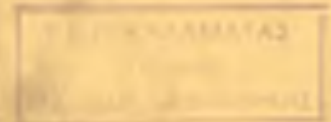


ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Διοίκηση και Οικονομία

ΤΜΗΜΑ: Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΘΕΜΑ: «Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο Ν. Έβρου . Έρευνα για τη στάση και τις αντιλήψεις των κατοίκων , σχετικά με τη ψυχική ασθένεια»

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Παρασκευόπουλος Λεωνίδας

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Βαρβατζίκη Μαρίνα

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ



Σελ.

- ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ 3
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

| | |
|---|----|
| 1.1 Ψυχική υγεία και ψυχικές παθήσεις | 4 |
| 1.2 Αίτια ψυχικών παθήσεων | 6 |
| 1.3 Φροντίδες ψυχικής υγείας | 7 |
| 1.3.1 Κοινωνική Ψυχιατρική | 7 |
| 1.3.2 Προληπτική ψυχιατρική | 7 |
| 1.3.3 Κοινοτική ψυχιατρική | 8 |
| 1.3.3.1 Βασικές αρχές κοινοτικής ψυχιατρικής | 9 |
| 1.3.3.2 Κοινοτική ψυχιατρική για ασθενείς με χρόνιες ψυχικές παθήσεις | 11 |
| 1.3.3.3 Κοινοτικό υποστηρικτικό σύστημα ατόμων υψηλού κινδύνου | 12 |
| 1.3.3.4 Επίσκεψη στο σπίτι του ασθενή με ψυχική πάθηση | 14 |
| 1.3.4 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση | 14 |
| 1.3.4.1 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με χρόνιες ψυχικές παθήσεις | 18 |
| 1.3.4.2 Ηθικά και Δεοντολογικά ζητήματα, σχετικά με τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση | 20 |
| 1.4 Ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας | 21 |
| 1.4.1 Αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας | 23 |
| 1.5 Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας | 23 |
| 1.5.1 Η ψυχιατρική περίθαλψη μέχρι το 19ο αιώνα | 23 |
| 1.5.2 Η ψυχιατρική περίθαλψη τον 20ο αιώνα | 25 |
| 1.5.3 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας | 26 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΣΤΟ Ν. ΕΒΡΟΥ

| | |
|--|----|
| 2.1 Υπηρεσίες κοινωνικής ιατρικής και ψυχικής υγείας | 28 |
| 2.2 Τομέας ψυχιατρικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης | 37 |
| 2.3 Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας | 38 |
| 2.4 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Ν. Έβρου | 44 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΟΥ Ν. ΕΒΡΟΥ, ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

47

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

89

ΠΗΓΕΣ

91

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

93

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

| | | |
|------------|---|---|
| Α.Ε.Ι. | : | Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα |
| Ε.Ο.Κ. | : | Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα |
| Ε.Σ.Υ. | : | Εθνικό Σύστημα Υγείας |
| Ε.Ψ.Υ. | : | Επιτροπή Ψυχικής Υγείας |
| Η.Π.Α. | : | Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής |
| Ι.Π.Κ. | : | Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο |
| ΚΕ.Σ.Υ. | : | Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας |
| Κ.Θ.Λ. | : | Κέντρο Θεραπείας Λέρου |
| Κ.Κ.Ψ.Υ. | : | Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας |
| ΚΟΕΛ | : | Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας |
| ΚΥΣ | : | Κοινοτικό Υποστηρικτικό Σύστημα |
| Κ.Ψ.Μ. | : | Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα |
| Κ.Ψ.Υ. | : | Κέντρο Ψυχικής Υγείας |
| Π.Γ.Ν.Α. | : | Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης |
| Π.Ο.Υ. | : | Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας |
| Τ.Ε.Ι. | : | Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα |
| Υ.Υ.Π.Κ.Α. | : | Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων |
| Ψ.Ν.Α. | : | Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής |
| Ψ.Ν.Τ. | : | Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης |
| Ψ.Κ.Α. | : | Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση |
| ΨΑ | : | Ψυχιατρική Αποκατάσταση |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζονταν πάντα με ιδιαίτερη καχυποψία ακόμη και φόβο από το κοινωνικό σύνολο. Συνηθισμένη πρακτική ήταν η αποπομπή τους από την κοινότητα και ο εγκλεισμός τους σε κάποιο ίδρυμα. Γι' αυτό και στη χώρα μας υπάρχουν αρκετά ψυχιατρικά νοσοκομεία και ιδρύματα, που δυστυχώς είναι γεμάτα από ψυχικά ασθενείς.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια προσπάθεια παροχής ψυχιατρικής φροντίδας έξω από τα ιδρύματα. Δομές και υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου κάνουν προσπάθεια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων που βρίσκονται στα ιδρύματα.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η καταγραφή των ψυχιατρικών δομών στο νομό Έβρου και η διερεύνηση των δυσκολιών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Επίσης γίνεται μια έρευνα με ερωτηματολόγια για τη στάση και τις αντιλήψεις των κατοίκων για την ψυχική ασθένεια προκειμένου να εντοπιστούν οι δυσκολίες υλοποίησης της μεταρρύθμισης.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν αναλύονται όλα τα στοιχεία που αφορούν τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρουσιάζονται οι δομές και οι υπηρεσίες του Ν. Έβρου και καταγράφονται οι αντιλήψεις των ανθρώπων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε εισαγωγικές έννοιες και ορισμούς που αφορούν τις φροντίδες ψυχικής υγείας. Αναφέρονται αναλυτικά όλες οι φροντίδες ψυχικής υγείας από την πρόληψη της ψυχιατρικής μέχρι και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ακόμη αναλύεται η ποιότητα των φροντίδων ψυχικής υγείας και η πορεία της ιστορικής εξέλιξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο καταγράφονται αναλυτικά όλες οι ψυχιατρικές δομές του Ν. Έβρου καθώς και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση του νομού με αποτέλεσμα να φανούν οι δυσκολίες οι οποίες οφείλονται στις αντιλήψεις των κατοίκων.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύεται η έρευνα για τη στάση και τις αντιλήψεις των κατοίκων του Ν. Έβρου απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που απορρέουν από την έρευνα.

Έτσι αναλύοντας αυτά τα κεφάλαια παρουσιάζονται όσο γίνεται σφαιρικά οι ψυχιατρικές δομές της υπό εξέταση περιοχής και αποτυπώνονται οι δυσκολίες της μεταρρύθμισης.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επίκουρο καθηγητή του ΤΕΙ Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος κ. Παρασκευόπουλο Λεωνίδα, καθώς και όλους εκείνους τους ανθρώπους που με βοήθησαν με όλη τους τη διάθεση για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Κεφάλαιο 1: Φροντίδες ψυχικής υγείας

1.1 Ψυχική υγεία και Ψυχικές παθήσεις

Η «Υγεία», θεά της Ελληνικής μυθολογίας, ήταν το σύμβολο της καλής σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν υγιή τον «ολοκληρωμένο» άνθρωπο, ο οποίος ζούσε σε αρμονία με τις σκέψεις και τα συναισθήματα του, το σώμα και το πνεύμα, τον κοινωνικό του εαυτό και τις εσώτερες ψυχικές του αναζητήσεις¹.

Η Ψυχιατρική σήμερα αναλαμβάνει την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και όλες τις διαδικασίες που διευκολύνουν τα άτομα με ανικανότητα ή αναπηρία που προήλθε από μια ψυχική διαταραχή, να επιτύχουν την επανένταξή τους στην κοινότητα. Ουσιαστικά η ψυχιατρική στοχεύει σε έναν τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών και μια ολοκληρωμένη παρέμβαση, έτσι ώστε να μειωθούν στο ελάχιστο όλοι εκείνοι οι παράγοντες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε υποτροπή μίας αρρώστιας και να μετατρέψουν μια αρρώστια σε αναπηρία.

«Ψυχική Υγεία είναι η ανάπτυξη της υγιούς απόψεως του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, ώστε να μπορεί να επιτύχει τον μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπληρώσεώς του»².

Στον χώρο της υγείας ο ευρύτερα διαδεδομένος ορισμός της ψυχικής υγείας είναι εκείνος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ): Ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας.

Το ψυχικά υγιές άτομο είναι ικανό να δει τα γεγονότα γύρω του όπως πράγματι είναι και όχι όπως θα τα ήθελε να είναι. Η προσωπικότητα του είναι ολοκληρωμένη δείχνοντας ότι έχει κατορθώσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών και των ασυνειδητών δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι. Η επικράτηση στο περιβάλλον σημαίνει ότι το ψυχικά υγιές άτομο είναι επαρκές στις σχέσεις του με τους άλλους, είναι σε θέση να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για την ζωή του στην κοινότητα, και τέλος να προσαρμόζεται στις αλλαγές και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής.

«Ψυχική πάθηση είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει»³.

Οι ψυχικές παθήσεις διακρίνονται σε έξι ομάδες:⁴

Στις νευρώσεις όπου ανήκουν:

- Η υστερική νευρώση (η επιληψία)
- Η αγχώδης νευρώση
- Η φοβική νευρώση
- Μετατραυματική νευρώση
- Διαταραχές πανικού
- Η ιδεοψυχαναγκαστική νευρώση κ.α.

Στις Ψυρώσεις όπου ανήκουν:

- Η σχιζοφρένεια
- Βαρύ ψυχωτικό επεισόδιο
- Χρόνιο παραλήρημα

Ολιγοφρένειες και άνοιες όπου ανήκουν:

- Η νόσο Alzheimer

¹ Χαλικοπούλου, Χ., Ψυχολογία της υγείας, Μέλισσα, Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 11.

² Γιαννοπούλου, Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα, 1992.

³ Στο ίδιο.

⁴ Δημητροπούλου, Γ., Σπανίδη, Π., Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα. Η περίπτωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα, 2000, σ. 14–16.

- Η νόσο Pick⁵
- Γεροντική άνοια
- Σύνδρομο Jacob-Creutzfeldt

Οργανοψυχικές ασθένειες ή οργανικά ψυχοσύνδρομα όπου ανήκουν:

- Διανοητική σύγχυση
- Σύφιλη
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Επιληψίες

Θυμικές (συναισθηματικές) διαταραχές όπου ανήκουν:

- Η κατάθλιψη
- Η μανία
- Η μανιοκατάθλιψη

Ψυχοσωματικές διαταραχές όπου ανήκουν:

- Η ψυχογενής ανορεξία-βουλιμία
- Η κλεπτομανία
- Ο καρδιόσπασμος
- Η ημικρανία-κεφαλαλγία
- Το βρογχικό άσθμα
- Οι ψυχογενείς εμετοί
- Η σπαστική κολίτιδα κ.λ.π.

1.2 Αίτια που συντελούν στη δημιουργία ψυχικών ασθενειών

Τα αίτια που προξενούν τις ψυχικές ασθένειες ταξινομούνται βασικά σε τρεις κατηγορίες:

- **ενδογενείς παράγοντες**, δηλαδή βιολογικά-κληρονομικά αίτια.
- **εξογενείς παράγοντες**, που είναι τα οικογενειακά-κοινωνικά-πολιτιστικά αίτια και
- **πολυπαραγοντικά αίτια**, που είναι ο συνδυασμός όλων των παραπάνω αιτιών.

Η πλειοψηφία των ανθρώπων διατηρούν μεταξύ των δυνάμεων που ασκούν αυτοί οι παράγοντες, λεπτή ισορροπία, που τους επιτρέπει να διάγουν μία σχετικά σταθερή ζωή. Η ισορροπία διατηρείται με τους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι είναι η απώθηση, η προβολή, η άρνηση, η ματαιώση, η απομόνωση, η μετάθεση, η εκλογίκευση και η ταυτοποίηση. Όταν η ισορροπία διαταραχθεί τότε έχουμε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση stress, πρώτον στο ίδιο το άτομο, που προκαλεί «νευρικές» αντιδράσεις όπως άγχος ή κατάθλιψη, συνοδευμένο συχνά από διαταραχές των βιολογικών λειτουργιών όπως ύπνου ή της ορέξεως και δεύτερον στους γύρω από το άτομο ανθρώπους, που προκαλείται από τη λεγόμενη «αντικοινωνική συμπεριφορά» και προκαλεί διαταραχή της προσωπικότητας. Ο συνδυασμός και των δύο κάνει το άτομο απροσάρμοστο, δημιουργώντας έτσι stress στον εαυτό του και στους άλλους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιας ψυχικής ασθένειας⁶.

⁵ Οι νόσοι Alzheimer και Pick ονομάζονται και προγεροντικές άνοιες.

⁶ Κουτλουμπάση, Ε., *Η διοικητική διάρθρωση και το κοινωνικό έργο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου*, Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα, 2001, σ. 25.

1.3 Φροντίδες Ψυχικής υγείας

1.3.1 Κοινωνική Ψυχιατρική

Μια νέα, εντελώς διαφορετική ποιότητα παρεχομένων ψυχιατρικών υπηρεσιών, είναι ο χώρος της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η Κοινωνική Ψυχιατρική «είναι μια θεωρία αλλά και μια πρακτική που λαμβάνει υπόψη της την κοινωνία, το κοινωνικό περιβάλλον, όχι μόνο σαν θεωρία αλλά και σαν μια συγκεκριμένη υλική πραγματικότητα».

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έλαβε θεσμική μορφή στην Ιταλία με πρωτοπόρους των Basaglia και Pirella. Οι στόχοι αυτού του κινήματος ήταν : α) Η απόρριψη του διαχωρισμού της ψυχιατρικής από τους άλλους τομείς της δημόσιας υγείας, β) Η συνεργασία με προοδευτικούς πολιτικούς φορείς και τα εργατικά συνδικάτα, γ) Η σύνδεση της ψυχιατρικής εξέλιξης με τους πολιτικούς και κοινωνικούς αγώνες, δ) Η δημιουργία δεσμών με τα κοινωνικά κινήματα, ε) Ο αγώνας κατά των φυσικών θεραπειών και στ) Ο αγώνας ενάντια στα ψυχιατρεία.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική: α) προκύπτει από τη σύζευξη του κοινωνικού και της ψυχιατρικής και ασχολείται με περιβαλλοντικές και κοινωνικές παραμέτρους που σχετίζονται με την αιτιολογία, τη διάγνωση, την πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, β) αναπτύσσει τα κατάλληλα εργαλεία για να ερμηνεύσει και να αντιμετωπίσει το άτομο ως ενιαία βιοψυχοκοινωνική ολότητα, γ) ενδιαφέρεται για τις επιπτώσεις των ψυχικών ασθενειών και διερευνά τους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που πιθανώς σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές και δ) διαμορφώνει την οργανωμένη παροχή εξωιδρυματικών ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελείται από τους εξής κλάδους: την Ψυχιατρική Επιδημιολογία στην οποία ανήκει και η Διαπολιτιστική Ψυχιατρική, την Προληπτική Ψυχιατρική, την Κοινοτική Ψυχιατρική, στην οποία ανήκει η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την Επιστήμη της Αξιολόγησης, και τέλος την Διοικητική Ψυχιατρική.

1.3.2 Προληπτική Ψυχιατρική

Η έννοια αυτή περιλαμβάνεται στην Κοινοτική Ψυχιατρική και περιλαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα για τη μείωση της επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών, της σοβαρότητας και της διάρκειάς τους.

Σύμφωνα με τον Carlan (1964), ο όρος «Προληπτική Ψυχιατρική» αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που μειώνουν α) τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτογενής πρόληψη), β) τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων και γ) την έκπτωση λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου (τριογενής πρόληψη).

Από τις τρεις βαθμίδες της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, η πρωτογενής είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων στην οποία εμπλέκονται πολλές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου, από την προγεννητική, τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γήρας. Συνήθως η οργάνωση της πρόληψης αυτού του τύπου είναι κρατική κοινωνική πολιτική και αφορά άτομα ή οικογένειες υψηλού κινδύνου νόσησης, όπως είναι έγκυες με ιστορικό προηγούμενης ψυχικής νόσου ή ανήλικες έγκυες ή οικογένειες με πολλά προβλήματα ή άλλα μέλη που είναι ψυχικά άρρωστα ή άτομα σε κρίση, π.χ. διαζύγιο,

ανεργία, πένθος, ή έφηβοι που εγκατέλειψαν το σπίτι ή το σχολείο λόγω παραπτωματικής συμπεριφοράς. Όμως βασικός στόχος των προληπτικών προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας που εκπαιδεύεται συστηματικά σε θέματα ψυχικής υγείας με στόχο την προαγωγή της.

Η πρωτογενής ψυχιατρική προληπτική εργασία απαιτεί το συντονισμό και τη συνεργασία πολλών υπηρεσιών φορέων και οργανώσεων, κρατικών ή εθελοντικών, ώστε να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική.

Ο τύπος της δευτερογενής πρόληψης στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν, ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα, όπως παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ή συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, άτομα σε οξεία έναρξη ψυχικής νόσου ή που νοσηλεύονται για σωματική πάθηση. Τέλος, όλος ο γενικός πληθυσμός αποτελεί στόχο για δευτερογενή πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας. Το βάρος της δευτερογενούς πρόληψης πέφτει στις αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγιεινής. Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά, την τακτική τους παρακολούθηση με πρόληψη των υποτροπών τους και τη λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία. Με ειδικά προγράμματα, το κοινό ευαισθητοποιείται στην έγκαιρη αντίληψη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και τροποποιεί τη στάση του απέναντι στην ψυχική αρρώστια, έτσι ώστε να καταφεύγει ευκολότερα σε ψυχιατρική υπηρεσία.

Η πρόληψη των κρίσεων και η μείωση της χρονιότητας του προβλήματος στοχεύουν στην επίτευξη της δευτεροβάθμιας πρόληψης, που είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής νόσου. Άλλο φαινόμενο είναι η αύξηση του αριθμού των επισκέψεων σε ένα ΚΚΨΥ από χρόνο σε χρόνο ατόμων τα οποία, ενώ νοσούσαν, ποτέ δεν είχαν ζητήσει βοήθεια για κρίσεις στη διάρκεια των αναπτυξιακών φάσεων (εφηβεία, γάμος, κύηση, κλιμακτήριος, συνταξιοδότηση).

Την τριτογενή πρόληψη αυτού του τύπου αναλαμβάνει ο φορέας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που είναι αυτόνομη επιστήμη και περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της αρρώστιας ή οποιασδήποτε άλλης αναπηρίας. Η αποκατάσταση έχει στόχο όχι μόνο την εκπαίδευση του ατόμου, για να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του, αλλά και την παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον του και την κοινότητα με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής του επανένταξης. Η τριτογενής πρόληψη έχει έντονες πολιτικές διαστάσεις που συνδέονται με την ιδεολογία του αποϊδρυματισμού και της ανάπτυξης εναλλακτικών λύσεων για όσους βρίσκονται στα άσυλα.

Συμπερασματικά διαπιστώνουμε ότι σήμερα μετά την πολύχρονη ανάπτυξη τόσων προληπτικών προγραμμάτων σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, στο πλαίσιο Εθνικών Συστημάτων Υγείας, σε αρκετές χώρες η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών με την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και της κοινοτικής ψυχικής Υγιεινής για την προαγωγή της ψυχικής υγείας έχει αναγνωριστεί ως η τέταρτη ψυχιατρική επανάσταση.

1. 3. 3 Κοινοτική Ψυχιατρική

Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων και τεχνικών που πετυχαίνουν την θεραπεία του ψυχικά αρρώστου στην κοινότητά του. Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι τύπος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών σε ομάδες πληθυσμών, όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα και όχι όπως

αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο⁷. Το άτομο δεν είναι τόσο ένα ατομικό πρόβλημα, όσο η έκφραση μιας μάλλον γενικής ψυχιατρικής ανάγκης μιας ομάδας πληθυσμού.

Η Κοινοτική Ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην υλοποίηση των ευρημάτων, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης των υπηρεσιών. Αποτελεί ένα στοιχείο της Κοινοτικής Ψυχικής υγιεινής και συνεισφέρει σ' αυτή το κλινικό σκέλος μέσα σ' ένα ευρύ φάσμα ποικίλων θεραπευτικών προληπτικών διαδικασιών από τη διακλαδική ομάδα της ψυχικής υγείας.

Οι βασικοί στόχοι στο τομέα της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι:

- Η αύξηση του εύρους του αριθμού και της εξειδίκευσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών, δηλαδή, υπηρεσίες για παιδιά, υπερήλικες και άλλα ευάλωτα άτομα.
- Η ύπαρξη υπηρεσιών ισότιμα διαθέσιμων και προσεγγίσιμων από κάθε άτομο, ανεξάρτητα από τη γεωγραφική θέση, την οικονομική κατάσταση και τη φυλή.
- Η ανάλογη των αναγκών της κοινότητας παροχή υπηρεσιών.
- Η μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία.
- Η μεγιστοποίηση συμμετοχής των πολιτών στα προγράμματα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής.
- Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, κάτι το οποίο μέσα από την ενημέρωση των πολιτών, θα μπορούσε να τροποποιήσει τη στάση τους απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες.
- Ο συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα στον τομέα, με αποτέλεσμα τα ποικίλα προβλήματα να μην εμποδίζουν την αποδοτικότητα.
- Η αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς κόστους και οφέλους.

1. 3. 3. 1 Βασικές αρχές κοινοτικής Ψυχιατρικής

Όπως είναι γνωστό, ο CAPLAN το 1964 διατύπωσε τις ακόλουθες τρεις βασικές αρχές που διέπουν την οργάνωση και τη λειτουργία των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών⁸.

- ✓ Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικό πλαίσιο σύμφωνα με τις ανάγκες του ατόμου.
- ✓ Η αρχή της τομεοποίησης δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο χώρο, χωρίς την οποία, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη.
- ✓ Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς όπου είναι ο ίδιος θεραπευτής σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας, η οποία για ορισμένες παθήσεις, είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο.
- ✓ Το 1983 διατυπώσαμε και μια τέταρτη αρχή, εκείνη της ανταποκριτικότητας. Η προσέλευση του κοινού στο ΚΚΨΥ είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. Όσο αναπτύσσεται το δίκτυο, τόσο περισσότερο μικραίνει η απόσταση του ψυχικά πάσχοντος μέλους προς την αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες του ΚΚΨΥ.

⁷ Μαδιανός, Μ., *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Καστανιώτη, Αθήνα, 2000, σ. 28.

⁸ Στεφανής, Κ., Τομάρας, Β., *Κοινοτική ψυχιατρική, οι αρχές και οι εφαρμογές της*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 4: 146–154.

Οι παραπάνω αρχές αναθεωρήθηκαν και συμπληρώθηκαν από δύο μεγάλες ομάδες αρχών α) με παρεμβατικό χαρακτήρα και β) με διοικητική υφή⁹.

Βασικές αρχές παρεμβατικού χαρακτήρα είναι οι παρακάτω:

- I. Η αρχή της διαλεκτικής αλληλεπίδρασης, που έχει παρόμοια χαρακτηριστικά με εκείνα της ανταποκριτικότητας. Ο κοινοτικός θεραπευτής αφομοιώνεται στην κοινότητα και η κοινότητα μαζί του. Αυτό που προβάλλεται προς τα έξω ως περίγραμμα των κοινοτικών σχέσεων είναι ένα μέρος της πραγματικότητας των σχέσεων ή ένα μέρος της παρέκκλισής τους, όπως είναι η βία, το έγκλημα, η κατάχρηση της εξουσίας, η τρέλα κτλ. Η προς τα έξω συμπεριφορά των εσωτερικών πολύπλοκων ψυχικών διεργασιών. Κάθε άσκηση μιας δραστηριότητας ή παρέμβασης στην κοινότητα προκαλεί αντίστοιχη αντίδραση (αποτέλεσμα) μέσα σε αυτήν. Επίσης κάθε κοινωνική, οικονομική αλλαγή στην ίδια την κοινότητα επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τη δομή της ίδιας της κοινοτικής υπηρεσίας.
- II. Η αρχή της πολιτιστικής συμβατότητας της κάθε κλινικής θεραπευτικής πρακτικής, που είναι προϊόν της προηγούμενης αρχής. Κάθε δραστηριότητα (θεραπευτικού ή προληπτικού χαρακτήρα), που ασκείται σε μια συγκεκριμένη κοινότητα, πρέπει να είναι συμβατή με τον πολιτισμό αυτής της κοινότητας. Η προσέγγιση αυτή παρουσιάζει σημαντικό κλινικό ενδιαφέρον. Έχει παρατηρηθεί ότι η κλινική εξέταση ενός ψυχωσικού ατόμου σε γλώσσα ξένη προς αυτό αποκρύπτει τη λεκτική ψυχωσική σημειολογία στη δομή της σκέψης.
- III. Η αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης, που έχει ταυτόσημη προσέγγιση με εκείνη του Bieter για την Κοινοτική Ψυχιατρική. Στη κοινοτική θεραπευτική είναι αποδεκτές οι έγκυρες, αξιόπιστες και δοκιμασμένες κλινικές θεραπευτικές πρακτικές με κριτήριο το αποτελεσματικότερο ή αποδοτικότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη δυνατότητα να καλύπτουν τις ανάγκες της πλειονότητας των πελατών. Ως γνωστόν, υπάρχουν εξειδικευμένα κέντρα ή ινστιτούτα για ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.
- IV. Η αρχή της θεραπευτικής αυτοπεριοριστικότητας, που προκύπτει μέσα από την αντίληψη της πραγματικότητας ότι η κοινότητα διαθέτει δικούς της αυτοθεραπευτικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Έτσι, υπάρχουν περιπτώσεις «αρρώστων» που δε χρειάζεται να ψυχιατροποιηθούν. Ο κοινοτικός ψυχίατρος και γενικά κάθε θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει τα θεραπευτικά του κλινικά όρια, να τα οριοθετεί, καθώς και τις δυνατότητες των τυπικών πόρων (resources) να θεραπεύσουν το πρόβλημα.

Οι βασικές αρχές διοικητικής υφής είναι οι παρακάτω:

- I. Η αρχή της διαρκούς αναπροσαρμογής ή και «αμφισβήτησης» της οργανωτικής δομής. Η οργανωτική φύση της κοινοτικής ψυχιατρικής υπηρεσίας εμπεριέχει τη διαρκή αναπροσαρμογή της ως προς τους στόχους και τη διάρθρωση των τεχνικών της παροχής υπηρεσιών. Η αρχή αυτή πηγάζει από την εφαρμογή της αρχής της δημιουργικής επιστημονικής αξιολόγησης του έργου που ασκείται, ανεξάρτητα από το αν αυτό είναι κλινικό, διαγνωστικό, ψυχοθεραπευτικό, ή άλλου τύπου π.χ. αγωγή ψυχικής υγείας¹⁰.
- II. Η αρχή της σταδιακής ανάπτυξης μέσα στο χρόνο και στην κοινότητα. Μια κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία αναπτύσσεται σταδιακά με βάση έναν πυρήνα στελεχών. Κάθε νέο τμήμα ή υπηρεσία αναπτύσσεται με βάση διαπιστωμένες

⁹ Μαδιανός, Μ., *Οι βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αναθεωρημένες*, Τετράδια Ψυχιατρικής, 1994, 44: 8-13.

¹⁰ Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση συμπεριφοράς με αντικείμενο τη μείωση της επίπτωσης ή τη βελτίωση της πρόγνωσης ενός ή περισσότερων νοσημάτων.

ανάγκες και την προοδευτική ανταπόκριση στην κάλυψή τους. Η αρχή αυτή πηγάζει από την πραγματικότητα ότι ο εργαζόμενος σε αυτήν αναγνωρίζει ένα μικρό μέρος της κοινότητας (την οργάνωσή της και τους συναισθηματικούς δεσμούς, τον οικολογικό της χαρακτήρα) κυρίως μέσα από το αίτημα του πελάτη.

- III. Η αρχή της δημιουργικής αξιολόγησης: Κάθε θεραπευτική πράξη ή άλλη δραστηριότητα που δεν αξιολογείται με επιστημονική μεθοδολογία π.χ. κριτήρια αξιοπιστίας και εγκυρότητας, δεν αποκτά την ιδιότητα της τεκμηρίωσης και ουσιαστικά δε «φαίνεται». Με άλλα λόγια, κάθε δραστηριότητα που δεν αξιολογείται είναι σαν να μη «γίνεται».
- IV. Η αρχή της αλληλοσυμπλήρωσης: Μια κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία είναι αδύνατον να καλύπτει όλες τις ανάγκες, γι' αυτό εκμεταλλεύεται κάθε δυνατότητα που παρέχεται από την ίδια την κοινότητα και τους πόρους της και από την παροχή υπηρεσιών από γειτονικούς παραπλήσιους φορείς, οπότε όλες οι υπηρεσίες αλληλοσυμπληρώνονται ως προς την κάλυψη των αναγκών τους.
- V. Η αρχή της κυκλικότητας (σε αντιδιαστολή με την πυραμίδα της διοικητικής δομής της παραδοσιακής ψυχιατρικής): Η ομάδα συμμετέχει στις αποφάσεις οργάνωσης, στόχων, έρευνας και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η διοίκηση της υπηρεσίας ασκείται διαμέσου και με συμφωνία των μελών της ομάδας.
- VI. Η αρχή της συλλογικότητας: το έργο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής πραγματοποιείται μέσα από πιθανές ομαδικές διεργασίες που συντελούνται στην ομάδα ψυχικής υγείας (φάση προσανατολισμού, φάση σύγκρουσης, φάση σύνθεσης, φάση απόδοσης, στατική φάση) (Carple, 1978) και οι οποίες οδηγούν σε ένα τελικό πνεύμα ομαδικότητας και κοινής ιδεολογίας.

Η τελευταία (κοινή ιδεολογία) είναι απαραίτητη για την αποφυγή της διάσπασης, της παθητικότητας ή και της αποξένωσης της ομάδας από της άσκηση του έργου της κοινοτικής παρέμβασης.

Η εφαρμογή των βασικών αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής για δεκαετίες συνέβαλε στην ανάπτυξη και στην αποτελεσματικότερη οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο επίπεδο της κοινότητας, έτσι ώστε να επανέλθει η άσκηση της Κλινικής Ψυχιατρικής στο φυσικό της χώρο, που είναι η κοινότητα και όχι το άσυλο. Φυσικό επακόλουθο από την μακροχρόνια άσκηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι η εμφάνιση φαινομένων θετικών αλλά και αρνητικών, πολλά από τα οποία ήταν δύσκολο να ερμηνευτούν από τις βασικές αρχές του Carlan.

Η ανάγκη για μια ολοκληρωμένη σύγχρονη θεωρητική προσέγγιση της κοινοτικής ψυχιατρικής πρακτικής, αλλά και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής γενικότερα, οδήγησε στην αναθεώρηση και συμπλήρωση των τριών βασικών αρχών με δέκα επιπλέον αρχές παρεμβατικού και οργανωτικού χαρακτήρα. Η διαμόρφωση αυτών των αρχών προϋποθέτει τη θεωρητικοποίηση της άσκησης της Κοινοτικής Ψυχιατρικής σε όλα τα επίπεδα [διερεύνηση αναγκών της κοινότητας, ευρήματα, παροχή υπηρεσιών, παρέμβαση (αγωγή υγείας) στην κοινότητα, αξιολόγηση] στο πλαίσιο της σκληρής ελληνικής πραγματικότητας.

Οι νέες αυτές αρχές ερμηνεύουν ορισμένα φαινόμενα που έχουν προκύψει από την άσκηση της κλινικής Κοινοτικής Ψυχιατρικής και της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.

1. 3. 3. 2 Κοινοτική ψυχιατρική για ασθενείς με χρόνιες ψυχικές παθήσεις

Ένας από τους πιο σημαντικούς θεραπευτικούς στόχους του ΚΚΨΥ είναι η επανένταξη και η αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων και ιδιαίτερα των χρόνιων σχιζοφρενικών αρρώστων, ώστε να λειτουργούν στα επίπεδα της κοινωνικής ζωής μέσα στην κοινότητα και να μην επανεισάγονται στο ψυχιατρείο.

Έτσι ο στόχος τους αυτός δεν επιτεύχθηκε σχεδόν ποτέ με αποτέλεσμα οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς να ζουν απομονωμένοι σε υποβαθμισμένες συνθήκες διαμονής, με ανεπαρκή διατροφή και αυξημένα προβλήματα υγείας και συνήθως να περιφέρονται στους δρόμους.

Σύμφωνα με έρευνες η κοινωνικοπολιτιστική ενσωμάτωση του ψυχικά πάσχοντος ατόμου είναι αυτή που μειώνει τα ψυχονευρωσικά και φυσιολογικά συμπτώματα. Μια ολοκληρωμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας προωθεί την κοινωνικοπολιτιστική ενσωμάτωση του ατόμου. Η έγκαιρη προσέγγισή του και θεραπεία αποκλείει την τυχόν κοινωνική-πολιτιστική απομόνωσή του. Η κοινωνικοπολιτιστική ενσωμάτωση προάγεται από τις διάφορες όψεις της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης.

Η αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών από κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών από άλλου τύπου υπηρεσίες (ενδονοσοκομειακές, παραμονή σε ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, μονάδες ημερήσιας περίθαλψης) έχει ελεγχθεί μέσα από ένα μικρό αριθμό προδρομικών ερευνών. Στις περισσότερες έρευνες η ομάδα ελέγχου παρακολουθούνταν από εξωτερικό ιατρείο, ενώ στις υπόλοιπες πέντε η παρακολούθηση έγινε σε κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία με τομέα ευθύνης.

1. 3. 3. 3 Κοινοτικό υποστηρικτικό σύστημα ατόμων υψηλού κινδύνου

Το Κοινοτικό Υποστηρικτικό Σύστημα (ΚΥΣ) καθορίζεται ως ένα δίκτυο υπεύθυνων ατόμων και τοπικών δυνάμεων, που συντονίζονται για την επίτευξη του κοινού στόχου ο οποίος συνίσταται στην προσφορά βοήθειας σε άτομα υψηλού κινδύνου¹¹, στην κάλυψη των αναγκών τους και τη φροντίδα, ώστε να διαβιούν όσο το δυνατόν φυσιολογικά.

Ένα ολοκληρωμένο ΚΥΣ περιλαμβάνει:

- ❖ Την υπηρεσία ανίχνευσης των ατόμων υψηλού κινδύνου και εκτίμησης των άμεσων και μακροπρόθεσμων αναγκών τους.
- ❖ Την υπηρεσία παρέμβασης σε κρίση που λειτουργεί επί είκοσι τέσσερις ώρες όλη την εβδομάδα.
- ❖ Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν: α) Ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο με τη μορφή της άμεσης προσπέλασης, της επανεξέτασης ή της παροχής ψυχοθεραπειών β) Εποπτευόμενη διαβίωση όπου το άτομο είναι υπεύθυνο για τον τρόπο διαβίωσής του. γ) Μετανοσοκομειακό ξενώνα όπου τα άτομα παραμένουν για μικρό χρονικό διάστημα και είναι υπεύθυνα για τη λειτουργία του ή υπάρχει ειδικό προσωπικό υπεύθυνο γι' αυτήν. δ) Δυνατότητα για επαγγελματική αξιολόγηση και τοποθέτηση σε εργασία.
- ❖ Υπηρεσίες μακροπρόθεσμης κοινοτικής υποστήριξης, που περιέχουν βασικά στοιχεία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με τη δυνατότητα για: α) Προστατευμένα διαμερίσματα όπου η ευθύνη της ομαδικής διαβίωσης ανήκει σε ειδικευμένο προσωπικό. β) Προστατευμένη εργασία. Με τον τύπο αυτό υποστηρικτικού συστήματος το άτομο που έχει εμφανή προβλήματα λειτουργικότητας από τη μακρόχρονη διαδρομή μιας ψυχικής νόσου μπορεί να αρχίσει να παράγει έργο μέσα από την εποπτεία ειδικών, ώστε κάποια στιγμή το έργο αυτό να του αποδίδει οικονομικό όφελος.
- ❖ Υπηρεσίες που βοηθούν την κοινότητα να δεχθεί ή να ενσωματώσει το άτομο με ψυχικά προβλήματα ή αρρώστια. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα: α) Υποστήριξης της οικογένειας σε συμβουλευτικό επίπεδο, β) Υποστήριξης της

¹¹ Με τον όρο «Ατομα Υψηλού Κινδύνου» εννοούμε άτομα με χρόνια ψυχικό νόσημα τα οποία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υλοτροπιάζουν και να επανεισαχθούν στο ψυχιατρείο. Δεν περιλαμβάνονται ευάλωτα άτομα όπως έφηβοι, υπερήλικες ή άλλα άτομα.

οικογένειας σε στάδιο κρίσης, γ) Συμβουλευτικής και επιμόρφωσης της κοινότητας, δ) Κοινωνικής ευαισθητοποίησης. Πρέπει να υπάρξουν μέθοδοι για να διασφαλίζονται τα δικαιώματα των πελατών. Ένας ειδικός πρέπει να είναι υπεύθυνος για το άτομο με χρόνιο νόσημα, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ειδικών υπηρεσιών που υφίσταται στην αποκατάστασή του. Αυτή η μορφή χειρισμού αναφέρεται και ως case management.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί ένα ΚΥΣ είναι οι ακόλουθες¹²:

- ✓ Ανθρώπινη αξιοπρέπεια: Ότι παρέχεται θα πρέπει να διασφαλίζει και να προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και το απόρρητο κάθε περίπτωσης.
- ✓ Αυτοκαθοριστικότητα: Οι πελάτες πρέπει να ελέγχουν ότι αφορά στο παρόν και στο μέλλον τους στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό (ως προς τους στόχους τους και τη δυνατότητα επίτευξής τους).
- ✓ Ομαλοποίηση: Οι υπηρεσίες του συστήματος πρέπει να χρησιμοποιούν μεθόδους και τεχνικές μέσα στο πλαίσιο των μέσων ικανοτήτων, ώστε να προαχθεί η φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου. Τελικοί στόχοι είναι η εξάλειψη του στίγματος π.χ. να μη ζουν σε ομαδικά και απομονωμένα οικήματα και να λειτουργούν στην κοινότητα με φυσιολογικούς ρόλους.
- ✓ Εξατομίκευση κάθε περίπτωσης σύμφωνα με τις ανάγκες της.
- ✓ Ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών.
- ✓ Έλλειψη περιοριστικότητας, με παράλληλη εγγύηση της ασφάλειας του πελάτη και του προσωπικού.
- ✓ Συντονισμός: Τα διάφορα στοιχεία του συστήματος πρέπει να συντονίζονται για το «το καλό» του πελάτη. Έτσι ο ρόλος του υπεύθυνου ή του επιμελητή της περίπτωσης έχει συντονιστικό χαρακτήρα. Ο συντονισμός απαιτεί κοινό προγραμματισμό των υπηρεσιών σε πολλά επίπεδα (κοινωνικά, νομαρχιακά, κεντρικά).
- ✓ Διαθεσιμότητα και προσεγγισιμότητα των υπηρεσιών από τον πελάτη. Έτσι οργανώνονται προγράμματα αναζήτησης περιπτώσεων, ώστε να γίνει γνωστό ότι οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες σε εκείνα τα άτομα που τις χρειάζονται περισσότερο.
- ✓ Ευελιξία: Πάντα αξιολογείται το κατά πόσο οι υπηρεσίες μπορούν να προσαρμόζονται στις ανάγκες του πελάτη.
- ✓ Αναπτυξιακό προγραμματισμός: Οι πελάτες πρέπει να θεωρούνται ως αναπτυσσόμενα άτομα που μπορούν να ολοκληρωθούν κάτω από την παροχή κινήτρων και εκπαίδευσης δεξιοτήτων.
- ✓ Εμπιστευτικότητα.
- ✓ Συνεχής προσοχή και ετοιμότητα, ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι τραυματικών εμπειριών για τους πελάτες.
- ✓ Σταδιακός προγραμματισμός: Ότι προγραμματίζεται πρέπει να γίνεται με μικρά βήματα, ώστε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος στο άτομο να προσαρμοστεί π.χ. κάποιος μεταφέρεται από προστατευμένο διαμέρισμα που απαιτεί μεγαλύτερη αυτονομία και πολυπλοκότητα στη διαμονή, όπως καθαρισμό, πληρωμή κοινοχρήστων και άλλων λογαριασμών.

Συμπερασματικά ένα ΚΥΣ πέραν των ψυχιατρικών αρρώστων-πελατών του συστήματος υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, παίζει ζωτικό ρόλο στην παραμονή των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο στην κοινότητα λειτουργώντας με φυσιολογικούς ρόλους και με ανθρώπινη αξιοπρέπεια υποστηρίζοντάς τους πρακτικά

¹² Lemperier, T. et Coll, Συνέκδοση Σακελλαρόπουλος, Π. και συνεργάτες, *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και οι εφαρμογές της στη Ελλάδα*, Παταζήση, Αθήνα, 1995, σ. 535.

και συναισθηματικά. Παράλληλα γίνεται υποστήριξη της οικογένειας των ψυχικά αρρώστων καθώς και η ενημέρωση και η εκπαίδευσή τους.

1. 3. 3. 4 Επίσκεψη στο σπίτι του ασθενή με ψυχική πάθηση

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ένας ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να προσέλθει στην ψυχιατρική υπηρεσία, συνήθως στο πλαίσιο της κοινοτικής ψυχιατρικής πρακτικής γίνεται επίσκεψη στο σπίτι για τους εξής λόγους:

- I. Για την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του αρρώστου (εάν αυτή είναι αναγκαία).
- II. Για τον έλεγχο της ποιότητας των συνθηκών διαμονής, α) ποιότητα κατοικίας, β) διατροφής, γ) επικινδυνότητα.
- III. Για τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής και των τυχόν παρενεργειών.
- IV. Για τακτική παρακολούθηση ατόμου που δεν μπορεί να μεταβεί στο ΚΚΨΥ.

Η προσέγγιση πρέπει να ακολουθεί τους εξής κανόνες:

- i. Τήρηση της δεοντολογίας.
- ii. Προηγούμενη συγκατάθεση του ίδιου του αρρώστου και όχι μόνο από την οικογένεια.
- iii. Ανοιχτή επικοινωνία για το σκοπό της επίσκεψης.
- iv. Όχι «παιχνίδια» στην επικοινωνία (αν η πρόσκληση έγινε από σύζυγο ή γονείς)¹³.
Συνήθως η επίσκεψη γίνεται από δύο μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας π.χ. από έναν ψυχίατρο και έναν κοινωνικό λειτουργό ή επισκέπτη της υγείας ή νοσηλεύτη.

1. 3. 4 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Αποκατάσταση σύμφωνα με την Π.Ο.Υ, είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων η οποία έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φθάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία.

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα, ώστε να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή, η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης, 1958).

Ένας ορισμός της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης που δόθηκε από το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α. είναι ο εξής: Η Ψυχιατρική Αποκατάσταση έχει στόχο να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του, με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις: την αποκαταστασιακή διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση.

Σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, «η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία προσφέρει τις ευκαιρίες σε άτομα, ανάπηρα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή, να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ΨΚΑ συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των δεξιοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να

¹³ Πετρουλάκης, Γ., Σακελλαρόπουλος, Π., Φαλαράς, Β., *Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου*, Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Καστανιώτη, Αθήνα, 1990, σ. 93-104.

δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν πιο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή ή παρουσιάζουν έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια ώστε έχει προκύψει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας».

Το αντικείμενο του έργου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εφαρμόζεται: α) σε όλες τις ηλικίες (από τη βρεφική έως και τη γεροντική), β) σε ένα ευρύ φάσμα νόσων του μυοσκελετικού, του αναπνευστικού, του αγγειακού, του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και των ψυχικών νόσων κυρίως μέσα από το φάσμα των σχιζοφρενικών ψυχώσεων, των διαταραχών της συμπεριφοράς κατά την εφηβεία, των νόσων εξάρτησης (αλκοολισμός, εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες), γ) ανεξάρτητα από το αν η αναπηρία είναι μόνιμη ή περιστασιακή.

Συγκεκριμένα, στον τομέα των ψυχικών νόσων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι σχιζοφρενικές διαταραχές, περισσότερο από τις άλλες παθήσεις, χρήζουν της εφαρμογής των μεθόδων αποκατάστασης.

Στον παρακάτω πίνακα (1. 3. 4.) περιγράφονται οκτώ κλινικές οντότητες που παρουσιάζουν την ανάγκη για αποκαταστασιακές δραστηριότητες και καλύπτουν όλο το φάσμα των ηλικιών, καθώς και μια φυσιολογική κατάσταση, το γήρας, που όμως είναι δυνατόν να συνυπάρχει με μίνιμουμ προβλήματα υγείας. Είναι φανερό πως οι εφαρμογές της αποκατάστασης είναι ανάλογες με το είδος, την ένταση και την ποιότητα των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων ή καταστάσεων.

Πίνακας 1. 3. 4. Οι κύριες διαγνωστικές κατηγορίες στον τομέα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

| ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ | ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ | ΣΤΟΧΟΙ |
|--|---|--|---|
| Σχιζοφρενικές Ψυχώσεις | Χαμηλό επίπεδο ανοχής σε ματαιώσεις, παρορμητικότητα, διαταραχές στην προσοχή, επιθετικότητα, παθητικότητα, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, συμβιωτική σχέση. | Ατομική εργοθεραπεία, κοινωνική αποκατάσταση (Κοινωνική Λέσχη), προεπαγγελματική, επαγγελματική αποκατάσταση. Ομαδικές διαδικασίες | Έλεγχος παρορμητικής συμπεριφοράς, αυτοεξυπηρέτηση, προσωπική υγιεινή, ανεξαρτητοποίηση, κοινωνική επανένταξη, επαγγελματική κατάρτιση. |
| Συναισθηματικές Ψυχώσεις | Αυτοκαταστροφικές τάσεις, παραληρητικές ιδέες, διαταραχή του συναίσθηματος, εγκατάλειψη του εαυτού. | Ατομική εργοθεραπεία, ομαδικές δραστηριότητες-κοινωνικές δραστηριότητες (Κοινωνική Λέσχη). | Απεννοχοποίηση, ενίσχυση αισθήματος προσωπικής ασφάλειας, ενθάρρυνση προσωπικής εμφάνισης, αυτοεξυπηρέτησης. |
| Εξαρτήσεις από αλκοόλ. Εξαρτήσεις από ουσίες (κυρίως ηρωίνη) | Στερητικά συμπτώματα, ανάγκη καθημερινής χρήσης αλκοόλ ή ουσιών, έκπτωση κοινωνικής /επαγγελματικής λειτουργικότητας. | Ειδικά προγράμματα Θεραπευτικών Κοινοτήτων, σωματική και ψυχολογική απεξάρτηση. | Απελευθέρωση από την εξάρτηση - κοινωνική επανένταξη, επαγγελματική αποκατάσταση. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής στα παιδιά και στους εφήβους. | Απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα. | Ειδικές εργοθεραπευτικές δραστηριότητες, παιδαγωγική ή παιγνιοθεραπεία. | Έλεγχος κινητικότητας παρορμητικότητας και προσοχής. |
| Διαταραχή της διαγωγής στα παιδιά και στους εφήβους. | Επιθετικότητα ή όχι, φυγές από το σπίτι, κλοπές, κοινωνικότητα ή όχι, ψέματα, όχι συναισθηματικές σχέσεις. | Προγράμματα με συμπεριφορικό υπόβαθρο-κοινωνική εκπαίδευση-επαγγελματική αποκατάσταση. | Βελτίωση-έλεγχος συμπεριφοράς, κοινωνικοποίηση, κοινωνική ένταξη, επαγγελματική εκπαίδευση, προστατευμένη εργασία. |
| Νοητική καθυστέρηση | Γενική νοητική λειτουργία σημαντικά κάτω από το μέσο όρο. Έκπτωση στην προσαρμοστική συμπεριφορά | Θεραπευτική-Ατομική εργοθεραπεία (Αγωγή κινητικότητας: σωματογνωσία, δραστηριότητες με ρυθμό και μουσική, δραστηριότητες αγωγής λεπτών κινήσεων), εργοθεραπεία εκπαιδευτική (προστατευμένη εργασία), κοινωνιοθεραπεία (Κοινωνική Λέσχη). | Αυτοεξυπηρέτηση, προσωπική υγιεινή, κοινωνική εκπαίδευση, επαγγελματική εκπαίδευση, προστατευμένη εργασία. |
| Βρεφονηπιακός αυτισμός | Έλλειψη απαντητικότητας του ατόμου προς άλλα άτομα, ελλείματα στην ανάπτυξη του λόγου, αλλόκοτες αντιδράσεις. | Παιδαγωγικά παιχνίδια, ειδικό περιβάλλον, οπτικά ερεθίσματα, λογοθεραπεία, αγωγή κινητικότητας. | Έλεγχος σφικτήρων, αποκατάσταση επαφής με το περιβάλλον (αισθητηριακή αποκατάσταση) |
| Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές καταστάσεις | Διαταραχές αντίληψης, κρίσης, ομιλίας, ύπνου, έκπτωση μνήμης-προσανατολισμού, μεταβολή προσωπικότητας, καταθλιπτικό συναίσθημα. | Εργοθεραπευτικές δραστηριότητες, φυσική θεραπεία (κινησιοθεραπεία), ενίσχυση διατήρησης προσωπικής οικιακής υγιεινής. | Ερεθίσματα αισθητηριακά και προσανατολισμού. Προσαρμογές στο χώρο διαμονής, καλή σωματική υγεία. |
| Φυσιολογικό γήρας | Ελαφρές διαταραχές μνήμης, προσανατολισμού, ύπνου, μοναξιά, συνταξιοδότηση, σωματικές χρόνιες αρρώστιες. | Εργοθεραπευτικές ομαδικές και ατομικές δραστηριότητες, ψυχαγωγικές, κοινωνικές, ομαδικές, δραστηριότητες. | Ψυχαγωγία-κοινωνικοποίηση, φυσική αγωγή. |

ΠΗΓΗ: Μαδιανός, Μ., Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει ως αντικείμενο τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο. Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός ατόμου με χρόνια ψυχική αρρώστια σε κάποιο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι¹⁴:

- Η ύφεση της ψυχοπαθολογίας.
- Το ικανοποιητικό επίπεδο της γενικής λειτουργικότητας.
- Η ύπαρξη κινήτρων για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών.

Σύμφωνα με τον Athony et al. (1988), τα δέκα βασικά στοιχεία για τη οργάνωση ενός προγράμματος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι τα εξής:

1. Η εκτίμηση της λειτουργικότητας των δεξιοτήτων του ατόμου σε σχέση με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Εκτιμώνται, π.χ. οι δυνατότητες και αδυναμίες του πελάτη.
2. Η ευεργετική συμμετοχή του ατόμου που πρόκειται να αποκατασταθεί. Χρησιμοποιούνται π.χ. έντυπα και μαγνητοταινίες που αποδείκνυαν ότι ο πελάτης αναλαμβάνει τους στόχους του προγράμματος.
3. Ο συστηματικός προγραμματισμός της αποκατάστασης σε ατομικό επίπεδο.
4. Η άμεση διδασκαλία των δεξιοτήτων μέσα από καθημερινό ωρολόγιο πρόγραμμα.
5. Η εκτίμηση των περιβαλλοντικών συνθηκών και των όποιων τροποποιήσεων, οι οποίες θα ενισχύσουν τη διαδικασία της αποκατάστασης.
6. Η παρακολούθηση των ατόμων κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με ιδιαίτερη έμφαση στην ενίσχυση των επιτυχιών τους.
7. Η προσέγγιση γίνεται μέσα από την ομάδα της αποκατάστασης. Σε κάθε μέλος ανατίθεται συγκεκριμένο έργο ως προς την επίτευξη των στόχων της αποκατάστασης.
8. Η ανάπτυξη των διαδικασιών των παραπομπών προς τους εργοδότες ή οποιουδήποτε τύπου τοποθετήσεις.
9. Αξιολόγηση των ορατών αποτελεσμάτων και χρήση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης.
10. Συμμετοχή των καταναλωτών στην πολιτική του προγραμματισμού.

Η διαδικασία εφαρμογής της μεθοδολογίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνει τη διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση. Σύμφωνα με τους Farkas και Athony (1989), η διάγνωση στην αποκατάσταση είναι συνώνυμη με τους όρους «εκτίμηση» και «αξιολόγηση». Εκτιμώνται δηλαδή οι δεξιότητες, η οργανωτικότητα στους στόχους, η ανταπόκριση στις απαιτήσεις άλλων, η προσαρμοστικότητα και η αποδοτικότητα και αξιολογούνται οι πόροι ως προς την ικανότητα του ατόμου να τους εκμεταλλευτεί και η διαθεσιμότητα τους.

Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο «συνεχές» που αρχίζει με τη διάγνωση, αξιολόγηση, αρχική εκτίμηση του προβλήματος κατά το χρόνο της παραπομπής του πελάτη και λήγει με την τοποθέτηση του σε εργασία.

Οι στόχοι συνήθως είναι μικροπρόθεσμοι και άμεσοι, μεσοπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι με ιεραρχημένη δομή. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει συνολικά πέντε στάδια: την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων που υπάρχουν, το σχεδιασμό των στόχων, την πραγματοποίηση των στόχων, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου.

Η παράλειψη ενός σταδίου είναι αδύνατη, γιατί το ένα στάδιο είναι άμεση συνέχεια του προηγούμενου. Για την εκτίμηση-αξιολόγηση των δεξιοτήτων έχει αναπτυχθεί ειδική ερευνητική μεθοδολογία σε αντικειμενικές μετρήσεις με τη χρήση κλιμάκων και άλλων

¹⁴ Lempriere, T. et Coll, Συνέκδοση Σακελλαρόπουλος, Π. και συνεργάτες, *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και οι εφαρμογές της στη Ελλάδα*, Παπαζήση, Αθήνα, 1995, σ. 569.

τεχνικών οργάνων (χρονομετρήσεις, τεστ, παρατηρήσεις κ.λ.π.). Οι εκτιμήσεις είναι συνεχείς και επαναλαμβάνονται κάθε τρεις ή τέσσερις εβδομάδες, ενώ παράλληλα λαμβάνονται πληροφορίες για τη διαμονή του ατόμου μέσα ή έξω από το ψυχιατρείο ή στην κοινότητα, οι οποίες συνδυαζόμενες, προσφέρουν πληρέστερη εικόνα του επιπέδου λειτουργικότητας του αρρώστου.

Έτσι είναι βασικό να γνωρίζουμε ότι η αποκαταστασιακή διαδικασία κινείται μέσα στο τρίγωνο κοινότητα, κράτος, οικογένεια.

1. 3. 4. 1 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ασθενών με χρόνιες ψυχικές παθήσεις

Σύμφωνα με τον Liberman, ως χρόνιος άρρωστος ορίζεται ο άρρωστος που ανταποκρίνεται σε δυο κριτήρια: το κριτήριο της διάγνωσης, ότι δηλαδή νοσεί από σχιζοφρενικές και συναισθηματικές διαταραχές, και το κριτήριο της εξάρτησης για οικονομική υποστήριξη από την οικογένεια ή την κοινωνική πρόνοια.

Σύμφωνα με τον Liberman, ένας άλλος ορισμός διακρίνει τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο, σε ψυχοκοινωνικά ανάπηρο και σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο και ψυχοκοινωνικά ανάπηρο συγχρόνως.

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, ένας ψυχικά άρρωστος ορίζεται ως χρόνιος όταν έχει μόνο ένα επεισόδιο νοσηλείας τα τελευταία πέντε χρόνια, με διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών¹⁵. Σύμφωνα με τους Goldman και συνεργάτες, ως χρόνια ψυχικά άρρωστοι θεωρούνται «άτομα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές και από άλλες διαταραχές που μπορεί να χρόνισαν και να διατάραξαν ή να εμπόδισαν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας τους σε τρία ή περισσότερα επίπεδα καθημερινής ζωής όπως είναι η προσωπική υγιεινή και φροντίδα, η δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία τους να είναι οικονομικά αυτόνομοι».

Η μεθοδολογία της αξιολόγησης ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες εξαιτίας της χρόνιας διαδρομής μιας ψυχικής νόσου είναι διαφορετική από εκείνη που εφαρμόζεται για την αξιολόγηση του οποιουδήποτε ψυχικά αρρώστου συγκεκριμένα οι μέθοδοι εκτίμησης της κατάστασης του ατόμου βασίζονται σε¹⁶:

- Παρατηρήσεις από το θεραπευτή της συμπεριφοράς του ατόμου.
- Ερωτηματολόγια αυτοσυμπληρώμενα.
- Συνεντεύξεις.
- Υπολογισμό της παραγωγικότητας και ότι σχετίζεται με αυτήν.
- Βιολογικές παραμέτρους π.χ. καταγραφή αυτονομικής δραστηριότητας ψυχοφυσιολογικών παραμέτρων.

Μια συμπληρωματική αξιολόγηση μπορεί να περιλαμβάνει την εκτίμηση των στάσεων της οικογένειας απέναντι στο μέλος της που συμμετέχει σ' ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, τη στάση του προσωπικού απέναντι σε διάφορα θέματα, την οικογενειακή ατμόσφαιρα του ατόμου στην οποία επανεντάσσεται.

Ένα σημαντικό θέμα είναι η επιλογή της τεχνικής της λήψης πληροφοριών και πως θα διασφαλιστεί το απόρρητο τους, καθώς και η αξιοπιστία και εγκυρότητα τους.

Η συνέντευξη πρέπει να ακολουθήσει όλους τους κανόνες που είναι διεθνώς παραδεκτοί. Αν το άτομο συμπληρώνει το ίδιο κάποια κλίμακα ή ερωτηματολόγιο πρέπει να του έχει εκ των προτέρων εξηγηθεί καθετί το σχετικό και να διευκρινιστούν τυχόν απορίες του ή δυσκολίες του στην κατανόηση της κλίμακας. Η προσωπική συνέντευξη υπερέρχει ως μέθοδος

¹⁵ Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1994, σ. 21-22.

¹⁶ Στο ίδιο, σ. 134.

σε αρκετά σημεία συγκριτικά με την αυτοεκτίμηση μέσα από κλίμακες, παρότι η δεύτερη μέθοδος είναι χρήσιμη για την καταγραφή πληροφοριών γύρω από τη στάση του ατόμου απέναντι στο προσωπικό, στα άλλα μέλη του προγράμματος και άλλα υποκειμενικά θέματα τα οποία ίσως δυσκολεύεται να εκφράσει σε μια συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο.

Η εκτίμηση που γίνεται με βάση κάποια παρατήρηση ή πληροφορίες πρέπει να βασίζεται σε διασταύρωση των πληροφοριών π.χ. όταν εκτιμάται η οικογενειακή ατμόσφαιρα. Ένα σημαντικό θέμα είναι η δημιουργία της φυσιολογικής βάσης για την εκτέλεση μιας άσκησης ή μιας δραστηριότητας. Δηλαδή τι είναι φυσιολογικό και τι παθολογικό για ένα άτομο με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες.

Οι τεχνικές της ψυχομετρικής εφαρμόζονται και στην αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με τη χρήση κλιμάκων που έχουν τη μορφή των δομημένων απαντήσεων τύπου hikert, τύπου πολλαπλών επιλογών, διχοτόμων απαντήσεων ή της σημαντικής διαφορετικής επιλογής.

Η εκτίμηση των ατομικών ικανοτήτων περιλαμβάνει την προσωπική εμφάνιση, υγιεινή και καθαριότητα, τη χρήση καθαρής και περιποιημένης ενδυμασίας και τη χρήση των χώρων καθαριότητας (λουτρό, τουαλέτα κ.λ.π.).

Οι κοινωνικές ικανότητες επικεντρώνονται στην ικανότητα χρήσης μέσων μαζικής μεταφοράς, την ικανότητα αγορών π.χ. είδη διατροφής, τη δημιουργία κοινωνικών επαφών, φιλίας και δεσμών.

Κάθε δραστηριότητα ή ομάδα δραστηριοτήτων επιλέγεται και προγραμματίζεται για να ικανοποιήσει κάποια ανάγκη του ατόμου ή ομάδες αναγκών. Σύμφωνα με το Wilson, οι ανάγκες των χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων, είναι σωματικές, γνωσιακές, αισθητικές, αντιληπτικές, κοινωνικές, εκφραστικές, ανεξαρτησίας, πρακτικές και ικανότητας κατηγοριοποίησης οι οποίες πρέπει να εκτιμώνται συνεχώς μέσα από συγκεκριμένες εξειδικευμένες εργοθεραπευτικές δραστηριότητες.

Η ικανότητα του ατόμου να ασκηθεί σε συγκεκριμένες σωματικές ή φυσικές δραστηριότητες αξιολογείται κατά την έναρξη του προγράμματος. Επίσης αξιολογείται τακτικά η ικανότητα του ατόμου ως προς την εκτέλεση των γυμναστικών ασκήσεων των μελών του σώματος (του αυχένα, των χεριών, των ποδιών, του κορμού κ.λ.π.) και σε ασκήσεις χαλάρωσης του σώματος.

Η εκτίμηση των κοινωνικών δεξιοτήτων περιλαμβάνει τρεις ομάδες δεξιοτήτων: λεκτικές, εξωλεκτικές δεξιότητες και την ποιότητα της συνομιλίας.

Η εκτίμηση βασίζεται στην καταγραφή από τον αξιολογητή των επιμέρους στοιχείων, των συμπτωμάτων ή καταστάσεων π.χ. ένταση, τόνος, χρωματισμός, καθαριότητα, ρυθμός, τα οποία θεωρούνται ότι απαρτίζουν την ποιότητα της φωνής ενός ατόμου. Η εκτίμηση αυτή γίνεται σε διαβαθμίσεις που κυμαίνονται από το 1 (φυσιολογικό) έως το 4 (παθολογικό).

Οι άλλες κοινωνικές δραστηριότητες, εκτός από τις κοινωνικές δεξιότητες, αξιολογούνται μέσα από τη δυνατότητα και τον τρόπο πραγματοποίησής τους.

Αξιολογείται η ακρίβεια, η προσοχή, ο ρυθμός, η υπομονή, η πρωτοβουλία, το ενδιαφέρον, η ταχύτητα, η διάθεση για συνεργασία, η υπευθυνότητα του ατόμου και το γενικότερο επίπεδο επικοινωνίας, καθώς και η δυνατότητα επιτέλεσης διαφόρων στόχων που του έχουν ανατεθεί.

Μια από τις βασικές έννοιες που αφορά τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο είναι η λειτουργικότητα, ο βαθμός ικανοποίησης των απαιτήσεων από συγκεκριμένους ρόλους π.χ. εργαζομένου, γονέα, συζύγου, φοιτητή κ.λ.π.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι δημοσιεύσεις γύρω από τη χρήση και τις ψυχομετρικές ιδιότητες ειδικών οργάνων-κλιμάκων και σύνθετων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες.

Τα όργανα αυτά μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες: 1) σε εκείνα που εκτιμούν το επίπεδο της λειτουργικότητας του ατόμου σε διάφορους τομείς, δραστηριότητες, σχέσεις και ρόλους, 2) στα όργανα που εκτιμούν τη γενική λειτουργικότητα σε συνάρτηση με την ψυχοπαθολογική κατάσταση του ατόμου και 3) σε αυτά που μετρούν τις διαστάσεις και τα επίπεδα του κοινοτικού και του οικογενειακού υποστηρικτικού συστήματος.

Από την ομάδα οργάνων που εκτιμούν τη λειτουργικότητα παρουσιάζονται 23 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων το παλαιότερο έχει δημοσιευτεί το 1963. Υπάρχει ένα μεγάλο εύρος τομέων ή περιοχών εκτίμησης της λειτουργικότητας και αριθμού ερωτήσεων (από 20 έως 329 ερωτήσεις) ενώ η μέθοδος συλλογής πληροφοριών είναι η συνέντευξη, η αυτοεκτίμηση, η αξιολόγηση από παρατηρήσεις ή διασταύρωση πληροφοριών.

Η ομάδα οργάνων που εκτιμούν τη γενική λειτουργικότητα του ατόμου σε συνάρτηση με την ψυχοπαθολογική του κατάσταση περιλαμβάνει την κλίμακα Ολικής Εκτίμησης της λειτουργικότητας (ΚΟΕΛ), του Luborsky, των Endicott και συνεργατών, του Mc Clashan. Οι δυο πρώτες είναι συνοπτικές με σύστημα εκτίμησης μια διαβάθμιση της λειτουργικότητας του ατόμου από το 0 έως το 100.

Οι κατασκευαστές της (ΚΟΕΛ) προσπάθησαν να συνδυάσουν την ανίχνευση της ύπαρξης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων με την επίδραση τους στη λειτουργικότητα του αρρώστου.

Η χρήση αυτών των κλιμάκων είναι πολύ διαδεδομένη γιατί προσφέρουν μια συνοπτική εικόνα της γενικής κατάστασης του ατόμου.

Οι κλίμακες που αξιολογούν διάφορα στοιχεία του κοινοτικού και του οικογενειακού υποστηρικτικού συστήματος δεν έχουν την αριθμητική έκταση των κλιμάκων εκτίμησης της λειτουργικότητας. Οι κλίμακες που αφορούν στο κοινοτικό υποστηρικτικό σύστημα επικεντρώνοντας κυρίως στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων και συναλλαγών.

Οι κλίμακες οι οποίες αξιολογούν το οικογενειακό υποστηρικτικό σύστημα καλύπτουν διάφορα φαινόμενα και καταστάσεις που αναπτύσσονται μέσα στην οικογένεια από τη χρόνια διαδρομή της ψυχικής νόσου του μέλους της.

1. 3. 4. 2 Ηθικά και Δεοντολογικά ζητήματα σχετικά με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Όπως στους τομείς της κοινοτικής ψυχιατρικής έτσι και στον τομέα της ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προκύπτουν θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν στο άτομο το οποίο συμμετέχει στην αποκατάσταση, στην οικογένεια και τον εργοδότη του.

Ο άξονας από τον οποίο διαρθρώνονται οι αρχές και οι κανόνες της αποκαταστασιακής ηθικής είναι εκείνος των αρχών της ιατρικής δηλαδή:

1. Η Αρχή της Αυτονομίας
2. Η Αρχή της Ωφέλειας
3. Η Αρχή της μη βλάβης
4. Η Αρχή της δικαιοσύνης

Κάθε ιατρική διαδικασία πρέπει να τείνει στη διατήρηση του απόρρητου της φύσης και της λειτουργικότητας του αρρώστου, να το ωφελεί, να μην του προκαλεί βλάβες και να μην προσβάλλει το περί δικαίου αίσθημα.

Οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν κάθε αποκαταστασιακό χειρισμό είναι:

- i. Η προαγωγή της αυτονομίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
- ii. Η εξεταστικότητα των αναγκών κάθε ατόμου
- iii. Η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών
- iv. Η καθαρότητα της επικοινωνίας

Η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται με ειλικρίνεια για την πρόοδο ή τα προβλήματα του μέλους της στον τομέα της αποκατάστασης στον οποίο εκείνο συμμετέχει. Η οικογένεια

πρέπει να συμμετέχει υπεύθυνα στο αποκαταστασιακό έργο κατά το μέγεθος του δυνατού και ουσιαστικού.

Η περίπτωση του εργοδότη έχει αρκετές ιδιαιτερότητες. Με βάση τη νομοθεσία, ο εργοδότης γνωρίζει ότι προσλαμβάνει ένα άτομο με ειδικές ανάγκες, αφού ο μισθός της θέσης του επιδοτείται. Στη πληροφόρηση αυτή πρέπει να τεθούν όρια και να ενημερώνεται μόνο έως το σημείο που θα διασφαλίζεται η απρόσωπη εργασία του ατόμου π.χ. να πληροφορηθεί το γεγονός ότι παίρνει κάποια ψυχοφάρμακα, όχι όμως ποια ψυχοφάρμακα παίρνει.

Ηθικά διλήμματα όπως, αν πρέπει να γίνεται σεβαστή η γνώμη των νοσηλευομένων ή τι θεωρεί ο άρρωστος σωστό για την κοινοτική του επανένταξη, ή τι πιστεύει ο επαγγελματίας της ψυχικής υγείας ότι είναι καλό για τον άρρωστο, υπεισέρχονται στο σχεδιασμό και την οργάνωση των προγραμμάτων αποϊδρυματισμού και αποκατάστασης με κύριο άξονα τις παραπάνω βασικές αρχές, προσθέτοντας επίσης και τον κλινικό παράγοντα, δηλαδή το κατά πόσο η κατάσταση του αρρώστου, επιτρέπει μία πληρέστερη αναγνώριση και ιεράρχηση των αναγκών του.

1. 4 Ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η παροχή υπηρεσιών υγείας καλής ποιότητας είναι ένα πολυπαραγοντικό προϊόν, που χαρακτηρίζεται από ένα συγκεκριμένο τύπο φροντίδας η οποία προσφέρεται υπό ιδανικές συνθήκες. Είναι αναμφισβήτητα σημαντικός ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων στην παροχή υπηρεσιών υγείας καλής ποιότητας.

Οι διαστάσεις της αξιολόγησης της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας είναι η δομή, η λειτουργία και το αποτέλεσμα. Η δομή χαρακτηρίζεται από την κτιριακή υποδομή, το οργανωτικό σχήμα, τον εξοπλισμό και τη χρηματοδότηση.

Η λειτουργία εκφράζεται από το επίπεδο λειτουργικότητας της υπηρεσίας (και τις διαπροσωπικές σχέσεις) και την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας και τεχνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών.

Το αποτέλεσμα της παροχής υπηρεσιών σχετίζεται με την επίπτωση της ποιότητας των παρεχόμενων ψυχιατρικών υπηρεσιών στη νοσηρότητα (εισαγωγές και επανεισαγωγές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ασθενείς μακράς παραμονής, αποϊδρυματοποιημένοι ασθενείς), στην κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών, στη θνησιμότητα και στην ψυχιατρική και ψυχολογική τους κατάσταση.

Σύμφωνα με τον Donabedian τα στοιχεία της δομής, της λειτουργίας και του αποτελέσματος αποτελούν τα βασικά συστατικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη σε κάθε ποσοτικό σύστημα διακρίβωσης της ποιότητας. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν τμήμα των χαρακτηριστικών ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας και κάθε μεθόδου για την αξιολόγηση της ποιότητας.

Στα τελευταία δεκαπέντε χρόνια η συνεχώς επαπειλούμενη οικονομική κατάρρευση του συστήματος παροχής υπηρεσιών της υγείας έχει οδηγήσει τους ειδικούς στην εφαρμογή μεθόδων και πρακτικών που στοχεύουν στον έλεγχο των δαπανών αλλά και στη διασφάλιση της ποιότητας όσον αφορά στην παροχή της φροντίδας, παράλληλα με την εκμετάλλευση κάθε διαθέσιμου πόρου.

Η διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών στην ψυχιατρική είναι μία μέθοδος για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, όπως επίσης και η ανάπτυξη της υπευθυνότητας απέναντι στον άρρωστο, στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και στην διοίκηση.

Για τη διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών, σε πολλές χώρες, έχουν θεσπιστεί πρότυπα ποιότητας παροχής μέσα από νομοθετικές διαδικασίες.

Το 1972 το Κογκρέσο ψήφισε το Νόμο 92-603 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο περίφημος Οργανισμός Επιθεώρησης των Επαγγελματικών Προτύπων, που ελέγχει την ποιότητα της παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής με την εισαγωγή κριτηρίων και προδιαγραφών.

Στην αξιολόγηση της ποιότητας περιλαμβάνονται πληροφορίες από τη νοσηλευτική κίνηση καθώς και εκθέσεις από ομάδα καταναλωτών, οικονομικά-λογιστικά στοιχεία, κλινικές εκθέσεις ερευνών και αποτελέσματα από μελέτες στο προσωπικό.

Το περιεχόμενο της διαδικασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει τον καθορισμό: α) προδιαγραφών, β) κριτηρίων, γ) προτύπων, δ) δεικτών και ε) επιτρεπτών ορίων. Η τήρηση ή η υπέρβαση των παραπάνω στοιχείων είναι το ζητούμενο από την μελέτη διασφάλισης της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών.

Συνήθως η διαδικασία του προγράμματος για τη διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών αναλαμβάνεται από μία επιτροπή που είναι διακλαδική και περιλαμβάνει και διοικητικούς υπαλλήλους.

Η εφαρμογή αυτών των προσεγγίσεων της διασφάλισης της ποιότητας έγινε πρώτα στις Η.Π.Α. και επεκτάθηκε αργότερα σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες.

Στον τομέα της Διοικητικής ψυχιατρικής οι κύριες περιοχές όπου ελέγχθηκε η ποιότητα της φροντίδας στο πλαίσιο της διοίκησης είναι οι εξής:

- Διαχείριση ολικής ποιότητας
- Διαχείριση κινδύνων
- Έλεγχος αξιοποίησης πόρων
- Τεκμηριωμένη ψυχιατρική ή ψυχιατρική βασισμένη σε ενδείξεις
- Διαχειριζόμενη περίθαλψη ψυχικής υγείας
- Ιατρικός έλεγχος
- Διαχείριση ιατρικής ευθύνης

Η διαχείριση ολικής ποιότητας αφορά τη βελτίωση της ποιότητας αφορά τη βελτίωση της ποιότητας της παραγωγικότητας με μηχανισμούς διασφάλισης της ολικής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε περιβάλλον ασφαλές και οικείο στον ψυχικά άρρωστο.

Η διαχείριση των κινδύνων, ως προς τις πράξεις που ασκούνται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επικεντρώνονται στην ανάπτυξη των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων με σημείο αναφοράς την άσκηση των ψυχιατρικών πράξεων.

Ο έλεγχος αξιοποίησης των πόρων είναι μια μέθοδος που στοχεύει στον απόλυτο έλεγχο του κόστους κατά την διαδικασία των ψυχιατρικών πράξεων. Αφορά κυρίως τον έλεγχο της διάρκειας της ψυχιατρικής νοσηλείας.

Η τεκμηριωμένη ψυχιατρική η οποία χρησιμοποιεί την καλύτερη δυνατή εφαρμογή των δεδομένων για το βέλτιστο αποτέλεσμα με τη διαδικασία: Έρευνα, Ευρήματα, Αποθήκευση, Υλοποίηση.

Η διαχειριζόμενη περίθαλψη ψυχικής υγείας όπου έχει ένα σύστημα ενσωματωμένης και ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών.

Ο ιατρικός έλεγχος είναι μια διαδικασία που πραγματοποιείται από ομοίβαθμους ειδικούς με την μορφή εκθέσεων. Οι ασθενείς και το προσωπικό δε συμμετέχουν στη διαμόρφωση των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για την σύνταξη της αξιολογικής έκθεσης.

Η διαχείριση της ιατρικής ευθύνης η οποία αποσκοπεί στο να προστατεύσει τόσο το προσωπικό μιας υπηρεσίας, όσο και τους ασφαλιστικούς φορείς από τους κινδύνους λόγω κακής ποιότητας της φροντίδας.

Έτσι μέσα από τον καθορισμό των κριτηρίων, των δεικτών, των προτύπων, των προδιαγραφών, διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μια μέθοδος για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, όπως επίσης και για την ανάπτυξη της υπευθυνότητας απέναντι στον άρρωστο.

1. 4. 1 Αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Ως αξιολόγηση ορίζεται η εκτίμηση του επιπέδου της επιτυχίας στην επίτευξη ενός προκαθορισμένου αντικειμενικού στόχου η οποία αποτελείται από μια διαδικασία τεσσάρων σταδίων:

- α) της διαμόρφωσης του αντικειμενικού στόχου του προγράμματος που θα αξιολογηθεί
- β) της επιλογής των κριτηρίων με τα οποία θα αξιολογηθεί η επιτυχία
- γ) του καθορισμού και ερμηνείας του βαθμού επιτυχίας και
- δ) της αξιολόγησης της επίπτωσης που προέρχεται από τα αποτελέσματα τα οποία δρουν ως μηχανισμός αντίδρασης, αν επέλθουν αλλαγές στο πρόγραμμα.

Οι λόγοι για τους οποίους αξιολογούμε τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι:

- ✓ Η διασφάλιση των βέλτιστων προδιαγραφών της παροχής υπηρεσιών
- ✓ Η δημιουργία νέων κινήτρων
- ✓ Η διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων
- ✓ Ο σχεδιασμός νέων στόχων
- ✓ Η κατανομή πόρων

Συγκεκριμένα αξιολογούμε:

Θεραπευτικές δραστηριότητες–εκπαίδευση, διδασκαλία, εποπτεία–Οργάνωση, διαχείριση–Διαμόρφωση πολιτικής–Οικονομική διαχείριση.

Σε ένα σύστημα διαχείρισης πρέπει να τηρούνται οι ακόλουθες βασικές αρχές:

- Προτεραιότητα στην εξειδίκευση και επάρκεια των αξιολογητών
- Ύπαρξη εξωτερικών αξιολογητών
- Ποιοτική επάρκεια των δεδομένων
- Ύπαρξη πόρων για την υλοποίηση της αξιολόγησης
- Δυνατότητα συγκρισιμότητας π.χ. ως προς το κόστος
- Χρησιμοποίηση έγκυρης και αξιόπιστης μεθοδολογίας

Στα προγράμματα αξιολόγησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκτιμάται:

- α) Η καταλληλότητα των υπηρεσιών προς τις ανάγκες της κοινότητας
- β) Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές και
- γ) Η αποδοτικότητα μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας που οργανώνεται και λειτουργεί με το μικρότερο κόστος και αποτελεσματικά.

Από την οργανωτική φύση τους οι ψυχιατρικές υπηρεσίες και ιδιαίτερα τα κέντρα ψυχικής υγείας, είναι υποχρεωμένες να ενσωματώνουν ένα σύστημα επιστημονικής αξιολόγησης της ποιότητας και της ποσότητας του έργου που παράγουν. Η ενσωμάτωση αυτής της αξιολόγησης έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: έρευνα, ευρήματα, παροχή υπηρεσιών και τέλος αξιολόγηση.

1. 5 Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

1. 5. 1 Η ψυχιατρική περίθαλψη μέχρι το 19^ο αιώνα

Η ιστορική εξέλιξη της περίθαλψης των ψυχικά αρρώστων στη χώρα μας είναι παράλληλη με την έννοια της ψυχικής αρρώστιας, όπως αυτή διαμορφώθηκε μέσα από την ιστορική πορεία του έθνους.

Η λαϊκή αντίληψη για την ψυχική αρρώστια από τους κλασικούς χρόνους όπως αυτό φαίνεται από τα κείμενα που διασώθηκαν, περιλαμβάνει την υπερφυσική αιτιολογία της. Ο

ψυχικά άρρωστος είναι άτομο με θεϊκές ιδιότητες. Είναι ένα διαφορετικό άτομο που κατέχεται από τα πνεύματα της Μανίας και της Λύσσας.

Τον 4^ο αιώνα π.Χ. αναπτύσσεται η Ιπποκρατική άποψη για την ψυχική αρρώστια, ότι δηλαδή η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης και της κίτρινης χολής και του φλέγματος). Έτσι μπαίνει η πρώτη βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής αρρώστιας. Ο Ιπποκράτης και οι μαθητές του, υπήρξαν οι πρώτοι ιατροί που ασχολήθηκαν επιστημονικά με τις ψυχοπάθειες δίνοντας έμφαση στις φυσικές αιτίες, την κλινική παρατήρηση και την παθολογία του εγκεφάλου.

Ο Αριστοτέλης εισήγαγε πρώτος την εμπειρική παρατήρηση πάνω στις διαταραχές της συμπεριφοράς του ανθρώπου και την έννοια της κάθαρσης, με τη χρήση μουσικής, κρασιού και αφροδισιακών, ιδιαίτερα για τα μελαγχολικά άτομα. Στη Ρωμαϊκή εποχή δημιουργούνται οι πρώτοι νόμοι για τους ψυχικά ασθενείς με θέσπιση ελαφρυντικών για την ψυχική ασθένεια. Σημαντική πρόοδο επιτελεί ο Ασκληπιάδης ο οποίος διαχωρίζει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών και προτείνει θεραπεία μουσικής.

Ίσως η πιο σημαντική προσφορά επί Ιουστινιανού και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού είναι η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχικά ασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς.

Την Ελληνορωμαϊκή εποχή ο Σωρανός και ο Αρεταίος αναπτύσσουν πραγματικά ανθρωπιστικές απόψεις περί τη θεραπεία των ψυχικά αρρώστων οι οποίοι, ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε συζητήσεις, να παίζουν σε τραγωδίες ή κωμωδίες.

Τα χαρακτηριστικά που επικράτησαν γύρω από την ψυχική ασθένεια κατά τον Μεσαίωνα, είναι η δαιμονολογία ότι δηλαδή η ψυχική ασθένεια είναι έργο του διαβόλου, η αστρολογία και η θεραπεία με εξορκισμούς.

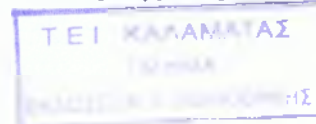
Στην διάρκεια της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας η περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων παρέχονταν σε ορισμένα μοναστήρια τα οποία είχαν τη φήμη κέντρων εξορκισμού και θεραπείας «δαιμονισμένων, τρελών και επιληπτικών αρρώστων». Υπήρχαν κελιά-ξενώνες όπου οι ανήσυχoi άρρωστοι παρέμεναν νηστεύοντας αυστηρά, δεμένοι με αλυσίδες, δεχόμενοι τις εκκλησιαστικές «θεραπευτικές» πρακτικές που περιελάμβαναν εξορκισμούς και προσευχές.

Στο ανεξάρτητο Ελληνικό κράτος, τον Ιανουάριο του 1833, οργανώθηκε η πρώτη Υγειονομική Υπηρεσία η οποία άνηκε στη Γραμματεία (Υπουργείο) Εσωτερικών (Βασιλικό Διάταγμα του Όθωνα, 3/4/1833). Το 1914, το Υγειονομικό Τμήμα έγινε Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Αντιλήψεως (Ν. 516/1914) στο Υπουργείο Εσωτερικών. Ακολούθησε μια σειρά συγχωνεύσεων και ανεξαρτητοποιήσεων μέχρι το 1968.

Οι πρώτες προσπάθειες για την οργάνωση ειδικού νοσοκομείου περίθαλψης ψυχικά αρρώστων τοποθετούνται γύρω στο 1860, με την ψήφιση του νόμου ΨΜΒ της 22/3/1862 «Περί συστάσεως φρενοκομείων», ο οποίος καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα του. Ακολούθησε επίσης, ο νόμος 6/7/1872 για λωβοκομεία ή λεπροκομεία, τα οποία ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1880 και συγκεκριμένα το 1884, θεμελιώνεται μετά από δωρεά του Ζώρτζ Δρομοκαϊτή το Δρομοκαϊτείο θεραπευτήριο, το οποίο εγκαινίασε την λειτουργία του την 1/10/1887 με συνολικό αριθμό 110 κρεβατιών. Οι αρχικές συνθήκες των ασθενών στο Δρομοκαϊτείο δεν ήταν οι ιδανικότερες. Αυτό μπορούμε να το καταλάβουμε από το γεγονός ότι μόλις το 1948 καταργήθηκαν σταδιακά τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιοριστικός δεσμός, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις.

Μέχρι το τέλος του 19^ο αιώνα το Ελληνικό κράτος δεν ίδρυσε κανένα ψυχιατρικό ίδρυμα. Με την ένωση των Ιονίων νησιών το 1864, κληροδοτήθηκε στην Ελλάδα το ψυχιατρείο της Κέρκυρας που λειτουργούσε από το 1838, με διάταγμα του βρετανού διοικητή των Ιονίων νησιών Sir E. Douglas. Οι ασθενείς στη Κέρκυρα σύμφωνα με μαρτυρίες του Χριστόδουλου Τσιριγώτη, ο οποίος υπήρξε ο πρώτος Έλληνας γιατρός που ανέλαβε ως διευθυντής σε ψυχιατρείο, διέμεναν σε άθλιες συνθήκες. Επίσης κληροδοτήθηκε στην Ελλάδα και το άσυλο της Κεφαλληνίας, το οποίο ιδρύθηκε το 1840 από τους Άγγλους κατά το πρότυπο της ίδρυσης του ασύλου της Κέρκυρας.



1. 5. 2 Η ψυχιατρική περίθαλψη του 20^{ου} αιώνα

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και συγκεκριμένα το 1905 ιδρύθηκε το Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο με πρωτοβουλία του καθηγητή της ψυχιατρικής Μ. Κατσαρά. Έτσι το Αιγινήτειο λειτούργησε για πρώτη φορά το 1905, με συνολική δύναμη είκοσι πέντε κρεβατιών. Αν και μέχρι τότε όλα τα ψυχιατρεία της χώρας είχαν τα χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή ελάχιστους γιατρούς, πολλούς φύλακες, άθλιες συνθήκες διαβίωσης, εν τούτοις το Αιγινήτειο αποτέλεσε εξαίρεση. Αφ' ενός γιατί η οργάνωση του ήταν αρτιότερη, ως πανεπιστημιακή κλινική, και αφ' ετέρου διότι σ' αυτό νοσηλεύονται μόνο τα οξεία και ελαφρά περιστατικά¹⁷.

Η Μικρασιατική καταστροφή, που έφερε στον ελληνικό χώρο 1,5 εκατομμύριο ψυχές και μαζί την πείνα, την ανεργία, την εξαθλίωση και τα κοινωνικά δεινά, δημιούργησε την ανάγκη για την ίδρυση ενός νέου και μεγαλύτερου ασύλου. Έτσι στήθηκαν οι πρώτες παράγκες στο Δαφνί και στεγάστηκαν οι πρώτοι τρόφιμοι που μεταφέρθηκαν από την Αγία Ελεούσα. Από το 1934 που δημοσιεύθηκε ο νόμος «περί Οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων», το Δαφνί άρχισε να λειτουργεί και ως ψυχιατρείο.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, της Μονής Δαφνίου, λειτούργησε με αρχική δύναμη 100 κλινών. Στόχος του ήταν, σύμφωνα με τον οργανισμό του η παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης των ψυχικά ασθενών, η μόρφωση και η εξειδίκευση του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και η εκτέλεση ερευνητικών εργασιών στον κλάδο της ψυχιατρικής και της νευρολογίας. Το 1939 νοσηλεύονταν εκεί 1809 ασθενείς

Από την εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, διαφαίνεται ότι η πρώτη προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης της συντελέστηκε με την ψήφιση του Ν. 6077/34 στις 21 Φεβρουαρίου του 1934, «περί Οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων». Ο νόμος αυτός προβλέπει έναν κοινό εσωτερικό κανονισμό όλων των ψυχιατρείων, τη διαδικασία εκούσιας ή αναγκαστικής εισαγωγής και τη δομή της λειτουργίας ως προς το προσωπικό κάθε ειδικότητας.

Από το 1934 μέχρι το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, παρατηρείται μεγάλη σταθερότητα στα ελληνικά δρώμενα γύρω από τον ψυχιατρικό τομέα. Το επόμενο βήμα εξέλιξης της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας γίνεται το τέλος του πολέμου και συγκεκριμένα το 1946, με την ίδρυση ενός ακόμη μεγάλου ασύλου στη Σταυρούπολη Θεσσαλονίκης¹⁸.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '50, η περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων περιοριζόταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα, και ο μακροχρόνιος, συχνά δια βίου, εγκλεισμός τους σ' αυτά, αποτελούσε την επικρατούσα θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Το «ασυλικό» αυτό θεραπευτικό μοντέλο οδηγήθηκε, στη δεκαετία του '50, σε ένα κρίσιμο αδιέξοδο, με την υπερπλήρωση των ασύλων και την ανάγκη για αποσυμφόρηση τους

¹⁷ Πλουμιδής, Δ., *Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Σύγχρονα θέματα*, Θεσσαλονίκη, 1989, σ. 180.

¹⁸ Μαδιανός, Μ., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994, σ. 184.

Οι πρώτες προσπάθειες για την οργάνωση ειδικού νοσοκομείου περίθαλψης ψυχικά αρρώστων τοποθετούνται γύρω στο 1860, με την ψήφιση του νόμου ΨΜΒ της 22/3/1862 «Περί συστάσεως φρενοκομείων», ο οποίος καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα του. Ακολούθησε επίσης, ο νόμος 6/7/1872 για λωβοκομεία ή λεπροκομεία, τα οποία ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1880 και συγκεκριμένα το 1884, θεμελιώνεται μετά από δωρεά του Ζώρζ Δρομοκαΐτη το Δρομοκαΐτειο θεραπευτήριο, το οποίο εγκαινίασε την λειτουργία του την 1/10/1887 με συνολικό αριθμό 110 κρεβατιών. Οι αρχικές συνθήκες των ασθενών στο Δρομοκαΐτειο δεν ήταν οι ιδανικότερες. Αυτό μπορούμε να το καταλάβουμε από το γεγονός ότι μόλις το 1948 καταργήθηκαν σταδιακά τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιοριστικός δεσμός, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις.

Μέχρι το τέλος του 19^ο αιώνα το Ελληνικό κράτος δεν ίδρυσε κανένα ψυχιατρικό ίδρυμα. Με την ένωση των Ιονίων νησιών το 1864, κληροδοτήθηκε στην Ελλάδα το ψυχιατρείο της Κέρκυρας που λειτουργούσε από το 1838, με διάταγμα του βρετανού διοικητή των Ιονίων νησιών Sir E. Douglas. Οι ασθενείς στη Κέρκυρα σύμφωνα με μαρτυρίες του Χριστόδουλου Τσιριγώτη, ο οποίος υπήρξε ο πρώτος Έλληνας γιατρός που ανέλαβε ως διευθυντής σε ψυχιατρείο, διέμεναν σε άθλιες συνθήκες. Επίσης κληροδοτήθηκε στην Ελλάδα και το άσυλο της Κεφαλληνίας, το οποίο ιδρύθηκε το 1840 από τους Άγγλους κατά το πρότυπο της ίδρυσης του ασύλου της Κέρκυρας.

1 . 5 . 2 Η ψυχιατρική περίθαλψη του 20^{ου} αιώνα

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και συγκεκριμένα το 1905 ιδρύθηκε το Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο με πρωτοβουλία του καθηγητή της ψυχιατρικής Μ. Κατσαρά. Έτσι το Αιγινήτειο λειτούργησε για πρώτη φορά το 1905, με συνολική δύναμη είκοσι πέντε κρεβατιών. Αν και μέχρι τότε όλα τα ψυχιατρεία της χώρας είχαν τα χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή ελάχιστους γιατρούς, πολλούς φύλακες, άθλιες συνθήκες διαβίωσης, εν τούτοις το Αιγινήτειο αποτέλεσε εξαίρεση. Αφ' ενός γιατί η οργάνωση του ήταν αρτιότερη, ως πανεπιστημιακή κλινική, και αφ' ετέρου διότι σ' αυτό νοσηλεύονται μόνο τα οξεία και ελαφρά περιστατικά¹⁷.

Η Μικρασιατική καταστροφή, που έφερε στον ελληνικό χώρο 1,5 εκατομμύριο ψυχές και μαζί την πείνα, την ανεργία, την εξαθλίωση και τα κοινωνικά δεινά, δημιούργησε την ανάγκη για την ίδρυση ενός νέου και μεγαλύτερου ασύλου. Έτσι στήθηκαν οι πρώτες παράγκες στο Δαφνί και στεγάστηκαν οι πρώτοι τρόφιμοι που μεταφέρθηκαν από την Αγία Ελεούσα. Από το 1934 που δημοσιεύθηκε ο νόμος «περί Οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων», το Δαφνί άρχισε να λειτουργεί και ως ψυχιατρείο.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, της Μονής Δαφνίου, λειτούργησε με αρχική δύναμη 100 κλινών. Στόχος του ήταν, σύμφωνα με τον οργανισμό του η παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης των ψυχικά ασθενών, η μόρφωση και η εξειδίκευση του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και η εκτέλεση ερευνητικών εργασιών στον κλάδο της ψυχιατρικής και της νευρολογίας. Το 1939 νοσηλεύονταν εκεί 1809 ασθενείς .

¹⁷Πλουμπιδής, Δ., *Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Σύγχρονα θέματα*, Θεσσαλονίκη, 1989, σ. 180.

β) να παρουσιάσει νέες ιδέες και προτάσεις για ένα νομικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας.

Στη χώρα μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπορούμε να πούμε ότι άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του 80 με την εισδοχή μας στην Ευρωπαϊκή κοινότητα και με αφορμή και αιχμή μία διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο ψυχιατρείο της Λέρου. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τον κανονισμό 815 στις 26 Μαρτίου του 1984²⁰. Σύμφωνα με ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, αρχικά πενταετούς διάρκειας, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης και η ταυτόχρονη προσπάθεια αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού των ψυχιατρείων της χώρας. Από το 1984 βάσει του κανονισμού 815 η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών κατά 55% έγινε από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και την εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού.

Πιο συγκεκριμένα, ο πενταετής προγραμματισμός περιλάμβανε τη δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, καθώς και Κινητών Μονάδων για τις αγροτικές και νησιωτικές περιοχές. Επίσης, περιλάμβανε τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία, με κύριο στόχο την αντιμετώπιση των οξέων και επειγόντων περιστατικών, καθώς και την προοδευτική αποασυλοποίηση των μεγάλων ψυχιατρείων, αφού ήδη είχε δημιουργηθεί το δίκτυο της εξωνοσοκομιακής περίθαλψης (οικοτροφεία, ξενώνες, κέντρα ημέρας, εργαστήρια προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης).

Η υλοποίηση όμως της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας συνάντησε στο ξεκίνημα της πολλές δυσκολίες όπως, η κακή διαχείριση των κονδυλίων από τους αρμόδιους φορείς, η έλλειψη εκπαίδευσης των αρμόδιων φορέων, η έλλειψη των κτιριακών υποδομών και του απαραίτητου εξοπλισμού, η έλλειψη του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού καθώς και η αδιαφορία και η άρνηση των ατόμων να εντάξουν στο κοινωνικό σύνολο τους ψυχικά ασθενείς. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να υλοποιηθεί ένα μικρό μόνο μέρος των αρχικά εγκριθέντων προγραμμάτων και έργων, με συνέπεια τη σημαντική επιβράδυνση στην εξέλιξη της. Η ενίσχυση της προσπάθειας αυτής από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, για μία ακόμη τριετία, με την εφαρμογή του κανονισμού 4130/88, δεν απέδωσε τα αναμενόμενα, και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε τελικά, ύστερα από μια αρνητική εκτίμηση της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, την αναστολή της χρηματοδότησης του κανονισμού 81/84. Η υποβολή, για πρώτη φορά το Μάρτιο του 1991, ενός ολοκληρωμένου και κεντρικά σχεδιασμένου προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας, από την Επιτροπή Υγείας του Υπουργείου Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, είχε ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση ξανά της χρηματοδότησης του κανονισμού 815/84 από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

Το πρόγραμμα αυτό στόχευε στην δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το οποίο θα κάλυπτε ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας, διαμοιράζοντας περιφερειακά τις υπηρεσίες κατάλληλα και λαμβάνοντας υπόψη τις υφιστάμενες ανάγκες, τις δυσκολίες αλλά και δυνατότητες. Οι παρεμβάσεις που σημειώθηκαν αργότερα στο αρχικό σχέδιο, ακύρωσαν τελικά την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Όμως, παρ' όλες τις δυσκολίες η υλοποίηση, των έργων αυτού του προγράμματος είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική προώθηση της Ελληνικής Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Έτσι προς το τέλος της δεκαετίας του '90, το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας μας, συνυπολογίζοντας και τα έργα της προηγούμενης πενταετίας, διέθετε: α) δεκαεννέα (19)

²⁰ Πρόγραμμα "ΛΕΡΟΣ", Κανονισμός ΕΟΚ αριθ. 815/84 του Συμβουλίου της 25^{ης} Μαρτίου 1984 Υ.Υ.Π.Κ.Α., Αθήνα, Νοέμβριος 1990.

ψυχιατρικούς τομείς σε Γενικά Νοσοκομεία, β) είκοσι τρία (23) Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, γ) δεκαεννέα (19) Νοσοκομεία ή Κέντρα Ημέρας, δ) σαράντα τρεις (43) Μονάδες (Ξενώνες, Οικοτροφεία, προστατευόμενα Διαμερίσματα κ.α.) για τη διαβίωση και περίθαλψη χρόνιων αρρώστων, ε) τριάντα οκτώ (38) Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες και στ) είκοσι δύο (22) Μονάδες και Εργαστήρια για την προεπαγγελματική και επαγγελματική εκπαίδευση αρρώστων με ψυχικές διαταραχές²¹.

Κεφάλαιο 2: Ψυχιατρικές δομές στο Ν. Έβρου

2. 1 Υπηρεσίες κοινωνικής ιατρικής και ψυχικής υγείας

Η περιοχή της Θράκης αποτελείται από τρεις νομούς (Έβρου, Ροδόπης, Ξάνθης) και έχει συνολικό πληθυσμό 340.000 κατοίκους. Κύρια γνωρίσματα της περιοχής είναι ο ακριτικός της χαρακτήρας, η ύπαρξη του μειονοτικού στοιχείου και απασχόληση μεγάλου ποσοστού των κατοίκων με αγροτικές δραστηριότητες. Το βιοτικό επίπεδό τους είναι χαμηλότερο από αυτό της υπόλοιπης Ελλάδας, ιδιαίτερα στα χωριά που κατοικεί η μειονότητα. Υπάρχει ανάμεσα στον πληθυσμό ένα διάχυτο αίσθημα, ότι η περιοχή παρά τις δυσκολίες και τα προβλήματα που παρουσιάζει, δε βοηθείται επαρκώς από το κράτος. Μια μερίδα των κατοίκων αντιμετωπίζει με επιφύλαξη το «κέντρο» (ιδίως την Αθήνα) και ότι προέρχεται από εκεί. Ένα αρκετά σημαντικό μέρος του πληθυσμού (δημόσιοι υπάλληλοι, στρατιωτικοί) προέρχεται από άλλα μέρη και διαμένει προσωρινά στην περιοχή.

Σε αυτό το «δύσκολο» χώρο κατά τις δεκαετίες του '70 και του '80 και κυρίως στο νομό Έβρου έχει αναπτυχθεί ένα δίκτυο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το οποίο στηρίζεται στις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.²²

Μια βασική αρχή της Κοινοτικής και ευρύτερα της Κοινωνικής ψυχιατρικής είναι η σύνδεση των παραμέτρων που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές (π.χ. των αιτιοπαθογενετικών μηχανισμών, των συμπτωμάτων, των παρεμβάσεων για πρόληψη ή θεραπεία) με τους κοινωνικούς όρους ζωής των ατόμων. Σε αντίθεση με μονομερείς προσεγγίσεις της παραδοσιακής Ψυχιατρικής, η σύγχρονη προσέγγιση βλέπει τον άνθρωπο που υποφέρει, υπό ένα σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό πρίσμα. Κατ' αντιστοιχία, τα στελέχη των υπηρεσιών πρέπει να διαθέτουν, ως ομάδα, τη δυνατότητα να κατανοήσουν και να χειριστούν και τις τρεις αυτές διαστάσεις. Πρωτίστως πρέπει να εργάζονται κοντά ή μάλλον μέσα στην κοινότητα στην οποία ζει ο ασθενής, να μπορούν να συνεργάζονται με τα μέλη της.

Μια βασική προϋπόθεση, για την άσκηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι η τομεοποίηση, όπως ήδη έχει αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο. Ένα δίκτυο από υπηρεσίες πρέπει να έχει την αρμοδιότητα για την κάλυψη του πληθυσμού που διαμένει σε μια γεωγραφική περιοχή. Στο νομό Έβρου η ευθύνη ανήκει ουσιαστικά, αλλά και νομικά σύμφωνα με τις πρόσφατες υπουργικές αποφάσεις για τομεοποίηση των υπηρεσιών σε πολλούς νομούς της χώρας: α) Σε δημόσιους φορείς όπως ο Ψυχιατρικός Τομέας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και το Ψυχιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλαξανδρούπολης (Ε.Σ.Υ.). β) Σε επιδοτούμενους ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς, συγκεκριμένα στην Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας και στο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας.

Επίσης στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής πρωταρχική σημασία έχει η οργάνωση και η λειτουργία των εξωνοσοκομειακών δομών. Ένας σημαντικός στόχος των υπηρεσιών αυτών είναι η δευτερογενής πρόληψη των χρόνιων ψυχωσικών διαταραχών,

²¹ Λειβαδίτης, Μ., *Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στο Ν. Έβρου*, Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σ. 154-156.

²² Λειβαδίτης, Μ., *Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στο Ν. Έβρου*, Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σ. 154-156.

δηλαδή ο περιορισμός της έντασης και της διάρκειας των ψυχωσικών συμπτωμάτων, η μείωση του αριθμού των υποτροπών. Προϋπόθεση γι' αυτό είναι η διαθεσιμότητα των θεραπειών, η συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών.

Ακόμη ως αρχή της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι, η λειτουργία των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών παράλληλα και σε συνδυασμό με εκείνες των ενηλίκων.

Καθώς επίσης και η ανάπτυξη των δραστηριοτήτων αγωγής κοινότητας με στόχο την πρωτογενή πρόληψη (συμβουλευτική γονέων, δασκάλων), τη δευτερογενή πρόληψη (δημιουργία μηχανισμών για την έγκαιρη παραπομπή οξέων περιστατικών και υποστηρικτικών συστημάτων για την πρόληψη των υποτροπών) και την τριτογενή πρόληψη.

Τέλος η δημιουργία νέων στελεχών ψυχικής υγείας με μία εξειδικευμένη εκπαίδευση και κατάρτιση (ίσως το σημαντικότερο).

Η εφαρμογή αυτών των βασικών αρχών μπορεί να οδηγήσει σε διάφορους τύπους λειτουργίας, ανάλογα με την προσωπικότητα του επικεφαλής των υπηρεσιών, την εκπαίδευση, την εμπειρία και τις απόψεις των άλλων εργαζομένων, την περιοχή στην οποία εφαρμόζονται και βέβαια ανάλογα με τα κονδύλια τα οποία διατίθενται. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν πάντα ένα εξελικτικό, ψυχοδυναμικό χαρακτήρα: γεννιούνται, αναπτύσσονται και παρακμάζουν. Έτσι στην Ελλάδα η εφαρμογή των προαναφερόμενων βασικών αρχών σε διάφορες περιοχές, έχει βελτίωση την ποιότητα του παρεχόμενου ψυχιατρικού έργου.

Ένας βασικός στόχος των υπηρεσιών που λειτουργούν εντός του τομέα είναι η επαρκής κάλυψη των αιτημάτων του πληθυσμού για ψυχιατρικές υπηρεσίες, ώστε να μη χρειάζεται οι κάτοικοι που έχουν κάποιο πρόβλημα να μετακινούνται σε κάποιο άλλο τομέα²³. Παλαιότερα (αλλά και σήμερα σε πολλούς άλλους νομούς), οι ασθενείς που χρειάζονταν νοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη μετέβαιναν ή μεταφέρονταν σε κάποιο από τα ψυχιατρεία της χώρας. Πέρα από τα οικονομικά ή άλλα τεχνικά προβλήματα που δημιουργούσε στους ασθενείς και στις οικογένειες τους αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης, ανέκυπταν και σοβαρά εμπόδια στο θεραπευτικό έργο, όπως αυτά που αφορούσαν τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, τη συνέχεια στη θεραπευτική παρακολούθηση.

Στην περιοχή τη Θράκης και συγκεκριμένα στην περίπτωση μας στην Αλεξανδρούπολη, στην πρωτεύουσα του νομού Έβρου το σύνολο των δραστηριοτήτων της Κοινωνικής Ψυχιατρικής καθοδηγείται από τρεις φορείς:²⁴

α) Τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, του Τμήματος Ιατρικής, του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

β) Τον Τομέα Ψυχιατρικής του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης.

γ) Την Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, ένα μη κερδοσκοπικό νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, του οποίου τα προγράμματα επιδοτούνται από την Ε.Ο.Κ. και το Ελληνικό κράτος. Η Εταιρία έχει το κύριο βάρος της οργάνωσης, της εξεύρεσης αναγκαίων πόρων, της πρακτικής άσκησης του προσωπικού και της ευαισθητοποίησης της κοινότητας.

Επικεφαλής και των τριών αυτών φορέων είναι ο καθηγητής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος, ο οποίος από το 1985 είναι και υπεύθυνος του όλου προγράμματος. Ένα μέρος της υποδομής είχε δημιουργηθεί παλαιότερα από ομάδα με επικεφαλής τον καθηγητή Χ. Ιεροδιακόνου.

Παρακάτω ακολουθεί η περιγραφή των υπαρχουσών μέχρι και σήμερα δομών οι οποίες περιλαμβάνουν:

α) Την ψυχιατρική κλινική και τομέα οξέων περιστατικών, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης με 16 κλίνες. Για

²³ Στο ίδιο, σ. 155.

²⁴ Λειβαδίτης, Μ., *Δομές και λειτουργία των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών στη Θράκη*, Παπαζήση, Αθήνα 1995, σ. 320.

περαιτέρω ανάλυση θα αναφερθούμε στο παρακάτω κεφάλαιο.

β) Τη Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα (Κ.Ψ.Μ.). Καλύπτει όλο τον νομό Έβρου και πρόσφατα έχει επεκταθεί σε ένα σημαντικό τμήμα του νομού Ροδόπης.

Αποτελείται από κλιμάκια που επισκέπτονται τις κυριότερες πόλεις των δύο νομών, μία μέρα την εβδομάδα (τις πιο απομακρυσμένες περιοχές ένα διήμερο στο δεκαπενθήμερο). Συγκεκριμένα τα κλιμάκια επισκέπτονται την Σαμοθράκη, τις Φέρρες, το Σουφλί, το Διδυμότειχο, την Ορεστιάδα, και τα Δίκαια. Υπάρχει και ένα ειδικό κλιμάκιο για την πόλη της Αλεξανδρούπολης που παρακολουθεί σε τακτική βάση τους ασθενείς που κατοικούν στην πόλη. Η παρακολούθηση πραγματοποιείται στο Κ.Ψ.Υ ή στον Ξεώνα ή συστηματικά με επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων. Θα άξιζε να επισημανθεί ότι όλοι οι εργαζόμενοι στις ψυχιατρικές δομές του νομού Έβρου (εκτός από ένα μέρος του μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού της κλινικής του Νοσοκομείου), συμμετέχουν σε ένα ή περισσότερα κλιμάκια της Κ.Ψ.Μ.. Κάθε κλιμάκιο αποτελείται από ψυχιατρική και μία παιδοψυχιατρική ομάδα. Για τις παιδοψυχιατρικές δραστηριότητες θα γίνει λόγος εκτενέστερα στην συνέχεια. Η κάθε ομάδα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ειδικών (ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο, ειδικευμένο ιατρό, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και μερικές φορές κοινωνιολόγο και λογοπεδικό).

Κάθε ασθενής παρακολουθείται από μία δυάδα ή τριάδα θεραπειών, με επικεφαλής συνήθως ιατρό. Συχνά, ενώ το ένα μέλος της υποομάδας αυτής κρατά την επαφή με τον ασθενή, το άλλο μέλος συνδέεται με κάποιο οικείο του πρόσωπο (π.χ. γονέα, σύζυγο) που έχει και αυτό ανάγκη βοήθειας ή είναι δυνατό να συμβάλει στη βελτίωση του ασθενούς. Άλλοτε πάλι ο κεντρικός θεραπευτής (ιατρός) παρακολουθεί κατά αραιότερα διαστήματα, π.χ. όταν προκύψει κάτι έκτακτο, τον ασθενή, ενώ την τακτική επαφή και την ψυχοθεραπευτική σχέση μαζί του, την αναπτύσσει ένα άλλο έμπειρο στέλεχος της ομάδας.

Ένα μέρος της δραστηριότητας των κλιμακίων κατά την ημέρα λειτουργίας τους, αφιερώνεται στις επισκέψεις σε σπίτια ασθενών²⁵, οι οποίοι αδυνατούν (π.χ. εξαιτίας του ότι βρίσκονται σε υποτροπή) να επισκεφθούν το κέντρο, όπου λειτουργούν τα ιατρεία της Κ.Ψ.Μ.. Αναπτύσσεται σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ οικογένειας, κοινότητας και θεραπειών. Οι θεραπευτές έχουν την ευκαιρία να εκτιμήσουν άμεσα τα προβλήματα στις οικογενειακές και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών και τις δυνατότητες δημιουργίας συστημάτων υποστήριξης. Χάρη σε αυτές τις δραστηριότητες, μειώθηκε η συχνότητα και η ένταση των υποτροπών. Οι ασθενείς, ακόμη και αυτοί που αρρωσταίνουν για πρώτη φορά, δεν φοβούνται τις ψυχιατρικές υπηρεσίες (όπως συμβαίνει σε άλλα μέρη, όπου η ψυχιατρική ασκείται με τον παραδοσιακό τρόπο) και απευθύνονται εύκολα σε αυτές εφόσον αισθανθούν την ανάγκη. Είναι πολύ σημαντικό για μία ψυχιατρική υπηρεσία να αντιμετωπίζει την μικρής έντασης διέγερση του αρρώστου και όχι την βαριά διέγερση, με όλα τα στοιχεία της επικινδυνότητας που εμπεριέχει η δεύτερη.

Η Κ.Ψ.Μ. ασχολείται με το έργο της αγωγής κοινότητας²⁶. Όσον αφορά τα κλιμάκια ενηλίκων η αγωγή κοινότητας έχει την μορφή ενημέρωσης ατόμων, που είναι «κλειδιά» για τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε κάθε περιοχή (π.χ. κοινοτικές και αστυνομικές αρχές, ιερείς, παράγοντες πολιτιστικών συλλόγων, ιατροί, νοσηλευτές). Η ευρύτερη συμμετοχή αφορά συζητήσεις που οργανώνουν τοπικοί φορείς, γύρω από ζητήματα που επιλέγουν οι ίδιοι. Συμμετέχουν κυρίως νέες μητέρες, που δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για ζητήματα που έχουν σχέση με τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και την ανατροφή των παιδιών.

Για τους εργαζόμενους της Κ.Ψ.Μ. μεγαλύτερη σημασία από τη μετάδοση κάποιων ειδικών γνώσεων στον πληθυσμό, έχει το γεγονός ότι μέσα από αυτές τις δραστηριότητες,

²⁵ Lempriere, T., Feline, A., και Συνεργάτες, *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων-Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*, Παπαζήση, Αθήνα, 1995, σ. 46.

²⁶ Γιαντσελίδου, Α., Φραγκούλη, Α., *Ένα βήμα πιο κοντά στην κοινότητα. Στο απαασυλοποίηση και η σχέση της με τη πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Παπαζήση, 2003, σ. 328.

γίνονται περισσότερο «πραγματικοί» και προσιτοί. Έτσι προωθείται μια περισσότερο ρεαλιστική αντίληψη, τόσο για τις ψυχικές διαταραχές (που συχνά θεωρούνταν υπερφυσικά φαινόμενα ή στίγματα που προκαλούσαν ντροπή και έπρεπε να κρύβονται από την δημόσια θέα), όσο και για τη ψυχολογική διάσταση των ανθρώπινων σχέσεων (που συχνά αντιμετωπίζονται με δυσκαμψία, περιορισμένη αυτοκριτική και εμπάθεια). Και εδώ αναφερόμαστε, όχι μόνον στις ψυχώσεις και στις νευρώσεις, αλλά και σε απλούστερα προβλήματα, όπως συγκρούσεις ζεύγους ή προβλήματα της οικογένειας με τον έφηβο.

Από το σύνολο των υπηρεσιών ενδοноσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στη Θράκη, παρακολουθούνται συστηματικά περισσότεροι από 1.500 ενήλικοι ασθενείς, όπως αναφέρθηκε. Η κινητή μονάδα πραγματοποιεί περισσότερες από 250 επισκέψεις σε σπίτια ασθενών κάθε μήνα. Παράλληλα γίνονται και 100 περίπου μικρές και μεγάλες συγκεντρώσεις και συζητήσεις σε ομάδες του πληθυσμού, κάθε χρόνο.

γ) Το κέντρο Ψυχικής Υγείας Αλεξανδρούπολης (Κ.Ψ.Υ.). Πρόκειται για τον κεντρικό άξονα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Εκεί πραγματοποιούνται οι προκαθορισμένες συναντήσεις των θεραπειών με τους ασθενείς της πόλης, που παρακολουθούνται τακτικά, καθώς και ένα μεγάλο μέρος των εκτάκτων συναντήσεων (π.χ. ο ασθενής που μένει σε μια άλλη περιοχή και ζητά μια έκτακτη συνάντηση). Τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά εξέταση, ύστερα από μια αρχική συνέντευξη εκτίμησης, παραπέμπονται στον κατάλληλο θεραπευτή. Συχνά, όπως αναφέρθηκε πλέον, οι θεραπευτές είναι περισσότεροι από ένας και εργάζονται με εποπτεία. Ο κύριος όγκος των ενηλίκων που επισκέπτονται το Κ.Ψ.Υ., αποτελείται από πάσχοντες από σοβαρές χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Ακολουθείται συνήθως ένας συνδυασμός βιολογικών θεραπειών (φαρμακοθεραπεία) και ψυχοθεραπειών υποστηρικτικού τύπου, ή ψυχοθεραπευτικής σχέσης με ψυχαναλυτική κατεύθυνση. Τα προσωπικά προβλήματα συζητούνται, ο ασθενής βοηθιέται να αποδεχθεί την πραγματικότητα και ενθαρρύνεται να χρησιμοποιήσει περισσότερο ώριμους μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση της. Οι μεταβιβαστικές και αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις συζητούνται κατά την εποπτεία.

Θα ήταν δυνατό να επισημανθεί (και αυτό αφορά όχι μόνο το Κ.Ψ.Υ. αλλά και το σύνολο των ψυχιατρικών δραστηριοτήτων που περιγράφονται εδώ) μια σχετικά μονομερής κατεύθυνση στην παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς²⁷. Δίνεται προτεραιότητα στο ψυχωσικό και στο βαριά καταθλιπτικό άτομο και έτσι δε διατίθεται αρκετός χρόνος για την αντιμετώπιση νευρώσεων, διαταραχών της προσωπικότητας, προβλημάτων εξάρτησης από αλκοόλ ή από άλλα ψυχότροπα καθώς και προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η επιλογή αυτή σχετίζεται με τις αντικειμενικά υπάρχουσες δυνατότητες της δημόσιας περίθαλψης, με την ανάγκη διαμόρφωσης μιας ομάδας θεραπειών εκπαιδευμένων σε μια κοινή βάση, και ιδίως με την επιθυμία προσφοράς σε ένα είδος ασθενών, που τροφοδοτούσαν τις ασυλιακές δομές και έφεραν το στίγμα του ανίατου και απροσάρμοστου τρελού. Οι ασθενείς με νευρωσικές διαταραχές που προσέρχονται, αναλαμβάνονται από το Κ.Ψ.Υ. ή την Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα.

δ) Το Οικοτροφείο Αλεξανδρούπολης. Φιλοξενεί 8–12 χρόνιους ψυχωσικούς ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, προερχόμενους κυρίως από τα Ψυχιατρεία Θεσσαλονίκης (με παραμονή 10–22 χρόνων) και Λέρου (με παραμονή 20–35 χρόνων). Οι προερχόμενοι από τη Θεσσαλονίκη, ήρθαν στην Αλεξανδρούπολη πριν από 4–5 χρόνια, ενώ οι της Λέρου εγκαταστάθηκαν στο Οικοτροφείο κατά τη διάρκεια του 1991. Όλοι κατάγονται από τους νομούς Έβρου και Ροδόπης.

²⁷ Λειβαδίτης, Μ., *Δομές και λειτουργία των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών στη Θράκη*, Παπαζήση, Αθήνα, 1995, σ. 326.

Το Οικοτροφείο είναι μια μονοκατοικία με κήπο, στις παρυφές της πόλης. Οι ασθενείς ζουν ως μια θεραπευτική κοινότητα. Ασχολούνται οι ίδιοι με τις οικιακές εργασίες, ορισμένοι δε από αυτούς έχουν και εξωτερική προεπαγγελματική απασχόληση.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι στην επιλογή αυτών των ασθενών, από το σύνολο των χρονίως νοσηλευόμενων ασυλιακών, δεν χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο η απουσία σοβαρών συμπτωμάτων, αλλά η καταγωγή τους και η επιθυμία τους να αλλάξουν χώρο νοσηλείας. Έτσι, αποτελούν ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των ψυχιατρικών. Η βαρύτητα και το είδος των εκδηλώσεων διαφέρουν. Υπάρχουν άτομα με σοβαρή διανοητική καθυστέρηση και άτομα με παραγωγικές ή κατατονικές εκδηλώσεις. Η ποικιλία αυτή ανάδειξε μια νέα θεραπευτική δυνατότητα. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε μια καλύτερη κατάσταση, αναλαμβάνουν ευχαρίστως το ρόλο του βοηθού ή του προστάτη αυτών που είχαν σοβαρότερα συμπτώματα. Έτσι βελτιώνεται η αυτοεκτίμηση των πρώτων, ενώ οι δεύτεροι αποκτούν πρότυπα για ταύτιση. Είναι γεγονός, ότι όταν έφθασαν οι πρώτες ομάδες ασθενών στο Οικοτροφείο, έγιναν δεκτοί με πολύ ενθουσιασμό και ανάλογες ελπίδες, από τις άπειρες ακόμα ομάδες των θεραπειών. Οι ελπίδες αυτές διαψεύστηκαν κατά ένα μέρος. Κανείς από τους ασθενείς δεν αποκαταστάθηκε στην οικογένεια του, ενώ δεχθήκαμε να φροντίσουμε παράλληλα και την παθολογία της οικογένειας, όπου υπήρχε.

Αρκετοί από τους οικοτρόφους ασθενείς, παρουσιάζουν σταθερή βελτίωση της ψυχωσικής τους συμπτωματολογίας. Οι υποτροπές τους είναι αραιότερες, και αποδέχονται περισσότερο την πραγματικότητα χωρίς να καταφεύγουν σε μηχανισμούς άρνησης ή σε παραληρηματικές ερμηνείες. Συγκρούονται, συμμαχούν, δυσανασχετούν, προβάλλουν αιτήματα όπως συμβαίνει σε όλες τις ανθρώπινες κοινότητες. Περίπου 6-8 από αυτούς τους ασθενείς, απέκτησαν τη δυνατότητα να ζουν ημιαυτόνομα, εγκαταστάθηκαν σε προστατευμένα διαμερίσματα και εκτελούν απλές αμειβόμενες εργασίες. Επειδή ο κίνδυνος εμφάνισης φαινομένων ασυλοποίησης, στα πλαίσια της λειτουργίας του Οικοτροφείου, δεν είναι αμελητέος, πρέπει να καταβάλλεται διαρκώς προσπάθεια για προώθηση των ασθενών σε περισσότερο αυτόνομες δομές. Ελπίζουμε ότι με την πάροδο του χρόνου το Οικοτροφείο θα χρησιμοποιείται μόνο για μια μεταβατική φάση, που θα είναι η περίοδος μεταξύ ασύλου και προστατευμένου διαμερίσματος.

ε) Τους Ξενώνας, προστατευμένα διαμερίσματα. Ο ξενώνας συγκροτείται ουσιαστικά από μια ομάδα προστατευμένων διαμερισμάτων, που βρίσκονται στον ίδιο όροφο μιας πολυκατοικίας. Προστατευμένα διαμερίσματα βρίσκονται διάσπαρτα σε διάφορες περιοχές της πόλης. Σε αυτές τις δομές ζουν περίπου 12-15 ασθενείς και ο αριθμός τους συνεχώς αυξάνεται. Οι μισοί από αυτούς είναι πρώην νοσηλεύόμενοι ψυχιατρικών και στη συνέχεια του Οικοτροφείου, ενώ οι υπόλοιποι είναι ψυχωσικοί ασθενείς οι οποίοι αδυνατούν να ζήσουν εντελώς αυτόνομα ούτε έχουν επαρκή οικογενειακή και κοινωνική στήριξη.

Η εμπειρία από τα προστατευμένα διαμερίσματα είναι σημαντική. Οι δομές για τις οποίες γίνεται λόγος, έχουν δημιουργηθεί εδώ και λίγα χρόνια, αναμένεται όμως ότι ύστερα από μια πενταετία ή μια δεκαετία θα έχει αυξηθεί ο αριθμός των ψυχωσικών οι οποίοι δεν θα είναι δυνατό να στηρίζονται στη γονεϊκή οικογένεια (εξαιτίας της αλλαγής των πολιτισμικών παραγόντων, γήρανσης, εξασθένησης ή και θανάτου των γονέων). Θα υπάρξει συνεπώς ανάγκη για περισσότερα προστατευμένα διαμερίσματα.

Αν και η εμπειρία μας δεν είναι ακόμα πολύ μεγάλη, τα στοιχεία που έχουμε συγκεντρώσει δείχνουν ότι οι ασθενείς, ιδίως οι γυναίκες, προσαρμόζονται αρκετά καλά και συνήθως δε δημιουργούν προβλήματα στους γείτονες. Όλοι αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες εξαιτίας του ότι περνούν αρκετές ώρες μόνοι. Είναι φανερό ότι για να μην απολήξει η λειτουργία αυτών των διαμερισμάτων σε ένα είδος ιδιότυπης κοινωνικής ασυλοποίησης, θα πρέπει να ωθούνται και να βοηθούνται οι ασθενείς στη συμμετοχή σε κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες είτε εκτός, εάν αυτό δεν είναι δυνατό, στα πλαίσια των υπολοίπων δραστηριοτήτων του τομέα.

Αρκετοί ασθενείς αυτής της κατηγορίας συμμετέχουν στους θεραπευτικούς συνεταιρισμούς, που αναπτύσσουμε προοδευτικά. Οι συνεταιρισμοί δίνουν ικανοποιητική απάντηση στο πρόβλημα της κοινωνικοποίησης, της πλήρωσης των ελευθέρων ωρών των θεραπευμένων, της προεπαγγελματικής και επαγγελματικής δραστηριότητας. Συχνά, η συμμετοχή στους συνεταιρισμούς συνδέεται με μια ουσιαστική και συχνά θεαματική βελτίωση της κλινικής εικόνας των αρρώστων που συμμετέχουν και αρχίζουν να επενδύουν συναισθηματικά σε αυτούς.

Μια άλλη μορφή προστατευμένης κατοικίας είναι αυτή που βρίσκεται εκτός του διοικητικού κέντρου (στην προκειμένη περίπτωση της Αλεξανδρούπολης), σε κωμοπόλεις και χωριά. Υπάρχουν 5-6 τέτοιες κατοικίες σε όλο το νομό και είναι πιθανό να αυξηθεί ο αριθμός τους στο άμεσο μέλλον. Επειδή είναι δύσκολη η καθημερινή παρουσία θεραπευτή, ρόλο βοηθού του ασθενούς, που μένει σε αυτά τα σπίτια, αναλαμβάνουν είτε ευαισθητοποιημένοι κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές κέντρων υγείας και αγροτικών ιατρείων είτε, συνήθως έναντι κάποιας αμοιβής, συγγενείς ή γείτονες του ασθενούς. Το πρόβλημα της κοινωνικής ένταξης είναι λιγότερο έντονο στο χωριό από ότι στην πόλη.

Αντίθετα δε φαίνεται προς το παρόν τουλάχιστον, πιθανώς εξαιτίας των απόψεων που κυριαρχούν για την οικογένεια, τους δεσμούς και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της, να ευδοκμεί ο τυπικός θεσμός της ανάδοχης οικογένειας με οικοτρόφους ασθενείς, που συγκατοικούν με την οικογένεια.

Εξαιτίας των δυσκολιών που παρουσιάζει η εκ νέου ένταξη των ασθενών στην οικογένεια και στην κοινότητα στην οποία ανήκουν, οι υπηρεσίες μας (ιδίως η Κινητή Μονάδα), καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε οι χρόνιοι ψυχωσικοί ασθενείς (ακόμα και αν είναι πολύ ελλειμματικοί και αν έχουν ιστορικό επανειλημμένων μακροχρόνιων νοσηλειών) να μην απομακρύνονται από το σπίτι τους και το περιβάλλον του²⁸. Αυτή είναι η σημαντικότερη συμβολή μας στην υπόθεση της κοινωνικής επανένταξης.

στ) Το Κέντρο Ημέρας Ενηλίκων. Στο κέντρο αυτό, που βρίσκεται στην Αλεξανδρούπολη, απασχολούνται καθημερινά στις πρωινές ώρες, οχτώ ασθενείς με σοβαρές ψυχωσικές διαταραχές. Εφαρμόζεται ένας συνδυασμός απασχολησιοθεραπείας και εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες προεπαγγελματικού χαρακτήρα. Οι ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί των αρρώστων είναι βασικό μέλημα των θεραπευτών.

ζ) Τις Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες. Αυτές δημιουργήθηκαν και αναπτύχθηκαν προοδευτικά από το 1985. Η Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική είναι η μόνη που έχει ιδρυθεί στα πλαίσια των ελληνικών Α.Ε.Ι. και χορηγεί πλήρη ειδικότητα από το 1989. Η δομή των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών μοιάζει με αυτή των υπηρεσιών ενηλίκων. Όμως, αποφεύγεται η συστηματική λειτουργία ενδονοσοκομειακής παιδοψυχιατρικής μονάδας. Τα ελάχιστα περιστατικά προεφήβων και εφήβων που χρειάζονται περίθαλψη αυτού του είδους, αντιμετωπίζονται στην Πανεπιστημιακή Κλινική των ενηλίκων, με θεραπευτές από την παιδοψυχιατρική ομάδα. Συχνά περιπτώσεις παιδιών μικρότερης, νοσηλεύονται, σε συνεργασία με τους παιδίατρος, στην Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική.

Στην Αλεξανδρούπολη λειτουργεί Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, το οποίο στεγάζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Γίνεται διερεύνηση και εκτίμηση του κάθε περιστατικού και προγραμματίζεται η θεραπευτική αγωγή. Παρέχονται σταθερά ειδικές μορφές αγωγής όπως ψυχοθεραπεία, λογοθεραπεία, κ.λ.π., σε ανήλικους ασθενείς και ασκείται συμβουλευτική γονέων.

Στην ίδια πόλη επίσης, υπάρχει Κέντρο Ημέρας Ανηλίκων, που φιλοξενεί καθημερινά 6-8 ασθενείς, με ψυχικά ή νευρολογικά προβλήματα. Ασκείται θεραπεία περιβάλλοντος και παράλληλα επιδιώκεται η βελτίωση των δεξιοτήτων των ασθενών. Οι γονείς δέχονται ψυχοθεραπευτική ή συμβουλευτική βοήθεια.

²⁸ Στο ίδιο, σ. 325.

Όπως αναφέρθηκε σε κάθε κλιμάκιο Κ.Ψ.Μ., υπάρχει και ένα αυτοτελές τμήμα παιδιών. Ένα μεγάλο μέρος των δραστηριοτήτων των τμημάτων αυτών, συνδέεται με τα σχολεία και περιλαμβάνει ευαισθητοποίηση των δασκάλων σε ζητήματα ειδικής αγωγής και συμβουλευτική γονέων και μαθητών. Οργανώνονται σταθερά μέσα στο χρόνο, σεμινάρια για τους δασκάλους και ομαδική εργασία με τους γονείς. Οι δραστηριότητες των τμημάτων ενηλίκων και ανηλίκων συνδυάζονται στενά. Αφορμή για κοινές παρεμβάσεις και δραστηριότητες, παρέχουν η ύπαρξη οικογενειών με προβλήματα των ενηλίκων και των ανηλίκων μελών της, καθώς και η ύπαρξη πολυπροβληματικών οικογενειών. Στις περιπτώσεις αυτές η κοινή θεραπευτική ομάδα αποτελείται από θεραπευτές ενηλίκων και ανηλίκων. Στενότερη είναι η συνεργασία σε θέματα αγωγής κοινότητας. Η ύπαρξη αρκετών προβληματικών οικογενειών, ιδίως σε ορισμένες περιοχές, επιβάλλει το συνδυασμό ψυχοθεραπευτικών δραστηριοτήτων με λήψη μέτρων προνοϊακού χαρακτήρα. Για το σκοπό αυτό αναπτύσσεται στενή συνεργασία με τις αρμόδιες τοπικές υπηρεσίες. Εξάλλου, ένα μέρος των διαθέσιμων κονδυλίων για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, δαπανάται για μέτρα πρόνοιας.

η) Τις δραστηριότητες επαγγελματικής απασχόλησης. Είναι οργανωμένες με τη μορφή των θεραπευτικών συνεταιρισμών. Η κυριότερη από αυτές έχει το χαρακτήρα αγροτικής εργασίας σε χωράφι, το οποίο παραχωρεί ο Δήμος Αλεξανδρούπολης. Υπάρχει επίσης ένα κατάστημα ψιλικών ειδών ενώ κατά περιόδους αναπτύσσονται και άλλες δραστηριότητες (π.χ. υφαντουργική). Επίσης μια ομάδα ασθενών ασχολείται με την παραγωγή φωτοτυπιών. Οι παραγγελίες προέρχονται από τις Υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας αλλά και από την κοινότητα. Η ομάδα αυτή περνά προοδευτικά από την προεπαγγελματική στην επαγγελματική απασχόληση.

Συνολικά απασχολούνται 15-25 ασθενείς περίπου, οι οποίοι παίρνουν ένα ημερομίσθιο, ανάλογα με τις ώρες και το είδος της εργασίας τους. Προς το παρόν οι δραστηριότητες αυτές δεν έχουν οικονομική αυτάρκεια και δεν επαρκούν για το βιοπορισμό μεγάλου αριθμού ασθενών. Οι συνεταιριστικές δραστηριότητες, εκτός των πλεονεκτημάτων που αναφέρθηκαν προηγουμένως, συμβάλλουν στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των αρρώστων και στη μερική αυτονόμησή τους μέσα από την εξασφάλιση ίδιων πόρων.

Τέλος υπάρχει η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, ένας οργανισμός ο οποίος περιλαμβάνει τους ξενώνες, τα προστατευμένα διαμερίσματα, η Κ.Ψ.Μ., το Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο κ.τ.λ.

Τα πλεονεκτήματα από αυτό τον τρόπο λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών, φαίνονται κυρίως στην πρόληψη των υποτροπών και στον περιορισμό της διάρκειας τους. Ανεπιφύλακτα μπορούμε να υποστηρίξουμε πως το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στους ακόλουθους παράγοντες:²⁹

- Στη συναίνεση και υπευθυνοποίηση του ψυχωσικού αρρώστου, από τα πρώτα στάδια της θεραπείας.
- Στην ανάθεση στην οικογένεια μέρους των ευθυνών για την υλοποίηση της θεραπευτικής τακτικής, τόσο για την ενδονοσοκομειακή όσο και για την επακολουθούσα εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.
- Στην ανάληψη του αρρώστου από σταθερή ομάδα του προσωπικού (δυάδα ή τριάδα). Αυτή καλλιεργεί συστηματικά τη συναισθηματική σχέση με τον άρρωστο και εξασφαλίζει τη συνέχεια και συνέπεια στη θεραπεία. Η ομάδα αυτή ακολουθεί τον άρρωστο και την οικογένεια του και όταν ακόμη εκείνος εισαχθεί στο Νοσοκομείο.
- Στην πλαισίωση και στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από το σύνολο του προσωπικού.

²⁹ Σαμακουρή, Μ., *Από την κοινότητα στο νοσοκομείο και από το νοσοκομείο στην Κινητή Μονάδα*, Πρακτικά, Βόλος, 1991.

- Στην κατά δυνατό ταχύτερη ένταξη του αρρώστου στις ομαδικές λειτουργίες των κέντρων ημερήσιας απασχόλησης, που προαναφέρθηκαν.
- Στην κατά το δυνατό ταχύτερη έξοδο από το Νοσοκομείο και παραπομπή πάλι στη Κινητή Μονάδα, για συνέχιση της φροντίδας και για αποφυγή μεγάλης παλινδρόμησης ή φαινομένων ιδρυματοποίησης.

Στις ανωτέρω υπηρεσίες που παρουσιάστηκαν εργάζονται συνολικά 71 άτομα (10 ψυχίατροι, 5 παιδοψυχίατροι, 3 ειδικευόμενοι της Ψυχιατρικής και της Παιδοψυχιατρικής, 6 ψυχολόγοι, 5 κοινωνιολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί, 3 λογοπεδικοί, 27 νοσηλευτές και 7 μεταπτυχιακοί σπουδαστές επίσης 5 διοικητικοί υπάλληλοι). Μερικοί από αυτούς αποτελούν προσωπικό του Πανεπιστημίου ή του Νοσοκομείου, οι περισσότεροι όμως μισθοδοτούνται από την Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

Η εργασία που πραγματοποιείται έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) Κάθε εργαζόμενος ανήκει, όπως αναφέρθηκε, σε δύο τουλάχιστο υπηρεσίες π.χ. στο Οικοτροφείο και σε ένα κλιμάκιο της Κ.Ψ.Μ., ή στον Ξενώνα και το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα. Έτσι ευρύνονται οι ορίζοντες του, αυξάνονται οι διαύλοι επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών και αποφεύγεται η δημιουργία στεγανών. β) Ένα μέρος των καθηκόντων και των δραστηριοτήτων έχει συλλογικό χαρακτήρα, αναλαμβάνεται από πολλούς μαζί, με κατανομή ρόλων και αρμοδιοτήτων, με εποπτεία. Πάντοτε ο ψυχωσικός και η οικογένεια του, αντιμετωπίζονται θεραπευτικά από δύο τουλάχιστον μέλη των υπηρεσιών και τον εποπτεύοντα ή τον επικεφαλής του κλιμακίου ή μιας άλλης υπηρεσίας. Το ίδιο ισχύει και για τις δραστηριότητες της παιδοψυχιατρικής. γ) Αποφεύγεται ο συγκεντρωτικός, ιατροκεντρικός χαρακτήρας της παραδοσιακής ψυχιατρικής. Το μη ιατρικό προσωπικό εκπαιδεύεται στο χειρισμό των αρρώστων και όταν αποκτήσει την ανάλογη εμπειρία, ενθαρρύνεται να αναλάβει ψυχοθεραπευτικές πρωτοβουλίες. Επικεφαλής αρκετών υπηρεσιών (όπως π.χ. το Οικοτροφείο και τα προστατευμένα διαμερίσματα) είναι μη ιατροί. δ) Για το συντονισμό, την ανταλλαγή πείρας και τον προγραμματισμό, οργανώνονται τακτικά ολομέλεις του προσωπικού, συσκέψεις των επικεφαλής των υπηρεσιών, καθώς και συναντήσεις διαφόρων επιμέρους ομάδων.

Η εκπαίδευση των στελεχών ψυχικής υγείας είναι ελλιπής, κάτι με το οποίο συνδέονται και τα προβλήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Είναι γεγονός ότι έχει δοθεί μεγάλη σημασία στην εκπαίδευση για την οργάνωση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής αυτά τα χρόνια. Πολλές σχετικές δημοσιεύσεις είδαν το φως ενώ αρκετά σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα έλαβαν χώρα. Το εκπαιδευτικό έργο περιλαμβάνει³⁰:

- Ενσωμάτωση, της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης για την Κοινωνική Ψυχιατρική, στο ακαδημαϊκό πρόγραμμα των φοιτητών της Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. Στην εφαρμογή όμως υπάρχουν δυσκολίες εξαιτίας της τεχνοκρατικής κατεύθυνσης που έχει το γενικό πρόγραμμα σπουδών. Αυτό συμβαίνει σε όλα τα Πανεπιστήμια και επηρεάζει τους σπουδαστές όπως και τους ιατρούς. Πάντως, στα πλαίσια της φροντιστηριακής τους άσκησης οι φοιτητές ωθούνται στην παρακολούθηση και, εάν είναι δυνατό, στην ενεργό συμμετοχή στις πιο πρωτοπόρες υπηρεσίες και δραστηριότητες μας, συμπεριλαμβανομένης και της αγωγής κοινότητας.
- Εκπαίδευση του εργαζόμενου προσωπικού. Εκτός από τη θεωρητική κατάρτιση, ένα μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης γίνεται στα πλαίσια της υπηρεσίας, με ατομικές και ομαδικές εποπτείες. Σε αυτές δίνεται προσοχή στους ασυνείδητους μηχανισμούς

³⁰ Lempriere, T. Felin, A., Συνέκδοση Σακελλαρόπουλος, Π. και συνεργάτες, *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και οι εφαρμογές της στη Ελλάδα*, Παπαζήση, Α Τόμος, II παράρτημα, Αθήνα, 1995, σ. 35-38.

άμυνας που χρησιμοποιούν οι ασθενείς και στις σχέσεις μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης. Όπως αναφέρθηκε πλέον, οι θεραπευτές ωθούνται σε παρεμβάσεις που έχουν χαρακτήρα ψυχοθεραπευτικής σχέσης και ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης, στα πλαίσια μιας ψυχαναλυτικής αντίληψης προσαρμοσμένης στις ανάγκες της δημόσιας περίθαλψης³¹. Αυτό το ψυχαναλυτικό πρίσμα, με την απαραίτητη θεωρητική υποδομή, εμπλουτίζει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες των μελών της ομάδας, χωρίς να έχει όμως δογματικό χαρακτήρα.

- Προγράμματα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Άρχισε από το ακαδημαϊκό έτος 1991–1992, είναι διετούς διάρκειας και αποβλέπει στη δημιουργία στελεχών υψηλής εξειδίκευσης. Πρόκειται για ευρύ πρόγραμμα 20–25 ωρών μηνιαίας θεωρητικής κατάρτισης και 8–12 ωρών πρακτικής άσκησης στις διάφορες από τις προαναφερόμενες δομές μας. Οι μεταπτυχιακοί σπουδαστές είναι κλινικοί (ιατροί, κλινικοί ψυχολόγοι) και μη κλινικοί άλλων ειδικοτήτων (π.χ. εκπαιδευτικοί, νομικοί, κ.λ.π.). Πρόκειται για επιστήμονες με υψηλά κίνητρα που ευαισθητοποιούνται στις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, έτσι, ώστε να τις εφαρμόσουν στο χώρο της εργασίας τους. Παράλληλα αποκτούν εμπειρίες συμμετέχοντας σε όλο το θεραπευτικό έργο και συστηματικά σε πραγματοποιούμενη αγωγή κοινότητας. Αυτοί πιθανώς θα αποτελέσουν στις επόμενες δεκαετίες τα στελέχη (θεραπευτικά ή διοικητικά) των ανάλογων υπηρεσιών, που θα δημιουργηθούν και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας. Εκπαιδεύονται πλέον περίπου 80 μεταπτυχιακοί σπουδαστές (πρώτο έτος).

Στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα υπάρχει και η ενημέρωση για άλλες θεραπευτικές τεχνικές, από στελέχη που εργάζονται στην υπηρεσία ή μετακαλούμενους ειδικούς επιστήμονες. Εξάλλου αν το επιλέξει, η θεραπευτική ομάδα είναι δυνατό να εφαρμόσει ιδιαίτερες τεχνικές προσέγγισης και θεραπείας με την κατάλληλη εποπτεία.

Προωθείται η επικοινωνία και οι εκπαιδευτικές ανταλλαγές με ανάλογες υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής, σε άλλες χώρες της Ε.Ο.Κ., ή σε άλλες περιοχές της Ελλάδας. Πολλοί εργαζόμενοι όλων των κατηγοριών έχουν επισκεφθεί τα τελευταία χρόνια, περισσότερο από μια φορά τέτοιες υπηρεσίες και έχουν συμμετάσχει ενεργά στις δραστηριότητες τους.

Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα στον τομέα της εκπαίδευσης των νοσηλευτών είναι η έλλειψη σχολών ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Στις ευρωπαϊκές χώρες οι νοσοκόμοι, που θα εργασθούν σε ψυχιατρεία ή μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, έχουν τουλάχιστο δυο χρόνια ψυχιατρικής εκπαίδευσης και πρακτικής εξάσκησης, επιπλέον από τα έτη σπουδών στη γενική νοσηλευτική.

Η Ανωτάτη Σχολή Νοσηλευτικής, στην Αθήνα, θα έχει δημιουργήσει σε μερικά χρόνια ορισμένα νέα στελέχη. Είναι αμφίβολο όμως εάν οι νέοι αυτοί νοσηλευτές πανεπιστημιακού επιπέδου, θα προτιμήσουν την Ψυχιατρική, μια τόσο υποβαθμισμένη ειδικότητα!

Σε μια πρώτη φάση πρέπει να εφαρμοσθούν ταχύρυθμες διαδικασίες:

α) Ένας αριθμός στελεχών (20–25), σε επίπεδο διευθύνουσας και προϊσταμένης, πρέπει να εκπαιδευθεί, περίπου για ένα έτος, σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές μονάδες, όπου υπηρετούν Έλληνες ψυχίατροι και ψυχολόγοι. Να υπάρξει συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα στα ελληνικά και στην ξένη γλώσσα.

β) Πρέπει να μετακληθούν νοσηλευτές από ευρωπαϊκές χώρες (έστω και ξένης υπηκοότητας), σε επίπεδο πάλι διευθύνουσας και προϊσταμένης, για να συμβάλουν στην οργάνωση, στη λειτουργία και στην εκπαίδευση του προσωπικού σε ειδικούς τομείς υψηλής εξειδίκευσης, π.χ. μονάδα οξέων, μονάδα περίθαλψης στο σπίτι, κέντρα ημερήσιας περίθαλψης για παιδιά ή ενήλικους κλπ. Το θέμα της εργασιακής σχέσης με την οποία θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους αυτά τα άτομα μπορεί και πρέπει να ρυθμιστεί. Δεν είναι

³¹ Σακελλαρόπουλος, Π., *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία και Δημόσια Περίθαλψη*, Ψυχολογικά θέματα, Β' Τόμος Τεύχος 1, Αθήνα, 1989, σ. 1–12.

δυνατόν ο ιδιωτικός τομέας να έχει περισσότερα προνόμια και διοικητική ευκαμψία από το κράτος και τη δημόσια ψυχιατρική περίθαλψη.

γ) Τα τρία μεγάλα ψυχιατρεία (Δαφνί, Δρομοκαΐτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) καθώς και το Αιγινήτειο, έχουν αναπτύξει περιορισμένης έκτασης προγράμματα εκπαίδευσης για νοσηλευτές, κυρίως σύμφωνα με τις ανάγκες της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Ο αριθμός, των εκπαιδευομένων είναι ελάχιστος, συγκριτικά με το σύνολο των ψυχιατρικών νοσηλευτών, και ο ρυθμός εκπαίδευσης βραδύς. Το 1/3 των νοσηλευτών των μεγάλων μονάδων θα πρέπει να εκπαιδευθεί και να ασκηθεί επαγγελματικά, με ρυθμό πλήρους σχεδόν απασχόλησης, για να ασκηθεί επαγγελματικά, με ρυθμό πλήρους σχεδόν απασχόλησης, για ένα τουλάχιστον εξάμηνο, σε θέματα και δραστηριότητες που αφορούν άμεσα την πρακτική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Είναι βασικό, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής να εκτιμήσει τη σημασία του αντικειμένου της εργασίας του και να την αγαπήσει. Δεν είναι μόνο η θεραπεία του ψυχικού αρρώστου αλλά και η αποκατάστασή του. Η νοοτροπία του νοσηλευτή στο άσυλο πρέπει να αλλάξει. Εκεί υποτιμά σταθερά το ρόλο του και η αυτοεκτίμησή του είναι συνήθως αρκετά χαμηλή.

Ένα μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης νοσηλευτών ενδονοσοκομειακών μονάδων, είναι απαραίτητο να γίνει σε μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Θα πρέπει να αποκτήσουν εμπειρίες συνεργασίας με την οικογένεια και την κοινότητα.

Για την κάλυψη ορισμένων από τα κενά αυτά στην εκπαίδευση, ο Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, έχει οργανώσει από το ακαδημαϊκό έτος 1991-1992, διετές μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών, στην Κοινωνική ψυχολογία και Κοινωνική Ψυχιατρική, που φιλοξενεί να δημιουργήσει στελέχη ικανά να εργασθούν στις νέες δομές στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι παρά τις ανεπάρκειες που επιστημάνθηκαν, τα αισιόδοξα μηνύματα πληθαίνουν. Μέσα από αυτές τις υπηρεσίες και άλλα ανάλογα προγράμματα, η ακριτική περιοχή του Έβρου και ολόκληρης της Θράκης μπορεί να γίνει ένας πόλος αξιόλογων πνευματικών δραστηριοτήτων, είναι δυνατό να ξεπεράσει την κατάσταση πολιτισμικής ένδειας και απομόνωσης και να αναπτύξει τους δεσμούς της με την υπόλοιπη Ελλάδα, τις γειτονικές χώρες και την υπόλοιπη Ευρώπη.

2. 2 Τομέας Ψυχιατρικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης

Είναι εγκατεστημένος στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης. Αποτελείται από δύο κλινικές, την πανεπιστημιακή με δεκαέξι κλίνες και την κλινική του Ε.Σ.Υ. με πέντε κλίνες. Στην Ευρώπη αντιστοιχούν συνήθως 100 ψυχιατρικές κλίνες ανά 300.000 κατοίκους. Χάρη στην ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, στη Θράκη 21 κλίνες εξυπηρετούν με επάρκεια το σύνολο των κατοίκων του νομού Έβρου, ένα μεγάλο μέρος των κατοίκων του νομού Ροδόπης και αρκετούς ασθενείς από την Ξάνθη (δηλαδή περισσότερους από 250.000 κατοίκους). Στην Πανεπιστημιακή Κλινική, η οποία, όπως θα περιγραφεί στη συνέχεια, συνδέεται στενά με τις υπόλοιπες εξωνοσοκομειακές δομές, νοσηλεύονται κάθε χρόνο περίπου τετρακόσιοι ασθενείς, με μέσο όρο νοσηλείας δώδεκα ημέρες. Η μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, αφορά είτε ψυχώσεις σε έξαρση είτε σοβαρές καταθλίψεις που παρουσιάζουν κίνδυνο αυτοκτονίας. Μερικές φορές γίνονται εισαγωγές προνοϊακού χαρακτήρα π.χ. όταν ο άρρωστος είναι χωρίς στέγη ή η οικογένεια του έχει κουρασθεί. Αυτές οι περιπτώσεις «ανεβάζουν» αρκετά το μέσο όρο νοσηλείας.

Κατά τα τελευταία χρόνια έχει επλεγεί το ακόλουθο σύστημα λειτουργίας της πανεπιστημιακής κλινικής. Την ευθύνη της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας έχει η θεραπευτική ομάδα η οποία παρακολουθεί τον ασθενή, όταν αυτός βρίσκεται εκτός

νοσοκομείου³². Το προσωπικό που απασχολείται μόνιμα και κατά κύριο λόγο στην κλινική, συνεργάζεται με την θεραπευτική ομάδα. Παρά τα υπάρχοντα γραφειοκρατικά εμπόδια γίνεται προσπάθεια ώστε το προσωπικό της κλινικής να δαπανά ένα μέρος του εργασιακού του χρόνου σε εξωνοσοκομειακές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης και της συμμετοχής σε θεραπευτικές ομάδες σταθερής παρακολούθησης ασθενών. Για τον συντονισμό των δραστηριοτήτων και των ρόλων μέσα στην κλινική, υπάρχει ο υπεύθυνος ψυχίατρος.

Το σύστημα αυτό έχει το πλεονέκτημα, ότι εξασφαλίζει τη συνέχεια της παρακολούθησης του ασθενούς και κατά την ενδονοσοκομειακή φάση της νοσηλείας του³³. Ο άρρωστος αισθάνεται ότι έχει σταθερά τους δικούς του θεραπευτές. Κατά την αρχική περίοδο της εφαρμογής του, εμφανίστηκαν κάποιες δυσκολίες στην κατανομή των αρμοδιοτήτων, οι οποίες σε ένα βαθμό οφείλονταν στην αδράνεια την οποία παρουσιάζουν οι άνθρωποι, όταν πρόκειται να λειτουργήσουν με ένα τρόπο διαφορετικό από αυτό για τον οποίο έχουν εκπαιδευτεί και στον οποίο έχουν συνηθίσει.

Η κλινική λειτουργεί σύμφωνα με τις αρχές της θεραπείας περιβάλλοντος. Υπάρχει ένα ημερήσιο πρόγραμμα ομαδικών και ατομικών δραστηριοτήτων, που περιλαμβάνει συζητήσεις, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, περιπάτους, συμμετοχή σε ομάδες παροχής επαγγελματικής εργασίας (γεωργικές εργασίες) με αμοιβή.

Οι νοσηλείες (με εξαίρεση 10–20 περιπτώσεις κάθε χρόνο), γίνονται χωρίς την χρήση μέσων περιορισμού, υπό συνθήκες ανοικτού τμήματος³⁴. Υπάρχουν όμως και κάποιες κλίνες αυξημένης επιτήρησης για τα οξέα περιστατικά. Έχει διαδοθεί στην περιοχή η φήμη ότι στην ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου της Αλεξανδρούπολης, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με σεβασμό, χωρίς βία. Επίσης, το θεραπευτικό προσωπικό (π.χ. οι γιατροί, οι νοσηλευτές) είναι γνωστό στους ασθενείς και κάθε πρόβλημα που δημιουργεί η διέγερση, αντιμετωπίζεται με την συνεχή παρουσία του θεραπευτή δίπλα στον άρρωστο. Έτσι, οι αντιστάσεις στην προοπτική της νοσηλείας είναι πολύ μικρότερες. Αρκετά περιστατικά που προσάγονται με παραγγελία ακούσια νοσηλείας, δέχονται να νοσηλευτούν εκούσια.

Είναι εμφανές ότι αυτό ο τρόπος λειτουργίας εκτός από τα άλλα πλεονεκτήματα συμβάλλει και στην καταπολέμηση της επικινδυνότητας των ψυχωσικών ασθενών. Η ηπιότητα των μέσων, η δυνατότητα για δημιουργία και καλλιέργεια της θεραπευτικής σχέσης μειώνουν τους φόβους και απαλύνουν την παρανοϊκότητα, που είναι αιτίες πολλών βίαιων αντιδράσεων.

Παρόλο που η οξύτητα και η συχνότητα των οξέων περιστατικών μειώνεται σταθερά από χρόνο σε χρόνο υπάρχουν κάποια προβλήματα, που προκύπτουν από τον συγχρωτισμό οξέων και χρόνιων ασθενών, τα οποία ήταν δυνατό να λυθούν, αν ο διαθέσιμος χώρος ήταν μεγαλύτερος.

2. 3 Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας

Η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας σε συνεργασία με το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, συμβάλλει στην προσπάθεια για την αναδιάρθρωση και τη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Θράκη. Η προσπάθεια αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια της κοινωνικής–κοινοτικής ψυχιατρικής.

Η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, καθώς και το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων (παράρτημα της εταιρίας), είναι επιστημονικά

³² Λειβαδίτης, Μ., *Δομές και λειτουργία των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών στη Θράκη*, Παπαζήση, Αθήνα 1995, σ. 322.

³³ Στο ίδιο.

³⁴ Λειβαδίτης, Μ., *Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στο Ν. Έβρου*, Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σ. 156.

Σωματεία, μη κερδοσκοπικά, νομικά ανεξάρτητα μεταξύ τους αλλά με συγγενείς στόχους και στενά συνεργαζόμενα σε διάφορες περιοχές της χώρας. Η Εταιρία ιδρύθηκε με τη σημερινή της ονομασία το 1981 και το Ινστιτούτο το 1996 από τον καθηγητή Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής, Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο.

Σκοπός τους ήταν να προσφέρουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπό το πρίσμα κοινοτικής ψυχιατρικής, δηλαδή στοχεύουν στην πρόληψη, ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση και αποκατάσταση ψυχικών παθήσεων όπως αυτές εκδηλώνονται στην κοινότητα παρά όπως γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο. Έτσι η ψυχιατρική περίθαλψη και φροντίδα επανατοποθετείται στη σωστή της θέση, δηλαδή, στην κοινότητα που είναι και το φυσικό περιβάλλον του πάσχοντα.

Οι πόροι της Εταιρίας προέρχονται αποκλειστικά από επιδοτήσεις (κρατικός προϋπολογισμός Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης κα.). Οι πόροι του Ινστιτούτου, το οποίο δεν επιδοτείται, προέρχονται από ασφαλιστικά ταμεία και τη μικρή οικονομική συμμετοχή των πελατών. Και οι δυο φορείς δέχονται δωρεές ιδιωτών ή διαφόρων οργανισμών³⁵.

Διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο εδρεύει στην Αθήνα με πρόεδρο τον Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο, ενώ κατά τόπους διοικείται από τη τοπική επιτροπή.

Σήμερα παρέχει υπηρεσίες στη Θράκη καθώς και στη Φωκίδα, στη Λαμία, στη Ναύπακτο και στην Αθήνα. Για την παροχή υπηρεσιών χρησιμοποιεί δυο τρόπους λειτουργίας α) την Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα και β) την αποασυλοποίηση.

Από πολύ νωρίς η Εταιρία οργάνωσε, εκεί όπου εγκαταστάθηκαν οι Κινητές Ψυχιατρικές Μονάδες, ένα σύστημα έγκαιρης παρέμβασης σε οξεία περιστατικά, σε άτομα δηλαδή που ξαφνικά ή προοδευτικά μπαίνουν σε κρίση. Η σύγχρονη ψυχιατρική θεωρεί την αντιμετώπιση των σοβαρών κρίσεων (κυρίως ψυχωτικών ατόμων) σαν το πιο λεπτό και δύσκολο ρόλο της. Πράγματι η οξεία φάση είναι αυτή που συνδέεται περισσότερο με την επικινδυνότητα. Στη φάση αυτή, ο άρρωστος υποφέρει, ασυγκρίτως περισσότερο και η Πολιτεία βρίσκεται ή μπορεί να βρεθεί σε κίνδυνο από τη διέγερσή του. Οι Κινητές Μονάδες εργάζονται μέσα στο σπίτι με τον πάσχοντα σε οξεία φάση και με την οικογένεια. Παράλληλα προσπαθεί από την πρώτη στιγμή, οι συγγενείς και οι γείτονες να γίνουν σύμμαχοι στην προσπάθειά της. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής από την πρώτη φάση ηρεμεί και είναι ικανός να πάρει μέρος στη θεραπεία του. Σημαίνει ότι η οικογένεια εμπιστεύεται κάποιον και ακουμπά επάνω του: στη θεραπευτική ομάδα της τομεοποιημένης γεωγραφικής περιοχής, της οποίας έχει αναλάβει η εταιρία την ευθύνη. Σημαίνει επίσης ότι η κοινωνική ομάδα βοηθιέται στο να απομυθοποιήσει τον κίνδυνο από την τρέλα και να αλλάξει τη στάση της απέναντι σε αυτήν.

Επειδή υπήρξε ως αίτημα και επειδή είναι περισσότερο αποδοτικό επιστημονικά, οργανώθηκε στις αγροτικές περιοχές, από την πρώτη κιόλας περίοδο λειτουργίας των Κινητών Μονάδων, η Ψυχιατρική Περίθαλψη στο Σπίτι του Αρρώστου. Έτσι μπορεί να αποφευχθεί συχνά η εναντίωση του αρρώστου και η χρησιμοποίηση βίας για τον εγκλεισμό. Οι γονείς δεν έχουν μια επιπλέον ενοχή αφού έχει αποφευχθεί ο ακούσιος εγκλεισμός του στο ψυχιατρείο. Ακόμη, μειώνεται ο κοινωνικός στιγματισμός για τη βαριά ψυχική νόσο. Με το να μην εγκαταλείπει ο άρρωστος το περιβάλλον του, δεν εγκαταλείπει και την απασχόλησή του, προστατευμένη ή αυτόνομη. Η σοβαρή υποτροπή ταχύτατα μεταβάλλεται σε ελεγχόμενη. Με τους κατάλληλους χειρισμούς, ο ασθενής, σε λίγες μέρες μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του.

³⁵ Ταταρίδης, Δ., Προσωπική συνέντευξη, 30 Νοεμ., 2004.

Η συστηματική εργασία της εταιρείας για την αποασυλοποίηση ασθενών από τα μεγάλα ελληνικά ψυχιατρεία, ξεκίνησε το 1984. Η πρότυπη αυτή δομή φιλοξένησε ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, προερχόμενους κυρίως από το ψυχιατρείο της Αττικής (Ψ.Ν.Α.). Πρόκειται για ανθρώπους που εκτός από τη βαριά ψυχική τους νόσο (κατά το πλείστο σχιζοφρένεια) είχαν υποστεί τα δυσάρεστα αποτελέσματα του χρόνιου εγκλεισμού στο ασυλικό ψυχιατρικό σύστημα: είναι γνωστή η εξίσου σοβαρή συμπτωματολογία, επιπλέον της ασθένειας, που επιφέρει η ασυλοποίηση στους ασθενείς.

Χρειάστηκαν λοιπόν χρόνια εργασίας, δικής τους και της εταιρίας, για να φθάσουν οι ασυλικοί αυτοί ασθενείς στο επίπεδο της σημερινής τους διαβίωσης σε προστατευμένα διαμερίσματα τριών έως τεσσάρων ατόμων. Τα διαμερίσματα βρίσκονται σε διάφορες περιοχές. Η λειτουργία τους, σε ότι αφορά τη φροντίδα του χώρου αλλά και των ασθενών που ζουν σε αυτά, βασίζεται στους ίδιους, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την ομαλή συγκατοίκησή τους.

Επιπλέον, λαμβάνουν πρωτοβουλίες όσον αφορά στη διαβίωσή τους, στην κοινωνικοποίησή τους, στις εξόδους, στις διακοπές και στη συμμετοχή τους σε όποια άλλη δραστηριότητα μπορεί να πάρει μέρος και κάποιος άλλος συμπολίτης τους. Ψηφίζουν, έχουν φίλους στην πόλη και συχνά καλούν για καφέ ή γεύμα τους θεραπευτές.

Αρκετοί από αυτούς απασχολούνται στο χωράφι (Μονάδα Προεπαγγελματικής Κατάρτισης) και με τα χρήματα της εργασίας τους (από συντάξεις ή επιδοτήσεις) έχουν καταφέρει ακόμη και να αγοράσουν, συλλογικά, κάποια από τα διαμερίσματα στα ονόματα τους.

Ο ρόλος των θεραπευτών που βρίσκονται κοντά στους ασθενείς είναι διακριτικά υποστηρικτικός. Είναι παρόντες στο χωράφι ως εκπαιδευτές και καθημερινά τους συντροφεύουν για 2-3 ώρες στα διαμερίσματα τους, για να ενισχύουν την προσαρμογή τους στην καθημερινή πραγματικότητα.

Με τα χρόνια, η εταιρία επέκτεινε τη λειτουργία ανάλογων προστατευμένων διαμερισμάτων και σε άλλες πόλεις (π.χ. Αθήνα) με πολύ καλά αποτελέσματα.

Πιστεύουμε ότι το σημαντικότερο ίσως κλινικό έργο που έχουμε επιτελέσει αυτά τα χρόνια στον τομέα της αποασυλοποίησης είναι το πέρασμα από τα οικοτροφεία στα διαμερίσματα και η απρόσκοπτη λειτουργία τους: βρίσκονται στον αντίποδα του ασύλου, αφού η διαμονή σε αυτά οδηγεί σιγά-σιγά τους ασθενείς σε μια ομαλή επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο, αλλά και σε μια θεαματική βελτίωση της κλινικής τους εικόνας.

Η εταιρία έπαιξε ουσιαστικό ρόλο, νομίζουμε, στην αλλαγή νοοτροπίας και λειτουργίας των μεγάλων ψυχιατρείων, άμεσα και έμμεσα. Στα περισσότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία, είχαμε κατά καιρούς μια παρουσία μηνών με συνεχή ανταλλαγή απόψεων με το προσωπικό του ιδρύματος καθώς και κοινωνιοθεραπευτικές δραστηριότητες με τους ασθενείς. Η παρουσία μας εκεί αφορούσε στην προετοιμασία των αρρώστων για την επιστροφή τους στην κοινωνική ομάδα και τη διαβίωση τους στα οικοτροφεία-διαμερίσματα.

Στην κατεύθυνση της Επαγγελματικής Αποκατάστασης η εταιρία συμβάλει με την εφαρμογή προγραμμάτων επαγγελματικού προσανατολισμού, με τη δημιουργία κέντρων προεπαγγελματικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης-αποκατάστασης, με τη λειτουργία προστατευμένων εργαστηρίων και τέλος με την τοποθέτηση ψυχικά πασχόντων στην ελεύθερη αγορά.

Επίσης, η εταιρία έχει εργασθεί συστηματικά για την ίδρυση και λειτουργία Θεραπευτικών Συνεταιρισμών από το 1988, όπως ο «Αυγερινός» της Φωκίδας και αργότερα η «Νίκη» της Θράκης και η «Πυξίδα» στην Αθήνα. Οι Θεραπευτικοί Συνεταιρισμοί είναι διαδεδομένοι από χρόνια στη Δ. Ευρώπη. Αποτελούν τον πλέον προωθημένο τύπο αυτόνομης ή ημιαντόνομης αποκατάστασης και επανένταξης του ψυχικά πάσχοντος ατόμου. Η ανάπτυξη τους είναι ραγδαία και στην Ελλάδα. Έχουν το πλεονέκτημα να ανεβάζουν, όσο καμιά άλλη

θεραπευτική ενέργεια, την αυτοεκτίμηση του ψυχωτικού αρρώστου. Τον εξισώνουν έως ένα σημείο εργασιακά με τα άλλα μέλη της κοινότητας. Του προσφέρουν τέλος, τη δυνατότητα να βιώνει ηθικά και υλικά τη διαδικασία του κέρδους.

Παράλληλα με τις υπηρεσίες ενηλίκων που περιγράφηκαν στις προηγούμενες σελίδες, οι κινητές μονάδες ανέπτυξαν ένα δίκτυο υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους. Το πρώτο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο (Ι.Π.Κ) λειτούργησε στην Αμφισσα το 1981 και εξακολουθεί έως σήμερα να είναι η σημαντικότερη ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία στις ελληνικές επαρχίες.

Οι ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες αναπτύχθηκαν σε διάφορες πόλεις (Αλεξανδρούπολη, Αθήνα, Κομοτηνή, Ξάνθη, Λαμία, Αμφισσα) και εδώ και 5 χρόνια υπάγονται όλες στη διεύθυνση του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων. Από την αρχή (1981) η συνεργασία με την κοινωνική ομάδα (γονείς, εκπαιδευτικοί, τοπικές αρχές κ.λ.π.) στα πλαίσια της Αγωγής Κοινότητας, έπαιξε πρωτεύοντα ρόλο στις δραστηριότητες της παιδοψυχιατρικής ομάδας. Έτσι, το κύριο έργο των εργαζομένων στις ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες ήταν: α) Η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση και β) Η συνεχής εργασία με τον πληθυσμό (Αγωγή Κοινότητας), έτσι ώστε να κατανοήσει και να αποδεχθεί τη δυνατότητα της πρόληψης, αλλά και να βοηθήσει στην έγκαιρη παραπομπή των παιδιών ή εφήβων με προβλήματα, στις υπηρεσίες μας. Στα πλαίσια της Αγωγής Κοινότητας, συχνά δίνουμε το εξής κλινικό παράδειγμα έγκαιρης παρέμβασης: ο τραυλισμός ενός παιδιού έξι ή οκτώ ετών αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά με μερικές συνεδρίες λογοθεραπείας. Όμως, το ίδιο άτομο στην ενήλικη ζωή του πια, δεν θεραπεύεται.

Η έγκαιρη παρέμβαση έχει πολύ σημαντικά αποτελέσματα, τόσο για το παιδί και τους γονείς του σε επίπεδο ψυχολογικό, όσο και για το κοινωνικό σύνολο σε επίπεδο απόδοσης και υγείας του πληθυσμού. Δεν θα πρέπει φυσικά να αγνοήσουμε το οικονομικό όφελος για την πολιτεία, που απορρέει από την έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων των νεαρών μελών της. Άτομα που παραμελήθηκαν, βαραίνουν και οικονομικά την πολιτεία παράλληλα με την προσωπική τους δυστυχία.

Το εύρος των διαταραχών που αντιμετωπίστηκαν, από την πρώτη φάση, στις ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες ήταν: ήπιες ψυχολογικές διαταραχές παιδιών και εφήβων, όπως διαταραχές λόγου, μαθησιακά προβλήματα, έως σοβαρές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπως παιδικές ψυχώσεις ή σοβαρά υπερκινητικά σύνδρομα.

Στις ιατροπαιδαγωγικές μας υπηρεσίες παρέχονται όλες οι μορφές παρέμβασης και αγωγής:

- ✓ Συμβουλευτική γονέων (για να γίνει ανάληψη ενός παιδιού, υπάρχει όρος να δεχθούν και οι γονείς να εργασθούν μαζί μας)
- ✓ Ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων, κυρίως με ψυχαναλυτικό πρίσμα
- ✓ Λογοθεραπεία για προβλήματα λόγου και μάθησης.
- ✓ Ειδική παιδαγωγική (ειδική αγωγή, αποκατάσταση μαθησιακών δυσκολιών)
- ✓ Αποκατάσταση ψυχοκινητικότητας, δηλαδή της επικοινωνίας σώματος και ψυχισμού.
- ✓ Θεραπευτικό παιχνίδι
- ✓ Λειτουργία παιδότοπου στο χώρο του σχολείου για παιδιά με ή χωρίς προβλήματα μαζί κ.α.

Αξίζει να σημειωθεί ότι άτομα με σοβαρές διαταραχές, όπως μέση ή μεγάλη νοητική καθυστέρηση ή ψυχώσεις, παραπέμπονται από το Ινστιτούτο, αυτόματα με την ενηλικίωσή τους, χωρίς να εγκαταλειφθούν, στις υπηρεσίες ενηλίκων της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Αυτή η δύσκολη φάση για γονείς και πάσχοντες αντιμετωπίζεται χωρίς τριβές και υποτροπές με την στενή συνεργασία και διαδοχή των ιατροπαιδαγωγικών υπηρεσιών στις υπηρεσίες ενηλίκων.

Έχει ληφθεί μέριμνα για ύπαρξη στελεχών ψυχικής υγείας προερχόμενων από τη μειονότητα, προκειμένου η ψυχολογική/ψυχοθεραπευτική βοήθεια να παρέχεται στη μητρική τους γλώσσα (τούρκικα, πομακικά).

Το προσωπικό της εταιρίας αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, γενικό προσωπικό εξειδικευμένο ή μη εξειδικευμένο και διοικητικό και οικονομικό προσωπικό. Υπάρχουν βέβαια και συνεργάτες άσχετης ιδιότητας που βοηθούν τους ασθενείς π.χ. γεωπόνοι, οι οποίοι αναθέτουν μια εργασία στους ασθενείς για την καλλιέργεια της γης. Όλοι μαζί αυτοί επιτελούν το έργο τους, απευθυνόμενοι στο σύνολο του πληθυσμού και κυρίως εξυπηρετούν άτομα με σοβαρά ψυχικές ασθένειες.

Το κόστος της εταιρίας αντιστοιχεί περίπου στο 1/3, που μπορεί να έχει ένας ασθενής που νοσηλεύεται σε άσυλο.

Από την αρχή της δεκαετίας του '80, η εταιρία συνδύασε, σε διάφορες δομές της, αφενός την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αφετέρου την εκπαίδευση στελεχών. Με τον όρο εκπαίδευση υψηλής εξειδίκευσης στελεχών ψυχικής υγείας, εννοούμε το συνδυασμό θεωρητικό-κλινικής κατάρτισης και πρακτικής άσκησης στις δομές. Σχεδόν από την αρχή οι εκπαιδευόμενοι γιατροί, ψυχολόγοι, λογοπεδικοί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί παιδαγωγοί κλπ μπαίνουν στα «βαθιά νερά» φυσικά κάτω από τακτική και μεθοδευμένη εποπτεία. Η Εταιρία και το Ινστιτούτο, εκτός από την προαναφερόμενη εντός του φορέα εκπαίδευση, με το μόνιμο προσωπικό τους ή με μετακαλούμενους ειδικούς, εφαρμόζουν σταθερά, ετήσια ή βραχεία προγράμματα³⁶ όπως το:

- ❖ «Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Κοινωνική Ψυχολογία και Ψυχιατρική», από το 1989 σε συνεργασία με το Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ιατρική Σχολή, το οποίο μετεξελιχθηκε σε «Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Κοινωνική Ψυχιατρική», το οποίο λειτουργεί σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, από το 1994. Λειτουργεί σε διάφορες πόλεις της Βόρειας Ελλάδας στα Ιωάννινα, στη Θεσσαλονίκη, στην Κομοτηνή, στη Ξάνθη, στην Αλεξανδρούπολη και στη Νότια Ελλάδα στην Αμφισσα, στη Λαμία καθώς και στην Αθήνα. Οι Μεταπτυχιακοί Σπουδαστές προέρχονται από διάφορες περιοχές της χώρας και είναι κλινικοί (ιατροί, κλινικοί ψυχολόγοι) ή έχουν άλλες ειδικότητες (κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί κ.α.). Πρόκειται για ένα διετές πρόγραμμα σπουδών, που συνδυάζει θεωρητική κατάρτιση, πρακτική άσκηση σε δομές ψυχικής υγείας, εργασίες, σεμινάρια ανά τρίμηνο σε διάφορες πόλεις κ.α..
- ❖ Εβδομαδιαίο ή δεκαπενθήμερο πρόγραμμα μαθημάτων ψυχοπαθολογίας και θεραπευτικής, γεωγραφική περιοχή (Θράκη, Αθήνα)
- ❖ Πρόγραμμα εποπτειών με παρουσίαση κλινικής περίπτωσης ή ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας με ψυχαναλυτικό πρίσμα (σε όλες τις δομές)
- ❖ Διετές σεμινάριο με θέμα «Βασικές αρχές ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας-Ψυχαναλυτικό πρίσμα και Δημόσια Περίθαλψη»
- ❖ Η ανταλλαγή εμπειριών και η ανάδειξη κοινών στόχων με άλλους Φορείς εμπλουτίζουν και προσφέρουν πολλά στο έργο της εταιρίας.

Συγκεκριμένα, το 1977 υπήρξε μια στενή συνεργασία και κατά καιρούς καρποφόρα, της εταιρίας με τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών και αργότερα Υγείας και Πρόνοιας.

Η συνεργασία αυτή αναφέρεται:

³⁶ Σακελλαρόπουλος, Π., Εκπαιδευτικά Προγράμματα της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Έκθεση προς τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1991.

α. Στη δημιουργία νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα στη δημιουργία μιας νέας νοοτροπίας και τεχνικής στην παροχή υπηρεσιών. Αντικείμενο είχε όπως ήταν φυσικό, τα μεγάλα ψυχιατρεία, αργότερα τους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και ιδιαίτερα την οργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα) και των ενδιάμεσων δομών (Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα διαμερίσματα, Εργαστήρια Κατάρτισης).

β. Στην εξεύρεση πόρων και αναζήτηση εμπειριών από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τις αντίστοιχες υπηρεσίες των κρατών-μελών. Για την αξιοποίηση των πόρων από τις ευρωπαϊκές επιδοτήσεις (Κανονισμός 815 του 1984, Ψυχαργός, 1998 κ.λ.π.), η Εταιρία συνεργάζεται και με ανάλογους ευρωπαϊκούς φορείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

γ. Στην εφαρμοσμένη έρευνα με την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών, π.χ. για το πρόγραμμα της Κινητής Μονάδας Νομού Φωκίδας, που πρωτολειτούργησε ως εφαρμογή πιλοτικού προγράμματος έρευνας το 1981.

δ. Στη συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με την Μεταρρύθμιση.

Αρχικά, η εταιρία και αργότερα και το Ινστιτούτο ανέπτυξαν διάφορες μορφές συνεργασίας με Πανεπιστήμια. Αναφέρθηκε η σταθερή συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και το Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης στο τομέα της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Άλλες δραστηριότητες προπτυχιακές και μεταπτυχιακές αφορούν το Πάντειο Πανεπιστήμιο, τη Φιλοσοφική Σχολή, το τμήμα Ψυχολογίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης του Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και το τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Τομέας Κοινωνικής Εργασίας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

Κατά καιρούς από τα άλλα ελληνικά και ευρωπαϊκά πανεπιστήμια προσκαλούνται καθηγητές στις δομές της εταιρίας και τα προγράμματα των δυο Φορέων, ενώ φοιτητές προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί ασκούνται σε αυτές. Σπουδαστές των Τ.Ε.Ι. Αθηνών και Πατρών, συγγενών κλάδων, ασκούνται επίσης στις δομές αυτές.

Ουσιαστικό ρόλο, ίσως το σημαντικότερο από άποψη ανταλλαγής εμπειριών και σχεδιασμού έπαιξε η συνεργασία της εταιρίας με αντίστοιχες μη κερδοσκοπικές εταιρίες και μη κυβερνητικούς οργανισμούς του ευρωπαϊκού χώρου. Πέρα από τον επιστημονικό εμπλουτισμό δημιουργήθηκαν φιλίες και αμοιβαία εμπιστοσύνη, απαραίτητες για την κοινή εκπαίδευση προσωπικού, την κοινή κατάρτιση και θεραπεία ασθενών και την κοινή εκτέλεση προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η εταιρία σε συνεργασία πάντα με τους εταίρους της έχει πραγματοποιήσει την τελευταία 15ετία μεγάλο αριθμό προγραμμάτων της ευρωπαϊκής κοινότητας. Ενδεικτικά υπάρχει συνεργασία με οργανισμούς της Αγγλίας και του Βελγίου. Επίσης, η Εταιρία είναι ιδρυτικό μέλος διεθνών δικτύων.

Παράλληλα υπήρξαν συνεργασίες με ξένα πανεπιστήμια, διευθύνσεις ψυχικής υγείας αντίστοιχων υπουργείων των κρατών-μελών, πανεπιστημίων κ.λ.π., καθώς και με άλλες ελληνικές εταιρίες κοινωφελούς χαρακτήρα και συνεταιρισμούς.

Όπως φαίνεται από το έργο που επιτελείται, η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, καθώς και το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων, είναι ζωντανό και εξελισσόμενος οργανισμός με σημαντική συμβολή στο έργο της ψυχιατρικής πρόληψης και περίθαλψης, της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας πάνω στο πρόβλημα των ψυχικών διαταραχών, καθώς και της εκπαίδευσης στελεχών ψυχικής υγείας.

Και σαν ένα δείγμα της αισιοδοξίας που πρέπει να συντροφεύει τις πιο πάνω δραστηριότητες, αναφέρω ένα σημείο από μια πρόσφατη συνέντευξη του καθηγητή Π. Σακελλαρόπουλου:

«Η ανακάλυψη και ενίσχυση των δυνατοτήτων που διαθέτουν ακόμη και οι χρόνιοι ασυλοποιημένοι ασθενείς, η εικόνα της απενοχοποιημένης κοινότητας που αποδέχεται και προστατεύει αυτόν που προηγουμένως θεωρούσε αποδιοπομπαίο τράγο και η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου έξω και πέρα από την ασυλική πρακτική, αποτελούν εμπειρίες

ανεκτίμητης αξίας που βοηθούν την εσωτερική ωρίμανση όλων όσων συμμετέχουν στην ανθρώπινη κοινότητα και προσφέρουν αναντικατάστατες ικανοποιήσεις στους θεραπευτές».

2. 4 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Ν. Έβρου

Η κοινοτική Ψυχιατρική είναι συνυφασμένη με τη μεταρρύθμιση που άλλαξε ριζικά την εικόνα των ασθενών και των υπηρεσιών σε πολλές χώρες της Ευρώπης κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα. Βασικός άξονας της μεταρρύθμισης ήταν ο αποϊδρυματισμός, δηλαδή η συρρίκνωση και τελικά η κατάργηση των ασύλων, που αποτελούσαν το μόνιμο χώρο και πλαίσιο διαβίωσης για μεγάλο ποσοστό ασθενών με χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Η μακροχρόνια παραμονή των ασθενών στα άσυλα, όχι μόνο δεν συνιστούσε μια θεραπευτική διαδικασία, αλλά επιδεινώνει πολλά από τα συμπτώματά τους, κατέστρεφε την αυτοεκτίμησή τους, περιόριζε την κοινωνική τους υπόσταση εντός των τειχών του ασύλου.

Προϋπόθεση για την επιτυχή κατάργηση των ασύλων είναι, η δημιουργία υπηρεσιών που επιτρέπουν τη σταδιακή μετάβαση του ασθενούς από το καθεστώς της πλήρους εξάρτησης σε αυτό της αυτονομίας ή στηρίζουν τους ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν να επιτύχουν πλήρη αυτονομία.

Οι πρώτες στεγαστικές δομές που δημιουργήθηκαν στην περιοχή του Έβρου ήταν, το 1978 ξενώνες για ψυχωσικούς ασθενείς από Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας, Κέντρα Ημέρας που υπάρχουν στην πόλη της Αλεξανδρούπολης και προστατευμένα διαμερίσματα. Μετά το 1992 και σταδιακά μέχρι το 1996 η προστατευμένη διαβίωση άλλαξε μορφή και οι ξενώνες μετατράπηκαν σε διαμερίσματα³⁷. Στα διαμερίσματα αυτά διαμένουν υπό τη φροντίδα της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, οι ασθενείς οι οποίοι κατάγονται από την περιοχή και έζησαν προηγουμένως (συχνά επί πολλές δεκαετίες) στα Ψυχιατρεία της Λέρου και της Θεσσαλονίκης. Έτσι σήμερα λειτουργούν στον Έβρο έξι διαμερίσματα, όπου οι τελευταίοι ένοικοι που εγκαταστάθηκαν, ήταν δύο μέλη από το Ψ.Ν.Α και ένας ασθενής από την κοινότητα, μόλις πριν από 6 μήνες. Λιγότεροι από τριάντα ασθενείς που κατάγονται από τον Έβρο και ζουν ακόμη σε άσυλα, προβλέπεται να αφομοιωθούν στα νέα οικοτροφεία που έχει προγραμματισθεί να λειτουργήσουν προσεχώς.

Η μετάβαση των ασθενών από τα άσυλα στα οικοτροφεία και στα προστατευμένα διαμερίσματα, είναι μια λεπτή και δύσκολη διαδικασία. Για να έχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα πρέπει να γίνεται με απόλυτο σεβασμό προς τους ρυθμούς και τις επιλογές των ασθενών, οι οποίοι ήδη περισσότερο από μια φορά στη ζωή τους έχουν υποβληθεί στη διαδικασία της ακούσιας μετεγκατάστασης. Σε πολλές περιπτώσεις η αναπηρία είναι ήδη πολύ μεγάλη. Πρώτιστος στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να είναι η δημιουργία δομών, όπως αυτές που περιγράφηκαν στις προηγούμενες παραγράφους, οι οποίες θα αποτρέψουν τη δημιουργία νέων γενεών ιδρυματικών ασθενών.

Οι χρόνιοι ψυχωσικοί ασθενείς, είτε εξ' αιτίας της βαρύτητας της διαταραχής που παρουσιάζουν, είτε εξ' αιτίας των κοινωνικών συνθηκών και των δυσκολιών πρόσβασης σε αποτελεσματική βοήθεια, υπόκεινται στον κίνδυνο της αναπηρίας. Ο περιορισμός αυτής της κατάστασης προϋποθέτει την καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού.

Σ' όλο το χρονικό διάστημα, πριν την εγκατάσταση των ασθενών στους ξενώνες, κατά τη διάρκεια της παραμονής τους εκεί, κατά την προετοιμασία μετάβασης τους στα προστατευμένα διαμερίσματα, και κατά τη διαμονή τους εκεί, γινόταν προσπάθεια για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας³⁸.

³⁷ Γιαντσελίδου, Α., Φραγκούλη, Α., *Προστατευμένα Διαμερίσματα: Ένα βήμα πιο κοντά στην κοινότητα*, Στο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με τη πρωτοβάθμια περίθαλψη, Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σ. 402-403.

³⁸ Τζούλης, Α., Φραγκούλη, Α., *Αγωγή κοινότητας στη Θράκη για τη συμμετοχή του πληθυσμού στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας*. Τετράδια ψυχιατρικής Νο 44, 1994.

Η πείρα από την Αγωγή Κοινότητας και τις δραστηριότητες αποϊδρυματισμού στο νομό Έβρου έδειξαν ότι ο παραπάνω στόχος δεν είναι εύκολα επιτεύξιμος. Η αλλαγή της στάσης του πληθυσμού, ακόμα και όσων είναι άμεσα εμπλεκόμενοι (όπως π.χ. του ιατρικού ή του νοσηλευτικού προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων) δεν είναι μόνο θέμα διακηρύξεων ή καλών προθέσεων. Ο ανιάτος χαρακτήρας των ψυχικών διαταραχών, η επικινδυνότητα των ασθενών αποτελούν ευρέως διαδεδομένα στερεότυπα. Η εφαρμογή διακρίσεων εις βάρος τους είναι μια συχνή πρακτική.

Η Αγωγή Κοινότητας στον Έβρο δεν αποδείχθηκε εύκολη διαδικασία σε σχέση με άλλες περιοχές (π.χ. Φωκίδα), ίσως εξαιτίας της μεγαλύτερης έκτασης και του μεγαλύτερου πληθυσμού της περιοχής. Η συμβίωση του γενικού πληθυσμού με τους ενοίκους των προστατευμένων διαμερισμάτων δεν είναι και τόσο αρμονική, πράγμα, το οποίο μας οδηγεί στο ότι οι ασθενείς δεν είναι σήμερα πλήρως ενταγμένοι στον κοινωνικό ιστό της πόλης.

Η εμπειρία, στη περιοχή του νομού μας, έδειξε ότι στο επίπεδο της μικρό-κοινότητας (γειτονιά, μακαλικό, φούρνος), η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού ήταν περισσότερο αποτελεσματική. Σε γειτονιές, μάλιστα, που ήδη υπάρχει κάποιο διαμέρισμα της Εταιρίας είναι συνήθως ευκολότερο να δημιουργηθεί κι ένα δεύτερο. Φαίνεται ότι η επαφή με τον ψυχικά ασθενή απομυθοποιεί την «τρέλα», αμβλύνει το φόβο της επικινδυνότητας, απομακρύνει τις φαντασιώσεις. Βεβαίως, η δημιουργία ενός νέου διαμερίσματος σε γειτονιές όπου λειτουργούν ήδη στεγαστικές δομές της Εταιρίας, δεν αποτελεί πρώτη επιλογή του φορέα, αφού γίνεται προσπάθεια να αποφεύγεται η «γκετοποίηση» με τη συγκέντρωση των δομών σε συγκεκριμένες περιοχές των δύο πόλεων.

Στο επίπεδο της ευρύτερης κοινότητας χρειάζεται πολύ συστηματική και προσεκτική δουλειά. Χρειάζεται συνέπεια, οργάνωση, μεθοδικότητα και βάθος χρόνου, για να αλλάξει η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο. Η ύπαρξη ήδη ευαισθητοποιημένων υποομάδων μέσα στην κοινότητα αποτελεί τον πυρήνα για την παραπέρα δουλειά με την κοινότητα. Για παράδειγμα, στην περίπτωσή μας, στην Αλεξανδρούπολη δραστηριοποιείται από το 1997, ένας σύλλογος εθελοντών, ο οποίος αποτέλεσε το αντικείμενο της προσπάθειας της Εταιρίας για ευαισθητοποίηση³⁹. Σήμερα πια, ως υποκείμενο ο ίδιος, οργανώνει δράσεις αγωγής κοινότητας και ευαισθητοποίησης του ευρύτερου πληθυσμού την Ορεστιάδα, έχουν αναπτυχθεί ανάλογες πρωτοβουλίες.

Ως επιτυχημένο βήμα της ένταξης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών στον κοινωνικό ιστό της περιοχής μας, θεωρείται ο θεσμός της αναδοχής⁴⁰. Συγκεκριμένα, για την Αλεξανδρούπολη, όπου ολοκληρώθηκε η τελευταία από τις τρεις προσπάθειες για αναδοχή, η ανταπόκριση, όταν αναζητήθηκε ανάδοχη οικογένεια για μια υπερήλικη ασθενή της Εταιρίας, ξεπέρασε κάθε προσδοκία. Είναι θα λέγαμε ιδανική λύση για τον αποασυλοποιημένο ψυχωσικό μιας κάποιας ηλικίας. Δεν είναι όμως καθόλου ενσωματωμένη στην ελληνική πραγματικότητα και γι' αυτό ο αριθμός παραμένει περιορισμένος σε σχέση με την Ευρώπη. Ούτε η μηνιαία αντιμισθία που εφαρμόζεται στις έξι προαναφερόμενες περιπτώσεις παρακάμπει την αντίσταση.

Ένα άλλο σημαντικό βήμα είναι η σύσταση μιας Αστικής, μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας για τη Μέριμνα και την Αποκατάσταση Ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, νομικά ανεξάρτητη από την Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Η παραπάνω Εταιρία συστάθηκε, με διαφορετική επωνυμία και μικρές διαφορές στο καταστατικό, με πρωτοβουλία και κύρια συμμετοχή των μελών των προστατευμένων

³⁹ Γιαντσελίδου, Α., Φραγκούλη, Α., *Προστατευμένα Διαμερίσματα: Ένα βήμα πιο κοντά στην κοινότητα*, Στο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με τη πρωτοβάθμια περίθαλψη, Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σ. 404.

⁴⁰ Lempriere, T. Feline, A., Συνέκδοση Σακελλαρόπουλος, Π. και συνεργάτες, *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και οι εφαρμογές της στη Ελλάδα*, Απόσπασμα από την εισαγωγή του Ά τόμου Αγωγή Κοινότητας και Κατανομή Ρόλων, Παπαζήση, Αθήνα, 1995, σ. 329.

διαμερισμάτων και μικρότερη συμμετοχή των μελών της κοινότητας⁴¹. Κύριο μέλημά της είναι η φροντίδα για την ποιότητα ζωής και η προσαρμογή στην κοινωνική ομάδα ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ήδη κατάφερε να αγοράσει, με χρήματα των μελών της (από συντάξεις, επιδόματα, οικονομίες), ένα σπίτι στην πόλη της Αλεξανδρούπολης, όπου διαμένουν τρία μέλη και το οποίο ανήκει στην Εταιρία τους. Αυτό το πλαίσιο τους παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια σε σχέση με την προηγούμενη εξάρτησή τους από τα κονδύλια του Υπουργείου. Παράλληλα, με τα χρήματά τους τα μέλη αγόρασαν ένα μικρό κτήμα με ελιές, όπου μεγαλώνουν τα ζώα τους και καλλιεργούν σε θερμοκήπιο τις ντομάτες τους, καθώς και άλλα προϊόντα που πουλούν στην αγορά.

Αναμφίβολα υπάρχουν και δυσκολίες. Κάποιες από τις προσπάθειες για στεγαστική αποκατάσταση έχουν συναντήσει εμπόδια και προβλήματα με την κοινότητα. Στην Αλεξανδρούπολη, η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας βρέθηκε πρόσφατα σε δικαστική διαμάχη με τους ενοίκους μιας πολυκατοικίας, στην οποία η Εταιρία είχε αγοράσει διαμέρισμα, μετά από δωρεά, ώστε να χρησιμοποιηθεί ως χώρος διαμονής ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Η απόφαση για εγκατάσταση στον παραπάνω χώρο συνάντησε την άρνηση των υπόλοιπων ενοίκων της πολυκατοικίας και οδήγησε στη δικαστική διαμάχη. Αυτή η αρνητική εξέλιξη δεκατρία χρόνια μετά την πρώτη εγκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών ασθενών σε στεγαστικές δομές της περιοχής, εντείνει τον προβληματισμό για την διαδικασία αγωγής κοινότητας, που πρέπει να ακολουθείται κατά περίπτωση, την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού μιας περιοχής για την αλλαγή στάσεις απέναντι στον ψυχικά ασθενή.

Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού πραγματοποιείται με συναντήσεις, σεμινάρια σε ειδικές ομάδες όπως ιερείς, εκπαιδευτικοί, γιατροί. Σημαντικό είναι και το έργο που γίνεται ακόμα και με την απλή συζήτηση για καθημερινά θέματα του εργαζόμενου της ψυχιατρικής ομάδας στο καφενείο με τους θαμώνες.

Όσο περισσότερο ευαισθητοποιείται η κοινότητα τόσο μειώνεται η προκατάληψη και το άτομο με ψυχοκοινωνικά προβλήματα δεν βιώνει πλέον την επιθετικότητα του περιβάλλοντός του. Αυτό έχει ως συνέπεια τη μείωση της επιθετικότητας του ασθενούς και άρα της επικινδυνότητάς του.

Πρέπει να επισημανθεί επίσης, ότι δεν αρκεί μόνο η ωρίμανση της κοινότητας, για να ενταχθούν πλήρως οι ασθενείς μέσα στον κοινωνικό ιστό της. Χρειάζονται και άλλες, παράλληλες σύγχρονες δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ένα προστατευμένο διαμέρισμα, χωρίς να στηρίζεται από άλλες δομές και δράσεις (Κέντρα Ημέρας, εργαστήρια, συνεταιρισμούς, δίκτυα υποστήριξης στην απασχόληση και στην εργασία), μπορεί να μετατραπεί σ' ένα μικρό άσυλο στην κοινότητα.

Έτσι μόνο όταν οι ασθενείς και οι υπηρεσίες διατηρούν στενούς δεσμούς με την κοινότητα, στην οποία ανήκουν ή εντός της οποίας λειτουργούν, επικοινωνούν, δρουν, διεκδικούν εντός αυτής, η στάση του πληθυσμού μπορεί να αλλάξει, να γίνει θετικότερη.

Κατά την παρούσα φάση η εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα βρίσκεται σε μια κρίσιμη καμπή. Αν και σε ορισμένα ζητήματα, όπως η νομοθετική ρύθμιση της τομεοποίησης, η συρρίκνωση των ψυχιατρείων, υπάρχει πρόοδος, σε άλλα διαφαίνεται στασιμότητα. Σε λίγες περιοχές της χώρας έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες που να καλύπτουν με σχετική επάρκεια και συντονισμό τις ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές ανάγκες του πληθυσμού. Έτσι οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται στο νομό Έβρου έχουν ένα πρωτοποριακό, παραδειγματικό χαρακτήρα από αρκετές απόψεις. Όσοι εργάζονται σε αυτές, έχουν αισθανθεί την ικανοποίηση ότι με λίγα σχετικά μέσα επιτελούν ένα έργο ενδιαφέρον, δημιουργικό και χρήσιμο για τους κατοίκους της περιοχής.

⁴¹ Γιαντσελίδου, Α., Φραγκούλη, Α., *Προστατευμένα Διαμερίσματα: Ένα βήμα πιο κοντά στην κοινότητα*, Στο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με τη πρωτοβάθμια περίθαλψη, Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σ .405.

Κεφάλαιο 3: Έρευνα για τη στάση των κατοίκων του Ν. Έβρου, σχετικά με τη ψυχική ασθένεια

Προκειμένου να προσεγγίσουμε τις απόψεις των κατοίκων της περιοχής απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, κάναμε μια μικρή έρευνα γύρω από την κοινωνική αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας στην αγροτική-ακρική περιοχή του Ν. Έβρου.

Ενώ στην αρχή υπήρχαν αμφιβολίες για το αν οι ερωτηθέντες θα απαντούσαν σε τόσο ουσιαστικά ερωτήματα και για το αν τα αποτελέσματα θα είχαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία μιας οργανωμένης έρευνας, η έρευνα πραγματοποιήθηκε και πιστεύουμε ότι τελικά σκιαγραφήθηκε η γενική εικόνα για το τι πιστεύουν οι κάτοικοι για τους ψυχικά ασθενείς.

Ο στόχος της έρευνας ήταν να αποκαλύψει μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων των κατοίκων, τη γνώση που έχουν για την ψυχική ασθένεια, τη στάση που έχουν απέναντι σε ένα ψυχικά ασθενή και τους τρόπους που τους αντιμετωπίζουν.

Η προσέγγιση των απόψεων των κατοίκων με ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου έχει τις εξής δυσκολίες:

Η αγροτική δομή της κοινότητας και ο τρόπος που διεξάγεται η καθημερινή επικοινωνία, καθιστούν πολύ δύσκολη την επιβολή ενός τυπικού ερωτηματολογίου που περιέχει τη γλωσσική και νοητική δομή του ερευνητή και δεν ανταποκρίνεται στη μορφή της πληροφοριακής ανταλλαγής που διεξάγονται μέσα στην κοινότητα. Ο αγροτικός χαρακτήρας της κοινότητας επιβάλλει ανοιχτές ερωτήσεις, στις οποίες οι ερωτώμενοι θα μπορούσαν ν' απαντήσουν με ελεύθερο και πλούσιο σε συνειρμούς τρόπο.

Ήταν δύσκολο να τεθούν ερωτήσεις φιλοσοφικού περιεχομένου, π.χ. του είδους τι πιστεύουν ότι είναι η ψυχική ασθένεια, ποια είναι η αιτία της, τι είδους συμπεριφορά αρμόζει προς τους ψυχασθενείς, γιατί οι απαντήσεις σε τέτοιου είδους ερωτήσεις είναι γενικές, έχουν ανθρωπιστικό και δεοντολογικό περιεχόμενο, αλλά σπάνια φέρνουν στο φως τις πραγματικές πεποιθήσεις των ερωτώμενων. Η στάση αποκαλύφθηκε από τις απαντήσεις που έδωσε ο ερωτώμενος σε κάποιες ερωτήσεις που έχουν σχέση με την επαφή του μ' έναν ψυχασθενή, με την καθημερινή του λειτουργία στον ίδιο χώρο και από τη γνώση που έχει για τις ψυχικές ασθένειες. Απ' αυτά τα στοιχεία αποκαλύφθηκε η θέση που έχει ο ψυχικά ασθενής στην τοπική κοινωνία.

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε σ' ένα δείγμα 80 κατοίκων του Ν. Έβρου. Το δείγμα είναι δείγμα κρίσης και όχι αντιπροσωπευτικό. Οι ερωτώμενοι επιλέχθηκαν ώστε να εξασφαλιστεί η εκπροσώπηση των διαφόρων τύπων γνώμης. Η επιλογή αυτών των κατοίκων ήταν εν μέρει τυχαία και εν μέρη σκόπιμη. Μας ενδιέφερε η άποψη όλων των ανθρώπων, ανεξάρτητα από το μορφωτικό και οικονομικό τους επίπεδο. Γι' αυτό οι ερωτώμενοι ήταν αγρότες, εργάτες, φοιτητές, μέχρι και άτομα με ανώτερη μόρφωση.

Οι ερωτήσεις αφορούσαν την άποψη που είχαν οι κάτοικοι για την ψυχική ασθένεια και την καθημερινή τους σχέση με τους ψυχασθενείς. Ζητήθηκε από τους κατοίκους να απαντήσουν με βάση ό,τι γνωρίζουν, άσχετα αν είχαν ή όχι κάποια εμπειρία από το κοντινό περιβάλλον τους. Μ' αυτό τον τρόπο οι ερωτώμενοι έδωσαν εξηγήσεις που αφορούσαν την αρρώστια, καθώς και τις απόψεις που έχουν υιοθετήσει και διαχειρίζονται την καθημερινή τους σχέση με τους ψυχασθενείς.

Υπήρξαν δυσκολίες κατά την φάση των συνεντεύξεων. Λίγοι σχετικά ερωτώμενοι απαντούσαν άμεσα. Οι περισσότεροι απέφευγαν ή καθυστερούσαν να απαντήσουν.

Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν από τα άτομα του δείγματος, προέκυψαν οι παρακάτω πίνακες:

Ανάλογα με το φύλλο διαμορφώνονται οι παρακάτω πίνακες για κάθε απάντηση των ερωτηθέντων:

| ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ | | | | |
|--------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 1: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 12 | 18% | 16 | 14% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 8 | 12% | 16 | 14% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 9 | 14% | 15 | 13% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 9 | 14% | 18 | 16% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ-ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 7 | 11% | 6 | 5% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 4 | 6% | 7 | 6% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 7 | 11% | 10 | 9% |
| ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ | 9 | 14% | 26 | 23% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 65 | 100% | 114 | 100% |

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών χαρακτηρίζει τη σχιζοφρένεια σαν ψυχική ασθένεια, ενώ οι γυναίκες θεωρούν όλες τις παραπάνω ασθένειες.

| ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ | | | | |
|------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 2: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 5 | 12% | 9 | 10% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 1 | 2% | 2 | 2% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 8 | 20% | 17 | 19% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 6 | 15% | 17 | 19% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ-ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 3 | 7% | 5 | 6% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 1 | 2% | 6 | 7% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 3 | 7% | 11 | 12% |
| ΟΛΕΣ | 6 | 15% | 14 | 16% |
| ΚΑΜΙΑ | 8 | 20% | 8 | 9% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 41 | 100% | 89 | 100% |

Παρατηρούμε ότι στους άνδρες ένα 20% έχει ενημερωθεί για την μελαγχολία και άλλο ένα 20% για καμία ασθένεια. Αντίθετα οι γυναίκες είναι περισσότερο γνώστες των ψυχικών ασθενειών και κυρίως της μελαγχολίας και της κατάθλιψης.

| ΝΟΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ | | | | |
|-----------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 3: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΝΑΙ | 4 | 15% | 2 | 4% |
| ΌΧΙ | 20 | 77% | 51 | 94% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 2 | 8% | 1 | 2% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δεν θεωρούν έναν ψυχικά ασθενή και διανοητικά καθυστερημένο.

| ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ | | | | |
|--------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 4: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΝΑΙ | 4 | 15% | 12 | 22% |
| ΌΧΙ | 22 | 85% | 38 | 70% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 4 | 7% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Κατά την πλειοψηφία των ερωτηθέντων, δεν κληρονομούνται όλες οι ψυχικές ασθένειες.

| ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ | | | | |
|---|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 5: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΨΥΧΙΑΤΡΟ | 13 | 27% | 31 | 33% |
| ΨΥΧΟΛΟΓΟ | 15 | 31% | 31 | 33% |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΟ | 2 | 4% | 12 | 13% |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 9 | 19% | 9 | 10% |
| ΦΙΛΟ | 2 | 4% | 5 | 5% |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ | 5 | 10% | 4 | 4% |
| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ | 1 | 2% | 1 | 1% |
| ΚΑΝΕΝΑ-ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ | 1 | 2% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 48 | 100% | 93 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών θα απευθυνόταν σε ψυχολόγο για κάποια ψυχική ασθένεια, ενώ οι γυναίκες θα απευθυνόταν τόσο σε ψυχολόγο όσο και σε ψυχίατρο.

| ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ | | | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 6: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΕΔΟΝ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΒΑΣΗ | 5 | 19% | 10 | 19% |
| ΑΡΚΕΤΑ | 13 | 50% | 36 | 67% |
| ΛΙΓΟ | 6 | 23% | 6 | 11% |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 2 | 8% | 2 | 4% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Οι μισοί από τους άνδρες δηλώνουν, ότι θα επηρέαζε αρκετά τη προσωπική τους ζωή ένας ψυχασθενής, ενώ πάνω από τις μισές γυναίκες έχουν την ίδια άποψη.

| ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ | | | | |
|--|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 7: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 4% | 1 | 2% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 10 | 38% | 17 | 31% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 11 | 42% | 20 | 37% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 2 | 8% | 12 | 22% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 2 | 8% | 3 | 6% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 1 | 2% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Την ίδια άποψη έχουν οι άνδρες και οι γυναίκες για την επικινδυνότητα της συμβίωσης με ένα ψυχασθενή με το ποσοστό να είναι λίγο μεγαλύτερο στους άνδρες.

| ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑΣ | | | | |
|---|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 8: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΘΑ ΑΠΟΦΕΥΓΑΤΕ ΝΑ ΜΙΛΗΣΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ | 2 | 8% | 2 | 4% |
| ΘΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΣΑΣΤΑΝ ΕΝΑΝ ΕΙΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 15 | 58% | 43 | 80% |
| ΘΑ ΤΟ ΣΥΖΗΤΟΥΣΑΤΕ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ | 9 | 35% | 9 | 17% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Οι άνδρες, σε περίπτωση που είχαν οικογενειακό ιστορικό σε κάποια ψυχική ασθένεια, θα επισκέπτονταν έναν ειδικό γιατρό. Ανάλογα θα ενεργούσαν και οι γυναίκες με πολύ μεγαλύτερο ποσοστό.

| ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΟΥΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | | | | |
|--|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 9: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 4% | 2 | 4% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 5 | 19% | 11 | 20% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 11 | 42% | 23 | 43% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 4 | 15% | 11 | 20% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 4 | 15% | 7 | 13% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 1 | 4% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Τα ίδια ποσοστά ανδρών και γυναικών δε πιστεύουν στη δυνατότητα των ψυχικά ασθενών να δημιουργήσουν οικογένεια.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

| 10: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| ΘΑ ΔΙΑΚΟΠΤΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 3 | 12% | 3 | 6% |
| ΘΑ ΣΥΝΕΧΙΖΑΤΕ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 7 | 27% | 2 | 4% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ ΚΑΙ ΔΕ ΘΑ ΜΙΛΟΥΣΑΤΕ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ | 1 | 4% | 3 | 6% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΑΤΕ ΝΑ ΞΑΝΑΕΠΙΣΚΕΠΤΕΙ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΤΟΥ | 7 | 27% | 29 | 54% |
| ΘΑ ΑΝΗΣΥΧΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΜΗ ΤΟΝ ΞΑΝΑΣΥΜΒΕΙ | 8 | 31% | 17 | 31% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών, σε σχέση με το αν η σύντροφος τους έπασχε στο παρελθόν από κάποια ψυχική ασθένεια, θα ανησυχούσε να μην της ξανασυμβεί ενώ οι γυναίκες θα τον συμβούλευαν να ξαναεπισκεπτεί το γιατρό του.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ

| 11: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 3 | 12% | 3 | 6% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 8 | 31% | 12 | 22% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 9 | 35% | 22 | 41% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 6 | 23% | 12 | 22% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 5 | 9% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Στο ενδεχόμενο συνεργασίας με έναν ψυχικά άρρωστο τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες είναι θετικοί.

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

| 12: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 4% | 2 | 4% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 8 | 31% | 18 | 33% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 7 | 27% | 18 | 33% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 5 | 19% | 9 | 17% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 5 | 19% | 7 | 13% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Σύμφωνα με την πρόσληψη των ατόμων με ψυχικές ασθένειες το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών είναι θετικοί ενώ οι απόψεις των γυναικών είναι διχασμένες.

| ΝΕΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ | | | | |
|--|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 13: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 17 | 65% | 36 | 67% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 5 | 19% | 15 | 28% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 1 | 4% | 1 | 2% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 1 | 4% | 1 | 2% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 2 | 8% | 1 | 2% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Θετική είναι η στάση των ανδρών και των γυναικών, όσον αφορά τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και ψυχαγωγίας για τους ψυχικά ασθενείς.

| ΓΕΙΤΝΙΑΣΗ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ | | | | |
|------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 14: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 6 | 23% | 17 | 31% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 9 | 35% | 13 | 24% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 7 | 27% | 14 | 26% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 1 | 4% | 7 | 13% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 3 | 12% | 2 | 4% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 1 | 2% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Αρνητική στάση έχουν οι άνδρες και οι γυναίκες στην ιδέα και μόνο να έχουν ένα γείτονα σχιζοφρενή.

| ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ | | | | |
|--|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 15: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΥΠΕΡ | 5 | 19% | 13 | 24% |
| ΚΑΤΑ | 3 | 12% | 10 | 19% |
| ΔΕ ΘΑ ΣΑΣ ΠΕΙΡΑΖΕ | 18 | 69% | 31 | 57% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Θετικές είναι οι αντιδράσεις των ανδρών και των γυναικών για τη δημιουργία θεραπευτικών ξενώνων για τους ψυχασθενείς.

| ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ | | | | |
|--|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 16: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΝΔΡΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 19 | 73% | 51 | 94% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 5 | 19% | 2 | 4% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 2 | 8% | 1 | 2% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 54 | 100% |

Συντριπτικό είναι το ποσοστό όλων των ερωτηθέντων για τη δημιουργία θεραπευτικών ξενώνων.

Έπειτα ακολουθούν οι πίνακες με βάση την ηλικία των ερωτηθέντων.

| ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 11 | 16% | 5 | 10% | 3 | 11% | 6 | 23% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 8 | 11% | 5 | 10% | 5 | 18% | 6 | 23% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 10 | 14% | 8 | 16% | 3 | 11% | 4 | 15% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 12 | 17% | 7 | 14% | 2 | 7% | 5 | 19% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ-ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 6 | 9% | 4 | 8% | 2 | 7% | 0 | 0% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 4 | 6% | 5 | 10% | 1 | 4% | 1 | 4% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 11 | 16% | 3 | 6% | 2 | 7% | 1 | 4% |
| ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ | 8 | 11% | 14 | 27% | 10 | 36% | 3 | 12% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 70 | 100% | 51 | 100% | 28 | 100% | 26 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό που πιστεύει ότι όλες οι παραπάνω είναι ψυχικές ασθένειες ανήκει στην ηλικία 30–50 ετών.

| ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 2: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 3 | 10% | 1 | 3% | 3 | 11% | 2 | 10% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 7% | 0 | 0% |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 8 | 26% | 7 | 21% | 4 | 14% | 4 | 19% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 7 | 23% | 6 | 18% | 5 | 18% | 5 | 24% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ-ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 2 | 6% | 1 | 3% | 3 | 11% | 0 | 0% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 0 | 0% | 2 | 6% | 2 | 7% | 2 | 10% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 4 | 13% | 2 | 6% | 3 | 11% | 3 | 14% |
| ΟΛΕΣ | 4 | 13% | 8 | 24% | 4 | 14% | 1 | 5% |
| ΚΑΜΙΑ | 3 | 10% | 6 | 18% | 2 | 7% | 4 | 19% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 31 | 100% | 33 | 100% | 28 | 100% | 21 | 100% |

Τα περισσότερα άτομα ηλικίας 20–30 ετών έχουν ενημερωθεί για την μελαγχολία.

| ΝΟΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ | | | | | | | | |
|----------------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| 3: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΝΑΙ | 2 | 8% | 2 | 8% | 0 | 0% | 2 | 18% |
| ΌΧΙ | 23 | 88% | 22 | 88% | 17 | 94% | 9 | 82% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 4% | 1 | 4% | 1 | 6% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Όλες οι ηλικίες 20–60 ετών, με πολύ υψηλά ποσοστά, δεν θεωρούν έναν ψυχικά ασθενή και διανοητικά καθυστερημένο.

| ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| 4: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΝΑΙ | 3 | 12% | 5 | 20% | 5 | 28% | 2 | 18% |
| ΌΧΙ | 22 | 85% | 19 | 76% | 11 | 61% | 9 | 82% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 4% | 1 | 4% | 2 | 11% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Το 60%-85% όλων των ηλικιών, πιστεύουν ότι δεν κληρονομούνται όλες οι ψυχικές ασθένειες.

| ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ | | | | | | | | |
|--|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| 5: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΨΥΧΙΑΤΡΟ | 14 | 26% | 11 | 33% | 10 | 32% | 9 | 39% |
| ΨΥΧΟΛΟΓΟ | 17 | 32% | 13 | 39% | 12 | 39% | 3 | 13% |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΟ | 8 | 15% | 2 | 6% | 2 | 6% | 2 | 9% |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 6 | 11% | 2 | 6% | 6 | 19% | 4 | 17% |
| ΦΙΛΟ | 1 | 2% | 3 | 9% | 0 | 0% | 3 | 13% |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ | 4 | 8% | 2 | 6% | 1 | 3% | 2 | 9% |
| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ | 2 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΚΑΝΕΝΑ- ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 53 | 100% | 33 | 100% | 31 | 100% | 23 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παραπάνω ηλικιών θα απευθυνόταν για μια ψυχική ασθένεια, σε ψυχολόγο και σε ψυχίατρο.

| ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ | | | | | | | | |
|---------------------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| 6: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΕΔΟΝ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΒΑΣΗ | 5 | 19% | 5 | 20% | 2 | 11% | 3 | 27% |
| ΑΡΚΕΤΑ | 18 | 69% | 16 | 64% | 9 | 50% | 6 | 55% |
| ΛΙΓΟ | 2 | 8% | 4 | 16% | 4 | 22% | 2 | 18% |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 1 | 4% | 0 | 0% | 3 | 17% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Η συμβίωση με έναν ψυχασθενή θα επηρέαζε αρκετά τους ερωτηθέντες και ιδιαίτερα τα άτομα νεότερης ηλικίας.

| ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ | | | | | | | | |
|---|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| 7: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 1 | 4% | 0 | 0% | 1 | 9% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 8 | 31% | 10 | 40% | 4 | 22% | 5 | 45% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 13 | 50% | 6 | 24% | 10 | 56% | 2 | 18% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 3 | 12% | 6 | 24% | 2 | 11% | 3 | 27% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 4% | 2 | 8% | 2 | 11% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Τα μεγαλύτερα ποσοστά που ανήκουν, στις ηλικίες 20-30 και 40-50, δεν πιστεύουν ότι είναι επικίνδυνο να ζεις με έναν ψυχασθενή.

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| Α ΑΠΟΦΕΥΓΑΤΕ ΝΑ ΙΔΗΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ | 3 | 12% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Α ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΣΑΣΤΑΝ ΝΑΝ ΕΙΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 17 | 65% | 16 | 64% | 18 | 100% | 7 | 64% |
| Α ΤΟ ΣΥΖΗΤΟΥΣΑΤΕ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ | 6 | 23% | 8 | 32% | 0 | 0% | 4 | 36% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Σε περίπτωση ενός οικογενειακού ιστορικού σε κάποια ψυχασθένεια όλες οι ηλικίες των ερωτηθέντων, δηλώνουν ότι θα επισκέπτονταν έναν ειδικό γιατρό και ιδιαίτερα τα άτομα 40–50 ετών.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΟΥΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

| 9: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 1 | 4% | 2 | 11% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 5 | 19% | 5 | 20% | 4 | 22% | 2 | 18% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 12 | 46% | 8 | 32% | 8 | 44% | 6 | 55% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 6 | 23% | 7 | 28% | 1 | 6% | 2 | 18% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΩ | 3 | 12% | 4 | 16% | 3 | 17% | 1 | 9% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Τα άτομα 50–60 ετών είναι αυτά που υποστηρίζουν ότι ένας ψυχασθενής δεν μπορεί να κάνει μια υγιή οικογένεια.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

| 10: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| ΘΑ ΔΙΑΚΟΠΤΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 5 | 19% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΘΑ ΣΥΝΕΧΙΖΑΤΕ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 2 | 8% | 3 | 12% | 2 | 11% | 1 | 9% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ ΚΑΙ ΔΕ ΘΑ ΜΙΛΟΥΣΑΤΕ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ | 1 | 4% | 3 | 12% | 0 | 0% | 0 | 0% |

| | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|------|----|------|
| ΘΑ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΑΤΕ ΝΑ ΞΑΝΑΕΠΙΣΚΕΠΤΕΙ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΤΟΥ | 9 | 35% | 10 | 40% | 10 | 56% | 8 | 73% |
| ΘΑ ΑΝΗΣΥΧΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΜΗ ΤΟΝ ΞΑΝΑΣΥΜΒΕΙ | 9 | 35% | 8 | 32% | 6 | 33% | 2 | 18% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Οι μεγαλύτερες ηλικίες είναι αυτές που δηλώνουν ότι θα συμβούλευαν το σύντροφό τους να ξαναεπισκεπτεί το γιατρό του, σε περίπτωση που έπασχε στο παρελθόν από κάποια ψυχική νόσο.

| ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ | | | | | | | | |
|----------------------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| 11: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 4 | 15% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 9 | 35% | 4 | 16% | 5 | 28% | 1 | 9% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 8 | 31% | 14 | 56% | 5 | 28% | 7 | 64% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 4 | 15% | 6 | 24% | 6 | 33% | 2 | 18% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 4% | 0 | 0% | 2 | 11% | 1 | 9% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Ηλικίες 30–40 και 50–60 δεν θα ενοχλούνταν εάν εργαζόταν στον ίδιο χώρο με έναν ψυχασθενή.

| ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| 12: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 4% | 1 | 4% | 1 | 6% | 1 | 9% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 5 | 19% | 8 | 32% | 8 | 44% | 4 | 36% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 9 | 35% | 8 | 32% | 2 | 11% | 3 | 27% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 9 | 35% | 4 | 16% | 3 | 17% | 1 | 9% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 2 | 8% | 4 | 16% | 4 | 22% | 2 | 18% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Άτομα 20–30 ετών δεν θα προσλάμβαναν κάποιο ψυχικά ασθενή στη δουλειά τους, ενώ άτομα 40–50 ετών θα μπορούσαν να προσλάβουν κάποιο ψυχασθενή.

ΝΕΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΗΝΕΙΣ

| 13: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 14 | 54% | 16 | 64% | 15 | 83% | 8 | 73% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 7 | 27% | 9 | 36% | 1 | 6% | 3 | 27% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 1 | 4% | 0 | 0% | 1 | 6% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 2 | 8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 2 | 8% | 0 | 0% | 1 | 6% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Όλες οι ηλικίες και ιδιαίτερα οι μεγαλύτερες, είναι υπέρ της δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας και ψυχαγωγίας για τους ψυχασθενείς.

ΓΕΙΤΝΙΑΣΗ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ

| 14: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 9 | 35% | 10 | 40% | 1 | 6% | 3 | 27% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 6 | 23% | 8 | 32% | 5 | 28% | 5 | 45% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 6 | 23% | 6 | 24% | 6 | 33% | 1 | 9% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 3 | 12% | 0 | 0% | 3 | 17% | 2 | 18% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 2 | 8% | 1 | 4% | 2 | 11% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 6% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θα ενοχλούνταν αν έμενε στην ίδια γειτονιά με ένα ψυχασθενή.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

| 15: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| ΥΠΕΡ | 1 | 5% | 2 | 8% | 6 | 33% | 2 | 18% |
| ΚΑΤΑ | 6 | 32% | 5 | 20% | 2 | 11% | 1 | 9% |
| ΔΕ ΘΑ ΣΑΣ ΠΕΙΡΑΞΕ | 12 | 63% | 18 | 72% | 10 | 56% | 8 | 73% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 19 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

Τον μεγαλύτερο αριθμό ερωτηθέντων, δεν θα τον πείραζε η δημιουργία ξενώνα στη γειτονιά τους.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

| 16: ΕΡΩΤΗΣΗ | 20-30 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 30-40 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 40-50 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 50-60 ΕΤΩΝ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 22 | 85% | 21 | 84% | 16 | 89% | 11 | 100% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 3 | 12% | 2 | 8% | 2 | 11% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 1 | 4% | 2 | 8% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 26 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% | 11 | 100% |

84%-100% των ερωτηθέντων είναι απόλυτα θετικοί σχετικά με τη δημιουργία περισσότερων θεραπευτικών ξενώνων για ψυχικά άτομα.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι πίνακες σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση του κάθε τόμου.

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

| 1: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-----------------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 15 | 14% | 0 | 0% | 1 | 20% | 9 | 14% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 16 | 15% | 0 | 0% | 1 | 20% | 7 | 11% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 12 | 12% | 0 | 0% | 2 | 40% | 10 | 16% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 16 | 15% | 0 | 0% | 0 | 0% | 11 | 17% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ-ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 6 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 6 | 9% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 7 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 6% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 7 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% | 9 | 14% |
| ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ | 25 | 24% | 1 | 100% | 1 | 20% | 8 | 13% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 104 | 100% | 1 | 100% | 5 | 100% | 64 | 100% |

Παρατηρούμε ότι όλοι οι ερωτηθέντες, εκτός από τις χήρες, θεωρούν όλες τις παραπάνω ασθένειες σαν ψυχικές, σε σχέση μ' αυτές που οι περισσότερες θεωρούν τη μελαγχολία ως ψυχική ασθένεια.

| ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| 2: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 10 | 12% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 9% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 2 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 16 | 20% | 0 | 0% | 0 | 0% | 9 | 20% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 15 | 18% | 0 | 0% | 1 | 33% | 8 | 18% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ- ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 4 | 5% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 7% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 6 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ- ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 7 | 9% | 0 | 0% | 1 | 33% | 6 | 14% |
| ΟΛΕΣ | 11 | 13% | 1 | 100% | 0 | 0% | 8 | 18% |
| ΚΑΜΙΑ | 11 | 13% | 0 | 0% | 1 | 33% | 4 | 9% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 82 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 44 | 100% |

Εμφανές είναι, ότι οι περισσότεροι έγγαμοι και άγαμοι έχουν ενημερωθεί ή ακούσει για την μελαγχολία, ενώ στους χήρους οι απόψεις κυμαίνονται μεταξύ κατάθλιψης, ψυχογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας ή για καμία ασθένεια.

| ΝΟΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| 3: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΝΑΙ | 3 | 6% | 0 | 0% | 1 | 33% | 2 | 8% |
| ΌΧΙ | 46 | 90% | 1 | 100% | 2 | 67% | 22 | 88% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 2 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Αξιόλογο είναι το ποσοστό, για το νοητικό επίπεδο του ψυχασθενή, όπου το 67%-100% πιστεύει ότι ένας ψυχασθενής δεν είναι και διανοητικά καθυστερημένος.

| ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| 4: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΝΑΙ | 10 | 20% | 0 | 0% | 3 | 100% | 3 | 12% |
| ΌΧΙ | 40 | 78% | 0 | 0% | 0 | 0% | 20 | 80% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 2% | 1 | 100% | 0 | 0% | 2 | 8% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων από τους έγγαμους και άγαμους θεωρεί ότι δεν κληρονομούνται όλες οι ψυχικές ασθένειες, ενώ αντίθετα όλες οι χήρες-οι, θεωρούν ότι κληρονομούνται.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

| 5: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-----------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΨΥΧΙΑΤΡΟ | 29 | 36% | 1 | 100% | 2 | 25% | 12 | 25% |
| ΨΥΧΟΛΟΓΟ | 25 | 31% | 0 | 0% | 2 | 25% | 18 | 38% |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΟ | 8 | 10% | 0 | 0% | 1 | 13% | 4 | 8% |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 12 | 15% | 0 | 0% | 1 | 13% | 5 | 10% |
| ΦΙΛΟ | 3 | 4% | 0 | 0% | 1 | 13% | 2 | 4% |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ | 4 | 5% | 0 | 0% | 1 | 13% | 4 | 8% |
| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 4% |
| ΚΑΝΕΝΑ-ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 81 | 100% | 1 | 100% | 8 | 100% | 48 | 100% |

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από τους ερωτώμενους, θα απευθυνόταν σε ψυχίατρο και ψυχολόγο σε περίπτωση ψυχικής ασθένειας.

ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ

| 6: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΣΧΕΔΟΝ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΒΑΣΗ | 11 | 22% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 16% |
| ΑΡΚΕΤΑ | 27 | 53% | 0 | 0% | 3 | 100% | 19 | 76% |
| ΛΙΓΟ | 11 | 22% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 2 | 4% | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες θα επηρεαζόταν αρκετά από έναν ψυχασθενή.

ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ

| 7: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 17 | 33% | 0 | 0% | 3 | 100% | 7 | 28% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 17 | 33% | 1 | 100% | 0 | 0% | 13 | 52% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 11 | 22% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 12% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 4 | 8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |

| | | | | | | | | |
|--------------------|----|------|---|------|---|------|----|------|
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Για το αν είναι επικίνδυνο η συμβίωση με έναν ψυχασθενή, οι απόψεις δίστανται. Από τους έγγαμους οι μισοί υποστηρίζουν μάλλον ναι και οι άλλοι μισοί μάλλον όχι. Ενώ από τους υπόλοιπους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό δεν πιστεύουν στην επικινδυνότητα της συμβίωσης με έναν ψυχασθενή.

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

| 8: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΘΑ ΑΠΟΦΕΥΓΑΤΕ ΝΑ ΜΙΑΨΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 8% |
| ΘΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΣΑΣΤΑΝ ΈΝΑΝ ΕΙΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 37 | 73% | 1 | 100% | 3 | 100% | 18 | 72% |
| ΘΑ ΤΟ ΣΥΖΗΤΟΥΣΑΤΕ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ | 13 | 25% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 20% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Συντριπτική είναι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που δηλώνουν ότι, θα επισκέπτονταν έναν ειδικό γιατρό σε περίπτωση που είχαν οικογενειακό ιστορικό σε κάποια ψυχασθένεια.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΟΥΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

| 9: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 3 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 11 | 22% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 20% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 21 | 41% | 1 | 100% | 2 | 67% | 10 | 40% |
| ΕΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 9 | 18% | 0 | 0% | 1 | 33% | 6 | 24% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 7 | 14% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 16% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Αρνητικό είναι το αποτέλεσμα που προκύπτει για τη δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας ενός ψυχασθενή.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

| 0: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
|------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|

| | | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|
| ΘΑ ΔΙΑΚΟΠΤΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 20% |
| ΘΑ ΣΥΝΕΧΙΖΑΤΕ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 6 | 12% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 8% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ ΚΑΙ ΔΕ ΘΑ ΜΙΛΟΥΣΑΤΕ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ | 3 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΑΤΕ ΝΑ ΞΑΝΑΕΠΙΣΚΕΠΤΕΙ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΤΟΥ | 23 | 45% | 0 | 0% | 3 | 100% | 10 | 40% |
| ΘΑ ΑΝΗΣΥΧΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΜΗ ΤΟΝ ΞΑΝΑΣΥΜΒΕΙ | 18 | 35% | 1 | 100% | 0 | 0% | 7 | 28% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό από τους ερωτηθέντες θα συμβούλευε το σύντροφό του να ξαναεπισκεπτεί το γιατρό του, σε περίπτωση που έπασχε στο παρελθόν από κάποια ψυχική ασθένεια.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ

| 11: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 2 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 16% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 10 | 20% | 0 | 0% | 1 | 33% | 7 | 28% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 23 | 45% | 0 | 0% | 2 | 67% | 9 | 36% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 13 | 25% | 1 | 100% | 0 | 0% | 4 | 16% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΩ | 3 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Θετικοί είναι οι ερωτηθέντες, σε σχέση με τη συνεργασία τους με έναν ψυχασθενή.

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

| 12: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|
| ΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 2 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΙΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 19 | 37% | 1 | 100% | 0 | 0% | 6 | 24% |
| ΙΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 14 | 27% | 0 | 0% | 2 | 67% | 8 | 32% |
| ΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 8 | 16% | 0 | 0% | 0 | 0% | 7 | 28% |
| ΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 8 | 16% | 0 | 0% | 1 | 33% | 3 | 12% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό από τις χήρες-χήρους έχουν αρνητική άποψη για την πρόσληψη ενός ψυχασθενή, ενώ αντίθετα όλοι οι υπόλοιποι έχουν θετική άποψη πάνω σ' αυτό το θέμα.

ΝΕΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

| 13: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 33 | 65% | 1 | 100% | 2 | 67% | 15 | 60% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 15 | 29% | 0 | 0% | 1 | 33% | 6 | 24% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 8% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Συντριπτικό είναι το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχουν θετική στάση για τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και ψυχαγωγίας.

ΓΕΙΤΝΙΑΣΗ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ

| 14: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 15 | 29% | 0 | 0% | 1 | 33% | 7 | 28% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 15 | 29% | 0 | 0% | 0 | 0% | 7 | 28% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 13 | 25% | 1 | 100% | 1 | 33% | 6 | 24% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 4 | 8% | 0 | 0% | 1 | 33% | 3 | 12% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 3 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 8% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Θα ενοχλούνταν από έναν ψυχασθενή αν έμενε στη γειτονιά τους δηλώνουν οι έγγαμοι και οι άγαμοι, ενώ όλοι ο υπόλοιποι δίστανται στις απόψεις τους.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

| 15: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΝΑΙ | 9 | 18% | 1 | 100% | 0 | 0% | 8 | 32% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 9 | 18% | 0 | 0% | 1 | 33% | 4 | 16% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 33 | 65% | 0 | 0% | 2 | 67% | 13 | 52% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Τους περισσότερους ερωτηθέντες δε θα τους πείραζε, αν μάθαιναν ότι θα δημιουργηθεί κάποιος θεραπευτικός ξενώνας στη γειτονιά τους.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

| 16: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΧΗΡΟΣ-Α | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|-----------|---------|-------------|---------|---------|---------|----------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 46 | 90% | 1 | 100% | 3 | 100% | 20 | 80% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 4 | 8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 12% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 8% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 51 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

Θετικότετη γνώμη έχουν όλοι οι ερωτηθέντες για τη δημιουργία θεραπευτικών ξενώνων.

Σύμφωνα με το εισόδημα των ερωτηθέντων προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα.

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

| ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|----------------------------|---------------|---------|-----------|---------|------------|---------|---------------|---------|
| ΨΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 1 | 8% | 7 | 14% | 8 | 15% | 9 | 16% |
| ΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΗ | 2 | 15% | 7 | 14% | 6 | 12% | 9 | 16% |
| ΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 3 | 23% | 7 | 14% | 4 | 8% | 9 | 16% |
| ΨΙΤΑΘΛΙΨΗ | 3 | 23% | 8 | 16% | 8 | 15% | 8 | 14% |
| ΨΙΤΕΡΙΚΗ ΨΥΡΩΣΗ - ΨΙΠΛΗΨΙΑ | 1 | 8% | 4 | 8% | 3 | 6% | 4 | 7% |
| ΨΙΧΩΔΗΣ ΨΥΡΩΣΗ | 1 | 8% | 6 | 12% | 2 | 4% | 2 | 3% |
| ΨΙΧΟΓΕΝΗΣ ΟΡΕΞΙΑ-ΨΙΥΛΙΜΙΑ | 1 | 8% | 7 | 14% | 4 | 8% | 5 | 9% |
| ΨΙΕΣ ΟΙ ΡΑΠΑΝΩ | 1 | 8% | 5 | 10% | 17 | 33% | 12 | 21% |
| ΨΙΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΨΙΘΜΟΣ: | 13 | 100% | 51 | 100% | 52 | 100% | 58 | 100% |

Ανάλογα με το εισόδημα των ερωτηθέντων το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι όλες οι παραπάνω ασθένειες είναι ψυχικές.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

| 2: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 0 | 0% | 7 | 19% | 9 | 18% | 6 | 15% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 0 | 0% | 6 | 17% | 5 | 10% | 3 | 8% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 8% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 2 | 40% | 7 | 19% | 9 | 18% | 9 | 23% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ-ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 1 | 20% | 3 | 8% | 3 | 6% | 0 | 0% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 0 | 0% | 4 | 11% | 3 | 6% | 0 | 0% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 1 | 20% | 3 | 8% | 8 | 16% | 2 | 5% |
| ΟΛΕΙ | 1 | 20% | 3 | 8% | 6 | 12% | 9 | 23% |
| ΚΑΜΙΑ | 0 | 0% | 3 | 8% | 6 | 12% | 7 | 18% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 5 | 100% | 36 | 100% | 49 | 100% | 39 | 100% |

Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν διαβάσει ή ακούσει κάτι σχετικό με την κατάθλιψη.

ΝΟΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ

| 3: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------|-------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 1 | 25% | 2 | 12% | 3 | 12% | 0 | 0% |
| ΌΧΙ | 3 | 75% | 14 | 82% | 23 | 88% | 31 | 94% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 1 | 6% | 0 | 0% | 2 | 6% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν είναι υποχρεωτικά ένας ψυχασθενής και διανοητικά καθυστερημένος.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

| 4: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------|-------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ΝΑΙ | 1 | 25% | 3 | 18% | 5 | 19% | 7 | 21% |
| ΌΧΙ | 3 | 75% | 14 | 82% | 21 | 81% | 24 | 73% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 6% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Πάνω από το 73% υποστηρίζει ότι δεν κληρονομούνται όλες οι ψυχικές ασθένειες.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

| 5: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-----------------------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|------------|-------------|---------------|-------------|
| ΨΥΧΙΑΤΡΟ | 0 | 0% | 9 | 26% | 19 | 38% | 15 | 29% |
| ΨΥΧΟΛΟΓΟ | 3 | 75% | 10 | 29% | 15 | 30% | 17 | 33% |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΟ | 0 | 0% | 4 | 12% | 5 | 10% | 5 | 10% |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 0 | 0% | 6 | 18% | 7 | 14% | 5 | 10% |
| ΦΙΛΟ | 0 | 0% | 2 | 6% | 3 | 6% | 2 | 4% |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ | 1 | 25% | 2 | 6% | 1 | 2% | 5 | 10% |
| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ | 0 | 0% | 1 | 3% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| ΚΑΝΕΝΑ- ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 34 | 100% | 50 | 100% | 51 | 100% |

Οι δημοφιλέστερες απαντήσεις στην ανωτέρω ερώτηση είναι ο ψυχίατρος και ο ψυχολόγος, με τον τελευταίο να έχει μεγαλύτερα ποσοστά.

ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ

| ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|------------|-------------|---------------|-------------|
| ΕΔΩΝ ΣΕ ΘΗΜΕΡΙΝΗ ΣΗ | 0 | 0% | 3 | 18% | 4 | 15% | 8 | 24% |
| ΚΕΤΑ | 4 | 100% | 11 | 65% | 16 | 62% | 18 | 55% |
| Ο | 0 | 0% | 2 | 12% | 5 | 19% | 5 | 15% |
| ΘΟΛΟΥ | 0 | 0% | 1 | 6% | 1 | 4% | 2 | 6% |
| ΙΟΛΙΚΟΣ ΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Η συμβίωση με έναν ψυχασθενή θα επηρέαζε αρκετά την προσωπική ζωή των ερωτηθέντων, με το ποσοστό αυτό όμως να μειώνεται όσο αυξάνεται το εισόδημα τους.

ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ

| 7: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------------|---------|-----------|---------|------------|---------|---------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 6% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 0 | 0% | 5 | 29% | 12 | 46% | 10 | 30% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 2 | 50% | 8 | 47% | 9 | 35% | 12 | 36% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 1 | 25% | 4 | 24% | 2 | 8% | 7 | 21% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 25% | 0 | 0% | 2 | 8% | 2 | 6% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων θεωρεί ότι αν σε μια οικογένεια υπάρχει κάποιο ψυχικά άρρωστο άτομο, τα υπόλοιπα μέλη της μάλλον δεν κινδυνεύουν, με τη διαφορά στα άτομα με εισόδημα 1000-1500€, να θεωρούν ότι μάλλον κινδυνεύουν.

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

| 8: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---|---------------|---------|-----------|---------|------------|---------|---------------|---------|
| ΘΑ ΑΠΟΦΕΥΓΑΤΕ ΝΑ ΜΙΛΗΣΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ | 0 | 0% | 1 | 6% | 2 | 8% | 0 | 0% |
| ΘΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΣΑΣΤΑΝ ΈΝΑΝ ΕΙΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 4 | 100% | 11 | 65% | 22 | 85% | 22 | 67% |
| ΘΑ ΤΟ ΣΥΖΗΤΟΥΣΑΤΕ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ | 0 | 0% | 5 | 29% | 2 | 8% | 11 | 33% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Ανεξαρτήτως εισοδήματος η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, αν αντιμετώπιζε πρόβλημα κληρονομικότητας ψυχασθένειας, θα επισκεπτόταν έναν ειδικό γιατρό.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΟΥΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

| 9: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------------|---------|-----------|---------|------------|---------|---------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 1 | 6% | 0 | 0% | 2 | 6% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 1 | 25% | 3 | 18% | 4 | 15% | 8 | 24% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 2 | 50% | 6 | 35% | 13 | 50% | 13 | 39% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 0 | 0% | 4 | 24% | 4 | 15% | 8 | 24% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 25% | 3 | 18% | 5 | 19% | 2 | 6% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι ικανοί να δημιουργήσουν οικογένεια, σε καμία όμως από τις κατηγορίες το ποσοστό αυτό δεν υπερβαίνει το 50%.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

| ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---|---------------|---------|-----------|---------|------------|---------|---------------|---------|
| ΔΙΑΚΟΠΤΑΤΕ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 0 | 0% | 3 | 18% | 3 | 12% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΕΧΙΖΑΤΕ ΝΟΝΙΚΑ ΤΗ ΞΕΝΗ ΣΑΣ | 1 | 25% | 1 | 6% | 3 | 12% | 3 | 9% |
| ΤΟΝ ΒΟΘΑΣΤΑΝ ΝΑ ΔΕΘΑΛΟΥΣΑΤΕ ΣΕ ΝΕΝΑ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% | 2 | 6% |
| ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΑΤΕ ΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΙ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΤΟΥ | 1 | 25% | 8 | 47% | 11 | 42% | 16 | 48% |
| ΗΣΥΧΟΥΣΑΤΕ ΜΗ ΤΟΝ ΝΑΣΥΜΒΕΙ | 2 | 50% | 5 | 29% | 8 | 31% | 12 | 36% |
| ΧΟΛΙΚΟΣ ΘΥΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Τα άτομα με εισόδημα έως 500€, αν ο σύντροφος τους έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια, θα ανησυχούσαν να μην τον ξανασυμβεί, ενώ αντίθετα τα άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα θα τον συμβούλευαν να ξαναεπισκεπτεί το γιατρό του.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ

| 11: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------------|---------|-----------|---------|------------|---------|---------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 25% | 1 | 6% | 2 | 8% | 2 | 6% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 1 | 25% | 2 | 12% | 6 | 23% | 9 | 27% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 2 | 50% | 10 | 59% | 9 | 35% | 13 | 39% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 0 | 0% | 4 | 24% | 6 | 23% | 8 | 24% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 12% | 1 | 3% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΕΥΧΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν θα ενοχλούνταν να εργάζεται στον ίδιο χώρο με έναν ψυχικά άρρωστο.

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

| 12: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-------------------------------|-------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 1 | 6% | 0 | 0% | 2 | 6% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 2 | 50% | 6 | 35% | 6 | 23% | 12 | 36% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 0 | 0% | 5 | 29% | 7 | 27% | 12 | 36% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 1 | 25% | 2 | 12% | 6 | 23% | 6 | 18% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 1 | 25% | 3 | 18% | 7 | 27% | 1 | 3% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα βλέπουν πιο θετικά την πρόσληψη ενός ψυχικά αρρώστου σε σχέση με άτομα υψηλότερου εισοδήματος.

ΝΕΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

| 13: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-------------------------------|-------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 3 | 75% | 13 | 76% | 15 | 58% | 22 | 67% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 1 | 25% | 2 | 12% | 8 | 31% | 9 | 27% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 0 | 0% | 1 | 6% | 0 | 0% | 1 | 3% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 0 | 0% | 1 | 6% | 1 | 4% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 8% | 1 | 3% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Κατά μεγάλο ποσοστό η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι θα πρέπει να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία για τους ψυχικά ασθενείς.

ΓΕΙΤΝΙΑΣΗ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ

| 14: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|------------------------|-------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 25% | 4 | 24% | 10 | 38% | 8 | 24% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 2 | 50% | 2 | 12% | 6 | 23% | 13 | 39% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 1 | 25% | 6 | 35% | 6 | 23% | 8 | 24% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 0 | 0% | 3 | 18% | 3 | 12% | 1 | 3% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 2 | 12% | 1 | 4% | 2 | 6% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 3% |

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|------|----|------|----|------|----|------|
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |
|--------------------|---|------|----|------|----|------|----|------|

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δηλώνουν ότι θα ενοχλούνταν από τη γειτνίαση με έναν ψυχασθενή, χωρίς όμως αυτό το ποσοστό να φτάνει σε πολύ υψηλά επίπεδα.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

| 15: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤ |
|--------------------|---------------|---------|-----------|---------|------------|---------|---------------|--------|
| ΥΠΕΡ | 0 | 0% | 6 | 35% | 7 | 27% | 6 | 18% |
| ΚΑΤΑ | 0 | 0% | 2 | 12% | 7 | 27% | 4 | 12% |
| ΔΕ ΘΑ ΣΑΣ ΠΕΙΡΑΞΕ | 4 | 100% | 9 | 53% | 12 | 46% | 23 | 70% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Ανεξάρτητα από το εισόδημά τους οι ερωτηθέντες δηλώνουν, ότι δεν θα τους πείραζε η δημιουργία ενός ξενώνα στη γειτονιά τους.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

| 16: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ<500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 500-1000€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | 1000-1500€ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΙΣΟΔΗΜΑ>1500 | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------------|---------|-----------|---------|------------|---------|---------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 3 | 75% | 14 | 82% | 22 | 85% | 31 | 94% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 0 | 0% | 3 | 18% | 3 | 12% | 1 | 3% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 1 | 25% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 3% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 4 | 100% | 17 | 100% | 26 | 100% | 33 | 100% |

Αισιόδοξα είναι τα μηνύματα όλων των ερωτηθέντων, όσον αφορά τη δημιουργία θεραπευτικών ξενώνων.

Επιπλέον παρουσιάζονται οι πίνακες σχετικά με την κοινωνική τάξη των ατόμων.

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

| 1: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 2 | 13% | 3 | 11% | 18 | 16% | 2 | 11% |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|----|------|----|------|-----|------|----|------|
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 1 | 6% | 3 | 11% | 17 | 15% | 3 | 17% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 2 | 13% | 5 | 19% | 14 | 12% | 3 | 17% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 2 | 13% | 3 | 11% | 18 | 16% | 4 | 22% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ-ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 1 | 6% | 1 | 4% | 9 | 8% | 1 | 6% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 1 | 6% | 3 | 11% | 5 | 4% | 2 | 11% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 1 | 6% | 2 | 7% | 12 | 11% | 2 | 11% |
| ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ | 6 | 38% | 7 | 26% | 21 | 18% | 1 | 6% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 16 | 100% | 27 | 100% | 114 | 100% | 18 | 100% |

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες θα χαρακτήριζαν σαν ψυχικές ασθένειες όλες τις παραπάνω.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

| 2: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-----------------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 3 | 15% | 2 | 10% | 8 | 10% | 1 | 11% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 1 | 5% | 0 | 0% | 2 | 3% | 0 | 0% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 3 | 15% | 3 | 14% | 15 | 19% | 3 | 33% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 5 | 25% | 5 | 24% | 12 | 16% | 1 | 11% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ-ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 2 | 10% | 1 | 5% | 4 | 5% | 0 | 0% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 1 | 5% | 2 | 10% | 3 | 4% | 1 | 11% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 3 | 15% | 2 | 10% | 7 | 9% | 1 | 11% |
| ΟΛΕΣ | 1 | 5% | 2 | 10% | 16 | 21% | 1 | 11% |
| ΚΑΜΙΑ | 1 | 5% | 4 | 19% | 10 | 13% | 1 | 11% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 20 | 100% | 21 | 100% | 77 | 100% | 9 | 100% |

Στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις οι ερωτηθέντες είναι πιο ενημερωμένοι για την κατάθλιψη ενώ στις υψηλότερες για την μελαγχολία.

ΝΟΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ

| ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
|---------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|

| | | | | | | | | |
|--------------------|----|------|----|------|----|------|---|------|
| ΝΑΙ | 2 | 20% | 1 | 7% | 3 | 6% | 0 | 0% |
| ΌΧΙ | 6 | 60% | 13 | 93% | 46 | 92% | 6 | 100% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 2 | 20% | 0 | 0% | 1 | 2% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν θεωρεί έναν ψυχικά ασθενή και διανοητικά καθυστερημένο.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

| 4: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΝΑΙ | 2 | 20% | 4 | 29% | 9 | 18% | 1 | 17% |
| ΌΧΙ | 7 | 70% | 9 | 64% | 39 | 78% | 5 | 83% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 10% | 1 | 7% | 2 | 4% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους τάξη, υποστηρίζει ότι δεν κληρονομούνται όλες οι ασθένειες.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

| 5: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|----------------------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΨΥΧΙΑΤΡΟ | 5 | 26% | 7 | 29% | 28 | 32% | 3 | 38% |
| ΨΥΧΟΛΟΓΟ | 7 | 37% | 5 | 21% | 30 | 34% | 3 | 38% |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΟ | 3 | 16% | 4 | 17% | 7 | 8% | 0 | 0% |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 1 | 5% | 6 | 25% | 10 | 11% | 1 | 13% |
| ΦΙΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ | 1 | 5% | 0 | 0% | 5 | 6% | 1 | 13% |
| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ | 0 | 0% | 2 | 8% | 7 | 8% | 0 | 0% |
| ΚΑΝΕΝΑ-ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ | 1 | 5% | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 19 | 100% | 24 | 100% | 88 | 100% | 8 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, ανάλογα με την κοινωνική τους τάξη, θα απευθυνόταν σε ψυχίατρο και ψυχολόγο.

ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ

| 6: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---------------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΧΕΔΟΝ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΒΑΣΗ | 0 | 0% | 4 | 29% | 10 | 20% | 1 | 17% |
| ΑΡΚΕΤΑ | 6 | 60% | 8 | 57% | 31 | 62% | 4 | 67% |
| ΛΙΓΟ | 2 | 20% | 2 | 14% | 7 | 14% | 1 | 17% |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 2 | 20% | 0 | 0% | 2 | 4% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Όλες οι παραπάνω κοινωνικές τάξεις θα επηρεαζόταν αρκετά αν ζούσαν με έναν ψυχασθενή.

ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ

| 7: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 1 | 7% | 1 | 2% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 2 | 20% | 4 | 29% | 19 | 38% | 2 | 33% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 5 | 50% | 6 | 43% | 20 | 40% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 2 | 20% | 2 | 14% | 7 | 14% | 3 | 50% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 10% | 1 | 7% | 2 | 4% | 1 | 17% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες, θεωρούν ότι δεν είναι επικίνδυνος ένας ψυχασθενής για την υπόλοιπη οικογένειά του.

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

| 8: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|---|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΝΑ ΠΟΦΕΥΓΑΤΕ Ή ΜΙΛΗΣΤΕ Ή ΤΟ ΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 8% | 0 | 0% |
| ΝΑ ΠΙΣΚΕΠΤΟΣΑΣΤΕ ΉΝΑΝ ΙΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 9 | 90% | 12 | 86% | 34 | 68% | 3 | 50% |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----|------|----|------|----|------|---|------|
| ΘΑ ΤΟ ΣΥΖΗΤΟΥΣΑΤΕ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ | 1 | 10% | 2 | 14% | 12 | 24% | 3 | 50% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Μεγάλο ποσοστό αντιπροσωπεύει, ότι οι ερωτηθέντες θα επισκεπτόταν έναν ειδικό γιατρό, εάν είχαν κάποιο οικογενειακό ιστορικό.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΟΥΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

| 9: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 10% | 1 | 7% | 1 | 2% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 3 | 30% | 4 | 29% | 7 | 14% | 2 | 33% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 3 | 30% | 5 | 36% | 25 | 50% | 1 | 17% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 2 | 20% | 2 | 14% | 12 | 24% | 0 | 0% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 10% | 2 | 14% | 5 | 10% | 3 | 50% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων και ιδιαίτερα η μεσαία τάξη έχει την άποψη ότι ένας ψυχασθενής μπορεί να κάνει μια υγιή οικογένεια.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

| 10: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΘΑ ΔΙΑΚΟΠΤΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 1 | 10% | 1 | 7% | 3 | 6% | 1 | 17% |
| ΘΑ ΣΥΝΕΧΙΖΑΤΕ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 1 | 10% | 2 | 14% | 6 | 12% | 0 | 0% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ ΚΑΙ ΔΕ ΘΑ ΜΙΛΟΥΣΑΤΕ ΓΕ ΚΑΝΕΝΑ | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 6% | 0 | 0% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΑΤΕ ΝΑ ΞΑΝΑΕΠΙΣΚΕΠΤΕΙ ΤΟ ΪΑΤΡΟ ΤΟΥ | 5 | 50% | 7 | 50% | 20 | 40% | 4 | 67% |
| ΘΑ ΑΝΗΣΥΧΟΥΣΑΤΕ ΪΑ ΜΗ ΤΟΝ ΪΑΝΑΣΥΜΒΕΙ | 3 | 30% | 4 | 29% | 18 | 36% | 1 | 17% |
| ΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δηλώνουν ότι θα συμβούλευαν τον σύντροφο τους να ξαναεπισκεπτεί τον γιατρό του, αν αυτός έπασχε στο παρελθόν από κάποια ψυχική ασθένεια.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ

| 11:ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 1 | 7% | 4 | 8% | 1 | 17% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 4 | 40% | 1 | 7% | 13 | 26% | 1 | 17% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 4 | 40% | 9 | 64% | 19 | 38% | 2 | 33% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 2 | 20% | 3 | 21% | 12 | 24% | 1 | 17% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 4% | 1 | 17% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων δεν θα ενοχλούνταν να εργάζονται στον ίδιο χώρο με έναν ψυχικά ασθενή, ποσοστό όμως που στην μεσαία και ανώτερη τάξη είναι μικρότερο απ ότι χαμηλότερες.

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

| 12: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 3 | 21% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 4 | 40% | 5 | 36% | 13 | 26% | 4 | 67% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 5 | 50% | 3 | 21% | 16 | 32% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 0 | 0% | 1 | 7% | 14 | 28% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 1 | 10% | 2 | 14% | 7 | 14% | 2 | 33% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Εκτός από τη μεσαία προς ανώτερη τάξη όπου η συντριπτική πλειοψηφία θα προσλάμβανε έναν ψυχικά ασθενή, στις υπόλοιπες κοινωνικές τάξεις οι γνώμες είναι διχασμένες με την αρνητική στάση να έχει ένα ελαφρό προβάδισμα.

ΝΕΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

| 13: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|-------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 8 | 80% | 11 | 79% | 29 | 58% | 5 | 83% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 1 | 10% | 2 | 14% | 16 | 32% | 1 | 17% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 1 | 10% | 0 | 0% | 1 | 2% | 0 | 0% |

| | | | | | | | | |
|--------------------|----|------|----|------|----|------|---|------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 4% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 1 | 7% | 2 | 4% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων συμφωνεί ότι θα πρέπει να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών.

ΓΕΙΤΝΙΑΣΗ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ

| 14: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 3 | 30% | 2 | 14% | 17 | 34% | 1 | 17% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 4 | 40% | 4 | 29% | 11 | 22% | 3 | 50% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 2 | 20% | 6 | 43% | 12 | 24% | 1 | 17% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 0 | 0% | 2 | 14% | 5 | 10% | 1 | 17% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΣΩ | 1 | 10% | 0 | 0% | 4 | 8% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες θα ενοχλούνταν από την γειτνίαση με έναν σχιζοφρενή, γεγονός το οποίο δεν συμβαίνει όμως στην εργατική τάξη.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

| 15: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΥΠΕΡ | 3 | 30% | 3 | 21% | 11 | 22% | 1 | 17% |
| ΚΑΤΑ | 1 | 10% | 3 | 21% | 10 | 20% | 0 | 0% |
| ΔΕ ΘΑ ΣΑΣ ΠΕΙΡΑΞΕ | 6 | 60% | 8 | 57% | 29 | 58% | 5 | 83% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό κάθε κοινωνικής τάξης εκφράζει την άποψη ότι δεν θα τους πείραζε η δημιουργία θεραπευτικών ξενώνων στη γειτονιά τους.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

| 16: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΑΓΡΟΤΕΣ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|----------------|---------|---------|---------------|---------|--------|---------|---------------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 8 | 80% | 13 | 93% | 43 | 86% | 6 | 100% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 1 | 10% | 1 | 7% | 5 | 10% | 0 | 0% |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|----|------|----|------|----|------|---|------|
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 4% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 1 | 10% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 10 | 100% | 14 | 100% | 50 | 100% | 6 | 100% |

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων, συμφωνεί ότι θα πρέπει να γίνουν περισσότεροι θεραπευτικοί ξενώνες.

Κλείνοντας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της τελευταίας κατηγορίας, δηλαδή ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων.

| ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 1: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 1 | 9% | 1 | 11% | 13 | 18% | 3 | 5% | 3 | 19% | 1 | 14% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 2 | 18% | 0 | 0% | 9 | 13% | 9 | 16% | 3 | 19% | 1 | 14% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 2 | 18% | 1 | 11% | 9 | 13% | 9 | 16% | 2 | 13% | 1 | 14% |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 2 | 18% | 2 | 22% | 10 | 14% | 8 | 14% | 3 | 19% | 2 | 29% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ - ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 0 | 0% | 1 | 11% | 7 | 10% | 3 | 5% | 1 | 6% | 0 | 0% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 2 | 18% | 0 | 0% | 4 | 6% | 4 | 7% | 1 | 6% | 0 | 0% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ - ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 0 | 0% | 0 | 0% | 9 | 13% | 4 | 7% | 2 | 13% | 2 | 29% |
| ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ | 2 | 18% | 4 | 44% | 10 | 14% | 18 | 31% | 1 | 6% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 11 | 100% | 9 | 100% | 71 | 100% | 58 | 100% | 16 | 100% | 7 | 100% |

Οι απόψεις των ερωτηθέντων, ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο, για το ποιες από τις παραπάνω ασθένειες χαρακτηρίζονται ως ψυχικές δίστανται. Άλλες θεωρούν τα άτομα του δημοτικού, άλλες άτομα υψηλών μορφώσεων και μόνο τα άτομα του γυμνασίου τις θεωρούν όλες.

| ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 2: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 2 | 18% | 0 | 0% | 5 | 10% | 5 | 11% | 2 | 20% | 0 | 0% |
| ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 1 | 9% | 0 | 0% | 1 | 2% | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ | 2 | 18% | 2 | 18% | 12 | 25% | 7 | 15% | 2 | 20% | 0 | 0% |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|---|------|
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 2 | 18% | 3 | 27% | 12 | 25% | 6 | 13% | 1 | 10% | 0 | 0% |
| ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΗ - ΕΠΙΛΗΨΙΑ | 1 | 9% | 0 | 0% | 2 | 4% | 3 | 6% | 0 | 0% | 1 | 33% |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ | 1 | 9% | 0 | 0% | 1 | 2% | 5 | 11% | 1 | 10% | 0 | 0% |
| ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ - ΒΟΥΛΙΜΙΑ | 1 | 9% | 2 | 18% | 4 | 8% | 4 | 9% | 2 | 20% | 1 | 33% |
| ΟΛΕΣ | 0 | 0% | 2 | 18% | 4 | 8% | 11 | 23% | 1 | 10% | 1 | 33% |
| ΚΑΜΙΑ | 1 | 9% | 2 | 18% | 7 | 15% | 5 | 11% | 1 | 10% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 11 | 100% | 11 | 100% | 48 | 100% | 47 | 100% | 10 | 100% | 3 | 100% |

Παρατηρείται ότι τα περισσότερα άτομα του γυμνασίου έχουν ενημερωθεί για την κατάθλιψη, του λυκείου για την κατάθλιψη και την μελαγχολία, ενώ άτομα του ΤΕΙ είναι ενήμερα για όλες τις ασθένειες.

| ΝΟΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 3: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΝΑΙ | 0 | 0% | 2 | 25% | 3 | 9% | 2 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΟΧΙ | 5 | 71% | 6 | 75% | 28 | 88% | 25 | 93% | 4 | 100% | 2 | 100% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 2 | 29% | 0 | 0% | 1 | 3% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Σε πολύ μεγάλο ποσοστό οι ερωτηθέντες δεν θεωρούν έναν ψυχικά ασθενή και διανοητικά καθυστερημένο.

| ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 4: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΝΑΙ | 1 | 14% | 3 | 38% | 6 | 19% | 6 | 22% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΌΧΙ | 6 | 86% | 4 | 50% | 24 | 75% | 19 | 70% | 4 | 100% | 2 | 100% |
| ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 1 | 13% | 2 | 6% | 2 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Σε μεγάλα επίσης ποσοστά οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι οι ψυχικές ασθένειες δεν κληρονομούνται.

| ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 5: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΟ | 3 | 23% | 2 | 18% | 16 | 27% | 18 | 40% | 4 | 44% | 1 | 33% |
| ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ | 6 | 46% | 3 | 27% | 18 | 31% | 14 | 31% | 3 | 33% | 1 | 33% |
| ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΟ | 1 | 8% | 3 | 27% | 7 | 12% | 2 | 4% | 1 | 11% | 0 | 0% |
| ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 3 | 23% | 2 | 18% | 11 | 19% | 1 | 2% | 0 | 0% | 1 | 33% |
| ΣΕ ΦΙΛΟ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 3% | 5 | 11% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ | 0 | 0% | 1 | 9% | 4 | 7% | 2 | 4% | 1 | 11% | 0 | 0% |
| ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% | 2 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|---|------|---|------|
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 13 | 100% | 11 | 100% | 59 | 100% | 45 | 100% | 9 | 100% | 3 | 100% |
|---------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|---|------|---|------|

Οι ερωτηθέντες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου δηλώνουν ότι θα απευθυνόταν σε ψυχολόγο αν αντιμετώπιζαν συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, ενώ αντίθετα όσοι έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης θα απευθυνόταν σε ψυχίατρο.

| ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|---------------------|----------------|
| 6: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΧΕΔΟΝ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΒΑΣΗ | 0 | 0% | 1 | 13% | 6 | 19% | 5 | 19% | 1 | 25% | 1 | 50% |
| ΑΡΚΕΤΑ | 4 | 57% | 7 | 88% | 18 | 56% | 19 | 70% | 1 | 25% | 1 | 50% |
| ΛΙΓΟ | 1 | 14% | 0 | 0% | 6 | 19% | 3 | 11% | 2 | 50% | 0 | 0% |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 2 | 29% | 0 | 0% | 2 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Όλες οι ομάδες μορφωτικού επιπέδου θα επηρεαζόταν από τη συμβίωση με έναν ψυχασθενή και ιδιαίτερα άτομα του γυμνασίου και του ΤΕΙ με αρκετά μεγάλα ποσοστά, παρόλο τη διαφορά των μορφώσεών τους.

| ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|---------------------|----------------|
| 7: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 1 | 13% | 0 | 0% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 2 | 29% | 4 | 50% | 9 | 28% | 9 | 33% | 1 | 25% | 1 | 50% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 2 | 29% | 1 | 13% | 14 | 44% | 11 | 41% | 3 | 75% | 1 | 50% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 3 | 43% | 0 | 0% | 7 | 22% | 4 | 15% | 0 | 0% | 0 | 0% |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|------|---|------|----|------|----|------|---|------|---|------|
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 2 | 25% | 1 | 3% | 2 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 3% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες είναι της γνώμης ότι δεν υπάρχει κίνδυνος από την συμβίωση με έναν ψυχασθενή. Η μόνη κατηγορία που πιστεύει το αντίθετο είναι αυτή των ατόμων του γυμνασίου.

| ΕΝΕΡΓΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑΣ | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 8: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΘΑ ΑΠΟΦΕΥΓΑΤΕ ΝΑ ΜΙΛΗΣΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΘΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΣΑΣΤΑΝ ΕΝΑΝ ΕΙΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ | 5 | 71% | 7 | 88% | 23 | 72% | 21 | 78% | 3 | 75% | 1 | 50% |
| ΘΑ ΤΟ ΣΥΖΗΤΟΥΣΑΤΕ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ | 2 | 29% | 1 | 13% | 7 | 22% | 6 | 22% | 1 | 25% | 1 | 50% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνει ότι σε περίπτωση που είχαν οικογενειακό ιστορικό σε μια ψυχική ασθένεια, θα επισκεπτόταν έναν ειδικό γιατρό.

| ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΟΥΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 9: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 1 | 14% | 0 | 0% | 2 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 1 | 14% | 2 | 25% | 6 | 19% | 6 | 22% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 2 | 29% | 5 | 63% | 13 | 41% | 11 | 41% | 1 | 25% | 2 | 100% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 2 | 29% | 1 | 13% | 6 | 19% | 5 | 19% | 3 | 75% | 0 | 0% |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|------|---|------|----|------|----|------|---|------|---|------|
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 14% | 0 | 0% | 5 | 16% | 5 | 19% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Όλες οι κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου συμφωνούν ότι τα άτομα που πάσχουν από μια ψυχική ασθένεια, δεν μπορούν να κάνουν μια υγιή οικογένεια.

| ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 10: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΘΑ ΔΙΑΚΟΠΤΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 9% | 4 | 15% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΘΑ ΣΥΝΕΧΙΖΑΤΕ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ | 0 | 0% | 1 | 13% | 5 | 16% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ ΚΑΙ ΔΕ ΘΑ ΜΙΛΟΥΣΑΤΕ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 3% | 2 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΘΑ ΤΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΑΤΕ ΝΑ ΞΑΝΑΕΠΙΣΚΕΠΤΕΙ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΤΟΥ | 4 | 57% | 5 | 63% | 12 | 38% | 13 | 48% | 2 | 50% | 1 | 50% |
| ΘΑ ΑΝΗΣΥΧΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΜΗ ΤΟΝ ΞΑΝΑΣΥΜΒΕΙ | 3 | 43% | 2 | 25% | 11 | 34% | 7 | 26% | 2 | 50% | 1 | 50% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, αν ο σύντροφός τους έπασχε στο παρελθόν από κάποια ψυχική ασθένεια, θα τον συμβούλευαν να ξαναεπισκεπτεί το γιατρό του.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ

| 11: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 16% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 50% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 1 | 14% | 0 | 0% | 12 | 38% | 2 | 7% | 2 | 50% | 1 | 50% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 4 | 57% | 4 | 50% | 10 | 31% | 14 | 52% | 2 | 50% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 2 | 29% | 2 | 25% | 4 | 13% | 10 | 37% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 0 | 0% | 2 | 25% | 1 | 3% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Οι περισσότερες από τις ομάδες μορφωτικού επιπέδου πλειοψηφούν στο ότι δεν θα τους πείραζε να εργάζονται στον ίδιο χώρο με ένα ψυχικά ασθενή, ενώ την αντίθετη άποψη συναντούμε τα άτομα λυκείου και μεταπτυχιακών.

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

| 12: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
|--------------------|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 0 | 0% | 1 | 13% | 0 | 0% | 2 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 3 | 43% | 1 | 13% | 9 | 28% | 11 | 41% | 0 | 0% | 2 | 100% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 3 | 43% | 4 | 50% | 9 | 28% | 6 | 22% | 2 | 50% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 8 | 25% | 5 | 19% | 2 | 50% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 1 | 14% | 2 | 25% | 6 | 19% | 3 | 11% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι οι απόψεις δίστανται και οι μισοί από τους ερωτώμενους είναι υπέρ της πρόσληψης των ψυχικά ασθενών, ενώ οι άλλοι μισοί είναι κατά αυτής της άποψης.

| ΝΕΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|---------------------|----------------|
| 13: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 7 | 100% | 6 | 75% | 20 | 63% | 17 | 63% | 2 | 50% | 1 | 50% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 0 | 0% | 2 | 25% | 7 | 22% | 10 | 37% | 0 | 0% | 1 | 50% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 3% | 0 | 0% | 1 | 25% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 6% | 0 | 0% | 1 | 25% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Συντριπτικά είναι τα ποσοστά των ερωτηθέντων που ανεξάρτητα από το μορφωτικό τους επίπεδο, είναι θετικά απέναντι στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και ψυχαγωγίας.

| ΓΕΙΤΝΙΑΣΗ ΜΕ ΕΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΗ | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|---------------------|----------------|
| 14: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 2 | 29% | 3 | 38% | 10 | 31% | 6 | 22% | 1 | 25% | 1 | 50% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 2 | 29% | 2 | 25% | 8 | 25% | 8 | 30% | 1 | 25% | 1 | 50% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΌΧΙ | 1 | 14% | 1 | 13% | 10 | 31% | 8 | 30% | 1 | 25% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΌΧΙ | 1 | 14% | 1 | 13% | 1 | 3% | 4 | 15% | 1 | 25% | 0 | 0% |
| ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ | 1 | 14% | 0 | 0% | 3 | 9% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 1 | 13% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι θα τους ενοχλούσε να μένουν στην ίδια γειτονιά με έναν σχιζοφρενή.

| ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 15: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΥΠΕΡ | 1 | 14% | 0 | 0% | 8 | 25% | 7 | 26% | 2 | 50% | 0 | 0% |
| ΚΑΤΑ | 1 | 14% | 2 | 25% | 8 | 25% | 3 | 11% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕ ΘΑ ΣΑΣ ΠΕΙΡΑΞΕ | 5 | 71% | 6 | 75% | 16 | 50% | 17 | 63% | 2 | 50% | 2 | 100% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν ουδέτερη στάση για τη δημιουργία θεραπευτικών ξενώνων στη γειτονιά τους.

| ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----------|---------|----------|---------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|--------------|---------|
| 16: ΕΡΩΤΗΣΗ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΛΥΚΕΙΟ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΤΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΕΙ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ | 6 | 86% | 8 | 100% | 28 | 88% | 22 | 81% | 4 | 100% | 2 | 100% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ | 1 | 14% | 0 | 0% | 4 | 13% | 2 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 7% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 4% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ: | 7 | 100% | 8 | 100% | 32 | 100% | 27 | 100% | 4 | 100% | 2 | 100% |

Άκρως θετική είναι η στάση όλων των ερωτηθέντων, σχετικά με τη δημιουργία θεραπευτικών ξενώνων.

Προέκυψε ότι όλες οι κατηγορίες του δείγματος, που καθορίζονται από το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, αλλά και την κοινωνική τάξη, απάντησαν ότι δέχονται να δημιουργηθούν περισσότεροι θεραπευτικοί ξενώνες, ώστε να εξασφαλισθούν καλύτερες συνθήκες για τη νοσηλεία των ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

Όσον αφορά όμως τη γειτνίαση με ένα σχιζοφρενή, οι απαντήσεις είναι αντιφατικές με το ανωτέρω. Θεωρώντας ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί μια χρόνια διαταραχή με υψηλές πιθανότητες για υποτροπή, κυρίως άτομα σε χαμηλές τάξεις με πολύ χαμηλό εισόδημα, φοβούνται ιδιαίτερα να δεχθούν άτομα με ψυχικές διαταραχές στη γειτονιά τους.

Προέκυψε επίσης ότι άτομα με κληρονομικότητα ψυχασθένειας θα επισκεπτόταν έναν ειδικό γιατρό, αν και νεαρά άτομα τηρούν κάποιες επιφυλάξεις. Ποσοστό 12% ατόμων ηλικίας 20–30 ετών δήλωσαν ότι θα απέφευγαν να μιλήσουν για το πρόβλημα τους. Το αντίστοιχο ποσοστό είναι 4% για ηλικίες 30–40 και μηδαμινό σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Όσον αφορά τις γνώσεις που έχουν οι ερωτηθέντες γύρω από τις ψυχικές ασθένειες, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι γνωστές προς αυτούς είναι η μελαγχολία με 39% και η κατάθλιψη με 34%, ενώ αντίθετα οι λιγότεροι γνωστές είναι η μανιοκατάθλιψη και η αγχώδης νεύρωση, με ποσοστά 4% και 9% αντίστοιχα.

Χαρακτηριστικό είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν θεωρεί έναν ψυχικά ασθενή ως διανοητικά καθυστερημένο, όπως επίσης δεν θεωρεί ότι όλες οι ψυχικές ασθένειες κληρονομούνται. Ένα σχετικά μικρό ποσοστό ατόμων με χαμηλή μόρφωση πιστεύει ότι οι ψυχικές ασθένειες κληρονομούνται, σε αντίθεση με άτομα υψηλότερης μόρφωσης.

Ένα εξίσου σημαντικό συμπέρασμα, που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι οι γυναίκες εμφανίζονται σχετικά λιγότερο φοβισμένες και πιο ανεκτικές απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, σε σχέση με τους άνδρες. Στη σχετική ερώτηση για την επικινδυνότητα της συμβίωσης με έναν ψυχικά ασθενή, οι γυναίκες πιστεύουν σε ποσοστό 59% ότι δεν υπάρχει κίνδυνος από την συμβίωση, ενώ αντίθετα οι άνδρες με ίδια άποψη είναι λιγότεροι (50%). Οι άνδρες σε ποσοστό 42% θεωρούν ότι υπάρχει κίνδυνος από τη συμβίωση με έναν ψυχασθενή, ποσοστό που στις γυναίκες είναι 33%.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι προκύπτει μια θετική στάση των ερωτώμενων, όσον αφορά τη δημιουργία θέσεων εργασίας και ψυχαγωγίας για τους ψυχασθενείς, με ποσοστά που ξεκινούν από 55% και φθάνουν το 100%, στις διάφορες κοινωνικές κατηγορίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Υπάρχουν πολλές μορφές ψυχικών παθήσεων, αίτια των οποίων μπορεί να είναι ενδογενής παράγοντες, εξωγενής ή πολυπαραγοντικά αίτια.
- Για τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές νόσους τη φροντίδα έχουν η Προληπτική και η Κοινωνική Ψυχιατρική, οι οποίες περιλαμβάνονται στην Κοινωνική Ψυχιατρική.
- Στόχος των φροντίδων ψυχικής υγείας είναι η πρόληψη και η μείωση των νέων περιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών, η διάγνωση και θεραπεία των περιπτώσεων και τέλος η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων, δηλαδή η επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο και ιδιαίτερα των ατόμων με χρόνια ψυχικά νοσήματα.
- Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι ένας τύπος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στοχεύει στην ανίχνευση, στη πρόληψη και την έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών καθώς και την επανένταξη των ψυχικά αρρώστων στην κοινωνία.
- Η συμβολή των βασικών αρχών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση της χώρας μας, μέσα από ψυχοδυναμική-ψυχαναλυτική θεώρηση και προσανατολισμό, πραγματοποιείται με δύο κυρίως δραστηριότητες: την εκπαίδευση στελεχών ψυχικής υγείας σε σύνδεση με την παράλληλη παροχή υπηρεσιών σε πληθυσμούς, αγροτικούς και αστικούς.
- Το ΚΥΣ έχει ως στόχο την εξακρίβωση του αριθμού των ατόμων υψηλού κινδύνου, τις ανάγκες των ατόμων και τη χρήση υπηρεσιών ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές.
- Μέσα από τον καθορισμό των κριτηρίων, των δεικτών, των προτύπων, των προδιαγραφών, διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μια μέθοδος για τη διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, όπως επίσης και για την ανάπτυξη της υπευθυνότητας απέναντι στον άρρωστο, στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και στην διοίκηση.
- Η υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας συνάντησε πολλές δυσκολίες όπως, η κακή διαχείριση των κονδυλίων από τους αρμόδιους φορείς, η έλλειψη εκπαίδευσης των αρμόδιων φορέων, η έλλειψη των κτιριακών υποδομών και του απαραίτητου εξοπλισμού, η έλλειψη του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού καθώς και η αδιαφορία και η άρνηση των ατόμων να εντάξουν στο κοινωνικό σύνολο τους ψυχικά ασθενείς με αποτέλεσμα να υλοποιηθεί ένα μικρό μόνο μέρος προγραμμάτων της.
- Στο Ν. Έβρου, σε μια περιοχή με πολλά προβλήματα λόγω της απόστασης, της Μουσουλμανικής μειονότητας, του χαμηλού βιοτικού επιπέδου, έχουν δημιουργηθεί αρκετές δομές Ψυχικής Υγείας, όπως:
 - I. Η Ψυχιατρική Κλινική στο Π.Γ.Ν.Α
 - II. Η Εταιρία Κοινωνική Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας
 - III. Η Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα
 - IV. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας
 - V. Το Κέντρο Ημέρας Ενηλίκων
 - VI. Οι Ξενώνες-Προστατευμένα Διαμερίσματα
 - VII. Τα Οικοτροφεία
 - VIII. Οι Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες και
 - IX. Οι Δραστηριότητες επαγγελματικής απασχόλησης

- Τα αποτελέσματα από τον τρόπο λειτουργίας των ψυχικών υπηρεσιών είναι θετικά και φαίνονται κυρίως από την πρόληψη των υποτροπών και τον περιορισμό της διάρκειάς τους.
- Υπήρξαν αρκετές δυσκολίες μέχρι να υλοποιηθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Ν. Έβρο και αυτό οφείλεται:
 - I. Στην μεγάλη απόσταση από το κέντρο (Αθήνα)
 - II. Στον αγροτικό πληθυσμό και στην έλλειψη ενημέρωσης
 - III. Στην δυσκολία της επικοινωνίας με το μειονοτικό πληθυσμό
 - IV. Στην προκατάληψη των ατόμων της επαρχίας για τον «τρελό του χωριού»
 - V. Η έλλειψη χρηματοδότησης του σκοπού αυτού
- Στον Ν. Έβρου, σύμφωνα με την έρευνα διαπιστώσαμε ότι δεν έχει ξεπεραστεί η προκατάληψη που υπάρχει γύρω από τις ψυχικές ασθένειες. Αποτέλεσμα το οποίο συμπίπτει με την εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
- Δεν υπάρχει ενημέρωση του πληθυσμού για τις ψυχικές νόσους, κάτι το οποίο φαίνεται και στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας μας.
- Υπάρχει όμως από το κοινωνικό σύνολο θετική αντίδραση, σχετικά με τη δημιουργία θέσεων εργασίας και ψυχαγωγίας για τους ψυχικά ασθενείς.

ΠΗΓΕΣ:

1. Lempriere, T., Feline, A., Συνέκδοση Σακελλαρόπουλος, Π. *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων—Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*, Παπαζήση, Α' και Β' τόμος, Αθήνα, 1995.
2. Bell, J., *Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Παιδαγωγικής και Κοινωνικής Έρευνας*, Gutenberg, 1997.
3. Bourguignon, A., *Για μια Κοινωνική Ψυχιατρική*, Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Α' τόμος, Αθήνα, 1984, σ. 37–38.
4. Lebonici, S., Σακελλαρόπουλος, Π., *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής*, Καστανιώτη, Α' τόμος, Αθήνα, 1984.
5. Lebonici, S., Σακελλαρόπουλος, Π., *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής*, Β' τόμος, Αθήνα, 1990.
6. Γεωργαράς, Α., *Συνοπτική Ψυχιατρική*, Πασχαλίδη, Αθήνα, 1982.
7. Γιαννοπούλου, Α., *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα, 1992, σ. 14–16.
8. Γιαντσελίδου, Α., Φραγκούλη, Α., *Προστατευμένα Διαμερίσματα: Ένα βήμα πιο κοντά στην κοινότητα*, Στο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με τη πρωτοβάθμια περίθαλψη, Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σ. 401–407.
9. Γουρνάς, Γ., 1987, «Σχέση Κέντρου και Κοινότητας» *Περιοδικό Ψυχιατρικής*, 14.
10. Δαμίγος, Δ. και συνεργάτες, *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Παπαζήση, Αθήνα, 2003.
11. Δερμιτζόγλου, Η., Κερασίδου, Β., Μαμάης, Π., Μουτσάνας, Θ., Μυλωνοπούλου, Α., *Χρηματοδότηση και Λειτουργία Εξωνοσοκομειακών Ψυχιατρικών μονάδων προληπτικού, θεραπευτικού, εκπαιδευτικού και εργασιακού χαρακτήρα των νομών Φωκίδας και Έβρου*, πρακτικά, 20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικονομικών Υγείας, 1989.
12. Δημητροπούλου, Γ., Σπανίδη, Π., *Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα. Η περίπτωση του Ψ.Ν.Τ.*, πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα 2002.
13. Ζήση, Α., *Επανεξέταση Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων*, Ηριδανός, Αθήνα, 2002.
14. Ιεροδιακόνου, Χ., *Κινητή Μονάδα στα Πλαίσια Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στην ύπαιθρο*, Ιατρική, 1983, 5, σ. 17–23.
15. Κανδύλης, Δ., Καπρίνης, Γ., Νηματούδης, Ι., Σιγάλας, Ι., Φωκάς, Κ., Νοέμβριος–Δεκέμβριος 1996. «Εκτίμηση ποιοτικών και οικονομικών παραμέτρων στη λειτουργία εξωνοσοκομειακών μονάδων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας», περ. *Επιθεώρηση Υγείας*, 301, σ.21.
16. Κουτλαμπάση, Ε., *Η διοικητική διάρθρωση και το κοινωνικό έργο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου*, πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα, 2001, σ. 10–23.
17. Κουτρελάκος, Δ., 1984, «Στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 55.
18. Κυριακίδου, Ε., *Κοινοτική Νοσηλευτική*, Ταβίθα, Αθήνα, 1997.
19. Κωνσταντόπουλος, Α., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα*, Πρακτικά, Αθήνα, 1995.
20. Λειβαδίτης, Μ., *Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στο Ν. Έβρου*, Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σ. 154–163.
21. Λειβαδίτης, Μ., *Δομές και λειτουργία των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών στη Θράκη*, Παπαζήση, Αθήνα 1995, σ. 319–335.
22. Λιάκος, Α., *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Χωροταξική Κατανομή των Προγραμμάτων του Κανονισμού 815*, *Ψυχιατρική*, 7: 130–135, 1996.
23. Μαδιανός, Μ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Καστανιώτη, Αθήνα, 2000.
24. Μαδιανός, Μ., *Οι βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αναθεωρημένες*, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 44: 8–13, 1994.

25. Μαδιανός, Μ., *Πρωτοβάθμια Πρόληψη*, στο: Χριστοδούλου, Γ. και συνεργάτες, *Ψυχιατρική*, Τόμος 2^{ος}, σ. 824–825, Αθήνα, 2000.
26. Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της. Από τη θεωρία στην πράξη*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.
27. Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Από το άσυλο στην κοινότητα*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.
28. Παναγιώτσος Π., *Συμβολή των εξωνοσοκομειακών δομών ψυχιατρικής περίθαλψης σε αγροτικές περιοχές, στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων. Ψυχιατρική περίθαλψη την κοινότητα. Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Διδακτορική Διατριβή, Αλεξανδρούπολη, 1993.*
29. Πρόγραμμα «ΛΕΡΟΣ», Κανονισμός ΕΟΚ αριθ. 815/84 του Συμβουλίου της 25^{ης} Μαρτίου 1984 Υ.Υ.Π.Κ.Α., Αθήνα, Νοέμβριος 1990.
30. Πετρουλάκης, Γ., Σακελλαρόπουλος, Π., Φαλάρας, Β., *Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου*, Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής Β' Τόμος, Καστανιώτη, Αθήνα, 1990, σ. 93–104.
31. Πλουμπίδης, Δ., *Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Σύγχρονα θέματα*, Θεσσαλονίκη, 1989.
32. Ραγιά, Α., *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Έκδοση Β', Αθήνα, 1999.
33. Σακελλαρόπουλος, Π., (1991), *Εκπαιδευτικά Προγράμματα της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας*, Έκθεση προς τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.
34. Σαμακουρή Μ., *Από την Κοινότητα στο Νοσοκομείο και από το Νοσοκομείο στην Κινητή Μονάδα*, Πρακτικά Στρογγυλή Τράπεζα: Κινητή Μονάδα και χρόνιος ψυχωσικός άρρωστος, 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος, 1991.
35. Στεφανής Κ., Τομαράς Β., *Κοινοτική ψυχιατρική, οι αρχές και οι εφαρμογές της*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 4: 146–154.
36. Ταταρίδης, Δ., Προσωπική συνέντευξη, 30 Νοεμ., 2004.
37. Τζούλης, Α., Φραγκούλη Α., *Αγωγή Κοινότητας στη Θράκη για τη συμμετοχή του πληθυσμού στην παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο. 44, 1994.
38. Τσάτσου, Β., *Η Ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα. Διαχρονική εξέλιξη και οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις*, πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα, 1997, σ. 24.
39. Τσιομίδου, Ε., *Η συμβολή της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην αλλαγή των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την ψυχική ασθένεια. Συγκριτική έρευνα σε δύο κοινότητες του Ν. Έβρου*, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, Ιούλιος 1994.
40. Χαλκιοπούλου, Χ., *Ψυχολογία της υγείας*, Μέλισσα, Θεσσαλονίκη, 2003.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:

Στο παράρτημα περιλαμβάνονται:

1. Ερωτηματολόγια για την έρευνα, σχετικά με τη στάση και τις αντιλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια.
2. Προσωπική συνέντευξη του Συντονιστή των υπηρεσιών της Θράκης, κ. Ταταρίδη Δημήτριο.

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

ΕΡ. 1. Ποιες από τις παρακάτω ασθένειες θα χαρακτηρίζατε σαν ψυχικές ασθένειες;

Σχιζοφρένεια

Μανιοκατάθλιψη

Μελαγχολία

Κατάθλιψη

Υστερική νεύρωση ή επιληψία

Αγχώδης νεύρωση

Ψυχογενής ανορεξία ή βουλμία

Όλες οι παραπάνω

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 2. Για ποια από τις παραπάνω ασθένειες έχετε ενημερωθεί ή ακούσει ή διαβάσει κάτι σχετικό;

| |
|--|
| |
|--|

ΕΡ. 3. Θεωρείτε ένα ψυχικά ασθενή και διανοητικά καθυστερημένο;

Ναι

Όχι

Δε γνωρίζω

| |
|--|
| |
| |
| |

ΕΡ. 4. Θεωρείτε ότι όλες οι ψυχικές ασθένειες κληρονομούνται;

Ναι

Όχι

Δε γνωρίζω

| |
|--|
| |
| |
| |

ΕΡ. 5. Που θα απευθυνόσασταν αν εσείς ή κάποιος δικός σας παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής;

(ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ)

Σε ψυχίατρο
Σε ψυχολόγο
Σε νευρολόγο
Σε οικογενειακό γιατρό
Σε φίλο
Σε νοσοκομείο ψυχικών παθήσεων
Σε κοινωνικό λειτουργό
Σε κανένα (θα προσπαθούσα να το αντιμετωπίσω μόνος μου)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 6. Εάν ανάμεσα στο οικογενειακό ή φιλικό σας περιβάλλον υπήρχε κάποιος ψυχικά άρρωστος, θα επηρέαζε την προσωπική σας ζωή;

Σχεδόν σε καθημερινή βάση
Αρκετά
Λίγο
Καθόλου

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 7. Αν σε μια οικογένεια υπάρχει κάποιο ψυχικά άρρωστο άτομο, πιστεύετε ότι τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας κινδυνεύουν από αυτό;

Σίγουρα ναι
Μάλλον ναι
Μάλλον όχι
Σίγουρα όχι
Δεν γνωρίζω
Δεν απαντώ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 8. Έστω ότι είχατε οικογενειακό ιστορικό σε κάποια ψυχική ασθένεια. Τι από τα παρακάτω θα σας αντιπροσώπευε;

Θα αποφεύγατε να μιλήσετε για το πρόβλημά σας
Θα επισκεπτόσασταν έναν ειδικό γιατρό
Θα το συζητούσατε με το σύντροφό σας

| |
|--|
| |
| |
| |

ΕΡ. 9. Πιστεύετε ότι τα άτομα που πάσχουν από μια ψυχική ασθένεια μπορούν να κάνουν μια υγιή οικογένεια;

Σίγουρα ναι
Μάλλον ναι
Μάλλον όχι
Σίγουρα όχι
Δεν γνωρίζω
Δεν απαντώ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 10. Αν ο σύντροφός σας, σας εκμυστηρευόταν ότι στο παρελθόν έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια πως θα αντιδρούσατε;

- Θα διακόπτατε τη σχέση σας
- Θα συνεχίζατε κανονικά τη σχέση σας
- Θα τον φοβόσασταν και δε θα μιλούσατε σε κανένα
- Θα τον συμβουλευάτε να ξαναεπισκεπτεί το γιατρό του
- Θα ανησυχούσατε να μη τον ξανασυμβεί

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 11. Θα σας ενοχλούσε να εργάζεσθε στον ίδιο χώρο με ένα ψυχικά άρρωστο;

- Σίγουρα ναι
- Μάλλον ναι
- Μάλλον όχι
- Σίγουρα όχι
- Δε γνωρίζω
- Δεν απαντώ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 12. Αν ήσασταν εργοδότης θα προσλαμβάνατε κάποιο άτομο που είναι ψυχικά άρρωστο;

- Σίγουρα ναι
- Μάλλον ναι
- Μάλλον όχι
- Σίγουρα όχι
- Δεν απαντώ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 13. Θα συμφωνούσατε με την ιδέα να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία απέναντι στους ψυχικά ασθενείς;

- Σίγουρα ναι
- Μάλλον ναι
- Μάλλον όχι
- Σίγουρα όχι
- Δεν απαντώ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 14. Θα σας ενοχλούσε αν έμενε δίπλα σας ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια;

- Σίγουρα ναι
- Μάλλον ναι
- Μάλλον όχι
- Σίγουρα όχι
- Δε γνωρίζω
- Δεν απαντώ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΡ. 15. Αν μαθαίνατε ότι δημιουργείται στη γειτονιά σας ένας ξενώνας για άτομα με ψυχικές ασθένειες, θα ήσασταν:

- Υπέρ
- Κατά

| |
|--|
| |
| |

Δε θα σας πείραζε

ΕΡ. 16. Νομίζετε ότι πρέπει να γίνουν περισσότεροι θεραπευτικοί ξενώνες;

Σίγουρα ναι
Μάλλον ναι
Μάλλον όχι
Σίγουρα όχι
Δεν απαντώ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Θα θέλαμε να μας δώσετε κάποια δημογραφικά στοιχεία για καθαρά στατιστικούς λόγους:

Πότε γεννηθήκατε;

Φύλο;

Ανδρας Γυναίκα

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Έγγαμος /η
Σε διάσταση
Χωρισμένος
Χήρος
Άγαμος

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Αν σας ζητούσα να επιλέξετε, σε ποια από τις παρακάτω κοινωνικές τάξεις θα λέγατε ότι ανήκετε;

Αγρότες
Εργατική τάξη
Μεσαία τάξη
Μεσαία προς ανώτερη τάξη
Ανώτερη τάξη

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Σε ποια θέση της κλίμακας βρίσκεται το συνολικό, μηνιαίο, οικογενειακό σας εισόδημα;

Λιγότερο από 500€
500-1000€
100 -1500€
πάνω από 1500€

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Έχετε τελειώσει

Δημοτικό
Γυμνάσιο
Λύκειο
ΤΕΙ
Πανεπιστήμιο
Μεταπτυχιακά

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΘΡΑΚΗΣ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Πότε ιδρύθηκε η εταιρία Κοινωνικής ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ κ. Ταταρίδης: Η Εταιρία ιδρύθηκε το 1981 από τον καθηγητή ψυχιατρικής και παιδοψυχιατρικής τον κ. Π. Σακελλαρόπουλο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Από πού χρηματοδοτήθηκε η Εταιρία για να δημιουργηθεί και ποιος είναι ο σκοπός της;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ κ. Ταταρίδης: Χρηματοδοτήθηκε και συνεχίζει να χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Σκοπός της Εταιρίας είναι η προσφορά υπηρεσιών υπό το πρίσμα Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η Κοινωνική ψυχιατρική αποσκοπεί στην αποκατάσταση των ψυχικών παθήσεων όπως αυτές εκδηλώνονται στην κοινότητα παρά όπως γίνονται αντιληπτές στο ψυχιατρείο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Τι προσφέρει και ποιους θέλει να εξυπηρετήσει;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ κ. Ταταρίδης: Η Εταιρία λειτουργεί με δύο τρόπους παροχής υπηρεσιών: 1) με την Κινητή Μονάδα, όπου παρέχει υπηρεσίες στον πληθυσμό που βρίσκονται στην κοινότητα και όχι στα ψυχιατρεία. Κλιμάκιο της Εταιρίας πηγαίνει και εξυπηρετεί το κοινό στα σπίτια τους, ώστε να μην αναγκάζεται ο ασθενής να μετακινείται. 2) και με την Αποασυλοποίηση, η οποία αφορά ασθενείς που νοσηλεύονται στη Λέρο και άλλα μεγάλα ψυχιατρεία, όπου έχουν βγει από εκεί και μένουν στα οικοτροφεία και τα προστατευμένα διαμερίσματα. Σήμερα παρέχει τις υπηρεσίες της στη Θράκη καθώς και στη Φωκίδα, στη Λαμία, στη Ναύπακτο και στην Αθήνα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Από ποιους και πως διοικείται;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ κ. Ταταρίδης: Διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο το οποίο εδρεύει στην Αθήνα με πρόεδρο τον κ. Σακελλαρόπουλο Παναγιώτη, ενώ κατά τόπους διοικείται από τη τοπική επιτροπή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Ποια είναι η οργάνωση του προσωπικό της Εταιρίας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ κ. Ταταρίδης: Το προσωπικό της εταιρίας αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, γενικό προσωπικό εξειδικευμένο ή μη εξειδικευμένο και διοικητικό και οικονομικό προσωπικό. Υπάρχουν βέβαια και συνεργάτες άσχετης ιδιότητας που βοηθούν τους ασθενείς π.χ. γεωπόνοι, οι οποίοι αναθέτουν μια εργασία στους ασθενείς για την καλλιέργεια της γης. Όλοι μαζί αυτοί επιτελούν το έργο τους, απευθυνόμενοι στο σύνολο του πληθυσμού και κυρίως εξυπηρετούν άτομα με σοβαρά ψυχικές ασθένειες.

τους ασθενείς π.χ. γεωπόνοι, οι οποίοι αναθέτουν μια εργασία στους ασθενείς για την καλλιέργεια της γης. Όλοι μαζί αυτοί επιτελούν το έργο τους, απευθυνόμενοι στο σύνολο του πληθυσμού και κυρίως εξυπηρετούν άτομα με σοβαρά ψυχικές ασθένειες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6: Τι κόστος έχει η ψυχιατρική περίθαλψη στην Εταιρία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ κ. Ταταρίδης: Το κόστος της εταιρίας αντιστοιχεί περίπου στο 1/3, που μπορεί να έχει ένας ασθενής που νοσηλεύεται σε άσυλο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7: Ποια ήταν η αντίδραση των ανθρώπων όταν έμαθαν ότι στη γειτονιά τους θα δημιουργηθεί μια εταιρία για άτομα με ψυχικές ασθένειες;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ κ. Ταταρίδης: Μέχρι στιγμής προβληματισμούς από τους κατοίκους δεν έχουμε αντιμετωπίσει. Πριν ξεκινήσουμε οποιαδήποτε ενέργεια ενημερώναμε πρώτα τον πληθυσμό. Έτσι δεν είχαμε ιδιαίτερα προβλήματα με την κάθε γειτονιά. Εξάλλου η Εταιρία αμέσως μετά την εγκατάσταση μιας μονάδας σε μια συγκεκριμένη περιοχή, εργάζονταν για την ευαισθητοποίηση της Κοινότητας σε θέματα υγείας και ψυχικής αρρώστιας, με σκοπό την αλλαγή της στάσης της απέναντι στην ψυχική νόσο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8: Εκπαιδεύονται και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ κ. Ταταρίδης: Σαφώς εκπαιδεύεται και το προσωπικό, σαν οργανισμός. Με ένα πρόγραμμα προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών από φοιτητές που κάνουν την πρακτική τους και από άτομα άλλων οργανισμών, όπως το νοσοκομείο.