

β.β.Σχ

**“ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ
ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ Σ’ΑΥΤΕΣ”**

ΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

Ματζιάρας Μαρίνος

Μπάρλα Θεοδώρα

Παπαργυρίου Βασιλική

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

Dr. Johnson - Τουρνά Αμαλία

Καθηγήτρια



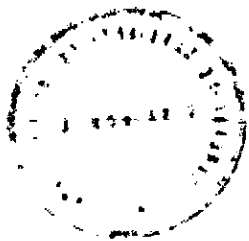
Πτυχιακή για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ, 9 ΙΟΥΝΙΟΥ 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

15998

5574



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
Το πρόβλημα	10
Σκοπός της μελέτης	10
Ορισμοί όρων	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΟΜΑΔΩΝ	15
1. Ιστορική αναδρομή της ομαδικής θεραπείας	15
2. Η ομαδική θεραπεία	22
α. Μορφές ομαδικής θεραπείας	24
β. Σκοποί ομαδικής θεραπείας	26
γ. Φάσεις ανάπτυξης της ομάδας	31
δ. Παράγοντες που επηρεάζουν τις φάσεις της ομάδας	33
ε. Στοιχεία και θεωρίες της δυναμικής των ομάδων	36
στ. Ρόλοι μέσα στην ομάδα	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
Η ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	47
1. Ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής περίθαλψης και ψυχιατρικής νοσοκομειακής θεραπείας	47
2. Μορφές παθολογικής συμπεριφοράς	51
3. Παρέμβαση σε περιόδους κρίσεως	62
α. Χαρακτηριστικά της κρίσης	64
4. Ψυχοθεραπεία (ατομική και ομαδική)	66
α. Η γύχωση, ο ψυχικά ασθενής και η ομαδική θεραπεία	79
β. Η συνδραμεία στην ομαδική θεραπεία	87
γ. Η επιρροή του θεραπευτή στην ομάδα των ασθενών και τα στάδια εξέλιξής του	98
5. Εμπειρίες από τη θεραπευτική ομάδα σε ψυχιατρική κλινική	112
α. Το οξύ ψυχιατρικό περιστατικό και η αντιμετώπισή του σε Γενικό Νοσοκομείο	112
β. Γρήγορη εναλλαγή ασθενών στις κλινικές βραχείας νοσηλείας και αποτελέσματα	116
γ. Το κλινικό πλαίσιο μιας ενδονοσοκομειακής ομάδας.	118
δ. Υποστήριξη στο άτομο που μονοπωλεί τη συζήτηση	120
6. Το κοινωνικό στίγμα	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	131
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	155
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	163

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	173
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
Α. ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	176
Β. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	179
Γ. ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	193
Δ. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	195
Ε. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	212
ΣΤ. ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ	228
Ζ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (Συγκεντρωτικό προέρευνας και έρευνας)	231
Η. ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	261
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	275

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε πρωτίστως να ευχαριστήσουμε τη Δρ. Johnson - Τουρνά Αμαλία, υπεύθυνη καθηγήτρια της παρούσας μελέτης για την πολύτιμη βοήθεια, καθοδήγηση και ηθική υποστήριξη που μας παρείχε.

Επίσης θα θάλαμε να ευχαριστήσουμε την ψυχολόγο του Κέντρου Ψυχική Υγιεινής Πατρών κα. Γραβάνη για τις σωστές κατευθύνσεις που μας έδωσε στην διατύπωση του ερωτηματολογίου.

Ευχαριστούμε ακόμη τους συντονιστές των θεραπευτικών ομάδων της Πανεπιστημιακή Ψυχιατρικής Κλινικής Πατρών. ιδιαίτερα τον Κο. Μανωλέσο υπεύθυνο των ομάδων, για την πολύτιμη βοήθεια τους στην συλλογή της βιβλιογραφία καθώς και στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της προέρευνας.

Θα πρέπει επίσης να ευχαριστήσουμε και τους συντονιστές των θεραπευτικών ομάδων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία-κλινικές που επισκεφθήκαμε για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας. Πράγματι η έρευνα δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς τη βοήθεια τους.

Τέλος, θα θέλαμε ιδιαίτερα να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας, για την κατανόηση και την οικονομική υποστήριξη που μας παρείχαν κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η περιγραφή των μορφών ομαδικής θεραπείας σε ψυχιατρικά πλαίσια και η θέση του Κ.Λ. σ' αυτές. Ακόμη να μελετηθεί η ομαδική ψυχοθεραπεία, και η εμπλοκή του Κοινωνικού Λειτουργού στην ομαδική θεραπευτική διαδικασία.

Επίσης θελήσαμε να εξετάσουμε ποια θεωρητική προσέγγιση ταιριάζει περισσότερο στα ελληνικά δεδομένα, ποιες προϋποθέσεις πρέπει να πληρεί ο υποψήφιος συντονιστής για να αναλάβει ηγετικό ρόλο στις θεραπευτικές ομάδες, και να ερευνήσουμε πόσο δημοφιλής είναι η ομαδική θεραπεία στις ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία σε όλη την Ελλάδα. *

Ακόμη μελετήσαμε βιβλιογραφικά το νομικό πλαίσιο για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση των ομάδων και της ομαδικής ψυχοθεραπείας και τέλος αναφερθήκαμε στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο.

Το ερευνητικό μέρος της μελέτης είχε ως σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεων των θεραπειών για τη λειτουργία των θεραπευτικών ομάδων σε ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία που νοσηλεύουν ενήλικες ασθενείς.

Ως βασικότερο συμπέρασμα από την ολοκλήρωση της έρευνας, μπορούμε να αναφέρουμε ότι σε αρκετά μεγάλη κλίμακα σε όλη την Ελλάδα δεν πραγματοποιούνται θεραπευτικές ομάδες και αυτό αποτελεί ένα σημαντικό μειονέκτημα για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

* Από τη παραπάνω που θελήσαμε να εξετάσουμε,⁶ τελικά επιτεύχθηκε μια καταγραφή της ψυχιατρικής παρέμβασης που επιτυγχάνει στην Ελλάδα σε επίπεδο ομαδικής θεραπείας.

Περίληψη μελέτης

Επίσης πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί συντονίζουν θεραπευτικές ομάδες στα ενδονοσοκομειακά πλαίσια και ίσως θα ήταν καλό η εκπαίδευση τους να τους παρέχει τις κατάλληλες γνώσεις για τη θεραπευτική υποβοήθηση της ψυχικής ασθένειας.

Τέλος είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφέρουμε ότι η παρούσα μελέτη αποτελεί το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα του συγκεκριμένου θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χώρος της ψυχικής υγείας δεν είναι χώρος αγαπητός, ούτε εύκολα βατός γιατί είναι αγχογόνος.

Από την αρχή της πορείας της ζωής του ανθρώπου, η ψυχική νόσος τον ακολούθησε κατά τη διάρκεια αναπτυξής του, εμφανίζοντας κατά καιρούς ποικιλία διακυμάνσεων αρχίζοντας από τις πιο ήπιες και λιγότερο σοβαρές και καταλήγοντας σε οξύτερες μανιακές καταστάσεις.

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω καταστάσεων επιχειρήθηκε στο παρελθόν ο εγκλεισμός αυτών των ατόμων σε κέντρα ασυλίας μορφής με μοναδική θεραπευτική μέθοδο την απομάκρυνση από το κοινωνικό σύνολο που είχε σαν αποτέλεσμα την επιδείνωση της ψυχικής νόσου.

Σύμφωνα με τον Π. Χαρτοκόλλη (1989), υπήρξαν άνθρωποι και εποχές που κράτησαν μια πιο φωτισμένη στάση απέναντι σε τέτοιους ανθρώπους. Δίνονταν σ' αυτούς κάτι περισσότερο από ένα άσυλο - μια ψυχοθεραπευτική αγωγή κι ένα ανθρώπινο περιβάλλον, ένα ψυχοθεραπευτήριο.

Ένας πιο πρόσφατος τρόπος χειρισμού της ψυχικής ασθένειας είναι η δημιουργία και λειτουργία της ψυχιατρικής κλινική Γενικού Νοσοκομείου.

Δύο από τους τρεις συγγραφείς αυτής της πτυχιακής ευρισκόμενοι για ένα χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών σε μια από τις τριανταμία παρόμοιες κλινικές στην Ελλάδα, παρακολουθώντας τα προγράμματα και

Εισαγωγή

συμμετέχοντας σ'αυτά, έκριναν ότι ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους βοήθειας του ψυχικά ασθενή είναι η συμμετοχή του στη θεραπευτική ομάδα.

Σ'αυτή την εξάμηνη πορεία τους δόθηκε η ευκαιρία να συμμετέχουν στις συνεδρίες των θεραπευτικών ομάδων και να δούνε από κοντά την πορεία βελτίωση του κάθε ασθενή που σε σημαντικό βαθμό θεώρησαν ότι οφειλόταν (το απέδιδε και ο ίδιος ο ασθενής) σ'αυτές της ομάδες.

Αφορμή για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος αποτέλεσε η συμμετοχή αυτή στα προγράμματα της ψυχιατρική κλινικής του Γενικού Νοσοκομείο "Ο Άγιος Ανδρέας" και η βιβλιογραφία που διαβάστηκε ιδιαίτερα το εκπαιδευτικό άρθρο του Mark R. Zaslav "ένα μοντέλο εξέλιξης του ομαδικού θεραπευτή" (1988) το οποίο άγγιξε λόγω της αναφοράς του τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τόσο οι ασθενείς όσο και το επιστημονικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο.

Έγινε μεγάλη προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν σαν πηγή βιβλιογραφίας ελληνικές αναφορές και μελέτες, αλλά σύντομα έγινε φανερό ότι δεν ήταν δυνατό ν'αναπτυχθεί ολόπλευρα το εξεταζόμενο θέμα.

Γι'αυτό έγινε καταφυγή και στην ξένη βιβλιογραφία αν και ήταν ιδιαίτερα δύσκολο λόγω ελλείψεως γνώσεως ορολογίας των Αγγλικών.

Ανταποκρινόμενοι λοιπόν στα πολλαπλά ερεθίσματα που δεχόμαστε ως μελετητές αυτής της πτυχιακής εργασίας, υπήρξε προσπάθεια να γίνει κάτι γι'αυτούς τους ανθρώπους σ'αυτή τη δύσκολη περίοδο της ζωής τους που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι και αποδιωγμένοι ακόμα και από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον (million).

Εισαγωγή

Έγινε προσπάθεια να μελετηθεί αυτό το είδος θεραπεία και απόδειξη τούτου αποτελεί η παρούσα πτυχιακή εργασία που σκοπό έχει να παρουσιάσει την ενδονοσοκομειακή θεραπεία μέσω ομαδικής θεραπείας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες και του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού σ' αυτές.

Σκοπός μελέτης

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να περιγράψει τις μορφές ομαδικής θεραπείας σε ορισμένα ψυχιατρικά πλαίσια. Επίσης θα γίνει μια προσπάθεια να μελετηθεί η ομαδική ψυχοθεραπεία σε ψυχιατρικές κλινικές Γενικών Νοσοκομείων.

Ακόμη θα γίνει προσπάθεια να σκιαγραφηθεί ο ρόλος και η εμπλοκή του Κοινωνικού λειτουργού στην θεραπευτική διαδικασία σαν μια ξεχωριστή επαγγελματική οντότητα μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα.

Το πρόβλημα

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (Μάϊος 1994) υπάρχουν πάνω από 100.000 σχιζοφρενείς άρρωστοι. Αν και οι περισσότεροι από αυτούς νοσηλεύονται για ένα χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικές κλινικές Γενικών Νοσοκομείων βγαίνοντας από αυτές υποτροπιάζουν και ξαναεισάγονται στους παραπάνω χώρους της ψυχιατρικής.

Εισαγωγή

Το πρόβλημα αυτό αποτελεί το έναυσμα για να αναρωτηθεί κανείς για το τι γίνεται πραγματικά γι'αυτούς τους ανθρώπους, πόσο αποτελεσματική είναι η θεραπεία και ειδικότερα η ομαδική ψυχοθεραπεία στα παραπάνω πλαίσια.

Επίσης τι μπορούν να παρέχουν οι κοινωνικοί Λειτουργοί γι'αυτό το πρόβλημα, και τι μπορούν τελικά να κάνουν.

Ορισμοί όρων

1. Ομαδική Θεραπεία (ψυχοθεραπεία)
2. Ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου
3. Ψυχική Υγεία
4. Ψυχική Ασθένεια
5. Ομάδα
6. Θεραπευτική ομάδα
7. Ψυχώσεις
8. Παρέμβαση σε κρίση

1. Ομαδική θεραπεία (Ψυχοθεραπεία):

- Ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών τεχνικών σε ομάδα ασθενών που χρησιμοποιεί τις αντιδράσεις μεταξύ των μελών για να επιφέρει αλλαγές στη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά των διαφόρων μελών” (Μάνος, 1985 σελ. 124)

Εισαγωγή

- "Είναι η μορφή ψυχοθεραπείας, όπου προσεκτικά οι ασθενείς τοποθετούνται σε μια ομάδα που καθοδηγείται από έναν εκπαιδευμένο ψυχοθεραπευτή με σκοπό να βοηθήσει ο ένας ασθενής τον άλλον, ώστε να επέλθει αλλαγή στην συμπεριφορά και στην προσωπικότητά τους", (Μάνος, 1988, σελ. 663).
- Η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί εκείνο τον τύπο ψυχοθεραπείας όπου μετά από επιλογή άτομα με σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα διαμορφώνουν μια ομάδα καθοδηγούμενη από ένα θεραπευτή, με σκοπό την αλληλοβοήθεια μέσα από ποικίλους χειρισμούς, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αλλαγή στο άτομο. (Μαιδανός, 1989, σελ. 197).

2. Ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου

- Είναι ο χώρος που έχει σαν σκοπό την άμεση και έγκαιρη αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

Όλες οι δραστηριότητες στρέφονται γύρω από το ψυχικό πρόβλημα αλλά όσο πιο δυνατή και καλύτερη επανένταξη του ασθενούς στο κοινωνικό σύνολο. (Πρακτικά 13ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, Μανωλέσος Γ., 1994).

- Είναι μια ανοικτή ψυχιατρική κλινική, που βρίσκεται σε στενή κτιριακή λειτουργική και διοικητική σχέση με το Νοσοκομείο.

Από αυτή προέρχονται υπηρεσίες διάγνωσης και αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών, με σύντομες θεραπευτικές τεχνικές, συμβουλευτικές τεχνικές και υπηρεσίες σύνδεσης με άλλους τομείς του

Γενικού ή παιδιατρικού Νοσοκομείου (Πρακτικά του Συνεδρίου προληπτικής ψυχιατρικής, 1992).

3. Ψυχική υγεία

- "Μια κατάσταση ισορροπίας και εσωτερική αρμονία στην οποία ένα άτομο είναι ικανό να λειτουργεί άνετα μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον και πετυχαίνει εξίσου καλά στην αγάπη, την εργασία, τη δημιουργικότητα και την ψυχαγωγία" (Μάνος, 1985, σελ. 174)
- Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση Υγείας, η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματική ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να έχει και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. (Μαδιανός, 1989, σελ. 31).

4. Ψυχική ασθένεια

- Με τον όρο "Ψυχική ασθένεια" εννοούμε διαφόρου σοβαρότητας ανωμαλίες που διαταράσσουν τους μηχανισμούς των σχέσεων του ανθρώπου με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. (Χαραλάμπους, 1984, σελ 60).

5. Ομάδα

- Σύμφωνα με το Γερμανό Κοινωνικό ψυχολόγο Kurt Lewin, ομάδα είναι "ένα δυναμικό σύνολο ατόμων βασισμένο στην αλληλεξάρτηση και όχι την ομοιότητα ανάμεσα στα άτομα". (Γεώργιας, 1986, σελ. 15).

Εισαγωγή

- Σύμφωνα με τον Bass με τον όρο ομάδα εννοούμε ένα σύνολο ατόμων που η ύπαρξή του (του συνόλου) δίνει κάποια ευχαρίστηση στα μέλη". (Γεώργας, 1986, σελ 16)
- Σύμφωνα με τον M. Oimsted (1962 σελ.21) "ομάδα είναι ένα σύνολο ατόμων που βρίσκονται σε επαφή μεταξύ τους, που υπολογίζουν ο ένας τον άλλο και που συνειδητοποιούν" ότι ανήκουν στην ίδια κοινότητα" (Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 1993, σελ 50).

6. Ψυχώσεις

- Ψυχικές διαταραχές στις οποίες η ψυχική λειτουργία έχει διαταραχθεί σε βαθμό που να επηρεάζει φανερά την ικανότητα του ατόμου ν'αντιμετωπίζει ορισμένες κοινές απαιτήσεις της ζωής ή να διατηρεί επαρκή επαφή με την πραγματικότητα (Χαρτοκόλλης, 1983, σελ 355).
- Ψύχωση είναι η ψυχική διαταραχή στην οποία οι σκέψεις ενός ατόμου, η συναισθηματική του αντίδραση, η ικανότητα του για αναγνώριση της πραγματικότητας και η ικανότητά του για επικοινωνία και σχέση με τους άλλους έχουν υποστεί τέτοια έκπτωση, ώστε να διαταράσσεται έντονα η ικανότητά του για αντιμετώπιση των συνηθισμένων απαιτήσεων της ζωής (Μάνος, 1985, σελ. 234)

Παρέμβαση σε κατάσταση κρίσης είναι η βραχεία κυρίως ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που χρησιμοποιείται στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών των γενικών ή ψυχιατρικών νοσοκομείων αλλά και στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, που είναι περισσότερο ανακουφιστική παρά θεραπευτική των οξέων ψυχιατρικών επειγόντων περιστατικών (Μάνος, 1985, σελ 71).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΟΜΑΔΩΝ

1. Ιστορική αναδρομή της ομαδικής θεραπείας

Η κοινωνική εργασία με ομάδες, ως σύστημα παροχής βοήθειας τόσο σε άτομα που είναι οργανωμένα σε ομάδες, όσο και στις ίδιες τις ομάδες ήταν το αποτέλεσμα μιας σειράς από εξελίξεις που συνδέθηκαν με τις προσπάθειες εμπεισμένων ανθρώπων καθώς επίσης και οργανώσεων που εμφανίστηκαν σε περιόδους μεγάλων τεχνολογικών οικονομικών και κοινωνικών μεταβολών (Κατσορίδου - Παπαδοπούλου 1993).

Σύμφωνα με το Μουζακίτη (1989) η ανάπτυξη της μεθόδου αυτής είναι συνδεδεμένη με την ιστορία των κοινωνικών υπηρεσιών στην Αγγλία και τις Ηνωμένες πολιτείες κατά τη διάρκεια της Βιομηχανικής Επανάστασης και μετά. Το ξεκίνημα της εντοπίζεται την περίοδο αυτή στους Οίκους Αποκατάστασης που ήταν μέρος της κίνησης για κοινωνική αναδιοργάνωση στα τέλη του 19ου αι. Οι κοινωνικοί Λειτουργοί την εποχή εκείνη, κατείχοντο από μεγάλη απογοήτευση για τον τρόπο διαβίωσης και εργασίας των πτωχών και αυτών που μετανάστευαν, που είχαν κατακλείσει τις πόλεις με αποτέλεσμα την αποξένωσή τους και τις άθλιες συνθήκες κάτω από τις οποίες επιβίωναν.

Οι άνθρωποι αυτοί δεν είχαν κοινωνικά διέξοδα ούτε τρόπους αναμυχής. Εργάζονταν όλη μέρα, και έτσι δεν είχαν ούτε το χρόνο, ούτε τη δύναμη ούτε τις δυνατότητες γενικά ν' αλλάζουν την κατάσταση τους.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

Σύμφωνα τώρα με την Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1993) με την ίδρυση του Κοινωνικού Κέντρου (Settlewent House) Tonynbee Hall στο Λονδίνο (1984) και άλλων παρόμοιων κέντρων που ακολούθησαν σε γειτονιές περιοχών, με ιδιαίτερες οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες άρχισε να αλλάζει η στάση των ανθρώπων απέναντι σ'αυτούς που χρειάζονταν βοήθεια.

Τη θέση της στάσης "Ευσπλαχνία σε όσους την αξίζουν" που επικρατούσε μέχρι τότε έρχεται να πάρει να νέο πιστεύω βοήθεια των ανθρώπων να βοηθήσουν τον εαυτό τους", ιδέα που αργότερα οδήγησε στην δημιουργία των ομάδων αυτοβοήθειας. Οι άνθρωποι έφταναν στο κέντρο δύο - δύο ή τρεις - τέσσερις μαζί χωρίς να ξέρουν αν αποτελούν μια οργανωμένη, φυσική ομάδα ή κάτι άλλο.

Αλλά και οι υπεύθυνοι για τη λειτουργία των ομάδων δεν είχαν γνώσεις για τις διεργασίες που συνέβαιναν κατά τη λειτουργία τους, ούτε για τις επιρροές θετικές και αρνητικές, που αυτές ασκούσαν τόσο στα άτομα που συμμετείχαν όσο και στον περιβάλλοντα χώρο.

Συμπληρώνοντας σ'αυτά που έχει ήδη αναφέρει η Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, ο Μουζακίτης (1989) λέει ότι το Tonynbee Hall ήταν ένας από τους πρώτους οίκους αποκατάστασης που ανέπτυξε σχετικές δραστηριότητες για τους μετανάστες στην περιοχή του Λονδίνου. Οργανισμοί όπως η ΧΕΝ ή ΧΑΝ, πρόσκοποι και προσκοπίνες, καθώς και κοινοτικά κέντρα οργανώθηκαν για να προσφέρουν κοινωνικοποίηση για τα παιδιά και προγράμματα διαφόρου περιεχομένου για τους μεγάλους.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

Ιδιαίτερα τα ενδιαφέροντα των κοιν. Λειτουργιών στην ΧΕΝ και ΧΑΝ επικεντρώνονταν στο να παράσχουν βοήθεια στα μέλη τους για τα δικαιώματα της γυναίκας, δικαίωμα γήφου, συμμετοχή σε συνδικαλιστικούς οργανισμούς και για οκτάωρο εργασίας παρομοίως πολλοί οργανισμοί προστασία του παιδιού εμφανίστηκαν βασισμένοι στο δικαίωμα κάθε παιδιού για εξωσχολική δημιουργία και αναγυχή.

“Τα αρχικά θεωρητικά σχήματα της εργασίας με ομάδες θ’ αναζητηθούν στην συνεργασία των κοινωνικών επιστημόνων με το προσωπικό των κέντρων νεότητας”.

Σύμφωνα με το Μουζακίτη, (1989) ο Wilson υποστηρίζει πως η συνεργασία των κοινωνικών επιστημόνων με το προσωπικό των κέντρων νεότητας σκόπευε ν’ αλλάξει τις απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης των ατόμων καθώς και να δει τα αίτια αυτών των συνθηκών.

Όπως αναφέρει η Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1993) οι S. Schults & F. Redl, κοινωνικοί λειτουργοί που έφτασαν στις ΗΠΑ από την Ευρώπη στο τέλος της δεκαετίας του 1930 βοήθησαν ουσιαστικά στην ιδέα της χρησιμοποίησης της ομάδας για θεραπευτικούς σκοπούς.

Σύμφωνα με το Μουζακίτη (1989) σχετικά με το ίδιο θέμα αναφέρεται ότι στα τέλη του 1990, κοινωνικοί λειτουργοί που χρησιμοποιούσαν την ομαδική μέθοδο άρχισαν να επεκτείνουν τις προσπάθειές τους, σε μια νέα περιοχή τη θεραπεία των ατόμων μέσω της ομάδας.

Προσπάθειες για τη δημιουργία θεραπευτικών ομάδων είχαν γίνει πολύ πιο νωρίς στο Λονδίνο και στις ΗΠΑ με ναρκομανείς και ψυχικά ασθενείς.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

Οι κοινωνικοί λειτουργοί όμως που έπαιρναν μέρος θεωρούνται ότι ήταν εκεί μόνο για να υψαγωγούν, συμμετέχοντας στο θεραπευτικό πρόγραμμα που επιτελείτο πάλι από κοινωνικού λειτουργούς. Η ομαδική παρέμβαση επικεντρώνονταν τώρα στο ότι οι θεραπευτικές ανάγκες μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω ομάδων και ότι κοινωνικοί Λειτουργοί θα μπορούσαν να είναι οι ειδικοί στη θεραπεία.

Σύμφωνα με την Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1993) το πρώτο μάθημα κοινωνικής εργασίας διδάχθηκε από το πανεπιστήμιο Western Reserve (ΗΠΑ) από την Grace Coyle, το 1923 "ένα μέρος ως μέθοδος και ένα μέρος ως πρακτική άσκηση". Αλλά μόνο το 1936 δημιουργήθηκε ο αμερικανικός σύνδεσμος για τη μελέτη της κοινωνικής εργασίας με ομάδες.

Σχετικά με τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με ομάδες και ιδιαίτερα με την ανάπτυξη της μεθόδου αυτής ο Μουζακίτης (1989) αναφερόμενος στις δεκαετίες του 1940 και 1950 θεωρεί ότι οι δεκαετίες αυτές έδωσαν νέα ώθηση και κατεύθυνση στην κοινωνική εργασία με ομάδες. Σημαντικό στην περίοδο αυτή ήταν η επίδραση της μηχαναλυτικής φροϋδικής ψυχολογίας, η οποία είχε μεγάλες επιπτώσεις στην διαμόρφωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους κοινωνικούς λειτουργούς. Ο Φροϋδικός προσανατολισμός, έδωσε έμφαση στις ψυχολογικές διαταραχές οι οποίες ήταν η αιτία της κοινωνικής δυσλειτουργίας του ατόμου. Κατά την περίοδο αυτή ο φροϋδικός προσανατολισμός θεωρείτο βασικός για εργασία με ομάδες παιδιών και ενήλικων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα.

Σύμφωνα με την Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1993) βλέπουμε στη δεκαετία του 1940 οι κοινωνικοί λειτουργοί άρχισαν να εργάζονται σε

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

παιδικές κλινικές νοσοκομεία, αναμορφωτικά ιδρύματα και άλλα κέντρα ψυχικής υγείας. Το επίκεντρο των προσπαθειών τους είναι στην ατομική προσαρμογή, ανάπτυξη αυτογνωσίας και κατανόησης παρά κοινωνικό ανασχηματισμό και Ψυχαγωγία.

Στα τέλη του 1940 η κοινωνική εργασία με ομάδες είχε αποκτήσει επαγγελματική ταυτότητα και άρχισε να συνδέεται με το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας.

Το 1946 ιδρύθηκε η Αμερικανική εταιρία των εργατών με ομάδες, σύμφωνα με την οποία ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ο επαγγελματίας εκείνος ο οποίος χρησιμοποιώντας τη συνδιαλλαγή μέσα στην ομάδα και προγραμματισμένες ασχολίες συνεισφέρει στην ανάπτυξη του ατόμου και στην επίτευξη επιθυμητών στόχων.

Σύμφωνα με την Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1993) από το τέλος της δεκαετίας του 1950, άρχισαν να εμφανίζονται διάφορες κατευθύνσεις όσον αφορά τις επιδείξεις και το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού και διαμορφώθηκαν προσεγγίσεις για το ρόλο του και τη θέση του στην ομάδα, σε σχέση με μεταβλητές όπως είναι η σύνθεση της ομάδας, τα στάδια ανάπτυξης της, οι σχέσεις της με το περιβάλλον.

Ο Μουζακίτης (1989) μιλώντας για την ίδια δεκαετία υποστηρίζει πως η ιστορική ανάπτυξη της ομαδικής μεθόδου στην δεκαετία αυτή περιλαμβάνει αξιοσημείωτα γεγονότα. Ειδικότερα στη δεκαετία του '50 η ομαδική εργασία. Κοινωνικοί λειτουργοί που χρησιμοποιούσαν τη μέθοδο αυτή

προχώρησαν σε παραδοσιακά πλαίσια που μέχρι τότε χρησιμοποιούνταν η κατά περίπτωση μέθοδος όπως η κοινωνική πρόνοια και σχολεία.

Προχωρώντας στην δεκαετία του 1955 οι 'χρήστες' της ομαδικής προσέγγισης μαζί με άλλες εξειδικεύσεις στην κοινωνική εργασία όπως ΚΕΑ, κοινωνική πολιτική και κοινωνική οργάνωση, ίδρυσαν τον εθνικό σύνδεσμο κοινωνικών λειτουργών στις Η.Π.Α.

Σύμφωνα με την Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1993) στην Ελλάδα και στην περίοδο 1955-1966 ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός επαγγελματιών ενδιαφέρθηκε για την εργασία με ομάδες ανάμεσα τους και κοινωνικοί λειτουργοί που ήδη εργάζονταν με άτομα. Πολλά πλαίσια έγιναν γνωστά για την ανάπτυξη ποικιλία, σχετικών προγραμμάτων και εφαρμογής της μεθόδου της κοινωνικής εργασίας με ομάδες όπως τα σπίτια του παιδιού, οι διάφορες τοπικές ΧΕΝ και ΧΑΝ, η "εστία φιλίας" πετραλώνων της κογκρεγκασιναλιστικής επιτροπής χριστιανικής διακονίας (σήμερα, ίδρυμα κοινωνικής εργασίας).

Οργανισμοί επίσης όπως οι Τράπεζες, η ΔΕΗ ζητούσαν από τους τότε σπουδαστές της κοινωνικής εργασίας ή από τους αποφοίτους να εργαστούν ως στελέχη στις κατασκηνώσεις που οργάνωναν για το προσωπικό τους.

Εξάλλου ομάδες άρχισαν να λειτουργούν και σε ειδικά πλαίσια όπου ο κοινωνικός λειτουργός είχε ο ίδιος την ευθύνη οργάνωσης και λειτουργίας ομάδων, είτε συμμετείχε σ' αυτές μαζί με άλλους ειδικούς όπως στο κέντρο ψυχικής υγιεινής, ίδρυμα "Θεοτόκος", Μιχαλήναιο ίδρυμα του ΠΙΚΠΑ, κέντρο βρεφών "Η μητέρα".

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

Η Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1993), αναφέρει επίσης πως το 1967 παρατηρείται μια συνεχής πτώση. Οι λόγοι για την πτώση αυτή μπορεί να είναι πολλοί και διάφοροι.

Ίσως οι άνθρωποι δεν έχουν πλέον ελεύθερο χρόνο, αρκετό για να παίρνουν μέρος σε ομάδες, ίσως είναι πιο ανταγωνιστικοί και επιθετικοί καθώς και ανασφαλείς στις σχέσεις με τους συνάνθρωπους τους.

Όποιοι όμως και αν είναι, σημασία έχει ότι παρά την κάμψη που παρουσίασε η εφαρμογή της μεθόδου και η συμμετοχή των ατόμων σε οργανωμένες ομαδικές δραστηριότητες, η ομάδα είχε ήδη γίνει το αντικείμενο προσοχής και το μέσο εργασίας άλλων ειδικοτήτων σε διάφορα πλαίσια όπως ψυχιατρικά, συμβουλευτικούς σταθμούς, νοσοκομεία παιδών, τοπική αυτοδιοίκηση.

Άρχισαν επίσης να εμφανίζονται περισσότερες ομάδες αυτοβοήθειας, όπως των ανώνυμων αλκοολικών, ομάδες ευαισθητοποίησης και αυτογνωσίας καθώς και ομάδες κοινωνικοποίησης.

Ο Μουζακίτης (1989), συμπληρώνοντας σ'αυτά που ήδη είχαν αναφερθεί λέει ότι πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί, έλαβαν μέρος σε προσωπικές ομαδικές εμπειρίες, σε ειδικά εκπαιδευτικά εργαστήρια κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού και όταν επέστρεφαν στα πλαίσια εργασίας τους εφαρμόζαν τις νέες τους γνώσεις για ομάδες με τους πελάτες που είχαν ευθύνη. Ακόμη σε άλλες περιπτώσεις κοινωνικοί λειτουργοί ήταν οι πρώτοι που σχημάτιζαν ομάδες, καθώς αναγνώριζαν τους φυσικούς δεσμούς που υπήρχαν μεταξύ

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

των πελατών που προσήρχοντο από την ίδια κοινότητα ή που ζούσαν μαζί σ' ένα ίδρυμα.

Έτσι λοιπόν η ομαδική μέθοδος δεν εφαρμόζεται μόνο από εργάτες ομάδων, αλλά από όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς σαν μία από τις διάφορες μεθόδους που μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν στην εξυπηρέτηση των πελατών τους.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι το άτομο μέσα στην ομάδα κατορθώνει να εκτοπίζει τις παθολογικές μορφές συμπεριφοράς και ν' αποκτήσει καλύτερους τρόπους επικοινωνίας.

Το άτομο διαπιστώνοντας ότι και άλλοι συνάνθρωποι του αντιμετωπίζουν παρόμοιες δυσκολίες, ότι δεν είναι ο μόνος που έχει προβλήματα, ενθαρρύνεται και αναζητεί διευθέτηση των δυσκολιών του σε διαπροσωπικό επίπεδο.

2. Η ομαδική θεραπεία

Το άτομο από τη στιγμή της γέννησης του ανήκει σε κάποια ομάδα.

Όλη η ζωή του χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή του σε διάφορες κοινωνικές ομάδες. Παρότι όμως ότι είναι πιθανό να ανήκει σε πολλές ομάδες, ορισμένες μόνο από αυτές είναι για το άτομο οι πιο σημαντικές. Κατά συνέπεια κανείς μπορεί να επηρεάζεται από κάποια ομάδα πολύ περισσότερο σε μία ορισμένη φάση τη ζωής του και πολύ λιγότερο σε μία άλλη φάση, π.χ. η πρώτη ομάδα που επηρεάζει το άτομο, όταν αυτό γίνεται,

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

είναι η οικογένεια. Αργότερα έρχεται το σχολείο, οι φίλοι και γενικά η παρέα του ατόμου.

Από τη συμμετοχή του σε ομάδες, ο άνθρωπος, μπορεί να αποκτήσει μοναδικές εμπειρίες. Άλλες από αυτές το βοηθούν να διαμορφώσει την προσωπική του ταυτότητα και άλλες να επιτύχει την αυτοπραγμάτωση του. Η καθεμία είναι προϋπόθεση για την προσωπική του εξέλιξη. Μέσα στην ομάδα ο άνθρωπος μπορεί να βιώνει τη σημασία και την αξία της ατομικής του ελευθερίας και των όποιων ορίων της. (Χρυσούλα Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, "Κοινωνική εργασία με ομάδες", εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, περιστέρι 1993, σελ 13).

Η ίδια η συγγραφέας υποστηρίζει ακόμη ότι όταν το άτομο ως μέλος της ομάδας, βρεθεί σε δύσκολες ομαδικές καταστάσεις, μαθαίνει να λειτουργεί, να συνεργάζεται και ενεργεί μαζί με άλλους. Μαθαίνει με τη δική τους δέλψη, να θέτει όρια στην προσωπική του ελευθερία, για να εναρμονίσει τις δικές του κινήσεις με εκείνες των άλλων μελών, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ένας αναγνωρισμένος, κοινός σκοπός. (Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 1993).

Σύμφωνα με τον Yalom "τα άτομα δέχονται πληροφόρηση και "καθρέπτισμα" για το πως οι άλλοι βλέπουν τις ενέργειες τους και πως τις αξιολογούν. Τα δυνατά σημεία αλλά και τα αδύνατα, στη σκέψη και τη συμπεριφορά κάθε ατόμου εκφράζονται μέσα στην ομάδα. Όλα τα μέλη των ομάδων ανοίγονται και εκφράζονται μέσα στην ομάδα. Όλα τα μέλη των ομάδων ανοίγονται και εκφράζουν τα συναισθήματά τους, έτσι ώστε να υπάρχει διαφάνεια και αμεσότητα. Η εμπειρία ή το πρόβλημα που φέρνει

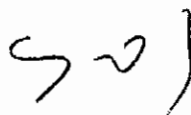
Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

στην ομάδα ένα μέλος γίνεται πρόβλημα όλης της ομάδας, και όλοι βοηθούν ώστε να βρεθεί λύση.

Οι ομάδες πάνω απ'όλα, προσφέρουν "αλληλεγγύη" (Άννα Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, "Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας", Αθήνα 1993, σελ 285).

Η ίδια συγγραφέας, κάνει γνωστό πως στις επιτυχημένες ομάδες προληπτικής ψυχοθεραπείας λειτουργούν μεταξύ άλλων, στο Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου (ΑΚΜΑ).

α. Μορφές ομαδικής θεραπείας



Οι ομαδικές θεραπείες είναι θεραπείες στις οποίες πολλοί ασθενείς βρίσκονται μαζί ταυτόχρονα.

Ο Ιωάννης Ν. Παρασκευόπουλος (1988), σελ.124 υποστηρίζει ότι: "Το άτομο μέσα στην ομάδα κατορθώνει καλύτερα να εντοπίσει τις παθολογικές μορφές συμπεριφοράς, να λύσει τις εσωτερικές συγκρούσεις και να αποκτήσει νέους αποδεκτούς τρόπους διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Το άτομο, διαπιστώνοντας ότι και άλλοι συνάνθρωποί του αντιμετωπίζουν παρόμοιες δυσκολίες, ότι δεν είναι ο μόνος που έχει προβλήματα, ενθαρρύνεται και ενεργά αναζητεί διευθέτηση των δυσκολιών του σε διαπροσωπικό επίπεδο".

Σύμφωνα με το Νίκο Μάνο (1988, σελ. 663) υπάρχουν διάφορες μορφές ομαδικής θεραπείας' ανάλογα με τη σύνθεση της ομάδας το είδος της θεραπευτικής διεργασίας, τον τρόπο συντονισμού και καθοδήγησης του θεραπευτή, το θεωρητικό σύστημα αναφοράς της θεραπείας κ.λπ."

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

Υπάρχει η οικογενειακή θεραπεία, η πλέον γνωστή. Όταν κάποιο άτομο μέσα στην οικογένεια έχει προβλήματα αυτό σημαίνει ότι δεν είναι μόνο το "συγκεκριμένο" άτομο που χρειάζεται βοήθεια αλλά, ολόκληρη η οικογένεια. Χρειάζεται να ενθαρρύνουν όλα τα άτομα της οικογένειας να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και γενικά να επικοινωνήσουν. Γιατί η επικοινωνία μπορεί να είναι ένα στοιχείο που να μην επικρατούσε μέσα στην οικογένεια. Οπότε είναι σημαντικό η οικογένεια να αρχίσει να επικοινωνεί για να επιφέρει και τη βοήθεια στο "άρρωστο" άτομο και να ξεπεράσουν όσες περισσότερες δυσκολίες είναι δυνατό.

Άλλη μορφή ομαδικής θεραπείας είναι το γυχόδραμα, στο οποίο ο κάθε ασθενής υποδύεται διάφορους ρόλους φτάνοντας σε μια συναισθηματική εκφόρτιση, η οποία επιφέρει τελικά τη θεραπεία.

Μία ακόμη μορφή θεραπείας είναι η παιγνιοθεραπεία, η οποία είναι παρόμοια με την προηγούμενη μορφή θεραπείας με τη διαφορά ότι η συγκεκριμένη εφαρμόζεται κυρίως στα παιδιά λόγω του ότι με το παιχνίδι μπορούν να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους μιας και η προφορική επικοινωνία είναι ελλιπής.

Μία άλλη μορφή θεραπείας σχετικά καινούργια είναι η γνωστή ως συναντησιακές ομάδες.

Σύμφωνα με τον Ιωάννη Ν. Παρασκευόπουλο (1988),σελ.127 "οι συναντησιακές ομάδες στηρίζονται στις αρχές του ανθρωπιστικού προτύπου και αποβλέπουν στο να "απελευθερώσουν" το άτομο και να το βοηθήσουν να ζήσει μια "πληρέστερη" ζωή. Κύριο θεραπευτικό στοιχείο στις ομάδες αυτές

είναι η "συνάντηση", ένα είδος αμοιβαίας προσπάθειας και επιθυμίας του ατόμου να επηρεάσει και να επηρεαστεί συγχρόνως, μέσα σε ομαδικό πλαίσιο. Στις ομάδες αυτές χρησιμοποιούνται ποικίλες ασκήσεις για να βοηθήσουν το άτομο να αυξήσει την αυτογνωσία του, να βελτιώνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις και να αξιοποιήσει νέες διόδους εμπειρίας και προσωπικής ανάπτυξης.

Σ'αυτές τις ομάδες μπορούν να συμμετάσχουν και άτομα που είναι ψυχικός "εντελώς" υγιή που επιδιώκουν προσωπική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση."

Οι συναντησιακές ομάδες είναι γνωστές και ως "Μαραθώνιες συνεδρίες" όταν η συνάντηση διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, για μια ή και δύο ημέρες.

β. Σκοποί ομαδικής θεραπείας

Κάθε ομάδα έχει θέσει ένα σκοπό προς τον οποίο πρέπει να κινηθεί μέχρι να τον πραγματώσει.

Στην πραγμάτωση του σκοπού της ομάδας φτάνουμε, μέσω της εκπλήρωσης των στόχων που έχουν δημιουργήσει τα άτομα, μέλη της ομάδας μαζί με τον ομαδάρχη Κοιν. Λ. από τις πρώτες κιόλας συναντήσεις της ομάδας, οι οποίοι βοηθούν σταδιακά τα άτομα - μέλη της ομάδας.

Ο Χρήστος Μουζακίτης στις σημειώσεις του "Κοινωνική εργασία με Ομάδες" (1989) μιλάει για τους αντικειμενικούς στόχους της κοινωνικής εργασίας με ομάδες οι οποίοι είναι οι εξής:

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

1. Αποκατάσταση των συναισθημάτων, της συμπεριφοράς, της διάθεσης των ατόμων που έχουν διαταραχθεί.
2. Προαγωγή ή ανάπτυξη ατόμων που στάθηκε αδύνατο γι' αυτούς να μάθουν να κάνουν μερικά βασικά πράγματα για την εκπλήρωση των αναγκών τους να μάθουν να συμπεριφέρονται και να επικοινωνούν.
3. Κοινωνικοποίηση των ατόμων που έχουν δυσκολίες στην ανάπτυξη αποτελεσματικών σχέσεων και στο να κάνουν εκείνο το οποίο είναι κοινωνικά αποδεκτό.
4. Κοινωνική Δραστηριότητα των ατόμων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους ατομικών ή συλλογικών.
5. Λύση προβλημάτων των ατόμων που έχουν συγκεκριμένα προβλήματα έτσι ούτως ώστε να προβούν σε ενέργειες για την επίλυση των προβλημάτων τους.
6. Κοινωνική επανένταξη των ατόμων που έχουν αποσυρθεί από την κοινωνική ζωή.
7. Συναισθηματική κάθαρση των ατόμων που είχαν δυσκολίες στις διάφορες σχέσεις τους, έτσι ώστε να γίνουν ικανά να δημιουργήσουν μια "υγιή" σχέση.
8. Απόκτηση κοινωνικών αξιών, για την αντιμετώπιση των προσδοκιών της κοινωνίας.

9. Πρόληψη έτσι ώστε να προληφθούν προβληματικές καταστάσεις ή τα άτομα να αποκτήσουν τα απαραίτητα προσόντα για να μπορέσουν να αποφύγουν προβληματικές καταστάσεις.

Έτσι σιγά-σιγά, μέσω των στόχων τα άτομα-μέλη θα φτάσουν στον τελικό σκοπό, περνώντας διάφορες φάσεις και δυσκολίες κατά την πορεία της ομάδας.

Σύμφωνα με την Χ. Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1993), σκοποί για την ομάδα και τα μέλη θέτουν, εκτός από τον κοινωνικό λειτουργό, τα άτομα-μέλη, η ομάδα, η οργάνωση, η Κοινότητα. Κάποιοι απ΄τους σκοπούς δε θα έχουν μεταξύ τους κανένα κοινό σημείο, άλλοι θα συγκρούονται μεταξύ τους και άλλοι θα αλληλοσυμπληρώνονται. Ακόμη υποστηρίζει ότι "όταν πρόκειται για διαφορές μεταξύ των σκοπών της ομάδας και των δικών τους σκοπών (του κοινωνικού λειτουργού) θα επανεξετάσει και θα αναθεωρήσει τους δικούς του σκοπούς, θα αναβάλλει άλλους και θα επιδιώξει με την αντηπαράθεση στοιχείων και από τα δύο μέρη να δοθούν πληροφορίες, να αποσαφηνιστούν καταστάσεις ή ιδέες, να πειστούν τα μέρη για τη σημασία των επιδιωκόμενων, από μέρους του, σκοπών και θα στηρίζει την ομάδα να επιλέξει μεταξύ της αποδοχής ή όχι των υπηρεσιών του κέντρου της Υπηρεσίας".

Η παραπάνω συγγραφέας τονίζει πως για να διαμορφώσει ο Κοινωνικός λειτουργός τους δικούς του σκοπούς, θα λάβει υπόψη του τους εξής εξωτερικούς παράγοντες:

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

1. Το είδος της ομάδας (μέγεθος, σύνθεση, σκοποί).
2. Τις ανάγκες των ατόμων - μελών,
3. Το επίπεδο ανάπτυξης της ομάδας (σκοποί, δομές, σχέσεις με εξωτερικό περιβάλλον),
4. Τη σχέση του κοινωνικού λειτουργού με την ομάδα και τα άτομα - μέλη της,
5. Το χρόνο (τη διάρκεια συνεργασίας του κοινωνικού λειτουργού και της ομάδας),
6. Τους πόρους (υλικά και τεχνητά μέσα, στάσεις και τοποθήσεις από την οργάνωση, την κοινότητα, την ομάδα και τα μέλη).

Η ίδια συγγραφέας υποστηρίζει ότι η αποτελεσματικότητα ενός σκοπού θα εξαρτηθεί και από εσωτερικά σημεία όπως:

1. Η χρονική του διάρκεια: οι σκοποί μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι όταν επιδιώκεται μείωση της έντασης των μελών της ομάδας η μακροπρόθεσμοι όταν επιδιώκεται η απόκτηση δεξιοτήτων συμπεριφοράς.
2. Ο στόχος: Οι σκοποί θα πρέπει να συνδέονται με συγκεκριμένους στόχους για να μην κινδυνεύουν να γίνουν ανεδαφικοί και ανεφάρμοστοι.
3. Η ευελιξία του: Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει πάντα να είναι έτοιμος και ευέλικτος να εντοπίσει οτιδήποτε θέσει σε κίνδυνο την ομάδα. Οι σκοποί δε θα πρέπει να παραμένουν ανελαστικοί γιατί τότε

ικανοποιούνται ανάγκες τρίτων προς την ομάδα και όχι οι ανάγκες των ατόμων μελών της ομάδας.

4. Το (αναμενόμενο) αποτέλεσμα: ο κάθε σκοπός είναι σημαντικός γιατί συνδέεται με κάποιο συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Και είναι συγκεκριμένο όταν οδηγεί στην κάλυψη μιας καθορισμένης ανάγκης της ομάδας.

Η ίδια συγγραφέας μας αναφέρει ορισμένους από τους σκοπούς που επιδιώκονται με την εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας με ομάδες. Επιλέχτηκαν με την πρόθεση να αποτελέσουν "δείκτες πορείας" του κοινωνικού λειτουργού που συνεργάζεται με ομάδες:

1. Η κάλυψη αναγκών των μελών για κοινωνική μάθηση και για ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής τους ανάπτυξης. Η απόκτηση και η ενίσχυση δεξιοτήτων των μελών για επικοινωνία και σχέσεις.
2. Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου- μέλους μέσα από το επίτευγμα.
3. Η κατεύθυνση και βοήθεια των μελών να δώσουν λύσεις σε κοινά προβλήματα ζωής και να αμβλυθούν οι πιέσεις που δέχονται από αυτά.
4. Η παραγωγή έργου: Ο κοινωνικός λειτουργός που συνεργάζεται με οποιαδήποτε ομάδα, είτε είναι ομάδα νέων είτε ομάδα θεάτρου, γνωρίζει ότι αυτές οι ομάδες χρειάζονται και μια εξωτερική βοήθεια για να παράγουν το έργο για το οποίο δημιουργήθηκαν. Θα πρέπει ο ίδιος να είναι σε θέση να διακρίνει ότι οι σκοποί που θέτει είναι δυνατόν να υλοποιηθούν και να είναι σε ετοιμότητα να κάνει οποιοσδήποτε τροποποιήσεις αν κρίνει ότι είναι χρήσιμες.

γ. Φάσεις ανάπτυξης της ομάδας

Καθ' όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της, η ομάδα περνάει από διάφορες φάσεις.

Σύμφωνα με το Δημήτρη Γεώργα στην "Κοινωνική Ψυχολογία", (1986) έχουμε τις εξής φάσεις:

1. Φάση προσανατολισμού. Εδώ έχουμε τη συνάντηση των ατόμων - μελών για πρώτη φορά. Το κάθε άτομο-μέλος προσπαθεί να βρει σημεία επαφής και επικοινωνίας με τα υπόλοιπα μέλη και να προσαρμοστεί στο καινούριο του περιβάλλον και με τις καινούργιες συνθήκες.

2. Φάση σύγκρουσης. Σ' αυτή τη φάση έχουμε τις διαφωνίες και τις διαφορών ειδών συγκρούσεις και προστριβές μεταξύ των ατόμων - μελών.

Πολλά είναι τα μέλη που εγκαταλείπουν την ομάδα σ' αυτή τη φάση και σε ορισμένες περιπτώσεις το κλίμα της ομάδας είναι τόσο αρνητικά φορτισμένο που καταλήγει και στην διάλυση ολόκληρης της ομάδας.

3. Φάση σύνδεσης. Αυτή η φάση στοιχειώνεται από τη συμφιλίωση, την επικοινωνία και τη συνεργασία.

Σ' αυτή τη φάση το κλίμα είναι θετικό και οι συγκρούσεις, οι προστριβές, οι διαφωνίες, μειώνονται σε μεγάλο βαθμό.

Στις δύο προηγούμενες φάσεις, στην φάση του προσανατολισμού και στην φάση της σύγκρουσης, οι διαπροσωπικές σχέσεις, τα συναισθήματα, η επικοινωνία των μελών, οι δεσμοί και οι ρόλοι μέσα στην ομάδα, είναι ο

στόχος της ομάδας, ενώ στην τρίτη φάση, τη φάση της σύνδεσης η ομάδα (ενώ έχει αντιμετωπίσει τα παραπάνω) αρχίζει και αποδίδει το έργο της.

4. Φάση απόδοσης. Σ' αυτή τη φάση έχει έρθει η ισορροπία στην ομάδα και τα άτομα-μέλη της ομάδας, κινούνται προς τον τελικό στόχο.

5. Στατική φάση. Σ' αυτήν τη φάση η ομάδα έχει έρθει σε κάποιο στατικό σημείο. Τα άτομα-μέλη αρνούνται οτιδήποτε καινούργιο μέσα στην ομάδα και δύσκολα δέχονται νέα μέλη. Αυτή η φάση μπορεί να έχει και ως συνέπεια τη μείωση της απόδοσης της ομάδας.

Ο Χρήστος Μουζακίτης στις σημειώσεις του "Κοινωνική εργασία με ομάδες" (1989) μας μιλάει για τις εξής φάσεις ανάπτυξης της ομάδας:

1. Η αρχική φάση που αναφέρεται στην σύνδεση της ομάδας.

2. Η φάση του Σχηματισμού. Τα άτομα-μέλη προσπαθούν να βρουν κοινά ενδιαφέροντα μεταξύ τους. Αρχίζουν να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και οι πρώτοι δεσμοί δημιουργούνται.

3. Η ενδιάμεση φάση. Σ' αυτή τη φάση παρατηρείται η σύνδεση μεταξύ των μελών, η εμπλοκή τους σε διάφορες ενέργειες και η διασαφήνιση σκοπών.

4. Η φάση της Αναθεώρησης. Σ' αυτή τη φάση μπορεί να χρειαστεί να γίνουν κάποιες αλλαγές, κάποιες διαφοροποιήσεις στους σκοπούς, στους κανονισμούς και στην διάρθρωση της ομάδας.

5. Η φάση της ωρίμανσης. Σ' αυτή τη φάση παρατηρείται μια σταθερότητα μέσα στην ομάδα, στους σκοπούς, στους κανονισμούς.

6. Η φάση Τερματισμού. Κάθε ομάδα είναι δυνατόν να τερματίσει εφόσον έχουν επιτευχθεί οι στόχοι για τους οποίους δημιουργήθηκε η ομάδα, εξ΄αιτίας της ανικανότητας της ομάδας να επιτύχει ουσιώδεις προϋποθέσεις για να διατηρηθεί.

δ. Παράγοντες που επηρεάζουν τις φάσεις της ομάδας

Προηγουμένως έγινε αναφορά στις φάσεις ανάπτυξης της ομάδας. Οι φάσεις αυτές είναι δυνατόν να επηρεαστούν από διάφορους παράγοντες και συνθήκες και να μεταβάλλουν τη σειρά των φάσεων και την κατάληξη της ομάδας στην τελευταία φάση.

Σύμφωνα με τον Δ. Γεώργα, (1986), οι παράγοντες αυτοί είναι κυρίως: **α)** η δομή της ομάδας, **β)** ο στόχος της ομάδας, **γ)** η πίεση που ασκεί το περιβάλλον, **δ)** η ακούσια συμμετοχή και **ε)** τα μέλη της ομάδας.

1. Η δομή της ομάδας

“ Ο παράγοντας που καθορίζει και τις φάσεις τις οποίες θα ακολουθήσει στην εξελικτική της πορεία κάποια ομάδα είναι η δομή δηλαδή η οργάνωση της ομάδας. Η μεταβλητή αυτή αποτελείται από τη μία πλευρά από μη οργανωμένες ομάδες που συγκροτούνται για πρώτη φορά και από την άλλη πλευρά, από πολύ οργανωμένες ομάδες που δέχονται μεμονωμένα μέλη”.

2. Ο στόχος της ομάδας

Οι στόχοι της ομάδας είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις φάσεις της ομάδας. Αρχικά πρέπει να διαχωριστούν οι σαφείς και ασαφείς στόχοι. Οι ομάδες που έχουν σαφείς στόχους έχουν

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

περισσότερες πιθανότητες να φτάσουν στο τελικό σημείο ενώ οι ομάδες με ασαφείς στόχους παρουσιάζουν γενικά προβλήματα και τα μέλη αποσύρονται φτάνοντας μέχρι και τη διάλυση της ομάδας.

“ Ένας δεύτερος παράγοντας που επιδρά στην πορεία της ομάδας είναι η συμπίνα όσον αφορά τους στόχους. όταν κατά την εξέλιξη μιας ομάδας, τα μέλη χωρίζονται σε δύο υποομάδες επειδή διαφωνούν ως προς τους στόχους, η κατάσταση μπορεί να καταλήξει στη διαίρεση σε νέες, χωριστές υποομάδες ή και στην πλήρη διάλυση της ομάδας.”.

3. Η πίεση από το περιβάλλον

Κάθε ομάδα μπορεί να επηρεαστεί και θετικά και αρνητικά από την πίεση από το περιβάλλον. Όταν το περιβάλλον είναι αρνητικό απέναντι στην ομάδα, τότε τα μέλη (το πιο συνήδες γι'αυτά) θα συμφιλιωθούν, θα μειωθούν οι διαφωνίες και οι συγκρούσεις μεταξύ τους για κάποιο χρονικό διάστημα ή και για πάντα. Έτσι η ομάδα (εφ'όσον τα μέλη είναι όλα μαζί) θα προσπαθήσουν και θα αντιμετωπίσουν αυτή την αρνητικότητα του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκονται.

4. Ακούσια ή Εκούσια Συμμετοχή

Είναι γεγονός ότι όταν τα μέλη μιας ομάδας συμμετέχουν στην ομάδα εκούσια (με τη θέλησή τους δηλ.) τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσουν θα ξεπεραστούν ενώ όταν η συμμετοχή είναι ακούσια (παρά τη θέλησή τους δηλ.) τα προβλήματα δε θα μπορέσουν να ξεπεραστούν και θα παρατηρείται μια συνεχής φάση σύγκρουσης μέσα στην ομάδα.

5. Τα χαρακτηριστικά των μελών

Τα χαρακτηριστικά των μελών είναι δυνατόν να επηρεάσουν την πορεία εξέλιξης της ομάδας. Χαρακτηριστικά όπως είναι η ηλικία, οι προηγούμενες εμπειρίες που βίωσαν τα άτομα από τη ζωή τους, κ.α.

Ακόμη "άτομα τα οποία διαφέρουν ριζικά ως προς τα στοιχεία της προσωπικότητάς τους, δε θα σχηματίσουν μία ομάδα με συμπόνια, αν η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη βασίζεται σε στενές προσωπικές σχέσεις. Έτσι ο ψυχοθεραπευτής, δεν τοποθετεί σχιζοφρενείς και νευρωτικούς στην ίδια θεραπευτική ομάδα". (Δ. Γεώργας, 1986) σελ.27,28.

Από τα παραπάνω μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι μια ομάδα (μια οποιαδήποτε ομάδα) έχει πολλούς παράγοντες στους οποίους οφείλεται η ομαλή εξέλιξή της.

Πρέπει να βρίσκονται (μέλη και ομαδάρχης) σε συνεχή επαγρύπνηση και ετοιμότητα για να αντιμετωπίσουν οτιδήποτε απειλήσει την ομάδα να φτάσει στον τελικό στόχο.

Πάνω από όλα όμως προέχει το να βρίσκονται όλοι μαζί και να μη δρούν μεμονωμένα. Αυτό εναρμονίζεται με τις αρχές της συστημικής θεωρίας η οποία εφαρμόζεται στην ψυχιατρική κλινική του Γ.Ν.Π. "Ο Άγιος Ανδρέας" στην οποία αποκτήθηκε εμπειρία πάνω στην ομαδική θεραπεία. Η συγκεκριμένη προσέγγιση θεωρεί το άτομο ως μέλος ενός συστήματος και θέτει ως σκοπό την αλλαγή του συστήματος και όχι μόνο του μέλους που παρουσιάζει την προβληματική συμπεριφορά. "Ακόμη υποστηρίζει ότι τα

πάντα είναι επικοινωνία" περιλαμβανόμενων των συμπτωμάτων και των εμπειριών" (Αζεν, 1987, σελ 67).

ε. Στοιχεία και θεωρίες της δυναμικής των ομάδων

Η δυναμική των ομάδων, όπως η έννοια ορίζεται στο λεξικό κοινωνικών επιστημών (1987, τομ. 1ος, σελ. 184, 185) είναι:

"... η μελέτη α) της δομής και λειτουργίας των ομάδων, κυρίως δε των ψυχολογικών πλευρών των "μικρών ομάδων" με ειδική αναφορά στο μεταβαλλόμενο υπόδειγμα της ενδοομαδικής συναρμογής, εντάσεως, συγκρούσεων και ανοχής και β) των μεταβολών στις σχέσεις μεταξύ ομάδων". (Χ. Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 1993).

"Οι Zander & Cartwright (1970, σελ. 46) Ορίζουν την έννοια ως "τη μελέτη της φύσεως των ομάδων, των νόμων που καθορίζουν την εξέλιξη τους και των σχέσεων μεταξύ ατόμων, ομάδων και μεγαλύτερων οργανισμών". Η γνώση της φύσης των ομάδων και των νόμων που ρυθμίζουν την εξέλιξη τους αποτελεί προϋπόθεση για τη σωστή απόδοση του έργου του Κοιν. Λειτ. διότι αυτή η ίδια η ομάδα είναι το ένα από τα τρία μέσα (όργανα) εργασίας του. Και τούτο γιατί η ομάδα, είναι το μέσο και το πλαίσιο όπου μέσα σ' αυτό και με αυτό θα επιδιώξει ο Κοιν. Λειτ. να συμβούν μεταβολές στα άτομα μέλη, στην ομάδα, στις μεταξύ τους σχέσεις και στις σχέσεις τους με το περιβάλλον" (Χ. Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 1993).

Σύμφωνα με την ίδια τη συγγραφέα, τα κυριότερα στοιχεία δυναμικής των ομάδων που από τη φύση τους και τη μεταβλητότητά τους, παίζουν

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και στην εξέλιξη τους ή στην αποδιοργάνωση και στην διάλυσή τους είναι τα εξής:

1. Αλληλεπιδράσεις: Όταν η συμπεριφορά, η στάση, ή η αντίδραση ενός ατόμου, επηρεάζεται από τη συμπεριφορά - στάση - αντίδραση κάποιου άλλου ατόμου, τότε λέμε ότι αυτά τα πρόσωπα βρίσκονται σε μια κατάσταση αλληλεπίδρασης μεταξύ τους. Όλοι μας και οι ομάδες ακόμη, επηρεάζουμε και επηρεαζόμαστε στην καθημερινή μας ζωή, είτε συνειδητά, είτε ασυνείδητα. Ακόμη οι αλληλεπιδράσεις επηρεάζουν τη δημιουργία και την ανάπτυξη των ανθρώπινων σχέσεων.

Οι άνθρωποι, όταν αλληλεπιδρούν μεταξύ τους αποκτούν κοινή αντίληψη ο ένας του άλλου και της κατάστασης που βιώνουν μαζί.

Οι αλληλεπιδράσεις είναι ένα βασικό στοιχείο στην καθημερινή ζωή, στην πορεία που διανύουμε. Ακόμη είναι βασικό στοιχείο στην ομάδα και θα πρέπει να γίνει ο στόχος του Κοιν. Λειτ. έτσι ώστε να προσπαθεί να συντελεί στην δημιουργία αλληλεπιδράσεων κατάλληλων για την υλοποίηση των σκοπών που έθεσε η ομάδα στην αρχή της λειτουργίας της. Μεγάλη σημασία για την αλληλεπίδραση όμως είναι ο μικρός αριθμός μελών της ομάδας.

2. Επικοινωνία: "η έννοια "επικοινωνία" είναι μια διαδικασία μετάδοσης μηνυμάτων που αναμένεται ότι αυτά θα διαφοροποιήσουν τη συμπεριφορά των μελών" (Χ. Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 1993).

Η επικοινωνία είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο και θα πρέπει να υπάρχει σε κάθε ομάδα. Έτσι συντελεί αποφασιστικά, ποσοτικά και ποιοτικά, στην γένεση, εξέλιξη και τέλος μιας ομάδας.

Γενικά θα πρέπει να υπάρχει μια σωστή επικοινωνία, ειδικά είναι πολύ πιθανό να δούμε στην ομάδα να εμφανίζονται εμπόδια, διαφορές μεταξύ των μελών που να καταλήγουν σε αρνητικές σχέσεις με συνέπεια η ομάδα να υπολειτουργεί ή να φτάνει ακόμη και στην διάλυσή της.

3. Διάρθρωση (Δομή) ομάδας: "την έννοια του όρου δομή ή διάρθρωση οι Wilson & Ryland (1949: 66) ταυτίζουν ... με το σχήμα που έχουν οι σχέσεις που υπάρχουν στην ομάδα... η διάρθρωση της ομάδας φανερώνει νευρογυχικές σχέσεις μέσα στην ομάδα, επομένως αυτή συνεχώς αλλάζει καθώς αλλάζουν και οι σχέσεις" (Χ. Κατσαρίδου - Παπαδοπούλου, 1993).

Μέσα σε μια ομάδα τα μέλη νιώθουν ανησυχία για πολλά πράγματα, καθώς και για καθετί άγνωστο. Η ανησυχία που προκαλεί το άγνωστο είναι ένα κίνητρο που κάνει τα μέλη να επιδιώκουν τη διάρθρωση των σχέσεων τους, τη διατύπωση κανόνων λειτουργία της ομάδας, της διαμόρφωση ενός συστήματος ελέγχου. Λόγοι άμυνας και ασφάλειας δημιουργούν στα μέλη την ανάγκη για εσωτερική διάρθρωση των σχέσεων τους.

4. Σχέσεις: Όταν τα άτομα μέσα σε μια ομάδα έχουν αρχίσει να αλληλεπιδρούν το ένα με το άλλο και ούτο καθ'εξής, τότε έχουν αρχίσει και δημιουργούνται σχέσεις μέσα στην ομάδα.

Μέσα σε μια ομάδα είναι δυνατόν να παρατηρηθούν περισσότερες από δύο ή και τριών ειδών σχέσεις, σημαντικό ρόλο παίζουν οι στάσεις των ατόμων, η επικοινωνία, οι ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των μελών αλλά και ο Κοινωνικός λειτουργός που θα πρέπει να δραστηριοποιεί τα άτομα έτσι ούτως ώστε να αναπτυχθούν μεταξύ τους σχέσεις.

5. Ρόλοι και θέσεις μελών ομάδας: μέσα σε μια ομάδα τα μέλη καλούνται να καλύψουν ρόλους που να μην είναι επιθυμητοί και όλους που να είναι επιθυμητοί για το λόγο ότι επιδιώκει να καλύψει ανάγκες του μέσα σ' αυτούς τους ρόλους.

"Οι Benne & Sheats (1948) μας παρουσιάζουν τους εξής ρόλους:

- Ρόλοι που αποβλέπουν στην ανάπτυξη στάσεων και συναισθημάτων και που βοηθούν στην διατήρηση και στην εξέλιξη της ομάδας. Είναι ρόλοι ανάπτυξης της ομάδας.
 - Ρόλοι που αποβλέπουν στον συντονισμό και την κατεύθυνση των απαραίτητων ενεργειών για τη λύση ενός προβλήματος. Είναι οι ρόλοι έργου.
 - Ρόλοι που αποβλέπουν στην ικανοποίηση προσωπικών αναγκών του μέλους και που ίσως, να είναι αντίθετες ή ακόμη και ανταγωνιστικές με τις ανάγκες της ομάδας. Είναι οι ατομικοί ρόλοι.
- (Χ. Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 1993)

6. Η ατμόσφαιρα της Ομάδας: με τον όρο "ατμόσφαιρα" εννοούμε το κλίμα που επικρατεί μέσα στην ομάδα. Όταν τα μέλη νιώθουν ανασφάλεια,

αδυναμία στο να επιτύχουν σε κάποιους τομείς, αυτό θα επηρεάσει το ηθικό των μελών, τους ρόλους τους και φυσικά και τις σχέσεις τους.

Θα πρέπει όσο το δυνατόν περισσότερο - να επικρατεί ένα κλίμα φιλικό, ευχάριστο μέσα στην ομάδα για να μπορέσει η ομάδα να κατακτήσει τον τελικό στόχο.

7. Κανόνες (norms) ομάδας: "norms είναι αποδεκτοί όροι (standards) ή κανονισμοί που ελέγχουν τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας". (Χ. Μουζακίτης, 1989)

Τα norms επιδρούν στο άτομο, στην κρίση του, στην αντίληψή του, στις φιλοδοξίες τους, στην σχέση του ατόμου με την ομάδα.

"Οι κανόνες επομένως, εκφράζουν την προσδοκώμενη συμπεριφορά και είναι μόνον όροι, αλλά εκφράζουν ιδέες (στάσεις), για τους τρόπους με τους οποίους πρέπει να συμπεριφέρεται το άτομο. Και το άτομο μπορεί να μάθει τους τρόπους αυτούς μέσα στην ομάδα". (Χ. Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 1993).

8. Συνοχή της Ομάδας: με τον όρο "συνοχή" εννοούμε τις δυνάμεις που υπάρχουν μέσα στην ομάδα και που αναπτύσσονται. Οι δυνάμεις δηλαδή που έλκουν τα μέλη μεταξύ τους και τα κάνουν να θέλουν να παραμένουν και να δρουν μαζί. Βασικά στοιχεία που βοηθούν στην διατήρηση της συνοχής στην ομάδα, είναι οι θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών, η θετική στάση του μέλους με την ομάδα, κ.α.

Σε μια ομάδα είναι δυνατόν να διαπιστωθεί συνοχή από τη συμμετοχή των μελών κατά τις ομαδικές συναντήσεις, από τη θέληση τους να

αναλάβουν καθήκοντα, από τη συχνότητα που τα μέλη λένε "εμείς" όταν αναφέρονται σε οτιδήποτε αφορά την ομάδα, από τη συνύπαρξη των στοιχείων της συνεργασία και του ανταγωνισμού στην συμπεριφορά των μελών.

9. Βασικές διαδικασίες ομάδας: Η λύση συγκρούσεων: για να υπάρξει σύγκρουση πρέπει σε μια διαδικασία να συμμετέχουν δύο μέρη όπως π.χ. μέλος και κοινωνικός λειτουργός, μέλος και μέλος.

Είναι δυνατό να προκληθεί σύγκρουση όταν τα μέλη αντιλαμβάνονται μεγάλες και σοβαρές διαφορές μεταξύ τους. Διαφορές ως προς τον τρόπο ομιλία, με τον τρόπο που συμπεριφέρονται, κ.α. Η σύγκρουση είναι δυνατόν να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε φάση της ζωής μιας ομάδας.

Ο κοινωνικός λειτουργός θα παρέμβει στην φάση της σύγκρουσης με σκοπό να βοηθήσει στον έλεγχο της όλης κατάστασης, να επισημάνει των πραγματική αιτία της σύγκρουσης και να αναζητήσει λύσεις μαζί με τα μέλη.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που ο κοινωνικός λειτουργός δεν παρεμβαίνει στην όλη φάση γιατί θεωρεί ότι ίσως είναι πιο αποτελεσματικό να ζήσουν τη συγκεκριμένη φάση τα μέλη, να τη βιώσουν και μόνοι τους να αναζητήσουν πιθανές λύσεις.

Η λήψη αποφάσεως: " Η ικανότητα που έχει η ομάδα να παίρνει αποφάσεις κατά τρόπο δημοκρατικό είναι ένδειξη ώριμης λειτουργίας της. Διάφοροι τρόποι και τύποι λήψης αποφάσεων μπορούν να καθοριστούν αλλά, ο τύπος που υποδεικνύει ομοφωνία είναι σαν ο αντιπροσωπευτικός τύπος ωριμότητας διότι ολοκληρώνει κατά το καλύτερο τρόπο τις

συνεισφορές όλων των ατόμων- μελών εκ μέρους της συλλογικής ομάδας". (Χ. Μουζακίτης, 1989).

Γενικά μία ομάδα μπορεί να θέλει να αποφύγει να βάλει τον εαυτό της σε μια διαδικασία λήψης αποφάσεων, αλλά τότε στερεί τον εαυτό της από την ευκαιρία της επιλογής.

"... Το άτομο - μέλος χρειάζεται να κάνει δική του, την πεποίθηση ότι κάθε απόφαση, όταν μάλιστα μπορεί να δοκιμαστεί στην πράξη, είναι ένα παράθυρο προς νέες αναζητήσεις, νέα οράματα, νέες ιδέες για ένα καλύτερο τρόπο ζωής, Δρόμος, συχνά τραχύς αλλά πάντως, βατός" (Χ. Κατσορίδου-Παπαδοπούλου, 1993).

Αυτά λοιπόν ήταν τα κυριότερα στοιχεία δυναμικής των ομάδων. Υπάρχουν βέβαια και διάφορες θεωρίες δυναμικής της ομάδας, όπως είναι:

1. Η θεωρία του δυναμικού πεδίου του Lewin. Η θεωρία αυτή λέει, ότι όταν συγκεντρώνεται ένας αριθμός ατόμων σε μία ομάδα, δημιουργούνται δυναμικές που δεν υπάρχουν, τόσο στις αντιδράσεις μεμονωμένων ατόμων όσο και στις αντιδράσεις που παρατηρούνται σε δυαδικές σχέσεις.

Κύρια χαρακτηριστικά της θεωρίας, είναι: **α)** Οι αλληλεπιδράσεις των ατόμων που εξαρτώνται από την οργάνωση του πεδίου σε κάποια δεδομένη στιγμή, **β)** η ανάλυση της δυναμικής της ομάδας προχωρεί από το ολικό στο μερικό, **γ)** η οργάνωση, του πεδίου συμβολίζεται με τοπολογικά σύμβολα και **δ)** η δυναμική της ομάδας αναλύεται με ψυχολογικές και κοινωνικές έννοιες.

2. Η θεωρία της αλληλεπίδρασης η οποία περιγράφει αλληλεπιδράσεις των ατόμων που συμμετέχουν σε μικρές ομάδες. Οι μεταβλητές στις οποίες δίνει ιδιαίτερη έμφαση είναι:

α) Ενέργειες επικράτησης - υποχώρησης,

β) Ενέργειες φιλικές - εχθρικές,

γ) Ελεγχόμενα - εκφραζόμενα συναισθήματα.

3. Η ψυχαναλυτική θεωρία. Ο Freud ανέλυσε τις ποικίλες εκδηλώσεις του ομαδικού νου με βάση τις έννοιες της ψυχανάλυσης. Η πηγή της δυναμικής της ομάδας είναι η ψυχική ενέργεια του κάθε μεμονωμένου ατόμου που συμμετέχει σ'αυτήν.

Σύμφωνα με τον Freud, η δυναμική της ομάδας, βασίζεται στο πλήθος των ασυνείδητων παρορμήσεων που εκδηλώνονται σαν μηχανισμοί άμυνας.

Υποστηρίζει ακόμη ότι 'Υπάρχουν στην προσωπικότητά μας διάφορες πλευρές (επιθυμίες, ικανότητες, ηθικοί κανόνες), οι οποίες, ενώ εμείς ουδέποτε τις γνωρίσαμε, ουδέποτε τις συνειδητοποιήσαμε, εντούτοις έχουν σημαντικές επιδράσεις στη συμπεριφορά μας, διακυβερνούν ουσιαστικά την ψυχική μας ζωή'.(Ι.Ν. Παρασκευόπουλος,1988).

4. Η θεωρία της συναλλαγής. Με τον όρο "συναλλαγή υπονοείται ότι κάποιο άτομο με τη συμπεριφορά του μπορεί να ευχαριστήσει ή να δυσαρεστήσει κάποιο άλλο άτομο και το αντίστροφο. Έτσι σε οποιαδήποτε συναλλαγή μεταξύ ατόμων, κάποιοι ευχαριστούνται και κάποιοι δυσαρεστούνται από κάποιες συμπεριφορές.

5. Η θεωρία των ρόλων, η οποία, για το λόγο ότι η ανάλυση των φαινομένων πραγματοποιείται στο επίπεδο της δομής της ομάδας, με βάση του δεσμούς, τους ρόλους και τις θέσεις, είναι περισσότερο κατάλληλη για περιγραφή μεγάλων κοινωνιολογικών συστημάτων αλλά και μικρών οργανωμένων ομάδων.

6. Η θεωρία των γενικών συστημάτων. Το κύριο αξίωμα αυτής της θεωρίας είναι η διατήρηση ενός συστήματος.

“Το σαφές πλεονέκτημα της θεωρίας, όσον αφορά την εφαρμογή της σε μικρές ομάδες, είναι ότι διευκολύνει την κατανόηση των παρουσιαζόμενων φαινομένων στο επίπεδο της δυναμικής της ομάδας. Δηλαδή, μπορεί να εξηγήσει κανείς πότε το σύστημα μιας ομάδας είναι σε φάση αποδοτικής λειτουργίας και ποιες είναι οι συνέπειες για τα μέλη όταν το σύστημα είναι σε ανισορροπία”. (Δ. Γεώργας, 1986).

7. Η κοινωνιομετρική προσέγγιση. “Η κοινωνιομετρική προσέγγιση δεν μπορεί να νοηθεί ως μια θεωρία της δυναμικής της ομάδας. Αντιθέτως είναι μια μεθοδολογία, ένας τρόπος περιγραφής και αξιολόγησης των αλληλεπιδράσεων των μελών μιας ομάδας”. (Δ. Γεώργας, 1986).

στ. Ρόλοι μέσα στην ομάδα.

“Ο ρόλος είναι μια σειρά από οργανωμένες ενέργειες, πράξεις και στάσεις του ατόμου και που αυτές αντιστοιχούν σε μια καθορισμένη θέση που το άτομο έχει στο δεδομένο κοινωνικό σύνολο”. (Χ. Κατσορίδου - Παπαδοπούλου, 1993).

Όσον αφορά τον ομαδάρχη (κοινωνικό λειτουργό) κάποιιο από τους ρόλους που αναλαμβάνει μέσα στην ομάδα, σύμφωνα με το Χρήστο Μουζακίτη (1989) είναι οι εξής:

α. Προστάτου: όταν μέσα στην ομάδα παρατηρηθεί διαμάχη, ο ομαδάρχης είναι εκείνος που παίρνει την απόφαση για το κατά πόσο η διαμάχη θα είναι επιβλαβής στην όλη ομάδα.

Ο ομαδάρχης δε θα πρέπει να προσπαθήσει να προστατέψει την ομάδα από μια αποτυχία. Κάποια αποτυχία, κάποια προστριβή, πάντα είναι δυνατό να παρουσιαστεί στην ομάδα, όταν συνδιαλέγονται κάποια άτομα. " Η ομάδα μαθαίνει δεξιότητες από μη αποτελεσματικές συνδιαλλαγές και τα μέλη της ακόμη μπορούν να αναπτύξουν μεγαλύτερη σύνδεση στην επόμενη συνάντησης τους". (Χ. Μουζακίτης, 1989).

β. Μεσολαβητής - Διευκρινιστής - Διακανονιστής: Οι συγκεκριμένοι ρόλοι είναι πολύ σημαντικοί, ειδικά όταν υπάρχει διαμάχη μέσα στην ομάδα η οποία είναι επιφορτισμένη και με εχθρότητα, την οποία πολλά άτομα κάνουν φανερό, συνήθως για να αποφύγουν καταστάσεις με διαφωνία.

Ο κοινωνικός λειτουργός γενικά, πρέπει να προσέχει να μη δίνει λύση για το πρόβλημα της ομάδας αλλά μάλλον να εγείρει ερωτήματα που δίνουν το ερέθισμα στα μέλη να σκεφτούν μεθοδεύσεις τέτοιες όπως, συμβιβασμού, διευθέτησης και σύνδεσης.

γ. Ο ρόλος του διαιτητού: Ο κοινωνικός λειτουργός εδώ, θα πρέπει να έχει δημιουργήσει κάποιους κανόνες για σωστή συμπεριφορά. Δε θα πρέπει

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ομάδων

να πάρει το μέρος για ένα μέλος, ούτε ακόμη να κακομεταχειρίζεται κάποιο μέλος ή να υπόκεινται σε εκμετάλλευση όταν γίνεται προσπάθεια για να λυθούν οι διαφορές που υπάρχουν στην ομάδα.

Όσον αφορά γενικά τους ρόλους, υπάρχουν **α)** ρόλοι που συνεισφέρουν στην δημιουργία και διατήρηση της ομάδας όπως: ο ρόλος του ενθαρύνοντος, του συμβιβαστή, του εναρμονιστή, κ.α. **β)** ρόλοι που συνεισφέρουν στην επίτευξη του σκοπού και τους στόχους της ομάδας όπως: ο ρόλος του συντονιστή, του ενεργοποιού, του καταγράφοντος, κ.α. **γ)** μη λειτουργικοί ρόλοι ή "ατομικός" ρόλος όπως: Ο ρόλος του εμποδίζοντος, ο επιθετικός ρόλος, ο ρόλος του PLAYBOY, κ.α. **δ)** και οι ονομαζόμενοι "δοσμένοι" ρόλοι όπως: ο ρόλος του αποδιοπομπαίου τράγου, ο κλόουν ή γελωτοποιός, κ.α.

Αυτοί ήταν λοιπόν επιγραμματικά οι κυριότεροι και πιο συνήθεις ρόλοι κατά τους BENNE AND SHEATS στις σημειώσεις του Χ. Μουζακίτη (1989), που αναλαμβάνουν τα άτομα μέσα στην ομάδα.

Γενικά οι ρόλοι και ο τρόπος με τον οποίο εκπληρούνται είναι πολύ αναγκαίο να παρατηρούνται από τον ομαδάρχη κοινωνικό λειτουργό, για την κατανόηση της ομάδας.

Ακόμη είναι δυνατόν, οι ρόλοι μέσα στην ομάδα να αλλάζουν, ανάλογα με τις ανάγκες που έχει κάθε φορά η ομάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Η ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής περίθαλψης και ψυχιατρικής νοσοκομειακής θεραπείας.

Η ψυχική αρρώστια φαίνεται να είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος. Βέβαια οι αντιλήψεις για τα αίτια και τη θεραπεία της διέφεραν κατά καιρούς αλλά γενικά αντιμετωπίστηκε με πολύ λίγη κατανόηση και φροντίδα.

Νοσοκομεία ειδικά για ψυχιατρικά αρρώστους οργανώθηκαν στην Ισπανία από τις αρχές του 15ου αιώνα ή και νωρίτερα. Το πρώτο κατά τα φαινόμενα Ψυχιατρικό Ίδρυμα στην Ευρώπη ήταν το Νοσοκομείο "Βηθλεέμ" στο Λονδίνο, γνωστό ως "Μπέντλαμ", το οποίο ιδρύθηκε το 1247 και άρχισε να δέχεται ψυχιατρικούς αρρώστους το 1377. Από τα μέσα του 17ου αιώνα εγκαθιδρύεται στην Αγγλία το σύστημα με τα λεγόμενα "σπίτια των τρελών" (madhouses). Η επίβλεψη των ψυχικά αρρώστων σ' αυτά γίνονταν από κληρικούς και σε ελάχιστες μόνο περιπτώσεις από γιατρούς. Η Γαλλική Επανάσταση και η βιομηχανική εξέλιξη είχαν επίδραση και στο θέμα των ψυχικά αρρώστων. (Ειρήνη Μαλαματίδου, Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδας, Ιαν. - Φεβρ. Μάρτιος, 1987).

Στο πρώτο μισό του 18ου αιώνα οι ψυχιατρικά ασθενείς ήταν περιορισμένοι σε φτωχόσπιτα, φυλακές και ορφανοτροφεία. Ήταν στο δεύτερο μισό του 18ου αιώνα κάτω από την επιρροή του διαφωτισμού όταν μια πιο ανθρωπίνη και αισιόδοξη στάση απέναντι στους διανοητικά

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

αρρώστους, αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, προαναγγελλόμενη από το άνοιγμα της πρώτης ξεχωριστής Μονάδας για ψυχιατρικά ασθενείς στα 1752 στο υπόγειο του Νοσοκομείου Πενσυλβάνια στην Φιλαδέλφεια (Otto F. Kernberg 1980).

Σύμφωνα με τη Μαλαματίδου, (1987) στις αρχές του 19ου αιώνα εμφανίζονται διάφοροι μεταρρυθμιστές όπως: ο Philippe Pinel στη Γαλλία, ο Vincenzo Chiarugi στην Ιταλία και ο William Tuke στην Αγγλία. Ο Pinel ελευθέρωσε από τις αλυσίδες τους αρρώστους των Γενικών Νοσοκομείων Μπισέτρ και Σαλπετριέρ, καθιέρωσε τη λήψη Ψυχιατρικού Ιστορικού και τη συντήρηση αρχείων με την πρόοδο της κατάστασης των ασθενών.

Η μεταρρυθμιστική αυτή προσπάθεια πήρε διαστάσεις, και τόσο στην Αγγλία όσο και στη Βόρεια Αμερική εφαρμόστηκε ένα σύστημα νοσοκομειακής θεραπείας με βάση την κατανόηση των βασικών αναγκών του ανθρώπου για ασφάλεια, σεβασμό και αγάπη. Το σύστημα αυτό προνοούσε την οργάνωση ομάδων απασχόλησης με δημιουργική εργασία, ψυχαγωγία και προσωπική καθοδήγηση μέσα σε κτήρια που δεν έπρεπε να έχουν περισσότερα από 250 κρεβάτια και που η αρχιτεκτονική τους ήταν ειδικά σχεδιασμένη για τη Νοσηλεία ψυχικά αρρώστων. Για περίπλοκους λόγους το κίνημα αυτό στο τέλος εκφυλίστηκε και τα περισσότερα Νοσοκομεία, που συνεργάστηκαν στην εφαρμογή της "ηθικής θεραπείας" κατάντησαν να ξαναγίνουν άσυλα με όλη τη δυσάρεστη σημασία της λέξης.

Κατά τις αρχές του αιώνα έγινε στην Αμερική κατ' αρχήν μια νέα προσπάθεια ν' αναμορφωθούν τα ψυχιατρικά ιδρύματα. Κατόπιν διάφορα ιδιωτικά ιδρύματα όπως οι ψυχιατρικές κλινικές Menninger και Chestnut

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

Lodge στις Η.Π.Α., η κλινική του Ern Simmel στο Βερολίνο κ.α. έκαναν μεγάλες ανανεωτικές προσπάθειες. Οι ιδέες του Φρόυντ είχαν πολύ μικρή επίδραση στη λειτουργία των μεγάλων δημοσίων ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

Η ανακάλυψη και η εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων το 1952 από τους Jean Delay και Pierre Deniker έφερε μεγάλη αναστάτωση στο υπάρχον σύστημα και επέτρεψε το ξεκλείδωμα των ψυχιατρικών νοσοκομείων, την έξοδο ενός σημαντικού αριθμού χρόνιων αρρώστων, τη δημιουργία κέντρων ψυχικής υγείας στην κοινότητα και την εγκαθίδρυση ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία. Ο αριθμός των έγκλειστων ασθενών μειώθηκε σημαντικά στις μέρες μας. Έτσι σήμερα στη Γαλλία υπάρχουν μόνο 110.000 νοσηλευόμενοι σε Δημόσια Ψυχιατρεία, στην Αγγλία 90.000 και στις Η.Π.Α. 138.000 (από 2.000.000 χρόνιους ψυχωτικούς που ήταν πριν - ποσοστό δηλ. μόνο 7%). Βέβαια υπάρχει και ένα αντίρροπο ρεύμα που είναι το αυξανόμενο ποσοστό των επανεισαγωγών (Μαλαματίδου 1987).

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Την εποχή της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας έκλειναν τους ψυχασθενείς σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Αν μετά από τρία (3) χρόνια δε γίνονταν καλά τους έκλειναν σε ξενώνες μοναστηριών. Αργότερα τα μοναστήρια συγκέντρωναν όλο και περισσότερους ψυχασθενείς όπως το μοναστήρι του Αγίου Γερασίμου στην Κεφαλλονιά.

Το πρώτο Ελληνικό Ψυχιατρείο ιδρύθηκε το 1938 στην Κέρκυρα, από την Αγγλική κατοχική Διοίκηση, σ' ένα κτήριο που στέγαζε στρατιωτικές

Ομαδική ψυχοθεραπεία

φυλακές. Το ίδρυμα αυτό λειτουργεί ακόμα ενώ άλλα παρόμοια, όπως της Σάμου και της Σύρας, έχουν κλείσει.

Το 1862 το Ελληνικό κράτος αποφάσισε την ίδρυση "Φρενοκομείων προς συντήρηση και θεραπεία των φρενοβλαβών". Το 1887 ιδρύεται το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο και το 1905 με κληροδότημα του καθηγητή Αστρονομίας Δημ. Αιγινήτη ιδρύθηκε η Α΄ Πανεπιστημιακή κλινική, στην Ελλάδα, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Αξίζει να σημειωθεί ότι το Δημόσιο Ψυχιατρείο σχεδιάστηκε με πρότυπο τη φημισμένη κλινική Burgholsli της Ζυρίχης, σαν αγροτικό άσυλο, με προοπτική προγράμματος εργοθεραπείας. Αλλά η αλματώδης αύξηση των ψυχωσικών και των τοξικομανών, ματαίωσε το αρχικό σχέδιο.

Σήμερα υπάρχουν στην Ελλάδα πολλά Δημόσια Θεραπευτήρια και κάθε χρόνο γίνονται περίπου 25.000 εισαγωγές σ' αυτά τα Ψυχιατρικά Θεραπευτήρια (Μαλαματίδου 1987). Αξίζει να σημειωθεί ότι 1 στα 4 κρεβάτια των νοσοκομείων της Ελλάδας είναι ψυχιατρικό (Μαλαματίδου 1987).

Στη χώρα μας η κλειστή περίθαλψη παραμένει, εκτός από μερικές προς το παρόν εξαιρέσεις, η μόνη λύση στο πρόβλημα της βαριάς ψυχικής αρρώστιας. Πάντως πρέπει να αναφερθεί ότι έχει αρχίσει να διαμορφώνεται η αντίληψη ότι η πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας με παράλληλη την αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, τη λειτουργία μονάδων μερικής Νοσηλείας, την ίδρυση ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία και την ίδρυση Κοινοτικών Κέντρων Ψυχιατρικής Υγιεινής είναι προτιμότερη από την ενδονοσοκομειακή, ιδρυματικού τύπου, θεραπεία.

2. Μορφές παθολογικής συμπεριφοράς

Η παθολογική συμπεριφορά παίρνει πολλές και ποικίλες μορφές. Οι μορφές αυτές διαφέρουν σε πολλές παραμέτρους όπως είναι ο βαθμός σοβαρότητας της διαταραχής, όπως ελαφρές διαταραχές, σοβαρές ψυχικές ασθένειες, ο τομέας της ψυχικής ζωής που έχει επηρεαστεί περισσότερο και τέλος η περίοδος της ζωής στην οποία πρωτοεμφανίζεται η διαταραχή.

Οι πιο συνήθεις μορφές παθολογικής συμπεριφοράς μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις μεγάλες διαγνωστικές κατηγορίες: 1) τις νευρώσεις, 2) τις ψυχώσεις, 3) τις διαταραχές της διαγωγής και 4) τις νοητικές ανεπάρκειες (Παρασκευόπουλος 1988).

Η πτυχιακή εργασία ασχολείται με τις θεραπευτικές ομάδες σε τρία (3) πλαίσια και γι' αυτό το λόγο δεν θ' αναφερθεί εκτεταμένως στην τέταρτη κατηγορία λόγω το ότι τέτοιοι ασθενείς δε νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά πλαίσια και σε περίπτωση εξαιρέσεων δεν παίρνουν μέρος σε ομάδες.

Οι νευρώσεις είναι ελαφράς μορφής ψυχικές διαταραχές που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι το υπερβολικό άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία. Το νευρωσικό άτομο δε χάνει την επαφή με την πραγματικότητα, αλλά αδιάλειπτα νιώθει μπροστά σε ορισμένες καταστάσεις, ιδέες ή αντικείμενα, συναισθήματα ενοχής, φόβο ή ακόμη και πανικό.

Σύμφωνα με τον Ιωάννη Παρασκευόπουλο (1988) οι πιο συνήθεις μορφές νευρώσεων είναι οι ακόλουθες: Αγχώδης νευρώση, Φοβίες, Υστερική

Νεύρωση, Ιδεοληπτική Ψυχαναγκαστική Νεύρωση, Υποχονδρίαση, Νευρωσική Κατάθλιψη, Ψυχοσωματικές Διαταραχές.

Σύμφωνα με τον Ιωάννη Παρασκευόπουλο (1988) η αγχώδης νεύρωση χαρακτηρίζεται από έναν αόριστο, αιωρούμενο και γενικευμένο φόβο, που μπορεί να ενταθεί ως τον πανικό. Το άτομο με αγχώδη νεύρωση παρουσιάζει αδυναμία να συγκεντρωθεί, αϋπνία, υπερκινητικότητα, μυϊκή υπερένταση και θυμική καταπόνηση.

Όπως αναφέρει και ο Νίκος Μάνος (1988) το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα. Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί πρόβλημα στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου, οπότε και έχουμε κάποια αγχώδη διαταραχή ή αλλιώς νεύρωση. Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1988), οι φοβίες χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο μπροστά σε ορισμένα ερεθίσματα-καταστάσεις, ο οποίος όμως φόβος δεν προέρχεται από πραγματική αιτία.

Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές όπως αγοραφοβία, το άτομο νιώθει φόβο όταν βρεθεί μέσα στο πλήθος, ακροφοβία, κλειστοφοβία, πυροφοβία, ζωοφοβία. Σύμφωνα τώρα με το Μάνο (1988) η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, δραστηριότητα ή κατάσταση που έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να επιθυμεί καταναγκαστικά την αποφυγή αυτού που φοβάται. Αν και το άτομο αναγνωρίζει ότι οι φόβοι του είναι υπερβολικοί ή μη ρεαλιστική, εντούτοις προσπαθεί με κάθε τρόπο ν' αποφύγει το φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση.

Οι φοβίες διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες την αγοραφοβία, κοινωνική φοβία και απλή φοβία. Η Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση σύμφωνα με τον Ιωάννη Παρασκευόπουλο (1988) χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες και επίμονη επανάληψη, κατά τρόπο τελετουργικό μιας σειράς στερεοτυπικών ενεργειών. Ένα άτομο με Ιδεοψυχαναγκαστική τάση μπορεί να ελέγχει επανειλημμένα αν έχει κλειδώσει ή όχι την πόρτα ή κάτι πιο σοβαρό, να έχει την έμμονη ιδέα ότι σε μια ορισμένη ηλικία θα πεθάνει.

Σύμφωνα με το Μάνο (1988) το βασικό γνώρισμα της διαταραχής αυτής είναι οι υποτροπιάζοντες ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί. Οι Ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις παρορμήσεις ή εικόνες, που το άτομο δεν τις θέλει, μοιάζουν δηλ. σαν να έρχονται από μόνοι τους και να επιβάλλονται ενάντια στη θέλησή του. Το άτομο προσπαθεί να τους αγνοήσει ή να τους απωθήσει, εφόσον τους αναγνωρίζει σαν παράλογους και στην προσπάθειά του αυτή, η ένταση και το άγχος του ανεβαίνουν. Οι καταναγκασμοί είναι τα συμπεριφορικά ανάλογα των ψυχαναγκασμών, επανειλημμένες παρορμήσεις του ατόμου να εκτελέσει κάποιες στερεότυπες πράξεις. Κοινά παραδείγματα καταναγκασμών είναι το επανειλημμένο πλύσιμο των χεριών, ή το επανειλημμένο μέτρηση.

Ο Παρασκευόπουλος (1988), αναφερόμενος στην υποχονδρίαση λέει πως χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση με θέματα σωματικής υγείας. Το άτομο με υποχονδρίαση δείχνει υπερβολική ευαισθησία στην παρουσία ακόμη και του πιο ασήμαντου σωματικού συμπτώματος, κατατρέχεται συνεχώς από το φόβο ότι είναι άρρωστο και αναζητεί τρόπους "να προλάβει το χειρότερο".

Ο Μάνος (1988) αναφέρει ότι η διαταραχή αυτή που λέγεται και υποχονδριακή νεύρωση, χαρακτηρίζεται από το ότι το άτομο φοβάται ότι έχει ή πιστεύει ότι έχει μια σοβαρή αρρώστια. Έτσι ο υποχονδριακός ασθενής ασχολείται έντονα με τις σωματικές του λειτουργίες και ερμηνεύει σωματικά σημεία ή αισθήσεις του ως παθολογικά, π.χ. ο παραμικρός βήχας ερμηνεύεται ως σημείο καρκίνου.

Ο ασθενής ασχολείται έντονα με σωματικές λειτουργίες όπως ο καρδιακός ρυθμός, η εφίδρωση ή η κινητικότητα του εντέρου.

Συνεχίζοντας την αναφορά στις μορφές παθολογικής συμπεριφοράς ο Παρασκευόπουλος (1988) αναφέροντας τις ψυχοσωματικές διαταραχές αυτού του είδους περιλαμβάνουν οργανικά συμπτώματα - όπως π.χ. πονοκεφάλους, στομαχόπονους, άσθμα, έλκος, ζαλάδες κ.α.- που γενεσιουργό τους αίτιο είναι κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα.

Στις ψυχοσωματικές διαταραχές περιλαμβάνονται ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως πνευματική και σωματική κόπωση, κεφαλαλγίες, που πιστεύεται ότι είναι εκδηλώσεις ψυχολογικού άγχους και δε συνδυάζονται με οργανική παθολογία.

Ο Παρασκευόπουλος (1988) αναφέρεται στην υστερική νεύρωση που χαρακτηρίζεται από ολική ή μερική αχρηστία των αισθητηρίων οργάνων ή μελών του σώματος, χωρίς όμως να υπάρχει αντίστοιχη οργανική βλάβη. Οι συνηθέστερες μορφές υστερίας είναι η υστερική τύφλωση, η υστερική κώφωση, η υστερική αλαλία, υστερικές παραλύσεις.

Περνώντας στην δεύτερη μεγάλη κατηγορία των μορφών παθολογικής συμπεριφοράς που είναι οι ψυχώσεις, ο Παρασκευόπουλος (1988), ισχυρίζεται ότι είναι πιο βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών. Είναι το είδος των ψυχικών παθήσεων που βρίσκεται πιο κοντά σ' αυτό που ο κοινός άνθρωπος αποκαλεί τρέλα, γιατί χαρακτηρίζεται από τις πιο ακραίες και δραματικές ψυχοπαθολογικές αποκλίσεις. Κοινό χαρακτηριστικό των διαφόρων μορφών ψυχώσεων, είναι ότι, το άτομο έχει χάσει την επαφή με τον εξωτερικό κόσμο. Διεγείρεται περισσότερο από εσωτερικές καταστάσεις, υπακούει σε μια εξωπραγματική λογική και ζεί στο δικό του κόσμο.

Οι ψυχώσεις σύμφωνα με τον παραπάνω διακρίνονται σε οργανικές ή λειτουργικές. Όργανικές, όσες έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο (εγκεφαλικό τραύμα, ορμονικές διαταραχές), όπως είναι οι γεροντικές ανοίξεις, αλκοολικές ψυχώσεις. Λειτουργικές, όσες δεν έχουν διαγνωσμένη οργανική αιτία και επομένως μπορούν ν' αποδοθούν σε ψυχοκοινωνικά αίτια.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1988) οι πιο συνήθεις μορφές ψυχώσεων είναι η σχιζοφρένεια, η παράνοια, η μανία ή μελαγχολία. Η Σχιζοφρένεια περιλαμβάνει ομάδα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που χαρακτηρίζονται από διαταραχές στη σκέψη, στο συναίσθημα και στην κινητική - πραξιακή συμπεριφορά.

Ο Μάνος (1988) λέει επίσης πως η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εξωτερικής και εσωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη

ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας, παρουσιάζεται με διαταραχές - συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1988), η παράνοια χαρακτηρίζεται από επίμονες ιδεοληψίες και παραληρηματικές ιδέες. Οι ιδέες αυτές συνήθως περιστρέφονται γύρω από ένα κεντρικό θέμα, όπως είναι ιδέες μεγαλείου, καταδίωξης, ζηλοτυπίας.

Όπως στην περίπτωση του ψυχωτικού παρανοϊκού οι παραληρηματικές ιδέες αποτελούν ένα πλήρες σύστημα, καλά μελετημένο, συστηματοποιημένο χωρίς κενά και συνέπειες. Ο παρανοϊκός έχει έντονη λογικότητα, ετοιμότητα και αισθαντικότητα, όμως τα γεγονότα γύρω του τα προσλαμβάνει και τα ερμηνεύει επιλεκτικώς για να τεκμηρίωσε τις παρανοϊκές του ιδεοληψίες.

Η κατηγορία αυτή των διαταραχών χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών διαφόρων τύπων - δίωξης, ζηλοτυπίας, ερωτομανίας, μεγαλείου. Χαρακτηριστικά των παραληρητικών ιδεών είναι ότι δεν είναι αλλόκοτες, δηλ. περιλαμβάνουν καταστάσεις που συναντώνται στην πραγματική ζωή, όπως το να νιώθει το άτομο ότι το παρακολουθούν, ότι προσπαθούν να το δηλητηριάσουν, ότι αναδίδει μια άσχημη μυρωδιά. Η γενικότερη όμως συμπεριφορά του ατόμου δεν είναι αλλόκοτη. (Μάνος 1988) Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1988) η μανία και η μελαγχολία μπορεί να διαδέχονται η μια την άλλη οπότε έχουμε την λεγόμενη μανιοκαταθλιπτική γύχωση, βρίσκεται σε φάση μελαγχολίας και όταν έχει

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

πλεονάζουσα συναισθηματική έξαρση, υπερεκτίμηση, του εγώ, λογόρροια, υπερκινητικότητα, αύξηση της ερωτικής επιθυμίας.

Στην φάση της μελαγχολίας τα κυριότερα συμπτώματα είναι παραμελημένη εμφάνιση, αναποφασιστικότητα, ευσυγκινησία, ανορεξία και απώλεια βάρους, τάσεις συλλογικής αυτοκτονίας, αναφροδισία και σεξουαλική ανικανότητα.

Όπως λέει ο Μάνος (1988), η μανία και η μελαγχολία ανήκουν στις διπολικές διαταραχές, οι οποίες είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαδέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Στην τυπική τους μορφή οι ασθενείς περνούν από κύκλους ή φάσεις έντονης που εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις βαθιάς κατάθλιψης. Όπως και στην κατάθλιψη, η έξαρση περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαδέσεων, από τις φυσιολογικές καταστάσεις της ευφορίας και της χαράς μέχρι τις παθολογικές καταστάσεις της υπομανίας και μανίας.

Ο Παρασκευόπουλος (1988), αναφερόμενος στις διαταραχές διαγωγής λέει πως το κυριότερο χαρακτηριστικό τους είναι οι αντικοινωνικές μορφές έκφρασης των εσωτερικών ευορμήσεων και επιθυμιών. Περιλαμβάνουν πράξεις που συστηματικά αντίκεινται στο ηθικό, στο κοινωνικά καθιερωμένο στην έννομη τάξη.

Στις διαταραχές διαγωγής, σε αντίθεση με τις άλλες μορφές ψυχικών παθήσεων η παθολογική απόκλιση είναι παρορμητική-αντικοινωνική και ζημιώνει κυρίως τους άλλους. Οι κυριότερες μορφές διαταραχών διαγωγής

σύμφωνα με τον παραπάνω είναι η ψυχοπαθητική προσωπικότητα, οι ψυχοσεξουαλικές διαταραχές και οι τοξικομανίες.

Ψυχοπαθητικό είναι το άτομο που η συμπεριφορά του καθορίζεται εξολοκλήρου από τις δικές του επιθυμίες. Ενεργεί παρορμητικά και επιδιώκει άμεση ικανοποίηση των ορέξεων και επιθυμιών του, χωρίς να νιώθει κανένα ηθικό φραγμό. Δειχνει παντελή αδιαφορία για τους άλλους και πλήρη περιφρόνηση για τους κοινωνικούς κανόνες. Κύριο χαρακτηριστικό της ψυχοπαθητικής προσωπικότητας είναι ότι το άτομο προβαίνει συστηματικά σε αντικοινωνικές πράξεις δηλ. μεύδεται, κλέβει, βασανίζει τους άλλους, χωρίς να νιώθει κανένα συναίσθημα ενοχής ή μεταμέλειας.

Σχετικά με την δεύτερη μορφή των διαταραχών διαγωγής που είναι οι ψυχοσεξουαλικές διαταραχές, το άτομο που νιώθει καταπίεση ή ενοχή για τη σεξουαλική του ζωή ή είναι ανίκανο ν' απολαμβάνει πλήρως τη σεξουαλική ζωή, θεωρείται ότι παρουσιάζει σεξουαλική διαταραχή. Οι κυριότερες μορφές ψυχοσεξουαλικών διαταραχών είναι η σεξουαλική αναποτελεσματικότητα, οι παραφυλίες - στις οποίες ανήκουν ο φετιχισμός, η ηδονοβλεψία, οι διαταραχές της φυλετικής ταυτότητας, όπως είναι η φυλονοφυλία, η αδυναμία δηλ. ν' αποδεχθεί το ρόλο του ανατομικού του φύλου.

Τέλος για τις τοξικομανίες, ο Παρασκευόπουλος (1988) λέει ότι χαρακτηρίζονται από την ακατακίνητη επιθυμία να χρησιμοποιεί συνεχώς μεγαλύτερες ποσότητες τοξικών χημικών ουσιών. Ο τοξικομανής, έχει έκδηλα τα συμπτώματα του εθισμού, την αδυναμία δηλ. ν' ασκίσει έλεγχο

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

επάνω στην χρήση των τοξικών ουσιών και την ανάγκη να καταναλώνει προοδευτικά μεγαλύτερες ποσότητες - δόσεις της τοξικής ουσίας. Η χρήση των τοξικών ουσιών διαταράσσει σημαντικά τη ζωή του ατόμου. Οι βλαπτικές επιδράσεις της τοξικομανίας οφείλονται κυρίως στην ποσότητα της τοξικής ουσίας και στην ποιότητα - το είδος της τοξικής ουσίας.

Περνώντας στην τέταρτη κατηγορία των μορφών παθολογίας που είναι οι νοητικές ανεπάρκειες, ο Παρασκευόπουλος (1988) δίδοντας έναν ορισμό λέει, ότι χαρακτηρίζονται από ελλιπή ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων, όπως είναι οι λειτουργίες της μνήμης, της προσοχής, της αντίληψης, της κρίσης, της γλώσσας και επικοινωνίας, της ικανότητας για μάθηση. Τα νοητικώς καθυστερημένα άτομα αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα.

Διαφορές υπάρχουν μεταξύ τους ως προς το βαθμό της νοητικής ανεπάρκειας και τη δυνατότητα αγωγής, τα αίτια της νοητικής ανεπάρκειας, την πρόγνωση και τις προοπτικές για κοινωνική ένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση.

Σύμφωνα με τον Αντώνη Κυπριωτάκη ("Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους", Ηράκλειο 1987) η διαταραχή δεν περιορίζεται στη νοημοσύνη αλλά εκτείνεται στο σύνολο των ψυχικών, κάποτε μάλιστα και των αισθησιοκινητικών λειτουργικών. Επίσης η νοητική ανεπάρκεια αποκτά μονιμότητα, δεν επανορθώνεται η διαταραχή και τέλος ένα ακόμη γνώρισμα της νοητικής ανεπάρκειας είναι ο αργός ρυθμός και η πρόωρη παύση της ανάπτυξης των ψυχικών λειτουργιών.

Οι διαταραχές αυτές, που παρατηρούμε στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1988) είναι μορφές παθολογικής συμπεριφοράς και τα αίτια τους μπορεί να είναι δύο ειδών :οργανικά και ψυχολογικά.

Τα οργανικά αίτια περιλαμβάνουν βλάβες του εγκεφάλου, δυσλειτουργίες των ενδοκρινών αδένων, χρωμοσωματικές ανωμαλίες, προχωρημένη ηλικία. Ανωμαλία επίσης στη λειτουργία του θυροειδούς μπορεί να προκαλέσουν ταχείες αλλαγές στην ψυχική διάθεση, διαταραχές του ύπνου, ανεξέλεγκτη νευρικότητα και ταραχή, φοβικές καταστάσεις που μπορεί να φτάσουν ως τον πανικό.

Τα ψυχολογικά αίτια, σύμφωνα με τον ίδιο, αναφέρονται στις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου μέσα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Ο Freud σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1988), θεωρεί ως αίτιο της παθολογικής συμπεριφοράς, τις διάφορες άλυτες συγκρούσεις ψυχοσεξουαλικής κυρίως υφής, που ανάγονται στα πρώτα χρόνια της ατομικής ζωής.

Γενικά πιστεύεται ότι τα αίτια των ψυχικών διαταραχών πρέπει ν' αναζητούνται στις διάφορες εσωτερικές εντάσεις, απογοητεύσεις και συγκρούσεις που δοκίμασε το άτομο και τις οποίες δεν μπόρεσε να ξεπεράσει με θετικό τρόπο. Το άγχος που δημιουργείται από τη ματαίωση επιθυμιών και επιδιώξεων, απο εσφαλμένη μεταχείριση εκ μέρους των γονέων και απο ψυχοπαθογενεσιουργές, ενδοοικογενειακές σχέσεις καθώς

Ομαδική ψυχοθεραπεία

και από ποικίλες τραυματικές εμπειρίες οδηγεί στις διάφορες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς όταν αυτό δεν καταφέρνει να ξεπεραστεί.

Η ψυχοπαθητική προσωπικότητα είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής αποστέρησης κατά την παιδική ηλικία. Τα συναισθήματα φιλαλληλίας και ευσυναίσθησης είναι η βάση που οικοδομούνται τα κοινωνικά συναισθήματα και ο σεβασμός προς τους κοινωνικούς κανόνες.

Όταν όμως το παιδί ζει σ' ένα εχθρικό - απορριπτικό, αυταρχικό - καταπιεστικό περιβάλλον αναπτύσει συναισθήματα πικρίας, αποστροφής προς τους άλλους και επιθετικότητα. Το άτομο αυτό σαν ενήλικας θα δώσει στους άλλους ότι ακριβώς πήρε, επιθετικότητα δηλ. και εχθρότητα. Όταν επίσης το άτομο κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας έχει πάρει αμφιθυμικά μηνύματα από τη μητέρα (του λέει ότι το αγαπάει αλλά με τις πράξεις της δείχνει ότι το μισεί), το παιδί αυτό όταν γίνει ενήλικας μπορεί να οδηγηθεί στη σχιζοφρένεια, και να εκδηλώσει και άλλες διαταραχές στη συμπεριφορά του.

Απόρροια της κατάστασης αυτής είναι να εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική ή νοσοκομείο και μέσω της ομαδικής θεραπείας, σε συνδυασμό και με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις να βρει κατά κάποιο τρόπο την ψυχική του ισοροπία.

Πρωταρχικό ρόλο επίσης στη θεμελίωση και ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας διαδραματίζουν οι πρώτες εμπειρίες του ατόμου και οι σχέσεις του με σημαντικά πρόσωπα στο περιβάλλον. Χαρακτηριστικό είναι το παθολογικό σύνδρομο της μητρικής αποστέρησης, που παρατηρείται στα

παιδιά που ζουν από τη στιγμή της γέννησής τους σε ιδρύματα παιδικής προστασίας.

Τελειώνοντας σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1988), άγχος δοκιμάζουν όλοι οι άνθρωποι. Τα άτομα με ισχυρή προσωπικότητα κατορθώνουν και ξεπερνούν αυτές τις εντάσεις που δημιουργούνται από τις δυσκολίες της ζωής. Αντίθετα τα άτομα που έχουν ιδιαίτερη ευαισθησία και δεν έχουν ψυχική αντοχή για να ξεπεράσουν την κρίση, καταφεύγουν σε διάφορες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς.

3. Παρέμβαση σε περιόδους κρίσης

Παρεμβολή σε κατάσταση κρίσης σημαίνει τη θεραπευτική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στη ζωή ενός ατόμου, μιας οικογένειας ή ομάδας, με σκοπό την ανακούφιση από την ένταση η οποία προξενείται από μια κρίσιμη κατάσταση. Έτσι κινητοποιούνται οι δυνάμεις αυτών που έχουν επηρεασθεί άμεσα και έμμεσα από την κατάσταση κρίσεως. (Χαραλάμπους 1984).

Επέμβαση σε κατάσταση κρίσης είναι η βραχεία κυρίως ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, που χρησιμοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία επειγόντων περιστατικών των γενικών ή ψυχιατρικών νοσοκομείων αλλά και στα κέντρα ψυχικής υγείας, που είναι περισσότερο ανακουφιστική παρά θεραπευτική των οξέων ψυχιατρικών επειγόντων περιστατικών. (Μάνος, 1985, σελ. 71).

Η επέμβαση σε κατάσταση κρίσης σαν σκοπό έχει την επαναφορά του ατόμου στο επίπεδο λειτουργικότητας που ήταν πριν την κρίση ή και καλύτερο. Αυτός ο σκοπός γίνεται προσπάθεια να επιτευχθεί μέσω της ομάδας γιατί η ομαδική εργασία ενισχύει την συντροφικότητα.

Εστιάζοντας την προσοχή στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ενδονοσοκομειακούς χώρους ο θεραπευτής για να τους βοηθήσει θα πρέπει να έχει έγκαιρη πρόσβαση σ' αυτούς όπως και οι ασθενείς πρέπει να έχουν γρήγορη και εύκολη πρόσβαση στο θεραπευτή.

Η Rapoport (1967) ενισχύει τη θέση αυτή λέγοντας ότι μια μικρή βοήθεια που δίνεται με λογική και με κάποιο σκοπό, σε μια συγκεκριμένη στιγμή, μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από τη βοήθεια που απλώνεται σε μεγάλη χρονική διάρκεια και που δίνεται όταν ίσως το άτομο δεν βρίσκεται κάτω από μεγάλη συναισθηματική ένταση.

Στην αρχική συνέντευξη η πιο σημαντική δουλειά για το θεραπευτή είναι να κάνει μια δοκιμαστική διάγνωση του παρουσιαζόμενου προβλήματος και να μεταφέρει στον ασθενή την αίσθηση της ελπίδας και του ενθουσιασμού ότι η κρίση μπορεί ν' αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Η Rapoport πιστεύει ότι στην αρχική επαφή ο θεραπευτής και ο ασθενής πρέπει να κανουν μαζί την διερεύνηση του προβλήματος και να καθορίσουν τους επιδιωκόμενους στόχους ή τις δραστηριότητες που θα οδηγήσουν στην επίλυση της κρίσης.

Ο συγγραφέας του άρθρου Larry Smith πιστεύει ότι οι θεραπευτές που εφαρμόζουν την θεραπευτική της παρέμβασης σε περιόδους κρίσης

χρειάζεται να ολοκληρώσουν την εξής εργασία καθώς θα έρθουν σ' επαφή με τον ασθενή.

Θα πρέπει να προσδιορίσουν το γεγονός που ήταν καθοριστικό για την κρίση. Οι θεραπευτές θα πρέπει να συζητήσουν τον ασθενή πώς αισθάνεται ο ασθενής που βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης και πώς ο ίδιος έχει προσπαθήσει ν' αντιμετωπίσει αυτή του την κατάσταση.

Είναι μέρος της θεραπευτικής αυτής παρέμβασης το να εξηγήσουν στον ασθενή γιατί βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση κρίσης και να συζητήσουν μαζί του δραστηριότητες που μπορεί να κάνει για να ξεπεράσει την κρίση του με επιτυχία.

Στις συνεδριές που ακολουθούν, στην πρώτη αυτή επαφή του θεραπευτή με τον ασθενή, ο θεραπευτής μπορεί να στρέψει την προσοχή του σε συμπληρωματικές ενέργειες και δραστηριότητες που πρέπει να γίνουν και που θα βοηθήσουν στην οριστική αντιμετώπιση της κρίσης.

α. Χαρακτηριστικά της κρίσης

Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι ότι η έννοια της κρίσεως περιορίζεται χρονικά. Διαρκεί περίπου 1-6 εβδομάδες. Κάποια λύση ζητείται επειγόντως. Και η λύση μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο ή χειρότερο τρόπο προσαρμογής. Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι ότι υπάρχουν ορισμένες τυπικές φάσεις οι οποίες χαρακτηρίζουν την όλη αναστάτωση.

Σύμφωνα με τον Carlan (1982), η κρίση είναι μια περιορισμένη χρονικά περίοδος αστάθειας ή διατάραξης της ομοιοστατικής ισορροπίας που περνάει μέσα από τα ακόλουθα τέσσερα στάδια.

Το πρώτο στάδιο σε μια κρίση είναι η αρχική ένταση που βιώνει το άτομο και που είναι αποτέλεσμα του γεγονότος που τείνει να δημιουργήσει την κρίση.

Το δεύτερο στάδιο χαρακτηρίζεται από μια ακόμα μεγαλύτερη αύξηση της έντασης όταν το άτομο δεν έχει καταφέρει ακόμη να επιλύσει την κρίση.

Στο τρίτο στάδιο η ένταση γίνεται τόσο μεγάλη, καθώς δεν έχει ξεπεραστεί μέχρι τώρα, που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά κατάθλιψη.

Καθώς προχωρούμε στο τελευταίο στάδιο της κρίσης το άτομο ή θα καταλήξει σε σοβαρό ψυχικό κλονισμό ή θα επιλύσει την κρίση χρησιμοποιώντας λανθασμένους τρόπους που θα το βοηθήσουν να προσαρμοστεί και να ελαττώσει την ψυχική ένταση. (Larry Smith, Εκλογή Δεκέβρης 1984)

Σύμφωνα με την Rapoport (1981), υπάρχουν τρεις φάσεις στην κρίση η αρχική, η μεσαία και η τελική. Στην αρχική φάση της κρίσης υπάρχει μια αύξηση της ψυχικής έντασης που οφείλεται στο καθοριστικό για την κρίση γεγονός. Η ένταση αυτή αναγκάζει το άτομο να προσπαθήσει να ξεφύγει και όταν δεν το καταφέρει, η ένταση γίνεται πιο μεγάλη και το άτομο προχωρεί στη μεσαία φάση της κρίσης, όπου χρησιμοποιούνται κατεπείγοντες μηχανισμοί προσαρμογής για την αντιμετώπιση της κρίσης.

Όλες οι αντιδράσεις της κρίσης καταλήγαν στην τελική φάση που είναι η επίτευξη κάποιου είδους ισορροπίας άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο ικανοποιητικής από αυτή που υπήρχε πριν. (Larry Smith, εκλογή 1984).

Σύμφωνα με τον Parad (1971) ένα γεγονός που προκαλεί ψυχική ένταση εξελίσσεται σε κρίση και υπάρχει μια περίοδος αστάθειας που το άτομο είναι ευάλωτο στην ψυχική κατάρρευση αλλά συγχρόνως ευδόκιμο στη θεραπευτική αγωγή. Ο Parad επισημαίνει ότι στην περίοδο της κρίσης, το άτομο μπορεί να έχει καταστρεπτική επίδραση στην ψυχική υγεία των άλλων μελών στην οικογένεια, των συγγενών και στενών φίλων. (Larry smith, εκλογή 1984).

Σύμφωνα τέλος με την Virginia Sachs, (1968) η κρίση οδηγεί καταρχήν το άτομο σε μια κατάσταση αποδιοργάνωσης. Από κει και πέρα ανάλογα με το πως το άτομο δ' αντιμετωπίσει την κρίση, η κατάληξη μπορεί να είναι το άτομο να λειτουργεί καλύτερα από πριν. (Larry L. smith, εκλογή 1984). Το θέμα της παρέμβασης σε κρίση είναι κάτι πολύ βασικό και απασχολεί τις υπηρεσίες περίθαλψης σ' όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Αντιμετωπίζεται συνήθως στα ψυχιατρικά πλαίσια με στενή συνεργασία Ψυχιάτρων, Κοινωνικών λειτουργών και άλλων ειδικοτήτων.

Ο κατάλληλος χειρισμός και η σωστή θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να βοηθήσουν ουσιαστικά το άτομο ή και να οδηγήσουν στην αποκατάσταση της ψυχικής του ισοροπίας.

4. Ψυχοθεραπεία. (ατομική και ομαδική)

Σ' αυτή την μελέτη είναι απαραίτητο να αναφερθεί η έννοια της ψυχοθεραπείας αφού ως θέμα εξετάζονται οι ψυχοθεραπευτικές ομάδες. Η ψυχοθεραπεία χωρίζεται σε ατομική και ομαδική. Για να ακολουθήθει όμως μια λογική σειρά θα πρέπει πρώτα απ' όλα να οριστεί τι είναι ψυχοθεραπεία.

Σύμφωνα με τον Τ. Κίρναν, ο Φρόυντ είδε την ψυχοθεραπεία σαν μια διαδικασία κατά την οποία ο έμπειρος και ευαίσθητος ψυχοθεραπευτής έρχεται να βοηθήσει ένα άτομο που το Εγώ* του έχει εξασθενήσει ή καταβληθεί από την εσωτερική σύγκρουση. (Τ. Κίρναν, 1977).

Ο ίδιος ο Φρόυντ γράφει ότι η ψυχοθεραπεία είναι η βοήθεια που δίνει ο ψυχαναλυτής γιατρός στο εξασθενημένο Εγώ του αρρώστου, όπου συνενώνοντας τις δυνάμεις τους αντιμετωπίζουν τις ενστικτώδεις απαιτήσεις του Αυτού (id) και τις ηθικές απαιτήσεις του Υπερεγώ (Superego).

Βέβαια γίνεται ένα συμβόλαιο μεταξύ του Εγώ και του θεραπευτή όπου το πρώτο καλείται να διαθέσει όλο το υλικό που του δίνει η αυτοαντίληψή του και ο θεραπευτής υπόσχεται αυστηρότατη εχεμύθεια και ολική προσφορά της πείρας του. Έτσι η γνώση θα αντισταθμίσει την άγνοια του Εγώ και θα του¹ δώσει την κυριαρχία πάνω στις χαμένες περιοχές της ψυχικής ζωής. (Τ. Κίρναν, 1977)

Σύμφωνα με τον Μάνο η "ψυχοθεραπεία είναι μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή και μέσω μιας καθορισμένης θεραπευτικής επικοινωνίας - λεκτικής και μη λεκτικής - επιχειρεί να ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, ν' αντιστρέψει ή να μεταβάλει την δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας" (Ν. Μάνος, 1988, σελ. 653).

¹ Το Εγώ (ego) σύμφωνα με τον Φρόυντ είναι ένα μέρος της προσωπικότητας του ανθρώπου. Θα αναφερθούμε εκτενέστερα παρακάτω.

Η ψυχική ασθένεια απασχόλησε αρκετά τους θεραπευτές και αφενός μεν λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα της ψυχικής ζωής, αφετέρου δε την τεράστια σημασία για την ομαλή λειτουργικότητα του ψυχισμού του ανθρώπου, καταλήξαμε σήμερα να υπάρχουν πάρα πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικές που εφαρμόζονται περισσότερο στον Ελληνικό χώρο:

1. Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία

Είναι ένα φάσμα θεραπειών, όπως όλες οι θεραπείες που την αποτελούν βασίζονται στην υπόθεση ότι το παρόν διαμορφώνεται και κυβερνάται από το παρελθόν. Οι παιδικές εμπειρίες, επομένως, έχουν πρωταρχική σημασία για την ψυχοδυναμική θεραπεία. (N. Μάνος, 1988)

2. Ομαδική Ψυχοθεραπεία

“Είναι η μορφή της ψυχοθεραπείας, όπου προσεκτικά επιλεγμένοι ασθενείς τοποθετούνται σε μια ομάδα που καθοδηγείται από ένα εκπαιδευμένο ψυχοθεραπευτή, με σκοπό να βοηθήσει ο ένας ασθενής τον άλλο, ώστε να επέλθει αλλαγή στην συμπεριφορά και στην προσωπικότητά τους”. (N.Μάνος, 1988, σελ. 663) Σ’ αυτήν υπάγονται και η οικογενειακή και συζυγική ψυχοθεραπεία.

3. Θεραπεία συμπεριφοράς

Είναι η θεραπευτική προσέγγιση που απευθύνεται σε ειδικά συμπτώματα ή προβλήματα συμπεριφοράς και βασίζεται στις θεωρίες της εξαρτημένης μάθησης.

4. Ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη

Στη μέθοδο αυτή η ψυχοθεραπεία είναι προσανατολισμένη στη σχέση μεταξύ ασθενή και θεραπευτή παρά στα συμπτώματα και στη θεραπεία τους. (N.Μάνος, 1988)

5. Υπνωση

Είναι μια κατάσταση διεγερμένης και αυξημένης εστιακής συγκέντρωσης της προσοχής και εσωτερικής ενημερότητας, με παράλληλη ελατωμένη ενημερότητα των περιφερειακών ερεθισμάτων (ο.π. σελ. 673).

6. Γνωστική Θεραπεία

"Βασίζεται στην αρχή ότι η διάθεση και τα συναισθήματα επηρεάζονται από τις σκέψεις και έτσι αρνητικές και υποτιμητικές σκέψεις και αρνητικά σχήματα σκέψης προκαλούν δυσφορική διάθεση και κατάθλιψη." (ο.π. σελ. 674)

7. Διαπροσωπική Θεραπεία

"Είναι βραχεία ψυχοθεραπεία (12-16 συνεδρίες) που εστιάζεται στα διαπροσωπικά προβλήματα του ασθενή είτε σαν αιτία, είτε σαν επιπλοκή της κατάθλιψης".(ο.π. σελ.675)

8. Θεραπεία Περιβάλλοντος. (milieu therapy)

"Απευδύνεται στο πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται η φροντίδα του ατόμου, το οποίο πλαίσιο και προσπαθεί ν' αλλάξει ώστε να βοηθηθεί η αποκατάσταση της υγείας του ατόμου". (ο.π. σελ. 676)

9. Απασχολησιοθεραπεία (ή εργοθεραπεία)

Σ' αυτή τη θεραπεία ο άρρωστος εμπλέκεται σε διάφορες δραστηριότητες που έχουν κάποιο χρήσιμο στόχο στα πλαίσια ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που προάγει τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνικοποίηση (Ν.Μάνος, 1988).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία, ανεξάρτητα από τον προσανατολισμό που έχει, παρουσιάζει πλεονεκτήματα που την κάνουν να ξεχωρίζει σημαντικά από την ατομική. Σύμφωνα με την Ευτ. Ματαλών, αυτά είναι:

α) Επιτρέπει στον ασθενή να ολοκληρώσει την εκμάθηση νέων τύπων συμπεριφοράς, πρώτα εφαρμόζοντάς τους στην θεραπευτική ομάδα και έπειτα στο κοινωνικό σύνολο.

β) Επιτρέπει στην γρήγορη έκφραση των συναισθημάτων αλλά και της επιθετικότητας μέσω των δυναμικών αλληλεπίδρασης που αναπτύσσονται μέσα στην ομάδα.

γ) Επιτρέπει την "απομυθοποίηση της ασθένειας μέσω της αναγνώρισης των συμπτωμάτων που βιώνει, και στα άλλα μέλη της ομάδας.

δ) Με το βίωμα εμπειριών, επιτρέπει την προσφορά και την λήψη βοήθειας καθώς και απόκτηση αυτοεπίγνωσης. (Ματαλών. 1980)

Έτσι έχοντας σαν γνώμονα την ψυχοθεραπεία του ατόμου μέσα στην ομάδα, η Ευτυχία Ματαλών διακρίνει τις ομάδες σε:

- προσανατολισμένες ψυχαναλυτικά. Οπου η ψυχανάλυση είναι η βασική θεωρία και "επιδιώκει την ανασυγκρότηση της προσωπικότητας ή την

Ομαδική ψυχοθεραπεία

ανεύρεση προβλημάτων που είναι απωθημένα στο ασύνηδειτο και που θεωρούνται υπεύθυνα για τις διαταραχές της προσωπικότητας". (ο.π. σελ. 301)

- το ψυχόγραμμα. Όπου πρόκειται για αναπαράσταση ενός ειδικού προβλήματος και την γρήγορη ανεύρεση λύσης στις συγκρούσεις, με την βοήθεια της ομάδας.
- την μη κατευθυνόμενη ψυχοθεραπεία. Συγκεντρώνει το ενδιαφέρον της στην στιγμιαία συναισθηματική εμπειρία. Καθώς επίσης αναγνωρίζει την σημασία που έχει το εσωτερικό βίωμα για το κάθε άτομο χωριστά.
- προσανατολισμό της συμπεριφορικής θεραπείας. Σ' αυτήν η ομαδική εργασία οικοδομείται πάνω σε λεπτομερή και αυστηρό προγραμματισμό. Οι συμμετέχοντες αναγκάζονται να κάνουν ορισμένες ασκήσεις στο σπίτι και να δίνουν αναφορά για το βαθμό της προόδου που είχαν σε κάθε συνάντηση.
- ομάδες θεραπείας με βάση τις δραστηριότητες. Είναι ομάδες ψυχοθεραπείας για δυσπροσάρμοστα παιδιά σχολικής ηλικίας, οι οποίες ρίχνουν το βάρος στην εκτόνωση της επιθετικότητας και στην απόκτηση κοινωνικότητας με την βοήθεια ομαδικών δραστηριοτήτων.

Σύμφωνα με τον Κίρναν "μετά το 1950 ο νέος ασθενής δεν είναι πια ψυχασθενής με την κλινική σημασία του όρου, αλλά νιώθει ότι είχε χάσει την επαφή με τον εαυτό του. Για την παραδοσιακή θεραπεία αυτό ήταν πραγματική πρόκληση. Δεν χρειαζόταν στ' αλήθεια ψυχοθεραπεία (ατομική) αλλά πάντως χρειαζόταν κάτι". (Κίρναν, 1977, σελ. 289-290)

Παρατηρείται στην συνέχεια η ανάπτυξη ενός πολυπλοκότερου δικτύου θεωριών για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας με βάση την ομαδική θεραπεία. Από αυτές οι επικρατέστερες σήμερα κατά τον Κίρναν είναι:

- η τυπική ομαδική θεραπεία που απορρέει από την αντίστοιχη θεραπεία. Έτσι έχουμε τυπικές ομαδικές θεραπείες με βάση την Φρϋδική, την Αντλεριανή, την θεωρία της Χόρνεϋ και άλλες.
- η θεραπεία της ομαδικής συνάντησης. Ο θεραπευτής δεν υπολογίζει ούτε απορρίπτει το παρελθόν του ατόμου και προσέχει το μέλλον του. Τονίζει το εδώ και τώρα και το αντιμετωπίζει στα πλαίσια της ομάδας.
- οι ομαδικές θεραπείες του σεξ, του γάμου και της οικογένειας, που έχουν ως σκοπό την λύση των διαπροσωπικών προβλημάτων που έχουν περισσότερο περιστασιακή φύση. (Κίρναν, 1977)

Με βάση τις θεωρητικές προσεγγίσεις που προαναφέρθηκαν παρατηρήθηκε ότι οι ψυχοθεραπευτικές ομάδες που εφαρμόζονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή κλινικές είναι κυρίως αναλυτική και συστηματική προσέγγιση.

Η αναλυτική ομαδική θεραπεία βασίζεται σε αναλυτικές αρχές - επί παραδείγματι μεταβίβαση, αντίσταση και ερμηνεία - και στοχεύει στην κυριαρχία της εξωτερικής και εσωτερικής πραγματικότητας. (Κίρναν, 1977)

Η συστημική δεν "βλέπει" τον ασθενή ως μονάδα αλλά ως μέλος ενός συστήματος. Όπου σύστημα μπορεί να τεθεί ένα σύνολο μελών και η μεταξύ τους σχέση. Έτσι, λοιπόν, η συστημική θεραπευτική παρέμβαση δέτει ως

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

σκοπό τη αλλαγή του συστήματος και όχι μόνο του μέλους που παρουσιάζει την προβληματική συμπεριφορά. (Άλεν, 1987).

Στην συνέχεια μπορεί εύλογα να γεννηθεί το ερώτημα, ποιός είναι ο σκοπός της ομαδικής θεραπείας και σήμερα τι ομάδες πραγματοποιούνται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και κλινικές;

Η ομαδική θεραπεία "αποβλέπει στον περιορισμό ή στην εξάλειψη των εσωτερικών αντιφάσεων του ατόμου, όπως επίσης και στην διευκόλυνση και στην εξομάλυνση των διαπροσωπικών σχέσεων"(Τζ. Σήγκαλ, 1978). "Η ακόμα πιο απλά..."να βοηθήσει ο ένας ασθενής τον άλλο, ώστε να επέλθει αλλαγή στη συμπεριφορά και στην προσωπικότητά τους".(Μάνος. 1988, σελ. 663).

Σύμφωνα με τον Yalom (1983) οι ψυχιατρικές κλινικές χρησιμοποιούν δύο βασικές προσεγγίσεις για την σύσταση των ομάδων. Μερικές κλινικές χρησιμοποιούν το μοντέλο της επιπεδοποίησης (level model) στο οποίο σχετικά καλά λειτουργούντες ασθενείς κατανέμονται σε μια "ανωτέρου επιπέδου" ομάδα και οι σχετικά παλινδρομημένοι ασθενείς - ψυχωτικοί - σε μια "χαμηλότερου επιπέδου" ομάδα.

Άλλες κλινικές χρησιμοποιούν τη μη επιλεκτική ομαδοποίηση. Σ' αυτό το μοντέλο η κλινική χωρίζεται σε 2 ή 3 ομάδες σε κάθε μία από τις οποίες συμμετέχουν όλοι οι ασθενείς, και κάθε ομάδα συναντιέται στα πλαίσια θεραπευτικής τακτικής.

Η κάθε μια από αυτές τις επιμέρους θεραπευτικές ομάδες γίνεται έτσι πολύ ετερογενής και περιέχει ανα πάσα στιγμή ασθενείς όλων των

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

επιπέδων λειτουργικότητας από χρόνιους παλινδομημένους ψυχωτικούς ασθενείς μέχρι ασθενείς που είναι σχετικά λειτουργικοί αλλά περνούν μια σοβαρή κρίση στην ζωή τους.

Κάθε μια από αυτές τις προσεγγίσεις στην σύνδεση της θεραπευτικής ομάδας έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα γι' αυτό καλό θα είναι να εφαρμόζεται η "χρυσή τομή" και να βρεθεί ένας τρόπος να δρέπουν τα πλεονεκτήματα και των δύο προσεγγίσεων.

Στη συνέχεια θα εξεταστεί τι "το μαγικό" έχει αυτή η συνάντηση ανθρώπων, ώστε να βοηθά στον έλεγχο των συμπτωμάτων ή της προβληματικής συμπεριφοράς της ψυχικής ασθένειας. Η Ευτυχία Ματαλών (1980) αναφέρει τους παρακάτω μηχανισμούς θεραπείας της ομάδας, που ξέρουμε ότι είναι μέσα στις αρχές της Κοινωνικής Εργασίας:

1. η παραδοχή. Είναι ο σεβασμός και η συμπάθεια για τον άλλον.
2. ο αλτρουϊσμός. Είναι η επιθυμία αλληλοβοήθειας.
3. η καθολικότητα. Είναι η συνειδητοποίηση από το άτομο ότι δεν αποτελεί μοναδική περίπτωση.
4. η νοητικοποίηση. Είναι η απόκτηση αυτο-επίγνωσης που γίνεται με την βοήθεια γνώσεων και μαθήτευσης.
5. ο έλεγχος της πραγματικότητας. Είναι η συνειδητοποίηση πραγματικών γεγονότων που διαδραματίζονται στην ομάδα.
6. η μεταβίβαση. Είναι η έντονη συναισθηματική εξάρτηση απ' τα άλλα μέλη της ομάδας απ' τον ψυχοθεραπευτή ή απ' την ομάδα στο σύνολο.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

7. η διαπροσωπική συναλαγή. Είναι το σύνολο των σχέσεων χωρίς προσδιορισμένη μορφή ανάμεσα στα μέλη της ομάδας.
8. η ψυχοθεραπεία του θεατή. Είναι η έμμεση ψυχοθεραπεία που πραγματοποιείται με την αυτοπαρατήρηση και την παρατήρηση των άλλων.
9. η ελεύθερη έκφραση λόγου και συναισθήματος. Είναι η απελευθέρωση από διάφορα συναισθήματα και η έκφραση του απωθημένου.
10. και διάφοροι μηχανισμοί. Δηλαδή ένα σύνολο μηχανισμών που αναφέρονται ο ένας χωριστά από τον άλλον.

Οι θεραπευτικοί παράγοντες υπήρξαν το θέμα έρευνας πολλών θεραπευτών γι' αυτό σύμφωνα με τον Yalom (1983) οι θεραπευτικοί παράγοντες αντιπροσωπεύουν τον πυρήνα της θεραπείας, αν και οι ομαδικές θεραπείες μπορεί να διαφέρουν στην εξωτερική τους φόρμα, όλες μοιράζονται τον ίδιο βασικό μηχανισμό της αλλαγής.

Διαφορετικές ομάδες τονίζουν διαφορετικά στοιχεία αυτών των παραγόντων, επίσης ασθενείς στην ίδια ομάδα μπορεί να κάνουν χρήση διαφορετικών παραγόντων. Έτσι αναγνωρίζει τους εξής θεραπευτικούς παράγοντες.

- Ενστάλλαξη της ελπίδας. Είναι ένα πολύ σημαντικό σημείο της θεραπευτικής διαδικασίας επειδή οι ασθενείς έχουν πτώση του ηθικού και πεσιμιστική διάθεση γύρω από την θεραπεία.

- Οικουμενικότητα. Οι ασθενείς έχουν το αίσθημα ότι είναι μοναδικοί στην μιζέρια τους. Στην ομάδα όμως ακούν και τους άλλους, μοιράζονται παρόμοιες αντιλήψεις, φαντασιώσεις και εμπειρίες ζωής.
- Μετάδοση πληροφοριών. Μερικοί τύποι ομάδων είναι ειδικά δομημένοι ώστε να παρέχουν πληροφορίες στα μέλη τους. Άλλοι λιγότερο δομημένοι προμηθεύουν αξιοσημείωτες εξηγήσεις και διευκρινήσεις.
- Αλτρουϊσμός. Πολλοί ασθενείς πιστεύουν (μετά το τέλος της θεραπείας τους) ότι οι άλλοι ασθενείς έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην βελτίωσή τους. Αυτή η αλληλοβοήθεια ενδυναμώνει το κάθε μέλος να εκτιμά περισσότερο τον εαυτό του.
- Διορθωτική ανακεφαλαίωση της πρωταρχικής οικογενειακής ομάδας. Η θεραπευτική ομάδα μοιάζει με την οικογένεια των πρώτων χρόνων. Ο θεραπευτής σταθερά προσκαλεί τα κακώς ενστερνισμένα πρότυπα συμπεριφοράς και δεν τους επιτρέπει να παγιώνονται σ' ένα άκαμπτο και αδιαπέραστο σύστημα όπως οι οικογενειακές δομές. Έτσι επεμβαίνει διορθωτικά.
- Ανάπτυξη τεχνικών επικοινωνίας. Τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν να ακούν, να απαντούν, να είναι λιγότερο κριτικοί και πιο ικανοί να βιώνουν και να εκφράζουν εμπάθεια, δεξιότητες οι οποίες είναι μεγάλης αξίας για τις μελλοντικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.
- Μιμητική συμπεριφορά. Συχνά τα μέλη της ομάδας παίρνουν τον ρόλο των άλλων μελών ή του θεραπευτή. Αυτή η διαδικασία διαλύει τα

άκαμπτα πρότυπα συμπεριφοράς. Σε λιγότερο δραστικές ομάδες εφαρμόζεται η αντιπροσωρευτική θεραπεία, δηλαδή παρατηρεί (ο ασθενής την θεραπεία άλλων μελών, τα οποία έχουν προβλήματα παρόμοια με τα δικά τους.

- Κάθαρση. Η ανοικτή έκφραση και απελευθέρωση του συναισθήματος είναι ένα επώδυνο μέρος. Αλλά αυτό είναι μια μερική διεργασία. Το να εκφράζεται κανείς από μόνος του μερικές φορές, έχει μακροπρόθεσμα ωφέλη. Εκείνο που είναι σημαντικό είναι ότι τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν πως να εκφράζουν τα συναισθήματα και ότι η έκφραση των συναισθημάτων δεν είναι μη θεραπευτικός στόχος.

Καταλήγοντας και κλείνοντας το κεφάλαιο της ψυχοθεραπείας, πρέπει να εξετασθεί τι κάνει τελικά η ομαδική θεραπεία που ιδιέτερα ευνοεί την θεραπεία σοβαρά διαταραγμένων ψυχικά ασθενών. Σύμφωνα με τον Σήγκαλ (1978) ο ασθενής που προσπαθεί να χειριστεί τον εξωτερικό κόσμο με καινούργιο τρόπο είναι προτιμότερο να μην αναπτύσει κάποια σχέση θεραπείας με ένα μόνο άτομο, τον θεραπευτή του, αλλά με μια ομάδα ανθρώπων που έχουν και οι ίδιοι ψυχολογικά προβλήματα, ευνοώντας έτσι την πολύπλευρη αλληλεπίδραση τους.

Έτσι μέσα σ' ένα τέτοιο περιβάλλον το άτομο διαθέτει περισσότερες ευκαιρίες για αλλαγή και αυτοεπίγνωση. Αυτό επιτυγχάνεται επειδή μέσα στον ίδιο θεραπευτικό κύκλο συμμετέχουν και συμμερίζονται τις αγωνίες του και τις συζητούν μαζί του, όπως θα κάνει και ο ίδιος για τους συνασθενείς του.

Αλλά επειδή σε κάθε ανθρώπινη σχέση υπάρχουν προβλήματα και δυσχέρειες [σύμφωνα με την Arnhart (1975)] η ομάδα δίνει την ευκαιρία να αποκαλύπτονται και να συζητούνται σε περιβάλλον που ο συντονιστής (της ομάδας) ενθαρύνει την αμοιβαία εμπιστοσύνη και την ειλικρινή της έκφραση.

Έτσι η θεραπευτική ομάδα εάν οδηγείται σωστά από τον συντονιστή, ελατώνει τις διαμάχες μεταξύ των ασθενών, βοηθά στην ενσωμάτωση των απομωνομένων και αποσυρμένων ασθενών, προωθεί μια αίσθηση συνεκτικότητας και σπάει τους διαπροσωπικούς φραγμούς, του φόβου και της στερεοτυπίας.

Παραθέτοντας και την εμπειρία του Yalom (λόγω ελλείψεως αντίστοιχης Ελληνικής βιβλιογραφίας), για μια κλινική σε Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, "οι νοσηλεύτριες... με κάποια έκπληξη ανέφεραν ότι η μικρή θεραπευτική ομάδα πρόσφερε σπουδαία εμπειρία μάθησης στους ασθενείς και ότι η ανοικτή συζήτηση συναισθημάτων διευκόλυνε την λειτουργία του τμήματος. Ακόμη φάνηκε ότι οι ασθενείς είχαν ισχυρά αρνητικά συναισθήματα για την συμπεριφορά του προσωπικού και ότι η θεραπευτική ομάδα διευκόλυνε την εκτόνωση του θυμού τους, αλλά και εκτίμησαν (οι ασθενείς) τις άλλες μορφές των προσφερόμενων υπηρεσιών". (Yalom, 1983 σελ.35). Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή την ομάδα συντόνιζαν οι νοσηλεύτριες της κλινικής, έχοντας σαν έναυσμα μόνο το ενδιαφέρον τους για τους ασθενείς. Και εδώ τίθεται ο προβληματισμός. Οι νοσηλεύτριες που έχουν ως εφόδιο πολλές φορές μόνο την ευαισθησία τους για τους ασθενείς μπορούν να κατευθύνουν θεραπευτικές ομάδες.

Όσον αφορά τους κοινωνικούς λειτουργούς μπορεί να ερωτηθεί κανείς εάν έχουν το απαραίτητο θεωρητικό υπόβαθρο για να μπορούν να συντονίζουν τέτοιες ομάδες;

Η απάντηση είναι ότι μπορούν. Η "Κοινωνική εργασία σε ομάδες" ως μάθημα από τα σπουδαιότερα υπάρχει σε περίοπτη θέση στο πρόγραμμα σπουδών της σχολής. Υπάρχει επίσης και αρκετή πρακτική άσκηση που απαιτείται από το πρόγραμμα σπουδών του κάθε κοινωνικού λειτουργού και αποτελεί τον θεμέλιο λίθο για την συμμετοχή του ως συνδραφευτή αλλά και ως συντονιστή σε θεραπευτικές ομάδες.

Επίσης γίνεται διδασκαλία βασικών εννοιών της ψυχιατρικής επιστήμης. Συνεπώς σε γενικές γραμμές είναι αρκετά προετοιμασμένος ο κοινωνικός λειτουργός για μια τέτοια ευθύνη, αλλά θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητική περαιτέρω γνώση και προετοιμασία γύρω από την ψυχική ασθένεια.

Αρχές της κοινωνικής εργασίας όπως η αποδοχή, εμπάθεια (empathy), η δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης, η συναισθηματική υποστήριξη και η θεώρηση του κάθε ασθενή ως ξεχωριστή και μοναδική προσωπικότητα είναι λίγες από αυτές που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο κοινωνικός λειτουργός μέσα στην θεραπευτική ομάδα.

α. Η ύψωση, ο ψυχικά ασθενής και η ομαδική θεραπεία

Με τον όρο "ψυχική ασθένεια" εννοούμε διαφόρου σοβαρότητας ανωμαλίες που διαταράσσουν τους μηχανισμούς των σχέσεων του ανθρώπου με τον εαυτό του και το περιβάλλον του".(Σημειώσεις: Μ.Χαραλάμπους "Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας", 1984, σελ. 60)

Η προέλευση των διαταραχών που χαρακτηρίζουν την ψυχική ασθένεια είναι οργανική ή ψυχολογική ή και τα δύο μαζί. Ο άνθρωπος που είναι ψυχικά ασθενής έχει δυσκολία στον χειρισμό καθημερινών προβλημάτων, στο να κάνει επιλογές και να παίρνει αποφάσεις. "Δεν αντλεί ικανοποιήσεις και ευχαρίστηση από την ανάληψη και πραγματοποίηση ενός έργου". (ο.π. 1989, σελ. 60)

"Τα σημάδια της ψυχικής ασθένειας είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς μέσα στο συνηθισμένο περιβάλλον κάτω από καθημερινές συνθήκες, δηλαδή συμπεριφορά που δεν δικαιολογείται από τις συνθήκες τις οποίες ζει ο άνθρωπος τη δεδομένη στιγμή" (ο.π. σελ. 61) Έτσι η διάθεσή του μπορεί να αλλάζει χωρίς να μπορεί ο ίδιος να αποδώσει αυτή την αλλαγή σε στοιχεία της εξωτερικής πραγματικότητας.

Οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς πηγαίνουν στο νοσοκομείο είναι η αποδιοργάνωση σαν αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής κρίσης, συχνά μιας αληθινής ή απειλούμενης απώλειας μιας διαπροσωπικής σχέσεως-κλειδί.

Επιπλέον η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών βασανίζονται από χρόνια διαπροσωπικά προβλήματα-π.χ. απομόνωση και μοναξιά, φτωχές κοινωνικές δραστηριότητες, ενασχόληση με σεξουαλικά προβλήματα, διαμάχες σε σχέση με την εξουσία, θυμό, υπαιτιγμούς και εξαρτητικότητα.

Όταν ο ασθενής μπαίνει σε μια ψυχιατρική κλινική ή νοσοκομείο με γύψωση χρόνια ή σε έξαρση, το Εγώ του είναι "κομματιασμένο". Τι είναι όμως το Εγώ (Ego) του ανθρώπου;

Ο Τόμας Κίρναν αναφέρει ότι ο Φρόυντ θεωρεί το Εγώ σαν αναπτυσσόμενο μέρος της προσωπικότητας, σαν μεσολαβητής ανάμεσα στις καθαρά ηδονικές ορμές του Αυτού (Id) και τους περιορισμούς από τον έξω κόσμο του Υπερεγώ (Superego). Έτσι οργανώνει σωστά και ελέγχει παράλληλα την σχέση του Αυτού με την πραγματικότητα (αρχή της πραγματικότητας). Όταν οι απαιτήσεις του Αυτού δεν είναι δυνατόν να εκπληρωθούν τότε το Εγώ είτε ενεργεί με κοινωνικά αποδεκτές υποκατάστατες πράξεις είτε τις απωθεί στο Ασυνείδητο. Αυτές οι ανεκπλήρωτες επιθυμίες είναι η αρχή των νευρώσεων και της γύχωσης. (Τ.Κίρναν, 1977, σελ.16-17)

Σκεφτείτε τώρα τι γίνεται όταν το Εγώ του ασθενή είναι κατακερματισμένο. Πόσο μεγάλος είναι ο βαθμός της αποδιοργάνωσής του που γίνεται έρμαιο των παρορμήσεών αφενός και αφετέρου των αυστηρών ηδικών προταγών του Υπερεγώ. Φανταστείτε πόση δουλειά καλείτε να γίνει με οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση και ιδιαίτερα με την ομαδική θεραπεία. Όμως το υγιές Εγώ για την αυτοπροστασία του έχει αναπτύξει ορισμένους μηχανισμούς άμυνας για να "τα βγάζει πέρα" σε δύσκολα προβλήματα.

Σύμφωνα με τον Τ. Κίρναν, (1977) ο Φρόυντ θεωρούσε ότι αυτοί οι αμυντικοί μηχανισμοί είναι τελείως φυσικοί για την άμυνα του ατόμου που όμως όταν έχουν παραφορτωθεί λειτουργούν αφύσικα και γίνονται μέρος του νευρωτικού προβλήματος. Έπίσης έχουν τρία κοινά χαρακτηριστικά:

- λειτουργούν στο ασυνείδητο

- είναι άμυνα απέναντι στο άγχος
- είναι αυταπάτες” (Τ. Κίρναν, 1977 σελ.30-31).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1988) οι κυριότεροι μηχανισμοί άμυνας που συναντώνται στην ομαδική θεραπεία με διάφορες μορφές είναι οι παρακάτω:

1. Αναπλήρωση. Είναι συνήθως ασυνείδητος αλλά μπορεί να είναι και συνειδητός. Το άτομο προσπαθεί να επανορθώσει δηλαδή να αναπληρώσει μια φανταστική ή πραγματική ανεπάρκεια π.χ. ένας που του λείπει το ένα χέρι, ζωγραφίζει πολύ καλά.

2. Αλτρουϊσμός. Είναι προσφορά υπηρεσιών προς τους άλλους συμπεριλαμβανομένης της φιλανθρωπίας και άλλων κοινωνικών δραστηριοτήτων.

3. Απόθνηση. Είναι ο βασικός και προταρχικός αμυντικός μηχανισμός που βρίσκεται κάτω απ’ όλους τους υπόλοιπους. Εμφανίζεται ως ξέχασμα επειδή ωθεί τα μη αποδεκτά ψυχικά στοιχεία στο ασυνείδητο.

4. Άρνηση. Το άτομο αρνείται την ύπαρξη ορισμένων στοιχείων κυρίως της εξωτερικής πραγματικότητας.

5. Διάσχιση. Είναι ο αποχωρισμός ψυχικών ή συμπεριφορικών διεργασιών από την υπόλοιπη ψυχική δραστηριότητα του ατόμου. Συναντάται κυρίως στην σχιζοφρένεια.

6. Εκλογίκευση. Η μη αποδεκτή συμπεριφορά ή συναισθήματα δικαιολογείται με την λογική ή δίνονται λογικές (αλλά λανθασμένες) εξηγήσεις.

7. Εξιδανίκευση. Ένα άτομο υπερεκτιμά μια ιδιότητα ή όψη κάποιου άλλου που θαυμάζει. Έτσι ίσως καλύπτει το άγχος από δική του ανεπάρκεια.

8. Μετάθεση. Το άτομο μεταφέρει συναισθήματα ιδέες ή επιθυμίες σε ένα υποκατάστατο πιο αποδεκτό.

9. Παλινδρόμηση. Είναι η μερική ή ολική επιστροφή σε παιδικά σχήματα συμπεριφοράς ή σκέυης.

10. Προβολή. Το άτομο αποδίδει σε κάποιο άλλο άτομο δικές του σκέψεις, ιδέες και συναισθήματα που είναι ανεπιθύμητα στο ίδιο.

11. Συμβολισμός. Στηρίζεται στην ομοιότητα και τον συσχετισμό δύο αντικειμένων όπου το ένα παίρνει την θέση του άλλου.

12. Ταυτοποίηση. Ένα άτομο διαμορφώνει τον εαυτό του σύμφωνα με κάποιο άλλο οπότε ο εαυτός του μεταβάλλεται μόνιμα ή περιστασιακά.

13. Χιούμορ. Επιτρέπει την εκτόνωση αγχογόνων συναισθημάτων και ιδεών εστιάζοντας την αστεία πλευρά τους. (N. Μάνος, 1988)

Έτσι αφού σκιαγραφήθηκε η ψύχωση ως ασθένεια και ο ψυχικά ασθενής μένει τώρα να εξετασθεί την ομαδική θεραπεία. Αυτή η μορφή θεραπείας δεν είναι πανάκεια για όλα τα προβλήματα, δεν είναι το "χρυσό χάπι" που όταν το καταπιούνε θεραπεύονται όλα τα ψυχικά προβλήματα. Είναι μια θεραπευτική διαδικασία που για να πετύχει τον στόχο της πρέπει να βοηθήσουν όλοι και ο ψυχίατρος, και το υπόλοιπο προσωπικό της κλινικής και το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή αλλά πάνω απ' όλα προϋποθέτει σθεναρή προσπάθεια από την πλευρά του ασθενή.

Η ομαδική γυχοθεραπεία

Σύμφωνα με την Arnhart (1975) ουσιαστικές μελέτες αποδεικνύουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η αρχική πίστη του ασθενή ότι η θεραπεία θα βοηθήσει, τόσο καλύτερο είναι το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Το φαινόμενο αυτό είναι πιο ισχυρό στην ομάδα απ' ό,τι στην ατομική γυχοθεραπεία. Μερικά μέλη που είναι σκεπτικά και απαισιόδοξα απέναντι στη θεραπεία, γρήγορα μεταβιβάζουν τα συναισθήματά τους και στα άλλα μέλη. Επιπλέον λειτουργούν σαν "φορείς κουλτούρας" και επηρεάζουν αρνητικά τις επόμενες γενεές των νέων μελών της ομάδας.

Την θεραπευτική έκβαση της ομάδας όμως επηρεάζει και η προσωπικότητα του θεραπευτή. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι θεραπευτές που πετυχαίνουν τα καλύτερα αποτελέσματα -ανεξάρτητα από την σχολή και την τεχνική που ακολουθούν -μοιάζουν μεταξύ τους ως προς την ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσουν με τους ασθενείς τους.

Η ποιότητα αυτή χαρακτηρίζεται από κατανόηση, γνησιότητα και ζεστασιά που δεν καταπιέζει. Οι ιδιότητες αυτές έχουν άμεση σχέση με την προσωπικότητα του θεραπευτή. Ο Foulkes τονίζει το γεγονός αυτό αναφέροντας μια φράση ενός ασθενή του, που του είπε κάποτε: "αυτό που έχει σημασία δεν είναι το τι κάνεις αλλά το ποιός είσαι". (Foulkes S.H.,1964, σελ. 58)

Ο θεραπευτής με γνώμονα την ομαδική θεραπεία εντοπίζει τις πιεστικές διαπροσωπικές ανάγκες του ασθενή αλλά και αποσυμφορίζει την ένταση που μαζεύει ο ασθενής στην κλινική. Οι ασθενείς είναι τελείως βυθισμένοι σ' ένα πολύπλοκο και ισχυρό κοινωνικό σύστημα. Το να θεωρείται ο

ασθενής τυφλή μονάδα και να γίνεται δέκτης μόνο των φαρμάκων και της ατομικής θεραπείας είναι θεραπευτική αγνοια.

Οι ασθενείς είναι ζύπνιοι 16 ώρες την ημέρα, προκειμένου να χάνονται αυτές οι ώρες σε δραστηριότητες που τις γεμίζουν απλώς ή "σκοτώνουν την ώρα".

Πολλοί έμπειροι επαγγελματίες που επανδρώνουν τις περισσότερες ψυχιατρικές μονάδες μπορούν με την κατάλληλη βοήθεια και προσανατολισμό, να προσφέρουν σπουδαία θεραπευτική βοήθεια η οποία σύμφωνα με την Affonso (1958) ανάγεται στις παρακάτω βασικές αρχές:

1. Η Αποδοχή. Οι ασθενείς χρειάζονται να νιώθουν ότι είναι δεκτοί οποιοδήποτε κι αν είναι η εμφανισή τους, η εθνικότητά τους, το ιστορικό τους, η αιτία εισόδου τους ή η τωρινή συμπεριφορά τους. Η αποδοχή δεν σημαίνει μόνο να νοιάζεσαι για τον ασθενή αλλά και να του δείχνεις σεβασμό χωρίς να του θίγεις την αξιοπρέπειά του με τις λέξεις και την συμπεριφορά σου. Για να δείξεις σεβασμό υπάρχουν διάφοροι τρόποι όπως: Να χρησιμοποιείς τ' όνομά του, να τον κοιτάς στα μάτια, ν' ακούς χωρίς διακοπή, και να τον αζήνεις να εκφράσει την ανάγκη του να μιλήσει. Ο καλύτερος τρόπος, για να νιώσει αποδοχή είναι η ειλικρίνεια η οποία θα πρέπει να υπάρχει στην λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του θεραπευτή αλλά και όλου του προσωπικού της κλινικής.

2. Ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Όταν νοσηλεύεται κανείς, υπάρχει άγχος και ανταποκρίνεται στην νοσηλεία με φόβο, με απειλή και έλειψη

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

εμπιστοσύνης. Πώς μπορεί όμως να μεταβιβασθεί ασφάλεια, εμπιστοσύνη, σιγουριά και άνεση;

- Να προβλέπεται χρόνος για να προετοιμασθούν να κατευθυνθούν και να πληροφορηθούν οι ασθενείς για τις τακτικές συνήθειες.
- Να τους δοθεί χρόνος για ερωτήσεις και επαναλήψεις, επειδή πολλές φορές στον ψυχιατρικό ασθενή υπάρχει στρέβλωση αυτού που βλέπει, ακούει και γενικώς καταλαβαίνει γιατί όλη του η αντιληπτικότητα βρίσκεται κάτω από το πρίσμα της ασθένειας.
- Να προστατεύσει τον ασθενή από τις αγχογόνες καταστάσεις, και από την πίεση της ομάδας, π.χ. να βάζει όρια στη συνομιλία ή στους μονολόγους, να επαναφέρει στο θέμα όταν στον ξεφεύγει και να τελειώσει την συζήτηση στον κατάλληλο χρόνο.

3. Επανεκδυνάμωση. Είναι σημαντικό να αναγνωρισθεί ότι ο ψυχιατρικός ασθενής δεν είναι κάθε λεπτό της ημέρας διανοητικά άρρωστος. Στην καθημερινή ζωή του δεν είναι εντελώς ανεύθυνος, διαφορετικά δεν θα μπορούσε να επιβιώσει και ο καθένας μπορεί να εκτελέσει σε κάποιο βαθμό υγιεινή συμπεριφορά. Ο θεραπευτής πρέπει να επισημαίνει στον ασθενή και:

- Να υποστηρίζει τις άμυνές του και να μην τις υπονομεύει μέχρι να περάσει σ' ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας. Δεν πρέπει να ξεχνάμε άλλωστε ότι οι άμυνες έχουν σκοπό να προλάβουν την ψυχική αποδιωργάνωση.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

- Να αναγνωρίζει και να προωθεί συμπεριφορές που ενδυναμώνουν την αυτοεκτίμηση του ασθενή.
- Να επισημαίνει τις λειτουργικές συμπεριφορές περισσότερο από τα γεγονότα που είναι άσχημα ή τις αποτυχίες, επειδή οι ασθενείς έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα θετικά μέσα στην ζωή τους και όχι τ' αρνητικά.

4. Εμπάθεια. Εμπάθεια σημαίνει να γνωρίζει και να εκτιμήσει τον εσωτερικό κόσμο του ασθενή. Πώς μπορείς να το πραγματοποιήσεις ; - Να ενθαρύνει τον ασθενή με διάφορες φράσεις που δείχνουν ενδιαφέρον και επιθυμία να μάθει περισσότερο για την ζωή του. Επίσης περνάει το μήνυμα ότι νιώθει ότι ο ασθενής μπορεί να σου δώσει αυτές τις πληροφορίες. Έτσι θα καλλιεργήσει το κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

- Να δείχνει κατανόηση και με την μη λεκτική συμπεριφορά όπως το συγκαταβατικό κούνημα του κεφαλιού και με σύμφωνες εκφράσεις του προσώπου σχετικές με το περιεχόμενο της συζήτησης.
- Να αντιμετωπίζει όλες τις συμπεριφορές και το περιεχόμενο της συζήτησης σαν ιδιαίτερα σοβαρές με την ένδειξη του αναλόγου σεβασμού.

β) Η συνθεραπεία στην ομαδική θεραπεία

Δουλεύοντας με πνεύμα συνεργατικότητας σε ψυχιατρική κλινική ή νοσοκομείο με ασθενείς και οικογένειες, ορισμένα θέματα αναπτύσσονται μεταξύ των συνθεραπευτικών στις ομαδικές συναντήσεις που πραγματοποιούνται.

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Αυτά περιλαμβάνουν συμμαχίες εργασίας, εμπιστοσύνης, προσωπικών αμυνών, υπερταύτιση μένα μέλος της ομάδας και χρησιμοποίηση των ομαδικών συναντήσεων για την αποφυγή, των προσωπικών προβλημάτων. (Susan Bailis, Gerald Adler, 1974)

Στην τελευταία δεκαετία υπήρξε μια σημαντική άνοδος στο ενδιαφέρον για το χειρισμό ομάδων το οποίο εξηγείται λόγω της ραγδαίας αύξησης της βιβλιογραφίας σ' αυτό τον τομέα. Αυτό το ενδιαφέρον εμφανίστηκε σε πολλές θεραπευτικές ομάδες με περισσότερη συλλογική εργασία και συνθεραπεία απ' ό,τι γινόνταν στο παρελθόν. Επιπλέον η ανάπτυξη μικρών εντατικών, βραχυχρόνιων, ψυχιατρικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία συχνά απαιτούσε αυξανόμενη συλλογική εργασία. Φυσικά αυτό έδειξε ότι η συλλογική εργασία φέρνει σπουδαία οφέλη και για τους ασθενείς αλλά και για τις οικογένειές τους.

Η λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας εξαρτάται από την διαθεσιμότητα και τον τύπο της κλινικής, από την ευκαιρία για μάθηση (δηλαδή την δυνατότητα εκπαίδευσης μέσα στην κλινική) και να υπάρχει ένα θεωρητικό μοντέλο για ταύτιση, κοινό, ανάμεσα στους συνεργάτες - συνθεραπευτές.

Σύμφωνα με τον Adler, Bailis (1974), αυτό το είδος της θεραπευτικής εργασίας απαιτεί εμπιστοσύνη και οικειότητα μεταξύ των θεραπευτών και την ικανότητα να μην αισθάνονται ότι απειλούνται. Η εμπειρία πάνω σ' αυτό τον τομέα θεραπείας των δύο από τους τρεις συγγραφείς αυτής της πτυχιακής εργασίας έδειξε ότι η επιτυχία της συνθεραπείας αυξάνεται από

- a) την αίσθηση συνοχής των συνθεραπευτών

β) την αίσθηση έγκρισης και επιδοκίμασias από τον επόπτη και

γ) την ύπαρξη μιας μετασυνενδριακής συζητήσεως μεταξύ των θεραπευτών. Άλλοι υποστηρικτές της συνθεραπείας δίνουν έμφαση στα οφέλη όπως στην παρατήρηση της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης και στην διαθεσιμότητα κάθε συμμαχίας για κάθε θεραπευτή και κάθε ασθενή. (Arnhart, 1975) Είναι φανερό ότι στην συνθεραπεία περισσότερο σημαντική είναι η σχέση των συνθεραπευτών. Μια σπουδαία πλευρά αυτής είναι η εργασιακή συμμαχία η οποία στηρίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ των θεραπευτών όπου υπάρχει εμπιστοσύνη και μπορούν να ξεπεραστούν οι δυσκολίες που θα προκύψουν. Με σκοπό να καθοριστεί και να κρατηθεί μια συμμαχική εργασία είναι αναγκαίο για τους θεραπευτές να έχουν την δυνατότητα και την ευκαιρία να ξεκαθαρίσουν συναισθήματα απόρριψης, μη εμπιστοσύνης, εξαρτητικότητας και άλλα σημεία τα οποία μπορεί να έχουν διαβρωθεί μέσα στην ομάδα και τα οποία οι θεραπευτές μπορεί αργότερα να τα βιώσουν. (Adler, Bailis, 1974)

Εάν οι θεραπευτές είναι ένας άνδρας και μια γυναίκα είναι επίσης σπουδαίο γι' αυτούς να επεξεργάζονται τα συναισθήματα των ρόλων τους και την σεξουαλική ταυτότητάς τους. Ένας συνδιασμός ατομικής και διπλής συνεδρίας (με δύο θεραπευτές) ή περισσότερους, αποδείχθηκε ιδιέτερα χρήσιμος. Οι ασθενείς μπορούν να αισθανθούν την πρόσθετη υποστήριξη του ατομικού θεραπευτή στις ομαδικές συνεδρίες αλλά και οι θεραπευτές με την σειρά τους βλέπουν τον ασθενή πως λειτουργεί μέσα στην ομάδα (ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους). Επίσης έχουν ταυτόχρονα την ευκαιρία να

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

επεξεργαστούν τις ενδοψυχικές δυσκολίες του ασθενή με ενίσχυση από πρόσθετο υλικό, που προέρχεται από ομαδικές συνεδρίες.

Σαφώς συνθεραπεία και συλλογική εργασία εμπεριέχουν σημαντικές δυσκολίες. Στην διάρκεια της εξάσκησης του επαγγέλματος σε μια βραχύχρονη ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου ήρθαν στο φώς, από την κλινική εργασία, διάφορα θέματα τα οποία εμποδίζουν την ψυχοθεραπευτική εργασία με ασθενή και την οικογενειά του.

Αφού ο χαρακτήρας της μονάδας παίζει έναν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που αντιμετωπίζονται τα προβλήματα θα προσπαθήσουμε να περιγράψουμε τον τρόπο λειτουργίας της πλειονότητας των ψυχιατρικών κλινικών και νοσοκομείων.

Οι μονάδες συνήθως βρίσκονται σ' ένα αστικό Γενικό Νοσοκομείο και η δουλειά γίνεται κυρίως με ασθενείς που έχουν οξεία προβλήματα, περιλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών κατηγοριών. Συνήθως νοσηλεύονται ασθενείς κάθε ηλικίας από την εφηβεία έως και ηλικιωμένοι οι οποίοι προέρχονται από διάφορα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα.

Στις περισσότερες μονάδες η εκπαίδευση και η διδασκαλία είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα και εστιάζεται αρκετά στο πρόγραμμα της διαμονής του ασθενούς, ιδίως όταν πρόκειται για Πανεπιστημιακή κλινική ή Νοσοκομείο. Έτσι εκπαιδεύονται σπουδαστές κοινωνικοί λειτουργοί, φοιτητές ιατρικής και εργοθεραπείας καθώς και σπουδαστές νοσηλευτικής και νοσοκόμοι.

Η συνθεραπεία σε μια ομάδα δεν είναι καθόλου εύκολο να γίνει πράξη γι' αυτό παρακάτω το κείμενο θ' ασχοληθεί με την επισήμανση και καταγραφή

των δυσκολιών που υπάρχουν. Αυτές εντοπίζονται σύμφωνα με τον Adler, Bailis (1974):

- στην εργασιακή συμμαχία μεταξύ των θεραπευτικών
- στις προσωπικότητες των θεραπευτών
- στην υπερταύτιση του θεραπευτή με μέλος-η της ομάδας
- στα αισθήματα ανικανότητας των συνδραμευτών
- στην χρήση των ομαδικών συναντήσεων από τους συνδραμευτές ως άμυνα αποφυγής των προσωπικών προβλημάτων των ασθενών.

α) Η συμμαχία της εργασίας μεταξύ συνδραμευτών.

Είναι προφανές ότι για την επίτευξη της ανάπτυξης εργασιακής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτών πρέπει να αντιμετωπιστούν ορισμένα θέματα όπως: ο ανταγωνισμός για το ποιός είναι καλύτερος θεραπευτής, το έντονο άγχος όταν ο συντονιστής εποπτεύεται κατά την διάρκεια λειτουργίας της ομάδας και όταν συμβαίνει να υπάρχουν προβλήματα συνεργασίας μεταξύ ετερόφυλων συνδραμευτών.

Το κυριότερο συστατικό για την εργασιακή συμμαχία είναι η εμπιστοσύνη μεταξύ των θεραπευτών. Χωρίς αυτήν - η αποτελεσματικότητα της εργασίας είναι πάντα αμφισβητούμενη και όταν υπάρχει - τα άλλα θέματα, τα οποία προαναφέρθηκαν, μπορούν να αντιμετωπιστούν πιο εύκολα.

Η δημιουργία εμπιστοσύνης μεταξύ των συνθεραπευτών δεν είναι εύκολο πράγμα - και μερικές φορές δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί - αν και η ενθάρυνση ανοικτής και τίμιας επικοινωνίας μεταξύ των μελών του προσωπικού διευκολύνει αρκετά.

Το δέμα του ανταγωνισμού είναι πολύπλοκο. Συνήθως φαίνεται να περιστρέφεται γύρω από το ποιός είναι καλύτερος και ποιός είναι ο πιο ικανός και δημοφιλής από τους θεραπευτές. Οι αρχάριοι ειδικευόμενοι της ψυχιατρικής βρίσκονται συχνά σε θέση να συνεργάζονται με κοινωνικούς λειτουργούς που είναι νεώτεροι - ιδίως στην περίπτωση σπουδαστών που κάνουν πρακτική εξάσκηση στο επάγγελμα - αλλά μπορεί να έχουν κλινική εμπειρία.

Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια σύγκρουση αφού το ιατρικό μοντέλο που ισχύει στην εκπαίδευση είναι ότι ο γιατρός είναι υπεύθυνος για τον ασθενή και παίρνει όλες τις αποφάσεις οι οποίες κατόπιν πραγματοποιούνται με την βοήθεια του μη ιατρικού προσωπικού. Παρομοίως και η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών μεταδίδει το μήνυμα ότι ο γιατρός είναι υπεύθυνος για τον ασθενή και ότι γνωρίζει περισσότερα και συνεπώς είναι καλύτερα εφοδιασμένος για να παίρνει αποκλειστικά τις αποφάσεις που αφορούν την θεραπεία του ασθενή.

Ο απώτερος σκοπός της συνθεραπείας επιτυγχάνεται με συνδιασμό υπευθυνότητας και ισορροπίας στην ισχύ των αποφάσεων από τους θεραπευτές.

Σύμφωνα όμως με τα παραπάνω έχει παρατηρηθεί η τάση των γιατρών να ελέγχουν περισσότερο και οι κοινωνικοί λειτουργοί να τηρούν παθητική στάση.

Σύμφωνα με τον Yalom (1983) ένα παράδειγμα συνέβη κατά την διάρκεια του πρώτου μήνα εκπαίδευσης νέον ειδικευμένου της ψυχιατρικής, όταν ο τελευταίος πήγε στην διευθύντρια της κλινικής και παραπονέθηκε ότι προσπαθούσε να κάνει οικογενειακή συνάντηση αλλά ο κοινωνικός λειτουργός τον περιγελούσε.

Οι ανασφάλειες όσον αφορά την ταυτότητα των ειδικευμένων γιατρών οι οποίοι μόλις έχουν αρχίσει την εκπαίδευσή τους σε συνάρτηση με κοινωνικούς λειτουργούς που σπάνια η εκπαίδευσή τους (από την σχολή) είναι λεπτομερειακή ή αυστηρή όπως η εκπαίδευση των ειδικευόμενων γιατρών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ανταγωνιστικότητα για το ποιός είναι ο καλύτερος θεραπευτής. Βέβαια σ' αυτό που αντιπαρέχονται οι κοινωνικοί λειτουργοί (την έλλειψη εκπαίδευσής στην κοινωνική εργασία) είναι η κλινική εμπειρία όπου δίδεται ιδιαίτερο βάρος.

Ένας άλλος παράγοντας που δεν μπορεί αγνοηθεί στην συνθεραπεία είναι το θέμα του φύλου μεταξύ των συνθεραπευτών. Συχνά ο γιατρός είναι άνδρας και η κοινωνική λειτουργός είναι γυναίκα. Το τι θα επακολουθήσει είναι απόδειξη της κυριαρχίας / παθητικότητας ή αποτέλεσμα εκτόπισης των από πριν άλυτων θεμάτων του φύλου. Αυτοί οι αντιμεταβιβαστικοί αντίλογοι εμποδίζουν την δημιουργία εργασιακής συμμαχίας.

Σύμφωνα με την Arnhart (1975), η απειλή της παρατήρησης από τον επόπτη επίσης επεμβαίνει και οι συνδραφευτές συχνά αισθάνονται ότι η ικανότητα τους βρίσκεται συνεχώς υπο κρίση. Συχνά γίνεται μια προβολή του Υπερεγώ του θεραπευτή σε όλη την ψυχιατρική μονάδα με τον υπαινιγμό ότι ο θεραπευτής θα κριθεί και θα του γίνει κριτική από συναδέλφους και ανώτερους. Το αποτέλεσμα είναι φυσικά ένα έντονο άγχος σχετιζόμενο με τη συνάντηση της ομάδας.

β) Οι προσωπικότητες των θεραπευτών

Μερικοί θεραπευτές αισθάνονται άνετα να εργάζονται μαζί ενώ άλλοι όχι. Όπου υπάρχει μια δυσφορία και άγχος χωρίς αυτό να λέγεται, συχνά βλέπουμε μια αποφυγή για τις ομαδικές συναντήσεις. Οι πεπειραμένοι θεραπευτές, το αξιολογούν λέγοντας ότι η συνάντηση, θα προκαλέσει πολύ άγχος για την ομάδα.

Μια άλλη δυσκολία που αποδίδεται στους θεραπευτές είναι η έλλειψη άνεσης μεταξύ τους, με το να μην είναι ανοικτοί στις εκδηλώσεις τους ο ένας για τον άλλον. Αυτό εμπνέει αρκετή σιγουριά στους συνδραφευτές να διαφωνήσουν μεταξύ τους κυρίως παρουσία της ομάδας και η ελευθερία να γίνεται αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ένα απαραίτητο εργαλείο - μοντέλο για τις ομάδες. (Adler, Bailiw, 1974)

γ) Η ταύτιση του θεραπευτή με τα μέλη της ομάδας

Ένα μείζον πρόβλημα στην ομαδική θεραπεία είναι η ταύτιση με ένα μέλος της ομάδας. Είναι μια τάση κυρίως κοινή σε άπειρους θεραπευτές και

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

συμβαίνει κυρίως με ασθενή με τον οποίο ο θεραπευτής έχει μια ατομική επαγγελματική σχέση.

Νέοι θεραπευτές κυρίως είναι πιο πιθανόν να ταυτίζονται με έναν έφηβο ή με έναν νεαρό ασθενή, αφού οι θεραπευτές μπορεί να μην έχουν εντελώς αποχωριστεί από τις οικογένειές τους. Σ' αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής συχνά δέχεται την προβολή ενός μέλους της ομάδας ότι οι άλλοι είναι κακοί και ότι ο ασθενής είναι το δύμα. (ο.π. 1974)

Επειδή η οικογένεια είναι μια ομάδα παρατίθεται, ένα παράδειγμα από την οικογενειακή θεραπεία. Ένας ειδικευόμενος είδε τον Κύριο Γ". Έναν 32χρονο αλκοολικό ο οποίος για αρκετό χρονικό διάστημα ήταν εκτός εργασίας και έπινε σπίτι του, ενώ η κοινωνική λειτουργός είδε την κυρία Γ", μια 30χρονη γυναίκα παθητική - επιθετική η οποία ασυνείδητα ενδάρυνε τον άνδρα της να πίνει και επαναλάμβανε ότι έκανε ο αλκοολικός της πατέρας.

Ο ειδικευόμενος ο οποίος ήταν πολύ στοργικός στον κύριο "Γ" και είχε αναμιχθεί πολύ σ' αυτή την περίπτωση συμφώνησε με την εκτίμηση του ασθενούς ότι η σύζυγος του έπρεπε να κατηγορηθεί για το ότι αυτός έπινε επειδή δεν βοήθησε τον ασθενή να παρεί τις ευθύνες του για το προβλημά του. Επίσης χρησιμοποιούσε τις οικογενειακές συναντήσεις για να αντιμετωπίζει την σύζυγο δηλώνοντας ότι αυτή προκάλεσε να γίνει ο άνδρας της, μεγαλώνοντας τη σύγχυση και αυξάνοντας την υπάρχουσα οικογενειακή ψυχοπαθολογία. (Arnhart, 1975)

δ) η αίσθηση ανικανότητας των θεραπευτών

Το παραπάνω παράδειγμα επίσης εικονογραφεί και ένα άλλο πρόβλημα: την ανικανότητα που θεραπευτές, κυρίως αρχάριοι, μπορούν να αισθανθούν στην ομαδική θεραπεία.

Η αναπόφευκτη ανικανότητα που ένας αρχάριος θεραπευτής βιώνει σε ατομική ψυχοθεραπεία αυξάνεται στην ομαδική εξαιτίας της περιπλοκής των αλληλεπιδράσεων. Μπροστά στην ανικανότητα συχνά αισθάνεται ανήμπορος θυμωμένος και απύσυχος, το οποίο είναι πάντα - σε κάθε περίπτωση - δυσλειτουργικό έως βλαβερό για της ομάδες.

Μερικοί ασθενείς κυρίως αυτοί στις ψυχωτικές και οριακές καταστάσεις είναι πιο πιθανό να δημιουργήσουν αυτά τα συναισθήματα στους θεραπευτές. Αυτοί οι ασθενείς συχνά χρησιμοποιούν προτόγονους αμυντικούς μηχανισμούς. Ένας θεραπευτής ο οποίος εργάζεται με αυτούς, μπορεί να αισθανθεί υπερεκτίμηση και υποεκτίμηση εναλασόμενη. (ο.π. 1975)

Η υποεκτίμηση μπορεί να παραταθεί και να οδηγήσει τον θεραπευτή να αισθανθεί αβοήθητος, άχρηστος και θυμωμένος. Σαν αποτέλεσμα ο θεραπευτής μπορεί να αποσυρθεί, να ανταποδώσει ή να γίνει καταθλιπτικός κατά την διάρκεια της ομαδικής θεραπείας, σαν μια ειδική αντιμεταβιβαστική απάντηση σ' αυτούς τους ασθενείς.

Παρατηρήθηκε επίσης μια τάση αποσύνδεσης της ικανότητας του να ακούει και να καταλαβαίνει που συχνά γίνεται σε ατομική ψυχοθεραπεία. Οι ομαδικοί θεραπευτές αντίστοιχα αισθάνονται την ανάγκη να κάνουν κάτι, να

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

δράσουν, να αντιμετωπίσουν πρώιμα ή να ερμηνεύσουν κυρίως όταν δουλεύουν με έντονα συναισθήματα ή με οικογένειες που χρησιμοποιούν πρωτόγονες άμυνες.

ε) Η χρήση των ομαδικών συναντήσεων σαν αποφυγή της ατομικής θεραπείας

Οι ομαδικές συναντήσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν εσφαλμένα σε μια ψυχιατρική μονάδα με σκοπό να αποφευχθεί η ατομική παθολογία του ασθενή. Στο προαναφερθέν παράδειγμα η ψυχοπαθολογία του κυρίου "Γ", δηλαδή οι ενδοψυχικές του αιτίες για το ποτό αποφεύχθηκαν μέσω των οικογενειακών συναντήσεων και μέσω μιας παραμόρφωσης των οικογενειακών δυναμικών.

Όταν το πρόβλημα ενός ασθενή προκαλεί έντονα συναισθήματα, οργής, ανημπόριας, απελπισίας ή κατάθλιψης στον θεραπευτή, μπορεί αυτός να δέλει να αποφύγει το πρόβλημα. Επίσης εάν το πρόβλημα αντανakλά κάτι από την ζωή του θεραπευτή συχνά βλέπουμε μια παρόμοια αποφυγή.

Μια άλλη εσφαλμένη μεταχείριση των ομάδων συμβαίνει όταν ένας από τους συνδραφευτές παίρνει την ευκαιρία της ομαδικής συνάντησης, για να κάνει συνέντευξη του μέλους της ομάδας, που δεν τον είδε ατομικά, ενώ ο άλλος θεραπευτής και τα μέλη της ομάδας αισθάνονται άβολα αλλά είναι και ανίκανοι να επέμβουν.

Τελειώνοντας θα πρέπει να επισημανθεί ότι παρά τα αρκετά δύσκολα προβλήματα που υπάρχουν στην συνδραφεία, φαίνεται ν' αποτελεί (κατά την εκτίμηση των συγγραφέων αυτής της μελέτης) μια από τις πιο

αποτελεσματικές, θεραπευτικές προσεγγίσεις και γι' αυτό το λόγο έγινε και η προσπάθεια να γίνει καταγραφή και της γνώμης άλλων που την εφαρμόζουν.

γ. Η επιρροή του θεραπευτή στην ομάδα των ασθενών και τα στάδια εξέλιξής του

Έως τώρα έχει αναφερθεί - η παρούσα μελέτη - σε θέματα της ομάδας και των ασθενών. Για ν' αποκτηθεί όμως όσο το δυνατό μια πιο σφαιρική άποψη του θέματος πρέπει να δοθεί προσοχή και στις σχέσεις του προσωπικού με την ομάδα δηλ. εάν επηρεάζει την θεραπευτική της έκβαση και πως.

Λόγω έλλειψης βιβλιογραφίας στην Ελληνική γλώσσα ακολουθεί η ανάπτυξη του θέματος περιορισμένη, στις απόψεις κυρίως του Yalom (1983). Θεωρούνται ιδιαίτερα βοηθητικές και αντιπροσωπευτικές σύμφωνα και με τη δική μας εμπειρία στα πλαίσια της εξαμηνιαίας πρακτικής άσκησης στο επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού, στην Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου "Άγιος Ανδρέας" Πάτρας. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι ο συντονιστής της θεραπευτικής ομάδας, όταν ο ίδιος εβρίσκετο σε ομάδα εποπτείας καθοδηγούμενος από τον υπεύθυνο των ομάδων ή από άλλο επόπτη, δέχονταν ερεθίσματα τα οποία μεταβίβαζε στη θεραπευτική ομάδα. Αυτή η αμφίδρομη σχέση, μεταξύ της εποπτικής ομάδας με συνδετικό κρίκο τον συντονιστή έχει επιπτώσεις στον συντονιστή, στον τρόπο που λειτουργεί η ομάδα καθώς και στην συμπεριφορά των ασθενών.

Γι' αυτό θεωρήθηκε απαραίτητο να συμπεριληφθούν αυτές οι παρατηρήσεις μέσω της θεωρίας του Yalom. Τα μέλη του προσωπικού που

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

ενεργά λαμβάνουν μέρος σε προγράμματα θεραπευτικών ομάδων είναι πιθανό να νιώθουν σαν εμπλεκόμενοι με αξία. Έτσι είναι πιθανό να συνησφέρουν αποτελεσματικά σε όλα τα θέματα του θεραπευτικού προγράμματος της κλινικής. Όλοι οι γιατροί (και κατ' επέκταση το σύνολο του προσωπικού της κλινικής/νοσοκομείου) που κάνουν εισαγωγή ασθενούς πρέπει να είναι ενήμεροι ότι οι ασθενείς παίρνουν αυτόματα μέρος στο ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα και ότι οι ίδιοι πρέπει να σχεδιάζουν ανάλογα τις ώρες τις ατομικής θεραπείας. Για να γίνει όμως αυτό πραγματικότητα πρέπει πρώτα απ' όλα το προσωπικό της κλινικής να έχει πειστεί ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει κάτι να προσφέρει.

Μερικές φορές το προσωπικό συμπεραίνει ότι εφόσον οι ψυχωτικές διαταραχές έχουν ένα γενετικό, βιολογικό υπόστρωμα και εφ' όσον τα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι ευρέως διαδεδομένα και αποτελεσματικά, η ομαδική ψυχοθεραπεία δεν προσφέρει τίποτα περισσότερο παρά έναν ενδιαφέροντα τρόπο να περάσουν την ώρα τους. (Yalom, 1983) Και η κατάληξη είναι ότι αντίστοιχα όσο μεγαλύτερη είναι η αρχική πίστη του ασθενούς ότι η θεραπεία θα βοηθήσει, τόσο καλύτερο είναι και το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Έτσι και εάν οι θεραπευτές στην αρχή της θεραπείας έχουν μεγάλη πίστη ότι η θεραπευτική διαδικασία θα βοηθήσει τον ασθενή, η επιτυχία είναι σημαντικά πιο πιθανή (Affonso, 1985)

Αντιθέτως, θεραπευτές που έχουν βαθιές αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης αυτού του τύπου, θα συμπεριφέρονται με τρόπους που περιορίζουν την θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Κανείς μπορεί να αναγνωρίσει εύκολα μια τέτοια

Ομαδική ψυχοθεραπεία

στάση στο προσωπικό της κλινικής. Οι ομάδες πραγματοποιούνται σπάνια και για μικρά χρονικά διαστήματα. Οι ατομικοί θεραπευτές διακόπτουν την συνάντηση και φωνάζουν έξω τους ασθενείς τους. Το προσωπικό μάχνει λόγους ώστε να ακυρώσει τις ομάδες. (Affonso, 1985)

Οι ομάδες συντονίζονται από άπειρα και ανεκπαίδευτα άτομα, χωρίς εποπτεία. Οι ομάδες θεωρούνται ότι υπάρχουν για γεμίζουν τον χρόνο. Το προσωπικό είναι απληροφόρητο και μερικές φορές χλευάζει τους διαφόρους τύπους των ομάδων. Όσον αφορά την λειτουργικότητά τους μπορεί να έχουν μεγάλη ποικιλία (π.χ. συζήτηση, εκπαίδευση δεξιοτήτων ή σχεδιασμός εξιτηρίου) αλλά δεν θεωρούνται ομάδες ψυχοθεραπείας.

Μερικές φορές οι συντονιστές των ομάδων απαγορεύεται - από την διεύθυνση της κλινικής - να κάνουν ψυχοθεραπεία. Το να καλούνται οι ασθενείς έξω από την συνάντηση της ομαδικής θεραπείας, είναι ένα φανερό σημάδι ότι υποτιμάται. Ο γιατρός χωρίς να ενδιαφέρεται για την διακοπή που προκαλεί στην υπόλοιπη ομάδα ζητά από τον ασθενή να αφήσει την ομάδα αμέσως. Το μήνυμα για όλους τους ασθενείς είναι παραπάνω απο σαφείς: η ομαδική θεραπεία είναι ένα καλό πράγμα εάν και εφόσον δεν εμπλέκεται με την υπόλοιπη θεραπεία.

Η πίστη του ασθενή στην ομαδική θεραπεία και στον συντονιστή (για αναγκαία συνθήκη για επιτυχή έκβαση) υπονομεύεται και η υπόθεση ότι η ομαδική θεραπεία είναι αναποτελεσματική γρήγορη γίνεται πραγματικότητα. (ο.π., 1985)

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

Στην συνέχεια θα εξετασθούν σύμφωνα με τον Zaslav (1988) - τα στάδια εξέλιξης του ομαδικού θεραπευτή. Η κλινική εμπειρία είναι αναγκαίο αλλά και δύσκολο εργαλείο στην ομαδική θεραπεία. Γενικά ένα σημαντικό τμήμα της εκπαίδευσης είναι ότι ο μαθητευόμενος ομαδικός θεραπευτής συμμετέχει σαν συντονιστής ομάδας ή συνθεραπευτής κάτω από εποπτεία. Αν και υπάρχει τώρα αξιόλογη βιβλιογραφία πάνω στην εκπαίδευση στην ομαδική θεραπεία, φαίνεται ότι έχουν αγνοηθεί διάφορες ειδικές πλευρές της εποπτείας ομάδων.

Ειδικότερα υπάρχει στην Ελληνική βιβλιογραφία ελάχιστο δημοσιευμένο υλικό που αφορά τις φάσεις διαμέσου των οποίων κανείς εξελίσσεται για να γίνει ένας ικανός ομαδικός θεραπευτής. Οι παρακάτω πληροφορίες είναι απόρροια πολλών ετών συμμετοχής και εποπτείας θεραπευτικών ομάδων υπό την εποπτεία του Mark Zaslav. (1988)

Η ομαδική ψυχοθεραπεία παρέχει ένα πολύ χρήσιμο μικρόκοσμο στον οποίο κανείς παρατηρεί, εκτιμά και θεραπεύει διαφόρους δυσπροσαρμοστικούς τους ζητήματα στην ομάδα και τα εκδηλώνουν με διαφόρους τρόπους.

Μεγάλο τμήμα της δουλειάς στην ομάδα περιλαμβάνει την προσέγγιση αυτού του διαπροσωπικού υλικού και την χρησιμοποίηση του σαν βατήρα για την θεραπεία. Η εκπαίδευση στην ομαδική θεραπεία είναι πολύ αγχοτική για διαφόρους λόγους:

Πρώτον είναι ότι υπάρχει υπεραφθονία ερεθισμάτων και στόχων με τους οποίους πρέπει να "παλέμει". Ο εκπαιδευόμενος πρέπει να ρυθμίσει

Η ομαδική γυχοθεραπεία

διαφορές υποομάδες που αλληλεπιδρούν να δείξει προσοχή σε καθένα ανδενή και την γυχοπαθολογία του, να παρακολουθεί την ομαδική διεργασία στο σύνολό της, να δείχνει τρόπους παρεμβάσεων, να φροντίζει την οριοθέτηση ενώ παρακολουθεί και να συμμετέχει στην ροή της ομάδας.

Δεύτερον ο εκπαιδευόμενος συνήθως αισθάνεται πολύ υπεύθυνος για την επιτυχία ή αποτυχία της ομαδικής παρέμβασης. Ιδιαίτερα κατά την διάρκεια των πρώτων κρίσιμων φάσεων της εξέλιξης της ομάδας. Κατά καιρούς αισθάνεται τρομαγμένος, άχρηστος και δυσφημιζόμενος σε σχέση με τα άλλα μέλη της ομάδας. (Lakin, Lieberm and whitaker, 1969)

Τρίτον όχι μόνο υπάρχει άγχος από την εμπειρία του μαθητευόμενου θεραπευτή μέσα στην ομάδα, αλλά υπάρχει πάντοτε ένας εποπτεύων που εκτιμά τα δρώμενα άμεσα ή νοερά. Άλλοι παρατηρητές αυξάνουν το άγχος της εκτίμησης. Ο μαθητευόμενος θεραπευτής τείνει να κάνει συγκρίσεις, ανεπιτυχείς φυσικά, με την δουλειά του εποπτεύοντος.

Οι μετασυνενδριακές συζητήσεις μπορούν να βιωθούν σαν επικριτικές, αλλά δεν πρέπει να παραληφθεί ότι συχνά υπάρχουν ζητήματα ανταγωνισμού ανάμεσα στους μαθητευόμενους για να κερδίσουν την προσοχή και αποδοχή του εποπτεύοντος. (Yalom, 1983)

Αρκετοί συγγραφείς (Grotjohn, 1950, Tuckman 1965, Yalom, 1983) υποστηρίζουν θεωρητικά ότι οι ομάδες εξελίσσονται διαμέσου διακεκριμένων φάσεων κάθε μια από αυτές τις φάσεις χαρακτηρίζεται από μια ιδιαίτερη συμπεριφορά των θεραπευτών. Η συνολική πρόοδος της συμπεριφοράς του μαθητευόμενου ομαδικού θεραπευτή - από τα πρώτα

δοκιμαστικά βήματα είναι εκπληκτικά όμοια ανάμεσα σε άτομα από διαφορετικά επαγγέλματα. Υπάρχουν βέβαια διαφορές στην εκπαίδευση της προγενέστερης κλινικής εμπειρίας, στο θεωρητικό υπόβαθρο, στην προσωπικότητα και άλλους παράγοντες αλλά αυτοί επιδρούν κυρίως στον θεραπευτή η κάθε μία από τις φάσεις. Αυτές λοιπόν σύμφωνα με τον Zaslav (1988) είναι:

1. Το σοκ της ομάδας. Ο μαθητευόμενος θεραπευτής, κατά την διάρκεια αυτής της φάσης, αισθάνεται καταπιεσμένος, απειλημένος ή και σε σύγχυση από την πληθώρα των ερεθισμάτων που προσφέρει η ομάδα. Όπως υποστηρίζει ο Yalom (1985), η πρώτη ομάδα του μαθητευόμενου είναι μια πολύ απειλητική εμπειρία. Χωρίς έναν πεπειραμένο κλινικό σαν οδηγό, ο μαθητευόμενος αν και επιθυμεί σθεναρά να παραμείνει ανοιχτός σε μάθηση, αντ' αυτού αρπάζεται για ασφάλεια σε μια πολύ δομημένη κλινική προσέγγιση. Επίσης θα προσπαθήσει να ανταποκριθεί χρησιμοποιώντας πετυχημένες τεχνικές της ατομικής ψυχοθεραπείας με τους ασθενείς μέσα στην ομάδα.

Βέβαια αυτό προκαλεί την εμφάνιση μιας σειράς ζευγαριών ασθενούς - θεραπευτή που τείνει να εξαφανίσει αυτό που μια ομάδα τόσο μοναδικά προσφέρει, τις αλληλεπιδράσεις δηλαδή του μικρόκοσμου των ασθενών. Άλλες στρατηγικές της αρχικής φάσης που χρησιμοποιούν οι νεοεκπαιδευμένοι θεραπευτές περιλαμβάνουν προσεγγίσεις προσανατολισμένες στο περιεχόμενο, προσπάθειες για επίλυση προδλημάτων ή μαθήματα από θεραπευτές.

Ακόμη και πεπειραμένοι ομαδικοί θεραπευτές, περιστασιακά χρησιμοποιούν τον τρόπο λειτουργίας του "σοκ της ομάδας" όταν αντιμετωπίζουν πολύ ανατρεπτικά, καινούργια ή απρόβλεπτα γεγονότα στην ομάδα.

2. Επανεκτίμηση. Όταν ο μαθητευόμενος θεραπευτής δεχθεί αρνητικά σχόλια των εποπτευόντων σαν αποτέλεσμα μιας μη επιτυχής ομαδικής συνεδρίας, τείνει να υποχωρεί σε ένα πιο ανεσταλμένο και ακόμη και εχθρικό τρόπο λειτουργίας.

Συνήθως ο εκπαιδευόμενος αρχίζει, σ' αυτή την φάση να λογοκρίνει τους τύπους των παρεμβάσεων που ήταν ανεπιτυχής κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης.

Δυστηχώς ακόμη δεν κατέχει πλούτο εναλλακτικών παρεμβάσεων. Ο θεραπευτής λοιπόν στην φάση της επανεκτίμησης μπορεί να αγωνίζεται να παρακολουθεί την διεργασία της ομάδας αλλά νιώθει μатаιωμένος ή σε σύγχυση.

Η μатаιωση μπορεί να έχει ως αιτία τους εποπτεύοντες, τους ασθενείς στην ομάδα ή τον ίδιο του τον εαυτό. Τα πιο συνηθισμένα ζητήματα που εκφράζονται από τους θεραπευτές, σ' αυτή την φάση λειτουργίας, περιλαμβάνουν αυτοαμφισβήτηση ή παράπονα για μη συνεργαζόμενα μέλη στην ομάδα. Αυτά τα παράπονα μπορούν να χρησιμεύουν σαν αξιόλογα στοιχεία για τους εποπτεύοντες κατά την διάρκεια των μετασυνεδριακών συζητήσεων.

3. Ένα βήμα πίσω. Ο χρόνος διάρκειας των δύο πρώτων φάσεων είναι σχετικά μικρός, επειδή είναι προκλητικές και συχνά δυσάρεστες. Με την υποστήριξη του επόπτη, την ανατροφοδότηση (feedback), την μίμηση προτύπου και την επιλεκτική ενίσχυση, ο μαθητευόμενος θεραπευτής αρχίζει να εξακριβώνει και να ακολουθεί τα νήματα της αλληλεπιδραστικής διεργασίας.

Σ' αυτή την φάση ο μαθητευόμενος αρχίζει να κατανοεί τις παρεμβάσεις που γίνονται και είναι προσανατολισμένες στην διεργασία και μπορεί ακόμη να προβλέπει κάποιες από αυτές αν και του είναι δύσκολο ακόμη να τις κάνει ο ίδιος. Το πιο χαρακτηριστικό σχόλιο του εκπαιδευόμενου προς τους εποπτεύοντες, σ' αυτή την φάση είναι: "...Εβλεπα που το πηγαίνατε με την ομάδα, αλλά δεν μπορούσα να κάνω την παρέμβαση μόνος μου."

Αυτή είναι μια πρωτογενής και σημαντική μαθησιακή φάση που είναι πάρα πολύ ενδιαφέρουσα τόσο για τους μαθητευόμενους όσο και για τους εποπτεύοντες.

4. Χρησιμοποίηση του "εδώ και τώρα" Στην φάση της χρησιμοποίησης του "εδώ και τώρα", ο θεραπευτής ενεργά αρχίζει να διατυπώνει παρεμβάσεις που εστιάζονται στην αλληλεπιδραστική εργασία πλέον παρά σε ζητήματα περιεχομένου μέσα στην ομάδα.

Είναι μια περίοδος μάθησης και πειραματισμού για τους εκπαιδευόμενους στην οποία διάφοροι τύποι (style) παρέμβασης επιχειρούνται και υιοθετούνται. Σ' αυτό το σημείο, ο θεραπευτής, προσπαθεί να αναπτύξει έναν τρόπο εργασίας που να του είναι άνετος και θεωρητικά συνεπής.

Καθώς αυτός ο προτιμητέος ρόλος αναπτύσσεται, αναδύονται προσωπικές διαθέσεις που πρέπει να εξετασθούν. Σε περιπτώσεις άγχους ή συγχίσης για αυτό που συμβαίνει σε μια ιδιαίτερη ομάδα, ο θεραπευτής μπορεί να γυρνάει πίσω σε παρεμβατικές στρατηγικές που είναι χαρακτηριστικές προγενέστερων φάσεων.

Σε αντίθεση με το "σοκ της ομάδας" ή την "επανεκτίμηση", ο θεραπευτής τώρα αναγνωρίζει ότι αυτές οι παρεμβάσεις είναι ανεπιτυχείς και θα αναφερθεί αυθόρμητα σε αυτό κατά την διάρκεια των μετασυνεδριακών συζητήσεων.

5. Ραφινάρισμα των ικανοτήτων. Στην φάση αυτή ο θεραπευτής αρχίζει να αναπτύσει εσωτερικευμένες ικανότητες που τον βοηθούν να αναγνωρίζει στην διεργασία τα γόνιμα φαινόμενα. Η μάθηση μέσω της τεχνικής "προσπάθειας και λάθος" συνεχίζεται καθώς ο θεραπευτής πειραματίζεται με τεχνικές όπως η διαφάνεια, η διευκόλυνση της φάσης "εδώ και τώρα", η επαναπλαισίωση, η μίμηση προτύπου σύμφωνα με τους κανόνες της ομάδας, ασκήσεις, δεσμεύσεις και τρόπους συναλλαγής με δύσκολους ασθενείς.

Συγχρόνως μ' αυτό το ραφινάρισμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων ο μαθητευόμενος αρχίζει να εξερευνά άλλα ζητήματα. Για παράδειγμα αναπτύσει κανόνες για την συμμετοχή ή όχι (στην ομάδα) ενός ασθενούς, ενώ αρχίζει να εξακριβώνει τον τρόπο που οι άλλες ομάδες θα ταιριάζουν μέσα στις συνολικές θεραπευτικές πρακτικές.

Η πείρα μας έχει δείξει ότι όχι απλώς είναι χρήσιμο, αλλά απαραίτητο για έναν εκπαιδευόμενο να' χει ένα εξελικτικό περίγραμμα ενώ προσπαθεί να πετύχει έναν αμφίβολο στόχο κάτω απο ιδιαίτερα "αγχογόνες συνθήκες". Αναφορικά με το μοντέλο που παρουσιάστηκε παραπάνω, κάθε εκπαιδευτική ομαδική συνεδρία μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα παραπάνω βήμα προς τον τελικό σκοπό.

Έτσι ενώ η αρχική επαφή με την ομαδική θεραπεία τείνει να "ταρακουνάει" τους μαθητευόμενους θεραπευτές, στην φάση του "σοκ της ομάδας" διευκολύνεται η εμφάνιση φαινομένων "επανεκτίμησης" στα οποία ο θεραπευτής καταφεύγει σε μια ανεσταλμένη ή και ματαιωμένη στάση. Εμφανισή της ικανότητας του μαθητευόμενου να ανακαλύπτει τις υποκρυπτόμενες ομαδικές διεργασίες μπορεί κατ' αρχήν να φαίνεται σε κατοπινές επιδοκιμασίες παρεμβάσεων από άλλους θεραπευτές.

Αυτή η περίοδος κατά την διάρκεια της οποίας ο μαθητευόμενος είναι "ένα βήμα πίσω" βαθμιαία επιλύεται με αρχικά δοκιμαστικές, πειραματικές παρεμβάσεις, πάνω στα αλληλεπιδραστικά φαινόμενα της ομάδας. Η επίτευξη της καινούργιας φάσης εξέλιξης που αναφέρθηκε σαν "χρησιμοποίηση του εδώ και τώρα" είναι σαν αποφοίτηση, εφ' όσον πλέον ο θεραπευτής αρχίζει να χρησιμοποιεί όλο και περισσότερο αυτο το δυναμικό της ομάδας για διφώτιση και δουλεία.

Η ικανότητα να παρατηρεί και να χαλιναγωγεί το υλικό στην ομάδα τελειοποιούνται στην φάση του "ραφινάρισματος" των ικανωτήτων. Το συμπέρασμα όλων αυτών των φάσεων δεν προσφέρει ανοσία στο να ξανααντιμετωπιστούν περιοδικά μερικές από τις προηγούμενες φάσεις.

Επιστροφές σε προηγούμενους τύπους λειτουργικότητας του θεραπευτή είναι συντονισμένες και παρέχουν σημαντική συνεισφορά για μάθηση τόσο για τους εκπαιδευόμενους όσο και για τους εποπτευόντες.

στ. Θέσιμο ορίων από του συντονιστή και αντιδράσεις

Οι συντονιστές των θεραπευτικών ομάδων έχουν να διαδραματίσουν ένα πολύ συγκεκριμένο ρόλο που απορέει από την θέση τους και την ιδιότητά τους.

Είναι - σχεδόν πάντα, όπως εμπειρικά διαπιστώθηκε - μέλος του προσωπικού της κλινικής και κατά συνέπεια πρέπει να έρχεται σε επαφή με τον κάθε ασθενή με πολλούς τρόπους.

Είναι ουσιαστικό για τους συντονιστές να φροντίζουν για μια σταθερή δομή και να βάλουν" όρια κατά την διάρκεια των ομαδικών συναντήσεων. Συχνά όμως το να θέτουν όρια στους ασθενείς προκαλεί εναντιωματική συμπεριφορά, που δείχνει θυμό - από την πλευρά των ασθενών.

Αξίζει να σημειωθεί σύμφωνα με προσωπικές πληροφορίες που λήφθηκαν ρητά από τους συντονιστές, ότι κάθε κλινική έχει περιόδους (2-4 ετησίως) στις οποίες οι ασθενείς και το προσωπικό πολώνονται (βρίσκονται σε αντιπαράθεση) και αυτή η εχθρική σχέση μπορεί να διατηρηθεί για μέρες ή και εβδομάδες.

Οι συντονιστές - θεραπευτές, για να ξεφύγουν από αυτά τα συναισθήματα πρέπει να είναι έτοιμοι να συνδιαλαγούν και να συζητήσουν το φαινόμενο αυτό με τις ομάδες.

- Η ομάδα σε διέγερση

Η αφορμή για αυτήν την πόλωση μπορεί να είναι το απότομο δέσιμο ορίων στην ομάδα από κάποιο άπειρο συντονιστή ή αρκετές φορές κάποιο εκλυτικό γεγονός που συνέβηκε στην κλινική και τους τάραξε όλους.

Σαν παράδειγμα μπορούμε να αναφέρουμε την περίπτωση της Ευαγγελίας όπου ενώ ευρισκόμενη στην κλινική για τρεις (3) εβδομάδες έδειχνε να οδεύει προς το καλύτερο, κάποια άσχημη πληροφορία που έμαθε από το συγγενικό της περιβάλλον, σε συνάρτηση με μια αλλαγή στην φαρμακοθεραπεία της, την οδήγησαν σε κρίση με αποτέλεσμα να προσδεθεί στο κρεβάτι της (για να μην αυτοτραυματιστεί) και να αναστατώσει όλη την κλινική.

Στη συνάντηση της θεραπευτικής ομάδας (της πρώτης ημέρας που έγινε το συμβάν) ήταν ιδιαίτερα θορυβώδης με τα μέλη της ομάδας να αισθάνονται θυμό προς το νοσηλευτικό προσωπικό (επειδή αυτοί την δέσανε) και απέναντι στο συντονιστή και του συνδραφευτές, ως αντιπροσώπους του προσωπικού. Αυτή όμως η στάση εμπεριέκλειε και κάποιο φόβο για την πορεία της ασθένειας του κάθε ενός ασθενή ξεχωριστά.

Τα μέλη της ομάδας θεωρούσαν τους συντονιστές σαν σκληρούς και δύσκαμπτους. Η αίσθηση μεταξύ των μελών της ομάδας ήταν ομόφωνη και στο σύνολο τους αισθανόταν συμπάθεια (αδιακρίτως ως προς το πρόσωπο) σε κάθε μέλος που ερχόταν σε αντιπαράθεση με του συντονιστές.

Τι διέξοδο είχαν οι θεραπευτές; Πρώτα από όλα δεν μπορούσαν να απορρίψουν το ρόλο ως μέλη του προσωπικού. Ακόμη και αν είχαν διαφωνήσει με την απόφαση της πρόσδεσης της Ευαγγελίας δεν θα ήταν σοφό να εκδηλώσουν αυτά τα συναισθήματά τους.

Τέτοιο στοιχείο για διάσταση του προσωπικού, θα ήταν μακροχρόνια αποσταθεροποιητικό για την πλειονότητα των ασθενών για τους οποίους η σταθερότητα, η συνοχή και η ύπαρξη ασφάλειας στην εξωτερική δομή (κλινική) παρέχει ασφάλεια στην δική τους εσωτερική δομή.

Οι θεραπευτές των ομάδων (συντονιστής και συνθεραπευτές) μπορούν να συζητήσουν το ενδιαφέρον τους για την Ευαγγελία, το ξάφνιασμα για την δυσμενή τροπή της θεραπείας της και την ελπίδα τους ότι θα μπορέσει να ακολουθήσει μια πιο αποτελεσματική θεραπεία σε μικρό χρονικό διάστημα.

ζ. Ια Δικαιώματα των ασθενών

Ο κάθε ασθενής, όπως κάθε ανθρώπινη οντότητα, έχει κάποια δικαιώματα που μάλιστα λόγω της ιδιαίτερης κατάστασης που βιώνει είναι εύκολο να καταστρατηγηθούν.

Θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι της μελέτης αυτής να αναφερθούν. Αυτά είναι σύμφωνα με το ελληνικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής (1984):

1. Να σταματήσουν οι αυθαίρετες εισαγωγές ασθενών και αυτοί που δεν έχουν ανάγκη από κλινική παραμονή να επιστρέψουν με την φροντίδα των ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών στον κοινωνικό τους χώρο. Να

Ομαδική ψυχοθεραπεία

στηριχθούν οικονομικά οι οικογένειες αυτών που δεν είναι σε θέση να εργασθούν.

2. Μέριμνα για κατοικία σε αυτούς που είναι εγκαταλειμμένοι και δουλειά ή απασχόληση σε αυτούς που μπορούν να εργασθούν.

3. Να ληφθούν άμεσα μέτρα επιστροφής στον τόπο κατοικίας για αυτούς που νοσηλεύονται μακριά από αυτόν.

4. Να εφαρμοστούν τα συνταγματικά δικαιώματα στους έγκλειστους σε ψυχιατρικά ιδρύματα και τους ανάπηρους.

Να παρθούν μέτρα ενάντια στον κοινωνικό τους αποκλεισμό σε ειδικά σχολεία, ιδρύματα καθυστερημένων κλπ.

5. Να αποφασίζεται η κηδεμόνευση από ειδική επιτροπή και να μπορεί ο ενδιαφερόμενος να αποκτάει ξανά τα δικαιώματά του.

6. Να υπάρξουν δυνατότητες νομικής βοήθειας σε ενδιαφερόμενους όταν καταπατούνται από τρίτους τα δικαιώματά τους.

7. Να ελεγχθεί η χρήση ψυχοφαρμάκων με στόχο τη χρησιμοποίησή τους για θεραπευτικούς μόνο σκοπούς και όχι σαν πειδαρχική τιμωρία. Μέτρα προστασίας από ψυχοχειρουργικές επεμβάσεις και καταχρηστική χρησιμοποίηση των ηλεκτροσόκ.

8. Να γίνει καμπάνια με σεμινάρια, διαλέξεις, συγκεντρώσεις, ενάντια στις κοινωνικές προκαταλήψεις για την τρέλα. Να ανοίξουν οι πόρτες των ψυχιατρείων στο κοινό

5.Εμπειρίες από την θεραπευτική ομάδα σε ψυχιατρική κλινική

α) Το οξύ ψυχιατρικό περιστατικό και η αντιμετώπισή του σε Γενικό Νοσοκομείο

- Εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική

Αναμφίβολα, επιβαρυντικές καταστάσεις που προκαλούν ψυχική ένταση και άγχος δοκιμάζουν όλοι οι άνθρωποι. Δεν αντιδρούν όμως όλοι με τον ίδιο τρόπο. Τα άτομα που έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία αντιδρούν με τρόπο αρνητικό και πολλές φορές επικίνδυνο για τον εαυτό τους και για τους γύρω τους.

Έτσι κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή των ατόμων αυτών σε ψυχιατρική κλινική όπου, έμπειρο-ειδικευμένο προσωπικό θα τα βοηθήσει, με την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση να ξεπεράσουν στην κρίση τους και να επανενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο.

Οξύ ψυχιατρικό περιστατικό ονομάζουμε αυτό που χρειάζεται άμεση βοήθεια, είτε γιατί η συμπεριφορά του, δημιουργεί ανησυχία στην οικογένειά του και το περιβάλλον του, οπότε οι συγγενείς ή η αστυνομία πηγαίνουν στο άτομο στο Γενικό Νοσοκομείο.

Στην εμπειρία που είχαν οι συγγραφείς αυτής της πτυχιακής στο Γενικό Νοσοκομείο της Πάτρας "Άγιος Ανδρέας" ακολουθήθηκε ή παρακάτω διαδικασία, για την εισαγωγή του ασθενή. Καθώς πιστεύουν για την εισαγωγή του ασθενούς. Καθώς πιστεύουν οι συγγραφείς αυτής της πτυχιακής ότι είναι ίσως αντιπροσωπευτική μια τέτοια διαδικασία γίνεται η παρουσίασή της. Ακολουθούν περιγραφές και σκέψεις γύρω από την

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

νοσπλεία ατόμων σε ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου. Η εμπειρία των σπουδαστών είναι από μια μόνο τέτοια κλινική, αλλά θεωρήθηκε πολύ διαφωτιστική και γι' αυτό και παρουσιάζεται εδώ.

Ένα οξύ ψυχιατρικό περιστατικό απασχολεί συνήθως δύο θεραπευτές. Ο ένας από τους δύο βλέπει τον ασθενή μόνο του, ώστε να μπορέσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του, να δημιουργήσει συναισθηματική επαφή μαζί του.

Έτσι παίρνοντας τον μόνο του, για συνέντευξη, χωρίς την παρουσία συγγενών ή αστυνομικών, αρχίζει ν' αποβάλλει το φόβο και ν' αποκτά εμπιστοσύνη. Στο οξύ περιστατικό δεν υπάρχουν όρια χρόνου. Έτσι ένα περιστατικό μπορεί να χρειαστεί από μισή μέχρι μια ώρα ή και περισσότερο ώσπου να ηρεμήσει.

Από την πρώτη στιγμή ο θεραπευτής θα πρέπει να τον κάνει να αισθανθεί άνετα μαζί του ώστε να συμμετάσχει στη θεραπεία του. Ακόμη και ο πολύ άρρωστος έχει τη δυνατότητα να καταλάβει, ότι στόχος του θεραπευτή είναι με το μέρος του. Αυτό είναι το συναισθηματικό συμβόλαιο που υπογράφει μαζί του.

Το ίδιο διάστημα ο άλλος θεραπευτής, που μπορεί να είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ασχολείται με την οικογένεια. Δίνει στους οικείους να καταλάβουν ότι δεν είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για τη νόσο, ότι δεν έχουν κάνει σφάλματα και ότι η νόσος δεν είναι ανίατη.

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η οικογένεια διαφωτίζεται ότι μπορεί η θεραπεία να γίνει στο γενικό νοσοκομείο και ότι ο άρρωστος θα συνέλθει γρήγορα και θα επιστρέψει σπίτι.

Αφού λοιπόν έχει γίνει συμβόλαιο με τον ασθενή και τους συγγενείς, οδηγείται (αν χρειάζεται) ο ασθενής στην κλινική.

Τον αναλαμβάνει υπεύθυνα ένας γιατρός.

Η παρουσία του προσωπικού δεν είναι τυπική, αλλά ζεστή και υπεύθυνα και μοιάζει με την παρουσία ενός γύχραιμου συγγενή που βρίσκεται εκεί ακόμα και όταν κοιμάται ο άρρωστος.

Συνήθως αποφεύγεται η παρουσία των συγγενών κοντά του.

Τους εξηγούνται οι λόγοι για τους οποίους χρειάζεται να μείνουν μακριά από τον ασθενή, προσπαθούν οι θεραπευτές να μειώσουν το άγχος τους και με τη συζήτηση να κατανοήσουν τη δομή της οικογένειας, τις συναισθηματικές σχέσεις των μελών της γιατί είναι δεδομένο ότι η οικογένεια πάσχει σαν σύνολο.

Έχοντας υπόψην ότι μια διέγερση δεν καταστέλλεται μόνο με φάρμακα αλλά κυρίως με τους ψυχολογικούς χειρισμούς που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία, και κυρίως μέσω της ομαδικής θεραπείας γι' αυτό είναι απαραίτητο σε κάθε ψυχιατρική κλινική να υπάρχει Μονάδα οξέων περιστατικών, όπου η συνεργασία ψυχιάτρων, νοσηλευτών και Κοινωνικών λειτουργών θα παρέχει ολική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

- Υποδοχή του νεοεισαχθέντος ασθενούς

Πολλοί ασθενείς αισθάνονται βαδεια συγκεχυμένοι, με το να βρεθούν σ' ένα τμήμα νοσοκομείου που από μόνο του φαίνεται μπεςδεμένο. Αυτός ο καινούργιος ασθενής περιβάλλεται από μεγάλο αριθμό ασθενών που η συμπεριφορά τους είναι συγκεχυμένη. Το προσωπικό επίσης εναλλάσσεται καθημερινά και έτσι ο ασθενής δεν μπορεί να βρεί τη σταθερότητα που αναζητά και του είναι απαραίτητη.

Προσοχή ακόμη πρέπει να δοθεί στην αφομοίωση του νεοεισαχθέντος ασθενούς. Συχνά τα μέλη της ομάδας θα το κάνουν αυτό αλλά γενικά παραμένει δουλεία του συντονιστή. Ο συντονιστής πρέπει να φροντίζει να περιλαμβάνει το νέο μέλος με το να το ρωτά αν καταλαβαίνει ή με το να ζητά από παλαιότερα μέλη να το κατατοπίσουν. Αυτή η μέθοδος μπορεί να είναι κουραστική αλλά η αφομοίωση του νέου μέλους είναι επιτακτική. Εάν αγνοηθεί θα έχει σαν αποτέλεσμα το θρυμματισμό της ομάδας.

Συχνά πρέπει να υπάρχει μια κάλυψη, μια παρουσίαση και προσέλευση του νέου μέλους και γενικότερα των νέων μελών, μια επαναλαμβανόμενη διδασκαλία βασικών κοινωνικών δραστηριοτήτων του πως να δίνεις και να παίρνεις, την διαφορά μεταξύ προσωπικής και απρόσωπης συμπεριφοράς ή μεταξύ σκέυης και συναισθήματος.

Ένας μακράς νοσηλείας ασθενής μπορεί να κερδίσει περιγράφοντας το πρόβλημα του από καιρό σε καιρό σε νεώτερα μέλη.

Αυτές οι επαναλαμβανόμενες δηλώσεις, αποτελούν μια μορφή αποευαισθητοποίησης και συχνά επιτρέπει σε κάποιον να σκεφθεί για την

κατάσταση της ζωής του με λιγότερο πόνο και να το μοιράζεται αυτό με άλλους πιο ελεύθερα.

β. Γρήγορη εναλλαγή ασθενών στις κλινικές βραχείες νοσηλείας και αποτελέσματα

Ένα από τα αναλοιώτα στοιχεία της κλινικής πραγματικότητας στην ομαδική θεραπεία εσωτερικών ασθενών είναι η γρήγορη εναλλαγή των μελών. Ο μέσος όρος νοσηλείας στις περισσότερες μονάδες οξέων περισταρικών είναι δύο έως τέσσερις (2-4) εβδομάδες. Η θεραπευτική ομάδα εσωτερικών έτσι θα αλλάζει γρήγορα σε σύνθεση και δεν μπορεί πρακτικά να γίνει τίποτα σε σχέση με αυτό το φαινόμενο.

Σχεδόν πάντα, θα υπήρχε ένα νέο μέλος ή ένα παλιό θα είχε φύγει. Ούτε κανείς ποτέ περιμένει μια συνέπεια στην εναλλαγή αυτή μια και υπάρχει μεγάλη διακύμανση στην μέση νοσηλεία. Ο συντονιστής ομάδος θα έχει πολλούς ασθενείς για μια μόνο συνεδρία και επίσης μερικούς που μπορεί να μείνουν στην ομάδα αρκετές εβδομάδες.

Η γρήγορη αλλαγή μελών στην ομάδα έχει μερικές σημαντικές επιδράσεις στην βασική στρατηγική και στις τεχνικές του θεραπευτή.

Κατ' αρχάς ο συντονιστής (leader) μπορεί, αυξάνοντας τη νευχρότητα των συναντήσεων, να βεβαιωθεί ότι θα υπάρχουν ένα σωρό μέλη οι οποίοι θα έχουν εμπειρία και μπορεί να βοηθήσουν στο να δημιουργηθεί μια ατμόσφαιρα μιας συνεπούς, ασφαλούς, έμπιστης ομάδας. Αλλά υπάρχει τόσο μεγάλη εναλλαγή μελών που ο συντονιστής δεν μπορεί να υποδέσει

Ομαδική γυχοθεραπεία

ότι είναι δυνατόν να εργαστεί σε κάποιο συγκεκριμένο θέμα σε μια επόμενη συνάντηση.

Ο συντονιστής πρέπει να αναπτύξει μια αίσθηση επειγόντος, να είναι ενεργητικός και αποτελεσματικός και να κάνει όσα πιο πολλά μπορεί για όσο πιο πολλούς ασθενείς μπορεί σε κάθε συνεδρία.

Η γρήγορη εναλλαγή, φέρνει δυσφορία στους συντονιστές μια και η εκπαίδευσή της έχει βασιστεί σε σταθερές ομάδες: είτε μακράς διάρκειας ομαδικές θεραπείες (όπου ένας σταθερός κύκλος μελών παραμένει για μεγάλη διάρκεια), είτε με προκαθορισμένο αριθμό ατόμων και συνεδριών δηλαδή ομαδικές θεραπείες με σταθερά μέλη.

Θα 'ταν καλό όμως να δούμε και την στάση των ασθενών απέναντι στην γρήγορη εναλλαγή.

Οι ασθενείς γενικά ήταν προσεκτικά στο να εμπιστευθούν σε ξένους σημαντικό προσωπικό υλικό και δεν ενιωθαν συνδεδεμένοι με τον καθένα στην ομάδα. Δεν μπορούσαν να δοκιμάσουν νέες συμπεριφορές που είχαν σίγουροι ότι θα έπαιρναν τις επιθυμητές αντιδράσεις από τα νέα μέλη. Πολλοί ένιωθαν ότι η καθημερινή παρουσίαση και προσέλευση νέων ασθενών ξόδευε πολύτιμο χρόνο της ομάδας και ότι τα νέα μέλη συχνά επιβράδυναν την ομάδα σε 'να πιο στοιχειώδες επίπεδο.

Δεν ήταν όμως πάντα έτσι. Πολλές ήταν οι φορές που η ομάδα κύλησε πολύ καλά και τα μέλη έφυγαν από την ομάδα με θετικά στοιχεία και ιδέες για την επίλυση ζητημάτων που τους απασχολούσαν.

Σε μακράς διάρκειας θεραπευτικές ομάδες, η λήξη της θεραπείας ενός ασθενούς γενικά προκαλεί στους συνεχίζοντες αισθήματα ότι έχουν μείνει πίσω και αυξάνει την πίεση να εργαστούν πιο ενεργητικά.

Μερικοί ασθενείς στην μορφή βραχείας θεραπείας εντόπισαν δραματικές αλλαγές σε μεγάλο αριθμό ασθενών στην διάρκεια των λίγων ημερών της ομαδικής θεραπείας και αυτό τους ενέπνεε ελπίδα και μεγαλύτερη σιγουριά για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας.

Σε άλλους ασθενείς η μικρή διάρκεια της θεραπείας τους δημιουργούσε συναίσθημα προσωπικής μετάνοιας που δεν είχαν χρησιμοποιήσει την ομάδα όσο καλά μπορούσαν ή όσο καλά το έκαναν οι άλλοι. Έτσι αποφάσιζαν την επόμενη θεραπευτική ευκαιρία να την χρησιμοποιήσουν πιο αποτελεσματικά.

Για πολλούς ασθενείς ήταν επώδυνο να βλέπουν τα άτομα με τα οποία είχαν αναπτύξει μια στενή σχέση, να φεύγουν από την ομάδα μετά από λίγες ημέρες. Πάντως η επαναλαμβανόμενη αίσθηση απώλειας τους βοηθάει να αντιμετωπίζουν και να χειριστούν τις διάφορες απώλειες της ζωής.

Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για το λόγο ότι οι περισσότεροι ασθενείς που μπαίνουν σε νοσοκομείο γενικά και σε ψυχιατρείο ειδικά, προσπαθούν να τα βγάλουν πέρα με μια οξεία αληθινή ή απειλούμενη στην ζωή τους.

γ. Το κλινικό πλαίσιο μιας ενδονοσοκομειακής ομάδας

Ο συντονιστής μιας ενδονοσοκομειακής ομάδας θα πρέπει να αντιμετωπίσει μερικούς άκαμπτους κλινικούς παράγοντες οι οποίοι είναι οι εξής:

1. Υπάρχει σημαντική αλλαγή προσώπων. Ο μέσος όρος παραμονής είναι δύο με τέσσερις εβδομάδες. Σε κάθε συνάντηση κατά κανόνα υπάρχει ένας ασθενής στην ομάδα.
2. Πολλοί ασθενείς παρακολουθούν την ομάδα μόνο για δύο ή και περισσότερες συναντήσεις. Δεν υπάρχει χρόνος για να δουλέψει κανείς τη διακοπή. Κάποιο μέλος διακόπτει σχεδόν σε κάθε συνάντηση και ο εστιασμός στην αποχώρηση θα έπαιρνε όλο το χρόνο της ομάδας.
3. Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια ψυχοπαθολογίας: ασθενείς με ψύχωση, με νεύρωση, με μειζοντες συναισθηματικές διαταραχές, μανιοκατάθλιψη, με χαρακτηρισμολογικές διαταραχές, με κατάχρηση ουσιών όλοι παρόντες στην ίδια ομάδα.
4. Όλοι οι ασθενείς είναι σε άσχημη κατάσταση, παλεύουν για να λύσουν την ψύχωση ή την έντονη απελπισία παρά για να ωριμάσουν ως προσωπικότητες και να αποκτήσουν αυτογνωσία.
5. Υπάρχουν πολλοί ασθενείς χωρίς κίνητρο στην ομάδα: μπορεί να μην έχουν ψυχολογικές ευαισθησίες, ίσως να μην θέλουν να βρίσκονται εκεί, ίσως ακόμη να μην συμφωνούν ότι χρειάζονται θεραπεία.
6. Ο συντονιστής δεν έχει χρόνο για να προετοιμάσει ή να επιλέξει τους ασθενείς.

7. Συχνά ο συντονιστής δεν έχει κανέναν έλεγχο και σύσταση (ή σύνδεση) της ομάδας.
8. Υπάρχει μια αστάθεια σε ότι αφορά τον συντονιστή. Πολλοί από τους θεραπευτές έχουν εναλλασσόμενα προγράμματα και γενικά δεν μπορούν να παρακολουθήσουν όλες τις συναντήσεις της ομάδας.
9. Οι ασθενείς βλέπουν τον θεραπευτή τους σε άλλους ρόλους κατά την διάρκεια της ημέρας στην κλινική.
10. Η ομαδική θεραπεία είναι μία από τις θεραπείες τις άλλες στις οποίες ο ασθενής συμμετέχει μερικώς, από αυτές τις άλλες είναι με κάποιους από τους ίδιους ασθενείς της ομάδας και συχνά με τον ίδιο τον θεραπευτή.
11. Συχνά υπάρχει μικρή αίσθηση συνοχής της ομάδας, δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για να μάθουν τα μέλη να φροντίζουν και να εμπιστεύονται ο ένας τον άλλον.
12. Δεν υπάρχει χρόνος για να αναγνωριστούν λεπτά πρότυπα διαπροσωπικής συμπεριφοράς και δεν υπάρχει επίσης ευκαιρία για να εσπαστεί κανείς στην μεταφορά της μάθησης στην κατασταση (ζωή) του σπιτιού.

δ. Υποστήριξη στο άτομο που μονοπωλεί την συζήτηση

Τ να μονοπωλεί κανείς είναι άσχημο και για την ομάδα αλλά και γι' αυτόν που το κάνει. Ο χρόνος της ομάδας χρησιμοποιείται μη παραγωγικά και ο ασθενής που μονοπωλεί, τελικά τραυματίζεται γιατί τα υπόλοιπα μέλη της

ομάδας αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα γι' αυτόν, οπότε του ενισχύουν συναισθήματα αναξιότητας και απέχθειας για τον εαυτό του.

Κάποια ομάδα μπορεί να μην απασχοληθεί ή να μην αντιμετωπίσει για ένα διάστημα το άτομο που μονοπωλεί, εκτός εάν εμπεριέχει κάποια ιδιαίτερα υποστηρικτικά μέλη. Συχνά τα μέλη μιας ομάδας είναι απρόθυμα να διακόψουν ή να επιβάλλουν σιωπή στο άτομο που μονοπωλεί γιατί φοβούνται ότι έτσι αναλαμβάνουν την ευθύνη να γεμίσουν την σιωπή. Ίσως υπάρξει η προφανής ανταπάντηση του "εντάξει, θα ησυχάσω, μίλησε εσύ". Οι άνθρωποι δεν μιλούν εύκολα σε τεταμένη ατμόσφαιρα.

Ο καταναγκαστικός λόγος του ατόμου που μονοπωλεί είναι μια προσπάθεια να χειριστεί την ανησυχία του και καθώς εισπράττει την άρνηση της ομάδας, η τάση του για καταναγκαστική ομιλία αυξάνει.

Μια βασική αρχή στην αντιμετώπιση του ατόμου που μονοπωλεί είναι το ότι γενικά η ροή των λέξεων δε έχει σαν αποτέλεσμα το να γνωρίσουν περισσότερο οι άλλοι τον ασθενή αλλά αντίθετα εμποδίζει στο να τον καταλάβουν. Έτσι η πρώτη δουλειά του συντονιστή δεν είναι να κάνει τον ασθενή να σιωπήσει, όχι να ακούει λιγότερα από τον ασθενή αλλά περισσότερο σε προσωπικό επίπεδο. Κάθε θεραπευτής σύμφωνα με το προσωπικό του στυλ, μπορεί να μεταδώσει αυτό το μήνυμα με διαφορετικούς τρόπους. Αλλά ο ασθενής που παίρνει το μήνυμα ότι ο συντονιστής ενδιαφέρεται και θέλει να τον πλησιάσει, θα αισθανθεί υποστηριγμένος μάλλον παρά στόχος επίθεσης.

Παρακάτω γίνεται μια αναφορά σε μερικά βασικά σημεία μέσα στην ομάδα.

- Ενθάρτυση της δετικής συμπεριφοράς.

Είναι πολύ σημαντικό να βοηδιέται να δείχνει περισσότερο τα δετικά του εαυτού του έτσι ώστε να υποστηριχτεί όχι μόνο από τον συντονιστή αλλά και από άλλα μέλη.

Θα πρέπει ο ασθενής να πιεστεί για να μιλήσει για εκείνες τις πλευρές του εαυτού του που τον κάνουν περήφανο.

Σύχνα ο μόνος τρόπος για να κάνει κανείς επαφή με έναν αποσυρμένο ασθενή με σχιζοφρένεια είναι να επικεντρωθεί στις δυνάμεις. Κάποιος μπορεί να σχολιάσει ή να αναλύσει τις παραγόμενες εξωτερικές πύλες του προσώπου αόριστα χωρίς ποτέ να τις κινήσει. Να πιεστεί ο ασθενής να μιλήσει για τα ενδιαφέροντά του και να πέσει η μάσκα που ίσως φοράει για τον υπόλοιπο κόσμο.

Οι θεραπευτές θα πρέπει να μάθουν να είναι ευαίσθητοι στο να ξεχωρίζουν και να ανδικνύουν τις δετικές πλευρές ενός ατόμου, να τονίσουν την αξία ενός ασθενούς στους υπόλοιπους και να βοηθούν τους ασθενείς να καταλάβουν ότι δεν πρέπει να "κάνουν κάτι" για να δικαιολογούν την ύπαρξή τους και ότι η γνήσια παρουσία τους, η δυνατότητά τους να ακούν και να παρέχουν υποστήριξη είναι πολύ σπουδαία στοιχεία για την κλινική αλλά και αναμφίβολα για την ζωή τους, και τις σχέσεις τους.

-Δεν υποστηρίζεται ένας ασθενής με κστος σε κάποιον άλλον ασθενή

Όταν ένας ασθενής κάνει κάποια καλή δουλειά και παίρνει υποστήριξη από τα μέλη της ομάδας και το πρόσωπικό, χρειάζεται προσοχή έτσι ώστε να μην γίνεται με κόστος σε κάποιον άλλο ασθενή.

- επίθεση σε ασθενή

Είναι προφανές ότι οι συντονιστές πρέπει να αποφεύγουν να επιτίθενται στους ασθενείς. Οι θεραπευτές γενικά είναι σε θέση μεγάλης ισχύος. Όχι μόνο θεωρούνται εμπνευσμένοι από σοφία και δύναμη από τους ασθενείς αλλά επίσης σαν ομάδα θεραπευτών μπορούν να διακινήσουν σημαντική δύναμη στην ομάδα ασθενών.

Είναι εκπληκτικό καμιά φορά που παρατηρείται ότι οι θεραπευτές είναι επιθετικοί στους ασθενείς. Γενικά, τέτοια επιθετικότητα συμβαίνει όταν ένας ασθενής γίνεται στόχος βίαιης επίθεσης από έναν άλλο ασθενή και ο θεραπευτής του υπερασπίζεται επιτιθέμενος στον δεύτερο ασθενή. Όμως κατι τέτοιο θα πλήγωνε τον επιτιθέμενο.

- Παραχώρηση του ελέγχου στους ασθενείς

Ένας λόγος που οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να δουλέψουν σε θεραπευτική ομάδα, είναι ότι φοβούνται πως τα πράγματα θα πάνε πολύ μακριά, ότι ο συντονιστής ή η ομάδα θα τους πιέσει να χάσουν τον έλεγχο, να πουν, να σκεφτούν ή να αισθανθούν πράγματα που θα είναι καταστροφικά. Ο συντονιστής μπορεί να κάνει την ομάδα να αισθανθεί ασφαλέστερη επιτρέποντας σε κάθε ασθενή να βάλει τα όρια του και τονίζοντας τον έλεγχο των ασθενών σε κάθε αλληλεπίδραση. Έτσι ο συντονιστής μπορεί επανειλημμένα να "ελέγχει" ρωτώντας για παράδειγμα:

“Σας πιέζω πολύ;”, “Να σταματήσουμε τώρα ή θα προτιμούσατε να συνεχίσουμε γαι να το γάζουμε;”.

Κάθε τειοιου είδους ερωτήσεις θέτουν τον έλεγχο της αλληλεπίδρασης στα χέρια των ασθενών.

- Μεταχείριση του ασθενή με σεβασμό και αξιοπρέπεια

Ο συντονιστής πρέπει να μάθει να είναι υποστηρικτικός και γεναιόδωρος στον ασθενή. Πρέπει να είναι δεύτερη φύση στον θεραπευτή το να ξεχωρίζει δυνάμεις και να τις ενισχύει, σχολιάζοντας πάνω σ'αυτές.

Ο συντονιστής πρέπει να μαθει να λέει στον ασθενή τι του αρέσει, σ'αυτούς, να σχολιάζει ευνοϊκά κάθε πρόοδο και να υπογραμμίζει τις θετικές πλευρές της συμπεριφοράς ενσο ασθενούς μάλλον παρά τις αρνητικές.

Είναιο πάρα πολύ σημαντικό ο συντονιστής να μη σχετίζεται με τον ασθενή σαν ένα αντικείμενο. Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, όλες οι φιλοφρονήσεις, όλη η ενίσχυση δεν πρόκειται να γίνει αντιληπτή σαν πραγματικά υποστηρικτική. Πάνω απ'όλα ο συντονιστη πρέπει να χειριστεί τον ασθενή με αξιοπρέπεια και να προσπαθήσει να έχει εμπάθεια όσο περισσότερο γίνεται γι'αυτόν.

Συχνά τα σχόλια του συντονιστή γαι την μη λεκτική συμπεριφορά του ασθενούς μπορεί, εάν δεν γίνουν προσεκτικά να έχουν σαν αποτέλεσμα την αίσθηση του ασθενούν ότι χρησιμοποιείται σαν αντικείμενο.

Η μη λεκτική συμπεριφορά είναι μια υπερβολικά σπουδαία πηγή πληροφόρησης για τον συντονιστή. Το δάγκωμα των νυχιών, η στάση, ο τρόπος που κάθεται κάποιος, οι χειρονομίες, όλα μπορούν να μεταδώσουν σπουδαίες πληροφορίες για τα εσωτερικά γεγονότα ενός ασθενούς. Παρά το γεγονός ότι ο συντονιστής, μπορεί να είναι πολύ ευαίσθητος, μπορεί οι προφορικές παρατηρήσεις για τις μη λεκτικές εκράσεις να βιωθούν συχνά από τον ασθενή σαν αντικειμενοποίηση (δηλαδή να έχει το συναίσθημα ότι οι άλλοι τον βλέπουν σαν αντικείμενο). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι μη λεκτικές συμπεριφορές θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται σαν πηγές πληροφόρησης για τον συντονιστή αλλά όχι σαν θέματα για διεξοδική συζήτηση.

6. Το κοινωνικό στίγμα

Ιδιάζον πρόβλημα γύρω από την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων είναι το κοινωνικό στίγμα που σημαδεύει τον άρρωστο από τη στιγμή που χρειάζεται να μπει σε ψυχιατρείο. Ακόμη και όταν τα συμπτώματα έχουν εξαφανιστεί, το γεγονός, ότι κάποιο άτομο νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρική κλινική τον σκοπεύει ως ένα υποτιμητικό και ύποπτο στοιχείο.

Οι ψυχικά άρρωστοι γενικά και σήμερα, συνεχίζουν να προκαλούν φόβο, μυστήριο και συχνά έρχονται αντιμέτωποι με την απόρριψη, την άρνηση τον στιγματισμό και - σύμφωνα με τον Μεσημέρη, (1984) - οι ψυχικά άρρωστοι αποτελούν για την κοινή γνώμη, κάτι το τελείως ξεχωριστό και αλλιώτικο προς την έννοια του "μέσου κανονικού και φυσιολογικού" ανθρώπου με άμεσο επακόλουθο τη δυσφορία, την αποστροφή για το ακατανόητο,

Ομαδική ψυχοθεραπεία

ασύλληπτο και ανεξήγητο. Πολλές είναι οι φορές που οι άνθρωποι παρατηρούν ελλατωματικές αποκλίσεις στην συμπεριφορά κάποιου όταν αυτός ο κάποιος χαρακτηριστεί ως ψυχικά ασθενής.

Γενικώς οι άνθρωποι εκείνοι, που συνοδεύονται από το στίγμα της ψυχικής ασθένειας αντιμετωπίζονται με τα αρνητικά στερεότυπα της ανικανότητας, του παραλογισμού αλλά κυρίως της επικινδυνότητας, η οποία στηρίζεται στις εξής τρεις βασικές υποθέσεις:

- Στην αυξημένη πιθανότητα εγκληματικής εκτροπής των ψυχικά ασθενών σε σχέση με τον ευρύτερο πληθυσμό.
- Στην αποδοχή μιας αιτιώδους σχέσης ανάμεσα στην ψυχική ασθένεια και εγκληματικότητα.
- Στην θεώρηση των πιθανών εγκλημάτων των χαρακτηρισμένων ψυχικά ασθενών ατόμων ως "αναιτιολόγητων και ακατανόητων" πράξεων. (Τσαλικόγλου 1987) Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1984) στο Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής, ο στιγματισμός γενικά, σημαίνει, έναν φόβο πως αυτό που στιγματίζεται υπάρχει ως ένας κρυφός κίνδυνος, τον οποίο εξωρκίζοντας τον ή αποδιδοντάς τον σε άλλους απομακρύνεται από τους εαυτούς μας. Υπάρχουν κάποιοι λόγοι οι οποίοι συντήνουν στην ύπαρξη του στίγματος και είναι οι εξής:
 1. Η παρατεταμένη θητεία σε ψυχιατρικό άσυλο ή άσυλα που χαρακτηρίζει την ιστορία της πλειονότητας των ψυχασθενών.

2. Μια μείωση νοημοσύνης και βουλήσεως, που χαρακτηρίζουν τις μακροχρόνιες ψυχοπάθειες.
3. Μια ανεπάρκεια αυτεπιγνώσεως, που συνοδεύεται από λείψη ή εσφαλμένη αξιολόγηση των συνθηκών της καθημερινής πραγματικότητας.
4. Η αναγκαιότητα μιας εξακολουθητικής παρακολούθησεως και θεραπείας για ένα αόριστο διάστημα ύστερα από τη σταθεροποίηση της ψυχικής ισορροπίας του αρρώστου.

Όταν κάποιος γενικά χαρακτηριστεί ως ψυχικά διαταραγμένος, δημιουργείται έντονη αναταραχή και ανισορροπία των διαπροσωπικών σχέσεων στο περιβάλλον του. Τα άτομα αυτά αισθάνονται κατώτερα, μειονεκτικά και λειτουργούν σε απομόνωση. Ακόμη αναπτύσσουν άγχη, ανασφάλεια και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Σε όλους σχεδόν είναι γνωστό το γεγονός, ότι η κοινή γνώμη αδυνατεί να εντάξει τον ψυχικά άρρωστο στα πλαίσια της φυσιολογικής ζωής αλλά και της επαγγελματικής. Οι εργοδότες είναι απρόθυμοι να προσλάβουν στην επιχείρησή τους άτομα με ψυχικές διαταραχές. Πολλές φορές, οι υπηρεσίες απορρήπτουν το γεγονός ότι έχει βεβαρημένο ιστορικό, και η συντριπτική πλειοψηφία προσπαθεί με κάθε τρόπο να το κρατάει μυστικό όταν επιχειρεί να βρεί δουλειά ένας ψυχικά άρρωστος. (Μεσημέρης, 1984, σελ. 61) Έτσι η κοινή γνώμη τηρεί μια στάση αρνητική και απορριπτική προς τον ψυχικά άρρωστο.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι βάζοντας μια επκέτα σε κάποιους όπως "σχιζοφρενείς", "αλκοολικοί", "διανοητικά καθυστερημένοι", αυτός ο χαρακτηρισμός μπορεί να είναι λανθασμένος. Η επκέτα μπορεί να υποτιμήσει την αυτοεκτίμησή τους, μπορεί να έχει δυσμενή επιρροή στις προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις και σε άλλες ευκαιρίες. Ακόμη μπορεί να τους δοθεί ο ρόλος του αρρώστου και οι οποίοι πιστεύουν ότι αυτόν αναμένεται να παίζουν και γι' αυτό το λόγο τείνουν να αυτοεπαληθεύσουν την προφητεία. Επιπλέον η διαγνωστική επκέτα είναι δυνατόν να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Όσον αφορά τα προβλήματα της αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου (σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη, 1984, στο Ελληνογαλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής) αρχίζουν από την ανυπαρξία ενός καταλλήλου οικογενειακού περιβάλλοντος ή την απροθυμία της υπάρχουσας οικογένειας να τον συμπεριλάβει στον κύκλο της ως ισότιμο αν όχι ισοδύναμο, άξιο εμπιστοσύνης και σεβασμού μέλος της. Για πολλούς αρρώστους δεν υπάρχει τρόπος να γίνει επανασύνδεση με την οικογένειά τους, οι οποίοι συχνά τους εγκαταλείπουν στα δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα και εξαφανίζονται.

Γενικά όπου υπάρχει οικογένεια και ενδιαφέρεται, η ιδέα της αποκατάστασης του αρρώστου θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από την στιγμή που εισάγεται το άτομο στο νοσοκομείο. Από την πρώτη επαφή, η οικογένεια θα πρέπει να καταλάβει πως η συμμετοχή της σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να το αποχωριστεί. Θα πρέπει να καταλάβει η οικογένεια ότι η συνεργασία της κατά τη διάρκεια της

Η ομαδική ψυχοθεραπεία

νοσηλείας του αρρώστου αρχίζοντας από τη χωρίς επιφύλαξη αναφορά στο προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του και συνεχίζοντας με την τακτική συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις με τον άρρωστο και το γιατρό του ή άλλα μέλη του κλινικού προσωπικού, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ψυχιατρικής περιδάλγεως που απαιτείται για μια ευνοϊκή έκβαση της πορείας του αρρώστου, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, όσο και για την περίοδο της αναρρώσεως.

Γενικά η οικογένεια θα πρέπει να καταλάβει ότι ο άρρωστος πρέπει να ξαναγυρίσει στο οικογενειακό του περιβάλλον και στην ανοικτή κοινωνία όταν η κατάστασή του, του το επιτρέπει.

Η δημιουργία ψυχιατρικών μονάδων μέσα σε Γενικά Νοσοκομεία, που το πρότυπό τους είναι οι ψυχιατρικές κλινικές μέσα σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, είναι ένας τρόπος να καταπολεμηθεί ο στιγματισμός του ψυχιατρικού αρρώστου από την κοινωνία.

Όσον αφορά την αποκατάσταση των ψυχικών αρρώστων που δεν έχουν την δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένειά τους ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθογόνος, είναι ανάγκη να βρεθεί καινούργιο, κατάλληλο για μια τέτοια αποκατάσταση περιβάλλον, το οποίο θα μπορούσε να το προσφέρει η ύπαρξη φορέων ανοικτής περιδάλγεως όπως νοσοκομεία ημέρας, νοσοκομεία νύχτας, εργαστήρια προστατευμένης εργασίας, κ.α.

Τέλος θα 'ταν καλό να αναφερθεί ότι υπάρχουν κάποιες ψυχιατρικές περιπτώσεις που γενικά αντιμετωπίζονται καλύτερα μέσα σ' ένα νοσοκομείο. Γι' αυτό σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη, 1984, στο

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, εκείνο που θα ήταν σωστό να γίνει είναι η αναμόρφωση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων στη χώρα από Άσυλα με την κακή σημασία του όρου σε σύγχρονα ιδρύματα, με τη σημασία του Ψυχοθεραπευτηρίου, όπου ο ψυχιατρικός άρρωστος να γίνεται καλά, όταν μπορεί να γίνει καλά ή να μην ταλαιπωρείται, εξευτελίζεται και παλινδρομεί στο σημείο που να χάνει την ανθρωπιά του, και να στιγματίζεται όπως δυστυχώς συμβαίνει με πολλούς από τους λεγόμενους χρόνιους ανίατους θαμώνες των σημερινών ψυχιατρικών ιδρυμάτων, αυτών που βρίσκονται μακριά από το κέντρο, σε όρεινες επαρχίες ή απομονωμένα νησιά, τόσο στη χώρα μας όσο και στις οικονομικά και κοινωνικά πιο αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Ο Κοινωνικός Λειτουργός ασχολείται με το άτομο μέσα στο περιβάλλον του - πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Μουζακίτη (1989) "επίκεντρο της Κοινωνικής Εργασίας είναι το άτομο μέσα στο πλέγμα των διαφόρων συστημάτων και υποσυστημάτων που αυτό ζει αναπόσπαστα από το περιβάλλον του και που είναι καθοριστικό για την κοινωνική, σωματική και ψυχολογική τους υγεία".

Η Κοινωνική Εργασία στην χώρα μας, είναι μια σχετικά νέα επιστήμη. Στην Ελληνική Ιατρική πραγματικότητα, ιδιαίτερο στην Ψυχιατρική, είναι μια ειδικότητα που τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει γνωστή.

Οι δραστηριότητες της Κοινωνικής Εργασίας αναπτύσσονται σε πολλούς χώρους όπως: Ψυχιατρεία, Νοσοκομεία, φυλακές, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, σχολεία, ΠΙΚΠΑ, Μέριμνα, Κέντρα Προστασίας του παιδιού, Κέντρα Αποτοξίνωσης, Κέντρα Αποκατάστασης, Ιδρύματα για άτομα τρίτης ηλικίας, κ.α.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, μας ενδιαφέρει να δούμε τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στα ψυχιατρικά ενδονοσοκομειακά πλαίσια. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην ψυχιατρική κλινική συνδέει την ιδρυματική ζωή, την οποία ζει ο ασθενής και την εξωτερική κοινωνική ζωή, από την οποία ο ασθενής προέρχεται και στην οποία πρόκειται να επανέλθει. Η

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

συμβολή του γενικά είναι μεγάλη και στον τομέα της πρόληψης και στον τομέα της καταστολής. Όσον αφορά τα Δημόσια Ψυχιατρεία, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στους συγκεκριμένους χώρους, καθορίζεται από Προεδρικό Διάταγμα και από φυλλάδιο του Σ.Κ.Λ.Ε. (Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος). Στο Προεδρικό Διάταγμα, από τα Φ.Ε.Κ. 213, αρ. 891 της 7-12-78 "Περί καθορισμού του αντικειμένου της εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών", ο ρόλος περιλαμβάνεται στο άρθρο 3 και ορίζει τα εξής:

1. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, που δημιουργούν καταστάσεις κλονισμού της σωματικής ή και της ψυχικής υγείας των ατόμων και τα οποία προβλήματα καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικό έργο ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας.
2. Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της υγείας συνιστάται στην διεύρυνση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρος, προς τον ασθενή και τους οικείους του με σκοπό την συμβολή στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και στην ομαλή επανένταξη του "ασθενούς" στο κοινωνικό περιβάλλον.
3. Η δραστηριότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της υγείας αναπτύσσεται εντός πλαισίων συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας, ίδια νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγείας (διαγνωστικού, συμβουλευτικού θεραπευτικού χαρακτήρος)". Σύμφωνα με τον Σ.Κ.Λ.Ε.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

(Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος), το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στα ψυχιατρικά πλαίσια καθορίζεται ως εξής: - Ο Κοινωνικός Λειτουργός συμμετέχει στην ψυχιατρική ομάδα και διενεργεί για την κοινωνική έρευνα για κάθε εισερχόμενο ασθενή.

- Επιλαμβάνεται τα προβλήματα του ασθενή και της οικογένειάς του από την στιγμή που θα εισέλθει στο Νοσοκομείο.
- Συνεργάζεται με την οικογένεια με σκοπό την ενημέρωση και κατατόπιση των ειδικών αναγκών του ασθενή και της πάθησής του.
- Σε μερικές περιπτώσεις εφαρμόζει μεθόδους κοινωνικής εργασίας με τους ασθενείς, υποβοηθώντας την αποκατάσταση της υγείας του, συνεργαζόμενος βέβαια και με τον αρμόδιο γιατρό.
- Συνεργάζεται με τα άλλα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας και διοργανώνει κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες για τους ασθενείς, ακόμη οργανώνει μικρές ψυχαγωγικές, μορφωτικές ομάδες με τους ασθενείς με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή τους στην θεραπεία και στο ίδρυμα, την σύσφιγξη των μεταξύ τους σχέσεων και την επανασύνδεση των ασθενών με την πραγματικότητα.
- Προετοιμάζει την επάνοδο του αρρώστου στην οικογένειά του και στην κοινότητα, υποβοηθάει για την επαγγελματική του αποκατάσταση και αντιμετωπίζει τις υπάρχουσες προκαταλήψεις. Ακόμη διατηρεί την επαφή με τον ασθενή και την οικογένειά του

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο και παρακολουθεί την συνέχιση της θεραπείας, εφ' όσον χρειάζεται.

- Αναλαμβάνει κάθε πρόβλημα που προκύπτει από την επάνοδο και προσαρμογή του αρρώστου στο οικογενειακό του και κοινωνικό πρόβλημα.
- Συμμετέχει σε διάφορες έρευνες που διενεργούνται από το Νοσοκομείο και,
- Συμμετέχει στην ενημέρωση και διαφώτιση της κοινότητας για τις ψυχικές παθήσεις και ενεργεί για την δημιουργία απαραίτητων μέσων και υπηρεσιών για την πρόληψη και καταστολή των ψυχικών παθήσεων.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός - όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω - ασχολείται με όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας όπως κοινωνική εργασία με άτομα, κοινωνική εργασία με ομάδες, κοινωνική εργασία με κοινότητα, κοινωνική εργασία με οικογένεια.

Ακόμη είναι δυνατό να κάνει και κοινωνική έρευνα. Όμως σε κάποιου χώρους (όπως ορισμένα Δημόσια Ψυχιατρεία), η εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων δεν είναι πάντοτε εφικτή.

Σύμφωνα με την Θεοδώρα Παπαφλέσσα, στις σημειώσεις "Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας", Αθήνα 1984, ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε ψυχιατρικό πλαίσιο, κινείται ανάμεσα σε τρία κέντρα ενδιαφέροντος:

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

1. από που έρχεται ο ασθενής και τι αφήνει πίσω του,
2. πως θα αξιοποιήσει καλύτερα το νοσηλευτικό περιβάλλον,
3. που θα γυρίσει όταν θα είναι έτοιμος να βγει από το νοσοκομείο.

Σύμφωνα με προσωπικές εκτιμήσεις το πρώτο μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι η επαφή με τον νεοεισερχόμενο άρρωστο και τους συγγενείς του, για την σύνταξη του κοινωνικού ιστορικού. Το ιστορικό αυτό αποβλέπει στο να δώσει τη σαφή εικόνα του στοιχείου που προκάλεσε την κρίση που έφερε τον ασθενή στο νοσοκομείο, της εξέλιξης των συμπτωμάτων της αρρώστειας, και των αντιδράσεων του περιβάλλοντος.

Ιδιαίτερα, ο κοινωνικός λειτουργός χειρίζεται τις άμεσες κοινωνικές πιέσεις που υφίσταται ο άρρωστος, οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο για την παραδοχή της νοσοκομειακής περίθαλψης και της θεραπευτικής αγωγής.

Ο κοινωνικός λειτουργός, σα μέλος της θεραπευτικής ομάδας, τηρεί στάση θεραπευτική, δηλαδή ενισχύει τον ασθενή στην προσπάθεια του να θεραπευτεί.

Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στη ζωή του νοσοκομείου, είναι υπεύθυνος για την οργάνωση και συντονισμό των συγκεντρώσεων που γίνονται στο νοσοκομείο, συνεργάζεται με το υπόλοιπο επιστημονικό προσωπικό, ασχολείται με γραφειοκρατικές διαδικασίες, τηρεί μητρώα και αρχεία.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

Ο κοινωνικός λειτουργός ακόμη βοηθάει τον νεοεισερχόμενο ασθενή με τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει στο νέο του περιβάλλον και με τα προβλήματα που είχε πριν εισέλθει στον νέο αυτό χώρο.

Οι διάφορες συγκεντρώσεις που οργανώνονται μέσα στο νοσοκομείο ή στον χώρο των Ψυχιατρείων έχουν σκοπό το να φέρουν τους ασθενείς πιο κοντά, να αναλάβουν πρωτοβουλίες, υποχρεώσεις και να φέρονται υπεύθυνα.

Εκτός από τα παραπάνω, ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε ψυχιατρικό πλαίσιο θα πρέπει να έχει ειδικές γνώσεις ψυχοπαθολογικού χαρακτήρα, για να μπορέσει να κατανοήσει καλύτερα τον ασθενή και την συμπεριφορά του.

Το κοινωνικό ιστορικό όπως ειπώθηκε και πιο πάνω, είναι δυνατό να συμπληρωθεί και από την οικογένεια του ασθενή. Αυτό το γεγονός μπορεί να αποβεί μια καλή συνεργασία με τον Κ.Λ και με το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον και αυτό σημαίνει ότι καλύτερο για την θεραπεία του ασθενή.

Μερικές φορές όμως το να συμπληρωθεί το κοινωνικό ιστορικό από την οικογένεια του ασθενή μπορεί να μην είναι και τόσο αντικειμενικό, για τον λόγο ότι η οικογένεια μπορεί να θέλει να αποχωριστεί το συγκεκριμένο άτομο ίσως για τον φόβο που τους προκαλεί η ψυχική ασθένεια, ίσως γιατί θέλουν να αποφύγουν τις ευθύνες, κ.λ.π.

Και εδώ έρχεται το έργο του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος θα πρέπει να είναι και ένας πολύ καλός παρατηρητής για να μπορέσει να διακρίνει πράγματα και να εντοπίσει αυτό το οποίο ισχύει στην πραγματικότητα.

Σύμφωνα με την εμπειρία που αποκτήθηκε στην Ψυχιατρική κλινική ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται ακόμη με την οικογένεια του ασθενή με σκοπό την προετοιμασία της επιστροφής του στην οικογένειά του, ακόμη με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενή. Μαζί ο Κοινωνικός Λειτουργός με τον ασθενή, συζητούν για τις δουλειές που υπάρχουν την συγκεκριμένη χρονική περίοδο για να επιλέξουν αυτή την οποία ταιριάζει με τα ενδιαφέροντά του.

Γενικά τα προβλήματα της αποκαταστάσεως του ψυχικά αρρώστου, αρχίζουν από την ανυπαρξία ενός κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος ή την απροθυμία της υπάρχουσας οικογένειας να τον συμπεριλάβει στον κύκλο της ως ισότιμο, αν όχι ισοδύναμο, άξιο εμπιστοσύνης και σεβασμού μέλος της. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι για ένα σημαντικό αριθμό χρόνιων αρρώστων σε δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα δεν υπάρχει τρόπος να γίνει επανασύνδεση με τους δικούς τους, που συχνά τους εγκαταλείπουν εκεί και εξαφανίζονται". (S. Lebonici - Π. Σακελλαρόπουλος, "Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής", Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 142).

Στο συγκεκριμένο συμπόσιο, υποστηρίζεται ότι όποια οικογένεια ενδιαφέρεται, η ιδέα της αποκαταστάσεως του ασθενή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από την πρώτη ημέρα της νοσηλείας του, "να γίνεται όρος και σκοπός συναρτημένος με την είσοδό του στο Νοσοκομείο".

Η οικογένεια του αρρώστου θα πρέπει να καταλάβει πως η συμμετοχή της στην απόφαση να νοσηλευτεί ο άνθρωπός της σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να τον αποχωριστεί (απόφαση πολύ εύκολη και συνήθως ανακουφιστική όταν πρόκειται για ψυχωτικό άρρωστο που αναστατώνει το σπίτι με τα παραληρήματά του, τις κρίσεις άγχους και την αυθαίρετη ή προκλητική συμπεριφορά του)". (απ. σελ. 142)

"Γενικά η οικογένεια να καταλάβει ότι ο άρρωστος πρέπει να ξαναγυρίσει στο οικογενειακό του περιβάλλον και στην ανοικτή κοινωνία όσο το δυνατόν ενωρίτερα, δηλαδή μόλις το επιτρέπει η κατάστασή του και οι συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι". (σελ. 143)

Όμως, τι θα μπορούσε να γίνει για τους ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν την δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένεια;

"Προκειμένου για την αποκατάσταση ψυχικών αρρώστων που δεν έχουν τη δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένειά τους, ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθογόνος, είναι ανάγκη να βρεθεί καινούργιο, κατάλληλο, για μια τέτοια αποκατάσταση, περιβάλλον. Η ύπαρξη φορέων ανοικτής περιδάλγεως (όπως ιατρεία αποθεραπείας, νοσοκομεία ημέρας και νοσοκομεία νύχτας, εργαστήρια προστατευμένης εργασίας κ.ο.κ) θα μπορούσε να προσφέρει μια τέτοια λύση". (S.Lebonici -Π.Σακελλαρόπουλος, 1984: 144)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός ακόμη συνεργάζεται και με την κοινότητα με σκοπό την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας, για τον φόβο και την προκατάληψη που υπάρχει γύρω από αυτά τα θέματα.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

Ο Κοινωνικός Λειτουργός όμως πάνω από όλα συνεργάζεται με τον ίδιο τον ασθενή, για τα προβλήματα που εμφανίστηκαν από την στιγμή της εισόδου του στο Ψυχιατρείο, για την επίλυση των διαφόρων ψυχολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών προβλημάτων του, προβλήματα που έχουν σχέση με την υγεία του πάνω από όλα.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται και με ομάδες.

Το περιβάλλον στο οποίο διεξάγονται οι ομάδες, θα πρέπει να παρέχει παραδοχή, ελευθερία στους ασθενείς, να μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τις σκέψεις τους. Ένα κλίμα το οποίο να τους δίνει την δυνατότητα να αναλάβουν πρωτοβουλίες, να δημιουργήσουν σχέσεις και να μάθουν να δέχονται τις αποτυχίες το ίδιο "καλά" όπως και τις επιτυχίες. Ακόμη να τους δίνεται η ευκαιρία να ζήσουν την "οικογένεια" διαφορετικά από αυτή που έχουν μεγαλώσει ή και ζουν τώρα.

Διαπιστώθηκε από την συμμετοχή των σπουδαστών στην θεραπευτική ομάδα ότι είναι ένα πάρα πολύ σημαντικό μέσο το οποίο συμβάλλει στην έκφραση των συναισθημάτων των ασθενών, στην ανάπτυξη συναισθημάτων ευθύνης και πρωτοβουλίας, στην σύσφιξη των σχέσεων, στην καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των ασθενών, στην αύξηση αυτοπεποίθησης, κ.ά.

Πιο πάνω έγινε αναφορά για το περιβάλλον μέσα στο οποίο διεξάγονται οι ομάδες. Σημαντικό όμως είναι να αναφέρουμε και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει ο ασθενής στο χώρο της κλινικής ή του ψυχιατρείου - τη μεγαλύτερη θα λέγαμε ομάδα.

“Ο ασθενής πρέπει να μπορέσει να “ζήσει την τρέλα του” σε συνθήκες όπου θα του παρέχεται φροντίδα, και γι’ αυτό κατά συνέπεια, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει πρέπει να είναι χώρος ζωής. Για να είναι χώρος ζωής δεν πρέπει πρώτα πρώτα να είναι περιβάλλον απομόνωσης.

“.....η απομόνωση των ατόμων δεν δημιουργείται απαραίτητα από τους τοίχους, αλλά από τις θέσεις των ατόμων μέσα σε μια δεδομένη κοινωνία. Δεν χρειάζεται να κλειστούν στην κλινική, η απομόνωσή τους μπορεί να οργανωθεί φανερά στην καθημερινή ζωή, όταν τους ορίζεται μια θέση αμετακίνητη και αδρανής, που τους τοποθετεί στο περιθώριο”. (S. Lebonici - Π. Σακελλαρόπουλος, 1984, σελ. 112).

Στο συγκεκριμένο ελληνογαλλικό συμπόσιο υποστηρίζεται ακόμη ότι - όσον αφορά τον ασθενή - πρέπει να του προσφέρονται συνθήκες ζωής. Συνθήκες που η κοινωνία δεν είναι “εις θέσιν” να του τις προσφέρει, για τον λόγο ότι η κοινωνία είναι πολύ σκληρή απέναντι σε αυτούς τους ασθενείς. Αλλά δεν είναι μόνο η γενικότερη κοινωνία αλλά συχνά η ίδια η οικογένεια.

“Πρέπει να τους δεχτούμε, να τους σεβαστούμε, να τους γνωρίσουμε, να τους καταλάβουμε και να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε τους ίδιους τους εαυτούς μας, τη δική μας ψυχική λειτουργία. Είναι ο μόνος τρόπος να έρθουμε σε επαφή μαζί τους...

Η κοινωνία θεωρεί τους αρρώστους ανυπόφορους, γιατί δεν μπορεί να επικοινωνήσει μαζί τους.” (S. Lebonici - Π. Σακελλαρόπουλος, 1984, σελ. 115)

“Είναι γενικά ο φόβος του διαφορετικού που τρέφει η κοινωνία για θέματα που αφορούν την τρέλα”. (A. Johnson - Τουρνά, 1990).

Μέσα στην ομάδα ο Κοινωνικός Λειτουργός δημιουργεί σχέσεις με τα μέλη της, οι οποίες εκφράζονται και πραγματώνονται, μέσα από ρόλους που αναλαμβάνει ο ίδιος. Οι ρόλοι αυτοί υπάρχουν για να εξυπηρετήσουν κάποιους σκοπούς και στην εφαρμογή τους ακολουθούν κάποιους κανόνες.

Γενικά από την φύση των πραγμάτων ο κοινωνικός Λειτουργός στους ρόλους του, θα πρέπει να είναι πολύ δραστήριος και άλλοτε περιορισμένος γιατί οι ρόλοι άλλοτε έχουν χαρακτήρα διευκολυντικό μεσολαβητικό και άλλοτε κατευθυντικό.

Μερικές φορές ο Κοινωνικός Λειτουργός όπως παρατηρήθηκε στην ψυχιατρική κλινική, μέσα σε μια ομάδα είναι αναγκασμένος να παίζει πολλούς ρόλους και άλλοτε ένα μόνο ρόλο.

Μερικοί από τους ρόλους είναι οι εξής:

1. ΗΓΕΤΙΚΟΣ: είναι ένας πολύ δραστήριος ρόλος, είναι όμως προσωρινός και για αυτό απαιτείται εγρήγορση και ενδοσκόπηση του Κοινωνικού Λειτουργού για να αποφευχθεί σύγχυση ρόλων και ορίων μεταξύ του επαγγελματικού του εαυτού και του εαυτού του ως ατόμου.

Συναντάται συνήθως - ο ρόλος αυτός - στα αρχικά στάδια ανάπτυξης της ομάδας.

2. ΜΕΣΟΛΑΒΗΤΙΚΟΣ: ο ρόλος αυτός είναι χρήσιμος για τις ομάδες που βρίσκονται σε κρίση.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός δύναται να μεσολαβήσει μεταξύ του νέου μέλους και της ομάδας, μεταξύ ομάδας και μελών της, μεταξύ ομάδας και κοινότητας.

3. ΠΑΡΑΚΙΝΗΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΜΨΥΧΩΤΙΚΟΣ: Ο Κοινωνικός Λειτουργός παρακινεί και εμψυχώνει τα μέλη στην παραγωγή έργου, στην λήψη αποφάσεων, στις μεταξύ τους σχέσεις. Ακόμη με την υποστήριξή του, την ενδάρρυνσή του, την υπόδειξή του, αποβλέπει στην εμύχωση των μελών για ενεργοποίηση και στην υπερπήδηση των εμποδίων που θα συναντήσουν τα μέλη στην πορεία τους.

4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ - ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΙΚΟΣ - ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΣ: Ο Κοινωνικός Λειτουργός προσπαθεί γενικά να προσελκύσει τα μέλη σε νέα ενδιαφέροντα και δεξιότητες.

Κατευθύνει τα μέλη έτσι ώστε να φτάσει η ομάδα στο στάδιο να παίρνει μόνη της μια απόφαση για οποιοδήποτε ζήτημα.

Ακόμη διδάσκει ρόλους και κατευθύνει όλα τα μέλη στην απόκτηση νέων ρόλων, περισσότερο παραγωγικών.

Προσελκύει ακόμη τα μέλη στην καλλιέργεια της κατάλληλης στάσης για την αναζήτηση της γνώσης και των μέσων που μακροχρόνια μπορούν να βοηθήσουν τα ίδια τα μέλη να μάθουν να αξιοποιούν καλύτερα τον ελεύθερο χρόνο τους.

Ακόμη ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να έχει την ικανότητα να δημιουργεί κίνητρα στα μέλη με σκοπό την ενσωμάτωση νέων γνώσεων, στάσεων και ενδιαφερόντων.

5. Ο Κοινωνικός Λειτουργός γίνεται ο ίδιος φορέας νέων αξιών, στάσεων και δεξιοτήτων με την διαδικασία της ταύτισης. Ο ρόλος αυτός απαιτεί αντικειμενικότητα στην εκτίμηση των αναγκών και των δυνατοτήτων των μελών και της ομάδας, καλή γνώση των αξιών, αρχών και στάσεων των μελών.

Ο ρόλος αυτός ακόμη, απαιτεί αυξημένη ευαισθησία στις ανάγκες των μελών και στις ανάγκες τις προσωπικές του ίδιου του κοινωνικού λειτουργού.

6. Ο κοινωνικός λειτουργός ελέγχει και περιορίζει την ομάδα ή τα μέλη. Είναι ρόλοι που επίσης χρειάζονται αυξημένο αυτοέλεγχο και αυτογνωσία από τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ρόλοι αυτοί βοηθούν στην διατήρηση και ενίσχυση της συνοχής της ομάδας καθώς και στην προώθηση του έργου της.

7. Ο Κοινωνικός Λειτουργός προσέχει, παρατηρεί και κατευθύνει. Ο τριπλός αυτός συνδυασμός προσδιορίζεται από την ίδια την ικανότητα της ομάδας και των μελών της να ενεργήσουν αυτοδύναμα προς όφελος του συνόλου και των μελών.,

Όλοι οι παραπάνω ρόλοι, βρίσκονται σε στένη συνάρτηση μεταξύ τους.

Σύμφωνα με την Χρυσούλα Κατσορίδου -Παπαδοπούλου(1993), ο Κοινωνικός Λειτουργός, στην άσκηση του ρόλου του, κάνει ορισμένες κινήσεις - ενέργειες, στις οποίες προσδίδει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της δικής του προσωπικότητας και των δεξιοτήτων του. Τις ενέργειες αυτές ο W. Schwartz τις κατατάσσει σε πέντε μέρη:

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

1. Ο κοινωνικός λειτουργός αναζητά "κοινό έδαφος" μεταξύ της αντίληψης που έχει ο εξυπηρετούμενος για το πρόβλημά του και των απαιτήσεων που θέτει σε αυτόν το κοινωνικό του περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να διευκρινίσει στα μέλη το σκοπό λειτουργίας της ομάδας και να βοηθήσει την ομάδα να κινηθεί γύρω από αυτό το σκοπό.

2. Ο Κοινωνικός Λειτουργός επιδιώκει συγχρόνως, να εντοπίσει τα εμπόδια εκείνα που παρεμβαίνουν στη σχέση ατόμου - περιβάλλοντος και λειτουργούν σε βάρος της απόδοσης του ατόμου - μελους. Βοηθά τα μελη να αναγνωρίσουν τη φύση των εμποδίων και να οργανώνουν κατάλληλα την αντιμετώπισή τους. Παράλληλα βοηθά την ομάδα να μη χάσει τον κανονικό ρυθμό της ζωής τους.

3. Ο κοινωνικός λειτουργός δίνει στοιχεία που έχει συγκεντρώσει από δικές του εμπειρίες και που κατά τη δική του κρίση, θα συμβάλλουν στη μεγαλύτερη εμπλοκή των μελών.

4. Ο κοινωνικός λειτουργός "δανείζει τη δική του θεώρηση της κατάστασης" στα μέλη. Συμβάλλει με στοιχεία που δίνει ο ίδιος και παράλληλα εκφράζει άμεσα και με ειλικρίνεια τα αποτελέσματα που αναμένει ότι θα αποδώσει η λειτουργία αυτής της ομάδας. Με την στάση του και με τη συναισθηματική του εμπλοκή στη σχέση εκφράζει ότι δε βρίσκεται μαζί τους, μόνον, για να τα βοηθήσει να λύσουν τα προβλήματά τους μόνον, αλλά γιατί και ο ίδιος βιώνει καταστάσεις.

5. Καθώς οι σχέσεις μεταξύ των μελών και των μελών - Κοινωνικού λειτουργού διαμορφώνονται και εξελίσσονται , ο κοινωνικός λειτουργός

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

επισημαίνει τους περιορισμούς που πηγάζουν από την ομαδική κατάσταση και από τη συμφωνία που είχε κάνει αρχικά μαζί τους. Ο ίδιος υπενθυμίζει και επεξηγεί σε αυτά τους περιορισμούς αυτούς και υπογραμμίζει ότι τα μέλη μπορούν να εφαρμόσουν προγράμματα και να εμπλακούν σε δραστηριότητες, εφόσον η ομάδα και τα μέλη σέβονται τους όρους - και τις συνθήκες που αμοιβαία, έχουν δεσει ο κοινωνικός λειτουργός, η Οργάνωση και τα ίδια τα μέλη. Εξυπακούεται, βέβαια, ότι οι περιορισμοί, κυρίως, εκείνοι που προέρχονται από τον κοινωνικό λειτουργό και την Οργάνωση, έχουν αποσαφηνιστεί και εξηγηθεί στα μέλη έγκαιρα. Ιδιαίτερη αξία για το κοινωνικό λειτουργό έχει η τήρηση των περιορισμών εκείνων, που είναι το αποτέλεσμα της εσωτερικής λειτουργίας της ομάδας και που είναι αναγκαίοι για την προώθηση του έργου της.

Σχετική με το ρόλο είναι και η θέση του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα.

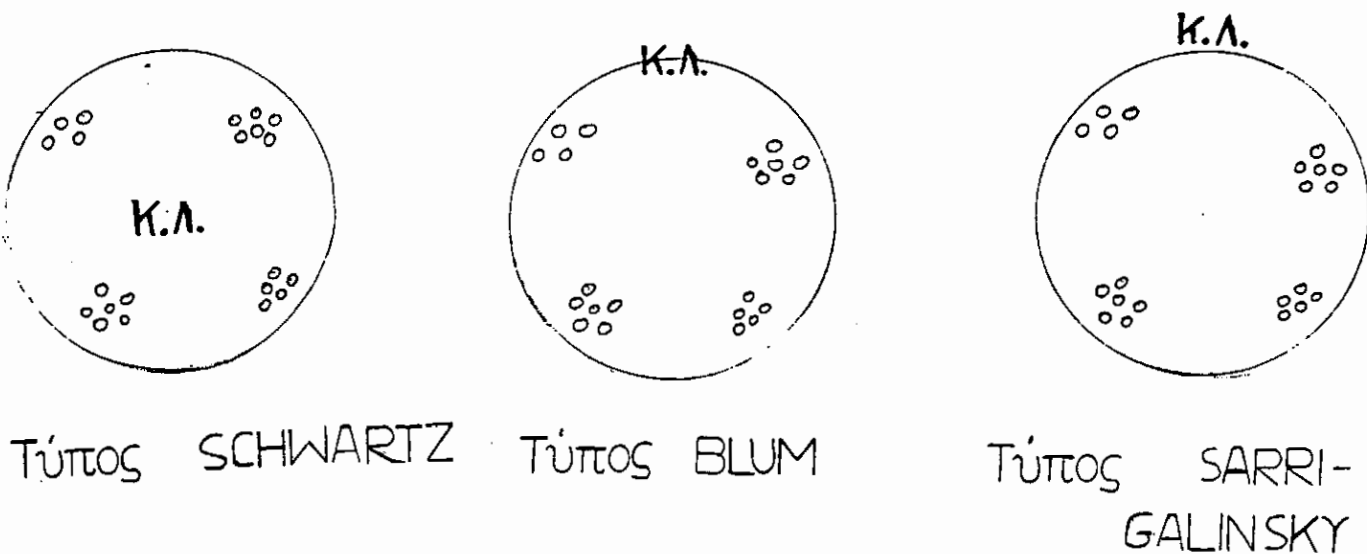
Όταν ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με την ομάδα είναι μαζί με τα μέλη της και χωριστά από αυτά.

Ο κοινωνικός λειτουργός όμως, πρέπει να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες της ομάδας χωρίς διαφοροποίηση, το ίδιο και σε όλες τις συναντήσεις των μελών, τακτικές και έκτακτες και με ποιά κριτήρια;

Είναι προτιμότερο να παραμένει "έξω", από το δίκτυο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών, ως ευαίσθητοποιημένος, προσεκτικός παρατηρητής ή αυτό πρέπει να έχει σχετική εφαρμογή; Για το πόσο κοντά, ανάμεσα ή μακριά από τα μέλη και την ομάδα πρέπει να είναι ο κοινωνικός

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

λειτουργός, έχουν διατυπωθεί, μέχρι σήμερα, οι παρακάτω απόψεις, όπως εμφανίζονται γραμμικά στο παρακάτω σχήμα 1 (Maier, 1964, σελ 40-41):



Σχήμα 1: Η θέση του Κ.Λ. στην ομάδα.

“Καθένα από αυτά τα τρία σχήματα εκφράζει, όπως φαίνεται, διαφορετική άποψη για τη φύση και την έκταση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού, της ομάδας και των ατόμων - μελών καθώς και για το βαθμό της, μεταξύ τους, περισσότερο ή λιγότερο ανοικτής επικοινωνίας. Αυτό, πάντως που δεν θα πρέπει να διαφεύγει από τον κοινωνικό λειτουργό, οποιοδήποτε σχήμα και αν ακολουθήσει, είναι ότι η θέση του μέσα σε κάθε ομάδα, εξαρτά την ύπαρξή της, όχι μόνον από την εξουσία, τη δύναμη επιβολής, που έχει ο ίδιος αλλά και από το κύρος, την αναγνώριση και τη σημαντικότητα, που προσδίδουν τα ίδια τα μέλη στο πρόσωπο του συγκεκριμένου κοινωνικού λειτουργού και στη θέση που αυτός κατέχει, κατά τη δική τους αντίληψη, στην ομάδα τους”.

Πιο πάνω, έχει δοθεί μια εικόνα στους ρόλους που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός που μας περιέγραψε η χρυσούλα Κατσαρίδου - Παπαδοπούλου (1993) και που τέθηκαν σε εφαρμογή μέσω και της συμβολής των σπουδαστών στην θεραπευτική ομάδα, στην ψυχιατρική κλινική.

Ο Χρήστος Μουζακίτης στις σημειώσεις του κοινωνική εργασία με ομάδες II, Πάτρα 1989, περιγράφει τους εξής ρόλους:

1. Διαγνωστικός ρόλος. Η διαγνωστική προσφορά του κοινωνικού λειτουργού που περιλαμβάνει, όχι αποκλειστικά τις περιβαλλοντικές, οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που αυτές έχουν στην λειτουργικότητα του ατόμου, είναι βασικός ρόλος στη συλλογική προσπάθεια της θεραπευτικής ομάδας. Ο κοινωνικός λειτουργός στη θεραπευτική ομάδα, είναι η εμπροσθοφυλακή της, γιατί είναι εκπαιδευμένος και προδιατεθειμένος να μπει στο φυσικό χώρο του ασθενή, στη φτωχογειτονιά εκεί που ζει και κινείται και να συλλέξει στοιχεία τέτοια, που διαφορετικά δεν μπορούν να συλλεχθούν με συνεντεύξεις στο γραφείο του ψυχιάτρου.

Είναι γεγονός ότι άλλες ειδικότητες, ίσως να επισκέπτονται τον ασθενή στο φυσικό του χώρο, οι ψυχίατροι ποτέ δεν το κάνουν αυτό. Ο κοινωνικός λειτουργός όμως με τον προσανατολισμό που έχει, σαν αποτέλεσμα της εκπαίδευσής του, να μπαίνει μέσα στο περιβάλλον αυτού που έχει ανάγκη, τον ασθενή, το κάνει με άνεση, χωρίς να νιώθει υποβιβασμό της επαγγελματικής του αξίας. Τα "ζωντανά" στοιχεία ή πληροφορίες που συλλέγει, δίνουν την πιο πραγματική διάσταση στη συλλογική προσπάθεια

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

της θεραπευτικής ομάδας αφού η ομάδα μέσω του κοινωνικού λειτουργού παρακολουθεί τον ασθενή, ιδιαίτερα μετά το πέρας της νοσηλείας του στην κλινική και δίνει το χαρακτηριστικό της αναγκαίας "συνέχειας" στην αποθεραπεία.

2. Συμβουλευτικός ρόλος. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, είναι ιδιαίτερα σημαντικός, ως ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της κλινικής και της οικογένειάς του ασθενή κατά την εισαγωγή και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ο ρόλος αυτός συνίσταται σε προγραμματισμένες επαφές με μέλη της οικογένειας του ασθενή ή και με ολόκληρη την οικογένεια, με σκοπό να δώσει αναγκαίες πληροφορίες, να επεξηγήσει το διαγνωστικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής ομάδας, να δώσει διευκρινίσεις για ερωτήματα που έχουν όσον αφορά την πορεία της νοσηλείας, να συμβουλευθεί, να αποκτήσει μια πρώτη αξιολογική εικόνα και να δημιουργήσει μια σχέση συνεργασίας και αποδοχής.

Οι επαφές αυτές του κοινωνικού λειτουργού, είναι καθοριστικές για την προσαρμογή του ασθενή κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ή και μετά από την έξοδό του από την κλινική. Ερευνες που έχουν γίνει στις Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής με χρόνια ασθενείς, εισηγούνται περιοχές όπου ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι επιτυχής και με το άτομο και με την οικογένειά του. Περιοχές όπως:

- στην ανάπτυξη νέων τρόπων γυχαγωγίας, διασκέδασης και γενικά ενασχόλησης,

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

- στην απόκτηση ή ενίσχυση υπάρχοντων δεξιοτήτων σε σχέση με επικοινωνίες, λήψη αποφάσεων και γενική ενεργοποίηση τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του,
- στον χειρισμό θεμάτων που έχουν σχέση με την γενική υγεία και στέγαση,
- στην δημιουργία νέων ρόλων και τρόπων επικοινωνίας μεταξύ του ασθενή, της οικογένειας και των φίλων τους,
- στην εξασφάλιση εργασίας ή επαγγελματικής εκπαίδευσης,
- στην εξασφάλιση υποστήριξης για άμεσο και μελλοντικό οικονομικό σχεδιασμό.
- στην χρήση υπάρχοντων δημόσιων και ιδιωτικών κοινοτικών πόρων.

Οι ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων, ακόμη και αν ονομάζονται πανεπιστημιακές, συνήθως δεν κάνουν σωστή δουλειά μετά την έξοδο του ασθενή από την κλινική και με την οικογένειά του.

Αυτό που κάνουν είναι σποραδικές απρογραμμάτιστες επαφές για συλλογή πληροφοριών και επαφές συμβουλευτικού χαρακτήρα. Συστηματική δουλειά με την οικογένεια, είναι ελλειπέστατη, αν όχι ανύπαρκτη.

3. Θεραπευτικός ρόλος. Η συστηματική εμπλοκή της οικογένειας του ασθενή στην θεραπεία του, είναι γενικά αναγνωρισμένη σαν απαραίτητη, για να είναι αποτελεσματική.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε ψυχιατρικό πλαίσιο, έχει την ευαισθησία και τις γνώσεις, λόγω εκπαίδευσης που με την κατάλληλη εποπτεία και ενίσχυση, μπορεί να εκπληρώσει τον ρόλο αυτό.

Σύμφωνα με το FESP (LA FRONTERA FAMILY SUPPRT PROCRAM) πρόγραμμα, οικογενειακές ομάδες βοηθούνται από ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς να αποκτήσουν τις αναγκαίες γνώσεις, δεξιότητες και υποστήριξη. Τα τρία αυτά στοιχεία γίνονται "ο καταλύτης που δυναμώνει τις οικογένειες των ψυχασθενών και τους δίνει την ομαδική συνδετικότητα που είναι αναγκαία για αυτές τις οικογένειες να συνεχίσουν τις προσπάθειές τους", στο να φροντίζουν τους ασθενείς τους. Είναι αντιφατικό για μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση, να μη δίνεται η δέουσα προσοχή στο περιβάλλον και στον οικογενειακό χώρο του ασθενή και η θεραπεία να περιορίζεται σε εξωνυχιστικές διαγνώσεις, φάρμακα και ίσως σποραδικές επαφές με την οικογένειά του.

Ο ρόλος αυτός του κοινωνικού λειτουργού είναι αυτός που υλοποιεί αυτό που αναφέρεται με τον όρο κοινωνική επανένταξη. Όμως με τις περιπτώσεις που η ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου ασχολείται ο όρος αυτός δεν είναι απόλυτα σχετικός, αφού οι ασθενείς κατά πλειονότητα δεν είναι αποκομμένοι από το κοινωνικό χώρο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πάντως χωρίς συστηματική υποστηρικτική δουλειά στο χώρο που ζουν, αναγκάζονται να έρχονται κατά επανάληψη στη ψυχιατρική κλινική, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται σαν χρόνιες περιπτώσεις και να μην τους δίνεται ουσιαστική βοήθεια, εκτός βέβαια από κάποια φάρμακα.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

Ουσιαστική βοήθεια στοχεύει στη μείωση της ψυχικής αναπηρίας η οποία περιλαμβάνει την ψυχολογική, ψυχαγωγική, επαγγελματική και οικογενειακή αποκατάσταση του ασθενή στην κοινωνία.

Και αυτόν τον ρόλο ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να τον εκπληρώσει με επιτυχία αφού εκπαιδεύεται με ιδιαίτερη έμφαση και στην τομέα αυτό της υποστηρικτικής παρέμβασης.

4. Ο ρόλος χειριστή ομάδων. Ένας άλλος πολύ σπουδαίος ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε μια ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου, είναι αυτός που αναλαμβάνει για την δημιουργία μικροομάδων με ασθενείς της κλινικής. Ο σκοπός τέτοιων ομάδων μπορεί να είναι μορφωτικός, ψυχαγωγικός ή να στοχεύει στο να επανασυνδέσει τους ασθενείς με την πραγματικότητα, να δημιουργεί μια πιο στενή σχέση μεταξύ τους και μια καλύτερη προσαρμογή στη θεραπεία τους.

Η δημιουργία τέτοιων μικροομάδων, βοηθάει τους ασθενείς σε σχέση με την απομόνωση που συνήθως νιώθουν μέσα στην κλινική αλλά και είναι χρήσιμο διαγνωστικό μέσο που επιβοηθά την θεραπευτική ομάδα, στον χειρισμό των ατομικών περιπτώσεων. Υπάρχουν όμως και ομάδες αποκλειστικά θεραπευτικές που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε ψυχιατρικό πλαίσιο, υπό την άμεση εποπτεία ενός ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ομάδας της οποίας είναι μέλος.

Υπάρχουν χιλιάδες ψυχασθενείς που μενουν έγκλειστοι σε άσυλα, χωρίς την ύπαρξη ενός συστήματος επανένταξής τους στην κοινωνία. Και υπάρχουν χιλιάδες άτομα κάθε ηλικία και οι οικογενειές τους που έχουν ανάγκη

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο

ψυχοκοινωνικής προληπτικής παρέμβασης, και που μένουν χωρίς καμμία φροντίδα και άτομα που εάν υποτεθεί ότι το ψυχιατρικό πλαίσιο τα βοήθησε, μένουν χωρίς συστηματική υποστηρικτική φροντίδα μετά την κλινική θεραπείας τους. Αυτό είναι το ενδεικτικό της αναγκης που υπάρχει για μια πολύπλευρη συστηματική επαγγελματική συμμετοχή, για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

5. Οργανωτικός ρόλος. Ο οργανωτικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σε σχέση με την ύπαρξη της ψυχιατρικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου μέσα στον άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό χώρο που αυτό εξυπηρετεί. Η επιτυχία ενός οποιουδήποτε προγράμματος, που απευθύνεται σε άτομα όπως οι ψυχιατρικά ασθενείς, έχει αναγκη από την υποστήριξη και ενεργό συμμετοχή, του κοινοτικού και ευρύτερου κοινωνικού χώρου που το περιβάλλει.

Χωρίς συστηματική και οργανωτική δουλειά μέσα την κοινότητα από κοινωνικούς λειτουργούς, η θεραπεία των ψυχασθενών δεν θα έχει ποτέ την δυνατότητα να γίνει πραγματικότητα.

Στον οργανωτικό ρόλο του κοινωνικού λειτουργού εμπίπτει και η χρησιμοποίηση εθελοντών. Αυτή η περιοχή στην χώρα μας έχει αγνοηθεί τελείως ενώ σε άλλες προηγμένες χώρες η χρησιμοποίηση εθελοντών έχουν αποβεί ωφέλιμες, υποστηρικτικές και συμπληρωματικές των αντικειμένων στόχων τους.

Όμως η οργάνωση εθελοντών από κοινωνικό λειτουργό με την επίβλεψη της κοινωνικής υπηρεσίας της κλινικής του Νοσοκομείου δεν μπορεί να

καρποφρήσει, χωρίς την ενεργό συμπαράσταση της θεραπευτικής ομάδας σε θέματα εκπαίδευσης τους, αμέριστης αποδοχής και αναγνώρισης του έργου τους.

Αυτοί λοιπόν είναι οι ρόλοι που μας περιγράφει ο Χρήστος Μουζακίτης (1989) και υποστηρίζει ότι η εκπλήρωση αυτών των ρόλων είναι δυνατή, υπό τις εξής προϋποθέσεις:

1. Η δημιουργία μέσα στην κλινική υπηρεσίας Κοινωνικής εργασίας, η οποία να είναι στελεχωμένη με ικανό αριθμό πτυχιούχων κοινωνικών λειτουργών, υπό την άμεση εποπτεία έμπειρων ψυχιατρικών κοινωνικών λειτουργών.

2. Η δημιουργία ενός συνεχούς προγράμματος εκπαίδευσης που να απευθύνεται όχι μόνο στους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και σε άλλες ειδικότητες που είναι εμπλεγμένες στο θεραπευτικό έργο της ψυχιατρικής κλινικής. Σκοπός του εκπαιδευτικού προγράμματος είναι η απόκτηση γνώσης σε βάθος της δουλειάς, ή απόκτηση γενικών θεωρητικών και πρακτικών γνώσεων ως επίσης ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων, σε θέματα θεραπευτικών μεθόδων ατομικής οικογενειακής και ομαδικής παρέμβασης.

Οι αντικειμενικοί στόχοι μιας τέτοιας εκπαίδευσης είναι η ευαισθητοποίηση και η ανάπτυξη σεβασμού για την δουλειά που ο καθένας προσφέρει και η γεφύρωση του χάσματος που σήμερα υπάρχει μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, που είναι ανασταλτικός παράγοντας στη συνεργασία που πρέπει να υπάρχει.

3. Η δημιουργία διεπιστημονικού κλίματος, όπου ο επαγγελματικός σοβινισμός να μην έχει θέση αφού είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι τα συμφέροντα του ασθενή, εξυπηρετούνται καλύτερα, όταν υπάρχει ουσιαστική, όχι τυπική σύνδεση και συνεργασία μεταξύ αυτών που τον βοηθούν να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του.

4. Η δημιουργία κέντρων εκπαίδευσης σπουδαστών κοινωνικής εργασίας, όπου θα μπορούν να αποκτήσουν εξειδίκευση στον τομέα αυτό, σύμφωνα με τα πρότυπα εκπαίδευσης σε ψυχιατρικά πλαίσια του εξωτερικού. Η δημιουργία τέτοιων κέντρων εκπαίδευσης, ετοιμαζει κοινωνικούς λειτουργούς για τις ειδικές ανάγκες των ψυχιατρικών πλαισίων.

Τελειώνοντας αυτό το κεφάλαιο, που αναφέρεται στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, πρέπει πρώτα να αναφερθεί η αναγκαιότητα ύπαρξης του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχιατρικές κλινικές Γενικού Νοσοκομείου και σε Δημόσια ψυχιατρεία καθώς και σε πολλά άλλα πλαίσια.

Κάτι ακόμη που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και που παρατηρήθηκε στην ψυχιατρική κλινική είναι ότι το έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι ένα δύσκολο γενικά έργο και όχι πάντα αποδοτικό, λόγω του ότι πολλά είναι τα εμπόδια που το δυσκολεύουν και δίχως κάποια υποστήριξη είναι πολλές φορές σχεδόν αδύνατο να υπερπηδηθούν όλα τα εμπόδια για να ανοιχτεί ο δρόμος και να ολοκληρωθεί το δύσκολο έργο του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Α. Σκοπός και είδος έρευνας

Σύμφωνα με το θέμα της παρούσας μελέτης, το ερευνητικό μέρος θα έπρεπε να έχει ως σκοπό τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας της ομαδικής θεραπείας για ενήλικες ασθενείς.

Αυτό καθίσταται δύσκολο, για το λόγο ότι οι ομάδες χρειάζεται να μελετηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα και μεταξύ άλλων ενεργειών να συγκριθούν τα αποτελέσματα με άλλους τρόπους θεραπευτικής προσέγγισης.

Επειδή όμως αυτό δεν ήταν εφικτό με τις δυνατότητες της παρούσας πτυχιακή, η μελέτη περιορίστηκε μόνο στις αντιλήψεις των θεραπειών που συντονίζουν τέτοιες ομάδες, για να δοθεί μια αρχική εκτίμηση της λειτουργίας των ενδονοσοκομειακών θεραπευτικών ομάδων.

Για να εξυπηρετηθεί αυτός ο σκοπός συντάχθηκε και χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Ε) και έγινε καταγραφή των αντιλήψεων των θεραπειών.

Οι επιμέρους στόχοι που ερευνήθηκαν είναι:

1. Ποια θεωρητική προσέγγιση ταιριάζει περισσότερο στα ελληνικά δεδομένα.

2. Ποιες προϋποθέσεις πρέπει να πληρεί ο υποψήφιος συντονιστής για να αναλάβει ηγετικό ρόλο σε ομάδες ψυχιατρικού τομέα. Επίσης να ερευνηθεί πόσο δημοφιλής είναι η ομαδική θεραπεία στις κλινικές και στα νοσοκομεία που νοσηλεύουν ενήλικες ψυχικά ασθενείς σε όλη την Ελλάδα.

Το σκεπτικό για την έρευνα ήταν κατ'αρχήν να εξετάσθει εάν εφαρμόζεται η ομαδική θεραπεία και σε ποιες κλινικές -νοσοκομεία. Στη συνέχεια, τι ομάδες πραγματοποιούνταν (ποιος ο σκοπός τους), πως λειτουργούν και σύμφωνα με την άποψη των συντονιστών αν ήταν βοηθητικές ή όχι.

Για να εκπληρωθεί ο σκοπός καθώς και οι επιμερους στόχοι της έρευνας θεωρήθηκε κατάλληλο να γίνει έρευνα διερευνητικού τύπου.

Διευρευνητική είναι η έρευνα "όταν ο πρωταρχικός σκοπός είναι η διατύπωση ενός προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση, η διατύπωση υποθέσεων ή η ιεράρχηση προτεραιοτήτων για παρά πέρα έρευνα" (Σπουδαστήριο Κοινωνιολογία ΠΑΣΠΑ, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1977, σελ. 27)

B. Κατάρτιση σχεδίου έρευνας

I. Ερευνώμενος πληθυσμός - Δειγματοληψία

Για την πραγματοποίηση της έρευνας επιλέχθηκε ως πληθυσμός οι συντονιστές των ομάδων της κάθε κλινικής και νοσοκομείου, οι οποίοι ανήκουν σε ποικίλες ειδικότητες όπως: ψυχίατροι, ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, εργοθεραπευτές και νοσηλευτές.

Επειδή το θέμα είναι δύσβατο, άγνωστο και η ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα ευαίσθητο κομμάτι της ζωής και λειτουργικότητας του ανθρώπου, σύμφωνα και με την βοήθεια της υπεύθυνης καθηγήτριας και κατόπιν συλλογιστικής με τον υπεύθυνο των ομάδων και το προσωπικό της κλινικής κρίθηκε σκόπιμο και πραγματοποιήθηκε προέρευνα στην ψυχιατρική κλινική του Π.Π.Γ.Ν.Π. (ρίου) που στεγάζεται στον Νοσκ. Αγ. Ανδρέας. Ο λόγος που επιλεχθηκε η συγκεκριμένη κλινική ήταν, αφενός ότι αποτελεί ένα χώρο γνωστό στους μελετητές λόγω της πραγματοποίησης της εξαμηνιαίας πρακτικής στο επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού και αφετέρου επειδή η προέρευνα απαιτεί ιδιαίτερη προσπάθεια στο επίπεδο του σχεδιασμού.

Γ. Προσδιορισμός τρόπου συλλογής πληροφοριών

Προέρευνα - Έρευνα

Όσον αφορά την πραγματοποίηση της προέρευνας αρχικά έγινε τηλεφωνική επικοινωνία με τον υπεύθυνο των ομάδων. Σε συνεργασία μαζί του, κλείστηκε ραντεβού με τους υπόλοιπους συντονιστές των ομάδων.

Σκοπός της συνάντησης αυτής ήταν να δοθούν τα ερωτηματολόγια (Παράρτημα Ε) που ήταν προσωπικό για κάθε ερωτώμενο, να συζητηθούν ορισμένες απορίες και να δοθούν οι απαραίτητες διευκρινήσεις.

Τους τέθηκε χρονικός περιορισμός δύο (2) ημερών για την συμπλήρωση των κι' αυτό επειδή ευρίσκόμενοι στο στάδιο του σχεδιασμού ήταν απαραίτητα μικρότερα και προσεκτικότερα βήματα για την αποφυγή λαθών που θα δυσκόλευαν την περαιτέρω ερευνητική διαδικασία.

Ταυτόχρονα με την λήψη του κάθε ερωτηματολογίου υπήρξε μια συζήτηση με τους συντονιστές των ομάδων με σκοπό να διατυπωθούν παρατηρήσεις και επισημάνσεις που αφορούσαν την υφή του ερωτηματολογίου και το είδος των ερωτήσεων.

Έχοντας ως βάση τις παραπάνω παρατηρήσεις και κατόπιν συλλογισμών με την υπεύθυνη καθηγήτρια έγιναν διορθώσεις στο ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Ε).

Με το πέρας των διαδικασιών το ερωτηματολόγιο πήρε την τελική του μορφή και προσωρήσαμε στην επόμενη φάση που ήταν η οργάνωση της έρευνας.

I. Κατάρτιση πλαισίου

Η επιλογή των ψυχιατρικών υπηρεσιών που ήταν δυνατό να επισκεφτούμε, σύμφωνα με το πλαίσιο - κατάλογο (Παράρτημα Γ) δόθηκε από την υπεύθυνη καθηγήτρια και περιέχει Νοσοκομεία - κλινικές ιδρύματα ψυχιατρικού τομέα στην Ελλάδα.

II. Απόφαση για την φύση των πληροφοριών

- Έγιναν τηλεφωνικές επικοινωνίες με τις επιλεγόμενες ψυχιατρικές υπηρεσίες, με σκοπό την διερεύνηση της ύπαρξης και λειτουργίας ομάδων και του διακανονισμού των απαραίτητων συναντήσεων.
- Προσέλευση στο κάθε νοσοκομείο - κλινική που είχε προγραμματισθεί, συνάντηση και προσωπική επαφή με τον

Μεθοδολογία

υπεύθυνο και τους συντονιστές των ομάδων με σκοπό την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

- Λήψη των ερωτηματολογίων και συζήτηση με τον κάθε συντονιστή.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην έρευνα ήταν η εξής:

Η επιλογή των ψυχιατρικών υπηρεσιών έγινε βάση πρακτικών κριτηρίων όπως ο χρόνος που διαθέταμε για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας, ο οποίος ήταν περιορισμένος καθώς και το υψηλό οικονομικό κόστος που δεν ήταν δυνατό να ανταπεξέλθουμε.

Συγκεκριμένα η επιλογή περιλάμβανε τα εξής ψυχιατρικά πλαίσια.

- Πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
- Γενικό Νοσοκομείο Βόλου - Ψυχιατρικός Τομέας
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο "Ευαγγελισμός"
- Ψυχιατρική κλινική, Αθήνα
- Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών
- Αιγινίτειο Νοσοκομείο (Νοσοκομείο Ημέρας).
- Κέντρο επαγγελματικής προεργασίας (Αιγινίτειο Νοσοκομείο), Αθήνα

Στο παράρτημα Γ Αναφέρεται αναλυτικά ο κατάλογος των ψυχιατρικών πλαισίων που δεν ήταν δυνατή η προσέλευση. Για την εύκολότερη προσέλευση μας στα ψυχιατρικά πλαίσια που είχαμε κλείσει ραντεβού, προσκομίσαμε (κατόπιν συννενοήσεων με την υπεύθυνη καθηγήτρια), ένα έντυπο (παράρτημα Δ) από τον προϊστάμενο του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας κ. Θ. Παπαδημητρίου, στο οποίο αναφερόταν το θέμα της έρευνας μαζί με την παράκληση να μας διευκολύνουν στην διεξαγωγή της εργασίας μας. Έτσι την εβδομάδα από 13-3-95 έως και τις 20-3-95 πραγματοποιήθηκε η έρευνα αρχίζοντας, ταυτόχρονα (χωρισμένοι σε δύο ομάδες) από Αθήνα και Βόλο και συνεχίζοντας Θεσσαλονίκη και Ιωάννινα.

III. Απόφαση για τον τρόπο συλλογής πληροφοριών

Σύμφωνα με την φύση του ερευνώμενου αντικειμένου (τους συντονιστές των θεραπευτικών ομάδων) επιλέχθηκε ως αποτελεσματικότερη μέθοδος για την συλλογή των πληροφοριών, ερωτηματολόγιο συνέντευξης (INTERVIEW SCHEDULE).

α. Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τριάντα (30) ερωτήσεις, οι οποίες ανήκουν στις εξής κατηγορίες:

- Πραγματικές ερωτήσεις
- Ερωτήσεις γνώμης ή πίστης
- Προκατασκευασμένες, κλειστες, ανοικτές και

- Άμεσες ερωτήσεις.

β. Η διατύπωση των ερωτήσεων

Τέθηκε ως κριτήριο η κάθε έρωτηση να υποκινεί τον ερωτώμενο να δώσει την επιθυμητή πληροφορία με την απάντησή του . Επίσης οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν έτσι ώστε να μην κατευθύνεται ο ερωτώμενος από αυτές. Ακόμη για το λόγο ότι το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε επιστημονικό προσωπικό η ορολογία που χρησιμοποιήθηκε, ανταποκρινόταν στο επίπεδο των ερωτώμενων.

Με βάση τα παραπάνω συμπληρώθηκαν εισοδιδύο (22) ερωτηματολόγια.

Περνώντας στην τελευταία φαση είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν υπήρξε αυστηρός χρόνικός περιορισμός για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ο χρόνος κατά μέσο όρο κυμάνθηκε από τριάντα λεπτα (30') έως ακι εβδομήνταπέντε λεπτα (75') της ώρας.

Βέβαια υπήρξαν και ορισμένες εξαιρέσεις που μας έδωσαν τα ερωτηματολόγια μετά από μία (1) ημέρα και ακόμη δύο (2) που μας τα έστειλαν ταχυδρομικώς ύστερα από μια εβδομάδα, λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας την συγκεκριμένη περίοδο.

Κατα την λήψη των ερωτηματολογίων συζητήθηκαν με τους συσυντονιστες οι απόψεις τους πάνω στο συγκεκριμένο θέμα έρευνας.

Επειδή η συνεργασία μαζί τους υπήρξε ικανοποιητική, θεωρήθηκε απαραίτητο να τους σταλεί ευχαριστήρια επιστολή, η οποία αναφέρεται στο παράρτημα 7.

IV. Τρόπος αντιμετώπισης αποτυχιών

Στο στάδιο του σχεδιασμού της έρευνας ένα πολύ σημαντικό μέρος είναι ο τρόπος αντιμετώπισης αποτυχιών. Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν υπήρξαν αποτυχίες και εμφανείς δυσκολίες, έτσι ώστε να τεθεί υπό αμφισβήτηση το σύνολο των δεδομένων της έρευνας.

V. Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων

Συγκεκριμένη στατιστική μέθοδος ανάλυσης δεδομένων δεν χρησιμοποιήθηκε κι αυτό διότι το δείγμα δεν ήταν επαρκές για μηχανογράφηση ή περαιτέρω επεξεργασία μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Συνεπώς η επεξεργασία και η ανάλυση δεδομένων έγινε από τους μετέχοντες σπουδαστές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Α. Συμπεράσματα Προέρευνας

Το στάδιο εξαγωγής συμπερασμάτων αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι κάθε ερευνητικής μελέτης, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για συμπεράσματα προέρευνας που αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία θα στηριχτεί η κυρίως έρευνα.

Κατ'αρχήν θέσαμε ορισμένες παραμέτρους με σκοπό την καλύτερη σύνταξη του ερωτηματολογίου, οι οποίες λειτούργησαν διευκολωτικά στην επεξεργασία των δεδομένων.

Έτσι η προέρευνα πραγματοποιήθηκε στην ψυχιατρική κλινική του Π.Π.Γ.Ν.Π. ρίου η οποία στεγάζεται στο Γ.Ν.Π. "Άγιος Ανδρέας" αρχίζοντας από την πρώτη παράμετρο που αναφέρεται στην "θεωρητική βάση της ομαδικής θεραπείας στη συγκεκριμένη κλινική" συμπεραίνουμε ότι:

- Η λειτουργία της ομάδας στηρίζεται στην συστηματική, υποστηρικτική προσέγγιση, χρησιμοποιώντας αναπτυξιακού τύπου μοντέλο.
- Στην εφαρμογή της παραπάνω θεωρίας δεν υπήρξε ιδιαίτερη δυσκολία.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι από το σύνολο των πέντε(5) ερωτηματολογίων, τα δύο(2) δεν απαντήθηκαν σε όλες τις ερωτήσεις της παραμέτρου (1, έως και 3α). Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι:

Αποτελέσματα έρευνας

- Δε γνωρίζουν τη θεωρητική βάση που εφαρμόζεται στην συγκεκριμένη κλινική.
- Δεν υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας των θεραπειών.

Η δεύτερη παράμετρος περιλαμβάνει τα "κριτήρια για την ανάληψη συντονιστικού ρόλου (Leadership) στην ομάδα", (ερωτήσεις 4 έως και 10).

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν συμπεραίνουμε ότι:

- Η επιλογή του συντονιστή εξαρτάται από τον υπεύθυνο των ομάδων.
- Το βασικότερο κριτήριο για την επιλογή του είναι η εκπαίδευση στην συγκεκριμένη τεχνική.
- Οι ειδικότητες που προτιμούνται για την ανάληψη συντονιστικού ρόλου στην ομάδα είναι σύμφωνα με τις απαντήσεις:

κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχίατρος, Νοσηλεύτης και γυκολόγος.

- Βασικά προσόντα για τη λήψη συντονιστικού ρόλου στην ομάδα είναι η εμπειρία στην ομαδική θεραπεία, και η συμμετοχή στις εκπαιδευτικές συναντήσεις με θεωρητική ομαδική κατάρτιση.

Η τρίτη παράμετρος περιλαμβάνει την "περιγραφή της ομάδας", (ερωτήσεις 11, έως και 19)

Τα συμπεράσματα από τις απαντήσεις που δόθηκαν είναι τα εξής:

Αποτελέσματα έρευνας

- Η ομάδα είναι μεγάλη (πάνω από 7 μέλη), ανοικτή ως προς την προσέλευση νέων μελών, ανομοιογενής ως προς τη διάγνωση, ετερογενής ως προς την ηλικία και το φύλο.
- Οι ομαδικές συναντήσεις είναι τακτικές δηλαδή γίνονται με ορισμένη τάξη ή τρόπο και σε ορισμένο χρόνο.
- Οι θεραπευτικές ομάδες λαμβάνουν χώρα περισσότερες από τρεις φορές την εβδομάδα.
- Ο χρόνος διάρκειας κάθε ομαδικής συνάντησης είναι εξήντα (60) λεπτά και σύμφωνα με τις απαντήσεις των συντονιστών θεωρείται επαρκής. Αυτό "βασίζεται σε συγκεκριμένες, σε μεταφορικές φράσεις των ασθενών και σε μη λεκτικά μηνύματα.
- Τα κριτήρια για την επιλογή των ασθενών που θα συμμετάσχουν στις ομάδες είναι να μην είναι βαριά διαταραγμένα και να μην αρνούνται επίμονα.

Η τέταρτη παράμετρος περιλαμβάνει τις "αλλαγές στην πορεία της ασθένειας", (ερωτήσεις 20,21). Από τις απαντήσεις που δόθηκαν συμπεραίνουμε ότι:

- Οι αλλαγές που παρατηρήθηκαν είναι η καλύτερη προσαρμογή, η συμμετοχικότητα, η επικοινωνία με το περιβάλλον και η δυνατότητα έκφρασης.

Αποτελέσματα έρευνας

Η πέμπτη παράμετρος περιλαμβάνει μια σύντομη 'αναφορά στις θεραπευτικές προσεγγίσεις' που εφαρμόζονται στην συγκεκριμένη κλινική (ερωτήσεις 22, έως και 24).

Τα συμπεράσματα είναι:

- Η φαρμακοθεραπεία επηρεάζει πολύ την πορεία της ασθένειας του νοσηλευόμενου.
- Στην συγκεκριμένη κλινική δίδεται περισσότερο βάση στην φαρμακοθεραπεία και στην ομαδική θεραπεία.

Η έκτη και τελευταία παράμετρος αφορά την "αξιολόγηση της ομαδικής θεραπείας" (ερωτήσεις 25 έως και 30).

Τα συμπεράσματα από τις απαντήσεις που δόθηκαν είναι τα εξής:

- Η ομαδική θεραπεία που εφαρμόζεται στην συγκεκριμένη κλινική επιτυγχάνει τον σκοπό της που είναι η υποβοήθηση της θεραπείας της ασθένειας.
- Με γνώμονα τη συμμετοχή στην ομάδα οι ασθενείς πιστεύουν και ελπίζουν στην βοήθεια της ομαδικής θεραπείας.
- Στις μετασυνεδριακές συζητήσεις που πραγματοποιούνται για την αποτελεσματικότητα της κάθε ομαδικής συνάντησης, συμμετέχουν μόνο οι θεραπευτές (συντονιστής και συνδραφευτές).

Κλείνοντας το κεφάλαιο των συμπερασμάτων της προέρευνας αναφέρουμε ότι οι συντονιστές που απάντησαν στα ερωτηματολόγια,

Αποτελέσματα έρευνας

ανήκουν στις εξής ειδικότητες: Ψυχίατροι, Κοινωνικοί Λειτουργοί και Νοσηλεύτριες.

B. Συμπεράσματα έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ενδονοσοκομειακούς χώρους με ενήλικες ασθενείς και που απευθυνόταν στους συντονιστές των ομάδων, είχε σαν στόχο την καταγραφή των αντιλήψεων των θεραπειών για τη λειτουργία των ομάδων.

Πριν προχωρήσουμε στο στάδιο εξαγωγής συμπερασμάτων της έρευνας, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφέρουμε ότι σε ολόκληρη την Ελλάδα λειτουργούν τριάνταένα (31) ψυχιατρικά πλαίσια (κλινικές, νοσοκομεία, ιδρύματα). Στα είκοσι (20) από αυτά, δεν πραγματοποιείται καμία ομαδική θεραπεία. Από τα υπόλοιπα έντεκα (11) στα οποία λειτουργούν θεραπευτικές ομάδες, είχαμε τη δυνατότητα να επισκεφθούμε τα επτά (7), τα οποία καλύπτουν το 63,63% των ψυχιατρικών πλαισίων που γίνονται ομάδες.

Η έρευνα έλαβε χώρα στα εξής ψυχιατρικά πλαίσια:

1. Περιφερειακό, Πανεπιστημιακό, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, ψυχιατρική Πανεπιστημιακή κλινική, Γενικού Νοσοκομείου Πάτρας "Ο Άγιος Ανδρέας". (προέρευνα).
2. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο "Ο Ευαγγελισμός", Ψυχιατρικός Τομέας, Αθήνα.
3. Αιγινήτειο Νοσοκομείο Ημέρας, Αθήνα

4. Κέντρο Επαγγελματικής Προεκπαίδευσης (Αιγινήτειο Νοσοκομείο), Αθήνα.
5. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου- Ψυχιατρικό Τομέας
6. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
7. Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

Τελειώνοντας τη συλλογή των δεδομένων από τις παραπάνω ψυχιατρικές κλινικές - νοσοκομεία, και ακολουθώντας το σκεπτικό ανάλυσης των ερωτηματολογίων της προέρευνας, προχωρήσαμε στην εξαγωγή συμπερασμάτων της έρευνας.

Από την πρώτη παράμετρο που αναφέρεται στην "Θεωρητική βάση της ομαδικής Θεραπείας, (ερωτήσεις 1, έως και 3α), συμπεραίνουμε ότι:

- Η λειτουργία της ομάδας στηρίζεται σε συγκεκριμένο αρκετών θεωρητικών προσεγγίσεων όπως: ομαδική αναλυτική ψυχοθεραπεία, συστημική με βάση υποστηρικτικές και συμβουλευτικές αρχές του YALOM, FOULKES, MORENO, PERLS και ψυχοδυναμικό μοντέλο.

- Στην εφαρμογή των παραπάνω θεωριών δεν υπήρξε ιδιαίτερη δυσκολία. Όπου υπήρξε αντιμετωπίστηκε με θεωρία που είχε ως βάση τη λύση των προβλημάτων των ασθενών.

Η δεύτερη παράμετρος περιλαμβάνει τα "κριτήρια για την ανάληψη συντονιστικού ρόλου (leadership) στην ομάδα", (ερωτήσεις 4 έως και 10).

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν συμπεραίνουμε ότι:

Αποτελέσματα έρευνας

- Η επιλογή του συντονιστή εξαρτάται κυρίως από τη θεραπευτική ομάδα και κατά δεύτερο λόγο από τον υπεύθυνο των ομάδων.

- Τα κριτήρια για την επιλογή του (κατά σειρά προτιμήσεως) είναι: η εκπαίδευση στην συγκεκριμένη τεχνική, η ειδικότητα του θεραπευτή και τέλος η εμπειρία, οι ικανότητες και τα κίνητρα.

- Οι ειδικότητες που προτιμούνται για την ανάληψη συντονιστικού ρόλου στην ομάδα είναι πρώτα κοινωνικός λειτουργός, δεύτερον ψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσηλευτής και τρίτον εργοθεραπευτής.

- Δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη εκπαιδευτική διαδικασία που παρακολουθεί ο υποψήφιος συντονιστή αλλά όταν υπάρχει, αυτή είναι η εκπαίδευση, η εμπειρία, η θεωρητική κατάρτιση και η ειδίκευση σε αντικείμενο απασχόλησης.

- Η ύπαρξη δύο συντονιστών συμβάλλει περισσότερο στην επίτευξη των σκοπών της ομάδας.

Η τρίτη παράμετρος περιλαμβάνει την "περιγραφή της ομάδας", (ερωτήσεις 11 έως και 19).

Τα συμπεράσματα που απορρέουν είναι τα εξής:

- Οι ομάδες που λειτουργούν είναι ως προς το μέγεθος μικρές αλλά και μεγάλες. Ως προς την προσέλευσης των νέων μελών είναι περισσότερο ανοικτές παρά κλειστές.

Ως προς τη διάγνωση είναι ανομοιογενής, ως προς την ηλικία και το φύλλο είναι ετερογενείς.

Αποτελέσματα έρευνας

- Στις περισσότερες κλινικές - Νοσοκομεία πραγματοποιείται ξεχωριστή ομαδική θεραπεία για τους αποθεραπευτές.
- Οι ομαδικές συναντήσεις είναι τακτικές δηλ. γίνονται με ορισμένη τάξη και τρόπο και σε ορισμένο χρόνο.
- Οι θεραπευτικές ομάδες λαμβάνουν χώρα στις περισσότερες κλινικές μία φορά την εβδομάδα και ισάριθμα σε άλλες περισσότερες από τρεις φορές.
- Η προσέλευση των ασθενών στην ομάδα είναι υποχρεωτική και ο χρόνος διάρκειας της είναι 50-60' λεπτά. Αυτός θεωρείται επαρκής και η εκτίμηση αυτή βασίζεται σε μη λεκτικά μηνύματα, σε συγκεκριμένες αλλά και σε μεταφορικές φράσεις των ασθενών.
- Τα κριτήρια για την επιλογή των ασθενών που θα συμμετάσχουν στις ομάδες είναι να μην είναι διεγερτικοί, να είναι λειτουργικοί, να μην πάσχουν από άνοια και επιλέγονται ακόμη ανάλογα με ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, διαγνωστική κατηγορία και επίπεδο λειτουργικότητας.
- Οι ασθενείς, στην διαδικασία της ομαδικής θεραπείας συμμετέχουν. πρώτον εκφράζοντας την άποψη τους, δεύτερον ακολουθώντας τις υποδείξεις του συντονιστή, τρίτον αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες και τέταρτον εκφράζοντας συναισθήματα και προτάσεις. Ενθαρρύνονται να επικοινωνούν και οι συντονιστές παρατηρούν τόσο τη λεκτική όσο και τη μη λεκτική επικοινωνία τους.

Αποτελέσματα έρευνας

Η τέταρτη παράμετρος περιλαμβάνει τις "αλλαγές στην πορεία της ασθένειας",

(ερωτήσεις 20-21).

Τα συμπεράσματα είναι:

- οι αλλαγές που παρατηρήθηκαν είναι

α. Κινητοποίηση ασθενών, επικοινωνία, από κτήση κάποιας σχετικής αυτογνωσίας, αλλαγές στη συμπεριφορά και στους τρόπους επικοινωνίας, μείωση της συμπτωματολογίας, τόνωση αυτοεκτίμησης, κοινωνικοποίηση και έκφραση προβλημάτων, βελτίωση των σχέσεων, χαλάρωση εσωτερικών εντάσεων.

β. Μείωση άγχους και ανασφάλειας, υιοθέτηση νέων υγιών ρόλων και αίσθηση μεγαλύτερου ελέγχου του εαυτού τους.

γ. Λιγότερες υποτροπές και περιορισμένες νοσηλείες.

Μερικές φορές παρατηρούνται και αρνητικές αλλαγές όπως λογόρροια, διεγέρσεις και εμφάνιση μελαγχολικών συμπτωμάτων.

Η πέμπτη παράμετρος περιλαμβάνει μια σύντομη "αναφορά στις θεραπευτικές προσεγγίσεις" (ερωτήσεις 22 - 24).

Τα συμπεράσματα που απορρέουν είναι:

- Η φαρμακοθεραπεία επηρεάζει αρκετά έως πάρα πολύ την πορεία της ασθένειας του νοσηλευομένου.

Αποτελέσματα έρευνας

- Θεραπείες οι οποίες βοηθούν περισσότερο τον ασθενή είναι (κατά σειρά προτίμησης)= η φαρμακοθεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η κοινωνική εργασία με οικογένεια, με ομάδες, ή ατομική ψυχοθεραπεία και η κοινωνική εργασία με άτομα.

Η έκτη και τελευταία παράμετρος αφορά την "αξιολόγηση της ομαδικής θεραπείας" (ερωτήσεις 25 έως και 30).

Τα συμπεράσματα από τις απαντήσεις που δόθηκαν είναι τα εξής.

- Η ομαδική θεραπεία που είναι η υποβοήθηση της θεραπείας της ασθένειας.

- Με γνώμονα τη συμμετοχή στην ομάδα, οι ασθενείς ως επί το πλείστον πιστεύουν και ελπίζουν στη βοήθεια της ομαδικής θεραπείας.

- Στις μετασυνεδριακές συζητήσεις που πραγματοποιούνται για την αποτελεσματικότητα της κάθε ομαδικής συνάντησης, συμμετέχουν (κατ' σειρά προτίμησης)

α. Μόνο οι θεραπευτές(συντονιστές και συνθεραπευτές)

β. Θεραπευτές, επιβλέποντες και εκπαιδευόμενοι.

Οι συντονιστές που απάντησαν στα ερωτηματολόγια ανήκουν στις εξής ειδικότητες:

Ψυχολόγοι, κοινωνικοί Λειτουργοί, ψυχίατροι, νοσηλευτές και εργοθεραπευτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κατά την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης δόθηκε η ευκαιρία να αποκομισθούν πρωτόγνωρες εμπειρίες πάνω στην ομαδική θεραπεία, να αποκτηθεί μια όσο το δυνατόν, σφαιρική αντίληψη της κατάστασης που επικρατεί στα ψυχιατρικά πλαίσια στη χώρα μας, αλλά και να διαπιστωθούν ελλείψεις πάνω στις οποίες βασίζονται οι προτάσεις που ακολουθούν:

1. Να καταγραφεί η εμπειρία των θεραπειών που ασχολούνται με ομάδες έτσι ώστε να εμπλουτιστεί η ελληνική βιβλιογραφία.

Υπάρχουν αξιόλογοι επιστήμονες με επειρία ετών πάνω στην ομαδική θεραπεία, οι οποίοι μπορούν να δώσουν μια γενική εικόνα της ελληνικής πραγματικότητας.

Επίσης να δοθεί περισσότερη βαρύτητα στην μετάφραση σύγχρονων ξενόγλωσσων άρθρων και βιβλίων έτσι ώστε να είναι ευκολότερη η μελέτη και χρησιμοποίηση της γνώσης αυτής.

2. Να γίνεται προέρευνα ιδίως όταν το θέμα της πτυχιακής δεν έχει μελετηθεί ή έχει ελλιπή βιβλιογραφία.

Η προέρευνα αποτέλεσε ένα βασικό κομμάτι της ερευνητικής διαδικασίας, πάνω στα συμπεράσματα της οποίας βασίστηκε η έρευνα. Δόθηκε μια πρώτη εικόνα των δυσκολιών που ίσως θα παρουσιαζόταν στην έρευνα καθώς και αποφασίσθηκε ο τρόπος χειρισμού τους.

3. Να εφαρμοστεί η ιδέα του επιδοτούμενου ερευνητικού προγράμματος με σκοπό την προώθηση της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας, η οποία έχει ένα ευρύ φάσμα πρακτικών εφαρμογών. Σε πολλούς τομείς των εφαρμογών αυτών υπάρχει ελλιπής γνώση. Με την λειτουργία διαφόρων ερευνητικών προγραμμάτων ενισχύονται οι γνώσεις και τα στοιχεία του κάθε τομέα.

4. Σύμφωνα με το ερευνητικό μέρος της παρούσας μελέτης, δεν πραγματοποιούνται ομάδες σε ψυχιατρικά πλαίσια σε ένα μεγάλο ποσοστό (64,5%). Για το λόγο αυτό θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να ερευνηθούν τα αίτια της μη λειτουργίας ομάδων στα παραπάνω πλαίσια.

5. Υπαρξη άμεσης και ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ των θεραπειών για την καλύτερη λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας και την επίτευξη των στόχων της.

Όταν ο συντονιστής δεν επικοινωνεί με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, παρουσιάζεται δυσλειτουργία και διάσπαση απόψεων, και αυτό αναφέρεται στα συμπεράσματα της προέρευνας. Σαν αποτέλεσμα τούτου, είναι η λήψη αρνητικών μηνυμάτων από τους ασθενείς, η επίμονη άρνηση συμμετοχής στην ομαδική συνάντηση και η μη θεραπευτική έκβαση της ομαδικής συνεδρίας.

6. Να προωθηθούν ενημερωτικά προγράμματα από υπεύθυνους ομάδων των ψυχιατρικών πλαισίων στα οποία πραγματοποιούνται ομάδες, με σκοπό τον σχεδιασμό και την έναρξη λειτουργίας θεραπευτικών ομάδων και σε άλλα ψυχιατρικά πλαίσια.

Ιδιαίτερα να τονιστούν τα ευεργετικά αποτελέσματα στους ασθενείς που απορρέουν από τις ομαδικές συναντήσεις.

7. Οργάνωση περισσότερων συνεδρίων με θέμα την ομαδική θεραπεία έχοντας ως στόχο την ευαισθητοποίηση επαγγελματιών ψυχικής υγείας και την ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των συντονιστών.

Εφαρμόζοντας όσο το δυνατόν περισσότερες από τις προαναφερθέντες προτάσεις, πιστεύουμε ότι θα αυξηθεί ποσοτικά και θα βελτιωθεί ποιοτικά η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. Σε αυτό μπορεί να συμβάλει σημαντικά ο Κοινωνικός Λειτουργός με το σύνολο των γνώσεων που κατέχει.

Στο ερευνητικό στάδιο μπορεί να βοηθήσει στο σχεδιασμό της έρευνας με την γνώση και την εμπειρία που έχει αποκτήσει από την εκπαίδευσή του στην σχολή καθώς και από την εργασία του σαν επαγγελματίας. Επίσης μπορεί να ερευνήσει και τα αίτια της μη λειτουργίας ομάδων σε ψυχιατρικά πλαίσια και να οδηγηθεί σε κάποια συμπεράσματα.

Ακόμη είναι δυνατόν με βάση τις εμπειρίες του στην ομαδική θεραπεία, να συμμετάσχει σε συνέδρια ανταλλάσσοντας απόψεις με τους συντονιστές άλλων θεραπευτικών ομάδων.

Τελευταία, θα πρέπει να ειπωθεί ότι μέρος της δουλειάς του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να φροντίζει για την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη έκβαση της θεραπευτικής ομάδας καθώς και να χειρίζεται προβλήματα επικοινωνίας που ανακύπτουν μεταξύ των συντονιστών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ε.Κ. Ευρωπαϊκή κοινότητα

ΚΕ.Σ.Υ. Κεντρικό σύστημα υγείας

Ν.Π.Δ.Δ. Νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ν.Π.Ι.Δ. Νομικό πρόσωπο ιδιωτικού Δικαίου

Π.Γ.Ν. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο

Υ.Υ.Π.Κ.Κ.Α Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ψ.Υ. Ψυχική Υγεία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Α Ο ΝΟΜΟΣ 2071/92 ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

(Το παρακάτω παράρτημα συντάχτηκε με στοιχεία που ελήφθησαν από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Η διαδικασία της αντιμετώπισης της ψυχικής αρρώστειας, με τη διπλή σημασία της εντόπισης - αποδοχής και της περίθαλψης, εξακολουθεί να λειτουργεί (οι εξαιρέσεις πάντα θα υπάρχουν) μονοδιάστατα, με υπέρμετρο ζήλο στην εντόπιση, με υπερβολική δυσφορία στην αποδοχή και σημαντικές ελλείψεις στην περίθαλψη.

Η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών μπορεί να αποβεί (και συχνότερα αυτό γίνεται) στερητική των ατομικών τους δικαιωμάτων και ελευθεριών, επειδή οι επικρατούσες αντιλήψεις στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης δεν συνδέονται μόνο με τα χαρακτηριστικά της ψυχικής διαταραχής, αλλά και με βαθειά ριζωμένες κοινωνικές προκαταλήψεις.

Η νομοθεσία, που ίσχυε, επικεντρώνει την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής διαταραχής κυρίως στο δεσμό του ψυχιατρείου - ασύλου. Τα νομοθετικά διατάγματα 104/73 περί ψυχικής Υγείας και Περιθάλψεως των ψυχικά πασχόντων, οι υπουργικές αποφάσεις 3036/73 και 5345/78 καθώς και νόμος 1397/83 είναι κληρονομιά της παραδοσιακής αντίληψης για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και αποσκοπούν κυρίως στον κοινωνικό έλεγχο των ψυχικά ασθενών με την πιστοποίηση και τον εγκλεισμό. Αποτελούν τροχοπέδη στην εφαρμογή σύγχρονης ψυχιατρικής,

Παράρτημα

αφού επιτρέπεται βάσει αυτών να εγκλείονται στα ψυχιατρεία και στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, εκόντες, άκοντες, συχνότατα δια βίου, πολλοί ψυχωσικοί ασθενείς αλλά και άτομα με διανοητική καθυστέρηση, κατά παράβαση συνταγματικών και αστικών δικαιωμάτων και παρά την ύπαρξη του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας.

Ο νέος νόμος 2071/92 καθορίζει πλαίσια οργάνωσης και λειτουργίας της ψυχικής υγείας, υιοθετώντας τις σύγχρονες αντιλήψεις για τη φύση της ψυχικής διαταραχής και δεσμοθετεί την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τις εξής ρυθμίσεις: α) με την ίδρυση, τομεοποίηση και συντονισμό των μονάδων ψυχικής υγείας, β) με την προτεραιότητα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε σχέση με την ενδονοσοκομειακή, γ) με την αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, την κοινωνική τους επανένταξη και την επαγγελματική τους αποκατάσταση και δ) με την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

A/ Τομεοποίηση

Προϋπόθεση για μια αποδοτική ψυχιατρική παρέμβαση στην πρόληψη, περίθαλψη, κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών είναι η τομεοποίηση, η δημιουργία δηλαδή τομέων με την έννοια της εργασίας ομάδων επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένη γεωγραφικά περιοχή και τη φροντίδα μιας ορισμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Παράρτημα

Κάθε Τομέας Ψ.Υ. με τη νομοθετική ρύθμιση εξυπηρετεί τις ψυχιατρικές ανάγκες του πληθυσμού ενός νομού με ένα σύστημα αλληλοσυμπληρούμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται:

1. πλήρης παροχή υπηρεσιών, σε σύντομο χρονικό διάστημα και πάντοτε ανάλογη των ψυχιατρικών αναγκών των κατοίκων του νομού,
2. συνέχεια στην ψυχιατρική φροντίδα των περιθαλπτομένων μέσα στην κοινότητα με αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς κόστους - οφέλους,
3. συντονισμός όλων των Δημοσίων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγιεινής,
4. μείωση των εισαγωγών στα Ψυχιατρεία και αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ασθενών με παρέμβαση και αντιμετώπιση του ψυχιατρικού προβλήματος στο χώρο δημιουργίας του.

Β/Μονάδες ψυχικής υγείας

Οι νέες μονάδες ψυχικής υγείας που για πρώτη φορά δεσμοδετούνται περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και έχουν βασική λειτουργία την πρόληψη, τη θεραπευτική και αποκαταστασιακή περίθαλψη.

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες θα προσφέρονται σε πολυδύναμα Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικές Κλινικές Π.Γ. Νοσοκομείων, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές, Παιδοψυχιατρικές κλινικές, Ιδιωτικές Ψυχιατρικές κλινικές, Μονάδες εντατικής νοσηλείας, Κέντρα ημέρας, Κινητές μονάδες, Οικοτροφεία,

Παράρτημα

Ξενώνες, Προστατευμένα διαμερίσματα, Ανάδοχες οικογένειες, Μονάδες αποκατάστασης, Κέντρα προ - και επαγγελματικής κατάρτισης, Συνεταιρισμούς, Προστατευμένα εργαστήρια.

Με τις παραπάνω ρυθμίσεις, η προσφορά υπηρεσιών προς τον ψυχικά πάσχοντα δεν θα εξαντλείται στο χώρο μιας μόνο ψυχιατρικής Υπηρεσίας, ούτε θα περιορίζεται στη φαρμακευτική θεραπεία της κρίσεως αλλά θα επεκτείνεται και στους χώρους της πρόληψης νέων κρίσεων και της αποκατάστασης. Κάθε χρήστης υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας θα παρακολουθείται συνεχώς από θεραπευτική ομάδα της εκάστοτε κατάλληλης ψυχιατρικής Υπηρεσίας του Τομέα, στον οποίο ανήκει, για να υπάρχει η απαραίτητη συνέχεια στην παρακολούθησή του.

Γ/Νομικές ρυθμίσεις.

Νομοθετούνται ριζικές αλλαγές στη διαδικασία εισαγωγής ενός ατόμου που βρίσκεται σε κρίση, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και προσαρμόζονται η εκούσια και η ακούσια νοσηλεία, τόσο στα συνταγματικά δικαιώματα του Έλληνα πολίτη, όσο και στις καθιερωμένες επιστημονικές απόψεις της σύγχρονης ψυχιατρικής.

Ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία, κατοχυρώνονται τα δικαιώματα του ασθενούς, που συνοδεύονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, όπως τα έχουν όλοι οι νοσηλευόμενοι για οποιαδήποτε άλλη αιτία. Καθιερώνεται το χρονικό όριο των 2 μηνών για την εκούσια νοσηλεία, η οποία μπορεί να παραταθεί μόνο με σύμφωνη γνώμη

Παράρτημα

του ασθενούς και δεσμοδετούνται διαδικαστικά θέματα που έχουν ως στόχο την αποσυλοποίηση των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές.

Θεσμοδετείται η ακούσια νοσηλεία και ορίζονται οι προϋποθέσεις της. Για πρώτη φορά προβλέπεται στην Ελληνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία, ότι η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές, ηθικές ή πολιτικές αξίες που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθεαυτή ψυχική ασθένεια που θα επιτρέψει την ακούσια νοσηλεία του. Με το άρθρο αυτό προστατεύονται πλήρως άτομα με ιδιόμορφη κοινωνική συμπεριφορά.

Καθιερώνονται διαδικαστικές διατάξεις που προστατεύουν την ατομική ελευθερία του ασθενούς και τα δικαιώματά του, αλλά ταυτόχρονα και το κοινωνικό σύνολο από πιθανές πράξεις βίας. Προβλέπονται οι συνθήκες νοσηλείας, που πρέπει να επικρατούν κατά την ακούσια νοσηλεία κυρίως σε ότι αφορά την προσωπικότητα του ασθενή και την ατομική του ελευθερία, καθώς και οι διαδικασίες λήξεως ή διακοπής της. Είναι εμφανές ότι οι διατάξεις των άρθρων για την εκούσια και ακούσια νοσηλεία αποτελούν την νομοθετική ασπίδα των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων, αλλά και ταυτόχρονα καθιερώνουν μια νέα αντίληψη των πραγμάτων για την ψυχική υγεία. Τέλος οι κανόνες και οι αρχές που δεσμοδετούνται για την δημόσια ψυχική υγεία επιβάλλονται και στον ιδιωτικό τομέα που περιθάλλει ψυχιατρικούς ασθενείς.

Το νέο νομικό πλαίσιο, για την ψυχική υγεία που επεξεργάστηκε η επιτροπή Ψυχικής Υγείας και το Υ.Υ.Π.Κ.Κ.Α., σύγχρονο και ρεαλιστικό, αποτελεί το σχημα της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, αφού

Παράρτημα

αναβαθμίζει τη σημασία των συνολικών θεραπευτικών αναγκών, έναντι της καταστολής και επομένως και τον ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που δίνουν καθημερινά την μάχη με την ψυχική αρρώστεια και προσπαθούν να περιορίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις που αυτή συνεπάγεται στη ζωή των ατόμων και στην λειτουργία των κοινωνιών.

Παρά την δυσκαμψία του συστήματος της παραδοσιακής Ψυχιατρικής και τις αναμενόμενες αντιστάσεις του κοινωνικού συνόλου, ο νέος νόμος θα συντείνει στην προώθηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που την εγγυώνται επιπλέον οι δραστηριότητες ενός αξιολογικού δυναμικού επαγγελματιών ψυχικής Υγείας που εργάζονται με ενθουσιασμό και νοοτροπία σκαπανέων μιας νέας εποχής.

B. Ο ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815/84

Ο στόχος του

Στον Ελληνικό χώρο, η κατάσταση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στα μέσα της 10ετίας του 1980 χαρακτηριζόταν από την:

1. Ελλειψη ενός οργανωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος ψυχικής Υγείας.
2. Ελλειψη τομεοποίησης.
3. Ελλειψη ψυχιατρικών Τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία και Κέντρων Ψυχικής Υγείας.
4. Ελλειψη ενδιαμέσων δομών και αδυναμία κοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης των χρονίων ψυχικά ασθενών.

5. Αναποτελεσματική διαχείριση των πόρων.
6. Άνιση κατανομή μεταξύ κέντρου και περιφέρειας των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.
7. Ελλειψη εκπαιδευμένου στην ψυχιατρική νοσηλευτικού προσωπικού και κατάλληλου διοικητικού δυναμικού στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
8. Ελλειψη συστήματος παρακολούθησης και εξωτερικής αξιολόγησης των μονάδων ψυχικής υγείας.

Ο κανονισμός 815/84 του Συμβουλίου των ευρωπαϊκών Κοινοτήτων είχε ως στόχο "την εξασφάλιση οικονομικής ενίσχυσης στην Ελληνική Δημοκρατία, για την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και κέντρων αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση".

Αρχικώς είχε διάρκεια 5 ετών και συγκεκριμένα από 1/1/84 έως 31/12/88.

Την 1/6/84 η Ελλάδα ζήτησε από την Ε.Κ. και της εγκρίθηκε βοήθεια ύψους 60 εκατ. ECU για ένα σύνολο προγραμμάτων σχετικών με το αντικείμενο του καν. 815/84. Το σύνολο των προταθέντων προγραμμάτων κατά την 1η 4ετία (1984-1988) ήταν 182. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα προγράμματα που προτάθηκαν και εγκρίθηκαν αναφερόταν σε ένα ευρύτερο φάσμα δραστηριοτήτων, δεν είχαν αποκλειστικό στόχο την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των χρόνιων ψυχικά αρρώστων και αφορούσαν:

Παράρτημα

1. Την ανέγερση ή διαρρύθμιση, εξοπλισμό και λειτουργία κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης, αλλά και άλλων εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών δομών παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης.
2. Την πειραματική λειτουργία ενός αριθμού δομών προσανατολισμένων στις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ώστε να προσαποκτηθούν οι αναγκαίες εμπειρίες και πρακτικές.
3. Την εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη στελέχωση των νέων δομών ψυχιατρικής περίθαλψης.

Η Ε.Δ. από τα 60 εκατ. ECU που ζήτησε η Ελληνική Κυβέρνηση δέσμευσε για την περίοδο 1984-1989, τα 50.38, δηλ. το 84% των προγραμματισθέντων πόρων, από τα οποία η Ελλάδα απορρόφησε 14.43 εκατ. ECU (24,05%). Το ποσοστό απορρόφησης ως προς τους δεσμευμένους πόρους ήταν πολύ χαμηλό (28.64%).

Συνοπτική εξέλιξη των αρχικών προγραμμάτων του καν. 815/84

Από τα αρχικώς εγκεκριμένα 182 προγράμματα, μέχρι τον Ιούνιο 1990, είχαν τελειώσει τα 93, (52,0%). Από τα 8 προγράμματα κατάρτισης τελείωσαν τα 7 και από τα 49 πειραματικά τελείωσαν τα 32, (65.3%) ενώ συνεχίζονται τα 17 (34,7%). Η μεγαλύτερη καθυστέρηση υπήρξε στην κατηγορία των προγραμμάτων υποδομής.

Εχουν περατωθεί μόνο 54 έργα (47,2%) από εκείνα που εγκρίθηκαν για το διάστημα 1984-1988. Υπολείπονται 71 έργα, τα περισσότερα από τα οποία είτε βρίσκονται ακόμη σε αρχικά στάδια κατασκευής, είτε δεν έχει αρχίσει

καμία διαδικασία κατασκευής τους. Για πολλά από αυτά έχει αποφασιστεί η απόσυρσή τους.

Τα έργα, στην πλειοψηφία τους, είναι μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής. Πενήντα τέσσερις μονάδες (44,2%) έχουν αναπτυχθεί στο νομό Αττικής, ενώ τριάντα τέσσερες (27,8%) καλύπτουν τις ανάγκες της Θεσσαλονίκης. Από πλευράς εξειδίκευσης, η πλειονότητα των μονάδων είναι Ψυχιατρικοί Τομείς σε Γενικά Νοσοκομεία (14,7%), Κέντρα Ψυχικής Υγείας (15,5%), και Ξενώνες (17,2%).

Κριτική της εφαρμογής του Καν. 815/84.

Η σημαντική καθυστέρηση στην υλοποίηση των εγκριθέντων προγραμμάτων κατά το χρονικό διάστημα 1984-1989, οφειλόταν:

1.1 Στο ότι η εκτέλεση των προγραμμάτων είχε ανατεθεί σε ΝΠΔΔ, τα οποία υπήγοντο στο Δημόσιο Λογιστικό Σύστημα, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση γραφειοκρατικών δυσκολιών στην εξέλιξη των προγραμμάτων.

1.2 Στην έλλειψη υψηλού επιπέδου οργάνωσης των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στον ανεπαρκή συντονισμό τους με αντίστοιχες υπηρεσίες συναρμίδιων Υπουργείων.

1.3 Στην έλλειψη συντονισμού Κεντρικών και Περιφερειακών Υπηρεσιών.

2. Στη μη σύσταση Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας με αποτέλεσμα:

2.1 στην έλλειψη μακρόπνοου κεντρικού Σχεδιασμού.

2.2 σε αδυναμία εποπτείας της πορείας υλοποίησης και αξιολόγησης των εκτελούμενων προγραμμάτων.

2.3 σε αδυναμία εκπόνησης των επί μέρους αναγκαίων τροποποιητικών ή συμπληρωματικών μελετών του 5 ετούς σχεδίου.

2.4 στην έλλειψη ή ανεπαρκή ενημέρωση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας σχετικά με τον Καν. 815/84.

3. Στην αρνητική στάση της Κοινότητας απέναντι στους ψυχικά αρρώστους και τα διανοητικώς μειονεκτούντα άτομα.

4.1. Στην έλλειψη του αναγκαίου, ειδικά εκπαιδευμένου στην Κοινωνική Ψυχιατρική επιστημονικού και μη προσωπικού.

4.2 Στις δυσκολίες πρόσληψης των κατάλληλων προσώπων για τη στελέχωση των νέων ψυχιατρικών δομών.

5. Στη δομή των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Γενικών Περιφερειακών Νοσοκομείων, όπου, με ελάχιστες εξαιρέσεις, υπήρχε άγνοια της σκοπιμότητας και αδυναμία ανάπτυξης και διαχείρισης ψυχιατρικών υπηρεσιών προσανατολισμένων στην αποϊδρυματοποίηση και αποκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων και ατόμων με διανοητική καθυστέρηση.

6. Στη δυσκολία εξεύρεσης κατάλληλων οικοπέδων, κυρίως, στα μεγάλα αστικά κέντρα, για την ανέγερση των εγκαταστάσεων των νέων ψυχιατρικών δομών.

Αναστολή της εφαρμογής του Καν. 815/84

Οι ολιγωρίες, αδυναμίες και δυσκολίες που αναφέρθηκαν οδήγησαν στην καθυστέρηση της υλοποίησης των στόχων του Καν. 815/84. Έτσι στο τέλος της πρώτης 5ετίας από την εφαρμογή του κανονισμού 815/84 ένα μικρό μέρος μόνο των εγκριθέντων προγραμμάτων και των προγραμματισθέντων έργων είχε υλοποιηθεί. Το ουσιαστικό κέρδος αυτής της περιόδου ήταν η αθροισθείσα πείρα από τις δυσκολίες που είχαν αναφανεί. Συνεπώς, εκ των πραγμάτων, ήταν απαραίτητη η παράταση της χρονικής ισχύος του κανονισμού. Η ζητηθείσα παράταση εγκρίθηκε την 16/12/1988 από το Συμβούλιο με νέο Κανονισμό (4130/88) και ήταν 3ετούς διάρκειας με καταληκτική ημερομηνία των 31 Δεκεμβρίου 1991. Εκτός της χρονικής παράτασης, ο Καν. 4132/88 περιείχει και ορισμένες τροποποιητικές και δεσμευτικές διατάξεις για να εξασφαλιστεί η επίτευξη των στόχων της κοινοτικής παρέμβασης. Ζητούσε την εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης, τη δημιουργία επιτροπής παρακολούθησης και ελέγχου της εφαρμογής των προγραμμάτων και από τα πορίσματα αυτών εξαρτούσε την παραπέρα χρηματοσότηση.

Δυστυχώς και ο πρώτος χρόνος της παράτασης δεν απέδωσε τα αναμενόμενα. Επειδή μάλιστα δε τηρήθηκαν ορισμένες συμφωνίες και μετά από μία αρνητική εκτίμηση της πορείας υλοποίησης των έργων υποδομής και των προγραμμάτων αποκατάστασης, η ευρωπαϊκή κοινότητα ανέστειλε την χρηματοδότηση του καν. 815/84 έως ότου εκπληρωθούν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

1. η άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων του Κ.Θ. Λέρου.

2. η σύσταση από τις Ελληνικές αρχές επιτροπής παρακολούθησης και αξιολόγησης της εφαρμογής των προγραμμάτων.

3. η επεξεργασία, καταγραφή και κατάθεση των δέσεων της Ελληνικής Ψυχιατρικής για την υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Ενέργειες για την άρση της αναστολής εφαρμογής του καν. 815/84

Οι τρεις προηγούμενες προϋποθέσεις εκπληρώθηκαν.

Η επιτροπή μελέτης των προβλημάτων της Ελληνικής Ψυχιατρικής με τις τρεις ομάδες εργασίας για α) την τομεοποίηση , διαχείριση, εκπαίδευση, στελέχωση, β) τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση, γ) τη νομοθεσία, κατέθεσε ένα CORPUS κειμένων στη διήμερη επιστημονική συνάντηση, που οργανώθηκε στο Ζάππειο από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1-2 Δεκεμβρίου 1990), που αποτελούν τη θεωρητική βάση της μεταρρυθμιστικής πορείας των ψυχιατρικών πραγμάτων.

Το "πρόγραμμα Λέρος", που εξεπόνησε η επιτροπή ψυχικής Υγείας του ΚΕ.Σ.Υ. του Υπουργείου υγείας Πρόνοιας και κοινωνικών Ασφαλίσεων λειτούργησε άρτια και ήδη επιτυχώς έχει συντελεσθεί η μετακίνηση και η εγκατάσταση 120 ασθενών σε οικοτροφεία που δημιουργήθηκαν στους τόπους καταγωγής τους.

Παράρτημα

Συστάθηκε η επιτροπή αξιολόγησης που κατέθεσε την Α' Έκθεση παρακολούθησης των προγραμμάτων του καν. 815/84 τον Δεκέμβριο του 1990. Οι τρεις αξιολογητές διαπίστωσαν τη θετική πορεία των πραγμάτων προς την κατεύθυνση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Επιπλέον, το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων προκειμένου να διευκολύνει τη διοικητική ενόδωση των ενεργειών των σχετικών με την υλοποίηση του καν. 815/84, ίδρυσε και στελέχωσε αφ' ενός τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και αφ' ετέρου, προκειμένου να διευκολυνθεί στον καθόλου προγραμματισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συνέστησε την Επιτροπή Ψ.Υ. του ΚΕ.Σ.Υ., αποδεικνύοντας έτσι το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του σε θέματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Γ.Ν. Γενικό Νοσοκομείο

Ε.Κ. Ευρωπαϊκή Κοινότητα

Ε.Ψ.Υ. Επιτροπή Ψυχικής Υγείας

ΚΕ.Σ.Υ. Κεντρικό Σύστημα Υγείας

Κ.Θ. Λέρου Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.

Κ.Κ.Ψ.Υ. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Κ.Ψ.Υ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Ο.Α.Ε.Δ. Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού.

Π.Γ.Ν. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο

Υ.Υ.Π.Κ.Κ.Α. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ψ.Ν. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Ψ.Ν.Α. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Ψ.Ν.Θ. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Ψ.Τ. Ψυχιατρικός Τομέας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Α. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ

Το παρακάτω παράρτημα συντάχθηκε με στοιχεία που ελήφθησαν από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα ψυχικά νοσήματα είναι ένα από τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας. Έχουν μεγάλη συχνότητα, προσβάλλουν πολλούς ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας, απαιτούν μακρόχρονη θεραπεία, προξενούν μεγάλο πόνο και θλίψη αλλά και οικονομική αιμορραγία στις οικογένειες των πασχόντων και τέλος, όπως έχει σήμερα το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, απαιτούνται υψηλές δαπάνες για την αντιμετώπισή τους, ενώ η ωφελιμότητα για τους ασθενείς είναι μικρή.

Το υπάρχον σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης δημιουργήθηκε τυχαία και χωρίς μακρόπνοο κεντρικό προγραμματισμό. Λανθασμένες στάσεις εναντίον των ψυχικά ασθενών, τόσο από την πλευρά των ψυχιάτρων όσο και από εκείνη της κοινότητας, η απουσία Ελληνικής Ψυχιατρικής Σχολής, η απερίσκεπτη υιοθέτηση και μετεμφύτευση ξένων θεραπευτικών προτύπων, οι ιδιαιτερότητες των ψυχικών νοσημάτων, η οργανωτική αδυναμία του Ελληνικού κράτους και η έλλειψη πολιτικού θάρρους δημιούργησαν ένα αποτυχημένο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης που δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του Ελληνικού Λαού.

Οι συνθήκες ψυχιατρικής περίθαλψης των χρόνιων ψυχικά ασθενών παραμένουν ακόμα απαράδεκτες παρά τις επιμέρους αλλαγές.

Παράρτημα

Ενας μεγάλος αριθμός χρόνιων ασθενών και διανοητικά καθυστερημένων ατόμων περιθάλλεται σε υπερκορεσμένα, ασυλιακού τύπου, δημόσια ιδρύματα και ιδιωτικές κλινικές κατά τρόπο ανεπαρκή, αναποτελεσματικό, αντικοινωνικό. Το κατά μέσο όρο ημερήσιο κόστος νοσηλείας είναι πολύ μικρό για να ωφελήσει τον ασθενή αλλά και υπέρμετρα μεγάλο εάν το εκτιμήσουμε από την άποψη των δημοσίων δαπανών που διατίθενται για την ψυχική υγεία.

Η μακρόχρονη παραμονή ασθενών σε τέτοιους νοσηλευτικούς χώρους, ιδίως όταν δεν περιλαμβάνονται στην καθημερινή ζωή των ασθενών δημιουργικές δραστηριότητες, δεν μειώνει τα προβλήματά τους αλλά επιπλέον δημιουργεί και νέα από την ανάπτυξη ιδρυματισμού.

Η κακής μορφής ψυχιατρική περίθαλψη (δημόσια και ιδιωτική) έγινε ανεκτή για μεγάλο διάστημα. Απασχολούσε κατά καιρούς και για λίγο χρόνο, συνηθεστέρα κάτω από την πίεση εξωελληνικών κέντρων, ως πρόβλημα δυσάρεστης αναφοράς. Υπήρξαν ανολοκλήρωτες προτασεις και υιοθετήθηκαν ανέλπιδες λύσεις που πάντα όμως τύχαιναν κάποιας αναβολής.

Το 1990, μια νέα, ρεαλιστική και θαρραλέα λύση του όλου προβλήματος, με σημείο εκκίνησης την αναβάθμιση της λειτουργίας του Κ.Θ. Λέρου, αποτέλεσε για το Υ.Υ.Π.Κ.Κ.Α. εγχείρημα πρώτης προτεραιότητας. Ο στόχος του εγχειρήματος ήταν σε πρώτη φάση η άμεση έναρξη της αποϊδρυματοποίησης των χρόνιων ψυχωσικών του Κ.Θ. Λέρου και σε δεύτερη φάση η αντικατάσταση των ψυχιατρικών ασύλων από ένα δίκτυο ενδιαμέσων δομών θεραπευτικού και αποκαταστασιακού χαρακτήρα.

Συντάχθηκε επιτροπή ψυχικής υγείας που έκανε προτάσεις στο υπουργείο που τις αποδέχτηκε πλήρως.

Για την υλοποίηση της αποϊδρυματοποίησης αλλά και γενικότερα για την επιχειρούμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση ευεργετικό ρόλο είχε ο κανονισμός 815/84 της Ε.Κ.

Β. ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Απογραφικά στοιχεία

Το 1990 υπήρχαν 10 ψυχιατρικά ιδρύματα με ένα πλήθος κρεβατιών από τα 100 (Αιγινήτειο) έως 2.186 (Ψ.Ν. Αττικής). Το σύνολο των αναπτυγμένων κρεβατιών ανερχόταν σε 7.524. Ο αντίστοιχος συνολικός αριθμός των νοσηλευόμενων σε μια ημέρα είναι μικρότερος και ανέρχεται στις 6.377 αρρώστους. Η κτιριακή έκταση που αντιστοιχεί σε κάθε άρρωστο κυμαίνεται από 12.9 τ.μ. ανά άρρωστο στο Ψ.Ν. Κέρκυρας μέχρι τα 142.6 τ.μ ανά άρρωστο στο Παιδοψυχιατρικό Ν. Αττικής.

Από τη μελέτη ορισμένων λειτουργικών στοιχείων της συνολικής νοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης της τελευταίας 5ετίας προκύπτουν δύο ενδιαφέροντα στοιχεία: 1) Η μείωση του ποσοστού πληρότητας των ψυχιατρείων από 96.7% στο 87.9% και 2) η δραματική μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας από τις 259 ημέρες στις 87 ημέρες.

Σαν βασικά προβλήματα, που εμπόδισαν τις επιζητούμενες βελτιώσεις και αλλαγές στους χώρους των Ψ.Ν., μπορούν να αναφερθούν τα παρακάτω:

Παράρτημα

1. Η συγκεντρωτική οργάνωση και οι δυσλειτουργίες που παρουσιάζονται από την έλλειψη αποκεντρωμένου συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης.
2. Η γραφειοκρατία και η ένταξη της οικονομικής διαχείρισης προγραμμάτων του καν/ 815/84 στο διαχειριστικό σύστημα των Ψ.Ν. Ακόμη και σήμερα, υπάρχουν ισχυρές αντιστάσεις στο να καμφθούν γραφειοκρατικές αντιρρήσεις ορισμένων στελεχών του υπουργείου στο να δεχθούν τη συνδρομή νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
3. Η έλλειψη κατάλληλων προϋποθέσεων για την πραγματοποίηση θετικών μεταβολών προς την πλευρά της αποϊδρυματοποίησης (έλλειψη ενημέρωσης, απουσία συναίνεσης, ελλειπές και μη εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, αντιστάσεις και ανικανότητα από τους διοικητικούς υπαλλήλους των Ψ.Ν., έλλειψη κατάλληλων ενδιαμέσων δομών, κ.α.)
4. Η ανάθεση υλοποίησης πολλών προγραμμάτων στη διοίκηση των Ψ.Ν. από το Υ.Υ.Π.Κ.Κ.Α., χωρίς την εκδήλωση ανάλογης πρωτοβουλίας από επιστημονικούς υπεύθυνους, οι οποίοι θα εξασφάλιζαν ουσιαστικά και τις προϋποθέσεις υλοποίησης.
5. Η αποφυγή αξιοποίησης από την πλευρά της Διοίκησης των επαρκών εμπειριών (στον ελληνικό χώρο) που παρουσίασαν προγράμματα πιλότοι για αλλαγές του παραδοσιακού συστήματος περίθαλψης. Οι εξωνοσοκομειακές δομές, που δημιουργήθηκαν, δεν συνδέθηκαν λειτουργικά με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία με αποτέλεσμα να

Παράρτημα

υποχρεώνονται να λειτουργούν τα τελευταία με την ιδρυματικού τύπου περίθαλψη.

Ο περιορισμένος χρόνος, αναφορικά με το χρονικό όριο υλοποίησης του Καν. 815/84 και οι δυσκολίες που αναφέρθηκαν, λειτούργησαν έξω από την ελληνική πραγματικότητα και δεν βοήθησαν στην πραγματοποίηση όλων των επιθυμητών αλλαγών στα Ψ.Ν. Παρ'όλα αυτά, παρατηρούνται θετικές μεταβολές, τον τελευταίο καιρό, στα ψυχιατρεία Θεσ/νίκης, Δρομοκαϊτειο, Ψ.Ν. Χανίων και Κ.Θ. Λέρου, οι οποίες και θα πρέπει να συνεχιστούν.

Στο παράρτημα θα δείτε τις εκτός ψυχιατρικών Νοσοκομείων Μονάδες Ψυχικής Υγείας καθώς και τα κέντρα ψυχικής Υγείας σε όλη την Ελλάδα.

Βασικά προβλήματα

Οι εκτός ψυχιατρικών νοσοκομείων μονάδες ψυχικής υγείας που αναπτύχθηκαν με τον καν.815/84 στα πλαίσια μιας απόπειρας για ψυχιατρική μεταρύθμιση είναι άτακτα τοποθετημένες, απομονωμένες λειτουργικά μεταξύ τους, ανοργάνωτες, με ανεκπαίδευτο και ολιγάριθμο στελεχιακό δυναμικό, ευάλωτες, εξαιτίας θεσμικών ελλείψεων.

Δεν δημιουργήθηκαν μετά από ένα μεθοδικό και μακρόπνοο σχεδιασμό που ανταποκρινόταν σε υπάρχουσες πραγματικές ανάγκες αλλά και σε εκείνες τις άμεσα μελλοντικές του πληθυσμού των πόλεων και της υπαίδρου. Ξεκίνησαν χωρίς συγκεκριμένη ιδεολογία για ψυχιατρική μεταρύθμιση, σχεδιάστηκαν κατά τρόπο αποσπασματικό και χωρίς τη λογική που επιβάλλει οι μονάδες αυτές να λειτουργούν ως ένα θεραπευτικό

συνεχές με αποτέλεσμα να λειτουργούν μάλλον ανταγωνιστικά και τέλος οργανώθηκαν ατελώς με πνεύμα συντεχνιακής λειτουργίας.

Για τους λόγους αυτούς οι περισσότερες εξωνοσοκομειακές μονάδες ψυχικής υγείας δεν είναι ισότιμα διαθέσιμες και εύκολα προσεγγίσιμες σε χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η παροχή των υπηρεσιών δεν είναι ανάλογη των αναγκών της κοινότητας και δεν υπάρχει από όλες αυξημένη ανταγωνιστικότητα από πλευράς κόστους - οφέλους.

Με το σημερινό τρόπο λειτουργίας των περισσότερων ψυχιατρικών, μη νοσοκομειακών μονάδων, που κτίσθηκαν με τον καν. 815/84, δεν προάγεται η πρωτοβάθμια πρόληψη ούτε η έγκαιρη επισήμανση και η άμεση παρέμβαση στα άτομα που νοσούν. Ακόμη δεν εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας που χρειάζονται όλοι οι ψυχικά πάσχοντες και δεν προωθείται η αποϊδρυματοποίηση και η αποκατάσταση των χρόνιων ψυχωσικών.

Η απουσία εκπαιδευτικής ψυχιατρικής πολιτικής για τη στελέχωση αυτών των δομών, η μη δεσμοδέτηση τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και η απουσία δεσμικών πλαισίων για το ρόλο των ενδιαμέσων δομών έχουν δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα εύρυθμης λειτουργίας των μονάδων αυτών και έχουν αποδυναμώσει την επιθυμούμενη προσφορά τους.

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Η αναγκαιότητά της

Ενώ στο δυτικό κόσμο, τα τελευταία 30 χρόνια, υπήρξαν πολλές δεσμοδετημένες προσπάθειες αλλαγής στον τρόπο ψυχιατρικής περίθαλψης, που απέβησαν σε άλλοτε άλλο βαθμό επιτυχείς, στην Ελλάδα εμφανίστηκαν μόνο την τελευταία 10ετία κάποιες σκόρπιες και ατομικές προσπάθειες με στόχο την αλλαγή των ψυχιατρικών πραγμάτων. Ασφαλώς υπήρξαν και αξιόλογες προσπάθειες.

Παρ'όλα αυτά, η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα (δημόσια και ιδιωτική) εξακολουθεί να είναι και σήμερα στο μεγαλύτερο τμήμα της, υπό ανάπτυξη. Εξακολουθεί να είναι μια ανεπαρκής και άνισα κατανεμημένη περίθαλψη. Η ανυπαρξία ενός κεντρικού σχεδιασμού, που θα λάμβανε υπόψιν τις ανάγκες και θα σεβόταν τις ιδιαιτερότητες των Ελληνικών συνθηκών, η απουσία ενός κεντρικού συντονισμού και ελέγχου και η έλλειψη δεσμοδετημένων αλλαγών δεν επέτρεψαν μέχρι σήμερα την υλοποίηση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Ομως η Ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μια αναγκαιότητα και παρά τις οικονομικές δυσκολίες, τα δομικά κενά και τις ελλείψεις σε προσωπικό, που διαπιστώνει κανείς στο υπάρχον σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, παρά τη γραφειοκρατική αδράνεια και τις αντιστάσεις των υπηρεσιακών παραγόντων του Υ.Υ.Π.κ.Α. παρά τις δυσκολίες από την έλλειψη μιας Ελληνικής ψυχιατρικής σκέψης, πρέπει εδώ και τώρα, να

Παράρτημα

ξεκινήσει ως μια συλλογική πλέον υπόθεση και έκφραση. Προς αυτή την κατεύθυνση κινήθηκε η Ε.Ψ.Υ. ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εντολή του Υπουργού Υ.Π. κ.Κ.Α. Γ. Σούρλα με α) τον σχεδιασμό του προγράμματος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και β) τις προτάσεις της για ένα νέο νομικό πλαίσιο για την ψυχική υγεία.

Βασικές αρχές σχεδιασμού του προγράμματος.

Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε από την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του ΚΕ.Σ.Υ. και έγινε σύμφωνα με τις αρχές, τα συμπεράσματα και τις προτάσεις που αναπτύχθηκαν στο Συνέδριο του Ζαπείου (1-2 Δεκεμβρίου 1990) για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Οι βασικοί σχεδιασμοί του προτεινόμενου προγράμματος έλαβαν υπόψη τη:

1. Διαχείριση
2. Τομεοποίηση
3. Στελέχωση
4. Εκπαίδευση προσωπικού
5. Επαγγελματική Αποκατάσταση /Επανάταξη
6. Νομοθεσία

Βασικοί άξονες στους οποίους κινήθηκε είναι οι εξής:

1. Πρωτοβάθμια φροντίδα (περίθαλψη, - κοινοτική εργασία και αγωγή κοινότητας).

2. Οξεία περιστατικά, αντιμετώπιση της κρίσης, βραχεία νοσηλεία.
3. Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
4. Επανένταξη - Αποκατάσταση.

Στην κατάρτιση ενός ρεαλιστικού και άμεσα εφαρμόσιμου προγράμματος ο αντικειμενικός σκοπός ήταν η κάλυψη όλου του εθνικού χώρου της Ελλάδας με ένα πλήρες δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας ανάλογα:

1. με τη διοικητική διαίρεση της χώρας σε νομούς
2. με τη γεωγραφική μορφολογία και τις συγκοινωνιακές συνθήκες κάθε νομού και περιφέρειας.
3. με τις υπάρχουσες και λειτουργούσες ψυχιατρικές υπηρεσίες.
4. με τις διαφαινόμενες ανάγκες μέχρι το έτος 2000.
5. με τις υπάρχουσες δυνατότητες ανάπτυξης νέων ψυχιατρικών δομών μέχρι το έτος 2000.

Με βάση τα παραπάνω εκπονήθηκε ένα μικτό σύστημα παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης, που σε επίπεδο Νομού, στηρίζεται, είτε στις υπηρεσίες που παρέχει ο ψυχιατρικός τομέας των Γ.Ν. Νοσοκομείων είτε σε εκείνες που παρέχει ένα Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας με πολυδύναμο χαρακτήρα. Ακόμη, για πολλούς νομούς επιζητείται η σύγχρονη παράλληλη λειτουργία των δύο αυτών δομών.

Σε δυσπρόσιτες περιοχές της ηπειρωτικής και νησιωτικής Ελλάδας δημιουργούνται Κινητές Μονάδες (Κ.Μ.) που συνδέονται λειτουργικά και

Παράρτημα

υποστηρίζονται από τα Κ.Κ.Ψ.Υ. ή τους Ψ.Τ. των Γ.Ν. Νοσοκομείων του νομού της δικαιοδοσίας τους.

Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια προτείνεται η δημιουργία ενός πλέγματος ψυχιατρικών υπηρεσιών, όπως Ιατροπαιδαγωγικών σταθμών, Ξενώνων-Οικοτροφείων, προστατευμένων διαμερισμάτων, Συνεταιριστικών Μονάδων, Κέντρων Προ- και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, ώστε να υπάρχει αυτάρκεια ψυχιατρικών υπηρεσιών σε επίπεδο περιφέρειας.

Ακόμη, σε πολυπληθείς περιοχές της χώρας που εμφανίζουν αυξημένες ανάγκες για ψυχιατρική φροντίδα, αλλά υπάρχουν και δυνατότητες αντιμετώπισης αυτών των αναγκών δημιουργούνται εξειδικευμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες, όπως παιδοψυχιατρικές και γηροψυχιατρικές κλινικές, νοσοκομεία ημέρας κ.ά.

Ιδιαίτερη μέριμνα έχει καταβληθεί ώστε να λειτουργήσουν πλήρη σύνολα ψυχιατρικών υπηρεσιών γύρω από τα μεγάλα ψυχιατρικά κέντρα. Οι δομές αυτές θα λειτουργούν προδιαγνωστικά στην είσοδο ασθενών προς τα Ψ.Ν. αφού θα ελαχιστοποιούν τα θεραπευτικά αιτήματα της κοινότητας από τα μεγάλα ψυχιατρικά Νοσοκομεία και ταυτόχρονα θα δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την επιτάχυνση του ρυθμού της συντελούμενης αποϊδρυματοποίησης. Τέλος κατεβλήθη ιδιαίτερη μέριμνα ώστε το προτεινόμενο πρόγραμμα να είναι λειτουργικό και να πραγματοποιεί την αρχή της τομεοποίησης.

Σε ότι αφορά τα ψυχιατρικά Νοσοκομεία προτείνεται η λειτουργική τους σύνδεση με ένα πλήρες δίκτυο ενδιάμεσων δομών που θα εξασφαλίζουν

Παράρτημα

την επιθυμητή κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχωσικών. Επίσης κάθε ψυχιατρικό Νοσοκομείο τομεοποιείται για να ικανοποιούνται σωστά οι ανάγκες των κατοίκων συγκεκριμένων περιοχών του Ελληνικού χώρου.

Προβλέπεται ιδιαίτερη μέριμνα για τη βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων και των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών των μεγάλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Η δραστηριότητα όμως αυτή δεν αποτελεί σήμερα πρόταση χρηματοδότησης του καν. 815/84. Ένα εκτεταμένο πρόγραμμα βελτιώσεων που χρηματοδοτείται από την Ελληνική κυβέρνηση, βρίσκεται σε εξέλιξη στη Λέρο. Επίσης εκτελέστηκαν σημαντικά έργα που βελτίωσαν ουσιαστικά την κατάσταση σε άλλα ψυχιατρικά Νοσοκομεία, όπως π.χ. το Ψ.Ν.Θ. Τέλος για το Ψ.Ν.Α. και το Ψ.Ν. Κέρκυρας έχουν εκπονηθεί συγκεκριμένα προγράμματα βελτιώσεων των παρεχομένων υπηρεσιών ψυχικής Υγείας.

Για την επίτευξη του στόχου της αποϊδρυματοποίησης δίδεται έμφαση στα εξής μέτρα:

1. Μειωμένη είσοδος νέων περιστατικών στα Ψ.Ν. Τούτο επιτυγχάνεται με την ποσοτική και ποιοτική βελτίωση των παρεχόμενων ψυχιατρικών υπηρεσιών από τις νέες ψυχιατρικές δομές που αναπτύσσονται και οι οποίες θα λειτουργήσουν ως πηδός που θα εμποδίζει την είσοδο ασθενών από την κοινότητα προς τα Ψ.Ν.

2. Με την εντατική νοσηλεία των οξέων περιστατικών ώστε να αποφεύγεται η χρονιοποίησή τους.

3. Με την ίδρυση και λειτουργία των μονάδων αποκατάστασης, ώστε να διευκολύνεται η έξοδος των χρόνιων ψυχωσικών προς την κοινωνία.

4. Με τη δημιουργία εκτεταμένου συστήματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που να προάγει την ένταξη στο κοινωνικό σώμα των ασθενών που, μετά από κατάλληλη προετοιμασία, εξήλθαν από τα Ψυχιατρεία.

Για τους ασθενείς, που παρά την ψυχιατρική μέριμνα που αναπτύσσεται, θα παραμένουν για θεραπεία και φροντίδα στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, προβλέπεται η συστηματική και σε βάθος βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Με τις εξωνοσοκομειακές δομές επιδιώκεται η επαναφορά της Ψυχιατρικής στους χώρους δράσης της υπόλοιπης Ιατρικής, η θεραπευτική παρέμβαση στο χώρο δημιουργίας του προβλήματος, η απομάκρυνση του κοινωνικού στίγματος από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, η οικονομικότερη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης με την νοσηλεία των ασθενών στην κοινότητα, η σταδιακή μείωση των παρεχομένων από τα Ψυχιατρεία υπηρεσιών και η ελαχιστοποίηση του φαινομένου της ιδρυματοποίησης.

Ο σκοπός της λειτουργίας των Κ.Ψ.Υ. είναι α) η προσφορά ψυχιατρικής φροντίδας σε άτομα που νοσούν ή ζητούν συμβουλευτική βοήθεια,

β) η προσφορά κάθε επιστημονικής βοήθειας για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών σε ικανοποιητικό επίπεδο ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή και η εργασία τους στην κοινότητα και η αποδοχή τους από αυτή, γ) η εκπαίδευση, η ευαισθητοποίηση και η

Παράρτημα

συμμετογή των κατοίκων του τομέα Ψ.Υ. στην πρόληψη της ψυχικής ασθένειας, δ) η δημιουργία στελεχών Κοινωνικής - Κοινοτικής ψυχιατρικής, ε) η έρευνα των αιτιών που προκαλούν ή επιβαρύνουν την ψυχική νόσο καθώς και η συμβουλευτική παρέμβαση στην οικογένεια και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντος για την αντιμετώπιση και την εξάλειψή της. Τα Κ.Ψ.Υ. δημιουργούν σε συνεργασία με τα Π.Γ. Νοσοκομεία και λειτουργούν Κινητές Μονάδες Υπαίθρου. Τα Κ.Ψ.Υ. μπορούν να λειτουργούν, με το κατάλληλο προσωπικό, Ιατροπαιδαγωγικούς Σταθμούς και συνδέονται λειτουργικά με Ξενώνες, Οικοτροφεία, προστατευμένα Διαμερίσματα, Κέντρο προ- και επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης, Συνεταιριστικές Μονάδες και Προστατευμένα Εργαστήρια.

Στις δραστηριότητες της Κινητής Μονάδας Υπαίθρου (Κ.Μ.Υ) περιλαμβάνονται: η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των κατοίκων της υπαίθρου απέναντι στην ψυχική ασθένεια, η πρόληψη και η θεραπεία της και τέλος η αποφυγή εισαγωγών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία με την έγκαιρη και κατάλληλη παρέμβαση.

Ο Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός λειτουργεί είτε ως αυτόνομος, είτε ως δραστηριότητα ενός Κ.Ψ.Υ. και ο σκοπός του είναι διαγνωστικός, συμβουλευτικός θεραπευτικός και ενημερωτικός - προληπτικός πάντοτε σε σχέση με τα παιδιά και εφήβους.

Ο ψυχιατρικός Τομέας ενός Π.Γ. Νοσοκομείου παρέχει διαγνωστική, ιατρική, ψυχιατρική φροντίδα και περίθαλψη σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που απαιτούν καθολική και διεπιστημονική μέριμνα, η οποία δεν μπορεί να παρασχεθεί από μονάδες Εξωτερικών Ιατρείων ή

Παράρτημα

Κ.Ψ.Υ. Οι Ψ.Τ. συνεργάζονται στενά με τον παθολογικό και χειρουργικό τομέα για την επισήμανση και αντιμετώπιση των ψυχικών παραγόντων που συνδέονται με τις σωματικές παθήσεις και ευαισθητοποιούν τους γιατρούς και το παραϊατρικό προσωπικό στους ψυχολογικούς παράγοντες των νόσων. Κάθε Ψ.Τ. παρέχει νοσηλεία μετά την έξοδό του είτε παρακολουθείται από την ψυχιατρική υπηρεσία που τον παρέπεμψε στην Ψ.Τ. είτε από θεραπευτική ομάδα του Ψ.Τ.

Δημιουργούνται κέντρα ημέρας με σκοπό να βοηθήσουν τους ψυχικά ασθενείς να διαμείνουν στην κοινότητα με όσο το δυνατόν ικανοποιητικότερο βαθμό λειτουργίας. Παράλληλα ψυχιατρικά ιδρύματα κλειστού τύπου σε ανοικτού τύπου Κοινοτικές υπηρεσίες. Στα Κέντρα Ημέρας παρέχεται εντατική ψυχιατρική θεραπεία και οι ασθενείς παραμένουν σε αυτά για ένα μεγάλο διάστημα της ημέρας, δραστηριοποιούμενοι με εργοθεραπεία.

Στα οικοτροφεία προσφέρεται στέγη και τροφή σε χρόνιους ψυχωσικούς ασθενείς που θα ήταν αναγκασμένοι να περάσουν το υπόλοιπο της ζωής τους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αν δεν τους δίδονταν η ευκαιρία να ζήσουν στην κοινότητα. Στους Ξενώνες ενταρρύνονται οι ψυχωσικοί ένοικοι στην απόκτηση της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας με προοπτική την τελικά επιστροφή στην κοινότητα. Ο ξενώνας παρέχει το ενδιάμεσο περιβάλλον μεταξύ του Ψ.Ν. και της κοινότητας και λειτουργεί πρόγραμμα αποκατάστασης. Τα θεραπευτικά Διαμερίσματα αποτελούν "τεχνητές οικογένειες" χρόνιων ψυχωσικών ή ατόμων με διανοητική καθυστέρηση, που έχουν χάσει τη δυνατότητα διαμονής με την οικογένειά τους. Οι ένοικοι

είναι σε πολύ καλή κατάσταση για να εξακολουθούν να ζουν σε Ψ.Ν., χρειάζονται όμως ένα μονιμότερο τόπο διαμονής από αυτόν που προσφέρει ο ξενώνας και δεν έχουν πάντα την προοπτική μελλοντικής κοινωνικής εργασίας.

Τα προ- και επαγγελματικά κέντρα εκπαίδευσης - κατάρτιση βοηθούν στην κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών μέσα από την επαναπόκτηση ή απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων. Δημιουργείται πανελληνίως δίκτυο κέντρων προ- και επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ. ή άλλους κατάλληλους φορείς Δημοσίου ή Ιδιωτικού δικαίου. Τα κέντρα αυτά λειτουργούν προληπτικά και θεραπευτικά απέναντι στον κίνδυνο χρονιότητας και κοινωνικού αποκλεισμού για νέους ψυχωσικούς. Οι συνεταιριστικές Μονάδες τα προστατευμένα εργαστήριο και καταστήματα - Πρατήρια λειτουργούν για την επίτευξη της αποκατάστασης των χρόνιων ψυχωσικών. Οι δομές αυτές έχουν θεραπευτικές επιδιώξεις με την εργασία των ασθενών, την παραγωγή και διάθεση των προϊόντων και την αμοιβή των εργαζομένων και συντείνουν στην μείωση του κινδύνου της ιδρυματοποίησης. Οι δομές αυτές λειτουργούν σε συνεργασία με ψυχιατρικά νοσοκομεία ή Κ.Ψ.Υ. και συνλειτουργούν σ' αυτές θεραπευτές, ψυχικά ασθενείς και υγιή μέλη της κοινότητας.

Σε κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο δημιουργείται μονάδα-κλινική αποκατάστασης, η οποία έχει σαν σκοπό να προετοιμάσει με ειδικά προγράμματα επιλεγμένους με επιστημονικά κριτήρια χρόνιους ασθενείς για την κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. Οι Μονάδες

Παράρτημα

Αποκατάστασης συνεργάζονται με τις τομεοποιημένες ενδιάμεσες δομές και τις κλινικές των Ψ.Ν. για την επίτευξη του στόχου τους.

Επειδή η επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στηρίζεται εκτός από τη δημιουργία νέων μορφών περίθαλψης και στην παράλληλη δημιουργία εξειδικευμένων και ικανών επαγγελματιών ψυχικής υγείας, επειδή η μεγάλη ποικιλία των σύγχρονων δομών που παρέχουν ψυχιατρική περίθαλψη απαιτούν σωστή ενημέρωση του προσωπικού σε διαφορετικές μορφές περίθαλψης, επειδή οι εκπαιδευτικές ανάγκες είναι συνεχείς, γι' αυτό απαιτείται και ένα συνεχές κατάλληλο και προσαρμοσμένο στους στόχους του παρόντος προγράμματος στο σύστημα εκπαίδευσης.

Με το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης προτείνεται η δημιουργία επτά (7) εκπαιδευτικών υπηρεσιών πανελληνίως που σε επίπεδο περιφέρειας θα αναλάβουν την υλοποίηση ενός κεντρικά σχεδιασμένου εκπαιδευτικού προγράμματος, 9μηνης διάρκειας, για τα στελέχη της αντίστοιχης περιφέρειας.

Επίσης οι ίδιες εκπαιδευτικές υπηρεσίες σε συνεργασία με κατάλληλα στελέχη κάθε περιφέρειας αναλαμβάνουν την ευαισθητοποίηση της κοινότητας στο πολύπλοκο πρόβλημα της ψυχικής υγείας, ώστε να αλλάξει η στάση του κοινωνικού συνόλου έναντι του ψυχικά ασθενούς, κάτι που ασφαλώς θα βοηθήσει στη συντελούμενη αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών.

Αυτό το μέρος του προγράμματος θα ανατεθεί σε διεπιστημονικές ομάδες που ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός θα διαδραματίζει έναν από

Παράρτημα

τους βασικότερους ρόλους. Αφ'ενός μεν θα συμμετέχει ενεργά στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας, αφετέρου δε θα συντονίζει ομάδες θεραπείας μυχωτικών ασθενών, οι οποίοι δεν παρουσιάζουν χρόνια πρόβλημα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

Κ Α Τ Α Λ Ο Γ Ο Σ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ - ΚΕΝΤΡΩΝ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΕΤΗΣ Ε Λ Λ Α Δ Α

1988

Προβάλλονται πληροφορίες για το δίδυμο Μαρτίου-Απριλίου 1988. Τυχόν παράλληλη πληροφοριών στέλνεται σε δυσκολίες στην επικοινωνία για τη συλλογή των πληροφοριών.

Κ Ρ Η Τ Η

- 1 -

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

1) ΕΡΗΜΙΖΕΛΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Η.Π.Δ.Δ.

τηλ.: 081 231931, 235921, 237502, 237524

Υ.Υγείας

Υπηρεσίες: 1) Εξωτερ. Ιατρεία, 2) Διασυνδειακή

Διαγνώσεις: όλες

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι (δύο) 2

2) Κ.Ψ.Υ. : Ψαρουηλίγγων και Βλαστών 2, Τ.Κ. 71202, Ηράκλειο Κρήτης

Η.Π.Ι.Δ.

τηλ.: 081 244409 και 285819

Υ.Υγείας

Υπηρεσίες: 1) Συμβουλευτική ενηλίκων, 2) Ιατροπαίδ. Υπηρεσία
3) Εργαστήρια

Αριθμός επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2 (α 1 PART TIME), Κοιν. Λειτουργοί 2
Ψυχολόγοι 2, Διοικητικοί 2, Βοηθ. Προσωπικό 2

ΧΑΝΙΑ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ: Διευθ. Βοηθ. οδός Σαύδας Τ.Κ. 73100

Η.Π.Δ.Δ.

τηλ. 0821 89150-1-2

Υ.Υγείας

Υπηρεσίες: 1) Εξ. Ιατρεία (τηλ. 52222), 2) Κ.Ψ.Υ. (Εκτός νοσοκ.),
3) Παθολογικό τμήμα (45 κρεβ.), 4) Εργοθεραπεία, 5) Ψυχια-
τρικό τμήμα (355 κρεβ.), 6) Κινητή μονάδα ψυχ. Υπηρεσίας
σε δυο Κ.Υ. κάθε 15 μέρες (Καστέλι - Βάμους).

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 4, Ειδικευόμενοι 7, Παθολόγος 1, Νοσηλεύτες
16 (Διπλωματούχοι 16, πρακτικοί 118), Επισκ. Υγείας 5,
Εργοθεραπ. 5 (3 σχολ. Ε/Θ, 2 σχολ. οικοκυρικής), Κοιν.
Λειτουργοί 9, Ψυχολόγοι 4, Φαρμακοποιοί 1 (+2 Βοηθοί-
φαρμακ.), Διοικητικοί 34, Παραϊατρ. 3, Εργατοτεχν. 144,
Τραυματιοφ. 8.

Β) Κ.Κ.Ψ.Υ. (πειρασμ. Κέντρο): Μάρκου Μπότσαρη 49, Χανιά

Ηλικίες: όλες

Διαγνώσεις: όλες

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 3, Ειδικευόμενοι 3, Ψυχολόγοι 1, Κοιν. Λειτουργοί 3, Ασθεναπ. 1(αλλεργίας), Ευδουλ.- ζαράλ: 1, ζαράλ: 2 (ειδ.)

Η Η Σ Ι Α Α Ι Γ Α Ι Ο Υ

1) ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΛΕΡΟΥ - Λέρος

Η.Π.Δ.Δ.

τηλ.: 0247 - 23387, 22345

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες, Ηλικίες: από 18 ετών

Υπηρεσίες: 1) Ευδονοσοκομειακής νοσηλείας με 1600 κρεβ., 2) Εξωτερ.
Ιατρεία (τηλ. 0247 22345), 3) Μονάδες Αποκατάστασης.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2, Νευρολόγοι 1, Νοσηλεύτες 4 (Εκτός), 1 (Εκτός),
355 (πρακτικοί), Κοιν. Λειτουργοί 1 πτυχιούχος και 5 ανόητοι
Γυμν. (ανεπίδευτοι), Εργοθεραπευτές (πρακτικοί) 2, Διοι-
κητικοί 55.

Π Ε Λ Ο Π Ο Ν Η Σ Ο Σ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ

- 1) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ "ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΓΓΕΛΙΟΙ" - ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Π.Π.Ι.Δ.

τηλ. 0721 22551

Υ.Υγείας - Παιδοπόλης Μεσοφίνης Υπηρεσία: Νοσηλεία (56 κρεββ.)

Διαγνώσεις: κυρίως χρόνιες ψυχικές παθήσεις

Ηλικίες: από 18 ετών

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατρος 1, Νοσηλεύτες 6, Παθολόγος 1.

- 2) Απόγνω Ανιάτων: Η "Στέγη της Εκκλησίας", Λακωνικής 33 - Καλαμάτα

Π.Π.Ι.Δ.

τηλ.: 0721 28694

Υ.Υγείας Διαγνώσεις: παραληγικοί, νοητικά καθυστερημένοι (100 κρεββ.)

Ηλικίες: από 18 ετών

Αριθμός Επαγγελματιών: Παθολόγος 1, Πρακτική Νοσοκ. 1, Βοηθητ. προσωπικό 21, Διοικητικοί 3.

ΠΑΤΡΑ

- 1) ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚ. "ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ" ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Π.Π.Ι.Δ.

τηλ. 061-222812

Υ.Υγείας Υπηρεσίες: 1) Κλινική (με 20 κρεββ.), 2) Εξωτερ. Ιατρεία

Διαγνώσεις: όλες

Ηλικίες: από 18 ετών

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 12, Νοσηλεύτες 10 (διπλωματούχοι αρωτ. σχ. 2, 7 διετούς φοιτήσεως), Επισκ. Υγείας 1, Κοινων. Λειτουργός 1, Ψυχολόγος 1.

- 2) ΙΑΤΡΙΚΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΑΓΑΜΑΝΗΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ

Π.Π.Ι.Δ.

τηλ. 061 - 277098

Υ.Υγείας Υπηρεσίες: 1) Διάγνωση και θεραπεία Παιδοψυχιατρικών νοσημάτων
2) Ψυχολογικές και ψυχομετρικές αξιολογήσεις, 3) Εφαρμογή οικογενειακής και ατομικής ψυχοθεραπείας - Ομάδα γονέων.

Διαγνώσεις: όλες

Ηλικίες: 0-14 ετών

Αριθμός Επαγγελματιών:

- 3) Κ.Τ.Υ. Αθην. Διάκου 35, Τηλή Αλώνια, Πάτρα, Τ.Κ. 26224

Π.Π.Ι.Δ.

τηλ. 061 336666

Υ.Υγείας Υπηρεσίες: 1) Συμβουλευτική ενηλίκων, 2) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία
3) Εργαστήρια

Ηλικίες: Ιατροπαιδαγωγική Υπ. από 2-15 ετών, Συμβουλευτική Ενηλίκων από 16 ετών.

- 3 -

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2, Κοιν. Λειτουργοί 4, Τυχολόγοι 2, Εκπαι-
δευτές 5, Διοικητικοί 3, Βιθιητ. Προσωπικό 2.

ΤΡΙΠΟΛΗ

(1) ΟΡΓΑΝΕΥΤΗΡΙΟ ΤΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΣΩΝ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Π.Π.Δ.Δ.

Τηλ. 071 231396

Υ.Υγείας Υπηρεσίες: 1) Κλινικές (με 408 ασθ. - κρεβ. 360), 2) Εξωτ. Ιατρεία
3) Κέντρο Προγραμματισμού

Διαγνώσεις: όλες

Ηλικίες: από 17 ετών

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 3, Νοσηλεύτες 180 (4ετούς φοιτ. 10, 3ετούς 9,
1ετούς 1, και πρακτ. 160), Διοικητικοί 50, Εργατοτεχν.;

Ν Η Σ Ι Α Ι Ο Ν Ι Ο Υ

ΚΕΡΚΥΡΑ

ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ Πλατεία Ψυχιατρείου - Κέρκυρα.

Π.Π.Δ.Δ.

τηλ. 0661 30164

Υ.Υγείας Υπηρεσίες: 1) Κλινικές (με 420 κρεβ.), 2) Βραχείας Νοσηλείας, 3) Εργο-
θεραπείας, 4) Εξωτ. Ιατρεία (εκτός Νοσοκ. Μουστοξείδου 4 Κερ.)

Διαγνώσεις: κυρίως Ψυχώσεις

Ηλικίες: από 16 ετών

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 3, Ειδικευόμενοι 2, Νοσηλεύτες 100 (Διπλωματού-
χοι 2), Εργοθεραπ. 2 (χωρίς πτυχίο), Εργατοτεχνικό και
Διοικητικό προσωπικό 60.

Η Π Ε Ι Ρ Ο Σ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Π.Π.Δ.Δ.

τηλ. 0651 - 33514, 26292

Υ.Παιδείας Υπηρεσίες: 1) Κλινική (20 κρεβ.), 2) Νοσ. Ημέρας (20 λσθ.), 3) Εξωτ.
Ιατρεία, 4) Συμβουλευτική Ψυχιατρική, 5) Εργοθεραπεία.

Διαγνώσεις: όλες (εκτός τοξικομανιών).

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 5, Ειδικευόμενοι 5, Νοσηλεύτες 11 (Διπλωματού-
χοι 3), Τυχολόγος 1, Κοιν. Λειτουργός 1, Καθαριστές 3,
Εργατοτεχνικό από το Γεν. Νοσοκομείο

ΑΘΗΝΑ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ - ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Βασ. Σοφίας 72
Ν.Π.Δ.Δ. τηλ.: 7220 811. 2, 3

Υ.ΠΑΙΔΕΙΑΣ Διαγνώσεις: όλες

Υπηρεσίες: 1) Νευρολογική Κλινική

2) α. Ψυχιατρική Κλινική (Τμήματα: Ευδονοσκομειακά 5
τιμήμα Βραχείας Νοσηλείας 1).

β. Εξωτερ. Ιατρεία

γ. Νοσοκ. Ημέρας Παπαδιαμαντοπούλου 21, Ιλίσια

Ηλικίες ασθενών: 16-45, Αριθμός θέσεων: 30. τηλ.: 7219 861

δ. Κ.Ε.Π. (Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας), Βασ. Σοφίας 60
τηλ.: 7221 707

Ηλικίες ασθενών: 18-45, Αριθμός θέσεων: 48.

ε. Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης του Κ.Ε.Π., Αιγινήτου 4.

Ηλικίες ασθενών: 18-45, Αριθμός θέσεων: 30. τηλ.: 7247 987

ς. Συνεργατική του Κ.Ε.Π., Βασ. Σοφίας 60, τηλ.: 7221 707

Ηλικίες: 18-45.

η. Ξενοίκιο, Αρ.θέσεων 14, Σούτσου 44, Αθήνα, τηλ.: 6463 553

θ. Οικοτροφείο, Αρ.θέσεων 12, Πουλίου 11, Αμπελόκηποι, τηλ.: 6469 689

ι. Κ.Κ.Ψ.Υ. (Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα Καισαριανής)
Δήλου 14, Καισαριανή, τηλ.: 7640 111, 7644 705

Τμήματα: 1. Παιδοψυχιατρικό, ηλικίες: 0-16

2. Ενηλίκων ηλικίες: από 16 και πάνω

3. Κοινωνικό Πρόγραμμα

4. Κοινωνική Λέσχη, Αρ. θέσεων 22

5. Πρόγραμμα Ημερήσιας Περίθαλψης, Αρ. θέσεων 12

6. Ε.Ε.Ε. (Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης) Φοσιώ-
νος 150 Β, τηλ.: 7243 151, 7661 876

Αρ. θέσεων: 30, Ηλικίες 18-40

7. Συνεργατική, Φορμίωνος 150 Β, τηλ.: 7243 151, 7661 876

Αρ. θέσεων 16, Ηλικίες: από 18 ετών

Αρ. Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 34, Ειδικευόμενοι Ψυχ. 24, Παιδοψυχίατρος 1, Νοση-
λευτές 95, Κοιν. Λειτουργοί 17, Ψυχολόγοι 6, Εργοθεραπευτές
10, Επισκ. Υγείας 1, Λογοθεραπεύτρια 1, Ψυχοπαιδαγωγός 1,
Ειδική Δασκάλα 1, Κοιν. Ανθρωπολόγος 1.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ-ΒΟΥΛΑΣ

Ν.Π.Δ.Δ.

Ψυχιατρικός τομέας τηλ.: 8956 301

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες,

Ηλικίες: από 16 ετών

Υπηρεσίες: 1) Εξωτερ. Ιατρεία, 2) Α' Βραχείων.

Παράρτημα

ΠΕΡΙΦ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, Υψηλάντου 45, Αθήνα

Η.Π.Δ.Δ.

τηλ.: 7218 292

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες,

Ηλικίες: από 18 ετών

Τμήματα: 1) Εξωτ. Ιατρεία, 2) Κλινική με 20 κρεβάτ.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 7, Ειδικευόμενοι Ψυχ. 10, Νοσηλευτές 2, Γραμματέας 1.

β) Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκράτιου

Παιδοψυχιατρικό: Φερεκίδου 1 Παγκράτι τηλ.: 7519550, Ηλικίες 0-17 ετών

Ενηλίκων: Φερεκίδου 5 Παγκράτι τηλ.: 7016611, Ηλικίες: από 17 ετών

Διαγνώσεις: όλες, εκτός από τοξικομανία και αλκοολικούς

Υπηρεσίες: 1) Διαγνωστικό - θεραπευτικό ενηλίκων, 2) Παιδοψυχιατρικό, 3) "Επαφής" με την κοινότητα, 4) Συμβουλευτικό για νέους.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2, Παιδοψυχίατρος 1, Κοιν. Λειτουργοί 6, Ψυχολόγοι 6, Γραμματείς 3, Διοικητικός Διευθ. 1, Βοηθός Λογιστή 1, Καθαρίστρια 1.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ, Μεσογείων 152 Αθήνα

Η.Π.Δ.Δ.

τηλ.: 7778 611

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες

Ηλικίες: από 16 ετών

Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία, 2) Διασυνδεδετική

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 4, Ειδικευόμενοι 7, Νοσηλευτές 2, Εργοθεραπευτές 1, Κοιν. Λειτουργοί 2, Ψυχολόγοι 2, Γραμματέας 1, Καθαρίστρια 1.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, Μεσογείων 154, Τ.Κ. 115 271

Η.Π.Δ.Δ.

τηλ.: 7787 361

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες,

Ηλικίες: από 18 ετών

Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία, 2) Διασυνδεδετική, 3) Εφημερία

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 5, Ειδικευόμενοι γιατροί 7, Νοσηλευτές (διπλωματούχοι) 7, Κοιν. Λειτουργοί 3, Γραμματέας 1.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ - ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΦΗΒΩΝ

Η.Π.Δ.Δ.

Καποδιστρίου 23, Φιλοθέη, Τ.Κ. 15 237, τηλ.: 6818 722

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: Ψυχώσεις, Νευρώσεις, Διαταραχές συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες,

Ηλικίες: 13-20 ετών

Υπηρεσίες: 1) Εξωτερ. Ιατρεία, 2) Νοσοκ. ημέρας, 3) Εργαστήρια: α. προεπαγγελματικά (αρ. θέσεων 10), β. επαγγελματικά (αρ. θέσεων 30, ηλικίες 15-25), 4) Κοινωνική Δουλειά.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 7, Νοσηλευτές 3, Ψυχολόγοι 3, Κοιν. Λειτουργοί 3, Εργοθεραπευτές 2, Εκπαιδευτές 7, Διοικητικοί 2, Βοηθητικό 2-4.

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"

Π.Π.Δ.Δ. Μ.Ασίας - Γουδί Αθήνα, τηλ.: 7798 748, 7757 496

Υ.Υ.γείας Διαγνώσεις: όλες Ηλικίες: 0-16

Υπηρεσίες: 1) Ομάδα διασυνδετικής τηλ.: 7798.748, 2) Ιατροπαιδαγωγική μονάδα - Εξ. Ιατρ. τηλ.: 7757 496, 3) Τμήμα ενδο-νοσοκομειακής νοσηλείας με 6 κρεβάτια, 4) Κοινωνικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας και πρόληψης, Μ. Σπηλαίου 5 Αμπελόκηποι τηλ.: 6461 791, 5) Κέντρο Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Υποστήριξης Νέων, Πατριάρχου Ιερεμίου 1 τηλ. 6447 966, ηλικίες 14-25, νέους με χρόνια νοσήματα.

Αριθμός Επαγγελματιών: Παιδοψυχίατροι 10, Ειδικευόμενοι Π/Ψ 6, Ψυχολόγοι 8, Κοιν. Λειτουργοί 8, Ειδική Παιδαγωγός 1, Ψυχοπαιδαγωγός 1, Εργοθεραπευτές 5, Λογοθεραπευτές 2.

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

Π.Π.Δ.Δ. Ραφήνα Αττικής, τηλ.: 8231 144 και 0294 23540

Υ.Υ.γείας Διαγνώσεις: όλες Ηλικίες: 5-17

α) Υπηρεσίες: 1) Ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (196 κρεββ.), 2) Εξωτερ. Ιατροεία, 3) Προεπαγγελματικά εργαστήρια, 4) Επαγγελματικά εργαστήρια, 5) Ειδικό σχολείο, 6) Οπτικοακουστικό εργαστήριο, 7) Γυμναστήριο, 8) Πρόγραμμα Εσωτερικής Εκπαίδευσης.

β) Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Π.Ν.Α.

2ας Μαΐου 7, Ν. Συύρνη, τηλ.: 9323 493

γ) Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Π.Ν.Α.

Σισίνη 15, Ιλίσια, τηλ.: 7220 133

δ) Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Π.Ν.Α.

Ελπίδος 8, Ηράκλειο

Αριθμός Επαγγελματιών: Παιδοψυχίατροι 9, Νοσηλεύτες 128 (22 πτυχιούχοι, 30 βοηθοί θαλάμου, 20 ιετούς, 56 πρακτικοί), Ψυχολόγοι 16, Κοιν. Λειτουργοί 16, Ειδικοί Παιδαγωγοί 3, Λογοθεραπευτές 1, Εργοθεραπευτές 3, Μουσικοθεραπεύτρια 1, Δασοπόνος 1, Φυσιοθεραπεύτρια 1, Γιατροί άλλων ειδικ. 12, οδοντίατροι 3, βοηθοί παιδαγωγών 20, Εκπαιδευτές 9.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, Ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα, για εξαρτημένα από ψευδωκευτικές ουσίες άτομα.

α) Σ.Σ. (Συμβουλευτικός Σταθμός), Βαλτετσίου 60, Εξάρχεια, Αθήνα
τηλ.: 3647 700

β) Κ.Σ.Α. (Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης, Νταού Πεντέλης,

Ραφήνα Αττικής τηλ.: 0294 23030

γ) "ΙΘΑΚΗ" Θεραπευτική Κοινότητα (πρώην Παιδόπολη "Αγ. Κων/νος")

Σίνδος - Θεσσαλονίκη τηλ.: 031 798139

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

- Ν.Π.Ι.Δ. 1) Κεντρική Υπηρεσία, Νοταρά 58, Αθήνα, τηλ.: 8231 210
Υ.Υγείας Διαγνώσεις: όλες, Ηλικίες: όλες
Υπηρεσίες: 1) Τμ. Μελετών, 2) Διοικητικές Υπηρεσ., 3) SOS τηλ.: 175.
- 2) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Αθηνών Ζαΐμη 58, Αθήνα, τηλ.: 3644 733
3615 711
Διαγνώσεις: όλες Ηλικίες: 1-14 ετών
Αριθμός Επαγγελματιών: Παιδοψυχίατροι 2, Ψυχολόγοι 2, Κοιν. Λειτουργοί 2,
Γραμματέας 1, Καθαρίστρια 1.
- 3) Συμβουλευτικό Ενηλίκων, Ιουλιανού 37, Εξάρχεια, Αθ. τηλ.: 8210 222
Διαγνώσεις: όλες, Ηλικίες: από 18 ετών
Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 3, Κοιν.Λειτουργοί 2, Ψυχολόγος 1, Γραμμα-
τέας 1, Καθαρίστρια 1.
- 4) Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Ιουλιανού 37, Αθήνα,
Τ.Κ. 114 73, τηλ.: 8218 020, 8832 690
Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατρος 1, Κοιν.Λειτουργοί 3, Εκπαιδευτές 6, Ψυχολό-
γος 1, Γραμματέας 1, Καθαρίστρια 1.
- 5) Θεραπευτική Μονάδα για Αυτιστικά Παιδιά, Σπετσών 4, Αγ. Παρασκευή
Αθ., Τ.Κ. 15 342, τηλ.: 6396 333, 6394 900, 6396 444
Διαγνώσεις: Αυτιστικά, Ηλικίες: 7-14 ετών
Αρ. θέσεων: 28-30
Αριθμός Επαγγελματιών: Παιδοψυχίατρος 1, Εκπαιδευτές 10, Βοηθητικό προσωπικό 6,
Γραμματέας 1.
- 6) Στουπάθειο, Λ. Πεντέλης 135, Χαλάνδρι Τ.Κ. 15 234
τηλ.: 6815 672, 6820 386, 6815 256
Διαγνώσεις: Νοητικές Καθυστερήσεις, Ηλικίες: 7-18 ετών
Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατρος 1 (PART TIME), Κοιν.Λειτουργοί 2, Ψυχολό-
γοι 2, Βοηθητικό προσωπικό 12.
- 7) Κ.Ψ.Υ., Σουτσου 4, Πλ. Δαβάκη, Αιγάλεω, Τ.Κ. 15 342
τηλ.: 5449 517, 5449 898, 5981 406
Διαγνώσεις: όλες
Υπηρεσίες: 1) Συμβουλευτική ενηλίκων από 16 ετών, 2) Ιατροπαιδα-
γωγικός Σταθμός 4-16 ετών, 3) Εργαστήρια από 16 ετών,
αρ. θέσεων 30, 4) Νοσοκ. Ημέρας
Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 4, Ψυχολόγοι 4, Εκπαιδευτές 5, Βοηθ.Προσ. 4.
- 8) Κ.Ψ.Υ., Μπουμπουλίνας 15 & Νοταρά, Πειραιάς
τηλ.: 4170 546, 4118 733, 4118 784
Διαγνώσεις: όλες
Υπηρεσίες: 1) Συμβουλευτικό ενηλίκων από 18 ετών, 2) Εργαστήρια
3) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία 1-18 ετών (α. ειδικές
τάξεις για παιδιά με δυσλεξία, β. ομάδες γονιών,
γ. ομάδες εφήβων).
Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2, Παιδοψυχίατροι 2, Κοιν.Λειτουργ. 5, Ψυχολό-
γοι 4, Εκπαιδευτές 6, Γραμματέας 1, Βοηθητ. Προσωπικό 6.

ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ (ΔΑΦΝΙ), Α. Αθηνών

Ν.Π.Δ.Δ.

τηλ.: 5811 701-9

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες (2.300 κρεβ.), Ηλικίες: από 18 ετών

Υπηρεσίες: 1) Ψυχιατρικές κλινικές 14, 2) Μικτή παθολογική κλινική 1, 3) Ψυχογериατρικό τμήμα 1, 4) τοξικουανών-αλκοολικών τμήμα 1, 5) Εξωτ. Ιατρεία, Ψαρών 17 Αθήνα, τηλ.: 5232 359 6) Σταθμός τοξικουανών και αλκοολικών, Ψαρών 17, Αθήνα, τηλ.: 5223 633, 7) Κέντρο προεπαγγελματικής κατάρτισης Δυτ. Αθήνας, Τερπάντρου & Καλλιμάχου 5, Περιστερί, τηλ. 5139 710, Αρ. Θέσεων 20, ηλικίες 18-40 ετών, 8) Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου, Αρ.Επαγγελμ.: 1 Ψυχίατρος

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 48, Ειδικευόμενοι Ψυχ. 65, γιατροί διαφ. ειδικοτήτων 13, οδοντίατροι 3, Κοιν. Λειτουργοί 8, Ψυχολόγοι 5, Νοσηλευτές 501 (64 πτυχιούχοι, 437 διευθ. και πρακτικοί), Επισκ. Υγείας 2, Επόπτες Υγείας 4, Εργοθεραπευτές 17, Φαρμακοπ. 4, Βοηθοί φαρμακ. 3, Μηχανολόγοι 2, Υπομηχανικοί 5, Διοικητικοί 128, Γεωπόνος 1, Φυσιοθεραπεύτρια 1, λοιπό προσωπικό 159.

ΛΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ, Γεωγ. οδός 343, Χαϊδάρι Τ.Κ. 12461

Ν.Π.Δ.Δ.

Τηλ.: 5811 550, 5811 590, 5811 530

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες (880 κρεββ.) Ηλικίες: από 18 ετών

Υπηρεσίες: 1) Ψυχιατρικές Κλινικές 9, 2) Ψυχογериατρική Κλινική, 3) Παθολογική Κλινική, 4) Νευρολογική Κλινική, 5) Τμήματα Εγκλειστών 2, 6) Εργαστήρια (αρ. θέσεων 90), 7) Εξωτ. Ιατρεία: Κωλέτη 17, Αθήνα, τηλ.: 3610 949.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 27, Ειδικ. Ψυχίατροι 18, γιατροί άλλων ειδικοτήτων 12, Νοσηλευτές 200, Ψυχολόγοι 19, Κοιν. Λειτουργοί 5, Εργοθεραπευτές 9, Διοικητικοί 35, Υπηρετ. Προσωπικό 121, Εργατοτεχνικοί 110.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΩΝ, Ψυχιατρικός Τομέας, Αυπελόκηποι,

Ν.Π.Δ.Δ.

Αθήνα, τηλ.: 6910 146, 6910 512

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες, Ηλικίες: από 16 ετών

Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία, 2) Διασυνδεδετική

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2.

ΣΙΕΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ, Ψυχιατρικός Τομέας, Μελίτσια

Ν.Π.Δ.Δ.

τηλ.: 8340 212

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες

Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία, 2) Διασυνδεδετική

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατρος 1.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ.ΟΑΓΑΣ" Ν. Ιωνίας, Όλγας 3, Γέφυρα Εξαρχατόπουλος, Ν.Ιωνία
τηλ.: 2799 265

Υ.Υγείας Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία, 2) Διασυνδεδετική

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ Μ.Τ.Σ. (Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.), Ψυχιατρικός Τομέας, Πετροάκη 10, Αθήνα
Ν.Π.Δ.Δ. τηλ.: 7214 140

Υ.Υγείας Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία, 2) Κλινική (5 κρεββ.).

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2.

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΜΕΤΑΞΑ" ΠΕΙΡΑΙΑ, Ψυχιατρικός Τομέας, Μποτάση 51, Πειραιάς
Ν.Π.Δ.Δ. τηλ.: 4518 411

Υ.Υγείας Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία, 2) Διασυνδεδετική

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΖΑΝΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ, Παιδοψυχιατρικός Τομέας, Πειραιάς

Ν.Π.Δ.Δ. Ζαυρή τηλ.: 4519 411

Υ.Υγείας Αριθμός Επαγγελματιών: Παιδοψυχίατρος 1

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ, Ψυχιατρικός Τομέας, Π. Βάλλη & Φαναριωτών 6
Ν.Π.Δ.Δ. Νίκαια, τηλ.: 4933 402

Υ.Υγείας Διαγνώσεις: όλες εκτός αλκοολισμού, τοξικομανία, διαταραχές συμπεριφοράς και "ασυλικού τύπου"

Υπηρεσίες: 1) Κλινική (26 κρεββ.), 2) Εξωτ. Ιατρεία, 3) Διασυνδεδετική

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 8, Ειδικ. Ψυχίατροι 6, Νοσηλευτές 21, Κοιν. Λειτουργοί 3, Ψυχολόγοι 2, Εργοθεραπευτές 2.

ΑΜΦΙΣΣΑ

ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ (Ν. ΦΩΚΙΔΑΣ), Μ. Πηγά 22, Αθήνα
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝ. ΨΥΧ. ή Οικοτροφείο 'Αυθίσσας, Σαλώνων 22 'Αυθίσσα Τ.Κ.-33100

Υ.Υγείας Α) Ηλικίες: όλες τηλ.: 9227 611, 0265 29192, 22924

Διαγνώσεις: όλες εκτός αλκοολικών και τοξικομανών

Υπηρεσίες: 1) Ιατροπαιδαγωγικό, 2) Τμήμα Ενηλίων, 3) Τμήμα έρευνας.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 5, Παιδοψυχίατρος 1, Νοσηλευτές 1, Ψυχολόγοι 6
Κοιν. Λειτουργοί 2, Εργοθεραπευτές 1, Γιατρός 1, Λογιστής 1, Γραμματέας 2.

Β) Ειδικό Οικοτροφείο - Ξενώνας Χρ. Ψυχαστικών Σαλώνου 22, 'Αυθίσσα Τ.Κ.33100

Ν.Π.Ι.Δ. τηλ.: 0265 29192

Υ.Υγείας Διαγνώσεις: χρόνιες ψυχώσεις, Ηλικίες: 25-65 ετών

Υπηρεσίες: 1) Εργαστήρια Επαγγελμ. Εκπαίδευσης 3, 2) Οικοτροφείο, 3) Ηεσοποιημένο Διαμέρισμα.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατρος 1 (BARD TIME), Νοσηλευτές 2, Κοιν. Λειτουργοί 3, Γραμματέας 1.

Θ Ε Σ Σ Α Λ Ι Α

ΒΟΛΟΣ

1) ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

N.Π.Δ.Δ.

τηλ.: 0421 27531

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες

Υπηρεσίες: 1) Κλινική (10 κρεββ.), 2) Εξωτ. Ιατρεία, 3) Κοιν. Δουλειά.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 4, Κοιν. Λειτουργοί 1(του Νοσοκ.), Ψυχολόγοι 1(του Νοσοκ.), Νοσηλευτές 12 (3 ζετούς φοιτ., 5 ζετούς φοιτ. και 4 πρακτ.), Εργατοτεχνικό από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

2) ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ

Υπηρεσία: Ιατροπαιδαγωγική

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 1, Κοιν. Λειτουργοί 1, Ψυχολόγος 1.

ΚΑΡΔΙΤΣΑ

1) ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

N.Π.ΠΙΚΛΑ

τηλ.: 0441 22508

Υ.ΚΟΙΝ.ΥΠΗΡ.

Διαγνώσεις: Βαρεία νοητ. καθυστέρηση και Βαρείες Ψυχώσεις

Υπηρεσίες: Ασυλικού τύπου,

Ηλικίες: 0-16 ετών

Αριθμός Επαγγελματιών: 200 μέλη, από αυτούς Ψυχίατρος 1 (ιδιώτης), Νοσηλευτές 40 (κυρίως πρακτικοί).

ΛΑΡΙΣΣΑ

1) ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΣΑΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

τηλ.: 041 230031

Διαγνώσεις: όλες,

Ηλικίες: όλες

Υπηρεσίες: 1) Κλινική (2 κρεββ.), 2) Εξωτ. Ιατρεία

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2, Από το υπόλοιπο προσωπικό εξυπηρετούνται από το Γ.Ν.Α.

Μ Α Κ Ε Δ Ο Ν Ι Α

ΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΙΟΥ, Ιωνος Δραγούνη 3, Κατερίνη

N.Π.Δ.Δ.

Τηλ.: 81122, 81115

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: κυρίως χρόνιες ψυχ. παθήσεις Ηλικίες: από 18 ετών

Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία, τηλ.: 23995, 2) Ψυχογριατρικό τμήμα, 3) Τμήμα οξέων, 4) Τμήμα χρόνιων, 5) Τμήμα αποκατάστασης (ηλικίες 19-50), 6) Κινητές μονάδες 2 σε Κ.Υ. Ηνωθείας μια φορά το μήνα.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 7, Ειδικ. Ψυχίατροι 1, Οδοντίατροι 2, Νοσηλευτές 85 (13 ζετούς, 25 ιετούς και 47 πρακτικοί), Επισκ. Υγείας 3, Κοιν. Λειτουργός 1, Διοικητικοί 14, Αυτόπ. προσωπικό 74.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, Κωνσταντινούπολεως 36, Σταυρούπολη, Θεσ/κη

Ν.Π.Δ.Δ.

τηλ. 031

Υ.Υγείας Διαγνώσεις: όλες,

Ηλικίες: από 18 ετών

Υ.Παιδείας Υπηρεσίες: 1) Ευδονοσοκομειακή Νοσηλεία (οι 2 Πανεπιστημιακές με 6 κλινικές) (950 κρεββ.), 2) Εξωτ. Ιατρεία, 3) Νοσοκομείο Ημέρας, 4) Ξενώνας.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 30, Ειδικ.Ψυχίατροι 32, Νοσηλευτές 156, Κοιν. Λειτουργοί 10, Ψυχολόγοι 7, Εργοθεραπευτές 2.

5) Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Β' Παν/κής Ψυχιατρικής Κλινικής του Α.Π.Θ. Τσιμισκή & Κουνητών 15, τηλ. 031 270036

Διαγνώσεις: όλες,

Ηλικίες: όλες

Υπηρεσίες: 1. Διαγνωστική Υπηρεσία, 2. Υπηρεσία Ψυχοθεραπείας, 3. Υπηρεσίας Ψυχικής υγείας φοιτητών, 4. Υπηρεσία επανερχόμενων ασθενών, 5. Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 3, Νοσηλευτές 3 με μερική απασχόληση, Κοιν. Λειτουργοί 3, Ψυχολόγοι 3, Διοικητικοί 3.

6) Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δυτικού Τομέα, Πραιακάστρου 56, Σταυρούπολη Θεσσαλονίκης, Τ.Κ. 56 429

Ηλικίες: από 16 ετών

Υπηρεσίες: 1) Συμβουλευτική, 2) Ομαδική & οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 4, Κοιν. Λειτουργός 1, Νοσηλευτές 2, Ψυχολόγος 1.

7) Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Βορειοδυτικού Τομέα

Χ. Πανίδη 19, Συκιές τηλ.: 031 629310

Διαγνώσεις: όλες,

Ηλικίες: από 16 ετών

Υπηρεσίες: 1) Άνοικτης Περιθάψεως Ενηλίκων.

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 4, Νοσηλευτές 2, Κοιν. Λειτουργοί 2, Ψυχολόγος 1

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, Εξοχή Θεσ/νίκης

Ν.Π.Δ.Δ.

Διαγνώσεις: όλες,

Ηλικίες: όλες

Υ.Υγείας

Υπηρεσίες: 1) Εξωτ. Ιατρεία - Συμβουλευτική Ψυχιατρική, 2) Ψυχιατρός "επισκέπτης" σε 2 Κέντρα Υγείας (μια φορά την εβδομ.)

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 2.

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Καφαντσίγγου 36 & Παπάφη, Θεσσαλονίκη Τ.Κ. 54 639

Ν.Π.Ι.Δ.

τηλ.: 031 845130, 845900

Υ.Υγείας

Διαγνώσεις: όλες

Υπηρεσίες: 1) Συμβουλευτικό ενηλίκων (ηλικίες: από 17), 2) Ιατρο-παιδαγωγικός Σταθμός (2-16 ετών), 3) Εργαστήρια (από 16 ετών), Πρόουθέως 5, Θεσ., Τ.Κ. 54627, τηλ.: 031 546551

Αριθμός Επαγγελματιών: Ψυχίατροι 3, Νοσηλευτές 1, Κοιν. Λειτουργοί 8, Ψυχολόγοι 5 Εκπαιδευτές 6, Διοικητικοί 5, Βοηθ. Προσωπικό 3.

**Α. Ψυχιατρικά πλαίσια που δεν πραγματοποιούνται
θεραπευτικές ομάδες.**

- Ψυχιατρικό ίδρυμα "Άγιοι Ανάργυροι" Καλαμάτα
- Θεραπευτήριο Ψυχικών παθήσεων, Τρίπολης
- Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας- Ψυχιατρικός Τομέας
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου Κατερίνη
- Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική κλινική
- Θεραπευτήριο Ψυχικών παθήσεων Χανίων Κρήτης
- Κρατικό θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων Λέρου
- Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης - Ψυχιατρικός Τομέας
- Γενικό Νοσοκομείο κιλκίς - Ψυχιατρικός Τομέας
- Γενικό Νοσοκομείο πολύγυρου - Ψυχιατρικός τομέας
- Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιού Βούλας Ψυχιατρικός τομέας - Αθήνα
- Ψυχιατρικός τομέας Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών
- Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών Ψυχιατρικός τομέας
- Νοσοκομείο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός" Αθηνών - ψυχιατρικός
Τομέας
- Γενικό Νοσοκομείο "Αγίας Όλγας" Νέας Ιωνίας - Ψυχιατρικός τομέας
Αθήνα
- Γενικό νοσοκομείο "Μεταξά" Πειραιά - Ψυχιατρικός τομέας

Β. Ψυχιατρικά πλαίσια που πραγματοποιούνται θεραπευτικές ομάδες

- Ψυχιατρείο Κέρκυρας

- Γενικό κρατικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική

- Κρατικό θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων Αθηνών Δαφνί

- Σισμανόγλειο Νοσηλευτικό ίδρυμα Αθηνων - Ψυχιατρικός τομέας

Γ. Ψυχιατρικά πλαίσια που ήταν αδύνατη η επικοινωνία

- Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου κρήτης

- Γενικό Νοσοκομείο Παπανικολάου Θεσσαλονίκης

- Δρομοκαϊτειο θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων Αθήνα

- Γενικό Νοσοκομείο "Σωτηρία" Ψυχιατρικός τομέας Αθήνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Προς όλους όσους συνέβαλλαν στην επιτυχή ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της μελέτης μας

Υπόμιν...

Σας ευχαριστούμε ιδιαίτερα για την κατανόηση και την συνεργατικότητα που δείξατε κατά την εκπόνηση του σημαντικότερου μέρους της μελέτης μας.

Θα ήταν τιμή για εμάς να παρευρεθείτε στην παρουσίαση της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα "Θεραπευτικές ενδονοσοκομιακές ομάδες σε ψυχιατρικά πλαίσια και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σ'αυτές", που αποτελεί και την τελική φάση της μελέτης μας.

Η παρουσίαση θα πραγματοποιηθεί στις 4 Ιουλίου ημέρα Τρίτη, ώρα στο χώρο του Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Ελπίζουμε να δημοσιεύσουμε το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής. Όταν δημοσιευτεί θα σας στείλουμε κάποιο αντίγραφο.

Με εκτίμηση



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (Τ.Ε.Ι.)
ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Βαθμός Ασφαλείας

Πάτρα, 9 - 3 - 1995

Αριθ. Πρωτ. Δ.Υ Βαθμός Προτεραιότητας

ΠΡΟΣ:

Οιονδήποτε αφορά

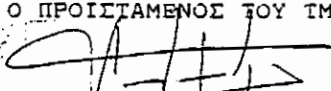
ΤΑΧ.Δ/ση : 263 34 Κοικούλι Πάτρας
Πληροφορίες : Μ. Χαραλαμποπούλου
Τηλέφωνο : 329.943

ΘΕΜΑ :

Προσκαλούμε να διευκολύνετε τις Μπαρλα Θεοδώρα ,
Παπαγιωρίου Βασιλική και τον Μαντζιάρα Μαρίνο σπουδαστ. του
Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Πάτρας , στη διεξαγωγή
της εργασίας τους με θέμα : " Οι Αντιλήψεις των Θεραπευτών
για τη λειτουργία των Θεραπευτικών Ομάδων με Ενήλικες
Ασθενείς σε Ενδονοσοκομειακούς Χώρους " .

Υπεύθυνη της ανωτέρω εργασίας είναι η κ. Ξανθού - Τσουνά
Αυαλα, καθηγήτρια του Τμήματος .

Ο ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ


Θ. ΠΑΝΑΓΙΑΜΗΤΡΙΟΥ
ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ: "ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ".

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν οι αντιλήψεις των θεραπευτών για τη λειτουργία των ομάδων, σε ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία που νοσηλεύουν ενήλικες ασθενείς.

Αντίληψη: Η ικανότητα να αντιλαμβάνεται κανείς, να εννοεί.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Σε ποιά θεωρητική βάση στηρίζεται η λειτουργία της ομάδας; Αναφερθείτε εν συντομία.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Ποιά τα κριτήρια για την επιλογή της συγκεκριμένης θεωρητικής βάσης; Αναφερθείτε επιγραμματικά.

.....
.....
.....
.....
.....

3. Υπήρξε ποτέ δυσκολία στην εφαρμογή της συγκεκριμένης θεωρίας στην δουλειά σας με ομάδες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

3α. Αν ΝΑΙ, χρησιμοποιήθηκε κάποια άλλη θεωρία και ποιιά;

.....
.....
.....
.....

4. Από ποιόν εξαρτάται η επιλογή του συντονιστή;

.....
.....

5. Ποιά τα κριτήρια της επιλογής του συντονιστή της ομάδας;

- η ειδικότητα
- η εκπαίδευση στη συγκεκριμένη τεχνική
- κάτι άλλο (προσδιορίστε τι)

.....
.....
.....
.....

6. Από ποιιά/ποιές από την/τις παρακάτω ειδικότητες προτιμούνται για συντονιστές;

- Κοινωνικός λειτουργός
- Ψυχίατρος
- Ψυχολόγος
- Νοσηλεύτης
- Εργασιοθεραπευτής
- Άλλη ειδικότητα

7. Υπάρχει κάποια ιδιαίτερη εκπαιδευτική διαδικασία που παρακολουθεί ο υποψήφιος συντονιστής πριν αναλάβει συντονιστικό ρόλο στην ομάδα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

7α. Αν ΝΑΙ, ποιά; Αναφερθείτε επιγραμματικά.

.....
.....
.....
.....
.....

8. Εναλλάσσεται ο συντονιστής;

ΝΑΙ ΟΧΙ

8α. Αν ΝΑΙ, με ποιά συχνότητα από τις παρακάτω;

- 1 φορά την εβδομάδα
- 2 φορές την εβδομάδα
- 3 φορές την εβδομάδα
- άλλο

9. Υπάρχει η δυνατότητα περισσότερων του ενός συντονιστή στην ομαδική θεραπεία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Πιστεύετε ότι η ύπαρξη δύο συντονιστών συμβάλλει περισσότερο στην επίτευξη των σκοπών της ομάδας;

ΝΑΙ ΙΣΩΣ ΟΧΙ

11. Κάντε μια σύντομη περιγραφή της ομάδας:

- Ως προς το μέγεθος
- μικρή (μέχρι 7 μέλη)
- μεγάλη (πάνω από 7 μέλη)
- και οι δύο τύποι
- Ως προς την πρόελευση νέων μελών
- ανοιχτή
- κλειστή
- Ως προς τη διάγνωση
- ομοιογενής ως προς την ασθένεια
- ανομοιογενής ως προς την ασθένεια
- Ως προς την ηλικία
- ομοιογενής
- ετερογενής
- Ως προς το φύλλο
- ομοιογενής
- ετερογενής

12. Στην κλινική σας πραγματοποιείται ξεχωριστή ομαδική θεραπεία για τις εξής κατηγορίες ασθενών;

- α. για τους νεοεισαχθέντες
ΝΑΙ ΟΧΙ
- β. για τους προοδευτικά αποθεραπευθέντες
ΝΑΙ ΟΧΙ
- γ. για τους αποθεραπευθέντες
ΝΑΙ ΟΧΙ

Παράρτημα

13. Είναι τακτικές οι ομαδικές συναντήσεις ή πραγματοποιούνται όταν ανακύψει κάποιο πρόβλημα;

ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΕΚΤΑΚΤΕΣ

Τακτικές: που γίνονται με ορισμένη τάξη ή τρόπο και σε ορισμένο χρόνο.

13α. Οι ομαδικές συναντήσεις είναι:

α) τακτικές ως προς το χώρο

ΝΑΙ ΟΧΙ

β) τακτικές ως προς το χρόνο

ΝΑΙ ΟΧΙ

γ) τακτικές ως προς την ημέρα

ΝΑΙ ΟΧΙ

δ) τακτικές ως προς την ώρα

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Ποιά η συχνότητα των ομαδικών συναντήσεων;

1 φορά την εβδομάδα

2 φορές την εβδομάδα

3 φορές την εβδομάδα

περισσότερες φορές την εβδομάδα

15. Είναι υποχρεωτική ή προαιρετική η προσέλευση των ασθενών στην ομάδα;

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ

16. Πόση ώρα διαρκεί η ομαδική θεραπεία;

50 λεπτά - 60'

75 λεπτά

90 λεπτά

όσο χρειάζεται

17. Κατά την προσωπική σας εκτίμηση είναι επαρκής ο χρόνος διάρκειας των ομαδικών συναντήσεων για τους ασθενείς;

ΝΑΙ ΟΧΙ

17α. Αν ΝΑΙ, που βασίζετε την εκτίμησή σας;

σε συγκεκριμένες φράσεις των ασθενών

σε μεταφορικές φράσεις των ασθενών

σε μη λεκτικά μηνύματα

άλλο (προσδιορίστε τι ακριβώς)

.....

.....

18. Υπάρχουν κριτήρια για την επιλογή των ασθενών που θα συμμετάσχουν στις ομάδες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

18α. Αν ΝΑΙ, ποιά είναι τα κριτήρια; Αναφερθείτε επιγραμματικά.

.....

.....

.....

.....

19. Με ποιό τρόπο οι ασθενείς συμμετέχουν στη διαδικασία της ομαδικής θεραπείας;

α. αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες

β. εκφράζοντας την αποψη τους

γ. ακολουθώντας τις υποδείξεις του συντονιστή

δ. κάτι άλλο (προσδιορίστε τι)

.....

.....

.....

.....

20. Παρατηρήσατε κάποιες αλλαγές στην πορεία της ασθένειας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Παράρτημα

24. Κατά τη γνώμη σας ποιά από τις παρακάτω θεραπείες βοηθάει περισσότερο τον ασθενή;

- ατομική ψυχοθεραπεία
- ομαδική ψυχοθεραπεία
- φαρμακοθεραπεία
- κοινωνική εργασία με άτομα
- κοινωνική εργασία με ομάδες
- κοινωνική εργασία με οικογένεια

25. Κατά τη γνώμη σας, η ομαδική θεραπεία που εφαρμόζεται στην κλινική σας επιτυγχάνει το σκοπό της, δηλαδή την υποβοήθηση της θεραπείας της ασθένειας;

ΝΑΙ ΙΣΩΣ ΟΧΙ

26. Αν ΟΧΙ, τι άλλο πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βοηθήσει στη θεραπεία της ασθένειας;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

27. Θεωρείτε ότι με γνώμονα τη συμμετοχή στην ομάδα οι ασθενείς πιστεύουν και ελπίζουν στη βοήθεια της ομαδικής θεραπείας;

ΝΑΙ ΙΣΩΣ ΟΧΙ

28. Πραγματοποιούνται στην κλινική σας, μετασυνεδριακές συζητήσεις για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της κάθε ομαδικής συνάντησης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

29. Αν, ΝΑΙ, ποιοι συμμετέχουν:

μόνο οι θεραπευτές (συντονιστής και συνθεραπευτές) ||

οι θεραπευτές και τα μέλη της ομάδας ||

κάποιοι άλλοι (προσδιορίστε ποιοι) ||

.....

.....

30. Πότε άρχισαν να λειτουργούν ομάδες στην κλινική σας;

Ειδικότητα

Ευχαριστούμε πολύ γαι τη βοήθειά σας καθώς και για το χρόνο που μας διαθέσατε.

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΠΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ: *“ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ”.*

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν οι αντιλήψεις των θεραπειών για τη λειτουργία των ομάδων, σε ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία που νοσηλεύουν ενήλικες ασθενείς.

Αντίληψη: Η ικανότητα να αντιλαμβάνεται κανείς, να εννοεί.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Σε ποιά θεωρητική βάση στηρίζεται η λειτουργία της ομάδας;

Αναφερθείτε εν συντομία.

2. ερωτηματολόγια: δεν απαντήθηκαν

3 ερωτηματολόγια: συστηματική - υποστηρικτική - χρησιμοποιεί αναπτυξιακό μοντέλο.

2. Ποια τα κριτήρια για την επιλογή της συγκεκριμένης θεωρητικής βάσης;

Αναφερθείτε επιγραμματικά.

2 ερωτηματολόγια: δεν απαντήθηκαν

3 ερωτηματολόγια: ψυχωτικοί σε κρίση, αδυναμία επικοινωνίας, απόσυρση και παλινδρόμηση.

3. Υπήρξε ποτέ δυσκολία στην εφαρμογή της συγκεκριμένης θεωρίας στην δουλειά σας με ομάδες;

ΝΑΙ 1 ΟΧΙ 2

2 ερωτηματολόγια: δεν απαντήθηκαν

3α. Αν ΝΑΙ, χρησιμοποιήθηκε κάποια άλλη θεωρία και ποιιά;

Δεν απάντησαν.

4. Από ποιον εξαρτάται η επιλογή του συντονιστή;

1 ερωτηματολόγιο: δεν απαντήθηκε

4 ερωτηματολόγια: από τον υπεύθυνο των ομάδων

5. Ποια τα κριτήρια της επιλογής του συντονιστή της ομάδας;

- η ειδικότητα 1

- η εκπαίδευση στη συγκεκριμένη τεχνική 3

- κάτι άλλο (προσδιορίστε τι) 0

1 ερωτηματολόγιο: δεν απαντήθηκε

6. Από ποια/ποιές από την/τις παρακάτω ειδικότητες προτιμούνται για συντονιστές;

Κοινωνικός λειτουργός 5

Ψυχίατρος 5

Ψυχολόγος 2

Νοσηλεύτης 5

Εργασιοθεραπευτής 0

Άλλη ειδικότητα 0

7. Υπάρχει κάποια ιδιαίτερη εκπαιδευτική διαδικασία που παρακολουθεί ο υπογύφιος συντονιστής πριν αναλάβει συντονιστικό ρόλο στην ομάδα;

ΝΑΙ 4 ΟΧΙ 1

7α. Αν ΝΑΙ, ποιά; Αναφερθείτε επιγραμματικά.

1 ερωτηματολόγιο: δεν απαντήθηκε

4 ερωτηματολόγια: εμπειρία στην ομάδα και συμμετοχή στις εκπαιδευτικές συναντήσεις με θεωρητική ομαδική κατάρτιση.

8. Εναλλάσσεται ο συντονιστής;

ΝΑΙ 5 ΟΧΙ 0

8α. Αν ΝΑΙ, με ποια συχνότητα από τις παρακάτω;

1 φορά την εβδομάδα 0

2 φορές την εβδομάδα 1

3 φορές την εβδομάδα 2

άλλο 2

9. Υπάρχει η δυνατότητα περισσότερων του ενός συντονιστή στην ομαδική θεραπεία;

ΝΑΙ 1 ΟΧΙ 4

10. Πιστεύετε ότι η ύπαρξη δύο συντονιστών συμβάλλει περισσότερο στην επίτευξη των σκοπών της ομάδας;

ΝΑΙ 0 ΙΣΩΣ 0 ΟΧΙ 5

11. Κάντε μια σύντομη περιγραφή της ομάδας:

Ως προς το μέγεθος

μικρή (μέχρι 7 μέλη) 0

μεγάλη (πάνω από 7 μέλη) 4

και οι δύο τύποι 1

Ως προς την προέλευση νέων μελών

ανοιχτή 5

κλειστή 0

Ως προς τη διάγνωση

ομοιογενής ως προς την ασθένεια 0

ανομοιογενής ως προς την ασθένεια 5

Ως προς την ηλικία

ομοιογενής 0

ετερογενής 5

Ως προς το φύλλο

ομοιογενής 0

ετερογενής 5

**12. Στην κλινική σας πραγματοποιείται ξεχωριστή ομαδική
θεραπεία για τις εξής κατηγορίες ασθενών;**

α. για τους νεοεισαχθέντες

ΝΑΙ 0 ΟΧΙ 5

β. για τους προοδευτικά αποθεραπευθέντες

ΝΑΙ 0 ΟΧΙ 5

γ. για τους αποθεραπευθέντες

ΝΑΙ 0 ΟΧΙ 5

13. Είναι τακτικές οι ομαδικές συναντήσεις ή πραγματοποιούνται όταν ανακύψει κάποιο πρόβλημα;

ΤΑΚΤΙΚΕΣ 5 ΕΚΤΑΚΤΕΣ 0

Τακτικές: που γίνονται με ορισμένη τάξη ή τρόπο και σε ορισμένο χρόνο.

13α. Οι ομαδικές συναντήσεις είναι:

α) τακτικές ως προς το χώρο

ΝΑΙ 5 ΟΧΙ 0

β) τακτικές ως προς το χρόνο

ΝΑΙ 5 ΟΧΙ 0

γ) τακτικές ως προς την ημέρα

ΝΑΙ 5 ΟΧΙ 0

δ) τακτικές ως προς την ώρα

ΝΑΙ 5 ΟΧΙ 0

14. Ποιά η συχνότητα των ομαδικών συναντήσεων;

1 φορά την εβδομάδα 0

2 φορές την εβδομάδα 0

3 φορές την εβδομάδα 0

περισσότερες φορές την εβδομάδα 5

15. Είναι υποχρεωτική ή προαιρετική η προσέλευση των ασθενών στην ομάδα;

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ 3 ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ 2

16. Πόση ώρα διαρκεί η ομαδική θεραπεία;

50 λεπτά - 60' 5

75 λεπτά 0

90 λεπτά 0

όσο χρειάζεται 0

17. Κατά την προσωπική σας εκτίμηση είναι επαρκής ο χρόνος διάρκειας των ομαδικών συναντήσεων για τους ασθενείς;

ΝΑΙ 5 ΟΧΙ 0

17α. Αν ΝΑΙ, που βασίζετε την εκτίμησή σας;

σε συγκεκριμένες φράσεις των ασθενών 3

σε μεταφορικές φράσεις των ασθενών 3

σε μη λεκτικά μηνύματα 2

άλλο (προσδιορίστε τι ακριβώς) 0

18. Υπάρχουν κριτήρια για την επιλογή των ασθενών που θα συμμετάσχουν στις ομάδες;

ΝΑΙ 2 ΟΧΙ 3

18α. Αν ΝΑΙ, ποιά είναι τα κριτήρια; Αναφερθείτε επιγραμματικά.

3 ερωτηματολόγια: δεν απαντήθηκαν

2 ερωτηματολόγια: να μην είναι βαριά διαταραγμένος και να μην αρκούνται επίμονα.

19. Με ποιά τρόπο οι ασθενείς συμμετέχουν στη διαδικασία της ομαδικής θεραπείας;

α. αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες 0

β. εκφράζοντας την απογύ τους 5

γ. ακολουθώντας τις υποδείξεις του συντονιστή 0

δ. κάτι άλλο (προσδιορίστε τι) 0

20. Παρατηρήσατε κάποιες αλλαγές στην πορεία της ασθένειας;

ΝΑΙ 5 ΟΧΙ 0

21. Αν ΝΑΙ, αναφέρατε ποιές αλλαγές παρατηρήσατε.

Καλύτερη προσαρμογή, συμμετοχικότητα, επικοινωνία, έκφραση.

22. Κατά τη γνώμη σας, πόσο επηρεάζει η φαρμακοθεραπεία την πορεία της ασθένειας του νοσηλευόμενου;

πάρα πολύ 1

πολύ 3

αρκετά 1

λίγο 0

ελάχιστα 0

23. Σε ποιά από τις παρακάτω θεραπείες δίδεται περισσότερο βάση στην κλινική σας;

- στη φαρμακοθεραπεία 2
- στην ομαδική θεραπεία 0
- και στις δύο 3
- στη θεραπεία με οικογένεια 0

24. Κατά τη γνώμη σας ποιά από τις παρακάτω θεραπείες βοηθάει περισσότερο τον ασθενή;

- ατομική ψυχοθεραπεία 1
- ομαδική ψυχοθεραπεία 4
- φαρμακοθεραπεία 2
- κοινωνική εργασία με άτομα 1
- κοινωνική εργασία με ομάδες 3
- κοινωνική εργασία με οικογένεια 1

25. Κατά τη γνώμη σας, η ομαδική θεραπεία που εφαρμόζεται στην κλινική σας επιτυγχάνει το σκοπό της, δηλαδή την υποβοήθηση της θεραπείας της ασθένειας;

ΝΑΙ 5 ΙΣΩΣ 0 ΟΧΙ 0

26. Αν ΟΧΙ, τι άλλο πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βοηθήσει στη θεραπεία της ασθένειας;

27. θεωρείτε ότι με γνώμονα τη συμμετοχή στην ομάδα οι ασθενείς πιστεύουν και ελπίζουν στη βοήθεια της ομαδικής θεραπείας;

ΝΑΙ 5 ΙΣΩΣ 0 ΟΧΙ 0

28. Πραγματοποιούνται στην κλινική σας, μετασυνεδριακές συζητήσεις για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της κάθε ομαδικής συνάντησης;

ΝΑΙ 5 ΟΧΙ 0

29. Αν ΝΑΙ, ποιοί συμμετέχουν:

μόνο οι θεραπευτές (συντονιστής και συνθεραπευτές) 5

οι θεραπευτές και τα μέλη της ομάδας 0

κάποιοι άλλοι (προσδιορίστε ποιοι) 0

30. Πότε άρχισαν να λειτουργούν ομάδες στην κλινική σας;

Ειδικότητα

Ψυχίατροι: 2

Κ. Λ: 1

Νοσηλεύτριες: 2

Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθειά σας καθώς και για το χρόνο που μας διαθέσατε.

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ: *“ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ”.*

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν οι αντιλήψεις των θεραπειών για τη λειτουργία των ομάδων, σε ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία που νοσηλεύουν ενήλικες ασθενείς.

Αντίληψη: Η ικανότητα να αντιλαμβάνεται κανείς, να εννοεί.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Σε ποιά θεωρητική βάση στηρίζεται η λειτουργία της ομάδας;

Αναφερθείτε εν συντομία.

Συγκερασμός αρκετών θεωρητικών προσεγγίσεων όπως: ομαδική αναλυτική ψυχοθεραπεία, συστηματική με βάση υποστηρικτικές και συμβουλευτικές αρχές, θεωρία θεραπευτικών κοινοτήτων, γενικές αρχές του YALOM, FIULKES, MORENO και PERLS και ψυχοδυναμικό μοντέλο.

2. Ποιά τα κριτήρια για την επιλογή της συγκεκριμένης θεωρητικής βάσης;

Αναφερθείτε επιγραμματικά.

Οι ανάγκες των ασθενών, η επικοινωνία γενικά, η αδυναμία στον τρόπο έκφρασης, η ανομοιογένεια στις διαγνώσεις των ασθενών, ο μικρός χρόνος νοσηλείας η εκπαίδευση και θεωρητική κατάρτιση των θεραπειών και τέλος η φιλοσοφία και οι σκοποί του προγράμματος.

3. Υπήρξε ποτέ δυσκολία στην εφαρμογή της συγκεκριμένης θεωρίας στην δουλειά σας με ομάδες;

ΝΑΙ 4 ΟΧΙ 13

3α. Αν ΝΑΙ, χρησιμοποιήθηκε κάποια άλλη θεωρία και ποιά;

2 ερωτηματολόγια: δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεωρία

2 ερωτηματολόγια: χρησιμοποιήθηκε θεωρία που είχε ως βάση την λύση των προβλημάτων των ασθενών.

4. Από ποιόν εξαρτάται η επιλογή του συντονιστή;

12 ερωτηματολόγια: από την θεραπευτική ομάδα

5 ερωτηματολόγια: από τον υπεύθυνο των ομάδων.

5. Ποια τα κριτήρια της επιλογής του συντονιστή της ομάδας;

- η ειδικότητα 9

- η εκπαίδευση στη συγκεκριμένη τεχνική 10

- κάτι άλλο (προσδιορίστε τι) 7

3 ερωτηματολόγια: η εμπειρία του θεραπευτή

2 ερωτηματολόγια: οι ικανότητες του θεραπευτή

2 ερωτηματολόγια: τα κίνητρα του συντονιστή και η διαδεσιμότητα.

6. Από ποιά / ποιές από την/τις παρακάτω ειδικότητες προτιμούνται για συντονιστές;

Κοινωνικός λειτουργός	13
Ψυχίατρος	12
Ψυχολόγος	12
Νοσηλεύτης	12
Εργασιοθεραπευτής	11
Άλλη ειδικότητα	3

7. Υπάρχει κάποια ιδιαίτερη εκπαιδευτική διαδικασία που παρακολουθεί ο υποψήφιος συντονιστής πριν αναλάβει συντονιστικό ρόλο στην ομάδα;

ΝΑΙ 6 ΟΧΙ 11

7α. Αν ΝΑΙ, ποιά; Αναφερθείτε επιγραμματικά.

1 ερωτηματολόγιο δεν απαντήθηκε

3 ερωτηματολόγια: εκπαίδευση και εμπειρία

2 ερωτηματολόγια: παρακολούθηση των ομάδων, θεωρητική κατάρτιση και ειδίκευση σε αντικείμενο απασχόλησης π.χ. μουσικοθεραπεία.

8. Εναλλάσσεται ο συντονιστής;

ΝΑΙ 7 ΟΧΙ 10

8α. Αν ΝΑΙ, με ποιά συχνότητα από τις παρακάτω;

1 φορά την εβδομάδα 5

2 φορές την εβδομάδα

3 φορές την εβδομάδα

άλλο 2

9. Υπάρχει η δυνατότητα περισσότερων του ενός συντονιστή στην ομαδική θεραπεία;

ΝΑΙ 13 ΟΧΙ 4

10. Πιστεύετε ότι η ύπαρξη δύο συντονιστών συμβάλλει περισσότερο στην επίτευξη των σκοπών της ομάδας;

ΝΑΙ 10 ΙΣΩΣ 4 ΟΧΙ 3

11.Κάντε μια σύντομη περιγραφή της ομάδας:

Ως προς το μέγεθος

μικρή (μέχρι 7 μέλη) 3

μεγάλη (πάνω από 7 μέλη) 5

και οι δύο τύποι 9

Ως προς την προέλευση νέων μελών

ανοιχτή 11

κλειστή 6

Ως προς τη διάγνωση

ομοιογενής ως προς την ασθένεια 2

ανομοιογενής ως προς την ασθένεια 15

Ως προς την ηλικία

ομοιογενής 1

ετερογενής 16

Ως προς το φύλλο

ομοιογενής 1

ετερογενής 16

12. Στην κλινική σας πραγματοποιείται ξεχωριστή ομαδική θεραπεία για τις εξής κατηγορίες ασθενών;

α. για τους νεοεισαχθέντες

ΝΑΙ 6 ΟΧΙ 11

β. για τους προοδευτικά αποθεραπευθέντες

ΝΑΙ 8 ΟΧΙ 9

γ. για τους αποθεραπευθέντες

ΝΑΙ 12 ΟΧΙ 5

13. Είναι τακτικές οι ομαδικές συναντήσεις ή πραγματοποιούνται όταν ανακύψει κάποιο πρόβλημα;

ΤΑΚΤΙΚΕΣ 17 ΕΚΤΑΚΤΕΣ 0

Τακτικές που γίνονται με ορισμένη τάξη ή τρόπο και σε ορισμένο χρόνο.

13α. Οι ομαδικές συναντήσεις είναι:

α) τακτικές ως προς το χώρο

ΝΑΙ 16 ΟΧΙ 1

β) τακτικές ως προς το χρόνο

ΝΑΙ 17 ΟΧΙ

γ) τακτικές ως προς την ημέρα

ΝΑΙ 17 ΟΧΙ

δ) τακτικές ως προς την ώρα

ΝΑΙ 16 ΟΧΙ 1

14. Ποιά η συχνότητα των ομαδικών συναντήσεων;

1 φορά την εβδομάδα 8

2 φορές την εβδομάδα 2

3 φορές την εβδομάδα 0

περισσότερες φορές την εβδομάδα 7

15. Είναι υποχρεωτική ή προαιρετική η προσέλευση των ασθενών στην ομάδα;

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ 13 ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ 4

16. Πόση ώρα διαρκεί η ομαδική θεραπεία;

50 λεπτά - 60' 15

75 λεπτά 1

90 λεπτά 1

όσο χρειάζεται 0

17. Κατά την προσωπική σας εκτίμηση είναι επαρκής ο χρόνος διάρκειας των ομαδικών συναντήσεων για τους ασθενείς;

ΝΑΙ 15 ΟΧΙ 2

17α. Αν ΝΑΙ, που βασίζετε την εκτίμησή σας;

σε συγκεκριμένες φράσεις των ασθενών	11
σε μεταφορικές φράσεις των ασθενών	5
σε μη λεκτικά μηνύματα	13
άλλο (προσδιορίστε τι ακριβώς)	

18. Υπάρχουν κριτήρια για την επιλογή των ασθενών που θα συμμετάσχουν στις ομάδες;

ΝΑΙ 11 ΟΧΙ 6

18α. Αν ΝΑΙ, ποιά είναι τα κριτήρια; Αναφερθείτε επιγραμματικά.

5 ερωτηματολόγια: να μην είναι διεγερτικοί και να είναι λειτουργικοί.

4 ερωτηματολόγια: ανάλογα με ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, διαγνωστική κατηγορία και επίπεδο λειτουργικότητας

2 ερωτηματολόγια: να μην είναι ανοϊκοί.

19. Με ποιό τρόπο οι ασθενείς συμμετέχουν στη διαδικασία της ομαδικής θεραπείας;

α. αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες 5

β. εκφράζοντας την απογνή τους 16

γ. ακολουθώντας τις υποδείξεις του συντονιστή 8

δ. κάτι άλλο (προσδιορίστε τι) 3

2 ερωτηματολόγια: εκφράζοντας συναισθήματα και προτάσεις.

1 ερωτηματολόγιο: ενθαρρύνοντας την λεκτική συμμετοχή αλλά και αποδοχή της μη λεκτικής επικοινωνίας.

20. Παρατηρήσατε κάποιες αλλαγές στην πορεία της ασθένειας;

ΝΑΙ 17 ΟΧΙ 0

21. Αν ΝΑΙ, αναφέρατε ποιές αλλαγές παρατηρήσατε.

1 ερωτηματολόγιο: δεν απαντήθηκε 5,88%

4 ερωτηματολόγια: κινητοποίηση ασθενών και επικοινωνία απόκτηση αυτογνώσις, αλλαγές στην συμπεριφορά και στους τρόπους επικοινωνίας, μείωση της συμπτωματολογίας και τόνωση της αυτοεκτίμησης του. 23,52%

4 ερωτηματολόγια: κοινωνικοποίηση και έκφραση των προβλημάτων. 23,52%

4 ερωτηματολόγια: αλλαγές στην κοινωνικότητα, βελτίωση των σχέσεων, χαλάρωση εσωτερικών εντάσεων αλλά και αρνητικές αλλαγές όπως λαγόρροια, διεγέρσεις και πτώση σε μελαγχολία. 23,52%

3 ερωτηματολόγια: μείωση άγχους και ανασφάλειας, υιοθέτηση νέων υγιών ρόλων, αίσθηση μεγαλύτερου ελέγχου του εαυτού τους. 17,65%

1 ερωτηματολόγιο: λιγότερες υποτροπές περιορισμένες νοσηλείες και κοινωνικοποίηση. 5,88%.

22. Κατά τη γνώμη σας, πόσο επηρεάζει η φαρμακοθεραπεία την πορεία της ασθένειας του νοσηλευομένου;

πάρα πολύ	7
πολύ	4
αρκετά	6
λίγο	0
ελάχιστα	0

23. Σε ποιά από τις παρακάτω θεραπείες δίδεται περισσότερο βάση στην κλινική σας;

στη φαρμακοθεραπεία	5
στην ομαδική θεραπεία	1
και στις δύο	11
στη θεραπεία με οικογένεια	4

24. Κατά τη γνώμη σας ποια από τις παρακάτω θεραπείες βοηθάει περισσότερο τον ασθενή;

ατομική ψυχοθεραπεία	10
ομαδική ψυχοθεραπεία	13
φαρμακοθεραπεία	15
Κοινωνική εργασία με άτομα	7
Κοινωνική εργασία με ομάδες	10
Κοινωνική εργασία με οικογένεια	11

25. Κατά τη γνώμη σας, η ομαδική θεραπεία που εφαρμόζεται στην κλινική σας επιτυγχάνει το σκοπό της, δηλαδή την υποβοήθηση της θεραπείας της ασθένειας;

ΝΑΙ 10 ΙΣΩΣ 7 ΟΧΙ 1

26. Αν ΟΧΙ, τι άλλο πιστεύεται ότι θα μπορούσε να βοηθήσει στη θεραπεία της ασθένειας;

27. Θεωρείται ότι με γνώμονα τη συμμετοχή στην ομάδα οι ασθενείς πιστεύουν στη βοήθεια της ομαδικής θεραπείας;

ΝΑΙ 9 ΙΣΩΣ 8 ΟΧΙ 0

28. Πραγματοποιούνται στην κλινική σας, μετασυνεδριακές συζητήσεις για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας κάθε ομαδικής συνάντησης;

ΝΑΙ 13 ΟΧΙ 4

29. Αν ΝΑΙ, ποιοι συμμετέχουν

μόνο οι θεραπευτές (συντονιστής και συνθεραπευτές) 12

οι θεραπευτές και τα μέλη της ομάδας 0

κάποιοι άλλοι (προσδιορίστε ποιοι) 5

3. Ερωτηματολόγια: θεραπευτές και επιβλέποντες

2. Ερωτηματολόγια: Εκπαιδευόμενοι

4. Ερωτηματολόγια: δεν απαντήθηκαν

30. Πότε άρχισαν να λειτουργούν ομάδες στην κλινική σας;

1. Αιγινήτειο Νοσοκομείο Ημέρας: 1977
2. Κέντρο Επαγγελματικής προεκπαίδευσης (Αιγινήτειο): 1984
3. Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων: 1984
4. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Σταυρούπολης): 1989
5. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο "Ο Ευαγγελισμός": 1990
6. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου: 1992

Ειδικότητα

Ψυχίατροι: 3

Ψυχολόγοι: 5

Κ.Λ. : 4

Εργοθεραπευτές: 2

Νοσηλεύτες: 3

Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθειά σας καθώς και για το χρόνο που μας διαθέσατε.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ

ΟΙ ΕΚΤΟΣ Ψ.Ν. ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Απογραφικά στοιχεία

Τον Μάρτιο του 1992, λειτουργούν ή έχουν κατασκευασθεί και δεν λειτουργούν ή ολοκληρώνεται η κατασκευή τους ή έχει αρχίσει η διαδικασία κατασκευής ή βρίσκονται σε στάδιο μελέτης, οι παρακάτω μονάδες ψυχικής υγείας:

ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

(ΜΕΤΡΟ 1.1,)

Α. Περιοχή Αθηνών

1. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Παγκρατίου, ανήκει στο Π.Γ.Ν. "Ευαγγελισμός", δεν έχει κτιριακή υποδομή, λειτουργεί σε νοικιασμένο κτίριο, ως συνέχεια του πειρ. προγρ. 84 30.

2. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Περιστερίου, (πρ. 85 15, β), ανήκει στο Ψ.Ν.Α., δεν έχει κτιριακή υποδομή, λειτουργεί από τον 3/90 σε χώρο του Ι.Κ.Α. Συντάσσεται το κτιριολογικό και θα κατασκευασθεί σε οικόπεδο που παρεχώρησε ο Δήμος Περιστερίου.

3. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Αγίας Παρασκευής Χαλανδρίου, (πρ. 85 15, δ), ανήκει στο Π.Γ.Ν.Α., δεν έχει κτιριακή υποδομή, λειτουργεί σε νοικιασμένο χώρο από τον 9/89. Εγινε προκήρυξη αγοράς κτιρίου ή οικοπέδου αλλά οι διαγωνισμοί απέβησαν άκαρποι.

Παράρτημα

4. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Βύρωνα - Καισαριανής, (πρ. 85 24), ανήκει στο Αιγινίτειο νοσοκομείο, έχει κτιριακή υποδομή που καταυεστάστηκε με τον καν. 815/84 και λειτουργεί.

5. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Εξαρχείων, ανήκει στο Κ.Ψ.Υγιεινής, δεν έχει κτιριακή υποδομή και λειτουργεί ως συνέχεια του πειρ. προγρ. 8501.

6. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Α. Λιοσίων, (προγρ. 8515. γ) ανήκει στο Ψ.Ν.Α., δεν έχει κτιριακή υποδομή και δεν λειτουργεί. Βρίσκεται σε διαδικασία αγοράς κτιρίου.

7. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Κορυδαλλού, (πρόγρ 8705) ανήκει στο Δρομοκαΐτιο, δεν λειτουργεί. Αγοράστηκε κτίριο που θα διαρρυθμισθεί.

Β. Περιοχή Θεσ/νίκης.

8. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Κ. Τομ.Θεσ/νίκης, ανήκει στο Ψ.Ν.Θ., δεν έχει κτιριακή υποδομή, λειτουργεί σε νοικιασμένο κτίριο. Είναι το πρόγραμμα 84 16/002 και βρίσκεται στο στάδιο έναρξης διαδικασίας αγοράς κτιρίου.

9. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Δ.Τομ. Θεσ/νίκης (προγρ. 84. 16/001), ανήκει στο Ψ.Ν.Θ., λειτουργεί σε νοικιασμένο κτίριο. Θα κατασκευασθεί σε οικόπεδο του Δήμου Σταυρούπολης.

10. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Β.Δ.Τομ. Θεσ/νίκης, ανήκει στο Ψ.Ν.Θ., έχει κτιριακή υποδομή που κατασκευάσθηκε με το προγρ. 85.17 του καν. 815/84 και λειτουργεί.

11. Κ.Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί Α.Τομ. Θεσ/νίκης, (προγρ. 85 16), ανήκει στο Ψ.Ν.Θ., λειτουργεί και βρίσκεται σε διαδικασία αγοράς κτιρίου.

Γ. Λοιπή χώρα

12. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Βόλου, ανήκει στο Ν.Γ.Ν. Βόλου, έχει κτιριακή υποδομή που κατασκευάστηκε με το προγρ. 85 21 του καν. 815/84 και λειτουργεί.

13. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Ιωαννίνων, ανήκει στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, έχει κτιριακά υποδομή που κατασκευάστηκε με το πρ. 88 11 του καν. 815/84, λειτουργεί.

14. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Λάρισας έχει κτιριακή υποδομή που κατασκευάστηκε με το πρ. 85 20 του καν. 815/84 και λειτουργεί.

15. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Σερρών, ανήκει στο Ν.Γ.Ν. Σερρών, έχει κτιριακή υποδομή που κατασκευάστηκε με το πρ. 85 19 του καν. 815/84 και λειτουργεί.

16. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Χαλκίδας, ανήκει στο Ν.Γ.Ν. Χαλκίδας, αγοράστηκε κτίριο τον 11/91 που διαρρυθμίζεται και λειτουργεί.

17. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Χανίων, ανήκει στο Ν.Γ.Ν. Χανίων, δεν έχει κτιριακή υποδομή, λειτουργεί σε νοικιασμένο χώρο σαν συνέχεια του πειρ. πρ. 86 04.

18. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Καρπενήσιου, ανήκει στο Ν.Γ.Ν. Καρπενησίου, έχει κτιριακή υποδομή που κατασκευάζεται με το πρ. 88 27 του καν. 815/84, και δεν λειτουργεί.

Παράρτημα

19. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Κατερίνης, ανήκει στο Ψ.Ι.Μ.Π.Ο., η κτιριακή υποδομή διαρρυθμίζεται μετά από αγορά κτιρίου με τον καν. 815/84 και δεν λειτουργεί.

20. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Καβάλας, ανήκει στο Π.Γ.Ν. Καβάλας, έχει κτιριακή υποδομή που κατασκευάστηκε με το πρ. 85 18 του καν. 815/84 και δεν λειτουργεί.

21. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Ηρακλείου, ανήκει στο Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, η κτιριακή υποδομή ολοκληρώνεται (στάδιο χρωματισμών) με το πρ. 85 23 του καν. 815/84 και δεν λειτουργεί.

22. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Καλαμάτας, ανήκει στο Δήμο Καλαμάτας, αγοράστηκε κτίριο, γίνονται διαρρυθμίσεις με τον καν. 815/84 και δεν λειτουργεί.

23. Κ.Κ.Ψ.Υ. περιοχής Σάμου, (πρ. 88 01), ανήκει στο Ν.Γ.Ν. Σάμου. Δημοπρατήθηκε η κατασκευή κτιρίου και δεν λειτουργεί.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

(ΜΕΤΡΟ 2.Α)

Α. Περιοχή Αθηνών.

1. Π.Γ.Ν. Αθηνών, προβλεπόμενες κλίνες 20, υπάρχουσες 20, λειτουργεί σε διαθέσιμο χώρο.

2. Γ.Ν.Ν. Ιωνίας "Αγία Ολγα", προβλεπόμενες κλίνες 20, είναι σε στάδιο έναρξης εργασιών (πρ. 84 018). Λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία και διασυνδεδετική - συμβουλευτική Ψυχιατρική με 3 Ψυχιάτρους.

Παράρτημα

3. Γ.Ν. Νικαίας "Δάμων Βασιλείου", προβλεπόμενες κλίνες 30, έχουν αναπτυχθεί 23, σε υποδομή που κατασκευάστηκε με τον καν. 815/84 (πρ. 84 19), λειτουργεί.

4. Π.Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, προβλεπόμενες κλίνες 20, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία με 5 Ψυχιάτρους.

5. Γ.Ν Ευαγγελισμός, προβλεπόμενες κλίνες 20, έχουν αναπτυχθεί και οι 20 σε υποδομή που κατασκευάστηκε με τον καν. 815/84 (πρ. 85 31), λειτουργεί.

6. Π.Γ.Ν.Θ. "Σωτηρία", προβλεπόμενες κλίνες 20, έχουν αναπτυχθεί και οι 20 σε υποδομή που κατασκευάστηκε με τον καν. 815.84 (πρ. 85 31), λειτουργεί.

7. Γ.Ν. Ε.Ε.Σ. "Κοργιαλένιο - Μπενάκειο" προβλεπόμενες κλίνες 20, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία με 5 ειδικευμένους Ψυχιάτρους και 5 ειδικευόμενους.

8. Π.Γ.Ν. Σισμανόγλειο, προβλεπόμενες κλίνες 20, αναπτυγμένες 20, σε υποδομή που κατασκευάστηκε με τον καν. 815/84 (πρ. 85 30), λειτουργεί.

9. Π.Γ.Ν. Μεταξά, προβλεπόμενες κλίνες 10, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

10. Ν.Γ.Ο.Ν. "Άγιοι Ανάργυροι", προβλεπόμενες κλίνες 5, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

11. Ν.Γ.Ν.Τζάνειο, προβλεπόμενες κλίνες 20, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν εξωτερικά παιδοψυχιατρικά ιατρεία.

12. Π.Γ.Ν. "Αγία Σοφία", προβλεπόμενες κλίνες 15, υπάρχουν ήδη αναπτυγμένες 6. Η υποδομή κατασκευάζεται με τον καν. 815/84 (πρ. 84 23/001), έχει γίνει το 95% της κατασκευής, θα λειτουργήσει ως ψυχιατρικός τομέας παιδιών.

Β. Περιοχή θεσ/νίκης.

13. Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, προβλεπόμενες κλίνες 20, αναπτυγμένες 20, σε υποδομή που κατασκευάστηκε με τον καν. 815/84 (πρ. 84 210, λειτουργεί.

14. Π.Γ.Ν. Παπανικολάου, προβλεπόμενες κλίνες 20, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, δεν εγκαταστάθηκε ακόμη ο εργολάβος για την υλοποίησή του (πρ. 84 24). Λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία.

15. Π.Γ.Ν. Παπανικολάου, προβλεπόμενες κλίνες 15, δεν έχει αναπτυχθεί καμία. Πρόκειται να λειτουργήσει ως ψυχιατρικός τομέας εφήβων (πρ. 84 36). Συντάσσεται οριστική μελέτη, δεν έγινε εγκατάσταση εργολάβου.

16. Π.Γ.Ν.Ιπποκράτειο, προβλεπόμενες κλίνες 10, αναπτυγμένες 10, η υποδομή ολοκληρώθηκε με το πρ. 84 24, λειτουργεί ως παιδοψυχιατρικός τομέας.

17. Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, λειτουργεί ψυχιατρικό τομέας ενηλίκων με μόνες δραστηριότητες εξωτερικά ιατρεία και διασυνδετική ψυχιατρική.

Γ. Λοιπή χώρα.

18. Ν.Γ.Ν. Αμφισσας, προβλεπόμενες κλίνες 15, κατασκευάστηκε με το πρ. 86 29 του καν. 815/84, δεν λειτουργεί.

Παράρτημα

19. Ν.Γ.Ν. Χαλκίδας, προβλεπόμενες κλίνες 10, δεν υπάρχει υποδομή, δεν λειτουργεί.

20. Ν.Γ.Ν. Καρπενησίου, προβλεπόμενες κλίνες 5, δεν υπάρχει υποδομή, δεν αναπτύχθηκαν κλίνες, δεν λειτουργεί.

21. Π.Γ.Ν. Λαμίας, προβλεπόμενες κλίνες 10, δεν αναπτύχθηκαν κλίνες, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

22. Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, προβλεπόμενες κλίνες 20, δεν αναπτύχθηκαν κλίνες, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

23. Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, (πρ. 86 26 β), προβλεπόμενες κλίνες 36 αναπτυγμένες κλίνες 30, κατασκευάστηκε με τον καν. 815/84 και λειτουργεί.

24. Ν.Γ.Ν. Βόλου, προβλεπόμενες κλίνες 10, αναπτυγμένες κλίνες 10, σε υποδομή που κατασκευάστηκε εκτός του καν. 815/84, λειτουργεί.

25. Π.Γ.Ν. Λάρισας, προβλεπόμενες κλίνες 10, αναπτυγμένες 7, λειτουργεί σε ήδη υπάρχουσες αίθουσες.

26. Ν.Γ.Ν. Κοζάνης, προβλεπόμενες κλίνες 15, δεν έχουν αναπτυχθεί, η υποδομή κατασκευάστηκε με τον καν. 815/84, πρ. 85 39, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

27. Ν.Γ.Ν. Χαλκιδικής, προβλεπόμενες κλίνες 15, η υποδομή ολοκληρώνεται με το πρ. 8830 του καν. 815/84, λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία.

Παράρτημα

28. Ν.Γ.Ν. Κιλκίς, προβλεπόμενες κλίνες 20, αναπτυγμένες 8, η υποδομή κατασκευάστηκε εκτός του καν. 815/84, λειτουργεί.

29. Ν.Γ.Ν. Σερρών, (πρ. 88 25) προβλεπόμενες κλίνες 10, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, έγινε δημοπράτηση, λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία με 2 γυχιάτρους.

30. Ν.Γ.Ν. Καβάλας, προβλεπόμενες κλίνες 20, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, η υποδομή κατασκευάστηκε με το πρ. 85 38 του καν. 815/84, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

31. Ν.Γ.Ν. Ελευσίανς, (πρ. 86 28), 20 κρεβατιών, έχει κατασκευαστεί το 80% του έργου από την ΔΕΠΙΑΝΟΜ, δεν λειτουργεί.

32. Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, προβλεπόμενες κλίνες 20, αναπτυγμένες 20, η υποδομή κατασκευάστηκε με το πρ. 85 37 του καν. 815/84, λειτουργεί.

33. Ν.Γ.Ν. Σάμου, προβλεπόμενες κλίνες 6, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

34. Ν.Γ.Ν. Λέσβου, η υποδομή ολοκληρώθηκε με το πρ. 84 41 για κλίνες, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

35. Π.Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, (πρ. 86 27), προβλεπόμενες κλίνες 36, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, η υποδομή κατασκευάστηκε με τον καν. 815/84, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

36. Π.Γ.Ν. Ηρακλείου "Βενιζέλειο", προβλεπόμενες κλίνες 15, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

Παράρτημα

37. Ν.Γ.Ν. Καλαμάτας, προβλεπόμενες κλίνες 10, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

38. Π.Γ.Ν. Πατρών, προβλεπόμενες κλίνες 20, αναπτυγμένες 20, η υποδομή κατασκευάστηκε με το πρ. 84 22 του καν. 815/84, και λειτουργεί ως γυγνιατρικός τομέας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.

39. Π.Π.Γ.Ν. Πατρών , (πρ. 86 25 β), προβλεπόμενες κλίνες 36, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, η υποδομή κατασκευάστηκε με τον καν. 815/84, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία.

40. Ν. Καραμανδάνειον Πατρών, προβλεπόμενες κλίνες 10, δεν έχει αναπτυχθεί καμία, λειτουργούν μόνο εξωτερικά ιατρεία Π/Ψ.

Γ.Ν.Ν. Γιαννιτσών υπηρετεί 1 Ε.Α. Ψυχίατρος.

Γ.Ν.Ν. Καρδίτσας υπηρετεί 1 Ε.Α. Ψυχίατρος

Γ.Ν.Ν. Ρεδύμνου υπηρετεί 1 Ε.Ε., Ψυχίατρος.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΟΞΕΩΝ

Α. Περιοχή Αθηνών

1. Ψ.Ν.Α. έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή, λειτουργεί μονάδα με 16 κρεβ. Υλοποιήθηκε με το πρ. 84 26/004.

2. Ψ.Ν.Α. έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή και λειτουργεί μονάδα με 14 κρεβ. με το πρ. 85 52.

3. Δρομοκαίτειο, έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή και λειτουργεί η μονάδα (πρ. 84 28)

Β. Περιοχή Θεσ/νίκης.

4. Ψ.Ν.Θ. έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή, και λειτουργεί μονάδα Οξέων (πρ. 84 16/005).

Γ. Λοιπή χώρα

5. Ψ.Ι.Μ.Π.Ο. η κτιριακή υποδομή βρίσκεται στο στάδιο αγοράς, λειτουργεί μονάδα Οξέων σε τμήμα του Νοσοκομείου. (πρ. 86 46)

6. Ψ.Ν. Κέρκυρας, δεν λειτουργεί η μονάδα βραχείας νοσηλείας που έχει κατασκευασθεί κατά το 95% με το πρ. 85 33.

7. Ψ.Ν. Χανίων, έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή, λειτουργεί μονάδα βραχείας νοσηλείας (πρ. 85 55).

8. Ψ.Ν. Τρίπολης έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή (πρ. 85 54) και λειτουργεί.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Α. Περιοχή Αθηνών.

1. Δρομοκαίτειο, πρ. 85 47. Δεν λειτουργεί. Στις 18.12.91 εγκρίθηκε το κτιριολογικό από τη Δ.Τ.Υ. του Υ.Υ.Π.Κ.Κ.Α. Σε προετοιμασία δημοπράτησης του έργου.

2. Δρομοκαίτειο, έχει κτιριακή υποδομή, λειτούργησε ως Κέντρο Συστηματικής, αλλά σήμερα παραμένει κλειστό.

3. Ψ.Ν.Α. έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή και έχει παραληφθεί και ο εξοπλισμός (πρ. 88 13)

4. Παιδοψυχιατρικό, η κτιριακή υποδομή κτίζεται.

Β. Περιοχή Θεσ/νίκης.

5. Ψ.Ν.Θ, δεν έχει κτιριακή υποδομή, λειτουργεί και στεγάζεται προσωρινά στο τμήμα Οξέων.

Γ. Λοιπή χώρα.

6. Ψ.Ι.Μ.Π.Ο. ολοκληρώθηκε η κτιριακή υποδομή, (πρ. 85 48) και λειτουργεί.

7. Ψ.Ν. Χανίων έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή (πρ. 85 49) και λειτουργεί.

8. Ψ.Ν. Τρίπολης έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή (πρ. 85 50) και λειτουργεί.

ΞΕΝΩΝΕΣ - ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ

Α. Περιοχή Αθηνών.

1. Ψ.Ν.Α. η κτιριακή υποδομή κατασκευάστηκε με το πρ. 86 26/001 και λειτουργεί ξενώνας στη Δ.Αττική.

2. Αιγινήτειο έχει κατασκευαστεί το 90% του έργου, (πρ. 86 57), και ήδη λειτουργεί σε νοικιασμένο κτίριο στους Αμπελοκήπους.

3. Δρομοκαΐτιο κατασκευάζεται, πρ. 85 61.

4. Κ.Ψ.Υγεινής, δεν έχει δική του κτιριακή υποδομή, λειτουργεί οικοτροφείο με ασθενείς από το Κ.Θ.Λ.

Παράρτημα

5. Ακ. Ερευν. Ινστ., δεν έχει δική του κτιριακή υποδομή, λειτουργεί οικοτροφείο με αρρώστους από το Κ.Θ.Λ.

6. Ε.Κ.Ψ.Κ.Ψ.Υ., δεν έχει δική του κτιριακή υποδομή, λειτουργεί με αρρώστους από το Κ.Θ.Λ.

Β. Περιοχή Θεσ/νίκης.

7. Ψ.Ν.Θ., έχει κτιριακή υποδομή, πρ. 85 59 και λειτουργεί ως οικοτροφείο 30 ατόμων στον Δ. Τομέα.

8. Ψ.Ν.Θ., δεν έχει κτιριακή υποδομή, πρ. 85 62, βρίσκεται σε διαδικασία αγοράς κτιρίου και ήδη λειτουργεί σε νοικιασμένο κτίριο ξενώνας στον Κ. Τομέα Θεσ/νίκης.

9. Ψ.Ν.Θ.Α. Τομέα, δεν έχει κτιριακή υποδομή, πρ. 84 16/003 και βρίσκεται σε διαδικασία αγοράς κτιρίου.

10. Ε.Κ.Υ.Ψ.Α., δεν έχει δική της κτιριακή υποδομή και λειτουργεί 3 οικοτροφεία με αρρώστους της Λέρου στην Πολίχνη της Θεσ/νίκης, σε κτίρια του Ψ.Ν.Θ.

11. Ψ.Ν.Θ., 6 Διαμερίσματα, διαμένουν 30 ασθενείς σε ενοικιασμένα διαμερίσματα, (πρ. 88 09), που παρακολουθούνται από θερ. ομάδα.

Γ. Λοιπή χώρα.

12. Ε.Κ.Ψ.Κ.Ψ.Υ., δεν έχει δική της κτιριακή υποδομή, και λειτουργεί οικοτροφείο στην Αμφισσα συστεγαζόμενο με το επόμενο.

13. Ε.Κ.Ψ.Κ.Ψ.Υ., δεν έχει δική της κτιριακή υποδομή, είναι πρόγραμμα του Κ.Τ. και λειτουργεί οικοτροφείο στην Αμφισσα.

Παράρτημα

14. Κ.Ψ.Υγιεινής έχει κτιριακή υποδομή που παραχωρήθηκε από τη Μητρόπολη Λιβαδειάς. Λειτουργεί οικοτροφείο σε συνεργασία με την Ιερά Μητρόπολη για αρρώστους από το Κ.Θ.Λ.

15. Ε.Π.Α.Ψ.Υ.,δεν έχει δική της κτιριακή υποδομή και λειτουργεί οικοτροφείο στην Αυλίδα Βοιωτίας για αρρώστους από το Κ.Θ.Λ.

16. Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, έχει ολοκληρωθεί η κτιριακή υποδομή, (πρ. 85 44) για 20 άτομα και λειτουργεί.

17. Ε. Πρ. Ψ.Υ.Η, δεν έχει δική της κτιριακή υποδομή, λειτουργεί οικοτροφείο για ασθενείς από το Κ.Θ.Λ.

18. Ψ.Ν. Κερκύρας ο ξενώνας έχει κτιριακή υποδομή κοινή με το Ν.Η. και βρίσκεται στη διαδικασία αγοράς εξοπλισμού. (πρ. 85 63), δεν λειτουργεί.

19. Θ.Ε.Ψ.Υ.Π.Α., δεν έχει δική της κτιριακή υποδομή, λειτουργεί οικοτροφείο για ασθενείς από το Κ.Θ.Λ.

20. Π.Γ.Ν. Λάρισας, έχει κτιριακή υποδομή (πρ. 85 20), φιλοξενούνται οι ασθενείς από το Κ.Θ.Λ.

21. Ε.Κ.Ψ.Κ.Ψ.Υ., δεν έχει δική της κτιριακή υποδομή, λειτουργεί οικοτροφείο με ασθενείς από το Κ.Θ.Λ. στην Αλεξ/λη.

22. Ε.Κ.Ψ.Κ.Ψ.Υ., δεν έχει δική της κτιριακή υποδομή, είναι πρόγραμμα του Κ.Τ. και λειτουργεί Ξενώνα στην Αλεξ/λη σε νοικιασμένο κτίριο συστεγαζόμενο με το προηγούμενο.

Παράρτημα

23. Κ.Θ.Λ., έχει κτιριακή υποδομή, πρ. 84 27, και λειτουργεί ως οικοτροφείο (8 μικρές Βίλλες στα Λέπιδα) όπου διαμένους ασθενείς του Κ.Θ.Λ.

24. Κ.Θ.Λ., έχει κτιριακή υποδομή, πρ. 86 48, και λειτουργεί ως οικοτροφείο 15 ατόμων.

25. Γ.Ν. Χαλκιδικής κτίζεται ο ξενώνας, δεν λειτουργεί

26. Ψ.Ι.Μ.Π.Ο. πρ. 86 10. Λειτουργεί ξενώνας σε νοικιασμένο κτίριο. Βρίσκεται σε διαδικασία κατασκευής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γεώργια Δημητρίου "Κοινωνική ψυχολογία", Αθήνα 1986, Τόμος Β' Αθήνα 1986.
2. Κατσορίδου - Παπαδοπούλου Χρυσούλα "Κοινωνική εργασία με ομάδα" Εκδόσεις Ελλπυ. Αθήνα 1993.
3. Κυπριωτάκης Αντώνη "Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους", Εκδόσεις ψυχοτεχνική, Ηράκλειο 1987.
4. Μαδιανού Μιχάλη "Κοινωνία και ψυχική υγεία", Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.
5. Μάνου Νίκου "Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών όρων", Εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη 1985.
6. Μάνου Νίκου "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής", Εκδόσεις University Studio Press, Θεσ/νίκη 1988.
7. Μεσημέρη Σταμάτη, "Η τριλογία της Ψυχικής διαταραχής", πανεπιστημιακές παραδόσεις, Αθήνα 1984.
8. Νασιάκου Μαρία "Η ψυχολογία σήμερα" Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1982.
9. Παγοροπούλου - Αβεντσιάν Άννα "Ψυχολογία της τρίτης Ηλικίας" Αθήνα 1993.
10. Παπασπυρόπουλου Ανδρέα - Σπυρίδων, "Τι είναι η ψυχιατρική", Electropress. Αθήνα 1991.

Βιβλιογραφία

11. Παρασκευόπουλου Ιωάννη "Στοιχεία κλινικής ψυχολογίας", Αθήνα 1988.
12. Σπουδαστηρίου Κοινωνιολογίας ΠΑΣΠΕ, εθνικού κέντρου κοινωνικών ερευνών, "Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1977.
13. Τσαλικογλου Φωτεινής, "Ο Μύθος του επικίνδυνου Ψυχασθενή", Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 1987.
15. Χασάπη Γ. Ιωάννη Dr, "Ψυχολογία της προσωπικότητας", Εκδόσεις Στεφ. Βασιλόπουλος, Αθήνα 1980.

B. ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

16. Αζεν Αία "Η Ψυχιατρική για αρχάριους", (Μετάφραση: Τομανάς Βασίλης), Εκδόσεις επιλογή, Θεσσαλονίκη 1987.
17. Arrighanesi Richard, "Ο Φρόυντ για αρχάριους", (Μεταφρ: Χίτζος Γιάννης - Σαζατζόγλου Μαίρη), Εκδόσεις Επιλογή, Θεσ/νίκη 1986.
18. Φρόυντ Άννα "Το εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας", (Μετάφραση: Θεόδωρος Παραδέλης), Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1990.
19. Φρόυντ Σίγκμουντ, "Τοτέμ και Ταμπού", (Μεταφρ Καλκάνη Ελένη), Εκδόσεις: Ν.Α. Δομιανού, Αθήνα 1985.
20. Gintis Roger, "πίσω από τα τείχη του ασύλου", (Μετάφραση: Γαϊτάκη Τάσω), Εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1983.
21. Κίρναν Τόμας, "Ψυχοθεραπεία", (Μετάφραση: Μαστοράκη Τζένη), Εκδόσεις επίκουρος, Αθήνα 1977.
22. Λε Μπον Γουστάβος "Ψυχολογία των όχλων", (Μετάφραση: Καλκάνη Ελένη), Εκδόσεις Ν. Δαμιανός, Αθήνα.
23. Rogers Carl, Ph. D, "Ομάδες συνάντησης", (Μετάφραση: Ντούργα Αθηνά), Εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1991.
24. Szasz Thomas, "Η Βιομηχανία της τρέλας" (Μετάφραση: Σκαράγκα - Χαϊρή Εφη), Εκδόσεις Ιανός, Θεσσαλονίκη 1970.
25. Szasz T.S - Laing R.D, "Δύο δοκίμια για την ψυχιατρική καταπίεση", (Μετάφραση: Παπαθανοσοπούλου Αλεξάνδρα), Εκδόσεις Ελεύθερος τύπος, Αθήνα.

Γ. ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

26. Κυριακάκη Βαγγέλη "Σύντομη πρόταση για τη δημιουργία "αναδόχων οικογενειών" για την αποϊδρυματοποίηση ασθενών που παραμένουν σε ψυχιατρεία. Κοινωνική Εργασία 1989, τεύχος 15ο.
27. "Περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών" Φ.Ε.Κ. 1978, τεύχος πρώτο, αριθμός φύλλου 213.
28. Τουρνά -Johnson Αμαλία, D.S.W. "Η χρήση του συναισθήματος στη θεραπεία σχιζοφρενών εφήβων και η συμβολή του στην διεργασία της ψυχολογικής ωρίμανσης. "Ψυχολογικά θέματα, Τόμος 3, Τεύχος 4, 1999, Σύλλογος Ελλήνων ψυχολόγων.
29. Χαρτοκόλη Πέτρου "Προβλήματα γύρω από την κοινωνική αποκατάσταση ψυχικών αναπήρων, εκλογή θεμάτων κοινωνικής πρόνοιας, Δεκέμβριος 1981.
30. "Ψυχιατρική εργοθεραπεία", εκλογή θεμάτων κοινωνικής πρόνοιας, ΙΑΝ. ΦΕΒ, ΜΑΡΤΙΟΥΣ 1987, Αριθμός 72.
31. Kibel D. Howard, M.d "Contributions of the group psychotherapist to education on the psychiatric unit. Teaching through Group Dynamics" The International journal of Group Psychotherapy, November 1983.
32. Smith Larry, D.S.W. "Αναδρομή στη θεωρία της παρέμβασης σε περιόδους κρίσης" (Μετάφραση: Οριέττα Εζάρχου), Εκλογή θεμάτων κοινωνικής πρόνοιας, Δεκέμβριος 1984.
33. Σήγκαλ Τζούλιους "Η τέχνη και επιστήμη της ψυχοθεραπείας" Εκλογή θεμάτων κοινωνικής πρόνοιας, Δεκέμβριος 1978.

Δ. ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ (Από το τμήμα κοινωνικής εργασίας ΤΕΙ Πάτρας)

34. Μουζακίτη Χρήστου "κοινωνική εργασία με ομάδες" Πάτρα 1989.
35. Παπαφλέσας Θεωδώρας "Βασικά προγράμματα κοινωνικής προστασίας, Αθήνα 1984.
36. Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας "Το έργο του κοινωνικού λειτουργού σε διάφορα πλαίσια", Αθήνα 1974.

Ε. ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

37. Διεθνούς Συνεδρίου Σημειωτικής και Ψυχανάλυσης "Η Τρέλα"
(Μετάφραση: Ιουλιέτα Ράλλη, Καίτη Χατζηδήμου) Εκδόσεις: Ι.
Χατζηνικολή, Αθήνα 1978.
38. Καλούτσης Ασπασίας "Κοινωνική εργασία σε ψυχιατρικό πλαίσιο"
Πρακτικά σεμιναρίου, Αθήνα 20-23 Απριλίου 1986.
39. Κονταξάκη Β., Χριστοδούλου (Επιμέλεια) "Πρακτικά 2ου συνεδρίου
Προληπτικής Ψυχιατρικής", Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 9-12
Απριλίου 1992.
40. Κυριακάση Βαγγέλη, Σακελαρόπουλου Παναγιώτη και άλλοι... Πρακτικά
Γ' Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών. "Η ψυχική υγεία"
Συντονίστρα: Παυλίνα Ματαθία.
41. Σημειώσεις Κέντρου ψυχικής Υγιεινής Αθηνών "Η ψυχιατρική
περίθαλψη στην Ελλάδα".
- Δομές της ψυχιατρικής περίθαλψης
 - Ελληνική ψυχιατρική μεταρύθμιση.
42. Lebonici S, Σακελαρόπουλου Π. "Ελληνογαλλικό Συμπόσιο κοινωνικής
ψυχιατρικής" Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984.

ΣΤ. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

43. Affonso D. Dyanne, R N, Ph. D, "Therapeutic Support during Inpatient Group Therapy", *Journal of psychosocial Nursing*. 1985, Vol 23 No 11.
44. Arnhart A. Emelia, "Establishing group work in a psychiatric unit of a general hospital", *JPN and Mental Health Servises*, January -Februari 1975, 23 (11).
45. Bailis s. Susan AGSW, Gerarl Alder M.D, "Go therapy in a Collaborative setting" *American journal of Psychotherapy*, 28 (4).
46. Bion W.R, "Experiences in Groups and other Papers", Travistack Publications
47. Fovlkes S. H, "Therapeutic group analysis" George Allen and Unwin LTD, London 1964.
48. Slanson S.R, "The fields of group psychotherapy" Iternational Universities press I.N.C, New York.
49. Slavson S.R, "An introducton to group therapy", International Universities Press INC, New York.
50. Thelen A. Herbect, "Dynamics of Groups at work", The university of chicago Press, Chicago 1976.
51. Yalom I.D. "Inpatient Group Psychotherapy", Basic Books, New York 1983.
52. Zaslav R. Mark, Dh D, "A model of group Therapist Development", *Int. D. Group Psychotherapy*, October 1988, 38(4).