

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ: ΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ασημόπουλος Χάρης*

Περίληψη

Οι νέες Μονάδες ψυχοκοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης για ψυχικά ασθενείς στην κοινότητα (Προστατευμένα Διαμερίσματα, Ξενώνες, Οικοτροφεία), οι οποίες αναπτύσσονται στην Ελλάδα στο πλαίσιο του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης «Ψυχαργός», αντιμετωπίζουν σε μεγάλο ποσοστό προσπάθειες παρεμπόδισης της λειτουργίας τους από τις τοπικές κοινωνίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι αντιδράσεις αυτές έχουν ιδιαίτερα δυναμικό χαρακτήρα. Το φαινόμενο αποτελεί μορφή αντίστασης στην αλλαγή του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών από το ίδρυμα στην κοινότητα. Έχει μείζονα σημασία για την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς ενέχει τον κίνδυνο να επηρεάσει την εξέλιξή της. Στο άρθρο παρουσιάζεται η αλλαγή του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών, εξετάζονται οι παράγοντες που συντελούν στο φαινόμενο της αντίστασης των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και προτείνονται στρατηγικές και δράσεις που διευκολύνουν την ένταξη των νέων Μονάδων και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.

1. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Από την ιδρυματική στην κοινοτική φροντίδα

Η ιδρυματική ψυχιατρική φροντίδα κατά τη διάρκεια της εξέλιξής της αποδείχθηκε ότι επιφέρει αντιθεραπευτικά αποτελέσματα στην κατάσταση των ψυχικά ασθενών. Ειδικότερα, το ψυχιατρείο φάνηκε ότι σχετίζεται με στίγμα για τους ασθενείς, απόσυρση από τους κοινωνικούς τους ρόλους, περιορισμό των κοινωνικών τους προσδοκιών, ρήξη των οικογενειακών τους δεσμών, ρήξη με το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξής τους, εξάρτηση και αποπροσωποποίηση (Goffman, 1961, Wing, 1962, Rosenhan, 1973, Leff, 1993, Shepherd et al, 1996). Επί πλέον, η λειτουργία του συνδυάστηκε με καταγγελίες για σκάνδαλα και γενικευμένα φαινόμενα εξαθλίωσης και κακοποίησης των ασθενών (Martin, 1984). Στην Ελλάδα, χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού ήταν η αποκάλυψη τη δεκαετία του '80 των απαράδεκτων συνθηκών διαβίωσης των ασθενών στο ψυχιατρείο της Λέρου, με τις καταγγελίες για περίπτερα γυμνών και αλυσοδεμένων (Μπαϊρακτάρης, 1994). Συνέπεια αυτών ήταν η εκδήλωση ευρείας κριτικής προς την ψυχιατρική ιδρυματική φροντίδα, με αποτέλεσμα την έναρξη διαδικασιών ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και στη χώρα μας. Σαν αντιστάθμισμα στις αποτυχημένες πρακτικές του ψυχιατρείου επιχειρείται η διάσπαση και αποκέντρωση των λειτουργιών του σε υπηρεσίες φροντίδας των ψυχικά ασθενών μέσα στη κοινότητα.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σκοπό έχει την εξάλειψη των ιδρυματικών χαρακτηριστικών του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας και την ανάπτυξη κοινωνικού μοντέλου φροντίδας των ψυχικά ασθενών. Το μοντέλο αυτό στηρίζεται στις αρχές της αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού, της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, της κοινωνικής ψυχιατρικής, της τομεοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης. Βάσει αυτών, το σύστημα των υπηρεσιών προσανατολίζεται στον περιορισμό και την κατάργηση της λειτουργίας των ψυχιατρείων και στη δημιουργία τοπικών ολοκληρωμένων δικτύων υπηρεσιών φροντίδας, θεραπείας, υποστήριξης της κοινωνικής λειτουργικότητας και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών στη κοινότητα (Μονάδες στέγασης, επαγγελματικής κατάρτισης, απασχόλησης, προστατευμένης ή υποστηριζόμενης εργασίας, συνηγορίας, ψυχαγωγίας). Έως το 2005, μέσω του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δημιουργήθηκαν 377 νέες Μονάδες (Προστατευμένα Διαμερίσματα, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Κέντρα Ημέρας, κ.α.) για 2695 πρώην ψυχιατρικούς ασθενείς σε όλη τη χώρα (Γκιωνάκης, 2006). Στις νέες Μονάδες οι πρώην ψυχιατρικοί ασθενείς ζουν με επιτυχία στην κοινότητα, με σαφώς βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας και ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτήν που είχαν πριν στα ψυχιατρεία. Το γεγονός αυτό υποστηρίζεται από πολλές σχετικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο στο διεθνή χώρο όσο και στην Ελλάδα (Ζήση, 2003). Ειδικότερα αυτές δείχνουν ότι οι ψυχικά ασθενείς στις κοινοτικές Μονάδες, συγκριτικά με το ψυχιατρείο, έχουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, λιγότερους περιορισμούς, μεγαλύτερη αυτονομία και δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών, χρήση διευκολύνσεων και πόρων της κοινότητας και παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην κοινωνική τους λειτουργικότητα, μείωση της αρνητικής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και διεύρυνση του κοινωνικού δικτύου υποστήριξής τους.

Όμως, σε αντίθεση με αυτές τις θετικές εκβάσεις παρατηρείται ότι στις προσπάθειες αλλαγής και βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών, με τον αποϊδρυματισμό και τη φροντίδα τους σε υπηρεσίες στην κοινότητα, κινητοποιούνται από όλους τους εμπλεκόμενους αντιδράσεις οι οποίες σχετίζονται με το φαινόμενο της αντίστασης στην αλλαγή (Tsiantis et al, 1995).

2. Η αντίσταση στην αλλαγή του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το ψυχιατρείο στην κοινότητα

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία είναι διαδικασία μετασχηματισμού του συστήματος από υπηρεσίες στο ψυχιατρείο σε υπηρεσίες στην κοινότητα, αποτελεί μία διαδικασία αλλαγής. Κλονίζει τις υπάρχουσες ισορροπίες στο ψυχιατρικό σύστημα, συνεπάγεται την απώλεια του γνώριμου και απαιτεί από όλους όσους συμμετέχουν σε αυτό νέες στάσεις, συμπεριφορές, σχέσεις και λειτουργίες. Είναι διαδικασία αγχογόνος κατά την οποία επισυμβαίνουν παρόμοιες διεργασίες όπως σε κάθε άλλου είδους αλλαγή.

Παραμφερείς διεργασίες που συμβαίνουν στα άτομα όταν βιώνουν μία διαδικασία αλλαγής συμβαίνουν και στις ομάδες, στους οργανισμούς, αλλά και στις κοινότητες (Talbot and Kaplan, 1983). Τα στάδια των διεργασιών της αλλαγής έχουν περιγραφεί ειδικότερα ως εξής: σοκ λόγω της απώλειας, πένθος, προσπάθεια ανακάλυψης του χαμένου αντικειμένου, αξιολόγηση του καινούργιου, μετατροπή, ταυτοποίηση και προσαρμογή. Ως προς αυτά έχει φανερό ότι όταν η αλλαγή αντιμετωπίζεται με έλλειψη ενδοψυχικής ασφάλειας και αδυναμία ταυτοποίησης γίνεται απειλητική, με συνέπεια να προκαλείται αντίσταση στην αποδοχή της. Η αντίσταση στην αλλαγή συνήθως προέρχεται από φόβο για το άγνωστο, έλλειψη γνώσεων και πληροφόρησης, προκατα-

λήψεις, ασυμβίβαστο αξιών και υποθέσεων και απώλεια του γνώριμου ψυχοκοινωνικού πεδίου. Οι διεργασίες της αντίστασης στην αλλαγή κυμαίνονται από παθητικές έως έκδηλα εχθρικές, παίρνουν τη μορφή απορριπτικών στάσεων και άμυνας, και εκφράζονται με συμπεριφορές που έχουν στόχο την παρεμπόδιση του έργου της. Αντιδράσεις αυτού του είδους κινητοποιούνται και στην περίπτωση της αλλαγής που συνεπάγεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Έκφράζονται τόσο από τη διοίκηση και το προσωπικό των ψυχιατρείων, όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, αλλά επιπλέον και από τις τοπικές κοινότητες (Tsiantis et al, 1995).

Ειδικότερα, η κεντρική διοίκηση επιμένει στην προτίμηση των ιδρυματικών μορφών φροντίδας και καθυστερεί την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών, προβάλλοντας συνήθως τη σχέση κόστους-οφέλους. Στην Ελλάδα η αργή εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με εμπόδια που δημιουργούσαν και δημιουργούν τόσο η κεντρική όσο και η περιφερειακή διοίκηση. Τα εμπόδια αυτά έχουν τη μορφή γραφειοκρατικών προβλημάτων, αναχαίτισης της δυναμικής συνέχισης των προγραμμάτων, παρεμπόδισης της διάδοσης της πληροφορίας, προβλημάτων χρηματοδότησης και καθυστέρησης της νομοθετικής κατοχύρωσης των νέων κοινοτικού τύπου υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Asimopoulos, 1998).

Στον αποϊδρυματισμό αντιστέκονται και τα μέλη του προσωπικού των ψυχιατρείων, διότι θεωρούν ότι επηρεάζει το κύρος τους, το συναίσθημα της ικανότητάς τους, την οικονομική τους κατάσταση, χάνουν τους παραδοσιακούς τους ρόλους και αποδυναμώνονται οι συμβιωτικές σχέσεις που έχουν με τους ασθενείς. Λόγω αυτών διακινούνται αρνητικά συναισθήματα όπως ανασφάλεια, φθόνος και δυσaréσκεια τα οποία κινητοποιούν την αντίστασή τους για τη μεταρρύθμιση του συστήματος. Αυτή έχει παρατηρηθεί ότι εκφράζεται υπό μορφή απουσιών από την εργασία, παραπλήσεων, εκρήξεων θυμού και επίκλησης εξωτερικής βοήθειας για τη διατήρηση του ιδρυματικού καθεστώτος. Στη διαδικασία του αποϊδρυματισμού έχει φανεί ότι ειδικές παρεμβάσεις είναι δυνατόν να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην τροποποίηση των στάσεων, στη βελτίωση της απόδοσης και στη μείωση των φόβων και των αντιστάσεων των μελών του προσωπικού (Τσιάντης, 1997). Οι παρεμβάσεις αυτές πραγματοποιούνται σύμφωνα με το εκπαιδευτικό μοντέλο (παροχή νέων γνώσεων, μεθόδων και αρχών φροντίδας), με το διοικητικό μοντέλο (οδηγίες, κατευθύνσεις, αξιολόγηση ποιότητας έργου, έλεγχος, ατομικές και ομαδικές μέθοδοι ανατροφοδότησης) και με το ψυχοδυναμικό μοντέλο (ψυχοδυναμική εποπτεία ομάδας προσωπικού από εξωτερικό επόπτη) (Talbot and Kaplan, 1983).

Επίσης, και οι ίδιοι οι ψυχικά ασθενείς είναι δυνατόν να εκφράζουν αντιδράσεις σε περιπτώσεις μετακίνησής τους από τα ψυχιατρεία σε Μονάδες στην κοινότητα. Οι αντιδράσεις τους σχετίζονται με τον αποχωρισμό και συνοδεύονται από πένθος, λύπη, επίκληση βοήθειας, θυμό και τάσεις εξιδανίκευσης του ψυχιατρικού ιδρύματος που εγκαταλείπουν. Όμως έχει φανεί ότι η συμμετοχή σε ειδικά προγράμματα προετοιμασίας για τη μετακίνηση διευκολύνει τους ψυχικά ασθενείς τόσο στη μείωση των αντιδράσεων και του άγχους όσο και στην αποδοχή των νέων κοινοτικών δομών διαμονής τους (Heller, 1982).

Επί πλέον, και οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών εμφανίζουν ιδιαίτερες συναισθηματικές αντιδράσεις και δυσκολεύονται να αποδεχθούν την προοπτική της μετακίνησης των συγγενών τους από τα ψυχιατρεία σε Μονάδες στην κοινότητα. Η προοπτική αυτή τους απειλεί με στίγμα, τους προκαλεί άγχος και αποδιοργάνωση και τους ανακινεί συναισθήματα ενοχής. Όμως έρευνες δείχνουν ότι μετά από την εγκατάσταση των συγγενών τους σε Μονάδες στην κοινότητα υπο-

χωρούν οι αντιδράσεις των οικογενειών και στη συνέχεια αποδέχονται ιδιαίτερα θετικά την αλλαγή (Heller et al, 1988). Αντιδράσεις παρατηρούνται και στο επίπεδο των τοπικών κοινωνιών, ως προς τη λειτουργία Μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, και ειδικότερα Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Ξενώνων και Οικοτροφείων για ψυχικά ασθενείς (Wenocur and Belcher, 1990, Tsiantis et al, 1995).

3. Το φαινόμενο της αντίστασης της κοινότητας στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Το φαινόμενο της αντίστασης της κοινότητας να αποδεχθεί την παρουσία ψυχικά ασθενών στις γειτονιές της έχει παρατηρηθεί σε όλες τις χώρες που πραγματοποίησαν ή πραγματοποιούν διαδικασίες αποϊδρυματισμού και ανάπτυξης υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής ασθένειας. Μελέτες δείχνουν ότι σε χώρες της Δ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής οι υπηρεσίες στέγασης και υποστήριξης ψυχικά ασθενών στην κοινότητα αντιμετώπισαν σε ποσοστό 22% - 50% κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της λειτουργίας τους σοβαρά προβλήματα αντιδράσεων από τις γειτονιές εγκατάστασής τους (Wenocur and Belcher, 1990). Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στη χώρα μας.

Στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2001, οι μισοί από τους 55 Ξενώνες και Οικοτροφεία που αναπύχθηκαν σε κοινότητες στο πλαίσιο του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης «Ψυχαργώς» αντιμετώπισαν σοβαρές αντιδράσεις. Ειδικότερα, στο 20% των περιπτώσεων οι αντιδράσεις αυτές είχαν σαν αποτέλεσμα τη σοβαρή παρεμπόδιση ή ακόμα και την αναστολή λειτουργίας των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στις συγκεκριμένες κοινότητες και τη μετακίνησή τους σε άλλες περιοχές. Παρόμοια γεγονότα συνεχίζουν να εμφανίζονται και να καταγράφονται διαρκώς έως και πρόσφατα. Τελευταίο παράδειγμα ήταν η εκδήλωση αντιδράσεων από τους κατοίκους του Δήμου Ευόσμου στη Θεσσαλονίκη. Χαρακτηριστικά στην εφημερίδα *Ελευθεροτυπία* της 8/3/2006 το γεγονός αυτό καταγράφηκε σε άρθρο-ρεπορτάζ υπό τον τίτλο «Μπλόκο στην αποασυλοποίηση από το Δ. Ευόσμου». Σε αυτό ειδικότερα αναφέρεται ότι «δεν αντιστάθηκαν στις πιέσεις των κατοίκων τα μέλη του δημοτικού συμβουλίου, τα οποία μέσα σε τεταμένη ατμόσφαιρα ψήφισαν ομόφωνα ότι στη λειτουργία ξενώνα για άτομα με προβλήματα ψυχικών διαταραχών στην περιοχή τους. Η συνεδρίαση έγινε παρουσία περίπου 200 δημοτών του Ευόσμου που από την αρχή ήταν κατηγορηματικά αντίθετοι στη λειτουργία του ξενώνα. Μέλη της επιτροπής των κατοίκων ανέφεραν ότι στη συγκεκριμένη περιοχή -όπου βρίσκεται το επίμαχο κτίριο- υπάρχουν σχολεία και παιδικές χαρές και ότι δεν θα μπορούν να κυκλοφορούν τα παιδιά τους». Αυτού του είδους οι αντιδράσεις θα πρέπει να επισημανθεί ότι αντιμετωπίζονται γενικά από τις Μονάδες σαν μη αναμενόμενες, δίχως προετοιμασία και εκ των υστέρων. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι ακόμα οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών δεν προσεγγίζονται σαν αναμενόμενη εκδήλωση του φαινομένου της αντίστασης στην αλλαγή του ψυχιατρικού συστήματος από το ίδρυμα στην κοινότητα, αλλά εκλαμβάνονται σαν να αφορούν μεμονωμένα περιστατικά, δίχως σημασία και επιστημονικό ενδιαφέρον για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Οι επιπτώσεις αυτού είναι πολλές: οι τοπικές κοινωνίες δεν προετοιμάζονται να δεχθούν την παρουσία των ψυχικά ασθενών, οι ψυχικά ασθενείς παραμένουν σε κοινότητες που δεν τους αποδέχονται και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απροετοίμαστοι όσον αφορά τον κατάλληλο σχεδιασμό λειτουργίας των νέων Μονάδων στην κοινότητα και τη διαχείριση των αντιδράσεων.

Οι αντιδράσεις που εκδηλώνονται στην προοπτική της λειτουργίας Μονάδων για ψυχικά ασθενείς από τις τοπικές κοινωνίες σχετίζονται με συλλογικά άγχη και φόβους. Ειδικότερα σχετίζο-

νται με τους φόβους των κατοίκων ότι θα εκπέσουν οι ηθικές αξίες, με αίσθηση περιορισμού της προσωπικής ασφάλειας, αίσθηση κινδύνου της ασφάλειας των παιδιών, φόβους για σεξουαλική παρενόχληση και κακοποίηση, φόβους για αύξηση των κλοπών και των καταστροφών, άγχος για τις παράξενες συμπεριφορές και με ανησυχία ότι θα μειωθεί η αξία της ακίνητης περιουσίας (Sundeen and Fiske, 1982). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτών αποτελεί το απόσπασμα που ακολουθεί και το οποίο αφορά αίτηση δικαστικής αγωγής κατοίκων του Δ. Χολαργού της Αθήνας για λήψη μέτρων απαγόρευσης εγκατάστασης και λειτουργίας Ξενώνα: «*Σε κάθε περίπτωση, είναι βέβαιον ότι θόρυβοι και ενόχληση μεγάλη θα προέρχονται από το συγκεκριμένο ακίνητο καθ' όλη την διάρκεια του 24ώρου, αφού είναι αδύνατον στα άτομα αυτά με τέτοιου είδους ανάγκες να γίνει αντιληπτό ότι υπάρχουν ώρες κοινής ησυχίας ή ότι ενοχλούν τους γείτονες. Είναι επίσης βέβαιον, ότι οι εκπομπές αυτές θορύβων, θα βλάπτουν ουσιαστικά τα ακίνητά μας και όλα τα γύρω ακίνητα. Δεν είναι δε τυχαίο, ότι τέτοιου είδους καταστήματα, ουδέποτε εγκαθίστανται σε πυκνοκατοικημένες περιοχές, αλλά αντιθέτως σε απομακρυσμένες, και αυτό, όχι για προστασία των τρίτων, αλλά και των ιδίων των ασθενών. Είναι επίσης βέβαιον, ότι άλλες σοβαρότερες ενοχλήσεις θα προέλθουν, οι οποίες μας βλάπτουν σοβαρώς, παρ' όλο ότι δεν μπορούν να καταλογισθούν σε τέτοια άτομα, τα οποία δικαιούνται συμπάθειας και περιθάλψεως, αλλά που στην συγκεκριμένη περίπτωση η εγκατάσταση στο παραπάνω ακίνητο θα είναι βλαπτική τόσο για εμάς όσο και για τα ίδια. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι ότι, όπως πληροφορηθήκαμε, σε μερικές περιπτώσεις τα άτομα αυτά θα κυκλοφορούν ελεύθερα για ψώνια κλπ, γεγονός που σε συνδυασμό με την ηλικία τους (εφηβική, μετεφηβική), θα δημιουργήσει προφανώς δυσάρεστες καταστάσεις εκτός των θορύβων για όλους τους γείτονες και μάλιστα για τα παιδιά. Από την εγκατάσταση του συγκεκριμένου καταστήματος βλάπεται ουσιαστικά η χρήση των ακινήτων μας, εφ' όσον η παραπάνω χρήση δεν είναι συνήθης στην περιοχή, αλλά και η προσωπικότητά μας. Επειδή υπάρχει επείγουσα περίπτωση και έμμεσος κίνδυνος εγκαταστάσεως και λειτουργίας του πιο πάνω ασύλου... .. συνεπώς συντρέχει περίπτωση λήψεως ασφαλιστικών μέτρων με την απαγόρευση εγκαταστάσεως και λειτουργίας ή την άρση λειτουργίας του» (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., 1993).*

Υπό την πίεση τέτοιου είδους φόβων οι τοπικές κοινωνίες οδηγούνται σε διάφορες μορφές αντίδρασης με σκοπό να αναστείλουν την εγκατάσταση των Μονάδων και την παρουσία των ψυχικά ασθενών ανάμεσά τους. Οι πλέον συνηθισμένες μορφές αντιδράσεων που έχουν παρατηρηθεί είναι: η επίκληση των κατοίκων για βοήθεια στα όργανα Τοπικής Αυτοδιοίκησης – η κυκλοφορία στην κοινότητα φυλλαδίων ή επιστολών, ατομικά και συλλογικά – η χρήση των τοπικών μέσων μαζικής ενημέρωσης – η προσφυγή σε ασφαλιστικά μέτρα και η κατάθεση δικαστικών αγωγών με αίτημα τη διακοπή της λειτουργίας των Μονάδων – η άρνηση της εξυπηρέτησης των Μονάδων από τις υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (π.χ. υπηρεσία καθαριότητας) – η πίεση για βοήθεια στους πολιτικούς της περιοχής – οι ανεπίσημες συμμαχίες της κοινότητας με διάφορες τοπικές δημόσιες υπηρεσίες για την παρεμπόδιση της λειτουργίας των Μονάδων (π.χ. γραφείο πολεοδομίας της περιοχής, αστυνομία κ.α.) – οι δυναμικές, και σε ορισμένες περιπτώσεις βίαιες, μορφές αντιδράσεων (συγκεντρώσεις, διαδηλώσεις, αποκλεισμός των Μονάδων κ.α.).

Από τα προηγούμενα φαίνεται ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν γίνονται εύκολα αποδεκτοί από τις τοπικές κοινωνίες. Το γεγονός αυτό φαίνεται ότι είναι αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπί-

δρασης των κοινωνικών στάσεων προς τους ψυχικά ασθενείς και ορισμένων ειδικών χαρακτηριστικών που εμφανίζουν οι τοπικές κοινωνίες που αντιδρούν.

4. Κοινωνικές στάσεις και ψυχική ασθένεια

Η ανασκόπηση μελετών για τις στάσεις προς τους ψυχικά ασθενείς δείχνει ότι αυτοί αποτελούν μία από τις πλέον κοινωνικά στιγματισμένες ομάδες μεταξύ των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν κάποιοι είδους αναπηρία και ότι αντιμετωπίζονται με προκατάληψη (Friedman, 1985). Γενικά, οι έρευνες για τις στάσεις του κοινού προς τους ψυχικά ασθενείς δείχνουν ότι το ποσοστό αυτών που τους θεωρούν επικίνδυνους ανέρχεται από 20% έως 35% (Bhugra, 1989, Ojanen, 1992, Murphy et al, 1993). Διευκρινίζεται όμως ότι οι στάσεις αυτές διαφοροποιούνται σε σχέση με την ηλικία, την εκπαίδευση, την κοινωνική τάξη και το φύλο. Φαίνεται ότι τους ψυχικά ασθενείς ανέχονται περισσότερο οι πλέον εκπαιδευμένοι, όσοι κατέχουν υψηλές θέσεις εργασίας και οι γυναίκες (Ojanen, 1992, Brockington et al, 1993). Οι αρνητικές στάσεις προς του ψυχικά ασθενείς ενισχύονται σε σημαντικό βαθμό από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Αυτά αποτελούν την πιο ισχυρή και αποτελεσματική πηγή πληροφόρησης και διαμόρφωσης της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγείας, και ειδικότερα η τηλεόραση. Σχετικές μελέτες δείχνουν ότι στην τηλεόραση η εικόνα των ψυχικά ασθενών περιγράφεται με σκοτεινά χρώματα. Ειδικότερα παρουσιάζονται σαν βίαιοι εγκληματίες οι οποίοι διαπράττουν κλοπές και φόνους ή σαν άτομα αξιολύπτητα και άξια χλευασμού (Barnes, 1993, Wolff, 1997). Επί πλέον, έρευνες για τις στάσεις ως προς το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών για τα άτομα με ψυχική ασθένεια δείχνουν ότι η πλειοψηφία θεωρεί τα ψυχιατρεία αναγκαία για τη θεραπεία και τη φροντίδα τους. Παράλληλα όμως δείχνουν να εμφανίζεται και μια σημαντική μειοψηφία που διατηρεί κριτική στάση για τα ψυχιατρεία διότι τα θεωρεί ότι είναι ίδια με φυλακές (Bhugra and Scott, 1989). Επίσης αν και φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν εγκρίνουν τη διακοπή της λειτουργίας των ψυχιατρείων, λίγοι είναι αυτοί που δεν εγκρίνουν την παρουσία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα (Reda, 1992). Ειδικότερα, αυτοί που εμφανίζουν συγκριτικά μεγαλύτερο βαθμό τάσεων απόρριψης των ψυχικά ασθενών, και τείνουν να αποδοκιμάζουν τη συμβίωση μαζί τους στην κοινότητα, είναι αυτοί που έχουν παιδιά (Wolff, 1997).

Στην Ελλάδα σχετικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αποκαλύπτουν ότι οι στάσεις προς τους ψυχικά ασθενείς γενικά κινούνται προς αρνητική κατεύθυνση. Ειδικότερα, έρευνα του Parashos (1998) έδειξε ότι το 42% των ερωτώμενων δεν θα δεχόταν να προσλάβουν ένα ψυχικά ασθενή παρ' ότι το 90% θα προσελάμβαναν ένα άτομο με σωματική αναπηρία και το 36% δεν θα ήθελαν να ζουν σε μία περιοχή όπου θα λειτουργούσαν Μονάδες για ψυχικά ασθενείς. Επιπλέον η έρευνα του Προγράμματος κατά του Κοινωνικού Στίγματος (Οικονόμου & Λαλιώτη, 2003) σε πανελλαδικό δείγμα αποκάλυψε ότι το κοινό θεωρεί τα άτομα με σχιζοφρένεια ως βίαια και επικίνδυνα (78%), ότι το 61% των ερωτώμενων δεν θα προσλάμβανε ψυχικά ασθενή για εργασία, το 92% δεν θα έμενε σε πολυκατοικία όπου μένει ασθενής με σχιζοφρένεια, το 75% δεν θα έμενε σε γειτονιά όπου υπάρχει ίδρυμα, αλλά και ότι το 51% δεν αντιτίθεται στη δημιουργία ενός μικρού Ξενώνα για ψυχικά ασθενείς στη γειτονιά του. Όσοι αντιτίθενται σε μία τέτοια προοπτική ανάφεραν ως κύριο αίτιο τη θεωρούμενη επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών και το φόβο ότι είναι δυνατόν να δεχθούν επίθεση από τους ασθενείς. Τα συγκριτικά δεδομένα της έρευνας αυτής στην Ελλάδα, με παρόμοιες που πραγματοποιήθηκαν στη Γερμανία και τον Καναδά, έδειξαν ότι στη χώρα μας το στίγμα προς τους ψυχικά ασθενείς εκφράζεται με μεγαλύ-

τερη ένταση και οι αρνητικές στάσεις προς αυτούς είναι περισσότερο έντονες. Σημειώνεται ότι σε ανάλογα συμπεράσματα έχουν καταλήξει και παλαιότερες διαπολιτισμικές έρευνες (Koutrelakos and Zamari, 1983, Madianos et al, 1987, Blue, 1993).

Συμπεραίνεται ότι τα πλέον σημαντικά αίτια της περιθωριοποίησης, του κοινωνικού αποκλεισμού και της ιδρυματοποίησης των ψυχικά ασθενών είναι τα συναισθήματα που προκαλούν στους συμπολίτες τους. Αποτέλεσμα είναι οι υπόλοιποι άνθρωποι να φοβούνται και να προφυλάσσονται από όσους πάσχουν από ψυχική ασθένεια και οι τοπικές κοινωνίες να είναι απρόθυμες να διευκολύνουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών. Ως εκ τούτου αναμένεται ότι οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις θα τείνουν να δυσχεραίνουν το έργο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και συνεπώς το γεγονός αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο στάδιο του σχεδιασμού κάθε σχετικής προσπάθειας.

5. Τα χαρακτηριστικά των τοπικών κοινωνιών που αντιδρούν

Οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στη λειτουργία Μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχει φανερί ότι, εκτός από τις κοινωνικές στάσεις προς την ψυχική ασθένεια, συνδέονται και με ορισμένα φυσικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Αυτά ειδικότερα αφορούν στην κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση, στην εθνική ή φυλετική σύνθεση, στον χαρακτηρισμό της χρήσης γης, στα ποσοστά εγκληματικότητας, στο βαθμό κινητικότητας των κατοίκων, στις πολιτικές τους επιλογές και στις ειδικότερες στάσεις τους σε σχέση με το είδος των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας ψυχικά ασθενών.

Σχετικές έρευνες από το διεθνή χώρο δείχνουν ότι οι προσπάθειες λειτουργίας Μονάδων φροντίδας ψυχικά ασθενών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερου βαθμού αντίσταση σε κοινότητες οι οποίες υιοθετούν πολιτικά συντηρητικές αξίες, έχουν υψηλό βαθμό κοινωνικής συνοχής και ομοιογένειας, οργανώνονται με ισχυρούς συλλόγους και έχουν δυναμικούς ηγέτες, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ιδιόκτητης οικογενειακής κατοικίας και εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά μετακίνησης του πληθυσμού τους. Αντίθετα οι Μονάδες αντιμετωπίζουν μικρότερο βαθμό αντίστασης σε κοινότητες οι οποίες είναι οικονομικά υποβαθμισμένες, είναι πολυπολιτισμικές, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ενοικιαζόμενης κατοικίας, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά μετακίνησης του πληθυσμού τους, δεν έχουν κοινοτικές πηγές για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας (Wenocur and Belcher, 1990). Επιπλέον η αντίσταση των κοινοτήτων φαίνεται ότι μειώνεται όταν πρόκειται να εγκατασταθούν στην περιοχή τους Προστατευμένα Διαμερίσματα αντί Ξενώνων ή Οικοτροφείων και όταν δεν έχει αναπτυχθεί ήδη μεγάλος αριθμός παρόμοιων υπηρεσιών. Ο βαθμός της συγκέντρωσης Μονάδων στην ίδια περιοχή αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πυροδότηση έντονων κοινοτικών αντιδράσεων. Φαίνεται ότι η μαζική εγκατάσταση Μονάδων και ψυχικά ασθενών στην κοινότητα προσλαμβάνεται από τους κατοίκους σαν μαζική εισβολή με αποτέλεσμα να ενισχύεται το άγχος τους και να οδηγούνται σε υπερβολικές αντιδράσεις.

Επισημαίνεται όμως ότι ανάλογες μελέτες όσον αφορά την Ελλάδα δεν έχουν εμφανισθεί. Αποτέλεσμα είναι να μην υπάρχουν δεδομένα που να βοηθούν στον κατάλληλο σχεδιασμό της ανάπτυξης των κοινοτικών υπηρεσιών και συνεπώς χρειάζεται η ενίσχυση της έρευνας στη χώρα μας και προς αυτή την κατεύθυνση.

Από τα προηγούμενα φαίνεται ότι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της τοπικής κοινωνίας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο αυτή δρα και αντιδρά. Το κοινοτικό περιβάλλον

συμπεριλαμβάνει ιστορία, πληθυσμό με συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, γεωγραφικά όρια, συμβολική ενότητα που διαμορφώνει συλλογική κοινοτική ταυτότητα και συνειδηση, αξίες και πρότυπα συμπεριφοράς, τυπικές και άτυπες διαδικασίες κοινωνικού ελέγχου, κοινωνικό δεσμό, δίκτυα αλληλοϋποστήριξης, συλλογικές μορφές οργάνωσης, λειτουργίες, δομές και υπηρεσίες. Συνεπώς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρειάζεται να αναγνωρίζουν ότι οι παρεμβάσεις τους σε μία κοινότητα πραγματοποιούνται σε ένα ήδη δομημένο σύστημα ανθρώπινου περιβάλλοντος. Όσοι σχεδιάζουν την ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας ψυχικά ασθενών στην κοινότητα είναι απαραίτητο να λαμβάνουν υπόψη και να μελετούν τα ιδιαίτερα φυσικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των τοπικών κοινωνιών. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να αποφεύγεται η επιλογή κοινοτήτων με χαρακτηριστικά υψηλού βαθμού αντίστασης προς τις Μονάδες ή να καθορίζονται η στρατηγική και οι τρόποι διαχείρισης των αναμενόμενων αντιδράσεων.

6. Στρατηγικές εγκατάστασης και προγράμματα ένταξης των Μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα

Η εγκατάσταση και η λειτουργία των Μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα είναι έργο σύνθετο. Έχει ιδιαίτερες απαιτήσεις εξαιτίας του πολύπλοκου χαρακτήρα της κοινοτικής οργάνωσης, του δυναμικού χαρακτήρα των κοινοτικών σχέσεων και των κυρίαρχων αρνητικών κοινωνικών στάσεων προς την ψυχική ασθένεια. Απαιτεί σχεδιασμό, διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία, συστηματικές παρεμβάσεις και κοινωνική συμμετοχή.

Η εμπειρία δείχνει ότι στο στάδιο σχεδιασμού της λειτουργίας μίας Μονάδας, σημείο εκκίνησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας χρειάζεται να είναι η συστηματική μελέτη της τοπικής κοινωνίας. Η διεργασία αυτή παρέχει αναγκαία δεδομένα σχετικά με τις διαστάσεις της συγκρότησής της. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να απαντηθούν τα ερωτήματα σχεδιασμού που θα προκύπτουν, όπως π.χ.: Ποια είναι η πλέον κατάλληλη περιοχή για την εγκατάσταση της Μονάδας; Ποιοι άλλοι (φυσικά ή νομικά πρόσωπα) χρειάζεται να εμπλακούν στη διαδικασία του σχεδιασμού και της προετοιμασίας λειτουργίας της; Ποια είναι η κατάλληλη χρονική στιγμή που χρειάζεται να εμπλακούν και να συνεργαστούν; Ποιες διαθέσιμες εναλλακτικές στρατηγικές προβλέπονται σε περίπτωση ακύρωσης του αρχικού σχεδιασμού; Απαντήσεις σε τέτοιου είδους ερωτήματα είναι δυνατόν να βοηθούν σημαντικά στο προσδιορισμό κατάλληλης στρατηγικής σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής, εγκατάστασης και λειτουργίας των Μονάδων στην κοινότητα.

Στη διεθνή εμπειρία καταγράφονται τρία είδη στρατηγικών εγκατάστασης Μονάδων στην κοινότητα: η *Συμμετοχική Στρατηγική*, η *Συγκαλυμμένη Στρατηγική* και η *Συνδυαστική Στρατηγική*. Στα πλαίσια της Συμμετοχικής Στρατηγικής αρχικά απαιτείται η ανάπτυξη μίας προσεκτικά σχεδιασμένης και σε βάθος διαδικασία αγωγής της τοπικής κοινωνίας σε θέματα ψυχικής υγείας. Στη συνέχεια ακολουθεί μια διαδικασία ευρείας πληροφόρησης και ανάπτυξης συνεργασιών. Η εγκατάσταση της Μονάδας πραγματοποιείται μόνον εφόσον συναινέσει η τοπική κοινωνία στην προοπτική της λειτουργίας της. Στο πλαίσιο αυτό απαιτούνται ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αγωγής της κοινότητας, εμπειρία κοινωνικού σχεδιασμού και διαθεσιμότητα χρόνου μέχρι την επίτευξη του επιθυμητού στόχου της συναίνεσης των κατοίκων. Η στρατηγική αυτή στηρίζεται στην άποψη ότι μόνο μια επαρκώς πληροφορημένη τοπική κοινωνία, η οποία συναινεί εκ των προτέρων στη λειτουργία της Μονάδας, είναι δυνατόν μακροπρόθεσμα να υποστηρίξει αποτελεσματικά την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινοτική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στο περιβάλλον της. Αντίθετα, η Συγκαλυμμέ-

νη Στρατηγική στηρίζεται στην άποψη ότι ο φόβος προς την ψυχική ασθένεια πρέπει να αντιμετωπίζεται όχι σε φαντασιωσικό επίπεδο αλλά στο επίπεδο της πραγματικότητας. Θεωρεί ότι οι προκαταλήψεις για τους ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά μέσω της άμεσης γνωριμίας και των καθημερινών συναλλαγών μαζί τους. Σκοπός της στρατηγικής είναι η εγκατάσταση και λειτουργία της Μονάδας στην κοινότητα με άμεσες και αθόρυβες διαδικασίες σε οικήματα που πληρούν τις νόμιμες απαιτήσεις. Υποστηρίζει ότι εφόσον οι ψυχικά ασθενείς είναι ισότιμοι πολίτες της κοινωνίας έχουν το δικαίωμα να διαμένουν όπου αυτοί επιθυμούν δίχως να χρειάζονται τη συγκατάθεση ή την έγκριση κανενός άλλου. Η τοπική κοινωνία ενημερώνεται εκ των υστέρων και σταδιακά. Τέλος, η Συνδυαστική Στρατηγική συμπεριλαμβάνει προσεγγίσεις οι οποίες υιοθετούν και συνδυάζουν σε διαφορετικό βαθμό στοιχεία και από τις δύο προαναφερόμενες στρατηγικές.

Μετά την αρχική εγκατάσταση, ακολουθεί η διαδικασία της ενσωμάτωσης της Μονάδας στη τοπική κοινωνία, η οποία είναι διαρκής και δυναμική. Είναι διεργασία συνυφασμένη με το ίδιο το έργο που καλείται να επιτελεί. Σε αντίθετη περίπτωση οι ψυχικά ασθενείς κινδυνεύουν να παραμένουν περιορισμένοι σε μία Μονάδα κοινοτικού τύπου φροντίδας αποκλεισμένη όμως από την ίδια την κοινότητα. Η κοινοτική ενσωμάτωση της Μονάδας συνδέεται με την αποδοχή και την ένταξή της στο ψυχοκοινωνικό πεδίο της καθημερινής ζωής της τοπικής κοινωνίας. Για το σκοπό αυτό οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρειάζεται να εμβαθύνουν σε θέματα σχετικά με το ρόλο της κοινότητας ως νέο πεδίο παροχής των ψυχιατρικών υπηρεσιών και την ποιότητα λειτουργίας των Μονάδων και να αναπτύσσουν ειδικά προγράμματα ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινωνίας για την αντιμετώπιση του στίγματος και των προκαταλήψεων για την ψυχική ασθένεια, ανάπτυξης δικτύου εθελοντών και προαγωγής της ψυχικής υγείας της κοινότητας (Μ.ΥΠ.Ε.Π., 2000)

6.1 Η κοινότητα ως νέο πεδίο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η κοινότητα για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι ένα νέο σχετικά πεδίο παροχής των υπηρεσιών τους. Σε σύγκριση με το ψυχιατρείο, το οποίο είναι πεδίο τεχνητό που ιδρύεται για να επιτελεί συγκεκριμένη λειτουργία και χαρακτηρίζεται από γραφειοκρατική και συγκεντρωτική δομή, η κοινότητα είναι ένα φυσικό κοινωνικό πεδίο. Είναι ένα ανοικτό σύστημα ανθρωπίνων σχέσεων στο οποίο επιτελούνται λειτουργίες κοινωνικοποίησης, κοινωνικού ελέγχου, κοινωνικής συμμετοχής και κοινωνικής αλληλεγγύης και αλληλοϋποστήριξης. Συνεπώς στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης η κοινότητα δεν είναι δυνατόν να κατανοείται απλά και μόνον σαν μία αλλαγή του τόπου παροχής θεραπείας και φροντίδας της ψυχικής ασθένειας. Χρειάζεται να προσεγγίζεται σαν ένα δυναμικό πλαίσιο όπου αλληλεπιδρούν κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες είναι δυνατόν να προσδιορίζουν την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και να επηρεάζουν την εξέλιξη, τις επιπτώσεις και την αντιμετώπιση του ψυχικού προβλήματος (Hunter and Riger, 1986). Το γεγονός αυτό θέτει νέα δεδομένα για τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε σχέση με τις παραδοσιακές τους πρακτικές στο ψυχιατρείο και απαιτεί νέες μεθόδους.

Η διασπορά των υπηρεσιών του ψυχιατρείου μέσα στην κοινότητα αλλάζει τη δομή και τις λειτουργίες τους, με συνέπεια να τροποποιείται και ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, οι κοινοτικές Μονάδες έχουν σχετική αυτονομία και ανοικτή σχέση και αλληλεπίδραση με την κοινότητα. Τη διαχείριση τους αναλαμβάνουν μικρές διεπιστημονικές ομάδες προ-

σωπικού, που ανατίθενται ισότιμα στα μέλη τους ρόλοι σχεδιασμού, προγραμματισμού, παρέμβασης, διαχείρισης και αξιολόγησης. Στο κοινοτικό μοντέλο φροντίδας της ψυχικής ασθένειας η δυαδική σχέση μεταξύ θεραπευτή – θεραπευόμενου, η οποία χαρακτήριζε τις διαδικασίες στο ψυχιατρείο, διευρύνεται και συμπεριλαμβάνει κοινοτικές σχέσεις και λειτουργίες. Η προοπτική της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης των ασθενών στη κοινότητα προϋποθέτει την εισαγωγή και μη-ειδικών στο μοντέλο λειτουργίας των υπηρεσιών. Απαιτεί συνεργασίες τόσο με κοινοτικά δίκτυα φορέων κοινωνικής υποστήριξης όσο και με εθελοντές. Στο πλαίσιο αυτό οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρειάζεται να επαναπροσδιορίσουν την επαγγελματική τους ταυτότητα καθώς χρειάζεται να αναλαμβάνουν εκτός του κλινικού και νέους ρόλους όπως: ρόλο μεσολαβητή των ψυχικά ασθενών με τα κοινοτικά δίκτυα υποστήριξης, ρόλο συνηγόρου για την αναγνώριση και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, ρόλους κοινωνικής δράσης για να αποκτήσουν οι ασθενείς μη αναγνωρισμένα δικαιώματα, ρόλο εκπαιδευτή των ασθενών σε δεξιότητες κοινωνικοποίησης αναγκαίες για την κοινωνική τους ένταξη και ρόλο σχεδιαστή προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Συμπεραίνεται ότι οι διαστάσεις της κοινότητας αφενός επηρεάζουν άμεσα τις διαδικασίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης των ψυχικά ασθενών και αφετέρου προσδιορίζουν τη δομή, τη δικτύωση και τις λειτουργίες των νέων κοινοτικών Μονάδων και του προσωπικού τους. Λόγω αυτού αποκτούν μεγάλη σημασία για το έργο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και χρειάζεται να εντάσσονται στη θεωρία και την πρακτική των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

6.2 Η ποιότητα λειτουργίας των Μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Ένα από τα νέα δεδομένα που θέτει στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας η κοινοτικού τύπου φροντίδα της ψυχικής ασθένειας, σε σχέση με τις παραδοσιακές τους πρακτικές, είναι και η αξιολόγηση του έργου τους και της λειτουργίας των Μονάδων από την ίδια την τοπική κοινωνία στο πλαίσιο της οποίας δραστηριοποιούνται. Το γεγονός αυτό έχει σχέση με την ίδια τη φύση της και με μία από τις λειτουργίες που επιτελεί ως κοινωνικό σύστημα, η οποία αφορά ειδικότερα στον κοινωνικό έλεγχο. Είναι διαδικασία με την οποία επιτυγχάνεται η αποδοχή των κανόνων που ρυθμίζουν την κοινωνική ζωή και ασκείται τόσο με επίσημο τρόπο, με την ενεργοποίηση νόμιμων θεσμών, όσο και με ανεπίσημο τρόπο, με τους περιορισμούς που θέτουν οι κανόνες της τοπικής κουλτούρας (Ζαϊμάκης, 2002). Οι άτυποι κανόνες κοινωνικού ελέγχου και οι τοπικές αξίες χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη στη λειτουργία των Μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διότι είναι δυνατόν να επηρεάσουν το βαθμό της κοινοτικής τους ενσωμάτωσης. Ορισμένα από τα κρίσιμα ζητήματα, τα οποία διαρκώς αναμένεται να αξιολογούνται και να ελέγχονται από τις τοπικές κοινωνίες, συμπεριλαμβάνουν και αυτά που αφορούν την εκτίμηση της ποιότητας της λειτουργίας των Μονάδων και της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών τους.

Οι διαστάσεις που θεωρούνται σημαντικές στην εκτίμηση της ποιότητας κάθε είδους Μονάδας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, και που συνεργούν στη ποιότητα ζωή τους, είναι τρεις. Η πρώτη αφορά στην ποιότητα φροντίδας και αναφέρεται στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται από τις δραστηριότητες της παροχής υπηρεσιών και προσωπικής φροντίδας προς τους ψυχικά ασθενείς. Η δεύτερη αφορά στην ποιότητα διαχείρισης και αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι ενέργειες των υπευθύνων συνεισφέρουν στην αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των υλικών και ανθρώπινων πόρων. Η τρίτη

αφορά στην ποιότητα του περιβάλλοντος και αναφέρεται στην ποιότητα τόσο του κοινωνικού όσο και του φυσικού περιβάλλοντος της Μονάδας (SSI, 1992). Οι διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας και της ποιότητας του περιβάλλοντος, λόγω του ότι εμπεριέχουν και στοιχεία περισσότερο ορατά και μετρήσιμα σε περίπτωση αξιολόγησης, χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και συνέπειας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην προσπάθεια της ένταξης και ενσωμάτωσης της Μονάδας στην τοπική κοινωνία. Ειδικότερα χρειάζεται να δίνεται ιδιαίτερη σημασία σε θέματα δικαιωμάτων των ασθενών, σεβασμού των επιλογών τους, συμπεριφορών και τρόπων αλληλεπίδρασης μαζί τους, προσωπικής τους υγιεινής και ένδυσης, ενθάρρυνσης της συμμετοχής τους στην κοινοτική ζωή, προστασίας και υποστήριξής τους και σχεδιασμού του περιβάλλοντος της Μονάδας με τρόπο που να μην στιγματίζει και να ενθαρρύνει την αλληλεπίδραση και τις σχέσεις με τη ζωή της κοινότητας.

6.3 Η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας

Η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σχετικά με θέματα που αφορούν στην ψυχική ασθένεια σκοπεύει στην τροποποίηση των αρνητικών στάσεων και των προκαταλήψεων. Στο πλαίσιο αυτό συνήθως αναπτύσσονται προγράμματα αγωγής ψυχικής υγείας της κοινότητας που δίνουν έμφαση στην παροχή πληροφοριών για την αύξηση των σχετικών γνώσεων. Όμως η εμπειρία δείχνει ότι η ενημέρωση, αν και βοηθάει στην απομυθοποίηση της ψυχικής ασθένειας, δεν οδηγεί απαραίτητα και στην αλλαγή των σχετικών στάσεων και των συμπεριφορών που αυτές συνεπάγονται. Η κάμψη των προκαταλήψεων όσων έχουν ελάχιστη ή καμία επαφή με ψυχικά ασθενείς φαίνεται ότι απαιτεί ιδιαίτερη στρατηγική και μεθόδους. Επισημαίνεται ότι δυστυχώς το πρόβλημα αυτό δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Ενώ για τις στάσεις του κοινού προς την ψυχική ασθένεια έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες, οι μελέτες και οι πληροφορίες για τον τρόπο αλλαγής των στάσεων προς τους ψυχικά ασθενείς και τις κοινοτικές Μονάδες φροντίδας τους είναι ελάχιστες.

Μία από αυτές είναι η έρευνα-παρέμβαση των Wolff et al (1996) για την αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικού προγράμματος των περιοίκων Ξενώνων ψυχικά ασθενών του Βόρειου Λονδίνου. Η αναφορά στο πρόγραμμα αυτό διευκρινίζει κατά πολύ το ζήτημα της κατάλληλης στρατηγικής ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης της κοινότητας. Στη συγκεκριμένη μελέτη συγκρίθηκαν δύο ομάδες περιοίκων Ξενώνων ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Στην πειραματική ομάδα ανήκαν περίοικοι που συμμετείχαν σε ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα με εκπαιδευτικό αλλά και κοινωνικό χαρακτήρα (επίσκεψη στους Ξενώνες, γνωριμία με τους ενοίκους τους και κοινωνικές εκδηλώσεις). Στην ομάδα ελέγχου ανήκαν περίοικοι που έλαβαν μόνον πληροφορίες σχετικές με την ψυχική ασθένεια και τις υπηρεσίες φροντίδας της. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε πριν και μετά τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις ώστε να διερευνηθεί η επίδραση τους στις στάσεις και τις συμπεριφορές των περιοίκων προς τους ψυχικά ασθενείς των Ξενώνων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι περίοικοι της πειραματικής ομάδας παρουσίασαν, με την ολοκλήρωση της εκπαιδευτικής διεργασίας, σημαντική βελτίωση σε σύγκριση με αυτούς της ομάδας ελέγχου ως προς τις απορριπτικές στάσεις και τους φόβους για τους ψυχικά ασθενείς. Το 28% των περιοίκων της πειραματικής ομάδας προσκάλεσαν ενοίκους Ξενώνων στα σπίτια τους, ενώ παρόμοια έπραξε μόνο το 8% των περιοίκων της ομάδας ελέγχου. Το 13% των περιοίκων της πειραματικής ομάδας, ενώ κανείς από τους περίοικους της ομάδας ελέγχου, δημιούργησαν φιλικές σχέσεις με ενοίκους των Ξενώνων. Το 50% των ενοίκων των Ξενώνων της περιοχής της

πειραματικής ομάδας περιοίκων ανέπτυξαν σταθερές και τακτικές κοινωνικές επαφές με τους γείτονές τους, ενώ κάτι ανάλογο δεν συνέβη για κανέναν ένοικο των Ξενώνων της περιοχής της ομάδας ελέγχου των περιοίκων. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι η άμεση επαφή με τους ενοίκους-ψυχικά ασθενείς των Ξενώνων, σε σύγκριση με την παροχή μόνο γνώσεων, είναι περισσότερο αποτελεσματική στη μείωση των φόβων και των τάσεων απομόνωσης των ψυχικά ασθενών από τους περιοίκους, στη βελτίωση της κοινωνικής επαφής μεταξύ τους και στην αναίρεση των ανησυχιών των περιοίκων για το εάν οι ψυχικά ασθενείς τυγχάνουν κατάλληλης προσοχής και υποστήριξης από τα μέλη του προσωπικού.

Συμπεραίνεται ότι για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινωνίας σε θέματα ψυχικής ασθένειας δεν αρκεί μόνο η παροχή πληροφοριών. Απαιτείται ολοκληρωμένη και βιωματική προσέγγιση η οποία χρειάζεται να συμπεριλαμβάνει και την κοινωνική αλληλεπίδραση με τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς και τις κοινοτικές Μονάδες φροντίδας τους.

6.4 Η ανάπτυξη δικτύου εθελοντών

Εθελοντισμός είναι η μη αμειβόμενη, μη κερδοσκοπική και δίχως επαγγελματική εξέλιξη δράση για την ευημερία του συνανθρώπου, της κοινότητας και γενικότερα της κοινωνίας. Δεν αφορά απλά μια μορφή ανιδιοτελούς παροχής κοινωνικού έργου. Είναι στάση ζωής με ιδιαίτερες αξίες και ιδεολογία όπως αυτές της φιλανθρωπίας, της αλληλεγγύης, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της κοινωνικής συμμετοχής. Οι εθελοντές αποδεικνύονται πολύτιμοι συνεργάτες των Μονάδων φροντίδας ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, τόσο στην κοινοτική αποδοχή και ενσωμάτωσή τους όσο και στο ίδιο το έργο τους. Ειδικότερα, αυτοί είναι δυνατόν να λειτουργούν σαν ένας από τους συνδετικούς κρίκους με την κοινότητα και να υποστηρίζουν τις προσπάθειες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινοτικής ένταξης των ψυχικά ασθενών.

Η δημιουργία δικτύου εθελοντών από κατοίκους και φορείς της τοπικής κοινωνίας, για την υποστήριξη της λειτουργίας της Μονάδας, είναι διαδικασία που αναπτύσσεται οργανωμένα και συστηματικά όσον αφορά την προσέλκυση, την αξιολόγηση, την εκπαίδευση και τη συνεργασία μαζί τους. Η προσέλκυση εθελοντών είναι μια διαρκής προσπάθεια η οποία χρειάζεται να πραγματοποιείται με τυπικούς αλλά και με ανεπίσημους τρόπους. Η Μονάδα χρειάζεται να δηλώνει το ενδιαφέρον της ανάπτυξης συνεργασίας μαζί τους μέσω ανακοινώσεων, επιστολών και φυλλαδίων και να προσκαλεί κατοίκους ή φορείς της κοινότητας να γνωρίζουν τις δραστηριότητές της. Επίσης σημειώνεται ότι επειδή οι εθελοντές προσεγγίζονται ως συνεργάτες της Μονάδας κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγησή τους σχετικά με τις απαιτήσεις του ρόλου και του έργου που αναλαμβάνουν. Κριτήρια αξιολόγησης εθελοντών είναι το κίνητρο, η διαθεσιμότητα, τα στοιχεία της προσωπικότητας, ο τρόπος επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, οι στάσεις προς την ψυχική ασθένεια, ο σεβασμός των δικαιωμάτων των άλλων και η τήρηση εχεμύθειας. Επί πλέον είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευσή τους σε θέματα διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, γιατί τους υποστηρίζει να κατανοούν και να ανταποκρίνονται κατάλληλα στις σύνθετες ανάγκες λειτουργίας της Μονάδας και των ψυχικά ασθενών. Επισημαίνεται ότι οι μέθοδοι εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης των εθελοντών χρειάζεται να είναι ευέλικτες και να έχουν βιωματικό χαρακτήρα. Τέλος, επισημαίνεται ότι η συνεργασία με τους εθελοντές θα πρέπει να εξελίσσεται και να είναι οργανικά ενταγμένη στα πλαίσια της γενικότερης λειτουργίας της Μονάδας ως εξής: μέλη του προσωπικού αναλαμβάνουν την ατομική συνεργασία με εθελοντές – σε τακτά

διαστήματα οι εθελοντές έχουν τη δυνατότητα συνεργασίας με τον υπεύθυνο της υπηρεσίας – περιοδικά οι εθελοντές καλούνται να συμμετάσχουν σε συναντήσεις της ομάδας προσωπικού – ενθαρρύνονται στη δημιουργία ομάδας εθελοντών με την υποστήριξη μελών του προσωπικού – δραστηριοποιούνται σύμφωνα με στόχους.

6.5 Η προαγωγή της ψυχικής υγείας της κοινότητας

Η κοινότητα είναι κοινωνικό σύστημα που επιτελεί λειτουργίες για την ικανοποίηση των οικονομικών, κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών των κατοίκων-μελών της. Το γεγονός αυτό την αναδεικνύει σε φορέα παροχής αλλά και αποδοχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας και προαγωγής και φροντίδας της υγείας και της ψυχικής υγείας. Από την άλλη είναι γνωστές τόσο οι μεγάλες ανάγκες των ανθρώπων για υπηρεσίες ψυχικής υγείας (υπολογίζεται ότι το ποσοστό αυτών που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας προσεγγίζει στο 10% του γενικού πληθυσμού) όσο και η πλημμελής κάλυψη αυτών των αναγκών από το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (χαρακτηρίζεται συγκεντρωτικό και με μεγάλες ελλείψεις σε υπηρεσίες). Συνεπώς το κοινοτικό πεδίο παρέχει στη διεπιστημονική ομάδα του προσωπικού της Μονάδας το πλαίσιο για να ανταποκριθεί και να παίξει ουσιαστικό ρόλο στην κάλυψη υπαρκτών αναγκών προαγωγής της ψυχικής υγείας της τοπικής κοινωνίας όπου δραστηριοποιείται.

Στο πλαίσιο αυτό, ρόλος του προσωπικού της Μονάδας είναι να βοηθά την κοινότητα να αναγνωρίζει τις ανάγκες ψυχικής υγείας, να προσφέρει πόρους για την προαγωγή αυτής στο περιβάλλον της και να προωθεί την υποστήριξη της ψυχοκοινωνικής φροντίδας των ψυχικά ασθενών της. Εφικτές δραστηριότητες είναι η ανάπτυξη προγράμματος αγωγής ψυχικής υγείας, η παροχή συμβουλευτικής σε ανάγκες ευπαθών κοινωνικών ομάδων, η παροχή υπηρεσιών πρώτης εκτίμησης και παραπομπής σε περιπτώσεις οξέων ψυχικών προβλημάτων και η οργάνωση ομάδων αυτοβοήθειας οικογενειών με μέλος ψυχικά ασθενή. Επίσης εφικτή αλλά και ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και κινητοποίηση του Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλων κοινοτικών φορέων για την ανάπτυξη ή την ενίσχυση ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κατοίκων της κοινότητας με προβλήματα ψυχικής υγείας ή άλλες ειδικές ανάγκες (πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης και προώθησης στην αγορά εργασίας, πλαίσιο απασχόλησης και προστατευμένης εργασίας, κοινωνική λήσχη δημιουργικής απασχόλησης και ψυχαγωγίας κ.α.).

Η κοινοτική ανταποδοτική λειτουργία της Μονάδας στην κάλυψη αναγκών ψυχικής υγείας της τοπικής κοινωνίας αναμένεται να της προσδίδει αναγνώριση του ρόλου της, να την εντάσσει σαν απαραίτητη στο τοπικό δίκτυο υπηρεσιών και να επηρεάζει θετικά την κοινοτική της αποδοχή.

7. Σύνοψη

Οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στη λειτουργία Μονάδων φροντίδας, θεραπείας και αποκατάστασης ψυχικά ασθενών αποτελεί μείζον πρόβλημα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση διότι είναι δυνατόν να επηρεάζει την εξέλιξή της.

Οι περιπτώσεις των αντιδράσεων που έως τώρα έχουν καταγραφεί δεν πρέπει να εκλαμβάνονται σαν να αφορούν μεμονωμένα περιστατικά, δίχως σημασία και επιστημονικό ενδιαφέρον. Στην περίπτωση αυτή οι επιπτώσεις είναι πολλές: οι τοπικές κοινωνίες δεν προετοιμάζονται να

δεχθούν την παρουσία των ψυχικά ασθενών που πριν παρέμεναν στα ψυχιατρεία, οι ψυχικά ασθενείς παραμένουν σε κοινότητες που δεν τους αποδέχονται και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απροετοίμαστοι όσον αφορά τον κατάλληλο σχεδιασμό λειτουργίας των Μονάδων και τη διαχείριση των αντιδράσεων. Οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών θα πρέπει να είναι αναμενόμενες και να απασχολούν την πολιτική και τα προγράμματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Χρειάζεται να προσεγγίζονται σαν εκδήλωση του ψυχοκοινωνικού φαινομένου της αντίστασης στην αλλαγή του ψυχιατρικού συστήματος, από το ίδρυμα στην κοινότητα, το οποίο είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των κοινωνικών στάσεων για την ψυχική ασθένεια και των συμπεριφορών που συνεπάγονται προς τους ψυχικά ασθενείς και ορισμένων φυσικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών που εμφανίζουν οι τοπικές κοινωνίες που αντιδρούν.

Για την αντιμετώπιση του φαινομένου και με σκοπό τη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών εγκατάστασης των Μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα απαιτείται έρευνα, κοινωνικός σχεδιασμός σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο, διεπιστημονική προσέγγιση, εκπαίδευση στην εργασία με την κοινότητα, πανελλαδικές καμπάνιες καταπολέμησης του στίγματος και των προκαταλήψεων, προγράμματα αγωγής ψυχικής υγείας της κοινότητας, καθώς και διαρκείς συστηματικές παρεμβάσεις και κοινωνική συμμετοχή σε επίπεδο κοινωνίας, κοινότητας και γειτονιάς.

Βιβλιογραφία

- Asimopoulos, Ch., (1998). "Reform", developments and prevailing trends in mental health care in Greece, *Social Work in Europe*, 5 (1): 41-48.
- Barnes, R. C., (1993). Mental illness in British newspapers, *Psychiatric Bulletin*, 17: 673-674.
- Berlin, I. N., (1979). Resistance to mental health consultation directed at change in public institutions, *Community Mental Health Journal*, 15(2): 119 – 128.
- Bhugra, D., (1989). Attitudes towards mental illness. A review of the literature, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80: 1-12.
- Bhugra, D. and Scott, J., (1989). The public image of psychiatry—A pilot study, *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 13: 330-333.
- Blue, V., (1993). Greek psychiatry's transition from the hospital to the community, *Medical Anthropology Quarterly*, 7: 301-308.
- Γκιωνάκης, Ν., (2006). Προβλήματα στην υποστήριξη και παρακολούθηση της λειτουργίας των νέων δομών, (ανακοίνωση), Πανελλήνιο Συνέδριο: «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ευρώπη και στην Ελλάδα» (7-9/4/2006), Αλεξανδρούπολη.
- Coates, R. B. and Miller, A. D., (1973). Neutralization of community resistance to group houses, 67 – 84, in Bakal, Y. (ed) *Closing Correctional Institutions*, MA. D. C. Health, Lexington.
- Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. (1993). *Αίτηση ασφαλιστικών μέτρων κατοίκων Δ. Χολαργού κατά της λειτουργίας του Ξενώνα «Κοινοτικό Σπίτι ΘΕΤΙΣ»*, αρχείο Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου Αρ. Πρ. 226/24.11.1993, Αθήνα..
- Friedman, R.S., (1986). Resistance to alternatives to hospitalization, *Psychiatric Clinics of North America*, 8(3): 471-482.
- Goffman, E., (1961). *Asylums*, Anchor Books, New York.
- Ζαϊμάκης, Γ., (2002). *Κοινοτική εργασία και τοπικές κοινωνίες*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.

- Ζήση, Α., (2002). *Επανάταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων-Εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές*, Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Heller, T., (1982). The effects of involuntary residential relocation: A review, *American Journal of Community Psychology*, 10(4): 471-492.
- Heller, T., Bond, M. A. and Braddock, D., (1988). Family reactions to institutional closure, *American Journal of Mental Retardation*, 92(4):336-343.
- Hunter, A. and Riger, S., (1986). The meaning of community in community mental health, *Journal of Community Psychology*, 14: 55-71.
- Koutroulakos, J. and Zamari, O., (1983). Opinions about mental illness: A comparison of American and Greek Social Work students in 1969 and 1979, *Psychological Reports*, 53: 71-80.
- Leff, J., (1993). The TAPS project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients, *British Journal of Psychiatry*, 162, Supplement 19.
- Madianos, M., Madianou, D., Vlachonicolis, J. and Stefanis, C.N., (1987). Attitudes toward mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention, *Acta Scandinavica*, 75: 158-165.
- Martin, J., (1984). *Hospitals in Trouble*, Blackwell, Oxford.
- Μπαϊρακτάρης, Κ., (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Εναλλακτικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης-Μ.ΥΠ.Ε.Π.- Φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργός-Α΄Φάση» (2000). *Οδηγός ενσωμάτωσης των νέων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα*, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
- Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ., (2003). Σχιζοφρένεια, μία τραγικά παρεξηγημένη νόσος, *Ελευθεροτυπία-Ιατρικά*, 81: 34-39.
- Ojanen, M., (1992). Attitudes towards mental patients, *The International Journal of Social Psychiatry*, 38(2):120-130.
- Parashos, J., (1998). *Athenians' Views on Mental and Physical Illness*, Lundbeck Hellas, Athens.
- Reda, S., (1995). Attitudes towards community mental health care of residents in North London, *Psychiatric Bulletin*, 19: 731-733.
- Rosenhan, D. L., (1973). On being sane in insane places, *Science*, 179: 250 – 258.
- Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R. and Cooney, M., (1996). *Inside Residential Care*, The Sainsbury Centre for Mental Health, London.
- Social Service Inspectors, Department of Health (1992). *Guidance on standards for the residential care needs of people with specific mental health needs*, HMSO, London.
- Sundeen, R.A. and Fiske, S., (1982). Local resistance to community – based care facilities, *Journal of Offender Counselling Services and Rehabilitation*, 6: 29-42.
- Talbott, S. and Kaplan S., (1983). *Psychiatric Administration*, Grune and Stratton, New York.
- Tsiantis, J., Kordoutis, P., Kolaitis, G., Perakis, A. And Asimopoulos, H., (1995). The Psychosocial dynamics of change at Leros PIKPA, *British Journal of Psychiatry*, Supplement 167(28):46-55.
- Τσιάντης, Ι., (1997). *Τα παιδιά του ΠΙΚΠΑ ΛΕΡΟΥ*, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα
- Wenocur, S. and Belcher, J. R., (1990). Strategies for overcoming barriers to community – based housing for the chronically mentally ill, *Community Mental Health Journal*, 26(4): 319-333.

- Wing, J.K., (1962). Institutionalism in mental hospitals, *British Journal of Social Clinical Psychology*, 1: 38-51.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T. and Leff, J., (1996). Public education for community care: A new approach, *British Journal of Psychiatry*, 168: 441- 447.
- Wolff, G., (1997). Attitudes of the media and the public, in Leff, J. (ed) *Care in the Community. Illusion or Reality?*, Wiley, Chichester.