

Α. Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ. Ε. Υ. Π.  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ  
ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ  
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ  
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ»



**ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**ΛΥΚΟΤΣΕΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ  
ΤΣΑΚΑΝΙΚΑ ΜΑΡΙΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**ΠΑΤΡΑ, 2005**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**ΣΕΛ:**

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	4
1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	7
1.4.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
1.4.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	11
1.4.1.1. Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΛΕΡΟ.....	15
1.4.1.2. ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	20

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.**

2.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	30
2.2. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	32
2.2.1. ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	34
2.2.2. Ο ΞΕΝΩΝΑΣ.....	36
2.2.1. ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ.....	43
2.2.2. ΔΥΝΑΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ.....	45
2.3. Η ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	48
2.4. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ.....	59
2.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ.....	74
2.6. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	76

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

3.1. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ. .....	86
3.2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ .....	91
3.3. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	97
3.4. Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.....	103
3.4.1. ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ.....	105
3.4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΤΑΥΤΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ.....	110
3.5. ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ- ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ.....	118

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ( BURN OUT)**

4.1. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	124
4.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	127
4.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ. .....	134

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ.**

5.1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ.....	137
5.2. ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	141
5.3. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	143

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

6.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	145
6.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	148
6.2.2.ΥΛΙΚΟ- ΔΕΙΓΜΑ.....	151
6.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	155
6.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	201
6.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	205
6.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	210

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**212**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

*«Η θεσμοθέτηση της τρέλας ως ασθένεια συνδέεται με την εφεύρεση της ψυχιατρικής – ψυχολογίας από τα μέσα ήδη του 17<sup>ου</sup> αιώνα, δηλαδή τη περίοδο του μεγάλου αποκλεισμού και στη συνέχεια, του αποκλεισμού της τρέλας. Η ιστορία όμως της ψυχιατρικής είναι από τη στιγμή της εμφάνισής της και μια ιστορία κριτικής της ψυχιατρικής, της εφεύρεσης νοσολογικών εικόνων και ιδιαίτερα δομών όπως τα ψυχιατρεία, χώρων παραγωγής της ίδιας της επιστήμης, χώρων που καλούνται να αποκλείσουν κοινωνικά τη συγκεκριμένη διαφορετικότητα και μαζί με αυτή και τον ίδιο τον πάσχοντα».*  
*(Foucault, 1981).*

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Η παρούσα εργασία αφενός αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ολοκλήρωσης των σπουδών μας στην «Κοινωνική Εργασία». Αφετέρου αντικατοπτρίζει την προσέλευση του ενδιαφέροντός μας για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα των αρχών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και της ψυχοδυναμικής θεώρησης.

Το έναυσμα δόθηκε κατά τη διάρκεια της εξάμηνης πρακτικής μας άσκησης στο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδών και Ενηλίκων στη Λαμία με επιστημονικά υπεύθυνο τον καθηγητή ψυχιατρικής κ. Σακελλαρόπουλο Παναγιώτη και μετά από συζητήσεις που κάναμε με τους θεραπευτές του ινστιτούτου γι' αυτό το θέμα.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κατ' αρχήν την επόπτρια κ. Φεράτη Θωμαή, υπεύθυνη των δομών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στην Λαμία, για την πολύτιμη βοήθεια της και φυσικά την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μας κ. Σικελιανού για την εποικοδομητική συνεργασία που είχαμε και την βοήθεια της όσον αφορά τη βιβλιογραφία του θέματος.

Επίσης η κ. Σικελιανού υπήρξε σταθερή πηγή καθοδήγησης καθ' όλη τη διάρκεια ολοκλήρωσης της πτυχιακής μας και συνέβαλλε αποφασιστικά στον τρόπο αντίληψής μας όσον αφορά την ψυχική ασθένεια.

Δεν θα πρέπει να παραλείψουμε όμως την πολύ καλή συνεργασία που είχαμε με τους φροντιστές των ξενώνων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών και την πολύτιμη βοήθεια τους στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της παρούσας έρευνας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### **1.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ**

Ο γενικός στόχος της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε τις στάσεις των φροντιστών όσον αφορά τους χρόνια ψυχικά ασθενείς στο θεραπευτικό περιβάλλον των στεγαστικών μονάδων αποκατάστασης.

Η σπουδαιότητα του θέματος μας επικεντρώνεται στη συμβολή των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς γιατί ανάλογα με τις στάσεις, θετικές ή αρνητικές που εκδηλώνουν οι φροντιστές στους ασθενείς αυτούς επηρεάζουν, το αποτέλεσμα της θεραπείας των ασθενών και κατά συνέπεια όλη την αποκαταστασιακή διαδικασία.

Ειδικότερα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε i) τη γνώση των φροντιστών σχετικά με την έννοια της χρόνιας ψυχικής νόσου και τη συμβολή των μελών της στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών ii) τα συναισθήματα του θεραπευτικού προσωπικού όταν τα μέλη έρχονται σε επαφή με χρόνιους ψυχικά ασθενείς και τέλος iii) τη συμβολή της θεραπευτικής ομάδας στην οργάνωση, τη δομή και τη λειτουργία ενός ξενώνα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών και iv) τη συμπεριφορά του θεραπευτικού προσωπικού απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε δυο μέρη, το **θεωρητικό** και το **ερευνητικό** μέρος. Ειδικότερα το **θεωρητικό** μέρος χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια.

Στο **κεφάλαιο Ι** της παρούσας μελέτης περιγράφεται ο γενικός στόχος, οι ορισμοί εννοιών και μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση της

ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα καθώς και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Στο **κεφάλαιο II** περιγράφεται το θεραπευτικό περιβάλλον των μονάδων αποκατάστασης, το προσωπικό που στελεχώνει τις δομές και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απαρτίζουν τη θεραπευτική ομάδα. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην οργάνωση, δομή και τη λειτουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα.

Παράλληλα περιγράφονται οι εναλλακτικές δομές περίθαλψης και παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού πλαισίου του ξενώνα, οι κανόνες και τα καθήκοντα που ισχύουν για τους φιλοξενούμενους καθώς και οι υπηρεσίες που προσφέρονται.

Επίσης γίνεται παρουσίαση της σύνθεσης, της οργάνωσης και λειτουργίας της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας και της σχέσης του θεραπευτικού πλαισίου του ξενώνα με άλλους παρόμοιους φορείς.

Τέλος εκτίθενται τα προβλήματα που δημιουργούνται στο θεραπευτικό περιβάλλον των μονάδων αποκατάστασης, τα οποία δυσκολεύουν την εργασία των φροντιστών και οι θεραπευτικές εφαρμογές που εφαρμόζονται από τους φροντιστές στην αποκατάσταση των ασθενών.

Στο **κεφάλαιο III** γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην επίδραση των αρνητικών και θετικών στάσεων των φροντιστών ως προς τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς και στη σχέση μεταξύ των φροντιστών και των φιλοξενουμένων ενός ξενώνα. Παρουσιάζονται επίσης τα χαρακτηριστικά των θεραπευτικών λειτουργιών. Επίσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης δίνεται έμφαση στην ψυχαναλυτική διαδικασία και τους ιδιαίτερους χειρισμούς των φροντιστών κατά τη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση.



Τέλος παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές έρευνες από το εξωτερικό σχετικά με τις στάσεις των φροντιστών στο θεραπευτικό περιβάλλον των μονάδων αποκατάστασης.

Στο **κεφάλαιο IV** γίνεται αναφορά στο σύνδρομο της ψυχικής και σωματικής εξουθένωσης των φροντιστών(burn out). Τονίζεται η αιτιολογία ανάπτυξης του συνδρόμου και ποια μπορεί να είναι η θεραπεία του.

Στο **κεφάλαιο V** τονίζουμε την σημαντικότητα της εκπαίδευσης που πρέπει να κατέχουν οι φροντιστές, τη φιλοσοφία της εκπαίδευσης σε δομές αποκατάστασης, τους στόχους της και τα ειδικά στοιχεία εκπαίδευσης που πρέπει να έχουν οι φροντιστές για να εργάζονται καλύτερα με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Στο **κεφάλαιο VI** παρουσιάζεται το **ερευνητικό μας μέρος** όπου περιγράφεται ο γενικός στόχος της έρευνας, οι ερευνητικές υποθέσεις και τα ερευνητικά μας ερωτήματα.

Ειδικότερα παρουσιάζεται επίσης η μεθοδολογία της έρευνας, η οποία είναι η επισκόπηση, το εργαλείο (ερωτηματολόγιο) και το είδος της έρευνας (ποσοτική έρευνα).

Τέλος γίνεται η ποσοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων, καταγράφονται τα συμπεράσματα μας πάνω στα αποτελέσματα της έρευνας και παρατίθενται οι προτάσεις.

Στη συνέχεια ακολουθούν η βιβλιογραφία και τα παραρτήματα.

## 1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο γενικός στόχος της μελέτης μας ήταν να μελετήσουμε τη συμβολή των στάσεων των φροντιστών σχετικά με την χρόνια ψυχική νόσο, στο θεραπευτικό περιβάλλον στεγαστικών μονάδων αποκατάστασης.

Ειδικότερα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε τη γνώση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τη χρόνια ψυχική νόσο και εάν πιστεύουν ότι μπορούν να βοηθήσουν στην αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά ασθενών, πως αισθάνονται όταν εργάζονται με χρόνιους ψυχικά ασθενείς, πως συμβάλλουν οι φροντιστές στην οργάνωση, τη δομή και τη λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος του ξενώνα και ποια είναι η συμπεριφορά τους απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Οι *ερευνητικές υποθέσεις* στις οποίες βασιστήκαμε για να εξάγουμε τους παραπάνω ειδικούς στόχους της έρευνας είναι οι εξής:

- Οι δυσκολίες που προκύπτουν στην ομάδα αποκατάστασης μεταξύ των φροντιστών, προέρχονται από φροντιστές οι οποίοι εργάζονταν σε άλλους κλινικούς τομείς, γιατί μπορεί να τηρούσαν μια αρνητική στάση προς τους μακροχρόνιους ασθενείς η οποία είχε αντανάκλαση στο ίδιο το προσωπικό και στα συστήματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών. (Dankley και συν., 1998)
- Τα προβλήματα προκύπτουν, όταν οι ασθενείς εκδηλώνουν άσχημη συμπεριφορά και γι' αυτό μπορεί να προκληθεί μεγάλη σύγκρουση μεταξύ προσωπικού και ασθενών, ακόμα κι αν η θεραπευτική ομάδα ακολουθεί το ατομοκεντρικό μοντέλο το οποίο είναι προσανατολισμένο στους ασθενείς- ενοίκους. (Hill, 1998)

- Το υψηλά και χαμηλά εκφραζόμενο συναίσθημα των φροντιστών επιδρούν στη συμπεριφορά του προσωπικού, όταν τα μέλη του αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς. (Moore και συν., 1998)
- Οι περιπτώσεις διαστροφικών, σεξουαλικών ή επιθετικών συμπεριφορών των ατόμων που εργάζονται με ψυχωτικούς ασθενείς οφείλονται σε κενά που υπάρχουν στην εκπαίδευση των φροντιστών. (Μαούτσος, 2003)
- Το φαινόμενο του burn out των φροντιστών όπου το προσωπικό μπορεί συχνά να αισθανθεί ότι υπάρχει ελάχιστη βελτίωση στους ασθενείς και να απογοητεύεται. (Moore, 2003)
- Όταν το προσωπικό θεωρεί ότι παίρνει μέρος στη λήψη αποφάσεων, κρατά αισιόδοξη στάση για τα πιθανά κατορθώματα των ασθενών και εκδηλώνονται υψηλά επίπεδα θετικών αλληλεπιδράσεων με τους ασθενείς. (Garety και Morris, 1984)
- Ο σχεδιασμός των λεπτομερών ατομικών προγραμμάτων των ασθενών τα οποία καθορίζουν τις ανάγκες και τις καθημερινές συνήθειες για κάθε ασθενή, οδηγούν στην τμηματική θεραπεία των ασθενών και την αυστηρή οργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος. (Garety και Morris, 1984)
- Το προσωπικό που κατέχει το μεγαλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης και ειδίκευσης είναι πιο πιθανό να επικοινωνεί συχνά με τους ασθενείς απ' ότι το υπόλοιπο προσωπικό στο περιβάλλον των μονάδων αποκατάστασης. (Garety και Morris, 1984)

- Το θετικά εκφραζόμενο συναίσθημα των φροντιστών έχει άμεση σχέση με τα επίπεδα λειτουργικότητας των ασθενών και τα επίπεδα θετικής επικοινωνίας των φροντιστών με τους ασθενείς. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

### 1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

- **Στάση**: Σύμφωνα με τον Γεώργα, με τη χρήση της έννοιας στάση προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο, εννοείται ένα διαρκές σύστημα με γνωστικό στοιχείο, συναισθηματικό στοιχείο και τέλος με κάποια τάση προς την έκφραση συμπεριφοράς. (Γεώργας, 1990)
- Σύμφωνα με τον Allport η στάση είναι η νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες, ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες συσχετίζεται. (Γεώργας, 1990)
- **Θεραπευτική ομάδα**: Το σύνολο των εργαζομένων στον Ξενώνα αποτελεί την θεραπευτική ομάδα. (Δαμίγος, 2003)
- **Χρόνια ψυχική νόσος**: Ως χρόνια ψυχική νόσος, ορίζουμε μια χρόνια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μακρά διάρκεια, συχνές υποτροπές σε μακρό χρονικό διάστημα και συχνά από μια προοδευτική και βραδεία επιδείνωση. (Μαδιανός, 1994)
- **Θεραπευτικό περιβάλλον**: Με τον όρο αυτό εννοείται ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και η τυχόν ανασφάλειά τους. Ταυτόχρονα αναπτύσσεται το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα. (Μαδιανός, 1994)

- **Φροντιστής:** Επιλέχθηκε ο όρος “φροντιστής” (carer) αντί του όρου “θεραπευτής”, γιατί i)ο όρος “θεραπευτής” παραπέμπει περισσότερο στον όρο του ψυχοθεραπευτή και ii)ο όρος “φροντιστής” (carer) είναι ο πλέον εύχρηστος και κατάλληλος όρος στην ξένη βιβλιογραφία, καθώς αναφέρεται στον πολυδιάστατο ρόλο του επαγγελματία ψυχικής υγείας, ο οποίος εργάζεται σε μεταβατικές στεγαστικές δομές αποκατάστασης (π. χ. ξενώνας).
- **Σύνδρομο burn- out:** Με τον όρο «σύνδρομο burn out ή σύνδρομο ολοκληρωτικής εξάντλησης» αναφέρεται η κατάσταση εκείνη, κατά την οποία το άτομο βιώνει εξάντληση, αποπροσωποίηση και αίσθημα αναποτελεσματικότητας, ως αποτέλεσμα ψυχοπιεστικών συνθηκών στην επαγγελματική του ζωή. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)
- **Ψυχαναλυτικό Πρίσμα:** Ο όρος αυτός δηλώνει τον τρόπο που βλέπει ο φροντιστής και κατανοεί το υλικό της θεραπείας και την φροντίδα που δείχνει για τον άρρωστο του. Είναι η οπτική γωνία υπό την οποία ο φροντιστής, θα δει, θα ρυθμίσει κατά το δυνατόν την βαθύτερη ασυνείδητη στάση του, την αντοχή του στις αποστερήσεις και θα δώσει την όσο το δυνατόν περισσότερο προσαρμοσμένη απάντηση του στην εξωτερική πραγματικότητα. (Σακελλαρόπουλος, 2003)
- **Ναρκισσιστικές επιβαρύνσεις:** Οι χαρακτηριστικές εκείνες τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες έχουν δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για μια επιτακτική ανάγκη προστασίας του εαυτού από το απειλητικό εξωτερικό

περιβάλλον, ακόμη κι όταν αυτό είναι μετρίως ενοχλητικό ή και απόλυτα φιλικό. (Μαούτσος, 2003)

- **Εγωτικές λειτουργίες:** Πρόκειται για στοιχεία θετικών και αρνητικών εμπειριών που μπορούν να συνυπάρξουν και να δημιουργήσουν ένα είδος μέσου όρου, υπό την έννοια ότι η εξωτερική πραγματικότητα σπανίως είναι πραγματικότητα των φαντασιωσικών άκρων, ενώ συχνότατα ακόμη και οι πιο ακραίες πραγματικές καταστάσεις πλησιάζουν πολύ περισσότερο προς τον μέσο όρο. (Μαούτσος, 2003)
- **Προβλητική ταύτιση:** Ο όρος προβλητική ταύτιση περιγράφει την κατάσταση εκείνη όπου η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και φροντιστή μπορεί να υπερβαίνει τις λέξεις και να καλύπτει την ανθρώπινη σχέση σε όλο τον εναπομείναντα χώρο της. (Μαούτσος, 2003)
- **Ψυχαναλυτική διαδικασία:** Η ψυχαναλυτική διαδικασία, αναφέρεται αφ' ενός μεν στις φάσεις και στην πορεία της θεραπείας και αφ' ετέρου στη στάση του φροντιστή. Αφορά δε, τόσο τη συνεχή διαπλοκή στην συναισθηματική σχέση με τον άρρωστο, όσο και στην εξελικτική πορεία και αλληλεπίδραση αυτής της σχέσης που θα οδηγήσει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Σακελλαρόπουλος, 2003)
- **Προσυνειδητό:** Είναι ένας όρος ο οποίος μεταφορικά προσπαθεί να δηλώσει όλα τα στοιχεία που επιτελούν μέσα στην ψυχική λειτουργία, τις διαδικασίες της σύνδεσης. Συνδέσεις μεταξύ αναπαραστάσεων πραγμάτων, σύνδεση λέξεων μεταξύ τους και συγκρότηση της προφορικής σκέψης ή την σύνδεση των διαφορετικών

μνημονικών ιχνών που συνιστούν το αίσθημα της ταυτότητας. (Hockmann, 2003)

- **Συνείδηση:** Είναι ένα αντιληπτό όργανο, ένα όργανο για να αντιλαμβανόμαστε τις διάφορες ψυχικές διαθέσεις. (Hockmann, 2003)
- **Εμπειρέχον:** Είναι μια ζωντανή δομή που υποδέχεται τις πραγματικές σκέψεις οι οποίες αφορούν τις προβολές του ψυχωτικού ασθενή. Τις περικλείει και τις εξανθρωπίζει, μέσα από μια «ονειροπόληση» και στη συνέχεια τις αποδίδει στον ασθενή με έναν τρόπο αφομοιώσιμο από αυτόν στα πλαίσια μιας υπαρξιακής προοπτικής. (Hockmann, 2003)
- **Ψυχογονητικός αυτοερωτισμός φροντιστή:** Πρόκειται για την ευχαρίστηση που παίρνει, όταν παίζει με τον εαυτό του, συγκρίνοντας το κλινικό έργο που έχει από τον άρρωστο και τη θεωρία αναφοράς που διαθέτει». (Hockmann, 2003)
- **Εκφραζόμενο συναίσθημα:** Το εκφραζόμενο συναίσθημα αναφέρεται στο ποσό των κριτικών σχολιασμών, της εχθρότητας ή της υπερβολικής συναισθηματικής συμβολής ενός φροντιστή όσον αφορά τους ασθενείς με σοβαρές και μόνιμες ψυχιατρικές διαταραχές. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)
- **Υποτροπή:** Ο όρος υποτροπή αναφέρεται στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της οξείας φάσης μιας ψυχικής διαταραχής, μετά από μια χρονική περίοδο 1-6 μηνών από τη στιγμή που ο ασθενής ανταποκρίνεται στην θεραπεία. (Γκορίνης, 2003)



## **1.4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### **1.4.1. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.**

Από το 1983 ως τις μέρες μας η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας βρίσκεται σε μία φάση μεταρρύθμισης. Ο νόμος 1397/1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας για πρώτη φορά αναφέρεται στην οργάνωση του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Στα πλαίσια λοιπόν της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης από το 1984 ως σήμερα, το θέμα της αποασυλοποίησης έχει πάρει μεγάλη διάσταση. Θα λέγαμε ότι έχει μονοπωλήσει την όλη προσπάθεια του Υπουργείου και των στελεχών Ψυχικής Υγείας. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Αν μελετήσουμε την αντίστοιχη διαδικασία μεταρρύθμισης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα δούμε ότι ο βασικός στόχος της ήταν η μεταφορά του πυρήνα της παροχής υπηρεσιών από το άσυλο στην κοινότητα. Στην Ευρώπη, μέσα στο πλαίσιο μιας νέας φιλοσοφίας που στοχεύει στην ελεύθερη συνύπαρξη ασθενών και πληθυσμού, δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν από την αρχή Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες και άλλες μονάδες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, καθώς και Μονάδες Αποκατάστασης μέσα στην κοινότητα, όπως Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης, μονάδες χωρίς κρεβάτια. Έτσι η αποασυλοποίηση έγινε παράλληλα ή ακολούθησε σαν συνέπεια την προαναφερόμενη αλλαγή στην φροντίδα του ατόμου που πάσχει από ψυχικά προβλήματα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Στα ψυχιατρεία της Ευρώπης, ο τρόπος διαβίωσης των ασθενών άλλαξε ριζικά με την υιοθέτηση νέων θεραπευτικών σχημάτων, την οργάνωση δραστηριοτήτων σε ημερήσια και εβδομαδιαία βάση και την εργασιακή απασχόληση στην κοινότητα. Αρκετοί χρησιμοποιούσαν και χρησιμοποιούν τον χώρο του ψυχιατρείου μόνο για τον ύπνο τους.

Ανακτήθηκαν ή δημιουργήθηκαν παράλληλα σχέσεις με την κοινωνική ομάδα και την οικογένεια. Ο άρρωστος μπορούσε να διαβιώνει επίσης στην οικογένεια και στο ψυχιατρείο. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Επακόλουθο όλων των προαναφερόμενων ήταν οι κτιριολογικές και λειτουργικές αλλαγές, η συρρίκνωση του ψυχιατρείου, η μείωση των κλινών. Με τον περιορισμό των εισαγωγών κυρίως, ο αριθμός των νοσηλεύομενων σε μερικά ψυχιατρεία υποδεκαπλασιάστηκε. Τέλος κάποιοι χρόνιοι ψυχωσικοί ασθενείς εγκαταστάθηκαν σε οικοτροφεία και ξενώνες στην κοινότητα. Μέρος των παρεχόμενων υπηρεσιών ανέλαβαν ταυτόχρονα και ψυχιατρικοί Τομείς στο Γενικό Νοσοκομείο, καθώς και Κέντρα Κρίσης για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Το ψυχιατρείο μαζί με όλες τις μονάδες Ψυχικής Υγείας ανήκαν σε ένα κοινό δίκτυο παροχής υπηρεσιών, σε τομεοποιημένη περιοχή, δηλαδή μονάδες και υπηρεσίες που κάλυπταν τις ανάγκες ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού τομέα και πληθυσμού. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Μια άλλη βασική παράμετρος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ευρώπη ήταν η συλλειτουργία και εναρμόνιση της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης με τα Ψυχιατρεία και το Γενικό Νοσοκομείο. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Ο κανονισμός 815/84 όμως της Ευρωπαϊκής Ένωσης δίνει και στην χώρα μας την ώθηση για την δημιουργία ενός αριθμού εξωνοσοκομειακών μονάδων (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης υπαίθρου, ξενώνες, μονάδες Επαγγελματικής Αποκατάστασης) αλλά και την ευκαιρία να ξεκινήσουν μεταρρυθμιστικές εμπειρίες στο εσωτερικό των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων όπως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Δαφνί, Δρομοκαίτειο κ.τ.λ. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Το ξέσπασμα του σκανδάλου της Λέρου με την δημοσιοποίηση των απάνθρωπων συνθηκών στις οποίες ζούσαν εκεί εκατοντάδες ασθενών, έδωσε την δυνατότητα για την έναρξη παρεμβάσεων που έδειξαν ότι υπάρχουν εναλλακτικές στην ιδρυματική περίθαλψη ακόμα και για τα θεωρούμενα «βαριά» περιστατικά. Η ίδρυση ξενώνων φιλοξενίας σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας, η μεταρρύθμιση στο ίδιο το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και το Πικπα Λέρου που οδήγησε στον εξανθρωπισμό των συνθηκών διαβίωσης των εγκλειστών αλλά και την κοινωνική επανένταξη και κοινωνική αποκατάσταση μεγάλου αριθμού τους έδωσαν την δυνατότητα να ενεργοποιηθεί η κοινοτική χρηματοδότηση αλλά κυρίως να εμπνευστεί μια νέα γενιά επαγγελματιών ψυχικής υγείας που στελέχωσε τις νέες δομές και πρότεινε καινούριες λύσεις. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Ο χάρτης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα άλλαξε δραματικά αφού, παρά τις μεγάλες ελλείψεις που υπάρχουν ακόμη, έχουν επέλθει μεταβολές τόσο στον αριθμό των υπηρεσιών-κυρίως εξωνοσοκομειακών-που έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν όσο και σε άλλους τομείς όπως ο νομοθετικός και ο διοικητικός. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Η ψήφιση των νόμων 2071/1992 και 2716/1999 καθώς και η ίδρυση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αποτέλεσαν σημαντική υποστήριξη για την προώθηση της βελτίωσης του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Ιδιαίτερη σημασία όμως είχε η ψήφιση των δύο νόμων που θα αναλύσουμε παρακάτω. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Από το 1999 έχει ξεκινήσει ένα φιλόδοξο πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς φορείς. Σύμφωνα μ' αυτό το πρόγραμμα που φέρει την ονομασία «Ψυχαργός» προβλέπεται η επανένταξη στην κοινότητα με παράλληλη προώθηση στην εργασία 700

περίπου ασθενών που νοσηλεύονται στα διάφορα ψυχιατρεία της χώρας μέσω της ίδρυσης και λειτουργίας κατάλληλων κοινοτικών δομών (ξενώνων και χώρων κατάρτισης και απασχόλησης) που υποστηρίζουν αυτή την προσπάθεια. Η εφαρμογή του προγράμματος καθώς και η έναρξη άλλων ανάλογων θα δώσει την δυνατότητα ώστε μέχρι το 2005 μερικά περιφερειακά ψυχιατρικά νοσοκομεία (Κέρκυρας, Πέτρας Ολύμπου, Χανίων, Τρίπολης) να κλείσουν, ενώ τα μεγαλύτερα να συρρικνωθούν. Η ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων στην ενδονοσοκομειακή μακροχρόνια νοσηλεία μέσω της λειτουργίας κοινοτικών μονάδων επανένταξης και αποκατάστασης θα επιτρέψει να ξεπεράσει η χώρα μας την ανάγκη του ψυχιατρικού νοσοκομείου. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Η ανασκόπηση αυτή δείχνει ότι η Αποασυλοποίηση δεν είναι μόνο η έξοδος από τα ψυχιατρεία χρόνιων αρρώστων και η εγκατάστασή σε οικοτροφεία ή ξενώνες, αλλά είναι μία παράλληλη διαδικασία που κινείται σε έξι βασικούς άξονες:

- Την αλλαγή της στάσης του πληθυσμού και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και την εξοικείωση τους με νέες μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης.
- Την ίδρυση και οργάνωση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης μέσα στην κοινότητα.
- Την εναρμόνιση της λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών μεταξύ τους ώστε να εξουδετερώνουν την αποασυλοποίηση, περιορίζοντας αποφασιστικά τις εισαγωγές στο ψυχιατρείο.
- Την ριζική βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων και του τρόπου διαβίωσης των αρρώστων στα ψυχιατρεία. Αυτή η αλλαγή ποιότητας στη ζωή τους είναι πρωταρχικό στοιχείο.
- Τον επαναπροσδιορισμό του κοινωνικού ρόλου των ασθενών με την ένταξή τους σε προγράμματα προεπαγγελματικής

και επαγγελματικής κατάρτισης και στους Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Τέλος την οριστική έξοδο των χρόνιων πασχόντων από το ψυχιατρείο και την εγκατάστασή τους σε ενδιάμεσες δομές, Αναφερόμαστε βέβαια, στους ασθενείς που είναι διαπιστωμένο ότι θα ωφεληθούν από την έξοδό τους. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Όταν αυτοί οι έξι άξονες συνδυαστούν, τότε μπορούμε να ελπίσουμε ότι η αποασυλοποίηση θα επιτύχει σε ικανοποιητικό βαθμό. Τα αποτελέσματα άλλωστε στους διάφορους τομείς των κοινωνικοθεραπευτικών δραστηριοτήτων ποτέ δεν εξασφαλίζονται από την εφαρμογή μιας μόνο δραστηριότητας ή ενός μέτρου.

Στην Ελλάδα επιτύχαμε μόνο κάποιες μικροαλλαγές στην λειτουργία των ψυχιατρείων και επικεντρώσαμε την όλη προσπάθειά μας στην έξοδο των ασθενών από το άσυλο και την εγκατάστασή τους σε οικοτροφεία και ξενώνες. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

#### **1.4.1.1.Η Παρέμβαση Στη Λέρο**

Το 1990 ξεκίνησε η παρέμβαση στη Λέρο με την συμμετοχή όλων σχεδόν των φορέων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα στα πλαίσια της αποασυλοποίησης και της βελτίωσης των άθλιων συνθηκών που επικρατούσαν στο Ψυχιατρείο της Λέρου και στόχος της ήταν το “άνοιγμα” του ψυχιατρείου της και η επιστροφή μέρους των ασθενών στους τόπους καταγωγής τους, σε ενδιάμεσες δομές, ξενώνες, που δημιουργήθηκαν γι’ αυτό το σκοπό. (Μανιαδάκης, 2003)

Οι ασθενείς όμως θα επέστρεφαν σε τόπους, στους οποίους θα συναντούσαν αντιδράσεις, τόσο θετικές, όσο και αρνητικές, κατά κανόνα πάντως αμήχανες και με κάποια στοιχεία ξενισμού, τόσο από τους συγγενείς τους, όσο και από την ίδια την κοινότητα στην οποία θα επέστρεφαν. (Μανιαδάκης, 2003)

Οι οικογένειες των ασθενών αυτών, συχνά είχαν ως πρώτη αντίδραση κάποιο πανικό, αφού θεωρούσαν τον συγγενή τους, τόσα χρόνια “χαμένο” και ξαφνικά έπρεπε να αντιμετωπίσουν την επανεμφάνιση του. Το προσωπικό λοιπόν των ξενώνων ανέλαβε σ’ αυτήν την περίπτωση τον ρόλο του διερμηνέα για το τι σημαίνει η επιστροφή των ασθενών κοντά στους συγγενείς τους. (Μανιαδάκης, 2003)

Αυτό είναι ένα φαινόμενο που φανερώνει τα όσα σήμαινε για την ελληνική κοινωνία η αποασυλοποίηση της Λέρου. Η υπόθεση γνώρισε τεράστια, αρνητική αρχικά, διθυραμβική στην συνέχεια δημοσιότητα που ήταν δυσανάλογη με τα όσα πραγματικά συνέβαιναν στο ψυχιατρείο της Λέρου, αφού τα παραδείγματα μας από το εξωτερικό ήταν πολύ χειρότερα, και έτσι είχαμε την έξοδο 120 ασθενών από το συγκεκριμένο ψυχιατρείο. (Μανιαδάκης, 2003)

Έτσι θα λέγαμε ότι η αποασυλοποίηση κατόρθωσε να περιέξει τα άγχη και τις ενοχές μιας ολόκληρης κοινωνίας σχετικά με ένα κομμάτι της που κυριολεκτικά θεωρούσε χαμένο. Επεξεργάστηκε λοιπόν συγκεκριμένους τρόπους με τους οποίους έγινε δυνατή η συνάντηση με αυτό το κομμάτι. (Μανιαδάκης, 2003)

Οι χρόνιοι ιδρυματικοί ασθενείς τώρα από την πλευρά τους, με την προστασία του προσωπικού των δομών που ανέλαβαν να τους υποστηρίξουν, τελικά μπόρεσαν και επιβίωσαν έξω από το άσυλο. Το προσωπικό από την άλλη μεριά ανέλαβε το έργο της κινητοποίησης, των επί δεκαετιών ακινητοποιημένων από την ψύχωση και την ασυλική ζωή ασθενών. Έκαναν δηλαδή τρομερή προσπάθεια προκειμένου να αντιμετωπίσουν την απόσυρση από την πραγματικότητα και την ακραία παθητικότητα που είχε εδραιωθεί μέσα από πολύ σκληρές αμυντικές στρατηγικές των ασθενών αυτών. (Μανιαδάκης, 2003)

Κύριος άξονας στην προσπάθεια αυτή ήταν η παρεμβατική στάση του προσωπικού στα πλαίσια της καλλιέργειας μιας σχέσης με τους

ασθενείς που αποσκοπούσε στον προσανατολισμό των ασθενών προς την πραγματικότητα. Σε μια τέτοια σχέση δηλαδή ο φροντιστής γίνεται πρέσβης της πραγματικότητας για τον ασθενή. Όμως μέσα από αυτή την συναλλαγή και κατά την πορεία της τέθηκαν ζητήματα πιο σύνθετα και πιο δύσκολα, όπως αυτό της κοινωνικής ζωής των χρόνιων ασθενών στο εξωνοσοκομειακό πλέον πλαίσιο. (Μανιαδάκης, 2003)

Όταν λέμε κοινωνική ζωή σ' αυτή την περίπτωση εννοούμε το θέμα της σχέσης τους με τις οικογένειες τους, αλλά και κάθε είδους κοινωνικές επαφές, το θέμα της απασχόλησης τους και το θέμα της κατοικίας τους.

Σ' όλους αυτούς τους τομείς έγιναν φανεροί οι περιορισμοί των ασθενών που διαβίωναν στους ξενώνες εξαιτίας του χαρακτηριστικού της χρόνιας ψύχωσης που σημαίνει παράδοση συνύπαρξη μιας μεγάλης κλινικής βελτίωσης με μια περιορισμένη δυνατότητα κοινωνικής ένταξης. (Μανιαδάκης, 2003)

Αυτό είναι όμως και ένα από τα αίτια της εμφάνισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο έχει ασφαλώς σχέση με τις ματαιώσεις που προκαλεί η στασιμότητα ή οι παλινδρομικές κινήσεις στην κοινωνικοποίηση των ασθενών. Αν το αναλύσουμε όμως πιο βαθιά θα δούμε ότι προέρχεται από την ανάγκη του ασθενούς για μια συμβιωτική σχέση με το προσωπικό, ως απάντηση στην τεράστια δυσχέρεια του στην αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων μιας πιο αυτόνομης ζωής. Το αίτημα αυτό εκφράζεται ως συνεχής και εξαντλητική πίεση για παραβίαση ορίων, όπως του χώρου, του χρόνου, των αρμοδιοτήτων και της στοχοθεσίας. (Μανιαδάκης, 2003)

Έτσι λοιπόν από τα προαναφερόμενα καταλαβαίνουμε ότι τίθεται ζήτημα εξασφάλισης η προσδιορισμού του ενδιαμέσου χαρακτήρα των δομών αυτών. Δόθηκαν όμως πολλές απαντήσεις, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού της κάθε μίας, αλλά και της κοινότητας στην οποία ανήκει. Ο κοινός παρονομαστής σ' όλα αυτά ήταν η

προσπάθεια της επεξεργασίας μη αμιγώς ψυχιατρικών λύσεων στα ζητήματα αυτά. Μια τέτοια κατεύθυνση συνδέθηκε με την εμπλοκή προσώπων και φορέων της κοινότητας στην καθημερινή ζωή των ξενώνων (νομαρχιακές επιτροπές λαϊκής επιμόρφωσης, εκκλησία, εθελοντές κ. α) και επιδιώχθηκε η σύνδεση των ασθενών με την κοινότητα και η λειτουργία ενός μοντέλου εξοικείωσης και αποδοχής στην πράξη, των ασθενών, από αυτή. Σ' όλη αυτή την διαδικασία ο ενδιαμέσος μεταξύ ασθενών και κοινότητας ήταν το προσωπικό των ξενώνων. (Μανιαδάκης, 2003)

Λύσεις που αναζητήθηκαν πάνω στο θέμα της εργασίας των ασθενών καθώς και της πιο αυτόνομης στέγασης είχαν ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο που ήταν ο μη αμιγώς ψυχιατρικός χαρακτήρας τους. Ο εμπλουτισμός δηλαδή της ούτως ή άλλως προστατευόμενης κοινωνικής ζωής των ασθενών με σχέσεις και δυσχέρειες μιας καθημερινής πραγματικότητας φάνηκε να προφυλάσσει από το επαναληπτικό στοιχείο, να θέτει δηλαδή ο ασθενής συνεχώς τα ίδια ζητήματα με λόγια, συμπεριφορές ή συμπτώματα και ο φροντιστής να δίνει τις ίδιες απαντήσεις, το οποίο στοιχείο μπορεί να επικρατήσει στην σχέση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τους χρόνιους ασθενείς. Αυτή η κατεύθυνση στην λειτουργία των ξενώνων ανέδειξε και τον ενδιαμέσο ρόλο τους μεταξύ κοινωνικής φροντίδας και περίθαλψης. (Μανιαδάκης, 2003)

Όμως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν πρέπει να περιορισθεί στην Λέρο, αλλά να καλύψει ολόκληρη την επικράτεια. Οι πρωτοβουλίες ανάπτυξης δομών κοινοτικής ψυχιατρικής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, στο σύνολό τους καλύπτουν σήμερα ένα μικρό μέρος του πληθυσμού. Έτσι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και οι Κινητές Μονάδες που λειτουργούν παρέχουν ικανοποιητική δημόσια περίθαλψη, τομεοποιημένης περιοχής, στο 8% περίπου του πληθυσμού της χώρας και



οι αιτίες γι' αυτή την κατάσταση είναι η μη ολοκλήρωση της τομεοποίησης, η ουσιαστική ανυπαρξία ενός κεντρικού προγράμματος ανάπτυξης υπηρεσιών στην περιφέρεια, η έλλειψη αρκετών δομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και η έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας, μεταξύ διαφόρων ψυχιατρικών μονάδων. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Μάλιστα μία έκθεση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας αναφέρει (1984) πως η έμφαση στο παρελθόν στην Ελλάδα, όπως και αλλού δινόταν στην περίθαλψη των ασθενών στα ψυχιατρεία, ενώ οι υπηρεσίες στα πλαίσια της κοινότητας έχουν παραμείνει σχετικά υπανάπτυκτες. Αυτή η έμφαση στην νοσοκομειακή περίθαλψη συνέβαλε στην υπερσυγκέντρωση κτιρίων, που είναι σχεδόν στο σύνολό τους απαρχαιωμένα, κακοδιατηρημένα, με ανεπαρκείς υπηρεσίες, θεραπευτική απραξία, με μία ατμόσφαιρα διαποτισμένη από παθητικότητα και απελπισία ανάμεσα στους ασθενείς, ένα χαμηλό ηθικό και δυσβάσταχτες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό και μια γενική κατάσταση που καθιστά την ανάρρωση, ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτές οι συνθήκες ενισχύουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και το απάνθρωπο, πολυέξοδο, άχρηστο και απαράδεκτο επίπεδο περίθαλψης. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

#### **1.4.1.2. Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»**

Κατά το έτος 1997 και μετά το τέλος του κανονισμού 815 που έγινε το 1995, η χρηματοδότηση και επομένως και η συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας, βασίζεται σε προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών, όπως τελικά σχεδιάστηκαν στο πρόγραμμα «Ψυχαργός», το οποίο είναι ένα ολοκληρωμένο δεκαετές σχέδιο που δόθηκε για πρώτη φορά με αυτή την κωδική ονομασία. (Λιάκος, 2003)

Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται στις ανάγκες χρόνιων ψυχωσικών οι οποίοι βρίσκονται κατά κύριο λόγο στα άσυλα της χώρας, με στόχο την συρρίκνωση και τελικά το κλείσιμο των ψυχιατρείων. Περιλαμβάνουν στην πράξη την δημιουργία ξενώνων, οικοτροφείων και προστατευόμενων διαμερισμάτων στην κοινότητα και ταυτόχρονη ανάπτυξη εργαστηρίων προεπαγγελματικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης των ασθενών με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση. (Λιάκος, 2003)

Σε αντίθεση με τα προγράμματα του Κανονισμού 815, το πρόγραμμα Ψυχαργός δεν περιλαμβάνει ανάπτυξη, άλλων εναλλακτικών προς το ψυχιατρείο υπηρεσιών θεραπείας και φροντίδας. Λείπουν επίσης, υπηρεσίες πρόληψης και πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας του πληθυσμού. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών επαφίεται στο ελληνικό Δημόσιο με κάποιες ελπίδες επαναχρηματοδότησης από την κοινότητα στο μέλλον. (Λιάκος, 2003)

Το Ψυχαργός όπως είναι αυτονόητο θα πρέπει να ακολουθεί τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής που είναι η τομεοποίηση και η συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών, αφού είναι πρόγραμμα ανάπτυξης ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα. (Λιάκος, 2003)

Η τομεοποίηση και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών ψυχιατρικής περίθαλψης του πληθυσμού δεν αποτελεί μόνο μια διαίρεση

της χώρας σε τομείς. Σημαίνει ότι οι υπηρεσίες του τομέα έχουν την ευθύνη για την θεραπεία, αποκατάσταση και φροντίδα όλων των ασθενών του πληθυσμού που υπάγεται σ' αυτόν, όπου κι αν βρίσκονται αυτοί, ακόμη και των ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία εκτός του Τομέα. (Λιάκος, 2003)

Συνεπάγεται λοιπόν ότι το Ψυχαργός δεν αποτελεί προσπάθεια αντιμετώπισης του συνόλου του προβλήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Απευθύνεται μόνο στις ανάγκες αποκατάστασης των χρόνιων ασθενών των ψυχιατρείων με την απουσία προσπάθειας δημιουργίας υπηρεσιών που απευθύνονται στις πρωτοβάθμιες ανάγκες του πληθυσμού και την πρόληψη, όπως και την εναλλακτική προς το ψυχιατρείο εσωτερική νοσηλεία των ασθενών, η οποία δεν είναι δυνατόν να επιτύχει την αποφασιστική μείωση των κρεβατιών των ψυχιατρείων και τελικά το κλείσιμό τους. (Λιάκος, 2003)

Δεν στοχεύει στη δημιουργία Μονάδων Νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρων Ψυχικής Υγείας και λοιπών μονάδων, εκτός ξενώνων, για την πλήρη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, ούτως ώστε να γίνει εφικτό το κλείσιμο των ψυχιατρείων. Το πρόγραμμα Ψυχαργός δεν είναι επαρκές για την πλήρη ανάπτυξη ενός σύγχρονου συστήματος Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Είναι φανερό, επομένως, ότι χωρίς την ταυτόχρονη ανάπτυξη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και πρόληψης, η τροφοδότηση των ψυχιατρείων με ασθενείς λόγω ελλείψεων, εναλλακτικών τρόπων φροντίδας θα διαιωνίζεται. Κι αυτό γιατί δεν είναι ακόμη δυνατή η θεραπεία των ασθενών σε εναλλακτικές προς το άσυλο δομές, αφού ακόμη η ανάπτυξη των μονάδων αυτών υπολείπεται κατά πολύ. (Λιάκος, 2003)

## «Ψυχαργός»

### Δεκαετές Σχέδιο Ανάπτυξης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

• Αρχικό Σχέδιο	(1997-2006)
• Πρώτη αναθεώρηση	(2001-2010)
• Δεύτερη αναθεώρηση	(2006-2015)

Το σχέδιο «Ψυχαργός» λοιπόν, τόσο στο αρχικό, όσο και στο αναθεωρημένο, περιγράφει δύο κατηγορίες δράσεων:

- Παρέμβαση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία
- Ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. (Λιάκος, 2003)

Κατά την τριετία 1999-2001, μια πρώτη φάση του σχεδίου υλοποιήθηκε στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» με χρηματοδότηση τόσο από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο όσο και από εθνικούς πόρους. Επρόκειτο κυρίως για την εφαρμογή της πρώτης δράσης (αποασυλοποίηση) του σχεδίου «Ψυχαργός» και αφορούσε στην ανάπτυξη 55 δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με στόχο την εγκατάσταση 600 περίπου ασθενών με μακριά παραμονή σ' όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το βασικό κριτήριο του τόπου εγκατάστασης των ασθενών υπήρξε αυτό της διασποράς και του τόπου καταγωγής με παράλληλη ανάπτυξη εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης και προσπάθεια προώθησης τους στην αγορά εργασίας. (Λιάκος, 2003)

Πίνακας 2:Οι φάσεις ολοκλήρωσης του σχεδίου «Ψυχαργός»

**Σχέδιο «Ψυχαργός»**

<p><b>Πρώτη φάση «Ψυχαργός» (1999-2001)στο Επιχειρηματικό Πρόγραμμα. «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας»του β' Κοινωνικού Πλαισίου Στήριξης.</b></p> <p><b>(εφαρμογή πρώτης δράσης)</b></p>
<p><b>Δεύτερη φάση «Ψυχαργός» (2001-2006)στο Επιχειρηματικό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια»του γ' Κοινωνικού Πλαισίου Στήριξης.</b></p> <p><b>(εφαρμογή πρώτης και δεύτερης δράσης)</b></p>

Μέχρι το έτος 2006,έχουμε την ευκαιρία να αναπτύξουμε μια δεύτερη φάση του σχεδίου με δυνατότητα χρηματοδότησης κυρίως από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης, καθώς και από εθνικούς πόρους. (Λιάκος, 2003)

Η β' φάση «Ψυχαργός»,σε αντίθεση με την α' φάση, αποτελεί εφαρμογή της πρώτης και της δεύτερης δράσης, δηλαδή της αποασυλοποίησης αφενός και της ανάπτυξης δομών στην κοινότητα αφετέρου. (Λιάκος, 2003)

Κρίνεται σκόπιμη σ' αυτό το σημείο η εκτενέστερη αναφορά στο σχέδιο «Ψυχαργός».

Πίνακας 3:Οι επιμέρους αναφορές του σχεδίου «Ψυχαργός»

## Σχέδιο «Ψυχαργός»

<b>Πληθυσμός Στόχος</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές, αυτισμό και μαθησιακές δυσκολίες.</li> <li>• Δράσεις πρόληψης και άμεσης παρέμβασης στην κρίση για χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών.</li> </ul>
<b>Βασικές Αρχές</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τομεοποίηση</li> <li>• Κοινωνική Ψυχιατρική</li> </ul>
<b>Ενέργειες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποϊδρυματισμός</li> <li>• Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση</li> <li>• Κοινωνική-Οικονομική Επανάταξη</li> <li>• Πρωτοβάθμια Φροντίδα</li> <li>• Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη</li> <li>• Νοσηλεία στο Γενικό Νοσοκομείο</li> </ul>
<b>Μονάδες Δικτύου</b>	<p><b>Υλοποίηση: Ίδρυση και λειτουργία</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ξενώνων</li> <li>• Οικοτροφείων</li> <li>• Προστατευμένων Διαμερισμάτων</li> <li>• Μονάδων επαγγελματικής Επανάταξης</li> <li>• Κέντρων Ψυχικής Υγείας</li> <li>• Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων</li> <li>• Κινητών Μονάδων</li> <li>• Κέντρων Ημέρας</li> <li>• Κέντρων Παρέμβασης στην Κρίση</li> <li>• Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία</li> <li>• Κέντρων Αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών στα Γενικά Νοσοκομεία</li> </ul>

Στον πίνακα 4 γίνεται εκτενής αναφορά στις μονάδες που πρόκειται να αναπτυχθούν και

- Τονίζει ρητά την ανάγκη έγκαιρης παρέμβασης στην κρίση
- Δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην εξασφάλιση της συνέχειας στην φροντίδα
- Αναγνωρίζει το ρόλο των τομεακών επιτροπών και
- Την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση

Το κάθε παράρτημα αναφέρεται σε συγκεκριμένη περιοχή, από την οποία παραδοσιακά το κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο έχει τις εισροές του. (Λιάκος, 2003)

Πίνακας 4: Τα παραρτήματα του σχεδίου «Ψυχαργός»

**Σχέδιο «Ψυχαργός»**

<b>Παραρτήματα</b>	<b>Ανάπτυξη δράσεων στις περιοχές:</b>
	<b>1. Ανατολικής, Κεντρικής, Δυτικής Μακεδονίας και Θράκης</b>
	<b>2. Περιφέρειες Θεσσαλίας και Νομοί Πιερίας και Κοζάνης</b>
	<b>3. Περιφέρειες Ηπείρου και νήσου Κέρκυρας</b>
	<b>4. Πελοποννήσου, Αιτωλοακαρνανίας και των Νήσων Ζακύνθου, Κεφαλονιάς, Λευκάδας και Ιθάκης</b>
	<b>5. Περιφέρειας Κρήτης</b>
	<b>6. Δωδεκανήσου</b>
	<b>7. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας, των Κυκλάδων Νήσων και των Νήσων Βορείου Αιγαίου</b>

Το πρόγραμμα Ψυχαργός πρόκειται για ένα κλασσικό μοντέλο, εύκολο στο σχεδιασμό και γενικότερα αποδεκτό σύμφωνα με την ανταπόκριση των φορέων στην πρόκληση της διαχειριστικής αρχής.

Η β' φάση Ψυχαργός εντάσσεται σ' ένα επιχειρησιακό πρόγραμμα με τίτλο «Υγεία-Πρόνοια». Το πρόγραμμα αυτό αποτελείται από τέσσερις άξονες προτεραιότητας εκ των οποίων μας ενδιαφέρει ο δεύτερος. (Λιάκος, 2003)

Συγκεκριμένα οι άξονες είναι:

1. Υγεία
2. Ψυχική Υγεία
3. Πρόνοια
4. Ανθρώπινοι πόροι

Ο δεύτερος άξονας αποτελείται από τέσσερα μέτρα (πίνακας 5). Το πρώτο μέτρο αναφέρεται στην αποασυλοποίηση και το τρίτο στην ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, ενώ το δεύτερο μέτρο υποστηρίζει το πρώτο και το τρίτο με έργα υποδομής και εξοπλισμού. Τέλος το τέταρτο μέτρο αφορά την κατάρτιση του προσωπικού που θα στελεχώσει τις μονάδες του πρώτου και του τρίτου μέτρου. (Λιάκος, 2003)

Πίνακας 5: Τα μέτρα του δεύτερου άξονα

**Άξονας «Ψυχική Υγεία»**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Μέτρο 1:</b> «Αποασυλοποίηση και κοινωνικό-οικονομική επανένταξη ψυχικά Ασθενών»</li><li>• <b>Μέτρο 2:</b> «Ανάπτυξη /συμπλήρωση /επέκταση δομών στην κοινότητα για την ολοκληρωμένη ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην κοινότητα»</li><li>• <b>Μέτρο 3:</b> «Ενέργειες πρόληψης-ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικό-οικονομικής επανένταξης»</li><li>• <b>Μέτρο 4:</b> «Κατάρτιση του προσωπικού για την στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικό-οικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών»</li></ul> |
|---|



Το σύνολο των μέτρων που αφορούν την αποασυλοποίηση εξαντλείται μέσα στην πρώτη διετία (πίνακας 6).Κάτι τέτοιο ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, καθώς υπάρχουν οι χρηματοδοτικές προβλέψεις στο αντίστοιχο μέτρο, υπάρχει η εμπειρία και τεχνογνωσία των φορέων που πρόκειται να αναπτύξουν οι μονάδες. (Λιάκος, 2003)

Πίνακας 6:Τα μέτρα του δεύτερου άξονα της β' φάσης

<b>Μέτρο 2.1 “Αποασυλοποίηση”</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004- 2006</b>
<b>Ξενώνες</b>	<b>35</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Οικοτροφεία</b>	<b>55</b>	<b>39</b>	
<b>Διαμερίσματα</b>	<b>75</b>	<b>14</b>	
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>57</b>	<b>1</b>

Η ανάπτυξη των δομών στην κοινότητα για τα έτη 2002-2006,συγκεντρώνονται σύμφωνα με τον προγραμματισμό στην πρώτη διετία.(πίνακας 7) (Λιάκος, 2003).

Πίνακας 7: Τα μέτρα του τρίτου άξονα της β' φάσης.

<b>Μέτρο 2.3 Πρόληψη. Ενίσχυση της Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικό- οικονομική επανάταξη</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004- 2006</b>
<b>Ψυχιατρικά Τμήματα</b>	<b>9</b>	<b>24</b>	<b>8</b>
<b>Παιδοψυχιατρικά τμήματα</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Κέντρα Ψυχικής Υγείας</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>15</b>

<b>Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>6</b>
<b>Κέντρα Ημέρας</b>	<b>2</b>		<b>6</b>
<b>Ξενώνες Βραχείας Νοσηλείας</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>20</b>
<b>Κέντρα για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου</b>	<b>5</b>		<b>11</b>
<b>Κέντρα Αντιμετώπισης της Κρίσης Χρηστών Ναρκωτικών</b>		<b>6</b>	<b>14</b>
<b>Κέντρα Αντιμετώπισης της Κρίσης Αλκοολικών</b>		<b>6</b>	<b>1</b>
<b>Κέντρα Αντιμετώπισης της κρίσης Αλτσχάϊμερ</b>	<b>4</b>		<b>1</b>
<b>Κινητές Μονάδες</b>		<b>4</b>	<b>17</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>54</b>	<b>73</b>	<b>101</b>

Η χρηματοδότηση όμως που μας παρέχεται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο είναι ελάχιστη. Το σύνολο της δημόσιας δαπάνης για τα έργα δομών, υποδομών και εκπαίδευσης είναι 218.630.000 Ευρώ, δηλαδή 74 περίπου δισεκατομμύρια δραχμές. Το μέτρο της αποασυλοποίησης συμμετέχει με 79% στον συνολικό προϋπολογισμό του άξονα, το μέτρο ανάπτυξης δομών στην κοινότητα με 8%, η εκπαίδευση με 7% και τέλος μπορούμε να διαθέσουμε ένα 8% του προϋπολογισμού για:

- Απόκτηση εξοπλισμού όλων των μονάδων
- Μικρής έντασης διαμόρφωση των κτιρίων που θα ενοικιαστούν
- Μεγάλες κατασκευές νέων κτιρίων. (Λιάκος, 2003)

Κάτι τέτοιο είναι αδύνατον να πραγματοποιηθεί με τα 7 δις. δραχμές που προβλέπει το πρόγραμμα, είναι δυνατόν όμως, αν διατεθούν εθνικοί πόροι, τόσο μέσω του προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων όσο και του αποθεματικού κάποιων ψυχιατρικών Νοσοκομείων. (Λιάκος, 2003)

Έτσι λοιπόν με την παρουσίαση και της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία ολοκληρώθηκε η σύντομη ανασκόπηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην χώρα μας, της οποίας αποτέλεσμα ήταν η δημιουργία των εξωνοσοκομειακών μονάδων περίθαλψης με τις οποίες θα ασχοληθούμε εκτενέστερα παρακάτω. (Λιάκος, 2003)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ**  
**ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ**  
**ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ**  
**ΑΣΘΕΝΩΝ**

**2.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.**

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία μέσα από την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Οι εργαζόμενοι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση οφείλουν να δραστηριοποιούνται στην επίτευξη των παρακάτω στόχων:

- Βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης.
- Διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους.
- Διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης τους στην κοινότητα.
- Καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων.
- Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Το θεραπευτικό περιβάλλον των στεγαστικών μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών προσφέρει

διάφορες υπηρεσίες όπως φαρμακευτική αγωγή, εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες, ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες τους, επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση εφόσον η ηλικία τους το επιτρέπει, συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό, συνεχή αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες, ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας και τέλος, προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

## **2.2. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.**

Απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε είδους αποκαταστασιακές δραστηριότητες είναι η δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας ή περιβάλλοντος. Με τον όρο αυτό εννοείται ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και οι τυχόν ανασφάλειά τους. Ταυτόχρονα αναπτύσσεται το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα. Όλα αυτά κατευθύνονται προς την επίτευξη του κύριου θεραπευτικού στόχου, που είναι να μπορέσει ο νοσηλεύόμενος να διαχωρίσει και να διακρίνει το ρόλο που έχει μέσα στο ίδρυμα από το ρόλο που προγραμματίζει να έχει μετά την έξοδό του από αυτό. (Μαδιανός, 1994)

Ιδιαίτερα θέματα που πρέπει να επισημαίνονται είναι οι συνειδητές και ασυνείδητες διαθέσεις ή ανάγκες για εξάρτηση των χρόνιων αρρώστων, οι οποίες πρέπει να τροποποιούνται μέσα από θεραπευτικές τεχνικές σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν αντιδράσεις και περιπλοκές. Στο θεραπευτικό περιβάλλον εμφανίζονται φαινόμενα που παρατηρούνται στις διεργασίες ομάδας (group process). (Μαδιανός, 1994)

Από πλευράς του προσωπικού δημιουργείται:

- Ένα επίπεδο αποδοχής του αρρώστου ως ατόμου το οποίο έχει δικαιώματα και ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν με την παροχή των αναγκαίων ψυχοθεραπευτικών ευκαιριών, ώστε ο άρρωστος να νοιώθει ότι ανήκει στην ομάδα, ότι συμμετέχει ισότιμα σ' αυτήν και ότι μπορεί να

εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματα του. (Μαδιανός, 1994)

- Ένα επίπεδο ανεκτικότητας προς το επίπεδο λειτουργικότητας και ρυθμού του αρρώστου, καθώς και προς τα τυχόν προβλήματα στην ψυχοπαθολογία και την προσωπικότητα του. (Μαδιανός, 1994)
- Ένα επίπεδο δοτικότητας. Η έμφαση στη δοτικότητα απέναντι στον άρρωστο μέσα στην υπηρεσία δημιουργεί μια κατάλληλη ατμόσφαιρα(setting diffus). Σύμφωνα με τον Tranchina, διάχυση του θεραπευτικού πλαισίου θεωρείται ο χώρος όπου αναπτύσσονται οι σχέσεις μεταξύ των ρυθμών και του τρόπου συμπεριφοράς ενός αρρώστου και της πιθανότητας για μια θεραπευτική παρέμβαση. (Μαδιανός, 1994)
- Ένα συμβολικό επίπεδο με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών των αρρώστων(φροντιστής-πατέρας, ομάδα-οικογένεια). (Μαδιανός, 1994)

Η δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος έχει την πιο αντιπροσωπευτική παρουσία στη θεραπευτική κοινότητα.(Therapeutic community)(Μαδιανός, 1994).

### 2.2.1. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Πρόκειται για ένα σύνολο από κατάλληλες υπηρεσίες που προορίζονται τόσο για τη θεραπεία όσο και για την αποκατάσταση. Οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δεν είναι πάντα χώροι χρόνιας διαμονής των ασθενών, αντίθετα η παραμονή σ' αυτές και η παρακολούθηση έχει σαν πρωταρχικό σκοπό την αποκατάσταση. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Όταν αναφερόμαστε στις δομές αποκατάστασης εννοούμε τις υπηρεσίες που διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Οι δομές αποκατάστασης διακρίνονται ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές, σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

- **Ξενώνας:** Είναι μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνση τους από το περιβάλλον της οικογένειας τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοιχτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται



η παρουσία τους σε περιοχές κατοικίας. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

- **Οικοτροφεία:** Τα οικοτροφεία είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στα οποία φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπερνά τα 25 και μπορούν να είναι είτε άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα είτε άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές είτε, τέλος, άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας, έχουν από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

- **Προστατευόμενα Διαμερίσματα:** Τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητας τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα

με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα και ειδικότερα με τις στάσεις των φροντιστών ως προς τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς κατά την αποκαταστασιακή διαδικασία.

### **2.2.2.Ο ξενώνας**

Ο ξενώνας ως μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη ύστερα από αίτηση τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. (Δαμίγος, 2003)

Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοιχτή στην κοινότητα και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. (Δαμίγος, 2003)

Η δυναμικότητα του ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

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

- **Βραχείας διάρκειας παραμονής**, όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζονται προγράμματα υψηλού βαθμού υποστήριξης.
- **Μέσης διάρκειας παραμονής**, όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως μέσου βαθμού υποστήριξης.

- **Μακράς διάρκειας παραμονής**, όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

Μια άλλη διάκριση των ξενόνων είναι σε **ενδονοσοκομειακούς** και **εξωνοσοκομειακούς**. (Δαμίγος, 2003)

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

- **Υψηλός βαθμός υποστήριξης**: εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού
- **Μέσος βαθμός υποστήριξης**: κατώτερη του εικοσιτετράωρου παρουσία του προσωπικού και
- **Χαμηλός βαθμός υποστήριξης**: η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων. (Δαμίγος, 2003)

Η διοικητική και οικονομική διαχείριση στους ξενώνες είναι αυτοτελής και αυτόνομη. Η οικονομική διαχείριση στους ξενώνες καταγράφεται, εγκρίνεται, παρακολουθείται και ελέγχεται χωριστά στο πλαίσιο του δικού της προϋπολογισμού που ενσωματώνεται στον προϋπολογισμό του φορέα στον οποίο ανήκει και απεικονίζεται ως παράρτημα του. (Δαμίγος, 2003)

Η αυτοτελής διαχείριση αφορά τις ατομικές δαπάνες των χρηστών που είναι η ένδυση, η διατροφή, οι ατομικές αγορές και τα ατομικά έξοδα, στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης. (Δαμίγος, 2003)

Η προμήθεια τροφίμων και ποτών, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής, διενεργείται από τον ασθενή που

συνοδεύεται από τον φροντιστή του, για το χρονικό διάστημα που ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμά ότι ο ασθενής δεν είναι έτοιμος να διενεργεί τις προμήθειες του μόνος του. Ο εκπαιδευτής ενημερώνει για την οικονομική αυτή δραστηριότητα κάθε φορά τον διαχειριστή του ξενώνα. Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και όποτε ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμήσει ότι ο ασθενής είναι ικανός να διενεργεί τις προμήθειες των ανωτέρω ειδών μόνος του, εκδίδει σχετική πράξη την οποία κοινοποιεί στον διαχειριστή. (Δαμίγος, 2003)

Όταν οι προμήθειες των ανωτέρω ειδών γίνονται για την κάλυψη των αναγκών του συνόλου των ασθενών, η προμήθεια διενεργείται από τριμελή επιτροπή. Η επιτροπή αποτελείται από δύο ασθενείς και έναν φροντιστή. (Δαμίγος, 2003)

Στα καθήκοντα κάθε εκπαιδευτικού μέλους της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και του επιστημονικού υπευθύνου είναι η άσκηση του ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών του ξενώνα στην έρευνα της αγοράς και στην ανάδειξη των ιδιαίτερων προτιμήσεων του ασθενή έτσι ώστε να αποκτήσει την δεξιότητα να αναζητά την άριστη σχέση τιμής-οφέλους στο πλαίσιο του προϋπολογισμού για κάθε αγαθό ή υπηρεσία που προτίθεται να καταναλώσει. (Δαμίγος, 2003)

Οι ξενώνες χρηματοδοτούνται τουλάχιστον κατά ένα 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό και η διοικητική και οικονομική τους διαχείριση σε ότι αφορά τις λειτουργικές δαπάνες διενεργείται στα πλαίσια ενός εγκεκριμένου κλειστού προϋπολογισμού. Η διοίκηση του φορέα στον οποίο στον οποίο ανήκει ο ξενώνας ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που υπηρετεί στον ξενώνα και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στον ξενώνα με πλήρη απασχόληση σε αυτόν και ασκεί τα καθήκοντα του επί εξάμηνο. Ο διαχειριστής μεριμνά για την εύρυθμη λειτουργία του ξενώνα σε ότι

αφορά τα υλικά, τις προμήθειες και την οικονομική οργάνωση των δραστηριοτήτων, όπως ενδεικτικά οι εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του ξενώνα, η αντικατάσταση του φθαρμένου εξοπλισμού, οι πληρωμές των παγίων εξόδων, η καταβολή των επιδομάτων όπου αυτά χορηγούνται και αποδίδει λογαριασμό στον υπόλογο που έχει ορίσει ο φορέας στον οποίο ανήκει ο ξενώνας. (Δαμίγος, 2003)

Ο επιστημονικός υπεύθυνος του ξενώνα ορίζει εκ περιτροπής έναν ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών του ξενώνα ως βοηθό του διαχειριστή με δίμηνη θητεία έτσι ώστε κάθε ασθενής να εκπαιδευτεί στην οικονομική διαχείριση του ξενώνα. (Δαμίγος, 2003)

Στον ξενώνα ο διαχειριστής τηρεί βιβλίο δαπανών και ενεργειών στο οποίο καταγράφονται οι δραστηριότητες από οικονομικής άποψης και περιγράφονται οι ανάγκες που ικανοποιήθηκαν. (Δαμίγος, 2003)

Η οικονομική διαχείριση στον ξενώνα γίνεται με πάγια προκαταβολή που εκδίδει η οικονομική υπηρεσία του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας το ύψος της οποίας καλύπτει πλήρως το 1\2 του προϋπολογισμού του ξενώνα. (Δαμίγος, 2003)

Όλες οι άλλες δαπάνες του ξενώνα που αφορούν την μισθοδοσία του προσωπικού, την συντήρηση του κτιρίου και τις έκτακτες και απρόβλεπτες ανάγκες διενεργούνται από τον φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας. (Δαμίγος, 2003)

Οι προμήθειες των αναλώσιμων ειδών γίνονται σε ημερήσια βάση. Σε περίπτωση μαζικής προμήθειας αυτή δεν πρέπει να υπερβαίνει την κάλυψη των αναγκών των ενοίκων του ξενώνα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 7 ημερών. (Δαμίγος, 2003)

Το σύνολο των απασχολούμενων και των χρηστών-ενοίκων κάθε ξενώνα είναι υπεύθυνοι και υπόλογοι για την κινητή και ακίνητη περιουσία της μονάδας ή του προγράμματος και είναι ισομερώς υπόλογοι γι' αυτήν στον Φορέα. (Δαμίγος, 2003)

Τον μήνα Ιανουάριο κάθε έτους γίνεται απογραφή της περιουσίας του ξενώνα η οποία κατατίθεται στον Φορέα. (Δαμίγος, 2003)

Οι αποκαταστασιακοί στόχοι λειτουργίας του ξενώνα υλοποιούνται με:

- τη συνεχή και σταθερή εφαρμογή προγραμμάτων που ωθούν το άτομο στην απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας του (Δαμίγος, 2003)
- την ανάπτυξη προγραμμάτων που παρέχουν δυνατότητες για εκπαίδευση στα άτομα αυτά (Δαμίγος, 2003)
- προγράμματα και δραστηριότητες που προωθούν και βοηθούν το άτομο να αποκτήσει δυνατότητες κριτικής και αξιολόγησης των δράσεων και των υπηρεσιών που του παρέχονται (Δαμίγος, 2003)
- δράσεις που βοηθούν το άτομο στη διεκδίκηση και άσκηση των νομικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του (Δαμίγος, 2003)
- προγράμματα δράσεων ανάπτυξης συνεργασίας με εθελοντές και συλλόγους (Δαμίγος, 2003)
- προγράμματα ενθάρρυνσης της συμμετοχής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα κοινά (Δαμίγος, 2003)
- προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος της

ψυχικής νόσου, την ενημέρωση για τις εξωϊδρυματικές μορφές φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους. (Δαμίγος, 2003)

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος και οι φροντιστές οφείλουν να συντονίζουν τις δραστηριότητες και τις λειτουργίες που δύναται να αναπτυχθούν στον Ξενώνα ώστε αυτές να προσαρμόζονται στις ανάγκες των ατόμων που φιλοξενεί και να εγκαθιδρύουν άμεσες σχέσεις μεταξύ των ατόμων στα οποία απευθύνεται και της κοινωνίας. (Δαμίγος, 2003)

Βασικό πλαίσιο αναφοράς της ζωής του Ξενώνα και θεμέλιος λίθος, πάνω στον οποίο χτίζονται προοδευτικά οι συνθήκες συνύπαρξης, αποτελούν οι ακόλουθοι κανόνες, οι οποίοι αναφέρονται:

- **Στην απαγόρευση της βίας**, σωματικής και λεκτικής από κάθε μέλος, είτε της ομάδας των ασθενών είτε της θεραπευτικής ομάδας, προς οποιοδήποτε άτομο. (Δαμίγος, 2003)
- **Στη φροντίδα και τη διατήρηση των συνθηκών ασφάλειας** των ατόμων ή του Ξενώνα και στην απαγόρευση κάθε ενέργειας που θα μπορούσε να την βάλει σε κίνδυνο (Δαμίγος, 2003)
- **Στην υποχρέωση των φιλοξενουμένων να φροντίζουν την υγεία τους** σε όλα τα επίπεδα. (Δαμίγος, 2003)
- **Τη συνδρομή των φιλοξενουμένων στις καθημερινές εργασίες** στον Ξενώνα, έτσι όπως έχουν προσδιορισθεί από την Θεραπευτική ομάδα στα πλαίσια των ατομικών και ομαδικών προγραμμάτων. (Δαμίγος, 2003)
- **Στην παρακολούθηση με συνέπεια από τους φιλοξενούμενους των δραστηριοτήτων** (ατομικών ή ομαδικών), εντός ή εκτός της δομής, όπως αυτές

καθορίζονται από τα εξατομικευμένα ή ομαδικά θεραπευτικά προγράμματα. (Δαμίγος, 2003)

Οι δύο πρώτοι κανόνες στοχεύουν στη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας, εμπιστοσύνης και σεβασμού για το άτομο, ενώ ο τρίτος υπογραμμίζει τη φροντίδα που πρέπει να έχουν οι φιλοξενούμενοι για την υγεία τους. Οι δύο τελευταίοι κανόνες τονίζουν τη σημασία που έχει η δραστηριοποίηση των φιλοξενουμένων στην προοπτική της αυτονόμησης τους και της ανάπτυξης των λειτουργικών ικανοτήτων τους. (Δαμίγος, 2003)

Η παράβαση των κανόνων αυτών αποτελεί αντικείμενο επείγοντος προβληματισμού από την θεραπευτική ομάδα, στα πλαίσια της κλινικής επεξεργασίας και του θεραπευτικού προγράμματος και αναζητούνται τρόποι αντιμετώπισής της με γνώμονα την διασφάλιση των θεραπευτικών στόχων. Η συνεχής παράβαση των κανόνων αυτών μπορεί να θέσει σε επερώτηση την παραμονή του φιλοξενούμενου στον συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο. (Δαμίγος, 2003)

Μέσα από την καθημερινή συνύπαρξη των φιλοξενουμένων με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, δημιουργούνται οι αναγκαίες συνθήκες για να εκφραστούν οι λειτουργίες που συνδέονται με την κλινική προβληματική του ασθενή, επιτρέποντας έτσι τη θεραπευτική επεξεργασία τους. (Δαμίγος, 2003)

Η παραμονή ενός μέλους στον Ξενώνα δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα αλλά στοχεύει στη μετάβαση σε μια πιο αυτόνομης μορφής διαβίωση, όταν οι συνθήκες και τα αποτελέσματα του θεραπευτικού έργου το επιτρέψουν. (Δαμίγος, 2003)

Ο Ξενώνας ως θεραπευτικό περιβάλλον προσδιορίζεται από κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, **τα τεχνικά και τα δυναμικά**, ειδικότερα: τα τεχνικά χαρακτηριστικά είναι απαραίτητα προκειμένου η θεραπευτική



διεργασία να αναπτυχθεί και τα δυναμικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στις θεραπευτικές λειτουργίες που στοχεύουν στην υλοποίηση των θεραπευτικών στόχων. Τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να είναι σταθερά όσο είναι αναγκαίο αλλά και να μπορούν να μεταβάλλονται, όταν οι θεραπευτικές ανάγκες το απαιτούν. (Δαμίγος, 2003)

### **2.2.2.1. Τεχνικά Χαρακτηριστικά του Ξενώνα**

Τα τεχνικά χαρακτηριστικά αφορούν:

- **το χώρο**, μέσα στον οποίο εξελίσσεται η διαδικασία αποκατάστασης. Ο χώρος αυτός στην περίπτωση μιας δομής, όπως ο Ξενώνας, αναπαράγει την έννοια του σπιτιού και τις καθημερινές συνθήκες ζωής σε αυτό, συνδέοντάς το με τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο στον οποίο εντάσσεται. Ο Ξενώνας είναι μια προστατευμένη δομή περίθαλψης και υπό αυτή την έννοια παρέχει συνεχή φροντίδα, προσαρμοσμένη στις ανάγκες των μελών που φιλοξενεί. (Δαμίγος, 2003)
- **το χρόνο**, ο οποίος μέσα από την διάρκεια και τη ρυθμικότητα του, προσδιορίζει τη μορφή και τον τρόπο συνύπαρξης Φροντιστών και Θεραπευόμενων. (Δαμίγος, 2003)

Στην περίπτωση μιας ενδιάμεσης δομής όπως ο Ξενώνας, η μέχρι σήμερα εμπειρία, μας επιτρέπει να σκιαγραφήσουμε μερικές **βασικές έννοιες** όπως:

- **Η έννοια ενός προστατευμένου χώρου**, ικανού να αναπαραγάγει μεταφορικά την έννοια του σπιτιού, της καθημερινής ζωής και συμμετοχής των μελών στα συμβαίνοντα. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του προσωπικού χώρου** και των προσωπικών αντικειμένων που προσδιορίζει την ατομικότητα και διαφορετικότητα του ατόμου. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του κοινόχρηστου χώρου** και των κοινών κανόνων συνύπαρξης που συμβάλλει στην ανάπτυξη του συναισθήματος, ότι το άτομο ανήκει σε μία ομάδα με κοινούς αλλά και διαφοροποιημένους στόχους και καθήκοντα ανάλογα με το άτομο. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του κοινωνικού χώρου**, μέσα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας και η συνεχής επικοινωνία και συναλλαγή με αυτόν. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του θεραπευτικού χώρου**, όπου διάφορες εξειδικευμένες θεραπευτικές ενέργειες (όπως ατομικές συνεντεύξεις με ασθενείς, οικογένειες, συναντήσεις της Θεραπευτικής Ομάδας κ.α.) μπορούν να πραγματοποιηθούν (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του προσωπικού χρόνου** και των προσωπικών ρυθμών που αναφέρεται στις ιδιαιτερότητες και στις δυνατότητες κάθε ασθενή (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του ομαδικού χρόνου** που συνδέεται με τους ρυθμούς λειτουργίας του Ξενώνα και με την οργάνωση της ομαδικής ζωής σε αυτόν (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του κοινωνικού χρόνου** που συνδέεται με την κοινωνική ζωή και τους ρυθμούς της, μέσα στην οποία εντάσσεται ο Ξενώνας (Δαμίγος, 2003)

### **2.2.2.2. Δυναμικά Χαρακτηριστικά του Ξενώνα**

Τα δυναμικά χαρακτηριστικά αφορούν τις θεραπευτικές διεργασίες του θεραπευτικού πλαισίου οι οποίες είναι:

- **Η έννοια της φροντίδας** και κάλυψης των βασικών αναγκών των φιλοξενουμένων που παραπέμπει στο γονεϊκό ρόλο. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια της συνοδείας και στήριξης** των φιλοξενουμένων στην προοπτική της αυτονόμησης και ανάπτυξης των ικανοτήτων τους. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια της διαπραγμάτευσης** ανάμεσα στις ανάγκες και τα αιτήματα των φιλοξενουμένων και τις δυνατότητες του πλαισίου αποκατάστασης. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια της διαφορετικότητας** μεταξύ των φιλοξενουμένων τόσο σε επίπεδο αναγκών αλλά και αιτημάτων ή επιθυμιών. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του μεταβατικού** που εμπεριέχει την έννοια του ανολοκλήρωτου, του προσωρινού και κατά συνέπεια την δυνατότητα εξέλιξης για τη θεραπευτική ομάδα και τους φιλοξενούμενους. Το σημείο αυτό διαφοροποιεί μεταξύ άλλων, και το θεραπευτικό πλαίσιο του Ξενώνα από αυτό του οικοτροφείου. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια του απρόβλεπτου** και της «έκπληξης», στην οποία η θεραπευτική ομάδα πρέπει να είναι ανοιχτή και δεκτική στο «καινούργιο» της κλινικής ή κοινωνικής πραγματικότητας. (Δαμίγος, 2003)

- **Η έννοια της συμπληρωματικότητας στους ρόλους και στα καθήκοντα** των μελών της θεραπευτικής ομάδας, αποτελεί βασικό παράγοντα για την σωστή λειτουργία και την επίτευξη των

στόχων του θεραπευτικού προγράμματος. Το πρόγραμμα που καθορίζει τις δραστηριότητες και τη λειτουργία του Ξενώνα, δεν αποτελεί ένα στατικό σύνολο δραστηριοτήτων και καταμερισμού των αρμοδιοτήτων αλλά συνδέεται με τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος και τις ανάγκες των φιλοξενουμένων. (Δαμίγος, 2003)

**Οι διάφορες δραστηριότητες που επιλέγονται από τη θεραπευτική ομάδα, αποτελούν το μέσο για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και όχι αυτοσκοπό.** (Δαμίγος, 2003)

Οι δραστηριότητες του Ξενώνα πρέπει να είναι **προσαρμοσμένες στις δυνατότητες των φιλοξενουμένων** και να συνδέονται με τα τοπικά χαρακτηριστικά της περιοχής, όπου βρίσκεται. (Δαμίγος, 2003)

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος και η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα καταρτίζουν εξαμηνιαίο πρόγραμμα για κάθε μια από τις ανωτέρω παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς επίσης και Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για κάθε φιλοξενούμενο άτομο, στο οποίο αποτυπώνονται τα ανωτέρω και καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικά με την ενεργό συμμετοχή του ενδιαφερόμενου στον ατομικό του φάκελο. Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα πρέπει να αναθεωρείται τουλάχιστον κάθε εξάμηνο. (Δαμίγος, 2003)

Ανά εβδομάδα, καταχωρείται στο φάκελο του κάθε ατόμου κάθε είδους δραστηριότητά του μέσα και έξω από το χώρο κατοικίας είτε αυτή προβλέπεται στο Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα είτε όχι. (Δαμίγος, 2003)

Τα προγράμματα αυτά κατατίθενται στο υπεύθυνο του φορέα, στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας και ο οποίος έχει αρμοδιότητα ελέγχου της πλήρους και ακριβούς εφαρμογής τους. (Δαμίγος, 2003)

Όσον αφορά τώρα την περιγραφή του χώρου οι ξενώνες πρέπει να διαθέτουν μπάνιο με τουαλέτα και νιπτήρα ανά 5 άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τ.μ. το καθένα, ευρύχωρη κουζίνα 10-12 τ.μ. τουλάχιστον ανά 10 άτομα, ώστε να μπορούν οι ένοικοι να εκπαιδεύονται στη μαγειρική, υπνοδωμάτια χωρητικότητας 2-3 άτομα, κοινόχρηστους χώρους όπως καθιστικό το οποίο μπορεί να εξυπηρετεί τουλάχιστον τα  $\frac{2}{3}$  των ενοίκων ταυτόχρονα, τραπεζαρία για σίτιση τουλάχιστον του  $\frac{1}{3}$  των ενοίκων ταυτοχρόνως και αίθουσα πολλαπλών χρήσεων όπου αυτό είναι δυνατό και ένα γραφείο των επαγγελματιών το οποίο χρησιμοποιείται για τις ειδικές ανάγκες τις ημέρες εφημερίας. (Δαμίγος, 2003)

Επίσης όσον αφορά την υλικοτεχνική υποδομή ο ξενώνας πρέπει να έχει θέρμανση και ψύξη σε όλα τα δωμάτια, κρεβάτι με στρώμα και δύο μαξιλάρια για κάθε άτομο, ατομικά κομοδίνα και ερμάρια και ντουλάπες ανά δύο άτομα, σεντόνια, υποσέντονα και μαξιλαροθήκες σε επαρκή αριθμό και κλινοσκεπάσματα τουλάχιστον τέσσερα ανά άτομο, κουρτίνες, καναπέδες, καρέκλες, πολυθρόνες, καθρέπτες, μοκέτες κ. τ. λ., είδη διακόσμησης, τουλάχιστον τα αναγκαία σε ποσότητες και είδη σκεύη κουζίνας και μαγειρικής, ηλεκτρικές συσκευές π.χ. ηλεκτρική, κουζίνα, ηλεκτρονικό- εκπαιδευτικό- υποστηρικτικό εξοπλισμό όπως τηλέφωνο, video κ.τ.λ., και τέλος είδη μπάνιου και ειδικά εξαρτήματα που χρειάζονται ενδεικτικά για άτομα με κινητικές αναπηρίες. (Δαμίγος, 2003)

### **2.3. Η ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

Το σύνολο των εργαζομένων στον ξενώνα αποτελεί την Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας μετά από εισήγηση του Επιστημονικού υπευθύνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας, Εργοθεραπευτές και Διοικητικούς Υπαλλήλους. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες κατά περίπτωση ή ανάλογα με το επιτελούμενο έργο, μετά από εισήγηση του Επιστημονικού υπευθύνου. (Δαμίγος, 2003)

Έργο της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι ο σχεδιασμός και υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο υπάγεται ο ξενώνας και μετά από εισήγηση του ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την ετήσια εποπτεία του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας. (Δαμίγος, 2003)

Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας δεν μεταβάλλεται παρά μόνο με αιτιολογημένη εισήγηση του Επιστημονικού υπευθύνου ή με αίτημα του ενδιαφερόμενου μέλους ή αποχώρηση του από το φορέα. Η σταθερότητα της σύνθεσης της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στις ειδικότητες και στα άτομα που έχουν οριστεί αποτελεί ευθύνη της διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας.

Αναιτιολόγητη αλλαγή αποτελεί παραβίαση των διατάξεων της παρούσας διάταξης από την διοίκηση. (Δαμίγος, 2003)

Ο αριθμός των εργαζόμενων στον ξενώνα προσδιορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο ανάλογα με τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ατόμων που διαμένουν σ' αυτόν. Για τον ξενώνα ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης κάθε μέλους του προσωπικού τους, η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο και ο αριθμός των εργαζομένων σ' αυτόν εγκρίνεται από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας. (Δαμίγος, 2003)

Με ευθύνη του Επιστημονικού Υπευθύνου διασφαλίζεται ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητα τους συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους καθώς και στο χρόνο απασχόλησης στον ξενώνα. (Δαμίγος, 2003)

Το μέλος της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας που αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει τη φροντίδα για τον ασθενή, όπως έχει σχεδιασθεί κατά την κατάρτιση του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος, καλείται πρόσωπο- αναφοράς για τον ασθενή αυτό. (Δαμίγος, 2003)

Οι εργαζόμενοι στον ξενώνα οφείλουν να υπηρετούν το ρόλο του προσώπου αναφοράς για τους ασθενείς στον ξενώνα. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζει από το σύνολο των εργαζομένων κάθε έναν, ανεξαρτήτως ειδικότητας, για ποιους συγκεκριμένους ασθενείς αναλαμβάνει το ρόλο του προσώπου αναφοράς γι' αυτούς. (Δαμίγος, 2003)

Κανένας εργαζόμενος δεν μπορεί να αναλαμβάνει το ρόλο του προσώπου αναφοράς για περισσότερους από 6 ενοίκους του Ξενώνα. (Δαμίγος, 2003)

Η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από εργαζόμενους διαφόρων ειδικοτήτων. Κάθε εργαζόμενος αναλαμβάνει τομείς ευθύνης και δραστηριότητες ανάλογα με την ειδικότητά του παράλληλα με καθήκοντα που απορρέουν από τους γενικούς θεραπευτικούς στόχους, με γνώμονα τη συμπληρωματικότητα, που πρέπει να υπάρχει ανάμεσα στους ρόλους και τα καθήκοντα της θεραπευτικής ομάδας. (Δαμίγος, 2003)

§ Οι εργαζόμενοι του Ξενώνα που δεν έχουν κάποια επιστημονική ειδίκευση (οικοδέσποινα, βοηθητικό προσωπικό, εκπαιδευτές) θεωρούνται μέλη της θεραπευτικής ομάδας και τα καθήκοντά τους ορίζονται ανάλογα με τους στόχους και τις ανάγκες του θεραπευτικού προγράμματος. (Δαμίγος, 2003)

§ Κάθε νέο μέλος της θεραπευτικής ομάδας περνά από ένα στάδιο γνωριμίας δύο μηνών με το θεραπευτικό πλαίσιο του Ξενώνα, στο τέλος του οποίου αποφασίζεται από κοινού η οριστικοποίηση της συνεργασίας. (Δαμίγος, 2003)

§ Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας που αποφασίζει να διακόψει τη συνεργασία με το πρόγραμμα οφείλει να το γνωστοποιεί στον επιστημονικά υπεύθυνο και την Θεραπευτική ομάδα τουλάχιστον ένα μήνα πριν. (Δαμίγος, 2003)

§ Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να προσαρμόζεται στις υποχρεώσεις που απορρέουν από τους στόχους του προγράμματος. Η ελλιπής ανταπόκριση στα καθήκοντά του, όταν αυτή προκύπτει, επισημαίνεται από τον επιστημονικό υπεύθυνο στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας και γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν οι λόγοι που οδηγούν σ' αυτή. Σε περίπτωση



επαναλαμβανόμενης αδυναμίας να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του, εκτιμάται η διακοπή συνεργασίας με το πρόγραμμα. Επίσης, η μη τήρηση των τυπικών υποχρεώσεων που απορρέουν από τη σύμβαση εργασίας, μπορεί να οδηγήσει στην διακοπή συνεργασίας. (Δαμίγος, 2003)

Μέλημα επίσης της θεραπευτικής ομάδας είναι **η συνοδεία των μελών** του Ξενώνα στην προοπτική αυτονόμησής τους και ανάπτυξης των ψυχικών λειτουργιών και κοινωνικών τους δεξιοτήτων. (Δαμίγος, 2003)

Η υλοποίηση των θεραπευτικών στόχων περνά μέσα από **τη διαπραγμάτευση της καθημερινής ζωής** του ξενώνα και των οργανωμένων δραστηριοτήτων που προβλέπει το θεραπευτικό πρόγραμμα. Η συνοδεία των μελών στην καθημερινή τους ζωή περιλαμβάνει διάφορους τομείς, όπως είναι η φροντίδα και καθαριότητα των προσωπικών και κοινόχρηστων χώρων του ξενώνα, οι κοινωνικές δραστηριότητες, οι προεπαγγελματικές ή επαγγελματικές ασχολίες, καθώς και η υγειονομική φροντίδα. (Δαμίγος, 2003)

Στα πλαίσια αυτής της συνοδείας, γίνεται η προσπάθεια για ολοένα μεγαλύτερη πρωτοβουλία και υπευθυνότητα των φιλοξενουμένων του ξενώνα, ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του καθενός, στα πλαίσια ενός **εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος**, το οποίο πρέπει κατά τακτά χρονικά διαστήματα να αξιολογείται και να αναπροσαρμόζεται. (Δαμίγος, 2003)

Η ιδιαιτερότητα του θεραπευτικού έργου και το ψυχιατρικό προφίλ των ατόμων που φιλοξενούνται στον Ξενώνα επιβάλλει η επιμέλεια και **η φροντίδα να είναι συνεχής**. (Δαμίγος, 2003)

Ένα σημαντικό μέρος της θεραπευτικής εργασίας αφορά στην επαφή και την **επικοινωνία με τις οικογένειες των μελών**, όταν αυτή είναι

εφικτή και χρήσιμη για την θεραπευτική πορεία του ασθενούς. (Δαμίγος, 2003)

Για την παρακολούθηση των θεραπευτικών δραστηριοτήτων που γίνονται στα πλαίσια του προγράμματος τηρείται κλινικό ημερολόγιο, στο οποίο αναγράφονται όλες οι παρατηρήσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας, «Κλινικό Ημερολόγιο». Η καταγραφή στο ημερολόγιο δεν αποτελεί ένα τυπικό καθήκον αλλά είναι ουσιαστικό μέρος του θεραπευτικού έργου, διότι εκτός από την ενημέρωση της υπόλοιπης ομάδας υποδηλώνει και τη συνέχεια που πρέπει να έχει το θεραπευτικό έργο, μέσα από το πέρασμα από τον έναν φροντιστή στον άλλον. **Το κλινικό ημερολόγιο αποτελεί τη "μνήμη" της θεραπευτικής ομάδας .** Σ' αυτό καταγράφονται σε καθημερινή βάση τα προβλήματα και οι δυσκολίες που προκύπτουν στις θεραπευτικές σχέσεις και στην υλοποίηση του θεραπευτικού έργου και καθώς και οι ενέργειες που έγιναν για την αντιμετώπιση τους. **Η συμπλήρωση του ημερολογίου με όσο το δυνατόν αναλυτικότερο τρόπο αποτελεί βασικό καθημερινό καθήκον για κάθε μέλος της Θεραπευτικής Ομάδας** πριν την αναχώρησή του από τον χώρο εργασίας. (Δαμίγος, 2003)

Για κάθε θεραπευτική, διαχειριστική ή οργανωτική πληροφορία και ενέργεια τηρείται βιβλίο λογοδοσίας «Βιβλίο Λογοδοσίας». Κάθε έκτακτη τροποποίηση του ωραρίου ή της βάρδιας των φροντιστών, πρέπει να γίνεται μετά από έγκριση του επιστημονικά υπεύθυνου και να αναγράφεται στη λογοδοσία. Ο επιστημονικά υπεύθυνος ή ο αναπληρωτής υπεύθυνος, εάν υπάρχει, έχει την ευθύνη για την παρακολούθηση και την τήρηση από όλα τα μέλη της Θεραπευτικής Ομάδας του κλινικού ημερολογίου και του βιβλίου λογοδοσίας (Δαμίγος, 2003)

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης αποτελεί ένα **προνομιακό χώρο εκπαίδευσης** για μελλοντικούς επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. Η συμβολή των μελών της Θεραπευτικής Ομάδας στην εκπαίδευση νέων επαγγελματιών αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο της εργασίας κάθε φροντιστή. Κάθε νέος εκπαιδευόμενος ενημερώνεται από τον Ε. Υ. προφορικά και με γραπτό κείμενο για τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης του. (Δαμίγος, 2003)

Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να γνωρίζει **θέματα πρώτων βοηθειών**. Ο φορέας, στον οποίο ανήκει ο ξενώνας, υποχρεούται να οργανώνει σεμινάρια από εξειδικευμένο προσωπικό, σε θέματα πρώτων βοηθειών, σε ετήσια βάση και κάθε φορά που ένα νέο μέλος της Θεραπευτικής Ομάδας αναλαμβάνει καθήκοντα. Ο επιστημονικά υπεύθυνος έχει την ευθύνη οργάνωσης των μαθημάτων αυτών. (Δαμίγος, 2003)

**Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να σέβεται και να τηρεί αυστηρά το επαγγελματικό απόρρητο σε ότι αφορά το θεραπευτικό έργο.** (Δαμίγος, 2003)

Είναι ευθύνη όλου του προσωπικού και των συνεργαζόμενων ή εκπαιδευομένων στη δομή του ξενώνα να κρατά τις πληροφορίες που αφορούν τους φιλοξενούμενους απόρρητες και με όσο το δυνατό μεγαλύτερη εχεμύθεια. Οι πληροφορίες που θα δίνονται θα πρέπει να είναι μόνο οι απολύτως αναγκαίες. Όταν είναι δυνατό, θα πρέπει να ερωτούνται οι ένοικοι για πληροφορίες που θα πρέπει να δοθούν σε άλλες Υπηρεσίες ή άτομα, όπως π.χ. σε γιατρούς. (Δαμίγος, 2003)

Εμπιστευτικές πληροφορίες που φυλάγονται στο χώρο του ξενώνα θα πρέπει να είναι πάντοτε κλειδωμένες. Οι φάκελοι των φιλοξενούμενων, τα κλινικά ημερολόγια, τα βιβλία λογοδοσίας και

οποιοδήποτε άλλο στοιχείο αναφέρεται σε προσωπικές πληροφορίες πρέπει να αρχειοθετούνται και να φυλάγονται σε ασφαλείς χώρους. (Δαμίγος, 2003)

Κάθε μέλος της Θεραπευτικής Ομάδας, συνεργαζόμενοι ή εκπαιδευόμενοι στο πρόγραμμα θα πρέπει να ζητήσουν την άδεια του Επιστημονικού Υπευθύνου, προτού χρησιμοποιήσουν εμπιστευτικές πληροφορίες για κάποια εργασία ή μελέτη περιστατικού. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα, ώστε οι πληροφορίες να παρουσιασθούν με τέτοιο τρόπο (αλλαγή ονομάτων ,τόπων κ.λ.π.) ώστε να μην είναι δυνατή η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενούς. (Δαμίγος, 2003)

Κάθε παράληψη στο θέμα του απόρρητου, αποτελεί σοβαρότατο επαγγελματικό σφάλμα και μπορεί να προκαλέσει την άμεση διακοπή της εργασιακής σχέσης και της συνεργασίας με το πρόγραμμα. (Δαμίγος, 2003)

Για την επεξεργασία τώρα του θεραπευτικού έργου, όλοι οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα έχουν τακτική δίωρη δεκαπενθήμερη συνάντηση στην οποία συμμετέχουν υποχρεωτικά και τις οποίες συντονίζει ο επιστημονικά υπεύθυνος και σε περίπτωση απουσίας του ο επιστημονικός συντονιστής του Ξενώνα. Για όσα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν έχουν προγραμματισμένη εργασία τις ώρες των συναντήσεων της θεραπευτικής ομάδας, προβλέπεται η μείωση κατά 4 ώρες του εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας. Ο επιστημονικός υπεύθυνος ορίζει την ημέρα που ο εργαζόμενος θα πάρει τις 4 ώρες ανάλογα με τις ανάγκες του εβδομαδιαίου προγράμματος. Στις συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας μπορούν να συμμετέχουν, οι κατά καιρούς εκπαιδευόμενοι και συνεργαζόμενοι με το πρόγραμμα, με την σύμφωνη γνώμη του επιστημονικού υπευθύνου. (Δαμίγος, 2003)

Οι συναντήσεις περιλαμβάνουν **το κλινικό** μέρος το οποίο αποτελεί και το κύριο μέρος των συναντήσεων αυτών από άποψη χρόνου και σπουδαιότητας (1 ½ ώρα) (Δαμίγος, 2003)

Στο κλινικό μέρος των συναντήσεων αυτών η θεραπευτική ομάδα επικεντρώνεται στην εκτίμηση του κλινικού έργου σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο, καθώς και στην κατανόηση των δυναμικών που εμφανίζονται μεταξύ των μελών του Ξενώνα και της θεραπευτικής ομάδας, αλλά και μεταξύ των εργαζομένων στο πρόγραμμα. (Δαμίγος, 2003)

Θεωρείται πολύ χρήσιμη η μαγνητοφώνηση και απομαγνητοφώνηση του κλινικού μέρους των συναντήσεων της θεραπευτικής ομάδας και η αρχειοθέτηση τους, ώστε να καταγράφεται η πορεία στο χρόνο του θεραπευτικού έργου, και να είναι δυνατόν τόσο οι παλαιοί, όσο και οι νέοι φροντιστές να μπορούν να ανατρέξουν σε παλαιότερες κλινικές εκτιμήσεις και να τις αξιοποιήσουν κλινικά και ερευνητικά. (Δαμίγος, 2003)

Στο **διοικητικό- οργανωτικό** μέρος (½ ώρα) η θεραπευτική ομάδα εκτιμά τα οργανωτικά προβλήματα που αφορούν στην υλοποίηση του θεραπευτικού προγράμματος του Ξενώνα και προγραμματίζει τις ενέργειες που μπορεί να κάνει η θεραπευτική ομάδα για την επίλυσή τους. (Δαμίγος, 2003)

Στα διάφορα προβλήματα που ανακύπτουν η θεραπευτική ομάδα προσπαθεί να διερευνήσει τις καλύτερες δυνατές λύσεις με γνώμονα πάντα τις ανάγκες των μελών του Ξενώνα και του θεραπευτικού έργου.

Κατά τακτά χρονικά διαστήματα, ενδεικτικά κάθε δμήνες, η θεραπευτική ομάδα αξιολογεί το θεραπευτικό της έργο, προγραμματίζει, σχεδιάζει και θέτει νέους στόχους, ανάλογα με τα δεδομένα που προκύπτουν σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. (Δαμίγος, 2003)

Σε περίπτωση προβλημάτων στην λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας ή μεταξύ των μελών της, ο επιστημονικός υπεύθυνος μπορεί να ορίσει ξεχωριστή συνάντηση σε διαφορετικό χρόνο από τις προηγούμενες για την επίλυση τους. (Δαμίγος, 2003)

Οι συναντήσεις Μεταξύ των Φροντιστών και των Μελών του Ξενώνα γίνονται:

**α) Σε καθημερινή Βάση.** Κάθε πρωί τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που ξεκινούν την βάρδια έχουν συνάντηση ½ ώρας με τους φιλοξενούμενους στον Ξενώνα για τον προγραμματισμό και την οργάνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων. (Δαμίγος, 2003)

**β) Σε μηνιαία βάση.** Στα πλαίσια του θεραπευτικού προγράμματος ορίζεται μηνιαία συνάντηση με όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και τους φιλοξενούμενους διάρκειας μιας ώρας (μετά την εβδομαδιαία συνάντηση της θεραπευτικής ομάδας) που συντονίζει ο επιστημονικός υπεύθυνος και σε περίπτωση απουσίας του επιστημονικού συνεργάτη. Στις συναντήσεις αυτές συζητούνται όλα τα θέματα που αφορούν στην ζωή του ξενώνα, διευθετούνται τα διαφορά προβλήματα που ανακύπτουν, υποβάλλονται προτάσεις για δραστηριότητες και εκπονείται το πρόγραμμα του επόμενου μήνα. (Δαμίγος, 2003)

Τέλος υπάρχει η εσωτερική εποπτεία όπου ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ή ο Αναπληρωτής Υπεύθυνος, σε συνεργασία με τον φροντιστή αναφοράς και όποιο μέλος της θεραπευτικής ομάδας κρίνει ότι έχει εμπλοκή στο θεραπευτικό πρόγραμμα κάποιου φιλοξενούμενου, ασκεί εποπτεία σε κάθε θέμα, ή κλινικό πρόβλημα προκύψει. Τα αποτελέσματα της κλινικής εκτίμησης αναγράφονται άμεσα από τον φροντιστή αναφοράς στο βιβλίο λογοδοσίας και ενημερώνεται η θεραπευτική ομάδα στην επόμενη συνάντηση της. (Δαμίγος, 2003)

Η εσωτερική ομαδική εποπτεία ασκείται από τον επιστημονικό ή τον αναπληρωτή υπεύθυνο στα πλαίσια των δεκαπενθήμερων κλινικών συναντήσεων της θεραπευτικής ομάδας. (Δαμίγος, 2003)

Όμως εκτός από τις εβδομαδιαίες συναντήσεις της ομάδας, και την εσωτερική εποπτεία, είναι πολύ σημαντικό για την πορεία του θεραπευτικού έργου να υπάρχει σε τακτά χρονικά διαστήματα (ενδεικτικά μία φορά το μήνα, στη θέση του κλινικού μέρους των συναντήσεων της θεραπευτικής ομάδας) συνεργασία με εξωτερικό παρεμβαίνοντα για την εκτίμηση των δυναμικών που εμφανίζονται στις θεραπευτικές σχέσεις. Η εξωτερική κλινική εποπτεία θεωρείται μεγάλης σπουδαιότητας για την ποιότητα και την πορεία του θεραπευτικού έργου.

Είναι σημαντική και η οργάνωση κοινωνικό-θεραπευτικών ομάδων και ατομικών ψυχοθεραπευτικών συναντήσεων καθώς και παρεμβάσεων μέσω της τέχνης. (Δαμίγος, 2003)

Η εποπτεία των εκπαιδευόμενων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ψυχαναλυτικής εκπαίδευσης, καθώς και κάθε εκπαίδευσης που απευθύνεται σε κλινικούς (Ψυχίατρους, Νοσηλευτές, Κοινωνικούς Λειτουργούς), οι οποίοι έχουν ψυχαναλυτικό προσανατολισμό. (Δαμίγος, 2003)

Το σύνολο λοιπόν των εργαζομένων στον ξενώνα αποτελεί την Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας μετά από εισήγηση του Επιστημονικού υπευθύνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας, Εργοθεραπευτές και

Διοικητικούς Υπαλλήλους. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες κατά περίπτωση ή ανάλογα με το επιτελούμενο έργο, μετά από εισήγηση του Επιστημονικού υπευθύνου. (Δαμίγος, 2003)

Έργο της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι ο σχεδιασμός και υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο υπάγεται ο ξενώνας και μετά από εισήγηση του ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την ετήσια εποπτεία του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας. (Δαμίγος, 2003)

Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας δεν μεταβάλλεται παρά μόνο με αιτιολογημένη εισήγηση του Επιστημονικού υπευθύνου ή με αίτημα του ενδιαφερόμενου μέλους ή αποχώρηση του από το φορέα. Η σταθερότητα της σύνθεσης της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στις ειδικότητες και στα άτομα που έχουν οριστεί αποτελεί ευθύνη της διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας. Αναιτιολόγητη αλλαγή αποτελεί παραβίαση των διατάξεων της παρούσας διάταξης από την διοίκηση. (Δαμίγος, 2003)



## **2.4. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

Οι θέσεις του προσωπικού των ξενώνων συνιστώνται με Προεδρικό Διάταγμα. Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο κάθε μέλους του προσωπικού στον ξενώνα καθορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σύμφωνα με τις ανάγκες που συσχετίζονται με το βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά. (Δαμίγος, 2003)

Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ενοίκων και το βαθμό υποστήριξης του ξενώνα. (Δαμίγος, 2003)

Οι ειδικότητες των εργαζομένων που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία του ξενώνα είναι οι παρακάτω:

**i) -Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος:** Με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας, ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζεται με κριτήρια τη γνώση και εμπειρία του και αποδοχή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, αποδεικνυόμενων κυρίως από την ενεργό συμμετοχή του σε αντίστοιχες δράσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος προέρχεται από τις ειδικότητες που συνθέτουν και στελεχώνουν την Πολυκλαδική Θεραπευτική ομάδα. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία του ξενώνα γενικότερα και τη διασύνδεση της μονάδας με τις άλλες μονάδες Ψυχικής Υγείας του τομέα που ανήκει ο ξενώνας. Το πρόσωπο αυτό μπορεί να ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε περισσότερες από μια Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του ίδιου φορέα. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος των προγραμμάτων ασκεί εποπτεία και συντονισμό, σε θέματα επιστημονικά, θεραπευτικά, και εκπαιδευτικά του Ξενώνα. Καθορίζει τους θεραπευτικούς ρόλους και τις υποχρεώσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας και τα κατευθύνει στο έργο τους. Έχει την ευθύνη και των συντονισμό του συνόλου του θεραπευτικού

προγράμματος καθώς και κάθε ομαδικής δραστηριότητας της Θεραπευτικής Ομάδας ή των φιλοξενουμένων στον Ξενώνα. Συνεργάζεται με τον Υπεύθυνο Διαχείρισης των προγραμμάτων της εταιρείας, για θέματα διοικητικά, οικονομικά και γραμματειακά του Ξενώνα. που αφορούν στο σχεδιασμό και στην επίτευξη των στόχων Εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο της εταιρείας για κάθε θέμα που μπορεί να προκύψει στη λειτουργία του προγράμματος. Η παρουσία του Επιστημονικά Υπεύθυνου στον Ξενώνα πρέπει να είναι τακτική και συστηματική στο μέτρο των υπολοίπων καθηκόντων του στα προγράμματα της Εταιρείας. (Δαμίγος, 2003)

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος με την συμβολή της Θεραπευτικής Ομάδας, θα πρέπει να εκπονήσουν εγχειρίδιο, όπου θα καταγράφονται με λεπτομερή τρόπο όλες οι οδηγίες σχετικά με τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των εργαζομένων, συνεργαζόμενων ή εκπαιδευόμενων στα πλαίσια της λειτουργίας της δομής. Ο φάκελος θα περιλαμβάνει και επιστημονικό υλικό αναφοράς καθώς και κάθε άλλη πληροφορία χρήσιμη για την καλύτερη κατανόηση των στόχων της δομής και των διαδικασιών που είναι απαραίτητες για την επίτευξή τους. (Δαμίγος, 2003)

Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού αποτελεί μία σημαντική συμβολή στην διατήρηση και βελτίωση του θεραπευτικού έργου. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος, θα πρέπει να καταθέτει στο Διοικητικό Συμβούλιο προτάσεις για προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού σε θέματα που εκτιμά ότι η Θεραπευτική ομάδα έχει ανάγκη, με την μορφή οργανωμένων σεμιναρίων, διαλέξεων από ειδικούς επιστήμονες κ.λ.π. (Δαμίγος, 2003)

Και άλλοι επιστήμονες μπορεί να συμμετέχουν στην θεραπευτική ομάδα, στο βαθμό που εκτιμάται ότι η ειδικότητά τους μπορεί να προωθήσει τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος. Οι αρμοδιότητες και τα ειδικά καθήκοντά τους θα προσδιορίζονται γραπτά από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο μετά από έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου και θα ενημερώνει την Θεραπευτική ομάδα. (Δαμίγος, 2003)

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος παραδίδει ανά εξάμηνο στο Διοικητικό Συμβούλιο έκθεση σχετική με την υλοποίηση των στόχων, την πορεία του προγράμματος, καθώς και προτάσεις για την μελλοντική του εξέλιξη. (Δαμίγος, 2003)

**ii) -Ο Αναπληρωτής Υπεύθυνος:** Το διοικητικό συμβούλιο αναθέτει στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας υπό την εποπτεία του επιστημονικού υπευθύνου, καθήκοντα αναπληρωτή υπευθύνου, για

θέματα που αφορούν τις θεραπευτικές, ομαδικές ή κοινωνικές δραστηριότητες του Ξενώνα. (Δαμίγος, 2003)

Η επιλογή του αναπληρωτή υπευθύνου γίνεται από το διοικητικό συμβούλιο με κριτήρια που ισχύουν για κάθε άλλη πρόσληψη και συνδέονται με τα επιστημονικά προσόντα, την εμπειρία, το προφίλ, τις οργανωτικές και συντονιστικές ικανότητες του ατόμου, προκειμένου να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά στις υποχρεώσεις που απαιτεί ο συγκεκριμένος ρόλος. (Δαμίγος, 2003)

Το διοικητικό συμβούλιο εξετάζει αρχικά τα προσόντα των μελών της θεραπευτικής ομάδας προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει το κατάλληλο άτομο. Σε διαφορετική περίπτωση μπορεί να προχωρήσει σε ανοιχτή προκήρυξη για την κάλυψη της θέσης. Σε περίπτωση που πρόκειται για μέλος της θεραπευτικής ομάδας, το διοικητικό συμβούλιο εξετάζει την αναπροσαρμογή της μισθοδοσίας του με βάση τα ανατιθέμενα καθήκοντα και τις υπευθυνότητες της συγκεκριμένης θέσης. (Δαμίγος, 2003)

Η παρουσία του αναπληρωτή υπευθύνου στον Ξενώνα πρέπει να είναι **σε καθημερινή βάση**, και ο χρόνος της παρουσίας του να **επικαλύπτει τις ημερήσιες βάρδιες**, ώστε να αποτελεί **παράγοντα διασύνδεσης** της πρωινής και απογευματινής ομάδας. (Δαμίγος, 2003)

Ο Αναπληρωτής Υπεύθυνος συνεργάζεται με τον επιστημονικό υπεύθυνο στην σύνταξη της εξαμηνιαίας απολογιστικής και προγραμματικής έκθεσης προς το διοικητικό συμβούλιο. (Δαμίγος, 2003)

**iii) -Ο Ψυχίατρος**, έχει την ευθύνη της ψυχιατρικής αξιολόγησης των μελών του προγράμματος. Ενημερώνεται από τον επιστημονικό υπεύθυνο και τον φροντιστή αναφοράς κάθε μέλους για την κλινική του

κατάσταση και προτείνει την φαρμακευτική αγωγή ή την τροποποίηση της, ενημερώνοντας την θεραπευτική ομάδα και τον ασθενή για την προτεινόμενη αγωγή. Κάθε νέα ενέργεια του ψυχιάτρου αναγράφεται και υπογράφεται από τον ίδιο στο βιβλίο λογοδοσίας. Ενημερώνει τον φάκελο του ασθενούς για το ψυχιατρικό ιστορικό. Καθήκον του επίσης είναι η αξιολόγηση της γενικής υγείας των μελών και η παραπομπή τους όταν χρειάζεται εξειδικευμένη θεραπεία. Ο ψυχίατρος είναι σημαντικό να έχει εκπαίδευση και εμπειρία σε θέματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, και ψυχοθεραπευτικών πρακτικών. Σαν μέλος της θεραπευτικής ομάδας μπορεί να συμμετέχει στις ομαδικές συναντήσεις της και να αναλάβει σε συνεννόηση με τον επιστημονικά υπεύθυνο, θεραπευτικές δραστηριότητες σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο συμβάλλοντας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος. Η συνεργασία του ψυχιάτρου με τον Ξενώνα μπορεί να είναι μερικής απασχόλησης. Ο ψυχίατρος συντάσσει και παραδίδει στον επιστημονικό υπεύθυνο εξαμηνιαία έκθεση των δραστηριοτήτων του. (Δαμίγος, 2003)

**iv) - Ο Ψυχολόγος** επεξεργάζεται το κλινικό υλικό που εκφράζουν οι ασθενείς στις οργανωμένες θεραπευτικό-κοινωνικές δράσεις, καθώς και μέσω τις καθημερινής συνύπαρξης όλων των μελών της Θεραπευτικής Κοινότητας, έτσι ώστε ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, να προωθούν όσο το δυνατό αποτελεσματικότερα, και σε άμεση συνάρτηση με τις ανάγκες –δυνατότητες των ατόμων–ομάδων, τους στόχους της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. (Δαμίγος, 2003)

Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω ψυχολογικές ενέργειες που αναλαμβάνει όπως η ψυχολογική υποστήριξη των μελών του Ξενώνα και των οικογενειών τους, ο σχεδιασμός Ατομικού Θεραπευτικού Πλάνου σε συνεργασία με τον φροντιστή αναφοράς και ενημέρωση της θεραπευτικής ομάδας. Επίσης ένα από τα καθήκοντα του είναι και η

συμμετοχή του σε δραστηριότητες αγωγής κοινότητας: έρευνα, αξιολόγηση, εκπαίδευση προσωπικού, ανάπτυξη δεικτών-προτύπων, διασύνδεση υπηρεσιών και τήρηση των φακέλων με το κλινικό ιστορικό των ασθενών. Ορισμένες από αυτές τις δράσεις δεν υλοποιούνται μόνο από τον/ την ψυχολόγο, αλλά σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες της θεραπευτικής ομάδας. Ο υπεύθυνος του ψυχολογικού τομέα υποβάλλει στον επιστημονικό υπεύθυνο εξαμηνιαία έκθεση των δραστηριοτήτων του. (Δαμίγος, 2003)

**ν) - Ο Κοινωνικός-ή Λειτουργός** οργανώνει τις υπηρεσίες του ώστε να υπάρχει πρόσβαση στις πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς, σε όλα τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. (Δαμίγος, 2003)

Στο φάκελο κάθε ασθενούς υπάρχει ανεξάρτητο μέρος όπου καταγράφονται πληροφορίες που αφορούν το **Κοινωνικό Ιστορικό** (δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία για την πατρική του οικογένεια από την σύνθεσή της μέχρι την στιγμή που διαμορφώνεται το κοινωνικό ιστορικό, στοιχεία για την εκπαίδευση του ατόμου και την κοινωνική του κατάσταση, πληροφορίες για την έναρξη και πορεία της νόσου που εμπλέκουν κοινωνικούς παράγοντες, στοιχεία για την οικονομική κατάσταση του ατόμου, για τις σχέσεις του με την οικογένεια αλλά και για τις σχέσεις του με άλλα άτομα που επηρεάζουν την ζωή του, καθώς και άλλα στοιχεία που κατά περίπτωση κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν), **την επικοινωνία** του ασθενή με τα συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα και **τις συναντήσεις** που πραγματοποιούνται μεταξύ του /της κοινωνικού λειτουργού και του ασθενούς και στις συναντήσεις που αφορούν τα συγγενικά πρόσωπα (εκθέσεις κοινωνικής έρευνας). Ο Κοινωνικός λειτουργός οργανώνει, όπου κρίνεται απαραίτητο από την θεραπευτική ομάδα, δομημένες συναντήσεις με τα μέλη του Ξενώνα για

την ενίσχυση της αυτόνομης διαχείρισης των ζητημάτων που αφορούν τους ίδιους, τις σχέσεις τους με τα συγγενικά πρόσωπα και τις κοινωνικές τους σχέσεις. Επίσης τακτοποιεί τα ζητήματα που αφορούν τα μέλη του Ξενώνα σε διάφορες υπηρεσίες της κοινότητας (ασφάλιση, συνταξιοδότηση, ψυχαγωγία, εργασιακή αποκατάσταση κ.τ.λ.) στο βαθμό που οι ίδιοι δεν δύνανται να το υλοποιήσουν. Φροντίζει τα μέλη να είναι κάτοχοι όλων των απαιτούμενων εγγράφων που τους καθιστούν νόμιμους πολίτες και τους επιτρέπουν να κάνουν χρήση όλων των κοινοτικών αγαθών. Στα πλαίσια αυτής της λειτουργίας ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να ενημερώνει σωστά τις υπηρεσίες της κοινότητας για τους σκοπούς του προγράμματος και του φορέα όπου ανήκει. Ο Υπεύθυνος του τομέα κοινωνικής εργασίας υποβάλλει στον επιστημονικό υπεύθυνο εξαμηνιαία έκθεση των δραστηριοτήτων του. (Δαμίγος, 2003)

**vi) -Ο Νοσηλευτής /τρια ή ο Επισκέπτης Υγείας έχει συγκεκριμένους τομείς ευθύνης:**

- Φροντίζει για την υλοποίηση της ψυχιατρικής και της ιατρικής θεραπείας όπου αυτό προβλέπεται καθώς και για την πρόληψη (εμβολιασμοί, έλεγχος μεταδοτικών νοσημάτων κ.τ.λ.) (Αντωνιάδης, 2003)
- Φροντίζει για την διασύνδεση του Ξενώνα με τις υγειονομικές υπηρεσίες της περιοχής, δημόσιες και ιδιωτικές (Αντωνιάδης, 2003)
- Η καλή ατομική υγιεινή των εξυπηρετούμενων δείχνει σε μεγάλο βαθμό την ετοιμότητα, το επίπεδο συνεργασίας και την εμπειρία της θεραπευτικής ομάδας. Η ατομική υγιεινή δεν αποτελεί υποχρέωση μόνο του προσώπου αναφοράς του ασθενούς, αλλά και των νοσηλευτών. Από κοινού τίθεται πρωταρχικός στόχος ο

εξυπηρετούμενος να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για την αυτόνομη φροντίδα του. (Αντωνιάδης, 2003)

Για την επίτευξη των προαναφερόμενων στόχων πρέπει να ληφθεί υπόψη η διαφορετικότητα της κάθε περίπτωσης. Κατά συνέπεια πρέπει να σχεδιάζεται συγκεκριμένο ατομικό πρόγραμμα για κάθε μέλος, έτσι ώστε να δημιουργηθούν για τον καθένα οι καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις για τη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής, και των ιατρικών εξετάσεων, όπως αυτές καθορίζονται από τον υπεύθυνο ιατρό του προγράμματος. (Αντωνιάδης, 2003)

Ο Υπεύθυνος του νοσηλευτικού τομέα υποβάλει στον επιστημονικό υπεύθυνο εξαμηνιαία απολογιστική έκθεση των ανωτέρω ενεργειών. (Αντωνιάδης, 2003)

Η εργασία και ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή ξεκινά με την προετοιμασία του ίδιου του αρρώστου, αλλά περιλαμβάνει και την εργασία με το ευρύτερο περιβάλλον του. (Αντωνιάδης, 2003)

Είναι αρκετά δύσκολο να πάρεις τον άρρωστο από το νοσοκομείο και να τον εγκαταστήσεις σε έναν καινούριο χώρο. Οι δυσκολίες προέρχονται τόσο από την κατάσταση του, όσο και από τις επιφυλάξεις του προσωπικού του νοσοκομείου ή της οικογένειάς. (Αντωνιάδης, 2003)

Στόχος του ψυχιατρικού νοσηλευτή σε αυτό το πρώτο στάδιο είναι η μείωση της απειλής που ενέχει η έξοδος από το άσυλο για τον ασθενή, το προσωπικό και την οικογένεια. Στο επίπεδο της κοινότητας στόχος του είναι η αλλαγή της στάσης απέναντι στον άρρωστο. Στον ξενώνα οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές εργάζονται στα πλαίσια της συνέχειας της φροντίδας των ασθενών. Είναι υπεύθυνοι για την χορήγηση των φαρμάκων και την εκπαίδευση των ασθενών στη λήψη τους. (Αντωνιάδης, 2003)

Ενημερώνουν τον υπεύθυνο της δομής για τυχόν προβλήματα σωματικής υγείας ή αλλαγές στην συμπεριφορά του ενοίκου. Εκτιμούν σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας τις συνθήκες διαβίωσης και τις ανάγκες του ατόμου: διατροφή, επίπεδο αυτοφροντίδας, κοινωνικές σχέσεις, συνθήκες εργασίας καθώς και το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή γενικότερα. Φροντίζουν για την ασφάλεια των ενοίκων στον ξενώνα και για την διευθέτηση τυχόν θεμάτων που θα προκύψουν μεταξύ των ασθενών. (Αντωνιάδης, 2003)

Ενισχύει τις δυνατότητες των ενοίκων ώστε να επιτευχθεί σταδιακά η αυτόνομη διαβίωση τους στην κοινότητα. Η υποστήριξη αυτή σταδιακά μειώνεται όσο αυξάνεται η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και η λειτουργικότητά τους. (Αντωνιάδης, 2003)

Συμμετέχει μαζί τους σε οργανωμένες κοινωνικές δραστηριότητες ώστε να καλλιεργηθεί η ομαδική συμβίωση, η συλλογική δράση και η συμμετοχή τους σε προγράμματα εντός και εκτός ξενώνα με γνώμονα τη συλλογική εξέλιξη της ομάδας αλλά και τις δυνατότητες του κάθε ενοίκου ξεχωριστά. (Αντωνιάδης, 2003)

Ένα μέρος της ψυχιατρικής αποκατάστασης αφορά στη συνεργασία της ψυχιατρικής ομάδας με τις οικογένειες των ενοίκων μέσω των τακτικών επισκέψεων των ενοίκων στα σπίτια τους. (Αντωνιάδης, 2003)

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το 50% του συνόλου των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας. Είναι ένα πολύτιμο κεφάλαιο και μια σημαντική επένδυση για κάθε σύστημα υγείας. Η κατάλληλη εκπαίδευση και η ανάπτυξη των δυνατοτήτων των νοσηλευτών μπορούν να εξασφαλίσουν την αποτελεσματικότερη και πιο οικονομική παροχή υπηρεσιών υγείας. (Αντωνιάδης, 2003)

**vii) - Ο Εργοθεραπευτής /τρια** μετά από έγκριση της θεραπευτικής ομάδας και του Επιστημονικά Υπεύθυνου οργανώνει ατομικές ή



ομαδικές δραστηριότητες με στόχο την ανάπτυξη γνωσιακών και αντιληπτικών δεξιοτήτων των μελών και φροντίζει:

- για την οργάνωση δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων και της λειτουργικότητας των ασθενών στα πλαίσια της καθημερινής ζωής (Ντύσιμο, προσωπική φροντίδα, οργάνωση του προσωπικού χώρου). (Δαμίγος, 2003)
- Οργανώνει εξατομικευμένα θεραπευτικά προγράμματα με βάση τις δυνατότητες και τις ανάγκες κάθε μέλους. (Δαμίγος, 2003)
- Συνοδεύει στηρίζει και κατευθύνει τα μέλη στις εκτός Ξενώνα δραστηριότητες τους με στόχο την κοινωνικοποίηση τους. (Δαμίγος, 2003)
- Συμβάλει στην εκπόνηση προγραμμάτων με στόχο την προεπαγγελματική εκπαίδευση των μελών, και τα στηρίζει στην προοπτική αυτή με γνώμονα τις δυνατότητες τους. (Δαμίγος, 2003)

Ο Υπεύθυνος του τομέα εργοθεραπείας υποβάλλει στον επιστημονικά υπεύθυνο εξαμηνιαία απολογιστική έκθεση των ενεργειών του (Δαμίγος, 2003)

**viii) - Η Οικοδέσποινα** φροντίζει για την οργάνωση της καθημερινής ζωής του Ξενώνα. Βασικοί στόχοι που απορρέουν από τον ρόλο της είναι:

- η διασφάλιση της ποιότητας ζωής στον Ξενώνα, (Δαμίγος, 2003)
- η διαρκής βελτίωση και ανάδειξη ατομικών και ομαδικών δεξιοτήτων των φιλοξενουμένων, (Δαμίγος, 2003)

- η εμπλοκή των φιλοξενουμένων στα ζητήματα που αφορούν την καθημερινή ζωή στον Ξενώνα και ανάληψη πρωτοβουλιών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκπλήρωση των παραπάνω στόχων είναι η συμβολή όλης της θεραπευτικής ομάδας και η ανταλλαγή πληροφοριών με τις άλλες ειδικότητες και τα πρόσωπα αναφοράς. Την διαχείριση των οικονομικών καθημερινών θεμάτων του Ξενώνα αναλαμβάνει εκ περιτροπής και για ένα εξάμηνο ένα μέλος της θεραπευτικής ομάδας όπως προβλέπεται από την υπουργική απόφαση. Ο διαχειριστής του Ξενώνα παραδίδει στην αρχή κάθε μήνα τον μηνιαίο προϋπολογισμό του Ξενώνα στον επιστημονικό υπεύθυνο ή τον αναπληρωτή υπεύθυνο. Συνεργάζεται με τους υπευθύνους του κάθε τομέα του Ξενώνα για την καταγραφή και τον προγραμματισμό έκτακτων αναγκών, έχει την ευθύνη διαχείρισης των καθημερινών εξόδων του Ξενώνα, έχει την ευθύνη για την συντήρηση του Ξενώνα και παραδίδει τον απολογισμό στο τέλος του μήνα στον επιστημονικό υπεύθυνο ή τον αναπληρωτή υπεύθυνο. Παραδίδει εξαμηνιαία απολογιστική έκθεση των δραστηριοτήτων της στον Επιστημονικά Υπεύθυνο του προγράμματος. (Δαμίγος, 2003)

ix) - Το Βοηθητικό Προσωπικό έχει την ευθύνη για την φροντίδα και καθαριότητα του χώρου και τις οικιακές εργασίες του Ξενώνα. Συμβάλει στην κινητοποίηση των φιλοξενουμένων για ανάληψη πρωτοβουλιών στην φροντίδα του προσωπικού και κοινόχρηστου χώρου. Όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορούν στα πλαίσια των θεραπευτικών προγραμμάτων, να συμμετέχουν και να αναλαμβάνουν υπεύθυνους

ρόλους σε δραστηριότητες που η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης αναπτύσσει (π.χ. προστατευόμενες κατοικίες, εργαστήρια, συνεταιρισμούς, κ.α.), και να συμμετέχει σε δράσεις του φορέα στην κοινότητα (πρόληψη, ενημέρωση, αγωγή κοινότητας κ.τ.λ.) (Δαμίγος, 2003)

**x) - Ο Υπεύθυνος Διαχείρισης της Εταιρείας.** Το διοικητικό συμβούλιο ορίζει Υπεύθυνο Διαχείρισης και συντονισμού των διοικητικών-οικονομικών-γραμματειακών θεμάτων, μεταξύ των στελεχών της εταιρείας, ο οποίος διαχειρίζεται, συντονίζει και εποπτεύει το σύνολο των διοικητικών, οικονομικών και γραμματειακών ενεργειών των προγραμμάτων της εταιρείας. Ο Υπεύθυνος Διαχείρισης σύμφωνα με τις οδηγίες του διοικητικού συμβουλίου, καθορίζει και συντονίζει τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των υπολοίπων οικονομικών, διοικητικών και γραμματειακών υπαλλήλων της εταιρείας, σύμφωνα με τις ανάγκες των προγραμμάτων και στα πλαίσια της συμπληρωματικότητας που πρέπει να διακρίνει τις ενέργειες τους. Επίσης συντονίζει και συνεπικουρείται στο έργο του από τους υπαλλήλους των διοικητικών, οικονομικών, και γραμματειακών τομέων της εταιρείας, για την υλοποίηση και διεκπεραίωση των παρακάτω ενεργειών (ενδεικτικά):

- Γραμματειακή Υποστήριξη (επεξεργασία κειμένων- εγγράφων, τήρηση πρωτοκόλλου, αποστολή προσκλήσεων για διάφορες δραστηριότητες- εκδηλώσεις που πραγματοποιεί το πρόγραμμα κτλ) (Δαμίγος, 2003)
- Φροντίζει για όλα τα ζητήματα που αφορούν τους εργαζομένους όπως έκδοση μισθοδοσίας, Ι.Κ.Α. κ.τ.λ. και γενικότερα όλες τις υποχρεώσεις προς τρίτους. Φροντίζει πάντα να ενημερώνει την Επιθεώρηση Εργασίας για κάθε μεταβολή

που προκύπτει στην οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση των εργαζομένων. (Δαμίγος, 2003)

- Κάθε 7 ημέρες βάση του Ν. 2716/99, συγκεντρώνει τα παραστατικά και τους προϋπολογισμούς από τους υπεύθυνους των Δομών (μέλη θεραπευτικής ομάδας ή τους φιλοξενούμενους) και παρακολουθεί σε ειδικό έντυπο τις δαπάνες ανά κατηγορία. Ανάλογα καλύπτει τις ανάγκες κάθε δομής βάση προϋπολογισμού και σε συνεργασία με τον Ταμία της Εταιρίας. Τα παραστατικά παραδίδονται στο λογιστήριο για καταχώρηση και επιστρέφονται στην Εταιρεία, όπου και φυλάσσονται. (Δαμίγος, 2003)
- Γενικότερα θα πρέπει να μεριμνά για την ορθή διεκπεραίωση των υποχρεώσεων της Εταιρίας προς τους τρίτους, προς την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, κτλ. για την σωστή διαχείριση των προγραμμάτων, έτσι ώστε η εικόνα της εταιρίας να μη δημιουργεί αμφισβητήσεις για το κοινωνικό έργο το οποίο παρέχει. (Δαμίγος, 2003)
- Συμμετέχει στον προγραμματισμό νέων δραστηριοτήτων (προγραμμάτων) της Εταιρίας και συμβάλλει στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του στην εκπόνηση των τεχνικών δελτίων προς τους αρμόδιους φορείς. (Δαμίγος, 2003)

Σε περίπτωση ύπαρξης συγκεκριμένων αναγκών των προγραμμάτων της εταιρίας σε κάποιον, από τους ανωτέρω τομείς, μπορεί να αναθέτει συγκεκριμένα καθήκοντα και ενέργειες στους υπαλλήλους της εταιρίας για την διεκπεραίωση κάποιων ενεργειών που αναφέρονται παραπάνω. Τα διοικητικό- οικονομικό έργο του κάθε προγράμματος υλοποιείται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από το νόμο και τις υπουργικές αποφάσεις. Τα υπεύθυνα διοικητικά, οικονομικά, και γραμματειακά στελέχη της εταιρίας και των προγραμμάτων τους, υποβάλλουν

απολογιστική και προγραμματική έκθεση ανά εξάμηνο στον Υπεύθυνο Διαχείρισης της Εταιρείας, ο οποίος με την σειρά του υποβάλλει έκθεση απολογιστική και προγραμματική στο διοικητικό συμβούλιο για το σύνολο των ανωτέρω δραστηριοτήτων. (Δαμίγος, 2003)

Μετά από συνεννόηση με τον επιστημονικό υπεύθυνο, ο Υπεύθυνος Διαχείρισης μπορεί να παρευρεθεί στις συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας έτσι ώστε να μπορεί να κατανοεί τις ανάγκες των φροντιστών για την υλοποίηση των στόχων του προγράμματος (π.χ. εξεύρεση κονδυλίων, τρόπος κάλυψης δαπανών κ.α.), αλλά και να τους ενημερώνει για τις δυνατότητες της Εταιρείας και την εξέλιξη των προγραμμάτων στο επίπεδο των αρμοδιοτήτων του. Το διοικητικό συμβούλιο μπορεί στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων που αναλαμβάνει ο Υπεύθυνος Διαχείρισης της Εταιρείας να αναπροσαρμόσει την μισθοδοσία του, ανάλογα με τον μέγεθος των υποχρεώσεων που αναλαμβάνει. (Δαμίγος, 2003)

Εκτός από τα γενικά καθήκοντα, που αφορούν τις δραστηριότητες του Ξενώνα, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας έχουν και άλλους τομείς υπευθυνότητας, που αφορούν τις σχέσεις με άλλους φορείς της κοινότητας ή Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, στα πλαίσια της ανάπτυξης προγραμμάτων ή δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υλοποίηση των στόχων του προγράμματος, όπως η συμμετοχή σε συνεταιριστικές μονάδες ή εργαστήρια προ-επαγγελματικής απασχόλησης, καθώς και η παρακολούθηση της πορείας των μελών που αποκαθίστανται σε κοινοτικά διαμερίσματα, ή στο οικογενειακό τους περιβάλλον. (Δαμίγος, 2003)

Σε περιπτώσεις μετάβασης ενός ατόμου από τον Ξενώνα σε άλλη δομή τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και ιδιαίτερα ο φροντιστής αναφοράς, συμβάλει στην μετάδοση της κλινικής πληροφορίας και στην εκπόνηση των νέων θεραπευτικών προγραμμάτων σε συνεργασία με την

νέα θεραπευτική ομάδα. Αποτελούν, τα πρόσωπα αναφοράς των φιλοξενουμένων για οποιοδήποτε στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας διασφαλίζοντας το συνεχές της θεραπευτικής φροντίδας. (Δαμίγος, 2003)

Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι η εργασία ενός προγράμματος αποκατάστασης δεν περιορίζεται στο χώρο του Ξενώνα, αλλά συχνά επιβάλλει τη μετακίνηση για εργασία ή συνοδεία των μελών σε χώρους ή δομές έξω από αυτόν. (Δαμίγος, 2003)

Άλλες ειδικότητες, όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, Φυσιοθεραπευτές, απασχολούνται στον Ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτόν. (Δαμίγος, 2003)

Οι εργαζόμενοι στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση οφείλουν να δραστηριοποιούνται στην επίτευξη των κατωτέρω βασικών στόχων της:

- Βελτίωση των **κοινωνικών ικανοτήτων** των τόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω αύξησης των **κοινωνικών δεξιοτήτων** τους και της απασχόλησης. (Δαμίγος, 2003)
- Διαρκής βελτίωση της **λειτουργικότητας** των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους. (Δαμίγος, 2003)
- Διασφάλιση της **ποιότητας της ζωής** και της **αυτόνομης διαβίωσης** στην κοινότητα. (Δαμίγος, 2003)
- **Καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων.** (Δαμίγος, 2003)

- Διασφάλιση της **ποιότητας της φροντίδας** για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. (Δαμίγος, 2003)

## **2.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ**

Η φροϋδική ψυχοδυναμική θεώρηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και η μαθησιακή- συμπεριφορική έχουν επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη και την διαδικασία των εφαρμογών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. (Μαδιανός, 1994)

Η ανάπτυξη εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων με συμβολικό χαρακτήρα βασίζεται στην ψυχοδυναμική θεωρία και στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών του σχιζοφρενικού αρρώστου, ο οποίος έχει παλινδρομήσει σε πρώιμα στάδια της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης, με την χρήση του ανάλογου υλικού ή ασκήσεων. Με αυτή την θεωρία λειτουργούν αρκετές ομάδες αποκατάστασης σε ορισμένες χώρες και ιδιαίτερα στις Η. Π. Α και στην Γαλλία. (Μαδιανός, 1994)

Η ανάπτυξη θεραπευτικών τεχνικών που έχουν μεγάλη εφαρμογή στους χρόνιους ψυχικά αρρώστους για την αποκατάστασή τους, στηρίζεται στην συμπεριφορική θεραπευτική προσέγγιση και χρησιμοποιεί την παροχή ενίσχυσης και κινήτρων ή προτύπων για την μείωση ή εξάλειψη των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Θα πρέπει να αναφερθούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μάθησης των κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills), αντιμετώπισης των προβλημάτων στην οικογένεια του σχιζοφρενικού αρρώστου, κινητοποίησης ιδρυματικών αρρώστων με την παροχή ανταμοιβών, με υλικές προσφορές, με την χρήση κουπονιών (token economy) κ.τ.λ. (Μαδιανός, 1994)

Ένα γενικότερο σημείο είναι ότι η παρουσία του κάθε φροντιστή δρα ως πρότυπο (modeling) μέσα από μαθησιακούς μηχανισμούς. (Μαδιανός, 1994)

Σε ορισμένες αποκαταστασιακές παρεμβάσεις, σημαντική επίδραση ασκεί η προσέγγιση του Carl Rogers και ιδιαίτερα η άποψή του για την αυτοεκτίμηση (self esteem), την αυτενεργοποίηση (self-actualization)



και την θετική και υποστηρικτική στάση του φροντιστή έναντι στον πελάτη του. (Μαδιανός, 1994)

Η ανθρωπιστική ψυχολογία του Maslow, με την θεωρία του για την ιεράρχηση των ανθρωπίνων αναγκών, προσέφερε μια ακόμη θεωρητική βάση για θεραπευτικές συναλλαγές κατά την διάρκεια των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων. (Μαδιανός, 1994)

Ο Scheff, ο Goffmann και ο Mead (1994) διατύπωσαν συγκεκριμένες απόψεις για την φυσιολογική κοινωνικοποίηση, την κοινωνική αντίδραση, το στίγμα, τις σχέσεις φροντιστή και θεραπευόμενου και την ομαλοποίηση. (Μαδιανός, 1994)

Σε μια γενική ανάλυση φαίνεται ότι τα διάφορα ιδεολογικά ρεύματα επηρέασαν άμεσα ή έμμεσα την ανάπτυξη και τις προσεγγίσεις των διαφόρων αποκαταστασιακών παρεμβάσεων. (Μαδιανός, 1994)

## **2.6. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.**

Μερικές φορές στις υπηρεσίες αποκατάστασης οι ασθενείς παρουσιάζουν απαράδεκτη και αντικοινωνική συμπεριφορά, όπως οι ανεπιθύμητες σεξουαλικές προτάσεις, οξύθυμη και επιθετική συμπεριφορά, η εξύβριση ή οι απειλές, ή η παρενόχληση άλλων για χρήματα ή τσιγάρα. Όλες αυτές οι συμπεριφορές των ασθενών δυσκολεύουν το προσωπικό να χειριστεί με τον σωστό τρόπο την κατάσταση αυτή. Δύσκολες συμπεριφορές σαν και αυτές δημιουργούν ιδιαίτερα προβλήματα στην αποκατάσταση. (Αποστολή, 1998)

Ο πρώτος λόγος αφορά το γεγονός ότι η φροντίδα τέτοιων ασθενών είναι μακροχρόνια, το προσωπικό μπορεί να νοιώθει κουρασμένο να πρέπει να αντιμετωπίσει έναν δύσκολο ασθενή καθημερινά και αρχίζουν να φοβούνται ή να αντιπαθούν τον ασθενή, κάνοντας οποιοδήποτε είδος παρέμβασης δύσκολο ή απίθανο.

Ο δεύτερος λόγος αφορά το γεγονός ότι εάν ο ασθενής θέλει να θεραπευτεί χωρίς νοσηλεία για όσο είναι δυνατόν, τέτοιες αντικοινωνικές τακτικές είναι πολύ μεγαλύτερο εμπόδιο στην επιτυχή τοποθέτησή του σε κάποιο εξωνοσοκομειακό πλαίσιο από ότι είναι η ικανότητα του να καλύψει τις καθημερινές του ανάγκες.

Ο τρίτος λόγος είναι η τρέχουσα τάση της αποκέντρωσης των υπηρεσιών αποκατάστασης και της δημιουργίας μικρών μονάδων που σημαίνει ότι οι υπάλληλοι δουλεύουν μόνοι, ή σε μικρές ομάδες, όπως μια «οικονόμος» να φροντίζει 8 ενοίκους του ξενώνα. Σ' αυτή την κατάσταση αν ο υπάλληλος νοιώθει ότι απειλείται ή ότι δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα με την δύσκολη συμπεριφορά ενός ενοίκου, τότε ο ασθενής αυτός θα υποφέρει στο τέλος, επειδή θα υποχρεωθεί να αποχωρήσει. (Αποστολή, 1998)

Οι τεχνικές συμπεριφοράς παίζουν πολύτιμο ρόλο στο χειρισμό δύσκολης συμπεριφοράς, όταν το άτομο δεν μπορεί να δραστηριοποιηθεί και να διατηρήσει τα πρόπονα όρια της συμπεριφοράς του εξαιτίας νοητικών και συναισθηματικών προβλημάτων. Ένα πρόβλημα χειρισμού συμπεριφοράς μπορεί να είναι κατάλληλος τρόπος παροχής τέτοιων ορίων. (Αποστολή, 1998)

Επίσης η ανάπτυξη των σωματικών, νοητικών και συναισθηματικών ικανοτήτων που απαιτούνται για να ζει, μαθαίνει και εργάζεται στην κοινότητα φαίνεται σαν κέντρο βάρους στην διαδικασία της αποκατάστασης, ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. η εκμάθηση δεξιοτήτων, επικεντρώνεται στις κοινωνικές και διαπροσωπικές ικανότητες, στην επίλυση προβλημάτων, τις καθημερινές δραστηριότητες και τις επαγγελματικές δεξιότητες. Το μοντέλο δεξιοτήτων στην αποκατάσταση δεν είναι από μόνο του επαρκές μοντέλο. Παρόλα αυτά η εκμάθηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων, ή η διατήρησή τους μπορεί να σχηματίσει μέρος της ατομικής φροντίδας. (Αποστολή, 1998)

Ένα άλλο πρόβλημα που δημιουργείται στο θεραπευτικό περιβάλλον των μονάδων της αποκατάστασης είναι η επιτυχή και σωστή τοποθέτηση του ασθενή σε συγκεκριμένη μονάδα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. (Αποστολή, 1998)

Δεδομένης της σημαντικής προσφοράς της ποιότητας της μονάδας στην ποιότητα ζωής γι' αυτή την ομάδα ασθενών(χρόνιους ψυχικά ασθενείς)είναι μάλλον μια λυπηρή κατάσταση. (Αποστολή, 1998)

Στην κλινική άσκηση δύο πλευρές της συμπεριφοράς του ασθενούς λαμβάνονται υπόψη όταν πρέπει να αποφασιστεί το είδος της μονάδας. Το επίπεδο λειτουργίας σε καθημερινές βιοτικές δραστηριότητες και ο βαθμός αντικοινωνικής συμπεριφοράς. (Αποστολή, 1998)

Η Hill (1998) εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στους παράγοντες των τροφίμων των ξενώνων για μακροχρόνιους νοητικά ασθενείς. Βρήκε ότι

αν και οι ξενώνες με τους πιο προσανατολισμένης στάσης ασθενείς παρά την τακτική διαχείρισης δέχονταν ασθενείς με άσχημη συμπεριφορά και όταν τα πράγματα δεν πήγαιναν καλά έδιωχναν τον ασθενή και υπήρχε μεγάλη σύγκρουση ανάμεσα στο προσωπικό και τον ασθενή. (Αποστολή, 1998)

Ένας τρόπος διαφυγής του προβλήματος των μονάδων αποκατάστασης για άτομα με αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να είναι η αλλαγή του τρόπου ανταπόκρισης σ' αυτή την τακτική. Οι Moore, Kuipers και Ball (1992) υποστηρίζουν ότι το υψηλά και χαμηλά εκφραζόμενο συναίσθημα υπάρχει σε επιστημονικούς φροντιστές και ότι αυτές οι στάσεις επιδρούν στην συμπεριφορά του προσωπικού προς τον ασθενή. Το προσωπικό με στάση χαμηλά εκφραζόμενου συναισθήματος παρά το γεγονός ότι αντιμετώπιζαν δύσκολη συμπεριφορά σε τακτική βάση, μπορούσε να συγκρατεί τα συναισθήματά του όταν αντιμετώπιζε τους ασθενείς. Δέχονταν τους ασθενείς, τους συμπονούσαν για τις δυσκολίες και εκτιμούσαν την συμμετοχή τους στον χειρισμό του προγράμματος. Αυτές είναι οι στάσεις του προσωπικού που δημιουργούν βιώσιμα θεραπευτικά προγράμματα και που είναι δυνατόν να δώσουν αισιοδοξία στο προσωπικό και ανεξαρτησία στους ασθενείς. (Αποστολή, 1998)

Βρέθηκε επίσης ότι το προσωπικό ήταν σε θέση να ανεχθεί την δύσκολη συμπεριφορά, όταν πίστευαν ότι οφείλεται στην ασθένεια, παρά στην προσωπικότητα, και έδειχναν ότι η εκπαίδευση μπορούσε να βοηθήσει το προσωπικό να εξακριβώσει τα συμπτώματα, ιδιαίτερα η βοήθεια των συγγενών και αυτό αποτελούσε σημαντικό μέρος της εκπαίδευσής τους. (Αποστολή, 1998)

Ο βαθμός της διαταρακτικής συμπεριφοράς δεν μπορεί να είναι το μόνο αποφασιστικό στοιχείο επιτυχής τοποθέτησης σε μονάδα αποκατάστασης. Οι Wykes και Dunn (1992), επεσήμαναν ότι η

ανταπόκριση τους στα διαδικαστικά μέτρα ενεργοποιεί μια νοητική δυσλειτουργία που είναι κεντρική της σχιζοφρένειας και ότι ο βαθμός νοητικής δυσλειτουργίας είναι σημαντικός δείκτης του επιπέδου φροντίδας που χρειάζεται ο ασθενής. Κάποιοι θα περίμεναν επίσης ότι η ικανοποίηση του τροφίμου στην τοποθέτησή του θα σχετιζόταν με την επιτυχία του. (Αποστολή, 1998)

Ένα άλλο πρόβλημα, είναι, εάν πρέπει οι ασθενείς να μεταφέρονται από την μια μονάδα αποκατάστασης στην άλλη και αν μεταφερθούν πώς θα πρέπει να γίνει η προετοιμασία τους. (Αποστολή, 1998)

Ενώ γνωρίζουμε όμως ότι οι ανάγκες κάθε ασθενή είναι μοναδικές, είναι αναπόφευκτο κάποια άτομα να χρειάζονται 24ωρη υποστήριξη και κάποια άλλα να μπορούν να ζουν περισσότερο ανεξάρτητα. (Αποστολή, 1998)

Δεν είναι λοιπόν ούτε εφικτό, ούτε οικονομικό να λειτουργεί μια προστατευόμενη εγκατάσταση εργασίας για τέσσερα λ.χ. άτομα. (Αποστολή, 1998)

Επίσης η ομάδα του προσωπικού πρέπει να είναι αρκετά συντονισμένη και οργανωμένη έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών. (Αποστολή, 1998)

Ένα όμως από τα συχνότερα προβλήματα που εμφανίζονται πιο συχνά στις υπηρεσίες αποκατάστασης είναι αυτό της υποτροπής των ασθενών, η οποία εξελίσσεται επικίνδυνα και για τους ασθενείς αλλά και για τους φροντιστές. (Γκορίνης, 2003)

Ο όρος υποτροπή αναφέρεται στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της οξείας φάσης μιας ψυχικής διαταραχής, μετά από μια χρονική περίοδο 1-6 μηνών από τη στιγμή που ο ασθενής ανταποκρίνεται στην θεραπεία. (Γκορίνης, 2003)

Αντίθετα, ο όρος εμφάνιση νέου επεισοδίου αναφέρεται στην επανεμφάνιση των συμπτωμάτων της οξείας φάσης μιας ψυχικής

διαταραχής σε χρόνο μεγαλύτερο των 6 μηνών μετά την πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων. (Γκορίνης, 2003)

Τόσο η υποτροπή όσο και η εμφάνιση νέου επεισοδίου μιας ψυχικής διαταραχής αποτελούν αναπόφευκτες εκδηλώσεις στη φυσική ιστορία της διαταραχής γιατί:

- αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς
- αυξάνουν τον κίνδυνο ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς
- μειώνουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς
- φροντίζουν ακόμη περισσότερο την ήδη τεταμένη ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα με αποτέλεσμα την μείωση των αντοχών της οικογένειας και την απόρριψη του ασθενή από αυτή
- συμβάλλουν στην ενίσχυση της αμυντικής-φοβικής στάσης που συχνά υιοθετεί η κοινότητα απέναντι στον ψυχικά ασθενή
- επιβαρύνουν τις υπηρεσίες παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών και καθιστούν το κόστος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δυσβάσταχτο. (Γκορίνης, 2003)

Η υποτροπή όμως συνδέεται με αιτιολογικούς παράγοντες που θα πρέπει να αναζητήσουμε κατά κύριο λόγο στις σχέσεις που αναπτύσσει ο χρόνιος ψυχικά ασθενής με τη θεραπευτική ομάδα, την οικογένεια και την κοινωνική ομάδα εντός της οποίας κινείται. (Γκορίνης, 2003)

Καθήκον της θεραπευτικής ομάδας είναι να εντοπίσει τους εκλυτικούς παράγοντες που είναι πιθανόν να οδηγήσουν στην υποτροπή και να εξαλείψει ή τουλάχιστον να μειώσει την επίδραση τους στον ασθενή. Ο χειρισμός αυτός θα έχει σαν αποτέλεσμα είτε να μην

εκδηλωθεί υποτροπή, είτε αυτή να έχει περιορισμένη ένταση και συνέπειες για τον ασθενή. (Γκορίνης, 2003)

Οι παράγοντες αυτοί που πρέπει να εντοπιστούν από την θεραπευτική ομάδα είναι οι εξής: η μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, η στάση της οικογένειας και το συναίσθημα που εκφράζουν στον ασθενή, η στάση της κοινωνικής ομάδας και ο στιγματισμός και τέλος η έλλειψη της συνέχειας στη θεραπευτική φροντίδα. (Γκορίνης, 2003)

Μια από τις σοβαρότερες συνέπειες της υποτροπής είναι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, κορυφαία και δραματική εκδήλωση της οποίας είναι η αυτοκτονία. (Γκορίνης, 2003)

Συνεπώς, μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας στην καθημερινή κλινική πράξη, είναι να εκτιμήσει τον κίνδυνο που διατρέχει ένας ψυχικά ασθενής να αποπειραθεί αυτοκτονία ή να αυτοκτονήσει. (Γκορίνης, 2003)

Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας στην αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ασθενούς είναι να εκτιμήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας μέσα από την μελέτη των χαρακτηριστικών του ασθενούς και να προτείνει το κατάλληλο θεραπευτικό πλαίσιο. (Γκορίνης, 2003)

Ιδιαίτερα στην περίπτωση που απαιτείται ακούσια νοσηλεία, εκείνο που θα πρέπει να γίνει κατανοητό στον ασθενή είναι η ανάγκη που υπαγορεύει έναν τέτοιο χειρισμό, δηλαδή η ανάγκη προστασίας της ζωής του και όχι η τιμωρία του. (Γκορίνης, 2003)

Από την άλλη μεριά η απόλυτη ταύτιση ψυχικής ασθένειας και ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι μια λανθασμένη αντίληψη που έχει σαν συνέπεια τη διαίωνιση του στιγματισμού των ψυχικά πασχόντων. (Γκορίνης, 2003)

Η βία είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο στην αιτιοπαθογένεια του οποίου υπεισέρχονται βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί

παράγοντες. Εξίσου δύσκολη με την εξήγηση του φαινομένου της βίας, είναι και η πρόβλεψή της. (Γκορίνης, 2003)

Η αντιμετώπιση της βίαιης συμπεριφοράς από την θεραπευτική ομάδα απαιτεί ειδικούς χειρισμούς, έτσι ώστε να μειωθεί η ψυχική ένταση του ασθενούς χωρίς να απειληθεί η σωματική ακεραιότητα του φροντιστή. (Γκορίνης, 2003)

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη αυτών των χειρισμών είναι η εγκατάσταση κλίματος εμπιστοσύνης, όταν είναι εφικτό, ανάμεσα στον ασθενή και στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί ακόμη και με την κινητοποίηση των μελών της κοινότητας στην οποία ο ασθενής έχει εμπιστοσύνη και τα οποία θα παίξουν διαμεσολαβητικό ρόλο, θα χορηγήσουν την φαρμακευτική αγωγή ή θα συνοδεύσουν τον ασθενή στο νοσοκομείο αν αυτό κριθεί αναγκαίο. (Γκορίνης, 2003)

Όσον αφορά τώρα την πρόληψη, ως ένα βαθμό, της υποτροπής σημαντικό ρόλο παίζει το εκφραζόμενο συναίσθημα που αναπτύσσεται μεταξύ των φροντιστών και των ασθενών. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

Το εκφραζόμενο συναίσθημα αναφέρεται στο ποσό των κριτικών σχολιασμών, της εχθρότητας ή της υπερβολικής συναισθηματικής συμβολής ενός φροντιστή όσον αφορά τους ασθενείς με σοβαρές και μόνιμες ψυχιατρικές διαταραχές. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

Στους φροντιστές οι στάσεις του εκφραζόμενου συναισθήματος μπορούν να είναι παρούσες. Επίσης έχουν μια σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της θεραπείας του ασθενή. Παρόλο που οι φροντιστές δεν εμπλέκονται συνήθως συναισθηματικά σε μεγάλο βαθμό, η σύγχυση ρόλου όντως υπάρχει. Η δομή του εκφραζόμενου συναισθήματος φαίνεται να είναι χρήσιμη για την γραφική παράσταση του



συναισθηματικού κλίματος ανάμεσα στους ασθενείς και τους φροντιστές. Αυτό πιθανόν να εξαρτηθεί από την πρόβλεψη της ευημερίας, της λειτουργίας και της υποτροπής των ασθενών. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

Το εκφραζόμενο συναίσθημα είναι μια αξιόπιστη και εύρωστη μηχανή πρόβλεψης του αποτελέσματος σε ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς που ζουν σε περιβάλλοντα χώρο υψηλού εκφραζόμενου συναίσθηματος έχουν υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής από ότι οι ασθενείς που ζουν σε περιβάλλοντα χώρο με χαμηλά εκφραζόμενο συναίσθημα. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

Σύμφωνα με τον Simpson και τους Van Audenhove και Van Humbeeck (2003) οι στάσεις των φροντιστών μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία των ασθενών γι' αυτό και μπορούν να εκδηλώνουν ή χαμηλό ή υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα.

Οι φροντιστές με χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα μπορούν να ελέγξουν τα δικά τους αισθήματα, είναι θερμοί και ικανοί να παρακινήσουν τους ασθενείς να έχουν μια καλή ισορροπία ανάμεσα στον υπέρ – και υπό ερεθισμό των ασθενών. Μπορούν επίσης να καθιερώσουν ξεκάθαρα όρια, να καταλάβουν τις δυσκολίες των ασθενών και να τους παρακινήσουν έτσι ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητοι. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

Σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον η ημιδομημένη συνέντευξη θεωρείται ως το καλύτερο μέσο για την αναπαράσταση του συναισθηματικού κλίματος ανάμεσα σε έναν φροντιστή και σε έναν ασθενή. Αυτό το μέσο συλλέγει πραγματικές πληροφορίες συμπεριφοράς σχετικά με την επίθεση και ανάπτυξη του παρόντος επεισοδίου ασθένειας, του ιστορικού της ασθένειας και την ποιότητα των σχέσεων

μεταξύ των φροντιστών και των ασθενών. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

Ακόμα οι φροντιστές με υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα περνούν περισσότερο χρόνο σε σχέση με τους φροντιστές με χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα που περνούν λιγότερο χρόνο με τους ασθενείς τους. Άλλωστε οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους φροντιστές και στους ασθενείς είναι τις περισσότερες φορές μέρος ομαδικής δουλειάς. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

Σε μια άλλη έρευνα των Hooley και Teasdale (2003) βρέθηκε μια άλλη μηχανή πρόβλεψης (ανώτερη από αυτή του εκφραζόμενου συναισθήματος) της υποτροπής σε ένα δείγμα ασθενών με κατάθλιψη. Η έρευνα είχε ως θέμα ποια ήταν η αντίληψη των ασθενών για το πόσο κριτική ήταν η σύζυγος τους. Αυτοί που αξιολόγησαν τον σύντροφό τους ως κριτικό ήταν πιο πιθανό να υποτροπιάσουν. (Moore και Kuipers, 1992)

Αυτή η έρευνα μπορεί να είναι χρήσιμη στο μέλλον για την εξακρίβωση της υποτροπής ή μηχανή πρόβλεψης του στυλ του συνομιλητή, το σημείο στο οποίο ο ασθενής βιώνει την κριτική από τον φροντιστή, ιδιαίτερα για ασθενείς με διαγνώσεις άλλες από την κατάθλιψη. (Moore και Kuipers, 1992)

Ως συμπέρασμα από τα παραπάνω θα μπορούσαμε να πούμε ότι η κριτική, και σε μικρότερο βαθμό η εχθρότητα χρειάζονται μερικές φορές για να ανεβάσουν τους ασθενείς προς ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας ή για να το διατηρήσουν στο παρόν επίπεδο. Για να είναι εποικοδομητική η κριτική για τους ασθενείς οι φροντιστές θα πρέπει να βρουν τις σωστές δόσεις και τύπους έκφρασης και στο σωστό χρόνο για να τις εκφράσουν (για παράδειγμα με χιούμορ, τονίζοντας τις καλές πλευρές των ασθενών κ.α.). Όμως για να γίνει αυτό είναι

απαραίτητη η υποστήριξη μιας ομάδας των εκπαιδευτικών εγκαταστάσεων και των μόνιμων μορφωτικών δυνατοτήτων. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

Όταν οι φροντιστές έδειχναν χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα προς τους ασθενείς, τότε οι ασθενείς έκαναν δηλώσεις αυτοεπιβεβαίωσης και αυτοδυσφημιστικά σχόλια προς τους φροντιστές. (Moore και Knipers, 1992)

Αντίθετα όταν οι επαγγελματίες φροντιστές έδειχναν υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα, οι ασθενείς εξέφραζαν δηλώσεις υποστηρικτικές προς τους φροντιστές. (Moore και Knipers, 1992)

Παραπάνω αναπτύχθηκαν ορισμένα από τα προβλήματα που δημιουργούνται στις μονάδες αποκατάστασης και αφορούν τόσο τις στάσεις των φροντιστών ως προς τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς, τη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους, το θεραπευτικό αποτέλεσμα και τέλος την οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος των μονάδων αποκατάστασης.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ**  
**ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ**  
**ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**3.1. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ**

Μια έρευνα των Garety και Morris, (1984) περιγράφονται και αξιολογούνται τα στοιχεία φροντίδας σε μια περιφερειακή μονάδα για χρόνιους ασθενείς. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η μονάδα είναι σχετικά προσανατολισμένη ως προς την κατοικία και ότι το προσωπικό παρόμοια προσανατολίζεται όσον αφορά τη συμπεριφορά τους ως προς τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Το προσωπικό επίσης κρατά μια αισιόδοξη στάση στα πιθανά κατορθώματα των εσωτερικών ασθενών και θεωρούν πάρα πολύ ότι οι ίδιοι παίρνουν μέρος στη λήψη αποφάσεων. Επίσης δείχνουν υψηλά επίπεδα θετικών αλληλεπιδράσεων με τους εσωτερικούς ασθενείς. Διάφορα στοιχεία από τις στάσεις του προσωπικού και της συμπεριφοράς τους σχετίζονται θετικά με την αρχαιότητα ή το μήκος του χρονικού διαστήματος που βρίσκονται στη μονάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας συζητήθηκαν σε σχέση με την οργανωτική δομή της μονάδας και την πιθανή της επίδραση στη λειτουργία των εσωτερικών ασθενών. (Garety και Morris, 1984)

Ο σκοπός της μελέτης λοιπόν ήταν να περιγράψει έναν ξενώνα που θα συνδύαζε την κλινική εξειδίκευση και την υποστήριξη των νοσοκομειακών πόρων, με ένα κοινωνικό περιβάλλον το οποίο θα αντανακλούσε ένα κοινωνικό παρά ένα ιατρικό μοντέλο περιφερειακής φροντίδας, και να αξιολογήσει το μέγεθος στο οποίο έχει επιτύχει την παροχή καλής ποιότητας περιφερειακής φροντίδας μέσα σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον. (Garety και Morris, 1984)

Οι στόχοι της μελέτης ήταν να ερευνηθεί τις πρακτικές διαχείρισης στη μονάδα, να εξετάσει τις απόψεις του προσωπικού για τους ασθενείς, να εξετάσει τις αλληλεπιδράσεις προσωπικού-ασθενών και να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στις απόψεις και τη συμπεριφορά του προσωπικού. (Garety και Morris, 1984)

Ένα στοιχείο των λοιπών των πρακτικών που προσανατολίζονται στους ασθενείς στον ξενώνα ήταν ο σχηματισμός των λεπτομερών ατομικών προγραμμάτων τα οποία καθορίζουν τις ανάγκες και τις καθημερινές συνήθειες για κάθε εσωτερικό ασθενή, αποφεύγοντας έτσι την τμηματική θεραπεία των εσωτερικών ασθενών και την αυστηρότητα της ρουτίνας. Έτσι οι πρακτικές διαχείρισης στην μονάδα προσανατολίζονται πάρα πολύ στους εσωτερικούς ασθενείς. (Garety και Morris, 1984)

Οι απόψεις επίσης του προσωπικού στις πρακτικές διαχείρισης είναι έτσι προσανατολισμένες στους ασθενείς και έχουν στενή σχέση με τις πραγματικές πρακτικές διαχείρισης. Ο αριθμός των μηνών που πέρασε το προσωπικό δουλεύοντας στην μονάδα έπαιξε σημαντικό ρόλο. Έτσι όσο πιο πολύ δούλευαν οι νοσοκόμες στη μονάδα τόσο πιο προσανατολισμένες στους ασθενείς ήταν οι απόψεις τους προς τις πρακτικές διαχείρισης των ασθενών. Δεν υπάρχει κάποια σημαντική σχέση ανάμεσα στα άλλα χαρακτηριστικά του προσωπικού, όπως η ηλικία, το φύλο, ο βαθμός, η μόρφωση ή η νοσοκομειακή εμπειρία και στις πρακτικές διαχείρισης. (Garety και Morris, 1984)

Όσον αφορά τώρα το μέγεθος της αισιοδοξίας του προσωπικού δεν υπήρξε καμία συστηματική σχέση ανάμεσα στο επίπεδο αισιοδοξίας και τα χαρακτηριστικά του προσωπικού. (Garety και Morris, 1984)

Το 90% του προσωπικού της μονάδας θεωρούσαν τους εαυτούς τους ότι συνήθως συμμετείχαν σε αποφάσεις που αφορούσαν την φροντίδα των ασθενών, τις οικιακές δουλειές και τα προγράμματα του

προσωπικού, ενώ το 60% θεώρησαν ότι πάντα συμμετείχαν σε αυτές τις περιοχές όσον αφορά τις αποφάσεις. (Garety και Morris, 1984)

Για την αλληλεπίδραση προσωπικού-εσωτερικού ασθενή από τις συνολικά 272 παρατηρήσεις, οι 156 περιελάμβαναν αλληλεπίδραση του προσωπικού-εσωτερικού ασθενή, το 57% του συνόλου και 32 παρατηρήσεις περιελάμβαναν αλληλεπιδράσεις προσωπικού-προσωπικού, το 12% του συνόλου. Οι 130 συζητήσεις(83% του προσωπικού-ασθενών ήταν προσωπικής φύσεως και 26, 17%) ήταν διοικητικής φύσεως. Εβδομήντα επτά συζητήσεις αξιολογήθηκαν ως «ανοχή» και 14 συζητήσεις (9%) κατηγοριοποιήθηκαν ως «απόρριψη». (Garety και Morris, 1984)

Μια εξέταση της σχέσης ανάμεσα στην ποιότητα της συζήτησης για κάθε μέλος του προσωπικού, έδειξε μια αρνητική αλλά μη σημαντική σχέση ανάμεσα στο ποσοστό των συζητήσεων «αποδοχής» και «απόρριψης». (Garety και Morris, 1984)

Ωστόσο βρέθηκε ένας σημαντικός συσχετισμός ανάμεσα στο ποσοστό συζητήσεων «αποδοχής» και «ανοχής». Έτσι για κάθε ανεξάρτητο μέλος του προσωπικού όσο πιο μεγάλη η χρήση των συζητήσεων «αποδοχής», τόσο λιγότερο πιθανή είναι η χρήση των συζητήσεων ανοχής. (Garety και Morris, 1984)

Δεν βρέθηκε καμία σχέση ανάμεσα στην πλειοψηφία των χαρακτηριστικών του προσωπικού και τα δεδομένα παρατήρησης. Ωστόσο, βρέθηκε ένας θετικός συσχετισμός ανάμεσα στο βαθμό του προσωπικού και στο ποσοστό συζητήσεων «αποδοχής» με τους εσωτερικούς ασθενείς. Βρέθηκε ένας θετικός συσχετισμός ανάμεσα στην ηλικία και το ποσοστό των συζητήσεων «απόρριψης». Το επίπεδο μόρφωσης βρέθηκε ότι είχε σχέση με το ποσοστό των αλληλεπιδράσεων προσωπικού- προσωπικού: το πιο μορφωμένο προσωπικό ήταν πιο

πιθανό να συζητά με τους εσωτερικούς ασθενείς από ότι το υπόλοιπο προσωπικό σε αυτό το περιβάλλον. (Garety και Morris, 1984)

Η προσπάθεια παροχής φροντίδας προσανατολισμένης στους ασθενείς περιγράφεται από τους King και Raynes (1984) και τους συνεργάτες τους ως εξής: Η προσανατολισμένη στους ασθενείς φροντίδα χαρακτηρίζεται από πρακτικές οι οποίες είναι ευλύγιστα σχεδιασμένες για να ικανοποιούν τις ανάγκες των ανεξάρτητων ασθενών. Αυτό σε αντίθεση με τις πρακτικές που προσανατολίζονται σε ιδρύματα, οι οποίες υποθάλπουν την ομαλή λειτουργία του ιδρύματος συχνά σε βάρος των ατομικών αναγκών των τροφίμων. (Garety και Morris, 1984)

Επίσης μελετήθηκαν οι πρακτικές διαχείρισης πάνω στη μονάδα και η σχέση τους με άλλες περιβαλλοντικές μεταβλητές, π.χ. τη στάση και τη συμπεριφορά του προσωπικού οι οποίες σχετίζονται με την ποιότητα φροντίδας και το επίπεδο λειτουργίας. (Garety και Morris, 1984)

Οι King και οι συνεργάτες τους προσδιόρισαν τέσσερις πρακτικές διαχείρισης ως τυπικές σε μια φροντίδα που προσανατολίζεται ιδρυματικά: ολική θεραπεία των τροφίμων, αυστηρότητα της ρουτίνας, υπερβολική κοινωνική απόσταση ανάμεσα στο προσωπικό και τους τροφίμους και αποπροσωποίηση. (Garety και Morris, 1984)

Παρά όμως τη διαμάχη από τους Raynes(1984) και τους συνεργάτες τους ότι οι ατομικές, οικογενειακές διαφορές και αξίες ωχριούν ως καθοριστικά στοιχεία κοινωνικής συμπεριφοράς όταν συγκρίνονται κοντά με την κατάσταση, άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι οι ατομικές στάσεις του προσωπικού έχουν σχέση με συγκεκριμένα στοιχεία ενός νοσοκομειακού περιβάλλοντος. (Garety και Morris, 1984)

Οι Caine και Smail (1984) βρήκαν ότι οι νοσηλευτικές συμπεριφορές σχετίζονταν με διαφορετικές μεθόδους θεραπείας και οι Wing και Brown (1984) έδειξαν ότι το προσωπικό με τις πιο αισιόδοξες

στάσεις εργάζονταν στο νοσοκομείο με το μικρότερο περιοριστικό περιβάλλον. (Garety και Morris, 1984)

Οι Hall (1984) και οι συνεργάτες τους συμπέραναν ότι η συμπεριφορά και οι προσδοκίες του προσωπικού παρόλο που ήταν δύσκολο να ελεγχθούν άμεσα, ήταν αποφασιστικές μεταβλητές σε ένα ελεγχόμενο οικονομικό πρόγραμμα. Ωστόσο, οι παραπάνω μελέτες είναι περιορισμένες, στο ότι η συμπεριφοράς του προσωπικού δεν έχουν άμεση σχέση με τη συμπεριφορά τους στην φροντίδα. (Garety και Morris, 1984)

Οι μελέτες για το επίπεδο και τον τύπο της αλληλεπίδρασης του προσωπικού και των ασθενών έχουν μια μακρά ιστορία στην αξιολόγηση της νοσοκομειακής και οικιακής φροντίδας. Ο Orpenheim (1984) βρήκε ότι οι νοσοκόμες σε θαλάμους έντονων ψυχιατρικών ασθενειών περνούσαν μόνο το 7-10% του χρόνου τους μιλώντας με τους ασθενείς. (Garety και Morris, 1984)

Οι Raynes (1984) και οι συνεργάτες τους βρήκαν ότι οι πιο δυνατοί προβλεπτές ως περιφερειακά-προσανατολισμένης φροντίδας ήταν το μέγεθος στο οποίο το ίδιο το προσωπικό αισθάνθηκε ότι έπαιρνε μέρος σε αποφάσεις που αφορούσαν τη δουλειά τους. (Garety και Morris, 1984)

Παρόλο όμως που ο King (1984) προτείνει ότι λίγα πράγματα είναι γνωστά όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στα στυλ των πρακτικών φροντίδας και στο επίπεδο της λειτουργίας των κατοίκων, ένας αριθμός από μελέτες έχουν επιδείξει συνδέσμους ανάμεσα σε περιβαλλοντικές μεταβλητές και στη λειτουργία. Ο Apte (1984) βρήκε ότι οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να πάρουν εξιτήριο από ξενώνες μετέπειτα-φροντίδας με τα λιγότερο περιοριστικά περιβάλλοντα. Οι Seagal και Moyles (1984) βρήκαν ότι οι κάτοικοι των ξενώνων αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους ως πιο ανεξάρτητους σε ξενώνες οι οποίοι επικεντρώνονταν ως «πελάτες», από όταν επικεντρώνονταν ως διαχείριση. (Garety και Morris, 1984)



### **3.2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.**

Πριν από δεκαπέντε χρόνια, η ιδρυματοποιημένη κατάσταση των ασθενών σε ψυχιατρικές μονάδες, όπως εκείνη της Λέρου και του Δαφνιού, παρουσιάστηκε τηλεοπτικά στο ευρωπαϊκό κοινό με γλαφυρότατο τρόπο. Δύο χρόνια αργότερα, άρχισε σταδιακά, η δημιουργία των ξενώνων και των προστατευόμενων διαμερισμάτων, για τους ασθενείς αυτών των ψυχιατρικών μονάδων. Μέσα σε αυτή την δεκαπενταετία, έχει πλέον δημιουργηθεί στην Ελλάδα, ένας επαγγελματικός χώρος ψυχικής υγείας, ο οποίος σε αρκετές περιπτώσεις, χρησιμοποιεί ένα **ψυχοδυναμικό πρίσμα** για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών ασθενών και συμπεριλαμβάνει τους ασθενείς, το προσωπικό των φροντιστών και των νοσηλευτών. (Μαούτσος, 2003)

Έτσι όταν οι φροντιστές αποφάσισαν να εγκαταλείψουν την άνεση ενός ιδρύματος που περικλειόταν από τοίχους και ανοίχτηκαν χωρίς ιδιαίτερη προστασία, στον κοινωνικό περίγυρο για την φροντίδα των ασθενών τους, ενώ παράλληλα προσπαθούσαν να καταργήσουν τις σχέσεις που βασίζονται στην ιεραρχία ανάμεσα στα διάφορα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, καθώς και ανάμεσα στους φροντιστές και τους θεραπευόμενους, βρέθηκαν σε μια ευάλωτη θέση, κατά την οποία κινδύνευσαν να χάσουν την ταυτότητά τους. Στην περίπτωση αυτή, είχαν ανάγκη την αναφορά σ' ένα θεωρητικό μοντέλο, το οποίο θα έδινε νόημα σ' αυτό που έκαναν και σ' αυτό που ήταν. Ένα μοντέλο που θα τους θεσμοθετούσε απέναντι στους αρρώστους τους, καθώς και απέναντι στην υπόλοιπη κοινωνία ως εργαζόμενοι που εκπλήρωναν ένα πρωτότυπο καθήκον. Η θεωρία αυτή λοιπόν, ήταν στα μάτια των φροντιστών και στα μάτια των άλλων εκείνο που καθόριζε, μέσα από την ιδιαιτερότητα τους,

το είδος των σχέσεων που ανέπτυξαν κατά την πρακτική τους. (Μαούτσος, 2003)

Οι φροντιστές λοιπόν για να ανταποκριθούν σ' αυτήν την απαίτηση από τον εαυτό του θα έπρεπε να διακατέχονται από ένα <<ψυχαναλυτικό πρίσμα>>. Ο όρος αυτός δηλώνει τον τρόπο που βλέπει ο φροντιστής και κατανοεί το υλικό της θεραπείας και την φροντίδα που δείχνει για τον άρρωστο του. Αποτελεί το εργαλείο του στην εργασία με τον άρρωστο αλλά και στην ανάλυση της καθημερινότητας. Είναι η οπτική γωνία υπό την οποία ο φροντιστής, θα δει, θα ρυθμίσει κατά το δυνατόν την βαθύτερη ασυνείδητη στάση του, την αντοχή του στις αποστερήσεις και θα δώσει την όσο το δυνατόν περισσότερο προσαρμοσμένη απάντηση του στην εξωτερική πραγματικότητα. (Μαούτσος, 2003)

Ο όρος αυτός επίσης προϋποθέτει το να πιστεύει ο φροντιστής σταθερά ότι οι ψυχολογικοί ασυνείδητοι μηχανισμοί είναι πράγματι εκείνοι που έδρασαν και δρουν σε όλες τις περιοχές των συμπτωμάτων του αρρώστου, είναι εκείνοι που αν τροποποιηθούν με τους κατάλληλους ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς θα φέρουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα. (Μαούτσος, 2003)

Το ψυχαναλυτικό πρίσμα προϋποθέτει μια πίστη –αποτέλεσμα κατάλληλων εμπειριών– στην ύπαρξη και λειτουργία του ασυνείδητου και στην δυνατότητα επικοινωνίας του ασυνείδητου μ' εκείνο του αρρώστου. Μόνο έτσι μπορεί να αναζητά ο φροντιστής μια αιτιολογία, ένα κίνητρο στη διαταραχή της συμπεριφοράς και έναν συμβολισμό σε κάθε σύμπτωμα, στοιχεία που θα τον βοηθήσουν στην τροποποίηση των δικών του χειρισμών. (Μαούτσος, 2003)

Ο πληθυσμός των δομών αυτών ήταν ψυχωσικοί, ευρισκόμενοι υπό την επιρροή μιας χρόνιας εξαρτητικής σχέσης με το ίδρυμα που βρισκόταν, η οποία έχει τώρα μεταφερθεί με την μορφή μεταβίβασης στον ξενώνα ή στο προστατευόμενο διαμέρισμα. Η παλινδρόμηση των

ασθενών αυτών είναι τέτοιου βαθμού ώστε κάθε θεραπευτική βελτίωση να αποτελεί μια άκρως ενδιαφέρουσα εξέλιξη, εφόσον αυτό σηματοδοτεί αφ' ενός την δημιουργία κάποιων νεοσχηματισθέντων ψυχικών δομών υπό την αιγίδα των αντιστοιχών τους αμυνών, αφ' ετέρου την ενοποίηση πυρηνικών περιοχών του Εγώ, οι οποίες μέχρι τώρα λειτουργούσαν ανεξάρτητα. (Μαούτσος, 2003)

Έτσι κάτω από αυτές τις δύσκολες συνθήκες οι φροντιστές επωμίστηκαν ένα τεράστιο καθήκον, το οποίο βρίσκεται πέραν των επαγγελματικών τους γνώσεων και εμπειριών. Ο ασθενής έχει την δυνατότητα να εκφραστεί αυθόρμητα και χωρίς τις συνήθειες αναστολές του ασύλου, στο οποίο νοσηλεύονταν πριν. Αυτό είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο, δεδομένου ότι μια τέτοια αυθόρμητη έκφραση φροντίδας προς τον χρόνιο παλινδρομημένο ασθενή, αναπόφευκτα θα συναντήσει κάποια στοιχεία της δικής του παλινδρομικής ανάγκης, τα οποία έχουν παραμείνει ανέκφραστα. (Μαούτσος, 2003)

Όταν οι φροντιστές λοιπόν εργάστηκαν με τους χρόνια ψυχικά ασθενείς, έξω από το άσυλο κατάλαβαν ότι τα θεραπευτικά αποτελέσματα παρέμειναν πενιχρά σε σχέση με τις προσπάθειες που είχαν καταβληθεί. (Hockmann, 2003)

Οι αιτίες της αποτυχίας τους ήταν οι παρακάτω:

Υπήρξε ένας θεμελιακός φόβος του τρελού. Όχι τόσο ο φυσικός φόβος τον οποίο ξεπερνάμε με λίγη συνήθεια, όσο ένα πολύ πιο ασαφές συναίσθημα, υπαινικτικό και ανησυχητικό, που αναφέρεται στην γεινίαση με τον κόσμο της ψύχωσης και σε έναν κίνδυνο που απειλεί την ίδια τη νοητική λειτουργία των φροντιστών. (Hockmann, 2003)

Το συναίσθημα αυτό αρχικά συνδέεται με ένα συναίσθημα εισβολής, αυτό του να μη διαθέτουν οι φροντιστές ένα προσωπικό ψυχικό χώρο και να υφίστανται τη συνεχή εισβολή των επίμονων προβλητικών ταυτίσεων του ασθενή. (Hockmann, 2003)

Στη συνέχεια ο φόβος αυτός συνδέεται με ένα συναίσθημα κένωσης. Αυτό που φοβούνται οι φροντιστές απέναντι σ' έναν ψυχωτικό είναι το να κενωθούν από τα ψυχονοητικά τους περιεχόμενα, κάτω από την καταστροφική επίδραση της αδηφαγίας και του μίσους του να μην μπορούν να κρατήσουν τίποτε το καλό και το δημιουργικό μέσα τους. Για να προστατευθούν λοιπόν οι φροντιστές από αυτό το συναίσθημα κάνουν προσφυγή στον ακτιβισμό (φαρμακευτικό, ερμηνευτικό ή κοινωνιοθεραπευτικό έργο) ή σε έναν χώρο που θα τους επέτρεπε να αποφύγουν την αντιπαράθεση με την επιθυμία του ψυχωτικού. Έτσι μπορούν να δείξουν τόσο στους άλλους όσο και στους ίδιους, ότι τα καλά πράγματα που έχουν μέσα τους δεν έχουν υποστεί βλάβες. Συμβαίνει όμως ότι όσα περισσότερα κάνουμε, τόσο προκαλούμε την επιθυμία των ασθενών, η οποία με τη σειρά της τροφοδοτεί την δράση τους. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου η μανία των φροντιστών να κάνουν πράγματα απαντάει κατοπτρικά και με ρυθμό όλο και πιο ξέφρενο στην κατάθλιψη των θεραπευόμενων. Οι περισσότερες δομές, δίνουν κάποια ημέρα αυτό το θλιβερό θέαμα. (Hockmann, 2003)

Το τελευταίο συναίσθημα που γεννιέται στους φροντιστές και αφορά αυτούς τους ασθενείς είναι ένα συναίσθημα ματαιότητας, έλλειψης λογικής, πλήρους παραλογισμού, ένα είδος «αντι-σκέψης» που παραλύει τη δομή και την κάνει να εμφανίζει μια απομίμηση-παρωδία ζωής. (Hockmann, 2003)

Όπως αναφέρει ο Searles (2003), η κάθε είδους επικοινωνία και επαφή που στοχεύει σε θεραπευτικά αποτελέσματα προς τον ψυχωτικό ασθενή, ενέχει τον κίνδυνο της ταύτισης του φροντιστή με τον θεραπευόμενο με έναν τρόπο άκρως ασυνείδητο. Κάτι τέτοιο θα έχει ως αποτέλεσμα την διακίνηση απρόβλεπτων συναισθηματικών καταστάσεων από την μεριά του φροντιστή οι οποίες μπορεί να μην διαφέρουν καθόλου από εκείνες του θεραπευόμενου, πέραν του

γεγονότος ότι η χρονική τους διάρκεια είναι περιορισμένη. (Μαούτσος, 2003)

Οι κοινοί χώροι επικοινωνίας και ευαλωτότητας φροντιστή-θεραπευόμενου βρίσκονται στην περιοχή των ναρκισσιστικών επιβαρύνσεων, δηλαδή των χαρακτηριστικών εκείνων τραυματικών εμπειριών, οι οποίες έχουν δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για μια επιτακτική ανάγκη προστασίας του εαυτού από το απειλητικό εξωτερικό περιβάλλον, ακόμη κι όταν αυτό είναι μετρίως ενοχλητικό ή και απόλυτα φιλικό. Τα ναρκισσιστικά αυτά βάρη εκφράζονται μέσα από επιθετικές και λιβιδινικές διαταραχές. Έτσι δημιουργούνται μεταξύ φροντιστών και θεραπευόμενων σχέσεις αδιαφοροποίητες σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. (Μαούτσος, 2003)

Το αδιαφοροποίητο μεταξύ φροντιστή και θεραπευόμενου γίνεται συχνά μια τυπική κατάσταση στις σχέσεις και στις συμπεριφορές των ατόμων που συμμετέχουν στην προσπάθεια αποασυλοποίησης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών. Τις περισσότερες φορές αυτή η παλινδρομική κίνηση, ξεκινά σε συνειδητό επίπεδο από την μεριά του φροντιστή, ο οποίος μάλιστα μπορεί να έχει μια χαρακτηριστική δυσκολία στο να εκφράσει καταθλιπτικά συναισθήματα ή αισθήματα ενοχής κι έτσι με ιδιαίτερη ευκολία τείνει να κατηγορεί τον ίδιο τον ασθενή του, αποδεικνύοντας, εμμέσως πλην σαφώς, την υποβόσκουσα και ασυνείδητη ταύτιση μαζί του. (Μαούτσος, 2003)

Η Deegan όσον αφορά την οργάνωση των ξενώνων αναφέρει ότι πολύ συχνά οι ανθρωπιστικές υπηρεσίες στερούν τον ανθρωπισμό και αποπροσωποιοούν εκείνους οι οποίοι έρχονται για να δεχθούν τις υπηρεσίες, καθώς επίσης και εκείνους τους επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες. Μέσα από την διερεύνηση των υποκειμενικών αιτιών για το πώς οι άνθρωποι με σωματικές αναπηρίες και οι άνθρωποι

με ψυχιατρικές αναπηρίες «πληγώνονται» συχνά από τους φροντιστές, εισάγεται το φαινόμενο της πτόησης του ηθικού. (Deegan, 1990)

Ο κίνδυνος λοιπόν είναι ότι μπορεί να υπερταυτιστούμε με τους επαγγελματικούς ρόλους που παίζουμε και να ξεχάσουμε τα άτομα που είμαστε. Επίσης το μυαλό μας μπορεί να διαχωριστεί από τις καρδιές μας έτσι ώστε οι ανθρώπινες καρδιές μας να μην οδηγούν, ενημερώνουν και σχηματίζουν την δουλειά μας με τους άλλους ανθρώπους πια. (Deegan, 1990)

### **3.3. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Η έλλειψη ικανότητας που έχουν οι χρόνια ψυχικά ασθενείς να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους είναι πολύ καταστροφική. Τους οδηγεί σε αισθήματα ανικανότητας, έλλειψης αυτοεκτίμησης και απουσία κινητοποίησης. (Μαούτσος, 2003)

Η επιστημονική-επαγγελματική υποστήριξη που θα τους παρασχεθεί θα πρέπει να έχει στόχο να οδηγήσει το άτομο σταδιακά προς την ανεξαρτησία και καλό θα είναι ο ίδιος ο ασθενής να την αντιλαμβάνεται ως ένα θετικό βήμα που θα τον επαναφέρει στην προηγούμενη φυσιολογική κατάστασή του. (Μαούτσος, 2003)

Έτσι λοιπόν για τους παραπάνω λόγους η σχέση ανάμεσα στο φροντιστή και στο θεραπευόμενο θα πρέπει να βασίζεται πάνω σε μια συνεργασία η οποία θα στηρίζεται στην ισοτιμία, στον αμοιβαίο σεβασμό, σε μια κατάσταση στην οποία οι ασθενείς και οι φροντιστές θα έχουν την ικανότητα να ακούν και να κατανοούν ο ένας τον άλλον, έτσι ώστε να λαμβάνουν και οι δύο πάντα υπόψη τους τις απόψεις που εκφράζονται, κυρίως όταν κάτι αφορά την λήψη κοινών αποφάσεων. (Μαούτσος, 2003)

Τέλος η καλή επικοινωνία στη σχέση μεταξύ φροντιστή και θεραπευμένου είναι εκείνη που μπορεί να φέρει και τα πιο σωστά αποτελέσματα όσον αφορά την ομαλή εξέλιξη της θεραπείας του ασθενή, κι αυτό γιατί η αβεβαιότητα για το μέλλον μπορεί να έχει καταστρεπτικά αποτελέσματα ή ακόμα και να δυσκολέψει την προσπάθεια εγκαθίδρυσης μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και στον φροντιστή. Η ειλικρίνεια είναι ιδιαίτερα σημαντική και καθώς δεν υπάρχει καμία σιγουριά ως προς την έκβαση που θα έχει η ψυχική νόσος, δεν υπάρχει καμία δικαιολογία να κρατούν οι φροντιστές τους ανθρώπους στο σκοτάδι για θέματα που αφορούν την ασθένειά τους. (Μαούτσος, 2003)

Η πιο συχνή ανάγκη που εκφράζουν οι ίδιοι οι ασθενείς, είναι η ανάγκη τους για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με την κατάστασή τους, για την φαρμακευτική αγωγή που τους παράσχετε και την πορεία της θεραπείας τους. Η αποτυχία των φροντιστών να παρέχουν την απαραίτητη ενημέρωση που χρειάζονται τα άτομα, προκειμένου να πάρουν τις αποφάσεις τους, αποτελεί ένα είδος ελέγχου που έρχεται σε αντίθεση με τα ανθρώπινα δικαιώματα του ατόμου. (Μαούτσος, 2003)

Συνοψίζοντας λοιπόν, για να θεωρήσουμε ότι μία θεραπευτική σχέση είναι επιτυχής, θα πρέπει να χτίζεται σε ένα ελεύθερο περιβάλλον, να στηρίζεται στην ειλικρίνεια και ο καθένας να έχει πρόσβαση στην πληροφορία ώστε να είναι ικανός να συνεισφέρει στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. (Μαούτσος, 2003)

Η σχέση που αναπτύσσει ο φροντιστής /νοσηλευτής με τον θεραπευόμενο χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

Ο φροντιστής καταρχήν καθίσταται φορέας σωματικής διεγερσιμότητας του ψυχωτικού ασθενή. Η διεγερσιμότητα αυτή επιτυγχάνεται μέσα από παιχνίδια, συνήθη καθημερινή επαφή και φροντίδα και συνιστά την υπενθύμιση στον ασθενή του σωματικού του σχήματος και ειδικότερα των εν τω βάθος αισθήσεών του. Αυτό σημαίνει ότι η κατάλληλη σωματική διεγερσιμότητα των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών βοηθάει στην επαναδόμηση ή στην ενίσχυση προϋπαρχόντων αλλά διασπασμένων μεταξύ τους εγωτικών πυρήνων του παρελθόντος. (Μαούτσος, 2003)

Δεύτερον, ο φροντιστής, μέσα από την θεραπευτική του δραστηριότητα τείνει να ικανοποιεί τις ποικίλες, ανεπεξέργαστες και βαθύτατα σταθεροποιημένες στοματικές ανάγκες των ψυχωτικών του ασθενών. Αυτό συμβαίνει, όχι μόνο μέσω της σημαντικής διατροφικής φροντίδας που τους παρέχει αλλά και των συναισθημάτων, των ολοένα



πολυπλοκότερων εννοιών που αυθόρμητα χρησιμοποιεί στα πλαίσια της πορείας της αποασυλοποίησης. (Μαούτσος, 2003)

Η τρίτη και σημαντικότερη λειτουργία στην σχέση μεταξύ φροντιστή και θεραπευόμενου συνίσταται στην δυνατότητα δημιουργίας ενός περιβάλλοντος, το οποίο επιτρέπει την ενοποίηση όσο το δυνατόν περισσότερων εγωτικών λειτουργιών που κάνουν βαθμιαία την εμφάνιση τους. Η σημασία αυτής της λειτουργίας έγκειται στο ότι στοιχεία θετικών και αρνητικών εμπειριών μπορούν να συνυπάρξουν και να δημιουργήσουν ένα είδος μέσου όρου, υπό την έννοια ότι η εξωτερική πραγματικότητα σπανίως είναι πραγματικότητα των φαντασιωσικών άκρων, ενώ συχνότατα ακόμη και οι πιο ακραίες πραγματικές καταστάσεις πλησιάζουν πολύ περισσότερο προς τον μέσο όρο. (Μαούτσος, 2003)

Η επόμενη θεραπευτική υπηρεσία που παρέχεται σ' αυτούς τους ασθενείς από το προσωπικό είναι η **υπερεγωτική ταύτιση** την οποία μπορούν να προσφέρουν στους κατοίκους τους. Είναι γεγονός ότι στην ηλικία των δύο ή τεσσεράμισι ετών, ο άνθρωπος ανεξαρτήτως οικογενειακού περιβάλλοντος, ηθών ή άλλων παραγόντων, ενδοβάλλει τις οποιεσδήποτε εγκαθιδρυμένες αξίες ζωής του περιβάλλοντος του. Οι αξίες αυτές συνιστούν τους υπερεγωτικούς εκείνους πυρήνες, οι οποίοι θα ελέγχουν μελλοντικά τις εγωτικές λειτουργίες, ακόμη κι όταν αυτές έχουν ένα θετικό χαρακτήρα. Αν όμως ένα άτομο, εξαιτίας οποιουδήποτε λόγου, δεν μπορέσει να φτάσει ποτέ στην ψυχολογική ετοιμότητα, η οποία είναι αναγκαία, προκειμένου να ενδοβληθούν οι παραπάνω αξίες, η υπερεγωτική του συμπεριφορά είναι ελλειμματική. Συνεπώς ο φροντιστής μπορεί να δώσει εναύσματα τέτοια ώστε ο Ψυχωτικός ασθενής περισσότερο διαμέσου του παραδείγματός του και λιγότερο μέσω των λόγων ή των ερμηνειών του φροντιστή, να αρχίσει να

ενδοβάλλει υπερεγωτικές δομές που δεν είχε ποτέ την ευκαιρία να ζήσει στα πρώτα χρόνια της ζωής του. (Μαούτσος, 2003)

Ο όρος **προβλητική ταύτιση** περιγράφει μεταξύ άλλων την κατάσταση εκείνη όπου η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και φροντιστή μπορεί να υπερβαίνει τις λέξεις και να καλύπτει την ανθρώπινη σχέση σε όλο τον εναπομείναντα χώρο της. Ο φροντιστής ψυχωσικών ασθενών καλείται να λειτουργήσει σ' έναν μεγάλο βαθμό πολύ πέραν των λέξεων. Αυτό σημαίνει ότι εάν και ο ίδιος δεν είναι σε θέση να προσλάβει τα σωστά μηνύματα από την επικοινωνία του με τον ασθενή, εάν δηλαδή, ο ίδιος δεν έχει φτάσει σ' ένα υψηλό βαθμό συμβολοποίησης, τότε αυτό το οποίο προσλαμβάνει ο ασθενής του απ' αυτόν μπορεί να είναι η επιβεβαίωση των πρωϊμότερων τρομακτικών φόβων ή επιθυμιών του, με αποτέλεσμα την χειροτέρευση και όχι την βελτίωση της κατάστασης του. (Μαούτσος, 2003)

Όλα τα παραπάνω σκοπό έχουν την αυτονόμηση του ψυχωτικού ασθενή, η οποία αποτελεί και την πεμπτουσία της όλης θεραπευτικής προσπάθειας. Η έννοια της αυτονόμησης δεν είναι ταυτόσημη με την έννοια της ψυχικής υγείας, ειδικότερα όταν αναφερόμαστε σε ψυχωτικούς ασθενείς. Έχει το νόημα της δημιουργίας μιας ενδοβεβλημένης σχέσης μητρικής φροντίδας του εαυτού προς τον ίδιο του τον εαυτό. Αυτό σημαίνει, ότι οι ασθενείς αυτοί αναπτύσσουν την ικανότητα μέσω της θεραπείας τους, να ανέχονται τον εαυτό τους με τον ίδιο τρόπο που μια καλή μητέρα ανέχεται το παιδί της. (Μαούτσος, 2003)

Αναπτύξαμε λοιπόν την σημασία των συναισθηματικών σχέσεων και την αξία των ψυχοθεραπευτικών χειρισμών σε ψυχωτικούς αρρώστους καθώς και σε παλινδρομημένους ασθενείς που αναλαμβάνουν οι φροντιστές σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα και παρουσιάσαμε συνοπτικά τα ασυνείδητα δυναμικά που εμφανίζονται στις θεραπευτικές σχέσεις.

Η λανθάνουσα δυναμική που υπάρχει σε κάθε θεραπευτική σχέση συνδέεται με τα μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά χαρακτηριστικά της και είναι ιδιαίτερα έντονη στην θεραπευτική δουλειά με ψυχωτικούς ασθενείς. Η κατανόηση των χαρακτηριστικών αυτών αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή εξέλιξη του θεραπευτικού έργου. (Δαμίγος και Μαυρέας, 2003)

Σύμφωνα με τον Searles (2003) σε κάθε θεραπευτική σχέση μ' έναν ψυχωτικό ασθενή, θα έρθει κάποια στιγμή που θα αναβιώσει, μέσω της μεταβίβασης ένας παλιότερος αγώνας μεταξύ του αρρώστου και κάποιου γονέα για το ποιος θα τρελάνει τον άλλο. Η θεραπευτική εμπειρία με ψυχωτικούς ασθενείς τον οδήγησε στην διαπίστωση, ότι κάθε επιτυχημένη θεραπεία με έναν σχιζοφρενή εμπεριείχε τουλάχιστον μια τέτοια φάση. Συνήθως δε, πριν από κάθε σημαντικό βήμα στην θεραπεία, υπάρχει η τάση τα φαινόμενα αυτά να εμφανίζονται πιο έντονα. Οι φάσεις αυτές είναι εξαιρετικά δύσκολες για τον φροντιστή, ο οποίος μπορεί να νοιώσει την ίδια του την ψυχική ισορροπία να διατρέχει κάποιο μικρό ή μεγάλο κίνδυνο, γεγονός που καθιστά την συνέχεια της δουλειάς με ψυχωτικούς εξαιρετικά επίπονη. Ιδιαίτερα οι νέοι φροντιστές βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με τέτοια φαινόμενα. (Δαμίγος και Μαυρέας, 2003)

Οι καταστάσεις αυτές αν δεν κατανοηθούν έγκαιρα και επαρκώς, είναι δυνατόν να επηρεάσουν αρνητικά την θεραπευτική σχέση και να οδηγήσουν τον φροντιστή σε μια αμυντική στάση για να προφυλάξει ο ίδιος τον εαυτό του. Το ξεπέρασμα αυτών των δυσκολιών προϋποθέτει την κατανόηση από την μεριά του φροντιστή των δικών του συναισθημάτων και αντιδράσεων που στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι ασυνείδητη και εξαρτώνται από την φύση της μεταβίβασης και από στοιχεία της προσωπικότητας του φροντιστή. (Δαμίγος και Μαυρέας, 2003)

Ο Searles(2003) επίσης υπογραμμίζει, ότι η αντιεπιστημονική κατά την γνώμη του «αισιοδοξία και απελπισία»,η οποία εκφράζεται συχνά από τους φροντιστές για την θεραπεία της ψύχωσης, προέρχεται από μία λανθάνουσα επιθυμία των φροντιστών να μην ξεφύγει ο άρρωστος από την ασθένειά. (Δαμίγος και Μαυρέας, 2003)

Μεταξύ τώρα των σχέσεων των φροντιστών και των θεραπευόμενων υπάρχει μια εναλλακτική λύση όταν τείνουν να γίνουν ιεραρχικές, απανθρωπιστικές και αποδυναμωτικές. Σύμφωνα με τους θεωρητικούς του Stone Center βρίσκουμε ότι εξ ορισμού η δύναμη μπορεί να σημαίνει την ικανότητα να κινούμαστε ή να κάνουμε κάποια αλλαγή. Η Surrey (1990) μας βοηθά να καταλάβουμε ότι η δύναμη δεν χρειάζεται να σημαίνει «έχω την εξουσία»αλλά μπορεί να σημαίνει «έχω την εξουσία μαζί»ή «έχουμε την εξουσία». Αυτή μας παρακινεί να δημιουργήσουμε σχέσεις οι οποίες είναι αμοιβαία δυναμωτικές και για τον φροντιστή και για τον πελάτη. Οι σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες και στους ασθενείς είναι δυναμωτικές όταν και τα δύο μέρη είναι διαθέσιμα να συγκινηθούν από τις σκέψεις, τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα του άλλου. (Deegan, 1990)

Η ύπαρξη αυτών των φαινομένων σε συνδυασμό με τις μεγάλες δυσκολίες στην θεραπεία της ψύχωσης εξηγεί σε κάποιο βαθμό την άποψη, σύμφωνα με την οποία η ψύχωση συνιστά μια μη αναστρέψιμη αναπηρία. Αναφέρει πώς δεν αρκεί για τον φροντιστή να γνωρίζει μια θεραπευτική τεχνική, οφείλει αν θέλει να βοηθήσει τον άρρωστο καλύτερα, να μπορεί να επεξεργάζεται την δική του αμφιθυμία απέναντι στον άρρωστο. Μόνο έτσι θα μπορέσει να φαντασιώσει καλύτερα γύρω από την σχέση του με τον άρρωστο και να μην καταφεύγει σε αμυντικές αντιδράσεις, για να προφυλαχθεί ο ίδιος. (Δαμίγος και Μαυρέας, 2003)

### 3.4. Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Μια βασική έννοια της ψυχαναλυτικής θεωρίας είναι η ψυχαναλυτική διαδικασία, η οποία αφ' ενός μεν αναφέρεται στις φάσεις και στην πορεία της θεραπείας και αφ' ετέρου στη στάση του φροντιστή. Αφορά δε, τόσο τη συνεχή διαπλοκή στην συναισθηματική σχέση με τον άρρωστο, όσο και στην εξελικτική πορεία και αλληλεπίδραση αυτής της σχέσης που θα οδηγήσει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στην έννοια «διαδικασία»εμπεριέχεται ο βασικός κανόνας της θεραπείας, η τεχνική και το «πλαίσιο»(setting)λειτουργίας της καθώς και η εξελικτική της πορεία. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Η έννοια ψυχαναλυτική διαδικασία αναφέρεται επίσης στη συνεχή εναρμόνιση θεωρίας και πράξης, στην δυνατότητα θεωρητικοποίησης όχι μονάχα του κλινικού υλικού αλλά και της σχέσης του αναλυτή με τον άρρωστο. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Η ψυχαναλυτική διαδικασία συνήθως λειτουργεί μέσα σε αρκετά αυστηρά πλαίσια μιας συγκεκριμένης τεχνικής. Το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι η κλασική ψυχανάλυση των ψυχωσικών ατόμων. Στον αντίποδα αυτής της τεχνικής βρίσκονται οι ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί που εφαρμόζονται σ' έναν Ψυχωτικό άρρωστο. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Αυτή η τελευταία θεραπευτική σχέση είναι πιο δύσκολη για τον φροντιστή, διότι αν και λειτουργεί συνεχώς μένα *ψυχαναλυτικό πρίσμα*, ο φροντιστής είναι υποχρεωμένος να προσαρμόζει διαρκώς την διαδικασία στον συγκεκριμένο άρρωστό του και στην συγκεκριμένη φάση της ψύχωσής του, πολύ περισσότερο απ' ότι θα το έκανε στην θεραπεία μιας νεύρωσης. Σ' αυτά τα προβλήματα διαδικασίας και τεχνικής οφείλεται η μεγάλη καθυστέρηση στην ανάπτυξη της

ψυχανάλυσης των ψυχωσικών, όπως αναφέρει ο Racamier(2003).  
(Σακελλαρόπουλος, 2003)

Ευρύτατα διαδεδομένη επίσης είναι και η άποψη του Freud(2003),ότι η ψυχανάλυση δεν εφαρμόζεται στις ψυχώσεις. Ο Freud βασίζεται σ' έναν συλλογισμό του αρκετά απόλυτο, για να τεκμηριώσει αυτή του την άποψη και αναφέρει ότι δεν υπάρχει ψυχαναλυτική θεραπεία χωρίς συναισθηματική μεταβίβαση, γεγονός το οποίο είναι αληθές εφόσον πράγματι στις ψυχώσεις δεν εγκαθίσταται η συνήθης συναισθηματική μεταβίβαση. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Ο Freud στο τελευταίο έργο του αναφέρει «διαπιστώνω ότι θα πρέπει να παραιτηθούμε από την ιδέα να εφαρμόσουμε στους ψυχωτικούς την θεραπευτική μας μέθοδο».Παίρνοντας λοιπόν την παραπάνω θέση υποστήριξε ότι η μεταβίβαση σαν αναγκαίος μοχλός για την θεραπεία, δεν μπορούσε να λειτουργήσει μ' εκείνον τον τρόπο που είχε μάθει να την χρησιμοποιεί στις θεραπείες των νευρώσεων. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Αυτή η διαδικασία της θεραπευτικής σχέσης που πρέπει ο φροντιστής να την εγκαταστήσει και να την αντέξει, έχοντας απέναντι του έναν ανήσυχο, παλινδρομημένο, αν όχι διεγερτικό άρρωστο, μένει πάντα ένα σοβαρό πρόβλημα. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Με το πέρασμα του χρόνου έγινε γνωστό ότι προσφέρονταν στον άρρωστο η αίσθηση της αφοσίωσης και της σταθερότητας και με την ταυτόχρονη λειτουργία της κατάλληλης τεχνικής τροποποιείται τουλάχιστον η επιθετική, η καχύποπτη, η παραληρηματικά διωκτική στάση του ψυχωτικού, απέναντι στον φροντιστή. Όπως αναφέρει ο Racamier,το συναίσθημα το πλέον επικίνδυνο και το πλέον γενικό στην αντιμεταβιβαστική σχέση με τον Ψυχωτικό, είναι ο φόβος ή ακριβέστερα η αγωνία. Είναι ένα γεγονός που αναγνωρίζεται και επισημαίνεται από τους αναλυτές ψυχωσικών αρρώστων, τους εμπειρότερους. Στην αγωνία

αυτή και σε μια κάποια ίσως αμηχανία, αποδίδεται από πολλούς η στάση του Freud απέναντι στην ψυχοθεραπεία των ψυχώσεων. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Σήμερα όμως με την διερεύνηση των θεραπευτικών σχημάτων έχει φανεί ότι η αρνητική αντιμεταβίβαση δεν οφείλεται μόνο στο φόβο. Οφείλεται εξίσου και στην δυσκολία, εξαιτίας του αποπνικτικού συναισθήματος που γεννιέται στον φροντιστή, από ενός σημείο κι ύστερα εάν και εφόσον η θεραπεία προχωρά ικανοποιητικά, της ανάγκης του αρρώστου να εγκαταστήσει και να βρει μαζί του μια στενή συμβιωτική σχέση, την πρωτογενή δηλαδή εκείνη σχέση με το αρχικό του αντικείμενο. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Έτσι συμπεραίνουμε ότι η ψυχαναλυτική θεραπεία αφενός και η ψύχωση αφετέρου είναι δυο ασυμβίβαστες έννοιες σύμφωνα με τον Freud. Με τα σημερινά δεδομένα όμως θα λέγαμε ότι η συμπεριφορά του ψυχωτικού δημιουργεί στον φροντιστή πρόβλημα ελέγχου της αντιμεταβίβασης και λιγότερο της ύπαρξης ή μη συναισθηματικής μεταβίβασης από μέρους του ψυχωτικού ασθενούς. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

### **3.4.1. Χειρισμοί Κατά την Μεταβίβαση**

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε ειδικότερα τους χειρισμούς που αφορούν την μεταβίβαση του ψυχωτικού αρρώστου. Η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση μελετώνται ειδικά στις θεραπείες των ψυχώσεων. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Στον Ψυχωτικό άρρωστο η εγκατάσταση της μεταβίβασης προς τον φροντιστή ή προς την ομάδα ή και προς την υποομάδα ακόμα είναι μαζική, ενώ στην νεύρωση είναι προοδευτική. Η μαζική εγκατάσταση της μεταβίβασης αιφνιδιάζει τον φροντιστή και μπορεί να του αφαιρεί την ελευθερία των κινήσεων και την ευχέρειά του να την χειριστεί

εύκολα και να διατηρήσει την αναγκαία απόσταση από το αντικείμενό του. Ο φροντιστής ψυχώσεων στη σχέση του με τον άρρωστο χρειάζεται να μπορεί να χειρίζεται γρήγορα και αποτελεσματικά τους φόβους του. Πρέπει δηλαδή ο φροντιστής να αντέξει τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα της κατά βάση συμβιωτικής αυτής σχέσης. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Θεωρείται αναγκαίο να αντέξει τις μεγάλες προσδοκίες των Θεραπευόμενων και την επιθυμία εξάρτησης που ο ασθενής θέλει να επιβάλλει αν και συγχρόνως την φοβάται. Αυτά είναι συναισθήματα, τα οποία έχουν άμεση σχέση με την παντοδύναμη μητέρα με την οποία ο ασθενής ταυτίζει τον φροντιστή-ένα αρχαϊκό αδιαφοροποίητο ον από άποψη φύλου-από το οποίο κυρίως ζητάει προστασία. Παράλληλα βέβαια πρέπει να αντέξει ο φροντιστής τους κινδύνους –πραγματικούς ή φανταστικούς-που αποτελούν υποπροϊόντα της ψύχωσης, καθώς και την αμφιθυμία του αρρώστου. Γι' αυτό γίνεται προσπάθεια να είναι προοδευτική η σχέση που θα εγκατασταθεί με τον άρρωστο και η θεραπευτική διαδικασία να μην προκαλέσει την ανάδυση συναισθημάτων που θα κάνουν τον άρρωστο να φοβηθεί υπέρμετρα με συνέπειες όπως η επιθετικότητα ή ακόμα και την εγκατάλειψη της θεραπείας. Η διαφοροποίηση με την ερμηνευτική τακτική στην περίπτωση του νευρωσικού είναι εμφανής. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Ένας άλλος από τους παράγοντες που δυσκολεύουν την θεραπευτική διεργασία και αποθαρρύνει τους κλινικούς να γίνουν ψυχο-φροντιστές ψυχώσεων, είναι το **ψυχωτικό άγχος** των αρρώστων που αποτελεί ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της ψυχωτικής διεργασίας. Πρόκειται για το αρχαϊκό άγχος που εμφανίζει ο σχιζοφρενής κυρίως στην οξεία φάση της νόσου του. Δεν συγκρίνεται ούτε ποιοτικά, ούτε ποσοτικά με το άγχος των νευρωσικών γιατί είναι συνδεδεμένο με την διάσπαση του Εγώ του ατόμου κι έτσι είναι ιδιαίτερα βαθύ, επώδυνο και απροσδιόριστα



απειλητικό για τον άνθρωπο που το βιώνει. Η στάση του ψυχαναλυτή στην αντιμετώπιση αυτού του τύπου άγχους ,χαρακτηρίζεται από το ότι πρέπει να είναι παρών και άμεσος ώστε όσο είναι δυνατόν να ενοποιηθεί ο άρρωστος του. Πρέπει ο φροντιστής να δηλώσει λεκτικά ,αλλά κυρίως εξωλεκτικά ότι μπορεί και ότι θέλει να βοηθήσει. Η αναγκαιότητα άμεσης και έντονης παρουσίας του ψυχοθεραπευτή κυρίως στις κρίσεις, δίπλα στον ψυχωτικό ασθενή, δείχνει την διαφορά της στάσης αυτής από την αντίστοιχη αντιμετώπιση του νευρωσικού άγχους, όπου επιβάλλεται η απόσταση και η ουδετερότητα. Βέβαια και στην ψύχωση δημιουργείται η ανάγκη ρύθμισης της απόστασης και οριοθέτησης στην οξεία φάση, αλλά και σε όλη την διάρκεια της θεραπείας. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Κατά την διάρκεια της οξείας φάσης και λόγω της ύπαρξης του ψυχωτικού άγχους ο φροντιστής ψυχώσεων οφείλει πρωτίστως να ρυθμίσει την απόσταση, σωματική και συναισθηματική, από τον άρρωστο, ώστε να τον ηρεμήσει από το έντονο άγχος του. Ο φροντιστής προσπαθεί να λειτουργεί διαρκώς με θετική αντιμεταβίβαση, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να έρθει σε κάποιου είδους άσκοπη σωματική επαφή με τον ασθενή του και να καταργήσει τις αποστάσεις του απ' αυτόν. Εάν ο άπειρος φροντιστής τον πλησιάσει περισσότερο απ' ότι πρέπει, ο ασθενής θα απειληθεί κι εάν πρόκειται περί διεγερτικού αρρώστου, η κατάστασή του είναι πιθανόν να παρουσιάσει δραματική επιδείνωση. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Εν προκειμένω ο φροντιστής πρέπει να είναι ο ρυθμιστής της απόστασης και όχι ο θεραπευόμενος. Αυτό κάθε άλλο παρά περιορίζει τον φροντιστή από το να είναι στοργικός, να ακουμπά τον άρρωστο με απόλυτη άνεση, ψυχικά αλλά και σωματικά, π. χ. ένα άγγιγμα στον ώμο, χωρίς να νοιώσει ο ασθενής ότι τον σιχαίνεται, τον ακουμπά εγκεφαλικά ή τον φοβάται. Μοιάζει ίσως ευκολότερο απ' ότι είναι το ότι να ακουμπήσουμε στον ώμο έναν Ψυχωτικό σε κρίση ή να του πιάσουμε το

χέρι με τον κατάλληλο τρόπο. Η πράξη έχει χαρακτήρα αυθορμητισμού και σταθερότητας όταν ο φροντιστής είναι σε επαφή με αυτό το οποίο κάνει. Άρα η κατάλληλη οριοθέτηση της σχέσης του ψυχωτικού με τον φροντιστή του είναι δύσκολη μεν αλλά απαραίτητη για την αποφυγή έκλυσης έντονου άγχους από την πλευρά του αρρώστου, αλλά και αρνητικών αντιμεταβιβαστικών συναισθημάτων από την πλευρά του φροντιστή. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Η περίφημη φράση του Γάλλου ψυχαναλυτή Nacht (2003), «ότι δεν έχει σημασία για τον φροντιστή αυτό που λέει, αλλά αυτό που είναι», ισχύει πολύ περισσότερο στην ψυχαναλυτική προσπέλαση των ψυχωσικών αρρώστων και επισημαίνει την ανάγκη ύπαρξης της κατάλληλης – βαθύτερης στάσης του ψυχοθεραπευτή στην θεραπεία. Η στάση αυτή καθορίζεται από το ψυχαναλυτικό του πρίσμα. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας δυσκολίας στην θεραπεία των ψυχώσεων είναι η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας, ειδικότερα ως προς τα συναισθήματα που γεννάει στον φροντιστή. Οι συχνές αυτοκτονίες των αρρώστων αυτών αποτελούν την συνειδητή ή ασυνείδητη αιτία για την οποία πολλοί φροντιστές αποφεύγουν την θεραπεία της ψύχωσης. Αξίζει εδώ να αναφερθεί και πάλι ο Nacht ο οποίος έλεγε ότι «μπορείτε να αναλάβετε την θεραπεία του αρρώστου εφόσον αισθάνεστε ότι αντέχετε μια πιθανή αυτοκτονία του». Θα πρέπει επίσης, να πάρετε την απόφαση ότι για να αντέξετε την ψύχωση, θα πρέπει ο ναρκισσιστικός εαυτός του φροντιστή να αντέχει τον θάνατο του αρρώστου. Οι ιδέες αυτοκτονίας και η γνήσια αυτοκτονική διάθεση συναντώνται σε σχιζοφρενείς ασθενείς όταν η κατάτμηση των εγωτικών λειτουργιών τους έχει δημιουργήσει μια ενδοψυχική πραγματικότητα επιβεβλημένης αυτοκαταστροφής, αλλά και στον καταθλιπτικό ασθενή που οι επιθετικές

του διαθέσεις δεν μπορούν να ελεγχθούν από τις άμυνές του μέσα σε ένα πλαίσιο υπερεγωτικής υπερλειτουργίας. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Και στις δύο περιπτώσεις το μόνο εργαλείο που έχει ο φροντιστής για να βοηθήσει τον άρρωστο, είναι η μεταβίβαση. Το μοναδικό μέσο προσέγγισης και επικοινωνίας του φροντιστή είναι και πάλι η συναισθηματική μεταβίβαση και η συνεπακόλουθη αντιμεταβίβαση, το ότι δηλαδή ο ασθενής αγαπάει τον φροντιστή, το ότι τον μισεί, το ότι έχει επενδύσει πάνω του, το ότι είναι αυτός ο μοχλός που έχει για να επιβιώσει ή για να μην επιβιώσει, αν αυτός δεν τον εγκρίνει. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Στον σχιζοφρενή ασθενή τώρα που έχει αυτοκτονικές τάσεις, θα πρέπει ο φροντιστής να κινηθεί με διαφορετικό τρόπο. Θα χρειαστεί να πει στον άρρωστο ότι καταλαβαίνει πως το άγχος του είναι πολύ μεγάλο, ότι υποφέρει πάρα πολύ απ' αυτό, τόσο ώστε να νομίζει πως μόνη λύση είναι ο θάνατος. Ότι είναι λύση ο θάνατος αλλά από αυτή την κατάσταση έχει την δυνατότητα να βγει και ότι ο φροντιστής μπορεί να βοηθήσει και θα κάνει κάθε προσπάθεια γι' αυτό. Σ' αυτή την περίπτωση θα ήταν σφάλμα να γίνει αναφορά στα αρνητικά συναισθήματα και στην επιθετικότητα του αρρώστου προς τον φροντιστή και προς τους άλλους μέσω της αυτοκτονίας γιατί ο σχιζοφρενικός άρρωστος είναι παντελώς εκτός πραγματικότητας και δεν μπορεί να αποδεχθεί την επιθετικότητα του εφόσον οι σχάσεις του τον έχουν καταστήσει νοητικά αδύναμο, αποπροσωποποιημένο και συναισθηματικά χαώδη. Εν προκειμένω ο φροντιστής θα δουλέψει κατά κύριο λόγο με την θετική μεταβίβαση για να βοηθήσει τον θεραπευόμενο, χρησιμοποιώντας όσο είναι δυνατόν τα δικά του θετικά συναισθήματα προς εκείνον. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

### **3.4.2. Ο Ρόλος Των Ταυτίσεων Στην Ψύχωση.**

Πρόκειται για επανάληψη των ταυτίσεων που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στις πρώτες συναισθηματικές σχέσεις του βρέφους και στις πρώιμες αποστερήσεις που υπέστη, με αποτέλεσμα, στο βαθμό που χαρακτηρίζονται από σαθρότητα και ανεπάρκεια, να συμβάλλουν στην έκλυση, αργότερα της ψύχωσης. Έτσι ο Ψυχωτικός άρρωστος στην θεραπευτική σχέση που γρήγορα εγκαθίσταται, έχει δύο δυνατότητες ταύτισης με την εικόνα που αντιπροσωπεύει ο φροντιστής. Η μια δυνατότητα είναι να μπει ο ασθενής στην θέση του ανήμπορου βρέφους του πρώτου χρόνου της ζωής και η άλλη να ταυτιστεί με την αρχαϊκή μητέρα. Οι ταυτίσεις είναι πολλαπλές και εναλλάσσονται η μια με την άλλη και με τις ενδιάμεσες μορφές τους. Η αρχαϊκή μητέρα παίρνει το ρόλο του βρέφους ή ο φροντιστής θα πάρει τη θέση του βρέφους και ο θεραπευόμενος της αρχαϊκής μητέρας. Ενδιάμεσες καταστάσεις που είναι πιο ώριμες, είναι δυνατόν να επισυμβούν όσο η θεραπεία προχωρά. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Αυτός είναι άλλωστε και ο κύριος ρόλος της θεραπευτικής διαδικασίας, δηλαδή ο φροντιστής προσφέρεται, με την εξωλεκτική κυρίως συμπεριφορά του, ώστε να μπορέσει ο Ψυχωτικός άρρωστος όλο και περισσότερο να κάνει ωριμότερες και περισσότερο εξελιγμένες ταυτίσεις μαζί του. Έτσι ο ωριμοποιός ρόλος των ταυτίσεων αποτελεί τον κύριο παράγοντα που θα βοηθήσει τον άρρωστο να προχωρήσει σε μια συμπεριφορά, που τελικά ελπίζουμε να είναι αρκετά κοντά στη συμπεριφορά του νευρωσικού αρρώστου, δηλαδή θα προχωρήσει σε μια συμπεριφορά η οποία είναι κοντά στην τριαδικοποίηση, ξεκινώντας από την αυστηρά δυαδική σχέση. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Όσον αφορά τώρα την αμυντική λειτουργία της ψύχωσης που ανέφερα σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο Freud την τοποθετεί στο επίπεδο

της οντότητας που ονομάζει **προσυνειδητό**, έναν όρο με τον οποίο μεταφορικά προσπαθεί να δηλώσει όλα τα στοιχεία που επιτελούν μέσα στην ψυχική λειτουργία, τις διαδικασίες της σύνδεσης:συνδέσεις μεταξύ αναπαραστάσεων πραγμάτων, σύνδεση λέξεων μεταξύ τους και συγκρότηση της προφορικής σκέψης ή την σύνδεση των διαφορετικών μνημονικών ιχνών που συνιστούν το αίσθημα της ταυτότητας. (Hockmann, 2003)

Η συνείδηση, για τον Freud,είναι ένα αντιληπτό όργανο, ένα όργανο για να «αντιλαμβανόμαστε τις διάφορες ψυχικές διαθέσεις».Άρα ότι ερεθίζει τα αισθητήρια όργανα, καθώς επίσης και ότι ερεθίζει την «εσωτερική αίσθηση»που αντιπροσωπεύει την ανάδυση των ενορμήσεων, δεν είναι ψυχικές διαθέσεις και επομένως δεν μπορούν να προσληφθούν ως τέτοιες από την συνείδηση. (Hockmann, 2003)

Οι νευροφυσιολόγοι παραδέχονται ότι ***η συνείδηση δεν μπορεί να αντιληφθεί τα συναισθήματα-τόσο τον ερεθισμό των αισθητηρίων όσο και τις ενορμησιακές επιδράσεις-παρά μόνο στην κατάσταση που αυτά έχουν υποστεί προηγουμένως έναν μετασχηματισμό.*** Αυτός ο μετασχηματισμός, αυτή η αναπαράσταση των ερεθισμάτων και αυτή η ενοποίηση του ερεθίσματος με την αναπαράσταση, σχηματίζουν την εργασία του προσυνειδητού, χάρη στο οποίο μπορούμε να σκεφτόμαστε και ταυτόχρονα να οραματιζόμαστε αυτό που αντιλαμβανόμαστε. (Hockmann, 2003)

Ο Bion (2003) πρότεινε να σχηματοποιήσουμε όλα αυτά κάνοντας αναφορά στα «στοιχεία Β»,προκειμένου να περιγράψουμε την καθαρή αίσθηση που δεν έχει αναπαρασταθεί στα αισθητήρια και στα «στοιχεία Α»,προκειμένου να ονομάσουμε τα στοιχεία που μετασχηματίστηκαν με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορούν να αναγνωριστούν από την συνείδηση. Για τον ίδιο, ο μετασχηματισμός αυτός ξεκινά να πραγματοποιείται στο

προσυνειδητό της μητέρας, όπου το βρέφος προβάλλει ακατέργαστα υλικά. (Hockmann, 2003)

*Η μητέρα με τη δραστηριότητα του ονειροπολήματος (reviere), συνδέει και ευνοεί τις προβολές ,οι οποίες επιστρέφονται στο παιδί σε μια αποδεκτή μορφή.* Αυτό συνιστά τον ιστό που υφαίνεται μεταξύ τους μέσα από αυτές τις αναπαραστάσεις του αντικειμένου, οι οποίες συγκροτούν την λειτουργία άλφα του παιδιού, δηλαδή το δικό του προσυνειδητό. (Hockmann, 2003)

Τι συμβαίνει όμως ,τη στιγμή που θα υπερισχύσει μια ψυχωτική λειτουργία; Για ποικίλους λόγους, όπως για παράδειγμα υπερβολικές αισθήσεις που συνδέονται με έναν σωματικό πόνο με οργανική διάσταση, γενετικά διαγεγραμμένη, ή όπου υπερλειτουργούν οι διαδικασίες της οργάνωσης και της σύνδεσης, η πρόιμη αποστέρηση του μητρικού ονειροπολήματος, εξαιτίας, παραδείγματος χάριν, μιας κατάθλιψης της μητέρας οι αντιληπτικές και λειτουργικές ανωμαλίες, κάνουν τελικά το προσυνειδητό του παιδιού που πρόκειται να γίνει Ψυχωτικό να δομείται με έναν διαφορετικό τρόπο από το φυσιολογικό. Εκεί όπου το φυσιολογικό προσυνειδητό συνδέει τα πράγματα μεταξύ τους, το Ψυχωτικό προσυνειδητό προκαλεί ρήξη στις σχέσεις και επιτίθεται στα στοιχεία της σύνδεσης που υπάρχουν στο ίδιο και στους άλλους. Η επαφή με τους ψυχωτικούς δείχνει σαφώς αυτή τη διαλεκτική επιδεξιότητα τους στο να σπάνε τις σκέψεις μας και να μας εμποδίζουν να τις επεξεργαστούμε. (Hockmann, 2003)

Εκεί όπου το φυσιολογικό προσυνειδητό ενδοβάλλει, το προσυνειδητό του ψυχωτικού προβάλλει. Χρησιμοποιεί έτσι τα όργανα της αίσθησης, όχι ως μέσα πρόσληψης αλλά περισσότερο ως μέσα απόρριψης. Το μάτι δεν λαμβάνει τις εικόνες αλλά τις προβάλλει, το αυτί δεν αφομοιώνει τους ήχους αλλά τους εξωτερικεύει. Αυτή η αντιστροφή

της αισθητηριακής λειτουργίας είναι για τον Bion η απαρχή των ψευδαισθήσεων. (Hockmann, 2003)

Όσον αφορά την περίθαλψη, αντικείμενό της είναι να θέσει ξανά σε λειτουργία τη δραστηριότητα σκέψης του ασθενή, δηλαδή τη συνδετική διαδικασία, ενάντια στην οποία μάχεται απεγνωσμένα. Το να συμφιλιώσουμε τον Ψυχωτικό ασθενή με τη σκέψη του, που τη βιώνει σαν έντονη καταδίωξη, το να τον βοηθήσουμε να ξαναβρεί την ευχαρίστηση του σκέπτεσθαι, είναι εκείνο που επιδιώκει η περίθαλψη. Αυτή η προσπάθεια διέρχεται μέσα από πολυάριθμες συναλλαγές, λεκτικές ή μη λεκτικές, δομημένες με τον τρόπο μιας ψυχοθεραπείας ή χρησιμοποιώντας τη μεσολάβηση μιας καθημερινής πραγματικότητας που μοιράζονται φροντιστής και θεραπευόμενος (παιχνίδι, δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου κ.τ.λ.). (Hockmann, 2003)

Σε όλες τις περιπτώσεις αυτό που έχει σημασία είναι να δοθεί προτεραιότητα στη συμβολική διάσταση, δηλαδή κάθε τι το οποίο μέσα στη θεραπευτική συναλλαγή αναζητά κάτι που λείπει. Όταν π.χ. ένας φροντιστής και ένας ασθενής παίρνουν ένα γεύμα μαζί, αυτό μπορεί να συμβαίνει απλά επειδή πεινούν και τους καλεί η βιολογική τους ανάγκη. Σ' αυτή την περίπτωση, η δραστηριότητα της απλής διατροφής τους δεν έχει κανένα θεραπευτικό χαρακτήρα. Αποκτά τη θεραπευτική τους διάσταση, μόνο στο μέτρο που ότι συμβαίνει ανάμεσα στους πρωταγωνιστές τη στιγμή του γεύματος παραπέμπει σε μια ιστορία του παρελθόντος που δεν έχει καμία σχέση με αυτό το γεύμα. Η θεραπευτική διαδικασία αρχίζει μόνο όταν το γεύμα συμβολίζει τη σχέση με τους γονείς που δεν είναι παρόντες ή δεν υπάρχουν πια. Κάτι τέτοιο μπορεί να αναπαραστήσει μια συναλλαγή ακόμη και στο σωματικό επίπεδο του ασθενούς. (Hockmann, 2003)

Όλο αυτό το νοητικό υπόστρωμα δεν υπάρχει παρά μόνο ως φαντασίωση στη σκέψη του φροντιστή, μια φαντασίωση που μπορεί να

αφεθεί με ευχαρίστηση και να δώσει νόημα σε ότι δεν είχε πρωταρχικά, δηλαδή, την ικανοποίηση του να συνδέσει τα γεγονότα μεταξύ τους και να χτίσει με αυτά μια ενιαία ιστορία. (Hockmann, 2003)

Αν η διάρκεια της περίθαλψης είναι μακρόχρονη, αν ο φροντιστής ξέρει να επικοινωνήσει με τον ασθενή με διακριτικό τρόπο και αρκετά συχνά εξωλεκτικά, ενώ ταυτόχρονα τον ευχαριστούν τα μικρά κομμάτια ιστορίας που ξεκινά να ανακαλύπτει, τότε ο άρρωστος μπορεί να αφεθεί ως ένα βαθμό, να γοητευθεί και συνταυτιζόμενος με το φροντιστή να ανακαλύψει τις άκαμπτες θέσεις, τις αμυντικές και οδυνηρές που είχε μέχρι εκείνη τη στιγμή. Με αυτόν τον τρόπο ο θεραπευόμενος είναι σε θέση να μοιραστεί όχι μόνο ένα γεύμα αλλά ακόμη και την ευχαρίστηση να σκέφτεται αυτό το γεύμα, καθώς επίσης κάθε τι που ανακαλεί βαθιά μέσα του ή γύρω του. Έτσι, η θεραπευτική δραστηριότητα και το γεύμα που έχει το ρόλο της υποδομής θα λειτουργήσουν για το φροντιστή, όπως αυτό που ονόμασε ο Freud (2003) «πριμοδότηση της σαγήνης». (Hockmann, 2003)

Αυτή η διαδικασία εκλείπει βαθύτερες τάσεις στον ψυχισμό του φροντιστή, τάσεις που τον ωθούν προς την αυτεπανάρθωση, την αυτοδημιουργία, ή όπως λέμε σήμερα, στην αυτοοργάνωση. (Hockmann, 2003)

Κάθε φροντιστής λοιπόν, όταν επεξεργάζεται διανοητικά κάθε τι που συμβαίνει ανάμεσα στον ασθενή και στον ίδιο, αντλεί ένα είδος ευχαρίστησης. Για να μπορέσει να συνεχιστεί αυτή η επεξεργασία, είναι αναγκαίο να υπάρχει ένα μοντέλο, στο οποίο τα παράλογα γεγονότα, θα αποκτούν μια αίσθηση σκοπιμότητας και λογικής. Η εσωτερική επεξεργασία αυτού του μοντέλου οδηγεί σε ευρήματα και συμφωνίες μεταξύ ενός εσωτερικευμένου αντικειμένου, εκείνου δηλαδή που έγινε αντιληπτό από τη σχέση του με τον ασθενή και το οποίο αποτέλεσε πηγή ευχαρίστησης. (Hockmann, 2003)



Έτσι το παιχνίδι με το μοντέλο είναι για το φροντιστή το ισοδύναμο της ικανότητας της ονειροπόλησης της μητέρας, όταν αυτή μετασχηματίζει τα «στοιχεία Β» σε «στοιχεία Α». Είναι μια αλχημεία που γίνεται στο νου του φροντιστή και είναι ίσως της ίδιας τάξης μ' αυτό που συμβαίνει στις συναντήσεις με τους συναδέλφους του ή με τους εποπτεύοντες. Η ευχαρίστηση μιας μητέρας εισπράττεται προκαταβολικά, μέσα από τη διήγηση που κάνει σε έναν τρίτο για τη σχέση της με το μωρό της. Η ίδια σχέση εμπεριέχει παράλληλα τη σχέση με τη δική του μητέρα. Ανάλογη είναι η ευχαρίστηση του φροντιστή όταν αυτός επεξεργάζεται την κλινική του περίπτωση. Αυτή η ευχαρίστηση του φροντιστή προέρχεται επίσης από την ταύτιση του με το μοντέλο που έχει επιλέξει και το οποίο αντιπροσωπεύει ή συμβολίζει μια δική του εμπειρία ανάλυσης ή μια εμπειρία του με τον ασθενή σε ψυχοθεραπεία ή ακόμη τη συμμετοχή του σε μια ομάδα. (Hockmann, 2003)

Αξίζει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι ο ψυχωτικός έχει ανάγκη να εμπεριέχεται και κανένας φροντιστής μόνος του δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο μιας ψυχωτικής μεταβίβασης, πηγή αναστάτωσης γι' αυτόν που την υφίσταται. Ωστόσο η έννοια του εμπεριέχοντος αξίζει περισσότερη επεξεργασία. (Hockmann, 2003)

Το εμπεριέχον σύμφωνα με τον Bion(2003), είναι κάτι τελείως διαφορετικό. Είναι μια ζωντανή δομή που υποδέχεται αυτές τις πραγματικές σκέψεις προς αναζήτηση συγγραφέα, οι οποίες αφορούν τις προβολές του ψυχωτικού ασθενή. Τις περικλείει και τις εξανθρωπίζει, μέσα από μια «ονειροπόληση» και στη συνέχεια τις αποδίδει στον ασθενή με έναν τρόπο αφομοιώσιμο από αυτόν στα πλαίσια μιας υπαρξιακής προοπτικής. Όταν ο Ψυχωτικός δεν βρίσκει απέναντί του παρά μόνο τοίχους, τους μεταμορφώνει διαμέσου των παραμορφωτικών του προβολών σε «παράξενα αντικείμενα», διωκτικά. (Hockmann, 2003)

Έτσι λοιπόν η θεραπεία συνίσταται στο να προσφέρουμε στον ασθενή ένα ενεργό εμπειρόχο, ένα μετασχηματιστή των ακατέργαστων συγκινήσεων σε συναισθήματα. Ένα ψυχικό χώρο, όπου οι σωματικές και οι ψυχικές αισθήσεις του ασθενή βρίσκουν νόημα διαμέσου της επένδυσης του φροντιστή. (Hockmann, 2003)

Η επένδυση ωστόσο της ψυχονοητικής λειτουργίας του αρρώστου από τον φροντιστή δεν είναι θεραπευτική παρά στο μέτρο που αναφέρεται σε ένα θεωρητικό μοντέλο, το οποίο τη θεμελιώνει και της επιτρέπει να διαρκεί. Έτσι προκειμένου αυτό το μοντέλο να είναι αποτελεσματικό και να διευκολύνει την λειτουργία του εμπειρόχοντος, πρέπει να αποτελεί πηγή ευχαρίστησης γι' αυτόν που το υιοθετεί. (Hockmann, 2003)

Ο Hockmann αναφέρει «οδηγήθηκα να διακρίνω τον ψυχονοητικό αυτό-ερωτισμό του φροντιστή, δηλαδή την ευχαρίστηση που παίρνει, όταν παίζει με τον εαυτό του, συγκρίνοντας το κλινικό έργο που έχει από τον άρρωστο και τη θεωρία αναφοράς που διαθέτει». Πρόκειται για κάτι ανάλογο με την μητρική ονειροπόληση στην οποία ο Bion (2003) αποδίδει εξέχουσα σημασία κατά την διαμόρφωση του οργάνου σκέψης του μικρού παιδιού. Χάρη σ' αυτόν τον αυτό-ερωτισμό, το κλινικό υλικό που προέρχεται από τον άρρωστο αποκτά μια χροιά ευχαρίστησης για τον φροντιστή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο φροντιστής να επιστρέφει στον άρρωστο τα λόγια ή τις πράξεις του, επαυξημένα με μια συμβολική αξία. (Hockmann, 2003)

Έτσι μπορούμε να θεωρήσουμε τον ψυχωτικό σαν κάποιον, του οποίου το προσυνειδητό-η λειτουργία Άλφα θα έλεγε ο Bion-αποκλείστηκε από τους παγετούς και δεν μπορεί πια να διασυνδέσει τους βλαστούς του ασυνείδητου μεταξύ τους, ούτε να νοηματοδοτήσει αυτό που συμβαίνει μέσα στο σώμα, τα αισθήματα, τις αισθήσεις. Αυτό που προσκρούει τότε στη συνείδηση είναι κβάντα ενέργειας, τα οποία δεν

έχουν εξανθρωπιστεί και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το νου, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται σε μια μορφή απόλυτης αποξένωσης. (Hockmann, 2003)

Για να προφυλαχθεί ενάντια σ' αυτή την αποξένωση, ο ψυχωτικός κατασκευάζει το παραλήρημα και προβάλλει ψευδαισθήσεις, ανατρέποντας τη φυσιολογική φορά της λειτουργίας των αισθητηρίων οργάνων του. (Hockmann, 2003)

Ο φροντιστής έχει το ρόλο να δανείζει στον άρρωστο το προσυνειδητό του-την ικανότητα να ονειρεύεται και να φαντάζεται. (Hockmann, 2003)

Η κρίση όμως έρχεται από τη στιγμή που ο ψυχονοητικός θεσμός ραγίζει, τη στιγμή που οι φροντιστές (και το περιβάλλον) δεν καταφέρνουν πια να σκεφθούν το υλικό του αρρώστου. Η τάση μπροστά σ' αυτή την αποτυχία της σκέψης είναι να περάσουμε στην δράση, χρησιμοποιώντας τα φάρμακα ή την απομάκρυνση πίσω από τους τοίχους, που ισοδυναμεί με τοποθέτηση του προβλήματος στο χώρο, στο πεδίο του ορατού, αφού η φαντασία δεν αρκεί πια για να το διαχειριστεί. (Hockmann, 2003)

### **3.5. ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ**

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, στην Νοτιοδυτική Αδελαΐδα και είχε στόχο να αποκτήσει πληροφορίες για τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα που έχουν υποστεί μια διαταραχή ψυχικής υγείας, βρέθηκε ότι οι επαγγελματικές ομάδες ήταν λιγότερο αισιόδοξες σε σχέση με την πρόγνωση και λιγότερο θετικές για τα μακροχρόνια αποτελέσματα, όταν συγκρίθηκαν με το γενικό κοινό. Το ιατρικό προσωπικό ήταν λιγότερο αισιόδοξο σχετικά με τα αποτελέσματα απ' ότι οι άλλες επαγγελματικές ομάδες, με τις νοσοκόμες ψυχικής υγείας να είναι γενικά πιο αισιόδοξες. Οι περισσότεροι επαγγελματίες βάσιζαν τις απόψεις τους πάνω στην εμπειρία τους να δουλεύουν με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. (Hugo, 2001)

Στην έρευνα αυτή λοιπόν βρήκαν ότι το κοινό ήταν πιο αισιόδοξο από τους επαγγελματίες υγείας στην πρόβλεψη της πρόγνωσης και στα μακροχρόνια αποτελέσματα για τα άτομα τα οποία είχαν υποστεί μια ψυχική ασθένεια. Παρόλο που οι πιο αρνητικές απόψεις που εξέφρασαν οι επαγγελματίες ίσως να είχαν δείξει μια πιο ρεαλιστική άποψη, ιδιαίτερα δοσμένης και της μεγάλης τους γνώσης ως προς τις ψυχικές διαταραχές, η πιθανή αρνητική επίδραση στα αποτελέσματα των καταναλωτών ακόμη παραμένει ένα σημαντικό στοιχείο θεώρησης. Η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε τις νοσοκόμες ψυχικής υγείας, καθώς αντιπροσώπευαν την πλειοψηφία του κλινικού προσωπικού που δούλευε άμεσα με τους καταναλωτές μέσα στην Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας της Νοτιοανατολικής Αδελαΐδας, το περιβάλλον εργασίας και την ικανοποίηση που είχαν από τη δουλειά τους οι φροντιστές. (Hugo, 2001)

Η μελέτη επίσης έδειξε γιατί διατηρούνται αυτές οι στάσεις. Προηγούμενη έρευνα έδειξε ότι για να τροποποιηθούν οι στάσεις, είναι

πιο πιθανό να πετύχει μια παρέμβαση αν είναι συνεχής με τις ψυχολογικές λειτουργίες που αποδίδονται από αυτή τη στάση. Έρευνα για τον σχηματισμό της στάσης περιγράφει τέσσερις σημαντικές λειτουργίες που μπορούν να επιδοθούν από μια συγκεκριμένη στάση: εμπειρική- σχηματική, κοινωνική- προσαρμόσιμη, αξιόλογη- εκφραστική και διατήρηση της αυτοπεποίθησης. Οι στάσεις που αποδίδουν την εμπειρική- σχηματική λειτουργία προκύπτουν επειδή τα άτομα περιορίζονται από το ποσό των πληροφοριών που μπορούν να αφομοιώσουν σε μια χρονική στιγμή και η λειτουργία των στάσεων πρόκειται να βοηθήσει τα άτομα να οικοδομήσουν τον κόσμο σε σχέση με τις επηρεασμένες τους επιδράσεις σε αυτή. Η κοινωνική-προσαρμοστική λειτουργία αναφέρεται στις στάσεις που λειτουργούν για την εγκαθίδρυση και τη διατήρηση των μελών της ομάδας ή τις φιλίες. Η αξιόλογη- εκφραστική αναφέρεται στη λειτουργία των στάσεων που μπορούν να δώσουν έκφραση σε δυνατά δεδομένες αντιλήψεις και αξίες. Η λειτουργία της διατήρησης της αυτοπεποίθησης των στάσεων συμφωνεί με την ανάγκη της διατήρησης ή της αύξησης της αυτοεκτίμησης με την απόδοση χαμηλότερης κοινωνικής θέσης σε ένα άλλο άτομο ή ομάδα. Η παρούσα μελέτη ερεύνησε πια ψυχολογική λειτουργία ήταν πιο επικρατούσα στη δημιουργία των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. (Hugo, 2001)

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας ήταν χωρισμένο σε ερωτήσεις που αφορούσαν τη σχιζοφρένεια και σε ερωτήσεις που αφορούσαν τους καταθλιπτικούς ασθενείς, προκειμένου να διαπιστωθεί η άποψη και οι στάσεις των φροντιστών για αυτές τις ασθένειες. (Hugo, 2001)

Όσον αφορά τη σχιζοφρένεια, όλες οι επαγγελματικές ομάδες πίστεψαν ότι θα υπήρχε κάποιο είδος ανάρρωσης μετά τη λήψη επαγγελματικής βοήθειας. Ωστόσο οι άλλες επαγγελματικές ομάδες ήταν λιγότερο αισιόδοξες για την πρόγνωση από ότι το δείγμα του γενικού

κοινού. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες. Όλες οι ομάδες ανέφεραν ότι το άτομο στη σχιζοφρένεια δεν θα έδειχνε καθόλου βελτίωση ή θα χειροτέρευε εάν δεν δεχόταν επαγγελματική βοήθεια, χωρίς κάποιες σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες. (Hugo, 2001)

Για την κατάθλιψη, όλες οι επαγγελματικές ομάδες ανέφεραν ότι το άτομο θα θεραπευόταν εντελώς ή θα είχε μια ολοκληρωμένη ανάρρωση με προκύπτοντα προβλήματα, εάν δεχόταν επαγγελματική βοήθεια. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην κατανοητή πρόγνωση ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες και το γενικό κοινό. Όλες οι επαγγελματικές ομάδες ανέφεραν ότι χωρίς επαγγελματική βοήθεια, το άτομο δεν θα είχε μια ολοκληρωμένη ανάρρωση και ίσως να είχε επιπλέον προβλήματα. Ωστόσο, όλες οι ομάδες επίσης ανέφεραν μια πρόγνωση μιας μερικής έως ολικής ανάρρωσης με την πιθανή επανεμφάνιση των προβλημάτων. Συγκρίνοντας τη σχιζοφρένεια με την κατάθλιψη όλες οι επαγγελματικές ομάδες ήταν σημαντικά πιο αισιόδοξες σχετικά με την πρόγνωση για το άτομο με την κατάθλιψη, με και χωρίς επαγγελματική βοήθεια. (Hugo, 2001)

Επίσης υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις στάσεις της επαγγελματικής ομάδας απέναντι στα μακροχρόνια αποτελέσματα και για τις δύο διαγνωστικές ομάδες. Για τη σχιζοφρένεια, όλες οι επαγγελματικές ομάδες υπολόγισαν το αποτέλεσμα πιο αρνητικά από ότι το γενικό κοινό, με το ιατρικό προσωπικό να υπολογίζει τα θετικά αποτελέσματα ως πολύ πιο απίθανα από ότι οι νοσοκόμες και το συγγενικό ιατρικό προσωπικό και τα αρνητικά αποτελέσματα ως πολύ πιο πιθανά από ότι οι άλλες επαγγελματικές κατηγορίες. (Hugo, 2001)

Για την κατάθλιψη, οι επαγγελματικές κατηγορίες υπολόγισαν το πιθανό μακροχρόνιο αποτέλεσμα πιο αρνητικά από ότι το γενικό κοινό, με το ιατρικό προσωπικό να υπολογίζει τα αρνητικά αποτελέσματα ως

πολύ πιο πιθανά από ότι έκαναν οι νοσοκόμες και το συγγενικό προσωπικό υγείας. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες στους υπολογισμούς των πιθανών θετικών αποτελεσμάτων για την κατάθλιψη. Όλοι υπολόγισαν τα θετικά αποτελέσματα ως λιγότερο πιθανά για το άτομο στην κατάθλιψη και τα αρνητικά αποτελέσματα ως λιγότερο πιθανά από ότι το άτομο στην σχιζοφρένεια. (Hugo, 2001)

Η συχνότητα επαφής με άτομα κατάθλιψης είχαν σημαντική σχέση με το θετικό αποτέλεσμα για τα άτομα με σχιζοφρένεια. Το γένος του προσωπικού και το φύλο του ατόμου που περιγράφεται στην κατάθλιψη, το εργασιακό περιβάλλον, η εργασιακή εμπειρία, η κατανοητή σημασία του επαγγελματικού ρόλου, η προσωπική εμπειρία με μια παρόμοια ψυχική διαταραχή και η ικανοποίηση της δουλειάς δεν επηρέασαν τις στάσεις. (Hugo, 2001)

Όσον αφορά τώρα τη διάκριση, οι επαγγελματικές ομάδες ανέφεραν ότι η διάκριση ήταν πιο πιθανό να την υποστεί το άτομο με τη σχιζοφρένεια από ότι το άτομο με την κατάθλιψη. Σε σύγκριση με το κοινό οι επαγγελματικές ομάδες θεώρησαν ότι τα άτομα σε κάθε ασθένεια ήταν πιο πιθανό να υποστούν διάκριση εναντίον τους. Στη σχιζοφρένεια, η θεώρηση ότι το άτομο δεν θα διακρινόταν εναντίον σχετίστηκε με μια πιθανότητα αρνητικού αποτελέσματος. (Hugo, 2001)

Για την κατάθλιψη, η πίστη ότι οι ασθενείς και οι φροντιστές περιμένουν πάρα πολλά από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν πιο πιθανό να δημιουργηθεί από το νεότερο προσωπικό. Συνολικά το 34% του προσωπικού συμφώνησε, το 34% διαφώνησε και το 32% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε με τη δήλωση ότι οι ασθενείς και οι φροντιστές περιμένουν πάρα πολλά από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Hugo, 2001)

Η ικανοποίηση της δουλειάς δεν είχε σχέση με την πρόγνωση, τα μακροχρόνια αποτελέσματα ή το εργασιακό περιβάλλον. Το ιατρικό προσωπικό ανέφερε σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση στη δουλειά από ότι το συγγενικό προσωπικό υγείας και το νοσοκομειακό προσωπικό. (Hugo, 2001)

Το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού ανέφερε ότι ο πιο σημαντικός, ή ένας από τους πιο σημαντικούς λόγους για την επικράτηση των απόψεων τους ήταν βασισμένος στις δικές τους εμπειρίες με άτομα που έχουν υποστεί μια ψυχική ασθένεια. Ο δεύτερος σημαντικός λόγος για την επικράτηση των συγκεκριμένων απόψεων ήταν βασισμένες στα πιστεύω των εναγόμενων και στις αξίες σχετικά με τον τρόπο που πρέπει να είναι τα πράγματα και οι λιγότερο σημαντικοί λόγοι ήταν η διατήρηση των μελών της ομάδας ή της φιλίας και η διατήρηση ή η αύξηση της αυτοεκτίμησης. Η ψυχολογική λειτουργία της στάσης δεν είχε σχέση με την πρόγνωση, το μακροχρόνιο αποτέλεσμα, το εργασιακό περιβάλλον ή την επαγγελματική ομαδοποίηση. (Hugo, 2001)

Το κύριο εύρημα από αυτή τη μελέτη ήταν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματικές ομάδες ψυχικής υγείας υπολογίζουν τα μακροχρόνια αποτελέσματα για τα άτομα τα οποία έχουν λάβει θεραπεία για μια διαταραχή ψυχικής υγείας και ότι αυτές οι επαγγελματικές κατηγορίες υπολογίζουν την πρόγνωση και τα αποτελέσματα πιο αρνητικά από ότι το κοινό. Είναι σημαντικό όμως να ληφθεί υπόψη εάν οι πιο αρνητικές στάσεις που κράτησαν οι επαγγελματίες υγείας είχαν κάποια βάση στην πραγματικότητα. Καθώς λοιπόν το προσωπικό έχει περισσότερη επαφή και γνώση σε σχέση με τις διαταραχές ψυχικής υγείας από ότι το κοινό, οι απόψεις τους σχετικά με την πρόγνωση και τα μακροχρόνια αποτελέσματα μπορεί να αντιστοιχούν μια πιο ρεαλιστική αξιολόγηση. Ωστόσο, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρειάζεται να γνωρίζουν ότι οι στάσεις τους μπορεί να



είναι πιο αρνητικές από εκείνες του κοινού και αυτό μπορεί να έχει επίδραση στις προσδοκίες που μεταβιβάζουν στους ασθενείς. (Hugo, 2001)

Παρόλο όμως που οι επαγγελματίες διατηρούν αρνητικές στάσεις σε σχέση με το κοινό γενικά ήταν πιο αισιόδοξοι σχετικά με την πρόγνωση. Όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεώρησαν ότι εάν τα άτομα σε κάθε διαταραχή είχαν λάβει συστηματική βοήθεια θα είχαν επιτύχει μερική έως ολοκληρωμένη θεραπεία. Επιπλέον το επαγγελματικό προσωπικό γενικά συμφώνησε ότι οι καταναλωτές πρέπει να έχουν αυθεντική συμμετοχή στις αποφάσεις σχετικά με την επαγγελματική υπηρεσία που θα δεχθούν. Το εργασιακό περιβάλλον δεν επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τις στάσεις. Το προσωπικό από εργασιακά περιβάλλοντα σε νοσοκομεία και στην κοινότητα είχαν παρόμοιες απόψεις για την πρόγνωση, τα μακροχρόνια αποτελέσματα και το επίπεδο συμμετοχής του καταναλωτή. (Hugo, 2001)

Ο Walter για το ίδιο θέμα αναφέρει ότι οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικές ασθένειες μπορούν να καθυστερήσουν την ανασυγκρότηση της ψυχικής υγείας και συχνά αντιμετωπίζονται από τους καταναλωτές ως στίγμα ή διάκριση. (Hugo, 2001)

Ο Link αναφέρει ότι οι καταναλωτές οι οποίοι διακρίνουν την υποτίμηση ή την απόρριψη από τους άλλους έχουν επίσης δείξει ότι έχουν ένα χειρότερο αποτέλεσμα. (Hugo, 2001)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV**  
**ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ**  
**ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ(BURN OUT)**

**4.1. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ**

Ένα από τα συχνότερα προβλήματα της δουλειάς με χρόνιους ψυχικά ασθενείς είναι αυτό της εξουθένωσης (burn out) των φροντιστών.(Μαδιανός, 2002)

Το σύνδρομο burn out, ή σύνδρομο ολοκληρωτικής εξάντλησης, αποτελεί μια μακροπρόθεσμη αντίδραση στο επαγγελματικό στρες και εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα. Έχει περιγραφεί ως ένα σύνδρομο με πολλές διαστάσεις όπως είναι η εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και το αίσθημα αναποτελεσματικότητας που το χαρακτηρίζουν. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Η συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση που χαρακτηρίζει τα επαγγέλματα που προσβάλλονται συχνότερα από το σύνδρομο, π. χ. νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί κ. α, οδηγεί στη γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων, στον επηρεασμό της ψυχικής και σωματικής υγείας και τελικά, στην εξάντληση. Το αίσθημα αναποτελεσματικότητας οφείλεται στη μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων και αντικατοπτρίζει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του πάσχοντος. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Η αποπροσωποποίηση, αποτελεί έναν τρόπο έκφρασης της επιβαρημένης ψυχολογικής κατάστασης και των έντονων συναισθημάτων που δεν εκδηλώνονται και εκφράζεται με συναισθηματική απομάκρυνση, αδιαφορία, προσβλητική συμπεριφορά

και κυνισμό προς τους ανθρώπους αλλά και προς την εργασία. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Τα αίτια του συνδρόμου, σε γενικές γραμμές, εστιάζονται στη σχέση του ατόμου με την εργασία του και τη χρόνια επίδραση συναισθηματικών και διαπροσωπικών στρεσογόνων παραγόντων στη διαμόρφωση του. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Η δυσαναλογία μεταξύ της συνεισφοράς του ατόμου στην εργασία του και της ανταμοιβής του- οικονομική, ηθική, προοπτικές ανόδου στην επαγγελματική κλίμακα- έχει συσχετισθεί θετικά με το εργασιακό στρες. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Έχει επίσης αποδειχθεί, ότι άτομα με συμπεριφορά τύπου Α, με αυξημένη ανάγκη ελέγχου στην εργασία τους, που εκφράζεται ως ανάγκη για επιβεβαίωση, ανταγωνιστικότητα, ευερεθιστότητα και ικανότητα απόσυρσης από τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπτώματα burn out. Ορισμένοι ψυχίατροι θεωρούν το σύνδρομο μια κλινική μορφή κατάθλιψης, ενώ υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ των δυο οντοτήτων, με τη διαφορά ότι το σύνδρομο burn out επηρεάζει μόνο την επαγγελματική ζωή. Άλλες έρευνες εντοπίζουν μεγαλύτερη επίπτωση του συνδρόμου σε νεαρότερες ηλικίες, γεγονός που αποδίδεται στη συνειδητοποίηση από τους νέους ότι υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες για ιδεώδη επαγγελματική απόδοση και την πολύ λιγότερο ικανοποιητική πραγματικότητα. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Επιβαρυντικούς παράγοντες αποτελούν η μειωμένη κοινωνική αναγνώριση της εργασίας, οι χαμηλές οικονομικές απολαβές, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι ώρες εβδομαδιαίας εργασίας, η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους και ανωτέρους, ενώ όσον αφορά τα ιατρικά επαγγέλματα, μη θεραπεύσιμες νόσοι, η αντιμετώπιση των

απαιτήσεων του ασθενούς και των συγγενών και άλλοι παράγοντες προδιαθέτουν την ανάπτυξη του συνδρόμου. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Το σύνδρομο burn out έχει περιγραφεί ως μια κατάσταση κόπωσης και απογοήτευσης που προκαλείται από την αφοσίωση σε έναν σκοπό, έναν τρόπο ζωής ή μια σχέση που απέτυχε να παράγει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Οι δυσμενείς επιδράσεις του συνδρόμου πρέπει να αποτελέσουν έρεισμα για το σχεδιασμό παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση και κυρίως την πρόληψη του. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Ειδικότερα στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και σε θεραπευτικές κοινότητες έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής εξουθένωσης (burn out). Η εργασία είναι απαιτητική, υπάρχουν κίνδυνοι αυτοκτονίας ή βίας και οι ασθενείς σπάνια πηγαίνουν καλύτερα. Το προσωπικό μπορεί συχνά να αισθανθεί ότι υπάρχει ελάχιστη βελτίωση στους ασθενείς και να απογοητεύεται. (Μαδιανός, 2002)

Σύμφωνα με το πρόσφατο γλωσσάριο της Ψυχικής Εταιρείας πρόκειται για μια αντίδραση στρες, που αναπτύσσεται σε ένα άτομο το οποίο εργάζεται σε έναν τομέα με υψηλές απαιτήσεις. Μεταξύ των συμπτωμάτων παρουσιάζονται: μείωση της απόδοσης στην εργασία, εξουθένωση, ευαλωσιμότητα σε σωματικές ασθένειες, χρήση ηρεμιστικών-οινοπνευματωδών που δρουν ως αγχολυτικά κ. α. Ως άμεση ανάγκη θεωρείται η απομάκρυνση του εργαζομένου από το χώρο που προκαλεί τα φαινόμενα της ψυχικής εξουθένωσης. (Moore, 2003)

## 4.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Γενικές αιτίες του στρες στην εργασία είναι και οι παρακάτω:

- **Τα οργανωτικά προβλήματα:** Η κακή οργάνωση μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη ενοχλητικών καθυστερήσεων στη λήψη αποφάσεων για σημαντικά ζητήματα ή μπορεί να σημαίνει ότι υπάρχει ασάφεια στο ποιος είναι υπεύθυνος για ποιες αποφάσεις. (Fontana, 1993)
- **Η ανεπαρκής υποστήριξη:** Η έλλειψη προσωπικού μπορεί να σημαίνει ότι κάποιοι υπάλληλοι εκτελούν καθήκοντα που δεν σχετίζονται με το επίπεδο εκπαίδευσης τους ή τις ικανότητες τους. Αυτό δημιουργεί ενοχλήσεις αφού από τη μια αισθάνονται ότι υποτιμούνται οι επαγγελματικές τους ικανότητες και από την άλλη δεν μπορούν να αφοσιωθούν σε ένα και μόνο στόχο αλλά συνεχώς διασπάται η προσοχή τους από την κανονική εργασία. (Fontana, 1993)
- **Το παρατεταμένο ωράριο με αντικοινωνικές συνέπειες:** Ένα τέτοιο ωράριο είναι κουραστικό και προκαλεί άγχος. Όταν ο εργαζόμενος εργάζεται σε ρυθμούς πέρα από τους φυσικούς όπως σε νυχτερινές βάρδιες προκαλεί ψυχολογικό στρες. Επίσης το ακανόνιστο ωράριο προκαλεί μια αίσθηση αβεβαιότητας προς τις απαιτήσεις του επαγγέλματος και αδυναμία προγραμματισμού της κοινωνικής του ζωής και ανάπτυξης προσωπικών σχέσεων. (Fontana, 1993)
- **Η χαμηλή θέση στην ιεραρχία, αμοιβή και προοπτικές εξέλιξης:** Άσχετα με την προσωπική μας άποψη για το επάγγελμά μας, είναι σημαντικό η εργασία μας να έχει την ανάλογη κοινωνική αναγνώριση και να μην θεωρείται υποβαθμισμένη. Επίσης θα πρέπει να έχουμε και τις ανάλογες

οικονομικές απολαβές γιατί αυτό δείχνει ότι εκτιμάται πραγματικά αυτό που κάνουμε και βέβαια να υπάρχουν και οι προοπτικές εξέλιξης αφού έτσι αυξάνεται η έννοια της προσωπικής αξίας αλλά και λειτουργεί ως μακροπρόθεσμος στόχος. (Fontana, 1993)

- **Τα περιττά «τυπικά» και εσωτερικές διαδικασίες:** Η εμπλοκή σε περιττές γραφειοκρατικές που θεωρούμε ανώφελες και εφεύρημα κάποιων διοικητικών υπαλλήλων προκαλούν δυσαρέσκεια. Απογοήτευση και δυσφορία μπορεί να προκαλέσουν επίσης και οι πολλές συνεδριάσεις. (Fontana, 1993)
- **Η αβεβαιότητα και ανασφάλεια:** Η ανασφάλεια και η αβεβαιότητα κατέχει υψηλή θέση στον κατάλογο των στρεσογόνων παραγόντων πολλών εργαζομένων. Όταν οι αλλαγές είναι συνεχόμενες και ο εργαζόμενος με κόπο προσπαθεί να προσαρμοστεί σε αυτές τις αλλαγές χωρίς να είναι σίγουρος αν θα τα καταφέρει τότε το ηθικό του σπάει. (Fontana, 1993)

Συγκεκριμένες αιτίες του στρες κατά την εργασία είναι:

- **Ο ασαφής προσδιορισμός του ρόλου:** Ο μη σαφής προσδιορισμός του ρόλου μας στην εργασία δημιουργεί σοβαρά προβλήματα. Για παράδειγμα κατηγορούμαστε για πράγματα που πήγαν στραβά ενώ δεν ξέραμε ότι ήταν δική μας ευθύνη, ή ορισμένοι συνάδελφοι μεταθέτουν τα σφάλματα τους σε εμάς, αρχίζοντας και εμείς να αμφιβάλουμε μήπως ήταν δική μας ευθύνη τελικά. Επίσης όταν δεν γνωρίζουμε σαφώς τις αρμοδιότητες μας δεν μπορούμε να ιεραρχήσουμε τα διάφορα καθήκοντά μας και να ασχοληθούμε ανάλογα με το καθένα. (Fontana, 1993)

- **Η σύγκρουση ρόλων:** Συχνά μέσα στο επάγγελμα παρουσιάζονται ρόλοι ασυμβίβαστοι μεταξύ τους. Αποτέλεσμα είναι η εσωτερική συναισθηματική σύγκρουση, η ενοχή και η αίσθηση ανεπάρκειας. (Fontana, 1993)
- **Οι εξωπραγματικά υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό μας:** Οι εξωπραγματικές προσδοκίες συνδέονται με τον ασαφή προσδιορισμό ρόλων και την σύγκρουση των ρόλων. Επειδή ίσως περιμένουμε πολλά από τον εαυτό μας, προσπαθούμε πολύ σκληρά για να ανταποκριθούμε στις προσδοκίες αλλά είμαστε πάντα απογοητευμένοι από το αποτέλεσμα. Όταν δεν μπορούμε να αντιληφθούμε τα όρια και τους περιορισμούς του πλαισίου στο οποίο εργαζόμαστε, δεν μπορούμε να εκτιμήσουμε την επιτυχία μας και μας λείπει το συναίσθημα του ότι κάναμε σωστά και ολοκληρωμένα μια δουλειά. (Fontana, 1993)
- **Η έλλειψη δυνατότητας επιρροής στη λήψη αποφάσεων:** Η αδυναμία του να επηρεάζουμε καταστάσεις και να συμβάλλουμε και εμείς σε ιδέες και αλλαγές βλάπτει την αίσθηση μας για τη θέση μας και την προσωπική μας ανάπτυξη. Επιπλέον αν αντιλαμβανόμαστε ότι πραγματικά μπορούμε να αλλάξουμε κάποιες προβληματικές καταστάσεις αλλά οι ανώτεροι αδιαφορούν για τις ιδέες μας ή τις επικρίνουν τότε το αρνητικό αυτό συναίσθημα είναι ακόμα πιο ισχυρό. (Fontana, 1993)
- **Οι συχνές συγκρούσεις με ανώτερους:** Οι κακές σχέσεις με τους ανώτερους είναι πιθανή πηγή στρες αφού αυτοί μπορούν άμεσα να επηρεάσουν τις συνθήκες εργασίας μας. Επίσης η μη αναγνώριση και εκτίμηση των προσπαθειών κάποιου από τους ανώτερους του δημιουργεί αίσθηση υποτίμησης,

καταστρέφει την ικανοποίηση από την εργασία και μειώνει τα κίνητρά μας. (Fontana, 1993)

- **Η έλλειψη ποικιλίας ερεθισμάτων:** Το ανθρώπινο μυαλό έχει ανάγκη από το ερέθισμα νέων εμπειριών για να διατηρήσει τη συγκρότηση και τη δημιουργικότητα του. Στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας παρέχεται τέτοιου είδους ποικιλία αλλά και αυτά ακόμη μπορεί να χαρακτηρίζονται από κάποια μονοτονία. Η ρουτίνα αυτή μπορεί να καταλήξει σε ανία και ανελευθερία. (Fontana, 1993)
- **Η κακή επικοινωνία:** Όταν τα κανάλια επικοινωνίας υπολειτουργούν, αποτελεί πηγή στρες. Η αδυναμία σωστής πληροφόρησης και ανταλλαγής πληροφοριών με τους συναδέλφους, λόγω ανεπάρκειας του συστήματος μπορεί να μετατρέψει μια απλή και σύντομη διαδικασία, σε διαδικασία που προκαλεί στρες. (Fontana, 1993)
- **Η διοικητική ανεπάρκεια-Κακή εποπτεία:** Η ανεπαρκής και χωρίς κύρος διοίκηση που δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες των υφισταμένων, δημιουργεί κενό εξουσίας. Τα κενά εξουσίας προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις όπως συγκρούσεις, αδυναμία λήψης αποφάσεων, αυθαίρετη χρήση εξουσίας των ανωτέρων στους υφισταμένους κ. α. (Fontana, 1993)
- **Οι συγκρούσεις με συναδέλφους:** Οι συγκρούσεις συναδέλφων είναι συνηθισμένο φαινόμενο σε κάθε χώρο και οι παράγοντες που τις προκαλούν διάφοροι. Όταν όμως η ατμόσφαιρα είναι βαριά από διαπληκτισμούς, από αντιπαραθέσεις ή αλληλοκατηγορίες πολλοί λίγοι θα μπορούσαν να προσφέρουν ή να σκεφθούν θετικά για τους



συναδέλφους τους ή τελικά για τον εαυτό τους. (Fontana, 1993)

- **Η ανικανότητα ολοκλήρωσης ενός έργου:** Η ικανοποίηση ενός ανθρώπου από την εργασία του συντελείται όταν βλέπει το έργο του ολοκληρωμένο. Όταν αυτό δεν συμβαίνει λόγω της μετακίνησής του από το ένα έργο στο άλλο ή από την μια θέση στην άλλη, μειώνεται η ικανοποίηση του και του δημιουργείται απογοήτευση και πικρία. (Fontana, 1993)

Κάποιες από τις αιτίες στρες στην εργασία που σχετίζονται με συγκεκριμένα καθήκοντα είναι και οι παρακάτω:

- **Οι δύσκολοι πελάτες και υφιστάμενοι:** Σε επαγγέλματα που συνεπάγονται στενή επαφή με κόσμο, είναι ευνόητο ότι υπάρχουν περιθώρια για τριβές και συγκρούσεις. Μάλιστα αν αυτές οι συγκρούσεις δεν είναι αναμενόμενες και δικαιολογημένες τότε επηρεάζουν περισσότερο τους εργαζόμενους. Στην περίπτωση αυτή το αίσθημα της πικρίας είναι χειρότερο γιατί κάνεις ότι μπορείς για να βοηθήσεις τον πελάτη και λογικά περιμένεις μια αναγνώριση από αυτόν. Η στάση που θα κρατήσει σε αυτές τις περιπτώσεις παίζει μεγάλη σημασία. Αν κρατήσεις την ψυχραιμία σου με επαγγελματική στάση, τότε δεν εκφράζεις τα συναισθήματά σου και τις απόψεις σου, αν πάλι χάσεις τον αυτοέλεγχό σου και εκφραστείς όπως νοιώθεις πολύ πιθανό να το μετανιώσεις αργότερα. Σίγουρα είναι ότι φτάνεις σε ένα αδιέξοδο στην αντιμετώπιση δύσκολων πελατών που αυξάνει τα επίπεδα στρες. (Fontana, 1993)
- **Η ανεπαρκής κατάρτιση του προσωπικού:** Οι απαιτήσεις για νέα γνώση και κατάρτιση στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας είναι τόσο μεγάλες ώστε πολλοί εργαζόμενοι να

νοιώθουν ότι η κατάρτισή τους δεν είναι επαρκής για πολλές εργασίες που πρέπει να εκτελέσουν. Συχνά επιπλέον κατάρτιση σε κάποια θέματα είναι αδύνατη ή χρειάζεται πολύ χρόνο και ενέργεια. Είτε λοιπόν θα εξαντλούνται στην προσπάθεια να αντεπεξέλθουν ή θα μένουν πίσω στις εξελίξεις. (Fontana, 1993)

- **Η συναισθηματική εμπλοκή με πελάτες ή υφισταμένους:** Ο καλός επαγγελματίας λέγεται ότι δεν αφήνει τα προσωπικά συναισθήματα να παρέμβουν στην εργασία του. Δεν είναι δυνατόν όμως να μην εμπλέκουμε προσωπικά συναισθήματα κατά την άσκηση του επαγγέλματος μας. Αυτή η εμπλοκή κατά πολλούς μπορεί να προκαλέσει περισσότερο στρες από οτιδήποτε άλλο. (Fontana, 1993)
- **Οι ευθύνες του επαγγέλματος:** Η φύση του επαγγέλματος πολλών ανθρώπων απαιτεί καθημερινά σχεδόν τη λήψη αποφάσεων οι οποίες άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν τις τύχες κάποιων άλλων ανθρώπων. Αυτό δημιουργεί αυξημένες ευθύνες από αυτόν που ασκεί το επάγγελμα, ειδικά αν αντιμετωπίζει το πρόβλημα με το ίδιο ενδιαφέρον και ανησυχία που το βλέπει ο ίδιος ο πελάτης. Επακόλουθο είναι να δημιουργείται ένταση και στρες το οποίο έχει σαν συνέπεια ο επαγγελματίας στο τέλος να εξαντλείται και να μην μπορεί να συγκεντρωθεί στα προβλήματα των πελατών και να τους παρέχει την αναγκαία υποστήριξη. (Fontana, 1993)
- **Η ανικανότητα για αποτελεσματική βοήθεια ή δράση:** Όταν δεν επιτυγχάνουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα παρόλη την προσπάθεια μας, στο επάγγελμα μας, τότε δοκιμάζουμε το αίσθημα ανικανότητας και επαγγελματικής αποτυχίας. Επίσης μπορεί να νοιώσουμε και σε προσωπικό επίπεδο το

συναίσθημα της αποτυχίας. Τέτοιου είδους αμφιβολίες μπορεί να έχουν να κάνουν με εξωπραγματικές επαγγελματικές προσδοκίες, και ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες. (Fontana, 1993)

### **4.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ**

Οι προσπάθειες για πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου πρέπει να στηριχθούν σε μια ανθρωποκεντρική λογική που να βασίζεται στη δημιουργία προγραμμάτων και ομάδων στήριξης και να στοχεύει στην διατήρηση μιας ισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας και την ανταμοιβή του εργαζόμενου. Η ελάττωση των ωρών εργασίας, ο επανασχεδιασμός των προγραμμάτων εργασίας, η ηθική επιβράβευση του εργαζόμενου, η ανάθεση εργασίας ανάλογης με τις ικανότητες του καθένα αποτελούν παρεμβάσεις που θα εξυπηρετήσουν αυτό το στόχο. Σημαντικός είναι και ο ρόλος της εκπαίδευσης των εργαζομένων ως προς τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να χειρίζονται τις στρεσογόνες καταστάσεις και να αντιμετωπίζουν αισθήματα όπως η οργή, η ενοχή και ο θρήνος, ενώ ειδική ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να είναι διαθέσιμη, όταν κρίνεται απαραίτητη. (Δρίτσας και Μουρτζούκου, 2004)

Η πρόληψη της ψυχικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται με την κατάλληλη οργάνωση των συνθηκών εργασίας π.χ. ευελιξία στο ωράριο, παροχές εκπαιδευτικών ή μη αδειών, παροχή επιστημονικών ενισχύσεων(feed-back), εναλλαγή στους χώρους εργασίας κ.α. (Μαδιανός, 2002)

Το μεγαλύτερο ερευνητικό πρόγραμμα, αναφορικά με την εξουθένωση των νοσηλευτών, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι υπήρχε μια σημαντική έλλειψη ισορροπίας μεταξύ των επιπλήξεων και των επιβραβεύσεων. Είναι σημαντικό να επιδιώκεται η ανάπτυξη ενός μη ενοχοποιητικού περιβάλλοντος, ώστε το προσωπικό να μπορεί να αναλάβει την ευθύνη και να του επιτρέπεται να κάνει λάθη. (Moore, 2003)

Η διατήρηση μιας ισορροπίας στη ζωή είναι πάντα σημαντική. Τα πράγματα που το προσωπικό θεωρεί ότι το χαλαρώνουν, είναι εξίσου

σημαντικά με την εργασία που κάνει. Εάν το προσωπικό ή το άτομο εξουθενωθεί δεν θα είναι ικανό να εργαστεί και θα πρέπει να διακόψει για κάποιο χρονικό διάστημα ή να αλλάξει μονάδα. (Moore, 2003)

Η επαγγελματική εξουθένωση όμως έχει ασφαλώς σχέση και με τις ματαιώσεις που προκαλεί η στασιμότητα ή οι παλινδρομικές κινήσεις στην κοινωνικοποίηση των ασθενών. Σε ένα βαθύτερο επίπεδο όμως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι προέρχεται από το αίτημα του χρόνιου ασθενούς για μια συμβιωτική σχέση με το προσωπικό ως απάντηση στην τεράστια δυσχέρειά του στην αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων μιας πιο αυτόνομης ζωής. Το αίτημα αυτό εκφράζεται ως συνεχής και εξαντλητική πίεση για παραβίαση ορίων, όπως του χώρου, του χρόνου, των αρμοδιοτήτων και της στοχοθεσίας. (Moore, 2003)

Σε δομές τώρα όπως οι ξενώνες, η εγκατάσταση συναισθηματικής σχέσης μεταξύ φροντιστών και ασθενών, η υπευθυνοποίηση των ασθενών και το θεραπευτικό συνεχές, παρέχουν στον ασθενή την δυνατότητα υγιών ταυτίσεων. Οι ικανοποιήσεις που θα πάρουν οι φροντιστές από την εργασία τους, η εποπτεία της θεραπευτικής ομάδας και η φροντίδα για την αποφυγή της εξουθένωσης των φροντιστών είναι καταστάσεις οι οποίες μπορούν να προλάβουν την ανάπτυξη αυτού του φαινομένου. (Moore, 2003)

Ο ρόλος της ομάδας είναι σημαντικός στην υποστήριξη του μέλους που αισθάνεται την ψυχική εξουθένωση. Έτσι γίνονται συναντήσεις του προσωπικού, οι οποίες έχουν ως στόχο να εκφραστούν συναισθήματα και να μοιραστούν τυχόν ανησυχίες. (Μαδιανός, 2002)

Στις συναντήσεις αυτές επίσης υπάρχει η δυνατότητα του προσωπικού να μιλήσει με έναν πεπειραμένο επαγγελματία. (Μαδιανός, 2002)

Για να υπάρχει όμως ένα υποστηρικτικό κλίμα για το προσωπικό θα πρέπει να γίνει και προσπάθεια για την ανάπτυξη ενός περιβάλλοντος στο

οποίο ο ένας να ανταμείβει τον άλλο, π. χ εργάζεσαι σωστά με εκείνο τον ασθενή. (Μαδιανός, 2002)

Απαραίτητη προϋπόθεση για την καταπολέμηση του φαινομένου αυτού αποτελεί η επαρκής και σωστή εκπαίδευση των φροντιστών. (Moore, 2003)

Έτσι παρουσιάσαμε συνοπτικά αυτό το φαινόμενο της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης των φροντιστών που είναι πολύ έντονο και εμφανίζεται πολύ συχνά κατά τη διάρκεια της εργασίας τους με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

#### **5.1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ**

Μια από τις βασικότερες αρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης θεωρείται η δημιουργία νέων στελεχών ψυχικής υγείας με μια εξειδικευμένη εκπαίδευση και κατάρτιση. (Λιάκος, 1995)

Όμως πολλά από τα προβλήματα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα συνδέονται με την ελλιπή εκπαίδευση των στελεχών ψυχικής υγείας. (Λιάκος, 1995)

Ένα από τα προβλήματα αυτά εντοπίζεται στην έλλειψη σχολών ψυχιατρικής νοσηλευτικής όπου θα εκπαιδεύονταν οι νοσηλευτές των δομών. Στις Ευρωπαϊκές χώρες οι νοσοκόμοι που θα εργαστούν σε ψυχιατρεία ή μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, έχουν τουλάχιστον δύο χρόνια ψυχιατρικής εκπαίδευσης και πρακτικής εξάσκησης επιπλέον από τα έτη σπουδών στην γενική νοσηλευτική. (Λιάκος, 1995)

Η δημιουργία λοιπόν και εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού το οποίο θα διαθέτει τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις που απαιτούνται για την υλοποίηση της περίθαλψης στην κοινότητα έχει μεγάλη βαρύτητα. Σημαντικές αλλαγές πρέπει να γίνουν στην στάση του προσωπικού, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η ψυχική υγεία και ασθένεια αποτελούν ένα συνεχές και ότι οι ανάγκες των ασθενών δεν καλύπτονται με την πρόληψη της θεραπείας της ψυχικής διαταραχής, αλλά χρειάζεται επίσης φροντίδα για την κάλυψη των αναγκών διαβίωσης, επανεκπαίδευση για την επανάκτηση των χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενή και εκπαίδευση για την επαγγελματική του αποκατάσταση. (Λιάκος, 1995)

Η αναθεώρηση αυτή των στάσεων και οι πρακτικές που προκύπτουν από αυτή απαιτούν την ισότιμη συνεργασία επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται στα πλαίσια της ψυχιατρικής ομάδας. Η κατανομή των ρόλων και υπευθυνοτήτων γίνεται με κριτήριο τις ανάγκες του ασθενή και την εξειδίκευση του επαγγελματία ψυχικής υγείας. (Λιάκος, 1995)

Εκτός όμως από τις απαιτούμενες γνώσεις το προσωπικό πρέπει να αποκτήσει τις δεξιότητες για επιτέλεση διαφόρων πράξεων, όπως και την κατάλληλη στάση και φιλοσοφία που απαιτεί η υλοποίηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Οι δεξιότητες και στάσεις αποκτώνται με μηχανισμούς ταύτισης και μίμησης προτύπου. Σαν πρότυπο χρησιμεύουν τα κατάλληλα εκπαιδευμένα ηγετικά πρόσωπα και η εκπαίδευση γίνεται μέσα από την καθημερινή πρακτική (in service training). Έτσι, η ανάπτυξη του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού συναρτάται απολύτως με την λειτουργία των σύγχρονων δομών περίθαλψης που λειτουργούν με τις αρχές και τη φιλοσοφία της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και απαιτεί σημαντικό χρόνο. (Λιάκος, 1995)

Ο νέος τρόπος λειτουργίας λοιπόν απαιτεί την περαιτέρω γνωστική κατάρτιση, καθώς και μια διαφοροποιημένη στάση και νοοτροπία των ειδικών της ψυχικής υγείας. Προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία επεξεργασίας των θέσεων και των αρχών (θεωρία), καθώς και της κλινικής πράξης (πρακτική). Πρόκειται για έναν τύπο εκπαίδευσης που κατά ένα σημαντικό μέρος του αποκτάται στην πράξη, στα πλαίσια μιας βιωματικής εμπειρίας στις δομές του τομέα. Η βασική εκπαίδευση των στελεχών (Ψυχιάτρων, Νοσηλευτών, Κοινωνικών Λειτουργών κ.τ.λ.) παλαιών και νέων, οφείλει να είναι προσανατολισμένη προς τις νέες πρακτικές και το διαφορετικό τρόπο λειτουργίας των νέων υπηρεσιών. (Lemperiere, 1995)



Πέραν των στελεχών της θεραπευτικής ομάδας του τομέα, η εκπαίδευση αφορά στην ευαισθητοποίηση και άλλων επαγγελματιών υγείας όπως είναι οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων(Νευρολόγοι, Οδοντίατροι κ.τ.λ.), οι γενικοί γιατροί, οι γιατροί εργασίας, οι αγροτικοί ιατροί καθώς και οι φοιτητές της ιατρικής, οι οποίοι οφείλουν να έχουν γνώση και να επισημαίνουν πιθανά προβλήματα στην ομάδα. Η εκπαίδευση τους μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. (Lempriere, 1995)

Ένα άλλο ουσιαστικό κεφάλαιο της εκπαίδευσης αποτελεί η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικότερου πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. Η αγωγή κοινότητας σε σχέση με την ψυχική νόσο οφείλει να αφορά στην εκπαίδευση και κατάρτιση επιμέρους ομάδων του πληθυσμού, π.χ δάσκαλοι, αστυνομικοί κ.τ.λ., προκειμένου να επιτευχθεί καταρχήν μια διαφοροποιημένη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο. Επιπλέον, ως ουσιώδες και αναπόσπαστο κομμάτι της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης η αγωγή κοινότητας έχει ως στόχο τη συμβολή των μελών της στο έργο της πρόληψης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών είτε σε εθελοντική βάση, είτε στα πλαίσια των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων. (Lempriere, 1995)

Έτσι η απόκτηση γνώσεων με τη μορφή σεμιναρίων, μαθημάτων, ομάδων εργασίας κ.τ.λ. δεν είναι αρκετή για την αποτελεσματική εκπαίδευση του προσωπικού. Εξίσου απαραίτητα με τα ανωτέρω, είναι η απόκτηση δεξιοτήτων για την εφαρμογή δραστηριοτήτων που απαιτούνται σε έναν πλήρως λειτουργούντα ψυχιατρικό τομέα, περισσότερο όταν ασχολείται με ψυχωτικούς ασθενείς. (Lempriere, 1995)

Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν την ικανότητα εργασίας με την οικογένεια του αρρώστου, την αποτελεσματική επικοινωνία με την κοινότητα με στόχο την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση

των ασθενών, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στο σπίτι του ασθενή, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς και την οικογένειά τους στο στάδιο της υποτροπής, τη δημιουργία κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένειά του και πολλές άλλες δεξιότητες που αποκτώνται μόνο με την εμπειρία και σε έναν πλήρως λειτουργούντα ψυχιατρικό τομέα. (Lempriere, 1995)

Η εκπαίδευση επομένως του προσωπικού, είναι πλήρως συναρτημένη με την λειτουργία των τομέων. Οι ανωτέρω δεξιότητες απαιτούν και την αλλαγή φιλοσοφίας και στάσης του προσωπικού απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του, όπως επίσης και στη φύση της ψυχικής διαταραχής. Στερεότυπα όπως αυτά που περιλαμβάνονται στο τρίπτυχο του στιγματισμού των αρρώστων, δηλαδή του ανίατου της ασθένειας και της επικινδυνότητας των ασθενών και της ανευθυνότητας τους, εμποδίζουν την απόκτηση των παραπάνω δεξιοτήτων και είναι ασύμβατα με τις δραστηριότητες της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η αντίληψη επίσης ότι το προσωπικό και οι φροντιστές αναλαμβάνουν την ευθύνη για τους ασθενείς τους, θα πρέπει να αφορά μόνο τον τομέα του θεραπευτικού σχεδίου, που πρέπει να γίνεται ατομικά για κάθε ασθενή. (Lempriere, 1995)

Για να μπορέσουν λοιπόν οι ασθενείς να λειτουργήσουν στην κοινότητα θα πρέπει βαθμιαία να αναλάβουν οι ίδιοι τις ευθύνες για την καθημερινή τους λειτουργία μέσα σ' αυτή και την διαβίωση τους στις στεγαστικές δομές αποκατάστασης. (Lempriere, 1995)

## **5.2. ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Σχετικά με τα αντιμεταβιβαστικά προβλήματα που γεννά η ψύχωση ανεκπαίδευτοι ψυχαναλυτικά φροντιστές, αναρωτιούνται αν μπορούν να αντέξουν τη διαδικασία της θεραπείας ψυχώσεων αν δεν έχουν προσωπική ανάλυση ή ακόμη αν μπορούν χωρίς προσωπική ανάλυση, χωρίς θεωρητικά σεμινάρια και χωρίς εποπτείες να ολοκληρώσουν μια θεραπεία ψυχαναλυτική ψυχωτικού ατόμου. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Αυτά είναι σημαντικά ερωτήματα, τα οποία απαντώνται και περιορίζονται στην ταυτότητα και στο Υπερεγώ του κάθε φροντιστή, στην ανάγκη προσωπικής του ανάλυσης και τα παραπάνω σε συνάρτηση με την εκπαίδευσή του. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Επίσης θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς κατά πόσον είναι δυνατόν να εργαστούν θεραπευτικά με ψυχωτικούς ασθενείς άτομα τα οποία δεν έχουν μια υψηλή παιδεία και εκπαίδευση. Το ερώτημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία αν αναλογιστεί κανείς τις συχνότερες περιπτώσεις, όπου η ψυχωτική παθολογία των ασθενών συναντά κενά στην προσωπικότητα των φροντιστών. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Μέσω των προβλητικών ταυτίσεων για παράδειγμα, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που έχουμε διαστροφικές ή σεξουαλικές ή επιθετικές συμπεριφορές ατόμων που εργάζονται με ψυχωτικούς ασθενείς. Αυτού του τύπου οι συμπεριφορές έχουν έναν αμιγώς ασυνείδητο χαρακτήρα, δηλαδή τα κίνητρά τους δεν είναι ποτέ προμελετημένα ή προκαθορισμένα. Ενεργοποιούνται μέσα από βαθύτατες εσωτερικές ανάγκες κατά την άσκηση των εργασιακών τους καθηκόντων, προκειμένου να καλυφθούν δικά τους κενά. Σε διαφορετική περίπτωση τα κενά αυτά θα μπορούσαν να τους οδηγήσουν σε ψυχική κατάρρευση. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Έτσι ο κάθε φροντιστής πρέπει να υιοθετήσει ένα δικό του μοντέλο, έναν ψυχονοητικό θεσμό, προκειμένου να μπορεί να γίνει μια άκαμπτη φυλακή που θα εμποδίζει να εισβάλλουν ή να εμφανίζονται τέτοιου είδους δυσκολίες κατά την θεραπεία. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

### **5.3. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναφέρεται ουσιαστικά στην άσκηση της ψυχιατρικής στην κοινότητα και χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Ακολουθεί ως προς την οργανωτική αλλά και την θεραπευτική ης διάσταση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Ασκείται μέσα στην κοινότητα και χρησιμοποιεί τις δυνάμεις και δυνατότητες της κοινότητας. (Γεωργιάδης, 2003)
- Βρίσκονται σε άμεση συνάφεια με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη. Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Είναι επίσης ερευνητικά αποδεδειγμένη η μεγάλη υπεροχή της πρόληψης ως αποτελεσματικότητα και οικονομία σε σχέση με την εκ των υστέρων διαχείριση. Αποτελεί επομένως προτεραιότητα η εκπαίδευση στην οργάνωση ενός δικτύου πρωτοβάθμιας πρόληψης σε συνεργασία με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, τις δομές πρόνοιας, τις διοικητικές και κοινοτικές δομές. (Γεωργιάδης, 2003)
- Πρόκειται για μια συλλογική και συμπληρωματική εργασία που χαρακτηρίζεται πέραν των ιδιαιτεροτήτων της κάθε ειδικότητας, από τη συμβολή όλων των ειδικών που συνεργάζονται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας. Ο κάθε ειδικός συνεισφέρει τις γνώσεις του στην ομάδα και η λειτουργία του κάθε κέντρου οργανώνεται με άξονα τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας. (Γεωργιάδης, 2003)
- Προϋπόθεση για το χειρισμό κάθε περίπτωσης αποτελεί η βασική γνώση της ψυχοπαθολογίας. Η ολοκλήρωση της διάγνωσης και η θεραπευτική επιλογή αποτελεί προϊόν ομαδικής διεργασίας παρότι

παραδοσιακά το βάρος πέφτει στον ψυχίατρο και στον ψυχολόγο της ομάδας. (Γεωργιάδης, 2003)

## 6.1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η κοινωνική έρευνα είναι μια επιστημονική διαδικασία με στόχο την έγκυρη και αξιόπιστη διερεύνηση των ανθρώπινων και κοινωνικών πραγμάτων με απώτερο σκοπό τη μεγιστοποίηση της γνώσης γι' αυτά. (Cohen)

Ο γενικός στόχος της μελέτης μας ήταν να διερευνήσουμε τις στάσεις των φροντιστών για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς στο θεραπευτικό περιβάλλον των στεγαστικών μονάδων αποκατάστασης.

Η σημαντικότητα της έρευνας μας στηρίζεται σε δυο λόγους που αφορούν i) την έλλειψη συστηματικών ελληνικών μελετών για το συγκεκριμένο θέμα και ii) τη νεωτερικότητα του θέματος σχετικά με την διερεύνηση στάσεων των φροντιστών για τη χρόνια ψυχική νόσο στο θεραπευτικό περιβάλλον στεγαστικών μονάδων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών.

**Ειδικότερα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε τη γνώση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τη χρόνια ψυχική νόσο και εάν πιστεύουν ότι μπορούν να βοηθήσουν στην αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά ασθενών, πως αισθάνονται όταν εργάζονται με χρόνιους ψυχικά ασθενείς, πως συμβάλλουν οι φροντιστές στην οργάνωση, τη δομή και τη λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος του ξενώνα και ποια είναι η συμπεριφορά τους απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.**

Οι *ερευνητικές υποθέσεις* στις οποίες βασιστήκαμε για να εξάγουμε τους παραπάνω ειδικούς στόχους της έρευνας είναι οι εξής:

- Οι δυσκολίες που προκύπτουν στην ομάδα αποκατάστασης μεταξύ των φροντιστών, προέρχονται από φροντιστές οι οποίοι εργάζονταν σε άλλους κλινικούς τομείς, γιατί μπορεί να τηρούσαν μια αρνητική στάση προς τους μακροχρόνιους ασθενείς η οποία είχε

αντανάκλαση στο ίδιο το προσωπικό και στα συστήματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών. (Dankley και συν., 1998)

- Τα προβλήματα προκύπτουν, όταν οι ασθενείς εκδηλώνουν άσχημη συμπεριφορά και γι' αυτό μπορεί να προκληθεί μεγάλη σύγκρουση μεταξύ προσωπικού και ασθενών, ακόμα κι αν η θεραπευτική ομάδα ακολουθεί το ατομοκεντρικό μοντέλο το οποίο είναι προσανατολισμένο στους ασθενείς- ενοίκους. (Hill, 1998)
- Το υψηλά και χαμηλά εκφραζόμενο συναίσθημα των φροντιστών επιδρούν στη συμπεριφορά του προσωπικού, όταν τα μέλη του αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς. (Moore και συν., 1998)
- Οι περιπτώσεις διαστροφικών, σεξουαλικών ή επιθετικών συμπεριφορών των ατόμων που εργάζονται με ψυχωτικούς ασθενείς οφείλονται σε κενά που υπάρχουν στην εκπαίδευση των φροντιστών. (Μαούτσος, 2003)
- Το φαινόμενο του burn out των φροντιστών όπου το προσωπικό μπορεί συχνά να αισθανθεί ότι υπάρχει ελάχιστη βελτίωση στους ασθενείς και να απογοητεύεται. (Moore, 2003)
- Όταν το προσωπικό θεωρεί ότι παίρνει μέρος στη λήψη αποφάσεων, κρατά αισιόδοξη στάση για τα πιθανά κατορθώματα των ασθενών και εκδηλώνονται υψηλά επίπεδα θετικών αλληλεπιδράσεων με τους ασθενείς. (Garety και Morris, 1984)
- Ο σχεδιασμός των λεπτομερών ατομικών προγραμμάτων των ασθενών τα οποία καθορίζουν τις ανάγκες και τις



καθημερινές συνήθειες για κάθε ασθενή, οδηγούν στην τμηματική θεραπεία των ασθενών και την αυστηρή οργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος. (Garety και Morris, 1984)

- Το προσωπικό που κατέχει το μεγαλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης και ειδίκευσης είναι πιο πιθανό να επικοινωνεί συχνά με τους ασθενείς απ' ότι το υπόλοιπο προσωπικό στο περιβάλλον των μονάδων αποκατάστασης. (Garety και Morris, 1984)
- Το θετικά εκφραζόμενο συναίσθημα των φροντιστών έχει άμεση σχέση με τα επίπεδα λειτουργικότητας των ασθενών και τα επίπεδα θετικής επικοινωνίας των φροντιστών με τους ασθενείς. (Van Audenhove και Van Humbeeck, 2003)

## 6.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος της έρευνας είναι η συνολική προσέγγιση που επιλέγεται και ακολουθείται για τη διερεύνηση, την ανάλυση, την οργάνωση ενός θέματος και τη δημιουργία ή κατασκευή ενός αντικειμένου. Η μέθοδος αφενός περιέχει βασικές θεωρητικές επιλογές που απαντούν στο τι θέλω να διερευνήσω, με ποιο απώτερο σκοπό καθώς και ποια θα είναι η χρήση των αποτελεσμάτων, αφετέρου επιλογές που αφορούν τα μέσα και τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διαδικασία. Παρουσιάζεται με τη μορφή συγκεκριμένων βημάτων και κανόνων, οι οποίοι δίνουν τη δυνατότητα του εκ των υστέρων ελέγχου τόσο της διαδικασίας που ακολουθήθηκε όσο και του αποτελέσματος.

Στην παρούσα μελέτη η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε για τις ανάγκες της έρευνας μας είναι η **επισκόπηση**. Πρόκειται για την πλέον διαδεδομένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη μέθοδο. Ακολουθεί αυστηρούς κανόνες σχεδιασμού και οργάνωσης και κυρίως επιλογής του δείγματος της έρευνας. Προσφέρει μεγάλο βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας και διευκολύνει στη γενίκευση των συμπερασμάτων της έρευνας.(Cohen)

Εφαρμόζεται κυρίως σε έρευνες μεσαίου ή μεγάλου μεγέθους με σχετικά μεγάλο δείγμα. Προσφέρει τη δυνατότητα έγκυρης περιγραφής μιας κατάστασης, αλλά και συσχετισμού μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών που ο ερευνητής εξετάζει. Τα δεδομένα που ο ερευνητής συλλέγει έχουν συχνά ποσοτικό χαρακτήρα ή είναι εύκολο να ποσοτικοποιηθούν προκειμένου να γίνει η επεξεργασία τους. (Cohen)

Χρησιμοποιεί ως εργαλεία της κυρίως το ερωτηματολόγιο και τη συνέντευξη. Με τη μέθοδο αυτή είναι δύσκολο να αποκτηθεί σε βάθος γνώση για κάποια θέματα κυρίως γι' αυτά που δεν είναι μετρήσιμα ή δεν είναι εύκολο να κωδικοποιηθούν με τη μορφή αριθμών. (Cohen)

Η επισκόπηση είναι μια περιγραφική μέθοδος. Η συλλογή των δεδομένων γίνεται σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο με σκοπό να περιγράψει τη φύση υπαρχόντων συνθηκών ή να εντοπίσει σταθερές με βάση τις οποίες να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα. Έχει διάφορους βαθμούς πολυπλοκότητας από απλές μετρήσεις συχνότητας μέχρι ανάλυση σχέσεων, επίσης παίζει ρόλο η έκταση που καλύπτουν δηλαδή μεγάλης ή μικρής κλίμακας. (Cohen)

Η συνολική διάρκεια της έρευνας μας ήταν περίπου έξι μήνες, από αρχές Σεπτεμβρίου 2004 έως αρχές Μαρτίου 2005.

Με βάση τώρα τη μέθοδο της επισκόπησης χωρίσαμε την έρευνα μας σε δύο φάσεις, την προκαταρκτική και την διεξαγωγή της έρευνας.

Κατά την προκαταρκτική φάση της έρευνας είχαμε την τηλεφωνική επικοινωνία με τους προϊσταμένους των ξενώνων για να τους ενημερώσουμε για την έρευνα την οποία κάνουμε και για το εάν δέχονται να τους επισκεφθούμε.

Αμέσως μετά επισκεφθήκαμε τους ξενώνες και πληροφορηθήκαμε για το επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό καθώς και για την οργάνωση των ξενώνων.

Από τις προσωπικές συζητήσεις που είχαμε με τις προϊσταμένες των ξενώνων και μέσα από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων, σχηματίσαμε την γνώμη ότι πρώτα από όλα οι ειδικότητες που δεν είναι ελλιπής από κάθε ξενώνα είναι του Νοσηλευτή - Νοσηλεύτριας Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και του Βοηθητικού μέλους ενώ σε μικρότερο βαθμό καλύπτονται οι θέσεις των Ψυχιάτρων, Ψυχολόγων, Κοινωνικών Λειτουργών, Εργοθεραπευτών και Επισκεπτριών Υγείας, στοιχείο που μας επιτρέπει να επισημάνουμε τις ελλείψεις στο δυναμικό του ειδικευόμενου προσωπικού στους περισσότερους ξενώνες.

Ενημερωθήκαμε επίσης ότι κανένας ξενώνας δεν είχε πρόβλημα με την «κοινότητα». Οι κοινότητες βοηθούσαν πολύ τους ξενώνες και μάλιστα, σε αρκετούς ξενώνες υπάρχει εθελοντική ομάδα από την κοινότητα που υποστηρίζει τους ασθενείς και συμμετέχει στις ομάδες δημιουργικής απασχόλησης.

Στην έρευνα όμως αντιμετωπίσαμε αρκετές δυσκολίες έως τη διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους φροντιστές.

Οι προϊστάμενοι των ξενώνων μας ενημέρωσαν ότι δεν θα μπορούσαν να μας συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια αν δεν είχαμε την ειδική άδεια από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της περιοχής ή Ψυχιατρικό Τμήμα των Νοσοκομείων στα οποία υπάγονται. Αυτό συνέβη για το λόγο ότι οι φροντιστές προφύλασσαν τα ατομικά δικαιώματα των ασθενών και το απόρρητο του επαγγέλματος. Έτσι τους σεβαστήκαμε απόλυτα και ενεργήσαμε σύμφωνα με τις υποδείξεις τους. Η αμέσως επόμενη ενέργεια μας ήταν να επισκεφθούμε τα αντίστοιχα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και Ψυχιατρικά τμήματα των Νοσοκομείων των περιοχών και ζητήσαμε την ειδική αυτή άδεια. Η διαδικασία αυτή άρχισε από μέσα Οκτωβρίου έως τέλος Νοεμβρίου.

Κατά την κύρια φάση όπου διεξήχθη και η έρευνα μας αντιμετωπίσαμε αρκετά προβλήματα.

Αρχές Δεκεμβρίου επισκεφθήκαμε πλέον τους ξενώνες και οι φροντιστές άρχισαν να συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια. Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν χρονοβόρα. Αυτό οφείλονταν στο γεγονός ότι πολλοί φροντιστές έλλειπαν με άδεια ενώ κάποιοι άλλοι αρνήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια για προσωπικούς τους λόγους. Αυτή η αντίδραση για εμάς αποτελεί μία στάση. Κάποιοι άλλοι φροντιστές προσπαθούσαν να αποφύγουν την συμπλήρωση με την αιτιολόγηση ότι δεν είχαν χρόνο ενώ άλλοι δεν συμφωνούσαν με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου γιατί ένιωθαν ότι τους προσβάλλει ως επαγγελματίες με αποτέλεσμα ο ένας ξενώνας από τους επτά να αρνηθεί να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν τελικά αρχές Φεβρουαρίου.

Αμέσως μετά ακολούθησε η ποσοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Όλη αυτή η διαδικασία διήρκησε έως αρχές Μαρτίου.

### 6.2.2. Εργαλείο – Δείγμα

Το εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο. Επιλέξαμε το ερωτηματολόγιο γιατί θεωρείται βασικό μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στο συνεντευκτή και τον ερωτώμενο και αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων στα προβλήματα για τα οποία ζητούνται οι πληροφορίες. Επίσης το ερωτηματολόγιο μπορεί να καλύψει μόνο περιορισμένους τομείς, να χρησιμοποιηθεί για γεγονότα και να καλύψει απαντήσεις που δεν έχουν διφορούμενο νόημα ή δεν ερευνούν πολύπλοκα προβλήματα συμπεριφοράς ή γνώμης. (Cohen)

Το ερωτηματολόγιο μας το διαμορφώσαμε έτσι ώστε να είναι ευανάγνωστο και διατυπωμένο με διαύγεια. Οι ερωτήσεις του ήταν ξεκάθαρες και απλά διατυπωμένες και οι οδηγίες συμπλήρωσης του σαφείς. Απαρτιζόταν από είκοσι (20) ερωτήσεις και αποτελούνταν από δυο μέρη τα οποία ήταν οι πραγματικές ερωτήσεις, στις οποίες καλύφθηκαν ερωτήματα σχετικά με την ηλικία του ερωτώμενου, το φύλο, την ειδικότητα και τον χρόνο εργασίας του στο ξενώνα. Το δεύτερο μέρος αφορούσε ερωτήσεις που αναφέρονταν σε κριτήρια επιλογής, δηλαδή σε ερωτήματα που οι απαντήσεις τους ήταν ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Επίσης στο ερωτηματολόγιο υπήρξε ένας αριθμός προκατασκευασμένων ερωτήσεων, όπου ο ερωτώμενος έπρεπε να επιλέξει την απάντησή του, ανοιχτές ερωτήσεις, που είχαν σαν στόχο τη λήψη γνώμης των ειδικών πάνω σε ένα θέμα και κλειστές ερωτήσεις στις οποίες ο ερωτώμενος έπρεπε να απαντήσει με ένα ΝΑΙ ή ένα ΟΧΙ. Το περιεχόμενο του καθορίστηκε από το αντικείμενο της έρευνας και όχι από τις ανάγκες του υποκειμένου της έρευνας. Επίσης συμπεριλάμβανε ερωτήσεις που προσέλκυαν το γενικό ενδιαφέρον.

Σαν πρώτη φάση λοιπόν καθορίστηκε το αντικείμενο της έρευνας, το περιεχόμενό της, δηλαδή επιλέξαμε όλα τα επιμέρους θέματα που πρέπει να μελετηθούν και ο χαρακτήρας των δεδομένων που πρέπει να συγκεντρωθούν δηλαδή οι πληροφορίες που πρέπει να παρέχουν οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις ήταν βασισμένες πάνω στη θεωρία που είχαμε μελετήσει για το συγκεκριμένο θέμα.

Όταν λέμε πληθυσμό- στόχο μιας έρευνας εννοούμε το σύνολο εκείνο των ανθρώπων ή αντικειμένων για χάρη των οποίων γίνεται η έρευνα. Ο πληθυσμός –στόχος δεν συμμετέχει ολόκληρος στην έρευνα. Από αυτόν επιλέγεται το δείγμα στο οποίο υλοποιείται η έρευνα. Συχνά στις κοινωνικές επιστήμες δεν γνωρίζουμε το ακριβές αριθμητικό μέγεθος της έρευνας. Έτσι προσδιορίσαμε με σαφήνεια τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της έρευνας, οριοθετήσαμε και διαφοροποιήσαμε τον πληθυσμό από τους άλλους ενδεχομένως παρόμοιους πληθυσμούς οι οποίοι δεν ενδιαφέρουν τη συγκεκριμένη έρευνα. (Cohen)

Ο πληθυσμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε στεγαστικές μονάδες αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Όταν αναφερόμαστε στο δείγμα μιας έρευνας είναι το μέρος εκείνο του πληθυσμού, το οποίο συμμετέχει στην έρευνα. Το δείγμα το επιλέγουν με διάφορες στατιστικές μεθόδους οι οποίες ονομάζονται μέθοδοι δειγματοληψίας. Το δείγμα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στον οποίο αφορά η έρευνα, να έχει δηλαδή τα ίδια ποιοτικά χαρακτηριστικά με αυτόν. Επίσης το μέγεθος του δείγματος πρέπει να είναι τέτοιο που να ενισχύει την εγκυρότητα της έρευνας. (Cohen)

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αφορούσε 90 επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονταν σε μεταβατικές δομές αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών και επιλέχθηκε με βάση την τυχαία δειγματοληψία. Συγκεκριμένα επιλέχθηκαν 8 ξενώνες από τριών Νομών και αστικών κέντρων απ' όπου συγκεντρώθηκε ο αριθμός του δείγματος. Η επιλογή του δείγματος με την τυχαία δειγματοληψία έγινε για τους εξής λόγους: i) Όποιον ξενώνα και να επιλέγαμε από οποιοδήποτε νομό- αστικό κέντρο, δεν θα διακινδυνεύαμε την αξιοπιστία

και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, ii) Η προσβασιμότητα των ξενώνων, καθώς συνυπολογίστηκε το μικρότερο χρονικό κόστος της έρευνας, iii) Η πολλαπλότητα των αποτελεσμάτων μας.

Το δείγμα που απάντησε στα ερωτήματα μας, ήταν ηλικίας από δεκαοχτώ (18) έως πενήντα και άνω (50 και άνω) ετών, ειδικευμένο προσωπικό που εργάζονταν στους ξενώνες.

Η δειγματοληψία έλαβε χώρα αρχές Δεκεμβρίου του προηγούμενου έτους, σε σύνολο ενενήντα ατόμων που εργάζονταν στους οχτώ ξενώνες συνολικά των τριών αστικών κέντρων που πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Δόθηκαν περίπου δεκαπέντε ερωτηματολόγια σε κάθε ξενώνα, από τα οποία λάβαμε απαντημένα τα πενήντα έξι, ποσοστό 65%.

Από τα πενήντα έξι ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν έχουμε τις παρακάτω ειδικότητες που εργάζονται στους ξενώνες: i) Τρεις Ψυχολόγοι, δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί, ένας Εργοθεραπευτής, ένας Επισκέπτης Υγείας, έξι νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, είκοσι επτά Νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, εννιά Βοηθητικά Μέλη και επτά τεχνίτες/ εκπαιδευτές. Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν συμπληρώθηκε κανένα ερωτηματολόγιο από ψυχίατρο, ενώ υπήρχαν τέσσερις σε όλους τους ξενώνες.

Η επιλογή του δείγματος και η διαμόρφωση του ερωτηματολογίου διήρκεσε περίπου ενάμιση μήνα από τον Σεπτέμβριο του 2004 έως τα μέσα Οκτωβρίου 2004. Αφού λοιπόν επιλέξαμε το δείγμα της έρευνας και διαμορφώσαμε το ερωτηματολόγιο μας αρχίσαμε την επαφή με τους ξενώνες.

Όσον αφορά την οργάνωση των ξενώνων γίνονται διάφορες ομάδες.

**Η ομάδα προσωπικού και η ομάδα με τους ασθενείς:** Η ομάδα του προσωπικού γίνεται μία φορά το μήνα όπου η θεραπευτική ομάδα συζητά οργανωτικά θέματα που αφορούν τον ξενώνα, προβλήματα που

τυχόν δημιουργούνται μεταξύ τους, τι θέματα θα συζητηθούν στις ομάδες ασθενών, αποτίμηση της " δουλειάς " στο διάστημα που πέρασε και τους καινούριους κάθε φορά θεραπευτικούς στόχους.

Οι ομάδες που γίνονται με τους ασθενείς είναι η **ομάδα ψυχολογικής στήριξης, ομάδα δημιουργικής απασχόλησης και η ομάδα "επικαιρότητας "**.

Στην **ομάδα ψυχολογικής στήριξης** συμμετέχει όλο το θεραπευτικό προσωπικό και οι ασθενείς όπου συζητούν για την σχέση μεταξύ τους , προβλήματα που τους απασχολούν ή που έχουν δημιουργηθεί με κάποιο μέλος της θεραπευτικής ομάδας .

Στην **ομάδα δημιουργικής απασχόλησης** οι ασθενείς μαθαίνουν να περνούν δημιουργικά το χρόνο τους π.χ. φτιάχνουν κομπολόγια, ζωγραφίζουν μαγειρεύουν κ.α., ψυχαγωγούνται π.χ. οργανώνουν εκδρομές πηγαίνουν βόλτες, πίνουν καφέ στις καφετέριες της πόλης, συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις κ.α.

Στην **ομάδα "επικαιρότητας "** ένα μέλος από το θεραπευτικό προσωπικό επιλέγει ένα επίκαιρο θέμα από τις εφημερίδες, περιοδικά κ.α. και το συζητούν όλοι μαζί (ασθενείς και θεραπευτικό προσωπικό), ή ορίζεται από το προσωπικό να ψάξουν και να βρουν οι ασθενείς ένα θέμα που ήθελαν να το συζητήσουν όλοι μαζί.



### 6.3. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

#### Ερώτηση 1: φύλο

Πίνακας 1.

#### Φύλο Φροντιστών

Φύλο	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό επί τοις %
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	51	91,07%
ΑΝΤΡΕΣ	5	8,93%
ΣΥΝΟΛΟ	56	100%



Το σύνολο των φροντιστών στους ξενώνες ήταν 56 άτομα από τα οποία συμπληρώθηκαν 51 ερωτηματολόγια από γυναίκες Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας με ποσοστό 91,07% και 5 ερωτηματολόγια από άνδρες με 8,93%.

Συνεπώς οι γυναίκες κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό με 91,07% του δείγματος της έρευνας και με μικρότερο οι άνδρες με 8,93%.

## Ερώτηση 2: Ηλικία φροντιστών

Πίνακας 2.

### Ηλικία φροντιστών

Ηλικία	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό επί τοις %
18-30	8	14,28 %
30-40	29	51,78 %
40-50	16	28,57 %
50 και άνω	3	5,36 %
ΣΥΝΟΛΟ	56	100 %



Όπως φαίνεται στον πίνακα 2. η ηλικία των φροντιστών η οποία κυμαίνεται ανάμεσα στα 30-40 έτη, κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό 51,78 % ακολουθούν η ηλικία 40-50 με ποσοστό 28,57%, η ηλικία 18-30 με 14,28% και τέλος με 5,36% η ηλικία 50 και άνω που εργάζονται στους ξενώνες αποκατάστασης.

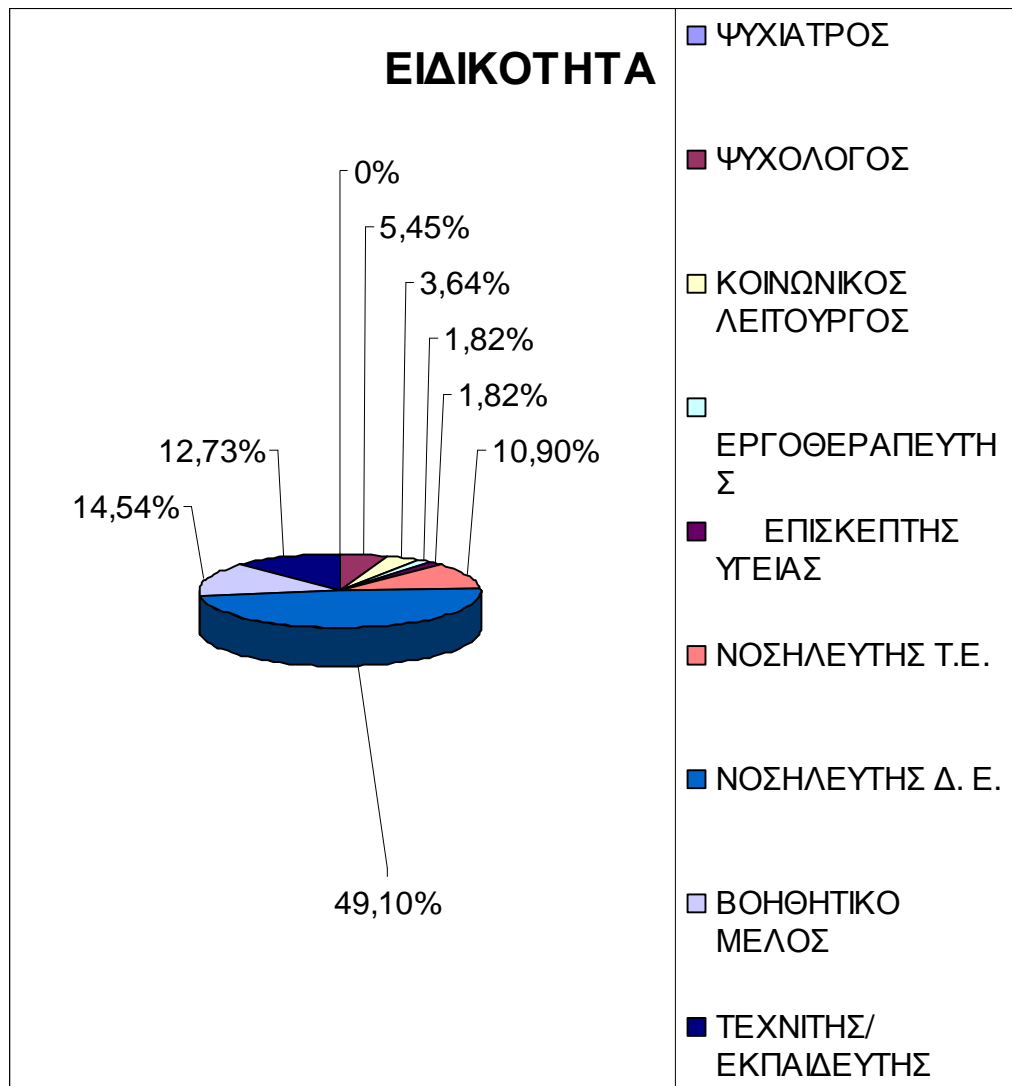
Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας έχει ηλικία μεταξύ των 30-40 ετών 51,78% και το μικρότερο ποσοστό των φροντιστών κυμαίνεται μεταξύ της ηλικίας των 50 ετών και άνω 5,36%

### Ερώτηση 3: Ειδικότητα

Πίνακας 3.

#### Ειδικότητα

<b>Ειδικότητα</b>	<b>Αριθμός απαντήσεων</b>	<b>Ποσοστό επί τοις %</b>
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	0	0 %
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	3	5,45 %
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	2	3,64%
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	1	1,82 %
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	1,82 %
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Τ.Ε.	6	10,9 %
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Δ. Ε.	27	49,1 %
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ	8	14,54%
ΤΕΧΝΙΤΗΣ/ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	7	12,73 %
ΣΥΝΟΛΟ	56	100 %



Η ειδικότητα των φροντιστών παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Από τους φροντιστές που πήραν μέρος στην έρευνα οι περισσότεροι είχαν την ειδικότητα του νοσηλευτή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με ποσοστό 49,1%. Από τους 56 φροντιστές οι 27 ήταν νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Οι υπόλοιπες ειδικότητες ήταν: Βοηθητικά μέλη με ποσοστό 16,36%, Τεχνίτες/ Εκπαιδευτές με ποσοστό 12,73%, νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης με 10,9%, Ψυχολόγοι με 5,45%, Κοινωνικοί Λειτουργοί με 3,64%, Εργοθεραπευτές με 1,82% και Επισκέπτες Υγείας

με 1,82%. Οι Ψυχίατροι που συνεργάζονται με τους ξενώνες δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο μας.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών που απαρτίζουν την θεραπευτική ομάδα είναι νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης 49,1% και το μικρότερο ποσοστό είναι οι ειδικότητες των Επισκεπτριών Υγείας 1,82% και των Εργοθεραπευτών 1,82%.

#### Ερώτηση 4. Μεταπτυχιακοί τίτλοι

#### Πίνακας 4

#### Μεταπτυχιακοί τίτλοι

Τίτλοι	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό επί τοις %
Master	0	0 %
Διδακτορικό	0	0 %
ΣΥΝΟΛΟ	0	0 %

Όσον αφορά τους μεταπτυχιακούς τίτλους των φροντιστών, όπως φαίνεται στον πίνακα 4, κανένας δεν έχει ούτε Master, ούτε διδακτορικό. Τα ποσοστά τους λοιπόν και στους δύο μεταπτυχιακούς τίτλους είναι 0%.

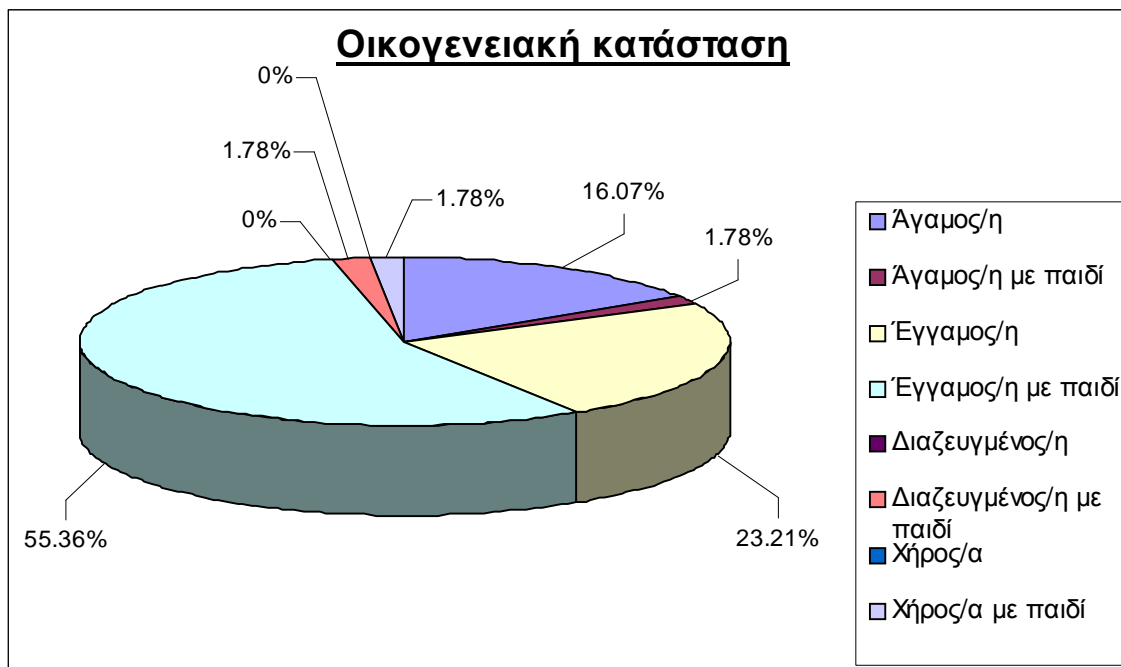


## Ερώτηση 5. Οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 5.

### Οικογενειακή κατάσταση

<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b>Αριθμός απαντήσεων</b>	<b>Ποσοστό επί τοις %</b>
Άγαμος/η	9	16,07 %
Άγαμος/η με παιδί	1	1,78 %
Έγγαμος/η	13	23,21 %
Έγγαμος/η με παιδί	31	55,36 %
Διαζευγμένος/η	0	0 %
Διαζευγμένος /η με παιδί	1	1,78 %
Χήρος/α	0	0 %
Χήρος/α με παιδί	1	1,78 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>56</b>	<b>100 %</b>



Παρατηρούμε στον πίνακα 5 ότι οι περισσότεροι φροντιστές είναι έγγαμος /η με παιδί με ποσοστό 55,36% ακολουθούν ο έγγαμος /η με 23,21%, ο άγαμος /η με 16,07% και τέλος με 1,78% ο άγαμος /η με παιδί, διαζευγμένος /η με παιδί και χήρος /α με παιδί.

Οι περισσότεροι λοιπόν φροντιστές είναι έγγαμοι με παιδί με ποσοστό 55,36 % και τα μικρότερα ποσοστά 1,78% καταλαμβάνουν ο άγαμος /η με παιδί, ο χήρος /α με παιδί και ο διαζευγμένος /η με παιδί.

## Ερώτηση 6. Τόπος διαμονής

Πίνακας 6

### Τόπος διαμονής

Τόπος διαμονής	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό επί τοις %
Αστικό κέντρο	44	78,57 %
Ημιαστικό κέντρο	12	21,43 %
Αγροτική περιοχή	0	0 %
ΣΥΝΟΛΟ	56	100 %



Όπως βλέπουμε από τον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαμένει με ποσοστό 78,57% σε αστική περιοχή και οι υπόλοιποι φροντιστές με ποσοστό 21,43% διαμένουν σε ημιαστικό κέντρο. Κανένας από τους φροντιστές δεν μένει σε αγροτική περιοχή.

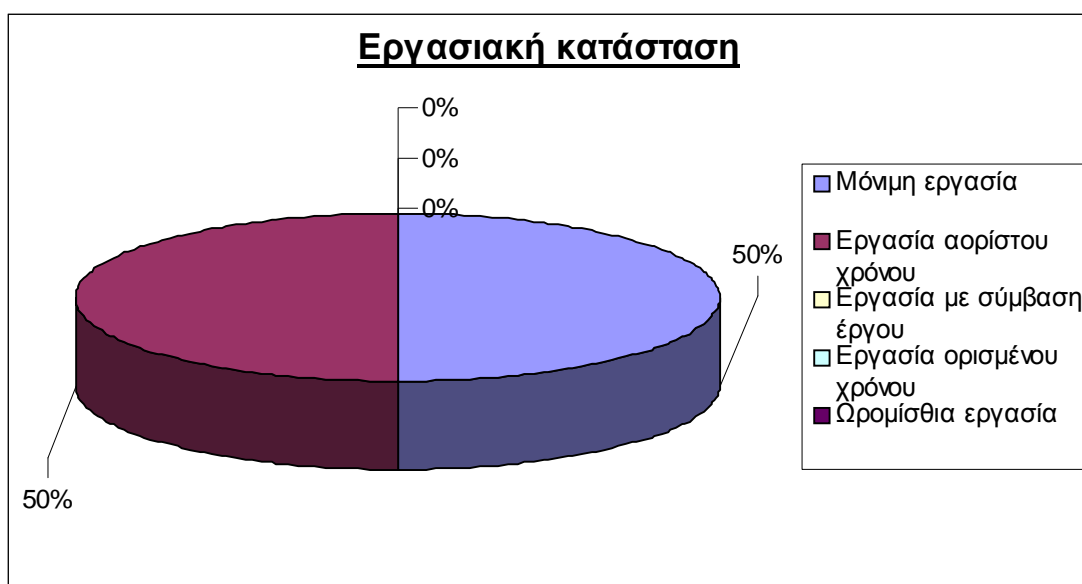
Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή των φροντιστών διαμένει σε αστικό κέντρο 78,57% ενώ κανένας από τους φροντιστές δεν μένει σε αγροτική περιοχή.

## Ερώτηση 7. Εργασιακή κατάσταση

Πίνακας 7

### Εργασιακή κατάσταση

Εργασιακή κατάσταση	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό επί τοις %
Μόνιμη εργασία	28	50 %
Εργασία αορίστου χρόνου	28	50 %
Εργασία με σύμβαση έργου	0	0 %
Εργασία ορισμένου χρόνου	0	0 %
Ωρομίσθια εργασία	0	0 %
ΣΥΝΟΛΟ	56	100 %



Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι μισοί από τους ερωτηθέντες έχουν μόνιμη εργασία στους ξενώνες 50% ενώ οι άλλοι μισοί έχουν υπογράψει εργασία αορίστου χρόνου 50%.

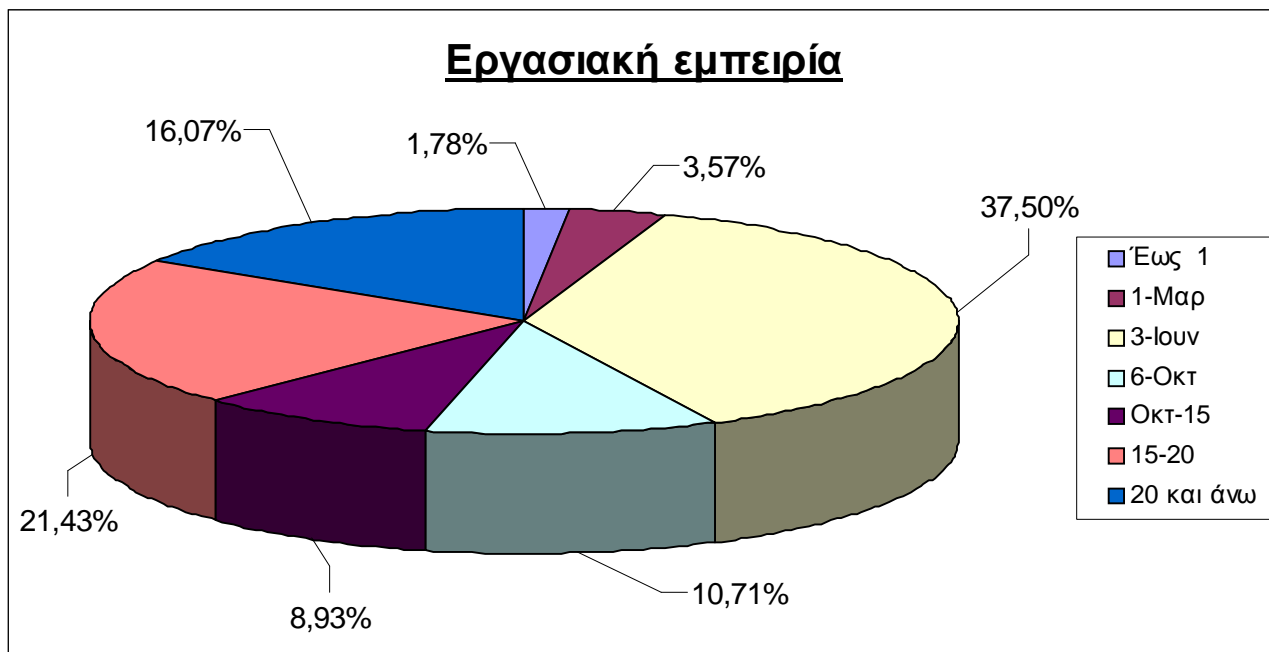
Κανένας από τους φροντιστές δεν έχει υπογράψει εργασία με σύμβαση έργου, εργασία ορισμένου χρόνου ή ωρομίσθια εργασία.

## Ερώτηση 8. Εργασιακή εμπειρία

### Πίνακας 8.

#### Εργασιακή εμπειρία

Έτη	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό επί τοις %
Έως 1	1	1,78 %
1-3	2	3,57 %
3-6	21	37,5 %
6-10	6	10,71 %
10-15	5	8,93 %
15-20	12	21,43 %
20 και άνω	9	16,07 %
ΣΥΝΟΛΟ	56	100 %



Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 37,5% των φροντιστών έχουν εργασιακή εμπειρία 3-6 έτη ακολουθούν με 21,43% τα 15-20 έτη, με 16,07% τα 20 και άνω έτη, με 10,71% τα 6-10 έτη, με 8,93% τα 10-15 έτη, με 3,57% τα 1-3 έτη και τέλος με 1,78% έως 1 έτος.

Οι περισσότεροι από τους φροντιστές έχουν εργασιακή εμπειρία μεταξύ 3-6 έτη με ποσοστό 37,5 % ενώ μόνο 1 (ένας) φροντιστής έχει εργασιακή εμπειρία έως ένα έτος.



## Ερώτηση 9.

**Έχετε εργαστεί ξανά σε παρόμοια ψυχιατρική δομή στο παρελθόν;**

Πίνακας 9.

ΝΑΙ	30	53,57 %
ΟΧΙ	26	46,43 %
ΣΥΝΟΛΟ	56	100 %



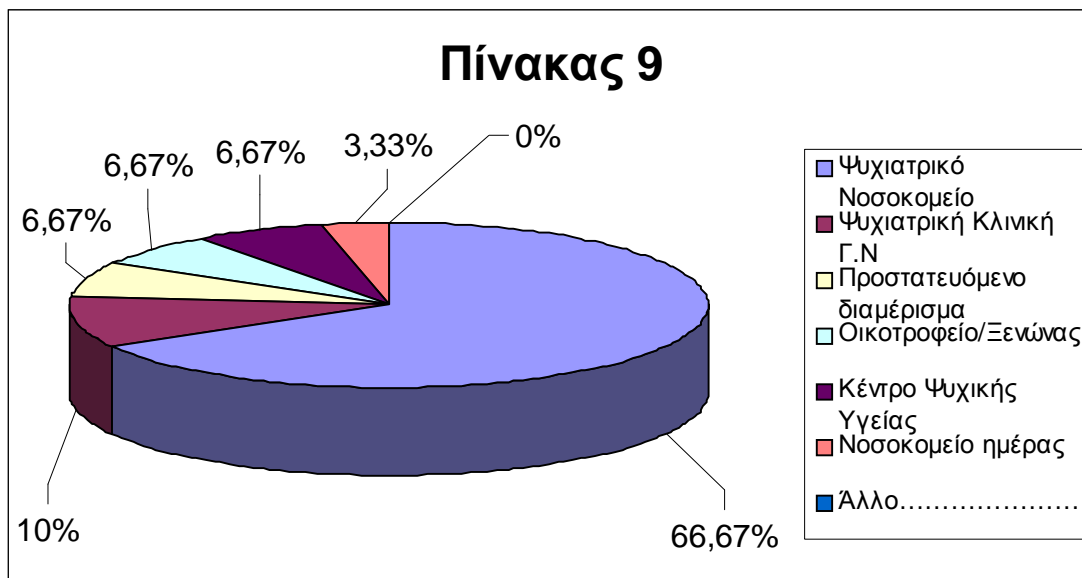
Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες φροντιστές με ποσοστό 53,57% έχουν δουλέψει ξανά σε παρόμοια με τους ξενώνες ψυχιατρική δομή στο παρελθόν. Οι υπόλοιποι φροντιστές με ποσοστό 46,43% δεν έχουν εργαστεί ξανά σε παρόμοια ψυχιατρική δομή στο παρελθόν.

## Ερώτηση 9<sup>α</sup>

**Αν ΝΑΙ, σε ποιες από τις παρακάτω**

Πίνακας 9<sup>α</sup>

<b>Ψυχιατρική δομή</b>	<b>Αριθμός απαντήσεων</b>	<b>Ποσοστό επί τοις %</b>
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	20	66,67 %
Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν	3	10 %
Προστατευόμενο διαμέρισμα	2	6,67 %
Οικοτροφείο/Ξενώνας	2	6,67 %
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	2	6,67 %
Νοσοκομείο ημέρας	1	3,33 %
Άλλο.....	0	0 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>



Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 66,67% των φροντιστών έχουν εργαστεί ξανά σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ακολουθούν με 10% να έχουν εργαστεί σε Ψυχιατρική Κλινική Γ. Ν., με 6,66% σε Προστατευόμενα διαμερίσματα, Οικοτροφεία /Ξενώνες και σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας .Τέλος με 3.33% σε Νοσοκομείο ημέρας.

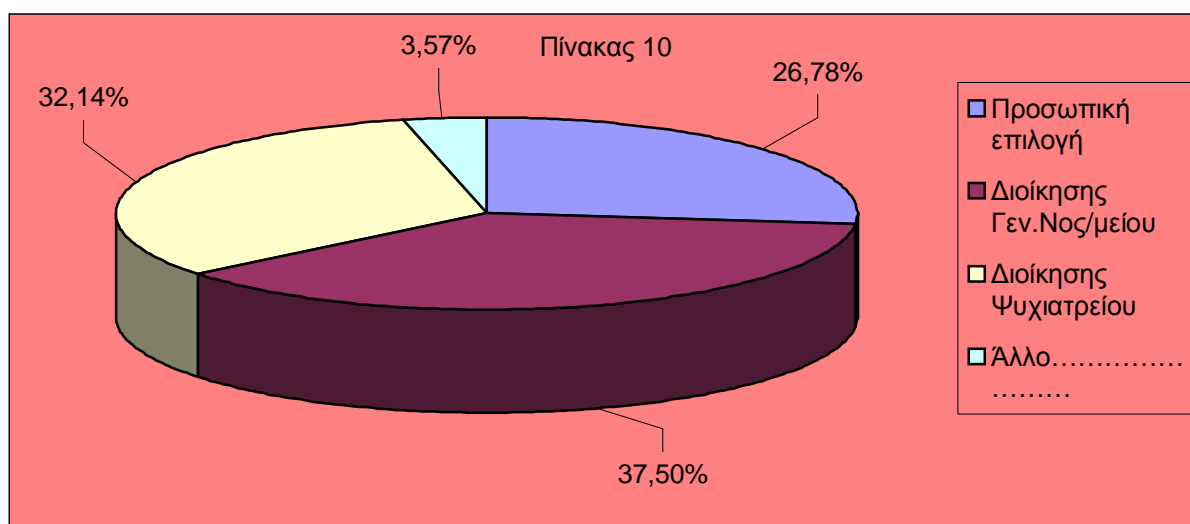
Να αναφέρουμε ότι στην ερώτηση αυτή δεν απάντησαν όλοι οι φροντιστές.

Βλέπουμε λοιπόν ότι από τους φροντιστές το μεγαλύτερο ποσοστό 66,67% έχουν εργαστεί ξανά σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και το μικρότερο ποσοστό 3,33% σε Νοσοκομείο ημέρας.

**Ερώτηση 10. Η απόφαση σας να εργαστείτε στον αντίστοιχο Ξενώνα ήταν:**

Πίνακας 10.

<b>Απόφαση</b>	<b>Αριθμός απαντήσεων</b>	<b>Ποσοστό επί τοις %</b>
Προσωπική επιλογή	15	26,78 %
Διοίκησης Γεν.Νοσ/μείου	21	37,5 %
Διοίκησης Ψυχιατρείου	18	32,14 %
Άλλο.....	2	3,57 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>56</b>	<b>100 %</b>



Όπως παρατηρούμε το 37,5 % είναι απόφαση της διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου για το αν θα εργαστούν οι φροντιστές στον αντίστοιχο ξενώνα και το 32,14 % της διοίκησης του Ψυχιατρείου της περιοχής, ενώ το 26,78 % ήταν προσωπική επιλογή. Τέλος με ποσοστό 3,57% απάντησαν άλλο χωρίς να το διευκρινίζουν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 37,5% που δηλώνει ότι οι περισσότεροι φροντιστές εργάστηκαν στον ξενώνα βάση της απόφασης της Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου, ενώ το μικρότερο ποσοστό 3,57% εργάστηκε στον ξενώνα σύμφωνα με κάποια άλλη απόφαση, χωρίς να διευκρινίζεται ποια ήταν αυτή.

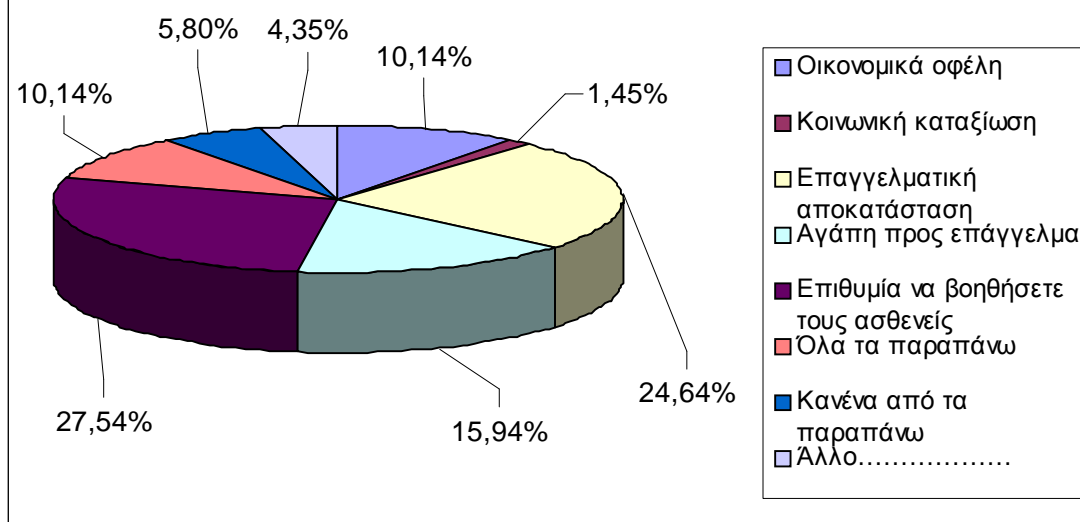
**Ερώτηση 11. Ποια από τα παρακάτω ήταν τα κίνητρα σας για την επιλογή σας να εργαστείτε στον αντίστοιχο Ξενώνα:**

**Πίνακας 11.**

**Κίνητρα Επιλογής**

<b>Απόφαση</b>	<b>Αριθμός απαντήσεων</b>	<b>Ποσοστό επί τοις %</b>
Οικονομικά οφέλη	7	10,14 %
Κοινωνική καταξίωση	1	1,45 %
Επαγγελματική αποκατάσταση	17	24,64 %
Αγάπη προς επάγγελμα	11	15,94 %
Επιθυμία να βοηθήσετε τους ασθενείς	19	27,54 %
Όλα τα παραπάνω	7	10,14 %
Κανένα από τα παραπάνω	4	5,80 %
Άλλο.....	3	4,35 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>69</b>	<b>100 %</b>

## Κίνητρα επιλογής



Στον πίνακα 11 βλέπουμε ότι η επιθυμία των φροντιστών να βοηθήσουν τον ασθενή καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό στην επιλογή εργασίας των φροντιστών στον ξενώνα με ποσοστό 27,54%, ενώ ακολουθούν η επαγγελματική αποκατάσταση ως κριτήριο επιλογής με ποσοστό 24,64% και η αγάπη προς το επάγγελμα με ποσοστό 15,94%.

Με ποσοστό 10,14% οι φροντιστές απάντησαν όλα τα παραπάνω κίνητρα τους ώθησαν στην επιλογή εργασίας στον ξενώνα.

Ακολουθεί με ποσοστό 5,80% κανένα κίνητρο από τα παραπάνω, στη συνέχεια με 4,35% άλλο κίνητρο χωρίς να διευκρινίζεται και τέλος με 1,45% η κοινωνική καταξίωση ως κίνητρο επιλογής εργασίας στον ξενώνα.

Κάποιες από τις απαντήσεις που δόθηκαν από ορισμένους φροντιστές ήταν περισσότερες από μία.

Συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών 27,54% είχε ως κίνητρο επιλογής εργασίας στον ξενώνα την επιθυμία τους να βοηθήσουν τους ασθενείς και το μικρότερο ποσοστό 4,35% απάντησε ότι το κίνητρο τους ήταν διαφορετικό από τα προαναφερόμενα, χωρίς να δώσουν συγκεκριμένη απάντηση.

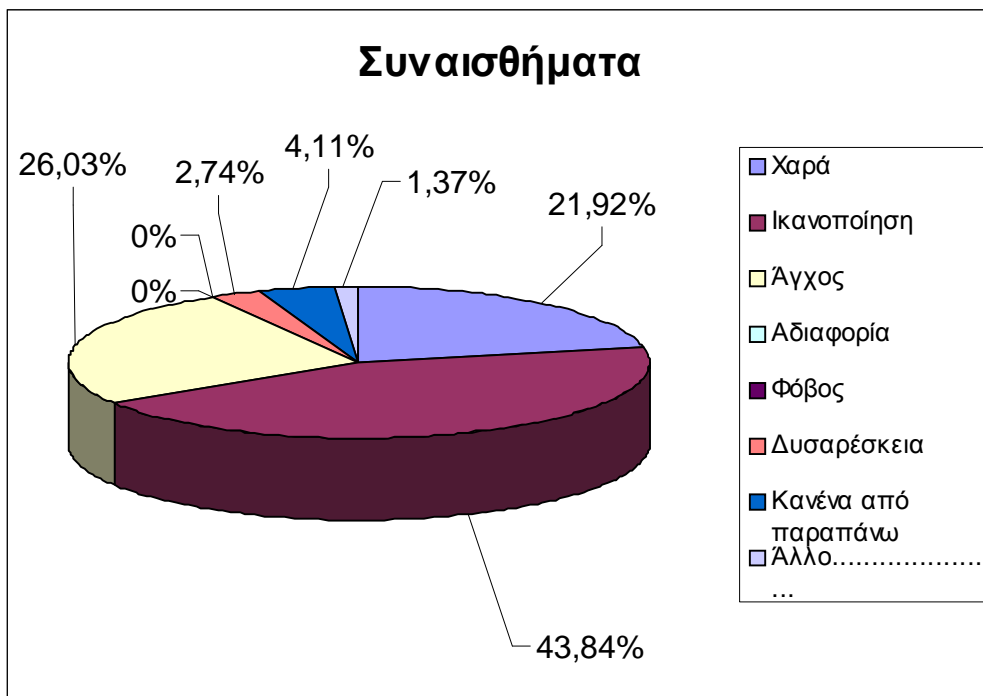
**Ερώτηση 12. Ποιά τα συναισθήματα σας όταν πληροφορηθήκατε ότι θα εργαστείτε στον αντίστοιχο Ξενώνα:**

**Πίνακας 12.**

**Συναισθήματα**

<b>Συναισθήματα</b>	<b>Αριθμός απαντήσεων</b>	<b>Ποσοστό επί τοις %</b>
Χαρά	16	21,92 %
Ικανοποίηση	32	43,84 %
Άγχος	19	26,03 %
Αδιαφορία	0	0 %
Φόβος	0	0 %
Δυσαρέσκεια	2	2,74 %
Κανένα από παραπάνω	3	4,11 %
Άλλο.....	1	1,37 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>73</b>	<b>100 %</b>





Από τον πίνακα 12 βλέπουμε ότι οι περισσότεροι φροντιστές ένοιωσαν ικανοποίηση με ποσοστό 43,84%, ακολουθεί το άγχος με 26,03%, η χαρά με 21,92%, κανένα από τα παραπάνω συναισθήματα με 4,11%, η δυσαρέσκεια με 2,74%, άλλα συναισθήματα που δεν αναφέρθηκαν με 1,37% και τέλος με ποσοστό 0% το συναίσθημα του φόβου και της αδιαφορίας.

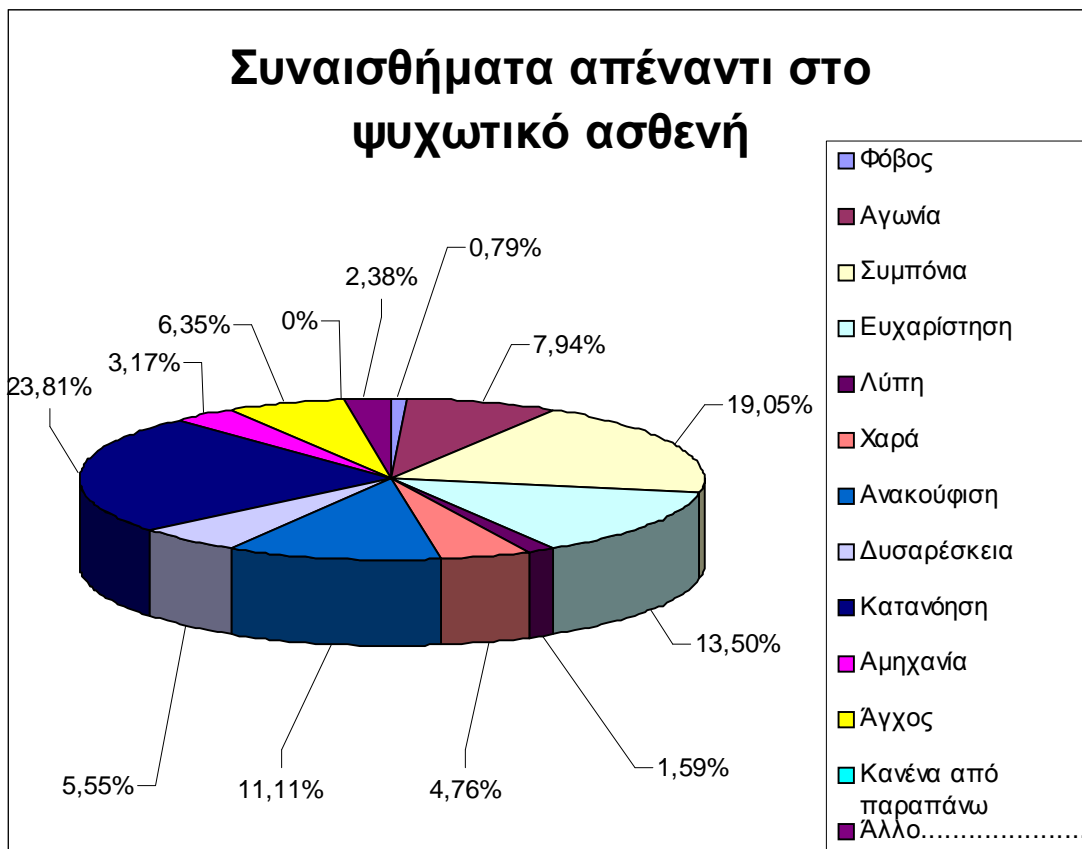
Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους φροντιστές ήταν περισσότερες από μία.

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών με 43,84 % ένοιωσε ικανοποίηση, ενώ αδιαφορία και φόβο δεν ένοιωσε κανένας όταν πληροφορήθηκαν ότι θα εργαστούν στον αντίστοιχο ξενώνα.

**Ερώτηση 13.** Αναφέρατε τα συναισθήματα σας απέναντι στο ψυχωτικό ασθενή κατά την διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας:

**Πίνακας 13**

<b>Συναισθήματα</b>	<b>Αριθμός απαντήσεων</b>	<b>Ποσοστό επί τοις %</b>
Φόβος	1	0,79 %
Αγωνία	10	7,94 %
Συμπόνια	24	19,05 %
Ευχαρίστηση	17	13,50 %
Λύπη	2	1,59 %
Χαρά	6	4,76 %
Ανακούφιση	14	11,11 %
Δυσaréσκεια	7	5,55 %
Κατανόηση	30	23,81 %
Αμηχανία	4	3,17 %
Άγχος	8	6,35 %
Κανένα από παραπάνω	0	0 %
Άλλο.....	3	2,38 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>126</b>	<b>100 %</b>



Στον πίνακα 13 βλέπουμε ότι οι περισσότεροι φροντιστές με ποσοστό 23,8% ένοιωθαν ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας όσον αφορά τον ψυχωτικό ασθενή και ακολουθούν η συμπόνια με 19,05%, η ευχαρίστηση με 13,50%, η ανακούφιση με 11,11%, η αγωνία με 7,94%, το άγχος με 6,35%, η χαρά με 4,76%, η αμηχανία με 3,17%, άλλα συναισθήματα χωρίς να αναφερθούν με 2,38%, η λύπη με 1,59% και τέλος ο φόβος με 0,79%

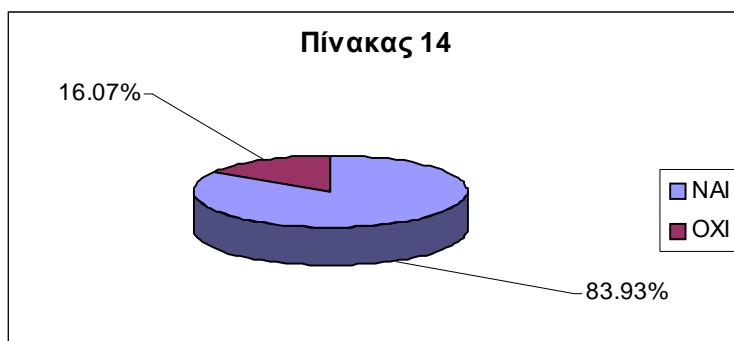
Σε αυτή την ερώτηση οι απαντήσεις των φροντιστών ήταν πολλαπλές.

Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι φροντιστές με ποσοστό 23,8% ένοιωθαν ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας απέναντι στον ψυχωτικό ασθενή ενώ μόνο ένας από τους φροντιστές ένοιωθε φόβο με ποσοστό 0,79%.

**Ερώτηση 14.** Έχετε αισθανθεί ποτέ κουρασμένοι ή ανήμποροι να συνεχίσετε το θεραπευτικό έργο της αποκατάστασης με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς:

**Πίνακας 14**

<b>ΝΑΙ</b>	<b>47</b>	<b>83,93 %</b>
<b>ΟΧΙ</b>	<b>9</b>	<b>16,07 %</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>56</b>	<b>100 %</b>



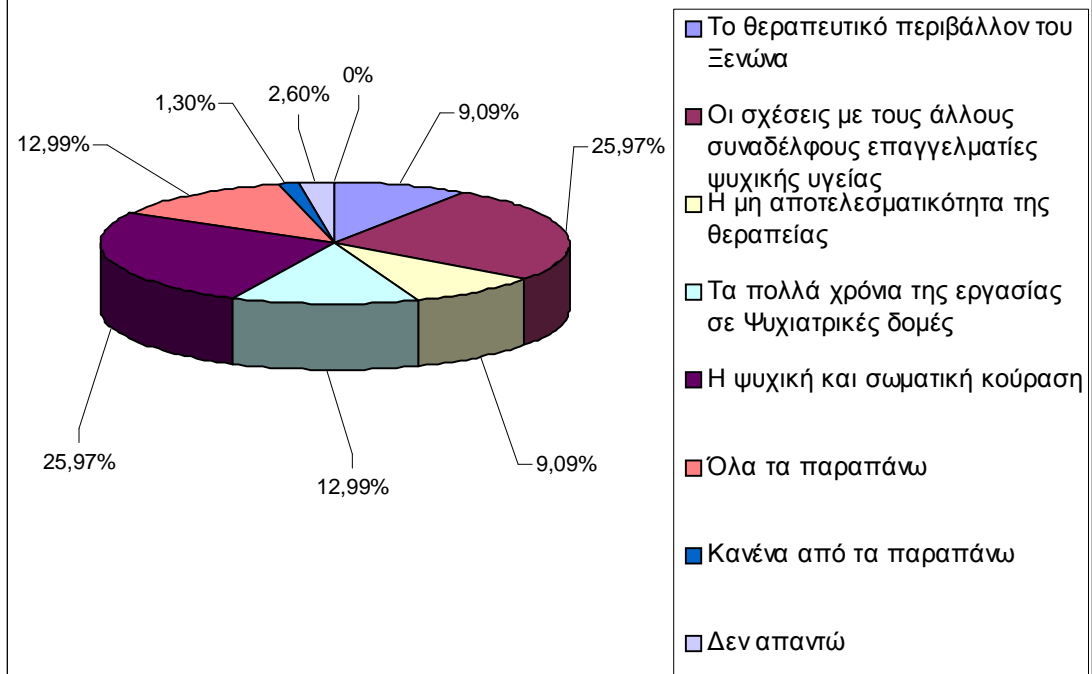
Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι περισσότεροι φροντιστές έχουν αισθανθεί κούραση για να συνεχίσουν το θεραπευτικό έργο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς με ποσοστό 83,93%. Το μικρότερο ποσοστό 16,07% δεν έχουν αισθανθεί κούραση για να συνεχίσουν το έργο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

**Ερώτηση 14 α. Αν ΝΑΙ ποιο/α από τα παρακάτω πιστεύετε ότι οδηγεί/ούν στην κατάσταση αυτή:**

**Πίνακας 14<sup>α</sup>.**

Το θεραπευτικό περιβάλλον του Ξενώνα	7	9,09 %
Οι σχέσεις με τους άλλους συναδέλφους επαγγελματίες ψυχικής υγείας	20	25,97 %
Η μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας	7	9,09 %
Τα πολλά χρόνια της εργασίας σε Ψυχιατρικές δομές	10	12,99 %
Η ψυχική και σωματική κούραση	20	25,97 %
Όλα τα παραπάνω	10	12,99 %
Κανένα από τα παραπάνω	1	1,30 %
Δεν απαντώ	2	2,60 %
Άλλο.....	0	0 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>77</b>	<b>100 %</b>

### Πίνακας 14 α



Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι περισσότεροι φροντιστές πιστεύουν ότι η ψυχική και σωματική κούραση και οι σχέσεις με άλλους συναδέλφους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με ποσοστό 25,97% είναι οι κυριότεροι λόγοι που αισθάνονται κουρασμένοι ή ανήμποροι να συνεχίσουν το θεραπευτικό έργο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Ακολουθούν με 12,99% τα πολλά χρόνια της εργασίας σε Ψυχιατρικές δομές και όλα τα παραπάνω. Με 9,09% το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα και η μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας, με 2,60% κάποιοι από τους φροντιστές δεν απάντησαν και τέλος με 1,30% κάποιοι απάντησαν κανένα από τα παραπάνω.

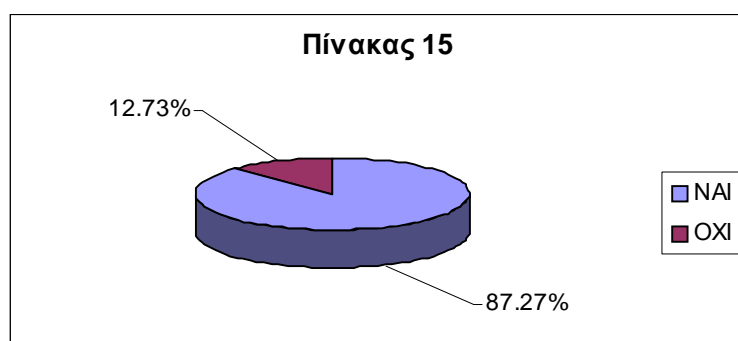
Και σ' αυτή την ερώτηση κάποιες απαντήσεις δόθηκαν από τους φροντιστές ήταν πολλαπλές.

Φαίνεται λοιπόν ότι οι περισσότεροι φροντιστές πιστεύουν ότι η ψυχική και σωματική κούραση με 25,97% και οι σχέσεις με άλλους συναδέλφους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με 25,97% είναι οι κυριότεροι λόγοι που αισθάνονται κουρασμένοι ή ανήμποροι να συνεχίσουν το θεραπευτικό έργο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Το μικρότερο ποσοστό 1,30% δεν απάντησε κανέναν από τους παραπάνω λόγους.

**Ερώτηση 15. Έχει συμβεί κατά την διάρκεια της εργασίας σας στον Ξεώνα να αντιμετωπίσετε επεισόδιο κρίσεως-υποτροπής του ασθενή:**

**Πίνακας 15.**

ΝΑΙ	48	87,27 %
ΟΧΙ	7	12,73 %
ΣΥΝΟΛΟ	55	100 %



Το 82,27 % των φροντιστών όπως φαίνεται έχει αντιμετωπίσει περίπτωση κρίσεως – υποτροπής κατά την εργασία τους και το 12,73% που είναι το μικρότερο ποσοστό των φροντιστών δεν έχει αντιμετωπίσει επεισόδιο κρίσεως- υποτροπής του ασθενή κατά την εργασία τους.

Σε αυτή την ερώτηση δεν απάντησε ένας από τους φροντιστές.

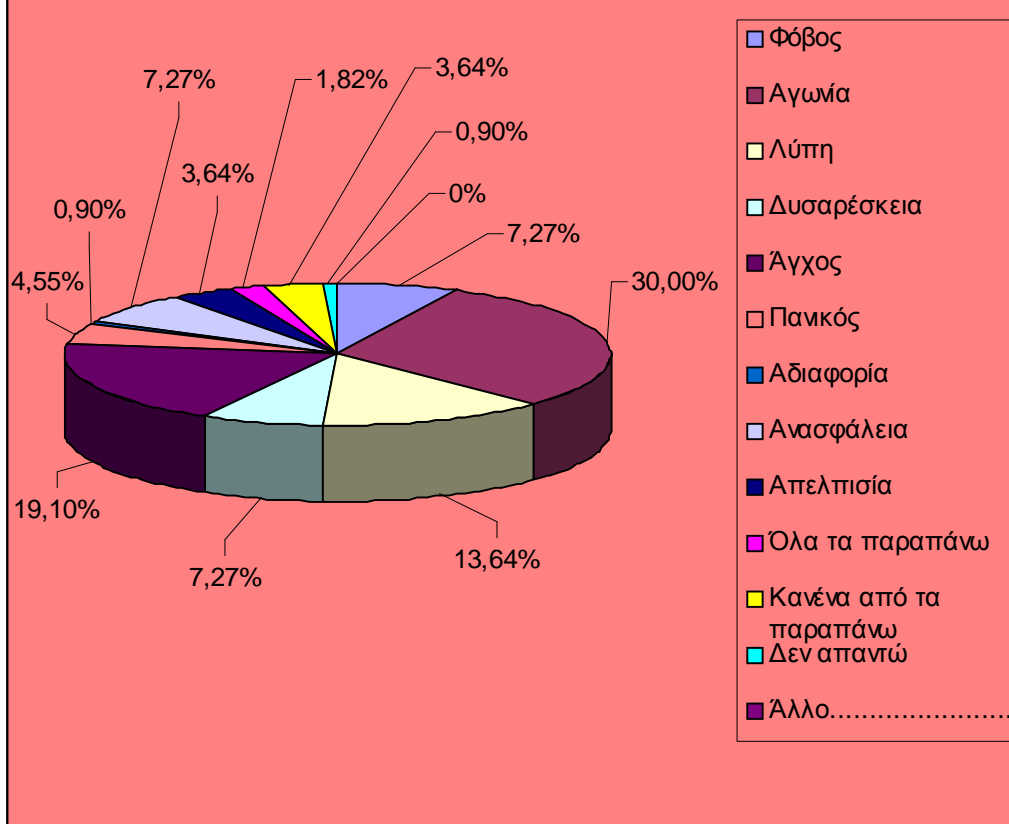
**Ερώτηση 15 α. Αν ΝΑΙ, ποιο/α από τα παρακάτω ήταν τα συναισθήματα σας κατά τη διάρκεια της κρίσης-υποτροπής του ασθενούς;**

**Πίνακας 15 α.**

Φόβος	8	7,27 %
Αγωνία	33	30,00 %
Λύπη	15	13,64 %
Δυσαρέσκεια	8	7,27 %
Άγχος	21	19,10 %
Πανικός	5	4,55 %
Αδιαφορία	1	0,90 %
Ανασφάλεια	8	7,27 %
Απελπισία	4	3,64 %
Όλα τα παραπάνω	2	1,82 %
Κανένα από τα παραπάνω	4	3,64 %
Δεν απαντώ	1	0,90 %
Άλλο.....	0	0 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>110</b>	<b>100 %</b>



## Συναισθήματα κατά την διάρκεια κρίσης-υποτροπή



Οι περισσότεροι φροντιστές ένοιωσαν αγωνία κατά τη διάρκεια κρίσεως- υποτροπής του ασθενή 30%, ακολουθεί το συναίσθημα του άγχους με 19,10%, το συναίσθημα της λύπης με 13,64%, ο φόβος, η ανασφάλεια και η δυσαρέσκεια με 7,27%, ο πανικός με 4,55%, η απελπισία και κανένα από τα παραπάνω συναισθήματα με 3,64%. Όλα τα παραπάνω συναισθήματα απάντησαν οι φροντιστές με ποσοστό 1,82% ενώ κάποιοι άλλοι δεν απάντησαν με 0,90%. Τέλος με ποσοστό 0,90% κάποιοι φροντιστές απάντησαν ότι ένοιωσαν αδιαφορία.

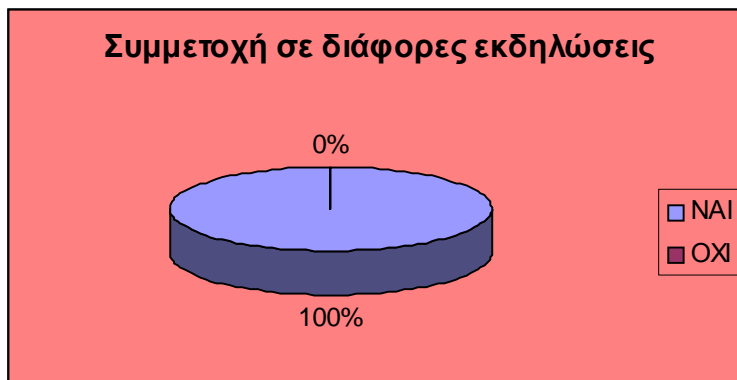
Και σ' αυτήν την ερώτηση κάποιες από τις απαντήσεις των φροντιστών ήταν περισσότερες από μία.

Το συναίσθημα της αγωνίας καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό 30% των συναισθημάτων των φροντιστών κατά τη διάρκεια κρίσεως-υποτροπής του ασθενή και το μικρότερο 0,90% κατέχουν οι φροντιστές που δεν απάντησαν.

**Ερώτηση 16.** Συμμετέχετε σε διάφορες εκδηλώσεις που αφορούν τους ασθενείς του Ξενώνα π.χ. (θέατρο, εορταστικές εκδηλώσεις, περίπατος στη πόλη κ.λ.π):

**Πίνακας 16.**

ΝΑΙ	55	100 %
ΟΧΙ	0	0 %
ΣΥΝΟΛΟ	55	100 %

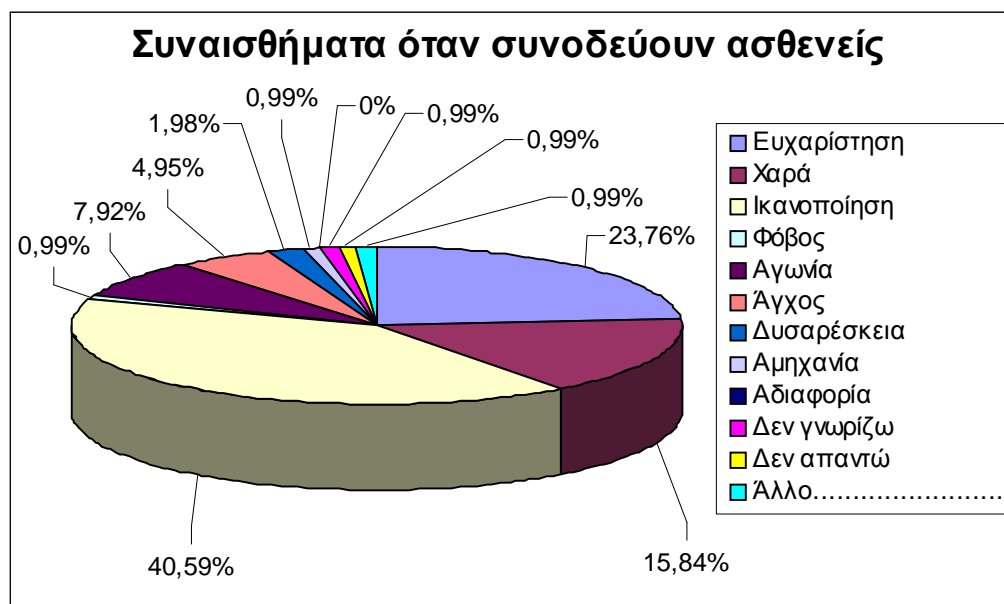


Όλοι οι φροντιστές όπως φαίνεται στον πίνακα 16 συμμετέχουν σε διάφορες εκδηλώσεις που αφορούν τους ασθενείς του ξενώνα των μονάδων αποκατάστασης.

**Ερώτηση 16 α. Αν ΝΑΙ ποιο/α είναι τα συναισθήματα σας όταν συνοδεύετε τους ασθενείς σας ;**

**Πίνακας 16 α.**

Ευχαρίστηση	24	23,76 %
Χαρά	16	15,84 %
Ικανοποίηση	41	40,59 %
Φόβος	1	0,99 %
Αγωνία	8	7,92 %
Άγχος	5	4,95 %
Δυσαρέσκεια	2	1,98 %
Αμηχανία	1	0,99 %
Αδιαφορία	0	0 %
Δεν γνωρίζω	1	0,99 %
Δεν απαντώ	1	0,99 %
Άλλο.....	1	0,99 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>101</b>	<b>100 %</b>



Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι ανάμεσα στα πιο έντονα συναισθήματα των φροντιστών όταν συνοδεύουν τους ασθενείς βρίσκεται η ικανοποίηση με ποσοστό 40,59%. Ακολουθεί η ευχαρίστηση με 23,76%, η χαρά με 15,84%, η αγωνία με 7,92%, το άγχος με 4,95%, η δυσαρέσκεια με 1,98% και τέλος με 0,99% η αμηχανία και ο φόβος. Με ποσοστό 0,99% κάποιοι φροντιστές ανέφεραν ότι δεν γνωρίζουν, κάποιοι άλλοι δεν απάντησαν ενώ κάποιοι άλλοι με 0,99% απάντησαν ότι κάποιο άλλο συναίσθημα ένοιωσαν χωρίς να αναφερθούν.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους φροντιστές ήταν πολλαπλές.

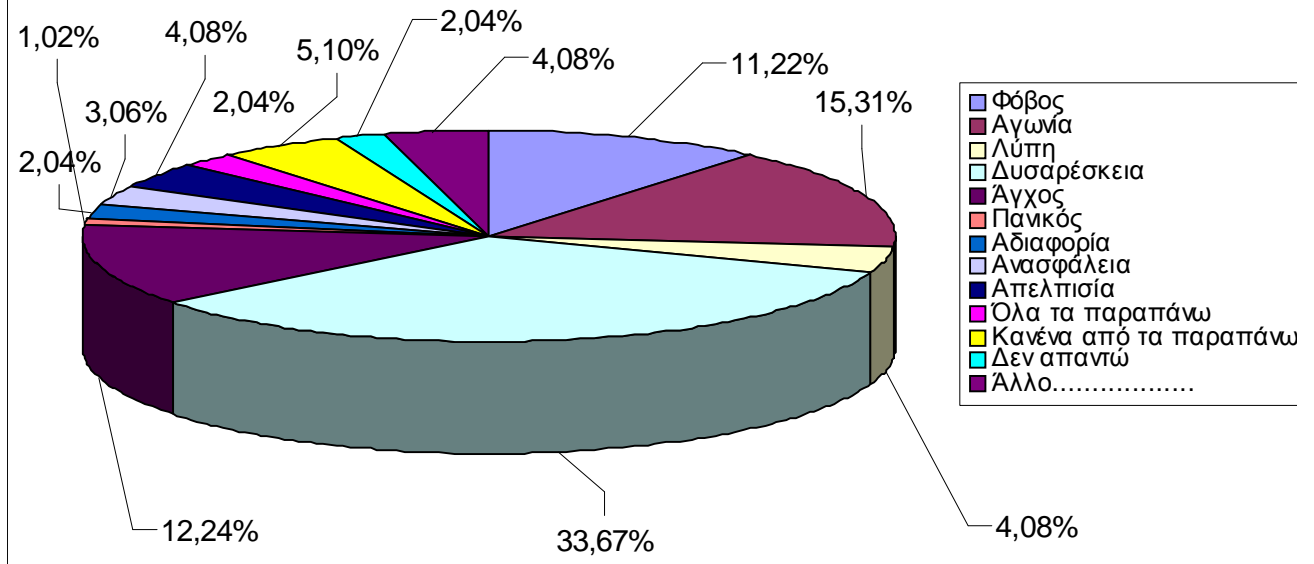
Το μεγαλύτερο ποσοστό των συναισθημάτων των φροντιστών όταν συνοδεύουν τους ασθενείς είναι η ικανοποίηση με ποσοστό 40,59%, ενώ με μικρότερο ποσοστό 0,99% δεν απάντησαν, ένοιωσαν αμηχανία ή δεν γνώριζαν τα συναισθήματα τους.

**Ερώτηση 17. Ποιο / Ποια θα ήταν τα συναισθήματα σας εάν ένας από τους ασθενείς σας, κατά την έξοδο σας στην πόλη, αντιδρούσε αρνητικά π.χ. (έβριζε, χτυπούσε, ενοχλούσε περαστικούς, κ.λ.π.);**

**Πίνακας 17.**

<b>Συναισθήματα</b>	<b>Αριθμός απαντήσεων</b>	<b>Ποσοστό επί τοις %</b>
Φόβος	11	11,22 %
Αγωνία	15	15,31 %
Λύπη	4	4,08 %
Δυσαρέσκεια	33	33,67 %
Άγχος	12	12,24 %
Πανικός	1	1,02 %
Αδιαφορία	2	2,04 %
Ανασφάλεια	3	3,06 %
Απελπισία	4	4,08 %
Όλα τα παραπάνω	2	2,04 %
Κανένα από τα παραπάνω	5	5,10 %
Δεν απαντώ	2	2,04 %
Άλλο.....	4	4,08 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>98</b>	<b>100 %</b>

## Αρνητικά συναισθήματα



Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι φροντιστές με ποσοστό 33,67% θα αισθάνονταν δυσaréσκεια. Ακολουθούν η αγωνία με 15,31%, το άγχος με 12,24%, ο φόβος με 11,22%, κανένα από τα παραπάνω συναισθήματα με 5,10%, απελπισία με 4,08% και άλλα συναισθήματα που δεν αναφέρθηκαν από τους φροντιστές με το ίδιο ποσοστό, με 3,06% η ανασφάλεια, η αδιαφορία με 2,04% και δεν απάντησαν κάποιοι φροντιστές επίσης με το ίδιο ποσοστό. Τέλος με ποσοστό 1,02% θα αισθάνονταν πανικό.

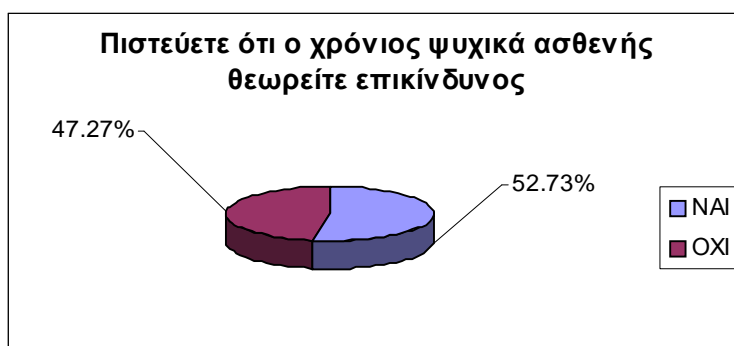
Σε αυτή την ερώτηση οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους φροντιστές ήταν περισσότερες από μία.

Βλέπουμε λοιπόν ότι οι περισσότεροι φροντιστές με ποσοστό 33,67 % θα αισθανόταν δυσaréσκεια ενώ με μικρότερο ποσοστό 1,02% θα αισθάνονταν πανικό.

**Ερώτηση 18.** Πιστεύετε ότι ο χρόνιος ψυχικά ασθενής θεωρείται ένας επικίνδυνος ασθενής:

**Πίνακας 18.**

ΝΑΙ	29	52,73 %
ΟΧΙ	26	47,27 %
ΣΥΝΟΛΟ	55	100 %



Στον πίνακα 18 παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι φροντιστές έχουν την άποψη ότι ο χρόνιος ψυχικά ασθενής θεωρείται ένας επικίνδυνος ασθενής 52,73% ενώ οι υπόλοιποι έχουν την αντίθετη άποψη, ότι ο χρόνιος ψυχικά ασθενής δεν θεωρείται ένας επικίνδυνος ασθενής(47,27%).

Δεν απάντησε ένας από τους φροντιστές.

**Ερώτηση 18 α.** Αν ΝΑΙ, σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις θεωρείται επικίνδυνος ο χρόνιος ψυχικά ασθενής, βαθμολογώντας από 1 έως το 10 στο αντίστοιχο κουτάκι (από το λιγότερο στο περισσότερο)

**Πίνακας 18 α.**

<b>ΒΑΘΜΟΣ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Όταν δεν λαμβάνει συστηματικά την θεραπευτική αγωγή							2	3	10	15
Όταν δεν παρακολουθείται συστηματικά από τον γιατρό του		2	1					7	8	10
Όταν δεν παρακολουθείται από κάποιο ειδικό γιατρό		1	2				10	3	3	2
Όταν δεν στηρίζεται θεραπευτικά από μία διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας			1	3	1	6	2	1	3	4
Όταν η οικογένεια του ασθενή αρνείται να συνεργαστεί για να στηρίξει τον ασθενή				2	6	2	1	6	2	1
Όταν η ομάδα των επαγγελματιών της Ψυχικής Υγείας δεν φροντίζει με ουσιαστικό τρόπο την αποκατάστασή του	2			6	4	4	1	1		3
Όταν οι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχωτικό ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο		1	7	1		2			3	
Όταν η θεραπευτική ομάδα φοβάται να επιτελέσει το θεραπευτικό της έργο	4	5	1	1	1		1			1
Όταν η κοινότητα <<ενοχλείται>> από την παρουσία του χρόνιου ψυχ.ασθενή	6	3	1	1	1				1	7

Παραπάνω βλέπουμε ότι οι φροντιστές πιστεύουν ότι ο χρόνιος ψυχικά ασθενής θεωρείται περισσότερο επικίνδυνος όταν δεν λαμβάνει συστηματικά την θεραπευτική αγωγή. Ακολουθούν οι απόψεις ότι ένας χρόνιος ψυχικά ασθενής θεωρείται επικίνδυνος όταν δεν παρακολουθείται συστηματικά από το γιατρό ή από κάποιο ειδικό γιατρό.

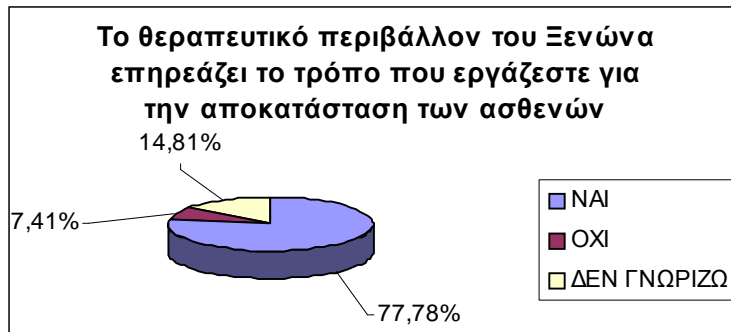
Τέλος πιστεύουν ότι λιγότερο επικίνδυνος θεωρείται ένας ασθενής όταν η κοινότητα ενοχλείται από την παρουσία του ή όταν η θεραπευτική ομάδα φοβάται να επιτελέσει το θεραπευτικό της έργο.



**Ερώτηση 19.** Πιστεύετε ότι η οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Ξενώνα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο εργάζεστε για την αποκατάσταση των ασθενών

**Πίνακας 19.**

ΝΑΙ	42	77,78 %
ΟΧΙ	4	7,41 %
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	8	14,81 %
ΣΥΝΟΛΟ	54	100 %



Στον πίνακα 19 φαίνεται ότι οι περισσότεροι φροντιστές, με ποσοστό 77,78% πιστεύουν ότι η οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο εργάζονται με τους ασθενείς. Οι υπόλοιποι φροντιστές με ποσοστό 14,81% δεν γνωρίζουν εάν η οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο εργάζονται για την αποκατάσταση των ασθενών και με ποσοστό 7,41% δεν πιστεύουν αυτή την άποψη.

Δεν δόθηκαν απαντήσεις από όλους τους φροντιστές.

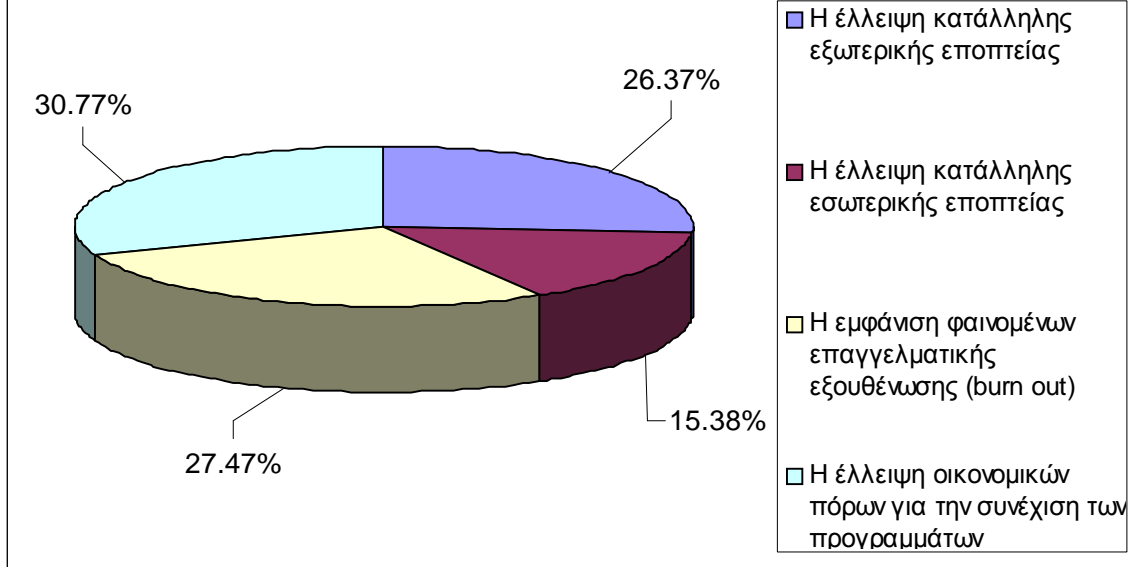
Το μεγαλύτερο ποσοστό 77,78% λοιπόν πιστεύει ότι η οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο εργάζονται με τους ασθενείς, ενώ το μικρότερο ποσοστό 7,41% πιστεύει ότι δεν επηρεάζει.

**Ερώτηση 19 α. Αν ΝΑΙ, ποιο/α από τα παρακάτω οδηγούν σε μια τέτοια κατάσταση:**

**Πίνακας 19 α.**

Η έλλειψη κατάλληλης εξωτερικής εποπτείας	24	26,37 %
Η έλλειψη κατάλληλης εσωτερικής εποπτείας	14	15,38 %
Η εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)	25	27,47 %
Η έλλειψη οικονομικών πόρων για την συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών	28	30,77 %
ΣΥΝΟΛΟ	91	100 %

## Αν ΝΑΙ ποιό/ά από τα παρακάτω οδηγούν σε μία τέτοια κατάσταση



Παραπάνω παρατηρούμε ότι η έλλειψη οικονομικών πόρων για τη συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών θεωρείται ως η κυριότερη αιτία 30,77% που οδηγεί στην μη αποτελεσματική οργάνωση του ξενώνα. Ακολουθούν η εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης(burn out)των φροντιστών με 27,47% και η έλλειψη κατάλληλης εξωτερικής εποπτείας με ποσοστό 26,37%. Τέλος με ποσοστό 15,38% η έλλειψη κατάλληλης εσωτερικής εποπτείας.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους φροντιστές ήταν πολλαπλές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών με 30,77% απάντησε την έλλειψη οικονομικών πόρων για τη συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών ως την κυριότερη αιτία που οδηγεί στην μη αποτελεσματική οργάνωση του ξενώνα ενώ το μικρότερο ποσοστό 15,38% θεωρεί την έλλειψη κατάλληλης εσωτερικής εποπτείας.

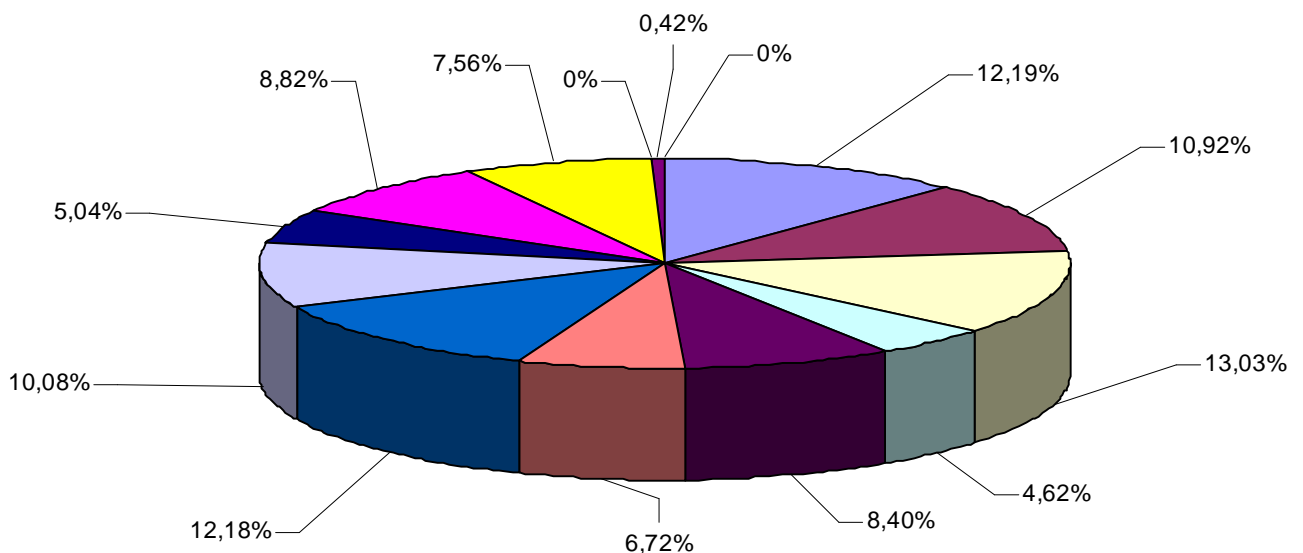
**Ερώτηση 20.** Ποιος ή ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη καλή λειτουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Ξενώνα.

**Πίνακας 20**

Η επάρκεια σε εξειδικευμένο θεραπευτικό προσωπικό	29	12,19 %
Η επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό	26	10,92 %
Η καλή οργάνωση της εργασίας του θεραπευτικού προσωπικού	31	13,03 %
Η πολυετής εμπειρία της θεραπευτικής ομάδας	11	4,62 %
Η ύπαρξη κατάλληλης εξωτερικής εποπτείας	20	8,40 %
Η ύπαρξη κατάλληλης εσωτερικής εποπτείας	16	6,72 %
Η οικονομική ενίσχυση για τη συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών	29	12,18 %
Η λειτουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το θεραπευτικό προσωπικό	24	10,08 %
Η ουσιαστική προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών	12	5,04 %
Η εξειδίκευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών	21	8,82 %
Όλα τα παραπάνω	18	7,56 %
Κανένα από τα παραπάνω	0	0 %
Δεν γνωρίζω	1	0,42 %
Άλλο.....	0	0 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>238</b>	<b>100 %</b>

## Ποιοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη καλή λειτουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Ξενώνα

- Η επάρκεια σε εξειδικευμένο θεραπευτικό προσωπικό
- Η επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό
- Η καλή οργάνωση της εργασίας του θεραπευτικού προσωπικού
- Η πολυετής εμπειρία της θεραπευτικής ομάδας
- Η ύπαρξη κατάλληλης εξωτερικής εποπτείας
- Η ύπαρξη κατάλληλης εσωτερικής εποπτείας
- Η οικονομική ενίσχυση για τη συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Η λειτουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το θεραπευτικό προσωπικό
- Η ουσιαστική προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Η εξειδίκευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Όλα τα παραπάνω
- Κανένα από τα παραπάνω
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο.....



Από τους παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην καλή λειτουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα, όπως φαίνεται στον πίνακα 20, ο πιο σημαντικός είναι η καλή οργάνωση της εργασίας του θεραπευτικού προσωπικού με ποσοστό 13,03% και ακολουθούν η επάρκεια σε εξειδικευμένο θεραπευτικό προσωπικό με ποσοστό 12,19% και η οικονομική ενίσχυση για την συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών με ποσοστό 12,18%.

Με ποσοστό 10,92% η επάρκεια σε νοσηλευτικό, με 10,08% η λειτουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το θεραπευτικό προσωπικό, με 8,82% η εξειδίκευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, με 8,40% η ύπαρξη κατάλληλης εξωτερικής εποπτείας, με 7,56% όλοι οι παραπάνω παράγοντες, με 6,72% η ύπαρξη κατάλληλης εσωτερικής εποπτείας, με 5,04% η ουσιαστική προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών και με ποσοστό 4,62% η πολυετής εμπειρία της θεραπευτικής ομάδας.

Τέλος με 0,42% δεν γνώριζαν οι φροντιστές τους παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην καλή λειτουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα.

Και σ' αυτή την ερώτηση οι φροντιστές έδωσαν πολλαπλές απαντήσεις.

Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 13,03% στις απαντήσεις των φροντιστών κατέχει η καλή οργάνωση της εργασίας του θεραπευτικού προσωπικού ως παράγοντας που παίζει τον πιο καθοριστικό ρόλο στην καλή λειτουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα και το μικρότερο ποσοστό των φροντιστών με 0,42% δεν γνωρίζουν για τον παράγοντα που παίζει καθοριστικό ρόλο στην καλή λειτουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα.

#### 6.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ειδική ανάλυση της έρευνας μας προκύπτει από τις απαντήσεις των φροντιστών και την κωδικοποίηση των στοιχείων της έρευνας.

Οι περισσότεροι λοιπόν φροντιστές που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες. Αυτό το γνωρίζαμε από πριν, όταν κάναμε ανάλυση του δείγματος μας. Οι γυναίκες υπερτερούσαν στην στελέχωση του προσωπικού των ξενώνων και κατείχαν πιο υψηλές θέσεις π.χ. Ψυχολόγος, Κοινωνική Λειτουργός, σε σχέση με τους άντρες που είχαν κατώτερες θέσεις π.χ. Βοηθητικό ή Διοικητικό προσωπικό και συνεπώς ήταν και πιο λίγες οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα τους απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Παρόλα αυτά όμως οι στάσεις τους απέναντι στους ασθενείς δεν διαφοροποιούνταν από τους φροντιστές που ερχόντουσαν σε καθημερινή βάση σε επαφή με τους ασθενείς.

Εντύπωση μας έκανε ότι δεν συμπληρώθηκε κανένα ερωτηματολόγιο από Ψυχίατρο.

Οι περισσότεροι από τους φροντιστές ήταν έγγαμοι με παιδιά και έμεναν κοντά στους ξενώνες, μέσα στην πόλη.

Η ηλικία τώρα των περισσότερων φροντιστών κυμαινόταν ανάμεσα στα 30-40 έτη. Άνω των 40 ετών και σχεδόν πάνω από τα 50 ήταν 19 φροντιστές και οι υπόλοιποι 8 είχαν ηλικία από 18-30 ετών.

Η ηλικία των φροντιστών έπαιξε σημαντικό ρόλο στο πως αντιμετωπίζουν την πρόοδο και την εξέλιξη της θεραπείας των ασθενών. Οι μικρότεροι σε ηλικία φροντιστές ήταν πιο αισιόδοξοι από τους μεγαλύτερους και είχαν περισσότερη διάθεση για εργασία με τους ασθενείς. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία είχαν απογοητευθεί, ήταν ματαιόδοξοι και σχεδόν οι περισσότεροι ένοιωθαν ψυχική και σωματική κούραση από την εργασία τους με τους ασθενείς (burn out).

Εκτός από την ηλικία τους όμως 21 φροντιστές έχουν εργασιακή εμπειρία 3-6 έτη ενώ άλλα 21 άτομα εργάζονται στους ξενώνες από 15-20 και άνω χρόνια.

Κι εδώ βλέπουμε σημαντικές διαφορές στο πως αντιμετωπίζουν τον χρόνιο ψυχικά ασθενή και το πώς βλέπουν την εργασία μαζί τους. Οι φροντιστές που έχουν εργασιακή εμπειρία περισσότερων χρόνων, ενώ είναι πιο ψύχραιμοι στην θεραπεία ενός περιστατικού, έχουν κουραστεί περισσότερο από τη δουλειά τους, από αυτούς που εργάζονται λιγότερα έτη.

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση των φροντιστών συμπεραίνουμε ότι επηρεάζει αρκετά το πώς βλέπουν την εργασία τους με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς γιατί οι μισοί από τους φροντιστές έχουν μόνιμη εργασία στους ξενώνες και οι άλλοι μισοί έχουν υπογράψει σύμβαση αορίστου χρόνου.

Βλέπουμε λοιπόν από τις απαντήσεις τους ότι, περισσότερο, αυτοί που εργάζονται μόνιμα στους ξενώνες, αισθάνονται ψυχική και σωματική κούραση από την εργασία τους και οι αντιδράσεις τους είναι περισσότερο αρνητικές σε κάποια περιστατικά με τους ασθενείς.

Οι μισοί τώρα από τους ερωτηθέντες φροντιστές είχαν δουλέψει ξανά σε παρόμοια ψυχιατρική δομή στο παρελθόν, γεγονός που τους έκανε περισσότερο 'έτοιμους' ψυχολογικά, αλλά και από θέμα εμπειρίας να χειριστούν κάποιο περιστατικό, να γνωρίζουν την εξέλιξη του και έτσι να μην είναι ματαιόδοξοι και προκατειλημμένοι απέναντι στον ασθενή.

Οι περισσότεροι από τους φροντιστές εργάστηκαν στον ξενώνα σύμφωνα με απόφαση του Γενικού νοσοκομείου της περιοχής ή του ψυχιατρείου, ενώ οι φροντιστές που ήταν προσωπική τους επιλογή να εργαστούν στον ξενώνα ήταν λιγότεροι. Αυτό επηρέασε το ζήλο τους και την προσπάθεια τους για την θεραπεία των ασθενών γιατί επέλεξαν να εργαστούν μαζί τους και είχαν ως κίνητρο τους την αγάπη για το επάγγελμα και την επιθυμία τους να βοηθήσουν τους ασθενείς.

Οι υπόλοιποι φροντιστές που μετατέθηκαν στους ξενώνες από το Νοσοκομείο ή το Ψυχιατρείο της περιοχής ως κίνητρό τους είχαν την επαγγελματική αποκατάσταση και τα οικονομικά οφέλη, προκειμένου να εργαστούν στον ξενώνα.

Αναλόγως λοιπόν με τα κίνητρα του κάθε θεραπευτή βλέπουμε και τη στάση τους πάνω στην εργασία τους με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Ανεξάρτητα όμως από τα κίνητρα των φροντιστών βλέπουμε τα συναισθήματα τους όταν πληροφορήθηκαν ότι θα εργαστούν με τους ασθενείς και είναι θετικά αφού αισθάνθηκαν ικανοποίηση και χαρά. Κάποιοι άλλοι φροντιστές ένοιωσαν άγχος. Κανένας όμως δεν ανέφερε αρνητικά συναισθήματα.

Όταν όμως εργάστηκαν με τους ασθενείς τα αισθήματα τους διαφοροποιήθηκαν αφού κάποιοι φροντιστές ένοιωσαν δυσαρέσκεια, λύπη και φόβο. Κάποιοι άλλοι φροντιστές ένοιωσαν άγχος, αμηχανία, αγωνία και συμπόνια.

Όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα των φροντιστών πιστεύουμε ότι οφείλονται στην ελλιπή εκπαίδευση τους ή στην έλλειψη εμπειρίας. Υπήρξαν όμως και φροντιστές που ένοιωθαν χαρά, ικανοποίηση, ευχαρίστηση και κατανόηση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας.

Τα συναισθήματα των φροντιστών λοιπόν ήταν μοιρασμένα σε αρνητικά και θετικά.

Παρόλο όμως που οι μισοί φροντιστές ένοιωθαν θετικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, όλοι σχεδόν οι φροντιστές ένοιωθαν κουρασμένοι ή ανήμποροι να συνεχίσουν το θεραπευτικό έργο της αποκατάστασης με τους χρόνιους ψυχικά



ασθενείς και οι περισσότεροι το αιτιολογούσαν στις όχι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους και στην ψυχική και σωματική κούραση που αισθάνονταν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας.

Το φαινόμενο του burn out, όπως είδαμε και στην βιβλιογραφική μας ανασκόπηση, εμφανίζεται συχνά στους φροντιστές ψυχικής υγείας.

Στο θεραπευτικό περιβάλλον όμως των μονάδων αποκατάστασης εμφανίζονται και επεισόδια κρίσεως- υποτροπής των ασθενών τα οποία έχουν αντιμετωπίσει σχεδόν όλοι οι φροντιστές. Και σ' αυτή την περίπτωση τα συναισθήματα τους ήταν διάφορα. Τα αρνητικά συναισθήματα των φροντιστών όμως υπερτερούσαν σ' αυτή την περίπτωση, γεγονός που τους κούραζε αρκετά ψυχολογικά.

Αντίθετα όταν συμμετείχαν σε ευχάριστες εκδηλώσεις, π. χ. θέατρο, με τους ασθενείς οι φροντιστές εκδήλωναν πολύ θετικά συναισθήματα.

Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι ανάλογα με τις δραστηριότητες και τις υποχρεώσεις τους απέναντι στους ασθενείς, διέφεραν και τα συναισθήματα τους.

Επίσης οι αρνητικές αντιδράσεις των ασθενών, όταν συνοδεύονταν από τους φροντιστές στην πόλη προκαλούσαν αρνητικά συναισθήματα στους φροντιστές. Όσον αφορά τώρα την προκατάληψη των φροντιστών για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς φάνηκε από τις απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια ότι οι μισοί απ' αυτούς έχουν προκατάληψη για τους ασθενείς, γιατί πιστεύουν ότι πρόκειται για έναν επικίνδυνο ασθενή, ενώ οι άλλοι μισοί θεωρούν το αντίθετο.

Ο κυριότερος λόγος στον οποίο στηρίζουν την άποψη ότι θεωρείται ένας επικίνδυνος ασθενής, είναι όταν δεν λαμβάνει συστηματικά την θεραπευτική αγωγή μπορεί να θεωρηθεί επικίνδυνος.

Η οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη στάση των φροντιστών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους στον ξενώνα και κατά συνέπεια και την πρόοδο της εργασίας των ασθενών.

Έτσι στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο εργάζονται για την αποκατάσταση των ασθενών, οι περισσότεροι φροντιστές απάντησαν ότι το πιστεύουν απόλυτα και ότι η έλλειψη οικονομικών πόρων για τη συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Επίσης πιστεύουν ότι στην κακή οργάνωση των ξενώνων συμμετέχει η εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης των φροντιστών και η έλλειψη κατάλληλης εξωτερικής εποπτείας.

Στην καλή οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα οι περισσότεροι φροντιστές πιστεύουν ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο η

καλή οργάνωση της εργασίας του θεραπευτικού προσωπικού και η επάρκεια σε εξειδικευμένο θεραπευτικό προσωπικό.

Η εκπαίδευση όμως των φροντιστών ήταν ελλιπής σε σχέση με τις ανάγκες της εργασίας τους με αυτή την ομάδα των ασθενών, αφού κανένας δεν έχει κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο (μάστερ ή διδακτορικό).

Συμπεραίνουμε λοιπόν από όλες τις απαντήσεις των φροντιστών ότι οι απόψεις τους είναι σύμφωνες με εκείνες των διάφορων θεωρητικών που μελετήσαμε στην βιβλιογραφική μας ανασκόπηση.

Τα διαφορετικά στοιχεία που συλλέξαμε τα παρουσιάσαμε παραπάνω με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

## 6.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων μας οδηγηθήκαμε σε κάποιες συγκρίσεις με τις απόψεις των θεωρητικών που μελετήσαμε στην βιβλιογραφία μας και έτσι καταγράψαμε και τα δικά μας συμπεράσματα και προτάσεις. Ειδικότερα:

- Αναφορικά με τη **γνώση του επαγγελματία ψυχικής υγείας για τη χρόνια ψυχική νόσο και την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών**, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό που στελεχώνει την θεραπευτική ομάδα των ξενώνων έχει έλλειψη γνώσης σχετικά με τους τομείς αυτούς για τους εξής λόγους:

i) Ο πρώτος λόγος αφορά το γεγονός ότι κανένας φροντιστής δεν έχει κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο (master ή διδακτορικό) και ότι οι πλειοψηφία των φροντιστών δεν έχει εξειδίκευση για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

ii) Ο δεύτερος λόγος αφορά το γεγονός ότι οι περισσότεροι φροντιστές, κυρίως το επιστημονικό προσωπικό της ομάδας ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) δεν έχουν εργασιακή εμπειρία πολλών χρόνων εκτός των νοσηλευτών Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και τα βοηθητικά μέλη που έχουν εργασιακή εμπειρία πάνω από 15- 20 χρόνια σε άλλες ψυχιατρικές δομές.

iii) Ο τρίτος λόγος αφορά μια πιθανή προκατάληψη που διαπιστώθηκε στους φροντιστές όσον αφορά τη χρόνια ψυχική νόσο. Εάν το προσωπικό είχε την απαιτούμενη γνώση, δεν θα πίστευε ότι ο χρόνιος ψυχικά ασθενής είναι ένας επικίνδυνος ασθενής.

- Όσον αφορά τώρα τη **συμβολή της θεραπευτικής ομάδας στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών** αυτή θα μπορούσαμε να πούμε ότι επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες.

i) Καταρχήν ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένο το θεραπευτικό περιβάλλον επηρεάζει σημαντικά τη γνώμη και τη στάση των φροντιστών σε όλη την αποκαταστασιακή διαδικασία. Όταν το περιβάλλον των στεγαστικών μονάδων αποκατάστασης είναι σωστά οργανωμένο, τότε η στάση των φροντιστών είναι θετική τόσο ως προς την εργασία τους, όσο και ως προς τους ασθενείς. Στην αντίθετη περίπτωση οι στάσεις των φροντιστών είναι αρνητικές. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι μισοί από τους φροντιστές εργαζόντουσαν πριν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και θα πρέπει να κάνουν αρκετή προσπάθεια να προσαρμοστούν στις ανάγκες των στεγαστικών δομών αποκατάστασης

και στις απαιτήσεις των ασθενών μέσα από την αποκαταστασιακή διαδικασία.

ii) Ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας που δεν βοηθά στη συμβολή των φροντιστών στην αποκατάσταση των ασθενών είναι ότι δεν υπάρχουν αρκετοί οικονομικοί πόροι για τη συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης.

- Αναφορικά με την **παρουσία και συμβολή της εξωτερικής και εσωτερικής εποπτείας** είναι ένας παράγοντας που πιστεύουν οι φροντιστές ότι επηρεάζει στην ορθή αντιμετώπιση της χρόνιας ψυχικής νόσου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή αντιμετώπιση ενός περιστατικού κρίνουν πως είναι η ύπαρξη κατάλληλης εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας. Η σωστή εποπτεία όμως είναι ικανή να λύσει και αρκετά προβλήματα των φροντιστών. Όταν λοιπόν όλα αυτά τα προβλήματα λύνονται οι φροντιστές πιστεύουν ότι είναι ικανοί να βοηθήσουν με το σωστό τρόπο στην αποκατάσταση των ασθενών.
- Αναφορικά με τους **παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος** ενός ξενώνα αρκετοί φροντιστές αναφέρθηκαν στο γεγονός ότι η εμφάνιση του φαινομένου burn out είναι ανασταλτικός παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά το θεραπευτικό περιβάλλον των μονάδων αποκατάστασης. Οι φροντιστές τότε δεν αναπτύσσουν την κατάλληλη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς και έτσι δεν υπάρχει πρόοδος στην εξέλιξη της θεραπείας των ασθενών.
- Κάποιοι άλλοι φροντιστές όμως ανέφεραν την **ελλιπή εκπαίδευση των φροντιστών** ως σημαντικό παράγοντα που δεν βοηθά στην αποκατάσταση των ασθενών και τη επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό που κρίνεται απαραίτητο για τέτοιου είδους δομές. Η ουσιαστική προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν φαίνεται να επηρεάζει αρκετά τη γνώμη τους για την αποκατάσταση των ασθενών και πως συμβάλλουν οι ίδιοι σ' αυτή. Η εκπαίδευση των φροντιστών λοιπόν είναι ελλιπής σε σχέση με τις ανάγκες των χρόνιων ψυχικά ασθενών και των στεγαστικών μονάδων αποκατάστασης.
- Όσον αφορά **τα συναισθήματα των φροντιστών όταν εργάζονται με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς** διαπιστώθηκε ότι ήταν αντιστοίχως ανάλογα με τη συμπεριφορά των ασθενών, τις σχέσεις τους με τους άλλους

συναδέλφους, τα πολλά χρόνια εργασίας τους σε ψυχιατρικές δομές και την οργάνωση των ξενώνων.

- Σχετικά με τα **συναισθήματα των φροντιστών κατά τη θεραπευτική σχέση με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς** διαπιστώθηκε ότι, όταν βρίσκονται στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης εξαιτίας του φόβου που αισθάνονται για τον ασθενή βιώνουν αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα να μην είναι βοηθητικοί στην αποκαταστασιακή διαδικασία. Έστω και οι μισοί από τους φροντιστές εξέφρασαν την άποψη ότι θεωρούν τον χρόνιο ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνο και πιθανά εκφράζουν μια αρνητική στάση στο να συμβάλλουν στην θεραπεία και στην αποκατάσταση των ασθενών αυτών, επειδή αισθάνονται φόβο απέναντι τους.
- Σχετικά με τα **συναισθήματα των φροντιστών κατά την επικοινωνία τους με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας** ήταν αρνητικά και οι σχέσεις με τους άλλους συναδέλφους δεν ήταν καλές. Όλα αυτά τα συναισθήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι κάποιοι από τους λόγους εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης των φροντιστών.
- Κάποιοι τώρα από τους λόγους που αφορούν τα **αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς και την εργασία τους με χρόνιους ψυχικά ασθενείς** είναι οι εξής παρακάτω:
  - i) Τα **πολλά χρόνια εργασίας** τους σε ψυχιατρικές δομές συναισθηματικά έχουν κουράσει τους φροντιστές και έτσι έχουμε την εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς αλλά και προς την εργασία τους. Εδώ ανήκουν οι μισοί φροντιστές που εργάζονται μόνιμα στους ξενώνες. Οι άλλοι μισοί φροντιστές που εργάζονται στους ξενώνες των μονάδων αποκατάστασης έχουν υπογράψει σύμβαση αορίστου χρόνου με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν το χρονικό διάστημα που θα παραμείνουν στον ξενώνα και να επηρεάζονται έτσι τα συναισθήματα και η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.
  - ii) Τέλος η **σωστή οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα** επηρεάζει θετικά τους φροντιστές. Σε αντίθετη περίπτωση οι φροντιστές εκδηλώνουν αρνητικές στάσεις τόσο ως προς την εργασία τους όσο και ως προς τους ασθενείς. Όταν οι φροντιστές συμμετείχαν σε κοινές με τους ασθενείς δραστηριότητες, διέφεραν και τα συναισθήματα τους. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας ένοιωθαν κατανόηση και συμπόνια παράλληλα. Όταν ο ασθενής όμως υποτροπίαζε

ένοιωθαν άγχος και αγωνία. Επίσης κατά την έξοδο του ασθενή στην πόλη, όταν ο ασθενής θα είχε άσχημη συμπεριφορά οι φροντιστές βίωναν αρνητικά συναισθήματα. Τέλος όταν οι φροντιστές συμμετείχαν σε διάφορες εκδηλώσεις των ασθενών που διοργάνωνε ο ξενώνας αισθάνονταν ικανοποίηση και ευχαρίστηση.

iii) Οι φροντιστές **συμβάλλουν στην οργάνωση και τη λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος του ξενώνα** συμμετέχοντας σε διάφορες εκδηλώσεις που αφορούν τους ασθενείς του ξενώνα, συνοδεύοντας τους ασθενείς σε μια έξοδο τους στην πόλη και με την οργάνωση της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας. Αυτές οι δραστηριότητες δημιουργούν θετικά συναισθήματα στους φροντιστές κατά τη διάρκεια της εργασίας τους.

iv) Η **οργάνωση της εσωτερικής εποπτείας** είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί συζητούνται θέματα που αφορούν τους ασθενείς και την εξέλιξη της θεραπείας τους. Συνεπώς βοηθούν την αποκατάσταση τους και συμβάλλουν στην οργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος. Όταν δεν υπάρχει σωστή οργάνωση της εποπτείας από τους φροντιστές οι στάσεις τους καταλήγουν να είναι αρνητικές τόσο ως προς την εργασία τους όσο και ως προς τις σχέσεις τους με τους άλλους συναδέλφους και τους ασθενείς.

v) Με την **οργάνωση της εξωτερικής εποπτείας** οι φροντιστές μπορούν να λύσουν θέματα που αφορούν προσωπικά τους ζητήματα, θέματα οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος και προβλήματα ιδιαίτερα που δημιουργούν οι ασθενείς και μέσω της εσωτερικής εποπτείας δεν μπορούν να λυθούν.

Όταν λοιπόν τέτοιου είδους θέματα λύνονται με την εξωτερική εποπτεία η οργάνωση και λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος του ξενώνα είναι βοηθητική για τους ασθενείς.

vi) Η σωστή οργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος του ξενώνα απαιτεί την **ενίσχυση των οικονομικών πόρων** για την χρηματοδότηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών και την επάρκεια σε εξειδικευμένο προσωπικό. Οι περισσότερες αρνητικές στάσεις των φροντιστών πιθανά εκδηλώνονται από την ελλιπή γνώση και εξειδίκευση σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών.

- Αναφορικά με τη συμπεριφορά του θεραπευτικού προσωπικού απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς συμπεραίνουμε ότι εκδηλώνεται με τη συμμετοχή τους σε κοινές δραστηριότητες με τους ασθενείς, με την οργάνωση της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας και με την καλή οργάνωση της δομής.

i) Η **εργασιακή εμπειρία των φροντιστών είναι πιθανώς ανάλογη με τη συμπεριφορά τους**. Οι φροντιστές με την εργασιακή εμπειρία χρόνων εκδηλώνουν θετικές στάσεις ως προς τους ασθενείς απ' ότι οι φροντιστές με τη λιγότερη εργασιακή εμπειρία.

ii) Η **πολυετής εργασιακή εμπειρία** όμως είναι κύριος λόγος για την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης που πιθανά να οδηγήσει τους φροντιστές στην εμφάνιση αρνητικών στάσεων τόσο ως προς την εργασία τους, όσο και ως προς τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

iii) Η **εκπαίδευση** των φροντιστών είναι επίσης ανάλογη με την συμπεριφορά τους. Η ελλιπής εκπαίδευση των φροντιστών είναι πηγή αρνητικών στάσεων προς τους ασθενείς και προς τον τρόπο που εργάζονται στον ξενώνα.

v) Η **συμπεριφορά των ασθενών** επίσης επηρεάζει τη συμπεριφορά των φροντιστών. Όταν οι ασθενείς είναι λειτουργικοί, βοηθούν τους φροντιστές στην καλύτερη αποτελεσματικότητα της εργασίας τους.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι οι αρνητικές στάσεις των φροντιστών που αφορούν τα συναισθήματα τους προκύπτουν ως επί των πλείστον από την ελλιπή εκπαίδευση τους, από τα χρόνια εργασίας τους σε ψυχιατρικές δομές και από την κακή οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Συνοψίζοντας όμως θα θέλαμε να εκφράσουμε την άποψη ότι 'είναι διαφορετικά στην θεωρία, από ότι στην πράξη' και το είδαμε ξεκάθαρα μέσα από αυτή την έρευνα.

Ελπίζουμε η έρευνα μας να δώσει έναυσμα για περαιτέρω έρευνα πάνω στο θέμα που εξετάσαμε.

## 6.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις που θα θέλαμε να κάνουμε μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας είναι οι εξής:

- Να δημιουργηθούν προγράμματα εκπαίδευσης των φροντιστών που θα παρέχουν στους φροντιστές την δυνατότητα να εκπαιδευονται πάνω στην εξέλιξη της ασθένειας των χρόνιων ψυχικά ασθενών, αλλά και στο ποια θα πρέπει να είναι η στάση τους κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας.
- Να υπάρχει κατάλληλη εσωτερική και εξωτερική εποπτεία που θα υποστηρίζει την ‘φιλοσοφία’ που θα πρέπει να έχουν οι μονάδες αποκατάστασης, τόσο ως προς την οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος, όσο και ως προς τη δεοντολογία που θα πρέπει να υποστηρίζουν οι φροντιστές.
- Να ενισχύσει το Κράτος τους οικονομικούς πόρους των μονάδων αποκατάστασης για να καλυφθούν οι ανάγκες των ξενώνων και να γίνεται πιο σωστή δουλειά στην αποκατάσταση των ασθενών.
- Να γίνεται σωστή αγωγή κοινότητας για να αποφεύγεται ο στιγματισμός των χρόνιων ψυχικά ασθενών για να μην παρουσιάζονται προβλήματα κατά την έξοδο τους στην πόλη.
- Να αναφέρονται όλα τα προβλήματα που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ των φροντιστών στην ομάδα προκειμένου να αποφεύγονται διαπληκτισμοί και συγκρούσεις που κάνουν την εργασία των φροντιστών δύσκολη. Η επίλυση των προβλημάτων να γίνεται με την τακτική και συστηματική οργάνωση της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας.
- Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος να καθορίζει τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του κάθε φροντιστή, ισότιμα, ισάξια και ανάλογα με τις δυνατότητες του κάθε φροντιστή για να υπάρχει μια σωστή οργάνωση του ξενώνα.
- Να προσλαμβάνονται φροντιστές με εργασιακή εμπειρία χρόνων για να μην δημιουργούνται προβλήματα μεταξύ των φροντιστών και των ασθενών εξαιτίας της έλλειψης εμπειρίας των φροντιστών.
- Να μην εκδηλώνουν οι φροντιστές την προκατάληψη που τυχόν να έχουν για τους ασθενείς γιατί οι ασθενείς την



εισπράττουν και εμφανίζονται προβλήματα στις μεταξύ τους σχέσεις. Όταν οι φροντιστές νοιώθουν έντονη την παρουσία της προκατάληψης προς τους ασθενείς καλό θα ήταν να οργανώνουν εσωτερική ή εξωτερική εποπτεία ειδικά γι' αυτό το θέμα.

- Η οργάνωση θεραπευτικού περιβάλλοντος των στεγαστικών μονάδων αποκατάστασης πρέπει να γίνεται με το σωστό τρόπο έτσι ώστε να βοηθά τους φροντιστές στο να συμβάλλουν στην αποκατάσταση των ασθενών.
- Το θεραπευτικό περιβάλλον των μονάδων αποκατάστασης πρέπει να είναι οργανωμένο έτσι ώστε να μην προσομοιάζει με περιβάλλον ψυχιατρικού νοσοκομείου.
- Να ενισχυθούν οι οικονομικοί πόροι των στεγαστικών μονάδων αποκατάστασης για την υλοποίηση των απαραίτητων προγραμμάτων.
- Να οργανώνεται σε πιο τακτά χρονικά διαστήματα η εσωτερική και εξωτερική εποπτεία για τη σωστή αντιμετώπιση των ασθενών έτσι ώστε να μην υπάρχουν κενά στη θεραπεία τους.
- Όταν οι φροντιστές εμφανίζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, να συζητιούνται έγκαιρα στις εποπτείες για την αποφυγή προβλημάτων στις σχέσεις μεταξύ προσωπικού- ασθενή και προσωπικού- προσωπικού.
- Να εξαλειφθεί ο φόβος των φροντιστών για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς συμμετέχοντας σε δραστηριότητες αγωγής κοινότητας και σε περισσότερες κοινές δραστηριότητες μαζί τους.
- Οι σχέσεις μεταξύ των φροντιστών να περιορίζονται όσον αφορά την ορθή αντιμετώπιση και θεραπεία των ασθενών και να μην επεκτείνονται όσον αφορά τις σχέσεις τους με τους άλλους συναδέλφους.
- Οι συμβάσεις των φροντιστών στους ξενώνες να έχουν μόνιμο χαρακτήρα έτσι ώστε να μην υπάρχει η αβεβαιότητα στην εργασία τους και να αφοσιωθούν στην εργασία των ασθενών.
- Οι φροντιστές να αναλαμβάνουν κοινές δραστηριότητες με τους ασθενείς έτσι ώστε να εξοικειώνονται μαζί τους.
- Την οργάνωση των εποπειών να αναλαμβάνουν φροντιστές με την περισσότερη εργασιακή εμπειρία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- **Αποστολή Ι.**, *Ψυχιατρική αποκατάσταση-ένας πρακτικός οδηγός*, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998.
- **Γέωργας**, *Κοινωνική ψυχολογία*, τόμος β', Τρίτη έκδοση, Αθήνα 1990.
- **Γκιωνάκης Ν., Στυλιανίδης Σ.**, *Από την προκατάληψη στην συμβίωση-Οδηγός ψυχικής υγείας, εταιρεία περιφερειακής ανάπτυξης και ψυχικής υγείας, επιμέλεια του Τομέα Ψυχικής Υγείας και τοπικής Υγειονομικής Εταιρείας, Ρώμη Ε', Αθήνα 2001(Ε. Π. Α. Ψ. Υ).*
- **Μαδιανός Μ.**, *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
- **Μαδιανός Μ.**, *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση-Από το άσυλο στην κοινότητα*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
- **Μαδιανός Μ.**, *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*, δεύτερη έκδοση, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2002.
- **Μαδιανός Μ.**, *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Κοινοτική Ψυχιατρική-Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*, β' τόμος, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.
- **Μαδιανός Μ.**, *Κοινωνία και Ψυχική υγεία*, δεύτερος τόμος, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.
- **Μαντωνάκης Ι., Μακρίδης Μ.**, *Αρχές Ψυχιατρικής Αποκατάστασης*, εγκέφαλος 16, 162-165, 1979.
- **Μπαϊρακτάρης Κ.**, *Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση*, Εναλλακτικές εκδόσεις/ αντιπαραθέσεις, Θεσσαλονίκη 1994.
- **Νομοθεσία Ψυχικής Υγείας: Ν.2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α/17.05.1999) Άρθρο 9**
- *Υ. Α. Α3α/οικ. 876 (ΦΕΚ 661/Β/25.05.2000)*
- **Παπαγεωργίου Α.**, *Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα 1994
- **Παπαδάτος Ι.**, *Κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές*, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 1987.
- **Ποταμιάνος Γ.**, *Κλινική ψυχολογία-Σύγχρονα θέματα πρακτικής και έρευνας*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000.

- **Σακελλαρόπουλος Π.**, Lebonici S., *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής*, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984.
- **Σακελλαρόπουλος Π.**, *Κοινωνική ψυχιατρική στην Ελλάδα. Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, εκδόσεις Παπαζήση, συντονιστής έκδοσης Δαμίγος Δημήτρης, Αθήνα, 2003.
- **Στυλιανίδης Σ.**, *Επανένταξη-Αποκατάσταση στο Χώρο της Ψυχικής Υγείας, τετράδια ψυχιατρικής, τεύχος 35.*
- **Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας-Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας**, *Ψυχική Υγεία:Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα-Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001*, εκδόσεις Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2001.
  - § Χαρτοκόλλης Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1991.
- **Cohen L., Lawrence M.**, *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, εκδόσεις έκφραση, εκπαιδευτική βιβλιοθήκη.
- **Fontana D.**, *Το Άγχος και η Αντιμετώπιση του*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993
- **Lamperiere T.-Feline A.-Gufmann A.-Ades L.-Pilate C.** *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων-Στοιχεία Κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα* -Υπεύθυνος έκδοσης: Σακελλαρόπουλος Π. , α΄ τόμος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1994.
- **Lamperiere T. Coll**, *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων-Στοιχεία Κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*, β΄ τόμος, συνέκδοση Σακελλαρόπουλος Π., εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995.

- ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- **Δρίτσας Σ.- Μουρτζούκου Ε.**, *Σύνδρομο Burnout*, Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος- Δεκέμβριος 2004.

- ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Πηγές Internet:www.yahoo.com**

- **Beeson P.**, Rural Community Mental Health, the Successful Rural Mental Health Practitioner: Dimensions of Success, vol. 18, No.4 1991 and vol. 19, No. 1 1992.
- **Borinstein A.**, Public Attitudes toward Persons with Mental Illness-Health Affairs, 1992(fall), 186-196.

- **Chantal Van Audenhove and Greet Van Humbeeck**, Expressed Emotion in Professional Relationships, Lippincott Williams and Wilkins, Leuven, Belgium, 2003.
- **Garety P.A. and Morris I.**, A New Unit for Long- Stay Psychiatric Patients: Organization, Attitudes and Quality of Care, Department of Psychology, Institute of Psychiatry, London, 1984, 14, 183-192, Printed in Great Britain.
- **Hugo M.**, Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder, Volume 8, Issue 5, Page 419- October 2001.
- **Deegan P.**, Spirit Breaking: When the Helping Professions Hurt, Humanistic Psychologist, 1990, 18(3), 301-303.
- **Deegan P.**, Recovering Our Sense of Value after Being Labeled, Journal of Psychosocial Nursing, 1993, 31(A).
- **Division of Mental Health, World Health Organization**, **Transition from Hospital to Community: A Literature Review on Housing**, WHO/ MNH/ MND, 93. 17, Geneva.
- **Marsh D., Koeske R., Schmidt P., Martz D. and Redpath W.**, A Person- Driven System: implications for Theory and Practice.
- **Moore and Kuipers**, Behavioral correlates of expressed emotion in staff- patient interactions, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27: 298-303 (1992).
- **Wallace, Wohl, Mine and Hatton**, Developing housing for persons with severe mental illness: an innovative community foster home, International journal of Psychosocial Rehabilitation 7, 43-51, 2002.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**  
**ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**  
**ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

### **α)Νόμος 2716/1999**

Ο νόμος 2716/1999 με τίτλο «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» καθορίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται η φροντίδα της ψυχικής υγείας στην χώρα μας. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Σύμφωνα μ' αυτό τον νόμο, το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Επίσης σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Συνιστάται ειδική υπηρεσία για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων(Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων Ατόμων με ψυχικές διαταραχές)που είναι ενταγμένη στην αυτοτελή

υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών η οποία λειτουργεί στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Ο νόμος καθορίζει επίσης ποιες μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συγκροτούν τον τομέα ψυχικής υγείας ενώ μεγάλο μέρος του είναι αφιερωμένο στην νομοθετική πλαισίωση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών περιορισμένης ευθύνης (Κοι. Σ. Π. Ε.) που αποτελούν το κύριο εργαλείο για την επαγγελματική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη των ατόμων με χρόνιες και αναπηροποιητικές ψυχικές διαταραχές. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

### **β)Νόμος 2071/1992**

Ένας προηγούμενος νόμος, ο 2071/1992 καθορίζει τις προϋποθέσεις και συνθήκες ενός άλλου σημαντικού ζητήματος που αφορά ιδιαίτερα τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Πρόκειται για το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς την συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί ένα μείζον ζήτημα που απασχολεί από χρόνια τους επιστημονικούς και επαγγελματικούς κύκλους του χώρου της ψυχικής υγείας αλλά και όσους ασχολούνται με θέματα αστικών και ατομικών δικαιωμάτων είτε λόγω θέσης (π. χ. οι δικαστικοί και οι νομικοί γενικότερα) αλλά και τους ευαισθητοποιημένους πολίτες. Αφορά όχι μόνο ζητήματα υγείας και ασθένειας αλλά αγγίζει κι άλλες ευαίσθητες περιοχές όπως αυτή των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών καθώς και των ορίων του κράτους στις σχέσεις του με τους πολίτες. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

I. – Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή

- Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του



-Η έλλειψη νοσηλείας να έχει σαν συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του, είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του.

II.- Η νοσηλεία του ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Για να αποτραπούν πιθανές παρεξηγήσεις, ο νόμος διευκρινίζει πώς η αδυναμία ή η άρνηση ενός προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία δεν αποτελούν καθ' αυτή ψυχική διαταραχή. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Ο νόμος ορίζει ακόμη τις προϋποθέσεις για την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Αυτή η διαδικασία κινείται είτε από συγγενείς πρώτου ή δευτέρου βαθμού, είτε από κηδεμόνες με αίτηση προς τον εισαγγελέα πρωτοδικών. Η αίτηση συνοδεύεται από γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων. Αυτεπάγγελτα μπορεί ο εισαγγελέας να διατάξει την μεταφορά του ασθενή για εξέταση σε δημόσια Μονάδα Ψυχικής Υγείας, όπου μέσα σε 48 ώρες πρέπει να γίνουν οι αναγκαίες εξετάσεις και η σύνταξη γνωματεύσεων από δύο ψυχιάτρους. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Μετά την εισαγωγή του για νοσηλεία, ο ασθενής ενημερώνεται τόσο προφορικά, όσο και εγγράφως από το προσωπικό για το δικαίωμα του να ασκήσει ένδικα μέσα για την ακύρωση της απόφασης για ακούσια νοσηλεία. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Η ακούσια νοσηλεία μπορεί να μετατραπεί σε εκούσια αν ο ασθενής αναγνωρίζει την ανάγκη νοσηλείας του και συνεργάζεται με την θεραπευτική ομάδα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να

αποκλείουν απαραίτητα για την θεραπεία μέτρα όπως είναι οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τους 6 μήνες, ενώ στους 3 μήνες πρέπει να αιτιολογηθεί κατάλληλα η ανάγκη για συνέχιση της νοσηλείας, αν αυτό απαιτείται. Στις σπάνιες περιπτώσεις που η πέραν του εξαμήνου νοσηλεία κρίνεται αναγκαία, ο νόμος προβλέπει επίσης την κατάλληλη αιτιολόγηση αυτής της απόφασης. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Ως προς το εξιτήριο του ασθενούς που νοσηλεύεται ακούσια, αυτό αποφασίζεται από την θεραπευτική ομάδα, ενώ ταυτόχρονα αποστέλλεται σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

Η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί για όσο διάστημα κρίνεται απαραίτητο μετά το εξιτήριο, σε εξωτερική βάση. Αυτό μπορεί να γίνει είτε στα Εξωτερικά Ιατρεία της Μονάδας στην οποία νοσηλεύθηκε ο ασθενής, είτε στην πιο κοντινή στον τόπο διαμονής του Μονάδα Ψυχικής Υγείας που έχει τέτοια δυνατότητα. (Γκιωνάκης και Στυλιανίδης, 2001)

### **γ)Νόμος 815/84**

Στην χώρα μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπορούμε να πούμε ότι ουσιαστικά άρχισε την δεκαετία του '80 με την είσοδό μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο ψυχιατρείο της Λέρου. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση με τον Κανονισμό 815.Σύμφωνα μ' ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, αρχικά πενταετούς διάρκειας, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης και η ταυτόχρονη προσπάθεια αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού των ψυχιατρείων της χώρας. Από το 1984 βάσει του Κανονισμού 815 η

χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών κατά 55% έγινε από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και την εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού. (Λιάκος 1995)

Λόγω βραδύτητας στην απορρόφηση των κονδυλίων, που οφείλονταν κυρίως σε γραφειοκρατικές δυσκολίες ο Κανονισμός 815 παρατάθηκε μέχρι τον Ιούνιο του 1995. (Λιάκος 1995)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**

**ΝΟΜΟΣ 2716/ 1999**

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ  
ΝΟΜΟΥ 2716/1999  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

**Άρθρο 1**

Γενικές Αρχές Παροχής  
Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος Νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποιδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄  
ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ**

**Άρθρο 3**

Τομείς Ψυχικής Υγείας – Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ. Υ.), με κριτήρια

γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ. Ψ. Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ. Ε. Σ. Υ., καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος με την ίδια ή όμοια απόφαση γίνεται:

α) Η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ. Υ.) σε κάθε νομό ή ευρύτερη περιοχή.

β) Η σύσταση στην Αττική και το Νομό Θεσσαλονίκης, καθώς και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, περισσοτέρων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων. Στην Αττική, στο Νομό Θεσσαλονίκης και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες συστήνονται και Τομείς Ψυχικής

Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το. Ψ. Υ. Π. Ε.).

γ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται και λειτουργούν σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι Μονάδες αυτές είναι :

α) Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία του ν. δ. 2592/1953 (ΦΕΚ 254 Α΄) και του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143

Α'), οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, που ιδρύονται με τον παρόντα νόμο.

β) Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από τη δημοσίευση, ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που

υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παρ. 2 εδ. δ' του παρόντος άρθρου.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού Μονάδες Ψυχικής Υγείας αιτιολογημένα μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας όπου κρίνεται αναγκαίο.

6. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας είναι πενταμελείς και συγκροτούνται εντός πέντε (5) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ. Ε. Σ. Υ., από :

α) Επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπεύθυνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 του Τομέα

(Το. Ψ. Υ.) με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των Μ. Ψ. Υ. του άρθρου 5 παρ. 1 με τον νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγούς, εκπαιδευτικούς) που υπηρετούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

γ) Ψυχιάτρους ή Παιδοψυχιάτρους ή λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι

οποίοι υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του παρόντος νόμου, οι οποίες ανήκουν στο συγκεκριμένο Τομέα.

7. Τρία (3) μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος, είναι από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. α'. Τα λοιπά μέλη, μεταξύ των οποίων ο Αντιπρόεδρος, από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. β' και γ'. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών, ο Υπουργός ορίζει ως μέλη, πρόσωπα κύρους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ελευθέρως ανακλητά με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ. Ε. Ψ. Υ.) έχουν τις εξής αρμοδιότητες :



α) Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών, με σκοπό σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή στα

Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των επιστημονικών υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των ψυχιατρικών νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποιδρυματοποίησης, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

δ) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες τους Ψυχικής Υγείας.

ε) Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

στ) Διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής

Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

ζ) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το Κ.Ε.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

η) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

θ) Υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄**

## ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### Άρθρο 4

Γενικές διατάξεις

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ. Ψ. Υ.) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, οι

Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές Μ.Ψ.Υ. για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα,

καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι αρχές και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ασφαλιστικών οργανισμών και τομέων, οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του Δημοσίου, που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όσων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτόν.

4. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

5. Για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν συσταθεί από νοσοκομεία του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή από

μονάδες ψυχικής υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εν όλω ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το Δημόσιο, η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

## **Άρθρο 5**

### **Κέντρα Ψυχικής Υγείας - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα**

Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία

Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά  
Ιατρεία

1. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών,

Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ. Ε. Σ. Υ. και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Με την αυτή ή όμοια απόφαση συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των Μονάδων αυτών. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύνανται να αναπτύσσουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα οποία συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης,

Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συνιστώνται Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας και οι θέσεις προσωπικού τους.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ανάλογα με τον εξυπηρετούμενο

πληθυσμό και τις τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

4. Σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τα οποία είναι εγκατεστημένα σε περιοχές που ο πληθυσμός που εξυπηρετούν έχει ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε άλλες Μ. Ψ. Υ. παροχής νοσηλείας, μπορεί να λειτουργούν περιορισμένα τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μονάδες που αναπτύσσουν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας, τα κριτήρια, οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις λειτουργίας και η στελέχωση των τμημάτων αυτών.

#### **Άρθρο 6**

#### **Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας - Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον**

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα νοσοκομεία του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι κατηγορίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος νόμου.

#### **Άρθρο 7**

#### **Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας**

1. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ως μονάδες νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, ή ως μονάδες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή

ειδικής φροντίδας, ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περισσότερους του ενός Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής, ο τρόπος λειτουργίας, η στελέχωση καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

## **Άρθρο 8**

### **Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης**

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία

Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και κάθε συναρμόδιου Υπουργού κατά περίπτωση, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτρόπων Ψυχικής Υγείας, ορίζονται τα τμήματα, οι Μονάδες ή οι υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από

πρόταση της αντίστοιχης Τ. Ε. Ψ. Υ., μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων του ν. δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ. Ε. Ψ. Υ. και της οικείας Ιατρικής Σχολής, μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή μονάδες των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι καθώς και κάθε



λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

## **Άρθρο 11**

### **Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα**

1. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του π. δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α') και του π. δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α') αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανάταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό φυσικό ή νομικό πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μια Μ. Ψ. Υ. οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ. Υ.).

4. Τα φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα υποβάλλουν εντός έτους, από τότε που έλαβαν τη σχετική άδεια ίδρυσης των Μ. Ψ. Υ. της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, τα σχετικά δικαιολογητικά για να λάβουν την άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Σε αντίθετη περίπτωση η άδεια ίδρυσης που χορηγήθηκε ανακαλείται αμέσως και επιβάλλονται κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 20 και 21 του π. δ. 247/1991 όπως κάθε φορά ισχύει.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι διαδικασίες ελέγχου, τα δικαιολογητικά, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

5. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι, οι διαχειριστές ή τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων του ποινικού νόμου, που συνιστά κώλυμα διορισμού στο Δημόσιο ή για παράβαση που αφορά το νόμο για τα ναρκωτικά ή για εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι

νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές είναι γιατροί ή ψυχολόγοι κλάδου Ε.Σ.Υ. ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν τη δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης, εφόσον δεν υπάρχει σκοπιμότητα.

## **Άρθρο 16**

### **Ακούσια νοσηλεία**

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ  
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ  
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ  
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ..... / ..... / .....

ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΕΤΕ  
ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΗ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΑΣ  
ΕΡΓΑΣΙΑΣ.  
ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ.

**Σας ενημερώνουμε ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία σας.**

**ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ: .....**

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ**

**1. Φύλο:**

§ Άνδρας

§ Γυναίκα

**2. Ηλικία:**

§ 18-30 ετών

§ 30-40 ετών

§ 40-50 ετών

§ 50 και άνω

**3. Ειδικότητα:**

§ Ψυχίατρος

§ Ψυχολόγος

§ Κοινωνικός Λειτουργός

§ Εργοθεραπευτής /τρια

- § Επισκέπτης /τρια Υγείας
- § Νοσηλευτής /τρια Τ.Ε.<sup>1</sup>
- § Νοσηλευτής /τρια Δ. Ε.<sup>2</sup>
- § Βοηθητικό μέλος
- § Τεχνίτης / Εκπαιδευτής
- 4. Μεταπτυχιακοί τίτλοι:**
- § Master
- § Διδακτορικό
- 5. Οικογενειακή κατάσταση:**
- § Άγαμος /η
- § Άγαμος /η με παιδί
- § Έγγαμος /η
- § Έγγαμος /η με παιδί
- § Διαζευγμένος /η
- § Διαζευγμένος /η με παιδί
- § Χήρος /α
- § Χήρος /α με παιδί
- 6. Τόπος Διαμονής:**
- § Αστικό κέντρο
- § Ημιαστικό κέντρο
- § Αγροτική περιοχή
- 7. Εργασιακή κατάσταση:**
- § Μόνιμη εργασία
- § Εργασία αορίστου συμβάσεως
- § Εργασία με σύμβαση έργου
- § Εργασία με σύμβαση ορισμένου χρόνου
- § Ωρομίσθια εργασία
- 8. Εργασιακή εμπειρία:**

<sup>1</sup> Τ.Ε.: Τεχνολογική Εκπαίδευση Τ.Ε.Ι.

<sup>2</sup> Δ. Ε.: Διετούς Εκπαίδευσης

- § Έως και 1 έτος
- § 1 – 3 έτη
- § 3 – 6 έτη
- § 6 – 10 έτη
- § 10 – 15 έτη
- § 15 – 20 έτη
- § 20 και άνω

9. Έχετε εργαστεί ξανά σε παρόμοια ψυχιατρική δομή στο παρελθόν:

- § Ναι
- § Όχι

9α. Αν ΝΑΙ, σε ποιες από τις παρακάτω:

- § Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
- § Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου
- § Προστατευόμενο διαμέρισμα
- § Οικοτροφείο / Ξενώνας
- § Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- § Νοσοκομείο ημέρας
- § Άλλο .....

10. Η απόφαση σας να εργαστείτε στον αντίστοιχο Ξενώνα ήταν:

- § Προσωπική επιλογή
- § Απόφαση της διοίκησης του αντίστοιχου Γεν. Νοσοκομείου της περιοχής
- § Απόφαση της διοίκησης του Ψυχιατρείου της περιοχής
- § Άλλο, προσδιορίστε .....

11. Ποια από τα παρακάτω ήταν τα κίνητρα σας για την επιλογή σας να εργαστείτε στον αντίστοιχο Ξενώνα:

- § Οικονομικά οφέλη
- § Κοινωνική καταξίωση

- § Επαγγελματική αποκατάσταση
- § Η αγάπη προς το επάγγελμα σας
- § Η επιθυμία σας να βοηθήσετε τους ψυχικά ασθενείς να αποκατασταθούν
- § Όλα τα παραπάνω
- § Κανένα από τα παραπάνω
- § Άλλο  προσδιορίστε  
.....

**12. Ποια τα συναισθήματα σας όταν πληροφορηθήκατε ότι θα εργαστείτε στον αντίστοιχο Ξενώνα:**

- § Χαρά
- § Ικανοποίηση
- § Άγχος
- § Αδιαφορία
- § Φόβος
- § Δυσaréσκεια
- § Κανένα από τα παραπάνω
- § Άλλο, προσδιορίστε .....

**13. Αναφέρατε τα συναισθήματα σας απέναντι στο ψυχωτικό ασθενή κατά την διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας:**

- § Φόβος
- § Αγωνία
- § Συμπόνια
- § Ευχαρίστηση
- § Λύπη
- § Χαρά
- § Ανακούφιση
- § Δυσaréσκεια
- § Κατανόηση
- § Αμηχανία
- § Άγχος
- § Κανένα από τα παραπάνω
- § Άλλο, προσδιορίστε .....

14. Έχετε αισθανθεί ποτέ κουρασμένοι ή ανήμποροι να συνεχίσετε το θεραπευτικό έργο της αποκατάστασης με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς:

§ Ναι

§ Όχι

14α. Αν ΝΑΙ, ποιο /α από τα παρακάτω πιστεύετε ότι οδηγεί/ ουν στην

κατάσταση αυτή:

§ Το θεραπευτικό περιβάλλον του Ξενώνα

§ Οι σχέσεις με τους άλλους συναδέλφους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

§ Η μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας

§ Τα πολλά χρόνια της εργασίας σας σε Ψυχιατρικές Δομές

§ Η ψυχική και σωματική κούραση κατά την θεραπευτική διαδικασία με τον ψυχωτικό ασθενή

§ Όλα τα παραπάνω

§ Κανένα από τα παραπάνω

§ Δεν απαντώ

§ Άλλο, Προσδιορίστε

.....

15. Έχει συμβεί κατά την διάρκεια της εργασίας σας στον Ξενώνα να αντιμετωπίσετε επεισόδιο κρίσεως – υποτροπής του ασθενή:

§ Ναι

§ Όχι

15α. Αν ΝΑΙ, ποιο /α από τα παρακάτω ήταν τα συναισθήματα σας κατά τη διάρκεια της κρίσης / υποτροπής του ασθενούς;

§ Φόβος

§ Αγωνία

§ Λύπη

§ Δυσaréσκεια



- § Άγχος
- § Πανικός
- § Αδιαφορία
- § Ανασφάλεια
- § Απελπισία
- § Όλα τα παραπάνω
- § Κανένα από τα παραπάνω
- § Δεν απαντώ
- § Άλλο, προσδιορίστε .....

16. Συμμετέχετε σε διάφορες εκδηλώσεις που αφορούν τους ασθενείς του Ξενώνα π.χ. (θέατρο, εορταστικές εκδηλώσεις, περίπατος στην πόλη κ. λ .π):

- § Ναι
- § Όχι

16α. Αν ΝΑΙ, ποιο / α είναι τα συναισθήματα σας όταν συνοδεύετε τους ασθενείς σας;

- § Ευχαρίστηση
- § Χαρά
- § Ικανοποίηση
- § Φόβος
- § Αγωνία
- § Άγχος
- § Δυσαρέσκεια
- § Αμηχανία
- § Αδιαφορία
- § Δεν γνωρίζω
- § Δεν απαντώ
- § Άλλο, προσδιορίστε .....

17. Ποιο / Ποια θα ήταν τα συναισθήματα σας εάν ένας από τους ασθενείς σας, κατά την έξοδο σας στην πόλη, αντιδρούσε αρνητικά π.χ. (έβριζε, χτυπούσε, ενοχλούσε περαστικούς, κ.λ.π.);

- § Φόβος
- § Αγωνία
- § Λύπη
- § Δυσaréσκεια
- § Άγχος
- § Πανικός
- § Αδιαφορία
- § Ανασφάλεια
- § Απελπισία
- § Όλα τα παραπάνω
- § Κανένα από τα παραπάνω
- § Δεν απαντώ
- § Άλλο, προσδιορίστε .....

18. Πιστεύετε ότι ο χρόνιος ψυχικά ασθενής θεωρείται ένας επικίνδυνος ασθενής:

- § Ναι
- § Όχι

18α. Αν ΝΑΙ, σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις θεωρείται επικίνδυνος ο χρόνιος ψυχικά ασθενής, βαθμολογώντας από το 1 έως το 10 στο αντίστοιχο κουτάκι (από το λιγότερο στο περισσότερο)

- § Όταν δεν λαμβάνει συστηματικά την φαρμακευτική αγωγή
- § Όταν δεν παρακολουθείται συστηματικά από τον γιατρό του
- § Όταν δεν παρακολουθείται από κάποιο ειδικό γιατρό
- § Όταν δεν στηρίζεται θεραπευτικά από μία διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

- § Όταν η οικογένεια του ασθενή αρνείται να συνεργαστεί για να στηρίζει τον ίδιο τον ασθενή
- § Όταν η ομάδα των επαγγελματιών της Ψυχικής Υγείας δεν φροντίζει με ουσιαστικό τρόπο την αποκατάσταση του
- § Όταν οι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχωτικό ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο
- § Όταν η θεραπευτική ομάδα φοβάται να επιτελέσει το θεραπευτικό της έργο
- § Όταν η Κοινότητα «ενοχλείται» από την παρουσία του χρόνιου ψυχικά ασθενή

**19. Πιστεύετε ότι η οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Ξενώνα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο εργάζεστε για την αποκατάσταση των ασθενών:**

- § Ναι
- § Όχι
- § Δεν γνωρίζω

**19α. Αν ΝΑΙ, ποιο /α από τα παρακάτω οδηγούν σε μία τέτοια κατάσταση:**

- § Η έλλειψη κατάλληλης εξωτερικής εποπτείας
- § Η έλλειψη κατάλληλης εσωτερικής εποπτείας
- § Η εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)
- § Η έλλειψη οικονομικών πόρων για τη συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών

**20. Ποιος ή ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στην καλή λειτουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Ξενώνα:**

- § Η επάρκεια σε εξειδικευμένο θεραπευτικό προσωπικό
- § Η επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό
- § Η καλή οργάνωση της εργασίας του θεραπευτικού προσωπικού
- § Η πολυετής εμπειρία της θεραπευτικής ομάδας
- § Η ύπαρξη κατάλληλης εξωτερικής εποπτείας
- § Η ύπαρξη κατάλληλης εσωτερικής εποπτείας
- § Η οικονομική ενίσχυση για την συνέχιση των προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών
- § Η λειτουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το θεραπευτικό προσωπικό
- § Η ουσιαστική προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών
- § Η εξειδίκευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών
- § Όλα τα παραπάνω
- § Κανένα από τα παραπάνω
- § Δεν γνωρίζω
- § Άλλο, προσδιορίστε .....
- .....

**Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας**