

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
"ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ"**

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

Η υποκειμενική πρόσληψη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχική νόσο από τα ίδια τα άτομα, που παρακολουθούν ένα οργανωμένο πρόγραμμα σε μία συγκεκριμένη δομή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ξενώνας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης – προστατευόμενα διαμερίσματα: Αξιολόγηση του πλαισίου).

Εισηγήτης: ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΑ ΣΑΒΒΑΚΗ

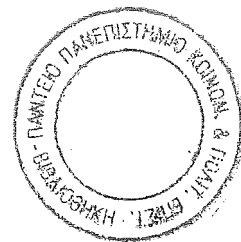
ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ANNA ΜΑΝΤΟΓΛΟΥ (επιβλέπουσα)

ΣΤΑΜΟΣ ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΥ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΤΑΛΙΚΑΣ

Αθήνα 2002



**"Στην ζωή κάθε ανθρώπου
υπάρχει μία μέρα, που συνοψίζει
όλες τις μέρες του, μια στιγμή,
που συνοψίζει όλες τις στιγμές του"**

N. Βαγενάς

Στον Θοδωρή

Ευχαριστίες

Η μελέτη αυτή, αποτελεί την διπλωματική μου εργασία, στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με θέμα "Κοινωνικός Αποκλεισμός και Μειονότητες" του Παντείου Πανεπιστημίου.

Για την ολοκλήρωση της εργασίας, συνέβαλαν πολλοί, ο καθένας με τον δικό του τρόπο. Σε όλους αυτούς εκφράζω τις ευχαριστίες μου.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Διοίκηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής για τις δυνατότητες που μου παρείχε ώστε να έχω πρόσβαση στο χώρο της έρευνας. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιστημονικό Υπεύθυνο κο Κωνσταντίνο Κόντη, ο οποίος βοήθησε σε διευθετήσεις πρακτικού τύπου.

Ευχαριστώ τους συναδέλφους μου για την κατανόηση και την αγάπη τους και την βοήθειά τους κατά την πορεία διεξαγωγής της έρευνας. Ευχαριστώ τους συμφοιτητές μου για την επικοινωνιακή ανταλλαγή απόψεων και την σταθερή ενίσχυσή τους. Ευχαριστώ τους φίλους μου για την υπομονή τους. Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές μου γιατί μου έδωσαν την δυνατότητα να αποκτήσω πολύ σημαντικές γνώσεις και να αλληλεπιδράσω μαζί τους πολύ θετικά. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Άννα Μαντόγλου γιατί πέρα από τις επιστημονικές της γνώσεις είναι ένας άνθρωπος με κατανόηση, που με ενθάρρυνε σταθερά και η βοήθειά της είναι ουσιαστική, στο ξεπέρασμα των εμποδίων.

Ευχαριστώ την Ειρήνη Χιωτάκη γραμματέα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος για την υποστήριξή της κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

Ευχαριστώ την οικογένειά μου, επειδή ξέρει να εκτιμά τους στόχους και να με στηρίζει με τον τρόπο της. Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες ανήκουν στους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, τους εμπνευστές της έρευνας, που αποτελούν για μένα εδώ και δώδεκα χρόνια πηγή γοητείας, αγάπης και αναζήτησης.

Περιληπτικό σημείωμα

Στις ημέρες μας, έχουμε την τύχη και την ευκαιρία να βιώσουμε τις ριζικές αλλαγές στην δομή των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την ψυχική νόσο και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Οι αλλαγές αυτές υλοποιούνται στα πλαίσια εφαρμογής ειδικών προγραμμάτων, που ανταποκρίνονται στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών με βάση διεθνείς σταθερές και κριτήρια. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής υλοποιεί πολλά οργανωμένα προγράμματα, μικραίνοντας τα όριά του και κάνοντας βήματα προς την ανάπτυξη της κοινοτικής Ψυχιατρικής, της Τομεοποίησης, της Πρόληψης. Η διαφορετικότητα μεταξύ των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μας οδήγησε στο να θεωρήσουμε σημαντικές τις μεταβλητές πλαισίου και την υποκειμενική πρόσληψη των ίδιων των ασθενών για την αποκατάστασή τους, η οποία επηρεάζει τόσο τα κίνητρα εμπλοκής τους στο πρόγραμμα, όσο και την συνολική διαδικασία. Η διερεύνησή μας, η διεξαγωγή της οποίας έγινε κάτω από μοναδικές και ανεπανάληπτες συνθήκες μετάβασης από το άσυλο στην κοινότητα, πραγματοποιήθηκε σε έναν ξενώνα και τα προστατευόμενα διαμερίσματα, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Τα υποκείμενα της έρευνας ήταν 27 ασθενείς με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή και η συλλογή των δεδομένων έγινε με την μέθοδο του ερωτηματολογίου και την συμβολή στοιχείων που προήλθαν από το ιστορικό ή άλλα μέσα, που χρησιμοποιούνται στη δομή. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS και την μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου για τις ανοικτές ερωτήσεις.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, Σχιζοφρένεια, Διπολική Διαταραχή, Υποκειμενική Πρόσληψη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
Εισαγωγή	1
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Ψυχοπαθολογία	
1.α. Η Σχιζοφρένεια	5
1.β. Διαταραχές της διάθεσης (ή συναισθηματικές διαταραχές)	10
2. Ψυχοκοινωνικές ανάγκες και η διάσταση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας	13
3. Η διάσταση του χρόνου (παρελθόν – παρόν – μέλλον)	21
4. Ορισμός και βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	25
5. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου με σχιζοφρένεια και του ατόμου με διαταραχή συναισθήματος	27
6. Η διαδικασία εφαρμογής της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	28
6α. Η κατοικία	32
6β. Οι κοινωνικές δεξιότητες	34
6γ. Η σεξουαλική ζωή	35
6δ. Η οικογένεια	38
6ε. Η θεραπευτική ομάδα	41
6στ. Η επαγγελματική αποκατάσταση	43
7. Υποκειμενική Πρόσληψη	45
7.α. Υποκειμενική πρόσληψη και κοινωνική αναπαράσταση	45
7.β. Υποκειμενική πρόσληψη και ψυχική νόσος	51
7.γ. Υποκειμενική πρόσληψη και κίνητρα	55
8. Στόχοι, βασικά ερωτήματα και υποθέσεις της έρευνας.	59

ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.	Μεθοδολογία	61
α.	Το δείγμα – Η συνοπτική περιγραφή του δείγματος	61
β.	Η συλλογή των δεδομένων	69
γ.	Η επεξεργασία των δεδομένων	73
2.	Αποτελέσματα	77
α.	Κλειστές ερωτήσεις – ανάλυση	77
β.	Ανάλυση περιεχομένου των ανοικτών ερωτήσεων (η αποκατάσταση, το πρόγραμμα, η κοινότητα, ο χρόνος)	92
3.	Συμπεράσματα – Επίλογος	97
	Παράρτημα.	106

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη διαπραγματεύεται το θέμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχική νόσο, προσπαθώντας να διερευνήσει την υποκειμενική πρόσληψη των ίδιων των ατόμων, για την αποκατάστασή τους σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο.

Πληθώρα ερευνών, που πραγματοποιήθηκαν σε διεθνές επίπεδο, σχετικά με τις τεχνικές και παρεμβάσεις, που καθορίζουν την αποκαταστασιακή έκβαση, δίνουν έμφαση περισσότερο στις ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά των αποκαταστασιακών πρακτικών, ως απόρροια θεωρητικών επιλογών και στην εφαρμογή αντίστοιχων πρακτικών. Θεωρήσαμε ότι, η επιτυχία των προγραμμάτων αποκατάστασης και η παροχή ποιοτικής φροντίδας επηρεάζονται από σύνολα μεταβλητών, όπως το πλαίσιο όπου συμβαίνουν οι αποκαταστασιακές δραστηριότητες και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων στο πρόγραμμα.

Οι αρχές και οι στόχοι της Συναινετικής Διακήρυξης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, δίνουν τις βάσεις για την εφαρμογή κάποιων διεθνών και πανανθρώπινων σταθερών, που αποτελούν δείκτες ποιοτικής ζωής και ευημερίας. Ωστόσο, οι διαφορές που συναντούμε από την μία δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην άλλη μας οδηγεί στον προβληματισμό της αναζήτησης μεταβλητών του πλαισίου, που καθορίζουν την έκβαση των προγραμμάτων. Ως τέτοιες μεταβλητές, αναφέρονται το χωρο-χρονικό πλαίσιο, το πλαίσιο του τι προηγείται και τι ακολουθεί, η στάση της θεραπευτικής ομάδας, η στάση της κοινότητας, η εμπλοκή κοινοτικών πόρων, η ευαισθησία του διοικητικού μηχανισμού κ.ά.

Η αξιολόγηση των μεταβλητών του πλαισίου μπορεί να γίνει με διάφορες μεθόδους και από την πλευρά πολλών ερευνητών με διαφορετικές κατευθύνσεις.

Θεωρήσαμε, πολύ σημαντική την αξιολόγηση του πλαισίου από τους ίδιους τους

συμμετέχοντες στο πρόγραμμα. Η υποκειμενική πρόσληψη της αποκατάστασης των ατόμων της ομάδας πληθυσμού – στόχου, από τα ίδια τα άτομα που παρακολουθούν ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ενδεχόμενα επηρεάζει και τις μεταβλητές του πλαισίου, καθώς και τα κίνητρα αποκατάστασης και επανένταξης. Επιπλέον, οι γνώσεις της θεραπευτικής ομάδας για το τι, ο ασθενής θεωρεί ατομική του αποκατάσταση και πώς ο ίδιος εκτιμά και αντιλαμβάνεται τις ψυχοκοινωνικές του ανάγκες, ενδεχόμενα θα βοηθήσουν στην κατάρτιση εξατομικευμένου προγράμματος, στην εναλλακτική θεώρηση της πραγματικότητας, στην ενίσχυση των κινήτρων, στην οργάνωση και τον προγραμματισμό των στόχων.

Ο ξενώνας στον οποίο έγινε η έρευνά μας, αποτελεί μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχική νόσο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Λειτουργεί σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 815/84, για έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον Κοινωνικό Τομέα. Η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα, εξυπηρετεί τόσο τους κατοίκους του ξενώνα όσο και τους κατοίκους των προστατευόμενων διαμερισμάτων, οι οποίοι παρακολούθησαν το πρόγραμμα του ξενώνα και σταδιακά αυτονομούνται. Η έρευνα αφορά και τις δύο ομάδες πληθυσμού – στόχου. Η εργασία δομείται από το θεωρητικό και το εμπειρικό μέρος, που αφορά την έρευνα.

Στο θεωρητικό μέρος αναφέρονται οι ακόλουθες ενότητες:

- A. Η πρώτη ενότητα προσπαθεί να φέρει τον αναγνώστη σε επαφή με άγνωστες ίσως πτυχές του θέματος, όπως είναι η ψυχοπαθολογία που αφορά τις δύο νοσολογικές οντότητες της σχιζοφρένειας και των διαταραχών της διάθεσης. Δεν θα μπορούσαμε να μιλούμε για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, αν δεν γνωρίζουμε κάποια βασικά στοιχεία της ψυχοπαθητικότητας,
- B. Η δεύτερη ενότητα, αφορά τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες και την διάσταση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας.

Γ. Η τρίτη ενότητα, προσπαθεί να προσεγγίσει την διάσταση του χρόνου, μέσα από το υποκειμενικό ψυχωσικό βίωμα.

Δ. Η τέταρτη ενότητα, προσπαθεί να ορίσει το περιεχόμενο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τις βασικές αρχές, που την διέπουν.

Ε. Η πέμπτη ενότητα αναφέρεται ειδικότερα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση που αφορά τα άτομα με σχιζοφρένεια ή διαταραχή συναισθήματος.

Στ. Η έκτη ενότητα μας εισάγει στην διαδικασία εφαρμογής της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με τα στάδια της μεταβατικής και της κύριας φάσης. Εδώ εμπεριέχονται οι ενότητες, που αφορούν τους τομείς της αποκατάστασης και είναι η κατοικία, οι κοινωνικές δεξιότητες, η οικογένεια, η σεξουαλική ζωή, η θεραπευτική ομάδα, η επαγγελματική αποκατάσταση.

Ζ. Στην έβδομη ενότητα περιλαμβάνονται οι υποενότητες, υποκειμενική πρόσληψη και κοινωνική αναπαράσταση, υποκειμενική πρόσληψη και Ψυχική Νόσος, υποκειμενική πρόσληψη και κίνητρα.

Η. Η όγδοη ενότητα αναφέρεται στους στόχους, τα βασικά ερωτήματα και τις υποθέσεις της έρευνας.

Το εμπειρικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει:

α. την μεθοδολογία με υποενότητες, το δείγμα και την συνοπτική περιγραφή του, την συλλογή των δεδομένων και την επεξεργασία των δεδομένων.

β. τα αποτελέσματα, όπου εμπεριέχονται, τα αποτελέσματα από την ανάλυση των κλειστών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και η ανάλυση περιεχομένου των απαντήσεων από τις ανοικτές ερωτήσεις.

Γ. τα συμπεράσματα και ο επίλογος.

Μετά την παρουσίαση της βιβλιογραφίας, ακολουθεί το παράρτημα, με βοηθητικά στοιχεία όπως θεωρήσαμε ότι είναι ο κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ., ο κανονισμός

λειτουργίας του ξενώνα και των προστατευόμενων διαμερισμάτων σύμφωνα με τις
εισηγήσεις προς το αρμόδιο Υπουργείο και ο Νόμος για την Ψυχική Υγεία και την
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση της 23 Μάη 2000.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.α. Η Σχιζοφρένεια.

Ο Bleuler, το 1911 δημιούργησε τον όρο σχιζοφρένεια για να περιγράψει τους ασθενείς με διχασμένο νου (σχιζο-φρένεια), οι οποίοι είχαν την δυνατότητα να λειτουργούν φυσιολογικά, υπό ορισμένες συνθήκες, θεωρώντας έτσι, σαν αίτιο της νόσου μια παροδική φυσιολογική διαταραχή του εγκεφάλου¹.

Παρ' όλο που η κλινική εικόνα της νόσου, διαφέρει από άτομο σε άτομο, θα ήταν ενδιαφέρον να διαβάσουμε την προσωπική εμπειρία βίωσης του εαυτού, από ένα νεαρό άτομο, που πάσχει από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Ο νεαρός άνδρας στο ερώτημα "περιέγραψε τον εαυτό σου, όπως θες εσύ" αναφέρει:

"Είμαι διπλή προσωπικότητα, έτσι νομίζω... ο ένας είναι καλός και ο άλλος κακός· και τα δύο σε υψηλό επίπεδο. Ο καλός είναι ευαίσθητος όσο το κενό, που υπάρχει εκεί έξω· έξω από τη γη. Ο κακός είναι σαν το διάολο, που θέλει να γίνει ανώτερος από το Βασιλιά και δεν γίνεται... Σαν ένα όμως, γίνεται ένα πλάσμα, που κατοικεί στη γη κάθε δύο χιλιάδες χρόνια. Πραγματικά, έχει φτάσει σε ένα σημείο, που λαμβάνει ερεθισμούς από άλλα όντα έξω από τη λογική... Ένα του χαρακτηριστικό, το πιο ωραίο, που δεν το βλέπει το ανθρώπινο μάτι είναι η λάμψη και το σταμάτημα, που κάνει στη φύση, στα σύννεφα, στα πουλιά, το άνοιγμα του ηλίου, που κάνουν τα μάτια του... Ο χαρακτήρας μου είναι, σαν μια ακτίνα του ηλίου, που έτσι και σε αγγίζει πήρες φωτιά, αλλά υπάρχει και μια σταγόνα, που λέγεται ψυχή, που ζει από τη στοματική συμπεριφορά του άλλου ανθρώπου, δηλαδή ένας λόγος μπορεί να τον σηκώσει και ένας να τον αναστήσει, γεννημένος για ένα προσωπικό και πολύ θεϊκό αποτέλεσμα..."

Η Andreasen, το 1991 χαρακτήρισε την σχιζοφρένεια ως μια από τις πιο σοβαρές και πιθανώς την πιο πολυέξοδη ψυχική νόσο, η οποία εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, παρουσιάζει

¹ Μάνος, Ν., *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής* (αναθεωρημένη έκδοση), University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σ. 132.

υποτροπιάζουσα πορεία ή μεταπίπτει σε χρονιότητα².

Νωρίτερα, το 1981 ο Ciompi μίλησε για την επίδραση μιας ψυχοκοινωνικής αρχής της αδράνειας στο φαινόμενο της χρονιοποίησης. Ο Ελβετός Κοινωνικός ψυχολόγος διαπίστωσε μια προτεραιότητα της τάσης αποφυγής οποιασδήποτε αλλαγής μέσα από διαδικασίες διαρκούς επανάληψης³.

Οι Ciompi και Müller αναφερόμενοι στην θετική έκβαση της νόσου ή στην εξέλιξή της σε χρονιότητα, αναφέρθηκαν στους ακόλουθους συσχετιστικούς παράγοντες: α) τα συμπτώματα, βελτιώνονται με την πρόοδο της ηλικίας (εξαιρούνται άτομα, στα οποία συνυπάρχουν οργανικά εκφυλιστικά σύνδρομα), β) όταν η πρώτη κρίση χαρακτηρίζεται από οξύτητα, ένταση και επιβάρυνση με παραγωγικά συμπτώματα, η πρόγνωση είναι θετικότερη, γ) κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η δομή της προσωπικότητας και ο βαθμός κοινωνικότητας, πριν την έναρξη της νόσου⁴.

Η διαγνωστική οριοθέτηση της σχιζοφρένειας, στο πέρασμα του χρόνου, δεδομένου και του γεγονότος της διαφοροποίησης της κλινικής εικόνας από άτομο σε άτομο, δεν ήταν εύκολο εγχείρημα. Μερικές από τις προσπάθειες αυτές, τις πιο πρόσφατες, αποτελούν τα διαγνωστικά συστήματα DSM-III, DSM-III-R και DSM-IV⁵.

Τα συμπτώματα, που είναι χαρακτηριστικά για την νόσο, όπως αναφέρει ο Μάνος, προέρχονται από διαταραχές σε μεγάλο αριθμό ψυχικών λειτουργιών, όπως το συναίσθημα, η σκέψη, η αντίληψη, η βούληση, η αίσθηση του εαυτού, η ψυχοκινητικότητα κ.ά. Έτσι, ένα άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάσει την ακόλουθη κλινική ψυχοπαθολογία: α) **Σκέψη**: διαταραχές στο περιεχόμενο την δομή και την οργάνωση με την μορφή

² Werner, K, *Μπορούν να προληφθούν οι μισές υποτροπές της σχιζοφρένειας*; Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, 14^ο συνέδριο Ψυχιατρικής, Ηράκλειο 1996.

³ Schweitzer, Jochen., *Η περατή και η α-πέραντη Ψύχωση. Σκέψεις πάνω στη χρονιότητα και τις ψυχιατρικές υπηρεσίες* (μετφρ. Εμμανουηλίδου Α.), Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 61, Απρίλης – Μάης – Ιούνης 1996, 61-64.

⁴ Ο Müller, διατυπώνει την θέση του ότι "η εξέλιξη δεν είναι ενιαία, αλλά παραμένει μέχρι την τελευταία στιγμή ανοικτή, όπως η ίδια η ζωή".

⁵ Ο Μάνος, παρουσιάζει πολύ αναλυτικά και μεθοδικά σύμφωνα με τα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, τα διαγνωστικά κριτήρια με βάση τα συμπτώματα, τα συνοδά σημεία και διαταραχές. Επίσης, αναφέρεται στην διαφορετική διάγνωση ως κριτήρια οριοθέτησης της νόσου. Για περισσότερα δες Μάνος, 1997.

παραληρητικών ιδεών. Διαταραχή του ειρμού με εκδηλώσεις, όπως χάλαση των συνειρημών ως και ασυναρτησία, ένδοια λόγου, ακαμψία, νεολογισμοί, ηχολαλία, εμμονή κ.ά. β) **Αντίληψη:** παραισθήσεις (παρερμηνευτική αντίληψη), ψευδαισθήσεις (οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές, σωματαιοσθητικές), ευαισθησία στο φως, ήχο, οσμές· γ) **Συναίσθημα:** αμβλύτητα ή επιπέδωση, απρόσφορο συναίσθημα, αμφιθυμικό, καταθλιπτικό ή ευφορικό, ανηδονία, δ) **Βούληση:** αμφιβουλησία, απουσία πρωτοβουλίας, αμφιπραξία, ε) **Μνήμη,** **προσοχή:** αυτιστική μνήμη, αδυναμία συγκέντρωσης, μυθοπλασία, στ) **Συνείδηση:** ψευδοσυγγυτικές καταστάσεις, ζ) **Κινητικότητα:** έντονη διέγερση, στερεοτυπίες, παρακινήσεις, κατατονική εμβροντησία (stupor), κηρώδης ευκαμψία, μαννερισμοί, η) **Αίσθηση εαυτού:** σύγχυση ταυτότητας, απώλεια ορίων "εγώ" κ.ά. Η κλινική εικόνα, κλιμακώνεται σε τρεις φάσεις: α) πρόδρομη φάση, β) ενεργός φάση, γ) υπολειμματική φάση. Μερικοί ασθενείς εισέρχονται κατευθείαν στην δεύτερη φάση, όπου η εικόνα της διαταραχής παρουσιάζεται έντονη⁶.

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, στην τελευταία ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών (DSM-IV) αναφέρει τους κλινικούς τύπους της σχιζοφρένειας και τα διαγνωστικά κριτήρια κάθε τύπου, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη εκτίμηση του ασθενή. Ανεξάρτητα όμως από τις όποιες ταξινομήσεις, οι διαφοροποιήσεις που εξαρτώνται από τις ατομικές διαφορές, επηρεάζουν τόσο την συμπτωματολογία όσο και την πρόγνωση, την πορεία και την έκβαση της νόσου⁷.

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου αναφέρονται σε σταθερό επιπολασμό και έρευνες σ' όλο τον κόσμο αναφέρουν ποσοστά από 0,5% ως 1%. Πλήττονται ισότιμα

⁶ Η πρόδρομη φάση μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Ωστόσο, όπως είναι γνωστό από τις έρευνες, υπάρχουν ασθενείς, που δεν ακολουθούν την κλασική πορεία της Σχιζοφρένειας, αλλά παρουσιάζουν ξαφνικά, ψυχωσική διάσπαση και αιφνίδια εισαγωγή στην ενεργό φάση. ό.π. Μάνος., Ν., σ. 139.

⁷ Στην Βιβλιογραφία προτείνονται διάφορες κλινικές υποκατηγορίες, που διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης. Από το σύστημα DSM-IV προτείνονται, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη εκτίμηση του ασθενή, οι ακόλουθοι τύποι Σχιζοφρένειας: α) παρανοϊκός τύπος, β) αποδιοργανωμένος τύπος, γ) κατατονικός τύπος, δ) Αδιαφοροποίητος τύπος, ε) Υπολειμματικός τύπος. Για περισσότερα δες Μάνος., 1997, καθώς και Barondes., S., *Στοιχεία Μοριακής Νευροβιολογίας & Βιολογικό Υπόστρωμα Ψυχικών Διαταραχών* (Μετφρ. Καστελλάκης Α. - Παναγής Γ.), Εκδ. Ελλην. Αθήνα, 1997.

άνδρες και γυναίκες, πλούσιοι και φτωχοί και σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, από τις Η.Π.Α. και την Δ. Ευρώπη ως την Άπω Ανατολή. Οι άνδρες εμφανίζουν την νόσο σε νεαρή ηλικία (συχνά πριν το εικοστό έτος ηλικίας) ενώ οι γυναίκες, ως προς το ένα τρίτο του πληθυσμού που επηρεάζεται, εκδηλώνουν την νόσο μετά το τριακοστό έτος της ηλικίας. Συναντάται και η όψιμη έναρξη, ακόμα και μετά τα 45 έτη.

Ο Samuel Barondes, το 1993 στο βιβλίο του για το Βιολογικό υπόστρωμα των ψυχικών διαταραχών, αναφέρεται σε ενδείξεις για το γενετικό υπόβαθρο της σχιζοφρένειας μέσω μελετών, που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες, σε μονοζυγωτικά δίδυμα, σε υιοθετημένα άτομα και συσχετίζουν τους κινδύνους της νόσου με το βαθμό συγγένειας με άτομο, που' χει νοσήσει με την συγκεκριμένη διαταραχή. Η νευροβιολογική βάση της σχιζοφρένειας αποτελεί πλέον μια αποδεκτή θέση με πλήρη ανάπτυξη της σχετικής έρευνας, σήμερα. Υπάρχουν διάφορες νευροβιολογικές υποθέσεις, με πιο διαδεδομένη την υπόθεση της ντοπαμίνης. Ο ρόλος του περιβάλλοντος, ως αιτιολογικού παράγοντα έχει διερευνηθεί από την σκοπιά του τρόπου επικοινωνίας και αντιδράσεων μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, της μελέτης ύπαρξης τραυματισμού ή επιλοκών κατά τη γέννηση, την επίδραση στην εμφάνιση υποτροπής της νόσου⁸.

Θα θέλαμε να αναφέρουμε τον προβληματισμό μας για την πιθανή περιβαλλοντική επίδραση στην δημιουργία του νευροβιολογικού υποστρώματος των ψυχικών διαταραχών. Εισαγόμεστε έτσι σε έναν φαύλο κύκλο διερεύνησης του αιτίου και του αποτελέσματος με την υποθετική προοπτική της μελέτης σχέσεων περιβάλλοντος και βιολογικού υποστρώματος με αφορμή ποικίλα παραδείγματα σύνδεσης αυτών. Ακόμα και η εξαρτώμενη από την

⁸ Ενδείξεις για γενετικό υπόβαθρο της Σχιζοφρένειας προέρχονται από μελέτες, που συσχετίζουν τους κινδύνους της νόσου με το βαθμό συγγένειας με ένα άτομο, που πάσχει από την συγκεκριμένη διαταραχή. Οι γενετιστές εδώ και πολλά χρόνια γνωρίζουν ότι ορισμένοι άνθρωποι, που διαθέτουν στο γενετικό τους υλικό (DNA) το γονίδιο μιας νόσου, είτε δεν παρουσιάζουν συμπτώματα της νόσου (φαινόμενο της έλλειψης διεισδυτικότητας), ή παρουσιάζουν μια ποικιλία στην έκφραση του γονιδίου μέτρια ως σοβαρή (φαινόμενο της ποικίλης εκφραστικότητας). Μελέτες με σχιζοφρενείς και τις οικογένειές τους υποστηρίζουν την έλλειψη διεισδυτικότητας και ποικίλης εκφραστικότητας στις κληρονομικές ψυχικές ασθένειες. Περισσότερες πληροφορίες στο Barondes, S., 1997, σ. 186.

λειτουργία των ενδοκρινών αδένων, έκκριση των ορμονών (οι οποίες όπως έχει διαπιστωθεί σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την διάθεση και την ψυχική ισορροπία μας) επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως το κλίμα, οι κύκλοι ζωής του ατόμου, το άγχος, ψυχοπιεστικές καταστάσεις, αλλαγές στη ζωή κ.ά.

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας, αποτελεί μια διεργασία μακρόχρονη και επίπονη τόσο για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για την οικογένεια και την θεραπευτική ομάδα. Απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η οποία κατά τη γνώμη μας πρέπει να αρχίζει την πρώτη ημέρα της διάγνωσης της νόσου, είτε ο ασθενής αντιμετωπίζεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ή σε ενδιάμεση δομή – μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ή στο οικογενειακό περιβάλλον. Τα συμπτώματα⁹ αντιμετωπίζονται με σωματικές (Μάνος, σελ. 118) και ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

⁹ Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αναφέρονται ως θετικά (positive symptoms) και αρνητικά (Negative symptoms). Στα θετικά κατατάσσονται οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η παράξενη συμπεριφορά, η θετική μορφολογική (τυπική) διαταραχή της σκέψης, το απρόσφορο συναίσθημα. Στα αρνητικά συμπτώματα αναφέρονται το επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα, η αλογία, η αβουλησία – απάθεια, η ανηδονία και έλλειψη κοινωνικότητας, η διαταραχή της προσοχής. Πιο αναλυτικά δες Νέστορος, Ι., *Συμπλήρωμα Ψυχοφαρμακολογίας* στο Aruna., G., Myman., S., *Ψυχοφαρμακολογία* (επιμ. Νέστορος, Ι.), εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1994.

1.β. Διαταραχές της διάθεσης (ή συναισθηματικές διαταραχές)

Οι διαταραχές της διάθεσης, αποτελούν ομάδα διαταραχών με χαρακτηριστικό σύμπτωμα την διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης του ατόμου¹⁰.

Τα διάφορα συστήματα ταξινόμησης, προσπαθούν να οριοθετήσουν την κατηγορία αυτή των ψυχικών διαταραχών με κριτήρια, όπως η έντονη και παρατεταμένη συναισθηματική διάθεση κατάθλιψης ή έξαρσης, η αϋπνία, η διαταραχή της όρεξης, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η μείωση της σεξουαλικής διάθεσης, η έκπτωση της λειτουργικότητας, η διαταραχή της αντίληψης (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις) τάσεις αυτοκαταστροφής κ.ά.

Σύμφωνα με το DSM-IV, οι διαταραχές της διάθεσης διαίρονται στις καταθλιπτικές διαταραχές, τις διπολικές διαταραχές, τις διαταραχές διάθεσης οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση, στη διαταραχή διάθεσης από ουσίες και στη διαταραχή διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Σαν εκλυτικά αίτια, προτείνονται οι γενετικοί παράγοντες, νευροβιολογικοί παράγοντες και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (στρεσογόνα γεγονότα, ψυχολογικοί παράγοντες).

Οι καταθλιπτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα συμπτώματα: α) **διαταραχή στο συναίσθημα** (καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος), β) **διαταραχές στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα** (διαταραχές ύπνου, όρεξης, σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, κόπωση, εξάντληση), γ) **κινητοποίηση**: απώλεια ενδιαφέροντος, απελπισία, συναίσθημα ανικανότητας, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας. Δ) **Σκέψη – Αντίληψη**: σκέψεις αναξιότητας και ενοχής, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία συγκέντρωσης, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες. Ε) **σωματικά ενοχλήματα**.

Η ποιήτρια Sylvia Plath στο "Όμορφο Λαϊνί" περιγράφει την προσωπική της εμπειρία

¹⁰ ό.π. Μάνος, Ν. σ. 173.

κατάθλιψης:

"Δεν είχα κοιμηθεί επί επτά νύχτες... Ο λόγος για τον οποίο δεν είχα πλύνει τα ρούχα μου ή τα μαλλιά μου ήταν επειδή μου φαινόταν τόσο ανόητο. Έβλεπα τις μέρες του χρόνου να απλώνονται μπροστά, όπως μια σειρά φωτεινά, λευκά κουτιά που το ένα απ' το άλλο τα χώριζε ο ύπνος, σαν μια σκοτεινή σκιά. Μόνο για μένα, η μακρυά όψη των σκιών, που αναδείκνυε το ένα κουτί από το άλλο, ξαφνικά εξαφανίζονταν στη στιγμή, και μπορούσα να δω μέρα με τη μέρα να ακτινοβολεί μπροστά μου όπως μια λευκή φαρδιά, υπέρμετρα άδεια λεωφόρος. Μου φαινόταν ανόητο να πλένομαι σήμερα εφ' όσον θα έπρεπε να πλυθώ ξανά την επομένη. Με κούραζε ακόμα και να το σκέφτομαι. Ήθελα να κάνω οτιδήποτε μια φορά, που να διαρκεί για πάντα και να βρίσκομαι συνεχώς μαζί του".

Με πολύ απλό τρόπο, από την ανάλυση περιεχομένου του λόγου προκύπτουν κατηγορίες, που αναφέρονται στα συμπτώματα και τις ανάγκες του ατόμου που νοσεί.

Η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι γενικά καλή. Η θεραπεία είναι συνήθως συνδυαστική και περιλαμβάνει σωματικές θεραπείες (αντικαταθλιπτικά, μείζονα ηρεμιστικά, υπναγωγά κ.ά.) και ψυχοθεραπεία μέσα από βιοψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις¹¹.

Οι διπολικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες καταστάσεις της διάθεσης. Οι ασθενείς περνούν από εναλλαγές φάσεων μανίας και κατάθλιψης. Τα συμπτώματα των καταθλιπτικών επεισοδίων έχουν ήδη περιγραφεί. Τα επεισόδια μανίας, χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα συμπτώματα¹²:

Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευφορία, ευερεθιστότητα).

Διογκωμένη αυτοεκτίμηση.

Μείωση της ανάγκης για ύπνο.

Πίεση λόγου.

Διάσπαση συγκέντρωσης, προσοχής.

¹¹ ό.π. Μάνος, Ν. σ. 212 και Μαδιανός, Μ. σ. 119.

¹² Για περισσότερα δεξ Μάνος., Ν., σ. 238.

Συναισθηματική αστάθεια.

Υπερδραστηριότητα / υπερκινητικότητα (στους τομείς κοινωνικής, εργασιακής και σεξουαλικής ζωής), ψυχοκινητική ανησυχία.

Ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

Υπερενασχόληση και εμπλοκή σε δραστηριότητες με δυσάρεστες συνέπειες.

Η θεραπεία είναι φαρμακευτική, εκπαιδευτική (κατά βάση υποστηρικτική ψυχοθεραπεία στην πρόληψη και αντιμετώπιση των υποτροπών).

2. Ψυχοκοινωνικές ανάγκες και η διάσταση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας.

Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχική νόσο είναι αυτές, που πρέπει να καθορίζουν το πρότυπο των θεραπευτικών και αποκαταστασιακών παρεμβάσεων και σε καμία περίπτωση το αντίθετο. Βέβαια, η πρόταση αυτή μας δεσμεύει να διευκρινίσουμε ότι οι ανάγκες του ατόμου έχουν μια υποκειμενική και μια αντικειμενική υφή. Η αντικειμενική υφή προσδιορίζεται από παράγοντες, που σχετίζονται με την εκτίμηση της λειτουργικότητας και των δεικτών που χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής. Η υποκειμενική πλευρά, αναφέρεται στην εκτίμηση που τα ίδια τα άτομα έχουν για τις ανάγκες τους, στην οποία δεν πρέπει να παραβλέπεται η αυτό-εικόνα, η υποκειμενική πρόσληψη της πραγματικότητας, ο ρόλος της εμπειρίας, της έκφρασης, της ψυχοπαθολογίας κ.ά.

Οι Bengtsson και Mansson το 1999, θεώρησαν ως ποιότητα ζωής την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας, που εξαρτάται από τις αντικειμενικές συνθήκες της ζωής του ατόμου, τα ατομικά του χαρακτηριστικά και τις υποκειμενικές του εμπειρίες¹³.

Στην περίπτωση των ατόμων με ψυχική νόσο, καθοριστικό ρόλο στην υποκειμενική πρόσληψη των αναγκών διαδραματίζει η αναπαράσταση του εαυτού, του άλλου, της κοινωνίας γενικότερα, στοιχεία τα οποία συνθέτουν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα του ατόμου.

Ο Ναυρίδης, επιχειρεί να προσδιορίσει το σημείο σύνδεσης μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας και φαίνεται να το εντοπίζει στο επίπεδο των σημασιών ή επίπεδο του νοήματος "Το προσωπικό με το κοινωνικό, συνυφαίνονται στις σημασίες, που έχουν τα συναισθήματα του ατόμου, οι πράξεις του, οι αντιλήψεις κ.ά... ένα μέρος της προσωπικής εμπειρίας είναι μεταβιβάσιμο στους άλλους... γιατί είναι σε θέση ένα άτομο να δώσει στους άλλους να καταλάβουν, αυτά που σκέφτεται, αυτά που κάνει, γιατί διαθέτει τις κατάλληλες

¹³ Bengtson., A., Mansson., L., (1999) "Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life", Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34: 513 – 518.

λέξεις ή άλλους τρόπους για να τα "πει", που του επιτρέπουν να το κάνει"¹⁴.

Όμως, η μετάδοση της εμπειρίας προϋποθέτει την χρήση κωδίκων με κοινό εμπειρικό αντίκρουσμα και αντιστοιχία σε ανάλογα βιώματα, που διευκολύνουν την επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση. Στον κόσμο της ψύχωσης η επικοινωνία και η κοινωνικοποίηση δυσχεραίνονται, λόγω χρήσης διαφορετικών κωδίκων χωρίς κοινή εμπειρική αντιστοιχία, πράγμα που άπτεται του γεγονότος της διαφορετικής αντίληψης της πραγματικότητας.

Προϋποθέσεις συνάρθρωσης του ψυχικού με το κοινωνικό, όπως αναφέρει ο Ναυρίδης είναι η πραγματοποίηση του εγχειρήματος σε μεθοδολογικό σε εννοιολογικό και θεωρητικό επίπεδο και σε επίπεδο αποτελεσμάτων. Προτείνει, την δημιουργία ενός πλαισίου διεπιστημονικής κλινικής – κοινωνικής ψυχολογίας, που θα παρέχει τη δυνατότητα σύνθετων φαινομένων, όπως η δόμηση, αποδόμηση και αναδόμηση της ταυτότητας. Ο Pages μίλησε με τον όρο "κοινωνικο-ψυχικό σύστημα", ενώ ο Gaulyes βάσιζε τα επιχειρήματά του στο γεγονός της εγγραφής των "αφηγήσεων ζωής" πάνω στα ίχνη της ιστορίας του υποκειμένου, σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο¹⁵.

Η έννοια της ταυτότητας προϋποθέτει την έννοια της ένταξης σε μια ομάδα. Είναι λοιπόν εξ' ορισμού μια οντότητα ψυχοκοινωνική.

Ο Tajfel, το 1978 ορίζει την ψυχοκοινωνική ταυτότητα ως την γνώση του ατόμου ότι υπάγεται σε κάποιες κοινωνικές ομάδες σε συνδυασμό με την συναισθηματική και αξιολογική σημασία, που έχει για το άτομο, η ομάδα υπαγωγής¹⁶.

Ο Erikson, το 1968 χαρακτήρισε την ψυχοκοινωνική ταυτότητα ως τον εκφραστή "μη απτών χαρακτηριστικών, ταυτόχρονα υποκειμενικών και αντικειμενικών, ατομικών και κοινωνικών". Παράγοντες διαμόρφωσής της είναι η εναρμόνιση των πρωταρχικών σταδίων

¹⁴ Για περισσότερα δεξ Ναυρίδης, Κ., *Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1994, σ. 26.

¹⁵ Οι υποστηρικτές της συνάρθρωσης του ψυχικού με το κοινωνικό, κατά τον Ναυρίδη, διαθέτουν βασική εκπαιδευτική εμπειρία πολλαπλών κατευθύνσεων. Αυτό αποτελεί ένα από τα "φυσικά" προαπαιτούμενα χαρακτηριστικά ώστε να είναι δυνατή η μερική εσωτερίκευση των διαφορετικών απόψεων. Δες και Ναυρίδης., Κ., σ. 63.

¹⁶ Zavalloni., M., Luis-Guerin C., *Κοινωνική Ταυτότητα και Συνείδηση*, επιμ. Ρήγα Β., εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996, σ. 11.

ανάπτυξης του Εγώ με αλλαγές σημαντικές για τη ζωή, όπως οικογενειακές, οικονομικές, πολιτισμικές, γεωγραφικές κ.ά.¹⁷.

Η Zavalloni, το 1984 προτείνει τις διαστάσεις που ορίζουν την ταυτότητα: α) συνείδηση της ατομικής ταυτότητας, β) σταθερότητα των ατομικών χαρακτηριστικών, γ) ολοκληρωμένη, μέσω ταυτίσεων της παιδικής ηλικίας σύνθεση του Εγώ (Ego synthesis), 4) εσωτερική αλληλεγγύη με τα ιδανικά και την ταυτότητα της ομάδας υπαγωγής. Επομένως, έχουμε σύνδεση του ατομικού με το κοινωνικό, του εαυτού με τις ατομικές νοητικές αναπαραστάσεις και τους κοινωνικούς ρόλους¹⁸. Οι κοινωνικοί ρόλοι, η ταυτότητα και οι ανάγκες είναι άρρητα συνδεδεμένες μεταξύ τους και περιπλέκουν τα πράγματα, όταν δεν υπάρχει σταθερότητα και υπόκεινται σε διαρκείς αλλαγές. Αυτό συμβαίνει σε καταστάσεις μετάβασης των ατόμων με ψυχική νόσο από την οικογενειακή ατμόσφαιρα στο νοσοκομειακό περιβάλλον ή από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε μια δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπου οι ρόλοι μεταβάλλονται.

Ο Wilson το 1987, κατέταξε τις ανάγκες των ατόμων με ψυχική νόσο, σε σωματικές, γνωσιακές, αισθητικές, αντιληπτικές, κοινωνικές, εκφραστικές, ανεξαρτησίας και ικανότητας κατηγοριοποίησης¹⁹.

Ο Μαδιανός, περιγράφοντας το 1994, τα στάδια της λειτουργικότητας²⁰ της σχιζοφρενικής διαταραχής, έμμεσα μας βοηθά στον καθορισμό των αναγκών. Έτσι, στο στάδιο της έκπτωσης κύρια ανάγκη είναι η πολύπλευρη αντιμετώπιση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων²¹. Στο στάδιο της ανικανότητας είναι χαρακτηριστικός ο προσδιορισμός των αναγκών μέσα από την εκτίμηση της μείωσης των κοινωνικών

¹⁷ Zavalloni, M., Luis-Guerin C., σ. 42.

¹⁸ Zavalloni, M., Luis-Guerin C., σ. 173-178.

¹⁹ Μαδιανός, Μ. *Η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, από το άσυλο στην κοινότητα*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994, σ. 142.

²⁰ Μαδιανός, Μ., σ. 46.

²¹ ό.π. παραπομπή 9 του παρόντος.

δεξιότητων²². Στο στάδιο της αναπηρίας η παρέμβαση περιλαμβάνει πρακτικές, που θα ανταποκρίνονται στην ανάγκη για εργασία και περιορισμό της κοινωνικής απόσυρσης.

Ο Brewin, το 1998 αναφέρει ως πιο συχνές ανάγκες την αντιμετώπιση των ψυχωσικών και νευρωσικών συμπτωμάτων, τα παθολογικά προβλήματα, τις εργασιακές δεξιότητες, την δυσκολία διαχείρισης των χρημάτων.

Οι Niersona et al μίλησαν το ίδιο έτος, για τον εντοπισμό αναγκών, που σχετίζονται με τις καθημερινές δραστηριότητες, τις στενές σχέσεις και την σεξουαλική έκφραση.

Οι Phelan et al σε έρευνα τους για την αξιολόγηση των αναγκών, αναφέρθηκαν στην αυτοφροντίδα, στην διατροφή, τις ημερήσιες δραστηριότητες, στη φυσική σωματική κατάσταση, στα συμπτώματα, στην ανάγκη για ενημέρωση για την νόσο και την θεραπεία, ανάγκη για ασφάλεια για τον εαυτό και τον άλλο, την ανάγκη για παρέα, στενές σχέσεις, σεξουαλική έκφραση, βασική εκπαίδευση. Επίσης την ανάγκη για πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές, για χρήση μέσων μαζικής επικοινωνίας και μεταφοράς, στέγαση.

Ο Romney το 1995, θεώρησε ως πρώτο και ουσιαστικό βήμα για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με σχιζοφρένεια την αντιμετώπιση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων.

Όλες οι ανάγκες μας καθοδηγούν στο είδος των παρεμβάσεων μέσα από την σφαιρική θεώρηση της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας. Ο Wing αναφέρει πως ένα άτομο, που νοσεί από σχιζοφρένεια παρουσιάζει αμφιθυμία ή παρορμητικότητα, ελλειμματική προσοχή, παθητικότητα, επιθετικότητα εμφανή ή υπολανθάνουσα, απόσυρση, χαμηλό επίπεδο ανοχής σε ματαιώσεις, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, απουσία ορίων, συμβιωτικές σχέσεις²³.

Ο Abraham Maslow, στη θεωρία του για την ιεραρχία των αναγκών, διαχώρισε πέντε ομάδες βασικών αναγκών, ιεραρχημένες με βάση την ισχύ τους, την σειρά εμφάνισης κατά

²² ό.π. Μαδιανός, Μ., σ. 92-97 και Τρύλιβα Σ., *Η εκπαίδευση για την ανάπτυξη δεξιοτήτων προς μία καλύτερη ζωή στο Πουρκός, Μ., Ατομικές Διαφορές Μαθητών και Εναλλακτικές Ψυχοπαιδαγωγικές Προσεγγίσεις*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1997.

²³ Μαδιανός, Μ., σ. 114.

την διάρκεια της ζωής, την εξελικτική πορεία, τον ρόλο της στην επίτευξη της επιβίωσης του ατόμου. Έτσι έχουμε: α) **τις φυσιολογικές ανάγκες**, που είναι βιολογικές και λειτουργικές, β) **ανάγκες για ασφάλεια**: σταθερότητα, προστασία, απουσία φόβου και άγχους, εξάρτηση, δομή και τάξη. Είναι σημαντικές ψυχολογικές ανάγκες της παιδικής ηλικίας, που αν παραμείνουν ισχυρές σηματοδοτούν παθολογικές καταστάσεις σε μεγαλύτερες ηλικίες, γ) **ανάγκη για κατοχή και αγάπη**: επιδίωξη σχέσεων στοργής με άλλους. Η ματαίωση της εκπλήρωσής της οδηγεί σε συναισθήματα απόρριψης, μοναξιάς και κατά προέκταση απόσυρσης, δ) **ανάγκη για εκτίμηση**: εκφράζεται ως ανάγκη για αυτοεκτίμηση (μέσω ισχύος, επιτυχίας, ικανότητας, ανεξαρτησίας) και για εκτίμηση από τους άλλους (μέσω υψηλής θέσης κύρους, θετική αξιολόγηση, αναγνώριση). Αδυναμία εκπλήρωσης της ανάγκης αυτής οδηγεί σε συναισθήματα μειονεξίας και απόγνωσης. Ε) **ανάγκη για αυτοπραγμάτωση**: η έκφρασή της παρουσιάζει διακύμανση με κριτήρια ατομικών διαφορών²⁴.

Η ψυχική νόσος παρουσιάζει βιολογικές και λειτουργικές διαταραχές, με εκδηλώσεις όπως η αϋπνία, διαταραχές της όρεξης, μεταβολικές διαταραχές. Ωστόσο, επηρεάζεται και το κοινωνικό πεδίο, λόγω περιορισμού της λειτουργικότητας με επακόλουθα την απώλεια της εργασίας, την μείωση της κοινωνικής ζωής και άλλα γεγονότα, που μας οδηγούν στην δυσκολία πραγμάτωσης των φυσιολογικών αναγκών. Παράλληλα και η ανάγκη για ασφάλεια ματαιώνεται καθώς το άτομο αισθάνεται φόβο και άγχος και ανασφάλεια σε σχέση με το περιβάλλον του, τον χρόνο, τις καθημερινές του δραστηριότητες. Για την εξασφάλιση σταθερότητας που θα μειώσει την ανασφάλεια, το άτομο υιοθετεί συχνά πρακτικές, που βοηθούν στην αποφυγή αλλαγών όπως π.χ. οι στερεοτυπίες, οι τελετουργίες, οι ψυχαναγκασμοί, η μονιμότητα των αντικειμένων στο χώρο κ.ά. Η εξάρτηση επίσης με την προσκόλληση σε σημαντικά πρόσωπα εξυπηρετεί την ανάγκη για ασφάλεια. Ίσως να εξηγεί

²⁴ Περισσότερα δεξ. Ευκλείδη – Κωσταρίδου, Α., *Ψυχολογία Κινήτρων*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997, σ. 78-80. Ο Abraham Maslow, ξεκίνησε ως μπηχεβιοριστής αλλά επηρεάστηκε αργότερα από την Ψυχαναλυτική θεωρία και τη θεωρία της Μορφής.

και την ανοχή της συμπεριφοράς των άλλων ακόμα και σε καταστάσεις, που δεν βρίσκουμε κάποια κοινή εξήγηση. Η ανάγκη για προστασία μεθοδεύει και αυτή την εξυπηρέτηση της ανάγκης για ασφάλεια. Όλες αυτές οι παράμετροι δίνουν νόημα, κατά κάποιον τρόπο στην ερμηνεία και ύπαρξη του ιδρυματισμού²⁵ ως κατάστασης, που ενισχύεται και μέσα από διαδικασίες ψυχολογιοποίησης αλλά και μέσα από ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με ψυχική νόσο, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η εναλλακτική θεώρηση της πραγματικότητας κ.ά. Η ανάγκη για κατοχή και αγάπη, όταν δεν βρίσκει τρόπους εκπλήρωσης οδηγεί σε υιοθέτηση αυτιστικής συμπεριφοράς κατά τον Maslow. Ίσως έτσι εξηγείται, η συλλογή από τους ασθενείς στους θαλάμους των ψυχιατρικών νοσοκομείων, πολλών άχρηστων αντικειμένων, που πολύ προσεκτικά κρύβουν κάτω από τα στρώματά τους²⁶.

Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και θετική αξιολόγηση από τους άλλους ματαιώνεται συχνά στα άτομα, που πάσχουν ψυχικά. Ίσως γιατί τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και προβλήματα στον αυτοπροσδιορισμό της ψυχοκοινωνικής τους ταυτότητας, τείνουν να προσλαμβάνουν την ταυτότητα, που οι άλλοι τους προσδίδουν. Η αυτογνωσία έτσι και η επίτευξη της αυτοπραγμάτωσης, αποβαίνουν δύσκολα επιτεύγματα.

Το γεγονός του "ανήκειν" σε μια ομάδα αυτό καθ' αυτό, ενισχύει την θετική αυτοεικόνα, όπως πρεσβεύει ο Lewin²⁷.

Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες συχνά βρίσκονται στην κατάσταση να πρέπει να αντιμετωπίσουν δύο περιβάλλοντα. Αυτό συμβαίνει είτε λόγω της μετάβασης από το νοσοκομείο στην κοινότητα και αντιστρόφως, ή λόγω της διπλής συνειδητότητας εξαιτίας

²⁵ Πρόκειται για σύνδρομο με χαρακτηριστικά συμπτώματα, που εμφανίζουν όχι μόνο οι χρόνιοι ασθενείς των ψυχιατρικών ιδρυμάτων αλλά και οι έγκλειστοι των φυλακών. Περισσότερες πληροφορίες θα ακολουθήσουν στο κείμενο της παρούσας εργασίας.

²⁶ Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς στο προαύλιο του ψυχιατρικού Νοσοκομείου ζητούν χρήματα και τσιγάρα από τους επισκέπτες. Πολλοί απ' αυτούς κρατούν το τσιγάρο χωρίς να το καπνίζουν ή συλλέγουν τα χρήματα, κάνοντας περιουσίες, χωρίς να τα αξιοποιούν για την εκπλήρωση των καθημερινών τους αναγκών. Αυτοί οι ασθενείς, ίσως μέσα από την κατοχή και την κοινωνική επαφή, πραγματώνουν την ανάγκη τους για επικοινωνία και αγάπη.

²⁷ Περισσότερα δεξ Ευκλείδη – Κωσταρίδου Α., σ.σ. 116-129.

της βίωσης δύο διαφορετικών πραγματικοτήτων, λόγω της ψυχοπαθολογίας.

Ο Park, μιλώντας για την διχοτόμηση²⁸ (marginality) του ατόμου, όταν αυτό βρίσκεται ανάμεσα σε δύο περιβάλλοντα, αναφέρεται στις επικείμενες ψυχολογικές συγκρούσεις και στην αποδιοργάνωση του εαυτού. Ο Dubois μίλησε για την κατάσταση της "διπλής συνειδητότητας"²⁹ (double consciousness) σαν ψυχολογική διάσταση, κατά την οποία το άτομο βιώνει την συνείδηση του εαυτού, ως μέλους και ταυτόχρονα ως ξένου σε δύο ή περισσότερα περιβάλλοντα. Το άτομο, προσπαθώντας μέσα από ψυχολογικές διεργασίες να ανταποκριθεί στα δύο περιβάλλοντα, βιώνει καταστάσεις αμφισημίας, σύγχυσης ρόλων και ταυτότητας, απουσίας ή ανεπάρκειας κανονιστικού πλαισίου³⁰.

Ο Rosenberg, συνδυάζοντας τις θεωρίες της φαινομενολογίας και της συμβολικής αλληλεπίδρασης στις μελέτες του για την έννοια του εαυτού, προσπάθησε να ερμηνεύσει σ' ένα ενιαίο πλαίσιο τον σχηματισμό της αυτοαντίληψης. Περιέγραψε ένα πλαίσιο, που χαρακτηρίζεται από τέσσερις αρχές, που είναι: οι κοινωνικές συγκρίσεις (Social Comparison processes) οι αντανakλαστικές αξιολογήσεις (reflected appraisals), η ψυχολογική κεντρικότητα (psychological centrality), οι ερμηνείες του ατόμου για τις προσωπικές επιτυχίες ή αποτυχίες του (personal attribution for success and failure)³¹. Η θεωρία του Mead, πρεσβεύει ότι το άτομο αποκτά αυτοαντίληψη μέσα από διαδικασίες πραγματικές ή συμβολικής αλληλεπίδρασης. Η συμπεριφορά, κατευθύνεται από την συνείδηση της αυτοεικόνας, τον αυτοπροσδιορισμό και την αλληλεπίδραση με την γνώση μας για το άλλο άτομο καθώς και την συνείδηση, που έχουμε για το πώς ο άλλος μας αντιλαμβάνεται³².

Οι Janoff – Bulman & Frieze το 1983, στις έρευνες τους σχετικά με τους αιτιολογικούς προσδιορισμούς στις διαπροσωπικές σχέσεις και την παθολογική

²⁸ Περισσότερα δεξ Segall, M., - Dasen, P., - Berry, J., - Poortinga, Y., *Διαπολιτισμική Ψυχολογία*, Επιμέλεια Γεώργας, Δ., Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996, σ. 45-47.

²⁹ Επίσης ό.π. *Διαπολιτισμική Ψυχολογία*, σ. 45-47.

³⁰ ό.π. *Διαπολιτισμική Ψυχολογία*, σ. 343-357.

³¹ Γκότοβος, Α., *Παιδαγωγική Αλληλεπίδραση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1995.

³² ό.π. Γκότοβος, Α.

συμπεριφορά, αναφέρθηκαν στις αλλαγές, που συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου λόγω σωματικής ή ψυχολογικής απώλειας, επισημαίνοντας ότι ανεξάρτητα από την πηγή και το είδος της απώλειας, τα άτομα βιώνουν κάποια κοινά συναισθήματα. Αυτά είναι το σοκ, η σύγχυση, η απελπισία, το άγχος, η κατάθλιψη. Συνεπακόλουθο είναι η απώλεια της αυτοεκτίμησης, η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου της κατάστασης και οι αντιδράσεις του περιβάλλοντος, που χαρακτηρίζονται από απορριπτική στάση ή αμφιβολία³³. Αυτές οι αρνητικές εμπειρίες επηρεάζουν τις ανάγκες του ατόμου, την ταυτότητά του, αλλά και το προσανατολισμό του στο μέλλον, οδηγώντας τον σε απώλεια του νοήματος της ζωής, σε επαναληπτικές συζητήσεις του γεγονότος της απώλειας και σε καθήλωση της σκέψης σε ιδέες σχετικές του τραυματικού συμβάντος.

Η Ψυχαναλυτική θεωρία αναφέρεται στους μηχανισμούς άμυνας ως ρυθμιστές της προσαρμογής του ατόμου στις διεργασίες ικανοποίησης των αναγκών του. Θεωρεί το περιβάλλον ως πηγή πόνου και ματαιώσης ή ως πηγή ικανοποίησης των αναγκών. Οι ενδοψυχικοί παράγοντες, σύμφωνα με την θεωρία, θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας, σε σχέση με την δευτερεύουσα σημασία του περιβάλλοντος, στην ικανοποίηση των αναγκών. Οι νεώτεροι ψυχαναλυτικοί θεωρούν σημαντική την αλληλεπίδραση ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων στην επίτευξη προσαρμογής του ατόμου στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος³⁴.

³³ ό.π. Ευκλείδη – Κωσταρίδου Α., σ.σ. 165-193.

³⁴ Δες Ψυχολογία Κινήτρων, σ. 71.

3. Η διάσταση του χρόνου (Παρελθόν – Παρόν – Μέλλον)

Για τους κοινωνιολόγους Elias και Norohty, ο χρόνος μπορεί να νοηθεί όχι μόνο με την αντικειμενική του διάσταση, ως μια φυσική μετρήσιμη διάρκεια, αλλά και ως μια κοινωνική σύμβαση, σύμφωνα με την οποία, οι άνθρωποι προγραμματίζουν την δράση τους. Έτσι, βιώνουν το χρόνο χωρίζοντας τις ημέρες, σε μονάδες σημασίας, που γεμίζουν με τις πράξεις και τις αναμνήσεις τους. Είναι ένα νοητικό κατασκεύασμα, που δημιουργείται και νοηματοδοτείται μέσα από πράξεις και παραλήψεις, που συνδέονται στην μνήμη³⁵.

Οι φαινομενολόγοι αναφέρθηκαν στον "ψυχολογικό χρόνο" ως αρχή σύμφωνα με την οποία μπορεί να ερμηνευτεί ο ενεργητικός και προβλεπτικός χαρακτήρας της συμπεριφοράς. Σ' αυτό το επίπεδο οργάνωσης, προτείνουν ότι η συμπεριφορά εκφράζει την κατεύθυνση προς το μέλλον, ιδιότητα έμφυτη τονίζοντας την συνύπαρξη των διαστάσεων παρελθόν – παρόν – μέλλον, σε κάθε στιγμή.

Ο Πουρκός, αναφερόμενος στην υποκειμενικότητα μιλάει για "... τον τρόπο που ένας οργανισμός σχετίζεται με τον κόσμο, τον τρόπο, που προσανατολίζεται, εστιάζει την προσοχή του και αλληλεπιδρά μ' αυτόν σαν ολότητα σε ζωντανές καθημερινές καταστάσεις της ζωής". Αναφέρει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις της έκδηλης ενεργητικής προσοχής και αλληλεπίδρασης: την χωρική, την χρονική και την δυναμική³⁶.

Αναφερόμαστε στο χρόνο, γιατί μας ενδιαφέρει το υποκειμενικό ψυχωσκό χρονικό βίωμα. Ο ψυχίατρος Hannibal γράφει συγκεκριμένα: "Στην ενδογενή κατάθλιψη, μπλοκάρει στην κατάσταση της ζωτικής αναστολής, ο χρόνος του εγώ (Ich-zeit, δηλαδή ο προσωπικά βιωμένος χρόνος) και παραμένει πίσω από τον αντικειμενικό χρόνο. Το μέλλον, σαν διαμορφωμένο με περιεχόμενο και βιωμένο πεδίο δράσης, σκέψεων, αισθημάτων και επιθυμιών, που πιέζουν να εξωτερικευθούν χάνεται. Ο χώρος του μέλλοντος, δεν γεμίζει πλέον με επιθυμίες και προθέσεις αλλά παραμένει άμορφος, αδειάζει άτονα τα χρώματά του

³⁵ Περισσότερα στο άρθρο του Schweitzer, I., παραπομπή 3.

³⁶ Πουρκός, Μ., *Ο ρόλος του Πλαισίου στην Ανθρώπινη Επικοινωνία την Εκπαίδευση και την Κοινωνικο-ηθική μάθηση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1997, σ. 299.

και στο τέλος μοιάζει να χάνεται τελείως. Αυτή η απουσία μελλοντικών στόχων, αλλάζει και την δομή του παρελθόντος. Καθήκοντα και στόχοι του παρελθόντος, δεν μπορούν πια να ολοκληρωθούν μέχρι τέλους, το άτομο νοιώθει καρφωμένο στο παρελθόν και χάνει τον εαυτό του σε αυτοκατηγορίες και ατέλειωτες επαναλήψεις³⁷.

Όπως αναφέραμε προηγούμενα, η αίσθηση του ατόμου ότι ελέγχει το περιβάλλον και την ανάπτυξή του επηρεάζουν τους στόχους, τις προσδοκίες και τον προσανατολισμό του στο μέλλον. Ο Brandtstadler αναφέρεται στην γνωστική συναισθηματική και συμπεριφορική πλευρά του ατομικού ελέγχου και τις μεταξύ αυτών συνδέσεις³⁸. Ο Trommsdorf θεώρησε τον προσανατολισμό στο μέλλον ως την προσδοκία και την δόμηση του μελλοντικού εαυτού σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και αναγνώρισαν σ' αυτόν μια παρωθητική (motivational) και μια συναισθηματική (effective) ποιότητα, που σχετίζεται με την ικανοποίηση των υποκειμενικών αναγκών και την γνωστική (cognitive) πλευρά, που χαρακτηρίζει τις προσδοκίες ως ρεαλιστικές και μη³⁹.

Ο Marcia, περιγράφοντας την ταυτότητα, της απέδωσε τις ιδιότητες της εσωτερικής, αυτοδομημένης, δυναμικής οργάνωσης ενορμήσεων, ικανοτήτων και ατομική ιστορίας. Σύμφωνα με τον ίδιο, οι καταστάσεις της ταυτότητας είναι η διάχυση (identity diffusion), η άγνοια (foreclosure), η αναβλητικότητα (moratorium) και η επίτευξη ταυτότητας (identity achievement)⁴⁰.

Ο Nurmi, έχοντας επιρροές από την θεωρία του Marcia, θεωρεί ότι η ανάπτυξη της ταυτότητας συνδέεται με τον προσανατολισμό στο μέλλον⁴¹.

Οι Pulkkinen και Ronka, υπέθεσαν, ότι οι καταστάσεις επίτευξης και άγνοιας της ταυτότητας συνδέονται με αυτοαντιλήψεις υψηλού ελέγχου στην ατομική ανάπτυξη και

³⁷ Περισσότερα στο άρθρο του Schweitzer, I., παραπομπή 3.

³⁸ Pulkkinen, L., Ronka, A., *Personal control over Development, Identity Formation, and Future Orientation as Components of Life orientation. A Developmental Approach.*, Developmental Psychology, March 1994, Vol. 30, No 2., 260-271.

³⁹ ό.π. Pulkkinen, L., Ronka, A., 1994.

⁴⁰ ό.π. Pulkkinen, L., Ronka, A., 1994.

⁴¹ ό.π. Pulkkinen, L., Ronka, A., 1994.

θετικό προσανατολισμό στο μέλλον, ενώ η κατάσταση της διάχυσης, συνδέεται με αυτοαντιλήψεις χαμηλού ελέγχου και αρνητικού προσανατολισμού στο μέλλον. Συνέδεσαν τον θετικό προσανατολισμό με την ψυχολογική λειτουργία της προσαρμογής (adaptive psychological functioning). Συνοπτικά, υπέθεσαν, πως οι θετικές προσλήψεις εκδηλώνονται ως ικανοποίηση για την ζωή, αίσθηση ηρεμίας και ασφάλειας κ.ά. Οι στόχοι, εκδηλώνονται με την επαγγελματική πορεία, η κοινωνική αποδοχή με την δημιουργία οικογένειας και κοινωνικού διαπροσωπικού δικτύου. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι περιστασιακές απαιτήσεις (situational demands), οι διαδικασίες γνωστικής ωρίμανσης (cognitive maturation), η κοινωνική μάθηση και οι διαδικασίες αλληλεπίδρασης (interaction processes)⁴².

Πέρα από το υποκειμενικό βίωμα του χρόνου και τις παρεμβαλλόμενες μεταβλητές των ψυχοπαθολογικών παραγόντων, μας ενδιαφέρει η μεταβλητή ηλικία ως προς τις διαστάσεις του χρόνου, η οποία σχετίζεται τόσο με τις εμπειρίες της ζωής, τον βαθμό ωρίμανσης, τον κύκλο ζωής του ατόμου, το επίπεδο διαφοροποίησης.

Έχει βρεθεί ότι τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες και σοβαρές ψυχικές ασθένειες, έχουν λιγότερους στόχους για να επιφέρουν αλλαγές στη ζωή τους καθώς μπαίνουν στην δεκαετία των 30 ετών. Μελέτες έχουν δείξει ότι σε σύγκριση με ασθενείς μικρότερους της ηλικίας των 30 ετών, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 30 ετών, που στόχευαν ν' αλλάξουν οτιδήποτε στη ζωή τους, ήταν ελάχιστοι.

Ο Lamp, (1999), αναφέρει, προσπαθώντας να ερμηνεύσει το γεγονός ότι τα άτομα αυτά προφανώς βίωσαν μεγάλη ψυχική κούραση μετά από επανειλημμένες αποτυχίες και ματαιώσεις. Έτσι, υποτίμησαν τους στόχους τους, τους έβαλαν στο περιθώριο και αποδέχτηκαν μια ζωή χωρίς στόχους. Ο ίδιος ερευνητής, παρατήρησε υψηλή συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και της ιδρυματοποίησης. Τα νεαρά άτομα, προσπαθούν να

⁴² ό.π. Pulkkinen, L., Ronka, A., 1994.

πετύχουν έναν βαθμό ανεξαρτησίας μέσα από την επιλογή επαγγέλματος και την θεμελίωση ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων, αποκτώντας έτσι την ταυτότητά τους. Τα άτομα με ψυχική νόσο, έχουν μειωμένη αντοχή σε στρεσογόνους παράγοντες, με συνέπειες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι απελπισμένες προσπάθειες επίτευξης στόχων μετά από επανειλημμένες αποτυχίες, ματαιώσεις και συναισθήματα άγχους και απόγνωσης οδηγούν τα ευάλωτα αυτά άτομα σε αποδιοργάνωση, συνεχείς νοσηλείες, αναστολή των στόχων και αποφυγή έκθεσης σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες.

4. Ορισμός και βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Ο όρος Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (psychosocial rehabilitation), χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία χρόνια για να περιγράψει τις διαδικασίες αποκατάστασης ατόμων με ψυχική νόσο, με θεώρηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων της κατηγορίας αυτής. Η ύπαρξη ποικιλίας θεωρητικών μοντέλων, σχολών και τεχνικών παρέμβασης κάνουν δύσκολο τον λειτουργικό προσδιορισμό του συγκεκριμένου εννοιολογικού κατασκευάσματος. Έτσι, συναντούμε πληθώρα ορισμών.

Το Royal College of Psychiatrists, το 1980 ορίζει την αποκατάσταση ως μια διαδικασία που στοχεύει να ταυτοποιήσει και να επιτεύξει την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση της πληθώρας αιτιών ανικανότητας. Παράλληλα, βοηθά τα άτομα στην ανάπτυξη και χρησιμοποίηση των κλίσεών της και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησής τους μέσα από μια εμπειρία ικανοποίησης από τους κοινωνικούς τους ρόλους⁴³.

Οι Anthony και Liberman, το 1986 προτείνουν πως, στόχος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η εξασφάλιση, στα άτομα με ψυχική νόσο και ανικανότητα της δυνατότητας να χρησιμοποιούν τους νοητικούς, συναισθηματικούς, κοινωνικούς και φυσικούς πόρους, ώστε να ζουν, να εργάζονται και να μαθαίνουν με την επίτευξη του όσο το δυνατό μεγαλύτερου βαθμού αυτονομίας⁴⁴. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O.), το 1987, όρισε την αποκατάσταση ως το σύνολο των δραστηριοτήτων, που αποσκοπούν στην μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου και στην ελαχιστοποίηση των συνεπειών της χρονιότητας. Αναφέρεται στις ανατρεπτικές συνέπειες της χρονιότητας καθώς και στην αναγκαιότητα επίτευξης των στόχων με διαχείριση του περιβάλλοντος σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό και κοινοτικό.

Οι Saraceno και De Luca (1992), αναφέρονται στην φαινομενική σύγκλιση των

⁴³ Περισσότερα στοιχεία για τα μοντέλα της αποκατάστασης δες στο: Saraceno, B., De Luca, L., (μετφρ. Γκιωνάκης, Ν.), *Τα θεωρητικά μοντέλα της αποκατάστασης: Βαρύτητα και σημασίες για την πρακτική*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο58, Απρίλιος – Ιούνιος 1997, σ.σ. 106-111.

⁴⁴ Στο Saraceno, B., De Luca L., 1997.

ορισμών ως προς το αντικείμενο της χρονιότητας και της ανικανότητας και στην συναίνεση ως προς τους στόχους των αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων. Επίσης, σχολιάζουν την χρησιμοποίηση ποιοτικών ή ποσοτικών κριτηρίων αναφοράς σε λειτουργικά και γνωστικά πρότυπα (patterns) και τις προσπάθειες θεμελίωσης των τεχνικών αποκατάστασης μέσα από ετερογενή μοντέλα⁴⁵.

Παρά τους προβληματισμούς των ειδικών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ως προς το ποιοι παράγοντες επηρεάζουν και καθορίζουν τις στρατηγικές και τις λειτουργικές κατευθύνσεις της αποκατάστασης, την αποτελεσματικότητα των τεχνικών των θεωρητικών μοντέλων κ.ά., ο Zussman (1975) αναφέρεται στις Βασικές αρχές που διέπουν την Κοινωνική Ψυχιατρική και την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση⁴⁶.

Οι Farkas και Anthony επίσης, το 1989 περιέγραψαν τις βασικές αξίες (values) της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, που τις θεωρούν ουσιαστικές για την επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επαγγελματιών καθώς και για την εκτίμηση και αξιολόγηση αυτών. Έτσι αναφέρονται τις αξίες:

α) Λειτουργικότητα: Η αποδοτικότητα του ατόμου σε καθημερινή δραστηριότητα, **β) Επιτυχία:** Η επίτευξη των απαιτήσεων **γ) Ικανοποίηση:** το συναίσθημα επιτυχίας του πελάτη, **δ) Περιβαλλοντική εξειδίκευση:** στόχευση στο συγκεκριμένο περιβαλλοντικό περιεχόμενο, **ε) Επιλογή:** επικέντρωση σε περιεχόμενο καθορισμένων στόχων, **στ) Προσανατολισμός προς το αποτέλεσμα:** επικέντρωση στην αξιολόγηση των επιπτώσεων της αποκατάστασης, **ζ) Υποστήριξη:** Επικέντρωση στην παροχή βοήθειας όσο αυτή χρειάζεται, **η) Δυναμικό ανάπτυξης:** επικέντρωση στη βελτίωση της λειτουργικότητας του πελάτη⁴⁷.

⁴⁵ Στο Saraceno, B., De Luca L., 1997.

⁴⁶ Μαδιανός, Μ., 1994, σ. 55.

⁴⁷ Περισσότερα δεξ στο Μαδιανός, Μ., σ. 58.

5. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου με σχιζοφρένεια και του ατόμου με διαταραχή συναισθήματος.

Ο Saraceno, το 1993 εκφράζει τον προβληματισμό του ως προς τον καθορισμό ενός προτύπου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τα άτομα με σχιζοφρένεια, με αφορμή το γεγονός της διαφοροποίησης των περιστατικών ως προς την κλινική εικόνα και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες⁴⁸.

Ο Μαδιανός, το 1994 με αναφορά στην "Φυσική Ιστορία" της ψυχικής νόσου και στην "Φυσική Ιστορία" των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δίνει έμφαση στο γεγονός ότι το πρότυπο των παρεμβάσεων πρέπει να καθορίζεται από τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών, κατά περίπτωση. Τονίζει την αναγκαιότητα ευελιξίας των υπηρεσιών ώστε αυτές να εναρμονίζονται με τις ανάγκες των ασθενών και να μην τους οδηγούν σε προσαρμογή στην παθολογική, πολλές φορές, λειτουργία της υπηρεσίας.

Πέρα από τις δεοντολογικές αρχές, που πρέπει να διέπουν κάθε αποκαταστασιακό χειρισμό και αφορούν την εξατομίκευση των αναγκών κάθε ατόμου, την προαγωγή της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και την αμεσότητα και ειλικρίνεια της επικοινωνίας, ο Μαδιανός αναφέρεται στις εφαρμογές και τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σύμφωνα με τα κύρια συμπτώματα της νόσου. Τα άτομα με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο ανοχής σε ματαιώσεις, παρορμητικότητα, διαταραχές στην προσοχή, παθητικότητα, επιθετικότητα, απόσυρση, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αμφιθυμία, συμβιωτική σχέση. Στόχοι της αποκατάστασής τους είναι ο έλεγχος των παρορμήσεων, η ενίσχυση της αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης, η επίτευξη του μέγιστου βαθμού ανεξαρτησίας, η κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη. Οι εφαρμογές της αποκατάστασης περιλαμβάνουν ατομική εργοθεραπεία, κοινωνική αποκατάσταση, προεπαγγελματική και επαγγελματική

⁴⁸ Στο Μαδιανός, Μ., σ. 91.

αποκατάσταση⁴⁹.

Στις συναισθηματικές διαταραχές, όπου κύρια συμπτώματα είναι οι αυτοκαταστροφικές τάσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η διαταραχή του συναισθήματος και η εγκατάλειψη του εαυτού, οι στόχοι μας κατευθύνονται προς την απενοχοποίηση, την ενίσχυση του συναισθήματος ασφάλειας, την ενθάρρυνση της ατομικής φροντίδας, την επίτευξη αυτοεξυπηρέτησης. Εφαρμόζονται προγράμματα ατομικής εργοθεραπείας, ομαδικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων⁵⁰.

6. Η διαδικασία εφαρμογής της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Οι Farkas και Anthony το 1989 αναφέρουν ως κύρια στοιχεία στην διαδικασία εφαρμογής της μεθοδολογίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης την διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση. Η διάγνωση προσδιορίζεται με την εκτίμηση και την αξιολόγηση του ασθενή. Γίνεται εκτίμηση της λειτουργικότητας, των δεξιοτήτων, των αναγκών, του βαθμού προσαρμογής και αποδοτικότητας καθώς και της δυνατότητας αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων. Κατόπιν, ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον καθορισμό των προτεραιοτήτων με βάση τις δεξιότητες και τα μέσα, την οργάνωση των υπευθυνοτήτων, το χρονοδιάγραμμα και την παρακολούθηση της εξέλιξης. Η παρέμβαση αναφέρεται, στην βελτίωση και ανάπτυξη των δεξιοτήτων, στην διδασκαλία, στον προγραμματισμό άσκησης δεξιοτήτων, στην ανάπτυξη, τον συντονισμό και την τροποποίηση των πόρων⁵¹.

Οι στόχοι σύμφωνα με τον Μαδιανό, και τον Anthony έχουν δομή ιεραρχημένη και

⁴⁹ Περισσότερες πληροφορίες για τις παρεμβάσεις στην αποκατάσταση των ατόμων με σχιζοφρενικές διαταραχές δες στο Μαδιανός, Μ., σ. 113, ό.π. στο Μάνος, Ν., σ. 131.

⁵⁰ Για περισσότερα δες στο Μαδιανός, Μ., σ. 119 και ό.π. στο Μάνος, Ν., σ. 173.

⁵¹ Στο Μαδιανός, Μ., σ. 70.

είναι μικροπρόθεσμοι, μέσοι και μακροπρόθεσμοι⁵².

Η εφαρμογή των μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χαρακτηρίζεται από μια μεταβατική φάση και από την κύρια φάση.

Στην φάση της μετάβασης αναφερόμαστε στην χρονική εκείνη περίοδο που καλύπτει την σταδιοδρομία του ασθενή από το Ψυχιατρείο, ή οποιοδήποτε άλλο χώρο νοσηλείας ως την τοποθέτησή του σε μια μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, την βαθμιαία προσαρμογή, την προετοιμασία και την εξασφάλιση της μόνιμης διαμονής. Το Νοσοκομείο ημέρας (Day Hospital) αποτελεί ένα είδος υπηρεσίας για την εκπλήρωση των σκοπών της φάσης μετάβασης. Στην Ελληνική πραγματικότητα η προετοιμασία γίνεται στο Ψυχιατρείο ή είναι ελλιπής ως ανύπαρκτη και έχει εξαρτηθεί κατά καιρούς τόσο από την απουσία κατάλληλων υπηρεσιών όσο και από αστάθμητους παράγοντες⁵³.

Κεντρική έννοια της φάσης αυτής, που συνοδεύει και την κύρια φάση είναι ο **ιδρυματισμός** (institutionalism). Ο όρος χρησιμοποιήθηκε από τον κοινωνικό ψυχίατρο John Wing και από τον κοινωνιολόγο George Brown κατά την δεκαετία του 1960, για να περιγράψει ένα σύνολο συμπτωμάτων, που παρατήρησαν ότι εμφάνιζαν τα άτομα, που περνούσαν μεγάλα χρονικά διαστήματα σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από απάθεια (apathy), απόσυρση (withdrawal), απουσία πρωτοβουλίας, εξάρτηση από το ίδρυμα, ενδοτικότητα στους φορείς εξουσίας. Ο κοινωνιολόγος Ervin Goffman μιλώντας για την σταδιοδρομία του ασθενή αναφέρει ότι αυτή ξεκινά με σχέσεις και δικαιώματα, πριν την είσοδό του στο ίδρυμα και καταλήγει στην αρχή της παραμονής του να μην έχει ούτε το ένα, ούτε το άλλο. Επίσης αναφέρει ότι τα ψυχιατρικά νοσοκομεία "ενέχουν υποβιβασμένα επίπεδα διαβίωσης και έναν τρόπο με τον οποίο κοινοποιείται στον

⁵² Ο Μαδιανός, αναφέρει την ιεραρχημένη δομή των στόχων. Η διαδικασία περιλαμβάνει όπως λέει πέντε στάδια τα εξής: αρχική εκτίμηση των επιδεξιοτήτων, που υπάρχουν, σχεδιασμό στόχων, πραγματοποίηση αυτών, αξιολόγηση αποτελεσμάτων, τελική εργασιακή αποκατάσταση του ασθενή. Μαδιανός, Μ., σ. 70.

⁵³ Στους αστάθμητους αυτούς παράγοντες υπολογίζονται και τα τελευταία σεισμικά γεγονότα, τα οποία συνέπεσαν με την έναρξη των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αναγκαστικά τα επίσπευσαν. Αυτά ήταν θετικά γιατί αναχαιτίστηκαν κάποιες γραφειοκρατικές δυσλειτουργικές καταστάσεις αλλά και αρνητικά γιατί η προετοιμασία των ασθενών ήταν ελλιπής ως ανύπαρκτη.

ασθενή διεισδυτικά, επίμονα και διεξοδικά, η σημασία για τον εαυτό"⁵⁴. Επεκτείνοντας θα λέγαμε ότι οι πρακτικές αυτές βοηθούν στην διατήρηση του συστήματος σταθερού και αμετάβλητου σύμφωνα και με την συστηματική θεωρία⁵⁵. Έτσι το ίδρυμα ενισχύει ένα συγκεκριμένο πρότυπο συμπεριφοράς, που οδηγεί στην αποπροσωποποίηση και στην αποπραγματοποίηση. Ο ασθενής κατά τον Lamp, απογυμνώνεται από την αξιοπρέπεια και την ατομικότητά του, μέσω μιας απρόσωπης θεραπείας που ευνοεί την παλινδρόμηση (regression). Σε αντίθεση με τον Goffman που θεώρησε ότι το περιβάλλον του ψυχιατρικού ιδρύματος επηρεάζει σημαντικά την ανάπτυξη των ψυχωσικών συμπτωμάτων, άλλοι ερευνητές συνέδεσαν τα χαρακτηριστικά αυτά με την ίδια την διεργασία της νόσου. Αυτό, το στήριξαν στην παρατήρηση, ότι οι ασθενείς με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές νόσους παρουσίαζαν εξάρτηση ακόμα και όταν διαβιούσαν στην κοινότητα. Ο Lamp, το 1999, προβληματιζόμενος για το αν η εξαρτητική συμπεριφορά πρέπει να αποθαρρύνεται ή όχι, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι αυτή, μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε παλινδρόμηση, που θα επηρεάσει την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Η αποθάρρυνση της εξαρτητικότητας βοηθά τα άτομα στην συνειδητοποίηση των αναγκών και των δυνατοτήτων τους και μέσα από την διαδικασία αυτή, στην βελτίωση της λειτουργικότητας και των κοινωνικών τους δεξιοτήτων⁵⁶. Ωστόσο, οι περιορισμοί που οι ψυχικές ασθένειες θέτουν, δημιουργούν την ανάγκη επαρκούς περίθαλψης για την ευάλωτη αυτή ομάδα των ψυχασθενών με εξατομικευμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ρεαλιστικές προσδοκίες.

Εξελίξεις στον χώρο της ψυχοφαρμακολογίας, όπως η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης το 1952 και άλλων αντιψυχωσικών φαρμάκων έφεραν αλλαγές στον τομέα της περίθαλψης και θεραπείας των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. **Η αποϊδρυματοποίηση**

⁵⁴ Goffman, E., *Άσυλα*, (μτφρ. Κομνηνός Ξ.), Εκδ. Ευρύαλος, Αθήνα 1994.

⁵⁵ Zaphiris, A., Goulden, B., *Οι θεωρίες της δομής και της στρατηγικής στη θεραπεία της οικογένειας: ομοιότητες και διαφορές*, Εκλογή, Ιούλης – Σεπτεμβρίου 1989, σ.σ. 129-136.

⁵⁶ Περισσότερα δες στο Lamp Richard, MD, *Η αποϊδρυματοποίηση στις Αρχές της Νέας Χιλιετίας*, Harvard Review of Psychiatry, Ελληνική Έκδοση, Σεπτέμβρης – Οκτώβρης 1998, vol. 6. No 1.

(deinstitutionalization) χαρακτήρισε το δεύτερο ήμισυ του εικοστού αιώνα με την μαζική τοποθέτηση των ατόμων αυτών από το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην κοινότητα. Η επαναστατική μείωση του αριθμού των νοσηλευομένων δεν συνδέεται απαραίτητα και με την ποιοτική τους διαβίωση. Τα κινήματα υπέρ της κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης πολλές φορές οδηγήθηκαν στο σημείο να συγχέουν τον τόπο παροχής της περίθαλψης με την ποιότητα της, και αγνόησαν τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή. Η ανομοιογένεια του πληθυσμού των ψυχικά ασθενών, δεν έτυχε πάντα της ίδιας αξιολόγησης στα πλαίσια της γενικευμένης τάσης για περίθαλψη στην κοινότητα και όχι στο ψυχιατρείο.

Κατά την άποψη του Lamp και των εμπειρικών παρατηρήσεων επαγγελματιών στον τομέα της ψυχικής υγείας, τα άτομα που πάσχουν από μακροχρόνιες ψυχικές νόσους έχουν ανάγκη από ένα δομημένο πρόγραμμα σε περιβάλλον κλειστής διαμονής (locked) και 24ωρης παροχής φροντίδας για εξασφάλιση επάρκειας στην μεσο- ή μακροπρόθεσμη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Προτείνουν την παροχή της περίθαλψης για τον συγκεκριμένο πληθυσμό, στο νοσοκομείο ή σε εναλλακτική δομή, κλειστής διαμονής. Τα άτομα αυτά, μέσω της ιδρυματικής παθητικότητας (passivity), στο περιβάλλον αυτό, ευνοούνται ως προς την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Ο προβληματισμός γύρω από τις συνέπειες της αποϊδρυματοποίησης και τον τρόπο με τον οποίο αυτή πραγματοποιήθηκε, εστιάζει στα άτομα νεαρής ηλικίας, καθώς όπως έχει παρατηρηθεί σε έρευνες στη Ν. Υόρκη, οι άστεγοι, που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές, διπολική διαταραχή ή μείζονα κατάθλιψη) είναι κυρίως, νεαρής ηλικίας. Αυτοί οι ασθενείς είτε αντιμετώπισαν προβλήματα εισαγωγής σε νοσοκομεία για επείγουσα περίθαλψη (ακούσια ή εκούσια) ή αφού εισήχθησαν δεν είχαν την δυνατότητα να παραμείνουν για το απαραίτητο χρονικό διάστημα ή να κάνουν επανεισαγωγή.

Ο σχεδιασμός συνεπώς, του τρόπου με τον οποίο θα πραγματοποιηθεί η

αποϊδρυματοποίηση είναι σημαντικός, τόσο για την εξασφάλιση μιας ποιοτικής ζωής στην κοινότητα, όσο και για την πρόληψη της υποτροπής της νόσου, που έχει συνέπειες σε επίπεδο κοινωνικό και οικονομικό.

Στην κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ο ασθενής, τοποθετείται σε κατάλληλο πλαίσιο, όπου εφαρμόζεται εξατομικευμένο πρόγραμμα αφού έχουν πρώτα εκτιμηθεί οι ανάγκες και η λειτουργικότητά του. Αρχικός μεσοπρόθεσμος στόχος της φάσης αυτής είναι η κοινωνική αποκατάσταση (social rehabilitation) και μακροπρόθεσμος στόχος η επαγγελματική αποκατάσταση (vocational rehabilitation).

Το στάδιο της κοινωνικής αποκατάστασης αφορά την εκμάθηση από τον ασθενή κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills), την εξασφάλιση κατοικίας, την αποκατάσταση των σχέσεων με έμφαση στο ρόλο της οικογένειας. Ο Μαδιανός αναφέρει ως φορείς της κοινωνικής αποκατάστασης την Κοινωνική Λέσχη (Social Club), τις στεγαστικές εναλλακτικές υπηρεσίες και την Κοινωνική Πρόνοια⁵⁷.

Η Κοινωνική Λέσχη (social club), εκπληρώνει τους στόχους της επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης των μελών της μέσα από ομαδικές δραστηριότητες ή ομαδική ψυχοθεραπεία. Το τοπικό πεδίο δράσης της είναι ο γεωγραφικός της χώρος και η κοινότητα.

6^η. Η κατοικία του ατόμου με ψυχική ασθένεια, είτε σαν ενδιάμεσος τόπος, πριν την διαβαθμισμένη αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα, ή σαν μόνιμος τόπος, πρέπει να πληρεί τις προϋποθέσεις ενός περιβάλλοντος, που παρέχει σταθερότητα, ασφάλεια, καθαριότητα, ησυχία και γενικότερα μια ατμόσφαιρα θεραπευτική, σκιαγραφώντας όχι μόνο την γεωγραφική θέση αλλά και το πλαίσιο στο οποίο συμβαίνουν οι αλληλεπιδράσεις, οι σχέσεις, οι επιρροές, οι αντιδράσεις.

Στοιχεία ερευνών που αφορούν τους άστεγους, που πάσχουν από ψυχική νόσο στις Η.Π.Α., μας πληροφορούν για την χειρότερη πρόγνωση της πορείας της νόσου τους, σε

⁵⁷ Μαδιανός, Μ., σ. 89. Περισσότερα στοιχεία για τις εναλλακτικές δομές στέγασης και Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Κατοικία και Αποϊδρυματοποίηση*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 61, Ιανουάριος – Μάρτιος 1998, σ.σ. 16-20.

σχέση με τους άλλους ασθενείς με παρόμοια διάγνωση.

Η απουσία στέγης, αυξάνει τους ψυχοπιεστικούς παράγοντες και την ευαλωτότητα των ασθενών με επιπρόσθετη επιβάρυνση, την ασυνέχεια της φαρμακευτικής θεραπείας και επιπλοκές, όπως χρήση ουσιών ή αλκοόλ. Τα άτομα μπορεί να οδηγηθούν σε υποτροπή της νόσου ως πλήρη αποδιοργάνωση και εισαγωγή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο για μακροχρόνια περίθαλψη.

Οι εναλλακτικές δομές περίθαλψης, αποστιγματίζουν την θεραπευτική πρακτική από την αντίληψη του ιατροκεντρικού μοντέλου, προσανατολίζοντας την δράση τους στην κοινότητα και στην κοινωνική πραγματικότητα. Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής κοινωνικοοικονομικής πραγματικότητας από την εποχή του κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ. ως σήμερα, ο προϋπολογισμός για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και την αναπαλαίωση / συντήρηση μέρους των δομών του παρόντος ιδρυματικού συστήματος, καλύφθηκε από τις χρηματοδοτήσεις της κοινότητας, στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (Ε.Κ.Τ.)⁵⁸.

⁵⁸ Δες και Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Η κρίση του κράτους Πρόνοιας και ο κοινωνικός αποκλεισμός*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 56, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1996, σ.σ. 16-34.

6β. Οι κοινωνικές δεξιότητες (Social Skills)

Η επίτευξη ικανοποιητικών σχέσεων, βοηθά στην εκπλήρωση της ουσιαστικής ψυχολογικής ανάγκης του ατόμου για προσωπική επιτυχία και αυτοεκτίμηση, η οποία συμβάλλει στην προσαρμογή της συμπεριφοράς του ατόμου και στην αποδοχή του από τον κοινωνικό περίγυρο.

Με την έκφραση δεξιότητες ζωής, η Τριλίβα αναφέρεται στις τεχνικές ή τους τρόπους, που μας βοηθούν να δημιουργούμε καλές σχέσεις με τους "σημαντικούς άλλους" γύρω μας, για να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα της καθημερινής μας ζωής και να διαχειριστούμε τα συναισθήματά μας σε σχέση με το εαυτό μας και τους άλλους. Οι δεξιότητες αυτές κατά τον Bandura είναι σημαντικές για την βελτίωση της λειτουργικότητάς μας και την ψυχολογική μας ανάπτυξη⁵⁹.

Ο Elias, ορίζει τις δεξιότητες αυτές, ως τις ικανότητες, που βοηθούν τον άνθρωπο, στην επίτευξη αποτελεσματικών σχέσεων, ανάληψης ευθύνης, επίλυσης των συγκρούσεων με τρόπο, που να μην είναι επώδυνος για τον εαυτό και τους άλλους⁶⁰.

Κατά τον Liberman, οι κοινωνικές δεξιότητες αναφέρονται στις συναισθηματικές, γνωσιακές και κινητικές πλευρές της λειτουργικότητας⁶¹.

Οι Trower, Bryant και Argyle θεωρούν τις αντιληπτικές (Perception Skills), τις πρακτικές (Performance Skills) και τις γνωσιακές δεξιότητες (Cognitive Skills), ως βασικούς τομείς κοινωνικών δεξιοτήτων⁶².

Η οριοθέτηση των κοινωνικών δεξιοτήτων, ως προς την φύση και το περιεχόμενό τους, για την εξασφάλιση αποτελεσματικών σχέσεων και καλύτερη ζωή, εξαρτάται βέβαια από το πολιτιστικό πλαίσιο του ατόμου.

Τα άτομα με ψυχική νόσο παρουσιάζουν διαφόρων βαθμών έκπτωση ως προς τις

⁵⁹ Τριλίβα, Σ., στο Πουρκός, Μ., 1997, παραπομπή 22.

⁶⁰ ό.π. Τριλίβα Σ., στο Πουρκός Μ., 1997.

⁶¹ ό.π. Τριλίβα Σ., στο Πουρκός Μ., 1997.

⁶² ό.π. Τριλίβα Σ., στο Πουρκός Μ., 1997.

κοινωνικές τους δεξιότητες, που οδηγεί και στην ρήξη των σχέσεων με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Η έκπτωση αυτή, μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες, όπως η χρόνια περίθαλψη σε ιδρυματικό περιβάλλον, η ανεπαρκής εκμάθηση δεξιοτήτων στο οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνική απομόνωση. Στις Η.Π.Α. και την Μ. Βρετανία, έχουν αναπτυχθεί πολλά προγράμματα εκπαίδευσης ψυχωσικών ατόμων σε κοινωνικές δεξιότητες.

Ο Fallon και οι συνεργάτες του, στο σχεδιασμό του προγράμματός τους, εστιάζουν την προσοχή τους στην εκμάθηση δεξιοτήτων: α) επίλυση προβλημάτων, β) έκφραση θετικών συναισθημάτων, σε πρόσωπα με σχέσεις εμπιστοσύνης, γ) έκφραση αρνητικών συναισθημάτων, που συνδέονται με κάποιες καταστάσεις και προσπάθεια πρόληψης αυτών, δ) έκφραση θετικών αιτημάτων, ε) δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης.

6γ. Η σεξουαλική ζωή

Θεμελιώδης ιδέα στην ψυχαναλυτική θεωρία είναι ότι οι εμπειρίες της ζωής ασκούν συνεχείς επιδράσεις στην συμπεριφορά. Η σεξουαλικότητα και η επιθετικότητα θεωρούνται ως θεμελιώδεις ορμές. Ο Freud υπέθεσε πως η libido είναι κυρίαρχη και παρούσα από την πρώτη παιδική ηλικία. Η ικανοποίηση των ορμών αυτών είναι ουσιαστικής σημασίας για την φυσιολογική ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία πραγματοποιείται παράλληλα με την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη.

Ο Foucault θεωρεί την σεξουαλικότητα ως έναν τρόπο κοινωνικής ρύθμισης και υποστηρίζει την ανάγκη να ξεπεράσει το άτομο την εσωτερική αίσθηση σεξουαλικής οντότητας, ορμών και ταυτότητας⁶³.

Για τον Λάζο, η σεξουαλικότητα είναι "ένας τρόπος ένταξης πόρων από τρεις διαφορετικές κλίμακες: τη βιολογική ή μακροκλίμακα, την κοινωνική ή μεσοκλίμακα και την

⁶³ Στο Ρούσσινος, Σ., *Η διάσταση της σεξουαλικότητας στις διαδικασίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων Σχιζοφρενών γυναικών*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2001, σ. 33.

φυσική – ψυχολογική ή μικροκλίμακα⁶⁴.

Έχουν πραγματοποιηθεί ενδιαφέρουσες έρευνες που εξετάζουν την σεξουαλικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια και την υποκειμενική εκτίμηση των ιδίων για την σεξουαλική τους ζωή⁶⁵.

Σύμφωνα με έρευνες διαπιστώνεται ότι οι κοινωνικές δεξιότητες επηρεάζουν την διάσταση της σεξουαλικής έκφρασης. Τα άτομα με έκπτωση των κοινωνικών τους δεξιοτήτων συναντούν δυσκολίες στην προσέγγιση ερωτικού συντρόφου και στην ικανοποίηση των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών διαστάσεων της σεξουαλικής τους ζωής.

Η ψυχοπαθολογία επίσης, επηρεάζει τον τομέα της σεξουαλικότητας. Στην κατάθλιψη⁶⁶ παρατηρείται το σύμπτωμα της ανηδονίας (=απώλεια της ευχαρίστησης) για δραστηριότητες, που ήταν πριν ευχάριστες όπως το σεξ, οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής κ.ά. Στην διπολική διαταραχή έχουμε διακυμάνσεις ως προς την ερωτική επιθυμία με κορυφώσεις και ανεξέλεγκτες ανάγκες για ικανοποίηση των σεξουαλικών ορμών στην φάση της μανίας. Στην σχιζοφρένεια παρατηρούνται διαφορές ως προς το φύλο και την κλινική εικόνα⁶⁷. Τα φάρμακα έχουν παρενέργειες στην σεξουαλικότητα. Ο Gitlin (1994) αναφέρει τους μηχανισμούς δράσης των ψυχοτρόπων φαρμάκων που προκαλούν δυσλειτουργία. Έτσι, αναφέρει: α) επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό σύστημα, που προκαλεί έκπτωση της σεξουαλικής λειτουργίας και του ενδιαφέροντος, β) επίδραση στους νευροδιαβιβαστές, που προκαλεί μείωση του ερεθισμού και / ή σεξουαλική δυσλειτουργία, γ) περιφερική δράση του φαρμάκου με επίδραση στην λειτουργία των τελικών οργάνων σεξουαλικότητας, δ) ορμονολογικές επιδράσεις με παρενέργειες, όπως ο πριαπισμός, αυτόματος οργασμός,

⁶⁴ ό.π. Ρούσσινος, Σ., 2001, σ. 29.

⁶⁵ Όμοια δες για τις έρευνες αυτές στοιχεία στο Ρούσσινος, Σ., 2001 σ. 36-42.

⁶⁶ Μάνος, Ν., 1997. σ. 190, για περισσότερα στοιχεία.

⁶⁷ Ρούσσινος, Σ., 2001, έρευνες για την σεξουαλικότητα των σχιζοφρενών, σ. 36-42.

αύξηση της libido κ.ά⁶⁸.

Άλλες έρευνες⁶⁹ βρήκαν ότι τα αγχολυτικά φάρμακα μειώνουν την libido, προκαλούν ανοργασμικότητα και υπερβολική μυϊκή χάλαση. Τα τυπικά νευροληπτικά μειώνουν την σεξουαλική επιθυμία. Τα άτυπα νευροληπτικά έχουν πιο ήπιες παρενέργειες. Οι παρενέργειες βέβαια επηρεάζονται και από τον οργανισμό, την χρήση άλλων φαρμάκων, τον τρόπο και τις συνθήκες λήψης⁷⁰.

Η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας για την σεξουαλική ζωή των ατόμων με ψυχική νόσο και την σημαντικότητα της για την ποιότητα της ζωής εγείρουν την ανάγκη ανάπτυξης σεξουαλικής πολιτικής από κάθε φορέα, που ασχολείται με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχική νόσο.

⁶⁸ Ρούσσινος, Σ., 2001, σ. 47, σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή.

⁶⁹ Ομοίως βλ. παραπομπή 68.

⁷⁰ Ομοίως βλ. παραπομπή 68.

Οι σχέσεις

6δ. Η οικογένεια

Ο Ναυρίδης, εξετάζοντας τις επαγγελματικές, συναισθηματικές, σεξουαλικές, ιδεολογικές, πολιτιστικές και άλλες επιλογές των ατόμων, αναφέρει ότι η αναγνώριση του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί η οικογενειακή δομή, μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τις αξίες, τις παραδόσεις, τα ήθη, τους κανόνες καθώς και τον τρόπο, με τον οποίο τα στοιχεία αυτά επηρεάζουν τις επιλογές των μελών της⁷¹.

Η οικογένεια είναι το πρώτο πεδίο των ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων, η πρώτη, πυρηνική κοινωνική ομάδα, μέσα στην οποία το άτομο υποδύεται τον ρόλο του, αποκτά την ταυτότητά του, μαθαίνει να επικοινωνεί και να συνδιαλέγεται. Ανεξάρτητα, από την οικογενειακή δομή και την εκπλήρωση ή όχι των υποχρεώσεών της, το άτομο φέρει σε όλη του την ζωή τα οικογενειακά πρότυπα και πρακτικές.

Η συστημική θεωρία αντιμετωπίζει την οικογένεια ως ένα σύστημα, μέσα στο οποίο το σύμπτωμα αποτελεί έναν τρόπο εκδήλωσης δυσλειτουργίας, όχι του φορέα του συμπτώματος, αλλά όλου του συστήματος. Συνεπώς, η θεραπεία αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον και όχι την απομονωμένη από το πλαίσιο, θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή. Ο ρόλος της εκτίμησης των πλαισίων μέσα στα οποία παρουσιάζεται μία συγκεκριμένη συμπεριφορά αντανακλάται στην θεωρία του θεμελιώδους σφάλματος⁷² καθώς και πλείστες άλλες προσεγγίσεις, όπως αυτή του Πουρκού στην οικοσωματική – βιωματική του προσέγγιση της επικοινωνιακής πράξης⁷³.

Η Διεθνής Πιλοτική έρευνα του Π.Ο.Υ. και δεδομένα επιδημιολογικών μελετών για την σχιζοφρένεια, μας πληροφορούν ότι οι ασθενείς στις χώρες, υπό ανάπτυξη, έχουν καλύτερη λειτουργική και συμπτωματολογική έκβαση σε σχέση με τους ασθενείς εκβιομηχανισμένων χωρών. Τα αποτελέσματα δεν συσχετίστηκαν με τις διαφορετικές

⁷¹ Ναυρίδης, Κ., 1994.

⁷² Δες Ευκλείδη – Κωσταρίδου, Α., σ.σ. 190-191.

⁷³ Πουρκός, Μ., 1997.

θεωρίες και τεχνικές παρέμβασης, αλλά με διαφορές μεταξύ των δύο πλαισίων ως προς μακρο- και μικρο- κοινωνικές μεταβλητές (περιβαλλοντικές, πολιτισμικές, οικονομικές, φροντίδας κ.ά.).

Ο H. Lefley το 1990, προσπαθώντας να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα υπέθεσε ότι οι διαφορές οφείλονται στο βαθμό εμπλοκής των φυσικών στηριγμάτων και κυρίως της οικογένειας, στην φροντίδα καθώς και στον βαθμό καθορισμού στάσεων στιγματισμού και διάκρισης προς τα άτομα, που νοσούν ψυχικά⁷⁴.

Η Καβουνίδη, σε άρθρο της για τον κοινωνικό αποκλεισμό⁷⁵ αναφέρεται στα άτυπα διαπροσωπικά δίκτυα (όπως η οικογένεια, οι φίλοι κ.ά.) που προσφέρουν βοήθεια και φροντίδα, όπως οικονομική ενίσχυση, σίτιση, στέγαση, συντροφιά, ψυχολογική στήριξη σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες του πληθυσμού, τα οποία σύμφωνα με τις παρατηρήσεις τείνουν ν' αλλάζουν αρνητικά στην Ελληνική κοινωνία.

Στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων με ψυχική νόσο μας ενδιαφέρουν δύο μεταβλητές της οικογενειακής ατμόσφαιρας: Η οικογενειακή επιβάρυνση (family burden) και το εκφραζόμενο συναίσθημα (expressed emotion). Ο Μαδιανός προσδιορίζει την έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης με χαρακτηριστικά, όπως η οικονομική επιβάρυνση, η απουσία ελεύθερου χρόνου, τα προβλήματα στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, οι επιπτώσεις στην υγεία των μελών της οικογένειας, δυσκολίες στην συμπεριφορά και αναφέρεται στις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής της επιβάρυνσης (άγχος, κατάθλιψη, ένταση, επιθετικότητα). Το εκφραζόμενο συναίσθημα περιγράφεται με συμπεριφορές όπως: επικριτική στάση, υπερεμπλοκή, υπερπροστασία, εχθρικότητα ή επιθετικότητα, εγκαρδιότητα ή ζεστασιά⁷⁶.

⁷⁴ Στο Saneceno, B., De Luca L., 1992 (μτφ. Γκιωνάκης, Ν.).

⁷⁵ Καβουνίδη, Τ., *Κοινωνικός αποκλεισμός: Έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, Ελληνική Εμπειρία και διλήμματα πολιτικής*, 1996 στο *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα*, εκδ. ΕΚΚΕ, Αθήνα 1996.

⁷⁶ Δες Μαδιανός, Μ., 1994, σ. 97-99

Έρευνα του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής⁷⁷, σχετικά με την οικογενειακή ατμόσφαιρα, έδειξαν ότι αυτή επηρεάζεται από μεταβλητές, όπως η οικονομική κατάσταση, το φύλο, η επαγγελματική κατάσταση, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και κλινικές μεταβλητές, όπως τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, οι υποτροπές, τα χρόνια νόσου – νοσηλείας. Η αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα, θεωρήθηκε υπεύθυνη για την επανεμφάνιση υποτροπών και εισαγωγών στο νοσοκομείο του μέλους της οικογένειας που δέχεται τα αποτελέσματα της αρνητικής και δυσλειτουργικής οικογενειακής ατμόσφαιρας. Έρευνες σε οικογένειες, σχετικά με την έκφραση των συναισθημάτων, έδειξαν ότι το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα (high expressed emotion) συντείνει στην αύξηση της συχνότητας των υποτροπών, σε σχέση με την μέτρια ή χαμηλή έκφραση του συναισθήματος.

Οι γνώσεις μας σχετικά με το οικογενειακό περιβάλλον και τον ρόλο του στην ψυχική υγεία όλων των μελών του, μας υποχρεώνουν σαν επαγγελματίες ψυχικής υγείας, να φροντίσουμε τόσο για την στήριξη του μέλους, που νοσεί όσο και για την εκπαίδευση και στήριξη, όλου του οικογενειακού συστήματος.

Η οικογένεια πρέπει να εκπαιδεύεται για την εφαρμογή αποτελεσματικών χειρισμών, που θα μειώσουν το συναισθηματικό κόστος. Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες ασθενών – συγγενών είναι σημαντικές για την πρόληψη, την πρόγνωση και την έκβαση της νόσου.

Το πρότυπο αποκατάστασης του Hogarty και των συνεργατών του⁷⁸, στην φάση της κοινοτικής πρακτικής, η οποία στοχεύει στην έκφραση θετικών συναισθημάτων μέσα στην οικογένεια και στην διδασκαλία στρατηγικών αντιμετώπισης μιας σύγκρουσης, προτείνει τεχνικές εκπαίδευσης σε ρόλους (Role play), μίμηση προτύπων, ενίσχυση στην έκφραση των επιθυμιών, αρνήσεων, κριτική, μέσα από τον τόνο της φωνής, την ομιλία γενικότερα, μέσα από χειρονομίες (μη λεκτική επικοινωνία) και την έκφραση του προσώπου.

Ο Lamp, το 1999 αναφέρει την ανάγκη εκπαίδευσης της οικογένειας στο πώς να

⁷⁷ Αναλυτικότερα δες Μαδιανός, Μ., σ. 192.

⁷⁸ Το πρότυπο του Hogarty και των συνεργατών του για την εκπαίδευση ψυχωσικών αρρώστων σε κοινωνικές δεξιότητες με τις φάσεις, τους στόχους και τις πρακτικές παρουσιάζεται στη σ. 94 στο Μαδιανός, Μ., 1994.

αντιδρά στα ψυχωσικά συμπτώματα, πώς να ενθαρρύνει την σταθερή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, πώς να αναγνωρίζει και να προλαμβάνει τις υποτροπές. Οι οικογένειες εκπαιδεύονται στις δεξιότητες τοποθέτησης ορίων, ανάληψης ευθύνης, σταθερότητας συμπεριφοράς και έλεγχου αμφιθυμικής στάσης. Βοηθούνται στην κατανόηση της λειτουργικής σκοπιμότητας, της κοινωνικής απόσυρσης (social withdrawal) του ασθενή, σαν άμυνα και την πρόληψη, της κατάστασης ιδρυματισμού στο σπίτι. Εκπαιδεύονται στην θέσπιση ρεαλιστικών προσδοκιών και στην υιοθέτηση συμπεριφοράς αποδοχής.

Τα πρότυπα ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων⁷⁹, που εφαρμόζονται κυρίως είναι τέσσερα, τα οποία συγκλίνουν στα βασικά σημεία, λαμβάνουν υπ' όψη τους τις ιδιαιτερότητες και δίνουν προτεραιότητα όχι μόνο στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και το όφελος του ασθενή αλλά και στην υποστήριξη όλης της οικογένειας.

6 ε. Η θεραπευτική ομάδα

Έρευνες στο χώρο της αποκατάστασης, σχετικές με τους παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική και λειτουργική βελτίωση των ασθενών έδειξαν ότι αυτή επηρεαζόταν περισσότερο από παράγοντες όπως τα σχέδια και οι προσδοκίες των ίδιων των ασθενών, των συγγενών και των επαγγελματιών παρά από τον παράγοντα τεχνική. Οι θετικές προσδοκίες ίσως επηρέαζαν την θεραπευτική ατμόσφαιρα.

Ο Lavender το 1987 έδειξε ότι οι επαγγελματίες που διέθεταν κατάλληλες πληροφορίες για την εργασία τους βελτίωναν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε υψηλό βαθμό σε σχέση με τους επαγγελματίες, χωρίς γνώση⁸⁰. Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας είναι ουσιαστικός στην δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. Ο Μαδιανός το

⁷⁹ Τα πρότυπα αυτά (δες Μαδιανός, Μ., σ. 98), περιλαμβάνουν εννέα βασικά σημεία: α) υποστήριξη στην οικογένεια, β) έμφαση στην ακολουθία της φαρμακοθεραπείας, γ) πληροφόρηση για την φύση και την πορεία της νόσου, δ) έλεγχος θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, ε) πρόληψη υποτροπής και επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, στ) παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας, στην κρίση, ζ) στρατηγικές μείωσης του stress, η) προσδοκίες σε αρμονία με την λειτουργικότητα, θ) παροχή θεραπευτικής συνέχειας.

⁸⁰ Στο Saraceno, B., De Luca (1996).

1994 αναφέρει α) το επίπεδο αποδοχής του ασθενή, β) το επίπεδο ανεκτικότητας στην λειτουργικότητα, την ψυχοπαθολογία και την προσωπικότητα, γ) το επίπεδο δοτικότητας, που προκαλεί κατάλληλη ατμόσφαιρα (setting diffus) δ) το συμβολικό επίπεδο των θεραπευτικών σχέσεων. Η θεραπευτική κοινότητα (therapeutic community) αποτελεί μια έκφραση της δημιουργίας θεραπευτικού περιβάλλοντος⁸¹.

Στο ψυχιατρικό νοσοκομείο η ομάδα των επαγγελματιών αποτελεί ίσως τον πιο ουσιαστικό παράγοντα κοινωνικοποίησης και αποκατάστασης του ασθενή, αφού η οικογένεια συνήθως είναι αποστασιοποιημένη και ανεπαρκής στο ρόλο της. Στις εξωνοσοκομειακές δομές η συμμετοχή της οικογένειας είναι πιο ποιοτική.

Η σύνθεση, η σταθερότητα και ο αριθμός των μελών της ομάδας, οι μεταξύ τους σχέσεις, τα ατομικά τους κίνητρα και χαρακτηριστικά επηρεάζουν το έργο της αποκατάστασης. Βασική αρχή λειτουργίας⁸², της Πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας αποτελεί η αμοιβαία και ισότιμη σχέση έτσι ώστε κάθε ειδικότητα να συμβάλλει στην σύνθεση του πολύπλευρου έργου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι ρόλοι των επαγγελματιών επεκτείνονται πέρα από αυτούς, που απορρέουν από την ειδικότητα, συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους. Το μέλος, που οργανώνει και συντονίζει τις ενέργειες υλοποίησης του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος κάθε ασθενή καλείται "πρόσωπο αναφοράς". Είναι ουσιαστική η κατάλληλη εκπαίδευση αλλά και υποστήριξη του προσωπικού για την υιοθέτηση θεραπευτικών πρακτικών, που δεν θα οδηγούν σε επαναλαμβανόμενες ματαιώσεις, που συχνά στους χώρους αυτούς υψηλού στρες, οδηγούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής

⁸¹ Στο Μαδιανός, Μ., σ. 76.

⁸² Δες στην Εφημ. Κυβερνήσεως αρ. φυλ. 661, 23/5/00, τεύχος δεύτερο: καθορισμοί των αρχών και των προϋποθέσεων, της στελέχωσης και του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προστατευόμενων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2719/99 για άτομα με ψυχική νόσο και νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές.

κόπωσης (burnout)⁸³, ή επαγγελματικής εξουθένωσης.

δστ. Επαγγελματική αποκατάσταση (Vocational Rehabilitation)

Η εργασία πέρα από το πρακτικό της όφελος για την κάλυψη των βασικών βιοτικών αναγκών, προσδίδει στο άτομο έναν κοινωνικό ρόλο / ταυτότητα αλλά και αποτελεί ένα μέσο δημιουργικής έκφρασης της προσωπικότητας και αυτοπραγμάτωσης και την βάση για την οργάνωση του χρόνου. Στην οπτική μιας πολυδιάστατης ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ατόμου με ψυχική νόσο, η εργασία αποτελεί μια συστατική υπαρξιακή διάσταση του κοινωνικού ανθρώπου.

Ο Μεγαλοοικονόμου⁸⁴, αναφερόμενος σε έγκυρες μελέτες μας πληροφορεί ότι το 60% των νοσούντων με ψυχωσική κρίση έχει υποστεί ένα στρεσογόνο γεγονός στη ζωή του στο διάστημα των τριών τελευταίων εβδομάδων. Αιτιολογικό παράγοντα του στρες για το 1/3 των περιπτώσεων αποτελεί η έναρξη ή λήξη της εργασίας, η ολοκλήρωση της επαγγελματικής εκπαίδευσης, η μεταβολή των εργασιακών συνθηκών (π.χ. ωράριο).

Η ανεργία επίσης αποτελεί χρόνιο ψυχοπιεστικό παράγοντα, λόγω της υποβάθμισης της κοινωνικής θέσης και της απουσίας σκοπού, που μπορεί να επηρεάσει την εκδήλωση ψυχωσικού επεισοδίου, την πορεία και την έκβαση της νόσου, ευάλωτων πληθυσμών. Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση⁸⁵, μιας εξαιρετικής ομοιότητας των εκδηλώσεων του ατόμου, που πάσχει από χρόνια σχιζοφρενική ψύχωση, με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της παρατεταμένης ανεργίας. Άγχος, κατάθλιψη, απάθεια, ευερεθιστότητα, αρνητικότητα, συγκινησιακή υπερεξάρτηση, κοινωνική απόσυρση, απομόνωση και μοναξιά, απώλεια ταυτότητας αυτοσεβασμού, αίσθησης χρόνου είναι μερικά από τα συμπτώματα.

⁸³ Περισσότερα για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης δες Εμμανουηλίδης, Μ., και συν., *Συναισθηματικές αντιδράσεις του Προσωπικού των Ξένωνων Θεσ/νίκης κατά την εξέλιξη του Προγράμματος αποκατάστασης Χρόνιων Ψυχωσικών (πρόγραμμα λέρως)*. Τετράδια Ψυχιατρική, Νο 61, Ιανουάριος – Μάρτιος 1998, σ.σ. 21-29, και *"Το Σύνδρομο της κόπωσης"*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 59 του Μεγαλοοικονόμου, σ.σ. 10 – 23.

⁸⁴ Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Κατοικία και αποϊδρυματοποίηση*, Τ. Ψ. Νο 61, σ.σ. 16-20.

⁸⁵ Στον Lamp, R., 1999.

Είναι χαρακτηριστική η ταύτιση της εικόνας των εκδηλώσεων ενός χρόνιου ανέργου, με τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Στα πλαίσια των αποκαταστασιακών πρακτικών, η εργασία αποτελεί μια διεργασία ανάκτησης της υποκειμενικότητας. Η κατοχή πόρων, βοηθά στην εκπλήρωση της κοινωνικής συνδιαλλαγής και αλληλεπίδρασης και κατ' επέκταση και των πολιτικών δικαιωμάτων. Τα αποκαταστασιακά προγράμματα πρέπει να ανταποκρίνονται στην πραγματοποίηση των αναγκών και επιθυμιών, χωρίς να αγνοούν τους κοινωνικο-οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες.

Ο Wilder και οι συνεργάτες του παρουσιάζουν το συνεχές της επαγγελματικής⁸⁶ αποκατάστασης σχηματικά: Η ακολουθία είναι:

- εργοθεραπεία, δωρεάν εργασία στο ψυχιατρείο
- προστατευόμενη εργασία μερικής απασχόλησης
- προστατευόμενη εργασία πλήρους απασχόλησης
- ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα
- εποπτευόμενη εργασία
- εργασία στην κοινότητα με εποπτεία
- εργασία στην κοινότητα..

Η προστατευόμενη εργασία, αναφέρεται, στα προστατευόμενα εργαστήρια (Sheltered workshop) τις συνεργατικές επιχειρήσεις (cooperative) ή τις παραγωγικές εργασιακές ή κοινωνικές επιχειρήσεις (social firms).

Στον τομέα της εργασιακής απασχόλησης ανήκει επίσης το κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης (prevocational rehabilitation) και το κέντρο επαγγελματικής εκπαίδευσης (vocational rehabilitation).

Η αναγκαιότητα για ειδικό εργασιακό καθεστώς εργασίας για τα άτομα με ψυχική

⁸⁶ Μαδιανός, Μ., σ. 73.

ασθένεια, παράλληλα με την τάση αντιμετώπισης των ασθενών στην κοινότητα οδήγησαν στην οργάνωση παραγωγικών μονάδων με επιχειρηματική βάση. Ο κοινωνικός συνεταιρισμός και η κοινωνική επιχείρηση αποτελούν μορφή ανάληψης δραστηριοτήτων με πραγματικές συνθήκες εργασίας και εξατομικευμένη, υποστηριζόμενη προώθηση στην απασχόληση. Στην Ελλάδα, θεσπίστηκε το νομικό πλαίσιο⁸⁷, για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" και ειδικότερα (Ν. 2716/99 – ΚΟΙΣΠΕ άρθρο 12) για την θεσμοθέτηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης. Κύριοι στόχοι των ΚΟΙΣΠΕ είναι η διοικητική, οργανωτική, νομική ρύθμιση, όλων των υπάρχουσών πρωτοβουλιών, με σκοπό την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση αλλά και την επιχειρησιακή βιωσιμότητα των επαγγελματικών δομών, που προωθούν τα άτομα αυτά της ομάδας – πληθυσμού στόχου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες στην αγορά εργασίας⁸⁸.

7. Υποκειμενική Πρόσληψη

7.α. Υποκειμενική Πρόσληψη και Κοινωνική Αναπαράσταση

Ο Ναυρίδης (1995) στο έργο του Κλινική – Κοινωνική ψυχολογία αναφέρει: "Η προσπάθεια του ανθρώπου να αποστασιοποιηθεί για να μπορέσει να αντικειμενοποιήσει την προσωπική του ιστορία, θα παρέμενε ανολοκλήρωτη αν δεν εύρισκε τις ρίζες της στην υποκειμενική εμπειρία του καθενός, στην έκφραση της ατομικής μοναδικότητας, η οποία υποβάλει ολόκληρη αυτή την προσπάθεια σε εξέταση, σε διερώτηση, την εγκρίνει ή / και διαφωνεί επιτρέποντας μια συνεχή και διαλεκτική αλληλεπίδραση ανάμεσα στην αντικειμενικότητα και στην υποκειμενικότητα, ανάμεσα στα συλλογικά και στα ατομικά φαινόμενα, ανάμεσα στο κοινωνικό και στο ψυχικό. Στην εξάρθρωση, που υφίσταται μια ιστορία με την έκθεσή της, σε μια δεδομένη στιγμή, αντιστοιχεί μια ανασυγκρότηση, που

⁸⁷ Δες ενημερωτικά στοιχεία στον Οδηγό Σύστασης ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αύγουστος 2001.

⁸⁸ Ομοίως δε στον Οδηγό του Υπουργείου, περισσότερα στοιχεία.

βασίζεται σε υποθέσεις, οι οποίες αναγνωρίζουν τους διάφορους κοινωνικο-ιστορικούς καθορισμούς, που την παρήγαγαν"⁸⁹.

Ο Moscovici θέτει σε αμφισβήτηση την απόλυτη διάκριση ανάμεσα στον "εξωτερικό κόσμο" στον οποίο αναφέρεται το συλλογικό και στον "εσωτερικό κόσμο" του ενδοπροσωπικού και ενδοψυχικού. Όπως και άλλοι ερευνητές (Mertzlich, Jodelet, Furr κ.ά.) ανέτρεψε αυτή την οριοθέτηση με την θεωρία του για τις κοινωνικές αναπαραστάσεις. Ο ερευνητής το 1969 έκανε μια πρώτη κοινωνιοψυχολογική θεωρητική προσέγγιση των κοινωνικών αναπαραστάσεων στο έργο του *La psychanalyses, son image et son public.*, δηλώνοντας την πολυπλοκότητα των ατόμων και των ομάδων, την σημαντικότητα της επικοινωνίας, που επιτρέπει στα συναισθήματα και τα άτομα να συγκλίνουν, μετατρέποντας το ατομικό σε συλλογικό και το αντίστροφο. Όρισε τις κοινωνικές αναπαραστάσεις σαν οντότητες απτές, που κινούνται, διασταυρώνονται και δημιουργούνται στην καθημερινή ζωή, χαρακτηρίζοντας τις κοινωνικές σχέσεις και επηρεάζοντας τον τρόπο επικοινωνίας⁹⁰.

Σε αντίθεση με τον Durkheim το 1898, με τον οποίο έχουμε την πρώτη εμφάνιση των αναπαραστάσεων στην Κοινωνιολογία, την διάκριση αυτών σε συλλογικές και ατομικές αναπαραστάσεις, και την αντιμετώπισή τους με τρόπο στατικό, ο Moscovici αναφέρθηκε στην δυναμική τους φύση. Θεώρησε ότι πρόκειται πάντα για την αναπαράσταση ενός υποκειμένου για ένα αντικείμενο, η ανοικοδόμηση του οποίου έχει κάποια λειτουργική σκοπιμότητα, για την ερμηνεία και κατανόηση του περιβάλλοντος και την εξοικειώσή του μ' αυτό. Αναφέρθηκε το 1976 στην παθητική και την ενεργητική όψη της αναπαράστασης όπου η πρώτη αφορά την απλή καταγραφή της εξωτερικής πραγματικότητας και η δεύτερη την αναπαράσταση των εξωτερικών ερεθισμάτων, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ τους και ανοικοδομούνται μέσα σε ένα πλαίσιο κανόνων, εννοιών,

⁸⁹ Ναυρίδης, Κ., 1994, σ.

⁹⁰ Δες Moscovici, S., *Η ψυχανάλυση η εικόνα της και το κοινό της*, (επιμ. Μαντόγλου, Α., Εκδ. Οδυσσέας, Α' έκδοση, Αθήνα 1999).

αξιών, με το οποίο έχουν σχέση αλληλεγγύης⁹¹.

Ο Abrie το 1987, περιέγραψε τις αναπαραστάσεις σαν ένα σύστημα προσδοκιών και προβλέψεων που βοηθούν το άτομο να προετοιμάζει το μέλλον και δεν αποτυπώνουν απλά την πραγματικότητα⁹².

Η Jodelet το 1984, απέδωσε στις κοινωνικές αναπαραστάσεις τα χαρακτηριστικά μιας μορφής ειδικής γνώσης, της γνώσης της κοινής γνώμης, που προσδιορίζονται από κοινωνικά σφραγισμένες γενετικές και λειτουργικές διαδικασίες. Αποτελούν τρόπους πρακτικής σκέψης, με προσανατολισμό στην επικοινωνία, την κατανόηση και τον έλεγχο του περιβάλλοντος σε επίπεδο υλικό, κοινωνικό και ιδεατό. Οι ιδιότητές τους αυτές τους προσδίδουν τα ειδικά τους χαρακτηριστικά, όπως την οργάνωση του περιεχομένου των νοητικών εγχειρημάτων και της λογικής⁹³.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην ζωή, γιατί επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, την επικοινωνία και την δράση των ατόμων καθώς επίσης και τα κίνητρα αυτής της δράσης, μέσα από τον τρόπο, που τα άτομα αντιλαμβάνονται την πραγματικότητα.

Οι κανόνες και οι αξίες, θεωρούνται από πολλούς κοινωνιολόγους ως τα μέσα που κατευθύνουν την δράση των ατόμων ώστε να επιτευχθεί η κοινωνική τους ένταξη στο σύστημα, καθιστούν εφικτή την κοινωνική αλληλεπίδραση, εσωτερικεύονται κατά την διαδικασία της κοινωνικοποίησης και αποτελούν ουσιαστική πλευρά της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τον Parson, αυτή η λειτουργία κατά την οποία το άτομο εσωτερικεύει τις αξίες είχε διαπιστωθεί, πριν ο Freud μιλήσει για το Υπερεγώ και ο Parkheim για την συλλογική συνείδηση. Οι κανόνες, οι αξίες, οι ιδέες βιώνονται από τα άτομα ως στράτευση κινήτρων (motivational commitment)⁹⁴.

⁹¹ Δες Μαντόγλου, Α., Εισαγωγή στο Κοινωνικές Αναπαραστάσεις: Παπαστάμου, Σ., Μαντόγλου Α., 1995.

⁹² ό.π. Μαντόγλου, 1995.

⁹³ ό.π. Μαντόγλου, 1995.

⁹⁴ Στο Zavalloni, M., - Luis Guérin, C., 1996, σ. 34.

Έτσι η κοινωνική ένταξη του ατόμου δεν έγκειται στη απλή κατανόηση και αποδοχή των κοινωνικών κανόνων αλλά μέσα από την ενσωμάτωση και εσωτερικεύσή τους, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της προσωπικότητας του ατόμου και έκφραση της ψυχοκοινωνικής του ταυτότητας. Όπως αναφέρει η Ρήγα, η ανάλυση των στοιχείων της ταυτότητας μας βοηθά στην κατανόηση της δομής της κοινωνικής πραγματικότητας, στο βαθμό, που η σχέση με τον κόσμο εδραιώνεται μέσω των κοινωνικών και πολιτισμικών τύπων ένταξης⁹⁵.

Η γνώμη του ατόμου για ένα αντικείμενο και μια κατάσταση, σύμφωνα με τον Abrie, προσδιορίζει το αντικείμενο⁹⁶. Έτσι αυτό, κατασκευάζεται με τρόπο, που να 'χει συνοχή για το αξιολογικό του σύστημα. Το αντικείμενο διαμορφώνεται από την σχέση υποκειμένου – αντικειμένου και δεν νοείται χωρίς αυτή. Έτσι, όπως αναφέρει ο Moscovici το 1986, αυτή η σχέση, "... αυτός ο σύνδεσμος με το αντικείμενο είναι το αναπόσπαστο μέρος του κοινωνικού συνδέσμου, που θα ερμηνευτεί σ' αυτό το πλαίσιο. Η αναπαράσταση από εδώ και στο εξής, είναι πάντα μια κοινωνική αναπαράσταση"⁹⁷.

Η αναπαράσταση του αντικειμένου επιτρέπει έτσι, την ανακατασκευή της πραγματικότητας έτσι ώστε τα χαρακτηριστικά του αντικειμένου ή της κατάστασης να αφομοιωθούν από το άτομο, σύμφωνα με τις εμπειρίες του, τις αξίες, τους κανόνες και τις στάσεις του. Με βάση αυτό το σύστημα αναφοράς το άτομο καθορίζει τη θέση του και προσαρμόζεται.

Η Jodelet (1984) αναφέρεται σε μια "μορφή γνώσης κοινωνικά επεξεργασμένης και διαδομένης, που περιέχει μια πρακτική οπτική και συντρέπει στην κατασκευή μιας κοινής πραγματικότητας, ενός κοινωνικού συνόλου"⁹⁸.

Οι Allport και Postman το 1948, έδειξαν, πως η αντίληψη των ατόμων σαν νοητική

⁹⁵ Στον πρόλογο του Zavalloni, M., Luis – Guérin, C., 1996.

⁹⁶ Δες στην εισαγωγή Μαντόγλου στο Παπαστάμος, Σ., 1995, σ.σ. 13- 52 για περισσότερες πληροφορίες.

⁹⁷ ό.π. Παπαστάμος, Σ., 1995, - Μαντόγλου σ.σ. 13 – 52.

⁹⁸ ό.π. Παπαστάμος, Σ., 1995, Μαντόγλου, σ.σ. 13-52.

διαδικασία, που συνδέεται με την επεξεργασία των ερεθισμάτων που συλλαμβάνουν τα αισθητήριά μας, δεν είναι ανεξάρτητη από τις ασυνείδητες ψυχοκοινωνικές διεργασίες με τις οποίες επενδύουμε το συναίσθημα και την ιδεολογία μας⁹⁹.

Ο Παπαστάμου το 1989, αναφέρεται στα επίπεδα ανάλυσης¹⁰⁰, της κοινωνιοψυχολογικής πραγματικότητας: το ενδοατομικό, το διατομικό, το διομαδικό, το ιδεολογικό, στα οποία ανάγονται οι διάφοροι κοινωνιοψυχολογικοί μηχανισμοί, που καθορίζουν τη δημιουργία και αναπαραγωγή των διαφόρων φαινομένων. Τονίζει την σπουδαιότητα στις μελέτες, της συνάρθρωσης των επιπέδων αυτών, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα αναπαραγωγής άλλοτε της ψυχολογικής και άλλοτε της κοινωνιολογικής πραγματικότητας. Μοντέλα όπως της γνωστικής ισορροπίας, της γνωστικής καταλληλότητας και της γνωστικής ασυμφωνίας, αξιώνουν την τάση των ατόμων να εξισορροπούν τα διάφορα γνωστικά στοιχεία, που αντιμετωπίζουν σε κάθε περίπτωση¹⁰¹. Η τάση αυτή, όπως υποστηρίζουν οι θεωρίες επηρεάζει την εικόνα των ατόμων για το κοινωνικό τους περιβάλλον, οδηγώντας τα πολλές φορές, προκειμένου να διασφαλίσουν την ισορροπία τους, σε πράξεις που αλλάζουν το περιβάλλον τους. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί το μοντέλο της κατηγοριοποίησης που αποτελεί μια προσπάθεια των ατόμων να επηρεάσουν το περιβάλλον τους οργανώνοντάς το.

Στο ενδοατομικό επίπεδο ανάλυσης εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα, οργανώνουν τις αντιλήψεις τους, τις εκτιμήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και διαμορφώνουν την συμπεριφορά τους προς αυτό. Στο διατομικό επίπεδο μελετάται η δυναμική αλληλεπίδραση στα πλαίσια των διομαδικών σχέσεων κάθε περίπτωσης. Το διομαδικό επίπεδο, αφορά παραμέτρους όπως οι ομάδες υπαγωγής του ατόμου και η κοινωνική τάξη. Στο ιδεολογικό επίπεδο, εξετάζονται οι γενικοί κανόνες συμπεριφοράς μιας

⁹⁹ ό.π. Μαντόγλου Εισαγωγή στο Παπαστάμος, Σ., Μαντόγλου, Α.

¹⁰⁰ Περισσότερες πληροφορίες στο: Παπαστάμος, Σ., *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*, Δ' έκδοση, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1993, σ. 452.

¹⁰¹ Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε ομοίως: Παπαστάμος, Σ., 1993, επίσης στο: *Ψυχολογία Κινήτρων*, Αθήνα 1997, σ. 149-164.

κοινωνίας σε μια συγκεκριμένη ιστορική στιγμή και κοινωνικό χώρο.

Σε όλα αυτά τα επίπεδα, αναφέρει ο Παπαστάμου (1989), η δημιουργία σχέσεων, προϋποθέτει την ύπαρξη των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Ο κόσμος των αναπαραστάσεων, γράφει, "... είναι διάχυτος, ευμετάβλητος¹⁰² και διατελεί σε συνεχή κίνηση... έχουν την δική τους πραγματική υπόσταση στον ίδιο βαθμό με την μνήμη, την ομιλία ή το χρήμα: παρουσιάζονται με σταθερότητα και συνέπεια σαν παράγωγα της ανθρώπινης επικοινωνίας"¹⁰³. Έτσι προσδίδει στις αναπαραστάσεις την ιδιότητα να μεταλλάσσονται με σχετική ευκολία, και να συνδέουν την αφηρημένη γνώση και τις πεποιθήσεις μας με την συγκεκριμένη υφή των σχέσεων και πρακτικών.

Ταυτόχρονα, τις θεωρεί αξιόλογο κομμάτι της ατομικότητας γιατί "... συμμετέχουν ενεργά και αποφασιστικά στην διαμόρφωση και λειτουργία της ατομικής συνείδησης, με την μορφή ιδεών, εννοιών, κατηγοριών και κινήτρων, μετατρέποντας την ατομική συμπεριφορά σε συλλογική πρακτική και συλλογικά συναισθήματα ή συγκινήσεις"¹⁰⁴.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις, αποτελούν κατά τον Moscovici ένα οργανωμένο τρισδιάστατο σύμπαν με τις διαστάσεις που καθορίζουν την φύση αυτού του σύμπαντος¹⁰⁵.

Ο Abrie, αναφέρεται στον πρωταρχικό ρόλο των αναπαραστάσεων, στην δυναμική των κοινωνικών σχέσεων και πρακτικών και στην ευριστική τους αξία γιατί μέσα από τις

¹⁰² Μ. Μαντόγλου στο: Παπαστάμος, Σ., - Μαντόγλου, Α., *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*, Εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 1995, στην εισαγωγή σ. 19 αναφέρει τις διαδικασίες, που απορρέουν από την δυναμική των ιδίων των αναπαραστάσεων σε μια συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχολογικού και κοινωνιολογικού, όπου το κοινωνικό στοιχείο μεταμορφώνει τη γνώση σε αναπαράσταση. Αυτές οι διαδικασίες είναι η αντικειμενοποίηση και η επικέντρωση, που κατά τον Moscovici χαρακτηρίζουν την λειτουργία των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Η επικέντρωση επιτρέπει στο άτομο να ενσωματώσει στην γνωστική του δομή τα άγνωστα στοιχεία και η αντικειμενοποίηση κάνει το αφηρημένο, συγκεκριμένο και μετατρέπει την εικόνα σε έννοια. α. Περισσότερα δεξ στο Παπαστάμος, Σ., Αθήνα 1993, σ. 423, Παπαστάμος Σ., 1995, και Κατερέλος, Γ., *Δυναμική των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων*, Εκδ. Οδυσσέας, Α' Έκδοση, Αθήνα, 1996, σ.σ. 54 – 57.

¹⁰³ Περισσότερα δεξ στο: Παπαστάμος, Σ., 1993, σ.σ. 417 – 418.

¹⁰⁴ Δες περ. στο Παπαστάμος, Σ., 1999, σ. 418.

¹⁰⁵ Το περιεχόμενο, η οργάνωση και η σημασία των κοινωνικών αναπαραστάσεων προσδιορίζονται μέσα από τις ακόλουθες διαστάσεις, που αφορούν τον "κόσμο των απόψεων": α) την πληροφορία η οποία αναφέρεται στο ποιοτικό και ποσοτικό επίπεδο γνώσεων του ατόμου – ομάδας σχετικά με το αντικείμενο – στόχο της αναπαράστασης, β) την στάση που αναφέρεται στην ψυχική δομή του υποκειμένου ή της ομάδας υποκειμένων και εκφράζει τον προσανατολισμό αυτών στο κοινωνικό αντικείμενο, γ) στο πεδίο της αναπαράστασης: που αναφέρεται στην οργάνωση και το περιεχόμενο της αναπαράστασης, ό.π. Παπαστάμου, Σ., 1995, σ. 25.

λειτουργίες τους¹⁰⁶, είναι σημαντικές για την ερμηνεία των κοινωνικών δεσμών, των σχέσεων, των συμπεριφορών και πρακτικών, και την κατανόηση των κοινωνικών φαινομένων. Η ανάλυσή τους, προϋποθέτει ανάλυση των συστατικών τους στοιχείων (πληροφορίες, γνώμες, πεποιθήσεις, στάσεις) τα οποία είναι δομημένα και οργανωμένα, με ιεραρχημένη σχέση, συγκεκριμένη σημασία και θέση στο σύστημα της αναπαράστασης¹⁰⁷.

7.β. Υποκειμενική Πρόσληψη και Ψυχική νόσος

Ο Rich το 1979 φέρνοντας στο προσκήνιο το πρόβλημα της υποκειμενικότητας¹⁰⁸ και της σχετικότητας στην δόμηση της πραγματικότητας προτείνει την αναγκαιότητα της ρήξης μ' ένα κοινωνικό κόσμο, στον οποίο συμπίπτει η αντικειμενικότητα με την υποκειμενικότητα, εφ' όσον η αποκλειστικότητα του ορισμού θα ανήκει σε μια μόνο ομάδα.

Είναι ενδιαφέρον για την Κοινωνική Ψυχολογία να γνωρίζει στο επίπεδο της αναπαραστατικής σκέψης που εκδηλώνεται, τον τρόπο με τον οποίο δημιουργούνται για τα άτομα, οι διαφορετικές πραγματικότητες, εφ' όσον μέσα από την γνώση αυτή θα μπορέσει να παρέμβει στο επίπεδο της πράξης καθώς οι κοινωνικές αναπαραστάσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στο πεδίο των ψυχολογικών και κοινωνικών κινήτρων.

Όσον αφορά την ψυχική νόσο, η υποκειμενική πρόσληψη της πραγματικότητας εμπεριέχει, εκτός των ιδιοσυγκρασιακών στοιχείων, των ατομικών χαρακτηριστικών και των στοιχείων του πλαισίου, στοιχεία που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία. Στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, γνωρίζουμε από πολλές μελέτες ότι υπάρχει, στα άτομα, που νοσούν ψυχικά, ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής λειτουργικότητας και της

¹⁰⁶ Συνοπτικά αναφέρουμε τις λειτουργίες των κοινωνικών αναπαραστάσεων: α) γνωστική λειτουργία: μας βοηθούν στην ερμηνεία και κατανόηση της πραγματικότητας, β) λειτουργίες ταυτότητας: μέσω των αναπαραστάσεων το άτομο τοποθετείται στο κοινωνικό πεδίο και έτσι καθορίζει την ταυτότητά του. γ) λειτουργία προσανατολισμού: τα άτομα κατευθύνονται ως προς τις πρακτικές και την γενική συμπεριφορά τους από τις αναπαραστάσεις με βάση το κοινωνικό αποδεκτό. δ) δικαιολογητικές λειτουργίες: λειτουργούν ως αιτιολογικοί προσδιορισμοί της υιοθέτησης κάποιας πρακτικής, μετά την εκδήλωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Περισσότερες πληροφορίες στο: Κατερέλος, Γ., σ.σ. 54-57.

¹⁰⁷ Η οργάνωση μιας κοινωνικής αναπαράστασης, κατά τον Abric (1987) καθορίζεται από τον "κεντρικό πυρήνα" έννοια συγγενή του "εικονικού μοντέλου" του Moscovici ό.π. Παπαστάμου, Σ., 1995, σ.σ. 31 – 32.

¹⁰⁸ Zavalloni, M., - Luis – Guérin C., σ. 25.

υποκειμενικής αντίληψης της ποιότητας ζωής¹⁰⁹.

Ο Μάνος (1997) περιγράφοντας την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας αναφέρει ότι "σήμερα, θεωρούμε τη σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας... Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας – ο ψυχωσικός πυρήνας της αρρώστιας – παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα"¹¹⁰.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την σκέψη παρατηρούνται διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης με την μορφή παραληρητικών ιδεών, (όπως ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από υπέρτατες εξωκοσμικές δυνάμεις, ιδέες δίωξης, συσχέτισης, μεγαλείου, παραληρητικές ιδέες θρησκευτικού περιεχομένου. Επίσης, παρατηρούμε διαταραχές στον ειρμό της σκέψης (χάλαση συνειρμών), εμμονή, συγκεκριμένη και άκαμπτη σκέψη.

Όσον αφορά την αντίληψη χαρακτηριστικές της νόσου είναι οι ψευδαισθήσεις (κυρίως ακουστικές). Προσλαμβάνονται ερεθίσματα, ήχοι και φωνές οι οποίες προέρχονται από την εσωτερικότητα του ατόμου ή από το εξωτερικό περιβάλλον και δίνουν εντολές, κάνουν σχόλια, κάνουν διάλογο μεταξύ τους.

Τόσο η συμπτωματολογία όσο και η επακόλουθη δυσπροσαρμοστία στις διαπροσωπικές σχέσεις επιτείνουν την κοινωνική απόσυρση του ατόμου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας "αυτιστικής" συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από έντονη εσωστρέφεια, υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με τις ιδέες και τις φωνές, εγωκεντρισμό, απουσία αντικειμενικότητας.

Στην πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας, που αναφέρεται συνήθως στην αρχή της

¹⁰⁹ Καρούζος, Χ., και συν., *Αξιολόγηση μιας ψυχοκοινωνικής παρέμβασης σε ομάδα χρόνιων ασθενών, που μετακινήθηκαν από το Ψυχιατρείο σε Ξενώνα στην Κοινότητα*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 74, Απρίλιος – Ιούνιος 2001, σ.σ. 55 – 65.

¹¹⁰ Μάνος, Ν., 1997, σ. 132.

εφηβείας ή στην ενήλικη ζωή, αρχικά μπορεί να παρουσιαστούν συμπτώματα έντονου άγχους, υπερευαισθησία σε ερεθίσματα, σταδιακή απόσυρση, παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, ιδέες συσχέτισης κ.ά. Η φάση αυτή διαρκεί λίγες ημέρες ή μήνες. Δεν είναι προαπαιτούμενη. Στην ενεργό φάση, που διαρκεί από λίγες εβδομάδες ως απροσδιόριστο χρόνο έχουμε τα έντονα χαρακτηριστικά της ψύχωσης κατά την οποία οι ασθενείς είναι διαταραγμένοι έντονα. Έχουν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, παράλογη σκέψη¹¹¹. Οι εμπειρίες αυτές της σκέψης και της αντίληψης, έχουν σαν αποτέλεσμα το συναίσθημα του φόβου, ή την συμμαχία με τις φωνές, ή την αποδοχή αυτών έχοντας εναισθησία της νόσου.

Στην υπολειμματική φάση, η οποία είναι ήπια και συναισθηματικά λιγότερο φορτισμένη παραμένουν μερικά από τα ψυχωσικά συμπτώματα.

Στην σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου, είναι χαρακτηριστικές οι ιδέες διώξης ή μεγαλείου, που συνήθως οργανώνονται και συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα. Στον αποδιοργανωμένο τύπο απουσιάζει η συστηματοποίηση και οργάνωση των παραληρητικών ιδεών, ενδέχεται όμως να υπάρχουν διασπαρμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο.

Στον υπολειμματικό τύπο, απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος.

Σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο χαρακτηριστική είναι η μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, η πεσιμιστική θεώρηση της ζωής, η παραποίηση της αντίληψης της πραγματικότητας, όπου όλα θεωρούνται μάταια, υπάρχει αδιέξοδος και δεν διαφαίνεται καμία δυνατότητα αλλαγής της υποκειμενικά βιωμένης, άσχημης πραγματικότητας. Συνυπάρχουν σκέψεις ενοχής ή αναξιότητας για τις αποτυχίες ή τα λάθη και επηρεάζεται έτσι και η αυτοεκτίμηση και κοινωνική αντίληψη. Στην ψυχωσική εκδήλωση ενός καταθλιπτικού

¹¹¹ Περισσότερα στο Μάνος, Ν., 1997, σ.σ. 138 – 140.

επεισοδίου συναντούμε ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες με περιεχόμενο σχετικό με την κατάθλιψη (μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου κ.ά.).

Ένα μανιακό επεισόδιο, χαρακτηρίζεται από φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις "καλπάζουν". Το άτομο υπερεκτιμά την αξία του, μέχρι του σημείου εμφάνισης εξωπραγματικών παραληρητικών ιδεών, κυρίως μεγαλείου (το άτομο νοιώθει ότι κατέχει ιδιαίτερα ταλέντα, την ικανότητα να σώσει τον κόσμο, δέχεται οδηγίες ή εντολές από υπέρτατες δυνάμεις κ.ά.). Υπάρχει ιδεοφυγή, συνειρμοί, που βασίζονται σε λογοπαίγνια, σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος ή τυχαία γεγονότα.

Αντλαμβάνομαστε την δυσκολία ενός εγχειρήματος μελέτης των κοινωνικών αναπαραστάσεων των ατόμων με ψυχική ασθένεια εξαιτίας των δυσκολιών, που προκύπτουν λόγω της συμπτωματολογίας. Παρ' αυτά, όπως προαναφέρθηκε υπάρχουν φάσεις της νόσου χωρίς ενεργό ψυχοπαθολογία, όπου η αντίληψη της πραγματικότητας δεν διαταράσσεται.

Ωστόσο και στις φάσεις, όπου η συμπτωματολογία είναι παρούσα ή κατά την υποτροπή της νόσου το άτομο δεν έχει ολική ρήξη με την πραγματικότητα αλλά η πραγματικότητα αντιμετωπίζει ρήξη με την υποκειμενική παρεμβολή. Υπάρχουν ασθενείς, οι οποίοι διάγουν το βίο τους "ζώντας" με τις φωνές τους συζητώντας μαζί τους, φανερώνοντάς τες ή αποκρύβοντάς τες από την καθημερινή πραγματικότητα.

Έρευνα των Burti et al το 1990, σχετικά με την αναπαράσταση των ασθενών για το θεραπευτικό περιβάλλον, σ' ένα πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έδειξε μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική κατάσταση των ασθενών και τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τα διάφορα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος, τόσο στα πλαίσια του νοσοκομείου όσο και του ξενώνα¹¹². Έτσι το είδος των συμπτωμάτων, της εκάστοτε ψυχοπαθολογίας επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την ύπαρξη κάποιας μεταβλητής της θεραπευτικής ατμόσφαιρας, επηρεάζοντας κατ' επέκταση και την θεραπεία αλλά και τις

¹¹² Για περισσότερες πληροφορίες δες στο: Μηλιώνη, Χ., Κοντοπούλου, Κ., *Αξιολόγηση του Θεραπευτικού Περιβάλλοντος του Παραδοσιακού Ψυχιατρείου και των Ξενώνων από Σχιζοφρενικούς Ασθενείς*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 61, Ιανουάριος – Μάρτιος 1998, σ.σ. 30 – 42.

πρακτικές, που τα άτομα υιοθετούν. Αυτό μας προβληματίζει για την ανάγκη θεώρησης των ατομικών χαρακτηριστικών, όσων σκιαγραφούν την εικόνα μιας ψυχιατρικής δομής.

Οι διαφορετικές αντιλήψεις, που φέρουν οι ασθενείς για την ατμόσφαιρα, που χαρακτηρίζει το νοσοκομείο και τις κοινοτικές δομές φαίνονται και στην έρευνα των Moos & Houts και θεωρούνται αξιόπιστες, σύμφωνα με αντικειμενικά κριτήρια εκτίμησης της ποιότητας ζωής¹¹³.

Γενικότερα, στις έρευνες σχετικά με την αξιολόγηση των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των ίδιων των ασθενών για την αποκατάστασή τους επαληθεύεται με αξιόπιστα μέσα η λογικοφανής αντίληψη των έργων που προσδιορίζουν λειτουργικά την αποκαταστασιακή πορεία.

Η Μαντόγλου το 1995, αναφέρει πως η αναπαράσταση του έργου ορίζεται ως ένα υποθετικό σύστημα, που έχουν στην διάθεσή τους τα άτομα, σχετικά με την φύση του έργου, τη σκοπιμότητά του, τις απαιτούμενες ικανότητες και συμπεριφορές, τη διαδικασία πραγματοποίησής του¹¹⁴. Έτσι, η αναπαράσταση του έργου, καθορίζεται από στοιχεία όπως η υλική παρουσίαση, η σημασία των λέξεων και πράξεων των δρώντων υποκειμένων, η ύπαρξη ή όχι ανταμοιβής, και η αξιολογική επένδυση, που κάνουν τα άτομα για το κοινωνικό, πολιτιστικό και ιδεολογικό πλαίσιο του έργου. Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να αξιολογούνται στην μελέτη των αναπαραστάσεων των ασθενών για τις αποκαταστασιακές δραστηριότητες, γιατί καθορίζουν σημαντικά τα αποτελέσματα των προγραμμάτων.

7.γ. Υποκειμενική Πρόσληψη και Κίνητρα

Η Ευκλείδη, αναφέρει ότι οι αιτίες της συμπεριφοράς είναι πολλές αλλά δεν είναι αυτούσιες. Συνυπάρχουν με γνωστικές διεργασίες, όπως σκέψεις, εκτιμήσεις, αναμνήσεις. Οι

¹¹³ ό.π. στο Μηλιώνη, Χ., Κοντοπούλου, Ε., 1998.

¹¹⁴ Περισσότερες πληροφορίες δες στην εισαγωγή της Μαντόγλου στο Παπαστάμου, Σ., 1995.

αντιδράσεις μας, οι δράσεις ή η συμπεριφορά διαμορφώνονται από παράγοντες, όπως η αντίληψη, η προσοχή, η μνήμη, η μάθηση, η σκέψη¹¹⁵.

Η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για κάποιο αντικείμενο ή κατάσταση με βάση τις αντιληπτικές του διεργασίες, επηρεάζει τα κίνητρα ενασχόλησής του με αυτό. Έτσι, ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα με ψυχική νόσο εκτιμούν τις ανάγκες και την αποκατάστασή τους, σαφώς επηρεάζει και τα κίνητρά τους για ικανοποίηση των αναγκών, για συμμετοχή στις αποκαταστασιακές δραστηριότητες και για την κοινωνική τους ένταξη. Επίσης το πώς το άτομο προσλαμβάνει και αξιολογεί ένα πλαίσιο αποκατάστασης επηρεάζει την στάση του απέναντι σ' αυτό και τα κίνητρα εμπλοκής του.

Οι γνωστικές θεωρίες¹¹⁶ των κινήτρων, δείχνουν πως οι ιδέες και ερμηνείες που δίνουν οι άνθρωποι για τον κόσμο, επηρεάζουν την τελική συμπεριφορά. Οι θεωρίες του αιτιολογικού προσδιορισμού¹¹⁷ αναφέρονται στο πως το άτομο αντιλαμβάνεται τις αιτίες της συμπεριφοράς του και της συμπεριφοράς των άλλων (εύλογες αιτίες) και όχι στα εσωτερικά ή εξωτερικά αίτια, που ωθούν ή έλκουν το άτομο σε δράση (έσχατες αιτίες).

Ο Freud το 1915 ασχολήθηκε με την προσέγγιση των κινήτρων μέσα από την ψυχαναλυτική θεωρία. Μίλησε για τις ασυνείδητες δυνάμεις, που ωθούν σε δράση. Οι μηχανισμοί άμυνας προστατεύουν το άτομο από το στρες των συγκρούσεων. Η μετατόπιση, είναι η μεταφορά μιας φαντασίωσης ή ενέργειας από ένα αντικείμενο ή άτομο σε άλλο (π.χ. η στρόφη εναντίον του εαυτού είναι μια μορφή μετατόπισης, όπου η επιθετικότητα εκδηλώνεται ως αυτοτιμωρία, ενοχή, αυτοπεριφρόνηση). Ο μηχανισμός της αντιληπτικής άμυνας εμποδίζει την ενημερότητα εξωτερικών απειλητικών ερεθισμάτων.

Αντιλαμβανόμαστε πόσο δύσκολη αποβαίνει η εκτίμηση της αντίληψης των ατόμων για την πραγματικότητα καθώς και των κινήτρων της συμπεριφοράς.

¹¹⁵ Ευκλείδη – Κωσταρίδου Α., 1997, σ. 15.

¹¹⁶ Περισσότερα για τις γνωστικές θεωρίες των κινήτρων στην Ψυχολογία Κινήτρων, Ευκλείδη – Κωσταρίδου Α., 1997, σ.σ. 149 – 164.

¹¹⁷ Οι θεωρίες του αιτιολογικού προσδιορισμού αναλύονται διεξοδικά στο Ευκλείδη – Κωσταρίδου Α., 1997, σ.σ. 165 – 193.

Ο Freud, μίλησε για τις ανεκπλήρωτες επιθυμίες ως εξωτερικούς ερεθισμούς από τους οποίους το άτομο δεν έχει διαφυγή. Για την θεωρία του πεδίου του Lewin¹¹⁸, αυτό σημαίνει ότι η ένταση δεν σταματά παρά μόνο αν ικανοποιηθεί ο σχετικός στόχος. Όταν, για διάφορους λόγους η ικανοποίηση του στόχου δεν είναι δυνατή, το άτομο επιλέγει υποκατάστατο στόχο. Οι στόχοι, εκπροσωπούν την έκφραση των κοινωνικών αναπαραστάσεων, τις αξίες, πεποιθήσεις, γνώμες, ιδέες, που το άτομο, όπως θα 'λεγε ο Freud, ενδοβάλλει, εσωτερικεύει και προσπαθεί να διαφυλάξει ως θεσματοφύλακα του ελέγχου, που ασκεί το Υπερεγώ.

Ο Lewin, επικαλείται την έννοια του χώρου ζωής κάθε ατόμου, που μας επιτρέπει να κατανοήσουμε την υποκειμενική αντίληψη των πραγμάτων (τις διατομικές και ενδοατομικές διαφορές). Ο χώρος αυτός, σχηματικά περιέχει διάφορες περιοχές, που χωρίζονται μεταξύ τους με όρια διαφορετικής διαπερατότητας, η οποία ορίζει το μέγεθος των εμποδίων, που συναντά το άτομο στην προσπάθεια μετακίνησής του από τη μια περιοχή στην άλλη. Αποτελείται από παράγοντες εσωτερικούς και εξωτερικούς. Εξαιρούνται αυτοί, που το άτομο αγνοεί, ανεξάρτητα από το αν απειλούν την ασφάλειά του. Ο χώρος είναι φυσικός και ψυχολογικός. Ο δεύτερος περιλαμβάνει τις ιδιότητες του ατόμου (ιδιοσυγκρασία, προσωπικότητα κ.ά.), τις επιθυμίες, ανάγκες, κίνητρα, στάσεις. Το παρελθόν ανήκει στο χώρο εφόσον επηρεάζει στην δεδομένη κατάσταση. Οι ανάγκες κινητοποιούν το άτομο στο πεδίο. Η κινητικότητα πρέπει να διοχετευτεί κάπου. Τα όρια επιτρέπουν την διέλευσή της ανάλογα με την διαπερατότητάς τους, και οδηγούν στην κατεύθυνση της συμπεριφοράς προς τον στόχο. Τα κίνητρα λειτουργούν παρωθητικά.

Οι άνθρωποι λοιπόν, που δεν συναντούν σημαντικά εμπόδια προχωρούν στην τελική επίτευξη του στόχου με την παρώθηση των κινήτρων και την κατεύθυνση της συμπεριφοράς σε ειδική δράση. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν πολλά εμπόδια, όπως η

¹¹⁸ Δες αναλυτικά την θεωρία του πεδίου του Kurt Lewin στο: Ευκλείδη - Κωσταρίδου Α., 1997, σ.σ. 116 -130.

ψυχοπαθολογία, η υποκειμενική πρόσληψη της πραγματικότητας, οι μαινώσεις κ.ά., και οι στόχοι συχνά είναι απρόσιτοι. Τα ανυπέρβλητα εμπόδια επηρεάζουν την στάση τους προς την ζωή και τα κίνητρά τους θα πρέπει να διατηρηθούν ισχυρά και σταθερά ώστε να τα ωθήσουν σε κίνηση προς τον στόχο.

8. Στόχοι, Βασικά ερωτήματα και υποθέσεις της έρευνας.

Η διερεύνηση των δυνατοτήτων της υποκειμενικής εκτίμησης της αποκατάστασης από τους ίδιους τους ασθενείς και της συμμετοχής τους στην κατάρτιση εξατομικευμένου προγράμματος, είναι μια υπόθεση που συχνά υποτιμάται. Οι υπηρεσίες παροχής υγείας στα θέματα που αφορούν την Ψυχική Υγεία τείνουν συχνά να περιορίζονται στην εφαρμογή τεχνικών ως απόρροια θεωρητικών επιλογών, παραμερίζοντας τον σημαντικό ρόλο του πλαισίου στο οποίο λαμβάνουν χώρα τα φαινόμενα καθώς και τις ανάγκες που οι ίδιοι οι αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας εκτιμούν για τον εαυτό τους.

Η μελέτη μας επικεντρώνεται στα ακόλουθα βασικά σημεία:

1. Οι αποδέκτες των παροχών υγείας, είναι οι πλέον αρμόδιοι για να καθορίσουν τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες και να σκιαγραφήσουν την εικόνα της κάθε δομής με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά.
2. Τα στοιχεία που καθορίζουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο έχει νόημα η αλληλεπίδραση και η επικοινωνιακή πράξη είναι ουσιαστικά και καθορίζουν τις διαφορές μεταξύ των εμπειριών αποκατάστασης.
3. Ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες και την αποκατάσταση, μέσα από την υποκειμενική πρόσληψη του πλαισίου και των αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων επηρεάζει και την στάση τους απέναντι στο πρόγραμμα.
4. Η υποκειμενική πρόσληψη της αποκατάστασης επηρεάζει και τα κίνητρα συμμετοχής στις αποκαταστασιακές δραστηριότητες. Η υποκειμενική πρόσληψη είναι άμεσα συνδεδεμένη με την κοινωνική αναπράσταση. Αλλάζοντας τις αναπαραστάσεις μπορούμε να επηρεάσουμε τις στάσεις και τα κίνητρα της συμπεριφοράς.
5. Στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, υπάρχουν τομείς οι οποίοι δεν υπολογίζονται, όπως είναι η σεξουαλική ζωή, αλλά και παράγοντες όπως η ηλικία, η διάσταση του χρόνου, ο ρόλος της σημασίας που έχει στο άτομο η σχέση με την οικογένειά

του.

6. Ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να κατευθύνεται από τις διεθνείς αρχές της αποκατάστασης και από την αξιολόγηση της υποκειμενικής εκτίμησης του συμμετέχοντος στο πρόγραμμα.

7. Οι αλλαγές που μπορεί να συμβούν σε ένα πλαίσιο ή η ολοκληρωτική αλλαγή πλαισίου οδηγεί στην αλλαγή των ρόλων, των αναγκών και της ταυτότητας ιδιαίτερα όταν πρόκειται για άτομα, που λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης τείνουν να προσλαμβάνουν την ταυτότητα που οι άλλοι τους προσδίδουν και υποτάσσονται στους φορείς κύρους και εξουσίας.

Βασικοί στόχοι της έρευνάς μας είναι η διαπίστωση πτυχών της αποκατάστασης που δεν είχαν αξιολογηθεί, η διερεύνηση του τρόπου, με τον οποίο η υποκειμενική πρόσληψη της αποκατάστασης επηρεάζει την αυτοαντίληψη, τις προσδοκίες για το μέλλον, τα κίνητρα, την ποιότητα ζωής.

Εξάλλου μέσα από τα ευρήματά μας, μια έμμεση αξιολόγηση του προγράμματος θα μας βοηθούσε στην αναθεώρηση των στόχων μας και στην επανεκτίμηση των παρεμβάσεων και πρακτικών.

ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία

α. Το δείγμα – Συνοπτική περιγραφή του δείγματος.

Το σύνολο, που αποτέλεσε την πηγή της δειγματοληψίας, αποτελείται από τους ασθενείς, που παρακολουθούν ένα οργανωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Οι ασθενείς αυτοί μένουν στον χώρο του ξενώνα ή σε προστατευόμενο διαμέρισμα, κοντά στην περιοχή του ξενώνα. Παρακολουθούνται από την θεραπευτική ομάδα. Στην έρευνα, δεν συμμετείχαν όλοι οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα. Για την επιλογή του δείγματος, ακολουθήθηκαν κάποια κριτήρια, γεγονός, που το επέβαλε τόσο η φύση της νόσου, όσο και οι ερευνητικοί στόχοι. Έτσι τα κριτήρια, που ετέθησαν, ήταν τα ακόλουθα:

1. Το κριτήριο της παρακολούθησης του προγράμματος. Όλοι έπρεπε να ανήκουν στην ομάδα –πληθυσμού – στόχου του συγκεκριμένου προγράμματος αποκατάστασης και να είναι ενήμεροι για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους καθώς και για τις δραστηριότητες του προγράμματος, κατά την διάρκεια της παρακολούθησής του.
2. Το κριτήριο της προηγούμενης νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.). Όλοι οι ασθενείς, είχαν νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, έχοντας κοινές εμπειρίες νοσηλείας, αλλά είχαν διαφορές ως προς την χρονική διάρκεια της νοσηλείας και ως προς την συχνότητα των επανεισαγωγών.
3. Το κριτήριο της Ψυχοπαθολογίας. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, είχαν ως διάγνωση την σχιζοφρένεια ή την διπολική διαταραχή. Αποκλείστηκαν τα άτομα με νοητική υστέρηση και οι λοιπές διαγνωστικές κατηγορίες, όπως επιληψία, διαταραχές συμπεριφοράς κ.ά. Επίσης, εξαιρέθηκαν οι ασθενείς, οι οποίοι ήταν σε υποτροπή, για λόγους δεοντολογικούς, που επιβάλλουν σεβασμό στην νόσο. Ωστόσο, όσοι εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους, συνεργάστηκαν με τον ερευνητή αλλά τα αποτελέσματα της συνεργασίας δεν χρησιμοποιήθηκαν.

4. Το κριτήριο της εκούσιας συμμετοχής στην έρευνα. Έπρεπε, αφού ενημερωθούν, οι συμμετέχοντες για τους σκοπούς της έρευνας και για τα μέσα, που θα χρησιμοποιηθούν, να εξασφαλιστεί η σύμφωνη γνώμη τους. Η ψυχοπαθολογία των υποκειμένων χαρακτηρίζεται από υποβουλησία και εξάρτηση από τους φορείς της εξουσίας. Έτσι, έγινε σαφές με κάθε τρόπο και με συχνές υπενθυμίσεις ότι η συμβολή είναι μεν σημαντική, αλλά η συμμετοχή τους δεν επιβάλλεται.

Επίσης, τα ίδια τα κριτήρια φιλοξενίας – παρακολούθησης του προγράμματος έθεταν κάποιους περιορισμούς ως προς τα χαρακτηριστικά του δείγματος, σε σύγκριση με τα χαρακτηριστικά, του γενικού πληθυσμού των ασθενών του Νοσοκομείου. Βέβαια, πρέπει να σημειώσουμε ότι δεν υπήρχε ακριβής και αυστηρή εφαρμογή της τήρησης των κριτηρίων συμμετοχής στο πρόγραμμα, γιατί κατά την διαδικασία επιλογής των ασθενών από το Ψ.Ν.Α., παραγνωρίστηκαν κάποια κριτήρια όπως η αποφυγή των έξεων γιατί συνεκτιμήθηκαν όλοι οι παράγοντες αποκατάστασης.

Τα κριτήρια παρακολούθησης του προγράμματος ήταν:

1. Ο ασθενής προέρχεται από το Ψ.Ν.Α.
2. Δεν βρίσκεται σε οξεία – ενεργό φάση, αλλά σε φάση αποκατάστασης και αποθεραπείας.
3. Υπάρχει εμφανής ικανότητα για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και συναλλαγών.
4. Υπάρχει εμφανής ικανότητα για εργασιακή απασχόληση (ικανοποιητικού βαθμού λειτουργικότητα).
5. Δεν υπάρχει ιστορικό χρήσης τοξικών ουσιών ή κατάχρησης οινόπνευματος.
6. Δεν υπάρχει διάγνωση χαρακτηριστικής διαταραχής ή νοητικής ανεπάρκειας.
7. Δεν υπάρχουν σοβαρά παθολογικά προβλήματα ή αναπηρίες.
8. Ο ενδιαφερόμενος παρακολουθεί το πρόγραμμα εκούσια.

Οι αριθμοί των υποκειμένων, που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 27 και

συγκεκριμένα 15 άνδρες και 12 γυναίκες. Από τους 15 άνδρες, οι 12 πάσχουν από σχιζοφρένεια και οι 3 από διπολική διαταραχή. Από τις 12 γυναίκες, οι 3 πάσχουν από διπολική διαταραχή και οι 9 από σχιζοφρένεια. Η ηλικία των ασθενών είχε εύρος, που κυμαίνεται από 27 ως 62 έτη. Όσο παράξενο και αν φαίνεται αυτό, έχει την λογική του εξήγηση, η οποία σχετίζεται με τις νέες τάσεις στα αποκαταστασιακά προγράμματα, τάση στην οποία θα αναφερθούμε στα συμπεράσματα.

Το εύρος της παραμονής των υποκειμένων στο Ψ.Ν.Α. ήταν από 40 ημέρες ως 33 χρόνια. Επίσης, τα νεαρά υποκείμενα δεν είχαν δεύτερη νοσηλεία (ήταν η πρώτη νοσηλεία τους), ενώ τα ηλικιωμένα άτομα, είχαν επανειλημμένες επανεισαγωγές.

Η θεραπευτική τους αντιμετώπιση, όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία, για μεν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, περιελάμβανε φάρμακα της κατηγορίας των αντιψυχωσικών, εξειδικευμένων και επιλεγμένων κατά περίπτωση, άτυπα και τυπικά νευροληπτικά, ηρεμιστικά, υπναγωγά. Η θεραπεία των ατόμων με διπολική διαταραχή, περιελάμβανε κυρίως αντικαταθλιπτικά, ή Λίθιο και υπναγωγά με επιλογή κατά περίπτωση και με βάση την φάση της νόσου. Ορισμένα άτομα ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των παθολογικών τους προβλημάτων (αντιυπερτασικά, χημειοθεραπευτικά, φάρμακα για την αντιμετώπιση της αναιμίας, της χοληστερίνης κ.ά.).

Η οικογενειακή κατάσταση των υποκειμένων χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα στοιχεία: Από τις γυναίκες οι 6 είναι διαζευγμένες και έχουν όλες από ένα ως τρία παιδιά. Οι υπόλοιπες 6 γυναίκες είναι ανύπαντρες. Από τους άνδρες οι 11 είναι ανύπαντροι και οι 4 είναι διαζευγμένοι. Από αυτούς οι τρεις έχουν παιδιά. Όσον αφορά το οικογενειακό ιστορικό της νόσου από τα 27 υποκείμενα, τα 11 έχουν κληρονομική επιβάρυνση, εφ' όσον έχουν στην οικογένειά τους αδέρφια ή γονέα, που πάσχει. Αξιοσημείωτο είναι ότι τέσσερις από τους ασθενείς είχαν τον ένα γονέα χρόνια νοσηλευόμενο στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, όπου και απεβίωσε. Συχνή είναι και η ύπαρξη αδερφιών που νοσούν και έχουν επαναλαμβανόμενες

επανεισόδους στο ίδιο νοσοκομείο ή σε άλλα.

Όσον αφορά το ερώτημα, πού πέρασαν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ζωής τους, οι 22 απαντούν σε αστική περιοχή και οι 11 διευκρινίζουν ότι εννοούν στο ψυχιατρείο, δύο σε αγροτική περιοχή, ένας σε ημιαστική, ένας στο εξωτερικό και ένας δεν απαντά. Τα 17 υποκείμενα έχουν γεννηθεί σε αστική περιοχή ενώ τα 10 σε αγροτική περιοχή. Το μορφωτικό επίπεδο ήταν: 9 στην κατηγορία μερικές τάξεις ή απόφοιτος δημοτικού, 7 στην κατηγορία απόφοιτος ή μερικές τάξεις γυμνασίου, απόφοιτος ή μερικές τάξεις λυκείου, επίσης 7 απαντήσεις, 2 υποκείμενα ήταν κάτοχοι πτυχίου Ανώτερης Σχολής και 2 κάτοχοι πτυχίου Ανωτάτης Σχολής, ο ένας μάλιστα κατείχε και Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων είναι σχετικά χαμηλό. Έτσι, το επίπεδο της μητέρας στις 23 περιπτώσεις είναι από αναλφάβητη (10 περιπτώσεις) ως απόφοιτος δημοτικού, στις 3 περιπτώσεις απόφοιτος Λυκείου και στην 1 περίπτωση κάτοχος πτυχίου Ανωτάτης Σχολής. Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα είναι για τις 16 περιπτώσεις από αναλφάβητος (8 περιπτώσεις) ως απόφοιτος δημοτικού για τις 3 περιπτώσεις απόφοιτος ή μερικές τάξεις γυμνασίου, 1 άτομο απόφοιτος ή μερικές τάξεις Λυκείου και δύο άτομα απόφοιτοι Α.Ε.Ι. Το επάγγελμα της μητέρας που συναντάται συχνότερα είναι οικιακά (15 άτομα) και γεωργία – κτηνοτροφία (7 άτομα) για δε τον πατέρα συχνότερο επάγγελμα είναι η γεωργία – κτηνοτροφία (10 άτομα) ενώ πολλοί απασχολούνται στην κατηγορία τεχνιτών – εργατών.

Η οικονομική κατάσταση των υποκειμένων δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη ποικιλία, μια που 16 άτομα παίρνουν το επίδομα της πρόνοιας ανά δίμηνο που είναι περίπου 115.000/δίμηνο, 2 παίρνουν σύνταξη του Ο.Γ.Α., περίπου 46.000 μηνιαίως και 7 παίρνουν σύνταξη ΙΚΑ, που κυμαίνεται από 120.000 – 160.000 δρχ. Επίσης 2 άτομα υποαπασχολούνται στην ελεύθερη αγορά εργασίας χωρίς σταθερό μισθό.

Πρόσφατα, καθιερώθηκε ο θεσμός της χορήγησης κινήτρου επανένταξης ή θεραπευτικού κινήτρου με την μορφή ποσού, που κυμαίνεται αντίστοιχα για τους κατοίκους

των προστατευόμενων διαμερισμάτων ως 60.000 δρχ. μηνιαία και για τους κατοίκους του ξενώνα ως 40.000 δρχ. μηνιαία.

Στον ξενώνα κατοικούν 4 άτομα ενώ στα προστατευόμενα διαμερίσματα κατοικούν 23 από τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Η λειτουργικότητα των υποκειμένων χαρακτηρίστηκε ως υψηλού, μέσου και χαμηλού επιπέδου. Αυτή, εκτιμήθηκε και διατιμήθηκε, αφού λάβαμε υπόψη μας τα ακόλουθα στοιχεία: παρούσα ψυχική νόσος, γενική σωματική κατάσταση, χρόνος παραμονής στο Ψ.Ν.Α., επίγνωση του νοσηρού, παρενέργειες φαρμάκων, ατομικές διαφορές, που οφείλονται στην προσωπικότητα, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, εκδήλωση της νόσου, ανταπόκριση στα φάρμακα κ.ά.

Συνοπτική περιγραφή ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος

1. Άνδρας 50 ετών, ανύπαντρος. Διάρκεια εγκλεισμού 7 έτη. Πάσχει από σχιζοφρένεια. Εργάζεται στο ξυλουργείο. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή. Το Οικογενειακό περιβάλλον παρουσιάζει επιβάρυνση λόγω ύπαρξης και άλλων μελών, που νοσούν.
2. Γυναίκα, ετών 46, ανύπαντρη. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Διάρκεια εγκλεισμού 9 χρόνια. Η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον είναι ικανοποιητική με κάποια από τα μέλη. Έχει εργαστεί στο παρελθόν ως γραμματέας. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή. Απασχολείται περιστασιακά στα προγράμματα προκατάρτισης (Η/Υ).
3. Άνδρας ετών 35, ανύπαντρος. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Διάρκεια εγκλεισμού 6 έτη. Έχει εργαστεί σε χώρους υγείας, παροχής υπηρεσιών, τεχνικά επαγγέλματα κ.ά. Εργάζεται σε καφενείο. Έχει υψηλή λειτουργικότητα. Υποστηρίζεται για την αντιμετώπιση των έξεων. Η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον είναι ικανοποιητική.
4. Άνδρας 31 ετών, ανύπαντρος. Πέρασε τον περισσότερο χρόνο της ζωής του σε ιδρυματικό περιβάλλον. Εργάζεται σε συνεργείο καθαριότητας. Δεν υπάρχει οικογένεια. Η

λειτουργικότητα είναι μέτριου βαθμού.

5. Άνδρας, ετών 39, ανύπαντρος. Χρόνος παραμονής στο Ψυχιατρείο 5 έτη. Διάγνωση: ψυχωσική συνδρομή. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή. Η σχέση με την οικογένεια είναι ικανοποιητική. Εργάζεται στο καφενείο. Η μητέρα του απεβίωσε στο Ψυχιατρείο.
6. Άνδρας, ηλικίας 38 ετών, ανύπαντρος. Πάσχει από ψυχωσική διαταραχή. Διάρκεια παραμονής στο Ψυχιατρείο 5 έτη. Η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον είναι ανύπαρκτη. Απασχολείται σε προστατευόμενη εργασία. Τον ενδιαφέρει η ηλεκτρολογία. Έχει εργαστεί στην Δ.Ε.Η. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή.
7. Γυναίκα, ηλικίας 53 ετών, διαζευγμένη με δύο παιδιά. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή με ήπια παθολογικά προβλήματα. Η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον είναι ικανοποιητική. Η κόρη της νοσεί ψυχικά. Απασχολείται σε χειρωνακτικές εργασίες. Η λειτουργικότητά της είναι υψηλή.
8. Γυναίκα, ετών 52, διαζευγμένη με τρία παιδιά. Διάρκεια εγκλεισμού 33 έτη. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή, παρουσιάζει αρκετά ψυχοσωματικά προβλήματα. Η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Παρουσιάζει μέτριου ως υψηλού βαθμού λειτουργικότητα. Η συμμετοχή στο πρόγραμμα είναι ικανοποιητική. Απασχολείται στην προκατάρτιση.
9. Γυναίκα, ετών 53, ανύπαντρη. Διάρκεια εγκλεισμού 6 χρόνια. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή, με ήπια ψυχοσωματικά συμπτώματα. Η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον δεν είναι ικανοποιητική. Παρουσιάζει μέτριου βαθμού αυτονομία αλλά η αυτοφροντίδα είναι ανεπτυγμένη. Απασχολείται στην προκατάρτιση. Δεν έχει εργαστεί ποτέ στην ελεύθερη αγορά.
10. Γυναίκα, ετών 41 διαζευγμένη, με δύο παιδιά. Η σχέση με τα παιδιά της είναι καλή. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή και οι δεξιότητες αυτοφροντίδας ανεπτυγμένες. Απασχολείται στην εργοθεραπεία. Κατά καιρούς παρουσιάζει

ψυχογενή βουλιμία.

11. Άνδρας 60 ετών ανύπαντρος. Διάρκεια εγκλεισμού 33 χρόνια. Αρρώστησε μετά από τραυματικό σοκ. Στο παρελθόν, εργάστηκε στο νοσοκομείο βοηθητικά, αλλά και σε καφενείο. Τώρα απασχολείται στην ξυλουργική. Η λειτουργικότητα είναι πολύ ανεπτυγμένη. Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι υψηλές αλλά η σχέση με την οικογένεια ανύπαρκτη.

12. Άνδρας, ετών 57, ανύπαντρος. Πάσχει από διπολική διαταραχή. Διάρκεια εγκλεισμού 3 έτη. Κρίνεται απαραίτητη, προς το παρόν, η απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή. Εργαζόταν στην ελεύθερη αγορά. Εκπαιδεύεται στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

13. Άνδρας, ετών 27, ανύπαντρος. Η σχέση με την οικογένεια πολύπλοκη και δυσλειτουργική. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή, αρχόμενη στην εφηβεία. Διάρκεια νοσηλείας περίπου 3 μήνες. Εργάζεται στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Είναι υψηλή η λειτουργικότητά του, η οποία επηρεάζεται από τις έξεις του.

14. Άνδρας 55 ετών ανύπαντρος με υψηλή λειτουργικότητα παρά την χρονιότητα της νόσου. Διάρκεια εγκλεισμού 10 χρόνια. Η σχέση με την οικογένεια πάρα πολύ καλή. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή.

15. Γυναίκα, ετών 52, διαζευγμένη με δύο παιδιά. Δεν έχει καμία σχέση με το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. Αρρώστησε στην λοχεία (επιλόχειος ψύχωση). Ασχολήθηκε στην ελεύθερη αγορά εργασίας, στην αισθητική. Τώρα υποαπασχολείται, λόγω παθολογικών προβλημάτων, στα εργαστήρια προκατάρτισης. Διάρκεια εγκλεισμού 6 χρόνια.

16. Γυναίκα, ετών 42, ανύπαντρη, πάσχει από διπολική διαταραχή. Διάρκεια εγκλεισμού 5 χρόνια. Υψηλή λειτουργικότητα παρά την εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων. Εργάστηκε στο καφενείο. Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου. Ο αδερφός και η μητέρα της είχαν νοσηλευτεί στο Ψ.Ν.Α.

17. Άνδρας, ετών 54, διαζευγμένος με ένα παιδί. Δεν έχει καμία σχέση με την οικογένειά

του, παρά μόνο με κάποια αδέρφια του. Υπάρχει κληρονομικό ιστορικό της νόσου. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Εργάζεται στην εργοθεραπεία. Περιστασιακά απασχολείται σε εργασίες μερικής απασχόλησης στην ελεύθερη αγορά.

18. Άνδρας, ετών 51, διαζευγμένος με δύο παιδιά τα οποία του έχουν απαγορεύσει να τα βλέπει οι συγγενείς. Πάσχει από αλκοολική ψύχωση με ήπια παθολογικά προβλήματα. Εργαζόταν ως οδηγός. Τώρα απασχολείται στην εκμάθηση γραφομηχανής. Διάρκεια νοσηλείας δύο χρόνια.

19. Γυναίκα, ετών 56, διαζευγμένη, με ένα γιο. Η σχέση με τον γιο είναι πολύ καλή. Αρρώστησε στην κλιμακτήριο με διπολική διαταραχή. Έχει εργαστεί ως καθηγήτρια Αγγλικών. Τώρα ζει φτιάχνοντας εργόχειρα. Η λειτουργικότητα είναι πολύ υψηλή.

20. Άνδρας, ετών 62, ανύπαντρος. Έχει πολύ καλή σχέση με την αδερφή του. Διάρκεια εγκλεισμού 26 έτη. Έχει κοινωνική ζωή, πηγαίνει στο καφενείο. Η γενική σωματική υγεία είναι καλή. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή.

21. Άνδρας, ετών 62, διαζευγμένος, με μια κόρη. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Παρά τα σωματικά προβλήματα παρουσιάζει υψηλή λειτουργικότητα. Αρρώστησε κατά την μετανάστευση. Απασχολείται στο ξυλουργείο.

22. Γυναίκα ετών 46, ανύπαντρη. Εργαζόταν ως ξεναγός. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Έχει αρκετά παθολογικά προβλήματα. Υπάρχει κληρονομική επιβάρυνση. Η λειτουργικότητα είναι μέτρια. Έχει έξεις. Η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον είναι πολύ καλή. Απασχολείται στον Η/Υ περιστασιακά.

23. Γυναίκα, 53 ετών, ανύπαντρη. Η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον είναι ικανοποιητική. Πάσχει από ψυχωσική διαταραχή. Απασχολείται στην προκατάρτιση. Η διάρκεια παραμονής της στο Ψυχιατρείο είναι τρία έτη. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή.

24. Γυναίκα, ηλικία 37 ετών, ανύπαντρη. Υπάρχει οικογενειακή επιβάρυνση ως προς την νόσο. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Η ζωή της στο ψυχιατρείο είχε διάρκεια 7 ετών. Η

μητέρα της νοσηλεύεται, επίσης σε οικοτροφείο. Εργάζεται περιστασιακά. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή.

25. Γυναίκα, ηλικίας 42 ετών, διαζευγμένη με δύο παιδιά. Η σχέση με τα παιδιά της είναι πολύ καλή. Πάσχει από διπολική διαταραχή. Η παραμονή της στο ψυχιατρείο ήταν διάρκειας 10 ετών. Υπάρχει οικογενειακή επιβάρυνση και κληρονομικότητα. Η λειτουργικότητα είναι υψηλή.

26. Άνδρας, ηλικίας 53 ετών, διαζευγμένος. Πάσχει από ψυχωσική συνδρομή. Εργάζεται σε προστατευόμενη δομή εργασίας. Αρρώστησε κατά την μετανάστευσή του. Η διάρκεια παραμονής στο ψυχιατρείο είναι 2 χρόνια. Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό της νόσου.

27. Άνδρας, ετών 59, ανύπαντρος. Η σχέση με την οικογένεια δεν είναι ικανοποιητική. Εργάζεται στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Η λειτουργικότητα του είναι υψηλή. Πάσχει από διπολική διαταραχή.

β. Η συλλογή των δεδομένων.

Για την συλλογή των δεδομένων, κύριο μεθοδολογικό εργαλείο, αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο. Δευτερεύοντα αλλά πολύ ουσιαστικά εργαλεία, ήταν τα ιστορικά των ασθενών, το βιβλίο ημερήσιας λογοδοσίας του ξενώνα, το βιβλίο λογοδοσίας των προστατευόμενων διαμερισμάτων. Επίσης, ουσιαστική ήταν η βοήθεια, που αποκομίσθηκε από πληροφορίες, που προέρχονταν: α) από το γραφείο των Ευρωπαϊκών προγραμμάτων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, β) από τις εισηγήσεις του επιστημονικού υπευθύνου της δομής, προς το Υπουργείο Υγείας, σχετικά με τον καθορισμό λειτουργίας του οργανωμένου προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ξενώνα και των προστατευόμενων διαμερισμάτων, γ) από την εμπειρία εργασιακής απασχόλησης της ερευνήτριας στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο, καταρτίστηκε, αφού είχε προηγηθεί βιβλιογραφική ενημέρωση,

σχετικά με τους τομείς και τα προγράμματα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αφού, προσδιορίστηκε λειτουργικά, ο όρος του εννοιολογικού κατασκευάσματος της αποκατάστασης, προέκυψαν οι ακόλουθες ενότητες, που αναφέρονται σε: α) κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, β) ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, γ) διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια – φίλια – σεξουαλική ζωή), δ) αυτοφροντίδα, ε) κοινωνικές δεξιότητες, στ) αυτοαντίληψη, ζ) διάσταση του χρόνου (παρελθόν – παρόν – μέλλον), η) στερεότυπα, κοινωνικό αποκλεισμό, θ) στο πλαίσιο της αποκατάστασης. Η πιλοτική έρευνα, καθώς και η χρήση δύο κριτών, που προέρχονταν από το χώρο της ψυχικής υγείας, βοήθησαν στον εμπλουτισμό του ερωτηματολογίου και στην τελική κατάρτισή του. Το ερωτηματολόγιο, αποτελείται από 50 ερωτήσεις του τύπου των ανοικτών και κλειστών ερωτήσεων. Υπήρχε και μία ερώτηση (η 50), που αποτελούσε κλίμακα στάσεων για την καταγραφή της προσωπικής τοποθέτησης των συμμετεχόντων, απέναντι στο πρόγραμμα.

Οι ερωτώμενοι, βοηθήθηκαν από την ερευνήτρια στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η ερευνήτρια, διάβαζε την κάθε ερώτηση και άφηνε στον ερωτώμενο τον κατάλληλο γι' αυτόν χρόνο, αφού του πρόσδιδε τις απαραίτητες επεξηγήσεις, σχετικά με το περιεχόμενο των ερωτήσεων και τις δυνατότητες επιλογής. Γίνονταν συχνές υπενθυμίσεις, όταν παρουσίαζαν δισταγμό για την ενδεχόμενη δυνατότητά τους να μην ολοκληρώσουν την συμπλήρωση, ή να μην απαντήσουν σε κάποια ερώτηση. Η ατμόσφαιρα ήταν θετική, χωρίς συναισθηματική φόρτιση από την πλευρά της ερευνήτριας και υπήρχε μεγάλος βαθμός εξοικείωσης των υποκειμένων λόγω καλλιέργειας μακρόχρονων σχέσεων εμπιστοσύνης. Βοηθήθηκαν στην συμπλήρωση γιατί υπήρχαν πρακτικά προβλήματα, όπως η ύπαρξη εξωπυραμидικών συμπτωμάτων λόγω της λήψης φαρμάκων (τρόμος χεριών, ακαθυσία, σελόρροια, ενίοτε βολβοστροφή κ.ά.), που καθιστούσαν δυσχερή την συγκέντρωση και την δυνατότητα γραφής. Επίσης, αν δεν υπήρχε η βοήθεια, τα υποκείμενα θα κουράζονταν ψυχολογικά από το μέγεθος του ερωτηματολογίου. Κάποιοι επιθυμούσαν να είναι παρόντες

κατά την διαδικασία οι συγκατοικοί τους, γιατί βίωσαν το γεγονός, ως μια ευκαιρία για ελεύθερη έκφραση και φιλική συζήτηση. Ήταν χαρακτηριστική η ανάγκη των ασθενών να μιλήσουν για τον εαυτό τους, να ασχοληθεί κάποιος οικείος με τις σκέψεις και τους προβληματισμούς τους. Στις ανοικτές ερωτήσεις, υπήρχε η τάση να προεκτείνουν την απάντηση, πέρα από το ζητούμενο. Δεν αποθαρρύνθηκαν σ' αυτή τους την ανάγκη, γιατί από τους ελεύθερους συνευρισμούς προκύπτουν πολύ ενδιαφέροντα στοιχεία για την έρευνα αλλά το κυριότερο, ήταν ότι, θεωρήθηκε αντιδεοντολογικό να αναχαιτιστεί η σκέψη και η επικοινωνιακή δράση ατόμων, που κατ' εξοχήν αναζητούν την κατανόηση και την επικοινωνία, με την συμβολική αλληλεπίδραση των λέξεων ή με την γλώσσα του σώματος. Εξάλλου υπήρχε ατμόσφαιρα οικειότητας και αποδοχής, γεγονός που μείωνε τα συναισθήματα ανασφάλειας, απόρριψης και πίεσης χρόνου και οδηγούσε τα υποκείμενα στην χρήση εύλογων χρονικών ορίων, που δεν παρεμπόδιζαν την διεξαγωγή της έρευνας.

Σύμφωνα με την Κυριαζή¹¹⁹, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με προσωπική συνέντευξη, κατευθύνεται από τους στόχους του ερευνητή να μειώσει τις διαφορές στον τρόπο, που τίθενται οι ερωτήσεις, έτσι ώστε να υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των διαφορετικών απαντήσεων και έκφρασης των πραγματικών διαφορών των ερωτώμενων στο φαινόμενο, που ερευνάται. Αυτό προϋποθέτει ότι οι ερωτήσεις πρέπει να' χουν κοινό εμπειρικό αντίκρισμα για τους ερωτώμενους. Αυτός ήταν ένας άλλος λόγος για τον οποίο, προτιμήθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με προσωπική συνέντευξη, έτσι ώστε, να υπάρχει η δυνατότητα διευκρίνησης των όρων και των σημασιολογικών ερμηνειών, που οι ερωτώμενοι αποδίδουν σ' αυτούς.

Στην πρώτη ερευνητική επαφή, έγινε υπενθύμιση στους συμμετέχοντες για την ιδιότητα της ερευνήτριας, γνωστοποιήθηκε το θέμα και ο σκοπός της έρευνας και δόθηκαν τόσο γραπτά όσο και προφορικά οι πληροφορίες για το κέρδος του συμμετέχοντος και της

¹¹⁹ Κυριαζή, Ν., *Κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999., σ. 123.

επιστήμης, καθώς και θερμές ευχαριστίες. Επίσης, διαβεβαιώθηκαν για την ανωνυμία και την τήρηση δεοντολογικού απορρήτου. Προσπαθήσαμε να ξεπεράσουμε τους φραγμούς, που θα οδηγούσαν τα υποκείμενα σε ψευδείς απαντήσεις, όπως είναι η δημιουργία σχέσεων εξουσίας.

Ο Κατερέλος¹²⁰, αναφέρει ότι οι σχέσεις εξουσίας, που εγκαθιδρύονται σε μια τέτοια διεργασία, αποτελούν τον μεγαλύτερο εχθρό του ερωτηματολογίου, γιατί αλλοιώνουν τα αποτελέσματα. Η πραγματοποίηση μιας ειλικρινούς και σταθερής σχέσης μειώνει τις αρνητικές επιδράσεις μιας σχέσης εξουσίας. Ο ίδιος, αναφέρει ότι σημαντικό ρόλο στην έρευνα, διαδραματίζει η πεποίθηση των υποκειμένων ότι συμμετέχουν σε μια σημαντική έρευνα και η συμβολή τους θα βοηθήσει ουσιαστικά στην βελτίωση σημαντικών πτυχών της ζωής. Στην έρευνά μας, τόσο ο τρόπος προσέγγισης των ερωτώμενων, η παρουσίαση του ερωτηματολογίου, το θέμα αυτού, καθώς και η απασχόληση της ερευνήτριας ως μέλους της θεραπευτικής ομάδας συντείνουν στην έγερση υψηλού ενδιαφέροντος από μέρους των ασθενών.

Αξιοσημείωτο είναι το στοιχείο του χώρου στον οποίο πραγματοποιήθηκε η συνεργασία, ο οποίος ήταν διαφοροποιημένος. Θεωρήσαμε πολύ σημαντική, την εξοικείωση του ασθενή με το χωροχρονικό πλαίσιο και την σοβαρή θεώρηση των ατομικών διαφορών ως προς αυτή την παράμετρο. Έτσι, κάποιοι θέλησαν να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο στο χώρο εργασίας τους, στο διάλειμμα, άλλοι προτίμησαν τον χώρο κατοικίας τους, άλλοι το ζαχαροπλαστείο της γειτονιάς, όπου συχνάζουν το απόγευμα, για να πουν τον καφέ τους. Οι ιδιαιτερότητες ελήφθησαν, σοβαρά υπ' όψη και αποτέλεσαν για την ερευνήτρια, πηγή ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος, εφ' όσον μια κοινή συμφωνία για τον τόπο διεξαγωγής της έρευνας, μας βοηθούσε, στην ανάπτυξη μιας καλής επικοινωνίας, στην επίτευξη υψηλού βαθμού συνεργασίας και στην εξασφάλιση των πρωταρχικών στοιχείων δημιουργίας ενός

¹²⁰ Για περισσότερα δες στο Κατερέλος, 1996: Η δυναμική των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων, σελ. 473.

θεραπευτικού πλαισίου αλληλεπίδρασης.

Πρέπει να σημειώσουμε, ότι απαραίτητη προϋπόθεση πριν την έναρξη της συλλογής των δεδομένων, ήταν η εξασφάλιση της σύμφωνης γνώμης του επιστημονικά υπευθύνου, αφού έγινε πλήρης και σαφής ενημέρωση του για το θέμα, τους στόχους της έρευνας καθώς και το μεθοδολογικό σχεδιασμό.

Το ιστορικό των ασθενών αναφέρονται σε στοιχεία της ψυχικής νόσου, στις σωματικές παθήσεις, στην ψυχολογική αξιολόγηση, στο κοινωνικό ιστορικό, στο νοσηλευτικό ιστορικό και στο ιστορικό της πορείας της επαγγελματικής απασχόλησης. Η πρόσβαση στο υλικό αυτό ήταν εύκολη.

Το βιβλίο ημερήσιας λογοδοσίας, αποτελεί το ημερολόγιο καταγραφής των καθημερινών δραστηριοτήτων του ξενώνα. Υπάρχουν τρεις βάρδιες διάρκειας 8 ωρών η κάθε μία, που ξεκινούν στις 7.00 π.μ. Οι εργαζόμενοι κάθε βάρδιας, λογοδοτούν στο βιβλίο αυτό, με αναφορές στην καθημερινή ψυχοσωματική κατάσταση των ασθενών, σε θέματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αυτοφροντίδας, δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης κ.ά. Επίσης, αναφέρει τυχόντα έκτακτα προβλήματα αλλά και όλες τις δραστηριότητες της βάρδιας, που επιτελέστηκαν από μέρους των μελών της θεραπευτικής ομάδας και από τους ενοίκους του ξενώνα. **Για κάθε προστατευόμενη οικία**, υπάρχει ένα βιβλίο, που αναφέρεται στις δραστηριότητες, τις ανάγκες και τα προβλήματα, που αφορούν τους κατοίκους των διαμερισμάτων καθώς και το ίδιο το σπίτι από υλικοτεχνική άποψη.

γ. Η επεξεργασία των δεδομένων.

Αφού συγκεντρώθηκε το απαραίτητο υλικό, η επόμενη φάση, περιελάμβανε την επεξεργασία των δεδομένων.

Για το ερωτηματολόγιο, ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία: Οι κλειστές ερωτήσεις

κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS¹²¹. Το πρόγραμμα αυτό δίνει στον χρήστη τη δυνατότητα να εφαρμόσει διαφορετικές μεθόδους ανάλυσης, από τις πιο απλές μέχρι τις πιο προχωρημένες και σύνθετες σε μεγάλο όγκο πληροφοριών στον τομέα των Κοινωνικών Επιστημών.

Αφού συλλέχθηκαν τα στοιχεία, κωδικοποιήθηκαν και έγινε η εισαγωγή τους στον Η/Υ. Για κάθε μεταβλητή, επιλέχθηκαν στήλες, που αφορούσαν την συγκεκριμένη μεταβλητή, για όλα τα άτομα, που περιλαμβάνονται στο δείγμα. Η επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια ενός μεταπτυχιακού συμφοιτητή της ερευνήτριας. Οι ανοικτές ερωτήσεις, υποβλήθηκαν σε επεξεργασία με την χρήση της μεθόδου ανάλυσης περιεχομένου. Έγινε πρωταρχικά, καταγραφή του συνολικού υλικού, προς ανάλυση. Η ανάλυση περιεχομένου, όπως αναφέρει η Σακαλάκη¹²², αποτελεί "μια πολύμορφη μέθοδο, ελεγχόμενης και συστηματικής περιγραφής και ερμηνείας του γραπτού και του προφορικού λόγου".

Το υλικό των ανοικτών ερωτήσεων οργανώθηκε και αναζητήθηκαν, οι πιθανές συσχετίσεις. Έτσι, μια πρώτη ερευνητική ανάγνωση, μας οδήγησε σε εξοικείωση με το υλικό, που αρχικά φαινόταν χαώδες και ανοργάνωτο. Το corpus, δηλαδή το σύνολο των συλλεγμένων στοιχείων, που επιλέχθηκε για να αναλυθεί ακολουθούσε τους κανόνες της εξαντλητικότητας, της αντιπροσωπευτικότητας, της καταλληλότητας και της ομοιογένειας. Έτσι, όπως αναφέρει η Σακαλάκη¹²³, ο ερευνητής ακολουθώντας τους κανόνες επιλογής του υλικού προς ανάλυση, δεν πρέπει να παραβλέπει τα δυσάρεστα στοιχεία, πρέπει να επιδιώκει την αντιπροσωπευτικότητα το δείγματος του επιλεγμένου υλικού, την αρμοδιότητα ή καταλληλότητα αυτού για την διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος και την ομοιογένεια ως προς το θέμα του υλικού, την τεχνική συλλογής και άλλα στοιχεία.

¹²¹ Κυριαζή, Ν., Αλεξιάς, Γ., *SPSS for Windows V.8*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Αθήνα 1999.

¹²² Στο Παπαστάμου, Σ., και συνεργ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία: Επιστημολογικοί προβληματισμοί και Μεθοδολογία Κατευθύνσεις*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001, σ. 477.

¹²³ ό.π. Παπαστάμου, Σ., 2001.

Όταν ολοκληρώθηκε η διαλογή και οργάνωση των δεδομένων, με τις απαραίτητες τροποποιήσεις και την αναθεώρηση κάποιων απόψεων μας σχετικά με την έρευνα, ακολούθησε η επεξεργασία αυτών. Η Mason¹²⁴, αναφέρεται στην ακριβολογική, την ερμηνευτική και την αυτοελεγκτική ανάγνωση των δεδομένων. Στο ακριβολογικό επίπεδο ανάλυσης του υλικού της έρευνάς μας, εξετάζουμε τα κυριολεκτικά χαρακτηριστικά της μορφής, του περιεχομένου, της δομής, της διάταξης των δεδομένων. Μια ερμηνευτική ανάγνωση, μας βοηθά στην ανάγνωση του έκδηλου και του άδηλου ή υπολανθάνοντος νοήματος.

Η αυτοελεγκτική χαρακτηριζόμενη ανάγνωση των δεδομένων, προσπαθεί να διερευνήσει το ρόλο του ερευνητή στη διαδικασία παραγωγής και ερμηνείας των δεδομένων. Στην προσπάθεια ελέγχου της παρεμβολής του προσωπικού παράγοντα στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στην διαπίστωση του έκδηλου και άδηλου περιεχομένου των απαντήσεων ζητήσαμε την βοήθεια ενός προσώπου – κριτή. Ο ρόλος του ήταν σημαντικός για την αποφυγή εμπλοκής της ερευνήτριας σε υποκειμενικές διεργασίες, που θα την οδηγούσαν σε αδιέξοδο. Ο κριτής, ήταν άνδρας με κοινή ακαδημαϊκή και επαγγελματική πορεία (σπουδές Νοσηλευτικής, Ψυχολογίας, Μεταπτυχιακές σπουδές στο ίδιο αντικείμενο εργασία στο Ψ.Ν.Α., σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης).

Το κοινό θεωρητικό και εμπειρικό υπόβαθρο, θεωρήσαμε ότι θα λειτουργούσε θετικά καθώς θα διευκόλυναν την επικοινωνία μεταξύ των δύο, την ενσυναίσθηση και την γνώση αντικειμενικών τεχνικών απεμπλοκής από το υποκειμενικό βίωμα.

Το υλικό ταξινομήθηκε σε κατηγορίες με υψηλό βαθμό συμφωνίας μεταξύ των δύο συνεργατών. Η φάση ανάλυσης του υλικού, ακολούθησε την πορεία της κωδικοποίησης, της μέτρησης και της κατηγοριοποίησης. Η Σακαλάκη¹²⁵, στο επίπεδο της κωδικοποίησης, αναφέρεται στην μονάδα καταγραφής, η οποία είναι το τμήμα του κειμένου, που

¹²⁴ Mason, J., *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, (μτφ. Δημητριάδου, Ε.), Sage Publications, 1996. σελ. 113.

¹²⁵ ό.π. στο Παπαστάμου, Σ., Αθήνα 2001.

εκλαμβάνεται ως την βασική περιορισμένη μονάδα που εντάσσεται σε μια κατηγορία και μετριέται. Ο στόχος της έρευνας καθορίζει και την μονάδα καταγραφής (λέξη, φράση, παράγραφος, θέμα, κεντρικό σημείο αναφοράς, πρόσωπο, επεισόδιο, όλο το κείμενο κ.ά.). Στην έρευνά μας, μονάδα καταγραφής είναι το θέμα.

Όσον αφορά το επίπεδο της μέτρησης, περιοριστήκαμε στις ενδείξεις, που αφορούσαν παρουσία ή απουσία, διακρίνοντας κάποιες τάσεις και δίνοντας μικρότερη σημασία στην καταγραφή συχνοτήτων των παραθεμάτων.

Σημειώνουμε ότι η ανάλυση περιεχομένου, έλαβε υπ' όψη της τα στοιχεία, που αφορούν το πλαίσιο βασισμένη στις αρχές τη συστημικής θεωρίας για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων, χωρίς να παραβλέπει τις ιδιαιτερότητες της προσωπικότητας, την ιστορία ζωής κάθε ερωτώμενου και στοιχεία της ψυχοπαθολογίας.

2. Αποτελέσματα

α. Κλειστές ερωτήσεις - Ανάλυση

Από την ανάλυση των κλειστών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που απευθύνεται στους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα του ξενώνα και των προστατευόμενων διαμερισμάτων κατά την εξεταζόμενη περίοδο, προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Από τους 27 ερωτώμενους, οι 22 έζησαν τον περισσότερο χρόνο της ζωής τους σε αστική περιοχή ενώ 4 έζησαν σε αγροτική περιοχή και ένας δεν ήθελε να απαντήσει.

Το μορφωτικό επίπεδο διαμορφώνεται ως εξής: 2 είναι αναλφάβητοι, 7 τελείωσαν το Δημοτικό, 7 αποφοίτησαν από το γυμνάσιο, 7 αποφοίτησαν από το Λύκειο, 2 είναι κάτοχοι πτυχίου Ανώτερης Σχολής ενώ 2 είναι απόφοιτοι Ανωτάτης σχολής μεταξύ των οποίων ο ένας έχει κάνει και Μεταπτυχιακές σπουδές.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, οι 10 είναι αναλφάβητες, οι 5 έχουν τελειώσει μερικές τάξεις του δημοτικού, οι 8 είναι απόφοιτοι Δημοτικού και μόνο 3 έχουν τελειώσει το Λύκειο και Ανώτατη Σχολή. Τα αποτελέσματα για το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα δείχνουν ότι οι 8 είναι αναλφάβητοι, οι 6 έχουν τελειώσει μερικές τάξεις Δημοτικού, οι 6 έχουν τελειώσει το Δημοτικό, οι 3 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, 1 απόφοιτος Λυκείου και για 1 δεν γνωρίζουμε.

Η μητέρα των περισσότερων ερωτηθέντων έχει σαν απασχόληση τις οικιακές εργασίες (15 άτομα), ενώ ως δεύτερη σε συχνότητα αναφέρεται η απασχόληση σε γεωργικές και κτηνοτροφικές εργασίες (7 άτομα). Από το δείγμα μας, η μητέρα δύο ασθενών ήταν εργάτρια, 1 υπάλληλος γραφείου, 1 απασχολήθηκε στην παροχή υπηρεσιών και για μία δεν γνωρίζουμε. Ο πατέρας σε μεγαλύτερο ποσοστό ασχολείται με την γεωργία και την κτηνοτροφία (10 άτομα), 7 άτομα είναι τεχνίτες και εργάτες, 2 είναι έμποροι, 1 υπάλληλος γραφείου, 1 απασχολείται στην παροχή υπηρεσιών, και για 3 άτομα δεν έχουμε πληροφορίες. Από τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα δεν υπάρχει ποικιλία ως προς το οικονομικό τους

επίπεδο αφού το εισόδημα των περισσότερων, προέρχεται από το επίδομα της Πρόνοιας. Συγκεκριμένα, 14 άτομα παίρνουν κάθε δίμηνο το επίδομα της Πρόνοιας. (115.000 δρχ/δίμηνο), 7 άτομα παίρνουν σύνταξη από τον Ο.Γ.Α. ή το ΙΚΑ, που ανέρχεται στο ποσό των 40.000 δρχ. ως 150.000 δρχ. περίπου το μήνα. Επίσης οι κάτοικοι των προστατευόμενων διαμερισμάτων λαμβάνουν το ποσό του κινήτρου επανένταξης, που είναι 60.000 δρχ., το ανώτερο, ανάλογα με την αξιολόγηση των επιμέρους παραμέτρων. Οι ένοικοι του ξενώνα λαμβάνουν το ποσό του θεραπευτικού κινήτρου, που ανέρχεται ως το ποσό των 40.000 δρχ. σύμφωνα με την αξιολόγηση επιμέρους παραμέτρων. Επίσης, 1 άτομο δεν απαντά ποιο είναι το εισόδημά του, 1 εργάζεται στην ελεύθερη αγορά εργασίας χωρίς σταθερό εισόδημα, 4 άτομα από τα 27 λαμβάνουν μόνο το επίδομα της Πρόνοιας χωρίς το επίδομα του κινήτρου, γιατί μένουν στην κοινότητα με εξιτήριο.

Από τους 27 συμμετέχοντες στην έρευνα οι 8 δεν έχουν κάποια ιδιαίτερη έξη, ενώ οι 19 έχουν έξη, με μεγαλύτερη συχνότητα την έξη στο τσιγάρο (9 άτομα). Από το δείγμα μας 5 άτομα έχουν έξη στον καφέ και το τσιγάρο, ενώ 1 άτομο μόνο στον καφέ, 1 στο αλκοόλ και τις μη ψυχοτρόπες ουσίες, 1 στον καφέ, τσιγάρο και ψυχοτρόπες ουσίες, 1 στον καφέ και το αλκοόλ και 1 στο τσιγάρο και τα τυχερά παιχνίδια.

Όσον αφορά τους τομείς της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, που οι ερωτώμενοι θεωρούν σημαντικούς για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, έχουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Πίνακας 1: Πτυχές της Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης

Πτυχές της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης	Αριθμός
Ιατρική παρακολούθηση	3
Προληπτικός έλεγχος (εμβολιασμός, οδοντιατρική εξέταση κ.ά.)	4
Διδασκαλία πρόληψης υποτροπής της νόσου	1
Χρήση υπηρεσιών κοινότητας	1
Ιατρική παρακολούθηση, πρόληψη υποτροπής, διδασκαλία λήψης φαρμάκων, χρήση υπηρεσιών νοσοκομείου	1
Ιατρική παρακολούθηση, χρήση υπηρεσιών κοινότητας	1
Δεν έχω ανάγκη από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	16
Σύνολο	27

Όσον αφορά, το είδος της θεραπείας, που θεωρούν σημαντικότερο για την αποκατάσταση τους οι ερωτώμενοι απαντούν:

Πίνακας 2: Είδος θεραπείας

Είδος Θεραπείας	Αριθμός
Φαρμακοθεραπεία	3
Εργοθεραπεία	4
Φαρμακοθεραπεία και εργοθεραπεία	4
Κινησιοθεραπεία	2
Ψυχοθεραπεία	1
Ψυχοθεραπεία και εργοθεραπεία	1
Φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία και κινησιοθεραπεία	1
Φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία και εργοθεραπεία	3
Ψυχοθεραπεία και οικογενειακή θεραπεία	1
Ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία και οικογενειακή θεραπεία	1
Κανένα είδος θεραπείας	3
Δεν απαντώ	3
Σύνολο	27

Στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων έχουμε τα εξής αποτελέσματα, όπως καταγράφονται στον πίνακα 3.

Σχέσεις	Ικανοποιητική	Μη Ικανοποιητική	Ανύπαρκτη	Δεν απαντώ	Σύνολο
Οικογένεια	21	3	2	1	27
Γονείς	10	3	10	4	27
Σύζυγος	1	2	15	9	27
Παιδιά	4	1	22	-	27
Λοιποί συγγενείς	7	4	14	2	27
Συγκάτοικοι	26	1	-	-	27
Συνάδερφοι	17	-	3	7	27
Φίλοι ίδιου φύλου	17	4	2	4	27
Φίλοι άλλου φύλου	15	5	1	6	27
Θεραπευτική ομάδα	8	10	3	6	27
Κοινότητα	19	1	1	6	27

Στο ερώτημα σχετικά με το πώς θεωρούν ότι η οικογένεια μπορεί να βοηθήσει στην αποκατάστασή τους, οι 4 ερωτηθέντες θεωρούν ότι η οικογένεια δεν μπορεί να τους βοηθήσει, οι 11 θέλουν ψυχολογική και συναισθηματική κάλυψη, οι 7 επιθυμούν παροχή στέγης, και οι 5 θέλουν οικονομική βοήθεια.

Τα αποτελέσματα που αφορούν την σεξουαλική ζωή και τις σχέσεις των ερωτώμενων έχουν ως εξής: Από το σύνολο του δείγματος 6 άτομα δηλώνουν ικανοποίηση από την σεξουαλική τους ζωή, 19 άτομα δηλώνουν απουσία ικανοποίησης από την σεξουαλική ζωή (από αυτούς οι 11 δηλώνουν ανυπαρξία σεξουαλικής ζωής) και 2 δεν απαντούν στην ερώτηση. Στα πλαίσια της παρακολούθησης του προγράμματος, 11 ερωτώμενοι αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην εκπλήρωση των σεξουαλικών τους αναγκών στην παρούσα δομή κατοικίας τους. Επίσης, 10 από αυτούς δεν έχουν πρόβλημα στην εκπλήρωση των αναγκών τους, που να οφείλεται στο πρόγραμμα, ενώ 6 άτομα δεν απαντούν.

Την έλλειψη ικανοποίησης από την σεξουαλική τους ζωή την αποδίδουν στα ακόλουθα στοιχεία:

Πίνακας 4: Σεξουαλική Ζωή, Παράγοντες που καθορίζουν την απουσία ικανοποίησης

Παράγοντες σεξουαλικής ζωής	Αριθμός
Ενδιαφέρον / επιθυμία	5
Ψυχολογικά αίτια	6
Σταθερότητα	4
Ποιότητα, συχνότητα, ικανοποίηση	4
Σύνολο	19

Στον τομέα της αυτοφροντίδας 10 από τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα θεωρούν ότι δεν χρειάζονται βοήθεια από την θεραπευτική ομάδα και τα καταφέρνουν αρκετά καλά στην ικανοποίηση των πτυχών που αφορούν την αυτοφροντίδα τους. Για τους υπόλοιπους 17, που θεωρούν ότι χρειάζονται βοήθεια, ισχύουν τα ακόλουθα:

Πίνακας 5: Δραστηριότητες ατομικής φροντίδας

Δραστηριότητες ατομικής φροντίδας	Αριθμός
Ένδυση (απαραίτητος ρουχισμός, κατάλληλος ρουχισμός, προμήθεια, συντήρηση ρούχων κ.ά.)	4
Διατροφή (ισορροπημένη, έλεγχος βάρους, προετοιμασία φαγητού κ.ά.)	7
Συνθήκες καθημερινής διαβίωσης	3
Ατομική Υγιεινή (καθαριότητα, λούσιμο κ.ά.)	3
Δεν χρειάζομαι βοήθεια	10
Σύνολο	27

Στον τομέα των κοινωνικών δεξιοτήτων στους οποίους οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι χρειάζονται βοήθεια από την θεραπευτική ομάδα και το πρόγραμμα έχουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Από τους ερωτώμενους, 3 άτομα θεωρούν ότι έχουν ανάγκη στην εκπαίδευση στο θέμα των συναλλαγών (αξία χρήματος, διαχείριση αναγνώριση χρήματος κ.ά.), 3 ερωτώμενοι έχουν ανάγκη εκπαίδευσης σε δεξιότητες διεκδίκησης δικαιωμάτων, 2 ερωτώμενοι θεωρούν

ότι χρειάζονται βοήθεια ως προς την απόκτηση δεξιοτήτων κυκλοφοριακής αγωγής, 1 ερωτώμενος αναφέρει προβλήματα στην διαπροσωπική επικοινωνία, 1 επίσης αναφέρει προβλήματα στην χρήση των υπηρεσιών, 7 άτομα αναφέρουν από τρεις και πλέον πτυχές τον τομέα των κοινωνικών δεξιοτήτων στους οποίους θεωρούν ότι δυσκολεύονται, 2 ερωτώμενοι δεν απαντούν, ενώ 8 από το συνολικό δείγμα, θεωρούν ότι δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα ως προς τις κοινωνικές τους δεξιότητες.

Στο ερώτημα σχετικά με το συναίσθημα ασφάλειας που βιώνουν οι ερωτώμενοι κατά την διαδικασία παρακολούθησης του προγράμματος στον παρόντα χρόνο, 11 άτομα απάντησαν ότι δεν αισθάνονται ασφάλεια ενώ 16 απάντησαν ότι αισθάνονται ασφαλείς. Συγκεκριμένα, αυτοί που δεν αισθάνονται ασφαλείς αναφέρουν ότι αισθάνονται ανασφάλεια ως προς τις σχέσεις (6 ερωτώμενοι), την παρούσα κατοικία (2 άτομα) την επιτέλεση έργου (2 άτομα), την εργασία (1 άτομο).

Ως προς την σχέση τους με τον χρόνο, 7 άτομα απάντησαν ότι δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα ενώ 20 άτομα δήλωσαν ότι έχουν προβλήματα στην σχέση τους με τον χρόνο. Στον πίνακα 6, φαίνονται οι πτυχές της σχέσης με τον χρόνο, στις οποίες οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι έχουν πρόβλημα.

Πίνακας 6: Σχέση με το χρόνο

Πτυχή χρόνου	Αριθμός
Προγραμματισμός	1
Αξιοποίηση χρόνου	11
Διεύρυνση ελεύθερου χρόνου	8
Δεν έχω πρόβλημα	7
Σύνολο	27

Κανένας από τους ερωτώμενους δεν αναφέρει προβλήματα ως προς την οργάνωση και τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων του στον χρόνο.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα που αφορούν τις δραστηριότητες, που ανταποκρίνονται στις ανάγκες αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου από τους ερωτώμενους,

προκύπτουν τα ακόλουθα στοιχεία. Ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα προτιμούν να αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους εντός της κατοικίας τους ακούγοντας μουσική ή βλέποντας σήριαλ στην τηλεόραση, ενώ μερικοί απ' αυτούς προτιμούν το διάβασμα. Δεν δείχνουν προτίμηση σε ιδιαίτερα ενδιαφέροντα (χόμπυ) ή στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου με εξωτερικές δραστηριότητες όπως ο κινηματογράφος, η τέχνη, ο αθλητισμός, τα παιχνίδια. Από τις εξωτερικές δραστηριότητες προτιμούν τους περιπάτους στην περιοχή που διαμένουν.

Οι ερωτώμενοι, όσον αφορά τον τομέα της γνώσης και τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες, απάντησαν τα ακόλουθα: 14 άτομα θεωρούν ότι δεν χρειάζονται εκπαίδευση σε καμία πτυχή του τομέα της γνώσης, 1 άτομο δεν απάντησε στην ερώτηση, 9 άτομα απάντησαν ότι χρειάζονται περισσότερες εγκυκλοπαιδικές γνώσεις, 2 άτομα θεωρούν ότι χρειάζονται βοήθεια σε θέματα βασικής γνώσης (ανάγνωση, γραφή, υπογραφή κ.ά.) και 1 άτομο απάντησε ότι χρειάζεται βοήθεια σε καθημερινές γνώσεις (όπως η γνώση της ώρας κ.ά.).

Στον τομέα που αφορά τον εαυτό και την ανάπτυξη των πτυχών, που οι ερωτώμενοι θεωρούν σημαντικές για την ομαλή ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση οι απαντήσεις έχουν ως εξής: Κατά σειρά φθίνουσα, οι ερωτώμενοι απαντούν ότι έχουν ανάγκη ανάπτυξης της αυτοεκτίμησης, της πρωτοβουλίας, της συναισθηματικής έκφρασης και της εμπιστοσύνης προς τους άλλους σε συνδυασμό με την ανάγκη για αίσθηση ασφάλειας. Οι νεώτεροι σε ηλικία ασθενείς αναφέρουν ως σημαντικό στοιχείο της ανάπτυξης του εαυτού τους, την αυτονομία. Κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε ότι αντιμετωπίζει προβλήματα ως προς την αίσθηση του σκοπού για το μέλλον.

Στην ερώτηση που αφορούσε το αν είναι ευχαριστημένοι από την παρούσα κατοικία τους 6 ερωτώμενοι απάντησαν θετικά, 4 δεν απάντησαν καθόλου και 17 ερωτώμενοι αντιμετώπιζαν κάποια προβλήματα, που τους δυσαρεστούσαν (4 ερωτώμενοι δεν ήταν

ικανοποιημένοι από την περιοχή, 3 είχαν προβλήματα συγκατοίκησης, 1 ανέφερε προβλήματα με την θεραπευτική ομάδα, ενώ 9 άτομα ανέφεραν από τρεις και πλέον παράγοντες, που τους δυσχερανούσαν στην παρούσα κατοικία).

Στον τομέα της εργασίας τα αποτελέσματα μας δίνουν τις πληροφορίες ότι 11 ασθενείς απασχολούνται στην εργοθεραπεία, 7 συμμετέχουν σε προγράμματα προκατάρτισης, 1 απασχολείται στην ελεύθερη αγορά εργασίας και 8 απασχολούνται σε δομή προστατευόμενης εργασίας. Από τους 17 ερωτώμενους, οι 8 δεν συναντούν δυσκολίες ως προς την εργασία τους ενώ οι 4 δεν απαντούν. Οι υπόλοιποι 15 ερωτηθέντες συναντούν προβλήματα στην εργασία τους αναφέροντας κατά φθίνουσα πορεία τον τρόπο πληρωμής (5 απαντήσεις), την συνεργασία (3 απαντήσεις) συνδυασμό παραγόντων (όπως αναφέρουν οι 6 ερωτώμενοι) ενώ 1 από τους ερωτηθέντες αντιμετώπιζε προβλήματα εργασιακών δεξιοτήτων. Από τους 27 ερωτώμενους, οι 4 δεν νοιώθουν αποκλεισμένοι από τα κοινωνικά αγαθά, οι 6 δεν έδωσαν καμία απάντηση ενώ οι 17 ασθενείς θεωρούν ότι αποκλείονται από κοινωνικά αγαθά, όπως η κοινωνική αποδοχή, η εργασία και η οικονομία. Στην κοινωνική αποδοχή, αναφέρονται και οι κάθε είδους σχέσεις τους. Επίσης, 13 από τους ερωτώμενους αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν στερεότυπες αντιλήψεις και προκατάληψη.

Όσον αφορά την αξιολόγηση του προγράμματος αποκατάστασης τα στοιχεία, που συλλέχθηκαν ήταν τα ακόλουθα: α) ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος 12 υποκείμενα το θεωρούν απόλυτα σαφές, 5 υποκείμενα το θεωρούν αρκετά σαφές, ενώ 8 υποκείμενα το θεωρούν από μερικώς ως καθόλου σαφές. Δύο ερωτηθέντες δεν έδωσαν απάντηση, β) στην ερώτηση για το αν το πρόγραμμα ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους, 2 άτομα δεν απάντησαν, 2 απάντησαν αρνητικά, 8 απάντησαν ότι ανταποκρίνεται μερικώς, 8 θεωρούν ότι ανταποκρίνεται αρκετά καλά και 7 ότι η ανταπόκριση είναι πλήρης. γ) ως προς την ποιότητα ζωής 7 άτομα θεωρούν ότι το πρόγραμμα συνεισφέρει στην ποιότητα ζωής, πλήρως, 9 άτομα απαντούν για αρκετά καλή συνεισφορά, 6 άτομα αναφέρουν μερική

συνεισφορά, 3 θεωρούν ότι το πρόγραμμα δεν βοηθά, ενώ 2 δεν απαντούν, δ) ως προς την ικανοποίηση των αναγκών τους από την θεραπευτική ομάδα, 8 υποκείμενα θεωρούν απόλυτη την ικανοποίηση, 6 την θεωρούν αρκετά καλή, 5 μερικώς ικανοποιητική και 5 μη ικανοποιητική. Τρία άτομα δεν απαντούν καθόλου, ε) ως προς την εξατομίκευση της φροντίδας και τον σεβασμό στις ατομικές διαφορές απόλυτη ικανοποίηση εκφράζουν οι 5 ερωτώμενοι, αρκετή ικανοποίηση οι 7, μέτρια ικανοποίηση οι 6 και καμία ικανοποίηση οι 5 ερωτηθέντες. Τέσσερα υποκείμενα δεν έδωσαν καμία απάντηση, στ) Εννέα από τους ερωτηθέντες θεωρούν ότι το πρόγραμμα δεν δίνει τις βάσεις για προσωπική ανάπτυξη, 5 θεωρούν εν μέρει ικανοποιητικό το πρόγραμμα στον τομέα αυτό, 7 το θεωρούν αρκετά ικανοποιητικό, 4 απόλυτα ικανοποιητικό και 2 δεν έδωσαν απάντηση, ζ) στο ερώτημα για το αν το πρόγραμμα πληρεί τις προϋποθέσεις ενός θεραπευτικού πλαισίου 6 υποκείμενα απάντησαν ότι είναι πλήρως ικανοποιημένα, 7 αρκετά, 8 μερικώς, 4 καθόλου ικανοποιημένα και 2 δεν απάντησαν.

Από τις διασταυρώσεις των μεταβλητών, διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ του συναισθήματος ασφάλειας και της σχέσης με το οικογενειακό περιβάλλον. Υψηλή συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του χαμηλού εισοδήματος και της ιατρικής παρακολούθησης, ως σημαντικότερο στοιχείο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Επίσης προέκυψε το αποτέλεσμα της ισχυρής συσχέτισης με αρνητική κατεύθυνση μεταξύ των μεταβλητών συναίσθημα ασφάλειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Όσον αφορά την συσχέτιση της σεξουαλικής ικανοποίησης με το φύλο, οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες σε σχέση με τους άνδρες. Ισχυρή σύνδεση, με θετική κατεύθυνση υπάρχει μεταξύ των μεταβλητών σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον και μορφωτικό επίπεδο γονέων. Βρέθηκε ισχυρή σχέση με αρνητική κατεύθυνση μεταξύ των μεταβλητών εισόδημα και αποκλεισμός από τα κοινωνικά αγαθά. Αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των μεταβλητών εισόδημα και θετική αξιολόγηση του προγράμματος ως

προς την συνεισφορά στην ποιότητα ζωής και την ανταπόκριση του προγράμματος στις ανάγκες των ερωτώμενων.

β. Ανάλυση περιεχομένου των ανοικτών ερωτήσεων

Το υλικό, που συλλέχθηκε από τις ανοικτές ερωτήσεις, μελετήθηκε διεξοδικά και κατηγοριοποιήθηκε από την ερευνήτρια και τον κριτή, που προαναφέρθηκε. Έτσι, προέκυψαν τέσσερις υπερκατηγορίες με τις κατηγορίες και τις υποκατηγορίες τους. Ειδικότερα:

1. Υπερκατηγορία "η υποκειμενική πρόσληψη της αποκατάστασης" με τις κατηγορίες:
 - α) η ψυχοπαθολογία με υποκατηγορίες την συμπτωματολογία και τα φάρμακα, β) οι σχέσεις με υποκατηγορίες την οικογένεια, την σεξουαλική ζωή και τις λοιπές σχέσεις, γ) η ψυχολογική ανάπτυξη του εαυτού με υποκατηγορίες την ταυτότητα και τις ψυχολογικές ανάγκες.
2. Υπερκατηγορία "η υποκειμενική πρόσληψη του προγράμματος" με τις κατηγορίες α) αξιολόγηση με υποκατηγορίες την θετική και αρνητική κατεύθυνση και β) παρεμβάσεις.
3. Υπερκατηγορία "το κοινοτικό πλαίσιο αποκατάστασης" με κατηγορίες α) τα στερεότυπα με υποκατηγορίες τα χαρακτηριστικά, τα αίτια, την αλλαγή, β) ο κοινωνικός αποκλεισμός με υποκατηγορίες την εργασία, την οικονομία, την αποδοχή και γ) η συμμετοχή της κοινότητας με υποκατηγορίες την διασύνδεση του ρόλου ξενώνα – κοινότητας, την ενημέρωση, την επαφή, τις ενέργειες.
4. Υπερκατηγορία "Η διάσταση του χρόνου" με κατηγορίες α) το παρελθόν με υποκατηγορίες την θετική και την αρνητική αξιολόγηση, β) το παρόν με τις υποκατηγορίες θετική, αρνητική αξιολόγηση, γ) το μέλλον με τις αντίστοιχες κατευθύνσεις θετικής και αρνητικής αξιολόγησης.

• Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, κάτω από την υπερκατηγορία "υποκειμενική πρόσληψη της αποκατάστασης" βρίσκονται οι κατηγορίες ψυχοπαθολογία, ψυχολογική ανάπτυξη εαυτού και σχέσεις, με τις υποκατηγορίες τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι παρά τη δυνατότητα, που παρείχαν οι ανοικτές ερωτήσεις για αναφορά σε θέματα δεξιοτήτων αυτοφροντίδας και κοινωνικών δεξιοτήτων, δεν έχουμε καμία σχετική κατηγορία. Αυτό ίσως δικαιολογείται από το γεγονός ότι θεώρησαν οι ερωτώμενοι, πως έχουν καλυφθεί από κάποια αντίστοιχη κλειστή ερώτηση. Ίσως όμως να δείχνει την μεγαλύτερη έμφαση, που δίνουν οι ασθενείς στο τμήμα της αποκατάστασής τους που αφορά την ψυχοπαθολογία, την ψυχολογική ανάπτυξη του εαυτού και τις σχέσεις. Αυτό μας προβληματίζει γιατί, με αφορμή το γεγονός ότι οι δεξιότητες αυτοφροντίδας και οι κοινωνικές δεξιότητες αποτελούν το σημαντικότερο ίσως μέσο της επικοινωνιακής πράξης, της ψυχολογικής ανάπτυξης και της επίτευξης ικανοποιητικών σχέσεων, θα 'ταν ίσως ουσιαστικής σημασίας η συνειδητοποίηση των μέσων για την εξασφάλιση της αποκατάστασης, από τους ίδιους τους ασθενείς. Στην κατηγορία της ψυχοπαθολογίας έχουμε αναφορές στην συμπτωματολογία και στην θεραπευτική αντιμετώπιση με φάρμακα. Η νόσος, αποτελεί για τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, καθοριστικό στοιχείο της ταυτότητάς τους. Συχνά αναφέρονται σ' αυτή, προσπαθώντας να δώσουν ερμηνεία στην δική τους πραγματικότητα, στην πορεία της ζωής τους και στην αποκατάσταση μέσα από το πρίσμα της νόσου.

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς του δείγματος ζουν με τις παραληρητικές τους ιδέες, συζητούν με τις φωνές τους και όταν βρεθούν σε οικείο περιβάλλον, η αξιοπιστία και εμπιστοσύνη του οποίου έχει πολλαπλώς δοκιμαστεί, τότε μοιράζονται το υποκειμενικό τους βίωμα: Μιλώντας για τον εαυτό του ένας ασθενής 27 ετών αναφέρει: "... Έχει φτάσει σε ένα σημείο, που λαμβάνει ερεθισμούς από άλλα όντα έξω από την λογική, ενώ το ανθρώπινο μυαλό τα ονομάζει Θεό ή διάολο".

Ένας ηλικιωμένος ασθενής, που μένει στον ξενώνα, βρίσκεται μόνιμα σε κακή οικονομική κατάσταση. Αυτό οφείλεται τόσο στο σχετικά χαμηλό εισόδημά του όσο, κυρίως, στην κακή διαχείριση των χρημάτων του. Λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης, θεωρεί ότι ο ίδιος δεν αξίζει και διαθέτει τα χρήματά του στους άλλους. Εντούτοις, αναφέρει: "Είμαι σε θέση να 'χω πολλά λεφτά, χωρίς να φαίνομαι, όμως έχω ανάγκη μιας κοινωνικής υποστήριξης μέσα από το οικονομικό πρόβλημα" και παρακάτω "... εγώ τα 'χα σκεφτεί αυτά (ενν. που συζητάμε), τα 'χα διατυπώσει σε βιβλίο... το 'χω εκδόσει". Μια γυναίκα περιγράφοντας την ασθένειά της, αναφέρει: "όταν τρελαινόμουν, η φαντασία μου με πήγαινε σε δημιουργία και όχι σε ζημία. Νοιώθω την πληγή στο κεφάλι και όχι στην καρδιά. Με πολεμούν να με φάνε να μου ξεκληρίσουν το σπίτι. Αυτοί είναι οι φόβοι, που νοιώθουμε όλοι είτε νέοι, είτε γέροι", και αλλού: "Έχω τηλεπάθεια, το παιδί μου το ακούω. Είμαι αδερφή του Αλαίν Ντελόν. Ο νοσοκόμος Ψ. είναι παιδί μου αλλά δεν το γνωρίζει". Η συγκεκριμένη ασθενής έχει υψηλή λειτουργικότητα και υψηλό δείκτη νοημοσύνης, τα οποία επηρεάζονται από την ψυχοπαθολογία, λόγω κακής συγκέντρωσης, μαγικών σκέψεων, παραληρητικών ιδεών.

Μια άλλη ασθενή, όταν ρωτήθηκε για το πώς βλέπει την αποκατάστασή της αναφέρθηκε επίσης στην αρρώστια προσθέτοντας και το στοιχείο της χρονιότητας ως παράγοντα, που δυσχεραίνει την κατάσταση. Λέει: "Είμαι παλιά άρρωστη. Δεν είμαι για έξω. Νοιώθω παθολογικά πολύ άρρωστη. Έχω φτάσει στο σημείο να θέλω να πεθάνω".

Γενικά, διαπιστώνεται η εξής τάση: Οι νέοι ασθενείς παρουσιάζουν πιο ενεργό και χαρακτηριστική ψυχοπαθολογία και δεν αποδέχονται ότι νοσούν ψυχικά. Αυτό βέβαια επηρεάζει και την στάση τους απέναντι στις αποκαταστασιακές δραστηριότητες και την θεραπεία. Οι χρόνιοι ασθενείς βρίσκονται κυρίως στην υπολειμματική φάση της νόσου, έχουν μια συμβιβαστική τάση, περιμένουν από τους άλλους να καθορίσουν την μοίρα τους.

Στη σχέση του με τα φάρμακα, ένας νεαρός ασθενής αναφέρει: "Αυτοί είναι οι δολοφόνοι της τελειότητας (ενν. οι γιατροί). Νομίζεις ότι δεν ξέρω τι είναι τα φάρμακα. Τα

παίζω όλα ή τίποτα. Πρόσεχε τι σου λέω. Εγώ δεν θα πεθάνω ποτέ. Εγώ θα καταστρέψω τον κόσμο. Ζεις στα χρόνια της συντέλειας" και συνεχίζει: "Τι είναι η σχιζοφρένεια; Πες μου τι έχω; Εγώ είμαι αόρατος. Όταν κοιτάω άνθρωπο με βλέπει. Αυτό, που κάνεις τώρα είναι αυτό, που θέλω".

Πρέπει να αναφέρουμε εδώ, ότι κάποια στοιχεία επιπρόσθετα, του λόγου των ασθενών, προέρχονται από την συνομιλία μας κατά την συμπλήρωση των ανοικτών ερωτήσεων και θεωρούνται μέρος των απαντήσεών τους. Άλλος, επίσης νεαρός ασθενής αναφέρει: "Αυτός, που πίνει φάρμακα και έχει νοσηλευτεί, έχει άλλη μοίρα με έναν, που δεν έχει νοσηλευτεί. Η ελευθερία άρχισε για μένα από τον ξενώνα. Είχα μάθει από τους γονείς μου να' μαι ελεύθερος". Στο ψυχιατρείο, οι ασθενείς λαμβάνουν τα φάρμακά τους μπροστά στο προσωπικό, όπου οι ρόλοι και οι εξουσίες επιβάλλονται. Υπάρχει μια γενικευμένη τάση για τέτοιου είδους πρακτικές, ανεξάρτητα από το γεγονός αν ο ασθενής λαμβάνει με την θέλησή του, την φαρμακευτική αγωγή. Στον ξενώνα, η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής είναι διακριτικά ελεγχόμενη. Οι ασθενείς γνωρίζουν, που βρίσκονται τα φάρμακά τους και τα λαμβάνουν βοηθούμενοι από το προσωπικό, όταν δεν τα γνωρίζουν ή δεν τα θυμούνται.

Διαπιστώθηκε μια τάση θεώρησης της φαρμακευτικής αγωγής ως μη απαραίτητης για την θεραπεία και ως έναν τρόπο ελέγχου της σκέψης, από τους νεαρούς ασθενείς. Αυτό φυσικά δεν το επιθυμούν γιατί όπως προκύπτει, αντιβαίνει στην κοσμοαντίληψή τους και στα συναισθήματα ασφάλειας, που πηγάζουν από την βεβαιότητά τους ότι οι σκέψεις και οι ιδέες τους είναι πραγματικές και τους κατευθύνουν στην εκπλήρωση υψηλών αποστολών (σωτηρία του κόσμου, τηλεπαθητικές ικανότητες κ.λπ). Πέρα από αυτή την παρατήρηση, πρέπει να αναφέρουμε ότι οι νέοι ασθενείς έχουν συνδέσει την ελευθερία των ιδεών και γενικότερα της εγκεφαλικής λειτουργίας με την ανάγκη τους για αυτονομία, ανεξαρτησία, και ελεύθερη έκφραση.

Όσον αφορά την κατηγορία της ψυχολογικής ανάπτυξης του εαυτού οι ασθενείς,

όπως προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων, έχουν την τάση να θεωρούν ουσιαστικής σημασίας το συναίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στη σχέση με τους άλλους, την ανάγκη για αυτονομία και για υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Αυτά τα στοιχεία αφορούν κυρίως την νεαρή ηλικία του δείγματος. Η μέση και τρίτη ηλικία αναφέρεται κυρίως στην απουσία πρωτοβουλίας, την ανάγκη ανάπτυξης μεγαλύτερης κοινωνικότητας, ενώ οι περισσότεροι δηλώνουν ότι αγαπούν τον εαυτό τους.

Όσον αφορά την κατηγορία σχέσεις και τις υποκατηγορίες οικογένεια, σεξουαλική ζωή, λοιπές σχέσεις, έχουν προκύψει τα εξής στοιχεία: Κάποιοι από τους ερωτώμενους, θεωρούν την οικογένεια ως μη αρμόδια για την αποκατάστασή τους. Δεν θέλουν καμμία σχέση με την οικογένειά τους και αποδίδουν ευθύνες σ' αυτήν για τη νόσο τους. Ένας ασθενής αναφέρει χαρακτηριστικά: "την οικογενειακή θεραπεία την έκανα μόνος μου με το να απομακρυνθώ από την οικογένεια". Παρ' όλα αυτά, από τα στοιχεία της έρευνάς μας διαπιστώσαμε, ότι υπάρχει η τάση από τους περισσότερους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, να επιθυμούν και να επιδιώκουν την οικογενειακή επαφή, ακόμα και στις περιπτώσεις που η οικογένεια έχει κατ' επανάληψη δείξει απορριπτική στάση. Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για τις κακές σχέσεις με την οικογένεια, εξιδανικεύοντας την συμπεριφορά της οικογένειας και βρίσκοντας πάντα δικαιολογίες γι' αυτήν. Επίσης, κάποιοι έχουν την τάση να βιώνουν μια φανταστική σχέση με την οικογένεια τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον, γεγονός που αντιβαίνει στις πραγματικές συνθήκες, αφού από τα στοιχεία της έρευνάς μας προκύπτει ότι οι σχέσεις στο παρόν είναι ανύπαρκτες και δυσοίωνες για το μέλλον. Πολλές γυναίκες φαντασιώνουν μελλοντική επανασύνδεση με το σύζυγό τους, ενώ στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις ο σύζυγος έχει παντρευτεί ξανά και έχει αρνητική στάση απέναντι στο ενδεχόμενο επανασύνδεσης. Οι μητέρες είναι υποδειγματικές στην πλειοψηφία τους και στηρίζουν τα παιδιά τους παρά τους φραγμούς, που τους βάζει το οικογενειακό περιβάλλον και τις επιφυλάξεις από τα ίδια τα παιδιά για την

ασφάλεια, που θα' χουν κοντά στη μητέρα τους. Όσον αφορά τις σχέσεις γενικότερα, διακρίνουμε την ανάγκη των ανθρώπων αυτών για εμπιστοσύνη, για ύπαρξη στο περιβάλλον τους ανθρώπων με δύναμη, με σύμβολα αυτής το κύρος, το χρήμα, την εξουσία. Επίσης, αναφέρονται σε γενικότερα προβλήματα στις σχέσεις τους, που οφείλονται στην αυτοεικόνα τους και στον τρόπο με τον οποίο οι άλλοι τους αντιλαμβάνονται. Έτσι, αναφέρουμε τα ακόλουθα παραθέματα: "Αγαπώ τους σεμνούς ανθρώπους... Αυτή την αρμονία θέλουμε να βρούμε εμείς" ή παρακάτω: "τι να το κάνω το φαγητό, μπροστά στην αγαπητή προϊσταμένη μου;" Μια άλλη γυναίκα, αναφέρει: "δεν νομίζω ότι κάθεται κάποιος δίπλα μου για πάντα... Αν κάποιος ανοίξει το κανάλι (ενν. της επικοινωνίας) μπορώ να μπω και 'γω σιγά – σιγά". Και ένας άλλος ασθενής αναφέρει στο ερώτημα πως θα γίνονταν οι σχέσεις του καλύτερες: "Με το να κάνω μαθήματα στην "Λευκή Αδελφότητα" θα γίνω πιο ανοικτός στις σχέσεις. Οι φοβίες μου με εμποδίζουν. Στις σχέσεις μου φοβάμαι το μετόπισθεν. Χρειάζομαι ειλικρίνεια και οικειότητα". Μία άλλη ασθενή λέει: "χρειάζομαι επιείκεια, κατανόηση και ψυχολογική υποστήριξη στις σχέσεις μου", ενώ μια άλλη αναφέρει δυσκολίες στις σχέσεις, που τις αποδίδει όπως αναφέρει στο γεγονός ότι: "αισθάνομαι κόμπλεξ, μια κοροϊδία από τους άλλους λόγω του βάρους μου. Αυτό με κάνει να απομονώνομαι και να έχω προβλήματα στις σχέσεις μου".

Αλλού, αναφέρεται: "Οι γυναίκες, μαλώνουν μεταξύ τους και βρισκόμαστε μπροστά σε τέτοιες καταστάσεις αρνητικές, χωρίς πνεύμα φιλίας... Επιθυμώ, το δικαίωμα να μου συμπεριφέρονται με ευγένεια και όχι με απότομο τρόπο, μέσα από φθόνο, κακότητα, έχθρα. Έτσι οι σχέσεις θα βελτιώνονταν και τα άλλα άτομα, θα είχαν μια νορμάλ συμπεριφορά μέσα στην κοινωνία, και καλλιεργημένο χαρακτήρα με ευγενικούς τρόπους".

Επίσης μια κυρία λέει: "Είμαι επιφυλακτική. Δεν πιστεύω πια στις ανθρώπινες σχέσεις. Μόνο το συμφέρον τις δημιουργεί". Γενικά, διαπιστώνουμε την τάση αρνητικής πρόσληψης της δυνατότητας σχέσεων, οφειλόμενη συχνότερα σε επαναλαμβανόμενες

ματαιώσεις. Όσον αφορά την κατηγορία της σεξουαλικής ζωής, πέρα από τα αποτελέσματα των ειδικών κλειστών ερωτήσεων, οι απαντήσεις των ανοικτών ερωτήσεων σχετικά με το θέμα μας δίνουν επίσης αρκετές πληροφορίες. Απ' αυτούς που δηλώνουν ικανοποίηση από την σεξουαλική τους ζωή, πολλοί βιώνουν αυτή την ικανοποίηση σε φαντασιακό επίπεδο και όχι σε πραγματικό επίπεδο σχέσεων. Αρκετές από τις γυναίκες του δείγματός μας δηλώνουν πολύ ικανοποιημένες από την σεξουαλική ζωή τους με τον σύζυγο, τον οποίο όμως έχουν να συναντήσουν πολλά χρόνια και η στάση του είναι αρνητική, στο σύνολο των περιπτώσεων. Επίσης, υπάρχει η τάση από μερικούς ερωτώμενους να γενικεύουν την στάση τους απέναντι στο άλλο φύλο, με αποφυγή οποιασδήποτε σχέσης λόγω προηγούμενων τραυματικών εμπειριών. Κάποιοι ντρέπονται, όπως αναφέρουν να συζητήσουν για το θέμα ενώ άλλοι εκφράζουν ικανοποίηση από την σεξουαλική τους ζωή μέσα όμως από "πλατωνικές σχέσεις". Χαρακτηριστικά μια ασθενής αναφέρει: "... δεν θέλω. Με γεμίζει η Πλατωνική σχέση μου με τον Σ. Έχω παντελή έλλειψη ενδιαφέροντος για το άλλο φύλο".

Οι γυναίκες παρουσιάζονται πιο ευχαριστημένες από τους άνδρες ακόμα και αν δεν έχουν σεξουαλική ζωή. Επίσης, οι άνδρες συχνότερα παραπονούνται για έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος γεγονός, που το αποδίδουν στα φάρμακα. Ένας άνδρας ασθενής περιγράφει την εμπειρία του έρωτα, "τον τελευταίο χρόνο υπήρξα σε ένα στάδιο μοναξιάς και απόγνωσης... αλλά υπήρξε μια ελπίδα, που είδα στον ορίζοντα... δύο μάτια να ταξιδεύουν στο άπειρο και μου είπαν, έλα γνώρισέ με. Η τύχη το έκανε και ήρθε ο ήλιος και σταμάτησε την χρόνια βροχή, ένα πλησίασμα με αντίκρισμα και ένα χάδι τρυφερό και ένας έρωτας δίχως όρια, κυνήγι στα όρια της τρέλας, αλλά πλήρης ένωση και αγάπη που δύσκολα γνωρίζει κανείς".

• ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Από τις ανοικτές ερωτήσεις που αναφέρονται στους τρόπους με τους οποίους το πρόγραμμα θα μπορούσε να βοηθήσει τους συμμετέχοντες ως προς την αποκατάστασή τους

προκύπτει, όπως αναφέραμε η υπερκατηγορία "υποκειμενική πρόσληψη του προγράμματος" με τις υποκατηγορίες "αξιολόγηση" και "παρεμβάσεις". Διακρίνεται μια τάση θετικής αξιολόγησης του προγράμματος. Όσον αφορά τις παρεμβάσεις, το σύνολο του δείγματος αναφέρεται στην συμπεριφορά του προσωπικού και στην οικονομική ρύθμιση των προβλημάτων, που αφορούν την αποκατάστασή τους. Έτσι, ενδεικτικά αναφέρουμε τα ακόλουθα παραθέματα: "το πρόγραμμα πρέπει, χωρίς παρωπίδες να ασχοληθεί με ιδιαιτερότητες – περιπτώσεις, που χρήζουν διαφορετικού είδους υποστήριξης", ή αλλού: "Το προσωπικό πρέπει να μας αντιμετωπίζει σαν ανθρώπινα όντα με δικαιώματα... να κάνουν υποχωρήσεις, όχι αυστηρότητα. Να υπάρχει ειλικρίνεια, πιο σωστή συμπεριφορά, κατανόηση και οικονομική ανεξαρτησία" ή αλλού "το πρόγραμμα, μπορεί να μας βοηθήσει με διάλογο, με τα άτομα, που ξέρουν τι θα πει ψυχιατρείο. Όταν μάλιστα αυτά έφαγαν τα καλύτερα τους χρόνια, σ' ένα χώρο, που αυτός ονομάζεται ψυχιατρείο ή όπως το αποκαλούν οι κυνικοί "τρελοκομείο"..."

• Η ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Κάτω από την υπερκατηγορία "υποκειμενική πρόσληψη του κοινοτικού πλαισίου στήριξης" βρίσκονται οι κατηγορίες "στερεότυπα", "κοινωνικός αποκλεισμός" και "συμμετοχή κοινότητας" με τις υποκατηγορίες τους. Υπάρχει η τάση από τους ερωτώμενους να θεωρούν την σχέση με την κοινότητα πάρα πολύ καλή. Αυτοί όμως, που αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν στερεότυπες αντιλήψεις, αποδίδουν αυτές στη νόσο. Μιλούν για άγνοια του κόσμου, για φόβο, προκατάληψη. Ένας ασθενής αναφέρει: "οι γείτονες νοιώθουν ανασφάλεια. Κοιτούσαν ύποπτα, με κορόιδευαν. Ήξεραν ότι είμαστε από εδώ" (ενν. τον ξενώνα) και αλλού: "Ο κόσμος είναι κακός, δεν χρωστά καλό... Φοβάμαι τους γείτονες να μην με σκοτώσουν. Θέλω έναν προστάτη". Κάποιος ερωτώμενος αναφέρεται στην άγνοια και το φόβο της οικογένειάς του "... η γιαγιά μου με κλείδωνε σ' ένα υπόγειο" και ένας άλλος αναφέρει: "... με είχαν απομονώσει σ' ένα υπόγειο δωμάτιο χωρίς θέρμανση, φως και

ζεστό νερό. Έκανα μπάνιο στο δρόμο με έναν κουβά με κρύο νερό. Φοβόντουσαν ότι ήμουν μάγος και με θεωρούσαν επικίνδυνο".

Υπάρχει η τάση βίωσης του κοινωνικού αποκλεισμού από τους περισσότερους ερωτώμενους στους τομείς της εργασίας, της οικονομίας, της αποδοχής. Αναφέρουμε τα λόγια ενός ασθενή: "θέλω να εργάζομαι και να αμείβομαι σαν ίσος με τους άλλους εργαζόμενους και να μην με αποκλείουν λόγω της αρρώστιάς μου". Η μεγαλύτερη έμφαση βέβαια δίνεται στην αποδοχή και στην οικονομική κάλυψη των βασικών αναγκών, χωρίς πολλές απαιτήσεις.

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις, που αφορούν την εξασφάλιση συμμετοχής της κοινότητας στην αποκαταστασιακή πορεία, αναφέρονται οι ανάγκες ενημέρωσης του κόσμου, διασύνδεσης του ρόλου ξενώνα – κοινότητας με την βοήθεια της θεραπευτικής ομάδας, και η συχνότερη επαφή ως επακόλουθο. Επίσης, αναφέρονται οι ανάγκες των ασθενών για ενέργειες της κοινότητας στο θέμα της αποδοχής και εύρεσης εργασίας. Κάποιος ασθενής αναφέρει την "... ανάγκη για δημοσιοποίηση και αυτοπραγμάτωση των ενδιαφερόντων μου" και αλλού: "πρέπει να μάθουν πολλά οι άνθρωποι για την νόσο και την προσωπικότητα του ασθενή. Αν δεν είχα το πρόβλημα, θα ήμουν παντρεμένη". Επίσης, μια νεαρή γυναίκα, που ζει πλέον στην κοινότητα αναφέρει: "... πρέπει να βάλουν καλά στο μυαλό των άλλων (ενν. της κοινότητας) ότι: "Ναι μπορούν να κυλήσουν όποια πέτρα βρεθεί εμπόδιο στη ζωή"...".

• Ο ΧΡΟΝΟΣ

Η παρελθοντική διάσταση του χρόνου έχει στις περισσότερες απαντήσεις την τάση να προσλαμβάνει αρνητική αξιολόγηση. Θετικά αξιολογούν το παρελθόν, με μια τάση αναπόλησης και δυσαρέσκειας για το παρόν, ελάχιστες μόνο γυναίκες, οι οποίες είχαν σχέση προσκόλλησης και εξάρτησης με την μητέρα που απεβίωσε, ή με τον σύζυγο που βρίσκεται σε απόσταση. Αυτοί αντιμετωπίζουν και δυσκολίες προσαρμογής στο παρόν. Κάποιοι

αναφέρονται στο παρελθόν σαν εμπειρία ζωής: "πέρασα πολλές καταστάσεις και τις αγάπησα – και καλές και άσχημες. Δεν μετανοιώνω, έτσι ζουν όλοι οι άνθρωποι" ή "... θολό, συγκεχυμένο, ταλαιπωρία, αγωνία. Μου έδωσε εμπειρίες για να μπορώ να προχωρήσω στο μέλλον μόνος μου".

Οι χρόνιοι ασθενείς αναφέρονται κυρίως στην εμπειρία της νόσου σε σχέση με το άσυλο ενώ οι νέοι ασθενείς έχουν την τάση να αναζητούν τα αίτια της νόσου στο παρελθόν, ψάχνοντάς τα στα ατομικά τους χαρακτηριστικά ή στην οικογένεια. Μια χρόνια ασθενής αναφέρει: "Εγώ κάπνιζα το τσιγάρο από κάτω. Αυτοί (ενν. οι νέοι ασθενείς) παίρνουν και φαγητό από έξω. Αυτό είναι αναισθησία. Ρώτα τους παλιούς ασθενείς, πως περνούσαμε. Είναι άσχημο. Ανέχεια, πόλεμος. Δεν φταίνε οι γονείς. Ο πατέρας θα 'πρεπε να είναι πιο συγκρατημένος, ακόμα βασανίζεται η ψυχή του. Ήμουν λεχώνα. Το '70 γέννησα και ήρθα στο Ψυχιατρείο. Είδα θαλάμους αλλά δεν υπήρχαν κάγκελα και φόβος από τους άλλους ασθενείς. Τώρα όμως, έρχομαι στα λόγια μου. Πάλι ανοικτά είναι τα τμήματα, ελεύθερη ζωή. Φταίω εγώ. Μαζί με τα ξερά καίγονται και τα χλωρά". Ένας νέος άνδρας λέει: "χάλια, ελπίζω στο μέλλον. Δεν κατάφερα τίποτα σχεδόν. Όταν δούλευα στη Δ.Ε.Η. σκεφτόμουν ότι ήμουν στ' αχνάρια του πατέρα μου. Γιατί δεν έκανα αυτό, που ήθελα εγώ, αλλά αυτό που ήθελε ο πατέρας μου... ήταν η πρώτη δουλειά".

Στις απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με το παρόν, διακρίνεται γενικά θετική αξιολογητική τάση, με αναφορές σε προβλήματα υγείας και οικονομικά προβλήματα, τα οποία έχουν αποδεκτεί και μια τάση ευγνωμοσύνης στις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά τον προσανατολισμό προς το μέλλον, τους στόχους και τις επιθυμίες ζωής υπάρχει η τάση από τους νέους ασθενείς να κάνουν σχέδια για εργασιακή απασχόληση και βελτίωση του εισοδήματος. Όλοι αναφέρονται στο ύψιστο αγαθό της υγείας. Κάποιοι έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Οι μεγαλύτεροι ασθενείς παρουσιάζουν γενικά απουσία σχεδίων για το μέλλον. Όπως αναφέρει κάποιος: "Εγώ είμαι ληψή. Δεν έχω απαιτήσεις.

Αυτό, που κοιτώ είναι πώς να ζήσω μέχρι να κλείσω τα μάτια μου" ή "Δεν θέλω ν' αφήσω τα κόκκαλά μου στον ξενώνα". Ανεξαρτήτου ηλικίας, όλοι οι ερωτώμενοι θα επιθυμούσαν να 'χουν μια οικογένεια κάποιοι θεωρώντας ότι μπορούν να τα καταφέρουν, αλλά οι περισσότεροι θεωρώντας το ως άπιαστο όνειρο: "Η οικογένεια είναι το ιερότερο και καλύτερο πράγμα. Αυτό μου λείπει. Θα' θελα να' μουν παντρεμένος και να αγαπούσα την γυναίκα μου. Αν έκανα οικογένεια, η γυναίκα και τα παιδιά μου θα' ταν πολύ ευτυχισμένοι. Θα πρόσεχα τα παιδιά μου, θα μαγείρευα..." αναφέρει ένας ηλικιωμένος άνδρας 60 ετών, με την επιθυμία ζωγραφισμένη στο πρόσωπό του.

3. Συμπεράσματα – Επίλογος

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε σε μια συγκεκριμένη δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και το μέγεθος του δείγματος δεν μας δίνει την δυνατότητα της γενίκευσης των αποτελεσμάτων, τα οποία αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την θεραπευτική ομάδα της δομής αυτής και για την μεθόδευση πρακτικών, που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των συγκεκριμένων ασθενών.

Παρ' όλη την σπουδαιότητα των αποτελεσμάτων για το ερευνώμενο πεδίο, ωστόσο προέκυψαν στοιχεία πολύ σημαντικά τα οποία ίσως θα πρέπει να αξιολογούνται κατά τον σχεδιασμό οποιουδήποτε αποκαταστασιακού προγράμματος.

Η μελέτη μας έδειξε ότι, ο ασθενής, που συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα, είναι περισσότερο εκτεθειμένος στον χώρο, τον χρόνο, τις σχέσεις και τα συναισθήματα και οι αναπαραστάσεις τους, αλλάζουν βαθμιαία ως προς την δομή τους και επηρεάζουν τα συναισθήματα και τις στάσεις τους.

Η διαχρονική παρατήρηση και η διερεύνηση κάτω από μοναδικές εμπειρίες συνθηκών μετάβασης από το άσυλο στην κοινότητα, έδειξε ότι η γνώση και, οι αλλαγές στις γνωστικές δραστηριότητες, διευρύνουν τον ορίζοντα των ατόμων, δημιουργούν κίνητρα για δράση και επηρεάζουν την δομή των γνωστικών διεργασιών.

Τα οργανωμένα προγράμματα εισάγουν συνθήκες συνεργασίας, συλλογικότητας, προγραμματισμού των δραστηριοτήτων, βασικής εκπαίδευσης, ψυχολογικής ανάπτυξης, που επηρεάζουν τον προσανατολισμό των ατόμων προς το μέλλον.

Η πραγματικότητα έχει νόημα για τα υποκείμενα, όταν μπορούν μέσα από αυτή να πετύχουν την ικανοποίηση των βασικών τους επιθυμιών και αναγκών. Τότε, έχουν ένα κίνητρο να επενδύσουν σ' αυτήν. Αυτό ερμηνεύει ίσως και κάποιες παραμέτρους της ψυχοπαθολογίας.

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε τους τρόπους με τους οποίους θα πετύχουμε να

επενδύσουν τα υποκείμενα σε ρεαλιστικούς στόχους της πραγματικότητας των αποκαταστασιακών πρακτικών. Αυτό, προϋποθέτει την βαθιά γνώση των, υποκειμενικά προσλαμβανόμενων, ψυχοκοινωνικών αναγκών.

Η υποκειμενική πρόσληψη, των ψυχοκοινωνικών αναγκών, βρέθηκε ότι εξαρτάται από τις θέσεις, που τα υποκείμενα κατέχουν στην κοινωνία, την οικονομία, τους πολιτικούς ελιγμούς.

Η παρατήρηση έδειξε ότι η αλληλεπίδραση των ατόμων με το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον βγάζει στην επιφάνεια θαμμένες ανάγκες (π.χ. σεξουαλική ζωή) και αναδύει δεξιότητες, που είχαν ξεχαστεί λόγω απουσίας λειτουργικής σκοπιμότητας στην χρήση τους, στο παρελθόν.

Ο τύπος της εμπλοκής του κοινωνικά ενεργού υποκειμένου στις διάφορες πρακτικές, εξαρτάται από την δυνατότητα επιλογής ή από το αν αυτές επιβάλλονται. Η αξιολόγηση ενός πλαισίου από μέρους των ερωτώμενων, ως θεραπευτικού, εξαρτάται από παράγοντες, όπως η σαφήνεια, σταθερότητα, συνέπεια και διάρκεια, η ευπροσαρμογή και ο σεβασμός των ατομικών διαφορών, η οικειότητα και η ειλικρίνεια των θεραπειών. Σημαντικό ρόλο, παίζουν οι παράγοντες, που αφορούν την κατοικία (ήχος, φως κ.ά.) και την δημιουργική έκφραση της προσωπικότητας μέσα από την κατάλληλη απασχόληση.

Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, πρέπει να δίνουν μεγάλη σημασία στην επιλογή των μελών της θεραπευτικής ομάδας, τα κίνητρα και η συμπεριφορά των οποίων επηρεάζουν την φιλοσοφία του προγράμματος και την ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων των επαγγελματιών υγείας και της κοινότητας.

Η ηλικία και η ψυχοπαθολογία αποτελούν πολύ σημαντικά κριτήρια επιλογής των ατόμων που παρακολουθούν ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, ως προς τη σύνθεση των συμμετεχόντων. Αυτό, συμβαίνει γιατί τόσο η ηλικία όσο και η ψυχοπαθολογία σχετίζονται με διαφορετικού είδους ψυχοκοινωνικές ανάγκες γεγονός, που επηρεάζει την επικοινωνιακή

πράξη και την ποιοτική διαβίωση στον ίδιο χώρο.

Τα σύμβολα της αποκατάστασης, όπως ο αποϊδρυματισμός, το πρόγραμμα αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων, η ποιότητα ζωής και η αξιοπρέπεια, η σταδιακή αυτονόμηση και ο αποστιγματισμός, αποτελούν έννοιες, που ενσωματώνονται σταθερά και ουσιαστικά στην γλώσσα των υποκειμένων, διεκδικώντας τα όρια του κόσμου τους και συντείνοντας ανεπαίσθητα στο δομικό μετασχηματισμό των αναπαραστάσεών τους και των αναπαραστάσεων της ευρύτερης κοινωνίας.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής μικραίνει τα όριά του με τρόπο κυριολεκτικό και συμβολικό. Τα παλιά κτίρια δίνουν την θέση τους σε νέα πιο σύγχρονα, μέρος της έκτασης του ασύλου παραχωρείται στην κοινότητα ενισχύοντας και συμβολικά τον ρόλο της στην αποκατάσταση, ενώ όλη η Αττική φιλοξενεί σε κοινοτικές συνθήκες τους ασθενείς του ψυχιατρείου. Οι νέες τάσεις απαιτούν την οργάνωση ενός ενιαίου υποστηρικτικού δικτύου πανελλαδικά, όπου θα επιδιώκεται όχι η αναβάθμιση των εξωτερικών χαρακτηριστικών αλλά μια ουσιαστική αναδόμηση των θεσμών και πρακτικών.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γκότοβος, Α., *Παιδαγωγική Αλληλεπίδραση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1995.

Εμμανουηλίδης, Μ. και συν. *Συναισθηματικές αντιδράσεις του προσωπικού των ξενώνων Θεσσαλονίκης κατά την εξέλιξη του προγράμματος αποκατάστασης χρόνιων ψυχωστικών (πρόγραμμα Λέρος)*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 61, Ιανουάριος – Μάρτιος 1998, σ.σ. 21-29.

Ευκλείδη – Κωσταρίδου, Α., *Ψυχολογία Κινήτρων*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.

Καβουνίδη, Τ., *Κοινωνικός αποκλεισμός: Έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, Ελληνική Εμπειρία και διλήμματα πολιτικής*", 1996 στο *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα*, Εκδ. ΕΚΚΕ, Αθήνα 1976.

Καρούζος, Χ., και συν., *Αξιολόγηση μιας Ψυχοκοινωνικής Παρέμβασης σε ομάδα χρόνιων ασθενών, που μετακινήθηκαν από το Ψυχιατρείο σε ξενώνα στην Κοινότητα*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 74, Απρίλιος – Ιούνιος 2001, σ.σ. 55 – 65.

Κατερέλος Γ., *Δυναμική των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων*, Εκδ. Οδυσσέας, Α' Έκδοση, Αθήνα 1996.

Καφετζόπουλος Ε., *Εγκέφαλος, συνείδηση και συμπεριφορά*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1995.

Κυριαζή, Ν., *Η Κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.

Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.

Μάνος, Ν., *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής* (αναθεωρημένη έκδοση), University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.

Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Κατοικία και Αποϊδρυματοποίηση*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 61, Ιανουάριος – Μάρτιος 1998, σ. σ. 16 – 20.

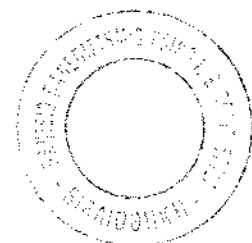
Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Η κρίση του Κράτους Πρόνοιας και ο κοινωνικός αποκλεισμός*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 56, Οκτώβρης – Δεκέμβρης 1996, σ.σ. 16 – 34.

Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Το σύνδρομο της κόπωσης*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 59, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1997, σ.σ. 10 – 23.

Μηλιώνη, Χ., Κοντοπούλου, Ε., *Αξιολόγηση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Παραδοσιακού Ψυχιατρείου και των Ξενώνων από Σχιζοφρενείς Ασθενείς*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 61, Ιανουάριος – Μάρτιος 1998, σ.σ. 30 – 42.

Μπαϊρακτάρης, Κ., *Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση: Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές*, Εναλλακτικές Εκδόσεις / Αντιπαραθέσεις 15, 1994.

Ναυρίδης, Μ., *Κλινική- Κοινωνική Ψυχολογία*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1994.



Νέστορος, Ι., *Συμπλήρωμα Ψυχοφαρμακολογίας*, στο Arana, G., Hyman, S., *Ψυχοφαρμακολογία* (επιμ. Νέστορος Ι.), εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1994.

Παπαστάμου, Σ., *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*, Δ' έκδοση, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 1993.

Παπαστάμου, Σ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία: Επιστημολογικοί προβληματισμοί και Μεθοδολογικές Κατευθύνσεις*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.

Παπαστάμου, Σ., *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*, Εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 1995.

Πουρκός, Μ., *Ατομικές Διαφορές Μαθητών και Εναλλακτικές Ψυχοπαιδαγωγικές Προσεγγίσεις*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1997.

Πουρκός, Μ., *Ο ρόλος του πλαισίου στην Ανθρώπινη Επικοινωνία την Εκπαίδευση και την κοινωνικο-ηθική μάθηση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1997.

Ρούσσινος, Σ., *Η διάσταση της σεξουαλικότητας στις διαδικασίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρονίων Σχιζοφρενών γυναικών*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2001.

Σακαλάκη, Μ., *Η Ανάλυση Περιεχομένου*, στο Παπαστάμου, Σ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία: Επιστημολογικοί Προβληματισμοί και Μεθοδολογικές Κατευθύνσεις*, Τόμος Α', Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.

Στυλιανίδης, Σ., *Η μεταβαλλόμενη πραγματικότητα της Ψυχιατρικής, περίθαλψης στην*

Ευρώπη, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 43, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1993, 117 – 123.

Τρλίβα, Σ., *Η εκπαίδευση για την ανάπτυξη δεξιοτήτων προς μια καλύτερη ζωή*, στο Πουρκός, Μ., *Ατομικές Διαφορές Μαθητών και Εναλλακτικές Ψυχοπαιδαγωγικές Προσεγγίσεις*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1997.

Τσανίρα, Ε., *Αποασυλοποίηση και κοινωνική αποκατάσταση (Το Π.Ν.Α. σε αναζήτηση μιας άλλης ταυτότητας)*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 54, Απρίλιος – Ιούνιος 1996, σ. σ. 34 – 38.

Ξένη Βιβλιογραφία

Abric, Jean – Claud, *Οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις: Θεωρητικές Απόψεις*, στο Κατερέλος, Γ., *Δυναμική των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων*, εκδ. Οδυσσέας, Α' Έκδοση, Αθήνα 1996.

Arana, G., Hymen, S., *Ψυχοφαρμακολογία* (επιμ. Νέστορος Ι.), Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1994.

Bengston, A., Mensson, L., *Clinical and Social needs of Schizophrenic out patients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34 p.p. 513 – 518, 1999.

Barondes, S., *Στοιχεία Μοριακής Μικροβιολογίας & Βιολογικό Υπόστρωμα Ψυχικών Διαταραχών* (μτφ. Καστελλάκης Α. – Παναγής Γ.), εκδ. Έλλην, Αθήνα 1997.

Goffman, E., *Άσυλα*, (μτφ. Κομνηνός Ξ.), Εκδ. Ευρύαλος, Αθήνα 1994.

Jodelet, D., *Κοινωνική Αναπαράσταση: φαινόμενα, έννοια και θεωρία* στο Παπαστάμου, Σ., *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*, Εκδ. Οδυσσέας: Σειρά Κοινωνικής Ψυχολογίας, Αθήνα 1995.

Lamp, Richard, MD, *Η Αποϊδρυματοποίηση στις Αρχές της Νέας Χιλιετίας* Harvard Review of Psychiatry, Ελλ. Έκδ. Σεπτέμβρη – Οκτώβρης 1998, vol. 6 No1.

Luria, A. R. *Γνωστική Ανάπτυξη*, (μτφ. Τερζίδου, Μ.), Εκδ. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1992.

Mason, J., *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, (μτφ. Δημητριάδου Ε.), Sage Publications, 1996.

Moscovici, S., *Η ψυχανάλυση, η εικόνα της και το κοινό της*, (επιμ. Μαντόγλου, Α.), Εκδ. Οδυσσέας, Α' έκδοση, Αθήνα 1999.

Moscovici, S., *Η Εποχή των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων*, στο Παπαστάμου, Σ., *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*, Εκδ. Οδυσσέας: Σειρά Κοινωνικής Ψυχολογίας, Αθήνα 1995.

Pulkkinen, L., Ronka, A., *Personal control over Development, Identity formation, and future Orientation as components of life Orientation, A Developmental Approach*, Developmental Psychology, March 1994, Vol. 30, No 2, 260-271.

Saraceno, B., De Luca, L. (μτφ. Γκιωνάκης, Ν.). *Τα θεωρητικά μοντέλα της αποκατάστασης: βαρύτητα και σημασίες για την πρακτική*, Τετράδια Ψυχιατρικής No 58, Απρίλιος – Ιούνιος 1997, σ.σ. 106 – 111.

Schweitzer, Jochen., *Η περατή και η α-πέραντη Ψύχωση, Σκέψεις πάνω στη χρονιότητα και τις ψυχιατρικές υπηρεσίες*, (μετρ. Εμμανουηλίδου Α.), Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 61, Απρίλης – Ιούνης 1996, 61 – 64.

Segall, M., - Dasen, P., - Berry, J., - Poortinga, Y., *Διαπολιτισμική Ψυχολογία*, (επιμ. Γεώργας, Δ.,) Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.

Zaphiris, A., Goulden, B., *Οι θεωρίες της δομής και της στρατηγικής στη θεραπεία της οικογένειας: ομοιότητες και διαφορές*, Εκλογή, Ιούλης – Σεπτεμβρίου 1989, σ.σ. 129 – 136.

Zavalloni, M., Luis – Guerin, C., *Κοινωνική Ταυτότητα και Συνείδηση*, (επιμ. Ρήγα Β.), εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.

Werner, K., *Μπορούν να προληφθούν οι μισές υποτροπές της σχιζοφρένειας*, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, 14^ο συνέδριο Ψυχιατρικής, Ηράκλειο 1996.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Ο κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ.
2. Οι εισηγήσεις του επιστημονικού Υπεύθυνου σχετικά με τον κανονισμό λειτουργίας του ξενώνα και των προστατευόμενων διαμερισμάτων.
3. Υπουργική Απόφαση της 23 Μάη 2000 για τον καθορισμό οργάνωσης και λειτουργίας ενός οργανωμένου προγράμματος Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

(Πράξεις για την ισχύ των οποίων απαιτείται δημοσίευση)

**ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΟΚ) ΑΡΙΘ. 815/84 ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΗΣ 26ΗΣ ΜΑΡΤΙΟΥ 1984
ΓΙΑ ΕΚΤΑΚΤΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΥΠΕΡ ΤΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ**

ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Έχοντας υπόψη:

τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας και ιδίως το άρθρο 235, την πρόταση της Επιτροπής⁽¹⁾, τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου⁽²⁾, τη γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής⁽³⁾,

Εκτιμώντας:

ότι οι ιδιομορφίες της ελληνικής οικονομίας, τόσοσ όσον αφορά το βαθμό ανάπτυξής της όσο και τις δομές της, καθιστούν αναγκαία τη χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την Κοινότητα κυρίως στον κοινωνικό τομέα·

ότι πρέπει να εξασφαλιστεί οικονομική ενίσχυση στην Ελληνική Δημοκρατία για την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης αφενός, και κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αφετέρου·

ότι, όσον αφορά τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, η οικονομική ενίσχυση πρέπει να περιορίζεται στις αστικές περιοχές με τη μεγαλύτερη πυκνότητα πληθυσμού (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) όπου το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης δεν μπορεί να παρέμβει·

ότι, για να εξασφαλισθεί ένα συνεκτικός σχεδιασμός και για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων, πρέπει τα σχέδια τα οποία θα κληθεί να ενισχύσει η Κοινότητα να εντάσσονται στα πλαίσια προγραμμάτων·

ότι η ανέγερση, η διαρρύθμιση και ο κατάλληλος εξοπλισμός των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης αφενός, και των κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αφετέρου,

(1) ΕΕ αριθ. C 232 της 30.6.1983, σ. 3.

(2) ΕΕ αριθ. C 342 της 19.12.1983, σ. 131.

(3) ΕΕ αριθ. C 23 της 30.1.1983, σ. 24.

συμβάλλουν στην πραγματοποίηση των στόχων της Κοινότητας στον κοινωνικό τομέα και στη βελτίωση των όρων πρόσβασης της Ελληνικής Δημοκρατίας στη συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου·

ότι η συνθήκη δεν προβλέπει τις ειδικές εξουσίες δράσης για την έλ-
δοση του παρόντος κανονισμού.

ΕΞΕΔΩΣΕ ΤΟΝ ΠΑΡΟΝΤΑ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ:

Άρθρο 1

Ο παρών κανονισμός προβλέπει, για τη χρονική περίοδο από 1ης Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου 1988 μια έπτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για:

- α) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης·
- β) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση·

Άρθρο 2

Στα προηγούμενα που αναφέρονται στο άρθρο 1 διευκρινίζεται:

- α) ο αριθμός και η τοποθεσία των κέντρων που θα ιδρυθούν και θα διαρρυθμιστούν·
- β) η δυνατότητα κάθε κέντρου εκφραζόμενη σε αριθμό θέσεων:
 - κατάρτισης και στέγασης, ή
 - αποκατάστασης και στέγασης·
- γ) ο προορισμός κάθε κέντρου όσον αφορά τις δραστηριότητές του στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης ή της αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση, καθώς και ο ρόλος κάθε κέντρου στα πλαίσια της πολιτικής επαγγελματικής κατάρτισης ή αποκατάστασης·
- δ) το κόστος κάθε κέντρου και ο τρόπος χρηματοδότησής του·
- ε) για κάθε κέντρο, ο χρόνος που απαιτείται για την ανέγερση ή τη διαρρύθμιση·
- στ) ο απαραίτητος εξοπλισμός για κάθε κέντρο·
- ζ) οι ανάγκες σε προσωπικό κάθε κέντρου, οι απαιτούμενες ειδικότητες και η απαιτούμενη κατάρτιση.

Άρθρο 3

1. Πριν από την 1η Ιουνίου 1984, η Ελληνική Δημοκρατία ανακοινώνει στην Επιτροπή τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1.

2. Πριν από την 1η Απριλίου κάθε χρόνου, και για πρώτη φορά το 1985, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει έκθεση στην Επιτροπή για την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην εκτέλεση των προγραμμάτων αυτών, καθώς και για τις τροποποιήσεις που έχουν γίνει σ' αυτά.

3. Η Επιτροπή μπορεί να διατυπώσει συστάσεις προς την Ελληνική Δημοκρατία όσον αφορά τα εν λόγω προγράμματα.

Άρθρο 4

1. Το ποσό που κρίνεται απαραίτητο για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων που αναφέρονται στο άρθρο 1 ανέρχεται σε 120 εκατομμύρια ECU για πέντε χρόνια.

2. Στα πλαίσια των πιστώσεων που εγγράφονται κάθε χρόνο για το σκοπό αυτό στο γενικό προϋπολογισμό των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, μπορεί να παρασχεθεί οικονομική ενίσχυση με τη μορφή επιδότησης για τα σχέδια ανέγερσης, διαρρύθμισης ή εξοπλισμού κέντρων που εντάσσονται στα πλαίσια ενός από τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, λαμβάνοντας υπόψη της τυχόν συστάσεις που διατυπώνει η Επιτροπή. Πάντως, όσον αφορά το πρόγραμμα που αναφέρεται στο άρθρο 1 στοιχείο α), από αυτή τη συνδρομή μπορούν να επωφεληθούν μόνον τα σχέδια που εκτελούνται στις ζώνες στις οποίες δεν είναι δυνατή η παρέμβαση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης.

Άρθρο 5

1. Οικονομική ενίσχυση μπορεί να χορηγηθεί μόνον για τις δαπάνες που προορίζονται να καλύψουν:

- α) την ανέγερση νέων κέντρων καθώς και την επέκταση και τη διαρρύθμιση κτιρίων που υπάρχουν ήδη, συμπεριλαμβανομένων και των αμοιβών αρχιτεκτόνων και μηχανικών, εφόσον αυτό είναι αναγκαίο·
- β) τον εξοπλισμό των κέντρων·
- γ) τα προγράμματα δοκιμαστικής εφαρμογής που σκοπό έχουν να αναδείξουν τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους για την εκτέλεση του προγράμματος του άρθρου 1 στοιχείο β)·
- δ) τις περιόδους πρακτικής εξάσκησης για την ειδική κατάρτιση των ιατρών, νοσοκόμων, βοηθών ιατρικών επαγγελματιών και κοινωνικών λειτουργών.

2. Για τα σχέδια τα σχετικά με τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, η οικονομική ενίσχυση της Κοινότητας χορηγείται σε ποσοστό 55% των επιλέξιμων δημοσίων δαπανών.

3. Κατά την έγκριση των σχεδίων πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια, ώστε η κοινοτική οικονομική ενίσχυση να αφορά περιορισμένο αριθμό κέντρων που θα αξίζει ιδιαίτερα να προωθηθούν.

Άρθρο 6

1. Πριν από την 1η Ιουνίου 1984 και, στη συνέχεια, πριν από την 1η Απριλίου κάθε χρόνου, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει στην Επιτροπή τις αιτήσεις της για τη χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης. Οι αιτήσεις αυτές περιέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να διαπιστώνεται αν τα σχέδια για τα οποία ζητείται ενίσχυση συμβιβάζονται με τον παρόντα κανονισμό και με τους στόχους της κοινοτικής πολιτικής στην οποία εντάσσονται, καθώς και τις προβλέψεις των δαπανών και το χρονοδιάγραμμα των αντίστοιχων εργασιών και πληρωμών.

2. Η Επιτροπή μπορεί να ζητήσει οποιαδήποτε πρόσθετη πληροφορία είναι απαραίτητη για την εξέταση των σχεδίων για τα οποία ζητείται οικονομική ενίσχυση, μπορεί δε να διατυπώσει συστάσεις για τα σχέδια αυτά.

Άρθρο 7

1. Η Επιτροπή αποφασίζει για τις αιτήσεις οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 11.

2. Οι αποφάσεις σύμφωνα με τις οποίες χορηγείται οικονομική ενίσχυση δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Άρθρο 8

1. Ποσό ίσο με το 60% της χορηγούμενης οικονομικής ενίσχυσης προκατάβεται αμέσως μόλις η Ελληνική Δημοκρατία βεβαιώσει ότι άρχισε η εκτέλεση του σχεδίου.

2. Η Επιτροπή καταβάλλει το υπόλοιπο της οικονομικής ενίσχυσης, μετά από αίτηση την οποία υποβάλλει η Ελληνική δημοκρατία μέσα σε δώδεκα μήνες από την περάτωση του σχεδίου. Η αίτηση αυτή περιλαμβάνει γενική κατάσταση των δαπανών συνοδευόμενη από βεβαίωση της Ελληνικής Δημοκρατίας σχετικά με την ακρίβεια των γεγονότων και των στατιστικών στοιχείων της γενικής αυτής κατάστασης. Κατά την καταβολή του υπόλοιπου, η Επιτροπή λαμβάνει υπόψη τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην ετήσια έκθεση που αναφέρεται στο άρθρο 3 παράγραφος 2.

Άρθρο 9

1. Η Επιτροπή εξακριβώνει αν κάθε σχέδιο εκτελείται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος κανονισμού και με τις διατάξεις που έχουν θεσπι-

σθεί δυνάμει του άρθρου 209 της συνθήκης. Για το σκοπό αυτό η Ελληνική Δημοκρατία θέτει στη διάθεση της Επιτροπής όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες και λαμβάνει, όσον αφορά τα σχέδια για τα οποία χορηγείται οικονομική ενίσχυση, κάθε μέτρο για να διευκολύνει τους αναγκαίους ελέγχους, συμπεριλαμβανομένων και ελέγχων στον τόπο των έργων. Η Ελληνική Δημοκρατία τηρεί στη διάθεση της Επιτροπής, κατά τη διάρκεια χρονικής περιόδου πέντε ετών μετά την καταβολή του υπολοίπου που αναφέρεται στο άρθρο 8 παράγραφος 2, όλα τα δικαιολογητικά έγγραφα των δαπανών.

2. Αν ένα σχέδιο δεν εκτελεσθεί σύμφωνα με τον παρόντα κανονισμό ή αν η οικονομική ενίσχυση δεν χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τους όρους που ορίζονται στην εγκριτική απόφαση, η Ελληνική Δημοκρατία είναι υποχρεωμένη να επιστρέψει τα αχρεωστήτως καταβληθέντα ποσά.

Άρθρο 10

1. Συγκροτείται επιτροπή αποτελούμενη από εκπροσώπους των κρατών μελών της οποίας προεδρεύει εκπρόσωπος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

2. Στα πλαίσια της επιτροπής αυτής, οι ψήφοι των κρατών μελών σταθμίζονται όπως προβλέπεται στο άρθρο 148 παράγραφος 2 της συνθήκης. Ο πρόεδρος δεν συμμετέχει στην ψηφοφορία.

Άρθρο 11

1. Στην περίπτωση που γίνεται αναφορά στη διαδικασία του παρόντος άρθρου, η επιτροπή συγκαλείται από τον πρόεδρό της, είτε με δική του πρωτοβουλία είτε με αίτηση εκπροσώπου ενός κράτους μέλους.

2. Ο εκπρόσωπος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων υποβάλλει τα σχέδια αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν. Η επιτροπή διατυπώνει τη γνώμη της για τα σχέδια αυτά μέσα σε προθεσμία που ορίζεται από τον πρόεδρο σε συνάρτηση με τον επείγοντα χαρακτήρα των θεμάτων που εξετάζονται. Αποφασίζει με πλειοψηφία 45 ψήφων.

3. Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων λαμβάνει αποφάσεις αμέσως ισχύος. Αν όμως δεν είναι σύμφωνες με τη γνώμη της επιτροπής, οι αποφάσεις αυτές γνωστοποιούνται αμέσως από την Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στο Συμβούλιο. Στην περίπτωση αυτή, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αναβάλλει την εφαρμογή των αποφάσεων που έλαβε για δύο τα πολύ μήνες από τη γνωστοποίηση. Το Συμβούλιο μπορεί, με ειδική πλειοψηφία, να λάβει διαφορετική απόφαση εντός προθεσμίας δύο μηνών.

Άρθρο 12

Το αργότερο μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1992, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων θα υποβάλει στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έκθεση σχετικά με την εφαρμογή του παρόντος κανονισμού.

Άρθρο 13

Ο παρών κανονισμός αρχίζει να ισχύει την επομένη της δημοσίευσής του στην Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Ο παρών κανονισμός είναι δεσμευτικός ως προς όλα τα μέρη του και ισχύει άμεσα σε κάθε κράτος μέλος.

Βρυξέλλες, 28 Μαρτίου 1984.

Για το Συμβούλιο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

M. ROSARIO

**Τμήματα των εισηγήσεων από τον επιστημονικό υπεύθυνο, προς
το Υπουργείο Υγείας**

Ξενώνας

ΟΜΑΔΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ - ΣΤΟΧΟΥ

Αποτελείται από 16 άτομα (8 άνδρες- 8 γυναίκες), με ψυχική νόσο, κατοίκους του ξενώνα, πρωην νοσηλευομένους του Ψ.Ν.Α., που παρακολουθούν το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Κάποια από τα άτομα αυτά, έχουν ψυχική νόσο ως δευτερογενή εκδήλωση, επί εδάφους νοητικής υστέρησης. Όλα τα άτομα έχουν μακρά παραμονή -άνω των (6) έξι μηνών- για νοσηλεία, σε μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Η επιλογή των ατόμων της ομάδας πληθυσμού-στόχου, που μας ενδιαφέρει γίνεται με την συνεργασία του επιστημονικού υπεύθυνου και της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα με τον επιστημονικό υπεύθυνο και την θεραπευτική ομάδα του τμήματος προέλευσης του ατόμου, που θα ενταχθεί στο πρόγραμμα.

Κριτήριο φιλοξενίας είναι : α) προέλευση από το ΨΝΑ, β) φάση αποκατάστασης και αποθεραπείας και όχι οξεία φάση, γ) ηλικία κυμαινόμενη (κατά μέσο όρο) γύρω στα 45 έτη, δ) εκούσια παρακολούθηση του προγράμματος, ε) απουσία ιστορικού χρήσης τοξικών ουσιών ή κατάχρηση οινόπνευματος, στ) απουσία σεξουαλικής απόκλισης, ζ) ανυπαρξία ή ακαταλληλότητα οικογενειακού περιβάλλοντος και ανάγκη προσωρινής ή μόνιμης απομάκρυνσης, η) ανάγκη εκπαίδευσης σε κοινωνικές κ.ά. δεξιότητες με την παρακολούθηση προγράμματος αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων για βαθμιαία προσαρμογή, λόγω των συνεπειών της

ψυχικής νόσου, και τελική ενσωμάτωση στο κοινωνικό σύνολο, θ) λειτουργικότητα, που δύναται να αξιοποιηθεί και να παρέχει στο άτομο δυνατότητες αποκατάστασης.

Σκοπός του προγράμματος είναι η παροχή εφοδίων στους συμμετέχοντες, μέσα από μία πορεία αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων, για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους, την προσωπική, ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση και ανάπτυξή τους και την μακροπρόθεσμη κοινωνική ενσωμάτωση τους. Επίσης, σκοπός του προγράμματος είναι η προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και της Πρόληψης, όλων όσων εμπλέκονται στο πρόγραμμα.

Οι επιδιωκόμενοι στόχοι κινούνται στα πλαίσια της επίτευξης του σκοπού και είναι οι ακόλουθοι :

- α) εκπαίδευση στη βελτίωση των πτυχών, που συνιστούν την καθημερινότητα κάθε ανθρώπου (δραστηριότητες καθημερινής ζωής και αυτοσυντήρησης).
- β) δημιουργική έκφραση της προσωπικότητας μέσα από ψυχαγωγικές δραστηριότητες ή δραστηριότητες παιχνιδιού (Α.Ο.Τ.Α. American Occupational Therapy Association - 1994).
- γ) εκπαίδευση στη δημιουργική διάθεση του ελεύθερου χρόνου και του σωστού προγραμματισμού.
- δ) ανάπτυξη της λειτουργικότητας
- ε) προώθηση της ανάπτυξης εργασιακών - παραγωγικών δραστηριοτήτων.
- στ) εκπαίδευση σε θέματα εναισθησίας, αντιμετώπισης της υποτροπής και ενσυναίσθησης.

- ζ) επανάκτηση των χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων και εκμάθηση νέων κοινωνικών δεξιοτήτων
- η) ανάπτυξη της κοινωνικότητας και βελτίωση των σχέσεων.
- θ) συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα αποκατάστασης, επανένταξης, πρόληψης.
- ι) εξασφάλιση εμπλοκής της οικογένειας (οικονομική, υλική, συναισθηματική κ.ά.)
- κ) μετάβαση σε δομή σταδιακής αύξησης της αυτονομίας (μόνος του, στην οικογένεια, σε φιλοξενούσα ή ανάδοχη οικογένεια, σε προστατευόμενη κατοικία, κ.λπ)
- λ) άρση των διαδικασιών περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού, αλλαγή των στερεοτύπων, αποδοχή της "διαφορετικότητας".
- μ) δημιουργία δικτύων συνεργασίας ανάμεσα στην τοπική κοινωνία, την οικογένεια, το σχολείο, τον επιχειρηματικό κόσμο.

Περιγραφή του προγράμματος

16 άτομα (8 γυναίκες και 8 άνδρες), με ψυχική νόσο, πρώην νοσηλευόμενοι του Ψ.Ν.Α. θα εκπαιδευτούν για διάστημα από 6-18 μήνες κατά την παραμονή τους στον χώρο του ξενώνα, όπου θα ζουν. Το περιεχόμενο του προγράμματος καλύπτει τρεις θεματικούς τομείς :

- Η εκπαίδευση αφορά δραστηριότητες καθημερινής ζωής και αυτοσυντήρησης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Γίνεται σε καθημερινή βάση με την συμμετοχή τους στο ημερήσιο και εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων εντός του ξενώνα, στο

οικογενειακό περιβάλλον και στην ευρύτερη περιοχή, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, προγραμματισμένα αλλά και έκτακτα ανάλογα με τις προκύπτουσες ανάγκες.

- Βασική εκπαίδευση και προετοιμασία για την εργασιακή ζωή σε συνεργασία με τα προγράμματα προκατάρτισης, κατάρτισης και τις τοπικές αρχές και τον επιχειρηματικό κόσμο.

Όλοι οι συμμετέχοντες θα απασχολούνται σε προγράμματα κατάρτισης, προκατάρτισης σε εργαστήρια, ή προστατευόμενη δομή εργασίας, ή προγράμματα εργοθεραπευτικής σκοπιμότητας, ή εργασία στην ελεύθερη αγορά ανάλογα με τις δυνατότητες του καθενός, τις καθημερινές εργάσιμες ημέρες και με ωράριο 9.00-12.00 κατά μέσο όρο.

- Ανάπτυξη δεξιοτήτων στο πλαίσιο των προσωπικών ενδιαφερόντων των συμμετεχόντων και της υγιούς ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης της προσωπικότητας. Οι ενδιαφερόμενοι θα συμμετέχουν σε ατομικές ή ομαδικές δραστηριότητες δημιουργικής απασχόλησης, προσωπικής ανάπτυξης και σε δραστηριότητες ψυχαγωγικές, ενδιαφερόντων κ.λπ.

Χρονική Διάρκεια Υλοποίησης του Προγράμματος

6 μήνες - 18 μήνες κατά περίπτωση με δυνατότητα παράτασης του χρόνου για λόγους αποκαταστασιακούς το ανώτερο ως 36 μήνες κατά περίπτωση.

Συγκεκριμένες ενέργειες Υλοποίησης του Προγράμματος

Αφορούν την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων και του τελικού σκοπού. Ως εκ τούτου, και αναλογικά με τους στόχους :

α) δραστηριότητες καθημερινής ζωής και αυτοσυντήρησης

- Εκπαίδευση σε δεξιότητες συντήρησης εντός σπιτιού (καθαριότητα προσωπικού χώρου και κοινόχρηστων χώρων, πλύσιμο πιάτων, στρώσιμο τραπεζιού, προστασία εξοπλισμού, εντοπισμός βλαβών κ.ά.)
- Εκπαίδευση σε θέματα ατομικής υγιεινής και αυτοφροντίδας (ατομική καθαριότητα, πλύσιμο δοντιών, πλύσιμο, σιδέρωμα και επιλογή κατάλληλου με τις περιστάσεις και τον καιρό ρουχισμού, κ.λπ)

β) ψυχαγωγικές δραστηριότητες και δραστηριότητες παιχνιδιού

- Συμμετοχή σε θεατρικές παραστάσεις, κινηματογραφικές προβολές, γιορτές, εκδρομές, συναυλίες, εκθέσεις, μουσεία κ.λπ εκδηλώσεις.
- Εκμάθηση κατασκευών (κεριά, καλαθάκια, κόσμημα, ημερολόγιο, κ.λπ)
- Δημιουργική απασχόληση (παραγωγή αφίσας, κέντημα, πλεκτό, κ.λπ)
- Συμμετοχή σε θεατρική ομάδα
- Κηποτεχνία (εσωτερικός χώρος και αυλή)
- Περιποίηση κατοικιδίων ζώων
- Καλλιέργεια ειδικών ενδιαφερόντων (χορός, γυμναστική, κ.λπ)
- Συμμετοχή στη δημιουργία βιβλιοθήκης
- Συμμετοχή στη δημιουργία περιοδικού (στο εγγύς μέλλον)

- Ανακύκλωση χαρτιού κ.λπ
 - γ) δημιουργική διάθεση του ελεύθερου χρόνου και εκμάθηση του προγραμματισμού μέσα από την ελεύθερη βούληση και επιλογή τους, συμμετοχή σε κάποια ψυχαγωγική δραστηριότητα και δραστηριότητα παιχνιδιού, στα πλαίσια της δημιουργίας θεραπευτικού πλαισίου.
 - δ) η ανάπτυξη της λειτουργικότητας γίνεται μέσα από όλες τις ενέργειες σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο και σύμφωνα με το εξατομικευμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπου εκτιμάται η λειτουργικότητα γίνεται προγραμματισμός με βάση τις ανάγκες και τα προβλήματα
- Εφαρμόζεται το πρόγραμμα και εκτιμούνται τα αποτελέσματα ώστε να επαναπροσδιοριστούν οι στόχοι και να εκτιμηθεί ο βαθμός επίτευξης των προηγούμενων
 - ε) κατάρτιση, προκατάρτιση, εργασία για την προώθηση της ανάπτυξης εργασιακών- παραγωγικών δραστηριοτήτων. Σταθερή σχέση και συνεργασία με τους εκπαιδευτές και τους εργοδότες, συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ. και επιχειρήσεις. Παραγωγή προϊόντων εντός ξενώνα και προσπάθεια διάθεσης αυτών. Όλοι κινούνται στην εργασία, αφού αξιολογηθούν οι δυνατότητες και οι κλίσεις.
 - στ) η εκπαίδευση σε θέματα εναισθησίας, αντιμετώπισης και πρόληψης της υποτροπής καθώς και ενσυναίσθησης γίνεται με ψυχολογική υποστήριξη και παρέμβαση και με την βοήθεια του προσώπου- αναφοράς.
 - ζ) η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων αφορά :

- Κυκλοφοριακή αγωγή (θεωρητική και πρακτική εκμάθηση)
- Συναλλαγές (διαχείριση και αξία χρήματος, τιμές αγοράς, οικονομική διαχείριση, αγορές, κλπ)- θεωρία και πράξη
- Επαφή με υπηρεσίες (εξυπηρέτηση, καλή επικοινωνία, επιδόματα) - θεωρητική και πρακτική εφαρμογή
- Εκπαίδευση στην διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους.

Αφού ενημερωθούν για τα δικαιώματα του κάθε πολίτη και για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχική νόσο μαθαίνουν και τρόπους διεκδίκησης αυτών με έμφαση στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής τους.

- Εκπαίδευση στην πρόσβαση στις πληροφορίες σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο και με την χρήση του παραδείγματος.
- Εκπαίδευση στην τοποθέτηση ορίων και στην εφαρμογή του μέτρου. Όλα αυτά γίνονται στον ξενώνα και στην κοινότητα.

η) η ανάπτυξη της κοινωνικότητας και η βελτίωση των σχέσεων μέσα απ'όλες τις ενέργειες που προαναφέρονται και με την λειτουργία του προσώπου αναφοράς ως προτύπου, τόσο στον χώρο του ξενώνα όσο και στην κοινότητα.

θ) η εκπαίδευση του προσωπικού είναι συνεχής σε θέματα που αφορούν την αποκατάσταση, την επανένταξη και την πρόληψη και συντελείται με τους ακόλουθους τρόπους :

- Μέσα από την εμπειρία
- Εβδομαδιαίες συγκεντρώσεις όλης της θεραπευτικής ομάδας
- Συναντήσεις νοσηλευτικού προσωπικού
- Ατομική εκπαίδευση με ιδιωτική πρωτοβουλία
- Εκπαιδευτικά προγράμματα Ψ.Ν.Α.

- Εκπαιδευτικά προγράμματα Ε.Π.ΨΥ.
- Εκπαιδευτικά προγράμματα Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
- Παράλληλη εκπαίδευση με την εκπαίδευση των εξωτερικών ενδιαφερομένων, που απευθύνονται στον ξενώνα (κοινότητα, φοιτητές κ.λπ)

Η εκπαίδευση δηλαδή είναι εσωτερική και εξωτερική.

ι) η προσπάθεια για εξασφάλιση της εμπλοκής της οικογένειας γίνεται με :

- Συχνή και σταθερή συνεργασία
- Διαδικασία ανάθεσης ευθύνης
- Ενίσχυση θετικών στοιχείων του ατόμου με ψυχική νόσο
- Εκπαίδευση της οικογένειας σε θέματα χειρισμών του συμμετέχοντα στο πρόγραμμα, σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης των υποτροπών κ.λπ
- Παροχή υπηρεσιών στην οικογένεια (συμβουλευτική, παραπομπές κ.λπ)
- Πρόσκληση σε εκδηλώσεις (γιορτές, εξόδους, τσαϊ στον ξενώνα κ.λπ)
- Προσπάθεια δημιουργίας στεκιού πολιτιστικού με συμμετοχή της οικογένειας και της κοινότητας και δημιουργία λέσχης συγγενών και φίλων κ.λπ

κ) προώθηση απόκτησης επόμενων δομών πιο αυτόνομης διαβίωσης

- Μέσω προγραμμάτων προστατευόμενων διαμερισμάτων
- μέσω προγραμμάτων της εκκλησίας
- μέσω της οικογένειας κ.λπ

Συμμετοχή της θεραπευτικής ομάδας στην όλη διαδικασία (εύρεση, εξοπλισμός, εγκατάσταση, παρακολούθηση, κ.λπ)

λ) ευαισθητοποίηση της κοινότητας

α) Συνεργασία με :

- το Δημοτικό Διαμέρισμα
- την εκκλησία
- την στέγη αστέγων
- τα δημοτικά ιατρεία και άλλες δομές και υπηρεσίες της κοινότητας

β) Προώθηση από τον Οκτώβρη εκπαιδευτικών σεμιναρίων σε συνεργασία με συλλόγους γονέων και κηδεμόνων

γ) Παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα (συμβουλευτικές, α΄ βοήθειες, εκπαίδευση, παραπομπές, κ.λπ)

δ) Προσπάθεια δημιουργίας πολιτιστικού στεκιού κ.λπ.

Ακριβής μεθοδολογία Υλοποίησης των ενεργειών

Οι συμμετέχοντες κατοικούν στον ξενώνα και παρακολουθούν δομημένο πρόγραμμα ημερήσιων δραστηριοτήτων με καθημερινές, προγραμματισμένες και εξατομικευμένες δράσεις, που εφαρμόζονται σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Η ποιότητα της ζωής διασφαλίζεται μέσα από διαδικασίες ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης. Το δομημένο πρόγραμμα οργανώνει την ημέρα και βοηθά. Όμως, υπάρχει σεβασμός στις ατομικές διαφορές και στις έκτακτες συνθήκες, που αποτελούν αστάθμητους παράγοντες. Οι ενέργειες χωρίζονται σε ατομικές και ομαδικές.

A. Ατομικές δραστηριότητες

1. Καθημερινή ζωή και αυτοσυντήρηση :

Εκπαίδευση σε δεξιότητες συντήρησης ενός σπιτιού, εκπαίδευση σε δεξιότητες μαγειρικής, και σε θέματα ατομικής υγιεινής και αυτοφροντίδας.

2. Ανάπτυξη της λειτουργικότητας, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις επιλογές του καθενός.
3. Εργασιακές - παραγωγικές δραστηριότητες
Προκατάρτιση, κατάρτιση, εργασία κ.λπ
4. Πρόγραμμα εκπαίδευσης στην εναισθησία, ενσυναίσθηση, αντιμετώπιση και πρόληψη υποτροπής.
5. Κοινωνικές δεξιότητες (κυκλοφοριακή αγωγή, συναλλαγή, επαφή με υπηρεσίες, διεκδίκηση δικαιωμάτων, πρόσβαση στις πληροφορίες, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς, κ.λπ)
6. Ανάπτυξη της κοινωνικότητας και των καλών σχέσεων σε επαφή με την κοινότητα και τους συγκατοίκους.
7. Ατομική ψυχιατρική εξέταση τακτικά με ραντεβού και έκτακτα, όποτε χρειάζεται.
8. Εκκλησιασμός σε όποιον το έχει ανάγκη
9. Ατομική συνεργασία με το πρόσωπο αναφοράς για ενίσχυση αυτοεκτίμησης, ανάληψη προσωπικής ευθύνης, εκμάθηση διαδικασίας αυτονόμησης κ.λπ
10. Δημιουργική απασχόληση με επιλογή δραστηριότητας της αρεσκείας του καθενός από τις προσφερόμενες.

B. Ομαδικές Δραστηριότητες

Όλες οι ατομικές δραστηριότητες δύνανται να πραγματοποιηθούν και σε ομαδικό επίπεδο κατά περίπτωση.

Επιπλέον :

1. Ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης

Γίνεται μια φορά την εβδομάδα από τον ψυχολόγο με την συμμετοχή και των νοσηλευτών της βάρδιας.

2. Ομάδα συμμετεχόντων στο πρόγραμμα και θεραπειών

Γίνεται μια φορά την εβδομάδα με την συμμετοχή όλων των ενοίκων και του προσωπικού. Αφορά θέματα της εβδομάδας, σχέσεων, εσωτερικής διαβίωσης, μελλοντικών εκδηλώσεων κ.λπ

3. Ομάδα καφέ

Πραγματοποιείται κάθε απόγευμα εκτός Δευτέρας. Δημιουργείται θεραπευτικό κλίμα, συνεργασίας, αλτρουϊσμού κ.λπ.

4. Ομάδα εκκλησιασμού

Σε γιορτές και τις Κυριακές το πρωί για όποιον έχει το ενδιαφέρον.

5. Ομάδα Κυριακάτικης πρωϊνής εξόδου

Έχει ψυχαγωγικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα.

6. Ομάδα ψυχαγωγίας

Θέατρο, κινηματογράφος, εκδρομές, συναυλίες, περίπατοι, κ.λπ.

7. Ομάδα ενημέρωσης

Παρακολούθηση ταινιών, ειδήσεων, ανάγνωση εφημέριου και περιοδικού τύπου. Συζήτηση, σχολιασμός γεγονότων.

8. Ομάδα περιβαλλοντολογικής ευαισθητοποίησης και οικολογικού τρόπου σκέψης και σωστή διαχείριση των φυσικών αγαθών.

Γ. Θεραπευτικές ομάδες

1. Ομάδα θεραπειών

Συναντιέται μια φορά την εβδομάδα και συζητιούνται προβλήματα, παρεμβάσεις, που αφορούν την υγεία και την αποκατάσταση των συμμετεχόντων καθώς και εβδομαδιαία θέματα.

2. Ομάδα προσωπικού

Μια φορά το μήνα. Αφορά ζητήματα διαπροσωπικών σχέσεων και γενικά προβλήματα, που αφορούν τους εργαζόμενους και το αντικείμενο ενασχόλησής τους.

3. Ομάδα έκτακτης επίλυσης προβλημάτων

Σε καθημερινή βάση. Αφορά το εκάστοτε προσωπικό της βάρδιας, που συναντιέται και συζητά τα επείγοντα προβλήματα που προκύπτουν κάθε μέρα και χρήζουν άμεσης επίλυσης.

4. Ομάδα θεραπευτή, προσώπου αναφοράς με την οικογένεια με ραντεβού και έκτακτα, όταν χρειαστεί.

5. Ομάδα νοσηλευτών

Συζητιούνται νοσηλευτικά ζητήματα, θέματα σχέσεων, εβδομαδιαίου προγράμματος υπαλλήλων, κ.λ.π.

Μεθοδολογία προσδιορισμού της απόδοσης

κάθε συμμετέχοντος στο πρόγραμμα

Η απόδοση κάθε συμμετέχοντος στο πρόγραμμα αξιολογείται από την θεραπευτική ομάδα. Με βάση το εξατομικευμένο πρόγραμμα δράσης, κάθε στόχος έχει το χρονοδιάγραμμά του. Τόσο σε εβδομαδιαία βάση όσο και σε βάση χρονοδιαγράμματος εκπλήρωσης του εκάστοτε στόχου προσδιορίζεται η απόδοση του συμμετέχοντα σε πτυχές, που αφορούν την ποιότητα της ζωής του, τον βαθμό αποκατάστασης, την σχέση του με την κοινότητα. Συζητιούνται και

καταγράφονται ως την τελική εκπόνηση ατομικής έκθεσης, θέματα, όπως η συμμετοχή στην απασχόληση ή εργασία, στο ημερήσιο πρόγραμμα, στις ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες. Λαμβάνονται υπ' όψη και συνεκτιμούνται :

- Οι ικανότητες, η λειτουργικότητα και οι ατομικές διαφορές
- Η προθυμία, το ενδιαφέρον, η πρωτοβουλία
- Η ποιότητα στην απόδοση
- Η ποσότητα στην απόδοση

Μέσα και εξοπλισμός

Θα χρησιμοποιηθούν όλα τα υπάρχοντα μέσα και ο εξοπλισμός του ξενώνα καθώς και οι παροχές της κοινότητας. Όσον αφορά τον χώρο του ξενώνα :

- Αξιοποίηση του κήπου. Χρήση αξίνας, τσουγκράνας, κ.λπ γεωργικών εργαλείων
- Για την μαγειρική χρήση όλων των σκευών και ηλεκτρικών συσκευών
- Η/Υ
- Φωτογραφική μηχανή, κάμερα, βίντεο, τηλεόραση, slides, διαφάνειες
- Εργαλεία επιδιόρθωσης βλαβών (σφυρί, κατσαβίδι, κλπ)
- Πρώτες ύλες για κατασκευές (χαρτί, αποξηραμένα φυτά, χρώματα, μπουκάλια γυάλινα, κλωστές, τελάρα, κεντήματα, νήμα, κλωστές ραψίματος, ύφασμα, κ.λπ)
- Εξοπλισμός καθαριότητας (είδη καθαριότητας, κουβάς, κ.λπ)

- Όλες οι ηλεκτρικές συσκευές κάθε σπιτιού (σίδηρο, πλυντήριο ρούχων, κ.λπ)

Τρόπος παρακολούθησης της πορείας υλοποίησης του προγράμματος

- Ημερήσια γραπτή αναφορά των πεπραγμένων
- Οδηγός εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας
- Εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης (αξιολόγηση - προγραμματισμός- εφαρμογή- εκτίμηση αποτελεσμάτων)

Συνοπτική έκθεση στο τέλος του προγράμματος για κάθε συμμετέχοντα χωριστά με την συνεκτίμηση των ανωτέρων και την εκτίμηση των συμπερασμάτων, που προκύπτουν από τις εβδομαδιαίες συναντήσεις όλης της θεραπευτικής ομάδας, τις συναντήσεις της νοσηλευτικής ομάδας και τις ομάδες καθημερινής αντιμετώπισης προβλημάτων.

Διαδικασία αξιολόγησης του προγράμματος

Αξιολογείται ο βαθμός αποκατάστασης για κάθε αξιολογούμενο στις επιμέρους αποκαταστασιακές πτυχές σε τακτά χρονικά διαστήματα και με βάση το χρονοδιάγραμμα για κάθε αποκαταστασιακό στόχο, χωριστά με την συμμετοχή της θεραπευτικής ομάδας και την ειδική ενημέρωση του προσώπου-αναφοράς. Αξιολογούνται τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων, εντοπίζονται πιθανά νέα προβλήματα ή ανάγκες, επαναπροσδιορίζονται οι στόχοι και το είδος των παρεμβάσεων.

Αξιολογείται η σχέση με την οικογένεια και την κοινότητα με βάση την τήρηση των επιμέρους χρονοδιαγραμμάτων.

Αξιολογείται ο βαθμός αναβάθμισης της ποιότητας ζωής με βάση τους εξατομικευμένους επιμέρους στόχους.

Όλα τα παραπάνω γίνονται με ημερήσιες και εβδομαδιαίες γραπτές αναφορές από την ομάδα και με προφορικές εβδομαδιαίες αναφορές.

Στο τέλος του προγράμματος γίνεται συνοπτική έκθεση, όπου αναφέρονται οι στόχοι για τον κάθε συμμετέχοντα και ο βαθμός επίτευξης αυτών καθώς και ο βαθμός επίτευξης στόχων που αφορούν την τομεοποίηση και την πρόληψη.

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα του ξενώνα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής αποτελούν οργανωμένο πρόγραμμα επανένταξης ατόμων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα αποκατάστασης στον ξενώνα.

Βασικοί σκοποί όλων των ενεργειών είναι η διατήρηση και ανάπτυξη των ήδη μαθημένων στον ξενώνα κοινωνικών και άλλων δεξιοτήτων, η βελτίωση της ποιότητας ζωής στην κοινότητα η δημιουργική έκφραση της προσωπικότητας, η εργασιακή απασχόληση στην ελεύθερη αγορά εργασίας, όπου υπάρχει δυνατότητα, η εξασφάλιση υψηλότερου βαθμού αυτονομίας.

Ομάδα Πληθυσμού - Στόχου

Άτομα με ψυχικές διαταραχές, που διαβιούν στην κοινότητα, μέσω του προγράμματος προστατευόμενων διαμερισμάτων του Ξενώνα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, αφού πρώτα παρακολούθησαν το πρόγραμμα αποκατάστασης του ξενώνα, με δυνατότητα αύξησης του αριθμού στην πορεία της αποκατάστασης και επανένταξης. Παρακολουθούνται από την θεραπευτική ομάδα του ξενώνα.

Επιδιωκόμενοι στόχοι

Κινούνται στα πλαίσια της επίτευξης των σκοπών, που προαναφέρθηκαν και είναι οι ακόλουθοι :

- α) Διατήρηση και προαγωγή του υψηλού βιοτικού επιπέδου των ατόμων της ομάδας πληθυσμού - στόχου
- β) Ελεύθερη έκφραση και ανάπτυξη της προσωπικότητας
- γ) Εξασφάλιση μεγαλύτερου βαθμού αυτονομίας
- δ) Προώθηση στην δημιουργική απασχόληση ή την ελεύθερη αγορά εργασίας ανάλογα με τις δυνατότητες
- ε) Έμφαση στην αγωγή στην κοινότητα και στην τομεοποίηση.
- στ) Ευαισθητοποίηση της οικογένειας σε θέματα ψυχικής υγείας.
- ζ) Ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και "διαφορετικότητας", αλλαγή στερεοτύπων.
- η) Έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας.
- θ) δημιουργική διάθεση του ελεύθερου χρόνου
- ι) συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα αποκατάστασης, επανένταξης, πρόληψης.

Περιγραφή του προγράμματος

Τα άτομα με ψυχική νόσο, που παρακολούθησαν το πρόγραμμα αποκατάστασης του ξενώνα Ψ.Ν.Α., διαβιούν στα προστατευόμενα διαμερίσματα τα οποία έχουν λειτουργική διασυνδεση με τον ξενώνα και την κοινότητα. Τα άτομα αυτά συνεργάζονται με το πρόσωπο αναφοράς και την θεραπευτική ομάδα για την εξασφάλιση των επιδιωκόμενων στόχων. Με βάση το ατομικό πρόγραμμα επανένταξης, τα χαρακτηριστικά κάθε προστατευόμενου διαμερίσματος και τους αστάθμητους παράγοντες, που θα προκύπτουν, τα ανωτέρω άτομα, θα εκπαιδευτούν στην διατήρηση και προαγωγή δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και αυτοσυντήρησης, στην διατήρηση των ήδη μαθημένων στον ξενώνα κοινωνικών δεξιοτήτων, στην δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, στις αρμονικές, αμοιβαίες και ισότιμες διαπροσωπικές σχέσεις στην κινητοποίησή της οικογένειας, στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Όσον αφορά την εργασιακή απασχόληση, ανάλογα με τις κατά περίπτωση, δυνατότητες, κάποιοι θα συμμετέχουν στην κατάρτιση, άλλοι στην ελεύθερη αγορά εργασίας και άλλοι σε ειδικές θέσεις εργασίας. Συμμετοχή σε ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες στον ξενώνα, στο διαμέρισμα, στην κοινότητα. Εφαρμογή ατομικού προγράμματος επανένταξης.

Χρονική διάρκεια Υλοποίησης του προγράμματος

Μέσα στο χρονικό διάστημα των 18 μηνών θα γίνει επιδίωξη των περιγραφόμενων στόχων και στο τέλος θα γίνει

επαναπροσδιορισμός των στόχων, εκτίμηση της νέας κατάστασης, των αναγκών, των αιτημάτων.

Συγκεκριμένες ενέργειες Υλοποίησης του προγράμματος

Αφορούν την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων και του τελικού σκοπού. Ως εκ τούτου :

α) Δραστηριότητες καθημερινής ζωής και αυτοσυντήρησης

- Συντήρηση του σπιτιού (τεχνικά προβλήματα, καθαριότητα, μαγειρική κ.λπ). Οικονομικά του σπιτιού (λογιστικά, τήρηση βιβλίου, ισοτιμία στα έξοδα, οικιακή οικονομία της χρήσης κ.λπ)
- Ατομική υγιεινή και αυτοφροντίδα

β) Ψυχαγωγικές δραστηριότητες και δραστηριότητες παιχνιδιού

- Συμμετοχή σε θεατρικές παραστάσεις, κινηματογραφικές προβολές, γιορτές, εκδρομές κ.λπ
- Συμμετοχή στις εκδηλώσεις του ξενώνα
- Συμμετοχή στις δραστηριότητες δημιουργικής απασχόλησης που προσφέρονται μέσω του ξενώνα (κήπος, κατασκευές
- Συμμετοχή σε θεατρική ομάδα.
- Συμμετοχή στην δημιουργία βιβλιοθήκης
- Χρήση Η/Υ κ.λπ

γ) δημιουργική διάθεση του ελεύθερου χρόνου και εκμάθηση του προγραμματισμού μέσα από διαδικασίες προσφοράς δραστηριοτήτων και ελεύθερης επιλογής

δ) συμμετοχή κατά περίπτωση στην κατάρτιση, προκατάρτιση, εργασία για την προώθηση της ανάπτυξης παραγωγικών

δραστηριοτήτων. Συνεργασία, με εκπαιδευτές, εργοδότες, ΟΑΕΔ, επιχειρηματίες. Παραγωγή προϊόντων. Προσπάθεια διάθεσης αυτών.

ε) αγωγή στην κοινότητα

- Επαφή με υπηρεσίες (ταχυδρομείο, τράπεζα, δήμος, νοσοκομείο, βιβλιοθήκη κ.λπ)
- Δημιουργία πολιτιστικού κέντρου στο άμεσο μέλλον
- Εκπαίδευση στην διεκδίκηση δικαιωμάτων και στην πρόσβαση στις πληροφορίες

στ) ανάπτυξη κοινωνικότητας- βελτίωση σχέσεων

- Συνεργασία με τους συγκατοίκους (ειδική εκπαίδευση και υποστήριξη)
- Συνεργασία με την οικογένεια
- Συνεργασία με την κοινότητα.

ζ) Εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα αποκατάστασης επανένταξης πρόληψης, προαγωγής της ψυχικής υγείας μέσα από :

- Την εμπειρία
- Την επαφή με την κοινότητα
- Τις εβδομαδιαίες συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας
- Τις συναντήσεις νοσηλευτικού προσωπικού
- Τα εκπαιδευτικά προγράμματα Ψ.Ν.Α., Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., Υπουργείου Υγείας κ.λπ
- Ιδιωτική πρωτοβουλία
- Παράλληλη εκπαίδευση με την εκπαίδευση εξωτερικών ενδιαφερομένων

Δηλαδή η εκπαίδευση αφορά διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στην κοινότητα, στον ξενώνα, στα προστατευόμενα διαμερίσματα

η) Ευαισθητοποίηση της οικογένειας.

- Σταθερή συνεργασία
- Διαδικασίες ανάθεσης ευθύνης
- Εκπαίδευσή της σε θέματα χειρισμού της νόσου και της υποτροπής
- Παροχή υπηρεσιών στην οικογένεια από την θεραπευτική ομάδα.
- Πρόσκληση σε εκδηλώσεις του ξενώνα και των διαμερισμάτων
- Δημιουργία λέσχης συγγενών και φίλων

θ) Ευαισθητοποίηση της κοινότητας

- Συνεργασία με όλους τους φορείς (Δημοτικό Διαμέρισμα, εκκλησία, δημοτικά ιατρεία κ.λπ)
- Εκπαιδευτικά σεμινάρια, ημερίδες κ.λπ
- Ενημέρωση του τύπου
- Παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα (α' βοήθειες, συμβουλευτική κ.λπ)
- Προσπάθεια δημιουργίας πολιτιστικού στεκιού.

Ακριβής μεθοδολογία Υλοποίησης των ενεργειών

Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, θα έχουν την δυνατότητα να συμμετέχουν σε ένα δομημένο πρόγραμμα επανένταξης, με βάση το εξατομικευμένο πρόγραμμά τους και το πρόγραμμα κάθε προστατευόμενου διαμερίσματος, σε ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες. Η διαβίωση σε πραγματιστικές συνθήκες (διαμέρισμα- κοινότητα) με μικρότερο (όχι σε 24ωρη βάση) βαθμό υποστήριξης, η επαφή με τις υπηρεσίες, η συνεργασία με την οικογένεια και η σταθερή θεραπευτική σχέση με το πρόσωπο αναφοράς, τον ψυχολόγο, τον ιατρό, όλη την θεραπευτική ομάδα, σε

συνεργασία τακτική και έκτακτη θα βοηθήσουν στην βαθμιαία προσαρμογή σε συνθήκες ελεύθερης διαβίωσης και απασχόλησης και στην ενσωμάτωση και εξασφάλιση υψηλότερου βαθμού αυτονομίας.

Μεθοδολογία προσδιορισμού της απόδοσης κάθε συμμετέχοντος στο πρόγραμμα

Παρακολούθηση, αξιολόγηση και συμπεράσματα, απ όλη την θεραπευτική ομάδα σε ατομικό επίπεδο συμμετέχοντος και σε επίπεδο ομάδας συγκατοίκων.

Έκθεση, με βάση τις άγραφες παρατηρήσεις, και τις παρατηρήσεις, που θα καταγράφονται στο βιβλίο κάθε διαμερίσματος και στην ημερήσια λογοδοσία των προστατευόμενων διαμερισμάτων.

Αξιολόγηση, κατά περίπτωση, της εξασφάλισης ποιοτικής ζωής, ενός εκάστου, με εκτίμηση του επιπέδου αυτοσυντήρησης, δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης, κοινωνικών δεξιοτήτων και διαπροσωπικών σχέσεων.

Αξιολόγηση του επιπέδου συμμετοχής στην δημιουργική απασχόληση και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Αξιολόγηση των σχέσεων με την κοινότητα και την οικογένεια.

Συγγραφή επιμέρους εκθέσεων με βάση τα χρονοδιαγράμματα και συνοπτική έκθεση στο πέρας του προγράμματος.

Μέσα και εξοπλισμός

Θα χρησιμοποιηθούν όλα τα υπάρχοντα μέσα του ξενώνα, των διαμερισμάτων και της κοινότητας.

- Είδη οικιακής χρήσης

- Εργαλεία επιδιόρθωσης βλαβών
- Γεωργικά εργαλεία, χώμα, φυτά.
- Η/Υ, slides, video, κάμερα, τηλεόραση, φωτογραφική μηχανή, διαφάνειες.
- Βιβλία
- Πρώτες ύλες για κατασκευές (κλωστές, ύφασμα, παραφίνη, μπουκάλια γυάλινα, συνθετική πορσελάνη, πέτρες, αποξηραμένα φυτά, κ.λπ)

Τρόπος παρακολούθησης της πορείας υλοποίησης του προγράμματος.

Ο επιστημονικός Υπεύθυνος με την συνεργασία όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας, που έχουν σταθερή ενασχόληση με τα προστατευόμενα διαμερίσματα (μερική ή πλήρη) θα συγκροτήσουν τόσο κατά την πορεία υλοποίησης του προγράμματος όσο και στο τέλος έκθεσης (συνοπτική έκθεση), με βάση τα στοιχεία, που θα προκύπτουν α) από την ημερήσια λογοδοσία, β) από τα βιβλία των προστατευόμενων διαμερισμάτων, γ) από το εξατομικευμένο πρόγραμμα κάθε συμμετέχοντα, δ) από τις εβδομαδιαίες συναντήσεις της ομάδας και από τα οποία φαίνεται η πορεία της επαγγελματικής αποκατάστασης, ο βαθμός ελεύθερης διαβίωσης και αυτονομίας, η ποιότητα ζωής, η σχέση με την οικογένεια, την κοινότητα, η εκπαίδευση σε θέματα πρόληψης.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 661

23 Μαΐου 2000

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. Α3α/οικ.876

(1)

Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Εχόντες υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α'/17.5.99) "Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις".

2. Τις διατάξεις του Π.Δ. 138/92 (ΦΕΚ 68/Α'/22.4.92) "Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει σήμερα.

3. Τις διατάξεις των οργανισμών των ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Γενικών Νοσοκομείων.

4. Την αρ.1039386/441/Α006/21.4.2000 κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών Γεώργιο Δρύ" (Φ.Ε.Κ.571/Β'/21.4.2000).

5. Την υπ'αριθμ. Δ1α/οικ.11443/7.6.99 απόφασή μας με την οποία συγκροτήθηκε ομάδα εργασίας για τον καθορισμό των προϋποθέσεων και του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των αρχών και της στελέχωσης των Ξενώνων, οικοτροφείων και προστατευμένων διαμερισμάτων.

6. Τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 1 του Ν.2469/97 (Φ.Ε.Κ. 38/Α'/97) και το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται πρόσθετη δαπάνη.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Καθορίζουμε τις αρχές, τις προϋποθέσεις, τη στελέχωση, τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2719/99 για άτομα με ψυχικές διαταραχές και νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ως κατωτέρω, αποφασίζουμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Άρθρο 1

Αρχές

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προ-

γράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 διέπονται και εφαρμόζουν τις ακόλουθες αρχές:

α. Τις αρχές που ορίζονται στην παρ. 2, του άρθρου 1 του Ν. 2716/99.

β. Την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όπως αυτά αναφέρονται στο άρθρο 2 παρ. 3 του Ν. 2716/99 καθώς και κάθε άλλου συνταγματικού τους δικαιώματος ως πολιτών.

γ. Τις αρχές και τους στόχους της Συναινετικής Διακήρυξης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως αυτή δημοσιεύθηκε στην WHO/MNH/MND/96.2 έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Άρθρο 2

Προϋποθέσεις

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων, είναι οι ακόλουθες:

Α. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που συνιστώνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του ιδίου άρθρου.

α) Σύσταση της μονάδας

β) Σύσταση των θέσεων προσωπικού

γ) Εξασφάλιση της κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου εξοπλισμού

δ) Ορισμός του επιστημονικού υπευθύνου

ε) Διορισμός του προσωπικού ή εξασφάλιση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας από το προσωπικό που ήδη υπηρετεί στον φορέα, για τον οποίο συστήνεται ο Ξενώνας ή το οικοτροφείο, ή εγκρίνεται το πρόγραμμα προστατευμένων διαμερισμάτων.

στ) Λειτουργική διασύνδεση της μονάδας ή των προστατευμένων διαμερισμάτων με άλλες υπηρεσίες του Τομέα.

Β. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων, που ιδρύονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 11 του νόμου 2716/1999, οι προϋποθέσεις και τα δικαιολογητικά για την άδεια λειτουργίας τους ορίζονται ειδικότερα στην από τη διάταξη της παρ. 4 του ιδίου άρθρου προβλεπόμενη υπουργική απόφαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Άρθρο 3

Ξενώνες

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

Ειδικότερα στους Ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική ή προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την ζωή στην κοινότητα.

Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον.

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

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

- Βραχείας διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.

- Μέσης διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως μέσου βαθμού υποστήριξης.

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

Αλλαγή της ανωτέρω διαβάθμισης μπορεί να γίνει με τεκμηριωμένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και έγκριση από την Δ/ση Ψυχικής Υγείας.

3. Οι Ξενώνες ανάλογα με το χώρο εγκατάστασής τους χωρίζονται σε ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς.

Οι ενδονοσοκομειακοί Ξενώνες βρίσκονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βραχείας και μέσης διάρκειας παραμονής, έχουν υψηλό έως μέσο βαθμό υποστήριξης και σε αυτούς γίνεται η προετοιμασία για τη μετάβαση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα Ψυχιατρικών ή Γενικών Νοσοκομείων στους εξωνοσοκομειακούς Ξενώνες. Οι εξωνοσοκομειακοί Ξενώνες βρίσκονται στην κοινότητα, είναι βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής και έχουν υψηλό ή μέσο ή χαμηλό βαθμό υποστήριξης.

4. Η υποστήριξη των Ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον Ξενώνα ως εξής:

Υψηλός βαθμός υποστήριξης: εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού

Μέσος βαθμός υποστήριξης: κατώτερη του εικοσιτετράωρου παρουσία του προσωπικού και

Χαμηλός βαθμός υποστήριξης: η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων.

Άρθρο 4

Οικοτροφεία

1. Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκα-

τάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το Οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Ειδικότερα τα άτομα που διαμένουν στο Οικοτροφείο είναι:

- α) άτομα που χρειάζονται ψυχogerιατρική φροντίδα,
- β) άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές,
- γ) άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

2. Διαφοροποιήσεις των Οικοτροφείων, ανάλογα με την ηλικία, δύνανται να γίνουν στην περίπτωση που αναπτυχθούν πολλά Οικοτροφεία σε έναν Τομέα Ψυχικής Υγείας, μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα που ανήκουν και γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και με απόφαση του Υπουργού Υγείας-Πρόνοιας. Οι διαφοροποιήσεις των οικοτροφείων ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά είναι:

α. Οικοτροφείο νέων από 19 - 30 ετών

β. Οικοτροφείο ενηλίκων από 31 - 55 ετών και

γ. Οικοτροφείο από 56 ετών και άνω

Άρθρο 5

Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

1. Το προστατευμένο διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα δεν υπερβαίνει τα έξι.

2. Η Ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

Άρθρο 6

Ξενώνες και Οικοτροφεία Παιδιών ή Εφήβων

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία Παιδιών ή Εφήβων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές προσφέρουν θεραπευτικό περιβάλλον μακριά από την οικογένεια, όταν αυτό επιβάλλεται από τις συνθήκες θεραπείας τους και εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα, κατά την περίοδο εκείνη, τα άτομα αυτά να ενταχθούν σε Φιλοξενούσες Οικογένειες της παρ. 5 του άρθρου 9 του Ν.2716/99, όπως αυτό βεβαιώνεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο στην αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία λαμβάνει και την τελική απόφαση.

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία φιλοξενούν τα παιδιά και τους εφήβους για βραχύ ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που προσδιορίζεται εκάστοτε από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σε συνεργασία με την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και μέχρις ότου ενηλικιωθούν. Μετά την ενηλικίωση η συνέχεια της φροντίδας παρέχεται σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας μετά από απόφαση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας.

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία φιλοξενούν ενδεικτικά:

*Παιδιά προσχολικής ηλικίας με προβλήματα σωματικής κακοποίησης ή συναισθηματικής παραμέλησης. Ο αριθμός των παιδιών δεν υπερβαίνει τα 8-10.

*Παιδιά λανθάνουσας ή προεφηβικής ηλικίας που προέρχονται από διαταραγμένες οικογένειες, οι οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών. Ο αριθμός των παιδιών δεν υπερβαίνει τα 15.

*Εφηβοί με παραπρωματική συμπεριφορά, με ψυχικές διαταραχές ή χωρίς σοβαρή ψυχική διαταραχή αλλά με σοβαρά διαταραγμένους γονείς. Ο αριθμός των εφήβων δεν υπερβαίνει τους 10-12.

Δεν επιτρέπεται η λειτουργία Ξενώνων ή Οικοτροφείων στους οποίους φιλοξενοούνται παιδιά και έφηβοι μαζί.

Άρθρο 7

Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

1. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Οι εργαζόμενοι στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση οφείλουν να δραστηριοποιούνται στην επίτευξη των κατωτέρω βασικών στόχων της:

- α. Βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης.
- β. Διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους.
- γ. Διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα.
- δ. Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.
- ε. Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

2. Κύριο εργαλείο για την εφαρμογή της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι οι στεγαστικές δομές στην κοινότητα όπως αναφέρονται στο άρθρο 9 του Ν.27 16/99.

Άρθρο 8

Παρεχόμενες Υπηρεσίες

1. Οι υπηρεσίες που παρέχονται κατά περίπτωση στην διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των φιλοξενούμενων ατόμων που διαμένουν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και σε Προστατευμένα Διαμερίσματα και τις οποίες οφείλει να εξασφαλίζει ο Εσωτερικός Κατανομισμός Λειτουργίας, είναι:

1. φαρμακευτική αγωγή
2. εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες
3. ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειές τους
4. επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση εφόσον η ηλικία τους το επιτρέπει
5. συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης
6. συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
7. προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό
8. συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες
9. ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας.
10. προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα καταρτίζουν εξαμηνιαίο πρόγραμμα για κάθε μία από τις ανωτέρω παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς επί-

σης και Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για κάθε φιλοξενούμενο άτομο στο οποίο αποτυπώνονται τα ανωτέρω, και καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικά με την ενεργό συμμετοχή του ενδιαφερομένου στον ατομικό του φάκελο. Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα αναθεωρείται τουλάχιστον κάθε εξάμηνο.

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

Τα προγράμματα αυτά κατατίθενται στο Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας και στο Δ/ντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οι οποίοι έχουν και την αρμοδιότητα ελέγχου από κοινού της πλήρους και ακριβούς εφαρμογής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

Άρθρο 9

Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα

1. Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που ανήκουν σε αυτήν αποτελεί την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούστος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο (στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης παιδιών και εφήβων), ψυχολόγο, κοινωνικό/ή λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, επισκέπτη/τρια υγείας, εργοθεραπευτή/τρια, διοικητικό/ή υπάλληλο. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες κατά περίπτωση ή ανάλογα με το επιτελούμενο έργο, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου.

2. Έργο της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως αναφέρονται στη Συναινετική Διακήρυξη μέσω των μεθόδων που περιγράφονται στην παρούσα απόφαση. Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

3. Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο υπάγεται η μονάδα και μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την επίσημη εποπτεία του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας.

4. Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας δεν μεταβάλλεται παρά μόνο με αιτιολογημένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου ή με αίτημα του ενδιαφερόμενου μέλους ή αποχώρησή του από το φορέα. Η σταθερότητα της σύνθεσης της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στις ειδικότητες και στα άτομα που έχουν οριστεί αποτελεί ευθύνη της Διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος. Αναπολόγητη

αλλαγή αποτελεί παράβαση των διατάξεων της παρούσας απόφασης από τη Διοίκηση.

Άρθρο 10

Επιστημονικός Υπεύθυνος

1. Με απόφαση του διοικούστος οργάνου του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζεται με κριτήρια τη γνώση και εμπειρία του και την αποδοχή των αρχών που διατυπώνονται στο Κεφάλαιο Α' της παρούσας, αποδεικνυόμενων κυρίως από την ενεργό συμμετοχή του σε αντίστοιχες δράσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος προέρχεται από τις ειδικότητες που συνθέτουν και στελεχώνουν την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα.

2. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, όπως αυτό περιγράφεται ανωτέρω, την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος γενικότερα και τη διασύνδεσή της με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

Το αυτό πρόσωπο μπορεί να ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε περισσότερες από μία Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του ίδιου φορέα.

Άρθρο 11

Προσωπικό

1. Οι θέσεις του προσωπικού των Ξενώνων και των Οικοτροφείων συνιστώνται με Προεδρικό Διάταγμα σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 9 του Ν.2716/99. Το προσωπικό των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων προέρχεται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκουν τα προγράμματα αυτά.

Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο κάθε μέλους του προσωπικού στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος καθορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σύμφωνα με τις ανάγκες που συσχετίζονται με το βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά.

Ο αριθμός των εργαζομένων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων προσδιορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο ανάλογα με τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 11 του Ν.2716/99 ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) κάθε μέλους του προσωπικού τους η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο και ο αριθμός των εργαζομένων σ' αυτές εγκρίνεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Με ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου διασφαλίζεται ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητά τους συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους καθώς και στο χρόνο απασχόλησης (μερική ή πλήρης) στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Το μέλος της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας που αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίζει την φροντίδα για τον ασθενή, όπως έχει σχεδιασθεί κατά την κατάρτιση του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος σύμφωνα με το άρθρο 8 της παρούσας, καλείται "πρόσωπο-αναφοράς" για τον ασθενή αυτό.

Οι εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οφείλουν να υπηρετούν το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για τους διαβιούντες στις ανωτέρω Μονάδες και Προγράμματα. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζει από το σύνολο των εργαζομένων κάθε έναν, ανεξαρτήτως ειδικότητας, για ποιους συγκεκριμένους ασθενείς αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" γι αυτούς.

4. Κανένας εργαζόμενος δεν μπορεί να αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για περισσότερους από έξι (6) ενοίκους των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος.

5. Σύνθεση προσωπικού:

α) Στον Ξενώνα:

Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ενοίκων και το βαθμό υποστήριξης του Ξενώνα καθώς και του αριθμού των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιεί.

Οι ειδικότητες των εργαζομένων που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία του Ξενώνα είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ψυχίατρος
Ψυχολόγος
Οικονόμος
Νοσηλεύτης/τρια
Κοινωνικός Λειτουργός
Εργοθεραπευτής/τρια
Διοικητικός
Βοηθητικό προσωπικό
Ειδικός Παιδαγωγός

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

β) Στο οικοτροφείο:

Το προσωπικό ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ατόμων που διαμένουν σ' αυτό. Οι ειδικότητες που καλύπτουν την 24ωρη λειτουργία του Οικοτροφείου είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ψυχίατρος
Ψυχολόγος
Οικονόμος
Νοσηλεύτης/τρια
Κοινωνικός Λειτουργός
Εργοθεραπευτής/τρια
Διοικητικός
Βοηθητικό προσωπικό
Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον Ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτό.

γ) Στα προστατευμένα διαμερίσματα:

Η λειτουργία της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας της αντίστοιχης Μονάδας Ψυχικής Υγείας, στην φροντίδα της οποίας ανατίθενται τα άτομα που εγκαθίστανται στο Προστατευμένο Διαμέρισμα, έχει την ευθύνη την καλή λειτουργία του προγράμματος προστατευμένων διαμερισμάτων. Αυτή η ομάδα στελεχώνεται ενδεικτικά από:

Ψυχίατρο
Ψυχολόγο
Κοινωνικό Λειτουργό
Εργοθεραπευτή
Επισκέπτη υγείας
Διοικητικό Υπάλληλο
Άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Ο αριθμός του προσωπικού που στηρίζει την υλοποίηση των προγραμμάτων προστατευμένων διαμερισμάτων καθορίζεται από τη διοίκηση του φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας μετά από εισήγηση του αντίστοιχου επιστημονικού υπεύθυνου της στην οποία ανατίθεται το πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος με βάση τον αριθμό των προστατευμένων διαμερισμάτων που έχουν ανατεθεί στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το βαθμό αυτονομίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαμένουν σε αυτά.

Ο αριθμός των μελών της Θεραπευτικής Ομάδας είναι από πέντε (5) μέχρι δέκα (10) και παρέχουν πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε, κατ' ανώτατο όριο πενήντα (50) άτομα με ψυχικές διαταραχές που διαβιούν σε προστατευμένα διαμερίσματα και παρέχουν τις υπηρεσίες τους σ' αυτά σύμφωνα με το πρόγραμμα που συντάσσει ο επιστημονικός υπεύθυνος της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία έχει ανατεθεί το πρόγραμμα του προστατευμένου διαμερίσματος.

δ) Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Παιδιών ή Εφήβων:

Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Παιδιών ή Εφήβων το προσωπικό που καλύπτει την 24ωρη λειτουργία τους απαρτίζεται ενδεικτικά από τις εξής ειδικότητες:

Παιδοψυχίατρος ή Ψυχίατρος με εμπειρία ή και εξειδίκευση στη θεραπεία εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Ψυχολόγος
Οικονόμος
Νοσηλεύτης/τρια
Κοινωνικός Λειτουργός
Εργοθεραπευτής/τρια
Διοικητικός
Βοηθητικό προσωπικό
Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτά.

Η αναλογία του προσωπικού προς τους φιλοξενούμενους οφείλει να είναι τουλάχιστον 3:1 (εργαζόμενοι / φιλοξενούμενοι) και η παρουσία του σε κάθε Μονάδα είναι απαραίτητη σε εικοσιτετράωρη βάση.

Στους ξενώνες παιδιών ή εφήβων ανάλογα με το πρόγραμμα και τις κατά περίπτωση ειδικές ανάγκες των παιδιών και των εφήβων εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας πρόσθετη εξειδικευμένη κατά περίπτωση στελέχωση, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων που ανήκει ο ξενώνας και αντίστοιχη πρόταση από την αρμόδια Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας όπου δεν υφίσταται Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων. Ενδεικτικά:

*Στις Μονάδες που φιλοξενούν παιδιά προσχολικής ηλικίας στο προσωπικό περιλαμβάνονται νηπιαγωγοί και βοηθητικό προσωπικό πλέον του προσωπικού που έχει περιγραφεί ανωτέρω.

*Στις Μονάδες που φιλοξενούν παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας στο προσωπικό περιλαμβάνονται απαραίτητα ειδικοί παιδαγωγοί.

*Στις Μονάδες που φιλοξενούν εφήβους στο προσωπικό περιλαμβάνονται ειδικοί παιδαγωγοί και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

6. Η ένταξη σε πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος ενός ασθενούς γίνεται με αίτηση του ίδιου ατόμου και με πρόταση του θεράποντα ψυχιάτρου ή άλλου επαγγελματία ψυχικής υγείας ή οποιασδήποτε κοινοτικής ή πανεπιστημιακής ψυχιατρικής υπηρεσίας που είχε την ευθύνη παρακολούθησης αυτού του ατόμου πριν την παραπομπή του προς τη Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα που υλοποιεί το Πρόγραμμα του Προστατευμένου Διαμερίσματος. Μαζί με την πρόταση κατατίθεται ιστορικό του ασθενούς στο οποίο καταχωρούνται τα στοιχεία που αφορούν στη λειτουργικότητα του ατόμου, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, το κοινωνικό του δίκτυο (συχνότητα και ένταση σχέσεων με οικογένεια, φίλους) το εργασιακό του ιστορικό και όποια άλλα στοιχεία κρίνει απαραίτητα η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα.

7. Οι ξενώνες και τα οικοτροφεία των παιδιών και των εφήβων διασυνδέονται λειτουργικά με τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων στον οποίο υπάγονται. Επίσης μετέχουν στο πρόγραμμα εφημεριών του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας όπου δεν έχει συσταθεί ή δεν έχει λειτουργήσει η αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων.

Η προετοιμασία του ενοίκου που βαίνει προς ενηλικίωση και θα χρειασθεί να παραμείνει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε προστατευμένη στεγαστική δομή, για τη μεταφορά του στην αντίστοιχη μονάδα ενηλίκων του Τομέα Ψυχικής Υγείας που ανήκει, είναι ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που τον φιλοξενεί και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που θα τον υποδεχθεί.

Άρθρο 12

Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας

Καταρτίζεται Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας από τη διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, σε διάστημα έξι (6) μηνών από την έναρξη λειτουργίας τους, όπου θα περιγράφονται αναλυτικά τα αναφερόμενα στα προηγούμενα κεφάλαια, υποβάλλεται στη Δ/ση Ψυχικής Υγείας και εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 13

Τρόπος παραπομπής

Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων παραπέμπονται άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές από τις Μονάδες

Ψυχικής Υγείας του άρθρου 4 του Ν. 2716/99 κατά τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 9 του ιδίου νόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Άρθρο 14

Διοικητικό-οικονομική διαχείριση

Η διοικητικό-οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος είναι αυτοτελής και αυτόνομη.

Η οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος, καταγράφεται, εγκρίνεται, παρακολουθείται και ελέγχεται χωριστά στο πλαίσιο του δικού της προϋπολογισμού που ενσωματώνεται στον προϋπολογισμό του φορέα στον οποίο ανήκει και απεικονίζεται ως παράρτημά του.

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

Άρθρο 15

Η διαχείριση στους ξενώνες

1. Η προμήθεια τροφίμων και ποτών, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής, διενεργείται από τον ασθενή που συνοδεύεται από τον εκπαιδευτή του, μέλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας, για το χρονικό διάστημα που ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμά ότι ο ασθενής δεν είναι έτοιμος να διενεργεί τις προμήθειές του μόνος του. Ο εκπαιδευτής ενημερώνει για την οικονομική αυτή δραστηριότητα κάθε φορά τον διαχειριστή του ξενώνα. Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και όποτε ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμήσει ότι ο ασθενής είναι ικανός να διενεργεί τις προμήθειες των ανωτέρω ειδών μόνος του, εκδίδει σχετική πράξη την οποία κοινοποιεί στον διαχειριστή.

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

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

2. Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και ειδικότερα σε αυτές που ανήκουν σε φορείς που διέπονται από τις διατάξεις του Ν. 2362/95 "Περί Δημόσιου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του κράτους και άλλες διατάξεις" ή χρηματοδοτούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό, η διοικητικό-οικονομική τους διαχείριση σε ότι αφορά τις λειτουργικές δαπάνες διενεργείται στα πλαίσια ενός εγκεκριμένου κλειστού προϋπολογισμού. Η διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που υπηρετεί στον ξενώνα, και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στον ξενώνα με πλήρη απασχόληση σε αυτόν και ασκεί τα καθήκοντά του επί εξάμηνο. Ο δια-

χειριστής μεριμνά για την εύρυθμη λειτουργία του ξενώνα σε ότι αφορά τα υλικά, τις προμήθειες και την οικονομική οργάνωση των δραστηριοτήτων, όπως ενδεικτικά οι εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του ξενώνα, η αντικατάσταση του φθαρέντος εξοπλισμού, οι πληρωμές των παγίων (Ενοίκιο, Ο.Τ.Ε, Δ.Ε.Η, νερό κ.λ.π), η καταβολή των επιδομάτων, όπου αυτά χορηγούνται, και αποδίδει λογαριασμό στον υπόλογο που έχει ορίσει ο φορέας στον οποίο ανήκει ο ξενώνας.

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

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

Η οικονομική διαχείριση στον ξενώνα γίνεται με πάγια προκαταβολή που εκδίδει η οικονομική υπηρεσία του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας το ύψος της οποίας καλύπτει πλήρως το 1/12 του προϋπολογισμού του ξενώνα.

Όλες οι άλλες δαπάνες του ξενώνα που αφορούν την μισθοδοσία του προσωπικού, την συντήρηση του κτιρίου-εφόσον διενεργείται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας- και τις έκτακτες και απρόβλεπτες ανάγκες διενεργούνται από τον φορέα που ανήκει ο ξενώνας.

Άρθρο 16

Η διαχείριση στο Οικοτροφείο

Η διοικητικό-οικονομική διαχείριση των οικοτροφείων ακολουθεί τις διατάξεις της παρούσας απόφασης που αφορούν την διαχείριση των ξενώνων. Ειδικότερα, εφόσον οι ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών του οικοτροφείου κατά την εκτίμηση του επιστημονικού υπευθύνου δεν μπορούν να πραγματοποιούν τις ατομικές οικονομικές τους δραστηριότητες μόνι τους, τότε οι αντίστοιχες πράξεις γίνονται με την εποπτεία του εκπαιδευτή τους, ο οποίος αποδίδει λογαριασμό στον διαχειριστή του οικοτροφείου και αυτός στον υπόλογο.

Σε περίπτωση που η πλειοψηφία των ασθενών-ενοίκων του οικοτροφείου δεν είναι σε κατάσταση να πραγματοποιήσουν αυτόνομα τις οικονομικές τους δραστηριότητες, για προμήθειες που αφορούν τις ανάγκες του συνόλου των ενοίκων του οικοτροφείου αυτές διενεργούνται από τριμελή επιτροπή στην οποία το ένα μέλος είναι ασθενής-ενοίκος του οικοτροφείου εξ αυτών που ο επιστημονικός υπεύθυνος έχει βεβαιώσει ότι δύναται να ασκούν οικονομικές δραστηριότητες αυτοτελώς.

Άρθρο 17

Η διαχείριση στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

Η διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας που αναπτύσσει προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που εργάζεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στο Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

Ο προϋπολογισμός που αφορά το προστατευμένο διαμέρισμα συντίθεται από δύο μέρη. Το ένα μέρος αφορά τις "υποστηρικτικές" δαπάνες που πραγματοποιεί απευθείας ο φορέας στον οποίο ανήκει το διαμέρισμα και περιλαμβάνει

το μέρος της μισθοδοσίας των εργαζομένων του φορέα αυτού, που απασχολούνται με οποιονδήποτε τρόπο και για οποιονδήποτε χρονικό διάστημα στο προστατευμένο διαμέρισμα καθώς και τις δαπάνες για την προμήθεια φαρμάκων των ασθενών-ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος που είναι ανασφάλιστοι.

Το άλλο μέρος αφορά τις δαπάνες "λειτουργίας", των παγίων (Ενοίκιο, ΟΤΕ, ΔΕΗ, νερό κ.λ.π.) και τις δαπάνες ψυχαγωγίας. Για τη διαμόρφωση του μέρους αυτού του προϋπολογισμού συνυπολογίζεται και το 80% των εισοδημάτων που έχει κάθε ένοικος από οποιαδήποτε ιδία πηγή εισοδήματος. Η συνεισφορά αυτή δεν μπορεί να ξεπερνά τις 120.000 δρχ. μηνιαίως. Το σύνολο του προϋπολογισμού του μέρους των "λειτουργικών" δαπανών του προστατευμένου διαμερίσματος αναλογίζεται σε κάθε δωδεκαμημώριο του ισόποσα σε κάθε ένοικο του προστατευμένου διαμερίσματος, ο οποίος συμμετέχει ισομερώς στην κάλυψη των δαπανών και την πραγματοποίηση των οικονομικών δραστηριοτήτων του προστατευμένου διαμερίσματος.

Ένας εκ των ασθενών-ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος εκ περιτροπής και για διάστημα τεσσάρων (4) μηνών ορίζεται βοηθός του διαχειριστή και ασκεί καθήκοντα οικονομικού του διαμερίσματος και επιβλέπει την εφαρμογή των από κοινού με το σύνολο των ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος αποφάσεων για τις οικονομικές δραστηριότητες του προστατευμένου διαμερίσματος.

Ο διαχειριστής από κοινού με το βοηθό του αποδίδουν λογαριασμό στον υπόλογο.

Άρθρο 18

Γενικές κατευθύνσεις

1. Οι προμήθειες των αναλωσίμων ειδών στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων γίνονται σε ημερήσια βάση. Σε περίπτωση μαζικής προμήθειας αυτή δεν πρέπει να υπερβαίνει την κάλυψη των αναγκών των ενοίκων της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των επτά (7) ημερών.

2. Το σύνολο των απασχολούμενων και των χρηστών-ενοίκων κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων είναι υπεύθυνοι-υπόλογοι για την κινητή και ακίνητη περιουσία της μονάδας ή του προγράμματος και είναι ισομερώς υπόλογοι για αυτήν στο φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Τον μήνα Ιανουάριο κάθε έτους γίνεται απογραφή της περιουσίας της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης η οποία κατατίθεται στον φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στον οποίο ανήκει το σύνολο της περιουσίας αυτής. Κάθε αντικείμενο που δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί επειδή τέθηκε εκτός λειτουργίας ή αποφασίστηκε η αντικατάστασή του παραδίδεται στον φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προς αχρήστευσή του.

4. Κατά τα λοιπά για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που ανήκουν σε Ν.Π.Δ.Δ ή σε Ν.Π.Ι.Δ που επιχορηγούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό ισχύουν οι διατάξεις που διέπουν την διαχείριση του φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ενώ για τις λοιπές Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ισχύουν οι αντίστοιχες διατάξεις που διέπουν την λειτουργία του φορέα στον οποίο ανήκουν. Σε όλες τις περιπτώσεις η εφαρμογή των διατάξεων αυτών

οφείλει να εξυπηρετεί την εκπαίδευση των ασθενών-ενοίκων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και να διασφαλίζει τη λειτουργία της Μονάδας στο πρότυπο της λειτουργίας οικογενειακού περιβάλλοντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Άρθρο 19

Λειτουργία

1. Οι αποκαταστασιακοί στόχοι λειτουργίας των ξενώνων, των οικοτροφείων και των προστατευμένων διαμερισμάτων υλοποιούνται με:

α. Τη συνεχή και σταθερή εφαρμογή προγραμμάτων που ωθούν το άτομο στην απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητάς του.

β. Την ανάπτυξη προγραμμάτων που παρέχουν δυνατότητες για εκπαίδευση στα άτομα αυτά.

γ. Προγράμματα και δραστηριότητες που προωθούν και βοηθούν το άτομο να αποκτήσει δυνατότητες κριτικής και αξιολόγησης των δράσεων και των υπηρεσιών που του παρέχονται.

δ. Δράσεις που βοηθούν το άτομο στη διεκδίκηση και άσκηση των νομικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του.

ε. Προγράμματα δράσεων ανάπτυξης συνεργασίας με εθελοντές και συλλόγους.

στ. Προγράμματα ενθάρρυνσης της συμμετοχής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα κοινά.

ζ. Προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου, την ενημέρωση για τις εξωδουματικές μορφές φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους.

2. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα οφείλουν να συντονίζουν τις δραστηριότητες και τις λειτουργίες που δύναται να αναπτυχθούν στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων ώστε αυτές να προσαρμόζονται στις ανάγκες των ατόμων που φιλοξενεί και να εγκαθιδρύουν άμεσες σχέσεις μεταξύ των ατόμων στα οποία απευθύνεται και της κοινότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

ΥΠΟΔΟΜΗ

Άρθρο 20

Περιγραφή του χώρου

α) Ξενώνες-Οικοτροφεία

Οι ξενώνες και τα οικοτροφεία πρέπει να διαθέτουν:

1. Μπάνιο με W.C. και νιπτήρα ανά πέντε (5) άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα.

2. Ευρύχωρη κουζίνα 10-12 τμ. τουλάχιστον ανά 10 άτομα, ώστε να μπορούν οι ένοικοι να εκπαιδεύονται στη μαγειρική.

3. Υπνοδωμάτια των δύο (2) ατόμων. Κατ' εξαίρεση, μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και έγκριση της Δ/σης Ψυχικής Υγείας μπορεί τα υπνοδωμάτια να είναι των τριών (3) ατόμων, όπου το επιτρέπει ο χώρος.

4. Κοινόχρηστους χώρους α) καθιστικό, το οποίο μπορεί να εξυπηρετεί τουλάχιστον τα 2/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως, β) Τραπεζαρία, για σίτιση τουλάχιστον του 1/3 των

ενοίκων ταυτοχρόνως, γ) αίθουσας πολλαπλών χρήσεων, όπου αυτό είναι δυνατόν.

5. Γραφείο των επαγγελματιών, το οποίο χρησιμοποιείται για τις ειδικές ανάγκες στις ημέρες εφημερίας για όσες στεγαστικές δομές ενταχθούν στο πρόγραμμα εφημερίας όπως αυτό προσδιορίζεται από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο υπάγονται.

Με μεταγενέστερη απόφασή μας θα καθορισθούν τα πρότυπα κατασκευής των ανωτέρω στεγαστικών δομών.

β) Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων
Κάθε κατοικία που εντάσσεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος πρέπει να διαθέτει:

1. Μπάνιο με W.C. και νιπτήρα ανά πέντε (5) άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα.
2. Ευρύχωρη κουζίνα 9 τμ. τουλάχιστον.
3. Υπνοδωμάτιο των δύο (2) ατόμων, το μέγιστο
4. Ευρύχωρο καθιστικό ώστε να εξυπηρετείται το σύνολο των ενοίκων ταυτοχρόνως.

Άρθρο 21

Υλικοτεχνική Υποδομή

1. Ο Ξενώνας, το οικοτροφείο και το προστατευμένο διαμέρισμα πρέπει να έχουν την κατωτέρω υλικοτεχνική υποδομή:

α) θέρμανση σε όλα τα δωμάτια και ψύξη τουλάχιστον στα υπνοδωμάτια,

β) κρεβάτι με στρώμα και δύο μαξιλάρια για κάθε άτομο, ατομικά κομοδίνα και ερμάρια και ντουλάπες ανά δύο άτομα,

γ) σεντόνια, υποσέντονα και μαξιλαροθήκες σε επαρκή αριθμό και κλινოსκεπάσματα τουλάχιστον τέσσερα ανά άτομο (δύο χειμερινά και δύο καλοκαιρινά)

δ) ο,τιδήποτε άλλο απαιτεί η λειτουργία ενός μέσου νοικοκυριού όπως ενδεικτικά: κουρτίνες, καναπέδες, καρέκλες, πολυθρόνες, μοκέτες, καθρέπτες.

ε) είδη διακόσμησης όπως ενδεικτικά: αντίγραφα έργων τέχνης ή δικές τους δημιουργίες που μπορούν να αναρτηθούν μετά από σύμφωνη γνώμη της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και των ενοίκων, σταχτοδοχεία, βάζα.

στ) τουλάχιστον τα αναγκαία σε ποσότητες και είδη σκεύη κουζίνας και μαγειρικής, τραπεζομάντιλα κ.λ.π.

ζ) ηλεκτρικές συσκευές νοικοκυριού όπως ενδεικτικά πλυντήρια ρούχων και πιάτων, ψυγείο, κουζίνα, απορροφητήρας, όλα με προδιαγραφές μακρόχρονης αντοχής λόγω του αριθμού των ενοίκων που τα χρησιμοποιούν.

η) ηλεκτρονικός- υποστηρικτικός-εκπαιδευτικός εξοπλισμός όπως ενδεικτικά τηλεόραση, στερεοφωνικό συγκρότημα, video, fax, τηλεφωνο, φωτογραφική μηχανή.

θ) είδη μπάνιου και ειδικά εξαρτήματα όπου χρειάζονται, όπως ενδεικτικά για άτομα με κινητικές αναπηρίες και για γηριατρικά περιστατικά

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

Άρθρο 22

Γενικές Διατάξεις

1. Σε χρονικό διάστημα 4 έως 6 μηνών από την έναρξη λει-

τουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων τα άτομα που διαμένουν και λαμβάνουν χρηματικά ποσά σε εφαρμογή των προβλεπόμενων στα άρθρα 13 και 14 του Ν.2716/99 συμμετέχουν, για εκπαιδευτικούς λόγους και ως καταναλωτές των υπηρεσιών που τους παρέχονται, στις δαπάνες που αφορούν στο ενοίκιο, διατροφή, κοινόχρηστους λογαριασμούς για μην το ποσό που προέρχεται από τη διάταξη του άρθρου 14 σε αναλογία που συνολικά δεν μπορεί να υπερβαίνει το ήμισυ του λαμβανομένου χρηματικού ποσού και με ολόκληρο το ποσό που προέρχεται από τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν.2716/99.

2. Μέχρι τη σύσταση και λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, η Δ/ση Ψυχικής Υγείας εκδίδει απόφαση προσωρινής έγκρισης σκοπιμότητας και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν.2716/99 και των αντίστοιχων του άρθρου 11 του ιδίου νόμου από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

3. Εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, εκτός της ψυχιατρικής παρακολούθησης η οποία παρέχεται με ευθύνη του φορέα στον οποίο υπάγονται οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων καθώς και άλλες υπηρεσίες όπως φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία κ.α. αναζητούνται κατά προτεραιότητα από δημόσιους φορείς στην περιοχή λειτουργίας τους ή πλησίον αυτών. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων μεριμνά για τη διασύνδεση μ' αυτές τις υπηρεσίες. Στην περίπτωση αντιμετώπισης δυσκολιών στην εξεύρεση αυτών των υπηρεσιών, απευθύνεται εγγράφως στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία αναλαμβάνει την διεκπεραίωση του θέματος μέσω της Δ/σης Ψυχικής Υγείας. Στην περίπτωση αδυναμίας κάλυψης των αναγκών για τις προαναφερόμενες υπηρεσίες αυτές αναζητούνται σε ιδιωτικό τομέα ή εξετάζεται η περίπτωση πρόσληψης με μερική απασχόληση, του ανάλογου ειδικού επαγγελματία. Η προτίμηση της πρώτης ή της δεύτερης εναλλακτικής λύσης βασίζεται σε συνδυασμό χρηματοοικονομικών και θεραπευτικών κριτηρίων, στην αντίστοιχη απόφαση της Διοίκησης του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

Άρθρο 23

Τελική Ρύθμιση

Με την έκδοση της παρούσας απόφασης κάθε προγενέστερη σχετική απόφαση καταργείται.

Η ισχύς της παρούσας αρχίζει από τη δημοσίευσή του Ν. 2716/17.5.99.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην εφημερίδα της κυβερνήσεως.

Αθήνα, 16 Μαΐου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

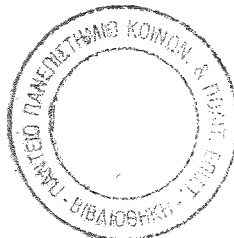
ΥΠΟΥΡΓ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΥΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΑΛΕΞ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΑΝΤΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ



002000062050



ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ