1.1. Συμβιωτική Σχέση.....	52
5.1.2. Επιδίωξη να τρελαθεί ο άλλος.....	52
5.1.3. Διπλά Μηνύματα.....	53
5.1.4. Ψευδο – αμοιβαιότητα.....	53
5.1.5. Η έννοια της εξαπάτησης.....	54
5.1.6. Η αλληλεπίδραση της οικογένειας των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα.....	55
5.1.7. Η διάσταση της μετατόπισης της δομής.....	56
5.1.8. Αδιαφοροποίητη μάζα του Εγώ.....	56
5.1.9. Ο αποδιοπομπαίος τράγος.....	57
5.2. Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία της ψυχικής ασθένειας.....	58
<b>ΜΕΡΟΣ Β΄</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	65
6.1. Ιστορικό έρευνας.....	65
6.2. Το ερευνητικό σχέδιο.....	67
6.3. Ερευνητικές Τεχνικές.....	69
6.4. Αξιοπιστία και εγκυρότητα.....	71
6.5. Σαφής περιγραφή πεδίων.....	72
6.5.1. Το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων.....	73

6.5.2. Η Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική στο Ηράκλειο.....	76
--------------------------------------------------------	----

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ.....</b>	<b>78</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ: Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....</b>	<b>90</b>
8.1. Εντοπιότητα.....	90
8.2. Αποφυγή στίγματος.....	92
8.3. Ποιότητα Υπηρεσιών.....	93
8.4. Οικονομικά Κριτήρια.....	95
8.5. Τυχαία περιστατικά / παράγοντες πέρα από τη κρίση της οικογένεια.....	97
8.6. Προηγούμενη Εμπειρία.....	99
8.7. Βαρύτητα της ασθένειας (περιστατικό σε κρίση).....	101
8.8. Πληροφόρηση της οικογένειας.....	103

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ: ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΧΩΡΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ.....</b>	<b>105</b>
9.1. Επικοινωνία/ συνεργασία της οικογένειας με το προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής (δημόσιας και ιδιωτικής).....	105
9.2. Συχνότητα επαφής με την ψυχιατρική κλινική (δημόσια και ιδιωτική).....	109
9.3. Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα υπηρεσιών.....	111
9.4. Προσδοκίες/ απαιτήσεις των οικογενειών.....	114

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ: ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΧΩΡΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ.....</b>	<b>117</b>
10.1. Αίσθηση συνέχειας – ασυνέχειας.....	117
10.2. Αντιληπτικά σχήματα για την ασθένεια.....	121
10.3. Αντιληπτικά σχήματα για την οικογένεια.....	126
10.4. Τρόπος προσέγγισης του επαγγελματία προς την οικογένεια του ασθενή.....	132

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>137</b>
11.1. Επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή.....	137
11.2. Ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια.....	139
11.3. Διεπιστημονική προσέγγιση.....	141

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ.....</b>	<b>148</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------	------------

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΤΡΙΤΟ: ΔΙΚΤΥΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....</b>	<b>159</b>
13.1. Άτυπα δίκτυα υποστήριξης της οικογένειας (συγγενείς – φίλοι – γειτονιά).....	159
13.2. Τυπικά δίκτυα υποστήριξης: Σύλλογοι Οικογενειών.....	163
13.2.1. Σύλλογος Φίλων και Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Ηρακλείου (ΣΥ.ΦΟΙ.Ψ.Υ.).....	163
13.2.2. Παγκρήτιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΑ.Σ.Ο.Ψ.Υ.).....	172

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>175</b>
--------------------------	------------

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>188</b>
Παράρτημα Ι: Περίληψη της Ερευνητικής Πτυχιακής Εργασίας.....	189

Παράρτημα II: Διάγραμμα Ερευνητικής Πτυχιακής Εργασίας.....	190
Παράρτημα III: Καθοδηγητικό νήμα συνέντευξης.....	195
Παράρτημα IV: Κοινωνικοί τόποι που έλαβε χώρα η έρευνα πεδίου.....	198
Παράρτημα V: Κατηγορίες εμπειρικού υλικού.....	198
Παράρτημα VI: Λίστα ερωτώμενων.....	199
Παράρτημα VII: Η πρώτη φάση (2000-2001) του «Ψυχαργός» σε αριθμούς.....	200
Παράρτημα VIII: Φωτογραφικό υλικό.....	203
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>207</b>
<b>ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....</b>	<b>214</b>

*Στις οικογένειες  
που ένα μέλος τους νοσεί από ψυχική ασθένεια.*

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

---

Η μελέτη αυτή ξεκίνησε πριν από ενάμιση περίπου χρόνο. Είναι το αποτέλεσμα μιας ομαδικής προσπάθειας που άρχισε με ενθουσιασμό και μας οδήγησε στην εξοικείωση με το χώρο της ψυχικής υγείας. Αποτέλεσε για μας εξ αρχής ένα θέμα πρόκληση το οποίο απαιτούσε προσπάθεια και χρόνο μέχρι την ολοκλήρωσή του. Η εντατική έρευνα και η συχνή επαφή με τους υπό διερεύνηση τύπους, είχε ως αποτέλεσμα να αποκτήσουμε νέες γνώσεις και να ανακαλύψουμε τις πραγματικές διαστάσεις του θέματος της ψυχικής ασθένειας. Ακόμη αποτέλεσε αφορμή για την απόκτηση μιας πρωτόγνωρης εμπειρίας.

Κατά την διάρκεια εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας και για την ολοκλήρωσή της συνέβαλαν κάποια άτομα που οφείλουμε να τα ευχαριστήσουμε δημόσια.

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Τζανάκη Μανόλη, υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής μας εργασίας, για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε. Μέσα από την εμπειρία και την ενασχόλησή του με την ψυχική υγεία μας έδωσε κατευθύνσεις που μας επέτρεψαν να φέρουμε σε πέρας με μεγαλύτερη άνεση το ερευνητικό μας έργο.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους επαγγελματίες του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων, και τη διοίκηση που μας έδωσε την άδεια να παραβρεθούμε στο χώρο του ιδρύματος για ένα σχετικά μεγάλο διάστημα. Επιπλέον, τους υπεύθυνους της Ιδιωτικής Ψυχιατρικής Κλινικής που μας επέτρεψαν να πραγματοποιήσουμε την έρευνά μας σε αυτό το χώρο, και τους επαγγελματίες για τις σημαντικές πληροφορίες που μας έδωσαν. Συνεργαστήκαμε με επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων τους οποίους όμως για λόγους προστασίας της ανωνυμίας δεν μπορούμε να αναφέρουμε.

Ευχαριστούμε τον Σύλλογο Φίλων και Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Ηρακλείου που δέχθηκε να συμβάλλει στην διερεύνηση αυτού του θέματος παραχωρώντας μας έντυπο ενημερωτικό υλικό.

Ευχαριστούμε θερμά τις οικογένειες των ψυχικά ασθενών που μας επέτρεψαν να έρθουμε σε επαφή μαζί τους και μας εμπιστεύθηκαν την προσωπική τους ιστορία. Η βοήθειά τους ήταν καταλυτική για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας.

Τέλος, θέλουμε να σημειώσουμε ότι η ευθύνη για οποιαδήποτε λάθη και παραλείψεις είναι δική μας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---

Καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσής μας ήρθαμε σε επαφή με θέματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Τα θέματα αυτά αποτέλεσαν την αφορμή για την ενασχόλησή μας με ένα βασικό ζήτημα που αφορά τις σχέσεις του ασθενή με τα μέλη της οικογένειάς του, όπως αυτές διαμορφώνονται κατά τη διάγνωση της ασθένειας και της νοσηλείας του σε μια ψυχιατρική κλινική. Θεωρήσαμε ότι οι αλληλεπιδράσεις και οι σχέσεις μεταξύ του ασθενή και της οικογένειας του είναι ένα πολύ σημαντικό ζήτημα που έπρεπε να μελετηθεί.

Μετά τη διάγνωση και νοσηλεία του ασθενή παρατηρούνται αλλαγές στη δομή της οικογένειας. Δηλαδή επηρεάζονται οι ρόλοι των μελών της οικογένειας και μεταβάλλεται η δομή της.

Βασικός στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσουμε και να καταγράψουμε πως διαμορφώνονται οι σχέσεις των μελών οικογενειών, που ένα μέλος τους νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική, με τις υπηρεσίες της κλινικής αυτής. Επιλέξαμε δύο κλινικές, μία δημόσια και μία ιδιωτική προκειμένου να αναδειχθούν και να καταγραφούν οι διαφορές και οι ομοιότητες.

Η ιδέα για το θέμα της έρευνας προέκυψε και από τη συνεργασία ενός μέλους της ερευνητικής ομάδας με τη συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική κατά τη διάρκεια της εργαστηριακής της άσκησης.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας μας, κατά την οποία συλλέξαμε εμπειρικό υλικό επικεντρωθήκαμε σε δυο κοινωνικούς τόπους, το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και μια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική που βρίσκεται στο Ηράκλειο.

Το θέμα της έρευνας μας είναι πρωτότυπο και δεν έχει διερευνηθεί ξανά. Για πρώτη φορά έγινε μια προσπάθεια συγκριτικής προσέγγισης ως προς τον τρόπο που βιώνει η οικογένεια του ασθενή τη διάγνωση και τη νοσηλεία σε μία δημόσια και σε μία ιδιωτική κλινική. Επιπροσθέτως η έρευνα στηρίχθηκε στη σχέση της οικογένειας του ασθενή με την κλινική που αυτός νοσηλεύεται δημόσια ή ιδιωτική.

Τα ερευνητικά ερωτήματα και οι υποθέσεις που προσπαθήσαμε να απαντήσουμε στην έρευνα είναι τα εξής:

1. Οι ομοιότητες και οι διαφορές στις σχέσεις υπηρεσιών - οικογενειών μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών.
2. Οι επαγγελματικές ειδικότητες που αναλαμβάνουν στην κάθε περίπτωση τη διαμεσολάβηση με τις οικογένειες, ένα μέλος των οποίων νοσηλεύεται με ψυχιατρική διάγνωση.

3. Οι αλλαγές που παρατηρούνται στην οικογένεια του ασθενή μετά από την ψυχιατρική διάγνωση και νοσηλεία του.
4. Οι πρακτικές διαχείρισης της κρίσης. Η ύπαρξη ενός σαφή καταμερισμού αυτών των πρακτικών μεταξύ των μελών της οικογένειας και το άτομο που αναλαμβάνει την εκπροσώπησή της στις ψυχιατρικές υπηρεσίες.
5. Η παρέμβαση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο εσωτερικό της οικογένειας του ασθενή (διαφορές δημόσιας και ιδιωτικής κλινικής).
6. Οι παράγοντες που οδήγησαν την οικογένεια να απευθυνθεί στην ψυχιατρική κλινική, δημόσια ή ιδιωτική.
7. Οι αλλαγές που παρατηρούνται στην οικογένεια του ασθενή με ψυχιατρική διάγνωση κατά τη νοσηλεία του σε μία δημόσια κλινική και σε μία ιδιωτική.
8. Οι διαφορές που υπάρχουν στις κοινωνικές υπηρεσίες μίας ιδιωτικής και μιας δημόσιας κλινικής, στον τρόπο που οι ειδικότητες αναλαμβάνουν στην κάθε περίπτωση τη διαμεσολάβηση με τις οικογένειες.

Τα ερωτήματα αυτά συγκροτήθηκαν στο στάδιο της προέρευνας και κατά τη διάρκεια της βιβλιογραφικής μας αναζήτησης. Στη συνέχεια αποτέλεσαν έναν βασικό άξονα στην ανάπτυξη του εμπειρικού μέρους.

Η εργασία περιλαμβάνει 13 κεφάλαια και διαιρείται σε δυο μέρη. Η δομή του κειμένου ακολουθεί μια συγκεκριμένη λογική: αρχικά καταγράφεται το θεωρητικό πλαίσιο περί ψυχιατρικής και οικογένειας. Στη συνέχεια αναλύεται το εμπειρικό κομμάτι στηριζόμενο σε κεφάλαια και υποκεφάλαια με βάση τις θεματικές που «ανακαλύφθηκαν» από την έρευνα.

Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται μια συνοπτική αναφορά της ψυχιατρικής ξεκινώντας από τους προϊστορικούς χρόνους, με τη μέθοδο του τρυπανισμού που θεωρείται ως η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί ψυχικής ασθένειας, μέχρι την εγκαθίδρυση της Ψυχιατρικής ως επιστήμης στην νεότερη εποχή.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα από το 1838, που ιδρύθηκε το πρώτο ψυχιατρικό ίδρυμα στην Κέρκυρα από την Αγγλική αρμοστέια, το οποίο στη συνέχεια κληρονομήθηκε από το ελληνικό κράτος με την προσάρτηση των Ιόνιων Νήσων. Σταδιακά παρακολουθούμε τη συγκρότηση του ψυχιατρικού θεσμού στην Ελλάδα μέσω του ιστορικού της δημιουργίας των ασύλων ψυχιατρικής, και τη μετάβαση στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη δημόσια και ιδιωτική ψυχιατρική φροντίδα στην Ελλάδα. Στη δημόσια φροντίδα, αναφέρονται συνοπτικά οι στόχοι και η λειτουργικότητα των θεσμών που συναποτελούν το *διαφοροποιημένο δίκτυο των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών*. Επίσης περιγράφεται ο ιδιωτικός τομέας και γίνεται αναφορά στο σύνολο των παραγόντων που συνέβαλλαν στην εμφάνιση και στην ανάπτυξη του.



Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η δομή και η λειτουργία της ελληνικής οικογένειας και η μετεξέλιξη της όσον αφορά τις αλλαγές ως προς τις αξίες, τους ρόλους και τη ψυχοσυναισθηματική συναλλαγή των μελών της. Συγκεκριμένα περιγράφεται η παραδοσιακή, η πυρηνική και η σύγχρονη μορφή της οικογένειας. Επίσης, αναφέρονται οι σημαντικότεροι από τους παράγοντες που συντέλεσαν ώστε να αλλάξει η μορφή και η δομή της οικογένειας στην Ελλάδα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται οι θεωρητικές προσεγγίσεις που σχετίζονται με τον επιβαρυντικό ρόλο της οικογένειας στην έναρξη και στην διατήρηση της ψυχικής ασθένειας. Σχετικά με το ρόλο της οικογένειας στην πορεία της ψυχικής ασθένειας αναλύονται οι παράγοντες που συντέλεσαν στην ανάπτυξη παρεμβάσεων στο επίπεδο της οικογένειας, που βοηθούν στην πρόληψη των υποτροπών και στην καλύτερη εξέλιξη της ασθένειας, μέσω της οικογενειακής θεραπείας. Γίνεται αναφορά στα διάφορα μοντέλα οικογενειακής θεραπείας, ανάλογα με τον τρόπο που το κάθε μοντέλο αντιμετωπίζει την οικογένεια.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας. Παρατίθεται το χρονικό της επιτόπιας έρευνας, τα κριτήρια επιλογής του Θ.Ψ.Π.Χ. και της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής στο Ηράκλειο, το είδος του εμπειρικού υλικού που συλλέχθηκε, οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν και οι κοινωνικοί τόποι στους οποίους εφαρμόστηκε η κάθε ερευνητική τεχνική. Η όλη προσπάθεια βασίστηκε στη «θεμελιωμένη θεωρία» (Grounded Theory), οι προτροπές της οποίας ακολουθήθηκαν ως προς τη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας.

Το έβδομο κεφάλαιο εστιάζεται στην περιγραφή και στην ανάλυση του τρόπου με τον οποίο η οικογένεια αντιλαμβάνεται την ψυχιατρική διάγνωση και την νοσηλεία του μέλους της. Δεδομένου ότι η ψυχική ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας έχει αντίκτυπο σε όλα τα μέλη της, περιγράφεται η υποκειμενική και αντικειμενική επιβάρυνση που αυτή υφίσταται.

Το όγδοο κεφάλαιο αναφέρεται στους παράγοντες που λαμβάνει υπόψη της η οικογένεια στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας και στους παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή του χώρου νοσηλείας του μέλους της.

Το ένατο κεφάλαιο αναφέρεται στις σχέσεις της οικογένειας με το χώρο νοσηλείας από την οπτική των οικογενειών. Περιγράφεται η επικοινωνία/ συνεργασία της οικογένειας με το προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής (δημόσιας και ιδιωτικής), η συχνότητα επαφής της με την ψυχιατρική κλινική (δημόσια και ιδιωτική), ο βαθμός ικανοποίησής της από την ποιότητα υπηρεσιών, όπως και οι προσδοκίες/ απαιτήσεις των οικογενειών.

Στο δέκατο κεφάλαιο περιγράφονται οι σχέσεις της οικογένειας με το χώρο νοσηλείας από την οπτική των επαγγελματιών. Αναλύονται οι διαστάσεις των σχέσεων δηλαδή η αίσθηση συνέχειας – ασυνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας του ασθενή μετά την έξοδό του από την ψυχιατρική κλινική, τα αντιληπτικά σχήματα για την ασθένεια, τα

αντιληπτικά σχήματα για την οικογένεια, και ο τρόπος προσέγγισης του επαγγελματία προς την οικογένεια του ασθενή.

Στο ενδέκατο κεφάλαιο περιγράφονται οι επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή, τα ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια και η διεπιστημονική προσέγγιση που αφορούν παρεμβάσεις οι οποίες απευθύνονται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του.

Στο δωδέκατο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών στην ψυχιατρική κλινική και περιγράφεται ο κεντρικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις τρεις φάσεις: στην προνοσοκομειακή, στην ενδονοσοκομειακή και στην μετανοσοκομειακή φάση. Επίσης γίνεται αναφορά στην συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στην διεπιστημονική ομάδα.

Στο δέκατο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται τα δίκτυα υποστήριξης της οικογένειας τα οποία διακρίνονται σε άτυπα, δηλαδή οι συγγενείς, οι φίλοι και η γειτονιά, και σε τυπικά όπως οι Σύλλογοι Οικογενειών. Περιγράφονται οι στόχοι και οι δράσεις του Συλλόγου Φίλων και Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Ηρακλείου (ΣΥ.ΦΟΙ.Ψ.Υ.) και του Παγκρήτιου Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΑ.Σ.Ο.Ψ.Υ.).

Η εργασία μας ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων της έρευνας στα οποία κωδικοποιούμε με δομημένο τρόπο τα σημαντικότερα στοιχεία που προέκυψαν.

# Α΄ ΜΕΡΟΣ

*Παγωμένο ερημικό τοπίο  
Επιφανειακά νεκρό.  
Κάποια μπαλαλάικα έκλαιγε  
Στα χέρια ενός ψυχασθενή.  
Ένας χορευτής χόρευε.  
Μοναδικό κοινό ένας ψυχίατρος.  
Η παράσταση τελείωσε,  
Χωρίς χειροκρότημα.  
Ο χορευτής υποκλίθηκε  
Ευγενικά στο κοινό  
Και πήρε την άδεια  
Να επισκεφτεί κι άλλα τοπία.*

(Ανωνύμου, στο Έφοδος στον ουρανό,  
Χανιά, Ανοικτό παράθυρο, 1998, σ.92)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

*«Τους τρελούς τους ονόμασε η σύγχρονη επιστήμη ‘πρωτόγονους του πολιτισμού’. Για μερικά φρενικά νοσήματα ο ορισμός δεν είναι άστοχος. Ο παραλογισμός των τρελών, που έχει την εσωτερική του συνέπεια, είναι ανάλογος με τον ‘προλογικισμό’ των πρωτόγονων, που είναι κι αυτός ολόκληρο ‘μαγικό’ σύστημα ερμηνείας του κόσμου.*

*Αν οι ‘πρωτόγονοι του πολιτισμού’ είχαν την τύχη να είναι πραγματικοί πρωτόγονοι, τότε οι περισσότεροι από αυτούς δεν θα ήταν φανταστικοί, αλλά πραγματικοί βασιλιάδες. Θα ήταν μάγοι, που μεσιτεύουν ανάμεσα στους ανθρώπους και στα πνεύματα (που γενικά είναι κακοποιά) κι έτσι θα ‘χανε τεράστια κοινωνική δύναμη, ανώτερη από τη δύναμη των βασιλιάδων, γιατί ετούτοι εκτελούνε τις προσταγές εκείνων».*<sup>1</sup>

Πριν την εγκαθίδρυση της ψυχιατρικής ως επιστήμη, δηλαδή ως σύνολο γνώσεων και πρακτικών για την ερμηνεία και αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, συναντάμε στη πρωτόγονη εποχή (Νεολιθική Περίοδο) τον τρυπανισμό των κρανίων σαν μέθοδο αντιμετώπισης των παθογόνων πνευμάτων, τα οποία πίστευαν ότι προκαλούσαν την ψυχιατρική διαταραχή. Ο τρυπανισμός είναι ίσως η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί ψυχικής ασθένειας. Πρόκειται για μια χειρουργική επέμβαση που είχε σκοπό να ελευθερώσει το σώμα του υποκειμένου από τα κακά πνεύματα.

Στην ίδια κατεύθυνση με τον τρυπανισμό συναντάμε και τον σαμανισμό, κατά τον οποίο ο σαμάνας, ένα άτομο προικισμένο με την ικανότητα να πέφτει σε μια κατάσταση εκστάσεως στην οποία επικοινωνεί με τα παθογόνα πνεύματα και με κάποιο τελετουργικό τρόπο τα υποχρεώνει να εγκαταλείψουν το σώμα του αρρώστου.<sup>2</sup>

Από το **2000 π.Χ.** υπάρχουν πολλά τεκμήρια ότι οι πολιτισμοί της Αρχαίας Αιγύπτου, Ινδίας και Κίνας γνωρίζουν τις ψυχικές ασθένειες, τις περιγράφουν και τις θεραπεύουν είτε με εξορκισμούς, είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία τραγουδιού ή βελονισμό. Ενώ ο Ιουδαϊκός πολιτισμός θεωρεί τις ψυχικές ασθένειες σταλμένες από το Θεό.

Στην **Αρχαία Ελλάδα** υπήρχαν τρεις απόψεις για την ψυχική ασθένεια: η λαϊκή άποψη, η ιατρική γνώση και η φιλολογική-φιλοσοφική σκέψη. Σύμφωνα με τη λαϊκή άποψη, οι ασθενείς καταλαμβάνονται από κακά πνεύματα, όπως οι Θεές του τρόμου, Μανία και Λύσσα, που τους κάνουν να περιπλανιούνται ή να είναι βίαιοι, βασικά στοιχεία που

<sup>1</sup>Βλ. Βάρναλης Κ., *Ανθρωποι ζωντανοί αληθινοί*, Αθήνα, Κέδρος, 1985, σ. 25

<sup>2</sup>Βλ. Χαρτοκόλλης Π., *Εισαγωγή στη Ψυχιατρική*, Θεμέλιο, 1991, σ. 26.

χαρακτήριζαν τους ψυχικά ασθενείς. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη οι ασθενείς αλυσοδένονται, περιφρονούνται ή γελοιοποιούνται. Ο κύριος εκπρόσωπος της ιατρικής γνώσης ήταν ο Ιπποκράτης, που πρώτος διακήρυξε ότι όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού, ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις. Ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις βασικές ψυχικές δυνάμεις – τις λεγόμενες «φρενίτιδες» - με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα: «υστερία», «μανία», «μελαγχολία» και «παράνοια». Κατά τον ίδιο, οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των «χυμών» του σώματος που τους προσδιόρισε σε τέσσερις: αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα. Ειδικά η μαύρη χολή θεωρείται υπεύθυνη για ψυχική ασθένεια οπότε και χορηγείται κατάλληλο καθαρτικό.<sup>3</sup> Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης εκπροσωπούν τη φιλολογική-φιλοσοφική σκέψη. Και οι δυο μιλούν για ψυχικές ασθένειες και για την κάθαρση ως βασικό τρόπο θεραπείας. Ο Πλάτωνας τονίζει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης, ενώ ο Αριστοτέλης τη θεωρεί σαν φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη.<sup>4</sup>

Κατά τη περίοδο της **ελληνορωμαϊκής εποχής** συναντάμε τις απόψεις του Ασκληπιάδη, περί ψυχιατρικής, ο οποίος αναγνώρισε το ρόλο που διαδραματίζουν οι συγκινήσεις στην δημιουργία των ψυχικών διαταραχών. Έτσι ήδη κατά τον 1<sup>ο</sup> αι. π.Χ. έχουμε τη πρώτη αντίθεση ανάμεσα στην οργανογένεση και ψυχογένεση της ψυχικής νόσου. Επίσης, ο Κέλσος (1<sup>ος</sup> αι. μ.Χ.) ήταν ο πρώτος που τόνισε τη σημασία της σχέσης γιατρού - ασθενή, και προτείνει ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για να μπορέσουν να ευθυμήσουν οι μελαγχολικοί και να ηρεμήσουν οι μανιακοί.

Την ίδια περίοδο αξιοσημείωτη ήταν η συμβολή του Sorano (2<sup>ος</sup> αι. μ.Χ.) που χρησιμοποιούσε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους με έμφαση στο ανθρώπινο στοιχείο

---

<sup>3</sup>Η θεωρία των τεσσάρων στοιχείων, που διατυπώθηκε με συστηματικότητα από τον Ακραγαντινό Εμπεδοκλή κατά τον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ., συγκροτεί τα θεμέλια για την κατανόηση της ασθένειας, αλλά και της υγείας, της λειτουργίας, εντέλει, του ανθρώπινου σώματος, για περισσότερο από μια χιλιετία: το θερμό, το ψυχρό, το υγρό και το ξηρό αποτελούν τα τέσσερα θεμελιώδη στοιχεία, που, στο συνδυασμό τους, οικοδομούν την κοσμική πραγματικότητα, συνεπώς δε και το ανθρώπινο σώμα. Αυτή η γενική όσο και αόριστη κατασκευή της φυσικής φιλοσοφίας, όταν έρχεται να εξειδικευθεί στην ανθρώπινη φυσιολογία, παίρνει τη μορφή της θεωρίας των τεσσάρων χυμών. Οι διάφορες απεκκρίσεις του ανθρώπινου σώματος δίνουν λαβή για τη σύνδεση του αίματος με το στοιχείο του αέρα, της ξανθής χολής με τη φωτιά, του φλέγματος με το νερό και της μαύρης χολής με τη γη. Η ισορροπία, λοιπόν, ύπαρξη των χυμών στο ανθρώπινο σώμα, η ευκρασία, είναι ταυτόσημη με την υγεία, ενώ η υπέρσχυση ενός εξ αυτών, δημιουργώντας δυσκρασία, προκαλεί το πόνο και την ασθένεια. Η ενσωμάτωση της θεωρίας των στοιχείων και των χυμών στο Αριστοτελικό corpus και βεβαίως στην προβληματική του Γαληνού αποτέλεσε την αναγκαία συνθήκη ώστε και οι δύο θεωρίες να αναπαραχθούν ως είχαν τόσο στο Μεσαίωνα όσο και στα νεότερα χρόνια και να αποτελούν τη βάση της παθολογίας μέχρι μια πολύ πρόσφατη εποχή: η υγεία και η ασθένεια έπρεπε να αναζητηθούν στην ισορροπία των χυμών του σώματος και τη διατάραξη της, αντιστοίχως. Βλ. Κωστής Κ. Π., *Στον καιρό της Πανώλης. Εικόνες από τις κοινωνίες της ελληνικής χερσονήσου, 14<sup>ος</sup> – 19<sup>ος</sup> αιώνας*, Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, 1995, σ.1.

<sup>4</sup>Βλ. Μάνος Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 1997, σ. 18.

(συμπάθεια, ησυχία, ψυχόδραμα, διάβασμα κτλ.), αποφεύγοντας τη χρήση φαρμάκων και καταπιεστικών μέσων. Η περίοδος ακμής της ελληνορωμαϊκής εποχής κλείνει με τον Γαληνό (13<sup>ο</sup>- 20<sup>ο</sup> μ.Χ.) ο οποίος θεωρήθηκε ότι εισήγαγε την ψυχοσωματική αντίληψη στον ψυχιατρικό προβληματισμό.<sup>5</sup>

Η πιο σημαντική συμβολή των Ρωμαίων στη ψυχιατρική ήταν η δημιουργία νόμων για τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για τη ψυχική ασθένεια και επί Ιουστινιανού και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς.

Την περίοδο του Μεσαίωνα, οι αντιλήψεις που επικρατούσαν προωθούσαν τη δαιμονολογία, την αστρολογία και τη θεραπεία με εξορκισμούς. Η δαιμονολογία είχε δραματικές συνέπειες στην αντιμετώπιση των ψυχοπαθών. Τώρα δεν πρέπει να εξευμενισθεί η θεϊκή δύναμη με τη πειθώ, την προσευχή, την ικεσία αλλά αντίθετα πρέπει να αφανισθεί, να καταστραφεί ο δαίμονας που κατέλαβε το δυστυχισμένο άρρωστο και αυτό θα επιχειρηθεί με κάθε βάσανο, κάθε αγριότητα και κάθε απάνθρωπη συμπεριφορά.<sup>6</sup>

Με την έναρξη της **Αναγέννησης** τα ψυχικά νοσήματα περιήλθαν στα χέρια των γιατρών και έφυγαν από τη δικαιοδοσία της Θεολογίας. Η Αναγέννηση και ο Διαφωτισμός αναγνώρισαν στον άνθρωπο τα αναφαίρετα δικαιώματά του, απέδωσαν και κατοχύρωσαν την ανθρώπινή του διάσταση και προσωπική του ευθύνη. Αναγνωρίστηκε τότε για πρώτη φορά ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι παθολογικές καταστάσεις. Αυτή ήταν η πρώτη επανάσταση στη ψυχιατρική.<sup>7</sup>

Παρόλα αυτά όμως γινόταν εκτελέσεις μάγων στη Πολωνία, το Μεξικό και στην Ελβετία ακόμη και μέχρι τα τέλη του 18<sup>ου</sup> αι. Συγκεκριμένα στα τέλη του 15<sup>ου</sup> αιώνα, μέσα στο κλίμα της δημιουργικότητας και του ενθουσιασμού για τη ζωή και τη μάθηση που χαρακτηρίζουν την εποχή της Αναγέννησης στην Ευρώπη, δύο Γερμανοί μοναχοί (Γιόχαν Σπρένγκερ και ο Χάινριχ Κρέμερ) παίρνουν την πρωτοβουλία να κωδικοποιήσουν τη θεωρία και τους κανόνες της δαιμονολογίας γράφοντας το *Σφυρί των Μαγισσών*, ένα μεγάλο πρακτικό εγχειρίδιο της μαγείας το οποίο υιοθετήθηκε από την ιερά εξέταση. Αποτέλεσε τον επίσημο οδηγό των αποφάσεων της για άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές που κατηγορούνταν ως αιρετικά και όργανα του διαβόλου. Το βιβλίο αυτό, ταυτίζει τις ψυχιατρικές διαταραχές με τη μαγεία και τη θρησκευτική αίρεση, αγνοώντας τελείως τη πιθανότητα ότι το πρόβλημα θα μπορούσε να είναι ιατρικό.

Τις αρχές αυτού του βιβλίου υιοθέτησε ο διοικητικός μηχανισμός της εκκλησίας της πολιτείας για πολλούς αιώνες. Έντονη αντίδραση εκφράστηκε από τον ιατρικό κόσμο.

<sup>5</sup>Βλ. Καπρίνης Γ. Στ., «Η εξέλιξη της Ψυχιατρικής προβληματικής», στο Ιεροδιακόνου, et al, *Ψυχιατρική*, Θεσσαλονίκη, Μαστορίδης, 1988, σ. 23.

<sup>6</sup>Ομοίως, σ. 24.

<sup>7</sup>Βλ. Λυράκος, *Κοινωνία και ψυχή, Απόψεις Κοινωνικής Ψυχιατρικής*, Αθήνα, 1976, σ. 12.

Αντιπρόσωποι του κινήματος ήταν ο Ισπανός Juan Luis Vives, ο οποίος γύρω στο 1524 περιγράφει λεπτομερέστατα τον τρόπο λειτουργίας ψυχιατρικών νοσοκομείων που πρέπει να δημιουργηθούν. Ο Johann Weyer, θεωρείται ο πρώτος ψυχίατρος καθώς στα βιβλία του περιέγραψε συστηματικά ψυχικές ασθένειες καθώς και την ανθρωπιστική ψυχοθεραπεία. Ο Παράκελσος χρησιμοποίησε σαφείς διαγνωστικές κατηγορίες και σαφείς ψυχοθεραπευτικές μεθόδους (προβολή, συμβουλή, ενθάρρυνση κτλ.).

Από τον **10<sup>ο</sup> -11<sup>ο</sup> αι. μ.Χ.** δημιουργούνται νοσοκομεία αν και μέσα σε αυτά υπάρχουν παραμελημένοι και αλυσοδεμένοι ασθενείς. Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο δημιουργήθηκε στη Βαλέντσια το 1409 («Hospital Santa Maria Des Inconcents») με ευθύνη του ιερέα Jofre. Ανάλογα ιδρύματα σταδιακά δημιουργήθηκαν σε όλη την Ευρώπη. Στα ιδρύματα αυτά συσσωρεύονταν οι φτωχοί, οι άνεργοι, οι ζητιάνοι, οι αλήτες, οι απόκληροι και οι τρελοί. Η φιλοσοφία των ιδρυμάτων αυτών συνιστά την επίσημη σύνδεση της φτώχειας και της τρέλας.<sup>8</sup>

Ο **17<sup>ος</sup> και 18<sup>ος</sup> αι. μ.Χ.** χαρακτηρίζεται από την αυξανόμενη κλινική αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών και από προοδευτικά και περισσότερες ταξινομήσεις. Επίσης παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη φύση της «υστερίας» και της «μελαγχολίας» και δεν περιορίζεται μόνο στην αναζήτηση της αιτιολογίας τους, αλλά επεκτείνονται και στην θεραπεία τους.

Ωστόσο, οι μέθοδοι θεραπείας αποβαίνουν εις βάρος των ψυχικά ασθενών των ασύλων. Αφού εκείνη την εποχή οι ψυχωτικοί άρρωστοι, όταν δεν καταδιώκονταν ή δεν εγκαταλείπονταν στην τύχη τους κλείνονταν σε σκοτεινά υπόγεια, φυλακές ή μοναστήρια. Μα συνήθως, σε τέτοια και άλλα πιο ειδικά άσυλα, κλείνονταν ψυχοπαθείς που παρουσίαζαν μια αυξημένη επιθετικότητα. Όταν ο περιορισμός σε τέσσερις τοίχους δεν τους καθησύχαζε, τους έδερναν ή τους έβαζαν σε αλυσίδες. Συχνοί μέθοδοι αποτέλεσαν οι περιστροφικές καρέκλες, οι συσκευές ψυχολουσίας, οι αφαιμάξεις, οι τοπικές λοιμώξεις, με σκοπό να αποσπάσουν την προσοχή του αρρώστου από τις ψυχαναγκαστικές του ιδέες και τα ψυχωτικά του παραληρήματα. Μια τέτοια μεταχείριση επόμενο ήταν να κάνει την επιθετικότητα τους κατάσταση χρόνια που απαιτούσε σχεδόν συνεχή μεταχείριση βίας.

Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την ουσιαστική έννοια του ασύλου, δηλαδή ένα καταφύγιο, ένας χώρος που προσφέρει μια ασφάλεια από καταδίωξη, κακουχία ή ανημποριά, σωματική, ψυχική, ιδεολογική ή και όλα μαζί.<sup>9</sup>

Έτσι η λέξη άσυλο στη διεθνή της χρησιμοποίηση έχασε την αρχική της σημασία και κατάντησε να σημαίνει ένα θλιβερό και απαίσιο χώρο για κάθε απόκληρο της ζωής, κάτι σαν αποθήκη άχρηστου ανθρώπινου υλικού.<sup>10</sup>

<sup>8</sup>Βλ. Foucault M., *Η ιστορία της τρέλας*, Αθήνα, Ηριδανός, 1975, σ. 25.

<sup>9</sup>Βλ. Χαρτοκόλλης Π., «Κοινωνική Ψυχιατρική κι ο μετασηματισμός των ασύλων σε σύγχρονα ιδρύματα: αναγκαιότητα ή ουτοπία», στο Lebonici S., Σακελλαρόπουλος Π., *Αθήνα, Καστανιώτη, 1984*, σ. 134.

Η περίοδος της **Γαλλικής Επανάστασης** χαρακτηρίζεται από τις αξιοθαύμαστες πρωτοβουλίες για αλλαγές στις συνθήκες λειτουργίας των ψυχιατρείων από το γιατρό Philippe Pinel στη Γαλλία. Ο ίδιος διετέλεσε διευθυντής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία Bicetre και Salpêtrière και **απάλλαξε** τους δυστυχισμένους, τρελούς από τις αλυσίδες και τα άλλα βασανιστήρια και τους θεώρησε «αρρώστους». Τους μεταχειρίστηκε με καλοσύνη και με αγάπη και τους «ξανάδωσε την ανθρώπινή τους αξιοπρέπεια».

Μαθητής του Pinel, ο Esquirol περιέγραψε με σαφήνεια τις ψευδαισθήσεις και τη μονομανία. Ήταν ο πρώτος που δίδαξε το μάθημα της ψυχιατρικής. Διατύπωσε επίσης νομικούς κανονισμούς εισαγωγής αρρώστων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία που επηρέασαν παρόμοιες νομοθεσίες σε άλλες χώρες.

Κεντρική αντίληψη της ψυχιατρικής του Pinel και του μαθητή του Esquirol υπήρξε η «ηθική θεραπεία». Συνοδεύτηκε από την ιδέα της θεραπευτικής απομόνωσης, από βλαβερές κοινωνικές συνέπειες, σε ειδικά ιδρύματα όπου ο γιατρός, καλός, προσηνής, αυστηρός και παντοδύναμος πατέρας θα χρησιμοποιούσε το προσωπικό και όλα τα διαθέσιμα μέσα για να ενισχύσει τις υγιείς πλευρές του αρρώστου για χάρη της θεραπείας του. Η παραπάνω αντίληψη συνιστούσε μια θεραπευτική στάση που δεν είχε αναγκαστικά τόσο τις γνώσεις όσο και τα μέσα της εφαρμογής της. Τη σύνδεσή της με την ιατρική εξασφάλιζε η εφαρμογή της κλινικής μεθόδου στην παρατήρηση του αρρώστου και η εγγραφή του συμπτώματος γενικά στο σώμα και όλο και περισσότερο στο νευρικό σύστημα.<sup>11</sup> Επίσης δημιούργησε για πρώτη φορά ορθές ιατρικές κατατάξεις της ψύχωσης οι οποίες είναι η μελαγχολία, η μανία, η άνοια και ιδιωτεία.

Στις **αρχές του 19<sup>ου</sup> αι.** με αφορμή την ηθική θεραπεία του Pinel, ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρείων κτίζεται στην Αμερική. Τα περισσότερα δεν έχουν ασπασθεί τις νέες ιδέες, αλλά παρουσιάζονται κάποιες εξαιρέσεις και ένας σημαντικός αριθμός ιδρυμάτων ιδιωτικών. Η ηθική θεραπεία επικρατεί στην Αμερική και εμπλουτίζεται με νέες μεθόδους όπως εργασιοθεραπεία, εκδρομές κτλ.<sup>12</sup>

Η αρχή του 19<sup>ου</sup> αι. είναι και η πρώτη φορά που η ψυχιατρική αρχίζει να εμφανίζεται σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα και σαν όρος πρωτοπαρουσιάζεται κυρίως σε γερμανικά περιοδικά. Στην προσπάθειά της να αποκτήσει μια πιο επιστημονική ταυτότητα στρέφεται με ενθουσιασμό προς την οργανική, σωματική άποψη. Και από το δημόσιο ψυχιατρείο όπου κυρίως λειτουργούσε ως τότε με την έμφαση στην ανθρωπιστική μεταχείριση των αρρώστων και την ψυχολογική θεραπεία περνάει στο Πανεπιστήμιο όπου την προτεραιότητα έχουν η έρευνα και η θεωρία.

---

<sup>10</sup>Βλ. Στριγγάρης Μ. Γ. «Η μεταχείριση των ψυχωτικών μέχρι και τον 19<sup>ο</sup> αι. μ.Χ.», στο *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο: 100 χρόνια Κοινωνικής Προσφοράς 1887-1987*, Αθήνα, 1987, σ. 57-65.

<sup>11</sup>Βλ. Πλουμπίδης, Δ. Ν., «Η ψυχιατρική και η ψυχολογία ανάμεσα στις θεραπευτικές και τις κοινωνικές επιταγές» στο *Ψυχολογικά θέματα*, Τόμος 4, Τεύχος 2, 1991, σ. 25-29.

<sup>12</sup>Βλ. Μάνος Ν., σ. 23, ό.π.



Την ίδια περίοδο ο Κρέπελιν εισάγει νέες έννοιες της ψυχιατρικής όπως οι μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις και η πρώιμη άνοια, περισσότερο γνωστή στις μέρες μας ως σχιζοφρένεια, όρος που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1911 από το Γερμανοελβετό Ευγένιο Μπλούρερ.

Σύγχρονος του Κρέπελιν, ο Σίγκμουντ Φρόιντ, παρόλο που ο προσανατολισμός του παρέμεινε βιολογικός, έγινε ο ιδρυτής μιας καινούριας σχολής ψυχολογίας του ανθρώπου, της ψυχαναλυτικής. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση επηρέασε βαθιά όχι μόνο την ψυχιατρική, αλλά και την ανθρωπολογία, την ιστορία, τη λογοτεχνία, την τέχνη και γενικά τον πολιτισμό του αιώνα μας.<sup>13</sup>

Η εισαγωγή της ψυχανάλυσης ως θεωρίας και πράξης είχε πολύ λιγότερη επίδραση στην λειτουργία των μεγάλων Δημόσιων Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη, που παρέμεινε ουσιαστικά στον τόπο του παραδοσιακού ασύλου. Δηλαδή σε χώρους που κλείνονταν ψυχωτικοί άρρωστοι για χρόνια, περισσότερο για την προφύλαξη και ευκολία της κοινωνίας παρά για την δική τους θεραπεία. Η θεωρία του Freud άσκησε επίδραση σε πλήθος επιστημόνων, που αργότερα δημιούργησαν ξεχωριστές σχολές (Adler, Jung, Rank).

**Μέχρι τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αι.** οι διάφορες οργανικές θεραπείες (shock, ψυχοχειρουργική) δεν έδωσαν τα αποτελέσματα που αναμένονταν και έγιναν αντικείμενο επικρίσεων. Η χημειοθεραπεία βρήκε πρόσφορο έδαφος και εισήχθη η ψυχοφαρμακολογία. Η χλωροπρομαζίνη ήταν το πρώτο αντιψυχωσικό φάρμακο που ανακαλύφθηκε από Γάλλους επιστήμονες το 1952.<sup>14</sup> Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ξεκλείδωσαν τις πόρτες τους και έγινε δυνατή η έξοδος ενός σημαντικού αριθμού χρόνιων αρρώστων.

Ταυτόχρονα άρχισαν οι πρώτες προσπάθειες για δημιουργία ενός κινήματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Τεργέστη της Ιταλίας. Ξεκίνησε από μια ομάδα ψυχιάτρων με επικεφαλής τον Φράνκο Μπαζάλια και είχε ως στόχο την κατάργηση του ασύλου και την αντικατάστασή του με άλλες εξωψυχιατρικές δομές. Η νέα αυτή πραγματικότητα αντιμετώπιζε τον ψυχικά πάσχοντα ως υποκείμενο με πλήρη δικαιώματα και υποχρεώσεις και όχι σαν «αντικείμενο», σαν «σύμπτωμα» που έπρεπε να εγκλειστεί και να κατασταλεί. Το σύνθημα σλόγκαν της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στην Τεργέστη ήταν «Η ελευθερία είναι θεραπευτική». Δεν μπορεί να υπάρξει καμία θεραπευτική πράξη αν υπάρχει με τον άρρωστο μια σχέση εξουσίας και κυριαρχίας.<sup>15</sup>

Οι αμφισβητήσεις ενισχύθηκαν από τη διαπίστωση ότι η κατάσταση αβουλίας και απάθειας στην οποία κατέληγαν πολλοί ασυλιακοί ασθενείς ήταν αποτέλεσμα όχι μόνο της νόσου αλλά και των ασυλιακών συνθηκών νοσηλείας.

<sup>13</sup>Βλ. Χαρτοκόλλη Π., σ. 45, ό.π.

<sup>14</sup>Βλ. Μάνος Ν., σ. 29, ό.π.

<sup>15</sup>Βλ. Φαφαλιού Μ., *Ιερά Οδός 343*, Αθήνα, Κέδρος, 1995, σ. 350.

Ο Φράνκο Μπαζάλια κινείται στα πλαίσια της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής οι βασικοί άξονες της οποίας είναι:<sup>16</sup>

- Η άρνηση διαχωρισμού της ψυχιατρικής επιστήμης από άλλους τομείς υγείας.
- Η συνεργασία με προοδευτικά πολιτικά κόμματα και συνδικάτα.
- Η σύνδεση της ψυχιατρικής κίνησης με πολιτικοκοινωνικούς αγώνες.
- Η δημιουργία πλατιών δεσμών με την κίνηση για την απελευθέρωση της γυναίκας.
- Αγώνας κατά των φυσικών θεραπειών.
- Αγώνας ενάντια στα ψυχιατρεία.

Ο Μπαζάλια δεν προσπαθεί να αρνηθεί την ψυχιατρική αρρώστια αλλά εστιάζεται στο ότι η διάγνωση δεν μπορεί να είναι η μοναδική ταυτότητα αναγνώρισης του αρρώστου. Υποστηρίζει οι κοινωνικές σχέσεις οδηγούν το άτομο στα συμπτώματα. Γι' αυτό η προσέγγιση του αρρώστου πρέπει να γίνεται στην κατανόηση του συνόλου των κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της κοινότητας. Έτσι αρχίζει να διαδίδεται στην Ευρώπη η Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική.<sup>17</sup>

Ένα δεύτερο κίνημα, εγχείρημα που ασκεί κριτική στο ψυχιατρικό σύστημα **μετά τη δεκαετία του 1960** ήταν το κίνημα της «Αντιψυχιατρική». Το κίνημα αυτό αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία και συνδέεται κυρίως με τα ονόματα δύο ψυχιάτρων, του Ronald Laing και του David Cooper.

Οι βασικές θέσεις στις οποίες σχηματοποιείται ο προσανατολισμός του κινήματος είναι οι εξής:<sup>18</sup>

- Η σχιζοφρένεια είναι κοινωνικό και όχι ιατρικό φαινόμενο. Αποτελεί προϊόν των αλλοτριωμένων κοινωνικών δομών.
- Μέσα από τη γλώσσα της σχιζοφρένειας εκφράζεται η παθολογία των κοινωνικών δομών.
- Αυτά που η ψυχιατρική κατονομάζει ως σχιζοφρενικά συμπτώματα μαρτυρούν την διαταραγμένη επικοινωνία στο μικροκοινωνιολογικό και ιδιαίτερα στο οικογενειακό περιβάλλον.
- Η ψυχιατρική αποτελεί μηχανισμό της κυρίαρχης ιδεολογίας και θεματοφύλακά τους status quo.
- Αυτό που αποκαλείται ως ψυχική ασθένεια από την ψυχιατρική δεν είναι παρά η διαμαρτυρία ενάντια στον αλλοτριωμένο κοινωνικό κόσμο.

<sup>16</sup>Βλ. Basaglia F., «Το πρόβλημα του συμβάντος», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Ασύλου*. Αρχές αποκατάστασης, 1993, σ.18-21.

<sup>17</sup>Βλ. Παπαδάτος Γ., *Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση*, Αθήνα, Ειρήνη, 1987, σ. 17.

<sup>18</sup>Βλ. Τερζάκης Φ., «Η εποχή της 'αντιψυχιατρικής'», στο Laing R.D., Lee A.R., Phillipson H., 1990, σ. 61-103, και Μπαϊρακτάρης Κ., *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 1994, σ. 95.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αποσκοπεί στην αντικατάσταση του «ασυλιακού» από το «κοινοτικό» μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης. Επιχειρείται λοιπόν η διαβίωση των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα (ξενώνες, οικοτροφεία, ανάδοχες οικογένειες, προστατευμένα εργαστήρια, κέντρα ημέρας κ.λ.π.). Παράλληλα εφαρμόστηκαν σε ευρεία κλίμακα εναλλακτικοί τρόποι νοσηλείας, όπως οι ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, τα νοσοκομεία μερικής νοσηλείας (ημέρας ή νύχτας), η νοσηλεία στο σπίτι κ.λ.π.

Ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με την μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης στο κοινοτικό χώρο.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στοχεύει στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την νόσο του στο φυσικό του χώρο (οικογένεια, εργασία, φίλοι κ.τ.λ.) παρακάμπτοντας διαδικασίες (ιδρυματοποίηση, στιγματισμός) που δυσχεραίνουν την κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση και επανένταξη.

Απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας των προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και η αλλαγή στάσεων σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές (αποστιγματισμός), η τομεοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και η ορθολογική ανάπτυξη πλέγματος ψυχιατρικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών σε κοινοτικό πλαίσιο, καθώς και η εξεύρεση των απαραίτητων οικονομικών πόρων για την υλοποίηση των μακρόπνοων και δαπανηρών προγραμμάτων.<sup>19</sup>

Όπως είναι φανερό η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Για την αποϊδρυματοποίηση, θα αναφερθούμε αναλυτικότερα παρακάτω.

### **1.1. Μοντέλα Υπέρβασης του Ασύλου**

Κάθε χώρα ανάλογα με το σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας που υιοθετεί, εφαρμόζει κάποιο μοντέλο υπέρβασης του ασύλου. Σύμφωνα με τον Μπαϊρακτάρη (1994) υπάρχουν τρία γενικά μοντέλα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: α) το μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης, β)

---

<sup>19</sup>Βλ. Κονταξάκης Β. Π., Χριστοδούλου Γ. Ν., «Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική», στο Χριστοδούλου (επιμ.), Αθήνα, Βήτα, 2000, σ. 11-15.

το μοντέλο της απονοσοκομειοποίησης και γ) το μεικτό μοντέλο (το οποίο αποτελεί το συγκερασμό των δυο).

Το **μοντέλο της αποϊδρυματοποίησης** σηματοδοτεί τη διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα (μετά από κατάλληλη προετοιμασία) και η ένταξή τους στη κοινότητα. Το μοντέλο αυτό προϋποθέτει ένα ριζικό στοχασμό: 1) αναφορικά με το νόημα της ψυχικής ασθένειας, 2) τη διάρθρωση των θεσμών που απευθύνονται στην εξυπηρέτηση ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις και 3) το ρόλο των επαγγελματιών.

Απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών είναι η σωστή επιλογή των ασθενών και η λειτουργία πλέγματος υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχιατρικής μέριμνας στη κοινότητα.

Το μοντέλο αυτό εφαρμόστηκε κυρίως στην Ιταλία, στους χώρους όπου αναπτύχθηκαν και υλοποιήθηκαν οι ιδέες του κινήματος της «Δημοκρατικής Ψυχιατρικής». Στην Ελλάδα συστηματικές προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης ψυχωσικών ασθενών πραγματοποιούνται τα τελευταία δέκα χρόνια.<sup>20</sup>

Το **μοντέλο της απονοσοκομειοποίησης** πρεσβεύει ένα δραστικό περιορισμό του ρόλου των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, και το κλείσιμο τους σε ορισμένες περιπτώσεις με μια παράλληλη ενίσχυση της ελεύθερης αγοράς υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Κεντρική λογική αυτού του μοντέλου είναι η φιλελευθεροποίηση του ψυχιατρικού συστήματος και η δημοσιονομική πολιτική περιστολής των δημόσιων δαπανών. Οι κοινοτικές δομές που οργανώνονται καλούνται να λειτουργήσουν παράλληλα αφενός με το ιδιωτικό τομέα που αναπτύσσεται, και αφετέρου με μια σειρά από φιλανθρωπικά, ανθρωπιστικά και προνοιακά ιδρύματα.<sup>21</sup>

Το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, οδηγεί πολλούς από τους πρώην τροφίμους σε ένα άλλους είδους κοινωνικό περιθώριο (ανεργία, έλλειψη στέγης). Η νέα αυτή κατάσταση οδηγεί στη δημιουργία προνοιακών υπηρεσιών νεοϊδρυματικού χαρακτήρα. Το

---

<sup>20</sup>Τα προγράμματα αποϊδρυματοποίησης ασθενών του Ψυχιατρείου Λέρου καταγράφηκαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα (αξιολόγηση σε κοινωνικό - λειτουργικές και ψυχοπαθολογικές παραμέτρους), σε σχέση με τις δυνατότητες αποκατάστασης δύσκολων ιδρυματικών ασθενών με μέσο χρόνο ασυλιακής νοσηλείας τριάντα περίπου χρόνια. Βλ. Κονταξάκης Β. Π., Χριστοδούλου Γ. Ν., σ. 13, ό.π..

<sup>21</sup>Βλ. Μπαϊρακτάρης Κ., σ. 95, ό.π., και Laval, *La Spécificité psychiatrique confrontée a "souffrance" sociale. Les réaménagements de la relation thérapeutique*, Lyon, αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Τμήμα Ανθρωπολογίας και Κοινωνιολογίας Πανεπιστήμιου Lyon- II, 1997 και Gounis K., *The Domestication of Homelessness: the Politics of Space and Time in New York City Shelters*, αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Columbia University, 1993, και Lovell A., «Mobilite des cadres et psychiatrie 'hors de murs'», στο Joseph I., Proust J. (επιμ.), 1996, σ. 55-81.

φαινόμενο αυτό αποτελεί τη συνεχή μεταπήδηση σε διαφορετικούς θεσμούς και ιδρύματα φροντίδας, χωρίς θεραπευτική συνέχεια.

Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου αναπτύσσονται σημαντικά κινήματα διεκδίκησης και προώθησης των ατομικών δικαιωμάτων.<sup>22</sup> Το μοντέλο αυτό εφαρμόστηκε στη Καλιφόρνια τη δεκαετία του '60 σε τοπικό επίπεδο, και αργότερα τη δεκαετία του '80 σε ομοσπονδιακό επίπεδο στις Η.Π.Α.

Οι περισσότερες μεταρρυθμιστικές πολιτικές που έλαβαν χώρα στο τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης των δυτικών χωρών βασίστηκαν στο **μεικτό μοντέλο**, δηλαδή στη συνύπαρξη της κοινοτικής ψυχιατρικής με το παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο, το οποίο παρότι συρρικνώνεται και μετασχηματίζεται ούτε εξαφανίζεται, ούτε και υποκαθίσταται πλήρως.

Δηλαδή, οι «εναλλακτικές δομές» δεν αντιστρατεύονται το ψυχιατρείο αλλά το συμπληρώνουν, το υποκαθιστούν σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά δεν το υποκαθιστούν.

Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του μεικτού μοντέλου δεν συνίσταται στον εγκλεισμό και τη διαχείριση του, όπως παλιότερα στο ασυλιακό μοντέλο. 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.

---

<sup>22</sup>Βλ. Μπαϊρακτάρης Κ., σ. 96, ό.π., και Μαδιανός Μ., *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*, Αθήνα, Καστανιώτης, 2000, σ. 25.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πριν από την διάδοση των ασύλων (φρενοκομείων), τόσο στην Ελληνική επικράτεια όσο και στις ελληνικές κοινότητες της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, η αντιμετώπιση της «ψυχοπάθειας» βασιζόταν στην εκκλησιαστική – θρησκευτική παράδοση.

Στις παραδοσιακές αγροτικές κατά βάση κοινωνίες του γεωγραφικού αυτού χώρου, οι *τρελοί* διατηρούσαν μια περιθωριακή θέση, εάν και εφόσον η συμπεριφορά τους δε σκανδάλιζε και δεν εκτιμούνταν ως επικίνδυνοι, οπότε οι οικογένειές τους φρόντιζαν είτε να τους περιορίσουν (δέσιμο προσωρινό ή μόνιμο) είτε να τους αποπέμψουν.<sup>23</sup>

Τόσο στη Βυζαντινή παράδοση όσο και στη Μουσουλμανική, η τρέλα θεωρούνταν ως φορέας θείου μηνύματος ή έκφραση δαιμονισμού. Στον Ελλαδικό χώρο πολλοί τόποι λατρείας, όπως εκκλησίες και μοναστήρια θεωρήθηκαν ως τόποι εξαγνισμού της τρέλας με την έννοια της απαλλαγής της ψυχής από τα δαιμόνια που την κατακυριεύαν. Στους χώρους αυτούς αναπτύχθηκαν τελετουργικά και ειδικές πρακτικές εξαγνισμού εν είδει θεραπευτικού κύκλου, όπως η νηστεία, ο ξυλοδαρμός, η προσευχή ολόκληρης της οικογένειας και η ακινητοποίηση με ειδικούς κρίκους που συναντούμε μέχρι τις μέρες μας σε πολλές παλιές εκκλησίες. Πολλά μοναστήρια λειτούργησαν σαν μικρά άσυλα ακόμα και μετά την επίσημη παρουσία των κλινικών ψυχιατρικών ασύλων.

Το 1838 ιδρύθηκε το πρώτο ψυχιατρικό ίδρυμα στην Κέρκυρα από την Αγγλική αρμοστεία, το οποίο θα κληρονομηθεί από το ελληνικό κράτος με την προσάρτηση των Ιόνιων Νήσων. Οι συνθήκες που επικρατούσαν στο ίδρυμα θύμιζαν περισσότερο κράτηση παρά θεραπεία (το κτίριο που χρησιμοποιήθηκε ήταν παλιός στρατώνας), με καταστατικό όμως πλήρως εναρμονισμένο στα ευρωπαϊκά πρότυπα. Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας είχε την καλή τύχη να γνωρίσει ως διευθυντή του έναν από τους πιο προοδευτικούς και ευσυνείδητους γιατρούς της εποχής, τον Χρήστο Τσιριγώτη. Ο ίδιος θεωρείται πατέρας της ελληνικής Ψυχιατρικής καθώς προσπάθησε να βελτιώσει τις συνθήκες του φρενοκομείου της Κέρκυρας.

<sup>23</sup>Βλ. Πλουμπίδης Δ., «Οι παραδοσιακές πρακτικές σχετικά με τους ψυχοπαθείς και την εγκατάσταση της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα στη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αι. και μέχρι περίπου τον 1<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο», στο Lebonici S., Σακελλαρόπουλος Π. (επιμ.), 1989β, σ. 366-375.

Υπήρξε στη συνέχεια και διευθυντής του Ψυχιατρικού Ιδρύματος του Δρομοκαϊτείου και δημοσίευσε επιστημονικές εργασίες.

Υπό ελληνική διεύθυνση, το φρενοκομείο της Κέρκυρας ήταν αντιπροσωπευτικό της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Αντικατόπτριζε το δανεισμό και την υιοθέτηση διαφόρων εννοιών από την ευρωπαϊκή ψυχιατρική, όπως η αναγνώριση της ψυχικής ασθένειας ως «αρρώστιας» και όχι ως θεϊκής τιμωρίας, σημασία στη σωστή διεύθυνση του χώρου και την οργάνωση του ιδρύματος έτσι ώστε να διευκολύνεται η αποτελεσματική θεραπεία, προτίμηση αγροτικής ή προστατευμένης τοποθεσίας για τις εγκαταστάσεις, πίστη στη δυνατότητα του ψυχασθενούς να αναπτύξει διαπροσωπική σχέση με το γιατρό και το προσωπικό, εφαρμογή της «ηθικής θεραπείας», έμφαση στη θεραπευτική αξία της εργασίας και τέλος εφαρμογή διαγνωστικών συστημάτων για την κατάταξη των ασθενών. Το «φρενοκομείο» της Κέρκυρας δεν ήταν άσυλο αλλά φρενοκομείο δηλαδή ίδρυμα με σαφείς θεραπευτικούς σκοπούς.<sup>24</sup>

Η ελληνική κυβέρνηση έστρεψε τελικά την προσοχή της προς τους ψυχικά ασθενείς εξαιτίας του μεγάλου κόστους τους γύρω στο 1860, η ανησυχία για τα ποσά που πληρώνονταν στα μοναστήρια κινητοποίησε τον Υπουργό Εσωτερικών να θέσει στη Βουλή το ζήτημα της περίθαλψής τους.<sup>25</sup>

Έτσι αποφασίστηκε η μετατροπή του Ορφανοτροφείου της Αίγινας σε ψυχιατρείο που να λειτουργεί σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Τα σχέδια αυτά δεν πραγματοποιήθηκαν εξαιτίας της πτώσεως του Όθωνα το 1862 και για οικονομικούς φαινομενικά λόγους.

Παρόλο που τα σχέδια για το ίδρυμα της Αίγινας δεν υλοποιήθηκαν ποτέ, η πρόταση της κυβέρνησης έδωσε το έναυσμα για την ψήφιση της πρώτης εθνικής ψυχιατρικής νομοθεσίας, καθώς τα σχέδια για τις πρωτογενείς εγκαταστάσεις απαιτούσαν ρυθμίσεις που θα καθόριζαν τον τρόπο λειτουργίας τους. Η ελληνική Βουλή το 1862 ψήφισε τους νόμους που επρόκειτο να διέπουν την ελληνική ψυχιατρική για περισσότερα από τα 100 επόμενα χρόνια.<sup>26</sup>

Σύμφωνα με τις διατάξεις της, το ψυχιατρικό ίδρυμα έπρεπε να βρίσκεται υπό κρατική επίβλεψη έτσι ώστε να παρέχεται εγγύηση προς τις οικογένειες σχετικά με την ασφάλεια, την προσωπική ελευθερία και την περίθαλψη των ψυχασθενών μελών τους και να εξασφαλίζεται η συντήρηση του ιδρύματος με δημόσιες δαπάνες.

---

<sup>24</sup>Βλ. Blue A., *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*, Αθήνα, Εξάντας, 1999, σ. 66.

<sup>25</sup>Ομοίως, σ. 62.

<sup>26</sup>Ομοίως, σ. 63.

Παρά το γεγονός ότι η ελληνική ψυχιατρική νομοθεσία αποτελούσε δάνειο από ευρωπαϊκή χώρα, υπήρχε μια διαφορά ανάμεσα σε αυτήν και εκείνη των ευρωπαϊκών γειτόνων της: η ελληνική νομοθεσία προϋπήρχε του ίδιου του αντικειμένου της, δηλαδή του ιδρύματος για τη νοσηλεία των ψυχικά ασθενών.<sup>27</sup>

Το 1864 με την ένωση των Ιονίων η κυβέρνηση κληρονόμησε το φρενοκομείο της Κέρκυρας και έτσι μια προσωρινή και εύκολη λύση για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών. Όμως το φρενοκομείο της Κέρκυρας δεν μπορούσε να επαρκέσει για την ανάγκη του ελεύθερου ελληνικού κράτους γι' αυτό καταβάλλονταν προσπάθειες από μέρους διακεκριμένων γιατρών της εποχής και κρατικών αξιωματούχων να ιδρυθεί ιδιαίτερο κατάστημα.

Το Δρομοκαΐτειο, το επόμενο ψυχιατρικό ίδρυμα της χώρας ήταν αποτέλεσμα της πρωτοβουλίας ενός ιδιώτη δωρητή, του Ζωρζή Δρομοκαΐτη. Η ελληνική κυβέρνηση παραχώρησε μια μεγάλη έκταση στην περιοχή Αγία Βαρβάρα του Δαφνίου για την ανέγερση του φρενοκομείου.

Η ανέγερση των κτιρίων με τη βοήθεια πολλών δωρητών ολοκληρώθηκε το 1887. Η ημερομηνία που άρχισε να λειτουργεί (1<sup>η</sup> Οκτωβρίου 1887) αποτελεί το ορόσημο για την ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα.

Το Δρομοκαΐτειο ήταν φιλανθρωπικό κοινοτικό και όχι δημόσιο ίδρυμα. Λειτουργούσε με τρόπο παρόμοιο με του φρενοκομείου της Κέρκυρας. Η χρήση σωματικής βίας από το προσωπικό απαγορευόταν αυστηρά ενώ η εργασιοθεραπεία καθιερώθηκε σύντομα. Αν και υπήρχαν νοσήλια για τους ασθενείς, θεσμός που ίσχυε επίσης στην Κέρκυρα, στον κανονισμό του Δρομοκαΐτειου υπήρχε πρόβλεψη για τη δωρεάν νοσηλεία απόρων ασθενών.

Για την εποχή του το Δρομοκαΐτειο αποτελούσε ακριβώς τον νέο χώρο ο οποίος ήταν εμπνευσμένος από τους ευρωπαϊκούς νεωτερισμούς και απέβλεπε στο να «θεραπεύσει και να φροντίζει τους πάσχοντες από κάθε ψυχική ασθένεια» χωρίς να προσφεύγει στην ηθική θεραπεία και χωρίς να διακρίνει τους θεραπεύσιμους από τους ανίατους.

Το Δρομοκαΐτειο έμελλε να παίξει το ρόλο του προτύπου στην αγωγή των ψυχασθενών της χώρας τουλάχιστον για τα επόμενα 20 χρόνια.

Το 1904 με κληροδότημα του καθηγητού της ιατρικής σχολής Διονυσίου Αιγινήτου χτίζεται το Αιγινήτειον Νοσοκομείον για να στεγαστεί η ψυχιατρική και νευρολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η κλινική ιδρύθηκε με πρωτοβουλία του πρώτου καθηγητή

---

<sup>27</sup>Ομοίως, σ. 64.



Μιχαήλ Κατσαρά. Το Αιγινήτειο υπήρξε πρωτοπόρο στην εισαγωγή των νέων θεραπευτικών μεθόδων στην Ελλάδα. Διέθετε όμως μικρό αριθμό κρεβατιών και περιορισμένες κτιριακές εγκαταστάσεις και δεν είχε τη δυνατότητα για νοσηλεία μεγάλου αριθμού ψυχοπαθών. Αυτό έδωσε την ευχέρεια στην ιδιωτική πρωτοβουλία για την ίδρυση ψυχιατρικών κλινικών προκειμένου να καλυφθούν άμεσες ανάγκες.

Έτσι το 1904 ιδρύθηκε η πρώτη ιδιωτική κλινική στην Αθήνα και γρήγορα ακολούθησαν και άλλες.<sup>28</sup> Ως τον Πρώτο Παγκόσμιο πόλεμο είχαν γίνει πέντε, το 1929 εννέα με συνολική δύναμη 232 κλινών και το 1941 δώδεκα με συνολική δύναμη 293 κλινών.<sup>29</sup>

Μετά τους Βαλκανικούς πολέμους του 1912-13 η Μακεδονία και η Κρήτη ενώθηκαν με την Ελλάδα. Για άλλη μια φορά πολιτικά γεγονότα άσχετα με την ψυχιατρική έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη και την οργάνωση των ελληνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών. Με την προσάρτηση αυτών των περιοχών δύο ακόμη ψυχιατρικά ιδρύματα, ένα στη Θεσσαλονίκη και ένα στη Σούδα της Κρήτης προστέθηκαν στο δίκτυο ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας. Η λειτουργία τους τα πρώτα χρόνια δεν ήταν ούτε κατ' όνομα ιατρική. Επίσημα ονομάστηκαν δημόσια ψυχιατρεία με το νομοθετικό διάταγμα της 31.7.1925, ενώ η φυσιογνωμία τους (σε ότι αφορούσε την εσωτερική οργάνωση, τη διοίκηση και τις κατηγορίες του προσωπικού) αποκρυσταλλώθηκε με το νόμο 6077 του 1934.<sup>30</sup>

Το 1915 η αυξημένη παρουσία ψυχικά ασθενών και ειδικά αυτών που προέρχονταν από τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις είχε αρχίσει να γίνεται πλέον αισθητή και ενοχλητική στην πόλη της Αθήνας. Το 1914-15, λόγω του μεγάλου αριθμού φτωχών ψυχικά ασθενών στην πόλη της Αθήνας, αυξήθηκε και ο αριθμός των ψυχικά ασθενών στο Δρομοκαϊτειο. Η λύση δόθηκε με τη δημιουργία ενός ψυχιατρικού ασύλου στο Μοσχάτο το οποίο τελούσε κάτω από αστυνομική επίβλεψη και είχε την οργάνωση σωφρονιστηρίου. Αργότερα το 1918-19 δημιουργήθηκε και πάλι πρόβλημα χώρου. Τότε λήφθηκε απόφαση για ανεύρεση νέου χώρου και έτσι τοποθετήθηκαν ασθενείς σε μια βίλα γνωστή έκτοτε ως «άσυλο της Αγίας Ελεούσας» στην Καλλιθέα. Η συνεχής εγκατάσταση νέων ατόμων επέφερε φοβερό συνωστισμό με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν νέα κτίρια, που αποτέλεσαν τον πρώτο πυρήνα του Δημόσιου Ψυχιατρείου της Αθήνας, γνωστό και ως Δαφνί.

Παράλληλα με τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα των πόλεων λειτουργούσαν και επαρχιακά ιδρύματα δηλαδή μικρά ιδρύματα τοπικής σημασίας που, λίγο πολύ, κράτησαν το χαρακτήρα του ασύλου. Κάποια από αυτά ήταν το άσυλο ψυχοπαθών της Κεφαλληνίας

<sup>28</sup>Βλ. Φαφαλιού, σ. 128, ό.π.

<sup>29</sup>Βλ. Πλουμπίδης Δ., «Η ιστορία των ασύλων στην Ελλάδα», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Ασύλου*. Αρχές αποκατάστασης, 1993, σ. 11- 17.

<sup>30</sup>Ομοίως.

(Βέγιο) το οποίο ιδρύθηκε από τις Βρετανικές αρχές περίπου το 1840. Το κοινοτικό άσυλο Σκυλίτσειο της Χίου το οποίο άρχισε να λειτουργεί το 1840. Το άσυλο ψυχοπαθών της Ερμούπολης που ιδρύθηκε το 1908 με πρωτοβουλία της «Φιλάνθρωπου Επιτροπής Ερμούπολέως». Το κοινοτικό άσυλο Χιρς της Θεσσαλονίκης, που πρόκειται για το άσυλο ψυχοπαθών της Εβραϊκής κοινότητας Θεσσαλονίκης και τέλος το άσυλο Λέσβου όπου το 1940 είχε χωρητικότητα 20 κλινών.<sup>31</sup>

Το 1934 ψηφίστηκε ο νόμος 6077 ο οποίος επέβαλε δύο βασικές μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Η πρώτη μεταρρύθμιση ήταν η μετατροπή των μεγάλων ψυχιατρικών σε αγροτικές αποικίες ψυχοπαθών. Η άλλη μεταρρύθμιση του νόμου 6077 αναφερόταν στη διοικητική οργάνωση των δημόσιων ψυχιατρικών η οποία περιλάμβανε μεταξύ άλλων τις κατηγορίες του προσωπικού καθώς και τη σύνθεση του διοικητικού συμβουλίου. Ο νόμος αυτός καθόρισε επίσης το μέγιστο δυναμικό κλινών ανά ψυχιατρικό ίδρυμα ιδιοκτησίας του δημοσίου.<sup>32</sup>

Την περίοδο του 1940 στην διάρκεια του πολέμου μειώνεται ο αριθμός των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία.<sup>33</sup> Στην ατμόσφαιρα των ιδρυμάτων και του τρόπου λειτουργίας τους επικρατεί χάος καθώς όλοι οι γιατροί βρίσκονταν στο μέτωπο η παροχή ιατρικής αγωγής ήταν αδύνατη. Την περίοδο αυτή οι σκοποί της πολιτικής εκπροσωπούμενοι είτε από το κράτος είτε από συγκεκριμένα άτομα έθεταν στην υπηρεσία τους τη ψυχιατρική και την χρησιμοποιούσαν ανάλογα.

Στη μεταπολεμική περίοδο το δίκτυο των δημόσιων ψυχιατρικών της χώρας εξαπλώθηκε. Το 1956 ιδρύθηκαν οι πρώτες αμιγείς εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Κ.Ψ.Υ.Ε.) στην Αθήνα.

Το 1958 ιδρύθηκε το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Νταού Πεντέλης), το 1967 ιδρύθηκε το Ψυχιατρικό νοσοκομείο Τρίπολης, και το 1972 ιδρύθηκε το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου.

Τη δεκαετία του '50, η υπερπληρότητα των δημόσιων ψυχιατρικών πήρε διαστάσεις σοβαρού προβλήματος και η παραδοσιακή λύση, δηλαδή η προσθήκη περισσότερων κρεβατιών, ήταν πλέον απρόσφορη. Αντιμέτωποι με μια σειρά προβλήματα (τους υπεράριθμους των ψυχιατρικών, πολλούς ασθενείς με βαριές ψυχασθενείς ή πάσχοντες από μη ανατρέψιμες οργανικές παθήσεις, επίσης, πολλούς εγκαταλειμμένους από τις οικογένειες τους) η κυβέρνηση πρότεινε το 1957 τη δημιουργία της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου.<sup>34</sup> Έτσι

<sup>31</sup>Βλ. Πλουμπίδης Δ., *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα*, Αθήνα, Εξάντας, 1995β, σ. 205.

<sup>32</sup>Βλ. Blue A., σ. 71, ό.π.

<sup>33</sup>Για παράδειγμα ο αριθμός των ασθενών στο Δαφνί μειώθηκε κατά το ήμισυ μέσα σε λίγους μήνες μετά τη γερμανική εισβολή. Blue A., σ. 74, ό.π.

<sup>34</sup>Ομοίως, σ. 77.

4.000 ψυχικά ασθενείς και άτομα με διανοητική καθυστέρηση από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας μεταφέρθηκαν στο άσυλο της Λέρου με βασικό κριτήριο το «ανίατο» και την έλλειψη επισκεπτηρίου για ένα ή δυο χρόνια. Εξού και η επονομασία των ανθρώπων αυτών ως «αζήτητων» που έγινε και ο τίτλος ενός γνωστού ντοκιμαντέρ.<sup>35</sup>

Οι ήδη έτοιμοι Ιταλικοί στρατώνες που βρίσκονταν στο νησί της Λέρου ήταν μια φτηνή λύση για το κράτος, άσχετα αν οι εγκαταστάσεις ήταν ακατάλληλες ακόμα και για ζώα. Δεν χρειάστηκαν παρά υπογραφές των υπεύθυνων ψυχιάτρων – θεραπόντων στα διάφορα ψυχιατρεία και το στρίμωγμα εκατοντάδων κάθε φορά ανίδεων εγκλειστών των ψυχιατρείων, μέσα σε αρματωγά του πολεμικού ναυτικού, με ένα αριθμό στο στήθος – που ανταποκρινόταν σε ένα όνομα πάνω σε χαρτί – και το ξεφόρτωμα τους στη Λέρο. Μερικοί από τους καρφίτσωμένους αριθμούς στο στήθος των μεταφερόμενων χάθηκαν στο δρόμο και μέχρι σήμερα μερικοί στο ψυχιατρείο της Λέρου δεν έχουν όνομα. Οι νοσηλευτές – φύλακες τους προσέδωσαν ένα νέο όνομα, κατά πως νόμιζαν ότι τους ταίριαζε εφόσον τις περισσότερες φορές οι ίδιοι οι τρόφιμοι αδυνατούσαν να βοηθήσουν σε αυτό.<sup>36</sup>

Το νησί – άσυλο αποτελούσε τη λογική κατάληξη μιας διαδικασίας που για τον καθένα από τους ανθρώπους αυτούς είχε αρχίσει πολύ πιο πριν. Εφόσον επρόκειτο για άτομα που ήδη βρίσκονταν υπό συνθήκες μακράς νοσηλείας.

Το 1973 καταργήθηκε ο νόμος του ΨΜΒ για την οργάνωση των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων που ίσχυε από το 1862. Ήταν ο πρώτος νόμος περί ψυχιατρικής και σκοπός του ήταν η ρύθμιση της λειτουργίας ενός ψυχιατρείου στην Αίγινα που όμως δεν λειτούργησε ποτέ. Αντικαταστάθηκε με το Νομοθετικό Διάταγμα 104 που επέβαλε ρυθμίσεις για την αναγκαστική και εκούσια νοσηλεία. Κατοχυρώνει μια ψυχιατρική χωρίς άτομο – υποκείμενο, χωρίς πίστη στη θεραπευτική σχέση σαν κυρίαρχο συστατικό της κάθε ψυχιατρικής παρέμβασης. Οι ρυθμίσεις του χαρακτηρίζονται από πολλούς ως οπισθοδρόμηση σε σχέση με το νόμο του 1862.<sup>37</sup>

Την περίοδο του 1979 – 1981 λειτούργησαν οι πρώτες πειραματικές εξωνοσοκομειακές μονάδες από την Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και στη συνέχεια από το Πανεπιστήμιο Θράκης στην Αλεξανδρούπολη και την Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγιεινής στην Άμφισσας και αργότερα στον Νομό Έβρου.

---

<sup>35</sup>Το ντοκιμαντέρ του Κωστή Ζώη, «Οι αζήτητοι», γυρίστηκε το καλοκαίρι του 1982, με την υποστήριξη του Ελληνικού Κέντρου Κινηματογράφου.

<sup>36</sup>Βλ. Μεγαλοοικονόμου Θ. «Εθνική κάθαρση και Εξορία: Η περίπτωση της Λέρου», άρθρο από διαδίκτυο, ιστοσελίδα [www.anatolikos.gr](http://www.anatolikos.gr).

<sup>37</sup>Βλ. Αμπατζόγλου Γρ., «Νομικό πλαίσιο της Ψυχιατρικής πράξης στη Γαλλία και την Ελλάδα. Ιστορική Αναδρομή, προβλήματα, αντιφάσεις», στο Λειβαδίτης Μίλτος (επιμ.). *Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική*, Αθήνα, Παπαζήσης, 1990, σ. 64.

Το 1983 ψηφίστηκε ο Νόμος 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Τίθενται οι βάσεις για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής όμως προχώρησε άνισα και με βραδείς ρυθμούς. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 μετά από παρέμβαση της Ε.Ο.Κ ξεκίνησε επισήμως και συνεχίζεται μέχρι σήμερα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα που αποσκοπεί καταστατικά στην αντικατάσταση του «ασυλιακού» από το «κοινοτικό» μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης. Το μεταρρυθμιστικό εγχείρημα λαμβάνει χώρα σε μια ιστορική συγκυρία η οποία χαρακτηρίζεται από μια συνολικότερη αναδιάρθρωση του κράτους πρόνοιας ιδιαίτερα σε τοπικό επίπεδο.<sup>38</sup>

Αναφορικά με την μετάβαση από το ασυλιακό στο κοινοτικό μοντέλο, το οποίο βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τρεις περιόδους: α) τη «πρόδρομη περίοδο», από τα τέλη του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου έως τα τέλη της δεκαετίας του 70, β) την «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) τη «δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδο», αυτή του «Ψυχαργώς», του μεταρρυθμιστικού προγράμματος που ξεκίνησε το 2000.

Κάθε μια από αυτές τις τρεις περιόδους διατηρεί ορισμένα ιδιαίτερα κοινωνικά χαρακτηριστικά. Κατά τη διάρκεια της «πρόδρομης περιόδου» ενώ διατηρούνται οι βασικές δομές της ασυλικής ψυχιατρικής ορισμένα εγχειρήματα κινούνται προς την αντίθετη κατεύθυνση. Αυτή η προσπάθεια επηρεάστηκε πολύ περισσότερο από ψυχιάτρους που είχαν σπουδάσει στο εξωτερικό και επιθυμούσαν να φέρουν στην Ελλάδα τις προοδευτικές εφαρμογές στις οποίες μαθήτευσαν.

Η περίοδος αυτή σηματοδοτείται με την ίδρυση του «Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Έρευνας» το 1956, το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής (1978) και μια σειρά από διεργασίες που αποσκοπούν στην σταδιακά διάβρωση του ασυλιακού μοντέλου.

Έπειτα είναι η «πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδος» η οποία είναι συνδεδεμένη με το σκάνδαλο της Λέρου. «Οι συνθήκες νοσηλείας στη Λέρο ήταν άθλιες και έγιναν το αντικείμενο διεθνούς κατακραυγής. Με τον τρόπο αυτό το Ψυχιατρείο της Λέρου έγινε το παγκόσμιο σύμβολο της αθλιότερης ασυλικού τύπου περίθαλψης. Ταυτόχρονα όμως έγινε και η αφορμή για την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας, με τη μερική

---

<sup>38</sup>Βλ. Σαββάκης Μάνος, Τζανάκης Μανόλης, «Ψυχιατρικές Υπηρεσίες Κοινοτικού Τύπου και Αναδιάρθρωση του Κράτους Πρόνοιας». Αναρτημένη ανακοίνωση στο Παγκόσμιο συνέδριο με θέμα κοινωνική οικονομία. Ευρωπαϊκές Κοινωνικές Επιχειρήσεις – Συνεταιρισμοί Τι- Πως- Γιατί; 16<sup>ο</sup> Συνέδριο (EFEC) το οποίο έλαβε χώρα στην Αθήνα, στις 2-8 Οκτωβρίου 2003.

χρηματοδότηση της από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα».<sup>39</sup> Τα ιστορικά στοιχεία δείχνουν ότι «το σκάνδαλο» της Λέρου δεν προηγήθηκε της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, αλλά ήταν αυτό το νησί σύμβολο που συμπύκνωσε εννοιολογικά το πρόταγμα της αλλαγής.

Το 1984 ψηφίστηκε ο κανονισμός 815 της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την χρηματοδότηση της μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής. Ο κανονισμός προέβλεπε την δημιουργία εναλλακτικών θεσμών, την εκπαίδευση του προσωπικού και άλλες δράσεις που αποσκοπούσαν στην μεταστροφή της λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών προς το κοινοτικό μοντέλο. Οι περισσότερες σύγχρονες μονάδες ιδρύθηκαν με συγχρηματοδότηση από τον κανονισμό αυτό.

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 ιατρείων 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 ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.<sup>40</sup>

Η «δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδος» ξεκινά με τον καινούργιο 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 αρχίσει και πρέπει να ολοκληρωθεί.

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» συνιστά σήμερα τη βασική γραμμή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Αποτελεί το κεντρικό όχημα για το πέρας σε μια νέα εποχή της ψυχιατρικής περίθαλψης. Μπορεί να σχεδιάστηκε κεντρικά αλλά αντανάκλα και συγκεντρώνει όλα τα συσσωρευμένα αιτήματα της ψυχιατρικής κοινότητας για ουσιαστικές αλλαγές στα Ελληνικά Ψυχιατρεία.<sup>41</sup>

Το «Ψυχαργός» αφορά όλα τα ψυχιατρεία της χώρας. Αναφέρεται στους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες που βρίσκονται επί χρόνια στα ψυχιατρεία και αδυνατούν μέχρι σήμερα να ενταχθούν στον κοινωνικό ιστό. Προσφέρει στεγαστική αποκατάσταση (ξενώνες και

<sup>39</sup>Βλ. Λιάκος, «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Lempiere T., Feline A., et al, 1995, τ.ΙΙ, σ 393.

<sup>40</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., *Εισαγωγή στη Κοινωνική Ψυχιατρική*, Αθήνα, Καστανιώτης, 2000β.σ. 421.

<sup>41</sup>Βλ. Λιοδάκης Α., «Ψυχαργός: το επόμενο βήμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», άρθρο από διαδίκτυο, ιστοσελίδα [www.myrep.gr](http://www.myrep.gr).

οικοτροφεία) αλλά και εργασιακή απασχόληση μέσα από συγκεκριμένα αντικείμενα κατάρτισης (εργαστήρια).

Έμφαση δόθηκε στον τομέα της εκπαίδευσης. Η κατάρτιση των νέων στελεχών ψυχικής υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο της εφαρμογής εξειδικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Τέλος, δίνεται μεγάλη έμφαση στην επέκταση προγραμμάτων «αποκαταστασιακού» χαρακτήρα. Τα προγράμματα αυτά υιοθετούσαν έναν προσανατολισμό «επανεξέτασης στον κοινωνικό ιστό» των ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις που διαβιούσαν στα μεγάλα και στα μικρότερα ψυχιατρεία της χώρας.

Η Α΄ φάση του «Ψυχαργός» τέθηκε σε εφαρμογή κατά τη περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο ενός προγράμματος συγχρηματοδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με στόχο τη καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα Δημόσια Ψυχιατρεία της Ελλάδας. Το πρόγραμμα ξεκίνησε με τη δημιουργία συνεργασιών μεταξύ των Ψυχιατρείων και των Γενικών Περιφερειακών ή Νομαρχιακών Νοσοκομείων, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή όλων των παραγόντων των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

Η Β΄ φάση τέθηκε σε εφαρμογή ως συνέχεια της Α΄ φάσης κατά τη περίοδο 2002-2003, και επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα Δημόσια Ψυχιατρεία της Ελλάδας. Οι ομάδες στόχοι στα ψυχιατρεία αποτελούνταν από ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές παθήσεις και ασθενείς με νοητική καθυστέρηση που νοσηλεύονταν στα Ψυχιατρεία αυτά.<sup>42</sup>

Όπως παρακολουθήσαμε την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα μέσα από τη δημιουργία των ασύλων και των θεσμών που συγκρότησαν το σύστημα της ασυλιακής ψυχιατρικής, έτσι και τη μετάβαση στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας μπορούμε να την παρακολουθήσουμε δια μέσου, της δημιουργίας κατ' αρχήν, της επέκτασης αργότερα των νέων «τόπων» συνάντησης θεραπευτών και θεραπευομένων.

Η σημασία που έχει το δημόσιο ψυχιατρείο για την κοινωνική και πολιτισμική κατασκευή της ελληνικής ψυχιατρικής δεν περιορίζεται απλώς στη λειτουργία του ως προϊόντος παροχής περίθαλψης, αλλά παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις εξαιτίας του ιστορικού δεδομένου ότι ακριβώς μέσω αυτού του ιδρύματος εισήχθη στην Ελλάδα η βιοϊατρική ψυχιατρική.

---

<sup>42</sup>Βλ. Τζωράκη - Χατζάκη Α. et al., «Η υφιστάμενη κατάσταση στο νομό Χανίων, ο μελλοντικός σχεδιασμός και προτάσεις για διασύνδεση όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη κοινότητα ανά νομό», αδημοσίευτο κείμενο, σ. 1-4.

Στοιχεία γνωστά από τον αντίστοιχο δημόσιο τομέα παρουσιάζονται και στην λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών, ως μια μορφή εναλλακτικής νοσηλείας ασθενών. Στη πραγματικότητα όμως, η «εναλλακτικότητα» έγκειται μόνο στο κόστος της περίθαλψης.

Τέλος, η ίδρυση νέων, μη ιδρυματικών ψυχιατρικών υπηρεσιών σηματοδοτεί την εμφάνιση νέων προτύπων για τη ψυχιατρική πραγματικότητα στην Ελλάδα καθώς επίσης, και αλλαγές στη παραδοσιακή ψυχιατρική ιδεολογία.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup>Βλ. Blue A., σ. 60, ό.π.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



#### 3.1. Δημόσια ψυχιατρική φροντίδα

Η ψυχιατρική φροντίδα στην Ελλάδα ανήκει είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, τον Ψυχιατρικό τομέα του Γενικού Νοσοκομείου, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ψυχικής Υγιεινής, τα Εξωτερικά Ιατρεία, το Νοσοκομείο Ημέρας, τους Ξενώνες, τα Οικοτροφεία, τα Διαμερίσματα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης, τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και τις Κινητές Μονάδες. Οι παραπάνω θεσμοί συναποτελούν το *διαφοροποιημένο δίκτυο των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών*. Συνοπτικά αναφέρουμε τους στόχους και τη λειτουργικότητά τους.

##### 3.1.1. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Ειδικότερα, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, που είναι ο πιο παραδοσιακός ψυχιατρικός θεσμός, αποτελεί το βασικό άξονα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στη δεκαετία του '30 τα άσυλα μετονομάζονται σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Έκτοτε παρατηρούνται αλλαγές στη μορφή και τη λειτουργικότητά τους. Πιο συγκεκριμένα οι θεραπευτικοί προσανατολισμοί δεν είναι προσκολλημένοι σε 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. Έτσι παρατηρούμε να ενδυναμώνετε ο ρόλος των ήδη υπάρχοντων επαγγελματιών όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές κ.α. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο δεν αποσκοπεί πλέον στη δια βίου ανάληψη της ευθύνης των νοσηλευμένων αλλά στη περιστασιακή αντιμετώπιση των «οξέων φάσεων», με σταθερό το μέλημα της επιστροφής στους φυσικούς χώρους διαβίωσής τους.<sup>44</sup>

Ο τύπος ασθενούς που εισάγεται σε ίδρυμα και ο χρόνος παραμονής του καθορίζεται όχι μόνο από τις βιοϊατρικές αντιλήψεις για τη ψυχασθένεια αλλά και τις σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις. Η ελληνική ψυχιατρική νομοθεσία προβλέπει ότι το «επικίνδυνον» του ασθενούς

<sup>44</sup>Βλ. Falloon I., Fadden G., «Integrated mental health care», Νέα Υόρκη, Cambridge University Press, 1995, σ. 137-139 και Λειβαδίτης Μ., «Δομές και λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών στη Θράκη», στο Lempiere T., Feline A., et al, 1995, τ. II, σ. 321-323.



για τον εαυτό του ή τους άλλους καθορίζει την ανάγκη για ακούσια εισαγωγή και κράτηση στο Ψυχιατρείο.<sup>45</sup>

Σε μερικές περιπτώσεις, όπως στην περίπτωση απουσίας οικογένειας και έλλειψης εναλλακτικών λύσεων κοινοτικής περίθαλψης, οι ψυχασθενείς αναγκάζονται να παραμείνουν σε ίδρυμα ακόμη και αν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους βρίσκονται σε ύφεση.

Αναφορικά με το ρόλο του προσωπικού που συμμετέχει επίσημα στο κόσμο του Ψυχιατρείου και την αγωγή των ασθενών, η αποτελεσματικότητα της δικής του συμμετοχής καθορίζεται από τη σχετικότητα των γνώσεων και της εκπαίδευσης του, καθώς και από την περιορισμένη αριθμητικά τουλάχιστον παρουσία του. Παρόλο που η έλλειψη επαρκούς εκπαιδευμένου βοηθητικού προσωπικού ή και προσωπικού άλλων ειδικοτήτων, πέραν των ψυχιάτρων στο παρελθόν δεν επέτρεπε στην ελληνική ψυχιατρική να ενσωματώσει και να στηριχθεί σε ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές μεθόδους, αυτό έχει αρχίσει σταδιακά να αλλάζει με την επίδραση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, καθώς όλο και περισσότεροι επαγγελματίες εκπαιδεύονται προς αυτή την κατεύθυνση.<sup>46</sup>

Η καθημερινή ρουτίνα, η απουσία ερεθισμάτων και οι ιεραρχικά δομημένες σχέσεις μεταξύ του προσωπικού, είναι μερικές από τις πάγιες καταστάσεις που συναντάμε στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα. Καταστάσεις που αναπαράγουν την ιδρυματοποίηση των εργαζομένων και εμποδίζουν την ίδια τους την προσωπική ανάπτυξη, στο βαθμό που δεν δημιουργούνται συνθήκες και δυναμικές που να τις αναιρούν.<sup>47</sup>

Μια σημαντική διάσταση της μεταχείρισης των ασθενών είναι η γραφειοκρατία, που αποτελεί γνώριμο και αναμενόμενο στοιχείο της ελληνικής ζωής και των δημόσιων ιδρυμάτων της. Η γραφειοκρατία, με τους νόμους και τους κανονισμούς της μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια στο ψυχιατρικό έργο, ενίοτε ανυπέβλητα. Στο κόσμο των ελληνικών ψυχιατρείων, οι ενέργειες που αφορούν την περίθαλψη των ασθενών μπορεί να μην είναι πάντα αποτέλεσμα αποφάσεων που προέρχονται αποκλειστικά από τη βιοϊατρική ψυχιατρική, αλλά και άλλων που πηγάζουν από την παρέμβαση της γραφειοκρατίας.<sup>48</sup>

Τα ελληνικά δημόσια ψυχιατρεία είναι τα εξής: το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων που εξυπηρετεί την περιφέρεια της Κρήτης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου για την περιφέρεια των νησιών Αιγαίου, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης για την Πελοπόννησο, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας για τα νησιά Ιονίου και την Ήπειρο, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί) και το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο για την Κεντρική Ελλάδα, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου για τη Θεσσαλία και τη

---

<sup>45</sup>Βλ. Blue A., σ. 91, ό.π.

<sup>46</sup>Ομοίως, σ. 95.

<sup>47</sup>Βλ. Φαφαλιού Μ., σ. 292, ό.π..

<sup>48</sup>Βλ. Blue A, σ. 108, ό.π.

Μακεδονία και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης για την περιφέρεια της Μακεδονίας και της Θράκης.

Παρατηρούμε ότι κάθε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο καλύπτει μια συγκεκριμένη περιφέρεια της χώρας. Σύμφωνα με τις Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας, της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας, της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητα στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.<sup>49</sup>

### 3.1.2. Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται διεθνώς μια τάση ανάπτυξης ψυχιατρικών τομέων σε γενικά νοσοκομεία. Η τάση αυτή απαντά αφενός στη προσπάθεια μείωσης των ψυχιατρικών κλινών σε μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα, και αφετέρου στην ανάγκη παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στους ασθενείς των γενικών νοσοκομείων. Οι ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων απευθύνονται στους κατοίκους της περιοχής ευθύνης που καλύπτει το νοσοκομείο. Μπορούν μάλιστα να καλύψουν όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες πλην ίσως αυτής της μακροχρόνιας νοσηλείας, η οποία εξακολουθεί να καλύπτεται κυρίως από το ψυχιατρείο, αλλά και από τους ξενώνες και τα οικοτροφεία.<sup>50</sup>

Ο σύγχρονος αυτός τρόπος νοσηλείας αποτελεί μια πρόταση διαφορετικής επαφής με τον άρρωστο, παρέχει καλύτερες συνθήκες περίθαλψης, διαθέτει πολλαπλότητα υπηρεσιών και έχει οικοδομήσει γέφυρες προς την υπόλοιπη ιατρική δίνοντας διαφορετική «φυσιογνωμία» στη ψυχιατρική.

Στην Ελλάδα η πρώτη αμιγής ψυχιατρική κλινική μέσα στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1978 από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης στην Αλεξανδρούπολη και στη συνέχεια στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης.<sup>51</sup>

Η ύπαρξη ενός Ψ.Τ.Γ.Ν. έχει κύριους στόχους τη νοσηλεία ψυχικά ασθενών, τη ψυχολογική φροντίδα αρρώστων άλλων κλινικών και την εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση σε ψυχολογικά θέματα άλλων ειδικοτήτων. Ειδικότερα όσον αφορά την ψυχολογική φροντίδα αρρώστων άλλων κλινικών, ο Ψ.Τ.Γ.Ν. μπορεί να οργανώνει ομάδες ασθενών με ομοειδή

<sup>49</sup>Βλ. Νόμος Υπ' Αριθ. 2716, *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος πρώτο, αρ. φύλλου 96, 17 Μαΐου 1999.

<sup>50</sup>Βλ. Σακκάς Π., «Ψυχιατρική στο Ψυχιατρικό τομέα του Γενικού νοσοκομείου», στο Χριστοδούλου et al, Αθήνα, Βήτα, 2004, τόμος β, σ. 852.

<sup>51</sup> Βλ. Ιεροδιακόνου Χ. Σ., «Ο ψυχιατρικός τομέας του Γενικού Νοσοκομείου», στο Ιεροδιακόνου et al, Θεσσαλονίκη, Μαστορίδης, 1988, σ. 423.

προβλήματα όπως για παράδειγμα γυναικών που έχουν κάνει μαστεκτομή. Οι ασθενείς αυτοί, με ειδική καθοδήγηση εκφράζουν και εκτονώνουν τα συναισθήματα τους και αλληλοβοηθούνται. Ακόμα μπορεί να αναπτύξει ειδικές κατευθύνσεις δράσης, όπως υποστήριξη ασθενών με AIDS και φορέων HIV στην αναζήτηση νέας ταυτότητας και σκοπών ζωής.<sup>52</sup>

Η περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων γίνεται με εκούσια προσέλευση τους (και όχι με το σύστημα του ακούσιου εγκλεισμού ύστερα από έγκριση εισαγγελέα) διότι οι υπηρεσίες του Ψ.Τ.Γ.Ν. λειτουργούν με «ανοικτές πόρτες». Το γεγονός αυτό, μαζί με τη στέγαση ψυχιατρικών υπηρεσιών δίπλα σε άλλες ιατρικές και προνοιακές υπηρεσίες μέσα στο ίδιο νοσοκομείο ενδυναμώνει την πρόληψη προς την ψυχική πάθηση και βοηθά στην καταπολέμηση του κοινωνικού «στίγματος» που τη συνοδεύει.

Η δημιουργία του Ψ.Τ.Γ.Ν. σε επαρχιακές πόλεις συμβάλλει στην αποκέντρωση και στην ευκολότερη πρόσβαση σε ψυχιατρικές υπηρεσίες για τον ψυχικά ασθενή και τους συγγενείς του.

Μέσα στο ρόλο του Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι και η προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της κοινότητας του νοσοκομείου. Με αυτό τον τρόπο οι γιατροί των άλλων ειδικοτήτων ευαισθητοποιούνται και αντιμετωπίζουν τον άρρωστο τους «ολιστικά», μέσα από μία βιο-ψυχο-κοινωνική θεώρηση.

Οι δυνατότητες του ψυχιατρικού τομέα στο Γενικό Νοσοκομείο είναι πολύ μεγάλες και η αξιοποίηση αυτών των δυνατοτήτων εναπόκειται στην αντοχή και τη φαντασία των ανθρώπων που εργάζονται σε αυτόν.

### **3.1.3. Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ψυχικής Υγιεινής**

Τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στην Αμερική την δεκαετία του 1960 σαν η κατ' εξοχή υπηρεσία που θα κάλυπτε τις ανάγκες της πρόληψης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών των κατοίκων μιας κοινότητας, και ήταν βασισμένα στις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Την εμπειρία αυτή δανείστηκε και η χώρα μας στην οργάνωση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας.<sup>53</sup>

Το Κ.Ψ.Υ αποτελεί τον κόμβο των αποκεντρωμένων ψυχιατρικών συστημάτων και πολλές φορές λειτουργεί συμπληρωματικά ή παράλληλα με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Στο πλαίσιο του Κέντρου Ψυχικής Υγείας οι θεραπευτικοί χειρισμοί δεν είναι μονοσήμαντα ιατρικοί αλλά αποτελούνται από μία ευρεία γκάμα τεχνικών ψυχοκοινωνικής και φαρμακευτικής παρέμβασης (ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, συμβουλευτική, φαρμακοθεραπεία κ.ά.). Έτσι η δομή και λειτουργία του ξεφεύγει από το στενά ιατρικό

<sup>52</sup>Βλ. Σακκάς Π., σ. 854 ό.π.

<sup>53</sup>Βλ. Γκιουζέπας Ι., «Επείγουσες Ψυχιατρικές Περιπτώσεις», στο Ιεροδιακόνου et al, σ. 492, ό.π.

πλαίσιο αφού πολλά κοινωνικά επαγγέλματα εργάζονται σε αυτό. Τα Κέντρα ψυχικής Υγείας έχουν συνήθως αλλά όχι πάντα, τη δυνατότητα πλήρους νοσηλείας ολίγων ατόμων (στην Ελλάδα δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο).

Όσον αφορά το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, είναι ένας καθιερωμένος θεσμός, μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχιατρικής. Μέσα από την αποκέντρωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί η έγκαιρη επισήμανση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη) ή να διατηρηθεί η λειτουργικότητα ενός χρόνια ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτή (τριτοβάθμια πρόληψη).<sup>54</sup>

Συνήθως ένα Κ.Ψ.Υ περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών, όπως κλινική άμεσης προσπέλασης και επανεξετάσεων, τμήμα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπειών, μονάδα ημερήσιας περίθαλψης και αποκατάστασης, παιδοψυχιατρική υπηρεσία και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαθέτει μικρό αριθμό κρεβατιών.

Είναι διασυνδεδεμένο με ενδονοσοκομειακή μονάδα και άλλες υπηρεσίες όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα εργαστήρια ή διαμερίσματα, που συνήθως καλύπτουν τις ανάγκες χρόνιων ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.<sup>55 56</sup>

Η επέκταση των Κ.Ψ.Υ αποτελεί βασικό σημείο της σημερινής φάσης της μεταρρύθμισης στο πλαίσιο της προσπάθειας να αποκεντρωθούν και να αποϊδρυματοποιηθούν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες και να τοποθετηθούν στο ευρωπαϊκό κοινοτικό πλαίσιο.

### 3.1.4. Εξωτερικά Ιατρεία

Τα εξωτερικά ιατρεία συνήθως περιλαμβάνονται στις ψυχιατρικές μονάδες των Γενικών Νοσοκομείων, έτσι ώστε να αποφεύγεται η σύνδεση με το ψυχιατρικό νοσοκομείο και οι χρήστες του να αποφεύγουν το πιθανό στίγμα.<sup>57</sup> Δέχονται περιστατικά τα οποία

<sup>54</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., «Ψυχιατρική σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής», στο Χριστοδούλου, σ. 260, ό.π.

<sup>55</sup>Ομοίως, σ. 260.

<sup>56</sup>Η Άννα Ποταμιάνου, ψυχολόγος και ψυχαναλύτρια ίδρυσε το 1956 ως πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου το «Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Έρευνας» στην Αθήνα, στα πρότυπα της «ανοικτής περίθαλψης» υπό τη σκέπη του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος. Στη συνέχεια το Κ.Ψ.Υ δημιούργησε παραρτήματα σε πολλά μέρη της Ελλάδας. Αν και βασίστηκε στις αρχές της κοινωνικής ιατρικής δεν ακολούθησε τη λογική της τομεοποίησης και συνδέθηκε οργανικά με τις υπόλοιπες ψυχιατρικές υπηρεσίες. Βλ. Μαδιανός Μ., *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1994, σ. 200-202, και Βλαχάκη Ε., «Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ως πρώτη εστία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και οι μεταμορφώσεις του μέσω των διαφορετικών πολιτικών επιλογών για την ψυχική υγεία», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 66, 1999, σ. 99-101, και Ποταμιάνου Ά., «Παρουσίαση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής», *Σύγχρονα Θέματα*, τ.19, 1983, σ. 91-92.

<sup>57</sup>Μπορεί, όπως στο Θ.Ψ.Π.Χ. να είναι σε ανεξάρτητο χώρο, έξω πάντως από το ψυχιατρείο.

αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα των αναγκών της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης σε Ψυχιατρική φροντίδα.

Οι ασθενείς προσέρχονται μόνοι τους ή παραπέμπονται από τα εξωτερικά ιατρεία των άλλων ειδικοτήτων. Ο αριθμός των ατόμων που προσέρχονται στα ιατρεία αυτά είναι ανάλογος με τις υπόλοιπες υπηρεσίες που υπάρχουν στην περιοχή.

Ο ρόλος των εξωτερικών ιατρείων είναι καταλυτικός σε άτομα που χρήζουν άμεσης ψυχιατρικής φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η ταλαιπωρία της μετάβασης σε ψυχιατρικό ίδρυμα.

### **3.1.5. Νοσοκομείο Ημέρας**

Το Νοσοκομείο Ημέρας είναι μια από τις πρώτες μορφές ψυχιατρικής οργάνωσης που παύει να αποτελεί απλή ασφαλιστική δικλείδα ανάμεσα στο άρρωστο και την κοινότητα και γίνεται φορέας κοινωνικοποίησης και ψυχιατρικής μέριμνας. Είναι μια πολύ χρήσιμη υπηρεσία διότι αποτρέπει την εισαγωγή πολλών αρρώστων και υποβοηθά την έξοδο των εσωτερικών νωρίτερα.

Σύμφωνα με την Blue A. στο πρόγραμμα του Νοσοκομείου Ημέρας γίνονται δεκτοί 20-30 ασθενείς με ιστορικό σοβαρής ψυχασθένειας, σχιζοφρένειας κυρίως, που μπορούν εύκολα να καλύπτουν σε καθημερινή βάση την απόσταση ανάμεσα στο σπίτι τους και στο Νοσοκομείο. Το πρόγραμμα που διαρκεί από τις 9 π.μ μέχρι τις 2 μ.μ περιλαμβάνει ομαδικές δραστηριότητες όπως ζωγραφική ή συζητήσεις πάνω σε θέματα επανένταξης, καθώς και φαρμακευτική αγωγή.<sup>58</sup>

Η εισαγωγή γίνεται εκούσια και με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Το πρόγραμμα είναι βασισμένο στη ιδέα της Θεραπευτικής Κοινότητας. Το προσωπικό παροτρύνει τους ασθενείς να συμμετέχουν με δικές τους προτάσεις και υποδείξεις και να παίρνουν τα φάρμακά τους με δική τους πρωτοβουλία. Ένα άλλο στοιχείο του προγράμματος είναι η εβδομαδιαία έξοδος σε καφετέριες, στον κινηματογράφο κ.τ.λ. Η ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η ομαδική θεραπεία και οι συζητήσεις με μέλη της οικογένειας, αποτελούν επίσης μέρος της θεραπευτικής αγωγής.

Η νοσηλεία του αρρώστου για ένα μέρος μόνο του 24ώρου: εξασφαλίζει τη διατήρηση της σχέσης του με το οικογενειακό του περιβάλλον και ο άρρωστος δεν απομονώνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, αλλά νοσηλεύεται σε ένα χώρο ελεύθερο βλαπτικών επιδράσεων. Διακόπτει το συνεχή συγχρωτισμό του αρρώστου με την οικογένεια του και τις καθημερινές προστριβές που προκύπτουν πολλές φορές από αυτόν. Εμποδίζει το στιγματισμό που συνεπάγεται ο εγκλεισμός σε παραδοσιακό ψυχιατρείο. Επιτρέπει στον

---

<sup>58</sup>Βλ. Blue A., σ. 131, ό.π.

άρρωστο ενώ νοσηλεύεται να διατηρεί συγχρόνως ένα μέρος από τον κοινωνικό, οικογενειακό, ίσως και επαγγελματικό του ρόλο. Το ψυχιατρικό περιστατικό προσέρχεται πιο εύκολα και πιο έγκαιρα στο νοσοκομείο όταν δεν αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο του εγκλεισμού. Στην Ελλάδα το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας λειτούργησε το 1977 στα πλαίσια της ψυχιατρικής κλινικής του Αιγινητείου.<sup>59</sup>

### **3.1.6. Ξενώνες, Οικοτροφεία και Διαμερίσματα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης**

Οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα διαμερίσματα ημιαυτόνομης διαβίωσης αποκατάστασης εντάσσονται συχνά στο πλαίσιο ενός προγράμματος και επανένταξης.

Ο ξενώνας ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία, και υποστήριξη ύστερα από αίτηση τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Ειδικότερα στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνση τους από το περιβάλλον της οικογένειας τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τα ζώη στην κοινότητα.<sup>60</sup>

Η δυνατότητα υποδοχής 15-20 ατόμων θεωρείται η άριστη, ώστε να υπάρχει κατά το δυνατόν «οικογενειακή ατμόσφαιρα». Οι φιλοξενούμενοι έχουν ενεργή συμμετοχή στη λειτουργία τους (π.χ. μαγείρεμα, καθαριότητα). Η φιλοξενία των ατόμων σε ξενώνα συνδυάζεται με προγράμματα κοινωνικοποίησης, αποκατάστασης ή εργασίας. Υπάρχουν πάρα πολλοί ξενώνες στη χώρα μας, και αναπτύσσονται διαρκώς.

Το οικοτροφείο<sup>61</sup> είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας,<sup>62</sup> στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή του στη κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Τα διαμερίσματα ημιαυτόνομης διαβίωσης αφορούν τους πλέον αυτόνομους ασθενείς. Αυτοί οι ίδιοι αναλαμβάνουν την λειτουργία του διαμερίσματος με ορισμένη

<sup>59</sup>Βλ. Μαντωνάκης Ι., «Ψυχιατρική σε Μονάδες Μερικής Νοσηλείας», στο Χριστοδούλου et al, σ. 855-858, ό.π.

<sup>60</sup>Βλ. Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος δεύτερο, αρ. φύλλου 661, 23 Μαΐου 2000).

<sup>61</sup>Ομοίως.

<sup>62</sup>Η υποστήριξη των οικοτροφείων διαβαθμίζεται ανάλογα με τη παρουσία του προσωπικού σε αυτά. Υψηλός βαθμός προστασίας σημαίνει 24ωρη παρουσία προσωπικού.

βοήθεια από κοινωνικούς λειτουργούς ή νοσηλευτές για τα σύνθετα προβλήματα και με επισκέψεις ανά τακτά διαστήματα στο διαμέρισμα.<sup>63</sup>

Ανάμεσα στις υπηρεσίες που αφορούν την επαγγελματική απασχόληση και εκπαίδευση των ασθενών είναι οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί προεπαγγελματικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης.<sup>64</sup> Πρόκειται για μορφές προστατευμένης εργασίας που επιτρέπει την ανάπτυξη των ατόμων ως κοινωνικών υποκειμένων και την σχετική τουλάχιστον αυτονόμησή τους από την εξάρτηση των ιδρυμάτων. Η ιδέα της επιχείρησης συνδυάζεται με τον θεραπευτικό τους προσανατολισμό και η ισορροπία της θεραπευτικής με την επιχειρηματική διάσταση. Αυτή η εναλλακτική εργασία προϋποθέτει μια επιχείρηση που δεν έχει κάτι λιγότερο από οποιαδήποτε άλλη επιχείρηση αλλά που έχει κάτι παραπάνω. Η εκπαίδευση, η εξάσκηση και η αποκατάσταση γίνονται συστατικά της διαδικασίας παραγωγής. Ο μισθός των ατόμων που εργάζονται είναι μια άλλη σημαντική πλευρά των συνεταιρισμών.<sup>65</sup>

Η προεπαγγελματική εκπαίδευση παρέχεται σε ειδικά κέντρα τα οποία δέχονται παραπομπές από θεραπευτικές μονάδες (νοσοκομεία, νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ψυχικής υγείας) αλλά και από κοινωνικές υπηρεσίες. Στη συνέχεια οι εκπαιδευόμενοι προωθούνται προς την επαγγελματική εκπαίδευση και μερικές φορές κατευθύνονται σε θέσεις εργασίας. Στη χώρα μας η επαγγελματική εκπαίδευση παρέχεται από περιορισμένο αριθμό εξειδικευμένων κέντρων.<sup>66</sup>

### 3.1.7. Κινητές Μονάδες

Με τις κινητές μονάδες οι ψυχιατρικές υπηρεσίες γίνονται διαθέσιμες αφενός στα Κοινοτικά Κέντρα Υγείας - Νοσοκομεία και αφετέρου στα σπίτια των σθενών που βρίσκονται σε διάφορες περιοχές της επαρχίας.

Η κινητή μονάδα κατά βάση αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και επισκέπτη υγείας. Η μονάδα επισκέπτεται σε καθορισμένες μέρες τα Κέντρα Υγείας όπου εξετάζουν αρρώστους ή και τα σπίτια αρρώστων με ιδιαίτερο μεταφορικό μέσο. Έτσι εξασφαλίζεται η συνέχεια της θεραπείας, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ελέγχεται επιτόπια η επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη του αρρώστου, υποβοηθείται η

<sup>63</sup>Βλ. Πλουμπίδης Δ., «Ψυχιατρική σε άλλες Δομές της Κοινότητας», στο Χριστοδούλου et al, σ. 863-867, ό.π.

<sup>64</sup>Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Βλ. Νόμος Υπ' Αριθ. 2716, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος πρώτο, αρ. φύλλου 96, 17 Μαΐου 1999.

<sup>65</sup>Βλ. Λιοδάκης Α., «Εμπειρίες αποϊδρυματισμού στο Θ.Ψ.Π.Χ», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης*, 1993.

<sup>66</sup>Επίσης, κάθε ξενώνας που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος 'Ψυχαργός' έχει και ένα επαγγελματικό εργαστήριο (π.χ. πλυντήριο αυτοκινήτων).

οικογένεια προς σωστές τοποθετήσεις, προλαμβάνονται οι κρίσεις, αποφεύγεται η μεταφορά του αρρώστου στη πόλη κ.τ.λ.<sup>67</sup>

Οι υπηρεσίες αυτές έχουν μεταβάλλει σε σημαντικό βαθμό τον παραδοσιακό τομέα των υπηρεσιών της ελληνικής ψυχιατρικής. Συγχρόνως παρέχουν καινούρια πρότυπα της πραγματικότητας και αποτελούν το σύμβολο μιας ψυχιατρικής εποχής για την Ελλάδα. Η πρώτη κινητή μονάδα ήταν εκείνη της Φωκίδας που ξεκίνησε το 1981 με την προοπτική να αποκεντρώσει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να εξυπηρετήσει αντίστοιχα μια αγροτική περιοχή που δεν διέθετε κανένα είδος ψυχιατρικής περίθαλψης.<sup>68</sup>

### 3.2. Ιδιωτική ψυχιατρική φροντίδα

Ο ιδιωτικός τομέας αποτελεί σημαντική πηγή παροχής υπηρεσιών στο χώρο της ελληνικής ψυχιατρικής. Ο τομέας αυτός έχει προσφέρει στους μεν ειδικούς μια προσοδοφόρο αγορά όπου διαθέτουν τις υπηρεσίες τους, σε μερίδα δε του κοινού τη δυνατότητα επιλογής όσον αφορά τη ψυχιατρική περίθαλψη.

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές παρουσιάστηκαν στη χώρα μας στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Εκείνη την περίοδο το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και το Δρομοκαϊτειο είχαν μια συνολική χωρητικότητα 400 περίπου κλινών. Η πλειοψηφία των ψυχοπαθών τους παρουσίαζε σοβαρές ψυχικές παθήσεις περίπου ανίατες και χρόνιες. Ο αριθμός των αρρώστων από τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις και των απόρων μεγάλωνε σταθερά.

Την ίδια εποχή οι ανώτερες και μεσαίες κοινωνικές τάξεις της Αθηναϊκής κοινωνίας ήταν αριθμητικά και οικονομικά ικανές να εξασφαλίσουν την λειτουργία ιδιωτικών ιδρυμάτων και ιδεολογικά προπαρασκευασμένες για να αποδεκτούν την ιατρική θεραπεία των ψυχοπαθών τους σε ειδικευμένα ιδρύματα.

Η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών δεν ρυθμιζόταν ρητά από το νόμο ΨΜΒ του 1862. Ειδικοί νόμοι περί ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών δεν υπήρξαν πριν από το 1923. Η πρώτη ελληνική ιδιωτική κλινική ιδρύθηκε στην Αθήνα το 1904 από τον Σ. Βλαβιανό. Στη συνέχεια, ιδρύθηκε η ιδιωτική κλινική του καθηγητή Μ. Κατσαρά, το 1910. Όπως αναφέρει ο Πλουμπίδης, γύρω στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ιδρύθηκαν οι ιδιωτικές κλινικές «Σαλπεντριέρη» και «Ασκληπιείο».<sup>69</sup> Ο Κ. Οικονομάκης σε ανακοίνωση στην Ιατρική Εταιρία Αθηνών, το 1909, παρουσιάζοταν σαν ο Διευθυντής της ιδιωτικής νευρολογικής κλινικής «Γαληνός».<sup>70</sup>

<sup>67</sup>Βλ. Ιεροδιακόνου Χ. Σ., «Ο ψυχιατρικός τομέας του Γενικού Νοσοκομείου», στο Ιεροδιακόνου et al, *Ψυχιατρική*, σ. 428, ό.π.

<sup>68</sup>Βλ. Blue A., σ. 131, ό.π.

<sup>69</sup>Σύμφωνα με την Blue A., οι κλινικές «Σαλπεντριέρη» και «Ασκληπιείο» ιδρύθηκαν μετά το 1910, ενώ παραμένει ασαφές ποιος είχε τη διεύθυνση τους. Βλ. Blue A., σ. 110, ό.π.

<sup>70</sup>Βλ. Πλουμπίδης Δ., σ. 211, ό.π.



Οι ιδιωτικές κλινικές συχνά έφεραν τον τίτλο του «Νευρολογικού Θεραπευτηρίου», τίτλος ο οποίος αποκαλύπτει αφενός το γεγονός ότι η νευρολογία και η ψυχιατρική είναι συγχωνευμένες στο κόσμο τόσο των ειδικών όσο και του ευρύτερου κοινού, και αφετέρου ότι υπάρχει μια στάση δημόσιας επιφύλαξης, γύρω από την ψυχασθένεια.<sup>71</sup>

Στα χρόνια μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τον Εμφύλιο, όταν η Ελλάδα άρχισε να ανασυγκροτείται οικονομικά, και σημειώθηκε αύξηση του πληθυσμού των πόλεων με την εσωτερική μετανάστευση αγροτών προς την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, το δίκτυο των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών εξαπλώθηκε. Αυτή η εξαπλώση στηρίχθηκε αφενός από ένα αυξανόμενο πυρήνα ψυχιάτρων που επιθυμούσαν να ενισχύσουν το εισόδημά τους με τη προσφορά υπηρεσιών, και αφετέρου από ένα κοινό που ήταν πρόθυμο να αγοράσει τις υπηρεσίες αυτές.<sup>72</sup>

Παρατηρείται ένας σημαντικός αριθμός ψυχιάτρων να στρέφεται προς τις ιδιωτικές κλινικές, αφού μπορούσαν ευκολότερα να διαθέσουν χρόνο στην ιδιωτική τους πελατεία, καθώς δεν είχαν ούτε το βάρος των χρόνιων ασθενών, ούτε του πολυάριθμου προσωπικού, ούτε τις πατεernalιστικές παραδόσεις των μεγάλων ασύλων.

Μέχρι το 1989, ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών της χώρας είχε μειωθεί σε 40, από 49 που ήταν το 1977.<sup>73</sup> Οι κλινικές ήταν συγκεντρωμένες στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Από την εποχή όμως που εφαρμόστηκε το Ε.Σ.Υ. πολλές από τις επαρχιακές κλινικές που ανήκαν σε ντόπιους ψυχιάτρους και διευθυνόταν από τους ίδιους έκλεισαν.

Παρόλο που οι ιδιωτικές κλινικές μειώνονται σήμερα εξαιτίας του Ε.Σ.Υ. και της ανάπτυξης κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, εξακολουθούν να κατέχουν σημαντική θέση στις ενέργειες ασθενών και οικογενειών που αναζητούν ψυχιατρική φροντίδα.

Το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με την ψυχασθένεια και γενικά κακή φήμη των δημόσιων ψυχιατρείων, κυρίως κατά το παρελθόν, κάνει πολλές οικογένειες να αποφεύγουν καταρχήν να στέλνουν τον συγγενή τους σε ένα «Δαφνί» ή μια «Σούδα». Η εισαγωγή σε μια ιδιωτική κλινική είναι ένας διακριτικότερος τρόπος να παραδεχθεί μια οικογένεια ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχασθένειας ένα μέλος της. Επίσης ο κόσμος γενικά φαντάζεται ότι το περιβάλλον καθώς και οι συνθήκες θεραπείας στις κλινικές αυτές, όπου το καθετί πληρώνεται, θα είναι καλύτερης ποιότητας από εκείνες του δημόσιου τομέα.<sup>74</sup>

Οι κλινικές αυτές προσφέρουν στις οικογένειες την πανάκριβη ψευδαίσθηση ενός περιβάλλοντος ευνοϊκότερου για νοσηλεία και από την άλλη εξασφαλίζουν την αποφυγή του στίγματος που είναι συνδεδεμένο με τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα.

---

<sup>71</sup>Βλ. Blue A., σ. 213.

<sup>72</sup>Ομοίως, σ.110.

<sup>73</sup>Βλ. Χατζηδάκη Ρ., «Ψυχιατρική "περίθαψη" και ψυχιατρική "μεταρρύθμιση" στην Ελλάδα : Το έγκλημα με τη φορεσιά της αθωότητας», *Σύγχρονα Θέματα*, τ.19, 1983, σ. 61-70.

<sup>74</sup>Βλ. Blue A., σ. 112, ό.π.

Ο Διευθυντής της ιδιωτικής κλινικής αποφασίζει για τις εισαγωγές των ασθενών. Κάθε άρρωστος πρέπει να περάσει από το ιδιωτικό του ιατρείο για να εξεταστεί και να παραλάβει το «εισιτήριο». Ο άρρωστος και οι συγγενείς του ενημερώνονται για τον κανονισμό του ιδρύματος και συνήθως προπληρώνουν για ένα μήνα. Για πολλούς ανθρώπους όμως και ειδικά για αυτούς με χαμηλό εισόδημα, τα έξοδα που δημιουργούνται εξαναγκάζουν τελικά σε περισσότερο ρεαλιστικές λύσεις νοσηλείας. Στο σημείο αυτό αρχίζει η αναζήτηση δημόσιου ιδρύματος.

Με εξαίρεση τις λίγες κλινικές «πολυτελείας», οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές στην πλειονότητά τους λειτουργούν με συμβάσεις που έχουν με ασφαλιστικούς οργανισμούς, κυρίως το ΙΚΑ.<sup>75</sup> Στη περίπτωση που ο άρρωστος και οι συγγενείς του δεν πληρώνουν τακτικά, ο Διευθυντής έχει το δικαίωμα να τον διώξει από την κλινική. Το ίδιο θα συμβεί όταν ο άρρωστος με τη συμπεριφορά του εμποδίζει την θεραπεία των άλλων, γεγονός που κρίνεται από τον ψυχίατρο.

Οι ιδιωτικές κλινικές, με τη σημερινή τους μορφή, δεν φαίνεται να ανταποκρίνονται παρά στην ύφεση της οξείας συμπτωματολογίας, με την βοήθεια των φαρμάκων (παλιότερα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας), αλλά επεμβαίνουν αφού εκδηλωθεί η κρίση. Μένουν δηλαδή έξω από την οπτική των καίριων ζητημάτων όπως η πρόληψη, η οικογενειακή - κοινωνική διάσταση των συμπτωμάτων και η θεραπευτική συνέχεια μετά την ύφεση της συμπτωματολογίας και την έξοδο. Δηλαδή, αφήνουν ακάλυπτα σημαντικότερα προβλήματα που βαραίνουν την πρόγνωση των πασχόντων σε μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη προοπτική, αν άλλοι φορείς δεν ασχοληθούν στη συνέχεια.<sup>76</sup>

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να αναφερθεί είναι ότι γρήγορα προσαρμόστηκαν στα συστήματα των κοινωνικών ασφαλίσεων προσφέροντας υπηρεσίες διαφόρων ποιοτήτων σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών ομάδων.

Η κεντρική θέση που κατέχουν οι ιδιωτικές κλινικές μπορεί εν μέρει να αποδοθεί στο γεγονός ότι μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχαν στην Ελλάδα άλλες υπηρεσίες για την ψυχιατρική νοσηλεία ασθενών εκτός από τα δημόσια ψυχιατρεία. Σήμερα όμως η σπουδαιότητά τους έχει αρχίσει να μειώνεται. Αυτό είναι συνέπεια αφενός της ιδεολογίας του Ε.Σ.Υ. και αφετέρου των αλλαγών που έχουν αρχίσει να σημειώνονται με ταχύ ρυθμό στον τομέα των ελληνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

---

<sup>75</sup>Ομοίως, σ. 113.

<sup>76</sup>Βλ. Πλουμπίδης Δ., σ. 224, ό.π.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια και η συγγένεια αποτελούν τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς. Ανεξάρτητα από τις μορφές με τις οποίες εμφανίζονται κάθε φορά, τους συναντάμε σε όλες ανεξαιρέτα τις κοινωνικές, πράγμα που δείχνει, πέρα από κάθε αμφιβολία, ότι αποτελούν μια από τις κύριες μορφές οργάνωσης της συλλογικής ζωής του ανθρώπου.<sup>77</sup>

Η οικογένεια είναι το δίκτυο ατόμων που ζουν μαζί για ορισμένο χρονικό διάστημα, που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς γάμου και συγγένειας.<sup>78</sup> Είναι ένας ιστορικά εξελισσόμενος παγκόσμιος θεσμός που καθορίζεται από τις μεταβολές του κοινωνικού και οικονομικού πλαισίου. Έχει κύρια λειτουργία την αναπαραγωγή (βιολογική, ψυχολογική, πολιτιστική). Τα άτομα που ζουν μαζί υπόκεινται σε καθημερινή συναισθηματική αλληλεπίδραση.

Η δομή της οικογένειας επηρεάζεται από την κοινωνία που κάθε φορά ζούμε και δεν αποτελεί σταθερή δομή. Έτσι λοιπόν παρατηρούμε ότι η διαμόρφωση και η εξέλιξη (οικονομική - πολιτική - πολιτιστική) της ελληνικής κοινωνίας έχει προκαλέσει αλλαγές στη δομή και λειτουργία της ελληνικής οικογένειας.

Είναι γνωστό ότι μέχρι την σύσταση του νεότερου ελληνικού κράτους οι μικρές κλειστές κοινότητες αποτέλεσαν πάντοτε τον πυρήνα της εθνικής μας υπόστασης. Οι δεσμοί μέσα σε αυτή την κλειστή κοινότητα ήταν τόσο ισχυροί, τόσο καθοριστικοί, ώστε να μην μπορεί να τους διαχωρίσει κανείς από τις εξίσου ισχυρές ενδοοικογενειακές αλληλεξαρτήσεις. Αντίθετα με τα σημερινά δεδομένα οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας ήταν εξίσου σημαντικές με τις σχέσεις ανάμεσα σε συζύγους, γονείς και παιδιά. Στην σύγχρονη κοινωνία η οικογένεια απομονώθηκε σε τέτοιο σημείο ώστε τώρα οι ενδοοικογενειακές σχέσεις να έχουν καθοριστική σημασία για την ψυχοκοινωνική λειτουργία των μελών της.

Συνάρτηση του όλου κοινωνικο - οικονομικού συστήματος και της εξέλιξής του, η οικογένεια αντικατοπτρίζει την όλη κοινωνική πραγματικότητα στην οποία εντάσσεται. Όπως λοιπόν οι κοινωνίες διακρίνονται σε γεωργικές - αγροτικές - παραδοσιακές και σε βιομηχανικές - αστιακές - σύγχρονες έτσι και η οικογένεια διακρίνεται σε παραδοσιακή, πυρηνική και σύγχρονη.

<sup>77</sup>Βλ. Τσαούσης Δ. Γ., *Η κοινωνία του ανθρώπου. Εισαγωγή στη Κοινωνιολογία*, Αθήνα, Gutenberg, 1999, σ. 435.

<sup>78</sup>Βλ. Λαίνογκ Ρ., *Η πολιτική της οικογένειας*, Αθήνα, Καστανιώτη, 1989, σ. 17.

Η ελληνική οικογένεια θεωρείται παραδοσιακή στο μέτρο που υπερισχύουν τα παραδοσιακά χαρακτηριστικά της: η άκαμπτη κατανομή των ρόλων σύμφωνα με το φύλο και την ηλικία, ο περιορισμός των γυναικείων και των παιδικών δραστηριοτήτων στον ιδιωτικό χώρο, το γεγονός της ανυπαρξίας στα πλαίσια του χώρου αυτού τις έννοιες του ισότιμου ρόλου. Θεωρείται επίσης παραδοσιακή στο μέτρο που μεταβιβάζει στα παιδιά την έννοια της διχοτόμησης του κόσμου με βάση δύο κριτήρια: α) το φύλο, σύμφωνα με το οποίο ο κόσμος διχοτομείται σε ανώτερους άνδρες και κατώτερες γυναίκες και β) τη διάκριση του «εμείς» από τους «άλλους» σύμφωνα με το οποίο ο κόσμος διχοτομείται στους «καλούς» εμείς και τους «κακούς» άλλους.<sup>79</sup> Το παραδοσιακό αυτό σχήμα εκφράζει και αναπαράγει την έννοια της εξουσίας, δηλαδή του άνδρα πάνω στη γυναίκα, του ενήλικα πάνω στο παιδί, όπως και την αντίστοιχη έννοια της εξάρτησης δηλαδή της γυναίκας από τον άνδρα και του παιδιού από τον ενήλικα.

Η έννοια αυτή της εξάρτησης επιβεβαιώνεται αν σκεφτεί κανείς ότι το άτομο μέσα από την ένταξή του σε μια σταθερή και αναλλοίωτη ομάδα ικανοποιούσε όλες του τις ανάγκες. Ο τρόπος παραγωγής των αγαθών συνδεόταν άμεσα με το μοναδικό και κοινό σκοπό της συνύπαρξης των μελών της οικογένειας, δηλαδή την επιβίωση. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκε ένα στέρεο υπόβαθρο για την ανάπτυξη και διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων. Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι πιθανή διάσπαση της ενότητας αποτελούσε απειλή για την επιβίωση. Ήταν φυσικό λοιπόν να καταδικάζεται κάθε ενέργεια ή τάση που δεν προωθούσε το συμφέρον του συνόλου.

Στον παραδοσιακό χώρο το άτομο, στην καθημερινή του ζωή, εκπληρώνοντας τις υποχρεώσεις του προς την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκε, δικαιωνόταν από τους άλλους και έτσι έτρεφε την αυτοεκτίμησή του. Με βάση της ίδιες δηλαδή ενέργειες ικανοποιούσε και της δικές του ανάγκες και της ανάγκες των άλλων.

Ο κοινός σκοπός, η έλλειψη εναλλακτικών λύσεων και η αλληλεξάρτηση, που χαρακτήριζε την παραδοσιακή οικογένεια έδινε εντελώς διαφορετική χροιά στην έννοια των υποχρεώσεων. Η θυσία ατομικών επιθυμιών απέβλεπε στην ικανοποίηση των αναγκών της ομάδας, άρα τελικά και του ίδιου του ατόμου.

Στην παραδοσιακή οικογένεια συνυπάρχουν τρεις γενεές: ο παππούς – η γιαγιά, ο πατέρας – η μητέρα, τα παιδιά.

Υπάρχουν τρία βασικά στοιχεία της δομής της οικογένειας που επηρεάζουν το σύστημα της οικογένειας και την προσαρμοστικότητά του μέσα στην κοινωνία που βρίσκεται σε εξέλιξη. Οι αξίες δηλαδή οι πεποιθήσεις και προϊόντα του κοινωνικού πολιτιστικού περιβάλλοντος, είναι το πρώτο στοιχείο της οικογένειας. Ως μεγαλύτερη αξία θεωρείται το φιλότιμο, η τιμή και η ηθική των μελών της οικογένειας. Υπάρχουν συνήθως κώδικες ηθικής και συμπεριφοράς που καθορίζουν τους ρόλους.

<sup>79</sup>Βλ. Μουσούρου Λ., *Η ελληνική οικογένεια*, Αθήνα, Ίδρυμα Γουλανδρή Χορν, 1984, σ. 83.

Έτσι οι ρόλοι αποτελούν το δεύτερο βασικό στοιχείο. Στην παραδοσιακή οικογένεια ο πατέρας θεωρείται «κουβαλητής» των αγαθών και είναι ο προστάτης της τιμής της οικογένειας (πατριαρχική). Η μητέρα έχει ως κύριο ρόλο την τεκνογονία πράγμα που θεωρείται ύψιστο αγαθό. Πέρα από τον ρόλο της μητρότητας, η γυναίκα παρουσιάζεται με αρνητικά στερεότυπα για τον ρόλο της νοικοκυράς. Η μητέρα μεγαλώνει, ανατρέφει και πειθαρχεί τα παιδιά, τα οποία συνήθως υπερβαίνουν τον αριθμό των δύο. Τα αγόρια έχουν το προβάδισμα ή έχουν προνόμια μεγαλύτερα από τα κορίτσια.

Οι ρόλοι χρωματίζουν την ψυχοσυναισθηματική συναλλαγή των μελών της οικογένειας, το οποίο είναι το τρίτο στοιχείο. Οι σχέσεις των μελών στην παραδοσιακή οικογένεια έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά. Η σχέση πατέρα – παιδιού είναι μια σχέση εξουσίας, ενώ η σχέση μητέρας – παιδιού έχει επένδυση συναισθηματική. Ο κεντρικός άξονας στην οικογένεια είναι η σχέση γονιών παιδιών και όχι οι συζυγικές σχέσεις. Υπάρχουν γονικές προσδοκίες για το κοινωνικό ανέβασμα της οικογένειας μέσα από την άνοδο των παιδιών. Σε αυτό το στοιχείο συμπεριλαμβάνεται η έννοια της εξάρτησης όπως έχει περιγραφεί παραπάνω (σε σχέση με τα παιδιά και με το οικονομικό υπόβαθρο).<sup>80</sup>

Για τον παραδοσιακό άνθρωπο, όλοι οι στόχοι και όλες οι εκδηλώσεις της ζωής του συνδέονταν με μια ολόκληρη ανθρώπινη ομάδα, χωρίς όμως η υπόστασή του και ο βασικός του προορισμός να συνδέονται με συγκεκριμένα πρόσωπα μέσα στην οικογένεια. Η ύπαρξη της οικογενειακής ομάδας και μόνο έφτασε για να δίνει στη ζωή του νόημα και σιγουριά.

Συνοψίζοντας, η παραδοσιακή εκτεταμένη οικογένεια ασκούσε πολλές λειτουργίες μέχρι την ανάληψη αυτών από το οργανωμένο σύγχρονο κράτος. Η μεταβολή της κοινωνίας είχε ως αποτέλεσμα τον μετασχηματισμό της δομής της οικογενειακής μονάδας από εκτεταμένη σε πυρηνική, καθώς και την αναπροσαρμογή των λειτουργιών της οικογένειας.<sup>81</sup>

Οι σημαντικότεροι από τους παράγοντες που συντέλεσαν ώστε να αλλάξει η μορφή και η δομή της οικογένειας τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα είναι οι εξής<sup>82</sup>: 1) η είσοδος της γυναίκας στην αμειβόμενη εργασία, ακόμη και μητέρων με μικρά παιδιά, 2) η μείωση του ρυθμού των γάμων, 3) η μείωση του αριθμού γέννησης παιδιών,<sup>83</sup> 4) οι

<sup>80</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 45, ό.π.

<sup>81</sup>Βλ. Γεώργας Δ., «Ψυχολογικές διαστάσεις της σύγχρονης οικογένειας», στο *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 98-99, 1999, σ.21-47.

<sup>82</sup>Βλ. Παπαδιώτη – Αθανασίου Β., «Στάση Ελλήνων Φοιτητών για το θέμα της οικογένειας», στο *Οικονομία και οικογενειακή πολιτική σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο*, Αθήνα, Επτάλοφος, 1994, σ. 157-167.

<sup>83</sup>Σύμφωνα με τον Τσαούση (στατιστικά στοιχεία έρευνας 1981), οι οικογένειες περιορίζουν την αναπαραγωγική τους δραστηριότητα στα πρώτα έτη του γάμου τους, περιορίζοντας και τον αριθμό των τέκνων τους. Για παράδειγμα το 1979 το 41% των παιδιών που γεννήθηκαν προέρχονταν από γάμους διάρκειας ενός έτους (έναντι 39% του 1965) και το 13% από γάμους διάρκειας 2 ετών. Έτσι πάνω από τα μισά παιδιά του 1979 (54%) γεννήθηκαν από νιόπαντρα ζευγάρια. Το 1965 τα πρωτότοκα παιδιά αντιπροσώπευαν το 43% των παιδιών που γεννήθηκαν το έτος εκείνο. Το 1979 τα πρωτότοκα αντιστοιχούσαν στο 45% των γεννήσεων. Τα δευτερότοκα ήταν το 37% του συνόλου. Αυτό σημαίνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία (82%) ήταν πρώτα και δεύτερα παιδιά. Βλ. Τσαούσης Δ. Γ., σ. 466, ό.π.

εναλλακτικοί τρόποι έγγαμης ζωής (η συμβίωση παρουσιάζεται ως εναλλακτικός τρόπος έγγαμης ζωής, στο ευρωπαϊκό άκρο σε όλο και μεγαλύτερο ποσοστό), 5) η αύξηση των διαζυγίων, αποτελεί άλλη μια βασική αλλαγή που παρουσιάζεται στις τελευταίες δεκαετίες στο θεσμό της οικογένειας. Η αύξηση στα διαζύγια και η μείωση αριθμού γέννησης παιδιών παρόλες τις διαφορές στα ποσοστά, στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες είναι ίσως από τα περισσότερα κοινά σημεία που παρουσιάζει η αλλαγή της οικογένειας τις τελευταίες δεκαετίες. Στην Ελλάδα, παρόλο που το ποσοστό των διαζυγίων είναι μικρότερο θεωρείται ότι έχει διπλασιαστεί την τελευταία δεκαετία. 6) η αύξηση του αριθμού των ανύπαντρων μητέρων. Το ποσοστό των παιδιών εκτός γάμου στην Ελλάδα υπολογίζεται επίσημα τουλάχιστον, ότι είναι χαμηλό, 7) η αύξηση του αριθμού των μονογονεϊκών οικογενειών. Με την αύξηση των διαζυγίων και του αριθμού των παιδιών εκτός γάμου έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των μονογονεϊκών οικογενειών, και 8) η αύξηση των σπιτικών που αποτελούνται από μόνο ένα άτομο, όπως και των ζευγαριών που αποφασίζουν να μείνουν άτεκνοι, χωρίς παιδιά (σύγχρονη οικογένεια).

Οι τάσεις για διαφοροποίηση της οικογένειας παρουσιάζονται ίδιες σχεδόν σε όλες της χώρες της Ευρώπης, δυτική και ανατολική, όπως και σε όλες της χώρες του δυτικού πολιτισμού γενικότερα. Μεταξύ των χωρών αυτών υπάρχει διαφορά βαθμού ως προς της εξελίξεις, όπως και διαφορά στο χρόνο που παρουσιάζονται οι εξελίξεις αυτές. Η ελληνική οικογένεια, λόγω της ιδιαιτερότητας της ως προς την ιστορική, πολιτισμική, θρησκευτική, και οικονομική της παράδοση, παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές έναντι της Ευρωπαϊκής, ως προς την ταυτότητά της και ως προς τις εξελίξεις στο θεσμό.

Με βάση της αλλαγές αυτές, την νέα μορφή της οικογένειας, τη πυρηνική, τη συναντάμε στο αστικό κέντρο και αποτελείται από το ζευγάρι και το παιδί. Η ολιγομελής αυτή οικογένεια είναι ανεξάρτητη, συνήθως από πλευράς συνθηκών διαμονής από τους γονείς ή από τους στενούς συγγενείς.

Η μετεξέλιξη της δομής της ελληνικής οικογένειας αφορά αλλαγές ως προς τις αξίες, τους ρόλους και τη ψυχοσυναισθηματική συναλλαγή των μελών της. Αναφορικά με τις αξίες, παρατηρείται μείωση της σημασίας του φιλότιμου σε σχέση με την παραδοσιακή οικογένεια. Επίσης, υπάρχει μείωση της σημασίας των παραδοσιακών κωδίκων ηθικής που αφορούν τις προγαμιαίες σχέσεις και την επιλογή του συζύγου, το θεσμό της προίκας, ενώ ο χωρισμός ή το διαζύγιο θεωρείται ως το φυσικό επακόλουθο στην περίπτωση σοβαρής δυσλειτουργίας του γάμου. Αντίθετα φαίνεται ότι παραμένουν ισχυρά τα κίνητρα για κοινωνική άνοδο, μέσα από τις πανεπιστημιακές σπουδές του παιδιού.

Σχετικά με τους ρόλους στην πυρηνική οικογένεια, η εξουσία του συζύγου μειώνεται με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, την υψηλότερη κοινωνική θέση και την απασχόληση του συζύγου έξω από το σπίτι. Σε αρκετές οικογένειες και οι δυο γονείς εργάζονται. Παρόλα

αυτά η μητέρα είναι εκείνη που είναι περισσότερο συναισθηματικά συνδεδεμένη με το παιδί της. Στην πυρηνική οικογένεια η τεκνογονία ελέγχεται και προγραμματίζεται.<sup>84</sup>

Στις ενδοοικογενειακές σχέσεις το παιδί αποκτά πρωταρχικό ρόλο. Οι επιδιώξεις και οι φιλοδοξίες δυο ανθρώπων που αποφασίζουν να ζήσουν μαζί εναποτίθενται τελικά σε ένα τρίτο, στο παιδί. Δηλαδή, δυο άνθρωποι ενώνουν τις ζωές τους με σκοπό να εκπληρωθούν οι στόχοι ενός τρίτου. Το παιδί αποτελεί την κεντρική κολόνα η οποία στηρίζει το οικοδόμημα του γάμου και της οικογένειας. Αυτή η παιδοκεντρική αντίληψη εξυπηρέτησε τη βασική ανάγκη για τη σταθεροποίηση της οικογενειακής ενότητας σε μια εποχή που οι καινούριες συνθήκες ζωής την απειλούσαν με διάλυση.<sup>85</sup>

Η οικογένεια σε αυτό το στάδιο επιδιώκει την κοινωνική άνοδο των μελών της. Ο σκοπός αυτός της οικογένειας ταυτόχρονα προωθεί και τους σκοπούς της κοινωνίας σαν σύνολου. Η οικογένεια εστιάζεται υπερβολικά στην προσπάθεια για την μόρφωση των παιδιών. Εκφράζει αγωνία και πίεση για την επίδοσή τους στο σχολείο, αφού από την μόρφωση και την επιτυχία των παιδιών, οι γονείς αναζητούν να «τραφούν ψυχολογικά». Ο τεχνητός αυτός κοινός στόχος έχει γίνει προϋπόθεση για την ψυχολογική επιβίωση των μελών της οικογένειας.

Είναι φανερό ότι η επένδυση των γονιών βασικά έχει σχέση με ψυχολογικές ανάγκες και προσδοκίες. Όλες οι βασικές μας ανθρώπινες ανάγκες πρέπει να ικανοποιηθούν μέσα στην πυρηνική οικογένεια, που αποκομμένη από το κοινωνικό της περιβάλλον αγωνίζεται να επιβιώσει μέσα από εξαρτήσεις οι οποίες τελικά οδηγούν σε έντονες αντιφάσεις και συγκρούσεις εσωτερικές – ατομικές και διαπροσωπικές. Αυτό που κάποτε ήταν αλληλεξάρτηση σήμερα γίνεται εξάρτηση.<sup>86</sup>

Στην σύγχρονη εποχή οι νέοι διαγράφουν το θεσμό της οικογένειας που μέχρι πολύ πρόσφατα ήταν ο βασικός κοινωνικός θεσμός. Ο γάμος και η δημιουργία της οικογένειας έπαψαν να θεωρούνται ο προορισμός του ανθρώπου. Η βασική επιδίωξη των γονιών να βγάλουν «χρήσιμους ανθρώπους στην κοινωνία» απορρίπτεται από τους νέους. Με το να θεωρούν τα νέα ζευγάρια τη σχέση σαν αυτοσκοπό, εκδηλώνουν τη διαισθητική αναγνώριση, πως η λειτουργική συναλλαγή ανάμεσά τους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμβίωσή τους. Η έμφαση δηλαδή στη σχέση φαίνεται να αποτελεί μέρος των προωθητικών διεργασιών που τείνουν να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για μελλοντικές μορφές γάμου και οικογένειας.<sup>87</sup>

Οι νέοι απορρίπτουν τη σημασία του θεσμού του γάμου. Τον θεωρούν ολοένα και περισσότερο επισημοποίηση και νομιμοποίηση που λύνει απλώς πρακτικά προβλήματα (κοινωνική κατάσταση των παιδιών). Επιπλέον αποφεύγουν τις συγκρούσεις με τους γονείς

<sup>84</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 48, ό.π.

<sup>85</sup>Βλ. Κατάκη Χ., *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας*, Αθήνα, Κέδρος, 1984, σ. 62.

<sup>86</sup>Βλ. Ομοίως, σ. 67.

<sup>87</sup>Βλ. Κατάκη Χ., σ. 73, ό.π.

που έχουν «ξεπερασμένες παλιές ιδέες». Τονίζουν πως η συμβίωση δεν πρέπει να στηρίζεται σε κοινωνικές συμβάσεις και υποχρεώσεις. Η απόρριψη της «ιερότητας» του θεσμού του γάμου φαίνεται να απορρέει από τις καινούριες αξίες που άρχισαν να διαμορφώνονται για ουσιαστικές προϋποθέσεις στο γάμο.

Το νέο ζευγάρι το απασχολεί σε τόσο μεγάλο βαθμό η δημιουργία μιας λειτουργικής σχέσης μεταξύ τους, ώστε να δίνουν στην απόκτηση παιδιών δευτερεύουσα σημασία. Παρατηρείται δηλαδή μια τάση για περαιτέρω συρρίκνωση της οικογενειακής μονάδας. Κατά τους νέους η λειτουργική σχέση χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια, ισότητα, και συναισθηματική συμμετοχή.

Η ανεξαρτησία και η απελευθέρωση αποτελούν βασικές αξίες του ζευγαριού έχοντας μειώσει τη σημασία της στενής σχέσης που οι ίδιοι τόσο πολύ αναζητούν, αναπόφευκτα ωθούνται σε μια ατομικιστική πορεία. Η σχέση με τον άλλο θεωρείται ταυτόχρονα και αναγκαία για την επιβίωση κι στοιχείο προς αποφυγή. Στους προσωπικούς τους στόχους κυρίαρχη θέση έχουν οι επαγγελματικές τους επιδιώξεις.

Παράλληλα ο ερχομός του παιδιού διαταράσσει την εξισωμένη σχέση του ζευγαριού. Δημιουργεί νέες ευθύνες και προβληματισμούς για το ποιος θα αναλάβει τη μεγαλύτερη ευθύνη στη φροντίδα του. Είναι ενδιαφέρον ότι η μοναδική συγκεκριμένη και ρεαλιστική λύση που βλέπουν συχνά είναι να αναλάβουν τη φροντίδα των παιδιών οι γονείς (παππούδες).

Φαίνεται πως η τρίτη φάση, στην οποία έχει μπει η οικογένεια αποτελεί μια βαθύτερη και γι' αυτό δυσκολότερη μορφογένεση του οικογενειακού θεσμού. Ταυτόχρονα όμως επιβιώνουν οι δυο άλλες μορφές οικογένειας, η παραδοσιακή και η πυρηνική. Ενώ δηλαδή, οι νέοι ιδιαίτερα, αγωνίζονται να τοποθετήσουν το θέμα γάμος και οικογένεια σε νέες βάσεις διατηρούν μέσα τους ζωντανά βιώματα τα οποία συνδέονται με τις δυο προηγούμενες μορφές οικογένειας.<sup>88</sup>

Η οικογένεια, με την ευρύτερη σημασία του όρου δηλαδή το σύνολο των συγγενών και των άλλων (από τον επαγγελματικό και κοινωνικό κύκλο) σε όποια φάση και αν αυτή βρισκόταν αποτελούνταν από πρόσωπα που αλληλοεπηρεάζονται, είτε θετικά είτε αρνητικά. Ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος που αποτελεί ο κύκλος των δικών, η ομοιόσταση στις σχέσεις, η οριοθέτηση και οι κανόνες επικοινωνίας καθορίζουν την εξέλιξη όχι μόνο του όλου συστήματος της οικογένειας αλλά και κάθε μέλους χωριστά. Επομένως η οικογένεια θεωρείται μήτρα προβλημάτων αλλά και της θεραπείας τους.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Ομοίως, σ. 76.

<sup>89</sup> Βλ. Pilgrim D., Rogers A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και της Ασθένειας*, Αθήνα, Τυπωθήτω, 2004, σ. 339.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψυχική υγεία – ασθένεια ενός ατόμου είναι συναρτημένη με αυτή την ίδια την οικογένεια της οποίας είναι μέλος, είτε ως παιδί, είτε ως γονέας, είτε ως σύζυγος. Σημαντικός είναι ο ρόλος των χαρακτηριστικών της οικογένειας, των παραγόντων της οικογενειακής ζωής και των ενδο - οικογενειακών σχέσεων, τόσο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ατόμου, όσο και στην ανάπτυξη ψυχικών συγκρούσεων και ψυχοπαθολογίας.

Η ύπαρξη μιας υποστηρικτικής οικογένειας είναι ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για την ομαλή μετάβαση στην ωρίμανση και την ενήλικη ζωή και επομένως για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, ενώ δυσμενείς φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις των διαταραγμένων σχέσεων μέσα στην οικογένεια στην ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού.<sup>90</sup>

Η οικογένεια, ανεξάρτητα από τη δομή της είναι ένα σύστημα που αποτελείται από μέλη που αλληλοεπηρεάζονται. Λειτουργεί: 1) ως αποδέκτης των πληροφοριών για τον έξω κόσμο, 2) ως ένα σύστημα με καθοδηγητική επανατροφοδότηση (feed-back guidance system) δηλαδή καθοδηγεί και προσφέρει αμοιβές για την πρόοδο των μελών ώστε αυτή να αυξάνει, 3) ως πηγή ιδεολογίας, δοξασιών και αξιών που καθορίζουν την συμπεριφορά των μελών, 4) ως φορέας καθοδήγησης στην επίλυση προβλημάτων, 5) ως πηγή πρακτικής βοήθειας σε επείγουσες καταστάσεις, π.χ. στη διοργάνωση μιας γιορτής, στη δοκιμασία μιας αρρώστιας κ.λ.π., 6) ως καταφύγιο για τα μέλη της, για ξεκούραση και ανάρρωση, 7) ως εγγυήτρια της ταυτότητας των μελών μέσα από την παροχή αισθήματος ασφάλειας, 8) ως φορέας ελέγχου συναισθημάτων των μελών μέσα από την προσπάθεια αύξησης της ικανότητας του εγώ για τον έλεγχο συναισθημάτων ματαιώσης που χαρακτηρίζουν την περίοδο κρίσεων. Η οικογένεια προσφέρει την δυνατότητα στο μέλος «να ανεχτεί» την ματαίωση με την προσφορά αισθήματος ενότητας. Οι λειτουργίες αυτές της οικογένειας τις προσδίδουν τον χαρακτήρα ενός υποστηρικτικού συστήματος.<sup>91</sup>

Από την άλλη, οι οικογενειακοί παράμετροι που φαίνεται ότι επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής στο μέλος μια οικογένειας είναι η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων, στρεσογόνα γεγονότα ζωής που συμβαίνουν μέσα στον κύκλο

<sup>90</sup>Βλ. Οικονόμου Μ.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., «Οικογένεια και Πρόληψη», στο Χριστοδούλου, σ. 56, ό.π.

<sup>91</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 34-35, ό.π.

της οικογένειας, η συσσώρευση ψυχοτραυματικών εμπειριών που σχετίζονται με τους γονείς, ψυχοτραυματικά γεγονότα και αλλαγές στη ζωή που σηματοδοτούν χωρισμούς και απώλειες. Επίσης κάποιοι άλλοι παράμετροι είναι η ψυχοπαθολογία των γονέων, η οικογενειακή κατάσταση (διαζύγια, χηρεία), και περιπτώσεις όπου το παιδί αντιμετωπίζει καταστάσεις με απαιτήσεις ή υψηλές προσδοκίες, που προέρχονται κυρίως από τους γονείς, ενώ δεν είναι ασύνηθες η αρρώστια να εμφανιστεί μετά από πραγματική ή φαντασιωσική προσωπική αποτυχία.<sup>92</sup>

### **5.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις που σχετίζονται με τον επιβαρυντικό ρόλο της οικογένειας στην έναρξη και διατήρηση της ψυχικής ασθένειας**

Οι απόψεις ότι η ψυχική ασθένεια απορρέει από τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, επικράτησαν και απασχόλησαν για μεγάλο χρονικό διάστημα τους επαγγελματίες. Οι θεωρίες αυτές σήμερα δεν χρησιμοποιούνται, όμως δεν έχασαν την σημαντικότητά τους, καθώς κύριες έννοιες αυτών, όπως διπλά μηνύματα, αποδιοπομπαίος τράγος κ.α. χρησιμοποιούνται στην θεραπευτική προσέγγιση της οικογένειας του ασθενή. Γι' αυτό το λόγο θεωρούμε χρήσιμο να παρουσιάσουμε περιληπτικά της θεωρητικές προσεγγίσεις που σχετίζουν την ψυχική ασθένεια με την οικογένεια.

Στις δεκαετίες 1940-1950 ενισχύθηκε η άποψη ότι η οικογένεια επιδρά και είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στα μέλη της. Οι έρευνες της εποχής αυτής είχαν το χαρακτηριστικό γνώρισμα ότι προσέγγιζαν το πρόβλημα της ανάπτυξης των ψυχικών διαταραχών (και κυρίως της σχιζοφρένειας) με βάση τις αλληλεπιδράσεις που παρατηρούνται στη σχέση των γονέων με τα παιδιά.<sup>93</sup>

Οι Kasanin, Knight και Sage<sup>94</sup> το 1934, βρήκαν ότι η μητρική υπερπροστασία ή η απόρριψη ήταν το κυρίαρχο γνώρισμα των γονέων των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα στο 60% των 45 περιπτώσεων που μελέτησαν. Αντίθετα, ο David Levy, το 1943, βρήκε ότι η μητρική υπερπροστασία σχετιζόταν περισσότερο με τα σχιζοφρενικά συμπτώματα απ' ότι η μητρική απόρριψη και ότι η πατρική υπερπροστασία επίσης σχετιζόταν με τη διαταραχή αυτή.<sup>95</sup>

---

<sup>92</sup>Βλ. Οικονόμου Μ.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., «Οικογένεια και Πρόληψη», στο Χριστοδούλου, σ. 57, ό.π.

<sup>93</sup>Για την περιληπτική παρουσίαση των παρακάτω θεωριών χρησιμοποιήθηκαν οι αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις *Θεωρητικές Προσεγγίσεις της Οικογένειας*, της Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας Καλαϊτζάκη Α. Ε., για το μάθημα του Ζ' εξαμήνου, Συμβουλευτική Οικογένειας.

<sup>94</sup> Ομοίως

<sup>95</sup>Βλ. Nichols M.P., & Schwartz R.C., *Family Therapy: Concepts & methods* (2<sup>nd</sup> Ed.), Boston: Allyn & Bacon, 1991, σ. 25.

Οι Reichard και Tillman το 1950<sup>96</sup>, μελετώντας τη βιβλιογραφία και δείγμα 13 ασθενών, διερεύνησαν την αιτία της εμφάνισης των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων με βάση την προσωπικότητα των γονέων. Παρατήρησαν ότι οι γονείς ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα ανήκουν σε τρεις κατηγορίες, χαρακτηριστικό γνώρισμα των οποίων είναι η ύπαρξη μιας τυραννικής μητέρας και ενός παθητικού πατέρα. Παρόλο που τον παθογόνο ρόλο έχει ο κυρίαρχος γονέας, ο παθητικός επίσης συνέβαλε στις δυσκολίες του ασθενή λόγω της αδυναμίας του να παρέχει υποστήριξη. Οι Reichard και Tillman ανέφεραν ότι οι δύο πρώτες κατηγορίες αφορούν τη «σχιζοφρενογόνο μητέρα», η οποία είναι επιθετική, κυριαρχική και έχει παντρευτεί ένα ήσυχο, αποτυχημένο και αποσυρμένο σύζυγο, στον οποίο είναι σεξουαλικά ψυχρή. Η τρίτη κατηγορία, που περιέγραφαν ήταν ο «σχιζοφρενογόνος πατέρας». Αποτελεί ένα κυριαρχικό και σαδιστικό πατέρα, ο οποίος απορρίπτει φανερά το παιδί του, παρόλο που συνήθως είναι ένας αποτυχημένος και ανεπαρκής άνθρωπος στη ζωή του, εξαρτημένος από τη μητέρα του. Η μητέρα σε αυτή την περίπτωση είναι παθητική και εξαρτημένη από το σύζυγό της, στον οποίο δεν τολμάει να φέρει αντίρρηση στις επιθυμίες του και δεν υπερασπίζεται τα παιδιά της ενάντια στην σκληρότητά του.

Η πιο επισταμένη μελέτη της σχέσης γονέων - ενήλικων παιδιών είναι αυτή της Tietze<sup>97</sup>, η οποία έδειξε ότι πολλές μητέρες ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα θεωρούσαν το γάμο τους ως δυστυχημένο. Όλες οι μητέρες ήταν πάρα πολύ αγχώδεις, καταναγκαστικές και τυραννικές, άλλες φανερά και άλλες καλυμμένα. Οι περισσότερες από αυτές ήταν τελειομανείς, ανυπόμονες και εξαρτημένες από τη γνώμη των άλλων. Η απόρριψη ήταν χαρακτηριστικό της σχέσης των περισσότερων μητέρων προς τα παιδιά τους. Η Tietze θεώρησε ότι οι μητέρες που δείχνουν καλυμμένη τυραννικότητα είναι οι πλέον επικίνδυνες για την ψυχική υγεία του παιδιού τους. Λόγω των καλυμμένων μεθόδων ελέγχου που χρησιμοποιούν, δεν προκαλούν την ανοικτή «επανάσταση» του παιδιού και έτσι από το παιδί αφαιρείται κάθε μορφή έκφρασης των επιθετικών του ενορμήσεων. Επίσης βρήκε ότι όλοι οι ασθενείς που έχουν επαφή με την πραγματικότητα και μια καλή σχέση με τον ψυχίατρό τους, εξέφρασαν απόρριψη για την μητέρα τους.

Η τυπικότερη θεωρία της σχέσης γονέων - παιδιών είναι αυτή της Frieda Fromm - Reichmann το 1948. Η έννοια της «σχιζοφρενογόνου μητέρας», σύμφωνα με την οποία η μητέρα είναι ψυχρή, απορριπτική, κυριαρχική και επιθετική. Παρατήρησε ότι ο «σχιζοφρενής είναι οδυνηρά δύσπιστος και μνησικάκος με τους άλλους ανθρώπους, εξαιτίας της υπερβολικής ιδιοτροπίας και απόρριψης που αντιμετώπισε από τους σημαντικούς άλλους της βρεφικής και της παιδικής του ηλικίας».<sup>98</sup>

---

<sup>96</sup>Βλ. Καλαϊτζάκη Α., σ. 10, ό.π.

<sup>97</sup>Βλ. Καλαϊτζάκη Α., σ. 12, ό.π.

<sup>98</sup>Ομοίως, σ. 10.

Κατά τις δεκαετίες 1950-1960 αναπτύχθηκαν θεωρίες, οι οποίες πρότειναν τις μη φυσιολογικές οικογενειακές σχέσεις ως αιτιολογικό παράγοντα στην εμφάνιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

### **5.1.1. Συμβιωτική Σχέση**

Μία από τις πρώτες προσεγγίσεις για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια αποτέλεσε η συμβιωτική σχέση μητέρας - παιδιού. Ο Lewis Hill, το 1955 απέδωσε την αιτιολογία της σχιζοφρένειας στην συμβιωτική σχέση μητέρας - παιδιού, η οποία αποτελεί μια φυσιολογική σχέση, η οποία όμως αν δεν τερματιστεί έγκαιρα, έχει ως συνέπεια την παθολογική οργάνωση της προσωπικότητας του ατόμου. Ο Beckett et al. το 1956 μελέτησαν την μόνιμη αναστολή της διαφοροποίησης του Εγώ στην ανάπτυξη των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ενώ ο Brody, το 1959, περιέγραψε το πλέγμα των ναρκισσιστικών σχέσεων, στις οποίες οι γονείς αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους σαν τμήματα του δικού τους εαυτού που προβάλλονται προς τα έξω.<sup>99</sup>

### **5.1.2. Επιδίωξη να τρελαθεί ο άλλος**

Ο Searles,<sup>100</sup> το 1959 παρατηρώντας ότι οι μοναχικοί αναζητούν μια συμβιωτική σχέση με τα παιδιά τους, διατύπωσε την υπόθεση για την παθολογική σχέση μητέρας - παιδιού (παθολογικό συμβιωτικό πλέγμα σχέσεων), το οποίο αποτελεί το ισχυρότερο κίνητρο της επιδίωξης να τρελαθεί κάποιος. Συγκεκριμένα, ο Searles αναφέρει ότι ένα άτομο εμφανίζει σχιζοφρενικά συμπτώματα, εν μέρει γιατί βρίσκεται εκτεθειμένο στη σχεδόν ή απόλυτα ασυνείδητη επιδίωξη του σημαντικότερου προσώπου ή προσώπων με τα οποία σχετίζεται στα παιδικά του χρόνια, να το τρελάνουν. Γενικά, θεωρεί ότι οποιαδήποτε αλληλεπίδραση που έχει ως στόχο την πρόκληση συναισθηματικών συγκρούσεων στο άλλο άτομο, μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Μια άλλη τεχνική είναι αυτή του ερεθισμού - ματαίωσης της ικανοποίησης. Επίσης η συναναστροφή με τους άλλους σε δύο ή και περισσότερα ασύνδετα μεταξύ τους επίπεδα - σχέσεις αποτελεί μια άλλη τεχνική. Ένας άλλος παρόμοιος με τον προηγούμενο τρόπος είναι η αιφνίδια μετάβαση από τη μία συναισθηματική κατάσταση στην άλλη, η οποία παρατηρείται συχνά στους γονείς ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα.

Όλες αυτές οι τεχνικές τείνουν να κλονίζουν την εμπιστοσύνη του ατόμου σχετικά με την αξιοπιστία των προσωπικών του συναισθηματικών αντιδράσεων και την αντίληψη της εξωτερικής πραγματικότητας.

---

<sup>99</sup> Βλ. Καλαϊτζάκη Α., σ. 11, ό.π.

<sup>100</sup> Ομοίως, σ. 12.

### 5.1.3. Διπλά Μηνύματα

Ο βασικός στόχος των ερευνητών της ομάδας αυτής ήταν η μελέτη της επικοινωνίας, κυρίως στη σχέση μητέρας - παιδιού, για την κατανόηση της συμπεριφοράς και συγκεκριμένα της εμφάνισης σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Οι Bateson και συνεργάτες<sup>101</sup> θεώρησαν ότι η ανάπτυξη σχιζοφρενικών συμπτωμάτων οφείλεται στην παρεμπόδιση του παιδιού να δημιουργήσει μία πιο στενή σχέση με αυτήν, η οποία, λόγω του άγχους που της προκαλεί η προσέγγιση του παιδιού της, του μεταδίδει αντιφατικά μηνύματα. Συγκεκριμένα παρατήρησαν ότι στις διαταραγμένες οικογένειες ισχύουν μοντέλα επικοινωνίας, τα οποία χαρακτηρίζονται από διπλούς δεσμούς (double binds), δηλαδή από αντιφατικά μηνύματα, τα οποία αλληλοαποκλείονται και αλληλοαναιρούνται. Τα χαρακτηριστικά, και απαραίτητες προϋποθέσεις για τη δημιουργία της διπλοσύνδεσης είναι: α) η ύπαρξη δύο ή περισσότερων προσώπων, β) μια πρωτεύουσα αρνητική εντολή, η οποία μπορεί να έχει δύο μορφές: 1) «μην το κάνεις γιατί θα σε τιμωρήσω» και 2) «αν δεν το κάνεις θα σε τιμωρήσω», γ) μία δευτερεύουσα εντολή σε ένα πιο αφηρημένο, συνήθως μη λεκτικό, επίπεδο η οποία έρχεται σε σύγκρουση με την πρώτη και επιβάλλεται και αυτή με τιμωρία και απειλητικά σήματα, δ) μια τρίτη αρνητική εντολή που απαγορεύει στο θύμα να «ξεφύγει» από αυτήν, και ε) η επαναλαμβανόμενη εμπειρία, έτσι ώστε η δομή της σύνδεσης να γίνει μία καθ' έξιν προσδοκία. Από το παιδί που εμπλέκεται στη διπλοσύνδεση, απαιτείται να αντιδράσει στα αντιφατικά επίπεδα των μηνυμάτων, ενώ παράλληλα, λόγω του τρίτου μηνύματος - εντολής που ακολουθεί, του απαγορεύεται να σχολιάσει την ασυμφωνία αυτή και του αφαιρείται η δυνατότητα να διαφύγει της κατάστασης αυτής.

Ο διπλός δεσμός είναι μια κατάσταση στην οποία κανείς «είναι καταδικασμένος εάν κάνει κάτι και καταδικασμένος εάν δεν το κάνει». Το παιδί στην ανικανότητα και ανησυχία του διακρίνει τι εννοεί ο άλλος, θα προστατευτεί διαλέγοντας μία ή περισσότερες από την παρακάτω σειρά εναλλακτικών λύσεων.

### 5.1.4. Ψευδο – αμοιβαιότητα

Συγκεκριμένα η Wynne και συνεργάτες<sup>102</sup> παρατήρησαν ότι χαρακτηριστικό των οικογενειών των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι η άκαμπτη και αμετάβλητη οργάνωση και δομή στερεότυπων ρόλων, η οποία περιορίζει τη δημιουργία ατομικής ταυτότητας. Χρησιμοποίησαν την έννοια της ψευδοαμοιβαιότητας για να περιγράψουν την «ένωση εις βάρος της διαφοροποίησης των ταυτοτήτων εκείνων των ατόμων που

<sup>101</sup>Βλ. Bateson et al, *Επικοινωνία*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1996, σ. 21.

<sup>102</sup>Βλ. Wynne L.C., *The state of the Art in Family Therapy Research: Controversies and Recommendations*. New York: Family Process Press.

συμμετέχουν στη σχέση», προκειμένου τα μέλη της οικογένειας να διατηρήσουν το συναίσθημα της αμοιβαίας εκπλήρωσης των προσδοκιών και ρόλων. Δηλαδή, οι σχέσεις που γίνονται αποδεκτές στις οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται από μία έντονη και άκαμπτη ψευδοαμοιβαιότητα και κάθε μέλος της οικογένειας συμμετέχει στην υποχρεωτική τήρηση των ρόλων που έχουν καθοριστεί από την κοινή τους αντίληψη για την οικογένεια. Τα άτομα που συμμετέχουν στις σχέσεις αυτές αποφεύγουν τις ανοικτές συγκρούσεις, οι οποίες μπορούν να αποδειχτούν μοιραίες για τη διάλυση της σχέσης. Συνέπεια της σχέσης αυτής, είναι η εμφάνιση έντονης ανησυχίας για πιθανή αλλαγή, απόκλιση ή απομάκρυνση από τη συγκεκριμένη αυτή δομή και κάθε προσπάθεια για τροποποίηση ή διερεύνηση των άκαμπτων αυτών ρόλων καταπιέζεται από την οικογένεια με κάθε τρόπο (π.χ. επιθετικότητα).

Η ένταση και η διάρκεια της ψευδο-αμοιβαιότητας στις οικογένειες ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα, οδηγεί στην ανάπτυξη μιας σειράς οικογενειακών μηχανισμών, μέσω των οποίων, οι αποκλίσεις από τη δομή της οικογένειας αποφεύγονται, αγνοούνται ή παρερμηνεύονται παρανοϊκά. Οι μηχανισμοί αυτοί δρουν προκειμένου να εμποδίσουν το συγκεκριμένο μέλος της οικογένειας να οριοθετήσει την προσωπική του ταυτότητα μέσα ή έξω από τη δομή των ρόλων της οικογένειας και για να διατηρηθεί η ψευδοαμοιβαιότητα.

Οι συγγραφείς τόνισαν ότι η ψευδοαμοιβαιότητα δεν αποτελεί αυτή καθ' αυτή τον αιτιολογικό παράγοντα δημιουργίας των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, αλλά το χαρακτηριστικό γνώρισμα του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπου αναπτύσσονται σχιζοφρενικά συμπτώματα, όταν βέβαια συμβάλλουν και συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες.

#### **5.1.5. Η έννοια της εξαπάτησης**

Σύμφωνα με τον Laing και τον Esterson<sup>103</sup> κάθε οικογένεια έχει τις διαφορές της και συγκεκριμένους τρόπους εξαπάτησης. Εξαπατώ σημαίνει συγκαλύπτω, αποκρύβω, συσκοτίζω ή μεταμφιέζω μια διαδικασία, με αποτέλεσμα τη δημιουργία σύγχυσης. Ο Laing περιέγραψε διάφορους τρόπους εξαπάτησης, μεταξύ των οποίων, οι κυριότεροι είναι οι ακόλουθοι: 1) η αμφισβήτηση του τρόπου και της μορφής του βιώματος (όταν δύο άνθρωποι αντιφάσκουν, ο ένας λέει: «φαντασία σου είναι» ή «στον ύπνο σου το είδες»), 2) η αμφισβήτηση του βιώματος του άλλου, προσάπτοντάς του χαρακτηριστικά που αντιστοιχούν στην αντίληψη που έχουμε εμείς για αυτόν (π.χ. η μητέρα που θέλει να στείλει το παιδί για ύπνο γιατί η ίδια είναι κουρασμένη, λέει στο παιδί ότι αυτό είναι κουρασμένο και πρέπει να πάει για ύπνο), και 3) η εξαπάτηση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν αφορά το σύστημα υποχρεώσεων και δικαιωμάτων με τέτοιο τρόπο, ώστε το άτομο έχει το δικαίωμα να καθορίζει τον άλλο, ή ένα άτομο είναι υποχρεωμένο να βιώνει ή όχι τον άλλο.

---

<sup>103</sup> Βλ. Καλαϊτζάκη Α., σ. 21, ό.π.

Οι οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν ένα ιδιαίτερα άκαμπτο οικογενειακό σύστημα, το οποίο προέρχεται από την αδυναμία τους να αντιληφθούν ότι κάθε μέλος αποτελεί ένα ξεχωριστό άτομο.

Η εξαπάτηση είναι μια ενέργεια που έχει στόχο την πρόκληση μεταβολών στους άλλους, προκειμένου να εξυπηρετηθεί η προσωπική ασφάλεια του πρώτου.

#### **5.1.6. Η αλληλεπίδραση της οικογένειας των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα**

Ο Haley<sup>104</sup> βασίστηκε στις αρχές της θεωρίας της επικοινωνίας και προσέφερε ένα σύστημα για την περιγραφή της αλληλεπίδρασης του ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα, με τους άλλους ανθρώπους, στο οποίο ο έλεγχος του προσδιορισμού των σχέσεων είναι η κύρια υπόθεση για την αιτιολογία της συμπεριφοράς του.

Ο Haley τόνισε ότι δεν υπάρχει μια μόνο μορφή επικοινωνίας αλλά ότι αυτή αποτελείται: 1) από το πλαίσιο στο οποίο περιλαμβάνει χώρα, 2) από τα λεκτικά μηνύματα, 3) από τον τόνο της φωνής και της ομιλίας και 4) από την κίνηση του σώματος (μη λεκτική επικοινωνία). Ειδικότερα υποστήριξε ότι όταν ένα άτομο μεταδίδει ένα μήνυμα σε άλλο επιχειρεί να καθορίσει τη σχέση μεταξύ τους και ότι αυτό δεν μπορεί να αποφευχθεί ή τουλάχιστον δεν μπορεί να αποφευχθεί η αντιμετώπιση του ορισμού που προτείνει ο άλλος για τη σχέση αυτή. Ωστόσο, όταν το άτομο αρνηθεί ένα από τα τέσσερα ή και όλα τα στοιχεία του μηνύματος μπορεί να αποφύγει να καθορίσει τη σχέση: 1) αρνείται ότι αυτός είπε κάτι (άρα προσποιείται πως είναι ένα άλλο άτομο), 2) αρνείται ότι ειπώθηκε κάτι (επικαλείται κάποιο κενό στη μνήμη του), 3) αρνείται ότι κάτι ειπώθηκε στο άλλο (δίνει στους άλλους να καταλάβουν ότι μιλά με τον εαυτό του), 4) αρνείται το πλαίσιο στο οποίο ειπώθηκε κάτι (αφήνει να εννοηθεί ότι αναφέρεται σε άλλο χρόνο ή τόπο).

Έτσι το άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα, όχι μόνο θα αρνηθεί ότι λέει κάτι, αλλά θα το κάνει και με ένα τρόπο που αναιρεί την άρνησή του, αποκαλύπτοντας και σε αυτό το επίπεδο αντιφατικότητα. Χαρακτηρίζοντας αντιφατικά τα μηνύματά του, αποφεύγει να υποδείξει τη μορφή της συμπεριφοράς που επιθυμεί στη συγκεκριμένη σχέση και έτσι αποφεύγει να την προσδιορίσει, ενώ παράλληλα εμποδίζει και το άλλο άτομο να καθορίσει τη σχέση αυτή.

Ο Haley υποστηρίζει ότι ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής χαρακτηρίζει αντιφατικά το λόγο του είναι μια αντίδραση συνήθειας στα παράλογα μηνύματα των γονιών του, τα οποία εξαναγκάζουν το παιδί να αντιδρά, αποφεύγοντας τον προσδιορισμό της σχέσης του μαζί τους.

---

<sup>104</sup>Βλ. Haley J., *Strategies of Psychotherapy*, New York, Triangle Press.

### 5.1.7. Η διάσταση της μετατόπισης της δομής

Η θεωρία των Lidz και συνεργατών,<sup>105</sup> βασίστηκε στην υπόθεση ότι η διαταραχή των συζυγικών σχέσεων είναι ο καθοριστικός αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη σχιζοφρενικών συμπτωμάτων στο παιδί.

Η θεωρία αυτή ονομάζεται «η διάσταση και μετατόπιση της δομής». Ως διάσταση όρισαν την κατάσταση στην οποία λείπει η συμπαράσταση του ενός συζύγου για τις συναισθηματικές ανάγκες του άλλου, ή ο καθένας εξυπηρετεί τις δικές του ανάγκες και σκοπούς, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να εξαναγκάσει τον άλλο να συμπεριφερθεί σύμφωνα με τις δικές του προσδοκίες, μολονότι αντιμετωπίζει κάθε φορά ανοιχτή ή καλυμμένη αντίσταση. Στις οικογένειες με μετατόπιση της δομής κυριαρχεί η ψυχοπαθολογία του ενός συζύγου την οποία ο άλλος είτε την ανέχεται δημιουργώντας τη folie a deux ή folie a famille, είτε την υποστηρίζει αλληλοσυμπληρώνοντας τον/ την σύντροφο. Σε όλες τις περιπτώσεις η ψυχοπαθολογία μέσα στην οικογένεια είναι καλυμμένη ή αντιμετωπίζεται ως φυσιολογική.

### 5.1.8. Αδιαφοροποίητη μάζα του Εγώ

Ο Bowen<sup>106</sup> υποστήριξε ότι η εμφάνιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων είναι μια διαδικασία για την οποία απαιτούνται δύο ή τρεις γενεές και στην οποία συμμετέχει ολόκληρη η οικογένεια. Στη διαδικασία αυτή, η οικογένεια επιλέγει ένα συγκεκριμένο άτομο μέσω του οποίου εκφράζεται η ψυχοπαθολογία της οικογένειας. Ο Bowen παρατήρησε ότι κάποιες οικογένειες χαρακτηρίζονται από περιόδους υπερβολικής συναισθηματικής εγγύτητας και από περιόδους υπερβολικής συναισθηματικής απόστασης. Θεώρησε ότι οι γονείς αυτοί είναι ανώριμες προσωπικότητες οι οποίοι προκαλούν στα παιδιά τους τα ίδια προβλήματα που βίωσαν οι ίδιοι στις σχέσεις τους με τους γονείς τους. Οι γονείς αυτοί στη συνέχεια αποκτούν τουλάχιστον ένα παιδί με τον ίδιο βαθμό ανωριμότητας, το οποίο αν παντρευτεί έναν επίσης ανώριμο σύζυγο και αυτό επαναληφθεί στην τρίτη γενεά, το αποτέλεσμα θα είναι ένα πολύ ανώριμο παιδί το οποίο προσπαθώντας να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ενηλικίωσης θα αναπτύξει σχιζοφρενικά συμπτώματα.

Σε μια τέτοια οικογένεια η σχέση μητέρας – παιδιού χαρακτηρίζεται από μια αμφιθυμική στάση, σύμφωνα με την οποία η μητέρα ασυνείδητα επιθυμεί το παιδί να παραμείνει αδύναμο, ενώ παράλληλα σε ένα ασυνείδητο επίπεδο επιδιώκει να αναπτυχθεί ως ένα ώριμο και αυτόνομο άτομο. Η μητέρα μέσω της σχέσης της με το παιδί, το οποίο γίνεται «ο σημαντικός άλλος», αποκτά συναισθηματική ισορροπία, η οποία επιτρέπει στον πατέρα να διατηρεί μαζί της μια λιγότερο φορτισμένη με φόβο και άγχος σχέση. Τη σχέση αυτή (μητέρα

<sup>105</sup> Βλ. Καλαϊτζάκη Α., σ. 17, ό.π.

<sup>106</sup> Βλ. Bowen M., *Τρίγωνα στην οικογένεια, ανωνύμων. Για τη διαφοροποίηση του εαυτού*, σ. 30.



- πατέρας - παιδί) ο Bowen την ονόμασε «αλληλοεξαρτώμενη τριάδα». Συνέπεια της σχέσης αυτής είναι η αναστολή της ψυχολογικής ανάπτυξης του παιδιού. Ο Bowen χρησιμοποίησε τον όρο συγχώνευση για να περιγράψει τις σχέσεις των μελών της οικογένειας, στις οποίες κανένας δεν έχει μια αληθινή αίσθηση του εαυτού ως ανεξάρτητο άτομο. Ο όρος «αδιαφοροποίητη μάζα του εγώ» αφορά την οικογένεια, η οποία είναι μια άμορφη μάζα και στην οποία τα μέλη της δεν μπορούν να επιτύχουν ούτε μια αληθινή οικειότητα, ούτε την ανεξαρτητοποίησή τους.

Επομένως η ψύχωση αφορά τη διάλυση της συμβιωτικής σχέσης μητέρας με το παιδί και την κατάρρευση της αλληλοεξαρτώμενης τριάδας και θεωρείται ως η αποτυχημένη προσπάθεια εξισορρόπησης της ψυχολογικής διαταραχής με τις απαιτήσεις της ελληνικής ζωής.

### **5.1.9. Ο αποδιοπομπαίος τράγος**

Οι Vogel και Bell,<sup>107</sup> το 1960 λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση της αλληλεπίδρασης των γονέων στην ανάπτυξη της ψυχικής διαταραχής στο παιδί, εξέτασε το φαινόμενο του «αποδιοπομπαίου τράγου» στην οικογένεια θεωρώντας το συναισθηματικά διαταραγμένο παιδί ως έκφραση ορισμένων τυπικών συγκρούσεων μεταξύ των γονέων. Ο στιγματισμός ενός μέλους της οικογένειας επιτελεί πολύ σημαντική λειτουργία για την εξασφάλιση της ενότητας και την διατήρηση της αλληλεγγύη μέσα στην οικογένεια. Οι αιτίες των συγκρούσεων των γονέων είναι πολλές: τα προσωπικά προβλήματά τους, η σύγκρουση στο επίπεδο των πολιτιστικών τους αξιών, η σχέση τους με τους γονείς τους ή την ευρύτερη κοινότητα και άλλα.

Όταν οι εντάσεις μεταξύ των γονέων είναι τόσο ισχυρές πρέπει να εκτονωθούν, επιλέγουν ένα αντικείμενο, το οποίο συμβολίζει τις συγκρούσεις τους και μειώνει την ένταση αυτή. Το παιδί αποτελεί το κατάλληλο αντικείμενο, καθώς βρίσκεται σε μειονεκτική θέση σε σχέση με τους γονείς, σε εξάρτηση από αυτούς και αναγκάζεται να αναλάβει τον ιδιαίτερο ρόλο που του αποδίδει η οικογένεια, καθώς η προσωπικότητά του είναι ακόμα εύπλαστη. Επίσης το παιδί αποτελεί το καταλληλότερο άτομο, καθώς συνήθως δεν επιτελεί σημαντικούς ρόλους μέσα στην οικογένεια και επομένως οι λειτουργικές διαταραχές που μπορεί να εμφανίσει λόγω των μεγάλων εντάσεων που έχει να αντιμετωπίσει, δεν υπερκεράζουν το όφελος που αποκομίζει ολόκληρη η οικογένεια από την απόδοση του ρόλου του αποδιοπομπαίου τράγου σε αυτό.

Η αντιμετώπιση ενός παιδιού ως αποδιοπομπαίου τράγου έχει επικίνδυνες συνέπειες για την ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού. Το παιδί, ενώ έχει τον επιθυμητό για την οικογένεια ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου, έρχεται σε αντίθεση με την επιθυμία της

---

<sup>107</sup>Βλ. Καλαϊτζάκη Α., σ.20, ό.π.

οικογένειας να ταυτιστεί μαζί του, καθώς αποτελεί τον εκπρόσωπο της οικογένειας στο έξω κόσμο. Η εξέλιξη της συναισθηματικής διαταραχής είναι ακριβώς μέρος της διαδικασίας, κατά την οποία το παιδί εσωτερικεύει τις αντιφατικές επιθυμίες των γονέων του, οι οποίες του προκαλούν σύγχυση.

Πέρα από την διερεύνηση του επιβαρυντικού ρόλου της οικογένειας πολλοί επιστήμονες έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη θεραπευτική προσέγγιση αυτής, αφού θεώρησαν ότι η οικογένεια από την μια επηρεάζει την πορεία της ψυχικής νόσου και από την άλλη δέχεται επιρροές από αυτήν στη δομή και τη δυναμική της. Έτσι με την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο η οικογένεια μπορεί να αποφορτιστεί από αρνητικά συναισθήματα και παράλληλα να βοηθήσει τον ασθενή στην πορεία της νόσου του.

## **5.2. Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία της ψυχικής ασθένειας**

Σε μελέτες των δεκαετιών 1970 και 1980 διατυπώθηκε η άποψη ότι η οικογένεια επωμίζεται κυρίως το φορτίο της παροχής φροντίδας και υποστήριξης του ψυχικά ασθενούς και ότι ο ρόλος παραγόντων της οικογενειακής ζωής και του οικογενειακού περιβάλλοντος φάνηκε να είναι σημαντικός στην πορεία της ψυχικής νόσου.

Η αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα έχει ενοχοποιηθεί για την αυξημένη συχνότητα υποτροπών και επανεισαγωγής σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά και γενικότερα έχει συνδεθεί με την επιδείνωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Έτσι, η οικογένεια και η ατμόσφαιρα μέσα σε αυτή, παίζουν σημαντικό ρόλο στη γενικότερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου.

Έχουν μελετηθεί πολλοί παράγοντες της οικογενειακής ζωής, που φαίνεται να διαδραματίζουν ρόλο στη εξέλιξη της χρόνιας ψυχικής διαταραχής. Από αυτούς κυριότεροι θεωρούνται το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας, η οικογενειακή επιβάρυνση και το εκφραζόμενο συναίσθημα.<sup>108</sup>

Η μελέτη αυτών των παραγόντων άνοιξε τους δρόμους στην ανάπτυξη παρεμβάσεων στο επίπεδο της οικογένειας, που βοηθούν στην πρόληψη των υποτροπών και στην καλύτερη εξέλιξη της αρρώστιας, μέσω της οικογενειακής θεραπείας.

Στη θεραπεία οικογένειας το θεραπευτικό ενδιαφέρον στρέφεται στη στάση της οικογένειας απέναντι στο μέλος της που εκδηλώνει κάποια συμπτωματολογία καθώς και στο αντίκτυπο που έχει η ατομική συμπτωματολογία στα υπόλοιπα μέλη.

---

<sup>108</sup>Βλ. Οικονόμου Μ.Π., «Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Χριστοδούλου, σ.181, ό.π.

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα οικογενειακής θεραπείας, ανάλογα με τον τρόπο που το κάθε μοντέλο αντιμετωπίζει την οικογένεια: α) το συστημικό, β) οι θεωρίες της επικοινωνίας, γ) το ψυχαναλυτικό, δ) η θεωρία της συμπεριφοράς.

Η συστημική θεωρία βλέπει την οικογένεια σαν ένα σύστημα, σαν μια δυναμική δηλαδή ομάδα ατόμων που αλληλοσχετίζονται και αλληλεπιδρούν με πολύπλοκο τρόπο. Όπως κάθε σύστημα, η οικογένεια υπόκειται σε μια συνεχή κατάσταση ροής και αλλαγής στο πλαίσιο μιας ελεγχόμενης ισορροπίας. Μια αλλαγή σε ένα μέλος επηρεάζει τα άλλα άτομα αλλά και την ομάδα σαν ολότητα.<sup>109</sup>

Στη θεραπεία της οικογένειας επιδιώκεται η εξάλειψη του συμπτώματος μέσω αλλαγών στο σύστημα. Κατά το θεραπευτικό διάλογο ανταλλάσσονται περιγραφές, εξηγήσεις και σημασίες των δρώντων που προφανώς διευρύνουν το γνωσιακό ορίζοντα των μελών της οικογένειας. Η διερεύνηση αυτή συνεπάγεται αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών, δηλαδή ποικίλου βαθμού αναδόμησης του οικογενειακού συστήματος. Η τελευταία παρακάμπτει ως «περιττό» το σύμπτωμα, το οποίο προηγουμένως έπαιζε ρόλο «ρυθμιστού» κάποιας δυσλειτουργίας.

Κατά την εξέλιξη της συστημικής θεραπείας οικογένειας έχουν διαμορφωθεί ποικίλες τάσεις: Η **δομική** θεραπεία οικογένειας βασίζεται στην αρχή ότι σε μια οικογένεια υπάρχουν ιεραρχικές δομές οι οποίες εγκαθίστανται μέσα από επαναλαμβανόμενα σχήματα διαντίδρασης. Το κάθε μέλος έχει έναν συγκεκριμένο ρόλο ο οποίος μπορεί να είναι είτε τυπικός, οριοθετούμενος από μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά, είτε άτυπος έτσι ώστε και μια έστω δυσπροσαρμοστική ισορροπία να ικανοποιείται μέσα από την οικογένεια. Θεραπευτικός στόχος είναι η τροποποίηση της οργάνωσης της οικογένειας προς μια πολυπλοκότητα, συμβαίνει με την αναπτυξιακή φάση που διέρχεται και ο απεικλωβισμός του δυναμικού και των αναπτυξιακών αναγκών του κάθε μέλους.<sup>110</sup>

Η **στρατηγική θεραπεία οικογένειας** εστιάζει στην εξάλειψη του συμπτώματος μέσω παρεμβάσεων στο «συμπτωματικό κύκλο συμπεριφοράς» που το συντηρεί. Οι παρεμβάσεις συντελούνται στο «εδώ και τώρα» και συνοδεύονται συχνά από οδηγίες για το μεσοδιάστημα μεταξύ των συνεδριών.<sup>111</sup>

Η **διαγενεακή προσέγγιση** εκτιμά το ρόλο των οικογενειών καταγωγής, πάνω στα χαρακτηριστικά μιας πυρηνικής οικογένειας. Το γενεόγραμμα είναι απαραίτητο όργανο στη μεθοδολογία αυτή.<sup>112</sup>

Η **σχολή του Μιλάνου** επιδόθηκε σε μια ενδελεχή διερεύνηση σχέσεων, γεγονότων και αλλαγών κατά την περίοδο εκδήλωσης του συμπτώματος - προβλήματος με παράλληλη αναφορά στην ιστορία της οικογένειας. Στις προτεραιότητες της θεραπευτικής ομάδας είναι

<sup>109</sup>Βλ. Κοκάντζης Ν. Α., «Άλλες Ψυχοθεραπείες», στο Ιεροδιακόνου et al, *Ψυχιατρική*, σ. 413.

<sup>110</sup>Βλ. Τομαράς Β., «Ψυχοθεραπεία Οικογένειας», στο Χριστοδούλου, σ. 798-801, ό.π.

<sup>111</sup>Ομοίως, σ. 800.

<sup>112</sup>Ομοίως, σ.801.

μεταξύ άλλων, η διασφάλιση της ουδετερότητας του θεραπευτή και η εκδήλωση συστημικών υποθέσεων, οι οποίες καθοδηγούν τις ερωτήσεις του. Ανάμεσα στις τεχνικές ξεχωρίζει η «παράδοση παρέμβαση».<sup>113</sup>

Σήμερα, η συστημική θεραπεία οικογένειας έχει δεχτεί επιδράσεις από τον **κονστροκτιβισμό** και άλλα θεωρητικά ρεύματα. Ο θεραπευτής όλο και λιγότερο θεωρείται ως αντικειμενικός παραλήπτης της οικογένειας. Από κοινού με αυτή «συγκατασκευάζει» μια πραγματικότητα, που εξελίσσεται κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι, η θεραπευτική σχέση χρίζει ίσης προσοχής παρατηρημένα ενδοοικογενειακά δυναμικά.<sup>114</sup>

Αναφορικά με τη ψυχαναλυτική θεραπεία οικογένειας, έχει κυρίως στηριχθεί στη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Ο μηχανισμός της προβληματικής ταυτοποίησης, ο οποίος έχει εισαχθεί στην ψυχανάλυση από τη Μ. Klein, για τη θεραπεία αυτή. Πρόκειται για ένα «διαπροσωπικό» μηχανισμό άμυνας του Εγώ, κατά τον οποίο πολύ επιθυμητές ή και ανεπιθύμητες πλευρές του εαυτού προβάλλονται σε κάποιον άλλο, με τον οποίο ταυτοποιείται το άτομο - πομπός. Αν και η Klein θεωρούσε ότι το παιδί είναι ο πομπός που κατευθύνει αυτό το μηχανισμό προς τους γονείς του, οι περισσότεροι θεραπευτές έχουν προσέξει ότι οι γονείς εξίσου ξεκινούν αυτό το μηχανισμό άμυνας ή ελέγχου, δηλαδή προβάλλουν τις ναρκισσιστικές τους ανάγκες πάνω στο παιδί και με ποικίλους τρόπους διαπραγματεύονται μαζί του την εκπλήρωση αυτών των αναγκών - προσδοκιών.<sup>115</sup>

Το μοντέλο της θεωρίας της επικοινωνίας (Bateson) βασίζεται στις εξής αρχές:

α) Δεν υπάρχουν απλά μηνύματα στην ανθρώπινη επικοινωνία. Είμαστε πάντοτε πομποί και δέκτες πολλαπλών μηνυμάτων, λεκτικών και εξωλεκτικών, που το καθένα τους προσδιορίζει ή τροποποιεί το άλλο. Το κάθε μήνυμα αποκτά νόημα όχι από το περιεχόμενό του και μόνο, αλλά και από τις ενισχύσεις και τις διαφοροποιήσεις, καθώς και τις ακυρώσεις που δέχεται από άλλα μηνύματα, τα οποία μπορεί να είναι ταυτόχρονα, να προηγούνται ή και να έπονται χρονικά.

β) Τα μηνύματα δεν είναι μόνο νόημα, αλλά και επίδραση στη συμπεριφορά. Μια πλευρά του αντιστοιχεί στην πληροφορία, η άλλη όμως υποδηλώνει κατεύθυνση ή εντολή.

γ) Η επίδραση της επικοινωνίας συντελείται μέσω ενεργοποίησης της δραστηριότητας του δέκτη του μηνύματος. Αυτό εξηγεί το γιατί μικρής έντασης εκπεμπόμενα σήματα παράγουν δυσανάλογα μεγάλο αποτέλεσμα.

Διατυπώθηκε η υπόθεση του «διπλού δεσμού». Σύμφωνα με την οποία ο λόγος και η συμπτωματική συμπεριφορά του σχιζοφρενούς αποτελούν απάντηση σε αντικρουόμενα μηνύματα διαφορετικών επιπέδων μέσα σε μια σημαντική σχέση (μητέρας - παιδιού), όπου

<sup>113</sup>Βλ. Τομαράς Β., «Ψυχοθεραπεία Οικογένειας», στο Χριστοδούλου, *Ψυχιατρική*, σ. 799.

<sup>114</sup>Ομοίως, σ. 799.

<sup>115</sup>Ομοίως, σ. 800.

τόσο η διαφυγή από το πεδίο επικοινωνίας όσο και ο σχολιασμός της ασυμβατότητας των μηνυμάτων (από το δέκτη) έχουν αποκλειστεί (απαγορευτεί).

Κατ' επέκταση, η κάθε συμπεριφορά, φυσιολογική ή παθολογική, είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας επικοινωνίας σε κάποιο κοινωνικό πλαίσιο που συνιστά ταυτόχρονα και σύστημα επικοινωνίας.

Οι αρχές της επικοινωνίας έχουν σχηματοποιηθεί και υπό την μορφή «αξιωμάτων»:

- 1<sup>ο</sup>: Σε διαπροσωπικό πλαίσιο είναι αδύνατο, για τον οποιοδήποτε άνθρωπο να μην επικοινωνεί. Η κάθε συμπεριφορά περιέχει ένα μήνυμα. Η μη επικοινωνία είναι και αυτή μια μορφή επικοινωνίας.
- 2<sup>ο</sup>: Κάθε επικοινωνία έχει δύο πλευρές: Αυτή του περιεχομένου και εκείνη της σχέσης. Η δεύτερη κατηγοριοποιεί την πρώτη, αποτελώντας έτσι μια μετα - επικοινωνία.
- 3<sup>ο</sup>: Η φάση μιας σχέσης μεταξύ δύο προσώπων καθορίζεται από τον τρόπο που αυτά θέτουν «στίξη» στην επικοινωνία τους.
- 4<sup>ο</sup>: Οι άνθρωποι επικοινωνούν «ψηφιακά» και «αναλογικά». Η ψηφιακή γλώσσα έχει συντακτική αξία, αλλά στερείται σημασιολογικής δυνατότητας στο πεδίο της σχέσης. Η αναλογική γλώσσα έχει αντίθετα σημασιολογική αξία, αλλά στερείται επαρκούς σύνταξης για τον σαφή ορισμό της φύσης των σχέσεων.
- 5<sup>ο</sup>: Όλες οι επικοινωνιακές συναλλαγές είτε είναι συμμετρικές (από ίση θέση) είτε συμπληρωματικές (από άνιση, διαφορετική θέση).<sup>116</sup>

Η Συμπεριφερολογική προσέγγιση στη θεραπεία οικογένειας είναι γνωστή λίγο περισσότερο από 20 χρόνια. Χρησιμοποιήθηκε κυρίως σε προβλήματα που δεν έχουν σχέση με μείζονα ψυχοπαθολογία.

Οι εφαρμογές στη θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι πιο πρόσφατες. Η πρώτη περιγραφή συμπεριφερολογικής θεραπείας στη σχιζοφρένεια έγινε από τον R. P. Liberman (1970). Μορφοποιήθηκε αργότερα στις αρχές της δεκαετίας του '80 και απέκτησε τη μορφή του συγκεκριμένου μοντέλου της Συμπεριφερολογικής θεραπείας οικογένειας στη Σχιζοφρένεια από τον Lan R.H.

Στην εν λόγω θεωρία χρησιμοποιούνται στρατηγικές και τεχνικές των θεωριών της μάθησης, και άλλες π.χ. το παίξιμο ρόλου από το ψυχόδραμα του Moreno, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων του Argyle, έκθεση το φοβογόνο αντικείμενο του Marks και από τις μεθόδους επίλυσης προβλήματος του Spivack. Έτσι, στην κλινική πράξη ο θεραπευτής συμπεριφοράς χρησιμοποιεί ένα *rotpouiti* από τεχνικές, συνδυασμένες με ποικίλους τρόπους μεταξύ τους, ούτως ώστε να καλύπτονται οι εξατομικευμένες ανάγκες κάθε αρρώστου ή οικογένειας. Φροντίζει επίσης να εξασφαλίζει ένα υποστηρικτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα

---

<sup>116</sup>Βλ. Τομαράς Β., «Συστημική Θεραπεία Οικογένειας: Η εξελικτική της πορεία», Τετράδια Ψυχιατρικής. τ.45, 1994, σ. 134-142.

εφαρμοσθούν και θα λειτουργήσουν οι θεραπευτικές τεχνικές και θα επιτευχθεί η θεραπευτική συμμαχία.<sup>117</sup>

Η Συμπεριφερολογική θεραπεία οικογένειας στη σχιζοφρένεια έχει τους εξής στόχους:

α) Να προωθήσει την κλινική αντιμετώπιση της όλης κατάστασης του αρρώστου μέσα από την κατανόηση της νόσου, την κατάλληλη θεραπεία με φάρμακα, την αποτελεσματική αντιμετώπιση του stress και την εφαρμογή ειδικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των υπολειμμάτων συμπτωμάτων και προβληματικών συμπεριφορών.

β) Να βοηθήσει κάθε μέλος της οικογένειας να πετύχει τους προσωπικούς του στόχους.

γ) Να διευκολύνει τις λειτουργίες αντιμετώπισης του stress κάθε μέλους, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας επίλυσης προβλήματος από την οικογένεια.

Στο συγκεκριμένο μοντέλο η θεραπεία γίνεται στο σπίτι της οικογένειας και αναμένεται όλα τα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένου και του αρρώστου, να παρακολουθούν τις συνεδρίες. Ως βασικό επιχείρημα γι' αυτό προβάλλεται η μεγαλύτερη δυνατότητα «γενίκευσης» των αλλαγών και παγίωσης των νέων συμπεριφορών. Θεωρείται ότι οι άρρωστοι και οι οικογένειές τους είναι πιο χαλαροί στο γνώριμο σε αυτούς περιβάλλον του σπιτιού τους και πιο πρόθυμοι να μάθουν νέες συμπεριφορές. Οι συμπεριφορές αυτές, που θα τις μάθουν και θα τις ασκήσουν στο σπίτι, έχουν τάση να διατηρούνται περισσότερο στο χρόνο.

Οι στόχοι της συμπεριφερολογικής ανάλυσης στη θεραπεία οικογένειας είναι:

- 1) Να επιτευχθεί «θεραπευτική συμμαχία» με κάθε μέλος της οικογένειας.
- 2) Να προσδιοριστεί ο βαθμός της κατανόησης και της γνώσης κάθε μέλους της οικογένειας για την φύση και την κλινική αντιμετώπιση της νόσου του άρρωστου μέλους.
- 3) Να προσδιορισθούν οι συγκεκριμένοι στόχοι ζωής κάθε μέλους της.
- 4) Να προσδιορισθούν τα ειδικά προβλήματα που πρέπει να λυθούν για να επιτευχθούν οι στόχοι κάθε μέλους της οικογένειας.
- 5) Να προσδιορισθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες της οικογενειακής μονάδας στην επίλυση του προβλήματος.
- 6) Να προσδιορισθούν και να κατανοηθούν οι συγκεκριμένες δυνατότητες και αδυναμίες κάθε μέλους της οικογένειας που θα μπορούσαν συγκεκριμένα να

---

<sup>117</sup>Βλ. Οικονόμου Μαρία, «Η συμπεριφερολογική προσέγγιση στη θεραπεία της οικογένειας για τη σχιζοφρένεια», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του ασύλου. Δομές αποκατάστασης*, 1993, σελ 81-91.

χρησιμοποιηθούν ή να αποφευχθούν κατά τη διάρκεια των συνεδριών της συμπεριφερολογικής θεραπείας οικογένειας.

7) Να ελέγχεται η πρόοδος της αποτελεσματικότητας στην επίλυση προβλήματος και την επίτευξη στόχων σε κάθε συνεδρία.<sup>118</sup>

Αρκετές συγκριτικές μελέτες κατέδειξαν ότι η ψυχοεκπαιδευτική και συμπεριφορική παρέμβαση σε οικογένειες σχιζοφρενών, ως συμπλήρωμα της ατομικής παρακολούθησης και της φαρμακευτικής αγωγής, μειώνουν σημαντικά τις υποτροπές και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τόσο του ασθενούς, όσο και της οικογένειας.

Όσον αφορά την ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία οικογένειας, πρόκειται για ένα μοντέλο προσαρμοσμένο στις ανάγκες της οικογένειας του χρόνιου ασθενή. Αντιμετωπίζει το ενδοοικογενειακό stress ως παράγοντα που αυξάνει την ευπάθεια του ασθενούς και τον κίνδυνο υποτροπής του. Στόχοι του είναι:

α) Η ενημέρωση της οικογένειας σε ότι αφορά την αιτιολογία, τη συμπτωματολογία, τον ρόλο των φαρμάκων, παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της διαταραχής κ.λ.π.

β) Η θετικοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος: Ανακούφιση του στίγματος και των πιθανών ενοχών. Ελάττωση της επικριτικότητας ή και της συναισθηματικής υπερεμπλοκής με τον άρρωστο (συνιστώσες του υψηλού «εκφραζόμενου συναισθήματος»). Σταθερή, ορθολογική στάση προς τον άρρωστο και απόδοση υπευθυνότητας σε αυτόν. Ευόδωση της άμεσης σαφούς και ειλικρινούς επικοινωνίας. Αποθάρρυνση των αντικρουόμενων, αντιφατικών μηνυμάτων.

Η ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία οικογένειας λαμβάνει χώρα με μεμονωμένες οικογένειες ή και ομάδα οικογενειών με ή χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς.<sup>119</sup>

---

<sup>118</sup>Βλ. Οικονόμου Μαρία, σελ 81-91, ό.π.

<sup>119</sup>Βλ. Τομαράς Β., σελ 800, ό.π.

## Β΄ ΜΕΡΟΣ

*Κλεισμένη σε μια φυλακή  
Περνώ την ώρα μου παραγωγικά  
Προσπαθώ να φτάσω  
Στην επιτυχία των φυλακισμένων  
Τα αισθήματά μου είναι γερασμένα,  
Τείνουν προς εξαφάνιση.  
Σκέψεις μυριάδες τριγυρίζουν  
Το μυαλό μου, αλλά εκεί σταματούν.  
Έχω παρατήσει κάθε προσπάθεια  
Για δραπέτευση.  
Μου φαίνεται πως η ζωή μέσα στη φυλακή  
Αρχίζει να μ' αρέσει.  
Όχι δεν είναι αλήθεια.  
Δεν μ' αρέσει.  
Δεν νιώθω τίποτα για τίποτα.  
Τη φυλακή άρχισα να τη συνηθίζω.  
Όλα είναι μια συνήθεια.*

(Δασκαλάκη Ζωή, *Τα πάντα ρει*,  
Ανοικτό παράθυρο, Χανιά, 1999, σ.16)



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 6.1. Ιστορικό της έρευνας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας μας επικεντρωθήκαμε σε δυο κοινωνικούς τόπους, δύο πεδία, μία κλινική του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και μια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική που βρίσκεται στο Ηράκλειο. Για λόγους προστασίας της ανωνυμίας δεν αναφέρουμε τα ονόματα των κλινικών αυτών. Αναφερόμαστε γενικά στο Θ.Ψ.Π.Χ. παρόλο που μελετήσαμε περισσότερο, μια συγκεκριμένη κλινική του, αλλά και επειδή η Κοινωνική Υπηρεσία λειτουργεί αυτόνομα και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι κατανεμημένοι και στις τέσσερις κλινικές του. Τα δυο αυτά πεδία μελέτης αποτέλεσαν την πηγή της βασικής γνώσης για τη διερεύνηση των διαδικασιών που αφορούν το πεδίο της δημόσιας και ιδιωτικής ψυχιατρικής περίθαλψης. Χρησιμοποιήθηκαν ως ένα είδος εργαστηρίου επεξεργασίας εννοιών.

Η επιλογή του Θ.Ψ.Π.Χ. ως πεδίο μελέτης βασίστηκε στα εξής κριτήρια α) το ίδρυμα αυτό έχει μια μακρόχρονη ιστορία, β) υπάρχει συγκεκριμένο πρόγραμμα αποκατάστασης, γ) ο κοινωνικός χώρος ευνοούσε την επιτόπια έρευνα και την εφαρμογή ποιοτικών μεθόδων. Στην περίπτωση του Θ.Ψ.Π.Χ. βλέπουμε τη συνολική ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα να αποτυπώνεται στην τοπική ιστορία του εν λόγω θεσμού.

Η επιλογή της συγκεκριμένης ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής ως δεύτερο πεδίο μελέτης έγινε με βάση τα παρακάτω κριτήρια: α) αποτελεί τη μοναδική ιδιωτική ψυχιατρική κλινική που υπάρχει στη Κρήτη, δηλαδή η εντοπιότητα ήταν σημαντικός παράγοντας, β) η μακρόχρονη λειτουργία της και οι αλλαγές που παρατηρούνται με το πέρασμα των χρόνων, αποτυπώνουν τα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής περίθαλψης, γ) η συνεργασία ενός μέλους της ερευνητικής ομάδας με τη συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική κατά τη διάρκεια της εργαστηριακής της άσκησης, όπου είχε αναπτυχθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, γεγονός που διευκόλυνε την ομάδα στην ευκολότερη πρόσβαση στη κλινική, και δ) ο κοινωνικός χώρος ευνοούσε την επιτόπια έρευνα και την εφαρμογή ποιοτικών μεθόδων.

Η έρευνα πεδίου ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2003 και ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2004. Προηγήθηκε η τρίμηνη φάση της προετοιμασίας, δηλαδή μελέτη

βιβλιογραφίας, εκπόνηση ερευνητικού σχεδίου, τελική επιλογή του τόπου μελέτης, και αναμονής της έγκρισης της ερευνητικής πρότασης από την επιτροπή της Σχολής Κοινωνικής Εργασίας.

Κατά τη διάρκεια αυτών των μηνών έρευνας έλαβαν χώρα σύντομες περίοδοι εντατικής ερευνητικής εργασίας (τακτικές και πολύωρες επισκέψεις, ακόμα και συμμετοχή με πλήρη διαμονή), που εναλλάσσονταν με διαστήματα λίγων βδομάδων όπου το βάρος έπεφτε στην ανάλυση του ήδη συλλεγμένου υλικού. Ειδικότερα η έρευνα στο Θ.Ψ.Π.Χ. διήρκησε δυο περίπου μήνες ενώ στην Ιδιωτική Κλινική διήρκησε ένα περίπου χρόνο, καθώς ένα μέλος της ομάδας πραγματοποιούσε σε αυτό το χώρο την εργαστηριακή του άσκηση.

Η έρευνα μας ξεκίνησε από την ιδιωτική κλινική και αυτό για τρεις κυρίως λόγους. Καταρχήν είχαν ήδη αναπτυχθεί δεσμοί με την συγκεκριμένη κλινική και σταθερές σχέσεις με το προσωπικό. Επίσης, μας δόθηκε νωρίτερα η έγκριση από την ιδιωτική κλινική, η οποία μας επέτρεψε τη διεξαγωγή της έρευνας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στους χώρους της. Ένας τελευταίος λόγος ήταν η εύκολη προσβασιμότητα, αφού η ιδιωτική κλινική βρίσκεται στη πόλη που ζούμε.

Η παρουσία μας στο χώρο της ιδιωτικής κλινικής μας κατεύθυνε στη συλλογή του πρώτου εμπειρικού υλικού και στο σχεδιασμό μιας ερευνητικής φόρμας. Μας επέτρεψε να κινηθούμε με μεγαλύτερη άνεση στους υπό διερεύνηση κοινωνικούς τόπους και να σχεδιάσουμε με μεγαλύτερη ασφάλεια τα επόμενα ερευνητικά βήματα.

Στη συνέχεια, η είσοδος μας στο Θ.Ψ.Π.Χ. συνοδεύτηκε από πλήθος πρωτόγνωρων εμπειριών και γνώσεων που μας βοήθησαν να αποκτήσουμε μια πιο εμπειριστατωμένη άποψη για το θέμα της έρευνας μας.

Για την διεξαγωγή της έρευνάς μας χρειάστηκε να υποβάλουμε τυπική αίτηση στη διεύθυνση του Θ.Ψ.Π.Χ., όπου καθορίστηκε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα πρόσβασης, ενώ στην ιδιωτική κλινική μας δόθηκε προφορική έγκριση από την ψυχίατρο.

Παράλληλα με τη δράση μας στους δυο αυτούς κοινωνικούς τόπους, ήρθαμε σε επικοινωνία με ένα τοπικό σύλλογο και συγκεκριμένα τον Σύλλογο Φίλων και Οικογενειών για τη Ψυχική Υγεία Ηρακλείου.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας μας, δεν συναντήσαμε σοβαρές δυσκολίες τέτοιες που να εμποδίζουν την ολοκλήρωσή της. Παρόλα αυτά αντιμετωπίσαμε την άρνηση των επαγγελματιών από το Θ.Ψ.Π.Χ. για να έρθουμε σε επαφή με τις οικογένειες των ασθενών. Η άρνηση αυτή, από τη μια μας έδειξε τη τακτική που ακολουθεί το Θ.Ψ.Π.Χ. για να προστατεύσει τις οικογένειες και τους ασθενείς, τηρώντας το ιατρικό απόρρητο και από την άλλη μεριά μας βοήθησε να κατανοήσουμε την οπτική των επαγγελματιών για την οικογένεια.

Υπήρχε μεγάλη προθυμία από τους επαγγελματίες να μας βοηθήσουν, να μας δώσουν εμπειρικό υλικό και να αφιερώσουν χρόνο από τη δουλειά τους για να συζητήσουμε. Ωστόσο, διακρίναμε στη πλειοψηφία των επαγγελματιών τόσο στην ιδιωτική όσο και στη

δημόσια κλινική ότι ήταν διστακτικοί και επιφυλακτικοί σε ορισμένα σημεία των συνεντεύξεων. Είναι αξιοσημείωτο ότι διαχειρίζονταν πολύ καλά και από θέση ισχύος το πλαίσιο της συνέντευξης – συζήτησης.

## 6.2. Ερευνητικό σχέδιο

Η ποιοτική έρευνα θεμελιώνεται σε μια φιλοσοφική θέση η οποία είναι σε γενικές γραμμές «ερμηνευτική», με την έννοια ότι την απασχολεί ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύεται, γίνεται κατανοητός, βιώνεται και παράγεται ο κοινωνικός κόσμος από τα ίδια τα υποκείμενα. Αν και διαφορετικές εκδοχές της ποιοτικής έρευνας μπορεί να κατανοούν ή να προσεγγίζουν αυτά τα στοιχεία με διαφορετικούς τρόπους, όλες οι εκδοχές αναγνωρίζουν κάποια τουλάχιστον από τα παραπάνω ως σημαντικά στοιχεία ενός σύνθετου, ενδεχομένως και πολυεπίπεδου, κοινωνικού κόσμου.<sup>120</sup>

Το ερευνητικό σχέδιό μας βασίστηκε στη Θεμελιωμένη Θεωρία (Grounded Theory), μια από τις πλέον δόκιμες και ολοκληρωμένες προτάσεις στον χώρο της ποιοτικής κοινωνικής έρευνας, η οποία αναπτύχθηκε από τη δεκαετία του 1960 κυρίως από τους Strauss, Glaser και Corbin. Η μεθοδολογία που απορρέει από τις προτροπές της θεωρίας αυτής ακολουθήθηκε ως προς τη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνάς μας. Η θεμελιωμένη θεωρία συνιστά μια γενική μεθοδολογία για την ανάπτυξη της θεωρίας, η οποία θεμελιώνεται σε δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί και αναλυθεί με συστηματικό τρόπο. Η θεωρία εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της έρευνας, στο πλαίσιο της συνεχούς αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη συλλογή και την ανάλυση των στοιχείων<sup>121</sup>.

Η μέθοδος αυτή αναφέρεται στο σταδιακό «χτίσιμο της θεωρίας» στο χώρο των ποιοτικών ερευνών καθώς προϋποθέτει την αλληλένδετη σχέση ανάμεσα στην διαδικασία της συλλογής και της ανάλυσης των στοιχείων. Η θεωρία δεν επιβάλλεται a priori στα δεδομένα, δεν είναι προκαθορισμένη και αμετάβλητη, αλλά συγκροτείται κατ' αντιπαραβολή και σε συνδυασμό με τα δεδομένα.<sup>122</sup>

Σύμφωνα με τους εκπρόσωπους της θεμελιωμένης θεωρίας, η ποιοτική εμπειρική έρευνα δεν σκοπεύει στην επαλήθευση ή στη διάψευση διατυπωμένων εκ των προτέρων θεωρητικών υποθέσεων (γραμμικό, υποθετικό - απαγωγικό μοντέλο), αλλά στη διατύπωση θεωρητικών προτάσεων επί των εξεταζομένων ζητημάτων που θεμελιώνονται στο εμπειρικό υλικό. Τα θεωρητικά σχήματα και οι κατηγορίες που έχουν αναπτυχθεί καθώς και οι θέσεις που έχουν διατυπωθεί από προηγούμενες έρευνες πάνω στην εκάστοτε θεματική λειτουργούν ως ένα «ευρετικό» (heuristic) πλαίσιο που ευαισθητοποιεί τον ερευνητή θεωρητικά (theoretical sensitivity), χωρίς ωστόσο να τον δεσμεύει στη διατύπωση των υποθέσεων και

<sup>120</sup>Βλ. Mason J., *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2003, σ. 20.

<sup>121</sup>Βλ. Strauss και J. Corbin, «Grounded theory methodology», στο Κυριαζή Ν., *Η κοινωνιολογική έρευνα*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1999, σ. 271.

<sup>122</sup>Βλ. Glaser B. G. και A. Strauss, *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, Chicago: Aldine, 1967, σ. 1.

των θεωρητικών - ερμηνευτικών σχημάτων που προκύπτουν από το διαθέσιμο εμπειρικό υλικό. Η τελική διαμόρφωση των μοντέλων ανάλυσης προκύπτει από την παγίωση του συνεχούς μετασχηματισμού των αρχικών κατευθυντήριων ιδεών, στη βάση των νέων κάθε φορά ερμηνειών κατά τη διαδικασία ανάλυσης του εμπειρικού υλικού, η οποία καταλήγει στη συγκρότηση εξηγητικών μοντέλων του υπό μελέτη ζητήματος.

Το στοιχείο της σύγκρισης είναι καθοριστικό: κάθε νέα κατηγορία που προκύπτει από την ανάλυση του εμπειρικού υλικού συγκρίνεται με τις προγενέστερες έτσι ώστε σταδιακά να κατασκευαστεί ένα θεωρητικό οικοδόμημα ριζωμένο στο εμπειρικό υλικό που να αφορά το υπό μελέτη θέμα. Η δειγματοληψία λαμβάνει χώρα στη βάση των κατηγοριών που σταδιακά αναπτύσσονται (θεωρητική δειγματοληψία) καθώς επιζητείται η μελέτη όσο το δυνατό διαφορετικών περιπτώσεων. Η αναζήτηση νέων περιπτώσεων τερματίζεται όταν έχει επέλθει θεωρητικός κορεσμός, δηλαδή όταν παύουν να εμπλουτίζουν τις υπάρχουσες εννοιολογικές κατηγορίες πρόσθετα στοιχεία που συλλέγονται και απλώς επαναλαμβάνονται.<sup>123</sup>

Η γενική αυτή μέθοδος ανάλυσης «ποιοτικών» κυρίως, «δεδομένων» παρέχει ορισμένες πολύ χρήσιμες ιδέες όσον αφορά τον τρόπο διεξαγωγής μιας εμπειρικής έρευνας. Καταρχάς, σε αντίθεση με τον κλασικό εμπειρισμό προϋποθέτει μια σχετική, τουλάχιστον, εποπτεία της θεωρίας αναφορικά με τα υπό διερεύνηση φαινόμενα. Όμως, θα πρέπει αυτού του είδους η θεωρητική «προ - κατανόηση» να μην κυριαρχήσει στην «ερευνητική εμπειρία» και να μην την επικαθορίσει. Η γνώση της θεωρίας θα υποβοηθήσει την κωδικοποίηση, την σημαντικότερη ίσως διεργασία σε μια εμπειρική έρευνα με ερμηνευτικό προσανατολισμό, δηλαδή την ολοένα και πιο αφηρημένη εννοιολόγηση. Επειδή, όμως, το εμπειρικό υλικό δεν αποκαλύπτεται από μόνο του η θεωρητική «ευαισθησία» η οποία επιτυγχάνεται με την θεωρητική γνώση, κυρίως μέσω της συγκρότησης ενός θεωρητικού πλαισίου που ευαισθητοποιεί (sensitizing concept), αποτελεί το κλειδί με το οποίο σταδιακά ξεκλειδώνεται η «επιφάνεια» της εμπειρίας. Επιπλέον, η ταυτόχρονη με τη διεξαγωγή της έρευνας εννοιολόγηση και η μετάβαση από περιγραφικές σε περισσότερο θεωρητικές κωδικοποιήσεις οδηγεί στον διαρκή επαναπροσδιορισμό των επιμέρους ερευνητικών στόχων, του «δείγματος» και των προς χρήση τεχνικών. Έτσι, δε διασπώνται τα επιμέρους στάδια της έρευνας και επιτυγχάνεται αυτό που ονομάζεται «σταδιακή κατασκευή του αντικειμένου».<sup>124</sup>

Λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω παράγοντες διεξαγωγής της ποιοτικής έρευνας και τα πλεονεκτήματά της, θεωρήσαμε ότι αυτή η μέθοδος είναι η καταλληλότερη για την διεξαγωγή της δικής μας έρευνας, καθώς στηρίζεται στην εις βάθος ανάλυση και μελέτη των δεδομένων που συγκεντρώνονται από τη φάση της συλλογής στοιχείων (data collection).

---

<sup>123</sup>Ομοίως, σ. 61-62, 111-112.

<sup>124</sup>Βλ. Kaufmann J. - C. L' entretien comprehensif, Παρίσι, Nathan, 1996, σ. 25.

### 6.3. Ερευνητικές Τεχνικές

Στην έρευνα μας χρησιμοποιήσαμε μια σειρά από ερευνητικές τεχνικές. Ως κεντρική ερευνητική τεχνική χρησιμοποιήσαμε τη συνέντευξη. Άλλες τεχνικές ήταν η συμμετοχική παρατήρηση και η συλλογή γραπτών τεκμηρίων.

Η συνέντευξη αποτελεί μια τις πιο αναγνωρισμένες μορφές της ποιοτικής ερευνητικής μεθόδου. Αποτελεί πηγή άντλησης στοιχείων σχετικά με τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του και για το πώς αντιδρά ή δρα μέσα σε αυτόν. Εκφράζονται προσωπικά συναισθήματα, γνώμες, αντιλήψεις, εμπειρίες, ιδεολογίες κ.τ.λ. Οπότε έχουμε την υποκειμενική εικόνα του ατόμου για τη ζωή και όχι την αντικειμενική εξωτερική πραγματικότητα. Από την άλλη παρέχει μια εις βάθος εξέταση του ερευνητικού προβλήματος. Η συλλογή των στοιχείων γίνεται μόνο μέσω της προσωπικής μας επικοινωνίας με τους ερωτώμενους. Μας είναι ευκολότερο να εξηγήσουμε το σκοπό της έρευνας μας και να διεγείρουμε το ενδιαφέρον του ερωτώμενου για συμμετοχή. Υπάρχει μεγαλύτερη ευελιξία στο τρόπο δόμησης και παρουσίας των ερωτήσεων (προσαρμογή).<sup>125</sup> Υπάρχουν πέντε βασικά είδη συνέντευξης: η δομημένη, η ημιδομημένη, η ελεύθερη/εστιασμένη, η συνέντευξη ομάδων και η συνέντευξη ελίτ.

Στην έρευνα μας χρησιμοποιήσαμε την ημιδομημένη συνέντευξη με τους επαγγελματίες της δημόσιας και της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής και με μέλη οικογενειών που ένα άλλο μέλος τους νοσεί. Να σημειώσουμε ότι πρόκειται για οικογένειες που εκδήλωναν ενδιαφέρον και διατηρούσαν επαφή με τον ασθενή τους. Επομένως είχαν επαφή και με το χώρο νοσηλείας και ήταν δυνατόν να τις προσεγγίσουμε. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να περιορισθεί το δείγμα της έρευνάς μας.

Σύμφωνα με την ημιδομημένη συνέντευξη, καθορίσαμε γενικές θεματικές ενότητες, όπου μέσα από ερωτήσεις προωθήσαμε την ελεύθερη έκφραση των ερωτώμενων, στους οποίους δώσαμε την δυνατότητα να απαντήσουν θέτοντας δικά τους όρια και δίδοντας έμφαση εκεί που αυτοί πίστευαν ότι έπρεπε να δώσουν (στο πλαίσιο πάντα του υπό συζήτηση θέματος). Ουσιαστικά προσπαθήσαμε να δημιουργήσουμε ένα θετικό κλίμα συζήτησης με τους ερωτώμενους και να ακολουθούμε την πορεία αυτής, προσπαθώντας όμως να καλύψουμε όλα τα ζητήματα που είχαμε θέσει στο πλάνο της συνέντευξής μας. Αυτό το είδος της συνέντευξής μας παρείχε την δυνατότητα να συλλέξουμε πολλές πληροφορίες και να κάνουμε άμεσα διευκρινιστικές ερωτήσεις.

Λαμβάνοντας υπόψη την σημαντικότητα της ύπαρξης ενός άνετου και ασφαλούς κλίματος για τους ερωτώμενους, αφήσαμε το περιθώριο στα μέλη των οικογενειών και στους επαγγελματίες να επιλέξουν τη χρήση ή όχι μαγνητοφώνου. Μας προβλημάτισε η πιθανή άρνηση ή ενόχληση των μελών των οικογενειών και των επαγγελματιών, έτσι στις περιπτώσεις που οι ερωτώμενοι δεν επιθυμούσαν την χρησιμοποίησή του, για ηθικούς

<sup>125</sup>Βλ. Παρασκευόπουλος Ι., *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*, Αθήνα, τόμος Β', 1993, σ. 128.

λόγους, δεν ακυρώνουμε την συνέντευξη αλλά αργότερα διασταυρώνουμε και καταγράφουμε τις πληροφορίες σύμφωνα με τα αποδεκτά ερευνητικά πρότυπα.

Μια άλλη ερευνητική τεχνική που χρησιμοποιήσαμε ήταν η συμμετοχική παρατήρηση στο χώρο της δημόσιας και της ιδιωτικής κλινικής ψυχιατρικής κλινικής. Η συμμετοχική παρατήρηση αποτελεί βασική τεχνική στις ποιοτικές έρευνες. Απαιτεί άμεση εμπλοκή του παρατηρητή στο «πεδίο» που έχει επιλεγεί για διερεύνηση. Η σε βάθος εμπλοκή επιτρέπει στον παρατηρητή να ακούσει, να δει και να βιώσει την πραγματικότητα όπως και τα εμπλεκόμενα υποκείμενα. Ο παρατηρητής καλείται να περάσει αρκετές ώρες στο «πεδίο». Επίσης, είναι βοηθητικό να επεξεργάζεται τη σχεδιασμένη έκταση και τη φύση της παρατήρησης, το πόσο θα αποκαλυφθεί ο σκοπός της έρευνας στα εμπλεκόμενα υποκείμενα, το πόσο εντατική και εστιασμένη θα είναι η παρατήρηση.<sup>126</sup>

Η συγκεκριμένη μέθοδος μας έδωσε την δυνατότητα να παρακολουθήσουμε από κοντά τον υπό έρευνα κοινωνικό χώρο, να λάβουμε μέρος σε μορφές διαντίδρασης με τους ερευνώμενους και ως εκ τούτου να κατανοήσουμε τα πράγματα από τη δική τους σκοπιά. Δηλαδή να αποκτήσουμε γνώσεις για όλα όσα συμβαίνουν, οι οποίες θεμελιώνονται στις ερμηνείες των ίδιων των υποκειμένων.<sup>127</sup>

Ανάλογα με τις περιστάσεις και τις συνθήκες αναλαμβάνουμε διαφορετικούς ρόλους, τότε ως πλήρως συμμετέχοντες και τότε ως πλήρως παρατηρητές. Στις περιπτώσεις που αναλάβαμε το ρόλο του απόλυτα συμμετέχοντα, επιχειρήσαμε να αναμιχθούμε πλήρως στις δραστηριότητες των πεδίων. Προσεγγίσαμε την οικογένεια πολύ διακριτικά όταν δεν μπορούσαμε να εξηγήσουμε επακριβώς και με λεπτομέρειες τις προθέσεις και τους σκοπούς μας, καθώς δεν θα μπορούσαμε με άλλους τρόπους να συλλέξουμε ακριβείς πληροφορίες.<sup>128</sup> Σε άλλες πάλι συμμετείχαμε ως «συμμετέχοντες παρατηρητές», όπου αποκαλύπταμε τους σκοπούς και τις προθέσεις μας. Προσπαθήσαμε να αναπτύξουμε σχέσεις με τους ερευνώμενους ώστε να μας παρέχουν πληροφορίες. Με βάση αυτόν τον ρόλο προσπαθήσαμε να μάθουμε και να κατανοήσουμε τους ερευνώμενους και τις συμπεριφορές τους. Όμως δώσαμε ιδιαίτερη προσοχή στα γεγονότα και στην ακριβή καταγραφή τους.<sup>129</sup> Τέλος, αναλάβαμε το ρόλο των παρατηρητών ως συμμετέχοντες, όπου για να κατανοήσουμε το κοινωνικό πεδίο βασιστήκαμε περισσότερο στην παρατήρηση παρά στην συμμετοχή. Δηλαδή παρόλο που παρευρισκόμασταν στις δραστηριότητες τους, δεν συμμετείχαμε ενεργά. Δίναμε όμως έμφαση στην καλλιέργεια ενός άνετου κλίματος.

Χρησιμοποιήσαμε την τεχνική της συμμετοχικής παρατήρησης προκειμένου να αποκτήσουμε μια επαρκή κοινωνική γνώση των υπό μελέτη κοινωνικών πεδίων. Με την κοινωνική γνώση που σταδιακά αποκτήθηκε και από την χρήση και άλλων τεχνικών, καταφέραμε να επεξεργαστούμε το εμπειρικό υλικό που συνολικά συλλέξαμε.

<sup>126</sup>Βλ. Ράτσικα Ν., Αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις, για το μάθημα Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα του Ε' εξαμήνου, Ηράκλειο, 2002.

<sup>127</sup>Βλ. Κυριαζή Ν., σ. 278-279, ό.π.

<sup>128</sup>Βλ. Κυριαζή Ν., σ. 251, ό.π.

<sup>129</sup>Βλ. Κυριαζή Ν., σ. 253.

Οι συζητήσεις στο πλαίσιο της συμμετοχικής παρατήρησης είχαν το χαρακτήρα συνεντεύξεων, οι οποίες ήταν άτυπες και δεν μαγνητοφωνούνταν. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τους γνωστοποιούσαμε την ιδιότητα μας ως ερευνήτριες, όμως δεν εξηγούσαμε αναλυτικά τους σκοπούς της έρευνας μας.

Μια άλλη τεχνική που χρησιμοποιήσαμε ήταν η συλλογή και ανάλυση γραπτών τεκμηρίων. Την θεωρήσαμε πολύ σημαντική και κατάλληλη να την χρησιμοποιήσουμε στο πλαίσιο της ερευνητικής μας στρατηγικής. Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε, συλλέχθηκε και χρησιμοποιήθηκε, ως εμπειρικό υλικό προς ανάλυση, μια ποικιλία γραπτών τεκμηρίων, όπως είναι φυλλάδια, αφίσες, προγράμματα επανένταξης, προσκλήσεις σε εκδηλώσεις, δημοσιεύματα εφημερίδων, και άλλο εμπειρικό υλικό π.χ. ζωγραφίες μιας ομάδας ψυχικά ασθενών κ.ά.

Το εμπειρικό υλικό που αντλήθηκε από τις παραπάνω τεχνικές, αναλύθηκε ανάλογα με τα ερωτήματα, όπως αυτά διαμορφώθηκαν και συγκεκριμενοποιήθηκαν στην πορεία της εργασίας.

Γενικά η ανάλυση ακολούθησε τρία στάδια: α) απομαγνητοφώνηση και κατάταξη του υλικού, β) δομική περιγραφή (structural description), και γ) αναλυτική αφαίρεση (analytical abstraction). Κάθε υλικό κατηγοριοποιήθηκε, αναλύθηκε γραμμή προς γραμμή και στη συνέχεια εξήχθησαν τα γενικότερα συμπεράσματα, ανάλογα και με τα ερωτήματα που προέκυπταν κατά τη διάρκεια της έρευνας.

#### **6.4. Αξιοπιστία και εγκυρότητα**

Στην ποιοτική έρευνα μας ενδιαφέρει να περιγράψουμε ή και να διερευνήσουμε την κοινωνική πραγματικότητα και να εμβαθύνουμε στους παράγοντες που επιδρούν σε ένα φαινόμενο και το καθορίζουν. Δίνουμε έμφαση στην εγκυρότητα και στην αξιοπιστία. Όμως η εγκυρότητα είναι πιο βασική. Εγκυρότητα σημαίνει ότι δημιουργούμε ή χρησιμοποιούμε εργαλεία συλλογής στοιχείων που πραγματικά «μετράνε» αυτό που θέλουμε να «μετρήσουμε», μας βοηθάνε να κατανοήσουμε αυτό που θέλουμε να γνωρίσουμε.

Η εγκυρότητα της έρευνας διακρίνεται σε εσωτερική και εξωτερική. Ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για την πραγματική ουσία των συγκεκριμένων ευρημάτων (την φύση τις συνάφειας των μεταβλητών ή παραγόντων που επηρεάζουν το υπό μελέτη φαινόμενο) λέγεται εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας. Ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για την γενικευτική ισχύ των συγκεκριμένων ευρημάτων σε ευρύτερα σύνολα ομοειδών περιπτώσεων, λέγεται εξωτερική εγκυρότητα. Εξασφαλίζουμε πρώτα την εσωτερική εγκυρότητα ενώ η εξωτερική έπεται. Αυτές συχνά αντιστρατεύονται, δηλαδή όσο

αυξάνουμε την εσωτερική εγκυρότητα με περιοριστικούς ελέγχους τόσο μειώνουμε το εύρος του πεδίου έρευνας άρα μειώνουμε το πεδίο γενίκευσης των αποτελεσμάτων.<sup>130</sup>

Η αντίρρηση, η οποία προβάλλεται σε ότι αφορά τις ποιοτικές μεθόδους έρευνας, σχετίζεται με το πρόβλημα της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας, που θεωρείται ότι διακυβεύεται στην περίπτωση της ερμηνευτικής προσέγγισης. Για παράδειγμα οι θετικιστές θεωρούν ότι η ερμηνευτική προσέγγιση και η βάσει αυτής ασκούμενη ποιοτική ανάλυση των δεδομένων δεν αποτελούν έγκυρη μέθοδο για την μελέτη των κοινωνικών δεδομένων, εφόσον εμπλέκεται η προσωπική ερμηνεία των πραγμάτων, η οποία παρεμποδίζει την αντικειμενικότητα.<sup>131</sup> Το στοιχείο της υποκειμενικότητας υπεισέρχεται καθώς ο προσωπικός παράγοντας παρεμβαίνει στη σκέψη και στη δράση μας, και ο λόγος ως σκέψη και ως ομιλία σφραγίζει και χρωματίζει τις απόψεις μας. Η προβολή συχνά συσκοτίζει, αλλοιώνει ή παραμορφώνει τα υποκείμενα - αντικείμενα μελέτης, το παραπάνω αποτελεί ευαίσθητο σημείο κάθε ποιοτικής έρευνας. Απάντηση σε αυτό δίνει η αδιάλειπτη εγρήγορση του επαγγελματία, η αυτοπαρατήρηση και ο αναστοχασμός.<sup>132</sup>

Εξάλλου έγκυρο είναι το αληθινό που αναδεικνύεται μέσα από τις συναλλαγές και τις διεκδικήσεις των ανθρώπων, εκείνο που παρουσιάζεται με την φυσικότητα των γεγονότων που εκτυλίσσονται μπροστά στα μάτια του ερευνητή.<sup>133</sup>

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι πολύ σημαντικό ρόλο στην όλη ερευνητική διαδικασία παίζουν δύο από τις επιλογές που θα κάνει ο ερευνητής: η επιλογή του δείγματος (εγκυρότητα) κι η μέθοδος συλλογής και ανάλυσης στοιχείων (αξιοπιστία).

Σε όλη την διεξαγωγή της έρευνάς μας μέχρι τη συγγραφή της πτυχιακής μας εργασίας, προσπαθήσαμε να καταγράψουμε με ακρίβεια τα γεγονότα και τις απόψεις των ερευνώμενων. Έτσι λοιπόν, ακολουθώντας τις αρχές Grounded Theory (Θεμελιωμένη Θεωρία) εφαρμόσαμε τις τεχνικές της ποιοτικής έρευνας, με κάθε δυνατή προφύλαξη και εγρήγορση και θεωρούμε ότι εξασφαλίσαμε την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της ερευνητικής μας προσπάθειας.

## 6.5. Το ερευνητικό πεδίο

Η επιτόπια έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δυο πεδία: στο Θ.Ψ.Π.Χ. και σε μία ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, στο Ηράκλειο. Από αυτά τα πεδία συλλέξαμε το εμπειρικό

---

<sup>130</sup>Βλ. Ράτσικα Ν., σ. 25, ό.π.

<sup>131</sup>Βλ. Νικολακάκης Γ., «Κινηματογράφος του πραγματικού», στο Γ. Νικολακάκης (επιμ.), Εθνογραφικός Κινηματογράφος και ντοκιμαντέρ. *Θεωρητικές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις*, Αθήνα, 2002, σ. 7-15.

<sup>132</sup>Βλ. Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, Αθήνα, Καστανιώτης, 2001, σ. 73.

<sup>133</sup>Βλ. Lang N. C., «Integrating the Data Processing of Qualitative Research and Social Work Practice to Advance the Practitioner as Knowledge Builder : Tools for Knowing and Doing», στο E. Sherman and W. J. Reid (επιμ.), *Qualitative Research in Social Work*, Columbia University Press, Νέα Υόρκη 1994, σ. 265-278



υλικό στο οποίο βασίστηκε η έρευνά μας καθώς σκοπός μας ήταν η σύγκριση ανάμεσα στην ιδιωτική και δημόσια ψυχιατρική περίθαλψη.

### 6.5.1. Το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

Το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων αποτελεί ένα δείγμα κλασικής ψυχιατρικής δομής με την ιδρυματικού τύπου περίθαλψη. Ιδρύθηκε το 1910 με διάταγμα της Κρητικής Πολιτείας με την επωνυμία «Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας».<sup>134</sup> Το 1926 μετονομάστηκε «Δημόσιο Ψυχιατρείο Σούδας» και το 1956 έγινε νέα τροποποίηση του οργανισμού λειτουργίας του και μετονομάστηκε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων». Τέλος, το 1973 θα πάρει τη σημερινή του ονομασία ως Θ.Ψ.Π.Χ. με την νέα τροποποίηση του οργανισμού λειτουργίας του.<sup>135</sup>

Πίνακας Ι: Συνοπτικό ιστορικό του Θ.Ψ.Π.Χ.<sup>136</sup>

Έτος	Γεγονότα	Ονομασία	Τοποθεσία
1910	Έτος ιδρύσεως	Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Ταρσανάς Σούδας, σημερινός Ναύσταθμος Κρήτης
1926 1929	Μετονομασία Μεταστέγαση	Δημόσιο Ψυχιατρείο Σούδας	Κάτω Σούδα, Αποθήκες Λυγκούνη
1956	Τροποποίηση κανονισμού λειτουργίας και μετονομασία	Ψυχιατρικό νοσοκομείο Χανίων	
1971	Μεταστέγαση σε 10 ιδιόκτητα καινούργια κτίρια, σε οικόπεδο 125 στρεμμάτων		Βοηθητική οδός Σούδας 27, Μελισσόκηποι Σούδας
1973	Νέα τροποποίηση κανονισμού λειτουργίας και μετονομασία	Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων	
1984	Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (θέσπιση του κανονισμού 814/85)		
1990	Πρόγραμμα αποκατάστασης βάσει του κανονισμού 814/85	Επέκταση των υπηρεσιών στο νομό Χανίων	
2000	Πρόγραμμα «Ψυχαργώς»	Επέκταση των υπηρεσιών στην Περιφέρεια Κρήτης	

(Πηγή: Τζανάκης Μ., 2003, σ. 106)

<sup>134</sup>Ο Πλουμπίδης αναφέρει ότι δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για αυτήν την περίοδο. Στον προϋπολογισμό της "Διευθύνσεως Εσωτερικών" των 1910 και 1911, βρίσκουμε τα ετήσια έξοδα του ιδρύματος. Ο μικρός αριθμός φυλάκων και ο μικρό ποσό των 10.000 δρχ. ετησίως για έξοδα συντήρησης των ασθενών μαρτυρούν για ένα αριθμό ασθενών που δεν πρέπει να ξεπερνούσε τις λίγες δεκάδες. Βλ. Πλουμπίδης Δ. Ν., σ. 220, ό.π.

<sup>135</sup>Βλ. Λιοδάκης Α., σ. 30-45, ό.π.

<sup>136</sup>Βλ. Τζανάκης Μ., *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα. Μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Ρέθυμνο 2003, σ. 106.

Διοικείται από 7μελές Δ.Σ. στο οποίο υπάγονται τρεις ανεξάρτητες υπηρεσίες: Ιατρική – Νοσηλευτική – Διοικητική. Το 1993 εργάζονταν 312 άτομα, 39 διοικητικοί, 3 παραϊατρικό, 35 τεχνικοί, 210 νοσηλευτικό και 25 γιατροί (ειδικευμένοι και ειδικευόμενοι) εκ των οποίων 10 ψυχίατροι. Οι ιατρικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου αποτελούνται από δυο ψυχιατρικούς τομείς καθώς και από παθολογικό και εργαστηριακό τομέα. Ο αριθμός των κλινών του ψυχιατρείου ήταν 480 εκ των οποίων τα 400 ήταν ψυχιατρικά ενώ τα 80 ανήκαν στον παθολογικό τομέα (παθολογική και νευρολογική κλινική).<sup>137</sup> <sup>138</sup> Με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» προβλέπεται το κλείσιμο του Θ.Ψ.Π.Χ. και από το 2000 (έναρξη του προγράμματος «Ψυχαργός» Α΄ φάση) μειώνεται σταδιακά ο αριθμός των κλινών.<sup>139</sup>

Πίνακας II: Αριθμός κλινών κατά Ψυχιατρικό Τομέα, το 1992.<sup>140</sup>

	<b>Α΄ Ψυχιατρικός Τομέας</b>	<b>Β΄ Ψυχιατρικός Τομέας</b>	<b>Παθολογικός Τομέας</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Αρ. κλινών</b>	200	200	80	480

Πίνακας III: Κίνηση ασθενών το 1992.<sup>141</sup> <sup>142</sup>

<b>Νοσηλείες</b>	<b>Εισαγωγές</b>	<b>Εξιτήρια</b>	<b>Μέσος χρόνος νοσηλείας 56 ημέρες</b>
1.241	897	903	

Πίνακας IV: Κίνηση ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία και στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Ψυχιατρικά περιστατικά).<sup>143</sup>

<b>1985</b>	<b>1986</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>
1.351	2.673	3.433	5.987	6.263	4.463	5.275	5.526

Πίνακας V: Αριθμός εργαζομένων ανά υπηρεσία το 1992.<sup>144</sup>

<b>Διοικητική Υπηρεσία</b>	<b>Νοσηλευτική Υπηρεσία</b>	<b>Ιατρική Υπηρεσία</b>	<b>Σύνολο</b>
212	210	32	454

<sup>137</sup> Βλ. Λιοδάκης Α., σ.30-45, ό.π.

<sup>138</sup> Να σημειώσουμε ότι η παιδιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων φιλοξενούνταν στους χώρους του Ψυχιατρείου μέχρι τις αρχές του 2004.

<sup>139</sup> Τα στοιχεία που περιγράφονται στους πίνακες II, III, IV αποτελούν δεδομένα του 1992, τα οποία όμως έχουν αλλάξει με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

<sup>140</sup> Βλ. Λιοδάκης Α., σ.30-45, ό.π.

<sup>141</sup> Ομοίως.

<sup>142</sup> Ο Μαδιανός αναφέρει ότι το 1990 η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 169 ημέρες. Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 180, ό.π.

<sup>143</sup> Βλ. Λιοδάκης Α., σ. 30-45, ό.π.

<sup>144</sup> Ομοίως.

Το Θ.Ψ.Π.Χ. αποτελείται από τέσσερις ψυχιατρικές κλινικές, που καθεμία αναπτύσσει τις δικές της δράσεις, έχει τη δική της δυναμική και στοιχεία που την κάνουν να διαφέρει από τις άλλες, ενώ όλες μαζί συνιστούν την εικόνα του ψυχιατρείου. Για παράδειγμα μια από αυτές τις κλινικές δίνει έμφαση στην πραγματοποίηση ψυχοεκπαιδευτικών σεμιναρίων για τις οικογένειες ασθενών, και, παλαιότερα, στη λειτουργία της κινητής μονάδας.

Οι ασθενείς εισέρχονται στην κλινική που εφημερεύει, ενώ υπάρχουν πολλές περιπτώσεις ασθενών που εισέρχονται στο Θ.Ψ.Π.Χ. με εισαγγελική απόφαση. Για την εισαγωγή ενός ασθενή απαιτείται μια διαδικασία εξέτασης από τον ψυχίατρο και λήψης του κοινωνικού ιστορικού από τον κοινωνικό λειτουργό.

Σύμφωνα με τον Μαδιανό<sup>145</sup>, το 1990 η δυναμικότητα του Θ.Ψ.Π.Χ. ήταν 405 κλίνες σε κτιριακή έκταση 14.700 τ.μ. Κάθε ψυχιατρική κλινική στεγάζεται σε δικό της κτίριο όπου υπάρχουν τα γραφεία του προσωπικού και οι θάλαμοι των ασθενών. Ο κάθε ασθενής (εξερχόμενο τμήμα) δεν έχει δικό του δωμάτιο, ούτε δική του ντουλάπα και τα ρούχα τους τα δίνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχουν δωμάτια με δύο κρεβάτια ή και περισσότερα. Επίσης, υπάρχει δωμάτιο απομόνωσης όπου συνήθως μένουν όσοι νοσηλευόμενοι βρίσκονται σε διέγερση. Η Κοινωνική Υπηρεσία στεγάζεται σε δικό της κτίριο μαζί με γραφεία διοικητικών υπαλλήλων. Τα κτίρια του Θ.Ψ.Π.Χ. περιβάλλονται από μια μεγάλη έκταση με δέντρα όπου υπάρχει χώρος για τους περιπάτους των ασθενών, ενώ η είσοδος του είναι ανοικτή και ελέγχεται από φύλακα.

Σταδιακά στις κλινικές του Θ.Ψ.Π.Χ. πραγματοποιήθηκαν αλλαγές και η εικόνα του άλλαξε προς το καλύτερο. Σε αυτό συνέβαλλε η εφαρμογή προγραμμάτων Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που έγιναν στην Ελλάδα μέσα από τον 815/84 και το πρόγραμμα «Ψυχαργός». Οι πρώτες απόπειρες αποϊδρωματισμού και επαφής με την κοινότητα άρχισαν σιγά – σιγά με την μεταστέγαση του στη σημερινή του θέση το 1971. Οι πρώτες ομάδες ασθενών άρχισαν να βγαίνουν μέχρι το καφενείο, άρχισαν να παίρνουν άδειες και πολλοί επέστρεψαν στις οικογένειες τους. Σταδιακά, στόχος των επαγγελματιών του Θ.Ψ.Π.Χ. έγινε η αποασυλοποίηση, η στροφή προς τη κοινότητα.

Η παρέμβαση στα ψυχιατρικά πράγματα ξεκίνησε με τον κοινοτικό κανονισμό 815/84, με τον οποίο ξεκίνησε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Στο Θ.Ψ.Π.Χ. λειτουργούν σήμερα τα παρακάτω ψυχιατρικά προγράμματα: Κινητές Μονάδες Νοσηλείας, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χανίων, Θεραπευτικές μονάδες προ και επαγγελματικής αποκατάστασης, Μονάδα Επανένταξης, Θεραπευτικές Συνεταιριστικές μονάδες (αγροτικός συνεταιρισμός, συνεταιρισμός υφαντικής, ξυλουργικό εργαστήριο, εργαστήριο γλυπτικής – ζωγραφικής, κυλικείο στο χώρο του νοσοκομείου) και Στεγαστική αποκατάσταση (ξενώνες, οικοτροφεία, θεραπευτικά διαμερίσματα).

---

<sup>145</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 180, ό.π.

Πολύ σημαντικός χώρος στο Θ.Ψ.Π.Χ. είναι ο συνεταιρισμός του κυλικείου όπου συγκεντρώνονται πολλοί ασθενείς ακόμη και μεσημεριανές ώρες. Πρόκειται για ένα χώρο συναναστροφών, που δίνεται έμφαση στην επικοινωνία, στην αναγνώριση της εργασίας των ασθενών και στην ικανοποίηση που νοιώθουν από αυτήν.

Αναφορικά με τις στεγαστικές δομές που λειτουργούν στο νομό Χανίων, υπάρχουν 3 ξενώνες («Ο μίτος της Αριάδνης», «Εδέμ», «Ναϊάδες»), 2 θεραπευτικά διαμερίσματα, και το οικοτροφείο «Αλκυονίδες».

### **6.5.2. Η Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική**

Η ιδιωτική ψυχιατρική κλινική στην οποία εστίασαμε το ενδιαφέρον μας άρχισε να λειτουργεί στο Ηράκλειο το 1968. Είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και ανήκει στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Ιδρύθηκε από ένα νευρολόγο από τον οποίο διοικούνταν μέχρι το 2001 που πέθανε. Το συγκεκριμένο άτομο είχε εξ' ολοκλήρου την ευθύνη της κλινικής, δηλαδή πέρα από τον ρόλο του νευρολόγου είχε και τον ρόλο του διοικητικού, και του λογιστή.

Μετά το θάνατό του, την ευθύνη της κλινικής ανέλαβε η σύζυγός του, που εργάζεται ως φαρμακοποιός και προσελήφθη ένας ψυχίατρος, ο οποίος έμεινε στην κλινική για ένα μήνα. Στη συνέχεια τον διαδέχτηκε ένας άλλος ψυχίατρος, που έμεινε στην κλινική για 6 μήνες και έπειτα η ψυχίατρος που εργάζεται μέχρι σήμερα.

Το προσωπικό της κλινικής αποτελούν: 1 ψυχίατρος, 1 παθολόγος, 1 γραμματέας, 6 νοσηλεύτριες, 2 βοηθοί νοσηλευτών, 1 μαγειρίσσα, 3 καθαρίστριες. Την διαχείριση των οικονομικών της κλινικής έχει αναλάβει λογιστής. Οι νοσηλεύτριες έχουν τρεις βάρδιες (πρωινή – απογευματινή – βραδινή). Η ψυχίατρος πηγαίνει καθημερινά για μερικές ώρες το πρωί. Ο παθολόγος επισκέπτεται την κλινική τρεις φορές την βδομάδα ή περισσότερες ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Οι αιματολογικές εξετάσεις των ασθενών γίνονται ανάλογα με το ασφαλιστικό τους ταμείο. Δηλαδή, το Ι.Κ.Α. κάνει αιμοληψίες μέσα στην κλινική, ενώ για εκείνους που είναι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α., η κλινική συνεργάζεται με δημόσιο νοσοκομείο.

Σκοπός της κλινικής είναι η νοσηλεία ψυχωσικών και ατόμων με άνοια, η ψυχιατρική παρακολούθησή τους και η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, φιλοξενεί άτομα που δεν πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια αλλά βρίσκονται εκεί για κοινωνικούς λόγους. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στην κλινική εξετάζονται αρχικά από την ψυχίατρο της κλινικής στο ιδιωτικό της γραφείο. Η ψυχίατρος έχει την ευθύνη για την εισαγωγή καθώς και για την έξοδο των ασθενών από την κλινική. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εισαγωγή των ασθενών στην κλινική είναι η ύπαρξη οικογένειας. Η κλινική επιδιώκει τη συνεργασία με την οικογένεια με στόχο την αντιμετώπιση προβλημάτων όπως άρνηση στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, άρνηση παραμονής του ασθενή στην κλινική, καταμερισμός ευθυνών, ετοιμότητα

της οικογένειας για επείγοντα περιστατικά (π.χ. μεταφορά του ασθενή στο νοσοκομείο). Τα έξοδα νοσηλείας των ασθενών καλύπτονται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία ή από τους συγγενείς τους.

Η κλινική έχει χωρητικότητα 50 κλινών και φιλοξενεί άτομα χρόνιας και βραχείας νοσηλείας. Συγκεκριμένα, υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύονται μόνο για λίγες ημέρες, και άλλες που οι ασθενείς νοσηλεύονται για πολλά χρόνια. Συνήθως τα άτομα που νοσηλεύονται στην κλινική είναι από τον ευρύτερο χώρο της Κρήτης αλλά δεν αποκλείονται και άτομα από την υπόλοιπη Ελλάδα.

Το κτίριο που στεγάζεται η κλινική είναι παλιό καθώς ήταν κληροδότημα της συζύγου του νευρολόγου από την οικογένειά της. Σταδιακά πραγματοποιήθηκαν ανακαινίσεις όπως για παράδειγμα το χτίσιμο του β' ορόφου, η εγκατάσταση κεντρικής θέρμανσης, η αναδιαμόρφωση υπαρχόντων χώρων π.χ. της αυλής, της τραπεζαρίας, των γραφείων κ.τ.λ.

Η κλινική χωρίζεται σε ισόγειο, πρώτο και δεύτερο όροφο. Υπάρχουν υποδωμάτια ασθενών σε όλους τους ορόφους, που χωρίζονται σε γυναικών και ανδρών, άλλα μονόκλινα, άλλα δίκλινα και άλλα με τρεις, τέσσερις ή πέντε κλίνες. Το κάθε υποδωμάτιο διαθέτει μπάνιο, ντουλάπα, κομοδίνο. Ο κάθε ασθενής έχει την δυνατότητα να διακοσμήσει το δωμάτιο του όπως θέλει και να έχει μαζί του προσωπικά του είδη. Στο ισόγειο υπάρχει η τραπεζαρία, το καθιστικό, η κουζίνα, το δωμάτιο του προσωπικού, το γραφείο της ψυχιάτρου και δωμάτια ασθενών. Στον πρώτο όροφο, υπάρχουν μόνο δωμάτια ασθενών και στον δεύτερο υπάρχει ένα καθιστικό για τους ασθενείς, ένα γραφείο που χρησιμοποιείται από την γραμματέα και δωμάτια ασθενών.

Γύρω από το κτίριο της κλινικής υπάρχει κήπος όπου υπάρχουν δυο δίκλινα δωμάτια που διαμένουν μόνο άντρες, και αρκετός χώρος για τους περιπάτους των ασθενών. Το κτίριο περιτοιχίζεται από ψηλά κάγκελα, τα οποία υπάρχουν και στα παράθυρα και στις μπαλκονόπορτες, ενώ δεν επιτρέπεται στους ασθενείς να βγαίνουν στο μπαλκόνι. Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν υπάρχει κάποιο σημείο αναγνώρισης ότι αυτό το κτίριο είναι ψυχιατρική κλινική, δεν υπάρχει κάποια εξωτερική επιγραφή με το όνομα της κλινικής.

Τον Οκτώβριο του 2003 η κλινική ξεκίνησε συνεργασία με το Τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, όπου εκπαιδευόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί κατά την διάρκεια της εργαστηριακής τους άσκησης δημιούργησαν ομάδες με ψυχωσικούς ασθενείς και ασθενείς που έχουν άνοια, και ανέπτυξαν συνεργασία με οικογένειες ασθενών. Μετά από ένα χρόνο έγιναν οι πρώτες ενέργειες για σύσταση κοινωνικής υπηρεσίας.

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει οι δυο αυτοί κοινωνικοί τόποι αποτέλεσαν τα πεδία της έρευνάς μας, και τις κύριες πηγές του εμπειρικού υλικού. Η περιγραφή τους δίνει σημαντικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην κατανόηση των παρακάτω κεφαλαίων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ



Συνήθως η οικογένεια γίνεται αντιληπτή ως χώρος «αποστολής» και «υποδοχής» του ψυχικά ασθενή, περιγράφεται εμπειρικά, κριτικάρεται και αναμένονται απαιτήσεις από αυτήν. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δίνει νέους ρόλους στην οικογένεια, τη θεωρεί υποκείμενο ψυχιατρικής φροντίδας και φορέα αλλαγής.

Από την έρευνά μας παρατηρήσαμε ότι η ψυχική ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας έχει αντίκτυπο σε όλα τα μέλη της. Τα προβλήματα του ασθενούς μέλους συσχετίζονται με προβλήματα όλων των άλλων μελών της οικογένειας. Είναι γεγονός ότι υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένειά του, σε όλη την πορεία της ασθένειας, στη διάγνωση και στη νοσηλεία.

Διαπιστώσαμε επίσης ότι, σε μεγάλο βαθμό, η εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή επηρεάζεται από την ενεργοποίηση της οικογένειας, τον τρόπο αναζήτησης βοήθειας, τη σχέση που θα αναπτύξει η ίδια με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης ο βαθμός αποδοχής της ασθένειας από την οικογένεια, αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει την πορεία του ασθενή.

Θεωρούμε λοιπόν ότι η στάση της οικογένειας σχετίζεται με τη περίοδο της διάγνωσης, της υποτροπής, της θεραπείας, και της αποκατάστασης. Τις περισσότερες φορές κατά την διάρκεια αυτών των περιόδων η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί κανόνα. Δεν είναι τόσο το γεγονός της διάγνωσης ή της υποτροπής, που φέρουν την οικογένεια σε κρίση, όσο οι ερμηνείες που δίνουν τα μέλη της οικογένειας σε καθένα από αυτά τα σημαντικά γεγονότα και οι τρόποι/ μέθοδοι που ενεργοποιούν για να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες συνθήκες που προκύπτουν. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τα μέλη της οικογένειας τη ψυχική ασθένεια και τις επιπτώσεις της καθορίζει και τους τρόπους/ μεθόδους αντιμετώπισης που ενεργοποιούν. Σύμφωνα με τους Peterman and Bode<sup>146</sup>, βασιζόμενοι στο θεωρητικό μοντέλο του Lazarus<sup>147</sup>, υπάρχουν πέντε διαφορετικοί υποκειμενικοί τρόποι εκτίμησης της ασθένειας και τρόποι/ μέθοδοι αντιμετώπισης της:

α) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τις επιπτώσεις της ως «πρόκληση», κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, μαθαίνουν νέες δεξιότητες, και έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους, προσαρμόζονται αποτελεσματικά στην ασθένεια και στις επιπτώσεις της.

<sup>146</sup>Βλ. Peterman F., Bode U., «Five coping styles in families of children with cancer: A retrospective study in thirty families», *Pediatric Hematology Oncology* :3, 1986, σ.299-309.

<sup>147</sup>Βλ. Lazarus R. S., *Psychosocial Stress and the Coping Process*. New York: McGraw – Hill., σ. 198.

β) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως «δοκιμασία» συνήθως διακρίνονται για τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πιστεύω τους. Συχνά πιστεύουν ότι δοκιμάζεται η πίστη τους προς το Θεό, άλλοτε η αντοχή τους στις δυσκολίες της ζωής, άλλοτε πάλι η ποιότητα των σχέσεων τους κ.λ.π.

γ) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως «κακοτυχία» συχνά βιώνουν πρόσθετες και απρόβλεπτες εμπειρίες παράλληλα με τη διάγνωση. Η ασθένεια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.

δ) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως αποτέλεσμα «Μοίρας» δέχονται παθητικά τις ιατρικές συμβουλές, χωρίς να αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν είναι έξω από τον έλεγχο τους και θεωρούν χρέος τους να τα υπομένουν καρτερικά.

ε) οικογένειες που αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τις επιπτώσεις της ως «τιμωρία» έχουν συχνά μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη της ζωής. Μερικές βιώνουν ενοχές με αποτέλεσμα να δέχονται παθητικά την θεραπεία, ενώ άλλες εξοργίζονται με την αδικία που σημαδεύει τη ζωή τους και εκδηλώνουν αρνητικά συναισθήματα προς το περιβάλλον τους. Δυσκολεύονται να εμπιστευτούν το προσωπικό, οικτίζουν τον ασθενή και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής.<sup>148</sup>

Από την έρευνα μας δεν διακρίναμε ακριβώς την παραπάνω τυπολογία, όμως πολλές από τις οικογένειες που μελετήσαμε είχαν κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά.

Πολλές φορές η κρίση εκδηλώνεται μεταγενέστερα με αφορμή ένα γεγονός (συχνά μια απώλεια ή μια απειλή), που φαινομενικά μοιάζει ανεξάρτητα από την αρρώστια. Άλλοτε πάλι η ίδια η οικογένεια προκαλεί κρίσεις μεταθέτοντας το πρόβλημα και αποφεύγοντας να αντιμετωπίσει την σοβαρότητα της αρρώστιας.<sup>149</sup>

Από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι, κατά τη διάρκεια των πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας υπάρχει μια μακρά περίοδος δυσλειτουργίας για την οικογένεια, δυσκολία στη λύση προβλημάτων και στρες. Είναι χαρακτηριστικά τα παρακάτω αποσπάσματα:

*«Φοβήθηκα, τα έχασα, του έλεγα συνέχεια 'τι έπαθες, τι έπαθες'. Εκείνος δεν μου έλεγε και με έδιωχνε. Το τι πέρασα μην το συζητάς».*  
(P.N., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

*«Η Σ. στα 45 της χρόνια έκανε αφαίρεση μήτρας. Από κει και έπειτα είχε ιδρώτα στα χέρια (...) ιδρώτα και πίσω στα αυτιά, στα μαλλιά, και ερχόταν και πήγαινε στον καθρέπτη και έλεγε 'έτσι ήμουν εγώ, έτσι ήμουν εγώ;' Δηλαδή ο καθρέπτης μας έφαγε (...) βγήκαμε έξω στο*

<sup>148</sup>Βλ. Παπαδάτου Δ., «Κρίσιμες περιόδους στη ζωή της οικογένειας παιδιού με απειλητική για τη ζωή ασθένεια», στο *Οικογένεια. Ψυχοκοινωνικές – Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1990, σ. 71.

<sup>149</sup>Ομοίως, σ. 71.

*χωράφι, άρχισε να λέει 'δεν μπορώ, δεν μπορώ, δεν μπορώ', μα αυτό κράτησε συνέχεια. Όλη μέρα και την άλλη και την άλλη, την πάω στον γιατρό (...) της δίνει χάπια ο γιατρός (...) και διαβάζω τις παρενέργειες των φαρμάκων και γυρίζει το μάτι μου εμένα ανάποδα, λέω δεν γίνεται και ξαναπάω πίσω (...) 'εμείς δεν την πετάμε, του λέω γιατρέ, δεν την πετάμε, εμείς πολεμάμε να την φτιάξουμε'» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

Στο παραπάνω απόσπασμα, παρατηρούμε ότι η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει ένα δραστικό παράγοντα που διαμεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό ή τις ψυχιατρικές υπηρεσίες,

Η εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας σε ένα μέλος της οικογένειας, έρχεται ως επιστέγασμα της συσσώρευσης αυτών των προβλημάτων, αλλά είναι και μια ανακούφιση αφού το λανθάνον αρχίζει πια να γίνεται φανερό, το υποβόσκον άγχος εξωτερικεύεται. Τώρα πια η οικογένεια «ξέρει» πως υπάρχει ένας άρρωστος μέσα στους κόλπους της και ότι χρειάζεται να αντιμετωπιστεί η αρρώστια του.<sup>150</sup>

Απ' την άλλη μεριά αυτή η αποκάλυψη φέρνει καινούργια προβλήματα και φορτίζεται με ένταση και αρνητικά συναισθήματα: η οικογένεια βρίσκεται σε «κρίση». Σε αυτή τη φάση η οικογένεια, μέσα απ' τα πιο ευαίσθητοποιημένα απέναντι στο πρόβλημα αλλά και ανθεκτικά μέλη της, ψάχνει να βρει κοινωνικά στηρίγματα. Απευθύνεται σε δασκάλους, σημαίνοντα συγγενικά πρόσωπα, παπάδες, μέντιουμ, οικογενειακούς γιατρούς ή άτομα απ' τους χώρους ψυχικής υγείας που προσεγγίζονται περιφερειακά π.χ. έναν ψυχολόγο γνωστό του γείτονα.<sup>151</sup>

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρει ότι τα πρώτα συμπτώματα ήταν επιθετική συμπεριφορά, δηλαδή φώναζε, έβριζε και πετούσε αντικείμενα. Οι γονείς και οι αδερφές του περιγράφονται τρομοκρατημένοι, δεν ήξεραν τι να κάνουν. Η μητέρα πίστευε ότι μπορεί να θεραπεύσει τον Γ. μέσω της εκκλησίας, έτσι το διάστημα εκείνο βρισκόταν σε μια συνεχή αγωνία, να πηγαίνει σε διάφορες εκκλησίες και παπάδες για να διαβάσουν τον Γ., να πάρει λάδι και να ανάψει κεριά. Αργότερα πίστεψε ότι του είχαν κάνει μάγια, έτσι πολλοί άνθρωποι την εκμεταλλεύτηκαν ζητώντας της χρήματα ή άλλα αντικείμενα για να λύσουν τα μάγια, και όταν εξάντλησε κάθε πιθανή πηγή και δεν ήλθε το αποτέλεσμα που περίμενε ένοιωσε απογοήτευση.

Η πίστη σε υπερφυσικές δυνάμεις όπως το «μάτι», η μαγεία και η βοήθεια των αγίων, είναι πολύ διαδομένη, σε ολόκληρη την Ελλάδα. Οι περισσότεροι, άσχετα με το κοινωνικό και μορφωτικό τους επίπεδο, είναι εξοικειωμένοι ως ένα βαθμό με τις έννοιες αυτές, οι οποίες αποτελούν στοιχεία του ελληνικού πολιτισμικού «background». Οι

<sup>150</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Κ., «Ψυχιατρείο και οικογένεια: μια συνάντηση που δε 'μεταρρυθμίστηκε' ακόμα», στο *Τετράδια Ψυχιατρικής* τ. 45, 1994, σ.143 – 147.

<sup>151</sup> Ομοίως, σ. 143-147.



υπερφυσικές δυνάμεις θεωρούνται υπεύθυνες για πλήθος συμβάντων σχετικά με άψυχα και έμψυχα αντικείμενα.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ασθενείς ή οι συγγενείς ασθενών θεωρούν τα δικά τους ενοχλήματα ή ενοχλήματα άλλων (σωματικά, ψυχικά ή συμπεριφοράς) αποτελέσματα μαγείας ή ματιάσματος. Όταν γίνεται επίκληση σε ερμηνείες τέτοιου είδους, η αναζήτηση βοήθειας μπορεί βέβαια να στραφεί σε ειδικούς εκτός βιοϊατρικής, όπως μάγισσες, πνευματιστές και ιερείς της περιοχής, οι οποίοι πιστεύεται ότι κατέχουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τα μέσα για τη θεραπεία των διάφορων ενοχλητικών συμπτωμάτων.<sup>152</sup>

Είναι ενδεικτική η περίπτωση της Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, που αναφέρει ότι πήγαιναν σε όποιο γιατρό ή κλινική άκουγαν ότι μπορούσαν να τους βοηθήσει, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Είχαν ελπίδες, ότι μπορεί να γίνει καλά.

Οι αντιδράσεις των οικογενειών στην περίοδο της διάγνωσης ποικίλουν και συχνά περιλαμβάνουν σοκ, άρνηση, θυμό, ενοχές, άγχος, απόγνωση. Γρήγορα συνειδητοποιούν ότι παρόλο που η ιατρική διαθέτει θεραπευτικά μέσα για να αντιμετωπίσει την κρισιμότητα της κατάστασης και να ελέγξει την αρρώστια δεν παρέχει καμία διαβεβαίωση σχετικά με την έκβαση της αρρώστιας. Έτσι λοιπόν έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές και δύσκολες συνθήκες ζωής στις οποίες για να προσαρμοστούν πρέπει να μάθουν να ζουν με την αβεβαιότητα.<sup>153</sup>

Είναι χαρακτηριστική η παρακάτω περίπτωση:

*«Στο Διαφνί που ρώτησα εγώ ένα καλό καθηγητή εκεί μου είπε 'Μόνο ο Θεός να βάλει το χέρι του' και καλά μην περιμένεις. Μετά που μου είπε τη κουβέντα (...) είναι σαν να περιμένουμε από το Θεό» (Δ.Ν., αδερφός ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και είχε νοσηλευτεί και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«(...) λέω 'Γιατί αυτός', γιατί να του δώσει ο Θεός τέτοιες αρρώστιες, να του δώσει μια άλλη αρρώστια, να τον πάω στο γιατρό, να έχω ελπίδα πώς θα γιάνει, θα γιάνει, να έχω ελπίδα πώς θα γιάνει αλλά δεν έχω καμία ελπίδα» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

Συμπεραίνουμε ότι οι οικογένειες συχνά καταφεύγουν στο «θείο» ως αποτέλεσμα της απογοήτευσης τους από την αβεβαιότητα που τους παρέχει η ψυχιατρική και η αδυναμία της να δώσει μια υπόσχεση οριστικής ίασης.

---

<sup>152</sup>Βλ. Blue A., σ. 203, ό.π.

<sup>153</sup>Βλ. Παπαδάτου Δ., σ. 77, ό.π.

Οι τρόποι αντιμετώπισης είναι καθοριστικοί για το πόσο αποτελεσματικά θα αντεπεξέλθει η οικογένεια και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Ειδικότερα ο τρόπος που η οικογένεια αντιμετωπίζει τις αλλαγές επηρεάζει άμεσα το ασθενές μέλος όσο και τα υπόλοιπα μέλη που αντιλαμβάνονται ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει.

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρει ότι είναι άδικο να έχουν τρία κορίτσια και μόνο ένα γιο και αυτός να αρρωστήσει.

Η Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρει ότι άλλαξαν μόνο τα συναισθήματα τους απέναντι στην αδερφή τους. Για την μητέρα τους ανέφερε ότι «πέθανε από τον καημό της» για την ασθένεια της Κ.

Μετά την διάγνωση της ασθένειας η οικογένεια μην μπορώντας να αντεπεξέλθει στη φροντίδα του ασθενή, τις περισσότερες φορές καταφεύγει σε θεσμούς κλειστής περίθαλψης. Αυτή η πρώτη νοσηλεία έχει πάντα ένα δραματικό χαρακτήρα, και βιώνεται από την οικογένεια σαν μια διαβατήρια τελετή. Δηλαδή δημιουργεί μια ασυνέχεια με την προηγούμενη ζωή και αναγγέλλει την εμφάνιση ενός νέου σταδίου ανάπτυξης. Τα συναισθήματα της ανεπάρκειας συνοδεύονται από ενοχές, θυμό, ματαίωση, απελπισία και κατάθλιψη. Ταυτόχρονα, όμως, δρομολογείται μια διαδικασία εξάρτησης της οικογένειας από το ψυχιατρικό σύστημα, όταν η οικογένεια αρχίζει να αποδέχεται αυτό το μοντέλο αντιμετώπισης του στρες.<sup>154</sup>

Η οικογένεια αναθέτει στα χέρια του ψυχιατρικού συστήματος την ευθύνη για τον ασθενή. Υφίσταται την ταπείνωση της αποδοχής της ανεπάρκειας της, το φόβο μήπως αποκαλυφθούν μυστικά, αλλά ταυτόχρονα διατηρεί ελπίδες για την θεραπεία του.

Όπως παρατηρούμε στα παρακάτω αποσπάσματα, η οικογένεια έχοντας βιώσει μια περίοδο φροντίδας του ασθενή, συνειδητοποιεί ότι δεν έχει τη δυνατότητα να του καλύψει όλες τους τις ανάγκες, γι' αυτό και απευθύνεται σε θεσμούς κλειστής περίθαλψης.

Η Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρει ότι η αδερφή της έπρεπε να νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική διότι ήταν «πολύ κουραστική», έπρεπε να τη φροντίζει κάποιος και να βρίσκεται συνέχεια μαζί της, κάτι που δεν ήταν δυνατόν.

Σε μια άλλη περίπτωση:

*«(...) για να του επιτρέψουν να μείνει για λίγο ακόμα στο νοσοκομείο [ψυχιατρική κλινική Π.Α.Γ.Ν.Η.] θα έπρεπε να ήταν κάποιο συγγενικό πρόσωπο μαζί του για να τον προσέχει μέρα και νύχτα. Εγώ δεν μπορούσα, τι θα έκανα τα παιδιά, ποιος θα τους μαγείρευε, με ποιόν θα κοιμόταν το βράδυ; Αφού δεν μπορούσε να γίνει αλλιώς μου είπε [η*

<sup>154</sup>Βλ. Χαραλαμπίκη Κ., σ.143 – 147, ό.π.

*γιατρός] να τον πάω στα Χανιά στο νοσοκομείο [Θ.Ψ.Π.Χ.] που θα ήταν πιο ασφαλής» (P.N., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Τα όρια της οικογένειας σε αυτή τη φάση γίνονται πιο ασαφή. Ο ασθενής τους μετακινείται προς τη «νοσοκομειακή οικογένεια», δηλαδή το νοσοκομείο γίνεται ένα πιο αποτελεσματικό «υποκατάστατο» οικογένειας. Για παράδειγμα βάζει όρια και δίνει δομή σε ένα αποδιοργανωμένο ασθενή:

*«Μου είπε η γιατρός ότι πρέπει να παίρνει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, να μην του τα δίνουμε όλα να τα κρατάει, εντάζει καφέδες, είναι αρκετός ένας καφές την ημέρα» (N.A., νύφη ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρει ότι από τότε που ο γιος τους νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και εμφανίστηκε ο νευρολόγος στη ζωή τους, όπου πέρα από την ιατρική τους έδωσε και συναισθηματική στήριξη, βρήκαν την ηρεμία και τη σιγουριά για την νοσηλεία του γιου τους.

Το μήνυμα που δέχεται η οικογένεια είναι πως το νοσοκομείο «είναι αυτό που είναι» και δεν είναι σε θέση να ενσωματώσει στοιχεία που δεν χωράνε στο ιδεολογικό του σχήμα.<sup>155</sup>

Η οικογένεια καθησυχάζεται από τη διάγνωση και το καθορισμό της φαρμακευτικής αγωγής. Ο θυμός μειώνεται και το οικογενειακό σύστημα είναι σε θέση να περάσει πια στην επόμενη φάση.

Στην συνέχεια, ο νοσηλευόμενος ξεκινάει τη καριέρα του ως ψυχιατρικός ασθενής και η οικογένεια προσωρινά αποσύρεται και προσπαθεί να αναδιοργανωθεί αλλά μετρώντας ένα απόντα. Η ζωή πρέπει να συνεχιστεί, έστω και αν κάποιο μέλος της έχει μείνει πίσω. Αυτό έχει πολλαπλές συνέπειες όπως συναισθηματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές. Έτσι:

*«Γνωρίζεις ότι άρχισα τη δουλειά εξαιτίας του Ν. Είχα φοβηθεί μετά από αυτό που έπαθε, ότι δεν θα μπορέσει να ξαναδουλέψει, τα έξοδα έτρεχαν και είπα να αρχίσω» (P.N., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρει ότι ο Γ. ήταν ένα μέλος της οικογένειας που δεν βρισκόταν πια ανάμεσα τους.

---

<sup>155</sup>Βλ. Χαραλαμπίκη Κ., σ.143 – 147, ό.π.

*«(...) αλλά σαν δεν έχεις κανένα στο σπίτι σου μέσα να μιλήσεις, τι να πεις κορίτσι μου (...) όταν θα μποω τώρα μέσα στο σπίτι μου, μου λείπει από το κρεβάτι. Και κάθομαι στη τηλεόραση και κάνω έτσι... Και τάξε πως θα τον δω να κοιμάται στο κρεβάτι» (E.X., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

Στη περίπτωση του Γ., ασθενής που νοσηλεύεται στη ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, οι γονείς έλειπαν συχνά από το σπίτι, όλοι προσαρμόστηκαν στα καινούργια δεδομένα. Η ένταση των καυγάδων που υπήρχαν μειώθηκε. Σύμφωνα με τη μαρτυρία τους, όχι ότι δεν υπήρχαν φασαρίες, αλλά ήταν μικρότερου βαθμού ενώ η κοινή φροντίδα του Γ. κατά κάποιο τρόπο ένωνε το ζευγάρι.

Μπαίνοντας στη ρουτίνα της καθημερινής ζωής του ψυχιατρείου, μειώνεται, έστω και προσωρινά, η λειτουργικότητα του ασθενή, και κυρίως μειώνεται η προσωπική του ευθύνη και αυξάνει η εξάρτηση από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Εδώ συχνά βλέπουμε να «ντοκουμεντάρεται» ο δρόμος προς τη χρονιότητα.<sup>156</sup>

Έτσι παρατηρούμε στη περίπτωση της Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, ότι τώρα μετά από 20 χρόνια η νοσηλεία του Γ. αποτελεί κάτι δεδομένο για αυτούς, κομμάτι του εαυτού τους. Έχουν διαμορφώσει την καθημερινότητα τους, την έχουν προσαρμόσει στην νοσηλεία του Γ. Το συναίσθημα της λύπης και του θυμού συνεχίζει να υπάρχει αλλά δεν εκδηλώνεται με ένταση όπως στο παρελθόν.

Η νοσηλεία υπήρξε μια ανάπαυλα για την οικογένεια. Ο ασθενής επιστρέφει φαρμακογενώς ηρεμότερος, χωρίς οξέα συμπτώματα στο φυσικό οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο εκτός από την αποδοχή της ύπαρξης άρρωστου μέλους δεν έχει υποστεί σοβαρές αλλαγές. Οι στρεσογόνοι παράγοντες επιδρούν αρνητικά τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένεια του, η οποία επιβαρύνεται υποκειμενικά και αντικειμενικά.

Ως επιβάρυνση θεωρούνται τα προβλήματα, οι δυσκολίες ή τα ανεπιθύμητα γεγονότα που συμβαίνουν σε μέλη της οικογένειας του ασθενή ή σε οποιαδήποτε τρίτο που συγκατοικεί με αυτόν.<sup>157</sup>

Η επιβάρυνση αυτή συνήθως είναι υποκειμενική, το πώς δηλαδή την βιώνουν τα μέλη, και αντικειμενική, όπως δηλαδή ένας τρίτος την εκτιμά και την αξιολογεί. Η επιβάρυνση συνήθως αφορά:

- 1) τις οικογενειακές καθημερινές συνήθειες. Μια σαφή εικόνα μας δείχνουν οι παρακάτω μαρτυρίες:

<sup>156</sup>Βλ. Χαραλαμπίκη Κ., σ. 143-147, ό.π.

<sup>157</sup>Βλ. Platt S., «Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scale», *Psychol. Medicine*, 15:383-393, 1985.

«(...) δεκαπέντε χρόνια εγώ δεν έχω φύγει μια ημέρα., μια ημέρα να πάω κάπου μόνος μου (...) δεκαπέντε χρόνια κορδόνι. Εκεί που θα πάω εγώ θα 'ρθει κι εκείνη (...) Θέλω κι εγώ, θέλω... Να πάω φέρει πειν στην Καλαμάτα (...) τέλος πάντων μου λείπει» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

«(...) δεν έχω παράπονο αλλά θέλω να πηγαίνω κι εγώ στο σπίτι μου να ξεκουράζομαι, να κάνω το μπάνιο μου, να πλύνω τα ρούχα μου (...) μια ζωή, μια και παντρεύτηκα δεν είδα χαρά, τι να σου πω (...) συνέχεια στα νοσοκομεία, συνέχεια στα ψυχιατρεία (...) Να σου πω, αυτός παλιά φώναζε, ό,τι ώρα ήθελε ας πούμε να πάω δίπλα σε μια γειτόνισσα ήθελε να μου πει.. Την άλλη ήθελε να τον πάω στη τουαλέτα, την άλλη ήθελε να ετοιμάσω τίποτα να φάει, νερό, απ' όλα. Κι έκανα κι εγώ πώς δεν άκουγα» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).

- 2) την σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Είναι ενδεικτικά τα παρακάτω αποσπάσματα:

«Ε, στεναχωρήθηκα. Πώς να μην κλάψεις και να βλέπεις τον δικό σου άνθρωπο να αρρωστήσει πάνω στην ώρα, Παναγία μου. Όταν τον πήγαμε στον Κ. [μια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική], εγώ μου ήρθε να τρελαθώ, όχι αυτός και έκανα ύστερα υπομονή, τι ήθελα να κάνω» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).

«Εγώ όταν πηγαίνω στο νοσοκομείο αρρωσταίνω (...) προχθές πήγαμε και όπως τους είδα εκεί μαζεμένους ράκος έγινα. Είμαι και λίγο ευαίσθητη. (Ν.Δ., νύφη ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

Η Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρει ότι η αδερφή της όταν έρχεται στο σπίτι από την κλινική, κουράζει και ενοχλεί τον ηλικιωμένο πατέρα τους.

- 3) τα οικονομικά της οικογένειας. Τα παρακάτω αποσπάσματα μας δίνουν μια σαφή εικόνα:

*«Θέλω να τονίσω και δεν θα μου φύγει από το μυαλό γιατί έχω γυρίσει κλινικές πολλές, Αθήνα.. Η Αθήνα με έκανε έτσι...[έκανε μια χειρονομία ότι ξόδεψε πολλά χρήματα]. Και είχα λεφτά ένα διάστημα, είχα λεφτά... Πα, πα... Έμεινα με την σύνταξη... Τέλος πάντων» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

*«Ε, ό,τι παίρνω τα δίνω. Το μηνιάτικο που παίρνω τη σύνταξη (...) τι να κάνουμε ας τα δίνουμε στους γιατρούς» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

Η Ο.Σ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, προσπαθούσε να αντιμετωπίσει μόνη της τη κατάσταση. Τα έξοδα της νοσηλείας ήταν πολλά και δούλευε σκληρά για να τα καταφέρει.

Στην περίπτωση του Γ., ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αυξήθηκαν αρκετά τα έξοδα της οικογένειας εξαιτίας των φαρμάκων, των εξετάσεων, της νοσηλείας, χρήματα που η οικογένεια είχε επενδύσει αλλού, τώρα αυτό άλλαξε. Αυξήθηκαν οι στερήσεις στην οικογένεια. Ο πατέρας για να καλύψει τα έξοδα, τα τελευταία πέντε χρόνια πουλάει λαχεία.

4) η ανάπτυξη και η ανατροφή των παιδιών. Ενδεικτικές είναι οι παρακάτω μαρτυρίες:

*«Δεν μπορούσα να πηγαίνω κάθε μέρα στα Χανιά. Είναι κάπου μακριά και τα Χανιά (...) Έπαιρνα τα παιδιά και πήγαινα. Τις πιο πολλές φορές έπαιρνα το φαντάρο (...) [δεύτερος γιος] (...) εμπειρία δεν σου τη περιγράφω (...) και για τα παιδιά, όταν πάνε και έρχεται κάποιος απάνω σου. Και σου λέει δώσε μου αυτό, δεν σε αφήνει ήσυχο (...) δεν δημιουργούνται ψυχολογικά προβλήματα;!» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«Ναι, θα ήθελα τη βοήθεια τους (...) ένα ενδιαφέρον, ένα καλό λόγο, βοήθεια για τα παιδιά, να μην είναι μόνα, να έχουν φαγητό, αυτά» (Ρ.Ν., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Έχει αποδειχτεί ότι υπάρχουν συγκεκριμένα συμπτώματα και συμπεριφορές του ασθενή που είναι περισσότερο στρεσογόνες και προκαλούν μεγαλύτερη επιβάρυνση στην

οικογένεια. Για παράδειγμα, η διαταραγμένη συμπεριφορά του ατόμου που εκδηλώνεται ως επιθετικότητα, παράλογες πεποιθήσεις, απρόβλεπτη συμπεριφορά, εκρήξεις θυμού, καθώς και άλλες παράξενες και επιβαρυντικές για την οικογένεια συμπεριφορές.

Πολλοί άλλοι παράγοντες έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με την επιβάρυνση της φροντίδας του ασθενή: η διάρκεια της ασθένειας (Grad & Sainsbury), ο βαθμός επαφής με τον ασθενή, η απόρριψη του από τους συγγενείς (Winefeild & Harvey), το φύλο του ασθενή, η ηλικία και το φύλο του ατόμου που φροντίζει τον ασθενή (Cook, Lefley), οι στρατηγικές αντιμετώπισης των ασθενών (Asarnow & Horton, Birchwood & Cochrane, Sczufca & Kuipers, Winefield), η αντίληψη του ελέγχου που οι συγγενείς θεωρούν ότι ο ασθενής έχει επί των συμπτωμάτων του (Bibou Nakou, Dikaiou & Bairactaris, Greenberg, Kim & Greenley).<sup>158</sup>

Παρόλο που ο ασθενής επιστρέφει στην οικογένεια τις περισσότερες φορές πιο ήρεμος, ωστόσο υπάρχουν καταστάσεις (π.χ. ο ασθενής σε κρίση), που η οικογένεια δεν μπορεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα του και καταφεύγει ξανά στη ψυχιατρική κλινική. Αυτό το πηγαίν-έλα στο ψυχιατρείο, χαρακτηρίζεται ως το σύνδρομο της «περιστρεφόμενης πόρτας» (revolving – door syndrome).

*«(...) νοσηλεύοταν στα Χανιά. Σταδιακά πηγαίναμε στα Χανιά. Νοσηλεύοταν εκεί, έκανε κάποια θεραπεία, τώρα και τρία χρόνια. Νοσηλεύοταν εκεί, έμπαινε, έβγαινε, έκανε την θεραπεία του, έφευγε, έπινε την αγωγή του κανονικά» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ. ).*

*«Την πρώτη φορά ένα μήνα. Μετά μας έδωξαν [ψυχιατρική κλινική ΠΑ.Γ.Ν.Η.]. Είπαν ότι δεν γινόταν να μας κρατήσουν άλλο. Γυρίσαμε στο σπίτι για τρεις έως τέσσερις μέρες και άρχισε πάλι τα ίδια, ότι φοβάται, και ότι θέλει να πεθάνει και να κλαίει, δεν μπορούσε να ηρεμήσει και πήγαμε ξανά στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. (...) αφού δεν μπορούσε να γίνει αλλιώς, μου είπε να τον πάω στα Χανιά στο νοσοκομείο (Θ.Ψ.Π.Χ.), που θα ήταν ασφαλής» (Ρ.Ν., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«(...) και τότε τον πήγαμε και μου λέει ο συχωρεμένος δεν τον συνεφέρνουμε. Και του κάνει., κάνει 20 ημέρες και του κάνει τέσσερα ηλεκτροσόκ. Μετά τον ξαναπάω στο σπίτι και μέσα σε 15 ημέρες, ξανά τα ίδια και ξαναπάω (...) και τον πήραμε και τον πήγαμε στην Αθήνα*

---

<sup>158</sup>Βλ. Καλαϊτζάκη Α., σ. 25, ό.π.

*(...) στο Αιγινήτειο (...) ύστερα τον ξαναπάω στο χωριό και κάνει ένα μήνα ίσα – ίσα και πάνω στο μήνα να τα πάλι ξαναπέθαινε, αυτό ήταν από την αρχή που αρρώστησε ήταν (...)*» (E.X., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική κλινική).

Η Ο.Σ., μητέρα ασθενή που έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι η κόρη της όταν βρισκόταν σε κρίση νοσηλευόταν στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική του Π. (μια ιδιωτική κλινική) για μικρά χρονικά διαστήματα και ξαναγυρνούσε στο σπίτι της όταν ήταν καλύτερα.

Έχουν δημιουργηθεί συνθήκες συνεργασίας μεταξύ των οικογενειών και των επαγγελματιών, τόσο μέχρι ο ασθενής να φτάσει στο ψυχιατρείο, όσο και κατά τη διάρκεια νοσηλείας και έξοδό του από αυτό. Η συνεργασία αυτή υπάρχει σε όλες τις φάσεις της ασθένειας που μπορεί να περάσει ο ασθενής προκειμένου η οικογένειά του να αντιμετωπίσει το βάρος της φροντίδας του.

Συμπερασματικά, από την έρευνα παρατήσαμε ότι υπάρχει μια τυπική πορεία αντιμετώπισης της εμφάνισης της ψυχικής ασθένειας από την οικογένεια. Αρχικά η οικογένεια προσπαθεί να τα καταφέρει μόνη της και να ξεπεράσει τις δυσκολίες της αντλώντας πληροφορίες από προσωπικές πηγές. Συνήθως απευθύνεται στο άτυπο δίκτυο συγγενών, φίλων και γνωστών, οι οποίοι αποδεικνύονται πάντα πολύ σημαντικοί στις δύσκολες στιγμές. Στη συνέχεια απευθύνεται σε ανθρώπους που συναντά καθημερινά στη ζωή της και που μπορούν να δώσουν μια έγκυρη συμβουλή. Για παράδειγμα, ιερείς, εκπαιδευτικοί, άνθρωποι που θεωρούνται ιδιαίτερα συνετοί και έμπειροι στο χώρο της δουλειάς τους, στις μικρές ομάδες ή τις διάφορες κοινότητες που συναναστρέφονται έστω και περιστασιακά.

Συχνά επίσης, ψάχνουν μια λύση μέσω της μαγείας. Έτσι προσεγγίζουν μάγους - θεραπευτές ή άλλα πρόσωπα που είναι επενδυμένα με μια ιδιαίτερη εξουσία. Οι άνθρωποι αυτοί μοιράζονται με το πάσχον άτομο και την οικογένεια του την άποψη που θέλει την ψυχική οδύνη να προέρχεται από εξωτερικές κακόβουλες επιρροές, από μάγια, από βασκανία, από το έργο κάποιας διαβολικής ύπαρξης ή από την έλλειψη αγάπης και ευγνωμοσύνης.

Όταν η οικογένεια νοιώσει απογοήτευση και συνειδητοποιήσει ότι τα παραπάνω μέσα δεν φέρουν λύση στο πρόβλημα της τότε απευθύνεται σε γιατρούς οι οποίοι είναι κυρίως μη ειδικοί, οικογενειακοί γιατροί. Έτσι αναθέτει σε ένα γιατρό της εμπιστοσύνης ή στην τοπική νοσοκομειακή μονάδα την απόφαση για το ποιον πρέπει να συμβουλευτεί ή από ποιον πρέπει να θεραπευτεί.

Τέλος, η οικογένεια απευθύνεται σε γιατρούς ή εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ιδιωτικές ή δημόσιες, μετά από παραπομπή των γιατρών ή της οικογένειας ή από την πληροφόρηση που έχουν λάβει από συγγενείς και φίλους.



Από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι η οικογένεια είναι δύσκολο να αντέξει το βάρος της διάγνωσης της ασθένειας και της νοσηλείας του ασθενή της, ακριβώς λόγω των σοβαρών προκαταλήψεων που συνεπάγονται. Σε όλη την πορεία αποφεύγει να απευθυνθεί σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς το αίτημα για βοήθεια και συμβουλευτική μπορεί να προκαλέσει φόβο και ντροπή.

Παρατηρούμε ότι οι περισσότερες οικογένειες βιώνουν κοινά συναισθήματα όσον αφορά τη φάση της διάγνωσης και της νοσηλείας του μέλους της. Ανεξάρτητα από την νοσηλεία του ασθενή σε δημόσια ή ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, η οικογένεια ακολουθεί τις ίδιες πρακτικές διαχείρισης της κρίσης, και δέχεται στον ίδιο βαθμό ή με μικρές διακυμάνσεις την υποκειμενική και αντικειμενική επιβάρυνση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

### Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ



Η οικογένεια στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας λαμβάνει υπόψη της πέντε παράγοντες: 1) οι αξίες, οι δοξασίες και οι προκαταλήψεις γύρω από την αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής και το στίγμα που πιθανόν να δημιουργείται σε αυτούς που καταφεύγουν σε ψυχίατρο, 2) οι προϋπάρχουσες τυχόν θετικές ή αρνητικές εμπειρίες από ψυχιατρικές παρεμβάσεις στο ίδιο άτομο ή στο οικογενειακό περιβάλλον. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι υπεισέρχονται οι παράγοντες της προσεγγισιμότητας, της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας της ψυχιατρικής υπηρεσίας, 3) η ένταση και η βαρύτητα των ψυχωσικών συμπτωμάτων, 4) ο βαθμός αντοχής της οικογένειας που επηρεάζεται από τη χρονιότητα της νόσου (υποτροπές, νοσηλείες), και 5) η συνειδητοποίηση της βαρύτητας της κατάστασης από τον άρρωστο ή από την οικογένεια.<sup>159</sup>

Από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, διαπιστώσαμε ότι η επιλογή του χώρου νοσηλείας από την οικογένεια του ασθενή καθορίζεται από τους παρακάτω παράγοντες: α) η εντοπιότητα, β) η αποφυγή στίγματος, γ) η ποιότητα υπηρεσιών, δ) τα οικονομικά κριτήρια, ε) τυχαία περιστατικά/ παράγοντες πέρα από την κρίση της οικογένειας, στ) προηγούμενη εμπειρία, ζ) βαρύτητα της ασθένειας (περιστατικό σε κρίση), και η) πληροφόρηση της οικογένειας.

#### 8.1. Εντοπιότητα

Η εντοπιότητα είναι ένας παράγοντας που καθορίζει την επικοινωνία της οικογένειας με τον ασθενή. Με δεδομένο ότι η λήψη πληροφοριών από το στενό περιβάλλον του ασθενούς είναι σημαντική για τη διάγνωση και το θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς και την παρέμβαση στην οικογένεια, είναι προφανής η ανάγκη να δημιουργηθούν οι δυνατότητες νοσηλείας όσο γίνεται πιο κοντά στον τόπο κατοικίας τους. Μέλη της οικογένειας και άλλα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του ασθενή συχνά αποτελούν χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για τον ψυχίατρο, ιδιαίτερα σε ασθενείς με φτωχή ενσυναίσθηση, καθιστώντας αναγκαία τη συλλογή πληροφοριών από συγγενείς ή/ και στενούς φίλους.

Η σημερινή κατανομή των ψυχιατρικών υπηρεσιών δεν ευνοεί την ανάπτυξη του παραπάνω ρόλου των οικογενειών. Οι υπηρεσίες αυτές είναι άνισα γεωγραφικά

<sup>159</sup>Βλ. Μαδιανός, Μ., σ. 143, ό.π.

κατανεμημένες, με αποτέλεσμα η οικογένεια του ατόμου που νοσηλεύεται σε κάποια δομή να μην μπορεί να έχει συχνή επικοινωνία μαζί του.

Αυτό συμβαίνει στην περίπτωση του Γ., ασθενή που έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, όπου η μητέρα αναφέρει ότι ένα από τα κριτήρια που επέλεξαν την συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική είναι για να βρίσκεται στην ίδια πόλη με τους δικούς του.

*«Για εδώ. Εγώ ήθελα μια κλινική για εδώ, να μην φεύγω να πηγαίνω έξω (...) δεν ήθελα να φεύγω και να πηγαίνω εκεί. Γιατί είναι και μακριά και κινδυνεύεις και από τα πάντα. Αμάξι είναι, ξέρεις τι θα σου... Στο δρόμο» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική κλινική).*

*«Η γιατρός μου έλεγε ότι αν πάει ο Ν. στα Χανιά θα γίνει καλύτερα, και εγώ την πίστευα και ήθελα να συνέλθει ο Ν. αλλά σκεφτόμουν την απόσταση, εγώ δεν ξέρω να οδηγώ, ποιος θα με πήγαινε, πώς θα αφήνα τόσες ώρες τα παιδιά μόνα» (Ρ.Ν., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«Για πιο κοντά μας (...) γιατί στα Χανιά παιδί μου (...) μεγαλύτερη απόσταση, πήγαινα μια φορά (...) πήγαινα μια φορά υποχρεωτικώς το μήνα (...)».*

Ενώ :

*«Πάω τέσσερις φορές το μήνα [στην ιδιωτική κλινική]. Προγραμματισμένα είναι. Ο κόσμος να χαλάσει ό,τι και να πάθω θα πάμε» (Δ.Ν., αδερφός ασθενή που έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική κλινική).*

Η Ο.Σ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρει ότι σημαντικό για αυτήν ήταν το γεγονός ότι η κλινική βρίσκεται στην πόλη του Ηρακλείου, για να επισκέπτεται την κόρη της πιο συχνά.

Το ιδανικότερο για τον ασθενή και την οικογένεια του θα ήταν να υπάρχουν αποκεντρωμένες υπηρεσίες. Μέσα από την αποκέντρωση μπορεί να επιτευχθεί η έγκαιρη επισήμανση και άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (Δευτεροβάθμια Πρόληψη) ή και να διατηρηθεί η λειτουργικότητα ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο

ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στη κοινότητα και η αποδοχή του από αυτήν (Τριτοβάθμια Πρόληψη).<sup>160</sup>

## 8.2. Αποφυγή στίγματος

Το φαινόμενο του στιγματισμού και της απομόνωσης κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων και ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες εμφανίζεται και σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Στην Ελλάδα η έμφαση που δίνεται στην κοινωνικότητα, καθώς και η συναισθηματική δυσκολία και ο φόβος της μοναξιάς, κάνουν τους ψυχικά ασθενείς να αντιμετωπίζονται αρνητικά επειδή ακριβώς το πάσχον άτομο δεν είναι σε θέση να διατηρήσει τις καθημερινές κοινωνικές επαφές που αποτελούν τον πυρήνα της ζωής του.

Η βαριά κοινωνική ντροπή και το στίγμα που είναι συνυφασμένα με την ψυχική ασθένεια όχι μόνο ασκούν επίδραση στο πάσχον άτομο, αλλά μεταδίδονται σαν κυματισμός σε όλο το οικογενειακό πλέγμα, αγγίζοντας και τους συγγενείς. Η ψυχική ασθένεια ενός μέλους αντανακλάται στο σύνολο της οικογένειας. Εφόσον η ιδανική μορφή της ελληνικής οικογένειας είναι να υπάρχει ως ενιαία μονάδα, η τιμή της, τόσο συνολικά όσο και των μελών της ατομικά, απειλείται όταν κάποιος αρρωσταίνει ψυχικά.<sup>161</sup>

Η χρονιότητα της ασθένειας καταλήγει σε μια κουλτούρα χρονιότητας που χαρακτηρίζει και ετικετοποιεί το θεραπευόμενο όπως και την οικογένεια του. Ο στιγματισμός της οικογένειας συνεπάγεται συναισθήματα φόβου, οίκτου, απόρριψης από τον κοινωνικό περίγυρο. Η οικογένεια για να μην στιγματιστεί πιθανόν να επιλέξει να νοσηλευτεί το μέλος της σε ένα μέρος μακριά από τον τόπο καταγωγής (π.χ. Θ.Ψ.Π.Χ.).<sup>162</sup> Από την άλλη η οικογένεια δεν θα επιλέξει να νοσηλευτεί ο συγγενής της σε ένα δημόσιο ψυχιατρείο αφού τόσο η ίδια όσο και ο κοινωνικός περίγυρος έχει συνδέσει τον ασθενή του δημόσιου ψυχιατρείου με την εικόνα του «τρελού» (επικίνδυνος, βίαιος, αλλόκοτος, ατημέλητος, κ.τ.λ.).

Η Β. και η Κ., κοινωνικοί λειτουργοί στο Θ.Ψ.Π.Χ., υποστήριξαν ότι οι οικογένειες για την αποφυγή στίγματος εξαντλούν όλες τις άλλες λύσεις και στο τέλος απευθύνονται στο Θ.Ψ.Π.Χ. Οι οικογένειες θεωρούν ότι βιώνουν το στίγμα περισσότερο με το να νοσηλεύονται οι συγγενείς τους σε δημόσιο θεραπευτήριο.

Η Ε., γραμματέας στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, υποστήριξε ότι υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό *ταμπού* γύρω από η ψυχική ασθένεια και ανέφερε τη περίπτωση ενός 25χρονου ασθενή, παντρεμένου με ένα παιδί που παρουσίαζε υπερβολικά επιθετική συμπεριφορά σε

<sup>160</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 190, ό.π.

<sup>161</sup>Βλ. Blue Α., σ. 194, ό.π.

<sup>162</sup>Βλ. Τζανάκης Μ., Σαββάκης Μ., «Οι Τόποι ως Ιστορικοπολιτισμικά Αντιπαραδείγματα και ως Σύμβολα Κοινωνικών Ορίων: Σπιναλόγκα και Λέρος», *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, υπό δημοσίευση, 2003.

τέτοιο βαθμό ώστε η κλινική να επιθυμεί να φύγει ο ασθενής. Επικοινωνήσαν με τον πατέρα του, ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να τον κρατήσουν άλλο και πρότειναν την νοσηλεία του στο Θ.Ψ.Π.Χ. Ο πατέρας του για να μην στιγματιστεί το παιδί κατά την παραμονή του στα Χανιά, προτίμησε να τον κρατήσει στο σπίτι. Το ίδιο βράδυ ο γιος σκότωσε τον πατέρα με μαχαίρι.

Παράλληλα, αυτή η επιλογή του δημόσιου ψυχιατρείου δίνει την εντύπωση στον κοινωνικό περίγυρο ότι η οικογένεια δεν ενδιαφέρεται για τον ασθενή της και ότι τον αντιμετωπίζει σαν «παραπεταμένο», ότι δεν νοιάζεται αρκετά και δεν κάνει το καλύτερο δυνατό γι' αυτόν.

*«Οι συγγενείς του, τα αδέρφια του έλεγαν ότι ο Ν. έχει κάποια προβλήματα αλλά δεν είναι τρελός για να πάει στα Χανιά και τα έβαλαν μαζί μου ότι δεν θέλω το καλό του, για αυτό θα τον πάω στα Χανιά» (Ρ.Ν., σύζυγος ασθενή που έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«Δεν τους παίρνουν συχνά και οι περισσότεροι ντρέπονται που έχουν και τέτοια περιστατικά, δεν θέλουν δηλαδή να τα συζητούν» (Γ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

Παρατηρούμε ότι η οικογένεια δεν έχει να αντιμετωπίσει μόνο το βάρος του στιγματισμού της, που έχει ένα ασθενή στους κόλπους της, αλλά και το στίγμα της νοσηλείας του σε δημόσιο ψυχιατρείο ή ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Για τη μείωση του στίγματος, πραγματοποιούνται ενέργειες για ανάπτυξη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγείας, με στόχο να αποφεύγεται η νοσηλεία του ασθενή σε κλειστό ψυχιατρικό ίδρυμα. Προς αυτή τη κατεύθυνση εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και αναπτύσσονται ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες οι οποίες έχουν σαν στόχο την απενοχοποίηση και τον αποστιγματισμό της (κανένας άμεσος συγγενής δεν «φταίει» για τη νόσο). Για παράδειγμα το Θ.Ψ.Π.Χ. διοργανώνει ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια, που ανάμεσα στους στόχους τους έχουν και τα παραπάνω.

### **8.3. Ποιότητα Υπηρεσιών**

Με την έννοια «καλή ποιότητα» παροχής υπηρεσιών ορίζουμε τον τύπο της φροντίδας που προσφέρεται από έναν ειδικό ή μια ομάδα ειδικών, κάτω από άριστες συνθήκες. Με τον ορισμό αυτό υπεισέρχεται ο παράγοντας των συνθηκών του περιβάλλοντος, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο. Υπάρχουν τρεις μέθοδοι οι οποίες εκτιμούν το ποιοτικό έργο μιας υπηρεσίας: η αξιολόγηση της δομής όπου παρέχονται οι

υπηρεσίες, η αξιολόγηση των διαδικασιών με την έννοια της «καλής» ή «κακής» παροχής υπηρεσιών και η αξιολόγηση του αποτελέσματος.<sup>163</sup>

Κάθε οικογένεια αξιολογεί με διαφορετικό τρόπο τη ποιότητα υπηρεσιών. Υπάρχουν κάποια υποκειμενικά κριτήρια για την αξιολόγηση αυτή, τα οποία συνήθως βασίζονται σε πρότυπα και βασικά επίπεδα που πρέπει να ποικίλουν ανάλογα με τις κοινωνικές προσδοκίες, προηγούμενες εμπειρίες και ατομικές αντιλήψεις.

Στην περίπτωση του Γ., ασθενής που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, τα κριτήρια που έγινε η επιλογή για την συγκεκριμένη κλινική ήταν και η καλή φήμη που είχε σαν γιατρός τότε ο ιδιοκτήτης της συγκεκριμένης ιδιωτικής κλινικής.

*«Ειδικά τις πρώτες μέρες την πρώτη φορά που τον πρωτοπήγαμε, είχα κάτσει εγώ, αλλά εγώ φοβήθηκα δεν ήξερα, άκουγα Κ. [μια ιδιωτική κλινική] 'λέω έχουνε εδώ τρελούς, θα έρθει κανένας να με πνίξει κανένα βράδυ'» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

*«Δεν δίνουν πολύ σημασία στα Χανιά και σε κανένα ίδρυμα που τα έχουμε γυρέψει όλα, όπως εδώ» (Δ.Ν., αδερφός ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

*«Δηλαδή αν ήταν το μέρος αυτό... Να περνάει καλά, και να τρώει το σωστό, ε (...) ναι, να την αφήσω ένα μήνα, να την αφήσω δυο μήνες, να πάω να την πάρω» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

Όπως παρουσιάζεται παραπάνω, φαίνεται να υπάρχει η γενική πεποίθηση ότι η ιδιωτική είναι καλύτερη και πιο αποτελεσματική από τη δημόσια περίθαλψη. Τα αντιληπτικά σχήματα που επικρατούν είναι πως «οτιδήποτε ιδιωτικό είναι πάντα καλύτερο από το δημόσιο», πως «οι δημόσιες υπηρεσίες δε σε λογαριάζουν, σε καταστρέφουν», πως «στις δημόσιες υπηρεσίες πηγαίνουν οι τρελοί, εκεί δε σε προσέχουν». Οι πρακτικές συνέπειες αυτών των απόψεων είναι ότι καταφεύγουν στους ιδιωτικούς φορείς, των οποίων όμως οι δυνατότητες είναι μερικές φορές ανεπαρκείς ή περιορισμένες. Αυτή η άποψη τροφοδοτείται από τη δυσπιστία, που γενικότερα υπάρχει στη χώρα μας, απέναντι στο δημόσιο, και ειδικότερα στον τομέα της υγείας.

---

<sup>163</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 107, ό.π.

Αν και η τωρινή κατάσταση στην περίθαλψη παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις σε δομικό και λειτουργικό επίπεδο, η ψυχιατρική βοήθεια που παρέχουν οι δημόσιοι φορείς φαίνεται να έχει σε πολλές περιπτώσεις υψηλότερη ποιότητα και καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τον ιδιωτικό τομέα, ιδιαίτερα σε σοβαρές καταστάσεις που απαιτούν την παρέμβαση πολλών λειτουργών με διαφορετικές ειδικότητες και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

#### 8.4. Οικονομικά Κριτήρια

Τα οικονομικά δεδομένα αποτελούν ακόμη ένα παράγοντα που επηρεάζει τις ενέργειες που δίδονται προς αναζήτηση βοήθειας για λογαριασμό του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η σχετική οικονομική δυνατότητα καθορίζει με τη σειρά της τις συγκεκριμένες δημόσιες ή ιδιωτικές, ψυχιατρικές πραγματικότητες στην Ελλάδα.

Το είδος ασφάλισης που έχει ο ασθενής παίζει ρόλο στον καθορισμό της βοήθειας που θα αναζητηθεί. Είναι χαρακτηριστική η παρακάτω μαρτυρία:

*«Και μια μέρα το σκέφτηκα, λέω που έχω το μυαλό μου, λέω... Έτσι μωρέ και στου Τ. [η συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική] ήταν η κλινική και ήταν πραγματικά παλιά, ήταν δωρεάν στους αγρότες. Και παίρνουμε (...) τηλέφωνο την κοπέλα και είπε πως είχε κρεβάτι και τον πήραμε και τον φέραμε (...) και παίρνει ο ανιψιός μου και του λέει 300 ευρώ είναι ο μήνας του λέω δεν πειράζει (...) εγώ θέλω ένα μηνιάτικο [σύνταξη], ας το δώσω, μόνο να γίνει καλά». (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική).*

Έτσι βλέπουμε ότι υπάρχουν πολλές οικογένειες στη προσπάθειά τους να εξασφαλίζουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη, εξαντλούν όλες τις οικονομίες τους σε αμοιβές ιδιωτικών ψυχιάτρων και έξοδα ιδιωτικών κλινικών.<sup>164</sup>

*«Εμείς είχαμε παιδί μου... Πολλά οικόπεδα, μετά τα πούλησε... Τα πούλησε ο πατέρας μου, τώρα δυο δωμάτια μείνανε... Καταστραφήκαμε και έφταιγε αυτό το παιδί». (Δ.Ν., αδερφός ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

---

<sup>164</sup>Βλ. Blue Α., σ. 215, ό.π.

Ακόμη και για οικογένειες που το εισόδημα τους είναι περιορισμένο, συχνά η διαδικασία αναζήτησης βοήθειας ξεκινάει από τον ιδιωτικό τομέα. Οι ασθενείς επισκέπτονται νευρολόγους – ψυχιάτρους στα ιδιωτικά τους ιατρεία και εάν η νοσηλεία θεωρηθεί απαραίτητη, τότε ο ασθενής εισάγεται σε ιδιωτική κλινική.

Πολλές οικογένειες με μεσαίο ή χαμηλό εισόδημα αναγκάζονται τελικά να διακόψουν ή να περιορίσουν τις συνδιαλλαγές τους με τον ιδιωτικό τομέα, καθώς βλέπουν να εξαντλούνται τα οικονομικά τους αποθέματα. Στο σημείο αυτό στρέφονται προς το δημόσιο τομέα προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους για νοσηλεία και θεραπεία.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γονείς παύουν να εργάζονται προκειμένου να αφιερώσουν το χρόνο και την ενέργεια τους σε επισκέψεις σε γιατρούς και στη φροντίδα του παιδιού τους. Με αυτό τον τρόπο περιορίζεται ακόμη περισσότερο το εισόδημα της οικογένειας, και δημιουργείται η ανάγκη να αναζητηθεί βοήθεια μέσω του δημοσίου.

Στην περίπτωση του Γ., ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, ένας σημαντικός παράγοντας που βοήθησε στην επιλογή της οικογένειας για την νοσηλεία του συγγενή της στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική ήταν μια οικονομική ενίσχυση από τη Πρόνοια.

*«Ναι, γιατί παίρνει ας πούμε 500 ευρώ [σύνταξη] και θέλει 400 [πληρωμή της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής]. Με 100 ευρώ μπορείς να ζήσεις μετά εσύ; Αλλά προτίμησα πάλι αυτό παρά να ξαναπάω στα Χανιά» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

Η οικονομική κατάσταση του ασθενούς και της οικογένειάς του καθορίζει το είδος της ψυχιατρικής βοήθειας που θα αναζητηθεί στον βιοϊατρικό τομέα. Από τη μια πλευρά, όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα στρέφονται στις ιδιωτικές υπηρεσίες για παροχή ψυχιατρικής βοήθειας. Από την άλλη, για μια οικογένεια που το εισόδημα της καλύπτει μόνο τις καθημερινές ανάγκες διαβίωσης, τα δημόσια ιδρύματα είναι η μόνη επιλογή.<sup>165</sup>

Η Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφερόμενη στη σύντομη νοσηλεία (15 ημέρες) της αδερφής της στο Θ.Ψ.Π.Χ. εξέφρασε την πικρία της και το παράπονο της πως πρέπει το κράτος να κάνει κάτι για να μένουν άτομα σαν την αδερφή της περισσότερο διάστημα. Έτσι για την Κ.Α. η

---

<sup>165</sup>Βλ. Blue A., σ. 216, ό.π.



μόνη λύση ήταν να απευθυνθεί σε μια ιδιωτική κλινική που ανταποκρινόταν στο αίτημα της για μακρόχρονη νοσηλεία της ασθενή.

Κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό στο δημόσιο τομέα, καθώς η νοσηλεία διαρκεί έως ότου αντιμετωπιστεί η κρίση, δηλαδή επανέλθει η λειτουργικότητα του ασθενή σε ικανοποιητικό επίπεδο (όσο αυτό είναι δυνατό). Όταν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον τότε ο ασθενής έχει αυξημένες πιθανότητες να επιστρέψει στο σπίτι.

### **8.5. Τυχαία περιστατικά / παράγοντες πέρα από τη κρίση της οικογένειας**

Η επιλογή του χώρου νοσηλείας του ασθενή, ορισμένες φορές πραγματοποιείται πέρα από την κρίση της οικογένειας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ακούσια νοσηλεία του ψυχικά ασθενή που γίνεται μετά από εισαγγελική απόφαση.

Σύμφωνα με τον νόμο Υπ' αριθμ. 2071, 15/7/1992, *Περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας*, η ακούσια νοσηλεία ορίζεται ως η χωρίς την συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας.

Οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι: 1) α) ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β) να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, γ) η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλειστεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του ή 2) η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

Στο άρθρο 96 περί διαδικασίας εισαγωγής αναφέρεται ότι την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγος του, ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επιτόπου του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή. Στην περίπτωση αυτή ο εισαγγελέας δικαιούται να διατάξει την μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων σε δημόσια ψυχιατρική κλινική:

*«Με τίποτα δεν θέλω να ξαναγυρίσω στα Χανιά. Η επιλογή είναι ή εδώ ή με εισαγγελέα στα Χανιά (...) γιατί δεν δέχομαι εγώ και επεμβαίνει πλέον ο εισαγγελέας (...) στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. έτσι μου είπε ο γιατρός. Θεε δεν θεε μου λέει, ή εδώ ή εκεί» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

«Και τον πήγαμε με ασθενοφόρο στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. (...) από το ΠΑ.Γ.Ν.Η. δεν ήθελαν να τον κρατήσουν (...) και με διώχνουν και λέει, κάνει κάτι χαρτιά και με βάζει και υπογράφω και μου λέει να πας να φέρεις ένα χαρτί από την αστυνομία (...) πήραμε ταξί και πήγαμε τα κρατητήρια (...) και ήρθε η αστυνομία και τον πήρε και τον έβαλε στα κρατητήρια (...) μέχρι τις 9:30, σηκώθηκα και πάω και τον σήκωνε ένας αστυνόμος με ένα άλλο παιδί. Του λέω που θα τον πάτε; Μου λέει τι σε ενδιαφέρει; Του λέω για να ρωτήσω με ενδιαφέρει. Μου λέει να μην σε νοιάζει. Του λέω θα έρθω, λέει όχι δεν θα έρθεις, όπου και να τον πάτε του λέω, θα έρθω, που θα τον πάτε; ... Και μας πάνε στο Βενιζέλειο και βγαίνει ένας ψυχίατρος και μου λέει θα συνεχίσει αυτά τα χάπια (...) πως τα κάνανε η αστυνομία συναμεταξύ τους, δηλαδή δεν ξέρω πως... Οι γιατροί τα κάνανε και δεν τον αφήκανε να τον πάω στα Χανιά μπορεί και να είχε γιάνει τότε» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική).

Παρατηρούμε ότι η διαδικασία της εισαγγελικής απόφασης είναι αρκετά επώδυνη για την οικογένεια του ασθενή τόσο υποκειμενικά (συναισθήματα) όσο και αντικειμενικά (κούραση):

«(...) η γιατρός είπε ότι για να του επιτρέψουν να μείνει για λίγο ακόμα στο νοσοκομείο θα έπρεπε να ήταν κάποιο συγγενικό πρόσωπο μαζί του για να τον προσέχει μέρα και νύχτα. Εγώ δεν μπορούσα (...) αφού δεν μπορούσε να γίνει αλλιώς μου είπε να τον πάω στα Χανιά στο νοσοκομείο που θα ήταν ασφαλής (...) εγώ δεν ήθελα, δεν ήθελε ούτε ο Ν. ούτε οι συγγενείς του. Ο Ν. έλεγε ότι 'αν με πάτε εκεί θα σκοτωθώ'» (Ρ.Ν., σύζυγος ασθενή που είχε νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

Υπάρχουν λοιπόν περιπτώσεις που η επιλογή του χώρου νοσηλείας γίνεται πέρα από την κρίση της οικογένειας. Η οικογένεια δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στο είδος της φροντίδας και υποχωρεί εφαρμόζοντας τις οδηγίες του γιατρού.

Η Blue A.,<sup>166</sup> αναφέρει ότι παρόλο που δεν υπάρχουν διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία για το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών, από τις παρατηρήσεις και συζητήσεις της με

---

<sup>166</sup>Βλ. Blue A., σ. 21, ό.π.

διευθυντές, φαίνεται ότι οι εισαγωγές στην πλειονότητα τους γίνονται με εισαγγελική απόφαση.

## 8.6. Προηγούμενη Εμπειρία

Οι εμπειρίες από προηγούμενες νοσηλείες του ασθενή αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την επιλογή του επόμενου χώρου νοσηλείας, από την οικογένεια του.

Από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε διαπιστώσαμε ότι οι περισσότερες οικογένειες έχουν αναζητήσει περισσότερες από μία ψυχιατρικές κλινικές για τη νοσηλεία του συγγενή τους.

Η αναζήτηση αυτή μπορεί να οφείλεται στο ότι η οικογένεια δεν έμεινε ικανοποιημένη από τη φροντίδα του συγγενή της από την προηγούμενη κλινική. Δηλαδή από τη στάση του προσωπικού, απέναντι στον ασθενή και την οικογένεια του, την κτιριακή υποδομή και την καθαριότητα, τις θεραπευτικές μεθόδους, και την ασφάλεια του ασθενή της. Επίσης, διατηρούσε ελπίδες για την εύρεση καλύτερου χώρου νοσηλείας για το συγγενή της.

Στην περίπτωση του Γ., στην αρχή της νοσηλείας του στην ιδιωτική κλινική, οι γονείς εξέφραζαν μια αγωνία και ανησυχία για την παραμονή του εκεί, επειδή σε όλες τις προηγούμενες εμπειρίες της νοσηλείας ήταν δυσαρεστημένοι με κάτι. Έτσι βρισκόταν σε μια συνεχή αναζήτηση:

*«Εμένα το περιβάλλον δεν μου αρέσει στα Χανιά (...) καμία, καμία [βοήθεια]... Κάποια φορά χρειάστηκε να μείνω εκεί και δεν μπόρεσα να μείνω, έφυγα ήρθα στο Ηράκλειο και γύρισα πάλι το πρωί - πρωί πίσω. Ενώ ήθελα να μείνω... Αλλά δεν...» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική κλινική).*

Είναι πιθανόν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή να πραγματοποιούνται αλλαγές στο χώρο της κλινικής, με αποτέλεσμα η αρνητική εμπειρία να μετατρέπεται σε θετική και αντίστροφα, για την οικογένεια.

*«Ποια μπρος ήταν (...) κράταγες τη μύτη σου για να μπεις στο ίδρυμα (ιδιωτική κλινική)».*

Όμως μετά τις αλλαγές στους χώρους:

*«Είναι ο άρρωστος, αφού τους είπα ‘σαν ξενοδοχείο είσαστε εδώ μέσα, που έχω γυρέψει, όλα τα ιδρύματα του κόσμου’. Δεν σύγκρινα τα Χανιά με το ίδιο πράγμα». (Δ.Ν., αδερφός ασθενή που νοσηλεύεται την ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«Επέλεξα τη κλινική για ποιο; Για ένα λόγο, για να μην ξαναγυρίσω στα Χανιά. Γιατί στα Χανιά πήγα και τον πήρα, με συγχωρείται για τη φράση, μα τα έκανε όλα πάνω του, δεν αισθανόταν τίποτα πλέον (...) Την μια Κυριακή πήγα και τον βρήκα καλά, την επόμενη Κυριακή πάω και τον βρήκα σε αθλία κατάσταση (...) Αλλά όταν βλέπεις τον άνθρωπο σου σε τέτοια κατάσταση δεν θα υπογράψεις να τον πάρεις;» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική, και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Η συμπεριφορά του προσωπικού και οι προϋποθέσεις νοσηλείας που θέτει η κλινική αποτελούν κριτήρια επιλογής του χώρου νοσηλείας για την οικογένεια του ασθενή.

Για παράδειγμα στη περίπτωση της Ο., ασθενής που έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, αναφέρεται πως όταν η ίδια είχε νοσηλευτεί στη ψυχιατρική κλινική του ΠΑ.Γ.Ν.Η. δεν την κρατούσαν για το χρονικό διάστημα που θα ήθελε η οικογένεια για να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας της, να είναι πιο ήρεμη. Τόσο η μητέρα της όσο και ο αδερφός της, ανέφεραν ότι στην ψυχιατρική κλινική του ΠΑ.Γ.Ν.Η., «νοσηλεύονται μόνο οι εκλεκτοί, οι πλούσιοι».

Πολλές φορές οι προϋποθέσεις και οι επιλογές που κάνει η κλινική παρερμηνεύονται και εξηγούνται με παράδοξο τρόπο.

Η χρονιότητα της ασθένειας, εξ ορισμού συνδέεται με τη συνεχή αναζήτηση χώρου νοσηλείας. Η οικογένεια προκειμένου να αντιμετωπίσει τις υποτροπές της ασθένειας και να βελτιώσει τη κατάσταση της υγείας του συγγενή της, απευθύνεται σε πλήθος διαφορετικών υπηρεσιών.

## 8.7. Βαρύτητα της ασθένειας (περιστατικό σε κρίση)

Στις επείγουσες ψυχιατρικές περιπτώσεις καθίστανται αναγκαία η άμεση νοσηλεία και θεραπεία. Τα επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά χαρακτηρίζονται από ευρέως διαταραγμένη συμπεριφορά πέντε κυρίως τύπων<sup>167</sup>:

- 1) Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- 2) Βίαιη και μερικές φορές καταστροφική συμπεριφορά, η οποία συναντάται σε μερικούς ασθενείς σε οξέα ψυχωσική κατάσταση, παράνοια, μανία, κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνια εγκεφαλικά σύνδρομα και σε επιληψία.
- 3) Σοβαρές καταστάσεις με οξέα συγχυτικά παραληρήματα ή τοξικώσεις προκαλούμενες από ουσίες ή αλκοόλη.
- 4) Καταστάσεις πανικού οφειλόμενες σε αγχώδεις διαταραχές.
- 5) Μετατρεπτικού και αποσυνδεδετικού τύπου διαταραχές.

Από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, διαπιστώσαμε ότι οι οικογένειες αναφέρουν παραπάνω από ένα τύπο διαταραγμένης συμπεριφοράς στους συγγενείς του (ασθενείς).

Στην περίπτωση της οικογένειας P.N., ο ασθενής βρισκόταν σε κατάσταση πανικού οφειλόμενη σε αγχώδη διαταραχή και εκδήλωσε καταστροφική συμπεριφορά.

*«Γύρισε από την δουλειά νωρίτερα, τα παιδιά ήταν στο σχολείο. Άρχισε να κλαίει, τον ρωτούσα τι έχει και δεν μου απαντούσε. Πήγε στο υπνοδωμάτιο και κλειδώθηκε. Του έλεγα να ανοίξει και δεν άνοιγε. Άκουσα ομιλίες από το δωμάτιο, κατάλαβα ότι με κάποιον μιλούσε στο τηλέφωνο. Μετά από λίγο βγήκε και μου είπε ότι είχε πιει πολλά χάπια για να αυτοκτονήσει, εγώ τα έχασα, δεν κατάλαβα τι μου έλεγε, όταν το συνειδητοποίησα πήρα τηλέφωνο για ασθενοφόρο. Ειδοποίησα και την Μ. τον Β. [φιλικό ζευγάρι]. Πήγαμε στο ΠΑ.Γ.Ν.Η., του έκαναν πλύση στομάχου, οι γιατροί μου είπαν να μην ανησυχώ, ότι προλάβαμε. Όταν συνήλθε άρχισε να κλαίει και να φωνάζει και ειδοποίησαν ψυχίατρο. Μετά από δυο μέρες μεταφέρθηκε σε άλλη κλινική, στην Ψυχιατρική».*

Στην περίπτωση της οικογένειας E.K., ο ασθενής παρουσιάζει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και τοξίκωση προκαλούμενη από αλκοόλη:

<sup>167</sup>Βλ. Τζέμος Γ., Αγγελόπουλος Η., «Επείγουσες Ψυχιατρικές Καταστάσεις», στο Χριστοδούλου et al, Ψυχιατρική, Β' τόμος, 2000, σ. 588 – 595.

«Πήγαμε να νοσηλευτεί για εκεί [ψυχιατρική κλινική ΠΑ.Γ.Ν.Η.](...) αλλά δεν τον δέχονται γιατί χρειάζεται χώρος που να φυλάγεται. Δεν μπορεί να είναι σε κλινική που είναι ελεύθερος χώρος... Ναι, κάπου έγκλειστος να φυλάγεται (...) γιατί κινδυνεύει η ζωή του (...) σκοπεύει να κάνει κακό με... στον εαυτό του...Ναι. Με χάπια, και έχει πέσει και στο λιμάνι (...) ναι, για αυτό και τον πήγαινα και έξω μετά. Όταν τον έβλεπα πολύ μελαγχολικό (...) ναι, δεν ήταν αλλά όταν ήταν...έπεφτε σε μελαγχολία δεν ήθελε να βλέπει κανένα, να κοιμάται μόνο και να κρατάει το κεφάλι του όλη μέρα έτσι, τίποτε άλλο. 'Τι έχεις', του έλεγα. 'Τίποτα'. 'Τι έχεις;' 'Τίποτα'. Η απάντηση ήταν 'Τίποτα'. Αυτό ήταν το τίποτα (...) ναι νοσηλεία για ένα μήνα, ας πούμε, 20 ημέρες όσο χρειαζόταν ας πούμε ... Το μόνο του ελάττωμα που είχε, ότι έπινε (...) ρακί (...) 13 χρόνια. Αυτό είναι το ελάττωμα. Δηλαδή έπαιρνε τα φάρμακα τα φάρμακα κανονικά, κρυφά το ποτηράκι θα πήγαινε να το έπινε» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι ο ασθενής παρουσιάζει βίαιη και μερικές φορές καταστροφική συμπεριφορά. Επίσης, αναφέρει ότι όταν εκδηλώθηκαν τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας που ήταν επιθετική συμπεριφορά δηλαδή φώναζε, έβριζε και πετούσε αντικείμενα, οι ίδιοι ήταν τρομοκρατημένοι, δεν ήξεραν τι να κάνουν. Τον πήγαν σε ένα Γενικό Νοσοκομείο και από εκεί τους δόθηκαν οι οδηγίες να πάνε σε κάποιο ειδικό Νοσοκομείο.

Στην περίπτωση της Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική κλινική, ο ασθενής παρουσίαζε οξεία συγχυτικά παραληρήματα:

«(...) βλέπει το σκοτάδι [πρόβλημα όρασης] και του φαίνονται όλα πεθαμένα, πώς είναι πεθαμένος. Παλιά όταν αρρώστησε που μου έλεγε «να μου φέρεις το φέρετρο, εγώ πέθανα», τότε είχε σκοτωθεί της αδερφής του, ο άντρας, «εγώ πέθανα, πέθανα», λέω... Και τότε τον πήγαμε και μου λέει ο συχωρεμένος ο Κ. [μια ιδιωτική κλινική] μου λέει, αν δεν του κάνουμε ηλεκτροσόκ δεν τον συνεφέρνουμε. Και του κάνει, κάνει 20 ημέρες [νοσηλεία] και του κάνει τέσσερα [4]» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική κλινική).

Στην περίπτωση της Ο.Σ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ., ο ασθενής παρουσιάζει συγχυτικό παραλήρημα. Η μητέρα αναφέρει ότι ο γιος της δεν μπορούσε να

πιάσει το όπλο στα χέρια του (ήταν φαντάρος), φοβόταν πολύ, φοβόταν ότι θα τον σκότωναν άνθρωποι της Χούντας. Στο καράβι από την Αθήνα για την Κρήτη ο Γ. θεωρούσε ότι οι άνθρωποι που ταξίδευαν ήταν άνθρωποι της Χούντας και ότι θα τον σκότωναν.

Παρατηρούμε ότι κάθε φορά που ο ασθενής υποτροπιάζει η οικογένεια του καταφεύγει στη λύση της κλειστής νοσηλείας. Είναι συχνό το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» και κατά την υποτροπή της νόσου, όπου ο ασθενής επιστρέφει στη κλινική μετά από ένα χρονικό διάστημα παραμονής στο σπίτι του.

Θεωρείται ότι οι υποτροπές της νόσου αποδιοργανώνουν την οικογένεια του ασθενή. Έτσι όταν αυτός βρίσκεται σε κρίση, παρατηρείται δυσλειτουργία σε όλη την οικογένεια.

Τέλος, αναγνωρίζεται ότι οι συγγενείς θα μπορούσαν να είναι ένα θετικός παράγοντας στο χειρισμό των ασθενών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί όταν τους δοθεί η ευκαιρία για πληροφόρηση, εκπαίδευση και υποστήριξη από ψυχιατρικές υπηρεσίες.<sup>168</sup>

### 8.8. Πληροφόρηση της οικογένειας

Ανάμεσα στους παράγοντες που συμβάλλουν στην επιλογή του χώρου νοσηλείας είναι και η πληροφόρηση της οικογένειας από διάφορες πηγές. Η πληροφόρηση μπορεί να προέλθει από διάφορες πηγές από μη βιοϊατρικούς κύκλους (συγγενείς, φιλικά πρόσωπα, γειτονιά) από ψυχιάτρους, από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και από την αναζήτηση της ίδιας της οικογένειας.

Οι γονείς του Γ., ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφεραν ότι κάποιος γιατρός από το Ι.Κ.Α. είχε προτείνει στον πατέρα κάποιες κλινικές για να νοσηλευτεί ο Γ., και μία από αυτές ήταν και η συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική.

Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση της Κ., ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., που ένας από τους παράγοντες που οδήγησαν την οικογένεια να απευθυνθεί στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, ήταν ότι ένας γιατρός του Ι.Κ.Α. που εξέτασε τη Κ. τους ενημέρωσε για τις διάφορες κλινικές που υπήρχαν.

*«(...) γιατί μου λέει ένας ψυχίατρος εκεί πέρα, δεν ξέρω πως τον λένε, ήρθε... Και μου λέει. Μπορεί να τον βάλεις μου λέει σε μια κλινική να τον συνεφέρεις λιγάκι που θα του κάνουμε ύστερα την εγχείριση... [εγχείριση στα μάτια για να επανέλθει σε κάποιο βαθμό η όραση του]»  
(Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική).*

<sup>168</sup>Βλ. Mounir E., *Ψυχιατρική Αποκατάσταση. Ένας πρακτικός οδηγός*, Αθήνα, Έλλην, 1998, σ. 19.

*«Κανέννας, κανέννας δεν με είχε ενημερώσει (...) απλώς έψαξα (...) εγώ ήθελα μια κλινική για εδώ (...) για τώρα (...) ο γιατρός από το ΠΑ.Γ.Ν.Η. [της πρότεινε να πάνε στην ιδιωτική κλινική]... Εγώ το ήξερα σου λέω» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Με τις επισκέψεις της οικογένειας σε διάφορες ειδικότητες της βιοϊατρικής, ψυχιάτρους και μη, η ίδια συλλέγει πληροφορίες για τους διαθέσιμους χώρους νοσηλείας. Όμως η αναζήτηση του χώρου νοσηλείας από την οικογένεια δεν σταματάει με την πληροφόρηση της από τους γιατρούς. Η ίδια αναζητάει, με όλα τα μέσα που έχει στη διάθεσή της, πληροφορίες προκειμένου να εξασφαλίσει τον καλύτερο χώρο για τον συγγενή της.

Συμπερασματικά, η διαδικασία αναζήτησης του κατάλληλου χώρου νοσηλείας είναι χρονοβόρα και στρεσογόνα για την οικογένεια του ασθενή. Οι παραπάνω παράγοντες δρουν καθοριστικά στην αναζήτηση και στην τελική επιλογή της. Παρατηρήσαμε ότι τόσο η ποιότητα υπηρεσιών όσο και η προηγούμενη εμπειρία από άλλους χώρους νοσηλείας αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες με βάση τους οποίους, η οικογένεια αξιολογεί την καταλληλότητα του χώρου για την διαμονή του συγγενή της. Τα κριτήρια που θέτει στηρίζονται στις προσδοκίες και στις απαιτήσεις που έχει για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή αλλά και για την ανακούφιση της ίδιας από την φροντίδα του.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

### ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΧΩΡΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ



Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής νοσηλεύεται σε μια κλινική, η οικογένεια του καλείται να αναπτύξει σχέσεις με το προσωπικό της (ιατρικό, κοινωνικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό προσωπικό). Οι ενέργειες της οικογένειας επηρεάζονται από διάφορα αλληλεξαρτώμενα πολιτισμικά νοήματα και κοινωνικές πραγματικότητες, όπως το στίγμα, τους πολιτισμικούς ορισμούς και την αναγνώριση της ψυχοσθένης, τις δοξασίες γύρω από υπερφυσικές δυνάμεις, τη σωματική έκφραση του άγχους, την οικονομική κατάσταση, τις αντιλήψεις σχετικά με τις καλύτερες μονάδες περίθαλψης και τέλος, την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους γιατρούς. Από την άλλη και η στάση των επαγγελματιών που εργάζονται σε μια ψυχιατρική κλινική καθορίζεται από τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας των ασθενών και των οικογενειών τους.

#### **9.1. Επικοινωνία /συνεργασία της οικογένειας με το προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής (δημόσιας και ιδιωτικής)**

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη επικοινωνίας και σχέσεων συνεργασίας ανάμεσα στην οικογένεια και το προσωπικό της ιδιωτικής και δημόσιας κλινικής είναι η προθυμία και η διαθεσιμότητα και από τις δυο μεριές.

Όπως ακριβώς μέσα στη κοινωνία, οι συγγενείς από τη μια αποτελούν παρηγοριά και από την άλλη οι απαιτήσεις τους γίνονται μερικές φορές πραγματικό φορτίο, έτσι και η οικογένεια στην ελληνική ψυχιατρική μπορεί να αποτελεί ευλογία με τη βοήθεια που μπορεί να προσφέρει στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή να επιδεινώνει μια κατάσταση φέρνοντας δυσκολίες στο έργο τους.

Από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν ορισμένες κοινές μορφές επικοινωνίας και συνεργασίας της οικογένειας με το επαγγελματικό προσωπικό της δημόσιας ή ιδιωτικής κλινικής, που νοσηλεύεται ο συγγενής τους. Αναφέρθηκε η συνεργασία με σκοπό την ενημέρωση για την πορεία της ασθένειας του συγγενή τους, τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής, την υπογραφή βιβλιαρίων (ασφάλισης), και την άδεια για την έξοδο του ασθενούς.

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., χαρακτηρίζει τις σχέσεις με τους επαγγελματίες της ιδιωτικής κλινικής αρκετά καλές. Συνεργάζονται και επικοινωνούν περισσότερο με τις νοσηλεύτριες όπου

ενημερώνονται για τον Γ. Με τις νοσηλεύτριες επικοινωνούν για να επισκεφτούν τον Γ., να τον κάνουν μπάνιο, να τον πάρουν και να τον ξαναφέρουν στην κλινική. Η μητέρα δεν έχει καμία επικοινωνία με την ψυχίατρο, ενώ ο πατέρας επικοινωνεί μαζί της για να πάρει άδεια ώστε να πάρει τον Γ. στο σπίτι ή για την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και της υπογραφής των βιβλιαρίων (ασφάλισης).

Ενώ αντιθέτως, οι σχέσεις της οικογένειας με τη δημόσια ψυχιατρική κλινική χαρακτηρίζονται εχθρικές: ο πατέρας μάλωσε με το γιατρό που ήταν υπεύθυνος για την νοσηλεία του γιου του, όταν σε μια επίσκεψη που έκαναν στον Γ., τον είδαν να κοιμάται σε ένα δωμάτιο, το οποίο ήταν μια παλιά τουαλέτα και δεν υπήρχε τίποτα, ούτε καν κρεβάτι. Ο Γ. ήταν κουλουριασμένος στο πάτωμα. Ο πατέρας θύμωσε και ανέφερε στον γιατρό τις άσχημες συνθήκες νοσηλείας, και ο γιατρός δικαιολόγησε αυτή τη κατάσταση λέγοντας ότι δεν υπήρχε χώρος για τον Γ., έτσι πήρε τον Γ. από το Θ.Ψ.Π.Χ. και έφυγαν.

Συχνά η οικογένεια απαιτεί, στο χώρο που νοσηλεύεται ο συγγενής της να πληρούνται όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλύτερη δυνατή νοσηλεία του, όπως ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή, η τήρηση των κανόνων υγιεινής και η εφαρμογή της θεραπευτικής μεθόδου προσαρμοσμένη στη κατάσταση και τη ψυχική διαταραχή του ασθενή.

Οι συγγενείς έχουν δικαίωμα στη πληροφόρηση, στο να επιζητούν απάντηση στα ερωτήματά τους, να εμπλέκονται στη θεραπεία του ψυχικά ασθενή, και να παρεμβαίνουν όταν καταπατούνται τα δικαιώματά του.

Η Ο.Σ, μητέρα της Ο., ασθενής που έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια που η Ο. βρισκόταν στην ιδιωτική κλινική υπήρχε συνεργασία με τις νοσηλεύτριες κυρίως όταν αυτή βρισκόταν σε κρίση. Η ίδια τις ειδοποιούσε κάποιες φορές, πήγαιναν στο σπίτι και έπαιρναν την Ο. Με την επαγγελματία που η μητέρα έχει πολύ άσχημες σχέσεις είναι η ψυχίατρος της κλινικής. Η αρχική τους διαφωνία ήταν ότι έδινε πολλά φάρμακα στην Ο., πάνω από είκοσι κάθε μέρα, και η Ο. ήθελε να κοιμάται συνέχεια, τριγυρνούσε σαν «υπνωτισμένη».

Όπως παρατηρήσαμε, οι ψυχίατροι δείχνουν κατανόηση στις ανησυχίες της οικογένειας σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς και έχουν επίσης υπόψη τους τις επιπτώσεις της ασθένειας ενός μέλους σε ολόκληρη την οικογένεια και στην εκπλήρωση και των κοινωνικών επιταγών. Ωστόσο επιμένουν πάντοτε να παίρνουν οι ασθενείς τα φάρμακα τους οπωσδήποτε και σε τακτά διαστήματα, παρά τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η στάση αυτή των ψυχιάτρων ορισμένες φορές δυσαρεστεί τις οικογένειες, και φτάνουν στο σημείο να συγκρουστούν.

Παρατηρείται ότι η οικογένεια έχει πιο στενή επικοινωνία με τους νοσηλευτές, καθώς είναι τα πρόσωπα που έχουν καθημερινή επαφή με τον ασθενή. Η οικογένεια νοιώθει πως πέρα από τη φροντίδα που δίνουν στον ασθενή οι νοσηλευτές, είναι πρόθυμοι να προσφέρουν βοήθεια και στην οικογένεια του.

Η οικογένεια έχει μικρή επιλογή συνεργασίας με επαγγελματίες. Συνήθως επιδιώκουν επικοινωνία με τον ψυχίατρο, σαν τον πιο ειδικό για να τους ενημερώσει για την κατάσταση του μέλους τους. Τις περισσότερες φορές αυτό δεν είναι εφικτό (λίγες ώρες παραμονής του γιατρού στην κλινική, «αυθεντία γιατρού», συστολή της οικογένειας να κάνει ερωτήσεις), και έτσι η οικογένεια συζητάει περισσότερο και ενημερώνεται από τους νοσηλευτές. Στη περίπτωση του Θ.Ψ.Π.Χ. όπου υπάρχουν κοινωνικοί λειτουργοί και επισκέπτριες υγείας, η ενημέρωση των οικογενειών μπορεί να γίνει και από αυτές τις ειδικότητες.

Η Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι στο Θ.Ψ.Π.Χ. έμεινε μόνο δεκαπέντε μέρες. Σε αυτό το διάστημα δεν είχαν επικοινωνία με επαγγελματίες ούτε καμία συνεργασία.

Αντίθετα οι σχέσεις της οικογένειας με τους επαγγελματίες της ιδιωτικής κλινικής περιγράφονται καλές. Η Κ.Α. θεωρεί τις νοσηλεύτριες «καλές κοπέλες», της συμπεριφέρονται καλά και τις δίνουν πληροφορίες για την Κ. Συνήθως τις ρωτάει «πως περνάει» Με την ψυχίατρο η σχέση και η συνεργασία της περιγράφεται ως ανύπαρκτη αφού είπε ότι την έχει συναντήσει μόνο μια φορά, ενώ ούτε καν την θυμόταν.

Ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες για την ανάπτυξη συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών και της οικογένειας μπορεί να είναι η απόσταση μόνιμης κατοικίας της οικογένειας με το χώρο νοσηλείας. Στην περίπτωση αυτή η οικογένεια δεν επισκέπτεται συχνά τον χώρο νοσηλείας, άρα υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες για πιθανή συνεργασία. Επίσης το χρονικό διάστημα που μένει στην κλινική ο ασθενής μπορεί να καθορίσει το βαθμό και την ποιότητα συνεργασίας, καθώς όσο περισσότερο μένει ο ασθενής στην κλινική τόσο περισσότερες φορές ενδέχεται να τον επισκεφθεί η οικογένειά του και να επικοινωνήσει με τους επαγγελματίες. Βέβαια μια τέτοια σχέση εξαρτάται από την διαθεσιμότητα και των δύο μερών.

Σε περιπτώσεις ψυχιατρικής περίθαλψης παρατηρείται τα μέλη της οικογένειας του ασθενή να εξυπηρετούν πολλές από τις ανάγκες του, πέρα από τη φροντίδα που δέχεται από τους νοσηλευτές. Αυτό οφείλεται εν μέρει σε πολιτισμικές αξίες σύμφωνα με τις οποίες σε στιγμές ανάγκης στηρίζεται κανείς στους συγγενείς του και όχι σε επαγγελματίες ειδικούς. Το ιδανικό, δηλαδή είναι να υπάρχει αλληλοβοήθεια ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας όταν η ζωή έχει προβλήματα.

Από την έρευνα μας παρατηρήσαμε ότι και στη δημόσια και στην ιδιωτική κλινική ορισμένοι συγγενείς επιθυμούν να μένουν μαζί με τον ασθενή τους όταν εκείνος νοσηλεύεται. Το προσωπικό και των δυο κλινικών κατανοεί αυτή την επιθυμία και προσπαθεί να τους παρέχει κάθε βοήθεια. Οι συγγενείς εκλαμβάνουν τη συμπαράσταση και τη κατανόηση ιδιαίτερα των νοσηλευτών, οι οποίοι περνάνε περισσότερο χρόνο μαζί τους σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες άρα πιστεύουν ότι γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις δυσκολίες και τις ανάγκες τους. Τα παρακάτω αποσπάσματα είναι χαρακτηριστικά:

*«Ναι, με όλες, όλες τις ευχαριστώ, όλες ό,τι ώρα με δούνε 'καλωσόρισες', 'τι κάνεις'. Όλες με χαιρετάνε, δεν μπορώ να πω, δεν έχω κανένα παράπονο σε καμία, δεν έχω παράπονο, πάρα πολύ με προσέχουμε και στο φαγητό, και στο κρεβάτι και μένω, μου έχοννε βάλλει και μένα, έτσι ένα ραντζάκι στη μέση και μένω, δεν έχω παράπονο» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

*«Η Α. δεν δέχτηκε το περιβάλλον (Θ.Ψ.Π.Χ.)... Δεν μπορούσε να ζήσει.. χτυπιόταν κάτω. Και μου δώσανε ένα θάλαμο, ένα τεράστιο και έμενα εγώ και η Α. μόνο πάνω, ε, το προσωπικό ρε παιδί μου ήταν άλλο πράμα... Εγώ σου λέω έχω μπει σε πολλά νοσοκομεία, δεν έχω δει νοσοκομεία σαν και αυτό (...)*» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου οι συγγενείς βλέπουν το επιστημονικό προσωπικό σαν μη εξυπηρετικό, αδιάφορο των αναγκών τους. Επίσης, θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρείων δεν είναι ειδικά εκπαιδευμένο στην ψυχιατρική, συνεπώς δεν μπορούν να καλύψουν σωστά τις ανάγκες των ασθενών. Παρόλο που πολλά μέλη του προσωπικού ενός ψυχιατρείου θεωρείται ότι όντως είναι αφοσιωμένα στο έργο τους και ασχολούνται με τα καθήκοντά τους, υπάρχουν επίσης περιπτώσεις πολλών που θεωρείται ότι δεν συμμετέχουν τόσο και που κάνουν ελάχιστα πράγματα πάνω και πέρα από τα στενώς καθορισμένα καθήκοντά τους:

*«Το Ψυχιατρείο ζέχνα το, δεν έχει και εκεί. Χωριάτες είναι, εργαζόμενοι είναι και τους βάζουν και κάνουν τη βάρδια τους, προσωπικό, δεν είναι προσωπικό, όχι όλοι, είχε και καλά παιδιά μέσα».*

Ενώ η συνεργασία και επικοινωνία της οικογένειας με την ιδιωτική κλινική έχει ως εξής:

*«Κοίταζε να δεις το προσωπικό...Εγώ πήγαινα μισή ώρα, εντάξει, δεν ήταν... Καλά ήταν, τα κορίτσια ήταν καλά... Με τις κοπέλες που είχα συνεργαστεί εγώ ήταν άψογες, πολύ καλές, έχω δει και χειρότερα πολύ.»*  
(Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

Οι οικογένειες συχνά έχουν απαιτήσεις από το προσωπικό, δεδομένου ότι θέλουν το καλύτερο δυνατό για τον ασθενή τους. Η άγνοιά τους για τις πραγματικές αρμοδιότητες του προσωπικού και η συναισθηματική φόρτιση που μπορεί να βρίσκονται εξαιτίας της ασθένειας μπορεί να θεωρηθούν ως παράγοντες για τις αυξημένες απαιτήσεις τους.

Όταν υπάρχει μια γενική απογοήτευση στην οικογένεια ή μια μη ικανοποίηση των προσδοκιών τους, τότε βρίσκονται σε αδιέξοδο και τελικά επιλέγουν το χώρο νοσηλείας που θεωρούν ότι βρίσκεται πιο κοντά στην κάλυψη των αναγκών του μέλους τους.

*«Και μετά έβλεπα και τα πράγματα λίγο πιο διαφορετικά από τον ιδιοκτήτη της συγκεκριμένης κλινικής, παρόλο που ήταν ηλικιωμένος, ο Θεός να τον συγχωρέσει. Εντάξει είχαμε κάποια... Όποτε ήθελα έμπαινα έβγαينا (...) και η γυναίκα του πάρα πολύ μας ξέρει... Μας βοηθούσε παιδί μου (...) ενώ εκεί στα Χανιά τώρα, όταν πήγα να πολλές φορές... Όπως σας είπα πήγα μια φορά το μήνα, τύχαινε πολλές φορές δεν έβλεπα τον ίδιο τον γιατρό είχε ρεπό και ήταν άλλος... Μας παίρνανε τηλέφωνο βέβαια (...)» (Δ.Ν., αδερφός ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Παρατηρούμε ότι σε μια ιδιωτική κλινική που συνήθως υπάρχει μικρότερος αριθμός ασθενών, άρα και προσωπικού, από ότι σε ένα δημόσιο ψυχιατρείο, μπορούν να αναπτυχθούν προσωπικές σχέσεις ανάμεσα στους εργαζόμενους και στην οικογένεια του ασθενή. Οι σχέσεις αυτές χαρακτηρίζονται από οικειότητα, εμπιστοσύνη και ελευθερία κινήσεων στο χώρο της κλινικής.

Αντίθετα, σε ένα δημόσιο ψυχιατρείο, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού των νοσηλευομένων και του προσωπικού, οι σχέσεις ανάμεσα στην οικογένεια και το προσωπικό είναι πιο απρόσωπες. Το περιβάλλον είναι περισσότερο άγνωστο γι' αυτούς, η ελευθερία κινήσεων περιορισμένη, και η επικοινωνία με το προσωπικό γίνεται με βάση συγκεκριμένους κανόνες του ιδρύματος.

## **9.2. Συχνότητα επαφής με την ψυχιατρική κλινική (δημόσια και ιδιωτική)**

Από την έρευνά μας προέκυψε ότι η οικογένεια επισκεπτόταν την δημόσια ή την ιδιωτική κλινική όταν ήθελε να συναντήσει τον συγγενή της που βρισκόταν εκεί και όχι μόνο με στόχο να επικοινωνήσει με τους επαγγελματίες (ψυχίατρος, νοσηλευτικό προσωπικό).

Ένα βασικό κριτήριο για την εισαγωγή του ασθενή στην ιδιωτική κλινική είναι η ύπαρξη της οικογένειας με σκοπό την επαφή και την συνεργασία μαζί της. Στη περίπτωση που η οικογένεια δεν διατηρεί επαφή με την δημόσια ή ιδιωτική κλινική που νοσηλεύεται ο

ασθενής, οι επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτήν επιδιώκουν να επικοινωνήσουν μαζί της (τηλεφωνική επικοινωνία).

Στην περίπτωση της Ο.Σ., μητέρα ασθενούς που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική κλινική, αναφέρεται ότι όταν η κόρη της βρισκόταν στην κλινική (ιδιωτική) την επισκεπτόταν δύο φορές την εβδομάδα, έπαιρνε τα βρώμικα ρούχα της και τις έφερνε καθαρά, της πήγαινε φαγητό ή γλυκά και καθόταν μαζί της για λίγο να μιλήσουν.

Ενώ όταν νοσηλευόταν στο Θ.Ψ.Π.Χ. την επισκεπτόταν κάθε 10 μέρες, έπλενε τα ρούχα της, καθόταν για λίγο μαζί της, της πήγαινε φαγητό και έφευγε.

Στην περίπτωση της Κ.Α., αδερφή ασθενούς που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική κλινική, αναφέρεται ότι η αδερφή της έμεινε στο Θεραπευτήριο μόνο 15 μέρες. Επισκέφθηκαν το Θεραπευτήριο μόνο τρεις φορές. Η πρώτη φορά ήταν όταν την πήγαν για εισαγωγή, η δεύτερη όταν την επισκέφθηκαν και η τρίτη για να την πάρουν πίσω.

Επίσης αναφέρεται ότι τα τελευταία δυο χρόνια που η Κ. βρίσκεται στην ιδιωτική κλινική, οι συγγενείς της την επισκέπτονται μια φορά την εβδομάδα:

*«Κοίταζε να δεις το προσωπικό... Εγώ πήγαινα μισή ώρα [κάθε μέρα στην ιδιωτική κλινική], εντάξει, καλά ήταν, τα κορίτσια ήταν καλά».*

Ενώ:

*«Εγώ έμεινα 46 μέρες μέσα γιατί είχε πεθάνει» [έμεινε μαζί της στο Θ.Ψ.Π.Χ.] (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική κλινική).*

*«Ε, δεν πηγαίνω τώρα και πολύ, κάθε μέρα ας πούμε, άμα μου τύχει δουλειά όπως τώρα δεν μπορώ να πάω κάθε μέρα [ιδιωτική κλινική]. Ναι απογεύματα, δεν μπορώ πρωινά γιατί είναι και τα παιδιά, δεν έχω που να τα αφήσω τα πρωινά. Και το απόγευμα μια ώρα τα αφήνω μόνα τους.»*

Ενώ:

*«Κάθε Κυριακή. Δεν μπορούσα να πηγαίνω κάθε μέρα στα Χανιά. Είναι κάπου μακριά είναι και τα Χανιά» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ. και στην ιδιωτική κλινική).*

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι έχουν συχνή επικοινωνία με τον Γ. Ο πατέρας τον επισκέπτεται κάθε Τετάρτη όπου του πηγαίνει φαγητό ή άλλα τρόφιμα και τον βοηθάει να ξυριστεί και να πλυθεί επειδή ο Γ. έχει χάσει την αίσθηση υγιεινής και δεν περιποιείται καθόλου τον εαυτό του. Κάθε Παρασκευή τον επισκέπτονται η μητέρα και ο πατέρας του, η μητέρα του κάνει μπάνιο επειδή δεν μπορεί να πλυθεί μόνος του.

Η συχνότητα επαφής της οικογένειας με την υπηρεσία καθορίζεται από διάφορους παράγοντες. Εάν ο ασθενής νοσηλεύεται σε κλινική που βρίσκεται μακριά από τον τόπο κατοικίας του, η οικογένεια του δυσκολεύεται να τον επισκέπτεται συχνά. Η απόσταση, δηλαδή, δυσχεραίνει την συχνότητα επικοινωνίας τόσο με τον ασθενή όσο και με τους επαγγελματίες που τον φροντίζουν.

Οι επαγγελματικές υποχρεώσεις των συγγενών, όπως και η οικονομική κατάσταση τους, δεν τους αφήνουν τα περιθώρια που πιθανόν να ήθελαν για συχνές επισκέψεις.

Επίσης, στους ανασταλτικούς παράγοντες που αφορούν την συχνότητα επαφής με την υπηρεσία είναι και η φροντίδα άλλων μελών στην οικογένεια (παιδιά, ηλικιωμένοι).

Ο σημαντικότερος όμως παράγοντας, ίσως να είναι, η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και τον ασθενή. Όπως φαίνεται και στα παραπάνω αποσπάσματα, η οικογένεια έχει συχνή επαφή με τον ασθενή και του συμπαραστέκεται σε όλες τις φάσεις της ασθένειας του.

### 9.3. Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα υπηρεσιών

Η οικογένεια αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά<sup>169</sup>. Ένα από αυτά είναι το φυσικό περιβάλλον. Πρόκειται για το κατασκευαστικό μέρος του περιβάλλοντος, όπου παρέχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ώστε να είναι ασφαλές και κατάλληλο, δηλαδή η κτιριακή υποδομή και ο εξοπλισμός.

Η Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., θεωρεί ότι η ιδιωτική κλινική καλύπτει τις ανάγκες της αδερφής της, και ότι είναι ωραία σαν χώρος. Αναφέρθηκε στους χώρους της ιδιωτικής κλινικής, ότι έχει τραπεζαρία και τηλεόραση και ότι όταν μπαίνεις παρόλο που βλέπεις άρρωστα άτομα δεν νοιώθεις σαν να είναι νοσοκομείο. Αντίθετα, η Ρ.Ν. εκφράζει την αποστροφή της για το Θ.Ψ.Π.Χ.:

*«Υπήρχε βρωμιά παντού, τα πάντα ήταν βρώμικα, δεν ήταν καθόλου καθαρό μέρος. Ο Ν. τον πρώτο καιρό έμεινε για τέσσερις μέρες σε ένα χωριστό δωμάτιο, στην απομόνωση όπως έλεγαν. Εκεί υπήρχαν παράθυρα χωρίς τζάμια, μπορούσε να τον βλέπει μέσα στο δωμάτιο, όποιος ήθελε και να του φωνάζει, να τον ενοχλεί. Μετά από τέσσερις μέρες τον πήγαν σε ένα άλλο δωμάτιο, που ήταν άλλα οχτώ άτομα. Δεν μου άρεσε που ήταν έτσι όλοι μαζί, δεν είχαν μια ντουλάπα, δεν είχε ο καθένας το κομοδίνο του. Να, αυτό που ήταν έτσι όλοι μαζί. Κάποιοι δεν φορούσαν παντελόνι ή το έβγαζαν, τέτοια πράγματα» (Ρ.Ν., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

<sup>169</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 107, ό.π.

*«Κοίτα να δεις μόνο κλινική [η ιδιωτική] που δεν ήταν, άσε, δεν με νοιάζει να τα πείτε (...)*» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

Όπως παρατηρούμε στα παραπάνω αποσπάσματα οι συγγενείς αξιολογούν αρνητικά τους χώρους νοσηλείας. Για παράδειγμα η Ρ.Ν., που ο σύζυγός της νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρεται στην έλλειψη προσωπικού χώρου και στον συνεχή έλεγχο που υπόκειται ο ασθενής και έχουν ως αποτέλεσμα τον ιδρυματισμό και την απώλεια της ταυτότητάς του.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι οι ικανότητες του προσωπικού σε σχέση με τα επίπεδα εκπαίδευσης και την πείρα που έχουν αποκτήσει σχετικά με το έργο που παρέχουν. Για παράδειγμα ο Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ., χαρακτήρισε τους εργαζόμενους του Θ.Ψ.Π.Χ. ως «χωριάτες», που απλά κάνουν την βάρδια τους.

Οι δεσμεύσεις του προσωπικού και το ηθικό του είναι ένα τρίτο χαρακτηριστικό της ποιότητας υπηρεσιών. Σύμφωνα με αυτό η οικογένεια εκφράζει την ικανοποίηση της για το έργο του προσωπικού και τη γενική στάση του απέναντι στην εργασία που παρέχει:

*«Τώρα με την κα Α [ψυχίατρος ιδιωτικής κλινικής], εδώ μου φαίνεται ότι της έχει κάνει καλό... Έχει βοηθήσει κάπως το εσωτερικό [δείχνει το κεφάλι της]( ...)*» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

*Ενώ:*

*«Την έφερα εδώ (Θ.Ψ.Π.Χ.)... Τι να σου πω, δεν υπήρχε... Δηλαδή ήταν πεθαμένη. Και κάνανε κάποιο λάθος, δηλαδή αντί να της δώσουν 1,75 mg της δώσανε 400 mg... Άστα, άστα... Ήταν χάλια»* (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.)

Η ασφάλεια των ασθενών είναι το τέταρτο χαρακτηριστικό, σύμφωνα με το οποίο ένας ασθενής αποφεύγει τον τραυματισμό του.

*«Καταρχήν τις πρώτες μέρες της είπα... Έκανα μια θερμή παράκληση. Είχαν κάτι ψαλίδια πάνω εκεί... Και τους λέω 'Αν μπορείτε κρύψτε τα'(...)*» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και έχει νοσηλευτεί και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).



Η ικανοποίηση του ψυχικά ασθενή είναι το πέμπτο χαρακτηριστικό, με βάση το οποίο ο ασθενής προσαρμόζεται στο χώρο της κλινικής και βιώνει ομαλά τη νοσηλεία του. Για παράδειγμα, η Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι η αδερφή της τους έλεγε ότι περνούσε καλά και ότι δεν είχε πρόβλημα να μείνει εκεί (Θ.Ψ.Π.Χ.).

Επίσης η Ο.Σ., μητέρα μιας ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ. και ενός ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι στα παιδιά της άρεσε ο χώρος του Θ.Ψ.Π.Χ.. συγκεκριμένα ο γιος της είπε ότι εκεί έχει μεγάλο κήπο και αισθανόταν ελεύθερος και όχι περιορισμένος.

Το έκτο χαρακτηριστικό είναι τα βραχυπρόθεσμα (έως 6 μήνες) αποτελέσματα, με βάση το οποίο παρατηρείται βελτίωση της ψυχικής κατάστασης του ασθενή.

Έτσι στην περίπτωση της Ο.Σ., μητέρα ασθενή που έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρεται, ότι όταν ο γιος της δεν ήταν καλά, νοσηλευόταν για λίγο στο Θ.Ψ.Π.Χ. και επέστρεφε στο σπίτι τους.

Η καταλληλότητα της θεραπευτικής επιλογής αποτελεί ένα ακόμα χαρακτηριστικό της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών, με βάση το οποίο εκτιμάται η σχέση των ασθενών και των οικογενειών τους με το προσωπικό, οι συνθήκες νοσηλείας, το είδος της θεραπείας, και η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Η Ο.Σ., μητέρα ασθενή που έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι η ιδιωτική κλινική σαν χώρος νοσηλείας μετά από τις αλλαγές που έγιναν είναι πολύ ωραίος, καθαρός και άνετος χώρος, καλός για τους ασθενείς. Συγκεκριμένα ανέφερε: *«Αλλά έτσι όπως φέρονται στους ασθενείς, τι να τον κάνεις το χώρο»*. Υποστηρίζει ότι οι νοσηλεύτριες δεν την φρόντιζαν αρκετά, δεν της έδιναν να φάει, δεν την έπλεναν σωστά και την άφηναν να κάθεται πολλές ώρες στον ήλιο.

Ενώ στο παρελθόν όταν είχε νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., η παραμονή της εκεί αναφέρεται από την μητέρα ότι ήταν πολύ καλή. Συνεργαζόταν πολύ καλά με τις νοσηλεύτριες και τους γιατρούς οι οποίοι έκαναν στην Ο. θεραπεία με ενέσεις και φαρμακευτική αγωγή, που όπως υποστηρίζει διαρκούσε αρκετά (ήταν για αρκετό καιρό καλά).

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι νοσηλεύτηκε για τρεις μήνες στο Θ.Ψ.Π.Χ. όπου και οι δυο γονείς είναι δυσαρεστημένοι με την παραμονή του Γ. εκεί και περιγράφουν άσχημες συνθήκες. Οι σχέσεις με τους επαγγελματίες εκεί περιγράφονται άσχημες, ανέφεραν ότι δεν υπήρχε καμία συνεργασία μεταξύ τους.

Σε αντίθεση με την ιδιωτική κλινική, όπου ο χώρος αξιολογείται από την οικογένεια σαν καλός χώρος νοσηλείας, ότι καλύπτει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ασθενών. Αναφέρει ότι οι νοσηλεύτριες τους συμπεριφέρονται πολύ

ευγενικά. Εκλαμβάνουν ως βοήθεια τη διάθεση, το χαμόγελο και το νοιάξιμο των νοσηλευτριών. Το μόνο παράπονο που έχουν και θα ήθελαν να αλλάξει είναι ο χώρος που βρίσκεται το δωμάτιο του Γ. Το δωμάτιο δεν είναι ενταγμένο στο κτίριο της κλινικής αλλά βρίσκεται στην αυλή. Ο Γ. μένει σε ένα από τα δυο δωμάτια που κτίστηκαν στην αυλή αργότερα και που η μητέρα πιστεύει ότι είναι ένα πολύ κρύο δωμάτιο αφού δεν διαθέτει θέρμανση.

Το τελευταίο χαρακτηριστικό που παρατηρείται είναι το σχετικό κόστος της νοσηλείας του ασθενή σε μια κλινική:

*«Κάπου 400 ευρώ, έδωσα τον μήνα που πέρασε ε, άλλα θα δώσω τον άλλο μήνα... Τι να κάνουμε ας τα δίνουμε στους γιατρούς, γιατρός εισιτήρια και νομίζεις είναι μόνο ο γιατρός...». (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική).*

Η οικογένεια είναι διατεθειμένη να καταβάλει μεγάλα χρηματικά ποσά για να καλυφθούν οι ανάγκες νοσηλείας του ασθενή της.

Η γενική εντύπωση που προκύπτει είναι ότι πάντα η οικογένεια επιδιώκει το καλύτερο για τον ασθενή και επιθυμεί οποιαδήποτε αλλαγή που μπορεί να συμβεί για τη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας του. Ο βαθμός ικανοποίησης της οικογένειας από το χώρο νοσηλείας αποτελεί κριτήριο για τη παραμονή ή την απομάκρυνση του ασθενή από αυτόν. Στη περίπτωση που η οικογένεια δεν μείνει ικανοποιημένη από τη νοσηλεία του ασθενή της, θα αναζητήσει ένα νέο χώρο γι' αυτόν.

#### **9.4. Προσδοκίες/ απαιτήσεις των οικογενειών**

Η οικογένεια του ψυχικά ασθενή έχει απαιτήσεις και προσδοκίες είτε αυτός βρίσκεται σε δημόσια είτε σε ιδιωτική κλινική. Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις αφορούν την καλύτερευση της κατάστασης του ασθενή, την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής μεθόδου, την παραμονή του σε ένα αξιοπρεπές περιβάλλον, το σεβασμό τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειας του. Επίσης, απαιτεί το προσωπικό που πλαισιώνει τον ασθενή να είναι εκπαιδευμένο και καταρτισμένο σε θέματα ψυχικής υγείας. Προσδοκά να γνωρίζει τις ανάγκες του συγγενή της και να είναι σε θέση να την ενημερώνει για την πορεία της ασθένειας του.

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., υποστηρίζει ότι επιθυμούν να τους βοηθούν οι νοσηλεύτριες και υπολογίζουν στη βοήθεια τους όσον αφορά τη παροχή πληροφοριών για τον Γ.

Η οικογένεια που βρίσκεται σε δύσκολη οικονομική κατάσταση προσδοκά από το κράτος να λάβει μέτρα στο τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης, ώστε η νοσηλεία του ασθενή, να διευκολύνει και όχι να επιβαρύνει την οικογένεια.

Για παράδειγμα η Κ.Α., αδερφή ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., εξήγησε ότι μόνο 15 μέρες της επέτρεψαν να νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., ενώ εξέφρασε την πικρία της και το παράπονο της πως πρέπει το κράτος να κάνει κάτι για να μένουν άτομα σαν την Κ. περισσότερο διάστημα χωρίς να πληρώνουν. Η Κ.Α. θεωρεί ότι η οικογένεια δεν χρειάζεται καλύτερη προσέγγιση από τους επαγγελματίες της κλινικής.

Η μεγαλύτερη προσδοκία της οικογένειας είναι ο συγγενής της «να γίνει καλά». Αυτό συμβαίνει επειδή πάντα ελπίζει στην έκλειψη των συμπτωμάτων της ασθένειας και στην πλήρη αποκατάσταση του. Η οικογένεια επηρεασμένη από τις αντιλήψεις αυτές και τα συναισθήματα της, καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα, που τον θεωρεί αποτελεσματικότερο. Περιμένει ότι εφόσον καταβάλει κάποιο χρηματικό ποσό, οι συνθήκες νοσηλείας θα είναι καλύτερες και ο ασθενής θα αναρρώσει γρηγορότερα. Με αυτό τον τρόπο διατηρούνται οι ελπίδες της:

*«Εγώ θέλω ένα μηνιάτικο, αφού δεν πήρα ένα κιλό κρέας, που λέει ο λαός, να το φάω, ε, ας το δώσω μόνο να γίνει καλά, μόνο να γίνει καλά (...)» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική).*

*«Εγώ ήθελα όταν πήγαινε (Θ.Ψ.Π.Χ.) να ήμουν σίγουρη ότι αυτή τη φορά θα πάει και θα βγει ακόμη καλύτερος... Δηλαδή να μην... Να μην υπήρχε περίπτωση ότι θα μπει και θα ξαναρχίσει πάλι το ποτό. Αλλά πηγαίναμε και μετά που βγαίναμε πάλι το ίδιο. Δηλαδή είτε έτσι, είτε αλλιώς, το αποτέλεσμα ήταν μηδέν» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Στις παραπάνω μαρτυρίες παρατηρούμε ότι η οικογένεια εκφράζει την δυσπιστία της για την περίθαλψη στο δημόσιο τομέα, και θεωρεί ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι ανώτερος. Επιπλέον, θεωρεί το πάσχον άτομο ως ένα πρόσωπο που υποβάλλεται σε μια θεραπεία που αφορά αποκλειστικά αυτό και τον οργανισμό του, καθώς και το θεράποντα ιατρό του.

Η οικογένεια, αναλογιζόμενη τη μακρόχρονη νοσηλεία του συγγενή της, απαιτεί από την ψυχιατρική κλινική να παρέχει όλες τις ανέσεις που διασφαλίζουν ένα καλό και ένα ευχάριστο περιβάλλον για εκείνον.

Η Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι το μόνο παράπονο που έχουν και θα ήθελαν να αλλάξει είναι ο

χώρος που βρίσκεται το δωμάτιο του Γ. Το δωμάτιο δεν είναι ενταγμένο στο κτίριο της κλινικής αλλά βρίσκεται στην αυλή. Ο Γ. μένει σε ένα από τα δυο δωμάτια που κτίστηκαν στην αυλή αργότερα και που η μητέρα πιστεύει ότι είναι ένα πολύ κρύο δωμάτιο αφού δεν διαθέτει θέρμανση. Επίσης σε άλλες περιπτώσεις:

*«(...) Αν ήταν το μέρος αυτό... Να περνάει καλά, να περνάει καλά, και να τρώει το σωστό, ε... Ναι, να την αφήσω ένα μήνα, να την αφήσω δυο μήνες, να πάω να την πάρω. Έτσι; Να ξεκουραστώ κάπως... Και να την ξαναπάρω» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«(...) Και που σου μιλάνε... 'Καλωσορίσατε', 'Καλώς τον κ. Α.Γ. ...', 'Τι γίνεστε;'... Ε... Αυτό, σου δίνει μια ανακούφιση, σου δίνει ένα ξαλάφρωμα (...) Ε, δεν το ζητάς...; Σκέψου τώρα να 'χω εγώ τη ταλαιπωρία αυτή και να μπω στην κλινική και να δω τα μούτρα τα δικά σας... Θα πω τα δικά σας (γέλια)... Είναι ευχάριστα... Αλλά να τα δω κρεμασμένα. Είναι βαρύ;... Είναι βαρύ. Σε μένα. Σκέψου τώρα στην άρρωστη, που θέλει άλλη φροντίδα» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις της οικογένειας αυξάνονται με τη πάροδο του χρόνου. Ο σημαντικότερος παράγοντας της αύξησης αυτής είναι η μη ικανοποίηση των συγγενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Παράλληλα, οι αλλαγές στη ψυχιατρική περίθαλψη, η εισαγωγή νέων θεραπευτικών μεθόδων, καθώς και η έμφαση που δίνεται στην διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή επιτρέπουν στην οικογένεια να παρεμβαίνει εντονότερα στη θεραπεία και αποκατάσταση του άρρωστου μέλους της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

### ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΧΩΡΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ



Οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν ότι οι συγγενείς είναι βασικό στοιχείο για την άμεση αντιμετώπιση μιας κρίσης του ασθενή, τόσο κατά την νοσηλεία του όσο και το διάστημα που αυτός βρίσκεται εκτός ψυχιατρικής κλινικής. Το προσωπικό της κλινικής στηρίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος στους συγγενείς και επιδιώκει συνεργασία μαζί τους και καταμερισμό των ευθυνών της φροντίδας του προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή.

#### 10.1. Αίσθηση συνέχειας – ασυνέχειας

Μια από τις βασικές αρχές της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής είναι η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς (continuity of care). Η σύγχρονη φιλοσοφία κατά της νοσηλείας ατόμων με ψυχωτικά στοιχεία καθιστά απαραίτητες τις τακτικές και συχνές επισκέψεις, έτσι ώστε να παρακολουθείται η πρόοδος των ασθενών και να προλαμβάνεται η υποτροπή και να αποφεύγεται ο εγκλεισμός σε ψυχιατρική κλινική. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς.

*«Δηλαδή ενώ πριν από είκοσι χρόνια ας πούμε, πριν από τριάντα χρόνια οι γιατροί εκπαιδεύονταν ότι αυτό είναι νοσηλεία στη κλινική και μετά ξέχνα τον [τον ασθενή]. Τώρα οι καινούργιοι γιατροί εκπαιδεύονται με το σκεπτικό της συνέχειας της θεραπείας η οποία δεν μπορεί να είναι... Δεν μπορεί να μην είναι κοινοτική» (Α., ψυχίατρος της ιδιωτικής κλινικής).*

Η έλλειψη ενός κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η χρονιότητα και η φύση της ασθένειας (εξάρσεις ή υποτροπές), επιβάλλει την εφαρμογή ενός συστήματος επικοινωνίας με τους ψυχικά ασθενείς, στόχος του οποίου είναι η διασφάλιση της συνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας τους, μετά την έξοδο από τη ψυχιατρική κλινική ώστε αυτοί να απολαμβάνουν επαρκώς μια πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη κατά τη παραμονής τους στη κοινότητα. Ακόμη, στόχος του αποτελεί η προαγωγή του διαχειριστικού στοιχείου, πέρα από το κλινικό, ώστε να διασφαλιστεί η ροή των πληροφοριών για την κινητικότητα των

αρρώστων από τη μια ψυχιατρική υπηρεσία στην άλλη και να επιτευχθεί μια σειρά ρυθμίσεων, εκτιμήσεων και επανεκτιμήσεων της κατάστασης διαμονής του αρρώστου.

Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., υποστηρίζει ότι οι κύριες διαφορές ανάμεσα στη δημόσια και ιδιωτική περίθαλψη είναι ότι στη δημόσια (Θ.Ψ.Π.Χ.) παρέχονται προγράμματα που δεν συναντώνται στον ιδιωτικό τομέα, όπως η ύπαρξη των εξωτερικών ιατρείων, της κινητής μονάδας, των ψυχοεκπαιδευτικών σεμιναρίων, της συνεχιζόμενης φροντίδας σε προνοσοκομειακό, ενδονοσοκομειακό και μετανοσοκομειακό επίπεδο καθώς και η διασύνδεση υπηρεσιών.

Από την έρευνα μας διαπιστώσαμε πως η ύπαρξη της μετανοσοκομειακής φροντίδας αποτελεί βασική διαφοροποίηση ανάμεσα σε ιδιωτική και δημόσια περίθαλψη. Αυτή η φάση περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση και θεραπεία των ασθενών μετά την ενδονοσοκομειακή τους νοσηλεία. Με το κίνημα της αποϊδρυματοποίησης και την ελάττωση του αριθμού των ασθενών που παραμένουν στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, απαιτείται οργάνωση υπηρεσιών στη κοινότητα.

Η μετανοσοκομειακή φροντίδα περιλαμβάνει δυο στόχους: α) να αποφευχθεί η υποτροπή της νόσου και β) να εξασφαλιστεί η προσαρμογή των ασθενών στην κοινότητα. Ο πρώτος στόχος επιτυγχάνεται και με τη συνεργασία της οικογένειας μέσω της επίσκεψης και της παρέμβασης στο εσωτερικό της.

Η φροντίδα που παρέχεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική δεν περιλαμβάνει τη συνέχιση της παρακολούθησης του ασθενή μετά την έξοδο του από αυτή. Κανένας επαγγελματίας από την ιδιωτική κλινική που πραγματοποιήθηκε η έρευνα μας, δεν ανέφερε ότι υπάρχει συνεχιζόμενη παρακολούθηση. Σκοπός της ιδιωτικής κλινικής είναι η παροχή υπηρεσιών στον ασθενή και την οικογένεια του από το προσωπικό της μόνο όσο διάστημα ο ασθενής βρίσκεται στο χώρο της. Η συνεργασία με τη κλινική σταματάει με την απομάκρυνση του ασθενή από αυτή.

Η έννοια της μετανοσοκομειακής φάσης δεν υπάρχει καθώς η οικογένεια καλείται να αναλάβει την φροντίδα του ασθενή, και δεν παραπέμπεται σε άλλη υπηρεσία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η οικογένεια να νοιώθει μόνη και αβοήθητη, χωρίς κατευθύνσεις από ειδικούς, μη γνωρίζοντας την στάση που πρέπει να κρατήσει απέναντι στον ασθενή. Επίσης, υπάρχει πιθανή υποτροπή και επανεισαγωγή του ασθενή σε ψυχιατρική κλινική.

Εκτός από τα παραπάνω, είναι γεγονός ότι το προσωπικό της ιδιωτικής κλινικής αποτελείται από μια ψυχίατρο και νοσηλεύτριες. Δεν υπάρχει κάποιο κοινωνικό επάγγελμα που πιθανόν να επιδίωκε τη συνέχιση της συνεργασίας με την οικογένεια και το μέλος της (τηλεφωνική επικοινωνία, επίσκεψη στο σπίτι).

Από την άλλη, στην δημόσια ψυχιατρική κλινική παρατηρείται να επιδιώκεται από τους επαγγελματίες εκτός από την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και η μετανοσοκομειακή

(συνεχιζόμενη παρακολούθηση, κινητή μονάδα, εξωτερικά ιατρεία). Η πολιτική αυτή εντάσσεται στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που στόχο έχει την παραμονή του ασθενή στην κοινότητα, έτσι προς αυτή την κατεύθυνση χρηματοδοτούνται προγράμματα κοινοτικής ψυχιατρικής. Υπάρχει συνεργασία μεταξύ των δημόσιων ψυχιατρικών υπηρεσιών προκειμένου να επιτευχθεί η συνεχιζόμενη παρακολούθηση και οι επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτά λειτουργούν με βάση τη λογική αυτή. Είναι χαρακτηριστικό το παρακάτω απόσπασμα.

*«Εγώ πιστεύω ότι στην κλινική μας δηλαδή ότι, το ένα τέταρτο του ψυχιατρείου δηλαδή, έχουνε κάπως αλλάξει τα πράγματα ας πούμε με την έννοια ότι προσέχουμε λίγο να πούμε τον (ασθενή)... Δηλαδή έχουμε κάνει την κινητή μονάδα, παρακολουθούμε... Θέλουμε να παρακολουθούμε και το καταφέρνουμε αυτό, όλους τους ανθρώπους που νοσηλεύουμε τους παρακολουθούμε και μετά, προσπαθούμε να τους παρακολουθούμε. Για να μην κάνουμε επανεισαγωγές δηλαδή» (Σ., ψυχίατρος στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας που λειτουργεί σε μια από τις κλινικές στο Θ.Ψ.Π.Χ. έχει ως στόχους την εξέταση και παρακολούθηση όλων των νοσηλευθέντων ασθενών, την ανίχνευση και αντιμετώπιση νέων περιπτώσεων στη κοινότητα, τη παροχή ψυχιατρικής βοήθειας σε ανθρώπους που δεν θα πήγαιναν [για διάφορους λόγους] στο γιατρό, τη πραγματοποίηση παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης της κοινότητας σε ζητήματα αντιμετώπισης των ψυχικά πασχόντων, τη πραγματοποίηση ερευνών και ανάπτυξη διάφορων επιστημονικών δραστηριοτήτων στη κοινότητα για ζητήματα ψυχικής υγείας και την εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας και συμβολή στη διαμόρφωση μιας νέας αποϊδρυματικής ψυχιατρικής κουλτούρα» (φυλλάδιο κλινικής του Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Όπως αναφέρει η Κ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., η κινητή μονάδα έχει σαν στόχο την παροχή υπηρεσιών σε άτομα που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές του νομού Χανίων. Επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας του νομού μια φορά κάθε μήνα. Οι ημερομηνίες είναι γνωστές στα Κέντρα Υγείας και πραγματοποιούν επισκέψεις και στα σπίτια ασθενών.

Για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας απαραίτητη είναι η συνεργασία και αλληλοσυμπλήρωση των υπηρεσιών ώστε να

καλύπτονται όλες οι ανάγκες του ασθενή σε κάθε φάση της αρρώστιας με υποστηρικτικά συστήματα που προέρχονται και από άλλες υπηρεσίες της κοινότητας, ιατρικές ή κοινωνικές. Άρα η διασύνδεση του Θ.Ψ.Π.Χ. με άλλες υπηρεσίες φανερώνει τους στόχους του να ανοιχτεί στην κοινότητα και να εμπλέξει και άλλους φορείς στην αποκατάσταση.

Από την άλλη οι ασθενείς που εξέρχονται από ψυχιατρικά τμήματα (γενικών ή ειδικών νοσοκομείων) μπορούν να παρακολουθούνται αποτελεσματικά και από ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η Ε., επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι στα πλαίσια της μετανοσοκομειακής φροντίδας διαφαίνεται ο ρόλος του επισκέπτη υγείας που είναι να πραγματοποιεί επισκέψεις στα σπίτια ασθενών που έχουν νοσηλευτεί στο Θεραπευτήριο, να παρακολουθεί τη φαρμακευτική τους αγωγή, να δρα προληπτικά για τυχόν σημάδια υποτροπής, να συνεργάζεται με την οικογένεια, και να δίνει πληροφορίες ώστε να μπορεί η ίδια η οικογένεια να αναγνωρίζει σημάδια υποτροπής και να βοηθήσει στην πρόληψη, ακόμη να κλείνει ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία, να συμμετέχει σε μελέτες, και να ενημερώνει το γιατρό.

Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι οι ασθενείς που βγαίνουν από το Θεραπευτήριο παρακολουθούνται στο μέρος που ζουν μία φορά κάθε 15 ημέρες ή μία φορά κάθε μήνα, από τις επισκέπτριες υγείας, όσον αφορά το νοσηλευτικό κομμάτι. Οι επισκέψεις των επισκεπτριών υγείας λειτουργούν πιεστικά για τους ασθενείς, δηλαδή θεωρούν ότι πρέπει να λαμβάνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή γιατί ελέγχονται.

Ένα ακόμα επάγγελμα που εμπλέκεται ενεργά στη μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενή είναι του κοινωνικού λειτουργού. Από τις συζητήσεις που είχαμε με κοινωνικούς λειτουργούς του Θ.Ψ.Π.Χ., κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας διαπιστώσαμε ότι η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού δεν σταματά στη νοσηλεία του ασθενή. Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι βγαίνοντας ο ασθενής από το νοσοκομείο, επιδιώκει να μην χάσει την επαφή μαζί του, ούτε και με την οικογένεια του. Δίνει προσοχή στην υποτροπή γι' αυτό και συνεργάζεται με τις επισκέπτριες υγείας.

Επίσης αναφέρθηκε από την Κ., κοινωνική λειτουργό στο Θ.Ψ.Π.Χ., ότι στις περιπτώσεις ασθενών που μετά το εξιτήριο, επιστρέφουν στις οικογένειες τους υπάρχει συνεχιζόμενη παρακολούθηση από τον κοινωνικό λειτουργό των εξωτερικών ιατρείων, μια φορά το μήνα. Οπότε πραγματοποιούνται επισκέψεις είτε στο χώρο του σπιτιού, είτε στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων.

Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι στις περιπτώσεις ασθενών που ζουν σε προστατευμένα διαμερίσματα και ξενώνες κατά την επίσκεψη τους στα εξωτερικά ιατρεία, ο κοινωνικός λειτουργός πληροφορείται για όλα τα σημαντικά γεγονότα στη ζωή του ασθενή, ακόμα και για τα πιο προσωπικά του.



Ένας από τους λόγους που οδηγούν τους ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία είναι και η παρακολούθησή τους όταν βρίσκονται ήδη υπό θεραπεία. Αποτελούν το κύριο χώρο παρακολούθησης και φροντίδας μετά τη νοσηλεία. Έτσι, στα εξωτερικά ιατρεία συναντά κανείς όλο το φάσμα των ασθενών της ελληνικής ψυχιατρικής, τα είδη βοήθειας που αναζητούν και αξιώνουν οι ασθενείς καθώς και τον τρόπο με τον οποίο οι ψυχίατροι αντιμετωπίζουν τις ανάγκες τους και τις διαχειρίζονται θεραπευτικά.<sup>170</sup>

## 10.2. Αντιληπτικά σχήματα για την ασθένεια

Σε μια ψυχιατρική κλινική δημόσια ή ιδιωτική, το προσωπικό έχει συγκεκριμένες εικόνες γύρω από τη ψυχική ασθένεια και θεραπεία. Η διαμόρφωση αυτών των εικόνων γίνεται με βάση την ιδεολογία της ειδικότητας του κάθε επαγγελματία.<sup>171</sup>

Για παράδειγμα, η Φ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., πιστεύει ότι στο Θεραπευτήριο κυριαρχεί η ιατροκεντρική αντίληψη, η οποία είναι αντίθετη με την αντίληψη στην οποία στηρίζονται τα κοινωνικά επαγγέλματα, δηλαδή η ολιστική.

Σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται αναφορά στα δυο μοντέλα προσέγγισης της υγείας, το βιοϊατρικό και το ολιστικό. Το πρώτο μοντέλο στηρίζεται στον δυϊσμό δηλαδή στην άποψη ότι ο άνθρωπος είναι σώμα και από την άλλη ψυχή και νους. Η ασθένεια είναι φαινόμενο καθαρά βιολογικό και το περιβάλλον παίζει περιορισμένο ρόλο στην δημιουργία της νόσου.

Από το 1960 και έπειτα, επικρατεί το δεύτερο μοντέλο το οποίο υποστηρίζει ότι η ασθένεια είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης κοινωνικών, βιολογικών, ψυχοκοινωνικών παραγόντων όπως και του τρόπου ζωής (ατομικές συνήθειες, πρότυπα συμπεριφοράς κ.λ.π.). Είναι αξιοσημείωτο ότι οι απόψεις του βιοϊατρικού μοντέλου άρχισαν να αμφισβητούνται από το χώρο της ψυχιατρικής. Το πρώτο άνοιγμα προς τις κοινωνικές επιστήμες ήταν στο χώρο της ψυχικής υγείας, καθώς ένα μεγάλο μέρος των ψυχικών ασθενειών δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο σε οργανικά αίτια αλλά παίζουν μεγάλο ρόλο και τα κοινωνικά αίτια.

Παρά την επικράτηση του ολιστικού μοντέλου, πολλοί επαγγελματίες ακολουθούν το ιατρικό. Για παράδειγμα οι Έλληνες ψυχίατροι υιοθετούν «παγκόσμια» βιο-ιατρικά ψυχιατρικά πρότυπα προκειμένου να εξαγάγουν τα διαγνωστικά και θεραπευτικά συμπεράσματά τους. Οι βιο-ιατρικές τους γνώσεις όμως είναι συγχωνευμένες με τις πολιτισμικές όσον αφορά τις ελληνικές κοινωνικές συνήθειες, τις έννοιες που σχετίζονται με

---

<sup>170</sup>Βλ. Blue A., σ. 226, ό.π.

<sup>171</sup>Ομοίως, σ. 147.

την εθνοψυχολογία και το σώμα και, τέλος, τις συμπεριφορές που θεωρούνται «φυσιολογικές» για άνδρες και γυναίκες.<sup>172</sup>

Η Φ., κοινωνική λειτουργός, στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι το πρωί στο ψυχιατρείο, κυριαρχεί το ιατροκεντρικό σύστημα ενώ από το μεσημέρι και έπειτα, κυριαρχεί το «νοσηλευτοκρατούμενο σύστημα». Σε αυτές τις συνθήκες ο νοσηλευτής έχει «ρόλο φύλακα». Ίδια εικόνα παρατηρήσαμε και στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική.

Πολλοί από τους νοσηλευτές εκτελούν καθήκοντα «φύλακα», με κύρια αρμοδιότητα την επιτήρηση ασθενών. Πέρα δηλαδή από την νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν, τους δίδονται αρμοδιότητες, όπως ελέγχου, διανομής του φαγητού, χορήγησης των φαρμάκων, καθαριότητας των ασθενών, και καθαριότητας των χώρων.

Διαπιστώνουμε ότι δίνουν σημασία στην κάλυψη κυρίως βιολογικών αναγκών, επομένως ο φυλακτικός ρόλος είναι προϊόν του στενού κλινικού ιατρικού μοντέλου.<sup>173</sup>

Το ιατρικό μοντέλο προσδιορίζει και τις απόψεις των επαγγελματιών, για τη δυνατότητα θεραπείας της ασθένειας. Από την έρευνά μας παρατηρήσαμε ότι στο στενό πλαίσιο της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής αναπαράγεται η έννοια της ιδρυματοποίησης και του εγκλεισμού του ασθενή αφού οι επαφές με την κοινότητα είναι λιγοστές ή και ανύπαρκτες.

Το προσωπικό που έχει περιορισμένες γνώσεις ψυχιατρικής και επηρεασμένο από το κλίμα που επικρατεί σε ένα κλειστό ψυχιατρικό πλαίσιο, εστιάζει στο πάσχον άτομο και στα συμπτώματά του, χρησιμοποιώντας βιολογικές θεραπείες:

*«Οι άρρωστοι πάντως είναι οι ίδιοι. Είναι μια ψυχιατρική κλινική, είναι ψυχασθενείς εδώ πέρα, άλλοι με άνοιες, άλλοι με..., τα βλέπετε εδώ πέρα δεν είναι... Γιατί αυτό δεν είναι μια εγχείριση που κάνεις, δεν είναι χολή να τη βγάλεις και τελειώσεις. Είναι ανιάτες αυτές οι αρρώστιες, κατάλαβες;» (Α., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Από την άλλη μεριά, στην δημόσια περίθαλψη που συνδέεται άμεσα με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, την σύντομη νοσηλεία του ασθενή και την παραμονή του στην κοινότητα, δίνεται έμφαση όχι μόνο στο πάσχον υποκείμενο αλλά και στην οικογένειά του. Παράλληλα επιδιώκεται η προετοιμασία τόσο του ασθενή όσο και της κοινότητας που θα ενταχθεί, ώστε να γίνει πιο ομαλή η ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση.

<sup>172</sup>Βλ. Blue A., σ. 250, ό.π.

<sup>173</sup>Βλ. Μεγαλοοικονόμου Θ., «Η διαδικασία του Αποϊδρυματισμού στο Άσυλο και ο ρόλος του προσωπικού», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης*, Χανιά, Πρόγραμμα αποκατάστασης “Προσπαθήστε μαζί μας”, 1993, σ. 52- 59.

*«(...) μέσα από το πρόγραμμα ‘Ψυχαργός’, η ψυχιατρική αποδεικνύει ότι η ψυχιατρική νόσος είναι δυνητικά ιάσιμη, στο βαθμό που η κοινωνία ενσωματώνει τη διαφορετικότητα με τη βοήθεια της και οι ψυχικά πάσχοντες ανταποκρίνονται λίγο ή πολύ στις προσδοκίες της ίδιας της κοινωνίας» (Π., ψυχίατρος του Θ.Ψ.Π.Χ., απόσπασμα από άρθρο σε ιστοσελίδα του διαδικτύου).*

Μέχρι σήμερα η κυρίαρχη τάση της κοινωνίας και της εποχής μας εκφράζεται στο ότι η μοίρα του ψυχικά ασθενή βρίσκεται στο ψυχιατρείο. Ο εγκλεισμός δηλαδή είναι η κύρια μέθοδος αντιμετώπισής του, ενώ η ιδρυματική αντίληψη εδραιώνεται από κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις. Κοινωνικά προγράμματα όπως το «Ψυχαργός», που συμπεριλαμβάνεται στη δημόσια φροντίδα, ανατρέπει, ως ένα βαθμό έστω αυτά τα δεδομένα. Αντιστρατεύεται αυτές τις πεποιθήσεις και κινητοποιεί τις δυνάμεις της κοινωνίας σε μια διαφορετική στάση. Το πρόγραμμα μέσα από την στεγαστική και εργασιακή του υπόσταση για τον ψυχικά ασθενή, απαντά στην παραπάνω κατάσταση με αποδεικτικά στοιχεία και πράξεις. Αλλάζει η στάση της κοινότητας απέναντι στον ασθενή και επιτυγχάνεται το «δυναμικά ιάσιμο».

Η χρονιότητα της ασθένειας καταλήγει σε μια κουλτούρα χρονιότητας που ετικετοποιεί τον ασθενή. Η ψυχική ασθένεια, και ιδίως αυτή που χαρακτηρίζεται ως σοβαρή και χρόνια, έχει δυσμενείς και πολλές αποδιοργανωτικές συνέπειες στον ίδιο τον ασθενή. Παρατηρείται δηλαδή ακοινωνικότητα, έλλειψη κινήτρων, απόσυρση, μειωμένη λειτουργικότητα, αδιαφορία για τη προσωπική εμφάνιση και έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων.

*«Μόνο το πώς θα φάνε, ‘τι μαγειρέψατε’..., αυτό δηλαδή τους ενδιαφέρει, λίγοι είναι αυτοί που βλέπεις να διαβάζουν εφημερίδα, να παίζουν τάβλι, δηλαδή δύο ή τρία άτομα, ναι τώρα ας πούμε είναι 50 άτομα εδώ μέσα, γενικά δηλαδή αδιαφορούνε ρε παιδί μου, αδιαφορούν, τους αρέσει τα καθισιά, τους αρέσει αυτό, αυτό και είναι ότι χειρότερο...» (Α., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Διαπιστώσαμε ότι το προσωπικό τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική κλινική αναφέρεται σε εικόνες ιδρυματισμού (προσαρμογή του ασθενή σε ιδρυματικό τρόπο ζωής καθώς στερείται τα στοιχεία πρωτοβουλίας της προσωπικότητάς του), που επηρεάζουν

αρνητικά όχι μόνο τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες που εργάζονται στους χώρους αυτούς.

Ιδιαίτερη δυσκολία προσαρμογής αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες που για πρώτη φορά εργάζονται σε ένα τέτοιο χώρο. Ωστόσο, η στήριξη από άλλους επαγγελματίες, το προσωπικό τους ενδιαφέρον και οι στόχοι του κάθε επαγγελματία, μπορούν να αποτελέσουν κίνητρα και κινητήρια δύναμη για την αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Από την ιδιωτική κλινική, η γραμματέας ανέφερε ότι στην αρχή στεναχωριόταν και δυσκολεύτηκε να προσαρμοστεί εξαιτίας του περιβάλλοντος, συγκεκριμένα μας ανέφερε ότι: «επί ένα μήνα πήγαινα στο σπίτι μου και έκλαιγα». Έμεινε στη θέση της επειδή χρειαζόταν τα χρήματα και της παρείχε υποστήριξη το προσωπικό. Μετά από λίγο καιρό η δουλειά της φαινόταν «παιχνιδάκι». Πρόσθεσε ότι εκτός από τις εργασίες που έχει αναλάβει, βοηθάει τις νοσηλεύτριες και σε άλλες δουλειές, όπως στο φαγητό των ασθενών, στη συζήτηση μαζί τους.

Για παράδειγμα η Ε., μία επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι όταν ξεκίνησε την εργασία της στο Θ.Ψ.Π.Χ. οι συνθήκες ήταν άθλιες σε σημείο να νομίζει ότι θα πάθει κατάθλιψη. Αυτό που την κράτησε ήταν ότι την ενδιέφερε ο χώρος εργασίας εκεί. Ανέφερε ότι έβλεπε τους ασθενείς ομοιόμορφα ντυμένους με ρούχα ριγέ, κουρελιασμένα, άλλοι γυμνοί, άλλοι μισόγυμνοι, μαζεμένοι στην αυλή, ακούγονταν φωνές, ουρλιαχτά, χρησιμοποιούσαν ηλεκτροσόκ. Θυμάται γυναίκες ντυμένες πανομοιότυπα που καθόταν όλες μαζί και δεν μιλούσαν μεταξύ τους.

Αυτές οι εικόνες, που συνεπάγονται σε καταπάτηση των δικαιωμάτων των ασθενών, μας παραπέμπουν στην εικόνα του ασύλου. Οι αναφερόμενες συνθήκες προκαλούσαν φόβο και λύπη, ενώ φανέρωναν στους επαγγελματίες την ανάγκη να υπάρξει αλλαγή.

Κάποιοι ασθενείς αναρρώνουν πλήρως, ενώ άλλοι έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες. Σε όλες πάντως τις περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει σχετική ανακούφιση όσων υποφέρουν, με τη χρήση διαφόρων μεθόδων, όπως είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Παρόλα αυτά στην ψυχική ασθένεια ελλοχεύει ο κίνδυνος της υποτροπής και δεν υπάρχει εγγύηση για μια συνεχόμενη ομαλή πορεία.

*«Αυτές [οι ασθένειες] πιστεύω εγώ, ότι συντηρούνται, να το πω, έτσι κατά κάποιο τρόπο με τα φάρμακα και με τη θεραπεία τους δηλαδή, όσο να' ναι όμως κάποια στιγμή θα υποτροπιάσουν, κάποια στιγμή θα χειροτερέψουν, έτσι με την πάροδο του χρόνου, όπως και να το κάνεις δηλαδή με τα φάρμακα γίνεται κάποια συντήρηση μόνο» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Χωρίς αμφιβολία η ανακάλυψή τους καθώς και η χρήση τους αποτελούν μια αξιολογική συνεισφορά στον τομέα της ψυχιατρικής θεραπείας. Σχετικά με τη χρήση των ψυχοφαρμάκων έχουν δημιουργηθεί αρκετές συγχύσεις και αυταπάτες. Η μεγαλύτερη σύγχυση είναι ότι θεωρείται πως τα ψυχοφάρμακα αποτελούν από μόνα τους μια επαρκή θεραπεία.

*«Όταν υποτροπιάζει κάποιος σίγουρα λες... Στεναχωριέσαι γιατί... Όταν βλέπεις ας πούμε να 'στρώνει' που λέμε κάποιος άρρωστος με τα φάρμακα του και ξαφνικά τον βλέπεις ότι αλλάζει 180°, λες τώρα 'Γιατί, τι έγινε πάλι', δηλαδή λυπάσαι, στεναχωριέσαι αλλά εντάζει προσπαθείς πάλι με συνεργασία με την κυρία Α. [ψυχίατρος] φυσικά να τον... Σε κάποια άλλη θεραπευτική αγωγή, πάλι να τον επαναφέρει.» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Όμως τα φάρμακα δεν είναι η μοναδική παρέμβαση στην κρίση. Τώρα πια γνωρίζουμε και έχουμε παραδεχθεί, ακόμα και μέσα από διαφορετικές επιστημονικές απόψεις, ότι τα περισσότερα φάρμακα δρουν με τρόπο που ανακουφίζει τα συμπτώματα χωρίς να έχει αποδειχθεί ότι δρουν άμεσα στους αιτιώδεις παράγοντες που οδηγούν στη διαταραχή.<sup>174</sup>

Η Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική, θίγει το θέμα της απογοήτευσης του επαγγελματία, που συνοδεύει την υποτροπή του ασθενή που φροντίζει. Ο επαγγελματίας που στοχεύει στην αποκατάσταση του ασθενή και στην επίτευξη της λειτουργικότητας νιώθει μια ματαίωση όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κρίση. Δηλαδή ενώ έχει φτάσει σε ένα τέτοιο επίπεδο λειτουργικότητας να οπισθοδρομεί.

Η συνύπαρξη του προσωπικού και των ασθενών μπορεί να δημιουργήσει σχέσεις συνεργασίας, εφόσον οι αντιλήψεις του ίδιου του προσωπικού στοχεύουν στην αποκατάσταση του ασθενή. Επίσης δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη «θεραπευτικής σχέσης», «συνεργασιμότητας», και «συμμαχίας» σε σχέση με την επίτευξη του τελικού στόχου που είναι η εκπαίδευση του ασθενή σε κοινωνικές δεξιότητες. Τα βήματα προόδου πρέπει να είναι προσεκτικά και μικρά. Πολλές φορές χρειάζεται ένας χρόνιος ιδρυματικός άρρωστος να μάθει και να ξαναμάθει μια απλή δεξιότητα που έχει χάσει (π.χ. να τρώει με κουτάλι και πιρούνι), έχοντας πάντα την υποστήριξη και την κατανόηση του επαγγελματία που ασχολείται μαζί του.<sup>175</sup>

Για παράδειγμα η Β., κοινωνικός λειτουργός του Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι ο διευθυντής της κλινικής που εργάζεται δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην καλή σχέση του προσωπικού με τους

<sup>174</sup>Βλ. Χριστοδούλου Γ., «Βασικές Αρχές των Ψυχιατρικών Θεραπειών», στο Χριστοδούλου et al., σ. 686 – 692, ό.π.

<sup>175</sup>Βλ. Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., «Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών», Χριστοδούλου et al, Αθήνα, Βήτα, 1999, σ. 175-179.

ασθενείς και επιθυμεί οι ασθενείς να εργάζονται και να τους αντιμετωπίζει ως ισότιμους με το υπόλοιπο προσωπικό. Για παράδειγμα, διοργανώνονται γιορτές όπου προσωπικό και ασθενείς γευματίζουν μαζί.

Επίσης η Ξ., μια άλλη κοινωνικός λειτουργός του Θ.Ψ.Π.Χ. σχολίασε:

*«Εμείς δεν είμαστε καλύτεροι από τους ασθενείς επειδή ξέρουμε πώς να συμπεριφερθούμε, επειδή κάποιος μας έμαθε να το κάνουμε έτσι. Γι' αυτό και ο ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι μπορεί να αλλάξει την εικόνα του 'τρελού' που έχουν γι' αυτόν οι άλλοι».*

Η ίδια θεωρεί ότι υπάρχει προκατάληψη για τον ψυχικά ασθενή και αναφερόμενη στην εικόνα του τρελού εννοεί ότι οι άλλοι βλέπουν τους ψυχικά ασθενείς ως επικίνδυνους, ανίκανους να εργαστούν, βρώμικους, με παράλογη συμπεριφορά και εκκεντρική εμφάνιση. Η ίδια ταυτίζεται με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, δεν βλέπει τον ασθενή με προκατάληψη, πιστεύει σε αυτόν ότι έχει τη δυνατότητα για αλλαγή και γι' αυτό τον εμπλέκει στη θεραπευτική διαδικασία.

Εξαιτίας της ψυχικής ασθένειας τα άτομα χάνουν πλήρως ή μερικώς την ικανότητά τους για εργασία. Δυσκολεύονται να μπουν σε ένα πρόγραμμα καθώς επηρεάζονται λειτουργίες όπως η μνήμη, η σκέψη, η λογική.

Η Κ, κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ μας ανέφερε ότι τα ψυχωσικά άτομα αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στον τομέα της εργασίας, και θεωρεί ότι η εργασία για τους ψυχωσικούς είναι ένα σημαντικό βήμα για την επιβίωση τους στους ξενώνες, δηλαδή είναι σκόπιμο να βιώνουν τις κανονικές συνθήκες εργασίας, να αισθάνονται άνθρωποι που έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις.

Μέλημα του επαγγελματία είναι να βοηθήσει τον ασθενή να βρει την κατάλληλη εργασία, ώστε να νιώσει αυτόνομος και ανεξάρτητος. Η εργασία του ψυχωσικού ατόμου δεν είναι απασχόληση, αλλά αμειβόμενη εργασία. Του προσφέρει χαρά, αυτοεκτίμηση, ικανοποίηση και νιώθει ότι είναι παραγωγικό μέλος της κοινωνίας.

### **10.3. Αντιληπτικά σχήματα για την οικογένεια**

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 το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και πολλές φορές τη μοναδική πηγή φροντίδας. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται από το παρακάτω απόσπασμα:

*«Ε, βέβαια η οικογένεια είναι πολύ σημαντικό υπόβαθρο για να κρατήσει τον ασθενή στην κοινότητα. Αλλιώς πώς θα κρατηθεί; Μόνος του ένας άνθρωπος που πάσχει από μια ασθένεια τέτοια, γίνεται μοιραία υπολειπόμενος. Δεν μπορεί να οργανώσει τη ζωή του, δεν μπορεί να... να... Λειτουργήσει σαν πολίτης που έχει οικονομικές συναλλαγές, κοινωνικές συναλλαγές οπότε αν δεν υπάρχει οικογένεια... Υπάρχουν πολλά τέτοια περιστατικά τα οποία υπάρχουν μέσα στα κλειστά νοσοκομεία, στα ιδρύματα και στις κλινικές» (Α., ψυχίατρος ιδιωτικής κλινικής).*

Λόγω της σημαντικότητας που προσδίδεται στο ρόλο της οικογένειας η ιδιωτική κλινική που μελετήσαμε θεωρεί ως προϋπόθεση για την εισαγωγή του ασθενή την ύπαρξη οικογένειας. Μια τέτοια τακτική από μέρους της κλινικής υποδηλώνει την πρόθεσή της για συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή. Η συνεργασία αυτή αποβλέπει στην αντιμετώπιση προβλημάτων όπως άρνηση στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, άρνηση παραμονής του στην κλινική, καταμερισμός ευθυνών, ετοιμότητα της οικογένειας για επείγοντα περιστατικά (π.χ. μεταφορά του ασθενή στο νοσοκομείο).

*«Ναι από εδώ βλέπουμε... Αν υπάρχει στήριξη οικογενειακή, δηλαδή ακόμα και αυτούς που είναι μόνοι τους ζητάμε αν υπάρχει κάποιος να μπορέσουμε να καλέσουμε, που να μπορέσουμε να καλέσουμε όταν χρειασθούμε γιατί πολλά περιστατικά από αυτά κάνουν και κάποια επείγοντα θέματα στη διάρκεια της νοσηλείας και αν δεν υπάρχει κανένας δεν τον παίρνουμε στην κλινική. Δηλαδή θεωρούμε ότι δεν μπορούμε να κάνουμε καλή δουλειά αν δεν έχουμε οικογένεια να στηριχθούμε» (Α, ψυχίατρος ιδιωτικής κλινικής).*

Οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται σε μεγάλο βαθμό τα συναισθήματα της οικογένειας (ματαιώσης και απογοήτευσης, ενοχής και ντροπής, άγχους και φόβου, δυσαρέσκειας και οργής, πικρίας, θλίψης και απελπισίας). Το συναισθηματικό βάρος για τις οικογένειες είναι συχνά δυσβάστακτο. Τις περισσότερες φορές οι συγγενείς δεν έχουν που να εκφράσουν αυτά τα συναισθήματα. Δεν μπορούν να τα εκφράσουν στον άρρωστο, γιατί και αυτός σηκώνει το βαρύ φορτίο της αρρώστιας του με το δικό του τρόπο. Δεν μπορούν όμως πολλές φορές να τα εκφράσουν ούτε σε άλλους συγγενείς και φίλους γιατί συνήθως όλοι αυτοί έχουν αρνητική εικόνα για την ψυχική αρρώστια και είναι επηρεασμένοι από τα αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα για τον ψυχικά πάσχοντα.

Συγκεκριμένα η Κ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., μίλησε για την επιβάρυνση οικογενειών των ψυχωσικών ατόμων, ότι δηλαδή η κατάσταση της υγείας τους είναι δύσκολη και έχει μία χρονιότητα που συχνά είναι δυσβάστακτο φορτίο για τις οικογένειες. Έθιξε αυτό

το θέμα αναφέροντας ότι πρέπει να δικαιολογούμε την στάση των οικογενειών απέναντι στους ασθενείς – συγγενείς τους που τους βάζουν στο Θεραπευτήριο ή στους ξενώνες.

Επίσης η Β., κοινωνικός λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ θέλοντας να τονίσει την οικογενειακή επιβάρυνση ανέφερε χαρακτηριστικά ότι «ο ψυχωσικός ασθενής είναι δύσκολος ασθενής».

Από την άλλη, οι επαγγελματίες εκτιμούν και την αρνητική επιρροή της οικογένειας στην εξέλιξη της ασθένειας του συγγενή της.

*«Πάντα πίσω από κάθε ασθενή υπάρχει μια νοσηρή οικογένεια και ότι το πιο ευαίσθητο άτομο εκδηλώνει την ασθένεια... Πάντα υπάρχει ένα δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον και τίποτα δεν είναι τυχαίο» (Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Εδώ βρίσκουμε μια εφαρμογή των θεωριών που υποστηρίζουν ότι ένα άτομο, δεδομένου της προσωπικότητάς που διαθέτει, αν βρεθεί σε δυσμενείς συνθήκες (συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια) προερχόμενες από την οικογένεια μπορεί να νοσήσει. Πάντα υπάρχει ένα ερέθισμα. Μέσα σε αυτό το κλίμα θα νοσήσει το άτομο εκείνο το οποίο δεν έχει αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας ώστε να αντισταθεί σε δυσκολίες ή προβλήματα.

Συχνά ο ασθενής δεν αντιπροσωπεύει άλλο παρά μόνο την «κορυφή του παγόβουνου» των δυσκολιών σε συναισθηματικό επίπεδο οι οποίες αφορούν όλη την οικογένεια. Επομένως είναι αρκετά συνηθισμένο το θεραπευτικό σχέδιο παρέμβασης (συστημική προσέγγιση) να φτάνει να αγγίζει ολόκληρη την οικογενειακή ομάδα. Είναι όμως και στο εσωτερικό της οικογένειας που η θεραπεία ενδέχεται να έλθει σε σύγκρουση με την αδράνεια και την αντίσταση.<sup>176</sup>

Οι επαγγελματίες επίσης αναγνωρίζουν ότι η οικογένεια στο ευρύτερο κοινωνικό σύστημα έρχεται αντιμέτωπη με τα πολλαπλά και πολλές φορές συγχυσιγόνα μηνύματα δηλαδή την άγνοια, το φόβο και τις προκαταλήψεις του κοινού που έχουν ως τραγική συνέπεια τον κοινωνικό στιγματισμό.

Η αντίδραση της κοινότητας απέναντι στην παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και κυρίως σε αυτή που εμφανίζεται στα πλαίσια μιας σοβαρής ψυχικής ασθένειας, είναι εξαιρετικά «στιγματογόνος» και οδηγεί συχνά στην απόρριψη, την ετικετοποίηση, την περιθωριοποίηση και την απομόνωση. Έτσι, οι οικογένειες πιστεύουν ότι στην ουσία είναι μόνες για να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο από τη μία και την κοινωνία από την άλλη. Αυτό οι επαγγελματίες το αντιλαμβάνονται ως εξής:

---

<sup>176</sup>Βλ. άρθρο «Το Ιστορικό ζήτημα της Ψυχικής Υγείας», στο [www.stress.gr](http://www.stress.gr)



*«Όχι, όχι, μα δεν έχουμε τέτοια άτομα, δηλαδή ας πούμε πολύ λίγες οι περιπτώσεις... Μια περίπτωση είχαμε που μπορούσαν να συζητήσουν της Π., της Α., που ήταν ας πούμε η οικογένεια πρόθυμη, που καταλάβαινε το πρόβλημα και δεν ντρεπόταν για το πρόβλημα και ερχόντουσαν την παίρνανε, ρωτούσαν όταν ερχόντουσαν, όταν την έφερναν από άδεια ρωτούσαν πως έχει περάσει, τι κάνει, αλλά με τους υπόλοιπους [συγγενείς] δεν είναι, μη νομίζεις, δεν είναι έτσι. Δεν τους παίρνουν συχνά και οι περισσότεροι ντρέπονται που έχουν τέτοια περιστατικά, δεν θέλουν δηλαδή να τα συζητούν» ( Γ., νοσηλεύτρια ιδιωτικής κλινικής).*

Σε πολλές περιπτώσεις το στίγμα αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την συνεργασία της οικογένειας με τους επαγγελματίες. Η οικογένεια είναι πιθανόν να απορρίψει τη συνεργασία με τους επαγγελματίες, εξαιτίας της έλλειψης εμπιστοσύνης απέναντί τους, αλλά και στο ότι θεωρούν το πρόβλημα οικογενειακή υπόθεση και μπορούν να το αντιμετωπίσουν μόνοι τους. Στο σημείο αυτό προσπαθούν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες αντλώντας πληροφορίες από προσωπικές πηγές ή απευθυνόμενοι στο άτυπο δίκτυο των συγγενών, φίλων ή γνωστών, οι οποίοι αποδεικνύονται πάντα πολύ σημαντικός παράγοντας στις δύσκολες στιγμές.

Από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι η οικογένεια που δεν ενδιαφέρεται για την αποκατάσταση του ασθενή ή για να μάθει για την πορεία της ασθένειάς του πραγματοποιεί ελάχιστες ή καθόλου επισκέψεις στο χώρο της κλινικής, άρα και η συνεργασία με τους επαγγελματίες χαρακτηρίζεται ανεπαρκής ή και ανύπαρκτη.

Η Δ., μια επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι δεν έχει συναντήσει πολλές οικογένειες που να αρνήθηκαν την επαφή μαζί τους. Οι περισσότερες δέχονται, ειδικά όταν υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης και όταν η επισκέπτρια υγείας έχει γνωρίσει την οικογένεια κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή.

Ακόμα η Ε., γραμματέας της ιδιωτικής κλινικής, ανέφερε ότι έχουν καλές σχέσεις με τις οικογένειες που ενδιαφέρονται για τους ασθενείς. Οι σχέσεις με τις οικογένειες των ασθενών εκείνων που τους έχουν εγκαταλείψει είναι ανύπαρκτες.

Παρατηρούμε ότι οι επαγγελματίες τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική κλινική έχουν παρόμοιες αντιλήψεις για την στάση της οικογένειας απέναντι στον ασθενή και στους ίδιους. Η συνεργασία που έχουν με τις οικογένειες καθορίζονται από τους ίδιους παράγοντες:

*«Με οικογένειες ναι, είναι ορισμένοι βέβαια που τους αφήνουν όπως τώρα η Π. ας πούμε που η κόρη της θα έρθει μία φορά στους δύο μήνες – τρεις μήνες και θα επικοινωνήσουμε μαζί της μόνο αν χρειαζόμαστε κάτι. Είναι όμως, αυτό βέβαια είναι στους ελάχιστους που δεν*

*ενδιαφέρονται στους περισσότερους έρχονται τα παιδιά τους, αδέρφια τους, δεν έχουμε πρόβλημα.» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

*«Ορισμένοι πάλι, ορισμένοι, ορισμένοι ας πούμε το κατανοούν, άλλοι πάλι, εντάζει είναι άλλοι που τους αφήνουν όπως λέμε τους έχουν παρατήρει οπότε δεν τους ενδιαφέρει. Θα έρθουν για ένα λεπτό και καθόλου ας πούμε άλλοι και θα φύγουν οπότε δεν δίνουν σημασία ούτε στους ίδιους ούτε και στο περιβάλλον» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας δεν φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ύπαρξης συνεργασίας, καθώς, όπως παρατηρεί η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ.:

*«Ίδιες απόψεις για τη σχιζοφρένεια συναντώνται σε οικογένειες με υψηλό και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η διάθεσή τους για αποδοχή της ασθένειας δεν σχετίζεται με το επίπεδο μόρφωσης».*

Το μορφωτικό επίπεδο δεν εμφανίζεται ως παράγοντας για τη θετική εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία. Η διαχείριση των συναισθημάτων της οικογένειας σχετικά με την ασθένεια δεν εξαρτάται από τη μόρφωσή τους. Πολλά και ποικίλα είναι τα συναισθήματα που νιώθουν τα μέλη μιας οικογένειας όταν μαθαίνουν ότι ένα αγαπημένο πρόσωπο πάσχει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Είναι δύσκολο να αποδεχθούν την αλήθεια και να συμφιλιωθούν με την νέα πραγματικότητα. Πενθούν για τον συγγενή τους που η ζωή του, συνήθως σε νεαρή ηλικία, αλλάζει τόσο δραματικά. Νιώθουν ότι γκρεμίζονται οι προσδοκίες και τα όνειρα που είχαν κτίσει για το μέλλον του αγαπημένου τους προσώπου. Δεδομένης αυτής της κατάστασης απευθύνονται για βοήθεια στους επαγγελματίες.

Συγκεκριμένα η Κ., κοινωνικός λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., είπε ότι όσον αφορά τη σχέση των επαγγελματιών και ιδιαίτερα των κοινωνικών λειτουργών με τις οικογένειες των ασθενών, οι οικογένειες δεν διστάζουν να ζητήσουν την βοήθεια τους και να εμπλακούν στη διαδικασία επεξεργασίας των συναισθημάτων τους. Ιδιαίτερα ζητούν έντονα τη βοήθεια τους, οι γονείς που τα παιδιά τους νοσούν σε νεαρή ηλικία.

Πολλές φορές η συνεργασία των οικογενειών με τους επαγγελματίες καταλήγει σε σύγκρουση. Η δύσκολη συναισθηματική κατάσταση και η έλλειψη γνώσεων δεν τους επιτρέπει να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν τις οδηγίες του επαγγελματία. Έτσι

παρατηρείται το φαινόμενο να κατηγορεί η οικογένεια τον επαγγελματία για την κατάσταση υγείας του ασθενή:

*«Κοίταξε όταν συμβαίνουν στραβά, όταν συμβαίνουν στραβά. Ποιος φταίει; Δεν φταίει ποτέ η τύχη, δεν φταίει ότι στραβοκατάπιε, φταίει η κλινική, φταίει ο γιατρός που δεν σε πρόσεχε... Αυτά συμβαίνουν» (Α., ψυχίατρος ιδιωτικής κλινικής).*

*«Με τους συγγενείς ναι [υπάρχει σύγκρουση], υπάρχει πως δεν υπάρχει, δεν σου λέω αυτό η αδιαφορία που δείχνουν ορισμένοι ή η υπερβολή, είναι υπερβολικοί ορισμένοι. Υπερβολικοί ναι, ναι» (Α., νοσηλεύτρια στην Ιδιωτική κλινική).*

Τα πρόσωπα της οικογένειας συχνά θεωρούν ότι η πραγματική θεραπεία επιτυγχάνεται με τα φάρμακα ή με αγωγή που περιορίζεται αποκλειστικά στο στενό πλαίσιο της σχέσης του ασθενή με το θεραπευτή. Αυτή τη στάση οι επαγγελματίες προσπαθούν να την αλλάξουν. Τονίζουν έτσι στην οικογένεια τη σημαντικότητα του ρόλου της όσον αφορά τη θεραπεία του ασθενή που μπορεί να επιτευχθεί με την εμπλοκή της οικογένειας στην καθημερινή ζωή του ασθενή (συχνές επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας, εξόδους του ασθενή με την συνοδεία των συγγενών του).

Στις περιπτώσεις όμως που οι επαγγελματίες αντιληφθούν ότι η οικογένεια δρα επιβαρυντικά για τον ασθενή, μπορούν να θέσουν περιορισμούς στην επικοινωνία της οικογένειας με τον ασθενή.

*«Πιο συχνά, ναι σίγουρα αυτό θα είναι..., ας πούμε να τους παίρνουν για καμιά βόλτα, θα ήταν πολύ καλό αυτό. Κοίταξε νομίζω, νομίζω πάλι ότι αν θέλουν και αν είναι να τους κάνουν χειρότερα, καλύτερα να μην τους πάρουν, δηλαδή όπως το κάνουν ορισμένοι, καλύτερα λες ας είναι εδώ και να πηγαίνουν καλά, πάρα να τον πάρουν για μια ώρα έξω και να τους φέρουν και να είναι άνω κάτω, δηλαδή δεν μπορείς να το επιβάλλεις, είναι χειρότερο πιστεύω... Κοίταξε όμως, δηλαδή, ξέρεις όμως τι γίνεται εμείς δεν ξέρουμε τα οικογενειακά στον καθένα έτσι δεν μπορείς, δηλαδή ένας - ένας που θα πάρει τον δικό του με άδεια να του πεις αν υπάρχουν τσακωμοί μην το δείχνεις δεν μπορείς να κάτσεις να το πεις αυτό» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Γενικά παρατηρήσαμε ότι η στάση των οικογενειών για συνεργασία με το προσωπικό της κλινικής επηρεάζεται από τη στάση των επαγγελματιών απέναντί τους. Ισχύει όμως και το αντίστροφο, όπου οι επαγγελματίες διατηρούν στάση απόστασης απέναντι στην οικογένεια, παρότι αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα του ρόλου της στη βελτίωση της ασθένειας του συγγενή τους, αλλά το αφήνουν στη δική τους διάθεση για συνεργασία.

#### 10.4. Τρόπος προσέγγισης του επαγγελματία προς την οικογένεια του ασθενή

Σχετικά με το σκοπό που οι επαγγελματίες προσεγγίζουν την οικογένεια διαπιστώνουμε μια διαφοροποίηση ανάμεσα στη δημόσια και στην ιδιωτική κλινική. Σύμφωνα με αυτήν, στην ιδιωτική κλινική δεν επιδιώκεται η στήριξη της οικογένειας που το μέλος της νοσηλεύεται αλλά η πληρέστερη κάλυψη των αναγκών (βιολογικών, ψυχοκοινωνικών) θεραπείας του ασθενή. Ενώ στη δημόσια εκτός από το παραπάνω, οι επαγγελματίες προσπαθούν να προσεγγίσουν την οικογένεια προκειμένου να λάβουν υπόψη τους όλα τα στοιχεία της ταυτότητας του αρρώστου που έχουν προβληθεί στους άλλους μέλη της οικογένειας) με σκοπό να αποφευχθεί η ρήξη με το οικογενειακό περιβάλλον.<sup>177</sup>

Στην δημόσια κλινική υπάρχει η δυνατότητα του επαγγελματία να συνεργαστεί με την οικογένεια προς όφελος του ασθενή αλλά και για την στήριξη της ίδιας.

*«Εμείς όχι, δεν το κάνουμε αυτό, όχι, εμείς θα επικοινωνήσουμε μαζί τους αν χρειαστούμε κάτι, δηλαδή δεν επικοινωνούμε για να δούμε τι κάνουν, ας πούμε, και τέτοια, όχι, όχι, μόνο αν χρειαζόμαστε κάτι συνήθως» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Η στήριξη της οικογένειας είναι ένα σημαντικό κομμάτι το οποίο γίνεται αντιληπτό από τους επαγγελματίες της δημόσιας και της ιδιωτικής κλινικής. Παρατηρούμε όμως ότι στην ιδιωτική κλινική παρόλο που δεν υπάρχουν οι κατάλληλες ειδικότητες για την προσέγγιση της οικογένειας συνειδητοποιούν την ανάγκη για στήριξη αυτής.

*«Έχει τύχει περιστατικό που τον φέρνουν και κλαίνε. ΄΄Λέω μη στεναχωριέσαι΄΄, πρώτη φορά μπαίνουν σε τέτοιο (...）」 (Α., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

<sup>177</sup>Βλ. Hochemann J., «Ο ψυχονητικός θεσμός: Ο ρόλος της θεωρίας στην αποϊδρυματοποιημένη ψυχική φροντίδα», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης*, σ. 22-29.

Για παράδειγμα η Β., κοινωνικός λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρει ότι στις περιπτώσεις των ασθενών που νοσηλεύονται για πρώτη φορά, οι συγγενείς τους είναι συνήθως κλονισμένοι, αισθάνονται θλίψη σαν να θεωρούν ότι ο ασθενής πεθαίνει. Στο θεραπευτήριο οι κοινωνικοί λειτουργοί δουλεύουν υποστηρικτικά με τους συγγενείς.

Στην ιδιωτική κλινική, όπως αναφέρθηκε, δεν υπήρχε προσέγγιση της οικογένειας από τους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο αυτό, παρά μόνο εκπαιδευόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί που έκαναν ομάδα με τους ασθενείς και έρχονταν σε τακτική επικοινωνία με τις οικογένειες, υπό την εποπτεία ενός επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού από την αντίστοιχη σχολή του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου.

Ένας ακόμη, από τους σκοπούς προσέγγισης είναι η ενημέρωση για τη φύση της ασθένειας. Όπως αναφέρει η Οικονόμου,<sup>178</sup> οι συγγενείς πολλές φορές νιώθουν εξερευνητές στα δύσβατα και παράξενα μονοπάτια της ψυχής του αρρώστου, χωρίς όμως χάρτες να τους οδηγούν. Νιώθουν να βρίσκονται μπροστά σε σταυροδρόμια χωρίς να ξέρουν ποιο δρόμο θα ακολουθήσουν.

Γίνεται έτσι αναγκαίο οι ψυχίατροι και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας γενικότερα να τους μεταφέρουν τη γνώση που χρειάζονται, γιατί η γνώση είναι δύναμη, οπλίζει έναντι της άγνοιας και βοηθά στην κατανόηση και την αποδοχή της αρρώστιας. Πρέπει ταυτόχρονα να γίνει σαφές ότι η αποδοχή δεν σημαίνει παραίτηση από την ελπίδα για θεραπεία.<sup>179</sup>

Διαπιστώσαμε ότι στη δημόσια κλινική (Θ.Ψ.Π.Χ.) οι επαγγελματίες χρησιμοποιούν τρόπους προσέγγισης της οικογένειας, αφού αναγνωρίζουν ότι η οικογένεια του ψυχικά αρρώστου έχει ανάγκη από: α) υπεύθυνη ενημέρωση, για να κατανοήσει την ψυχική διαταραχή και τις σύγχρονες θεραπείες, β) εκπαίδευση (συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια), για να αποκτήσει δεξιότητες ούτως ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της αρρώστιας και να επιλύει αποτελεσματικά τα προβλήματα και τις δυσκολίες, γ) υποστήριξη, πρακτική και συναισθηματική για να αντιπαλέψει τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος.

Παρατηρούμε ότι η προσέγγιση των οικογενειών στη δημόσια κλινική γίνεται με ένα δομημένο τρόπο, πράγμα που δεν συμβαίνει στην ιδιωτική κλινική:

*«Αυτό δεν γίνεται... Δεν γίνεται με ένα δομημένο τρόπο ας πούμε κάθε Πέμπτη μαζευόμαστε και λέμε αυτά. Γίνεται στην συνάντηση που θα έχουμε με τον συγγενή ας πούμε την γυναίκα του κυρίου Κ., την γυναίκα*

<sup>178</sup>Βλ. Οικονόμου Μ., «Δελτίο Επικοινωνίας του Σ.Ο.Ψ.Υ. Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία. Ψυχοεκπαίδευση, υποστήριξη, αυτοβοήθεια.», στο [www.stress.gr](http://www.stress.gr)

<sup>179</sup>Ομοίως.

*του κυρίου Γ. όταν έρχονται να μας δουν.» (Α., ψυχίατρος στην ιδιωτική κλινική)*

Είναι αξιοσημείωτο ότι θεραπευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια επιχειρούνται μόνο στο χώρο του Θ.Ψ.Π.Χ. Η Φ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., θεωρεί «ανήθικο να εργάζεται κάποιος επαγγελματίας σε τέτοιο χώρο χωρίς ειδικευση». Η άποψη αυτή μπορεί να στηριχθεί στο ότι η έλλειψη ειδικών γνώσεων μπορεί να βλάψει τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του, και ακόμη απορρέει από τους κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματος όπου ένας από αυτούς είναι ότι δρούμε υπέρ του συμφέροντος του ασθενή. Δεν παραβλέπουμε το γεγονός ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σηματοδοτεί αλλαγές στο τρόπο προσέγγισης οικογενειών και ψυχικά ασθενών από τους επαγγελματίες και δημιουργεί ανάγκη για μεγαλύτερη κατάρτιση του προσωπικού.

Η Ξ., κοινωνικός λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., υποστήριξε ότι ο επαγγελματίας θα πρέπει να αντιμετωπίσει τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του με βάση τη προσέγγιση που έχει ειδικευτεί και πιστεύει σε αυτή.

Η επιλογή της προσέγγισης γίνεται με βάση την προσωπικότητα του επαγγελματία, μια προσέγγιση που του ταιριάζει, και πιστεύει ότι θα φέρει καλύτερα αποτελέσματα στο άτομο και την οικογένεια του. Ανάλογα με το είδος της ψυχικής διαταραχής ακολουθείται μια προσέγγιση. Συγκεκριμένα η Φ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., έχει ειδικευτεί στη συστημική προσέγγιση και διαχώρισε την οικογενειακή θεραπεία από την οικογενειακή προσέγγιση. Λίγες οικογένειες έρχονται σε επαφή μαζί της με στόχο την οικογενειακή θεραπεία, ενώ είναι πιθανόν να μην υπάρχει προσέγγιση της οικογένειας το διάστημα που ο ασθενής νοσηλεύεται στο Θ.Ψ.Π.Χ. μέχρι να πάρει εξιτήριο.

Οι συγγενείς χρειάζονται ευκρινή πληροφόρηση και συμβουλή έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αποτελεσματικά. Πρώτο και κυριότερο πρέπει να μάθουν τι έχουν να αντιμετωπίσουν. Σε αυτό παρεμβαίνουν πολύ συχνά οι επαγγελματίες:

*«Εμείς τους βοηθάμε όσο μπορούμε, τους λέμε αναλόγως βέβαια την κατάσταση, δεν μπορείς όμως να τους πει και ψέματα, ξέρεις, δηλαδή την αλήθεια, πάνω από όλα την αλήθεια... Και αν κάποιος χειροτερέψει άρρωστος, θα τον ενημερώσουμε, 'ότι το και το έχει πάθει και πρέπει να ξέρετε εσείς να είστε ενήμεροι'» (Α., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., είπε ότι ο ψυχίατρος προσεγγίζει την οικογένεια αναφέροντας την αλήθεια για την κατάσταση του ασθενή, αποφεύγοντας τη δημιουργία ψεύτικων ελπίδων των συγγενών για πλήρη ίαση.

Παρατηρούμε ότι τόσο στην ιδιωτική όσο και στη δημόσια κλινική, επικρατούν οι ίδιες απόψεις για την ενημέρωση της οικογένειας.

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή όσο και μετά την έξοδο του από την κλινική, ζητούν οι συγγενείς συγκεκριμένες συμβουλές για το πώς θα επικοινωνούν με τον ασθενή, πώς θα αντιμετωπίσουν την δύσκολη συμπεριφορά χωρίς να γίνουν υπερπροστατευτικοί, για το ρόλο της φαρμακευτικής αγωγής και στη θέση πραγματικών προσδοκιών που αφορούν στην εργασία και κοινωνικοποίηση. Αναζητούνται επίσης, συχνά συμβουλές για παροχή κοινωνικής μέριμνας και βοήθειας σε περίπτωση ανάγκης.<sup>180</sup> Αυτό επιβεβαιώνεται από το παρακάτω απόσπασμα:

*«Εμάς συνήθως θα μας ρωτήσουν τι κάνουν, πώς περνάνε εδώ, ας πούμε, κάποιες εξετάσεις, αν χρειάζονται κάτι τέτοια πράγματα, τέτοια πράγματα, αν τρώνε, αν κοιμούνται τέτοια μας ρωτάνε εμάς» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέροντάς μας τις σχέσεις επαγγελματιών με τις οικογένειες των ασθενών, είπε ότι από χρόνο σε χρόνο οι δυναμικές μέσα στην οικογένεια αλλάζουν. Οι ίδιες, ως επαγγελματίες, παίρνουν ως δεδομένο αυτό που μπορεί να δώσει η οικογένεια, δεν πιέζουν την οικογένεια για κάτι περισσότερο.

Οι ειδικοί ακολουθούν αυτή τη στάση απέναντι στην οικογένεια επειδή πιθανή πίεση μπορεί να επιφέρει αρνητικό αποτέλεσμα και να απομακρύνει περισσότερο την οικογένεια. Συνηθίζεται οι επαγγελματίες να δουλεύουν με αυτό που η οικογένεια μπορεί να δώσει και αργότερα δουλεύοντας μαζί της, την βοηθούν να προσφέρει περισσότερα στον ασθενή.

Η Ξ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι οι ειδικοί «προσπαθούν να συνεργάζονται με το πιο ευαίσθητο μέλος της οικογένειας». Δηλαδή με το μέλος εκείνο το οποίο θεωρούν ότι πραγματικά μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και προσπαθούν να το αποφορτίσουν συναισθηματικά, γιατί έχει αυξημένες πιθανότητες να νοσήσει και το ίδιο.

Επίσης, η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες να έρθουν σε επαφή οι ασθενείς με τους συγγενείς τους και δεν

---

<sup>180</sup>Βλ. Mounir E., σ. 121, ό.π.

δίνουν έμφαση μόνο με την επαφή συγγενών Α΄ βαθμού αλλά με οποιονδήποτε συγγενή ενδιαφέρεται.

Η δημιουργία συνεργασίας ανάμεσα σε συγγενείς και επιστήμονες βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό και αναγνώριση ότι ο καθένας συνεισφέρει σημαντικά στη φροντίδα και αποκατάσταση των ασθενών.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων μπορεί να υποστηριχθεί ότι είναι αναγκαία η «ολιστική» (βιο – ψυχο – κοινωνική) θεώρηση. Σήμερα, είναι αδιανόητη η μονοδιάστατη βιολογική, ψυχολογική ή ψυχοκοινωνική προσέγγιση, μια που για τη γένεση ενός ψυχικού νοσήματος συμμετέχουν παράγοντες που σχετίζονται και με τις τρεις αυτές βασικές συνιστώσες.

Οι επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή, τα ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια και η διεπιστημονική προσέγγιση αφορούν παρεμβάσεις που απευθύνονται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του.

Θεωρείται ότι ο συνδυασμός των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στον ασθενή και την οικογένειά του, με την βέλτιστη για τον κάθε ασθενή φαρμακοθεραπεία, μπορεί να επιφέρει αξιοσημείωτα θετικά αποτελέσματα στον κλινικό, οικογενειακό, και κοινωνικό τομέα, ατόμων που πάσχουν από μια χρόνια ψυχική διαταραχή.

### 11.1. Επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή

Οι επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή αποτελούν μια μορφή θεραπευτικής προσέγγισης, που δίνουν έμφαση στη παροχή υπηρεσιών στη κοινότητα. Το υποκείμενο προς θεραπεία εντοπίζεται εντός των φυσικών χώρων διαβίωσης είτε πολύ κοντά σε αυτούς, μετά ή χωρίς τη μεσολάβηση της νοσηλείας.

Από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι στην ιδιωτική κλινική που μελετήσαμε οι εκπαιδευόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί στα πλαίσια της εργαστηριακής τους άσκησης πραγματοποιούν επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή, το διάστημα που ο ασθενής νοσηλεύεται στην κλινική.

Αυτή η εξωνοσοκομειακή προσέγγιση συναντάται στην δημόσια περίθαλψη με τη μορφή της κινητής μονάδας και των μεμονωμένων επισκέψεων από κοινωνικό λειτουργό ή επισκέπτη υγείας, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή όσο και μετά την έξοδο του από το ψυχιατρείο.

Η ύπαρξη των αντίστοιχων ειδικοτήτων (κοινωνικός λειτουργός, επισκέπτης υγείας) όπως και το άνοιγμα προς τη κοινότητα επιτρέπει την ανάπτυξη υπηρεσιών όπως η κινητή μονάδα. Η κινητή μονάδα, λοιπόν, ενεργεί προς το γενικότερο προσανατολισμό της κατεύθυνσης της φροντίδας στο σπίτι. Αποτελεί το κατεξοχήν μοντέλο για τις πλέον

σύγχρονες εξελίξεις στη ψυχιατρική φροντίδα αλλά και για τις υπό διαμόρφωση προνοιακές υπηρεσίες.

Μια κλινική του Θ.Ψ.Π.Χ. θέλοντας να αποφύγει τον συγκεντρωτισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δημιούργησε την υπηρεσία της κινητής μονάδας, η οποία πραγματοποιεί επισκέψεις 3-4 φορές το μήνα, σε γνωστές ημερομηνίες, στα Κέντρα Υγείας του Νομού Χανίων, σε μεμονωμένα χωριά αλλά και σε σπίτια ασθενών όταν μπορεί ή όταν υπάρχει ανάγκη. Επιδιώκεται η επανένταξη όλων των νοσηλευθέντων ασθενών είτε με τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής ή με τις επισκέψεις της κινητής μονάδας σε όλο το Νομό. Επίσης, η κινητή μονάδα παρακολουθεί τους ασθενείς για αποφυγή υποτροπών και επανεισαγωγών στο Θ.Ψ.Π.Χ. Η θεραπευτική ομάδα απαρτίζεται από ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια υγείας και ψυχολόγο.

Πέρα από την κινητή μονάδα, στα καθήκοντα της επισκέπτριας υγείας είναι η επίσκεψη στο σπίτι της οικογένειας, λίγο πριν την έξοδο του ασθενή από το ψυχιατρικό νοσοκομείο, ώστε να την «διαπαιδαγωγήσει» ως προς τη συμπεριφορά της ως προς τον ασθενή. Η Δ., επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι ενημερώνει την οικογένεια για την κατάσταση υγείας του ασθενή και πως να παίρνει τη φαρμακευτική του αγωγή. Επίσης, με τις κατ' οίκον επισκέψεις παρακολουθεί συστηματικά τον ασθενή, ενημερώνει τον γιατρό που παρακολουθεί την περίπτωση, βοηθά στην πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση.

Ακόμα, καθήκον της επισκέπτριας υγείας είναι να ελέγχει τη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή. Για παράδειγμα η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι οι επισκέψεις των επισκεπτριών υγείας λειτουργούν πιεστικά για τους ασθενείς, δηλαδή οι ασθενείς θεωρούν ότι πρέπει να λαμβάνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή γιατί ελέγχονται. Αυτό συμβαίνει επειδή σε πολλές περιπτώσεις, το εξιτήριο συνδέεται με την βελτίωση της υγείας του ασθενή, και μπορεί να μην θεωρεί απαραίτητη τη λήψη φαρμακευτική αγωγής.

Η Δ., επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., τόνισε ότι για να κάνει επίσκεψη κάποιος στην οικογένεια πρέπει να είναι γνώστης της ασθένειας και του ιστορικού του ασθενή. Στη προετοιμασία του επαγγελματία συμβάλλει η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας, που του παρέχει πληροφόρηση και κατευθύνσεις για συγκεκριμένα περιστατικά.

Ειπώθηκε ότι όταν τίθεται θέμα επικινδυνότητας από τον ασθενή πηγαίνουν δυο επισκέπτριες υγείας στην οικογένεια. Κατανοούμε ότι την παραπάνω τακτική οι επαγγελματίες την ακολουθούν για λόγους δικής τους ασφάλειας, ενώ ακόμα και όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κρίση δεν τον εγκαταλείπουν.

Αναφορικά με την στάση των οικογενειών η Γ., επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., είπε ότι υπάρχουν οικογένειες που δείχνουν απορριπτική στάση και διώχνουν τον επαγγελματία από το σπίτι τους, άλλες που δεν τον διώχνουν αλλά κρατούν μια αρνητική

στάση και άλλοι που τον περιμένουν κάθε φορά και νοιώθουν ευχαρίστηση να μιλάνε μαζί του.

Σε αυτό το απόσπασμα δίνεται μια τυπολογία της αντιμετώπισης της υπηρεσίας από τις οικογένειες. Η απορριπτική στάση που δείχνουν οι οικογένειες οφείλεται στην έλλειψη εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του επαγγελματία, στο φόβο του στιγματισμού, ή στην αδιαφορία για τον ασθενή. Από την άλλη μεριά οι οικογένειες που δέχονται τον επαγγελματία πιθανόν να είχαν προηγούμενες θετικές εμπειρίες με άλλους επαγγελματίες και να θέλουν πραγματικά να επεξεργαστούν τα συναισθήματα που βιώνουν εξαιτίας της ασθένειας.

Παρά τα θετικά αποτελέσματα που έχει η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση, διαπιστώνουμε ότι η έλλειψη προσωπικού και το οικονομικό κόστος καθορίζει την εφαρμογή της. Πάνω σε αυτό η Ξ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι το κράτος κοιτάζει την οικονομική πλευρά και ενεργεί σύμφωνα με το κόστος. Δηλαδή για να επισκεφτεί μια επισκέπτρια υγείας έναν ασθενή εκτός νομού πρέπει να πάρει άδεια από την περιφέρεια και μερικές φορές αναγκάζεται η ίδια να φροντίσει για την μετακίνηση της.

Συμπεραίνουμε ότι ακολουθείται μια γραφειοκρατική διαδικασία για τις μετακινήσεις κάποιου επαγγελματία εκτός Θ.Ψ.Π.Χ. Το χαμηλό κόστος που θέτει το κράτος περιορίζει και καθυστερεί τις ενέργειες των επαγγελματιών, ενώ αν υπήρχαν δομές αποκατάστασης σε κάθε νομό, δεν θα χρειαζόταν να μετακινηθεί μια επισκέπτρια υγείας για να δει ασθενή εκτός νομού.

## **11.2. Ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια**

Για να βοηθηθούν οι οικογένειες να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ψυχικής ασθένειας έχουν αναπτυχθεί σύγχρονες παρεμβάσεις που απευθύνονται στη οικογένεια, όπως οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συγγενών. Οι ομάδες αυτές είναι εξαιρετικά χρήσιμες στην υπεύθυνη ενημέρωση των οικογενειών για την αρρώστια και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της.

Οι βασικοί στόχοι των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι: α) η ενημέρωση για την ψυχική νόσο και τις σύγχρονες θεραπείες, β) η εκπαίδευση για την απόκτηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης του στρες, βελτίωσης της επικοινωνίας και αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων μέσα στην οικογένεια, και γ) η υποστήριξη για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης.

Οι ειδικοί στόχοι των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι: α) να διευκολυνθεί η κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και να δοθεί ένα σκεπτικό για την αντιμετώπιση της, β) να αποκαλυφθούν και να διορθωθούν οι παρανοήσεις γύρω από την ψυχική νόσο, γ) να μεταδοθούν γνώσεις για τις αιτίες, τη θεραπεία, τη πορεία και τη πρόγνωση της νόσου, δ) να

μειωθούν οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες για πλήρη θεραπεία και γρήγορη επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας, ε) να επιτευχθεί «συμμόρφωση» στη φαρμακευτική αγωγή και συνεργασία στη γενικότερη θεραπεία, και στ) να ενισχυθεί η αυτοαντιμετώπιση, να βοηθηθεί δηλαδή ο άρρωστος και η οικογένεια να αποκτήσουν ενεργητικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου.<sup>181</sup>

Στα ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια που μια κλινική του Θ.Ψ.Π.Χ. οργανώνει, συμμετέχουν οικογένειες που ένα μέλος τους νοσεί με ψυχική ασθένεια:

*«(...) κάνουμε στους γονείς κάποια σεμινάρια ψυχοεκπαιδευτικά, να αποκτήσουν μια γνώση έτσι καλύτερη για την αρρώστια ας πούμε και πώς να το χειριστούνε και καλύτερα.» (Σ., ψυχίατρος στο Θ.Ψ.Π.Χ.)*

Σύμφωνα με την Κ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., τα σεμινάρια στα οποία αναφέρεται ο Σ., ψυχίατρος στο Θ.Ψ.Π.Χ., πραγματοποιούνται σε τρεις κύκλους. Κάθε κύκλο τον διοργανώνει ένας επαγγελματίας. Τον πρώτο κύκλο αναλαμβάνει ο ψυχίατρος, τον δεύτερο ο ψυχολόγος και τον τρίτο ο κοινωνικός λειτουργός με την επισκέπτρια υγείας.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας μας συζητήσαμε με κοινωνικούς λειτουργούς του Θ.Ψ.Π.Χ. και πληροφορηθήκαμε ότι οι επαγγελματίες προσεγγίζουν και τις τρεις κατηγορίες που μπορεί να ανήκουν οι οικογένειες: συναντούν τους διαθέσιμους, τους αδιάφορους και εκείνους που παρουσιάζουν δυσκολίες να τα καταφέρουν στην οικογένεια. Συναντούν τους συγγενείς αυτούς ακόμα και κατά τη διάρκεια νοσηλείας του αρρώστου.

Κάθε φορά οι οικογένειες ενημερώνονται από πολύ πιο πριν για τα σεμινάρια. Μέσα από τα σεμινάρια ενδυναμώνονται οι σχέσεις των οικογενειών με τους επαγγελματίες. Η Κ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., υποστηρίζει ότι τα σεμινάρια αυτά είναι πολύ βοηθητικά για τις οικογένειες. Παρατηρείται επικοινωνία μεταξύ των οικογενειών, ανταλλάσσουν απόψεις μεταξύ τους, συνειδητοποιούν ότι υπάρχουν κι άλλες οικογένειες που βιώνουν το ίδιο πρόβλημα.

Τα σεμινάρια μπορεί να θεωρηθούν ως ένα είδος υποστηρικτικού δικτύου για την οικογένεια ενώ η επικοινωνία αυτή ευνοείται από τους επαγγελματίες. Η οικογένεια συζητά προβλήματα που σχετίζονται με τον τρόπο αντιμετώπισης συμπτωμάτων της ασθένειας ή για το πώς βιώνουν το στίγμα από τον κοινωνικό περίγυρο. Επίσης, μια οικογένεια μπορεί να αλλάξει στάση απέναντι στον ασθενή της όταν δει το ίδιο πρόβλημα και σε μια άλλη οικογένεια.

Επειδή οι ίδιοι οι επαγγελματίες διοργανώνουν τα σεμινάρια, η οικογένεια εισπράττει ότι ενδιαφέρονται για αυτήν και για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει.

---

<sup>181</sup>Βλ. Οικονόμου Μ., «Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες», στο Χριστοδούλου, σ. 806 - 814, ό.π.

Κατά τη διάρκεια των ψυχοεκπαιδευτικών σεμιναρίων δίνονται στην οικογένεια ενημερωτικά φυλλάδια για τη σχιζοφρένεια. Η κίνηση αυτή προσφέρει πληροφόρηση στην οικογένεια ενώ φανερώνει και τη πολύ καλή προετοιμασία της κλινικής για τα ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια

Ο Σ., ψυχίατρος στο Θ.Ψ.Π.Χ, θεώρησε ότι και για τους ίδιους τους επαγγελματίες είναι δύσκολο να συγκεντρώσουν τα μέλη της οικογένειας στα σεμινάρια αυτά.

Είναι δύσκολο να συγκεντρώσουν τις οικογένειες εξαιτίας της απόστασης, της έλλειψης ενδιαφέροντος για τον ασθενή, αλλά και της έλλειψης εμπιστοσύνης προς τον επαγγελματία. Ακόμη, η δυσκολία της οικογένειας να μιλήσει για το πρόβλημα μπροστά σε άτομα εκτός του επαγγελματία, την κάνει να μην συμμετέχει στα σεμινάρια. Τέλος, αυτό που συμβαίνει πιο συχνά είναι να συγκεντρώνονται τα μέλη τα οποία είναι πιο ευαίσθητοποιημένα πάνω στο θέμα της ασθένειας.

Τέλος, είναι αξιοσημείωτο ότι τα ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια πραγματοποιούνται μόνο από το Θ.Ψ.Π.Χ. και δεν τα συναντούμε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή δεν συμπεριλαμβάνονται στους στόχους της κλινικής.

### 11.3. Διεπιστημονική προσέγγιση

Η θεραπευτική αποδοτικότητα του καταμερισμού της ψυχιατρικής φροντίδας σε περισσότερους από ένα επαγγελματικούς κλάδους, όπου ο κάθε ένας ξεχωριστά ασκεί το ρόλο του και εναρμονίζεται ταυτόχρονα με την ομάδα, θεωρείται επιστημονικά δεδομένη και επιβεβαιώνεται καθημερινά από τη κλινική εμπειρία και την έρευνα.

Όσον αφορά το ρόλο του ψυχιάτρου περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές ενέργειες, τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και το καθορισμό της διάρκειας της νοσηλείας και της θεραπείας.

Ο ρόλος του ψυχολόγου συνίσταται στη διάγνωση της ψυχικής νόσου, όπου αξιολογεί τον ασθενή με ψυχολογικές δοκιμασίες και συντελεί σε μεγάλο βαθμό στην επίλυση των προβλημάτων διαφορικής διάγνωσης που είναι πού συχνά στη ψυχιατρική κλινική πράξη. Επίσης, ο ψυχολόγος συμβάλλει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου με την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Στις συναντήσεις της ψυχιατρικής ομάδας συμβάλλει με τα στοιχεία από την ψυχολογική αξιολόγηση. Τέλος στη διαδικασία της αποκατάστασης και της κοινωνικής επανένταξης του ψυχικά ασθενούς, συμβάλλει με ψυχολογική υποστήριξη, η οποία έχει ως στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να ενταχθεί στο χώρο της εργασίας.<sup>182</sup>

---

<sup>182</sup>Βλ. Τυπάλδου Μ., «Ο ρόλος του ψυχολόγου στη Ψυχική Υγεία», στο Χριστοδούλου, σ. 909 - 912, ό.π..

Ο χώρος της ψυχικής υγείας προσφέρει ένα ευρύ πεδίο για την εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας, αφού βασικός της στόχος είναι η προαγωγή της υγιούς έκφρασης ατόμων ή ομάδων. Σύμφωνα με τον Μαρκίδη,<sup>183</sup> ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μέσα στην ομάδα είναι να συντάσσει το «κοινωνικό» ιστορικό, να διαγράφει το κοινωνικό, το πολιτισμικό και οικογενειακό πλαίσιο μέσα στο οποίο δημιουργήθηκε και συντηρείται το πρόβλημα.

Ήδη έχουμε αναφερθεί στο ρόλο του επισκέπτη υγείας και τη σημαντικότητα του ρόλου του στο κομμάτι των υποτροπών της ασθένειας και της επικοινωνίας με την οικογένεια.

Τέλος, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι εκείνος που εκτιμά κυρίως τη καθημερινή συμπεριφορά του αρρώστου σε κατάσταση ύφεσης των συμπτωμάτων του ή σε κατάσταση «κρίσης».<sup>184</sup>

Μια ψυχιατρική ομάδα, στο συνηθέστερο σχήμα της, αποτελείται από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργοθεραπευτή, τον επισκέπτη υγείας και τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

*«Η ψυχιατρική είναι μια ειδικότητα που δουλεύει με ομάδα. Το σωστό, το απόλυτα σωστό θα είναι στις δομές τις ψυχιατρικές να υπάρχει ομάδα με όλους τους επαγγελματίες. Δηλαδή μια διεπιστημονική ομάδα που να έχει από τον ψυχίατρο μέχρι την καθαρίστρια ενημερωμένους για τα θέματα της ψυχικής ασθένειας και όσο το δυνατό οι επαγγελματίες που δεν έχουν, που έχουν μια γενική ειδικότητα όπως εσείς ας πούμε [κοινωνικοί λειτουργοί] να είναι και πιο εκπαιδευμένοι για την ψυχική αρρώστια» (Α., ψυχίατρος στην ιδιωτική κλινική).*

Αν και στην ιδιωτική κλινική αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα της ύπαρξης διεπιστημονικής ομάδας, αυτή δεν υπάρχει. Οι ειδικότητες που υπάρχουν είναι του ψυχιάτρου, του νοσηλευτή και του παθολόγου.

*«Με τον παθολόγο μαζεύουμε, καθημερινά, ας πούμε, κοιτάζουμε τους ασθενείς στον καθένα και αν προσέξουμε κάτι έτσι παθολογικό, ξέρω εγώ οιδήματα, εξανθήματα, κάποιες αρρυθμίες τέτοια πράγματα έρχεται ο παθολόγος. Ο παθολόγος βασικά έρχεται μέρα παρά μέρα σχεδόν,*

---

<sup>183</sup>Βλ. Μαρκίδης Μ., «Εισαγωγή», στο Χριστοδούλου, σ. 906, ό.π.

<sup>184</sup>Ομοίως, σ. 306.

*οπότε έχουμε συλλέξει εμείς τι προβλήματα υπάρχουν και τους εξετάζει»  
(Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Από την ιδιωτική κλινική προβλέπεται η συνεργασία του προσωπικού με παθολόγο ώστε να αντιμετωπιστούν τα οργανικά προβλήματα των ασθενών.

*«Σε συνεννόηση με το γιατρό [ψυχίατρος], πάντα με το γιατρό, δηλαδή δεν γίνονται εισαγωγές στην κλινική χωρίς να είναι υπόψη της γιατρού. Πρέπει να μιλήσει με την γιατρό να δει η γιατρός το περιστατικό και να γίνει η εισαγωγή» (Γ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

*«Εγώ βασίζομαι στις νοσηλεύτριες. Αν δεν ήταν οι νοσηλεύτριες δεν θα ήξερα τι να κάνω, δηλαδή όταν η γιαγιά είναι ανήσυχη το βράδυ και πάω την άλλη μέρα και την βλέπω μια χαρούλα (...) υποστήριξη εγώ σαν μια εντελώς πραγματική βάση δεν μπορώ να ξέρω ότι αυτή η γυναίκα πιθανόν το βράδυ να ταράχθηκε, να μην κοιμήθηκε ή να μπερδεύει την τουαλέτα, να τα έκανε στο δωμάτιο. Πράγματα που γίνονται μόνο επειδή γίνονται αντιληπτά, μόνο επειδή υπάρχουν νοσηλεύτριες, αν δεν υπήρχαν εγώ δεν θα το ήξερα. Είναι απόλυτη η ανάγκη της παρουσίας του.» (Α., ψυχίατρος της ιδιωτικής κλινικής).*

Η ψυχίατρος στην ιδιωτική κλινική αναγνωρίζει την σημαντικότητα του ρόλου των νοσηλευτριών καθώς είναι οι επαγγελματίες που βρίσκονται το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με τον ασθενή, αλλά και η μόνη ειδικότητα που υπάρχει στην κλινική πέρα από αυτή. Είναι χαρακτηριστική η παρακάτω μαρτυρία:

*«Η ψυχίατρος, δεν είναι πάρα πολύ ώρα εδώ μέσα, έρχεται για καμιά ώρα, μιάμιση, μπαίνει μια στην επίσκεψη, εντολές, βασικά εκτελούμε εντολές, ότι πει δηλαδή και όσο μπορούμε ξέρεις να... Πάντα είναι [κάποια νοσηλεύτρια στην εξέταση του ασθενή]. Γιατί θα δώσει οδηγίες ας πούμε, ναι, και πρέπει να είναι κάποια μέσα. Οποσδήποτε, είναι κάποια μέσα, με ποιο θα μιλήσει, πρέπει με κάποιον να μιλήσει, ή να ενημερώσει το γιατρό, γιατί σου λέω ο γιατρός είναι μία με μιάμιση ώρα εδώ μέσα το πολύ, θα κάτσει δύο ώρες; Δεν κάθεται. Εμείς την ενημερώνουμε για την υπόλοιπη μέρα, και το απόγευμα θα τύχει να την*

*πάρουμε τηλέφωνο, δηλαδή τηλεφωνικά επικοινωνούμε αν κάποιος δεν είναι καλά» (Α., νοσηλεύτρια της ιδιωτικής κλινικής).*

Από τη συμμετοχική παρατήρηση διαπιστώσαμε ότι η ψυχίατρος που εργάζεται στην ιδιωτική κλινική παραμένει καθημερινά σε αυτή για μικρά χρονικά διαστήματα, καθώς παράλληλα εξασκεί το επάγγελμα της ως ιδιώτης. Οι νοσηλεύτριες είναι παρούσες κατά την εξέταση του ασθενή από τον ψυχίατρο προκειμένου να ενημερωθούν για την κατάσταση της υγείας του ασθενή αλλά και να ενημερώσουν τη ψυχίατρο για τη συμπεριφορά του. Για τις νοσηλεύτριες, η ψυχίατρος είναι εκείνη που θα δώσει τις απαραίτητες κατευθύνσεις για τη συνέχιση της θεραπείας του ασθενή καθώς και οδηγίες για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων, ενώ για τη ψυχίατρο οι νοσηλεύτριες είναι εκείνες που θα διασφαλίσουν τη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και τη κάλυψη των υπόλοιπων αναγκών του ασθενή.

Από την άλλη, στο Θ.Ψ.Π.Χ. λειτουργεί σε κάθε κλινική ψυχιατρική ομάδα αποτελούμενη από ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, και επισκέπτρια υγείας. Η Φ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι η ομάδα έρχεται σε επαφή με τον ασθενή και του δίνει το δικαίωμα να επιλέξει με ποιο πρόσωπο θέλει να μιλήσει. Αυτή είναι μια θεραπευτική τακτική που σέβεται τα δικαιώματα του ασθενή.

Σύμφωνα με την Κανταράκια, τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας διατηρούν στενές σχέσεις, συγκεντρώνονται σε εβδομαδιαία βάση ή συχνότερα (ανάλογα με τις ανάγκες) για να παρατηρούν και να ελέγχουν την φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή, την αντίδραση του σε αυτή και την εξέλιξη της νόσου του. Τα καθήκοντα του κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας αλληλοσυμπληρώνονται, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, υποστήριξης και θεραπείας στον ασθενή.<sup>185</sup>

Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού είναι παράλληλη με αυτή του γιατρού δηλαδή συνδέεται, αλλά είναι και ανεξάρτητη. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι παρόν στις συζητήσεις του γιατρού με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Ο Βασιλαματζής αναφέρει ότι η διάκριση των ρόλων και η αποδοχή μιας ιεραρχίας και υπευθυνότητας σε επιστημονική βάση, πρέπει να διατηρείται.<sup>186</sup>

Αναφορικά με τη διάκριση των ρόλων, η Ε., επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι αρχικά υπήρχε μια σύγχυση ανάμεσα στους ρόλους του κοινωνικού λειτουργού και επισκέπτριας υγείας, ενώ τώρα έχουν διευκρινιστεί οι ρόλοι. Αυτή η σύγχυση στους ρόλους των επαγγελματιών προέρχεται από τις ομοιότητες που υπάρχουν στις αρμοδιότητες

<sup>185</sup>Βλ. Κανταράκια Α., «Η κοινωνική Εργασία στον Ψυχιατρικό τομέα Γενικού Νοσοκομείου», *Εκλογή*, 1991, τ.χ. 91, σ. 246-263.

<sup>186</sup>Βλ. Βασιλαματζής Γ., «Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», Χριστοδούλου, Αθήνα, Βήτα, 2000, σ.196.



τους, οι οποίες πιθανόν να δημιούργησαν συγκρούσεις ανάμεσα τους. Έτσι συμπεραίνουμε ότι δεν υπήρχε σαφής καταμερισμός των αρμοδιοτήτων.

Κάθε επαγγελματίας στην ομάδα, έχει ένα διακριτικό ρόλο της διαφορετικής του εκπαίδευσης, του τρόπου σκέψης και προσέγγισης των ψυχοκοινωνικών θεμάτων, αλλά και του ρόλου απέναντι στον άρρωστο και το περιβάλλον του. Ταυτόχρονα, όμως, οι διαφορετικοί ρόλοι συναρθρώνονται σε ένα ενιαίο θεραπευτικό πλάνο για τον ασθενή.

Για την αποτελεσματική διεπιστημονική προσέγγιση είναι αναγκαίο να υπάρχει καλή συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες.

Η λέξη συνεργασία συνειρμικά φέρνει στο νου τις έννοιες μοιράζομαι, υποστηρίζω, προσπάθεια για επίτευξη κοινών στόχων. Συνεργασία είναι μια διαδικασία κοινής εργασίας με κοινά αποδεκτούς στόχους και φιλοσοφία, ενώ ταυτόχρονα είναι απαραίτητη η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως είναι οι ικανότητες, οι γνώσεις και τα στοιχεία προσωπικότητας και συμπεριφοράς που έχει καθένα από τα συμβαλλόμενα μέλη.<sup>187</sup>

Τόσο στην ιδιωτική όσο και στη δημόσια κλινική, οι επαγγελματίες υποστηρίζουν την διεπαγγελματική συνεργασία καθώς πιστεύουν πως με τη συνεργασία γίνεται δυνατή η παροχή πιο αποτελεσματικών φροντίδων στα άτομα που ζητούν αυτές τις υπηρεσίες .

Η Ε., επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., υποστηρίζει ότι θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων για να υπάρξει καλό αποτέλεσμα και θεωρεί θετικό για το επάγγελμα τους ότι συναντιούνται, συζητούν, ανταλλάσσουν απόψεις.

Η Ξ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι η διεπαγγελματική συνεργασία είναι απαραίτητη και έχει αποτέλεσμα. Την ίδια άποψη υποστηρίζει και η Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική:

*«Με όλους, λόγω του ότι, εντάζει είμαστε... Είναι μικρή η κλινική, είμαστε λίγα τα άτομα που δουλεύουμε εδώ πέρα, με όλους είμαστε μια χαρά. Είμαστε λίγοι και δεν έχουμε κανένα πρόβλημα και με το προσωπικό, το... Τις καθαρίστριες δηλαδή και με τη μαγείρισσα και μεταξύ μας οι νοσηλεύτριες δεν έχουμε κανένα πρόβλημα αλλά και με την ψυχίατρο είναι πολύ φιλική, δηλαδή κανένα πρόβλημα, κανένα, πάρα πολύ καλά, πολύ καλά. Ναι, ναι μοιραζόμαστε. Δεν κάνουμε ένα πρόγραμμα.» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

---

<sup>187</sup>Βλ. Σαπουντζή – Κρέπια Δ., «Νοσηλευτές – Κοινωνικοί λειτουργοί, Διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας», *Κοινωνική Εργασία*, τ.χ. 39, 1995, σ. 143- 151.

Η επαγγελματίας σε αυτό το σημείο αναφέρει ότι θετικός παράγοντας για την ανάπτυξη συνεργασίας είναι ο μικρός αριθμός ατόμων που εργάζονται στην κλινική. Αυτή η παράμετρος συμβάλει στην ανάπτυξη σχέσεων οικειότητας μεταξύ του προσωπικού.

Σε μερικές περιπτώσεις όμως οι σχέσεις του προσωπικού είναι συγκρουσιακές. Για παράδειγμα η μη ορθή εκτέλεση των καθηκόντων, η ανευθυνότητα του προσωπικού, και η άνιση κατανομή φόρτου εργασίας είναι δυνατόν να προκαλέσουν σύγκρουση ανάμεσα στους επαγγελματίες. Άτομα που βρίσκονται σε διοικητικές θέσεις ή εργάζονται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στην κλινική τους δίνεται ένας ελεγκτικός ρόλος προς το υπόλοιπο προσωπικό.

Η Ε., γραμματέας στην ιδιωτική κλινική, όσον αφορά τη συνεργασία της με τις νοσηλεύτριες ανέφερε ότι γενικά έχουν καλές σχέσεις. Υπάρχουν, όμως, φορές που τις επιπλήττει, όταν κάτι δεν το κάνουν σωστά ή «βαριούνται», εξαιτίας των αρμοδιοτήτων που της έχει δώσει η ιδιοκτήτρια, «να μεριμνά για το καλό της κλινικής». Υπάρχουν φορές που συγκρούεται μαζί τους, αλλά ποτέ δεν αναφέρει κάτι γι' αυτές στην ιδιοκτήτρια. Ίδιες απόψεις και κοινή στάση απέναντι στην συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες παρατηρούμε να έχει και η Γ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική:

*«Κοίταζε με την ψυχίατρο δεν έχουμε κανένα πρόβλημα ως προς την συνεργασία, και με τις άλλες κοπέλες δεν έχω έτσι πρόβλημα... Μπορείς να πούμε να έχω εγώ πιο πολλές απαιτήσεις (...) ως προς το θέμα της ρουτίνας (...) εξαρτάται από ποια χώρα τελειώνεις μια σχολή, από τι έχεις να δώσεις εσύ σε μια δουλειά και από την νοσοτροπία που μπορεί να βρεις. Εγώ ως πούμε εκεί έρχομαι κάπως σε σύγκρουση. Εγώ κάνω αυτή τη δουλειά γιατί μου αρέσει αυτή η δουλειά, δηλαδή μου αρέσει να προσφέρω. Είναι πολύ διαφορετικό να κάνεις αυτή τη δουλειά επειδή θες να προσφέρεις. Είναι βέβαια και το χρηματικό έτσι; Η αποζημίωση η χρηματική, αλλά είναι τελείως διαφορετικό να κάνεις αυτή τη δουλειά γιατί πρέπει να κάνεις μια δουλειά. Εκεί είναι η διαφορά, και πιστεύω, ως πούμε εκεί φαίνεται η όλη διαφορά ως πούμε, όχι μόνο στη δική μας δουλειά αλλά σε οποιαδήποτε δουλειά. Δηλαδή, πρέπει να έχεις στη δική μας τη δουλειά πρέπει να έχεις υπομονή, πρέπει να κάνεις πράγματα δηλαδή να βάλεις τον εαυτό σου στη θέση που είναι ο κάθε ασθενής (...)*» (Γ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).

Αν και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η παροχή φροντίδας μέσα από συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών υγείας έχει μόνο θετικές επιδράσεις στη ποιότητα της φροντίδας και

αυτό δίνει ικανοποίηση στα άτομα που παρέχουν τη φροντίδα, όμως υπάρχουν επίσης και προβλήματα που προκύπτουν στη συνεργασία. Τα προβλήματα αυτά έχουν τις ρίζες τους σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, σε παρανοήσεις, υπάρχουσες στάσεις και στερεότυπα καθώς επίσης στις ατομικές κλίμακες αξιών και στις αξιώσεις υπεροχής και εξουσίας ορισμένων επαγγελματιών.<sup>188</sup> Στο παρακάτω απόσπασμα φαίνεται ο διαφορετικός τρόπος δουλειάς των επαγγελματιών:

*«Εντάξει, καλά εντάξει, μια χαρά δηλαδή ξέρεις με τις κοπελιές οπωσδήποτε υπάρχουν, συγκρούσεις, υπάρχουν... Παντού. Τα πάντα, η κάθε μια ας πούμε έχει το δικό της τρόπο, κατάλαβες; Τον δικό της τρόπο δουλειάς, μπορεί να είναι η δουλειά μία έτσι; Αλλά κάθε μια λέει εγώ το κάνω έτσι. Εγώ το κάνω αλλιώς, πάντα όμως είναι το ίδιο, πάντα είναι για τον άρρωστο» (Α., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Η Ε., επισκέπτρια υγείας στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι στην αρχή είχε συγκρούσεις με τις νέες επισκέπτριες υγείας, επειδή οι νέες είχαν διαφορετικές ιδέες και απόψεις γύρω από το αντικείμενο της δουλειάς τους, οι γνώσεις τους ήταν διαφορετικές.

Η είσοδος περισσότερων «κοινωνικών επαγγελματιών» στο χώρο της ψυχικής υγείας, οδηγεί σε μια προσέγγιση τύπου θεραπευτικής ομάδας. Η μετάβαση αυτή οδηγεί σε μια ανακατανομή των θεραπευτικών καθηκόντων και, αναπόφευκτα, ίσως σε συγκρούσεις, μέχρι να επιτευχθεί μια συναίνεση με το τι κάνει ποιος.

Συνοψίζοντας, το εύρος των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη για την διεπαγγελματική συνεργασία διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, όμως οπωσδήποτε υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που γενικά επηρεάζουν την αντίληψη αυτή. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι στάσεις, αξίες, πιστεύω, στερεότυπα, και αξιολογήσεις.

---

<sup>188</sup>Βλ. Σαπουντζή - Κρέπια Δ., σ. 143- 151, ό.π.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η Κοινωνική Εργασία είναι αναγνωρισμένη διεθνώς σαν εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη. Η αναγκαιότητα θεσμοθέτησής της προέκυψε από τα κοινωνικά προβλήματα που δημιούργησε η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποιημένη κοινωνία. Αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το κοινωνικό του περιβάλλον. Σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας σε όποιο χώρο και αν ασκείται, είναι η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου, ιδιαίτερα των μη προνομιούχων, μέσα σε ένα περιβάλλον σεβασμού των ανθρώπινων αξιών, όπως αυτές διαμορφώθηκαν στο ιστορικό και κοινωνικό γίγνεσθαι, με απώτερο στόχο τόσο την επίτευξη της ατομικής ευημερίας όσο κυρίως της προόδου του ευρύτερου συνόλου.<sup>189</sup>

Ειδικότερα η Κοινωνική Εργασία στην υγεία θεσμοθετήθηκε στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθησαν για πρώτη φορά κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιφυματικά νοσοκομεία υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας και ψυχικής υγείας που υπάρχουν για κάθε ηλικιακή ομάδα και λειτουργούν σε κεντρικό, περιφερειακό, τοπικό και κοινοτικό επίπεδο. Σε όλες τις βαθμίδες υγείας έχει θεσμοθετηθεί η λειτουργία κοινωνικών υπηρεσιών οι οποίες στελεχώνονται αποκλειστικά από κοινωνικούς λειτουργούς.<sup>190</sup> Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, όταν η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας όρισε το χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τη βασικά βαθμίδα κάθε σύγχρονου συστήματος υπηρεσιών υγείας, συστήθηκαν θέσεις κοινωνικών λειτουργών και στους τρεις τομείς πρόληψης:

- Στην πρωτογενή πρόληψη: για ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και αξιοποίηση προγραμμάτων για την έγκαιρη αποτροπή εκδήλωσης μιας νόσου, με μέτρα για την καλύτερη δυνατή ποιότητα ή και τη βελτίωση της υγείας και της ψυχικής υγείας.
- Στη δευτερογενή πρόληψη: για έγκαιρο εντοπισμό των περιπτώσεων προσβολής από κάποιες νόσους και την άμεση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση τους ώστε να ανακοπεί η πορεία και η εξέλιξή τους.
- Στην τριτογενή πρόληψη: για την πρόληψη επιπλοκών ή και αναπηρίας εξαιτίας της νόσου, με την αποκατάσταση κάθε βλάβης που δημιούργησε η νόσος καθαυτή και η κατάσταση της νόσησης.<sup>191</sup>

<sup>189</sup>Βλ. Πανταζάκας Π., «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού», *Κοινωνική Εργασία*, τ.66°, 2002, σ. 97-112.

<sup>190</sup>Βλ. Καλλινικάκη Θ., *Κοινωνική Εργασία, Εισαγωγή στη Θεωρία και Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*, σ 197.

<sup>191</sup>Βλ. Καλλινικάκη Θ., σ. 197-198, ό.π.

Η διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στην ALMA - ATA το 1978 επιβεβαίωσε την αναγνώριση αυτή, καθώς στην διακήρυξη αυτή αναγνωρίζεται ότι:

- Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση.
- Η έννοια της προστασίας και προαγωγής της υγείας είναι πολυδιάστατη και σφαιρική, μέρος της οποίας είναι η νοσοκομειακή περίθαλψη.

Είναι απαραίτητος ο αναπροσανατολισμός των στόχων της περίθαλψης από την κεντρική νοσοκομειακή περίθαλψη στη νέα διάσταση, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που δίνει βαρύτητα στην πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την αποκατάσταση.<sup>192</sup>

Όσον αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες που λειτουργούν σε όλες τις βαθμίδες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, από την αρχή της ίδρυσής τους είναι:

- Κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας.
- Μονάδες νοσηλείας.
- Μονάδες βραχείας νοσηλείας.
- Νοσοκομεία ημέρας.
- Λέσχες (αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου στη διάρκεια της θεραπείας και στο στάδιο επανένταξης).
- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη - φροντίδα στο σπίτι.
- Ξενώνες.
- Προγράμματα ανάδοχων οικογενειών για ψυχικά ασθενείς (παιδιά, εφήβους, ενήλικες) που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος ή ζουν σε παθολογικά οικογενειακά σχήματα.
- Ξενώνες ημιαυτόνομης διαμονής.
- Εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης.
- Προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού.
- Κέντρα προστατευμένης εργασίας.
- Προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης.<sup>193</sup>

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μέσα στον ψυχιατρικό χώρο είναι κεντρικός και έχει καθοριστική σημασία για την επίτευξη των αντικειμενικών θεραπευτικών στόχων του ψυχιατρικού πλαισίου.<sup>194</sup>

Στο Θ.Ψ.Π.Χ. εκτός από την ιατρική, την νοσηλευτική, την διοικητική και την τεχνική υπηρεσία υπάρχει και η κοινωνική υπηρεσία, αποτελούμενη από μόνιμους κοινωνικούς λειτουργούς. Η κοινωνική υπηρεσία καλύπτει τις ανάγκες και των τεσσάρων κλινικών στις οποίες οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι κατανεμημένοι. Ενώ στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και κατά το χρονικό διάστημα που πραγματοποιήσαμε την έρευνά μας

<sup>192</sup>Βλ. Πανταζάκας Π., σ. 97-112, ό.π.

<sup>193</sup>Βλ. Καλλινικάκη Θ., σ. 199-200, ό.π.

<sup>194</sup>Βλ. Μουζακίτης Χ., «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου», *Κοινωνική Εργασία*, τ. 12<sup>ο</sup>, 1988, σ 17-27.

δεν υπήρχε κοινωνική υπηρεσία. Για την κάλυψη όμως των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών, με πρωτοβουλία της ψυχιάτρου, η κλινική ξεκίνησε συνεργασία τον Οκτώβριο του 2003 με το Τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου και μετά από ένα χρόνο έγιναν οι πρώτες ενέργειες για σύσταση κοινωνικής υπηρεσίας.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού δεν εστιάζεται μόνο στη ενδονοσοκομειακή φάση, δηλαδή κατά την διάρκεια νοσηλείας του ασθενή αλλά και στην προνοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή φάση.

Αναφορικά με την προνοσοκομειακή φάση ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αποτρέψει την νοσηλεία ενός ψυχικά ασθενή. Με τέτοιου είδους περιστατικά ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί μέσω των εξωτερικών ιατρείων και μέσω της συνεργασίας της κινητής μονάδας με τα Κέντρα Υγείας.

Στα εξωτερικά ιατρεία απευθύνονται και άτομα τα οποία είναι ψυχικά ασθενείς αλλά δεν έχουν νοσηλευτεί ποτέ στο Θ.Ψ.Π.Χ. Ενώ ένας από τους σκοπούς της κινητής μονάδας είναι η ανίχνευση νέων περιστατικών στην κοινότητα και η έγκαιρη παρέμβαση ώστε να προληφθεί η νοσηλεία του ασθενή.

Όταν πλέον η νόσος έχει διαγνωσθεί και ο ασθενής εισάγεται για θεραπεία, ο κοινωνικός λειτουργός εμπλέκεται σημαντικά στην εισαγωγή του.

Η διαγνωστική προσφορά του κοινωνικού λειτουργού που περιλαμβάνει τις περιβαλλοντολογικές, οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που αυτές έχουν στην λειτουργικότητα του ατόμου, είναι βασικός ρόλος στην συλλογική προσπάθεια της θεραπευτικής ομάδας. Είναι εκπαιδευμένος για να συλλέξει στοιχεία από το φυσικό χώρο του ασθενή, τέτοια που διαφορετικά δεν μπορούν να συλλεχθούν με συνεντεύξεις στο γραφείο του ψυχιάτρου.

Ο κοινωνικός λειτουργός δεν εργάζεται για τον ψυχίατρο, συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και τους άλλους ειδικούς μέσα στη θεραπευτική ομάδα προς όφελος του ασθενή. Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., ανέφερε ότι η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού είναι παράλληλη με αυτή του ψυχιάτρου, δηλαδή συνδέεται αλλά είναι και ανεξάρτητη.

Όταν πια αποφασισθεί η εισαγωγή του ασθενή στο ψυχιατρείο, ο κοινωνικός λειτουργός ενδείκνυται να προετοιμάζει τον ασθενή. Θα πρέπει να του εξηγήσει τι πρέπει να περιμένει από την εκεί παραμονή του, τις συνθήκες λειτουργίες της κλινικής, τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά του ως εσωτερικού ασθενή, να διαλύσει τυχόν λαθεμένες αντιλήψεις του γύρω από το πλαίσιο και γενικά να προσπαθήσει να μειώσει το φόβο και την ένταση που νιώθει ο ασθενής για την εισαγωγή του σε ένα καινούριο, άγνωστο ιατρικό περιβάλλον. Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εξηγήσει τα ίδια πράγματα στους συγγενείς του ασθενή, να τους ενημερώσει για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους και ίσως να τους υποστηρίξει και να τους βοηθήσει να αποδεχθούν την εισαγωγή του αγαπημένου τους προσώπου στην ψυχιατρική κλινική.<sup>195</sup>

---

<sup>195</sup>Βλ. Κανταράκια Α., σ. 249-262, ό.π.

Κατά την εισαγωγή του στο Θ.Ψ.Π.Χ., ο ασθενής έρχεται σε επαφή με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό. Διαπιστώσαμε ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι παρόν στις συζητήσεις του γιατρού με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Αυτό φανερώνει την ολιστική προσέγγιση του ασθενή, σύμφωνα με την οποία, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο οι βιολογικοί αλλά και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην διάγνωση και τη θεραπεία. Ο ψυχίατρος λαμβάνει το ιατρικό ιστορικό και ενημερώνει την οικογένεια για τη φύση της ασθένειας και για το οργανικό κομμάτι και ο κοινωνικός λειτουργός λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό και της παρέχει υποστήριξη και κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση του ασθενή.

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή η κοινωνική υπηρεσία του Θ.Ψ.Π.Χ. μεριμνά για την ασφάλειά του και τον τρόπο ζωής του. Για παράδειγμα η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ. ανέφερε ότι οι ασθενείς όταν εισέρχονται στο Θεραπευτήριο αποδεσμεύονται από κάποια προσωπικά αντικείμενα όπως χρήματα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί δίνουν στους ασθενείς ένα ποσό από τα χρήματα τους, δύο φορές την εβδομάδα, ικανό όπως θεωρούν για να καλύψει τις ανάγκες και τα υπόλοιπα χρήματα τους τα κρατάνε στο ταμείο για να τα πάρουν στο εξιτήριο τους.

Η τακτική αυτή ακολουθείται με βάση τις περιορισμένες ανάγκες του ασθενή στο Θ.Ψ.Π.Χ. και για λόγους ασφάλειας. Επίσης φανερώνει ότι η κοινωνική υπηρεσία φροντίζει για τέτοιου είδους πρακτικά θέματα, ενδιαφέρεται για το μέλλον του ασθενή. Συγχρόνως διαφαίνεται η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και των ειδικών.

Ένας άλλος σημαντικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη δημόσια ψυχιατρική κλινική, είναι εκείνος του χειριστή ομάδων ασθενών. Οι ομάδες αυτές σκοπό έχουν να βοηθήσουν τους ασθενείς σε σχέση με την απομόνωση που συνήθως νοιώθουν μέσα στη κλινική, αλλά είναι και ένα χρήσιμο διαγνωστικό και θεραπευτικό μέσο.

Για παράδειγμα η Κ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., μας μίλησε για την προσωπική της εμπειρία με ομάδες ασθενών και συγκεκριμένα ομάδες που τα μέλη τους ήταν γυναίκες, παρουσιάζοντάς μας και υλικό από την δουλειά τους (ζωγραφίες, κολάζ κ.λ.π.). Η ομάδα αυτή προερχόταν από το τμήμα μακράς νοσηλείας και τα μέλη της ήταν μεγάλης ηλικίας. Η ζωγραφική και το κολάζ αποτελούσαν μέσο επικοινωνίας επειδή τα περισσότερα μέλη από την ομάδα αδυνατούσαν να συμμετέχουν σε συζητήσεις που διαρκούσαν πάνω από 5 λεπτά.

Εξαιτίας της ασθένειας αλλά και της μακρόχρονης νοσηλείας (ιδρυματισμός) το άτομο χάνει την ικανότητα του για κοινωνικές δεξιότητες, όπως συζήτηση, επικοινωνία και συντροφικότητα, μέσω της ομάδας όμως τις επανακτά. Ο κοινωνικός λειτουργός δίδει έμφαση στη σημασία της επικοινωνίας, καθώς πιστεύει ότι στην απομόνωση που ο ασθενής χάνει τον εαυτό του. Η οργάνωση της ομάδας φέρνει τον επαγγελματία πιο κοντά στον ασθενή. Παρατηρούμε ότι μέσω της τέχνης επιτελείται ένα διαφορετικό, αποτελεσματικό, μοντέλο παρέμβασης.

Στην ενδονοσοκομειακή φάση, ο κοινωνικός λειτουργός πέρα από τον ασθενή προσεγγίζει και την οικογένεια του, και είναι δυνατόν να δουλέψει υποστηρικτικά μαζί της. Πολλές φορές ζητούν οι ίδιοι οι συγγενείς από τους κοινωνικούς λειτουργούς να διαμεσολαβήσουν μεταξύ αυτών και του γιατρού.

Διαπιστώνουμε δηλαδή τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού ως συνδετικό κρίκο μεταξύ της κλινικής και της οικογένειας του ασθενή, κατά την εισαγωγή και τη διάρκεια της νοσηλείας του. Η οικογένεια ενδιαφέρεται για τον ασθενή και ζητά όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί. Όταν δεν είναι εύκολο να προσεγγίσει το γιατρό θέτει τον κοινωνικό λειτουργό ως διαμεσολαβητή ανάμεσα στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και τις οικογένειες.

Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., τόνισε ιδιαίτερα τον υποστηρικτικό ρόλο του κοινωνικού λειτουργού για τον ασθενή. Ανέφερε ότι ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να εργάζεται για το συμφέρον του ασθενή, να στηρίζει την οικογένεια για να μπορεί η ίδια να στηρίζει τον ασθενή. Φαίνεται έτσι ότι ο κοινωνικός λειτουργός υπερασπίζεται το συμφέρον του ασθενή κάνοντας κάποιες ενέργειες, όπως το να πάρουν τηλέφωνο τους συγγενείς για ρούχα, χρήματα, επισκέψεις, κ.ά. Δηλαδή κεντρική φιλοσοφία είναι ότι «προασπίζουν την οικογένεια για το συμφέρον του ασθενή».

Η Κ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., αναφέρθηκε στην κατάσταση των ασθενών στα χρόνια τμήματα. Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν έκπτωση πολλών λειτουργιών, όπως το να μην φροντίζουν τον εαυτό τους, κι έχουν χάσει την αίσθηση της προσωπικής τους υγιεινής και μένουν ακίνητοι και απομονωμένοι. Εξαιτίας και της επιβαρημένης ψυχοπαθολογίας τους και της χρονιότητας, αυτή η επαφή με την οικογένεια είναι ελάχιστη ή έχει χαθεί εντελώς. Στόχος της ίδιας σαν κοινωνική λειτουργός ήταν να φέρει σε επικοινωνία τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Η έκλειψη ή η μείωση της επαφής με την οικογένεια μπορεί να οφείλεται στο ότι η οικογένεια έχει χάσει τις ελπίδες της, έχει κουραστεί, αδιαφορεί ή δεν υπάρχει. Ο κοινωνικός λειτουργός θέλοντας να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του ασθενή τον φέρνει σε επαφή με την οικογένεια του, που αποτελεί και ένα βήμα για να έρθει πιο κοντά στη κοινότητα.

Η συνεργασία με την οικογένεια του πάσχοντος ατόμου ήταν πάντα ένα από τα βασικά μελήματα των κοινωνικών λειτουργών. Η οικογένεια είναι το προσφορότερο περιβάλλον για όλα σχεδόν τα άτομα και γενικά οι κοινωνικοί λειτουργοί βλέπουν την συμπεριφορά, τις στάσεις και τα αισθήματα των εξυπηρετούμενων τους σαν αποτέλεσμα της πίεσης ή της υποστήριξης των οικογενειακών τους σχέσεων. Για αυτό βασική προτεραιότητα είναι η εργασία με την οικογένεια για να μειωθεί η ένταση που υπάρχει. Η μορφή που θα πάρει η εργασία αυτή εξαρτάται από τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, τη διαθεσιμότητα



των μελών της οικογένειας και την υποστήριξη που υπάρχει από το ίδιο το ψυχιατρικό πλαίσιο για μια τέτοια εργασία.<sup>196</sup>

Μέσα στην ψυχιατρική κλινική τα μέλη όλων των ειδικοτήτων ψυχικής υγείας συγκροτούν την διεπιστημονική ομάδα και εργάζονται σε ομαδικό επίπεδο. Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από όλο το φάσμα των ειδικοτήτων που εργάζονται για την διαφύλαξη της ψυχικής υγείας.

Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας συναντώνται σε τακτά χρονικά διαστήματα για να παρατηρούν και να ελέγχουν την φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή, την αντίδρασή του σε αυτή και την εξέλιξη της νόσου του. Κατά την παραμονή του ασθενή στην ψυχιατρική κλινική τα μέλη όλων των ειδικοτήτων συγκεντρώνουν στοιχεία γι' αυτόν, εκτιμούν την κατάσταση και την πορεία της νόσου του και συμφωνούν πάνω σε ένα ενιαίο πλαίσιο δράσης, το οποίο ακολουθείται από όλους. Έτσι ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται στενά με τα άλλα μέλη του προσωπικού για να προσεγγίσει τον ασθενή και την οικογένειά του και για να χρησιμοποιήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις διαθέσιμες πηγές.

Το ρόλο της διεπιστημονικής ομάδας, στο Θ.Ψ.Π.Χ. τον συναντάμε, εκτός των άλλων, στη διοργάνωση των ψυχοεκπαιδευτικών σεμιναρίων όπου κάθε επαγγελματίας αναλαμβάνει την παρουσίαση ενός θέματος ανάλογο της ειδικότητάς του. Ο κοινωνικός λειτουργός σε αυτό το κομμάτι συνεργάζεται με τον επισκέπτη υγείας και παρουσιάζει θέματα όπως ο τρόπος προσέγγισης και δυνατότητας επικοινωνίας της οικογένειας με τους ασθενείς, πρακτικές οδηγίες συμπεριφοράς απέναντι στο άτομο που έχει το πρόβλημα, επίλυση προβλημάτων που δεν συζητήθηκαν αρκετά με τον ειδικό ή απορίες, πληροφορίες σχετικά με τα μέτρα κοινωνικής υποστήριξης όπως σύνταξη αναπηρίας, κέντρα επανένταξης, θεραπευτικές κοινότητες, ενθάρρυνση σε μελλοντικές τέτοιες δραστηριότητες κ.ά.

Πέρα από την διεπιστημονική συνεργασία που φαίνεται στο παραπάνω απόσπασμα καταλαβαίνουμε ότι δεν υπάρχουν και τόσο σαφείς κανόνες όσον αφορά τους τομείς εργασίας των δυο επαγγελμάτων.

Όταν η παραμονή του αρρώστου πλησιάζει προς το τέλος της και αποφασιστεί από την ομάδα η έξοδός του, είναι πολύ σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να αναλαμβάνει να προετοιμάσει τον ασθενή και την οικογένειά του για το γεγονός αυτό και να του ανακοινώσει την ημερομηνία εξόδου του. Φροντίζει για την αποκατάστασή του, πράγμα που συζητά μαζί του, τον βεβαιώνει ότι η παρακολούθηση θα εξακολουθήσει και μετά την έξοδό του και γενικά προσπαθεί να αμβλύνει το άγχος που προκαλεί στον ασθενή η έξοδος από το προστατευμένο περιβάλλον της ψυχιατρικής κλινικής και η επανείσοδός του στον κοινωνικό του περίγυρο. Όταν ο ασθενής εξέρχεται, ο κοινωνικός λειτουργός ορίζει το επόμενο ραντεβού που θα είναι στα πλαίσια της παρακολούθησης, δίνοντας συγκεκριμένο τόπο και χρόνο. Μετά την αποχώρηση του ατόμου από την ψυχιατρική κλινική είναι μέσα στα

<sup>196</sup>Βλ.. Κανταράκια Α., σ. 246- 262, ό.π.

καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού να ελέγχει και την τήρηση αυτών που συμφωνήθηκαν και προπαντός εκείνον που έχουν σχέση με τη συνέχιση της φροντίδας του ασθενή.<sup>197</sup>

Η Β., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., τόνισε ότι η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού δεν σταματά στη νοσηλεία του ασθενή. Βγαίνοντας ο ασθενής από το νοσοκομείο, προσπαθούν να μην χάσουν την επαφή μαζί του, ούτε και με την οικογένεια του, και δίνουν προσοχή στην πρόληψη της υποτροπής, γι' αυτό και συνεργάζονται με τις επισκέπτριες υγείας.

Επίσης, πρόσθεσε ότι στις περιπτώσεις ασθενών που ζουν σε προστατευμένα διαμερίσματα και ξενώνες κατά την επίσκεψη τους στα εξωτερικά ιατρεία, ο κοινωνικός λειτουργός πληροφορείται για όλα τα σημαντικά γεγονότα στη ζωή του ασθενή, ακόμα και για τα πιο προσωπικά του.

Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι ο κοινωνικός λειτουργός στα πλαίσια της συνεχιζόμενης παρακολούθησης του ασθενή, εργάζεται στα εξωτερικά ιατρεία, όπου χρησιμοποιεί την ολιστική προσέγγιση.

Η Ξ., κοινωνική λειτουργός στο Θ.Ψ.Π.Χ., μας ανέφερε ένα παράδειγμα της παρέμβασης της στη μετανοσοκομειακή φάση, για την περίπτωση ενός ιδρυματοποιημένου ασθενή που χρησιμοποίησε την ειδίκευσή της, για να τον εκπαιδεύσει σε κοινωνικές δεξιότητες. Ο συγκεκριμένος ασθενής αρχικά αντιστεκόταν, δεν ήθελε να φύγει από το χρόνιο τμήμα και με τη βοήθεια ενός συγγενή κατάφερε να τον εντάξουν στα πλαίσια ενός Κ.Α.Π.Η. και να δημιουργήσει δεσμούς με την κοινότητα. Ο ασθενής δεν χρειάστηκε να νοσηλευτεί ποτέ ξανά.

Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται για μεγάλο χρονικό διάστημα στο χώρο του Θ.Ψ.Π.Χ. δυσκολεύεται και αρνείται να εγκαταλείψει αυτό το χώρο για να ενταχθεί σε κάποιον άλλο. Στην περίπτωση της ιδρυματοποίησης, ειδικά όταν υπάρχει χρονιότητα στη νοσηλεία του ασθενή, ο ασθενής δένεται με το χώρο, τους επαγγελματίες και τους υπόλοιπους ασθενείς.

Ο επαγγελματίας θεώρησε σημαντικό, για να βοηθήσει τον ασθενή, να εμπλέξει ένα μέλος της οικογένειάς του. Με βάση αυτήν την περίπτωση επιβεβαιώνεται η σημαντικότητα του ρόλου των συγγενών. Ανάλογα με τους χειρισμούς του επαγγελματία, η οικογένεια μπορεί να επιδράσει θετικά στην εξέλιξη του ασθενή. Στην περίπτωση που ο επαγγελματίας επιλέξει ένα συγγενή που επιδρά αρνητικά στον ασθενή, το εγχείρημα της εκπαίδευσης του θα αποτύχει. Επιπλέον, ο ασθενής εισπράττει το ενδιαφέρον της κοινότητας, δημιουργεί δεσμούς με αυτήν με αποτέλεσμα να μην υποτροπιάσει. Τέλος, η παρέμβαση του επαγγελματία σε αυτήν την περίπτωση κινείται στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του κοινωνικού λειτουργού είναι και οι διοικητικές εργασίες. Γι' αυτό το θέμα, όμως, υπάρχει διάσταση απόψεων. Η Ξ., κοινωνική λειτουργός

---

<sup>197</sup>Βλ. Κανταράκια Α., σ. 246- 262, ό.π.

στο Θ.Ψ.Π.Χ., μας ανέφερε ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να κάνει κάποιες διοικητικές εργασίες, όπως π.χ. τις σχετικές με επιδόματα, συντάξεις κ.λ.π., τα οποία έχουν άμεση σχέση με το ασθενή. Αντίθετα δυο άλλοι κοινωνικοί λειτουργοί τόνισαν ότι αυτό που τους ενοχλεί στη δουλειά τους είναι ότι κάποιες φορές τους ζητείται να εμπλακούν σε γραφειοκρατική διαδικασία κάνοντας διοικητική δουλειά.

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, κατά την διάρκεια της έρευνας μας δεν υπήρχε κοινωνική υπηρεσία, μόνο οι εκπαιδευόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί.

Πριν τη συνεργασία της κλινικής με τη σχολή Κοινωνικής Εργασίας, δεν ήταν στους στόχους της κλινικής να προσφέρει στους συγγενείς και στις οικογένειες τους τέτοιου είδους βοήθεια. Πιθανόν η ιδιοκτήτρια να μην θεωρούσε απαραίτητο να προσλάβει κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο και λόγω του κόστους πρόσληψης νέου προσωπικού. Συνεπώς το περιβάλλον της κλινικής δεν ταυτιζόταν με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Παρόλα αυτά οι απόψεις των επαγγελματιών δίστανται, καθώς κάποιοι θεωρούν ότι είναι απαραίτητα τα κοινωνικά επαγγέλματα στη κλινική για τη θεραπεία των ασθενών, ενώ κάποιοι αμφισβητούν τη συμβολή τους.

Για παράδειγμα η Ε., γραμματέας στη ιδιωτική κλινική, υποστήριξε ότι δεν χρειάζεται στο χώρο της κλινικής κάποιο κοινωνικό επάγγελμα, συγκεκριμένα ανέφερε: «*Τι να κάνει ο ψυχολόγος εδώ πέρα;*».

Η συγκεκριμένη επαγγελματίας θεωρεί ότι στους ψυχικά ασθενείς δεν μπορεί να τους παρασχεθεί τέτοιου είδους βοήθεια, πιστεύοντας ότι δεν μπορούν να αλλάξουν. Όμως οι παρακάτω μαρτυρίες μας δείχνουν ότι υπάρχουν επαγγελματίες στην ιδιωτική κλινική που υποστηρίζουν την ανάγκη ύπαρξης ενός κοινωνικού επαγγέλματος:

*«Κοίτα αυτό [αν χρειάζονται κοινωνικά επαγγέλματα στη κλινική] δεν μπορώ να το κρίνω εγώ, ούτως ή άλλως δηλαδή, καλό είναι σίγουρα, αλλά δεν μπορώ να το κρίνω εγώ αυτό... Για τους ασθενείς σίγουρα θα ήταν κάτι καλύτερο, γιατί όσο να' ναι εμείς θα ασχοληθούμε, αλλά δεν είναι... Δηλαδή το επάγγελμα μας δεν μας έχει εξειδικεύσει, το πώς θα ασχοληθούμε και το πώς θα... Τι θα κάνουμε πάνω στον άρρωστο έτσι; Σίγουρα είναι καλύτερο να υπήρχε κάτι τέτοιο» (Μ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

*«Η εργασιοθεραπεία είναι καλό αλλά που; Ποιος θα τους ξεσηκώσει; Αν και εκεί ας πούμε να μαζέψουν τα πιάτα, δηλαδή καλό είναι ρε παιδί μου, τα ξέρετε τώρα, τι σας λέω τώρα;» (Α., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

*«Θα βοηθούσε αυτό πάρα πολύ, θα βοηθούσε πάρα πολύ... Και για το θέμα των οικογενειών ναι... Να σας πω γιατί; Γιατί οι οικογένειες, αλλιώς θα περάσει μια συζήτηση από μια κοινωνική λειτουργό ή από ψυχολόγο και αλλιώς από το προσωπικό. Γιατί ας πούμε ξέρεις υπάρχουν... Υποδιαιρέσεις. Δηλαδή ναι μεν μας εμπιστεύονται γιατί τους προσέχουμε απλώς μέχρι ένα σημείο σε πιστεύουν. Ενώ ας πούμε στην κοινωνική λειτουργό μπορούν και να ντραπούν κιόλας δηλαδή ας πούμε μπαίνουν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να ντραπούν για να συνεργαστούν λίγο περισσότερο. Αλλά με εμάς δεν πιστεύω δηλαδή» (Γ., νοσηλεύτρια στην ιδιωτική κλινική).*

Στο παραπάνω απόσπασμα η νοσηλεύτρια θεωρεί ότι το κατάλληλο επάγγελμα για να συνεργαστεί με την οικογένεια είναι ο ψυχολόγος ή ο κοινωνικός λειτουργός, εξαιτίας του κύρους, των γνώσεων και της ειδικότητας τους.

Στα πλαίσια της εργαστηριακής άσκησης οι σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας, εργάστηκαν με περιστατικά άνοιας και ψύχωσης, καθώς στην ψυχιατρική κλινική νοσηλεύονται και ανοϊκά άτομα. Δημιούργησαν ομάδες ασθενών με ανοϊκά και ψυχωσικά άτομα. Όσον αφορά την ομάδα ψυχωσικών ατόμων, σκοπός ήταν η δημιουργία καλών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της ομάδας, προκειμένου να επιτευχθούν οι παρακάτω στόχοι: εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, φροντίδα του εαυτού, ενθάρρυνση για διαπροσωπικές σχέσεις και ενθάρρυνση για ενεργητική συμμετοχή σε δραστηριότητες.

Οι στόχοι αυτοί τέθηκαν προκειμένου να καλυφθούν οι παρακάτω ανάγκες που αποτελούν και συμπτώματα ψυχικής ασθένειας, όπως η έκπτωση κοινωνικών δεξιοτήτων, η έκπτωση της φροντίδας του εαυτού και η έκπτωση της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Από τα παραπάνω συνεπάγονται τα εξής: κοινωνική απομόνωση, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, ανηδονία (απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης) και μειωμένη παραγωγική λειτουργία.

Όσον αφορά την Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, οι σκοποί της δημιουργίας μιας ομάδας μπορεί να διαφέρουν ανάλογα και με την εκπαίδευση και την ιδεολογία του κοινωνικού λειτουργού που τη δημιουργεί. Στόχος της ομάδας μπορεί να είναι η υποβοήθηση και η υποστήριξη του ατόμου να νιώσει καλύτερα, να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά, μέσω των αμοιβαίων υποστηρικτικών προσπαθειών της ομάδας και να αναπτύξει αυτονομία, δοκιμάζοντας τις δυνατότητές του μέσα στα πλαίσια της ομάδας. Συνήθως η σύνθεση της ομάδας εξαρτάται από το σκοπό για τον οποίο έχει δημιουργηθεί.<sup>198</sup>

Η επιτυχία ενός θεραπευτικού σχεδίου που απευθύνεται σε ψυχιατρικούς ασθενείς έχει ανάγκη από την υποστήριξη και ενεργό συμμετοχή, άμεση ή έμμεση, του κοινοτικού και

<sup>198</sup>Βλ. Κανταράκια Α., σ. 246- 262, ό.π.

κοινωνικού χώρου που το περιβάλλει. Η θεραπεία της ευρύτερης έννοιας δεν είναι αυτή που παρέχεται μόνο μέσα στην κλινική αλλά και έξω από αυτή, μέσα στο φυσικό χώρο του ψυχικά ασθενή. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να εντοπίσει και να οργανώσει πηγές υποστήριξης, να ενημερώσει και συνεργαστεί με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς καθώς και να ενημερώσει το ευρύ κοινό. Τα παραπάνω είναι βήματα απαραίτητα για μια ολοκληρωμένη και καθολική ενεργοποίηση όλων αυτών των παραγόντων που έχουν επιπτώσεις στην αποθεραπεία του.<sup>199</sup>

Στην ιδιωτική κλινική, οι εκπαιδευόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί επιδίωξαν να ευαισθητοποιήσουν την ευρύτερη κοινότητα προς τη συγκεκριμένη κλινική και γενικότερα προς την ψυχική ασθένεια. Ο σκοπός αυτός επιτεύχθηκε μέσω της συνεργασίας με φορείς και οργανώσεις που βρίσκονται στη κοινότητα, π.χ. Κ.Α.Π.Η., εκκλησία, και μέσω της διοργάνωσης μιας ομιλίας εκτός της κλινικής, όπου το κοινό ενημερώθηκε για τη σχιζοφρένεια και την άνοια, ώστε να αναγνωρίζουν κάποια συμπτώματα αυτών καθώς και για τα άτομα που εξυπηρετεί η ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και τις υπηρεσίες που προσφέρει. Για την διοργάνωση αυτής της ομιλίας, οι εκπαιδευόμενοι συνεργάστηκαν με τη Πρόεδρο του Συλλόγου Φίλων και Οικογενειών για τη Ψυχική Υγεία Ηρακλείου, και δόθηκε η ευκαιρία στο κοινό να γνωρίσει από κοντά τη ψυχιατρική κλινική και να συμβάλλει εθελοντικά στη βελτίωση του τρόπου ζωής τους (επισκέψεις, κοινές εξοδοί).

Επίσης, μέσω της προώθησης των ίδιων των ασθενών στη κοινότητα π.χ. την επίσκεψη τους στην εκκλησία, σε καφενεία, στα πάρκα, και στο Δ' Κ.Α.Π.Η. Ηρακλείου.

Τα αποτελέσματα της εργασίας των εκπαιδευόμενων κοινωνικών λειτουργών ήταν αξιοσημείωτα. Το προσωπικό της ιδιωτικής κλινικής παρατήρησε αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών και στη στάση των οικογενειών και έτσι συνειδητοποίησε την ανάγκη να προσληφθεί μόνιμος κοινωνικός λειτουργός στην κλινική.

*«(...) είμαστε στην συζήτηση για να υπάρξει μόνιμος κοινωνικός λειτουργός. Διότι η παρουσία των σπουδαστών αυτή τη χρονιά ήταν θεαματική [κοινωνικών λειτουργών], θεαματική στην... Δηλαδή η νύχτα με τη μέρα με την περσινή χρονιά» (Α., ψυχίατρος στην ιδιωτική κλινική).*

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχική υγεία είναι πολύπλοκος και βρίσκεται σε διαρκή ανάπτυξη (ψυχιατρική μεταρρύθμιση). Η συμβολή του αναγνωρίζεται μέσω της ολιστικής προσέγγισης του ασθενή. Η κύρια ευθύνη του συνίσταται στο ρόλο του συνδέσμου ανάμεσα στον ασθενή, την ψυχιατρική υπηρεσία και την οικογένεια του ασθενούς. Γενικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι ο κοινωνικός λειτουργός πραγματοποιεί

---

<sup>199</sup>Βλ. Μουζακίτης Χ., σ. 17-27, ό.π.

κοινωνικό - θεραπευτική παρέμβαση, παρέχοντας υποστήριξη μέσα από τη γνώση και χρήση κοινωνικών μέσων, για την επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό σύνολο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΤΡΙΤΟ

### ΔΙΚΤΥΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

#### 13.1. Άτυπα δίκτυα υποστήριξης της οικογένειας (συγγενείς – φίλοι – γειτονιά)

Τα ανεπίσημα δίκτυα είναι κατ' ουσίαν, άμεσες είτε έμμεσες σχέσεις μεταξύ προσώπων, με στόχο την προσφορά βοήθειας. Οι σχέσεις αυτές χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα μεταξύ των μελών του δικτύου. Οι γυναίκες εν γένει, συμμετέχουν περισσότερο από τους άνδρες σε άτυπα δίκτυα για ανταλλαγή αγαθών και υπηρεσιών. Ένας λόγος για αυτό είναι το γεγονός ότι δεν συμμετέχουν στην αγορά εργασίας και συνεπώς διαθέτουν ελεύθερο χρόνο. Επιπλέον οι γυναίκες θεωρείται ότι έχουν μεγαλύτερη ευχέρεια στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων με γείτονες.<sup>200</sup>

Η οικογένεια του ψυχικά ασθενή αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο κάθε φορά την έννοια της υποστήριξης. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήσαμε διαπιστώσαμε ότι η υποστήριξη μπορεί να πάρει πολλές μορφές όπως οικονομική, συναισθηματική εκδήλωση ενδιαφέροντος για τον ασθενή και την πορεία της ασθένειας του επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας ή στο χώρο κατοικίας του, φροντίδα των υπολοίπων μελών της οικογένειας όταν ένα μέλος της νοσεί, βοήθεια στη λήψη αποφάσεων και αντιμετώπιση μιας κρίσης.

Ο συγγενής είναι πολύ βασικό στοιχείο τόσο για την άμεση αντιμετώπιση μιας κρίσης της ασθένειας, όσο και κατά την διάρκεια που ο ασθενής βρίσκεται εκτός νοσοκομείου:

*«Έχω και τα παιδιά μου, όταν δεν έχουν δουλειά έρχονται και βοηθάνε θα βάλω πλυντήριο, θα τα στεγνώσω και θα έρθουν τα παιδιά να τα πάρουν και να τα σιδερώσουν (...) η μεγάλη [κόρη] τώρα, είχαμε φύγει εμείς την Κυριακή, ήρθε αυτή μέσα, καθάρισε το σπίτι, εντάξει, χθες το βράδυ σφουγγάρισα εγώ (...) μόνο πέρα από τα παιδιά μου δεν είχα κανένα άλλο» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«Μόνο τον ανιψιό, μου, δεν έχω κανένα άλλο, τα ανίψια μου είναι εμένα στην Αθήνα (...) να ας πούμε να θέλω να πάω σε γιατρό, τον έχουμε φέρει δυο – τρεις φορές, τον πήγαμε την άλλη φορά στο Π.Α.Γ.Ν.Η. μαζί με το αμάξι του και σταμάτησε ο άνθρωπος μέχρι που*

<sup>200</sup>Βλ. Σταθόπουλος Π, Κοινοτική Εργασία. Διαδικασία, μέθοδοι, και τεχνικές παρέμβασης, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σ. 68.

έκανε όλες τις εξετάσεις και ύστερα μου λέει: 'θα φύγω θεία', γιατί είχε και δουλειά και του λέω 'Τι θα κάτσεις να κάνεις παιδί μου να κάνεις, αφού κάναμε τις εξετάσεις' και μου λέει τη Δευτέρα πρωί – πρωί θα έρθουμε με τη γυναίκα μου και με την πεθερά μου να είναι λέει στην εγχείριση (...) [παλαιότερα] τον πήραμε και τον πήγαμε στην Αθήνα ήρθε η αδερφή μου και τον πήγαμε στην Αθήνα, στο Αιγινίτειο... Ήταν και ο πεθερός μου που με υποστήριζε (...)» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική).

Όπως παρατηρούμε στα παραπάνω αποσπάσματα οι συγγενείς βοήθησαν την οικογένεια στη φροντίδα του νοικοκυριού που περιβάλλει τον ασθενή αλλά και στην εκδήλωση ενδιαφέροντος προς το πρόσωπο του σε περίοδο κρίσης.

Παρόλα αυτά υπάρχουν και άλλες πηγές υποστήριξης όπως είναι οι φίλοι και οι γείτονες. Πολλές οικογένειες αναφέρουν την στήριξη που δέχτηκαν από φίλους και γείτονες ως πιο καθοριστική από κείνη των συγγενών.

«Τον Ν., ένα φίλο, υποστήριξη μόνο από αυτό το παιδί... Κοίταζε από χρήματα δεν μπορούσε το παιδί να μου προσφέρει, αλλά όποτε μπορούσε ας πούμε πάλι θα του τα ξαναέδινε (...) και ενδιαφερόταν και τώρα, και απόψε θα έρθει, δεν με αφήνει... Τα αγαπάει πολύ τα παιδιά, παίζει μαζί τους, πάμε στη θάλασσα, παρέα (...)» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

«Όσο διάστημα ήταν στο Ηράκλειο τον επισκέφθηκαν πάρα πολλοί φίλοι, συνάδελφοι από το ξενοδοχείο, συγγενείς. Ο Ν. είναι ένας άνθρωπος που θέλει να έρχονται να τον βλέπουν οι άλλοι. Αφού έπαιρνε κάποιους τηλέφωνο και τους έλεγε ότι θέλει να τους δει» (Ρ.Ν., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).

«(...) να πάει να την παίξει στο ντουβάρη... Να αυτοκτονήσει και τον σέρνω, γλακώ και τον αγκαλιάζω με άκουσαν ύστερα και οι γείτονες, τρέζανε ήρθανε και τον συνεφέρανε, καθίσαμε ύστερα και κουβεντιάσαμε και όπως κουβεντιάζαμε μια μεγάλη παρέα, μια δεκαριά άτομα, γείτονες (...)» (Ε.Χ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).



Παράλληλα διαπιστώσαμε πως ορισμένες οικογένειες παρόλο που χρειάζονταν βοήθεια δεν την ζήτησαν είτε γιατί δεν θέλησαν να ταλαιπωρήσουν τους συγγενείς τους είτε γιατί όταν την είχαν ζητήσει ξανά στο παρελθόν τους την αρνήθηκαν.

*«Έπειτα δεν τα χρειαζόμουν... Όχι δεν τα χρειαζόμουν απλώς δεν θέλω να τα ταλαιπωρήσω παραπάνω... Αμα μου κάνει τη ζωή μαρτύριο τούτη 'δω, θα πάρω τηλέφωνο τη Β. ή τη Γ. [κόρες] 'Ελάτε εδώ πάρτε τη, μιλήστε της γιατί φοβάμαι να μην της παίξω κανένα μπάτσο!» (...) όχι δεν ήταν θέμα 'δεν ήθελα εγώ'. Είναι υποχρέωση, μου φαίνεται, για μένα, σαν υποχρέωση(...)» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

*«Όχι, όχι, δεν θέλω βοήθεια ας πούμε για να ζητήσω... Δεν εμπιστεύομαι κανένα, γιατί ξέρω αν θα... Παλιότερα ας πούμε που χρειάστηκα κάποια βοήθεια και ζήτησα μου είπαν 'γιατί δεν μπορείς να πας' (...) 'όλο εμείς θα'... Και για αυτό δεν ζητάω από κανέναν» (Ε.Κ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Κάποιες από τις οικογένειες διέκοψαν τις κοινωνικές σχέσεις με φίλους ή συγγενείς, είτε γιατί απομακρύνθηκαν οι ίδιοι λόγω έλλειψης διάθεσης για διασκέδαση, είτε γιατί ένοιωσαν πως οι άλλοι τους λυπούνται:

*«Εγώ να σας πω τώρα, έχω αποξενωθεί εγώ ατομικά, με την γυναίκα μου από όλες τις χαρές. Από γάμους, από γιορτές. Γλέντια δεν πάμε. Δεν μπορώ να πάω γιατί είμαι και υπερήφανος, είμαι και υπερήφανος, δεν θέλω να με λυπούνται... Δεν είμαι για λύπηση... Δεν είμαι για λύπηση! Ούτε εγώ ούτε αυτή. Παρόλο που είναι άρρωστη» (Α.Γ., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Σύμφωνα με τα παραπάνω, παρατηρούμε πόσο σημαντική είναι για την οικογένεια του ψυχικά ασθενή η στήριξη που λαμβάνει από άλλους συγγενείς, φίλους και γείτονες. Ωστόσο υπάρχουν και οικογένειες που αναζητούσαν την στήριξη τους ενώ ποτέ δεν την είχαν. Αντιθέτως υπήρχαν περιπτώσεις που επέκριναν οι συγγενείς την οικογένεια:

*«Ναι θα ήθελα την βοήθειά τους. Πολύ λίγοι όμως με στήριξαν, περισσότερο η δική μου οικογένεια και καθόλου του Ν. και κάποιοι φίλοι... Οι συγγενείς του, τα αδέρφια του... Τα έβαλαν μαζί μου ότι δεν θέλω το καλό του...» (Ρ.Ν., σύζυγος ασθενή που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ.).*

Στις περιπτώσεις, όπου δεν υπήρχαν πηγές υποστήριξης της οικογένειας παρατηρούμε ότι η οικογένεια είτε πίστευε ότι θα τα κατάφερνε μόνη της και θεωρούσε την ασθένεια τους συγγενή της οικογενειακή υπόθεση, είτε οι συγγενείς φίλοι, γείτονες, δεν ήθελαν να πλησιάσουν την οικογένεια εξαιτίας της φύσης της ασθένειας.

Η άγνοια για τη ψυχική ασθένεια, ο φόβος τους για την επικινδυνότητα του άρρωστου μέλους και την πιθανή μεταδοτικότητα της ασθένειας ήταν παράγοντες ανασταλτικοί για άμεση επικοινωνία με την οικογένεια.

*«Από την γειτονιά λίγοι μας στήριξαν και πολλοί μας γύρισαν την πλάτη» (Π.Γ., μητέρα ασθενή που νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί και στο Θ.Ψ.Π.Χ.) .*

Η Ο.Σ., μητέρα δυο ασθενών, μιας κόρης που νοσηλεύτηκε στην ιδιωτική κλινική και ενός γιου που νοσηλεύτηκε στο Θ.Ψ.Π.Χ., τονίζει ότι τόσο κατά τη διάγνωση της ασθένειας των παιδιών της όσο και κατά της νοσηλείας τους δεν είχε καμία υποστήριξη. Κανένας συγγενής ή φίλος δεν την στήριξε είτε οικονομικά είτε συναισθηματικά. Αναφέρει ότι τα αδέρφια της δεν ενδιαφερόταν για αυτήν ακόμα και όταν τα παιδιά της ήταν μικρά.

Η Κ.Α., αδερφή ασθενούς που νοσηλεύεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, ανέφερε ότι δεν υπήρχαν συγγενείς και φίλοι που να στηρίζουν την οικογένεια, τόσο κατά την εμφάνιση της ασθένειας, όσο και τώρα. Συγγενείς και φίλοι ρωτούσαν απλά τι κάνει.

Από τις συνεντεύξεις που μελετήσαμε συμπεραίνουμε ότι οι κοινωνικές συναναστροφές επιτρέπουν στην οικογένεια να δημιουργήσει ένα δίκτυο υποστήριξης προκειμένου να αντεπεξέλθει στις υπόλοιπες δυσκολίες που ανακύπτουν λόγω της ασθένειας του μέλους τους. Χωρίς τέτοιους ανθρώπους (φίλοι, συγγενείς γειτονιά), η επιβάρυνση από την κατάσταση του άρρωστου συγγενή τους, είναι ακόμα μεγαλύτερη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την χαλάρωση αυτών των παραδοσιακών δικτύων αλληλεγγύης και ίσως για αυτό το λόγο οι πολίτες προσφεύγουν πιο εύκολα στις εξειδικευμένες υπηρεσίες, κοινωνικά και τυπικά δίκτυα υποστήριξης.

### 13.2. Τυπικά δίκτυα υποστήριξης: Σύλλογοι Οικογενειών

Ο Σύλλογος Οικογενειών σαν υποστηρικτική ομάδα συγγενών βοηθά τους συγγενείς να νιώσουν ανακούφιση από το βάρος της αρρώστιας, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τα άγχη και τις αγωνίες τους, να συμφιλωθούν με την αρρώστια και να καταπολεμήσουν τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος.

Αυτές οι ομάδες υποστήριξης αποτελούν συνήθως τη βάση για τη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας. Οι ομάδες αυτοβοήθειας συστάθηκαν από οικογένειες για οικογένειες που έχουν ανάγκη βοήθειας, αλλά και από ειδικούς που αναγνωρίζουν την ανάγκη αυτή. Στηρίζονται περισσότερο στη βοήθεια από τα μέλη που έχουν το ίδιο πρόβλημα και λιγότερο στη βοήθεια από ειδικούς. Ο ρόλος των ειδικών θεωρείται πολύ σημαντικός κυρίως στις ψυχοεκπαιδευτικές και τις υποστηρικτικές ομάδες.

Βέβαια, όλες αυτές οι ομαδικές παρεμβάσεις δεν αποτελούν πανάκεια. Φαίνεται όμως να είναι ένας σημαντικός κρίκος στην αλυσίδα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, που αναφέρονται στην οικογένεια. Ο εκπαιδευτικός, πάντως, και υποστηρικτικός τους ρόλος έχει ανεκτίμητη θεραπευτική αξία.

Από τις ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας ξεπήδησαν σιγά-σιγά οργανώσεις και σύλλογοι οικογενειών και αναπτύχθηκε έτσι το κίνημα των συγγενών και των οικογενειών, που στις μέρες μας παίζει σημαντικό ρόλο στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της υπεράσπισης των δικαιωμάτων τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των συγγενών τους.

Στα πλαίσια αυτά, δημιουργήθηκε και στην Ελλάδα ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.), που έχει πανελλαδική εμβέλεια και αποτελεί, στην ουσία, την πρώτη συλλογική έκφραση των οικογενειών των ψυχικά ασθενών στη χώρα μας.<sup>201</sup>

#### 13.2.1. Σύλλογος Φίλων και Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Ηρακλείου (ΣΥ.ΦΟΙ.Ψ.Υ.)

*'' Χτίζοντας την ψυχική υγεία μας μέσα στην πόλη ''*<sup>202</sup>

Ο Σύλλογος Φίλων και Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία, είναι ένα μη κερδοσκοπικό σωματείο που ιδρύθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης το 1998 με την πρωτοβουλία ατόμων που βιώνουν στην οικογένειά τους το πρόβλημα της ψυχικής νόσου.

Σκοποί του συλλόγου σύμφωνα με το καταστατικό του είναι οι εξής:

<sup>201</sup>Βλ. Οικονόμου Μ.Π., «Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Χριστοδούλου et. al, σ. 181-186, ό.π.

<sup>202</sup>Φράση που αναφέρεται σε φυλλάδιο του Συλλόγου Φίλων και Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Ηρακλείου, θέλοντας να ευαισθητοποιήσει τους πολίτες στο θέμα της ψυχικής υγείας.

- Η παροχή υποστήριξης στα άτομα με ψυχοκοινωνική διαταραχή καθώς και στις οικογένειές τους.
- Η διεκδίκηση της υποστήριξης και της εφαρμογής των νόμων που έχουν θεσπιστεί για να βοηθήσουν τους ψυχικά ασθενείς.
- Η μείωση και τελικά η εξάλειψη των διακρίσεων και των προκαταλήψεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών.
- Η ενημέρωση των πολιτών για την ψυχική υγεία.
- Η οργάνωση δραστηριοτήτων για την προαγωγή της ψυχικής υγεία.
- Η αλληλοϋποστήριξη των μελών του.
- Η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.
- Η δημιουργία ξενώνα για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στέγης.
- Η συνεργασία με τοπικούς και εθνικούς αλλά και διεθνείς φορείς με παρεμφερείς σκοπούς και η ανάληψη σχετικών προγραμμάτων.<sup>203</sup>

Όπως παρατηρούμε δεν δίνεται έμφαση μόνο στην υποστήριξη και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών αλλά και στη βοήθεια των οικογενειών τους, την ευαισθητοποίηση των πολιτών και στην συνεργασία με άλλους φορείς και επαγγελματίες. Μέσα από συλλογικές προσπάθειες διεκδικούνται δυναμικότερα αλλαγές στον τομέα της ψυχικής υγείας.

*«Οι στόχοι του Συλλόγου προκύπτουν από το καταστατικό του βέβαια. Αλλά επειδή είναι πολλοί οι στόχοι και μερικοί είναι και ανέφικτοι να υλοποιηθούν . Εγώ πιστεύω ότι οι στόχοι πρέπει να επικεντρωθούν στο να ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη. Πρώτα από όλα να μάθει, δηλαδή εγώ θα ήθελα, προσωπικά να μου επέτρεπαν και η επιστημονική επιτροπή να βγάλω ρε παιδί μου μια αφίσα που να λέει ότι 'Η τρέλα δεν είναι μεταδοτική', τόσο πολύ, να το διαβάσει ο άλλος, να το δει, ότι δεν κολλάει ρε παιδί μου, δεν παθαίνεις τίποτα» ( Πρόεδρος του Συλλόγου ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

Η πεποίθηση ότι η ψυχική ασθένεια (σχιζοφρένεια) είναι μεταδοτική είναι διάχυτη στον κόσμο και αποτελεί τη βάση για πολλές διακρίσεις ενάντια των ασθενών. Ο φόβος της μετάδοσης μπορεί ακόμα να οδηγήσει στο στιγματισμό των μελών της οικογένειας, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών.

*«Φοβούνται οι άλλοι. Σου λέει αν συναναστραφώ με έναν που δεν είναι καλά, που είναι άρρωστος μπορεί και εγώ να αρχίσω. Δεν*

---

<sup>203</sup> Από φυλλάδιο του Συλλόγου.

*καταλαβαίνει ότι μπορεί αυτός να βοηθήσει τον άλλο να ορθοποδήσει  
τέλος πάντων» (Πρόεδρος ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

Το γεγονός ότι το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή είναι ένα από τα κύρια εμπόδια στη βελτίωση της φροντίδας και της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από ψυχική ασθένεια αναγνωρίζεται πλέον παγκόσμια. Ειδικά για τη σχιζοφρένεια που θεωρείται η πιο σοβαρή και μυστηριώδης ψυχική διαταραχή, το στίγμα εκφράζεται με συμπεριφορές έντονων διακρίσεων σε βάρος του ασθενή που έχουν ως αποτέλεσμα την απόρριψη, την περιθωριοποίηση και την κοινωνική απομόνωση, την πλημμελή θεραπευτική του αντιμετώπιση ή τον εγκλεισμό του σε ιδρύματα και εν τέλει τον κοινωνικό του εξοβελισμό. Χαρακτηριστικό είναι το παρακάτω απόσπασμα:

*«Σκέφτομαι ότι πως πριν από 30 χρόνια δεν έλεγε κανείς τη λέξη 'σοσιαλισμός'. Δεν έλεγε κανείς τη λέξη 'φεμινισμό', δεν το λέγαμε ήταν κακό, 'τζιζ' καίει... Έτσι πρέπει να αρχίσουν να μιλάνε για τη σχιζοφρένεια. Αλλά να τη λένε τη λέξη. Μόνο τότε θα γίνει κομμάτι της ζωής μας. Αφού είναι έτσι και αλλιώς» (Πρόεδρος ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

Για πολλούς ανθρώπους η σχιζοφρένεια είναι μια ασθένεια που τους τρομάζει για αυτό αποφεύγουν ακόμα και να την προφέρουν. Όσο περισσότερο αποσιωπείται, τόσο πιο πολύ οι άνθρωποι θα συνεχίσουν να πιστεύουν ότι είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται και να το κρύβουν.

Η προκατάληψη γίνεται πιο φανερή όταν όλοι προσπαθούν να αποσιωπήσουν την ψυχική διαταραχή. Στα σοβαρά προβλήματα που ήδη υπάρχουν σε μια ανάλογη κατάσταση έρχεται να προστεθεί και εκείνο της σιωπής ή της απόκρυψης, ένας τρόπος προφύλαξης που απομακρύνει αυτούς που υποφέρουν από του άλλους και από τον ίδιο τους τον εαυτό.

Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών, ο οποίος υπάρχει και σήμερα, στηρίζεται σε μια σειρά προκαταλήψεων, οι οποίες κατά ένα μέρος δικαιολογούν την εποχή που δεν υπήρχαν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχώσεις. Οι προκαταλήψεις αυτές ακόμα και σήμερα, επεκτείνονται και στους ψυχιάτρους και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ψυχιατρική με την απομόνωση της στα ψυχιατρεία αποκόπηκε από το υπόλοιπο σώμα των ιατρικών ειδικοτήτων. Οι προκαταλήψεις που βοήθησαν στη δημιουργία του στίγματος στηρίζονται στην πεποίθηση ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίατος, επικίνδυνος για το περιβάλλον και υπεύθυνος για τις πράξεις του.<sup>204</sup>

Οι πιο διαδεδομένες προκαταλήψεις για τις ψυχικές νόσους που συχνά επιβαρύνονται από τη σιωπή και τη τροπή που νιώθουμε είναι τρεις:

---

<sup>204</sup>Βλ. Λιάκος Α., σ. 389-402, ό.π.

- 1) Οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδυνοι και η ψυχική διαταραχή δεν μπορεί να γίνει κατανοητή.
- 2) Η ψυχική διαταραχή έχει οργανική αιτιολογία.<sup>205</sup>
- 3) Η ψυχική διαταραχή είναι ανίατη.<sup>206</sup>

Για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων είναι αναγκαίο να βελτιωθούν οι θεραπείες και να αλλάξουν οι απόψεις των ανθρώπων μέσα από προγράμματα και εκπαιδευτικές εκστρατείες και να αλλάξουν οι νόμοι και οι ρυθμίσεις για να περιορισθούν οι διακρίσεις και να αυξηθεί η προστασία για τους ψυχικά ασθενείς.

Συγκεκριμένα όσον αφορά το ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ. Ηρακλείου, έχει υλοποιήσει τις παρακάτω ενέργειες:

- 1) Σεμινάρια ενημέρωσης μελών οικογενειών και φίλων για τη νόσο. Ακόμη επί τρία χρόνια λειτούργησαν ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες οικογενειών από την επιστημονική επιτροπή του Συλλόγου.
- 2) Λειτούργησε ομάδα μυθοπλασία και αφήγησης.
- 3) Στα πλαίσια του προγράμματος «Τοπικό Κοινωνικό Κεφάλαιο» έγιναν αντίστοιχες διοργανώσεις στην περιφέρεια (Γύλισος – Γάζι – Αρκαλοχώρι – Γέργερη κ.λ.π).
- 4) Τα μέλη συμμετείχαν σε συνέδρια για την αποκατάσταση και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.
- 5) Από την εργασία των εθελοντών προέκυψαν δύο εργασίες που παρουσιάστηκαν σε συνέδρια (Χανιά – Ρόδος).
- 6) Οργανώθηκαν το Ηράκλειο πολλές εκδηλώσεις ψυχαγωγίας- ενημέρωσης καθώς και διακοπές για τα μέλη σε Τήνο – Πάρο – Σαντορίνη.
- 7) Προβολή κινηματογραφικής ταινίας με θέμα την ψυχική υγεία.

Ο ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ είναι ένα κοινοτικό υποστηρικτικό σύστημα το καθορίζεται ως ένα δίκτυο υπεύθυνων ατόμων και τοπικών δυνάμεων που συντονίζονται στην επίτευξη του κοινού στόχου που είναι η προσφορά βοήθειας σε άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια και στις οικογένειές τους.

---

<sup>205</sup>Το λάθος της προκατάληψης για την οργανική αιτιολογία είναι ότι επεκτείνεται με τρόπο αδικαιολόγητο σε όλες τις ψυχικές διαταραχές, ενώ ισχύει μόνο για ορισμένες από αυτές. Τώρα πια όμως γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι πολλές από τις διαταραχές της ψυχονοητικής ισορροπίας, ακόμη και οι πιο σοβαρές, δεν οφείλονται αποκλειστικά σε βλάβες οργανικής αιτιολογίας. Γι' αυτό το λόγο, σήμερα έχουν αναπτυχθεί πλέον κλάδοι διαφορετικών ειδικοτήτων: η Ψυχολογία που μελετά τη νόσηση και τις λειτουργίες της, η Νευρολογία που ασχολείται με τις οργανικές διαταραχές του Κεντρικού και Περιφερικού Νευρικού Συστήματος, η Ψυχιατρική που ασχολείται με τις ψυχικές διαταραχές. Αυτές οι επιστήμες ορίζουν ότι οι παράγοντες που οδηγούν έναν άνθρωπο στην "ψυχική ασθένεια" είναι σύνθετης φύσης και σίγουρα δε σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με την κακή λειτουργία ενός οργάνου ή των κυττάρων ενός ιστού. Για να ξεπεράσουμε την προκατάληψη της οργανικής αιτιολογίας οφείλουμε να κατανοήσουμε ότι η ψυχική σφαίρα κάθε ατόμου δεν αντανακλά μόνο την λειτουργία των οργάνων και των ιστών του σώματος, αλλά αποτελεί και τον καθρέφτη της ιστορίας του, δηλαδή του τρόπου ζωής, των απογοητεύσεων, των ικανοποιήσεων, των εμπειριών που σημάδεψαν με καθοριστικό τρόπο, θετικά ή αρνητικά, την ύπαρξή του. Βλ. «Ψυχική Υγεία. Προκαταλήψεις», άρθρο στο [www.stress.gr](http://www.stress.gr).

<sup>206</sup>Βλ. «Ψυχική Υγεία. Προκαταλήψεις», άρθρο στο [www.stress.gr](http://www.stress.gr).

Οι υπηρεσίες ενός κοινοτικού υποστηρικτικού δικτύου βοηθούν στην κοινότητα να δεχθεί ή να ενσωματώσει το άτομο με ψυχικά προβλήματα ή αρρώστια.

Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα:

- A) Υποστήριξης της οικογένειας σε συμβουλευτικό επίπεδο.
- B) Υποστήριξη της οικογένειας σε στάδιο κρίσης.
- Γ) Συμβουλευτικής και επιμόρφωσης της κοινότητας.
- Δ) Κοινοτικής ευαισθητοποίησης.<sup>207</sup>

*«Αυτός είναι ο στόχος η ευαισθητοποίηση. Εγώ πιστεύω όμως ότι η ευαισθητοποίηση δεν μπορεί να γίνει από ένα Σύλλογο μικρό. Η ευαισθητοποίηση μπορεί να γίνει από την Πανεπιστημιακή κλινική εδώ, από την Ψυχιατρική. Από το Τ.Ε.Ι από τις κοινωνικές επιστήμες, αυτό. Από τους ψυχιάτρους. Από τον Ιατρικό Σύλλογο. Από το Δικηγορικό Σύλλογο ο οποίος ασχολείται με τα ανθρώπινα δικαιώματα και πρέπει κάποια στιγμή να βγάλει μια ανακοίνωση ότι 'δεν μπορείς να έχεις τον ψυχικά ασθενή κλεισμένο στο σπίτι του, πρέπει να ανοίξεις'... Αλλά πρέπει αυτοί ομαδικά να κάτσουν, να κουβεντιάσουν και να βγάλουν ένα μανιφέστο ότι 'και ο ψυχικά ασθενής έχει δικαιώματα ανθρώπινα'. Και είναι αυτό, αυτό, αυτό [εννοεί τα δικαιώματα], να το δώσουν στην εφημερίδα, στο ραδιόφωνο. Εμείς μπορούμε να πληρώσουμε ένα σποτ στην τηλεόραση, αλλά να γράφει ότι ο Δικηγορικός Σύλλογος Ηρακλείου το βγάζει» (Πρόεδρος του ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

Η πρόεδρος του Συλλόγου αναφέρει ότι η ευαισθητοποίηση στην κοινότητα μπορεί να επιτευχθεί από την συνεργασία του Συλλόγου με την Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική κλινική, τις κοινωνικές υπηρεσίες του Τ.Ε.Ι, τον Ιατρικό και τον Δικηγορικό Σύλλογο. Αναφέρεται σε αυτούς τους φορείς επειδή καθένας από αυτούς εκπροσωπεί ένα ξεχωριστό τομέα. Η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική κλινική εκπροσωπεί τον τομέα της πρόληψης, θεραπείας, αντιμετώπισης και έρευνας των ψυχικών διαταραχών. Οι κοινωνικές επιστήμες του Τ.Ε.Ι θα μπορούσαν να αναπτύξουν τον τομέα της ενημέρωσης του κοινωνικού συνόλου διοργανώνοντας ομιλίες και εκδηλώσεις για την φύση της ψυχικής ασθένειας, τον αποστιγματισμό.

Η πρόεδρος τονίζει τη σημασία του Ιατρικού Συλλόγου στηριζόμενη στην πεποίθηση ότι η ψυχική ασθένεια είναι σύνθετης φύσης, δηλαδή υπάρχουν παράγοντες κοινωνικοί (τρόπος ζωής, απογοητεύσεις, ικανοποιήσεις, θετικές και αρνητικές εμπειρίες)

---

<sup>207</sup> Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 231, ό.π.

αλλά και ιατρικοί (κακή λειτουργία οργάνων, βλάβη ή διαταραχή του εγκεφάλου, βλάβες του νευρικού συστήματος ή άλλες παθήσεις). Επίσης προβάλλεται η συμβολή του Δικηγορικού Συλλόγου στην ευαισθητοποίηση του συνόλου:

*«Ο κάτοικος της πόλης εδώ που έχει το πρόβλημα θέλει να δει ότι οι δικηγόροι που είναι φίλοι του, που είναι συγγενείς του, που είναι χωριανοί του το έχουν πιάσει το θέμα, το θίγουν, το συζητάνε» (Πρόεδρος του ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

Στο σημείο αυτό τονίζεται το κύρος, η αναγνώριση, η οικειότητα γύρω από το επάγγελμα του δικηγόρου.

*«Και αυτό, και αυτό βέβαια. Διότι ο Δικηγορικός Σύλλογος θα πιάσει το θέμα από την πλευρά τη νομική. Εδώ καταπατούνται νόμοι μέσα στις οικογένειες... Βέβαια, συνταγματικά δικαιώματα καταπατούνται. Ευτυχώς όχι στην πλειονότητα των περιπτώσεων εντάξει. Αλλά όμως αν ψάξεις θα βρεις πολλά, θα βρεις πολλά... Είναι αμαρτία πια, εγώ δεν ξέρω τι να πω και εγώ, είναι αμαρτία τώρα δεν ξέρω» (Πρόεδρος του ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

Η πρόεδρος του Συλλόγου τονίζει τη συμβολή του Δικηγορικού Συλλόγου ως προς την προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών τα οποία πολλές φορές καταπατούνται.

Το 1986 στη Λυών της Γαλλίας η Παγκόσμια Εταιρία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης διατύπωσε τη Διακήρυξη για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Η Διακήρυξη αναφέρει ότι ο ψυχικά ασθενής, όπως και άλλοι ευάλωτοι πληθυσμοί, έχουν δικαιώματα, και είναι υποχρέωση της κοινωνίας να παρέχει πόρους και δυνατότητες για να εξασφαλισθεί σε αυτά τα άτομα η απόλαυση για μια πλήρη ζωή με οικονομική ασφάλεια, συμβατή με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια όπως επίσης και το δικαίωμα να μοιράζονται το παραγωγικό έργο της κοινότητας σύμφωνα με τις ικανότητες του κάθε ατόμου.<sup>208</sup>

Επίσης το 1990 διατυπώθηκε στην 1<sup>η</sup> Ευρωπαϊκή Συνάντηση των Συγγενών και των Ψυχικά Ασθενών μια Διακήρυξη που σκοπός της είναι να καταγραφούν και να γνωστοποιηθούν τα δικαιώματα τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των οικογενειών τους, ώστε να αποφεύγεται η διάκριση και ο κοινωνικός αποκλεισμός του.<sup>209</sup>

Η δημιουργία του ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ. ήταν αποτέλεσμα της συνεργασίας των επαγγελματιών στο χώρο της ψυχικής υγείας και οικογενειών ατόμων με ψυχική ασθένεια.

<sup>208</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 245, ό.π.

<sup>209</sup>Βλ. «Δικαιώματα των Ψυχικά Ασθενών και των Οικογενειών τους», στο [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr).



Τα μέλη αυτών των συλλόγων στρατολογούνται κυρίως από περιπτώσεις ανθρώπων οι οποίοι μέσα από την «προσωπική» τους εμπειρία, φτάνουν σε ένα προβληματισμό που αφορά στον κοινωνικό κόσμο της ψυχιατρικής γενικά.

*«Εγώ ασχολήθηκα πρώτον διότι μου το είπε η Β... (κοινωνική λειτουργός που εργαζόταν στο Κ.Ψ.Υ. Ηρακλείου) που τη γνώρισα από κοινωνικό κύκλο... Και δεύτερον αυτό το ίδιο το αντικείμενο του Συλλόγου με ερέθιζε γιατί ήταν κάτι που δεν ήξερα, δεν είχα ασχοληθεί και λέω: 'Θέλω να μπω, να δω τι είναι αυτό που συμβαίνει στους ανθρώπου', μια απορία. Και γιατί την είχα αυτή την απορία; Γιατί εργάστηκα 30 χρόνια σε εκπαιδευτικό οργανισμό. Στη Σχολή Τουριστικών Επαγγελματιών, στη διοίκηση όμως στην Αθήνα και κάθε χρόνο είχαμε 5-6 περιστατικά παιδιών... Με σχιζοφρένεια, επιληψία, διάφορα άλλα ψυχολογικά προβλήματα που δεν ήταν σχιζοφρένεια» (Πρόεδρος του ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

Στην Ελλάδα οι σύλλογοι οικογενειών είναι ακόμα υπό τη σκέπη των «ειδικών», οι οποίοι καθοδηγούν και καθορίζουν κατά κάποιον τρόπο ακόμα και την ίδια τους την ύπαρξη. Αν και δεν μπορούμε ακόμα να μιλάμε για ένα γονεϊκό κίνημα, όσον αφορά στην ελληνική ψυχιατρική,<sup>210</sup> οι σύλλογοι αυτοί συμπυκνώνουν ένα κριτικό δυναμικό και αποτελούν ένα νέο συλλογικό δρώντα στο εσωτερικό του κοινωνικού κόσμου της ψυχιατρικής. Το Διοικητικό Συμβούλιο το Συλλόγου αποτελείται από γονείς ενώ οι επαγγελματίες συνιστούν το επιστημονικό προσωπικό. Ο επαγγελματίας που έχει το ρόλο του επιστημονικού υπευθύνου στον προαναφερθέντα Σύλλογο είναι ψυχίατρος και παράλληλα εργάζεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική.

*«Οι άνθρωποι θέλουν, θα έπρεπε οι ίδιοι να πάρουν στα χέρια τους κάποια πράγματα, για αυτό το λόγο δημιουργήθηκε ο Σύλλογος Οικογενειών» (ψυχίατρος, επιστημονική υπεύθυνη ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

*«Καταρχήν οργανώναμε με την ψυχίατρο κάθε βδομάδα συνάντηση γονέων όπου είχαν την ευκαιρία χωρίς να πληρώνουν επίσκεψη να συζητούν κάτι που τους ενδιέφερε άμεσα εκείνη την ώρα, ένα φαινόμενο» (Πρόεδρος του ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

<sup>210</sup> Βλ. Λαμπροπούλου Κ., «Φορείς φροντίδας και άτομα με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια: σχέσεις, διαπλοκές και αντιφάσεις στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής», στο Λαμπρινή Νιννέτα Δ. Ζ., (επιμ.) Αθήνα, Επτάλοφος, 1994, σ. 370-379.

*«Οι οικογένειες είχαν πάρα πολύ βοηθηθεί, καταρχάς κάναμε ομάδες ψυχοεκπαίδευσης. Δηλαδή τους λέγαμε ότι αυτό είναι η αρρώστια, αυτό θα κάνετε, όταν μιλάει έτσι [ασθενής] θα κάνετε αυτό. Ξεκαθαρίσαμε στο κεφάλι τους τι ήταν το παιδί [ασθενής] που μέχρι εκείνη τη στιγμή... Μετά σε συναντήσεις γονιών είναι πάρα πολύ σημαντική η υποστήριξη του ενός με του άλλου, δηλαδή νιώθει όπως η ομαδική θεραπεία. Ότι νιώθεις ότι δεν είσαι μόνος, έχεις και άλλο ένα που να σκέφτεται παρόμοια ας πούμε, που να έχει περάσει τα ίδια πράγματα» (ψυχίατρος, επιστημονική υπεύθυνη στον ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

Οι οικογένειες χρειάζονται αφενός μεν χρόνο για να επεξεργαστούν και να αφομοιώσουν την πληροφορία που τους δίνεται, αφετέρου δε ειδική εκπαίδευση για να αναπτύξουν δεξιότητες κατάλληλες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ψυχική νόσο.

Οι ολοκληρωμένες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, μέσα από ποικίλους μηχανισμούς, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της έντασης και του άγχους μέσα στην οικογένεια, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα της επιβάρυνσης από την φροντίδα του αρρώστου, στη αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της απέναντι στον ασθενή και τέλος στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας.<sup>211</sup>

*«Κοίταζε πιστεύω πώς οι οικογένειες όπου κατανόησαν το πρόβλημα τους, βοηθήθηκαν... Τις φάσεις που πρόκειται που να περάσει [ασθενής], τι συμβαίνει ακριβώς... Αυτές που αποδέχτηκαν, ναι. Οι άλλοι έτσι και αλλιώς είναι ανεπίδεκτοι βοήθειας, δεν μπορούν να βοηθηθούν, τα χάνουν οι άνθρωποι, τα χάνουν δεν ξέρουν τι να κάνουν, δεν θέλουν να ακούσουν κανένα, είναι αρνητικοί πολλές φορές στις μεθόδους θεραπείας (...) ανοίγει η γη και την καταπίνει απλά (...) εγώ παρατήρησα δηλαδή ότι πολλές φορές θύμωναν με τον ψυχίατρο, τους έφταιγε ο ψυχίατρος (...) ο θυμός είναι δικαιολογημένος σε πρώτη αντίδραση. Δηλαδή πιστεύω ότι αν διαπιστώσεις ότι ένα μέλος του σπιτιού σου έχει αυτή την ανίατη ασθένεια ή καρκίνο ή δεν ξέρω τι είναι και φυσιολογικό να το πάθεις, το θεωρεί αδικία πως το λένε... Το θεωρείς αδικία της ζωής αυτό. Αλλά βέβαια σε ένα άνθρωπο που έχει το μέτρο του και ο θυμός περνά. Δεν είναι διαρκώς θυμωμένος για κάτι, το*

---

<sup>211</sup>Βλ. Οικονόμου Μ.Π., στο Χριστοδούλου, σ. 185, ό.π.

*παλεύει οι περισσότεροι βέβαια κάνουν ένα αγώνα μεγάλο (...)*  
(Πρόεδρος ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).

Οι επαγγελματίες (ψυχίατρος, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.) εργάζονταν για το σύλλογο εθελοντικά και βοηθούσαν τις οικογένειες να ξεπεράσουν τα παραπάνω συναισθήματα τους. Έως τώρα έχουν ασχοληθεί με περίπου 120 οικογένειες. Όταν έκριναν οι επαγγελματίες ότι υπήρχε ανάγκη επισκέπτονταν το σπίτι της οικογένειας, συζητούσαν μαζί τους και έβλεπαν επί τόπου τι συνέβαινε. Στην παρούσα φάση ο αριθμός των μελών του Συλλόγου είναι 63 μέλη εκ των οποίων τα 8 είναι άνδρες και τα υπόλοιπα γυναίκες. Η Πρόεδρος του Συλλόγου υποστήριξε ότι οι γυναίκες είναι τα πιο ενεργά μέλη, γεγονός που επιβεβαιώνει την άποψη ότι οι γυναίκες είναι παραδοσιακοί φορείς φροντίδας περισσότερο από τους άντρες.

Στα άμεσα σχέδια του Συλλόγου βρίσκεται η δημιουργία ενός χώρου που θα μπορούν να παρευρίσκονται οι ασθενείς για να απασχολούνται με διάφορες δραστηριότητες και να αναπτύσσουν κοινωνικές σχέσεις.

*«Τώρα ψάχνουμε για χώρο τον οποίο δεν θέλουμε να στεγαστεί ο σύλλογος, θέλουμε να δημιουργήσουμε ένα απογευματινό στέκι, ας το πούμε προσωπικά για ασθενείς... Υπάρχουν εθελοντές που θέλουν να βοηθήσουν σε αυτό... Αυτό που μπορεί να κάνει ο κάθε νέος της δικής σας κατηγορίας είναι να αφιερώσει δυο ώρες την βδομάδα. Να έρθει να κάτσει να παίξει τάβλι μαζί τους, να μην νοιώθουν ότι είναι μέσα σε ένα γκέτο με αρρώστους»* (Πρόεδρος ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).

Η συμμετοχή των εθελοντών ενεργοποιεί, ενισχύει και πραγματώνει την ενσωμάτωση των ατόμων μέσα από ποικίλες διεργασίες, π.χ. κοινές συνεστιάσεις και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Εθελοντές έχουν χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, όπως σε προγράμματα αλκοολισμού, σε κέντρα παρέμβασης στην κρίση, όπως και σε προγράμματα απεξάρτησης και φαρμακευτικής υποστήριξης, σε ομαδικές θεραπείες, σε υπηρεσίες αποκατάστασης και επανακοινωνικοποίησης.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο ο ρόλος των εθελοντών γίνεται πιο ισχυρός ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στην διοίκηση της οργάνωσης. Υπάρχουν κέντρα στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη που ελέγχονται από κατοίκους του Τομέα στον οποίο καλύπτουν. Έτσι οι ίδιοι οι κάτοικοι με την μορφή συλλόγου ή εταιρείας ή του δήμου, αναλαμβάνουν τον τομέα της πρόληψης της ψυχικής αρρώστιας.<sup>212</sup>

---

<sup>212</sup>Βλ. Μαδιανός Μ., σ. 131, ό.π.

Ο ΣΥ.ΦΟΙ.Ψ.Υ. εκδίδει κάθε τέσσερις μήνες το περιοδικό «Χρυσαλλίς» στο οποίο δημοσιεύονται και διεργασίες των ίδιων των ασθενών. Στοχεύει στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου. Χρηματοδοτείται από συγκεκριμένη φαρμακευτική εταιρεία. Αναφορικά με το όνομα «Χρυσαλλίς» :

*«Ψάξαμε εκεί στις εγκυκλοπαίδειες και είδαμε όταν στα αρχαία χρόνια η ψυχή λεγόταν Χρυσαλλίς, και είπαμε ας το πούμε έτσι... Και η πεταλούδα. Νομίζω ότι του ταιριάζει» (Πρόεδρος του ΣΥ.Φ.ΟΙ.Ψ.Υ.).*

### **13.2.2. Παγκρήτιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΑ.Σ.Ο.Ψ.Υ.)**

Εκτός από τον παραπάνω σύλλογο που υπάρχει στο Ηράκλειο, ιδρύθηκε το 1998 και ένα άλλος σύλλογος στα Χανιά, που απευθύνεται σε οικογένειες που ένα μέλος τους νοσεί με ψυχική ασθένεια, σε όλη τη Κρήτη. Το όνομα του είναι Παγκρήτιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία. Ιδρύθηκε από 23 ιδρυτικά μέλη που αποφάσισαν ότι είναι ανάγκη να συσταθεί ένας Σύλλογος που θα προωθεί και θα διεκδικεί τα κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων.

Μέλη του Συλλόγου μπορούν να γίνουν οι συγγενείς ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα, αλλά και όσοι ενδιαφέρονται να βοηθήσουν με οποιοδήποτε τρόπο στην υλοποίηση των στόχων του Συλλόγου. Φιλοδοξία του Συλλόγου είναι η διεύρυνσή του με νέα μέλη και η επέκταση της δράσης του σε όλη την Κρήτη, αλλά και στον υπόλοιπο ελλαδικό χώρο, καθώς και η συνεργασία με άλλους φορείς και σωματεία από την Ελλάδα και με αντίστοιχες μη κερδοσκοπικές και μη κυβερνητικές οργανώσεις από άλλες χώρες.

Οι σκοποί του Συλλόγου αυτού είναι οι εξής<sup>213</sup>:

- Η ανάπτυξη της αλληλεγγύης και της αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των μελών του.
- Η διεκδίκηση της υποστήριξης των οικογενειών με μέλη ψυχικά ασθενείς και η ενίσχυσή τους από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.
- Η οργάνωση δραστηριοτήτων προαγωγής της ψυχικής υγείας.
- Η επιδίωξη, με κάθε μέσον, για τη βελτίωση των συνθηκών στα Δημόσια και Ιδιωτικά Ψυχιατρεία και η ενίσχυση του αποϊδρυματισμού.
- Η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.
- Η παροχή υποτροφιών στα μέλη του.
- Η υποστήριξη ερευνών στον τομέα της ψυχικής υγείας.

---

<sup>213</sup> Απόσπασμα από φυλλάδιο του ΠΑ.Σ.Ο.Ψ.Υ.

- Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας.
- Ενημέρωση των μελών του για τα προβλήματα νοσηλείας, θεραπείας και αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών.
- Διεκδίκηση καλύτερης ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων.
- Συμπαράσταση για την ανάπτυξη των πολιτιστικών δραστηριοτήτων των ψυχικά ασθενών.

Βασική μέριμνα του Συλλόγου είναι η προώθηση και η διεκδίκηση των κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα, η βελτίωση της ποιότητας ζωής καθώς και η ίση συμμετοχή στα κοινά για αυτοδύναμη έκφραση.

Βασικοί στόχοι του Συλλόγου είναι:

- Η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σε θέματα που αφορούν στην ψυχική υγεία.
- Ο αποστιγματισμός των ψυχικά πασχόντων και η αποϊδρυματοποίηση.
- Η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα.

Παράλληλα, μέσα από το Σύλλογο θα οργανωθεί και θα στηριχτεί μία Λέσχη Ασθενών, η λειτουργία της οποίας θα δώσει στους ψυχικά πάσχοντες τη δυνατότητα αυτοέκφρασης.

Μερικές από τις δραστηριότητες του Συλλόγου αφορούν σε καλλιτεχνικές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις με/ και για τους ψυχικά πάσχοντες, σε εκπαιδευτικά σεμινάρια και διαλέξεις που απευθύνονται σε μέλη οικογενειών που έχουν άτομα με ψυχολογικό πρόβλημα αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, και σε εκδόσεις έντυπου υλικού και διεξαγωγή ερευνών για την ψυχική υγεία.

Η ίδρυση αυτού του δευτεροβάθμιου οργάνου θα προωθήσει τη δράση των συλλόγων κατά τόπους αλλά και συλλογικά, θα ενδυναμώσει το χώρο της ψυχικής υγείας και θα προάγει την δυναμική διεκδίκηση των αιτημάτων τόσο των ψυχικά πασχόντων όσο και των συγγενών τους.

Συμπερασματικά, οι σύλλογοι οικογενειών αποβλέπουν σε τρεις βασικούς άξονες δράσης: 1) την αυτοβοήθεια και την προώθηση των «ιδιαιτέρων» συμφερόντων τους, 2) την παρέμβαση στον τρόπο με τον οποίο είναι συγκροτημένος ο ψυχιατρικός θεσμός και 3) στην οιοική θεραπευτική παρέμβαση. Οι στόχοι τους, όμως, επεκτείνονται σε ένα ευρύτερο φάσμα κοινωνικών ενδιαφερόντων, τα οποία συνδέονται, άμεσα ή έμμεσα, με την γενικότερη μετεξέλιξη του ψυχιατρικού θεσμού.

Στην Ελλάδα τα τελευταία μόλις χρόνια διοργανώθηκαν σύλλογοι, τα μέλη των οποίων αποτελούνται από συγγενείς ατόμων με ψυχιατρικές διαγνώσεις, τις περισσότερες

φορές πρώτου βαθμού (με νοσηλεία ή μη σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα). Οι οργανώσεις αυτές ξεπήδησαν μέσα από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.<sup>214</sup>

---

<sup>214</sup>Βλ. Τζανάκης Μ., σ.416, ό.π.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

---

Από την έρευνά μας επιβεβαιώσαμε την αντίληψη ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δίνει νέους ρόλους στην οικογένεια, τη θεωρεί υποκείμενο ψυχιατρικής φροντίδας και φορέα αλλαγής. Επίσης, ότι σηματοδοτεί αλλαγές στο τρόπο προσέγγισης των οικογενειών και των ψυχικά ασθενών από τους επαγγελματίες.

Ειδικότερα επιβεβαιώσαμε ότι η ψυχιατρική διάγνωση και νοσηλεία του ασθενή ασκεί μεγάλη επίδραση στην οικογένειά του. Επιπλέον, ότι υπάρχουν ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στην δημόσια και στην ιδιωτική ψυχιατρική περίθαλψη όσον αφορά τη σχέση της οικογένειας με τις υπηρεσίες της κλινικής που νοσηλεύεται ο ασθενής της.

Συγκεκριμένα προέκυψε ότι, κατά τη διάρκεια των πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας υπάρχει μια μακρά περίοδος δυσλειτουργίας για την οικογένεια, δυσκολία στη λύση προβλημάτων και στρες. Η στάση της οικογένειας σχετίζεται με τη περίοδο της διάγνωσης, της υποτροπής, της θεραπείας, και της αποκατάστασης του ασθενούς μέλους της. Τις περισσότερες φορές κατά την διάρκεια αυτών των περιόδων η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί κανόνα. Αυτό έχει πολλαπλές συνέπειες όπως συναισθηματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές.

Από την έρευνα μας επίσης παρατηρήσαμε ότι υπάρχει μια τυπική πορεία αντιμετώπισης της εμφάνισης της ψυχικής ασθένειας από την οικογένεια. Αρχικά η οικογένεια προσπαθεί να τα καταφέρει μόνη της και να ξεπεράσει τις δυσκολίες της αντλώντας πληροφορίες από προσωπικές πηγές. Συνήθως απευθύνεται στο άτυπο δίκτυο συγγενών, φίλων και γνωστών, οι οποίοι αποδεικνύονται πάντα πολύ σημαντικοί στις δύσκολες στιγμές. Στη συνέχεια απευθύνεται σε ανθρώπους που συναντά καθημερινά στη ζωή της και που μπορούν να δώσουν μια έγκυρη συμβουλή, όπως ιερείς και εκπαιδευτικοί. Συχνά επίσης, ψάχνουν μια λύση μέσω της μαγείας. Έτσι προσεγγίζουν μάγους - θεραπευτές ή άλλα πρόσωπα που είναι επενδυμένα με μια ιδιαίτερη εξουσία.

Όταν η οικογένεια νοιώσει απογοήτευση και συνειδητοποιήσει ότι τα παραπάνω μέσα δεν φέρουν λύση στο πρόβλημα της τότε απευθύνεται σε γιατρούς οι οποίοι είναι κυρίως μη ειδικοί, οικογενειακοί γιατροί, παθολόγοι κ.ά. Τέλος, η οικογένεια απευθύνεται σε γιατρούς ή εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ιδιωτικές ή δημόσιες, συνήθως μετά από παραπομπή των γιατρών ή της οικογένειας ή από την πληροφόρηση που έχουν λάβει από συγγενείς και φίλους. Αναθέτει στα χέρια του ψυχιατρικού συστήματος την ευθύνη για τον ασθενή ο οποίος μετακινείται προς τη «νοσοκομειακή οικογένεια», δηλαδή το νοσοκομείο γίνεται ένα «υποκατάστατο» φροντίδας μετά την οικογένεια.

Διαπιστώσαμε ότι η οικογένεια είναι δύσκολο να αντέξει το βάρος της διάγνωσης της ασθένειας και της νοσηλείας του ασθενή της, και λόγω των σοβαρών προκαταλήψεων που συνεπάγονται. Παράλληλα υφίσταται επιβάρυνση, δηλαδή αντιμετωπίζει προβλήματα, δυσκολίες ή ανεπιθύμητα γεγονότα. Η επιβάρυνση διακρίνεται σε υποκειμενική, το πώς δηλαδή την βιώνουν τα μέλη, και αντικειμενική, το πως δηλαδή ένας τρίτος την εκτιμά και την αξιολογεί.

Σε κάθε περίπτωση όμως, η οικογένεια αποτελεί ένα δραστικό παράγοντα που διαμεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό ή τις ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι περισσότερες οικογένειες βιώνουν κοινά συναισθήματα όσον αφορά τη φάση της διάγνωσης και της νοσηλείας του μέλους της. Ανεξάρτητα από την νοσηλεία του ασθενή σε δημόσια ή ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, η οικογένεια ακολουθεί τις ίδιες πρακτικές διαχείρισης της κρίσης, και δέχεται στον ίδιο βαθμό ή με μικρές διακυμάνσεις την υποκειμενική και αντικειμενική επιβάρυνση.

Μια σημαντική παράμετρος στην φροντίδα του ασθενή είναι η επιλογή του χώρου νοσηλείας από την οικογένειά του, η οποία καθορίζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

α) Εντοπιότητα: Είναι ένας παράγοντας που καθορίζει την επικοινωνία της οικογένειας με τον ασθενή. Μέλη της οικογένειας και άλλα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του ασθενή συχνά αποτελούν χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για τον ψυχίατρο, καθιστώντας αναγκαία τη συλλογή πληροφοριών από αυτά. Όμως, παρατηρήσαμε ότι η σημερινή κατανομή των ψυχιατρικών υπηρεσιών δεν ευνοεί την ανάπτυξη του παραπάνω ρόλου των οικογενειών. Ενώ το ιδανικότερο για τον ασθενή και την οικογένεια του θα ήταν να υπάρχουν αποκεντρωμένες υπηρεσίες.

β) Αποφυγή στίγματος: Ο στιγματισμός της οικογένειας συνεπάγεται συναισθήματα φόβου, οίκτου, απόρριψης από τον κοινωνικό περίγυρο. Παρατηρήσαμε ότι η οικογένεια δεν έχει να αντιμετωπίσει μόνο το βάρος του στιγματισμού της, που έχει ένα ασθενή στους κόλπους της, αλλά και το στίγμα της νοσηλείας του σε δημόσιο ψυχιατρείο ή ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Η οικογένεια για να μην στιγματιστεί πιθανόν να επιλέξει να νοσηλευτεί το μέλος της σε ένα μέρος μακριά από τον τόπο καταγωγής (π.χ. Θ.Ψ.Π.Χ.). Από την άλλη η οικογένεια δεν θα επιλέξει να νοσηλευτεί ο συγγενής της σε ένα δημόσιο ψυχιατρείο αφού τόσο η ίδια όσο και ο κοινωνικός περίγυρος έχει συνδέσει τον ασθενή του δημόσιου ψυχιατρείου με την εικόνα του «τρελού» («επικίνδυνος», «βίαιος», «αλλόκοτος», «ατημέλητος», κ.τ.λ.).

Για τη μείωση του στίγματος, τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται ενέργειες για ανάπτυξη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγείας, με στόχο να αποφεύγεται η νοσηλεία του ασθενή σε κλειστό ψυχιατρικό ίδρυμα. Προς αυτή τη κατεύθυνση εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και αναπτύσσονται ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες οι οποίες έχουν σαν στόχο την απενοχοποίηση και τον αποστιγματισμό της.



γ) Ποιότητα υπηρεσιών: Κάθε οικογένεια αξιολογεί με διαφορετικό τρόπο τη ποιότητα υπηρεσιών. Υπάρχουν κάποια υποκειμενικά κριτήρια για την αξιολόγηση αυτή, τα οποία συνήθως βασίζονται σε πρότυπα και βασικά επίπεδα που πρέπει να ποικίλουν ανάλογα με τις κοινωνικές προσδοκίες, προηγούμενες εμπειρίες και ατομικές αντιλήψεις. Εντούτοις, παρατηρήσαμε ότι υπάρχει η γενική πεποίθηση ότι η ιδιωτική είναι καλύτερη και πιο αποτελεσματική από τη δημόσια περίθαλψη. Αυτή η άποψη τροφοδοτείται από τη δυσπιστία, που γενικότερα υπάρχει στη χώρα μας, απέναντι στο δημόσιο, και ειδικότερα στον τομέα της υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι οικογένειες να καταφεύγουν στους ιδιωτικούς φορείς, των οποίων όμως οι δυνατότητες είναι μερικές φορές ανεπαρκείς ή περιορισμένες.

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι παρά τις σημαντικές ελλείψεις της περίθαλψης σε δομικό και λειτουργικό επίπεδο, η ψυχιατρική βοήθεια που παρέχουν οι δημόσιοι φορείς φαίνεται να έχει σε πολλές περιπτώσεις υψηλότερη ποιότητα και καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τον ιδιωτικό τομέα, ιδιαίτερα σε σοβαρές καταστάσεις που απαιτούν την παρέμβαση πολλών λειτουργών με διαφορετικές ειδικότητες και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

δ) Οικονομικά κριτήρια: Διαπιστώσαμε ότι η οικονομική κατάσταση του ασθενούς και της οικογένειάς του και η ασφάλισή του, καθορίζουν το είδος της ψυχιατρικής βοήθειας που θα αναζητηθεί στον ψυχιατρικό τομέα. Από τη μια πλευρά, όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα στρέφονται στις ιδιωτικές υπηρεσίες για παροχή ψυχιατρικής βοήθειας. Από την άλλη, για μια οικογένεια που το εισόδημα της καλύπτει μόνο τις καθημερινές ανάγκες διαβίωσης, τα δημόσια ιδρύματα είναι η μόνη επιλογή. Όμως, παρατηρήσαμε ότι υπάρχουν πολλές οικογένειες, ακόμα και εκείνες που το εισόδημα τους είναι περιορισμένο, που στην προσπάθειά τους να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη, εξαντλούν όλες τις οικονομίες τους σε αμοιβές ιδιωτικών ψυχιάτρων και έξοδα ιδιωτικών κλινικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γονείς παύουν να εργάζονται προκειμένου να αφιερώσουν το χρόνο και την ενέργεια τους σε επισκέψεις σε γιατρούς και στη φροντίδα του παιδιού τους. Με αυτό τον τρόπο περιορίζεται ακόμη περισσότερο το εισόδημα της οικογένειας, και δημιουργείται η ανάγκη να αναζητηθεί βοήθεια μέσω του δημοσίου. Επίσης πολλές οικογένειες με μεσαίο ή χαμηλό εισόδημα αναγκάζονται τελικά να διακόψουν ή να περιορίσουν τις συνδιαλλαγές τους με τον ιδιωτικό τομέα, καθώς βλέπουν να εξαντλούνται τα οικονομικά τους αποθέματα. Στο σημείο αυτό στρέφονται προς το δημόσιο τομέα προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους για νοσηλεία και θεραπεία.

ε) Τυχαία περιστατικά/ παράγοντες πέρα από την κρίση της οικογένειας: Η επιλογή του χώρου νοσηλείας του ασθενή, ορισμένες φορές δεν προκαθορίζεται από την οικογένεια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ακούσια νοσηλεία του ψυχικά ασθενή που γίνεται μετά από εισαγγελική απόφαση. Παρατηρήσαμε ότι η διαδικασία της εισαγγελικής απόφασης

είναι αρκετά επώδυνη για την οικογένεια του ασθενή τόσο υποκειμενικά (συναισθήματα) όσο και αντικειμενικά (κούραση).

στ) Προηγούμενη εμπειρία: Από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε διαπιστώσαμε ότι οι περισσότερες οικογένειες έχουν αναζητήσει περισσότερες από μία ψυχιατρικές κλινικές για τη νοσηλεία του συγγενή τους. Η αναζήτηση αυτή μπορεί να οφειλόταν στο ότι η οικογένεια δεν έμεινε ικανοποιημένη από τη φροντίδα του συγγενή της από την προηγούμενη κλινική (δημόσια ή ιδιωτική). Δηλαδή από τη στάση του προσωπικού, απέναντι στον ασθενή και την οικογένεια του, την κτιριακή υποδομή και την καθαριότητα, τις θεραπευτικές μεθόδους, και την ασφάλεια του ασθενή της. Επίσης, διατηρούσε ελπίδες για την εύρεση καλύτερου χώρου νοσηλείας για το συγγενή της. Παράλληλα η χρονιότητα της ασθένειας, εξ ορισμού συνδέεται με τη συνεχή αναζήτηση χώρου νοσηλείας. Η οικογένεια προκειμένου να αντιμετωπίσει τις υποτροπές της ασθένειας και να βελτιώσει τη κατάσταση της υγείας του συγγενή της, απευθύνεται σε πλήθος διαφορετικών υπηρεσιών.

ζ) Βαρύτητα της ασθένειας (περιστατικό σε κρίση): Από την έρευνά μας επιβεβαιώσαμε την θεωρία που υποστηρίζει ότι οι υποτροπές της νόσου αποδιοργανώνουν την οικογένεια του ασθενή. Έτσι, όταν αυτός βρίσκεται σε κρίση παρατηρείται δυσλειτουργία σε όλη την οικογένεια. Σε αυτή την περίπτωση η οικογένεια καταφεύγει στη λύση της κλειστής νοσηλείας. Είναι συχνό το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», όπου ο ασθενής επιστρέφει στη κλινική μετά από ένα χρονικό διάστημα παραμονής στο σπίτι του. Τέλος, αναγνωρίζεται ότι οι συγγενείς θα μπορούσαν να είναι ένα θετικός παράγοντας στο χειρισμό των ασθενών όταν τους δοθεί η ευκαιρία για πληροφόρηση, εκπαίδευση και υποστήριξη από ψυχιατρικές υπηρεσίες.

η) Πληροφόρηση της οικογένειας: Η πληροφόρηση μπορεί να προέλθει από διάφορες πηγές, από μη βιοϊατρικούς κύκλους (συγγενείς, φιλικά πρόσωπα, γειτονιά), από ψυχιάτρους, από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και από την αναζήτηση της ίδιας της οικογένειας.

Σημαντικό ρόλο στην οικογένεια παίζουν τα δίκτυα υποστήριξής της, τα οποία διακρίνονται σε τυπικά και άτυπα. Τα άτυπα δίκτυα υποστήριξης είναι οι συγγενείς, οι φίλοι και η γειτονιά. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήσαμε διαπιστώσαμε ότι η υποστήριξη μπορεί να πάρει πολλές μορφές όπως οικονομική, συναισθηματική, εκδήλωση ενδιαφέροντος για τον ασθενή και την πορεία της ασθένειάς του, επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας ή στο χώρο κατοικίας του, φροντίδα των υπολοίπων μελών της οικογένειας όταν ένα μέλος της νοσεί, βοήθεια στη λήψη αποφάσεων και αντιμετώπιση μιας κρίσης. Διαπιστώσαμε πως ορισμένες οικογένειες παρόλο που χρειάζονταν βοήθεια δεν την ζήτησαν είτε γιατί δεν θέλησαν να ταλαιπωρήσουν τους συγγενείς τους είτε γιατί όταν την είχαν ζητήσει ξανά στο παρελθόν, τους την αρνήθηκαν.

Στις περιπτώσεις, όπου δεν υπήρχαν πηγές υποστήριξης της οικογένειας παρατηρήσαμε ότι η οικογένεια είτε πίστευε ότι θα τα κατάφερνε μόνη της και θεωρούσε την

ασθένεια του συγγενή της οικογενειακή υπόθεση, είτε οι συγγενείς φίλοι, γείτονες, δεν ήθελαν να πλησιάσουν την οικογένεια εξαιτίας της φύσης της ασθένειας. Η άγνοια για τη ψυχική ασθένεια, ο φόβος τους για την επικινδυνότητα του άρρωστου μέλους και η πιθανή μεταδοτικότητα της ασθένειας ήταν παράγοντες ανασταλτικοί για άμεση επικοινωνία με την οικογένεια.

Κάποιες από τις οικογένειες διέκοψαν τις κοινωνικές σχέσεις με φίλους ή συγγενείς, είτε γιατί απομακρύνθηκαν οι ίδιοι λόγω έλλειψης διάθεσης για διασκέδαση, είτε γιατί ένοιωσαν πως οι άλλοι τους λυπούνται.

Από τις συνεντεύξεις που μελετήσαμε συμπεράναμε ότι οι κοινωνικές συναναστροφές επιτρέπουν στην οικογένεια να δημιουργήσει ένα δίκτυο υποστήριξης προκειμένου να αντεπεξέλθει στις υπόλοιπες δυσκολίες που ανακύπτουν λόγω της ασθένειας του μέλους τους. Χωρίς τέτοιους ανθρώπους (φίλοι, συγγενείς γειτονιά), η επιβάρυνση από την κατάσταση του άρρωστου συγγενή τους, είναι ακόμα μεγαλύτερη.

Τα τυπικά δίκτυα υποστήριξης αποτελούν οι Σύλλογοι Οικογενειών. Συγκεκριμένα μελετήσαμε τον Σύλλογο Φίλων και Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Ηρακλείου (ΣΥ.ΦΟΙ.Ψ.Υ.) και τον Παγκρήτιο Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΑ.Σ.Ο.Ψ.Υ.).

Αναφορικά με τον Σ.Υ.Φ.Ο.Ι.Ψ.Υ. παρατηρήσαμε ότι δεν δίνεται έμφαση μόνο στην υποστήριξη και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών αλλά και στη βοήθεια των οικογενειών τους, την ευαισθητοποίηση των πολιτών και στην συνεργασία με άλλους φορείς και επαγγελματίες. Η δημιουργία του ήταν αποτέλεσμα της συνεργασίας των επαγγελματιών στο χώρο της ψυχικής υγείας και οικογενειών ατόμων με ψυχική ασθένεια. Οι επαγγελματίες (π.χ. ψυχίατρος) εργάζονται για το σύλλογο εθελοντικά

Ο ΣΥ.Φ.Ο.Ι.Ψ.Υ. πραγματοποιούσε και ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, που φαίνεται να έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη μείωση της έντασης και του άγχους μέσα στην οικογένεια, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα της επιβάρυνσης από την φροντίδα του αρρώστου, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της απέναντι στον ασθενή και τέλος στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας.

Όσον αφορά τον ΠΑ.Σ.Ο.Ψ.Υ., βασική του μέριμνα είναι η προώθηση και η διεκδίκηση των κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα, η βελτίωση της ποιότητας ζωής καθώς και η ίση συμμετοχή στα κοινά για αυτοδύναμη έκφραση.

Μέλη του Συλλόγου μπορούν να γίνουν οι συγγενείς ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα, αλλά και όσοι ενδιαφέρονται να βοηθήσουν με οποιοδήποτε τρόπο στην υλοποίηση των στόχων του Συλλόγου. Φιλοδοξία του Συλλόγου είναι η διεύρυνσή του με νέα

μέλη και η επέκταση της δράσης του σε όλη την Κρήτη, αλλά και στον υπόλοιπο ελλαδικό χώρο, καθώς και η συνεργασία με άλλους φορείς και σωματεία από την Ελλάδα και με αντίστοιχες μη κερδοσκοπικές και μη κυβερνητικές οργανώσεις από άλλες χώρες. Ανάμεσα στους στόχους του είναι να προωθήσει τη δράση των συλλόγων κατά τόπους αλλά και συλλογικά, να ενδυναμώσει το χώρο της ψυχικής υγείας και να προάγει την δυναμική διεκδίκηση των αιτημάτων τόσο των ψυχικά πασχόντων όσο και των συγγενών τους.

Τα μέλη των παραπάνω συλλόγων στρατολογούνται κυρίως από περιπτώσεις ανθρώπων οι οποίοι μέσα από την «προσωπική» τους εμπειρία, φτάνουν σε ένα προβληματισμό που αφορά στον κοινωνικό κόσμο της ψυχιατρικής γενικά.

Συμπερασματικά, οι σύλλογοι οικογενειών αποβλέπουν σε τρεις βασικούς άξονες δράσης: 1) την αυτοβοήθεια και την προώθηση των «ιδιαιτέρων» συμφερόντων τους, 2) την παρέμβαση στον τρόπο με τον οποίο είναι συγκροτημένος ο ψυχιατρικός θεσμός και 3) στην οιοική θεραπευτική παρέμβαση. Οι στόχοι τους, όμως, επεκτείνονται σε ένα ευρύτερο φάσμα κοινωνικών ενδιαφερόντων, τα οποία συνδέονται, άμεσα ή έμμεσα, με την γενικότερη μετεξέλιξη του ψυχιατρικού θεσμού.

Σχετικά με την επικοινωνία/ συνεργασία που αναπτύσσεται μεταξύ της οικογένειας και του προσωπικού της ψυχιατρικής κλινικής παρατηρήσαμε ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στην δημόσια και στην ιδιωτική.

Συγκεκριμένα, οι ομοιότητες είναι οι εξής: α) υπάρχουν κοινές μορφές επικοινωνίας και συνεργασίας της οικογένειας με το επαγγελματικό προσωπικό της κλινικής, β) και στις δυο περιπτώσεις θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη επικοινωνίας και σχέσεων συνεργασίας, η προθυμία και η διαθεσιμότητα που εκφράζει η οικογένεια και το προσωπικό, γ) υπάρχει πιο στενή επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό, δ) η απόσταση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ανάπτυξη συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών και της οικογένειας, και ε) η οικογένεια επιθυμεί να μένει μαζί με τον ασθενή της όταν εκείνος νοσηλεύεται. Το προσωπικό και των δυο κλινικών κατανοεί αυτή την επιθυμία και προσπαθεί να τους παρέχει κάθε βοήθεια.

Οι διαφορές που παρατηρήσαμε ανάμεσα στην δημόσια και στην ιδιωτική κλινική ήταν λιγότερες: α) στην ιδιωτική κλινική η οικογένεια έχει μικρότερη επιλογή συνεργασίας με τους επαγγελματίες. Στην περίπτωση της δημόσιας υπάρχουν περισσότερες ειδικότητες για να συνεργαστεί, και β) στην ιδιωτική κλινική που υπάρχει μικρότερος αριθμός προσωπικού, από ότι σε ένα δημόσιο ψυχιατρείο, μπορούν να αναπτυχθούν προσωπικές σχέσεις ανάμεσα στους εργαζόμενους και στην οικογένεια του ασθενή. Αντίθετα, σε ένα δημόσιο ψυχιατρείο, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού των νοσηλευομένων και του προσωπικού, οι σχέσεις ανάμεσα στην οικογένεια και το προσωπικό είναι πιο απρόσωπες.

Αναφορικά με την συχνότητα επαφής της οικογένειας με την ψυχιατρική κλινική, δημόσια και ιδιωτική, παρατηρήθηκαν οι εξής ομοιότητες: α) η οικογένεια επισκέπτεται την κλινική όταν θέλει να συναντήσει τον συγγενή της, και όχι μόνο με στόχο να επικοινωνήσει

με τους επαγγελματίες (ψυχίατρος, νοσηλευτικό προσωπικό), β) ανασταλτικοί παράγοντες για την επαφή της οικογένειας με την κλινική είναι η απόσταση, οι επαγγελματικές υποχρεώσεις, η οικονομική κατάσταση και η φροντίδα άλλων μελών στην οικογένεια (παιδιά, ηλικιωμένοι), γ) και στις δυο περιπτώσεις η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και τον ασθενή καθορίζει την συχνότητα επαφής, και δ) οι επαγγελματίες που εργάζονται στην κλινική επιδιώκουν να επικοινωνήσουν με την οικογένεια (τηλεφωνική επικοινωνία), όταν η ίδια δεν διατηρεί επαφή με τον ασθενές μέλος της. Επίσης από την έρευνά μας παρατηρήσαμε μόνο μια διαφορά ως προς την συχνότητα επαφής της οικογένειας με την ψυχιατρική κλινική (δημόσια ή ιδιωτική). Η διαφορά αυτή επικεντρώνεται στο βασικό κριτήριο που θέτει η ιδιωτική κλινική για την εισαγωγή του ασθενή, που είναι η ύπαρξη οικογένειας με σκοπό την επαφή και την συνεργασία μαζί της.

Σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης της οικογένειας από την ποιότητα υπηρεσιών της ψυχιατρικής κλινικής, διαπιστώθηκε ότι η αξιολόγηση γίνεται με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι κοινά για τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: α) το φυσικό περιβάλλον (κτιριακή υποδομή και εξοπλισμός), β) οι ικανότητες του προσωπικού σε σχέση με τα επίπεδα εκπαίδευσης και την πείρα που έχουν αποκτήσει σχετικά με το έργο που παρέχουν, γ) οι δεσμεύσεις του προσωπικού και το ηθικό του, δ) η ασφάλεια των ασθενών, ε) η ικανοποίηση του ψυχικά ασθενή (προσαρμογή στο χώρο της κλινικής), στ) τα βραχυπρόθεσμα (έως 6 μήνες) αποτελέσματα, με βάση το οποίο παρατηρείται βελτίωση της ψυχικής κατάστασης του ασθενή, ζ) η καταλληλότητα της θεραπευτικής επιλογής, και η) το σχετικό κόστος της νοσηλείας του ασθενή σε μια κλινική. Συμπερασματικά ο βαθμός ικανοποίησης της οικογένειας από το χώρο νοσηλείας αποτελεί κριτήριο για τη παραμονή ή την απομάκρυνση του ασθενή από αυτόν.

Η γενική εντύπωση που προκύπτει είναι ότι πάντα η οικογένεια επιδιώκει το καλύτερο για τον ασθενή και επιθυμεί οποιαδήποτε αλλαγή που μπορεί να συμβεί για τη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας του.

Από την έρευνά μας συμπεράναμε ότι η οικογένεια του ψυχικά ασθενή έχει απαιτήσεις και προσδοκίες είτε αυτός βρίσκεται σε δημόσια είτε σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις αυτές αφορούν την βελτίωση της κατάστασης του ασθενή, την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής μεθόδου, την παραμονή του σε ένα αξιοπρεπές περιβάλλον, το σεβασμό τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειας του. Επίσης, η οικογένεια απαιτεί, το προσωπικό που πλαισιώνει τον ασθενή να είναι εκπαιδευμένο και καταρτισμένο σε θέματα ψυχικής υγείας, και προσδοκά να γνωρίζει τις ανάγκες του συγγενή της και να είναι σε θέση να την ενημερώνει για την πορεία της ασθένειας του. Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις της οικογένειας αυξάνονται με τη πάροδο του χρόνου, ενώ η μεγαλύτερη προσδοκία της είναι ο συγγενής της «να γίνει καλά». Η οικογένεια συχνά καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα, που τον θεωρεί αποτελεσματικότερο. Περιμένει ότι εφόσον καταβάλει κάποιο χρηματικό ποσό, οι συνθήκες νοσηλείας θα είναι καλύτερες και ο ασθενής θα

αναρρώσει γρηγορότερα. Με αυτό τον τρόπο διατηρούνται οι ελπίδες της. Η οικογένεια που βρίσκεται σε δύσκολη οικονομική κατάσταση προσδοκά από το κράτος να λάβει μέτρα στο τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης, ώστε η νοσηλεία του ασθενή, να την διευκολύνει και όχι να την επιβαρύνει. Τέλος, αναλογιζόμενη τη μακρόχρονη νοσηλεία του συγγενή της, απαιτεί από την ψυχιατρική κλινική να παρέχει όλες τις ανέσεις που διασφαλίζουν ένα καλό και ένα ευχάριστο περιβάλλον για εκείνον.

Από την έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι οι σχέσεις της οικογένειας με το χώρο νοσηλείας όπως χαρακτηρίζονται από τους επαγγελματίες αναλύονται στις παρακάτω διαστάσεις: στην αίσθηση συνέχειας – ασυνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας του ασθενή μετά την έξοδο του από την ψυχιατρική κλινική («θεραπευτικό συνεχές»), στα αντιληπτικά σχήματα για την ασθένεια, στα αντιληπτικά σχήματα για την οικογένεια, και στον τρόπο προσέγγισης του επαγγελματία προς την οικογένεια του ασθενή.

Σχετικά με την αίσθηση συνέχειας – ασυνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας του ασθενή, προέκυψε ότι η ύπαρξη της μετανοσοκομειακής φροντίδας αποτελεί τη βασική διαφορά ανάμεσα στην ιδιωτική και στην δημόσια περίθαλψη. Η φροντίδα που παρέχεται στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική δεν περιλαμβάνει τη συνέχιση της παρακολούθησης του ασθενή μετά την έξοδο του από αυτή, καθώς δεν συμπεριλαμβάνεται στους στόχους της και δεν υπάρχει κάποιο κοινωνικό επάγγελμα που θα μπορούσε να το κάνει.

Από την άλλη, στην δημόσια ψυχιατρική κλινική παρατηρήθηκε ότι επιδιώκεται από τους επαγγελματίες εκτός από την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και η μετανοσοκομειακή (συνεχιζόμενη παρακολούθηση, κινητή μονάδα, εξωτερικά ιατρεία).

Όσον αφορά τα αντιληπτικά σχήματα για την ασθένεια παρατηρήσαμε ότι σε μια ψυχιατρική κλινική δημόσια ή ιδιωτική, το προσωπικό έχει συγκεκριμένες εικόνες γύρω από τη ψυχική ασθένεια και θεραπεία. Η διαμόρφωση αυτών των εικόνων γίνεται με βάση την ιδεολογία της ειδικότητας του κάθε επαγγελματία. Συνεπώς οι ομοιότητες που διαπιστώσαμε μεταξύ των δυο κλινικών είναι οι εξής: α) πολλοί από τους νοσηλευτές εκτελούν καθήκοντα «φύλακα», με κύρια αρμοδιότητα την επιτήρηση ασθενών. Πέρα δηλαδή από την νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν, τους δίδονται αρμοδιότητες όπως ελέγχου, διανομής του φαγητού, χορήγησης των φαρμάκων, καθαριότητας των ασθενών και καθαριότητας των χώρων. Διαπιστώνουμε ότι δίνουν σημασία στην κάλυψη κυρίως βιολογικών αναγκών, επομένως ο φυλακτικός ρόλος είναι προϊόν του στενού κλινικού ιατρικού μοντέλου, β) το προσωπικό τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική κλινική αναφέρεται σε εικόνες ιδρυματισμού (προσαρμογή του ασθενή σε ιδρυματικό τρόπο ζωής καθώς στερείται τα στοιχεία πρωτοβουλίας της προσωπικότητάς του), που επηρεάζουν αρνητικά όχι μόνο τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες που εργάζονται στους χώρους αυτούς, γ) οι επαγγελματίες που για πρώτη φορά εργάζονται σε ένα τέτοιο χώρο αντιμετωπίζουν δυσκολία προσαρμογής. Ωστόσο, η στήριξη από άλλους επαγγελματίες, το προσωπικό τους

ενδιαφέρον και οι στόχοι του κάθε επαγγελματία, μπορούν να αποτελέσουν κίνητρα και κινητήρια δύναμη για την αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Η διαφορά ανάμεσα στις δυο κλινικές εστιάζεται στο ότι στην ιδιωτική κλινική αναπαράγεται η έννοια της ιδρυματοποίησης και του εγκλεισμού του ασθενή αφού οι επαφές με την κοινότητα είναι λιγοστές ή και ανύπαρκτες. Ενώ στην δημόσια περίθαλψη που συνδέεται άμεσα με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, την σύντομη νοσηλεία του ασθενή και την παραμονή του στην κοινότητα, δίνεται έμφαση όχι μόνο στο πάσχον υποκείμενο αλλά και στην οικογένειά του. Παράλληλα επιδιώκεται η προετοιμασία τόσο του ασθενή όσο και της κοινότητας που θα ενταχθεί, ώστε να γίνει πιο ομαλή η ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση.

Σχετικά με τα αντιληπτικά σχήματα των επαγγελματιών για την οικογένεια, παρατηρήσαμε ότι υπάρχουν οι εξής ομοιότητες ανάμεσα στις δυο κλινικές: α) οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται σε μεγάλο βαθμό τα συναισθήματα της οικογένειας εξαιτίας της ασθένειας (ματαιώσης και απογοήτευσης, ενοχής και ντροπής, άγχους και φόβου, δυσαρέσκειας και οργής, πικρίας, θλίψης και απελπισίας), β) επίσης αναγνωρίζουν ότι η οικογένεια στο ευρύτερο κοινωνικό σύστημα έρχεται αντιμέτωπη με τα πολλαπλά και πολλές φορές συγχυσιγόνα μηνύματα, δηλαδή την άγνοια, το φόβο και τις προκαταλήψεις του κοινού που έχουν ως τραγική συνέπεια τον κοινωνικό στιγματισμό, γ) τονίζουν τη σημαντικότητα του ρόλου της οικογένειας, όσον αφορά τη θεραπεία του ασθενή που μπορεί να επιτευχθεί με την εμπλοκή της στην καθημερινή ζωή του ασθενή (συχνές επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας, εξόδους του ασθενή με την συνοδεία των συγγενών του), δ) οι επαγγελματίες εκτιμούν και την αρνητική επιρροή της οικογένειας στην εξέλιξη της ασθένειας του συγγενή της, ε) το στίγμα, η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες αλλά και το ότι η οικογένεια θεωρεί το πρόβλημα δική της υπόθεση, θεωρούνται από τους επαγγελματίες ως ανασταλτικοί παράγοντες για την συνεργασία τους με αυτή, στ) θεωρούν ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν εμφανίζεται ως παράγοντας για τη θετική εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία, ζ) θεωρούν ότι είναι ανεπαρκής ή και ανύπαρκτη η συνεργασία τους με την οικογένεια που δεν ενδιαφέρεται για την αποκατάσταση του ασθενή ή για να μάθει για την πορεία της ασθένειάς του και πραγματοποιεί ελάχιστες ή καθόλου επισκέψεις στο χώρο της κλινικής.

Σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο κλινικών είναι ότι οι επαγγελματίες στην ιδιωτική κλινική μας ανέφεραν ότι επιδιώκουν συνεργασία με την οικογένεια που αποβλέπει στην αντιμετώπιση προβλημάτων όπως άρνηση στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, άρνηση παραμονής του στην κλινική, καταμερισμός ευθυνών, ετοιμότητα της οικογένειας για επείγοντα περιστατικά (π.χ. μεταφορά του ασθενή στο νοσοκομείο). Όμως, κάτι τέτοιο δεν αναφέρθηκε από τους επαγγελματίες της δημόσιας κλινικής.

Γενικά παρατηρήσαμε ότι η στάση των οικογενειών για συνεργασία με το προσωπικό της κλινικής επηρεάζεται από τη στάση των επαγγελματιών απέναντί τους. Ισχύει όμως και το

αντίστροφο, όπου οι επαγγελματίες διατηρούν στάση απόστασης απέναντι στην οικογένεια, παρότι αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα του ρόλου της στη βελτίωση της ασθένειας του συγγενή τους, αλλά το αφήνουν στη δική τους διάθεση για συνεργασία.

Αναφορικά με τον τρόπο προσέγγισης του επαγγελματία προς την οικογένεια του ασθενή, υπάρχουν οι εξής ομοιότητες ανάμεσα στις δύο κλινικές: α) οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται ότι η στήριξη της οικογένειας είναι ένα σημαντικό κομμάτι, και β) θεωρούν ότι οι συγγενείς χρειάζονται ευκρινή πληροφόρηση έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αποτελεσματικά.

Από την έρευνά μας παρατηρήσαμε ότι υπάρχουν περισσότερες διαφορές μεταξύ τους: α) ως προς τον τρόπο που οι επαγγελματίες προσεγγίζουν την οικογένεια, καθώς στην ιδιωτική κλινική δεν επιδιώκεται η στήριξη της οικογένειας αλλά η πληρέστερη κάλυψη των αναγκών (βιολογικών, ψυχοκοινωνικών) θεραπείας του ασθενή. Ενώ στη δημόσια εκτός από το παραπάνω, οι επαγγελματίες προσπαθούν να προσεγγίσουν την οικογένεια προκειμένου να λάβουν υπόψη τους όλα τα στοιχεία της ταυτότητας του αρρώστου που έχουν προβληθεί στα άλλα μέλη της οικογένειας με σκοπό να αποφευχθεί η ρήξη με το οικογενειακό περιβάλλον, β) στην δημόσια κλινική υπάρχει η δυνατότητα του επαγγελματία να συνεργαστεί με την οικογένεια προς όφελος του ασθενή αλλά και για την στήριξη της ίδιας. Στην ιδιωτική κλινική, δεν υπήρχε προσέγγιση της οικογένειας από τους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο αυτό, παρά μόνο εκπαιδευόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί που δημιούργησαν ομάδα ασθενών και έρχονταν σε τακτική επικοινωνία με τις οικογένειές τους, υπό την εποπτεία ενός επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού από την αντίστοιχη σχολή του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου. Αξιοσημείωτο όμως είναι ότι στην ιδιωτική κλινική παρόλο που δεν υπάρχουν οι κατάλληλες ειδικότητες για την προσέγγιση της οικογένειας συνειδητοποιούν την ανάγκη για στήριξη αυτής, γ) στη δημόσια κλινική οι επαγγελματίες, αναγνωρίζουν ότι η οικογένεια του ψυχικά ασθενή έχει ανάγκη από εκπαίδευση (συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια), για να αποκτήσει δεξιότητες ούτως ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της αρρώστιας και να επιλύει αποτελεσματικά τα προβλήματα και τις δυσκολίες. Παρατηρήσαμε ότι η προσέγγιση των οικογενειών στη δημόσια κλινική γίνεται με ένα δομημένο τρόπο, πράγμα που δεν συμβαίνει στην ιδιωτική κλινική.

Από την έρευνά μας διακρίναμε ότι υπάρχουν οι παρακάτω θεραπευτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται τόσο στον ίδιο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του: 1) οι επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή, 2) τα ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια και 3) η διεπιστημονική προσέγγιση.

Αναφορικά με τις επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή παρατηρήσαμε ότι ανάμεσα στην ιδιωτική και τη δημόσια κλινική υπάρχει μια διαφορά. Στην ιδιωτική κλινική οι εκπαιδευόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί στα πλαίσια της εργαστηριακής τους άσκησης πραγματοποιούσαν επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή, το διάστημα που ο ασθενής



νοσηλεύοταν στην κλινική. Ενώ στην δημόσια περίθαλψη αυτή η προσέγγιση συναντάται με τη μορφή της κινητής μονάδας και των μεμονωμένων επισκέψεων από κοινωνικό λειτουργό ή επισκέπτη υγείας, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή όσο και μετά την έξοδο του από το ψυχιατρείο.

Σχετικά με τα ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια πραγματοποιούνται μόνο από την δημόσια κλινική και δεν τα συναντάμε στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Τα σεμινάρια αυτά μπορεί να θεωρηθούν ως ένα είδος υποστηρικτικού δικτύου για την οικογένεια ενώ η επικοινωνία αυτή ευνοείται από τους επαγγελματίες.

Διαπιστώθηκε ότι είναι δύσκολο για τους επαγγελματίες να συγκεντρώσουν τις οικογένειες εξαιτίας της απόστασης, της έλλειψης ενδιαφέροντος για τον ασθενή, αλλά και της έλλειψης εμπιστοσύνης προς τον επαγγελματία. Ακόμη, η δυσκολία της οικογένειας να μιλήσει για το πρόβλημα μπροστά σε άτομα εκτός του επαγγελματία, την κάνει να μην συμμετέχει στα σεμινάρια. Τέλος, αυτό που συμβαίνει πιο συχνά είναι να συγκεντρώνονται τα μέλη τα οποία είναι πιο ευαισθητοποιημένα πάνω στο θέμα της ασθένειας του μέλους τους.

Όσον αφορά τη διεπιστημονική προσέγγιση αν και στην ιδιωτική κλινική αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα της ύπαρξης διεπιστημονικής ομάδας, αυτή δεν υπάρχει. Οι ειδικότητες που υπάρχουν είναι του ψυχιάτρου, του νοσηλευτή και του παθολόγου.

Από την άλλη, στη δημόσια κλινική υπάρχει ψυχιατρική ομάδα αποτελούμενη από ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, και επισκέπτρια υγείας. Η ομάδα έρχεται σε επαφή με τον ασθενή και του δίνει το δικαίωμα να επιλέξει με ποιο πρόσωπο θέλει να μιλήσει. Αυτή είναι μια θεραπευτική τακτική που σέβεται τα δικαιώματα του ασθενή.

Για την αποτελεσματική διεπιστημονική προσέγγιση είναι αναγκαίο να υπάρχει καλή συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες. Τόσο στην ιδιωτική όσο και στη δημόσια κλινική, οι επαγγελματίες υποστηρίζουν την διεπαγγελματική συνεργασία καθώς πιστεύουν πως με τη συνεργασία γίνεται δυνατή η παροχή πιο αποτελεσματικών φροντίδων στα άτομα που ζητούν αυτές τις υπηρεσίες.

Στην περίπτωση της ιδιωτικής κλινικής ένας θετικός παράγοντας για την ανάπτυξη συνεργασίας είναι ο μικρός αριθμός ατόμων που εργάζονται στην κλινική. Αυτή η παράμετρος συμβάλει στην ανάπτυξη σχέσεων οικειότητας μεταξύ όλου του προσωπικού.

Επίσης διαπιστώσαμε ότι το εύρος των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη για την διεπαγγελματική συνεργασία διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, όμως οπωσδήποτε υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που γενικά επηρεάζουν την αντίληψη αυτή. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι στάσεις, αξίες, πιστεύω, στερεότυπα, και αξιολογήσεις.

Αναφορικά με το ρόλο των κοινωνικών υπηρεσιών στη ψυχιατρική κλινική διαπιστώσαμε μια σημαντική διαφορά, σύμφωνα με την οποία στην δημόσια ψυχιατρική κλινική υπάρχει κοινωνική υπηρεσία, αποτελούμενη από μόνιμους κοινωνικούς λειτουργούς

που καλύπτει τις ανάγκες και των τεσσάρων κλινικών στις οποίες οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι κατανεμημένοι. Στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και κατά το χρονικό διάστημα που πραγματοποιήσαμε την έρευνά μας δεν υπήρχε κοινωνική υπηρεσία. Για την κάλυψη όμως των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών, με πρωτοβουλία της ψυχιάτρου, η κλινική ξεκίνησε συνεργασία τον Οκτώβριο του 2003 με το Τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου και μετά από ένα χρόνο έγιναν οι πρώτες ενέργειες για σύσταση κοινωνικής υπηρεσίας. Επιπροσθέτως, στη δημόσια κλινική ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού δεν εστιάζεται μόνο στη ενδονοσοκομειακή φάση, δηλαδή κατά την διάρκεια νοσηλείας του ασθενή αλλά και στην προνοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή φάση. Από την άλλη, στην ιδιωτική κλινική η συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή διακόπτεται από τη στιγμή που εκείνος θα βγει από τη κλινική.

Παρατηρούμε ότι και στις δυο κλινικές υπάρχει ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού ως χειριστή ομάδων ασθενών. Στη δημόσια κλινική οι ομάδες αυτές έχουν σκοπό να βοηθήσουν τους ασθενείς σε σχέση με την απομόνωση που συνήθως νοιώθουν μέσα στη κλινική, αλλά είναι και ένα χρήσιμο διαγνωστικό και θεραπευτικό μέσο. Ενώ στην ιδιωτική κλινική και στα πλαίσια της εργαστηριακής άσκησης, οι σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας, εργάστηκαν με περιστατικά άνοιας και ψύχωσης, καθώς στην ψυχιατρική κλινική νοσηλεύονται και ανοϊκά άτομα. Δημιούργησαν ομάδες ασθενών με ανοϊκά και ψυχωσικά άτομα. Όσον αφορά την ομάδα ψυχωσικών ατόμων, σκοπός ήταν η δημιουργία καλών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της ομάδας. Τα αποτελέσματα της εργασίας των εκπαιδευόμενων κοινωνικών λειτουργών ήταν αξιοσημείωτα. Το προσωπικό της ιδιωτικής κλινικής παρατήρησε αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών και στη στάση των οικογενειών και έτσι συνειδητοποίησε την ανάγκη να προσληφθεί μόνιμος κοινωνικός λειτουργός στην κλινική.

Παράλληλα και στις δυο κλινικές παρατηρήσαμε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί επιδίωκαν επαφή με την κοινότητα με σκοπό την ευαισθητοποίησή τους στο θέμα της ψυχικής ασθένειας.

Γενικά συμπεράναμε ότι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μέσα στον ψυχιατρικό χώρο είναι κεντρικός και έχει καθοριστική σημασία για την επίτευξη των αντικειμενικών θεραπευτικών στόχων του ψυχιατρικού πλαισίου.

Αρχικά εμπλέκεται σημαντικά στην εισαγωγή του ασθενή όπου είναι παρόν στις συζητήσεις του γιατρού με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Στη συνέχεια, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας προσεγγίζει και την οικογένεια του, και είναι δυνατόν να δουλέψει υποστηρικτικά μαζί της. Επίσης, συνεργάζεται στενά με τα άλλα μέλη του προσωπικού για να προσεγγίσει τον ασθενή και την οικογένειά του και για να χρησιμοποιήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις διαθέσιμες πηγές. Στη δημόσια κλινική η κοινωνική υπηρεσία μεριμνά για την ασφάλειά και τον τρόπο ζωής του ασθενή. Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός θέλοντας να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του τον φέρνει σε επαφή με την

οικογένειά του, που αποτελεί και ένα βήμα για να έρθει πιο κοντά στη κοινότητα. Κατά την έξοδο του ασθενή από τη δημόσια κλινική, προσπαθεί να μην χάσει την επαφή μαζί του, ούτε και με την οικογένεια του, και δίνει προσοχή στην πρόληψη της υποτροπής, γι' αυτό και συνεργάζεται με επισκέπτριες υγείας. Διαπιστώσαμε ακόμη ότι ο κοινωνικός λειτουργός στα πλαίσια της συνεχιζόμενης παρακολούθησης του ασθενή, εργάζεται στα εξωτερικά ιατρεία, όπου χρησιμοποιεί την ολιστική προσέγγιση.

Η γνώση είναι μια πορεία που δημιουργεί νέες προτάσεις έρευνας. Με την ολοκλήρωση της μελέτης μας, ανέκυψαν ορισμένα θέματα τα οποία θα μπορούσαν να διερευνηθούν. Όπως για παράδειγμα α) οι δομές αποκατάστασης ως μορφή επανένταξης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, β) η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στα ψυχιατρικά πλαίσια και οι πολιτικές προστασίας, γ) οι αντιλήψεις της τοπικής κοινωνίας για την ψυχική ασθένεια, δ) ο κοινωνικός αποκλεισμός της οικογένειας του ψυχικά ασθενή και ο τρόπος αντιμετώπισής του από την ίδια, ε) η συμβολή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στην διαμόρφωση της εικόνας του ψυχικά ασθενή στο ευρύτερο κοινό.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## Παράρτημα Ι: Περίληψη της Ερευνητικής Πτυχιακής Εργασίας

Στην παρούσα εργασία επιχειρήσαμε να προσεγγίσουμε συγκριτικά τη δημόσια και την ιδιωτική περίθαλψη, με βάση τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των υπηρεσιών και των οικογενειών.

Συγκεκριμένα, κάναμε μια συνοπτική αναφορά της ψυχιατρικής από τους προϊστορικούς χρόνους, μέχρι την εγκαθίδρυσή της ως επιστήμης, στην νεότερη εποχή. Σταδιακά παρακολουθήσαμε τη συγκρότηση του ψυχιατρικού θεσμού στην Ελλάδα μέσω του ιστορικού της δημιουργίας των ασύλων ψυχιατρικής, και τη μετάβαση στο κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας. Αναφέραμε συνοπτικά τους στόχους και τη λειτουργικότητα των θεσμών που συναποτελούν το *διαφοροποιημένο δίκτυο των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών*, της δημόσιας φροντίδας στην Ελλάδα και περιγράψαμε τον ιδιωτικό τομέα όπου έγινε αναφορά στο σύνολο των παραγόντων που συνέβαλλαν στην εμφάνιση και στην ανάπτυξη του.

Στη συνέχεια περιγράψαμε τη δομή και τη λειτουργία της ελληνικής οικογένειας και τους παράγοντες που συντέλεσαν στη μετεξέλιξη της. Αναλύσαμε τις θεωρητικές προσεγγίσεις που σχετίζονται με τον επιβαρυντικό ρόλο της οικογένειας στην έναρξη και στην διατήρηση της ψυχικής ασθένειας. Όπως επίσης και τους παράγοντες που συντέλεσαν στην ανάπτυξη παρεμβάσεων στο επίπεδο της, που βοηθούν στην πρόληψη των υποτροπών και στην καλύτερη εξέλιξη της ασθένειας.

Εστίασαμε στην περιγραφή και στην ανάλυση του τρόπου με τον οποίο η οικογένεια αντιλαμβάνεται την ψυχιατρική διάγνωση και την νοσηλεία του μέλους της, Παράλληλα περιγράψαμε τους παράγοντες που λαμβάνει υπόψη της στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας και τους παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή του χώρου νοσηλείας του μέλους της. Στη συνέχεια παρουσιάσαμε τις σχέσεις της οικογένειας με το χώρο νοσηλείας από την οπτική των οικογενειών, αλλά και από την οπτική των επαγγελματιών. Αναλύσαμε τις θεραπευτικές παρεμβάσεις των επαγγελματιών που απευθύνονται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του.

Σχετικά με το ρόλο των κοινωνικών υπηρεσιών στην ψυχιατρική κλινική, περιγράψαμε την παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στην προνοσοκομειακή, στην ενδονοσοκομειακή και στην μετανοσοκομειακή φάση.

Τέλος, αναφερθήκαμε στα δίκτυα υποστήριξης της οικογένειας τα οποία διακρίνονται σε άτυπα, δηλαδή οι συγγενείς, οι φίλοι και η γειτονιά, και σε τυπικά όπως οι Σύλλογοι Οικογενειών.

## **Παράρτημα II: Διάγραμμα Ερευνητικής Πτυχιακής Εργασίας**

Τίτλος: *«Η επίδραση της ψυχιατρικής διάγνωσης και ψυχιατρικής νοσηλείας στην οικογένεια του ασθενή. Συγκριτική προσέγγιση δημόσιας και ιδιωτικής περίθαλψης».*

### **Βασικός προβληματισμός που οδήγησε στην επιλογή του θέματος**

Καθ' όλη την διάρκεια της εκπαίδευσής μας ερχόμαστε σε επαφή με θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και τις σχέσεις του ασθενή με τα μέλη της οικογένειάς του, όπως αυτές διαμορφώνονται κατά τη διάγνωση της ασθένειας και της νοσηλείας του σε μία ψυχιατρική κλινική. Θεωρούμε ότι οι αλληλεπιδράσεις των σχέσεων μεταξύ του ασθενή και της οικογένειάς του είναι ένα αρκετά σημαντικό κομμάτι που πρέπει να μελετηθεί. Μετά τη διάγνωση και νοσηλεία του ασθενή παρατηρούνται αλλαγές στη δομή της οικογένειας. Δηλαδή είναι πιθανόν να επηρεάσουν τους ρόλους των μελών της οικογένειας και να οδηγήσουν στη μεταβολή του χαρακτήρα της. Αυτές τις αλλαγές θελήσαμε να διερευνήσουμε σε συνάρτηση με τη σχέση της οικογένειας του ασθενή με το περιβάλλον της κλινικής που νοσηλεύεται. Συγκεκριμένα ποιοι είναι οι παράγοντες που καθορίζουν τη σχέση αυτή και ποιες οι διαφοροποιήσεις ή και ομοιότητες μίας δημόσιας με μία ιδιωτική κλινική.

### **Αναφορά σε συναφείς έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το Τμήμα**

Οι πτυχιακές εργασίες που έχουν πραγματοποιηθεί από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στο παρελθόν είναι οι εξής:

- 1 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση των χρόνια ψυχικά ασθενών στο Θεραπευτήριο Ψυχιατρικών Παθήσεων Χανίων και Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.
- 2 Διερεύνηση της συχνότητας και εφαρμογής της οικογενειακής θεραπείας σύμφωνα με τις απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ποιες διαφορετικές προσεγγίσεις εφαρμόζουν σ' αυτές.
- 3 Οι απόψεις των εργοδοτών του Νομού Ηρακλείου απέναντι στους εν δυνάμει εργαζόμενους με ψυχική διαταραχή.
- 4 Η Κοινωνική Εργασία στην κοινωνική επανένταξη των ψυχωσικών σε πλαίσια ψυχικής υγείας.
- 5 Σχιζοφρένεια - ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στην οικογένεια.
- 6 Θρησκεία και ψυχική υγεία. Η στάση των ψυχικά ασθενών απέναντι στην εκκλησία.

## 7 Η μελέτη της οικογενειακής επιβάρυνσης ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα.

Το θέμα που προτείνουμε για πτυχιακή εργασία είναι πρωτότυπο και δεν έχει διερευνηθεί ξανά γιατί για πρώτη φορά γίνεται μία προσπάθεια συγκριτικής προσέγγισης ως προς τον τρόπο που βιώνει η οικογένεια του ασθενή την διάγνωση και την νοσηλεία σε μια δημόσια και σε μία ιδιωτική κλινική. Επιπροσθέτως η έρευνα θα στηριχθεί στη σχέση της οικογένειας του ασθενή με την κλινική που αυτός νοσηλεύεται δημόσια ή ιδιωτική.

### Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει και να καταγράψει πως διαμορφώνονται οι σχέσεις των μελών οικογενειών, που ένα μέλος τους νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική, με τις υπηρεσίες της κλινικής αυτής. Θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο που προσεγγίζουν τα μέλη των οικογενειών οι κοινωνικές υπηρεσίες και τα κοινωνικά επαγγέλματα (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, επισκέπτες υγείας) που υπάρχουν σε μία δημόσια και μία ιδιωτική κλινική. Έχουν επιλεγεί δύο κλινικές, μία δημόσια και μία ιδιωτική προκειμένου να αναδειχθούν και να καταγραφούν οι διαφοροποιήσεις και οι ομοιότητες.

### Διάγραμμα θεωρητικού μέρους

#### Ενότητες :

1. Η ασυλική περίθαλψη στην Ελλάδα.
2. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.
3. Τα Δημόσια Ψυχιατρεία.
  - Το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων.
4. Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές.
  - Η Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική στο Ηράκλειο.
5. Η δομή και τα χαρακτηριστικά της Ελληνικής Οικογένειας.
6. Οικογένεια και Ψυχική Ασθένεια.
  - Η σχιζοφρένεια στην οικογένεια.
7. Οι επιπτώσεις στην οικογένεια του ασθενή κατά τη διάρκεια της διάγνωσης του και της νοσηλείας του.
8. Η οικογένεια ως υποστηρικτικό ή μη περιβάλλον για τον ασθενή κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της νοσηλείας του.
9. Η θεραπευτική υποστήριξη της οικογένειας από τυπικά και άτυπα δίκτυα.

## Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων

Τα ερευνητικά ερωτήματα και οι υποθέσεις που παραθέτουμε και που θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε στην έρευνα είναι τα εξής:

1. Ποιες είναι οι διαφοροποιήσεις στις σχέσεις υπηρεσιών - οικογενειών μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών
2. Ποιες επαγγελματικές ειδικότητες αναλαμβάνουν στην κάθε περίπτωση τη διαμεσολάβηση με τις οικογένειες, ένα μέλος των οποίων νοσηλεύεται με ψυχιατρική διάγνωση.
3. Ποιες αλλαγές παρατηρούνται στην οικογένεια ασθενή μετά από ψυχιατρική διάγνωση;
4. Ποιες αλλαγές παρατηρούνται στην οικογένεια ασθενή με ψυχιατρική διάγνωση μετά τη νοσηλεία;
5. Τι είδους ανακατατάξεις και συγκρούσεις ανακύπτουν;
6. Ποιες είναι οι πρακτικές διαχείρισης της κρίσης; Υπάρχει ένας σαφής καταμερισμός αυτών των πρακτικών μεταξύ των μελών κατά φύλο και ποιος είναι αυτός (π.χ. ποιο μέλος της οικογένειας, η μητέρα, ο πατέρας, ή η σύζυγος αναλαμβάνει την εκπροσώπηση της οικογένειας στις ψυχιατρικές υπηρεσίες).
7. Πώς οι ψυχιατρικές υπηρεσίες παρεμβαίνουν στο εσωτερικό της οικογένειας και προς ποια κατεύθυνση (διαφοροποιήσεις δημόσιας και ιδιωτικής κλινικής);
8. Ποιοι παράγοντες οδήγησαν την οικογένεια να απευθυνθεί στην ψυχιατρική κλινική δημόσια ή ιδιωτική;
9. Ποιες αλλαγές παρατηρούνται στην οικογένεια του ασθενή με ψυχιατρική διάγνωση κατά τη νοσηλεία του σε μία δημόσια κλινική και σε μία ιδιωτική;
10. Τι διαφοροποιήσεις υπάρχουν στις κοινωνικές υπηρεσίες μίας ιδιωτικής και μιας δημόσιας κλινικής, στον τρόπο που οι ειδικότητες αναλαμβάνουν στην κάθε περίπτωση τη διαμεσολάβηση με τις οικογένειες.

## Μεθοδολογία Έρευνας

Θα χρησιμοποιηθούν οι εξής τεχνικές έρευνας:

1. Συμμετοχική παρατήρηση στο χώρο των δύο κλινικών (μίας δημόσιας και μιας ιδιωτικής) που έχουν επιλεγεί.
2. Ημι - δομημένη συνέντευξη με επαγγελματίες των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
3. Ημι - δομημένη συνέντευξη με οικογένειες, ένα μέλος των οποίων νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική.



#### 4. Γραπτά τεκμήρια (φυλλάδια, αφίσες, προγράμματα επανένταξης κ.λ.π.),

Το εμπειρικό υλικό που θα αντληθεί από αυτές θα αναλυθεί κατά περίπτωση (τύπος υλικού, π.χ. αφηγήσεις, παρατηρήσεις, γραπτά τεκμήρια) και ανάλογα με τα ερωτήματα, όπως αυτά θα διαμορφωθούν και θα συγκεκριμενοποιηθούν στην πορεία της εργασίας.

Γενικά η ανάλυση θα ακολουθήσει τρία στάδια: α) απομαγνητοφώνηση και κατάταξη του υλικού, β) δομική περιγραφή (structural description), και γ) αναλυτική αφαίρεση (analytical abstraction). Κάθε υλικό θα κατηγοριοποιείται, θα αναλύεται γραμμή προς γραμμή και στη συνέχεια θα εξάγονται τα γενικότερα συμπεράσματα, ανάλογα και με τα ερωτήματα που θα προκύπτουν στην πορεία της έρευνας.

Πεδίο μελέτης θα αποτελέσουν:

α) το Θ.Ψ.Π.Χ., και

β) μια Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική, στο Ηράκλειο.

Η επιλογή του δείγματος θα ακολουθήσει την τεχνική της θεωρητικής δειγματοληψίας, σύμφωνα με τις προτροπές της «θεμελιωμένης θεωρίας» (Grounded Theory). Δηλαδή, αναζητούνται όσο το δυνατόν διαφορετικές περιπτώσεις και η έρευνα σταματά όταν δεν προκύπτουν νέα στοιχεία, τέτοια που να διαψεύδουν ή να τροποποιούν τις υποθέσεις και τα μοντέλα εξήγησης που έχουν σχηματιστεί.

### **Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης**

#### **Ενέργειες για άρση δυσκολιών**

Όσον αφορά την πραγματοποίηση της μελέτης, εκτιμάμε ότι ιδιαίτερη δυσκολία παρουσιάζει η προσέγγιση των οικογενειών. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του στίγματος που συνεπάγεται η διάγνωση και η νοσηλεία σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα. Ενέργειες που προτείνουμε με σκοπό την άρση των συγκεκριμένων δυσκολιών είναι η χρησιμοποίηση διαμεσολαβητών (επαγγελματίες κ.τ.λ.)

#### **Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν**

Ένα σημαντικό ηθικό ζήτημα που ανακύπτει είναι οι πληροφορίες που εμπíπτουν στο ιατρικό απόρρητο, καθώς και προσωπικά στοιχεία. Ως υπεύθυνοι ερευνητές θα γίνει κάθε

δυνατή προσπάθεια για διασφάλιση της ανωνυμίας. Επιπλέον μας απασχολεί ιδιαίτερα το ζήτημα της χρήσης μαγνητοφώνου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με τις οικογένειες ασθενών. Αφήνουμε στην οικογένεια τη δυνατότητα να επιλέξει τη χρήση ή όχι μαγνητοφώνου.

### **Χρονοδιάγραμμα**

Σαφές χρονοδιάγραμμα κατά φάσεις:

1. Προετοιμασία μεθοδολογικών εργαλείων και βιβλιογραφική ενημέρωση.
2. Επιλογή συγκεκριμένου πεδίου μελέτης και επίσκεψη. Κρούση για συνέντευξη.
3. Στάδιο διεξαγωγής της έρευνας, απομαγνητοφώνησης και ανάλυσης των συνεντεύξεων και διατύπωση των τελικών υποθέσεων εργασίας.
4. Συγκεκριμενοποίηση των ευρημάτων της έρευνας.
5. Συγγραφή της εργασίας.
6. Παρουσίαση της εργασίας σε χρονικό διάστημα ενός έτους.

## Παράρτημα III: Καθοδηγητικό νήμα συνέντευξης

### Θεματικές ενότητες

#### Ερωτήσεις για την οικογένεια

##### Σχέσεις υπηρεσιών κλινικής - οικογενειών

- Υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στην οικογένεια και στους επαγγελματίες;
- Ποιες είναι οι σχέσεις της οικογένειας με τους επαγγελματίες της κλινικής;
- Με ποιόν επαγγελματία της κλινικής (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός) συνεργάζεται η οικογένεια περισσότερο;
- Αισθάνεται η οικογένεια ότι χρειάζεται βοήθεια από τους επαγγελματίες; (Τι είδους βοήθεια: συναισθηματική, ψυχολογική, υποστήριξη, ενημέρωση, παροχή πληροφοριών)
- Πόσο σημαντική είναι για την οικογένεια αυτή η βοήθεια;
- Έχει ζητήσει η οικογένεια βοήθεια από κάποιον; Σε ποιόν απευθύνθηκε;
- Με ποιο τρόπο τη βοήθησε; Έμεινε ικανοποιημένη;  
(Σε περίπτωση συνεργασίας της οικογένειας με την ιδιωτική κλινική:)
- Πώς ήταν οι σχέσεις της οικογένειας με τους επαγγελματίες της ιδιωτικής κλινικής; Υπήρξαν διαφορές – ομοιότητες μεταξύ των κλινικών;
- Πώς βιώνει/ βίωσε τον τρόπο προσέγγισης από τους επαγγελματίες;
- Πώς αισθάνεται; Ποια είναι τα αποτελέσματα στη ζωή της οικογένειας μετά από την παρέμβαση των ειδικών στο εσωτερικό της;

##### Αλλαγές που παρατηρούνται στην οικογένεια του ασθενή μετά από ψυχιατρική διάγνωση και νοσηλεία

- Πώς αντέδρασε στα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας του συγγενή της;
- Πώς αντέδρασε στη διάγνωση της ασθένειας;
- Πώς βίωσε τη νοσηλεία στη κλινική;
- Παρατηρήθηκαν κάποιες αλλαγές – ανακατατάξεις στην οικογένειά, κατά τη διάγνωση και τη νοσηλεία του; (ρόλοι, αποφάσεις, κοινωνικές σχέσεις, σχέσεις διαπροσωπικές κ.τ.λ.)
- Πώς ήταν τα συναισθήματα της οικογένειας αρχικά κατά τη διάγνωση της ασθένειας, και πώς τα αντιμετώπισε;
- Πώς νιώθει τώρα κατά τη νοσηλεία του συγγενή της;

### **Πρακτικές διαχείρισης της κρίσης**

- Όταν ο ασθενής βρισκόταν σε κρίση, ποιο μέλος από την οικογένεια αναλάμβανε να επικοινωνήσει με τους ειδικούς ή την ψυχιατρική υπηρεσία;

### **Παράγοντες που οδήγησαν την οικογένεια να απευθυνθεί στην ψυχιατρική κλινική**

- Επέλεξε η οικογένεια να βρίσκεται ο συγγενής της εδώ στη συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική;
- Έγινε παραπομπή από κάποια υπηρεσία; Ποια ήταν αυτή;
- Με ποια κριτήρια έγινε η επιλογή (οικονομικά, κοινωνικά, διαθεσιμότητα ψυχιατρικών υπηρεσιών, παροχή πληροφοριών, εντοπιότητα, ποιότητα φροντίδας);

### **Διασύνδεση της κλινικής με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες**

- Έχει μεσολαβήσει η κλινική για παροχή βοήθειας από άλλες κοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας ;

### **Πηγές υποστήριξης της οικογένειας**

- Υπάρχουν στη ζωή της οικογένειας πηγές υποστήριξης, (π.χ. συγγενείς, ή τυπικά και κοινωνικά δίκτυα;) Ποια είναι αυτά; Με ποιο τρόπο την βοηθούν;

### **Επικοινωνία της οικογένειας με τον ασθενή**

- Ποιο είναι το χρονικό διάστημα που βρίσκετε ο ασθενής της στη κλινική;
- Πόσο συχνά τον επισκέπτεται η οικογένεια;
- Ποιες είναι οι σχέσεις της οικογένειας τώρα με τον ασθενή;

### **Αξιολόγηση της κλινικής από την οικογένεια**

- Πώς εκτιμά η οικογένεια τη νοσηλεία του ασθενή στη συγκεκριμένη κλινική;
- Πιστεύει η οικογένεια ότι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή καλύπτονται οι ανάγκες του – προστατεύονται ή καταπατούνται τα δικαιώματά του;
- Θα ήθελε η οικογένεια να αλλάξει κάτι, να προσθέσει ή να αφαιρέσει στο τρόπο νοσηλείας του;

## **Ερωτήσεις για τους επαγγελματίες**

### **Διαμεσολάβηση των ειδικών με τις οικογένειες των ασθενών**

- Ποιοι επαγγελματίες αναλαμβάνουν στην κάθε περίπτωση τη διαμεσολάβηση με τις οικογένειες;
- Με ποιο τρόπο παρεμβαίνουν οι ειδικοί; Τι στόχους έχουν;

### **Εκτίμηση των επαγγελματιών για το γόρο που εργάζονται**

- Οι συνθήκες νοσηλείας εξυπηρετούν τις ανάγκες θεραπείας;
- Υπάρχει διεπιστημονική συνεργασία; Σε ποιο βαθμό αυτή η συνεργασία βοηθάει το έργο των επαγγελματιών;
- Πώς επηρεάζει τον ασθενή και την οικογένειά του, η διεπιστημονική συνεργασία; (Για ποιο σκοπό γίνεται;)

### **Σχέσεις επαγγελματιών με τις οικογένειες**

- Ποιες είναι οι σχέσεις των επαγγελματιών με τις οικογένειες των ασθενών;
- Ποιοι παράγοντες καθορίζουν αυτή τη σχέση;
- Αν, και πώς προσεγγίζει ο επαγγελματίας την οικογένεια του ασθενή;
- Πόσο σημαντική είναι για τον επαγγελματία η επαφή με την οικογένεια;
- Από την εμπειρία των επαγγελματιών, ποιες είναι οι συνήθεις αντιδράσεις της οικογένειας απέναντί τους;
- Για ποια θέματα τους προσεγγίζει η οικογένεια;
- Πώς αντιλαμβάνονται το ρόλο της οικογένειας απέναντι στον ασθενή; Πλεονεκτήματα/ μειονεκτήματα εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπεία.
- Πού μπορεί να απευθύνεται η οικογένεια για βοήθεια; (αναφορά σε υπηρεσίες της κλινικής)

### **Σχέση επαγγελματιών με ασθενή**

- Με ποιο τρόπο παρεμβαίνουν οι επαγγελματίες στη ζωή του ασθενή;
- Πόσο συχνά τον συναντούν/ επισκέπτονται;
- Ποια η σχέση τους με τον ασθενή;

**Παράρτημα IV: Κοινωνικοί τόποι που έλαβε χώρα η έρευνα πεδίου.**

<b>Κοινωνικοί τόποι</b>	<b>Περιγραφή</b>	<b>Ενεργητικοί ρόλοι και μεθοδολογικές παρατηρήσεις</b>
<b>Θ.Ψ.Π.Χ.</b>	Περιφερειακό ψυχιατρικό νοσοκομείο με ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών.	Ημιδομημένες και άτυπες συνεντεύξεις. Συμμετοχική παρατήρηση.
<b>Ιδιωτική κλινική Χ</b>	Ιδιωτικό ίδρυμα κλειστής περίθαλψης.	Ημιδομημένες και άτυπες συνεντεύξεις. Συμμετοχική παρατήρηση.
<b>Σύλλογος Οικογενειών</b>	Σύλλογος οικογενειών η οργάνωση του οποίου υποβοηθήθηκε από υπηρεσία ψυχικής υγείας στο Ηράκλειο.	Ημιδομημένες συνεντεύξεις
<b>Συνέδρια</b>	Συνέδρια και ημερίδες στην Κρήτη τα οποία έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια της έρευνας.	Παρακολούθηση του περιεχομένου των συνεδριών
<b>Εκδηλώσεις</b>	Εκδήλωση η οποία διοργανώθηκε από την ιδιωτική κλινική Χ σε συνεργασία με ένα εκπαιδευτικό ίδρυμα και το σύλλογο οικογενειών.	Συμμετοχική παρατήρηση (ρόλος πλήρως συμμετέχοντα)

**Παράρτημα V: Κατηγορίες εμπειρικού υλικού.**

<b>Κατηγορία εμπειρικού υλικού</b>	<b>Υποκατηγορίες εμπειρικού υλικού</b>	<b>Τεχνική συλλογής</b>
<b>Συνεντεύξεις</b>	Συνεντεύξεις με καθοδηγητικό νήμα, οι περισσότερες μαγνητοφωνημένες	Ημιδομημένες συνεντεύξεις με καθοδηγητικό νήμα
	Άτυπες, μη μαγνητοφωνημένες	Συζητήσεις στο πλαίσιο της συμμετοχικής παρατήρησης
<b>Σημειώσεις έρευνας πεδίου</b>	Καταγεγραμμένες πληροφορίες οι οποίες συλλέχθηκαν κατά την έρευνα μας.	Συμμετοχική παρατήρηση
<b>Γραπτά τεκμήρια</b>	Αφίσες, φυλλάδια, προγράμματα επανένταξης, προσκλήσεις σε εκδηλώσεις, δημοσιεύματα εφημερίδων, υλικό π.χ. ζωγραφίες μιας ομάδας ψυχικά ασθενών κ.ά.	Συστηματική συλλογή κατά την διαδικασία της συμμετοχικής παρατήρησης

Πίνακας 1: Λίστα Επαγγελματιών.

A/a	Ψευδώνυμο	Ιδιότητα	Θεσμός
1	Φ.	Κοινωνική λειτουργός	Δημόσια κλινική
2	Ξ.	Κοινωνική λειτουργός	Δημόσια κλινική
3	Β.	Κοινωνική λειτουργός	Δημόσια κλινική
4	Κ.	Κοινωνική λειτουργός	Δημόσια κλινική
5	Ε.	Επισκέπτρια υγείας	Δημόσια κλινική
6	Δ.	Επισκέπτρια υγείας	Δημόσια κλινική
7	Τ.	Επισκέπτρια υγείας	Δημόσια κλινική
8	Σ.	Ψυχίατρος	Δημόσια κλινική
9	Π.	Ψυχίατρος	Δημόσια κλινική
10	Α.	Ψυχίατρος	Ιδιωτική κλινική
11	Ε.	Γραμματέας	Ιδιωτική κλινική
12	Γ.	Νοσηλεύτρια	Ιδιωτική κλινική
13	Μ.	Νοσηλεύτρια	Ιδιωτική κλινική
14	Α.	Νοσηλεύτρια	Ιδιωτική κλινική

Πίνακας 2: Λίστα οικογενειών

A/a	Ψευδώνυμο	Σχέση με τον ασθενή	Θεσμός
1	Π.Γ.	Μητέρα	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στη δημόσια
2	Α.Γ.	Σύζυγος	Ο ασθενής έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική και στη δημόσια κλινική
3	Κ.Α.	Αδερφή	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στη δημόσια
4	Ο.Σ.	Μητέρα	Ο ασθενής έχει νοσηλευτεί στην ιδιωτική και στη δημόσια κλινική
5	Ε.Χ.	Σύζυγος	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική
6	Ε.Κ.	Σύζυγος	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στη δημόσια
7	Ρ.Ν.	Σύζυγος	Ο ασθενής έχει νοσηλευτεί στη δημόσια κλινική
8	Δ.Ν.	Αδερφός	Ο ασθενής νοσηλεύεται στην ιδιωτική κλινική και έχει νοσηλευτεί στη δημόσια

<sup>215</sup>Στις παρακάτω λίστες παραθέτουμε για τους επαγγελματίες την ιδιότητα και το θεσμό που εργάζονται, ενώ για τις οικογένειες το είδος της συγγένειας με τον ασθενή και το θεσμό που αυτός νοσηλεύεται ή έχει νοσηλευτεί, ως τα στοιχεία που διευκολύνουν στην ανάλυση του υλικού.

Παράρτημα VII: Η πρώτη φάση (2000-2001) του «Ψυχαργός» σε αριθμούς

Πίνακας 1<sup>216</sup>: Εκπαίδευση και Συνεχιζόμενη Κατάρτιση Εκπαιδευτικών, Στελεχών και λοιπού προσωπικού του τομέα Ψυχικής Υγείας (Υποπρόγραμμα 5- Μέτρο 1).

Φορέας Υλοποίησης	Αριθμός Προγ/των	Αριθμός ωρών	Αριθμός επωφελούμενων	Συνολικός Προϋπ/σμός (σε 000 δρχ.)
Ψ.Ν. ΘΕΣΣ/ΝΙΚΗΣ (ΚΨΥ)	1	450	150	126.400
Θ.Ψ.Π. ΧΑΝΙΩΝ (ΚΨΥ)	1	450	140	132.000
Ψ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ – ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ		430	90	76.000
Ψ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)	1	580	150	185.600
Ψ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ	1	700	130	138.156
Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	360	190	141.280
Ψ.Ν. ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ	1	200	60	48.000
<b>Σύνολο</b>	<b>7</b>	<b>3.170</b>	<b>910</b>	<b>847.436</b>
<b>Μέσο κόστος ανά επωφελούμενο (σε δρχ.)</b>			<b>931.248</b>	

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

<sup>216</sup>Βλ. «Η πρώτη φάση (2000-2001) του “Ψυχαργός” σε αριθμούς», *Εμφύχωση*, τ.1, Μάρτιος, 2000, σ. 4-5.



Πίνακας 2<sup>217</sup>: Ένταξη/ επανένταξη ατόμων με διανοητικά προβλήματα και ψυχικές ασθένειες στην Αγορά Εργασίας (Υποπρόγραμμα 4).

Φορέας Υλοποίησης	Αριθμός Προγ/ των	Σύνολο προϋπ/σμός (σε 000 δρχ.)
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5	470.670
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	120.240
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ	7	1.283.969
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	10	622.999
ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ	6	405.420
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	9	1.293.111
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ»	4	598.126
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	5	1.372.739
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	7	1.489.349
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ	6	826.708
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	11	1.226.312
<b>Σύνολο</b>	<b>71</b>	<b>9.709.643</b>

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Πίνακας 3<sup>218</sup>: Δημιουργία νέων στεγαστικών δομών

Είδος δομής	Αριθμός δομών	Αριθμός ατόμων που θα στεγαστούν
Ξενώνες	49	624
Οικοτροφεία	6	145
<b>Σύνολο</b>	<b>55</b>	<b>769</b>

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

<sup>217</sup>Βλ. «Η πρώτη φάση (2000-2001) του ΄΄Ψυχαργός΄΄ σε αριθμούς», *Εμφύχωση*, τ.1, Μάρτιος, 2000, σ. 4-5.

<sup>218</sup>Ομοίως.

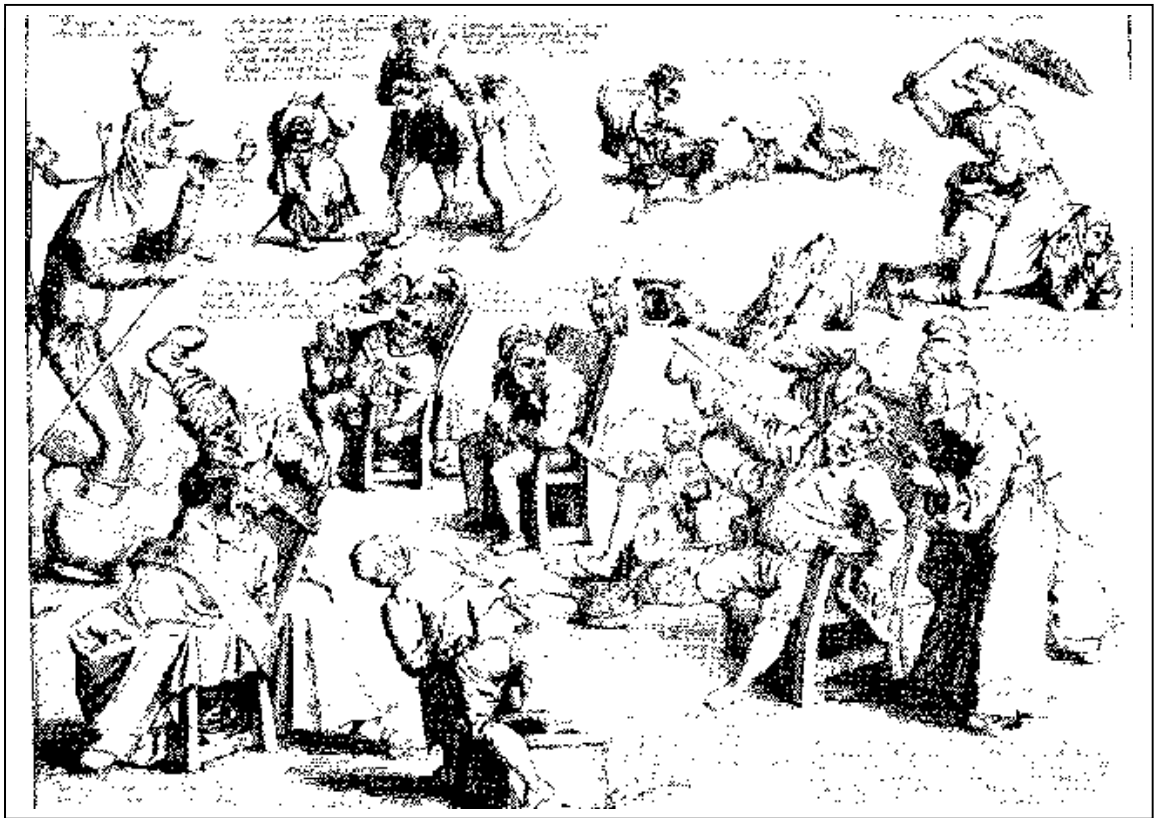
Πίνακας 4<sup>219</sup>: Μ.Μ.Ε. και Ψυχική Υγεία.<sup>220</sup>

Κατηγορία θεμάτων	Αριθμός δημοσιευμάτων
Ψυχιατρική αποκατάσταση/ επανένταξη	13
Ψυχοφάρμακα	3
Κατάσταση ψυχιατρικών ιδρυμάτων	30
Νέα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	5
Νομοσχέδιο Ψυχικής Υγείας	3
Διαμαρτυρίες εργαζομένων στη Ψυχική Υγεία	3
Παροχές – επιδόματα	8
Κατάθλιψη	30
Αυτοκτονία	21
Συζητήσεις περί Ψυχικής Υγείας	29
Λοιπά θέματα	62
<b>Σύνολο δημοσιευμάτων (1999)</b>	<b>207</b>

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

<sup>219</sup>«Η πρώτη φάση (2000-2001) του ‘Ψυχαργός’ σε αριθμούς», *Εμπύχωση*, τ.1, Μάρτιος, 2000, σ.4-5.

<sup>220</sup>Τα δημοσιεύματα του ημερήσιου και περιοδικού ελληνικού Τύπου, που αφορούσαν την Ψυχική Υγεία και είδαν το φως της δημοσιότητας κατά το 1999. Τη σχετική έρευνα υλοποίησε ο Ελληνικός Κλάδος της Παγκόσμιας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (W.A.P.R) και υπεύθυνοι γι’ αυτή την έρευνα ήταν οι Παπαδή Μ., ψυχολόγος, Γ. Γ. Ελληνικού Κλάδου της W.A.P.R., Μπαγουρδή Ε., ψυχολόγος, Παπαδόπουλος Σ., τελειόφοιτος τμήματος Ψυχολογίας Παντείου.

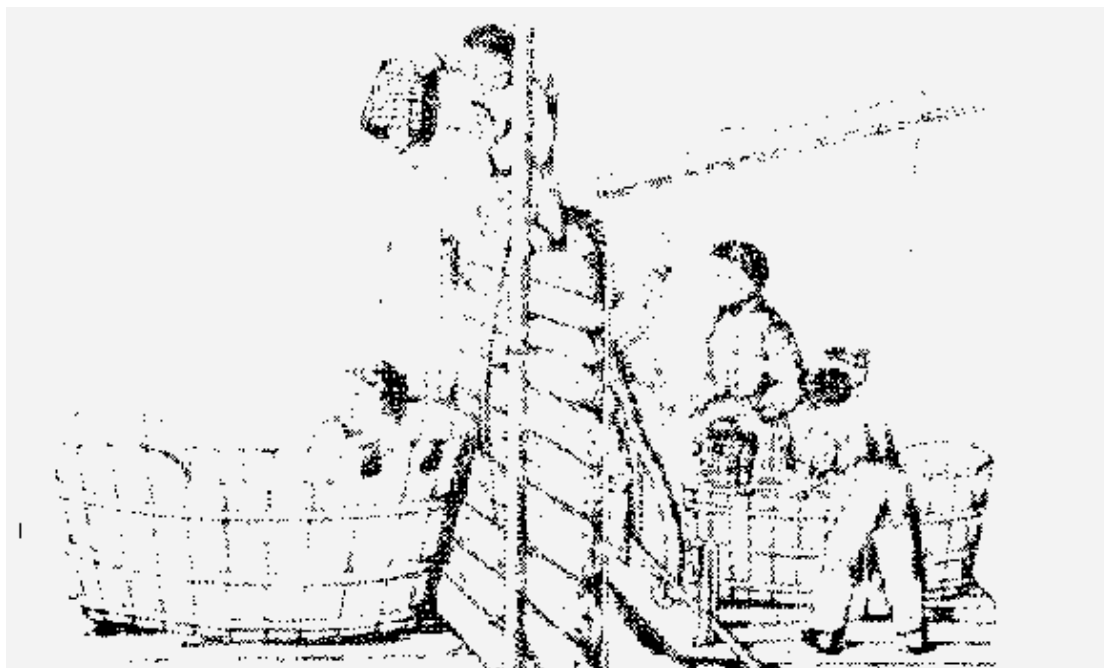


Εικόνα 1: Η πολυμορφία της «θεραπευτικής αγωγής» των τρελών το 16<sup>ο</sup> αιώνα.



Εικόνα 2: Περιστρεφόμενος μηχανισμός για τη μεταχείριση του ψυχασθενούς. Από το *Cares of Mental Disease* του A. Morison, 1828.

Πηγή: Τσαλίκoglou Φ., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, σ. 59.

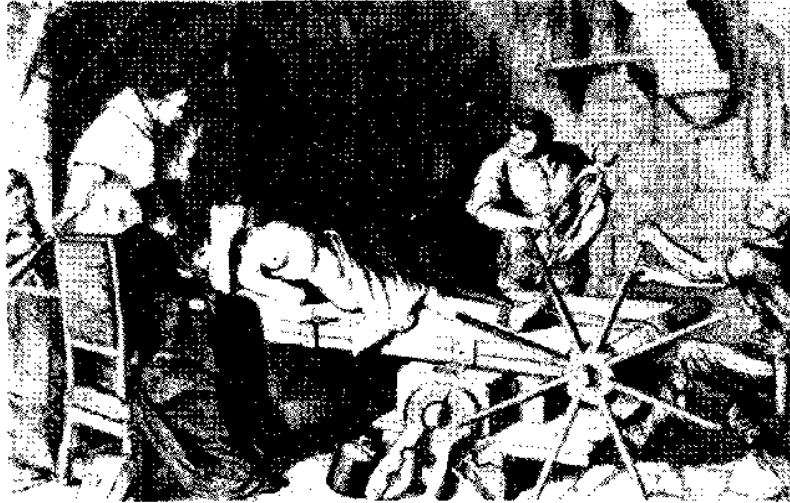


*Εικόνα 1: Καταιόνηση με ψυχρό νερό για τον κατευνασμό των βίαιων ψυχασθενών. 19<sup>ος</sup> αιώνας. Από το Ciba Symposium, 1950.*



*Εικόνα 2: Η «ηρεμιστική» καρέκλα του Benjamin Rush για τη θεραπευτική αγωγή βίαιων ψυχασθενών. Αρχές 19<sup>ου</sup> αιώνα.*

*Πηγή: Τσαλίκογλου Φ., Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, σ. 59-60.*



1.

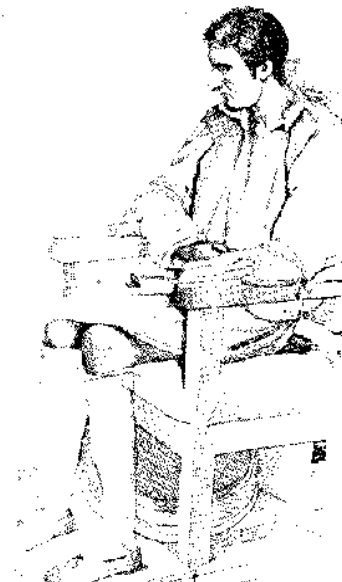
Εικόνες 1, 2: Μεσαιωνική Περίοδος: Ειδικές «θεραπείες» για να ομολογήσουν οι παράφρονες τη μυστική τους σχέση με το διάβολο.



2.



3.



4.

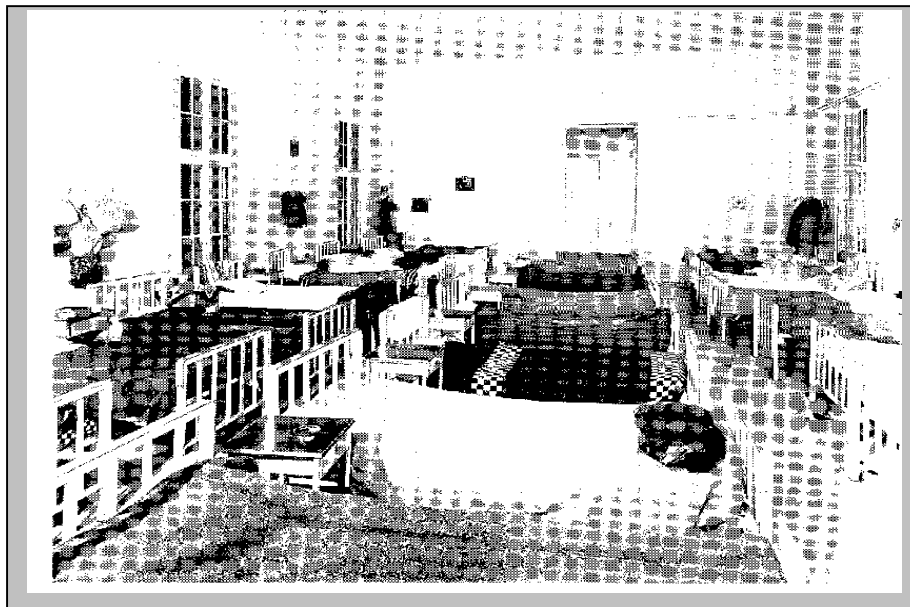
Εικόνα 3,4: Η ψυχοπαθολογική κατάσταση της άνοιας, όπως απεικονίζεται στο βιβλίο του Esquirol: *Des Maladies Mentales Considerées sous les Rapports Medical, Hygienique et Medico-legal* (Paris: Bailliere, 1838).

Πηγή: Τσαλίκoglou Φ., Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, σ. 53-62.

*Τρόφιμος του ασύλου Bedlam. Έμεινε στη θέση αυτή για δώδεκα χρόνια. 1815.*



*Πηγή: Τσαλίκογλου Φ., Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, σ. 59.*



*Εικόνα 1: Ένας από τους μεγαλύτερους θαλάμους που υπάρχουν ακόμη στο Δρομοκαΐτειο (Φωτογραφία του 1994).*

*Πηγή: Φαφαλιού Μ., Ιερά Οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο, σ. 352.*

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## 1. Ελληνόγλωσση

- «Η πρώτη φάση (2000-2001) του “Ψυχαργός” σε αριθμούς», *Εμφύχωση*, τ.1, Μάρτιος, 2000, σ. 4-5.
- Basaglia F., «Το πρόβλημα του συμβάντος», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης*, 1993, σ.18-21.
- Bateson et al, *Επικοινωνία*, Υ. Winkin (επιμ.), μτφρ. Μαρίνα Δ. & Παπαδάκης Γ., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1996.
- Bateson G., *Οικογένεια και Σχιζοφρένεια*, Αθήνα, Γράμματα, 1978.
- Blue A., *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*, μτφρ. Λογοθέτης Κ., Αθήνα, Εξάντας, 1999.
- Bowen M., *Τρίγωνα στην οικογένεια.. Ανωνύμου. Για τη διαφοροποίηση του εαυτού*, μτφρ. Γκίκα Ε., & Λεβή Μ., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1996.
- Cooper D., *Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική*, Σταύρου Α. (επιμ.), μτφρ. Χατζηδήμου Κ.- Ράλλη Ι., Αθήνα, Ράππας, 1974.
- Foucault M., *Η ιστορία της τρέλας*, μτφρ. Αμπατζόγλου Φ., Αθήνα, Ηριδανός, 1975.
- Goffman E., *Τα άσυλα*, μτφρ. Κομνηνός Ξ., Αθήνα, Ευρύαλος, 1994.
- Hochemann J., «Ο ψυχονοητικός θεσμός: Ο ρόλος της θεωρίας στην αποϊδρυματοποιημένη ψυχική φροντίδα», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης*, Χανιά, Πρόγραμμα αποκατάστασης “Προσπαθήστε μαζί μας”, 1993, σ. 22-29.
- Lebonici S., Σακελλαρόπουλος Π. (επιμ.), *Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής*, Αθήνα, Καστανιώτης, 1984.
- Mason J., *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, Κυριαζή Ν. (επιμ.), μτφρ. Δημητριάδου Ε., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2003.
- Mounir E., *Ψυχιατρική Αποκατάσταση. Ένας πρακτικός οδηγός*, (επιμ.) Αποστολή Ι Αθήνα, Έλλην, 1998.
- Pilgrim D., Rogers A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και της Ασθένειας*, Αγραφιώτης Δ., (επιμ.), μτφρ. Κοππασή Ε., Βακάκη Α., Αθήνα, Τυπωθήτω, 2004.
- Szasz T., *Το δεύτερο αμάρτημα*, Αβραάμ Μ. (επιμ.), μτφρ. Μπαρουζής Γ., Αθήνα, Αβραάμ, 1982.
- Αμπατζόγλου Γρ., «Νομικό πλαίσιο της Ψυχιατρικής πράξης στη Γαλλία και την Ελλάδα. Ιστορική Αναδρομή, προβλήματα, αντιφάσεις», στο *Λειβαδίτης Μίλτος*

- (επιμ.). *Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική*, Αθήνα, Παπαζήσης, 1990, σ. 64-74.
- Άρθρο 9 του Ν. 2716/99, «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων», *Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας*, τ. β', αρ. φύλλου 661, 23 Μαΐου 2000.
  - Βάρναλης Κ., *Άνθρωποι ζωντανοί αληθινοί*, Αθήνα, Κέδρος, 1985.
  - Βασιλαματζής Γ., «Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Χριστοδούλου Γ.Ν., (επιμ.), Αθήνα, Βήτα, 2000, σ. 196-205.
  - Βλαχάκη Ε., «Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ως πρώτη εστία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και οι μεταμορφώσεις του μέσω των διαφορετικών πολιτικών επιλογών για την ψυχική υγεία», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 66, 1999, σ. 99-101.
  - Γεώργας Δ., «Ψυχολογικές διαστάσεις της σύγχρονης οικογένειας», στο *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 98-99, 1999, σ.21-47.
  - Γκιουζέπας Ι., «Επείγουσες Ψυχιατρικές Περιπτώσεις», στο Ιεροδιακόνου et al, Θεσσαλονίκη, Μαστορίδης, 1988, σ. 492-495.
  - Δασκαλάκη Ζωή, *Τα πάντα ρει*, Ανοικτό παράθυρο, Χανιά, 1999.
  - *Έφοδος στον ουρανό*, Χανιά, Ανοικτό παράθυρο, 1998.
  - Ιεροδιακόνου et al, (επιμ.), *Ψυχιατρική*, Θεσσαλονίκη, Μαστορίδης, 1988.
  - Καλαϊτζάκη Α.Ε., *Αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις Θεωρητικές Προσεγγίσεις της Οικογένειας*, για το μάθημα του Ζ' εξαμήνου, Συμβουλευτική Οικογένειας.
  - Κανταράκια Α., «Η κοινωνική Εργασία στον Ψυχιατρικό τομέα Γενικού Νοσοκομείου», *Εκλογή*, τ. 91, 1991, σ. 246-263.
  - Κατάκη Χ., *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας*, Νίκα Ε. (επιμ.), Αθήνα, Κέδρος, 1984.
  - Κοκάντζης Ν. Α., «Άλλες Ψυχοθεραπείες», στο Ιεροδιακόνου et al, Θεσσαλονίκη, Μαστορίδη, 1984, σ. 413-420.
  - Κονταξάκης Β. Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., «Κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική», στο Χριστοδούλου Γ.Ν., (επιμ.), Αθήνα, Βήτα, 2000, σ. 11-15.
  - Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., «Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών», στο Χριστοδούλου et al, Αθήνα, Βήτα, 1999, σ. 175-179.
  - Κυριαζή Ν., *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Μπουκάλια Α.(επιμ.), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1999.
  - Κωστής Κ. Π., *Στον καιρό της Πανώλης*, Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, 1995.
  - Λαίινγκ Ρ., *Η πολιτική της οικογένειας*, μτφρ. Ραλλίδη Ι., Αθήνα, Καστανιώτη, 1989.



- Λαμπρινή - Νινέττα Ζ. (επιμ), *Εισηγήσεις ολομελειών και ομάδων εργασίας από Πανελλήνιο Συνέδριο. Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο*, Αθήνα, Επτάλοφος, 1994.
- Λαμπροπούλου Κ., «Φορείς φροντίδας και άτομα με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια: σχέσεις, διαπλοκές και αντιφάσεις στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής», στο Λαμπρινή- Νινέττα Δ. Ζ., (επιμ.), Αθήνα, Επτάλοφος, 1994, σ. 370-379.
- Λειβαδίτης Μ. (επιμ.), *Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική*, Αθήνα, Παπαζήσης, 1990.
- Λειβαδίτης Μ., «Δομές και λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών στη Θράκη», στο Lempriere T., Feline A. et al, 1995, τ. II, σ. 319-335.
- Λιάκος Α., « Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Lempriere T., Feline A. et al, 1995, τ. II, σ. 389-402.
- Λιοδάκης Α., «Εμπειρίες αποϊδρυματισμού στο Θ.Ψ.Π.Χ.», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Άσυλου. Αρχές αποκατάστασης*, Χανιά, Πρόγραμμα αποκατάστασης “Προσπαθήστε μαζί μας”, 1993, σ. 30-45.
- Λυδάκη Α., *Ποιοτικές μέθοδοι της κοινωνικής έρευνας*, Αθήνα, Καστανιώτης, 2001.
- Λυράκος Α., *Κοινωνία και Ψυχή. Απόψεις Κοινωνικής Ψυχιατρικής*, Αθήνα, 1976.
- Μαδιανός Μ., «Ψυχιατρική σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής», στο Χριστοδούλου, Αθήνα, Βήτα, 1999, σ. 70-78.
- Μαδιανός Μ., *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*, Αθήνα, Καστανιώτης, 2000β.
- Μαδιανός Μ., *Η μηλιά κάτω από το μήλο. Άτομο και οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης*, Ξενάκη Χ. (επιμ.), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1999.
- Μαδιανός Μ., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1994.
- Μαδιανός Μ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, Σταματόπουλος Γ., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1994.
- Μαδιανός Μ., *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*, Αθήνα, Καστανιώτης, 2000.
- Μάνος Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 1997.
- Μαντωνάκης Ι., «Ψυχιατρική σε Μονάδες Μερικής Νοσηλείας», στο Χριστοδούλου et al, Αθήνα, Βήτα, τόμος Β΄, 2004, σ. 855-860.
- Μαρκίδης Μ., «Εισαγωγή», στο Χριστοδούλου, Β΄ τόμος, Αθήνα, Βήτα, 2004, σ. 906-908.
- Μεγαλοοικονόμου Θ., «Η διαδικασία του Αποϊδρυματισμού στο Άσυλο και ο ρόλος του προσωπικού», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του Άσυλου. Αρχές*

αποκατάστασης, Χανιά, Πρόγραμμα αποκατάστασης “Προσπαθήστε μαζί μας”, 1993β, σ. 52-59.

- Μισέλ Α., *Κοινωνιολογία της οικογένειας και του γάμου*, Μουσούρου Λ.Μ. (επιμ.), μτφρ., Μουσούρου Λ.Μ., Αθήνα, Gutenberg, 1981.
- Μιχελή Αικ. και Πολυχρόνη Φ., «Σχιζοφρένεια, ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στην οικογένεια», αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο 2003.
- Μοσχονάς Ε. (επιμ.), *Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής*, Αθήνα, Καστανιώτη, 1984.
- Μουζακίτης Χ., «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου», *Κοινωνική Εργασία*, τ.χ. 12<sup>ο</sup>, 1988, σ. 17-27.
- Μουσούρου Λ., *Η ελληνική οικογένεια*, Αθήνα, Ίδρυμα Γουλανδρή Χορν, 1984.
- Μπαϊρακτάρης Κ., *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 1994.
- Νικολακάκης Γ., «Κινηματογράφος του πραγματικού», στο Γ. Νικολακάκης (επιμέλεια), *Εθνογραφικός Κινηματογράφος και ντοκιμαντέρ. Θεωρητικές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις*, Αθήνα, 2002, σ. 7-15.
- Νόμος Υπ’ Αριθ. 2716, «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», *Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας*, τ. πρώτο, αρ. φύλλου 96, 17 Μαΐου 1999.
- *Οικογένεια. Ψυχοκοινωνικές – Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις*, Καλαντζή – Αζίζι Α., Παρίτσης Ν.(επιμ.), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1990.
- Οικονόμου Μ., «Η συμπεριφερολογική προσέγγιση στη θεραπεία της οικογένειας για τη σχιζοφρένεια», στο *Νέες Δομές για την υπέρβαση του ασύλου. Δομές αποκατάστασης*, 1993, σ. 81-91.
- Οικονόμου Μ., «Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες», στο Χριστοδούλου, Β’ τόμος, Αθήνα, Βήτα, 2004, σ. 806-814.
- Οικονόμου Μ.Π., «Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση», στο Χριστοδούλου et. al, Β’ τόμος, Αθήνα, Βήτα, 2004, σ. 501-510.
- Οικονόμου Μ.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., «Οικογένεια και Πρόληψη», στο Χριστοδούλου, Αθήνα, Βήτα, 1999, σ. 181-186.
- Πανταζάκας Π., «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού», *Κοινωνική Εργασία*, τ.66<sup>ο</sup>, 2002, σ. 97-112.
- Παπαδάτος Γ.(επιμ.), *Ψυχική υγεία και τοπική αυτοδιοίκηση*, Αθήνα, Ειρήνη, 1987.
- Παπαδάτου Δ., «Κρίσιμες περιόδους στη ζωή της οικογένειας παιδιού με απειλητική για τη ζωή ασθένεια», στο *Οικογένεια. Ψυχοκοινωνικές – Ψυχοθεραπευτικές*

- προσεγγίσεις*, Καλαντζή – Αζίζι Α., Παρίτσης Ν. (επιμ.), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1990, σ. 70-79.
- Παπαδιώτη – Αθανασίου Βασιλική «Στάση Ελλήνων Φοιτητών για το θέμα της οικογένειας» στο *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο*, Αθήνα, Επτάλοφος, 1994, σ. 157-167.
  - Παπαϊωάννου Σ. et al, *Κοινωνικός μετασχηματισμός. Εκπαίδευση και τοπική κοινωνία*, μτρφ. Χρυσανθόπουλος Π., Ρέθυμνο/ Ανώγεια, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 1998.
  - Παρασκευόπουλος Ι., *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*, Αθήνα, τόμος Β΄, 1993.
  - Πλουμπίδης Δ., «Η ιστορία των ασύλων στην Ελλάδα», στο *Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου. Αρχές αποκατάστασης*, 1993, σ. 11-17.
  - Πλουμπίδης Δ., «Οι παραδοσιακές πρακτικές σχετικά με τους ψυχοπαθείς και την εγκατάσταση της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα στη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αι. και μέχρι περίπου τον 1<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο», στο Lebonici S., Σακελλαρόπουλος Π. (επιμ.), 1989, σ. 366-375.
  - Πλουμπίδης Δ., «Ψυχιατρική σε άλλες Δομές της Κοινότητας», στο Χριστοδούλου et al, Αθήνα, Βήτα, τόμος Β΄, 2004, σ. 863-867.
  - Πλουμπίδης Δ., *Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*, Αθήνα, Εξάντας, 1995β.
  - Πλουμπίδης, Δ. Ν., «Η ψυχιατρική και η ψυχολογία ανάμεσα στις θεραπευτικές και τις κοινωνικές επιταγές», στο *Ψυχολογικά θέματα*, τόμος 4, τ. β΄, 1991. σ. 25-29.
  - Ποταμιάνου Α., «Παρουσίαση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής», *Σύγχρονα Θέματα*, τ.19, 1983, σ. 91-92.
  - Ράτσικα Ν., *Αδημοσίευτες διδακτικές σημειώσεις, για το μάθημα Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα*, του Ε΄ εξαμήνου, Ηράκλειο, 2002.
  - Σαββάκης Μ., Τζανάκης Μ., «Ψυχιατρικές Υπηρεσίες Κοινοτικού Τύπου και Αναδιάρθρωση του Κράτους Πρόνοιας». Αναρτημένη ανακοίνωση στο Παγκόσμιο συνέδριο με θέμα κοινωνική οικονομία. Ευρωπαϊκές Κοινωνικές Επιχειρήσεις – Συνεταιρισμοί Τι- Πως- Γιατί; (16<sup>ο</sup> Συνέδριο (EFEC) το οποίο έλαβε χώρα στην Αθήνα, στις 2-8 Οκτωβρίου 2003).
  - Σακκάς Π., «Ψυχιατρική στο Ψυχιατρικό τομέα του Γενικού νοσοκομείου», στο Χριστοδούλου et al., Β΄ τόμος, Αθήνα, Βήτα, 2004, σ. 852-856.
  - Σαπουντζή – Κρέπια Δ., «Νοσηλευτές – Κοινωνικοί λειτουργοί, Διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας΄΄, *Κοινωνική Εργασία*, τ. 39, 1995, σ. 143-151.
  - Σταθόπουλος Π, *Κοινωνική Εργασία. Διαδικασία, μέθοδοι, και τεχνικές παρέμβασης*, Διαλισμάς Δ. (επιμ.), Αθήνα, Παπαζήση, 2000.

- Στριγγάρης Μ. Γ. «Η μεταχείριση των ψυχωτικών μέχρι και τον 19<sup>ο</sup> αι. μ.Χ.», στο *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο: 100 χρόνια Κοινωνικής Προσφοράς 1887-1987*, Αθήνα, 1987, σ. 48-56.
- Τερζάκης Φ., «Η εποχή της 'αντιψυχιατρικής'», στο Laing R.D., Lee A. R., Phillipson H., 1990, σ. 61-103.
- Τζανάκης Μ., *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα. Μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Ρέθυμνο 2003.
- Τζανάκης Μ., Σαββάκης Μ., «Οι Τόποι ως Ιστοριοπολιτισμικά Αντιπαραδείγματα και ως Σύμβολα Κοινωνικών Ορίων: Σπιναλόγκα και Λέρος», *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 2003. σ. 25-33.
- Τζέμος Γ., Αγγελόπουλος Η., «Επείγουσες Ψυχιατρικές Καταστάσεις», στο Χριστοδούλου et al, Αθήνα, Βήτα, 2004, Β' τόμος σ. 588-595.
- Τζωράκη - Χατζάκη Α. et al., «Η υφιστάμενη κατάσταση στο νομό Χανίων, ο μελλοντικός σχεδιασμός και προτάσεις για διασύνδεση όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη κοινότητα ανά νομό», αδημοσίευτο κείμενο, σ. 1-4.
- Τομαράς Β., «Συστημική Θεραπεία Οικογένειας: Η εξελικτική της πορεία», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ.45, 1994, σ. 134-142.
- Τομαράς Β., «Ψυχοθεραπεία Οικογένειας», στο Χριστοδούλου, Αθήνα, Βήτα, τόμος Β', 2004, σ. 798-801.
- Τσαλίκογλου Φ., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, Αθήνα, Παπαζήσης, 1987.
- Τσαούσης Δ. Γ., *Η κοινωνία του ανθρώπου. Εισαγωγή στη Κοινωνιολογία*, Αθήνα, Gutenberg, 1999.
- Τυπάλδου Μ., «Ο ρόλος του ψυχολόγου στη Ψυχική Υγεία», στο Χριστοδούλου, Β' τόμος, Αθήνα, Βήτα, 2004, σ. 909-912.
- Φαφαλιού Μ., *Ιερά Οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο*, Αθήνα, Κέδρος, 1995.
- Χαλκιαδάκη Μαρία, στο Φαλελάκης Γιώργος, Τζανιδάκης Γιώργος, Χαλκιαδάκη Μαρία, Περτσαλάκης Γιάννης, *Η άρπα του ουρανού*, Ανοικτό παράθυρο, Χανιά, 1999, σ.89-92.
- Χαραλαμπίκη Κάτια, «Ψυχιατρείο και οικογένεια: μια συνάντηση που δε 'μεταρρυθμίστηκε' ακόμα», στο *Τετράδια Ψυχιατρικής* τ. 45, 1994, σ. 143 – 147.
- Χαρτοκόλλης Π., «Κοινωνική Ψυχιατρική κι ο μετασχηματισμός των ασύλων σε σύγχρονα ιδρύματα: αναγκαιότητα ή ουτοπία», στο *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής*, Αθήνα, Καστανιώτη, 1984, σ. 134-139.
- Χαρτοκόλλης Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Αθήνα, Θεμέλιο, 1991.

- Χατζηδάκη Ρ., «Ψυχιατρική ‘περίθαλψη’ και ψυχιατρική ‘μεταρρύθμιση’ στην Ελλάδα: το έγκλημα με τη φορεσιά της αθωότητας», *Σύγχρονα Θέματα*, τ.19, 1983, σ. 61-70.
- Χριστοδούλου Γ., «Βασικές Αρχές των Ψυχιατρικών Θεραπειών», στο Χριστοδούλου et al, Β' τόμος, Αθήνα, Βήτα, 2004, σ. 686-692.
- Χριστοδούλου Γ.Ν. et al, *Ψυχιατρική*, Αθήνα, Βήτα, τόμος Β', 2004.
- Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π., Οικονόμου Μ.Π. (επιμ.), *Προληπτική Ψυχιατρική*, Αθήνα, Βήτα, 1999.

## 2. Ξενόγλωσση

- Falloon I., Fadden G., *Integrated mental health care*, Νέα Υόρκη, Cambridge University Press, 1995.
- Glaser B. G. και Strauss A., *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, Chicago: Aldine, 1967.
- Gounis K., *The Domestication of Homelessness: the Politics of Space and Time in New York City Shelters*, αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Columbia University, 1993.
- Haley J., *Strategies of Psychotherapy*, New York, Triangle Press.
- Kaufmann J. - C., *L'entretien compréhensif*, Παρίσι, Nathan, 1996.
- Lang N. C., «Integrating the Data Processing of Qualitative Research and Social Work Practice to Advance the Practitioner as Knowledge Builder: Tools for Knowing and Doing», στο E. Sherman and W. J. Reid (επιμ.), *Qualitative Research in Social Work*, Columbia University Press, Νέα Υόρκη 1994, σ. 265-278
- Laval C., *La Spécificité psychiatrique confrontée a ‘souffrance sociale’*. *Les réaménagements de la relation thérapeutique*, Lyon, αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Τμήμα Ανθρωπολογίας και Κοινωνιολογίας Πανεπιστημίου Lyon- II, 1997.
- Lazarus R. S., *Psychosocial Stress and the Coping Process*. New York: McGraw – Hill. 1998.
- Lovell A., ‘‘Mobilite des cadres et psychiatrie ‘hors de murs’’’, στο Joseph I., Proust J. (επιμ.), 1996, σ. 55-81.
- Nichols M.P., & Schwartz R.C., *Family Therapy: Concepts & methods* (2<sup>nd</sup> Ed.), Boston: Allyn & Bacon, 1991.
- Peterman F., Bode U., Five coping styles in families of children with cancer: A retrospective study in thirty families, *Pediatric Hematology Oncology*: 3, σ.299-309.

- Platt S., «Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scale», *Psychol. Medicine*, 15:383-393, 1985.
- Strauss και J. Corbin, «Grounded theory methodology», στο: N.K. Denzin Y.S. Lincoln (επιμ.), *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage Publications, 1994, 273-278.
- Wynne L.C., *The state of the Art in Family Therapy Research: Controversies and Recommendations*. New York: Family Process Press.

## ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- [www.health.in.gr](http://www.health.in.gr)
- [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)
- [www.medis.gr](http://www.medis.gr)
- [www.mypep.gr](http://www.mypep.gr)
- [www.stress.gr](http://www.stress.gr)