

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**“Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
Στοιχεία για την περίθαλψη και αποκατάσταση των
ψυχικά ασθενών στην Ελλάδα”**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Πιτσούλη Εμμανουέλα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

Ζαφειροπούλου Γεωργία

Καθηγήτρια Εφαρμογών



Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1602.

5577



Η επιτροπή για την Έγκριση της πτυχιακής Εργασίας

1. Υπογραφή

2. Υπογραφή

3. Υπογραφή

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
B. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	8
Γ. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	9
Δ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	15
A. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ 10ου ΑΙΩΝΑ.	15
B. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟΝ 20ο ΑΙΩΝΑ.	20
Γ. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ - Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	22
Δ. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ	27
A. ΚΛΕΙΣΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ - ΑΣΥΛΑ - Η ΙΔΕΑ ΤΗΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ.	27
B. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ - Η ΙΔΕΑ ΤΗΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ.	31
Γ. Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ. - Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ.	33
1. Εισαγωγή.	33
2. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	34
3. Οι κύριες υπηρεσίες των Κ.Κ.Ψ.Υ:	35
4. Κινητή ψυχιατρική ομάδα.	41
5. Περίθαλψη στο σπίτι του ασθενούς.	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	46
A. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	46
B. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	48
Γ. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	50
1. Μεταβατικό Στάδιο	50
α) Νοσοκομείο Ημέρας - Το πρόγραμμα του Ν.Η	50
β) Η θεραπευτική κοινότητα μέσα στο Ν.Η	58
γ) Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού στο Ν.Η.	59
2. Η κύρια φάση της Κοινωνικής Αποκατάστασης	60
α) Κοινωνική αποκατάσταση - Οι υπηρεσίες για τη κοινωνική αποκατάσταση	61
α.1 Κοινωνική λέσχη	62
α.2 Υπηρεσίες Προστατευμένης στέγασης	75
β) Επαγγελματική Αποκατάσταση	
γ) Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες αποκατάστασης.	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	90
A. ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ	91
B. ΤΡΟΠΟΙ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	93
A. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ 15ο ΑΙΩΝΑ ΩΣ ΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ	93
B. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ	101
1. Εισαγωγή	101
2. Επιδημιολογικά στοιχεία	102
3. Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.	103
4. Ψυχιατρικά τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία.	104
5. Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής	107
6. Κινητές Μονάδες Υπαίδρου	109
7. Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Ψυχική Υγεία.	110
8. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη του Ι.Κ.Α.	111
9. Ο ιδιωτικός τομέας της ψυχιατρικής Περίθαλψης.	111

Γ. ΤΟ ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	112
1. Τα προγράμματα του κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ.	112
Δ. ΟΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.	114
1. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν. Αττικής	114
2. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν Δρομοκαΐτειο.	115
3. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν Πέτρας Ολύμπου	116
4. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν Χανίων	116
5. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν Θεσσαλονίκης	117
6. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν Κέρκυρας	118
7. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν Τρίπολης	118
8. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν Λέρου.	119
Ε. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	122
1. Οι υπηρεσίες Κοινωνικής αποκατάστασης του Κ.Ψ.Υ (Ν.Π.Ι.Δ)	122
2. Οι υπηρεσίες Κοινωνικής αποκατάστασης του Αιγινήτειου Νοσοκομείου του Πανεπιστημίου Αθηνών.	123
3. Οι υπηρεσίες Κοινωνικής αποκατάστασης της Ψυχιατρικής κλινικής του παν/μίου Ιωαννίνων	124
4. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.	124
ΣΤ. ΜΟΡΦΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ	125
1. Ξενώνες και Οικοτροφεία	125
2. Προστατευμένα Διαμερίσματα	125
3. Τοποθέτηση σε δετές οικογένειες.	126
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
Α. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	127
Β. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ	129
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
Α. ΒΙΒΛΙΑ	134
Β. ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	140
Γ. ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	144
Δ. ΞΕΝΑ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ	146
Ε. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ	146

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία επιχειρείται μια θεωρητική προσέγγιση στο μεγάλο θέμα της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών ατόμων και γίνεται αναφορά σε διαδικασίες, μεθόδους και προγράμματα που αποβλέπουν στο να καταστήσουν αυτά τα άτομα ικανά να παραμείνουν μέσα στην κοινότητα διατηρώντας ένα ικανοποιητικό βαθμό λειτουργικότητας.

Αρχικά γίνεται ιστορική αναδρομή αναφορικά με την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας με ειδική αναφορά στις αρχές της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής που αποτελούν τη βάση των αλλαγών που συντελούνται από τον 20 αι. και σηματοδοτούν τις σύγχρονες τάσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των επιπτώσεών τους.

Γίνεται αναφορά στις υπάρχουσες μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης (ψυχιατρικά νοσοκομεία και ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία) και στην τάση για συρρίκνωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την αποασυλοποίηση των αρρώστων τους. Στη συνέχεια επιχειρείται μια περιγραφή του τρόπου εφαρμογής της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής και του συστήματος υπηρεσιών μέσα από τις οποίες παρέχεται.

Ακολουθεί η αναφορά στην Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών και αναλύονται η διαδικασία και τα στάδια για την πραγματοποίησή της. Συγκεκριμένα γίνεται αναλυτική αναφορά στο μεταβατικό στάδιο καθώς και στην κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης κατά την οποία επιδιώκεται η κοινωνική ένταξη και αποκατάσταση του ασθενούς με την επιστροφή του στην οικογένεια ή την παραμονή σε εναλλακτικές μορφές στέγασης. Ακολούθως αναπτύσσεται το στάδιο της επαγγελματικής

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

εκπαίδευσης και αποκατάστασης και αναφέρονται οι υπηρεσίες και οι χώροι μέσα στους οποίους διεξάγεται αυτή η προσπάθεια.

Στη συνέχεια αναπτύσσεται το θέμα αναφορικά με το ρόλο του Κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ακολουθεί η αναφορά στην σημασία της στάσης της Κοινότητας καθώς και στις δυνατότητες παρέμβασης με στόχο τη διαμόρφωση θετικής στάσης απέναντι στην ψυχική αρρώστια.

Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ελληνική πραγματικότητα και παρατίθενται στοιχεία για τη σημερινή κατάσταση στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης καθώς και στις προσπάθειες που γίνονται για αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας. Επίσης γίνεται αναφορά στις υπάρχουσες υπηρεσίες που πραγματοποιούν προσπάθειες για την κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην ελληνική κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών άρχισε να αναπτύσσεται από τα μέσα του 20ου αιώνα σαν αποτέλεσμα την εμφάνισης νέων ρευμάτων στο χώρο της ψυχιατρικής επιστήμης. Στην εμφάνιση και ανάπτυξη των νέων αυτών ρευμάτων συνέβαλαν πολλοί παράγοντες, επιστημονικοί, φιλοσοφικοί και κοινωνικοί καθώς έβαλαν τις βάσεις για την αμφισβήτηση της παραδοσιακής αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών.

Έτσι με την εμφάνιση της κοινοτικής ψυχιατρικής αρχίζει μια πορεία για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας μέσα στην κοινότητα ενώ παράλληλα επιχειρούνται προσπάθειες για τον αποιδρυματισμό, την αποκατάσταση και την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στο φυσικό τους χώρο που είναι η κοινότητα.

Το θέμα της αποκατάστασης και επανένταξης είναι πολυδιάστατο και όχι ιδιαίτερα εύκολο στην εφαρμογή του καθώς προϋποθέτει την αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων καθώς επίσης και τη δημιουργία των απαραίτητων δομών που θα κάνουν εφικτή την προσπάθεια για την ουσιαστική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Θεωρείται όμως επιτακτική ανάγκη ιδιαίτερα στις μέρες μας, καθώς επίσης και υποχρέωση της κοινωνίας η οποία πρέπει να αναγνωρίζει τις ιδιαίτερες ανάγκες αυτών των ανθρώπων καθώς και τα δικαιώματά τους στη ζωή.

Η κοινωνία λοιπόν πρέπει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες στα ψυχικά ασθενή μέλη της για την ουσιαστική αποκατάσταση και ένταξη τους όπως ολική υποστήριξη, εκπαίδευση και στέγαση ώστε να μπορέσουν να

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

αντιμετωπίσουν τις αδυναμίες τους να γίνουν αυτοδύναμα ανάλογα με τις δυνατότητες τους και να ζήσουν μια αξιοπρεπή και ικανοποιητική ζωή.

Οι δυσκολίες που ορθώνονται είναι πολλές ιδιαίτερα σε κοινωνίες όπως η δική μας που δε διαθέτει μακρόχρονη παράδοση και επαρκείς δομές για την εφαρμογή της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Η αναβάθμιση της ψυχικής υγείας αποτελεί όμως επιτακτική ανάγκη και για το λόγο αυτό απαιτείται η εντατικοποίηση των προσπαθειών προς αυτή την κατεύθυνση με την εκμετάλλευση όλων των υπάρχουσών εμπειριών και πόρων.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία η οποία αποτελεί μια θεωρητική προσέγγιση στο θέμα της αποκατάστασης (μέσα από βιβλιογραφική μελέτη) αναφέρονται η διαδικασία, οι μέθοδοι και τα προγράμματα που αποσκοπούν στην πραγματοποίηση της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

Παρατίθενται στοιχεία από τις προσπάθειες για την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών στον ελληνικό χώρο και γίνονται προτάσεις για την αναβάθμιση ^{της ψυχικής υγείας} και την ένταξη των ψυχικά ασθενών στην Κοινότητα.

B. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας Πτυχιακής εργασίας είναι η θεωρητική Προσέγγιση (μέσα από Βιβλιογραφική μελέτη του θέματος της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών).

Η προσέγγιση αυτή ξεκινά με την αναφορά στις παραδοσιακές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης στις οποίες αντιπαρατίθενται οι σύγχρονες τάσεις και πρακτικές για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας.

Με αυτήν την αντιπαράθεση επιδιώκεται η προβολή της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής η οποία αποτελεί την πλέον αισιόδοξη προοπτική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Επίσης σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των διαδικασιών, των προγραμμάτων και των μεθόδων που εφαρμόζονται στην προσπάθεια για την αποκατάσταση.

Με την αναφορά στον ελληνικό χώρο επιδιώκεται η παρουσίαση στοιχείων για την ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας και των προσπαθειών που πραγματοποιούνται για την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Με την αξιολόγηση της κατάστασης στην Ελλάδα επιχειρείται μια παράλληλη προσπάθεια για παράθεση προτάσεων για τη βελτίωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας και την επίτευξη της επιθυμητής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Γ. ΟΡΙΣΜΟΙ

Αγωγή κοινότητας: Με τον όρο αγωγή κοινότητας αναφερόμαστε στην εργασία με τον πληθυσμό και την ευαισθητοποίηση του ώστε να αλλάξει στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Ακόμα αναφερόμαστε σε όλη τη διαδικασία εκπαίδευσης και κατάρτισης επιμέρους ομάδων του πληθυσμού (δασκάλων, αγροτικών γιατρών, αστυνομικών ώστε να βοηθήσουν είτε εθελοντικά είτε στα πλαίσια των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων στο έργο της πρόληψης και της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών (Σακελλαρόπουλος 1994 σελ. 38).

Αντιψυχιατρική κίνηση: Είναι μια νέα σχολή, σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα στη σχιζοφρένεια, που αναπτύχθηκε, στη δεκαετία του 1950, στη Μ.Βρετανία, από τους ψυχιάτρους K.Laing Cooper και Esterson.

Η αντιψυχιατρική δεν αποδέχεται τη σχιζοφρένεια ως βιολογικό, νευροφυσιολογικό ή ψυχολογικό γεγονός. Αυτό που, σύμφωνα με την κλασική ιατρική, θεωρείται σύμπτωμα αρρώστιας, είναι το κατανοητό αποτέλεσμα αυτού που συμβαίνει μέσα στην οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον.

Η τρέλα δε βρίσκεται μέσα στο άτομο και δε χαρακτηρίζει ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, αλλά μέσα σε ένα σύστημα σχέσεων, όπου ο αποκαλούμενος άρρωστος συμμετέχει.

Η αποξένωση του σχιζοφρενή από τον ίδιο του τον εαυτό και από τους άλλους είναι η άμυνα του απέναντι σ'ένα κόσμο που το απειλεί με τις παράλογες και αντιφατικές απαιτήσεις του.

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Η αντιψυχιατρική προσφέρει ένα καινούργιο τρόπο προσέγγισης των ψυχικών διαταραχών, εντελώς αντίθετο προς εκείνο της συμβατικής ψυχιατρικής θεωρητικής και πρακτικής.

Δείχνει πως όταν η συμβατική κλινική προοπτική αντικατασταθεί από μια κοινωνική προοπτική, η ίδια η ύπαρξη και όλη της τρέλας παίρνει την πρακτική της κατανοητή διάσταση. (Παναγιώτσος και Σακελλαρόπουλος από την παιδαγωγική - ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια, λεξικό 1989, σελ. 683)

Αποϊδρυματοποίηση: Μεταβολή στο χώρο της φροντίδας για την ψυχική υγεία από παραδοσιακά ιδρυματικά πλαίσια σε υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα (Μάνος 1987 σελ. 80).

Αποκατάσταση: Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα 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 ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη της διάγνωσης της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διανομής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο Ευρώπης, Μαδιανός 1994 σελ. 48).

Απασχολησιοθεραπεία: Μορφή θεραπείας στην οποία ο άρρωστος εμπλέκεται σε διάφορες δραστηριότητες σε κάποιο χρήσιμο στόχο, στα πλαίσια ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που ευοδώνει τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους αρρώστους και με το νοσηλευτικό προσωπικό. (Μάνος 1987 σελ. 183).

Ατομική ψυχοθεραπεία: Η παραδοσιακή δυαδική τεχνική στην οποία ο ψυχοθεραπευτής θεραπεύει κάποιον άρρωστο στη διάρκεια μιας καθορισμένης θεραπευτικής συνεδρίας (Μάνος 1987, σελ. 143)

Εγκλεισμός: Η νομική διεργασία με την οποία ένα άτομο εισάγεται σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο συνήθως ενάντια στη θέλησή τους (Μάνος 1987, σελ. 60).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: Εφαρμογή ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο για την πρόκληση σπασμών, κυρίως για τη θεραπεία βαριάς κατάθλιψης, αλλά και άλλων ψυχικών διαταραχών. Εισήχθηκε από τους Ceeleffi και Blui το 1938 (Μάνος 1987, σελ. 98).

Κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγιεινής: Ένα κέντρο που βρίσκεται στην κοινότητα και χρησιμεύει σαν τόπος παροχής των διαφόρων υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής. Συνήθως ένα Κ.Κ.Ψ.Υ. εξυπηρετεί μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Σε πλήρη ανάπτυξη το Κ.Κ.Ψ.Υ. προσφέρει δέκα τουλάχιστον υπηρεσίες: νοσηλευτική, εξωτερικών ασθενών (με ποικιλία θεραπειών, μερική νοσηλεία, επείγουσα παρέμβαση, συμβουλευτική και εκπαιδευτική, παιδοψυχιατρική, αποκατάσταση χρόνιων ασθενών αντιμετώπισης κατάχρησης αλκοόλ και διαφόρων ουσιών συμβουλευτική προς τις δημόσιες υπηρεσίες της κοινότητας (δικαστήρια, σχολεία κ.λπ.) μετανοσοκομειακή περίθαλψη (Μάνος 1987 σελ. 61)

Κοινότητα: Η κοινότητα χαρακτηρίζει ένα είδος σχέσεων που ιστορικά κυριαρχεί πρωταρχικά στην οικογένεια και κατά δεύτερο λόγο στο χωριό μέχρι και στη μικρή επαρχιακή πόλη. Στον πρωταρχικό πυρήνα της κοινότητας, την οικογένεια, οι σχέσεις καθορίζονται από τη διαδοχή των γενεών.

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Στην κοινότητα έχουμε μια άμεση και πηγαία σχέση προσώπων που ενωμένα με το χρόνο και το χώρο νιώθουν ότι αποτελούν ένα αδιάσπαστο "εμείς", μια κοινότητα ζωής. (Παιδαγωγική εγκυκλοπαίδεια - λεζικό 1989).

Κοινοτική ψυχιατρική: "Η κοινοτική ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητά του". (Μαδιανός 1989, σελ. 28)

Κοινοτική ψυχική υγιεινή: Η Κ.Ψ.Υ. περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών". (Μαδιανός 1989 σελ. 29).

Μετανοσοκομειακή περίθαλψη: Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο το συνεχιζόμενο πρόγραμμα αποκατάστασης, που είναι σχεδιασμένο για να ενισχύει τα αποτελέσματα της θεραπείας και να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του. (Μάνος 1987, σελ. 18)

Νοσοκομείο Ημέρας: Ένα ψυχιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα όπου ο ασθενής περνά τη μέρα του στο νοσοκομείο και γυρνάει σπίτι του τη νύχτα. (Μάνος 1987, σελ. 93)

Νοσοκομείο νύχτας: Πρόγραμμα μερικής νοσηλείας, στο οποίο οι άρρωστοι λειτουργούν στον εξωτερικό κόσμο κατά τη διάρκεια της μέρας αλλά επιστρέφουν στο νοσοκομείο τη νύχτα. (Μάνος 1987, σελ. 93)

Οικογενειακή θεραπεία: Θεραπεία περισσότερων από ένα μελών της οικογένειας στην ίδια συνεδρία. Οικογενειακές σχέσεις και διεργασίες διερευνώνται σαν πιθανές αιτίες ψυχικής διαταραχής σ'ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας (Μάνος 1987, σελ. 71).

Χρόνιος ψυχικά άρρωστος: Χρόνια ψυχικά άρρωστο θεωρείται το άτομο που υποφέρει από ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές που μπορεί να χρονίσουν και να διαταράζουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητάς τους σε τρία ή περισσότερα επίπεδα της 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 της οικονομικής αυτονομίας (Μάνος 1987 σελ. 70).

Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Είναι ένας όρος που έχει καθιερωθεί πρόσφατα που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων. Συγγενείς όρος είναι η "κοινωνική θεραπεία" ή "κοινωνιοθεραπεία". (Μαδιανός 1994, σελ. 49).

Ψυχική υγεία: Μια κατάσταση ισορροπίας και εξωτερικής αρμονία στην οποία ένα άτομο είναι ικανό να λειτουργεί άνετα μέσα στο κοινωνικό της περιβάλλον και πετυχαίνει εξίσου καλά στην αγάπη, στην εργασία, τη δημιουργικότητα και την ψυχαγωγία. (Μάνος 1987 σελ. 154).

Ψυχιατρική Κοινωνική Εργασία: Τομέας της κοινωνικής εργασίας, ο οποίος ασχολείται κυρίως με ψυχιατρικούς ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η εργασία με ψυχιατρικά περιστατικά εκτελείται σε ψυχιατρεία, κλινικά, γενικά νοσοκομεία, δικαστήρια, στα κέντρα υγεία και στους φορείς αποκατάστασης, και συνιστάται στην αξιολόγηση των παρακάτω: α) των

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

οικογενειακών περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων της ασθένειας, β) της συνεργασία πάνω στην πρωταρχική συνέντευξη, τον προσανατολισμό και την κατάρτιση ενός θεραπευτικού προγράμματος γ) της ομαδικής και οικογενειακής συμβουλευτικής δ) του σχεδιασμού, του τερματισμού της νοσηλείας και της παρακολούθησης ε) της διατήρησης των σχέσεων με τους κοινοτικούς φορείς. (Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό σελ. 5186).

Ψυχική υγιεινή: Συνθήκες και πρακτικές που συντελούν στην εγκατάσταση και διατήρηση της ψυχικής υγείας πρακτική προσπάθεια πρόληψης και πρώιμης θεραπείας των ψυχικών νόσων.

Ψύχωση: ψυχική διαταραχή στην οποία οι σκέψεις ενός ατόμου, η συναισθηματική του αντίδραση, η ικανότητα του για αναγνώριση της πραγματικότητα και η ικανότητα για επικοινωνία σε σχέση με τους άλλους έχουν υποστεί τέτοια έκπτωση ώστε να διαταράσσεται έντονα η ικανότητα του ατόμου για αντιμετώπιση των συνηθισμένων απαιτήσεων της ζωής. Η ψύχωση συχνά χαρακτηρίζεται από έκπτωση του ελέγχου των παρορμήσεων, μευδαισθήσεως, παρατηρητικές ιδέες, παλινδρόμηση, απρόσφορη συναισθηματική διάθεση. (Μάνος 1987, σελ. 234).

Δ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική μελέτη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Α) Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ 19ου ΑΙΩΝΑ.

Η ψυχική αρρώστια υπήρξε ένα σπουδαίο μυστήριο για τους ανθρώπους από την αρχαιότητα ως και τη νεότερη ιστορία. Η δυσκολία κατανόησης της ψυχικής αρρώστιας είχε σαν αποτέλεσμα την αδυναμία για την αντιμετώπιση της. Η αρχαιότερη ένδειξη για τη γνώση της ψυχικής αρρώστιας είναι ο τρυπανισμός, γιατί όπως πιστεύουν οι ανθρωπολόγοι σκοπός ήταν να φύγουν τα "κακά πνεύματα" (Μάνος 1988).

Κατά τους ελληνικούς μυθολογικούς χρόνους, εμφανίζονται οι πρωτόγονες αντιλήψεις για τη θεϊκή ή ημιθεϊκή προέλευση των ψυχικών νοσημάτων ενώ παράλληλα κάνουν την εμφάνισή τους στοιχεία ιατρικής αντίληψης απαλλαγμένα από μαγικά ή ιερατικά στοιχεία κυρίως στην ομηρική εποχή.

Ο Μελάμπους εμφανίζεται ως ο σπουδαιότερος μυθολογικός γιατρός που άσκησε θεραπεία με φάρμακα και καθαρμούς και χαρακτηρίζεται ως ο πρώτος ψυχοφαρμακολόγος, ψυχοθεραπευτής, ιατρομάντης). (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Ο Αμφιάρος υπήρξε σπουδαίος ιατρομάντης της αρχαιότητας. Το "Αμφιαράειο" κατασκευάστηκε στους κλασσικούς χρόνους (5ος π.χ αι.) και αποτέλεσε ένα είδος ναού θεραπευτηρίου των ψυχικών παθήσεων και ένα από τα πρώτα - αν όχι το πρώτο - θεραπευτήρια με κοινοτική αυτοδιοίκηση (Μαγκανά 1987).

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Κατά τον 5ο αι. όταν αρχίζει να αναπτύσσεται ο ορθολογικός τρόπος ερμηνείας των φυσικών και κοινωνικών φαινομένων αρχίζει να διαμορφώνεται και επιστημονική ιατρική αντίληψη. Έτσι η ιατρική αρχίζει να ασχολείται με την προσπάθεια ορθολογικής ερμηνείας των φαινομένων της ψυχής (Γαπαδάτος 1987).

Ο Ιπποκράτης ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της ιατρικής υποστήριξε ότι η ψυχική ασθένεια προέρχεται από την αντίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών - αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα- που όπως πίστευε προέρχονται από τις τέσσερις βασικές ιδιότητες της φύσης, τη θερμότητα, το υγρό, την υγρασία και την ξηρασία. (Γ. Μάνος 1988).

Κατά τους Αλεξανδρινούς χρόνους, με την ψυχιατρική ασχολήθηκαν κυρίως οι οπαδοί της Ιπποκράτειας σκέυσης και μαθητές του Αριστοτέλη.

Κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους όπου παρατηρείται πρωτοφανής πολιτιστική ύφεση έχουμε επανεμφάνιση των δαιμονολογικών στοιχείων της θεοκρατικής κοινωνίας. Τα συμπτώματα των ψυχοπαθών αποδίδονται στη μαγεία και σε κακά και διαβολικά πνεύματα. Η θεραπευτική που ακολουθήθηκε ήταν ένα μείγμα από εξορκισμούς, προσευχές και συνταγές της μαγικής και μυστικιστικής ιατρικής και φαρμακευτικής του Μεσαίωνα.

Παράλληλα η καταπιεστική κοινωνία οδηγούσε τους ασθενείς στην πεποίθηση ότι πράγματι κατέχονται από το πνεύμα του κακού και ότι τα βασανιστήρια και ο θάνατος ακόμη, θα ήταν το καταλληλότερο μέτρο για την απαλλαγή τους από το διάβολο (Γαπαδάτος 1987, Μαδιανός 1994, Σακελλαρόπουλος 1994):

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Αυτή η αντι-μαγική μανία συνεχίστηκε και στα χρόνια της αναγέννησης με αποτέλεσμα τους διωγμούς πολλών ανθρώπων που έπασχαν από ψυχικές ασθένειες.

Την ίδια εποχή διάφορες σημαντικές μορφές εναντιώνονται στη σκοταδική αυτή μανία και αρχίζει να ανατρέπεται ο σκοταδισμός και ο θρησκευτικός δογματισμός και αρχίζει να αναδύεται ο ανθρωπισμός.

Έτσι αρχίζουν σιγά - σιγά οι ψυχικές ασθένειες να αναγνωρίζονται ως παθολογικές καταστάσεις. (Μάνος 1988) Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ευρώπη ιδρύθηκε στη Βαλέντσια της Ισπανίας το 1409 από τον ιερέα Gilabert Jofre.

Μεταξύ των ετών 1412 και 1489, ιδρύθηκαν πέντε παρόμοια ιδρύματα στην Ισπανία. Από τα μέσα του 16ου αιώνα εμφανίζονται τα πρώτα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Αγγλία, στο Παρίσι και τη Βιέννη.

Παρά το γεγονός ότι η ίδρυση αυτών των ιδρυμάτων αποτελεί αναμφισβήτητη πρόοδο η κατάσταση που επικρατεί στο εσωτερικό τους δεν προσφέρει ουσιαστική βοήθεια στους ασθενείς. Μέσα σε αυτά τα ιδρύματα οι ασθενείς δένονται με αλυσίδες, αντιμετωπίζονται με σκληρότητα από το προσωπικό και εγκαταλείπονται σε συνθήκες αθλιότητας. (Μάνος 1988, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μαδιανός 1994).

Το τέλος του 18ου αι. σηματοδοτεί τις κοσμοϊστορικές αλλαγές που επέρχονται και οι οποίες πρόκειται να αποτελέσουν την αφετηρία της σύγχρονης ιστορίας της ανθρωπότητας. Ο ορθολογισμός που είναι θεωρητικό σχήμα της βιομηχανικής επανάστασης και ο ανθρωπισμός, ιδεολογία της ανερχόμενης αστικής τάξης επηρεάζουν τις σημαντικότερες

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

εξελίξεις που σημειώνονται στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης.
(Νασιάκου 1982)

Οι κατακτήσεις στο κοινωνικό και επιστημονικό πεδίο επηρεάζουν και το χώρο της ψυχιατρικής με την πρωτοβουλία φωτισμένων ανθρώπων της εποχής.

Ο Γερμανός γιατρός Johan Christian Reil (1759-1813 που πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο "Ψυχιατρική" αγωνίστηκε για την αναγνώριση της ψυχιατρικής ως ξεχωριστής έδρας στην ιατρική σχολή.

Ο Γάλλος Phillip Pinel το 1793 απελευθέρωσε από τις αλυσίδες τους ψυχικά ασθενείς στα άσυλα Bicetre και Salpêtrière. Ο Pinel θεωρήθηκε επαναστάτης στην ψυχιατρική περίθαλψη αφού ενδιαφέρθηκε για την αναδιοργάνωση στο κτιριακό σκέλος και διαχώρισε τους ασθενείς σε κατηγορίες ανάλογα με τη βαρύτητα της αρρώστιας τους. Κλινικό τομέα και ψυχιατρικό και πρωτοποριακή αντιμετώπιση που προσέφερε στους ασθενείς - ένα είδος υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας που έγινε γνωστή ως "ηθική θεραπεία" εξελίχθηκε στη σύγχρονη ψυχοθεραπεία.(Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μάνος 1988, Μαδιανός 1994).

Ο Ιταλός Charugi (1759-1829) προσέφερε πολλά στον τομέα της πρόγνωσης και διάγνωσης των ψυχικών νοσημάτων και ερεύνησε το ρόλο του περιβάλλοντος στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών.

Η Dorothea Dix αναλαμβάνει τη βελτίωση των συνθηκών στα ήδη υπάρχουσα ψυχιατρεία των Η.Π.Α και πρωτοστατεί στην ίδρυση νέων.

Στη Γαλλία ο Esquirol υπήρξε πρόεδρος το 1830 μιας επιτροπής της οποίας τα συμπεράσματα οδήγησαν στη ριζική αναμόρφωση της

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

ψυχιατρικής περίθαλψης. Επίσης ο Γάλλος Charcot, ο Γερμανός Heiroth από τους επιφανέστερους εκπροσώπους της Γερμανικής σχολής (ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο ψυχοσωματική, και ο Ιταλός Pietro Pisani ο οποίος εφάρμοσε πρωτοποριακές μεθόδους "θεραπείας περιβάλλοντος" συνέβαλαν ουσιαστικά με τις προσπάθειες τους στην εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μαδιανός 1994).

Παρά τις προσπάθειες που γίνονται όλη αυτή την περίοδο για τη διάγνωση των ψυχικών ασθενειών τη θεραπεία των ψυχασθενών και τη βελτίωση στην οργάνωση των ψυχιατρείων δεν παρουσιάζονται τα αναμενόμενα αποτελέσματα στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Πολύ γρήγορα τα ψυχιατρικά ιδρύματα μεταμορφώνονται σε τεράστια άσυλα όπου εγκαταλείπονται οι ψυχικά ασθενείς μέσα σε απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης. Η έλλειψη ουσιαστικής θεραπείας, ο μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, ο μεγάλος αριθμός αρρώστων που χρειαζόταν νοσηλεία και ο περιορισμένος χώρος που διατίθεντο, αποτελούσαν συνθήκες, που οδηγούσαν στην εξαθλίωση και κατά συνέπεια στην επιδείνωση της κατάστασης των ψυχικά αρρώστων. (Χαρτοκόλης 1981.)

B) Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΤΟΝ 20ο ΑΙΩΝΑ

Το τέλος του 19ου αιώνα και η αρχή του 20ου χαρακτηρίζεται από τις μεγάλες ανακαλύψεις και την πρόοδο των φυσικών επιστημών.

Η μεγάλη ανάπτυξη της φυσιολογίας, της νευρολογίας και της βιοχημείας οδηγεί στην πεποίθηση ότι υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν οι ψυχικές διαταραχές με τη βοήθεια της ιατρικής. Παράλληλα η ψυχική ασθένεια αντιμετωπίζεται στα πλαίσια της ιατρικής όπως συμβαίνει και με τις άλλες οργανικές παθήσεις. (Νασιάκου 1982)

Την ίδια περίοδο η πρόοδος στη φαρμακολογία, με την ανακάλυψη ψυχοτρόπων φαρμάκων, δίνει τη δυνατότητα σε πολλά άτομα τα οποία χρησιμοποιούν αυτά τα φάρμακα να ξεφύγουν από την αδράνεια, την απομόνωση και το ψυχιατρείο. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Σύντομα εκδηλώνονται αμφισβητήσεις τόσο για το απόλυτο της σωματογένεσης των ψυχικών διαταραχών που αποτελούσε ως τότε απόλυτη πεποίθηση. Επίσης εκδηλώνονται αμφισβητήσεις και αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα των ψυχοτρόπων φαρμάκων, ιδιαίτερα από τους οπαδούς της αντιψυχιατρικής (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988). Η ανάπτυξη του ψυχαναλυτικού κινήματος από τον Sigmund Freud (1855-1939) αποτέλεσε τη δεύτερη ψυχιατρική επανάσταση και έδωσε μεγάλη ώθηση στην ανάπτυξη της ψυχιατρικής. (Μάνος 1988).

Επίσης οι ανακαλύψεις του Ραντλν βοήθησαν σημαντικά στην εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης.

Έτσι η εμβάθυνση στις εσωτερικές δυνάμεις του ανθρώπου με την ψυχαναλυτική μέθοδο και η αναγνώριση της επίδρασης του περιβάλλοντος

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

μέσω της θεωρίας της μάθησης αποτελούν επαναστατικές ανακαλύψεις που αναμόρφωσαν την ψυχιατρική επιστήμη. (Παπαδάτος 1987, Μαδιανός 1994).

Όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών στους ψυχικά ασθενείς ως τα μέσα του 20ου αι. η κύρια αντιμετώπιση παραμένει η κλειστή ασυλιακή θεραπεία. (Παπαδάτος 1987)

Σταδιακά όμως αρχίζουν να εκδηλώνονται προσπάθειες για την αναμόρφωσή του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Τα πρώτα νοσοκομεία ημέρας δημιουργούνται στη Μόσχα το 1933, στο Χαμσταϊντ της Μ.Βρετανίας, το 1946, στις Η.Π.Α. το 1946 και στο Μόντρεαλ του Καναδά το 1947.

Από τις Η.Π.Α ξεκινούν οι πρώτες κινήσεις για συστήματα ανοιχτής περίθαλψης ψυχικά ασθενών αλλά η πλέον γνωστή ψυχιατρική μεταρρύθμιση επιχειρήθηκε στην Ιταλία στο τέλος της δεκαετίας του '50 με πρωταγωνιστές τον Μπαζάλια και τον Πιρέλα.

Οι πρωτεργάτες του κινήματος της "δημοκρατικής ψυχιατρικής" όπως ονομάστηκε στηρίζουν τις προτάσεις τους στην άποψη ότι η προσέγγιση του ψυχικά ασθενούς θα πρέπει να παίρνει χαρακτήρα προσέγγισης και κατανόησης του συνόλου των κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της κοινότητας "καθώς και οι μη φυσιολογικές κοινωνικές σχέσεις είναι παράγοντες καθοριστικοί στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών". (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988 σελ. 25).

Τα αποτελέσματα των προσπαθειών του Μπαζάλια και των συνεργατών επηρέασαν τις απόψεις για την ψυχιατρική περίθαλψη, γεγονός που εκφράστηκε με την υψίση νόμου από το Ιταλικό κοινοβούλιο βάση του οποίου επιχειρήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ιταλία. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Γ. Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ - Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Ο όρος κοινωνική ψυχιατρική χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1917 από τον E. Saithard, διευθυντή ψυχιατρείου της Βοστώνης σε άρθρο του στο περιοδικό "Mental Hygiene". (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Ο όρος κοινωνική ψυχιατρική δεν προσδιορίζεται ακόμα και σήμερα με απόλυτη εννοιολογική σαφήνεια και δεν αναφέρεται σε κάποια κοινώς αποδεκτή ερμηνεία, υποδηλώνει όμως μια υπαρκτή κατάσταση η οποία περικλείει τις πλέον ελπιδοφόρες προσπάθειες στο χώρο της ψυχιατρικής.

Σύμφωνα με το ψυχιατρικό γλωσσάριο της Α.Φ.Ε του 1954 "Η κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητα του" (Μαδιανός 1989 σελ. 28)

Στόχος της Κοινοτικής ψυχιατρικής είναι "η ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα παρά όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο ή στις συγκεντρωτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Ειδική έμφαση αποδίδεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής αρρώστιας". (Μαδιανός 1989 σελ 28)

Η κοινοτική ψυχιατρική αποτελεί ένα στοιχείο της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και συνεισφέρει σε αυτή το κλινικό σκέλος μέσα στο ευρύ φάσμα ποικίλων διαδικασιών από τη διακλαδική ομάδα της ψυχικής υγείας.

Παράλληλα με τον όρο κοινοτική ψυχιατρική αναπτύσσεται και ο όρος κοινοτική ψυχική υγιεινή. "Η κοινοτική ψυχική υγιεινή περιλαμβάνει όλες

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών". (Μαδιανός 1989 σελ. 29)

"Η Κ.Ψ.Υ είναι ένας πολυδιακλαδικός τομέας που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δυνάμεων και δομών στην κοινότητα, που προάγουν θετικά την ψυχική υγεία των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας σε αντίθεση με την παραδοσιακή ψυχιατρική προσέγγιση που εστιάζει στο άτομο που βρίσκεται σε κρίση". (Μαδιανός 1989 σελ. 29)

Η κοινοτική ψυχική υγιεινή στηρίζεται στην ιδεολογική αρχή ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι σαν όλες τις άλλες αρρώστιες και μπορούν να αντιμετωπιστούν έξω από το ψυχιατρείο, στην κοινότητα, με τη βοήθεια της κοινότητας. Η κοινοτική ψυχική υγιεινή διαπλέκεται αδιαχώριστα με ένα σύνολο διαδικασιών, ενεργειών και δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη ή τον έλεγχο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών αλλά και την έγκαιρη παραπομπή αυτών που νοσοούν και τέλος ενέργειες για τη μείωση των επιπτώσεων από την αρρώστια ώστε να γίνει δυνατή η επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία.(Παπαδάτος 1987, Μαδιανός 1989, Λιάκος 1988).

Δ. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ο Caplan το 1964 διατύπωσε τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την οργάνωση και τη λειτουργία των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Οι αρχές αυτές αναφέρονται επιγραμματικά:

1. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών με την προσφορά του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος στο μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος.
2. Η αρχή της τομεοποίησης, της παροχής δηλαδή υπηρεσιών σε ορισμένη γεωγραφική περιοχή.
3. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς από την ίδια θεραπευτική ομάδα. Η παρακολούθηση δηλ. του ασθενούς από την ίδια ομάδα θεραπειών σε όλη την πορεία της αρρώστιας του.
4. Η αρχή της ανταποκριτικότητας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή η προσέλευση των πολιτών σε Κ.Κ.Ψ.Υ είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του Κ.Κ.Ψ.Υ με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. (Μαδιανός 1984, 1994)

Σύμφωνα με την Αναθεώρηση και συμπλήρωση των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής προκύπτουν 2 μεγάλες ομάδες αρχών. Η πρώτη αφορά αρχές παρεμβατικού χαρακτήρα και η δεύτερη αρχές διοικητικού χαρακτήρα. (Μαδιανός 1994).

Αρχές παρεμβατικού χαρακτήρα.

- Η αρχή της διαλεκτικής αλληλεπίδρασης σύμφωνα με την οποία ο κοινοτικός θεραπευτής αφομοιώνεται στην κοινότητα και η

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

κοινότητα αφομοιώνεται μαζί του. Αλλάζουν μαζί. Επίσης κάθε οικονομική και κοινωνική αλλαγή επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τη δομή της ίδιας της κοινοτικής υπηρεσίας.

- Η αρχή της πολιτιστικής συμβατότητας. Σύμφωνα με την οποία κάθε δραστηριότητα ή θεραπευτική παρέμβαση σε μια Κοινότητα πρέπει να είναι συμβατή με το πολιτισμικό περιβάλλον αυτής της κοινότητας.
- Η αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης, σύμφωνα με την οποία στην κοινοτική ψυχιατρική θεραπευτική οι πρακτικές που είναι αποδεκτές είναι εκείνες που είναι έγκυρες, αξιόπιστες, δοκιμασμένες, αποτελεσματικές και καλύπτουν τις ανάγκες της πλειοψηφίας.
- Η αρχή της θεραπευτικής αυτοπεριοριστικότητας. Σύμφωνα με την οποία οι κοινοτικοί θεραπευτές πρέπει να γνωρίζουν τα όρια τους και τις δυνατότητες της κοινότητας να θεραπεύσει (σύμφωνα με τους δικούς της αυτοθεραπευτικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς). (Μαδιανός 1994)

Αρχές διοικητικού χαρακτήρα.

- Η αρχή της διαρκούς αναπροσαρμογής ή και αμφισβήτησης της οργανωτικής δομής.
- Η αρχή της σταδιακής ανάπτυξης μέσα στο χρόνο και τον τόπο (κοινότητα). Σύμφωνα με την οποία κάθε υπηρεσία πρέπει να αναπτύσσεται βάση διαπιστωμένης ανάγκης της κοινότητας και την προοδευτική ανταπόκριση στην κάλυψη τους.

- Η αρχή της δημιουργικής αξιολόγησης. Σύμφωνα με την οποία κάθε θεραπευτική δραστηριότητα πρέπει να αξιολογείται με επιστημονική δεοντολογία διαφορετικά δεν τεκμηριώνεται και θεωρείται ανύπαρκτη.
- Η αρχή της αλληλοσυμπλήρωσης. Κάθε κοινοτική υπηρεσία εκμεταλλεύεται όλες τις δυνατότητες που παρέχει η κοινότητα καθώς ^{και} τις υπηρεσίες που παρέχουν άλλες κοινοτικές υπηρεσίες έτσι ώστε όλες μαζί να αλληλοσυμπληρώνονται και να καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών.
- Η αρχή της Κυκλικότητας. (Σε αντίθεση με τον τρόπο διοίκησης των παραδοσιακών ψυχιατρικών υπηρεσιών - πυραμίδα διοικητικής δομής). Εδώ η ομάδα συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την οργάνωση, τους στόχους, την έρευνα και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.
- Η αρχή της συλλογικότητας. Σύμφωνα με την οποία το έργο της κοινοτικής ψυχιατρικής πραγματοποιείται μέσα από ομαδικές διεργασίες και οδηγούν σε ένα τελικό πνεύμα ομαδικότητας και στη δημιουργία κοινής ιδεολογίας. (Μαδιανός 1994)

Οι παραπάνω αρχές αποτελούν αναθεώρηση και συμπλήρωση των τριών βασικών αρχών που διατύπωσε ο Carlson το 1964 και έχουν προκύψει από την εμπειρία της άσκησης της κοινοτικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα. (Μαδιανός 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ

Α. ΚΛΕΙΣΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ - ΑΣΥΛΑ/ Η ΙΔΕΑ ΤΗΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ως τα μέσα του 20ου αιώνα η ασυλιακή θεραπεία αποτελεί την κύρια μορφή παροχής υπηρεσιών προς τους ψυχικά ασθενείς. Παρατηρείται μάλιστα μια αυξανόμενη διόγκωση των ψυχιατρικών ασύλων καθώς - όπως υποστηρίζουν οι κοινωνιολόγοι - η εκβιομηχάνιση - η τεχνολογική εξέλιξη η μεγάλη και απρογραμμάτιστη μετακίνηση του πληθυσμού, προς τα βιομηχανικά κέντρα, επιδείνωσαν τη θέση χαμηλών εισοδηματικών τάξεων, με αποτέλεσμα να αδυνατούν οι οικογένειες της κατηγορίας αυτής να διατηρήσουν και να συντηρήσουν ψυχικά πάσχοντα μέλη - άρα μη παραγωγικά άτομα - στους κόλπους της. Μέσα σε αυτούς τους χώρους οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με απάνθρωπες μεθόδους όπου τα "θεραπευτικά μέσα" εκτός από τα φάρμακα και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, είναι και οι χειροπέδες και οι ξυλοδαρμοί. (Μπούρας 1990)

Τα ψυχιατρεία παρουσιάζουν τη μορφή χώρων εγκατάλειψης και απομόνωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές με χαρακτηριστικό το παράδειγμα στη χώρα μας του ψυχιατρείου της Λέρου.

Η έλλειψη ουσιαστικής θεραπείας, περιορισμένος χώρος σε σχέση με το μεγάλο αριθμό των αρρώστων και ο σχετικά μικρός αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργούσαν ανέκαθεν όπως συμβαίνει συχνά και στις μέρες μας συνθήκες εξαθλίωσης και καταπίεσμού, γεγονός που

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

συμβάλλει στην επιδείνωση της κατάστασης του ψυχωσικού ασθενούς περιορίζοντας έτσι τις ελπίδες για επιστροφή στην κοινότητα.

Ο χαρτοκόλης αναφέρει ότι η μεταχείριση των αρρώστων μέσα αλλά και έξω από τα ψυχιατρικά άσυλα αντανακλά τις προκαταλήψεις αλλά και την αντίληψη που έχει η κοινωνία για την ψυχική ασθένεια. (Χαρτοκόλης 1988).

Οι νέες αρχές που επικρατούν στο διεθνή χώρο για την ψυχική περίθαλψη από τα μέσα του 20ου αι. σηματοδοτούν μια σειρά από αλλαγές. Η ασυλιακή θεραπεία αμφισβητείται έντονα και κατηγορείται ως αιτία καθήλωσης των ασθενών στην αρρώστια τους και αποξένωσης από την κοινωνία. Επειδή οι ψυχωσικοί άρρωστοι παραμένουν στο άσυλο για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να θεραπευτούν, χάνουν βαθμιαία τη λειτουργικότητά τους, όση τους έχει απομείνει από την πορεία της αρρώστιας. Καθώς παραμένουν κλεισμένοι μέσα στο ίδρυμα βρίσκουν τον εαυτό τους, όπως αναφέρει ο Γκόφμαν "απογυμνωμένο τελείως από πολλές από τις καθιερωμένες τους επιβεβαιώσεις, ικανοποιήσεις και άμυνες και υφίσταται ένα μάλλον πλήρες σύνολο ευτελιστικών εμπειριών: περιορισμό των ελευθέρων κινήσεων τους, κοινή διαβίωση, διάχυτη εξουσία μιας ολόκληρης βαθμίδας ανθρώπων" έτσι περιορίζονται τα περιθώρια να διατηρήσουν την ιδέα για τον εαυτό τους. Παρατηρείται πτώχευση των συναισθημάτων, των σκέψεων, της πρωτοβουλίας και της κοινωνικής τους δραστηριότητας. (Γκόφμαν 1994 σελ. 202). Μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου οι ασθενείς αποξενώνονται από την κοινωνία αποκλείονται από τις λειτουργίες της κι έτσι σταδιακά χάνουν τις ικανότητες που τους έχουν απομείνει για κοινωνική συνδιαλλαγή και λειτουργικότητα. Το γεγονός αυτό τους καθιστά εξαρτημένους από την ιδρυματική περίθαλψη καθώς οι ίδιοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στην

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

κάλυψη των αναγκών τους και να ζήσουν μια ικανοποιητική ζωή μέσα στο φυσικό κοινωνικό περιβάλλον.

Η διαπίστωση του βλαπτικού ρόλου του ψυχιατρείου οδήγησε στην ανάγκη εξεύρεσης εναλλακτικών λύσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Από τις αρχές της δεκαετίας του '60 τέθηκε η ιδέα της αποασυλοποίησης και υποστηρίχτηκε ως μια αισιόδοξη προοπτική στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Η αποασυλοποίηση επιδιώκει τρεις σκοπούς.

α) Την απόλυση των χρόνιων ασθενών από τα νοσοκομεία (κυρίως αποασυλοποίηση) μετά από μια περίοδο προετοιμασίας και εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες ώστε να είναι δυνατή η επιστροφή τους στην κοινωνία και η παραμονή τους σε αυτήν σε συνθήκες προσαρμογής - και αυτονομίας ανάλογα με τις ατομικές τους δυνατότητες και τις προσωπικές τους επιθυμίες.

β) Τη συντόμευση της νοσηλείας με τη βοήθεια κοινοτικής περίθαλψης.

γ) Την αποφυγή εισαγωγής σε νοσοκομεία με τη δημιουργία σταθμών πρώτων βοηθειών και θεραπευτικών προγραμμάτων μέσα στην κοινότητα για τη συντήρηση ψυχιατρικών ασθενών έξω από τα ιδρύματα. (Χαρτοκόλης 1984 - Μαδιανός 1994, Χριστοδούλου, Κονταζάκης, Αυγουστίδης, Σκουμπουρδής, Μουτάφη, Σφακιανάκη, Μιχαήλ, 1994)

Σήμερα σε πολλά κράτη της Ευρώπης της Β. Αμερικής αλλά και στην Ελλάδα υπάρχει η τάση για τον περιορισμό των μεγάλων ψυχιατρικών ασύλων τη μετατροπή τους σε ψυχιατρικά νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας και την αποϊδρυματοποίηση των έγκλειστων τους. Το ψυχιατρικό

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

νοσοκομείο μπορεί να συνυπάρξει μέσα στο σύστημα υπηρεσιών Κοινωνικής Ψυχικής υγιεινής εάν μετατραπεί σε νοσοκομείο βραχείας νοσηλείας.

Η διαδικασία της αποασυλοποίησης όμως προϋποθέτει το μετασχηματισμό των δεσμών που ισχύουν στον τομέα της ψυχικής υγείας ώστε να επέλθει ουσιαστική αλλαγή στο σύστημα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Η ιδέα της αποασυλοποίησης στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής ψυχικής υγιεινής που πρεσβεύει την εφαρμογή ενός σύγχρονου τρόπου, θεραπευτικής αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπου η ψυχική αρρώστια πρέπει να αντιμετωπίζεται μέσα στην κοινότητα και ο ψυχικά άρρωστος να παραμένει μέσα στο φυσικό χώρο και να βοηθείτε ώστε να αποκτά ένα ικανοποιητικό επίπεδο προσαρμογής.

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Στις περιπτώσεις που η πρωτοβάθμια φροντίδα στην κοινότητα δεν επαρκεί να αντιμετωπίσει ιδιαίτερα σοβαρά περιστατικά, τότε οι ασθενείς νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων.

Η λειτουργία των ψυχιατρικών τμημάτων μέσα στα γενικά νοσοκομεία αποτελεί μια θετική κατάσταση δεδομένου ότι τα άτομα με βαριές ψυχικές διαταραχές χρειάζονται ενίοτε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Η λειτουργία των ψυχιατρικών τμημάτων σε Γ.Ν αποτελεί παράγοντα μείωσης των εισόδων σε ιδιωτικές κλινικές για τους ασθενείς χαμηλών εισοδημάτων και συμβάλει στην αποφυγή του ιδρυματισμού και στην απομάκρυνση του στιγματισμού που συνοδεύει τον ψυχιατρικό ασθενή μετά από την εισαγωγή του στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Ο Σακελλαρόπουλος (1994) αναφέρει ότι το ψυχιατρικό τμήμα του Γ.Ν. πρέπει να εντάσσεται στα Πλαίσια Παροχής υπηρεσιών μέσα από τομέα. Συγκεκριμένα: "σε κάθε πληθυσμιακή ομάδα 300.000 πρέπει να αντιστοιχεί ένας ψυχιατρικός τομέας Γ.Ν. και ένα ιατροπαιδαγωγικό κέντρο". (Σακελλαρόπουλος 1994 σελ. 19).

Με τα ψυχιατρικά τμήματα στο Γενικό Νοσοκομείο επιτυγχάνονται η αντιμετώπιση της ψυχιατρικής αρρώστιας στους χώρους που αντιμετωπίζονται και οι υπόλοιπες αρρώστιες, μειώνονται οι φραγμοί ανάμεσα στην ψυχιατρική και τις άλλες ειδικότητες της ιατρικής και γίνεται δυνατή η απαλλαγή υπηρεσιών και εξειδικευμένων γνώσεων. (Βαφύλη - Τσινίκα 1984).

Εκτός από τις καλύτερες συνθήκες περίθαλψης που παρέχει το ψυχιατρικό τμήμα ενός γενικού νοσοκομείου, δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

παραμένει μέσα στα όρια της κοινότητας του (καθώς το γενικό νοσοκομείο βρίσκεται μέσα στην κοινότητα) και όχι απομονωμένος από αυτήν όπως συμβαίνει στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Ο ψυχιατρικός τομέας του γενικού νοσοκομείου θα πρέπει να διασυνδέεται με τις υπόλοιπες υπηρεσίες Κοινοτικής ψυχικής Υγιεινής του τομέα και να υπάρχει άμεση συνεργασία με αυτές. (Σακελορόπουλος 1994)

Ο Μαδιανός (1994) τονίζοντας την ανάγκη του θεραπευτικού συνεχούς αναφέρει ότι για τις νοσοκομειακές ανάγκες ενός τομέα ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να υπάρχει μέσα στο γενικό νοσοκομείο ένας μικρός αριθμός κρεβατιών (5-10) την ευθύνη του οποίου θα έχει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Έτσι στην περίπτωση που κάποιος ασθενής χρειαστεί νοσοκομειακή περίθαλψη θα συνεχίσει να παρακολουθείται από τους ίδιους θεραπευτές που τον παρακολουθούσαν σε όλη τη διάρκεια της αρρώστιας του.

Γ. Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

1) ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινοτική ψυχιατρική και η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή προκύπτουν από το συνδυασμό του κοινωνικού στοιχείου και της ψυχιατρικής. Ασχολούνται με τις περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες που σχετίζονται με την αιτιολογία, διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Στόχος τους είναι η δημιουργία των προϋποθέσεων για την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία καθώς και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών μέσα στην κοινότητα.

Η κοινοτική ψυχική υγιεινή στην πράξη περιλαμβάνει ένα σύστημα υπηρεσιών μέσα από τις οποίες επιχειρείται η επίτευξη του παραπάνω στόχου.

Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών στην Κοινοτική Ψυχική υγιεινή γίνεται με βάση την "αρχή της τομεοποίησης". Η αρχή αυτή αναφέρεται στην ανάγκη για ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή έτσι ώστε οι κάτοικοι της περιοχής να μπορούν με μεγαλύτερη ευκολία να κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών.

Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να σχεδιάζονται με βάση τις ανάγκες της συγκεκριμένης περιοχής.

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η συμμετοχή της κοινότητας (τοπική αυτοδιοίκηση - σύλλογοι - εκκλησία κ.λ.π.) η οποία μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην προσπάθεια για αναβάθμιση της ψυχικής υγείας καθώς και στην εύρεση κατάλληλων και οικονομικά αποτελεσματικών λύσεων στα

διάφορα προβλήματα . Ο κύριος φορέας για την παροχή υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγιεινής είναι το Κοινοτικό Κέντρο ψυχικής υγιεινής.

2) ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Το κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι καθιερωμένος δεσμός στο χώρο της ψυχικής υγείας και αποτελεί τον κύριο φορέα των προσπαθειών για την πραγματοποίηση των στόχων της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.

Μέσα από αυτόν το δεσμό επιχειρείται η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια της Κοινοτικής ψυχιατρικής με σκοπό :

α) την πρώιμη επισήμανση περιπτώσεων ψυχικής διαταραχής και άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις (δευτεροβάθμια πρόληψη).

β) Τη μείωση των επιπτώσεων από τη χρονιότητα της ψυχικής διαταραχής με την παρακολούθηση προγραμμάτων αποκατάστασης. Έτσι θα επιδιωχτεί η διατήρηση της λειτουργικότητας του αρρώστου και η παραμονή του μέσα στην κοινότητα (τριτογενής πρόληψη).

γ) Την προαγωγή της ψυχικής υγείας της Κοινότητας με προγράμματα που στοχεύουν σε πρώιμες παρεμβάσεις με σκοπό τη μείωση της εμφάνισης νέων περιπτώσεων (πρωτογενής πρόληψη). (Μαδιανός 1988, Κονταξάκης, Χριστοδούλου 1994).

Ένα Κ.Κ.Ψ.Υ συνήδως περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών, όπως κλινική άμεσης προσπέλασης κρίσεων και επανεξετάσεων. Συμβουλευτική ψυχιατρική υπηρεσία ενήλικων, ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, Μονάδα ημερήσιας Περίθαλψης και αποκατάστασης.

Το Κ.Κ.Ψ.Υ λειτουργεί εναρμονισμένο μέσα στο σύστημα υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και βρίσκεται συνδεδεμένο με τις άλλες υπηρεσίες όπως το

ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου, κέντρα ημερήσιας περίθαλψης (Νοσοκομεία ημέρας - κοινωνικές λέσχες), ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα εργαστήρια ή διαμερίσματα. Η λειτουργία όλων αυτών των υπηρεσιών έχει ως βασική προϋπόθεση τη λειτουργία τους ως τμημάτων ενός ολοκληρωμένου συστήματος ψυχικής υγιεινής καθώς οποιαδήποτε υπηρεσία αδυνατεί να προσφέρει μεμονωμένα τις απαραίτητες συνθήκες για σωστή ψυχιατρική φροντίδα. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής φαίνεται να είναι ο καταλληλότερος συντονιστικός φορέας αφού τα νοσοκομειακά ιδρύματα είναι δύσκολο να ξεφύγουν από τον ιατροκεντρικό προσανατολισμό τους. (Μαδιανός 1984, 1989, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Στο Κ.Κ.Ψ.Υ απασχολείται ένας μεγάλος αριθμός επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα απασχολούνται ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές.

Επίσης μπορούν να συνεργαστούν ερευνητές ανθρωπολόγοι, κοινωνιολόγοι, στατιστικοί, για τη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων. Τέλος απασχολείται διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό.

3) ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

α) Συμβουλευτική ψυχιατρική υπηρεσία ενηλίκων

Η συμβουλευτική ψυχιατρική υπηρεσία ενηλίκων είναι σχεδιασμένη για να εξυπηρετεί άτομα που εμφανίζουν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα όπως άτομα με νευρωσικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, αντιδράσεις προσαρμογής κάτω από την επίδραση stress (όπως στην οικογένεια, στο γάμο, στις σπουδές, στο χώρο της εργασίας).

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Παράλληλα εξυπηρετούνται και ασθενείς με ψυχοπαθολογικές διαταραχές σε ύφεση ή μετά από την έξοδό τους από νοσοκομείο όπου πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματική παρακολούθηση.

Η συμβουλευτική υπηρεσία είναι αυτή που ασχολείται με την κλινική παρέμβαση. Αρχικά γίνεται η αξιολόγηση και διάγνωση του προβλήματος και ακολουθεί η ανάλογη του προβλήματος θεραπευτική προσέγγιση με σκοπό τη βελτίωση της προσωπικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Η συμβουλευτική υπηρεσία λειτουργώντας με βάση τις αρχές της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής θεωρεί την εμφάνιση κάθε ψυχολογικής διαταραχής σαν αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ατομικών και κοινωνικών παραγόντων. Για το λόγο αυτό η θεραπευτική προσέγγιση προς τον ασθενή επιχειρεί να μεταβάλει τους κοινωνικούς παράγοντες που διαμορφώνουν ή οξύνουν τη διαταραχή του ατόμου. Π.χ. γίνεται προσπάθεια αναδιοργάνωσης του υποστηρικτικού συστήματος του άρρωστου, προσπάθεια για δημιουργία δεσμών με τον άρρωστο και τους συγγενείς του και το κοινωνικό περιβάλλον.

Στόχος της κλινικής παρέμβασης μπορεί να αποτελεί το ίδιο το άτομο (ατομική ψυχοθεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς, φαρμακοθεραπεία) ή οι ομάδες στις οποίες λειτουργεί (π.χ. ομαδική θεραπεία, θεραπεία οικογένειας) ή στην ευρύτερη κοινότητα μέσα στην οποία λειτουργεί το άτομο.

Οι στόχοι της παρέμβασης είναι ανάλογοι με τις υπάρχουσες θεραπευτικές τεχνικές και θεωρητικές κατευθύνσεις. Θεωρείται αναγκαίο οι συμβουλευτικές υπηρεσίες να έχουν τη δυνατότητα να εφαρμόσουν ένα

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

ευρύ φάσμα θεραπευτικών τεχνικών και προσεγγίσεων ώστε να μπορούν να εφαρμόζουν τη κατάλληλη κάθε φορά προσέγγιση ανάλογα με την περίπτωση κάθε ασθενούς.

Η παραπομπή ασθενών προς τη συμβουλευτική υπηρεσία γίνεται από το δίκτυο των κοινοτικών υπηρεσιών με το οποίο είναι συνδεδεμένο το Κ.Ψ.Υ αλλά και από άλλες υπηρεσίες: νοσοκομεία, ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, σχολεία αλλά και από την υπηρεσία Άμεσης Προσπέλασης (ή άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης) του Κ.Ψ.Υ όταν κρίνεται ότι το άτομο χρειάζεται μακρόχρονη παρακολούθηση και παρέμβαση περισσότερο εξειδικευμένα από εκείνη που παρέχεται στα προγράμματα αντιμετώπισης κρίσεων. (Μάνος και Λογοθέτης 1990, Παπαδάτος και Ζούνη 1987, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988)

β) Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία

Η Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία απευθύνεται σε παιδιά από τη βρεφική ηλικία ως το τέλος της εφηβικής ηλικίας, τα οποία αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα π.χ. προβλήματα στη συμπεριφορά, στη σχέση τους με τους άλλους, στο σχολείο, έχουν καθυστέρηση στην ψυχοσυνεπτική τους εξέλιξη, παρουσιάζουν φοβίες, άγχος, επιθετικότητα κ.λ.π. Είναι πολύ σημαντικό όλες οι παραπάνω δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές που μπορεί να αναπτύσσει ένα παιδί να μη θεωρούνται εκδηλώσεις ψυχικών παθήσεων αλλά να αντιμετωπίζονται πάντα σε σχέση με το επίπεδο ανάπτυξης και το κοινωνικό περιβάλλον που πιθανόν συνέβαλε στην ανάπτυξη των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών.

Οι στόχοι της Ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας του Κ.Ψ.Υ συνοψίζονται στα εξής:

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

- Διάγνωση του προβλήματος και θεραπευτική παρέμβαση (βραχεία ή μακρόχρονη ανάλογα με τη φύση του προβλήματος) Η θεραπευτική παρέμβαση ανάλογα με το πρόβλημα περιλαμβάνει συμβουλευτική παιδιών και οικογένειας, ψυχοθεραπεία (ατομική, ομαδική και οικογενείας, φαρμακοθεραπεία, κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες και ομάδες).

- Κοινοτική παρέμβαση σε παιδικούς σταθμούς, σχολεία, ιδρύματα, ιατροκοινωνικούς φορείς, συλλόγους γονέων κ.λπ. με στόχο την εκπαίδευση και ενημέρωση ατόμων για τις ιδιαιτερότητες της παιδικής ηλικίας με στόχο την πρόληψη αλλά και την έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων που ίσως προειδοποιούν για σοβαρότερες διαταραχές.

- Η εκπαίδευση του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας και της ψυχικής υγείας ειδικότερα

- Έρευνα στο αντικείμενο της Ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας Η ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία πρέπει να είναι στελεχωμένη με διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από παιδίατρος, παιδοψυχίατρος, παιδοψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές και ειδικούς παιδαγωγούς. (Παπαδάτος και Ζούνη 1987, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μάνος 1987, Μαδιανός 1989)

γ) Υπηρεσία Άμεσης Προσπέλασης ή αντιμετώπισης ψυχολογικών κρίσεων

Στην υπηρεσία αυτή καταφεύγουν άτομα τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης (χαρακτηριστικά γνωρίσματα της Κρίσης είναι η σύγχυση του ατόμου, τα οδυνηρά συναισθήματα και παράλληλα η αυξημένη ανάγκη για βοήθεια).

Αξίζει να αναφέρουμε ότι η "κρίση" δεν είναι ταυτόσημη με την ψυχική ασθένεια. Μπορεί όμως να αποτελέσει το αρχικό στάδιο για μια μελλοντική παθολογική κατάσταση.

Τα άτομα που καταφεύγουν στην υπηρεσία επιθυμούν άμεση ανακούφιση από το άγχος και συμβουλές για την αντιμετώπιση της παρούσας δυσκολίας.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή λειτουργία αυτής της υπηρεσίας είναι:

- Να βρίσκεται μέσα στην κοινότητα και να είναι προσιτή στους ενδιαφερόμενους ώστε να μπορούν εύκολα οι ενδιαφερόμενοι να ζητήσουν βοήθεια. Είναι πολύ σημαντικό να αναπτύσσονται τέτοιες υπηρεσίες κοντά σε χώρους όπου οι κρίσεις είναι δυνατό να εμφανιστούν. Π.χ. οι φοιτητικές εστίες, περιοχές με αποιδρυματοποιημένους ψυχιατρικούς ασθενείς, νοσοκομεία, στρατιωτικές εγκαταστάσεις κ.λ.π.

- Να είναι δυνατή η άμεση διάθεση υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες Άμεσης Ψυχολογικής υποστήριξης πρέπει να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και να είναι απαλλαγμένες από διαδικασίες όπως ραντεβού.

- Να υπάρχει δυνατότητα παροχής υπηρεσιών στο άμεσο περιβάλλον των ατόμων που αντιμετωπίζουν κρίση με επισκέψεις των εργαζομένων στα σπίτια των ενδιαφερομένων όταν αυτό χρειάζεται.

- Να υπάρχει ευελιξία και πολυμορφία των επαγγελματικών ρόλων. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να λειτουργούν χωρίς ραντεβού, καθορισμένη διάρκεια θεραπείας, αναλυτικά ιστορικά και αξιολογήσεις. Επίσης πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα για άμεση συνεργασία με τους ενδιαφερόμενους

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

ακόμη και αν αυτό σημαίνει εργασία έξω από τα όρια της υπηρεσίας αλλά και άμεση επαφή με άλλες κοινοτικές υπηρεσίες.

- Υπαρξη τεχνικής χειρισμού των Κρίσεων. Στόχοι της διαδικασίας της άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης είναι: η άμεση ανακούφιση του ατόμου από τη δυσφορία που αισθάνεται και η επαναφορά του στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας του. Επίσης πληροφόρηση του ίδιου του ατόμου και της οικογένειας του ώστε να γίνουν γνωστές οι πιθανές λύσεις αλλά και η ύπαρξη των κοινοτικών υπηρεσιών στις οποίες μπορεί να καταφύγει.

Επίσης ένα Κοινοτικό Κέντρο ψυχικής Υγιεινής να περιλαμβάνει και άλλες υπηρεσίες πέρα από τις προαναφερθείσες κύριες με σκοπό την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας προς τους ψυχικά ασθενείς. Έτσι λοιπόν ένα Κ.Κ.Ψ.Υ μπορεί να περιλαμβάνει στη λειτουργία του υπηρεσίες όπως:

δ) Μονάδα ημερήσιας Περίθαλψης

(Νοσοκομείο ημέρας - κοινωνική λέσχη) με σκοπό τη θεραπευτική προσέγγιση ψυχιατρικών ασθενών σε καθημερινή βάση στοχεύοντας στην κοινωνικοποίηση και ένταξη τους στην Κοινότητα.

ε) Υπηρεσία επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης

Στην οποία εκπαιδεύονται ασθενείς με ελεγχόμενη συμπτωματολογία με σκοπό την κατάρτιση την επαγγελματική αποκατάσταση και κατά επέκταση την κοινωνική τους επανένταξη.

στ) Λοιπές υπηρεσίες του Κ.Κ.Ψ.Υ

- Υπηρεσία για άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες
- Υπηρεσία για αλκοολικούς
- Κέντρα για κακοποιημένες γυναίκες

- Κέντρα για κακοποιημένα παιδιά
- Κέντρα νεότητας
- Μονάδα επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας

- Κινητή μονάδα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών σε θέματα ψυχικής υγείας με στόχο α) την πρόληψη β) τη δημιουργία προϋποθέσεων για την ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό σύνολο. (Πηγή: Μάνος 1987, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Σακελλαρόπουλος 1994, Ενημερωτικό φυλλάδιο Κ.Ψ.Υ 1994.)

4. ΚΙΝΗΤΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η κινητή ψυχιατρική ομάδα αποτελείται από ειδικούς ψυχικής υγείας και καλύπτει τις ανάγκες περίθαλψης των κατοίκων σε περιοχές της υπαίδρου οι οποίες είναι απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα, όπου κατά κύριο λόγο βρίσκονται συγκεντρωμένες οι περισσότερες ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Οι στόχοι της λειτουργίας της Κινητής Ψυχιατρικής ομάδας, βασίζονται θεωρητικά στις σύγχρονες απόψεις την Κοινωνικής, Κοινοτικής Ψυχιατρικής με έμφαση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Παρέχουν θεραπευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες βοηθώντας να αποφευχθεί ο εγκλεισμός σε κλειστά ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ παράλληλα προσφέρουν και προληπτικό έργο επιδιώκοντας την προαγωγή της ψυχικής υγείας της κοινότητας.

Η Κ.Ψ.Μ ασχολείται επίσης με το έργο της αγωγής κοινότητας, επιδιώκοντας να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει τους κατοίκους της κοινότητας ώστε να αλλάξουν στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστια.

Έτσι προωθείται μια ρεαλιστική αντίληψη για τις ψυχικές αρρώστιες τις οποίες ο κόσμος λόγω άγνοιας αντιμετωπίζει σαν "υπερφυσικά φαινόμενα ή στίγματα", (Σακελλαρόπουλος 1994, σελ. 328), για τα οποία νιώθει φόβο και ντροπή, και για το λόγο αυτό εμποδίζεται να ζητήσει έγκαιρη βοήθεια ακόμα και για μικρά ψυχολογικά προβλήματα.

Οι Κ.Ψ.Μ αναπτύσσονται στα πλαίσια της δημόσιας εξωνοσοκομειακής περίθαλψης την τελευταία δεκαετία σε συνεργασία με άλλους φορείς όπως το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, γενικά νοσοκομεία, Κέντρα υγείας, αγροτικούς γιατρούς και τοπική αυτοδιοίκηση. (Π. Παναγιώτσος και Σακελλαρόπουλος 1989, Σακελλαρόπουλος 1994).

5. ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Τα μεταρρυθμιστικά ρεύματα της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής που αναπτύχθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες με σκοπό τη μετάθεση της ψυχιατρικής περίθαλψης από το ίδρυμα στην κοινότητα γέννησαν την ιδέα της παροχής περίθαλψης από την ψυχιατρική ομάδα στο σπίτι της ασθενούς. Βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της παραπάνω πρακτικής είναι ο σχεδιασμός της δραστηριότητας αυτής στα πλαίσια ενός δικτύου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στόχος της είναι η σύντομη αποκατάσταση σε ένα περιβάλλον που θα διατηρήσει την ενότητα άρρωστος - οικογένεια - περιβάλλον σεβόμενη την αυτονομία τους και τις ανάγκες τους. (Σακελλαρόπουλος 1984)

Η ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του ασθενούς κατατάσσεται σε τρεις τύπους ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του αρρώστου.

Οι τύποι αυτοί όπως περιγράφονται από το Σακελλαρόπουλος και τους συνεργάτες του (Σακελλαρόπουλος, Φαλάρας, Πετρουλάκης 1990, Σακελλαρόπουλος 1994) είναι οι ακόλουθοι:

α) Ο πρώτος τύπος αφορά τον ψυχωσικό άρρωστο που μετά από μια μικρής ή μεγάλης διάρκειας νοσηλεία επιστρέφει από την ψυχιατρική κλινική στο σπίτι.

Η ψυχιατρική ομάδα (πολλές φορές αρκεί ένας ψυχίατρος και ένας ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός) προσφέρει ψυχολογική βοήθεια στον άρρωστο και στην οικογένεια, χορηγεί φαρμακευτική αγωγή και συμβάλει στην κοινωνική αποκατάσταση του.

Για την επιτυχία της μετανοδοκμιακής αυτής παρακολούθησης είναι απαραίτητη - όπως αναφέρει ο Σακελλαρόπουλος (1994)- η εγκατάσταση μιας ουσιαστικής συναισθηματικής σχέσης από την πλευρά των θεραπειών προς το θεραπευόμενο. Ο ενθουσιασμός και η συναισθηματική επένδυση σε συνδυασμό με την κατοχή γνώσης και θεραπευτικών τεχνικών αποτελούν ουσιαστικούς παράγοντες για την επιτυχία της προσπάθειας για παροχή μετανοδοκμιακής περίθαλψης στον ασθενή.

β) Ο δεύτερος τύπος αφορά μια κατηγορία ασθενών με λιγότερο βαριά συμπτωματολογία. Τα άτομα αυτά ίσως να μη χρειαστεί ποτέ να εισαχθούν σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα. (Οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν προς αυτή την κατεύθυνση μπορεί να είναι: η κρίση εισβάλλει προοδευτικά, ο άρρωστος ζητά έγκαιρα βοήθεια, τα συμπτώματα δεν είναι πολύ δεαματικά). Αν όμως υπάρξει από την πλευρά της οικογένειας έντονη αντίδραση επηρεασμένη από τον πανικό και το φόβο τότε τα πράγματα θα πάρουν άσχημη τροπή.

Ο τρόπος που θα αντιμετωπιστεί η κρίση αποτελεί ουσιαστικής σημασίας παράγοντα για την εξέλιξη της κατάστασης του αρρώστου. "Η εισαγωγή στο ίδρυμα, στις περισσότερες περιπτώσεις, θα εντείνει τη ρήξη του αρρώστου με την οικογένεια του, συχνά θα επικυρώσει στην αντίληψη του τις παραληρηματικές διωκτικές ιδέες του, θα το γεμίσει φόβο και καχυποψία προς το θεραπευτικό περιβάλλον. Παράλληλα θα του μειώσει την υπευθυνότητα για την υγεία του και, γενικότερα, τη δυνατότητα του να αναλάβει ευθύνες". (Σακελλαρόπουλος 1994, σελ. 344)

Στην αντίθετη περίπτωση αν ο άρρωστος παραμείνει μέσα στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον του σπιτιού του και του παρασχεθεί μέσα στο σπίτι περίθαλψη η κατάσταση της υγείας του θα εξελιχθεί με περισσότερο ευνοϊκό τρόπο. Με τους κατάλληλους ψυχολογικούς χειρισμούς προς τον ασθενή και την οικογένεια, με την άμεση φαρμακευτική βοήθεια η ομάδα θεραπειών θα επιχειρήσει την αποκατάσταση του αρρώστου από την κρίση.

Σε αυτή τη φάση είναι πολύ σημαντικό ο ψυχίατρος και τα άλλα μέλη της ομάδας να διαθέσουν αρκετές ώρες στο σπίτι του ασθενούς. (Σακελλαρόπουλος και συνεργάτες 1984, Σακελλαρόπουλος 1994)

γ) Ο τρίτος τύπος ψυχιατρικής περίθαλψης στο σπίτι αφορά ψυχικά αρρώστους που αντιμετωπίζουν τόσο σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα που "η ένδειξη εισαγωγής τους στην κλινική είναι απόλυτη". (Σακελλαρόπουλος 1994, σελ. 345)

Στην περίπτωση αυτή, όπου δηλαδή γίνεται περίθαλψη στο σπίτι σε άρρωστο που έχει απόλυτη ένδειξη εισαγωγής σε νοσοκομείο ο άρρωστος και η οικογένεια του αντιμετωπίζονται ως σύνολο.

Η θεραπευτική ομάδα σε αυτή την περίπτωση εστιάζει την προσοχή της στην μείωση του άγχους των γονιών και στην αντιμετώπιση της διέγερσης του άρρωστου.

Στην περίπτωση αυτή είναι απαραίτητη η συμμετοχή στη θεραπευτική ομάδα πολλών θεραπευτών που θα ασχοληθούν με τον ασθενή και την οικογένεια του και θα διαθέσουν πολλές ώρες κοντά τους ιδιαίτερα κατά τις πρώτες ημέρες της κρίσης (κάλυψη της οικογένειας όλο το 24ωρο διαδοχικά από τα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας).

Έτσι ο άρρωστος δε χωρίζεται από την οικογένεια του και γίνεται προσπάθεια να μη διαταραχθεί ο τρόπος λειτουργίας της οικογένειας. (Σακελλαρόπουλος, Φαλάρας, Πετρουλάκης 1990, Σακελλαρόπουλος 1984, Σακελλαρόπουλος 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

A. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ενας 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". (Μαδιανός 1994, σελ. 48) Ενας άλλος ορισμός της αποκατάστασης με ψυχιατρική κατεύθυνση είναι εκείνος που δόθηκε από τους Wing, Bennet και Denhoms (1964) "αποκατάσταση είναι κάθε δραστηριότητα που έχει ως στόχο την πρόληψη ή μείωση των δευτερογενών επιπτώσεων ή των αναπτυσσόμενων αναπληρωματικών μηχανισμών για τις πρωτογενείς και δευτερογενείς επιπτώσεις της νόσου που δεν επιδέχονται μείωση". (Μαδιανός 1994, σελ. 48)

Όπως αναφέρει η Μ. Κωνσταντινίδου (1987) η κοινή φιλοσοφία στην οποία βασίζονται οι πολιτικές των Ευρωπαϊκών χωρών στον τομέα της αποκατάστασης είναι η πολιτική της ένταξης σε κανονικές δομές.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται ο όρος Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση που αναφέρεται σε μια ψυχοκοινωνική προσέγγιση των ψυχικά ασθενών με στόχο την αποκατάσταση και ένταξη τους στην κοινωνία. "Το πρώτο συνθετικό της λέξης "Ψυχοκοινωνικός" (στον όρο ψυχοκοινωνική αποκατάσταση) αναφέρεται στις υπερβολικές ή υπολειμματικές περιοχές του κινητικού, συναισθηματικού και γνωστικού

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

τομέα των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών, οι οποίες κατά παράδοση χαρακτηρίζονται ως ψυχολογικές και όχι ψυχοφυσιολογικές ή βιολογικές. Το δεύτερο συνθετικό της λέξης ψυχοκοινωνική αναφέρεται στο κοινωνικό περιβάλλον σαν πλαίσιο μέσα στο οποίο συμπεριφέρονται τα άτομα και στο οποίο καθορίζεται η καταλληλότητα ή ακαταλληλότητα της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και εφαρμόζονται οι αλλαγές που στοχεύουν στη μεταβολή της” (Κογκίδου 1987, σελ. 104). Γενικά θα μπορούσαμε να ορίσουμε την αποκατάσταση σαν το σύνολο των δραστηριοτήτων που στοχεύουν αφενός στην ανάρρωση του ατόμου από τα συμπτώματα και τις επιπλοκές της ψυχικής αρρώστιας και αφετέρου στοχεύουν στην επανένταξη του μέσα στην κοινότητα μέσα σε ένα όσο το δυνατό λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον όπου θα του δίνεται η δυνατότητα να ζει αυτοδύναμα, αξιοποιώντας κάθε κοινωνική επαγγελματική και προσωπική του ικανότητα.

Β. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία και τα αποτελέσματα της προσπάθειας για την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών είναι οι ακόλουθοι:

1. Κλινικοί παράγοντες, όπως η έκπτωση συχνά των ικανοτήτων, η προϋπάρχουσα γενική λειτουργικότητα του αρρώστου η προσωπική του ανάπτυξη και ωρίμανση.
2. Κοινωνικοί, οικογενειακοί και πολιτιστικοί παράγοντες όπως η κοινωνική / πολιτιστική και οικονομική στάθμη της οικογένειας η αποδοχή ή απόρριψη του άρρωστου μέλους της, η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος.
3. Οι διαδικασίες που στοχεύουν στην αποκατάσταση. (Κυριακάκης 1987, Μαδιανός 1994). Επίσης θα πρέπει να αναφερθούν κάποιες βασικές αρχές βάσει των οποίων θα πρέπει να κατευθύνεται η προσπάθεια για την αποκατάσταση.
4. Θεωρείται απαραίτητος ο συντονισμός μεταξύ όλων των υπηρεσιών με στόχο την ψυχοκοινωνική φροντίδα και αποκατάσταση του ατόμου.
5. Αμοιβαία και ισότιμη συνεργασία μεταξύ των στελεχών που εργάζονται για την αποκατάσταση.
6. Η ύπαρξη αισιοδοξίας για τη θετική έκβαση των προσπαθειών.
7. Κάθε άτομο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα ανάλογα με το πρόβλημα και τις ανάγκες του.

8. Αναγνώριση της οικογένειας και της κοινότητας ως υποστηρικτικών συστημάτων. Προσπάθεια εγκατάστασης "συμμαχίας" με την οικογένεια καθώς και δημιουργία γενικότερου υποστηρικτικού συστήματος (Χαλκούση και Τριανταφύλλου 1994).
9. Η ύπαρξη εναλλακτικών προτάσεων, λύσεων.
10. Ο σχεδιασμός ρεαλιστικών στόχων.
11. Η συνεχής ενίσχυση - επιβράβευση κάθε προσπάθειας που καταβάλλεται από μέρος του ασθενή.
12. Η ενημέρωση και η υποστήριξη της οικογένειας.
13. Η ευαισθητοποίηση των φορέων της κοινότητας.
14. Η διερεύνηση των εργασιακών ευκαιριών στην ελεύθερη αγορά και προσαρμογή των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης. (Μαντωνάκης και Τζέμος 1983, Μαδιανός 1994).

Γ. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διακρίνονται δύο κύρια στάδια. Το πρώτο στάδιο αφορά την Κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών και το δεύτερο την επαγγελματική αποκατάσταση.

Η διαδικασία όμως της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρχίζει με μια προγραμματισμένη προσπάθεια προετοιμασίας των ασθενών ώστε να είναι ώριμοι και ικανοί να προχωρήσουν στα στάδια για την κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. Το στάδιο αυτό που προηγείται της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης θα μπορούσε να οριστεί σαν μεταβατικό στάδιο και αναφέρεται σε μια περίοδο πριν από την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο όπου με τη βοήθεια κάποιων προγραμμάτων επιχειρείται η προετοιμασία για την έξοδο τους και την ένταξη τους σε ένα πλαίσιο Κοινωνικής Φροντίδας. (Κογκίδου 1987).

1. Μεταβατικό Στάδιο

α) Νοσοκομεία ημέρας

Το πρώτο νοσοκομείο ημέρας ιδρύθηκε στη Σοβιετική Ένωση το 1933 από το Ζαχάρωφ. Στη Δύση, το πρώτο νοσοκομείο ημέρας λειτούργησε στο Μόντρεαλ του Καναδά το 1946.

Η Αμερικανική Ένωση Μερικής Νοσηλείας, ορίζει το νοσοκομείο ημέρας σαν "ένα πρόγραμμα θεραπείας που περιλαμβάνει τις κύριες διαγνωστικές, ιατρικές, ψυχιατρικές, ψυχοκοινωνικές και προεπαγγελματικές μεθόδους περίθαλψης, σχεδιασμένο για ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που απαιτούν καθολική διεπιστημονική μέριμνα". (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988)

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Νοσοκομεία Ημέρας λειτουργούν μέσα σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα, στα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής.

Οι θεραπευτικοί στόχοι σε όλες τις περιπτώσεις είναι ίδιοι:

- Η αντιμετώπιση της ίδιας της ψυχικής διαταραχής καθώς και η μελλοντική επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα.
- Η παροχή βοήθειας προς τους ασθενείς ώστε να προσαρμοστούν ομαλά μέσα στην κοινότητα καθώς και παροχή βοήθειας ώστε να αποφευχθεί ενδεχόμενη υποτροπή της αρρώστιας και επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. (Μαδιανός 1994, Κυζιρίδου και Ιεροδιακόνου 1994)

Το πρόγραμμα του Νοσοκομείου Ημέρας είναι σταθερό και τροποποιείται μόνο όταν προκύβουν κοινωνικές δραστηριότητες οι οποίες αποφασίζονται στη διοικητική συνάντηση της θεραπευτικής κοινότητας. Έτσι το νοσοκομείο ημέρας είναι ένας θεραπευτικός χώρος που καθορίζει με σαφήνεια το όρια του (σταθερή ώρα προσέλευσης και αποχώρησης, διαλείμματα). Η καθημερινή λειτουργία του Ν.Η και η σταθερότητα στο πρόγραμμα παίρνει θεραπευτική σημασία καθώς έρχεται σε αντίθεση με τη σύγχυση της γύρωσης (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988). Το προσωπικό στην ημερήσια περίθαλψη εργάζεται με τη μορφή ομάδας στην οποία συμμετέχουν: ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης, εργοθεραπευτής και ειδικοί θεραπευτές (τέχνης, μουσικής, κίνησης).

Η μέση διάρκεια παραμονής σε ένα Ν.Η είναι 2-3 μήνες αλλά υπάρχουν διαφορές μεταξύ των μονάδων, ανάλογα με τον πληθυσμό που εξυπηρετείται. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988)

Το νοσοκομείο ημέρας μπορεί να αποτελέσει ένα προεπαγγελματικό στάδιο.

Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα του Νοσοκομείου Ημέρας περιλαμβάνει τη συνήδη θεραπευτική διαδικασία.

α.1 Φαρμακοθεραπεία. Η χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να συνοδεύεται από κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών, ή σε αναγκαίες περιπτώσεις, από έλεγχο για τη συστηματική χρήση των φαρμάκων ώστε να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα. (Παπαδάτος 1987)

α.2 Ψυχοθεραπεία (ατομική και ομαδική). Η ομαδική ψυχοθεραπεία σε περιπτώσεις σοβαρών περιστατικών είναι απαραίτητη αλλά και η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να έχει τα ίδια αποτελέσματα. Βασικό πλεονέκτημα της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι η ύπαρξη συνθηκών κοινωνικής αλληλεπίδρασης και μπορεί να αποτελέσει το πρώτο βήμα για την κοινωνική επανένταξη.

Η ομάδα θεραπευτών της Ψυχιατρικής κλινικής του Αιγινήτειου αναφέρει ότι η ομάδα ψυχοθεραπείας επιδιώκει να αποτελέσει "ένα χώρο μετάβασης από το παλινδρομημένο επίπεδο στο ώριμο μέσω της επαναδομητικής θεραπευτικής εμπειρίας" (Μαντωνάκης, Γύρα και άλλοι 1994, σελ. 433) εννοώντας ότι για να θεραπευθεί ο άρρωστος δε φτάνει να εξωτερικεύσει ότι έχει μέσα του, αλλά πρέπει και να εσωτερικεύσει και νέες εμπειρίες από το εξωτερικό περιβάλλον που θα έχουν διορθωτική επίδραση. (Παπαδάτος 1987, Μαντωνάκης, Γύρα και άλλοι 1994)

α.3 Επίσης το πρόγραμμα του Ν.Η περιλαμβάνει θεραπευτικές δραστηριότητες όπως Εργοθεραπεία. Η εργοθεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική θεραπευτική δραστηριότητα και έχει αποδειχτεί πολύ χρήσιμη

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

στην αποφυγή της παθητικότητας των ψυχικά ασθενών. Θεωρείται μάλιστα ως βασική παρέμβαση για ένα ψυχικό άρρωστο ο οποίος προγραμματίζεται να βγει από την ψυχιατρική κλινική.

“Η ψυχιατρική εργοθεραπεία είναι μια μορφή θεραπείας με την οποία ο ψυχικά άρρωστος ή το άτομο με ειδικές ανάγκες ενθαρρύνεται να πραγματοποιεί χρήσιμους στόχους με σκοπό να μάθει ή να επαναποκτήσει ικανότητες και λειτουργίες βασικές για την προσαρμογή και λειτουργικότητα του στο ατομικό, εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο”. (Πηγή Μαδιανός 1994, σελ. 80).

Επίσης “η εργοθεραπεία μέσα από τις ποικίλες δραστηριότητες βοηθά το άτομο σε πρώτο στάδιο να ικανοποιεί τις ανάγκες για εξάρτηση, επιθετικότητα, παλινδρομική συμπεριφορά και συμβολισμούς, ενώ σε δεύτερο στάδιο το βοηθά να αναπτύσσει την αισθητηριακή του αντιληπτικότητα, να συντονίζει τις κινητικές και νοητικές λειτουργίες, να αναπτύσσει τα όρια και την προσωπική ανεξαρτησία του εγώ, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και πρωτοβουλίες”. (Μαδιανός 1994, σελ. 84)

Ο Σοκελλαρόπουλος⁽¹⁹⁹⁴⁾ αναφέρει ότι σκοπός της εργοθεραπείας εκτός από την κινητοποίηση του αρρώστου είναι και η αξιοποίηση των δημιουργικών δυνατοτήτων που διαθέτει και η ικανοποίηση των αναγκών για “συναισθηματική εκφόρτιση και επικοινωνία” με άλλα λόγια όπως λέει “η εξαΰλωση των σεξουαλικών και επιθετικών ορμέμφυτων του ασθενή”. (Σοκελλαρόπουλος¹⁹⁹⁴, σελ. 348).

α.4. Λειτουργία ομάδων επικεντρωμένων στο “σωματικό Εγώ”. Οι ομάδες που επικεντρώνονται στο σωματικό εγώ και λειτουργούν στα πλαίσια του θεραπευτικού προγράμματος του Νοσοκομείου Ημέρας είναι:

- α) Ομάδα θεραπευτικής γυμναστικής
- β) Ομάδα χαλάρωσης και κατευθυνόμενης φαντασίας
- γ) Ομάδα κίνησης και χορευτικής έκφρασης.

Η θεωρητική βάση των παραπάνω ομάδων αναφέρεται σε 4 στάδια α) Αποδοχή της σωματικής έκφρασης ως μια ακόμα εκδήλωση της προσωπικότητας β) Συνειδητοποίηση των δυσκολιών και αντιστάσεων για σωματική έκφραση και επικοινωνία γ) Διαφοροποίηση της εμπειρίας άγχους, φόβου, περιορισμού, ενοχής, μειωμένης κίνησης με την αντίστοιχη της ηρεμίας, ανακούφισης, επικοινωνίας και χαράς, διά μέσου σωματικής εμπειρίας, δ) Σταθεροποίηση του επιθυμητού αποτελέσματος.

Επιθυμητά αποτελέσματα από τη λειτουργία αυτών των ομάδων είναι:

- Η μείωση των σωματικών εκδηλώσεων που υποδηλώνουν ψυχοπαθολογία.
- Την εκμάθηση τεχνικών, που μπορεί κάποιος θεραπευόμενος να τις χρησιμοποιήσει πλέον κατά βούληση, στη ζωή του.
- Την υιοθέτηση υγιών στάσεων που διευκολύνουν τη ζωή.
(Θεοχάρη, Γύρα, Κατάν, Μαντωνάκης 1994)

α.5 Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. Στα πλαίσια της λειτουργίας του Νοσοκομείου Ημέρας περιλαμβάνεται και το πρόγραμμα για εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων με σκοπό να καταστούν σταδιακά οι ασθενείς ικανοί να λειτουργούν ικανοποιητικά στην κοινότητα.

Όπως είναι γνωστό στην περίπτωση της χρόνιας διαδρομής μιας σχιζοφρενικής ψύχωσης εμφανίζεται μια μικρή ή μεγάλη έκπτωση στον

τομέα της λειτουργικότητας με αποτέλεσμα το άτομο να είναι ανεπαρκές σε 1) δεξιότητες αντιληπτικές και δεξιότητες επικοινωνίας ακόμα 2) σε πρακτικές - λειτουργικές δεξιότητες και 3) σε Γνωσιακές δεξιότητες.

Αφού γίνει εκτίμηση του επιπέδου των κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενούς εκπονείται ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς και σταδιακά την προσαρμογή του στα πλαίσια της ζωής στην Κοινότητα. (Wilkinson, Canter 1991, Μαδιανός 1994)

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων όπως περιγράφονται από τους Wilkinson και Canter είναι οι ακόλουθες:

1. **Καθοδήγηση.** Ο εκπαιδευτής περιγράφει λεπτομερειακά τις συμπεριφορές που πρόκειται να διδαχθούν και εξάγει τη σπουδαιότητα και τη χρήση τους στην κοινωνική συνδιαλλαγή.
2. **Επίδειξη Μοντέλου.** Ο θεραπευτής με τη βοήθεια κάποιου μέλους από το προσωπικό επιδεικνύει μια κατάλληλη συμπεριφορά στη συγκεκριμένη περίπτωση. Σε αυτή τη φάση μπορούν να χρησιμοποιηθούν βιντεοταινίες και φωτογραφίες.
3. **Αναπαράσταση συμπεριφοράς** (παίξιμο ρόλου). Ο θεραπευόμενος αφού έχει πάρει οδηγίες και αφού έχει δει επίδειξη της συμπεριφοράς από ένα μοντέλο, εκτελεί μικρές σκηνές που αναπαριστούν καταστάσεις της πραγματικής ζωής.
4. **Ενίσχυση:** Αφού ο θεραπευόμενος αναπαραστήσει την επιθυμητή συμπεριφορά ενισχύεται από τον εκπαιδευτή με τον έπαινο για την

επιτυχία του αυτή. Με τη χρήση της ενίσχυσης αυξάνεται η πιθανότητα υιοθέτησης της συμπεριφοράς.

5. **Επανατροφοδότηση.** Παράλληλα με την ενίσχυση ο εκπαιδευτής κάνει επανατροφοδότηση της συμπεριφοράς δίνοντας στον θεραπευόμενο πληροφορίες για τον τρόπο που αντέδρασε και το βοηθά να βελτιώσει κάποια σημεία.

6. **Καθήκοντα για το σπίτι.** Ο θεραπευόμενος αναλαμβάνει να επαναλάβει στο σπίτι τις συμπεριφορές που διδάχθηκαν έτσι του δίνεται η ευκαιρία να δοκιμάσει τις νεοαποκτημένες συμπεριφορές σε συνθήκες πραγματικής ζωής. (Walkinson και Canter 1991)

Ανάλογα προγράμματα εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων σε ψυχικά ασθενείς έχουν σχεδιαστεί από πολλούς επιστήμονες όπως οι Sullivan και Surrey ο Liberman ο Hogarty και ο Fallon.

Όλα τα προγράμματα - πρότυπα βασίζονται στην άποψη ότι η εκπαίδευση στις λεγόμενες κοινωνικές δεξιότητες είναι αναγκαία προϋπόθεση για την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς.

Για να κρίνουμε ότι ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες έχει πετύχει προς όφελος του θεραπευόμενου θα πρέπει να τον έχει καταστήσει ικανό προκειμένου να μπορεί να ζήσει μέσα στην κοινότητα. Να είναι ικανός να φροντίζει τον εαυτό του, τη διατροφή και την εμφάνιση - καθαριότητα του, να μπορεί να διαχειρίζεται θέματα που αφορούν την υγεία του, να μπορεί να κάνει χρήση των συγκοινωνιών, των χρημάτων, να έχει αναπτύξει ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαπροσωπικής επικοινωνίας (λεκτικά και σωματικά), να είναι ικανός να αναζητήσει

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

πληροφορίες και να αναγνωρίσει κοινωνικά σήματα και τέλος να μπορεί να αντιμετωπίζει και να επιλύει βασικά προβλήματα.

Επίσης να έχει την δυνατότητα για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς επίσης δεξιότητες στην αναζήτηση και τη διατήρηση μιας εργασίας (Παπαδάτος 1987, Κανδύλης και Καπρίνης 1994, Μαδιανός 1994).

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η συνεργασία της οικογένειας του ασθενούς στην θεραπευτική δουλειά που γίνεται στο νοσοκομείο ημέρας. Οι θεραπευτές γνωρίζοντας ότι όλες οι ψυχοπαθολογικές διεργασίες πηγάζουν από την οικογένεια και καταλήγουν σε αυτήν. (Μαδιανός 1994) Επιδιώκουν την εγκατάσταση μιας συμμαχίας με την οικογένεια ώστε οι θεραπευτικές δραστηριότητες να επεκτείνονται και στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. (Μαντωνάκης, Γύρα κ.ά 1994).

α.5 Η θεραπευτική κοινότητα μέσα στον Ν.Η. Ο Maxwell Jones θεωρείται ο πρωτοπόρος στην έμπνευση και οργάνωση της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας στην Μ. Βρετανία. Κατ'αυτόν η θεραπευτική κοινότητα προσπαθεί να αυξήσει τα δυναμικά των αρρώστων και του προσωπικού. (Χαρτοκόλης 1988, Μαδιανός 1994).

Η θεραπευτική κοινότητα σαν ένα είδος ψυχιατρικής θεραπευτικής αγωγής αναπτύχθηκε σαν ένα τεχνητό υποκατάστατο κοινοτικής ζωής. Τα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας είναι οι ασθενείς, το προσωπικό και οι συγγενείς των ασθενών που εμπλέκονται σε ποικίλες σχέσεις διοικητικές, θεραπευτικές, συναισθηματικές. Στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας γίνονται συχνές συναντήσεις όπου οι ρόλοι και οι σχέσεις συζητούνται και επανεξετάζονται. Σκοπός είναι "να αυξηθεί η

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

αποτελεσματικότητα των ρόλων του κάθε μέλους, να ενισχυθεί η κατανόσή τους από την κοινότητα και να αυξηθεί το επίπεδο ευελιξίας των ρόλων και της συμπεριφοράς που απορρέει από αυτούς". (Μαδιανός 1994, σελ. 78) Ο Χαρτοκόλης (1991) αναφέρει ότι η συνύπαρξη, η επικοινωνία και η συνεργασία θεραπειών και θεραπευόμενων μέσα σε πλαίσια δημοκρατικά το οποία αποφασίζονται από κοινού, δίνουν στον καθένα την ευκαιρία να "εκτιμήσει τις δυνατότητες του, να διαπιστώσει τις αδυναμίες του στην πράξη ώστε να αλλάξει προς το καλύτερο". (Χαρτοκόλης 1991, σελ. 347)

Οι αρχές θεραπευτικής Κοινότητας του Ν.Η

1. Συγκατάθεση του θεραπευόμενου για συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα
2. Ισα δικαιώματα και υποχρεώσεις
3. Συμμετοχή στις διοικητικές αποφάσεις - Αυτοδιοίκηση
4. Κοινωνικοποίηση μέσω ομαδικών διεργασιών
5. Ενεργητική και συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ προσωπικού και θεραπευόμενων. (Μαντωνάκης, Γύρα και συνεργάτες 1994)

Είναι προφανές ότι η καλή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των θεραπειών, των ασθενών και της οικογένειάς τους και η αμοιβαία εμπιστοσύνη και παραδοχή δημιουργούν μια θεραπευτική ατμόσφαιρα που είναι θεμελιακή για τη λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας.

Η θεραπευτική κοινότητα ως πρότυπο θεραπευτικής προσέγγισης προσφέρει στον ασθενή ένα αποτελεσματικό περιβάλλον για την αλλαγή

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

της συμπεριφοράς του μέσα από τον κοινωνικοποίηση και την αποκατάσταση.

Το "περιβάλλον" της θεραπευτικής κοινότητας μπορεί να αποτελέσει το πρόπλασμα για την εγκατάσταση από την πλευρά του ασθενούς, υγιών διαπροσωπικών σχέσεων στο μέλλον. (Μάνος 1987, Σακελλαρόπουλος 1994)

β) Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού στο Ν.Η

Ο κοινωνικός λειτουργός σαν μέλος της διεπιστημονικής ομάδας θεραπειών του Νοσοκομείου Ημέρας συμβάλει ουσιαστικά στην προσπάθεια για την προετοιμασία του ασθενούς για κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη και αποκατάσταση.

Αρχικά ο κοινωνικός λειτουργός προμηθεύει την ομάδα των θεραπειών με πληροφορίες για την προηγούμενη κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ασθενούς, για τη σχέση του με την οικογένεια του, επίσης παρέχει πληροφορίες για την ύπαρξη ευρύτερου υποστηρικτικού περιβάλλοντος και κάνει μια πρώτη αξιολόγηση για τη δυνατότητα ενσωμάτωσης αυτών των παραγόντων στο σχέδιο θεραπείας.

- Στη συνέχεια συνεργάζεται με τον ασθενή αλλά και με την οικογένειά τους στοχεύοντας στην ένταξη του ασθενούς στο πρόγραμμα του Νοσοκομείου Ημέρας.
- Στην πορεία της ένταξης το Ν.Η μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στην ομαλή παρακολούθηση του προγράμματος από τον ασθενή επιλύοντας προβλήματα όπως αυτό της μετακίνησης και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

- Συνεργάζεται στενά με την οικογένεια μέσα στο χώρο της υπηρεσίας αλλά και με επισκέψεις στο σπίτι επιδιώκοντας τη συμβολή τους στην προσπάθεια για την επανένταξη του ασθενούς.
- Σαν μέλος της θεραπευτικής ομάδας συμμετέχει στο πρόγραμμα του Ν.Η εφαρμόζοντας τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με άτομα και με ομάδες.

Με την ένταξη του ασθενούς στο πρόγραμμα του Νοσοκομείου Ημέρας αρχίζει ταυτόχρονα και ο σχεδιασμός της επιστροφής του στην κοινότητα, μετά από αξιολόγηση των ιδιαίτερων αναγκών του, σε σχέση με την ηλικία, την οικογενειακή του κατάσταση, το μορφωτικό του επίπεδο, τη νόσο και τους προσωπικούς του στόχους.

Οι τομείς παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού στην περίπτωση αυτή είναι οι εξής:

- Εξετάζεται η δυνατότητα παραμονής του ατόμου στο οικογενειακό του περιβάλλον εάν υπάρχει. Εάν κρίνεται ακατάλληλο ή ανύπαρκτο διερευνώνται οι δυνατότητες για παροχή στέγης μέσα στην κοινότητα.
- Όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς οι προσπάθειες του κοινωνικού λειτουργού συνίσταται: στον επαγγελματικό προσανατολισμό, στην εξεύρεση κατάλληλης εργασίας, και στην επίλυση των προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν στο χώρο της εργασίας.

2. Κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Στην κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επιχειρείται α) η κοινωνική αποκατάσταση και β) η επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς με στόχο την ομαλή προσαρμογή του μέσα σε συνθήκες μιας

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

φυσιολογικής ζωής, την απόκτηση μεγαλύτερης ανεξαρτησίας για τη λειτουργία τους μέσα στην κοινότητα.

α) Κοινωνική αποκατάσταση

Οι υπηρεσίες της κοινωνικής αποκατάστασης

a.1 Κοινωνική Ψυχιατρική λέσχη.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική λέσχη μπορεί να θεωρηθεί η κατ'εξοχήν μορφή της ημερήσιας περίθαλψης που στηρίζει τις προσπάθειες της για την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών.

Βασικός στόχος της Κ.Ψ.Λ είναι η αποφυγή της απομόνωσης, κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς που μεταβαίνουν από τα κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα στην κοινότητα. Παράλληλος στόχος της Κ.Ψ.Λ είναι η κοινωνικοποίηση - επανένταξη των μελών της στην κοινότητα μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με θεραπευτικό και ψυχαγωγικό περιεχόμενο (μουσική, ζωγραφική, ομαδικές συζητήσεις). (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μαδιανός 1944)

Μέσα από τη λειτουργία της κοινωνικής ψυχιατρικής λέσχης είναι δυνατή η παρακολούθηση της λειτουργίας των ασθενών και της πορείας των διαταραχών τους, ώστε να προλαμβάνονται οξεία περιστατικά και εισάγει σε ψυχιατρικές κλινικές.

Όπως προαναφέρθηκε βασικός στόχος της Κ.Ψ.Λ είναι η αποφυγή της απομόνωσης για τους ψυχικά ασθενείς που έχουν βγει από ψυχιατρική κλινική, όμως με την εκτεταμένη προσπάθεια τα τελευταία χρόνια για την παραμονή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα έχει δημιουργηθεί ένα νέο είδος πληθυσμού ο οποίος δεν έχει την εμπειρία της μακρόχρονης

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

παραμονής σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα. Έτσι στόχος των Κ.Ψ.Λ είναι η βοήθεια προς τα άτομα αυτά ώστε να παραμείνουν στην κοινότητα και να λειτουργούν ικανοποιητικά σε όλους τους τομείς της ζωής τους.

Επίσης με την Κοινωνική Ψυχιατρική λέσχη δίνεται η ευκαιρία στους ασθενείς να έρθουν σε επαφή με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα παρόμοια με τα δικά τους δημιουργώντας έτσι την αίσθηση της κοινωνικής υποστήριξης.

Επίσης η λέσχη αποτελεί ερέθισμα για την ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μεταξύ των ασθενών πέρα από τα πλαίσια των επίσημων συναντήσεων τους.

Το "μη απειλητικό" περιβάλλον της κοινωνικής λέσχης δίνει την ευκαιρία στο προσωπικό και στα μέλη της οικογένειας των ασθενών για επικοινωνία και συνεργασία.

Τέλος μέσα από τη λέσχη κινητοποιούνται πολλά άτομα ώστε να προσφερθούν να λάβουν μέρος σε άλλες μη ψυχιατρικές δραστηριότητες στην κοινότητα. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μαδιανός 1994)

Η κύρια διαφοροποίηση μεταξύ νοσοκομείου Ημέρας και της Κ.Ψ.Λ είναι ότι η περίθαλψη στη λέσχη έχει τη μορφή κοινωνικής αποκατάστασης και διατήρησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και όχι την παροχή νοσηλείας σε ορισμένο χρόνο όπως στο Ν.Η. Επίσης στη λέσχη οι στόχοι εστιάζονται στις κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ στο Ν.Η εστιάζονται στις θεραπευτικές διαδικασίες.

α.2 Υπηρεσίες Προστατευμένης στέγασης.

Η λειτουργία των υπηρεσιών ανοιχτής περίθαλψης (νοσοκομείο ημέρας, ψυχιατρική λέσχη, υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

αποκατάστασης) στηρίζεται στην προϋπόθεση ότι οι ασθενείς περνούν το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Συχνά όμως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν περιπτώσεις ψυχικά ασθενών που είτε δεν έχουν οικογένεια, είτε η οικογένεια τους είναι ακατάλληλη να τους περιθάλλει ενώ οι ίδιοι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για αποκτήσουν ατομική στέγη.

Στις περιπτώσεις αυτές οι Παράγοντες Κοινοτικής Ψυχικής υγείας πρέπει να αναζητήσουν εναλλακτικές λύσεις για το στεγαστικό πρόβλημα αυτών των ανθρώπων, δίνοντας τους έτσι τη δυνατότητα να παραμείνουν μέσα στην κοινότητα.

Η ως τώρα εμπειρία έχει αποδείξει ότι ο βασικότερος λόγος για το μακροχρόνιο εγκλεισμό κάποιου ψυχικά ασθενούς στα πλαίσια κάποιου ψυχιατρικού ιδρύματος είναι η απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού συστήματος και λιγότερο η σοβαρότητα και η χρονιότητα της ασθένειας. (Σακελλαρόπουλος 1994)

Στις μέρες μας και μέσα στα πλαίσια ενός συστήματος παροχής κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών θεωρείται αναγκαία και επιβεβλημένη η ύπαρξη δυνατοτήτων για παροχή στέγης μέσα σε ανθρώπινες συνθήκες για τα άτομα που στερούνται οικογενειακής φροντίδας.

Η δημιουργία και η λειτουργία των εναλλακτικών μορφών στέγασης συνδέεται με τις προσπάθειες για αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών και την ομαλή μετάβαση και ένταξη τους στην κοινότητα.

Οι μορφές εναλλακτικής στέγασης που υποκαθιστούν την οικογενειακή φροντίδα είναι οι ακόλουδες ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών.

- Ξενώνας
- Οικοτροφείο
- Προστατευμένο διαμέρισμα ή Ανεξάρτητο διαμέρισμα (κατοικίες)
- Ανάδοχη οικογένεια

Διαμονή σε ξενώνα

Η διαμονή σε ξενώνα χρησιμοποιείται ως εναλλακτική λύση για ψυχικά ασθενή άτομα που βγαίνουν από κάποιο κλειστό ίδρυμα και δε διαθέτουν οικογενειακό υποστηρικτικό περιβάλλον ή για ασθενείς των οποίων η οικογένεια κρίνεται ακατάλληλη για να τους δεχτεί.

Οι ξενώνες απευθύνονται σε διάφορες κατηγορίες ψυχιατρικών ασθενών για αυτό και οι στόχοι τους διαφέρουν ανάλογα με τον πληθυσμό που εξυπηρετούν. Επίσης διαφοροποιούνται οργανωτικά ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες και τις διαγνωστικές κατηγορίες. Όπως προαναφέρθηκε οι στόχοι είναι ανάλογοι με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται, έτσι

α) Για άτομα που χρειάζονται προσωρινή απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον στόχος είναι η παροχή βοήθειας όλο αυτό το διάστημα ώσπου να καταστούν οι συνθήκες κατάλληλες για την επιστροφή στην οικογένεια.

Ξενώνας ως "ενδιάμεση ψυχιατρική δομή" με στόχο την αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών. (Νηματούδης, Καπρίνης, Κανδύλης, Μπάλλας 1994)

β) Την προσφορά φιλοξενίας, κατάλληλης εκπαίδευσης και προετοιμασίας σε αποιδρυματοποιημένους ασθενείς, με στόχο την επανένταξη και ανεξάρτητη λειτουργία τους στην κοινότητα.

γ) Την προσφορά βοήθειας σε χρόνιους ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι μπορούν κατά τη διάρκεια της ημέρας να επωφεληθούν από άλλες κοινωνικές δραστηριότητες (ξενώνας δωδεκάωρης φύλαξης) (Μαδιανός 1994).

Η υλική υποδομή πρέπει να είναι τέτοια ώστε να εξασφαλίζει συνθήκες διαβίωσης όμοιες με εκείνες των κανονικών κατοικιών. Συγκεκριμένα θα πρέπει να διατίθενται δωμάτια σε κάθε ασθενή (ή σε κάθε δύο ασθενής) ώστε να νιώθει ότι έχει κάποιο δικό του χώρο. Επίσης τα κτίρια του ξενώνα δεν πρέπει να διαφοροποιούνται από τα υπόλοιπα κτίρια της γειτονιάς στην οποία βρίσκεται ο ξενώνας ώστε να μη διαχωρίζεται από την υπόλοιπή κοινότητα και να μην απομονώνεται από αυτήν. Επίσης η όλη ατμόσφαιρα του ξενώνα θα πρέπει να είναι άνετη, καθησυχαστική και οπωσδήποτε μη νοσοκομειακή. (Βαφύλη - Τσινίκα 1984, παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988)

Πρωταρχική έμφαση στην λειτουργία του ξενώνα δίδεται στην ενθάρρυνση προς τους αρρώστους να αναλάβουν δραστηριότητες γεγονός που θα τους βοηθήσει να αποφύγουν την απομόνωση αφενός και αφετέρου να αποκτήσουν εμπειρία κοινωνικών δραστηριοτήτων. Γι' αυτόν το λόγο τους ανατίθεται ευθύνες σε σχέση με τον κανονισμό λειτουργίας (αυτοδιαχείριση του ξενώνα) αλλά με τις λειτουργικές ανάγκες του ξενώνα (καθαριότητα δωματίων, και κοινόχρηστων χώρων, ετοιμασία φαγητού, απασχόληση με τον κήπο κ.λ.π από ομάδες εργασίας). (Τζεράνης και Πατεράκης 1994)

Δεν πρέπει ωστόσο να ξεχνάμε ότι εξ αιτίας της μακρόχρονης παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα πολλοί από τους ασθενείς δεν έχουν ικανοποιητικό επίπεδο δεξιοτήτων στην περίπτωση αυτή είναι αναγκαία η εκπαίδευση σε τρόπους καθημερινής διαβίωσης, όπως:

- Προσωπική υγιεινή - αυτοφροντίδα
- εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες - έξοδος προς την κοινότητα
- εκπαίδευση σε δραστηριότητες επιβίωσης (γώνια, μαγείρεμα, πλύσιμο, χρήση συγκοινωνιών).
- κατάλληλη και δημιουργική χρήση του ελεύθερου χρόνου (π.χ. διάβασμα, ψυχαγωγικές και κοινωνικές ασχολίες). (Αυγουστίδης, Κονταζάκης, Χριστοδούλου 1994)

Υπευθυνότητα.

Όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, αυτή θα είναι ανάλογη με τη σοβαρότητα των διαταραχών που παρουσιάζουν οι οικοτόφοι του ξενώνα. Οι ανάγκες των ασθενών θα καθορίσουν τη βαρύτητα που θα δίδεται στην ψυχιατρική περίθαλψη καθώς και το βαθμό ανεξαρτησίας των ασθενών με την περίθαλψη αυτή.

Ο ξενώνας μπορεί να διαθέτει μόνιμο ειδικευμένο προσωπικό αλλά θα πρέπει και να συνδέεται και με άλλες υπηρεσίες (Κ.Ψ.Υ) οι οποίες θα παρέχουν κατάλληλες φροντίδες στους ασθενείς.

Ο Παπαδάτος και η Στογιαννίδου αναφέρουν ότι δεν απαιτείται μόνιμο ειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι) για τη λειτουργία των ξενώνων πρέπει ωστόσο το προσωπικό να είναι απαραίτητα εκπαιδευμένο

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

(όχι ειδικευμένο). Στους ξενώνες δε που οι ασθενείς είναι ικανοί για ελεύθερη διακίνηση, και λειτουργία στην κοινότητα ένας επόπτης του ξενώνα και ένας συντονιστής των δραστηριοτήτων (εκπαιδευμένοι) είναι αρκετοί. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η λειτουργία του ξενώνα θα πρέπει να συνδέεται λειτουργικά με τις υπόλοιπες κοινοτικές υπηρεσίες ώστε να καλύπτονται όλες οι ανάγκες για την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Ουσιαστικός παράγοντας για την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών είναι η επαγγελματική αποκατάσταση, και για αυτό το λόγο οι ξενώνες θα πρέπει να συνδέονται με υπηρεσίες που παρέχουν επαγγελματική εκπαίδευση (εργαστήρια) και στη συνέχεια να υπάρχει μέριμνα για την επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ανθρώπων.

Όσον αφορά το προσωπικό που θα ασχολείται με τους άστεγους ασθενείς (εκείνους που δε διαθέτουν οικογένεια ή που έχουν εγκαταλειφτεί από την οικογένεια τους) θα πρέπει να μην έχει αρνητική στάση, να είναι ευέλικτο να διαθέτει αισιοδοξία, να δείχνει ενδιαφέρον και να αντιμετωπίζει με δετικά συναισθήματα τους ασθενείς.

Ο Μαδιανός αναφέρει την περίπτωση του "Μετανοσοκομειακού ξενώνα" όπου ορίζει ότι ο χρόνος παραμονής είναι βραχύς (όχι μεγαλύτερος από 3 μήνες) και όπου ο αριθμός των μελών (φιλοξενούμενων) είναι περίπου 20 άτομα. (Μαδιανός 1994) Ωστόσο η διάρκεια παραμονής στον ξενώνα ποικίλει ανάλογα με το χρόνο που χρειάζεται κάθε ασθενής να αυτονομηθεί και να επιστρέψει στην κοινότητα ικανός πλέον να ζήσει μόνος του ή στα πλαίσια ενός περισσότερο ελεύθερου τύπου κατοικίας (προστατευμένο διαμέρισμα).

Διαμονή σε οικοτροφεία.

Το οικοτροφείο είναι μονάδα μακρόχρονης προστατευμένης στέγασης για χρόνιους ψυχικά άρρωστους οι οποίοι δεν έχουν δυνατότητα για ανεξάρτητη παραμονή στην κοινότητα. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα και οι περισσότεροι έχουν περάσει ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους μέσα σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα. Ετσι εκτός από τις επιπτώσεις της ασθένειας έχουν υποστεί τις συνέπειες του ιδρυματισμού με αποτέλεσμα αυτές να είναι έκδηλες στην συμπεριφορά τους (τάση για απομόνωση, πολύ χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων, δυσκολία στην λεκτική επικοινωνία, απάθεια).

Άμεσοι στόχοι του οικοτροφείου είναι:

α) Η παροχή υπηρεσιών (στέγαση, διατροφή και θεραπευτική φροντίδα) μέσα σε συνθήκες "οπιτικές" και ανδρώπινες. (Αυγουστίδης, Κονταζάκης, Χριστοδούλου 1994)

β) Προσπάθεια για την αποβολή της ιδρυματικής συμπεριφοράς και εκμάθηση δεξιοτήτων. (Προσωπική υγιεινή, αυτοφροντίδα, εκμάθηση οικιακών δεξιοτήτων, ανάπτυξη αίσθησης προσωπικού χώρου).

γ) Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και ενθάρρυνση για έξοδο προς την κοινότητα με την ανάπτυξη δραστηριοτήτων έξω από το οικοτροφείο.

δ) Μακροπρόθεσμος στόχος του οικοτροφείου πρέπει να είναι ή όσο το δυνατό μεγαλύτερη συμμετοχή των ασθενών στις λειτουργίες του οικοτροφείου (ανάληψη ευθυνών για την τήρηση του κανονισμού λειτουργίας, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων αλλά και ανάληψη ευθυνών για τις πρακτικές λειτουργίες του οικοτροφείου όπως καθαριότητα,

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

προετοιμασία φαγητού, κ.λπ. (Τζεράνης και Πατεράκης 1994, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988)

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται ώστε να αναλαμβάνουν δραστηριότητες, να είναι υπεύθυνοι και να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες ώστε να αποτρέπεται η απομόνωση και η αδράνεια.

Βασικός και απώτερος στόχος του οικοτροφείου θα πρέπει να είναι η παροχή μιας όσο το δυνατό φυσιολογικής ζωής προς τους ασθενείς που φιλοξενούνται. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να επιδιώκεται η επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση όσων από τους ασθενείς βρίσκονται σε θέση να αποκατασταθούν επαγγελματικά (με συνέχιση της παραμονής στο οικοτροφείο). Παράλληλα θα πρέπει να επιδιώκεται η όσο το δυνατό μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση των ασθενών ώστε να αποκτήσουν μια ικανοποιητική ζωή στα πλαίσια της κοινότητας. (Αυγουστίδης, Κονταζάκης, Χριστοδούλου 1994)

Το οικοτροφείο θα πρέπει να διασυνδέεται με τις υπόλοιπες κοινοτικές υπηρεσίες (Κ.Ψ.Υ) και να συνεργάζεται μαζί τους ώστε να καλύπτονται ανάγκες όπως επιμόρφωση, ψυχαγωγία, κοινωνικές δραστηριότητες οι οποίες δε θα ήταν δυνατό να παρέχονται από το οικοτροφείο.

Το προσωπικό του οικοτροφείου αποτελείται από ομάδα ειδικευμένων (ψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσηλευτές, κοινωνικός λειτουργός, εργασιοθεραπευτής) και μη ειδικευμένων (αλλά εκπαιδευμένων και ευαισθητοποιημένων σε θέματα ψυχικής υγείας) στελεχών. Όπως και σε όλες τις περιπτώσεις των ατόμων που εργάζονται σε χώρους ψυχικής υγείας έτσι και εδώ το προσωπικό πρέπει να διαθέτει αισιοδοξία, υπομονή, ευελιξία και να μην έχει αρνητική στάση.

Στην περίπτωση μάλιστα των χρόνιων ιδρυματοποιημένων ψυχικά αρρώστων ο ρυθμός εξέλιξης είναι αρκετά βραδύς και οι παλινδρομήσεις συχνές γεγονός που προκαλεί απογοήτευση και πτώση του ηθικού των εργαζομένων. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνονται συχνές συναντήσεις της ομάδας των εργαζομένων με σκοπό την αντιμετώπιση των "αισθημάτων ματαίωσης", "δουλεύοντας ομαδικά την καθημερινή εμπειρία". (Νηματούδης, Καπρίνης, Κανδύλης, Μπάλλας σελ.597).

Επίσης οι εργαζόμενοι θα πρέπει να παρακολουθούν συχνά προγράμματα επιμόρφωσης ώστε να εμπλουτίζονται οι γνώσεις τους πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας αλλά και να επεξεργάζονται τις εμπειρίες τους με τη βοήθεια άλλων ειδικών με σκοπό την αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασθενείς. (Πλουμπίδης, Τριχοπούλου, Καμενίδου 1994). Ο Χαρτοκόλλης (1991) θεωρεί απαραίτητη την ομαδική εποπτεία των θεραπειών ενός πλαισίου παροχής υπηρεσιών σε ψυχικά ασθενείς, από έμπειρους κλινικούς συμβούλους.

Διαμονή σε Προστατευμένα Διαμερίσματα.

Τα προστατευμένα διαμερίσματα είναι νοικιασμένα διαμερίσματα τα οποία πληρώνονται από την πολιτεία και στα οποία διαμένουν ασθενείς οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσουν στην κοινότητα. Η εποπτεία στα προστατευμένα διαμερίσματα είναι περιορισμένη (γίνονται επισκέψεις ανά διήμερο ή έως και μια φορά την εβδομάδα).

Οι ασθενείς που διαμένουν στα διαμερίσματα έχουν τη δυνατότητα να αναπτύσσουν ανεξάρτητα επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες και είναι υπεύθυνοι για τις δουλειές του σπιτιού, τις πληρωμές των λογαριασμών, γώνια κ.λ.π.

Τα προστατευμένα διαμερίσματα συνδέονται με το δίκτυο των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και έτσι οι ανάγκες των ασθενών εξυπηρετούνται από τα εξωτερικά ιατρεία της κοινότητας, τις υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. (Παπαδάτος, Στογιαννίδου 1988, Μαδιανός 1994, Μανταδάκης, Κονταξάκης, Ανδρουλάκη, Νικολάου, Ρούντου, Καμπούλου, Χριστοπούλου 1994)

Ο δεσμός της ανάδοξης οικογένειας

Ο δεσμός της ανάδοξης οικογένειας χρονολογείται από το 17 αι., όπου στην περιοχή Ghel του Βελγίου οι ψυχικά άρρωστοι διέμεναν σε οικογένειες χωρικών της περιοχής.

Το έθιμο της φιλοξενίας ψυχωσικών ασθενών εισήχθη από τη Βόρεια Ευρώπη στην Αμερική. Παράλληλα άρχισε να εξαπλώνεται και στην υπόλοιπη Ευρώπη. (Μαδιανός 1994, Χαβάκη - Κονταξάκη, Κονταξάκης, Σκουμπουρδής, Χριστοδούλου 1994)

Ο δεσμός της ανάδοξης οικογένειας, αναπληρώνει τη φυσική οικογένεια όταν αυτή δεν υπάρχει ή παρουσιάζεται απρόθυμη ή ακατάλληλη να τους δεχτεί.

Με τη δυνατότητα ένταξης μέσα σε ανάδοχη οικογένεια δίνεται στον άρρωστο η δυνατότητα να ζήσει μια πιο φυσιολογική ζωή με την έννοια της οικογενειακής ατμόσφαιρας και της δυνατότητας υποστήριξης. (Παπαδάτος, Στογιαννίδου 1988)

Οι προϋποθέσεις ένταξης ψυχικά ασθενών σε ανάδοχη οικογένεια όπως περιγράφονται από τους (Χαβάκη - Κονταξάκη, Κονταξάκης, Σκουμπουρδής, Χριστοπούλου 1994) είναι οι ακόλουθες:

α) Η ανάδοχη οικογένεια να είναι άλλη από την οικογένεια του ασθενούς. Όπως αναφέρονται από τους συγγραφείς υπάρχουν περιπτώσεις όπως συγγενικά πρόσωπα αναλαμβάνουν την αναδοχή έναντι αμοιβής.

Η ανάδοχη οικογένεια παίρνει κάποιο μισθό για τις ανάγκες του ασθενούς. Το μισθό αυτό καταβάλλει η πολιτεία ή ο ίδιος ο ασθενής αν έχει αυτή τη δυνατότητα.

β) Η ανάδοχη οικογένεια θα πρέπει να κατοικεί κοντά στο φυσικό χώρο (τόπο καταγωγής) του ασθενούς. Έτσι θα είναι ευκολότερη η κοινωνική προσαρμογή του ασθενούς.

γ) Η έγκριση ότι η οικογένεια είναι κατάλληλη αφού πρώτα διενεργείται έρευνα για την καταλληλότητα της οικογένειας. Συγκεκριμένα διερευνάται το κίνητρο, τα χαρακτηριστικά και η σύνδεση της οικογένειας.

Οι ολιγομελείς οικογένειες θεωρούνται καταλληλότερες για αναδοχή αφού έχει παρατηρηθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που υποτροπίασαν προερχόταν από πολυμελείς οικογένειες.

δ) Η διερεύνηση καταλληλότητας του ασθενούς για τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια. Βασική προϋπόθεση είναι η έλλειψη επικινδυνότητας του ασθενούς καθώς και η ύπαρξη ενός *minimum* κοινωνικών δεξιοτήτων ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει στο λιγότερο προστατευτικό περιβάλλον της ανάδοχης οικογένειας.

ε) Ο χώρος που θα δεχτεί τον ασθενή (το σπίτι της οικογένειας) θα πρέπει να τηρεί τις βασικές προδιαγραφές ασφάλειας και άνεσης.

στ) Η αναδοχή θα λειτουργήσει σωστά όταν πετύχει η σύνδεση οικογένειας και ασθενούς. Η οικογένεια και ο ασθενής θα πρέπει να αποδέχονται ο ένας τον άλλο και να επιθυμούν να ζήσουν μαζί.

ζ) Επιδιώκονται και διερευνώνται οι δυνατότητες επαγγελματικής απασχόλησης του ασθενούς μέσα στα όρια των δυνατοτήτων του.

η) Αναγκαία θεωρείται η ύπαρξη δικτύου παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα για τη λειτουργία του δεσμού της αναδοχής. Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να βρίσκονται κοντά στο χώρο της ανάδοχης οικογένειας ώστε ο ασθενής να μπορεί να τις χρησιμοποιεί.

Επίσης οι ίδιοι συγγραφείς (Χαβάκης - Κονταξάκη και άλλοι) περιγράφουν τις φάσεις ένταξης σε πρόγραμμα αναδοχής παραθέτοντας στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Οι φάσεις αυτές περιγράφονται συνοπτικά παρακάτω:

α) Περίοδος επιλογής ασθενούς και οικογένειας

β) Προετοιμασία ασθενούς που συνιστάται κυρίως στη προσπάθεια βελτίωσης των λειτουργικών, κοινωνικών και κοινοτικών του δεξιοτήτων.

γ) Προετοιμασία της οικογένειας, στη διάρκεια της οποίας δίνεται έμφαση στην ενημέρωση για τις ανάγκες του αρρώστου, ευαισθητοποίηση - εκπαίδευση της οικογένειας σε σχέση με χειρισμούς του αρρώστου και αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων σε θέματα ψυχικής διαταραχής.

δ) Περίοδος δοκιμαστικών επισκέψεων του ασθενούς στην ανάδοχη οικογένεια.

ε) Δοκιμαστική περίοδος ένταξης διάρκειας 6 μηνών. Έχει παρατηρηθεί ότι η κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή βελτιώνεται σημαντικά κατά την περίοδο αυτή από την άλλη όμως θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδος για υποτροπή και επιστροφή του αρρώστου στο νοσοκομείο. Αν η τοποθέτηση του αρρώστου αποτύχει (ύστερα από υποτροπή της ασθένειας, άρνηση του ασθενούς ή της οικογένειας για συνέχιση του προγράμματος) η αναδοχή διακόπτεται.

στ) Αφού περάσουν οι 3 μήνες και όλα έχουν εξελιχθεί ομαλά η αναδοχή οριστικοποιείται. Έτσι ο άρρωστος παραμένει μέσα στην οικογένεια για το διάστημα που θα χρειαστεί ώσπου να επιτευχθεί η πλήρης και αυτοδύναμη κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση.

ζ) Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος γίνεται συστηματική παρακολούθηση τόσο του ασθενούς όσο και της ανάδοχης οικογένειας. Ανά δίμηνο γίνονται επισκέψεις από τη θεραπευτική ομάδα και οπότε εκτάκτως κριθεί αναγκαίο. Η αναδοχή διακόπτεται αν κριθεί ότι δεν τηρούνται οι βασικές προδιαγραφές της λειτουργίας του δεσμού.

η) Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος συνεχίζεται η εκπαίδευση της ανάδοχης οικογένειας.

θ) Για κάθε ασθενή εκπονείται πρόγραμμα προνοιακής και επαγγελματικής αποκατάστασης έτσι ώστε όταν φύγουν από την ανάδοχη οικογένεια να έχουν πετύχει την κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη. (Χαβάκη - Κονταξάκη, Κονταξάκης, Σκουμπουρδής, Χριστοδούλου 1994)

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι ο δεσμός της ανάδοχης οικογένειας μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην προσπάθεια για

αποασυλοποίηση και σταδιακή ομαλή επανένταξη ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα.

β. Επαγγελματική αποκατάσταση

Η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί το μακροπρόθεσμο και απώτερο μέσο για την επίτευξη του τελικού στόχου της αποκατάστασης.

Όπως έχει αναφερθεί στόχος της αποκατάστασης είναι η ομαλή ένταξη του ασθενούς στην κοινότητα μέσα σε ένα όσο το δυνατό λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον όπου θα δίδεται η ευκαιρία στο άτομο να λειτουργήσει αυτοδύναμα και να αξιοποιήσει τις επαγγελματικές και κοινωνικές δυνατότητες του. Έτσι με την επαγγελματική εκπαίδευση και τη σταδιακή επαγγελματική αποκατάσταση δίδεται στο άτομο η δυνατότητα να αναλάβει εργασιακή δραστηριότητα ανάλογα με την κατάσταση του και τις δυνατότητες του γεγονός που θα το βοηθήσει στην πορεία ένταξης του στην κοινότητα.

Όπως αναφέρει ο Μπαϊρακτάρης κοινωνική επανένταξη δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς την επαγγελματική αποκατάσταση στις δεδομένες σημερινές κοινωνικές συνθήκες αφού η αποδοχή του ατόμου με το στενό αλλά και ευρύτερο περιβάλλον σχετίζεται με την ένταξη του στην παραγωγική διαδικασία (Μπαϊρακτάρης 1987).

Η επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση αποτελεί όπως προαναφέρθηκε μέσο για την επίτευξη του τελικού στόχου της αποκατάστασης αποτελεί όμως και θεραπευτική διαδικασία με στόχο την ενεργοποίηση των αρνητικών συνεπειών της μακρόχρονης ιδρυματοποίησης. (Παπαδάτος 1987, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Βασική προϋπόθεση για την επαγγελματική αποκατάσταση είναι ο επαγγελματικός προσανατολισμός του ατόμου.

Ο επαγγελματικός προσανατολισμός διενεργείται με τη βοήθεια εξειδικευμένου επαγγελματικού συμβούλου (Κωνσταντινίδου 1987) ο οποίος διερευνά και αξιολογεί τις κλίσεις και τις δυνατότητες του ατόμου σε σχέση μάλιστα με την ύπαρξη επαγγέλματος πριν από την έναρξη της αρρώστιας όπως επίσης τα δεδομένα της αγοράς εργασίας.

Ο επαγγελματικός σύμβουλος συνεργάζεται με το κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης ή με άλλα ψυχολογικά εργαστήρια για τη διεξαγωγή ειδικών ψυχοτεχνικών δοκιμασιών. (Μαδιανός 1994)

Βασικά κριτήρια του ατόμου σε προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης είναι η ηλικία (να μην ξεπερνά τα 35 ως 40 χρόνια), η ύφεση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, η ύπαρξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου δεξιοτήτων και η επιθυμία να ενταχθεί επαγγελματικά. (Μπαϊρακτάρης 1987, Κεσανόπουλος 1987, Μαδιανός 1994)

Βάση της εργασίας του επαγγελματικού συμβούλου αρχίζει η διαδικασία της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης.

Τα στάδια αλλά και οι μορφές επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης αναφέρονται παρακάτω:

6.1 Κέντρα Προεπαγγελματικής εκπαίδευσης

Βασικός σκοπός των Κέντρων προεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι να προετοιμάσουν τον ψυχικά ασθενή για να παρακολουθήσει αργότερα το πρόγραμμα ενός επαγγελματικού εργαστηρίου. Συγκεκριμένα επιδιώκεται η προσαρμογή του στο πρόγραμμα ενός επαγγελματικού χώρου (τήρηση

ωραρίου, παραγωγική εργασία, αμοιβή). Επίσης επιδιώκεται η επαφή και η απόκτηση εμπειρίας από τη χρησιμοποίηση διαφόρων μηχανημάτων, εργαλείων και υλικών που χρησιμοποιούνται μέσα σε επαγγελματικούς χώρους.

Ο εκπαιδευτής και ο επαγγελματικός σύμβουλος παρατηρούν την εξέλιξη του ατόμου κατά τη διάρκεια της εμπειρία του στο Κέντρο Προεπαγγελματικής εκπαίδευσης.

Στη συνέχεια βάση των ατομικών επιδιώξεων των ικανοτήτων και των επιδεξιότητων και της παραγωγικότητας του το άτομο παραπέμπεται σε κάποιο επαγγελματικό εργαστήριο για να εκπαιδευτεί σε κάποιο επάγγελμα και αν κριθεί επαρκές τοποθετείται για εργασία σε κάποια επαγγελματική μονάδα. (Μπαϊρακτάρης 1987, Κεσανόπουλος 1987, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μαδιανός 1994)

6.2 Επαγγελματικά εργαστήρια

Τα επαγγελματικά εργαστήρια είναι χώροι όπου εκπαιδεύονται τα άτομα σε κάποιο επαγγελματικό αντικείμενο αποκτώντας ειδικές γνώσεις και δεξιότητες. Στα επαγγελματικά εργαστήρια οι ειδικοί τεχνίτες - εκπαιδευτικοί εκπαιδεύουν τα άτομα πάνω στο αντικείμενο τους με σκοπό να καταρτιστούν σε αυτό και να μπορέσουν να αποκατασταθούν επαγγελματικά.

Το διάστημα της εκπαίδευσης διαιρείται σε φάσεις α) Προκαταρκτική φάση κατά την οποία το άτομο εξοικειώνεται με το αντικείμενο της εκπαίδευσης του (μαθαίνει τη χρήση ειδικών εργαλείων, μηχανημάτων κλ.π) β) Κύρια φάση κατά την οποία το άτομο εκπαιδεύεται και αποκτά

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

εξειδίκευση στο αντικείμενο της εργασίας στα πλαίσια της παραγωγικής εργασίας.

Σε όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης το άτομο αξιολογείται, ελέγχεται η πρόοδος του και ανάλογα με την πορεία του πραγματοποιούνται τροποποιήσεις και βελτιώσεις. (Κεσανόπουλος 1987, Μαδιανός 1994)

Συνήθως τα αντικείμενα στα οποία εκπαιδεύονται οι ψυχικά ασθενείς είναι: κοπτική ραπτική - υφαντουργία, ξυλουργική, αγγειοπλαστική, επεξεργασία δέρματος. Η εκπαίδευση διαρκεί από 12 έως 18 μήνες (Μαδιανός 1994) όταν ολοκληρωθεί η εκπαίδευση τα άτομα τοποθετούνται σε εργασίες παρόμοιες με αυτές που εκπαιδεύτηκαν ή σε περίπτωση που παρουσιάζονται δυσκολίες στην προσαρμογή στα πλαίσια ενός τυπικού επαγγελματικού χώρου τότε τα άτομα τοποθετούνται σε χώρους προστατευμένης εργασίας.

6.3 Προστατευμένη εργασία

Πρόκειται για εργασία η οποία μπορεί να πραγματοποιείται στο σπίτι, στο προστατευμένο εργαστήριο ή ακόμα σε ειδικό τμήμα του εργοστασίου όπως γίνεται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Η αμοιβή του εργαζόμενου είναι ανάλογη με την παραγωγή του. (Μαδιανός 1994)

6.4 Προστατευμένα εργαστήρια

Το προστατευμένο εργαστήριο προσφέρει δουλειά σε άτομα που δεν έχουν δυνατότητα για ελεύθερη ανταγωνιστική εργασία επειδή δε διαθέτουν υψηλή αποδοτικότητα.

Όπως αναφέρουν οι Κεσανόπουλος (1987) και οι Παπαδάτος και Στογιαννίδου (1988) τα προστατευμένα εργαστήρια δεν αποτελούν ενδιάμεσο σταθμό στη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης αλλά εναλλακτική λύση για άτομα τα οποία δε διαθέτουν δυνατότητες για αυτόνομη επαγγελματική και κοινωνική διαβίωση.

6.5 Συνεργατικές επιχειρήσεις

Οι συνεργατικές επιχειρήσεις "αποτελούν τον πλέον προωθημένο τύπο αυτόνομης ή ημιαυτόνομης αποκατάστασης και επανένταξης του ατόμου με ειδικές ανάγκες". (Μαδιανός 1994, σελ.105)

Στο χώρο των συνεργατικών επιχειρήσεων επιδιώκεται η υψηλή ποιότητα της παραγωγής η οποία γίνεται με τυποποιημένες μεθόδους ώστε να είναι ανάλογη και κατ'επέκταση ανταγωνιστική με την παραγωγή των ελεύθερων επιχειρήσεων.

Η αμοιβή των εργαζομένων γίνεται ανάλογα με την παραγωγικότητα τους (εκτός αν έχει γίνει άλλη συμφωνία π.χ ανάλογα με τις ανάγκες τους).

Ο σχεδιασμός μιας συνεργατικής επιχείρησης με βάση το τρόπο σχεδιασμού μιας τυπικής επιχείρησης της οποίας στοιχεία αποτελούν η διοικητική στελέχωση, κεφάλαιο, έρευνα της αγοράς, ο προγραμματισμός και οι στρατηγικές των στόχων, ο έλεγχος και η αξιολόγηση, διαρθρωτικές παρεμβάσεις και τέλος ο ευχαριστημένος πελάτης.

Συνήθως η παραγωγή στηρίζεται σε αυτόνομη κατασκευή προϊόντων ή σε εργολαβίες που ανατίθενται από το κράτος ή ιδιώτες. Έτσι συμβαίνει στις συνεργατικές επιχειρήσεις να υπάρχει εξειδίκευση στην κατασκευή

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

κάποιων αντικειμένων π.χ. χαρτικών, συσκευασιών, επίπλων, παιχνιδιών, ανταλλακτικών ή στη συναρμολόγηση υλικού.

Συνεργατικές επιχειρήσεις λειτουργούν σε πολλές χώρες της Ευρώπης (Ιταλία, Ολλανδία, Αγγλία, Σουηδία) ενώ στην Ελλάδα αυτός ο τύπος επαγγελματικής αποκατάστασης είναι περιορισμένος με εξαίρεση το πρόγραμμα επανένταξης ψυχικά αρρώστων του ψυχιατρείου Θεσσαλονίκης, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής, στο Δρομοκαΐτειο και στο ψυχιατρείο Χανίων. (Μαδιανός 1994)

6.6 Τοποθέτηση σε θέση εργασίας (στην ελεύθερη αγορά)

Η τοποθέτηση σε κάποια θέση στην ελεύθερη αγορά αποτελεί τον τελικό στόχο της επαγγελματικής αποκατάστασης του ψυχικά ασθενούς.

Για την επιτυχία αυτής της προοπτικής θα πρέπει να έχουν προηγηθεί ορισμένες πολύ προσεκτικές διαδικασίες από την ομάδα αποκατάστασης, από τον εκπαιδευτή, τον επαγγελματικό σύμβουλο και κυρίως από τον Κοινωνικό λειτουργό σύμβουλο και κυρίως από τον Κοινωνικό λειτουργό.

α) Μελέτη των αναγκών της αγοράς και εξεύρεση κατάλληλης εργασίας

β) Προετοιμασία και ευαισθητοποίηση της κοινότητας του εργοδότη και των μελλοντικών συναδέλφων του ατόμου ώστε να αμβλυνθούν οι απορριπτικές τάσεις, η έλλειψη εμπιστοσύνης και η πεποίθηση ότι τα άτομα αυτά δεν μπορούν να προσφέρουν.

γ) Ρύθμιση των γραφειοκρατικών διαδικασιών όπως η επιδότηση του μισθού από το κράτος.

Η ομάδα θα πρέπει να συνεχίζει την επικοινωνία της τόσο με τον εργαζόμενο, τον εργοδότη και τους συναδέλφους στο χώρο εργασίας ώστε

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

να προλαμβάνονται και να αντιμετωπίζονται τα οποιαδήποτε προβλήματα που τυχόν θα προκύψουν. (Κογκίδου 1987, Μαδιανός 1994)

Τα κέντρα επαγγελματικής αποκατάστασης θα πρέπει να είναι άμεσα συνδεδεμένα με το δίκτυο παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών της κοινότητας και να βρίσκονται σε άμεση συνεργασία με όλους τους φορείς της κοινότητας με στόχο αφενός την προσφορά βοήθειας για την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (με τοποθέτηση σε θέσεις εργασίας) και αφετέρου την ευαισθητοποίηση των πολιτών γύρω από το θέμα της αντικατάστασης των ψυχικά ασθενών.

γ. Η οικογένεια του χρόνιου ψυχικά ασθενούς και ο ρόλος της στην διαδικασία της αποκατάστασής του

Ο ρόλος και η σημασία της οικογένειας αποτελούν βασικής σημασίας παράγοντες στην εξέλιξη της πορείας τόσο θεραπευτικής όσο και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης τους ασθενούς μέλους της, αφού "όλες οι ψυχοπαθολογικές διεργασίες πηγάζουν μέσα από την οικογένεια αλλά και καταλήγουν σ' αυτήν" (Μαδιανός 1994 σελ. 97).

Είναι γεγονός ότι η διαδρομή μιας χρόνιας ψυχωσικής συνδρομής έχει σαν αποτέλεσμα την έκπτωση σε πολλούς τομείς της ψυχοκοινωνικής και λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς. Παρουσιάζεται έκπτωση δεξιοτήτων, δυσκολία συναισθηματικής έκφρασης, δυσκολία στην αντιμετώπιση προβλημάτων. Όλα αυτά αλλά και η ίδια η φύση της ψύχωσης (με τα συμπτώματα και την απρόβλεπτη πολλές φορές εξέλιξη της) δημιουργούν εντάσεις μέσα στην οικογένεια, απογοήτευση και ψυχική κούραση. Έτσι πολλές φορές οι συγγενείς εμφανίζονται απορριπτικοί προς

τον άρρωστο, ενοχοποιημένοι και αμφιθυμικοί και μεταξύ τους και προς αυτόν.

Συχνά οι συγγενείς εκφράζουν αυτά τους τα συναισθήματα σε υψηλό βαθμό "μεγάλη συναισθηματική έκφραση" διαδέτοντας έντονη αρνητική στάση ή αντίθετα υπερπροστατευτική στάση προς τον άρρωστο.

Τόσο η αρνητική ατμόσφαιρα στο χώρο της οικογένειας όσο η μεγάλη συναισθηματική έκφραση (μεγάλη συναισθηματική έκφραση θεωρείται η συχνότητα της κριτική διάθεσης ή της εχθρικής στάσης στον τόνο και την ένταση της φωνής ενός συγγενούς στη διάρκεια της συνέντευξης και ο βαθμός της συναισθηματικής υπερπροστασίας προς τον άρρωστο) θεωρούνται παράγοντες που σχετίζονται με τη συχνότητα υποτροπών της ψυχικής αρρώστιας.

Έχει παρατηρηθεί ότι σε οικογένειες με υψηλή ένταση ακόμα και κάποια καθημερινά, συνηθισμένα γεγονότα μπορεί να αδραιοτούν σ' αυτήν και να προκαλέσουν υποτροπή. Ενώ στις οικογένειες με χαμηλή ένταση μόνο έκτακτα γεγονότα προκαλούν υποτροπή (Καραστεργίου 1993).

Για το λόγο αυτό οι παράγοντες ψυχικής υγείας που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον ασθενή επιδιώκουν να έχουν άμεση συνεργασία με την οικογένεια του ώστε η αντιμετώπιση του ασθενούς σε σχέση με το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς

Ο Παπαδάτος και η Στογιαννίδου (1988) παρατηρούν ότι οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς εξαρτώνται περισσότερο από συγγενείς και φίλους παρά από τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών για την κάλυψη των βασικών αναγκών τους.

Επομένως η οικογένεια στα πλαίσια της συνεργασίας που θα πρέπει να αναπτύξει με τις κοινοτικές υπηρεσίες πρέπει παράλληλα να ενταχθεί σ' ένα ψυχοεκπαιδευτικό - πρόγραμμα ώστε να ενισχυθεί σαν "σύστημα" να αντιμετωπίσει όσο το δυνατό καλύτερα το άρρωστο μέλος της βοηθώντας στην πρόληψη υποτροπών της αρρώστιας της αλλά και στην ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση.

Το ψυχοεκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα έχει διπλό στόχο. Από τη μια πλευρά περιλαμβάνει εκπαίδευση σε πρακτικά ζητήματα όπως, φαρμακευτική αγωγή, συχνότητα επισκέψεων σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, αναγνώριση κρίσεων που απαιτούν αναζήτηση βοήθειας) καθώς και εκπαίδευση σχετικά με την στενή σχέση μεταξύ της σχιζοφρένειας και του περιβαλλοντικού stress και τρόποι αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης.

Ο δεύτερος στόχος αυτής της εργασίας με την οικογένεια, είναι η υποστήριξη και ανακούφιση των συγγενών από το βάρος της περίθαλψης και φροντίδας των ατόμων αυτών.

Αυτή η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση προς την οικογένεια μπορεί να πραγματοποιηθεί με ομαδική συμβουλευτική σε συγγενείς ή με ομαδική θεραπεία οικογένειας η οποία έχει κάποιο ψυχικά άρρωστο μέλος. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μαδιανός 1994, Χαλκούση, Μπόμπος, Καργιώτου 1994).

Ο Μαδιανός περιγράφει τα τέσσερα κύρια πρόσωπα για την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση. Τα πρότυπα αυτά είναι

- Το πρότυπο του U.C.L.A.
- Το πρότυπο του Λονδίνου, των Leff και Vaughn

- Το πρότυπο του Pittsburg
- Το πρότυπο της Νότιας Καλιφόρνιας

Τα τέσσερα αυτά πρότυπα περιλαμβάνουν 9 βασικά σημεία

1. Υποστήριξη στην οικογένεια, εδώ περιλαμβάνεται και η διερεύνηση των συναισθημάτων της οικογένειας και της στάσης της απέναντι στην ψυχική αρρώστια.
2. Έμφαση στην προγραμματισμένη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής
3. Ενημέρωση για τη φύση της αρρώστιας και την εξέλιξη της πορείας της
4. Ενημέρωση για τους τρόπους ελέγχου των συμπτωμάτων της ύψωσης
5. Ενημέρωση της οικογένειας ώστε να μπορέσει να αναγνωρίσει πρόδρομα συμπτώματα της αρρώστιας, να αναζητήσει άμεσα βοήθεια ώστε να προληφθούν υποτροπές και επανεισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική.
6. Παρέμβαση στην κρίση με μια ομάδα διάθεσης ψυχικής υγείας.
7. Εκπαίδευση σε στρατηγικές επίλυσης του στρες π.χ. τεχνικές επίλυσης προβλημάτων
8. Προσπάθεια για την προσαρμογή των προσδοκιών της οικογένειας γύρω από την κοινωνική λειτουργικότητα του αρρώστου.
9. Παροχή θεραπευτικού συνεχούς (Μαδιανός 1989,1994).

Τα τέσσερα πρότυπα παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω:

Το πρότυπο του U.C.L.A

Η παρέμβαση σύμφωνα με το πρότυπο αυτό επικεντρώνεται στην εμπειρία της οικογένειας από την αντιμετώπιση της γύχωσης και ανιχνεύονται μηχανισμοί στρες. Η οικογένεια ενισχύεται στον έλεγχο της κοινωνικής λειτουργικότητας του ψυχωσικού μέλους τους. Ολοκληρώνεται με 6 συνεδρίες.

Το πρότυπο του Λονδίνου των Ieff και Vaughn το οποίο βασίζεται στη μέθοδο της καταγραφής της συναισθηματικής έκφρασης, στη μείωση της επαφής του αρρώστου με τα μέλη της οικογένειας του που παρουσιάζουν μεγάλη συναισθηματική φόρτιση.

Στις ομαδικές συναντήσεις που πραγματοποιούνται 2 φορές την εβδομάδα συμπεριλαμβάνονται και οι κατηγορίες μελών (εκείνοι με υψηλή συναισθηματική έκφραση και εκείνη με χαμηλή συναισθηματική έκφραση) οι συναντήσεις αυτές δίδεται έμφαση στην έκφραση των συναισθημάτων και της αγωνίας των μελών της οικογένειας για το άρρωστο μέλος της, τα μέλη της οικογένειας συζητούν τις κρίσεις που υπάρχουν στη σχέση τους με τον άρρωστο συγγενή τους και εκπαιδεύονται πάνω σε θέματα για τη φύση της αρρώστιας και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν.

Το πρότυπο του Rihsburg για την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση ξεκινά:

1) Με τη σύνδεση του αρρώστου με την οικογένεια και την επίτευξη "συμμαχίας" μεταξύ των μελών ολόκληρης της οικογένειας,

2) Συνεχίζεται με τη μάθηση δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση της πραγματικότητας της αρρώστιας (κατανόηση για την αρρώστια και των αναγκών του ασθενή).

3) Επιστροφή του αρρώστου στην κοινότητα. Ενίσχυση των συζυγικών/γονικών συμμαχιών. αύξηση της ανοχής από την οικογένεια. Αποδοχή του αρρώστου σαν ισότιμο μέλος και αποδοχή για την ανάληψη φυσιολογικών ρόλων μέσα στην κοινότητα.

4) Η θεραπεία συνεχίζεται (με μείωση των συνεδρίων) για τη συντήρηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων

Το πρότυπο της Καλιφόρνιας το πρότυπο αυτό που έχει μηχενβιοριστική κατεύθυνση στα πλαίσια της οικογενειακής θεραπείας ξεκινά την παρέμβαση **α)** με την εκτίμηση της οικογένειας **β)** συνεχίζει εκπαιδύοντας τα μέλη της οικογένειας σχετικά με την γύχωση **γ)** εκπαίδευση στους τρόπους επικοινωνίας **δ)** εκπαίδευση για τη μάθηση επίλυσης προβλημάτων **ε)** Παροχή θετικών ενισχύσεων για τις βελτιώσεις που παρατηρούνται ώστε σταδιακά να επέλθουν μόνιμες αλλαγές στην οικογένεια βασισμένες στην ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση που προηγήθηκε.

Η επέμβαση στο χώρο της οικογένειας με σκοπό τη βελτίωση και ενίσχυση των δυναμικών της για θετική αντιμετώπιση του αρρώστου μέλους της συμβάλλει αποφασιστικά όχι μόνο στον περιορισμό των πιθανοτήτων για υποτροπή αλλά και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Η οικογένεια είναι ο φυσικός χώρος του ασθενούς και μέσα σ' αυτόν το χώρο μπορεί να αντιμετωπιστεί κατά τον καλύτερο τρόπο (με την κατάλληλη ψυχοεκπαιδευτική βοήθεια) η ψυχική αρρώστια. Ο Σακελλαρόπουλος (1994) αναφέρεται ότι η παραμονή του ασθενούς στο σπίτι του και η αντιμετώπιση της γύχωσης μέσα στα πλαίσια της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής έχει μια σειρά πλεονεκτημάτων που φαίνεται να πηγάζουν από το γεγονός ότι δε διακόπτεται η συνέχεια στη σχέση του αρρώστου με την οικογένεια του και

το κοινωνικό του περιβάλλον και ότι από τη στιγμή που η δομή της οικογένειας δεν καταστρέφεται υπάρχει η δυνατότητα με θεραπευτικές διαδικασίες για τροποποίηση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και για εγκατάσταση νέων τρόπων επικοινωνίας λιγότερο παθολογικών.

δ. Ο Ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι πολυδιάστατος.

Πρώτα απ' όλα έρχεται σε επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο και βάση των ιδιομορφιών και των αναγκών του σχεδιάζει σε συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα το σχέδιο για την επανένταξή του μέσα στην κοινότητα

Συνεργάζεται με την οικογένεια και το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον επιδιώκοντας τη συνεργασία του στην προσπάθεια για την αποκατάσταση του αρρώστου μέλους της.

Με την κοινωνική έρευνα που διεξάγει επισημαίνει τις δυσκολίες που υπάγονται μέσα στο χώρο της οικογένειας σε σχέση με τον ασθενή, ή άσχετα από αυτόν και επιχειρεί να φέρει την οικογένεια στο χώρο παροχής υπηρεσιών επιδιώκοντας την ένταξη της σε κάποιο ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός στα πλαίσια των επαφών του με την οικογένεια εξετάζει τη δυνατότητα παραμονής του ατόμου μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον που είναι και η πλέον ενδεδειγμένη προοπτική (γιατί όπως έχει ήδη επισημανθεί δε διακόπτεται η συνέχεια της σχέσης του αρρώστου με την οικογένειά του) για την επανένταξη του στην κοινότητα. Κινητοποιεί και ενθαρρύνει την οικογένεια για συμμετοχή σε ένα

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα (στο οποίο συμμετέχει και ο ίδιος ο κ.λ. εφαρμόζοντας τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με την οικογένεια) με σκοπό να προετοιμαστεί η οικογένεια να δεχτεί το άρρωστο μέλος της, να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της γύρωσης και της πορείας της και "να εκπαιδευτεί την απόκτηση τεχνικών επίλυσης του στρες" (Μαδιανός 1994, σελ 93).

Στην περίπτωση που η οικογένεια κρίνεται ακατάλληλη να δεχτεί τον άρρωστο ή στην περίπτωση που δεν υπάρχει οικογένεια ο κοινωνικός λειτουργός θα αναζητήσει τις δυνατότητες για την παροχή εναλλακτικής μορφής στέγασης μέσα στην κοινότητα. Μάλιστα στην περίπτωση που υπάρχει η δυνατότητα για παραμονή σε αναδοχή οικογένεια ο κοινωνικός λειτουργός θα διεξάγει την κοινωνική έρευνα για να κριθεί σε συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα ή καταλληλότητα της οικογένειας και να εκτιμηθεί η δυνατότητα σύνδεσης της οικογένειας με το συγκεκριμένο ασθενή. (Χαρτοκόλης 1988, Φιλίππου - Παπανικολάου 1990).

Ο κοινωνικός λειτουργός επισκέπτεται τον άρρωστο μετά από την τοποθέτηση του στο χώρο όπου του παρέχεται η στέγαση (οικοτροφείο, ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα) και παρακολουθεί την πορεία της ένταξης του και πάντα σε συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα επιδιώκει να εντοπίσει δυσλειτουργίες και να προλάβει την εμφάνιση προβλημάτων.

Στην περίπτωση που ο άρρωστος διαμένει σε κάποιο ξενώνα με μικρή επιτήρηση ή σε προστατευμένο διαμέρισμα ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει να διατηρήσει ο άρρωστος την επαφή με τις υπόλοιπες οργανώσεις ψυχικής υγείας (Κ.Ψ.Υ. νοσοκομείο ημέρας, κοινωνική λέσχη).

Στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επαφή με κοινοτικούς φορείς, με εργοδότες, μελετά όλες τις δυνατότητες επαγγελματικής αποκατάστασης ανάλογα με τις ανάγκες της αγοράς.

Στη συνέχεια σε συνεργασία με τον επαγγελματικό σύμβουλο επιλέγει τις κατάλληλες θέσεις εργασίας, (οι οποίες ανταποκρίνονται στις δυνατότητες και την κατάρτιση του ατόμου) επίσης επιχειρεί να προετοιμάσει και να ευαισθητοποιήσει τον εργοδότη και τους μελλοντικούς συναδέλφους του ατόμου που πρόκειται να τοποθετηθεί.

Ακόμα ο κοινωνικός λειτουργός ρυθμίζει της γραφειοκρατικές διαδικασίες για την εξασφάλιση επιδομάτων από τις κρατικές υπηρεσίες.

Συμμετέχει στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση κοινοτικών προγραμμάτων που έχουν στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών και των φορέων της κοινότητας γύρω από το θέμα .

Για να μπορέσει ο κοινωνικός λειτουργός να εργαστεί αποτελεσματικά στο χώρο της ψυχικής υγείας θα πρέπει εκτός από τη βασική του εκπαίδευση να έχει παρακολουθήσει μετεκπαιδευτικά προγράμματα ώστε να έχει καταρτιστεί, να έχει εξειδικευτεί για να μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του δύσκολου και ιδιόμορφου χώρου της ψυχικής υγείας και να προσφέρει τις υπηρεσίες του σαν ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας. Ιδιαίτερα σήμερα ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εκπαιδεύονται στα πλαίσια του μοντέλου της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής όπου ο ρόλος του κατέχει ιδιαίτερη σημασία στις εργασίες της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Με τον όρο αγωγή της κοινότητας με στόχο την αλλαγή των στάσεων απέναντι στην ψυχική αρρώστια εννοούμε την "Έργασία με τον πληθυσμό και την ευαισθητοποίηση του, ώστε να αλλάξει στάση, απέναντι στη ψυχική νόσο. Εννοούμε επίσης, όλη τη διαδικασία εκπαίδευσης και κατάρτισης επιμέρους ομάδων του πληθυσμού (δασκάλων, αγροτικών γιατρών, αστυνομικών) ώστε να βοηθήσουν, είτε εθελοντικά είτε στα πλαίσια των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων, στο έργο της πρόληψης και της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών" (Σακελλάροπουλος 1994 σελ. 38).

Ο ρόλος που έχουν οι απόψεις για την ψυχική υγεία είναι πολύ σημαντικός γιατί μπορούν να επηρεάσουν τις προσπάθειες για τη θεραπεία και αντιμετώπιση των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988). Σήμερα οι ψυχικά ασθενείς εξακολουθούν να απολαμβάνουν λιγότερων προνομίων από ότι τα υγιή μέλη μιας κοινωνίας. Ο Παπαδάτος και η Στογιαννίδου (1988) υποστηρίζουν ότι οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν τις ίδιες ή και περισσότερες δυσκολίες να βρουν κατοικία εργασία και να αποκτήσουν κοινωνικές σχέσεις συγκριτικά με αποφυλακισμένους πρώην εγκληματίες.

Η αρνητική στάση του κοινού απέναντι στην ψυχική αρρώστια επηρεάζει αρνητικά και τις προσπάθειες της κοινοτικής ψυχικής Υγιεινής. Κατ'αρχήν στον τομέα της αποϊδρυματοποίησης των ψυχικά ασθενών και στην προσπάθεια για την Κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Από την άλλη πλευρά η αρνητική στάση του κοινού για την ψυχική αρρώστια και ο στιγματισμός που συνδέεται με αυτήν εμποδίζει το έργο της πρόληψης αφού μέρος των πολιτών που χρειάζονται βοήθεια δεν τολμούν να την αναζητήσουν φοβούμενοι τον κοινωνικό στιγματισμό και την απόρριψη.

Α. ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

1. Η άγνοια και η σύγχυση που επικρατεί στο κοινό σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας σε συνδυασμό με την ακόμα επικρατούσα άποψη ότι η "τρέλα" προκαλείται από δυνάμεις τις οποίες το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

2. Η θεώρηση των ψυχικά ασθενών ως ατόμων "διαφορετικών" και η αποξενώσή τους από τους υγιείς με τον εγκλεισμό μέσα σε ψυχιατρικά άσυλα (μέχρι πρόσφατα) έχει δημιουργήσει την τάση για άρνηση αυτής της ομάδας πληθυσμού της οποίας η εικόνα συνδέεται με την εξαθλίωση και τον ξεπεσμό.

3. Η αρνητική εικόνα που δημιουργούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης γύρω από τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές αρρώστιες προβάλλοντας με ιδιαίτερη έμφαση τα εγκλήματα που διαπράττονται από ψυχικά ασθενείς. Με τον τρόπο αυτό καλλιεργείται η πεποίθηση ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι για την πραγματοποίηση βίαιων και εγκληματικών πράξεων.

4. Τα ψυχικά ασθενή άτομα με χρόνια εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα έχουν πράγματι μειωμένες δεξιότητες, δυσκολεύονται να εργαστούν να είναι αξιόπιστοι, υπεύθυνοι και να δημιουργούν σωστές κοινωνικές επαφές. Όμως αυτή η κατάσταση μπορεί να ανατραπεί με την ένταξη τους σε κάποιο πρόγραμμα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης (Μπαϊρακτάρης 1987, Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Β. ΤΡΟΠΟΙ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ

Το έργο για την αλλαγή της αρνητικής στάσης του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια και στους ψυχικά ασθενείς είναι πολύ δύσκολο. όπως αναφέρει ο Σακελλαρόπουλος (1994) απαιτούνται γνώσεις ατομικής και κοινωνικής ψυχολογίας για την παρέμβαση στο κοινό.

Τρόποι εργασίας είναι ομιλίες, συζητήσεις, σεμινάρια, κοινή αντιμετώπιση περιπτώσεων ώστε να φωτιστούν οι σκοτεινές πλευρές του θέματος και να ενημερωθεί το κοινό για την Πραγματικότητα γύρω από την ψυχική ασθένεια (Σακελλαρόπουλος 1994).

Η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών θα συμβάλει στην αλλαγή της αρνητικής στάσης αφού θα αποβάλλει την εικόνα του περιθωριοποιημένου ανέντακτου ατόμου.

Το κοινό πρέπει να πειστεί ότι οι ψυχικές ασθένειες είναι όπως όλες οι άλλες ασθένειες και ότι αντιμετωπίζονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής τις οποίες πρέπει να γνωρίζουν όλοι και να χρησιμοποιούν αν παραστεί ανάγκη. (Σακελλαρόπουλος 1984, 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

A. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ 15^{αιν.} ΩΣ ΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

Η εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα επηρεάστηκε από τα ευρωπαϊκά πρότυπα ψυχιατρικής περίθαλψης παρουσιάζοντας όμως μια σημαντική καθυστέρηση χρονικά σε σχέση με τις εξελίξεις και τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που συντελούνται στις χώρες του εξωτερικού στον τομέα της ψυχικής υγείας. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι σε μια περίοδο όπου επιχειρούνται εντατικές προσπάθειες για την αποασυλοποίηση στην Ευρώπη και Η.Π.Α., στην Ελλάδα ιδρύεται η "Αποικία ψυχοπαθών Λέρου" (1965) για την "αποθήκευση" των εγκατελειμμένων ψυχικά αρρώστων (Λυκέτσος 1987).

Οι Παπαδάτος και Στογιαννίδου (1988) υποστηρίζουν ότι η καθυστέρηση αυτή είναι αποτέλεσμα της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής υστέρησης της Ελλάδας έναντι των άλλων χωρών. Ο Μαδιανός (1994) συμπληρώνοντας αναφέρει ότι αίτια της καθυστέρησης των εξελίξεων στην Ελλάδα είναι ο έντονος αγροτικός χαρακτήρας της κοινωνίας καθώς και η ύπαρξη της πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε τους ψυχικά άρρωστους μέσα στο σπίτι.

Παρακολουθώντας την πορεία της εξέλιξης της αντιμετώπισης της ψυχικής αρρώστιας στον Ελλαδικό χώρο ξεκινάμε από την Περίοδο της Οθωμανικής κατοχής κατά την περίοδο αυτή συναντάμε τη θρησκευτική - εκκλησιαστική αντιμετώπιση ψυχικής αρρώστιας. Οι ψυχικά ασθενείς

φιλοξενούνται σε μοναστήρια που είχαν τη φήμη "κέντρων εξορκισμού και θεραπείας δαιμονισμένων, τρελών, επιληπτικών και διεγερτικών αρρώστων" (Μαδιανός 1994 σελ. 172).

Μέσα στα μοναστήρια όπου διέμεναν οι ψυχικά άρρωστοι υποβάλλονται σε διάφορων τύπων θεραπευτικές - θρησκευτικές δοκιμασίες όπως αυστηρή νηστεία, ράντισμα με άγιασμα, εξορκισμούς, προσευχές, δέσιμο με ιερές αλυσίδες, επαφή με ιερά αντικείμενα κ.λπ. (Πλουμπίδης 1984).

Παράλληλα με τη θρησκευτική - εκκλησιαστική αντιμετώπιση ιδρύθηκαν από τα μέσα του 18ου αιώνα με τις εισφορές πλουσίων ελλήνων ιδρύματα που επιτελούσαν ένα σύνθετο ρόλο του νοσοκομείου του ασύλου -ξενώνα και του σωφρονιστηρίου, τέτοια ιδρύματα υπήρχαν στη χίο, στη Σμύρνη, στην Κωνσταντινούπολη. Τα ιδρύματα αυτά προσέφεραν μία πρόσκαιρη λύση στα πιο κραυγαλέα προβλήματα των άπορων, των εγκαταλειμμένων των αρρώστων και των ψυχοσθενών. (Πλουμπίδης 1984).

Το γνωστό μοναστήρι στο Δαφνί υπήρξε ψυχιατρικό άσυλο που φιλοξενούσε ψυχοπαθείς από τον 11ο αιώνα (Χαρτοκόλης 1991).

Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1938 στην Κέρκυρα από τους Άγγλους το οποίο περιήλθε στην Ελλάδα το 1964 μετά από την Ένωση με τα νησιά του Ιονίου. Το 1862 δημοσιεύεται ο νόμος ΨΜΒ' " Περὶ συστάσεως φρενοκομείων' έχοντας σαν πρότυπο τον αντίστοιχο γαλλικό νόμο του 1838 (Πλουμπίδης 1984, Χαρτοκόλης 1991).

Το 1887 ιδρύθηκε το "Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο" μετά από δωρεά του Χιώτη εμπόρου Τζώρτζη Δρομοκαϊτη.

Από την αρχή της λειτουργίας του ως το 1915 η πλειοψηφία των τροφίμων προερχόταν από άπορα στρώματα ενώ αργότερα ανατράπηκε αυτή η κατάσταση προς όφελος των φτωχών και άπορων αρρώστων. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Το 1905 ιδρύεται η πρώτη πανεπιστημιακή κλινική στην Ελλάδα το Αιγινίτειο νοσοκομείο για την Πανεπιστημιακή διδασκαλία των φοιτητών της ιατρικής σχολής, με την πρωτοβουλία του καθηγητή Κατσαρά και τη δωρεά του καθηγητή της αστρονομίας Αιγινήτη. Έτσι στις αρχές του 20ου αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας περιλάμβανε το Δρομοκαϊτειο, το Αιγινίτειο, το ψυχιατρείο της Κέρκυρας και κάποια μικρότερα άσυλα στη Σύρο (1906) στη Θεσσαλονίκη (1908), στη Λέσβο, στην Κεφαλλονιά (1910) και στη Σούδα Χανίων (1910). (Πλουμπίδης 1984).

Το 1904 ιδρύθηκε στην Αθήνα η πρώτη ιδιωτική ψυχιατρική κλινική του Χειμωνίδη, Γ. Βλαβιανού και ακολούθησε η ίδρυση και άλλων. Ο Μαδιανός (1994) αναφέρει ότι με εξαίρεση το Αιγινίτειο όπου νοσηλεύονταν οξεία και ελαφρά περιστατικά, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες ενώ οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες.

Η πρώτη απόπειρα οργάνωσης δημοσίου ψυχιατρείου συναντάται στην περιοχή της πλάκας (οδός Κυδαθηναίων) στις αρχές της δεκαετίας του 1920. Στα υπόγεια του κτιρίου που στεγάζεται το τμήμα μεταγωγών δημιουργείται ο χώρος για τη συγκέντρωση και τον περιορισμό των ψυχικά αρρώστων. Το 914 το άσυλο μεταφέρεται στο Μοσχάτο όπου δημιουργείται το "Κρατικό άσυλο φρενοβλαβών" το οποίο λειτουργεί μέχρι το 1919.

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Το άσυλο λειτουργεί με αστυνομική διοίκηση, λειτουργεί σαν σωφρονιστήριο και όχι σαν χώρος θεραπείας ενώ οι συνθήκες διαβίωσης είναι άθλιες. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988).

Το 1919 οι τρόφιμοι του ασύλου μεταφέρονται στην Αγία ελεούσα στην Καλλιθέα σε ένα κτίριο χωρητικότητας 50 ατόμων που γρήγορα αυξήθηκαν σε 500. Το άσυλο αυτό ανήκε στο Υπουργείο Εσωτερικών αφού το υπουργείο Πρόνοιας ιδρύθηκε μόλις το 1922. Μετά τη Μικρασιατική καταστροφή ο αριθμός των αρρώστων αυξήθηκε σε μεγάλο βαθμό. Το 1824 το άσυλο περνάει υπό τον έλεγχο του νεοσύστατου υπουργείου Πρόνοιας και μετονομάζεται σε Υγειονομικό Ίδρυμα. Τότε άρχισε να γίνεται και κάποιος διαχωρισμός ανάμεσα στους έγκλειστους μεταξύ εκείνων που είχαν ανάγκη ψυχιατρικής μέριμνας και σ' εκείνου που δεν είχαν. Την ίδια εποχή άρχισε να παρέχεται και κάποια θεραπευτική αγωγή στους ψυχικά ασθενείς.

Το 1928 αρχίζει η κατασκευή του πρώτου κρατικού ψυχιατρείου στο Δαφνί. Το 1934 ολοκληρώθηκε η κατασκευή των πρώτων κτισμάτων και μεταφέρονται σταδιακά όλοι οι χρόνιοι, αζήτητοι άρρωστοι του ασύλου της Αγίας Ελεούσας.

Το 1934 δημοσιεύεται ο νόμος 60/34 "Περί οργανώσεων των δημοσίων ψυχιατρείων", που αποτελεί και την πρώτη νομοθετική ρύθμιση για την ψυχιατρική Περίθαλψη της Ελλάδας. Ο νόμος αυτός αναφερόταν στον κανονισμό λειτουργίας των ψυχιατρείων, στη διαδικασία εκούσιας ή ακούσια εισαγωγής και στην δομή της λειτουργίας ως προς το προσωπικό κάθε ειδικότητας (Παπαδάτος και στογιαννίδου 1988, Χαρτοκόλης 1991, Μαδιανός 1994).

Όσον αφορά το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών ή όπως ονομάζεται σήμερα ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής σχεδιάστηκε με πρότυπο την κλινική Μπουργκολζλι της Ζυρίχης, σαν αγροτικό άσυλο με προοπτική προγράμματος εργασιοθεραπείας (Χαρτοκόλλης 1991). Το σχέδιο αυτό όμως ματαιώθηκε κυρίως εξαιτίας της μεγάλης αύξησης των νοσηλευομένων κατά τα επόμενα χρόνια.

Η θεραπευτική αγωγή που παρέχεται στους ασθενείς είναι κυρίως συμπτωματική. το 1946 εφαρμόζεται για πρώτη φορά στο Δαφνί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ) και το 1948 έγινε η πρώτη λοβοτομή. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο πόλεμος του '40 η κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος που ακολούθησε επηρέασαν τη λειτουργία των τότε ψυχιατρικών ασύλων. των οποίων οι τρόφιμοι αντιμετώπισαν πολύ σκληρότερες δοκιμασίες από όσο πριν τον πόλεμο.

Μετά το τέλος της δεκαετίας του 40 τα υπάρχοντα τότε ψυχιατρικά νοσοκομεία βρέθηκαν να φιλοξενούν πολύ μεγαλύτερο αριθμό ασθενών από όσο είχαν τη δυνατότητα να φιλοξενήσουν. Για την αποσυμφόρση λοιπόν των ψυχιατρείων της εποχής ιδρύθηκε το ψυχιατρείο της Λέρου το 1958 το οποίο στεγάστηκε στα άδεια κτίρια του Ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο. Το πρώτο όνομα του ψυχιατρείου ήταν "αποικία ψυχοπαθών Λέρου". Στο χώρο αυτό, μεταφέρθηκαν ψυχικά ασθενείς από τα ψυχιατρεία του Δαφνιού, της Θεσσαλονίκης και των Χανίων. Η επιλογή των ασθενών έγινε με κριτήριο την έλλειψη επισκεπτηρίου για διάστημα μεγαλύτερο από 12 μήνες. (Χαρτοκόλλης 1991, Μαδιανός 1994).

Οι πρώτες προσπάθειες για μια κίνηση κοινωνικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα έγιναν στα μέσα της δεκαετίας 1950-1960 από την ιδιωτική

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

πρωτοβουλία μέσα στα πλαίσια μη κερδοσκοπικών ενεργειών. Συγκεκριμένα το 1956 ιδρύεται από την Άννα Ποταμιάνου το "Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών" μέσα στο βασιλικό εθνικό ίδρυμα. Το "Κέντρο Ψυχικής υγιεινής και ερευνών" γίνεται ανεξάρτητος Οργανισμός το 1964 ως Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικό και επιχορηγούμενα οικονομικά από το κράτος και προσέφερε αρχικά προνοιακές και αργότερα (ως σήμερα) Ιατροκοινωνικές υπηρεσίες (Ποταμιάνου 1984, Λυμπεράκης 1983).

Το 1963 ιδρύεται το "Αθηναϊκό Ινστιτούτο του ανθρώπου" από το Γιώργο και τη Βάσω Βασιλείου ως "Κέντρο μελέτης της ανθρώπινης επικοινωνίας και ψυχοπαθολογίας, εκπαίδευσης και θεραπευτικής" (Μαδιανός 1994, σελ. 202).

Σημαντικό ρόλο στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης έπαιξε η ίδρυση των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών. Το ΙΚΑ ιδρύθηκε το 1934 και έτσι οργανώνεται η εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη ενώ παράλληλα καλύπτονται όλα τα έξοδα της νοσοκομειακής περίθαλψης (Ζήκος 1984).

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) ιδρύθηκε το 1961 και καλύπτει τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης στους αγρότες ενώ από το 1977 ο Ο.Γ.Α. παρέχει δωρεάν τα ψυχοφάρμακα στους ασθενείς.

Στη δεκαετία του 1970 και 1980 παρουσιάζονται κάποιες εξελίξεις στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης.

το κέντρο κοινωνικής ψυχικής υγιεινής διευρύνει τις δραστηριότητές του με τη δημιουργία παραρτημάτων σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας αλλά και με την ανάπτυξη ιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. (Αθήνα 5 τμήματα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο, Βόλος, Ζάκυνθος, Λειβαδιά).

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Το Αιγινήτειο ψυχιατρικό Νοσοκομείο αναπτύσσει στα πλαίσια της λειτουργίας του ένα δίκτυο υπηρεσιών όπως το τμήμα Βραχείς Κοινοτικής ψυχικής υγιεινής Βύρωνα και Καισαριανής το (1979) με τις δικές του ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες.

Το 1978 ιδρύεται Πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική στο Νοσοκομείο της Αλεξανδρούπολης και αργότερα οργανώθηκαν οι υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στο νομό Έβρου.

Το 1981 οργανώνεται η κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης στον Νομό Φωκίδας.

Στη Θεσσαλονίκη ιδρύεται το Κ.Κ.Ψ.Υ. από τη Β' Πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική, το 1980. (Λυμπεράκης 1987, Μάνος 1987, Μαδιανός 1994, Σακελλαρόπουλος 1994).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι σημαντική ώθηση στις εξελίξεις του παρουσιάζονται στη δεκαετία του 1980 έδωσε το 1981 ο χωρισμός της ειδικότητας της ψυχιατρικής από τη νευρολογία και κυρίως ο νόμος Ν. 1397 του 1983 για το εθνικό σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ.) με το άρθρο 21 για την ψυχική Υγεία. (Λυμπεράκης 1987, Μάνος 1988, Μαδιανός 1994).

Άλλοι σημαντικοί σταθμοί στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης κατά τη δεκαετία του 1980 υπήρξαν:

1. Ο κανονισμός 815 του 1984 του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού ταμείου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.
2. Η λειτουργία ψυχιατρικών ελληνικών στα Πανεπιστήμια Πατρών (1982), Θράκης (Αλεξανδρούπολης), Κρήτης (Ηράκλειο) στις οποίες

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

περιλαμβάνονται μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στα εκεί νοσοκομεία, κέντρα ημέρας ξενώνες και εργαστήρια.

3. Η νομοθεσία 963/79 για την προστασία των σωματικά και ψυχικά αναπήρων και τα ειδικά προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. (Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης) που έχει ιδρύσει σε διάφορες πόλεις σε συνεργασία με τα τοπικά ψυχιατρικά νοσοκομεία με την οικονομική ενίσχυση της Ε.Ο.Κ.
4. Ίδρυση επιτροπών Ψυχικής Υγείας στο Κ.Ε.Σ.Υ. και σχεδιασμός του Πενταετούς Προγράμματος ανάπτυξης υπηρεσιών αποκατάστασης.
5. Η ίδρυση των πρώτων ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, και άλλες πόλεις (Μαδιανός 1994).

Β. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

1. Εισαγωγή

Οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών στην Ελλάδα αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με τη λειτουργία 9 ψυχιατρικών νοσοκομείων με τη λειτουργία ψυχιατρικών τμημάτων μέσα σε γενικά νοσοκομεία, από τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων και των ψυχιατρικών τμημάτων στα Γ.Ν., Πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα 178 κέντρα υγείας που υπάρχουν στην Ελληνική Περιφέρεια, πρωτοβάθμια επίσης περίθαλψη παρέχεται από τα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α.

Ψυχιατρικές υπηρεσίες παρέχονται και από τον ιδιωτικό τομέα (ψυχιατρικές κλινικές, ιατρεία).

Επίσης υπηρεσίες παρέχονται από τα 211 κέντρα Ψυχικής υγιεινής που υπάρχουν στην ελληνική επικράτεια.

Από το 1981 λειτουργούν 3 κινητές μονάδες στη Β. Ελλάδα που παρέχουν ψυχιατρικές υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης παρέχονται από τις αντίστοιχες υπηρεσίες που λειτουργούν στα πλαίσια αποϊδρυματισμού των ψυχιατρείων, σε προγράμματα ψυχιατρικών κλινικών σε Γενικά και Πανεπιστημιακά νοσοκομεία καθώς και μέσα στα κέντρα ψυχικής υγιεινής.

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Περιοχή	Υπολογιζόμενοι Χρόνιοι ψυχικά ασθενείς	Χρόνιοι Ψυχ. Ασθενείς που έχουν ανάγκη άμεσης ψυχολ. αποκατ.
Αττική	33.600	3.360
Κεντρική Στερεά	5.150	515
Ήπειρος, Κέρκυρα Λευκάδα	4.050	405
Κεντρική Μακεδονία Θεσσαλονίκη	13.700	1.370
Ανατολική Μακεδ.	4.000	400
Θράκη	4.400	440
Νησιά Αιγαίου	3.800	380
Κρήτη	4.500	450
Κεντρική, Ανατολική πελοπόννησος	5.150	515
Δυτ. Πελοπόννησος	8.310	831 831
Κεφαλλονιά, Ζάκυνθος		
Σύνολο	95.580	9.316

Πηγή: Μαδιανός 1994

3. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία

Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα είναι 9 και εξακολουθούν ακόμα και σήμερα να αποτελούν τον κύριο κορμό περίθαλψης παρά τις προσπάθειες για τη συρρίκνωση τους και τον αποϊδρυματισμό των εγκλείστων τους.

Τα 9 ψυχιατρεία που λειτουργούν στην Ελλάδα είναι τα εξής:

1. Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής
2. Δρομοκαϊτειο
3. Αιγινίτειο
4. Ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
5. Ψυχιατρικό νοσοκομείο Λέρου
6. στ. Ψυχιατρικό νοσοκομείο Τρίπολης
7. Ψυχιατρικό νοσοκομείο Κέρκυρας
8. Ψυχιατρικό νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
9. Ψυχιατρικό νοσοκομείο Χανίων

Παρακάτω παρουσιάζονται στοιχεία αναφορικά με τη λειτουργία των 9 ψυχιατρικών νοσοκομείων (δυνατότητα σε κρεβάτια αριθμός νοσηλευθέντων, μέση διάρκεια νοσηλείας, και επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία). Τα στοιχεία αφορούν τη λειτουργία κατά το 1992.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ψυχιατρεία	Κρεβάτια	Νοσηλευ- θέντες	Μέση διάρκεια νοσηλείας (σε ημέρες)	Επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία
Ψυχ. Νοσοκ. Αττικής	1.804	2.335	278	13.929
Αιγινήτειο	66	560	49	4.424
Δρομοκαϊτειο	719	1.780	134	5.768
Ψυχ. Νοσοκ. Θεσ/νικης	735	2.983	180	19.375
Ψυχ. Ν. Πέτρας Ολύμπου	353	594	216	4.826
Ψυχ. Νοσοκ. Τρίπολης	300	1.140	112	2.722
Ψυχ. Νοσοκ. Χανίων	382	2.263	57	6.931
Ψυχ. Νοσοκ. Κέρκυρας	360	593	212	1.715
Ψυχ. Νοσοκ. Λέρου	832	824	375	71

Πηγή Μαδιανός 1994

4. Ψυχιατρικά τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία

Από το 1987 αρχίζει η λειτουργία ψυχιατρικών κλινικών μέσα σε γενικά νοσοκομεία, αρχικά στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη και αργότερα και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται στοιχεία από τη λειτουργία των ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία που λειτουργούν στην ελληνική επικράτεια κατά το 1992 (ορισμένα από αυτά διαθέτουν κρεβάτια ενώ άλλα μόνο εξωτερικά ιατρεία).

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Περιφέρεια	Νοσοκομείο	Κρεβάτια	Νοσηλευθέντες	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία
	Π.Γ. Γενικό	20	245	24	2.774
	Π.Ν. Σωτηρία	20	229	28	823
Ευρεία	Π.Ν.Ε.Ε.Σ	-	-	-	1.469
Περιοχή Αθηνών	Π.Γ.Ν. Ευαγγελισμός	20	221	29	8.893
	Ν. Παίδων Αγ. Σοφία	10	13	83	676
	Π.Γ. Τζάνειο Παιδοψυχ				1.033
	Π.Γ. Τζάνειο Ενήλικων				161
	Π.Ν. Νίκαιας	26	454	15	1328
	Ασκληπιείο Βούλας				
	Σισμανόγλειο	22	199	86	686
	Ν. Παίδων	-	-	-	
	Β. Αττικής	-	-	-	134
	Γ.Ν. Αγία Όλγα	-	-	-	1.887
	Γ.Ν. Αγ. Ανάργυροι	-	-	-	297
	Γ.Ν. Καρπυσίου	5	10	9	480
Στερεά Ελλάδα	Γ.Ν. Λαμίας	-	-	-	1.293
	Γ.Ν. Χαλκίδας				2.680
Ηπειρος					
Κέρκυρα	Π.Γ.Ν.	18	628	10	4.695

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

	Γ.Ν. Καρδίτσας				1.391
Θεσσαλία	Γ.Ν. Λάρισας	10	526	7	4.430
	Γ.Ν. Βόλου	10	181	12	1.400
Κεντρική	Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ	26	283	27	2.357
Μακεδονία	Ιπποκράτειο Παίδων	15	123	4	4812
	Ιπποκράτειο Ενηλίκων				
	Γ.Ν. Κιλκίς	10	212	55	1.485
	Γ.Ν. Γιαννιτσών	-	-	-	2.458
	Γ.Ν. Κατερίνης	-	-	-	525
	Γ.Ν. Πολύγυρου	70	-	-
	Γ.Ν. Καστοριάς	-	-	-	3.084
Δυτική	Γ.Ν. Κοζάνης	-	-	-	1.573
Μακεδονία	Γ.Ν. Φλωρίνης	-	-	-	1.505
	Γ.Ν. Σερρών	-	-	-	3.176
Ανατολική	Γ.Ν. Δράμας	-	-	-	660
Μακεδονία	Γ.Ν. Καβάλας	-	-	-	1.805
	Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης	21	464	76	1.144
Θράκη	Γ.Ν. Διδυμότειχου	-	-	-	1.460
Νησιά	Γ.Ν. Μυτιλήνης	-	-	-	1.426
Αιγαίου	Γ.Ν. Σύρου	-	-	-	912

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Κρήτη	Γ.Ν. Βενιζέλειο	-	-	-	1.982
	Π.Γ.Ν. Ηρακλείου	20	149	10	1.083
	Γ.Ν. Αγ. Νικολάου	-	-	-	1.769
Δυτικής	Γ.Ν. Πατρών	20	282	73	3.966
Ελλάδας	Π.Γ.Ν. Πατρών	-	-	-	978
Πελ/νήσου	Π.Γ.Ν. Πατρών Παιδου.	-	-	-	98
	Παιδων Καραμανδάνειο	-	-	-	345
Κεντρικής	Γ.Ν. Καλαμάτας	-	-	-	3.398
Ανατολ.					
Πελ/νήσου					

Πηγή: Μαδιανός 1994.

5. Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Από πλευράς κρατικών Κ.Ψ.Υ. λειτουργούν 23 σε όλη την ελληνική επικράτεια (8 από αυτά βρίσκονται στην ευρεία περιφέρεια Αθηνών, ενώ έχουν προγραμματιστεί ακόμη 13 Κ.Ψ.Υ. ως προγράμματα της κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ.

Επίσης με τα προγράμματα του κανονισμού 815/84 που εγκρίθηκαν το 1991, έχει ξεκινήσει η διαδικασία υλοποίησης 10 ακόμη Κ.Ψ.Υ. όπως εκείνων του Δρομοκαΐτειου, της Πέτρας Ολύμπου, της Δράμας, της Κομοτηνής, της Σάμου του Ρεδύμνου, της Καλαμάτας και του Διδυμότειχου. Τα Κ.Κ.Ψ.Υ. ανήκουν α) στο εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) β) στο σύστημα λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ. και ερευνών ως Ν.Π.Ι.Δ., χρηματοδοτούμενο από το κράτος γ) στα Πανεπιστήμια.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα Κ.Ψ.Υ. που λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα.

1. Βύρωνα - Καισαριανής (πανεπιστημιακό)
2. Παγκρατίου (Ε.Σ.Υ.)
3. Αγ. Παρασκευής (Χαλανδρίου)
4. Περιστερίου (Ε.Σ.Υ.)
5. Αμπελοκήπων (για παιδιά)
6. Χολαργού (ιδιωτικό)
7. Καλλιθέας (ιδιωτικό)
8. Κεντρικό (Ν.Π.Ι.Δ.)
9. Πειραιά (Ν.Π.Ι.Δ.)
10. Αιγάλεω (Ν.Π.Ι.Δ.)
11. Χαλκίδας (Ν.Π.Ι.Δ.)
12. Πατρών (Ν.Π.Ι.Δ.)
13. Ηρακλείου (Ν.Π.Ι.Δ.)
14. Χανίων (Ε.Σ.Υ.)
15. Βόλου (Ε.Σ.Υ.)
16. Ιωαννίνων (Ε.Σ.Υ.)
17. Λάρισας (Ε.Σ.Υ.)
18. Κεντρικού τομέα Θεσσαλονίκης (Ε.Σ.Υ.)
19. βορείου Δυτικού τομέα Θεσσαλονίκης

- 20. Δυτικού τομέα Θεσσαλονίκης ((Ν.Π.Ι.Δ.)
- 21. Ανατολικού τομέα Θεσσαλονίκης (Ν.Π.Ι.Δ.)
- 22. Αλεξανδρούπολης (Ε.Σ.Υ.)
- 23. Σερρών (Ε.Σ.Υ.)
- 24. Καβάλας (Ε.Σ.Υ.)
- 25. Τρίπολης

(Παπαδάτος και Στογιαννίδου 1988, Μαδιανός 1994, Σακελλαρόπουλος 1994)

6. Κινητές μονάδες υπαίθρου

από το 1981 λειτουργούν τρεις κινητές μονάδες στους νομούς Φωκίδας, Θεσσαλονίκης και Έβρου, με στόχο την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε αγροτικούς πληθυσμούς των νομών αυτών. Κάθε κινητή μονάδα έχει μόνιμες βάσεις παροχής υπηρεσιών σε πόλεις ή χωριά (στα Αγροτικά Ιατρεία) του νομού που εξυπηρετεί.

Στο νομό Έβρου η κινητή ψυχιατρική μονάδα λειτουργεί με βάση εννέα ψυχιατρικά ιατρεία που λειτουργούν μια ημέρα ανά εβδομάδα ή ανά δεκαπενθήμερο, στις κυριότερες πόλεις και στα χωριά του νομού.

Μέσος όρος επισκέψεων και στο σπίτι είναι 250 ανά μήνα. Στο νομό Φωκίδας έχει αποφευχθεί η ανάπτυξη ενδονοσοκομειακών δομών και έτσι δεν υπάρχει ούτε ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό νοσοκομείο. Οι ανάγκες των κατοίκων για ψυχιατρική Περίθαλψη, καλύπτονται αποτελεσματικά από το κέντρο υγείας και την κινητή ψυχιατρική μονάδα. Όταν υπάρχει απόλυτη ανάγκη για εισαγωγή σε νοσοκομείο ή ψυχιατρείο τότε οι ασθενείς

εισάγονται σε μονάδες της Αθήνας. Η παρουσία των θεραπειών της Κ.Μ. συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου στην Αθήνα. Τα τελευταία έξι χρόνια δεν έχει πραγματοποιηθεί κανένας ακούσιος εγκλεισμός στο νομό Φωκίδας. Η εργασία των Κινητών Μονάδων Υπαίθρου έχει αποδεχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική. Οι δραστηριότητες τους δεν περιορίζονται μόνο στο θεραπευτικό και προληπτικό επίπεδο αλλά παράλληλα έχουν αναπτύξει δράση όσον αφορά την αγωγή της Κοινότητας.

Τα αποτελέσματα από τη πρωτοποριακή δράση των Κ.Μ. είναι εντυπωσιακά. Εκτός από την αποτελεσματικότητα στον Τομέα Πρόληψης και θεραπευτικής οι αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί στη στάση της κοινότητας απέναντι στην ψυχιατρική αρρώστια έχουν συμβάλει ουσιαστικά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στις περιοχές δράσης των Κ.Μ.

Τα δεδομένα που προκύπτουν από την επιτυχή δράση των τριών Κ.Μ. πρέπει να αποτελέσουν κίνητρο για τη δημιουργία άλλων μονάδων σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας. (Σακελλαρόπουλος 1984, Παναγιώτσος και Σακελλαρόπουλος 1990, Σακελλαρόπουλος 1994).

7. Πρωτοβάθμια περίθαλψη και ψυχική υγεία.

Η διασύνδεση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (κέντρα υγείας) με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες γίνεται με τη συμμετοχή ψυχιάτρων επισκεπτών στα κέντρα υγείας και με την παραπομπή από αυτούς των ασθενών σε εξειδικευμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η παραπομπή μπορεί να γίνει κατευθείαν από το γενικό γιατρό αφού πάνω από το 50% των θέσεων των ψυχιάτρων - επισκεπτών δεν καλύπτονται. (Μαδιανός 1994)

8. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη του Ι.Κ.Α.

Το ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων έχει αναπτύξει σε όλη τη χώρα μονάδες που παρέχουν στους ασφαλισμένους ψυχιατρικές υπηρεσίες σε επίπεδο συνταγογραφίας, ρύθμισης συνταξιοδοτήσεων ή παραπομπής για εισαγωγή σε ψυχιατρικές κλινικές (καλύπτοντας τα έξοδα νοσηλείας). Το 1990 υπηρέτησαν στα πολυϊατρεία 220 νευροψυχίατροι. Η προληπτική ψυχιατρική στο Ι.Κ.Α. είναι ανύπαρκτη. (Ζήκος 1984, Μαδιανός 1994).

9. Ο ιδιωτικός τομέας της ψυχιατρικής περίθαλψης

Σε ολόκληρη την ελληνική επικράτεια λειτουργούν 46 ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές ενώ πολλοί ψυχίατροι παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ιδιωτική βάση.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών σε κάθε περιφέρεια και η δυναμικότητα τους σε κρεβάτια (στοιχεία του 1990).

Περιφέρεια	Αριθμός Κλινικών	Κρεβάτια
1. Αθήνα	18	2.350
2. Στερεά	-	-
3. Ήπειρος / Κέρκυρα	-	-
4. Θεσσαλία	8	634
5. Κεντρική Μακεδονία	8	751
6. Δυτική Μακεδονία	3	294
7. Ανατολική Μακεδονία	2	160
8. Θράκη	-	-
9. Ν. Αιγαίου	-	-
10. Κρήτη	1	30
11. Αν. Πελοπόννησος	-	-
12. Δυτ. Πελοπόννησος	-	-

Γ. ΤΟ ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Το 1984 η επιτροπή ψυχικής υγείας του ΚΕΣΥ σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας με δύο φάσεις στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ. (κανονισμός 815/84). Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, επρόκειτο μέχρι το 1988, να ιδρυθούν 135 μονάδες (Κ.Ψ.Υ., μονάδες σε γεν. νοσοκομεία, εναλλακτικές μορφές στέγασης, Κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης) στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. Επίσης προβλέπονταν η παροχή υποτροφιών και ταχύρυθμης εκπαίδευσης ενώ τα υπάρχοντα ψυχιατρεία θα τροποποιούσαν την οργάνωση των υπηρεσιών τους με τη δημιουργία νέων ή τη κατάργηση παλαιών. (Σαραντίδης, 1989 Μαδιανός 1994)

1. Τα προγράμματα του κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ

Το Μάρτιο του 1984 το συμβούλιο υπουργών της ΕΟΚ αποφάσισε την έκτακτη οικονομική ενίσχυση του κοινωνικού τομέα της Ελλάδας (κανονισμός 815/84). Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δύο τομείς δράσης.

α) Την ανάπτυξη κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης

β) Την επέκταση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και τη διαμόρφωση κέντρων για την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές και διανοητικές ασθένειες.

Μεταξύ των ετών 1984 και 1988 εγκρίθηκαν 182 αιτήσεις για προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Τα περισσότερα από τα προγράμματα αυτά ήταν κατασκευαστικά - υποδομής ενώ μόνο 64 προγράμματα είχαν πειραματικό - λειτουργικό χαρακτήρα και 20 αφορούσαν εκπαίδευση προσωπικού ή υποτροφίες (Μαδιανός 1994).

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Η οικονομική συμμετοχή της Ε.Ο.Κ. για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων ήταν 60 εκ. ECU ενώ το υπόλοιπο ποσό (περίπου 78 εκ.) θα κάλυπτε το Ελληνικό δημόσιο.

Στις 16-12-1988 η επιτροπή της ΕΟΚ τροποποίησε τον κανονισμό 815/84 με ένα νέο 4130/1988 σύμφωνα με τον οποίο δόθηκε παράταση μέχρι τις 31/12/94 χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της επιτροπής.

Στις 7-7-1990 με το δόρυβο που ξεσηκώθηκε για την κατάσταση του ψυχιατρείου στη Λέρο το συμβούλιο της ΕΟΚ αποφάσισε την προσωπική αναστολή του κανονισμού 815 ενώ ζητήθηκε από το Υ.Υ.Π.Κ.Α. να υποβάλει έκθεση για ότι αφορούσε την υλοποίηση του προγράμματος για την ψυχική υγεία και επιπλέον ζητήθηκε να συνδεθεί η χρηματοδότηση κάθε προγράμματος με τη σύσταση επιτροπών αξιολόγησης και παρακολούθησης.

Ο κανονισμός 815 συνεχίστηκε μετά τον Οκτώβρη του 1991. Σύμφωνα με την παράταση του κανονισμού εγκρίθηκαν 64 ακόμα προγράμματα.

Ο κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ, όπως αναφέρει ο Μαδιανός 1994 έδωσε το έναυσμα για την πραγματοποίηση αλλαγών που πιθανόν να οδηγούν στην πραγματοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, οι αλλαγές όμως αυτές παραμένουν αποσπασματικές, ασυντόνιστες και αναποτελεσματικές ως προς τις στρατηγικές και τους στόχους όπως είναι η σταδιακή συρρίκνωση των ψυχιατρείων τα οποία εξακολουθούν να απορροφούν ένα μεγάλο ποσό από τους πόρους που διατίθεται για την ψυχική υγεία και στα οποία καταλήγουν οι άποροι και οι ασθενείς που δε διαθέτουν υποστηρικτικό σύστημα (Ζακκας , 1986, Μαδιανός, 1994)

Δ. ΟΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Από το 1985 άρχισε μια προσπάθεια συρρίκνωσης των ψυχιατρείων και αποασυλοποίησης των ασθενών τους. Καταλυτικός υπήρξε ο κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ για την αποασυλοποίηση των ψυχιατρείων, αναβάθμιση των υπηρεσιών τους και δημιουργία δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Παρακάτω παρουσιάζονται όλα τα γεγονότα αναφορικά τις προσπάθειες αποϊδρυματισμού σε καθένα από τα 9 ψυχιατρικά νοσοκομεία.

1. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής υπέβαλλε 20 προγράμματα του καν. 815/84 από τα οποία υλοποιούνται τα 14.

Ο αριθμός των νοσηλευομένων ανέρχεται σε 1996 αρρώστους με μέση διάρκεια νοσηλείας 223 μέρες (1990).

Στο Ψ.Ν.Α. εργάζονται 78 ψυχίατροι, 1175 νοσηλευτές και 27 κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και εργοθεραπευτές. Από το 1987 λειτουργεί το κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης Δυτικής Αθήνας. Το κέντρο έχει δυνατότητα εκπαίδευσης 25 ατόμων που παρακολουθούν τρία εργαστήρια - Γραμματειακό, ξυλουργικό και πλεκτικής. Το προσωπικό αποτελείται από 2 ψυχίατρους, 1 ψυχολόγο, 1 κοινωνική λειτουργό, 5 εκπαιδευτές, 2 διοικητικούς υπαλλήλους και βοηθητικό προσωπικό.

Οι εκπαιδευόμενοι παραμένουν στο πρόγραμμα για 6 πλέον μήνες με μηνιαία αμοιβή.

Κάθε Σάββατο λειτουργεί κοινωνική λέσχη

Αρκετά μέλη αφού τελειώσει η εκπαίδευσή τους εγγράφονται στα ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης του ΟΑΕΔ ενώ κάποια άλλα μέλη αναζητούν δουλειά στην ελεύθερη αγορά.

Επίσης στα πλαίσια των προσπαθειών για αποϊδρυματοποίηση του Ψ.Ν.Α. έχει οργανωθεί ένα ξενώνας 20 θέσεων στο Βοτανικό, ακόμα έχει δημιουργηθεί ένα Αγροτικός συνεταιρισμός για 10-12 άτομα που ασχολούνται με την παραγωγή κρασιού και άλλων ειδών. Παράλληλα λειτουργεί κυροπλαστείο με 7 μέλη και ένα συνεργείο καθαριότητας με 15 μέλη. Οκτώ άτομα εργάζονται ήδη σε μορφές προστατευμένης εργασίας, σε κατάστημα υλικών, στο αναμυκτήριο και στο βιβλιοπωλείο.

Πρόκειται ακόμα να λειτουργήσουν μια συνεταιριστική επιχείρηση κηποτεχνικής και πέντε καταστήματα πωλήσεων προϊόντων των συνεργατικών.

Παραμένουν χωρίς στελέχωση και μέλη, πέντε ομάδες που αποτελούσαν προγράμματα του Καν. 815/84, δηλαδή ένα φούρνος, το πλυντήριο αυτοκινήτων, το ξυλουργείο, το κυλικείο. (Μαδιανός 1994).

2. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Δρομοκαΐτειο

Οι νοσηλευόμενοι μιας μέρας στο Δρομοκαΐτειο ανέρχονται το 1990 σε 713 αρρώστους με μέση διάρκεια νοσηλείας 283 μέρες. Εδώ απασχολούνται 35 μυχίατροι, 577 νοσηλευτές, 2 μυχολόγοι και 5 κοινωνικοί λειτουργοί.

Από τα 13 προγράμματα του καν. 815/84 της ΕΟΚ το ένα ολοκληρώθηκε και πέντε βρίσκονται σε εξέλιξη.

Ένας αριθμός αρρώστων (19%) συμμετέχει σε εργοθεραπευτικές δραστηριότητες χωρίς αμοιβή.

Σε εξέλιξη βρίσκονται 3 προγράμματα επαγγελματικής και στεγαστικής αποκατάστασης (1 Μονάδα Αγροτικής παραγωγής, 1 Μονάδα Βιοτεχνικής παραγωγής (ραφείο) και το πρόγραμμα στεγαστικής αποκατάστασης με προοπτική για μεταφορά σε προστατευμένα διαμερίσματα) (Μαδιανός 1994).

3. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου

Το ψυχιατρείο αυτό βρίσκεται σε απόσταση 25 χιλ. έξω από την Κατερίνη. Οι άρρωστοι μιας ημέρας ανέρχονται στους 355 με μέση διάρκεια νοσηλείας 304 ημέρες. Εργάζονται 8 ψυχίατροι, 120 νοσηλευτές και 2 κοινωνικοί λειτουργοί.

Μέσα στο ίδρυμα λειτουργεί από το 1987 η μονάδα αποκατάστασης 20 αρρώστων με επταμελές προσωπικό. Στην πόλη της Κατερίνης λειτουργεί ένα κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης (25 θέσεων) και ένας ξενώνας με δυναμικό 15 ατόμων. (Μαδιανός 1994).

4. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν. Χανίων

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Χανίων έχει κτιριακή έκταση 14.700 m² και 405 κρεβάτια. Εργάζονται 4 ψυχίατροι, 3 κοινωνικοί λειτουργοί, 2 εργοθεραπευτές, 1 ψυχολόγος και 3 ειδικοί παιδαγωγοί.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας το 1990 ήταν 169 μέρες. Στα πλαίσια του προγράμματος αποϊδρυματισμού λειτουργούν τα εργαστήρια προεπαγγελματικής εκπαίδευσης 20 θέσεων και το νοσοκομείο ημέρας (30 θέσεων).

Έχει προγραμματιστεί η λειτουργία ξενώνα 15 θέσεων. Ο Ο.Α.Ε.Δ. έχει δημιουργήσει εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης 20 θέσεων. Από το 1990 δημιουργήθηκε μια μονάδα επανένταξης, η έξοδος, και θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες (Αγροτικός Συνεταιρισμός Θερμοκηπίου, συνεταιρισμός υφαντικής, εργαστήριο ξυλουργικής, γλυπτικής ζωγραφικής και 1 καφενείο στο παλιό λιμάνι) (Μαδιανός 1994).

5. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης.

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης έχει δυναμικότητα 735 κρεβάτια. Το προσωπικό του περιλαμβάνει 35 ψυχιάτρους, 28 κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές και 416 νοσηλευτές.

Το 1985 ιδρύθηκε η μονάδα επανένταξης (ως πρόγραμμα του κανονισμού 815/84) με στόχο την προετοιμασία των ψυχικά ασθενών για την σταδιακή επανένταξή τους στην κοινότητα.

Το πρόγραμμα της μονάδας επανένταξης αποτελείται από 4 στάδια.

- Δραστηριοποίηση - κινητοποίηση των αρρώστων με ασκήσεις για βελτίωση των δεξιοτήτων τους με στόχο τον αποϊδρυματισμό τους.
- Εξοικείωση με την κοινότητα
- Επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση. Μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου υπάρχει (1990) εργαστήριο κατασκευής κεριών, συνεργείο καθαριότητας, τεχνική υπηρεσίας που απασχολεί 3 άτομα, επίσης στη διοικητική υπηρεσίας απασχολούνται 3 άτομα. Έξω από το χώρο του ψυχιατρείου λειτουργούν συνεταιριστικές μονάδες όπου υπάρχει (1991) επιπλοποιείο, ραφείο, κηροποιείο, αγρόκτημα - θερμοκήπιο, κυλικεία, καλλιτεχνικό εργαστήριο,

ταβέρνα "Κιβωτός", συνεργείο καθαριότητας και καταστήματα όπου πωλούνται τα παραγόμενα προϊόντα.

- Κοινωνική επανένταξη. Μετά την αποθεραπεία τους οι ασθενείς επιστρέφουν στην οικογένεια τους ενώ συνεχίζουν τακτική επαφή με το προσωπικό της μονάδας επανένταξης η οποία παρέχει υποστήριξη στους ίδιους και στην οικογένειά τους. Ως εναλλακτικές μορφές στέγασης λειτουργούν ένας ξενώνας και προστατευμένα διαμερίσματα στα οποία διαμένουν αποθεραπευμένοι ασθενείς. (Μαδιανός 1994, Αγγελίδης, Αζορίδου, Μπρισίμη, Γκαϊτατζή, Ζέλα, Τάτσι, Τζούμα, Καπανίδης 1994).

6. Οι προσπάθειες για τον αποϊδρυματισμό στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Κέρκυρας

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο της κέρκυρας είναι το παλιότερο ψυχιατρείο της χώρας με κτίρια που χρονολογούνται από τον καιρό της ίδρυσης του.

Στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 έχει εγκριθεί πρόγραμμα ανακατασκευής του ψυχιατρείου το οποίο βρίσκεται σε εξέλιξη.

Το προσωπικό του Ψ.Κ. Περιλαμβάνει 64 ψυχιάτρους, 2 εργοθεραπευτές 110 νοσηλεύτριες ενώ δεν υπάρχουν κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι. (Σιμάτης και συνεργάτες, 1989, Μαδιανός 1994).

7. Ο αποϊδρυματισμός στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Τρίπολης

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Κέρκυρας έχει δυναμικότητα 300 κρεβάτια.

Το 1989 δημιουργήθηκε το τμήμα αποϊδρυματισμού, με δυναμικότητα 27 κλινών σε τρεις ορόφους χωρίς όμως ειδικευμένο κλινικό προσωπικό. Πρόσφατα έχει ανοίξει ο μικτός ξενώνας δυναμικότητας 25 ατόμων.

Επίσης έχει αρχίσει η λειτουργία τμήματος προεπαγγελματικής εκπαίδευσης με 18 μέλη.

Το προσωπικό του Ψ.Κ. περιλαμβάνει (1992) έναν ψυχίατρο, 2 κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και 1 ψυχολόγο που εργαζόταν στο συμβουλευτικό σταθμό. (Μαδιανός 1994, Τζεράνης και Πατεράκης 1994).

8. Ο αποϊδρυματισμός στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Λέρου.

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Λέρου αποτέλεσε το χώρο εγκλεισμού των "αζήτητων" ψυχικά αρρώστων από όλα τα μέλη της Ελλάδας για περισσότερα από 30 χρόνια. Η κατάσταση που επικρατούσε μέχρι πρόσφατα στο ψυχιατρείο της Λέρου είναι αυτή που έχει περιγράψει ο Goffman δηλαδή κάτι μεταξύ στρατοπέδου συγκέντρωσης και ασύλου με άθλιες συνθήκες διαβίωσης.

Το 1989 δημιουργήθηκε ομάδα εμπειρογνομόνων της Ελληνικής ψυχιατρικής εταιρίας για τον αποϊδρυματισμό του Ψ.Κ.Λ. η οποία πρότεινε την τοποθέτηση των αρρώστων, σταδιακά μέσα σε ένα διάστημα πέντε ετών, σε 44 οικοτροφεία σε 12 πόλεις, ώστε να κλείσει σταδιακά το άσυλο.

Το 1990 η κατάσταση στο ψυχιατρείο της Λέρου προκάλεσε σειρά διεθνών αντιδράσεων και στις 7/7/1990 το συμβούλιο της Ε.Ο.Κ. αποφάσισε μετά από συζητήσεις για κακή διαχείριση πόρων την προσωρινή αναστολή του καν. 815/84 και ζήτησε να επιστραφούν τα χρήματα που είχαν δοθεί από την κοινότητα για προγράμματα στη Λέρο τα οποία όπως διαπιστώθηκε δεν είχαν πραγματοποιηθεί.

Αργότερα με κάποιες διεργασίες που μεσολάβησαν ο καν. 815/84 συνεχίστηκε και εκπονήθηκε το πρόγραμμα (ΛΕΡΟΣ II) από το Υ.Υ.Π.Κ.Α.

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

με σκοπό την άμεση βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών, την ασφαλιστική κάλυψη τους, την οργάνωση ξενώνων κοντά στο νοσοκομείο, και την προετοιμασία για την σταδιακή αποϊδρυματοποίηση όλων των ασθενών. (Μαδιανός 1994).

Μέσα στο 1990 το υπουργείο Υ.Π.Κ.Α. βάση των προτάσεων της Ελληνικής ψυχιατρικής εταιρείας εκπόνησε πρόγραμμα αποϊδρυματισμού των ασθενών της Λέρου (στα πλαίσια του καν. 815/84) το οποίο περιλαμβάνει 11 οικοτροφεία και ξενώνες σε 7 πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Αλεξανδρούπολη, Θήβα, Αμφισσα, Λάρισα, Χαλκίδα) ώστε να επανενταχτούν οι τρόφιμοι του Ψ.Λ. σε χώρους κοντά στον τόπο καταγωγής τους.

Για την πραγματοποίηση αυτού του προγράμματος συνεργάστηκαν κρατικοί και ιδιωτικοί φορείς, όπως το κέντρο Ψυχικής υγιεινής (Ν.Π.Ι.Δ.), Πανεπιστημιακά ιδρύματα, εταιρείες κ.α. (Κονταζάκης και άλλοι 1994).

Έτσι 33 ασθενείς εξήλθαν από το ψυχιατρείο μετά από μια διαδικασία προετοιμασίας (με την ευθύνη του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής) και εντάχθηκαν σε δομές προστατευμένης στέγασης (9 άτομα διαμένουν σε προστατευμένα διαμερίσματα, 16 σε ξενώνες στην Αθήνα, και στην Λειβαδιά και 8 άτομα τοποθετήθηκαν σε ανάδοχες οικογένειες στην Αθήνα, Θήβα, Ρόδο και Μυτιλήνη).

Επίσης λειτουργούν ξενώνες στη Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, Αυλίδα, Αμφισσα και Γιάννενα που φιλοξενούν περίπου 100 αρρώστους από το Ψ.Ν. Λέρου. Στο νησί της Λέρου λειτουργούν 2 ξενώνες που φιλοξενούν 17 αρρώστους καθώς και 2 προστατευμένα διαμερίσματα με 6 ενοίκους το καθένα.

Από το 1990 λειτουργεί αγροτικός συνεταιρισμός με 20 μέλη.

από την άνοιξη του 1990 θεσπίστηκαν ειδικά οικονομικά και άλλα κίνητρα για την προέλευση κλινικού προσωπικού στη Λέρο με αποτέλεσμα σήμερα να υπάρχει ένας ικανοποιητικός αριθμός εργαζομένων στο ψυχιατρείο.

Μελλοντικά πρόκειται να λειτουργήσει ένας ακόμα ξενώνας εκτός του ψυχιατρείου και ένας μέσα στο ψυχιατρείο με 10 άτομα τα οποία θα παρακολουθούν το πρόγραμμα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης μέσα στο νέο ειδικό κέντρο. Επίσης έχει προγραμματιστεί η ενοικίαση 7 ακόμα διαμερισμάτων για τη φιλοξενία ασθενών. (Μαδιανός 1994, Νηματούδης και άλλοι 1994, Αυγουστίδης και άλλοι 1994, Πλουμπίδης και Σηπλιανίδης 1988, Σακελλαρόπουλος 1994).

Ε. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1. Οι υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Κ.Φ.Υ. (Ν.Π.Δ.)

Από το 1980 το Κ.Φ.Υ. ανέπτυξε σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ στα έξι Κ.Φ.Υ. υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά αρρώστους.

- Η Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης - Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α) του Κ.Φ.Υ. Αθήνας που περιλαμβάνει 3 τμήματα για 20 άτομα με 12μηνη εκπαιδευτική διάρκεια. Η Υ.Ε.Ε.Α. λειτουργεί από το 1987. Τα τμήματα περιλαμβάνουν ξυλογλυπτική, γραμματειακές δραστηριότητες, κοπτική - ραπτική.
- Υ.Ε.Ε.Α. Αιγάλεω. Ιδρύθηκε το 1985, έχει δύο μονάδες με 8 εργαστήρια και 60 συνολικές θέσεις.
- Υ.Ε.Ε.Α. Πειραιά., Ιδρύθηκε το 1986. Διαθέτει εργαστήρια υφαντικής, κοπτικής, κηπουρικής, συναρμολόγησης, κορμιζοποιίας, ξυλουργικής με 40 συνολικές θέσεις.
- Υ.Ε.Ε.Α. Θεσσαλονίκης. Ιδρύθηκε το 1984. Διαθέτει εργαστήρια κεραμικής, κοπτικής-ραπτικής, ταπητουργικής με 30 συνολικές θέσεις.
- Υ.Ε.Ε.Α. Πατρών. Ιδρύθηκε το 1985. Διαθέτει 6 εργαστήρια: γραμματειακό, κεραμικής, ξυλουργικής, υφαντικής και κοπτικής - ραπτικής με 35 συνολικές θέσεις
- Υ.Ε.Ε.Α. Ηρακλείου Κρήτης. Ιδρύθηκε το 1988. Διαθέτει τέσσερα εργαστήρια: αγγειοπλαστικής, υφαντικής, ξυλογλυπτικής και γραμματειακό με 20 συνολικές θέσεις.

Πηγή: Ενημερωτικό φυλλάδιο Κ.Ψ.Υ. 1994, Μαδιανός 1994

2. Οι υπηρεσίες του Αιγινήτειου νοσοκομείου του Πανεπιστημίου Αθηνών (Μαδιανός 1989, 1994).

- Το κέντρο Επαγγελματικής προεργασίας (Κ.Ε.Π.) του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Ιδρύθηκε το 1984 από το Αιγινήτειο νοσοκομείο σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ. Σκοπός του Κ.Ε.Π. είναι να διερευνήσει τις δυνατότητες χρόνιων ψυχικά ασθενών και να σχεδιάσει την εξατομικευμένη επαγγελματική τους αποκατάσταση.
- Τα εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης του ΚΕΠ ιδρύθηκαν το 1985 και έχουν τμήματα βιβλιοδεσίας, δερματοτεχνίας, ραπτικής, ξυλογλυπτικής με 36 συνολικές θέσεις.
- Η Αστική Συνεργατική του Κ.Ε.Π. Ιδρύθηκε το 1988 και έχει τμήματα βιβλιοδεσίας, δερματοτεχνίας, ραπτικής και κατασκευών.
- Η Αγροτική Συνεργατική του Κ.Ε.Π. Ιδρύθηκε το 1988 και περιλαμβάνει αγροτικού τύπου εργασίες ανθοκηπουρικής.
- Η Μονάδα ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής.

Η Ν.Ψ.Α. του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής περιλαμβάνει τέσσερις εξειδικευμένες υπηρεσίες οι οποίες μάλιστα διασυνδέονται με τις εξωτομεακές υπηρεσίες του Αιγινήτειου (Κ.Ε.Π., ξενώνας, οικοτροφείο, μακράς Παραμονής).

Οι υπηρεσίες αυτές είναι οι εξής:

Το πρόγραμμα Ημερήσιας Φροντίδας (ΠΗΦ). Το πρόγραμμα αυτό έχει δύο κατευθύνσεις, τη θεραπευτική (εργοθεραπεία) και την Προεπαγγελματική.

- Η Κοινωνική Λέσχη
- Τα εργαστήρια της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (Ε.Ε.Ε.)
- Η συνεργατική βιοτεχνική μονάδα ο "Λωτού". Στόχος της υπηρεσίας αυτής είναι η ημιαυτόνομη επαγγελματική αποκατάσταση ψυχικά ασθενών που έχουν αποφοιτήσει από τα εργαστήρια.

Περιλαμβάνει τρία τμήματα: το τμήμα γαζωτικής, το τμήμα συναρμολόγησης και το τμήμα επίπλων Bamboo.

3. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης της ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Από το 1989 έχουν αναπτυχθεί μια σειρά υπηρεσιών για την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Οι υπηρεσίες αυτές είναι: Το κέντρο Αποκατάστασης με 3 εργαστήρια (ξυλουργικό, ξυλογλυπτικής, ραπτικής-υφαντικής) με 50 συνολικές θέσεις, ο ξενώνας 20 θέσεων, ο ξενώνας μακράς παραμονής για 10 αρρώστους από τη Λέρο. Παράλληλα λειτουργεί και Κ.Φ.Υ.

4. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας

- Στη Φωκίδα. Από το 1981 λειτουργεί η κινητή μονάδα ενώ παράλληλα υπάρχει ο αγροτικός συνεταιρισμός με 8 μέλη, ένας χώρος αναψυχής (καφετερία) όπου απασχολούνται 3 άτομα.

Στην Αλεξανδρούπολη: Στα πλαίσια της ψυχιατρικής κλινικής της Ιατρικής του Παν/μίου Θράκης έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα υπηρεσιών αποκατάστασης. Συγκεκριμένα λειτουργεί κέντρο ημέρας ενηλίκων, μια συνεταιριστική ομάδα αγροτικού τύπου ενώ μια ομάδα ασθενών ασχολείται με την παραγωγή φωτοτυπιών.

ΣΤ. ΜΟΡΦΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

1. Ξενώνες και οικοτροφεία

Στα πλαίσια της λειτουργίας των υπηρεσιών του Αιγινήτειου Παν/μιακού νοσοκομείου λειτουργεί από το 1984 στο δήμο Αθήνας ο μετανοσοκομειακός ξενώνας δυναμικότητας 14 ατόμων. Στο Αιγινήτειο επίσης ανήκει ένα οικοτροφείο 12 κλινών που λειτουργεί από το 1987.

Επίσης λειτουργούν: ένα οικοτροφείο στον Κολωνό της Αθήνας, το οικοτροφείο Λειβαδιάς, ο ξενώνας του Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου στην Κατερίνη, ο ξενώνας της Άμφισσας, ο ξενώνας στην Αλεξανδρούπολη και ο ξενώνας στη Θεσσαλονίκη.

Ακόμη λειτουργούν 13 ξενώνες στην Αθήνα, Αυλίδα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, άμφισσα, και Γιάννενα με αρρώστους από το Ψ.Ν. Λέρου. Στο νησί της Λέρου λειτουργούν ήδη δύο ξενώνες ενώ έχουν προγραμματιστεί να λειτουργούν και άλλοι δύο.

2. Προστατευμένα διαμερίσματα

Τα προστατευμένα διαμερίσματα σαν μορφή εναλλακτικής στέγασης δε φαίνεται να έχουν προωθηθεί ικανοποιητικά. Στη βιβλιογραφία συναντάμε την περίπτωση του ψυχιατρείου Θεσσαλονίκης που έχει εντάξει αποθεραπευμένους ασθενείς σε προστατευμένες κατοικίες, την περίπτωση προστατευμένων κατοίκων από 20 Κ.Ψ.Υ. Αιγάλεω όπου διαμένουν 9 ασθενείς από Ψ.Ν. Λέρου, στη Θράκη υπάρχουν κατοικίες για 12 άτομα και στη Λέρο όπου μια ομάδα ασθενών διαμένει σε 2 προστατευμένες κατοικίες (Μαδιανός 1994, Μανιαδάκης και άλλοι 1994)

3. Τοποθέτηση σε θετές οικογένειες

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής έχει αρχίσει προσπάθειες για τοποθέτηση αρρώστων σε θετές οικογένειες. Οι υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ. (Ν.Π.Ι.Δ.) έχουν τοποθετήσει σχετικά πρόσφατα ένα αριθμό 20 αρρώστων σε θετές οικογένειες (Χαβάκη - Κονταζάκης - Σκουμπουρδής - Χριστοδούλου, 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Α. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παρά τις προσπάθειες που πραγματοποιούνται για τον περιορισμό και τη συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρικών, αυτά εξακολουθούν να αποτελούν το βασικό κορμό της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας.

Η συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων πραγματοποιείται με αργούς ρυθμούς ενώ εξακολουθούν ακόμα και σήμερα να απορροφούν ένα μεγάλο μέρος από τα κονδύλια που διατίθενται για την ψυχική υγεία.

Η προσπάθεια για την αποασυλοποίηση των ασθενών που περιθάλλονται από τα ψυχιατρεία πραγματοποιείται με τους ίδιους αργούς ρυθμούς ενώ πολλές φορές φαίνεται να είναι αναποτελεσματική καθώς η επανεισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο φανερώνει την ανεπάρκεια των δομών που θα τους συντηρούσαν στην κοινότητα.

Συχνά μάλιστα φαίνεται ότι τα ψυχιατρεία αποτελούν το χώρο στον οποίο συγκεντρώνονται οι αδύναμοι οικονομικά ασθενείς, οι οποίοι μάλιστα δε διαθέτουν υποστηρικτικό περιβάλλον.

Οι αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί μετά το 1980, (και κυρίως μετά το 1984 με το νόμο 815/84 της ΕΟΚ) όπως η λειτουργία των ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία, η ίδρυση και λειτουργία εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών καθώς και η θεσμοθέτηση νομοδεδειγμένων ρυθμίσεων, αποτελούν βέβαια κάποια βάση για την αναβάθμιση της ψυχικής υγείας και την επιθυμητή ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Δεν πρέπει όμως να ξεχάσουμε ότι η μεγάλη ευκαιρία που δόθηκε με το νόμο 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα (με τη χρηματοδότηση από την Ε.Ο.Κ. μεγάλου μέρους των

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων κατά μεγάλο μέρος χάθηκε λόγω της γραφειοκρατικής κωλυσιεργίας, της δυσκολίας στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή αλλά και στη διαχείριση των κονδυλίων.

Ωστόσο έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες αλλαγές οι οποίες όμως επικεντρώνονται κυρίως στα αστικά κέντρα σε βάρος της περιφέρειας και των αγροτικών περιοχών ενώ επίσης παραμένουν αποσπασματικές και ασυντόνιστες. παρατηρούμε ότι οι υπηρεσίες παρέχονται από πολλούς διαφορετικούς διοικητικά φορείς (Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Υπηρεσίες του ΕΣΥ, ΙΚΑ, πανεπιστημιακά νοσοκομεία) μεταξύ των οποίων δεν υπάρχει συντονισμός και κατά συνέπεια ουσιαστική συνεργασία.

Όσον αφορά την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στην περιφέρεια και ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές αυτή παρουσιάζεται ανεπαρκής έως ανύπαρκτη. Τα Κέντρα Υγείας, από τα οποία παρέχεται η πρωτοβάθμια περίθαλψη, δεν στελεχώνονται από ψυχιατρικό προσωπικό και στην περίπτωση ανάγκης ψυχιατρικών υπηρεσιών οι κάτοικοι πρέπει να τις αναζητήσουν στα αστικά κέντρα όπου είναι συγκεντρωμένες.

Η πραγματική τομεοποίηση της χώρας δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμα με αποτέλεσμα να μην υπάρχει επαρκής και ολοκληρωμένη παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού στους χώρους παροχής ψυχικής υγείας δημιουργεί προβλήματα όσον αφορά την ποιοτική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης η παρουσία παραδοσιακών στελεχών (κυρίως ψυχιάτρων) μέσα στις υπηρεσίες δυσχεραίνει το έργο για την προοδευτική αλλαγή των δομών αλλά ακόμα δυσχεραίνει τη λειτουργία σε κάποιες περιπτώσεις Κοινοτικών Ψυχικών υπηρεσιών καθώς στελέχη με παραδοσιακές - ιατροκεντρικές αντιλήψεις καταλαμβάνουν θέσεις σημαντικές μέσα σε αυτές τις υπηρεσίες.

Β. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.

Όπως προαναφέρθηκε η βάση της παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας εξακολουθεί να στηρίζεται στις παραδοσιακές μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης. Παρά τις προσπάθειες που πραγματοποιούνται τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία εξακολουθούν να υπάρχουν συντηρώντας σε μεγάλο βαθμό τον παραδοσιακό ασυλιακό χαρακτήρα τους.

Με την παραπάνω διαπίστωση δε συνεπάγεται ότι με την αυτόματη διακοπή της λειτουργίας τους είναι δυνατή η θετική εξέλιξη των πραγμάτων. Αντίθετα μάλιστα θα αποτελούσε επικίνδυνη και βλαπτική προοπτική για μεγάλο αριθμό ασθενών που δε διαθέτουν υποστηρικτικό σύστημα και οικονομική επάρκεια.

Για την επίτευξη της αναβάθμισης στο χώρο παροχής ψυχικής υγείας της είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί ουσιαστική τροποποίηση και μετασχηματισμός στο δεδομένο σύστημα ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Με άλλα λόγια να επιχειρηθεί η επίτευξη της μεταρρύθμισης στις δομές του ψυχιατρικού συστήματος.

Συγκεκριμένα οι προσπάθειες για αλλαγές που προτείνεται να γίνουν είναι οι ακόλουθες:

Α) Αρχικά θα πρέπει να μελετηθούν οι ανάγκες των διάφορων περιοχών και ανάλογα με τις ανάγκες και τις υπάρχουσες δυνατότητες να σχεδιαστεί η δημιουργία των απαραίτητων υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης. Με άλλα λόγια θα πρέπει να πραγματοποιηθεί η τομεοποίηση της χώρας ως προς την παροχή υπηρεσιών. Η τομεοποίηση θα πρέπει να γίνει ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των διάφορων περιοχών.

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

Αρχικά μπορούν να εφαρμοστούν πιλοτικά προγράμματα ώστε να εκτιμηθεί η χρησιμότητα και η αποδοτικότητα τους. Τα δεδομένα στο σχεδιασμό που θα προκύψουν μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό του συστήματος υπηρεσιών της κοινότητας.

Β) Μετά την τομεοποίηση θα πρέπει να επιχειρηθεί η δημιουργία ενός πλήρους συστήματος ψυχιατρικών εξωνοσοκομειακών - κοινοτικών υπηρεσιών σε κάθε περιοχή, ικανών να αποδώσουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες στους ψυχικά ασθενείς.

Το πρώτο επίπεδο πρέπει να αποτελεί το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής το οποίο πρέπει να διαθέτει ένα σύστημα υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών της κάθε περιοχής, όπως Νοσοκομείο ημέρας, επαγγελματικά εργαστήρια, κινητές μονάδες και να προβλέπει μορφές εναλλακτικής στέγασης για ασθενείς που έχουν αυτή την ανάγκη.

Στην χώρα μας θα πρέπει σε πρώτο επίπεδο να γίνει εκμετάλλευση των ήδη υπάρχοντων Κ.Ψ.Υ να διευρυνθούν οι υπηρεσίες τους και να δημιουργηθούν περισσότερα Κ.Ψ.Υ ανά τομέα ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες ολόκληρης της επικράτειας.

Γ) Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων θα πρέπει να αποτελούν την κύρια μορφή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Το Κ.Ψ.Υ πρέπει να βρίσκεται σε άμεση συνεργασία (συντονισμό) με τον ψυχιατρικό τομέα του Γ.Ν ώστε να υπάρχει συνέχεια στην αποκαταστασιακή προσπάθεια που επιχειρείται για κάθε ασθενή.

Ο σχεδιασμός και η λειτουργία των ψυχιατρικών τομέων στα Γ.Ν πρέπει να γίνεται με βάση τις αρχές της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, δηλαδή ύπαρξη περιορισμένου αριθμού κρεβατιών και κάποιου ορίου στις ημέρες

Η αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών

νοσηλείας. Κυρίως όμως η λειτουργία του ψυχιατρικού τομέα θα πρέπει να είναι δομημένη κατά τρόπο που να ευνοεί την αποθεραπεία του ασθενούς και να προετοιμάζει από την αρχή της νοσηλείας του την έξοδό του στην κοινότητα. Η παραπάνω επιδίωξη μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους:

α) Με τη λειτουργία μέσα στα πλαίσια του Νοσοκομείου υπηρεσιών που θα προετοιμάζουν την έξοδο και ένταξη του ασθενούς, τέτοιες υπηρεσίες είναι το νοσοκομείο ημέρας, το νοσοκομείο νύχτας, ο μετανοσοκομειακός ξενώνας βραχείας διαμονής.

β) Την ευθύνη της προετοιμασίας του ασθενούς για έξοδο στην κοινότητα μπορεί να αναλάβει το Κ.Ψ.Υ με το οποίο είναι συντονισμένο το νοσοκομείο.

Η βιβλιογραφία μάλιστα αναφέρει ότι είναι δυνατόν η λειτουργία του ψυχιατρικού τομέα σε Γ.Ν (με λίγα κρεβάτια) να γίνεται με την ευθύνη του προσωπικού του Κ.Ψ.Υ το οποίο θα αναλαμβάνει τόσο την περίθαλψη όσο και την ευθύνη της προετοιμασίας για την έξοδο από το Νοσοκομείο (με τις υπηρεσίες που το Κ.Ψ.Υ διαθέτει)

Δ) Στην περίπτωση της πραγματοποίησης των παραπάνω προτάσεων ο περιορισμός και η συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων θα προχωρήσει με γρήγορους ρυθμούς. Ωστόσο το ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορεί να συνυπάρξει μέσα στο σύστημα Κοινοτικών υπηρεσιών και να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ομάδες ασθενών που χρειάζονται μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας. Η λειτουργία όμως του ψυχιατρικού νοσοκομείου πρέπει να βασίζεται σε κάποιες προϋποθέσεις ώστε περιορίζεται ο ιδρυματισμός και η ασυλοποίηση των αρρώστων.

Οι προϋποθέσεις αυτές είναι:

α) συντονισμός και συνεργασία με το Κ.Ψ.Υ.

β) ύπαρξη προγραμμάτων που θα προετοιμάζουν τον ασθενή για έξοδο στην Κοινότητα (νοσοκομείο ημέρας, νοσοκομείο νύχτας, προεπαγγελματικά και επαγγελματικά εργαστήρια).

Ε) Έχει αναφερθεί ήδη η αναγκαιότητα του συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών ψυχιατρικής Περίθαλψης και αποκατάστασης ως απαραίτητα προϋπόθεση για την ουσιαστική και αποτελεσματική βοήθεια προς τους ψυχικά ασθενείς.

Για την πραγματοποίηση του συντονισμού μεταξύ των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην χώρα μας θα πρέπει αρχικά να γίνει διοικητική ενοποίηση τους και στη συνέχεια να αναπτυχθεί ένα σύστημα που θα συντονίζει τις υπηρεσίες μεταξύ τους. Στο σύστημα αυτό το Κ.Ψ.Υ μπορεί να αποτελέσει το συντονιστικό φορέα των υπηρεσιών.

ΣΤ) Όσον αφορά τη λειτουργία των Κέντρων υγείας θα πρέπει να ενισχυθεί με τη στελέχωση τους από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Επίσης μπορεί να υπάρξει συνεργασία μεταξύ των Κέντρων υγείας και κινητών ψυχιατρικών μονάδων που θα επισκέπτονται τις περιοχές που βρίσκονται τα Κ.Υ και θα παρέχουν υπηρεσίες στους κατοίκους των περιοχών της ελληνικής περιφέρειας.

Ζ) Η λειτουργία κινητών μονάδων πρέπει να διευρυνθεί γιατί όπως έχει αποδείξει η ως τώρα πορεία τους στον ελληνικό χώρο οι υπηρεσίες που παρέχουν τόσο στο επίπεδο θεραπείας, πρόληψης όσο και στο επίπεδο της αγωγής της Κοινότητας είναι ιδιαίτερα αποδοτικές και συντελούν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Η) Πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα για την εκπαίδευση - εξειδίκευση των επαγγελματιών που ασχολούνται με την ψυχική υγεία.

Επίσης πρέπει να επιχειρηθεί - μέσω ειδικών προγραμμάτων (π.χ σεμινάρια) - η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών σε θέματα Κοινωνικής Ψυχικής υγιεινής ώστε να μπορέσουν να αφομοιώσουν τις αρχές και τις ιδέες της Κ.Ψ.Υ και να εργαστούν βάση αυτών των αρχών και ιδεών.

Θ) Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η συνεργασία με την Τοπική αυτοδιοίκηση και τους υπόλοιπους τοπικούς φορείς (Εκκλησία, σύλλογοι κ.λ.π) καθώς μπορούν με το κύρος που διαθέτουν να βοηθήσουν στην εφαρμογή των Προγραμμάτων Κοινωνικής Ψυχικής υγιεινής αλλά και στην ευαισθητοποίηση του κόσμου σε θέματα ψυχικής υγείας. Επίσης μπορούν να βοηθήσουν στην επίλυση διαφόρων πρακτικών προβλημάτων όπως διάθεση κτιρίων, προσφορά μεταφορικών μέσων για τη μετακίνηση των ενδιαφερομένων αλλά και να επιλύσουν οικονομικά προβλήματα παρέχοντας οικονομικούς πόρους ή βρίσκοντας τις κατάλληλες οικονομικές λύσεις.

Αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας αλλά και της κοινωνίας ευρύτερα η παροχή ευκαιριών προς τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές αρρώστιες ώστε να μπορέσουν να παραμείνουν στην κοινότητα μέσα σε συνθήκες προσαρμογής και αυτονομίας.

Για το λόγο αυτό επιβάλλεται η ανάπτυξη αποκαταστασιακών προγραμμάτων μέσα στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, τα οποία θα παρέχουν τις προϋποθέσεις προς τους ψυχικά ασθενείς ώστε να αντιμετωπίσουν τις αδυναμίες τους, να αποκτήσουν σταδιακά αυτονομία και να ζήσουν μια φυσιολογική και ικανοποιητική ζωή μέσα στα πλαίσια του φυσικού τους περιβάλλοντος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Αυγουστίδης Α., Κονταξάκης Β., Χριστοδούλου Γ. "Το οικοτροφείο Λιβαδειάς: Πρόταση για ένα μοντέλο". Από το βιβλίο: "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ", Εκδόσεις: Κ.Ψ.Υ, Αθήνα 1994.
2. Γαλάνης Γ., "Ο ρόλος της κοινότητας στην ψυχική υγεία" από το βιβλίο "Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση" Εκδόσεις Ειρήνη Αθήνα 1987.
3. Γρίβας Κ., Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός, Εκδόσεις: ΙΑΝΟΣ, Θεσσαλονίκη 1985.
4. Θεοχάρη Κ. Γύρα Ε., Κατάν Κ., Μαντωνάκης Ι., "Η έννοια της διαφοροποίησης μέσω ομάδων επικεντρωμένων στο σωματικό Εγώ". Από το βιβλίο "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ", Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1994.
5. Κεσανόπουλος Α., "Στόχοι, περιεχόμενο, μέσα και μέθοδοι ειδικής επαγγελματικής κατάρτισης". Από το βιβλίο: "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ" Εκδόσεις: Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987.
6. Κ.Κ.Ψ -Ενημερωτικό φυλλάδιο για τη λειτουργία του Κέντρου. 1994
7. Κογκίδου Δ. "Αναφορές σε εμπειρίες από τον ελληνικό χώρο: θεραπευτική δράση της κοινωνικής μάθησης στους χρόνιους σχιζοφρενείς: Πειραματική μελέτη" Από το βιβλίο: "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ" Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ Αθήνα 1987.

8. Κογκίδου Δ. , "Αναφορές σε εμπειρίες από τον ελληνικό χώρο: Προσπάθειες εφαρμογής ενός θεραπευτικού προγράμματος. Εμπειρίες και διαδικασία". Από το βιβλίο του Παπαδάτου Γ., "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ" Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ Αθήνα 1987.
9. Κονταξάκης Β. , Χριστοδούλου Γ., "Από το 1ο στο 2ο Συνέδριο Προληπτικής Ψυχιατρικής". Από το βιβλίο "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ", Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ, Αθήνα 1994.
10. Κονταξάκης Β. και συνεργάτες "Πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης ασθενών θεραπευτηρίου Λέρου: Κοινωνικολειτουργικές παράμετροι" Από το βιβλίο "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ", Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ Αθήνα 1994.
11. Κωνσταντινίδου Μ., "Ο δεσμός της αποκατάστασης". Από το βιβλίο ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ" Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ Αθήνα 1987.
12. Κυζιρίδου Σ., Ιεροδιακόνου Χ., "Ο ρόλος της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας Ψυχιατρικού τομέα Γενικού Νοσοκομείου στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών", Από το βιβλίο: "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ" Εκδόσεις: Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1994.
13. Κυζιρίδου Σ., Μένου Φ., Ιορδανίδης Π., Ιεροδιακόνου Χ. "Η Κοινωνική Υπηρεσία στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας ως παράγοντας καλύτερης πρόγνωσης της νόσου", Από το βιβλίο: "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ", Εκδόσεις: Κ.Ψ.Υ, Αθήνα 1994.

14. Κυριακάκης Β., "Κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη στην κοινότητα ατόμων με ψυχικές διαταραχές". Από το βιβλίο: "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ" Εκδόσεις: Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987.
15. Μαγκανά Β., "Το Αμφιράρειο του Ωρωπού, παράδειγμα στην αρχαιότητα θεραπευτηρίου με τοπική αυτοδιοίκηση", Από το βιβλίο "Ψυχική Υγεία και Τοπική αυτοδιοίκηση", Εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1987.
16. Μαδιανός Μ. "Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ: ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ", Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ 1994.
17. Μαδιανός Μ. "ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ" Τόμος Α' Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ Αθήνα 1989.
18. Μαδιανός Μ., "Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ", Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ Αθήνα 1994.
19. Μαδιανός Μ., "ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ - ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ, Τόμος Β' Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1989.
20. Μανιαδάκης Γ., Κονταζάκης Β., Ανδρουλάκη Ο., Νικολάου Π., Ρούντου Μ., Καγοπούλου Μ., Χριστοδούλου Γ., "Η Προετοιμασία και η πρώτη φάση λειτουργίας της Μονάδας Προστατευμένων κατοικιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής", Από το βιβλίο ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1994.

21. Μανιαδάκης Γ., Κονταξάκης Β., Ανδρουλάκη Ο., Νικολάου Π., Ρούντου Μ., Καμπούλου Μ., Χριστοδούλου Γ., "Η Προετοιμασία και η πρώτη φάση λειτουργίας της Μονάδας Προστατευμένων κατοικιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής", Από το βιβλίο ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1994.
22. Μανιαδάκης Γ., Κονταξάκης Β., Ανδρουλάκη Ο., Νικολάου Π., Ρούντου Μ., Καμπούλου Μ., Χριστοδούλου Γ., "Η Προετοιμασία και η πρώτη φάση λειτουργίας της Μονάδας Προστατευμένων κατοικιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής", Από το βιβλίο ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1994.
23. Μαντωνάκης Ι, Γύρα Ε. και άλλοι, "Το Νοσοκομείο Ημέρας ως πολύπλευρη θεραπευτική επαναδομητική εμπειρία", Από το βιβλίο "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ". Εκδόσεις: Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1994.
24. Μάνος Ν., "Βασικά στοιχεία ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ" Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1988.
25. Μάνος Ν. "Λεξικό ψυχιατρικών όρων" Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS
Θεσ/νικη 1987
26. Μπαϊρακτάρης Κ., "Επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Δυνατότητες, περιορισμοί". Από το βιβλίο: "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ" Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1987.
27. Νηματούδης Ι., Καπρίνης Γ., Κανδύλης Δ., Μπάλλας Κ., "Ξενώνες προγράμματος Λέρου: Προβλήματα και Προοπτικές". Από το βιβλίο: "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ". Εκδόσεις: Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1994.

28. Παπαδάτος Γ. "Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής" Από το βιβλίο "Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση" Εκδόσεις: Ειρήνη, Αθήνα 1987.
29. Παπαδάτος Γ. , Ζούνη Μ. "Το μοντέλο λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αιγάλεω". Από το βιβλίο: "ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ και ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ" Εκδόσεις: Ειρήνη, Αθήνα 1987.
Πετρουλάκης Γ. "Ψυχολογία της προσαρμογής" Εκδόσεις: Γρηγόρη Αθήνα 1984.
30. Παπαδάτος Γ., Στογιαννίδου Α., "ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ: η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική" Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988.
31. Παναγούτσος Π., Σακελλαρόπουλος Π. "Κινητές Ψυχιατρικές Μονάδες" Από την "Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό" Εκδόσεις 'ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ' Αθήνα 1989.
32. Σακελλαρόπουλος Π., "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ" Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1994.
33. Τζεράνης Σ., Πατεράκης Π. "Μικτός Ξενώνας για χρόνιους ασθενείς του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης: Ο πρώτος χρόνος λειτουργίας" , Από το βιβλίο "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ", Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ, Αθήνα 1994.
34. Χαβάκη - Κονταξάκη Μ., Κονταξάκης Β., Σκουμπουρδής Τ., Χριστοδούλου Γ., "Ο δεσμός των αναδόχων οικογενειών για χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς: Προϋποθέσεις και προβληματισμοί" Από το βιβλίο "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ" Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ, Αθήνα 1994.

35. Χαλκούση Γ., Τριανταφύλλου Α., "Εμπειρίες από τα δύο πρώτα χρόνια λειτουργίας ενός Νοσοκομείου Ημέρας του Κ.Ψ.Υ Αιγάλεω: Μια δυναμική προσέγγιση" Από το βιβλίο "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ" Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ., Αθήνα 1994.
36. Χαρτοκόλης Π. "ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ" Εκδόσεις: ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα 1991.
37. Χριστοδούλου Γ., Κονταξάκης Β., Αυγουστίδης Α., Σκουμπουρδής Τ., Μουτάφη Ε., και άλλοι "Η λειτουργία της Μονάδας παρέμβασης του Κ.Ψ.Υ στα πλαίσια αποϊδρυματοποίησης ασθενών του θεραπευτηρίου Λέρου" Από το βιβλίο "ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ" Εκδόσεις:Κ.Ψ.Υ, Αθήνα 1994.
38. Χαλκούση Γ., Μπόμπος Φ., Σαρχιώτου Κ. « Η επίδραση και η προληπτική σημασία της ψυχιατρικής παρέμβασης σε μέλη της οικογένειας του ασθενούς ». Από το βιβλίο «ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ» Εκδόσεις Κ.Ψ.Υ Αθήνα 1994.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Αγγελίδης Γ., Καραμανωλάκη Ζ., "Αποϊδρυματοποίηση στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου" Τετράδια Ψυχιατρικής 1986, τεύχος 10, σελ. 6-9
2. Αγγελίδης και συνεργάτες, "Ψυχιατρική φροντίδα σε προστατευμένο χώρο διαβίωσης στην Κοινότητα: Εμπειρίες από τους πρώτους 18 μήνες λειτουργίας της Β' Ομάδας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού τύπου του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσ/νίκης", Τετράδια ψυχιατρικής 1994, τεύχος 44, σελ. 34-37.
3. Αμπάτζογλου Γ., "Αποκατάσταση, επανένταξη και εκπαίδευση Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας", Τετράδια ψυχιατρικής 1992, τεύχος 38, σελ. 10-15.
4. Διοχάντη Λουμίδη - Καραμόσχογλου "Ψυχική υγεία. Η αντιμετώπιση - φροντίδα της μέσα στην Κοινότητα" Κοινωνική εργασία 1993, τεύχος: 29, σελ. 35-42.
5. Ζάρναρη Ο., "Δυνατότητα προληπτικής και κοινοτικής ψυχιατρικής", Εκλογή 1977, τεύχος 42, σελ. 11-14.
6. Κοκκατζής Ν., Μπίκος Κ., Ιεροδιακόνου Χ., "Τοποθέτηση του περιβάλλοντος του Γενικού νοσοκομείου απέναντι στην ψυχιατρική κλινική" Εγκέφαλος 1983, τεύχος 19, σελ. 136-143.
7. Κανδύλης Δ., Καπρίνης Γ., "Η αξιολόγηση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα προγράμματα επαναπροσαρμογής χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων" Τετράδια ψυχιατρικής 1994, τεύχος 44 σελ. 14-22.
8. Καραστεργίου Α. " ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ " Κοινωνική εργασία Τεύχος 31, Αθήνα 1993 σελ. 169-177 .

9. Λιάκος Α., "Η χρήση συγγενικής υποστήριξης σαν βοηθητικό μέσο νοσηλείας σε ανοιχτό ψυχιατρικό τμήμα", *Εγκέφαλος* 1988, τεύχος 25, σελ. 7-9.
10. Λυκέτσος Γ. "Διδάγματα από το παρελθόν", *Πρακτικά συνεδρίου στη Λέρο* Εγκέφαλος 1987, σελ. 1-2.
11. Λυμπεράκης Ε., Δημητρίου Ε., "Ημερήσια περίθαλψη στην υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Θεσ/νίκης", *Εγκέφαλος* 1982, τεύχος 19, σελ. 68-71.
12. Μαδιανός και συνεργάτες "Διερεύνηση της ψυχικής κατάστασης αντιπροσωπευτικού δείγματος κατοίκων μιας κοινότητας. Αναγνώριση ψυχοπαθολογικών περιπτώσεων", *Εγκέφαλος* 1983, τεύχος 20, σελ. 24-28.
13. Μαδιανός Μ., "Οι βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένες", *Τετράδια ψυχιατρικής*, 1994, τεύχος 44, σελ. 8-13.
14. Μαδιανός Μ., Στεφανής Κ., "Ψυχιατρική στην Κοινότητα, Προοπτικές για ένα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής". *Εγκέφαλος* 1980, τεύχος 17, σελ. 54-58.
15. Μαντωνάκης Γ., Μαρκίδης Μ., "Αρχές Ψυχιατρικής αποκαταστάσεως", *Εγκέφαλος* 1979, τεύχος 16, σελ. 162-166.
16. Μαντωνάκης Γ., Τζέμος Γ., "Παρατηρήσεις από 15 μήνες λειτουργίας του πρώτου Νοσοκομείου Ημέρας" *Εγκέφαλος* 1983, τεύχος 20, σελ. 36-43.
17. Μαρκίδης Μ., Μαντωνάκης Γ., Στεφανής Κ., "Ψυχιατρικές υπηρεσίες σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου. *Εγκέφαλος* 1980, τεύχος 17, σελ. 96-99.

18. Μάνος Ν., "Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας" Εγκέφαλος 1983, τεύχος 20, σελ. 107-111.
19. Μεσημέρης Σ. "Η τριλογία της ψυχικής διαταραχής" Εκλογή 1985, τεύχος 66, σελ. 55-58.
20. Παπαδάτος Γ. "Η ψυχιατρική πράξη και τα δικαιώματα του ατόμου", Κοινωνική Εργασία 1986, τεύχος 4, σελ. 253-256.
21. Παπαδάτος Γ., και συνεργάτες "Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές" Εγκέφαλος 1988, τεύχος 25, σελ. 13-16.
22. Πλουμπίδης Δ., Στυλιανίδης Σ., "Από τον εγκλεισμό στην εγκατάλειψη", Τετράδια Ψυχιατρικής 1988, τεύχος 21, σελ. 11-16.
23. Σακελλαρόπουλος Π., "Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου στο Νομό Φωκίδας", Τετράδια ψυχιατρικής 1984, τεύχος 27, σελ. 29-56.
24. Σακελλαρόπουλος και συνεργάτες. "Η αρχή του προγράμματος αποασυλοποίησης των αρρώστων της Θράκης από το ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσ/νίκης. Εγκέφαλος 1988, τεύχος 25, σελ. 25-26.
25. Σακκάς Δ. "Πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας - Ερωτηματικά", Τετράδια ψυχιατρικής, ¹⁹⁸⁶ τεύχος 9, σελ. 7-10.
26. Σαραντίδης Δ., Τριποδιανάκης Ι., "Το πενταετές πρόγραμμα Μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα", Τετράδια Ψυχιατρικής, ¹⁹⁸⁹ τεύχος 27, σελ. 14-21.

27. Σιμάτης Π. και συνεργάτες, "Η αποασυλοποίηση των νοσηλευμένων στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Κέρκυρας", Τετράδια Ψυχιατρικής 1989, τεύχος 27, σελ. 22-24.
28. Χαρτοκόλης Π. "Απο-ασυλοποίηση: Μέσα ή έξω από το άσυλο;" Εγκέφαλος 1988, τεύχος 25, σελ. 12-13.
29. Χαρτοκόλης Π. "Προβλήματα γύρω από την κοινωνική αποκατάσταση ψυχικών αναπήρων". Εκλογή 1981, τεύχος 56, σελ. 119-126.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. Βαφύλη - Τσινίκα Φ. "Το Κέντρο Ημέρας σαν λειτουργικό κομμάτι του ψυχιατρικού τμήματος στο Γενικό Νοσοκομείο", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής" (10-13 Δεκ. 1983), Α' τόμος, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 209-215.
2. Βαφύλη - Τσινίκα, "Οργάνωση και σχεδιασμός του Ψυχιατρικού τμήματος στο γενικό νοσοκομείο", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής (10-13 Δεκ. 1983), Β' Τόμος, Εκδόσεις: Καστανιώτη 1990, σελ. 302-308.
3. Ζήκος Ν., "Η ψυχιατρική περίθαλψη στο ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής ψυχιατρικής" (10-13 Δεκ. 1983), Α' τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη 1984, σελ. 295-310.
4. Λιάκος Α., "Προβληματισμοί της εκπαίδευσης στην κοινωνική ψυχιατρική", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής" (10-13 Δεκ. 1983) Β' Τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1990, σελ. 488-491.
5. Μάνος Ν., Λογοθέτης Ι., "Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής υγείας", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής" (10-13 Δεκ. 1983), Β' Τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1990, σελ. 436-440.
6. Μπούρας Ν., "Εφαρμογές Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Συμβουλευτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής" (10-13 Δεκ. 1983), Β' Τόμος, Εκδόσεις: Καστανιώτη 1990, σελ. 270-273.

7. Μαδιανός Μ., "Το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα σήμερα. Η πρώτη εμπειρία στην Καισαριανή - Βύρωνα", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής ψυχιατρικής" (10-13 Δεκ. 1983) Α' τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα 1984, σελ. 197-267.
8. Ποταμιάνου Α., "Η Κοινωνική Ψυχιατρική, Ανοιγμα προς τι;", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής" (10-13 Δεκ. 1983), Α' Τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 148-158.
9. Στεφανής Κ., "Ψυχιατρική περίθαλψη και Κοινωνική Ψυχιατρική", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής", (10-13 Δεκ. 1983), Α' τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 148-158.
10. Πλουμπίδης Δ., "Εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα στη διάρκεια του 19ου αι. και μέχρι περίπου τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο", ανακοίνωση στο "ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής" (10-13 Δεκ. 1983), Τόμος Α', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984.
11. Σακελλαρόπουλος Π., και συνεργάτες "Κινητή μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης υπαίθρου", ανακοίνωση στο "ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής", (10-14 Δεκ. 1983), Α' Τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 241-246.
12. Σακελλαρόπουλος Π., Φαλάρας Β., Πετρουλάκης Γ., "Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής" 10-13 Δεκ. 1983, Β' Τόμος, Αθήνα 1990, σελ. 104-109.

13. Φιλαλήθης Τ., "Νοσοκομείο ή σπίτι. Οργανωτική και οικονομική θεώρηση του κατάλληλου τρόπου περίθαλψης", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής (10-13 Δεκ.) Τόμος Β', Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 105-109, Αθήνα 1990.
14. Χαρτοκόλης Π., "Κοινωνική Ψυχιατρική και ο μετασχηματισμός των ασύλων σε σύγχρονα ιδρύματα: Αναγκαιότητα ή ουτοπία;" , ανακοίνωση στο "ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής" τόμος Α', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 134-146.
15. Φιλίππου - Παπανικολάου "Εκπαίδευση κοινωνικών λειτουργών στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχιατρικής", ανακοίνωση στο "Ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής", (10-13 Δεκ. 1993), Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1990, σελ. 490-495.

ΞΕΝΑ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ

- GOFFMAN E. "ΑΣΥΛΑ", Εκδόσεις: ΕΥΡΥΑΛΟΣ (μετάφραση: Κομνηνός Ξ.), Αθήνα 1994.
- JACCARD R. "Η Τρέλλα" (Μετάφραση: Τζοσκούνουγλου Μ.) Εκδόσεις: Χατζηνικολή, Αθήνα 1987.
- WILKINSON J. CANTER. S., "Εγχειρίδιο Εκπαίδευσης Κοινωνικών δεξιοτήτων", μετάφραση - επιμέλεια: Κ. Παπαϊωάννου - Β. Παππάς, Εκδόσεις: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης, Θεσσαλονίκη 1991.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

- "Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό" Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1989, σελ. 683, 3.870, 5.186.

Συντομογραφίες

Α.Ψ.Ε.	Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία
Γ.Ν.	Γενικό Νοσοκομείο
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Ψ.Υ.	Κοινοτική Ψυχική Υγεία
Κ.Ψ.Υ.	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
Κ.Κ.Ψ.Υ.	Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
Κ.Ψ.Λ.	Κοινωνική Ψυχιατρική Λέσχη
Κ.Ψ.Μ.	Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα
Κ.Ε.Σ.Υ.	Κέντρικό Συμβούλιο Υγείας
Κ.Ε.Π.	Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας
Ν.Η.	Νοσοκομείο Ημέρας
Ν.Π.Ι.Δ.	Νομικό Πρόσωπο ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Α.Ε.Δ.	Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
Υ.Υ.Π.Κ.Α.	Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Υ.Ε.Ε.Α	Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης - Αποκατάστασης
Ψ.Ν.Α.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής