

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ
ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

" ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΦΩΚΙΔΑΣ"

Μετέχουσες σπουδάστριες

Πίγκα Κωνσταντίνα

Φούφουλα Μαρία

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Παπαδοπούλου - Καλπίνη Χρυσή

Καθηγήτρια Εφαρμογών



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

Πάτρα, Μάιος 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1803 :
----------------------	--------

Η Επιτροπή για την Έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας

Παπαδοπούλου - Καλπίνη Χρυσή

Καθηγήτρια Εφαρμογών

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα για την βοήθεια τους στην μελέτη μας:

- την κ. Παπαδοπούλου - Καλπίνη Χρυσή, Καθηγήτρια Εφαρμογών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας
- τον κ. Σακελλαρόπουλο Παναγιώτη, Ψυχίατρο, Υπεύθυνο της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου Ν. Φωκίδας
- την κ. Γκίνη Δήμητρα, Κοινωνική Λειτουργό
- τον κ. Σκαμνέλο Χρήστο, Ψυχίατρο
- τον κ. Παπαευαγγέλου Κώστα, Ψυχιατρικό Νοσηλεύτη
- την κ. Φραγκούλη Αθηνά, Λογοθεραπεύτρια
- τους γονείς μας, για την ηθική τους συμπαράσταση

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην εργασία γίνεται μια προσπάθεια να δωθεί μια εποπτεία της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, καθώς επίσης μία μικρή ενδεικτική ανασκόπηση της μεταρρύθμισης άλλων χωρών. Γίνεται αναφορά στο ρόλο των ενδιάμεσων δομών. Αναλυτικά γίνεται προσπάθεια να σκιαγραφηθεί η πορεία του ψυχωσικού ασθενούς και τα στάδια θεραπείας του από τους εξής τομείς:

Ενδιάμεσες δομές (οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, ανάδοχη οικογένεια κ.λ.π.): Θεωρώντας ότι αποτελούν το απαραίτητο μέσο προσπέλασης από την αποασυλοποίηση των ασθενών μέχρι την τελική τους εγκατάσταση στην οικογένεια γίνεται αναφορά στα βασικά σημεία της λειτουργίας τους και του έργου που παράγουν για μία ομαλή κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση.

Περίθαλψη στο σπίτι: Σ' αυτό το σημείο δίνεται αρχικά από την σκοπιά διαφόρων ερευνητών η ριζική ανάλυση των σχέσεων με αντικείμενα στην πρώιμη και όψιμη παιδική ηλικία, η μελέτη των δυναμικών διαδικασιών μέσα στην οικογενειακή ομάδα, οι διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ γονέων καθώς και οι "ελλειματικοί", "μη υγιείς" τύποι ενδοοικογενειακής επικοινωνίας που προκαλούν προβλήματα στην αναζήτηση μιας ταυτότητας και δυσχέρειας στις ταυτίσεις του μελλοντικού ψυχωσικού.

Στη συνέχεια επισημαίνονται τα στάδια κρίσης και η πορεία που ακολουθεί μία οικογένεια από την στιγμή που εκδηλώνεται μία ψυχωσική κρίση έως την θεραπεία της. Εκτενέστερα αναλύεται η θεραπευτική παρέμβαση, η θεραπεία και οι στόχοι των ειδικών καθώς και τα αποτελέσματα που αυτή επιφέρει. Με βάση αυτό ακολουθεί μία ειδική αναφορά στην Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. νομού Φωκίδας, παρουσιάζονται τέσσερις περιπτώσεις ενδεικτικές του έργου της σε μια προσπάθεια να φανεί ένα εναλλακτικό μοντέλο θεραπείας πέρα από αυτό του ψυχιατρού.

Γνωρίζοντας πολύ καλά το ρόλο της κοινότητας στην θεραπεία του αρρώστου γίνεται μία ανασκόπηση στο ρόλο των επαγγελματιών για την ευαισθητοποίηση της, με στόχο την αλλαγή στάσης της απέναντι στην ψυχική νόσο.

Στο τέλος της εργασίας ακολουθούν συμπεράσματα και προτάσεις για την καλύτερη και ουσιαστικότερη αντιμετώπιση του ψυχωσικού σε όλους τους τομείς καθώς επίσης και στατιστικά στοιχεία σύγκρισης ενδο νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περιθαλψης όσον αφορά την ποιότητα και το κόστος θεραπείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	II
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	III
ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	VIII
ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Σκοπός και στόχος μελέτης	1
Διαπίστωση του προβλήματος	2
Ορισμοί όρων	3
Περιορισμός	4
Συνομογραφίες	5
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ	
A. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6-11
`Ασυλα	12-14
Μεταρρύθμιση	15-21
B. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ	22-29
Γ. ΣΤΑΔΙΑ ΚΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	30-33
III. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ - ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	
ΕΝΔΙΑΜΕΣΕΣ ΔΟΜΕΣ	34-37
Α. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	37-39
Β. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ	39-40
Γ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΥΧΤΑΣ	40
Δ. ΛΕΣΧΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ CLUBS	40-41
Ε. ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ	41
ΣΤ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	41
Ζ. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	42

— Η. ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ - ΞΕΝΩΝΕΣ	43-44
Ειδική αναφορά στο οικοτροφείο `Αμφισσας	45-52
— Θ. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	52
Ειδική αναφορά στα προστευμένα διαμερίσματα `Αμφισσας	53-57
— Ι. ΑΝΑΔΟΧΗ - ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	57
Ειδική αναφορά στο νομό Φωκίδας	58
Παρουσίαση περίπτωσης	58-61
Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις ενδιάμεσες δομές	62-65
— IV. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	
— Α. ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	66
1. Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση οικογένειας	66-68
2. Πολλαπλή θεραπεία οικογένειας	68
3. Συμπεριφεριολογική θεραπεία οικογένειας	68
4. Συστημική θεραπεία οικογένειας	69
5. Ατομική ψυχοθεραπεία	70
6. Εντατική ψυχοθεραπεία	70
7. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία	71
8. Ομαδική ψυχοθεραπεία	71-72
— Β. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	73-78
Τύποι θεραπευτικής παρέμβασης	73
1. Πρώτος τύπος θεραπευτικής παρέμβασης	73
2. Δεύτερος τύπος θεραπευτικής παρέμβασης	74
3. Τρίτος τύπος θεραπευτικής παρέμβασης	75
— Γ. ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ	79
Ειδική αναφορά στου έργου της Κ.Μ. στον νομό Φωκίδας	80-89
Ο ρόλος του κ.λ. στην Κ.Μ.Ψ.Π.Υ.	90-92
Περίπτωσης Κ.Μ.Ψ.Π.Υ.	93
Πρώτη περίπτωση	93-95

Δεύτερη περίπτωση.....	96-98
Δ. ΟΣΕΑ	99-100
Αντιμετώπιση οξέων από την Κ.Μ.Ψ.Π.Υ.	
Ν. Φωκίδας	101-103
Παρουσίαση οξέος περιστατικού στα πλαίσια της	
Κ.Μ.Ψ.Π.Υ., του νομού Φωκίδας	103-105
Ε. ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	106-110
Ειδική αναφορά του έργου της Κ.Μ. στην	
ευαισθητοποίηση της κοινότητας στο νομό Φωκίδας ..	110-113
ΣΤ. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ - ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	114-116
Ζ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ	
ΣΤΗ Ψ.Π.Σ.Α.	117
1. Ψυχίατρος	117
2. Ψυχολόγος	118
3. Νοσηλεύτης	118
4. Εργοθεραπευτής	119
5. Κοινωνικός λειτουργός	119
V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	120-125
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	126-127
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
Α. ΠΙΝΑΚΕΣ	128-134
Β. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	135-137
Γ. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	138-146
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	147-157
ΠΗΓΕΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	158

ΠΙΝΑΚΑΣ

Σελίδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.	Αισθήματα των συγγενών για τον Ψυχίατρο	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.	Άτομα ή υπηρεσίες στις οποίες απευθύνονται οι συγγενείς για βοήθεια, σε περίπτωση κρίσης	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.	Ψυχοπαθολογικά στοιχεία του αρρώστου που δημιουργούν στους συγγενείς τις περισσότερες δυσκολίες	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.	Προληπτική Ψυχιατρική: Πληθυσμός, στόχος, προσεγγίσεις	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.	Νομός Φωκίδας	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.	Ανακατανομή ρόλων στα Ιατρεία της Κ..Ψ.Π.Υ. Νομού Φωκίδας	131
ΠΙΝΑΚΑΣ 7.	Δραστηριότητες Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Ν. Φωκίδας	132
ΠΙΝΑΚΑΣ 8.	Το έργο της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Ν. Φωκίδας	133
ΠΙΝΑΚΑΣ 9.	Οξεία περιστατικά	134

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός και στόχος μελέτης

Το ενδιαφέρον για τον ψυχικά ασθενή οδήγησε στην πραγματοποίηση της πρακτικής εφαρμογής στην εταιρεία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας Νομού Φωκίδας.

Εκεί η καθημερινή επαφή με ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, είχε σαν αποτέλεσμα ένα βαθύτερο συναισθηματικό δέσιμο μαζί τους και μία βαθύτερη ανάγκη για μια εκτενέστερη μελέτη της καταπολέμησης της ασυλιακής μεταχείρισης και την επίτευξη της κοινωνικής επανένταξης των ανθρώπων αυτών με την βοήθεια ειδικών επαγγελματιών και την ουσιαστική συναισθηματική και υλική στήριξη από την πολιτεία.

Διαπίστωση του προβλήματος

Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού αν διαλογιστεί κανείς ότι μόνο οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια καλύπτουν ένα μεγάλο ποσοστό κάθε πολιτισμού. Σύμφωνα με τον Ν. Μάνου (1988) ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται από 0, 2 έως 1%. Παρόλο το μεγάλο ποσοστό νοσηρότητας, τα άτομα αυτά αντιμετωπίζονται ακόμα και σήμερα όχι σαν άρρωστα μέλη που χρειάζονται βοήθεια αλλά σαν μέλη επικίνδυνα που πρέπει να κλειστούν σε κάποιο άσυλο. Οι προσπάθειες βρίσκονται ενάντια στους συντηρητικούς θεσμούς κάθε κοινωνίας και ειδικότερα της Ελλάδας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να καθυστερούν οι διαδικασίες απομάκρυνσης του ασθενούς από το ψυχιατρείο. Βέβαια τα τελευταία χρόνια ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες παρακινούμενοι από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση άλλων χωρών και με την υποστήριξη της πολιτείας κατάφεραν να αποδυναμώσουν τους συντηρητικούς θεσμούς και να εφαρμόσουν στην Ελλάδα κατάλληλες δομές, απαραίτητες, για την σταδιακή και ομαλή επανένταξη του ασθενή στην κοινότητα με απότερο στόχο την τοποθέτησή του στην οικογένεια.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Ψυχική υγεία - Ψυχική νόσος: Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. σαν " ψυχική υγεία " θεωρείται η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας όπου το άτομο μπορεί, να ζει να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματά του.

Ψυχική νόσος είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει.

Ψυχική ασθένεια θεωρείται μία λειτουργική ατέλεια η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής - πολιτιστικής ομάδας. (Μάνος, 1988)

Κοινοτική Ψυχιατρική: Είναι ένας ευρής όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικού αρρώστου στην κοινότητά του. (Μάνος, 1988)

Κοινωνική Ψυχιατρική: Η έννοια κοινωνική ψυχιατρική, σύμφωνα με τους ειδικούς του Ε.Σ.Υ. Νόμος 815/ Ε.Ε., είναι ένας όρος που προκύπτει από τη σύζευξη των εννοιών του κοινωνικού και της ψυχιατρικής. Χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους εργασίας για την διερεύνηση της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, ενδιαφέρεται για την επίπτωση και την επικράτηση των ψυχικών παθήσεων. (Σακελλαρόπουλος 1987).

Ενδιάμεσες δομές: Με τον όρο " Ενδιάμεσες δομές " καθορίζεται κάθε δημιουργία ενός κοινοτικού χώρου σε μικρή κλίμακα, ενσωματωμένου στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό στην κοινοτική ζωή, που μπορεί να χρησιμεύσει σαν διέξοδος στην παραμονή στο ίδρυμα, οικογενειακό " ξερίζωμα " και στην κοινωνική αναπηρία. (Σακελλαρόπουλος, 1983)

Οικοτροφείο: Προσφέρει διαμονή και ψυχιατρική υποστήριξη σ' αρρώστους που βγαίνουν από το ψυχιατρείο αλλά που δεν μπορούν ταυτόχρονα μαζί επαγγελματική και οικογενειακή επανένταξη. Η διάρκεια παραμονής τους είναι

καθορισμένη και ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί είναι περιορισμένος. Κατά τη διάρκεια της μέρας οι τρόφιμοί τους συμμετέχουν σ' άλλα ημερήσια θεραπευτικά προγράμματα. (Αλεξανδρής, 1992)

Προστατευμένο - Θεραπευτικό Διαμέρισμα: Τα θεραπευτικά διαμερίσματα είναι για θεραπευτικούς "σταθεροποιημένους" ψυχικά ασθενείς, που δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαταραχές στη συμπεριφορά τους. Στόχος είναι η εκμάθηση και η επανεκμάθηση των αναγκαίων πράξεων της καθημερινής ζωής. (Αλεξανδρής, 1992)

Ανάδοχη Οικογένεια : Πρόκειται για κάποια ευαισθητοποιημένη οικογένεια πάνω σε ψυχιατρικά προβλήματα, η οποία δέχεται να φιλοξενήσει ένα ψυχικά ασθενή και επιδοτείται για αυτή της την προσφορά. (Αλεξανδρής, 1992)

Συναισθηματική μεταβίβαση : Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει ότι ο ασθενής εκφράζει συναισθήματα ή αντιδράσεις που είναι άσχετες ή ακατάλληλες σε σχέση με την κατάσταση της κοινωνικής εργασίας και που εμφανίζονται τόσο ασυνάρτητες ή σε τόσο διογκωμένο βαθμό, ώστε να φαίνεται ότι αναφέρονται σε κάποια άλλη κατάσταση. (Perlman, 1957)

Συναισθηματική αντιμεταβίβαση: Είναι η ασυνείδητη μεταβίβαση συναισθημάτων, θετικών ή αρνητικών αντιδράσεων που η πραγματικότητα δεν τις απαιτεί από την πλευρά του προσώπου που βοηθά. (Perlman, 1957)

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ

Η εργασία πέρα από τα γενικά στοιχεία που περιλαμβάνει, αναφέρεται ειδικά στο έργο της εταιρείας κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας του νομού Φωκίδας.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Εταιρεία Κ.Ψ. κ' Ψ.Υ.: Εταιρεία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας
- Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. ή Κ.Μ.: Κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης υπαίθρου ή κινητή μονάδα
- Ψ.Π.Σ.Α.: Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου
- "Ψ": Επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση
- Ι.Κ.Α.: Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων
- Κ.Α.Τ.: Κέντρο αποκατάστασης Τροχαίων
- Κ.Θ.Ψ.Π.Α.: Κρατικό θεραπευτήριο ψυχιατρικής περίθαλψης Αττικής
(ΔΑΦΝΙ)
- Κ.Ψ.Υ.: Κέντρο ψυχικής υγιεινής
- Ε.Σ.Υ.: Εθνικό σύστημα υγείας
- Π.Ο.Υ.: Παγκόσμια οργάνωση υγείας
- κ.λ.π.: και λοιπά
- κ.ο.κ.: και ούτοκαθεξής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Α. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

(από την νεολιθική εποχή έως τον 20ο αιώνα)

Το φαινόμενο της ψυχικής αρρώστιας έχει μία αναμφισβήτητη παγκόσμιότητα. Από τα πανάρχαια χρόνια μέχρι σήμερα σ' όλα τα μήκη και τα πλάτη της γής, οι άνθρωποι δοκιμάζονται από αυτήν. Οι αντιλήψεις τους και η στάση τους προς αυτήν έχουν μία συγκεκριμένη ιστορικότητα, καθώς εντάσσονται πάντα στα πλαίσια της κυρίαρχης ιδεολογίας κάθε εποχής και κοινωνίας.

Σύμφωνα με τον Ν. Μάνου (1988), η αρχαιότερη ένδειξη γνώσης περί ψυχικής αρρώστιας συναντάται 4.000 ή 5.000 χρόνια πριν, με τον τρυπανισμό. Σύμφωνα με τους ανθρωπολόγους σκοπός της χρησιμοποίησής του από τους ανθρώπους της νεολιθικής εποχής ήταν να φύγουν τα κακά πνεύματα.

Στο ίδιο κείμενο του συγγραφέα φαίνεται ότι στην αρχαία Αίγυπτο, Ινδίες και Κίνα από το 2.000 π.χ. υπάρχουν πολλά τεκμήρια ότι και οι τρεις αυτοί πολιτισμοί γνώριζαν τις ψυχικές ασθένειες, τις περιέγραφαν

και τις θεράπευαν· είτε με εξορκισμούς, είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία) ή βελονισμό (Κίνα) κ.τ.λ. Όσον αφορά τον Ιουδαϊσμό, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνται σταλμένες από τον Θεό.

Η Κ. Μάτσα (1984) τονίζει ότι στα ομηρικά έπη δεν περιγράφεται η ψυχική αρρώστια με την κλινική έννοια του όρου. Εμφανίζονται καταστάσεις έντασης, σύγκρουσης, διαταραγμένης συμπεριφοράς που προκαλούνται από τους θεούς (φαινόμενα που παρατηρούνταν και στον ιουδαϊκό πολιτισμό). Δεν υπήρχε η έννοια της ψυχικής διαταραχής σαν αποτέλεσμα μιας διαταραγμένης ψυχικής δομής στην παιδική ηλικία της ανθρωπότητας.

Προοδευτικά ο πληθυσμός αναπτύσσεται. Μέσα από τις ερμηνείες των τραγικών ποιητών για τις δολοφονίες, τις αυτοκτονίες και τα πάθη μιας ολόκληρης εποχής, αρχίζει να διαγράφεται και να αποτελεί κυρίαρχο θέμα της ελληνικής τραγωδίας η ψυχική αρρώστια.

Η Κ. Μάτσα (1984) στο ίδιο άρθρο τονίζει ότι χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Κλυταιμνήστρας στην "Ορέστεια" του Ευριπίδη όπου περιγράφεται η "Παράνια" σαν ψυχική κατάσταση που κατέχει τον Ορέστη. Αντίθετα στην "Ορέστεια" του Αισχύλου επικρατεί μία ατμόσφαιρα γνήσιας μελαγχολίας, με σαφές το στοιχείο της πίκρας, της θλίψης, του τρόμου, με στοματικές - σαδιστικές φαντασιώσεις και γενικά σκηνές που θυμίζουν τα όνειρα, τις φαντασιώσεις, την συμπτωματολογία του μελαγχολικού.

Στην συνέχεια του άρθρου αναφέρεται ότι με τους προσωκρατικούς φιλοσόφους πραγματοποιείται η μετάβαση από την ομηρική αντίληψη της εξωτερικής αιτίας (θεοί), της διαταραγμένης συμπεριφοράς στην πλατωνική αντίληψη του ανθρώπου, που είναι ο ίδιος υπεύθυνος για τις πράξεις του.

Ο Πλάτωνας διακρίνει την ψυχική από την σωματική αρρώστια. Γράφει στον << Τίμαιο >>: << Πρέπει να συμφωνήσουμε ότι η άνοια είναι ψυχική ασθένεια και ότι υπάρχουν δύο είδη της, η μανία και η αμάθεια. Οποιοδήποτε λοιπόν πάθημα έχει κανείς από αυτά τα δύο, πρέπει να το ονομάσουμε ασθένεια και σαν μεγαλύτερες ψυχικές ασθένειες πρέπει να

παραδεχτούμε τις υπερβολικές ηδονές και τις υπερβολικές λύπες >>. Παπαθεοδώρου: Πλάτωνος << Τίμαιος >> 86 B - 88S, Αθήνα, 1956, σσ.171 - 175.

Σύμφωνα με την Κ. Μάτσα (1984), αργότερα ο Αριστοτέλης υπογραμμίζει την ολότητα της ψυχής και την στενή αλληλεξάρτηση ψυχής και σώματος σε μια ψυχοσωματική ενότητα. Ενώ με τον Ιπποκράτη γίνεται μία περιγραφή των βασικών ψυχικών διαταραχών (των λεγόμενων << φρενίτιδων >> με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα. << Υστερία >>, << Μανία >>, << Μελαγχολία >>, << Ανοία >>, << Παράνοια >>).

Καταλήγοντας, λοιπόν και σχηματοποιώντας φαίνεται ότι για τους αρχαίους Έλληνες η ψυχική αρρώστια θεωρείται μια ιδιαίτερη μορφή αρρώστιας και τοποθετείται στο πλαίσιο ψυχή και σώματος.

Σύμφωνα με τον Ν. Μάνο (1988) στους αιώνες που ακολουθούν οι Ρωμαίοι επικρατούν αλλά κατά κανόνα επαναλαμβάνουν τις απόψεις των Ελλήνων. Σημαντική πρόοδο επιτελεί τον 1ο αιώνα π.χ. ο Ασκληπιάδης από την Μικρά Ασία, ο οποίος διαχώριζε ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, ενθάρρυνε τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών και πρότεινε θεραπεία μουσικής για την διεύρεση των πνευματικών ενδιαφερόντων των ασθενών. Τον 1ο αιώνα μ.χ. ο Κέλσος ήταν ο πρώτος ο οποίος τόνιζε την σημασία της σχέσης γιατρού - ασθενή και πρότεινε ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.

Ίσως η πιο σημαντική προσφορά των Ρωμαίων στην ψυχιατρική ήταν η δημιουργία νόμων για τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για την ψυχική ασθένεια. Χαρακτηριστική ήταν η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς το 483 - 565 μ.χ.

Η Κ. Μάτσα (1984) σημειώνει ότι κατά την θεοκρατική αντίληψη που επικρατούσε στον Μεσαίωνα η ψυχική αρρώστια συνδεόταν με το προπατορικό αμάρτημα και την τιμωρία του ανθρώπου από τον θεό. Οι άνθρωποι εκείνης της εποχής μη μπορώντας να εξηγήσουν την ψυχική νόσο έδιναν σ' αυτή ένα μυστηριακό φαινόμενο που ξεπερνούσε τα όρια της πραγματικότητας. Οι απόψεις για την << τρέλα >> κατά την περίοδο

εκείνη χρωματίζονταν από προλήψεις, ηθικολογία και φανατική θρησκευτικότητα.

Κύριο χαρακτηριστικό ήταν η παραμέληση και η σκληρή συμπεριφορά προς τον ψυχασθενή. Μοναδικό μέσο θεραπείας οι εξορκισμοί.

Η Κ. Μάτσα (1984) έχει γράψει ότι στην Αναγέννηση η αντίληψη για την ψυχική αρρώστια αρχίζει να διαφοροποιείται από αυτήν του Μεσαίωνα. Το ουμανιστικό πνεύμα της εποχής επιβάλλει μία πιο αντικειμενική θεώρηση του ανθρώπου. Η ψυχική αρρώστια εξετάζεται σε σχέση με την λογική, σαν το διαλεκτικό της αντίθετο.

Κατά τον Μ. Foucault (17ος αιώνας): << Η τρέλα γίνεται μία μορφή σχετική με την λογική ή μάλλον η τρέλα και η λογική μπαίνουν σε μία σχέση διαρκώς αντιστρεπτή που κάνει ώστε κάθε τρέλα να έχει την λογική της που την κρίνει και την ελέγχει, κάθε λογική την τρέλα της στην οποία βρίσκει την γελοία αλήθεια της. Η κάθε μία είναι το μέτρο της άλλης...>>. Μ. Foucault, Histoire de la Folie al' age classique ed. Gallimard, 6.41;

Στο ίδιο άρθρο της Κ. Μάτσα (1984) αναφέρεται ότι: Οι μεσαιωνικοί φραγμοί πέφτουν και ο άνθρωπος αρχίζει να ασχολείται με την ψυχική αρρώστια σαν ένα φαινόμενο που πρέπει να μπορεί ο ίδιος να εξερευνήσει. Αφήνει την φαντασία του ελεύθερη. Στοχάζεται, προσπαθεί να ανακαλύψει το μυστικό της. Γράφει, ζωγραφίζει, ερευνά. Η ψυχική αρρώστια μπαίνει πια στο χώρο του ανοικτού διαλόγου.

Η κοινωνία, όμως, δεν ανέχεται, όπως αναφέρει η Κ. Μάτσα, τον ψυχοπαθή όσο πριν. Δεν δέχεται να τον κρατήσει στους κόλπους της τον αποδιώχνει. Έτσι τα περίφημα << πλοία των τρελών >> γεμίζουν σε όλον τον 15ο αιώνα τα φλαμανδικά κανάλια, τα ποτάμια της Ρηνανίας, τον Ρήνο.

Ο συγκλονιστικός πίνακας του Hieronymus Bosch << Το πλοίο των τρελών >> (1490 - 1500) απεικονίζει ρημαγμένες και έρημες υπάρξεις που ταξιδεύουν χωρίς τέλος, σύμβολο της εναγωνίας αναζήτησης της λογικής από την ίδια την ιστορική εποχή.

Σύμφωνα με τον Ν. Μάνου (1988), οι αιώνες από τον 17ο και μετά χαρακτηρίζονται από αυξανόμενη κλινική αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών και από προοδευτικά περισσότερες ταξινομήσεις.

Ο συγγραφέας στο βιβλίο του << Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής >> (1988) τονίζει ότι πρώτος ο Philippe Pinel (1745 - 1826) τολμά να απελευθερώσει τους ασθενείς από τις αλυσίδες τους. Ακόμη στις αρχές του 19ου αιώνα ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρείων κτίζεται, πολλά από τα οποία υπάρχουν μέχρι σήμερα, όπως επίσης κι ένας σημαντικός αριθμός ιδιωτικών ιδρυμάτων.

Κατά την γνώμη του Ν. Μάνου (1988) η αιτιολογία των ψυχικών νόσων κυμαίνεται από κληρονομικότητα, τον υπερβολικό αυνανισμό, τα πάθη και το έντονο stress, μέχρι την δυστιχισμένη παιδική ηλικία, την λανθασμένη διαπαιδαγώγηση και την επίδραση του γενικότερου περιβάλλοντος.

Απο αυτή την εποχή και μετά παρουσιάζεται μία διαφοροποίηση στην αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας στις διάφορες χώρες.

Ο Ν. Μάνου (1988) αναφέρει ότι στη Γαλλία έμφαση δίνεται στην λεπτομερή και σαφή περιγραφή των συμπτωμάτων. Στην στενή σχέση της μεταξύ ψυχιατρικής και νευρολογίας και στις νομικές πλευρές της ψυχιατρικής, ιδιαίτερα στους κανονισμούς της εισαγωγής ασθενών.

Για την Γερμανία τονίζεται ότι τα θεολογικά δόγματα καθυστερούν στην αρχή την κλινική πρόοδο. Αργότερα αξιόλογοι επιστήμονες στο χώρο της ψυχιατρικής προτείνουν την άμεση αιτιακή σχέση ψυχικών ασθενειών και παθολογίας του εγκεφάλου.

Για την Αγγλία περιγράφει ότι ο σεβασμός προς τους ανθρώπους και η πρακτικότητα τους ώθησε να δημιουργήσουν μια πιο ανθρώπινη αντιμετώπιση με αποτέλεσμα τα καλοκτισμένα νοσοκομεία.

Ο ίδιος ακόμη αναφέρει ότι προς το τέλος του 19ου αιώνα απαισιοδοξία καταλαμβάνει τους θεραπευτές και τα νοσοκομεία ξαναγυρίζουν προοδευτικά στην παλιά τους μορφή. Οι ασθενείς θεωρούνται αθεράπευτοι.

Όπως και στις άλλες χώρες, σύμφωνα πάντα με τον Ν. Μάνου (1988), έτσι και στην Ελλάδα η ψυχιατρική καταλαμβάνει από το απαισιόδοξο πνεύμα της εποχής. Αυτό αποτέλεσε αφορμή για την κύρια εγκαθίδρυση της ασυλιακής θεραπείας των ασθενών. Εξαιρεση αποτελεί η Ελβετία η οποία αν και μικρή δεν καταβλήθηκε από το απαισιόδοξο πνεύμα της

εποχής αναπτύσσοντας μία πρωτοποριακή ψυχιατρική παράδοση.

Την μεγάλη επανάσταση όμως στην θεραπεία του ασθενή αποτέλεσε το ψυχαναλυτικό κίνημα με ιδρυτή του τον Sigmund Freud (1856 - 1939).

Συνοψίζοντας μπορεί να ειπωθεί ότι αν και οι αιώνες αυτοί στάθηκαν ορόσημο στην αλλαγή αντίληψης για τον ψυχικά ασθενή η αντιμετώπισή του δεν υπέστη σημαντικές αλλαγές. Κύριος τρόπος θεραπείας παραμένει η απομάκρυνση από την κοινότητα και το οικογενειακό περιβάλλον και ο εγκλεισμός στα στενά πλαίσια του ασύλου.

Άσυλα

Σ' αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο για την καλύτερη κατανόηση της μελέτης από τον αναγνώστη να γίνει εκτενέστερη αναφορά στην γένεση των ασύλων καθώς και στους λόγους που συνέβαλαν στην εγκαθίδρυση τους.

Η Κ. Μάτσα (1984) παροτρύνει τον αναγνώστη να γυρίσει δύο αιώνες πριν να συναντήσει το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο στην Ευρώπη. Η εμφάνιση του συνδέεται με συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, με την ανάπτυξη του καπιταλισμού σε χώρες όπως η Αγγλία και η Γαλλία. Πολλοί πιστεύουν ότι η ίδρυση του (μία πρόοδος σε σχέση με την προηγούμενη κατάσταση της βαρβαρότητας στην αντιμετώπιση της "τρέλας") αποτελεί μία έκφραση ανθρωπιστικών αισθημάτων της κοινωνίας απέναντι σε μία κατηγορία δυστυχημένων και απελπισμένων μελών της. Στην πραγματικότητα το ενδιαφέρον της ανερχόμενης αστικής τάξης για τους "τρελούς", ντυμένο με τα ρούχα της φιλανθρωπίας έκφραζε τη βαθιά της ανησυχία για τον κίνδυνο που αυτά τα ταραγμένα και ταραχοποιά στοιχεία αντιπροσώπευαν για τη δική της τάξη και ασφάλεια.

Συνεχίζοντας η ίδια αναφέρει ότι στην Αγγλία συναντάται το πρώτο άσυλο ακόμη πιο πριν. Από τα μέσα του 17ου αιώνα εγκαθιδρύεται το σύστημα των σπιτιών των τρελών. Η επίβλεψη "των τρελών" σ' αυτά βρίσκεται στα χέρια κληρικών και σπανιότερα γιατρών.

Παράλληλα με τα δημόσια αναφέρει ότι ιδρύονται και ιδιωτικά σπίτια τρελών, σαν κερδοσκοπικές επιχειρήσεις. Έτσι νομιμοποιείται για όλους η ιδέα του ιδρύματος και του εγκλεισμού σ' αυτό, ώστε να προστατευθεί η κοινότητα απ' αυτούς που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές.

Ο εγκλεισμός θεωρείται πια σύμφωνα με την Κ. Μάτσα (1984) μία λύση στο πρόβλημα. Η λύση αυτή δεν είναι οικονομική ούτε αποτελεσματική για κανέναν. Δίνει όμως τη δυνατότητα της άγρυπνης σταθερής παρακολούθησης των ιδιαίτερα προβληματικών, περιθωριακών ατόμων που βρίσκονται κλεισμένα εκεί, χαμένα στη σιώπη και τη δυστυχία.

Τονίζει επίσης ότι στη Γαλλία οι aliene (φτωχοί και εύποροι) ένα αιώνα μετά βρίσκονταν έγκλειστοι. Οι μεν φτωχοί στην Bicetre, οι δε εύποροι σε ιδιωτικά ιδρύματα. Η επίδραση του φιλανθρωπικού ρεύματος από την Αγγλία εμφανίσθηκε και εδώ. Η δημιουργία του ψυχιατρικού ασυλιακού συστήματος, φέρνει την σφραγίδα της αγαθοεργίας μιας μερίδας της ανερχόμενης αστικής τάξης.

Λίγο αργότερα στις αρχές του 19ου αιώνα αρχίζουν να ανατπύσσονται οι όροι για την μεταρρύθμιση του ασυλιακού συστήματος, σύμφωνα πάντα με την Κ. Μάτσα (1984) κορυφαίο τους σημείο στάθηκε η ψήφιση του νόμου 1838. Κατά αυτόν προβλεπόταν η δημιουργία ενός δικτύου κρατικών ασύλων ομοιόμορφα κατανεμημένων σε όλο το γαλλικό έδαφος. Η λειτουργία των κρατικών αυτών ασύλων ήταν παράλληλη με αυτή των ιδιωτικών. Από αυτό το χρονικό σημείο και μεταγενέστερα αρχίζει να παρατηρείται η ανάγκη ίδρυσης όλο και περισσότερων νέων μεγαλύτερων ασύλων.

Συνεχίζει με την χαρακτηριστική πρωτοβουλία του δημάρχου του Παρισιού Haussman το 1863 που ίδρυσε το "Κλινικό άσυλο της Αγίας Άννας" ένα πρότυπο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Μπορεί να ειπωθεί ότι τώρα πια οι ψυχιατρικοί άρρωστοι νοσηλεύονται στα κρατικά άσυλα, τα ιδιωτικά ιδρύματα, τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων και τις πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές. Η ανάπτυξη της ψυχιατρικής επιστήμης στη Γαλλία περνά μέσα από το άσυλο και τις μεγάλες προσπάθειες μεταρρύθμισης.

Στη συνέχεια Θ. Μεγαλοοικονόμου (1987) τονίζει ότι η ασυλιακή μορφή περίθαλψης στην Ελλάδα συναντάται πολύ αργότερα. Οι κοινωνικές αλλαγές και ανακατατάξεις που επέφερε η τρικουπική προσπάθεια για εκβιομηχάνιση το 1880 γέννησαν την ανάγκη για τη δημιουργία μιας ψυχιατρικής περίθαλψης.

Συνεχίζοντας αναφέρει ότι μετέπειτα η ίδρυση των ασύλων σχετίζεται και με τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές εξελίξεις.

Η Κ. Μάτσα (1984) τονίζει ότι στην Ευρώπη το ψυχιατρικό άσυλο εξακολουθεί να θεωρείται λύση στο πρόβλημα της ψυχικής αρρώστιας

μέχρι τα μέσα περίπου του αιώνα μας.

Το άσυλο βαριά κληρονομιά του παρελθόντος εξακολουθεί να αναπαράγει με πολλούς τρόπους και μέσα από πολλά κανάλια τη λογική του, μια λογική μεγιστοποίησης των προβλημάτων της απάδρυματοποίησης και της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ήδη "στιγματισμένων" ασυλιακών αρρώστων.

Μεταρρύθμιση

Ο Θ. Μεγαλοικονόμου (1993) αναφέρει ότι τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στο δυτικό κόσμο αποτέλεσαν από τα τέλη του 18ου αιώνα και μετά την κύρια μορφή απάντησης τόσο από την μεριά της κοινωνίας, όσο και από την μεριά του ψυχιατρικού επαγγέλματος στη σοβαρή ψυχική αρρώστια. Δημιουργήθηκαν με σκοπό να προσφέρουν μια πιο ανθρώπινη μεταχείριση σε σχέση με αυτή που επιφυλλάσσονταν προηγούμενα για τους ψυχασθενείς σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Η καταπινότερη μαζική χρησιμοποίησή τους για την νοσηλεία χιλιάδων σε γιγαντιαία άσυλα συνδέθηκε με την αντίληψη της τρέλας σαν μιας αρρώστιας, αντικείμενο αποκλειστικά ιατρικού ενδιαφέροντος που απαιτεί ιατρική θεραπεία με μία ειδική τεχνολογία για την προσφορά της οποίας τα νοσοκομεία ήταν οι πιο κατάλληλοι χώροι.

Η Κ. Μάτσα (1984) από την άλλη αναφέρει ότι η κρατική πολιτική στο χώρο της ψυχικής υγείας από το 1954 και μετά άρχισε να στρέφεται προς την κατεύθυνση της κοινοτικής ψυχιατρικής εκφράζοντας την αντίθεση της στην μέχρι τότε ακολουθούμενη πολιτική αποχωρισμού του "τρέλου" από την κοινότητα. Μια καινούργια μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο χώρο της ψυχιατρικής αυτή τη φορά ενάντια στο άσυλο άρχισε. Σαν θεσμός το άσυλο φθίνει, είναι καταδικασμένο να σβήσει. Αγώνας γίνεται πια για την αποασυλοποίηση των αρρώστων των ψυχιατρικών την κοινωνική και προεπαγγελματική τους κατάρτιση και την κοινωνική τους ένταξη καθώς και για τη σχετική νομοθεσία.

Η πολιτική αυτή της λεγόμενης αποϊδρυματοποίησης ακολουθήθηκε αργότερα σε πολλές χώρες, για διάφορους κάθε φορά λόγους όπως οικονομικούς, κοινωνικούς, επιστημονικούς, θεραπευτές κτλ.

Η Μ. Giannichedda (1987) αναφέρει ότι πέρασαν σχεδόν 30 χρόνια από τότε που ο FRANCO BASAGLIA παρουσίασε το "τι είναι η ψυχιατρική;". Αυτά τα τριάντα χρόνια πολλά πράγματα άλλαξαν στην Ιταλική ψυχιατρική μετανάσταση. Η "psichiatria democratica" είναι σημαδεμένη από μια πράξη που ισοδυναμεί με τομή στην ιστορία της ψυχιατρικής με το κλείσιμο κάποιων ψυχιατρικών νοσοκομείων, ξεκινώντας από το ψυχιατρείο της Τεργέστης το Σεπτέμβριο του 1977.

Συνεχίζοντας αναφέρει ότι η ιταλική κατάσταση από πολλές απόψεις ενισχύει ιδεολογίες και μοντέλα που ήδη από καιρό δρούσαν στις βιομηχανοποιημένες χώρες. Προσφέρει επίσης πραγματικές, πρωτότυπες ιδέες στο επίπεδο των οργανωτικών επινοήσεων και της κουλτούρας της ψυχιατρικής παρέμβασης, ιδιαίτερα σ' ότι αφορά τη σχέση ανάμεσα σε υγειονομική προστασία, προσωπικά δικαιώματα και αναφορές κοινωνικού ελέγχου.

Ο Π. Χαρτοκόλης (1987) υπογραμμίζει πως εξίσου σημαντική είναι και η προσπάθεια αποασυλοποίησης που άρχισε στις Η.Π.Α. το ίδιο χρονολογικά διάστημα. Κατά ένα πρόσφατο απολογισμό, ο πληθυσμός των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων έχει ελατωθεί κατά τα δύο τρίτα, έχουν δημιουργηθεί περισσότερα από εξακόσια (600) κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, και η εξωνοσοκομειακή παροχή ψυχιατρικής βοήθειας έχει αυξηθεί κατά 1200%.

Παρόλες τις αξιοσημείωτες προσπάθειες των χωρών αυτών και τόσων άλλων που ακολούθησαν τη δική τους πορεία τα προβλήματα κοινωνικά και ατομικά που επεδίωξαν να λύσουν μέσα από μια συστηματική εργασία δεν έχουν ακόμα εντελώς λυθεί. Τουναντίον, έχουν προκύψει καινούργια μεγάλα προβλήματα, μεταξύ των οποίων ένα κύμα από άστεγους ψυχιατρικούς ασθενείς που περιφέρονται στους δρόμους και τα πάρκα των μεγάλων πόλεων, "εν ονόματι" των δικαιωμάτων του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλη (1987) η αποασυλοποίηση θα πρέπει να επιδιώκει τρεις σκοπούς: (α) την εξαγωγή χρόνων ασθενών από τα νοσοκομεία (κυρίως αποασυλοποίηση). (β) Την συντομότερη της νοσηλείας με την βοήθεια κοινοτικής περίθαλψης (υπό - ασυλοποίηση), και (γ) την αποφυγή εισαγωγής σε νοσοκομεία με την δημιουργία σταθμών πρώτων βοηθειών και θεραπευτικών προγραμμάτων μέσα στη κοινότητα για την συντήρηση ψυχιατρικών ασθενών έξω από ιδρύματα (μη - ασυλοποίηση).

Ο συγγραφέας συνεχίζοντας αναφέρει ότι για την πραγματοποίηση των παραπάνω σκοπών κανείς δεν θα μπορούσε να αρνηθεί την ανάγκη να διορθωθούν τα προβλήματα που υπονοούνται στον όρο αποασυλοποίηση. Αρχίζοντας από την απάνθρωπη εγκατάλειψη ή κακομεταχείριση

ψυχιατρικών αρρώστων σε άσυλα και νοσοκομεία. Συνεχίζοντας στην κοινωνική αντίληψη και την φύση της ψυχιατρικής αρρώστιας που παραμένει αρνητική. Η κοινωνική αυτή αντίληψη δεν είναι απλός φόβος ή προκατάληψη όταν πρόκειται για την οικογένεια, αγροτική ή αστική, που αγωνίζεται να επιβιώσει μέσα στην σημερινή ανταγωνιστική κοινωνία, ή για τον εργοδότη που ενδιαφέρεται για την παραγωγικότητα της επιχείρησής του. Και δεν πείθει η ιδέα πως η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας προκειμένου για τους άμεσους ενδιαφερόμενους, την οικογένεια και τον εργοδότη, στα προβλήματα του ψυχιατρικού αρρώστου πρόκειται να λύσει το πρόβλημα. Παρά ταύτα ένας σημαντικός αριθμός αρρώστων εισάγονται σε δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα χωρίς την θέληση τους, με εντολή του εισαγγελέα, ως επικίνδυνες περιπτώσεις.

Τελειώνοντας αναφέρει ο Π. Χαρτοκόλλης (1987) ότι ένας άλλος σοβαρός λόγος για την προβληματικότητα της αποασυλοποίησης είναι η δυσκολία που υπάρχει παντού στη διαχείριση και τον συντονισμό των διαφόρων υπηρεσιών, που απαιτούνται για την αποτελεσματική περίθαλψη ενός ψυχιατρικού αρρώστου στην κοινότητα, από τη στιγμή που το σύστημα ανεξαρτητοποιείται από το νοσοκομειακό ίδρυμα.

Κατά τον Θ. Μεγαλοοικονόμου (1987) την χρονική στιγμή που στην Δ. Ευρώπη, στις Η.Π.Α. εφαρμόζονται οι αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής στα πλαίσια μιας προσπάθειας λύσης των προβλημάτων αποασυλοποίησης, δημιουργούνται στην Ελλάδα τα άσυλα.

Σύμφωνα με τον Θ. Μεγαλοοικονόμου (1987) οι αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής ήρθαν καθυστερημένα στην Ελλάδα, ως η επικρατούσα και αναγνωρισμένη από την ψυχιατρική της εποχής, μορφή της ψυχιατρικής περίθαλψης. Ήταν στο αποκορύφωμα της η πρακτική που θεωρούσε την << ψυχική νόσο >> οργανικής αρχής που αντιμετωπιζόταν πρώτα απ' όλα με τον εγκλεισμό και την υπόλοιπη κοινωνία. Ακόμα και η ψυχανάλυση που αμφισβήτησε ριζικά την βιολογική αντίληψη για την φύση της << ψυχικής νόσου >>, δεν αμφισβήτησε πρακτικά το άσυλο (αν και έθεσε κάποιες προϋποθέσεις για να γίνει αυτό αργότερα).

Στο φως αυτών των σύντομων εισαγωγικών παρατηρήσεων μπορεί

κάνεις να δει πως εξελίχθηκαν τα πράγματα στην Ελλάδα.

Κατά τον Σακελλαρόπουλο (1994) τα τελευταία 11 χρόνια γίνεται συχνά λόγος για την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Έχουν γίνει πολλές επιστημονικές ανακοινώσεις, ημερίδες και συμπόσια γύρω από το θέμα αυτό. Το επίσημο κράτος έχει δείξει ενδιαφέρον. Έχει ζητήσει και έχει πετύχει την επιστημονική και οικονομική συνδρομή της Ευρωπαϊκής ένωσης, ήδη από το 1984. Στο νόμο για το Ε.Σ.Υ. υπάρχει ειδικό άρθρο που παραπέμπει σ' αυτό το θέμα. Η στάση του κοινωνικού συνόλου έχει αρχίσει να αλλάζει. Εκεί που παλαιότερα επικρατούσε μοιρολατρεία και γενική απάθεια, έχει αρχίσει να εμφανίζεται τελευταία και στην Ελλάδα, ένας προβληματισμός για την εξέλιξη της ψυχικής νόσου και μια αντίδραση στο άσυλο, τόσο στη λειτουργία του, όσο και στο παθογόνο χαρακτήρα του. Αυτή η αλλαγή έχει προκληθεί από διάφορους κοινωνικούς φορείς όπου συμμετέχουν και εργάζονται με εθελοντική πρωτοβουλία ψυχίατροι κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί.

Η πραγματικότητα όμως, παρά την αύξηση του κοινωνικού ενδιαφέροντος, στο επίπεδο παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών, παραμένει ουσιαστικά αμετάβλητη. Ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης του ψυχωσικού αρρώστου εξακολουθεί να είναι ο εγκλεισμός. Και μόνο το γεγονός ότι κάποιος παραληρεί, ότι ζει στον δικό του παθολογικό κόσμο τον οδηγεί στο ψυχιατρείο ή την ιδιωτική κλινική, πολλές φορές χωρίς την θέληση του. Συχνά είναι η ίδια η οικογένεια του που επιδιώκει τον εγκλεισμό. Κουρασμένη και πανικόβλητη, οικονομικά εξαντλημένη, χωρίς καμιά ψυχολογική στήριξη από ειδικούς, δεν αντέχει άλλο τον φόβο και την ενοχή και κλείνει το άρρωστο μέλος της στο ψυχιατρείο, ώστε το στίγμα της τρέλας να << εξαφανιστεί >> να << ξεχαστεί >>.

Αυτή η διαιώνιση της αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενή στην Ελλάδα έχει σαν αποτέλεσμα την ελάχιστη απορρόφηση των κονδυλίων που δόθηκαν από την Ε.Ε. και την συνέχιση της μη αντιμετώπισης της απαρχαιωμένης ασυλικής πραγματικότητας, με κραυγαλέο αποκορύφωμα την πολύπαθη Λέρο. Η δυσκινησία του κεντρικού, κρατικού, γραφειοκρατικού μηχανισμού και η έλλειψη εκπαίδευσης και

κουλτούρας, αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης των Ελλήνων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, είναι δύο από τους κύριους και συνήθως αναφερόμενους λόγους, που έχουν σαν αποτέλεσμα την υπάρχουσα μη ορθολογική γεωγραφική κατανομή και την παρεχόμενη περίθαλψη των δημοσίων ψυχιατρείων.

Στη συνέχεια ο Π. Σακελλαρόπουλος (1994) αναφέρει πως χαρακτηριστικό είναι ότι τα ψυχιατρεία της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και της Λέρου συγκεντρώνουν περίπου το 75 % των κλινών που διατίθενται για ψυχικές παθήσεις στην Ελλάδα.

Ο ίδιος σημειώνει πως πίσω από μια τέτοια αντιμετώπιση κρύβεται μια ευρύτερη διαδεδομένη δυσπιστία ή αδιαφορία στην πιθανότητα επιστροφής του ψυχικά αρρώστου, σαν ισότιμης παραγωγικής μονάδας μέσα στο κοινωνικό σύνολο (είναι χαρακτηριστικό ότι η πολιτεία, και νομοθετικά ακόμα, είναι απρόθυμη να αναγνωρίσει την ισοτιμία της ψυχικής πάθησης σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες της γενικής και ειδικής παθολογίας). Έτσι αν εξαιρέσουμε κάποια - ανεπαρκή εξωτερικά ιατρεία του Ι.Κ.Α., ψυχιατρείων ή στα πλαίσια νοσοκομείων γενικής ιατρικής, υπάρχει έλλειψη ψυχιατρικής περίθαλψης εκτός ψυχιατρείου. (π.χ. σε ειδικές ψυχιατρικές εξωνοσοκομειακές μονάδες ψυχοθεραπευτικά κέντρα, κέντρα μετανοσοκομειακής παρακολούθησης κ.τ.λ.) Εξαιρέση αποτελούν οι πρότυπες δομές Φωκίδας, Έβρου, Βύρωνα Καισαριανής, και μερικών άλλων περιοχών. Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσεται και ερμηνεύεται η φαρμακευτική μονομέρεια των ψυχιατρικών εξωτερικών ιατρείων στην αγωγή των ψυχοπαθών που ουσιαστικά αποσκοπεί στην καταστολή των συμπτωμάτων. Σπάνια τα φάρμακα συνδυάζονται με ψυχοθεραπευτική αγωγή και με προσπάθειες κοινωνικοποίησης των πασχόντων στη βάση καθορισμένου σχεδίου.

Αντιπροσωπευτικό δείγμα της αποτελμάτωσης της ψυχικής υγείας σε όλη την Ελλάδα, αποτελεί ο ψυχιατρικός χώρος της Λέρου. Θα γίνει μία προσπάθεια προσέγγισης, όσο γίνεται πιο επιγραμματικά, στο χώρο αυτό.

Ο Θ. Μεγαλοοικονόμου (1987) αναφέρει ότι το 1990 παρουσιάστηκαν οι αιτήσεις στην Ε.Ε. για την παρέμβαση στη Λέρο , χωρίς να βασίζονται σ' ένα ευρύτερο σχεδιασμό και προγραμματισμό για την συνέχεια και το

μέλλον της παρέμβασης, χωρίς μια στρατηγική για το μέλλον του ψυχιατρείου. Αυτή, φυσικά, η έλλειψη στρατηγικής και σχεδιασμού και η αντικατάστασή τους από μία εμβολιαστική διαχείριση και προχειρολογία, διαπερνάει μία << στρατηγική >> είναι πάντα προς την κατεύθυνση του εξωραϊστικού αναγχρονισμού. Δεν είναι άλλωστε άσχετο με αυτό το γεγονός ότι οι αρμόδιες υπηρεσίες ποτέ δεν είχαν πλήρη στοιχεία καταγραφής της πορείας της κατ' ευφημισμόν ονομαζόμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ο Θ. Μεγαλοοικονόμου (1993) αναφέρει ότι το αρμόδιο επιτελείο προχώρησε στην υποβολή και υλοποίηση προγραμμάτων με χρηματοδότηση της Ε.Ε., χωρίς μία μελέτη των παραμέτρων που συνιστούν το πολύπλοκο πρόβλημα του ψυχιατρείου. Αντ' αυτής, η επίσημη τοποθέτηση κυμάνθηκε ανάμεσα στα δύο άκρα των εναλλακτικών, παραδοσιακού τύπου προσεγγίσεων: Πλήρες διοικητικό κλείσιμο του ψυχιατρείου, (με την ίδρυση 30 οικοτροφείων σε διάφορες περιοχές της χώρας) ή εσωτερικός εξωραϊσμός για την διατήρηση του κλειστού ιδρύματος. Όπως ήταν επόμενο μέσα στο πλέγμα των αλληλοσυγκρουόμενων συμφερόντων, επιλέχτηκε η " μέση λύση ": να φύγουν λίγοι (στους ξενώνες), να μείνουν, σε εξωραϊσμένες συνθήκες οι υπόλοιποι.

Κατά την γνώμη του Θ. Μεγαλοοικονόμου (1993) η καθαυτή παρέμβαση είχε να αντιμετωπίσει ένα δύσκολο κλίμα, που καλλιεργήθηκε στους κατοίκους του νησιού από την βιαστική παρέμβαση για την μεταφορά των ασθενών. Η επιχείρηση " ξενώνες " βιώθηκε σαν άμεση απειλή κλεισίματος του ψυχιατρείου και απώλεια της θέσης εργασίας χωρίς να έχει βρεθεί εναλλακτική λύση.

Ο Θ. Μεγαλοοικονόμου (1993) συνεχίζει σημειώνοντας για τους πολλούς άρχισε να προωθείται η κατασκευή νέων κτιρίων (προκατ) μέσα στο ψυχιατρείο, για την μεταστέγαση των ασθενών από τα παλιά σε νέα ψυχιατρικά τμήματα, σε μία οπτική ανακατασκευής του κλειστού ψυχιατρικού ιδρύματος, που οδηγεί στην " περιστρεφόμενη πόρτα " και έτσι όχι απλά στην διατήρηση και στη διαιώνιση, αλλά στην αναπαραγωγή του ασύλου σαν μιας συμπληρωματικής ή παρεπόμενης ανάγκης της

λειτουργίας των ίδιων των νέων υπηρεσιών, που μ' αυτό τον τρόπο, απλώς αναπαράγουν την παλιά διαχείριση.

Επίσης στον Μεγαλοοικονόμου (1993) τονίζεται ότι είναι ζήτημα που δεν αντιμετωπίστηκε και που έχει μεγάλη σημασία για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, είναι ο τρόπος διαχείρισης του προϋπολογισμού του ψυχιατρείου, ώστε να γίνουν οι αναγκαίες αναδιορθώσεις και μετατροπές στην κατεύθυνση της αποϊδρυματοποίησης. Αν δεν υπάρχει μια τέτοια οπτική, τότε το όλο θέμα οδήγησε σε ακραίες καταστάσεις παρασιτισμού και αναγχρονισμού δαπανώντας τεράστια ποσά για να ζουν οι ασθένειες σε ιδρύματα που αντί για θεραπεία παρασιτισμού και αντί για ζωή και υγεία παράγουν θάνατο - ψυχών και υπάρξεων.

Στη συνέχεια συμπληρώνει ότι η διεθνής εμπειρία έχει δείξει πως το είδος και η ποιότητα των νέων υπηρεσιών, που λειτουργούν μέσα στην κοινότητα, εξαρτάται από τον τρόπο (το πως) και την διαδικασία, μέσα από την οποία ξεπερνούνται οι παλιές μορφές απάντησης στην ψυχική αρρώστια. Όπου η συρρίκνωση των ψυχιατρείων και το βαθμιαίο κλείσιμο τους προσεγγίστηκε σαν μία θετική αλλαγή, το προσωπικό που συμμετείχε σ' αυτές τις διαδικασίες, μπόρεσε να αντιμετωπίσει την παλιά κουλτούρα και νοοτροπία και να αντιμετωπίσει στις νέες υπηρεσίες όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, παρέχοντας μία " ολική υπηρεσία ". Αντίθετα, όπου οι διεργασίες στα ψυχιατρεία, τότε οι νέες υπηρεσίες έβλεπαν μια ομάδα των χρηστών τους σαν μία ματαιοτική απασχόληση. Μια ολική υπηρεσία απαντάει όχι στην αρρώστια αλλά στον άνθρωπο που έχει οποιαδήποτε αρρώστια.

Β. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Καμιά άλλη νόσος ίσως δεν έχει γεννήσει τόσες θεωρίες γύρω από την αιτιολογία της όσες η ψύχωση. Σαν ισοδύναμο της " τρέλλας ", το πρόβλημα απασχόλησε την ιατρική πολύ πριν απο την δημιουργία του όρου αυτού. Και οι θεωρίες θα πολλαπλασιάζονται όσο η ψυχωση θα εξακολουθεί να κρατά το μυστικό της αιτιολογίας της. Αυτές οι διαπιστώσεις μπορούν να οδηγήσουν στην άποψη, ότι κάθε σχετική θεωρία είναι περριτή αφού δεν δίνει ριζική απάντηση στο ερώτημα. Αλλά και αντίθετα, ότι κάθε θεωρία είναι αποδεκτή από την στιγμή που μοιάζει να προωθεί τη λύση του δύσκολου αυτού προβλήματος.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1974) αναφέρει ότι οι έρευνες που έγιναν τις τελευταίες δεκαετίες σχετικά με την δομή της προσωπικότητας και την συμπεριφορά των γονέων ψυχωσικών παιδιών μπορούν να θεωρηθούν γόνιμες και σε μία αποδοτικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχωτικού. Ο κάθε ερευνητής ξεκινώντας από μία διαφορετική εκ πρώτης όψεως θεωρητική άποψη και δουλεύοντας ερευνητικά, πάνω σε υλικό σχεδόν όμοιο, κατέληξε σε συμπεράσματα που όχι μόνο δεν παρουσιάζουν ουσιαστικές αντιθέσεις με άλλους ερευνητές, αλλά αλληλοσυμπληρώνονται.

Στο ίδιο άρθρο συνεχίζοντας αναφέρει ότι σύμφωνα με τις διάφορες μελέτες που έχουν γίνει (κυρίως περιβαλλοντικές) οι αιτιολογικές ρίζες της ψύχωσης και ειδικότερα της σχιζοφρένειας βρίσκονται στις διάφορες όψεις της παθολογίας του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπου ανήκουν η συμβιωτική σχέση μητέρας - παιδιού, το τραύμα και ο φόβος. Οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις στηρίζονται στην θεώρηση της οικογένειας σαν ολοκληρωμένης μονάδας ενός κοινωνικού υποσυστήματος.

Για να κατανοηθεί καλύτερα η φύση των οικογενειακών σχέσεων σε ψυχασθενείς παρατίθενται περιληπτικά τα αποτελέσματα, όσον αφορά την δομή και τους ρόλους της οικογένειας, της μακρόχρονης μελέτης του εθνικού ινστιτούτου πνευματικής υγείας που ξεκίνησε το 1954. οι υλικές παρατηρήσεις στις οικογένειες σχιζοφρενών παρότρυναν τους ειδικούς να υποθέσουν ότι η δομή της οικογένειας περιέχει με αξιοπρέσεχτη

συχνότητα τα ακόλουθα βασικά στοιχεία:

1. Οι ρόλοι της οικογένειας είναι σε μεγάλο βαθμό συμπυκνωμένοι και στερεότυποι· πολύπλοκες προσδοκίες και εμπειρίες υποβιβάζονται σε μία νέα σειρά απλουστευμένων σχημάτων.

2. Η οικογένεια έχει μία άκαμπτα δομημένη αυτοαντίληψη από την οποία δεν επιτρέπονται αποκλίσεις αν και σε μερικές οικογένειες γίνονται ανταλλαγή των ρόλων.

3. Κάθε οικογενειακό μέλος συμμετέχει στην υποχρεωτική τήρηση των ρόλων που έχουν καθοριστεί από την κοινή τους αντίληψη για την οικογένεια.

4. Κάθε προσπάθεια για τροποποίηση και διεύρυνση των άκαμπτων ρόλων έχει να αντιμετωπίσει τις πανίσχυρες δυνάμεις της ορμικής καταπίεσης κάθε οικογενειακού μέλους, π.χ. την επιθετικότητα.

Αυτοί οι παράγοντες οδηγούν στην δημιουργία ενός θρύλου ή μιας μυθικής αντίληψης για την οικογένεια, και για την υπεράσπιση της συμβάλλει δραστήρια κάθε μέλος της. Η επένδυση ψυχικής ενέργειας που είναι αναγκαία για την υπεράσπιση του οικογενειακού μύθου - της εικόνας που έχει η οικογένεια για τον εαυτό της - μπορεί να βάλει σοβαρά την ταυτότητα του μεμονωμένου ατόμου και να οδηγήσει στην εφηβεία σε μία " κρίση ταυτότητας " με ψυχωτικές διαστάσεις.

Βασικό είναι το πρόβλημα που αφορά την διάκριση ανάμεσα στο ρόλο και την ταυτότητα. Ο Erikson, με αφορμή την μελέτη των ταυτίσεων, διαπιστώνει τελικά ότι: << Η διαμόρφωση της ταυτότητας αρχίζει από το σημείο που παύει η χρησιμότητα των ταυτίσεων. Ξεκινά από το γεγονός ότι οι παιδικές ταυτίσεις εν μέρη εγκαταλείπονται, εν μέρη εξομοιώνονται μεταξύ τους και αφομοιώνονται σε μία νέα μορφή... >> Π.Σακελλαρόπουλος: " Προβλήματα επικοινωνίας στην οικογένεια του σχιζοφρενικού " Αθήνα, Ιούνιος 1974, σ.σ. 315 - 316.

Η επίμονη προσπάθεια ενός παιδιού μέσα στην παθολογική οικογενειακή σχέση να αναζητήσει μία ταυτότητα δική του δεν μπορεί να καρποφορήσει. Βρίσκεται μπροστά στηναδυναμία να κάνει την ασυνείδητη διαφοροποίηση του ρόλου του κάθε συζύγου στα πλαίσια του ζεύγους. Η κακή κατανομή των γονεϊκών ρόλων δεν θα επιτρέψει στον

μέλλοντα ψυχωσικό μία σωστή ταύτιση. Ειδικότερα η σχιζοφρενεί αντίδραση αποτελεί την τελευταία φάση μιας αλυσίδας γεγονότων, που η πρωτογενής αιτία της οφείλεται στις βαριά διαταραγμένες διανοητικές σχέσεις ανάμεσα στον μέλλοντα ασθενή και τους γονείς του. Με βάση αυτά, τολμά κανείς να υποθέσει ότι βασικός παράγοντας για την γέννηση της διαταραχής είναι η "κακή" μεταχείριση ανθρώπων (παιδιών) από άλλους ανθρώπους (γονείς). Αυτή η απώλεια σχέσεων, οδηγεί σε μία καταστροφική και πλήρη κατάρευση της επικοινωνίας, στο σχηματισμό ψυχωτικών συμβολικών διαδικασιών, στις οποίες καταρρακώνεται κάθε αντίληψη, νόημα και λογική, φαινόμενο που δεν διαφοροποιείται σαν ψύχωση. Η προσωπικότητα του δεν αναπτύσσεται και δεν διαφοροποιείται μεσ' το οικογενειακό περιβάλλον. Η οικογένεια σ' αυτή την περίπτωση παύει να λειτουργεί σαν μήτρα της αναπτυσσόμενης προσωπικότητας.

Πολύ σημαντική είναι η συμβολή " της μελέτης της επικοινωνίας " του J. Bateson και των συνεργατών του (1956 - 1969), οι οποίοι εισάγουν με τον όρο " διπλή - δέσμευση " ένα παθολογικό τύπο επικοινωνίας του ψυχωσικού με το περιβάλλον του και πρωταρχικά με την μητέρα του. Πρόκειται για ένα τύπο επικοινωνίας, μεταξύ δύο ατόμων, κατάλληλο να ευνοήσει αν όχι να δημιουργήσει την συμπεριφορά του ψυχωσικού. Η υπόθεση τους βασίζεται στην θεωρία των λογικών τύπων του Russel. Ο ψυχωσικός, σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, εμφανίζει διαταραχές της επικοινωνίας και ακριβέστερα μία ειδική αναπηρία στο να διακρίνει τους λογικούς τύπους της σκέψης, και η οικογένεια είναι το ειδικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα γίνει η διεργασία που θα οδηγήσει σ' αυτόν τον τύπο της διαταραχής. Χαρακτηριστικοί τύποι συμπεριφοράς του οικογενειακού περιβάλλοντος θα δημιουργήσουν τις ειδικές προϋποθέσεις " εκμαθήσεως " της διπλής δέσμευσης.

Η ειδική δέσμευση ξεκινά από έναν ειδικό τύπο αμφιθυμικής συμπεριφοράς της μητέρας προς το παιδί. Ο λόγος της, η έννοια που εκφράζει, περιέχει συγχρόνος και ένα άλλο νόημα αντίθετο και αντιφατικό με το εκφραζόμενο. Πολλές φορές το πρόβλημα της μητέρας είναι να ελέγχει το φόβο και το άγχος, από το γεγονός ότι έχει ένα παιδί καθορίζοντας την επαφή ή την απόσταση ανάμεσα στον εαυτό της και το

παιδί της και επηρεάζοντας τις σχέσεις της μέσα στην οικογένεια.

Πολύ καλό είναι το παράδειγμα του Batesson (1956) που αναφέρεται στο άρθρο του Π. Σακελλαρόπουλου << Προβλήματα επικοινωνίας στην οικογένεια του σχιζοφρενικού (μελέτη των θεωριών των J. Batesson, L. Wynne, Th. Lidz) >>, Αθήνα, Ιούνιος 1974, σ.321.

<< Ένας νέος άνδρας που εμφανίζει διαδοχικά επεισόδια σχιζοφρενικού τύπου είναι στο νοσοκομείο. Η κατάσταση του έχει βελτιωθεί σημαντικά και βρίσκεται σε φάση αναρρώσεως. Οι γιατροί επιτρέπουν την πρώτη επίσκεψη της μητέρας>>. Ο J. Batesson περιγράφει αυτή την πρώτη συνάντηση: << Ο νέος είναι έκδηλα ευχαριστημένος από την παρουσία της μητέρας του, μετά από τόσες εβδομάδες αποχωρισμού. Είναι διαχυτικός και μια στιγμή περνά το χέρι του στους ώμους της, αγκαλιάζοντας την. Εκείνη αναπηδά από την επαφή και το πρόσωπο της εκφράζει δυσφορία και εχθρότητα. Ο νέος τραβάει το χέρι του. Η μητέρα τότε τον ρωτάει: " Τι συμβαίνει, δεν μ' αγαπάς; ". Το παιδί κοκκινίζει και η μητέρα προσθέτει: " Καλέ μου, δεν πρέπει να αισθάνεσαι τόσο φοβισμένος να εκδηλώσεις τα συναισθηματά σου ". Ο νέος έφυγε τρέχοντας και στις ώρες που ακολούθησαν εμφάνισε μια νέα υποτροπή.>>

Στο ίδιο άρθρο ο Π. Σακελλαρόπουλος αναφέρει: << Είναι αναμφισβήτητο βέβαιο, ότι όλοι έχουν υποστεί την επίδραση αυτού του τύπου επικοινωνίας, αλλά προϋπόθεση για να μιλήσουμε για διπλή δέσμευση, όπως λέει ο J. Melon (1971), είναι η αδυναμία του ατόμου, λόγω της μεγάλης και ειδικής εξαρτήσεως που είχε με την μητέρα του, να διαφύγει από αυτή τη σχέση >>.

Σε μία σχέση που είναι εξαιρετικά σημαντική για τη ζωή του και πρότυπο για όλες τις άλλες σχέσεις, το παιδί σε κάθε περίπτωση τιμωρείται, είτε δείχνει αγάπη και συμπάθεια είτε όχι, και του αφαιρείται κάθε δυνατότητα φυγής από την κατάσταση κερδίζοντας την εύννοια των άλλων.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την αιτιολογία της ψύχωσης όπως αναφέρουν στην έρευνα τους ο Wynne και οι συνεργάτες του (1958) είναι αυτού της " ψευδο - αμοιβαιότητας ".

Ασφαλώς όλες οι ανθρώπινες σχέσεις είναι με τον ένα ή τον άλλο

τρόπο δομημένες με σκοπό την αλληλοσυμπλήρωση ή την ένωση. Στην ανάλυση όμως της ψευδοαμοιβαιότητας τονίζεται το υπερβολικό δέσιμο στην ένωση αυτή σε βάρος της διαφοροποίησης της ταυτότητας των ανθρώπων που έχουν τα άτομα των οικογενειών αυτών, ότι κάθε συγκίνηση ή ένταση θα οδηγήσει σε ρήξη και πλήρη καταστροφή της επικοινωνίας. Οι θετικές όψεις της σχέσεως δεν μπορούν να ερευνηθούν και να διαπλατυνθούν. Ενώ η επαφή είναι συναισθηματικά έντονα φορτισμένη, παράλληλα η σχέση είναι καθλωμένη, άδεια, στείρα, αποπνικτική. Η ψευδοαμοιβαότητα, περικλείει ένα χαρακτηριστικό δίλλημα: Η διαφορά απόψεων εκλαμβάνεται σαν διακοπή της σχέσεως και πρέπει επομένως να αποφεύγεται, αλλά εάν η διαφορά απόψεων αποφεύγεται η ανάπτυξη της σχέσεως είναι αδύνατη.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1974) τονίζει επίσης ότι ένα άλλο στοιχείο της ψευδοαμοιβαιότητας είναι: πως η ίδια η οικογένεια θεωρεί ότι είναι ένα κλειστό κοινωνικό σύστημα που έχει πλήρη αυτόρκεια, μία μικρό - κουλτούρα, με τους δικούς της μύθους, θρύλους και ιδεολογία στους οποίους μένει αμετακίνητη. Γιαυτό το λόγο οι ταυτίσεις με τους άλλους αποφεύγονται και η αμετακίνητη αντίληψη, στην περίπτωση που μπορεί να αποτελέσει απ' αρχή εκτροπή από το status quo, συσκοτίζεται, αλλοιώνεται.

Από την σκοπιά του διεθνούς ινστιτούτου πνευματικής υγείας (1954) η οικογενειακή ψευδοαμοιβαότητα παρουσιάζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που διαπιστώνονται εύκολα, όπως: μόνιμη αμεταβλητότητα της δομής των ρόλων της οικογένειας, παρά τις φυσικές και περιστασιακές αλλαγές του τρόπου ζωής των οικογενειακών μελών και τις μεταβολές στα βιώματα της οικογενειακής ζωής. Αγκίστρωμα στο επιθυμητό και σκόπιμο αυτής της δομής ρόλων. Δείγματα έντονης ανυσηχίας μπροστά στην πιθανότητα στην απόκλιση ή και ολοκληρωτικής ανεξαρτησίας από τη δομή αυτή. Έλλειψη αυθορμητισμού πρωτοτυπίας, χιούμορ και δροσιάς στις αμοιβές συναισθηματικές σχέσεις.

Αντίθετα, σε σχέσεις γνήσιας αμοιβαιότητας ο καθένας προσφέρει το αίσθημα της δικής του λογικής θετικά αξιολογημένης ταυτότητας και

από την βίωση ή την συμμετοχή σ' αυτή την αμοιβαιότητα γεννιέται ο αμοιβαίος σεβασμός της ταυτότητας του άλλου και η αυξανόμενη αναγνώριση των εσωτερικών δυνατοτήτων και ικανοτήτων του.

Συνοψίζοντας οι παράγοντες που δημιουργούν την οικογενειακή ψευδοαμοιβαιότητα και οι ενισχυτικοί οικογενειακοί κοινοί μηχανισμοί συντελούν στην δημιουργία μιας κατάστασης, όπου το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να έχει εμπιστοσύνη στις αντιλήψεις του και μοιάζει να μην έχει διέξοδο.

Σύμφωνα με τον Lidz και της ομάδας των ερευνητών που εργάστηκαν μαζί του (1956), η αιτιολογία αποδίδεται:

1. Στην μόνιμη σύγκρουση των δύο ανώριμων γονέων που παρουσιάζουν εκτεταμένη συναισθηματική προσκόλληση στις δικές τους οικογενειές.

2. Σε μία από σειρά μελετών της ψυχοπαθολογίας του ενός ή και των δύο γονέων.

Ύστερα από σειρά μελετών ο Lidz (1956), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι οικογένειες αυτές δεν μπόρεσαν ποτέ να αποκτήσουν την αναγκαία πυρηνική δομή, οι γονείς, από την αρχή σχημάτισαν μία ένωση ουσιαστικά ανύπαρκτη. Η διαταραχή της επικοινωνίας των γονέων οδηγεί σε μία ένωση ανυπαρξία εναρμονίσεων μεταξύ τους αλλά και στον ρόλο τους κοντά στο παιδί. Επιφανειακά, συχνά, φαίνονται " σύμαχοι", σύμαχο όμως για να αποκλείσουν τον μέλλοντα ψυχωσικό από την οικογενειακή σχέση ή γενικότερα να δράσουν βλαπτικά επάνω του.

Σύμφωνα με τον Batesson και τους συνεργάτες του (1956), οι εντάσεις μεταξύ των γονέων που δεν λύνονται ικανοποιητικά μ' άλλον τρόπο, οδηγούν στο κυνήγι του " αποδιοπομπαίου τράγου ". Οι σύζυγοι στις διαταραγμένες αυτού του είδους οικογένειες έχουν, όπως προαναφέρθηκε άγχος για την συζυγική τους σχέση και για την συμπεριφορά του συζύγου τους. Ο καθένας είναι πάντα ανασφαλής στην συμπεριφορά του ως προς τις αντιδράσεις του άλλου. Οι εντάσεις, που προέρχονται από άλυτες συγκρούσεις είναι τόσο ισχυρές που πρέπει να εκτονωθούν. Δεν εκπλήσει το γεγονός ότι διαλέγουν ένα κατάλληλο αντικείμενο, που συμβολίζει τις συγκρούσεις και μειώνει την ένταση.

Είναι βέβαια πιθανό να αναλάβει τη λειτουργία αυτή ένα άτομο ή μια ομάδα έξω από την οικογένεια. Οι γονείς έχουν εσωτερικεύσει σε τέτοιο βαθμό τις φόρμες του περιβάλλοντος, που τους είναι δύσκολο, έλλειψη κατάλληλης βάσης, να δώσουν το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου σ' έναν τρίτο. Εκτός απ' αυτό, οι περισσότερες από τις οικογένειες αυτές έχουν λιγότερους δεσμούς με την κοινότητα τους, και επειδή αποδίδουν μεγάλη σημασία στο να γίνουν αποδεκτές από αυτήν, δεν έχουν την δύναμη να έρθουν σε ρήξη με τον περιγυρό τους. Με αποτέλεσμα να προτιμούν να κάνουν αποδιοπομπαίο τράγο το ίδιο τους το παιδί.

Ακόμη στο βιβλίο του ο Batesson αναφέρει πως το άτομο που παίρνει το ρόλο αυτό αναπτύσσει συχνά τόσο ισχυρές εντάσεις που δεν είναι πλέον σε θέση να εκπληρώσει τα συνήθη καθήκοντα του, είναι σημαντικό να μην γίνονται αποδιοπομπαίοι τράγοι εκείνα τα μέλη της οικογένειας που εκπληρώνουν ουσιαστικές και αναντικατάστατες λειτουργίες μέσα σ' αυτή. Το παιδί, σε σύγκριση με τους γονείς του και τους ενήλικους, έχει να εκπληρώσει στην οικογένεια σχετικά λίγους ρόλους και η διαταραχή του δεν υποσκάπτει συνήθως την εκπλήρωση του αναγκαίου για την οικογένεια έργου. Οι συνέπειες των λειτουργικών διαταραχών του παιδιού δεν είναι σοβαρές σε σχέση με τα λειτουργικά ωφέλη που αποκομίζει ολόκληρη η οικογένεια.

Το παιδί πρέπει να παίξει το ρόλο του " δύσκολου παιδιού " για να ανταποκριθεί στη λειτουργία του σαν αποδιοπομπαίου τράγου. Η προβληματική συμπεριφορά πρέπει να ενισχυθεί αρκετά, για να διατηρηθεί παρά την εχθρότητα και τους φόβους που γεννιούνται μέσα του. Αυτή η ευαίσθητη ισορροπία μπορεί να δημιουργηθεί μόνο όταν οι γονείς έχουν απόλυτη εξουσία πάνω στο παιδί, καθορίζουν και ελέγχουν τα πάντα. Προϋποθέτει επίσης ότι οι γονείς μεταχειρίζονται το παιδί πολύ αντιφαντικά. Η γενική αντίφαση έγκειται ανάμεσα στην ασυνείδητη και τη σαφή αποδοση του ρόλου.

Ως τώρα δεν αναφέρθηκε ο ρόλος των κληρονομικών παραγόντων στην αιτιολογία της ψύχωσης. Και αυτό γιατί αποτελεί αναντίρρητο γεγονός ότι η ψυχική ασθένεια γεννιέται μέσα και μέσω του πληθυσμού, ο οποίος μπορεί να μελετηθεί και με άλλους τρόπους εκτός από τον

γενετικό. Ακόμα και οι υπερμάχοι της γενετικής βάσης δέχονται την επιρροή του περιβάλλοντος, και πολλοί αναγνωρίζουν πως είναι δύσκολο να διαχωρίσουν τους κοινωνικούς από τους βιολογικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τον Bateson (1956) ο τρόπος της βιολογικής κληρονομικότητας της ψύχωσης δεν έχει ξεκαθαριστεί και η επιμονή πολλών μελετητών στην χρησιμοποίηση της κληρονομικότητας για την αιτιολογία της ψύχωσης έκανε μονάχα να εμποδιστεί και να παραλύσουν παρα πέρα σχετικές έρευνες.

Μέσα από αυτή τη μικρή εποπτεία των διαφόρων θεωριών σχετικά με το οικογενειακό είναι ο πρώτος δάσκαλος των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και συναισθηματικών αντιδράσεων . Οι πολυπροβληματικές σχέσεις μέσα σ' αυτήν ενισχύουν το σχηματισμό παράλογων ιδεών και αφόρητων συναισθηματικών αναγκών και συχνά προσφαίρουν αλληλοσυγκρούμενα και μη αφομειώσημα πρότυπα ταύτισης. Είναι ξεκάθαρη η σπουδαιότητα της πρώιμης σχέσης μητέρα - παιδιού. Οι ερευνητές υποθέτουν πως ατέλειες στη σχέση αυτή απλά επιτρέπουν τη δημιουργία μιας προδιάθεσης απαραίτητως για την ανάπτυξη ψυχικών και ψυχοσωματικών διαταραχών. Η προδιάθεση δεν είναι αιτία. Υποθέτουν πως η αδυναμία του εγώ του ψυχωσιτικού συσχετίζεται με την ενδοβολή της γονεϊκής αδυναμίας - σαν εξάρτηση της μητέρας από το παιδί για την εκπλήρωση των προσωπικών της επιθυμιών. Με την απώθηση του παιδιού στη διάρκεια της πρώιμης ταύτισης μ' έναν από τους γονείς και τελικά με τις υποτιμημένες εικόνες που προκαλούνται με την μείωση του ενός γονέα από τον άλλο.

Γ. ΣΤΑΔΙΑ ΚΡΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ύστερα από τις διάφορες θεωρίες που παρουσιάστηκαν για την αιτιολογία της ψύχωσης και την παθολογία γενικότερα σ' αυτές τις οικογένειες θα πρέπει να αντιμετωπίζεται, για την καλύτερη θεραπεία του ασθενή, η οικογένεια ως υποκείμενο ψυχιατρικής φροντίδας, φορέα αλλαγής και δομή μεταρρύθμισης.

Για να μπορέσει κανείς να προσεγγίσει ένα τέτοιας ευρύτητας θέμα και να θίξει ορισμένα σημεία θα πρέπει να την προσεγγίσει από μία διαφορετική σκοπιά, από την στιγμή δηλαδή που αρχίζει η αλληλεπίδραση της με το χώρο του ψυχιατρείου.

Η Κ. Χαραλαμπίκη (1994) σημειώνει ότι η αλληλεπίδραση αυτή αρχίζει συνήθως μετά από μία μακρά περίοδο δυσλειτουργίας της οικογένειας, δυσκολίας στη λύση των προβλημάτων και stress. Η εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας σ' ένα μέλος της, έρχεται ως επιστέγασμα της συσσώρευσης αυτών των προβλημάτων αλλά είναι και μία ανακούφιση, αφού το πρόβλημα αρχίζει να γίνεται φανερό. Από την άλλη μεριά αυτή η αποκάλυψη φέρνει καινούργια προβλήματα και φορτίζεται με ένταση και αρνητικά συναισθήματα: Η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση.

Στην αρχή η οικογένεια, μέσα από τα ευαισθητοποιημένα απέναντι στο πρόβλημα αλλά και ανθεκτικά μέλη της, ψάχνει να βρει κοινωνικά στηρίγματα. Απευθύνεται σε δασκάλους, σημαίνοντα συγγενικά πρόσωπα ή άτομα από τους χώρους ψυχικής υγείας που προσεγγίζονται περιφερειακά π.χ. ψυχολόγους. Οι λιγοστές οργανωμένες υπηρεσίες που υπάρχουν, δεν μπορούν πάντα να προσεγγιστούν από την οικογένεια κατά την περίοδο εισόδου της στην κρίση και να αποτελέσουν γι' αυτήν κοινωνικό στήριγμα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η οικογένεια μη έχοντας ή μη αξιοποιώντας εναλλακτικές δομές προ - νοση - λειακής φροντίδας να οδηγείται στις πύλες του ψυχιατρείου. (Παράρτημα Α, ΠΙΝΑΚΕΣ 1, 2, 3)

Συνεχίζοντας η ίδια αναφέρει πως η οικογένεια φτάνει στο ψυχιατρείο. Η πρώτη νοσηλεία έχει τις περισσότερες φορές ένα δραματικό χαρακτήρα. Δημιουργεί μία ασυνέχεια με την προηγούμενη

ζωή και αναγγέλει την έμφαση ενός νέου σταδίου ανάπτυξης. Η οικογένεια νοιώθει ότι έχει υποστεί μία ήττα. Συναισθάνεται ότι δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα μόνη της και ότι χρειάζεται να απευθυνθεί στην πολιτεία (π.χ. εισαγγελέα) και στους παραδοσιακούς θεσμούς ψυχιατρικής περίθαλψης. Τα συναισθήματα της ανεπάρκειας, συνοδεύονται από ενοχές, θυμό, ματαιώση, απελπισία και κατάθλιψη. Ταυτόχρονα όμως δρομολογείται μια διαδικασία εξάρτησης της οικογένειας από το ψυχιατρείο. Η οικογένεια αναθέτει στα χέρια του νοσοκομείου την ευθύνη για τον ασθενή. Υφίσταται την ταπείνωση της αποδοχής της ανεπάρκειάς της, το φόβο μήπως αποκαλυφθούν μυστικά (αλκοολισμός γονιού, βία, αιμόμικτικές τάσεις ή σχέσεις) αλλά ταυτόχρονα, ελπίδες για την θεραπεία του. Ο άρρωστος μετακινείται προς την " νοσοκομειακή οικογένεια ". Αυτό μπορεί να δημιουργήσει δευτερογενή σοβαρά προβλήματα στην οικογένεια και να μπλοκάρει την μελλοντική λειτουργία της εφ' όσον της αποδυναμώνει αντί να της ενισχύει την δυνατότητα χειρισμού των προβλημάτων της και την ευθύνη. Η οικογένεια ευαίσθητη σε κάθε κριτική ρουφάει κυριολεκτικά τα μηνύματα που της δίνει το νοσοκομείο. Μερικά από αυτά τα μηνύματα είναι:

1. Τα πιο πολλά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται να έχουν τις οικογένειες πάνω από το κεφάλι τους και περνάνε το μήνυμα: << μην μπλέκεστε στα πόδια μας >>

2. Τα πιο πολλά νοσοκομεία είναι ανέτοιμα να δουν την κρίση, τον πόνο και τα προβλήματα ολόκληρης της οικογένειας και να προσφέρουν την βοήθειά τους.

3. Συχνά υπάρχει η τάση ενοχοποίησης είτε της οικογένειας είτε του νοσηλευόμενου μέλους της. Όποια κι αν είναι η ψυχοπαθολογία του ασθενή ολόκληρη η οικογένεια έχει μπει σ' ένα παραλληλητικό σύστημα. Τα ψυχιατρεία, ανίκανα να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων με τα μέλη της οικογένειας, εύκολα μπαίνουν σε απλουστετικά σχήματα που τελικά οδηγούν στην μεταφορά της ψυχοπαθολογίας μέσα στο νοσοκομειακό σύστημα. Το προσωπικό του ψυχιατρείου παίρνει πολλές φορές το μέρος του ενός ή του άλλου μέλους

της οικογένειας, κάνοντας τις δικές του ταυτίσεις και λειτουργώντας έτσι το ίδιο σ' ένα παρανοειδες splitting.

4. Το ψυχιατρείο είναι ένα σχετικά κλειστό σύστημα που αποτελείται από ξεχωριστές ενότητες άκαμπτα δομημένες, κατά τρόπο που να κάνουν δύσκολη την μετάδοση πληροφοριών. Ένα σύστημα με τις δικές του αξίες, τους δικούς του μύθους και μυστικά. Πολλές φορές αυτή η μυθολογία παίρνει τρομακτικές διαστάσεις για την οικογένεια.

Μία απρόσωπη επαγγελματική γλώσσα δεν είναι σε θέση να εισχωρήσει στον πόνο της οικογένειας και να επικοινωνήσει με την ανθρώπινη διάσταση της παθολογικής συμπεριφοράς.

Επίσης η Κ. Χαραλαμπάκη (1994) προσθέτει ότι τώρα πια ο ασθενής μπαίνει στη ρουτίνα της καθημερινής ζωής του ψυχιατρείου, μειώνεται, έστω και προσωρινά, η λειτουργικότητα του και κυρίως μειώνεται η προσωπική του ευθύνη και αυξάνει η εξάρτηση από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Εδώ συχνά βλέπει κανείς να ντοκουμεντάρεται ο δρόμος του προς τη χρονιότητα. Η οικογένεια προσωρινά αποσύρεται και προσπαθεί να αναδιοργανωθεί αλλά μετρώντας ένα απόντα. Ο ασθενής με την συναίνεσή της, προτρέπεται να γίνει "καλός ασθενής" όπως ακριβώς λέμε "καλός μαθητής". Εδώ φαίνεται να δημιουργείται η ιατρογενής αποπροσωποίηση. Το να φτάσει κανείς στα στάνταρτς του νοσοκομείου είναι ο μόνος τρόπος για να κερδιθεί ο τίτλος της "βελτίωσης" και μαζί το εξιτήριο.

Με την απόκτηση αυτού, παύει και η περίοδος ανάπαυλας για την οικογένεια. Ο ασθενής επιστρέφει έχοντας πάρει φαρμακευτική αγωγή, ηρεμότερος, χωρίς οξέα συμπτώματα. Εκεί βρίσκει το φυσικό οικογενειακό περιβάλλον το οποίο εκτός από την αποδοχή της ύπαρξης του ασθενούς δεν έχει υποστεί ουσιαστικές αλλαγές. Οι ίδιοι στρεσογόνοι παράγοντες εξακολουθούν να υπάρχουν, οι ίδιες παθολόγες μορφές επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και, γιατί όχι, η ίδια ανάγκη της οικογένειας να χρησιμοποιεί ένα άρρωστο μέλος ή αλλιώς ίδια η λειτουργία του συμπτώματος. Έτσι, οι πιέσεις επανεμφανίζονται τόσο για την οικογένεια όσο και για τον ασθενή και μπορεί πια κανείς να αρχίσει να κάνει πρόγνωση για το χρόνο της

υποτροπής. Τέλος η Κ. Χαραλαμπάκη (1994) αναφέρει ότι σε παλιότερες εποχές μετά τη δεύτερη- τρίτη επανάληψη αυτού του κύκλου ο ασθενής θα είχε οδηγηθεί στη Λέρο. Σήμερα περιγράφεται μια καινούργια μορφή ιδρυματοποίησης, το σύνδρομο της "περιστρεφόμενης πόρτας" δηλαδή το γνωστό πήγαινε- έλα στο ψυχιατρείο. Διαπιστώνεται ότι στους χώρους αυτούς εφαρμόζεται μία " as if " θεραπευτική λειτουργία τους. Βοηθάνε τους ασθενής, βοηθώντας τους ταυτόχρονα να μην αλλάξουν και έτσι δεν αλλάζουν και τα ίδια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ - ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΝΔΙΑΜΕΣΕΣ ΔΟΜΕΣ

Η εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ευρώπη και στην Αμερική και οικονομικοί παράγοντες που την καθορίζουν, απέδειξαν ότι το "μέλλον" στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι οι ενδιάμεσες δομές, στην κατεύθυνση της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής.

Κατά τον Π. Σακελλαρόπουλο (1985) η κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική είναι δύο όροι που χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν τις τάσεις της ψυχιατρικής περίθαλψης τις τελευταίες δεκαετίες, από τη δεκαετία του '60 και μετά.

Πρώτα απ' όλα δεν είναι η κοινωνική ψυχιατρική ένας άλλος κλάδος ψυχιατρικής ή ένα κομμάτι της ψυχιατρικής. Είναι μια άλλη έννοια, που έχουμε ενστερνιστεί σχετικά με τη λειτουργία σε ότι αφορά την ψυχική νόσο. Είναι μια άλλη στάση απέναντι στον άρρωστο και όχι μόνο. Ασχολείται γενικότερα με όλα τα άτομα της κοινωνίας και τις προσαρμοστικές τους ικανότητες.

Η κοινωνική ψυχιατρική επίσης ενδιαφέρεται για τα άτομα που δεν ζητούν ψυχιατρική βοήθεια, ενώ αναπτύσει παράλληλα το κατάλληλο όργανο έρευνας για να ερευνήσει την ψυχοβιολογική και την κοινωνικοπολιτιστική απαρτίωση του ανθρώπου. Άρα, η κοινωνική ψυχιατρική διερευνά την αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον.

Συμφωνα με τον Β. Αλεξανδρή (1992) το αντικείμενο της κοινωνικής ψυχιατρικής είναι:

- 1) Το άτομο υγιές ή παθολογικό
- 2) Η οικογένεια του
- 3) Οι ομάδες ατόμων με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό (ευάλωτοι πληθυσμοί, μειονότητες).

Κατά τη γνώμη του ίδιου ιδιαίτερες περιοχές που ενδιαφέρουν την κοινωνική ψυχιατρική είναι η μελέτη των φαινομένων:

- 1) της κοινωνικής κινητικότητας (μετανάστευση, περιθωριακότητα)

- 2) της κοινωνικής διαστρωμάτωσης
- 3) της πολιτιστικής αλλαγής
- 4) της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης σε σχέση με τις διάφορες ψυχοπαθολογικές παραμέτρους.

Συνεχίζει ο ίδιος και αναφέρει ότι η κοινωνική ψυχιατρική υιοθέτησε τρεις τάσεις που είναι:

- 1) Να χρησιμοποιείται ο όρος ερευνητικός τομέας για τη διερεύνηση της σχέσης κοινωνικών μεταβλητών για την ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία

- 2) Να χρησιμοποιείται ο όρος για να εκφράσει την τάση της αποϊδρωματοποίησης και να ταυτίζεται με τον όρο κοινοτική.

- 3) Τέλος ο όρος να χρησιμοποιείται για να εκφράσει την αναγκαιότητα να αντιμετωπίζεται το άτομο με ψυχικές διαταραχές σαν εννιαία βιοψυχοκοινωνική ολότητα και σε συνάρτηση με το σύνολο των συνθηκών που το περιβάλλουν. Γεγονός είναι ότι η κοινωνική ψυχιατρική επέφερε σημαντικές αλλαγές στην ψυχιατρική περίθαλψη, ενισχύοντας ιδιαίτερα τις εξωνοσοκομειακές δομές και την μερική νοσηλεία των ασθενών.

Κατά τον Π. Σακελλαρόπουλο (1994) κοινοτική ψυχιατρική σημαίνει ψυχιατρική στην κοινότητα. Η κοινότητα ορίζεται ως ένα υποσύνολο του όρου κοινωνία, ως μία γεωγραφική περιφέρεια ή ακόμα και ως τρόπος ζωής. Κάνοντας λόγο για κοινοτική ψυχιατρική, δεν αναφερόμαστε απλά σε μια μονάδα περίθαλψης, αλλά σε ένα σύνολο συνεργαζομένων υπηρεσιών.

Η κοινοτική υπηρεσία που είναι τοποθετημένη πολύ κοντά στο τόπο κατοικίας του ασθενή έχει ευνοϊκές προϋποθέσεις για έγκυρη επισύμανση ψυχικών διαταραχών ή και ψυχολογικών ή ψυχοκοινωνικών προβλημάτων για πρόωπη επέμβαση και για εγκατάσταση και διατήρηση θεραπευτικής σχέσης..

Σύμφωνα με τον Μ. Μαδιανό (1989) στόχος της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι:

- 1) Η πρωτογενής πρόληψη δηλ. ο έλεγχος και η εξάλειψη όλων εκείνων των παραγόντων που είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση μιας

ψυχικής διαταραχής. Η πρόληψη στο στάδιο αυτό έχει ως συνέπεια την μείωση του αριθμού των νέων περιπτώσεων ψυχικών αρρώστων.

2) Η δευτερογενής πρόληψη, που ισοδυναμεί με την μείωση της επικράτησης της ψυχικής αρρώστιας, που επιτυγχάνεται με την πρόωμη παραπομπή, διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία των ψυχικά αρρώστων.

3) Η τριτογενής πρόληψη δηλ. η πρόληψη των υποτροπών στον άρρωστο και των μόνιμων βλαβών που επέρχονται με αντίστοιχη προσπάθεια την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάστασή του. (Παράρτημα Α, ΠΙΝΑΚΑΣ 4)

4) Η μείωση των απορριπτικών τάσεων της οικογένειας προς τον άρρωστο μέλος.

5) Η οικονομική ωφέλεια για το κοινωνικό σύνολο από την άσκηση της προληπτικής και θεραπευτικής ψυχιατρικής σε κοινοτικό επίπεδο.

Σχετικά μ' αυτό ο Π. Σακελλαρόπουλος (1988) αναφέρει ότι στην Ελλάδα από το τέλος της δεκαετίας του 1970, συγκροτήθηκαν ομάδες ειδικών που δημιούργησαν και λειτούργησαν ενδιάμεσες δομές χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο τομέα, στον οποίο και θα εντάσσονται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

Στο πρόγραμμα αποασυλοποίησης δεν υπάρχει ένα σώμα που πάσχει, δεν υπάρχει ένα σύμπτωμα μιας αρρώστιας που πρέπει να αντιμετωπισθεί αλλά ένας άνθρωπος που έχει δικαίωμα να βρίσκεται στο φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον του, στην εργασία του, στην οικογενειά του.

Με το πρόγραμμα αυτό των ενδιάμεσων δομών δεν επαναφέρεται μόνο ο άνθρωπος στη "ζωή" αλλά εμποδίζεται η εισαγωγή του στο ίδρυμα με τις γνωστές συνέπειες περνώντας το μήνυμα (το πιο αισιόδοξο ίσως στο χώρο της ψυχιατρικής) στον κάθε υπεύθυνο, στον κάθε πολίτη, ότι αυτοί οι άνθρωποι, όταν νοιώσουν ασφαλής και προστατευμένοι, όταν νοιώσουν ότι δεν απειλούνται, τότε μπορούν να ζήσουν και να λειτουργήσουν ανάμεσα μας.

Το μήνυμα αυτό είναι αναγκαίο να περάσει. Είναι βαθιά ανθρώπινο και θα πρέπει να γίνει γνώμονας για νέα προβληματική στο χώρο της

ψυχιατρικής. Με βάση αυτή τη φιλοσοφία διαμορφώνονται οι ενδιαμέσες δομές με στόχους την θεραπεία της αρρώστιας, την κοινωνική επανένταξη και την επαγγελματική αποκατάσταση.

Κατά τον Π. Σακελλαρόπουλο (1988) το απαραίτητο φάσμα υπηρεσιών που πρέπει να έχει στη διαθήση της η κοινοτική ψυχιατρική είναι:

- 1) Εξωτερικό ιατρείο παρακολούθησης χρόνιων αρρώστων
- 2) Υπηρεσία ημερήσιας θεραπευτικής φροντίδας, όπως νοσοκομείο ημέρας, μονάδες επαγγελματικής κατάρτισης, κέντρο ψυχικής υγιεινής.
- 3) Υπηρεσίες νυχτερίνης διαμονής και φροντίδας όπως ξενώνες, νοσοκομείο νύχτας, θεραπευτικά διαμερίσματα κ.α

A. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Σύμφωνα με τον Π. Σακελλαρόπουλο (1988) το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής δημιουργήθηκε στην προσπάθεια αποκέντρωσης και τομεοποίησης της ψυχιατρικής περίθαλψης. Λειτουργεί μέσα στα πλαίσια της αλυσίδας Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής λειτουργεί τομεακά και καλύπτει συγκεκριμένη περιοχή.

Οι σκοποί του είναι:

1) Για τη διερεύνηση των επιπέδων της ψυχικής υγείας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα της κοινότητας την οποία θα εξυπηρετήσει το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής.

2) Για την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικό εξωνοσοκομειακό επίπεδο με βάση τις αρχές της προληπτικής ψυχιατρικής.

3) Για να ευαισθητοποιήσει τους κατοίκους στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των διαφόρων ιατροκοινωνικών του προβλημάτων, περιορίζοντας έτσι την απόσταση μεταξύ του κοινού και των ψυχιατρικών υπηρεσιών, καθώς και να ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή του κοινού στη λειτουργία του Κέντρου (ομάδες εθελοντών, επιτροπές κλπ)

4) Για τη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση επιστημόνων της Ψυχικής Υγείας (Ψυχιάτρων, Κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων,

αδερφών Νοσοκμμων, απασχολισιοθεραπευτών κλπ) στη Κοινοτική Ψυχιατρική που θα στελεχώσουν μελλοντικά προγράμματα κοινοτικής Ψυχιατρικής.

5) Για την καθιέρωση ενός πρότυπου που ή αποδειγμένη στην πράξη αποδοτικότητα του θα επιτρέψει την επέκταση του θεσμού της Κοινοτικής Ψυχιατρικής σε μεγαλύτερη ανάπτυξη.

Οι προοπτικές του:

1) Πρωταρχικός σκοπός των πρώτων 6 μηνών της λειτουργίας του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι η διεξαγωγή μιας κοινωνιοψυχιατρικής μελέτης στην κοινότητα με σκοπό την διερεύνηση των κοινωνιοπολιτιστικών και άλλων παραμέτρων σε σχέση με το επίπεδο της Ψυχικής Υγείας αντιπροσωπευτικού δείγματος της κοινότητας, καθώς και η στάση του κοινού απέναντι στη ψυχική αρρώστια και τον ψυχικά άρρωστο.

2) Δημιουργία δικτύου παραπομπών ψυχιατρικών περιπτώσεων από τις διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες καθώς και δημιουργία επαφών με τις κοινοτικές αρχές, την Εκκλησία, τα σχολεία και τις άλλες τοπικές οργανώσεις και το κοινό, μέσα στο πλαίσιο ενημέρωσης- εκπαίδευσης του κοινού πάνω στα προβλήματα της Ψυχικής Υγείας και στην ενεργή συμμετοχή τους στη λειτουργία του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής.

3) Βαθμιαία έναρξη παροχής των ψυχιατρικών υπηρεσιών που περιλαμβάνουν τις παρακάτω Υπηρεσίες:

α) Ατομική Ψυχιατρική Παρακολούθηση ενηλίκων και παιδιών, (διάγνωση, φαρμακευτική και υποστηρικτική αγωγή) σε τρισεβδομαδιαία βάση (9πμ έως 12μμ). Εδώ περιλαμβάνεται και πρόγραμμα των επισκέψεων της ψυχιατρικής ομάδας στα σπίτια ατόμων όπου η επίσκεψη κρίνεται αναγκαία.

β) Ειδικές θεραπείες μετά απο ειδική επιλογή αρρώστων, σε καθορισμένο ωράριο (οικογενειακή και ομαδική θεραπεία και κοινωνιοθεραπεία)

γ) Καθημερινό Πρόγραμμα Επανακοινωνικοποίησης θα περιλαμβάνει 15- 20 αρρώστους, κυρίως χρόνιους ψυχωσικούς οι οποίοι καθημερινά θα

απασχολούνται από ένα Απασχολησιοθεραπευτή και θα συμμετέχουν σε διάφορες θεραπευτικές ομάδες στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας. Γενικότερα κριτήρια επιλογής αρρώστων για τα ειδικά καθημερινά προγράμματα:

γ1) Να είναι κάτοικοι της κοινότητας

γ2) Να ευρίσκονται τα συμπτώματά τους σε ύφεση

γ3) Να έχουν προβλήματα αποκατάστασης της επανακοινωνικοποίησης.

γ4) Να ζουν με άλλα άτομα

δ) Προγράμματα Προληπτικής Θεραπευτικής Αγωγής: Θα περιλαμβάνει ψυχωσικά άτομα που έχουν αποκατασταθεί επαγγελματικά, βρίσκονται όμως κάτω από φαρμακευτική και ψυχιατρική παρακολούθηση. Τα άτομα αυτά θα συμμετέχουν μερικές ώρες μιας καθορισμένης ημέρας κάθε 15- 20 ημέρες σε ποικίλες ψυχοθεραπευτικές εκδηλώσεις.

ε) Προγράμματα Κοινοτικών δραστηριοτήτων: Περιλαμβάνει την οργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων (γιορτές- διαλέξεις) με έμφαση στην επιμόρφωση του κοινού σε θέματα Ψυχικής Υγιεινής και το σχηματισμό ομάδων αυτοβοήθειας.

στ) Αξιολόγηση του έργου του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Η αξιολόγηση θα μας δώσει πολύτιμες πληροφορίες πάνω στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων προγραμμάτων και γενικότερα πάνω στη λειτουργία του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής.

B. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ

Είναι μονάδα μερικής νοσηλείας, φιλοξενεί ασθενείς που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στα εξωτερικά ιατρεία και για τους οποίους δεν είναι αναγκαία η εισαγωγή τους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η νοσηλεία γίνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας μέσα από διάφορα προγράμματα και οι ασθενείς διανυκτερεύουν στις κατοικίες τους.

Τα κριτήρια για την εισαγωγή στο νοσοκομείο ημέρας είναι:

1) Ο άρρωστος πρέπει να έχει ένα βαθμό ευαισθησίας και διάθεση για συμμετοχή στη θεραπεία

2) Ο άρρωστος πρέπει να είναι σε θέση να περάσει τις νύχτες και τα

σαββατοκύριακα στο σπίτι του.

3) Η οικογένεια του αρρώστου πρέπει να είναι σύμφωνη για την παραμονή του στο σπίτι και το περιβάλλον του δεν πρέπει να είναι τόσο πολύ παθογόνο ώστε να γίνει επιζήμιο κατά την παραμονή του

4) Ο άρρωστος δεν πρέπει να είναι διεγερτικός, μανιακός, συγχυτικός με τάσεις αυτοκαταστροφής, διανοητικά καθυστερημένος ή αποδιοργανωμένος.

5) Ο άρρωστος πρέπει να είναι σε θέση να ταξιδεύει καθημερινά από το σπίτι του μέχρι το νοσοκομείο μόνος του. Αυτό σημαίνει ότι δεν πρέπει να έχει ένα σοβαρό παθολογικό νόσημα ή μια βαριά σωματική αναπηρία.

6) Τέλος, η απόσταση της κατοικίας του από το νοσοκομείο Ημέρας δεν πρέπει να είναι μεγάλη.

Οι κατηγορίες δραστηριοτήτων του Κέντρου Ημέρας μπορούν να χωριστούν γενικά σε τρεις ομάδες:

Ομάδα 1: Εργοθεραπεία, χειροτεχνία, ξυλουργική, κηπουρική, άλλες υπαίθριες απασχολήσεις, κεραμική, τυπογραφία, ζωγραφική, σχέδιο, κατασκευή παιχνιδιών, ψαθοποιία, ραπτική

Ομάδα 2 : Κοινωνικές δραστηριότητες αναψυχής, παιχνίδια, χαρτιά, πίνγκ- πονγκ, τάβλι, παρακολούθηση τηλεόρασης- ραδιοφώνου, διάβασμα, προβολή ταινιών, έκδρομές, συμμετοχή οικογένειας φίλων

Ομάδα 3 : Διάφορες θεραπείες, ομαδική θεραπεία, ατομική θεραπεία

Γ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΥΧΤΑΣ

Σ' αυτό νοσηλεύονται ασθενείς τη νύχτα. Πρόκειται για εργαζόμενους ή ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο επαγγελματικής επανένταξης. Οι περιορισμοί ή τα κριτήρια εισαγωγής είναι ανάλογα με αυτά του νοσοκομείου ημέρας.

Δ. ΛΕΣΧΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ CLUBS

Αποτελούν τόπο συνάντησης όπου συχνά βρίσκονται προς το τέλος κυρίως της ημέρας πρώην άρρωστοι ή πρώην νοσηλευτές και μερικοί θεραπευτές. Στην πλειοψηφία τους τα μέλη της λέσχης είναι πρώην

ασθενείς που έχουν όμως μία ικανοποιητική κοινωνική επανένταξη.

Στόχος της λειτουργίας της λέσχης είναι η ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μέσα από τη διοργάνωση δραστηριοτήτων πολιτιστικών, μορφωτικών και γενικότερα δημιουργικών απασχολήσεων (διαλέξεις, πολιτιστικές ανταλλαγές, παιχνίδια, κατασκευές, σινεμά- club, έξοδοι τα σαββατοκύριακα, γυμναστική - χορός).

Ε. ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Πρόκειται για ένα είδος κέντρου ψυχικής υγιεινής, που όμως λειτουργεί επί 24ωρης βάσης και έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει κλινικά ψυχιατρικές τάσεις. Λειτουργούν σε κοινοτικό επίπεδο και συνδυάζουν τις λειτουργίες του κέντρου ψυχικής υγιεινής, εξωτερικών ιατρείων.

Η χρονική περίοδος της κλινικής αντιμετώπισης πρέπει να μην ξεπερνά τις 10-12 ημέρες προς αποφυγή μετατροπής του κέντρου σε μικρό νοσοκομείο. Είναι γεγονός ότι οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις σπάνια διαρκούν πάνω από αυτό το χρονικό διάστημα.

Τα πλεονεκτήματα ενός τέτοιου κέντρου είναι μεταξύ άλλων

1) Ευχερής και σωστή περίθαλψη ενός μεγάλου αριθμού ασθενών που χωρίς λόγο εισάγεται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία

2) Σαν άμεση συνέπεια του πρώτου απελευθέρωση και ανακούφιση των ψυχιατρικών νοσοκομείων από μεγάλο αριθμό μη αναγκαίων εισαγωγών.

3) Περίθαλψη του ασθενή στο περιβάλλον του και συμμετοχή του περιβάλλοντος στη θεραπεία

4) Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού απέναντι στη ψυχική νόσο με αποτέλεσμα την καλύτερη πρόληψη.

ΣΤ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πρόκειται για μονάδες που στόχος τους είναι η σταδιακή αντικατάσταση του ψυχιατρικού ασύλου, γι' αυτό και τις αναφέρουμε στις "εξωνοσοκομειακές δομές" της ψυχιατρική περίθαλψης.

Παρέχει κατά το δυνατόν, βραχυχρόνια νοσηλεία σε ασθενείς που

χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη.

Ακόμη δίνει βοήθεια σε ψυχολογικά προβλήματα που προέρχονται από σωματικές ασθένειες.

Ζ. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Είναι μονάδες κατάλληλα εξοπλισμένες που σκοπό έχουν την επαναφορά "χαμένων" δεξιοτήτων σε ψυχικά ασθενείς.

Ο επαγγελματικός προσανατολισμός θα πρέπει να είναι ανάλογος με τις ικανότητες και τις πραγματικές επιθυμίες και ανάγκες του ασθενή. Στις μονάδες αυτές συνεργάζεται ένας μεγάλος αριθμός ειδικών που αποτελείται από τους ειδικούς τεχνίτες, τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχολόγους, και τους ψυχιάτρους.

Υπάρχουν μονάδες για ψυχωσικούς οι οποίες βρίσκονται στο Αιγάλεω, στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη, στην Πάτρα και σε άλλες πόλεις. Δεν λειτουργούν αυτόνομες αλλά σαν αναπόσπαστο τμήμα των άλλων υπηρεσιών του κέντρου ψυχικής υγιεινής σε κάθε πόλη. Η φιλοσοφία του προγράμματος λειτουργίας των μονάδων στηρίζεται στην ανάπτυξη αισθήματος αυτοεκτίμησης και ανεξαρτησίας από τους εκπαιδευόμενους και στην απόκτηση των απαραίτητων κοινωνικών δεξιοτήτων και επαγγελματικών γνώσεων ώστε να μπορούν από μόνοι τους να αντιμετωπίσουν την κοινωνική πραγματικότητα και την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Το προσωπικό των μονάδων αποτελούν επιστήμονες της ψυχικής υγείας και τεχνικοί εκπαιδευτές. Τα εργαστήρια που λειτουργούν σε κάθε μονάδα έχουν επιλεγεί ύστερα από έρευνα της αγοράς και σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ. Η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι ένα με ενάμιση χρόνο και υπάρχει δυνατότητα προέκτασης του προγράμματος σε μερικούς εκπαιδευόμενους σε τρία χρόνια.

Η αξιολόγηση των εκπαιδευόμενων γίνεται σε όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης με τη χρησιμοποίηση ειδικών κλιμακών εκτίμησης της ψυχοπαθολογικής εικόνας όπως και της εργασιακής συμπεριφοράς και απόδοσης, από τον εκπαιδευτή και από τον ίδιο τον εκπαιδευόμενο.

Οι μονάδες επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης είναι πρωταρχικής σημασίας για την επανένταξη αφού έχει διαπιστωθεί από πολλούς ερευνητές ότι η εύρεση εργασίας είναι σημαντικός παράγοντας για την έξοδο από τα ψυχιατρεία.

Η. ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ - ΞΕΝΩΝΕΣ

Τα οικοτροφεία - ξενώνες επαγγελματικής κατάρτισης είναι μία άλλη εναλλακτική δομή. Στόχος της είναι η δια μέσου θεραπείας και επαγγελματικής εκπαίδευσης κοινωνικοποίηση των χρόνιων ψυχωσικών. Οι άρρωστοι των οικοτροφείων προέρχονται από τα δημόσια ψυχιατρεία, μετά από νοσηλεία πολλών χρόνων. Είναι άνθρωποι που χρειάζονται πολλαπλάσια φροντίδα, εργασία, προσωπικό και έξοδα από εκείνους που παρακολουθούνται στο πλαίσιο της κοινότητας.

Οι τομείς των δραστηριοτήτων των κέντρων επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχωσικών είναι : Επιλογή στο ψυχιατρείο Αθηνών, Θεσσαλονίκης ή άλλων πόλεων προετοιμασία των ασθενών στο ψυχιατρείο, διάρκειας τριών -έξι μηνών, θεραπεία, κοινωνικοποίηση, επαγγελματική κατάρτιση, επανένταξη. Παράλληλα δε, εκπαίδευση στελεχών ψυχικής υγείας, έρευνα και αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται. Για την περίπτωση των οικοτροφείων - ξενώνων η μέχρι σήμερα εμπειρία μας μας επιτρέπει να σκιαγραφήσουμε μερικές από τις βασικές έννοιες στόχους:

1) Η έννοια ενός προστατευμένου χώρου ικανού να αναπαράγει μεταφορικά την έννοια του σπιτιού, της καθημερινής ζωής και συμμετοχής των μελών στα συμβαίνοντα.

2) Η έννοια του προσωπικού χώρου, των προσωπικών αντικειμένων που προσδιορίζουν την ατομικότητα και διαφορετικότητα του ατόμου.

3) Η έννοια του κοινόχρηστου χώρου και των κοινών κανόνων συνύπαρξης που συμβάλλει στην ανάπτυξη του αισθήματος ότι το άτομο ανήκει σε μια ομάδα με κοινούς αλλά και διαφοροποιημένους ανάλογα με τα άτομα στόχους και καθήκοντα.

4) Η έννοια του κοινωνικού χώρου μέσα στον οποίο ανήκει το οικοτροφείο-ξενώνας και η συνεχής επικοινωνία και συναλλαγή μ' αυτόν

Οι Δ. Δαμίγος- Ε. Ευριπίδου στο άρθρο τους : "Η έννοια του μεταβατικού πλαισίου" (1993), αναφέρουν τους θεμελιώδεις κανόνες συνύπαρξης των ασθενών μέσα στο οικοτροφείο- ξενώνες. Οι κανόνες αυτοί αναφέρονται:

1) Στην απαγόρευση της βίας, σωματικής και λεκτικής από κάθε μέλος, είτε της ομάδας των ασθενών είτε της θεραπευτικής ομάδας, προς οποιοδήποτε άτομο.

2) Στη φροντίδα και διατήρηση των συνθηκών ασφαλείας των ατόμων ή του ξενώνα και στην απαγόρευση κάθε ενέργειας που θα μπορούσε να τη βάλλει σε κίνδυνο.

3) Στην υποχρέωση να φροντίζουμε της υγεία μας σε όλα τα επίπεδα.

Στόχος της όποιας θεωρητικής προσπάθειας και κατανόησης των οικοτροφείων δεν είναι να δώσουν απαντήσεις οριστικές και κλειστές γύρω από τη λειτουργία τους, αλλά να δημιουργήσουν τις συντεταγμένες εκείνες που θα επιτρέψουν το παιχνίδι μεταξύ των θεραπειών και των θεραπευόμενων. Ένα παιχνίδι του οποίου οι κανόνες είναι σε διαρκή αναζήτηση και προσδιορισμό. Ακόμη βασικός τους στόχος είναι να αποτελέσουν τον τόπο περάσματος από μια κατάσταση αναπηρίας σε μια πιο αυτόνομη ζωή, πέρασμα - για ορισμένους- από τον ασυλικό εγκλεισμό στην εγκατάσταση μέσα στην κοινωνία, μέσα στην πόλη. Πέρασμα από μια ανιστόριτη πορεία σε μια μικροιστορία φτιαγμένη από νέες εμπειρίες, εκείνες που προσφέρει κάθε ομαδική διαβίωση.

Ειδική αναφορά στο οικοτροφείο `Αμφισσας

Για την καλύτερη κατανόηση του θεσμού των οικοτροφείων και της φιλοσοφίας τους θα γίνει μια αναλυτικότερη αναφορά στη λειτουργία και το έργο του οικοτροφείου `Αμφισσας, όπως βιώθηκε μέσα από την οχτάμηνη εργασία στο συγκεκριμένο χώρο.

Οπώς αναφέρουν ο Π. Σακελλαρόπουλος (1984) το οικοτροφείο Αμφισσας δημιουργήθηκε το 1984 με στόχο την επανένταξη των χρόνιων ψυχωσικών στο κοινωνικό σύνολο διαμέσω της επαγγελματικής εκπαίδευσης και θεραπείας.

Χρηματοδοτείται από το Υπουργείο εργασίας (ΟΑΕΔ) και το κοινωνικό ταμείο ευρωπαϊκών κοινοτήτων.

Το πρόγραμμα (ίδρυσης του οικοτροφείου) ονομάστηκε αρχικά <<επαναπατρισμού >>. Αφορά άτομα που κατάγονται από το νομό αλλά λόγω της αρρώστιας και του κοινωνικού και ψυχιατρικού status ξεριζώθηκαν κοινωνικά, οικονομικά, οικογενειακά, πολιτισμικά και συναισθηματικά με μακρόχρονες νοσηλίες στα δημόσια ψυχιατρεία.

Στη συνέχεια οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η επιλογή του νομού Φωκίδας έγινε λόγω της αγροτικής φυσιογνωμίας του αλλά και της εργασίας ευαισθητοποίησης που είχε προηγηθεί από την Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Η επιλογή των αρρώστον έγινε από τα δημόσια ψυχιατρεία Τρίπολης, Πέτρας Ολύμπου, Κ.Θ.Ψ.Π.Α., Δρομοκαεΐτειο, Αιγινήτειο, Λέρου. Τα κριτήρια επιλογής εκτός από την καταγωγή των αρρώστων από το νομό ήταν: η έλλειψη σοβαρού οργανικού νοσήματος, ηλικίας έως 60 ετών, καλή διανοητική κατάσταση.

Το πρόγραμμα του οικοτροφείου τον πρώτο χρόνο λειτουργίας έγινε για 14 άτομα, 10 άνω των 25 και 4 κάτω των 25 ετών . Τελικά φιλοξένησε σαν σταθερά μέλη 8 άτομα ενώ υπήρχε και μικρός αριθμός (2) αρρώστων που χαρακτηρίζονταν ασταθή μέλη και συμμετείχαν μερικά και σε σχέση με τις ανάγκες τους στο πρόγραμμα. (Τα τελευταία χρόνια και μέχρι πρότινος φιλοξενούνταν στο οικοτροφείο 8 άτομα, ηλικίας άνω των 55 ετών).

Επίσης τονίζουν ότι κοινωνική επανένταξη άρχισε από τις πρώτες συναντήσεις με τους αρρώστους στα ψυχιατρεία. Η συναισθηματική

διακίνηση η υπευθυνοποίηση και η δυνατότητα υγείων ταυτίσεων στην σχέση με το θεραπευτή βοήθησε στο πέρασμα από τη στεγανή ατομική στάση του ιδρυματοποιημένου ατόμου σε μία καταρχήν υγιεινή διαδική σχέση. Η γνωριμία του κάθε αρρώστου τόσο με όλους τους θεραπευτές όσο και με τους άλλους αρρώστους δημιούργησε προϋποθέσεις ομάδας.

Μετά την επιλογή ακολούθησε η προετοιμασία εξόδου των αρρώστων από τα ψυχιατρεία. Εργασία μακρόπνοη- εξειδικευμένη, πολύπλοκη.

Ο Β. Αλεξανδρής στο άρθρο του "Πρόγραμμα αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων" (1986) σ. 3 αναφέρει:

" Η εργασία με τους αρρώστους είναι δύσκολη, μακρόχρονη, κουραστική, και εξειδικευμένη. Βρήκαμε αρκετές αντιρρήσεις, αντιστάσεις και αμφιβολίες από τους θεραπευτές του ασύλου αλλά οι μεγαλύτερες δυσκολίες προέρχονται από τη βαρύτερη κατάσταση των ασυλοποιημένων χρονίων ψυχωσικών. Είναι άτομα εγκατελειμένα από τις οικογένειες επί χρόνια, που ζουν στο άσυλο που τους παρέχει στέγη, φαγητό και φάρμακα. Είναι γνωστή η έλλειψη ημερήσιου προγράμματος, οι συνθήκες εγκατάλειψης, η απουσία θεραπευτικού ή άλλου (κινητοποιητικού) πλάνου έτσι που οι άρρωστοι καταλήγουν να ξυπνάνε - να τρώνε, να παίρνουν τα φάρμακα τους και αυτό να επαναλαμβάνεται πρωϊ- μεσημέρι- βράδυ επί χρόνια. Έτσι δεν είναι περίεργο ότι βρήκαμε μόνο έξι από εικοσιπέντε άτομα που είχαν κάποιες δυνατότητες προόδου, παρότι ήταν αδύνατο να χειριστούν χρήματα πάνω από μικροποσά (συνήθως της τιμής ενός πακέτου τσιγάρα ή καφέ), τους τρόμαζε η κυκλοφορία των αυτοκινήτων, δεν μπορούσαν να περάσουν απέναντι σε δρόμους με σηματοδότες, έτρωγαν και ντύνονταν με χαρακτηριστικά ασυλιακό τρόπο και "συζητούσαν" με τα μέλη της ομάδας επαναλαμβάνοντας στερεότυπα το παραλήρημα τους"

Ο ίδιος συνεχίζει λέγοντας ότι για τον κάθε ασθενή ορίστηκε ένα βασικός θεραπευτής και δύο συνθεραπευτές. Οι επαφές γίνονταν με 3 ραντεβού τη βδομάδα. Στα ραντεβού πραγματοποιούνταν : ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες και στην αρχή βόλτες έξω από το άσυλο, ενώ αργότερα προγραμματίζονταν και εκδρομές. Γινόταν επισκέψεις σε πολυσύχναστους χώρους και συνοδεύονταν από τους θεραπευτές όταν

άρχισαν να ενδιαφέρονται- να αγοράσουν ρούχα ή άλλα προσωπικά αντικείμενα. Επίσης πραγματοποιούνταν εκδρομές στην Αμφισσα για να γνωρίσουν το χώρο του οικοτροφείου.

Συνοπτικά και αρκετά σχηματικά μπορεί να ειπωθεί πως οι διακυμάνσεις των ασυλιακών αρρώστων χαρακτηρίζονταν από καχυποψία, αμφιβολία, φόβο και άρνηση συμμετοχής στην υπευθυνοποίηση, αμφιθυμία και τα πρώτα δειλά θετικά συναισθήματα που οδήγησαν στην σχετική αποδοχή της συμμετοχής.

Κατά το Β. Αλεξανδρή (1986) αναφέρεται πως ταυτόχρονα έγινε εργασία και με τους αρρώστους τού νομού οι οποίοι τουλάχιστον δεν είναι γεωγραφικά αποκομμένοι ενώ βρίσκονται σε σταθερή θεραπευτική σχέση με την Κ.Μ.Ψ.Π.Υ

Μετά από αλληπάλληλες συζητήσεις με τη θεραπευτική ομάδα βγήκε το συμπέρασμα ότι βασικός τομέας της θεραπευτικής ομάδας ήταν και εξακολουθεί να είναι οι οικογένειες των αρρώστων. Οικογένειες που έχουν χαρακτηριστεί κατά καιρούς από τους ειδικούς ως εξαρτητικές - παθολογικές - παθογόνες- που απορρίπτουν τα άρρωστα μέλη τους. Οι συχνές υποτροπές του αρρώστου λόγω έλλειψης παρακολούθησης εκτός ψυχιατρείου και το κοινωνικό στίγμα της τρέλας ολοκληρώνουν την εικόνα (της οικογένειας του ψυχωσικού).

Η εργασία της ομάδας με τις οικογένειες των αρρώστων γίνεται στην κατεύθυνση της συναισθηματικής σχέσης με τον άρρωστο και την προσπάθεια μεταβολής της στάσης της, με την προοπτική της κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης του αρρώστου.

Στόχος της ομάδας του οικοτροφείου ήταν αρχικά η μείωση της απενοχοποίησης και απόρριψης που νοιώθουν οι οικογένειες από το κοινωνικό σύνολο. Η εργασία με τις οικογένειες είναι ιδιαίτερα επίπονη και κάποιες φορές έφερνε το προσωπικό αντιμέτωπο με βασικές αρχές της λειτουργίας του οικοτροφείου όπως την αποφυγή σύγκρουσης με την κοινότητα.

Η ομάδα στοχεύει και εξακολουθεί να εργάζεται πάνω στα συναισθήματα ενοχής, απελπισίας, θυμού, αγωνίας ή μοναξιάς που έχουν. Γίνεται προσπάθεια να απομυθοποιηθεί η ψυχική αρρώστια και να

απαλλιωθεί το στίγμα και η προκατάληψη. Γίνεται ευαισθητοποίηση των γονιών πάνω στις ανάγκες και τα προβλήματα των παιδιών τους καθώς επίσης τους διδάσκονται διάφορες τεχνικές αντιμετώπισης. Ακόμη γίνεται έντονη προσπάθεια να δουλεύεται η ψυχοπαθολογία της οικογένειας και να ανακατατάσσονται και να αλλάζουν οι ρόλοι μέσα στον οικογενειακό αστερισμό.

Η ομάδα κατάφερε να έχει από το δεύτερο χρόνο λειτουργίας σταθερές μέρες επίσκεψης στα σπίτια των μελών ενώ από τον τρίτο χρόνο οι οικογένειες άρχισαν να επισκέπτονται το οικοτροφείο.

Η προετοιμασία της κοινότητας περιλάμβανε : Συζητήσεις, ομιλίες με άτομα και φορείς όπως η έρευνα- παρέμβαση που έγινε στις γειτονιές γύρω από το κτίριο του οικοτροφείου. Εδώ αξίζει να σημειωθεί η συνεργασία και βοήθεια από το δήμο Αμφισσας και από άτομα κύρους ευαισθητοποιημένα που βοήθησαν από την αρχή του προγράμματος στην άμβλυνση της "απειλής" από το "σπίτι με τους τρελούς" στο κέντρο της πόλης.

Το κτίριο του οικοτροφείου είναι ένα δύοροφο σπίτι που στον πάνω όροφο είναι τα υπνοδωμάτια και στον κάτω όροφο η τραπεζαρία και οι χώροι των θεραπειών, εκπαιδευτικών ομάδων. Διαμορφώθηκε ώστε να είναι άνετο και ευχάριστο τόσο για τα μέλη όσο και για τους θεραπευτές και να λειτουργεί σαν σπίτι.

Αρχιτεκτονικά δένει με τα άλλα κτίρια, έχει κήπο και βρίσκεται σε κεντρικό σημείο της Αμφισσας. Στην διαμόρφωση του χώρου οι θεραπευτές συνεργάστηκαν με αρχιτέκτονες ευαισθητοποιημένους στις ανάγκες ατόμων με ψυχικά προβλήματα.

Ο κορμός της εργασιακής ομάδας αποτελούνταν από τους ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και εργοθεραπευτές. Αργότερα προστέθηκαν με την πρόοδο των εργασιών και η οικοδέσποινα και εκπαιδευτές αγρότες.

Η επιλογή συνεργατών με "συνείδηση", αίσθημα υψηλής ευθύνης, δυναμική προσφορά που ξεπερνά τα όρια και τους σημερινούς εργασιακούς συσχετισμούς, αποτελεί τον "άξονα επιτυχίας" ή ομοιογένειας, χωρίς "ανθρωπιά" και υπόβαθρο, την πηγαία πίστη στο

λειτουργημα κάθε προσπάθεια απαρχής προδιαγράφεται με απαισιοδοξία.

Η κατανόηση των αρρωστων με τους κατάλληλους χειρισμούς ευρύνει τους δυναμικούς συσχετισμούς που αναπτύσσονται μεταξύ θεραπευτών και αρρώστων. Εκτός από τους ειδικούς επαγγελματίες ένα από τα βασικότερα μέλη της εργασιακής ομάδας είναι η οικοδέσποινα: Το σταθερό καθημερινό πρόσωπο, ο βασικός συντελεστής και οργανωτής της καθημερινής ζωής, το σταθερό πρόσωπο που κυρίως με τη συναισθηματική στάση της παίζει το ρόλο της μητέρας, χειρίζεται και επιλύει με την παρέμβαση της τα ανακύπτοντα καθημερινά προβλήματα.

Ένα σημαντικό κεφάλαιο όπου τίθενται αρκετοί προβληματισμοί όσον αφορά τους χρόνιους ψυχωσικούς αρρώστους, είναι το θέμα της καθημερινής φροντίδας, προσωπικής υγιεινής κλπ.

Οι περισσότεροι από τους αρρώστους πέρασαν σχεδόν όλη τη ζωή τους σε άσυλα. Αυτό σημαίνει ότι αφ' ενός οι άνθρωποι αυτοί δεν έχουν την έννοια της ιδιοκτησίας: τι μου ανήκει, τι δεν μου ανήκει, αφού και ο ίδιος δεν ανήκει πουθενά και αφ' ετέρου αυτοί οι άνθρωποι για να καταφέρουν να επιβιώσουν σ' αυτές τις συνθήκες υλικής και συναισθηματικής στέρησης, ανέπτυξαν κάποιους μηχανισμούς άμυνας. Το να τους παρέχεται πληθώρα υλικών και συναισθηματικών ερεθισμάτων χωρίς την ταυτόχρονη στήριξη του εγώ μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας τους κάνει αδύναμους και τους εκθέτει σε κινδύνους. Στόχος είναι να βιώνουν τα μέλη λιγότερο ψυχικό πόνο. Πίσω από την εκπαίδευση των βασικών δεξιοτήτων είναι η θεραπεία. Τελικά είναι ένας στόχος για την καλύτερη ποιότητα ζωής, δουλεύοντας την αυτοεκτίμηση, το ανέβασμα της εικόνας του εαυτού, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις. Με στοργή και φροντίδα οριοθετείται με στοργή καλλιεργείται η ευθύνη και η ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Είναι ένα δύσκολο κομμάτι για τους θεραπευτές αλλά απαραίτητο, διότι ακόμη και οι θεραπευτές δεν έχουν "δεχθεί" τον χρόνιο ψυχωσικό - ασυλιακό άρρωστο σαν "ισότιμο" άτομο, μέλος της κοινωνίας με δικαιώματα και υποχρεώσεις.

Οι ψυχωσικοί άρρωστοι είναι γνωστό ότι έχουν μια "ευάλωτη" εικόνα

εαυτού, όπου τα όρια σωματικού εγώ και του άλλου, δεν είναι τόσο ξεκάθαρα, ο άρρωστος πρέπει να μάθει να φροντίζει τον εαυτό του, να πλένεται, να ντύνεται, δεν θα πρέπει να ικανοποιεί την επιθυμία "ο δικός τους άρρωστος να εμφανίζεται όμορφος και καθαρός". Ίσως θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη φράση ότι οι θεραπευτές είναι τα πρόσωπα αναφοράς του αρρώστου και όχι στη φράση "ο δικός τους άρρωστος". Η τελευταία φράση δηλώνει μία φορτισμένη συναισθηματική σχέση που εκθέτει σε κίνδυνο τόσο το θεραπευτή αλλά ακόμη περισσότερο τον άρρωστο. Η έκθεση του ψυχωσικού αρρώστου σε πολλά ερεθίσματα και έντονα συναισθήματα μπορεί να είναι καταστροφική.

Ο Π. Σακελλάροπουλος και συνεργάτες (1986) αναφέρουν ότι το ειδικευμένο προσωπικό του οικοτροφείου στην προσπάθεια του για πλήρη κοινωνικοποίηση των μελών του έθεσε το ερώτημα ότι πρέπει να ξεκινήσει με τον ψυχωσικό ασθενή όπως μ' ένα μικρό παιδί 3- 4 χρονών, ίσως και μικρότερο. Για την επίτευξη του στόχου αυτού οι δραστηριότητες των μελών του οικοτροφείου από την αρχή της λειτουργίας του επικεντρώθηκε σε 3 κυρίως τομείς ανάπτυξης: προσωπικό, κοινωνικό και επαγγελματικό.

Η προσωπική ανάπτυξη περιλαμβάνει τομείς όπως η προσωπική υγεία και υγιεινή, αυτοφροντίδα, δουλειές σπιτιού (στρώσιμο κρεβατιών, πλύσιμο πιάτων), ψώνια, διαχείριση προσωπικού χρήματος, χρησιμοποίηση μέσων επικοινωνίας και μεταφοράς, αγορά προσωπικών αντικειμένων, διακοπές 15 ημέρες το καλοκαίρι.

Η κοινωνική ανάπτυξη δίνει έμφαση στην καλύτερευση εικόνας ευαυτού των διαπροσωπικών σχέσεων, στην καλύτερη χρησιμοποίηση του χρόνου ψυχαγωγίας (πάρτυ, εκδρομές, παιχνίδια, συζητήσεις) και των κοινοτικών υπηρεσιών (εξωτερικά ιατρεία, γραφεία Πρόνοιας). Τα μέλη ενθαρρύνονται να κάνουν επαφές και σχέσεις με άτομα και ομάδες από την κοινότητα (ΚΑΠΗ- Δήμαρχος) όπως επίσης και να τους καλούν για ένα καφέ ή συνάντηση στο οικοτροφείο.

Η επαγγελματική εκπαίδευση σταχεύει να κινητοποιήσει τα μέλη (σηκώνονται το πρωί, κρατούν την ώρα, παρακολουθούν με συνέπεια) και να τους διδάξει εργασιακές σχέσεις (ιδιαίτερα καταμερισμό εργασίας

μεταξύ τους) και σε ένα άλλο επίπεδο να τους εκπαιδεύσει σ' ένα συγκεκριμένο τρόπο εργασίας.

Στο σημείο αυτό θα αποτελούσε παράλειψη η μη αναφορά στα ανακύπτοντα προβλήματα του οικοτροφείου. Προβλήματα πολλά και πολύπλοκα.

Ο Π. Σακελλάροπουλος και συνεργάτες (1986) τονίζουν ότι η ψυχοσυναισθηματική διακύμανση των αρρώστων ξεκίνησε από την αποδοχή συμμετοχής στο πρόγραμμα για να καταλήξει σε σχετική αποδοχή. Η σειρά που ακολουθήθηκε ήταν αρχικά αποδοχή συμμετοχής με την έννοια του εξιτηρίου απο το ψυχιατρείο και φόβος της άρνησης όταν άρχισε η υπευθυνοποίηση σε σχέση με τον εαυτό τους αφού το άσυλο τους ρύθμιζε τα πάντα αλλά και ο φόβος της πραγματικότητας και αντίδρασης από την οικογένεια.

Η αναγκαιότητα εργασίας με την οικογένεια για την αποενοχοποίησή της και την αποδοχή του άρρωστου μέλους της.

Στην πράξη αποδυναμώνεται πως η ευαισθητοποίηση της κοινότητας είναι η απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία του οικοτροφείου αλλά κρίνεται απόλυτα απαραίτητο αυτή να είναι συνεχής. Έχει παρατηρηθεί μέσα από τη δεκάχρονη λειτουργία του οικοτροφείου πως η στενή και συνεχής σχέση με τους κατοίκους της κοινότητας αμβλύνει την προκατάληψη και τον κοινωνικό ρατσισμό.

Η πολυπλοκότητα των προβλημάτων (εκτός από τα προαναφερθέντα) έγκειται και στις συχνά απρόβλεπτες δυσκολίες που παρουσιάζει η επανένταξη και πλήρη κοινωνικοποίηση των χρόνιων και ασυλοποιημένων αρρώστων. Δυσκολίες σε συνάρτηση με τη βαρύτητα της νόσου και ισχυρό stress που προκαλείται στο ψυχωσικό άτομο από την κοινωνικοποίηση του. Η προσπάθεια της υπευθυνοποίησης είναι ουσιαστικός παράγοντας μικρών αλλά σπάνια σοβαρών υποτροπών.

Οι συγγραφείς συνεχίζουν αναφέροντας ότι οι εκλυτικοί παράγοντες για υποτροπές διαφέρουν κατά τη πορεία της επανένταξης με τη ανυπαρξία αυτών όταν το άτομο διατηρεί μεγάλο μέρος της ασυλικής συμπεριφοράς στην αρχή και τον πολλαπλασιασμό των αιτιών που αφορούν σχέσεις με τη θεραπευτική ομάδα, οικογένεια - κοινότητα και τη

δυσκολία εξεύρεσης εργασίας στη συνέχεια.

Η αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων είναι υπόθεση της ομάδας (των εργαζομένων) που πρέπει να παραμείνει μία ψυχιατρική ομάδα υψηλής εξειδίκευσης με γνώσεις ψυχοπαθολογίας, θεραπευτικής και ψυχοφαρμακολογίας.

Συπερασματικά μπορεί να λεχθεί ότι δημιουργήθηκε ένα οικοτροφείο με προοπτικές κρατικού σχεδιασμού. Δε θα ονομαζόταν πρότυπο που είναι έννοια δεμένη με την απόλυτη τελειότητα αλλά αποτέλεσε ένα δείγμα εφαρμοσμένης αποδοτικής κάλυψης των αναγκών χρόνιων ψυχωσικών.

Κατάφερε μέσα από την υλοποίηση του προγράμματος του να εξαλείψει τα στοιχεία εκείνα που κάνουν τον ψυχωσικό διαφορετικό στοιχεία που τα πήρε ζώντας πολλά χρόνια σε ένα ίδρυμα. Τέλος η επιστημονική εμπειρία που αποκτήθηκε μέσα από την μακρόπνοη εργασία, μπορεί να επεκταθεί και σε άλλες περιοχές της χώρας.

Θ. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

Οι Α. Πάριος, Ρ. Βορριά, Δ. Γκίνη (1994) αναφέρουν ότι τα προστατευμένα διαμερίσματα είναι το επόμενο βήμα για την πλήρη κοινωνικοποίηση των ασθενών. Βρίσκονται διάσπαρτα στον Ελλαδικό χώρο. Είναι ποικίλλου βαθμού αυτονομίας και φιλοξενούν από ένα έως τέσσερεις ασθενείς το καθένα. Πολλοί από αυτούς προέρχονται από το εκάστοτε οικοτροφείου της κάθε πόλης. Οι πιο νεώτεροι στην ηλικία ψυχωσικοί ασθενείς είναι συνήθως άτομα που στερούνται επαρκούς οικογενειακού και κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, αδυνατούν να ζήσουν εντελώς αυτόνομα. Για την ελληνική πραγματικότητα είναι κατά κανόνα άτομα που διαβίουν το μεγαλύτερο διάστημα του χρόνου σε ψυχιατρείο και που σταδιακά ασυλοποιούνται.

Οι ασθενείς ενθαρρύνονται και βοηθούνται να συμμετέχουν σε κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, είτε μέσα στα πλαίσια των δραστηριοτήτων ψυχικής υγείας είτε καλύτερα εκτός σε μια προσπάθεια αποτροπής μιας νέας μορφής κοινωνικής πλέον ασυλοποίησης. Εκτός του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος έχουν τη δυνατότητα παρακολούθησης ομαδικών θεραπειών.

Ειδική αναφορά στα προστατευμένα διαμερίσματα Αμφισσας

Παράλληλα με το οικοτροφείο Αμφισσα λειτουργούσε και ένα προστατευμένο διαμέρισμα. Από τον Νοέμβριο του 1995 βιώθηκε από κοντά η εκπλήρωση του στόχου του οικοτροφείου που ήταν η προετοιμασία όλων των μελών για το πέρασμα στα προστατευμένα διαμερίσματα. Αυτή τη στιγμή λειτουργούν πια τρία διαμερίσματα όπου διαμένουν τέσσερα άτομα στο καθένα από αυτά. Με την εγκαθίδρυση των διαμερισμάτων ο θέσμος του οικοτροφείου παύει να υπάρχει για τη συγκεκριμένη πόλη.

Οι Α. Πάριος και συνεργάτες (1994) αναφέρουν ότι ο τύπος των προστατευμένων διαμερισμάτων στην Άμφισσα εμπεριέχει τα εξής στοιχεία:

1) Οικονομική βοήθεια από την εταιρεία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας (κάλυψη ενός μέρους του ενοικίου, των δαπανών ρεύματος, νερού κλπ κατά 50%)

2) Θεραπευτική βοήθεια: Δηλαδή δεκαπενθήμερο ιατρικό follow-up από ψυχιάτρους με θεραπευτικές παρεμβάσεις και καθημερινή παρουσία από θεραπευτή (ψυχολόγο, κοιν. λειτουργό, νοσηλεύτη, κλπ)

3) Επαγγελματική απασχόληση στις συνεταιριστικές δραστηριότητες του προγράμματος

1) Οικονομική βοήθεια

Το μέλος που προετοιμαζόταν από το οικοτροφείο για να περάσει στο προστατευμένο διαμέρισμα ενημερωνόταν ότι για 6- 8 μήνες η εταιρεία θα του παρέχει τα ανωτέρω. Αυτό γινόταν για το "σταδιακό απογαλακτισμό" ώστε να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες ζωής εκτός οικοτροφείου.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επάνδρωση του χώρου του εκάστοτε διαμερίσματος είναι η ίδια η συμμετοχή του μέλους στην επιλογή της υλικοτεχνικής υποδομής της κατοικίας του. Εχουμε διαπιστώσει ότι η μη τήρηση ορισμένων δεδομένων δεν διευκολύνει τη σταδιακή προσαρμογή των μελών, δηλαδή η εκεί συμμετοχή στην επιλογή και αγορά ειδών (κουζίνας, ψυγείο κλπ) έτσι ώστε τα αντικείμενα να έχουν το προσωπικό στοιχείο του κάθε μέλους

2) Θεραπευτική βοήθεια

α. Προετοιμασία μελών οικοτροφείου

Σκοπός της προετοιμασίας των μελών του οικοτροφείου για τη διαμονή στο προστατευμένο διαμέρισμα ήταν η πρόληψη τυχόν υποτροπών και η ομαλότερη μετάβαση στον καινούργιο χώρο. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού πραγματοποιήθηκαν ατομικές συνεδρίες των μελών κάθε διαμερίσματος με τους θεραπευτές τους και ομαδικές συναντήσεις μελών (που θα διαμένουν μαζί) και θεραπευτών.

Τα θέματα των συναντήσεων αφορούσαν τους λόγους της μετακόμισης την μορφή των διαμερισμάτων, τα θετικά στοιχεία που προκύπτουν από την δημιουργία μικρότερων και λειτουργικά ευέλικτων διαμερισμάτων. Ένα από τα βασικότερα θέματα αποτέλεσε η δυνατότητα των μελών να εκφράσουν άμεσα ή έμεσα τις ανησυχίες τους, τις ιδέες τους και ότι άλλο τους απασχολούσε σε σχέση με την μετάβαση.

Πολλή χρήσιμη ήταν η βοήθεια των μελών που διάμενουν στο υπάρχον ήδη διαμέρισμα. Έχοντας μία "εικόνα" πραγματικότητας για το πως είναι το νέο σπίτι, συνέβαλαν ουσιαστικά στην προετοιμασία της μετάβασης των μελών.

β. Εκπαίδευση μελών οικοτροφείου στις εργασίες που ανέλαβαν στον νέο διαμέρισμα.

Η εκπαίδευση των μελών άρχισε με την εκ περιτροπής φροντίδα των βασικών λειτουργιών του διαμερίσματος πχ φαγητό, καθαριότητα. Οι δραστηριότητες αυτές άρχισαν να πραγματοποιούνται στο οικοτροφείο μέσα στα πλαίσια των δεξιοτήτων με την υποστήριξη και προτροπή της θεραπευτικής ομάδας.

Η ανάθεση των καθηκόντων βασίστηκε στις δεξιότητες που ήδη είχαν τα μέλη με την παρεχόμενη θεραπευτική βοήθεια. Η ανάθεση είχε συζητηθεί με τα μέλη στις ατομικές και ομαδικές συναντήσεις.

Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης συμπεριλήφθηκε η κατάρτιση προγράμματος λειτουργιών του κάθε διαμερίσματος βασισμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε μέλους και του διαμερίσματος ως σύνολο πχ προσωπική υγιεινή, κοινωνικοί έξοδοι κλπ.

γ. Προετοιμασία θεραπευτών

Παράλληλα με την προετοιμασία των μελών του οικοτροφείου ήταν αποδοτικό που έγινε και προετοιμασία των θεραπευτών για το νέο σχήμα λειτουργίας (εποπτείες, συζητήσεις θεραπευτών). Η συμμετοχή των θεραπευτών συνέβαλλε στην καλύτερη ενσωμάτωση των ίδιων στο νέο σχήμα. Επιπλέον, ο προγραμματισμός των ενεργειών ήταν μία διαδικασία που βοήθησε στην μείωση του σχετικού άγχους κάθε αλλαγής.

δ. Μετάβαση - μετακόμιση στο διαμέρισμα

Η σταδιακή αποχώρηση της κάθε ομάδας από το οικοτροφείο συνέβαλλε τόσο στη διαδικασία αποχωρισμού από το ίδιο, όσο και στη διαδικασία σύνδεσης με το νέο χώρο.

Οργανώνοντας επισκέψεις με τα μέλη κάθε ομάδας στο αντίστοιχο διαμέρισμα. Αρχικά για να δούνε τα μέλη το νέο τους σπίτι και στη συνέχεια για να γίνονται κάποιες δραστηριότητες. Οι ώρες παραμονής των μελών αυξάνονταν προοδευτικά. Μετά το πέρας των δραστηριοτήτων τα μέλη επέστρεφαν στο οικοτροφείο. Η διαδικασία της σταδιακής μετάβασης ξεκίνησε από τη στιγμή που άρχισαν να ετοιμάζονται τα διαμερίσματα και ολοκληρώθηκε μετά την πλήρη ετοιμασία τους. Παράλληλα γινόταν ευαισθητοποίηση του περιβάλλοντος χώρου γύρω από τα διαμερίσματα.

Στο αρχικό στάδιο της εγκατάστασης η θεραπευτική παρουσία είχε μεγάλη διάρκεια, σταδιακά σταθεροποιήθηκε. Η διάρκεια της παρουσίας καθορίστηκε από τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε διαμερίσματος και των μελών του. Παράλληλα με τις δραστηριότητες ως ομάδα συνέχισε και συνεχίζει τις ατομικές δραστηριότητες με τον τρόπο που γινόταν και στο οικοτροφείο.

3. Επαγγελματική απασχόληση στις συνεταιριστικές δραστηριότητες του προγράμματος

Η επαγγελματική απασχόληση των προστατευμένων διαμερισμάτων γίνεται στις εξής δομές των συνεταιριστικών δραστηριοτήτων της εταιρίας και αλλού

- α) Αγροτικές καλλιέργειες
- β) Κτηνοτροφία
- γ) Περίπτερα

δ) Εργασία στην ένωση γεωργικών συνεταιρισμών

ε) Ελεύθερος επαγγελματίας

α) Στις αγροτικές καλλιέργειες εργάζονται έξι άτομα που διαμένουν σε προστατευμένα διαμερίσματα και δύο θεραπευτές

Τα μέλη ξεκινούν 7πμ και επιστρέφουν 12μμ. Εκεί απασχολούνται με την καλλιέργεια εποχιακών προϊόντων. Τα τελευταία δύο χρόνια έχουν καταφέρει να δημιουργήσουν θερμοκήπιο και να εμπορεύονται μόνοι τους τα προϊόντα. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι βαρύτητα δίνεται στο εκπαιδευτικό μέρος της εργασίας και όχι στην αυστηρή τήρηση του ωραρίου και την παραγωγή των προϊόντων.

β. Στην κτηνοτροφική μονάδα εργάζεται ένα άτομο. Έχει στην ευθύνη του περίπου οχτώ ζώα (κασίκες) υπό την εποπτεία ενός θεραπευτού. Βασική ευθύνη του εργαζομένου είναι η επιμέλεια των ζώων (τροφή και εμπορία των προϊόντων)

γ. Στα περίπτερα του συνεταιρισμού εργάζονται κύρια τρία άτομα. Στο πρώτο, το οποίο λειτουργεί περίπου έξι χρόνια εργάζεται ένα άτομο από τις 7πμ έως τις 1μμ και από τις 5μμ έως τις 8μμ. Το απόγευμα ένα μέλος των προστατευμένων διαμερισμάτων βοηθάει στην καθαριότητα του χώρου.

Στο δεύτερο, εργάζονται δύο άτομα, ένα το πρωί από τις 8πμ- 12πμ και ένα το απόγευμα από τις 5μμ - 8μμ. Αρχισε να λειτουργεί από τον Νοέμβριο του 1995 με τη θεραπευτική βοήθεια μιας θεραπεύτριας. Εργο της θεραπεύτριας ήταν η τήρηση του ωραρίου για θεραπευτικούς λόγους, η προσωπική υγιεινή του μέλους και η εκμάθηση της επαγγελματικής συμπεριφοράς. Με την αποχώρηση της θεραπεύτριας έγινε σταδιακή μετάβαση σε άλλο θεραπευτή. Στόχος είναι η επαγγελματική αυτονόμηση και κατάρτιση των μελών.

δ) Στην ένωση γεωργικών συνεταιρισμών της πόλης εργάζεται ένα άτομο. Κύρια απασχόληση του είναι η βοήθεια στην μεταφορά και συσκευασία των ελαιουργικών προϊόντων. Υπεύθυνος για την πορεία του είναι ο θεραπευτής του.

ε) Ως ελεύθερος επαγγελματίας (λούστρος) ασχολείται ένα μέλος λόγω

της ικανότητας του και των γνώσεων του να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις του επαγγέλματος.

Κλείνοντας την ενότητα αυτή, είναι σκόπιμο να τονιστεί ότι οι εργαζόμενοι πληρώνονται για την εργασία που προσφέρουν από την εταιρεία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας ή την ένωση γεωργικών συνεταιρισμών (το αντίστοιχο άτομο) και ένα τμήμα των χρημάτων αυτών διατίθεται από τα ίδια τα μέλη για την πληρωμή του ενοικίου τους και προσωπικά τους έξοδα για θεραπευτικούς λόγους.

I. ΑΝΑΔΟΧΗ - ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Κατά τους Α. Πάριο και συνεργάτες (1994) η οικογενειακή τοποθέτηση θεωρείται θεραπευτικό μέτρο ισάξιο των άλλων εξωνοσοκομειακών δομών. Προορίζεται για ασθενείς που έχουν χάσει σε μεγάλο βαθμό την αυτονομία τους και η επιστροφή των περισσότερων απ' αυτών στην οικογένεια τους θεωρείται πολύ δύσκολη έως αδύνατη. Η συνέχιση της νοσηλείας τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν έχει πλέον θεραπευτικά αποτελέσματα και τα άλλα εξωνοσοκομιακά μέτρα δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.

Τα ιδεώδη χαρακτηριστικά μιας οικογενειακής υποδομής προσδιορίζονται από τη διαλεκτική σχέση αρρώστου και οικογένειας. Στην πλειοψηφία τους οι οικογένειες υποδοχής είναι φτωχές οικογένειες που ελπίζουν στην καλύτερευση των εισοδημάτων τους. Όμως τις περισσότερες φορές υπάρχουν βαθύτερα κίνητρα, πρόκειται συνήθως για οικογένειες με συζυγικά προβλήματα ή με συγγενείς που έχουν ψυχιατρικό παρελθόν. Οικογένειες που επιμένουν αποκλειστικά στα φιλανθρωπικά τους κίνητρα προκαλούν κατά κανόνα τη δυσπιστία. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαίο να εξετάζονται λεπτομερώς οι οικογένειες για την καλύτερη τοποθέτηση των ασθενών

Ειδική αναφορά στο νομό Φωκίδας

Παίρνοντας ως δεδομένο ότι η θεραπευτική αυτή παρέμβαση τοποθέτησης των ασθενών σε ανάδοχες οικογένειες βοηθάει στην ανασυγκρότηση της εικόνας του εαυτού, στην ενίσχυση της αυτονομίας και στη βελτίωση των συναισθημάτων ευθύνης για την καλύτερη προσαρμογή στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η θεραπευτική ομάδα μέσα από μια εντατική προσπάθεια κατάφερε στα λίγα χρόνια λειτουργίας της να δημιουργήσει τρεις επιδοτούμενες οικογένειες.

Σήμερα συνεχίζουν να λειτουργούν δύο επιδοτούμενες οικογένειες μία στη Λειβαδιά και μία στο Πολύδροσο (η επιδότηση στην τρίτη οικογένεια σταμάτησε λόγω θανάτου του τρίτου μέλους). Η οικονομική βοήθεια κυμαίνεται κατά περίπτωση, χωρίς να ξεπερνά τις 80000 δραχμές το μήνα.

Η επιλογή της ανάδοχης οικογένειας γίνεται με αυστηρά κριτήρια και μετά από κατάλληλη προπαρασκευή αφ' ενός για να αποκλεισθεί το κίνητρο της επιδότησης και μόνο, αφ' ετέρου για να μειωθούν οι πιθανότητες αποτυχίας του προγράμματος.

Παρουσίαση περίπτωσης

Πρόκειται για άνδρα 76 ετών που θα αποκαλείται κύριος Γιάννης. Κατάγεται από ένα χωριό του νομού Φωκίδας. Είναι παντρεμένος με δύο παιδιά, ένα γιο και μία κόρη.

Μπήκε για πρώτη φορά στο ψυχιατρείο το 1965 σε ηλικία 47 ετών στο τμήμα κρατουμένων του Κ.Θ.Ψ.Π.Α (ΔΑΦΝΙ) εξ' αίτιας του φόνου που διέτελεσε εναντίον της θείας του. Το 1982 μεταφέρθηκε στο 16 τμήμα και έμεινε εκεί 2 χρόνια. Στα τέλη του 1984 μεταφέρθηκε στο 14 τμήμα. Τον Αύγουστο του 1985 με παρέμβαση της εταιρείας κοιν. ψυχιατρικής και ψυχ. υγείας και με δική του θέληση ήρθε στο οικοτροφείο `Αμφισσας.

Έχει διάγνωση σχιζοφρένειας. Η ψυχική του κατάσταση χαρακτηρίζεται από υποχονδριακή ενασχόληση με το σώμα του, αμνησία, όχι πολύ καλό προσανατολισμός, προσοχή διασπασμένη κατά περίπτωση, ομιλία καλή, προσέχει την εμφανισή του με μεγάλη προσοχή, δυσκολεύεται στο να αλλάξει συνήθειες, αυτοφροντίδα- διαβίωση στο

χώρο καλή. Παρουσιάζει αυξημένη κινητικότητα που εκδηλώνεται με βόλτες. Εκφράζει συχνά ευχές θανάτου.

Σταμάτησε το σχολείο στη δευτέρα δημοτικού, και ασχολήθηκε με την κτηνοτροφία. Υπηρέτησε κανονικά τη στρατιωτική του θητεία. Παντρεύτηκε στα 33 του χρόνια, ύστερα από πίεση που δέχτηκε από την οικογένεια του λόγω της παρουσίας που διέθετε η μέλλουσα σύζυγος του. Εκείνη ήταν κατά 3 χρόνια μικρότερη του. Ο ίδιος ισχυρίζεται ότι δεν την αγαπούσε και ήθελε να χωρίσουν αμέσως. Τελικά αυτό δεν έγινε. Απόκτησαν δύο παιδιά. Μέσα στο παραλήρημα του υποστηρίζει πως η γυναίκα του έμεινε έγκυος σε χρονικό διάστημα που δεν ήταν μαζί. Στις ατομικές συνεντεύξεις έλεγε πως δεν είχε ερωτική επαφή με τη γυναίκα του και για το λόγο αυτό πήγαινε με τη αδερφή της.

Αμέσως μετά το γάμο εργάστηκε ως νυχτοφύλακας σε μία βιομηχανία στο νομό Βοιωτίας. Εκεί παρέμεινε για 4 χρόνια, κατηγορήθηκε όμως για κλοπή (300.000δρχ) και απολύθηκε, αργότερα αθωώθηκε. Το γεγονός αυτό τον στεναχώρησε αρκετά. Πιστεύοντας ότι η γυναίκα του έφταιγε, ξέσπασε στη γρια θεία του, που έμενε μαζί τους, χτυπώντας την μέχρι θανάτου με πέτρα. Ο ίδιος για το γεγονός αναφέρει: "Καλύτερα να είχα ξεσπάσει στη γυναίκα μου, την οποία δεν τη βρήκα εντάξει, όταν την παντρεύτηκα. Τότε έπρεπε να τη χωρίσω, μετά είχα 1 χρόνο να πάω μαζί της και αυτή έκανε παιδί". Σε κάποια άλλη χρονική στιγμή μίλησε με παράπονο στη θεραπεύτρια που είχε αναλάβει τη μετάβαση του από το ΔΑΦΝΙ στο οικοτροφείο λέγοντας: "Μα πήγα εγώ να σκοτώσω τη γρια, δεν σκοτωνόμουν καλύτερα να μην τραβήξω τόσα βάσανα, τι σόι αρρώστια είναι αυτή;"

Εξ' αιτίας του φόνου που διέπραξε εγκλείστηκε στο ψυχιατρείο στο τμήμα κρατουμένων 20 χρόνια.

Μετά από 8μηνή προετοιμασία από την ομάδα παρέμβασης της εταιρείας κοιν. ψυχιατρικής και ψυχ. υγείας, ο κύριος Γιάννης μεταφέρθηκε στο οικοτροφείο Ἀμφισσας.

Με την άφιξη του κυρίου Γιάννη στο οικοτροφείο και ύστερα από δική του επιθυμία να ζήσει με τους δικούς του, η θεραπευτική ομάδα έβαλε στόχο να μείνει ο κύριος Γιάννης στο οικοτροφείο 1 με 1,5 χρόνο.

Στο διάστημα αυτό παρεχόταν ψυχοθεραπευτική και φαρμακευτική αντιμετώπιση. Ταυτόχρονα εκπαιδεύονταν καθημερινά στην εξυπηρέτηση και φροντίδα του εαυτού του και του χώρου που διέμενε. Παρακολουθούσε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στους αγρούς σύμφωνα με τις δυνατότητές του. Παράλληλα γινόταν προσπάθειες επικοινωνίας με το συγγενικό του περιβάλλον και προετοιμασίας για την μόνιμη εγκατάσταση του κυρίου Γιάννη στο σπίτι του.

Η πρώτη επίσκεψη του κυρίου Γιάννη στο χωριό του πραγματοποιήθηκε 4 μήνες μετά της εγκατάσταση του στο οικοτροφείο. Η συνάντηση έγινε αρχικά στην πλατεία του χωριού όπου εκεί οι συγγενείς και οι φίλοι του κυρίου Γιάννη τον υποδέχτηκαν εγκάρδια. Μετά ακολούθησε επίσκεψη στο σπίτι του γιού του με την παρουσία της γυναίκας του, την νύφη του και των εγγονών του. Οι θεραπευτές αναφέρουν ότι: "Ο γιος του έδειχνε ενθουσιώδης, απολογητικός, ενοχοποιημένος με υποσχέσεις ότι θα τον πάρει για πάντα, αλλά ασυνεπής και με στοιχεία βαθιάς οικογενειακής διαταραχής. Η γυναίκα του (του κυρίου Γιάννη) "απούσα" από την συνεργασία έδειχνε αρνητική κατηγορηματικά. Ο ίδιος ήταν δεκτικός πρόθυμος και θετικός από την πρώτη στιγμή μέχρι τη στιγμή της εγκαταστάσής του".

Μετα την πρώτη επίσκεψη, έγιναν ανταλλαγές τηλεφώνων και ακολούθησε διήμερη παραμονή του κυρίου Γιάννη στο σπίτι του γιού του, για τα Χριστούγεννα. Γινόταν καθημερινή τηλεφωνική επικοινωνία. Ο κύριος Γιάννης φαινόταν πολύ ευχαριστημένος με την επιστροφή του. Ο γιος του τον επισκεπτόταν αρκετά συχνά. Υστερα από 2 μήνες ο κύριος Γιάννης φιλοξενήθηκε για δεύτερη φορά 3 ημέρες. Στην επιστροφή του δεν ήταν ιδιαίτερα ομιλητικός. Αργότερα μέσα από ατομικές συνεντεύξεις εκμυστηρεύτηκε στους θεραπευτές του, ότι ο γιος του του πήρε όλα του τα χρήματα γιατί είχε κάποιο δικαστήριο και τα χρειαζόταν.

Στην οικογένεια του γιού του, του κυρίου Γιάννη, υπήρχαν έντονα οικονομικά προβλήματα λόγω της ανεργίας του. Επίσης υπήρχαν διαμάχες μεταξύ του κυρίου Γιάννη, και των συγγενών του για τη σύνταξη του.

Ο κύριος Γιάννης συνέχισε να φιλοξενείται όλο και μεγαλύτερο

χρονικό διάστημα στο σπίτι του γιού του. Μετά από αρκετή προπαρασκευή της οικογένειας σταθεροποιήθηκαν οι επισκέψεις του κυρίου Γιάννη σε 3 ημέρες τη εβδομάδα.

Λόγω των αρκετών συγκρούσεων η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε για άλλα 2 χρόνια. Η θεραπευτική ομάδα συνέχισε στο διάστημα αυτό τις επαφές με την οικογένεια και τις διαπραγματεύσεις για το οικονομικά θέματα.

Παρα την επιθυμία του γιου του, να εγκατασταθεί μόνιμα ο κύριος Γιάννης στο σπίτι του, τα έντονα οικονομικά προβλήματα δυσχέρωναν την μετάβαση. Τελικά η εταιρεία κατέληξε να χρηματοδοτήσει την οικογένεια με το ποσό των 80.000 δραχμών το μήνα για τη φροντίδα, επιμέλεια και διατροφή του κυρίου Γιάννη. Η οικογένεια του κυρίου Γιάννη δέχτηκε αυτό το ποσό και η μετάβαση πραγματοποιήθηκε χωρίς καμιά δυσκολία.

Εδώ και 5 χρόνια ο κύριος Γιάννης ζει με το γιό του και την οικογένεια του. Παρακολουθείται από την εταιρείας κοιν. ψυχιατρικής και ψυχ. υγείας 2 φορές το μήνα. Ο θεραπευτής του, με τον οποίο έχει πολύ καλή συναισθηματική σχέση, είναι υπεύθυνος για τη φαρμακευτική του αγωγή, καθώς και για την ομαλή σχέση και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων του κυρίου Γιάννη με την οικογενειά του.

Καθε καλοκαίρι ο κύριος Γιάννης πηγαίνει διακοπές με τα υπόλοιπα μέλη του οικοτροφείου. Τα επισκέπτεται συχνά στην Άμφισσα και ανάλογα με τη διαθεσή του φιλοξενείται για όσο χρονικό διάστημα αυτός θέλει.

Η επιλογή της περίπτωσης του κυρίου Γιάννη έγινε λόγω της προσωπικής εμπειρίας που είχε η συγγραφέας αυτής της μελέτης. Επισκεπτόταν τον κύριο Γιάννη στο σπίτι του, μαζί με το θεραπευτή του για 6 μήνες.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις ενδιάμεσες δομές

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1986) δηλώνει ότι η πραγματικότητα του ψυχιατρικού νοσοκομείου αποτελεί για τον ψυχικά άρρωστο ένα άγνωστο κόσμο μέσα στον οποίο πρέπει να δεχτεί να ζήσει ή να προσαρμοστεί στην ιδέα της αναγκαστικής του παραμονής εκεί. Για τον ψυχικά άρρωστο περισσότερο απ' ότι για κάθε άλλον άρρωστο, η επιστροφή στο περιβάλλον του αποτελεί επιτακτική ανάγκη για επιβίωση και κοινωνικοποίηση όσο σημαντική δοκιμασία κι αν αποτελεί αυτό μετά την μακροχρόνια νοσηλεία του.

Για την ομαλότερη προσαρμογή του έχουν δημιουργηθεί καινούριες δομές, οργανώσεις και υπηρεσίες με την ελπίδα να πετύχουν τους στόχους της κοινοτικής - κοινωνικής ψυχιατρικής όπως πχ. οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, ανάδοχες οικογένειες, κ.α.

Η προσπάθεια επανένταξης του ασθενή δεν είναι πια υπόθεση ενός ειδικού αλλά όλης της θεραπευτικής ομάδας μέσα από ένα κλίμα συνεργασίας η ψυχιατρική ομάδα προσπαθεί να ανταποκριθεί στην πολύπλευρη περίθαλψη που χρειάζεται. Μεσα από το πλέγμα των διαφόρων ειδικοτήτων και των γνώσεων επιτυγχάνεται η ανασυγκρότηση της προσωπικότητας του ασθενούς.

Η Θ. Παπαφλέσσα (1975) τονίζει οτι ο κοιν. λειτουργός σαν μέλος της ψυχιατρική ομάδας συμβάλλει μμε τις γνώσεις του στην ανασυγκρότηση αυτή. Για την καλύτερη επίτευξη αυτού του στόχου κινεί το ενδιαφέρον του γύρω από τα εξής κέντρα :

- 1) από που έρχεται ο άρρωστος
- 2) πως θα αξιοποιήσει καλύτερα τις παρούσες συνθήκες του περιβαλλόντος του
- 3) πως θα αξιοποιήσει καλύτερα τις δυνατότητες του ασθενούς .

Πρώτιστος στόχο του κ.λ. με την άφιξη του ασθενούς στο οικοτροφείο ή σε οποιαδήποτε άλλ'η ενδιάμεση δομή, είναι η δημιουργία ενός πλαισίου μμεσα στο οποίο θα μπορεί να αναπτυχθεί ένα αίσθημα επιστοσύνης πρωταρχικό στη δόμηση μιας ψυχολογικής ύπαρξης, υποκειμενικά βιωμένης. Για την ανάπτυξη αυτής της επιστοσύνης δίνει μεγάλη βαρύτητα στην θεραπευτική παρουσία. Δεν αναφέρεται στην

τυπική σωηατική παρουσία, αλλά στην παρουσία με τη ψυχοσυναισθηματική σημασία του όρου: ενεργητική, κοντινή, έτοιμη και διαθέσιμη σε κάθε στιγμή, προσωπική και διαφοροποιημένη, διαφορετική και συντονισμένη.

Η σταθερότητα του κ.λ. στο ζήτημα αυτό, η συνέχεια της παρουσίας στο χώρο και το χρόνο δίνει την ευκαιρία στους αρρώστους να βιώσουν ο καθένας σε διαφορετικό χρόνο, με διαφορετικό τρόπο και σύμφωνα με προσωπικούς ρυθμούς, αισθήματα ασφάλειας και να δείξουν σημάδια εμπιστοσύνης.

Ενεργή είναι η συμμετοχή του κ.λ. στις "εργασιακές" δραστηριότητες. Αυτό που επιδιώκει είναι να δημιουργηθεί ένας χώρος σύγκρισης με την εξωτερική πραγματικότητα, ένας χώρος στον οποίο θα μπορεί να ξεκινήσει μια διαδικασία συβιβασμού μεταξύ δικών τους ρυθμών και χρόνων και ρυθμών και χρόνων της πραγματικότητας.

Τόσο σε αυτές όσο και σε άλλες δραστηριότητες (γιορτές, βόλτες, κλπ) η προσφορά του κ.λ. παίρνει το χαρακτήρα της στήριξης, ένα βοηθητικό εγώ που κινητοποιεί συνεχώς και σταθερά.

Η προσφορά αυτή χαρακτηρίζεται καθόλη τη διάρκεια τις σχέσεις του κ.λ. με τους αρρώστους.

Ύστερα από συζητήσεις με την κ.λ. του οικοτροφείου, εποπτείες και την επείρα της πρακτικής εφαρμογής φάνηκε ότι ειδικότερα ο ρόλος του κ.λ. στο οικοτροφείο και στα προστατευμένα διαμερίσματα Ἀμφισσας εκτός από όλα τα ανωτέρω είναι και η ενασχόληση του με το γραφειοκρατικό σύστημα (συντάξεις, επιδόματα, βιβλιάρια υγείας, εκλογικά βιβλιάρια των μελών κ.α.) επίσης η μελέτη των φακέλλων των ασθενών. Δική του ευθύνη είναι η ενημέρωση αυτών με νέα στοιχεία για την εξέλιξη του κάθε ασθενούς, συνεργαζόμενος με τους θεραπευτές και τον υπευθύνo ψυχάτρο. Επίσης γίνεται θεραπευτής ο ίδιος για κάποιους ασθενείς. Τους βλέπει καθημερινά, παρατηρεί την εξέλιξη τους και τους καλεί σε συνέντευξη μια φορά τη βδομάδα.

Σε καθημερινή βάση μαζί με άλλα μέλη της θεραπευτική ομάδας προσπαθεί να εκπαιδεύσει τους αρρώστους για την εκμάθηση τεχνικών και δεξιοτήτων.

Στην αρμοδιότητα του επίπτει η ύπαρξη κόνόνων καθώς και η τήρηση τους που αφορούν τόσο την ατομική όσο και την κοινή διαβίωση. Οι κανόνες αυτοί αναφέρονται σε ζητήματα άσκησης βίας, προστασίας της υγείας, ασφάλειας, σεβασμού του εαυτού του και των άλλων.

Μία άλλη πτυχή εργασίας του κ.λ. η οποία έχει σημαντική σημασία στη διαδικασία δόμησης της ψυχολογικής υπαρξης είναι η εκμάθηση της αυτοφροντίδας του σώματος. Ενά σώμα πολλές φορές "σκόρπιο" από επενδυμένο, παραμελημένο. Η δουλειά σ' αυτό το επίπεδο δεν έχει μόνο ως στόχο τη βοήθεια στους αρρώστους να επανιδοποιηθούν το σώμα τους, ο κ.λ. λειτουργεί και σαν καθρέφτης στον οποίο μπορούν να "δουν" το σώμα τους να επενδύεται από αυτό για να το γνωρίσουν και να το αγαπήσουν.

Ο Δ. Δαμίγος και συνεργάτες (1993) αναφέρουν ότι οι ασυλιακοί άρρωστοι όπως είναι μερικοί έχουν χάσει σε μεγάλο βαθμό την επικοινωνία και έχουν "ξεχάσει" ακόμα και το διάλογο μεταξύ τους με λόγια. Ο κ.λ. ενθαρρύνει τους ασθενείς ώστε να ξαναποκτήσουν την ικανότητα συνομιλίας, ακόμα τους ενθαρρύνει και τους στηρίζει στη διάρκεια της εργασίας τους.

Ο κ.λ. πέρα από τις ειδικές γνώσεις που πρέπει να διαθέτει για την τήρηση της ταυτότητας του και τη σωστή κατεύθυνση του θεραπευτικού έργου, πρέπει να τηρεί και να διατηρεί τις αρχές και τους δεοντολογικούς κανόνες του επαγγέλματος του. Προσόντα απαραίτητα για το χώρο της κοινωνικής ψυχιατρικής και όχι μόνο. Ενδεικτικά αναφέρουμε:

1) Ικανότητα για καλή σχέση και επικοινωνία, (κατάλληλο περιβάλλον για άνεση και ασφάλεια, αποδοχή της προσωπικότητας, αίσθημα εμπιστοσύνης).

2) Ικανότητα συνεργασίας (με τον άρρωστο , τη θεραπευτική ομάδα, την οικογένεια , την κοινότητα)

3) Ικανότητα του συμβούλου (ακούει με κατανόηση και επιμονή, να ενθαρρύνει, να μην επικρίνει τον άρρωστο)

4) Αγάπη για τον άρρωστο

5) Ευσυνειδησία

6) Συνέπεια και ευθύνη

7) Ισορροπημένη στάση, σταθερότητα (να μπορεί να αντιμετωπίζει κάθε δύσκολη στιγμή, χωρίς ένταση με σωστούς συλλογισμούς)

8) Ανάπτυξη της ικανότητας να ακούει. Αναλυτικότερα μέσα από την ανάπτυξη αυτής της ικανότητας ο κ.λ. μπορεί να διακρίνει την αφιθυμία του αρρώστου, την επιθετικότητα του, το άγχος του και τις άμυνές του. Έχοντας αυτή την ικανότητα θα έχει τη δυνατότητα να διακρίνει μέσα από ένα βαθύτερο πρίσμα το πραγματικό πρόβλημα του αρρώστου και να μην στέκεται στην επιφάνεια.

Ετσι μπορεί να λεχθεί ότι συνολικός στόχος του κ.λ. και της ομάδας γενικότερα είναι να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο, πλαίσιο σχέσεων, μέσα στο οποίο κάθε άρρωστος αντιμετωπίζεται ως υποκείμενο με δικούς του ιδιαίτερους ρυθμούς και ανάγκες.

Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του κ.λ. στην εργασία με την ανάδοχη οικογένεια. Αποτελώντας τη γέφυρα επικοινωνίας ανάμεσα σ' αυτή και τον ασθενή, εργάζεται ξεχωριστά τόσο με τους συγγενείς ή τα μέλη της ανάδοχης οικογένειας όσο και με τον ψυχικά ασθενή για το πέρασα σε μία πιο ομαλή και ισορροπημένη συμβίωση. Αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσά τους και φροντίζει για την επίλυση τυχόν αποριών και ανακύπτοντων προβλημάτων. Είναι σε συνεχή επαφή με την οικογένεια, εξετάζει την κατλληλότητα του περιβάλλοντος και παρακολουθεί σε σταθερή βάση (follow-up) την εξέλιξη του ασθενή και τη συμβίωση του με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας

Συνοψίζοντας μπορεί να ειπωθεί ότι ο ρόλος του ψυχιατρικού κ.λ. στις ενδιάμεσες δομές είναι πολύπλευρος, συνδυάζοντας θεραπευτικές και οργανωτικές ικανότητες. Επίσης παίζει σημαντικό ρόλο σαν μέλος της ψυχιατρικής ομάδας στις δραστηριότητες που αναπτύσσονται προς την κατεύθυνση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που εκφράζεται και από τις αρχές της κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής και έχει συμβάλει στη βελτίωση της φροντίδας του ψυχικά αρρώστου με τεράστια κοινωνική προσφορά. Υπογραμίζεται αυτό γιατί πρέπει να δειχθεί πόσο απαραίτητη είναι η συμβολή του κ.λ. μαζί με όλη τη θεραπευτική ομάδα για την επανένταξη το αρρώστου τόσο στο οικογενειακό όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

A. ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε (στο κεφάλαιο "Στάδια κρίσης Οικογένειας") η οικογένεια είναι ο βασικός παράγοντας στην επιβίωση των μελών της ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια ανάπτυξης. Επίσης μέσα στην οικογένεια τα μέλη της συμπληρώνουν ορισμένες ανάγκες και διαμορφώνουν σημαντικούς στόχους για μια αποδεκτή και ικανοποιητική προσαρμογή στη ζωή.

Στα τελευταία χρόνια πολλοί θεραπευτές οικογένειας αποδέχονται κάποια μοντέλα θεραπείας οικογένειας τα οποία προωθούν την υγεία και την ανάπτυξη για όλη τη οικογένεια, όταν ένα από τα μέλη της παρουσιάζει ένα πρόβλημα. Υποστηρίζουν ότι η παθολογία του ενός μέλους είναι στις περισσότερες περιπτώσεις ενδεικτική της παθολογίας όλης τη οικογένειας. Τα μοντέλα θεραπείας που εφαρμόζουν έχουν ως στόχο τα μέλη της οικογένειας να δημιουργήσουν ή να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση τους και την εικόνα του εαυτού τους. Επίσης βοηθούν τα μέλη της να αποκτήσουν συνείδηση των ρόλων που επιθυμούν να έχουν και τους τονίζουν την ανάγκη για ενότητα και αμοιβαία αλληλοεξάρτηση στην οικογένεια. Έτσι επιτυγχάνεται ο στόχος των θεραπειών που είναι η νοσηλεία του αρρώστου μέλους στο φυσικό και πολιτιστικό του περιβάλλον.

Για την καλύτερη αντιμετώπιση της πάθησης τα διάφορα μοντέλα θεραπείας έχουν διαμορφωθεί πικίλα. Οι διαφορές τους βρίσκονται τόσο στο θεωρητικό του υπόστρωμα όσο και στις τεχνικές που χρησιμοποιούν. Στη συνέχεια ο Β. Τομαράς και συνεργάτες (1990) κάνουν αναλυτική περιγραφή των διαφόρων μοντέλων:

1) Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση οικογένειας

Οι βασικοί της στόχοι είναι:

α) Η μείωση της ευπάθειας του αρρώστου στα τρεσσογόνα ερεθίσματα του περιβάλλοντος με την αύξηση της συνεργασίας του ίδιου και της

οικογένειας, ταυτόχρονη φαρμακευτική συντήρηση.

β) Η σταθεροποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος με την ελλάτωση του άγχους που έχει ως επίκεντρο τον άρρωστο, την απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων σχετικά με την αρρώστια και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των μελών της οικογένειας με σκοπό την αύξηση της ικανότητας να αντιμετωπίζουν τα ίδια τον άρρωστο και τα προβλήματα του. Μ' αυτόν τον τρόπο αναμένεται ότι θα ελαχιστοποιηθούν οι τριβές στο σπίτι για να πάψουν να αποτελούν παράγοντα υπερδιέγερσης για τον άρρωστο.

Τα στοιχεία της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης μπορούν να αναλυθούν ως εξής:

α) Το εκπαιδευτικό σκέλος. Η οικογένεια ενημερώνεται για την αιτιολογία, τα συμπτώματα, την πορεία και την πρόγνωση της ψύχωσης. Αποσαφηνίζεται η δράση των φαρμάκων τόσο η συμπτωματική όσο και η προφυλακτική, εξηγούνται οι παρενέργειές τους και οι τρόποι αντιμετώπισης τους. Επισημαίνονται επίσης οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι είναι σε θέση να επηρεάσουν την πορεία της διαταραχής και τα αποτελέσματα που έχουν ποικίλες στάσεις του περιβάλλοντος απέναντι στον άρρωστο.

β) Η εξειδίκευση και η αξιοποίηση στην πράξη του περιεχομένου της πληροφόρησης μέσα από επαναληπτικές συνεδρίες- συζητήσεις με τις οικογένειες. Θέματα στα οποία συνήθως εστιάζεται η συζήτηση είναι:

β1. Το στίγμα που αντιπροσωπεύει για την οικογένεια η αρρώστια, με συχνό επακόλουθο την απόκρυψη του προβλήματος ή και την απομόνωση του αρρώστου ή και ολόκληρης της οικογένειας από το κοινωνικό περιβάλλον.

β2. Η ανάγκη για σταθερή και ορθολογική στάση προς τον άρρωστο, η οποία από τη μία δε θέτει υπέρογκες γι' αυτόν απαιτήσεις από την άλλη όμως θέτει όρια και κανόνες στη συμπεριφορά του. Η ανάγκη για σαφή και όχι αντιφατικά μηνύματα στην επικοινωνία των μελών.

β3. Ο ρόλος που παίζουν οι συγκρούσεις και η ένταση μέσα στο σπίτι ή η επικέντρωση όλης της προσοχής της οικογένειας στα προβλήματα του αρρώστου και εξαιτίας αυτού η ανακοπή της φυσιολογικής ζωής της

οικογένειας. Η ανάγκη διατήρησης και ενίσχυσης των δεσμών της με τον άρρωστο στο όριο που του επιτρέπει να αποκτήσει ένα λίγο-πολύ αυτόνομο ρόλο.

Οι θεραπευτές που χρησιμοποιούν το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο αναγνωρίζουν ότι η οικογένεια φέρει στους ώμους της ένα σημαντικό βάρος εξαιτίας της αρρώστιας ενός μέλους της και δείχνουν την εκτίμησή τους για όσα η οικογένεια έχει μέχρι στιγμής κάνει για να το βοηθήσει.

Στις συνεδρίες, συζητούνται εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζονται με τον άρρωστο, με το σκεπτικό ότι αυτοί πορεί να είναι αποτελεσματικότεροι από εκείνους που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί. Έτσι, η παρέμβαση δεν είναι απειλητική και γίνεται ευπρόσδεκτη από την οικογένεια. Η διάρκεια της είναι ολιγόμηνη έως και διετής και η συχνότητα συνεδριών κυμαίνεται από μία έως δύο ανά μήνα. Οι τεχνικές περιλαμβάνουν ομάδες συγγενών, με ή χωρίς την συμμετοχή των αρρώστων καθώς και συνεδρίες με μεμονωμένες οικογένειες.

2) Πολλαπλή θεραπεία οικογένειας

Οι κύριοι στόχοι της τεχνικής αυτής είναι: Η πρόληψη των υποτροπών, η αντιμετώπιση της απομόνωσης, ή ανακούφιση του στίγματος και του βάρους της οικογένειας, η ανακατάταξη προβλημάτων που αφορούν την επικοινωνία ή τη δομή της οικογένειας καθώς και την επέκταση του κοινωνικού της χώρου.

3) Συμπεριφεριολογική θεραπεία οικογένειας

Το μοντέλο αυτό, που ανέπτυξε ο I. Fallon(1986), αποτελεί προέκταση του ψυχοεκπαιδευτικού πλαισίου παρέμβασης με τη χρήση συμπεριφεριολογικών τεχνικών. με δεδομένο ότι όλη η οικογένεια μπορεί να δυσλειτουργεί, λόγω της επιβάρυνσης που δέχεται από το άρρωστο μέλος της, επιχειρήται να εκτιμηθούν μέσω συμπεριφεριολογικής ανάλυσης, οι δεξιότητες και οι αδυναμίες της στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων. Ακολουθούν παρεμβάσεις με στόχο όχι μόνο την ανακούφιση των συμπτωμάτων του αρρώστου, αλλά και της ψυχικής δυσφορίας που συχνά διακατέχει τα υπόλοιπα μέλη, καθώς και τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους. Η φάση της παρέμβασης περιλαμβάνει ενημέρωση για την αρρώστια, εκπαίδευση για την καλύτερη

επικοινωνία μεταξύ των μελών και εκπαίδευση για την αποτελεσματικότερη επίλυση προβλημάτων. Η εκπαίδευση αυτή συστηματοποιείται με την πιστή εφαρμογή συπεριφερσιολογικώς κανόνων, πχ η εκμάθηση της επίλυσης προβλήματος περνά από τα εξής στάδια:

- α) Προσδιορισμό του συγκεκριμένου προβλήματος
- β) Καταγραφή εναλλακτικών λύσεων
- γ) Συζήτηση για τα υπέρ και τα κατά της κάθε μιας
- δ) Στάθμιση και επιλογή της καλύτερης
- ε) Σχεδιασμό της εφαρμογής της
- στ) Υλοποίηση και ανασκόπηση της προσπάθειας κ.ο.κ

4. Συστηματική θεραπεία οικογένειας

Σύμφωνα με τη σχολή αυτή που στηρίζεται στη θεωρία γενικών συστημάτων, τα συμπτώματα του μέλους που τακτοποιείται ως άρρωστος χρησιμεύουν στη λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Πρόκειται για δυσλειτουργικές οικογένειες που χρησιμοποιούν κατ'εξοχήν το μηχανισμό της αρνητικής ανατροφοδότησης με αποτέλεσμα τη διατήρηση του *status-quo*, σε αντίθεση με τις φυσιολογικές οικογένειες που διαφοροποιούνται και εξελίσσονται. Η διόρθωση των δυσλειτουργικών μηχανισμών της οικογένειας μέσω της θεραπείας, οδηγεί και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων. Ειδικά για οικογένειες με ψυχωσικό μέλος, δύο τύποι θεραπείας έχουν περιγραφεί:

α) Η στρατηγική σχολή δίνει έμφαση στη δυσαρμονία της οικογενειακής ιεραρχίας, δηλαδή ο άρρωστος ενώ από τη μία είναι ανίσχυρος και αβοήθητος από την άλλη κυριαρχεί πάνω στους γονείς μέσω της απειλητικής του συμπεριφοράς.

Κύριος στόχος είναι η ανάκτηση του έλεγχου από τους γονείς και η επακόλουθη ομαλοποίηση της συμπεριφοράς του αρρώστου. Σε επόμενη φάση μπορεί να επιχειρηθεί η επίλυση των προβλημάτων μεταξύ των γονέων τα οποία η διαταραχή του παιδιού συγκαλύπτει.

β) Η σχολή του Μιλάνου στηρίζεται σε μια συστηματική ανάλυση οικογένειας και οι κύριες τεχνικές της είναι γύρω από τη "θετική σημασιοδότηση" των συμπτωμάτων και το παράδοξο.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν έχει υπάρξει μέχρι σήμερα

αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστηματικών θεραπειών. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος μάλλον είναι σκόπιμο να επιφυλλάσεται για δύσκαμπτες οικογένειες οι οποίες παραμένουν ανεπηρέαστες από τις "ήπιες" ψυχοεκπαιδευτικού τύπου παρεμβάσεις.

Σ' αυτό το σημείο θεωρείται σκόπιμο, εκτός από τα μοντέλα παρέμβασης θεραπείας οικογένειας να γίνει αναφορά στους τρόπους με τους οποίους μπορεί ο θεραπευτής να εργασθεί με τον άρρωστο και την οικογένεια του.

Ο Π. Σακελλάροπουλος (1993) αναφέρει:

5) Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι ένα είδος ανθρώπινης διαπροσωπικής σχέσης και επικοινωνίας. Αποτελεί τη βάση κάθε μορφής ψυχοθεραπείας και σ' αυτή υποβάλλεται η πλειονότητα των ασθενών. Ασκείται μεταξύ δύο ατόμων, του ψυχοθεραπευτή και του ασθενούς. Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή είναι βοηθητικός και σκοπός του είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές του επιπλοκές προς τις οποίες πιθανόν να προσαρμοστεί ή και να καταβληθεί προσπάθεια να μειωθεί η ένταση τους.

Ο λόγος αποτελεί μέσω ψυχοθεραπευτικό χώρο να είναι το μόνο, γιατί και η σιωπή επιδρά ψυχοθεραπευτικά και αποτελεί μέσω ψυχικής επικοινωνίας. Στόχος του ψυχοθεραπευτή είναι να κατορθώσει την πλήρη απελευθέρωση του ατόμου από το ψυχικό του μαρτύριο και την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του. Αποβλέπει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, μέχρι τον μετριασμό, μέχρι τη θετική προαγωγή της ψυχικής υγείας, την ωριμότητα της προσωπικότητας.

Η ψυχοθεραπεία δεν είναι είδος θεραπείας που ο θεραπευτής συμβουλεύει ενεργητικά και ο ασθενής υπακούει παθητικά. Στην πραγματικότητα ο ασθενής κάνει όλη την ενεργητική εργασία της συζήτησης, της σκέψης.

Η ατομική ψυχοθεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες τη εβδομάδα από 30- 50 λεπτά κάθε φορά. Η διάρκεια είναι από 2- 25 χρόνια.

6) Εντατική ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιείτε κυρίως σε περιόδους κρίσης των ασθενών.

Συνίσταται σε πολλές ομαδικές συνεντεύξεις, πιθανόν 3- 4 φορές τη εβδομάδα για μερικά χρόνια. Σκοπός μιας τέτοιας θεραπείας είναι μια βασική αναμόρφωση της προσωπικότητας του ασθενή.

7) Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Είναι ένα είδος θεραπείας της οποίας σκοπός είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η μείωση του άγχους. Αποσκοπεί στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς με τη μεταβολή των συνθηκών του περιβάλλοντος που αιτολογούν ή ευνοούν την παθολογική συμπεριφορά. Σκοπεύει στο να επιτύχει καλύτερα αναπτυγμένους μηχανισμούς άμυνας και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία γίνεται προσπάθεια να συγκεντρωθούν σε μία εστία τα συμπτώματα για τα οποία παραπονείται ο ασθενής και τα προβλήματα που τον στεναχωρούν.

Ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί να βάλει στη ζωή του ασθενή θετικούς παράγοντες που αποτρέπουν τη νόσο πχ αν ο ασθενής έχει κάποια κλίση στη ζωγραφική προσπαθεί να προσαρμόσει το επάγγελμα του σ' αυτή την κατεύθυνση.

Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται πάντα το υγιές μέρος της προσωπικότητας που ενισχύεται με κάθε τρόπο. Η ανθρώπινη συμπεριφορά το βοηθάει να κατευθύνει τη συμπεριφορά του σε υγιέστερους τρόπους ζωής.

8) Ομαδική ψυχοθεραπεία

Είναι μία διαδικασία που εφαρμόζεται σε προστατευμένες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και που έχει προγραμματιστεί έτσι ώστε να επιφέρει σύντομα βελτίωση στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας με αλληλεπιδράσεις στην ομάδα που προσδιορίζουν και ελέγχονται από πριν. Στην ομαδική ψυχοθεραπεία ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει.

Οι θεραπευτικές ομάδες (6-8 ατόμων) είναι συνήθως "στενές" δηλαδή όλοι οι ασθενείς αρχίζουν και τελειώνουν μαζί τη θεραπεία.

Η θεραπεία αυτή συνίσταται για νευρωσικούς, καταθλιπτικούς και

μερικούς σχιζοφρενείς. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις θεραπευτικές επιρροές ο ένας στον άλλο.

Β. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο Π. Σακελλαρόπουλος και συνεργάτες (1981) αναφέρουν ότι η μελέτη και θεραπεία της οικογένειας ακολούθησε μία εξελικτική πορεία, που χαρακτηρίζεται από την δυναμική διαπλοκή: της ψυχαναλυτικής σκέψης, σ' ότι αφορά τις ενδοψυχικές διαδικασίες των μελών της, την μελέτη της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους και τα δεδομένα της κοινωνιολογίας και της οικολογίας γενικότερα.

Έτσι πέρασε από την φροϋδική αντίληψη, που αφορούσε την δυαδική ή τριαδική σχέση, στους ψυχοθεραπευτές ομάδας όπως οι: Foulkes, Anthony, Bion και Slavson. Τέλος ενσωμάτωσε λίγο ή πολύ απόψεις σχετικές με τον κοινωνικό παράγοντα, αρχίζοντας από τις μελέτες ανθρωπολογίας, κοινωνικής ψυχολογίας, μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής (psychiatrica democratica).

Είναι φυσικά αδύνατο να εξεταστούν αναλυτικά όλες οι πτυχές του θέματος (ανεξάρτητα από την θεωρητική υποδομή των εξεταστών ή τη γενικότερη κατεύθυνσή τους) δεδομένο ότι καλύπτει όλο το φάσμα της ψυχιατρικής θεραπευτικής. Θα δωθεί τώρα έμφαση σε μερικές βασικές πλευρές της ψυχιατρικής περίθαλψης στο σπίτι του αρρώστου (Ψ.Π.Σ.Α.), προκειμένου να γίνει κατανοητό το πλαίσιο καθώς και το πνεύμα της προσπάθειας που γίνεται σ' αυτόν τον τομέα.

Τύποι θεραπευτικής παρέμβασης

Την Ψ.Π.Σ.Α. μπορεί κανείς να την κατατάξει, κατά τον Π. Σακελλαρόπουλο (12/1981), σε τρεις τύπους ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης του αρρώστου. Καθώς όμως η κλινική εικόνα του ψυχωσικού μεταβάλλεται, ψυχοδυναμικά, μέσα στο χρόνο, υπάρχει απειρία ενδιάμεσων μορφών βαρύτητας αλλά και προβληματισμού στην σχέση μαζί του.

Αναλυτικά αυτοί οι τύποι είναι:

1) Ο πρώτος τύπος αφορά τον ψυχωσικό άρρωστο που μετά από μία μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλεία επιστρέφει από το ψυχιατρικό "θεραπευτήριο" στο σπίτι. Η κλινική του αποκατάσταση είναι περισσότερο ή λιγότερο ικανοποιητική, οι συνθήκες που βρίσκει στην οικογένεια και στην κοινωνική ομάδα περισσότερο ή λιγότερο ευνοϊκές.

Η ματανοσοκομειακή παρακολούθηση και ευρύτερα η Ψ.Π.Σ.Α. συνδέεται επίσης με την έννοια της μόνιμης παρακολούθησης. Είναι αναγκαίο να δωθεί

πίστωση στον ψυχωσικό και την οικογένεια του. Θα πρέπει βέβαια να λεχθεί ότι ο κίνδυνος μιας υποτροπής υπάρχει και μακρόχρονα. Αλλά ας δει ο αναγνώστης την αισιόδοξη πλευρά σε συνάρτηση με το χρόνο: κάποιος θεραπευόμενος που για ένα μεγάλο διάστημα κάνει μία περιορισμένη ζωή στο σπίτι (ή πηγαίνει στο νοσοκομείο ημέρας) ξαφνικά μπαίνει σε μία νέα φάση αναζήτησης εργασίας ή επιστροφής στις σπουδές του, κάποιος άλλος ενώ δεν είχε προηγουμένως το κίνητρο, αρχίζει μία ψυχοθεραπεία.

Αρκετές φορές, όταν πια δεν υπάρχουν πολλές ελπίδες, ο θεραπευόμενος αρχίζει μια σειρά από ανακατατάξεις ή αναζητά νέες λύσεις. Συχνά για να φθάσει σ' αυτές θα χρειαστεί δύο - τρία, ίσως και περισσότερα χρόνια.

2) Προχωρώντας στον δεύτερο τύπο ψυχιατρικής περίθαλψης στο σπίτι του αρρώστου, μπορεί να ειπωθεί ότι όσον αφορά μία κατηγορία ψυχωσικών αρρώστων με λιγότερο βαριά συμπτωματολογία. Τα άτομα αυτά ίσως δεν χρειαστεί ποτέ να εισαχθούν σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να συμβάλλουν πολλοί παράγοντες: Η εισβολή της κρίσης γίνεται προοδευτική, ο πάσχων ζητά έγκαιρα, από μόνος του να τον βοηθήσουν, τα συμπτώματα δεν είναι πολύ θεαματικά.

Αν όμως υπάρξει από την οικογένεια ένας κάποιος πανικός μπροστά στην πρώτη παραληρητική ιδέα ή στην εκδήλωση μιας παράξενης συμπεριφοράς τότε τα πράγματα αλλάζουν. Ο πανικός οδηγεί στην ένταση και η ένταση στην σύγκρουση αρρώστου και οικογένειας. Βασικότατο ρόλο για την παραπέρα εξέλιξη θα παίξει η στάση του ψυχιάτρου που θα κληθεί να αντιμετωπίσει την περίπτωση: αν δεν καταστείλει το άγχος όλων και δεν εναρμονίσει τα μέλη της οικογένειας τότε οι πιθανότητες να πάει ο άρρωστος στο ίδρυμα αυξάνουν. Κι αν πιστεύει, ότι για διάφορους λόγους, ότι μία ψύχωση πρέπει απαραίτητα να νοσηλεύεται σε ίδρυμα, τότε η εισαγωγή έχει εξασφαλιστεί.

Στην αντίθετη περίπτωση, αν ο άρρωστος μείνει στο οικογενειακό του περιβάλλον τα πράγματα μπορεί να εξελιχθούν ευνοϊκά και μάλιστα με έναν ραγδαίο ρυθμό. Με τους κατάλληλους ψυχολογικούς χειρισμούς, με μία άμεση και απλή φαρμακευτική βοήθεια, η ισορροπία της οικογένειας μπορεί γρήγορα πάλι να αποκατασταθεί.

Σ' αυτή τη φάση είναι πολύτιμο αν ο ψυχίατρος ή άλλα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας, μπορούν να διαθέσουν, τις πρώτες μέρες, μερικές ώρες

παρουσίας στο σπίτι. Το τίμημα δεν είναι βαρύ αν αντιπαρατεθεί με μία νοσηλεία που ενδεχομένως θα κρατούσε μήνες.

3) Προχωρώντας τώρα στην τρίτη ομάδα αρρώστων που μπορούν να θεραπευτούν στο σπίτι. Πρόκειται για αρρώστους - κατά κανόνα ψυχωσικούς - που η ένδειξη εισαγωγή στην κλινική είναι απόλυτη. Φαίνεται ότι στις περιπτώσεις που και στα πλαίσια μιας καλά οργανωμένης κοινωνικής ψυχιατρικής θα επιλεγόταν η λύση της εισαγωγής στην ψυχιατρική μονάδα του γενικού νοσοκομείου ή η είσοδος στο πρότυπο ψυχιατρείο.

Μπορεί εύκολα κανείς να κρίνει ότι είναι προτιμότερο να εφαρμοστεί μια αγωγή στο σπίτι, για να αποφευχθεί το νοσηλευτικό ψυχιατρικό σύστημα λόγω του ότι, έτσι που λειτουργεί προσφέρει περίθαλψη πολύ χαμηλής ποιότητας και επιπλέον, στο σύστημα αυτό, είναι αδύνατο ή παρά πολύ δύσκολο να συνδυαστεί η ψυχοθεραπευτική αγωγή με την φαρμακευτική βοήθεια.

Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάται ότι είναι πρόδηλες οι δυσκολίες όσον αφορά την αντιμετώπιση της οικογένειας σαν ενιαίας οντότητας και όχι σαν άτομα που πάσχουν ξεχωριστά, την αλλαγή ή ακόμα και την αλλοίωση των δυναμικών και φυσικά της εικόνας της οικογένειας, από την στιγμή της παρέμβασης, έστω και με την ιδιότητα του παρατηρητή και τη δυσκολία να αποφευχθεί η συναισθηματική εμπλοκή και να διατηρηθεί η αντικειμενικότητα του θεραπευτή όταν ασχολείται με τα προβλήματα της οικογένειας.

Αν προσπαθήσει κανείς να αναλύσει τους επιμέρους παράγοντες που οδηγούν σ' αυτές τις δυσκολίες και καθορίζουν το φαύλο κύκλο της πορείας του ψυχωσικού αρρώστου που βάζουν μία "πινελιά" ο καθένας στη σύνθεση της επικινδυνότητας. Ο Π. Παναγιώτσος (1991) διαπιστώνει τη συμμετοχή:

- α) της παθολογίας του αρρώστου,
- β) του οικογενειακού αστερισμού,
- γ) της κοινωνικής ομάδας (δηλαδή της κοινότητας) και της συλλογικής αναπαράστασης που αυτή έχει για την ψυχική αρρώστια,
- δ) της ψυχιατρικής ομάδας και των άλλων υπηρεσιών υγείας, και
- ε) των αστυνομικών και δικαστικών αρχών και του νομικού πλαισίου που καθορίζει τη λειτουργία τους.

Η απάντηση στη συμπλοκότητα του προβλήματος της περίθαλψης του ψυχωσικού αρρώστου και αυτής της καθ' αυτής της ψυχωσικής διεργασίας δεν

θα μπορούσε παρά να λάβει υπ' όψιν της όλους τους προηγούμενους παράγοντες, συνυπολογίζοντας τους, πράγμα αυτονοήτο άλλωστε, όταν εφαρμόζεται σε ένα σύστημα περίθαλψης που διέπεται ή που οφείλει να διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής- κοινοτικής ψυχιατρικής.

Ο Π. Παναγούτσος (1991) σημειώνει ότι: Η θεραπευτική ομάδα ξεκινώντας από το δεδομένο ότι η οικογένεια σαν οντότητα, και όχι μονάχα ο ασθενής, είναι αυτό που σχηματίζει την ενότητα της ασθένειας, και επομένως την ενότητα της θεραπευτική αγωγής. Κατευθύνει την εργασία της σε τρεις βασικούς τομείς θεραπείας του ασθενούς: την ψυχολογική βοήθεια, την φαρμακευτική αγωγή και παράλληλα την κοινωνικοποίησή του. Φυσικά κάθε άτομο ή κάθε ψυχιατρική ομάδα έχουν τη δική τους θεωρητική υποδομή και έχουν διαμορφώσει μία δική τους σύλληψη και τεχνική.

Η ψυχιατρική ομάδα (πολλές φορές αρκεί η δυάδα ψυχίατρος - ψυχιατρική κοινωνική λειτουργός) θα προσφέρει ψυχολογική βοήθεια στον άρρωστο και στην οικογένεια. Ουσιαστικός της ρόλος είναι η αναζήτηση του συμβολισμού των συμπτωμάτων και της σημασίας των διαφόρων τρόπων αντίδρασης. Αυτό όχι μόνο βοηθά να χειρίζεται σωστά τις διάφορες εκδηλώσεις, αλλά συγχρόνως την προστατεύει και από τον κίνδυνο να εμπλακεί, να "συμμετέχει" στην παθολογία της οικογένειας. Παραμένει ανεπηρέαστη και δοτική. Αυτή η στάση τους απενοχοποιεί τον άρρωστο και την οικογένεια του και απομυθοποιεί την νόσο. Οι θεραπευτές αναζητούν και προσπαθούν να καλύψουν τις βαθύτερες ανάγκες των ατόμων και όχι μόνο να αντιμετωπίσουν τις επιφανειακές ή άμεσες ανάγκες τους.

Ο κάθε θεραπευτής αναπτύσσει ειδική τεχνική στις συνεντεύξεις που παίρνει από τους ασθενείς. Η ψυχαναλυτική και κοινωνικοψυχολογική του παιδεία τον κάνει ικανό να μετέχει ενεργά, και παρόλα αυτά να διατηρεί τη θέση του παρατηρητή απέναντι στα μεγάλα συναισθηματικά προβλήματα των γονέων. Μόνο όταν έχει δημιουργηθεί με τους γονείς μία σχέση εμπιστοσύνης μπορεί να διασπαστεί η μαζική άρνηση πίσω από την οποία κρύβονται τεράστιοι φόβοι και συναισθήματα ενοχής.

Ο θεραπευτής ανακαλύπτει μία νέα διάσταση στον ασθενή, παίρνοντας απευθείας συνεντεύξεις από τα μέλη της οικογένειας και κάνοντας θεραπευτικές συνεδρίες με όλη την οικογενειακή ομάδα. Η αντικειμενική

γνώση που αποκομίζει ο θεραπευτής από την άμεση παρατήρηση των αλληλεπιδράσεων μέσα στην οικογένεια, αυξάνει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα του να ελέγχει την πραγματικότητα.

Κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού έργου της περίθαλψης στο σπίτι, η ομάδα ή το μέλος της έχουν συνεχώς υπ' όψιν τους το χειρισμό της συναισθηματικής μεταβίβασης και το έλεγχο της αντιμεταβίβασης, το συμβολισμό αλλά και την αναγκαιότητα που εκφράζει το σύμπτωμα και τέλος τα "μηνύματα" που δίνει ο άρρωστος μέσα από την επικοινωνία του ασυνείδητου του με το ασυνείδητο του θεραπευτή.

Από την εφαρμογή της Ψ.Π.Σ.Α. είναι και η διαπίστωση του σημαντικού ρόλου που παίζουν οι υγιείς ταυτίσεις που μπορούν να κάνουν άρρωστος και οικογένεια με τους θεραπευτές.

Ο Π. Παναγούτσος (1993) αναφέρει: "Στην περίθαλψη στο σπίτι, η παρέμβαση στην ψυχοδυναμική της οικογένειας προσφέρει δυνατότητες υγιέστερων ταυτίσεων. Ο θεραπευτής προσφέρεται ως ένα πρότυπο υγιέστερο, άρα περισσότερο κοινωνικά αποδεκτό, τροποποιώντας την αυτοεκτίμηση των μελών της οικογένειας και ιδιαίτερα του αρρώστου. Η ταύτιση με πολλούς θεραπευτές, και των δύο φύλων, προσφέρει τη δυνατότητα δημιουργίας νέων μορφοειδών. Ανακατατάσσεται η αποκλειστικά συγκρουσιακή σχέση υποκειμένου και αντικειμένου η οποία έφθανε στα όρια του αφανισμού. Έτσι, το αρχαϊκό φαλλικό όν χάνει ένα μέρος από τον αποκλειστικά καταστρεπτικό του ρόλο. Τα νέα πρότυπα δημιουργούν νέες αντικειμενοτρόπους σχέσεις και αυτές διαπλέκονται με τις αρχαϊκές που λειτουργούσαν". T. LEMPERIERE - A.FELINE, Αθήνα 1993, Α' τόμος, σσ 348-349.

Αυτές οι διαδικασίες των ταυτίσεων παίζουν σημαντικό ρόλο στην άνοδο της αυτοεκτίμησης του ψυχωσικού. Θα έλεγε κανείς ότι σε κανένα άλλο ανθρώπινο ον η αυτοεκτίμηση δεν είναι τόσο χαμηλή όσο στον ψυχωσικό. Μάταια προσπαθεί το Εγώ με τις ιδέες της παντοδυναμίας να αντισορροπήσει την αυτο-υποτίμηση. Η μεγαλομανία του δεν πείθει ούτε τον ίδιο. Η ταύτιση με την θεραπευτική ομάδα του δίνει μία λύση. Η διέξοδος αυτή συμβάλλει στην ύφεση της συμπτωματολογίας, στη βελτίωση της συμπεριφοράς και στην αποφυγή του εγκλεισμού. Ο εγκλεισμός θα προκαλούσε καίριο πλήγμα στην αυτοεκτίμηση που απομένει.

Η σταθερή παρουσία του θεραπευτή προσφέρει νέα πρότυπα για ταύτιση. Η μόνιμη σχέση θεραπευτή - θεραπευόμενου (του follow-up) της σταθερής φροντίδας στην ψύχωση που ακολουθεί πάντα με συνέχεια και συνέπεια την περίθαλψη στο σπίτι.

Εδώ πρέπει να τονιστεί, ότι είναι πολύ σημαντική η εκπαιδευτική εμπειρία των μελών των ομάδων που εργάζονται σ' αυτό το χώρο. Στην αρχή της σταδιοδρομίας τους, τους προσφέρεται η ευκαιρία να ζήσουν την ψύχωση, να βιώσουν τις περιβαλλοντικές παραμέτρους της, να εφαρμόσουν θεραπευτικούς χειρισμούς και να τους υποβάλλουν σε "ψυχοδυναμικό έλεγχο". Ακόμη να συνειδητοποιήσουν τις ανάγκες του ψυχιατρικού ασθενούς και να συμβάλλουν σε μία διαφορετική αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας που να εγγράφεται σε μια καινούργια, περισσότερο σύγχρονη και ανθρωπιστική ψυχιατρική ιδεολογία. Έχουν έτσι την δυνατότητα να αποκτήσουν σημαντική εμπειρία και να δουν περισσότερο καθαρά, αφού πια δεν μεσολαβεί η κλειστή δομή, τον ψυχωσικό άρρωστο σε κρίση μέσα στην οικογένεια του, στο ίδιο του δηλαδή φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον, αποκτώντας σφαιρική γνώση της ψυχοπαθολογίας ώστε να μπορέσουν να παρέμβουν περισσότερο αποτελεσματικά.

Βασική προϋπόθεση της καλής λειτουργίας κάθε ομάδας είναι η συνεχής εποπτεία της εργασίας της. Οι συναντήσεις εποπτείας πρέπει να πραγματοποιούνται και σε εβδομαδιαία βάση και θα πρέπει να έχουν ένα εκπαιδευτικό - θεωρητικό προσανατολισμό ενώ παράλληλα να συζητούνται τα πρακτικά προβλήματα.

Τέλος ο Π. Παναγιώτσος προσθέτει ότι η εποπτεία έχει πάντα ένα ψυχοδυναμικό χαρακτήρα: αναλύει τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας και την υποσυνείδητη στάση τους απέναντι στον άρρωστο. Αναζητείται παράλληλα η σημασία σε κάθε φάση της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου και της οικογένειας. Εκτός από την εποπτεία τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να βρίσκονται σε συνεχή επαφή μεταξύ τους. Όταν υπάρχει ανάγκη ή έκτακτες δυσκολίες ο εποπτεύων θα πρέπει να είναι συνεχώς στη διαθεσή τους.

Γ. ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1991) αναφέρει ότι οι Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. δημιουργήθηκαν με στόχο την μεταρρύθμιση της παραδοσιακής ψυχιατρικής περίθαλψης. Δούλεψαν και δουλεύουν για την δημιουργία υποδομής ψυχιατρικής περίθαλψης στην οικογένεια και εκπαίδευση στελεχών ψυχικής υγείας.

Από την έναρξη της λειτουργίας τους στηρίζονται στην μετακίνηση στελεχών υψηλής εξειδίκευσης από το κέντρο προς την περιφέρεια. Έτσι επιτυγχάνεται η αποφυγή της μετακίνησης των αρρώστων και των οικογενειών τους, ενώ συγχρόνως παρέχονται ψυχιατρικές και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, για ένα φάσμα που εκτείνεται από τις βαρύτερες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις π.χ. σχιζοφρένεια, προς τις οποίες επικεντρώνεται και το ενδιαφέρον, έως τις ελαφρότερες αποκλίσεις από το φυσιολογικό π.χ. ελαφρές διαταραχές του λόγου. Αντιμετωπίζονται ψυχιατρικοί ασθενείς σε κρίση, που απαιτούν ταχεία παρέμβαση της ομάδας ή αναλαμβάνονται και προωθούνται προγράμματα αποασυλοποίησης ασθενών που απαιτούν χρόνο, υπομονή, επιμονή και μεθοδικότητα για να αποδώσουν.

Οι Κ.Ψ.Μ. αναπτύσσονται στα πλαίσια της δημόσιας εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κατά την τελευταία δεκαετία και σε συνεργασία με τους άλλους φορείς (υγειονομικές υπηρεσίες νομών, νομαρχιακά νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αγροτικούς γιατρούς και τοπική αυτοδιοίκηση), συμπληρώνουν το έργο παροχής υπηρεσιών τόσο στους τομείς της πρόληψης, όσο και της θεραπείας των ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων και της αποκατάστασης των ψυχικά πασχούντων. Στο ίδιο άρθρο ο Π. Σακελλαρόπουλος (1991) σημειώνει ότι οι στόχοι της λειτουργίας τους βασίζονται θεωρητικά στις σύγχρονες απόψεις της κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής, με έμφαση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη για την θεραπευτική και κοινωνική παρέμβαση και την αποφυγή του εγκλεισμού αρρώστων στα άσυλα και την χρονοποίησή τους.

Από το 1980 λειτουργούν Κ.Μ. στους νομούς Φωκίδας και Εβρου και πρόσφατα στους νομούς Θεσσαλονίκης, Χανίων, Ηρακλείου Κρήτης, κλπ. Η σύνθεση της Κ.Μ. ανάλογα με τους στόχους και τον τρόπο εργασίας απαρτίζεται από ψυχιάτρους, παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, λογοπεδικούς,

κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές κ.α.

Ειδική αναφορά του έργου της Κ.Μ. στον νομό Φωκίδας

Ο Π. Σακελλαρόπουλος στο άρθρο του "Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. στη Φωκίδα" (1985) αναφέρει ότι η Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. του νομού Φωκίδας (νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, με χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα και το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων) μπορεί να θεωρηθεί μία πρότυπη μονάδα αυτού του τύπου στην Ελλάδα. Είναι μία υπηρεσία - πιλότος έρευνας και παροχής υπηρεσιών.

Καλύπτει μία συγκεκριμένη πληθυσμιακή μονάδα (44.000) σε τομείς πρόληψης, διάγνωσης - θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης.

Ιδρύθηκε το Σεπτέμβριο του 1981 με σκοπό να αμβλύνει τα μειονεκτήματα της παραδοσιακής ψυχιατρικής και να εφαρμόσει δοκιμαστικά τις αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής.

Οι λόγοι επιλογής του συγκεκριμένου νομού οφείλονται στο γεγονός ότι η αποστασή του από την Αθήνα είναι τέτοια που να επιτρέπει την άνετη μετάβαση ειδικευμένου προσωπικού. Η πληθυσμιακή σύνθεση του νομού θεωρείται αντιπροσωπευτική των αλληλικών δεδομένων. Ακόμη βασικό είναι ότι η περιοχή στερούνταν κάθε είδος ψυχιατρικής φροντίδας.

Το πρώτο εξάμηνο της λειτουργίας της η δραστηριότητα της Κ.Μ. περιορίστηκε μόνο στον τομέα των επαφών και της ευαισθητικοποίησης τοπικών παραγόντων, πρόσωπα κύρους με δυνατότητα πρόσβασης στην κοινότητα ή σε παράγοντες του τόπου που έχουν σχέση εξουσίας με την κοινότητα (κοινοτάρχες, ιερείς, αστυνομικοί, εκπαιδευτικοί). Πολλοί συγκεντρώνουν και τις δύο προϋποθέσεις. Η ενημέρωση αφορούσε τόσο στις επιδιώξεις της ίδιας της μονάδας, όσο και στη φύση της ψυχικής ασθένειας και την σύγχρονη αντιμετώπιση της. Μέσα από αυτή τη διαδικασία ξεκίνησε ένας αριθμός στενών και ουσιαστικών συνεργατών που θεώρησαν την όλη προσπάθεια και δική τους.

Όπως στις επαφές με τα κοινωνικά μέλη, έτσι και στις διαλέξεις - συζητήσεις η Κ.Μ. πληροφορούσε τους κατοίκους για τους στόχους και προσπαθούσε να κάνει φανερό πως για την επιτυχία των επιδιώξεων ήταν απαραίτητη και η δική τους βοήθεια και συμμετοχή. Αυτό με κανένα τρόπο δεν σήμαινε ότι παραιτούνταν από το ρόλο του ειδικού ούτε ότι επιδίωκε να

μετατρέψει τους κατοίκους της κοινότητας σε ειδικούς. Μέσα από τις διαλέξεις - συζητήσεις πλουτίστηκε και διευρύνθηκε ο κύκλος των συνεργατών.

Με τη βοήθεια των προαναφερθέντων φορέων που χρησίμευσαν σαν συνεκτικοί κρίκοι μ' ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού σ' ένα δεύτερο στάδιο πραγματοποιήθηκαν συζητήσεις σε καφενεία, συλλόγους, σχολεία και κέντρα λαϊκής επιμόρφωσης με θέματα και αρχές λειτουργίας της μονάδας, τον τρόπο δουλειάς και την καλλιέργεια κλίματος αποδοχής μέσα στην κοινότητα.

Συνεχίζοντας τονίζει ο Π. Σακελλαρόπουλος (1985) ότι οι στόχοι της Κ.Μ. μέσα από αυτή τη δουλειά ήταν και είναι:

1) Η απομυθοποίηση του ρόλου των εργαζομένων στην ψυχιατρική σαν κατασταλτικής και "προστατευτικής" για το κοινωνικό σύνολο εξουσίας, στόχος που σχετίζεται άμεσα με την απομυθοποίηση της ψυχικής νόσου (τόσο στις εκδηλώσεις της, όσο και στην πρόγνωση, πρόληψη και θεραπεία της)

2) Η αποενοχοποίηση και ο μετριασμός του άγχους της οικογένειας και της κοινότητας σε σχέση με το άρρωστο μέλος της.

3) Η παραμονή του άρρωστου μέλους στους κόλπους της οικογένειας προκειμένου να αποφευχθεί η μείωση των προσαρμοστικών λειτουργιών του και το ξέκομά του από το φυσικό και συναισθηματικά επενδυμένο χώρο (οικογένεια - κοινωνικό περιβάλλον). Έτσι προσπαθεί να δώσει την έμφαση στον ρόλο του μπορεί να παίξει η κοινότητα στους άξονες : πρόληψη - θεραπεία - αποκατάσταση της ψυχικής νόσου.

4) Η παροχή συμβουλευτικού έργου σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα συμπεριφοράς (ζεύγους, γονέων - παιδιών) και προσαρμογής στο περιβάλλον.

5) Η αντιμετώπιση παιδοψυχιατρικών προβλημάτων και όχι μόνο. Έμφαση δινόταν και δίνεται και στις διαταραχές λόγου και μάθησης μέσα σ' ένα ευρύτερο πλαίσιο θεραπείας.

6) Η αντιμετώπιση ήπιων ψυχικών καταστάσεων (σε άτομα που δεν αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα), όπως το άγχος - η κατάθλιψη - οι ψυχοσωματικές εκδηλώσεις.

7) Η σωστή ανθρώπινη και επιστημονική αντιμετώπιση των ψυχικών αρρώστων σε κρίση (διέγερση) σε συνεργασία με το γιατρό, τους συγγενείς, τους φίλους και την αστυνομία, μέσα στην κοινότητα.

8) Την ατομική παρακολούθηση χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων στα τακτικά ιατρεία ή στο σπίτι αν είναι αναγκαίο.

Βασικό ακόμη είναι να αναφερθεί ότι η Κ.Μ. θεώρησε απαραίτητη την ενημέρωση και την εκπαίδευση επαγγελματιικών ομάδων που είχαν άμεση σχέση με την προσπάθεια αυτή, και πρώτα και κύρια του επιστημονικού προσωπικού. Από τους αρρώστους που δέχεται σύμφωνα με διάφορα βιβλιογραφικά δεδομένα, 15% έχουν ψυχιατρική συμπτωματολογία. Υπολογίζεται ότι 250 στα 1000 άτομα παρουσιάζουν κάποιο ψυχικό πρόβλημα μέσα σ' ένα χρόνο.

Συγκεκριμένα από την άρχή της λειτουργίας της Κ.Μ. στα κατά τόπους ιατρεία υπήρχε στενή συνεργασία με τους γιατρούς, που απόκτησαν την στοιχειώδη δυνατότητα να προσεγγίσουν τους ανθρώπους με πρόβλημα και να εκτιμούν αδρά την κατάσταση.

Σιγά - σιγά κατορθώνουν, με την επίβλεψη της Κ.Μ. να αναλαμβάνουν ένα περιστατικό μερικώς ή εξ' ολοκλήρου, να κάνουν τους κατάλληλους χειρισμούς, να χορηγούν φάρμακα, να επεμβαίνουν στην κρίση. Για την μεγαλύτερη επιτυχία αυτού του στόχου η Κ.Μ. οργάνωνε και οργανώνει σεμινάρια, ένα το μήνα, στους αγροτικούς γιατρούς. Περιεχόμενα των σεμιναριών είναι : η ψυχική νόσος (σχιζοφρένεια, συναισθηματικές ψυχώσεις, νευρώσεις), οι βιολογικές και ψυχολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης τα επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα κλπ.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1983) αναφέρει για το θέμα πως παρόλο που η παραμονή των αγροτικών γιατρών είναι πρόσκαιρη, μ' αυτά τα σεμινάρια επιτυγχάνεται σε ένα βαθμό η ευαισθητοποίηση των αγροτικών γιατρών στις μεθόδους της κοινωνικής ψυχιατρικής. Μ' αυτόν τον τρόπο της ευαισθητοποίησης ο αγροτικός γιατρός θα μεταφέρει στους μελλοντικούς χώρους εργασίας του και εκπαίδευσής του το πνεύμα και την μεθόδευση της κοινωνικής ψυχιατρικής.

Ο τομέας της εκπαίδευσης των δασκάλων άρχισε να καλύπτεται από το Δεκέμβριο του 1982. Αρχικά έγινε σεμινάριο των δασκάλων του νομού σε δύο ομάδες όπου αναπτύχθηκε το θέμα των δυσκολιών στη μάθηση και στο λόγο και στους τρόπους αντιμετώπισης στην τάξη. Στη συνέχεια και ως σήμερα γίνονται επισκέψεις στα σχολεία όπου συζητάται η παρέμβαση της Κ.Μ. για να εξετασθούν συγκεκριμένα παιδιά δημοτικού. Σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει

στενή συνεργασία με τους γονείς και τους δασκάλους και γίνεται συγκεκριμένος προγραμματισμός αντιμετώπισης και θεραπείας από την μεριά γονιών και δασκάλων και από την άλλη από τη λογοθεραπεύτρια ή ψυχολόγο - παιδαγωγό της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. σε δεκαπενθήμερη βάση

Η Κ.Μ.Ψ.Π.Υ έχει έδρα την Αθήνα. Πραγματοποιεί ανά δεκαπενθήμερο επίσκεψη στη Φωκίδα που παραμένει από την τετάρτη το απόγευμα ως τη Δευτέρα το πρωί. Η διεπιστημονική ομάδα απαρτίζεται από επαγγελματίες που μεταβαίνουν από την Αθήνα ή κατοικούν μόνιμα στο νομό. Κατά το διάστημα αυτό γίνονται εννέα ιατρεία.

(Παράρτημα Α, ΠΙΝΑΚΑΣ 5)

Σε κάθε ιατρείο ορίζεται ένας υπεύθυνος μη γιατρός με ουσιαστικές αρμοδιότητες όπως: ώρα αναχώρησης - αποχώρησης, παρουσία θεραπευτών (αριθμός), άδειες θεραπευτών, ρόλοι του κάθε θεραπευτή, ποιότητα θεραπευτικού έργου, κίνηση ιατρείου, συντονισμός ομάδας και αγωγή κοινότητας.

(Παράρτημα Α, ΠΙΝΑΚΑΣ 6.)

Η σύνθεση της ομάδας δεν είναι πάντα η ίδια, αλλά ανάλογη με τις ανάγκες και τις δυνατότητες που υπάρχουν και κυμαίνεται από τρία έως έξι άτομα. Πάντα υπάρχει σταθερά ο ίδιος ψυχίατρος, κατά περιόδους ειδικευόμενοι επαγγελματίες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοθεραπευτές και άλλοι ερευνητές. Πάντως η ομάδα διατηρεί ένα μόνιμο και πάντα σταθερό πυρήνα ψυχίατρο, ψυχολόγο, λογοθεραπευτή και κοινωνικό λειτουργό.

Τα ιατρεία γίνονται στα κέντρα υγείας ή στα αγροτικά ιατρεία της κάθε περιοχής.

Οι ασθενείς παραπέμπονται από τους γιατρούς των κέντρων υγείας, των αγροτικών ιατρείων ή από τους συγγενείς, την κοινότητα και με πρωτοβουλία των ίδιων.

Οι μετακινήσεις της Κ.Μ. γίνονται με ιδιωτικό αυτοκίνητο. Τα συγκοινωνιακά μέσα δεν εξυπηρετούν για το χρόνο και τις αποστάσεις που μετακινείται.

Τα οικονομικά και διοικητικά καθήκοντα εκτελούνται όπως προαναφέρθηκε από τα μέλη της Κ.Μ.

(Παράρτημα Β.)

Υπάρχει πάντοτε σταθερότητα στην μέρα και στην ώρα του ιατρείου. Οι ασθενείς έρχονται με τακτά ραντεβού και η συνέντευξη διαρκεί σαρανταπέντε λεπτά περίπου. Προσπάθειες γίνονται για να μείνει σταθερός θεραπευτής σε κάθε ασθενή. Στα ιατρεία εξετάζονται νευρολογικά, ψυχιατρικά και παιδοψυχιατρικά περιστατικά. Λόγω του χαμηλού επιπέδου των υγειονομικών υπηρεσιών και της έλλειψης αρκετών ειδικοτήτων στο νομό, η πρώτη εξέταση και αντιμετώπιση και των νευρολογικών περιστατικών γίνεται από την Κ.Μ. Ιδιαίτερη φροντίδα αποτελούν οι ψυχωσικοί ασθενείς που τους παρακολουθεί συστηματικά. Όταν αυτοί δεν έρχονται στο ιατρείο ο ψυχίατρος ή η κοινωνική λειτουργός επισκέπτεται τον άρρωστο και την οικογένεια του στο σπίτι.

Εφαρμόζοντας λοιπόν τις αρχές της κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής και μέσα στο πλαίσιο των περιοχών ευθύνης (ψυχιατρικός τομέας) οι θεραπευτές εξασφαλίζουν την διαρκή μέριμνα. Φροντίζουν για την οριστική αντιμετώπιση των ασθενών και

1) Εξασφαλίζουν την συνέχιση της φαρμακόθεραπείας χρησιμοποιώντας και φάρμακα μακράς διάρκειας δράσης, όταν είναι απαραίτητο.

2) Προβαίνουν σε κινητοποίηση των οικογενειακών και κοινωνικών παρεχόμενων δυνατοτήτων για ανακατατάξεις στις σχέσεις του αρρώστου με το περιβάλλον του, για την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάστασή του.

3) Παρέχουν ψυχολογική βοήθεια στον ασθενή στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στη δημόσια περίθαλψη. Αναλυτικά η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία αναφέρεται στα εξής στοιχεία που διέπουν το σύνολο ψυχολογικής - θεραπευτικής προσπάθειας: α) ο θεραπευτής βλέπει όλες του τις δραστηριότητες πίσω από ένα ψυχαναλυτικό πρίσμα (τον άρρωστο, την οικογένεια, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, την εργασία με την κοινότητα). β) Πιστεύει ο θεραπευτής στη δύναμη των ψυχολογικών χειρισμών και αναζητά πίσω από τα συμπτώματα την ενδοψυχική σύγκρουση και τους ασυνείδητους μηχανισμούς που οδήγησαν στη δημιουργία τους, ενώ εντάσσοντας τον ασθενή στο κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον, αντιμετωπίζει τον ψυχωσικό ως άτομο, αλλά και ως μέλος ενός παθολογικού οικογενειακού αστερισμού. γ) Η θεραπευτική προσπάθεια βασίζεται στη συναισθηματική σχέση θεραπευτή - θεραπευόμενου. Η μεταβίβαση του αρρώστου προς το θεραπευτή θα χρησιμοποιηθεί σαν εργαλείο, τόσο για τη διάγνωση όσο και για το

σημαντικότερο, τη θεραπευτική αντιμετώπιση του αρρώστου. Αυτή, με τους κατάλληλους χειρισμούς εγκαθίσταται ταχύτατα και μαζικά στα οξέα περιστατικά, ενώ είναι πολύτιμη στη σταθερή και μόνιμη φροντίδα του ψυχωσικού (follow-up). δ) Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί την αντιμεταβίβαση του, προσπαθεί να την ελέγχει και να την επεξεργάζεται τόσο για την αποδοτικότητα του κλινικού έργου όσο και για τη συνέχιση και ολοκλήρωση της εκπαίδευσης του μέσω των διαδικασιών εποπτείας. Διαδικασιών που έχουν ψυχαναλυτικό - ψυχοδυναμικό χαρακτήρα και επιτρέπουν την ανάλυση των συναισθημάτων του θεραπευτή από τον ίδιο, τον εποπτεύοντα ή την ομάδα με σκοπό την διασαφήνιση των θεραπευτικών προβλημάτων και την ενίσχυση των θεραπευτών. Λεπτοί χειρισμοί απαιτούνται σ' αυτές τις διαδικασίες όταν ο εποπτεύων είναι και επικεφαλής της ομάδας για να αποφεύγονται προβλητικοί μηχανισμοί και από τα δύο μέρη, που αφορούν στην εξουσία της μομφής, την απόρριψη και την εκλογίκευση. Το πρόβλημα αυτό μερικώς αντιμετωπίζεται με την παρουσία έμπειρων επισκεπτών εποπτευόντων ουδέτερων κατά τεκμήριο.

4) Τα μέλη της ομάδας έχουν βασικές γνώσεις κλασσικής ψυχαναλυτικής εκπαίδευσης ή προσωπικής διδακτικής ψυχαναλυτικής εμπειρίας. Μ' αυτό τον τρόπο λειτουργούν σωστά τόσο στη θεραπεία, όσο και στην εκπαίδευση.

Τα αποτελέσματα του έργου που έχει προσφέρει η Κ.Μ. μπορεί να χαρακτηρισθούν θετικά από πολλές πλευρές. Ειδικότερα: από την άποψη της ανάγκης των κατοίκων της επαρχίας να έχουν στον τόπο τους ψυχιατρική περίθαλψη. Απόδειξη του γεγονότος αυτού είναι ότι έρχονται συνεχώς και νέες περιπτώσεις για περίθαλψη στην Κ.Μ.

Το σπουδαιότερο όμως είναι ότι η μονάδα αυτή, ικανοποιεί τις ανάγκες των κατοίκων επιτόπια και έτσι δεν χρειάζεται να καταφύγουν στις υπηρεσίες των Αθηνών ή άλλων κέντρων. Η παρουσία μείωσε προοδευτικά το αίτημα για μεταφορά (στο ψυχιατρείο) γιατί μειώθηκαν από την παρουσία της Κ.Μ. οι ανάγκες (λόγω της πρόληψης). Η παρουσία της δημιούργησε συναίσθημα ασφάλειας πράγμα που μείωσε τις αιτήσεις και το διεκδητικό χαρακτήρα των αιτήσεων.

Ο Π. Παπαγούτσος (1993) σημειώνει ότι το γεγονός αυτό εκτός από την τόνωση του ηθικού των κατοίκων γιατί αισθάνονται ότι αναγνωρίζεται η σημασία τους, έχει και μεγάλη σημασία από ιατρική, κοινωνική και οικονομική

σκοπιά:

1) Από ιατρική γιατί με τη συστηματική επιτόπια παρακολούθηση και τη συνεργασία με την κοινότητα και την προσφορά της αναγκαίας βοήθειας, προλαμβάνεται κρίση ή υποτροπή του περιστατικού.

2) Γίνεται συστηματική μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης. Σε περίπτωση κρίσης ακόμα γίνεται η καλύτερη αντιμετώπιση του περιστατικού.

3) Από οικονομική πλευρά γιατί τα έξοδα που καταβάλλει το ΙΚΑ και οι άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί για μετακινήσεις και εξετάσεις είναι υπέρογκα χωρίς μάλιστα να υπάρχει κατά γενικό κανόνα θεραπεία του περιστατικού. Αφού η εξέταση στο ΙΚΑ Αθηνών όπου παραπέμπονται οι ασθενείς σε μεγάλο ποσοστό είναι ανεπαρκής λόγω της πληθώρας ασθενών, ανεπάρκειας θεραπειών και έλλειψη χρόνου.

Σ' αυτό το σημείο δε θα έπρεπε να παραλειφθεί η έκθεση στοιχείων σχετικών με οικονομικά μεγέθη. Αν και η Κ.Ψ.Μ. παρέχει υψηλού επιπέδου περίθαλψη, το κόστος της είναι σημαντικά χαμηλότερο από αυτών των παραδοσιακών δομών ψυχιατρικής περίθαλψης. Στα στατιστικά στοιχεία της εταιρείας κοινωνικής ψυχιατρικής (1994) σχηματικά αναφέρονται ότι: το 1987 ένας ασθενής στο Δημόσιο ψυχιατρείο στην Αθήνα κόστιζε 6.000 δρχ την ημέρα, στο οικοτροφείο της Αμφισσας 3.400 δρχ την ημέρα και στην Κ.Ψ.Μ της Φωκίδας 208 δρχ την ημέρα. Στα δύο τελευταία χρηματικά ποσά συμπεριλαμβάνονται και οι σημαντικές δαπάνες για την εκπαίδευση του προσωπικού, τα έξοδα για την αγωγή κοινότητας και την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών στο σπίτι του αρρώστου που απαιτεί αφιέρωση αρκετών ωρών εργασίας εξειδικευμένων στελεχών.

Σημαντικό είναι ότι κατά την πραγματοποίηση των στόχων μέσω του έργου που παράγει η Κ.Μ. - η καθημερινή κλινική πρακτική δείχνει ότι - : αυξήθηκε η ανοχή του πληθυσμού του νομού Φωκίδας απέναντι στην ψυχική νόσο. Σαν παράδειγμα θα μπορούσε να αναφέρει κανείς την εγκατάσταση και ενσωμάτωση στην κοινωνική ζωή της Αμφισσάς χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων με το "στίγμα" της παραμονής σε ψυχιατρικό άσυλο από έξι έως εικοσιπέντε χρόνια ή ακόμα τη συνεργασία με τις δικαστικές αρχές του τόπου για την αποφυγή των αναγκαστικών εγκλεισμών σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Παράρτημα Α, ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Παρόλη την προσφορά των Κ.Ψ.Μ. δεν παύει να υπάρχει σημαντική αντίδραση στην αλλαγή. Τέτοιες δομές (σαν την Κ.Ψ.Μ. της Φωκίδας) που στόχο τους έχουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση αντιμετωπίζουν την πολεμική και αντίδραση των κατεστημένων δυνάμεων. Ξεκινώντας από την πανεπιστημιακή εκπαίδευση που στην πλειοψηφία διαιωνίζει την ασυλιακού τύπου αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, έως τις δομές εκείνες που ενώ διαχωρίζουν στην φιλοσοφία τους την αλλαγή, στην καθημερινή πρακτική εξυπηρετούν την κατεστημένη μορφή προσφοράς περίθαλψης.

Όταν η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει πάρει πανελλαδικό χαρακτήρα, δεν έχει γίνει κίνημα και δεν έχει υιοθετηθεί από την νέα γενιά των στελεχών ψυχικής υγείας είναι φυσικό και αναμενόμενο οι εργαζόμενοι σ' αυτές τις δομές να κουράζονται.

Οι καλά εκπαιδευόμενοι "Ψ", προέρχονται δυστυχώς από το εξωτερικό και είναι αρκετά δύσκολο να μετακινηθούν στην επαρχία μόλις γυρίσουν στην Ελλάδα όπου θα ζήσουν για κάποιο χρονικό διάστημα. Η κούραση της αναμετακίνησης, το ευρύ πεδίο δραστηριότητας, η δυνατότητα ανάπτυξης πρωτοβουλιών, η ευθύνη των δραστηριοτήτων και των πρωτοβουλιών ενώ κάνουν αυτό το πλαίσιο (Κ.Ψ.Μ) σημαντικό για συσώρευση πολύτιμης εμπειρίας και γνώσης οι οικονομικές απολαβές δεν είναι ανάλογες. Οι εκπαιδευόμενοι στην Ελλάδα από διάφορες σχολές περνούν μία περίοδο εξαμήνου προσαρμογής και εκπαίδευσης για να μπορέσουν να εργαστούν υπεύθυνα στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Κατά τον Π. Σακελλαρόπουλο (1985) η τομεοποίηση λειτουργίας των Κ.Μ. έρχεται σε αντίφαση και πολλές φορές σε αντίθεση με την όχι τομεοποιημένη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, έτσι που είναι αδύνατο να υπάρξει στην πράξη μια ουσιαστική συνεργασία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα 1) οι μονάδες να φαντάζουν ξεκρέμαστες και αυτοδύναμες, 2) στις παρουσιαζόμενες ανάγκες συνεργασίας με κάποιο δημόσιο ψυχιατρείο οι προσωπικές σχέσεις με γιατρούς κλινικών είναι το καθοριστικό σημείο είτε σε περίπτωση ανάγκης νοσηλείας κάποιου αρρώστου είτε στην επιλογή αρρώστων για το πρόγραμμα αποκατάστασης των ενδιάμεσων δομών.

Η ανάγκη επικοινωνίας των διαφόρων σπαρμένων στην Ελλάδα δομών έχει

αναγνωριστεί από ετών παρότι ακόμη δεν έχει πραγματοποιηθεί ικανοποιητικά. Είναι αδιανόητο σε μια ψυχιατρική κατάσταση που με δυσκολίες και αγωνία προσπαθεί να εκμοντερνιστεί, οι υπάρχουσες δομές έξω αλλά και ενδονοσοκομειακά να λειτουργούν στη λογική του " ου γινώσκει η αριστερά τι ποιεί η δεξιά". Και όταν ακόμα υπάρχει η διάθεση και η πρακτική της επικοινωνίας και συνεργασίας το επικρατούν γενικό κλίμα τελικά να καλλιεργεί τον ανταγωνισμό και όχι τη συνεργασία.

Επιτακτική είναι η ανάγκη αναγνώρισης των ιδιαιτεροτήτων των διαφόρων δομών έτσι που η κάθε συνδιαλλαγή και εν προκειμένω δια μέσω της προσπάθειας να λειτουργήσει όχι στην κατεύθυνση της ισοπέδωσης και της κυριαρχίας των προβλημάτων των ασύλων, αλλά στην επισήμανση και αποδοχή της ιδιαιτερότητας κάθε Κ.Μ. στο μέτρο βέβαια που εντάσσεται στη λογική της ενλλακτικής κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής.

Τέλος, είναι σημαντικό να υπάρξει κοινή γλώσσα και κάποια κατηγοριοποίηση των πρακτικών και της φιλοσοφίας της κάθε δομής έτσι που η κάθε δομή να μην ορίζει τελείως διαφορετικά την αποασυλοποίηση, την αποκατάσταση, την επανένταξη, κλ. Μ' αυτό δεν εννοείται ότι όλες οι ελληνικές ψυχιατρικές μονάδες θα πρέπει να λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο αλλά θα πρέπει να υπάρχει στις απαντήσεις που δίνονται από διάφορες δομές και αν θέλετε και η κριτική.

Γίνεται αντιληπτό ότι οι Κ.Ψ.Μ. που λειτουργούν με τον τρόπο που περιγράφηκε (στο νομό Φωκίδας), μπορούν να αποτελέσουν ένα καλό παράδειγμα για την ανάπτυξη της ψυχιατρικής περίθαλψης και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας με τις αναγκαίες βέβαια ανά νομό προσαρμογές. Συνάμα διαπιστώθηκε ότι ασκούν και προληπτική ψυχιατρική αντιμετωπίζοντας την γέννησή τους, αλλά και εκπαιδύοντας την κοινότητα να αντιμετωπίζει "σωστά" τους ψυχικά ασθενείς. Χωρίς την Κ.Μ.Ψ.Π.Υ., τα περιστατικά αυτά είτε θα χρόνιζαν, είτε θα έφθαναν σε κρίση, με δυσάρεστα αποτελέσματα για τον ασθενή, την κοινότητα και οικονομικά και στις δύο περιπτώσεις.

Οι μονάδες συμβάλλουν σημαντικά στην εκπαίδευση της κοινότητας να δέχεται και να εκμεταλλεύεται τους ψυχικά ασθενείς. Παράλληλα βοηθούν με μέτρα άμεσα και πρακτικά σε περίπτωση ανάγκης. Επίσης παρέχουν εκπαιδευτικό έργο στους ειδικούς επαγγελματίες.

(Παράρτημα Α, ΠΙΝΑΚΑΣ 8)

Η Κ.Ψ.Μ. είναι ένας θεσμός που μπορεί να σταθεί ισότιμα πλάι στα πλέον αποδοτικά ευρωπαϊκά συστήματα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Σε μια πρόσφατη έκθεση εμπειρογνώμων της Ε.Ε. σχετικά με την ψυχιατρική μετερρύθμιση στην Ελλάδα, αναφέρεται ότι οι ελληνικές κινητές μονάδες προηγούνται κατά πολύ οποιασδήποτε άλλης λύσης στον ελληνικό χώρο.

Αυτό γίνεται καλύτερα αντιληπτό αν ρίξει κανείς μια ματιά στο νομό Φωκίδας όπου η Κ.Μ. έχει καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού. Πρόκειται για ανάγκες που έχουν διαμορφωθεί από τη λειτουργία της ευαισθητοποίησης και της περίθαλψης. Όταν σε μια κοινωνική ομάδα, σε μια οικογένεια, σ' ένα ψυχικά άρρωστο προσφερθεί σωστή δημόσια περίθαλψη είναι ασύληπτο γι' αυτούς η πολιτεία να σταματήσει να τους την προσφέρει.

Ο ρόλος του Κ.Λ στην Κ.Μ.Ψ.Π.Υ

Η σύνθεση των κινητών μονάδων είναι διεπιστημονική. Οι προσφερόμενες, ως εκ τούτου, υπηρεσίες είναι πολύπλευρες τόσο στο επίπεδο της προσφοράς περίθαλψης και αποκατάστασης όσο και στο επίπεδο της ευαισθητοποίησης της κοινότητας, της πρόληψης και της έρευνας. (Σακελαρόπουλος, 1991)

Όπως αναφέρει ο Σ. Τζιβάρας (1984) ο Κ.Λ αποτελεί βασικό κρίκο της διεπιστημονικής αυτής ομάδας. Μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων εφαρμόζει τις βασικές μεθόδους της κοινωνικής εργασίας (ΚΕ.Α.- Κ.Ε.Κ), σεβόμενος πάντα τις αξίες και τα δεοντολογικά πρότυπα του επαγγέλματος, μέσα από τα οποία επιδιώκει την καλύτερη δυνατή εξέλιξη του ασθενή.

Ο Π. Σακελαρόπουλος (1986) σημειώνει ότι ο ρόλος του Κ.Λ στην Κ.Μ. είναι σημαντικός. Μέλος μιας ισότιμης θεραπευτικής ομάδας, παρακολουθεί κατά τακτές συναντήσεις τόσο τα άτομα που χρειάζονται ψυχιατρικής βοήθειας όσο και των οικογενειών τους. Ανάλογα με τη δυσκολία του περιστατικού ο Κ.Λ μέσω των γνώσεων που διαθέτει, κρίνει αν είναι σκόπιμο και απαραίτητο να προσφερθεί θεραπευτική παρέμβαση μόνο από τον ίδιο ή σε συνεργασία με άλλους επιστημονικούς συνεργάτες. Σ' αυτή τη δεύτερη περίπτωση η ομάδα αποφασίζει ποιός θα είναι ο πιο θεραπευτικός τρόπος παρακολούθησης του περιστατικού.

Μέσα στις ατομικές συνεντεύξεις τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειας του ο ΚΛ είναι παρατηρητής των αλληλεπιδράσεων ασθενούς - περιβάλλοντος - οικογένειας. Προσεγγίζει τα ζητήματα αυτά μέσω του ατόμου που εξετάζει και θεραπεύει. Γνωρίζοντας την στενή αυτή αλληλεπίδραση ο ΚΛ δεν προσφέρει τις υπηρεσίες του μονόπλευρα αλλά εργάζεται συστηματικά και με το οικογενειακό περιβάλλον, ξεκινώντας από τηλεφωνικές επικοινωνίες, τακτές συναντήσεις και προσπάθειες για να μείνει το άρρωστο μέλος στους κόλπους της οικογένειας. Στόχος είναι η ελάττωση των συνεπειών της ψυχικής νόσου, ψυχολογικών και κοινωνικών. Ο Κ.Λ επιδιώκει την αναπλήρωση όσο αυτό είναι εφικτό, των ευκαιριών των οποίων στερείται ο ασθενής και την μείωση του νοσογόνου κλίματος. Καταπολεμάει ότι τρέφει τα συναισθήματα μειονεξίας και επικινδυνότητας, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για ευνοϊκές σχέσεις μεταξύ των μελών. Ακόμη παρεμβαίνει στην οικογένεια με στόχο την βελτίωση των συνθηκών αντιμετώπισης της ψύχωσης και τη βελτίωση των

σχέσεων καθώς και τη συνεργασία με το ευρύτερο περιβάλλον για να το βοηθήσει να προσαρμοστεί στον κοινωνικό χώρο. Η δικαιολογία που αρκετά συχνά διατυπώνεται από το οικογενειακό και εύρύτερο περιβάλλον για το αθεράπευτο της ασθένειας, οι φόβοι για την επικινδυνότητα του ατόμου και η γενικότερη προκατάληψη είναι οι βασικότεροι λόγοι εργασίας του με απότερο στόχο της αλλαγή στάσης.

Εχοντας γνώσεις από την εκπαίδευσή του τόσο της κοινωνικής εργασίας με άτομα όσο και της κοιν. εργασίας με οικογένεια αναλαμβάνει ποικίλους ρόλους όπως: θεραπευτικό, υποστηρικτικό, ψυχοθεραπευτικό, κα. Σημαντική είναι εξίσου η ενθάρρυνση συμπεριφοράς και στάσης προς τον ασθενή εξασφαλίζοντας την παραδοχή, την αξιοπρέπεια, την αναγνώριση της προσωπικότητας και προωθώντας την κατάκτηση της αυτονομίας έτσι ώστε με την παραδοχή των ικανοτήτων του, το άτομο να μπορέσει να σταθεί και να πιστέψει στην ισοτιμία του ως μέλος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ο Π. Σακελαρόπουλος (1986) συνεχίζοντας συμπληρώνει ότι ο ΚΛ χρησιμοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας του θεραπευόμενου αλλά πολλές φορές και τη δική του αντιμεταβίβαση σαν εργαλεία για την πρόοδο του περιστατικού. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό, λόγω της περιπλοκότητας και δυσκολίας των ψυχιατρικών περιστατικών υπάρχει δυνατότητα να ακολουθήσει η εξής πορεία:

- 1) Να το συζητήσει με το συνθεραπευτή προκειμένου να γίνει ανταλλαγή απόψεων και να βρεθούν τρόποι προσπέλασης της όποιας δυσκολίας.
- 2) Παρουσιάζει το περιστατικό στην ομάδα του συγκεκριμένου κλιμακίου που οργανώνεται ανά δεκαπενθήμερο. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται μία διεπιστημονική καλύτερη λύση, ακούγοντας τη γνώμη έμπειρων θεραπευτών.
- 3) Στη συνέχεια αν δεν υπάρξει ικανοποιητική εξέλιξη του περιστατικού οΚΛ φέρνει το πρόβλημα σε εποπτεία με τον υπεύθυνο της Κ.Μ.
- 4) Αν υπάρξει μεγαλύτερη ανάγκη, μαζί με τον συνθεραπευτή ζητούν εποπτεία από τον ψυχίατρο- διευθυντή της εταιρείας κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας.

Εξίσου σημαντικός με την Κ.Ε.Α είναι και ο ρόλος του Κ.Λ με την κοινότητα στα πλαίσια των δραστηριοτήτων της Κ.Μ. Η συνεργασία του με τους φορείς στόχο έχει να βρεθούν τρόποι και λύσεις αποδοχής της ψυχικής ασθένειας μέσα από ομιλίες, συνέδρια, ενημέρωση του έργου της Κ.Μ. στα

σχολεία, στις υπηρεσίες, κ.α με απώτερο στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την πρόληψη και θεραπεία.

Περίπτώσεις Κ.Μ.Ψ.Π.Υ

Στις επόμενες σελίδες θα δωθούν δύο παραδείγματα, όπου μέσα από την περιγραφή των περιπτώσεων αυτών αναπτύσσεται η τεχνική της ψυχιατρικής περίθαλψης στο σπίτι του αρρώστου, όπως βιώθηκε μέσα στα πλαίσια της πρακτικής εφαρμογής που οι δύο συγγραφείς της πτυχιακής αυτής πραγματοποίησαν στο νομό Φωκίδας. Η όλη πορεία της δουλειάς με τα δύο περιστατικά εποπτεύονταν από έμπειρο επόπτη.

Οι περιπτώσεις που θα παρουσιαστούν αποτελούν ένα χαρακτηριστικό δείγμα της εργασίας που γίνεται στην εταιρεία κοινωνικής ψυχιατρικής του νομού Φωκίδας. Τα ιστορικά των ασθενών είναι παρμένα από τα αρχεία της εταιρείας.

Πρώτη περίπτωση

Πρόκειται για μία γυναίκα 42 ετών. Η ασθενής παρουσιάζει θυρεοϋδοπάθεια, νοητική καθυστέρηση και διαταραχές συμπεριφοράς. Παραπέμφθηκε στην εταιρεία Κ.Ψ και Ψ.Υ. από τον αγροτικό γιατρό του χωριού. Παρουσίασε το αίτημα σ' αυτόν η μητέρα ζητώντας βοήθεια για βελτίωση της κατάστασης.

Από το 1993 η Β. παρακολουθείται από την εταιρεία. Μετά από μία πρώτη εκτίμηση της ασθενούς και της οικογένειάς της, η θεραπεύτρια της γράφει: "Η Β. ζει με την μητέρα της στο χωριό. Λόγω της νοητικής καθυστέρησης, έχει αναπτυχθεί μία υπερβολικά στενή και εξαρτημένη σχέση μαζί της. Η μητέρα φροντίζει συνέχεια την Β, μη επιτρέποντας της να κάνει απολύτως τίποτα. Είναι καταπιεστική και αποπνικτική με τη φροντίδα της και τις περιποιήσεις της. Έτσι η Β έχει χάσει κάθε λειτουργικότητα (που μάλλον είχε παλιότερα) και κάθεται συνέχεια βλέποντας τηλεόραση. Έχει εντελών παιδικόμορφη και "ναζιάριχη" συμπεριφορά, ενώ φαίνεται σαφώς ότι έχει τη δυνατότητα για περισσότερα πράγματα. Σε ηλικία 20 ετών είχε αρραβωνιαστεί και επρόκειτο να παντρευτεί, αλλά τελικά τα αδέρφια της (2 μεγαλύτερα) δεν της το επέτρεψαν για οικονομικούς λόγους.

Παρακολουθείται ανά 15νήμερο στο σπίτι. Η κατάστασή της σταδιακά βελτιώνεται. Οι προσπάθειες για κινητοποίηση έχουν μικρά αλλά σταθερά αποτελέσματα".

Η συγγραφέας αυτής της μελέτης ανέλαβε την περίπτωση της Β. μαζί με μία συνθεραπεύτρια στις 20/6/95 και συνέχισε να την επισκέπτεται ανά 15νήμερο.

Η πρώτη εικόνα που αντίκρουσε η συγγραφέας ήταν : η Β ξαπλωμένη στο κρεβάτι, με μια παιδικόμορφη στάση προσποιούνταν την κοιμισμένη. Τα συμπτώματα που παρουσίαζε ήταν ίδια με αυτά που αναφέρονταν στο ιστορικό της (κλινοφιλία, μειωμένη λειτουργικότητα, κλπ). Η πρώτη συνάντηση είχε αρκετά καλά αποτελέσματα. Η Β. ήταν αρκετά ομιλιτική καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης. Φάνηκε να συμπάθησε τις θεραπεύτριες της. Η συζήτηση επικεντρώθηκε γύρω από τη διάθεση της Β. και τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετώπιζε με τ' αδέρφια της. Οι θεραπεύτριες έδωσαν βαρύτητα στις επιπτώσεις που είχε αυτό το γεγονός για την εξέλιξη της σχέσης μαζί τους και την προσωπική της διάθεση.

Κατά τη διάρκεια των επόμενων συνεντεύξεων οι θεραπεύτριες μέσα από μία υποστηρικτική και συμβουλευτική στάση προσπαθούσαν να ωθήσουν τη Β. σε μία συζήτηση με την οικογένεια της, ώστε να δουν το πρόβλημα όλοι μαζί διεξοδικά. Ακόμη τόνιζαν στην Β. και την μητέρα της πόσο σημαντικό είναι και για τις δύο να περιποιείται η Β. μόνη τον εαυτό της και να βγαίνει έξω από το σπίτι.

Στη συνέχεια οι θεραπεύτριες συζητώντας με την μητέρα της την παρότρυναν να αφήνει την Β. πιο ελεύθερη (να μην κοιμάται μαζί της, να μην την κλειδώνει όταν φεύγει από το σπίτι).

Στις συναντήσεις που ακολούθησαν οι θεραπεύτριες με υποστηρικτική στάση προσπαθούσαν να απενοχοποιούν την Β. και την μητέρα της, τονίζοντας στην δεύτερη πόσο βασικό είναι να συνεχίσει την προσπάθεια για την αυτονόμηση της Β. Μερικές φορές αυτό δεν ήταν εφικτό.

Οι θεραπεύτριες διαπίστωσαν μετά από αλληπάλληλες συζητήσεις πως η μητέρα ευθυνόταν αρκετά για την κατάσταση αυτή. Δεν ακολουθούσε πάντα τις οδηγίες των θεραπευτριών και κάθε φορά έβρισκε κάποια δικαιολογία για την παλλινδρόμηση της συμπεριφοράς της Β. (Σταμάτησε να κοιμάται με την Β. αλλά δεν της επέτρεπε πάντα να βγαίνει από το σπίτι).

Αξιοσημείωτο είναι εδώ να αναφερθεί ότι στο τέλος μιας από τις συνεντεύξεις η Β. χάρισε στις θεραπεύτριες της ένα σημείωμα (προφανώς το είχε πάρει από ημερολόγιο) που έλεγε: "Οι μάνες που ανατρέφουν σωστά τις

κόρες τους διαμορφώνουν τις επόμενες γενιές”.

Μετά από συζήτηση του περιστατικού στις συνεδρίες της Κ.Μ. αποφασίστηκε να οριστεί νέο θεραπευτικό σχήμα. Ένας τρίτος θεραπευτής θα έβλεπε τη μητέρα στο αγροτικό ιατρείο του χωριού τη στιγμή που οι δύο θεραπεύτριες θα επισκέπτονταν την Β.

Το σχήμα αυτό ξεκίνησε αρκετά καλά. Η μητέρα ήταν συνεπής στα ραντεβού της ενώ η Β. παρουσίαζε σημαντική βελτίωση όσον αφορά την αυτοεξυπηρέτηση της και τη συμβολή της στις οικιακές δουλειές. Μαζί με τις θεραπεύτριες της προγραμματίζαν τις δραστηριότητες της έως την επόμενη συνάντηση.

Ο θεραπευτής που έβλεπε τη μητέρα ενημέρωσε τις θεραπεύτριες της Β. πως κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων εκείνη εκδήλωνε αρκετούς φόβους για την ικανότητα της Β. να φροντίζει τον εαυτό της, ιδίως μετά το θάνατό της. Ο θεραπευτής μέσα από μια υποστηρικτική και συμβουλευτική στάση επεδίωκε να εξαλειφθούν οι φόβοι αυτοί.

Με την αναχώρηση της μιας θεραπεύτριας ανέλαβε την Β. νέος θεραπευτής. Μέσα από τις τηλεφωνικές επικοινωνίες που έχει η συγγραφέας με τους θεραπευτές της αλλά και με την ίδια ενημερώνεται για την πορεία και την εξέλιξη του περιστατικού.

Δεύτερη περίπτωση

Στην συγκεκριμένη περίπτωση Ψ.Π.Σ.Α θαγίνει αναφορά σ' έναν άντρα ηλικίας 40 ετών. Παρουσιάζει ενεργό ψυχοπαθολογία, με καταθλιπτική συμπεριφορά και απόπειρες αυτοκτονίας. Είναι ανύπαντρος και ζει με τους γονείς του σ' ένα χωριό της Φωκίδας. Ο Δ. είναι απόφοιτος τεχνικής σχολής της αεροπορίας και στο παρελθόν είχε κάνει τρεις εισαγωγές στο ψυχιατρείο, συνολικός χρόνος παραμονής οχτώ εβδομάδες. Έχει κάνει δύο απόπειρες αυτοκτονίας την πρώτη φορά πέφτοντας από γέφυρα, με αποτέλεσμα να είναι σε αναπηρικό καροτσάκι και τη δεύτερη φορά χαράκωσε τα πόδια του με μαχαίρι, με συνέπεια να νοσηλευτεί δύο μήνες στο ΚΑΤ.

Η πρώτη επαφή με τη μονάδα έγινε ύστερα από τηλεφωνική επικοινωνία του πατέρα, ο οποίος ζήτησε να τον επισκεφθούν οι θεραπευτές στο σπίτι.

Από το φθινόπωρο του 1992 η μονάδα άρχισε να βλέπει τον Δ. Η πρώτη εκτίμηση των θεραπειών, μετά από τις πρώτες συζητήσεις μαζί του, ήταν οι εξής: Παρουσίαζε συμπτώματα κατάθλιψης, ήταν χλωμός, χωρίς κανένα ενδιαφέρον για την επίσκεψη των θεραπειών. Τα πόδια του ήταν παραμορφωμένα από τα πολλαπλά κατάγματα μιας και έπεφτε από το κρεβάτι και τα χτυπούσε με δύναμη για να τα ξανασπάσει. Είχε ακράτεια ούρων και κοπράνων και παρόλο που μπορούσε να σηκωθεί με τις πατερίτσες δεν το έκανε. Δεν σηκωνόταν για καιρό από το κρεβάτι, δεν ήθελε να βγαίνει καθόλου έξω, δε διάβαζε, δεν έβλεπε τηλεόραση, δεν είχε κανένα ενδιαφέρον, δεν ακολουθούσε την φαρμακευτική αγωγή, είχε τάσεις αυτοκαταστροφικές, δεν ήθελε να ζήσει.

Υστερα από τακτικές συνεδρίες της θεραπείας του στο σπίτι, άρχισε να κάνει καλή θεραπευτική σχέση μαζί της και υπήρχε σαφής βελτίωση. Αρχισε σιγά - σιγά να βγαίνει με το αναπηρικό καροτσάκι στη γειτονιά, προσανατολιζόταν προς τον έξω κόσμο και γινόταν αρκετά συνεργάσιμος ακολουθώντας παράλληλα την φαρμακευτική αγωγή.

Ένα χρόνο μετά την παρέμβαση της μονάδας, παρουσίαζε καταθλιπτικές τάσεις μετανιώντας για τις απόπειρες αυτοκτονίας. Η θεραπεύτρια του προσπαθούσε να του απαλύνει τις ενοχές (δεν εφταιγε που ήταν άρρωστος) και τον υποστήριζε στην προσπάθεια "συμφιλίωσης" με τη ζωή του, όπως αυτή μπορούσε να είναι χωρίς αρτιμέλεια.

Με τον καιρό παρουσίαζε βελτίωση και συνειδητοποιούσε την κατάσταση του χωρίς να λείπουν οι ενοχές για τις αυτοκαταστροφικές του τάσεις. Με την σταθεροποίηση της ψυχικής του κατάστασης και τις υποχωρήσεις των καταθλιπτικών στοιχείων, υπέστη εγχείρηση στο ΚΑΤ για τη βελτίωση των ποδιών του.

Μετά την εγχείρηση και με την επιστροφή του στο σπίτι, οι θεραπευτές του σημείωσαν ότι είχε αμφιθυμική διάθεση. Ο Δ. ήταν πιο ήρεμος εξωτερικά τουλάχιστον, έδειχνε συμβιβασμένος με την κατάσταση του αλλά εξακολουθούσε να είναι λίγο μελαγχολικός.

Η πρώτη επίσκεψη από την υποφαινόμενη στο σπίτι του Δ. έγινε μαζί με τη συνθεραπεύτρια του, τον Ιούνιο του 1995. Ο Δ. καθόταν στο αναπηρικό του καροτσάκι και παρακολουθούσε τηλεόραση. Τους θεραπευτές υποδέχτηκαν οι γονείς του, οι οποίοι έδειχναν να περιμένουν με χαρά την επίσκεψη. Αλλά και ο Δ. φάνηκε ευχαριστημένος.

Η συζήτηση επικεντρώθηκε γύρω από τη φαρμακευτική του αγωγή και την προσωπική του διάθεση. Εκδήλωσε την επιθυμία να είναι στη θάλασσα αλλά στεναχωριόταν που η σωματική του κατάσταση ήταν τέτοια που δεν του το επέτρεπε. Η μία από τις θεραπεύτριες τον παρότρυνε να πραγματοποιήσει αυτή του την επιθυμία με τη βοήθεια κάποιου μέλους από την οικογένεια. Με τη λήξη της πρώτης επίσκεψης ο Δ. τους χάρισε ένα ποίημα σχετικό με το καλοκαίρι. Εντύπωση έντονη αποτέλεσε το αισιόδοξο περιεχόμενο του ποιήματος του.

Μετά από αρκετές επισκέψεις η κατάσταση δεν παρουσιάζει αισθητή βελτίωση. Οι θεραπεύτριες παρατήρησαν ότι εκδήλωνε κυκλοθυμική συμπεριφορά με έντονη αμφυθυμία. Ξέροντας καλά ότι είχε τη δυνατότητα να αυτοεξυπηρετείται, αλλά δεν το έκανε οι θεραπεύτριες επικέντρωσαν την προσπάθεια τους στην αυτοεξυπηρέτηση του. Ταυτόχρονα μέσα από μία υποστηρικτική στάση προσπαθούσαν να διώξουν τα έντονα ενοχοποιητικά και καταθλιπτικά στοιχεία που κατά διαστήματα εμφάνιζε.

Αξιοσημείωτο είναι ότι κάθε φορά στο τέλος των επισκέψεων των θεραπευτών στο σπίτι δεν ξεχνούσε να τους διαβάσει τα κείμενα που είχε γράψει περιμένοντας ίσως από τις θεραπεύτριες την επιβράβευση την οποία και έπαιρνε. Ταυτόχρονα τον παρότρυναν να συνεχίσει αυτή του τη δραστηριότητα

μιας και τον ευχαριστούσε ιδιαίτερα.

Εδώ πρέπει να επισημανθεί η στάση των γονιών του Δ., η οποία ήταν άκρως υπερπροστατευτική με αποτέλεσμα την μη ανάληψη πρωτοβουλιών και ευθυνών από τον ίδιο. Καθ' όλη τη διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν παρόντες, καθισμένοι στο ίδιο σημείο. Η στάση που κρατούσαν, υποσυνείδητα, είχε ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της θεραπευτικής παρέμβασης.

Λίγο καιρό πριν την αναχώρηση της μιας θεραπεύτριας ανέλβα αμέσως το περιστατικό νέος θεραπευτής με σκοπό την ομαλότερη αποχωρησή της.

Ορίστηκε νέο θεραπευτικό σχήμα μιας και επισημάνθηκε πως οι γονείς παρεμποδίζουν αρκετά τη θεραπεία. Ο “νέος” θεραπευτής ανέλαβε να ασχοληθεί θεραπευτικά με τους γονείς σε ξεχωριστές συνεδρίες με τον Δ.

Γνωρίζοντας ότι ο κίνδυνος υποτροπής για τον Δ. δεν αφορά μόνο μια ψυχωσική διεργασία αλλά μία αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, γιατί πέρα από τις καταθλιπτικές του τάσεις έχει κάνει στο παρελθόν απόπειρες αυτοκτονίας, τόνίζεται πως η καλή θεραπευτική σχέση και η ύπαρξη εμπιστοσύνης προς τη θεραπεύτρια του θα είναι αρκετές ώστε να βελτιώσουν την αυτοεικόνα του, να την κάνουν λιγότερο ενοχοποιητική άρα και πιο αισιόδοξη.

Δ. ΟΞΕΑ

Για την περίθαλψη στο σπίτι, η διεθνής βιβλιογραφία δέχεται πως η αντιμετώπιση της πρώτης κρίσης ψυχωσικού στο σπίτι βοηθάει πολύ στην πρόγνωση της αρρώστιας. Ο κεντρικός άξονας αυτής της θεραπευτικής τεχνικής είναι η εγκατάσταση, στην οξεία φάση, ενός είδους "νοσοκομείου στο σπίτι" ώστε να αποφευχθεί ο εγκλεισμός, να απαγχωθεί η οικογένεια, να διακοπεί στη φάση εκείνη και προκειμένου για ψυχωσικό, η συνεχής σύγκρουση που υπάρχει μεταξύ της απόρριψης του αρρώστου από την οικογένεια και της επιθετικότητας του αρρώστου για την απόρριψη, να μουν οι βάσεις για καλύτερη επικοινωνία αρρώστου-οικογένειας, να κινητοποιηθεί και κοινωνικοποιηθεί ο άρρωστος το ταχύτερο δυνατό.

Οι Κ. Παπαευαγγέλου, Ε. Νικολοπούλου (1990) τονίζουν ότι η ιδιαιτερότητα της θεραπευτικής παρέμβασης οφείλεται στην οξεία φάση της ασθένειας, αυτή καθ' αυτή, στο άγχος και τον πανικό της οικογένειας, στην ανησυχία και το φόβο της γειτονιάς, στο μύθό της επικινδυνότητας που συνοδεύει όλα τα οξέα ψυχιατρικά περιστατικά. Είναι δε αναγκαία η ύπαρξη ομάδας θεραπευτών που θα αναλάβει τον άρρωστο, γιατί κανείς θεραπευτής μόνος δεν μπορεί να αντέξει το φορτίο των δυνάμεων που διακινείται σε τέτοιες καταστάσεις και την ταυτόχρονη εργασία με τον άρρωστο, την οικογένεια, την κοινότητα.

Με τον άρρωστο μπαίνουν τα θεμέλια μιας ζεστής συναισθηματικά αλλά και ισότιμης σχέσης. Οι θεραπευτές ζουν μαζί του τη διέγερση, το παραλήρημα του, τον βοηθούν τόσο φαρμακευτικά όσο και ψυχοθεραπευτικά. Ζεστή συναισθηματική σχέση σημαίνει αποδοχή όχι της ψυχοπαθολογίας αλλά της φοβερής εμπειρίας που ζει ο άρρωστος, δυνατότητα ώστε να αποκτήσει ένα σύμμαχο χρήσιμο για το πέρασμα μέσα από τις συμπλιγάδες της ψύχωσης και ισοτιμία σ' ότι αφορά τα δικαιώματα στο σώμα του, το μυαλό του, τα συναισθήματα του, την επιθυμία του να μπει σε νοσοκομείο ή όχι, να πάρει φάρμακα ή όχι.

Η οικογένεια απαγχώνεται και απενοχοποιείται, γίνονται ανακατανομές ρόλων δίνοντας στα πιο υγιεί μέλη, καθησυχάζεται η γειτονιά και η κοινότητα.

Αν σκεφτεί κανείς το άγχος, το φόβο, τον πανικό, την απόρριψη της οικογένειας, μπροστά στο παραληρηματικό, για παράδειγμα, παιδί, μπροστά στο φόβο του κοινωνικού στίγματος του επικίνδυνου τρελού. Είναι πιθανό η

πρώτη σκέψη της οικογένειας να προσανατολίζεται στον εγκλεισμό του αρρώστου στο ψυχιατρείο ώστε να “εξαφανιστεί”, να “ξεχαστεί”, να “σκεπαστεί” από τη γειτονιά, την κωμόπολη, το χωριό, ότι ένα μέλος της οικογένειας είναι τρελό. Όλες οι σκέψεις και οι φόβοι “περνούν” και εισπράττονται από τον άρρωστο που μαζί με την ψυχωσική διαδικασία επιτείνουν την ήδη διαταραγμένη επαφή του με την πραγματικότητα. Η εισαγωγή του αρρώστου στο ψυχιατρείο αποτελεί το φυσικό διωγμό του ατόμου και ολοκληρώνει την αποκοπή του από την κοινωνική ομάδα καταδικάζοντάς τον να ζήσει την αρρώστια μόνος του, έξω από τις συνθήκες και τα δεδομένα που τον οδήγησαν σ’ αυτήν.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1986) αναφέρει ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων η ψυχιατρική ομάδα καλείται να παίξει το ρόλο του “απο μηχανής θεού”. Και εκεί είναι ακριβώς η δυσκολία της να σταθεί ανάμεσα στον αιτούμενο ρόλο και τους δικούς της στόχους, που είναι η υπευθυνοποίηση του αρρώστου μέλους και της κοινωνικής ομάδας μέσα στην οποία ζει, στην αντιμετώπιση της αρρώστιας.

Και βέβαια έχει να διαλέξει ανάμεσα στον πανάρχαιο τρόπο του εξωβελισμού του άρρωστου και επικίνδυνου μέλους, με τον εγκλεισμό στο άσυλο και την ανάληψη ρόλου που θα καθιστά συμμετόχους τους κοινωνικούς συνομιλητές στην αντιμετώπιση της κρίσης - κακού.

Η δεύτερη επιλογή, είναι επιλεκτική και περισσότερο κοντά στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του ψυχωσικού αρρώστου. Σημασία έχει εδώ να τονισθεί η χρησιμότητα της έγκαιρης παρέμβασης από τους θεραπευτές όταν ακόμα η ψυχωσική διεργασία είναι στην αρχή της και πριν η “διαδρομή” (οικογένεια - αστυνομία- εγκλεισμός) ενισχύσει τους διοικητικούς μηχανισμούς του αρρώστου.

**ΠΙΣΤΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

Αντιμετώπιση οξέων από την Κ.Μ.Ψ.Π.Υ Ν. Φωκίδας

Κατά τον Π. Σακελλαρόπουλο (1985) η ψυχιατρική πείρθαλψη επειγόντων περιστατικών στο σπίτι του αρρώστου είναι μία από τις δραστηριότητες της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ Είναι ένα μοντέλο αντιμετώπισης των οξέων περιστατικών στα πλαίσια της φιλοσοφίας της μονάδας. Η Κ.Μ.Ψ.Π.Υ είναι φορέας κοινωνικής-κοινοτικής ψυχιατρικής. Με απλά λόγια κοινωνική ψυχιατρική σημαίνει θεραπεία του αρρώστου μέσα στην κοινότητα αλλά και θεραπεία της κοινότητας.

Η Κινητή μονάδα καλύπτει και τα έκτακτα περιστατικά και στόχος της είναι να μη φύγει ο άρρωστος για κάποιο ψυχιατρείο ή ιδιωτική κλινική, όσο και όπου αυτό είναι δυνατό. Ένα από τα καθήκοντα της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ είναι η αντιμετώπιση μιας υποτροπής. Αυτή μπορεί να διαρκεί μέρες ή και εβδομάδες πριν την εμφάνιση των έντονων συμπτωμάτων. Εδώ ισχύει περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη περίπτωση η πρόληψη ή έγκαιρη παρέμβαση. (Παράρτημα Α, ΠΙΝΑΚΑΣ 9)

Μία μικρή αλλαγή της συμπτωματολογίας, μία μείωση των ενδιαφερόντων και της δραστηριότητας του αρρώστου, μία μικρή αλλαγή στη διάθεση του και στην ομιλία του, είναι στοιχεία αρκετά για να υποψιάσουν τους θεραπευτές. Επίσης ένα σημαντικό ή αντικειμενικά ασήμαντο γεγονός όπως ένας θάνατος στην πρώτη περίπτωση ή μία αλλαγή στην εργασία, στη δεύτερη περίπτωση, λειτουργεί ως σήμα συναγερωμού για το θεραπευτή έστω και αν η συμπεριφορά του αρρώστου δεν έχει αλλάξει ακόμη.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος στο άρθρο του "Υποτροπές - Αντιμετώπιση οξέων διαταραχών σε χρόνια ψυχωσικούς" (1986) λέει για το θέμα όταν ο θεραπευτής εκλάβει τα πρόδρομα σημεία υποτροπής ακολουθεί τα εξής βήματα:

1) Αυξάνει την παρουσία του (συνεδριές ή επισκέψεις) δίπλα στον άρρωστο

2) Αυξάνει τη δόση των φαρμάκων, κατά 30% έως 100% (ευθύνη ψυχιάτρου)

3) Προκαλεί την αύξηση της στοργής του περιβάλλοντος για τον άρρωστο και αυτό είτε ο άρρωστος ζει σ' ένα οικοτροφείο - ξενώνα, είτε ζει στη συνοικία

4) Συζητά με τον άρρωστο τον κίνδυνο υποτροπής χωρίς όμως να τον πανικοβάλλει. Του εξηγεί γιατί μαζί του παίρνει αυτά τα μέτρα και τον

υπευθυνοποιεί. Παράλληλα κάνει διάλογο μαζί του σ' ότι αφορά τα αίτια της υποτροπής.

Εαν κρίνει σκόπιμο ο επικεφαλής του κλιμακίου μπορεί να προσθέσει και άλλον θεραπευτή για μερικές ώρες μέσα στην εβδομάδα εκτός από το βασικό θεραπευτή και συνθεραπευτή του αρρώστου.

Συνεχίζοντας ο Π. Σακελλαρόπουλος σημειώνει ότι σε περίπτωση μη αποφυγής της υποτροπής και κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης οι θεραπευτές εργάζονται ως εξής:

1) Αλλάζουν ριζικά την οπτική γωνία που βλέπουν τον άρρωστο άρα και τη στάση τους. Αυτή η αλλαγή είναι πολύ δύσκολη και για έμπειρους ακόμα θεραπευτές όταν ο άρρωστος έχει προοδεύσει πολύ, έχει μία συμπεριφορά σχεδόν φυσιολογική ή βρίσκεται σε ψυχοθεραπεία. Είναι ανθρώπινο οι θεραπευτές να μη θέλουν να δουν την υποτροπή όταν ο θεραπευόμενος τους πάει τόσο καλά. Πολλές φορές όμως, για τους παραπάνω λόγους χάνουν πολύτιμο χρόνο.

Αυτή την αλλαγή του πρίσματος εκτός από τον βασικό η τους βασικούς θεραπευτές μπορεί να την προκαλέσει ο επικεφαλής του τμήματος ή της μονάδας, ο εποπτεύων ή οποιοσδήποτε άλλος θεραπευτής.

2) Και εδώ, πολλαπλασιασμός του χρόνου παρουσίας δίπλα στον άρρωστο πχ από μια ψυχοθεραπευτική συνεδρία το δεκαπενθήμερο, πέρασμα σε πέντε συνεντεύξεις ανά εβδομάδα ή και όπου κρίνεται αναγκαίο, οργάνωση συστηματικής Ψ.Π.Σ.Α Η νοσηλεία στο ψυχιατρείο θα πρέπει να εφαρμόζεται σε δύο περιπτώσεις : α) Όταν ο άρρωστος είναι αυτοκτονικός και β) όταν η θεραπευτική ομάδα έχει εξαντλήσει την αντοχή της.

Είναι προτιμότερο, στις άλλες περιπτώσεις, ο άρρωστος να παραμένει και στην οξεία φάση, στο φυσικό του περιβάλλον. Εχει αποδειχθεί πια, από την πείρα τόσων χρόνων, ότι εκεί η έξοδος από την οξεία φάση και η ανάρρωση, πραγματοποιούνται με ταχύτερους ρυθμούς.

3) Η αύξηση των δόσεων, η λήψη υγρών και η χορήγηση τυχόν άλλων φαρμάκων πλην των ψυχωσικών (αντιβίωση, κλπ) πρέπει να ρυθμίζεται απόλυτα κατά περίπτωση. Αλλάζει από ημέρα σε ημέρα καθώς μεταβάλλεται, σ' αυτές τις περιπτώσεις γρήγορα ή ταχύτατα, η κλινική εικόνα.

4) Και ο πλέον παλλινδρομημένος άρρωστος σε μία χαώδη συγκιτική

κατάσταση ή διέγερση έχει τη δυνατότητα να ακούσει τους θεραπευτές. εδώ όμως ο διάλογος είναι περισσότερο εξωλεκτικός και πραγματοποιείται με τη στάση του σώματος και την μιμική του προσώπου. Πρέπει να δίνουν στον άρρωστο να καταλάβει ότι μπορούν να τον βοηθήσουν και ότι θέλουν να τον βοηθήσουν. Ζητάνε τη συμπαράσταση της οικογένειας, της γειτονιάς, ή των άλλων ψυχωσικών αρρώστων, όταν ο θεραπευόμενος διαβεί σε ενδιάμεση δομή. Είναι ευθύνη του επικεφαλής του τμήματος να αντιληφθεί έγκαιρα αν τα προαναφερόμενα άτομα ή οι βασικοί θεραπευτές πλησιάζουν τα όρια της αντοχής τους.

Κύριο μέλημα της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ είναι και η αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης από ασθενείς που δεν είχαν καμμία επαφή με την μονάδα πριν. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η γραμματεία, φροντίζει να έχει τα πρώτα στοιχεία όπως ονοματεπώνυμο, ηλικία, τόπος, ιστορικό, παλιότερα ψυχωσικά επεισόδια η νοσηλείες. Αμέσως μετά ειδοποιεί τον υπεύθυνο οξέων του κλιμακίου. Αυτός σε συνενόηση με το κλιμάκιο και τον υπεύθυνο γιατρό για τα οξέα, θα επισκεφθεί και θα έχει την πρώτη εικόνα από τον άρρωστο. Στη συνέχεια ο υπεύθυνος των οξέων θα κρίνει αν θα μετακινηθεί ο άρρωστος ή θα δώσει οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή και τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Η πορεία που θα ακολουθηθεί από εκεί και πέρα είναι γνωστή.

Όταν η κοινότητα και η οικογένεια ξέρουν ότι ο άρρωστος παρακολουθείται, το άγχος τους μειώνεται κατά πολύ και είναι πρόθυμοι να συνεργαστούν. Μ' αυτή τη συνεχή παρακολούθηση οι κρίσεις είναι δυνατόν να προβλεφθούν. Και επειδή μόνο στην κρίση ο "τρελός" είναι επιθετικός άρα επικίνδυνος παύει η "επικινδυνότητα" των ψυχασθενών να έχει την έκταση που έχει στο μυαλό των ανθρώπων.

Παρουσίαση οξέος περιστατικού στα πλαίσια

της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Ν. Φωκίδας

Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για μία άρρωστη με συμπτώματα σχιζοφρένειας. Είναι μία γυναίκα 35 ετών, ανύπαντρη. Κατάγεται από ένα χωριό των Τρικάλων. Επισκέφθηκε την αδερφή της στην Ιτέα και εκεί παρουσίασε κρίση. Εφυγε από το σπίτι της αδερφής της και πήγε στο αστυνομικό τμήμα λέγοντας στους αστυνομικούς ότι εκείνη την έδειρε και

φοβάται να πάει οπουδήποτε αλλού.

Μετά από ειδοποίηση της αστυνομίας, η υπεύθυνη των οξέων μαζί με την μία ερευνήτρια επισκέφθηκαν την “Ελένη”. Η πρώτη εικόνα που αντίκρουσαν ήταν μία γυναίκα αρκετά φοβισμένη και εξαντλημένη από το άγχος και το φόβο που την κυρίευε. Τα διωκτικά στοιχεία ήταν έντονα ζωγραφισμένα στο προσώπό της καθώς και η κούραση. Είχε να φάει σχεδόν δύο μέρες και αρνούσαν να βάλει οτιδήποτε στο στόμα της υποστηρίζοντας ότι ήθελαν όλοι να τη δηλητηριάσουν.

Από τις λίγες πληροφορίες που κατάφεραν να συλλέξουν, έμαθαν πως η Ελένη είχε άλλα τρία αδέρφια, την αδερφή της στην Ιτέα με την οποία ήταν υπερβολικά δεμένη πριν το γάμο της, τον αδερφό της ο οποίος ήταν στο εξωτερικό εδώ και αρκετά χρόνια και μία ακόμα αδερφή την οποία έδωσαν οι γονείς της για υιοθεσία και δεν έχουν καλές σχέσεις. Η Ελένη είχε ένα μαγαζί νυφικών το οποίο πριν λίγο καιρό χρεωκόπησε.

Η Ελένη δεν είχε νοσηλευτεί ποτέ στο παρελθόν. Τους εμπιστεύτηκε ότι κατά διαστήματα άκουγε κάποιες “φωνές” από μέσα της αλλά πάντα κατάφερε να τις ελέγχει. Μετά από το συμβάν αυτό στον επαγγελματικό της τομέα οι φωνές αυτές έγιναν πιο έντονες. Το παραληρημά της είχε σχέση με την υιοθετημένη αδερφής της. Η Ελένη είναι το δεύτερο παιδί της οικογένειας και η υιοθετημένη αδερφή το μικρότερο. Κατα την άποψη της Ελένης εκείνη τους μισεί και προσπαθεί να κάνει κακό στην Ελένη.

Με αφορμή έναν αρκετά επιβλητικό σταυρό που φορούσε η Ελένη, οι θεραπεύτριες τη ρώτησαν τι είναι γι’ αυτήν η εκκλησία. Σ’ αυτό το σημείο τους εκμυστηρεύτηκε ότι στο παρελθόν έμενε κατά μεγάλα χρονικά διαστήματα σε μοναστήρια. Εκεί ένοιωθε ασφάλεια κάθε φορά που οι “φωνές” προσπαθούσαν να την επηρεάσουν.

Με το σύζυγο της αδερφής της η Ελένη δεν έχει καλές σχέσεις. Τον θεωρούσε υπεύθυνο που δεν έχουν την ίδια σχέση, όπως είχαν στο παρελθόν. Οι θεραπεύτριες προσπάθησαν να προσφέρουν στην Ελένη ένα πλέγμα προστασίας από τις φανταστικές διωκτικές φωνές και συγχρόνως προστασία από την ίδια της την αρρώστια. Παίρνοντας τον ρόλο του πρεσβευτή της πραγματικότητας υπενθύμιζαν στην Ελένη το φανταστικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται αυτές οι “φωνές”. Η ανθρώπινη στάση μέσα από μία ψυχοδυναμική

κατανόηση έκανε την Ελένη να τις εμπιστευτεί και να νοιώσει ασφάλεια.

Ηπие λίγο γάλα και έφαγε μία τυρόπιτα. στη συνέχεια μετά από επίμονες προσπάθειες πήρε φάρμακα (ηρεμιστικά). Είπε πως η οικονομική της κατάσταση είναι πολύ δύσκολη και ζήτησε χρήματα για να γυρίσει στο χωριό της. Της εξήγησαν πως αυτό δεν μπορούσε να γίνει γιατί πίστευαν πως στην κατάσταση που ήταν δε θα μπορούσε να ταξιδέψει.

Της πρότεινα να πάνε στο σπίτι της αδερφής της και να καθήσουν εκεί μαζί της να συζητήσουν αν φυσικά και εκείνη το επιθυμούσε. Αρνούνταν πεισματικά να ξαναγυρίσει στο σπίτι. Μετά από επικοινωνία που έγινε με την αδερφή της κατάλαβαν πως χειροδικία δεν υπήρξε αλλά το κλίμα δεν ήταν ευνοϊκό, πράγμα που η Ελένη το καταλάβαινε.

Τελικά συμφώνησαν να μείνει η Ελένη για ένα τουλάχιστον βράδυ στο σπίτι ενός οικογενειακού τους φίλου. Εκεί μέσα σε μία πραγματικά φιλόξενη ατμόσφαιρα η Ελένη κοιμήθηκε. Οι θεραπεύτριες έμειναν κοντά της. Σ' αυτό το διάστημα προσπαθούσαν να καταλάβουν τι μπορεί να συμβόλιζε το παραλήρημα της Ελένης και αναζητούσαν την αιτιολογία που ήταν σε συνάρτηση με τα πλέγματα και τις ψυχικές συγκρούσεις. Αποφάσισαν για τα συμπεράσματα τους να μην δώσουν ερμηνείες στην Ελένη, και αυτό γιατί, αν και μπορεί να επικύρωναν μία συνειδητοποίηση, θα αναμόχλευαν το συγκινησιακό και συγκρουσιακό υλικό. Υπέθεσαν πως αυτό που είχε σημασία για να βοηθηθεί η Ελένη ήταν η παρουσία τους και η παροχή ασφάλειας.

Μόλις οι θεραπεύτριες σιγουρεύτηκαν ότι η κρίση της Ελένης είχε πια ξεπεραστεί έφυγαν από το σπίτι. Μετά από αλεπάλληλες τηλεφωνικές επικοινωνίες, ενημερώνονταν για την κατάσταση της. Η Ελένη παίρνοντας κανονικά την φαρμακευτική αγωγή που τις έδωσε ο ψυχίατρος της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ αναχώρησε για το χωριό της. Βέβαια εδώ πρέπει να τονιστεί ότι οι θεραπεύτριες δεν είναι ουτοπιστές να πιστεύουν πως η Ελένη έγινε καλά και δε θα ξαναυποτροπιάσει. Γυρνώντας πίσω στο ίδιο παθολογικό περιβάλλον και μη ακολουθώντας τη φαρμακευτική αγωγή το πιο πιθανό είναι αυτό. Μπορεί σ' αυτή την κρίση της Ελένης η φαρμακευτική αγωγή και η υποστηρικτική θεραπεία να ήταν αρκετές. Όμως για την εξέλιξη της θεραπείας της και της ίδιας, υπάρχει έντονα η ανάγκη παραιτέρω ψυχοθεραπείας.

Ε. ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Το κεφάλαιο ξεκινά με την υπνθύμιση ότι η κοινοτική ψυχιατρική στοχεύει στην πρόληψη των ψυχικά ασθενιών, στη θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων μέσα στην κοινότητα. Αφού λοιπόν οι σχετικές δραστηριότητες αναπτύσσονται μέσα στην κοινότητα, προϋπόθεση για την πραγμάτωση τους είναι η συμμετοχή της κοινότητας στις διαδικασίες. Για να υπάρξει όλη αυτή η συμμετοχή απαραίτητο είναι η κοινότητα να δέχεται και να μπορεί να συνεργαστεί γι' αυτό το σκοπό. Και τα δύο είναι συνάρτηση αυτής της ευαισθητοποίησης. Πρωταρχικό αλλά και πηρυνικό στοιχείο αυτής της ευαισθητοποίησης αποτελεί η ουσιαστική πληροφόρηση των πολιτών για την πραγματική φύση της ψυχικής ασθένειας. Για τη φύση της όπως την αντιλαμβάνεται η σύγχρονη ψυχιατρική που τη θεωρεί ισότιμη με τις οργανικές παθήσεις και όχι σαν κάτι ανέγγιχτο ή μαγικό όπως τη θεωρούσαν παλιά, μέσα από ένα πλέγμα προκαταλήψεων και άγνοιας.

Θεωρώντας ως δεδομένο ότι η αγωγή κοινότητας είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πρέπει να εντάσσεται στον ευρύτερο σχεδιασμό της στα πλαίσια αυτής της προοπτικής. Συνεπάγεται ότι πρέπει να λαμβάνει υπ' οψιν μια σειρά από κοινωνιολογικά δεδομένα που αφορούν την κοινότητα στην οποία απευθύνεται όπως η ιστορία της περιοχής, η συνθεσή της, το πολιτιστικό της προφίλ, οικονομικά δεδομένα, εν συντομία δηλαδή να έχει μία όσο το δυνατόν σαφέστερη εικόνα για τη δυναμική που διέπει την κοινωνική ομάδα σχετικά με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1988) θεωρεί ότι η εργασία για την αγωγή της κοινότητας απαιτεί γνώσεις ατομικής και κοινωνικής ψυχολογίας. Είναι βέβαιο ότι για την αγωγή κοινότητας δεν είναι αρκετή η παραδοσιακή εκπαίδευση του ψυχιάτρου, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού, κλπ. Είναι αδύνατο ή πάρα πολύ δύσκολο για τον επαγγελματία που έκανε την ειδίκευση του σε νοσοκομείο, να προσεγγίσει την κοινότητα χωρίς να έχει εκπαιδευτεί. Για όλα αυτά ίσως ο κοινωνικός λειτουργός να χρειάζεται πέρα από την μακρά και ειδική εκπαίδευση, ανώτατη και μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Επίσης θα τον βοηθούσε μία ψυχοθεραπευτική ή ψυχαναλυτική θεραπεία, βραχύα, μακρά για να μπορέσει να είναι ακρετά θωρακισμένος και εμπλουτισμένος για να αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες και το δύσκολο επάγγελμα που είναι η εργασία

με τον ψυχωσικό άρρωστο και την κοινότητα. Με βάση τα παραπάνω ο κοινωνικός λειτουργός θα μπορέσει να συνεργαστεί με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα εκφράζοντας την αποψη του εμπεριστατωμένα, σεβόμενος τα ψυχοδυναμικά της ομάδας, συμβάλλοντας στη θεραπευτική διαδικασία. Μ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η καλύτερη συνοχή της ομάδας για την επίτευξη του στόχου της.

Η επιλογή ενός συγκεκριμένου τρόπου θεραπευτικής προσέγγισης από την ομάδα, δηλαδή μέσα στο φυσικό περιβάλλον του αρρώστου, δε σχετίζεται μόνο με ανθρωπιστικούς σκοπούς γίνεται γιατί υπάρχουν επιστημονικά τεκμήρια που αδιαφιλονίκητα πείθουν πως είναι ο πιο αποτελεσματικός. Εδώ θα επισημάνουμε το εξής : ο ψυχωσικός άρρωστος δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στους βασικούς ρόλους που χρεώνεται ως μέλος της κοινότητας.

Ο Β. Αλεξανδρής και οι συνεργάτες (1988) αναφέρουν ότι για την καλύτερη ένταξη του ασθενή στο κοινωνικό σύνολο η επιστημονική ομάδα δεν ακολουθεί ένα προκαθορισμένο μοντέλο παρέμβασης για την αγωγή κοινότητας, αλλά ένα μοντέλο που βρίσκεται συνεχώς υπό διαμόρφωση μέσα από μία διαδικασία έρευνας- παρέμβασης μέσα στην κοινότητα. Όπως σε κάθε επιστημονική δραστηριότητα έτσι κι εδώ, η συλλογή των δεδομένων που προαναφέραμε, οδηγούν την επιστημονική ομάδα στην διατύπωση ορισμένων υποθέσεων σχετικά με το τρόπο λειτουργίας της κοινότητας και κατά συνέπεια στην σκιαγράφηση ενός μοντέλου παρέμβασης σύμφωνα με τη φιλοσοφία που την διακρίνει. Η σκιαγράφηση ενός μοντέλου παρέμβασης είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος αυτής της διαδικασίας που είναι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Σκοπός η γνωριμία του πληθυσμού με τη επιστημονική ομάδα ώστε να καταλάβει τον τρόπο με τον οποίο δουλεύει, τη σημασία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και να μπορέσει να απομυθοποιήσει τους φόβους του απέναντι στον ψυχικά άρρωστο και την ψυχική διαταραχή.

Πρωταρχικό αλλά και πυρηνικό στοιχείο αυτής της ευαισθητοποίησης αποτελεί η διαφώτιση του πληθυσμού, στα πλαίσια της κοινωνικής και κοινοτικής του διάρθρωσης και οργάνωσης, για να συμβάλλει ενεργά και υπεύθυνα μέσα από σαφή καταμερισμό ευθυνών και αρμοδιοτήτων στο έργο πρόληψης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών καθώς και στη φύση της

στήριξης, επανένταξης και αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου.

Οι διάφορες κοινωνικές ομάδες με τους εκπροσώπους τους, που υπηρετούν τους θεσμούς σ' ένα οργανωμένο, περιορισμένο ή ευρύ κοινωνικό σύνολο, παίζουν σημαντικό ρόλο, ενεργητικό ή αρνητικό, ανάλογα με την ποιότητα της συμπεριφοράς τους απέναντι στους μειονεκτούντες γενικά και ιδιαίτερα στους ψυχικά ασθενείς. Ενδεικτικά μπορεί να ειπωθεί ότι το δυναμικό αυτό εκπροσωπείται από τον κοινοτάρχη, τον εκπρόσωπο της εκκλησίας, τους εκπαιδευτικούς λειτουργούς, τον αγροτικό γιατρό και το προσωπικό του ιατρείου, τους αστυνομικούς της περιοχής, τους πολιτιστικούς και μορφωτικούς συλλόγους και άλλους παράγοντες της κοινοτικής ζωής. Αν όλο αυτό το ανθρώπινο δυναμικό κατορθώσει να γίνει οικείο απέναντι στο ψυχωσικό άρρωστο άτομο και να αναπτύξει λειτουργικούς δεσμούς συνεργασίας μαζί του, θα αποβεί ο καλύτερος εγγυητής για την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποφυγή υποτροπής της νόσου. .

Η Δ. Πετρίδου (1990) αναφέρει ότι για το σκοπό αυτό οργανώνονται συστηματικά με τη συνεργασία της κοινωνικής ομάδας ομιλίες σε χωριά και μικρές κοινότητες, διαλέξεις, συζητήσεις με ομάδες εφήβων ή γονέων ή ραδιοφωνικές εκπομπές καθώς και ειδικά σεμινάρια για επαγγελματίες με τους οποίους υπάρχει ανάγκη άμεσης συνεργασίας. Ενημερωτικά φυλλάδια για τις διάφορες δραστηριότητες διανέμονται σε όλους. Το περιεχόμενο τους επεξηγείται στις διαλέξεις, στις επισκέψεις στις διάφορες υπηρεσίες στα μαθήματα που γίνονται στους εκπαιδευόμενους σχολών αλλά και στις επαφές με τον άρρωστο και τους συγγενείς του να περάσουν απλά και αβίαστα τα μηνύματα στους κατοίκους και τα πρόσωπα κύρους.

Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η επισημοποίηση της παρουσίας της επιστημονικής ομάδας και η συμμετοχή της σαν μέλος της κοινότητας όπου εργάζεται. Δημιουργούνται σχέσεις εμπιστοσύνης του κοινού απέναντι στο φορέα. Επίσης σταθεροποιείται και η συνεργασία με ανθρώπους "κλειδιά" οι οποίοι στη συνέχεια λειτουργούν" σαν σύνδεσμοι και πρεσβευτές της ψυχιατρικής ομάδας προς την κοινότητα.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1988) αναφέρει ότι εκφράζοντας το αλληλένδετο των σχετικών διαδικασιών μπορεί να ειπωθεί επίσης, ότι δεν είναι αποτελεσματική η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού χωρίς την τομεοποίηση.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας και οι κινητές μονάδες ανηλίκων και ενηλίκων - ανεξάρτητα ποιά είναι η ενδονοσοκομειακή κάλυψη που διαθέτουν - εργάζονται με περισσότερη άνεση και πιο αποτελεσματικά, αν έχουν δημιουργήσει στενούς δεσμούς με μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή μονάδα. Μία ομάδα 10-12 θεραπευτών για τομέα 100.000 κατοίκων, συνιστά μία καλή αναλογία. Είναι ρεαλιστική για τα ελληνικά οικονομικά δεδομένα και συγχρόνως αποδοτική όπως έχει πλέον δείξει η εμπειρία από την εφαρμογή της μεθόδου αυτής σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας.

Όταν επιτευχθεί ο απώτερος στόχος της αγωγής κοινότητας, όταν δηλαδή το κοινό κατανοήσει τη σημασία της έγκαιρης παραπομπής, θα δοθεί η δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης έτσι ώστε, όπως επισημαίνει ο Μ. Στεφανουδάκης (1995):

- 1) Να εμποδίζεται η εδραίωση μιας παθολογικής κατάστασης ή διαταραχής
- 2) Να αποφεύγεται η κορύφωση μιας κρίσης και η υποτροπή
- 3) Να αποφεύγεται η περιθωριοποίηση του αρρώστου καθώς και η απόρριψη του από την οικογένεια και το περιβάλλον του.
- 4) Να μπορεί η οικογένεια ή η κοινότητα να συμμετέχει ενεργά μαζί με την επιστημονική ομάδα σε κοινή αντιμετώπιση περιστατικών, έχοντας συνειδητοποιήσει τη σημασία αυτής της συνεργασίας.

Πρόκειται ασφαλώς για έργο δύσκολο και εξειδικευμένο. Με άλλο τρόπο παρουσιάζεται το έργο και οι στόχοι στους γιατρούς και με άλλο στους κοινοτάρχες. Πρέπει όμως όλοι να ξέρουν σε λεπτομέρειες τη δομή και τους τρόπους παρέμβασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρέπει να γνωρίζουν που θα απευθυνθούν αλλά και πως θα ενεργήσουν οι ίδιοι.

Συνοψίζοντας, η διακίνηση της "πληροφορίας" και η διαπραγμάτευση της "έννοιας" είναι ο δρόμος στον οποίο κινείται η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή άσκηση της πολιτικής της πρόληψης στον ψυχιατρικό χώρο.

Διευρύνοντας τον κύκλο των ευαισθητοποιημένων ατόμων το έργο είναι ευκολότερο. Ευκολότερο χωρίς φυσικά να σταματάει. Γιατί πρέπει να τονιστεί ότι η ευαισθητοποίηση και η αλληλοενημέρωση δεν σταματά ποτέ. Μόνο του κάθε ευαισθητοποιημένο άτομο ή ομάδα γίνεται με τη σειρά του φορέας ευαισθητοποίησης. Αυτό διευρυνόμενο, συνεχώς, αποτελεί ταυτόχρονα

σαφές δείγμα αποτελεσματικότητας της όλης προσπάθειας, μιας και σημαίνει ότι η κοινότητα πια παίρνει ένα μεγάλο μέρος του έργου στα χέρια της.

Ειδική αναφορά του έργου της Κ.Μ στην ευαισθητοποίηση
της κοινότητας στον Ν. Φωκίδας

Όπως προαναφέρθηκε οι βασικές αρχές της ψυχιατρικής περίθαλψης στην υπαιθρο και της κοινωνικής - επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών περιέχονται στις έννοιες : περίθαλψη, αποκατάσταση, πρόληψη, ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στα προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτές οι έννοιες ήταν και είναι πρωταρχικής σημασίας για τη φιλοσοφία της κινητής μονάδας στα πλαίσια της κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής.

Ο Β. Αλεξανδρής (1995) αναφέρει ότι από την αρχή λειτουργίας της μονάδας δόθηκε ιδιαίτερο βάρος στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού. Οι 6 πρώτοι μήνες αφιερώθηκαν αποκλειστικά στον σκοπό αυτό. Μετά από μία πρώτη εκτίμηση των αναγκών και των ιδιαιτεροτήτων του χώρου άρχισαν να γίνονται οι πρώτες επαφές των μελών της μονάδας που σκοπό είχαν της εργασίας στα εξής σημεία :

- 1) Ενημέρωση του πληθυσμού για τη λειτουργία μιας ψυχιατρικής υπηρεσίας στο νομό
- 2) Συνεργασία με αρχές, φορείς, υπηρεσίες όπως το γενικό νοσοκομείο, αγροτικοί γιατροί, κλπ.

Τα μυνήματα που δόθηκαν μέσα από αυτές τις δραστηριότητες ήταν και είναι :

- 1) Οτι το άτομο είναι μία ψυχοκοινωνική ενότητα και κατά συνέπεια η ψυχική αρρώστια αντιμετωπίζεται βάση αυτών των συντελεστών
- 2) Οτι η ψυχική αρρώστια δεν είναι ανίατη αλλά μπορεί να θεραπευτεί
- 3) Οτι ο ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα να ζει στον κοινωνικό χώρο σαν ισότιμο μέλος της κοινότητας που ανήκει.
- 4) Οτι η έγκαιρη παρέμβαση της ψυχιατρικής μονάδας στην οξεία φάση της αρρώστιας σε συνεργασία με αρχές και κοινότητα μπορεί να είναι καθοριστική για την καταστολή των συμπτωμάτων, την αποφυγή εγκλεισμού και κατά συνέπεια ιδρυματοποίησης και ασυλοποίησης όπως και για τη θεραπεία του αρρώστου.

5) Οτι οι υπηρεσίες που προσφέρει η ψυχιατρική μονάδα δεν είναι μόνο η ψυχιατρική περίθαλψη του ψυχωσικού αρρώστου αλλά και η ψυχολογική βοήθεια, συμβουλευτική κ.α.

Συνεχίζοντας ο συγγραφέας αναφέρει ότι από το 1982 και μετέπειτα υπήρξε ένας διαρκής προβληματισμός για τη συνεργασία της υπηρεσίας με την κοινότητα. Το 1988 για δύο μήνες περίπου, οι εργαζόμενοι της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ και του οικοτροφείου είχαν σαν αντικείμενο εκπαιδευτικού σεμιναρίου το θέμα "Τοπική ανάπτυξη και ανάγκες του πληθυσμού για ψυχιατρική περίθαλψη". Ακολούθησε προβληματισμός πάνω στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας με τοποθετήσεις των εργαζομένων και γραπτές προτάσεις. Μεσα από τις έγγραφες προτάσεις της ομάδας των εργαζομένων σχετικά με την ευαισθητοποίηση στο νομό Φωκίδας διακρινόταν ένα σύνολο τομέων οι οποίοι αποτελούσαν το αντικείμενο της και στους οποίους κατεύθυνε τις δραστηριότητες της. Εκτοτε συνεχίζεται η προσπάθεια ευαισθητοποίησης της κοινότητας κάθε χρόνο με συζητήσεις και διαλέξεις. Σημαντικό είναι ότι σε κάθε πολιτιστική εκδήλωση του νομού και όχι μόνο καλείται η Κ.Μ.Ψ.Π.Υ να ενημερώνει τον πληθυσμό για το έργο που παράγει.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1988) αναφέρει ότι ειδικότερα, συστηματικότερος είναι ο τρόπος εργασίας στα σχολεία. Οργανώνονται σεμινάρια μικρής διάρκειας, στην αρχή του έτους, 12-16 ωρών, η και μεγαλύτερης που γίνονται κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους. Συνηθισμένα θέματα που επεξεργάζεται η Κ.Μ με τους εκπαιδευτικούς είναι τα μαθησιακά προβλήματα, οι διαταραχές του λόγου, τα προβλήματα γονέων, η είσοδος του παιδιού στο σχολείο, ο επαγγελματικός προσανατολισμός, κα. Σαν παράδειγμα αναφέρουμε το σεμινάριο που άρχισε το Δεκέμβριο του 1995 με θέμα " Μαθησιακά προβλήματα παιδιών και εφήβων". Η συνεργασία εκπαιδευτικών με τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, είναι ένα πολύ λεπτό θέμα. Ο δάσκαλος, με την περιορισμένη ή ανύπαρκτη εκπαίδευση στα θέματα ειδικής αγωγής έχει ανάγκη τη συνεργασία των ειδικών.

Από ολή αυτή τη προσπάθεια επιτυγχάνεται έμμεσα η αλλαγή στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, η καταγραφή προβλημάτων και αναγκών της κοινότητας, η αποδοχή της πολυσύνθετης ψυχιατρικής υπηρεσίας από τον πληθυσμό.

Φροντίδα επίσης ήταν και είναι να αποτελεί ηΚ.Μ ένα ενεργό κομμάτι της κοινότητας. Σπάζοντας την αντίσταση στην αλλαγή, στην ακινησία, στην ρουτίνα, αλλάζοντας μορφές και μπαίνοντας σε άγνωστους για το άτομο καταστάσεις, να προβληματίζει και να εξομαλύνει το άγχος.

Τα άτομα της θεραπευτικής ομάδας έχοντας εξιδεικευμένες γνώσεις αγωγής κοινότητας επενδύουν αρκετά στο ρόλο τους, γιατί γνωρίζουν πολύ καλά ότι αν δεν εγκαταστήσουν μία ουσιαστική συναισθηματική σχέση (και ο ψυχωσικός με την ευαισθησία του το συλλαμβάνει πάντα) τότε η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση θα αποτύχει, όπως θα αποτύχει επίσης αν υπάρχει μόνο η επένδυση και ο ενθουσιασμός χωρίς τη γνώση των χειρισμών. Η γνώση σε συνάρτηση με τη σωστή εκπαίδευση και πλούσια εμπειρία, είναι απαραίτητες για τη ψυχολογική βοήθεια προς το θεραπευόμενο και την οικογένεια του, για τη φαρμακευτική αγωγή και την κοινωνική του αποκατάσταση.

Το θεραπευτικό μοντέλο που ακολουθεί η Κ.Μ έχει στοιχεία ψυχαναλυτικής μεθοδολογίας με την έννοια ότι συνεχώς στην αγωγή κοινότητας όπως και στην ψυχαναλυτική θεραπεία, αναζητά τους βαθύτερους παράγοντες, συχνά ασυνείδητους, που κινούν και ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του ατόμου και της ομάδας. Αναζητούνται και στις δύο περιπτώσεις ο συμβολισμός και η μετάθεση ως βαθύτερες ανάγκες του ατόμου και του συνόλου.

Μεσα από αυτό το θεραπευτικό μοντέλο η Κ.Μ μεταθέτει τη θεραπευτική μέριμνα από το νοσοκομείο, δηλαδή από το ίδρυμα, που λειτουργεί κάτω από τυποποιημένους και ανελαστικούς θεσμούς, στην οικογένεια, στην κοινότητα αλλά και στο ίδιο το άρρωστο άτομο, το οποίο το ενεργοποιεί και του αποδίδει το πρόσωπο του ή σωστότερα, το βοηθά να επανκτήσει το πρόσωπο και την ατομικότητα του κάτι που ήταν αδύνατο να του παράσχει ο αλλοτριωτικός θεσμός του ιδρύματος.

Μέσα από την εμπειρία τόσων χρόνων η Κ.Μ έχει καταλάβει ότι για να γίνει αποδεκτό το έργο της χρειάζεται ενθουσιασμός, μεράκι, αλλά παράλληλα και τεχνική. Η συναισθηματική σχέση είναι ένας παράγοντας εξίσου πάρα πολύ σημαντικός για να αλλάξει η στάση του πληθυσμού. Εάν πλησιάζουν οι ειδικοί τον κόσμο με ψυχρότητα, δε θα πετύχουν ποτέ τον επιδιωκόμενο στόχο. εάν προσπαθήσουν να αλλάξουν την κοινότητα με έναν ακαδημαϊκό τρόπο

διαλέξεων, υπάρχει κίνδυνος να αποτύχουν. Η εμπειρία έχει δείξει ότι η εργασία με ένα περιστατικό (το οποίο γνωρίζει το κοινό) φθάνει, αντικαθιστά αρκετές διαλέξεις.

Η οχτάμηνη συνεργασία των μελετητών αυτής της πτυχιακής με την Κ.Μ έχει δείξει ότι η προσπάθεια αγωγής κοινότητας είναι μία διαδικασία που δεν σταματά ποτέ. Για την επίτευξη του στόχου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει:

1) Να λειτουργούν σε ετήσια τουλάχιστον βάση οι συναντήσεις- σεμινάρια στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες (αστυνομικούς, κληρικούς, κοινοτάρχες, κλπ)

2) Να συμμετέχει η ομάδα στις διοργανώσεις κλινικών συναντήσεων από την Φωκική ιατρική εταιρεία με ανάπτυξη θεωρητικών κλινικών θεμάτων με θέματα αρχικά που επικαλύπτονται και από άλλες ειδικότητες (πχ ψυχοσωματικές παθήσεις, αλκοολισμός, κλπ)

3) Να υπάρχει συνέχιση συζητήσεων και διαλέξεων σε λύκεια, που μέσα από ερωτήματα των παιδιών θα τίγεται και το πρόβλημα της ψυχικής νόσου. (προσεκτική αναφορά στις δυνατότητες μιας απάντησης στα αιτήματα)

4) Να υπάρχει καλύτερη και μεθοδικότερη αξιοποίηση ευκαιριών για παρέμβαση, για ευαισθητοποίηση ατόμων για συγκεκριμένα περιστατικά. Αυτό φυσικά δεν αποκλείει την ενίσχυση των υπάρχουσων επαφών με επιμέρους επαφές και διαπροσωπικές σχέσεις με άτομα της κοινότητας.

5) Να γίνεται σχετική οριοθέτηση των σχέσεων σε υπερδιαθέσιμα άτομα από το νομό.

6) Να υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή με ανακοινώσεις και ρεπορτάζ στον τοπικό τύπο που αναφέρονται και τα διάφορα οργανωτικοοικονομικά προβλήματα της Κ.Μ και να απομυθοποιούνται μερικές καταστάσεις.

7) Να συνεχίσουν οι συναλλαγές (κυρίως οικονομικές) με την κοινότητα.

Συμπερασματικά η εργασία της Κ.Μ έχει δείξει πως εάν δεν γίνει σωστά η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, κανένα κέντρο ψυχικής υγείας δε θα μπορέσει να δουλέψει, καμιά μονάδα σε γενικό νοσοκομείο και κυρίως, δε θα μπορέσει να δουλέψει ο "επαναπατρισμός" των αρρώστων που θα φύγουν από το άσυλο για να γυρίσουν πάλι στην κοινότητα. Αν δεν έχει ευαισθητοποιηθεί η κοινότητα, δε θα τον δεχθεί, θα τον απορρίψει.

ΣΤ. "ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ"- ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

"Έχει λεχθεί ότι η κοινωνία συνεισφέρει στη βία, από την οποία και η ίδια υποφέρει ή μπορεί και η ίδια να την προκαλεί. Αυτό ίσως είναι αλήθεια για την κοινωνική βία, ισχύει ο παραπάνω κανόνας, αλλά με τρόπο κάπως πιο πολύπλοκο. Η μεγάλη πλειοψηφία των ψυχοπαθών δεν εκδηλώνει επιθετικότητα σε καμιά περίοδο της ζωής τους.

Όταν όμως συμβεί ψυχοπαθής να εκδηλώσει βίαιη επιθετικότητα ή να διαπράξει ανθρωποκτονία, οι συζητήσεις του κόσμου, οι εκπομπές και τα άρθρα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και η πίεση από οργανωμένες ομάδες τονίζουν μόνο μερικές πλευρές του θέματος, συχνά δε, το κάνουν με έντονη προκατάληψη. Η επιτροπή BUTLER για το θέμα της επικινδυνότητας στην Αγγλία τόνιζε: "Η σπανιότητα σοβαρών λαθών του συστήματος τείνει να επισκιάζεται από την τεράστια δημοσιότητα που το τυχόν λάθος προκαλεί. Οι υπεύθυνοι μέσα από τη σωστή πρόβλεψη να την προλάβουν, υφίστανται αυστηρές κριτικές ..." G. Hamilton - H. Freeman, Αγγλία, 1979.

Οι ίδιοι συγγραφείς συνεχίζοντας τονίζουν ότι τις περασμένες δεκαετίες, η προοδευτική άποψη έτεινε προς την καλύτερη φαρμακευτική θεραπεία και την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση, με την ελπίδα πως με την πάροδο του χρόνου θα βελτιώνονται. Τώρα ο όρος "θεραπεία" έχει αντικατασταθεί με τον όρο "χειρισμός". Δηλαδή σήμερα ο στόχος είναι να κατευθύνεις τον ψυχικά ασθενή μέσα από ψυχολογικά μονοπάτια, που να βοηθούν ώστε να αποτραπεί η βία από τις συμπεριφορές του ασθενή.

Εκεί που πραγματικά είναι πολύ δύσκολο να προβλεφθεί η επικινδυνότητα είναι στους ανθρώπους με διαταραχές προσωπικότητας (ψυχανωμαλίες). Οι τωρινές μέθοδοι πρόβλεψης της επικινδυνότητας είναι ατελής : Όλες οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι τείνουν να υπερπροβλέπουν και αν χρησιμοποιούνταν ψυχρά, θα φανεί σ' ένα απαράδεκτο ποσοστό "λανθασμένων θετικών προβλέψεων" με αποτέλεσμα πολλοί περισσότεροι άνθρωποι να στερούνται την ελευθερία τους, χωρίς αυτό να χρειάζεται.

Υπάρχουν σοβαρές ηθικές αντιρρήσεις, προς το σύστημα που επιβάλλει αυστηρές καταδίκες για εγκλεισμό σε "κλειστά" ψυχιατρεία, γιατί μπορεί ίσως να προστατεύει το κοινωνικό σύνολο (αν κι αυτό είναι αμφίβολο) αλλά στερεί

την ελευθερία πολλών ανθρώπων, χωρίς ουσιαστικό λόγο και για πολλά χρόνια.

Ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία για την επικινδυνότητα απογοητεύεται κανείς γιατί δεν αναφέρουν τη συχνότητα των φαινομένων αυτών στο γενικό πληθυσμό, ενώ οι συγκριτικές μελέτες με ομάδες μαρτύρων, λάμπουν με την απουσία τους.

Οι Häfner και Böker (1973) μετά από μία εντυπωσιακή επιδημιολογική μελέτη, συμπεραίνουν μεταξύ άλλων, ότι οι ψυχικά άρρωστοι δεν πραγματοποιούν στο σύνολο τους περισσότερες αλλά ούτε και λιγότερες πράξεις βίας από τα άτομα τα θεωρούμενα υγιή. Παλαιότερες αλλά και νεώτερες έρευνες συγκλίνουν με τα αποτελέσματα αυτά.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα στην Ελλάδα δεν είναι αν πρέπει ή όχι να κλείνεται βίαια στο ψυχιατρείο ένας δυνάμει ή και έκδηλα επικίνδυνος άρρωστος. Το πρόβλημα είναι ότι χιλιάδες, κάθε χρόνο, ψυχικά άρρωστοι εγκλείονται στα ιδρύματα με μόνη αιτιολογία ότι παραληρούν.

Ο ψυχικά άρρωστος παραμένει για τους Έλληνες (κράτος - πολίτες) ένα μεγάλο αίνιγμα. Συγχρόνως είναι αυτός που παίρνει το στίγμα του "αποδιοπομπαίου τράγου" είναι ο απρόσιτος, ο περίεργος, ο επικίνδυνος, τελικά ο εγκαταλειμένος και επιθετικά εγκατεστημένος στο περιθώριο.

Σε μία ψυχωσικού τύπου οξεία κρίση όπου η αποδιοργάνωση του ατόμου είναι έντονη, εκεί οι διωκτικές ιδέες, οι ιδέες συσχετίσεων και οι ιδέες ενοχής κατέχουν κεντρική θέση. Αυτές τον σπρώχνουν σε καταστροφικές και αυτοκαταστροφικές ενέργειες. Είναι άξιο να σημειωθεί, ότι η αναφορά στην επικινδυνότητα σημαίνει τους κινδύνους που διατρέχει το κοινωνικό σύνολο. Ο νόμος όμως λέει: "Επικίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους". Πρέπει να δεχθούμε ότι πολύ λιγότερο απασχολεί την κοινωνική ομάδα αν ο άρρωστος αυτοκτονήσει.

Ο Π. Σακελλαρόπουλος (1982) τονίζει ότι ο επικίνδυνος άρρωστος- ακόμα και ο δυνάμει- πρέπει να εγκλείεται: Σημασία όμως έχει να εγκλείεται από ψυχιατρικές υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης και όχι από τον άπειρο και φοβισμένο αστυφύλακα. Σημασία έχει να νοσηλευθεί στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και σε μονάδες εντατικής παρακολούθησης ψυχιατρικών περιστατικών. Επίσης σημασία έχει η διάρκεια της παραμονής

του αρρώστου. Γιατί τις άσκοπες εισαγωγές τις ακολουθούν πολύ συχνά η άσκοπα παρατεινόμενη παραμονή του αρρώστου στο ψυχιατρικό ίδρυμα. Ενώ η οξεία κρίση έχει περάσει παράλληλα με το επικίνδυνο και το διεγερτικό στοιχείο στη συμπεριφορά του αρρώστου, ο εγκλεισμός συνεχίζεται.

Το σημερινό καθεστώς ακούσιας νοσηλείας στηρίζεται σε ένα πλέγμα νόμων και υπουργικών αποφάσεων (νομοθ. διατ. 104/ 73, Υπουργ. απόφαση Γ26/ 3036/ 73, και υπουργ. απόφαση Α26/ 5345/ 78). Στην πράξη, σύμφωνα με την ανωτέρω νομοθεσία, ακολουθούνται δύο διαδικασίες ακούσιας εισαγωγής:

1) Ο ασθενής μεταφέρεται με "τέχνασμα" των οικίων του στην ψυχιατρική κλινική (δημόσια ή ιδιωτική), όπου εγκλείεται με απόφαση δύο ψυχιάτρων, η οποία κινολοιείται στον εισαγγελέα.

2) Υστερα από αίτηση του συγγενή ή κάποιου γείτονα, ο εισαγγελέας αναθέτει σε δύο ψυχιάτρους τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης. Εφ' όσον αυτοί αποφασίσουν ότι ο εξεταζόμενος είναι επικίνδυνος και χρειάζεται εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική, οι αστυνομικές αρχές διατάσσονται να μεριμνήσουν για την ακούσια μεταφορά του.

Ο εγκλεισμός ή και οι άλλοι ενδιαφερόμενοι, εκτός από την συνηθισμένη δικαστική προστασία, εναντίον της παράνομης παραβίασης της προσωπικής ελευθερίας μπορούν να ζητήσουν επανεξέταση. Σε περίπτωση διαφωνίας των ψυχιάτρων για την αναγκαιότητα ακούσιας νοσηλείας, ανώτατος και τελικός κριτής είναι επιτροπή πανεπιστημιακών ειδικών του πλησιεστέρου πανεπιστημίου. Οι προστατευτικές αυτές διατάξεις δεν εφαρμόζονται σχεδόν ποτέ.

Κλείνοντας το θέμα η απομυθοποίηση της επικινδυνότητας και ο φόβος μπροστά στον άγνωστο τρελό είναι μία επίμονη διαδικασία που δεν είναι μόνο δουλειά των ειδικών της ψυχικής υγείας αλλά ευρύτερα του κοινωνικού συνόλου.

Γιατί το να επιδιώξει κανείς την αλλαγή του αρχαϊκού νομικού καθεστώτος, χωρίς να προτείνει νέες εναλλακτικές λύσεις περίθαλψης και αλλαγή νοοτροπίας, κοινού και ειδικών δεν αλλάζει ουσιαστικά τίποτα.

Στο παράρτημα κατατίθεται το νομοσχέδιο για την ψυχική υγεία και περίθαλψη ψυχικά πασχόντων όπως δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της κυβερνήσεως της 4/ 12 το 1978

(Παράρτημα Γ)

Ζ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΣΤΗΝ Ψ.Π.Σ.Α

Τα βασικά μέλη της ψυχιατρικής ομάδας όπως έχει ήδη προαναφερθεί είναι ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο νοσηλευτής και σε πολλές περιπτώσεις ο εργοθεραπευτής.

Η εργασία με τις οικογένειες είναι πολύ επίπονη και χρονοβόρα. Απαιτεί απ' όλη τη θεραπευτική ομάδα υψηλή ειδίκευση. Η συμβολή κάθε κλάδου για την αντιμετώπιση της περίπτωσης είναι ουσιαστική από την σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης του. Η αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της ομάδας είναι συνάρτηση της προσωπικότητας κάθε επαγγελματία, της εκπαίδευσης του, της διαμόρφωσης μίας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την οικογενειακή θεραπεία, της αντίληψης της ομαδικότητας.

Για την επίτευξη του θεραπευτικού στόχου τα όρια του κάθε επαγγέλματος πολύ συχνά είναι ανοιχτά ή αλληλοκαλυπτόμενα. Προσπαθώντας να αποφύγουμε κάθε επανάληψη στο κείμενο που ακολουθεί θα κάνουμε μία αδρή αναφορά στο ειδικό ρόλο του κάθε επαγγελματία.

Ο Μ. Μαδιανός (1989) αναφέρει το ρόλο του κάθε επαγγελματία ως εξής:

1) Ψυχίατρος

Η Ψ.Π.Σ.Α διευρύνει το ρόλο του ψυχιάτρου πολύ πιο πέρα από την κλασική κατεύθυνση του και τον υποχρεώνει να ενδιαφέρεται για την ένταξη του αρρώστου στο φυσικό του περιβάλλον. Η επιτυχία ενός ψυχιάτρου στον τομέα αυτό είναι αποτέλεσμα της ειδικής εκπαίδευσης του στην ειδικότητα της κοινωνικής ψυχιατρικής και κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.

Υπ' ευθύνη του ψυχιάτρου είναι : η ταξινόμηση της δουλειάς, οι επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων, η εποπτεία των follow-up (παρακολούθηση), ενημερώνει τους υπόλοιπους επαγγελματίες και ενημερώνεται απ' αυτούς για το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή και της εξέλιξη της κατάστασης του. Η διάγνωση και ο καθορισμός της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται από τον ίδιο, ο οποίος και αναλαμβάνει στη συνέχεια την παρακολούθηση αυτής της αγωγής, ακόμα και αν ο ασθενής παραπεμφθεί σ' άλλον θεραπευτή της ομάδας.

Πολύ βασική δραστηριότητα του ψυχιάτρου είναι η αντιμετώπιση οξέων περιστατικών στο σπίτι του αρρώστου. Με ειδικούς χειρισμούς κερδίζεται η

εμπιστοσύνη του ασθενή και της οικογένειας του, η οποία αναλαμβάνει να συνεργαστεί στη θεραπεία και να αποφευχθεί ο εγκλεισμός στο ψυχιατρείο.

Θα πρέπει να σημειωθεί το πρόβλημα της ευθυνοφοβίας πχ (τι θα γίνει αν ένας άρρωστος κρατηθεί στην κοινότητα και αυτοκτονήσει). Η ευθυνοφοβία είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στην εργασία ενός ψυχιάτρου, που ξεπερνιέται με τη βαθιά γνώση του αντικειμένου της δουλειάς του, τη σωστή εκτίμηση των προγνωστικών δεικτών κινδύνου αυτοκτονίας και τα προληπτικά μέτρα που θα πρέπει να πάρει.

Μεγάλη είναι επίσης και η συμβολή του στην αγωγή κοινότητας. Μέσα από το κύρος του επαγγέλματος του είναι ο πλέον ειδικός να πείσει την κοινότητα να δεχθεί στους κόλπους της τον ασθενή ή την οικογένεια του.

Συμπερασματικά ο ψυχίατρος βρίσκεται σε συνεχή σύνδεση και συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, συμβάλλοντας στην οργάνωση και τον προγραμματισμό του συνόλου των δραστηριοτήτων της ομάδας. Η δουλειά του είναι επίπονη, πολυδιάστατη, έχει προβλήματα αλλά τις περισσότερες φορές είναι γεμάτη από θετικές ενισχύσεις.

2) Ψυχολόγος

Η συμμετοχή του ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα για την Ψ.Π.Σ.Α είναι ουσιαστική. Εργάζεται στο επίπεδο της διερεύνησης των ποικίλων τύπων των ψυχολογικών διεργασιών του ασθενή, της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης του αρρώστου και της οικογένειας του καθώς και στο επίπεδο της κοινότητας συμμετέχοντας σε προγράμματα πρόληψης και ευαισθητοποίησης.

Η κλινική εμπειρία του ψυχολόγου συνεισφέρει στην πληρέστερη εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης ενός πελάτη και στον ορθολογικότερο προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής.

3) Νοσηλεύτης

Ο ρόλος του νοσηλεύτη στην Ψ.Π.Σ.Α διαφέρει αισθητά από το πλαίσιο του νοσοκομείου. Απαιτεί εκπαίδευση και τροποποίηση της τεχνικής σε πολυδύναμες δραστηριότητες και παράλληλα τη διατήρηση της επαγγελματικής του δεοντολογίας.

Ο νοσηλεύτης ελέγχει την κατάσταση του αρρώστου από πλευράς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανών παρενεργειών της. Συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και την οικογένεια του αρρώστου πάνω σε κάθε

ψυχοφαρμακευτικό σχήμα για την ανταπόκριση του αρρώστου. Ελεγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας και υγιεινής των χώρων διαμονής, από πλευράς φωτισμού, αερισμού, κλπ.

Συνολικά ο ρόλος του είναι θεραπευτικός, οργανωτικός και εκπαιδευτικός. με την παρουσία του συμβάλλει στη βελτίωση της φροντίδας του ψυχικά αρρώστου με μεγάλη κοινωνική προσφορά.

4) Εργοθεραπευτής

Ο εργοθεραπευτής είναι το μέλος της ομάδας που αναλαμβάνει την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής αρρώστιας, τη γενικότερη κοινωνικοποίηση τους μέσα από ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία και την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης.

Συνεργάζεται στενά με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό για την ψυχιατρική και κοινωνική κατάσταση του πελάτη και με τον ψυχολόγο για την συνεκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων.

Η προσφορά του εργοθεραπευτή είναι μοναδική αφού η εργοθεραπεία υπηρετεί τον στόχο της επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου.

5) Κοινωνικός λειτουργός

Η βοήθεια προς άτομα ή οικογένειες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσης, είναι σημαντικό μέρος της εργασίας του Κ.Λ

Εργάζεται με την οικογένεια και επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές προς το άρρωστο μέλος. Η οικογένεια χρειάζεται ένα πρόσωπο που να παρατηρεί συμμετέχοντας που να διευκολύνει την επικοινωνία με τους άλλους ειδικούς της διεπιστημονικής ομάδας, που να απορροφά συναισθηματικές φορτίσεις και να δρα υποστηρικτικά βοηθώντας για να γίνουν οι αναγκαίες αλλαγές στην οικογένεια. Χρειάζεται επίσης να δρα έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ενότητα και η συνέχεια της φροντίδας για το άρρωστο άτομο.

Ο Κ.Λ εργάζεται με την κοινότητα και τους κινητοποιεί για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων.

Τέλος ο Κ.Λ αναλαμβάνει μέρος του έργου της ανίχνευσης νέων "περιπτώσεων". Μέσα από ειδική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου ο Κ.Λ ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι γνωστό ότι η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα συνεχίζει να αντιμετωπίζεται σαν δεύτερης κατηγορίας περίθαλψη, και παρόλο που υπάρχουν νομοθετήματα κατοχύρωσης της αναβάθμισης της ψυχιατρικής περίθαλψης, τόσο τα αρμόδια υπουργεία όσο και τα διοικητικά συμβούλια των γενικών νοσοκομείων και ακόμη περισσότερο οι άλλες ιατρικές κλινικές, παρουσιάζουν μία ανελέητη πολιτική και προσπάθεια υποβάθμισης της οποιασδήποτε προγραμματισμένης αναβάθμισης της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Παρότι η ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου θεωρείται ο ιδεοδέστερος χώρος πρόληψης και θεραπείας, η πραγματικότητα πείθει για την ανάγκη ύπαρξης και συνέχισης των υπαρχόντων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Και αυτό γιατί είναι πολλές εκείνες οι περιπτώσεις που δεν μπορούν να θεραπευτούν στο φυσικό τους περιβάλλον είτε γιατί αυτό είναι ανύπαρκτο και αποστασιοποιημένο είτε γιατί η χρόνια νοσηλεία του ασθενούς έχει αδρανήσει κάθε δυνατότητα επανένταξης του.

Προσπαθώντας να αποφευχθεί το λάθος μιας ισοπεδωτικής αντίληψης για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία θεωρείται απαραίτητη για τους λόγους που αναφέρθηκαν και όχι μόνο, θα γίνει προσπάθεια να προταθούν τρόποι για μία ριζική αναμόρφωση αυτής, έτσι ώστε να πάψει να ανατροφοδοτεί την ψύχωση και να αποτελεί τον ισθμό εισόδου του κάθε ασθενή στις ενδιάμεσες δομές και παραιτέρω στην κοινότητα.

Για τη ριζική αυτή αναμόρφωση θεωρείται απαραίτητο:

1) Η δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία όλων των πόλεων, οι οποίοι θα καλύψουν τις ανάγκες βραχείας νοσηλείας με στόχο την ταχεία επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα. Ο τομέας θα στεγάζεται στο γενικό κτίριο ή σε ανεξάρτητο τμήμα. *

2) Το ματασχηματισμό των ψυχιατρείων- ασύλων σε ψυχιατρεία - θεραπευτήρια, για την ταυτόχρονη δημιουργία υπηρεσιών περίθαλψης, αποκατάστασης και μετανοσοκομειακής φροντίδας που θα οδηγήσουν στην συρρίκνωση του μεγέθους των σημερινών ασύλων.

3) Τη δημιουργία μικρών μονάδων χρόνιων ψυχικά ασθενών της τάξεως των 60- 80 κλινών με αυτόνομη λειτουργία. Αυτές θα αντικαταστήσουν τις σημερινές κλινικές των 300- 500 ατόμων.

4) Τη μεταφορά των τμημάτων τοξικομανών, κρατουμένων, ατόμων με νοητική ανεπάρκεια κλπ σε άλλες μονάδες εκτός ψυχιατρείου, γιατί κάθε "πάθηση" χρειάζεται ειδική θεραπεία.

5) Τη λειτουργία ωρολόγιου προγράμματος (μέρας και εβδομάδας) για όλους τους αρρώστους. Είναι αυτονόητο πως δε ζει ο άνθρωπος χωρίς κάποια συστηματική ημερήσια απασχόληση. Αυτός ο κανονισμός μόνο στα ψυχιατρικά άσυλα δεν ισχύει.

6) την αλλαγή της συναισθηματικής σχέσης προσωπικού- αρρώστου.

Αυτές οι προτάσεις και πολλές άλλες αποτελούν βασική προϋπόθεση για την αλλαγή της ασυλιακής νοοτροπίας. Μ' αυτόν τον τρόπο μπορούν να γίνουν αλλαγές προς το ανθρωπινότερο της λειτουργίας, μπορεί επίσης να λειτουργήσουν νησίδες σύγχρονης αντιμετώπισης με αποτέλεσμα να αρχίσει το ελληνικό ψυχιατρείο αδρά αλλά σταθερά να αλλάζει στο σύνολό του. Το προσωπικό θα πάψει να ζει την ασυλική ζωή που το αρρωσταίνει και το απορροφά προοδευτικά στο παλιό σύστημα.

Η ολοκληρωμένη φροντίδα του χρόνιου ψυχωτικού περνά από το άσυλο στις ενδιάμεσες δομές. Εκεί μέσα από ένα ευρύ πεδίο δράσης "σωματικο-ψυχοκοινωνικό" πραγματοποιείται με τη βοήθεια συγκεκριμένων μεσολαβητικών αντικειμένων η πορεία του προς την επανένταξη. Η φροντίδα απευθύνεται στις αυτόνομες δυνάμεις του Εγώ του αρρώστου.

Γνωρίζοντας ότι στην ψύχωση το συνειδητό και ασυνείδητο αρθρώνονται μεταξύ τους χωρίς βοήθεια κανενός ενδιάμεσου χώρου. Για να γίνει μια προσπάθεια ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης πρέπει να δημιουργηθεί αυτός ο χώρος ο οποίος απουσιάζει από την ψυχωτική οργάνωση.

Αυτός ο στόχος επιτυγχάνεται κυρίως με τη φροντίδα που παρέχει η ενδιάμεση δομή. Χωρίς τα "θεμέλια" της φροντίδας δεν είναι δυνατό να υπάρξει το "οικοδόμημα" της ψυχοθεραπείας του αρρώστου.

Για την επίτευξη του στόχου οι ενδιάμεσες δομές θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τα διάφορα πολύπλοκα και πολυσύνθετα προβλήματα τους, όχι με τη μέθοδο του στρουθοκαμηλισμού αλλά με την αναγνώριση της φύσης

των προβλημάτων και των αιτιών που τα γεννούν.

Τα πράγματα δεν είναι τόσο εύκολα όσο φαίνεται να είναι. Η εφαρμογή της κοινωνικής- κοινοτικής ψυχιατρικής όμως σε αντιδιαστολή με την ψυχιατρική που βλέπει σαν μόνη λύση το άσυλο ή σαν θεραπευτικό μέσο το φάρμακο, έδειξε ότι:

1) Τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι μονιμότερα συμβάλλοντας, καθοριστικά, στην πρόληψη της υποτροπής της νόσου.

2) Κοινωνικά, το όφελος είναι πολλαπλό με την αποκατάσταση σχέσεων αρρώστου και κοινωνίας στην πραγματική τους διάσταση, όπως πχ συμμετοχή της οικογένειας και των άλλων στη θεραπεία του ατόμου που πάσχει.

3) Η ηθική είναι σε υψηλότερο επίπεδο, προσφέροντας περίθαλψη με αποδοτικά μέσα κι όχι απάνθρωπα: όπως άσκηση βίας, εγκλεισμό κλπ

4) Είναι οικονομικότερη λύση θεραπείας μιας και η κοινωνική - κοινοτική ψυχιατρική λειτουργεί κυρίως έξω από τα νοσοκομεία, στα οποία το κόστος είναι πολλαπλάσιο για τη δημόσια οικονομία.

Για την ενίσχυση των θετικών αυτών δεδομένων, τη λύση των προβλημάτων και την επικύρωση του παραγόμενου έργου με το χρόνο, χρειάζεται:

1) Η δημιουργία νέων μικρών, περισσότερων δομών, με βάση την τομεοποίηση ανάλογα με τον πληθυσμό, π.χ. οικοτροφείο, κέντρο κοινωνικής αποκατάστασης, κέντρο επαγγελματικής αποκατάστασης, προστατευμένων διαμερισμάτων, κέντρο υποστηρικτικής οικογενειών που περιθάλπουν ψυχωσικού ασθενείς κλπ

2) Η στελέχωση των νέων τομέων και τμημάτων με ψυχιάτρους, νοσοκόμους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς με ειδική πείρα και εκπαίδευση στη ψυχοθεραπευτική εργασία με το άτομο και την οικογένεια του και στην εργασία με την κοινότητα.

3) Η ενίσχυση της λειτουργίας των ολιγάριθμων εκπαιδευτικών πρότυπων κέντρων ψυχοθεραπείας και κοινωνικής ψυχιατρικής για την κατά το δυνατό ταχεία εκπαίδευση του απαιτούμενου για τη λειτουργία του συστήματος προσωπικού.

4) Η ενίσχυση των συνεταιρισμών ψυχικής υγείας για την παροχή υψηλής ποιότητας προϊόντων.

5) Η οικονομική ενίσχυση ευαισθητοποιημένων οικογενειών, ώστε να

δεχθούν τη φροντίδα ψυχωσικών ατόμων στους κόλπους τους.

Οι προτάσεις αυτές αποτελούν το πρώτο βήμα για την φροντίδα του ψυχικά αρρώστου μέσα στηνοικογένεια και την κοινότητα και αποτελούν το κύτταρο γύρω από το οποίο πρέπει να οργανωθεί η σύγχρονη δημόσια ψυχιατρική.

Μέσα από τις ενότητες για τη Ψ.Π.Σ.Α που αποτελεί και το τελευταίο στάδιο επανένταξης του αρρώστου, φάνηκε ότι η παθολογία της οικογένειας δεν είναι ανεξάρτητη από την παθολογία των μελών της αλλά και από μία αλυσιδωτή αντίδραση παθολογίας από γενιά σε γενιά. Οι ανάγκες της κοινωνικής ομάδας έρχονται συχνά σε αντίθεση με τις ανάγκες του ατόμου, του ζευγαριού και της οικογένειας. Ίσως να φάνηκε ότι σήμερα είναι πιο συχνή η βλαπτική αντίδραση της κοινωνίας στην οικογένεια.

Η μελέτη της οικογένειας οδηγεί σε ουσιαστικά αποτελέσματα για την παθολογία και τη θεραπευτική της μόνο όταν κατορθωθεί να φανεί σαν ολότητα. Στον οικογενειακό αστερισμό η ισορροπία εξαρτάται- όπως και στους φυσικούς αστερισμούς- από μία αρμονική αλληλεπίδραση των μελών της.

Η επιλογή του ίδιου του σπιτιού του αρρώστου ως χώρου νοσηλείας είχε σειρά από πλεονεκτήματα που φαίνεται να πηγάζουν από το γεγονός ότι δεν διακόπτεται μια συνέχεια στην σχέση- την έστω και παθολογική - του αρρώστου με την οικογένεια του. Αυτό μειώνει ουσιαστικά την επιθετικότητα θεραπευομένου προς την οικογένεια και την ενοχή των άλλων προς αυτόν. Από τη στιγμή που δεν καταστρέφεται η δομή του οικογενειακού αστερισμού και η αλληλεπίδραση των μελών του, δίνεται η δυνατότητα στην ομάδα να τροποποιεί τις σχέσεις και να εγκαθιστά καθημερινά νέους τρόπους επικοινωνίας, λιγότερο παθολογικούς. Η δυνατότητα υγιών ταυτίσεων του αρρώστου, αλλά και της οικογένειας, με τα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας, παίζει αποφασιστικό ρόλο σ' αυτή την θετική εξέλιξη.

Σε μία τοποθέτηση πάνω στη σχέση οικογένειας- αρρώστου- ψυχιατρείου ακολουθούν προτάσεις που μπορούν με την πραγματοποίησή τους να συμβάλουν στην ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι:

1) Την ύπαρξη πηγών στήριξης (συμβουλευτική, παρέμβαση στην κρίση μέσα στην οικογένεια) πρόληψης, πριν η οικογένεια φτάσει στο ψυχιατρείο.

2) Τη σύνδεση νοσοκομειακής περίθαλψης και οικογενειακής θεραπείας

(όπως στα προγράμματα θεραπείας οικογένειας)

3) Τη βοήθεια στην οικογένεια ώστε να αναλαμβάνει μεγαλύτερη ευθύνη απέναντι στο άρρωστο μέλος, αντί να μεταθέτει την ευθύνη σε κάποιο νοσοκομείο.

4) Την μεγαλύτερη και ειδικότερη εκπαίδευση των εργαζομένων ώστε να μπορούν να επικοινωνούν με μία κοινή επαγγελματική γλώσσα για την αντιμετώπιση της οικογένειας.

5) Την αύξηση και εδραίωση των Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. σ' όλους τους νομούς της χώρας, γιατί το θεραπευτικό έργο είναι σημαντικό και έχει συγκεκριμένο και σκοπός είναι από τον πρωτοβουλιακό χαρακτήρα που έχει τώρα να θεσμοθετηθεί και να αποτελέσει πρότυπο.

Έχει αποδειχθεί ότι:

- α) Οι ασθενείς ανταποκρίνονται καλύτερα σ' αυτόν τον τρόπο θεραπείας .
 - β) Το κόστος λειτουργίας τους είναι κατά πολύ χαμηλότερο από οποιαδήποτε άλλης μορφής ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.
 - γ) Υπάρχει συμπληρωματικότητα με τις υπόλοιπες ενδιάμεσες δομές.
 - δ) Προσφέρει προληπτικό, διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο.
 - ε) Συμβάλλει στην παράκαμψη γραφειοκρατικών διαδικασιών.
 - στ) Παίξει σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό και στο πλησίασμα των αρρώστων.
 - ζ) Μπορεί να καλύψει με αποδοτικότητα ανάγκες παιδιών και ενηλίκων στα πρώτα στάδια εμφάνισης των διαταραχών.
 - η) Μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη κοινωνική επανένταξη χρονίων αρρώστων προερχόμενων από τα ψυχιατρικά άσυλα.
 - θ) Η καλή συναισθηματική σχέση με τους ασθενείς και η σωστή λήψη φαρμάκων έχουν σαν αποτέλεσμα την μείωση της υποτροπής, την αντιμετώπιση της στο φυσικό περιβάλλον του αρρώστου και την πρόβλεψη μιας άλλης ενδεχόμενης κρίσης.
 - ι) Εργάζεται με την κοινωνική ομάδα (άτομα και φορείς) για την ευαισθητοποίηση στο έργο της, για την αλλαγή της στάσης της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο.
- 6) Την έναρξη συζητήσεων και διαλέξεων σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες και στα σχολεία από ειδικευόμενο προσωπικό, όπου θα θίγεται το

πρόβλημα της ψυχικής νόσου, με στόχο την ενημέρωση και την αλλαγή στάσης του πληθυσμού.

Ζ) Την δημιουργία σε επίπεδο νομαρχιακών υπερεσιών, ομάδων υγειονομικών που θα παρακολουθούν την πορεία των ακούσιων εισαγωγών, θα μεριμνούν για την υποστήριξη των δικαιωμάτων των ασθενών, και την τήρηση των κανόνων της επαγγελματικής δεοντολογίας.

8) Την βελτίωση - τροποποίηση του νόμου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όσον αφορά τον ακούσιο εγκλεισμό του αρρώστου και την επικινδυνότητα του.

9) Προτείνεται ένα απλό σύστημα νομοθετικής ρύθμισης, όπου ο ψυχίατρος θα κρίνει κυρίαρχα και ανεπηρέαστα με γνώμονα το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς. Η παρέμβαση της δικαστικής εξουσίας θα υπάρχει μόνο όταν κατά την γενική νομοθεσία ζητείται δικαστική προστασία.

10) Την δημιουργία ανώτατων σχολών για τους κλάδους ψυχικής υγείας, καθώς και δυνατότητες μετεκπαίδευσης, συμπεριλαμβανομένης και της πανεπιστημιακής στη χώρα μας.

Από τις παραπάνω προτάσεις μπορεί να ειπωθεί πως αν αλλάξει ο προσανατολισμός, γενικότερη στάση απέναντι στο πρόβλημα της ψυχικής νόσου και του εγκλεισμού του αρρώστου και ενισχύει την στήριξη της οικογένειας, τότε μία έμπειρη ομάδα ειδικών μπορεί να συγκρατήσει στην κοινότητα έναν αξιόλογο αριθμό περιπτώσεων που τώρα μοιραία οδεύουν προς την κλινική ή το ψυχιατρείο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η τεράστια σημασία του ρόλου που παίζει η οικογένεια στην θεραπεία της ψύχωσης γίνεται ολοένα και πιο συνειδητή. Ωστόσο πολλά προβλήματα παραμένουν ακόμα άλυτα. Δεν έχει φτάσει ακόμα η φάση της ουσιαστικής αλλαγής, της στατιστικής αξιολόγησης των πορισμάτων και δεν βρέθηκε ικανοποιητική λύση για τα προβλήματα.

Είναι όμως καιρός να ωριμάσει πλέον κι εδώ η μεταρρυθμιστική προσπάθεια ανάλογα με άλλων γειτονικών χωρών - Ιταλία, Γαλλία, Ισπανία - να γίνει δίδαγμα η εμπειρία τους - και τα λάθη τους - για την πραγματοποίηση μιας εφαρμογής ενός ολότελα νέου τρόπου ψυχιατρικής περίθαλψης.

Με τα προγράμματα - πιλότοι (Ψ.Π.Σ.Α.) που εργάζονται ήδη, κατακτιέται στην πράξη το δικαίωμα για μία ουσιαστική προσπάθεια ψυχιατρικής χωρίς να θεωρείται ότι γίνεται συζήτηση για ουτοπίες, για δαντέλες και άχρηστα πράγματα.

Είναι κατανοητό πολύ καλά ότι η ψυχική νόσος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα. Είναι μία νόσος που είναι αναγκαίο να αντιμετωπίζεται. Για όλους υπάρχει μία πόρτα που οδηγεί στην τρέλα, που μπορεί να είναι ένα όνειρο, ένας επιίαλτης ή κάποια στιγμή που ο θυμός ή ο φόβος θα κάνουν το άτομο να χάσει τα λογικά του.

Αρκεί μία μόνο επίσκεψη στα σημερινά ψυχιατρεία της Ελλάδας, για να δει κανείς την αναπόφευκτη ασχήμια τους. Τα απελπιστικά θεάματα και με τι ισοδυναμεί η είσοδος κάποιου ατόμου σε άσυλο. Ισοδυναμεί με στίγμα, ο εισαγόμενος παίρνει την σφραγίδα - σήμα κατατεθέν της αρρώστιας του . Κι όμως αυτοί που δεν στοιβάχθηκαν σε κάποιους υπερπληθείς θαλάμους ή ποτέ δεν είχαν την ευκαιρία να επισκεφθούν τους αρρώστους σ' αυτούς τους χώρους δεν μπορούν να καταλάβουν και τη φρίκη (και αυτή η λέξη δεν είναι αρκετά δυνατή) των συνθηκών που ζούν αυτοί που τους έτυχε το χειρότερο.

Η επίτευξη του στόχου της κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί ευθύνη όλων και ειδικότερα των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Είναι καιρός να συνειδητοποιηθεί η ανάγκη για την ύπαρξη οδηγών στην ευαισθητοποίηση των ατόμων. Να μην κυριαρχεί η αποστασασιοποίηση στις

φωνές απελπισίας των ψυχικά ασθενών. Ίσως είναι καιρός να βλέπουν έμπρακτα την αγάπη των συνανθρώπων τους την συμπαράσταση και την βοήθεια. Γιατί αν πραγματικά υπάρξει θέληση θα έρθουν καλύτερες μέρες για όλους τους ανθρώπους, μέρες που θα επιρέπουν μέσα από μία σχέση ισοτιμίας, αλληλεγγύης και αγάπης την συμβίωση και την αποδοχή του διαφορετικού στους κόλπους της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Αισθήματα των συγγενών για τον ψυχίατρο.

Στοιχείο	N	% των 120 συγγενών
α. Εμπιστοσύνη	89	74
β. «Τους βοήθησε να κατανοήσουν την πάθηση».	38	32
γ. «Τους έχει μάθει να τα καταφέρνουν».	30	25
δ. «Τους αφήνει αβοήθητους».	12	10
ε. Απογοήτευση	11	9
στ. Αδυναμία	10	8
ζ. Ενοχή	6	5
η. Θυμός	6	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Άτομα ή υπηρεσίες στις οποίες απευθύνονται οι συγγενείς για βοήθεια, σε περίπτωση κρίσης.

Άτομο/υπηρεσία	N	% των 120 συγγενών
α. Ψυχίατρος	54	45
β. Μέλος οικογένειας	37	31
γ. Αστυνομία	20	17
δ. Γιατρός (εκτός από ψυχίατρος)	16	13
ε. Γείτονες	10	8
στ. Φίλοι	10	8
ζ. Υπάλληλος ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής	7	6
η. Παπάς ενορίας	2	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ψυχοπαθολογικά στοιχεία του αρρώστου που δημιουργούν στους συγγενείς τις περισσότερες δυσκολίες.

Στοιχείο	N	% των 120 συγγενών
α. Κλείσιμο στον εαυτό του	42	35
β. Αδρανής - σκνηρός	34	28
γ. Άστοχες ενέργειες	30	25
δ. Παράλογες επιθυμίες	24	20
ε. Ατημέλητος - ακάθατος	22	19
στ. Επιθετικότητα	20	17
ζ. Να μιλά μόνος τους	20	17
η. Ανάρμοστη συμπεριφορά	17	14

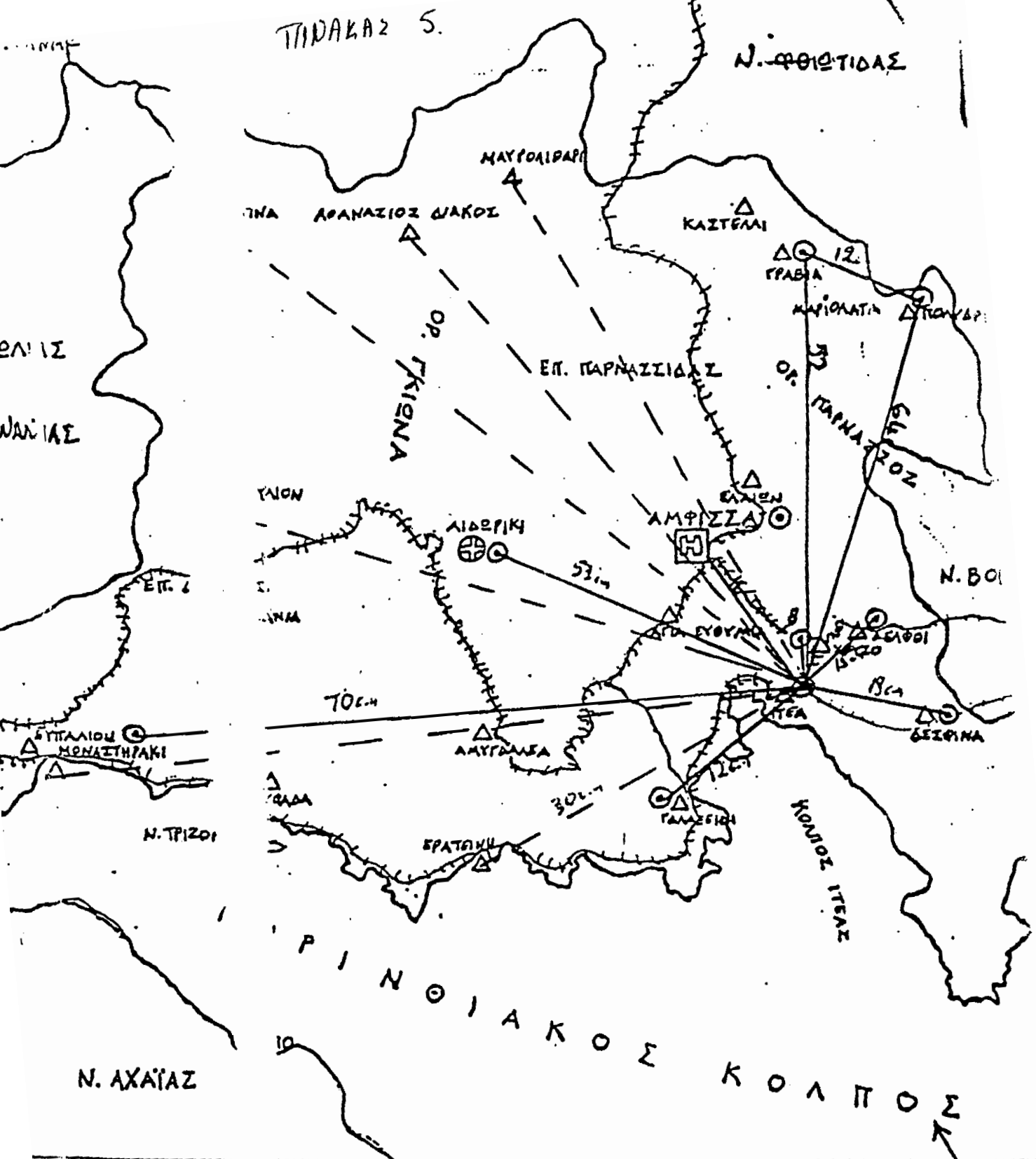
ΠΙΝΑΚΑΣ 4
Προληπτική Ψυχιατρική: Πληθυσμός, στόχος και προσεγγίσεις

ΠΡΟΛΗΨΗ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	ΠΑΘΩΣΜΟΣ-ΣΤΟΧΟΣ	ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ
Πρωτογενής	Προγεννητική	Έγκυες υψηλού κινδύνου ή άγυμες έφηβοι. Όλες οι έγκυες.	Ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα, επισημάνση προβλημάτων, προστασία μητρικής υγείας, έλεγχος περιβάλλοντος, διατροφής.
	Νεογνική νηπιακή	Μητέρες πολύτεκνες, ανήλικοι γονείς. Όλα τα νεογνά νήπια.	Οικογ. προγραμματισμός, συμβουλευτική, κοινων. υποστηρ. σύστημα, επισημάνσεις συγγενών διαμαρτιών-διπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών.
	Παιδική, εφηβική	Παιδιά με σωματικό νόσημα ή διαμαρτίες. Όλα τα παιδιά, οικογένειες με κακοποιημένο παιδί, έφηβοι που εγκατέλειψαν το σχολείο ή το σπίτι.	Προγράμματα οικογ. υποστήριξης-θεραπείας, ανίχνευσης-διάλογής (screening) σε σχολεία.
	Ενηλικίωση	Άτομα υψηλού κινδύνου, π.χ., άτομα με γονείς ψυχικά αρρώστους ή σε εξάρτηση, άτομα σε κρίση, πολυπροβληματικές οικογένειες. Όλος ο γενικός πληθυσμός, οικογένειες με ψυχικά αρρώστους, άτομα κάτω από ψυχοπρεστικές συνθήκες, π.χ., πένθος, ανεργία.	Γενετική συμβουλευτική, υπηρεσίες ανίχνευσης ατόμων υψηλού κινδύνου (outreach programs), υπηρεσίες παρέμβασης σε κρίση (crisis intervention), προγράμματα αγωγής υγείας και ψυχικής υγείας, ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού. Οργάνωση υποστηρ. κοινων. συστήματος.
		Όλα τα υπερήλικα άτομα με σωματική νόσο που ζουν μόνοι, σε χηρεία, σε συνταξιοδότηση.	Οργάνωση κοινων. υποστηρ. προγραμμάτων, ομαδική θεραπεία, ομάδες αποβολής.



ΠΡΟΛΗΨΗ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	ΠΑΘΩΣΜΟΣ-ΣΤΟΧΟΣ	ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ
Μεταγενής	Παιδική εφηβική	Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, με συμπτώματα ψυχικής διαταραχής.	Ψυχολογικές υπηρεσίες με κοινωνική ανάπτυξη υπηρεσιών.
	Ενηλικίωση γήρας	Άτομα υψηλού κινδύνου ψυχικής νόσησης, άτομα σε αξία ψυχωσική κατάσταση. Νοσηλεύομενοι για ορισμένα σωματικά νοσήματα. Όλος ο γενικός πληθυσμός.	Υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ανάπτυξη δικτύου παραπομπών, κλινικές λίθες, ενέσιμων μακράς δράσης, Προγράμματα Follow-up Διασυνδεδεμένη ψυχιατρική (Liaison Psychiatry), Προγράμματα ευαισθητοποίησης του κοινού στην εγκίρτη αντιμετώπιση ψυχολογικών συμπτωμάτων και αλλαγή της στάσης απέναντι στην ψυχική αρρώστια.
Τριτογενής	Παιδική εφηβική	Παιδιά έφηβοι με νοσητική κατάσταση, αντιστό η αλλα, διαταραχές.	Ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, επαγγελματική εκπαίδευση, Οικοτροφεία.
	Ενηλικίωση	Χρόνιοι ψυχικά αρρώστοι (σχιζοφρένεια, αλζοι, ψυχωσικοί). Νοσητικά καθυστερημένα άτομα.	Αποκατάσταση, αναλλοίωτες ζωικές νοσηλείες-διαμονής, Προσπαγγ., επαγγ. αποκιττιστική, κοινωνική επανένταξη, Κοινων. λήψη, ομάδες αιτοβοήθειας, αναδιάρθρ. κοινων. υποστηρ. συστήματος.
		Χρόνιοι ψυχικά αρρώστοι, Ελαφρα οργανικά ψυχοσύνδρομα.	Προγράμματα Κοινων. δραστηριοτήτων Οργάνωση υποστηρ. συστήματος.

Μαΐου 1989




ΝΟΣ ΦΘΚΙΔΑΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 

ΠΕΡΙΟΧΟΝΟΜΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 

ΠΡΟΤΙΚΟ ΚΑΤΡΕΙΟ Δ

ΠΡΩΤΗ ΜΟΝΑΔΑ 

ΠΕΡΙΟΧΟΝΟΜΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ 

ΑΝΥΠΟΤΟΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ Κ.Μ.Ψ.Π.Υ.

ΕΠΙΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΗΣ Κ.Μ.Ψ.Π.Υ.

ΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1990

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΑΝΑΚΑΤΑΝΟΜΗ ΡΟΛΩΝ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΗΣ Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. ΝΟΜΟΥ

ΦΩΚΙΔΑΣ

Σε κάθε Ιατρείο Ορίζεται ένας ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΜΗ ΓΙΑΤΡΟΣ με
ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ όπως:

ΩΡΑ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ (ΑΡΙΘΜΟΣ)
ΑΔΕΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ
ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ
ΚΙΝΗΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ
ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Αναλυτικά οι υπεύθυνοι Ιατρείων είναι:

ΔΙΣΤΟΜΟ --- ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ
ΔΕΣΦΙΝΑ --- ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
ΙΤΕΑ ---- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ
ΓΑΛΑΞΕΙΔΙ--- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ
ΝΑΥΠΑΚΤΟΣ --- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
ΛΙΔΩΡΙΚΙ --- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ
ΔΕΛΦΟΙ - ΧΡΥΣΟ --- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΠΟΛΥΔΡΟΣΟ --- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΑΜΦΙΣΣΑ --- ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ - ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

- Επτάχρονα μέσα περιστασιακά
- Ψυχιατρική μονάδα στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοιάς
- Διδάσκων
- Παρακολούθηση και ψυχιατρικές συνεντεύξεις.
- Επισκέψεις και Ψυχιατρική παρακολούθηση στο Ίκτι του Αρβάτου.
- Ψυχοθεραπείες
- Διαγνωστική παιδιών & συμβουλευτική γονέων
- Λογοθεραπεία
- Τηλεφωνική εξυπηρέτηση.

Ψυχιατρική περιθαλψη στο Ίκτι του Αρβάτου

- Ιδιαίτερα μαθήματα παιδιών με ειδικές ανάγκες.
- Επισκέψεις σχολικών-συνεργαζομένων σε περιπτώσεις.
- Μουσικοθεραπεία - Γυμναστική των παιδιών με ειδικές ανάγκες.

Φροντιστηριακές ειδικές τάξεις στα Δημοτικά Σχολεία.

Κ.Μ.Ψ.Π.Υ.

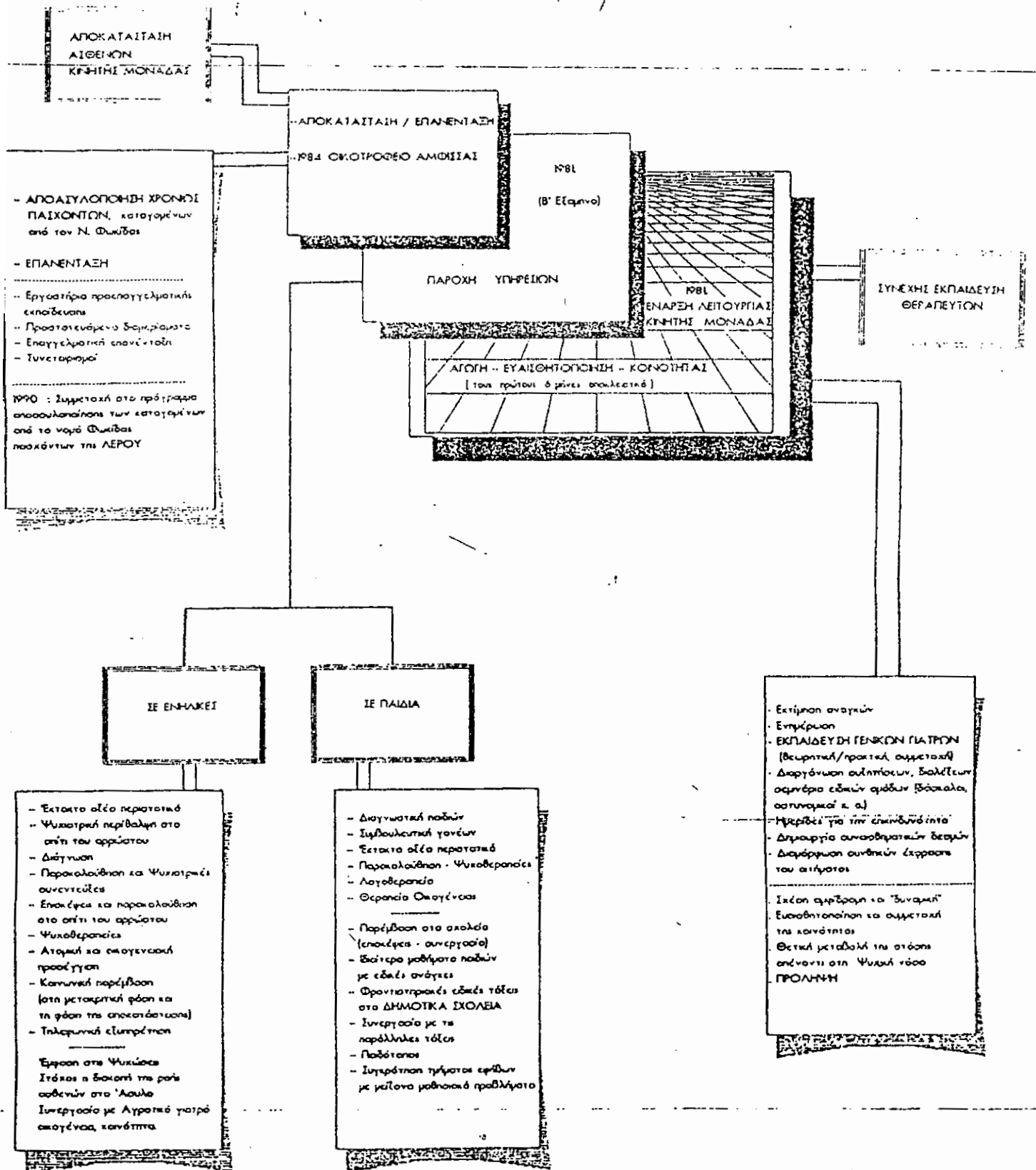
- B.
- Ευαισθητοποίηση συζητήσεις διαλέξεις
 - Πρόληψη
 - Σεμινάρια αγροτικών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού
 - Ομάδες γονέων
 - Σεμινάρια άλλων ειδικών ομάδων

E. Εκπαίδευση και Εποπτεία εργαζομένων

- A.
- "Επαναπατριμός" χρόνιων ασθενών.
1. Εργασία στα νοσοκομεία κλινικές των μεγάλων κέντρων.
 2. Εργασία με την οικογένεια στο Νομό.
 3. Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Επαίδευσης Ειδικό Οικοτροφείο Αμμοιάς

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
15 ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ Β



ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΟΞΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Για τα ΟΞΕΑ περιστατικά θα υπάρχουν 2 ομάδες ετοιμότητας.

Η μία ομάδα με 3 άτομα και η άλλη με 4 άτομα.

Θα λειτουργούν εναλλάξ στις μονές - ζυγές μέρες του μήνα.

Ο λόγος που υπάρχουν πολλά άτομα σε κάθε ομάδα είναι ο εξής, σ περίπτωση απουσίας ενός θεραπευτή της ομάδας να τον αντικαθιστούν οι υπόλοιποι.

Η ομάδα καλύπτει τα περιστατικά στην οξεία φάση και μετά το τέλος της κρίσης τον αναλαμβάνει η ομάδα του κλιμακίου.

ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ:

ΟΜΑΔΑ 1η

ΜΟΝΕΣ ΜΕΡΕΣ

ΚΟΙΝΟΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

ΟΜΑΔΑ 2η

ΖΥΓΕΣ ΜΕΡΕΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Για τα περιστατικά που μας ειδοποιούν από το Γενικό Νοσοκομείο Αμφισσας θα τα βλέπει σε πρώτη φάση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1) ΦΩΚΙΔΑ

Κατηγορίες εσόδων - ετήσιο κόστος ανά ασθενή

Πηγές εσόδων

Εσοδα από προγράμματα κατάρτισης - αποασυλοποίησης Δρχ. 134.282.976

Εσοδα από προγράμματα αποασυλοποίησης ασθενών

Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου

Δρχ. 45.848.166

Εσοδα Κινητής Μονάδας Ε.Σ.Υ. 5.162.057/ μήνα χ12

Δρχ. 61.944.683

Συνολικά έσοδα

Δρχ. 242.075.825

Αφαιρείται συνολικό ποσοστό 35% (Σημ. 1)

- 84.726.539

Σύνολο εσόδων

= 157.349.286

Με το ποσό των 157.349.286 καλύφθηκαν οι ανάγκες 612 αρρώστων (ενήλικες 385 και παιδιά 227) σε πληθυσμό 64.000 (44.000 χιλ. κάτοικοι Φωκίδας 20.000 κάτοικοι όμορων Νομών) με συνολικά 6.000 θεραπευτικές πράξεις.

Κόστος αρρώστου ανά ημέρα:

Έσοδα που διατίθενται 157.349.286 : 612 (αριθμός αρρώστων) = Δρχ. 257.106
το ετήσιο κόστος για κάθε άρρωστο.

257.106 : 365 ημέρες = δρχ. 704 ημερήσιο κόστος για κάθε άρρωστο.

Σημ. 1 Το 35 % αναλύεται σε ποσοστό 20% το οποίο αφορά στην εκπαίδευση στελεψυχικής υγείας από τον πληθυσμό καθώς και πανεπιστημιακών, προπτυχιακών μεταπτυχιακών σπουδαστών. Το 15 % διατίθεται για την αγωγή της κοινότητας και service training

ΕΤΑΙΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Ν. ΦΩΚΙΔΑΣ

2) Εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών σε σχέση με τα δεδομένα της Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος σε σύγκριση με τις δραστηριότητες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της Φωκίδας.

Στα επίσημα στοιχεία της Στατιστικής υπηρεσίας της Ελλάδος αναφέρεται ότι η Ελλάδα διαθέτει 12.000 δημόσια ψυχιατρικά κρεβάτια. Τα κρεβάτια αυτά επί 365 ημέρες ανεβάζουν τις ημέρες ψυχιατρικής λειτουργίας ανά έτος σε 4.380.000, για το σύνολο του πληθυσμού (10.000.000 κάτοικοι).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

ΣΗΜΕΙΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ

N.Δ. 104/73

Η ελληνική νομοθεσία στα ζητήματα περίθαλψης και πρόληψης των ψυχικά πασχόντων, παραμένει αντιφατική και προσανατολισμένη στον εγκλεισμό.

Το 1862, πρωτοδημοσιεύτηκε ο νόμος Ψ.Μ.Β. "Περί συστάσεως φρενοκομείων", "προοδευτική" αντιγραφή της γαλλικής νομοθεσίας (νόμος 1838) που έμεινε στην ουσία στο περιθώριο. Το Ν.Δ. 104 του 1973 που τον αντικατέστησε δυσκολεύει την έξοδο των αρρώστων και εισάγει αντιφατικές διατάξεις σ' ότι αφορά τα δικαιώματα των αρρώστων και την δικαιοδοσία των γιατρών.

Η νομοθεσία διακατέχεται από μία αντίληψη καθαρά διοικητική και ευθυνόφοβη. Λείπει μία συνολική αντίληψη του αρρώστου. Απουσιάζει εντελώς ο τομέας της πρόληψης. Αυτό που καθορίζει βασικά την θεραπευτική αντιμετώπιση των επικίνδυνων ψυχασθενών είναι το άρθρο 2 του Ν.Δ. 104/73, "Αναγκαστική νοσηλεία".

Σημείο αναφοράς παραμένει το ψυχιατρείο (ιδιωτικό-δημόσιο). Δίνεται αυξημένη δικαιοδοσία στους εισαγγελείς και περιορίζεται ο ρόλος των ειδικών και των άμεσων θεραπειών. Σε κάποιο βαθμό και οι δύο λειτουργοί είναι δέσμιοι αυτής της αντιφατικής νομοθεσίας.

Απουσιάζει εντελώς ο νομικός ορισμός των νέων μορφών περίθαλψης και συγκρότησης των θεραπευτικών μονάδων, κυρίως η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Η συμμετοχή και συμβολή της οικογένειας στην θεραπεία του αρρώστου περιορίζεται σε καθήκοντα καθαρά γραφειοκρατικού χαρακτήρα.

Τέλος η όλη διαδικασία θεραπείας ή αποθεραπείας του αρρώστου, εξετάζεται με ένα τρόπο που περιορίζεται στην έκδοση αιτήσεων, ενστάσεων και γενικότερα γραφειοκρατικών διαδικασιών που ταλαιπωρούν τον άρρωστο ψυχολογικά χωρίς ουσιαστικά να δίνουν λύση στο πρόβλημα.

ερί ψυχικής υγιεινής και περιβάλλουσας των ψυχικώς πασχόντων
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Προτάσει του Ημετέρου Υπουργείου Συμβουλίου, απεφασίσασμεν και διατάσσομεν:

Άρθρον 1
Ορισμός Ψυχιατρικών Καταστημάτων

1. Ψυχιατρικά Καταστήματα ή θεραπευτήρια ψυχικών νόσων και παθήσεων νοούνται κατά το παρόν Κρατικά Ιδρύματα ή ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου, ή ιδιωτικά κλινικά ή σκοπός είναι η πρόληψις, η διάγνωσις, η θεραπεία, η επίβλεψις ή η ανάρρωσις των ψυχικώς νοσοούντων ή πασχόντων.

2. Άπαντα τα εμπιπτόντα εις την έννοιαν της προηγουμένης παραγράφου Ψυχιατρικά Καταστήματα ή θεραπευτήρια ψυχικών νόσων και παθήσεων τελούν υπό την εποπτείαν και τον έλεγχον του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, επιφυλασσομένων των περί του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής διατάξεων των Ν.Δ. 572/1970 και 1096/1972.

Άρθρον 4
Εισαγωγή και έξοδος νοσοούντων ή πασχόντων

Δι' αποφάσεων του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών δημοσιευομένων δια της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως ρυθμίζονται τα της εισαγωγής και εξόδου των εις τα εν άρθρω 1 Καταστήματα των ψυχικώς νοσοούντων ή πασχόντων εξαιρέσει των δια δικαστικών αποφάσεων ή διατάξεων δικαστικών αρχών εγκλεισμένων εις αυτά, ως και των εμπιπτόντων εις τας διατάξεις των επομένων άρθρων του παρόντος, της νοσηλείας των, της καταβολής ή μη νοσηλίων ως και πάσα συναφής λεπτομέρεια.

Άρθρον 5
Επικίνδυνοι ψυχοπαθείς

1. Εν κερπειγούση περιπτώσει όταν ο πάσχων είναι επικίνδυνος εις την δημοσίων τάξιν ή προσωπικήν ασφάλειαν των πολιτών, ή δι' εαυτόν, δύνανται να αιτήσων την κατόπιν ητιολογημένης ιατρικής πιστοποιήσεως άμεσων εισαγωγήν ή διακομίδην αυτού εις Νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων, ο σύζυγος ή η σύζυγος, παρ' αυγενής εξ αίματος μέχρι του δευτέρου βαθμού, ο επίτροπος, ο προσωρινός διαχειριστής,

ο διευθυντής του Νοσοκομείου όπου νοσηλεύεται ή προσήχθη ο πάσχων, ο εισαγγελεύς ή η αστυνομική αρχή.

Η αίτησις υποβάλλεται εις την αρμοδιαν αστυνομικήν ή εισαγγελικήν αρχήν, η δε μεταφορά του πάσχοντος εις το Νοσοκομείον ψυχικών νόσων ενεργείται μερίμνη της αστυνομικής αρχής μετ' απόφασιν του Εισαγγελέως.

2. Ο Διευθυντής του Νοσηλευτικού Ιδρύματος υποχρεούται να δεχθεί τον πάσχοντα κατόπιν συμφώνου γνώμηστος διευθυντού ιατρού ή του νομίμου αυτού αναπληρωτού, εφ' όσον πιστοποιήση την επείγουσαν ανάγκην νοσηλείας.

3. Ο ούτως εισαχθείς εις Νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων αφήεται ελεύθερος ευθύς ως παύση να είναι επικίνδυνος μετά προηγουμένην βεβαίωσιν του οικείου διευθυντού ιατρού ή του νομίμου αναπληρωτού του επωσδήποτε όμως εντός μηνός από της εισόδου του, εκτός εάν εν τω μεταξύ συντρέχουν προϋποθέσεις αιουσίας νοσηλείας αυτού.

Άρθρον 6
Παιδοψυχιατρικά Καταστήματα

Άρθρον 7
Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί

Άρθρον 8
Στατιστικά στοιχεία

Άρθρον 9
Αποκατάσσεις ψυχικώς πασχόντων

1. Η αποκατάσσεις ψυχικώς πασχόντων, συνισταμένη εις την παρακολούθησιν, θεραπείαν, και κοινωνικήν προσαρμογήν αυτών διενεργείται εις τα κατ' άρθρα 1, 6 και 7 του παρόντος προβλεπόμενα Καταστήματα.

2. Ψυχικώς πάσχοντες και αναπροσαρμοσθέντες κοινωνικώς δύνανται να αποκατασταθούν επαγγελματικώς προσλαμβανόμενοι υπό δοκιμασίαν εν καταλλήλω εργασία το πολύ επί έτος, κατά παρέκκλισιν των ισχυουσών διατάξεων περί σχέσεως εργασίας.

Η διαδικασία προσλήψεως, τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα των προσλαμβανομένων, η αμοιβή τούτων, η διαδικασία λύσεως ή παρατάσεως της συμβάσεως εργασίας ως και πάσα συναφής λεπτομέρεια ρυθμίζεται δια κοινών αποφάσεων των Υπουργών Κοινωνικών Υπηρεσιών και Εθνικής Οικονομίας, Τομεύς

Απασχολήσεως, δημοσιευομένων δια της εφημερίδος της Κυβερνήσεως.

3. Εν περιπτώσει υποτροπής της ψυχικής παθήσεως ή συμπεριφοράς του πάσχοντος εργαζομένου, ασυμβιβάστου ή καθιστώσης δυσχερή την ομαλήν λειτουργίαν της επιχειρήσεως, διαπιστωμένης υπό ψυχιάτρου έχοντες την δημοσίαν υπαλληλικήν ιδιότητα, ο εργοδότης δικαιούται εντός του ως άνω ορίου του έτους να καταγγείλη την μετ' αυτού σύμβασιν εργασίας, άνευ τηρήσεως των υπό του Νόμου 2112/1920 «περί υποχρεωτικής καταγγελίας συμβάσεως εργασίας ιδιωτικών υπολλήλων» ως ετροποποιήθη μεταγενεστέρως προβλεπομένως διατυπώσεων και υποχρεώσεων.

4. Αν η καταγγελία της συμβάσεως ήθελε χωρήσει μετά την πάροδον του πρώτου από της προσλήψεως έτους, το διάστημα τούτο θα προσμετρήται ως διαδραμόν εν εργασία χρόνος, προς υπολογισμόν της αποζημιώσεως.

Άρθρον 10
Λέσσαι ψυχαγωγίας - Κυλικεία

Άρθρον 11

Σχολαί νοσοκώμων ψυχικής υγιεινής
1. Δια Π.Δ/των εκδοιδομένων προτάσει των Υπουργών Κοινωνικών Υπηρεσιών και Οικονομικών δύνανται να ιδρύνωνται παρά τοις Νοσοκομείοις ψυχικών νόσων σχολαί βοηθών νοσοκώμων ψυχικής υγιεινής μονοετούς καιτήσεως.

Άρθρον 12
Άρνησις παραλαβής προσώπων μη χρηζόντων νοσηλείας

1. Υπόχρεοι κατά τας κειμένους διατάξεις προς διατροφήν ή περίθαλψιν νοσηλευομένων προσώπων και απομακρυνομένων εκ Νοσοκομείων ή Κλινικών Ψυχικών Νόσων, αρνούμενοι όπως παραλάβουν υπό της διευθύνσεως τιμωρούνται δια ποινής φυλακίσεως μέχρις έξ μηνών υποχρεούμενοι άμα και εις καταβολήν νοσηλίων υπέρ του νοσοκομείου ή της κλινικής, από του εν τη εγγράφω προσκλήσει τιθεμένου χρόνου.

2. Τ' ανωτέρω εφαρμόζονται αναλόγως και ως προς τους έχοντας την επιμέλειαν ακουσίως εισαχθέντων αχειραφέντων ανηλικών και τους επιτρόπους απηγορευμένων.

Άρθρον 13
Κυρώσεις

οδοτήσιν τούτου εκδιδομένων εκάστοτε Π. Δ/των ή υπουργικών αποφάσεων επιβαλλομένων υποχρεώσεων συνεπάγεται δια μέν τας ίδιωτικές Κλινικές πρόστιμον μέχρι 50.000 δρχ. εν υποτροπή δε και πρόσκαιρον ή οριστικήν διακοπήν της λειτουργίας δια δε τους ιατρούς και νοσοκόμους πρόσκαιρον μέχρι τριών μηνών απαγόρευσιν ασκήσεως του επαγγέλματος.

2. Αι ανωτέρω κυρώσεις, επιβάλλονται δι' αποφάσεως των κατά τας κειμένας διατάξεις αρμοδίων οργάνων.

Άρθρον 14

Καταργούμεναι διατάξεις
Από της ισχύος του παρόντος παύ-
δύν ισχύοντες:

α) Ο Νόμος ΨΜΒ 1862 «περί συστάσεως Φρενοκομείων». β) Ο Νόμος 4741 του 1930 περί οργανώσεως του Δημοσίου Ψυχιατρείου Κερκύρας πλην του άρθρου 12 του αυτού «Περιουσία του Δημ. Ψυχιατρείου Κερκύρας», όπερ διατηρείται εν ισχύι.

γ) Ο Νόμος 6077 του 1934 «περί οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων».

δ) Πόσα διάταξις αντικειμένη τω παρόντι.

Άρθρον 15

Έναρξις ισχύος

Η ισχύς του παρόντος άρχεται από της δημοσιεύσεως αυτού δια της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως
Εν Αθήναις τη 11 Αυγούστου 1973
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ
ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ

Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ
ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΠΑΤΤΑΚΟΣ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΚΑΡΕΖΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 4 ΤΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 104/73 Ν.Δ. Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗ- ΡΕΣΙΩΝ

Έχοντες υπ' όψιν: την διάταξιν του άρθρου 4 του υπ' αριθ. 104/73 Ν.Δ. «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων», αποφασίζομεν:

Καθορίζομεν ως ακολούθως τα της εισαγωγής και εξόδου των ψυχικώς νοσούντων ή πασχόντων, τα της νοσηλείας των, της καταβολής ή μη των νοσηλείων, ως και λοιπάς λεπτομερείας.

Άρθρον 1

Έκουσία εισαγωγή ασθενούς

1. Πας ψυχικώς πάσχων ή νοητικώς υπολειπόμενος ενήλιξ και μη απηγορευμένος ή χειράφετος ανήλιξ, δύναται να εισαχθή εις Νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων οικεία βουλήσει και κατόπιν υπογραφής σχετικής δηλώσεως υπ' αυτού.

2. Έκουσίως, ομοίως, δύναται να εισαχθή προς παρατήρησιν εν τω θεραπευτηρίω και οιοσδήποτε, άνευ άλλης διατυπώσεως πλην της ιατρικής πιστοποιήσεως του εξωτερικού ιατρείου του Ιδρύματος υπό του Διευθυντού ιατρού ή του νομίμου αυτού ανσπληρωτού και της υπόγραφής υπό του ασθενούς της σχετικής υπευθύνου δηλώσεως. Η διάρκεια δε της παρακολουθήσεως και νοσηλείας δεν δύναται να υπερβή τον ένα (1) μήνα, μετά την συμπλήρωσιν του οποίου ο Διευθυντής του Νοσοκομείου υποχρεούται όπως χορηγήσῃ εξιτήριον εις τον υπό παρατήρησιν νοσηλευόμενον, κατόπιν γνωμάτεως του Διευθυντού ιατρού ή ανσπληρωτού του, ή να παρατείνῃ την παραμονήν του προς ειδικήν νοσηλείαν επί ένα εισέτι μήνα, κατόπιν σχετικής γνωματεύσεως του θεράποντος και παρακολουθούντος την περίπτωσιν ιατρού ως και τη αιτήσῃ του ιδίου ασθενούς, εκτός εάν εν τω μεταξύ ή κατάστασίς του έχει επιδεινωθῆ εις βαθμόν ώστε να κρίνεται η έξοδός του είτε ως πρόωρος είτε ως επικίνδυνος.

3. Όταν επί παρομοίας περιπτώσεως (αιτήσεως προς εκουσίαν εισαγωγήν) ο ιατρός του εξωτερικού ιατρείου αμφιβάλλει περί της ανάγ-

προτείνεται η προς παρατήρησιν εισαγωγή του ασθενούς, υπό τον όρον ότι 1) η διάρκεια τούτης δεν θα υπερβόλη το εικοσαήμερον και 2) ότι θα εγκρίνη την ως άνω γνωμάτευσιν και ο Διευθυντής του Ιδρύματος. Εφ' όσον όμως η εισοδος του ασθενούς θεωρηθή περιττή, δύναται ο ιατρός να αποκλείσῃ τούτην. Μετά την παρέλευσιν του εικοσαημέρου ο υπό παρατήρησιν είτε λαμβάνει εξιτήριον, είτε παραμένει προς νοσηλείαν 1) εκουσίως μετά σύμφωνον γνώμην του ιατρού ή 2) ακουσίως εφ' όσον υπό του ιατρού κριθῆ τούτο απαραίτητον.

4. Εκτός των ανωτέρω δύναται να υποβληθούν, οικεία βουλήσει, εις ειδικευμένην θεραπείαν εντός νοσοκομείων ή κλινικῶν ψυχικῶν νόσων και οι έχοντες ανάγκην τούτης καθ' ἑξιν: αλκοολικοί, τοξικομανεῖς ως και οι εμφανίζοντες ειδικά προβλήματα συμπεριφορᾶς επιληπτικοί.

5. Εις νευρολογικήν κλινικήν νοσηλεύονται οι εκ νευρολογικῶν νοσημάτων πάσχοντες άνευ ψυχωτικῶν διαταραχῶν, δεκτοί τη πιστοποίησιν της παθηνσεως των υπό του αρμοδίου Διευθυντού ή επιμελητοῦ ιατροῦ της οικείας κλινικῆς τοῦ ιδρύματος, όστις εισάγει τούτον προς θεραπείαν δι' εν το πολύ έτος και εφ' όσον η πάθησις εξ ης πάσχει ο εισαγόμενος κριθῆ ως ίάσιμος ή θελατιώσιμος.

Άρθρον 2

Άκουσία εισαγωγή ασθενούς

1. Οι ψυχικώς πάσχοντες δύναται να εισαχθούν προς παρατήρησιν ή προς νοσηλείαν εν νοσοκομείω ή κλινική ψυχικῶν νόσων άνευ της θελήσεως αυτών, κατόπιν ιατρικής γνωματεύσεως.

Εάν οι προαναφερόμενοι είναι απηγορευμένοι ή αχειράφετοι ανήλικοι, απαιτείται δια την εισαγωγήν αίτησις του Επιτρόπου αυτών ή του έχοντος την επιμέλειαν του προσώπου των.

2. Ενήλικοι μη απηγορευμένοι ή ανήλικοι χειράφετοι ή μη τελούντες υπό επιμέλειαν προσώπου τινός εισάγονται εκουσίως προς νοσηλείαν, κατόπιν αιτήσεως του συζύγου ή συγγενούς εξ αίματος μέχρι δευτέρου βαθμού. Την ακουσίαν νοσηλείαν του πάσχοντος δύναται να ζητήσῃ και πας τρίτος ή η αστυνομική αρχή δια του Εισαγγελέως Πλημμε-

3. Ο πάσχων εξετάζεται εις το εξωτερικόν ιατρείον του Ιδρύματος υπό του προϊσταμένου αυτού ή του νομίμου αυτού αναπληρωτού και εν ελλείψει τούτου υπό Διευθυντού Ιατρού ή νομίμου αναπληρωτού αυτού. Εφ' όσον εκ της εξέτασεως ταύτης πράκψει ότι ούτος έχει ανάγκην νοσηλείας εν τω νοσοκομείω ή τη κλινική ψυχικών νόσων συντάσσεται παρά του εξετάσαντος ιατρική γνωμάτευσις περί της ανάγκης ταύτης.

4. Ο Διευθυντής του νοσοκομείου ψυχικών νόσων προ της εισαγωγής του πάσχοντος εν αυτώ εξετάζει τα προσκομισθέντα στοιχεία ως και τα τοιαύτα της ταυτότητος του πάσχοντος και του αιτούντος προς διαπίστωσιν κατά πόσον ο τελευταίος δικαιούται να υποβάλη αίτησιν, το παραδεκτόν της προσκομιζομένης ιατρικής γνωματεύσεως, καθώς και την κατά την προηγούμενην παράγραφον γνωμάτευσιν του εξετάσαντος του πάσχοντος Ιατρού.

5. Ακουσίως εισαχθείς εις νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων, δύναται εν περιπτώσει υποτροπής της νόσου, να επανεισαχθή εντός ενός έτους εις το εις ό εννοσηλεύθη νοσοκομείον ή κλινικήν. Εις την περίπτωσιν ταύτην ο ψυχικός νοσών γίνεται δεκτός υπό του Διευθυντού του Νοσοκομείου άνευ άλλης διατυπώσεως, πλην της ιατρικής πιστοποιήσεως του εξωτερικού Ιατρού του νοσοκομείου.

6. Επί κατεπειγουσών περιπτώσεων καθ' ας ασθενής τις καθίσταται επικίνδυνος δια τον εαυτόν του ή της συνοσθρώπου του, δύναται οιοσδήποτε τρίτος (συγγενής ή μη) να ειδοποιήση σχετικώς περί αυτού την Αστυνομικήν Αρχήν ή τινά εδότην τούτων εις το πλησιέστερον κρατικόν Ιατρείον (Νοσοκομείον Υγειονομικών Σταθμών - Αγροτικόν Ιατρείον, κλπ), ο Ιατρός του οποίου γνωματεύει περί της ανάγκης εισαγωγής του εις ψυχιατρικόν ίδρυμα (Νοσοκομείον ή κλινικήν).

Ο αὐτως μεταφερόμενος εις ψυχιατρικόν κατάστημα ασθενής εισάγεται υποχρεωτικώς προς παρατήρησιν διαρκείας μιας εβδομάδος. Ο Επιστημονικός Διευθυντής ή αναπληρωτής του Ιατρού του ψυχιατρείου οφείλει να γνωματεύσῃ εντός της εβδομάδος ότι 1) ο ασθενής είναι ψυχωτικός και επικίνδυνος ενόπτε δι' ειδικῆς γνωματεύσεως ενός ψυχιάτρου του Νοσοκομείου παραμένει δι' ειδικῆν νοσηλείαν ή 2)

ότι δεν είναι ψυχωτικός και επικίνδυνος ότε εξέρχεται αμέσως, εκτός εάν ο ίδιος επιθυμεί και δύναται, τη αιτήσῃ του, μετά συμφωνον γνώμην του Ιατρού, να παραμείνη ως εκουσίως νοσηλεύόμενος επί εικοσαήμερον (20) ειατί.

Άρθρον 3

Εισαγωγή κατά περιφέρειας

1. Η εισαγωγή ασθενούς εις Δημόσια Θεραπευτήρια ψυχικών παθήσεων λαμβάνει χώραν κατά περιφέρειας, ήτοι:

α) Εις Κρατικόν Θεραπευτήριον, Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών: Οι εκ των Νομών Αττικής, Βοιωτίας, Ευβοίας, Κυκλάδων, Λέσβου, Σάμου, Φωκίδος, Φθιώτιδος και Χίου.

β) Εις το Ψυχιατρείον Λέρου: Οι εκ Δωδεκανήσου.

γ) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Χανίων: Οι εκ Κρήτης.

δ) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης: Οι εκ των νομών Δράμας, Έβρου, Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κοζάνης, Κιλκίς, Καστοριάς, Καβάλας, Ξάνθης, Πέλλης, Ροδόπης, Σερρών, Φλωρίνης και Χαλκιδικής.

ε) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου: οι εκ των νομών Γρεβενών, Καρδίτσας, Κοζάνης, Λαρίσης, Μαγνησίας, Πιερίας και Τρικάλων.

στ) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Κερκύρας: Οι εκ των νομών Κερκύρας, Άρτης, Ιωαννίνων, Θεσπρωτίας και Πρεβέζης.

ζ) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Τριπόλεως: Οι εκ των νομών της Πελοποννήσου, Ζακύνθου και Κεφαλληνίας.

2. Εξαιρέσεις εκ της ανωτέρω γεωγραφικής κατανομής επιτρέπεται εις τρεις περιπτώσεις: α) όταν ο ασθενής και οι οικείοι του είναι εγκατεστημένοι από 4μήνου εις την περιφέρειαν εις ην ευρίσκεται το θεραπευτήριον και τούτο θα αποδεικνύεται δια βεβαιώσεως της Αστυνομικής Αρχής και β) όταν δεν υπάρχουν κενά θέσεις του Θεραπευτηρίου της περιφέρειας του ασθενούς, αποδεικνυομένου τούτου δια βεβαιώσεως του οικείου θεραπευτηρίου και 3) όταν η φύσις της νόσου και η ψυχική κατάσταση του ασθενούς επιβάλλουν κατά την υπεύθυ-

νον γνωμάτευσιν του Δ/ντου Ιατρού την άμεσον εισαγωγήν του ασθενούς εις νοσοκομείον.

Άρθρον 4

Απαιτούμενα δικαιολογητικά

1. Δια την έκδοσιν εισιτηρίου απαιτούνται τα κάτωθι δικαιολογητικά α) Εκουσίας εισαγωγής.

(α) Αίτησις του πάσχοντος ή των συγγενών του εφ' ης επκολλάται πρόσφατος φωτογραφία του πάσχοντος.

(β) Εισιτήριο Ρυθμιστικού Κέντρου ή Ασφαλιστικού Ταμείου.

γ) Γνωμάτευσιν του εξωτερικού Ιατρού του οικείου ιδρύματος εκδομένη υπό του Δ/ντου Ιατρού ή του νομίμου αναπληρωτού του.

δ) Χρηματικόν ένταλμα καταβολής νοσηλείας ή πιστοποιητικόν δωρεάν νοσηλείας.

2. Η γνωμάτευσις του εξωτερικού Ιατρού, του Ρυθμιστικού Κέντρου και των ασφαλιστικών ταμείων ισχύουν δια χρονικόν διάστημα εβδομήντα δύο ωρών.

β) Ακουσίας εισαγωγής.

α) Αίτησις, εφ' ης επκολλάται πρόσφατος φωτογραφία του πάσχοντος, παρά των συγγενών ή εντολή αστυνομικής αρχής ή εισαγγελέως.

β) Γνωμάτευσιν δύο Ιατρών εξ ών εις τουλάχιστον ψυχίατρος, διαπιστούντων την νόσον και την ανάγκην άμέσου εισαγωγής του πάσχοντος εν νοσοκομείω ή κλινική ψυχικών νόσων παρά Γεν. Νοσοκομείω. Μη υπάρχοντος ψυχιάτρου εν τη αυτη η πλησιέστερα πόλει, η αίτησις δέον να συνοδεύηται υπό γνωματεύσεως δύο Ιατρών παθολόγων ή γενικής Ιατρικής.

Η γνωμάτευσιν αύτη δύναται να εκδοθῇ και παρά του Ιατρού του εξωτερικού Ιατρού του Νοσοκομείου εις ό πρόκειται να νοσηλευθῇ.

Αι γνωματεύσεις αύται δεν γίνονται δεκταί εφ' όσον παρήλθεν 15νθήμερον από της εκδόσεως των.

γ) Χρηματικόν ένταλμα καταβολής νοσηλείας ή πιστοποιητικόν απορίας.

Άρθρον 5

Τρόπος νοσηλείας

1. Επί ψυχικώς πασχόντων ενηλί-

κων εισαχθέντων εκουσίως εις νοσοκομεία ή κλινικάς ψυχικών νόσων ενεργούνται άπασαι αι ιατρικαι ή χειρουργικαι επεμβάσεις διαγνωστικού, θεραπευτικού ή προφυλακτικού χαρακτήρου μόνον κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και κατόπιν συναιδέσεως των υφισταμένων την επέμβαση προσώπων.

2. Επί ψυχικώς πασχόντων εισαχθέντων ακουσίως εις θεραπευτήριον ψυχικών νόσων ή εισαχθέντων εκουσίως, μετατραπέισης όμως της εν αυτοίς νοσηλείας των εις ακουσίαν, ενεργούνται αι επεμβάσεις και άνευ της συναιδέσεως αυτών, εφ' όσον αύται ενεργούνται κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και σκοπούν εις την εξυπηρέτησιν του αληθούς συμφέροντος του ασθενούς και κατόπιν α) της συναιδέσεως του έχοντος την επιμέλειαν αυτού ή του συζυγου, παντός πλησιεστέρου αυτού συγγενούς εξ αίματος μέχρι και του δευτέρου βαθμού, β) του επιτρόπου αυτού αν ο πάσχων έχει τεθή υπό αφορέυσειν και γ) του έχοντος την επιμέλειαν του προσώπου αν ο πάσχων είναι χειρόφετος ανήλιξ. Μη υπάρξεως των ανωτέρω προσώπων ή αρνήσεως της συναιδέσεως αυτών ζητείται η άδεια του αρμοδίου εισαγγελέως.

Εις την ως άνω περίπτωσιν, εάν δεν παρασχεθή η συναίνεσις του δικαιουμένου ή η άδεια του εισαγγελέως δύναται ο διευθυντής του νοσοκομείου, κατόπιν συμφώνου γνώμης του Διευθυντού Ιατρού να διατάξη την εκ του νοσοκομείου έξοδον του πάσχοντος τηρουμένων των διατάξεων του ν.δ. υπ' αριθ. 104/73, εκτός εάν ο ασθενής κρίνεται ως επικίνδυνος ότε συνιστάται επιτροπή εκ τριών διευθυντών Ιατρών ήτις κατόπιν εξέτασεως του ασθενούς γνωματεύει υπευθύνως δια της ανάγκης της επεμβάσεως.

Άρθρον 6
Δωρεάν νοσηλεία

1. Η νοσηλεία εις τα νοσοκομεία ψυχικών παθήσεων ν.δ. 2592/53 ως αι εις τα μετά του δημοσίου συμβελημένα τοιαύτο παρέχεται δωρεάν εις τας κλινικάς Γ' θέσεως βάσει πιστοποιητικού απορίας.

2. Εις τους εισαγομένους βάσει του άρθρου 5 του υπ' αριθ. 104/73 Δ. εφ' όσον διαπιστωθή εντός εξμήνου υπό της Κοινωνικού Λειτουργού του Νοσοκομείου προκει-

μένου περί ιδρυμάτων ν.δ. 2592/53 ή των οικείων Κέντρων Κοιν. Πολιτικής Δυσχερεια καταβολής των νοσηλείων, της δυσχερείας τούτης κρινομένης δι' αποφάσεως του Διοικητικού Συμβουλίου του ιδρύματος, και προκειμένου περί των μετά του Υπουργείου συμβεβλημένων δι' αποφάσεων του οικείου Νομάρχου.

3. Εις τους νοσηλευομένους ών η νοσηλεία παρατείνεται πέραν της πενταετίας εξαιρέσει των διοθετότων περιουσιακά στοιχεία των οποίων τα εισοδήματα καρπούνται συγγενείς.

4. Εις περίπτωσιν διακοπής της καταβολής των κεκανοτισμένων νοσηλείων ο ασθενής δύναται να παραμείνη εις την επί πληρωμή θέσιν αυτού μέχρι ενός μηνός, μεθ' ό Διευθυντής του Νοσοκομείου ψυχικών νόσων υποχρεούται να μεταφέρη τούτον εις θέσιν απόρων όπου και κλινικώς τοποθετείται εφ' όσον εμπίπτει εις την παρ. 1.

5. Από εφαρμογής των διατάξεων του υπ' αριθ. 57/73 Ν.Δ. «περί λήψεως μέτρων κοινωνικής προστασίας οικονομικώς αδυνάτων και καταργήσεως των διεπουσών τον θεσμόν της απορίας διατάξεων «παύει η ισχύς του πιστοποιητικού απορίας και ισχύουν αι αποφάσεις συμφώνως το ύπερθεν, ν.δ.

Άρθρον 7
Έξοδος εκουσίως εισαχθέντων

1. Ο εκουσίως εισαχθείς προς νοσηλείαν εις Νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων δύναται να ζητήση τη αιτήσιν του ή τη αιτήσιν των συγγενών του μετά υπαιθύνου Εηλώσεως των ότι άνυλόμβάνουν την ευθύνην του ασθενούς, την έξοδόν του εκ του ψυχιατρικού καταστήματος.

Εις την περίπτωσιν ταύτην ο Διευθυντής του νοσοκομείου, εφ' όσον δεν συντρέχει λόγος αρνήσεως της έξοδου κατά τας διατάξεις, υποχρεούται να χορηγήση αμελλητί εξιτήριον εις τον αιτούντα την έξοδον.

2. Ο Διευθυντής του νοσοκομείου δύναται να αρνηθή την έξοδον εις τον πάσχοντα κατόπιν γνωματεύσεως του Διευθυντού Ιατρού της κλινικής εις ήν νοσηλεύεται ο πάσχων ή του νομίμου αναπληρωτού του, ότι ο εν λόγω ασθενής τυγχάνει επικίνδυνος δι' εαυτόν ή τους άλλους ή ότι η αίτησις έξοδου του εκ του νοσοκομείου οφείλεται εις παθολογικά αίτια. Εφαρμόζονται εν

προκειμένω και εντός τεσσαράκοντα οκτώ (48) ωρών αι περί ακουσίας νοσηλείας διατάξεις.

3. Εάν ο εκουσίως εισαχθείς θεωρηθή ως μη χρήζων περαιτέρω νοσηλείας, αρνείται όμως να εξέλθη του νοσοκομείου ή της κλινικής, εκβάλλεται τη βοήθεια της αστυνομικής αρχής, κατόπιν αιτήσεως του Διευθυντού του ιδρύματος προς αυτήν.

Άρθρον 8

Έξοδος ακουσίως εισαχθέντων.

1. Πάς ακουσίως εισαχθείς εις νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων, παραδίδεται αμελλητί εις τους υποχρέους προς παραλαβήν του, εφ' ης στιγμής παύση έχων ανάγκην της εν των νοσοκομείω νοσηλείας και κατόπιν σχετικής περί τούτου γνωματεύσεως του Διευθυντού Ιατρού ή του νομίμου αναπληρωτού αυτού, ότι ο ασθενής δεν χρήζει περαιτέρω νοσοκομειακής νοσηλείας και ότι κατέστη κοινωνικώς βιώσιμος.

2. Την έξοδον των ανωτέρω δύνανται να αιτώνται:

α) Ο υπογράφας την προς εισαγωγήν εν τω ψυχιατρείω αίτησιν, και εις αδυναμία ή εν αρνήσει τούτου όπωι παραλόγη τον ασθενή τότε δικαίωται ο σύζυγος ή σύζυγος ή συγγενείς.

3. Εις τας ανωτέρω περιπτώσεις, ο Διευθυντής του νοσοκομείου παραδίδει μεν τον ακουσίως νοσηλευόμενον και προ της αποθεραπείας αυτού εις τον αιτούντα υπό την προϋπόθεσιν όμως ότι ο αιτών θα υπογράψη δηλώσιν ότι αναλαμβάνει υπευθύνως τον ασθενή.

Άρθρον 9

Απόρριψις αιτήσεως έξοδου ακουσίως εισαχθέντων

1. Εάν ο πάσχων κριθή παρά του θεράποντος Ιατρού επικίνδυνος δι' εαυτόν ή τους τρίτους, ο Διευθυντής του νοσοκομείου μετά σύμφωνόν γνώμην του Ιατρού Διευθυντού ή του νομίμου αναπληρωτού αυτού οφείλει ν' απορρίψη την αίτησιν.

2. Εάν ο πάσχων δεν κριθή μεν επικίνδυνος δι' εαυτόν ή τους τρίτους, αλλά υπάρχει πιθανότης να εκδηλώση αντικοινωνικήν τινα συμπεριφοράν και η πρόωπος έξοδος του ασθενούς αποθή θλαπτική δια τη υγείαν του, ο Διευθυντής μετά σύμ-

ον γνώμην του Ιατρού Διευθυν-
τή νομίμου αναπληρωτού αυτού
γίνεται να απορρίψη τη γαίτην των
γενών.

Άρθρον 10

αλαβή εξερχομένων ψυχοπα-
ς ακουσίως εισαχθέντος.

Ο λαμβάνων εξιτήριο πάσχων
αδίδεται:

1. Εις τους δικαιουμένους ως εν
ρω 8 παράγραφος 2. Προκειμε-
περί συγγενών λαμβάνεται υπ-
ως προτεραιότης ο βαθμος
γενείας και εφ' όσον επιδεικνυ-
υπό των ενδιαφερομένων το
ιτούμενον ενδιαφέρον.

Εάν μεταξύ των συγγενω-
αλη διαφωνία ως προς την εξ-
ον του ασθενούς, τότε συγκαλει-
οικογενειακόν συμβούλιον, πα-
σία Ειρηνοδίκου, το οποίοιον απ-
ίνεται σχετικώς.

1. Ο παραλαβών τον ασθενή καθι-
αται υπόχρεως.

2) δια την εξωνοσοκομειακή
ικήν παρακολούθησιν

3) δια πάσαν ποινικήν και αστικήν
θύνη αυτού υποβάλλει δε υπεύ-
νον δήλωσιν περί των ως άνω υπο-
εώσεων του.

Άρθρον 11

ξοδος κατόπιν δικαστικής αποφά-
σεως

1. Πας δικαιούμενος να αιτήση την
καυσίαν νοσηλείαν του ψυχικώς
άσχοντος, δύναται δι' αιτήσεως του
αιτήση από το Πρωτοδικεϊόν της
επιφερείας του νοσοκομείου ή της
κλινικής, μιν άνευ αναβάλλης έξοδον
ου πάσχοντος εφ' όσον ο αρμοδιος
πιστημονικός Διευθυντής αρνεϊται
α επιτρέψη την έξοδον αυτού.

2. Η απόφασις του δικαστηρίου
ων πρωτοδικών εκδίδεται κατά την
δικασίαν της εκουσίας δικαιοδο-
ίας ως νόμω προτιμωμένη, εφαρμο-
μένων των οικείων διατάξεων του
ώδικος Ποινικής Δικονομίας, είναι
ε πάντοτε προσωρινώς εκτελεστή
αι όταν ακόμη καθορίζεται υπό του
δικαστηρίου. Η αναφορά, η δικα-
τική απόφασις και τα άλλα έγγραφα
α οποία ήθελε προκαλέσει η αίτησις
ων ενδιαφερομένων, συντάσσονται
φ' απλού χάρτου.

3. Πας μη δικαιούμενος να αιτήση
την ακουσίαν νοσηλείαν είσοδον ή
ξοδον του ψυχικώς πάσχοντος, αλλ'
επιθυμών την έξοδον αυτού εκ του

Νοσοκομείου προς έτερον σκοπόν
(γάρμον κλπ) δέον δι' αιτήσεως του να
αιτήση από το πρωτοδικεϊόν το ανά-
λογον δικαίωμα.

Άρθρον 12

Έξοδος υπό όρους

1. Ο Διευθυντής Ιατρός δύναται,
οποτεδήποτε κρίνει σκόπιμον, να
εισηγήται εις τον Διευθυντήν του
Νοσοκομείου ψυχικών νόσων την εξ'
αυτού έξοδον παντός πάσχοντος
υπό όρους παρ' αυτού καθοριζόμε-
νους και αφορώντας εις την θερα-
πευτικήν του πάσχοντος αγωγήν ως
και τας συνθήκας διαβιώσεως αυτού.

Εις την περίπτωσιν ταύτην ο Διευ-
θυντής του Νοσοκομείου χρηργεί
εξιτήριο εις τον νοσηλευόμενον.

Άρθρον 13

1. Δοκιμαστικά άδειαι.

α) Εις νοσηλευόμενους εις νοσο-
κομεία ή κλινικάς ψυχικών νόσων
δύναται να χορηγηθή υπό του Διευ-
θυντού του νοσοκομείου κατόπιν
προτάσεως του Διευθυντού Ιατρού
δοκιμαστική άδεια διαρκείας μέχρις
έξ (6) μηνών, δυναμένη να ανανεωθή
μετά προηγουμένην εξέτασιν του
ασθενούς εις τα εξωτερικά Ιατρεία
του ιδρύματος.

2. Απλοι άδειαι

Υπό του Διευθυντού του νοσοκο-
μείου χορηγείται κατόπιν προτά-
σεως του Διευθυντού Ιατρού άδεια
εξόδου διαρκείας μέχρι τριών ημε-
ρών καθ' εβδομάδα. Κατά την διάρ-
κειαν της άδειας ο ασθενής θεωρεί-
ται ως ανήκων εις την ζώναν των
νοσηλευόμενων. Εις τούτον δέον
όπως χορηγούνται τα αναγκαϊούντα
φάρμακα, τα οποία έχει ανάγκην δια
το χρονικόν διάστημα της άδειας
του.

Άρθρον 14

Μεταφορά επικινδύνων (χρονίως)
ψυχικών πασχόντων εις έτερον νο-
σοκομείον ψυχικών νόσων.

1. Επιτρέπεται η μεταφορά επικιν-
δύνων δι' εαυτούς ή τους τρίτους,
πασχόντων εις έτερον Νοσοκομείον
ή Κλινικήν ψυχικών νόσων κατόπιν
αιτήσεως του επιτρόπου δια τους
απηγορευομένους, του έχοντος την
επιμέλειαν δια τους χειράφετους
ανηλικούς, του προσωρινού διαχει-

ριστού δι' ους διωρίσθη τοιούτος, ως
και κατόπιν αιτήσεως του συζύγου ή
της συζύγου ή τινός των συγγενών
εξ' αίματος μέχρι και του δευτέρου
βαθμού ή του εισαγγελέως δια λοι-
πούς ακουσίως νοσηλευόμενους.
Εις ην περίπτωσιν τα δικαιούμενα να
αιτήσων την μεταφοράν πάσωπα
είναι περισσότερα και εν τούτων εν-
αντιωθή, η αίτησις μετά Ιατρικής
γνωματεύσεως του Διευθυντού
ιατρού ή του νομίμου αυτού ανα-
πληρωτού, διαβιβάζεται υπό του Νο-
σοκομείου εις τον οικείον Εισαγγε-
λέα, όστις αποφαινεται περί της
ανάγκης ή μη της μεταφοράς. Προς
τον σκοπόν τούτον δύναται ο εισαγ-
γελέυς να διατάξη πραγματογνωμο-
σύνην.

2. Η κατά την προηγουμένην
παράγραφον μεταφορά ενεργείται
δια παραδόσεως του πάσχοντος
φροντιδι του νοσοκομείου ή της κλι-
νικής εν ή νοσηλεύεται εις το νοσο-
κομείον εις ό θα μεταφερθή ο νοση-
λευόμενος, της σχετικής δαπάνης
βαρυνούσης τον αιτούντα.

3. Αι αρμόδια υπηρεσίαι του
Υπουργείου, εφ' όσον κρίνουν απα-
ραίτητον την μεταφοράν των νοση-
λευόμενων εις έτερον νοσοκομείον
ή κλινικήν δύναται να μεταφέρουν
τούτους, δαπάναις του δημοσίου και
άνευ της συγκαταθέσεως των αιτη-
σάντων την εισαγωγήν, μετά σύμφω-
νον γνώμην του Διευθυντού Ιατρού
ή του νομίμου αυτού αναπληρωτού.

Άρθρον 15

Θάνατος νοσηλευόμενου

1. Εν περιπτώσει θανάτου νοση-
λευόμενου ειδοποιείται ο υπόχρεως
προς παραλαβήν του.

2. Εν περιπτώσει μη προσελεύ-
σεως του υποχρέου εντός τεσσαρά-
κοντα οκτώ (48) ωρών από της ειδο-
ποιήσεως την παραλαβήν του θα-
νόντος δύναται να παραδοθή ούτος
εις το πλησιέστερον ανατομικόν ή
παθολογοανατομικόν εργαστήριον
δια επιστημονικούς σκοπούς συμ-
φώνως της παρ. 6 του άρθρου 14 του
Ν. 3796/57.

3. Επιτρέπεται η διενέργεια νε-
κροτομής επί θανόντος ψυχικώς πά-
σχοντος προς διαπίστωσιν των αι-
τιών του θανάτου μη απαιτουμένης
προς τούτο της συγκαταθέσεως των
οικείων του εις ην περίπτωσιν ο θά-
νατος επήλθεν αιφνιδίως και δι'
άγνωστα δια τον Ιατρόν αίτια.

4. Εις περίπτωσιν θανάτου ψυχι-

ΑΡΘΡΟΝ 2
ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

κώς πάσχοντος και προσελεύσεως των συγγενών του θονόντος και δηλώσεως εκ μέρους των α) αδυναμίας προς παραλαβήν του νεκρού και β) αρνήσεως διενεργείας νεκροτομής, τότε η μεν ταφή αναλαμβάνεται παρά του Νοσοκομείου η δε νεκροτομή δεν διενεργείται.

5. Εις πάσαν άλλην περίπτωση επιτρέπεται η δεινέργεια νεκροτομής κατόπιν εγγράφου αδείας των συγγενών.

Η παρούσα δημοσιευθήτω δια της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τη 20 Νοεμβρίου 1973

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ

1. Η αναγκαστική νοσηλεία πάσχοντος εκ ψυχικής διατοραχής δύναται να ζητηθή αδιακρίτως σειρός υπό του συζύγου του πάσχοντος ή συγγενούς αυτού κατ' ευθείαν γραμμήν απεριορίστως ή εκ πλαγίου μέχρι και του δευτέρου βαθμού ή του έχοντος την επιμέλειαν του προσώπου του ή του επιτρόπου του ή του αναγκαστικού αντιλήπτορος του ή του προσωρινού διαχειριστού της περιουσίας του. Εάν ελλείπου πάντα τα πρόσωπα ταύτα, την αναγκαστικήν νοσηλείαν δύναται να ζητήση και ο εισαγγελεύς πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή της συνήθους διαμονής του πάσχοντος.

2. Η αίτησις απευθύνεται προς τον επιστημονικόν διευθυντήν ψυχιατρικής κλινικής όστις εξετάζει τον πάσχοντα αυτοπροσώπως ή δια του νομίμου ανασπληρωτού του είτε εις την κατοικίαν του πάσχοντος είτε εις την κλινικήν. Μετά την εξέτασιν ταύτην ή εφ' όσον θεσπισθεί ότι αύτη τυγχάνει ανέφικτος συνεπεία της καταστάσεως του πάσχοντος, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής καλεί και δεύτερον

ψυχίατρον, ούτοι δε αποφασίζουν από κοινού περί της αναγκαστικής νοσηλείας, εφ' όσον κρίνουν ότι εκ της νοσηλείας πιθανολογείται βελτίωσις ή αποτροπή επιδεινώσεως της καταστάσεως του πάσχοντος. Εν διαφωνία μεταξύ των δύο ψυχιάτρων, περί της αναγκαστικής νοσηλείας αποφαιίνεται επιτροπή εκ των δύο ως άνω ψυχιάτρων και τρίτου οριζόμενου υπό του προϊσταμένου της Διευθύνσεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας ή των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής.

3. Η απόφασις περί αναγκαστικής νοσηλείας δέον να είναι γραπτή και αναλυτικώς ήτιολογημένη, φυλάσσεται δε εις τον ατομικόν φάκελλον του πάσχοντος.

4. Η απόφασις περί αναγκαστικής νοσηλείας θεωρείται υπό του εισαγγελέως πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή της συνήθους διαμονής του πάσχοντος, όστις παραγγέλλει την αρμοδιαν αστυνομικήν αρχήν να μεριμνήση δια την μεταγωγήν του πάσχοντος εις την ψυχιατρικήν κλινικήν υπό συνθήκας εξασφαλιζούσας εις τον πάσχοντα την καλύτεραν δυνατήν μεταχείρισιν και την αποφυγήν πάσης δημοσιότητας. Η αρμοδία στυνομική αρχή δύναται αντί να μεριμνήση αυτή διατην μεταγωγήν, να εγκρίνη την μεταγωγήν υπό οργάνων της κλινικής, όπου ο πάσχων πρόκειται να νοσηλευθή.

5. Κατά της απόφάσεως περί αναγκαστικής νοσηλείας δύνανται να υποβάλου οποτεδήποτε ένστασιν πάντα τα εν τη παραγράφω 1 αναφερόμενα πρόσωπα. Ο πάσχων και πας τρίτος δικαιούται να απαιτήσουν την εξέτασιν του πάσχοντος υπό ψυχιάτρου αποδεικνυομένου υπ' αυτών ή οριζόμενων υπό του κατά τόπον αρμοδίου προϊσταμένου Διευθύνσεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας ή των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής. Εφ' όσον ο εξετάσας ψυχίατρος αποφανθή εγγράφως και ήτιολογημένως κατά της αναγκαστικής νοσηλείας του πάσχοντος, την κατά το πρώτον εδάφειον της παρούσης παραγράφου ένστασιν δικαιούται να υποβάλου και ο πάσχων ως και πας τρίτος. Κατά πάσαν περίπτωση, η ένστασις κατατίθεται ατελώς εις την γραμματείαν της εισαγγελίας του τόπου, όπου γίνεται η αναγκαστική νοσηλεία και διαβιβάζεται παραχρήμα υπό του αρμοδίου εισαγγελέως πρωτοδικών εις τακτικόν καθηγητήν της Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του πλησιεστέρου Πανεπιστημίου.

Ούτος συγκροτεί αμελλητί υπό την Προεδρίαν του ή υπό την προεδρίαν εκτάκτου ή επικουρικού καθηγητού ή υφηγητού της Ψυχιατρικής Επιτροπής εις ήν καλείται να μετάσχη εις ψυχίατρος οριζόμενος υπό του ενισταμένου και εις ψυχίατρος

οριζόμενος υπό του κατά τόπον αρμοδίου προϊσταμένου Διευθύνσεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας ή των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής.

6. Νέα ένστασις παρά του ήδη υποβαλόντος τοιαύτην δύναται να υποβληθή μετά πόροδον τριμήνου από της προηγουμένης ενστάσεως.

7. Μετά εξάμηνον από πάσης απόφάσεως περί αναγκαστικής νοσηλείας και ανά εξάμηνον εφεξής, ο επιστημονικός διευθυντής της κλινικής, όπου γίνεται η αναγκαστική νοσηλεία, οφείλει να αποστείλη έκθεσιν περί της καταστάσεως του πάσχοντος και περί της ανάγκης παρατάσεως της νοσηλείας εις την Ιατρικήν Σχολήν του πλησιεστέρου Πανεπιστημίου. Ο κοσμητήρ της Σχολής διαβιβάζει την έκθεσιν εις τακτικόν καθηγητήν της ψυχιατρικής όστις, εν περιπτώσεσι αμφιβολιών ως προς την ανάγκην παρατάσεως της αναγκαστικής νοσηλείας, συγκροτεί επιτροπήν υπό την προεδρίαν του, εις ήν μετέχουν δύο ακόμη καθηγηταί ή υφηγηταί της Ψυχιατρικής ή, ελλείψει τοιούτων, συγγενών εδρών. Η επιτροπή, δικαιουμένη να εξετάση τον πάσχοντα, αν καταλήξη εις το

Η ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ
Α28/5345/20.11.1973

«Περί αντικαταστάσεως του άρθρου 2 της υπ' αριθμ. Γ28/3036/73 αποφάσεως «περί εφαρμογής του άρθρου 4 του υπ' αριθμ. 104/73 Ν.Δ. «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των Ψυχικώς Πασχόντων».

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Έχοντες υπ' όψει:

1. Τας διατάξεις του άρθρου 4 του υπ' αριθ. 104/73 «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων» (ΦΕΚ 177).

2. Πρότασιν της συσταθείσης δυνάμει της υπ' αριθ. Δ28/οικ. 637/3.2.78 επιτροπής επί θεμάτων ψυχικής υγιεινής, αποφασίζομεν:

Το άρθρον 2 της υπ' αριθμ. Γ28/3036/20.11.73 Υπουργικής αποφάσεως αντικαθίσταται ως ακολούθως:

παράτασις της αναγκαστικής νοσηλείας, υποβάλλει σχετική έκθεσιν εις τον εισαγγελέα Πρωτοδικών του τόπου όπου γίνεται η αναγκαστική νοσηλεία, όστις προβαίνει εις την έκδοσιν διαταγής περί αμέσου διακοπής αυτής.

8. Όταν ο πάσχων εκ ψυχικής διαταραχής είναι πιθανόν ότι θα θλάψη τον εαυτόν του ή άλλους και ως εκ τούτου, έχει επείγουσαν ανάγκην νοσηλείας, την διαδικασίαν δια την αναγκαστικήν νοσηλείαν αυτού εις ψυχιατρικήν κλινικήν δύναται να κινήση παρ τρίτος ή και αυτεπαγγέλτως η αστυνομική αρχή.

Ο ζητών την αναγκαστικήν νοσηλείαν τρίτος αποστεινεται εις την κατά τόπον αρμοδίαν αστυνομικήν αρχήν, προσάγων πιστοποιητικόν ψυχιάτρου, θεβαιούντος κατόπιν εξέτασεως του πάσχοντος την πιθανότητα όπως ούτος θλάψη τον εαυτόν του ή άλλους και την εντεύθεν επείγουσαν ανάγκην αναγκαστικής νοσηλείας. Εάν είναι αδύνατος η υπό

ψυχιάτρου εξέτασις του πάσχοντος λόγω ελλείψεως ψυχιάτρου εγκατεστημένου εις τον τόπον της κατοικίας ή της συνήθους διαμονής του πάσχοντος, το πιστοποιητικόν τούτο δύναται να εκδοθή και υπό άλλου ιατρού. Εάν ο ζητών την αναγκαστικήν νοσηλείαν δεν προσάγη πιστοποιητικόν και εφ' όσον η αίτησίς του δεν κρίνεται ως προδήλως αβάσιμος ή αν την διαδικασίαν κινή η αστυνομική αρχή, αυτή υποχρεούται να μεριμνήσει παραχρήμα δια την εξέτασιν του φερομένου ως πάσχοντος υπό ψυχιάτρου, ή, εν ελλείψει τούτου, υπό άλλου ιατρού, μεταβαίνοντος εις την κατοικίαν του φερομένου ως πάσχοντος και εξετάζοντος αυτόν κατόπιν παραγγελίας της αστυνομικής αρχής. Εάν ουδείς ιατρός ευρίσκηται εγκατεστημένος εις τον τόπον της κατοικίας του φερομένου ως πάσχοντος ή εάν η ιατρική εξέτασις είναι αδύνατος εξ άλλων λόγων, ιδία διάτι ούτος αρνείται να υποβληθή εις αυτήν, η αρμοδία αστυνομική αρχή και ο Πρόεδρος της Κοινότητας, όπου η κατοικία του φερομένου ως πάσχοντος, υποχρεούται να θεβαιώσουν τούτο παραχρήμα, εκθέτοντες τους λόγους οι οποίοι καθιστούν αδύνατον την ιατρικήν εξέτασιν του φερομένου ως πάσχοντος και την γνώμην των ως προς την πιθανότητα να θλάψη ούτος τον εαυτόν του ή άλλους και ως προς την εντεύθεν επείγουσαν ανάγκην αναγκαστικής νοσηλείας αυτού.

κού ή θεβαιώσεως της αστυνομικής αρχής και του Προέδρου της Κοινότητος κατά την προηγουμένη παράγραφον, ο πάσχων μεταγέται αμέσως εις δημοσίαν ή ιδιωτικήν ψυχιατρικήν κλινικήν, κατά τα οριζόμενα εις την παράγραφον 4 του άρθρου 1, χωρίς να απαιτήται προηγουμένη θεώρησις ή παραγγελία του εισαγγελέως.

Ο διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του, δεχόμενος τον ούτω μεταγόμενον προς αναγκαστικήν νοσηλείαν, αποφασίζει περί της εισόδου αυτού βάσει των υπάρχόντων εγγράφων και κατόπιν εξετάσεως του πάσχοντος. Η απόφασις του διευθυντού της ψυχιατρικής κλινικής είναι προσωρινή, ισχύουσα επί τεσσαράκοντα οκτώ ώρας, εντός των οποίων ούτος υποχρεούται να ειδοποιήση εν τουλάχιστον εκ των εν παραγράφω 1 του άρθρου 1 προσώπων, εφ' όσον δεν είναι αδύνατος η ανεύρεσίς του.

Εντός της κατά την προηγουμένην παράγραφον προθεσμίας, παρατεινομένης επί ετέρας τεσσαράκοντα οκτώ ώρας εφ' όσον η τήρισίς της είναι ανέφικτος, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του, λαμβάνει την οριστικήν απόφασιν περί αναγκαστικής νοσηλείας, μετ' ακρόασιν των εντός των προθεσμίας εμφανισθέντων συγγενών ή άλλων προσώπων περί των η παράγραφος 1 του άρθρου 1 και εφ' όσον εν τουλάχιστον των προσώπων τούτων συναινεί εκ την αναγκαστικήν νοσηλείαν. Εάν ουδείς εκ των εμφανισθέντων συνανή εις την αναγκαστικήν νοσηλείαν, αίτη δύναται να αποφασισθή υπό τριμελούς επιτροπής συγκροτούμένης υπό του διευθυντού της ψυχιατρικής κλινικής ως προέδρου, ενός ψυχιάτρου οριζομένου υπό του διαφενούντος συγγενούς και ενός ψυχιάτρου διοριζομένου υπό του κατά τόπον αρμοδίου Προϊσταμένου Δ/σεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας ή των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής.

Η παρούσα δημοσιευθήτω δια της εφημερίδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τη 4 Νοεμβρίου 1978
Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΔΟΞΙΑΔΗΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

J. Butesson, Legg, Jackson, κ.α. "Σχιζοφρένεια και οικογένεια".
Εκδόσεις Γράμματα, Αθήνα, 1978.

Lemperiere J, Feline A, Gutmann A, Ades J, Pilate G, "Εγχειρίδιο ψυχιατρικής
ενηλίκων. στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα",
Υπεύθυνος Έκδοσης :Π. Σακελλαρόπουλος, εκδόσεις Λίτσας, Α' τόμος, Αθήνα
1988

Μάνος Ν., "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής", Εκδόσεις University studio
press, Θεσ/νίκη, 1988

Μάνος Ν., "Λεξικό ψυχιατρικών όρων", Εκδόσεις University studio press,
Θεσ/νίκη, 1987

Μαδιανός, Μ., "Κοινωνία κ' ψυχική υγεία", Εκδόσεις Καστανιώτη, 2ος τόμος,
1ο τεύχος, Αθήνα, 1989, σσ 119-129

Jaccarde , "Η τρέλλα", Μετάφραση : Τζοσκούνογλου Μ, Εκδόσεις Χατζηνικολή,
Αθήνα 1987

Perلمان, "Η κοινωνική εργασία με άτομα", Μετάφραση: Καλούτση Ασπασία,
Εκδόσεις Ατλαντίς, 1957 by the university of Chicago, σσ 108,114

Αγγελίδης Γ. Αϊβαζιάν Ο., “Προβλήματα και ανάγκες της οικογένειας του ψυχοδιανοητικού αρρώστου”. Από το ψυχιατρικό νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Τετράδια Ψυχιατρικής, 10.11.12/1987, Τεύχος 18, σσ 83 -89

Albert Londres (1884-1932), “Στη χώρα των τρελλών”, Μετάφραση : Πέτρος Κεφάλας, Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 43, 7.8.9./ 1993

Αλεξανδρός Β., “Ψ.Π.Σ.Α.” Δελτίο, Σχολής Μωραΐτη, Αθήνα, 1986, σσ 27-29

Αστρινάκης Γ. “Ενδιάμεσες δομές προς την κοινότητα ή προς το άσυλο”, Τετράδια Ψυχιατρικής, 10.11.12./ 1992, Τεύχος 40, σσ 62,63

Βαρουνάκης “Το άσυλο” Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 3- 4, 12/ 1984

Δαμίγος Δ. - Ευρυπίδου Ε., “Η έννοια του μεταβατικού πλαισίου” Τετράδια Ψυχιατρικής, Μάιος 1993

Ζαφείρης Α., - Ζαφείρη Ε., “ Δύο προσεγγίσεις της θεραπείας οικογένειας στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας” Εκλογή , 10.11.12 / 91, σσ 234- 244

Louzoun C - Stylianidis S., “Η κατανόηση της Ιταλικής ψυχιατρικής”, Μετάφραση Εφη Σκλήρη, Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 14 -15 , 1.2.3/ 1987

Λυκέτσος Γ. “Αποασυλοποίηση και επαγγελματική αποκατάσταση στον ψυχιατρικό τομέα”, Εγκέφαλος, τεύχος 25, 1988

Μάνος Ν., “ Η αναγκαιότητα ψυχιατρικών κοινωνικών λειτουργιών”, Κοινωνική εργασία, τεύχος 6, 1987, σσ 101-106

Μαντωνάκης Ι- Τζέμος Ι “Παρατηρήσεις από 15 μήνες λειτουργίας του πρώτου νοσοκομείου ημέρας στην Ελλάδα”, Εγκέφαλος, τεύχος 20, 1983, σσ 36-43

Μάτσα Κ., "Η γέννηση του ψυχιατρικού ασύλου", Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 3-4, 12/ 1984

Μάτσα Κ., " Η έννοια της ψυχικής αρρώστιας διαχρονικά. Μία απόπειρα πρόσεγγισης", Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 1, Μάρτης 1984

Μεγαλοικονόμου Θ., " Ψυχική μεταρρύθμιση 1990 - 1993. Ανάμεσα στον εκσυγχρονισμό και την αναπαλαίωση. Προβλήματα στρατηγικής, σχεδιασμού και δημοκρατίας " Τετράδια ψυχιατρικής, Τεύχος 44, 10. 11. 12 / 1993

Πανετής Χ. " Μορφές προστατευμένης εργασίας " Τετράδια ψυχιατρικής, 10. 11. 12 / 1992, Τεύχος 40, σ. 64

Πλουμίδης Δ. - Στυλικνίδης Σ., " Από τον εγκλεισμό στην εγκατάλειψη " Τετράδια ψυχιατρικής, Τεύχη 21 - 22, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος / 1988

Σακελλαρόπουλος Π., " Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. στη Φωκίδα " Τετράδια ψυχιατρικής, Τεύχος 5, 1. 2. 3 / 1985, σσ 257, 259

Σακελλαρόπουλος Π., " ΟΥΚ ΕΠ' ΑΡΤΩ ΜΟΝΟ ". Ενέδρα Αλεξανδρούπολη, 5 - 6 / 1988, σσ 14 - 17.

Τομαράς Β. - Μαυρέας Β. " Σχιζοφρένεια και Οικογένεια: Ο ρόλος της Οικογένειας στην πορεία και την θεραπεία της σχιζοφρένειας ", Ιατρική, 1990, 53 (3), σσ 238 - 246.

Χαραλαμπάκης Κ., " Ψυχιατρείο και Οικογένεια: Μα συνάντηση που δεν <<μεταρρυθμίστηκε>> ακόμα ". Τετράδια ψυχιατρικής, 1. 2. 3 / 1994, Τεύχος 45, σσ 143 - 147.

Χαρτοκόλλης Π. "Αποασυλοποίηση: Μέσα ή έξω από το άσυλο " Εγκέφαλος Τεύχος 16, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος / 1987

Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό, Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1984, σσ. 683, 3.870, 5.986

Αλεξανδής Β. "κοινωνική - ψυχιατρική. Νέες δομές". Δημοσιεύτηκε στο βιβλίο " βασικές γνώσεις ψυχιατρικής ", που εξέδωσε τα 1992 το Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής.

Αλεξανδής Β., Στεφανουδάκης Μ., Πετρίδου Δ., Φασιλάκη Α., "Εργασία με την κοινότητα". *

Δαμίζος Δ. "Αγωγή της κοινωνικής ομάδας : διαδικασία παρέμβαση και ενεογητική συμμετοχή του πληθυσμού " Μάιος 1993

Δαμίζος Δ., Γκιωνάκης Ν., Τουλιάμη Μ. "Η ψυχιατρική ομάδα απέναντι στον ασυλοποιημένο άρρωστο στον Ξενώνα". Ξενώνας Παραλίας Αυλίδος (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.) Μάιος 1993

Εταιρεία κοιν. Ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας, "Πρόγραμμα ευαισθητοποίησης" 1987

Κοκάτλης Ν. Λυμπεράκης και Συνεργάτες, "Η σημερινή κατάσταση", Υπόμνημα για την ψυχιατρική περίθαλψη, Αθήνα, 1982.

Κουριάς Γ. "Ξενώνας μέσα στην Πόλη", Αθήνα, 1990

Λειβαδίτης Μ., Τσιλίκας Σ., Καφαλής Γ., Ζώργος Γ., Καριόλου Μ., Σακελλαρόπουλος Π., "Ορισμένες πεποιθήσεις των σχιζοφρενών ως παράγων στην εξέλιξη της νόσου". Αλεξανδρούπολη, 1990.

Λειβαδίτης Μ. - Σακελλαρόπουλος Π., "Προτάσεις μεταρρύθμισης της νόμοθεσίας για την ακούσια νοσηλεία των ψυχασθενών" Πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης.

Λουτσακλή Μ., Παναγούτσος Π., Σακελλαρόπουλος Π., "Κ.Μ. και επίδραση της στην αλλαγή της στάσης της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο". *

Grazia Gianniclieda M., (Πανεπιστήμιο του Ζάσσαρι), "Υγεία, δικαιώματα, κοινωνικός έλεγχος. Ψυχιατρικά μοντέλα μετά την μεταρρύθμιση" 1985.

Ματαθία Π., "Άτομα με ειδικές ανάγκες: Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις από την πλευρά της κοινωνικής εργασίας" Αθήνα, 1994

Παναγούτσος Π., "Κ. Μονάδα και χρόνιος ψυχωσικός άρρωστος" *

Παναζούτσος Π., "Κ. Ψ. Μ." *

Παναζούτσος Π., "Προτάσεις για συζήτηση στον τομέα της ευαισθητοποίησης της κοινότητας στο Νομό Φωκίδας".

Παπαβασιλείου Γ., "Πρόγραμμα κοιν. επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων". Οικοτροφείο `Αμφισσας, 1/ 92.

Παπαδόπουλος Π., "Ο ρόλος του ψυχιάτρου στη μονάδα" Αθήνα, 17/ 4/ 84.

Παπαευαγγέλου Κ., Νικολοπούλου Ε., "Πρόληψη και ψυχική υγεία στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχιατρικής από την κινητή Μ.Ψ.Π.Υ. Νομού Φωκίδας" *

Πετρίδου Δ. "Προτάσεις για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας". *

Παπαευαγγέλου Κ., Παναγούτσος Π. "Επανάταξη και ψυχοπαθολογία", στα πλαίσια του προγράμματος "Ήλιος" ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσ/ νίκης .

Σακελλαρόπουλος Π., "Αντιμετώπιση οξέων". *

Σακελλαρόπουλος Π., Πλατής Α., Σούκος Γ., Ζήκος Μ., Φραγκούλη Α., Φιλαλήθης Α., "Πρώτες εμπειρίες από την ψυχιατρική περιθάλψη στην ύπαιθρο" Αθήνα, 1983

Σακελλαρόπουλος Π., και Συνεργάτες. "Διαδικασία επανένταξης ψυχικά

πασχόντων σε αγροτικές περιοχές, προβλήματα και δυνατότητες " Οκτώβριος 1986

Σακελλαρόπουλος Π., "Σχετικά με τον μετασχηματισμό και τον προγραμματισμό της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα" Υπόμνημα για την μελέτη και τον προγραμματισμό σε θέματα υγείας.

Σακελλαρόπουλος Π., Στεφανουδάκης Μ., "Περίπτωση οξέος περιστατικού στα πλαίσια της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Νομού Φωκίδας". *

Σακελλαρόπουλος Π., και Συνεργάτες. "Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Νομού Φωκίδας". Ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσ/ νίκης, πρόγραμμα επανένταξης, Οκτώβρης 1986

Σακελλαρόπουλος Π., "Προβλήματα επικοινωνίας στην οικογένεια του σχιζοφρενικού (Μελέτη των θεωριών των G. Bateson, L. Wynne και Th. Lidz)" Αθήνα, Ιούνιος 1974

Σακελλαρόπουλος Π., και Συνεργάτες. "Για το πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώνεται η Ελληνική έννοια της επικινδυνότητας". *

Σακελλαρόπουλος Π., "Σύντομη εκτίμηση των εξελίξεων της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα". *

Συνεργάτες Κ.Μ.Φωκίδας και Σακελλαρόπουλος Π. "Αναφορά στην Λέρο", Απρίλιος 1989

Σούκος Ι., "Σκέψεις γύρω από την προσπάθεια ευαισθητοποίησης της κοινότητας", Αθήνα 1982.

Σταμπουλάκης Σ. "Προτάσεις για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας". *

Τανταλάκη Τ., "Πρόγραμμα χρόνιων ψυχιατρικών αρρώστων, αποασυλοποίηση και επαγγελματική αποκατάσταση", οικοτροφείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη 1987.

Τζούλης Α., Φραγκούλη Α. Παπαγιάννης Γ., "Αγωγή κοινότητας στην περιοχή της θοάκης". *

Τριάντη Β., "Προτάσεις για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας". *

Τριάντη Β. "Επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων. Προτάσεις και λύσεις για την ομαλή ένταξη τους στο χώρο εργασίας από την θεραπευτική ομάδα και τον θεραπευτή". `Αμφισσα 1990.

Φραγκούλη Α., "Αναλυτικό πρόγραμμα επαγγελματικής κατάστασης ατόμων αποθεραπευθέντων από ψυχικές παθήσεις - Ειδικότητα αγροτικές καλλιέργειες" Αθήνα 1985.

Αλεξανδρής Β. " Οικοτροφείο -Ξενώνας: θεωρητική υποδομή και προηγούμενες εμπειρίες ". Συμπόσιο: << Ψυχιατρική - Επικινδυνότητα - Δικαιοσύνη >> Δεκέμβρης 1984

Καρακώστας Α. - Στυλιανίδης Σ. " Ενδιάμεσες δομές: θεωρία και πρακτική. Μια κριτική προσέγγιση " Ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής, Αθήνα, Δεκέμβριος 10. 13. / 1984, σσ 172 - 193

Κόκκος Α., " Κοινωνικοποίηση και επαγγελματική κατάρτηση, επανένταξη των ψυχικά ασθενών ". Σημειώσεις από την εισήγηση που έγινε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών του τομέα κοινωνικής Ιατρικής και ψυχικής υγείας του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, 1992.

Ματαθία Π., " Ψυχική υγεία ". Ανακοίνωση στο 5ο Πανελλήνιο συνέδριο κοινωνικών λειτουργιών, Αθήνα, Μάρτιος 1 - 3 / 1985, σσ 253 - 254

Μυλωνόπουλος Α. - Δερμιτζόγλου Η., Μαμάης Π., Μουτσάνας Θ., Κερασίδου Β., Χρηματοδότηση και λειτουργία εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών μονάδων προληπτικού θεραπευτικού, εκπαιδευτικού και εργασιακού χαρακτήρα των νομών Φωκίδας και Εβρου. Ανακοίνωση στο 2ο Πανελλήνιο συνέδριο οικονομικών της υγείας, Αθήνα, 14 - 16 / 12 / 1989

Πάριος Α. " Ειδικό οικοτροφείο - ξενώνας - κέντρου επαγγελματικής, κοινωνικής επανένταξης χρονίων ψυχωσικών `Αμφισσας ". Εισήγηση για την 2η ημερίδα του προγράμματος από την ομάδα του οικοτροφείου, ΙΤΕΑ.15/12/ 1990

Πάριος Α. " Οικοτροφείο - ξενώνας χρονίων ψυχωσικών και ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην αποασυλοποίηση ". Εισήγηση στο Γ' Πανελλήνιο συνέδριο ψυχολογικής έρευνας, που οργάνωσε η Ελληνική ψυχολογική εταιρεία Αθήνα 29 15 - 2 / 6 / 1991

Πάριος Α. " Προστατευμένα, Αυτόνομα διαμερίσματα ". Παρουσίαση στην 3η ημερίδα της εταιρείας κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας, Ιτέα, 12/ 12 / 1992

Παναγιώτσος Π. "Κινητή μονάδα και χρόνιος ψυχωσικός άρρωστος" Σχόλια στα υπόμνημα της ομάδας εογασίας για την ψυχιατρική Περίθαλψη. *

Παπαευαγγέλου Κ., Σταμπουλάκη Α., Παναγιώτσος Π., "Ο ρόλος του νοσηλευτή στην περίθαλψη των ψυχωσικών ατόμων στην κοινότητα". 18ο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο.

Σακελλαρόπουλος Π. "Αποασυλοποίηση χρόνιων ψυχοπαθών σε αγροτική περιοχή" 1η Ευρωπαϊκή συνάντηση, Λέρος, 5 - 4 και Μάη 19987.

Σακελλαρόπουλος Π., "Βασικές έννοιες του θεσμού των Κ.Μ.Ψ." 12ο Πανελλήνιο συνέδριο ψυχιατρικής, Απρίλιος, 1991 Βόλος.

Σακελλαρόπουλος Π. "Εξωπραγματικές σκέψεις και λύσεις στο πρόβλημα". Σχόλια στο υπόμνημα της ομάδας εογασίας για την ψυχιατρική περίθαλψη.

Σακελλαρόπουλος Π., Αλεξανδρή Β., Σαραντίδης Δ. Μανεισιώτης Κ. Καραδήμου Χ., Ζολώτα Δ., "Ειδικό οικοτροφείο (ξενώνας). Κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών (Αμφισσα, Ν. Φωκίδας)" Πρακτική 11ου Ετήσιου Πανελλήνιου Ιατρικού συνεδρίου, Αθήνα, Μάιος 1985

Σακελλαρόπουλος Π. "Κινητή Μ.Ψ.Π.Υ" Αθήνα 1985 *

Σακελλαρόπουλος Π. "Μονάδες πιλότοι, Ψ.Μ.Γ.Ν.Κ.Ψ.Υ." Συμπόσιο Δελφών. 17 - 18/ 3/ 1984, 27 - 28/ 4/ 1984

Σακελλαρόπουλος Π., Ζίκος Ν., Φραγκούλη Α., Βγότης Α., "Κοινωνική ψυχιατρική σε αγροτική περιοχή. Ο ρόλος της Κ.Μ." 9ο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο Αθήνα, 1983

Σακελλαρόπουλος Π. "Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. στη Φωκίδα, Ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου." Παρουσίαση ερευνητικών προγραμμάτων του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας Αθήνα, 3 Ιανουαρίου 1984.

Σακελλαρόπουλος Π. " Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. στη Φωκίδα και ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου. " Παρουσίαση των δραστηριοτήτων της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. στο 1ο συνέδριο της τοπικής ένωσης δήμων και κοινοτήτων Νομού Φωκίδας. Ἀμφισσα, Ιούλιος 1983

Σακελλαρόπουλος Π., Φραγκούλη Α., Σώκος Ι., Σουρής Κ., " Ψυχιατρική περίθαλψη σε αγροτική ομάδα ". Ελληνογαλλικό συνέδριο με θέμα << Οι επιστήμες του ανθρώπου και της κοινωνίας: Ο αγροτικός κόσμος στο μεσογειακό χώρο >>. 20/ 11/ 1984

Σακελλαρόπουλος Π., Αλεξανδρής Β. Ζολώτας, Καραδήμου, "Αποασυλοποίηση και επαγγελματική αποκατάσταση στον ψυχικό τομέα: Εμπειρίες και προοπτικές" 1η Ευρωπαϊκή συνάντηση, Λέρος 3.4.5. Μαΐου 1987

Σακελλαρόπουλος Π. " Παθολογία της οικογένειας ". Κείμενο από την εισήγηση στο 2ο ετήσιο συμπόσιο της Ελληνικής Εταιρίας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, με θέμα << Οικογένεια >>.

Σακελλαρόπουλος Π. " Προτάσεις σχετικές με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση ". Συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής, Αθήνα.

Σακελλαρόπουλος Π. " Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και Επικινδυνότητα ". Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής 1981

Σακελλαρόπουλος Π., Αλεξανδρής Β., Μεταξά Τ. " Πρόγραμμα αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων, οικοτροφείο Ἀμφισσας. Επαγγελματική εκπαίδευση ". Εταιρία κοινωνικής ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας. Συνέδριο Ιρλανδίας με αντικείμενο την αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, Σεπτέμβριος 1986

Στεφανής Κ. " Ψυχιατρική περίθαλψη και κοινωνική ψυχιατρική ". Ανακοίνωση στο Ελληνικό συμπόσιο, Αθήνα 1985

Τριαντή Β. " Η επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων,

προτάσεις και λύσεις για την ομαλή ένταξη τους στο χώρο εργασίας από την θεραπευτική ομάδα και τον θεραπευτή ". Εισαγωγή για την 2η ημερίδα του προγράμματος από την ομάδα του οικοτροφείου, Ιτέα 15/ 12/ 1990.

Φιλίππου Δ., - Παπανικολάου. " Εκπαίδευση κοινωνικών λειτουργών στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχιατρικής ". Ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής Αθήνα, 10. 13/ 12/ 1990, σσ 490 - 496.

Φωτοπούλου Γ. " Κάνοντας την απασχόληση πραγματικότητα για άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο ". 6ο διεθνές CEFEC, 11- 17/ 9/ 1993, Kondonderry, Β. Ιρλανδία.

HAMILTON J.R., FREEMAN H., " Επικινδυνότητα: ψυχιατρική εκτίμηση και χειρισμός ". Αγγλία 1979.

* Οι σημειώσεις δεν είχαν περισσότερα στοιχεία όσον αφορά την χρονολογία και τον τόπο που δακτυλογραφήθηκαν.

Ο ενδιαφερόμενος μπορεί να τις βρει στην εξής διεύθυνση: Μελετίου Πηγά 22, Αθήνα 116 36, Τηλ.(01) 9221739 - 9231210

“ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ” ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

“ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ ” ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Θηβών.

ΕΘΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ελευθερίου Βενιζέλου, Αθήνα.

ΕΤΑΙΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μελετίου Πηγά 22, Αθήνα.

Πανουργιά 14, Αμφισσά.

“ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ” ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κ.Θ.Ψ.Π.Α.

ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΑΜΦΙΣΣΑΣ

Σαλώνων 22, Αμφισσα.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣ/ ΝΙΚΗΣ

Κων/ πόλεως 36,