

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Νικηφόρος Αγγελόπουλος

Λέκτορας Ψυχιατρικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Ιωάννινα 1985. Μέλος της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας του ΚΕΣΥ

«Θεραπευτική κοινότητα, μια σύγχρονη προσέγγιση των θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων. Παρουσίαση με την ευκαιρία της τριχρόνης εμπειρίας στη ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων».

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η ραγδαία ανάπτυξη και επέκταση της κοινωνικής ψυχιατρικής κατά τις τελευταίες δεκαετίες επέβαλε νέους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης των ψυχιατρικών νόσων. Οι ομαδικές ψυχοθεραπείες, η milieu therapy, (θεραπεία περιβάλλοντος), η θεραπευτική κοινότητα (Θ.Κ), το κέντρο ψυχικής υγείας και η ψυχιατρική κλινική στο γενικό νοσοκομείο είναι χαρακτηριστικά δείγματα αυτής της μεγάλης στροφής.

Οι μέχρι λίγο πριν το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο θεραπευτικές προσεγγίσεις, (με ελάχιστες εξαιρέσεις) είχαν είτε βιολογική είτε ψυχολογική διάσταση, χωρίς να προσμετράται το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο πραγματοποιείται και η νόσος και η θεραπεία. Και αυτό τη στιγμή που δεν ήταν άγνωστο ότι η ψυχιατρική νόσος αντανακλά ποικίλλους συνδυασμούς βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και ότι οι βιωματικές εμπειρίες του ασθενούς μέσα στο Νοσοκομείο μπορεί να επιδράσουν θετικά ή αρνητικά στην πορεία της νόσου.

Ο αντιαυταρχικός, ανθρωπιστικός, φιλελεύθερος και ριζοσπαστικός χαρακτήρας των ιδεών που κυριάρχησαν στη δεκαετία του '40, καθώς και η συνεχώς αυξανόμενη αναγνώριση της σημασίας που έχει η κοινωνική εμπειρία στις διαδικασίες μάθησης και επικοινωνίας (social learning), πυροδότησαν την ανάπτυξη νέων προτάσεων για τη λύση του προβλήματος, της ψυχιατρικής φροντίδας και νοσηλείας.

Στην αρχή πήρε μεγάλη έκταση η milieu therapy (θεραπεία περιβάλλοντος), που την χαρακτήρισαν σαν θεραπεία μέσα από το σύνολο της βιωματικής εμπειρίας του ασθενούς (total living experience). Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τον Simmel το 1929 με στόχο στο «ψευδοπεριβάλλον» του ασθενούς να αντιπαρατεθεί ένα αυθεντικό περιβάλλον το οποίο θα διοχέτευε την παρορμητική του επιθετικότητα σε αποδεκτές μορφές δραστηριότητας, θα παρείχε υποκατάστατες ικανοποιήσεις σε επίπεδο ακόμη και μητρικό και θα τον προστάτευε μέχρις ότου θα ήταν σε θέση να ζήσει μια αυτόνομη ζωή. Το πείραμα κράτησε λίγο. Ενώ η milieu therapy χαρακτηρίζεται από πολλαπλές προσεγγίσεις γύρω από τις οποίες συστηματικά οργανώνονται θεραπευτικές δραστηριότητες και σχέσεις, ειδομένες κυρίως από ψυχαναλυτική σκοπιά, η θεραπευτική κοινότητα δίνει έμφαση στην κοινωνική αλληλεπίδραση και είναι πραγματικά μεταπολεμικό φαινόμενο. Ο όρος εμφανίστηκε το 1946 (Main 1946) και ήταν μια αντίδραση στα αντιθεραπευτικά αποτελέσματα των μεγάλων κουστωδιακών ασύλων που τα χαρακτήριζε ένα μίγμα πατερναλιστικής φιλανθρωπίας και αυταρχισμού. Ωστόσο, ήδη από το 1940 ο Sullivan δούλευε σε μια μονάδα με έξη κρεβάτια και προσπάθησε να θεραπεύσει νεαρούς ασθενείς τροποποιώντας το προσωπικό, κοινωνικό και πολιτιστικό τους περιβάλλον δίνοντας έμφαση ιδίως σε ομαδικές διεργασίες.

Η Θ.Κ βλέπει την ψυχιατρική νόσο μέσα σ'ένα δυναμικό πλαίσιο ως αποτέλεσμα διαπλοκής διαπροσωπικών δυνάμεων. Δίνει ισχυρή έμφαση στις ομαδικές-κοινοτικές διεργασίες όπου γίνεται προσπάθεια απόχτησης μεγαλύτερης κοινωνικής αυτοεπίγνωσης και τα αισθήματα εκφράζονται σύμφωνα με τις ανάγκες πραγματικής ζωής (Caine and Smail 1969).

Ο Jones (1953) θεώρησε την ψυχιατρική μονάδα σαν κοινωνικό σύστημα στο οποίο όλα τα μέλη- ασθενείς και προσωπικό- αμοιβαία αλληλοεπηρεάζονται από τους τρόπους λειτουργίας ή για το χειρότερο πράγμα που εξαρτάται από τους τρόπους λειτουργίας της. Μέσα σ' αυτό το σύστημα η Θ.Κ είναι σημαντική επιπρόσθετη διάσταση της ψυχολογικής και βιολογικής θεραπείας, με την έμφαση που δίνει στις διαδικασίες της κοινωνικής μάθησης και στον έλεγχο της παρορμητικής συμπεριφοράς μέσω των πολλαπλών συναντήσεων ασθενών- προσωπικού. Σύμφωνα με τον Jones η Ελευθερία, η Υπευθυνότητα και η Δραστηριότητα, είναι δεμελιώδεις αρχές λειτουργίας της Θ.Κ.

Ο Rapoport (1960) πίστευε ότι η συνολική κοινωνική οργάνωση και όχι μόνο η σχέση με το γιατρό επιδρά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Έτσι, όλες οι σχέσεις των ασθενών μεταξύ τους αλλά και μεταξύ ασθενών και προσωπικού και μεταξύ των μελών του προσωπικού, θεωρούνται ως δυνητικά θεραπευτικές. Σε μια ατμόσφαιρα αποδοχής, κατανόησης, και ανοχής ο άρρωστος έχει την δυνατότητα να πειραματισθεί με νέες δυνατότητες και στάσεις και να μάθει καλύτερους τρόπους αντιμετώπισης των συναισθηματικών του αναγκών.

Ο Rapoport (1960) διατύπωσε ως δεμελιώδεις αρχές που διέπουν την Θ.Κ τη δημοκρατικότητα (democratization), την επιτρεπτικότητα (permissiveness), τον κοινοτικό ή συλλογικό πνεύμα (communalism) και την αντιμετώπιση της πραγματικότητας (reality confrontation).

Άλλοι βασικοί κανόνες για την εγκατάσταση της Θ.Κ που πάντως προκύπτουν τόσο από τις αρχές του Jones όσο και του Rapoport είναι:

1. Η καλλιέργεια σεβασμού προς το άτομο είτε αυτός είναι ασθενής είτε μέρος του προσωπικού.
2. Η μεγιστοποίηση των ευκαιριών για επικοινωνία μεταξύ ασθενών και προσωπικού και μεταξύ των μελών του προσωπικού. Θα πρέπει να υπάρχει ανοιχτό πεδίο για την έκφραση γνώμης, ακόμη και λεκτικής επιθετικότητας, γιατί άλυτες εντάσεις κυρίως μεταξύ των μελών του προσωπικού επιδρούν αρνητικά στην πορεία των ασθενών. Σκοπός της Θ.Κ δεν είναι η αναστολή των συναισθημάτων και η καταπίεσή τους, αλλά η σωστή τους έκφραση στον κατάλληλο τόπο και χρόνο μέσα στην ομάδα.
3. Ενίσχυση των ασθενών να λειτουργήσουν σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, ώστε να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή τους και να αποδαρρυνθεί η παλινδρόμηση.
4. Έμφαση στις ομαδικές λειτουργίες και προώθηση της κοινωνικοποίησης. Η ομαδική θεραπεία αναπτύσσει τη συνεκτικότητα και, μέσα από την προσήλωση στο εδώ και τώρα, τον προσανατολισμό στο μέλλον και την αυτοαποκάλυψη, συντελεί στην θεραπεία.
5. Ευκαιρίες στους ασθενείς ώστε να συμμετέχουν στη διαχείριση της μονάδας για την λειτουργία της Θ.Κ. Αυτό, προϋποθέτει ανοιχτό σύστημα επικοινωνίας, ισότιμη ροή της πληροφορίας και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.
6. Οργάνωση εκπαιδευτικού προγράμματος για το προσωπικό μέσα από την προσφορά εργασίας (in service-training). Ρόλος των αδελφών και των άλλων μελών του προσωπικού είναι να διευκολύνει την λειτουργία του ασθενούς στο επίπεδο των καθημερινών του αναγκών και υποχρεώσεων. Το προσωπικό δέχεται τον ασθενή, κατανοεί την ιδιαιτερότητά του και έτσι αναπτύσσει σχέση μαζί του μέσα από τις καθημερινές δραστηριότητες και ομαδικές διεργασίες.

Άλλες δεκαπέντε δεμελιώδεις λειτουργικές διαδικασίες έχουν επισημανθεί στη μεγάλη πλειονότητα των Θ.Κ (Sugarman 1984). Ανάλογα με το αν τα μοντέλα είναι ανοιχτά ή κλειστά, δημοκρατικά ή ιεραρχικά, απομονωμένα ή τμήματα γενικών νοσοκομείων, δίνουν έμφαση σ' εκείνες τις λειτουργικές διαδικασίες που τους ταιριάζουν περισσότερο:

1. Όλες οι Θ.Κ έχουν μια σειρά από κανόνες και όρια στις συμπεριφορές των μελών τους.
2. Όλες οι Θ.Κ ανταμείβουν τα μέλη εκείνα που εργάζονται για την πραγματοποίηση των κανόνων λειτουργίας τους.
3. Αντιμετώπιση της πραγματικότητας (confrontation). Το σημαντικότερο στοιχείο της Θ.Κ. Η ομάδα πληροφορεί ένα μέλος της για το πως εισπράχθηκε, ποιά σημασία και ποιά επίδραση είχε στα μέλη κάποια πράξη του.
4. Μίμηση προτύπου (modelling).
5. Αλληλοβοήθεια. Στις Θ.Κ είναι διάχυτο το συναισθηματικό ότι το να βοηθάς τον άλλον είναι ο καλύτερος τρόπος να βοηθάς τον εαυτό σου και ότι η βοήθεια στον συμπάσχοντα έχει μεγαλύτερη αξία από εκείνη του ειδικού γιατί αυτός δεν έχει την κοινή εμπειρία.

6. Τελετουργική συμμετοχή στις ομαδικές διεργασίες. Μέσα από την τελετουργική συμμετοχή τα μέλη συγκεκριμενοποιούν την κατανόηση που έχουν για τη Θ.Κ, αναπτύσσουν το αίσθημα ότι ανήκουν κάπου και ότι είναι ασφαλείς.
7. Δημιουργική δραστηριότητα και επιτεύγματα, σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Μέσα από αυτή τη διαδικασία αναπτύσσεται αίσθημα εμπιστοσύνης στον εαυτό του, συναγωνιστική προς τους άλλους διάθεση και δετική στάση προς την κοινότητα.
8. Συμβουλευτικές συνεντεύξεις και υποστήριξη του ασθενούς σε ατομική βάση αλλά και σε επίπεδο οικογένειας.
9. Το αίσθημα ότι το μέλος ανήκει σε μια αυτόνομη ομάδα. Έτσι, αυξάνεται η συνεκτικότητα της ομάδας, το συλλογικό αίσθημα και το αίσθημα ευθύνης προς τα άλλα μέλη.
10. Εκπαίδευση για την ανάπτυξη κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων.
11. Δημόσια εξομολόγηση. Η δημόσια εξομολόγηση, συνδεδεμένη με τη δημόσια δέσμευση για προσωπική αλλαγή σε συγκεκριμένα ζητήματα είναι από τα σπουδαία χαρακτηριστικά ορισμένων Θ.Κ.
12. Περιορισμένη επικοινωνία με τον έξω από τη Θ.Κ κόσμο.
13. Επαφή με τον έξω κόσμο κάτω από επιτήρηση.
14. Κυριαρχία στην ομάδα της έννοιας της «ανώτερης δύναμης» όπως π.χ. στο Alcoholics Anonymous.

Υπάρχουν δύο μεγάλα ρεύματα στις Θ.Κ. Είναι οι λεγόμενες «ιεραρχικές» ή προγραμματικές και «δημοκρατικές» Θ.Κ. Έχει στηριχθεί ότι οι πρακτικές αυτών των δύο ρευμάτων διαφέρουν ριζικά ως προς την ιδεολογία, τις στάσεις και τα πιστεύω του προσωπικού, στα είδη της «κοινωνικής μάθησης» και αμοιβαιότητας που υπάρχει μεταξύ τους και ότι οι διαφορές τους είναι τόσο μεγάλες που δεν είναι δυνατή καμία συνύπαρξή τους (Glasser 1983). Άλλοι όμως (Sugarman 1984) υποστηρίζουν ότι αυτά τα δύο ρεύματα μπορεί όχι μόνο να συνυπάρχουν αλλά και να συντελέσουν στη διαμόρφωση ενός τρίτου μοντέλου που να απαρτιώνει τις αντιθέσεις τους και να έχει πλατύτερη εφαρμογή.

Το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να δώσει αλλά και να αναχαιτίσει την ικανότητα ενός ανθρώπου να λειτουργεί σαν αυτόνομο και δημιουργικό άτομο. Πτωχευμένα κοινωνικά περιβάλλοντα όπου το άτομο αισθάνεται ότι δεν συμμετέχει στην διαμόρφωση της λήψης εκείνων των αποφάσεων που επιδρούν στη ζωή του, οδηγούν στην απάθεια, απώλεια ενθουσιασμού, παλινδρόμηση και την ανάδυση πρωτόγονων προβλητικών μηχανισμών. Στην κλινική αυτό μπορεί να αφορά τόσο στους ασθενείς όσο και στο προσωπικό. Για να διευκολυνθεί η δημιουργία ενός κοινωνικού περιβάλλοντος, που να συντελεί στη θεραπεία και την ανάπτυξη της αυτονομίας και δημιουργικότητας, θα πρέπει να υπάρχει σαφήνεια τόσο ως προς την κοινωνική όσο και ως προς την οργανωτική του δομή (Main 1980). Η **σύγχυση** και η **αλληλοεπικάλυψη** των ρόλων έχει σαν αποτέλεσμα **αύξηση των συγκρούσεων, ανταγωνισμό, επιθετικότητα και άγχος**. Σε μια ψυχιατρική ομάδα υπάρχουν διαφορές μεταξύ των μελών ως προς την εκπαίδευση, την υπευθυνότητα, τη δέση και τη λειτουργία και είναι κακό να δημιουργείται η εντύπωση ότι τέτοιες διαφορές δεν υπάρχουν (Herz et al 1966). Είναι σημαντικό βέβαια να αξιοποιούνται στο μέγιστο όλες οι δυνατότητες και τα talenta αλλά οι ρόλοι, τα καθήκοντα, οι ευθύνες και οι σχέσεις

μεταξύ των μελών θα πρέπει να καθορίζονται με «κρυστάλλινη σαφήνεια» όπως λέει ο Main (Main 1983). Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν τα διαπροσωπικά προβλήματα που αφορούν τη λειτουργία, την επικοινωνία και κατανόηση μεταξύ των μελών της κοινότητας να εξετασθούν μέσα σε μια υποστηρικτική και όχι καταστροφική ατμόσφαιρα.

Είναι δυνατόν η Θ.Κ να ευδοκιμήσει σε ποικίλα ψυχιατρικά ιδρύματα με ποικίλους ασθενείς ή η αποτελεσματικότητά της εξαντλείται στις ομοιογενείς από άποψη ψυχοπαθολογίας ομάδες ασθενών (ψυχοπαθητικοί, πρόσωπα με εξάρτηση από τοξικές ουσίες, νευρωσικοί κ.λπ) από όπου αναφέρονται και οι μεγαλύτερες επιτυχίες; Ναι είναι δυνατόν αρκεί οι αρχές της να προσαρμόζονται στις ανάγκες της συγκεκριμένης κλινικής, νοσοκομείου ή ιδρύματος και της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών, πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχουν πολύ διαφορετικά μοντέλα εφαρμογής της Θ.Κ. Ήδη, ο Clark από το 1965, πρότεινε τη διάκριση μεταξύ αυτού που ονόμασε *therapeutic community proper* από το *therapeutic community approach*. Το πρώτο θα μπορούσε να πει κανείς ότι είναι η καθαρή και πλήρης εφαρμογή των αρχών της Θ.Κ, ενώ στο δεύτερο εφαρμόζονται ορισμένες από τις αρχές και λειτουργίες της Θ.Κ, δηλαδή εκείνες που μπορούν να ευδοκιμήσουν στο ιδιαίτερο κλίμα κάποιας κλινικής, ιδρύματος, κέντρου ψυχικής υγείας κ.λπ.

Λίγα στοιχεία τώρα για την Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο (ΨΚΓΝ) πριν εξετάσουμε τις δυνατότητες και τους περιορισμούς που επιβάλλονται κατά την εφαρμογή σ' αυτή των αρχών της Θ.Κ.

Το 1949 σε γενικό νοσοκομείο του Manchester άρχισε η λειτουργία μιας ψυχιατρικής κλινικής για καταθλιπτικούς ασθενείς (Carshon and Kitching 1949). Από τότε ο δεσμός επεκτάθηκε σ' όλη την Ευρώπη και τη Β. Αμερική και αρκετοί μελετητές έχουν ανακοινώσει τις εμπειρίες τους από τη λειτουργία αυτού του είδους της κλινικής (Pool 1959, Leyberg 1959, Freeman 1960, Smith 1961, Silverman 1961). Στην Ελλάδα δύο τέτοιες κλινικές λειτουργούν στην Αλεξανδρούπολη από το 1978 και στα Ιωάννινα από το 1982. Η συσσωρευμένη εμπειρία είναι μικρή, αλλά ενδεικτική της μεγάλης υπεροχής της ΨΚΓΝ, σε σχέση με το ψυχιατρικό ίδρυμα ασυλιακού τύπου.

Η ΨΚΓΝ είναι μια μικρή ανοιχτή κλινική ευρισκόμενη σε στενή κτιριακή, λειτουργική και διοικητική σχέση με το γενικό νοσοκομείο. Όπως και οι άλλες κλινικές, λειτουργεί σε 24ωρη βάση, κάνει εφημερία και έχει εξωτερικά ιατρεία καθημερινά. Κύριος στόχος της είναι: Η **εξέταση** και **παρακολούθηση** (follow up) των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία, η **βραχεία νοσηλεία** (γύρω στις 6 εβδομάδες), η **ανάπτυξη της διασυνδεδετικής - συμβουλευτικής ψυχιατρικής** στο γενικό νοσοκομείο, η **παρέμβαση σε κρίση** (crisis intervention) και **αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών**, η **παροχή υπηρεσιών στο σπίτι** του ασθενούς, η **εκπαίδευση** σε όλα τα επίπεδα και η **έρευνα**. Στην περίπτωση που η κλινική είναι πανεπιστημιακή τα δύο τελευταία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία και απαιτούν ένα μεγάλο μέρος από το χρόνο λειτουργίας της κλινικής. Η κλινική διαθέτει κέντρο ημέρας για ασθενείς που χρειάζονται περισσότερη φροντίδα απ' ότι στο εξωτερικό ιατρείο, αλλά για ποικίλους λόγους δεν είναι δυνατή η εισαγωγή τους ή για ασθενείς που επιστρέφουν στην κοινότητα μετά από μια περίοδο ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Στην ΨΚΓΝ νοσηλεύονται ενήλικες ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα από όλο το φάσμα της ψυχοπαθολογίας, εκτός από άνοιες και ολιγοφρένειες, και είναι δυνατή η εφαρμογή όλου του φάσματος των θεραπευτικών παρεμβάσεων από τις βιολογικές μέχρι τις ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες.

Το ότι η ΨΚΓΝ μπορεί να ενστερνισθεί τις αρχές της Θ.Κ φαίνεται από την επιτυχία που είχε αυτό το πείραμα από το 1958 που πρωτοεμφανίστηκε (Wilmer 1958) μέχρι σήμερα. Δεν έλλειψαν όμως και οι οξείες αντιδράσεις, που συνεχίζονται, παρά το ότι παντού εφαρμόστηκε με την ελαστική μορφή της T.C. Approach. Βασική αιτία αυτής της αντίδρασης είναι ότι η Θ.Κ είναι σοβαρή πρόκληση στην παραδοσιακή ιεραρχική μορφή λειτουργίας της κλινικής (Gunderson 1980). Είναι αλήθεια ότι οι αρχές της Θ.Κ αναπτύχθηκαν σε ψυχιατρεία, τα οποία ήσαν αρκετά προφυλαγμένα από την αντίληψη του ιατρικού μοντέλου και στα οποία κυριαρχούσαν οι ψυχαναλυτικές απόψεις (Chestnut Lodge, Cassel Hospital). Η ανάπτυξη ψυχιατρικών κρεβατιών στα Γ.Ν και η εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων ενίσχυσε το ιατρικό μοντέλο και τη βιολογική θεραπευτική προσέγγιση. Έτσι, πολλοί έφθασαν να ισχυρίζονται ότι η ΨΚΓΝ πρέπει να αποστρέφεται τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και ότι είναι ασυμβίβαστη με την Θ.Κ. Άλλοι υποστηρίζουν ότι οι σημερινές αναγκαιότητες έχουν επιβάλλει την αναζήτηση ανθρώπων ειδικών στη διάγνωση τη θεωρία, την τεχνική ακόμη και στην τεχνολογία της ψυχιατρικής νοσηλείας και ότι εκείνο που προέχει είναι η ανάπτυξη εξειδικευμένων θεραπειών (Sederer 1984).

Τα κυριώτερα επιχειρήματα των αντιπάλων της Θ.Κ (Herz 1966) είναι:

1. Η ετερογένεια των ασθενών που νοσηλεύονται στην ΨΚΓΝ (Edelson 1964), γιατί κατά την αλληλεπίδραση ατόμων με διαφορετικά ψυχιατρικά προβλήματα αναπτύσσονται καταστροφικά στοιχεία. Η θεραπευτική κατάσταση για άλλη ομάδα ασθενών (π.χ. αποσυρμένων σχιζοφρενών). Είναι αλήθεια ότι οι μεγαλύτερες επιτυχίες της Θ.Κ αφορούσαν ασθενείς με όμοια ψυχιατρικά προβλήματα.
2. Οι σχιζοφρενείς είναι συνήθως άκρως αποδιοργανωμένοι. Δεν μπορούν να κυριαρχήσουν στις παρορμήσεις τους και είναι παλινδρομημένοι σε τέτοιο βαθμό που δεν μπορούν να συμμετάσχουν σε ομαδικές διεργασίες. Στη διάρκεια της οξείας φάσης δεν είναι σε θέση ούτε από συναισθηματική ούτε από νοηματική άποψη να κάνουν ουσιαστική χρήση της έννοιας της αυτοβοήθειας και της δημοκρατίας. Από τέτοιους ασθενείς είναι αντιθεραπευτικό να περιμένουμε να λειτουργήσουν σύμφωνα με τους κανόνες της κοινότητας, η οποία σύμφωνα με ορισμένες απόψεις ασκεί επάνω τους όχι θεραπευτική αλλά ταξική επίδραση (Cole 1967, Cumming and Cumming 1962, Trauer 1980).
3. Για όλους ένα σοβαρό πρόβλημα στην εφαρμογή της Θ.Κ είναι η **δεκτικότητα** και **εκπαιδευσιμότητα** του προσωπικού προς μια τέτοια θεραπευτική προσέγγιση. Το προσωπικό κατά την άποψη αυτή δεν πιάνει σωστά τα προβλήματα των ασθενών και ακόμη δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα με διάφορα ζητήματα που δημιουργούνται στις τάξεις του. Κρατάνε μια πατερναλιστική στάση απέναντι στους ασθενείς σα να τους βλέπουν σαν παιδιά. Τελικά δεν δέχονται τον ασθενή ως υπεύθυνο μέλος της κοινότητας. Προτάθηκε λοιπόν πριν από κάθε προσπάθεια εφαρμογής της Θ.Κ να εκτιμηθεί ρεαλιστικά σε ποιο βαθμό τα μέλη του προσωπικού μπορούν να καταλάβουν, δεχθούν και εφαρμόσουν τις βασικές αρχές της Θ.Κ (Wilensky and Herz 1966, Trauer 1984).
4. Ο χρόνος παραμονής του ασθενούς στην ΨΚΓΝ (γύρω στις 20 με 30 ημέρες) είναι για μερικούς το μεγαλύτερο εμπόδιο στην εφαρμογή των αρχών της Θ.Κ. Οι άρρωστοι έρχονται και φεύγουν με τέτοιο ρυθμό, που εμποδίζεται κάθε τάση για

σταθεροποίηση του κοινωνικού περιβάλλοντος (White 1972). Ένα χρονικό διάστημα 50-100 ημερών θεωρήθηκε ως απολύτως αναγκαίο για τις ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές, για την επίτευξη μιας συνέχειας (προσωπικού/ασθενών), απαραίτητες για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και της ενεργού συμμετοχής στις διεργασίες της κοινότητας (Rapoport 1960, Caine and Smail 1969).

5. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι, η Θ.Κ με το να είναι ενεργό τμήμα ενός γενικού νοσοκομείου, έχει πολύ περισσότερα καθήκοντα και λειτουργίες από την κλασική απομονωμένη Θ.Κ, τα οποία βάζουν σε δοκιμασία το πρόγραμμα λειτουργίας της.

Παρόλες αυτές τις δυσκολίες έχει φανεί από καλά μεθοδευμένες εργασίες (Lehman et al 1982), ότι στις ΨΚΓΝ που εφαρμόζονται οι αρχές της Θ.Κ τα αποτελέσματα ως προς την θεραπεία είναι μεν τα ίδια με εκείνα των κλινικών που εφαρμόζουν τις βιολογικές θεραπείες, αλλά υπερέχουν κατά το ότι καταναλώνονται πολύ λιγότερα φάρμακα και επιπλέον τόσο στους ασθενείς όσο και στο προσωπικό υπάρχει υψηλό αίσθημα αισιοδοξίας και μεγάλη ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις (ακόμα και όταν αυτές είναι προβληματικές) και την ατμόσφαιρα που επικρατεί στην κλινική.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΘΚ ΣΕ ΨΚΓΝ

Το θεραπευτικό πρόγραμμα καλύπτει τις ανάγκες τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού.

1. **Αναφορά**, κάθε πρωί με την έναρξη του πρωινού ωραρίου. Γίνεται συζήτηση πάνω στα σοβαρά ζητήματα που απασχόλησαν την κλινική κατά το 24ωρο που πέρασε και συζητούνται σύντομα οι νέες εισαγωγές.
2. **Συνάντηση όλης της κοινότητας**, τρεις φορές την εβδομάδα. Γίνεται συζήτηση για οποιοδήποτε ζήτημα απασχολεί τα μέλη της κοινότητας. Μετά τη λήξη γίνεται ανασκόπηση της συνάντησης από τα μέλη του προσωπικού που συμμετείχαν, όπου σχολιάζεται όλη η διαδικασία.
3. **Μικρή ομάδα**, δύο φορές την εβδομάδα. Συμμετέχουν 5-10 ασθενείς και 1-3 μέλη του προσωπικού. Slow-open μη γυχαναλυτικό group. Η συζήτηση περιστρέφεται γύρω από τα προσωπικά προβλήματα που επιθυμεί να ανακοινώσει ο καθένας. Ακολουθεί ανασκόπηση της διαδικασίας από τα μέλη του προσωπικού που συμμετείχαν.
4. **Συνάντηση σε κρίση**. Είναι συνάντηση όλων των μελών της κοινότητας όταν συμβεί κάτι ιδιαίτερα σοβαρό και απειλητικό για την ισορροπία της κοινότητας.
5. **Συνάντηση ευαισθησίας**, 1-2 φορές τον μήνα. Εντάσεις και διαπροσωπικά προβλήματα μεταξύ των μελών του προσωπικού φέρνονται στην επιφάνεια συζητούνται ανοιχτά και επιδιώκεται η εξαγωγή διδαγμάτων από αυτά.
6. **Διοικητική συνάντηση**, 1-2 φορές το μήνα. Συζήτηση οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων από μέλη του προσωπικού.
7. **Εκπαίδευση**.
 - α) Για το νοσηλευτικό προσωπικό ειδικά εκπαιδευτικά μαθήματα κάθε εβδομάδα.
 - β) Βιβλιογραφική ενημέρωση μια φορά την εβδομάδα.
 - γ) Εκπαίδευση στην γυχοδυναμική και κοινωνική γυχιατρική μια φορά την εβδομάδα.
8. **Επίσκεψη** δύο φορές την εβδομάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- CAINE JM and SMAIL DJ (1969) *The Treatment of Mental Illness - Science, Faith and the Therapeutic Personality*. London University of London Press
- CARSON J and KITCHING HE (1949) Psychiatric beds in a general ward. *Lancet* i, 833
- CLARK DH (1965) The Therapeutic Community, Concept, practice and future. *Brit J Psychiat* 11, 947-954
- COLE JO (1967) Long-term treatment of chronic Schizophrenia: A lack of controls. *Int J Psychiat* 4, 129-131
- CUMMING J and CUMMING E (1962) *Ego and Milieu*, London: Tavistock
- FREEMAN HL (1960) Oldham and district psychiatric service. *Lancet* i, 218
- GLASER AN (1984) Therapeutic Communities and therapeutic Communities. A personal perspective. *Int J of Ther Commun* vol 4(2), 150-162
- GUNDERSON JG (1980) A reevaluation of milieu therapy for nonchronic schizophrenic patients. *Schizophr. Bull* 6, 64-69
- HERZ MI, WILENSKY H and EARLE A (1966) Problems of the Role Definition in the Therapeutic Community. *Arch Gen Psychiat*. Vol 14 March
- HOFFMAN I and SINGER PR (1977) The Incompatibility of the medical model and the therapeutic community. *Social Science and Medicine* 11; 425-431
- JONES M (1953) *The therapeutic Community*. New York. Basic Books Inc
- LEHMAN AF, STRAUSS JS, RITZLER BA, KOKES RF, HARDER DW and GIFT TE (1982) First Admission Psychiatric Ward Milieu. *Arch Gen Psychiat* 39, 1293-1298
- LEYBERG JT (1969) A district psychiatric service: The Bolton pattern. *Lancet* ii, 282
- MAIN T (1984) Towards a New, Common Model of the Therapeutic Community. Structural components, Learning Processes and Outcomes. *Int J of Ther Comm* Vol 5(2), 77-98
- MAIN TF, BRIDGER H, BION WR, DEWAR MC, FOULKES, S.H and DAVIDSON S (1946) The Hospital as a Therapeutic Institution *Bull. Menninger Clin* 10, 66
- ΜΑΝΟΣ Ν (1980) Ομαδική Ψυχοθεραπεία και Θεραπευτική Κοινότητα στο ΨΝΘ. *Εγκέφαλος* 17, 29-32
- ΜΠΟΥΡΑΣ Ν (1980) Η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. *Ιατρική* 37, 192-199
- POOL A (1959) Organization of Community Care for Oldham and District. Paper read to the Modern and Midland Sections of the Royal Medico-Psychological Association
- ΠΑΡΜΕΝΙΔΟΥ ANNA (1983) Οι ψυχοπαθείς, η θεραπευτική αντιμετώπισή τους και η Milieu Therapy. Διπλωματική εργασία στην Ψυχολογία. North College, Θεσσαλονίκη.
- RAPOPORT RN (1960) *Community as a Doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community*. London Tavistock
- SEDERER LI (1984) Inpatient Psychiatry. What place the Milieu? *Am J Psychiat* 141: 5, 673-674
- SILVERMAN M (1961) A comprehensive Department of Psychological
- SMITH S (1961) *Psychiatry in General Hospitals*. Manchester's integrated scheme
- TRAVER T (1980) Correlates of patient participation in the large group meetings of a therapeutic community. *Brit J Med Psychol* 53, 109-116
- TRAVER T (1984) The current status of the Therapeutic Community *Brit J Med Psychol* 57, 71-79
- WHITE NF (1972) Reappraising the in-patient milieu: *Obit Milieu Canad. Community*. New York Grunne and Stratton
- WILENSKY H and HERZ MI (1966) Problem areas in the Development of a Therapeutic Community. *Int J of Soc Psychiat*. Vol XII No 4
- WILMER HA (1958) *Social Psychiatry in Action*. Springfield Ill. Charles Thomas, Publisher