

# ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δέσποινα Σικελιανού<sup>1</sup> , Βενετσάνος Μαυρέας<sup>2</sup>

## Περίληψη

Η μελέτη αυτή είχε ως στόχο τη διεξοδική παρουσίαση και διερεύνηση συγκεκριμένων παραγόντων οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος τεσσάρων (4) ξενώνων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους, στο πλαίσιο υλοποίησης του δεκαετούς Ευρωπαϊκού προγράμματος <Ψυχαργώς Α' Φάση 2000-2010>. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά ασθενείς, έτσι ώστε το θεραπευτικό περιβάλλον να χαρακτηριστεί ως ποιοτικά θετικό ή αρνητικό. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν:

i) η παρουσία και η λειτουργία της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας, ii) οι σχέσεις των μελών του προσωπικού μεταξύ τους, iii) οι σχέσεις των μελών του προσωπικού με τους ασθενείς, iv) τα εκφραζόμενα συναισθήματα των μελών του προσωπικού προς τους ασθενείς, v) η λειτουργία των επαγγελματικών και των πολυδύναμων ρόλων των μελών του προσωπικού.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η εθνογραφική και η έρευνα ήταν ποιοτική.

Η ερευνητική διαδικασία χωρίστηκε σε τρεις (3) φάσεις (Α', Β', Γ') και διήρκεσε ένα (1) έτος (Μάρτιος 2001 - Φεβρουάριος 2002). Η διεξαγωγή και η ανάλυση των ποιοτικών αποτελεσμάτων έγινε με βάση τα εργαλεία της συνέντευξης και της συμμετοχικής παρατήρησης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το θεραπευτικό περιβάλλον ενός ξενώνα για χρόνιους ψυχικά ασθενείς χαρακτηρίζεται ως ποιοτικά θετικό με βάση τους παρακάτω παράγοντες: i) την ύπαρξη και ουσιαστική λειτουργία της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας της δομής, ii) τις θετικές σχέσεις και τα θετικά

- 
1. Ψυχολόγος, (Δρ.), Επιστημονική Συνεργάτης Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Α. Τ.Ε.Ι. Πάτρας
  2. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

*εκφραζόμενα συναισθήματα των μελών του προσωπικού μεταξύ τους και με τους ασθενείς, iii) τη λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών και πολυδύναμων ρόλων των μελών του προσωπικού, iv) τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση της θεραπευτικής ομάδας.*

## Εισαγωγή

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά ασθενών είναι ένα σύνθετο έργο, το οποίο έχει ξεκινήσει να υλοποιείται τα τελευταία είκοσι περίπου χρόνια στην Ελλάδα. Αρχικά, η υλοποίηση των προγραμμάτων αποκατάστασης ξεκίνησε τη δεκαετία του 80' με τα ευρωπαϊκά προγράμματα Leros I και Leros II και σήμερα με την υλοποίηση του ευρωπαϊκού προγράμματος **<Ψυχαργός Α' Φάση 2000-2010>**. Οι στόχοι του προγράμματος αναφέρονται στη βαθμιαία αντικατάσταση του ιδρυματικού συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης από ένα δίκτυο εναλλακτικών προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και δομών, εκτός ψυχιατρείων, με βάση την αρχή της τομεοποίησης, την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού χώρου και των τοπικών αρχών, τον εθελοντισμό, τις ομάδες παρέμβασης στα ψυχιατρεία και την προετοιμασία των ασθενών για τη μετακίνησή τους και τέλος την εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται στις δομές αυτές (Myr 2000). Σήμερα, λειτουργούν παραπάνω από πενήντα (50) περίπου στεγαστικές μονάδες αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά ασθενείς – κυρίως Ξενώνες και Οικοτροφεία - και στους πενήντα δύο (52) νομούς της χώρας, έχοντας ως κύριο στόχο τη συνεχή διαδικασία κατανόησης της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας από την πλευρά του χρόνιου ψυχικά ασθενή. Η διαδικασία αυτή στοχεύει στην επανασύνδεση και επικοινωνία των δύο αυτών επιπέδων, που η ύπαρξη της ψυχικής νόσου και ο ιδρυματισμός έχουν αποκόψει.

Ο θεραπευτικός στόχος δεν είναι μόνο η αποκατάσταση κάποιων δεξιοτήτων και συμπεριφορών, αλλά η σφαιρική αντιμετώπιση των ελλειμματικών καταστάσεων τόσο στο συναισθηματικό όσο και στο επίπεδο των διαπροσωπικών και των κοινωνικών σχέσεων. Ταυτόχρονα, όλα αυτά εγγράφονται μέσα σε έναν κοινωνικό ιστό, τον οποίο η θεραπευτική ομάδα οφείλει να γνωρίζει καλά, καθώς ένα πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό χώρο.

Το θεραπευτικό πλαίσιο ενός ξενώνα παρέχει τις αναγκαίες συνθήκες για την επίτευξη των στόχων της αποκατάστασης, προκειμένου τα μέλη που φιλοξενεί να ανακτήσουν τις ικανότητες και τις λειτουργίες που η ψυχική νόσος ή το ιδρυματικό περιβάλλον έχουν υποβαθμίσει ή ακυρώσει. Μέσα από την καθημερινή συνύπαρξη των φιλοξενούμενων με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δημιουργούνται οι αναγκαίες συνθήκες για να εκφραστούν οι λειτουργίες που συνδέονται με την κλινική προβληματική του ασθενούς και τη θεραπευτική επεξεργασία τους.

Οι διάφορες δραστηριότητες που επιλέγονται από τη θεραπευτική ομάδα θα πρέ-

πει να είναι προσαρμοσμένες στις δυνατότητες των ασθενών, να συνδέονται με τα τοπικά χαρακτηριστικά της περιοχής και να αποτελούν το μέσο για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων (Δαμίγος 2003).

Η οργάνωση ενός ξενώνα διέρχεται από τρεις εξελικτικές φάσεις. Στην πρώτη φάση (**Αρχικό Στάδιο**) τα κυριότερα χαρακτηριστικά του ξενώνα αφορούν τη χαλαρή οργάνωση και την ταύτιση των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με βάση τους στόχους της. Ως προς τις σχέσεις της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα με την κεντρική υπηρεσία (π.χ. ψυχιατρείο), εμφανίζονται ως τυπικές, ενώ εκδηλώνεται η τάση για την αυτονόμηση της. Οι σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας χαρακτηρίζονται από ενθουσιασμό και πίστη για την επιτυχία των στόχων τους και ταυτόχρονα είναι εμφανής ο αγώνας για την επίτευξη γοήτρου της υπηρεσίας τους.

Στη δεύτερη φάση (**Στάδιο Επέκτασης**) δημιουργούνται υπό-ομάδες στο σύνολο της θεραπευτικής ομάδας. Τα μέλη της εκάστοτε υπο-ομάδας, με την οποία ταυτίζονται, νιώθουν περήφανα για αυτήν, έναντι των άλλων υπο-ομάδων, ενώ διαφαίνεται ταυτόχρονα η αντίληψη των μελών της κάθε υπο-ομάδας για την πετυχημένη λειτουργία της. Παράλληλα, εμφανίζονται ανταγωνιστικές διαθέσεις μεταξύ των υπο-ομάδων, οι οποίες απορρέουν από την ανάγκη για συντονισμό, λόγω της αυξημένης δυσκολίας για επικοινωνία και συνεργασία. Η ανάγκη αναγνώρισης της ομάδας στο σύνολό της, και των στόχων της, οδηγεί επίσης σε ανταγωνιστικές σχέσεις με άλλες παρόμοιου τύπου υπηρεσίες – δομές και με την κεντρική υπηρεσία (π.χ. ψυχιατρείο).

Στην τρίτη φάση (**Στάδιο Καθιέρωσης και Αποδοχής**), η υπηρεσία πλέον αποτελεί μία αποκεντρωμένη δομή, αφού καθιερώνεται και αναγνωρίζεται ως προς τη χρήση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη μεταξύ τους ως προς τις ικανότητες τους και παράλληλα ταυτίζονται με την αντίληψη της επίτευξης των στόχων και της συλλογικής ικανοποίησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη δυνατή εξελισσόμενη αναθεώρηση των οργανωτικών και κοινωνικών αναγκών και στόχων. (Μαδιανός 1994)

Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα ενός μεταβατικού ξενώνα θεωρείται αποτελεσματικό όταν η διαχείρισή του εναρμονίζεται με τις εκάστοτε κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν και τους ασθενείς και το προσωπικό (θεραπευτική ομάδα). Όμως, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που το εσω-σύστημα ενός μεταβατικού ξενώνα, ενώ στηρίζεται στην ολοκληρωμένη βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, εμφανίζει στοιχεία αδράνειας, έλλειψης πρωτοβουλιών και παθητικότητας, τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κυρίως από τους φροντιστές (carers) ενός ξενώνα. Σύμφωνα με τον Hochmann (2003) ένας από τους λόγους που οι φροντιστές αδυνατούν να διαχειριστούν τη χρόνια ψυχική νόσο αφορά το συναίσθημα του <θεμελιακού φόβου του τρελού>, το οποίο αναφέρεται στη γειτνίαση με το χώρο της ψύχωσης και σε έναν κίν-



δυνο που απειλεί την ίδια τη νοσητική λειτουργία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Ο φόβος αυτός συνδέεται με το **συναίσθημα εισβολής** του ψυχικά ασθενή στον προσωπικό ψυχικό χώρο των φροντιστών, το οποίο οδηγεί στο **συναίσθημα της «κένωσης»** (άδειασμα της θεραπευτικής ομάδας από τα ψυχο-νοσητικά της περιεχόμενα και από την καταστροφική επίδραση της ψύχωσης). Έτσι, η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα καταφεύγει στον <ακτιβισμό> (φαρμακευτικό, ερμηνευτικό και κοινωνιοθεραπευτικό έργο). Το γεγονός αυτό δυσκολεύει το έργο της θεραπείας και αποκατάστασης των ψυχωτικών ασθενών, καθώς τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να απομακρύνουν τέτοιου είδους οδυνηρά συναισθήματα (πηγές μόλυνσης) κατά τον Hochmann (2003), κατευθύνονται προς ένα σημαντικό διαχωρισμό (split) από τον ψυχωτικό ασθενή. Έτσι οι ασθενείς παραμένουν ασυλικοί και εκδηλώνουν μορφές ιδρυματικής συμπεριφοράς.

Από την άλλη, οι Minkoff και Stern (1985) υποστηρίζουν ότι η ψυχική νόσος τρομάζει τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τον ίδιο τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτό δυσκολεύει την παρουσία της **ενσυναίσθησης (empathy)** από τους φροντιστές προς τους ασθενείς, καθώς οι φροντιστές πιστεύουν ότι θα πρέπει να διατηρείται μία **απόσταση** μεταξύ αυτών και των ασθενών τους, αφού η διανοητική και συναισθηματική σύνδεση με τον ψυχικά ασθενή δεν είναι κάτι το υποφερτό. Οι Hastings και συν. (1995), οι Morgan και Hastings (1998), οι Snyder και συν. (1994) επισημαίνουν τον καθοριστικό ρόλο των στάσεων των φροντιστών στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη διατήρηση μιας απορριπτικής και κριτικής στάσης προς τους ασθενείς, γεγονός το οποίο συντελεί στην κακή ποιότητα παροχής φροντίδας και περίθαλψης των ασθενών. Από την άλλη, οι Van Humbeek και συν. (2001), οι Tattan και Tarrier (2000), οι Bebbington και Kuipers (1994), οι Butzlaff και Hooley (1998), ο Kavanagh (1992), συμπληρώνουν ότι η απουσία θετικών στάσεων και η εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς οδηγεί σε κακές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των ασθενών και στην αποτυχία των τελευταίων να ολοκληρώσουν τις προσπάθειές τους στον τομέα της αποκατάστασης.

Οι Katz και Kirkland (1990) και οι Curtis και Hodge (1994) προσθέτουν ότι η αύξηση μορφών βίαιης και ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών είναι αποτέλεσμα της κακής οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος, της έλλειψης ενός καλά οργανωμένου θεραπευτικού προγράμματος και της αδυναμίας χρήσης ξεκάθαρων και πολυδύναμων (multidiscipline) ρόλων των φροντιστών.

Ένα από τα συνήθη προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές σε ένα ξενώνα για χρόνιους ψυχικά ασθενείς, σύμφωνα με τον Anderson (2003) είναι **η απουσία ή η κακή λειτουργία της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας** της δομής και η αδυναμία των φροντιστών να κάνουν χρήση ξεκάθαρων αλλά και των πολυδύναμων ρόλων ταυτόχρονα. Η Foster (1998) υπογραμμίζει τον κίνδυνο που διατρέχουν τα μέλη μιας ομάδας φροντιστών να κάνουν χρήση των πολυδιάστατων

ρόλων και να συμπεριφέρονται <ο ένας ίδιος με τον άλλον>. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει στη μη ικανοποίηση από το θεραπευτικό έργο, στις κακές επικοινωνιακές σχέσεις μεταξύ των φροντιστών και αυτών με τους ασθενείς και στην αποτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι Van Audenhove και Van Humbeek (2003), οι Piatt και συν. (2002), οι Rabkin και συν. (1998) και οι Neilsen και συν. (1985) υποστηρίζουν ότι η λειτουργία και η χρήση προγραμμάτων εκπαίδευσης για το προσωπικό ενός ξενώνα κρίνονται αναγκαίες και αποτελεσματικές διότι βελτιώνουν τις δεξιότητες επικοινωνίας των φροντιστών μεταξύ τους και με τους ασθενείς και παρέχουν μία <σαφή αντίληψη της εικόνας του εαυτού και του άλλου> στους φροντιστές. Παράλληλα, η παροχή εκπαίδευσης στους φροντιστές στο χώρο εργασίας τους μπορεί να βοηθήσει στην άμεση κατανόηση των πραγματικών θεραπευτικών αξιών της αποκατάστασης θέτοντας τρεις κύριους στόχους: την αύξηση της γνώσης στον τομέα της διαχείρισης της χρόνιας ψυχικής νόσου, την απόκτηση δεξιοτήτων των φροντιστών ως προς τους θεραπευτικούς χειρισμούς των ασθενών που δεν πρέπει να θυμίζουν εκείνους του ψυχιατρείου και στη χρήση και τη λειτουργία ξεκάθαρων πολυδιάστατων ρόλων.

## **Σχεδιασμός της Έρευνας - Μεθοδολογία**

### **Σκοπός Μελέτης και Ερευνητικές Υποθέσεις**

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος τεσσάρων (4) νεοσύστατων ξενώνων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους, στο πλαίσιο υλοποίησης του δεκαετούς Ευρωπαϊκού προγράμματος <Ψυχαργώς Α' Φάση 2000-2010>.

Οι ερευνητικές υποθέσεις αναφέρονται στις μέχρι σήμερα εκτιμήσεις από παλαιότερα ευρωπαϊκά προγράμματα αποκατάστασης όπως π.χ. Leros I και Leros II, σχετικά με τη δομή και την οργάνωση ενός ξενώνα για χρόνιους ψυχικά ασθενείς, όπου πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο για την επιτυχή ή όχι ολοκλήρωση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν: i. Την πολυεπιπέδη επικοινωνία των μελών της θεραπευτικής ομάδας και το βαθμό συνοχής της, ii. την παρουσία και την καλή λειτουργία ή την απουσία και την αδυναμία λειτουργίας της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας του ξενώνα, iii. τη λειτουργία και τη χρήση ταυτόχρονα των ξεκάθαρων και των πολυδιάστατων ρόλων των φροντιστών, τις στάσεις και τα εκφραζόμενα συναισθήματα των φροντιστών προς τους ασθενείς, iv. τη χρήση ή όχι των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο χώρο εργασίας των φροντιστών, v. τη σχέση της δομής με το φορέα υλοποίησης του προγράμματος αποκατάστασης (ψυχιατρείο) και το επίπεδο της αυτονόμησής της από το φορέα και vi. τη μηχανιστική ή όχι διαχείριση της ψυχικής νόσου όπως π.χ. η υλοποίηση του προγράμματος αποκατάστασης με βάση προγραμματικές και γραφειοκρατικές προτεραιότητες (διαχείριση και απορρόφηση κονδυλίων).

### Δείγμα

Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν σαράντα έξι (46) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που εργάζονταν σε τέσσερις (4) ξενώνες αποκατάστασης 24ωρης φύλαξης (24-hour personal care services). Οι Ξενώνες αυτοί άρχισαν να λειτουργούν το έτος 2001, με βάση το ευρωπαϊκό πρόγραμμα Ψυχαργός Α' Φάση 2000-2010, με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά ασθενών, οι οποίοι ζούσαν για πάρα πολλά χρόνια στο Ψυχιατρείο. Οι Ξενώνες **A** και **B** βρίσκονταν σε δύο μεγάλες πόλεις της Δυτικής Ελλάδας, ενώ οι Ξενώνες **Γ** και **Δ** σε μία πόλη, όπου εκεί υπήρχε το Ψυχιατρείο. Και οι τέσσερις Ξενώνες άρχισαν να λειτουργούν ταυτόχρονα το ίδιο χρονικό διάστημα.

Το δείγμα αποτελούσαν οι σαράντα έξι (46) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τριάντα οκτώ (38) γυναίκες και οκτώ (8) άντρες διαφόρων ειδικοτήτων όπως: νοσηλεύτες, φροντιστές\*, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές, κ.ά. Η ηλικία τους κυμαινόταν από δεκαοκτώ (18) έως και πενήντα (50) ετών.

Στον Ξενώνα **A** εργάζονταν έντεκα (11) επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ο αριθμός των φιλοξενούμενων ασθενών ήταν 15. Στον Ξενώνα **B** εργάζονταν δώδεκα (12) επαγγελματίες ψυχικής υγείας ενώ ο αριθμός των φιλοξενούμενων ασθενών ήταν 14.

Στον Ξενώνα **Γ** ο αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν δεκαπέντε (15) με 22 φιλοξενούμενους ασθενείς και στον Ξενώνα **Δ** οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ήταν συνολικά οκτώ (8) και οι φιλοξενούμενοι ασθενείς ήταν 5.

Το προσωπικό των Ξενώνων **A** και **B** ήταν άπειρο επαγγελματικά. Αντίθετα, το προσωπικό των Ξενώνων **Γ** και **Δ**, οι οποίοι βρίσκονταν στην ίδια πόλη- κοινότητα όπου εκεί υπήρχε και το Ψυχιατρείο, αποτελούνταν από έμπειρους επαγγελματίες οι οποίοι ήταν πρώην εργαζόμενοι του Ψυχιατρείου. Αξίζει να επισημάνουμε εδώ ότι στον Ξενώνα **Δ** το προσωπικό εργάζονταν παράλληλα και στο Κέντρο Ημέρας, το οποίο συστεγάζονταν στο ίδιο κτίριο με τον Ξενώνα.

### Μέθοδος Έρευνας

Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η **Εθνογραφική μέθοδος** ως η πιο κατάλληλη μέθοδος διεξαγωγής ποιοτικών μελετών και διερεύνησης και ανάλυσης σε βάθος δεδομένων που διερευνώνται για πρώτη φορά. Όλη η διερευνητική διαδικασία και η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε από το Μάρτιο του 2001 έως και το Φεβρουάριο του 2002 και χωρίστηκε σε τρεις Φάσεις (**A Φάση- α' τρίμηνο, B Φάση- 6 μήνες, Γ Φάση- δ' τρίμηνο**). Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η συμμετοχική παρατήρηση, η συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο.

Ειδικότερα:

---

\* Οι φροντιστές ήταν απόφοιτοι λυκείου ή ΤΕΕ.



### **Α' Φάση**

Στην πρώτη Φάση (Μάρτιος- Ιούνιος 2001) μας ενδιέφερε να μελετήσουμε τη διαμόρφωση των σχέσεων των μελών της κάθε θεραπευτικής ομάδας, και την προσπάθειά τους να αναπτύξουν ένα επίπεδο συνοχής και συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η **συμμετοχική παρατήρηση** και η **συνέντευξη**.

Οι επισκέψεις πραγματοποιούνταν μία φορά την εβδομάδα κατά την πρωινή βάρδια, από τις 09.00 π.μ.– 14.00 μ.μ. μετά από συνεννόηση με το προσωπικό των ξενώνων.

Σκοπός της χρήσης της *συνέντευξης* ήταν να συλλεχθούν πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά των ομάδων του προσωπικού (επιστημονικού – νοσηλευτικού – βοηθητικού) όπως π.χ. οι ηγετικές διαθέσεις, η ανάληψη πρωτοβουλιών, τα κυρίαρχα συναισθήματα μεταξύ των μελών της ομάδας προσωπικού, οι σχέσεις των μελών της ομάδας με το ψυχιατρείο (φορέας υλοποίησης του προγράμματος αποκατάστασης) και με τους ασθενείς και τέλος η ανάπτυξη των θεραπευτικών στόχων. Με τη χρήση της *συμμετοχικής παρατήρησης* θέλαμε να επιβεβαιώσουμε τις πληροφορίες που είχαμε ήδη συλλέξει με τη χρήση της συνέντευξης. Η συμμετοχική παρατήρηση διεξαγόταν καθ' όλη τη διάρκεια της επίσκεψής μας, καθώς συμμετείχαμε σε όλες τις δραστηριότητες των Ξενώνων όχι ως επισκέπτες, αλλά ως μέλη της θεραπευτικής ομάδας, χωρίς να επεμβαίνουμε στο θεραπευτικό έργο της ομάδας.

### **Β' Φάση**

Η δεύτερη Φάση διήρκησε έξι (6) μήνες (Ιούλιος 2001- Δεκέμβριος 2001) και ο στόχος ήταν να διερευνηθούν οι ζυμώσεις στις ήδη υπάρχουσες σχέσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας και με τους ασθενείς και η ανάδυση νέων τάσεων και αναγκών στο θεραπευτικό περιβάλλον του κάθε ξενώνα. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η *συνέντευξη* και η *συμμετοχική παρατήρηση*.

Οι επισκέψεις στους ξενώνες γίνονταν μία φορά την εβδομάδα κατά την πρωινή βάρδια, από τις 09.00 π.μ. – 14.00 μ.μ. μετά από συνεννόηση με τα μέλη των ομάδων.

Με τη χρήση της *συνέντευξης* θέλαμε να συλλέξουμε πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο και το είδος της συνεργασίας των μελών κάθε θεραπευτικής ομάδας, τις πιθανές δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι επαγγελματίες ως προς τις μεταξύ τους σχέσεις και τις σχέσεις με τους ασθενείς, τις πιθανές δυσκολίες που αντιμετώπιζαν ως προς τη λειτουργία του προγράμματος του ξενώνα και πώς αυτό το γεγονός αντανακλούσε ένα ευέλικτο ή όχι θεραπευτικό περιβάλλον, την πιθανή ανάδυση νέων αναγκών, τη συναισθηματική κατάσταση των μελών της ομάδας μεταξύ τους και με τους ασθενείς και τέλος τη λειτουργία των επαγγελματικών και πολυδιάστατων ρόλων των φροντιστών. Με τη χρήση της *συμμετοχικής παρατήρησης* θέλαμε να επιβεβαιώσουμε τις ήδη συλλεγμένες πληροφορίες με τη χρήση της συνέντευξης.

### **Γ' Φάση**

Σκοπός της Γ' Φάσης (Δεκέμβριος 2001 – Φεβρουάριος 2002) ήταν η διερεύνηση των χαρακτηριστικών της καθιέρωσης της ταυτότητας του κάθε ξενώνα.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η συνέντευξη και η συμμετοχική παρατήρηση. Οι επισκέψεις στους ξενώνες γίνονταν μία φορά την εβδομάδα κατά την πρωινή βάρδια, από τις 09.00 π.μ. – 14.00 μ.μ., μετά από συνεννόηση με τα μέλη των ομάδων. Με τη χρήση της συνέντευξης και της συμμετοχικής παρατήρησης θέλαμε να συλλέξουμε πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο της ομαδικότητας των φροντιστών, τη λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων, το επίπεδο της ικανοποίησης από το θεραπευτικό έργο, τα εκφραζόμενα συναισθήματα προς τους ασθενείς, το επίπεδο αυτονομίας και ανεξαρτητοποίησης της κάθε δομής από το ψυχιατρείο, τις σχέσεις των φροντιστών μεταξύ τους, τα εκφραζόμενα συναισθήματα και τις στάσεις των φροντιστών απέναντι στους ασθενείς, την ύπαρξη της συλλογικής ικανοποίησης από το παρεχόμενο θεραπευτικό έργο, την πιθανή αναθεώρηση των θεραπευτικών στόχων και τέλος, τις απόψεις τους σχετικά με την αναγκαιότητα της λειτουργίας εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το προσωπικό.

### **Αποτελέσματα**

Σύμφωνα με την ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής, θα παρουσιάσουμε τους παράγοντες διαμόρφωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος των Ξενώνων μέσα από την εξελικτική πορεία της οργάνωσης του κάθε Ξενώνα, ξεχωριστά και στις τρεις φάσεις. Συγκεκριμένα:

#### **Ξενώνας Α'**

**Αναφορικά με τις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας μεταξύ τους στην Α' Φάση**, διαπιστώθηκαν έντονες συγκρούσεις και διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη του επιστημονικού και του νοσηλευτικού προσωπικού/φροντιστών με έντονα στοιχεία αντίστασης και δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς στο θεραπευτικό περιβάλλον από το επιστημονικό προσωπικό απέναντι τους. Η Τ.Ε, νοσηλεύτρια, χαρακτήριζε το επιστημονικό προσωπικό ως «απόμακρο» και παραπονούνταν συχνά ότι: «όλοι βοηθούν στις βάρδιες του προγράμματος, γιατί όχι και η κοινωνική λειτουργός και η εργοθεραπεύτρια». Το γεγονός αυτό δεν άργησε να οδηγήσει σε κάποιες συγκρούσεις ως προς τα επαγγελματικά καθήκοντα των μελών (π.χ. βάρδιες, ωράρια λειτουργίας, επαγγελματικά όρια) και στη δύσκαμπτη συνεργασία των μελών των δύο υπο-ομάδων, οι οποίες κάποιες φορές χαρακτηρίζονταν από λανθάνουσα επιθετική διάθεση, όπως π.χ. η επιθετική κίνηση της κοινωνικής λειτουργού να «πετάξει» κυριολεκτικά τα χρήματα ενός ασθενούς ενώπιον της Τ.Ε. νοσηλεύτριας).

**Στη Β' φάση**, διαπιστώθηκαν τάσεις διαχωρισμού των μελών του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού/φροντιστών με βάση τον επαγγελματικό τους ρόλο.



Έτσι, οι φροντιστές άρχισαν να ομαδοποιούνται ανάλογα με τη συγκεκριμένη υποομάδα, στην οποία ανήκαν. Οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών μειώθηκαν, καθώς «μετατέθηκαν» στο εξωτερικό περιβάλλον και συγκεκριμένα στην ερευνητική ομάδα. Όλοι οι φροντιστές αρνούσαν να συνεχίσουν να συμμετάσχουν στην ερευνητική διαδικασία, υποκινούμενοι από το επιστημονικό προσωπικό, επειδή φοβούνταν ότι «...τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής για τον συγκεκριμένο Ξενώνα θα κοινοποιούνταν στο αρμόδιο υπουργείο Υγείας και ίσως έχαναν τη δουλειά τους...»

**Αναφορικά με τις σχέσεις των μελών** στις υπο – ομάδες (επιστημονικό, νοσηλευτικό/φροντιστές, βοηθητικό προσωπικό αντίστοιχα), διαπιστώθηκε ότι και στις τρεις φάσεις, τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού είχαν αναπτύξει πολύ καλές σχέσεις συνεργασίας και διατηρούσαν έναν μεγάλο βαθμό συσπείρωσης. Επίσης, χαρακτηρίστηκαν από μια ιδιαίτερη ευελιξία, ως προς τη λήψη αποφάσεων για την οργάνωση του θεραπευτικού έργου και ως προς τον συντονισμό των κινήσεων τους. Αντίθετα, τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού δεν είχαν πετύχει έναν σημαντικό βαθμό συσπείρωσης και χαρακτηρίστηκαν από στοιχεία διάσπασης (δυάδα και μονάδα). Και στις τρεις φάσεις, το επιστημονικό προσωπικό παρουσίαζε έντονη διάσπαση ανάμεσα στα μέλη και γι' αυτό χαρακτηρίστηκε απ' όλους τους φροντιστές ως μια αποκλειόμενη και απομονώσιμη υπο – ομάδα. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι και στις τρεις φάσεις η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Α', παρόλο που υπήρχε ιεραρχία δεν είχε πετύχει ένα σημαντικό βαθμό συσπείρωσης των μελών.

Σχετικά με τον **ορισμό εσωτερικού και εξωτερικού επόπτη της δομής** δεν υπήρχε καθορισμένος εσωτερικός και εξωτερικός επόπτης από το Γενικό Νοσοκομείο της περιοχής. Από όλο το προσωπικό του ξενώνα μόνο η προϊσταμένη-νοσηλεύτρια άρχισε να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και την υπευθυνότητα λειτουργίας του Ξενώνα, λόγω της δυναμικής και ισχυρής προσωπικότητάς της. Έτσι, στην ομάδα του προσωπικού ηγούνταν η προϊσταμένη – νοσηλεύτρια. Η ίδια μάλιστα ακολούθησε μια αυστηρή πολιτική ως προς την οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος, όπου κάθε κίνηση ή δραστηριότητα «περνούσε» από τη δική της κριτική στάση (π.χ. παρατηρούσε, επόπτευε ασθενείς και προσωπικό, κατέγραφε τις παρατηρήσεις της, έκανε επισημάνσεις).

**Σχετικά με τη λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων από την πλευρά των φροντιστών**, διαπιστώθηκε ότι στην Α' φάση τα μέλη της επιστημονικής ομάδας αδυνατούσαν να κάνουν χρήση του επαγγελματικού τους ρόλου, ενώ αντίθετα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας είχαν πετύχει ένα μεγάλο βαθμό ταύτισης με τον επαγγελματικό τους ρόλο. Κατά τη διάρκεια της Β' Φάσης διαπιστώθηκε μία προσπάθεια επανακαθορισμού και επαναπροσδιορισμού των αρμοδιοτήτων όλου του προσωπικού, με άσκηση αυστηρής πολιτικής από την προϊσταμένη-νοσηλεύτρια, καθώς οι ανάγκες και οι απαιτήσεις του θεραπευτικού έργου αυξάνονταν συνεχώς. Στην **Γ' Φάση** οι απόψεις των μελών του θεραπευτικού προσωπικού διαφοροποιούνταν σημαντικά ως προς τη χρήση και τη λειτουργία του επαγγελματικού τους ρόλου

στο θεραπευτικό έργο. Ειδικότερα, τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας διατηρούσαν μια αισιόδοξη άποψη σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ρόλου τους στο θεραπευτικό έργο, ενώ τα μέλη της επιστημονικής ομάδας είχαν μια αρνητική άποψη για την αποτελεσματικότητα των επαγγελματικών τους ρόλων, με την αιτιολογία ότι η δουλειά τους είναι «... δουλειά λάντζας ...» και οι ρόλοι τους στον ξενώνα δεν αντιπροσωπεύουν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα.

Σχετικά με τις **σχέσεις των φροντιστών με τους φιλοξενούμενους – ασθενείς** του ξενώνα, διαπιστώθηκε ότι και στις τρεις φάσεις της παρούσας μελέτης, το νοσηλευτικό προσωπικό διατηρούσε μια στάση αποδοχής προς τους ασθενείς – φιλοξενούμενους, ενώ τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού διατηρούσαν μια απόμακρη τάση (δεν διέθεταν αρκετό χρόνο για τους ασθενείς) με πολλά στοιχεία απόρριψης και φοβικής συμπεριφοράς προς τους ασθενείς (π.χ. μιλούσαν απότομα και επιτακτικά στους ασθενείς). Παράλληλα, τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, ειδικότερα η κοινωνική λειτουργός και η εργοθεραπεύτρια (δυάδα) έκαναν λόγο για σωματικά συμπτώματα, ως ένδειξη της φοβικής συμπεριφοράς προς τους ασθενείς (π.χ. *σφίξιμο στο στομάχι*). Μάλιστα κατά τη διάρκεια της Β' Φάσης, κάποια από τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού εκδήλωσαν φοβικές τάσεις προς τους ασθενείς, κάνοντας λόγο για την «επικινδυνότητα» των ψυχικά ασθενών. Οι ομάδες δραστηριοτήτων (θεραπευτικό πρόγραμμα του ξενώνα) με τους ασθενείς ξεκίνησαν στη Β' Φάση και χαρακτηρίστηκαν από έντονα *στοιχεία άναρχης δόμησης* όπως π.χ. τη μη πιστή εφαρμογή του ωραρίου, την έλλειψη σαφούς περιεχομένου και στόχων των ομαδικών συνεδριών χωρίς σταθερό συντονιστή, την αδυναμία τοποθέτησης κοινών ορίων της συμπεριφοράς προς τους ασθενείς. Αποτέλεσμα ήταν η *εμφάνιση στοιχείων ασυλκής συμπεριφοράς των ασθενών* (π.χ. βίαιη συμπεριφορά, τριγυρνούσαν άσκοπα στους δρόμους της πόλης κ.α.), γεγονός το οποίο τροφοδοτούσε την εκδήλωση απορριπτικής στάσης των μελών της επιστημονικής ομάδας προς αυτούς. Κατά τη διάρκεια της Β' και της Γ' φάσης, οι ομάδες θεραπείας και οι ομάδες δραστηριοτήτων χαρακτηρίστηκαν από την παρουσία ενός σταθερού συντονιστή (ψυχολόγος), γεγονός το οποίο απέδωσε μια συγκεκριμένη τυπική μορφή στις ομάδες, όμως εξακολουθούσαν να υπάρχουν οι ασαφείς στόχοι και το ασαφές περιεχόμενο.

**Τα συναισθήματα των φροντιστών** τα οποία εκδηλώθηκαν κατά την πορεία εξέλιξης του θεραπευτικού περιβάλλοντος, αξίζει να σημειώσουμε ότι αρχικά (Α' φάση) ήταν το άγχος και η ανασφάλεια, τα οποία σχετίζονταν με την πορεία του θεραπευτικού έργου. Στη συνέχεια (Β' φάση), διαπιστώθηκε η *αρνητική έκφραση συναισθημάτων* και μεταξύ των μελών και προς τους ασθενείς. Στη Γ' φάση, διαπιστώθηκε μια *σχετική ύφεση των αρνητικών συναισθημάτων*.

Ολοκληρώνοντας να επισημάνουμε ότι το στοιχείο εκείνο που διαφοροποίησε το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α' κατά τη διάρκεια της Γ' φάσης, σε σχέση με τις Α' και Β', ήταν η από κοινού τάση και διάθεση του θεραπευτικού προσωπικού να

**απο – εξαρτηθεί** από τις βοηθητικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις της διοίκησης του Ψυχιατρείου (*Αποκέντρωση Δομής*), γεγονός το οποίο δεν κατάφερε να πραγματοποιήσει.

### **Ξενώνας Β'**

Αναφορικά με την **ανάπτυξη των σχέσεων των φροντιστών** της ομάδας προσωπικού του ξενώνα Β', διαπιστώθηκε από την **Α' φάση** μια αξιοσημείωτη και αποτελεσματική προσπάθεια συσπείρωσης και σύγκλισης μεταξύ τους, τόσο στα πλαίσια των υπό – ομάδων τους (επιστημονικό – νοσηλευτικό – βοηθητικό προσωπικό) όσο και στο πλαίσιο όλης της θεραπευτικής ομάδας. Παρ' όλο που τα μέλη διέθεταν μια ιδιαίτερη ευελιξία ως προς τη συνεργασία τους, εντούτοις κατά τη διάρκεια της **Β' φάσης**, διαπιστώθηκαν στοιχεία δυσαρέσκειας από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, για το λόγο ότι η επιστημονική ομάδα δεν είχε εμπιστοσύνη προς τους νοσηλευτές («...όλο παρεμβαίνουν στο έργο μας...»), («...μας φέρονται σαν να είμαστε ανίκανες...»). Όμως οι μικρές διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ξεπεράστηκαν με τη βοήθεια του καθορισμού του εσωτερικού επόπτη (ψυχολόγος του Ξενώνα) και του εξωτερικού επόπτη της δομής (ψυχίατρος) από το Γενικό Νοσοκομείο. Ο ορισμός του ψυχολόγου ως εσωτερικού επόπτη του ξενώνα καθορίστηκε σύμφωνα με τα επιστημονικά του προσόντα. Ο ίδιος, ως συντονιστής της θεραπευτικής ομάδας επιδόθηκε σ' έναν ευέλικτο συντονισμό ως προς τη διαχείριση των προβλημάτων. Επίσης, φαίνεται να είχε ικανότητες ως προς την άμεση λήψη αποφάσεων και την ανάπτυξη πρωτοβουλιών (**Γ' φάση**). Με την ιδιαίτερα επιβλητική παρουσία του, ο ψυχολόγος κατάφερε να διαμορφώσει και να διατηρήσει ένα αυστηρά οργανωμένο θεραπευτικό περιβάλλον, όπου όλες οι αποφάσεις λαμβάνονταν με την δική του συγκατάθεση. Αξίζει εδώ να επισημάνουμε ότι σύμφωνα με την *ιεραρχική οργάνωση του προσωπικού του ξενώνα*, ο ψυχολόγος ηγούνταν της θεραπευτικής ομάδας.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο ήταν ο **άμεσος αυτο – προσδιορισμός των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με βάση τους επαγγελματικούς τους ρόλους**. Σ' αυτό φαίνεται να συνέβαλε κυρίως η ικανότητα του εσωτερικού επόπτη να βοηθήσει στη συσπείρωση της ομάδας. Το γεγονός αυτό, οδήγησε τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού να κάνουν χρήση του επαγγελματικού και του πολυδιάστατου ρόλου και να τρέφουν θετικές προσδοκίες ως προς την απόδοση του ρόλου τους στο θεραπευτικό έργο. Συγκεκριμένα, ο ίδιος καθιέρωσε τις τακτές συναντήσεις του προσωπικού μία φορά ανά εβδομάδα, όπου εκεί τα μέλη είχαν την ευκαιρία να προβάλουν και να επιλύσουν τα προβλήματα τόσο για τις σχέσεις μεταξύ τους όσο και με τους ασθενείς. Επίσης, ενθάρρυνε τα μέλη να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες στο πλαίσιο των επαγγελματικών καθηκόντων τους (π.χ. η ΔΕ νοσηλεύτρια έδειχνε στους ασθενείς το στρώσιμο του κρεβατιού, τον τρόπο προετοιμασίας των γευμάτων) και προωθούσε τα μέλη να συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον, κυρίως όταν αποου-



οσίαζε κάποιος από τα μέλη ή όταν κάποιος ασθενής εξέφραζε ενδιαφέρον και πρόταση να κουβεντιάσει με κάποιο μέλος του προσωπικού που δεν ανήκε στην επιστημονική ομάδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο τέλος της Β' Φάσης και μετά από αίτημα του ψυχολόγου (εσωτερικός επόπτης) της δομής προς τον εξωτερικό επόπτη, υλοποιήθηκε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για ένα (1) μήνα στο χώρο εργασίας του προσωπικού (Ξενώνας). Μετά την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, η θεραπευτική ομάδα επανήλθε στα αρχικά όρια της συσπείρωσης της, λειτουργώντας ως ένα «ενιαίο όλο».

**Αναφορικά με τις σχέσεις που αναπτύχθηκαν ανάμεσα στους φροντιστές και τους ασθενείς του ξενώνα**, διαπιστώθηκε ότι κατά την Α' φάση και τη Β' φάση το επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε *θετικές στάσεις* προς τους ασθενείς. Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό διατηρούσε πιο απόμακρες και φοβικές στάσεις. Στη Γ' Φάση και μετά την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, διαπιστώθηκαν *θετικότερες στάσεις* κυρίως από την ομάδα των νοσηλευτριών προς τους ασθενείς. Ενδεικτική είναι η αύξηση του καθημερινού διαθέσιμου χρόνου εργασίας όχι μόνο των νοσηλευτριών αλλά και των μελών του επιστημονικού προσωπικού με τους ασθενείς.

**Σχετικά με τη λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος**, αξίζει να σημειωθεί ότι από την Α' φάση, ακολουθήθηκε η πιστή εφαρμογή λειτουργίας ομάδων θεραπείας και ομάδων δραστηριοτήτων με τους ασθενείς. Οι ομάδες είχαν σαφές περιεχόμενο και στόχο και οι ασθενείς εκδήλωναν κοινωνικά αποδεκτές μορφές συμπεριφοράς. Από τα τέλη της Β' φάσης και κατά τη διάρκεια της Γ' φάσης, διαπιστώθηκε η διάθεση των φροντιστών να συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες με τους ασθενείς (όπως π.χ. από κοινού περίπατος στην πόλη, μαζί για τα ψώνια και τις αγορές, γευμάτιζαν μαζί, έπιναν καφέ στην πόλη, κ.ά.).

Ολοκληρώνοντας, να επισημάνουμε ότι όπως και στον ξενώνα Α', κατά τη διάρκεια της Γ' φάσης, διαπιστώθηκε μια κοινή τάση και διάθεση του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Β' να «απο – εξαρτηθεί» από τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του Ψυχιατρείου και να λειτουργεί ο Ξενώνας ως μία αυτόνομη δομή.

### **Ξενώνας Γ'**

Το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα Γ' χαρακτηρίστηκε **από πολύ καλές (θετικές) σχέσεις συνεργασίας** ανάμεσα στα μέλη. Κατά τη διάρκεια και των τριών φάσεων της παρούσας μελέτης, τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης στον ξενώνα αυτόν, χαρακτηρίστηκαν από τη μεγάλη ευχέρεια και ευελιξία στη διαμόρφωση σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ τους και συμπληρωματικότητας των ρόλων τους.

Επίσης, διαπιστώθηκε ένα αρκετά καλά οργανωμένο θεραπευτικό περιβάλλον, κατά τα πρότυπα οργάνωσης του ψυχιατρικού νοσοκομείου και οι φροντιστές διατηρούσαν σχέσεις εξάρτησης από αυτό.

**Οι σχέσεις των μελών μεταξύ τους και ως υπό – ομάδες (επιστημονικό –**

**νοσηλευτικό προσωπικό**), ήταν πολύ καλές, παρ' όλο που δεν είχαν συχνή επαφή και επικοινωνία μεταξύ τους καθημερινά (ο ψυχολόγος και η κοινωνική λειτουργός επισκέπτονταν τον ξενώνα μόνο δύο φορές την εβδομάδα). Το επιστημονικό προσωπικό, αν και δεν αποτελούσαν ουσιαστικά μέλη μιας υπο-ομάδας του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα καθώς εργάζονταν στο ψυχιατρείο, δεν εκδήλωναν αρνητικές στάσεις προς τους ασθενείς πιθανά λόγω των λίγων εβδομαδιαίων ωρών που διέθεταν στον ξενώνα και γιατί πίστευαν ότι οι ασθενείς του ξενώνα ήταν περισσότερο λειτουργικοί από εκείνους στο ψυχιατρείο.

**Η ιεραρχική οργάνωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας** αναπτύχθηκε και αυτή κατά τα πρότυπα της ιεραρχικής οργάνωσης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, με την προϊσταμένη-νοσηλεύτρια να ηγείται της θεραπευτικής ομάδας. Μάλιστα, ορίστηκε και ως εσωτερικός επόπτης της δομής από το ψυχιατρείο και η επιλογή της έγινε κυρίως γιατί η ομάδα των νοσηλευτριών αποτελούσε το κυρίαρχο ανθρώπινο εργασιακό δυναμικό του ξενώνα. Εξωτερικός επόπτης της δομής δεν ορίστηκε.

**Αναφορικά με τις σχέσεις των φροντιστών με τους ασθενείς** διαπιστώθηκε ότι κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό είχε καλές σχέσεις με τους ασθενείς. Αντίθετα, το επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε πιο τυπικές σχέσεις μαζί τους.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα των ομάδων θεραπείας και δραστηριοτήτων λειτουργούσε με μεγάλη συνέπεια, ενώ ακολουθούνταν κοινά όρια συμπεριφοράς απ' όλους τους φροντιστές απέναντι στους ασθενείς.

Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι ενώ οι σχέσεις μεταξύ φροντιστών και ασθενών χαρακτηρίστηκαν ως πολύ καλές, εντούτοις τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού βίωναν συναισθήματα ματαίωσης ως προς την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης και διατηρούσαν επιφυλάξεις ως προς την πορεία των ασθενών στην αποκατάσταση π.χ. (*«δίνουμε τα πάντα στους ασθενείς μας, αλλά δεν ξέρουμε ακόμα αν πράττουμε σωστά ή λάθος»*).

Ολοκληρώνοντας, εκείνο που πρέπει να επισημάνουμε είναι ότι δεν διαπιστώθηκε καμία τάση των μελών του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα για απο-εξάρτηση ή αυτονόμηση (αποκέντρωση) της δομής.

### **Ξενώνας Δ'**

Στον Ξενώνα Δ', κατά την Α' και Β' φάση, η θεραπευτική ομάδα είχε αναπτύξει καλές σχέσεις συνεργασίας και εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της, με σημαντικά στοιχεία συσπείρωσης. **Η ιεραρχική οργάνωση** των μελών της θεραπευτικής ομάδας αναπτύχθηκε και αυτή κατά τα πρότυπα της ιεραρχικής οργάνωσης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, με την προϊσταμένη-νοσηλεύτρια να ηγείται της θεραπευτικής ομάδας. Μάλιστα, ορίστηκε και ως εσωτερικός επόπτης της δομής από το Ψυχιατρείο γιατί η ομάδα των νοσηλευτριών αποτελούσε το κυρίαρχο ανθρώπινο εργασιακό δυναμικό του ξενώνα. Εξωτερικός επόπτης της δομής δεν είχε οριστεί.

Η άσκηση συμμορφωτικής πίεσης στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας από τη

διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου, προκειμένου να εργαστούν παράλληλα και στις δύο δομές (Κέντρο Ημέρας και ξενώνα Δ'), προκάλεσε **έντονα στοιχεία διάσπασης της ομάδας ως προς την εκτέλεση του θεραπευτικού έργου στον ξενώνα**. Αυτό συνέβη γιατί τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας κυρίως υποχρεώθηκαν να παρέχουν θεραπευτικό έργο και στις δύο δομές ταυτόχρονα και αυτό προκάλεσε συναισθήματα δυσφορίας και αποστροφής προς τους ασθενείς του Ξενώνα. Αξιοσημείωτη ήταν η έκφραση αδυναμίας της ομάδας να διατηρήσει τις ισορροπίες της, καθώς ισχυρίζονταν ότι *«...αδυνατούσαν να προσφέρουν διαφορετικού είδους θεραπευτικό έργο παράλληλα σε δυο διαφορετικές δομές αποκατάστασης...»*.

Η Τ.Ε νοσηλεύτρια, ως προϊσταμένη του ξενώνα Δ' και ως εσωτερική επόπτρια της θεραπευτικής ομάδας εξέφραζε την αδυναμία της να διατηρήσει την ισορροπία των μελών της θεραπευτικής ομάδας, καθώς όπως έλεγε *«περπατούσαν σε τεντωμένο σκοινί»*. Μάλιστα έκανε λόγο για συναισθήματα δυσφορίας και αποστροφής και χαρακτήριζε τον εαυτό της ως *«ανήμπορο»* να τα καταφέρει. Μάλιστα, το νοσηλευτικό προσωπικό εξέφραζε την ανάγκη του *«...να εργάζεται πλέον σ' ένα θεραπευτικό περιβάλλον το οποίο δεν θα θύμιζε σε τίποτε το ψυχιατρείο...»*.

Το επιστημονικό προσωπικό (ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια) αν και δεν αποτελούσαν ουσιαστικά μέλη μιας υπο-ομάδας του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα, καθώς εργάζονταν στο ψυχιατρείο, δεν εκδήλωναν αρνητικές στάσεις προς τους ασθενείς πιθανά λόγω των λίγων εβδομαδιαίων ωρών που διέθεταν στον ξενώνα και γιατί πίστευαν ότι οι ασθενείς του ξενώνα ήταν περισσότερο λειτουργικοί από εκείνους στο ψυχιατρείο.

Οι ασθενείς εμφάνισαν έντονη αρνητική συμπεριφορά με στοιχεία μόνωσης και αρνούσαν να συμμετέχουν στις ομάδες δραστηριοτήτων. Στη Γ' φάση διαπιστώθηκε για τη συμμετοχή τους σε ομαδικές θεραπευτικές δραστηριότητες μία σημαντική μείωση των αντιστάσεων και των αρνήσεων των ασθενών. Το γεγονός αυτό συνέπεσε με την ταυτόχρονη μείωση των αντιστάσεων των φροντιστών σχετικά με την παράλληλη εργασία τους και στις δύο δομές ταυτόχρονα καθώς συμμορφώθηκαν στις επιταγές του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου.

Ολοκληρώνοντας, αξίζει να σημειώσουμε ότι κατά τη διάρκεια της Γ' φάσης, το θεραπευτικό προσωπικό προσπάθησε να διαφοροποιήσει το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα, από εκείνο του Κέντρου Ημέρας. Το γεγονός αυτό βοήθησε στον επανακαθορισμό της λειτουργίας των θεραπευτικών ρόλων, με σκοπό την καλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών στόχων για την κάθε δομή ξεχωριστά. Παράλληλα, οι φροντιστές έκριναν απαραίτητη την ενίσχυση του θεραπευτικού ρόλου με την υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Οι σχέσεις εξάρτησης που διατηρούνταν ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και της διοίκησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, δε διευκόλυναν την εκδήλωση τάσεων αυτονομίας του Ξενώνα.



## Συζήτηση

Η **στατικότητα** στο θεραπευτικό περιβάλλον του **Ξενώνα Α'**, η δυσλειτουργία και η δυσκαμψία, ως προς τον τρόπο οργάνωσης των μελών της θεραπευτικής ομάδας δυσκόλεψαν τους φροντιστές να αναλάβουν συγκεκριμένες υπευθυνότητες και αρμοδιότητες ως προς την οργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος του Ξενώνα, με βάση τις ανάγκες των φιλοξενούμενων ασθενών (Μαδιανός 1994).

Η απουσία καθορισμένου εσωτερικού και εξωτερικού επόπτη της δομής από το Γενικό Νοσοκομείο, τα προβλήματα στις σχέσεις των μελών του προσωπικού και η «άναρχη» οργάνωση του προσωπικού, η απουσία μιας συλλογικής προσπάθειας του προσωπικού για το θεραπευτικό σχεδιασμό και η αδυναμία χρήσης των ξεκάθαρων επαγγελματικών και των συμπληρωματικών ρόλων, οδήγησαν σε αναπόφευκτα προβλήματα ως προς τη λειτουργία του προγράμματος του Ξενώνα και ως προς την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων της αποκατάστασης (Katz & Kirkland 1990). Η τήρηση της απόστασης από πλευράς των φροντιστών και ειδικότερα από την επιστημονική ομάδα προς τους ασθενείς (Herzog 1998), (Cottle & συν. 1995), (Kuipers & Moore 1995), (Stark & συν. 1992), οδήγησαν στην εκδήλωση αρνητικών στάσεων και συναισθημάτων, καθώς και στην εμφάνιση αρνητικής συμπεριφοράς από πλευράς των φροντιστών προς τους ασθενείς (κριτικά σχόλια, λανθασμένες αυθαίρετες εκτιμήσεις για τους ασθενείς, αμυντική συμπεριφορά – αντίσταση) (Van Humbeek και Van Audenhove 2003), (Van Humbeek και συν. 2002), (Oliver και Kuiper 1996), (Finemman και συν.1996), (Snyder και συν.1994), (Moore και συν.1992), (Ball και συν. 1992). Η μη πιστή εφαρμογή των θεραπευτικών δραστηριοτήτων το περιεχόμενο των οποίων ήταν αδιάφορο για τους ασθενείς οδήγησαν στην εκδήλωση μη αποδεκτών μορφών συμπεριφοράς από την πλευρά των ασθενών, (Van Humbeek και συν. 2001), (Barrowclough και συν. 2001), (Wearden και συν. 2000), (Tattan και Tarrier 2000), (Weigel και Collins 2000), (Butzlaff και Hooley 1998), (Watson & συν.1980). Είναι γεγονός ότι η εκδήλωση αντιστάσεων και αρνητικής συμπεριφοράς του προσωπικού προς τους ασθενείς μπορεί να σχετίζεται με την πιθανή βίωση συναισθημάτων εισβολής από το ίδιο το προσωπικό (Hochmann 2003).

Αντίθετα, η **λειτουργικότητα** του θεραπευτικού περιβάλλοντος του **Ξενώνα Β'** χαρακτήρισε τη θεραπευτική ομάδα ευέλικτη και πιο έτοιμη στις νέες ανάγκες που προκαλούνταν στο περιβάλλον του ξενώνα. Η κοινωνική επάρκεια του περιβάλλοντος του ξενώνα, αναδείχθηκε με βάση τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

i. Τον έγκαιρο καθορισμό του εσωτερικού και του εξωτερικού επόπτη της δομής με βάση τα επιστημονικά προσόντα που συνέβαλε στην τήρηση της ιεραρχίας, ii. τις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού και iii. τη θετική αλληλεπίδραση ανάμεσα στους φροντιστές και τους ασθενείς. Όλα τα παραπάνω συνέβαλαν στη διατήρηση καλών σχέσεων συνεργασίας μεταξύ των μελών του προσωπικού, στην ανάπτυξη των θεραπευτικών στόχων και στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού

έργου (purposive system thinking) (Δαμίγος 2003), (Foster και Roberts 1998), (Rushton & Nathan 1996), (Hinshelwood 1989), (Adair 1983).

Το θεραπευτικό περιβάλλον του Ξενώνα Β' διέθετε έναν καλά οργανωμένο θεραπευτικό σχεδιασμό με κύρια χαρακτηριστικά: i. την εξατομικευμένη θεραπευτική παρέμβαση και την πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος (Δαμίγος 2003), (Curtis & Hodge 1994) ii. την ενθάρρυνση των ασθενών για αυτονομία και προσωπική επιλογή (Δαμίγος 2003), (Lavender 1985), (Shepherd 1984) iii. τις θετικές προσδοκίες του προσωπικού για το θεραπευτικό αποτέλεσμα και τέλος iv. τις κοινωνικά αποδεκτές μορφές συμπεριφοράς των ασθενών (Van Humbeek και συν. 2001), (Mc Carthy & Nelson 1991), (Kruzich 1985), (Hull & Thompson 1981), (Betz 1969). Η παρουσία ενός ικανού εσωτερικού και εξωτερικού επόπτη της δομής, η ιεραρχική οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας, η λειτουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων και οι αυστηρά προκαθορισμένοι θεραπευτικοί στόχοι φαίνεται ότι αποτέλεσαν θετικούς παράγοντες στη λειτουργία του Ξενώνα.

**Η παραδοσιακή μορφή οργάνωσης** του θεραπευτικού περιβάλλοντος των **Ξενώνων Γ' και Δ'** σύμφωνα με τα πρότυπα διοίκησης του Ψυχιατρείου, οφειλόταν στις σχέσεις εξάρτησης που είχαν αναπτύξει τα μέλη των θεραπευτικών ομάδων των δύο παραπάνω Ξενώνων με το ψυχιατρείο, καθώς για πολλά χρόνια πριν εργάζονταν σ' αυτό.

Οι παγιωμένες αντιλήψεις των φροντιστών για τη χρόνια ψυχική νόσο, η «νοοτροπία του ψυχιατρείου», οι συνεχείς παρεμβάσεις της διοίκησης του ψυχιατρείου στην οργάνωση της δομής και η απουσία μιας ουσιαστικής εξωτερικής εποπτείας της δομής, η τήρηση της ιεραρχίας κατά τα πρότυπα του ψυχιατρείου, δεν οδήγησαν τη θεραπευτική ομάδα του Ξενώνα Γ' στην ουσιαστική προώθηση του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης των ασθενών. Έτσι, τα μέλη δεν προέβησαν σε θεραπευτικές τεχνικές και μεθόδους αποκατάστασης των ασθενών και σε ουσιαστικές αλλαγές στο θεραπευτικό περιβάλλον του Ξενώνα, του οποίου η οργάνωση θύμιζε εκείνη του ψυχιατρείου (Δαμίγος 2003), (Astrachan και συν. 1970).

Από την άλλη πλευρά, η θεραπευτική ομάδα του Ξενώνα Δ' παρουσίασε στοιχεία αδράνειας, παθητικότητας και έλλειψης πρωτοβουλιών των φροντιστών στο θεραπευτικό έργο αποκατάστασης. Οι επιπρόσθετοι λόγοι που συνέβαλαν στην εμφάνιση της παραπάνω κατάστασης είναι: i. η άσκηση πιέσεων από το ψυχιατρικό νοσοκομείο προς το θεραπευτικό προσωπικό να εργάζεται ταυτόχρονα και στις δύο δομές (ξενώνας Δ' και Κέντρο Ημέρας) και ii. η ανάγκη των μελών του θεραπευτικού προσωπικού να εργαστούν σε χώρο που δε θυμίζει το ψυχιατρικό άσυλο. Μία τέτοια αρνητική στάση κυρίως των μελών του προσωπικού του Ξενώνα Δ' πιθανόν να εκφράζει κάποια βιωμένα στο παρελθόν συναισθήματα εισβολής, προκαλούμενα από τη συχνή επαφή των φροντιστών με τους χρόνιους ασθενείς (Searles 2003), (Hochmann 2003).

## Συμπεράσματα

Η ουσιαστική λειτουργία της εξωτερικής εποπτείας, ο έγκαιρος καθορισμός του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας και η λειτουργία των ομαδικών συναντήσεων του προσωπικού, σε ξενώνες με επαγγελματικά άπειρο προσωπικό, ακόμα και αν δεν έχει επιτευχθεί η λειτουργία της συμπληρωματικότητας των ρόλων των επαγγελματιών (Ξενώνας Β'), μπορούν να συμβάλλουν στη θετική προσαρμογή των ασθενών στο νέο θεραπευτικό περιβάλλον. Αντίθετα, σε ξενώνες όπου υπάρχουν χαμηλά επίπεδα οργάνωσης, χωρίς τον καθορισμό ενός εσωτερικού επόπτη από το φορέα υλοποίησης και όταν η θεραπευτική ομάδα δεν είναι συσπειρωμένη ούτε υπάρχει μία σαφής ταύτιση με τον επαγγελματικό ρόλο και σαφής λειτουργία της συμπληρωματικότητας των ρόλων των επαγγελματιών (Ξενώνας Α'), τότε οι επαγγελματίες αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις επαγγελματικές υποχρεώσεις τους και αρχίζουν να αναπτύσσονται στοιχεία ιδρυματισμού από την πλευρά των ασθενών.

Παράλληλα, ο έγκαιρος καθορισμός του εσωτερικού και του εξωτερικού επόπτη της δομής από το φορέα υλοποίησης προγραμμάτων αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών (Ψυχιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο), σύμφωνα με τα επιστημονικά και τα οργανωτικά του προσόντα, όχι μόνο για τους νεοσύστατους ξενώνες με άπειρο θεραπευτικό προσωπικό (Ξενώνας Β') αλλά και για εκείνους τους ξενώνες, όπου εργάζονται έμπειροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Ξενώνας Γ', Ξενώνας Δ') συμβάλλει ουσιαστικά στον καθορισμό της ιεραρχικής οργάνωσης της δομής, στη συσπείρωση των μελών της ομάδας και οδηγεί σε καλύτερες σχέσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού και με τους ασθενείς. Ωστόσο, εδώ πρέπει να τονιστεί ότι ο καθορισμός της εσωτερικής και της εξωτερικής εποπτείας του προσωπικού ενός ξενώνα θα πρέπει να γίνεται με βάση τα επιστημονικά κριτήρια και τις οργανωτικές ικανότητες αυτών που θα επιλεγούν (Ξενώνας Β') και όχι με βάση τις παραδοσιακές τακτικές οργάνωσης των ψυχιατρικών ασύλων ή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Ξενώνας Γ', και Δ'). Μία τέτοια κατάσταση μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση ή επαναφορά ιδρυματικών μορφών συμπεριφοράς τόσο στο προσωπικό όσο και στους ασθενείς.

Σχετικά με τις σχέσεις των μελών του προσωπικού διαπιστώθηκε ότι σε στεγαστικές δομές με έμπειρο επαγγελματικά θεραπευτικό προσωπικό, όσο πιο πολύ γνωρίζονται τα μέλη μεταξύ τους (κοινή επαγγελματική πορεία) τόσο πιο θετικές αναπτύσσονται οι μεταξύ τους σχέσεις (Ξενώνες Γ' και Δ'), σε αντίθεση με δομές όπου εργάζεται άπειρο προσωπικό χωρίς κοινή επαγγελματική πορεία (Ξενώνες Α' και Β'). Βέβαια, όλα τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, έμπειροι ή άπειροι επαγγελματίες, έχουν την τάση να ανήκουν σε μια υπο – ομάδα, γεγονός το οποίο βοηθά στον επαγγελματικό αυτο – προσδιορισμό ως προς τα καθήκοντα του ρόλου τους και συντελεί στην αίσθηση μιας σχετικής «ασφάλειας» που διαθέτει το αντίστοιχο σύστημα της υπο – ομάδας όπου ανήκουν.



Επιπλέον, τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού σε ξενώνα με άπειρους επαγγελματίες (Ξενώνας Α' και Β') συνήθως δυσκολεύονται να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, σχετικά με το παρεχόμενο θεραπευτικό έργο των τελευταίων, γιατί πιθανά η αποδοτικότητα του ρόλου κρίνεται με βάση τα ακαδημαϊκά προσόντα και τη συνάφεια του θεραπευτικού έργου με το αντικείμενο των σπουδών (π.χ. θεραπευτές: κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι) που κατέχουν οι δύο υπο-ομάδες. Έτσι, το επιστημονικό προσωπικό φαίνεται να διατηρεί επιφυλάξεις ως προς τη λειτουργία του θεραπευτικού και όχι του επαγγελματικού ρόλου των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού.

Παράλληλα, αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι το επιστημονικό προσωπικό γενικά, είτε είναι έμπειρο είτε είναι άπειρο επαγγελματικά, δε φαίνεται να διατηρεί μία αρκετά μεγάλη συσπείρωση ανάμεσα στα μέλη, γιατί πιθανά λειτουργούν περισσότερο αυτόνομα με βάση τον σαφή επαγγελματικό τους ρόλο.

Από την άλλη, το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να είναι μία πιο συσπειρωμένη υπο-ομάδα σε σχέση με τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, καθώς αποτελούν το μεγαλύτερο αριθμό μελών που απαρτίζει το προσωπικό των Ξενώνων και γιατί απασχολούνται τις περισσότερες ώρες της εβδομάδας μέσα στο περιβάλλον των ξενώνων και αυτό είναι ένα στοιχείο που χαρακτηρίζει και τους έμπειρους και τους άπειρους επαγγελματίες νοσηλευτές/φροντιστές.

**Η ταύτιση με τον επαγγελματικό (θεραπευτικό) ρόλο**, τόσο για το θεραπευτικό προσωπικό με επαγγελματική εμπειρία όσο και για το μη έμπειρο προσωπικό, φαίνεται ότι βρίσκεται σε σχέση με: i) τη σαφώς προσδιορισμένη παρουσία του επιστημονικά υπεύθυνου (εσωτερικού επόπτη) της θεραπευτικής ομάδας (Ξενώνας Β'). Ο ουσιαστικός και ξεκάθαρος ρόλος του φαίνεται να βοηθά τους φροντιστές στην υιοθέτηση σαφών επαγγελματικών ρόλων. ii) Τη λειτουργία των τακτών συναντήσεων της ομάδας προσωπικού (Ξενώνας Β'), iii) την επαγγελματική εμπειρία των μελών (Ξενώνας Γ' και Δ'), iv) την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ειδικά για τους μη έμπειρους φροντιστές (Ξενώνας Β').

**Σχετικά με τη λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων** αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι στις στεγαστικές δομές με **μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό**, η λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων επιτυγχάνεται μάλλον με δυσκολία, όταν επικρατούν οι παρακάτω συνθήκες: i) η μικρή συνοχή της ομάδας προσωπικού, ii) ο ασαφής, μη ξεκάθαρος ρόλος του επιστημονικά υπεύθυνου (εσωτερικού επόπτη) της θεραπευτικής ομάδας (Ξενώνας Α'), ii) η ελλιπής ή ανεπαρκής παρουσία της εξωτερικής εποπτείας, iii) η δυσκολία στο σαφή καθορισμό των επαγγελματικών ρόλων, iv) η μικρή επαγγελματική εμπειρία.

Αντίθετα, στις στεγαστικές δομές με **έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό**, η λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων φαίνεται ότι επιτυγχάνεται με βάση: i) τη σαφώς προσδιορισμένη και ουσιαστική λειτουργία της εσωτερικής εποπτείας της ομάδας καθώς και του ουσιαστικού ρόλου του εξωτερικού επόπτη της δομής, ii) την επαγ-

γελματική εμπειρία των μελών του προσωπικού, iii) τη συνοχή της ομάδας, εάν υπήρχε ένας σημαντικός βαθμός συνεργασίας και συσπείρωσης σε άλλου είδους τμήματα ή αποκαταστασιακές δομές (ξενώνας Γ' και Δ').

**Αναφορικά με τα εκφραζόμενα συναισθήματα των μελών του προσωπικού γενικά, η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων** διαπιστώθηκε ότι έχει σχέση με παράγοντες όπως: i) η απουσία ή η ανεπαρκής παρουσία της εποπτείας (εσωτερικής και εξωτερικής) (Ξενώνας Α' και Δ'), ii) τα χαμηλά επίπεδα συνοχής της θεραπευτικής ομάδας και οι κακές συνεργατικές σχέσεις (Ξενώνας Α'), iii) ο φόβος και το άγχος που προκαλούνται από τη διαρκή επαφή με την ψυχική νόσο στους νέους και μη έμπειρους φροντιστές (Ξενώνας Α' και Β'), iv) η απουσία προσωπικής επιλογής των φροντιστών να εργαστούν σε μια τέτοια δομή (Ξενώνας Δ'), v) οι πιέσεις που τυχόν δέχονται οι φροντιστές από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. ψυχιατρικό νοσοκομείο) (ξενώνας Γ' και Δ') και vi) η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Αντίθετα, δε διαπιστώθηκε να υπάρχει σημαντική σχέση στην έκφραση αρνητικών συναισθημάτων με i) την επαγγελματική εμπειρία ii) τη μεγάλη ηλικία των φροντιστών, iii) το φύλο, iv) τα ακαδημαϊκά προσόντα.

Επίσης, βρέθηκε ότι η έντονα αρνητική συναισθηματική φόρτιση τροφοδοτεί τη δυσκαμψία στις σχέσεις των μελών του προσωπικού μεταξύ τους και οδηγεί στην παρουσία αρνητικών στάσεων προς τους ασθενείς. Οι αρνητικές στάσεις των φροντιστών με τη σειρά τους, τροφοδοτούν την εκδήλωση της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών, γεγονός το οποίο ανατροφοδοτεί την εκδήλωση αρνητικών στάσεων εκ μέρους των μελών του προσωπικού και την έντονη συναισθηματική φόρτιση (Ξενώνας Α' και Δ'). Έτσι, οι φροντιστές παρουσιάζουν: i) δυσλειτουργία των θεραπευτικών τους ρόλων, ii) τάσεις απομάκρυνσης – αποστασιοποίησης από τους ασθενείς, iii) χαμηλές προσδοκίες ως προς την πορεία των ασθενών στην αποκατάσταση, iv) μη ικανοποίηση από την εργασία (επιστημονικό προσωπικό Ξενώνα Α' και νοσηλευτικό προσωπικό Ξενώνα Δ').

**Η εκδήλωση ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών σε στεγαστική δομή, όπου εργάζεται μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό,** φαίνεται ότι εξαρτάται από:

i) την ανεπαρκή λειτουργία της εσωτερικής εποπτείας (επιστημονικός υπεύθυνος), που δεν προωθεί τη λειτουργία τακτών ομαδικών συναντήσεων (ξενώνας Α'), ii) τα χαμηλά επίπεδα συνοχής της ομάδας (ξενώνας Α'), iii) τη δυσκολία στη λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων των μελών του προσωπικού (ξενώνας Α'), iv) τη δυσκαμψία του προσωπικού να ακολουθήσει τους πολυδύναμους ρόλους (ξενώνας Α'), v) τις κακές σχέσεις συνεργασίας των μελών (ξενώνας Α') και vi) την έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων (ξενώνας Α').

Αντίθετα, **η εκδήλωση ασυλικής συμπεριφοράς ασθενών που διαμένουν σε στεγαστική δομή, όπου το θεραπευτικό προσωπικό είναι επαγγελματικά έμπειρο,** φαίνεται ότι σχετίζεται με παράγοντες, όπως: i) η απουσία λειτουργίας μιας ουσιαστικής εσωτερικής εποπτείας (μη ουσιαστικός ρόλος του επιστημονικά υπεύθυνου), ii)

ο φόβος επαναβίωσης εμπειριών της ματαίωσης κατά τη θεραπευτική σχέση με τον ψυχωτικό ασθενή - ο φόβος αυτός οδηγεί στην αποστασιοποίηση των φροντιστών από τους ασθενείς (αποφυγή να επενδύσουν συναισθηματικά) (ξενώνας Δ'), iii) το μη ελεγχόμενο αρνητικό συναίσθημα των φροντιστών προς τους ασθενείς, (ξενώνας Δ'), οι πιέσεις και επιρροές από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. ψυχιατρικό νοσοκομείο) (ξενώνας Γ' και Δ'), iv) το πρόβλημα της μη προσωπικής επιλογής της εργασίας των φροντιστών στη στεγαστική δομή (ξενώνας Γ' και Δ'), v) η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

**Σχετικά με τις σχέσεις των μελών του προσωπικού με τους ασθενείς** διαπιστώθηκε ότι **το έμπειρο** επιστημονικό προσωπικό που διαθέτει **χαμηλά ποσοστά διαθέσιμου χρόνου** για τους ασθενείς του (ξενώνας Γ' και Δ') δε φαίνεται να αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα και αρνητικές στάσεις προς αυτούς, ακόμα και αν τα συγκεκριμένα μέλη έχουν ήδη αναπτύξει σχέσεις με τους ασθενείς στο παρελθόν. Αντίθετα, **το μη έμπειρο** επιστημονικό προσωπικό που διαθέτει **χαμηλά ποσοστά διαθέσιμου χρόνου** με τους ασθενείς, φαίνεται να αναπτύσσει πιο εύκολα αρνητικές στάσεις προς αυτούς. Οι παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση μιας τέτοιας συμπεριφοράς είναι οι εξής: i) η κακή λειτουργία του ρόλου του εσωτερικού επόπτη (ξενώνας Α'), ii) η κακή οργάνωση και τα χαμηλά επίπεδα συνοχής της θεραπευτικής ομάδας (ξενώνας Α'), iii) οι κακές συνεργατικές σχέσεις των μελών (ξενώνας Α'), iv) η δυσκολία στη λειτουργία των επαγγελματικών και των πολυδύναμων ρόλων (ξενώνας Α'), v) η απόδοση αρνητικών χαρακτηριστικών εις βάρος των ασθενών, γεγονός το οποίο προκαταλαμβάνει αρνητικά τη θεραπευτική σχέση και δημιουργεί αρνητικές προσδοκίες ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα (ξενώνας Α'), vi) η έντονα αρνητική συναισθηματική φόρτιση των μελών (ξενώνας Α'), vii) η απειρία των φροντιστών (ξενώνας Α'), viii) η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων (ξενώνας Α').

**Το επαγγελματικά έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό**, το οποίο εκ των πραγμάτων διαθέτει **υψηλά επίπεδα διαθέσιμου χρόνου** με τους ασθενείς, διαπιστώθηκε ότι μπορεί να αναπτύξει αρνητικές σχέσεις με αυτούς, ακόμα και αν τα μέλη έχουν συμβάλλει από παλιά στην προετοιμασία των ασθενών για την έξοδό τους στην κοινότητα (ξενώνας Γ' και Δ'). Οι βασικές παράμετροι που παίζουν πιθανώς ρόλο στην ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων με τους ασθενείς είναι: i) η κακή λειτουργία ή η μη ουσιαστική παρουσία του εσωτερικού επόπτη, ii) τα πιθανά βιωμένα συναισθήματα ματαίωσης και ο φόβος επαναβίωσής τους, iii) η έντονα αρνητική συναισθηματική φόρτιση, iv) ο παράγοντας της μη προσωπικής επιλογής για εργασία στη στεγαστική δομή αποκατάστασης, v) οι πιέσεις που τυχόν δέχονται από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. ψυχιατρικό νοσοκομείο), vi) η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Κλείνοντας τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης, **η διαμόρφωση ενός θετικά ποιοτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος** σε νεοσύστατους ξενώνας αποκατάστασης, είτε με έμπειρο προσωπικό είτε με μη έμπειρο, φαίνεται να έχει σχέση με τους



παρακάτω παράγοντες: i) την καλή και ουσιαστική λειτουργία της εσωτερικής εποπτείας (ουσιαστικός ρόλος του επιστημονικά υπεύθυνου) (ξενώνας Β'), καθώς και τη σωστή λειτουργία της εξωτερικής εποπτείας, ii) την αυστηρή πολιτική της οργάνωσης της δομής (ξενώνας Β'), iii) τις καλές διαπροσωπικές – συνεργατικές σχέσεις των μελών (ξενώνας Β' και Γ'), iv) τη λειτουργία ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας (ξενώνας Β' και Γ'), v) τη διαρκή προσπάθεια λειτουργίας πολυδύναμων ρόλων (λειτουργία συμπληρωματικότητας των ρόλων) (ξενώνας Β' και Γ'), vi) την ύπαρξη θετικών στάσεων ως προς την ψυχική νόσο και ως προς την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης και τη μη εμφάνιση φοβικών τάσεων των φροντιστών, για επικείμενη «προσβολή» από την ψυχική νόσο, vii) τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε συνδυασμό με τη λειτουργία της καλής εσωτερικής εποπτείας, η οποία βοηθά στην αναγνώριση και συνειδητοποίηση των προβλημάτων της θεραπευτικής ομάδας και στην αποφυγή αυτών (π.χ. τακτές ομαδικές συναντήσεις προσωπικού) (ξενώνας Β'). Οι παραπάνω παράγοντες, όταν **λειτουργούν μαζί** στο θεραπευτικό περιβάλλον ενός ξενώνα, τότε μόνο μπορούν να προσφέρουν θετικά αποτελέσματα ως προς την καλή λειτουργία της δομής. Αυτό σημαίνει ότι από μόνος του ένας παράγοντας από τους παραπάνω δε μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην καλή λειτουργία του ξενώνα.

Αντίθετα, **ένα θεραπευτικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ποιοτικά αρνητικό**, όταν συμβαίνουν οι παρακάτω παράγοντες: i) η καλλιέργεια εξαρτητικών σχέσεων των δομών με τον εκάστοτε φορέα υλοποίησης (μη ουσιαστικός ο ρόλος της εξωτερικής εποπτείας από το ψυχιατρικό ή το γενικό νοσοκομείο) (ξενώνας Γ' και Δ'), ii) η ακούσια τοποθέτηση του θεραπευτικού προσωπικού σ' ένα χώρο εργασίας με απόφαση του φορέα (ξενώνας Γ' και Δ'), iii) η επιβεβλημένη λειτουργία των θεραπευτικών ρόλων ταυτόχρονα σε δύο δομές (π.χ. Κέντρο Ημέρας και ξενώνας Δ'), η μη σαφώς προσδιορισμένη ή η απουσία ουσιαστικής λειτουργίας του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας (ξενώνας Α' και Δ'), iv) τα χαμηλά επίπεδα οργάνωσης της δομής (ξενώνας Α' και Δ'), v) οι κακές συνεργατικές σχέσεις των μελών (ξενώνας Α'), vi) η δυσκολία λειτουργίας ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων και η δυσλειτουργία των μελών να εργαστούν με βάση τους πολυδύναμους ρόλους (ξενώνας Α'), vii) η εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων των φροντιστών προς τους ασυλικούς ασθενείς (ξενώνας Α' και Δ'), viii) η έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων (ξενώνας Α', Γ' και Δ').

## Βιβλιογραφία

- Adair J. (1983): *Effective Leadership*, London, Sydney and Auckland: Pan Books.
- Anderson D. (2003): «Βασικοί κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» στο Δαμίγος, Δ., Μαυρέας, Β., *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, σελ. 297 - 303, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- Astrachan B. M. Flynn H. R, Geller, J.D. and Harvey H.H. (1970): «Systems approach to day hospitalization». *Archives of General Psychiatry*. p.p 22, 550 - 559

- Ball, R.A., Moore E. & Kuipers L. (1992): "Expressed emotion in community care staff: A comparison of patient outcome in a nine month follow - up of two hostels". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, 35 - 39.
- Barrowclough C., Haddock G., Lowens I., Connor A., Pidliswyi J., Tracey N. (2001): "Staff expressed emotion and casual attributions for client problems on a low security unit: An exploratory study". *Schizophrenia Bulletin*, 27 (3): 517 - 526
- Bebbington P & Kuipers L. (1994): "The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis". *Psychol Med.* 24: 707 - 718
- Betz, E (1969): "Need - reinforcer correspondence as a predictor of job satisfaction". *Personnel and Guidance Journal*, 47, 818 - 833
- Butzlaff R.L, Hooley J.M. (1998): "Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta - analysis". *Arch Gen Psychiatry* S.S.: 547 - 552
- Cottle M., Kuipers L., Murphy G., Oakes P (1995): "Expressed emotion, attribution and coping in staff who have been victims of violent incidents". *Ment. Handicap Res* 8:168 - 183.
- Curtis L. C. & Hodge M. (1994): "Old standards, New dilemmas: Ethics and boundaries in community support services". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18 (2), 13 - 33.
- Finnema E.J., Louwerens J.W., Sloff C.J., Van Den Bosch R.J. (1996): "Expressed emotion on long - stay wards". *J. Adv. Nurs* 24: 473 - 478.
- Fostera A. (1998): "Psychotic processes and community care: The difficulty in finding the third position", in Angela Foster and Vega Zagier Roberts (eds) *Managing Mental Health in the Community*, London: Routledge.
- G. Van Humbeek, Ch Van Audenhove, G. Pieters, M. de. Hert., G. Storms (2001): "Expressed emotion in staff - patient relationships: The professionals' and residents' perspective". *Social Psychiatry & Psychiatr. Epidemiology* 36 : 486 - 492.
- Hastings R.P, Remington B, & Hopper G.M. (1995): "Experienced and inexperienced health". *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 474 - 483 (1995).
- Herzog T. (1988): "Nurses, patients and relatives: A study of family patterns on psychiatric wards". In Cazullo C.L., Invenizzi G (eds) *Family Intervention in Schizophrenia*. ARS, MILAN.
- Hinshelwood R. D. (1989): "Creatures of each other" in Angela Foster and Vega Zagier Roberts (eds) *Managing Mental Health in the Community*, London: Routledge.
- Hochmann J. (2003): «Ο Ψυχογοντικός θεσμός: Ο ρόλος της θεωρίας για την ψυχική φροντίδα στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης» / στο Δαμίγος, Δ., Μαυρέας, Β., *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, σελ. 462 - 473, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- Hull J.T & Thompson J.C (1981): "Predicting adaptive functioning among mentally ill persons in community settings". *American Journal of Community Psychology*, 9, 247 - 268.
- Hull J.T & Thompson J.C. (1981): "Factors which contribute to normalization in residential facilities for the mentally ill". *Community Mental Health Journal*, 107 - 113.
- Katz P, & Kirkland F.R (1990): "Violence and social structure on mental hospital wards". *Psychiatry* 53: 262 - 277.
- Kavanagh D.J. (1992): "Recent developments in expressed emotion and schizophrenia". *Br. J. Psychiatry* 160: 601 - 620
- Kruzich J.M. & Kruzich S.J (1985): "Milieu factors influencing patients integration into community residential facilities". *Hospitals and Community Psychiatry*, 36, 378 - 382.

- Kuipers E., Moore E. (1995): "Expressed emotion and staff - client relationships. Implications for community care of the severely mentally ill". *Int J. Mental Health* 24: 13 - 26
- Lavender A. (1985): "Quality of care and staff practices in long - stay settings" In: WATTS F.N. (ed) *New Developments in Clinical Psychology*. Wiley. New York.
- Minkoff K. and Stern R. (1985): "Paradoxes faced by residents being trained in the psychosocial treatment of people with chronic schizophrenia". *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 859 - 864.
- Moore E., Kuipers L. & Ball R. (1992): "Staff - patient relationships in the care of the long - term adult mentally ill". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 28 - 34.
- Moore E., Ball RA., Kuipers L. (1992): "Expressed emotion in staff working with the long - term adult mentally ill". *Br J. Psychiatry* 161: 802 - 808.
- Morgan G.M. & Hastings R.P. (1998): "Special educators understanding of challenging behaviours in children with learning disabilities: Sensitivity to information about behavioral function". *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 26: 43 - 52 (1998).
- McCarthy J. & Nelson G. (1991): "An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients". *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1254 - 1256
- Neilsen A.C., Stein L.I., Talbott J.A. et al (1985): "Encouraging psychiatrists to work with chronic patients. Opportunities and limitations of residency education". *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 767 - 775
- Oliver N., Kuipers E. (1996): "Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers". *Int. J. Social Psychiatry* 42: 150 - 159.
- Piat M., Wallage T., Wohl S., Minc R., Hatton L. (2002): "Developing housing for persons with severe mental illness: an innovative community foster home". *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 7, 43 - 51.
- Raskin A., Mghir R., Peszkle M. και συν. (1998): "A psychoeducational program for caregivers of the chronic mentally ill residing in community residencies". *Community Mental Health Journal* 34: 393 - 402
- Rushton, A. και Nathna, J. (1996): "The supervision of child protection work", *British J. Social Work* 26: 357 - 373.
- Searles H. (2003): Η προσπάθεια να τρελάνεις τον άλλο» στο άρθρο: Μία κλινική θεώρηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Δαμίγος Δ., Μαυρέας Β. (2003), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, σελ. 474 - 483, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- Shepherd G. (1984): *Institutional Care and Rehabilitation*. Longman, London, New York.
- Snyder K.S., Wallace C.J., Moe K., & Liberman R.P. (1994): "EE by residential care operators' and residents' symptoms and quality of life". *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 1141 - 1143.
- Stark F - M., Lewandowski L., Buchkremer G. (1992): "Therapists relationship as predictor of the course of schizophrenia". *Eur Psychiatry* 7: 161 - 169
- Tattan T. & Tarrier N (2000): "The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: The influence of expressed emotion on clinical outcomes". *Psychological Medicine*, 30 (1): 195 - 204.
- Tattan T. & Tarrier N. (2000): "The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: The influence of expressed emotion on clinical outcomes". *Psychological Medicine*, 30 (1): 195 - 204
- Van Audenhove Ch. and Van Humbeek G. (2003): "Expressed emotion in professional relationships" *Open Psychiatry* 16: 431 - 435 Lipincott Williams & Wilkins.

- Van Humbeek G., Van Audenhove Ch., Pieters G., και συν (2001): "Expressed emotion in staff - client relationships: The professionals' and residents' perspectives". *Soc. Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 36: 486 - 492.
- Van Humbeek G., Van Audenhove Ch., Pieters G., και συν (2002): "Expressed emotion in the client - professional caregiver dyad: are symptoms coping strategies and personality related?". *Soc. Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 37: 364 - 371.
- Wearden A.J., Tarrier N., Barrowclough C., Zastowny T.R., Rahill A. (2000): "A review of expressed emotion research care". *Clin Psychol Rev.* 20 : 633 - 666.
- Weigel L., Collins L. (2000): "Staff attributions and expressed emotion about a client with challenging behaviour". *J. Intell Disabil Res* 44: 515.
- Δαμίγος Δ. (2003): «Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας ξενώνων ατόμων με ειδικές ανάγκες. Τυπική υποχρέωση ή πυξίδα για την επίτευξη στόχων» στο Δαμίγος, Δ., Μαυρέας, Β., *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, σελ. 371 - 400, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- Ε.Π.Ι.Ψ.Υ = ΜΥΠΕΠ. Ψυχαργός Α' Φάση: Σχεδιασμός Οργάνωσης Ελληνικού Δικτύου «Ψυχαργός». Σεπτέμβριος 2000. Σελ. 5 - 7
- Μαδιανός Μ. (1994): *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από τη θεωρία στην πράξη*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα Σελ. 169,179,184 - 185, 223 - 224, 244 - 245.