

ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΡΟΔΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΔΕΙΤΟΥΡΓΟΥ



Μετέχουσες Σπουδάστριες :

Γακίδη Μαρίνα

Δημήτρα Μιχαλία

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός :

Δρ. Γιαννίτα Μόλβερ

Καθηγήτρια Εφαρμογών

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

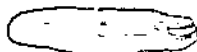
ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

106.

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας :



Ζαγούρα Σταυρούλα

 Καθηγήτρια
του Τμήματος Κοινωνικής
Εργασίας

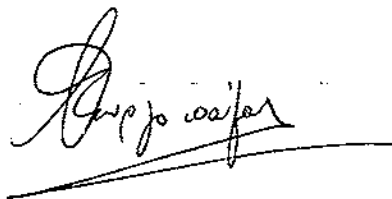
Βαλσάμη Νανά

Καθηγήτρια Εφαρμογών



Γεωργοπούλου Αγλαΐα

Καθηγήτρια Εφαρμογών



Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

Ευχαριστούμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια, Δρ. Μόλβερ Γιαννίτα, για την πολύτιμη συμβολή της στη διεκπεραίωση της μελέτης αυτής και για τη φιλοξενία που μας προσέφερε.

Επίσης ευχαριστούμε όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, που μας δέχθηκαν πρόθυμα και μας βοήθησαν στη διεξαγωγή των συνευτεύξεων.

Τέλος ευχαριστούμε τους γονείς μας για την ηθική και χρηματική τους υποστήριξη σ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η Μ Ε Λ Ε Τ Η Σ

Από τη μελέτη της Ελληνικής Βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι γίνονται ελάχιστες αναφορές μόνο σχετικά με το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα και ότι δεν υπάρχουν έρευνες γύρω από το θέμα αυτό.

Στη μελέτη αυτή παρουσιάζεται σύντομα η ιστορική εξέλιξη της αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, που οδήγησε στην κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική. Μετά παρουσιάζονται ενδεικτικά μερικά ευρωπαϊκά μοντέλα και γίνεται μια περιγραφή της παρούσας κατάστασης στην Ελλάδα σχετικά με τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Ειδικότερα αναφέρονται πιο αναλυτικά οι εμπειρίες του Κοινωνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαρινής, της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθλαψης Υπαίθρου Νομού Φωκίδας και του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Τέλος γίνεται μια προσπάθεια σύγκρισης της παρούσας κατάστασης στην Ελλάδα, με τα περιγραφόμενα ευρωπαϊκά μοντέλα καθώς επίσης και μια αναφορά στα προβλήματα που αντιμετώπιζονταν στην πορεία αυτής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης αυτής περιλαμβάνεται η εμπειρική έρευνα, που αποσκοπεί στην περιγραφή του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις με 13 συνολικά Κοινωνικούς Λειτουργούς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, βάσει ερωτηματολογίου των δύο σπουδαστριών. Αυτό διαμορφώθηκε μετά από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και πήρε την τελική του μορφή ύστερα από δοκιμαστική συνέντευξη. Συγκεκριμένα οι υπηρεσίες που εργάζονται ή εργαζόταν οι ερωτώμενοι ήταν :

α) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία, Συμβουλευτικό Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, Μονάδα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, Ανατολικού Τομέα Θεσσαλονίκης, β) Υπηρεσία Ενηλίκων και Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Κεντρικού Τομέα Θεσσαλονίκης, γ) Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Βορειοδυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης, δ) Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Δυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης, ε) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, Ζακύνθου, στ) Μονάδα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας και δύο πρώην Κοινωνικοί Λειτουργοί του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πάτρας (Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία και Μονάδα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης).

Στη συνέχεια, επεξεργάσθηκαν οι απαντήσεις των ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών του δείγματος. Στην επεξεργασία ακολούθηθηκαν τα πέντε κύρια κεφάλαια που είχε διαχωριστεί το ερωτηματολόγιο :

- Δημογραφικά στοιχεία
- Τρόπος και μέθοδοι εργασίας στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Κρίση των ερωτομένων σχετικά με την καταλληλότητα της εκπαίδευσής τους από τις σχολές Κοινωνικής Εργασίας και παράπαρα επιμόρφωση.
- Δυσκολίες των ερωτομένων σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους και με συναδέλφους.
- Ικανοποίηση από την εργασία στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Από την επεξεργασία αυτή βρέθηκε ότι από τους ερωτούμενους, σχεδόν οι μισοί ακολούθησαν μεταπτυχιακές σπουδές και πολλοί απ' αυτούς παρακολούθησαν διάφορα επιμορφωτικά σεμινάρια. Στη συνέχεια γίνεται μια αναλυτική περιγραφή των απαντήσεων σχετι-

κά με τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας και τό ρόλο των Κοινωνικών Λειτουργών.

Σχετικά με την καταλληλότητα της εκπαίδευσης, φαίνεται ότι η πλειοψηφία ένιωθε ότι πήραν βασικά στοιχεία από τις σχολές κοινωνικής εργασίας, για την εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και γι' αυτό ίσως οι περισσότεροι ακολούθησαν περαιτέρω εκπαίδευση. Γίνεται επίσης αναλυτική αναφορά στις δυσκολίες που συναντούν οι κοινωνικοί λειτουργοί στα πλαίσια αυτά. Ακόμη φαίνεται ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτούμένων, εξέφρασε την ικανοποίηση της από την εργασία τους.

Στο τέλος της μελέτης, γίνονται ορισμένες εισηγήσεις, για την καλύτερη προετοιμασία των Κοινωνικών Λειτουργών για την εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ω Ν

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	III
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	IV
ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	X
 Κεφάλαιο	
I ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Το Πρόβλημα	2
Σκοπός της Μελέτης	3
Ορισμοί Όρων	3
II ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	8
1. Ιστορική Αναδρομή της Αντιμετώπισης των Ψυχικά Ασθενών	8
2. Μοντέλα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής σε Μερικές Ευρωπαϊκές Χώρες	14
2.1. Το Μοντέλο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στη Μ. Βρετανία	14
2.2. Το Ιταλικό Μοντέλο	16
2.3. Το Μοντέλο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στη Γερμανία	19
3. Περιγραφή Μερικών Ελληνικών Κέντρων Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας	25
3.1. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βρύαρνα-Καισαριανής	25
3.2. Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου Νομού Φωκίδας	28

Κεφάλαιο

4.	Υπηρεσίες των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα	32
4.1.	Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες	33
4.2.	Συμβουλευτικά Ψυχιατρικά Τμήμα Ενηλίκων.	34
4.3.	Νοσοκομεία Ημέρας	35
4.4.	Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης	35
4.5.	Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης	36
5.	Αντιστάσεις και Εμπόδια στο χώρο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	39
III	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	44
	Είδος και Σκοπός της Έρευνας.....	44
	Υποθέσεις.....	44
	Δειγματοληψία	45
	Διαδικασία Συλλογής Στοιχείων/Ερωτηματολόγιο.	45
	Τρόπος Ανάλυσης Πληροφοριών	47
IV	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	48
	Δημογραφικά Στοιχείων και Ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών	48
	Τρόπος και Μέθοδοι Εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών του Δείγματος στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	53
	Κρίση των Ερωτομένων Σχετικά με την Καταλληλότητα της Εκπαίδευσής τους από τις Σχολές	

Κεφάλαιο

Κοινωνικής Εργασίας και τι Παραπέρα Επι-
μόρφωση Έχουν Παρακολουθήσει 65

Δυσκολίες που Συνάντησαν οι Ερωτούμενοι, στις
Σχέσεις τους με τους Εξυπηρετούμενους και
με τους Συναδέλφους τους 73

Κρίση των Ερωτομένων Σχετικά με την Ικανο-
ποίηση από την Εργασία τους 77

V ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ 80

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A Ερωτηματολόγιο 85

B Αλληλογραφία 88

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 89

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Υ Π Ο Λ Ο Γ Ι Σ Μ Ω Ν

Σελίδα

ΠΙΝΑΚΕΣ

1	Ηλικία των Ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών	49
2	Βασική εκπαίδευση των Ερωτομένων	49
3	Μεταπτυχιακές Σπουδές των Ερωτομένων	50
4	Διάρκεια Απασχόλησης ως Κοινωνικοί Λειτουργοί πριν από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας	51
5	Διάρκεια Απασχόλησης των Ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	51
6	Υπηρεσίες στις οποίες Εργάζονται ή Εργάζονταν οι Ερωτόμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	52
7	Το Κίνητρο των Ερωτομένων για την Εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	53
8	Χρήση Μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ανάλογα με τις Υπηρεσίες	54
9	Συνεργασία των Ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών με την Κοινότητα	61
10	Διαφοροποίηση του Ρόλου των Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, κατά τη Διάρκεια της Απασχόλησης τους Εκεί	62
11	Συμμετοχή των Ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών σε Διεπιστημονική Ομάδα	63
12	Ψυχοπαθολογία - Κρίση των Κοινωνικών Λειτουργών του Δείγματος για τη Συμβολή της στην Προετοιμασία τους για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	68

ΠΙΝΑΚΕΣ

13	Παρακολούθηση Προγραμμάτων Επιμόρφωσης από τους Ερωτομένους μετά την Αποφοίτησή τους από τη Σχολή	70
14	Συγκεκριμένη Επιμόρφωση των Κοινωνικών Λειτουργών του Δείγματος	70
15	Δυσκολίες των Ερωτομένων σε Σχέση με τους Εξυπηρετούμενους	73
16	Τυχόν Προβλήματα των Ερωτομένων, στη Συνεργασία τους με τους Άλλους Συναδέλφους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	75
17	Κρίση των Ερωτομένων Σχετικά με την Ικανοποίησή τους, από την Εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	77

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη αυτή επικεντρώνεται στον θεσμό των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, όπως επίσης και στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σ' αυτά.

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1983) στον τομέα της πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης σημαντική υπήρξε η συμβολή των Υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, διότι πρώτο αυτό στα μέσα της δεκαετίας του '60 εισήγαγε υπηρεσίες άγνωστες μέχρι τότε στη χώρα μας, όπως μονάδα ημερήσιας περίθαλψης, ψυχοθεραπευτική μονάδα, μονάδες για παιδιά με ειδικά προβλήματα, κ.α.

Σ' αυτό φαίνεται να συμφωνεί και η ψυχολόγος - ψυχαναλύτρια κ. Ποταμιάνου (πρώτη Επιστημονική Διευθύντρια του Κέντρου Ψυχικής Υγείας) σε μια συνέντευξη που έδωσε στο περιοδικό "Σύγχρονα θέματα", όπου μεταξύ άλλων αναφέρει ότι όταν ιδρύθηκε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας δεν υπήρχαν άλλες υπηρεσίες, εκτός από τις κλινικές και τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία που να στοχεύουν στην πρόληψη ή στην καταστολή προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως επίσης και στην πραγματοποίηση έρευνας πάνω σ' αυτά. Για έναν ψυχικά ασθενή δεν υπήρχαν άλλες λύσεις, εκτός από την εισαγωγή και την εγκατάστασή του σε κάποια κλινική ή την φαρμακευτική παρακολούθηση του από ιδιώτη ψυχίατρο.

Οι υπηρεσίες που ανέπτυξε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, πέρασαν από διάφορες εξελικτικές φάσεις και η πορεία τους δέχθηκε επιδράσεις από τις εξελίξεις που σημειώνονταν στο χώρο της ψυχιατρικής, από πρωτοποριακές εμπειρίες και εφαρμογές άλ-

λων ξένων χώρων, όπως επίσης από τις κοινωνικές αλλά και πολιτικές μεταβολές που είχαν διαδραματιστεί στην Ελλάδα.

" Από αυτές τις εμπειρίες (και όσες άλλες υπάρχουν), από τις επιτυχίες και τις αποτυχίες τους, από τις καινούργιες ιδέες και μορφές θεραπευτικής που αναδύονται και θα αναδυθούν, μπορεί να εξανθρωπιστεί το πρόσωπο του ψυχασθενούς (και του ψυχιάτρου). Και δεν μιλάμε για ουτοπίες: ήδη αυτή τη στιγμή θεραπεύονται στην Ελλάδα ψυχωσικοί με ανοικτή, ημερήσια περίθαλψη (Χατζηδάκη, 1983, Περίοδος Β', τεύχος 19, Σελ.68).

Το Πρόβλημα

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής ήταν από τις πρώτες στην Ελλάδα που προσέγγιζαν τους ψυχικά ασθενείς ψυχοθεραπευτικά και επιδίωκαν την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάστασή τους.

Το παράδειγμα που ακολουθεί, δείχνει την επικρατούσα κατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης στον τόπο μας, των τελευταίων τριάντα χρόνων που πέρασαν.

Το 1966 είχε πραγματοποιηθεί μια έρευνα σε 29 πόλεις σε ολόκληρη την Ελλάδα, από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Διαπιστώθηκε ότι ένα μόνο 0,3% υποβάλλονταν σε ψυχοθεραπεία από τις 13.699 περιπτώσεις που εξετάστηκαν από νευρολόγους - ψυχιάτρους στη διάρκεια ενός μήνα.

Από το 1978 άρχισαν να παρουσιάζονται καινούργια Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα, στελεχωμένα με κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό όπως ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ειδικοί παιδαγωγοί, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και λογοθεραπευτές. Ο κάθε ειδικός θέτει τις γνώσεις του και τις δεξιότητές του μέσα στην ομάδα, για την καλύτερη δυνατή αντι-

μετώπιση των περιστατικών (Λυμπεράκης, 1987, Σελ. 216-219).

Σύμφωνα όμως με τους Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988, Σελ. 222), είναι δύσκολος ο απόλυτος διαχωρισμός της προσφοράς του κάθε μέλους της ομάδας.

Αφορμή για να γίνει ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, αντικείμενο της μελέτης αυτής, ήταν το γεγονός ότι αφενός τα Κέντρα αυτά είναι ένας σχετικά καινούργιος θεσμός στην Ελλάδα και αφετέρου ότι η συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα δεν έχει διευκρινισθεί.

Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της πτυχιακής είναι η μελέτη του θεσμού των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα σ' αυτά.

Οι συγκεκριμένοι στόχοι που θα καλυφθούν είναι :

- α) Μια σύγκριση της παρούσας κατάστασης της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα, με αυτήν σε μερικές άλλες ευρωπαϊκές χώρες βάσει της βιβλιογραφικής μελέτης.
- β) Η περιγραφή των εμπειριών των ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών των Κέντρων Ψυχικής Υγείας σχετικά με την εργασία τους και με την προετοιμασία τους από τις Σχολές Κοινωνικής Εργασίας.
- γ) Η διατύπωση συμπερασμάτων, και
- δ) Διατύπωση προτάσεων - εισηγήσεων σχετικά με το θέμα.

Ορισμοί Όρων

Παραθέτονται στη συνέχεια μερικοί βασικοί ορισμοί, που θεωρούνται απαραίτητοι, για την καλύτερη κατανόηση της μελέτης αυτής :

1. Ψυχική Υγεία: Σύμφωνα με το Μάνο (1987, Σελ. 174) η ψυχική υγεία αποτελεί μια εσωτερική ισορροπία, κατά την οποία ένα άτομο έχει την ικανότητα να κινείται με άνεση μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον και να έχει επιτυχίες στους διάφορους τομείς της ζωής του.
2. Ψυχική Υγιεινή: Η ψυχική υγιεινή αναφέρεται στη διατήρηση της ψυχικής υγείας κάτω από ορισμένες συνθήκες και στην προσπάθεια πρόληψης και θεραπείας των ψυχικά ασθενών (Μάνος, 1987, Σελ. 174).
3. Κοινωνική Ψυχιατρική : " Κοινωνική Ψυχιατρική δεν ξεφεύγει από τις παραδοσιακές αρχές της κλινικής Ψυχοπαθολογίας αλλά προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ιστορικές και κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται το άτομο σ' ένα συγκεκριμένο χώρο. Δε διαφωνεί, όπως ίσως πολλές φορές συγχέεται με τη βιολογική υπόσταση της ψυχικής αρρώστιας, διευρύνει, όμως τις μεθόδους και τους τρόπους αντιμετώπισης της ψυχικής αρρώστιας, πέρα από το παραδοσιακό ψυχιατρείο, έχοντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών παραγόντων της εκδήλωσης της με τη βοήθεια των άλλων Επιστημών της Συμπεριφοράς (Κοινωνιολογίας, Ανθρωπολογίας, Ψυχολογίας, Κυβερνητικής, κ.λ.π.) του ανθρώπου" (Μαδιανός, 1989, 1ος Τόμος, Σελ. 25-26).
4. Κοινοτική Ψυχιατρική: Ένας ορισμός της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, που δόθηκε από την Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Columbia της Ν. Υόρκης και που αναφέρεται από τον Μαδιανό, είναι ο εξής : " Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αναφέρεται σε μια υποειδικότητα (Subspeciality) της ψυχιατρικής ειδικότητας. Ως υποειδικότητα βασίζεται στην κλινική Ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας.

Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η Κοινωνική Ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών. Η Κοινωνική Ψυχιατρική δίνει, αντίθετα, αποκλειστική έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών" (Μαδιανός, 1989, 2ος Τόμος, Σελ. 29).

5. Κοινωνική Ψυχική Υγείνη : Η κοινωνική ψυχική υγείνη περιέχει ένα σύνολο απαραίτητων ενεργειών, για την ανάπτυξη κάθε προγράμματος μέσα στην κοινότητα, οι οποίες εφαρμόζονται έξω από τα πλαίσια των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Επίσης επηρεάζουν κάθε κοινωνική προσπάθεια για διασφάλιση της ψυχικής υγείας των μελών της. Η κοινωνική ψυχική υγείνη είναι ένας τομέας πολυδιάστατος, ο οποίος περικλύει ένα μεγάλο φάσμα δυνάμεων μέσα στην κοινότητα, που στοχεύουν στη θετική προαγωγή της ψυχικής υγείας των μελών μιας ομάδας. Σε αντιπαράθεση με την ψυχιατρική παραδοσιακή προσέγγιση, που συγκέντρωνε την προσοχή της στο άτομο που βρίσκονταν σε κατάσταση κρίσης. Η βασική της ιδεολογία είναι ότι, οι ψυχικές ασθένειες δεν διαφέρουν από όλες τις άλλες ασθένειες και ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν, μέσα στα πλαίσια της κοινότητας με την βοήθεια αυτής (Μαδιανός, 1989, 2ος Τόμος, Σελ. 30).

6. Πρόληψη στο χώρο της Ψυχικής Υγείας.

α) Πρωτογενής πρόληψη : Η πρόληψη αυτή έχει σαν στόχο την καλύτερευση των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών της ζωής των ατόμων. Περιλαμβάνει πλήθος δύσκολων δραστηριοτήτων, οι οποίες δεν αποδεικνύονται πάντα αποτελεσματικές. Σήμερα δεν έχει καθοριστεί ακόμα ένα σύστημα πρωτογενούς

πρόληψης, που να έχει εύκολη πρακτική εφαρμογή (Παπαδάτος, 1987, Σελ. 10).

β) Δευτερογενής πρόληψη : Κατά τον Μαδιανό (1989, Σελ. 35,38) η πρόληψη αυτή επικεντρώνει την προσοχή της σε άτομα που ήδη νοσούν, με σκοπό την όσο το δυνατόν έγκαιρη θεραπευτική τους αποκατάσταση. Οι αποκεντρωμένες υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής αποτελούν το κύριο αντικείμενο της πρόληψης αυτής.

γ) Τριτογενής πρόληψη : Η πρόληψη αυτή στοχεύει στη κοινωνική ενσωμάτωση και αποκατάσταση του ατόμου. Η έννοια της αποκατάστασης περιλαμβάνει την παρέμβαση στην κοινότητα και το άμεσο περιβάλλον του ατόμου, με απώτερο σκοπό την προώθηση της κοινωνικής του επαναπροσαρμογής.

7. Προστατευμένα Εργαστήρια : Στα εργαστήρια αυτά απασχολούνται άτομα τα οποία δεν διαθέτουν τις κατάλληλες ικανότητες, για ελεύθερη ανταγωνιστική εργασία. Αποτελούν την εναλλακτική λύση για τα άτομα εκείνα των οποίων οι λειτουργικές ικανότητες εμποδίζουν την αυτόνομη επαγγελματική και κοινωνική διαβίωση τους (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988, Σελ. 169).

8. Ψυχιατρικός Κοινωνικός Λειτουργός : Είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός, ο οποίος έχει ειδικευτεί στην ψυχική υγεία. Αρμοδιότητά του είναι η αξιολόγηση της πάθησης του ασθενή, σε σχέση με τους παράγοντες που την επηρεάζουν (οικογενειακοί, περιβαλλοντολογικοί, κοινωνικοί).

Του παρέχεται η δυνατότητα να προβαίνει σε διαγνωστική συνέντευξη, καθώς και στην παρακολούθηση και συμβουλευτική των ψυχικά ασθενών. Επίσης έχει τη δυνατότητα για ατομική,

ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία και συμμετοχή στις οργανώσεις της κοινότητας (Μάνος, 1987, Σελ. 260-261).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια αναφορά σε προηγούμενες έρευνές και μελέτες πάνω στο θεσμό και την λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Για την καλύτερη κάλυψη του θέματος χωρίζεται σε πέντε βασικές ενότητες :

1. Στην πρώτη ενότητα γίνεται αναφορά στην αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων.
2. Στην δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται τα μοντέλα της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής στην Μ. Βρετανία, Ιταλία και Γερμανία.
3. Στην τρίτη ενότητα γίνεται αναφορά σε εμπειρίες από τον Ελληνικό χώρο : Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Βύρωνα-Καισαριανής και Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου Νομού Φωκίδας, καθώς και μια προσπάθεια σύγκρισης αυτών με τα περιγραφόμενα ευρωπαϊκά μοντέλα.
4. Στην τέταρτη ενότητα γίνεται αναφορά στις υπηρεσίες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στην Ελλάδα.
5. Στην πέμπτη ενότητα γίνεται αναφορά στα εμπόδια της ανάπτυξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

1. Ιστορική Αναδρομή της Αντιμετώπισης των Ψυχικά Ασθενών

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1986, Σελ. 47) στην αρχαία εποχή η αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ήταν γενικά σκληρή με πολύ λίγη κατανόηση. Τα άτομα που δεν παρουσιάζαν επιθετική συμπεριφορά αφήνονταν να κυκλοφορούν ελεύθερα, περι-

φρονημένα ,κατατρεγμένα από τον υπόλοιπο κόσμο. Στην αντίθετη περίπτωση τους έκλειναν σε υπόγεια, φυλακές ή τους κακομεταχειρίζονταν, χτυπώντας τους ή δένοντάς τους με αλυσίδες.

Στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχαν θεραπευτικά κέντρα, τα γνωστά Ασκληπιεία, όπου οι ιερείς του θεού Ασκληπιού ασκούσαν τη λειτουργία του ψυχιάτρου. Θεράπευαν όλων των ειδών τις παθήσεις και ιδιαίτερα αυτές που δεν ήταν δυνατό να θεραπευθούν με τα μέσα που διέθεταν τότε οι κοινοί γιατροί. Μια από τις πιο σημαντικές μεθόδους θεραπείας που χρησιμοποιούνταν σε αυτά ήταν η ερμηνεία των ονείρων. Ο Ιπποκράτης, που θεωρείται πατέρας της ιατρικής, ήταν ο πρώτος που διακήρυξε ότι όλες οι ασθένειες οφείλονται σε κάποια οργανική δυσλειτουργία ή σε κάποια αρνητική επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις όπως υποστήριζαν μέχρι τότε οι ιερείς του Ασκληπιού. Τα ονόματα των βασικών ψυχικών διαταραχών που χρησιμοποιούνται σήμερα σε ολόκληρο τον κόσμο - άνοια, μελαγχολία, μανία, παράνοια, υστερία - ορίστηκαν από τον Ιπποκράτη, ο οποίος και τις περιέγραψε (Ο.Π. Σελ. 27,28).

Και στην Ελληνορωμαϊκή εποχή υπήρξαν άνθρωποι με πιο φωτισμένη στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς όπως ο Αρεταίος, ο Ασκληπιιάδης και ο Σωρανός (Χαρτοκόλλης, 1984, Σελ. 134).

Κατά τον Φουκώ (1964, Σελ. 9-50) από τις αρχές του Μεσαίωνα και μέχρι το τέλος των Σταυροφοριών είχαν εξαπλωθεί τα λεπροκομεία στα περίχωρα των πόλων. Όμως στα τέλη του Μεσαίωνα η λέπρα εξαφανίζεται από την δυτική Ευρώπη. Τελικά 2 και 3 αιώνες αργότερα τον ρόλο των λεπρών στη συνείδηση του κόσμου θα τον πάρουν οι τρελοί. Ζούσαν μια ζωή περιπλανώμενου, καθώς οι πόλεις τους έδιωχναν τοποθετώντας τους σε πλοία με σκοπό να

γλιτώσουν από την ενοχλητική παρουσία τους.

Το 1656 εκδίδεται το διάταγμα για την ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου στο Παρίσι. Εκεί προσφέρεται στέγη και τροφή σε γέροντες ή ανάπηρους, αρρώστους και σε ανίατους. Λίγα χρόνια μετά την ίδρυσή του έφτασε στο σημείο να στεγάζει 6.000 άτομα, ποσοστό 1% περίπου του πληθυσμού. Τέτοια ιδρύματα δημιουργούνται σταδιακά σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Ο Μαδιανός (1980), επισημαίνει ότι η αποδοχή των ψυχικά ασθενών στο χωριό Geel της Φλαμανδίας, που από τον 16ο αιώνα ζούσαν σε θετές οικογένειες, μπορεί να θεωρηθεί σαν μια πρώιμη προσπάθεια για εξωιδρυματική διαβίωση των ψυχιατρικών αρρώστων.

Το πρώτο ψυχιατρικό ίδρυμα στην Ευρώπη ήταν το νοσοκομείο Βηθλεέμ στο Λονδίνο, που το 1377 άρχισε να δέχεται ψυχικά ασθενείς (Χαρτοκόλλης, 1986, Σελ. 49).

Το 1409, σύμφωνα με τον Παπαδάτο (1987, Σελ. 16) στη Βαλέντσια της Ισπανίας άρχισε με εύθυνη ενός ιερωμένου η λειτουργία ενός ψυχιατρείου.

Στη Ρωσία την εποχή του Μεγάλου Πέτρου άρχισαν να ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία για ψυχικά πάσχοντες, με πρώτο στο Νοβγκορόντ το 1762.

Στην Αγγλία η επίσημη ανάμειξη του κράτους στα ψυχιατρεία, αρχίζει με το νόμο "περί αλητείας" το 1794. Γύρω στα τέλη του 18ου αιώνα συναντάμε κάποιες σημαντικές πρωτοβουλίες για να αλλάξουν οι υπάρχουσες συνθήκες λειτουργίας των τότε ψυχιατρείων. Οι αλλαγές προτάθηκαν από τον Πινέλ στη Γαλλία, τον Τιούν στην Αγγλία, το Ντέκς στην Αμερική και τον Κιαρούγκι στην Ιταλία.

Ο Πινέλ, όπως αναφέρει ο Χαρτοκόλλης (1986, Σελ. 50-51), ελευθέρωσε από τις αλυσίδες τους ασθενείς των Γενικών Νοσοκομείων Μπιέτρο και Σαλπετριέρ. Επίσης ήταν εκείνος που καθιέρωσε την λήψη ψυχιατρικών ιστορικών, καθώς και την διατήρηση αρχείων στα οποία καταγραφόταν η πρόοδος της κατάστασης των ασθενών. Το μεταρρυθμιστικό αυτό κίνημα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πήρε μεγάλες διαστάσεις, ωστόσο όμως στο τέλος δεν σημείωσε επιτυχία και τα νοσοκομεία ξαναπήραν την μορφή του ασύλου.

Κατά τον Παπαδάτο (1987, Σελ. 16-17) δημιουργείται στην Μόσχα το 1933, το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας. Μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα, εντούτοις το ψυχιατρικό άσυλο εξακολουθεί να κυριαρχεί με την μορφή της ιδρυματοποίησης και απομόνωσης των ψυχικά πασχόντων. Στην πράξη οι προσπάθειες για συστήματα ανοιχτής περίθαλψης αναπτύσσονται κυρίως στις ΗΠΑ στην δεκαετία του '60. Αποτέλεσμα αυτών είναι η ύπαρξη περισσότερων από 700 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, ο διπλασιασμός των κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων και αντίστοιχη μείωση των ψυχιάτρων.

Αξιοσημείωτες αλλαγές, σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1986, Σελ. 52), επέφερε η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων στα μέσα της δεκαετίας του '50, διότι δημιούργησε τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την απόλυση σημαντικού αριθμού χρόνιων ψυχασθενών έξω από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, καθώς και την σύσταση Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής μέσα στα πλαίσια της Κοινότητας.

Ο Αγγελόπουλος (1986, Σελ. 27), αναφέρει ότι κατά τις τελευταίες δεκαετίες επίσης, η ραγδαία ανάπτυξη της κοινωνικής ψυχιατρικής δημιούργησε νέες προοπτικές γύρω από την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ασθενειών. Χαρακτηριστικά δείγματα αυτής της μεταστροφής είναι το κέντρο Ψυχικής υγείας

η ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, η θεραπευτική κοινότητα, οι ομαδικές ψυχοθεραπείες και η θεραπεία περιβάλλοντος.

Όσον αφορά την Ελλάδα, ο Πλουμπίδης (1984, σελ. 366-367, 371) τονίζει ότι πριν από την δημιουργία του σύγχρονου Ελληνικού κράτους, όταν ακόμη δεν είχαν δημιουργηθεί τα φρενοκομεία, στην Ελληνική επικράτεια και στις Ελληνικές Κοινότητες της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, η εκκλησία έπαιρνε τη δική της θέση απέναντι στους ψυχοπαθείς. Έτσι η παραμονή των τρελών για μεγάλο διάστημα στα μοναστήρια ήταν συχνή, όπου οι ιερείς με ευχές και εξορκισμούς, με αυστηρή νηστεία και ειδικές προσευχές προσπαθούσαν να τους αντιμετωπίσουν.

Το 19ο αιώνα μερικά μοναστήρια λειτουργούσαν σαν άσυλα. Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε από τους Άγγλους το 1838 στην Κέρκυρα. Για 23 χρόνια ήταν το μοναδικό φρενοκομείο της χώρας.

Κατά τον Χαρτοκόλλη (1986, σελ. 53) το Ελληνικό κράτος το 1862 αποφάσισε να προχωρήσει στην ίδρυση "φρενοκομείων προς συντήρησιν και θεραπεία των φρενοβλαβών". Όμως έπρεπε να περάσουν πάνω από 60 χρόνια για να ιδρυθεί το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, που άρχισε να δέχεται τους πρώτους αρρώστους το 1928 .

Ο Πλουμπίδης (1984, σελ. 372-375) αναφέρει ότι το 1880-1890 παρατηρείται μια αυξημένη κίνηση για την οργάνωση των ψυχιατρείων . Στην περιοχή του Δαφνίου το 1887 άρχισε να λειτουργεί ένα πρωτοποριακό ψυχιατρικό ίδρυμα το Δρομοκαίτειο Θεραπευτήριο. Το 1905 ένας σημαντικός σταθμός για την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα υπήρξε η ίδρυση της πρώτης πανεπιστημιακής κλινικής, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, που από την αρχή λειτούργησε σαν κέντρο θεραπείας οξέων νευρολογικών και ψυχιατρι-

κών περιστατικών. Από το 1908 έως και το 1919 ιδρύονται άσυλα ψυχοπαθών αρχικά στην Ερμούπολη, αργότερα στη Σούδα, στη Θεσσαλονίκη και στην Αθήνα. Αυτό το γεγονός φανερώνει τις αυξημένες ανάγκες, παράλληλα με την κατάλυση των παραδοσιακών δομών. Όμως οι αρχικές προτεινόμενες λύσεις είχαν περισσότερο ευκαιριακό χαρακτήρα παρά θεραπευτικό.

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1986, Σελ. 54) στο τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου, επειδή τα νοσοκομεία είχαν κορεστεί από κάθε είδος ψυχιατρικούς αρρώστους δημιουργήθηκε μια πρώτη αποικία ανιάτων στις εγκαταστάσεις του λοιμοκαθαρητηρίου που λειτουργούσε κάποτε στην Σαλαμίνα και από το 1965 στην Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου. Δημόσια ψυχιατρεία με ελάχιστες θεραπευτικές δυνατότητες, δημιουργήθηκαν στην Πέτρα Ολύμπου και στην Τρίπολη. Από το 1981 στην Αλεξανδρούπολη λειτουργεί ψυχιατρική κλινική που είναι παράρτημα του Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης και της Θράκης. Στα Πανεπιστήμια Ιωαννίνων (1983) και Πάτρας (1986) πρόσφατα άρχισαν να λειτουργούν ψυχιατρικές κλινικές.

Τέλος, κατά τον Λυμπεράκη (1987, Σελ. 215,217) αξίζει να σημειωθεί η ίδρυση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στα μέσα της δεκαετίας του '50, σταθμός στην ιστορία της ψυχικής υγιεινής του τόπου μας. Από το 1978 αρχίζουν να επεκτείνονται πανελλαδικά σε διάφορες πόλεις. Οι υπηρεσίες τους είναι επανδρωμένες με ομάδες επιστημόνων της ψυχικής υγείας που ακολουθούν ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων όχι μόνο των ψυχικά ασθενών αλλά και εκείνων που παρουσιάζουν διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία, στη σχολική ένταξη, κ.α.

2. Μοντέλα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής σε Μερικές Ευρωπαϊκές Χώρες

2.1. Το Μοντέλο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στη Μ. Βρετανία

Ο Μπούρας (1984, Σελ. 314,315) αναφέρει ότι το 1930 με τη θέσπιση του νόμου περί ψυχικής υγείας, άρχισε να επιτρέπεται η σύσταση εξωτερικών ιατρείων, μεταβάλλοντας ουσιαστικά την παράδοσιακή φροντίδα των ψυχικά αρρώστων. Οι στόχοι άρχισαν να πραγματοποιούνται το 1948 με την καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (N.H.S), που πρόσφερε σε όλους τους ανθρώπους την δυνατότητα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Στα επόμενα χρόνια, οι συνθήκες θεραπείας επηρεάστηκαν από τη χρησιμοποίηση των ψυχοτρόπων φαρμάκων, τη δημιουργία της θεραπευτικής κοινότητας και από την προσπάθεια για επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχασθενών στα πλαίσια της Κοινότητας.

Σύμφωνα όμως με τους Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988, Σελ. 108-109) στη Μ. Βρετανία κατά τις δεκαετίες του 50 και 60 η ανάγκη για ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε ορατή με την παρουσία ενός αριθμού μελετών που ερευνούσαν το ψυχιατρείο σαν κοινωνικό θεσμό και φανέρωναν ότι οι ασθενείς "έπαυαν να είναι άνθρωποι" ύστερα από τον μακροχρόνιο εγκλεισμό τους σε κλειστά ιδρύματα.

Η ψυχιατρική αυτή μεταρρύθμιση είναι συνδεδεμένη με την προσπάθεια κατάργησης των ψυχιατρείων, παράλληλα με τη σύσταση εναλλακτικών μορφών περίθαλψης στα πλαίσια της κοινότητας. Βασικές αρχές της υπήρξαν η προσέγγιση προβλημάτων από διεπιστημονική σκοπιά καθώς και η διάσπαση της περίθαλψης σε τομείς.

Ο Τυχόπουλος (1987, Σελ. 68-69) επισημαίνει ότι σημαντικό χαρακτηριστικό του αγγλικού μοντέλου, είναι ότι η κοινοτική ψυχιατρική ασκείται εκτός ψυχιατρείου και προωθεί την δημιουργία ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία. Παράλληλα με τη βοήθεια της τοπικής αυτοδιοίκησης και του Εθνικού Συστήματος Υγείας, προσπαθεί να διασκορπίσει τις υπηρεσίες της μέσα στη κοινότητα.

Σύμφωνα με τον Μπούρα (1984, Σελ. 315-318) τα κύρια χαρακτηριστικά του προγραμματιζόμενου συστήματος ψυχικής υγείας, το οποίο είχε απώτερο στόχο την κατάργηση των ασύλων, ήταν :

- Η προσφορά υπηρεσιών από τους δήμους μέσα στον χώρο της κοινότητας, που θα ικανοποιούσαν τις βασικές ανάγκες των κατοίκων μέσα από την δημιουργία νοσοκομείων ημέρας, κέντρων ημέρας, ξενώνων για ηλικιωμένους, κ.α.
- Η λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων μέσα σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Η συνεργασία ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών, ψυχιατρικών νοσοκόμων κ.α. να αποτελούν την θεραπευτική ομάδα, η οποία θα πρέπει να κατέχει κεντρική θέση μέσα στην γενικότερη ανάπτυξη και λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Όμως παρόλο που ο αριθμός των ασθενών στα ψυχιατρεία μειώθηκε σημαντικά, έκαναν την εμφάνισή τους άλλα νέα προβλήματα. Αυτά ήταν η συγκέντρωση ασθενών στις νοσοκομειακές ψυχιατρικές μονάδες, που νοσηλεύονται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από ένα χρόνο, ο μεγάλος αριθμός παραπομπών στα εξωτερικά ιατρεία και η αύξηση των επανεισαγωγών. Μερικοί από τους βασικούς λόγους της παραπάνω κατάστασης ήταν η έλλειψη της αναγκαίας χρηματοδότησης, για την ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και η ακατάλληλη προετοιμασία της κοινότητας να αποδεχθεί τα μη υγιή ψυχικά μέλη της.

Οι Παπαδάτος και Στογιαννίδου (1988, Σελ. 109-110) αναφέρουν ότι, στη διάρκεια των τελευταίων χρόνων έχει εμφανισθεί σημαντική αύξηση του αριθμού των νοσοκομείων ημέρας και των μονάδων ημερήσιας περίθαλψης, ενώ παράλληλα παρατηρείται μείωση του αριθμού των κρεβατιών για τους ψυχικά αρρώστους.

Όμως αν και εμφανίστηκαν οι αναφερόμενες αλλαγές μόνο ένα 5% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απασχολείται σε κοινοτικά κέντρα και ένα 95% σε νοσοκομεία, ενώ ακριβώς αντίθετα είναι τα ποσοστά των ψυχικά ασθενών που εξυπηρετούνται σ' αυτά τα πλαίσια.

Ένα αξιοσημείωτο πρόβλημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι η έλλειψη αντιστοιχίας στις προτεραιότητες των εθνικών και τοπικών υγειονομικών αρχών καθώς και η λανθασμένη εντύπωση, ότι η απλή μεταφορά πόρων από το παλιό στο καινούργιο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, επιλύει το θέμα.

Κατά τον Τυχόπουλο (1987, Σελ. 71) οι εξελίξεις των τελευταίων ετών και οι αλλαγές που σημειώθηκαν στην ψυχιατρική περίθαλψη, έδωσαν ώθηση για πειραματισμούς και τη δημιουργία διαφόρων προτύπων. Η κοινοτική ψυχιατρική στη Βρετανία είναι ένα φαινόμενο που συνεχώς βρίσκεται σε εξέλιξη και διευρύνεται μαζί με εκείνες που παρατηρούνται στον χώρο των κοινωνικών επιστημών.

2.2. Το Ιταλικό Μοντέλο

Οι Αλέξης Καρακώστας και Στέλιος Στυλιανίδης (1984, Σελ. 187) αναφέρουν ότι στην Ιταλία πηγή των προσπαθειών ανανέωσης της ψυχιατρικής, είναι η καταδίκη του ασύλου και της λογικής του εγκλεισμού. Ο Jervis αναφερόμενος στα ιταλικά "τρελοκομεία"

λέει ότι αυτά αποτελούν τόπους, όπου η αυταρχικότητα είναι διάχυτη και η καταπίεση εκδηλώνεται με τον πιο βίαιο τρόπο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το Gorizia (άσυλο) το οποίο ήρθε να αναμορφώσει το 1961 ο Basaglia με την ομάδα του.

Ο Παπαδάτος (1987, Σελ. 129) αναφέρει ότι στο νοσοκομείο Gorizia ο Basaglia εφάρμοσε ένα πειραματικό πρόγραμμα, που ήταν βασισμένο στη διαδικασία της απελευθέρωσης των ψυχασθενών. Γιατί ήταν γνωστή η επικρατούσα κατάσταση στα ψυχιατρεία όπου οι ψυχασθενείς ζούσαν κάτω από άθλιες συνθήκες στο έλεος των φρουρών.

Σύμφωνα με τον Αλέξη Καρακώστα και Στέλιο Στυλιανίδη (1984 Σελ. 187-188), ο αντιασυλιακός αγώνας τον οποίο κάνουν έχει ως αρχή, ότι στα πλαίσια του ιδρύματος με καταπιεστικές συνθήκες κάθε θεραπευτική προσπάθεια είναι καταδικασμένη. Απ' αυτή την αρχή άλλωστε ξεκινάει και το άνοιγμα των περιπτέρων και μια πιο φιλελεύθερη αλλαγή στα διοικητικά και λειτουργικά μέτρα. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί στην κινητοποίηση τόσο των αρρώστων, όσο και των νοσοκόμων και γιατρών. Για πρώτη φορά δηλαδή συζητούνται προβλήματα αναθεώρησης του ρόλου που έχει η ιατρική εξουσία και προσδιορίζεται ξανά ο ρόλος του καθενός μέσα στην ιεραρχία. Αυτές οι προσπάθειες του Basaglia και της ομάδας του συνεχίζονται στο Gorizia για δέκα χρόνια. Κάνουν ανοίγματα προς τα έξω, προς την περιφερειακή διοίκηση, την οποία προτρέπουν να δημιουργήσει εξωνοσοκομειακούς χώρους όπως νοσοκομεία ημέρας και νύχτας, εξωτερικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, κλπ. Μια προσπάθεια που αποσκοπεί στην προσέγγιση της ψυχιατρικής αρρώστιας έξω από τη λογική του εγκλεισμού.

Όμως η μη ικανοποίηση των αιτημάτων αυτών οδηγεί όλη την ομάδα Basaglia σε παραίτηση στο τέλος του 1972.

Συγχρόνως με τις ενέργειες των Basaglia και των συνεργατών του, υπάρχουν και άλλα κινήματα που προσπαθούν να βελτιώσουν τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Το Ιταλικό Κουμμουνιστικό Κόμμα ανάμεσα στ' άλλα ενισχύει το πρόγραμμά του με τη ψυχιατρική πολιτική του Territorio (εξωνοσοκομειακός χώρος) και βοηθά μέσω των τοπικών διοικήσεων που έχει στον έλεγχό του, τις προσπάθειες που γίνονται και σε άλλες πόλεις της Ιταλίας. Ταυτόχρονα δημιουργούνται μορφές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, μικρής κλίμακας από περιφερειακές διοικήσεις στο Μιλάνο, Τορίνο, Φλωρεντία.

Το 1974 πραγματοποιείται το πρώτο εθνικό συνέδριο της "Psichiatria Democratica", το οποίο αντιμετώπισε σοβαρά προβλήματα. Εκεί για πρώτη φορά αρχίζει να σχηματίζεται το ψυχιατρικό κίνημα με γενικότερα προβλήματα αναδιάρθρωσης της υγείας. Δύο χρόνια αργότερα (1976) γίνεται γνωστό από την ομάδα της Τεργέστης το κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου.

Κατά τον Παπαδάτο (1987, Σελ. 152) σημαντικό ρόλο σ' αυτό έπαιξαν οι συνδικαλιστικές οργανώσεις. Τα συνδικάτα έβλεπαν τα ψυχιατρεία ανεπαρκή για να βοηθήσουν και να αντιμετωπίσουν σωστά τον ψυχικά άρρωστο. Πίστευαν ότι τα ψυχιατρεία μπορεί να γινόνταν δεκτά παλιότερα, αλλά στη συνέχεια χρειαζόταν πιο ριζοσπαστικές λύσεις, μια μεταρρύθμιση στο τομέα της ψυχικής υγείας.

Έτσι σύμφωνα με τους Καρακώστα και Στυλιανίδη (1984, Σελ. 188-189) η επιτυχία του κλεισίματος του ψυχιατρείου στην Τεργέστη γιορτάζεται το 1977 με τη συμμετοχή και του "Reseau International".

Αποτέλεσμα όλων αυτών των προσπαθειών που έγιναν στην Ιταλία, ήταν η ψήφιση του νόμου 180 από την Ιταλική Βουλή των

Μάιο του 1978, με τον οποίο δεν επιτρέπεται πια η δημιουργία ψυχιατρικών νοσοκομείων και προτείνει μέτρα για να κλείσουν αυτά που ήδη υπάρχουν.

Μερικά βασικά σημεία που αφορούν το νόμο αυτό είναι τα εξής :

- Για πρώτη φορά γίνεται διαχωρισμός της ιατρικής από τη δικαστική εξουσία.
- Προτείνεται με το κλείσιμο των ψυχιατρείων, η ύπαρξη 15 ψυχιατρικών κρεβατιών σε κάθε γενικό νοσοκομείο, ώστε να αποκοπεί ο άρρωστος από τα ψυχιατρικά πλαίσια που επιδεινώνουν την αρρώστια του.
- Τέλος μειώνεται αλλά δε μηδενίζεται ο εγκλεισμός των αρρώστων χωρίς της θέλησή τους σε ψυχιατρικά πλαίσια.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι στην Ιταλία έγινε αρκετά καλή δουλειά, που εξακολουθεί να συνεχίζεται.

Όπως αναφέρει ο Μαδιανός (1989, Σελ.50) με το νόμο 180 του 1978, θεμελιώθηκαν οι κοινοτικές υπηρεσίες. Σήμερα στη Τεργέστη λειτουργούν ήδη επτά Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα οποία εξυπηρετούν πολύ κόσμο. Η προσπάθεια αυτή συνεχίζεται και στις άλλες ιταλικές πόλεις και ήδη σήμερα βρίσκονται σε λειτουργία, από τα 620 κέντρα που έχουν προγραμματισθεί τα 530.

2.3. Το Μοντέλο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στη Γερμανία

Σαν παράδειγμα του γερμανικού μοντέλου θα περιγραφούν στο εξής, οι εμπειρίες συνεργασίας σε ένα πρόγραμμα μοντέλο της κοινοτικής ψυχιατρικής στο Αμβούργο, όπως αναφέρονται από την Helga Pries (1987, Σελ. 165-167).

Το 1975, στην "Έκθεση σχετικά με την κατάσταση της ψυχιατρικής στην Ο.Δ.Γ.", ήρθαν στην επιφάνεια τα προβλήματα και οι μεγάλες ελλείψεις που υπήρχαν στην μέχρι τότε φροντίδα και θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Η έκθεση αυτή περιλάμβανε συστάσεις για τη μεταρρύθμιση της κατάστασης που επικρατούσε στον χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Το 1980 η κυβέρνηση της Ο.Δ.Γ. άρχισε το "Πρόγραμμα Μοντέλο για τη μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής και ψυχοθεραπευτικής/ψυχοσωματικής πρόνοιας", που σκοπό είχε την υλοποίηση των συστάσεων της έκθεσης μέσα σε 5 χρόνια και συγχρόνως να προχωρήσει σε έρευνα για τη μεταρρύθμιση αυτή. Από τα 11 κρατίδια της Ο.Δ.Γ., τα 5 συμμετείχαν σ' αυτό το πρόγραμμα, ανάμεσά τους ήταν και το Αμβούργο. Μέχρι το 1980 η νοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη εκεί, γινόταν ή στην Πανεπιστημιακή κλινική ή στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Τον Ιανουάριο του 1980, στο Βόρειο Διαμέρισμα του Αμβούργου (με πληθυσμό 117.000 κατοίκους), δημιουργήθηκε το πρώτο ψυχιατρικό τμήμα σε Γενικό Νοσοκομείο, που είχε την ευθύνη της νοσοκομειακής περίθαλψης για όλους τους ψυχικά ασθενείς αυτού του διαμερίσματος.

Στα πλαίσια του προγράμματος μοντέλου το Βόρειο Διαμέρισμα του Αμβούργου επανδρώθηκε, με τις πιο κάτω επιπρόσθετες υπηρεσίες :

- Η Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης , η οποία προσφέρει την ευκαιρία, σε άτομα με μακροχρόνιες ψυχικές παθήσεις, να μάθουν να αυτοεξυπηρετούνται.
- Τα εξωτερικά ιατρεία αναλαμβάνουν τη διερεύνηση εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών λύσεων ή την απόφαση σχετικά με την αναγκαιότητα νοσοκομειακής περίθαλψης για κάθε ασθενή. Για

την φαρμακοψυχοθεραπεία και την μετανοδοκομειακή περίθαλψη των ασθενών της κλινικής, είναι υπεύθυνοι οι συνεργάτες των εξωτερικών ιατρείων.

- Το "Treffpunkt" (τόπος συνάντησης), διαθέτει καφετέρια όπου παρέχει την δυνατότητα στους ασθενείς να συγκεντρώνονται και να συζητούν τα προβλήματά τους, ενώ παράλληλα άτομα που είναι εξαρτημένα από φάρμακα ή αλκοόλ δέχονται εξωνοδοκομειακή θεραπεία από ειδικευμένα στελέχη της ομάδας εργασίας.
- Μια Κοινωνική λειτουργός πραγματοποιεί επισκέψεις σε σπίτια ασθενών, ασκώντας τη μέθοδο της οικογενειακής θεραπείας σε άτομα που κατά τη γνώμη της είχαν την ανάγκη για περισσότερη προσοχή ή σε άτομα που ο γιατρός δεν είχε χρόνο να ασχοληθεί μαζί τους.
- Ασθενείς που δεν είναι ικανοί να ζήσουν μόνοι τους διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά σε ένα σπίτι που υπάρχει αποκλειστικά γι' αυτό τον σκοπό.
- Νομικά την ευθύνη για την φροντίδα των ψυχικά ασθενών έχουν: η υπηρεσία για εφηβική ψυχιατρική και δύο υπηρεσίες για κοινωνική ψυχιατρική οι οποίες λειτουργούσαν πριν από την έναρξη του προγράμματος μοντέλου, μόνο που τώρα εξοπλίσθηκαν με νέα γραφεία και πιο πολύ προσωπικό.

Το πρόγραμμα μοντέλο του Αμβούργου απέβλεπε από τη μια πλευρά στην παροχή υπηρεσιών και περίθαλψης, ιδιαίτερα για τα άτομα με χρόνιες ψυχικές παθήσεις και από την άλλη στην απόκτηση χρήσιμων εμπειριών από τη συνεργασία μεταξύ εξωτερικών ιατρείων, ψυχιατρικής κλινικής και άλλων σχετικών υπηρεσιών.

Η Helga Pries (1987, Σελ. 170-179) επισημαίνει ότι στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχιατρικής εργασίας εμφανίστηκαν τρία επίπεδα συνεργασίας :

α) Σ υ ν ε ρ γ α σ ί α Μ έ σ α σ τ η ν Υ π η ρ ε σ ί α

Η Κοινωνική Ψυχιατρική Υπηρεσία, του Βόρειου διαμερίσματος του Αμβούργου, φροντίζει ασθενείς που δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να ζητήσουν βοήθεια. Στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής Υπηρεσίας (Κ.Ψ.Υ.) έκανε την εμφάνισή της μια πολυκλαδική ομάδα εργασίας. Αποτελούμενη από ψυχολόγο, ψυχίατρο και 4 κοινωνικούς λειτουργούς, στόχευε στην βράχυνση ή αποφυγή νοσοκομειακής περίθαλψης, στη βελτίωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ατόμων με βαριές ψυχικές παθήσεις, στην ενεργό συμμετοχή συγγενών και γειτόνων στη φροντίδα ψυχικά ασθενών και τέλος στη σφαιρική εξέταση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς.

Μετά από 5 χρόνια συνεργασίας όλα τα μέλη της ομάδας παράλληλα με τη καθημερινή τους εργασία με τους ασθενείς, προσαρμόστηκαν στη πολυκλαδική ομάδα εργασίας, έμαθαν να λύνουν διαφωνίες και να συμφωνούν σχετικά εύκολα στους βασικούς στόχους. Ακόμη παίρνουν μέρος στις παρεμβάσεις κρίσεων και παρακολουθούν μακροπρόθεσμα τις δικές τους περιπτώσεις, τις οποίες μοιράζονται σύμφωνα με τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντά τους. Η αλλαγή στο τρόπο δουλειάς επέφερε θετικά αποτελέσματα στην εργασία με τους ασθενείς όπως :

- Ύπαρξη χρόνου για επίσκεψη σε σπίτια βαριά αρρώστων που είχαν αρνηθεί βοήθεια.
- Παροχή βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους καθώς και αυτών που παρουσιάζαν άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.
- Μείωση των αναγκαστικών εισαγωγών σε κλινικές.
- Αλλαγή της αρχικής στάσης των ασθενών από εχθρική σε συνεργάσιμη με την έναρξη μιας κρίσης.

- Δημιουργία δύο ομάδων που τα μέλη τους περιλαμβάνουν συγγενείς ψυχωτικών. Η μία από αυτές ασκεί πίεση, για τα δικαιώματα των ασθενών σε πολιτικό επίπεδο.

β) Σ υ ν ε ρ γ α σ ί α Δ ι α φ ό ρ ω ν Ψ υ χ ο κ ο ι ν ω ν ι κ ώ ν Υ π η ρ ε σ ι ώ ν

Στο Αμβούργο δημιουργήθηκε μια ψυχοκοινωνική ομάδα εργασίας (PSAG) όπου συγκεντρώνονταν μια φορά τον μήνα, μέλη διαφορετικών υπηρεσιών και επαγγελμάτων που κυρίως συζητούσαν και αντάλλασαν πληροφορίες γύρω από το τρόπο εργασίας διαφόρων υπηρεσιών. Αυτό σκόπευε στο να αποφευχθούν προβλήματα συνεργασίας που εμφανίζονταν, όταν για τις ίδιες κατηγορίες ασθενών υπήρχαν παρόμοιες προσφορές από διαφορετικές υπηρεσίες, ενώ ταυτόχρονα υπήρχαν ακάλυπτες ανάγκες. Οι προσωπικές επαφές με συναδέλφους από άλλες υπηρεσίες βοήθησαν στο να αποφευχθούν διπλές παρακολουθήσεις, λανθασμένες ή μη αναγκαίες παραπομπές ασθενών, να εντοπισθούν κενά στο δίκτυο περίθαλψης και να προωθηθούν αναγκαίες μεταρρυθμίσεις.

Τέλος αποδείχθηκε θετική η συμβουλευτική σε υπηρεσίες που το προσωπικό τους δεν ήταν ειδικευμένο για την φροντίδα ψυχικά αρρώστων. Οι συνεργάτες της κοινωνικής ψυχιατρικής υπηρεσίας πρόσφεραν εποπτεία και μετεκπαιδευτικά σεμινάρια στις υπηρεσίες που είχαν έμμεση σχέση με την ψυχιατρική. Αυτό από τη μια βοήθησε στην αποφυγή μη αναγκαίων εισαγωγών σε ψυχιατρικές κλινικές και από την άλλη αύξησε τις ικανότητές τους στην επικοινωνία με δύσκολους ψυχασθενείς.

γ) Σ υ ν ε ρ γ α σ ί α τ ω ν Ψ υ χ ο κ ο ι ν ω ν ι κ ώ ν
Υ π η ρ ε σ ι ώ ν μ ε τ η Δ ι ο ί κ η σ η

Στην Ο.Δ.Γ. και ιδιαίτερα στο Αμβούργο η δομή για τη χρηματοδότηση και για τις αρμοδιότητες σχετικά με τη ψυχιατρική περίθαλψη, είναι αρκετά πολύπλοκη. Η διοίκηση πολλές φορές σε οτιδήποτε αφορά σε τις προδιαγραφές της παρουσιάζει άκαμπτη συμπεριφορά και δεν είχε την ευελεξία να εντοπίσει προβλήματα ή να πάρει αμέσως μέτρα για τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα περίθαλψης. Με τον καιρό οι συζητήσεις για τις καινούργιες ιδέες και τα προβλήματα στον εργασιακό χώρο, μεταξύ προϊσταμένων και ειδικών που δούλευαν με προγραμματισμένες μεθόδους, αποδείχθηκαν λιγότερο προβληματικές.

Το PSAG (ψυχοκοινωνική ομάδα εργασίας), εκτός από τη συμβολή του στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των υπηρεσιών, αποτέλεσε χρήσιμη επιτροπή και για τους υπαλλήλους των αρμοδίων κρατικών υπηρεσιών, όπου και εκεί υπήρχε ανταγωνισμός. Αυτός ο ανταγωνισμός μεταξύ των υπηρεσιών ελαττώθηκε, γιατί για κοινές επιδιώξεις αναγκάστηκαν από κοινού να ασκήσουν πίεση σε τρίτους.

Το πρόγραμμα μοντέλο έληξε τον Δεκέμβριο του 1985. Οι εμπειρίες που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια εφαρμογής του υπήρξαν πολύ θετικές. Τώρα η κοινωνική ψυχιατρική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για μια περιοχή διπλάσια από την προηγούμενη, κάτι που ενδέχεται να οδηγήσει στη χειροτέρευση της ποιοτικής δουλειάς (H. Pries, 1987, Σελ. 170-179).

Χαρακτηριστικό του μοντέλου όπως αναφέρει η H. Pries, είναι ότι αυτό ξεκίνησε αφού προηγήθηκε σχετική έρευνα μέσα από την οποία, εντοπίστηκαν οι μεγάλες ελλείψεις που υπήρχαν στη

θεραπεία και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Οι υπηρεσίες σχηματίστηκαν με πολύ μεγάλη επιμέλεια και δημιουργήθηκαν νέες συμπληρωματικές για να βελτιωθεί η ψυχοκοινωνική περίθαλψη μιας περιοχής. Οι εργαζόμενοι όλων των ειδικοτήτων συμμετείχαν σε όλα σχεδόν τα καθήκοντα, κάτι που στην πράξη αποδείχθηκε πολύ αποτελεσματικό. Η συνεχόμενη μετεκπαίδευση και η εξωτερική εποπτεία του προσωπικού πρόσφερε τα απαραίτητα εφόδια, για την παροχή ολοκληρωμένης βοήθειας προς τους ασθενείς. Τέλος η εξελικτική πορεία όλων των υπηρεσιών αξιολογήθηκε σε όλα τα επίπεδα.

3. Περιγραφή μερικών Ελληνικών Κέντρων Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής

3.1. Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής

Το Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής όπως αναφέρει ο Μαδιανός (1984, Σελ.198-205) οργανώθηκε από τη ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και η μέχρι σήμερα λειτουργία του καλύπτεται από δύο στάδια.

Το πρώτο στάδιο που κράτησε επτά μήνες είχε σα στόχο το σχεδιασμό και τη στελέχωση του κέντρου. Αρχικά δηλαδή έγινε διερεύνηση του χώρου δουλειάς για να θεμελιωθεί καλά το κέντρο. Σ' αυτό βοήθησαν και οι διάφορες έρευνες που έγιναν στο στάδιο αυτό και οι οποίες αποκάλυψαν το επίπεδο που βρίσκεται ψυχιατρικά η χώρα μας και ειδικότερα η περιοχή.

Στο δεύτερο στάδιο έχουμε τη δημιουργία της Επιτροπής Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής με την οποία ολοκληρώθηκε και η συμμετοχή των κατοίκων στην κοινωνική παρέμβαση.

Μετά την ολοκλήρωση και του δεύτερου σταδίου έχουμε τη λειτουργία του κέντρου, το οποίο έχει θέσει ορισμένους σκοπούς για να εκπληρώσει. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι εξής :

- Να προσφέρει υπηρεσίες και συμβουλευτική βοήθεια σε όσους τη ζητούν.
- Να προωθήσει τη δημιουργία παρόμοιων κέντρων δίνοντας τα κατάλληλα μηνύματα στο κράτος.
- Να ελαττώσει την απόσταση που χωρίζει το κοινό από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες με το να ευαισθητοποιήσει, εκπαιδεύσει και κινητοποιήσει πάνω σε ψυχιατρικά θέματα.
- Να καταστήσει δυνατή τη διαμονή στην κοινότητα ατόμων που θεωρούνται ιδιαίτερα επικίνδυνα και να βοηθήσει άλλα που έχουν προβλήματα στο να γνωρίσουν καλύτερα τους εαυτούς τους.

Εκτός όμως από τους σκοπούς η λειτουργία του κέντρου διέπεται από ορισμένες βασικές αρχές:

- Να παρέχεται με όσο το δυνατό λιγότερες δαπάνες και σε λίγο χρόνο μεγαλύτερη εξυπηρέτηση.
- Η απόσταση που χωρίζει το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής με την κοινότητα να είναι χρονικά περιορισμένη και το Κέντρο να εξυπηρετεί συγκεκριμένο γεωγραφικά χώρο.
- Η συνεχόμενη παροχή υπηρεσιών στον άρρωστο έχει σαν αποτέλεσμα την πρόληψη υποτροπής της αρρώστιας του.
- Η συνεργασία ανάμεσα στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και στις διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας έχει σαν αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη εξυπηρέτηση του κοινού, μέσα από το δίκτυο παραπομπών.

Για να πετύχει τους σκοπούς του το κέντρο έχει προσλάβει το κατάλληλο προσωπικό, που το αποτελούν : κοινωνική λειτουργός, ψυχίατρος, επισκέπτρια αδερφή, σπουδάστρια - ης κοινωνική λειτουργός, σπουδάστρια επισκέπτρια αδερφή και εργασιοθεραπευτής. Καταβάλλουν προσπάθειες, ώστε η παροχή υπηρεσιών να στηρίζεται στην ελεύθερη συμμετοχή του ψυχικά αρρώστου. Όμως είναι σεβαστή κάθε αρνητική στάση του ασθενή να συμμετέχει στη λύση του προβλήματός του, αφού πρώτα εξαντληθεί κάθε προσπάθεια για ανατροπή αυτής. Επίσης βασικής σημασίας θεωρείται και η επίσκεψη στο σπίτι του αρρώστου, καθώς και η τηλεφωνική επικοινωνία που πολλές φορές παίρνει τη θέση της επίσκεψης στο κέντρο.

Για να ανταπεξέλθουν σ' όλα αυτά οι εργαζόμενοι σ' ένα τέτοιο πλαίσιο, το κέντρο τους προσφέρει κάποια εκπαίδευση σε θέματα κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής, η οποία δεν είναι αρκετή. Πρέπει προηγουμένως να παρέχεται κάποια θεωρητική γνώση και εξειδίκευση από τις Ανώτατες Υγειονομικές Σχολές.

Απαραίτητη επίσης είναι και η αξιολόγηση του έργου του κέντρου κατά διαστήματα, τόσο σε ποιότητα όσο και σε ποσότητα για την όσο το δυνατό καλύτερη λειτουργία του. (Μαδιανός, 1984, Σελ. 198-205).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι όλη αυτή η προσπάθεια του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Βύωνα-Καισαριανής, η οποία στηρίζεται στην κοινοτική παρέμβαση και τη συμμετοχή των κατοίκων για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας, υπήρξε αρκετά βοηθητική. Οι κάτοικοι με τη συμμετοχή τους στην όλη αυτή κίνηση ευαισθητοποιήθηκαν περισσότερο και έγιναν πιο ανεκτικοί απέναντι στη ψυχική αρρώστια. Δεν αντιμετωπίζουν όπως παλιότερα κά-

ποιο ψυχικά άρρωστο, αλλά προσπαθούν να τον βοηθήσουν όσο περισσότερο μπορούν.

Βέβαια, αν έλειπαν και τα προβλήματα που εμφανίζοταν κατά διαστήματα στην όλη ανάπτυξη του κέντρου θα είχαμε ακόμη καλύτερα και περισσότερα αποτελέσματα. Προβλήματα που αναφέρονται, όπως μας τα παρουσιάζει ο Μαδιανός (1984, Σελ.207) στην επάνδρωση των κέντρων αυτών με το κατάλληλο προσωπικό, στη μη εξεύρεση κατάλληλων συνθηκών για τη συνεχή ενεργοποίησή τους και την καλύτερη λειτουργία τους, κ.λ.π.

Τελειώνοντας την εισήγηση του ο Μαδιανός, εύχεται να ξεπεραστούν τέτοια προβλήματα και το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής να δώσει τα κατάλληλα μηνύματα, για την ίδρυση παρόμοιων κέντρων και ακόμη καλύτερων για μια πιά αποτελεσματική ψυχιατρική περίθαλψη.

3.2. Κι ν η τ ή Μ ο ν ά δ α Ψ υ χ ι α τ ρ ι κ ή ς Π ε ρ ί θ α λ ψ η ς Υ π α ί θ ρ ο υ Ν ο μ ο ύ Φ ω κ ί δ α ς

Μια άλλη εμπειρία στον Ελλαδικό χώρο είναι και αυτή της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης Φωκίδας, η οποία σύμφωνα με την απογραφή του 1981 έχει πληθυσμό 44.222 κατοίκους.

Η ψυχιατρική αυτή μονάδα λειτουργεί εδώ και επτά χρόνια περίπου και είναι ο μοναδικός φορέας που καλύπτει ψυχιατρικά το νομό. Προτιμήθηκε από το παραδοσιακό ασυλιακό σύστημα, για να εφαρμοστεί ένα διαφορετικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης (Σακελλαρόπουλος, Παναγούτσος, Λουτσακλή, 1987, Σελ. 258).

Για ν' αρχίσει τη δουλειά της χρειάστηκε και το ανάλογο προσωπικό, το οποίο αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, παιδαγωγό, λογοθεραπεύτρια και κοινωνική λειτουργό. Η ομάδα

αυτή μεταβαίνει κάθε 15 ημέρες από την Αθήνα στη Φωκίδα για να καλύψει τις ανάγκες της μονάδας. Σε περίπτωση όμως κάποιου έκτακτου περιστατικού, μέλη της ομάδας μπορούν να μεταβούν επειγόντως στη Φωκίδα για να το αντιμετωπίσουν (Σακελλαρόπουλος, Ζήκος, Φραγκούλη, Βγόντζας, 1983).

Οι αρχές με τις οποίες τέθηκε σε λειτουργία η μονάδα και οι οποίες βασίστηκαν στις απόψεις της κοινωνικής-κοινωνικής ψυχιατρικής είναι οι εξής :

- Η ενημέρωση καθώς και η ευαισθητοποίηση του αγροτικού κυρίως πληθυσμού στο πρόβλημα της ψυχιατρικής περίθαλψης.
- Η πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικών ασθενειών.
- Η έρευνα και η επιμόρφωση του προσωπικού που εργάζεται στους διάφορους ψυχιατρικούς τομείς.

Οι αρχικές δραστηριότητες της μονάδας κατά τους πρώτους έξι μήνες της λειτουργίας της, ήταν η ευαισθητοποίηση επαγγελματιών ομάδων και εκπροσώπων της τοπικής αυτοδιοίκησης με διάφορα μέσα, τόσο οπτικά (σλάϊτς), όσο και ακουστικά (διάξεις, συζητήσεις). Μέσω αυτών των φορέων έγινε πλατύτερη διάδοση των αρχών λειτουργίας της κινητής αυτής μονάδας (Σακελλαρόπουλος, Παναγιώτσος, Λουτσακλή, 1987, Σελ. 258).

Συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν οι Σακελλαρόπουλος, κ.α. (1983) στο 9ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση αυτή άρχισε απ' αυτούς που κατοικούσαν μόνιμα στην περιοχή και που είχαν κάποια σημαντική θέση μέσα σ' αυτή (ιερείς, κοινοτάρχες, εκπαιδευτικούς, αστυνομικούς). Σκοπός ήταν να ενημερωθούν τόσο για τη μονάδα και τη χρησιμότητά της, όσο και για τη ψυχική ασθένεια και την αντιμετώπισή της. Στη συνέχεια με το διάλογο και τη συζήτηση με την ίδια την κοινό-

τητα ξεπεράστηκαν οι προκαταλήψεις σχετικά με τη ψυχική ασθένεια και οι κάτοικοι άρχισαν να συνεισφέρουν στην όλη προσπάθεια της μονάδας. Έπειτα ακολούθησε η ενημέρωση καθώς και η εκπαίδευση ορισμένων επαγγελματιικών ομάδων, όπως γιατρών, δασκάλων και αστυνομίας των οποίων η βοήθεια υπήρξε σημαντική.

Στόχοι της παραπάνω δουλειάς, σύμφωνα με τους Σακελλαρόπουλο, Παναγιώτσο και Λουτσακλή (1987, Σελ. 258-260), ήταν οι εξής :

- Να πάψει να υπάρχει η αντίληψη ότι αυτοί που εργάζονται σε ψυχιατρικά πλαίσια αποτελούν ένα είδος κατασταλτικής εξουσίας.
- Να ελαχιστοποιηθεί το άγχος και οι ενοχές τόσο της οικογένειας , όσο και της κοινότητας για τον άρρωστο.
- Τη διαμονή του αρρώστου μέσα στα πλαίσια της οικογένειάς του, έτσι ώστε να αποφευχθεί η απομάκρυνσή του από το συναισθηματικό και φυσικό του χώρο (οικογένειας - κοινωνικός περίγυρος).
- Για να εξαληφθεί η προκατάληψη που υπάρχει για τους ψυχικά ασθενείς, απαραίτητη είναι η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των νεώτερων ηλικιών. Για το σκοπό αυτό έγιναν συζητήσεις και συναντήσεις ανάμεσα σε υπεύθυνους της εκπαίδευσης του νομού και ομάδες των ηλικιών αυτών.

Τα αποτελέσματα από την πραγματοποίηση των στόχων αυτών και σε συνδιασμό με την πρακτική εφαρμογή ήταν τα εξής :

- Οι κάτοικοι της Φωκίδας έγιναν πιο ανεκτικοί απέναντι στους ψυχικά αρρώστους και αυτό φαίνεται από την εγκατάσταση και συμμετοχή στην κοινωνική ζωή του νομού, ψυχιατρικών αρρώστων που είχαν μείνει σε ψυχιατρικό ίδρυμα πάνω από έξι χρόνια.

- Οι παραπομπές οξέων περιστατικών στη Μονάδα δε γίνονται μόνο από αρμόδιες υπηρεσίες, αλλά υπάρχουν αυτοπαραπομπές καθώς και παραπομπές από την ίδια την κοινότητα.
- Η δεκαπενθήμερη ή μηνιαία παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενών από ειδικούς βοηθάει ώστε να προλαμβάνονται ψυχωσικά περιστατικά και να γίνεται δυνατή η αποφυγή υποτροπών. Η προσπάθεια αυτή υποβοηθείται επίσης και από άτομα της κοινοτικής οργάνωσης που είχαν ευαισθητοποιηθεί πάνω σ' αυτά τα θέματα.
- Όλο και περισσότερα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα ζητούν ψυχιατρική και ψυχολογική βοήθεια από τη μονάδα.

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα γίνεται παράλληλα με την αξιολόγηση και εκτίμηση των κοινωνικοπολιτιστικών δεδομένων της καθώς και την αντίληψη των κατοίκων για την ψυχική ασθένεια (Σακελλαρόπουλος, Παναγούτσος, Λουτσακλή, 1987, Σελ. 258-260).

Συσχετίζοντας τις εμπειρίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Αγγλία, Γερμανία και Ιταλία με τις ανάλογες ελληνικές παρατηρούνται τα παρακάτω :

Η μετατροπή της ασυλιακής ψυχιατρικής νοσηλείας σε κοινοτική, είναι μια επιχειρούμενη διαδικασία που επιφέρει άλλοτε θετικές και άλλοτε αρνητικές εμπειρίες. Στις αναφερόμενες χώρες του εξωτερικού για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση που συντελείται, κινητοποιήθηκαν τοπική αυτοδιοίκηση, πολιτικά κόμματα, συνδικαλιστικές παρατάξεις. Πραγματοποιήθηκαν πειραματικά προγράμματα κοινοτικής ψυχιατρικής βάση σχετικών ερευνών και αξιολογήθηκε η εξελεκτική τους πορεία.

Όμως σύμφωνα με τον Παπαδάτο (1988, Σελ. 11) οι προσπάθειες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής για μια ουσιαστικότερη

μεταρρύθμιση στο χώρο της ψυχικής υγείας, εμφανίζονται με αρκετή καθυστέρηση από εκείνες που έχουν ήδη γίνει σε άλλες χώρες.

Μια παρόμοια παρατήρηση γίνεται και από τον Μάνο (1988, Σελ. 35), ο οποίος επισημαίνει ότι η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής. Μόλις το 1983 με τον νόμο 1397 για το ΕΣΥ άρθρο 21 δημιουργήθηκε, το νομοθετικό πλαίσιο για τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγείας, κλπ.

4. Υπηρεσίες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον Λυμπεράκη (1984, Σελ. 215,217) το 1956 υπήρξε ένας σημαντικός σταθμός στην ιστορία της ψυχικής υγείας του τόπου μας, γιατί τότε ιδρύεται ο Τομέας Ψυχικής Υγείας στο Βασιλική Εθνικό Ίδρυμα, που σήμερα ονομάζεται Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Τότε άρχισε να λειτουργεί ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, συμβουλευτικός σταθμός και σταθμοί κοινωνικών βοηθειών, κάτω από την υπευθυνότητα ψυχολόγων, ψυχιάτρων και κοινωνικών λειτουργών.

Στα μέσα της δεκαετίας 1950-1960 η ίδρυση της Πανελληνίας Ένωσης Ψυχικής Υγείας, υπήρξε ένας ακόμη σημαντικός σταθμός που ανάμεσα στα άλλα σχημάτισε επιτροπή για την κατάργηση του αναχρονιστικού νόμου 1872 "περί φρενοπαθειών".

Καινούργια Κέντρα Ψυχικής Υγείας αρχίζουν να εμφανίζονται γύρω στο 1978-1981 στη Θεσσαλονίκη, στην Αθήνα και αλλού. Το 1981 γίνεται ο χωρισμός της ψυχιατρικής από την νευρολογία, γεγονός που έδωσε σημαντική ώθηση στην επέκταση των υπηρεσιών στο χώρο της ψυχικής υγείας που παρουσιάστηκε στη

δεκαετία του '80. Εξίσου πολύτιμη υπήρξε η ψήφιση του νόμου 1397, το 1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας που πρόβλεπε τη λειτουργία μονάδων υπηρεσίας περίθαλψης, ιατροπαιδαγωγικών σταθμών και ψυχιατρικών ομάδων. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής σήμερα είναι ένα ίδρυμα που χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και προσφέρει δωρεάν όλες τις υπηρεσίες του.

Κατά τον Παπαδάτο (1988, Σελ. 12,15) [το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής μέσα από τις υπηρεσίες του που είναι στραμμένες προς την συνεργασία με την κοινότητα, προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις ψυχικές παθήσεις αλλά και να διερευνήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες διαμόρφωσής τους.] [Έτσι μέσα στα πλαίσια της κοινότητας, παρέχει υπηρεσίες σε τρία επίπεδα : στο επίπεδο της πρόληψης, της διάγνωσης - θεραπείας και της αποκατάστασης των ατόμων που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές.]

Σήμερα το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής προσφέρει υπηρεσίες στην Αθήνα, στον Πειραιά, στο Αιγάλεω, στη Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Βόλο Ηράκλειο και Ζάκυνθο. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες του είναι οι παρακάτω :

1. Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες

[Οι υπηρεσίες αυτές απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας 1-16 ετών που εμφανίζουν ψυχιατρικές διαταραχές και ψυχολογικά προβλήματα. Η θεραπευτική ομάδα που αποτελείται από παιδοψυχίατρο, λογοπεδικό, ψυχολόγο και κοινωνικούς λειτουργούς είναι υπεύθυνη για την αντιμετώπιση των περιπτώσεων που προσέρχονται στις ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες (Ο.Π. Σελ. 29).]

Οι Παπαδάτος και Στογιαννίδου (1988, Σελ.132-133) αναφέρουν ότι, οι στόχοι που θα πρέπει να επιδιώκουν οι ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες συνοπτικά είναι οι εξής :

α) Να προσφέρουν ορθή διάγνωση όλων των παραγόντων που ενεργούν, σε κάθε περίπτωση, καθώς και την ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση. Γι' αυτό το λόγο θεωρείται αναγκαία η επάνδρωση των υπηρεσιών με διεπιστημονική ομάδα.

β) Να επιδιώκουν την κοινοτική παρέμβαση σε σχολεία, συλλόγους κ.λ.π. με σκοπό την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ατόμων που σχετίζονται με τα παιδιά, σε ότι αφορά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και τις ιδιαίτερες ανάγκες της παιδικής ηλικίας. Μ' αυτόν τον τρόπο γνωρίζουν τρόπους αντιμετώπισης τυχόν προβλημάτων που παρουσιάζονται στην ηλικία αυτή, αλλά και που να απευθύνονται για παραπομπές περιστατικών.

γ) Να παρέχει εκπαίδευση στο προσωπικό της ψυχικής υγείας, ανάλογα με τους τομείς στους οποίους αυτό απασχολείται.

δ) Να πραγματοποιεί έρευνες που αφορούν την παιδική ηλικία.

Σήμερα ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες λειτουργούν στην Αθήνα, στο Αιγάλεω, στον Πειραιά, στην Πάτρα, στο Βόλο, στη Θεσσαλονίκη, και στο Ηράκλειο.

2. Συμβουλευτικά Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων.

Σύμφωνα με τον Παπαδάτο (1988, Σελ. 25) τα τμήματα αυτά παρέχουν ψυχοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία συνδυασμένη με φάρμακα, βάση της διάγνωσης που έχει προηγηθεί σε άτομα που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και σε ενήλικους με ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα. Ψυχολόγοι, ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί είναι οι κυριότερες ειδικότητες που απασχολούνται σ' αυτά τα τμήματα, που λειτουργούν στη Θεσσαλονίκη, στην Αθήνα, στο Πειραιά, στο Αιγάλεω, στην Πάτρα και στο Ηράκλειο.

3. Νοσοκομεία Ημέρας

Οι μονάδες αυτές παρέχουν από το 1987 και για χρονικό διάστημα 3-6 μηνών, περίθαλψη σε άτομα που παρουσιάζουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές (συναισθηματικές, σχιζοφρενικές και άλλες μη οργανικές ψυχώσεις). Τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη από ενταντική και καθημερινή θεραπεία (Ο.Π. Σελ. 36).

Κατά τον Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988, Σελ. 147-148, 153) βασικό χαρακτηριστικό του νοσοκομείου ημέρας είναι ότι νοσηλεύει τους ασθενείς σε μερική βάση, για να τους παρέχει έτσι την δυνατότητα να βρίσκονται στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας.

Οι θεραπευτικές, επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες σε κάθε νοσοκομείο ημέρας θα πρέπει να προσαρμόζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποβλέπουν, στη θεραπεία του ασθενή και στην επανένταξή του στα πλαίσια της κοινότητας.

Νοσοκομεία ημέρας λειτουργούν στο Ηράκλειο και στο Αιγάλεω.

4. Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης

Ο Παπαδάτος (1988, Σελ. 33) αναφέρει ότι οι μονάδες ημερήσιας περίθαλψης στοχεύουν στην παροχή θεραπευτικής βοήθειας σε άτομα που εμφανίζουν κυρίως ψυχωτικές διαταραχές και που η συστηματική παρακολούθησή τους είναι απαραίτητη. Τα άτομα αυτά προσέρχονται στις μονάδες ημερήσιας περίθαλψης αφού διαπιστωθεί ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά.

Οι Παπαδάτος και Στογιαννίδου (1988, Σελ. 155-156) τονίζουν ότι η κύρια διαφορά ανάμεσα στις μονάδες ημερήσιας περίθαλψης και στα νοσοκομεία ημέρας, εντοπίζεται στη διαφορετική έμφαση που δίνουν στις δραστηριότητες τους. Έτσι στις μονάδες, οι στόχοι επικεντρώνονται στις κοινωνικές δραστηριότη-

τες , ενώ στα νοσοκομεία ημέρας επικεντρώνονται στις θεραπευτικές διαδικασίες. Οι μονάδες ημερήσιας περίθαλψης λειτουργούν καθημερινά απασχολώντας τους ασθενείς κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, με ψυχαγωγικές και διδακτικές δραστηριότητες, καθώς και με την εκμάθηση των βασικών κοινωνικών δεξιοτήτων. Ο πιο σημαντικός στόχος αυτών είναι η σταδιακή επανένταξη των ψυχικά αρρώστων, μέσα στο χώρο της κοινότητας και η απόκτηση μεγαλύτερης αυτονομίας για την λειτουργία τους μέσα σ' αυτή. Η πρώτη μονάδα ημερήσιας περίθαλψης στην Ελλάδα, δημιουργήθηκε το 1971 στην Θεσσαλονίκη από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Σήμερα μονάδες ημερήσιας περίθαλψης εκτός από τη Θεσσαλονίκη λειτουργούν στην Αθήνα και στον Πειραιά. Σύμφωνα με τον Παπαδάτο (1988) στα πλαίσια της αποκατάστασης των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές εντάσσονται :

• Τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης

Τα εργαστήρια αυτά δέχονται κυρίως ψυχωσικά άτομα ηλικίας 15-25 χρόνων. Ο κυριότερος στόχος τους είναι να καταστήσουν τους εκπαιδευόμενους ικανούς, μέσω της επαγγελματικής εκπαίδευσης και της ανάπτυξης του αισθήματος ανεξαρτησίας και αυτοεκτίμησης, ώστε να μπορούν από μόνοι τους να αντιμετωπίσουν την επαγγελματική τους αποκατάσταση και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Η εκπαίδευση τους διαρκεί 1-3 χρόνια με ημερήσια αμοιβή των εκπαιδευομένων. Μερικά από τα εκπαιδευτικά τμήματα που λειτουργούν είναι : ηλεκτρολογίας, ταπητουργίας, κηπουρικής, κεραμεικής, κ.α. Μετά το τέλος της εκπαίδευσης καταβάλλονται προσπάθειες για την ανεύρεση κατάλληλης εργασίας τους εκπαιδευόμενους σε συνεργασία με την Υπηρεσία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.

Ανάλογα εργαστήρια λειτουργούν στον Πειραιά, στο Αιγάλεω, στην Αθήνα, στην Θεσσαλονίκη, στην Πάτρα, και στο Ηράκλειο Κρήτης.

Οι Παπαδάτος και Στογιαννίδου (1988, Σελ.171) αναφέρουν ότι, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι υπεύθυνοι κύρια για την επαγγελματική αποκατάσταση των εκπαιδευόμενων. Γι' αυτό έρχονται σε επαφή με διάφορους φορείς και εργοδότες και προσπαθούν να παρέμβουν ώστε να τοποθετηθούν οι εκπαιδευόμενοι σε θέσεις εργασίας.

Στα πλαίσια των παιδαγωγικών δραστηριοτήτων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, σύμφωνα με τον Παπαδάτο (1988, Σελ.17-45), εντάσσονται οι πιο κάτω υπηρεσίες :

1. Η Υπηρεσία Θεραπευτικής Αγωγής το "Στουπάθειο" στο Χαλάνδρι.

Το "Στουπάθειο" είναι παράρτημα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, εξειδικευμένο στη θεραπευτική παιδαγωγική. Απευθύνεται σε παιδιά και σε εφήβους μέχρι 21 χρόνων που εμφανίζουν νοητική καθυστέρηση. Η διεπιστημονική επαγγελματική ομάδα που απασχολείται εκεί αποτελείται από λογοπεδικό, παιδοψυχίατρο και ειδικευμένους ψυχολόγους, θεραπευτές και παιδαγωγούς. Σκοπός της υπηρεσίας είναι η παροχή εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης ώστε τα παιδιά να αποκτήσουν γνώσεις και εμπειρίες απαραίτητες για μια όσο το δυνατόν αυτόνομη κοινωνική συμμετοχή.

2. Θεραπευτική Μονάδα στην Αγία Παρασκευή

Το πρόγραμμα λειτουργίας της μονάδας είναι παράλληλα εκπαιδευτικό και θεραπευτικό. Προσφέρεται σε αυτιστικά παιδιά και εφήβους 4-16 χρονών με σκοπό να τα βοηθήσουν να αποκτήσουν τις αναγκαίες κοινωνικές δεξιότητες. Υπεύθυνοι για το πρόγραμμα αυτό είναι παιδαγωγοί, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και παιδοψυχίατροι.

Άλλες δραστηριότητες που έχει αναπτύξει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι :

1. Η Υπηρεσία Οικογενειακής Ψυχοθεραπείας

Η υπηρεσία αυτή επιδιώκει την παροχή βοήθειας σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα σχέσεων, επικοινωνίας ή διάφορες καταστάσεις που οδηγούν στη δυσλειτουργία της.

2. Η "Γραμμή Ζωής - SOS" στην Αθήνα

Η "Γραμμή Ζωής - SOS" άρχισε να λειτουργεί από το 1986 στην Αθήνα με 24ώρη βάση, στοχεύοντας στην αντιμετώπιση ψυχολογικών κρίσεων, μέσω της παροχής τηλεφωνικής βοήθειας.

3. Η Υπηρεσία Ερευνών.

Η υπηρεσία αυτή λειτουργεί στην Αθήνα και έχει σαν κύριο έργο της την πραγματοποίηση επιστημονικής έρευνας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα ενημερώνει φορείς ή άτομα για θέματα οργάνωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4. Η Υπηρεσία Εκδόσεων Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων.

Η υπηρεσία αυτή προωθεί τη συνεργασία με κρατικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς που ασχολούνται με θέματα ψυχικής υγείας και προάγει την ανάπτυξη της εκδοτικής δραστηριότητάς του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

5. Η Υπηρεσία Στατιστικής

Η υπηρεσία στατιστικής που λειτουργεί στην Αθήνα, ασχολείται με την συλλογή στοιχείων που σχετίζονται με τις ερευνητικές δραστηριότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.:

6. Η Υπηρεσία Θεραπείας Συμπεριφοράς

Πρόσφατα δημιουργήθηκαν μονάδες θεραπείας συμπεριφοράς που λειτουργούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη (Παπαδάτος, 1988).

5. Αντιστάσεις και Εμπόδια στο Χώρο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Οι Παπαδάτος και Στογιαννίδου (1987, Σελ.126-127) αναφέρουν ότι όπως σε κάθε άλλο χώρο, έτσι και στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης δεν έλειψαν οι αντιθέσεις και οι συγκρούσεις. Υπήρξε και εξακολουθεί να υπάρχει ακόμα σε πολλές χώρες, καθώς και στην Ελλάδα, μια σύγκρουση αντιλήψεων και απόψεων ανάμεσα στη παραδοσιακή νοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη και στη σύγχρονη Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή.

Ένα πρώτο πρόβλημα το οποίο εμφανίστηκε από την εποχή της ίδρυσης των πρώτων Κοινωνικών Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής, είναι σχετικά με το ρόλο αυτών. Δηλαδή αν θα έπρεπε τα Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής να ασχολούνται με την κάλυψη των αναγκών της κοινότητας στον τομέα της ψυχικής υγείας ή με τη φροντίδα των αποϊδρυματοποιημένων ατόμων.

Μια δεύτερη σύγκρουση που δημιουργήθηκε, είναι σχετική με το προσωπικό που πρέπει να απασχολείται στα Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής. Από τη μια υπάρχει η άποψη ότι σ' αυτά τα κέντρα θα πρέπει να απασχολούνται άτομα - εθελοντές μέσα από την ίδια την κοινότητα και από την άλλη ότι πρέπει να υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό, για την καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Υπάρχει ακόμη και η άποψη ότι τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας δεν εκπληρώνουν τους στόχους τους, άμα υπάρχει στενή σύνδεση μεταξύ αυτών και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και είναι στελεχωμένα με ιατροκεντρικό προσωπικό. Και αιτία γι' αυτό είναι η απουσία της συμμετοχής των πολιτών στην όλη λειτουργία αυτών των κέντρων.

Αλλά και η ομάδα εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με τον Μαντωνάκη (1978), συνήλθε το 1977 στο Κογκ της Ιρλανδίας με σκοπό να εντοπίσει τα εμπόδια στην ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που εμφανίζονται στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και να προτείνει μέτρα για την αντιμετώπισή τους.

Έτσι μετά από τις συζητήσεις που ακολούθησαν, τα κύρια προβλήματα που επισημάνθηκαν σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα σχετικά με την ψυχική υγεία, είναι τα εξής :

- Η εχθρική αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας.
- Η ανεπαρκής ενημέρωση όσον αφορά τη ψυχική ασθένεια, με αποτέλεσμα την προκατάληψη και το φόβο απέναντι σ' αυτήν.
- Η έλλειψη υλικών πόρων για την ανάπτυξη και εξέλιξη των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας.
- Η έλλειψη κατάλληλου προσωπικού και η φτωχή εκπαίδευση σ' αυτόν τον τομέα.
- Η ανυπαρξία μιας σύγχρονης νομοθετικής ρύθμισης για τα ψυχιατρικά θέματα.

Μερικές από τις προτάσεις που έγιναν από την ομάδα εργασίας για τη πιθανή αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων είναι οι εξής :

- Να διατίθενται μεγαλύτερα οικονομικά μέσα για το τομέα της Ψυχικής Υγείας.

- Να γίνεται σωστότερη και καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τη ψυχική ασθένεια.
- Τα κράτη να θεσπίσουν νόμους για την εξασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας.

Ειδικότερα για την Ελλάδα ένα σοβαρό πρόβλημα το οποίο θίχτηκε σ' αυτή τη σύσκεψη ήταν, η άνιση κατανομή των ψυχιατρικών κρεβατιών με αποτέλεσμα τη συγκέντρωση των ψυχικά αρρώστων στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη). Αυτό πάλι έχει σαν επακόλουθο την κακή ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται.

Θίχτηκαν επίσης και άλλα επιμέρους προβλήματα στον Ελλαδικό χώρο, τα κυριώτερα από τα οποία είναι τα εξής :

- * Η απουσία στα Γενικά Νοσοκομεία, ψυχιατρικών μονάδων.
- * Η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού στο τομέα της ψυχικής υγείας και η φτωχή εκπαίδευση των γιατρών στα ψυχιατρικά θέματα.
- * Οι δυσκολίες στη μετέπειτα αποκατάσταση (επαγγελματική, κοινωνική), του "αρρώστου".
- * Η έλλειψη νοσοκομείων ημέρας, νοσοκομείων νύχτας, προστατευμένων εργαστηρίων, κ.λ.π.
- * Η προκατάληψη απέναντι στον ψυχικά ασθενή.
- * Οι οικονομικές και γραφειοκρατικές δυσκολίες που παρουσιάζονται
- * Οι ελλειπείς αριθμός ιατροπαιδαγωγικών κέντρων .

Όπως και στα προηγούμενα, έτσι και σ' αυτά τα προβλήματα προτάθηκαν ορισμένες λύσεις που αναφέρονται στα εξής :

- Να δημιουργηθούν ψυχιατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία και οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την αποκέντρωση των γιατρών.

- Να δημιουργηθούν νοσοκομεία ημέρας και νοσοκομεία νύχτας, τα οποία εκτός από τη χρησιμότητά τους θα έχουν σαν επακόλουθο και την αύξηση των ψυχιατρικών κρεβατιών στη χώρα μας.
- Να δημιουργηθούν μονάδες αποκατάστασης, προστατευμένα εργαστήρια και άλλες παρόμοιες υπηρεσίες για την αποκατάσταση όχι μόνο αυτών που νοσηλεύονται, αλλά και των άλλων αρρώστων που ζούν ξεχασμένοι στην κοινότητα.
- Το θέμα της εκπαίδευσης να διευθετηθεί καλύτερα για να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα στο τομέα της ψυχικής υγείας. Δηλαδή να αυξηθούν οι ώρες διδασκαλίας των φοιτητών στο ψυχιατρικό τομέα, να δημιουργηθούν σχολές αδερφών νοσοκόμων και εργασιοθεραπευτών ειδικές για ψυχιατρικά θέματα, καθώς και η μετεκπαίδευση αυτών και άλλες σχετικές τροποποιήσεις.
- Τέλος έγινε η πρόταση να γίνουν έρευνες πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας και να διατίθενται μεγαλύτερα ποσά γι' αυτόν το τομέα.

Η εφαρμογή αυτών των λύσεων θα επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα για τη ψυχική υγεία του τόπου μας (Μαντωνάκης, 1978).

Ευρύτερα γνωστή είναι η κριτική, που ασκήθηκε στον Ευρωπαϊκό τύπο, σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στο ψυχιατρείο της Λέρου, το καλοκαίρι του 1989.

Ίσως το ίδρυμα της Λέρου, είναι αντιπροσωπευτικό για την κατάσταση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων στην Ελλάδα και για τις δυσκολίες, που αντιμετωπίζει και η ίδια η πολιτεία στο να μειώσει τον πληθυσμό που ζεί σ' αυτά. Από τις αναφορές στο τύπο έγινε φανερό, ότι οι προσπάθειες προς μείωση ή ακόμη και κλείσιμο του ψυχιατρείου αντιμετωπίζεται αρνητικά από το τοπικό πληθυσμό, ο οποίος εξαρτάται οικονομικά από την ύπαρξη του ιδρύ-

ματος . Ακόμη υπάρχουν τεράστια οικονομικά συμφέροντα στο να συνεχιστεί, η ύπαρξη του ιδρύματος.

Πάντως, μια πρόσφατη έρευνα, που έγινε με δείγμα όλων των ασθενών της Λέρου (1179 ασθενείς) από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής σε συνεργασία με το Guy's Hospital του Πανεπιστημίου του Λονδίνου έδειχνε ότι σύμφωνα με την εκτίμηση του προσωπικού 15,2% των ασθενών, χωρίς καμία προετοιμασία θα ήταν σε θέση να ζήσουν μόνοι τους ή μαζί με τις οικογένειές τους. Το ποσοστό αυτό σύμφωνα με την εκτίμηση των ερευνητών αυξάνεται στο 24,7%. 30% των ασθενών ζήτησαν οι ίδιοι να αποϊδρυματοποιηθούν. Ένα λυπηρό στοιχείο που βρέθηκε επίσης σ' αυτή την έρευνα ήταν, ότι 81% των ασθενών δεν είχαν απολύτως καμιά επικοινωνία με συγγενείς ή φίλους (Papadatos, V. κ.α., 1989).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Είδος και Σκοπός της Έρευνας

Η έρευνα αυτή είναι μια εμπειρική μελέτη, που αποσκοπεί στη περιγραφή του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Υποθέσεις

Οι κύριες υποθέσεις που δημιουργήθηκαν, μετά από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και σύμφωνα με τις οποίες διαμορφώθηκε το ερωτηματολόγιο ήταν :

α) Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που απασχολούνται σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, εφαρμόζουν στη πράξη τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας που διδάχθηκαν στη σχολή (έρευνα, κοινωνική εργασία με άτομα, κοινωνική εργασία με ομάδα, κοινωνική εργασία με κοινότητα και κοινωνική εργασία με οικογένεια).

β) Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών, στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με την εκπαίδευση του καθενός και με την παραπέρα επιμόρφωσή του κατά τη διάρκεια ενασχόλησή τους σ' αυτά.

γ) Η προετοιμασία των Κοινωνικών Λειτουργών από τις σχολές κοινωνικής εργασίας δεν υπήρξε επαρκής, για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τους ρόλου τους, εργαζόμενοι σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

δ) Επειδή τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας είναι ένας καινούργιος θεσμός, που αναπτύσσεται συνέχεια και λειτουργεί κατά κανόνα με

διεπιστημονική ομάδα και εσωτερική επιμόρφωση προσφέρει ικανοποίηση στους εργαζόμενους κοινωνικούς λειτουργούς σ' αυτά.

Δειγματοληψία

Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 13 επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί, που απασχολούνται ή απασχολούνταν σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, στη Θεσσαλονίκη, Πάτρα και Ζάκυνθο.

Επιλέχθηκαν οι περιοχές αυτές, γιατί από τη μια πλευρά ήταν πιο προσιτές γεωγραφικά στις δύο ερευνητρίες και από την άλλη πάρθηκαν συνεντεύξεις από τους περισσότερους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας των παραπάνω περιοχών. Εξαιρέσεις αποτέλεσαν μια πρωτοπροσλαμβανόμενη Κοινωνική Λειτουργός σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης, η οποία έκρινε, ότι δεν είχε την απαιτούμενη εμπειρία για να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Επίσης μια Κοινωνική Λειτουργός σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης, που βρισκόταν σε αναρρωτική άδεια και μια Κοινωνική Λειτουργός σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ζακύνθου, που προσλήφθηκε, αφού είχε ολοκληρωθεί η έρευνα. :

Παρά τις εξαιρέσεις αυτές, το δείγμα υπήρξε αντιπροσωπευτικό για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που απασχολούνται στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας των αναφερόμενων περιοχών.

Διαδικασία Συλλογής Στοιχείων/Ερωτηματολόγιο

Έγινε μια προσέγγιση στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας των περιοχών που αναφέρθηκαν μέσω σχετικής επιστολής που παρατίθεται στο Παράρτημα ή με τηλεφωνική επικοινωνία στους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Οι υπηρεσίες αυτές ήταν :

- α) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία, Συμβουλευτικό Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, Μονάδα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Ανατολικού Τομέα Θεσσαλονίκης.
- β) Υπηρεσία Ενηλίκων και Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Κοινοτικού Κέντρου ψυχικής Υγείας, Κεντρικού Τομέα Θεσσαλονίκης.
- γ) Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Βορειοδυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης.
- δ) Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Δυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης.
- ε) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Ζακύνθου.
- στ) Μονάδα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Πάτρας
- ζ) Δύο πρώην Κοινωνικοί Λειτουργοί του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Πάτρας (Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία, Μονάδα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης).

Αρχικά διαμορφώθηκε ένα πρόχειρο ερωτηματολόγιο βάσει της μελέτης της βιβλιογραφίας. Ακολούθησε δοκιμαστική συνέντευξη, που αποσκοπούσε στο να δώσει την ευκαιρία στις ερευνήτριες να διαπιστώσουν κατά πόσο οι ερωτήσεις γινόταν κατανοητές από τους ερωτούμενους, καθώς και ποιές άλλες ερωτήσεις μπορούσαν να προστεθούν για τη διαμόρφωση του τελικού ερωτηματολογίου, το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα.

Το τελικό ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει κυρίως ανοικτές ερωτήσεις, οι οποίες τέθηκαν από τους συνεντευκτές (μία από τις δύο ερευνήτριες) στους ερωτούμενους σε προσωπική επαφή μαζί τους στο χώρο εργασίας τους .

Για την πληρέστερη καταγραφή των απαντήσεων, χρησιμοποιήθηκε κασετόφωνο, η χρήση του οποίου δε βρήκε αντίθετο κανένα από τους ερωτούμενους. Όλοι δέχθηκαν πρόθυμα να απαντήσουν και η διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν κατά μέσο όρο μια ώρα.

Τρόπος Ανάλυσης Πληροφοριών

Καταρχήν έγινε καταγραφή όλων των συνεντεύξεων από το κασετόφωνο και βάσει των κειμένων αυτών, έγινε η κατηγοριοποίηση των απαντήσεων στις διάφορες ερωτήσεις. Βέβαια η κατηγοριοποίηση των δημογραφικών ερωτήσεων (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, κ.α.) ήταν εύκολη.

Στις ανοιχτές ερωτήσεις που αφορούσαν το αντικείμενο της εκπαίδευσης και της δουλειάς επιχειρήθηκε μια κατηγοριοποίηση σε γενικές γραμμές από τις απαντήσεις των ερωτούμενων. Κάποιες απαντήσεις, οι οποίες ή δεν ανήκαν στις κατηγορίες αυτές ή που θεωρήθηκαν χαρακτηριστικές θα περιγραφούν αυτούσιες.

Η κατηγοριοποίηση των απαντήσεων των ανοιχτών ερωτήσεων, έγινε μετά από προσεκτική ανάγνωση των κειμένων των συνεντεύξεων, από τις δύο σπουδάστριες και διασταυρώθηκε από την επόπτρια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο I V

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εισαγωγή

Στο εξής θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων, βάσει του ερωτηματολογίου (βλέπε παράρτημα), που αποσκοπεί στη διευκρίνιση του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Πρώτον θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις που έχουν σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτομένων.

Δεύτερον θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που αφορούσαν τον τρόπο και τις μεθόδους εργασίας στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Τρίτον θα παρουσιαστεί η κρίση των ερωτομένων σχετικά με την καταλληλότητα της εκπαίδευσής τους από τις σχολές κοινωνικής εργασίας και τι παραπέρα επιμόρφωση έχουν παρακολουθήσει.

Τέταρτον οι δυσκολίες που συνάντησαν οι ερωτούμενοι στις σχέσεις τους με τους εξυπηρετούμενους και με τους συναδέλφους.

Τέλος στην πέμπτη ενότητα θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις που αφορούν την κρίση των ερωτομένων σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία τους.

1. Δημογραφικά Στοιχεία των Ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών

Στο εξής θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις

1 - 6.

- Φύλο

Στο δείγμα υπάρχουν 11 γυναίκες και 2 άντρες

Πίνακας 1

- Ηλικία των Ερωτομένων

Ηλικιακή Ομάδα	N	%
25 - 30 ετών	7	53,8
31-35	4	30,8
41-45	2	15.4
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Από τον πίνακα 1 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτομένων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-30 ετών. Το γεγονός αυτό ίσως μπορεί να εξηγηθεί από το ότι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, αποτελούν ένα καινούργιο πλαίσιο εργασίας ειδικά για τις περιοχές που περιλήφθηκαν στην έρευνα αυτή.

Πίνακας 2

- Βασική Εκπαίδευση των Ερωτομένων

Εκπαιδευτικά Ιδρύματα Βασικής εκπαίδευσης Κοινωνικών Λειτουργιών	N	%
Χ.Ε.Ν. Αθήνας	1	7.7
Ε.Π.Α. Αθήνας	1	7.7
Κ.Α.Τ.Ε.Ε. Πάτρας	4	30.8
Κ.Α.Τ.Ε.Ε. Ηρακλείου	2	15.4
Γ.Ε.Ι. Πάτρας	4	30.8
Γ.Ε.Ι. Ηρακλείου	1	7.7
ΣΥΝΟΛΟΝ	13	10.0

Πίνακας 3

- **Μεταπτυχιακές Σπουδές των Ερωτομένων**

Μεταπτυχιακές σπουδές κοινωνικών λειτουργών του δείγματος	N	%
Παρακολούθηση 3ου κύκλου σπουδών στο Τμήμα Ψυχανάλυσης Γαλλικού Πανεπιστημίου	1	7.7
Πτυχιούχοι Παιδαγωγικής Ακαδημίας	2	15.4
Απόφοιτοι της Παντείου Σχολής, Τμήμα Κοινωνιολογίας	3	23.1
Χωρίς μεταπτυχιακές σπουδές	7	53.8
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Από τους πίνακες 2 και 3 φαίνεται ότι η βασική εκπαίδευση των ερωτομένων έχει πραγματοποιηθεί στις Σχολές Κοινωνικής Εργασίας της Ελλάδας. Είναι όμως εκπληκτικό, το ότι οι μισοί σχεδόν απ' αυτούς παρακολούθησαν κάποιες μεταπτυχιακές σπουδές. Οι τέσσερις απ' αυτούς ποσοστό 30.8% επεδίωξαν τη μεταπτυχιακή αυτή εκπαίδευση, μετά την πρόσληψή τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας γεγονός που μπορεί να ερμηνευθεί από το ότι επιθυμούσαν να διευρύνουν τις γνώσεις τους.

Ο ακόλουθος πίνακας 4 δείχνει ότι η μεγάλη πλειοψηφία δεν είχε ή είχε ελάχιστη επαγγελματική εμπειρία πριν από την πρόσληψή τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (69.3%). Το γεγονός αυτό εξηγείται βέβαια με τη νεανική ηλικία των ερωτομένων και από το ότι εργάζονται αρκετά χρόνια στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (βλέπε πίνακα 5).

Πίνακας 4

- Διάρκεια Απασχόλησης ως Κοινωνικοί Λειτουργοί πριν από την Πρόσληψή τους σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Χρόνος	N	%
Καμμία προηγούμενη εμπειρία	5	38.5
Μέχρι 1 χρόνο	4	30.8
2-3 χρόνια	2	15.4
7-15 χρόνια	2	15.4
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Πίνακας 5

- Διάρκεια Απασχόλησης των Ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Χρόνος εργασίας των ερωτομένων στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας	N	%
7 μήνες - 3 χρόνια	5	38.5
4 χρόνια - 7 "	7	53.8
8 " - 10 "	1	7.7
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Από τον πίνακα 5 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτομένων (53.8%) ,εργάζεται ή εργαζόταν στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, από 4 έως 7 χρόνια, γεγονός που ίσως φανερώνει ότι έχουν αποκτήσει μια σχετική πείρα, απασχολούμενοι σ' αυτά τα πλαίσια.

Πίνακας 6

- Υπηρεσίες στις οποίες εργάζονται ή εργάζονταν οι Ερωτούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Υπηρεσίες	N	%
Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες	4	30,8
Συμβουλευτικές Υπηρεσίες Ενηλίκων	2	15,4
Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων	5	38,5
Κοινοτικά Κέντρα	2	15,4
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Από τον πίνακα 6 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (38,5%) των ερωτομένων, εργάζεται ή εργαζόταν στην υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων. Ποσοστό που ίσως δείχνει, ότι οι υπηρεσίες αυτές προσφέρουν περισσότερες θέσεις εργασίας για Κοινωνικούς Λειτουργούς, επειδή στα εργαστήρια αυτά υπάρχει ένας σταθερός αριθμός ασθενών, που έχουν ανάγκη από συνεχή φροντίδα, όχι μόνο θεραπευτική αλλά σε πάρα πολλά κοινωνικά και γραφειοκρατικά θέματα.

Τα δύο άτομα που εργάζονται σε κοινοτικά κέντρα, ασχολούνται με όλες τις ανάγκες της κοινότητας, γιατί στα κέντρα αυτά δεν υπάρχει διαχωρισμός σε υπηρεσίες.

2. Τρόπος και Μέθοδοι Εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών του Δείγματος στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις 7-13.

Πίνακας 7

- Το Κίνητρο των Ερωτομένων για την Εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Επιλογή του εργασιακού χώρου από τους ερωτούμενους	N	%
Εκούσια επιλογή	10	76,9
Τυχαία επιλογή	3	23,1
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Ο πίνακας 7 δείχνει ότι το 76,9% των ερωτομένων, εργάζεται ή εργαζόταν στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας κατόπιν δικής τους επιλογής. Μια απ' αυτές συνεργαζόταν εθελοντικά με Κέντρο Ψυχικής Υγείας, πριν την πρόσληψή της σ' αυτό και μία άλλη πριν να εργασθεί εκεί παρακολουθούσε επιμορφωτικά σεμινάρια που διοργάνωνε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας για Κοινωνικούς Λειτουργούς. Οι 6 από τους 10 ενώ είχαν να επιλέξουν ανάμεσα σε διάφορα πλαίσια εργασίας, προτίμησαν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Όλα αυτά φανερώνουν ότι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, αποτελούν ένα δελεαστικό χώρο εργασίας για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, που συγκεντρώνει τη διάθεση και το ενδιαφέρον τους να εργαστούν σ' αυτά.

Στον πίνακα 8 που ακολουθεί στην επόμενη σελίδα αναφέρονται οι μέθοδοι κοινωνικής εργασίας, που χρησιμοποιούνται από όλους τους ερωτομένους Κοινωνικούς Λειτουργούς σε κάθε είδος υπηρεσίας. Παρατηρείται, ότι όλοι χρησιμοποιούν τις κλασικές μεθόδους.

δουκοινωνικής εργασίας, για να ανταπεξέλθουν στο ρόλο τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Ο καθένας τις έχει προσαρμόσει ανάλογα με την υπηρεσία που εργάζεται, ανάλογα με την εκπαίδευση που ακολούθησε στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων του, με την κατευθυντήρια γραμμή που ακολουθεί το κάθε Κέντρο, καθώς τα μέσα που τους παρέχει για να εφαρμόσουν τα προγράμματά τους. Τέλος η χρήση μεθόδων κοινωνικής εργασίας σχετίζεται με την εμπειρία που έχει αποκτήσει ο καθένας, μετά από κάποια χρόνια εργασίας, με τις προσωπικές επιλογές και τη προσωπικότητά του.

Πίνακας 8

- Χρήση Μεθόδων Κοινωνικής Εργασίας στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας
Ανάλογα με τις Υπηρεσίες

Υπηρεσίες	Μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας
Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες	Κοινωνική Εργασία με Άτομα και Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα
Συμβουλευτικές Υπηρεσίες Ενηλίκων	Κοινωνική Εργασία με Άτομα και Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα
Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχασικών Νέων	Κοινωνική Εργασία με Ομάδα Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα και Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια
Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας	Κοινωνική Εργασία με Ομάδα Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα και Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια

- Σκιαγράφηση του Ρόλου των Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα
Ψυχικής Υγείας

Το κοινό κομμάτι εργασίας των τεσσάρων κοινωνικών λειτουργών, που απασχολούνται σε Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες, αναφέρεται στη μεν κοινωνική εργασία με άτομα καταρχήν στη συνάντηση του Κοινωνικού Λειτουργού κυρίως με τους γονείς, για τη λήψη του κοινωνικοψυχιατρικού ιστορικού, με σκοπό την πολύπλευρη ενημέρωση γύρω από το παρουσιαζόμενο πρόβλημα.

Ανάλογα με τη φύση του προβλήματος, που παρουσιάζει το περιστατικό, γίνεται η παρακολούθησή του ή από παιδοψυχίατρο, ή από ψυχολόγο, ή από ειδικό παιδαγωγό, ή από λογοθεραπευτή. Στη συνέχεια μια φορά την εβδομάδα η διεπιστημονική ομάδα συναντιέται και αξιολογεί το περιστατικό. Εκεί η Κοινωνική Λειτουργός παρουσιάζει το ιστορικό που έχει πάρει καθώς και τις σκέψεις και τις προτάσεις της για τη παραπέρα αντιμετώπιση. Κατόπιν ανάλογα με τη διάγνωση, την ευθύνη της οποίας έχει ολόκληρη η ομάδα, αποφασίζεται ποιος θα αναλάβει θεραπευτικά το περιστατικό. Στη θεραπευτική αντιμετώπιση, το κάθε μέλος της ομάδας έχει το δικό του ιδιαίτερο ρόλο. Στα πλαίσια αυτού η Κοινωνική Λειτουργός εκτός από τη συνεργασία με τους γονείς, μπορεί παράλληλα να έχει επικοινωνία είτε με τη νηπιαγωγό, δάσκαλο, είτε με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο έχει σχέσει με το παιδί και μπορεί να το βοηθήσει για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημά του.

Στη δε κοινωνική εργασία με κοινότητα, οι Κοινωνικές Λειτουργοί έχουν συνεργασία με φορείς, όπως σχολεία, παιδικούς σταθμούς, ιδρύματα, δημόσιες υπηρεσίες, με σκοπό την ενημέρωσή τους γύρω από τα προγράμματα του Κέντρου, έτσι ώστε να παρέμπουν περιστατικά που πέφτουν στην αντίληψή τους και εμπίπτουν στις αρμοδιότητές του.

Εκτός όμως από αυτό το κοινό κομμάτι δουλειάς, δύο από τις τέσσερις Κοινωνικές Λειτουργούς, συμμετείχαν και σε κάποιες άλλες δραστηριότητες του Κέντρου. Συγκεκριμένα η μία απ' αυτές συμμετείχε σε ερευνητικό πρόγραμμα, που είχε σχέση με τον εντοπισμό των αυτιστικών παιδιών της περιοχής. Χρειάστηκε να δουλέψει με τις οικογένειες των παιδιών αυτών και στη συνέχεια να πάρει μέρος, σε μια ομιλία που οργάνωσε το Κέντρο προς τους γονείς ενημερώνοντάς τους για τα αποτελέσματα της έρευνας και αργότερα να δημιουργήσει κάποιες ομάδες μ' αυτούς, παρέχοντάς τους υποστηρικτική βοήθεια.

Η άλλη Κοινωνική Λειτουργός συμμετείχε σε ένα κοινοτικό πρόγραμμα συνεργασίας της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας με 24 Κρατικούς Παιδικούς Σταθμούς, που βρίσκονταν στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου. Στόχος του προγράμματος ήταν η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση προβλημάτων της προσχολικής ηλικίας, καθώς και η επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση των παιδαγωγών και των ατόμων που ασχολούνται με παιδιά της ηλικίας αυτής.

Επίσης η ίδια Κοινωνική Λειτουργός στα πλαίσια της κοινωνικής εργασίας με ομάδες ασχολήθηκε, σε συνεργασία με μια ψυχολόγο, με μια ομάδα εφήβων η οποία δημιουργήθηκε μετά από αίτημα των γονιών τους. Ο ρόλος της σ' αυτήν ήταν κατευθυντικός, συντονιστικός με στόχο να βοηθηθούν οι έφηβοι να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους.

Το κοινό κομμάτι εργασίας των δύο Κοινωνικών Λειτουργών που απασχολούνται σε Υπηρεσίες Ενηλίκων, αναφέρεται στη μεν κοινωνική εργασία με άτομα, στη συνάντηση της Κοινωνικής Λειτουργού με το προσερχόμενο άτομο για τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού.

Αφού γίνει διερεύνηση του προβλήματος και διαπίστωση των λόγων που το οδηγούν στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας από την Κοινωνική Λειτουργό, συζητείται το περιστατικό μέσα στη διεπιστημονική ομάδα. Εκεί αφού όλοι συμφωνήσουν στη διάγνωση και στη μέθοδο θεραπείας που θα ακολουθηθεί, προωθείται σε ραντεβού με ψυχίατρο, ή ψυχολόγο ανάλογα με το περιστατικό. Μπορεί το περιστατικό να το αναλάβει θεραπευτικά μόνο η Κοινωνική Λειτουργός ή σε συνεργασία με τον ψυχολόγο, ή με τον ψυχίατρο εάν είναι έντονο το θέμα του φαρμάκου. Ας σημειωθεί ότι και οι δύο αυτές Κοινωνικές Λειτουργοί παρακολούθησαν σχετική εσωτερική εκπαίδευση.

Η μία από τους Κοινωνικές Λειτουργούς εργάζεται στο Συμβουλευτικό Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και η άλλη στην Υπηρεσία Ενηλίκων του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Η διαφορά τους στη χρήση της μεθόδου κοινωνική εργασία με άτομα εντοπίζεται, στο ότι στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας η Κοινωνική Λειτουργός είναι ουσιαστικά εκείνη που θα δει πρωταρχικά το άτομο, για να διαπιστώσει τους λόγους που το ώθησαν να έρθει. Ενώ στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, η Κοινωνική Λειτουργός ανήκει στη διεπιστημονική ομάδα, που κάθε μέλος της έχει κοινό κομμάτι εργασίας (διαγνωστικό -θεραπευτικό) ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Έτσι το προσερχόμενο άτομο μπορεί να το δει για πρώτη φορά, οποιοδήποτε μέλος της ομάδας και όχι αποκλειστικά μόνο Κοινωνική Λειτουργός.

Επίσης υπάρχει κάποια διαφορά ανάμεσα τους, όσο αφορά την χρήση της μεθόδου κοινωνική εργασία με κοινότητα. Η μια απ' αυτές, που εργάζεται στο Κοινοτικό Κέντρο, επιδιώκει συνεργασία με φορείς (ΧΑΝ, Σχολεία, Ερυθρό Σταυρό, κ.α.) για θέματα πρόληψης και ενημέρωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών του Κέντρου.

Ενώ η άλλη ,που εργάζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, επιδιώκει συνεργασία με φορείς όταν χρειαστεί, γιατί τυχαίνει περιστατικά με ειδικές ανάγκες να χρήζουν ψυχιατρικής αντιμετώπισης και παράλληλα να έχουν κάποια άλλη αντιμετώπιση, από κάποιο άλλο ειδικό πλαίσιο.

Τέλος η Κοινωνική Λειτουργός, που εργάζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής κάνει ομαδική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Η άλλη χρησιμοποιεί την κοινωνική εργασία με οικογένεια. Πραγματοποιεί επισκέψεις στις οικογένειες κυρίως ψυχωσικών ατόμων, όταν παρουσιαστεί ανάγκη.

Από τους ερωτούμενους Κοινωνικούς Λειτουργούς του δείγματος, πέντε εργάζονταν στις **Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων.**

Σαν κοινό κομμάτι δουλειάς έχουν την κοινωνική εργασία με την κοινότητα. Στα πλαίσια της μεθόδου αυτής ο ρόλος όλων είναι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας να δεχθεί τα άτομα αυτά, η ενημέρωσή της για τα προγράμματα του Κέντρου και η συνεργασία με διάφορους φορείς (ΟΑΕΔ, Επιτροπή Εργασιακών Θεμάτων, Δήμους, Εργοδότες, κ.α.) με απώτερο σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που εκπαιδεύονται στα εργαστήρια. Επίσης, αναλαμβάνουν διάφορες επαφές με δημόσιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνση των εκπαιδευομένων, όπως με την Πρόνοια για παροχή επιδομάτων, έκδοση κάρτας ελεύθερας διακινήσεως, κλπ.

Και στα πλαίσια της κοινωνικής εργασίας με ομάδες, παρουσιάζουν κάποια κοινά σημεία στον τρόπο δουλειάς τους. Όλοι τους χρησιμοποιούν ομάδες (περιοδικού, κεραμεικής, παιχνιδιού, ομάδες ψυχαγωγικού χαρακτήρα, κ.α.), που έχουν σαν σκοπό την υποβοήθηση της κοινωνικής επανένταξής τους, μέσα από την απόκτηση νέων εμπειριών. Στις ομάδες αυτές δίνεται η δυνατότητα

στους εκπαιδευόμενους να συζητήσουν προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις σχέσεις μεταξύ τους ή με τον εκπαιδευτή τους ή προσωπικά με τις οικογένειές τους και να εκφράσουν συναισθήματα και απόψεις.

Ένα άλλο κοινό σημείο στα πλαίσια της κοινωνικής εργασίας με άτομα, των πέντε Κοινωνικών Λειτουργών που απασχολούνται στην Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχικών Νέων, είναι η παρακολούθηση της συμπεριφοράς των εκπαιδευόμενων μέσα στα εργαστήρια, της εκπαιδευτικής τους εξέλιξης μέσα σ' αυτά, η συζήτηση των προβλημάτων τους και η ψυχολογική υποστήριξή τους, σε όλη την πορεία του προγράμματος.

Επιπλέον και οι πέντε Κοινωνικοί Λειτουργοί αρκετές φορές, συνεργάζονται με τις οικογένειες των εκπαιδευομένων, για τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις σχέσεις τους.

Από τους δύο Κοινωνικούς Λειτουργούς που δεν μπορούσαν να ενταχθούν σε συγκεκριμένη υπηρεσία, η μία εργάζεται σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας και ο άλλος σε Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Η πρώτη σκιαγραφεί το ρόλο της ως εξής :

"Ο ρόλος μου στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι θεραπευτικός και δεν αλλάζει, δουλεύοντας με ένα άτομο ή με μια οικογένεια ή με ένα ζευγάρι.

Η πρώτη επαφή είναι τηλεφωνική, όπου παίρνουμε κάποια πρώτα στοιχεία για το αναφερόμενο πρόβλημα, τη δομή και τα μέλη της οικογένειας. Κλείνουμε ένα ραντεβού και ζητούμε να έρθει με άτομα που προτείνουμε εμείς και κατόπιν αφήνουμε στην επιλογή του πελάτη, το ποιός θα φέρει. Όλοι όσοι εργάζονται στο Κέντρο, μια φορά την εβδομάδα συναντιώνται και συζητούν όλα τα περιστατικά που αναφέρονται στο τηλέφωνο. Καθορίζουμε ποιός θα είναι θεραπευτής στο περιστατικό, γιατί πέρα από κει, πάντα υπάρχει μια ομάδα που δουλεύει μαζί.

Η εργασία με την οικογένεια, γίνεται μέσα σε μια αίθουσα, που περιέχει μικρόφωνα, μονόδρομο καθρέπτη κι ένα μικρόφωνο. Τα υπόλοιπα μέλη της διεισθημονικής ομάδας παρακολουθούν το νέο σύστημα που αναπτύσσεται και παρεμβαίνουν μέσω τηλεφώνου. Οι συναντήσεις αυτές είναι μηνιαίες και διαρκούν περίπου μιάνμιση ώρα και αυτό γιατί κρίνεται ότι θα πρέπει να υπάρχει ένας απαραίτητος χρόνος, ενδιάμεσα στις συνεδρίες, που η οικογένεια διαντεδρά μόνη της και βρίσκει μια ισορροπία, μέχρι που τελικά να βρεί τον επιθυμητό τρόπο να λειτουργεί μόνη της.

Στα πλαίσια της κοινωνικής εργασίας με ομάδες, έχω δουλέψει για ένα χρόνο περίπου με μια ομάδα δασκάλων, από διάφορα σχολεία της περιοχής. Θα έλεγα ότι το αναφερόμενο πρόβλημα ή σύμπτωμα απασχολεί μόνο μια συνεδρία. Συνήθως μετά από "κεί" βγαίνουν άλλες δυσκολίες, που αφορούν τις συναδελφικές τους σχέσεις ή τις συγκρούσεις που απορρέουν από μη ξεκάθαρη ιεραρχία".

Ο άλλος ερωτώμενος Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, περιγράφει το ρόλο του εκεί ως εξής :

"Επειδή έχει περάσει λίγος καιρός από την πρόσληψή μου, δεν έτυχε να δουλέψω περιστατικό σε διαπροσωπική σχέση. Αυτή τη στιγμή παίρνω τα κοινωνικά ιστορικά, κάνω επισκέψεις σε σπίτια, όταν τα στοιχεία που έχει πάρει ο ψυχίατρος ή ο ψυχολόγος δεν είναι αρκετά.

Με την κοινότητα έχω ασχοληθεί πάρα πολύ καθώς και με οτιδήποτε βρίσκεται στο χώρο ευθύνης του Κέντρου. Μέσα σ' αυτό το χώρο έχουν γίνει επικοινωνίες και υπάρχει συνεργασία με όλες τις υπηρεσίες και τις αρχές (δήμος, εκκλησία, αστυνομία, κλπ.) για να γίνουν γνωστά η ύπαρξη και ο ρόλο τους Κέντρου.

Η δουλειά με την Κοινότητα κράτησε περίπου ένα χρόνο, γιατί χρειάστηκε να γίνουν πολλές επικοινωνίες, να βρεθεί ο κοινός στόχος, που θα μπορούσαν να συνεργαστούν δύο υπηρεσίες και οι τομείς που θα μπορούσε να υπάρχει αμφίδρομη συνεργασία.

Τέλος συμμετείχα σε μια έρευνα, που στόχο είχε να εντοπιστούν από το Κέντρο οι χρόνοι ψυχωσικοί στη περιοχή ευθύνης του. Αφού εντοπίστηκαν αυτά τα άτομα και έγινε μια επιλογή, σχηματίστηκε μια ομάδα, η οποία ονομάζεται "λέσχη ασθενών" με υποστηρικτικό χαρακτήρα και την παρακολουθούν ανά δεκαπενθήμερο".

Από τις απαντήσεις των ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών φαίνεται, ότι ο ρόλος τους προσαρμόζεται στις ανάγκες της υπηρεσίας που εργάζονται, ανάλογα με την εκπαίδευσή τους και την επιμόρφωση που έχει παρακολουθήσει ο καθένας μέσα στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Πίνακας 9

- Συνεργασία των Ερωτούμενων Κοινωνικών Λειτουργών με την Κοινότητα

Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες	Πρόνοια, Ιδρύματα, Σχολεία, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Νοσοκομείου Δικαστήριο Ανηλίκων, Κέντρα Νεότητας.
Συμβουλευτικές Υπηρεσίες Ενηλίκων	Πρόνοια, Ιδρύματα, ΧΑΝ, Σχολεία, Ερυθρός Σταυρός, Νοσοκομεία, ΟΑΕΔ.
Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης & Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων	Ιδρύματα, Ψυχιατρικές Κλινικές, Πρόνοια - ΙΚΑ, Υγειονομική Επιτοπή, Επιτροπή Εργασιακών Θεμάτων, ΟΑΕΔ, Εργοδότες, Δήμους.
Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας	Σχολεία, Ψυχιατρεία, ΙΚΑ, Ιδρύματα & Δημόσιες Αρχές, Εκκλησία.

Στον πίνακα 9, αναφέρονται οι φορείς με τους οποίους συνεργάζονται όλοι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του δείγματος, ανάλογα με την υπηρεσία που απασχολείται ο καθένας.

Η συνεργασία αυτή έχει ποικίλους σκοπούς :

- ενημέρωση γύρω από τα προγράμματα και το ρόλο των Κέντρων Ψυχικής Υγείας
- πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας
- δημιουργία δικτύου παραπομπών
- επαγγελματική αποκατάσταση κύρια των ατόμων που εκπαιδεύονται στα εργαστήρια
- διευκόλυνση των ατόμων που εξυπηρετεί το Κέντρο, στις συναλλαγές τους με τις διάφορες υπηρεσίες

Πίνακας 10

- Διαφοροποίηση του Ρόλου των Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, κατά τη Διάρκεια της Απασχόλησής τους Εκεί.

Διαφοροποίηση του ρόλου των Κοινωνικών λειτουργών του δείγματος	N	%
Έχει διαφοροποιηθεί	11	84,6
Δεν έχει διαφοροποιηθεί	2	15,4
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Ο παραπάνω πίνακας αποδεικνύει φανερά ότι, ο ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, στο μεγαλύτερο ποσοστό του (84,6%), διαφοροποιείται. Η διαφοροποίηση αυτή, σχετίζεται με τις ανάγκες της κάθε υπηρεσίας, την εκπαίδευση των ερωτομένων στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, κατά τη διάρκεια της απασχόλησής τους εκεί, καθώς και με την εμπειρία που αποκτάται

δουλεύοντας στα πλαίσια αυτά. Για το υπόλοιπο 15,4% των ερωτομένων δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση του ρόλου τους, επειδή ο χρόνος εργασίας τους εκεί είναι σχετικά μικρός.

Στη συνέχεια παρατίθεται αυτούσια μια χαρακτηριστική απάντηση διαφοροποίησης του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας :

"Ο ρόλος μου άρχισε να διαφοροποιείται σταδιακά πάρα πολύ .Δεν μπορούσε εξάλλου να μην συμβεί, επειδή το πνεύμα του Κέντρου είναι αρκετά ιατροκεντρικό, θεραπευτικό και περιορίζει τους Κοινωνικούς Λειτουργούς πολύ στο κοινωνικό κομμάτι εργασίας.

Κύρια άρχισε να διαφοροποιείται με την εκπαίδευση που παρακολούθησα στο Κέντρο, η οποία με προετοίμασε για την άσκηση ψυχαναλυτικής θεραπείας στους ενήλικες".

Πίνακας 11

- Συμμετοχή των Ερωτομένων Κοινωνικών Λειτουργών σε Διεπιστημονική Ομάδα

Συμμετοχή σε διεπιστημονική ομάδα	N	%
Ναί	12	92,3
Όχι	1	7,7
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Ο πίνακας 11 δείχνει πως το μεγαλύτερο ποσοστό των Κοινωνικών Λειτουργών (92,3%) , είναι μέλη διεπιστημονικής ομάδας, κάτι που μάλλον φανερώνει ότι, στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας συνηθίζεται να λειτουργεί το επιστημονικό προσωπικό σε ομάδα. Η μοναδική ερωτώμενη, που δε συμμετείχε σε μια τέτοια ομάδα, ανέφερε ότι στο δικό της κέντρο συμμετείχε αρχικά, αλλά λόγω προ-

σωπικών διαφορών διαλύθηκε η ομάδα.

- Η Κρίση των Κοινωνικών Λειτουργών για την Αποτελεσματικότητα της Δουλειάς τους σε Σχέση με τους Εξυπηρετούμενους

Εννέα από τους 13 Κοινωνικούς Λειτουργούς του δείγματος δεν μπόρεσαν να κρίνουν την αποτελεσματικότητα της δουλειάς τους και αυτό γιατί πιστεύουν ότι αυτή δεν εξαρτάται μόνο απ'αυτούς, αλλά από τη συγκυρία πολλών παραγόντων. Κατά τη γνώμη αυτών η αποτελεσματικότητα είναι συνάρτηση των μέσων που προσφέρονται από την υπηρεσία που εργάζονται, του μορφωτικού επιπέδου του Κοινωνικού Λειτουργού.

Τρεις άλλοι ερωτούμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί διατύπωσαν την άποψη, ότι σε γενικές γραμμές στα περισσότερα περιστατικά σημειώνονται βελτιώσεις. Βέβαια οι βελτιώσεις αυτές δεν είναι θεαματικές, αλλά συγκρίνοντας την παλιά τους λειτουργικότητα με την τωρινή διαπιστώνεται ότι υπάρχει κάποια προσφορά βοήθειας στα άτομα αυτά.

Τέλος μια Κοινωνική Λειτουργός δεν απάντησε σ' αυτή την ερώτηση γιατί ήταν πρωτοπροσλαμβανόμενης σε ένα νεοσύστατο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Η ερώτηση αυτή περιλήφθηκε στο ερωτηματολόγιο, για να διαπιστωθεί εάν οι ίδιοι αισθάνονται ότι είναι αποτελεσματικοί στη δουλειά τους. Η απάντησή της αποδείχθηκε δύσκολη, γιατί όπως ανέφεραν, στον τρόπο δουλειάς τους δεν είναι εύκολη η μέτρηση της αποτελεσματικότητας.

3. Η Κρίση των Ερωτομένων Σχετικά με την Καταλληλότητα της Εκπαίδευσης τους από τις Σχολές Κοινωνικής Εργασίας και τη Παραπέρα Επιμόρφωση Έχουν παρακολουθήσει

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις 14-19.

- Η Επάρκεια ή Ανεπάρκεια της Εκπαίδευσης των Κοινωνικών Λειτουργών από τις Σχολές Κοινωνικής Εργασίας για να ανταποκριθούν στο Ρόλο τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Στην ερώτηση αυτή, επτά από τους 13 Κοινωνικούς Λειτουργούς του δείγματος απάντησαν, ότι οι σχολές κοινωνικής εργασίας, δεν τους παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για να ανταποκριθούν στο ρόλο τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Εξέφρασαν την άποψη, ότι οι παρεχόμενες γνώσεις, ήταν γενικές και δε πρόσφεραν τα απαραίτητα εφόδια για ένα εξειδικευμένο πλαίσιο, όπως αυτά. Απ' αυτές όμως οι τρεις αναγνώρισαν, ότι η εκπαίδευση που παρείχαν οι σχολές έθεσαν τις βάσεις για το ξεκίνημά τους στο χώρο εργασίας τους.

Τρεις από τους ερωτούμενους, διατύπωσαν την άποψη, ότι οι σχολές κοινωνικής εργασίας δεν προσέφεραν ούτε τις απαραίτητες γνώσεις για την προετοιμασία τους σ' ένα τέτοιο χώρο δουλειάς.

Τέλος τρεις άλλοι πιστεύουν, ότι η εκπαίδευση που τους παρείχαν οι σχολές, ήταν επαρκής και ότι τους προετοίμασαν αρκετά για την εργασία τους, στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Συγκεκριμένα ανέφεραν ότι ένα προνόμιο των σχολών κοινωνικής εργασίας είναι ότι διδάσκουν συγκεκριμένη τεχνική, συγκεκριμένες μεθόδους και φιλοσοφία. Εκπαιδεύουν στενά τους κοινωνικούς λειτουργούς με εποπτεία, κάτι που ίσως δε συμβαίνει με άλλους επαγγελματίες, όπως για παράδειγμα, οι ψυχίατροι.

Στη συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια να συσχετισθούν οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή, με τις σχολές από τις οποίες είχαν αποφοιτήσει οι ερωτώμενοι.

Διαπιστώθηκε ότι από τους τρεις που εκφράσθηκαν θετικά για τις σχολές κοινωνικής εργασίας, είχαν αποφοιτήσει, οι δύο από Τ.Ε.Ι. και η μια από την ΕΠΑ. Και οι τρεις αυτοί Κοινωνικοί Λειτουργοί, είχαν παρακολουθήσει παραπέρα επιμόρφωση, οι δύο μάλιστα μακρόχρονη συνεχή επιμόρφωση (βλέπε ερώτηση 19).

Μια χαρακτηριστική απάντηση, από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, που εκφράστηκαν θετικά, παρατίθεται αυτούσια :

" Η εκπαίδευσή μου στην ΕΠΑ, υπήρξε επαρκής. Η πρακτική άσκηση (6 ώρες την ημέρα) μαζί με την εποπτεία μου προσέφερε πολλά εφόδια, με προετοίμασε αρκετά στο ξεκίνημα της εργασίας μου".

Από τους τρεις, που από την άλλη πλευρά εκφράσθηκαν τελείως αρνητικά για την εκπαίδευσή τους, από τις άλλες σχολές κοινωνικής εργασίας, οι δύο ήταν απόφοιτοι των Κ.Α.Τ.Ε.Ε. και μια απόφοιτη των Τ.Ε.Ι. Χαρακτηριστικό και των τριών αυτών Κοινωνικών Λειτουργών ήταν, ότι δεν είχαν παρακολουθήσει παραπέρα επιμόρφωση, εκτός από κάποιες ελάχιστες μεμονωμένες διαλέξεις.

Μια άλλη επίσης χαρακτηριστική απάντηση αυτών που εκφράστηκαν αρνητικά, παρατίθεται αυτούσια :

" Η εκπαίδευση στα ΚΑΤΕΕ τότε ήταν πολύ γενικής μορφής και πολλά πράγματα απουσίαζαν απ' αυτή. Όπως για παράδειγμα, δεν είχα σκεφτεί ποτέ το ρόλο μου να είναι καθαρά συμβουλευτικός. Μου ήταν επίσης δύσκολο να προσαρμοστώ στις ειδικές ανάγκες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, γιατί η σχολή δεν με είχε προετοιμάσει για να εργαστώ σ' ένα τέτοιο πλαίσιο".

Από τις δύο αυτές ακραίες τοποθετήσεις απέναντι στην εκπαίδευση, μπορεί ίσως να υποτεθεί ότι εκείνοι, οι οποίοι δήλωσαν ικανοποιημένοι από την προετοιμασία τους από τις σχολές κοινωνικής εργασίας, επιδιώξαν να διευρύνουν τις γνώσεις τους, ακολουθώντας συνεχή επιμόρφωση. Ενώ εκείνοι που δήλωσαν δυσαρεστημένοι, πέρα από κάποιες ελάχιστες μεμονωμένες διαλέξεις, δεν προσπάθησαν να καλυτερέψουν το μορφωτικό τους επίπεδο.

- Προτάσεις των Κοινωνικών Λειτουργών του Δείγματος για την καλύτερη Προετοιμασία τους από τη Σχολή για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Από τους 13 Κοινωνικούς Λειτουργούς έκαναν προτάσεις οι 10, οι οποίοι στη προηγούμενη ερώτηση απάντησαν τελείως αρνητικά ή ότι πήραν μόνο γενικές γνώσεις.

Οι επτά από τους 10 πρότειναν, να προσφέρει η σχολή ειδίκευση ψυχιατρικού κοινωνικού λειτουργού, πέρα από τα τρία χρόνια της βασικής εκπαίδευσης. Οι υπόλοιποι τρεις πρότειναν να δίνεται από τη σχολή περισσότερη έμφαση σε μαθήματα ψυχοπαθολογίας και ψυχολογίας. Αυτό πιστεύουν ότι θα ήταν ένα θετικό στοιχείο στην προετοιμασία των Κοινωνικών Λειτουργών για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτημένων, θεωρεί βασικής σημασίας τη μεταπτυχιακή ειδίκευση για την προετοιμασία των Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Από τον Πίνακα 12 που ακολουθεί στην επόμενη σελίδα αποδεικνύεται, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (53,8%) αποκόμισε ελάχιστες γνώσεις, γύρω από το μάθημα της ψυχοπαθο-

λογίας που δεν τους προετοίμαζαν για την εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας .

Ένα 15,4% πιστεύει, ότι το συγκεκριμένο μάθημα δεν προσέφερε ούτε τις απαραίτητες γνώσεις που χρειάζεται ένας Κοινωνικός Λειτουργός. Υπάρχει όμως και η αντίθετη άποψη, ποσοστό 23,1% , που πιστεύει ότι έδωσε τα στοιχεία εκείνα, ώστε στο ξεκίνημα της δουλειάς τους να μην είναι τελείως άσχετοι με το αντικείμενό τους.

Πίνακας 12

- **Ψυχοπαθολογία - Κρίση των Κοινωνικών Λειτουργών του Δείγματος για τη Συμβολή της στην Προετοιμασία τους για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας .**

Κρίση των ερωτομένων για το μάθημα της ψυχοπαθολογίας και τις γνώσεις που αποκόμισαν απ' αυτό	N	%
"Βοήθησε αρκετά"	3	23,1
"Ελάχιστες γνώσεις"	7	53,8
"Δεν προσέφερε τις απαραίτητες γνώσεις"	2	15,4
"Δε θυμάμαι το μάθημα"	1	7,7
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

- **Προτάσεις Σχετικά με το Μάθημα της Ψυχοπαθολογίας**

Στην ερώτηση αυτή, απάντησαν εννέα Κοινωνικοί Λειτουργοί :

" Δεν μπορεί μόνο ένα μάθημα να προετοιμάζει τους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Θεωρώ, ότι θα ήταν πολύ πιο επικδομητικό εάν κλινικοί ψυχολόγοι ή ψυχίατροι δίδασκαν το μάθημα υπό μορφή μικρής ομάδας, όπου θα μπορούσαν να συζητήσουν καλύτερα τους ψυχιατρικούς όρους και τις ψυχικές παθή-

σεις ξεχωριστά. Τότε θα ήταν πιο αποτελεσματικό το μάθημα. Όχι στείρα κάποια βιβλία που θα διαβάσεις, θα δώσεις εξετάσεις, γιατί είναι πολύ δύσκολο να κατανοήσεις όλες τις έννοιες και τις παθήσεις που υπάρχουν. Υπό μορφή σεμιναρίων κάτω από την υπευθυνότητα ειδικών, θα ήταν καλύτερα, περισσότερο αποτελεσματικό το μάθημα".

Την ίδια πρόταση αλλά με διαφορετικά λόγια έχουν εκφράσει και άλλοι τρεις Κοινωνικοί Λειτουργοί του δείγματος.

Η πρόταση δύο άλλων ερωτούμενων, είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να εκπαιδεύεται όχι μόνο στη διάγνωση ψυχικών παθήσεων, αλλά και στη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών.

Άλλη μια πρότεινε να αυξηθούν οι ώρες διδασκαλίας αυτού του μαθήματος, καθώς και να εμπλουτιστεί η ύλη του μαθήματος με περισσότερο υλικό. Οι υπόλοιποι δύο περιέλαβαν τις προτάσεις τους για το μάθημα, στις γενικότερες προτάσεις για τη σχολή, δηλαδή οι γνώσεις της ψυχοπαθολογίας να εμπλουτιστούν στα πλαίσια της μεταπτυχιακής εξειδίκευσης.

Από τις απαντήσεις αυτές φαίνεται ότι υπάρχει μια ομοφωνία σχετικά με την επιθυμητή αλλαγή στο μάθημα αυτό, για την καλύτερη προετοιμασία των Κοινωνικών Λειτουργών, για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Είτε μέσα στις σχολές κοινωνικής εργασίας, είτε στα πλαίσια μεταπτυχιακής επιμόρφωσης προτείνουν περισσότερες ώρες διδασκαλίας, με πλούσιο υλικό, συσχέτιση θεωρίας με πράξη με τη συμμετοχή των σπουδαστών και έμφαση όχι μόνο στη διάγνωση των ψυχιατρικών παθήσεων αλλά και στην αντιμετώπισή τους.

πίνακας 13.

- Παρακολούθηση προγραμμάτων Επιμόρφωσης από τους Ερωτομένους μετά την Αποφοίτηση τους από τη Σχολή.

Παρακολούθηση προγραμμάτων επιμόρφωσης	N	%
Ναι	11	84,6
Όχι	2	15,4
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (84,6%) έχει παρακολουθήσει προγράμματα επιμόρφωσης, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί από το ενδιαφέρον και την ανάγκη των Κοινωνικών Λειτουργών να διευρύνουν τις γνώσεις τους για να ανταποκριθούν καλύτερα στις απαιτήσεις του ρόλου τους.

Μόνο δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί του δείγματος δεν παρακολούθησαν προγράμματα επιμόρφωσης και αυτό γιατί η μία έχει προσληφθεί πρόσφατα σ' ένα νεοσύστατο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και δεν της δόθηκε ακόμη η ευκαιρία και η άλλη γιατί η υπηρεσία δεν της παρείχε την ευκαιρία για κάτι τέτοιο.

Πίνακας 14

- Συγκεκριμένη Επιμόρφωση των Κοινωνικών Λειτουργών του Δείγματος

Συγκεκριμένη επιμόρφωση των ερωτομένων	N	%
Συνεχής εσωτερική και εξωτερική επιμόρφωση	6	46,1
Μεμονωμένες διαλέξεις, συνέδρια ή και Εκπαιδευτικό ταξίδι	5	38,5
Δεν παρακολούθησε	2	15,4
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται, ότι οι μισοί σχεδόν ερωτόμενοι, ποσοστό 46,1% , παρακολούθησαν συνεχή εσωτερική και εξωτερική επιμόρφωση. Οι πέντε, ποσοστό 38,5%, παρακολούθησαν μεμονωμένες διαλέξεις, συνέδρια και ο ένας απ' αυτούς εκπαιδευτικό ταξίδι στο εξωτερικό.

Το περιεχόμενο της επιμόρφωσης αυτής ήταν ποικίλο, και γι' αυτό στη συνέχεια θα δοθούν δύο αυτούσιες χαρακτηριστικές απαντήσεις. Μία από Κοινωνική Διευθύντρια, που έχει παρακολουθήσει μόνο εσωτερική εκπαίδευση και μια που έχει παρακολουθήσει εσωτερική και εξωτερική εκπαίδευση.

" Παρακολούθησα στο Κέντρο, το παιδοψυχιατρικό για οκτώ μήνες. Στη δεύτερη χρονιά, παρακολούθησα το σεμινάριο της οικογενειακής θεραπείας. Πέρασε ένα εξάμηνο για να πάρω παιδοψυχιατρικό ιστορικό, συγχρόνως όμως συμμετείχα στην ομάδα, που παρουσίαζε τα περιστατικά. Παρακολούθουσα ιστορικά που έπαιρναν οι συνάδελφοι και διάβαζα τη ψυχιατρική με τις διαγνώσεις. Η εκπαίδευση αυτή οπωσδήποτε διέυρυνε τις γνώσεις μου και μου προσέφερε πολλά θετικά στοιχεία".

"Από την εποχή που τελείωσα τη σχολή, πραγματικά χρειάστηκε να παρακολουθήσω πάρα πολλά πράγματα και θα συνεχίσω να παρακολουθώ, γιατί συνεχώς υπάρχουν εξελίξεις.

'Όταν ήταν να προσληφθώ στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, έγινε ένα εκπαιδευτικό εννέα μήνες περίπου πάνω στις βασικές ψυχοθεραπευτικές έννοιες και κατεπέκταση στην ατομική, συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και στη συστηματική θεωρία. Το εκπαιδευτικό συνεχίστηκε για δύο ακόμη χρόνια, όπου άρχισε να είναι πιο καθαρό πάνω στη συστηματική θεωρία.

Πέρα από την εκπαίδευση μου στο Κέντρο, έχω παρακολουθήσει διεθνή συνέδρια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό που αφορούσαν ειδικά, είτε την οικογενειακή θεραπεία, είτε την ομαδική ψυχοθεραπεία. Εκτός από την εκπαίδευση μου (συνολικά τέσσερα χρόνια), στη Δραματοθεραπεία, που τελειώνω τώρα, έχω παρακολουθήσει κατά καιρούς στο εξωτερικό ψυχόδραμα, χοροθεραπεία και έχω συμμετάσχει σε ομάδες. Σίγουρα όσο πιο πολλά μαθαίνεις τόσο πιο πολύ διευρύνονται οι ορίζοντες στον τρόπο που βλέπεις τα πράγματα και ανεξάρτητα από ποια μέθοδο ακολουθείς μπορείς να χρησιμοποιείς και να δανείζεσαι στοιχεία από άλλες μεθόδους.

Για παράδειγμα, η δουλειά μου με το Δράμα - Θέραπη μου έμαθε πολλά πράγματα, όσο αφορά την εξωλεκτική επικοινωνία των ανθρώπων και παραπέρα η δουλειά με τη χοροθεραπεία μου έδωσε να καταλάβω ακόμη περισσότερο σε ότι αφορά, όχι πια απλώς την εξωλεκτική επικοινωνία, αλλά και άλλα πράγματα. Πράγματα που έχουν να κάνουν με την κίνηση και το ρυθμό, καθώς και το χρόνο που μπορεί να υπάρχει στην κίνηση που πολλές φορές δεν τα μετράμε στους πελάτες μας. Έτσι θα έλεγα, ότι όλα αυτά με βοήθησαν να διευρύνω λίγο τους ορίζοντες και να έχω περισσότερα εφόδια, στη γνωριμία μου με τους ανθρώπους".

Αν και στον προηγούμενο πίνακα (βλέπε πίνακα 13) παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτομένων 84,6% επιμορφώθηκε, εδώ γίνεται φανερό ότι μόνο ένα 46,1% παρακολούθησε μια συνεχή επιμόρφωση. Εδώ ίσως θα μπορούσε να υποτεθεί, ότι για το θέμα της επιμόρφωσης δίνονται διαφορετικές ερμηνείες από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του δείγματος.

Χαρακτηριστικό όμως είναι, ότι όλοι ανέφεραν τη θετική συμβολή της οποίας επιμόρφωσής τους, στην επαγγελματική τους εκπαίδευση.

4. Οι Δυσκολίες που Συνάντησαν οι Ερωτούμενοι, στις Σχέσεις τους με τους Εξυπηρετούμενους και με τους Συναδέλφους τους.

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις 20 και 21.

Πίνακας 15

- Δυσκολίες των Ερωτούμενων σε Σχέση με τους Εξυπηρετούμενους

Αντιμετώπιση δυσκολιών σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους	N	%
Όχι	6	46,1
Ναί	5	38,5
Αρχικά Ναι	2	15,4
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Από τον πίνακα 15 φαίνεται, ότι ένα ποσοστό 46,1% δεν αντιμετώπισε δυσκολίες σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους. Ένας απ' αυτούς, ήταν πρωτοπροσλαμβανόμενος και δεν είχε αντιμετωπίσει ακόμη καμιά ιδιαίτερη δυσκολία. Οι άλλες τέσσερις ανέφεραν, ότι οι δυσκολίες εξαρτώνται από το χειρισμό του Κοινωνικού Λειτουργού στα ποκίλα περιστατικά, το μορφωτικό του επίπεδο και την πείρα που αποκτάται με τα χρόνια δουλειάς.

Μια Κοινωνική Λειτουργός αν και ανέφερε, ότι δεν αντιμετώπισε δυσκολίες, εντόπισε κάποιες δυσκολίες σε σχέση με τον εαυτό της. Έτσι χαρακτηριστικά είπε ότι :

" Δε συνάντησα πάρα πολλές δυσκολίες. Μια δυσκολία, που κανείς συναντά, είναι η πιο κοινή δυσκολία και αυτό που χρειάζεται να αντέξεις τον πρώτο χρόνο της δουλειάς, είναι ότι όχι μόνο σαν ειδικός προσφέρεις βοήθεια, αλλά και αυτοί, που απευθύνονται σε σένα και ζητούν βοήθεια, έχουν δικαίωμα να την πάρουν και να τη χρησιμοποιήσουν κατά την κρίση τους. Αυτό ίσως είναι ένα σημείο, που χρειάζεται κανείς να το δουλέψει αρκετά με τον εαυτό του, όταν αναλαμβάνει να προσφέρει υπηρεσίες σε ανθρώπους".

Ένα ποσοστό 38,5% των ερωτομένων, όπως φαίνεται από τον πίνακα 15, αντιμετώπισε δυσκολίες σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους. οι δυσκολίες αυτές εντοπίστηκαν από τους ίδιους στην:

- προσπάθεια δημιουργίας σχέσης εμπιστοσύνης με τον εξυπηρετούμενο
- εξωτερίκευση των συναισθημάτων του
- άσκηση κριτικής στον τρόπο δουλειάς του Κοινωνικού Λειτουργού
- στην άρνηση παραδοχής του προβλήματος από τον εξυπηρετούμενο.

Τέλος ένα ποσοστό 15,4% των ερωτομένων, συνάντησαν δυσκολίες στο ξεκίνημα της δουλειάς τους, που στη συνέχεια μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν. Η μία απ' αυτές συνάντησε αρχικά πάρα πολλές δυσκολίες, γιατί το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ήταν ένα εξειδικευμένο πλαίσιο, τελείως διαφορετικό από τις προηγούμενες επαγγελματικές της ενασχολήσεις. Όμως, όπως ανέφερε, με την προσαρμογή της στο χώρο δουλειάς της, οι δυσκολίες αυτές ξεπεράστηκαν.

Η άλλη συνάντησε δυσκολίες, επειδή οι ρόλοι μέσα στη διεπιστημονική ομάδα ήταν αδιαφοροποίητοι, γεγονός που δημιουργούσε

συγκρούσεις. Μέσα απ' αυτές τις συγκρούσεις ξεκινούσαν προβλήματα, που επηρέαζαν τη λειτουργία της σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους. Όπως ανέφερε όμως, στην πορεία οι ρόλοι ξεκαθαρίστηκαν και αυτό τη βοήθησε να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά στο ρόλο της.

Από τις παραπάνω απαντήσεις, αν και ήταν δύσκολη η συσχέτισή τους με την εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών και την υπηρεσία, στην οποία εργάζονται, θα μπορούσε ίσως να υποτεθεί, ότι οι δυσκολίες έχουν σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο, το είδος των περιστατικών και το βαθμό συνειδητοποίησης των δυσκολιών από τον καθένα.

Πίνακας 16.

- Τυχόν Προβλήματα των Ερωτομένων στη Συνεργασία τους με τους Άλλους Συναδέλφους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Προβλήματα των Κοινωνικών Λειτουργών σε σχέση με συναδέλφους	N	%
Δεν έχουν κανένα πρόβλημα	5	38.5
Έχουν πρόβλημα	8	61.5
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Από τον πίνακα 16 παρατηρείται, ότι ένα ποσοστό 38,5% των Κοινωνικών Λειτουργών του δείγματος, δεν αντιμετώπισαν προβλήματα σε σχέση με τους συναδέλφους τους. Οι σχέσεις τους ήταν καλές και η συνεργασία τους θετική.

Το υπόλοιπο 61,5% ανέφερε, ότι αντιμετώπισε προβλήματα με τους συναδέλφους. Τα προβλήματα αυτά αφορούσαν :

- ανταγωνισμό μέσα στη διεπιστημονική ομάδα
- προσωπικές συγκρούσεις μέσα στη διεπιστημονική ομάδα, αλλά και με το υπόλοιπο προσωπικό.

- αδιαφοροποίητους ρόλους μέσα στη διεπιστημονική ομάδα.

Δύο χαρακτηριστικές απαντήσεις Κοινωνικών Λειτουργών, που ο ένας εργάζεται στην Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχωσικών Νέων και η άλλη στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία είναι οι εξής :

" Θα έλεγα, ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα με όλους τους συναδέλφους, όχι μόνο της ομάδας. Προβλήματα που ξεκινούν από το γεγονός της πρόσληψης. Έρχονται άνθρωποι από διαφορετικούς χώρους, Ξυλουργοί, υφαντές, ράπτριες, χίλια δύο άλλα πράγματα, γεγονός που φέρνει μαζί του πολλά προβλήματα. Αρνούνται να ακολουθήσουν ορισμένους κανόνες λειτουργίας των εργαστηρίων, όπως για παράδειγμα, μην τους πείς ότι δε θα καπνίσεις στην αίθουσα, γιατί υπάρχει φόβος να πάρουμε φωτιά ή είναι θέμα υγείας. Σε περίπτωση που θα τους πείς για κάποιο άλλο μοντέλο λειτουργίας, αντιδρούν έντονα, πράγμα που δε βοηθάει στον κύριο στόχο των εργαστηρίων. Τέλος πρέπει να υπολογίσουμε και το άλλο, τα δυναμικά που αναπτύσσονται σ' όλο το προσωπικό και οι πολλών ειδών συγκρούσεις, που δημιουργούν διάφορες υποομάδες".

"Είχαμε πάρα πολλά προβλήματα στο κέντρο και πιστεύω, ότι όπου είναι λίγα άτομα, δημιουργούνται αντιθέσεις πολύ ισχυρές που ξεκινάνε από θέματα ανταγωνισμού. Εμάς τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, δε μπορώ να πω ότι μας έχουν εμπιστοσύνη, ότι μπορούμε να σταθούμε στο ρόλο του θεραπευτή, έστω και του υποστηρικτού θεραπευτή, όπως λειτουργούσαμε. Κι αυτό σε κάνει να χάνεις ένα μέρος της αυτοπεποίθησής σου. Δηλαδή κάπου χρειάζεται να ξεπεράσεις ορισμένα πράγματα, να είσαι πολύ δυνατός στο να μη δίνεις σημασία σε κάποια άλλα που υπάρχουν από τις δύο πλευρές.

Γιατί ο Κοινωνικός Λειτουργός βρίσκεται στο μέσο, ανάμεσα στον παιδοψυχίατρο και το ψυχολόγο και προσπαθεί να ισορροπήσει έστω και μ' αυτά τα λίγα που ξέρει ".

Από τις απαντήσεις στην ερώτηση αυτή διαπιστώνεται, ότι οι περισσότεροι Κοινωνικοί Λειτουργοί του δείγματος αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους, όχι μόνο με τους συναδέλφους της διεπιστημονικής ομάδας, αλλά και με άλλα μέλη του προσωπικού.

Φάνηκε, ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, που εργάζονται σε Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Ψυχικών Νέων, αντιμετωπίζουν προβλήματα που αφορούν κυρίως τα μη επιστημονικό προσωπικό. Ενώ εκείνοι που εργάζονται σε άλλες υπηρεσίες, αντιμετωπίζουν προβλήματα, που αφορούν κυρίως θέματα ανταγωνισμού και ιεραρχίας.

Τέλος μπορεί να παρατηρηθεί, ότι η δημιουργία και η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών εξαρτώνται σε κάποιο βαθμό από την προσωπικότητα και τις ικανότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις των ίδιων των Κοινωνικών Λειτουργών.

5. Κρίση των Ερωτομένων Σχετικά με την Ικανοποίηση από την Εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Στο εξής θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις 22α και 22β.

Από τον πίνακα 17 που ακολουθεί, φαίνεται ότι ένα ποσοστό 38,5% των ερωτομένων, είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Ικανοποίηση των Κοινωνικών Λειτουργιών από την Εργασία τους	N	%
Είναι ικανοποιημένοι	5	38,5
Σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι	5	38,5
Δεν είναι ικανοποιημένοι	3	23,1
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Μια χαρακτηριστική απάντηση, που δείχνει την ικανοποίηση αυτή, είναι η εξής :

" Θα έλεγα, ότι ανταποκρίνεται στις προσδοκίες μου και ίσως να είναι κάτι παραπάνω και σίγουρα θεωρώ, ότι υπάρχει ένας συνδυασμός πραγμάτων. Δηλαδή είναι αυτό που είμαι εγώ και αυτό που είναι η φιλοσοφία του κέντρου και είναι και όλοι οι υπόλοιποι συνεργάτες μου εδώ. Αυτός ο συνδυασμός με κάνει να νιώθω ότι ικανοποιούνται οι προσδοκίες μου, αλλά πέρα από 'κει μου επιτρέπει να διατηρώ τη ζωντάνια και το ενδιαφέρον μου, γι' αυτό που ήδη έχω"

Ένα ποσοστό 38,5% των ερωτομένων ανέφερε, ότι ο ρόλος τους ως ένα βαθμό έχει ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους, αλλά θα μπορούσαν κάτω από άλλες συνθήκες (εξειδικευμένη εκπαίδευση και ξεκάθαροι ρόλοι μέσα στη διεπιστημονική ομάδα, να νιώσουν μεγαλύτερη ικανοποίηση).

Τέλος, ένα ποσοστό 23,1% ανέφερε, ότι ο ρόλος τους δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους. Οι τρεις αυτοί Κοινωνικοί Λειτουργοί στην ερώτηση που ακολούθησε (η τελευταία του ερωτηματολογίου) δικαιολόγησαν την άποψη τους αυτή, αναφέροντας ότι οι συνθήκες εργασίας δεν τους βοήθησαν για να νιώσουν ικανοποιημένοι.

Μια χαρακτηριστική απάντηση, που φανερώνει τη μη ικανοποίηση, είναι η εξής :

" Όχι δεν ανταποκρίνεται ο ρόλος μου στις προσδοκίες μου, γιατί όταν πρωτοξεκίνησα πάνω σ' όλα αυτά που είχα εξοπλισθεί από τη σχολή και με το ρόλο που υποτίθεται ότι θα είχα, πιο δυναμικό, αποτελεσματικό πιο κυριαρχικό, καταρχήν ευνουχίστηκε από τη συνεργασία μου, με ειδικότητες πιο ψηλά σε κύρος και γνώσεις από μένα. Από το ότι δε μου δόθηκαν οι ευκαιρίες από τη διοίκηση να ευαισθητοποιηθώ και να αποκτήσω και γώ τις γνώσεις, για να μπορώ να κρατάω κάποιες ισορροπίες, μ' έκαναν να χαθώ στο ρόλο μου".

Απ' όλες αυτές τις απαντήσεις συμπεραίνεται, ότι οι περισσότεροι Κοινωνικοί Λειτουργοί του δείγματος, είναι ικανοποιημένοι ή σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι.

Από τους τρεις Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι δύο δήλωσαν ανικανοποίητες λόγω έλλειψης ευκαιριών από τη διοίκηση για επαγγελματική εξέλιξη και ο ένας λόγω προσωπικών φιλοδοξιών.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ανταποκρίνεται στις προσωπικές φιλοδοξίες, της μεγάλης πλειοψηφίας των ερωτομένων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Σκοπός της μελέτης αυτής, ήταν η περιγραφή του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Τα συμπεράσματα επεξεργάστηκαν κατά σειρά, σύμφωνα με τις υποθέσεις που έχουν τεθεί στη μελέτη και συνοψίζονται ως εξής:

Από τις απαντήσεις των ερωτούμενων Κοινωνικών Λειτουργών από το δείγμα, που θεωρείται αντιπροσωπευτικό για τις περιοχές που έγινε η έρευνα, διαπιστώθηκαν τα παρακάτω :

Όσον αφορά τη χρήση των μεθόδων κοινωνικής εργασίας, η κοινωνική εργασία με κοινότητα φαίνεται να είναι η μέθοδος, που χρησιμοποιείται περισσότερο απ' όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς σε όποια υπηρεσία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και αν εργάζονται. Επιδιώκουν συνεργασία με την κοινότητα, με σκοπό την ενημέρωση γύρω από τα προγράμματα που λειτουργούν στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, την πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας, την επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από τον τομέα αυτό και τη δημιουργία ενός δικτύου παραπομπών απ' αυτές τις υπηρεσίες. Επίσης φροντίζουν και για την επαγγελματική αποκατάσταση κύρια των ψυχωσικών απόρων, που εκπαιδεύονται στα εργαστήρια.

Εκτός από την κοινωνική εργασία με κοινότητα, ~~όλες οι άλλες~~ μέθοδοι, που διδάσκονται στη σχολή, εφαρμόζονται ανάλογα με την υπηρεσία, που εργάζεται ο κάθε Κοινωνικός Λειτουργός.

Βρέθηκε επίσης ότι μερικοί συμμετέχουν στη διάγνωση και θεραπεία περιστατικών καθώς και σε ερευνητικά προγράμματα.

Η διαγνωστική προσφορά, όπως αναφέρει ο Μουζακίτης (1988, Σελ. 20) παίζει σημαντικό ρόλο στη συλλογική προσπάθεια της θεραπευτικής ομάδας. Περιλαμβάνει εκτός από τις οικογενειακές, κοι-

νωνικές και περιβαλλοντολογικές πτυχές του προβλήματος και τις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτών, που έχουν αντίκτυπο στη λειτουργικότητα του ατόμου.

Έτσι τα δεδομένα της έρευνας αυτής, υποστηρίζουν την πρώτη υπόθεση.

Ο ρόλος όμως γενικά του Κοινωνικού Λειτουργού, όπως διαπιστώθηκε στη συνέχεια, διαφοροποιείται ανάλογα με την εκπαίδευση και την επιμόρφωση, που έχει παρακολουθήσει ο καθένας από αυτούς.

Η εσωτερική εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και η συμμετοχή τους σε διεπιστημονική ομάδα, δίνει μια διαφορετική κατεύθυνση στο ρόλο τους. Έτσι ορισμένες φορές παρατηρήθηκε, να δουλεύουν σε θεραπευτικό επίπεδο, μόνοι τους ή σε συνεργασία με άλλα μέλη της ομάδας αυτής. Έτσι λοιπόν τα δεδομένα υποστηρίζουν και τη δεύτερη υπόθεση, (βλέπε Σελ. 44).

Σχετικά με την προετοιμασία των Κοινωνικών Λειτουργών, από τις σχολές κοινωνικής εργασίας για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας διαπιστώθηκε, ότι αυτές προσφέρουν γενικές γνώσεις, οι οποίες δεν τους βοήθησαν να ανταποκριθούν στο ρόλο τους στα πλαίσια αυτά. Γι' αυτό χρειάστηκε να διευρύνουν τις γνώσεις τους, παρακολουθώντας εσωτερική εκπαίδευση, σεμινάρια και διαλέξεις γύρω από την ψυχική υγεία, για να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του ρόλου τους. Βρέθηκε λοιπόν υποστήριξη και για την τρίτη υπόθεση (βλέπε Σελ. 44).

Παρατηρήθηκε όμως μια σαφής διαφοροποίηση των Κοινωνικών Λειτουργών της Θεσσαλονίκης από τη μια πλευρά και Πατρών-Ζακύνθου από την άλλη, σχετικά με τη συνεχή επιμόρφωση. Ενώ οι περισσότεροι συνάδελφοι της Θεσσαλονίκης, έχουν παρακολουθήσει

συνεχή εσωτερική ή και εξωτερική επιμόρφωση, αυτό δεν ίσχυε για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς στην Πάτρα.- Ζάκυνθο. Η εξήγηση για τη διαφορά αυτή, ρέπει να αναζητηθεί στις μεγαλύτερες ευκαιρίες, που δίνονται στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, για συμμετοχή σε σχετικά σεμινάρια, αλλά και στη διαφορετική διοργάνωση των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας, που συνεργάζονται στενά με τα Πανεπιστήμια.

Επίσης μέσα από την επεξεργασία των απαντήσεων φάνηκε, ότι αυτοί που αν και δήλωσαν δυσαρεστημένοι με την εκπαίδευσή τους από τις σχολές Κοινωνικής εργασίας, δε φρόντισαν για την παραπέρα επιμόρφωσή τους, εκτός από την παρακολούθηση μεμονωμένων διαλέξεων.

Τέλος οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, όπως διαπιστώθηκε από τη μελέτη αυτή, δηλώνουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ικανοποιημένοι από την εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Στην ικανοποίηση αυτή συμβάλουν οι δυνατότητες που προσφέρουν τα κέντρα αυτά για επιμόρφωση και η συμμετοχή τους σε διεπιστημονική ομάδα, που τους βοηθάνε για προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη.

(Υπόθεση , τέταρτη, Σελ. 44).

Εισηγήσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, θα γίνουν ορισμένες προτάσεις σχετικά με την εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών για την καλύτερη προετοιμασία τους για την εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

1. Επειδή από τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε, ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, που εργάζονται στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας της Πάτρας σε σχέση με αυτούς της Θεσσαλονίκης, μειονεκτούν στο θέμα της επιμόρφωσης, προτείνεται συνεχής επιμόρφωση σε κάθε μεγάλη

πόλη της Ελλάδας. Ο ΣΚΛΕ θα μπορούσε να αναλάβει ένα μέρος της ευθύνης για την επιμόρφωση των Κοινωνικών Λειτουργών, διοργανώνοντας τακτικά σεμινάρια, όχι μόνο υπό μορφή διαλέξεων, αλλά με τη συμμετοχή αυτών που τα παρακολουθούν, μέσα από ομάδες που να επεξεργάζονται το θέμα διεξοδικά.

2. Το μάθημα της ψυχοπαθολογίας με τη μορφή που διδάσκεται διαπιστώθηκε ότι δεν προετοίμασε τους Κοινωνικούς Λειτουργούς για την εργασία τους στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Γι' αυτό προτείνεται το μάθημα αυτό να διδάσκεται υπό μορφή σεμιναρίων, με την υπευθυνότητα ειδικών επιστημόνων, όπου θα μπορούν να συζητούνται με βάση παραδείγματα από την κλινική πράξη, ψυχιατρικά περιστατικά αναλυτικά.

3. Τέλος, προτείνεται μετά από τη βασική εκπαίδευση στις σχολές κοινωνικής εργασίας, να υπάρχει δυνατότητα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακό επίπεδο για εξειδίκευση σε κλάδους, όπως Ψυχιατρικός Κοινωνικός Λειτουργός. Όπως φάνηκε από τις συνεντεύξεις με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι περισσότεροι επισήμαναν την ανάγκη οργανωμένης επιμόρφωσης για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στον ευαίσθητο ρόλο της ψυχικής υγείας.

П А Р А Р Т Ы М А А

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο
2. Ηλικία
3. Εκπαίδευση (Βασική εκπαίδευση, μεταπτυχιακή ή φοίτηση σε άλλη σχολή)
4. Επαγγελματική εμπειρία πριν από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας
5. Χρόνος εργασίας στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας
6. Σε ποιά ή ποιές υπηρεσίες εργάζεστε στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας;
7. Η εργασία σας στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ήταν αποτέλεσμα δικής σας επιλογής;
8. Ποιές μεθόδους κοινωνικής εργασίας χρησιμοποιείτε στα πλαίσια της εργασίας σας;
9. Μπορείτε να σκιαγραφήσετε το ρόλο σας, στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας;
10. Συνεργασθήκατε με άλλους φορείς (κοινότητα, ιδρύματα, οργανισμούς, σχολεία, κ.λ.π.), για να πετύχετε στο έργο σας;
11. Διαφοροποιήθηκε ο ρόλος σας, στην πορεία της απασχόλησής σας, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας;
12. Μήπως είστε μέλος διεπιστημονικής ομάδας;
13. Πόσο αποτελεσματική κατά τη γνώμη σας, υπήρξε η βοήθεια που προσφέρατε στα άτομα, με τα οποία συνεργαστήκατε;
14. Η εκπαίδευση που σας παρείχε η σχολή κοινωνικής εργασίας ήταν επαρκής για να αποδώσετε στην εργασία σας στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας;

15. Αν όχι, τι πιστεύετε ότι έπρεπε να προσφέρει η σχολή για την καλύτερη προετοιμασία των Κοινωνικών Λειτουργών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας;
16. Νομίζετε ότι από το μάθημα της ψυχοπαθολογίας, που διδαχθήκατε στη σχολή κοινωνικής εργασίας, αποκόμισατε τις απαραίτητες γνώσεις για να ανταποκριθήτε στην εργασία σας στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας;
17. Αν όχι, έχετε να κάνετε κάποιες πορτάσεις;
18. Είχατε την ευκαιρία από τότε που αποφοιτήσατε από τη σχολή κοινωνικής εργασίας, να παρακολουθήσετε προγράμματα επιμόρφωσης, όπως σεμινάρια, συνέδρια, εκπαιδευτικά ταξίδια, κ.α.;
19. Αν ναι, διευκρινήστε τι επιμόρφωση παρακολουθήσατε και τι σας προσέφερε.
20. Ποιές υπήρξαν οι δυσκολίες που πιθανόν αντιμετωπίσατε ή ακόμη εξακολουθείτε να αντιμετωπίζετε στις σχέσεις σας με τους εξυπηρετούμενους;
21. Ποιά τυχόν προβλήματα, αντιμετωπίσατε στη συνεργασία σας με τους άλλους συναδέλφους στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας;
22. α. Ο ρόλος σας στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας ανταποκρίνεται στις προσδοκίες σας;
β. Αν όχι γιατί;

П А Р А Р Т Н М А В



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Βαθμός Ασφαλείας

Πάτρα, 30-10- 1989

Αριθ. Πρωτ. 5197 Βαθμός Προτεραιότητας:

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (Τ.Ε.Ι.)

ΠΑΤΡΑΣ

ΠΡΟΣ:

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Π. Δ/ση : 26334 Κουκούλι Πάτρας

Πληροφορίες: Β. Μιχαλοπούλου

Τηλέφωνο : 329.943

ΕΜΑ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι όπως προκύπτει από τον έλεγχο που κάναμε στα μητρώα μας η Μαρίνα Γακίδη, σπουδάστρια στο πτυχίο του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, εκπονεί πτυχιακή εργασία με θέμα: "Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού" με Υπεύθυνη εκπαιδευτικό καθηγήτρια την κ. Μόλβερ Γιαννίτα.

Για την ολοκλήρωση της παραπάνω εργασίας απαραίτητη είναι η πραγματοποίηση συνεντεύξεων με Κοινωνικούς Λειτουργούς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας του Νομού Βεαυλίας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.



Προϊσταμένη του τμήματος

Β. Ζαγούρα

Επ. Καθηγήτρια

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Αγγελόπουλος, Νικηφόρος (1986) : "Η Θεραπευτική Κοινότητα στην Ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου", Στο: Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 1ο, Σελ. 27-34.

Καρακώστας, Αλέξης και Στυλιανίδης, Ετέλιος (1984): "Ενδιάμεσες δομές : θεωρία και πρακτική. Μια κριτική προσέγγιση". Στο: Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, Σελ. 172-196.

Λυμπεράκης, Στάθης (1987): "Ανάπτυξη Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα", Στο Παπαδάτος Γ.: Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, Εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα, Σελ. 215-221.

Μαδιανός, Μιχάλης (1980): "Κοινωνική Ψυχιατρική : Ιστορική Ανασκόπηση, Ορισμός και Ιδεολογία", Στο : Εγκέφαλος, 17, Σελ. 159-163.

Μαδιανός, Μιχάλης (1983): "Οι διαστάσεις των ψυχικών διαταραχών και η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα", Στο : Σύγχρονα θέματα, Τεύχος 19, Σελ. 31-36.

Μαδιανός, Μιχάλης (1984): "Το κέντρο κοινοτικής ψυχικής υγιεινής στην Ελλάδα σήμερα: Η πρώτη εμπειρία στην Καισαρινή - Βύρωνα", Στο : Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Ο.Π. Σελ. 197-208.

Μαδιανός, Μιχάλης (1989): "Κοινωνία και Ψυχική Υγεία", Πρώτος Τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Μαδιανός, Μιχάλης (1989): "Κοινωνία και Ψυχική Υγεία", Δεύτερος Τόμος, Ο.Π.

- Μάνος, Νίκος (1987): "Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων", University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2η Έκδοση.
- Μάνος, Νίκος (1988): "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής", University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μαντωνάκης, Ιωάννης (1978): "Εμπόδια στην ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας", Στο : Εγκέφαλος, 15, Σελ.105-107.
- Μουζακίτης, Χρήστος (1988): "Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου", Στο: Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 12 , Σελ. 17-27.
- Μπούρας, Νίκος (1984): "Εφαρμογές κοινωνικής ψυχιατρικής: συμβουλευτικό κέντρο ψυχικής υγείας" Στο : Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής , Ο.Π. , Σελ. 312-327.
- Παπαδάτος, Γιάννης (1987): "Η ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής" Στο: Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ο.Π. , Σελ. 15-20.
- Παπαδάτος, Γιάννης (1987): "Η προοπτική των προγραμμάτων κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων", Στο Παπαδάτος Γ.: Κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές, Αθήνα, Σελ. 9-13.
- Παπαδάτος, Γιάννης (1988): "Απολογισμός Δραστηριοτήτων της τετραετίας 1984-1987", Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
- Παπαδάτος, Γιάννης και Στογιαννίδου, Αριάνη (1988): "Κοινοτική ψυχική υγιεινή", Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Papadatos, Y., Bouras, N., Zouni, M., Louka, Y., Watson, J. (1989): "possibilities of Social Rehabilitation of Patients in the Lerros Psychiatric Hospital", Ανακοίνωση στο VIII Παγκόσμιο Συνέδριο της ψυχιατρικής, Αθήνα, 12-19.10.89 Abstract, Αρ.690, Σελ. 186.

Πλουμπίδης, Δημήτρης (1984): "Οι παραδοσιακές πρακτικές σχετικά με τους ψυχοπαθείς και η εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα στη διάρκεια του 19ου αιώνα και μέχρι περίπου του Α' Παγκόσμιου πόλεμου", Στο : Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Ο.Π. Σελ. 366-375.

Fries, Helga (1987): "Εμπειρίες σε ένα Πρόγραμμα Μοντέλο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Αμβούργο, Ο.Δ.Γ." Στο: Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ο.Π. Σελ. 165-179.

Σακελλαρόπουλος, Π., Ζήκος, Ν., Φραγκούλη, Α., Βγόντζας, Α. (1983): "Κοινωνική Ψυχιατρική σε Αγροτική Περιοχή : Ο ρόλος της Κινητής Μονάδας", Ανακοίνωση στο 9ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο , Αθήνα.

Σακελλαρόπουλος, Π. , Παναγιώτσος, Π., Λουτσακλή, Μ. (1987): "Κινητή Ψυχιατρική μονάδα νομού Φωκίδας και η επίδρασή της στην αλλαγή της στάσης της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο" , στο : "Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ο.Π. Σελ. 257-260.

Τυχόπουλος, Γρηγόρης (1987): "Οι σχέσεις τοπικής αυτοδιοίκησης και ψυχικής υγείας στην Μ. Βρετανία", Στο : Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ο.Π. Σελ. 65-71.

Φουκώ, Μισέλ (1964): "Η ιστορία της τρέλας", Μετάφραση Φ. Αμπατζοπούλου . Εκδόσεις Ηριδανός, Αθήνα

Χαρτοκόλλης, Πέτρος (1984): "Κοινωνική ψυχιατρική" κι ο μετασχηματισμός των ασύλων σε σύγχρονα ιδρύματα : αναγκαιότητα ή ουτοπία;", Στο : Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Ο.Π. Σελ. 134-147.

Χαρτοκόλλης, Πέτρος (1986): "Εισαγωγή στην ψυχιατρική", Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Χατζηδάκη, Ρένα (1983): "Ψυχιατρική περίθαλψη και ψυχιατρική
"μεταρρύθμιση" στην Ελλάδα : το έγκλημα με τη φορεσιά της αθω-
ότητας", Στο : Σύγχρονα θέματα, Τεύχος 19, Σελ. 61-70.

