

**Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ – Σ. Ε. Υ. Π.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ :
ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ**



**Σπουδάστριες : Γκολφάκη Παρασκευή
Καλατζή Οσία-Μαρία**

Υπεύθυνος καθηγητής: Παπαδημητρίου Θάνος

**ΠΑΤΡΑ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2001**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3309
----------------------	------

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή μας κ. Θ. Παπαδημητρίου για τις κατευθύνσεις που μας έδωσε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Πολύ σημαντική ήταν η βοήθεια που λάβαμε από την Κοινωνική Υπηρεσία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαΐτειο» για τη συγκέντρωση της βιβλιογραφίας μας. Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την κοινωνική λειτουργό κ. Μ. Κωστοπούλου και τον ψυχίατρο κ. Κ. Νικολάου, οι οποίοι με την καθοδήγηση και την εμπειρία τους συνέβαλαν στη διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, ευχαριστούμε όλα εκείνα τα δικά μας άτομα που με τη στήριξή τους βοήθησαν στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

Εισαγωγή.....1

ΚΕΦ 1. Έννοιες – Ορισμοί.....5

ΚΕΦ 2. Ταξινόμηση ψυχιατρικών διαταραχών.....8

2.1 Νευρώσεις.....8

2.2 Ψυχώσεις.....10

2.3 Διαταραχές προσωπικότητας ή συμπεριφοράς.....12

2.4 Ψυχογενείς σωματικές ή ψυχοσωματικές διαταραχές.....13

ΚΕΦ 3. Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης.....15

3.1 Τα μεγαλύτερα ψυχιατρεία στον ελλαδικό χώρο.....20

ΚΕΦ 4. Χρόνιος ψυχικά άρρωστος και άσυλο.....24

ΚΕΦ 5. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση – Αποσυλοποίηση.....27

ΚΕΦ 6. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών.....37

6.1 Διαστάσεις του στίγματος.....37

6.2 Προκαταλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια.....39

6.3 Οικογένεια και ψυχικά ασθενής.....40

6.4 Στάση της κοινωνίας.....	47
6.5 Η έρευνα του ΕΠΨΥ.....	54
6.6 Ο ρόλος των ΜΜΕ.....	60
ΚΕΦ 7. Επικινδυνότητα.....	63
7.1 Επικινδυνότητα εναντίον εαυτού.....	63
7.1.1 Σχέση της απόπειρας αυτοκτονίας με την αυτοκτονία.....	64
7.1.2 Αυτοκτονία και ψυχιατρικά νοσήματα.....	68
7.1.3 Χαρακτηριστικά – αποδεικτικά στοιχεία της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου.....	72
7.1.4 Εκτίμηση του κινδύνου.....	73
7.1.5 Μύθοι γύρω από την αυτοκτονία.....	75
7.1.6 Δυνατότητα υποστήριξης από το περιβάλλον.....	77
7.1.7 Θεραπεία.....	79
7.1.8 Βασικές προφυλάξεις στη φροντίδα του αυτοκτονικού αρρώστου.....	81
7.2 Επικινδυνότητα εναντίον τρίτων.....	83
7.2.1 Πρόβλεψη της επικινδυνότητας.....	98
7.3 Αυτοκτονία και επικινδυνότητα εναντίον τρίτων.....	107
ΚΕΦ 8. Αγωγή κοινότητας.....	108
Επίλογος – Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	123
Παράρτημα Α.....	127
Παράρτημα Β.....	148
Βιβλιογραφία.....	185



Μία φορά, όταν βγήκα απ' το νοσοκομείο, ήμουν άστεγη. Δεν είχα πού να πάω. Δεν είχα και επιλογή. Εκείνη την εποχή, η οικογένειά μου πάλευε με τις αντιλήψεις της σχετικά με την ασθένειά μου και δεν υπήρχε χώρος για μένα σε αυτήν. Αν η οικογένειά μου είχε ενημερωθεί, είχε μάθει πώς να με βοηθήσει, αν είχε υποστήριξη και βοήθεια, τα πράγματα θα ήταν πολύ διαφορετικά. Χρειαζόμαστε οπωσδήποτε τη συμπαράσταση των οικογενειών μας στην αντιμετώπιση του προβλήματος, άλλωστε αυτές αποτελούν το κύριο στήριγμά μας.

Γυναίκα με σχιζοφρένεια, 43 χρονών, Νέο Ζηλανδία

Υπάρχουν και πολλές άλλες λανθασμένες αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια και τις εγκεφαλικές διαταραχές. Δεν είναι όμως εφικτό να τις εξετάσουμε όλες σ' ένα φυλλάδιο όπως το παρόν. Σκεφτείτε για λίγο τις δικές σας πεποιθήσεις και αντιλήψεις, μπορεί να έχετε και εσείς προκαταλήψεις για αυτά τα θέματα.

Πρέπει να θυμόμαστε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες υποφέρουν, όχι μόνο λόγω της πάθησής τους, αλλά συχνά υποφέρουν εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια. Η στάση αυτή του κόσμου έχει δύο συνέπειες:

- ☛ Οι πρώην ασθενείς δυσκολεύονται να επανενταχθούν στην κοινωνία, να βρουν σπίτι, να βρουν εργασία ικανή να τους συντηρήσει, ή να έχουν μία φυσιολογική κοινωνική ζωή. Για κάποιον που μόλις βγήκε από το ψυχιατρείο, ένας τέτοιος αποκλεισμός μπορεί να τον οδηγήσει πίσω στο νοσοκομείο.
- ☛ Οι ασθενείς δεν προσέρχονται για θεραπεία όταν την χρειάζονται, επειδή υπάρχει ο φόβος ότι, όταν μαθευτεί πως κάποιος αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα, τότε αυτό θα έχει κοινωνικές συνέπειες τόσο για τον ίδιο όσο και για την οικογένειά του. Αυτό αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, διότι χωρίς θεραπεία δεν υπάρχει βελτίωση και ανακούφιση, και η λειτουργικότητα ή η ποιότητα ζωής των πασχόντων μπορεί να επηρεαστεί καθώς το πρόβλημα συνεχίζεται.

Οι μύθοι που περιβάλλουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας ευθύνονται για την ντροπή που νιώθουν οι πάσχοντες και οι οικογένειές τους, και συμβάλλουν στο να μην αναζητούν τη θεραπεία που χρειάζονται.

Εγώ είμαι που κυρίως φροντίζω τον αδελφό του άνδρα μου, ο οποίος έχει σχιζοφρένεια. Οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών έχουν ανάγκη να ξέρουν ότι δεν φταίνε για την ασθένεια που τις έχει κυριολεκτικά διαλύσει. Η ντροπή και ο φόβος χτίζουν τοίχους σιωπής. Είναι η ώρα να μιλήσουμε ανοικτά, για να ξέρουν και άλλες οικογένειες ότι δεν είναι μόνες, ότι δεν χρειάζεται να ντρέπονται. Ο κόσμος πρέπει να ενημερωθεί, για να μάθει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα, να ξέρει ότι ο καθένας μπορεί να αρρωστήσει και ότι υπάρχει βοήθεια. ✓

Κα. Κάθι Έσκουιβελ,
αΐζυγος του τ. Πρωθυπουργού, Μπελίτζ, Κεντρική Αμερική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη με θέμα: «Ψυχικά Ασθενείς: Στιγματισμός-Επικινδυνότητα», έγινε με σκοπό την παρουσίαση και ανάλυση ενός προβλήματος για το οποίο, ακόμα και στις μέρες μας, μεγάλο μέρος του πληθυσμού, αγνοεί τις πραγματικές διαστάσεις.

Αφού διαπιστώσαμε, ότι, τουλάχιστον στην σχολή μας, κανένας δεν έχει ασχοληθεί πρόσφατα με αυτήν την πτυχή της Ψυχικής Υγείας και κυρίως, επειδή και εμείς οι ίδιες θέλαμε να μάθουμε περισσότερα πράγματα για την ψυχική ασθένεια, αποφασίσαμε να κάνουμε μια εργασία που να δίνει όσο το δυνατόν ακριβέστερες πληροφορίες και να κινήσει το ενδιαφέρον αυτών που θα τη διαβάσουν.

Είναι γεγονός ότι ακόμη και σήμερα πολλοί είναι αυτοί που δεν είναι εξοικειωμένοι με την ψυχική ασθένεια και, μάλιστα, αρκετοί νοιώθουν φόβο λόγω των προκαταλήψεών τους, απορρίπτουν και απομονώνουν τα ψυχικά άρρωστα άτομα. Δεν είναι λίγοι εκείνοι που δεν ενδιαφέρονται, ούτε καν μπαίνουν στη διαδικασία να σκεφτούν πόσους ανθρώπους μέρα με τη μέρα πλήγει κάποια ψυχική νόσος. Επειδή δεν συμβαίνει σε αυτούς γι' αυτό και δεν τους αγγίζει. Αυτό, όμως, δεν δικαιολογεί τη στάση τους, ούτε τη συμπεριφορά τους.

Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που διεξήχθη τον Ιούνιο του 2001, υπάρχει πληθώρα περιπτώσεων ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές. Ο αριθμός αυτών ανέρχεται σε περίπου τετρακόσια (400) εκατομμύρια άτομα.

Πολλοί υποφέρουν σιωπηλά. Πολλοί υποφέρουν μόνοι. Δεν είναι μόνο ο πόνος και η απουσία φροντίδας για τα άτομα αυτά, υπάρχουν και τα εμπόδια του στίγματος, της ντροπής, του αποκλεισμού. Ο αριθμός αυτών ανέρχεται σε πάνω από τετρακόσια εκατομμύρια και αυξάνεται διαρκώς. Πρόκειται λοιπόν για ιατρικό φαινόμενο που έχει τεράστιες κοινωνικές διαστάσεις και συνέπειες, πρώτα απ' όλα για τα άτομα που πλήττονται. Αυτό δεν σημαίνει ότι θα πρέπει εμείς οι υπόλοιποι να αδιαφορήσουμε για αυτά τα άτομα που έχουν ανάγκη να νοιώσουν αποδεκτά και να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής και ευαισθησίας.

Μ' αυτή την προοπτική και εμείς επιλέξαμε το θέμα αυτό από το χώρο της ψυχικής υγείας. Επιθυμία μας είναι να εμβαθύνουμε περισσότερο στο λεπτό αυτό ζήτημα της ψυχικής ασθένειας και να παρουσιάσουμε την εξέλιξη στον ψυχιατρικό τομέα τη σύγχρονη εποχή. Ελπίζουμε να περάσει ένα μήνυμα ενδιαφέροντος και ελπίδας για τους ανθρώπους που νοσούν ψυχικά.

Όταν ξεκινήσαμε να δουλεύουμε για την πτυχιακή μας συναντήσαμε τις πρώτες δυσκολίες. Διαπιστώσαμε ότι η ελληνική βιβλιογραφία ήταν ιδιαίτερα περιορισμένη και αρκετά παλιά σε χρονολογία. Ωστόσο, με τα στοιχεία που είχαμε στη διάθεσή μας δώσαμε τον καλύτερο δυνατό εαυτό μας, προσπαθήσαμε όσο μπορούσαμε να δώσουμε μία ολοκληρωμένη και σαφή εικόνα του ζητήματος.

Όσον αφορά την ξένη βιβλιογραφία ήταν επίσης δύσκολο να τη χρησιμοποιήσουμε, απ' τη μια γιατί δεν είχαμε αρκετό χρόνο στη διάθεσή μας για να μεταφράζουμε ούτε τόσο εξειδικευμένες γνώσεις ώστε να αποδώσουμε με ακρίβεια την ξένη ψυχιατρική ορολογία. Το σημαντικότερο όμως ήταν ότι θέλαμε να προσαρμόσουμε τη μελέτη μας στα ελληνικά δεδομένα.

Ένα άλλο πρόβλημα που είχαμε, είναι ότι η περίοδος που δουλεύαμε και γράφαμε την πτυχιακή μας συνέπεσε χρονικά με την

εξάμηνη πρακτική μας άσκηση. Αυτό καθιστούσε ακόμα δυσκολότερο το έργο μας και από άποψη χρόνου και όσον αφορά τη δυνατότητα πρόσβασης σε βιβλιοθήκες που στην πλειοψηφία τους λειτουργούσαν πρωινά ωράρια. Θεωρούμε παρ' όλα αυτά ότι έγινε μία καλή εργασία μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων μας, που αξίζει να διαβάσει κανείς γιατί έχει να του προσφέρει σημαντικές πληροφορίες

Η πτυχιακή μας εργασία χωρίζεται σε οχτώ επιμέρους κεφάλαια. Στο πρώτο από αυτά αναλύονται οι έννοιες-ορισμοί που αποτελούν λέξεις κλειδιά για το θέμα της εργασίας μας και την κατανόηση αυτού. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι τέσσερις μεγάλες κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών. Αναφέρονται εκεί τα κυριότερα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα καθώς και τα αίτια των νευρώσεων, των ψυχώσεων, των διαταραχών προσωπικότητας και τέλος των ψυχοσωματικών διαταραχών.

Στο επόμενο κεφάλαιο που είναι μια ιστορική αναδρομή στην ψυχιατρική περίθαλψη, αναφέρεται τι γινόταν παλιά, ποια ήταν η θέση των ψυχικά ασθενών στο παρελθόν και παρουσιάζονται τα μεγαλύτερα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία στον ελλαδικό χώρο. Το κεφαλαίο αυτό δίνει τη δυνατότητα στον αναγνώστη, διαβάζοντας και την υπόλοιπη εργασία να συγκρίνει τα παλιά με τα νέα δεδομένα στο τομέα της ψυχικής υγείας. Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί μια αναφορά στο άσυλο που ήταν ο κύριος χώρος εγκλεισμού και θεραπείας των ψυχικά αρρώστων στο παρελθόν.

Το κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζει τις αλλαγές που άρχισαν να γίνονται στο χώρο της Ψυχικής Υγείας με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και τις προσπάθειες που έγιναν με στόχο την αποασυλοποίηση. Γίνεται μια κριτική των προσπαθειών αυτών όπου φαίνονται και οι επιτυχίες και οι απογοητεύσεις.

Το έκτο κεφάλαιο παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από κάποια

ψυχική νόσο, τον στιγματισμό. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται εκτενής αναφορά στις προκαταλήψεις για τους ψυχικά αρρώστους, στο ρόλο των Μ.Μ.Ε, στην στάση της οικογένειας και της κοινωνίας απέναντι στο άρρωστο μέλος τους. Ακόμη περιλαμβάνεται μια πρόσφατη πανελλαδική έρευνα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Αθηνών, για τις στάσεις του πληθυσμού απέναντι σε ψυχικά ασθενείς.

Το επόμενο κεφάλαιο καταπιάνεται με το ζήτημα της επικινδυνότητας. Εκεί αναπτύσσεται διεξοδικά τόσο το θέμα της αυτοκτονίας όσο και της επιθετικής συμπεριφοράς εναντίον τρίτων, εξηγείται ποια είναι η σχέση τους και ποια είναι η αλήθεια σχετικά με το αν είναι ή όχι επικίνδυνοι οι άνθρωποι που νοσούν ψυχικά και πώς μπορεί και αν γίνεται να προβλεφθεί η επικινδυνότητα κάποιου ατόμου.

Η εργασία μας κλείνει με το όγδοο κεφάλαιο. Σε αυτό επιχειρείται να παρουσιαστεί η αγωγή της κοινότητας ,η σημασία της από ποιους εφαρμόζεται και πού και κατά πόσο βοηθάει στην αλλαγή της στάσης του κόσμου και ποια άλλα αποτελέσματα μπορεί να αποφέρει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΝΟΙΕΣ-ΟΡΙΣΜΟΙ

Θεωρούμε χρήσιμο να παραθέσουμε τους ακόλουθους ορισμούς, καθώς πρόκειται για λέξεις-κλειδιά της πτυχιακής μας εργασίας.

«**Ψυχική υγεία** είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Η ψυχική υγεία παράλληλα αποτελεί μία ενότητα ισορροπίας σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής». (Αποστολόπουλος Α., 1997, αδημοσίευτο, σελ. 97).

Ψυχική διαταραχή, σύμφωνα με το Μάνο (1987), είναι μία ψυχιατρική νόσος ή πάθηση της οποίας οι εκδηλώσεις είναι κατά κύριο λόγο συμπεριφορικά και/ ή ψυχολογικά συμπτώματα και/ ή έκπτωση της λειτουργικότητας. Οφείλεται σε κοινωνική, ψυχολογική, γενετική, σωματική, χημική ή βιολογική διαταραχή ή συνδυασμό τους.

Σύμφωνα με το Δαμίγο (1991) η ψυχική υγεία ή η ψυχική νόσος δε συνιστά μία αυτόνομη οντότητα, αλλά εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, η ισορροπία των οποίων βρίσκεται διαρκώς προς αναζήτηση μέσα από τη σχέση αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του.

«Η προκατάληψη αποτελεί μία πρόωρη κρίση που βασίζεται στην αντίληψη του «διαφορετικού», δηλαδή εκείνων των χαρακτηριστικών που διαφοροποιούν ανθρώπους ή και καταστάσεις». (Ιωαννίδου-Τζόνσον Α., 1998, σελ.).

«Με τον όρο **Αγωγή Κοινότητας** εννοούμε την εργασία με τον πληθυσμό και την ευαισθητοποίησή του, ώστε να αλλάξει στάση απέναντι στην ψυχική νόσο. Εννοούμε επίσης, όλη τη διαδικασία εκπαίδευσης και κατάρτισης επιμέρους ομάδων του πληθυσμού (δασκάλων, αγροτικών γιατρών, αστυνομικών και άλλων προσώπων κύρους) ώστε να βοηθήσουν, είτε εθελοντικά είτε στα πλαίσια των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων, στο έργο της πρόληψης και της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών». (Τζούλης, Φραγκούλη, 1993, σελ. 9).

«Ως **αποϊδρυματοποίηση** ορίζεται η μεταβολή στο χώρο της φροντίδας για την ψυχική υγεία από παραδοσιακά ιδρυματικά πλαίσια σε υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα». (Μάνος Ν., 1987, σελ. 76).

«Σύμφωνα με τους Στεφανή (1984) και Φιλιππόπουλο (1972) ως **κοινωνική ψυχιατρική** ορίζεται η ειδικότητα της ψυχιατρικής που ενδιαφέρεται για τους κοινωνικούς παράγοντες που υπεισέρχονται και που συνδέονται με την έναρξη, πορεία και εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών. Σκοπός της κοινωνικής ψυχιατρικής είναι η διάγνωση, θεραπεία, επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων μιας γεωγραφικά σαφώς καθορισμένης περιοχής και ενός δημογραφικά συγκεκριμένου πληθυσμού της κοινωνίας». (Σημειώσεις από το μάθημα Κοινωνική Ψυχική Υγεία, σελ. 9).

«Με τον όρο **ενδιάμεσες δομές** εννοείται η δημιουργία ενός κοινοτικού χώρου σε μικρή κλίμακα, ενσωματωμένη στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό στην κοινωνική ζωή, που μπορεί να χρησιμεύσει ως ενδιάμεσος χώρος σε όλες τις καταστάσεις αποκοπής από αυτή, δηλαδή σαν διέξοδος σε παραμονή σε ένα ίδρυμα, σε πρώιμο οικογενειακό «ξερίζωμα», σε κοινωνική ή ψυχιατρική αναπηρία ή σε οποιαδήποτε κατάσταση κρίσης». (ό π., σελ. 13).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Ο Χαρτοκόλλης (1986) αναφέρει τις τρεις ακόλουθες κατηγορίες ψυχιατρικών διαταραχών : νευρώσεις, ψυχώσεις και διαταραχές προσωπικότητας ή συμπεριφοράς.

2.1 ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

Πρόκειται για ελαφριάς μορφής ψυχικές διαταραχές. Ο νευρωσικός άρρωστος έχει επίγνωση της κατάστασής του και δεν χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα (όπως συμβαίνει με τα ψυχωσικά άτομα). Ένα κοινό χαρακτηριστικό των νευρώσεων είναι το άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία. Το άγχος του νευρωσικού, σε αντίθεση με το φόβο που νιώθει κάποιος όταν απειλείται από εξωτερικό υπαρκτό κίνδυνο, έχει τις ρίζες του στις κρυφές επιθυμίες ή ανάγκες που έρχονται σε σύγκρουση με τη συνείδησή του. Το άτομο δε γνωρίζει αυτές τις ανάγκες και γι' αυτό του προκαλούν φόβο. Το άγχος του νευρωσικού έχει την προέλευσή του σε μια παιδική νεύρωση που δεν ξεπεράστηκε, αλλά απωθήθηκε στο ασύνειδο. Το άγχος συνοδεύεται από νευροφυτικές διαταραχές, δηλαδή ταχυπαλμία, ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρέμουλο,

συχνουρία, διάρροια, βάρος στο στήθος ή στο στομάχι κ.α. (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 84).

Οι πιο συνήθεις μορφές νευρώσεων είναι (ό. π., σελ. 88-127):

α) **Αγχώδης νεύρωση.** Εμφανίζεται σε δύο κλινικές εικόνες: ως μια διαταραχή πανικού με δύσπνοια, ταχυπαλμία, στηθάγχη, ζάλη, εφίδρωση, είτε ως μια γενικευμένη αγχώδης διαταραχή με σωματικούς πόνους και μια υπερδιέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

β) **Φοβική νεύρωση.** Χαρακτηρίζεται από έναν έντονο, επίμονο και παράλογο φόβο για κάποιο αντικείμενο, χώρο ή κατάσταση. Αν το άτομο έρθει σε επαφή με αυτό που του προκαλεί φόβο, κυριεύεται από άγχος που συνοδεύεται από νευροφυτικά συμπτώματα και μπορεί να καταλήξει σε πανικό. Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές : κλειστοφοβία, ακροφοβία, μυσοφοβία, αγοραφοβία.

γ) **Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση.** «Χαρακτηρίζεται από κάποια ψυχαναγκαστική ιδέα, την ιδεοληψία, που πολύ συχνά συνοδεύεται από μιαν εξίσου ψυχαναγκαστική συμπεριφορά». Ο όρος «ιδεοληψία» μπορεί να αναφέρεται σε μια έμμονη σκέψη ή στην έμμονη απασχόληση με κάποιο θέμα, προσωπικό ή αφηρημένο φιλοσοφικό πρόβλημα. Μια ιδεοληψία συνοδεύεται από ενοχές, τις οποίες ο άρρωστος προσπαθεί να απομακρύνει με αντίθετες σκέψεις ή με τελετουργική επανάληψη στερεοτυπικών ενεργειών.

δ) **Υστερική νεύρωση.** Η διαταραχή αυτή διακρίνεται σε δύο τύπους, τον μετατρεπτικό και τον αποσυνδεδετικό. Ο μετατρεπτικός τύπος υστερίας χαρακτηρίζεται από ακούσια απώλεια κάποιας σωματικής ή αισθητήριας λειτουργίας. Ο αποσυνδεδετικός τύπος υστερίας αφορά κάποια διαταραχή στη συνείδηση του εαυτού ή την ταυτότητα του ατόμου.

ε) **Σωματοποιητική διαταραχή.** Το άτομο παραπονιέται για σωματικές ενοχλήσεις, χωρίς όμως να διαπιστώνεται οργανική βλάβη. Όταν σε μια

σωματοποιητική διαταραχή υπάρχει πόνος, εντάσσεται στις ψυχοσωματικές διαταραχές.

στ) **Υποχονδριακή νεύρωση**. Χαρακτηρίζεται από μια διαρκή ανησυχία του ατόμου για θέματα υγείας. Ο άρρωστος εκλαμβάνει οποιαδήποτε σωματική ενόχληση ως σύμπτωμα κάποιας σοβαρής ασθένειας και δεν μπορεί να μεταπειστεί για το αντίθετο ούτε με τη διαβεβαίωση του γιατρού.

2.2 ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Είναι οι πιο βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών και βρίσκονται πιο κοντά σ' αυτό που ο κοινός άνθρωπος αποκαλεί «τρέλα». Το άτομο που νοσεί δεν έχει επαφή με την πραγματικότητα και δεν έχει επίγνωση της σοβαρότητας της κατάστασής του. Οι σκέψεις, το συναίσθημα και η συμπεριφορά του ακολουθούν μια εξωπραγματική λογική. Αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις επαγγελματικές και κοινωνικές του υποχρεώσεις, ενώ επειδή συχνά είναι επικίνδυνος τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. (Παρασκευόπουλος Ι., 1988, σελ. 18).

Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε **οργανικές**, οι οποίες έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο και σε **λειτουργικές** που αποδίδονται σε ψυχοκοινωνικά αίτια. (ό. π.)

Οι συνηθέστερες μορφές ψυχώσεων είναι (ό. π., σελ.18-21) :

α) **Σχιζοφρένεια**. Σύμφωνα με το Χαρτοκόλλη (1986) χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωμένη σκέψη, ανάρμοστο συναίσθημα και ασυνεπή συμπεριφορά.

Οι διαταραχές στη σκέψη συνίστανται σε μεταβολή του τρόπου σχηματισμού των εννοιών και των κρίσεων που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και σε παραγωγή ψευδαισθήσεων παραληρηματικών ιδεών. Οι διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές καταστάσεις, υποτονικό θυμικό και απρόσμενες συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι διαταραχές στη συμπεριφορά περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα (ο άρρωστος υιοθετεί ασυνήθιστες και άβολες στάσεις του σώματος). (Παρασκευόπουλος Ι., 1986, σελ. 18).

β) **Παράνοια.** Κύριο χαρακτηριστικό του παρανοϊκού είναι οι ιδεοληψίες και οι παραληρηματικές ιδέες, π.χ. ιδέες μεγαλείου, καταδίωξης, ζηλοτυπίας κ. α. Οι παραληρηματικές ιδέες είναι ένα σύστημα καλά μελετημένο για τον άρρωστο, χωρίς κενά και ασυνέπειες. Ο παρανοϊκός προσλαμβάνει και ερμηνεύει τα γεγονότα επιλεκτικά προκειμένου να τεκμηριώσει τις ιδέες του αυτές. (ό. π., σελ. 20).

γ) **Μανία-Μελαγχολία.** «Πρόκειται για μείζονες διαταραχές του συναίσθηματος. Χαρακτηρίζονται από περιοδική εμφάνιση ακραίων συναισθηματικών καταστάσεων, αφενός καταθλιπτικής κατάπτωσης-**φάση μελαγχολίας**-και αφετέρου πλεονάζουσας συναισθηματικής έξαρσης-**φάση μανίας**. Οι δύο φάσεις, η μανία και η μελαγχολία, μπορεί να διαδέχονται περιοδικά η μία την άλλη (συνήθως ενδιάμεσα μεσολαβεί ένα διάστημα ηρεμίας, όπου ο ασθενής νιώθει και συμπεριφέρεται σχεδόν φυσιολογικά), οπότε έχουμε τη λεγόμενη **μανιοκαταθλιπτική** (ή **διπολική-κυκλική**) ψύχωση. Μπορεί όμως να επαναλαμβάνεται περιοδικά μια μόνο φάση, πάντοτε η ίδια, οπότε έχουμε τη λεγόμενη **μονοφασική** (ή **μονοπολική**) ψύχωση (επικρατεί μόνο ο ένας πόλος της μανιοκατάθλιψης). Ανάλογα με τη φάση που επικρατεί, έχουμε τη **διαλείπουσα μανία** ή τη **διαλείπουσα μελαγχολία**». (ό. π.)

2.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ Ή ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

α) Το ψυχαναλυτικό σύστημα αναγνωρίζει δέκα τύπους παθολογικών χαρακτήρων ή διαταραχών της προσωπικότητας. Είναι ο υστερικός, ο ιδεοψυχαναγκαστικός, ο καταθλιπτικός-μαζοχιστικός, ο ναρκισσιστικός, ο νηπιακός, ο αντικοινωνικός, ο παρανοϊκός, ο σχιζοειδής, ο υπομανιακός και ο χαώδης ή παρορμητικός. (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 213).

β) **Οριακές διαταραχές προσωπικότητας.** Η ονομασία αυτή δόθηκε παλιότερα σε περιπτώσεις που ήταν δύσκολο να διαγνωστούν. Το άτομο που νοσεί χαρακτηρίζεται από αστάθεια της συναισθηματικής διάθεσης, των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού, παρορμητικότητα και αισθήματα κενού και ανίας. (εκπαιδευτική ομιλία ψυχιάτρου Β. Αλεξανδρή, 13-3-2001, Δρομοκαϊτείο).

γ) **Ψυχοσεξουαλικές διαταραχές.** Ο Χαρτοκόλλης (1986) αναφέρει τη διάκριση των διαταραχών αυτών, ανάλογα με το αν υπάρχει σοβαρή ανωμαλία συμπεριφοράς ή όχι, σε **σεξουαλικές διαστροφές ή αποκλίσεις** και σε **ψυχοσεξουαλικές δυσλειτουργίες ή ψυχοσεξουαλική ανικανότητα**. Οι πρώτες περιλαμβάνουν την ομοφυλοφιλία, την παιδοφιλία, τον τρανσεξουαλισμό, τον τρανσβεστισμό, το φετιχισμό, το σαδισμό-μαζοχισμό, την επιδειξιομανία, την ηδονοβλεψία και τη ζωοφιλία. Στις δεύτερες ανήκει η ψυχοσεξουαλική ανικανότητα ή ψυχρότητα.

δ) **Κατάχρηση χημικών ουσιών.** «Οι περισσότερες, αν όχι όλες οι χημικές ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικά) που μεταχειρίζεται ο άνθρωπος, είτε ως φάρμακα είτε ως μέσα αναψυχής, μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές

στο βαθμό ή επίπεδο της συνειδήσεως, διεγείροντας ή ναρκώνοντάς την, με κατάληξη το παραλήρημα από τη μια μεριά και το κώμα από την άλλη». (ό. π., σελ. 248)

«Η Ψυχιατρική ασχολείται με τις ψυχολογικές διαταραχές που, αιτιολογικά ή συμπτωματικά, συνδέονται με την κατάχρηση χημικών ουσιών. Στη χρόνια μορφή τους, οι διαταραχές αυτές συνιστούν κατά κανόνα ανωμαλίες συμπεριφοράς ή προσωπικότητας». (ό. π.)

2.4 ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ψυχοσωματικές διαταραχές

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές αναφέρονται σε μια οργανική παθολογία και σε μια ψυχολογική αιτιολογία. Οι πιο γνωστές ψυχοσωματικές διαταραχές είναι το πεπτικό έλκος, η ελκώδης κωλίτιδα, η ιδιοπαθής υπέρταση, η νευροδερματίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο τοξικοθυρεοειδισμός και το βρογχικό άσθμα. Στην κατηγορία αυτή ανήκει το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ψυχογενής ανορεξία, ο ψυχογενής πόνος, η ημικρανία και ο ζαχαρώδης διαβήτης. (Χαρτοκόλλης Π. , 1986)

Διανοητική καθυστέρηση

Ένα άτομο με διανοητική καθυστέρηση είναι πιο πιθανό να παρουσιάσει ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, π.χ. παιδικό αυτισμό, από ότι ο γενικός πληθυσμός. Άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με διανοητική καθυστέρηση όταν παρουσιάσουν ψυχικές διαταραχές, αυτό συμβαίνει με τη μορφή ψυχώσεων, νευρώσεων ή ανωμαλιών

συμπεριφοράς όπως στο γενικό πληθυσμό. Βέβαια, η ύπαρξη διανοητικής καθυστέρησης τους δίνει ιδιαίτερο χαρακτήρα, αλλοιώνοντας τα συμπτώματα τόσο ώστε να γίνεται δύσκολη η διάγνωσή τους. (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 292)

Η διάκριση αυτή τείνει να διαφοροποιηθεί τα τελευταία χρόνια, αλλά την παρουσιάζουμε γιατί όπως διαπιστώσαμε μετά από επαφές με επαγγελματίες του χώρου αυτή είναι που χρησιμοποιείται κυρίως στην καθημερινή πρακτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

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

Από τους κλασσικούς χρόνους (όπως φαίνεται από κείμενα που έχουν διασωθεί) σύμφωνα με τη λαϊκή αντίληψη η ψυχική αρρώστια έχει τις ρίζες της σε υπερφυσικά αίτια. Ο ψυχικά άρρωστος παρουσιάζεται ως άτομο με θεϊκές ιδιότητες, άτομο παράξενο που τον κατέχουν πνεύματα κακά που αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα.

Τον 4^ο αιώνα π.Χ. έχουμε την ανάπτυξη της θεωρίας του Ιπποκράτη για την ψυχική αρρώστια ο οποίος υποστήριζε ότι πρόκειται για αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης χολής, της κίτρινης χολής και του φλέγματος). Ουσιαστικά, τότε μπήκε η πρώτη βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής αρρώστιας.

«Ο Ιπποκράτης μάλιστα περιέγραφε τις βασικές ψυχικές διαταραχές, τις λεγόμενες φρενίτιδες δίνοντάς τους ονόματα που ισχύουν και σήμερα, π.χ. υστερία, παράνοια, μανία κ.λ.π. Απέρριψε και τη θεολογική άποψη για την επιληψία και την ψυχική αρρώστια που ήθελε τον Απόλλωνα ως τιμωρό θεό των ασεβών με την εμφάνιση

«φρενοβλάβειας», γι' αυτό ονομαζόταν και Λοξίας». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 28).

Στους «Νόμους» του Πλάτωνα για πρώτη φορά αναπτύσσεται η έννοια του εγκλεισμού των «τρελών». Το ψυχικά άρρωστο άτομο μπορούσε να καταδικαστεί από το Δικαστή με 5 χρόνια φυλάκιση και ρητή απαγόρευση επαφών με την κοινότητα. Αν σε αυτό το διάστημα είχε βελτιωθεί η συμπεριφορά του, τότε ελευθερωνόταν, ή σε διαφορετική περίπτωση θανατωνόταν. Ουσιαστικά, αυτό που ίσχυε στην Αθήνα ήταν η κράτηση των ψυχικά αρρώστων στο σπίτι τους υπό συνεχή παρακολούθηση και με τη φροντίδα των συγγενών τους, οι οποίοι αν τους εγκατέλειπαν τιμωρούνταν αυστηρά.

«Ο Αριστοτέλης πρώτος εισήγαγε τον όρο μελαγχολία που προέρχεται από τη μέλαινα χολή, για άτομα με διαταραχές της αντίληψης». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 166).

Στη Ρωμαϊκή εποχή συζητιούνται τα πρώτα νομικά θέματα για τον ψυχικά ασθενή. Μάλιστα τον 3^ο αιώνα π.Χ. αναπτύσσονται πραγματικά ανθρωπιστικές απόψεις από τον Σωρανό και τον Αρεταίο σχετικά με τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ο Σωρανός μιλώντας για την περίθαλψη των αρρώστων απαγόρευε ρητά τη χρήση αλυσίδων και τον εγκλεισμό τους σε υπόγεια ή τη χρήση σωματικής βίας που επιδεινώνουν την κατάστασή τους.

«Οπότε στους κλασσικούς χρόνους στην Ελλάδα η αντίληψη για τους ψυχικά ασθενείς, τόσο για τον απλό λαό όσο και για τους ειδικούς, αποτελεί μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και αντίστοιχα ορθολογικών στοιχείων». (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 167).

«Η κύρια αιτία των ψυχικών διαταραχών, την περίοδο του Μεσαίωνα είναι η πίστη σε δαίμονες ή δαιμόνια και η ψυχική αρρώστια σε όλες τις εκφράσεις της ήταν διαβόλου». (Χαρτοκόλλης Π., 1986, σελ. 34).

Ο Κωσταντέλλος (1984) αναφέρει ότι στους Βυζαντινούς χρόνους ο Μέγας Βασίλειος με το έργο του «Βασιλείας» το 372 μ. Χ. συμβάλλει στην οργάνωση ασυλιακής φιλανθρωπικής περίθαλψης. Στα ιδρύματα αυτά περιέθαλπαν και ψυχικά αρρώστους.

Γραπτά κείμενα δείχνουν ότι οι Άραβες τον 6^ο αιώνα είχαν ειδικούς χώρους για εγκλεισμό ψυχικά ασθενών κάτω από ανθρωπιστικές συνθήκες.

Τον 14^ο αιώνα λειτουργούσαν κάποια άσυλα όπου κρατούνταν έγκλειστοι ψυχικά άρρωστοι π.χ. στο Netz (1100), στην Ουψάλα (1305), στο Bergamo (1325), στη Φλωρεντία (1385). Την ίδια εποχή ένας νέος θεσμός καθιερώνεται στην πόλη Gheel στη Φλαμανδία; αυτός της ανάδοχης οικογένειας για ψυχικά διαταραγμένα άτομα και συνδέεται με την τοπική λατρεία της Αγίας Δάφνης, την οποία αποκαλούσαν προστάτιδα των «τρελών».

Στην Ευρώπη η ανέγερση του πρώτου ψυχιατρικού ασύλου γίνεται στη Βαλένθια το 1409.

Τον 15^ο αιώνα ο Johann Wier ή Weyer είναι από τους πρώτους που έδωσε μεγάλο αγώνα προκειμένου να απομυθοποιηθούν και να εκλείψουν οι δαιμονοκρατικές απόψεις για τους «τρελούς» και να επικρατήσει το ιατρικό μοντέλο.

Στη Γαλλία, Γερμανία, Αγγλία και αλλού το 1800 χρησιμοποιούνται οι πύργοι για να μετατραπούν σε φρενοκομεία όπου εγκαταλείπονται οι «τρελοί», οι οργανικά γέροι, οι αλκοολικοί, οι πόρνες, οι μικρονοϊκοί, οι μικροκλέφτες και τα ορφανά παιδιά. Όλοι αυτοί ζουν κάτω από πρωτόγονες συνθήκες με το στίγμα της τιμωρίας από το θεό για τις υποτιθέμενες αμαρτίες τους.

Βέβαια, κατά κύριο λόγο ο 18^{ος} αιώνας φημίζεται για τις επαναστάσεις στην ψυχιατρική περίθαλψη. Πρώτος ο Johann Cristian Reil χρησιμοποίησε τον όρο «ψυχιατρική» και αγωνίστηκε για την

αναγνώριση αυτής ως ξεχωριστής έδρας στην ιατρική σχολή. Ακόμα, ο γιατρός Pinel, διευθυντής φρενοκομείου, ήταν κυριολεκτικά ο απελευθερωτής των ψυχικά ασθενών από τις αλυσίδες τους το Μάιο του 1798. Φρόντισε επίσης ο Pinel -και δίκαια χαρακτηρίστηκε επαναστάτης- για την αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης, με νέα ευρύχωρα κτίρια, με διαχωρισμό των τροφίμων τους σε τμήματα ήσυχων, ανήσυχων, ανιάτων.

Από την άλλη ο 19^{ος} αιώνας μένει στάσιμος δίχως βελτιώσεις στις συνθήκες διαμονής των ψυχικά αρρώστων στα άσυλα. Εξακολουθούν οι ασθενείς να στοιβάζονται σε χώρους με άχυρα στο δάπεδο, να είναι ρακένδυτοι, δεμένοι με αλυσίδες, γεμάτοι ακαθαρσίες, η τροφή τους ελάχιστη και η θνησιμότητα μεγάλοι. Όσοι ήταν ανήσυχοι ή διεγερτικοί κρατούνταν σε κλουβιά, τους οποίους στην Αγγλία και Γαλλία τις Κυριακές μπορούσε να τους επισκεφθεί το κοινό και να τους δει πληρώνοντας κάποιο ποσό σαν να επρόκειτο για επίσκεψη σε ζωολογικό κήπο (π.χ. στο Άσυλο Beethiam του Λονδίνου).

« Ο Πλουμπίδης (1981, 1989) μας δίνει μία σαφή εικόνα της ψυχιατρικής περίθαλψης στην οθωμανική αυτοκρατορία και το ελληνικό κράτος αναφέροντας πως σε ορισμένες περιοχές της οθωμανικής αυτοκρατορίας μερικά μοναστήρια είχαν τη φήμη κέντρων εξορκισμού και θεραπείας δαιμονισμένων, τρελών, επιληπτικών και διεγερτικών αρρώστων. Μάλιστα υπήρχαν κελιά-ξενώνες όπου οι ανήσυχοι άρρωστοι παρέμεναν με αυστηρή νηστεία, αλυσοδεμένοι, δεχόμενοι εκκλησιαστικές θεραπευτικές πρακτικές, όπως εξορκισμούς, ράντισμα με αγίασμα κ.τ.λ. Τέτοιες περιοχές ήταν η Χίος (μοναστήρι Αγίας Ματρώνας), η Κεφαλονιά (μοναστήρι Αγίου Γεράσιμου) κ.τ.λ.» (Μαδιανός Μ., 1994, σελ. 173).

« Το πρώτο άσυλο στον Ελλαδικό χώρο, ιδρύθηκε στην Κέρκυρα το 1838 από βρετανική διοίκηση επί του αρμοστή E. Douglas. Το 1840

ιδρύθηκε στην Κεφαλονιά πάλι από Άγγλους ένα άσυλο σε στρατώνα κατά το πρότυπο του ασύλου της Κέρκυρας. Το 1885 λειτουργούσε στη Μαγνησία ένα μικρό άσυλο για ψυχασθενείς». (ό. π.)

Σύμφωνα με τους Πλουμπίδη (1981), Χαβιάρα (1987) και Μάτσα (1984) η πρώτη υγειονομική υπηρεσία συστήθηκε στην Ελλάδα το 1833. Επρόκειτο για Υγειονομικό τμήμα ή Αστυνομία που ανήκε στη Γραμματεία (Υπουργείο) Εσωτερικών το οποίο τμήμα μετατράπηκε το 1914 σε Διεύθυνση Υγείας και Δημόσιας Αντίληψης και 8 χρόνια αργότερα συστήθηκε Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης. Με νόμο της Φ.Μ.Β. του 1862 ο Νομάρχης, Δήμαρχος και ο Αστυνομικός Διευθυντής ήταν υπεύθυνοι για τη διοικητική διαδικασία εγκλεισμού ψυχικά ασθενών μετά από δικαστική απόφαση του Πρωτοδικείου. Ο Νομάρχης ανέφερε κάθε εισαγωγή ή απόλυση αρρώστου στον Υπουργό Υγείας μέσα σε 24 ώρες, και εκείνος μέσα σε ανάλογο χρονικό διάστημα μπορούσε να εγκρίνει ή να ακυρώσει οποιοσδήποτε αποφάσεις. (ό.π., σελ.175).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας περιελάμβανε το Δρομοκαϊτείο, το Αιγινήτειο, το ψυχιατρείο της Κέρκυρας και 8 μικρά άσυλα σε Θεσσαλονίκη, Σούδα (Κρήτης), Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλονιά ενώ από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες 5 ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο (1905) που θεωρήθηκε πρόδρομος του νοσοκομείου του H. Rouselle στη Γαλλία και όπου νοσηλεύονταν οξεία και ελαφρά περιστατικά, όλα τα ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου. Είχαν ελάχιστους γιατρούς, πάρα πολλούς φύλακες και άθλιες συνθήκες διαβίωσης.

3.1 ΤΑ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

- Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του Sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων, ενώ ήδη από το 1836 είχαν αρχίσει να καταφθάνουν οι πρώτοι 8 άρρωστοι στην περιοχή της Κέρκυρας. Ουσιαστικά κάλυπτε τις ανάγκες τότε όλης της ελληνικής επικράτειας. Οι Σιμάτη και Σουέρεφ (1989) αναφέρουν χαρακτηριστικά: «εκεί οι άρρωστοι διέμεναν σε άθλιες συνθήκες αναμειγμένοι μεταξύ τους».
- Το «Δρομοκαϊτείο» Θεραπευτήριο ιδρύθηκε το 1887 μετά από δωρεά (1880) του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαϊτη (1805-1880) με την επωνυμία «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαϊτου» και λειτούργησε ως Κοινωφελές και φιλανθρωπικό Ν.Π.Ι.Δ.. Το 1986 μετονομάστηκε σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαϊτείο», Ν.Π.Δ.Δ. Η σύγχρονη εποχή του Δρομοκαϊτείου άρχισε από το 1948, όταν καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιοριστικός δεσμός στην Ύ κλινική από τον καθηγητή Λυκέτσο, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της κλινικής και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις. Τον Ιούνιο του 2001 μάλιστα καταργήθηκε το κλειστό τμήμα «Αγία Μαρκέλλα», άνοιξαν οι σιδερένιες πόρτες και έτσι πλέον οι «επικίνδυνου» ασθενείς δε νοσηλεύονται απομονωμένοι, αλλά συνυπάρχουν στα ανοικτά τμήματα με τους υπόλοιπους ασθενείς.

- Το Αιγινήτειο Νοσοκομείο στο οποίο στεγάζεται η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, ιδρύθηκε το 1905 με πρωτοβουλία του πρώτου καθηγητή Κατσαρά, μαθητή του J. M. Charcot, χάρη στο κληροδότημα του Διονυσίου και της Ελένης Αιγινήτου (Βασιλικό διάταγμα 19/7/1905). Στέγασε από την ίδρυσή του την έδρα της νευρολογικής-ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου της Αθήνας και εξακολουθεί μέχρι και σήμερα μετά το διαχωρισμό των δύο εδρών (1963) να στεγάζει και τις δύο έδρες. Υπήρξε πρωτοπόρος στην εισαγωγή νέων ψυχιατρικών θεραπευτικών μεθόδων στην Ελλάδα. Λειτουργούν εκτός από τα ενδονοσοκομειακά τμήματα νοσηλείας και εξωνοσοκομειακές μονάδες περίθαλψης, καθώς και υπηρεσίες που καλύπτουν ανάγκες και έξω από τα γεωγραφικά όρια του Αιγινήτειου. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το έργο του Αιγινήτειου σε εκπαιδευτικό επίπεδο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς προσφέρει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης.
- Το 1925 απαλλοτριώθηκαν τα πρώτα 50 στρέμματα για την ίδρυση του πρώτου κρατικού ψυχιατρείου στην Αττική, βόρεια της περιοχής της Μονής του Δαφνίου γνωστού και ως παλαιού χώρου «θεραπείας» ψυχασθενών. Το 1937 δημοσιεύτηκε ο νόμος 965/37 «περί οργάνωσης των Δημόσιων και Υγειονομικών Ιδρυμάτων» που ενίσχυε τη νομική μορφή του Δαφνίου. Χαρακτηριστική είναι η συχνή αλλαγή της ονομασίας του ψυχιατρείου. Έτσι από Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών μετονομάστηκε σε Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών το 1955, σε Κρατικό

Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών και σχετικά πρόσφατα σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής του Ε.Σ.Υ.

- Μετά το τέλος της δεκαετίας του '40 τα τότε υπάρχοντα ψυχιατρεία βρέθηκαν υπερπλήρη από νοσηλευόμενους σε άθλιες συνθήκες. Χρειαζόταν κατά συνέπεια αποσυμφόρηση και έτσι το 1957 διατυπώθηκε η ιδέα από κρατικούς ψυχιάτρους να μετατραπούν τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο σε αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόλησή τους σε γεωργικές ασχολίες.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με τα Βασιλικά Διατάγματα 28-3-57 και 7-5-57 ΦΕΚ 76/57 και δέχτηκε τους 300 πρώτους αρρώστους στις 2-1-1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας που είχαν μεταφερθεί εκεί από το Δαφνί το 1953. Η πρώτη ονομασία του ψυχιατρείου ήταν «Αποικία ψυχοπαθών Λέρου».

Ο χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων στην επόμενη σελίδα παρουσιάζει όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα στον ελλαδικό χώρο.

Κλείνοντας και συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η ιστορική πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας ήταν παρόμοια με αυτήν της υπόλοιπης Ευρώπης με μόνη διαφορά την καθυστέρηση στη δημιουργία ασύλων.

Χρονολογικός Πίνακας Ίδρυσης Ψυχιατρικών Ίδρυμάτων

Ίδρυμα	Περιοχή	Χρόνος
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Άσυλο Κεφαλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαΐτειο	Στο Χαϊδάρι Αθηνών (12 χλμ.)	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη Σύρου	1906
Η πρώτη ιδιωτική Κλινική Βλαβιανού	Αθήνα (Πατήσια)	1904
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς, Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη της Θεσσαλονίκης	1908
Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Άσυλο Κεφαλονιάς	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο Αθηνών	1914
Άσυλο Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας	Καλλιθέα Αθηνών	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης	Πεντέλη Αττικής	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων (Νέα κτίρια)	Σούδα Χανίων	1971

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΡΟΝΙΟΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΥΛΟ

Το άσυλο, με την έννοια που είχε στην Αρχαία Ελλάδα σήμαινε τον ιερό και απαραβίαστο τόπο, το καταφύγιο και τον τόπο προστασίας. (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1993,σελ 121).

Σύμφωνα με τον Γκόφμαν, υπάρχουν δύο ορισμοί για το άσυλο: i) **ορισμός σε βάθος** και, ii) **ορισμός κατά πλάτος**.

Ο πρώτος ορισμός αναφέρει τα εξής: «Κλειστό ίδρυμα είναι ο κοινός τόπος κατοικίας και εργασίας ενός μεγάλου αριθμού ατόμων, της ίδιας καταστάσεως που ξεκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για μια σημαντική χρονική περίοδο, ζουν μαζί υπό συνθήκες περιορισμένης και με τυπικές μορφές οργανωμένης διαβίωσης». Τα βασικά στοιχεία του κλειστού ιδρύματος είναι: α) **κοινός τόπος κατοικίας και εργασίας**, β) **έλλειψη μετακίνησης**, γ) **κοινή διαβίωση ατόμων** που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση και που συμβιούν οργανωμένα υπό συνθήκες περιορισμού και ξεκομμένα απ' το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο για μια σχετικά μακρά χρονική περίοδο (Σημειώσεις από το μάθημα «Κοινωνική Εργασία σε ιδρύματα).

Ο ορισμός κατά πλάτος αναφέρει ότι υπάρχουν πέντε κατηγορίες κλειστών ιδρυμάτων:

α) **Ιδρύματα που αποσκοπούν στην περίθαλψη ατόμων που είναι ανάκανα και επικίνδυνα, π.χ. οίκοι τυφλών, γηροκομεία, ορφανοτροφεία, πτωχοκομεία**

β) Ιδρύματα για άτομα που είναι ανάκανα μεν να φροντίσουν τον εαυτό τους, όμως έστω και άθελά τους συνιστούν κίνδυνο για την κοινωνία, δηλαδή για άτομα ακουσίως επικίνδυνα για το σύνολο, π.χ. φρενοκομεία, άσυλα ανιάτων

γ) Ιδρύματα που αποσκοπούν ευθέως στην προστασία της κοινωνίας από πρόσωπα που θεωρούνται εκούσιοι πρόξενοι κινδύνου, δηλαδή άτομα με αντικοινωνική συμπεριφορά. Σ' αυτά τα ιδρύματα δεν ενδιαφέρει τόσο η περίθαλψη των ατόμων αυτών, όσο το να καταστούν ακίνδυνα, π.χ. φυλακές, αναμορφωτήρια, στρατόπεδα αιχμαλώτων, στρατόπεδα συγκεντρώσεως

δ) Μορφές συλλογικής συμβίωσης. Πρόκειται για ιδρύματα που σκοπός τους είναι η καλύτερη εκτέλεση ενός έργου, π.χ. στρατώνας, το πλοίο με τους ναυτικούς του

ε) Ιδρύματα που εξυπηρετούν αυτούς που αποτραβιούνται από τα εγκόσμια, αν και αυτά τα ιδρύματα χρησιμεύουν και ως κέντρα θρησκευτικής εκπαίδευσης, π.χ. μοναστήρια

Στο χώρο της ψυχικής υγείας σημαίνει το χώρο εγκλεισμού και θεραπείας ασθενών, μακριά από το κοινωνικό σύνολο. Εκεί ο ασθενής «προστατεύεται», αφού η ψυχική του κατάσταση τον καθιστά ανάκανο να φροντίσει τον εαυτό του (Λιάκος Α., 1995, σελ.391).

Η εισαγωγή και η μακρά παραμονή του ασθενή στο ψυχιατρείο συντελεί στην αποδιοργάνωσή του. Η εγκατάλειψη από την οικογένεια του και η απόρριψη από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, οδηγούν στον ακρωτηριασμό των κοινωνικών σχέσεων του απομονωμένου πλέον ασθενή (Τυχόπουλος – Καπράλος – Διαμαντόπουλος, 1995, σελ. 82).

Επιπλέον ο ασθενής εγκαταλείπει τις κοινωνικές του δραστηριότητες, αφού είναι αποκομμένος από το κοινωνικό σύνολο. Αυτό συγχεόταν με την φύση της νόσου, ώσπου ο R. Barton (Μ. Βρετανία) διαχώρισε τις επιπτώσεις της μακράς παραμονής στο

ψυχιατρείο από τα συμπτώματα της νόσου και τις ονόμασε «ιδρυματική νεύρωση» ή «ιδρυματισμός» (Λιάκος Α., 1995, σελ. 392).

Ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Έρβιν Γκόφμαν (1968) κατέγραψε τη διαδρομή του ατόμου που νοσεί ψυχικά. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι πριν το άτομο έχει σχέσεις με άλλα άτομα και έχει δικαιώματα. Αφού ξεκινήσει η διαβίωση στο συγκεκριμένο χώρο αυτόματα το άτομο τα έχει χάσει όλα. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι τα κύρια συναισθήματα που βιώνει ο ψυχικά ασθενής στην πορεία αυτή είναι εγκατάλειψη, προδοσία και πικρία (Rolland J., 1986, σελ. 30).

Το παράδοξο και αντιφατικό στη λειτουργία των ασύλων είναι ότι ενώ είναι γνωστή η δυσκολία του ψυχικά ασθενή να ανταποκριθεί στους βασικούς ρόλους (ως γονέας, ως εργαζόμενος, ως μέλος της κοινότητας), αντί να γίνει προσπάθεια να αποκατασταθεί η δυσλειτουργία αυτή, η χρόνια «απομόνωση» του, εντείνει ακόμη περισσότερο το πρόβλημά του (Τζούλης Α., Φραγκούλη, Παπαγιάννης, 1993, σελ. 7).

Η αποφυγή της μακράς παραμονής στο ψυχιατρείο ενισχύει την επικοινωνία γιατρού – ασθενή – οικογένεια. Ο άρρωστος όταν ζει μέσα στην κοινότητα και συμμετέχει στα κοινά, κοινωνικοποιείται και δραστηριοποιείται ταχύτατα. Εκεί που πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα είναι στην επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο και στην ανάκτηση των (κοινωνικών) ρόλων που επιτελούσε πριν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ – ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Όπως είναι γνωστό, η ώθηση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα δόθηκε με τον κανονισμό 815/84 της ΕΟΚ. Η κατάσταση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στον ελλαδικό χώρο θεωρήθηκε ότι ήταν σε τέτοιο σημείο, ώστε δικαιολογούσε την εγκαθίδρυση ενός ειδικού κανονισμού για να προχωρήσει ο εκσυγχρονισμός των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

«Ο κοινοτικός κανονισμός 815/84, ως πρωτοβουλία της ευρωπαϊκής επιτροπής σε συνεργασία με την ελληνική κυβέρνηση ξεκίνησε από το ελληνικό μνημόνιο της 19^{ης} Μαρτίου του 1982. Με αυτό η Ελλάδα ζητούσε από την ΕΟΚ μία ειδική μεταχείριση προκειμένου να ενισχυθεί η φτωχότερη, τότε, χώρα κράτος – μέλος της κοινότητας, ώστε να φτάσει στο ίδιο επίπεδο, στο μέτρο του δυνατού, με τους άλλους εταίρους της. Η απάντηση της επιτροπής ήταν σύνθεση: μεταξύ άλλων, πρότεινε ήδη από το 1983, αναγνωρίζοντας τις ελληνικές ιδιομορφίες κι έναν ειδικό κανονισμό, μία ειδική ενίσχυση στον κοινωνικό τομέα, ώστε να έχει προοδευτικά η Ελλάδα τη δυνατότητα να συμμετάσχει στις κοινοτικές πολιτικές που είχαν σχέση με κοινωνικά θέματα στον ίδιο βαθμό με τα υπόλοιπα κράτη – μέλη (Σημειώσεις στο μάθημα Κ.Ψ.Υ., ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ, αδημοσίευτο, 1998, σελ. 30).

Στην πρόταση που υπέβαλλε η επιτροπή στις 19 Ιουλίου του 1983 προς το Συμβούλιο Υπουργών και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, τονιζόταν η πλήρης ανεπάρκεια του ελληνικού συστήματος Ιατρικής κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και των διανοητικά αναπήρων. Επιπλέον αναφερόταν ως βασικός στόχος η ανάγκη ενίσχυσης των προσπαθειών της ελληνικής πολιτείας για την ανάπτυξη ενός νέου συστήματος Ψυχιατρικής περίθαλψης που θα στηριζόταν – σύμφωνα με τα λόγια της πρότασης της Επιτροπής προς το Συμβούλιο των Υπουργών και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο – «σ' ένα αποκεντρωμένο δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας εκτός των ψυχιατρικών νοσοκομείων». Τελικά, ύστερα από πολλές προσπάθειες, το Συμβούλιο των Υπουργών στις 25 Μαρτίου 1984 ενέκρινε τον κανονισμό που έγινε γνωστός ως κανονισμός 815/84 (οπ. π., σελ. 31).

Ο προαναφερόμενος κανονισμός προέβλεπε μεταξύ άλλων χρηματοδοτική ενίσχυση ενός προγράμματος αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και νοητικά αναπήρων ατόμων με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Ακόμη προέβλεπε δαπάνες για την κατασκευή και τον εξοπλισμό νέων κέντρων, επομένως για τη δημιουργία νέων μονάδων. Έδινε επίσης τη δυνατότητα έγκρισης πειραματικών προγραμμάτων που είχαν στόχο να δείξουν τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για την επιτυχία της μεταρρύθμισης (γεγονός που έδωσε πολλές ευκαιρίες για κοινοτική παρέμβαση). Συν τις άλλους, ο κανονισμός περιελάμβανε και δυνατότητες χρηματοδότησης και πειράματα πρακτικής εξάσκησης του ιατρικού, παραϊατρικού και προσωπικού που θα στελέχωνε τις νέες δομές.

Το συνολικό κόστος του κανονισμού ήταν 120 δις δρχ., εκ των οποίων τα μισά ήταν για ένα για ένα πρόγραμμα ανάπτυξης υποδομής επαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα, δεν είχε σχέση με την

ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Τα υπόλοιπα 60 δις δρχ. διατέθηκαν για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση (οπ. π.).

Όλο το ψυχιατρικό πρόγραμμα ήταν ιδιαίτερα δύσκολο και ιδιαίτερα χρονοβόρο. Έτσι, ενώ αρχικά η διάρκεια του κανονισμού ήταν πενταετής από το 1984-1988, η επιτροπή κατάφερε να κερδίσει παράταση τριών χρόνων με στόχο την επίτευξη των ακόλουθων μέτρων που αναφέρονταν: α) στη διαχείριση του νέου πλέον προγράμματος, β) στην τομεοποίηση των νέων μονάδων, γ) στη στελέχωση αυτών, δ) στην εκπαίδευση του προσωπικού, ε) στην κατάσταση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και στ) στην κοινωνική επανένταξη και την επαγγελματική αποκατάσταση που ήταν και ο βασικός στόχος του κανονισμού. Η έγκριση δόθηκε για την τριετία 1988-1991 και ο νέος κανονισμός ήταν ο 4130.

Χρειάστηκαν πάρα πολλά χρόνια και ο κανονισμός 815/85 για να προωθήσει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ο κανονισμός δεν επέβαλλε μία ιδιαίτερη φιλοσοφία, αλλά είχε σαν διακηρυγμένους στόχους να χρηματοδοτήσει ενέργειες που θα οδηγούσαν πέρα από την ασυλιακή πραγματικότητα (Κ.Ψ.Υ., Ψ.Τ., Γ.Ν., Μονάδες επανένταξης, δομές στεγαστικής αποκατάστασης, επαγγελματικής εκπαίδευσης καθώς και εκπαιδευτικά προγράμματα).

Μία από τις μεγαλύτερες προσδοκίες της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης σε όλον τον κόσμο είναι η αποϊδρυματοποίηση. Ήδη από τα μέσα του εικοστού αιώνα στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ είχε αρχίσει να μειώνεται ο αριθμός των ψυχιατρείων. Μετά το 1950 η πολιτική της αποϊδρυματοποίησης ακολουθήθηκε σε μία σειρά από χώρες, για διάφορους αλληλοσυμπλεκόμενους λόγους, οικονομικούς, κοινωνικούς, επιστημονικούς – θεραπευτικούς κλπ. Ανάμεσα σε αυτούς συγκαταλέγεται: i) η διευρυνόμενη μεταπολεμικά αγορά εργασίας στις μητροπολιτικές καπιταλιστικές χώρες, ii) δημοσιονομικές θεωρήσεις και

πρακτικές που αποσκοπούσαν στην μείωση των δημόσιων δαπανών ή στην αναδιάρθρωσή τους, iii) κοινωνικές κριτικές και θεωρήσεις σχετικά με τον ρόλο των ψυχιατρικών ασύλων σαν «ολικών ιδρυμάτων» - όπου η ζωή είναι οργανωμένη παρόμοια όπως στις φυλακές, iv) οι κοινωνιολογικές αντιλήψεις για το στίγμα και την παρέκκλιση, v) οι θεωρίες της ετικέτας και της εσωτερικευμένης ταυτότητας του παρεκκλίνοντα. Ακόμη παρατηρήσεις ψυχιάτρων για την ανάπτυξη του ιδρυματικού συνδρόμου και της χρονιότητας. Επίσης, η ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικών και κοινωνικοθεραπευτικών προσεγγίσεων (θεραπευτική χρονιότητα κλπ.) και η εξάπλωση των ψυχοφαρμάκων. Η ανάπτυξη τέλος, κοινωνικών και πολιτικών κινημάτων για θεσμικές αλλαγές και για τα δικαιώματα των αποκλεισμένων μειονοτήτων (Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 44, 1993, σελ. 46).

Όλοι αυτοί οι προαναφερθέντες λόγοι συντέλεσαν σε πολιτικές που σε κάθε χώρα ακολούθησαν διαφορετικούς δρόμους αλλά το αποτέλεσμα τους ήταν κοινό, να μειωθεί ο χρόνος νοσηλείας, να αρχίσει η μαζική έξοδος χρόνιων νοσηλευόμενων και η ανάπτυξη των κοινοτικών παρεμβάσεων.

Η προσπάθεια αποϊδρυματοποίησης σε πολλές περιπτώσεις έγινε κακόφημη πρακτική γιατί ισοδυναμούσε με τη θεραπευτική και κοινωνική εγκατάλειψη των επανεντασσόμενων, που η λύτρωσή τους από το εγκλεισμό είχε σαν συνέπεια τις ανυπόφορες συνθήκες του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας. Φυσικά υπήρχαν και περιπτώσεις όπου η αποϊδρυματοποίηση λειτούργησε σαν εναλλακτική λύση στο ψυχιατρείο, που αντικαταστάθηκε από μία ανώτερη ποιότητα υπηρεσιών και ζωής του χρηστή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και από ουσιαστική, υλική οικοδόμηση του κοινωνικού και βιοτικού πλαισίου στήριξης (οπ. π.).

ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η αποασυλοποίηση και αποκατάσταση θα μπορούσε να νοηθεί σαν μία πολυδύναμη δυναμική διαδικασία των παραγόντων: άρρωστος, οικογένειες, Ψυχιατρική Ομάδα, προσωπικό Δημόσιων ψυχιατρείων, κοινότητα, κράτος, και το λέω αυτό γιατί από τη δυναμική διαπλοκή των παραγόντων και εφόσον διαθέτουμε συγκεκριμένο θεωρητικό εργαλείο (στην περίπτωση την ψυχοδυναμική – ψυχαναλυτική αντίληψη της νόσου), μπορούμε να φτάσουμε στον στόχο: αποασυλοποίηση – αποκατάσταση.

ΔΙΑΨΕΥΣΕΙΣ – ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

A. Άρρωστος από τη βαθιά ψυχοπαθολογία που κυρίως:

α. σημαίνει βραδύτητα, κόπωση, ενοχοποίηση, επιθετικότητα

β. από τις υποτροπές παρά τη συστηματική και οργανωμένη φροντίδα που παρέχεται

B. Οικογένειες: αρνούνται στην Ψυχιατρική Ομάδα τη βοήθεια που τους παρέχει

Γ. Ψυχιατρική ομάδα:

α. αίσθηση παντοδυναμίας

β. φόβος προχωρήματος που θα σήμαινε αποχωρισμό, ασυνείδητη καθυστέρηση της προόδου των αρρώστων (κυκλοφορούσε η φράση: «δεν θα το αντέξει αυτό το βήμα»)

Δ. Από την κοινότητα

α. πως περιχαρακώθηκε μακριά από το οικοτροφείο σε μία πρώτη φάση λειτουργίας του οικοτροφείου

β. που έκανε πίσω όταν επρόκειτο να πάρει σαν εργαζόμενο τους πρώτους αρρώστους

γ. που παρά τη διαρκή και πολυδύναμη εργασία της Ψυχιατρική Ομάδα, είχε εγκαταστήσει και σαδιστικούς τρόπου στη συνδιαλλαγή με τους αρρώστους και την Ψυχιατρική Ομάδα

Ε. Από το προσωπικό των Δημ. Ψυχιατρείων που περισσότερο ασυνείδητα παρά συνειδητά, εμπόδισε τα πρώτα δύσκολα βήματα της αποασυλοποίησης. Η Λέρος, βέβαια, ήταν κάτι το διαφορετικό.

Αντίσταση, δυσκαμψία, γραφειοκρατία, π.χ. έπρεπε να πεισθεί ο υπεύθυνος ότι ο χρόνιος ψυχωσικός εάν χάσει 5-10 μέρες από την επαγγελματική του εκπαίδευση (λόγω υποτροπής) δεν θα πρέπει να φύγει από το πρόγραμμα.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

Αρρώστοι: μιλάνε, ντύνονται, ζητάνε, διασκεδάζουν, αφού τους πιστώσαμε μήνες, έτη

Οικογένειες: εμπιστεύονται την Ψυχιατρική Ομάδα, αποενοχοποιούνται και νοιάζονται για τους αρρώστους ή τουλάχιστον να δεχθούν οι ίδιοι τη θεραπευτική τους βοήθεια.

Ψυχιατρική Ομάδα: αίσθημα σταθερότητα και αυτονομίας της ομάδας

ικανοποίηση από τη βελτίωση των αρρώστων

ικανοποίηση από τη σταθερότητα, συνέχεια και συνέπεια της ψυχιατρικής βοήθειας που προσφέρει στους ασθενείς

μείωση της ενοχής, του άγχους και της επιθετικότητας της ομάδας

Κοινότητα: όταν έκανε τα πρώτα βήματα προσέγγισης του οικοτροφείου

διαμορφωνόταν μία ομάδα σύμμαχος του οικοτροφείου

όταν η Ψυχιατρική Ομάδα συνειδητοποίησε ότι η κοινότητα χρειάζεται πίστωση χρόνου για να συνεργαστεί

από τα μέλη που συνεργάζονται σαν επαγγελματίες εκπαιδευτές

Προσωπικό Δημόσιων Ψυχιατρείων: από τον τρόπο που παρακολουθούσαν την παρέμβαση της Ψυχιατρική Ομάδα.

Από το σεβασμό με τον οποίο αντιμετώπιζε την Ψ.Ο., παρά τα εμπόδια τελικά

Αυτά αλλάζουν στις επόμενες φάσεις, αλλά παραμένει το ερώτημα πάντα **τι γίνεται μετά.** Και αυτό το ερώτημα είναι το μεγαλύτερο δίδαγμα των πρώτων εμπειριών που πρέπει να ληφθεί υπόψιν από όλες τις νέες ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Στο πρόγραμμα αποασυλοποίησης που εφαρμόζεται μέσα στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ο ψυχικά άρρωστος δεν αντιμετωπίζεται απλά σαν ένα σώμα που πάσχει και δεν δίνεται βάρος μόνο στο σύμπτωμα που πρέπει να εξαλειφθεί και στην συγκεκριμένη αρρώστια που πρέπει να αντιμετωπιστεί, αλλά στον ίδιο τον άνθρωπο που έχει δικαίωμα να είναι στο φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον του, στην εργασία του, στην οικογένειά του. Κατ' αυτόν τον τρόπο εμποδίζεται η εισαγωγή ανθρώπων στα ιδρύματα με τις γνωστές

συνέπειες, περνώντας το μήνυμα στο κάθε υπεύθυνο πολίτη, ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχική ασθένεια όταν νοιώσουν ασφαλείς και προστατευμένοι, όταν νοιώσουν ότι δεν απειλούνται, τότε μπορούν να ζήσουν και να λειτουργήσουν ανάμεσα στους υπόλοιπους ανθρώπους (Τανταλάκη, 1987).

Στην παραπάνω άποψη καθώς και στην προσπάθεια αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου μακριά από ασυλικές δομές, οφείλεται και η δημιουργία και ανάπτυξη των ενδιάμεσων δομών.

Σύμφωνα με τους Farris, Dunham 1939, με τον όρο ενδιάμεσες δομές μπορούμε να καθορίσουμε «κάθε δημιουργία ενός κοινοτικού χώρου σε μικρή κλίμακα, ενσωματωμένους στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό στην κοινωνική ζωή που μπορεί να χρησιμεύσει σαν ενδιάμεσος σε όλες τις καταστάσεις αποκοπής από αυτήν, δηλαδή σαν διέξοδος σε παραμονή σε ένα ίδρυμα, σε πρώιμο οικογενειακό «ξερίζωμα», σε κοινωνική ή ψυχιατρική αναπηρία ή σε οποιαδήποτε κατάσταση της κρίσης» (Σακελλαρόπουλος Π. – Lebonici S., 1984, σελ. 173-174).

Οι κυριότερες ενδιάμεσες δομές:

- **Το Νοσοκομείο Ημέρας:** είναι ο χώρος όπου απασχολούνται ως το μεσημέρι οι ψυχικά ασθενείς. Προσέρχονται πρωινές ώρες και ακόμα λαμβάνουν μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες.
- **Το Νοσοκομείο Νύχτας:** παρέχει διαμονή και ψυχιατρική υποστήριξη σε σχετικά αυτόνομους αρρώστους, οι οποίοι είτε είναι επαγγελματικά αποκατεστημένοι ή βρίσκονται σε διαδικασία εύρεσης κάποιας εργασίας.
- **Τα Προστατευμένα Διαμερίσματα:** χώρος στον οποίο φιλοξενούνται δύο έως τέσσερα άτομα τα οποία αυτοεξυπηρετούνται. Εκεί δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην εκμάθηση ή επανεμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες στην καθημερινή ζωή.

- **Οι Ξενώνες:** ο αριθμός των αρρώστων που φιλοξενούνται δεν ξεπερνά τα δεκαπέντε – είκοσι άτομα. Κάθε ασθενής αναλαμβάνει να κάνει κάποιες δουλειές. Στο συγκεκριμένο χώρο υπάρχει και νοσηλευτικό προσωπικό.
- **Τα Προστατευμένα Εργαστήρια:** προτείνονται για τα άτομα που, ενώ ειδικεύονται σε κάποια τέχνη ή εργασία, έχουν μειωμένη ικανότητα που τους δυσκολεύει να προσαρμοστούν σε κανονικές συνθήκες εργασίας. Εκεί οι ψυχικά άρρωστοι εργάζονται υπό την καθοδήγηση προσωπικού επαγγελματικού που βρίσκεται εκεί για να δείχνει τη δουλειά στους ασθενείς, να τους στηρίζει και να τους παρέχει συμβουλές. Τα εργαστήρια αυτά έχουν παραγωγικό χαρακτήρα.

Βλέπουμε λοιπόν πως η ψυχιατρική αρχίζει να στρέφεται με αυξανόμενο ρυθμό προς την ανοικτή (εξωνοσοκομειακή) περίθαλψη, δηλαδή την παροχή ενός συνόλου υπηρεσιών εκτός ψυχιατρείων: Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, κινητές μονάδες υπαίθρου, οικοτροφεία, ξενώνες αποθεραπευθέντων μετά την έξοδό τους από το ψυχιατρείο. Στο ίδιο πνεύμα της μεταρρύθμισης και οι ψυχιατρικές μονάδες στα Γενικά νοσοκομεία θεωρούνται «εκτός τειχών» και Ψυχιατρείου (Σακελλαρόπουλος Π., 1987).

Όλη η προσπάθεια αναμόρφωσης του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης έχει τις ακόλουθες επιδιώξεις – στόχους που βρίσκονται σε εξέλιξη ως σήμερα:

α) **Συρρίκνωση των ασύλων:** η ανάπτυξη δομών που ήδη αναφέρθηκαν θα επιτρέψει την αντιμετώπιση όλων σχεδόν των περιστατικών που κατέληξαν σε ιδρύματα

β) **Αποκέντρωση της ψυχιατρικής περίθαλψης,** που σημαίνει παροχή επαρκών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών κοντά στο χώρο εργασίας και διαβίωσης

γ) **Ολοκληρωμένη ψυχιατρική περίθαλψη**, δηλαδή ένα λειτουργικό πλέγμα παροχής υπηρεσιών που θα καθιστά την ψυχιατρική κάλυψη συνεχή με βάση τις ανάγκες

δ) «**Κοινωνικοποίηση**» των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με τη δημιουργία εκπαιδευτικών θεσμών και παροχή εκπαιδευτικών δυνατοτήτων που επιτρέπουν στα άτομα αυτά να ανταποκριθούν στις ανάγκες ενός συστήματος ψυχιατρικής με διαφορετική λογική, αντιλήψεις και ποιότητα και,

ε) «**Κοινωνικοποίηση**» της ψυχιατρικής, δηλαδή προτεραιότητα στην πρόληψη, την ανοικτή περίθαλψη με την παρέμβαση στην κοινότητα με τις κοινωνικές ομάδες (Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 54, 1996, σελ. 19).

Βλέπουμε, λοιπόν, πόσο καθοριστική είναι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ο αποϊδρυματισμός για όλο το σύστημα της ψυχιατρικής περίθαλψης. Το βασικότερο είναι ότι όλη η προσπάθεια που γίνεται πρέπει να γίνει παράλληλα με την ανάπτυξη της κοινωνικής ευαισθησίας για τον ψυχικά ασθενή προκειμένου να τελεσφορήσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

6.1 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Το «στίγμα» από την αρχαιότητα και το Βυζάντιο μέχρι σήμερα χρησιμοποιείται για να τονίσει την ιδιαιτερότητα κάποιου ατόμου. Το άτομο αυτό διαφέρει από τα άλλα μέλη της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει. Έτσι, η έννοια αυτή συνδεόταν πάντα με τον κοινωνικό στιγματισμό ως διαπόμπευση και ως ποινή. (Μαργριπλής Δ., 2000 στο Κοινωνική Εργασία, τ. 59, σελ. 197).

Ο «στιγματίας», λέξη της αρχαίας ελληνικής γραμματείας, αναφερόταν στο πρόσωπο που έφερε στίγματα ή σημεία που είχαν προκληθεί δια καυτηριασμού. Έτσι, το στίγμα ως ουσιαστικό, υποδήλωνε τόσο δερματικές κηλίδες ή σωματικές δυσπλασίες, όσο και μεταφορικά, το κοινωνικά επονείδιστο ελάττωμα ή την εν γένει παραβατική συμπεριφορά του φέροντος». (Εγκυκλοπαίδεια Ελευθερουδάκη, τ. 11^{ος}, σελ. 786).

Ο Goffman (1963) υποστηρίζει ότι ο τρόπος με τον οποίο αντιδρούμε απέναντι στα άτομα που φέρουν μία ιδιαιτερότητα μη επιθυμητή συνιστά τον κοινωνικό στιγματισμό τους και είναι τόσο έντονος ώστε να μην τους θεωρούμε ακριβώς ανθρώπους. (Μαργριπλής Δ., 2000 στο Κοινωνική Εργασία, τ. 59, σελ. 197).

Ο ίδιος παρουσιάζει μία κατηγοριοποίηση των συνθηκών του κοινωνικού στιγματισμού:

1. Κηλίδωση του σώματος. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι παραμορφώσεις του σώματος, π.χ. παραπληγία.
2. Κηλίδωση του χαρακτήρα ή της συμπεριφοράς, όπως τα ψυχικά νοσήματα, ο αλκοολισμός κ.λ.π.
3. Φυλετικό στίγμα. Αναφέρεται σ' αυτούς που ανήκουν σε μία φυλετική ή εθνική κοινωνική ομάδα.

Σε κάποιες περιπτώσεις το στίγμα μπορεί να εντάσσεται και στις τρεις ομάδες που προαναφέρθηκαν.

«Το κοινωνικό στίγμα διαφοροποιείται σε δύο συγκεκριμένους τύπους: ή είναι άμεσα ορατό και αντιληπτό από τους άλλους (οπότε και το άτομο χάνει άμεσα την κοινωνική του αξία) ή δεν είναι άμεσα ορατό και αντιληπτό (αλλά το άτομο έχει δυνητικά την πιθανότητα να χάσει την κοινωνική του αξία αμέσως μόλις το χαρακτηριστικό του γίνει αντιληπτό). Ένα άτομο με κάποια σωματική δυσμορφία είναι άμεσα αντιληπτό σαν μέλος μιας ομάδας «με ειδικές ανάγκες», ενώ ένας «πρώην κατάδικος» ή «ένας πρώην ναρκομανής ή τρόφιμος ψυχιατρείου» δεν γίνεται άμεσα αντιληπτός». (Χαμπεσής Θ., 1996, στα: αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., τόμος 3, τεύχος 1, σελ.).

Όταν τα «στιγματισμένα» άτομα επικοινωνούν με αυτά που θεωρούνται «φυσιολογικά» επηρεάζεται η συμπεριφορά των πρώτων. Η συμπεριφορά αυτή σταθεροποιείται και τα αποκλίνοντα άτομα αποκτούν συγκεκριμένο κοινωνικό ρόλο με ανάλογες ψυχοσυναισθηματικές προεκτάσεις. Έτσι, τα άτομα με σωματική δυσμορφία συνήθως καταβάλουν προσπάθειες να μειώσουν την αμηχανία που νιώθουν τα «φυσιολογικά» άτομα απέναντί τους. Τα άτομα με προβλήματα χαρακτήρα ή συμπεριφοράς όμως προσπαθούν

να κρατήσουν κρυφό το χαρακτηριστικό που τους διαφοροποιεί από την ευρύτερη κοινωνική ομάδα. (ο. π.)

Σύμφωνα με τη θεωρία του «χαρακτηρισμού ή της ετικέτας» μια ομάδα έχει την κοινωνική δύναμη να χαρακτηρίσει τη συμπεριφορά κάποιων ατόμων ή μιας ομάδας σαν «αποκλίνουσα» και να κάνει το χαρακτηρισμό αυτό αποδεκτό. (ο. π.)

Ο Χάουαρντ Μπέκερ (1963) υποστήριξε ότι μία ομάδα είναι σε θέση να «εξοστρακίσει» κάποια άλλα άτομα ή μια άλλη ομάδα απλά αποδίδοντάς τους ένα χαρακτηρισμό. Κι αυτό συμβαίνει όταν οι δεύτεροι χαρακτηρισθούν «αποκλίνοντα» άτομα, όταν δηλαδή η συμπεριφορά τους διαφέρει από εκείνη των πρώτων που άτυπα θεωρείται παραδεκτή. Είναι βέβαιο ότι ο κοινωνικός στιγματισμός αποβαίνει σε βάρος όχι μόνο των ατόμων που φέρουν το χαρακτηρισμό αλλά και εκείνων που έχουν την κοινωνική δύναμη να τον αποδίδουν, καθώς έτσι αποστερούν το κοινωνικό σύνολο από δυνάμεις και ανθρώπινες ικανότητες. (ο. π.)

6.2 ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όπως φαίνεται ήδη από το κεφάλαιο 6.1, το στίγμα, η προκατάληψη (και το στερεότυπο) υφίστανται για να διαφοροποιούν τη φυσιολογική από την αποκλίνουσα συμπεριφορά.

«Η έννοια της προκατάληψης είναι συνώνυμη με την έννοια του προδικασμένου και ξεκίνησε από τη δικονομική συνήθεια του Ρωμαϊκού Δικαίου και των Δικαστών της Ρώμης που σε συγκεκριμένες περιπτώσεις έλεγχαν τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των αντιδίκων πριν

ξεκινήσει η δίκη με αποτέλεσμα οι δίκες να μην εξελίσσονται με βάση τα χαρακτηριστικά και δεδομένα της αντιδικίας αλλά με βάση τα χαρακτηριστικά των αντιδίκων». (Χαμπεσής Θ., 1996, στα αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., σελ.).

Ο Γκόρντον Άλπορτ (1954) θεωρεί την προκατάληψη ως απόπειρα γενίκευσης μη στηριζόμενη σε επαρκή στοιχεία. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι η προκατάληψη μπορεί να είναι και «θετική» και «αρνητική» (Ιωαννίδου- Τζόνσον Α., 1998, σελ. 13).

Ο Όλιβερ Κοξ (1948), ορίζει την προκατάληψη «σαν τη στάση που προωθείται στο κοινωνικό σύνολο από μία ομάδα εκμετάλλευσης και στοχεύει στο στιγματισμό κάποιας άλλης ομάδας σαν κατώτερης έτσι ώστε να γίνει πιο εύκολη η εκμετάλλευσή της». (Χαμπεσής Θ. ,1996, στα αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., σελ.).

Σε ό,τι αφορά την ψυχική ασθένεια, η ελλιπής ενημέρωση για την αιτιολογία και συμπτωματολογία της νόσου, το απροσδόκητο και ανεξήγητο της συμπεριφοράς του ασθενή καθώς και η αλλοίωση των λειτουργιών του, έχουν προκαλέσει κατά το παρελθόν τη σύνδεσή της με μαγικές επιδράσεις. (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 394).

Αυτή η εικόνα του ψυχικά ασθενή έχει αντίκτυπο τόσο στη ζωή της οικογένειας που έχει ένα άρρωστο μέλος, όσο και στην κοινωνία.

6.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗΣ

Η οικογένεια διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στη ζωή ενός ψυχικά αρρώστου ατόμου. Ο ψυχικά ασθενής έχει την ανάγκη να νιώθει ότι υπάρχουν άτομα δίπλα του, που θα του δείξουν αγάπη, θα τον στηρίξουν στο πρόβλημα του και θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει

οποιοσδήποτε δυσκολίες συναντήσει. Η αποδοχή του αρρώστου από το οικογενειακό του περιβάλλον είναι βασικός παράγοντας για τη θετική εξέλιξη της πορείας της ψυχικής του υγείας.

Η αποδοχή ωστόσο του γεγονότος ότι κάποιος συγγενής πάσχει από ψυχική ασθένεια, δεν είναι εύκολη υπόθεση για τις περισσότερες οικογένειες, απαιτεί χρόνο. Κυρίως όταν δεν υπάρχει εμπειρία κάποιας ψυχικής νόσου, τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του ενοχλούνται και τρομάζουν. Είναι πολύ δύσκολο για αυτούς να μιλήσουν για την ασθένεια, εξαιτίας της δικής τους συναισθηματικής κατάστασης αλλά και λόγω του φόβου που τους διακατέχει για το ποιες θα είναι οι αντιδράσεις του ευρύτερου περιβάλλοντος του (φίλοι, γείτονες, συνάδελφοι κλπ). Πολλές φορές οι ίδιοι οι συγγενείς είναι θύματα των δικών τους προκαταλήψεων. Εξάλλου η ψυχική ασθένεια στην ιστορική της πορεία, προκαλούσε ανέκαθεν ένα είδος ντροπής. Από την άλλη, είναι πολύ δύσκολο να αποβληθούν παλαιές αντιλήψεις για αυτό και η οικογένεια φοβάται να παραδεχτεί τόσο στους άλλους γύρω της όσο και στα ίδια της τα μέλη ότι έχει πληγεί από σοβαρή ψυχική νόσο (ΠΟΥ, Ιούνιος 2001, σελ. 33)

Χαρακτηριστική είναι η μαρτυρία μιας μητέρας (Ινγκε) η οποία λέει: *«Δεν μπορούσα να πιστέψω ότι είχε συμβεί κάτι τέτοιο σε εμένα. Η ψυχική ασθένεια ήταν η μοίρα των φτωχών, των αδικημένων, όχι η δικιά μου. Τότε πήγα στη συνάντηση μιας ομάδας υποστήριξης και εντυπωσιάστηκα. Υπήρχαν οικογένειες από όλα τα κοινωνικά στρώματα, πολλές από αυτές ήταν σε κατάσταση ανάλογη με τη δική μου»* Τα λόγια αυτά δείχνουν πόσο πολύ αδυνατεί να πιστέψει ότι στους κόλπους της υπάρχει ψυχική ασθένεια (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ΠΟΥ, Γενεύη, Ιούνιος 2001).

Όταν οι συγγενείς αρχίζουν να συνειδητοποιούν σιγά – σιγά την πραγματικότητα, τότε έρχονται και οι ευθύνες , γιατί πρέπει να

εκφράσουν και να υπερασπιστούν τα δικαιώματα των άρρωστων μελών τους. Πέρα από το συναισθηματικό βάρος που κουβαλούν, σηκώνουν αποκλειστικά και το βάρος της φροντίδας και υποστήριξης του ψυχικά αρρώστου. Όλες αυτές οι ευθύνες γεννούν υπερβολικό άγχος, το οποίο έχει αρχίσει να εκδηλώνεται από νωρίς, όταν παρατηρούν ότι αλλοιώνεται σταδιακά η συμπεριφορά του ασθενή. Παράλληλα αρχίζουν να καλλιεργούνται ποικίλα συναισθήματα, ενοχής, δυσαρέσκειας, φόβου, οργής, πικρίας, και θλίψης. Το σημαντικό είναι να μάθουν να αντιμετωπίζουν και να ελέγχουν τα συναισθήματα τους αυτά.

Όλη αυτή η κατάσταση που περιγράφηκε παραπάνω, είναι ιδιαίτερα στρεσογόνα και πιεστική. Σε αυτή τη φάση, οι γονείς, τα αδέρφια των ψυχικά αρρώστων έχουν την ανάγκη να νοιώσουν ότι δεν είναι οι μόνοι που ζουν κάτω από τέτοιες συνθήκες, ότι δεν είναι αβοήθητοι. Για ακριβώς αυτό το λόγο έχουν δημιουργηθεί ομάδες αυτοβοήθειας και από οικογένειες για οικογένειες που χρειάζονται στήριξη, αλλά και από ευαίσθητους επαγγελματίες οι οποίοι αναγνωρίζουν την ανάγκη αυτή.

Κύριο έργο των ομάδων αυτοβοήθειας από οικογένειες σε οικογένειες είναι η προσφορά ανακούφισης και ελπίδας στο συγγενή, διαμέσου της συνειδητοποίησης ότι «δεν είμαστε μόνοι». Μέσα στις ομάδες αυτές οι συγγενείς όχι μόνο ανακουφίζονται αλλά έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν συναισθήματα, άγχη, αγωνίες και εμπειρίες και να συμφιλιωθούν με την αρρώστια έτσι ώστε να παλέψουν τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος (ΣΟΨΥ, Internet, Δεκέμβριος 2000).

Οι ομάδες που οργανώνονται από επαγγελματίες θεραπευτές έχουν ως κύριο στόχο την δόμηση μιας σχέσης με τα μέλη της οικογένειας που έχουν κάποιο συγγενή που πάσχει από ψυχική ασθένεια. Το αποτέλεσμα της σχέσης αυτής είναι ότι τα μέλη της οικογένειας βοηθιούνται να:

- προσδιορίσουν τρόπους που προάγουν τη συμμόρφωση των ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή.
- αναγνωρίζουν τα πρώιμα σημάδια υποτροπής.
- εξασφαλίσουν τη γρήγορη επίλυση μιας κρίσης.
- μειώσουν τις κοινωνικές και προσωπικές μειονεξίες.
- μετριάσουν τις επιδράσεις της ασθένειας στο οικογενειακό περιβάλλον.
- Βελτιώσουν την επαγγελματική λειτουργικότητα του ασθενή.
- Συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ομάδων αυτοβοήθειας, που στόχος τους είναι η αμοιβαία υποστήριξη και η ανάπτυξη ενός δικτύου ανάμεσα σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα (ΠΟΥ, Ιούνιος 2001).

Δυστυχώς όμως υπάρχουν και εκείνες οι οικογένειες που δεν επιθυμούν να μπουν στη διαδικασία να αναλάβουν την ευθύνη ενός ψυχικά διαταραγμένου ατόμου ή ίσως και να το 'χουν επιχειρήσει και η προσπάθειά τους αυτή να έχει αποτύχει και οι λόγοι είναι οι ακόλουθοι:

- Ο φόβος μπροστά σε κάποιον που σκέφτεται με παράλογο τρόπο και που μπορεί να επηρεάσει τους «υγιείς».
- Ο φόβος πως θα αναγκαστούν να αναλάβουν τη φροντίδα του ψυχικά ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Η αγωνία ότι θα αποκαλυφθεί ότι υπάρχει «τρελό» μέλος στην οικογένεια, μυστικό που με επιμέλεια και πολύ κόπο κρατούσαν όχι μόνο από τις μικρές κοινωνίες χωριών, αλλά κυρίως από καινούργια μέλη της οικογένειας όπως νύφες, πεθερικά, εγγόνια κλπ.

- Ο φόβος ότι η κοινωνική θέση της οικογένειας είναι επισφαλής εξαιτίας του στίγματος της «οικογένειας του ψυχικά ασθενή» μέσα στην κοινότητα.,
- Ο φόβος για τη διάταξη της οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης της οικογένειας όπως π.χ. νέες δαπάνες.
- Ο φόβος της κληρονομικότητας της «τρέλας». Ενώ στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ο φόβος αυτός έπαιρνε τη μορφή της προκατάληψης και της δοξασίας, στα πιο μορφωμένα μέλη ο φόβος εκλογικευόταν και έτεινε να γίνει πεποίθηση (Εκλογή, 1993, σελ. 279).

Όλα αυτά, σε συνδυασμό με το ότι δεν αντέχεται ο πανικός, η κούραση, το άγχος που τους καταβάλλει, καθώς επίσης και η οικονομική εξάντληση και η πιθανή απουσία ψυχολογικής στήριξης από ειδικούς (κυρίως όταν οι συγγενείς δεν ξέρουν που να απευθυνθούν για βοήθεια), πολύ συχνά οδηγούν την οικογένεια στο να επιδιώξει η ίδια τον εγκλεισμό του αρρώστου μέλους της. Κλείνοντας λοιπόν το άτομο που νοσεί ψυχικά στο ψυχιατρείο, όχι μόνο απαλλάσσονται από μία δυσάρεστη κατάσταση, αλλά έχουν και την προσδοκία ότι το στίγμα της «τρέλας» θα «εξαφανιστεί», θα «ξεχαστεί» (Π. Σακελλαρόπουλος, 1987, σελ. 1).

Ανεξάρτητα από τους λόγους που υπαγορεύουν την επιλογή του ψυχιατρείου ως την καλύτερη λύση για την αποκατάσταση του ψυχικά ασθενούς οι οικογένειες διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

α) Εκείνες που εγκαταλείπουν εντελώς το μέλος τους και δεν θέλουν να έχουν καμία επαφή μαζί του.

β) Εκείνες που έχουν ενεργή συμμετοχή στις διαδικασίες στις οποίες υποβάλλεται ο συγγενής τους μέσα στο ψυχιατρείο.

Φυσικά, υπάρχουν και οι συγγενείς εκείνοι που διατηρούν σε αραιά χρονικά διαστήματα μία επαφή με τον άρρωστο. Σύμφωνα με την

Κάτια Χαραλαμπίκη τόσο το άρρωστο μέλος, όσο και η οικογένεια που εμπλέκεται στην προσπάθεια θεραπείας του διέρχονται από πέντε φάσεις τις οποίες αναλύουμε παρακάτω (Τετράδιο Ψυχιατρικής, Τεύχος 45, 1994, σελ. 143-146):

Πρώτη φάση

Πρόκειται για μακρά περίοδο δυσλειτουργίας, δυσκολίας στη λύση των προβλημάτων και προηγείται της ψυχιατρικής νοσηλείας. Έχει γίνει η «αποκάλυψη» ότι υπάρχει ψυχικά ασθενής ανάμεσα στα μέλη της οικογένειάς του και επικρατεί συναισθηματική φόρτιση, ένταση, η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση. Τα πιο ευαισθητοποιημένα μέλη μέσα στην οικογένεια αναζητούν κοινωνικά στηρίγματα, γι' αυτό το λόγο απευθύνονται σε ιερείς, σε οικογενειακούς γιατρούς ή σε επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας.

Δεύτερη φάση

Η οικογένεια φτάνει στο ψυχιατρείο. Η πρώτη νοσηλεία έχει πάντα ένα δραματικό χαρακτήρα, είναι σαν την τελετή περάσματος, δημιουργεί μία ασυνέχεια με την προηγούμενη ζωή και αναγγέλλει την εμφάνιση ενός νέου σταδίου ανάπτυξης. Στη φάση αυτή η οικογένεια εμπλέκεται και επενδύει έντονα στο ψυχιατρείο και γίνεται ένα πρόχειρος καταμερισμός ρόλων ανάμεσά τους. Η ευθύνη του ασθενούς πια τοποθετείται στα χέρια του νοσοκομείου, ο άρρωστος μετακινείται προς την «νοσοκομειακή οικογένεια». Αρχικά το νοσοκομείο δηλαδή, γίνεται ένα πιο αποτελεσματικό «υποκατάστατο της οικογένειας», π.χ. βάζει όρια και προσπαθεί να συγκροτήσει έναν αποδιοργανωμένο ψυχικά άρρωστο.

Τρίτη φάση

Ο νοσηλευόμενος ξεκινά τον αγώνα του ως ψυχικά ασθενής, ενώ παράλληλα η οικογένεια αποσύρεται προσωρινά προσπαθώντας να αναδιοργανωθεί μετρώντας έναν απόντα. Τώρα πια το νοσοκομείο έχει το ρόλο της θετής οικογένειας και η φυσική οικογένεια

επαναπροσδιορίζεται και ξαναβάζει τα όριά της. Μπαίνοντας στη ρουτίνα της καθημερινής ζωής του ψυχιατρείου, προσωρινά μειώνεται η λειτουργικότητα του ασθενή και κυρίως η προσωπική του ευθύνη και αυξάνει η εξάρτηση από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας.

Τέταρτη φάση

Η νοσηλεία υπήρξε ανάπαυλα για την οικογένεια. Ο ασθενής με τη βοήθεια φαρμάκων επιστρέφει πιο ήρεμος, δίχως οξεία συμπτώματα. Το πρόβλημα είναι πού θα επιστρέψει. Ίσως να επιστρέψει στο οικογενειακό του περιβάλλον το οποίο όμως εκτός από την αποδοχή ύπαρξης αρρώστου μέλους δεν έχει υποστεί ουσιαστικές αλλαγές. Κατά συνέπεια οι στρεσογόνοι παράγοντες και οι παθογόνες μορφές επικοινωνίας εξακολουθούν να υφίστανται. Έτσι επανεμφανίζονται πιέσεις τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του.

Πέμπτη φάση

Είναι η περίοδος μετά το ψυχιατρείο όπου υπάρχει ο φόβος εκδήλωσης υποτροπής του αρρώστου και η δημιουργία του «συνδρόμου της περιστρεφόμενης θύρας». Πρόκειται για ένα φαινόμενο που παρατηρείται σε πολλές περιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής μοιάζει σαν να μην μπορεί να ακολουθεί μία προδιαγεγραμμένη πορεία: Εξέρχεται από το ψυχιατρείο, συναντά δυσκολίες στο οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον, υποτροπιάζει, εισάγεται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο για μία ακόμα νοσηλεία, βελτιώνεται η κατάστασή του για κάποιο χρονικό διάστημα και πάλι απ' την αρχή .

Σε όλη αυτή τη διαδικασία, πριν ακόμα την εισαγωγή για ψυχιατρική νοσηλεία και ως την έξοδο του ασθενούς από το ψυχιατρείο, η συμβολή της οικογένειας στην εξέλιξη της πορείας της υγείας του αρρώστου μέλους της είναι σημαντική. Από την αρχή πρέπει να σταθεί δίπλα στον άρρωστο συγγενή της, να προσπαθήσει να καταλάβει, να τον προτρέψει να δει κάποιο γιατρό και η ίδια να ζητήσει επαγγελματική

βοήθεια και στήριξη. Ακόμη και όταν είναι στο ψυχιατρείο πρέπει να διευκολύνει στην παραμονή του εκεί αλλά και να παρέχει στο προσωπικό στοιχεία που θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση του αρρώστου. Όταν πια ο ασθενής βγει από το νοσοκομείο είτε πάει στο σπίτι, είτε σε άλλες δομές, να τον ενθαρρύνουν στο να κάνει πράγματα και να αποκτήσει αυτοεπάρκεια. Πρέπει ακόμα να δείχνει υπομονή και κατανόηση και να τον βοηθήσει με όποιον τρόπο μπορεί να επανενταχθεί στην κοινότητα και να επανακτήσει κοινωνικές δραστηριότητες.

Δεν αμφισβητεί κανείς το πόσο δύσκολη υπόθεση είναι να έχει στην οικογένειά του κάποιον που νοσεί ψυχικά. Όμως δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι πρόκειται για άτομα που έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους άλλους, έχουν την ανάγκη να έχουν ανθρώπους δίπλα τους που τους συμπαραστέκονται.

Γιατί, σε τελική ανάλυση, αν πρώτη η οικογένεια δεν αγκαλιάσει και «προστατέψει» το άρρωστο μέλος της είναι πολύ πιθανό να αδιαφορήσει και η κοινωνία, με αποτέλεσμα το άτομο να περιθωριοποιηθεί και να απομονωθεί.

6.4 Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η ψυχική ασθένεια περιβάλλεται από ένα μύθο, ο οποίος βρίσκεται βαθιά ριζωμένος στην κοινή γνώμη. Ο μύθος αυτός βασίζεται στην πεποίθηση που έχει ο πολύς κόσμος ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ένα ανεξέλεγκτο και επικίνδυνο άτομο. Σύμφωνα μ' αυτήν την αντίληψη κάθε άτομο που νοσεί ψυχικά είναι ικανό να διαπράξει και έγκλημα χωρίς συγκεκριμένο λόγο ,αλλά επειδή είναι τρελό. Είναι εμφανές ότι υπάρχει ταύτιση ανάμεσα στην τρέλα και στην βία. Εφόσον λοιπόν

υπάρχει αυτός ο συσχετισμός, διαμορφώνεται και η ανάλογη στάση της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Η στάση του κοινού είναι αρνητική και απορριπτική, επειδή ακριβώς αδυνατούν να εξηγήσουν τις πράξεις ενός ψυχικά ασθενή, θεωρούν ότι δεν έχει κίνητρα και ο κυριότερος λόγος είναι ότι τον θεωρούν ,ένα επικίνδυνο άτομο που τους απειλεί. Επιπλέον ο «τρελός», «σχιζοφρενής», «ψυχοπαθής» είναι διαφορετικός από εμάς και γι' αυτό γεννά αισθήματα φόβου, αποτροπιασμού και εχθρότητας. Έτσι, εκτοπίζεται στο περιθώριο το επικίνδυνο αυτό άτομο και ταυτόχρονα περιφρουρείται η φυσιολογικότητα της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας. Ο ψυχικά ασθενής ως επικίνδυνος παίρνει το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου και επικυρώνει- ενισχύει έτσι ένα μοντέλο φυσιολογικότητας των υπόλοιπων συνυφασμένο με την εικόνα ενός κοινωνικά συγκροτημένου ατόμου που ελέγχει τις παρορμήσεις του.(Τσαλίκογλου Φ. ,1987, σελ.13-25).

Η κοινωνία πολύ συχνά απορρίπτει τον ψυχικά άρρωστο και αυτό είναι απόρροια του φόβου και της άγνοιας που διακατέχει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Οι περισσότεροι άνθρωποι περιγράφουν ένα ψυχικά ασθενή αποδίδοντάς του χαρακτηριστικά επίθετα όπως αλλόκοτο, απρόσιτο και επικίνδυνο. Στην πραγματικότητα πρόκειται για ένα άτομο που δεν διαφέρει πολύ από τους υπόλοιπους, που βέβαια αντιμετωπίζει ιδιαίτερα προβλήματα και υποφέρει πολύ. (Σακελλαρόπουλος Π. ,1987, σελ.4).

Ένας από τους κοινούς τόπους της κοινωνιολογίας και της ψυχιατρικής, συνίσταται στη διαπίστωση ότι η αρρώστια δεν υφίσταται και δεν μετρά σαν αρρώστια, παρά μόνο σ' έναν πολιτισμό, ο οποίος την αναγνωρίζει ως τέτοια. Είναι πράγματι γεγονός ότι η κοινωνία είναι εκείνη που καθορίζει τους κανόνες της σκέψης και της συμπεριφοράς και αποδίδει στην τρέλα τα όριά της. Έτσι, τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας αντιτίθεται πάντα με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, στον

κοινωνικό κανόνα ομαλότητας. Ο ψυχίατρος που θεωρεί τον εαυτό του ανεξάρτητο του κοινωνικού περιγυρου δεν αντιλαμβάνεται πολλές φορές, — ότι η ίδια η κοινωνία είναι αυτή που επιβάλλει μια διάγνωση και αυτός υπάρχει για να την επικυρώσει. (Rolland J., 1986, σελ. 9).

Ο κοινωνικός κανόνας ομαλότητας σύμφωνα με τον ψυχίατρο Μπαζάλια αποβάλλει από το πλαίσιο του τον ψυχικά ασθενή επειδή τον ταυτίζει με κάτι το ακατανόητο και επικίνδυνο που έχει τη δυνατότητα να ανατρέψει, να μεταμορφώσει και να αναδιοργανώσει τον κανόνα αυτό. Ο Μπαζάλια προσθέτει: «Το υγιές άτομο προβάλλει πάνω στο ανίσχυρο άτομο μία επιθετικότητα την οποία δεν θα μπορούσε να κατευθύνει αλλού και η οποία μπορεί ανά πάσα στιγμή να το συντρίψει ... και έτσι η ομαλότητα του βρίσκεται επιβεβαιωμένη χάρη στο απάνθρωπο προσωπίο που επιθέτει στον τρελό: αρνούμενος να αναγνωρίσει τον ίδιο του τον εαυτό μέσα σ' αυτόν, αποδέχεται με προθυμία τον απάνθρωπο υποβιβασμό του». Αυτή η κατάσταση όπως την περιγράφει ο Μπαζάλια συνδέεται και ενισχύεται από έναν σχεδόν κοινωνιολογικό νόμο, δηλαδή όσο πιο πολύ μία συμπεριφορά αποκλίνει και απομακρύνεται από τις επιταγές της κοινωνίας τόσο πιο αναγκαία είναι η «θυσία» αποδιοπομπαίων τράγων για να διατηρηθεί ο μύθος με τον οποίο ο άνθρωπος ζει ακολουθώντας τις ηθικές αρχές που επίσημα διακηρύσσει. Με τη «θυσία» αυτή υποτίθεται ότι σώζεται η ομάδα από τη διάλυση. Κατά συνέπεια ο αποκλεισμός και στη συνέχεια ο εγκλεισμός των ατόμων που δεν συμφωνούν με την εικόνα και την συμπεριφορά που απαιτεί η κοινωνία να έχουν τα μέλη της είναι μία προσπάθεια αναδιοργάνωσης του κοινωνικού χώρου και απομόνωσης των «ανεπιθύμητων» ανθρώπων (ό. π., σελ.10-13).

Όσο όμως διαιωνίζεται αυτή η κατάσταση που προαναφέρθηκε και οι άνθρωποι με μικρά ή μεγάλα προβλήματα εγκαταλείπονται από την κοινωνία και ξεχνιούνται από την αδιαφορία, παλινδρομούν,

ερημώνονται ψυχικά και σταδιακά με την στάση της η κοινωνία τους οδηγεί στην ανυπαρξία.

Ο Μπαϊρακτάρης (1994) παρουσιάζει μία άλλη διάσταση του θέματος προσπαθώντας να εξηγήσει το λόγο για τον οποίο η κοινωνία υιοθετεί τέτοια στάση που απορρίπτει και απομονώνει τον ψυχικά άρρωστο. Αναφέρει πώς μέσα στα πλαίσια της αστικοποίησης η αναγκαιότητα δημιουργίας κοινωνικής ισορροπίας είναι επιτακτική, όπου η συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία αποτελεί το ύψιστο κριτήριο της κοινωνικής ενσωμάτωσης. Εκείνες οι ομάδες που δεν είναι σε θέση να συνεισφέρουν στην παραγωγή, αυτομάτως τοποθετούνται στο κοινωνικό περιθώριο, χώρος της ανέχειας της ανέχειας και της απόρριψης. Φυσική συνέπεια, λοιπόν είναι και οι ψυχικά πάσχοντες, που λόγω της ιδιαιτερότητας τους αδυνατούν να ενταχθούν σε αυτήν την κοινωνική ισορροπία, να έρχονται αντιμέτωποι με τον αποκλεισμό τους από την κοινωνία. Τα άτομα αυτά που δεν μπορούν να ενταχθούν σε αυτήν την πραγματικότητα ή αποκλίνουν από τις νέες θεωρούνται πια ταραχοποιά, δηλαδή κοινωνικά επικίνδυνα άτομα. Τόσο η κοινωνική όσο και η γεωγραφική εκτόπιση που παρατηρείται σε ορισμένες περιπτώσεις συνδέεται με τη δημιουργία ενός «ήρεμου» φυσικού περιβάλλοντος, μακριά από το «ενοχλητικό» κοινωνικό περιβάλλον. Το «ήρεμο» περιβάλλον το εξασφαλίζουν μάλιστα ειδικοί χώροι που υποτίθεται ότι επιτρέπουν στην «κυρίαρχη» τάξη (των υγιών) να παραμείνει ανενόχλητη από τα στοιχεία εκείνα που εμποδίζουν την ανάπτυξη τους (σελ. 27-37).

«Να φας ή να φαγωθείς, αυτός είναι ο νόμος της ζούγκλας να προσδιορίσεις ή να προσδιοριστείς, αυτός είναι ο ανθρώπινος νόμος» υποστηρίζει ο Αμερικανός ψυχίατρος Thomas Szasz. Οι άνθρωποι ανέκαθεν είχαν την τάση να ετικετοποιούν ο ένας τον άλλον και από τη στιγμή που οι ετικέτες αυτές γίνουν αποδεκτές, τότε οι υπόλοιπες

ιδιαιτερότητες του προσώπου και κυρίως αυτές που είναι θετικές παύουν πλέον να λαμβάνονται υπόψη και έτσι βρίσκεται υποβιβασμένο και απογυμνωμένο από την ανθρώπινη διάσταση του». Μέσα σε αυτό το κλίμα και η ψυχιατρική ταξινόμηση συμβάλλει στον υποβιβασμό και στον κοινωνικό διαχωρισμό του ατόμου που αναγνωρίζεται ως ψυχικά άρρωστος.(Rolland J., 1986, σελ. 24-27).

« Όπως παρατηρεί ο Αντρέ Μπουργκινιόν, μόλις στιγματιστεί και του περάσουν την ετικέτα, ο τρελός βρίσκεται εγκλωβισμένος σε μία πρόγνωση από την οποία του είναι πολύ δύσκολο ν' απαλλαγεί: ο παρανοϊκός θα είναι επικίνδυνος, ο ιδεοληπτικός ανίκατος και η υστερική γυναίκα ανικανοποίητη. Θα περιμένουν ο «αυτοκτονικός» να ξαναρχίσει, ο «μανιακός» να τα κάνει λίμπα και ο «μουρλός» να συνεχίσει να παραληρεί. Πραγματικά αυτό θα συμβεί όπως ακριβώς περιγράφεται, ο ασθενής «σημαδεύεται» από τη διάγνωση και βρίσκεται δεμένος από αλυσίδες που δεν είναι φτιαγμένες από σίδηρο αλλά από λέξεις που πληγώνουν και επιφέρουν πολύ δυσάρεστες συνέπειες στο άτομο».(ο. π.).

Βλέπουμε δηλαδή πως και η ψυχιατρική νοσολογία μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για την απόρριψη και τον αποκλεισμό και αυτό οφείλεται στη λειτουργία που ασκεί η ψυχιατρική στην ελληνική κοινωνία, καθώς εξακολουθεί να είναι ιδρυματική και στις μέρες μας. Μάλιστα, είναι πολύ χαρακτηριστική και επαληθεύεται και σήμερα η άποψη του Newman που υποστήριζε το 1859: «Θεωρούμε ότι κάθε ταξινόμηση της ψυχικής ασθένειας είναι τεχνητή, κατά συνέπεια μη ικανοποιητική και δε νομίζουμε ότι μπορούν να γίνουν θετικά βήματα στον ψυχιατρικό τομέα όσο δεν είμαστε αποφασισμένοι να απαλλαγούμε από όλες τις ταξινομήσεις.(ό. π., σελ. 14).

Το ψυχικά ασθενές άτομο πληρώνει ακριβά το ότι είτε δεν μπορεί να επωμιστεί τον κοινωνικό ρόλο που του έτυχε ή τον αρνείται. Ακόμα και αν καταφέρει το άτομο να αποδράσει από το μικρό προσωπικό του

κελί, βρίσκεται αρχικά στιγματισμένο με την ταμπέλα του ψυχικά ασθενή και στη συνέχεια εγκλεισμένο σε κάποιο ψυχιατρείο. Όταν μάλιστα βρεθεί καταχωρημένος σε μία νοσογραφία, τότε παύει να βρίσκεται στη θέση του υποκειμένου στο οποίο απευθύνονται και γίνεται το αντικείμενο για το οποίο μιλούν και το οποίο χειρίζονται. Έτσι, αρχίζει σταδιακά η αποξένωσή του από τον υπόλοιπο πληθυσμό που τον απομακρύνει λόγω της ιδιαιτερότητάς του, που δεν προσπαθεί να δει κάτι άλλο μέσα σ' αυτόν πέρα από την αρρώστια του. (ό. π.).

Φυσικό επακόλουθο μιας τέτοιας κατάστασης όπως περιγράφηκε παραπάνω είναι ο ψυχικά ασθενής να νιώθει το ψυχιατρείο ως φιλόξενο τόπο και να νιώθει ευγνώμων που τον προστατεύει από την απόρριψη και από την κακία πολλές φορές του κόσμου, έστω και αν το αντίτιμο είναι ο εγκλεισμός. Από την άλλη ο ψυχικά ασθενής φτάνει να αναγνωρίζει τον εαυτό του κάτω από αυτόν τον προσδιορισμό και δεν έχει άλλη επιλογή. Ο Έρβιν Γκόφμαν παρατήρησε ότι όποιος και αν είναι ο λόγος που φτάνει σ' αυτό το σημείο να αναγνωρίζει τον εαυτό του από τα διακριτικά γνωρίσματα του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου, μπορεί να νιώσει ανακούφιση όταν εισαχθεί σε ένα ψυχιατρείο. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί αλλάζει η κοινωνική του κατάσταση: αντί να αγωνιά και να πασχίζει να κρατήσει το ρόλο ενός ανθρώπου με πλήρη δικαιώματα, μπορεί να γίνει πλέον το ανθρώπινο πλάσμα του οποίου τα προβλήματα γίνονται αντικείμενο επίσημης έρευνας. Το ψυχιατρείο γίνεται ένας χώρος οικείος όπου ο ψυχικά ασθενής βιώνει την αποδοχή, τη φροντίδα διάφορων ανθρώπων και όχι το επικριτικό βλέμμα, την αδιαφορία, το φόβο και την αποστροφή που συναντά πολλές φορές έξω από τα «τείχη» του ψυχιατρείου και μέσα στους κόλπους της «έξω» κοινωνίας. (ό. π.).

Την επικαιρότητα των απόψεων του J. Rolland διακρίνουμε και στα λεγόμενα ενός χρόνιου ασθενή του Δρομοκαϊτείου. Πρόκειται για τον κ. Χ., 74 ετών, άγαμο, απόφοιτο δτάξιου Γυμνασίου, με διάγνωση

σχιζοφρένειας και με νοσηλεία 50 ετών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο». Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια ατομικής συνάντησης με τη σπουδάστρια Γκολφάκη Παρασκευή στα πλαίσια της εξάμηνης πρακτικής άσκησης, με αφορμή την άρνηση του ασθενή να συμμετάσχει σε δραστηριότητα έξω από το χώρο του Ψυχιατρείου. Η συζήτηση περιστράφηκε γύρω από την ανασφάλεια που νιώθει ο συγκεκριμένος ασθενής όταν απομακρύνεται από το Ψυχιατρείο και στη συνέχεια επεκτάθηκε στο στιγματισμό των ψυχικά ασθενών και στις προκαταλήψεις που υπάρχουν στην κοινωνία για τις ψυχικές διαταραχές.

Ο κ. Χ. μίλησε για απομόνωση των ψυχικά ασθενών και στήριξε αυτήν του την άποψη με κάτι που είχε διαβάσει παλιότερα: «η σχιζοφρένεια είναι η σχάση των γεφυρών που ενώνουν το άτομο με την κοινωνία». Πεποίθηση του είναι ότι οι άνθρωποι αισθάνονται φόβο στο αντίκρισμα και μόνο ενός ψυχικά ασθενή. Ο δε ψυχικά ασθενής διακρίνεται από τη φτιασιά του, το περπάτημά του, τις χειρονομίες, τους μορφασμούς και το παραλήρημα εσωτερικό ή εξωτερικό.

Τη στάση αυτή της κοινωνίας ο κ. Χ. αποδίδει στις προκαταλήψεις που είναι βαθιά ριζωμένες. Συνέχισε λέγοντας ότι οι προκαταλήψεις αυτές ενισχύονται και από τον Τύπο. «Οποιοδήποτε έγκλημα το φορτώνουν σε ψυχοπαθή, ενώ θα έπρεπε να χρησιμοποιούν τη λέξη ψυχασθενή, δηλαδή ασθενής της ψυχής. Εδώ στο ψυχιατρείο δεν είμαστε όλοι εγκληματίες, είμαστε και ευαίσθητοι άνθρωποι που έχουμε επηρεαστεί από τα γεγονότα της ζωής. Οι πιο πολλοί ο,τιδήποτε παράξενο το αποκαλούν τρελό».

Ο κ. Χ. υποστηρίζει ότι ο χαρακτηρισμός για τους ψυχικά ασθενείς είναι πιο έντονος από ό,τι για τους φυλακισμένους. Την άποψη του αυτή ισχυροποίησε με το ακόλουθο παράδειγμα: «αν αυτοκτονήσει ένας κρατούμενος γίνεται ολόκληρο θέμα, ενώ αν συμβεί το ίδιο με έναν

ψυχικά ασθενή, κανένας δε δίνει σημασία, το αποσιωπούν και το προσπερνούν».

Θεωρήσαμε χρήσιμο να συμπεριλάβουμε την παραπάνω μαρτυρία γιατί την αξιολογήσαμε ως ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα, επίκαιρη και σημαντική.

6.5 Η ΕΡΕΥΝΑ ΑΠΟ ΤΟ Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ξεκίνησε το 1986 ένα παγκόσμιο πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια, καθώς η σχιζοφρένεια θεωρείται η πιο βαριά ψυχική νόσος, ταυτισμένη με την «τρέλα» λόγω των συμπτωμάτων της και τα άτομα που νοσούν από αυτή αντιμετωπίζουν συχνά την απόρριψη. (Εμφύχωση-Νο8, Διμηνιαία Έκδοση της Μονάδας Υποστήριξης-Εμφύχωσης και Παρακολούθησης των Φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργώς»-Α φάση, σελ. 3).

Οι στόχοι αυτού του προγράμματος είναι:

- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.
- Η βελτίωση των αντιλήψεων και των στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και στις οικογένειές τους.
- Η ανάπτυξη δράσεων προκειμένου να εξαλειφθούν οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις. (ό. π.)

Η Ελλάδα επιλέχθηκε ως μία από τις χώρες πιλοτικής εφαρμογής του προγράμματος κατά του κοινωνικού στίγματος της σχιζοφρένειας.

Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) διεξήγαγε πανελλαδική έρευνα σχετικά με τη γνώση, τις αντιλήψεις και τις στάσεις του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι υπεύθυνοι του ελληνικού προγράμματος κατά του κοινωνικού στιγματισμού της σχιζοφρένειας κ. Στεφανής (Διευθυντής του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) και η κ. Οικονόμου (Καθηγήτρια Ψυχιατρικής) παρουσίασαν στις 27-6-2001 τα αποτελέσματα της έρευνας που ως επί το πλείστον ήταν αρνητικά. (Στο τέλος της έρευνας παρουσιάζουμε σχηματικά τα ποσοστά). Πιο συγκεκριμένα :

Ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια

Το 65,8% των ερωτηθέντων δεν έχει ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια, ενώ το 34,2% έχει κάποια ενημέρωση και ως κύρια πηγή αναφέρει την τηλεόραση.

Αντιλήψεις για τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια

Το 74,6% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι πάσχοντες είναι βίαιοι και επικίνδυνοι, το 78% πιστεύει ότι δεν μπορούν να εργαστούν, το 81,3% ότι έχουν διχασμένη προσωπικότητα και το 86,9% ότι μιλούν μόνοι τους στο δρόμο.

Οι αρνητικές αυτές αντιλήψεις ενισχύονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα από την τηλεόραση, ενώ διαπιστώθηκε ότι κυριαρχούν σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως στα άτομα με κατώτερο ή μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο, στους κατοίκους αγροτικών ή ημιαστικών περιοχών, στα άτομα άνω των 55 ετών και στα άτομα που δεν έχουν προσωπική επαφή με ασθενείς με σχιζοφρένεια. (ό. π.)

Στάσεις απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια

Το 92,1 των ερωτηθέντων δε θα παντρευόταν κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια, το 60,9% δε θα έδινε δουλειά σε άτομο που πάσχει. Το

35,4% δε θα έμενε στην ίδια πολυκατοικία, το 35,2% δε θα έμενε στην ίδια γειτονιά και το 32,9% δε θα ήθελε να πιάσει κουβέντα με άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια. Τέλος, το 22,2% των ερωτηθέντων, δηλαδή 1 στους 4, είναι αντίθετος με τη δημιουργία ξενώνα στη γειτονιά του.

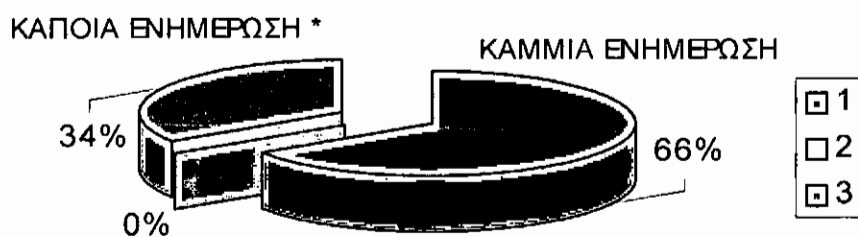
Από τα αποτελέσματα της έρευνας γίνεται φανερό ότι η στάση του κοινού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς εξακολουθεί να είναι αρνητική και απορριπτική. Η Ελληνική κοινωνία συντηρεί το κοινωνικό στίγμα ακόμα και στις μέρες μας και αδυνατεί να δεχτεί στους κόλπους της τα άτομα που νοσούν ψυχικά.

Ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων δεν τους δέχεται στο εργασιακό του περιβάλλον ή στη γειτονιά και δε θα δημιουργούσε οικογένεια μαζί του. Όλες αυτές οι αντιδράσεις πηγάζουν από την αντίληψη που έχουν ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι.

Τις προκαταλήψεις αυτές εντείνουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και πιο συγκεκριμένα η τηλεόραση. Χαρακτηριστικό είναι ότι η μερίδα των ερωτηθέντων που έχει γνώσεις σχετικά με τη σχιζοφρένεια έχει ως κύρια πηγή ενημέρωσης την τηλεόραση.

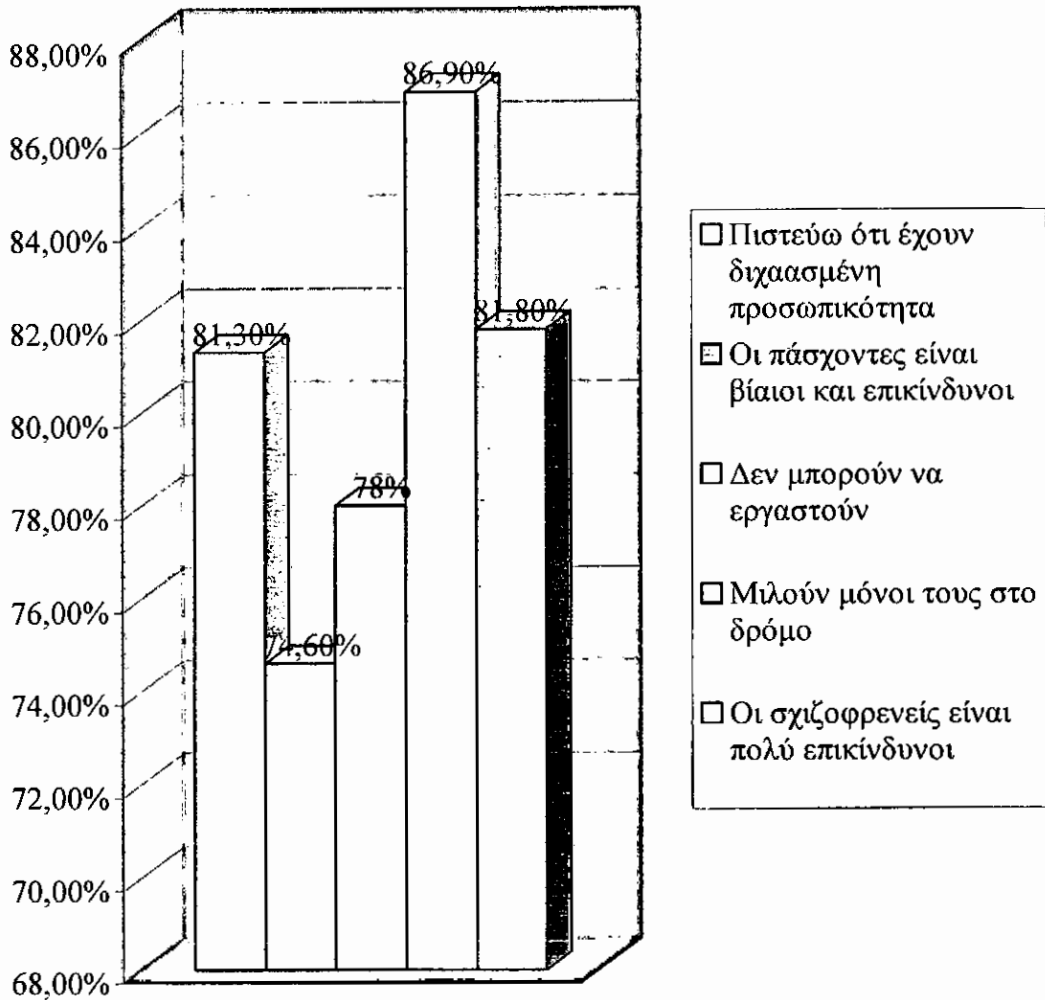
Ελπίζουμε η έρευνα αυτή να αποτελέσει έναυσμα, ώστε να γίνουν οργανωμένες προσπάθειες με σκοπό την εξάλειψη όλων αυτών των προκαταλήψεων σε βάρος των συνανθρώπων μας.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ

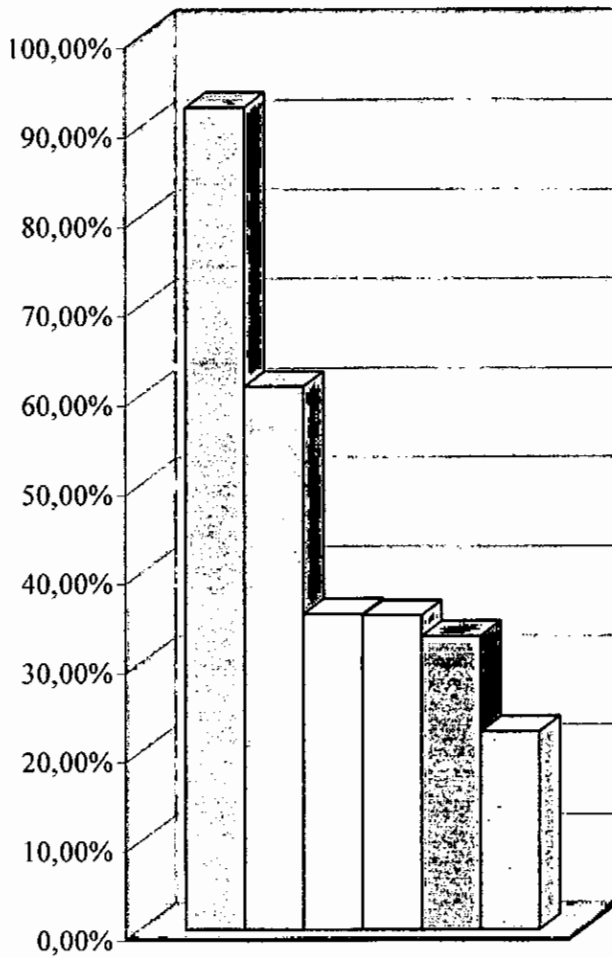


* ΚΥΡΙΑ ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ Η ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ

ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ



ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ



- Δεν θα παντρευόμουν κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια
- Δε θα έδινα δουλειά σε κάποιο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια
- Δεν θα έμενα στην ίδια πολυκατοικία με κάποιο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια
- Δεν θα έμενα στη γειτονιά με κάποιο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια
- Δεν θα ήθελα να πιάσω κουβέντα με κάποιο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια
- Είμαι αντίθετος με τη δημιουργία ξενώνα για άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια στη γειτονιά μου

6.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Σύμφωνα με τον Sheff (1978) το παραδοσιακό στερεότυπο του ψυχικά ασθενή είναι βαθιά θεμελιωμένο στη συνείδηση του κοινού ως αποτέλεσμα διαδικασιών της πρώτης παιδικής ηλικίας. Πρόκειται για στερεότυπο που επιβεβαιώνεται και συντηρείται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Όπως πολύ χαρακτηριστικά αναφέρει η Sonia Teib «Για να περιχαράξουμε τη σχέση μας ανάμεσα στην κοινωνία και την τρέλα φτάνει να την εξετάσουμε έστω και μόνο στο επίπεδο των Μ.Μ.Ε. Αυτή αντικατοπτρίζει και δημιουργεί την εικόνα που ο καθένας μας έχει διαμορφώσει για τον τρελό». Η ίδια παραθέτει και τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτού του ατόμου όπως προβάλλονται και επιβάλλονται από τον τύπο:

- είναι άνδρας
- ταπεινής καταγωγής
- με παρελθόν παθητικό όπου κυριαρχούν τα ηθικά στίγματα, οι παρεκτροπές, οι πλάνες.
- είναι κατώτερης κοινωνικοοικονομικής θέσης.
- με περιορισμένες πολιτιστικές φιλοδοξίες.(Τσαλίκογλου σελ. 26).

Τα Μ.Μ.Ε. αποτελούν καθοριστικό παράγοντα επιρροής της στάσης των ανθρώπων απέναντι σε συνανθρώπους τους με ιδιαιτερότητες. Η μη ρεαλιστική απεικόνιση / περιγραφή της αναπηρίας οδηγεί σε κακή και παρεξηγημένη πληροφόρηση του ακροατή γεγονός που μπορεί να καλλιεργήσει και να ευνοήσει την ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι σε άτομα με αναπηρίες (σωματικές, ψυχικές,

πνευματικές). Πολλές φορές οι άνθρωποι αυτοί παρουσιάζονται από τα ραδιόφωνα και τις τηλεοράσεις ή τον τύπο είτε ως εγωιστικά, εκδικητικά ή και ως υπερβολικά καλά, δυνατά άτομα ή και ως αντικείμενα οίκτου λόγω της κατάστασής τους. Αυτές οι παρουσιάσεις που εμπεριέχουν ανακριβείς πληροφορίες μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση και υιοθέτηση λανθασμένων αντιλήψεων από την πλευρά του κοινού. (Γκιουρτζιάν Μ., 1994 στο: Κοινωνική Εργασία, τεύχος 35, σελ. 177-180).

Το φαινόμενο αυτό που περιγράφηκε παραπάνω παρατηρείται και στο χώρο της Λογοτεχνίας , και εδώ ο τρόπος παρουσίασης των ανάπηρων ατόμων αντανακλά και επηρεάζει ταυτοχρόνως τη στάση του αναγνώστη των βιβλίων αυτών. Όταν σε άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα είτε ψυχικό είτε σωματικό αποδίδονται συγκεκριμένοι χαρακτήρες όπως ο κακός, ο ανίκανος, ο επικίνδυνος κτλ. γεννιούνται στερεότυπα που υιοθετούνται από τους ανθρώπους και δύσκολα εξαλείφονται. Μία έρευνα των Bilken και συν. ,1978, σε ποικιλία Κλασσικής Λογοτεχνίας και δημοφιλών σύγχρονων Μ.Μ.Ε. έδειξε ότι λίγα βιβλία και ταινίες μεταχειρίζονται τις διάφορες αναπηρίες με ακρίβεια και ευαισθησία. Συμπέραναν σε αυτή τους την έρευνα ότι τα άτομα που «μειονεκτούν» παρουσιάζονται σαν α) αξιολύπητα και παθητικά β) θύματα βίας (γεγονός που ενισχύει την άποψη της κοινωνίας πως είναι εξαρτημένοι και χρειάζονται την βοήθεια των άλλων για να επιβιώσουν) γ) επιβλαβή ή κακά δ) αξιογέλαστα ε) φορτίο για τους άλλους που πρέπει να τους φροντίζουν και να έχουν την ευθύνη τους στ) ανίκανα για σεξουαλική δραστηριότητα ή αντίθετα σαν ιδιαίτερα τολμηρά και ελκυστικά (ιδιαίτερα για αναπηρίες που αποκτήθηκαν κατά την διάρκεια πολέμου). ζ) ανίκανα για πλήρη συμμετοχή στην καθημερινή ζωή (άποψη που τρέφει την αντίληψη της κοινωνίας ότι αυτά

τα άτομα είναι κατώτερα και πρέπει να απομονώνονται. (ό. π., σελ. 181-182)

Κατά συνέπεια λοιπόν συντηρούνται και μεταβιβάζονται όλες οι αρνητικές απόψεις που είναι υπεύθυνες για την απόρριψη των ατόμων με ιδιαιτερότητες ανάμεσα σ' αυτούς και οι ψυχικά ασθενείς. Ενώ θα μπορούσαν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωση να ασκήσουν ευεργετική επίδραση στην εξάλειψη των στάσεων αυτών με χρησιμοποίηση κατάλληλων ταινιών ή την προώθηση βιβλίων που θα παρουσιάζουν ρεαλιστικά και με ακρίβεια τους ανθρώπους με διάφορα προβλήματα. Βέβαια από μόνο του δε φτάνει. Είναι αναγκαία η προσωπική επαφή με τα «μειονεκτούντα» άτομα και η ευαισθητοποίηση του κοινού μέσω της ενημέρωσης γύρω από θέματα ψυχικής ασθένειας. Αυτό αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για να εγκαταλειφθούν αρνητικές ριζωμένες απόψεις και στάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 **ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ**

7.1 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΕΑΥΤΟΥ

«Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη είναι μια από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις της επείγουσας ψυχιατρικής τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους και για τους κλινικούς». (Μάνος Ν., 1988, σελ. 555).

«Η αυτοκτονία είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στην Ψυχιατρική και σχεδόν ο μόνος κίνδυνος για τη ζωή που δημιουργείται εξαιτίας μιας ψυχικής πάθησης». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ 453).

«Η αυτοκτονία μπορεί να ορισθεί ως ο θάνατος, ο οποίος προκαλείται από μία εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του εαυτού. Η απόπειρα αυτοκτονίας δεν είναι απλώς η αποτυχία του αυτοκτονικού εγχειρήματος. Είναι ένας ιδιαίτερος τρόπος συμπεριφοράς, η επιδημιολογία και η ψυχολογική σημασία του οποίου δεν ταυτίζονται απόλυτα με εκείνες της αυτοκτονίας». (ό. π.).

7.1.1 ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια ιδιαίζουσα συμπεριφορά που σημαίνει πολύ περισσότερα από την απλή αποτυχία ενός αυτοκτονικού εγχειρήματος. (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 457).

«Οι απόπειρες αυτοκτονίας εκτιμάται ότι είναι πολλαπλάσιες των αυτοκτονιών. Σε κάθε μια αυτοκτονία αντιστοιχούν 10-30 απόπειρες. Οι αυξητικές τάσεις των αυτοκτονιών σε διάφορες χώρες, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται ότι συμβαδίζουν με ανάλογη αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας». (Χριστοδούλου Γ., 2000, σελ. 597).

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά διαφέρουν αισθητά από εκείνα της αυτοκτονίας. Ο Χριστοδούλου (2000) αναφέρει ότι τα άτομα που αυτοκτονούν είναι συνήθως: άνδρες, ώριμης ηλικίας, με μείζονα ψυχοπαθολογία και χρησιμοποιούν σοβαρούς ή και βίαιους τρόπους. Αντίθετα, τα άτομα που επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας είναι συνήθως: γυναίκες, νεαρής ηλικίας, με ελάσσονα ψυχοπαθολογία και χρησιμοποιούν λιγότερο σοβαρούς ή και μη βίαιους τρόπους. Ο ίδιος συνεχίζει παρουσιάζοντας και τις ακόλουθες ομοιότητες μεταξύ αποπειραθέντων και ατόμων που αυτοκτόνησαν σε (επίπεδο κοινωνικών παραμέτρων): ύπαρξη ανεργίας, αστική διαμονή, διαλυμένη οικογένεια στην παιδική ηλικία.

Σύμφωνα με το Σακελλαρόπουλο (1995) οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται γενικά είναι λήψη τοξικών φαρμάκων στα 2/3 των περιπτώσεων, τομή των φλεβών. Ο Χριστοδούλου (2000) αναφέρει ότι οι άνδρες συνήθως αυτοκτονούν με βίαιες μεθόδους (απαγχονισμός,

αυτοπυροβολισμός, πτώση από ύψος κ.α.), ενώ οι γυναίκες με μη βίαιες μεθόδους (υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων).

«Οι σχέσεις της απόπειρας αυτοκτονίας με την ψυχιατρική παθολογία είναι (σε σύγκριση με την αυτοκτονία) πολύ λιγότερο σαφείς: ο πληθυσμός των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν περιλαμβάνει, βεβαίως, ψυχωσικούς (20% περίπου), καταθλιπτικούς, καθώς επίσης βαριά νευρωσικούς και άτομα με ψυχοπαθητικές διαταραχές. Περιέχει όμως και εύθραυστα και ανώριμα άτομα, τα οποία είναι ευαίσθητα στην εγκατάλειψη, καθώς και υστερικούς. Σε αυτούς, το αυτοκτονικό εγχείρημα, βαθιά αμφιθυμικό ως προς τα κίνητρά του, μπορεί να σημαίνει έκκληση προς τους άλλους, συναισθηματική αναζήτηση, επιθυμία να καταστούν αντικείμενο αγάπης, η οποία τους οδηγεί μέχρι το προκλητικό παιχνίδι με τον θάνατο». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 457).

«Είτε εκφράζει έκκληση προς τους άλλους, είτε αποτυχία των αμυντικών μηχανισμών του ατόμου, η απόπειρα αυτοκτονίας εγγράφεται και αξιολογείται στο σύγχρονο κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο, ως μία συμπεριφορά παλινδρόμησης, η οποία δεν αξιολογείται ως ιδιαίτερα αξιόμεμπτη από την κοινωνία». (ό. π.)

«Η αυτοκτονία συμβαίνει ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση σε προβληματικές περιστάσεις της ζωής σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό πλαίσιο. Οι περισσότερες αιτιολογικές θεωρίες, ψυχοδυναμικές και ψυχοκοινωνικές υποστηρίζουν ότι η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης. Είναι είτε μια αντίδραση προς απορριπτική συμπεριφορά των άλλων, είτε μια υπαρξιακή εσωτερική σύγκρουση, είτε αποτυχία όλων των προσαρμοστικών μηχανισμών που διαθέτει το άτομο». (Ραγιά Α., 1999, σελ. 306).

— «Ως μεμονωμένη πράξη, η αυτοκτονία φαίνεται να είναι το τελευταίο μήνυμα -δραματικό μήνυμα- ενός ατόμου προς τους άλλους και προς τη ζωή. Από άλλη άποψη, η αυτοκτονία είναι μόνο μια από ένα εύρος συμπεριφορών που άμεσα ή έμμεσα καταλήγουν στον τερματισμό της ζωής». (ό. π.).

«Οι δρόμοι προς την αυτοκτονία είναι πολλοί, αλλά σχεδόν όλα τα άτομα που την πλησιάζουν έχουν φθάσει σ' ένα στάδιο ανυπόφορης συναισθηματικής κατάστασης. Ο θυμός, η ήττα, η απελπισία και η ανημποριά που συναντά κανείς σ' αυτούς τους ανθρώπους συχνά είναι τρομακτική. Τα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις προκαλούν έντονα συναισθήματα στους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά τους. Οι οικογένειες και οι φίλοι μπορεί να αντιδράσουν στις απειλές αυτοκτονίας με συμπάθεια, με άγχος ή με επιθετικότητα. Μπορεί να αισθάνονται ανήμποροι και ανίκανοι να βοηθήσουν. Συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για την όλη κρίση που ξέσπασε και αισθάνονται υπεύθυνοι για την έκβαση». (Μάνος Ν., 1988, σελ.).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΝ
Άνδρες
Ωριμής ηλικίας
Με μείζονα ψυχοπαθολογία
Χρησιμοποιούν βίαιους τρόπους

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ
Γυναίκες
Νεαρής ηλικίας
Με ελάσσονα ψυχοπαθολογία
Χρησιμοποιούν λιγότερο βίαιους τρόπους

Πηγή: Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2000, σελ 604

7.1.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

«Είναι σαφής η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονία και ψυχιατρικές παθήσεις. Πολυάριθμες αναδρομικές έρευνες, καταλήγουν στη διαπίστωση ότι, τουλάχιστον 40% των αυτοκτονιών πραγματοποιούνται από ψυχωσικούς ασθενείς (οξείες ή χρόνιες ψυχώσεις), ότι 30 ως 40% των περιπτώσεων συνδέονται με σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας, νευρωσικού ή ψυχοπαθητικού τύπου και ότι μονάχα 10 ως 15% των αυτοκτονιών δεν έχουν σχέση με κάποιο σοβαρό ψυχοπαθολογικό αίτιο». (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 455).

Εξάλλου, τα ποσοστά αυτοκτονιών σε ιδρυματικούς ψυχιατρικούς αρρώστους είναι διπλάσια ως τριπλάσια σε σύγκριση με εκείνα του γενικού πληθυσμού.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας διαφέρει αισθητά για κάθε ψυχική νόσο. **«Η αυτονόητη σχέση αυτοκτονίας-κατάθλιψης φαίνεται καθαρά στη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Ο κίνδυνος στην περίπτωση αυτή είναι σημαντικός κατά τη μελαγχολική φάση. Ο μελαγχολικός, σχεδόν πάντα, όταν επιχειρεί την αυτοκτονία, νιώθει ενοχή και βαθιά ψυχική οδύνη. Δεν μπορεί να υποφέρει την ψυχική οδύνη του καταθλιπτικού συναισθήματος, απελπίζεται και χάνει το νόημα της ζωής. Η πράξη αυτή αποτελεί τον έσχατο τρόπο αντιμετώπισης μίας έντονης πεποίθησης διάπραξης ενός σφάλματος, ή το μοναδικό μέσο διαφυγής από ένα αβάσταχτο ψυχικό μαρτύριο. Συχνά η πρόθεση αποκρύπτεται, το εγχείρημα προετοιμάζεται λεπτομερώς και εκτελείται μέσα στη μοναξιά με βίαιο, ως προς την επιλογή των μέσων, τρόπο, ο οποίος επιβεβαιώνει τραγικά την ύπαρξη επιθυμίας θανάτου».** (ό. π.).

«Η σχιζοφρένεια ενέχει υψηλό κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία. Η αυτοκτονία στο σχιζοφρενή οφείλεται σε πολλές αιτίες. Συμβαίνει συχνά στα πλαίσια κατάθλιψης που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της φάσης αποδρομής του παραληρήματος, σε ασθενείς σαφώς βελτιωμένους, αλλά αντιμέτωπους, κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, με την οικογενειακή και την κοινωνικο-επαγγελματική πραγματικότητα. Μπορεί, επίσης, να είναι αποτέλεσμα μιας παράδοξης και απρόβλεπτης αυτοεπιθετικής παρόρμησης ή να επέλθει κατά τη διάρκεια μιας αγχώδους κρίσης πανικού, η οποία συνδυάζεται με βιώματα κατακερματισμού της προσωπικότητας. Η εισαγωγή των αντιψυχωσικών φαρμάκων, ευνοώντας την ασυνεχή εξέλιξη της νόσου, αύξησε αισθητά τον κίνδυνο αυτοκτονίας, τον οποίο παλαιότερα περιόριζε η χρόνια παραμονή σε άσυλο». (ό. π.)

«Οι βαριές διαταραχές της προσωπικότητας με νευρωσικά και ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά ευθύνονται για 30 έως 40% των αυτοκτονιών. Ο θάνατος είναι, σε αυτή την περίπτωση, αποτέλεσμα ενός αμφιθυμικού εγχειρήματος, το οποίο εκφράζει ταυτόχρονα συναισθηματική διεκδίκηση και επιθυμία θανάτου». (ό. π.)

«Ο υψηλότερος κίνδυνος αυτοκτονίας συνδέεται με τις **πλημμελώς δομημένες**, ασταθούς συμπτωματολογίας, νευρώσεις. Οι νευρώσεις αυτές παρουσιάζονται σε ανώριμα άτομα, με έντονες συναισθηματικές καθηλώσεις, τα οποία έχουν την τάση να ξαναζούν ύστερα από κάθε αποτυχία τις τραυματικές εμπειρίες εγκατάλειψης της παιδικής τους ηλικίας. (ό. π.)

«Στους ψυχοπαθητικούς, η αυτοκτονία αποτελεί συχνά την έσχατη πράξη εκδραμάτισης μίας ζωής γεμάτης από αντικοινωνικές και

παρορμητικές πράξεις. Το εγχείρημα διευκολύνεται σε μεγάλο βαθμό από τη κατανάλωση οινοπνεύματος. Ο θάνατος επέρχεται, μερικές φορές, ύστερα από πολλές απόπειρες και δεν είναι πάντα η κατάληξη της πιο αποφασιστικής από αυτές». (ό. π.)

«Η αυτοκτονία μπορεί, επίσης, σπανιότερα να συμβεί κατά την πορεία των οργανικών ψυχώσεων, των συγγυτικών καταστάσεων και της επιληψίας». (ό. π.)

Η Ραγιά (1999) αναφέρει ότι επιστήμονες που ασχολούνται με την αυτοκτονία συνιστούν σε κάθε περίπτωση να εξετάζονται οι ακόλουθοι παράγοντες :

- Το νόημα και τα κίνητρα της αυτοκτονίας.
- Οι διεργασίες της σκέψης του αυτοκτονικού ατόμου, π.χ. η πεποίθηση ότι υπάρχει μια μόνο επιλογή, δηλαδή μαγική λύση του προβλήματος ή θάνατος.
- Η αμφιθυμία - μεταξύ της επιθυμίας της ζωής και της επιθυμίας του θανάτου –και η σχέση της με την πρόληψη της αυτοκτονίας.
- Η επικοινωνία- αδυναμία αυτοέκφρασης- και η σχέση της με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις με σημαντικά πρόσωπα.
- Το σύστημα αξιών του ατόμου, τι πιστεύει για τη ζωή, την αρρώστια, τον προορισμό του ανθρώπου, τον θάνατο και την αθανασία της ψυχής.

Οι παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με την αυτοκτονία των ψυχικά ασθενών είναι: ιστορικό προηγούμενης απόπειρας, προηγούμενες εισαγωγές στο ψυχιατρείο, ιστορικό αυτοκτονίας μέλους της ίδιας οικογένειας, έλλειψη υποστηρικτικών προσώπων, διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις.

Παράγοντες που επίσης συνδέονται με την αυτοκτονία, αλλά δύσκολα αναγνωρίζονται είναι σύμφωνα με το Μάνο (1988) οι εξής:

-**Έλλειψη ελπίδας.** Σύμφωνα με πολλές μελέτες το σύμπτωμα της έλλειψης ελπίδας στη ζωή ενός ατόμου συνδέεται περισσότερο με την αυτοκτονία απ' ό τι συνδέεται η συναισθηματική διαταραχή της κατάθλιψης.

-**Διαπροσωπική απώλεια.** Η διαπροσωπική απώλεια σχετίζεται με την αυτοκτονία. Με τον όρο «διαπροσωπική απώλεια» εννοούμε το χωρισμό, το διαζύγιο, το θάνατο κλπ. και μπορεί να αφορά συγγενείς, φίλους, ερωτικούς συντρόφους, θεραπευτές. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε διαπροσωπική απώλεια είναι μεγαλύτερος στους αλκοολικούς.

-**Στρεσογόνοι παράγοντες.** Τέτοιοι παράγοντες είναι η αλλαγή της εργασίας, οι μετακομίσεις, οι τοκετοί, οι αποφοιτήσεις, οι οικονομικές αποτυχίες, ο γάμος, η συνταξιοδότηση, η εμμηνόπαυση κ.ά., οι οποίοι έχουν παρατηρηθεί σε μεγάλη συχνότητα κατά τους τελευταίους 6 μήνες στα άτομα που αυτοκτονούν. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωριστούν αυτοί οι παράγοντες προκειμένου να αντιμετωπιστεί η κρίση.

-**Διαπροσωπικές συγκρούσεις.** Μακροχρόνιες συγκρούσεις με μέλη της οικογένειας ή με άλλα άτομα συνδέονται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.

7.1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ- ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η Ραγιά (1999) αναφέρει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου:

Ο άρρωστος:

- Έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.
- Μιλά για θάνατο, αυτοκτονία, επιθυμία να είχε πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός.
- Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας, π.χ. «Πόσο χρόνο μπορούν να μείνουν οι άρρωστοι μόνοι, χωρίς να κυκλοφορεί ανάμεσά τους το προσωπικό;» «Πόσα χάπια σαν αυτά που παίρνω μπορούν να σκοτώσουν ένα άνθρωπο;» «Αν κάποιος πηδήξει απ' αυτό το παράθυρο θα σκοτωθεί αμέσως;»
- Ανησυχεί ότι δεν μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι της νύκτας.
- Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά.
- Απομονώνεται από τους άλλους ιδιαίτερα σε μοναχικούς χώρους ή πίσω από κλειδωμένες πόρτες.
- Δείχνει ανήσυχος και απελπισμένος.
- Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια, όπως καρκίνο ή AIDS και μπορεί να θέλει να τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και τους δικούς του.
- Εκφράζει βαθιά ενοχή για πραγματική ή φανταστική του πράξη και αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζει.
- Διαδίδει ότι είναι τιμωρημένος, ότι βασανίζεται ή καταδιώκεται.

- Ακούει φωνές (ίσως να τον προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό του).
- Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερή αιτία μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης (ίσως να είναι σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι ανακουφίσθηκε με την απόφαση να το κάνει).
- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης, π.χ. τενεκεδένια κουτιά, σπάγκους, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες. Μοιράζει τα ατομικά του είδη.

7.1.4 Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Οι περιστάσεις, οι διαταραγμένες διαπροσωπικές, σχέσεις και η οποιαδήποτε καθυστέρηση στην παροχή βοήθειας είναι δυνατό να συντελέσουν στη μοιραία έκβαση μιας απόπειρας αυτοκτονίας χωρίς ιδιαίτερη αυτοεπιθετική φόρτιση. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη κάθε εκφραζόμενη πρόθεση αυτοκτονίας και να επιχειρείται η αποσαφήνιση της σημασίας της σε συνάρτηση με το ψυχολογικό και το κοινωνικο-οικογενειακό πλαίσιο του αρρώστου. (Σακελλαρόπουλος Π., 1995, σελ. 458). Λαμβάνονται υπόψη κυρίως:

«Η βαρύτητα και η φύση της σύγκρουσης. Ο κίνδυνος είναι πιο μεγάλος όταν πρόκειται για ενδοψυχική σύγκρουση με παθολογική προέλευση (μελαγχολία, σχιζοφρένεια). Η επιθυμία θανάτου, σε αυτή την περίπτωση, είναι περισσότερο συγκεκριμενοποιημένη και έντονη.

Σε περίπτωση διαπροσωπικής σύγκρουσης, το αυτοκτονικό εγχείρημα εμπεριέχει αφενός ένα αίσθημα απόγνωσης του αυτόχειρα και αφετέρου την πρόθεσή του να κάνει κακό στον άλλο, απειλώντας τον με το δικό

του θάνατο. Η μετατροπή των εξωτερικών συνθηκών και η αλλαγή της στάσης του περιβάλλοντος μετριάζουν την αποφασιστικότητά του. Τις πιο πολλές φορές, η σύγκρουση είναι περίπλοκη, όπως και τα κίνητρα της αυτοκτονίας. Συνυπάρχουν καθαρά ενδοπροσωπικές συγκρούσεις και δυσμενείς περιβαλλοντολογικές συνθήκες. Το αυτοκτονικό εγχείρημα πραγματοποιείται σε μια στιγμή συχνά απρόβλεπτης όξυνσης και των δύο αυτών παραγόντων κινδύνου». (ό. π.)

«**Τα ψυχοκοινωνιολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου.** Τα σημαντικότερα δεδομένα είναι τα εξής:

α) Η ηλικία. Είναι γνωστή η βαρύτητα του αυτοκτονικού εγχειρήματος των ηλικιωμένων ατόμων και το πολύ υψηλό ποσοστό επιτυχίας τους. Κάθε φορά που ένας ηλικιωμένος εκφράζει πρόθεση αυτοκτονίας, θα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερα μέτρα υποστήριξης και προστασίας.

β) Το φύλο. Η επιτυχία της αυτοκτονίας είναι σαφώς πιο υψηλή στους άνδρες.

γ) Τα βιογραφικά στοιχεία. Αφορούν την ψυχική ευπάθεια του ατόμου και την κοινωνική επαγγελματική και οικογενειακή του προσαρμογή. Στοιχεία που πιστοποιούν την ύπαρξη ψυχικής ευπάθειας είναι το ιστορικό καταθλιπτικών επεισοδίων, ψυχιατρικών νοσηλείων και κυρίως το ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. Οι απόπειρες επιβεβαιώνουν τον κίνδυνο πραγματοποίησης της απειλής δεδομένου ότι η πιθανότητα επανάληψης του εγχειρήματος αυξάνεται σαφώς με τον αριθμό των αποπειρών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί.

δ) Τα κυριότερα γνωρίσματα της προσωπικότητας. Εκτιμάται ο βαθμός της συναισθηματικής ωρίμανσης, οι ικανότητες επικοινωνίας, τα ενδιαφέροντα στη ζωή, οι θρησκευτικές ή φιλοσοφικές αντιλήψεις, δηλαδή όλα τα στοιχεία που μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε τα μέσα που διαθέτει το άτομο για την επίλυση των ψυχοσυγκρούσεών του. Η

ύπαρξη στοιχείων ψυχοπαθητικότητας αυξάνει κατά πολύ την πιθανότητα αυτοκτονικής εκδραμάτισης. Οι ψυχασθενικοί και οι ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες έχουν την τάση περισσότερο να αναμασούν νοερά τις ιδέες αυτοκτονίας, παρά να τις πραγματοποιούν».
(ό. π.)

«**Η δυνατότητα βοήθειας από το περιβάλλον.** Οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας λειτουργούν ως έκκληση για βοήθεια. Περισσότερες από 70% των αυτοχείρων είχαν ειδοποιήσει, άμεσα ή έμμεσα, τους οικείους ή τους γνωστούς τους για τις προθέσεις τους. Κατά συνέπεια, ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται μεγαλύτερος, όταν το άτομο είναι συναισθηματικά απομονωμένο και βρίσκεται σε κατάσταση υλικής ανέχειας».
(ό. π.)

7.1.5 ΜΥΘΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Πρόκειται για εσφαλμένες αντιλήψεις ακόμη και μεταξύ των επιστημόνων ψυχικής υγείας. Ο Μάνος (1988) αναφέρει τους ακόλουθους μύθους γύρω από την αυτοκτονία:

-Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας έχουν έντονη αυτοκαταστροφική τάση και έχουν δικαίωμα να πεθάνουν. Σχεδόν όλα τα άτομα αυτά είναι αμφιθυμικά για το θάνατο –θέλουν να πεθάνουν και την ίδια στιγμή εύχονται να σωθούν από το θάνατο. Για πολλούς, το γεγονός ότι αναζήτησαν βοήθεια είναι απόδειξη αυτής της αμφιθυμίας.

-Από τη στιγμή που το αποφασίζει κάποιος, η αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη. Η ισχυρή αυτοκαταστροφική πρόθεση συνήθως

αντιπροσωπεύει μία οξεία κατάσταση που υποχωρεί όταν το άτομο επιζήσει των άμεσων συνθηκών που τη δημιούργησαν.

-Τα άτομα που μιλούν για αυτοκτονία δεν είναι αυτά που πραγματικά την κάνουν. Σε περισσότερες από 80% των περιπτώσεων ατόμων που αυτοκτόνησαν υπήρξαν σαφείς προειδοποιήσεις της πρόθεσής τους να πεθάνουν.

-Βελτίωση που ακολουθεί κρίση αυτοκτονίας σημαίνει ότι η περίοδος κινδύνου τελείωσε. Οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν μέσα σε 3 μήνες ύστερα από οξεία κρίση, όταν η «βελτίωση» δίνει στο αυτοκαταστροφικό άτομο περισσότερη ενέργεια με την οποία μπορεί να φέρει σε πέρας τις προθέσεις του.

-Η συζήτηση των αυτοκτονικών σκέψεων και σχεδίων με τον ασθενή θα ενισχύσει περισσότερο τις ιδέες αυτές. Στην πραγματικότητα, η ανοιχτή συζήτηση θα ανακουφίσει την κρίση και σπάνια αν ποτέ την επιδεινώσει.

7.1.6 ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η νοσηλεία ενδείκνυται πολλές φορές, αλλά τα άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας μπορεί να αντιμετωπισθούν και σαν εξωτερικοί ασθενείς, αν υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη από το περιβάλλον. (Μάνος Ν., 1988, σελ.).

Οικογένεια και φίλοι. Η στάση και η συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται κοντά στον ασθενή δίνει χρήσιμη πληροφόρηση για τις δυνατότητες θεραπείας. Άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή, που συνειδητοποιούν τη σοβαρότητα της κατάστασης και που κατανοούν ότι είναι απαραίτητη η θεραπεία, μπορεί να βοηθήσουν στην ανάνηψη του ασθενή. Στο άλλο άκρο, βέβαια, βρίσκεται το άτομο που δεν έχει κανένα κοντά του και που κινδυνεύει πάρα πολύ, γιατί το να αφήσει το χώρο του νοσοκομείου σημαίνει να επιστρέψει σ' έναν αφιλόξενο κόσμο.

Μερικά από τα συναισθήματα που βιώνουν τα άτομα του στενού περιβάλλοντος του ασθενή είναι ο πανικός, η σύγχυση ή ο θυμός. Στην περίπτωση αυτή όμως δύσκολα μπορούν να τον στηρίξουν. Είναι ακόμη πιο επικίνδυνα τα πράγματα για τον ασθενή, όταν οι φίλοι και η οικογένεια είναι αδιάφοροι στην κρίση που περνάει. Γιατί, τότε, μπορεί να ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο της κατάστασης και να αποθαρρύνουν τον ασθενή από το να ζητήσει βοήθεια από ειδικό. Ο μεγαλύτερος, ίσως κίνδυνος θανάτου αφορά τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα που βρίσκονται γύρω από τον ασθενή τον ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους ν' αυτοκτονήσει. Ο σύζυγος που αδιαφορεί στις απειλές της καταθλιπτικής γυναίκας του για αυτοκτονία ή που αφήνει σε εμφανές μέρος τα

ηρεμιστικά στο σπίτι του, ίσως συνειδητά ή ασυνείδητα επιθυμεί το θάνατο της γυναίκας του. Αν το ιστορικό δείχνει κάτι τέτοιο, θα πρέπει ο ασθενής να βγει από το περιβάλλον αυτό, έως ότου αποφασιστεί τι θα γίνει παρακάτω. (ό. π.)

Άλλα άτομα. «Άλλα σημαντικά άτομα που μπορούν να βοηθήσουν είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι οικογενειακοί γιατροί και οι ιερείς. Άτομα που έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ασθενή πρέπει επίσης να αναζητηθούν για πιθανή παροχή βοήθειας, ειδικά όταν σχεδιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση να γίνει εξωνοσοκομειακά. Κατά κανόνα, κάθε γιατρός ή θεραπευτής που πρόσφατα θεράπευσε τον ασθενή θα πρέπει να ειδοποιηθεί ενώ γίνεται η εκτίμηση του ασθενή». (ό. π.)

7.1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία θα εξαρτηθεί από την κρίση του κλινικού, ο οποίος θα εξετάσει προσεκτικά το συνεχιζόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας και τις πηγές βοήθειας που υπάρχουν στη διάθεσή του. Σ' αυτό θα βοηθήσουν οι συνεντεύξεις με τον ασθενή, την οικογένειά του, τους φίλους του καθώς και άλλα σημαντικά για εκείνον άτομα. Γενικά, ο κλινικός θα πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε τρεις τρόπους παρέμβασης (Μάνος Ν., 1988, σελ.):

Το άτομο να βρίσκεται στο σπίτι του. «Το άτομο που δεν έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και εκφράζει μόνο αόριστες ιδέες, αλλά αρνείται οποιοδήποτε αυτοκαταστροφικό σχέδιο ή πρόθεση, είναι πιθανότατα υποψήφιο για εξωνοσοκομειακή θεραπεία που θα γίνει ανάλογα με την προτίμηση του ασθενή, από ειδικό ή τον οικογενειακό γιατρό και σε συνεργασία με αυτούς που τον παρέπεμψαν. Για το άτομο που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής. Αν, όμως, το άτομο αυτό αρνείται ότι συνεχίζει να έχει πρόθεση αυτοκτονίας, η απόπειρα από μόνη της δείχνει μικρό κίνδυνο, το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη κατάθλιψη ή ψύχωση και συγγενείς και φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του, τότε ο κλινικός θα πρέπει να σκεφθεί την πιθανότητα να πάει το άτομο σπίτι του. Θα πρέπει όμως να δοθεί ραντεβού στο άτομο αυτό για την επόμενη κιόλας μέρα με κάποιο ειδικό της ψυχικής υγείας και να σιγουρευτεί ότι το άτομο θα πάει στο ραντεβού και επίσης ότι η υπηρεσία ή το άτομο που θα τον δει έχουν ενημερωθεί λεπτομερώς πριν το άτομο φύγει να πάει στο σπίτι του». (ό. π.)

«Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία θα βασιστεί στις ανάγκες του ασθενή και στη διάγνωσή του και μπορεί να κυμανθεί από λίγες συναντήσεις παρέμβασης σε κρίση έως μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Οι μορφές της ψυχοθεραπείας μπορεί να είναι ατομική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία ζευγαριού ή ομαδική ψυχοθεραπεία». (ό. π.)

Εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Άτομα που οργανώνουν την αυτοκτονία τους ή έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν χρήζουν νοσηλείας. Στο νοσοκομείο θα είναι πιο ασφαλή και παράλληλα θα ξεκινήσει η θεραπεία τους. Άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση τις περισσότερες φορές συμφωνούν με την εισαγωγή τους σε νοσοκομείο, ιδιαίτερα αν την υποστηρίζουν και οι συγγενείς και οι φίλοι τους. Αν υπάρχει υποψία ότι το άτομο μπορεί να κάνει άλλη απόπειρα ακόμα και μέσα στο νοσοκομείο, θα πρέπει να ληφθούν ειδικά μέτρα από το προσωπικό, ώστε να προφυλαχθεί ο άρρωστος και να αποφευχθεί ο κίνδυνος. (ό. π.)

Ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ο νόμος δίνει το δικαίωμα σε άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή να ζητήσουν την ακούσια νοσηλεία του, όταν το άτομο γίνεται επικίνδυνο για τον εαυτό του και δε θέλει να νοσηλευτεί.

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (2000) το ψυχιατρικό ιστορικό θα συμβάλλει στην εντόπιση ψυχικών διαταραχών (π.χ. κατάθλιψη) που μπορεί να ενισχύουν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ατόμου, ώστε να ξεκινήσει αμέσως η θεραπεία. Ο ίδιος τονίζει τη σημασία του κοινωνικού ιστορικού, το οποίο θα φέρει στην επιφάνεια τους κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του ατόμου (π.χ. πένθος), καθώς επίσης και τα υποστηρικτικά συστήματα που έχει το άτομο στη διάθεσή του.

7.1.8 ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η Ραγιά (1999) αναφέρει τα ακόλουθα προφυλακτικά μέτρα προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος της αυτοκτονίας:

- Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοικτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.
- Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15 λεπτά. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
- Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.
- Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθειά του.
- Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
- Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
- Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.

- Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
- Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησής του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίνεται από το νοσηλεύτη και το γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

7.2 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΡΙΤΩΝ

«Η στενή σχέση μεταξύ εγκλήματος και ψυχικής διαταραχής είναι μία από τις πλέον διαδεδομένες αντιλήψεις σε όλες τις κοινωνίες των ανθρώπων ανεξάρτητα από τις όποιες διαφορές στην εθνική, ηθική και πολιτισμική τους ταυτότητα . Χαρακτηριστικό είναι ο ημερήσιος τύπος τριών χωρών, Ελλάδας, Ηνωμένου Βασιλείου και Αυστραλίας για να περιγράψει δράστες πολλαπλών ανθρωποκτονιών που διαπράχθηκαν στις χώρες αυτές το 1996, χρησιμοποίησε τον ίδιο ακριβώς χαρακτηρισμό: «ψυχοπαθής μακελάρης» (Αλεβιζόπουλος, 2000, σελ. 13).

«Όσο όμως ο γενικός πληθυσμός αποδέχεται την αιτιολογική σχέση μεταξύ της μείζονος ψυχικής διαταραχής και της εκδήλωσης της εγκληματικής συμπεριφοράς, άλλο τόσο η συσχέτιση αυτή έχει αμφισβητηθεί έντονα από εγκληματολόγους, κοινωνιολόγους και ψυχιάτρους. Δηλαδή ότι είναι περισσότερο, το ίδιο, ή λιγότερο πιθανή η εκδήλωση βίας από ένα ψυχωτικό ασθενή σε σχέση με ένα τυχαίο άτομο από το γενικό πληθυσμό (Taylor, 1982, Τσαλίκου – Κωστοπούλου, 1984). Μέχρι σήμερα η μόνη αποδειγμένη συσχέτιση δεν είναι μεταξύ εγκλήματος και ψυχικής νόσου αλλά μεταξύ εγκλήματος και νεότητας» (οπ. π).

«Η πραγματικότητα είναι ότι η σχέση που συνδέει το έγκλημα-για την ακρίβεια το βίαιο έγκλημα – και την ψυχική διαταραχή δεν είναι ούτε επαγωγική ούτε ευθέως αιτιολογική. Συχνά τα συμπεράσματα που εξάγονται από τις διάφορες μελέτες, στο χώρο αυτό, είναι

παραπλανητικά είτε λόγω της στατιστικής τυχαιοποίησης και αξιολόγησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, είτε λόγω των ορισμών που δίνουν οι ερευνητές στις χρησιμοποιούμενες έννοιες, όπως τη βία, το έγκλημα, την αντικοινωνικότητα κ.ο.κ. Ένας άλλος τρόπος αξιολόγησης της σχέσης ψυχικής νόσου – εγκλήματος είναι ο προσδιορισμός του αριθμού των ψυχιατρικών ασθενών στις φυλακές» (οπ. π, σελ. 14).

Οι Guze και συν, Monahan και Steadman υποστηρίζουν ότι τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα, τα οποία είναι παράλληλα δράστες κάποιου σοβαρού εγκλήματος, δεν υπερβαίνουν το 4-6% του συνόλου των ψυχιατρικών ασθενών που νοσηλεύονται είτε σε ψυχιατρικά νοσοκομεία είτε σε ψυχιατρεία φυλακών. Τα μικρά αυτά ποσοστά δείχνουν ότι ακόμη και όταν υφίσταται σοβαρή ψυχοπαθολογία για την οποία είναι επιβεβλημένη η ενδονοσοκομειακή θεραπευτική αντιμετώπιση, αυτή πολύ σπάνια αποδεικνύεται ικανοποιητικός παράγοντας ερμηνείας της εγκληματικής συμπεριφοράς (οπ. π, σελ. 14).

Τα περισσότερα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα απ' ό,τι τα άτομα του γενικού πληθυσμού. Εντούτοις, πρόσφατες, καλά μεθοδευμένες επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει μια υποομάδα ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιθετικών βίαιων συμπεριφορών. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από τη μη συμμόρφωση στη θεραπεία (παίρνουν ανεπαρκείς δόσεις ή καθόλου φάρμακα), έχουν έλλειψη εναισθησίας, κάνουν κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών ή έχουν ιστορικό βίαιων συμπεριφορών. Σε αρκετές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών μπορεί να εμφανιστούν φαινόμενα επιθετικής συμπεριφοράς (Γ.Ν .Χριστοδούλου, 2000, σελ. 602).

«Ασθενείς με σχιζοφρενική ψύχωση (κυρίως παρανοειδούς ή κατατονικού τύπου) μπορεί να εμφανίσουν επιθετικού τύπου συμπεριφορές ως αποτέλεσμα παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων ή

στα πλαίσια ψυχωσικής – παρορμητικής συμπεριφοράς. Η μανία (κυρίως στη δυσθυμική μορφή) και στα πλαίσια υπερδραστηριότητας και παραληρητικής συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικές πράξεις. **Άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη** (με ψυχωσικά στοιχεία) μπορεί να εκδηλώνουν πράξεις βίας (ακόμη και ανθρωποκτονία), που ορισμένες φορές ακολουθείται από αυτοκαταστροφική ενέργεια. Γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να γίνουν ιδιαίτερα επιθετικές (ιδίως εναντίον του παιδιού του)» (οπ. π.).

«Πολλές κατηγορίες διαταραχών προσωπικότητας (αντικοινωνική, μεθοριακή, παρανοειδής, ναρκισσιστική) χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση επιθετικών συμπεριφορών. Άτομα με σεξουαλικού τύπου διαταραχές (ομοφυλοφιλικός πανικός, διαταραχή στύσης) μπορεί να γίνουν βίαια και επιθετικά. Η κατάχρηση διαφόρων ουσιών ή οινόπνευματων (φάση τοξίκωσης ή στέρησης) μπορεί να οδηγήσει σε πράξεις βίαιης συμπεριφοράς. Κύριες ουσίες που ενοχοποιούνται είναι τα οπιούχα, οι αμφεταμίνες, τα βαρβιτουρικά, η κάνναβη, η κοκαΐνη και το LSD. **Διάφορες οργανικές ψυχικές διαταραχές** συνοδεύονται από επιθετικού τύπου συμπεριφορές, όπως η κροταφική επιληψία, όγκοι ή τραύματα του εγκεφάλου και η άνοια» (οπ. π.).

Οι Monahan και Steadman (1983) ανασκοπώντας πάνω από 200 ερευνητικές εργασίες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συσχέτιση μεταξύ εγκληματικότητας και ψυχικής νόσου, εξαφανίζεται όταν ελεγχθούν οι δημογραφικοί παράμετροι και το ιστορικό εγκληματικότητας των δραστών. Κατά συνέπεια η ψυχική νόσος αφ' εαυτή δεν συνδέεται με την εγκληματικότητα (Αλεβιζόπουλος, 2000, σελ. 17).

Ο Gunn, 1977 ισχυρίζεται ότι λίγοι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι εγκληματίες και λίγοι εγκληματίες πάσχουν από κάποια ψυχιατρική

διαταραχή . Η άποψη της μη συσχέτισης της ψυχικής νόσου με την βίαια συμπεριφορά, γνωστή και ως εγκληματολογική, έχει πρόσφατα αναθεωρηθεί κάτω από το πρίσμα των νεότερων μελετών (οπ. π., σελ. 17).

Για τον Halleck 1987, δύο γενικά κριτήρια πρέπει να ισχύουν για να χαρακτηριστεί κάποιος δράστης ενός εγκλήματος ψυχικά διαταραγμένος: α) να υπάρχει αποδεδειγμένη τέλεση εγκλήματος, ικανού να οδηγήσει στην σύλληψη και την καταδίκη του δράστη, β) Η εν γένει συμπεριφορά του δράστη να γεννά την υποψία ύπαρξης ψυχικής διαταραχής τέτοιας ώστε να τίθεται σε αμφισβήτηση η παραπομπή του στις διαδικασίες του ποινικού συστήματος (οπ. π., σελ. 15).

Μελετώντας τα χαρακτηριστικά εκείνα που κάνουν ένα άτομο, που πάσχει από ψυχική νόσο, να έλθει αντιμέτωπο με το ποινικό σύστημα και αξιολογώντας την πιθανότητα να συμβεί αυτό, μπορεί κάποιος ειδικός να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και εγκλήματος.

Ένα άτομο που έχει ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, που δεν φέρεται εχθρικά, βίαια ή επιθετικά και παράλληλα τα συναισθήματα και οι φαντασιώσεις του δεν έχουν στοιχεία βίας, αλλά διατηρεί σχέσεις ανεπαρκείς διαταραγμένες και εχθρικές δίχως να είναι ψυχωτικό ενδέχεται στο μέλλον να βλάψει τρίτους.

«Από το σύνολο των χαρακτηριστικών δύο ατόμων το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς θεωρείται ως ο σημαντικότερος προγνωστικός δείκτης μελλοντικής βίαιης πράξης. Η πιθανότητα διάπραξης νέας βίαιης ενέργειας αυξάνει, προοδευτικά, μετά από προηγηθείσες βίαιες πράξεις. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά φαίνονται στο σχετικό πίνακα που παρατίθεται στο τέλος του κεφαλαίου» (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2000, σελ. 602).

Το προφίλ που περιγράφηκε παραπάνω τονίζει την ανάγκη αντιμετώπισης κάθε περίπτωσης χωριστά, λαμβάνοντας υπόψη πάντα τις

επιδημιολογικές τάσεις. Ωστόσο, ένα άτομο το οποίο έχει προκαλέσει θανατηφόρο βία έχει πραγματικά ελάχιστες πιθανότητες να το επαναλάβει.

«Εντούτοις, πρέπει να σημειωθεί ότι οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ανθρώπινη επιθετικότητα δεν έχουν επαρκώς διερευνηθεί και αποσαφηνιστεί. Το γεγονός αποδίδεται, κυρίως, στη δυσχέρεια αποσαφήνισης και προσδιορισμού εννοιών και καταστάσεων, που αποτελούν εκφράσεις της επιθετικής συμπεριφοράς (όπως θυμός, εχθρότητα, ευερεθιστότητα, οργή, φθόνος, παρορμητικότητα κ.α.) και τις μεταξύ τους σχέσεις. Εξάλλου η συχνή συνύπαρξη διαφόρων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων ή διαταραχών προσωπικότητας με διαφόρων τύπων επιθετικές συμπεριφορές καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη τη διερεύνηση του φαινομένου».(Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2000, σελ. 601).

«Η Σπινέλη 1982, αναφέρει ότι οι σύγχρονες απόψεις τονίζουν τη σημασία όχι μόνο των ατομικών παραγόντων αλλά και των περιβαλλοντολογικών παραγόντων που οδηγούν στη βίαιη συμπεριφορά. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Megargree, 1981, Greenland, οι ατομικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν: παράγοντες οι οποίοι υποκινούν βίαιη συμπεριφορά, απουσία καταστολέων της επιθετικής συμπεριφοράς και ενισχυτές παλαιότερων βίαιων συμπεριφορών. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί, αν και παρουσιάζουν ένα μείζον πρόβλημα στους επιστήμονες ανθρώπινης συμπεριφοράς: είναι ιδιαίτερα δύσκολο, αν όχι ακατόρθωτο, να απογραφούν κατά έναν ικανοποιητικό τρόπο οι συνθήκες στις οποίες μπορεί να βρεθεί ένα άτομο στο μέλλον. Παρ' όλα αυτά, είναι φανερό ότι ένας αριθμός τύπων προσωπικότητας αλληλεπιδρά με ένα φάσμα περιβαλλοντικών παραγόντων, έχοντας σαν αποτέλεσμα ατομικές πράξεις βίας .(Αλεβιζόπουλος, 2000 σελ 17)

Παράγοντες σχετιζόμενοι θετικά με την καθ' υποτροπή βία\αδίκηματική συμπεριφορά ασθενών:

- 1) **Προηγούμενο αδίκημα:** Το είδος και ο αριθμός προηγούμενων αδικημάτων είναι οι πιο ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης μελλοντικής συμπεριφοράς.
- 2) **Ηλικία:** Οι νεότερες ηλικίες είναι ο δεύτερος ισχυρότερος παράγοντας συσχέτισης
- 3) **Αιτία περιορισμού:** Τη μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής έχουν όσοι έχουν διαπράξει κάποιο αδίκημα κατά περιουσίας. Οι βίαιοι δράστες έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να βιαιοπραγήσουν ξανά. Οι ανθρωποκτόνοι, ειδικά στις περιπτώσεις που είχαν κάποιου είδους σχέση με το θύμα τους, έχουν την μικρότερη πιθανότητα να διαπράξουν νέο αδίκημα βίας .
- 4) **Χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο:** Μικρότερος χρόνος παραμονής σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής, αν και θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν και ο παράγοντας ηλικία.
- 5) **Διαδικασία εξόδου:** Μικρότερη πιθανότητα υποτροπής έχουν όσοι από το ειδικό νοσοκομείο ακολουθούν κάποιου είδους μικτή μετανοσοκομειακή φροντίδα πριν οδηγηθούν στην κοινότητα.
- 6) **Ψυχιατρική διάγνωση:** Η διάγνωση της «ψυχοπαθητικής» προσωπικότητας παρουσιάζει τους μεγαλύτερους δείκτες υποτροπής
- 7) **Εξαρτησιογόνες ουσίες:** Σχετίζονται θετικά με την υποτροπή.
- 8) **Εθνικές μειονότητες:** Αυξημένη πιθανότητα, αν και τα αποτελέσματα συγχέονται με το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.
- 9) **Εργασία, οικογενειακή σταθερότητα, μόρφωση και νοημοσύνη:** Η εργασιακή απασχόληση, η οικογενειακή σταθερότητα, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζονται αρνητικά με την υποτροπή.
- 10) **Προφίλ προσωπικότητας:** Δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία , αν και οι ψυχοπαθητικές προσωπικότητες, ειδικά αυτές που εκδηλώνουν

υπερβολικό έλεγχο στο περιβάλλον τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης εκσεσημασμένα παρορμητικής βία (Αλεβιζόπουλος, 2000, σελ. 190).

«Με διάφορες μορφές επιθετικής συμπεριφοράς έχουν συσχετιστεί και οι βιολογικοί παράγοντες. Από το σύνολο αυτών που έχουν μελετηθεί φαίνεται ότι ο ρόλος του σεροτονινεργικού συστήματος (υπολειτουργία) είναι ο πλέον σημαντικός σε σχέση με την εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών. Πιστεύεται ότι η συγκεκριμένη διαταραχή αποτελεί σταθερό βιοχημικό χαρακτηριστικό του ατόμου, το οποίο προσδιορίζεται γενετικά ή είναι αποτέλεσμα αναπτυξιακής διαδικασίας. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες βλέπε το σχετικό πίνακα στο τέλος του κεφαλαίου» (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2000, σελ. 602).

Εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς (κυρίως του τύπου της λεκτικής επιθετικότητας) εμφανίζουν συχνά (15-25%) ενδονοσοκομειακοί ψυχιατρικοί ασθενείς (οπ. π., σελ. 602).

Τα εγκλήματα βίας αν και αποτελούν τη μειοψηφία και συγκεκριμένα μόλις το 5% του συνόλου των καταγραφόμενων εγκλημάτων, είναι αυτά που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον τουλάχιστον όσον αφορά τη συσχέτιση τους με τις διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας (Αλεβιζόπουλος, 2000, σελ. 16).

Η ανθρωποκτονία είναι η υπέρτατη εκδήλωση βίας. Για ποιο λόγο και πώς κάποιος οδηγείται στην διάπραξη ενός φόνου παραμένει ένα ανεξήγητο κομμάτι της ανθρώπινης υπόστασης. Οι κλινικές συζητήσεις σχετικά με τη φύση τόσο της ανθρωποκτονίας όσο και των δραστών, είναι συνήθως απόλυτα εξατομικευμένες και αναπτύσσουν μια συλλογιστική συσχέτισης ενός δράστη με ένα ή περισσότερα θύματα (οπ. π., σελ. 73).

«Αν και μέχρι πρόσφατα οι ανθρωποκτονίες εθεωρούντο πολύ σπανιότερες από τις αυτοκτονίες, τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται μια συνεχώς αυξητική τάση των πρώτων. Το ενδιαφέρον της ψυχιατρικής προς τις ανθρωποκτονίες αυξάνεται ακόμη περισσότερο από τη διαπίστωση ότι ο ρυθμός τους αυξάνεται κυρίως ως προς την ψυχοπαθολογική υπόσταση διάπραξης τους. Με τον όρο αυτό νοείται η ανθρωποκτονία της οποίας το κίνητρο έχει εμφανώς ψυχοπαθολογική προέλευση. Οι Soothill 1993, Gresswell και Hollin, 1994 εντάσσουν στην κατηγορία αυτή ανθρωποκτονίες συνδυασμένες με κάποιο σεξουαλικό έγκλημα, οι πολλαπλές και κατά συρροή ανθρωποκτονίες, παιδοκτονίες κλπ.» (οπ. π., σελ.74).

«Τα στατιστικά στοιχεία των εγκλημάτων κατά της ζωής στην Ελλάδα για τα έτη 1994 και 1995 φαίνονται στον πίνακα το σχετικό που βρίσκεται στο τέλος αυτού του κεφαλαίου, εκεί καταγράφεται το σύνολο των κρατουμένων για εγκλήματα κατά της ζωής. Από τα δεδομένα του πίνακα αυτού προκύπτει ότι περίπου 200 άτομα καταδικάζονται κάθε χρόνο ως δράστες εγκλημάτων κατά της ζωής συνολικά, και περίπου 130 για ανθρωποκτονία από πρόθεση» (οπ. π., σελ. 75).

«Οι ανθρωποκτονίες μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες, τις «φυσιολογικές» και τις «παθολογικές». Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται ανθρωποκτονίες που συντελούνται κατά τη διάρκεια διάπραξης ενός άλλου εγκλήματος, ανθρωποκτονίες για πολιτικούς λόγους και τέλος ανθρωποκτονίες που διαπράττονται κάτω από την πίεση φυσιολογικών συναισθημάτων, όπως ο θυμός, η ζήλια ή η εκδίκηση. Στην κατηγορία των παθολογικών ανθρωποκτονιών περιλαμβάνονται αυτές ,στις οποίες ο δράστης πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή (ψύχωση, διαταραχή προσωπικότητας ,νοητική υστέρηση ή νεύρωση), η οποία συμβάλει στην τελική εκδήλωση της βίαιης συμπεριφοράς» (οπ. π., σελ. 77).

«Σύμφωνα με τον Dietz, 1983, οι «φυσιολογικές» ανθρωποκτονίες είναι σαφώς λιγότερες από τις «παθολογικές», υπολογιζόμενες σε 20% του συνόλου, αλλά αποκτούν συνήθως μεγάλη δημοσιότητα. Οι «παθολογικές» ανθρωποκτονίες είναι πιο συχνές στις γυναίκες φθάνοντας το 68% του συνόλου σε σχέση με το 28% του αντίστοιχου ποσοστού των ανδρών. Ο Green, 1981, αναφέρει ότι οι ανθρωποκτονίες στο πλαίσιο καταθλιπτικής διαταραχής είναι συνηθέστερες στις γυναίκες με θύματα τα παιδιά τους. Τέλος οι μητροκτονίες διαπράττονται στην πλειοψηφία τους από γιους, στο πλαίσιο σχιζοφρενικής νόσου» (οπ. π., σελ. 78).

Στην Ελλάδα, ένας μεγάλος αριθμός νοσηλίων σε Δημόσιο Ψυχιατρείο ισοδυναμεί με την κράτηση «λίαν επικίνδυνων» ατόμων. Ο χαρακτηρισμός ενός ψυχικά ασθενή ως επικίνδυνου έχει δραστικές συνέπειες για την ζωή του. Η επικινδυνότητα αποτελεί το μοναδικό κριτήριο του υποχρεωτικού εγκλεισμού για το σύνολο σχεδόν των ψυχικά ασθενών που υπόκεινται σε ακούσιο εγκλεισμό. Η ακούσια αυτή και συχνά βίαιη εισαγωγή γίνεται ύστερα από υποκειμενικές κρίσεις ψυχιάτρου καθώς και από βεβαιώσεις και υποδείξεις συγγενών και αστυνομικών αρχών που πιστοποιούν ότι «ο πάσχων κρίνεται επικίνδυνος δια την δημόσιαν τάξιν και την προσωπικήν ασφάλειαν των πολιτών». Αυτή η διαδικασία δεν είναι πάντα αντικειμενική και κατά συνέπεια ούτε απαλλαγμένη από αυθαιρεσίες ή καταχρηστικές ενέργειες από τις αρμόδιες αρχές (Τσαλίκου, 1987, σελ. 25-26).

Σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 95, παρ. 1, Ν. 2071/1992 (για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το νόμο, δείτε το Παράρτημα Α) ακούσια νοσηλεία, είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή, εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη μονάδα Ψυχικής Υγείας. Οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία (σύμφωνα με το άρθρο 95, παρ. 2, Ν. 2071/1992) είναι:

1. α) ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.

β) να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και

γ) η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλειστεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του ή

2. η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή, να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

Εξάλλου σύμφωνα με τη διάταξη του αρθρ. 96 παρ.5 του ως άνω νόμου που ρυθμίζει τα της διαδικασίας εισαγωγής του ασθενούς προς ακούσια νοσηλεία του, αυτήν μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελα ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του. Εάν τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελα ο Εισαγγελέας ή είναι ανέφικτη η εξέταση του ασθενούς, λόγω αρνήσεως του να εξεταστεί, ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των απαιτούμενων γνωματεύσεων σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Στη συνέχεια ο διατάξας τη μεταφορά του ασθενή Εισαγγελέας με αίτηση του, ζητεί να επιληφθεί το Μονομελές Πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί για την αναγκαιότητα δικαστικού ελέγχου της ορθότητας του εγκλεισμού του ασθενούς σε ψυχιατρείο. Στη συνεδρίαση καλείται και ο ασθενής να παραστεί, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο (παρ. 6).

Όσον αφορά τον ψυχικά ασθενή εγκληματία που έχει θεωρηθεί επικίνδυνος οι συνέπειες είναι το ίδιο, ίσως και περισσότερο δραστικές. Στις περισσότερες χώρες, ενώ δεν καταδικάζεται, αφού έχει κριθεί ακαταλόγιστος, κρατείται σε ειδικό θεραπευτικό κατάστημα για αόριστο χρονικό διάστημα άσχετα από την βαρύτητα της πράξης που έχει κάνει,

προκειμένου να προστατευτεί, τόσο η κοινωνία από τον κίνδυνο, όσο και για να θεραπευθεί ο ίδιος.

«Αυτή η θεραπεία όμως, στην ουσία δεν αποτελεί παρά μία καλυμμένη τιμωρία, αποκαλύπτοντας έτσι τον πραγματικό τρόπο λειτουργίας του Ποινικού Δικαίου στις μέρες μας. Όσο και αν αυτό έχει απομακρυνθεί από τις αρχές του κλασικού Ποινικού Δικαίου των αρχών του περασμένου αιώνα, που στηριζόταν στις δύο βασικές έννοιες, της ηθικής ευθύνης και της ανταποδοτικότητας της ποινής, αφήνοντας έξω από την κυριαρχία του την κατηγορία των ψυχικά αρρώστων εγκληματιών, στην ουσία εξακολουθεί να παραμένει προσηλωμένο σε ένα θεολογικό- μεταφυσικό στάδιο» (Τσαλίκογλου, 1987, σελ. 26).

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, πώς κάτω από αυτές τις συνθήκες, το έγκλημα θα θεωρείται αμαρτία και ο δράστης πρέπει να πληρώσει για το αμάρτημα αυτό, ακόμη και αν κριθεί ακαταλόγιστος. Κατά αυτό τον τρόπο ο εγκληματίας υποτίθεται ότι θεραπεύεται, στην πράξη όμως η επιβαλλόμενη θεραπεία είναι μια μορφή καλυμμένης τιμωρίας που συχνά εξελίσσεται σε ασύστολη πράξη βίας (οπ. π.).

Φαινόμενο που συναντάται συχνά στην ελληνική πραγματικότητα. Η σωφρονιστική αναγκαιότητα υποκαθίσταται από τη θεραπευτική, που επιβάλλεται με την εισαγωγή του αρρώστου σε ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Οι σχετικές διατάξεις του Ποινικού Κώδικα ορίζουν ότι ο εγκληματίας που απαλλάσσεται από ποινή ή καταδίκη, εισάγεται σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα «προς φύλαξιν», εάν κριθεί ότι αυτός είναι επικίνδυνος για την δημόσια ασφάλεια. Ακόμη ορίζεται ότι «η φύλαξη συνεχίζεται εφ' όσον χρόνον επιβάλλει τούτο, η δημόσια ασφάλεια (οπ. π.).

Με αυτές τις νομοθετικές διατάξεις επιδιώκεται η προστασία του κοινωνικού συνόλου και η θεραπεία του επικίνδυνου ακαταλόγιστου. Στην ουσία όμως με τα μέτρα αυτά φαίνεται ο αντιθεραπευτικός

χαρακτήρας της ποινής και ταυτόχρονα αποκαλύπτεται η αντιφατικότητα του νόμου, αφού τα θεραπευτήρια γίνονται ειδικά τμήματα κρατουμένων, όπου οι ακαταλόγιστοι κλείνονται σε αυστηρή απομόνωση για αόριστο χρονικό διάστημα. «Σε αυτά στερούνται όχι μόνο την ελευθερία τους αλλά και τις δυνατότητες ενός ψυχιατρικού νοσηλευτικού ιδρύματος και όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα που διατηρούν οι κοινοί κατάδικοι και προπάντων το δικαίωμα για πλήρη και ανεμπόδιστη θεραπευτική αγωγή» (Τσαλίκου, 1987, σελ. 27).

Το ερώτημα που γεννιέται είναι αν τελικά και κατά πόσο αυτή η θεραπεία διαφοροποιείται από την επιβολή μιας καθαρά τιμωρητικής ποινής, όταν η θεραπεία είναι ουσιαστικά ακόμη ένα μέτρο εγκλεισμού και απομόνωσης.

«Η διάρκεια φύλαξης του ψυχικά ασθενή εξαρτάται από τη διάγνωση του βαθμού επικινδυνότητας του και ενώ κάθε τρία χρόνια το πλημμελειοδικών αποφαινεται για την απόλυση του, ο εγκλεισμός γίνεται ισόβιος λόγω της επιφυλακτικότητας τους να διατάξουν απόλυση» (οπ. π.).

Χαρακτηριστική είναι η μαρτυρία του Στριγγάρη στα Ποινικά Χρονικά, 1982: «Στην πράξη τα Πλημμελειοδικεία δεν διατάσσουν την απόλυση των θεραπευμένων ψυχασθενών, με την δικαιολογία ότι η νόσος δύναται να υποτροπιάσει και ως εκ τούτου το άτομο να διαπράξει εκ νέου έγκλημα». Το σκεπτικό όμως αυτό ενισχύει την άποψη ότι ο ψυχικά ασθενής = επικίνδυνος = ανεξέλεγκτος = ικανός να διαπράξει μελλοντική εγκληματική πράξη και διαμορφώνει και το είδος της μεταχείρισης του ψυχικά ασθενή, αποτελώντας όχι μόνο ελληνικό αλλά παγκόσμιο φαινόμενο (οπ. π.).

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο ψυχικά άρρωστος δεν εγκληματεί συχνότερα από έναν άλλο άνθρωπο. Πολλές μελέτες που έχουν γίνει και συγκρίνουν την εγκληματικότητα

των αρρώστων με αυτή των υγείων αποδεικνύουν ότι δεν έχουν βρεθεί διαφορές. Ο μέσος όρος των εγκληματούντων αρρώστων δεν είναι — υψηλότερος από οποιαδήποτε άλλη ανθρώπινη ομάδα. Η διαφορά είναι, ότι το παράπτωμα του ψυχικά ασθενούς ανακαλύπτεται εύκολα επειδή όταν παρανομεί δεν ξέρει ή δεν θέλει να κρυφτεί. Παράλληλα και ο τύπος και η κοινωνική ομάδα θα δώσει δυσανάλογη διάσταση λόγω του μεταφυσικού στοιχείου που εγκλείει την πράξη του ψυχοπαθούς. Οι ψυχικά ασθενείς είναι και αυτοί άνθρωποι και έχουν δικαιώματα όπως όλοι. Είναι άδικο λοιπόν να επιφέρουν τη σφραγίδα του επικίνδунου μόνο και μόνο λόγω της ασθένειάς τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ Χαρακτηριστικά του ατόμου με επιθετική – βίαιη συμπεριφορά

Άνδρας
Έφηβος ή νέος
Άνεργος
Άγαμος
Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς
Ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς
Ιστορικό κατάχρησης οινόπνευματών ή άλλων ουσιών
Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο
Χαμηλή εκπαίδευση
Χαμηλή νοημοσύνη
Συχνές αλλαγές διαμονής

ΠΙΝΑΚΑΣ Βιολογικοί παράγοντες που σχετίστηκαν με επιθετικές συμπεριφορές.

Μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα (χαμηλές τιμές 5-ΗΙΑΑ)
Αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα
Υψηλά επίπεδα τεστοστερόνης πλάσματος
Υπογλυκαιμία
Γενετική προδιάθεση

Πηγή: Γ. Ν. Χριστοδούλου, 2000, 6Ε7602.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΕΓΚΛΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΓΚΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΖΩΗΣ	1994 (ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ ΚΑΤΑΔΙΚΩΝ)		1995 (ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ ΚΑΤΑΔΙΚΩΝ)	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΠΡΟΘΕΣΗ	582 (85)	81 (46)	590 (125)	42 (9)
ΑΝΘΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΙΑ	32 (21)	2 (1)	30 (21)	3 (2)
ΕΚΘΕΣΗ	8 (7)	2 (2)	3 (3)	2 (-)
ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΠΡΟΘΕΣΗ	137 (27)	11 (7)	154 (43)	4 (2)
ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ	- (-)	- (-)	21 (2)	2 (2)
ΒΑΡΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ	- (-)	- (-)	28 (9)	- (-)
ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ	152 (53)	6 (5)	172 (146)	2 (1)

ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΔΙΚΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

7.2.1 ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

«Η Επικινδυνότητα αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα το οποίο επηρεάζει τις ζωές των ατόμων μιας κοινωνίας. Από την εποχή των πρώτων ανθρώπινων κοινωνιών η επικινδυνότητα υπήρξε θέμα δημόσιας απασχόλησης και δράσης και κρινόταν ότι θα πρέπει να προβλέπεται ούτως ώστε να καταστέλλεται με κάποιον τρόπο. Όμως, ακόμα και αν υποβιβάσουμε το ζήτημα της πρόβλεψης της επικίνδυνης συμπεριφοράς θα είχαμε ακόμη να αντιμετωπίσουμε ορισμένες πολύ σημαντικές κριτικές: Καταρχήν είναι εμπειρικά αδύνατον να προβλέψουμε την επικίνδυνη συμπεριφορά» (Κοιν. Εργ. τευχ. 23, 1992, σελ 186).

Ακόμη και αν μπορούσε η επικίνδυνη συμπεριφορά να προβλεφθεί και να αποτραπεί θα παραβίαζε τις πολιτικές ελευθερίες των ατόμων. Ο Szasz (1973) ανέπτυξε και υποστήριξε τη θέση ότι κάθε αποτρεπτική ή θεραπευτική παρέμβαση βασισμένη στην πρόβλεψη μιας μελλοντικής συμπεριφοράς παραβιάζει τα βασικότερα δικαιώματα τα οποία πρέπει να εξασφαλίζει μία δημοκρατική κοινωνία. Άποψη που σήμερα έχει αποκτήσει σήμερα έναν σεβαστό αριθμό υποστηρικτών (οπ.π.).

«Παρ' όλες τις δυσκολίες καθορισμού της έννοιας «επικινδυνότητα» και τις κριτικές σε σχέση με την πρόβλεψη της, ο Monahan, 1981, αναφέρει ότι οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες χρησιμοποιούν επιστήμονες της ψυχικής υγείας με σκοπό να προβλέψουν τα λεγόμενα «επικίνδυνα» και «βίαια» άτομα, ώστε να προστατευθούν οι ίδιες από τις πιθανές μελλοντικές εκδηλώσεις της συμπεριφοράς τους επιτελώντας κατά αυτόν τον τρόπο οι ψυχίατροι

δραστηριότητα κοινωνικού ελέγχου που αντιδιαστέλλεται με τον επαγγελματικό τους ρόλο» (Αλεβιζόπουλος, 2000, σελ 191).

«Η ευθύνη του ψυχιάτρου είναι διττή. Από τη μία πλευρά δεν θα πρέπει να περιορίζει ατομικές ελευθερίες του ατόμου, ενώ από την άλλη θα πρέπει, με τις γνώσεις του, να παρέχει εύλογη προστασία απέναντι σε πιθανά θύματα. Αυτή η ευαίσθητη ισορροπία αποτελεί την πιο εκλεπτυσμένη έκφραση επιστημονικής επάρκειας και κοινωνικής ευαισθησίας στην ψυχιατρική» (Αλεβιζόπουλος, 2000, σελ 191).

Υπάρχουν διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις των επιστημόνων της ψυχικής υγείας οι οποίοι προσπαθούν να καθορίσουν τα όρια της επικινδυνότητας που αποτελούν αναπόσπαστο εμπόδιο στον καθορισμό πόσο μάλλον στην πρόβλεψη της συγκεκριμένης έννοιας. Κατά συνέπεια, οι παράγοντες που θεωρεί κάποιος σαν τους σημαντικότερους για την πρόβλεψη διαφέρουν ριζικά από τους παράγοντες στους οποίους κάποιος άλλος συνάδελφος θα ρίξει το βάρος του (Κοιν. Εργ. τευχ. 23, 1992, σελ. 186)

«Ο επιστήμονας που ακολουθεί την ψυχαναλυτική προσέγγιση θα υποστηρίξει ότι η παρουσία βίαιων κινήτρων τα οποία το άτομο απωθεί ή αρνείται είναι υψίστης σημασίας. Ο άνθρωπος που είναι απομακρυσμένος από τα συναισθήματά του, ο οποίος δεν αναγνωρίζει πότε είναι θυμωμένος και ο οποίος αρνείται όλες τις δυσάρεστες ορμές του, είναι περισσότερο επικίνδυνος από τον συνάνθρωπό του που έχει συνειδητές βίαιες σκέψεις. Το άτομο αυτό που έχει συνείδηση των βίαιων κινήτρων του διαθέτει τουλάχιστον την ευκαιρία να διερευνήσει διαφορετικούς τρόπους προσαρμογής. Σύμφωνα με τον Halleck, 1967, αν ένας άνθρωπος αρνείται ότι ορισμένες αντικοινωνικές τάσεις υπάρχουν ως αναπόσπαστα τμήματα του εαυτού του, τότε διαθέτει και περιορισμένες δυνατότητες δράσης στις περιπτώσεις που βρίσκεται

αντιμέτωπος με πειστικές καταστάσεις όπου δεν μπορεί να διατηρήσει την άμυνα της άρνησης» (οπ.π, σελ. 187).

«Αντίστοιχα όπως υποστηρίζουν οι Delgado, Eroin, 1969, τα αποτελέσματα ερευνών που αφορούν τις νευροφυσιολογικές παραμέτρους του ανθρώπινου εγκεφάλου αποδεικνύουν ότι όταν ερεθιστούν ορισμένες δομές του εγκεφάλου, το άτομο εκδηλώνει βίαιη συμπεριφορά. Κατά τον Hilton, 1983, οι επιστήμονες οι οποίοι ακολουθούν και υποστηρίζουν αυτήν την προσέγγιση, θεωρούν ότι η βίαιη συμπεριφορά είναι μία συγκεκριμένη συμπεριφορά η οποία έχει εκμαθηθεί και η οποία μεσολαβείται διαμέσου συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου» (οπ.π.).

«Εντελώς διαφορετική εξήγηση του ίδιου φαινομένου μας παρέχεται από τη θεωρία των κοινωνικών ρόλων. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση η κοινωνική ταυτότητα ενός ατόμου τροποποιείται διαμέσου ορισμένων υποβιβαστικών διεργασιών. Σε κάποιο σημείο αυτής της τροποποίησης, το άτομο βρίσκεται κάτω από ιδιαίτερα πειστικές συνθήκες όπου θα πρέπει είτε να δεχτεί την ταυτότητα του «μη-ατόμου» είτε να συμπεριφερθεί κατά τέτοιον τρόπο ώστε να αλλάξει το κοινωνικό σύστημα με σκοπό να του αποδοθεί μία περισσότερο αποδεκτή κοινωνική ταυτότητα. Αυτού του είδους η συμπεριφορά όμως είναι αντιληπτή ως επικίνδυνη από τους κρατούντες της εξουσίας, των οποίων η ισχύς απορρίπτεται» (οπ. π.)

«Επομένως, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Sarbin, 1967, οι αντιδράσεις επικίνδυνης συμπεριφοράς είναι το επακόλουθο συνθηκών που τροποποιούν αρνητικά την κοινωνική ταυτότητα ενός ατόμου και δεν του / της αφήνουν καθόλου χώρο για την αντικατάσταση μίας άλλης αποδεκτής κοινωνικής ταυτότητας» (οπ. π.).

Γεγονός παραμένει ότι, σύμφωνα με την κοινά αποδεκτή νοοτροπία των δυτικών κοινωνιών, οι προαναφερθέντες επιστήμονες

είναι αναγκαίοι ώστε να κάνουν ορισμένες διαγνώσεις που αφορούν τους παραβάτες. Στην περίπτωση όμως που ζητηθεί από τον επιστήμονα της ψυχικής υγείας να δώσει μία απόδειξη της προβλεπτικής του ικανότητας, όπως φαίνεται, ένα είναι βέβαιο, ότι δεν θα μπορέσει να παρουσιάσει αντικειμενικά στοιχεία. Στην καλύτερη περίπτωση μπορεί να υποστηρίξει ότι διαθέτει σημαντική εμπειρία ασχολίας με διαταραγμένα άτομα τα οποία εκδηλώνουν, επικίνδυνη συμπεριφορά, ότι έχει ορισθεί από την κοινωνία για να διαγνώσει και να θεραπεύει αυτά τα άτομα και ότι η ικανότητά του της στην αντιμετώπιση της επικίνδυνης συμπεριφοράς έχει εν γένει εκτιμηθεί. Επομένως, οι ψυχιατρικές και ψυχολογικές εκτιμήσεις επικινδυνότητας παραμένουν ένα θέμα προσωπικής – και άρα υποκειμενικής – κρίσης .

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980 η δυνατότητα ακριβούς πρόβλεψης μελλοντικής επικινδυνότητας ήταν ιδιαίτερα επισφαλής και συνοψιζόταν στους πιο κάτω τρεις αφορισμούς του John Monahan (1984 και 1993), ενός από τους παγκόσμιους πρωτοπόρους στο πεδίο αυτό:

- «Για κάθε τρεις ασθενείς, οι οποίοι περιορίζονται από τους ψυχιάτρους ως επικίνδυνοι, μόνο ένας θα διέπραττε κάποια πράξη βίας».
- «Οι καλύτεροι προβλεπτικοί παράγοντες για την εκδήλωση βίας από ψυχιατρικά διαταραγμένους παραπτωματίες είναι ίδιοι με αυτούς των υπόλοιπων, μη νοσούντων, παραπτωματιών (π.χ. προηγούμενη βία)».
- «Η διάγνωση, η σοβαρότητα της διαταραχής και τα στοιχεία της προσωπικότητας είναι οι πλέον αδύνατοι παράγοντες πρόβλεψης» (ο.π.π, σελ. 192).

Κλινικές έναντι ασφαλιστικών μεθόδων πρόβλεψης

Στην καθημερινή πράξη η πρόβλεψη επικινδυνότητας βασίζεται συχνά, στην κλινική εμπειρία του ψυχιάτρου. Αυτού του τύπου η κλινικά και μόνο προσανατολισμένη πρόβλεψη έχει τρεις βασικές αρχές (Pollock, 1990):

- «Είναι αδύνατο να κάνει κάποιος προβλέψεις για άτομα που δεν έχουν εκδηλώσει προηγούμενη βίαιη συμπεριφορά. Στο πλαίσιο αυτό βασίστηκε ο όχι και τόσο σωστός αφορισμός ότι ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας για μελλοντική βία είναι η εκδήλωση βίας στο παρελθόν» άποψη που έχει θεμελιωθεί από τον Black, 1982.
- «Οι προβλέψεις πρέπει να συνυπολογίζουν τα ατομικά χαρακτηριστικά, τις περιβαλλοντικές και τις συγκυριακές αλλαγές».
- «Σε ποια έκταση η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό του ατόμου ή εμφανίζεται σε συνάρτηση με περιόδους της νόσου, αποδιοργάνωση, κατάχρηση ουσιών κλπ» (Αλεβιζοπουλος, 2000, σελ 192)

«Ακόμα και σε μία αυστηρά προσανατολισμένη αξιολόγηση φαίνεται ότι αυτή πρέπει να είναι πολυπαραγοντική και εμφανώς πέρα από την παράθεση κλινικών μόνο δεδομένων» (οπ. π.).

Σύμφωνα με τον Mehl, 1954, στον αντίποδα της κλινικής πρόβλεψης βρίσκεται, θεωρητικά, η στατιστική πρόβλεψη. Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί ένας διαφορετικός τρόπος εκτίμησης της επικινδυνότητας, βασισμένος στο ασφαλιστικό σύστημα. Η βασική αρχή είναι η υπόθεση ότι κάποιο άτομο, το οποίο προέρχεται από συγκεκριμένο πληθυσμό, στον οποίο μία δεδομένη συμπεριφορά είναι συνήθης, είναι πάρα πολύ πιθανό να εκδηλώσει αυτή τη συμπεριφορά. Το ασφαλιστικό μοντέλο βασίζεται στη δημιουργία πινάκων ακολουθιών, οι οποίες δίνουν μαθηματική πιθανότητα για τη ζητούμενη μεταβλητή, στη συγκεκριμένη

περίπτωση, την επικινδυνότητα. Ο Dawes και συν, 1989, θεωρεί ότι οι ασφαλιστικές μέθοδοι πλεονεκτούν εμφανώς έναντι των κλινικών, γιατί τα αποτελέσματά τους είναι καλύτερα ομαδοποιημένα, είναι φθηνότερες και δίνουν ακριβή στοιχεία για πληθυσμούς, ενώ σε επίπεδο ακρίβειας πρόβλεψης δεδομένης συμπεριφοράς φαίνεται ότι είναι ακριβέστερες των κλινικών μεθόδων, ακόμα και σε επίπεδο ατόμου (οπ. π., σελ. 194).

Μελετώντας πολύ προσεκτικά τις δύο μεθόδους καταλαβαίνει πώς το ιδανικότερο θα ήταν στη σύγχρονη διαδικασία πρόβλεψης να γίνει ένας συνδυασμός των δύο μεθοδολογιών, κλινικών και ασφαλιστικών. Άλλωστε, η ακρίβεια της ικανότητας πρόβλεψης φαίνεται πως έχει σημαντικά βελτιωθεί.

Όταν κάποιος ψυχίατρος αναλαμβάνει να προβλέψει την πιθανή συμπεριφορά ενός ατόμου, αυτό που προσπαθεί να κάνει δεν είναι κάτι διαφορετικό από το να προσπαθεί να προβάλλει στοιχεία που έχει στη διάθεσή του από το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον. Ο πελάτης αυτής της συναλλαγής δεν είναι κατ' ανάγκην ο ίδιος ο ασθενής, όπως συμβαίνει με όλες τις άλλες ιατρικές ειδικότητες. Συνήθως είναι κάποια δικαστική αρχή, κάποιο μέλος της οικογένειας του ασθενούς ή ακόμη κάποιος δικηγόρος. Ευθύς εξαρχής, η διαδικασία αυτή ξεφεύγει από τη συνήθη ιατρική δεοντολογία. Η παρέμβαση του γιατρού μπορεί να οδηγήσει στη στέρηση της ελευθερίας του ατόμου ή της δυνατότητάς του για δικαιοπραξία κ.ο.κ. Η πατερναλιστική αυτή ιδιότητα που αποδίδεται στον ψυχίατρο δεν διαφέρει στην ουσία της από την ίδια την ανάγκη δημιουργίας της ψυχιατρικής από την κοινωνία. Δηλαδή τη δημιουργία ενός ιατρικού κλάδου ο οποίος θα «προασπίζει» τον ασθενή και την κοινωνία από την «παρεκκλίνουσα» συμπεριφορά του πρώτου (Αλεβιζόπουλος, 2000, σελ 194).

Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας έχει δύο σκέλη, που αφορούν την πρόβλεψη της αυτό – και ετερο – καταστροφικής συμπεριφοράς

αντίστοιχα. Η μεν πρώτη είναι συνήθης και αποδεκτή πρακτική από όλους τους ψυχιάτρους, η δεύτερη όμως συχνά αποτελεί μία περιρρέουσα συνεπαγωγή της ψυχικής νόσου, στην οποία σπάνια δίνεται το βάρος που της αναλογεί. Η πρόβλεψη μίας πιθανής επικίνδυνης συμπεριφοράς ούτε αφορά 100% ακριβείς προβλέψεις, ούτε είναι δυνατό να αποφύγει όλους τους κινδύνους. Αφορά αιτιολογημένες επιλογές στα πλαίσια της ιατρικής, του νόμου και της κοινής λογικής (οπ. π.).

Η εκτίμηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, όπως και η εκτίμηση της επικίνδυνης για τους άλλους συμπεριφοράς, είναι ίδιες διαδικασίες, οι οποίες υπόκεινται στις ίδιες αρχές αλλά δίνουν έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία (οπ. π.).

« Ο Gunn (1993) περιγράφει τις αρχές της διαδικασίας εκτίμησης και πρόβλεψης της επικινδυνότητας σε επτά στάδια:

1. Λεπτομερές ιστορικό από τη γέννηση, χρησιμοποιώντας κάθε διαθέσιμη πληροφορία σε παράλληλη εκτίμηση της αξιοπιστίας της.
2. Ειδική προσοχή στην κατάχρηση ουσιών, ειδικά του οινοπνεύματος, με πληροφορίες σχετικές με τη λαμβανόμενη δόση, την αιτιολογία λήψης και τις επιπτώσεις της στο άτομο.
3. Ειδική προσοχή στα σεξουαλικά ενδιαφέροντα, τις αντιλήψεις και τις ιδέες για το σεξ.
4. Λεπτομερής καταγραφή κάθε παραπτωματικής ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Στοιχεία από τα νοσηλευτικά ή δικαστικά αρχεία, όποτε αυτά είναι διαθέσιμα. Ο εξεταζόμενος θα πρέπει πάντοτε να δίνει τη δική του εκδοχή για τα γεγονότα και να συζητούνται διεξοδικά οι σκέψεις, οι φόβοι, τα συναισθήματα και τα κίνητρα κατά την περίοδο διάπραξης της αντίστοιχης ενέργειας.
5. Ψυχολογική αξιολόγησης συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της νοημοσύνης, της προσωπικότητας και, σε συνδυασμό με το 3, της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

6. Αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης. Όχι απλά και μόνο καταγραφή της σημειολογίας κατά την περίοδο της συνέντευξης, αλλά περιγραφή, όπου και όποτε είναι δυνατόν, των σκέψεων, των συναισθημάτων και των φόβων όπως τα σχηματοποιεί ο εξεταζόμενος. Ειδική έμφαση πρέπει να δίνεται στην παρουσία αισθημάτων θυμού και δυσκολίας ελέγχου της παρορμητικής συμπεριφοράς.

7. Λεπτομερής περιγραφή της συμπεριφοράς, της στάσης και της ανταπόκρισης σε οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή.

Σε τελευταία ανάλυση οι στόχοι είναι:

α) η αξιολόγηση των παραγόντων που έχουν οδηγήσει το άτομο στην εκδήλωση κάποιας καταστροφικής συμπεριφοράς,

β) η εκτίμηση αυτών που είναι εφικτό να αλλάξουν ή έχουν ήδη αλλάξει και

γ) η παρέμβαση προς την κατεύθυνση της αποδυνάμωσης των εναπομενόντων παραγόντων που σχετίζονται θετικά με την εκδήλωση βίαιης. Δεν θα πρέπει επίσης να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι η ικανότητα πρόβλεψης είναι πολύ καλύτερη, όταν η αξιολόγηση γίνεται από ολόκληρη τη θεραπευτική ομάδα και οι πληροφορίες διακινούνται στο σύνολο του σχετιζόμενου, με το αξιολογούμενο άτομο, προσωπικού» (οπ. π., σελ. 195).

Πριν κλείσει η αναφορά στη γενική μεθοδολογία αξιολόγησης της επικινδυνότητας, ένα πρόσθετο σχόλιο: «... η πιο αξιόπιστη αξιολόγηση είναι αυτή που γράφεται με τα λόγια του ιδίου του εξεταζόμενου, όλα τα στάδια πρέπει να έχουν αποσπάσματα από τις ίδιες του τις κουβέντες, όχι μόνο για την ακρίβεια των δεδομένων, αλλά και για τη δυνατότητα αναπαραγωγής και επανεκτίμησης των συμπερασμάτων στο μέλλον...» (οπ. π.).

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι ως προς κάποιο βαθμό είναι εφικτό να προβλεφθεί η επικινδυνότητα, όχι πάντα όμως με μεγάλη επιτυχία και

ακρίβεια. Το σημαντικότερο είναι στην όλη διαδικασία της πρόβλεψης οι επιστήμονες να βασίζονται στα ακριβή λόγια του ατόμου που εκτιμάται η κατάσταση του, έτσι ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο έγκυρα τα συμπεράσματα στα οποία θα καταλήξουν.

7.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΡΙΤΩΝ

Τόσο η αυτοκτονική συμπεριφορά όσο και η επιθετικότητα εναντίον τρίτων αποτελούν πολύπλοκα βιοψυχοκοινωνικά φαινόμενα που χρήζουν βοήθειας.

Υπάρχει η άποψη ότι οι δύο αυτές συμπεριφορές συνδέονται στενά μεταξύ τους, η οποία ενισχύεται από τις ακόλουθες παρατηρήσεις (Χριστοδούλου Γ., 2000, σελ.596):

-Σε αρκετές περιπτώσεις ανθρωποκτονίας ο ανθρωποκτόνος αυτοκτονεί.

-Έχει διαπιστωθεί ότι ένα ποσοστό 30% περίπου των ατόμων που θεωρούνται επικίνδυνοι για τους άλλους έχουν ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

-Επίσης, 10-20% των ατόμων με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά έχουν ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς εναντίον τρίτων.

-Έχει εντοπιστεί μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα τόσο σε άτομα που αυτοκτονούν όσο και σε άτομα που εκδηλώνουν επιθετικότητα σε τρίτους. Η σεροτονίνη είναι ορμόνη που δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και έχει διαπιστωθεί ότι εμπλέκεται με την κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

«Η κοινότητα σύμφωνα με τον Tonnis, όπως αναφέρει ο Τσαούσης, 1984 , είναι μορφή κοινωνικού δεσμού που θεμελιώνεται στη φυσική βούληση που πηγάζει από το ένστικτο και τη βούληση. Τα κοινωνικά σύνολα που συνέχονται από αυτό το είδος κοινωνικού δεσμού χαρακτηρίζονται από άτυπες, άμεσες και προσωπικές σχέσεις και παραδοσιακότητα» (Μαδιανός, 2000, σελ. 17).

«Ένας σύγχρονος ορισμός της κοινότητας περιλαμβάνει «ένα σχετικά περιορισμένο σε μέγεθος κοινωνικό σύνολο ατόμων που συνδέονται με κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς, οι οποίοι πηγάζουν από την αίσθηση ότι τα άτομα αυτά μοιράζονται ένα στοιχείο ζωής τους, τον ίδιο βιοτικό χώρο, έχουν κοινές παραδόσεις και αντιμετωπίζουν κοινές συνθήκες και προβλήματα διαβίωσης, ενώ έχουν ως βάση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους την περιοχή όπου διαμένουν και αναπτύσσουν όλες τις κοινωνικές τους σχέσεις» (οπ. π, σελ. 17-18).

Έστω λοιπόν ότι η κοινότητα αποτελεί σύνολο ατόμων που συνδέονται με κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς και διαπροσωπικές σχέσεις τότε, αν στους κόλπους της δημιουργηθούν παθολογικές σχέσεις ή συμπεριφορές από κάποια άτομα, αυτή θα ευνοήσει την ανάπτυξη αντιδραστικών συμπεριφορών προς τα άτομα αυτά και εκείνα με την σειρά τους θα αμυνθούν είτε με παθητική ,αρνητική ή επιθετική στάση. Στάση την οποία η κοινότητα θεωρεί ως «τρέλα» ή ως κοινωνική

απόκλιση. Κατά συνέπεια ο άρρωστος φοβάται την κοινότητα και η οικογένειά του φοβάται και αυτή ότι θα στιγματιστεί.

— — Η κοινότητα λοιπόν είναι ένα πεδίο όπου ασκούνται διάφορες αλληλεπιδράσεις ποικίλης μορφής και έντασης. Όσο για τον άρρωστο, γίνεται παρατηρητής ή δέκτης της απόρριψης ή της επιθετικότητας ή ο εκλυτικός της παράγοντας. Αυτός είναι και ένας από τους κυριότερους λόγους που καθιστούν αναγκαία την αγωγή της κοινότητας. Η εργασία με την κοινότητα εξάλλου, με σταθερούς και συνεχείς ρυθμούς αποτελεί και βασική προϋπόθεση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Δίχως αγωγή κοινότητας η στάση απέναντι στην ψυχική νόσο δεν πρόκειται να αλλάξει. Οι δοξασίες του παρελθόντος για την αποκλειστικότητα του κληρονομικού παράγοντα και η μοιρολατρική αντίληψη για το ανίατο της ψυχικής νόσου δεν μεταβάλλεται χωρίς τη συστηματική ευαισθητοποίηση της κοινωνικής ομάδας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας.

«Ο Ιωάννης Σούκος, Τετράμηνα, 1984, θεωρεί ως πρωταρχικό αλλά και πυρηνικό στοιχείο της ευαισθητοποίησης του κοινωνικού συνόλου την ουσιαστική πληροφόρηση των απλών πολιτών για την πραγματική φύση της ψυχικής ασθένειας, για την φύση της όπως την αντιλαμβάνεται η Σύγχρονη Ψυχιατρική, που τη θεωρεί ισότιμη με τις άλλες οργανικές παθήσεις και όχι σαν κάτι το ανέγκιχτο και το μαγικό όπως τη θεωρούσαν παλιά, μέσα από ένα πλέγμα προκαταλήψεων και άγνοιας» (Τζούλης, Φραγκούλη, Παπαγιάννης, 1993, σελ. 6).

«Η Αγωγή Κοινότητας προσπαθεί να επιτύχει τη διαφώτιση του πληθυσμού, στα πλαίσια της κοινωνικής και κοινοτικής του διάρθρωσης και οργάνωσης, έτσι ώστε να συνεισφέρει με μεγάλη ενέργεια και υπευθυνότητα, μέσα από σαφή καταμερισμό ευθυνών και αρμοδιοτήτων, στο έργο πρόληψης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών καθώς και

στη φάση στήριξης, επανένταξης και αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου» (οπ. π).

«Για να έχει τη δυνατότητα μια κινητή μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης να εισχωρήσει στην κοινότητα, να ενημερώσει αλλά και να πάρει μηνύματα πρέπει να αποκτήσει μόνιμους συνεργάτες, από τα ίδια τα μέλη της κοινότητας και ιδιαίτερα από τους φυσικούς ηγέτες. Οι διάφορες κοινωνικές ομάδες με τους εκπροσώπους τους, που υπηρετούν τους θεσμούς σε ένα οργανωμένο, περιορισμένο ή ευρύ, κοινωνικό σύνολο, παίζουν ουσιαστικό ρόλο, ευεργετικό ή αρνητικό, ανάλογα με την ποιότητα της συμπεριφοράς τους, απέναντι στους μειονεκτούντες γενικά και ιδιαίτερα στους ψυχικά ασθενείς» (οπ. π., σελ. 7).

«Ενδεικτικά μπορούμε να πούμε ότι το δυναμικό αυτό εκπροσωπείται από τον κοινοτάρχη, τον εκπρόσωπο της εκκλησίας, τους εκπαιδευτικούς λειτουργούς, αγροτικούς γιατρούς και ιατρικό προσωπικό καθώς και από αστυνομικούς της περιοχής, τους πολιτιστικούς και μορφωτικούς συλλόγους και άλλους παράγοντες της κοινοτικής ζωής. Αν όλο αυτό το δυναμικό καταφέρει να γίνει οικείο απέναντι στο ψυχικά άρρωστο άτομο και αναπτύξει λειτουργικούς δεσμούς συνεργασίας μαζί του, θα αποβεί ο καλύτερος εγγυητής για την πρόληψη, την θεραπεία και την αποφυγή υποτροπής της νόσου» (οπ. π.)

Όλοι αυτοί οι φορείς της κοινότητας είναι απαραίτητοι για να είναι αποδοτικότερο το έργο της κινητής μονάδας καθώς επίσης και η συνεργασία και η αλληλοπληροφόρηση μέσω της γραμματείας της τοπικής αυτοδιοίκησης. Τέλος και ο τοπικός τύπος μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα σημαντικός και καθοριστικός όσον αφορά τις ανακοινώσεις και τα ρεπορτάζ του αλλά και τις επαφές με τον πληθυσμό σε θέματα ψυχικής αρρώστιας και αποδοχής των πασχόντων από αυτή αν χρησιμοποιηθεί σωστά από την κινητή μονάδα.

Μέσα από αυτήν την συνεργασία και τις από κοινού δραστηριότητες γίνεται μια ανεκτίμητη προσπάθεια να περαστούν και να γίνουν αντικείμενο ευρείας αποδοχής τα ακόλουθα μηνύματα:

- «ότι το άτομο είναι μία ψυχοκοινωνική ενότητα και κατά συνέπεια η ψυχική αρρώστια αντιμετωπίζεται βάσει αυτών των συντελεστών»

- «ότι η ψυχική αρρώστια δεν είναι ανίατη, αλλά μπορεί να θεραπευθεί»

- «ότι ο ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα να ζει στον κοινωνικό χώρο σαν ισότιμο μέλος της κοινότητας που ανήκει»

- «ότι 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»

- «ότι οι υπηρεσίες που προσφέρει η ψυχιατρική μονάδα δεν είναι μόνο η ψυχιατρική περίθαλψη ψυχικά αρρώστων, αλλά και η ψυχολογική βοήθεια, συμβουλευτική κ.α.» (Αλεξανδρής, Στεφανουδάκης, Πετρίδου, Βασιλάκη, 1990, σελ. 1).

Ο σκοπός όλης αυτής της προσπάθειας είναι η αλλαγή της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, η καταγραφή προβλημάτων και αναγκών της κοινότητας και φυσικά η αποδοχή της ψυχιατρικής υπηρεσίας από τον πληθυσμό.

«Η ομάδα που εφαρμόζει την αγωγή κοινότητας έχει ως αντικείμενό της ένα σύνολο τομέων στους οποίους κατευθύνει τις δραστηριότητές της. Οι κυριότεροι τομείς που διακρίνονται είναι οι εξής: i) εκπαίδευση, ii) υγεία, iii) φορείς της κοινότητας» (οπ. π., σελ 2).

i) **Εκπαίδευση:** Για τα περισσότερα μέλη της ομάδας ο χώρος της εκπαίδευσης θεωρείται ο πιο πρόσφορος για

την αποτελεσματικότερη ευαισθητοποίηση. Ακόμη συνδυάζεται με την πρόληψη σε τέτοιο βαθμό που μπορεί να θεωρηθεί ότι στο χώρο της εκπαίδευσης η ευαισθητοποίηση και η πρόληψη ταυτίζονται. Η ομάδα προτείνει για το χώρο αυτό οργάνωση σεμιναρίων – διαλέξεων για εκπαιδευτικούς (δάσκαλοι, καθηγητές) με σκοπό να ενημερωθούν για τα προβλήματα ανάλογα με την εκπαιδευτική βαθμίδα στην οποία εργάζονται αλλά και να πληροφορηθούν για τις υπηρεσίες της μονάδας. Ακόμη προτείνεται η δημιουργία ομάδων παιδιών, εφήβων ή γονέων στις οποίες θα συζητούνται όλα τα προβλήματα που τους αφορούν, ιδιαίτερα για τους γονείς μπορεί να είναι προβλήματα στις μεταξύ τους σχέσεις. Με άλλα λόγια θα εκφράζονται και θα ικανοποιούνται οι ανάγκες που έχει η κάθε επιμέρους ομάδα. Το σχολείο εξάλλου έχει χαρακτηριστεί ως φορέας υψηλής επίδρασης και πρωτογενούς κοινωνικοποίησης (Μαδιανός, 1989). Έτσι παρέχει όλες εκείνες τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης. Μέσα στις προσπάθειες για την εκπαίδευση εντάσσονται και τα προγράμματα: α) για τη βελτίωση συνθηκών εργασίας στα σχολεία β) για την ευόδωση σχέσεων συνεργασίας σε εκπαιδευτικούς μεταξύ τους αλλά και με γονείς γ) για την καλλιέργεια συνθηκών συνεργασίας μεταξύ σχολείου, οικογένειας και ιατροκοινωνικών φορέων δ) για την αλληλεπίδραση δασκάλων και ομάδας-τάξης ε) για τους τρόπους αντιμετώπισης του παιδιού με ψυχικά προβλήματα στο σχολείο. Επιπλέον οι διάφορες παιδοψυχιατρικές

υπηρεσίες συνεργάζονται με εκπαιδευτικούς σε θέματα ψυχολογικών θεραπειών, λογοθεραπείας, σε μαθησιακά προβλήματα και προβλήματα σχολικής προσαρμογής.

ii) **Υγεία:** Ο τομέας της υγείας αποτελείται από τέσσερις επιμέρους τομείς: αγροτικούς ιατρούς, νοσοκομείο, κέντρα υγείας, ιδιώτες γιατροί. Είναι πολύ σημαντική η εξασφάλιση καλής συνεργασίας με όλους. Η διαρκής ενημέρωσή τους σε θέματα ψυχικής υγείας, η συνεχής επαφή μαζί τους έτσι ώστε να μην νοιώθουν ότι χρησιμοποιούνται μόνο για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών περιστατικών. Η βοήθειά τους και η εμπειρία τους είναι ιδιαίτερα πολύτιμη γιατί μέσα από την ανταλλαγή απόψεων και την από κοινού συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα το έργο στην κοινότητα θα αποφέρει πιο επιτυχή αποτελέσματα.

iii) **Φορείς της κοινότητας:** Η συμμετοχή σε συμβούλια – συναντήσεις φορέων και συλλόγων π.χ. δημοτικό συμβούλιο, νομαρχιακό συμβούλιο, πολιτιστικοί σύλλογοι, εργατικό κέντρο, αγροτικοί συνεταιρισμοί, νομαρχιακή επιτροπή λαϊκής επιμόρφωσης, ιατρικοί σύλλογοι κλπ., καθώς επίσης η υποστήριξή τους και η ενίσχυσή τους κρίνεται απαραίτητη για την επίτευξη των στόχων του έργου της ομάδας στην κοινότητα.

«Με την αγωγή της κοινότητας είναι δυνατόν ο πληθυσμός να κατανοήσει και να αποδεχθεί επίσης τη δυνατότητα πρόληψης. Πρέπει, όμως, επίσης να συνειδητοποιήσει την αναγκαιότητα της έγκαιρης παρέμβασης και να συμμετέχει ενεργά, ώστε το άτομο που έχει ανάγκη, να προσφύγει ή να παραπεμφθεί μετά από τα πρώτα προβλήματα πριν ακόμα αυτά γίνουν συμπτώματα στις διάφορες υπηρεσίες. Η έννοια της πρόληψης και της έγκαιρης παρέμβασης γίνεται βέβαια ευκολότερα αποδεκτή όταν αφορά παιδική και εφηβική ηλικία. Αλλά η κοινωνική ομάδα, με την κατάλληλη και σταθερή αγωγή αποδέχεται να βοηθήσει

και τις μεγάλες ηλικίες και τους χρόνιους ψυχωσικούς. Αποδέχεται τελικά να ενσωματώσει στον πληθυσμό της τους αρρώστους των — μεγάλων ψυχιατρείων» (Τζούλης, Φραγκούλη, Παπαγιάννης, 1993, σελ. 10).

Για την αγωγή της κοινότητας είναι πολύ σημαντικό να κατανεμηθούν σωστά οι ρόλοι μεταξύ των μελών της ψυχιατρικής ομάδας και των ατόμων από την κοινότητα. Έχει μεγάλη σημασία να επενδύσουν αρκετά στο ρόλο τους, να αποκτήσουν ουσιαστική συναισθηματική σχέση με το ψυχικά άρρωστο άτομο έτσι ώστε να μην αποτύχει η μετανοδοκομειακή παρακολούθηση. «Σε αυτό θα τους βοηθήσει η γνώση σε συνάρτηση με τη σωστή εκπαίδευση και την πλούσια εμπειρία ώστε να παρέχουν ψυχολογική βοήθεια προς το θεραπευόμενο και την οικογένειά του, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή αλλά και να συμβάλουν στην κοινωνική τους αποκατάσταση» (Π. Σακελλαρόπουλος και συνεργάτες, 1986).

«Για να συμβεί αυτή η ψυχοσυναισθηματική αναδόμηση του πληθυσμού και να συνεργαστεί το κοινωνικό σύνολο αποτελεσματικά με τα ψυχικά άρρωστα άτομα χρειάζεται να υπάρχει συστηματική και μόνιμη αγωγή κοινότητας με συγκεκριμένη τεχνική, στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχολογίας κυρίως, αλλά και της ψυχοπαθολογίας και θεραπευτικής. Είναι πάρα πολύ δύσκολο, ο ψυχίατρος που έκανε όλη του την εκπαίδευση στο νοσοκομείο να προσεγγίσει την κοινότητα, χωρίς να έχει προηγουμένως εκπαιδευτεί για έξι τουλάχιστον μήνες σε εξειδικευμένοι μονάδα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην αγωγή κοινότητας» (Τζούλης, Φραγκούλη, Παπαγιάννης, 1993, σελ. 8).

«Το νέο αυτό θεραπευτικό μοντέλο έχει στοιχεία ψυχαναλυτικής μεθοδολογίας με την έννοια ότι και στην αγωγή κοινότητας διαρκώς αναζητάμε τους βαθύτερους παράγοντες συχνά ασυνείδητους, που κινούν και ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του ατόμου ή της ομάδας. Βλέποντας

κανείς αυτό το θεραπευτικό μοντέλο, θα καταλάβει ότι μεταθέτει τη θεραπευτική μέριμνα απ' 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 βοηθά να επανακτήσει την ατομικότητά του, κάτι που ήταν αδύνατο να του παράσχει ο αλλοτριωτικός θεσμός του ιδρύματος» (οπ. π.).

«Η αγωγή της κοινότητας, ειδικότερα, σχετικά με το αντικείμενο της ψυχικής υγείας, πρέπει και οφείλει να λαμβάνει υπόψιν μια σειρά από κοινωνιολογικά δεδομένα που αφορούν την κοινότητα στην οποία απευθύνεται, όπως η ιστορία της περιοχής, η σύνθεση της, το πολιτιστικό της προφίλ, οικονομικά δεδομένα εν συντομία δηλαδή να έχει όσο το δυνατόν σαφέστερη εικόνα για την δυναμική που διέπει την κοινωνική ομάδα σχετικά με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της» (Δαμίγος, 1991).

«Το μοντέλο παρέμβασης που θα ακολουθήσει η επιστημονική ομάδα για την αγωγή κοινότητας συνήθως δεν είναι προκαθορισμένο, αλλά είναι συνεχώς υπό διαμόρφωση μέσα από μία διαδικασία έρευνας – παρέμβασης μέσα στην κοινότητα. Η σκιαγράφηση του μοντέλου παρέμβασης είναι απαραίτητη προκειμένου να εφαρμοστεί μία πολιτική πρόληψης και αγωγής κοινότητας αλλά παράλληλα οφείλει να είναι αρκετά εύκαμπτο ώστε να αναπροσαρμόζονται κάθε φορά σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες και δυνατότητες της κοινότητας όταν η επαφή με την πραγματικότητα ανατρέπει τις αρχικές υποθέσεις» (οπ. π.).

Για να δουλέψει η επιστημονική ομάδα με τον πληθυσμό οποιασδήποτε περιοχής, χρειάζεται φυσικά να έχει στη διάθεσή της μια σειρά από περιγραφικά δεδομένα για την περιοχή. Όσο ακριβή κι αν είναι τα δεδομένα αυτά δεν είναι δυνατόν να παρέχουν μια σαφή εικόνα για την κοινωνικολειτουργία που ασκείται στην περιοχή και την δυναμική

των σχέσεων που αναπτύσσονται μέσα σε αυτήν. Όλη αυτή την εικόνα μπορεί να την αποκτήσει η ομάδα μόνο με την εμπλοκή της στην κοινωνική πραγματικότητα, γεγονός που κάνει επιτακτική την συνεχή έρευνα-παρέμβαση. Με την εμπλοκή αυτή η ομάδα θέτει τις βάσεις για μια διαλεκτική σχέση ανάμεσα στη διαμόρφωση του μοντέλου παρέμβασης από τη μια και την διαμόρφωση του τρόπου λειτουργίας από την άλλη (οπ. π, σελ. 2).

Το μοντέλο παρέμβασης ίσως χρειαστεί να επαναπροσδιοριστεί, αφού κάθε κοινωνική ομάδα έχει τα δικά της χαρακτηριστικά. Η ήδη αποκτηθείσα εμπειρία σε διάφορες περιοχές της χώρας επιτρέπει στους ειδικούς της μονάδας να προχωρούν με γρηγορότερους ρυθμούς όταν πρόκειται να παρέμβουν σε μία καινούρια περιοχή. Για να συμβεί αυτό, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η τομεοποίηση και χωρίς αυτήν δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού (οπ. π, σελ. 3).

Σύμφωνα με τις αρχές της σύγχρονης κοινωνικής κοινοτικής ψυχιατρικής, με τον όρο «τομεοποίηση» εννοούμε ένα σύστημα αλληλοσυμπληρούμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που εξυπηρετεί πληθυσμό συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής με τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στην ψυχιατρική φροντίδα των περιθαλπομένων μέσα στην κοινότητα (Παπαδοπούλου, 1998, σελ. 70).

«Σήμερα γίνεται όλο και περισσότερο αισθητή αυτή η ανάγκη για συστηματική ρύθμιση και προσδιορισμού των τομέων ευθύνης μιας ψυχιατρικής ομάδας στα πλαίσια ενός συνολικού σχεδιασμού που θα λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες κάθε περιοχής. Η ανάπτυξη ενός σύγχρονου δικτύου επιστημονικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, η διεπιστημονική συνεργασία, η ένταξη των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο ευρύτερο δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας μίας περιοχής είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την εφαρμογή της τομεοποίησης. Εξάλλου, επειδή στην

Ελλάδα παρατηρείται μεγάλη ανισότητα στην παρουσία ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κάθε περιοχή είναι αναγκαία η ευκαμψία αυτή και η διατομεακή συνεργασία που θα συμβάλλει αποφασιστικά στην ισορροπημένη ανάπτυξη των ψυχιατρικών τομέων» (Δαμίγος, 1991, σελ. 3).

«Η διατομεακή συνεργασία του είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στην προοπτική μίας πολιτικής αγωγής κοινότητας όπου η ανταλλαγή εμπειριών συμβάλλει στην επεξεργασία του καταλληλότερου μοντέλου παρέμβασης στην κοινότητα και στην αλλαγή της στάσης του πληθυσμού εκεί όπου αυτό είναι αναγκαίο, ή στη διατήρηση και ενίσχυση μιας ευνοϊκής τάσης εκεί όπου υπάρχει ή έχει δημιουργηθεί σαν αποτέλεσμα της αγωγής της κοινότητας» (οπ. π).

«Για να διαμορφώσει μία θετική στάση ο πληθυσμός σχετικά με την ψυχική ασθένεια ή τον ψυχικά άρρωστο χρειάζεται να υπάρχει συνεχής και ενεργητική αλληλεπίδραση μεταξύ του πληθυσμού και της ψυχιατρικής ομάδας. Δηλαδή η ψυχιατρική ομάδα πρέπει να βιώνεται ως αναπόσπαστο κομμάτι του κοινωνικού συνόλου και όχι σαν η «αφ' υψηλού» ειδικοί ή εμπειρογνώμονες που στόχο έχουν να «εκπαιδεύσουν» τον κόσμο. Η υιοθέτηση μίας τέτοιας δυσάρεστης κατάστασης είναι η διαμόρφωση δύο διαφορετικών κωδίκων επικοινωνίας που ποτέ δεν συναντώνται μεταξύ τους, όπου ο χρήστης καταλήγει να είναι ένας απλός παθητικός δέκτης χωρίς να έχει κανένα λόγο για τα πράγματα» (οπ. π, σελ. 4).

Μια μεγάλη προσδοκία από την αγωγή της κοινωνικής ομάδας είναι να αποφευχθεί η υποτροπή, στόχος που θεωρείται εξίσου σημαντικός με την πρόληψη. Έχει διαπιστωθεί με βεβαιότητα πως η συνεπής παρουσία ειδικών στο πλευρό τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειας του σε συνδυασμό πάντοτε με την Αγωγή Κοινότητας,

συμβάλλουν καθοριστικά στην αποφυγή βαρέων υποτροπών.(οπ. π., σελ. 14)

— Με την αγωγή κοινότητας και την εξασφάλιση της συνεργασίας των προσώπων κύρους με την οικογένεια, η έγκαιρη παρέμβαση είναι εφικτή. Κάτω από τέτοιες θεραπευτικές συνθήκες, όταν η εξέλιξη της ψυχικής υγείας του αρρώστου δεν είναι τόσο καλή, στο αρχικό στάδιο της υποτροπής γίνεται παρέμβαση που περιλαμβάνει αύξηση της φαρμακευτικής δόσης και εντατικοποίησης ψυχοθεραπευτικής παρουσίας. Κατά αυτόν τον τρόπο μια προβλεπόμενη υποτροπή σημαντικής έκτασης και βαρύτητας, που δεν παραμελείται, γίνεται μια ελαφρά υποτροπή χωρίς ουσιαστική μεταβολή της συμπεριφοράς του αρρώστου. Ακόμη η επικινδυνότητα, ανεξαρτήτου βαθμού που συνήθως συνοδεύει μια μεγάλη υποτροπή, δεν εμφανίζεται.

Με το έργο της ψυχιατρικής ομάδας και τη συστηματική αγωγή κοινότητας παρατηρούνται σημαντικά αποτελέσματα όπως:

- Σπάνια οι ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνται για μια μεγάλη χρονική περίοδο από την κινητή μονάδα, εμφανίζουν μεγάλες και ατίθασες, στη θεραπευτική αγωγή, διεγέρσεις.
- Μέσα από τη διαδικασία τακτών συνεντεύξεων, επιτυγχάνεται η μείωση των εκδόσεων εισαγγελικών εντολών για ακούσιο εγκλεισμό και παράλληλα περιορίζεται σε σημαντικό βαθμό ο αριθμός των ακούσιων ή και ακούσιων εγκλεισμών.
- Το όφελος είναι ιδιαίτερα σημαντικό και για την οικογένεια του ψυχικά ασθενή που όχι μόνο δεν απορρίπτεται από την κοινωνική ομάδα διότι έχει ψυχική πάθηση στους κόλπους της, αλλά και καλύπτονται θεραπευτικά όλες οι ανάγκες των μελών της.

Η εργασία με την κοινότητα αλλά και όλο το σύστημα ψυχικής περίθαλψης που αναπτύσσει όλες τις δραστηριότητες που αναφέρθηκαν διεξοδικά παραπάνω επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα και στηρίζεται στις ακόλουθες αρχές σύμφωνα με το Δαμίγο, 1991, σελ. 13:

- α) Πολύπλευρη προσφορά ψυχιατρικών υπηρεσιών
- β) Θεραπεία χωρίς απομάκρυνση του αρρώστου από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον
- γ) Διατήρηση της ψυχοθεραπευτική επαφής με τον άρρωστο και την οικογένειά του μετά την κρίση
- δ) Αποφυγή των ακούσιων εγκλεισμών
- ε) Επαναδραστηριοποίηση των ασθενών μετά την οξεία φάση
- στ) Πρόληψη
- ζ) Ευαισθητοποίηση και αγωγή της κοινωνικής ομάδας και τροποποίηση της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια
- η) Εκπαίδευση του προσωπικού της ψυχιατρικής ομάδας (Π. Σακελλαρόπουλος και συνεργάτες, 1989)

Τη συνεργασία ομάδας και κοινότητας πρέπει να την χαρακτηρίζει η ισοτιμία και το πνεύμα του «δούναι – λαβείν», ώστε με τον τρόπο αυτόν το έργο της περίθαλψης να γίνεται απόφαση και σύμπραξη όλων των φορέων και όχι αποτέλεσμα επιβολής από κάποιους ειδικούς. Διαπιστώνεται, λοιπόν, πως η αγωγή κοινότητας δεν είναι ένα κλειστό, κωδικοποιημένο και σχηματοποιημένο σύστημα, αντίθετα, είναι δυναμικό, ευέλικτο και εξελίξιμο σύστημα που διαμορφώνεται στην πράξη από κοινού, δηλαδή από όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη (Δαμίγος, 1991, σελ. 14).

Επειδή η αγωγή κοινότητας πρέπει να συνεχίζεται παράλληλα με το έργο των κινητών μονάδων κρίνεται σκόπιμο σε αυτό το σημείο να γίνει μία αναφορά στο έργο και τη λειτουργία της κινητής μονάδας. Η σύνθεση των κινητών ψυχιατρικών μονάδων είναι διεπιστημονική και ως

εκ τούτου, οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι πολύπλευρες τόσο στο επίπεδο προσφοράς περίθαλψης και αποκατάστασης, όσο και στο επίπεδο ευαισθητοποίησης της κοινότητας, της πρόληψης και της έρευνας. Λόγω της εγγύτητας των κινητών ψυχιατρικών μονάδων με την κοινωνική ομάδα είναι δυνατή η έγκαιρη παρέμβαση στην υποτροπή, αλλά και η αναζήτηση των προσφορότερων λύσεων για την κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση των ασθενών (Π. Σακελλαρόπουλος, 1987).

Εφαρμόζοντας τις αρχές της Κοινωνικής – Κοινοτικής Ψυχιατρικής και μέσα στο πλαίσιο των περιοχών ευθύνης τους, των ψυχιατρικών τομέων δηλαδή, οι θεραπευτές των κινητών ψυχιατρικών μονάδων εξασφαλίζουν τη διαρκή φροντίδα των ασθενών τους ανεξαρτήτως φάσεως της παθολογίας και εξειδικεύουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες ανάλογα με τον ασθενή και τις ανάγκες του. Φροντίζουν για την ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών και α) εξασφαλίζουν τη συνέχιση της φαρμακοθεραπείας χρησιμοποιώντας και φάρμακα μακράς διάρκειας δράσης, όταν είναι απαραίτητο, β) προβαίνουν σε κινητοποίηση των οικογενειακών και κοινωνικών παρεχομένων δυνατοτήτων για ανακατατάξεις του πλέγματος των σχέσεων του αρρώστου με το περιβάλλον του για την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάστασή του και γ) παρέχουν ψυχολογική βοήθεια στον ασθενή στα πλαίσια της Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Στη Δημόσια Περίθαλψη (οπ. π.).

Ένας από τους απώτερους στόχους της κινητής ψυχιατρικής μονάδας είναι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας στο πρόβλημα της περίθαλψης μέσα στο πνεύμα της Κοινωνικής – Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η κινητή μονάδα επιδιώκει την εξασφάλιση της συμμετοχής και βοήθειας της κοινότητας στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση όλου του φάσματος των ψυχικών νόσων.

Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας προσπάθειας, βιωμένα μέσα από την καθημερινή πρακτική, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την κινητή μονάδα Φωκίδας είναι:

- Αύξηση της ανοχής του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο.
- Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση οξέων περιστατικών και υποτροπών.
- Αύξηση παραπομπών περιστατικών από την κοινότητα και αύξηση των αυτοπαραπομπών.
- Διερεύνηση της γκάμας των περιστατικών με άτομα που παρουσιάζουν ελάσσονα ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα (οπ. π).

Όλη η δουλειά που κάνει η κινητή μονάδα στοχεύει:

- i) Στην 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 από τις εκδηλώσεις της, όσο και στην πρόγνωση, πρόληψη και θεραπεία της).
- ii) Η απενοχοποίηση και ο μετριασμός του άγχους της οικογένειας και της κοινότητας σε σχέση με το άρρωστο μέλος της.
- iii) Η παραπομπή του άρρωστου μέλους στους κόλπους της οικογένειας προκειμένου να αποφευχθεί η μείωση των προσαρμοστικών λειτουργιών του και το «ξέκομμά» του από το φυσικό και συναισθηματικά επενδυμένο χώρο (οικογένεια – κοινωνικό περιβάλλον). Δόθηκε έτσι έμφαση στο ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η κοινότητα σε τρεις άξονες: πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση ψυχικής ασθένειας (οπ. π).

Μελετώντας κανείς προσεκτικά όλο το κεφάλαιο αντιλαμβάνεται τη μέγιστη σημασία που έχει η αγωγή της κοινότητας για την ψυχική — ασθένεια. Ιδιαίτερα αν λάβουμε υπόψη μας πως ακόμα και σήμερα ο κόσμος δεν είναι εξοικειωμένος με την έννοια της ψυχικής νόσου και δεν αποδέχεται εύκολα ότι το άτομο που πάσχει από αυτή, το οποίο με τη σειρά του έχει την ανάγκη και πάνω απ' όλα το δικαίωμα να νοιώθει αποδεκτό μέλος της κοινωνίας και να μη βιώνει τις απορριπτικές τάσεις και την απομόνωση από το υπόλοιπο σύνολο, καταλαβαίνουμε πόσο σημαντικό είναι να εφαρμόζεται σε όλες τις περιοχές αγωγή κοινότητας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας χρειάστηκε να μελετήσουμε πολύ και να προβληματιστούμε αρκετά. Εστιάσαμε στην αντιμετώπιση που τυγχάνουν οι ψυχικά ασθενείς από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα ότι η στάση της κοινωνίας απέναντι σε ένα άτομο που νοσεί ψυχικά, εξακολουθεί να είναι αρνητική και απορριπτική.

Η παραπάνω διαπίστωση επιβεβαιώνεται και από την πρόσφατη έρευνα που διεξήγαγε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας και την παρουσιάσαμε στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας μας. Έχουν γίνει βέβαια κάποια θετικά βήματα, αλλά υπάρχουν ακόμη προκαταλήψεις βαθιά ριζωμένες. Έχει ήδη πραγματοποιηθεί ένα άνοιγμα προς την κοινότητα με τη δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών, αλλά χρειάζεται χρόνος και αρκετή προσπάθεια για ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Το κύριο συναίσθημα που βιώνει κάποιος όταν βρεθεί κοντά σε έναν ψυχικά ασθενή είναι ο φόβος. Ο φόβος αυτός απορρέει από την αντίληψη που επικρατεί σχετικά με την απροσδόκητη, ανεξέλεγκτη συμπεριφορά του «τρελού». Πολλοί πιστεύουν ότι ένας ψυχικά άρρωστος είναι ικανός να διαπράξει κάποιο έγκλημα, οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς λόγο και κίνητρα. Ένας εγκληματίας χωρίς να πάσχει από ψυχική διαταραχή, είναι δυνατόν να χαρακτηριστεί «ψυχικά ασθενής»

και το μοναδικό σύμπτωμα της υποτιθέμενης αρρώστιας του να είναι η διάπραξη ενός σοβαρού εγκλήματος.

Παρόλο που «φοβόμαστε» τους ψυχικά ασθενείς και τους θεωρούμε υποψήφιους εγκληματίες, έχει διαπιστωθεί ότι η κυριότερη μορφή επιθετικότητας είναι ενάντια στον εαυτό τους. Η αυτοκτονία είναι πολύ συνηθισμένη, ενώ η πιθανότητα διάπραξης εγκλήματος από «υγιείς» ή «φυσιολογικούς» είναι η ίδια ή μεγαλύτερη από ό,τι στους ψυχικά ασθενείς.

Η άγνοια γεννά το φόβο. Αντίθετα, όταν γνωρίζουμε κάτι παύουμε να το φοβόμαστε. Ειδικότερα, στην περίπτωση της ψυχικής ασθένειας τα τελευταία χρόνια, με τη βοήθεια των αντιψυχωτικών φαρμάκων και της ψυχοθεραπείας, έχει επιτευχθεί μια πιο ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ασθενών και η μείωση-ελαχιστοποίηση των υποτροπών.

Ολοκληρώνοντας αυτή τη μελέτη και από τη μικρή εμπειρία που αποκτήσαμε σχετικά με το θέμα που επιλέξαμε, θεωρούμε ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη χώρα μας βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη και η αποασυλοποίηση δεν είναι μια απλή υπόθεση.

Εξέχουσα σημασία, κατά τη γνώμη μας έχει η ενημέρωση του κοινού για τη φύση της ψυχικής ασθένειας με απώτερο στόχο την ευαισθητοποίησή τους. Για αυτό ακριβώς το λόγο θεωρούμε απαραίτητο να δοθούν εκπαιδευτικές ευκαιρίες στους πολίτες ώστε να μάθουν τη σημασία της ψυχικής ασθένειας. Οι γονείς οφείλουν να διδάξουν στα παιδιά τους την ανοχή στη διαφορετικότητα των ατόμων και την αποδοχή των μειονεξιών. Αυτό θα κάνει πιο εύκολη την αποδοχή της ψυχικής αρρώστιας στην κοινωνία και κάθε μέλος τις θα συμμετέχει στις προσπάθειες καταπολέμησης των μύθων που επικρατούν για τις ψυχικές ασθένειες και θα ενσωματώσει τα άτομα που έχουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, δίνοντας τους την ευκαιρία να συμβάλλουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην κοινωνία. Σ' αυτό μπορούν να

συμβάλλουν, σε μεγάλο βαθμό, τα τοπικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, με την αντικειμενική παρουσίαση των γεγονότων και την αποφυγή χαρακτηρισμών όπως «ψυχοπαθής δολοφόνος», «μακελάρης», στις περιγραφές εγκληματικών ενεργειών. Ακόμη η προβολή αφιερωμάτων, συζητήσεων και επιμορφωτικών εκπομπών γύρω από το θέμα της ψυχικής ασθένειας, θα βοηθούσε σημαντικά. Επίσης πιστεύουμε ότι είναι πολύ σημαντικό τα Μ.Μ.Ε να δώσουν ιδιαίτερη έμφαση στα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχική ασθένεια.

Έτσι, οι οικογένειες που κάποιο μέλος τους νοσεί ψυχικά δεν θα διστάζουν με την πρώτη εμφάνιση ανησυχητικών συμπτωμάτων να απευθύνονται σε ειδικούς για βοήθεια και δεν θα ντρέπονται για αυτό που τους συμβαίνει. Επιπλέον θα ενισχύουν τα μέλη τους που πάσχουν και δεν θα υποβαθμίζουν τα συμπτώματά τους. Θεωρούμε απαραίτητη την εμπλοκή της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του άρρωστου μέλους της και όχι μόνο, καθώς αποτελεί το κύριο στήριγμά του. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να ενσωματώσει στη ζωή της αλλά και στη ζωή της κοινότητας τον ασθενή της. Καλό θα ήταν να επιδιώξει και την επαφή με άλλες οικογένειες προκειμένου να υποστηρίξει η μια την άλλη και να απαλλαγθούν από κείνες λανθασμένες αντιλήψεις.

Όσον αφορά τους επαγγελματίες της Ψυχικής Υγείας που αναλαμβάνουν τον ασθενή κατά την περίοδο της νοσηλείας του, αλλά και την οικογένειά του, κρίνουμε αναγκαία τη συνεχή εκπαίδευσή τους και ειδίκευσή ώστε να ακολουθούν τις νέες εξελίξεις στο χώρο της Ψυχιατρικής. Σε αυτό πρέπει να βοηθήσει και η πολιτεία διαθέτοντας τους κεφάλαια για έρευνα στην ψυχική υγεία Αυτό θα συντελέσει στην αποασυλοποίηση και αναβάθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Κάτι που πιστεύουμε ότι θα βοηθήσει σε όλη αυτή την προσπάθεια είναι η δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών και ο εξοπλισμός αυτών σε υλικό και σε ανθρώπινο δυναμικό. Ιδιαίτερη έμφαση, θα ήταν καλό να

δοθεί στις επαρχιακές πόλεις που υστερούν σημαντικά σε σχέση με τα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου είναι συγκεντρωμένες όλες οι υπηρεσίες — Ψυχικής Υγείας.

Καθένας από εμάς οφείλει να δείξει προσωπικό ενδιαφέρον, ευθύνη και ευαισθησία, διότι όπως παρατηρεί και η εκπρόσωπος του Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία: «Το επίπεδο του πολιτισμού μιας κοινωνίας, μετράται από τον τρόπο που η κοινωνία αντιμετωπίζει τον ψυχικά άρρωστο».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071 15/7/1992
Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91
Σκοποί και αρχές

1. Το Κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό των λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

2. Για τον ανωτέρω σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 92
Διάρθρωση σε τομείς

1. Σε κάθε νομό συνίσταται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε Τομέας Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινής ωφέλειας.

2. Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο χώρος ευθύνης και η έδρα τού κάθε Τομέα, καθώς και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε αυτόν και στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι ήδη υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών

Ασφαλίσεων, στην έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.). Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο:

α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.

β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.

4. Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι 5μελείς και αποτελούνται από:

α) Το διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του νομού στον οποίο ανήκει ο Τομέας ή άλλον ιατρό της ίδιας διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υγείας ή ο αναπληρωτής του ασκούν χρέη προέδρου.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του, που προτείνεται από αυτόν.

γ) Το διευθυντή κέντρου ψυχικής υγείας, με τον αναπληρωτή του και, εφόσον υπάρχουν περισσότεροι του ενός, από τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή.

δ) Το διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα νομαρχιακού ή περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του και

ε) Τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή ψυχιατρικής κλινικής ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.

Σε περίπτωση που ελλείπουν μέλη των περιπτώσεων γ', δ' και ε', τη θέση τους καταλαμβάνουν εκπρόσωποι του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνονται από αυτόν. Σε πόλεις στις οποίες έχουν την έδρα τους ιατρικά τμήματα Α.Ε.Ι., οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι επταμελείς (7μελείς), τα δε επί πλέον δύο (2) είναι μέλη Δ.Ε.Π. ψυχίατροι, που ορίζονται από το αντίστοιχο ιατρικό τμήμα των Α.Ε.Ι. με τους αναπληρωτές τους. Η θητεία των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

5. Σε κάθε ασθενή παρέχονται υπηρεσίες από Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του Τομέα στον οποίο κατοικεί. Εξαίρεση είναι δυνατή μόνο στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα του αρμόδιου Τομέα για λόγους αρτιότερης περίθαλψης, γ) επί απουσίας ανάλογης μονάδας στον αρμόδιο Τομέα. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ασθενούς από μονάδα άλλου τομέα, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια μονάδα του Τομέα κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τον ασθενή μετά τη λήξη της παρασχεθείσας από αυτήν φροντίδας.

Άρθρο 93
Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου μπορεί να αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας, στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., συνιστώνται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συνιστώνται ύστερα από γνώμη των Τ.Ε.Ψ.Υ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μεταφέρονται δε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.

4. Οι διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, που αφορούν στα κέντρα υγείας, ισχύουν και για τα κέντρα ψυχικής υγείας, που έχουν συσταθεί με την παρ. 2 του άρθρου 21 του ν. 1397/1983.

5. Τα κέντρα ψυχικής υγείας διοικούνται από διοικούσα 3μελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δύο (2) μέλη που ορίζονται από το νομάρχη της οικείας νομαρχίας, στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες

συγκρότησης και λειτουργίας της διοικούσας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.

6. Στα κέντρα ψυχικής υγείας, τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συνιστώνται και ως αυτοτελή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.

7. Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94 Εκούσια νοσηλεία

1. Εκούσια νοσηλεία είναι η, με τη συγκατάθεση του ασθενή, εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.

3. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.

4. Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

5. Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε ακούσια «ζητήσει» την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή ο παθολόγος ιατρός δεν ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται αμέσως στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε κινήσει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

Άρθρο 95 Ακούσια νοσηλεία

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής

Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η φύλαξη ασθενή με το άρθρο 69 επ. του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανών διέπεται από ειδική νομοθεσία.

2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

I. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.

β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' εαυτή ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 96

Διαδικασία εισαγωγής

1. Την ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριορίστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

2. Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξουρέσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε I είτε II. Οι ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.

3. Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.

4. Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον «Τομέα» ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν

τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις των δύο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει, και από το συνοδό τού ασθενή.

5. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξετασθεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων, σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

6. Σε τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, επιμελούμενος άμα για τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του, «κεκλεισμένων των θυρών», ώστε να προστατευτεί η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν.

7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλον ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

8. Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής τον οποίο αφορά έχει προσαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.

9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του

1. Η ακούσια νοσηλεια διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 96 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση που ο ασθενής, αφού έχει υποστεί νοσηλεια, αποφασίζει να επιστρέψει στην οικιακή φροντίδα, ο νοσηλεύων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει το αρμόδιο νοσηλευτικό προσωπικό και να υποβάλει στην επιτροπή νοσηλείας αίτηση διακοπής της νοσηλείας.

Άρθρο 96
Διακοπή-Διάρκεια-Ανήξη ακούσιας νοσηλείας

1. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ακόλουθες προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών μέσων καθορίζονται δικαστικά με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδοκιμάζεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.
3. Οι περιστασιακοί που επιβάλλονται στην στομιακή εξέταση του ασθενή πρέπει να ελαχιστοποιούνται και να μην καθίστανται μέσο για την καταστολή της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Άρθρο 98
Συνθήκες νοσηλείας

1. Κατά της απόφασης του πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή κατά τις διατάξεις της ποινικής διαδικασίας. Το ένοχο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκηθεί και ο επισημοποιός διεύθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένοχα αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης.
2. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, «κεκλεισμένων των θυρών», μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεση της. Το εφετείο μπορεί να ζητήσει και να γίνουν ψυχιατρικοί εξετάσεις ή ο,τιδήποτε άλλο θεωρηθεί σκόπιμο.

Άρθρο 97
Ένοχα μέσα

1. Κατά της απόφασης της δικαστικής απόφασης, η θεραπευτική αγωγή αυτού φέρει ο επισημοποιός διεύθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος εξασφαλίζει την επισημοποίηση και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Νομική προστασία προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και εισάγονται ως ακούσιοι πάσχοντες

Η πρόταση με αριθμό R(γ3)2 έγινε αποδεκτή από την Επιτροπή των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης στις 22 Φεβρουαρίου 1983.

Τίτλος του πρωτοτύπου: Legal protection of persons suffering from mental disorders placed as involuntary patients¹.

Η Επιτροπή των Υπουργών, σύμφωνα με τους όρους του άρθρου 15β του Νόμου του Συμβουλίου της Ευρώπης

Θεωρώντας ότι σκοπός του Συμβουλίου της Ευρώπης είναι η επίτευξη της μεγίστης ενότητας μεταξύ των μελών του, ιδιαίτερα μέσα από την εναρμόνιση των νόμων σε ζητήματα κοινού ενδιαφέροντος

Έχοντας υπόψη τη Σύμβαση για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών και την εφαρμογή της από τα όργανα που έχουν ιδρυθεί στα πλαίσια αυτής της συνθήκης

Έχοντας υπόψη την πρόταση 818 (1977) της Συμβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με την κατάσταση του ψυχικά αρρώστου

Θεωρώντας ότι η κοινή δράση σε ευρωπαϊκό επίπεδο θα προαγάγει την επιθυμητή καλύτερη προστασία των προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή:

Συνιστά στις Κυβερνήσεις των χωρών μελών να προσαρμόσουν τους νόμους τους στους κανόνες που επισυνάπτονται στην πρόταση αυτή ή να υιοθετήσουν άρθρα σύμφωνα με τους κανόνες αυτούς όταν εισάγουν νέα νομοθεσία.

ΚΑΝΟΝΕΣ

Άρθρο 1

1. Αυτοί οι κανόνες αφορούν τον ακούσιο εγκλεισμό προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Εγκλεισμός που αποφασίστηκε ύστερα από ποινική διαδικασία δεν καλύπτεται από αυτούς τους κανόνες. Όμως οι κανόνες 5, 9, 10 και 11 ισχύουν και για εγκλεισμό αυτού του είδους.

2. Ακούσιος εγκλεισμός (στο εξής θα αναφέρεται ως «εγκλεισμός») σημαίνει την εισαγωγή και κράτηση για θεραπεία, πρόσωπου που πάσχει από ψυχική διαταραχή (στο εξής θα αναφέρεται ως «πάσχων») σε νοσοκομείο, σε άλλο ιατρικό ίδρυμα ή κατάλληλο χώρο (στο εξής θα αναφέρεται ως «ίδρυμα») όταν η εισαγωγή αυτή δεν έγινε με δική του αίτηση.

3. Η εισαγωγή ενός αρρώστου για θεραπεία σε ίδρυμα, ύστερα από

δική του αίτηση δεν υπάγεται στη δικαιοδοσία αυτών των κανόνων. Όμως οι κανόνες αυτοί ισχύουν στις περιπτώσεις όπου ένας άρρωστος που έχει εισαχθεί αρχικά με δική του αίτηση εξακολουθεί να κρατείται παρά την επιθυμία του να εξέλθει.

Άρθρο 2

Οι ψυχίατροι και οι άλλοι γιατροί, προκειμένου να προσδιορίσουμε εάν ένα πρόσωπο πάσχει από ψυχική διαταραχή και χρειάζεται εγκλεισμό, ενεργούν σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Η δυσκολία προσαρμογής σε ηθικές, κοινωνικές, πολιτικές ή άλλες αξίες, αυτή καθ' εαυτή, δεν πρέπει να θεωρείται ως ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 3

Εφ' όσον δεν υπάρχουν άλλα μέσα για την παροχή της κατάλληλης θεραπείας:

α. Ένας άρρωστος μπορεί να εγκλεισθεί σε ίδρυμα μόνον όταν, εξαιτίας της ψυχικής του διαταραχής, αντιπροσωπεύει ένα σοβαρό κίνδυνο για τον εαυτό του ή για άλλα πρόσωπα.

β. Τα Κράτη, όμως, μπορούν να προβλέψουν επίσης ότι ένας άρρωστος μπορεί να εγκλεισθεί και όταν εξαιτίας της σοβαρής φύσης της ψυχικής του διαταραχής ο μη εγκλεισμός του θα οδηγούσε σε επιδείνωση της διαταραχής του ή θα παρεμπόδιζε την παροχή της κατάλληλης θεραπείας.

Άρθρο 4

1. Μία απόφαση εγκλεισμού πρέπει να λαμβάνεται από δικαστική ή άλλη κατάλληλη αρχή, προβλεπόμενη από το Νόμο. Σε επείγουσα περίπτωση, ένας άρρωστος μπορεί να εισαχθεί και να κρατηθεί αμέσως σ' ένα ίδρυμα με απόφαση ενός γιατρού, που κατόπιν πρέπει να ενημερώσει αμέσως τη δικαστική ή άλλη αρχή, η οποία πρέπει να πάρει την απόφασή της. Οποιαδήποτε απόφαση της αρμόδιας δικαστικής ή άλλης αρχής, για την οποία γίνεται λόγος σ' αυτή την παράγραφο, πρέπει να παίρνεται ύστερα από ιατρική γνωμάτευση και με απλή και σύντομη διαδικασία.

2. Όταν μια απόφαση εγκλεισμού λαμβάνεται από μη δικαστικό όργανο ή πρόσωπο, αυτό το όργανο ή πρόσωπο πρέπει να είναι διαφορετικό από αυτό που αρχικά ζήτησε ή πρότεινε τον εγκλεισμό. Ο άρρωστος πρέπει αμέσως να πληροφορείται τα δικαιώματά του και πρέπει να έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση σε δικαστήριο το οποίο θα αποφασίσει με μια διαδικασία απλή και σύντομη. Εκτός αυτού, από μίαν αρμόδια αρχή πρέπει

να υποδεικνύεται ένα πρόσωπο, που καθήκον του είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να αποφασίσει εάν θα κάνει έφεση, χωρίς περιορισμό του δικαιώματος έφεσης οποιουδήποτε άλλου ενδιαφερόμενου προσώπου.

3. Όταν η απόφαση λαμβάνεται από μια δικαστική αρχή ή όταν ασκείται έφεση ενώπιον δικαστικής αρχής, κατά μια απόφασης εγκλεισμού που έχει ληφθεί από διοικητικό όργανο, ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται για τα δικαιώματά του και να έχει την πρακτική δυνατότητα να ακουστεί προσωπικά από έναν δικαστή, εκτός εάν ο δικαστής, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας του αρρώστου, αποφασίσει να τον ακούσει δι' αντιπροσώπου. Πρέπει να ενημερώνεται για το δικαίωμά του να προσφύγει κατά της απόφασης που διατάσσει ή επικυρώνει τον εγκλεισμό και εάν το ζητήσει ο ίδιος ή το θεωρήσει πρόσφορο ο δικαστής, πρέπει να έχει το προνόμιο της συμπαράστασης συμβούλου ή άλλου προσώπου.

4. Οι δικαστικές αποφάσεις που αναφέρονται στην παράγρ. 3 πρέπει να υπόκεινται σε έφεση.

Άρθρο 5

1. Ένας άρρωστος που βρίσκεται υπό εγκλεισμό, έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται υπό τις αυτές ηθικές και επιστημονικές συνθήκες υπό τις οποίες και οποιοσδήποτε άλλος άρρωστος, και μέσα στις ίδιες συνθήκες περιβάλλοντος. Ιδιαίτερα έχει δικαίωμα να δέχεται την κατάλληλη αγωγή και περίθαλψη.

2. Μια θεραπευτική αγωγή που δεν είναι ακόμα γενικά αναγνωρισμένη από την Ιατρική Επιστήμη ή εμφανίζει σοβαρό κίνδυνο πρόκλησης μόνιμης εγκεφαλικής βλάβης ή ριζικής μεταβολής της προσωπικότητας μπορεί να δοθεί μόνο εάν ο γιατρός το θεωρεί απολύτως απαραίτητο και εάν ο άρρωστος, αφού ενημερωθεί, έχει δώσει ρητή συναίνεσή του. Εάν ο άρρωστος δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τη φύση της θεραπείας, ο γιατρός πρέπει να υποβάλει το ζήτημα προς επίλυση σε μια ανεξάρτητη κατάλληλη αρχή που προβλέπει ο νόμος, η οποία θα συμβουλέψει το νόμιμο εκπρόσωπο του αρρώστου, εάν υπάρχει.

3. Κλινικές δοκιμές προϊόντων και θεραπειών που δεν έχουν ψυχιατρικό θεραπευτικό σκοπό σε πρόσωπα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και βρίσκονται σε εγκλεισμό, πρέπει να απαγορεύονται. Κλινικές δοκιμές που έχουν ψυχιατρικό θεραπευτικό σκοπό είναι ένα θέμα προς ρύθμιση από την εθνική νομοθεσία.

Άρθρο 6

Οι περιορισμοί της προσωπικής ελευθερίας του αρρώστου πρέπει να

περιορίζονται σ' αυτούς μόνο που είναι απαραίτητοι εξαιτίας της κατάστασης της υγείας του και για την επιτυχία της θεραπείας.

Όμως δεν πρέπει να περιορίζεται το δικαίωμα του αρρώστου:

α. Να επικοινωνεί με κάθε αρμόδια αρχή, το πρόσωπο που αναφέρεται στο άρθρο 4 και ένα δικηγόρο.

β. Να στέλνει οποιοδήποτε κλειστό γράμμα.

Άρθρο 7

Ένας άρρωστος δεν πρέπει να μεταφέρεται από ένα ίδρυμα σε ένα άλλο παρά μόνο αφού ληφθούν υπόψη το θεραπευτικό του συμφέρον και, όσο είναι δυνατό, οι επιθυμίες του.

Άρθρο 8

1. Ένας εγκλεισμός πρέπει να γίνεται για ορισμένη χρονική περίοδο, ή, τουλάχιστον, η αναγκαιότητα του εγκλεισμού πρέπει να επανεξετάζεται σε κανονικά χρονικά διαστήματα. Ο άρρωστος μπορεί να ζητήσει να εξεταστεί η αναγκαιότητα εγκλεισμού από μια δικαστική αρχή σε λογικά διαστήματα. Οι αρχές του Άρθρου 4, παρ. 3 ισχύουν.

2. Ο εγκλεισμός μπορεί να τερματιστεί οποιαδήποτε στιγμή με απόφαση: α) του γιατρού ή β) μιας αρμόδιας αρχής που δρα με δική της πρωτοβουλία ή μετά από αίτηση του αρρώστου ή οποιουδήποτε άλλου ενδιαφερόμενου προσώπου.

3. Ο τερματισμός του εγκλεισμού δεν συνεπάγεται οπωσδήποτε το τέλος της θεραπείας που μπορεί να συνεχιστεί σε εκούσια βάση.

Άρθρο 9

1. Ο εγκλεισμός, αυτός καθ' εαυτός, δεν μπορεί να συνιστά, από τον ίδιο το νόμο, λόγο περιορισμού της δικαιπρακτικής ικανότητας του αρρώστου.

2. Εντούτοις, η αρχή που αποφασίζει έναν εγκλεισμό πρέπει να εξετάσει, εάν χρειάζεται, τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για να προστατευθούν τα υλικά συμφέροντα του αρρώστου.

Άρθρο 10

Σε κάθε περίπτωση, η αξιοπρέπεια του αρρώστου πρέπει να είναι σεβαστή και να παίρνονται τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία της υγείας του.

Άρθρο 11

Αυτοί οι κανόνες δεν περιορίζουν τη δυνατότητα ενός Κράτους-μέλους να υιοθετήσει ρυθμίσεις που να εξασφαλίζουν μεγαλύτερη νομική προστασία σε πρόσωπα που υποφέρουν από ψυχική διαταραχή και υπόκεινται σε εγκλεισμό.

ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ
ΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟ, ΤΗΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ

Προεδρικό διάταγμα υπ' αριθμ. 283
[ΦΕΚ 104 τεύχ. πρώτο της 31 Μαΐου 1985]
Ποινικός Κώδικας

Κωφάλαλοι εγκληματίες

Άρθρο 33 - 1. Η πράξη που τέλεσε κωφάλαλος δεν του καταλογίζεται, αν κριθεί ότι δεν είχε την απαιτούμενη πνευματική ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό.

2. Αν δεν συντρέχει περίπτωση εφαρμογής της προηγούμενης παραγράφου, ο κωφάλαλος τιμωρείται με ελαττωμένη ποινή (άρθρο 83).

Διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης

Άρθρο 34 - Η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράση αν, όταν τη διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό.

Υπαίτια διατάραξη της συνείδησης

Άρθρο 35 - 1. Πράξη που κάποιος αποφάσισε σε κανονική ψυχική κατάσταση, αλλά που για την τέλεσή της έφερε τον εαυτό του σε κατάσταση διαταραγμένης συνείδησης, του καταλογίζεται σαν να την τέλεσε με δόλο.

2. Αν η πράξη που τέλεσε σε τέτοια κατάσταση είναι άλλη από εκείνη που είχε αποφασίσει, ο υπαίτιος τιμωρείται με ποινή ελαττωμένη (άρθρο 83).

3. Πράξη που ο υπαίτιος πρόβλεψε ή μπορούσε να προβλέψει ότι ενδέχεται να τελέσει, αν οδηγηθεί σε κατάσταση διατάραξης της συνείδησης, του καταλογίζεται ως πράξη που τελέστηκε από αμέλεια.

Εγκληματίες ελαττωμένης ικανότητας προς καταλογισμό

Ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό

Άρθρο 36 – 1. Αν εξαιτίας κάποιας από τις ψυχικές καταστάσεις, που αναφέρονται στο άρθρο 34, δεν έχει εκλείψει εντελώς, μειώθηκε όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό που απαιτείται κατά το άρθρο αυτό, επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη (άρθρο 83).

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου δεν εφαρμόζεται στην περίπτωση της υπαίτιας μέθης.

Έκτιση της ποινής σε ιδιαίτερα καταστήματα

Άρθρο 37 – Όταν η κατάσταση των ατόμων που έχουν κατά το άρθρο 36 ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό επιβάλλει ιδιαίτερη μεταχείριση ή μέριμνα, οι στερητικές της ελευθερίας ποινές που τους επιβάλλονται εκτελούνται σε ιδιαίτερα ψυχιατρικά καταστήματα ή παραρτήματα των φυλακών.

Επικίνδυνοι εγκληματίες με ελαττωμένο καταλογισμό

Άρθρο 38. – 1. Αν εκείνος που έχει κατά το άρθρο 36 ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό λόγω διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή ο κατά το άρθρο 33 παρ. 2 κωφάλαλος είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια και η πράξη που τέλεσε είναι κακούργημα ή πλημμέλημα για το οποίο ο νόμος απειλεί ποινή στερητική της ελευθερίας ανώτερη από έξι μήνες, το δικαστήριο τον καταδικάζει σε περιορισμό στα ψυχιατρικά καταστήματα ή παραρτήματα των φυλακών του άρθρου 37.

2. Στην απόφαση καθορίζεται μόνο το ελάχιστο όριο διάρκειας του περιορισμού, το οποίο δεν μπορεί ποτέ να είναι κατώτερο από το μισό του ανώτατου κατά το άρθρο 36 παρ. 1 ορίου ποινής για την πράξη που τελέστηκε.

3. Στην ίδια απόφαση το δικαστήριο προσδιορίζει για την περίπτωση εφαρμογής του άρθρου 40 την ποινή φυλάκισης ή κάθειρξης που πρέπει να εκτιθεί σε αντικατάσταση του περιορισμού· ο προσδιορισμός γίνεται μέσα στα όρια ποινής που καθορίζει ο νόμος για την πράξη που τελέστηκε, χωρίς αυτή να ελαττώνεται κατά τις διατάξεις του άρθρου 36. Πάντως, η ποινή που προσδιορίζεται σύμφωνα με τα παραπάνω δεν μπορεί ποτέ να είναι κατώτερη από το μισό του ανώτατου ορίου ποινής που ορίζει ο νόμος για την πράξη που τελέστηκε. Αν στο νόμο προβλέπεται ποινή θανάτου ή ισόβιας κάθειρξης, ως ποινή που πρέπει να εκτιθεί προσδιορίζεται πρόσκαιρη κάθειρξη είκοσι ετών.

Διάρκεια του περιορισμού στα ψυχιατρικά καταστήματα

Άρθρο 39. – 1. Αφού συμπληρωθεί το ελάχιστο όριο που όρισε η απόφαση σύμφωνα με το άρθρο 38 παρ. 2 και κατόπιν κάθε δύο έτη, εξετά-

ζεται, είτε με αίτηση του κρατουμένου είτε και αυτεπαγγέλτως, αν αυτός μπορεί να απολυθεί. Για το θέμα αυτό αποφασίζει, ύστερα από γνωμοδότηση ειδικών εμπειρογνομόνων, το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου εκτελείται η ποινή.

2. Η απόλυση χορηγείται πάντοτε υπό όρο και μπορεί να ανακληθεί σύμφωνα με τους όρους που ορίζει το άρθρο 107· γίνεται οριστική, αν μέσα σε πέντε έτη δεν ανακληθεί κατά τις διατάξεις του άρθρου 109.

3. Πάντως, αφού συμπληρωθεί το ελάχιστο όριο που όρισε η απόφαση, ο περιορισμός δεν μπορεί να εξακολουθήσει πέρα από δέκα έτη για τα πλημμελήματα και πέρα από δεκαπέντε έτη για τα κακουργήματα.

Μετατροπή του περιορισμού σε φυλάκιση ή κάθειρξη

Άρθρο 40 – Το δικαστήριο που προβλέπεται από το προηγούμενο άρθρο μπορεί οποτεδήποτε, με αίτηση του εισαγγελέα και μετά από γνωμοδότηση ειδικών εμπειρογνομόνων, να αποφασίσει την αντικατάσταση του περιορισμού με την ποινή φυλάκισης ή κάθειρξης που προσδιορίστηκε σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 38, αν κρίνει ότι η παραμονή του καταδίκου στο ψυχιατρικό κατάστημα ή παράρτημα φυλακής δεν είναι αναγκαία. Στην περίπτωση αυτή από τη στερητική της ελευθερίας ποινή που είχε επιβληθεί αφαιρείται ο χρόνος που διανύθηκε στο ψυχιατρικό κατάστημα ή παράρτημα φυλακής.

Εγκληματίες καθ' έξη με ελαττωμένο καταλογισμό

Άρθρο 41 – 1. Αν αυτός που καταδικάστηκε κατά το άρθρο 38 σε περιορισμό σε ψυχιατρικό κατάστημα κριθεί σύμφωνα με τα άρθρα 90 και 91 ως καθ' έξη ή κατ' επάγγελμα εγκληματίας, το ελάχιστο όριο διάρκειας του περιορισμού καθορίζεται μέσα στα όρια ποινής του άρθρου 89, χωρίς η ποινή αυτή να ελαττώνεται κατά τις διατάξεις του άρθρου 36 παρ. 1· και το μέγιστο όριο καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 91. Αν η ποινή που προβλέπει ο νόμος για την πράξη που τελέστηκε είναι θάνατος ή ισόβια κάθειρξη, επιβάλλεται ισόβια κάθειρξη.

2. Το δικαστήριο μπορεί οποτεδήποτε να μετατρέπει κατά τους όρους του προηγούμενου άρθρου τον περιορισμό στην ποινή της αόριστης κάθειρξης που προβλέπουν τα άρθρα 90 και 92.

Ποινές στερητικές της ελευθερίας

Άρθρο 51 – 1. Ποινές στερητικές της ελευθερίας είναι η κάθειρξη, η φυλάκιση, ο περιορισμός σε σωφρονιστικό κατάστημα, ο περιορισμός σε ψυχιατρικό κατάστημα και η κράτηση.

2. Για τις πρόσκαιρες ποινές στερητικές της ελευθερίας, η ημέρα υπολογίζεται σε 24 ώρες, η εβδομάδα σε επτά ημέρες, ο μήνας και το έτος σύμφωνα με το ημερολόγιο που ισχύει.

3. Ο χρόνος της ποινής επιμετράται πάντοτε σε πλήρεις ημέρες εβδομάδες, μήνες και έτη.

Αποστέρηση σε περίπτωση καταδίκης σε περιορισμό σε ψυχιατρικό κατάστημα

Άρθρο 62 – Όταν ο δράστης καταδικάζεται σε περιορισμό σε ψυχιατρικό κατάστημα βάσει του άρθρου 38, αν η πράξη είναι κακούργημα, εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 60· αν η πράξη είναι πλημμέλημα, οι διατάξεις των άρθρων 61 και 64.

Αποτέλεσμα της αποστέρησης

Άρθρο 63. – Η αποστέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων έχει ως συνέπεια ότι εκείνος που καταδικάστηκε: 1) χάνει οριστικά τα αιρετά δημόσια, δημοτικά ή κοινοτικά αξιώματά του, τις δημόσιες, δημοτικές ή κοινοτικές θέσεις που κατείχε, κάθε βαθμό του στο στρατό, την ιδιότητα του δικηγόρου, καθώς επίσης και τις επίτιμες θέσεις και τα παράσημα· 2) δεν μπορεί να αποκτήσει τα παραπάνω, είτε διαρκώς, στην περίπτωση της παρ. 1 του άρθρου 59, είτε κατά το χρόνο που ορίζει ο νόμος ή η απόφαση, στην περίπτωση της παρ. 2 του άρθρου 59 και στις περιπτώσεις των άρθρων 60, 61 και 62· 3) δεν μπορεί, κατά τη διάκριση του προηγούμενου «αριθμού» α) να ψηφίζει και να εκλέγεται στις πολιτικές, δημοτικές ή κοινοτικές εκλογές· β) να αποτελεί μέλος των ορκωτών δικαστηρίων και να διορίζεται πραγματογνώμονας από οποιαδήποτε δημόσια αρχή.

Μερική αποστέρηση σε περίπτωση φυλάκισης

Άρθρο 64. – Σε περίπτωση φυλάκισης το δικαστήριο μπορεί, εφόσον υπάρχουν οι όροι του άρθρου 61, να επιβάλει μερική αποστέρηση ορισμένων από τα δικαιώματα που αναφέρονται στο άρθρο 63, αν από το είδος της πράξης και τις λοιπές περιστάσεις αποκλείεται το ενδεχόμενο να γίνει κατάχρηση των δικαιωμάτων που διατηρούνται.

Υπολογισμός του χρόνου της αποστέρησης

Άρθρο 65. – 1. Το αποτέλεσμα της ολικής ή μερικής αποστέρησης των πολιτικών δικαιωμάτων αρχίζει μόλις η απόφαση γίνει αμετάκλητη· η διάρκειά της υπολογίζεται από την επόμενη της ημέρας κατά την οποία συμπληρώθηκε η έκτιση ή παραγράφηκε ή χαρίστηκε η στερητική της ελευθερίας ποινή, μαζί με την οποία είχε επιβληθεί η αποστέρηση.

2. Στην περίπτωση του άρθρου 105, παρ. 1 και 2, η διάρκεια υπολογίζεται από την επόμενη της προσωρινής απόλυσης από τις φυλακές· στις περιπτώσεις των άρθρων 71 και 72 από την επόμενη της απόλυσης του καταδίκου από το κατάστημα στο οποίο βρισκόταν.

Αποκατάσταση

Άρθρο 66. – Όποιος αποστερήθηκε των πολιτικών δικαιωμάτων «κατά τα άρθρα 59-65» μπορεί με αίτησή του να αποκατασταθεί από το δικαστήριο. Η αποκατάσταση, όταν η καταδίκη αφορά κάθειρξη ή θανατική ποινή που μετατράπηκε σε ποινή στερητική της ελευθερίας, μπορεί να γίνει μετά πέντε έτη· όταν αφορά φυλάκιση, μετά τρία έτη από τότε που εκτίθηκε, χαρίστηκε ή παραγράφηκε η ποινή ή, στις περιπτώσεις των άρθρων 71 και 72, από τότε που εκτίθηκε ή παραγράφηκε το μέτρο ασφαλείας. Για να χορηγηθεί η αποκατάσταση πρέπει να βεβαιωθεί ότι στο διάστημα αυτό ο αιτών έζησε έντιμη ζωή και εκπλήρωσε «όσο» μπορούσε τις υποχρεώσεις που προέκυψαν από το έγκλημα και βεβαιώθηκαν δικαστικά. Αν η αποστέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων, που προβλέπει το άρθρο 11 παρ. 1, επιβλήθηκε μετά την έκτιση ή την άφεση λόγω χάρης ή την παραγραφή της ποινής, η αποκατάσταση μπορεί να γίνει μετά τρία έτη από την ημέρα που έγινε αμετάκλητη η απόφαση του πλημμελειοδικείου η οποία είχε απαγγείλει την αποστέρηση.

2. Στην περίπτωση της καταδίκης σε περιορισμό σε ψυχιατρικό κατάστημα η αποκατάσταση που προβλέπει η παρ. 1 μπορεί να χορηγηθεί μετά πέντε έτη, αν η πράξη είναι κακούργημα και μετά τρία έτη αν η πράξη είναι πλημμέλημα.

3. Αν η αίτηση για αποκατάσταση απορριφθεί, δεν μπορεί να επαναληφθεί πριν περάσουν δύο έτη.

4. Η διαδικασία με την οποία χορηγείται η αποκατάσταση ρυθμίζεται στην ποινική δικονομία.

III. Μέτρα ασφαλείας

Φύλαξη ακαταλόγιστων εγκληματιών

Άρθρο 69 – Αν κάποιος, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του (άρθρο 34) ή κωφαλαλίας (άρθρο 33 παρ. 1), απαλλάχτηκε από την ποινή ή τη δίωξη για κακούργημα ή πλημμέλημα, για το οποίο ο νόμος απειλεί ποινή ανώτερη από έξι μήνες, το δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια.

Διάρκεια της φύλαξης

Άρθρο 70 – 1. Για να εκτελεσθεί η διάταξη της απόφασης που αφορά τη φύλαξη φροντίζει η εισαγγελική αρχή.

2. Η φύλαξη συνεχίζεται όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια.

3. Κάθε τρία έτη το δικαστήριο των πλημμελειοδικών, στην περιφέρεια του οποίου εκτελείται η φύλαξη, αποφασίζει αν αυτή πρέπει να συνεχιστεί. Το ίδιο δικαστήριο μπορεί όμως οποτεδήποτε με αίτηση του

εισαγγελέα ή της διεύθυνσης του καταστήματος να διατάξει την απόλυση εκείνου που φυλάσσεται.

Εισαγωγή αλκοολικών και τοξικομανών σε θεραπευτικό κατάστημα

Άρθρο 71. – 1. Αν κάποιος καταδικαστεί: α) για κακούργημα ή πλημμέλημα το οποίο ο νόμος τιμωρεί με ποινή φυλάκισης πάνω από έξι μήνες και που μπορεί ν' αποδοθεί σε κατάχρηση οινόπνευματων ποτών ή άλλων ναρκωτικών μέσων, ή β) για έγκλημα σε κατάσταση υπαίτιας μέθης, κατά το άρθρο 193, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει την εισαγωγή του σε ειδικό θεραπευτικό κατάστημα, αν πρόκειται για πρόσωπο που κάνει καθ' έξη κατάχρηση οινόπνευματων ποτών ή άλλων ναρκωτικών μέσων.

2. Η εισαγωγή στο θεραπευτικό κατάστημα επακολουθεί την έκτιση της ποινής και η παραμονή σ' αυτό διαρκεί όσο χρόνο απαιτεί ο σκοπός της, ποτέ όμως περισσότερο από μία διετία. Την απόλυση πριν από τη διετία την αποφασίζει το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου βρίσκεται το κατάστημα με πρόταση της διεύθυνσής του.

Παραπομπή σε κατάστημα εργασίας

Άρθρο 72. – 1. Αν η πράξη, για την οποία κάποιος κηρύχθηκε ένοχος και του επιβλήθηκε φυλάκιση, μπορεί να αποδοθεί στη φυγοπονία του ή στη ροπή του για άτακτη ζωή, το δικαστήριο μπορεί στις περιπτώσεις που ο νόμος ειδικά καθορίζει, να διατάξει, εκτός από την ποινή που του επιβλήθηκε, και την παραπομπή του σε επανορθωτικό κατάστημα εργασίας.

2. Η εισαγωγή στο κατάστημα εργασίας επακολουθεί την έκτιση της ποινής. Η διάρκεια της παραμονής σ' αυτό δεν μπορεί να είναι κατώτερη από ένα έτος ούτε ανώτερη από πέντε έτη.

3. Αφού συμπληρωθεί το ελάχιστο όριο και ακολούθως κάθε έτος, το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου βρίσκεται το κατάστημα αποφασίζει με αίτηση της διεύθυνσής του ή του εισαγγελέα αν ο κρατούμενος πρέπει να απολυθεί.

4. Αν αυτός που καταδικάστηκε είναι υπότροπος, η παραπομπή του σε επανορθωτικό κατάστημα εργασίας είναι υποχρεωτική.

ΑΡΘΡΟ 47 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάσταση του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.
5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3., έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν συνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.
6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.
7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

ΑΡΘΡΑ 95 - 100 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΚΟΥΣΙΩΣ ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ειδικά ο ακουσίως εισαγόμενος σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας ασθενής έχει επιπροσθέτως τα εξής δικαιώματα :

- α) να κληθεί ενώπιον του Μονομελούς Πρωτοδικείου για την επικύρωση της Εισαγγελικής Πράξεως για τον εγκλεισμό του,
- β) να ασκήσει έφεση ή ανακοπή κατά της αποφάσεως του Δικαστηρίου αυτού,
- γ) να εξεταστεί ιατρικώς μετά τρίμηνο από την εισαγωγή για να κριθεί εάν συντρέχει λόγος περαιτέρω νοσηλείας,
- δ) κριθεί να εξέλθει του Νοσοκομείου μετά εξάμηνο, εκτός εάν κατά την προβλεπόμενη διαδικασία ότι επιβάλλεται η συνέχιση της νοσηλείας. Σε καταφατική περίπτωση, θα ακολουθηθεί ο μετά το τρίμηνο ιατρικός έλεγχος, αλλά και η απόλυση μετά εξάμηνο, εκτός εάν και πάλι κριθεί αναγκαία η περαιτέρω νοσηλεία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε.

επί του Σχεδίου Νόμου:

"Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας"

Αθήνα, 16 Σεπτεμβρίου 1998

Διαδικασία

Στις 9 Ιουλίου 1998, ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας κ. Κωνσταντίνος Γείτονας απέστειλε προς γνωμοδότηση στην Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (Ο.Κ.Ε.) το Σχέδιο Νόμου : "Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας".

Η Εκτελεστική Επιτροπή της Ο.Κ.Ε. συνέστησε Επιτροπή Εργασίας στην οποία ανέθεσε τη σύνταξη πορίσματος επί του εν λόγω Σχεδίου Νόμου.

Την Επιτροπή Εργασίας αποτέλεσαν τα μέλη της Εκτελεστικής Επιτροπής και τα Αναπληρωματικά μέλη της Ολομέλειας κ.κ. Γεώργιος Βοϊκλής, Στέφανος Λαιμός, Σταμάτης Μαγιάτης, Δημήτρης Πολίτης και Γεώργιος Χαμπηλομάτης, οι εμπειρογνώμονες Δρ. Χρήστος Γιαννάκης, τ. Διευθυντής Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών, τ. Πρόεδρος του Ι.Σ.Α., Ιωάννης Τσιάντης, Αναπλ. Καθηγητής της Παιδοψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής του Τμήματος Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία" και Χάρης Ασημόπουλος, Κοινωνικός Λειτουργός, και οι Επιστημονικοί Συνεργάτες της Ο.Κ.Ε. Δρ. Ματίνα Γιαννακούρου και Δρ. Αθανάσιος Παπαϊωάννου, ο οποίος είχε και την ευθύνη του συντονισμού της Επιτροπής.

Η Επιτροπή Εργασίας ολοκλήρωσε τις εργασίες της σε τρεις συνεδριάσεις και το πόρισμά της συζητήθηκε από την Εκτελεστική Επιτροπή στις 8 Σεπτεμβρίου 1998. Με βάση το πόρισμα αυτό, η

Εκτελεστική Επιτροπή διαμόρφωσε Πρόταση Γνώμης η οποία συζητήθηκε στην Ολομέλεια της 16ης Σεπτεμβρίου 1998. Τη σχετική εισήγηση στην Ολομέλεια ανέπτυξε ο κ. Δημήτρης Πολίτης.

Το κείμενο που ακολουθεί αποτελεί την υπ' αριθμ. 20 Γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής.

Α. Το περιεχόμενο των διατάξεων του Σχεδίου Νόμου 1

Το Σχέδιο Νόμου "Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" δίδεται στη δημοσιότητα ένα χρόνο μετά την ψήφιση του Ν.2519/97 που αφορούσε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και επιχειρεί να δημιουργήσει ένα εθνικό σύστημα στον ειδικότερο χώρο της ψυχικής υγείας.

Το υπό κρίση Σχέδιο Νόμου (στο εξής "Σ/Ν"), σύμφωνα με την εισηγητική του έκθεση, επιδιώκει τους εξής στόχους στο χώρο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας: την πρόληψη, την έγκαιρη νοσηλεία και θεραπεία, την εξασφάλιση της συνέχισης της ψυχιατρικής φροντίδας και έξω από τα "μεγάλα ιδρύματα" μέσω της παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τη δημιουργία υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με τη δημιουργία κοινωνικών συνεταιρισμών και τη χορήγηση κινήτρων για τη συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας - επανένταξης.

Στο Α' Κεφάλαιο του Σ/Ν τίθενται οι γενικές αρχές που πρέπει να διέπουν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (άρθρο 1) και ειδικότερα ορίζεται ότι το Κράτος φέρει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (από το στάδιο της πρόληψης ή της διάγνωσης μέχρι και την αποκατάσταση και επανένταξη) των "ενηλίκων, παιδιών και εφήβων". Η παροχή των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας διέπεται από τις αρχές "της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής

αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας."

Στο άρθρο 2 προβλέπεται η σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στο πλαίσιο της αυτοτελούς υπηρεσίας προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών (συστήθηκε με το νόμο 2519/97 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας), Ειδικού Γραφείου για την προστασία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Επίσης, δημιουργείται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (στο εξής "Ειδική Επιτροπή"), η οποία υπάγεται στην προβλεπόμενη από το Ν. 2519/97 Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών (στο εξής "Επιτροπή"). Η Ειδική Επιτροπή αποτελείται από δύο ψυχιάτρους/παιδοψυχιάτρους, δύο κοινωνικούς λειτουργούς, έναν "από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας" και δύο νομικούς. Ο Πρόεδρος και τα μέλη ορίζονται με σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Στις απαριθμούμενες από το νόμο αρμοδιότητες της Ειδικής Επιτροπής περιλαμβάνονται η πραγματοποίηση, αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία, ελέγχων και επισκέψεων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η υποβολή σχετικής αναφοράς στον Πρόεδρο της Επιτροπής για τις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, καθώς και η σε συνεργασία με το Δικηγορικό Σύλλογο Αθηνών οργάνωση και εποπτεία της παροχής εθελοντικής νομικής αρωγής σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Στο Β' Κεφάλαιο (μόνο άρθρο 3) προβλέπονται τα θέματα της τομεοποίησης της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δηλαδή της οργάνωσης της παροχής των υπηρεσιών αυτών ανά γεωγραφική/πληθυσμιακή ενότητα. Με Υπουργική Απόφαση καθορίζονται τα όρια της κάθε περιοχής, η οποία και ονομάζεται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Κάθε τομέας μπορεί να περιλαμβάνει έναν ή

περισσότερους νομούς, ενώ ειδικά στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη παρέχεται η δυνατότητα δημιουργίας περισσότερων του ενός τομέων ανά νομό.

Με υπουργικές αποφάσεις καθορίζονται διάφορα λειτουργικά θέματα, όπως η παροχή υπηρεσιών από Μονάδες Ψυχικής Υγείας ενός Τομέα και σε άλλους Τομείς, η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών μεταξύ των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο πλαίσιο διαφόρων Τομέων ή Υγειονομικών Περιφερειών (Σημ.: δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη τα γεωγραφικά όρια των Τομέων Ψυχικής Υγείας με αυτά των Υγειονομικών Περιφερειών).

Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συνιστάται 5μελής Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, της οποίας τρία μέλη είναι Επιστημονικοί Διευθυντές ή Υπεύθυνοι Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του Τομέα (εξ αυτών ο ένας είναι Πρόεδρος) και δύο είναι είτε ψυχίατροι/παιδοψυχίατροι είτε λοιποί επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.λπ.). Οι Επιτροπές αυτές συγκροτούνται με Υπουργική Απόφαση, και η θητεία των μελών τους είναι τριετής οι δε θέσεις "τιμητικές και άμισθες". Οι Τομεακές Επιτροπές εποπτεύουν τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή τους, παρακολουθούν και αξιολογούν την αποδοτικότητα των μονάδων αυτών, εισηγούνται στον Υπουργό σχετικά με τις εφημερίες, προτείνουν δράσεις για την πρόληψη, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Τομέα τους, γνωμοδοτούν για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων, εισηγούνται στον Υπουργό για τη σύσταση νέων Μονάδων Ψυχικής Υγείας του δημόσιου τομέα και για την έκδοση αδειών ίδρυσης τέτοιων μονάδων ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα. Τέλος, στο ίδιο άρθρο (παρ. 12) ορίζεται ότι κριτήριο για την αρμοδιότητα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ένα άτομο είναι ο

τόπος κατοικίας ή διαμονής του. Ο κανόνας αυτός κάμπτεται σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης, καθώς και σε περίπτωση απουσίας "ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας" στον κατά τόπο αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Το Γ' Κεφάλαιο αφορά στις επί μέρους Μονάδες Ψυχικής Υγείας, δηλαδή τις κάθε μορφής μονάδες του δημόσιου και του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα που μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Στο άρθρο 4 καταγράφονται κατά τρόπο αποκλειστικό οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας (στο εξής "Μ.Ψ.Υ.") στις διάφορες μορφές τους² που είτε υπάρχουν σήμερα είτε προβλέπονται για πρώτη φορά με τον παρόντα νόμο. Με υπουργικές αποφάσεις μπορεί να συσταθούν και άλλης μορφής Μονάδες Ψυχικής Υγείας, καθώς επίσης και να ρυθμισθούν θέματα λειτουργίας των μονάδων των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων, των Ο.Τ.Α. ή άλλων Ν.Π.Δ.Δ. που ήδη παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι Μ.Ψ.Υ. εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο λειτουργίας τους. Ειδικά για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και τις Μ.Ψ.Υ. που ανήκουν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ο.Τ.Α. ή είναι Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, επιχορηγούμενα εν όλω ή εν μέρει από το Δημόσιο, η εποπτεία αφορά και τη διοίκηση/οικονομική διαχείρισή τους. Με την τελευταία παράγραφο του ίδιου άρθρου απαγορεύεται η χρήση ορισμένων από τους προαναφερθέντες τίτλους Μ.Ψ.Υ.³ από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, πλην του Δημοσίου. Τυχόν χρησιμοποιούμενοι σήμερα όροι πρέπει να απαλειφθούν εντός έξι μηνών από της δημοσίευσής του νόμου.

Στο άρθρο 5 προβλέπεται η με Υπουργική Απόφαση σύσταση Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων (Ι.Κ.) μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. και πρόταση της κατά τόπο αρμόδιας Τομεακής

Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Με υπουργικές αποφάσεις μπορεί επίσης, σε περιοχές που δεν λειτουργούν Κ.Ψ.Υ. και Ι.Κ., να συσταθούν Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Ψ.Υ. ή των Ι.Κ. του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μπορούν να ορίζονται με Υπουργική Απόφαση μονάδες από τις αναφερόμενες σε αυτό το άρθρο στις οποίες θα λειτουργούν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

Με το άρθρο 6 προβλέπεται η δυνατότητα παροχής κατ' οίκον νοσηλείας από Νοσοκομεία ή από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 5 Μ.Ψ.Υ. Οι σχετικοί όροι επιλεξιμότητας και οι σχετικές διαδικασίες ορίζονται με Υπουργική Απόφαση.

Στο άρθρο 7 προβλέπεται η με Υπουργική Απόφαση σύσταση Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας για την εξυπηρέτηση περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι μονάδες αυτές προσφέρουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον.

Επίσης, μετά από πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχική Υγείας, προβλέπεται (άρθρο 8) η με υπουργική απόφαση σύσταση υπηρεσιών εξειδικευμένης περίθαλψης ("Ειδικά Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης") σε τμήματα ή μονάδες Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ή Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Κρίσης.

Υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μπορεί να παρέχονται από Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα και Ανάδοχες Οικογένειες (άρθρο 9). Οι μονάδες αυτές απευθύνονται σε άτομα με

ψυχικές διαταραχές που στερούνται κατοικίας ή κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος και απαιτείται σχετική αίτηση του ενδιαφερομένου ατόμου και σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

Με υπουργικές αποφάσεις συνιστώνται Οικοτροφεία και Ξενώνες και ρυθμίζονται θέματα λειτουργίας, στελέχωσης κ.λπ. Ειδικά για την τοποθέτηση σε Οικοτροφεία και Ξενώνες εφήβων και παιδιών απαιτείται προηγούμενη απόφαση εισαγγελέα, ενώ λαμβάνεται υπ' όψιν και η γνώμη του ιδίου του ανηλίκου.

Προβλέπεται η εγκατάσταση μικρού αριθμού ατόμων με ψυχικές διαταραχές (μέχρι έξι άτομα) σε Προστατευμένα Διαμερίσματα που παρέχονται με μέριμνα Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, Κέντρων Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, Πολυδύναμων Ψυχιατρικών Ιατρείων και Πολυδύναμων Ιατροπαιδαγωγικών Ιατρείων. Τα άτομα που φιλοξενούνται σε Προστατευμένα Διαμερίσματα υπόκεινται σε περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την αρμόδια Μ.Ψ.Υ. Οι σχετικές ρυθμίσεις θα γίνουν με Υπουργική Απόφαση.

Τα προγράμματα Αναδόχων Οικογενειών οργανώνονται από τις ίδιες υπηρεσίες, όπως και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα, και αποσκοπούν στην τοποθέτηση και παρακολούθηση ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον. Σε περίπτωση που τα άτομα είναι ανήλικα απαιτείται η σύμφωνη γνώμη εισαγγελέα, ενώ λαμβάνεται υπ' όψιν και η γνώμη του ανηλίκου.

Στο άρθρο 10 προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής/επαγγελματικής επανένταξης από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Με Υπουργική Απόφαση (κατόπιν προτάσεως της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής

Ψυχικής Υγείας) καθορίζονται οι μονάδες εκείνες των νοσοκομείων που παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές. Τα τμήματα που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες ονομάζονται Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης και μπορεί να λάβουν τις εξής μορφές: Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης, Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης, Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης. Με Υπουργική Απόφαση ρυθμίζονται τα θέματα λειτουργίας των μονάδων αυτών, καθώς και των αντίστοιχων μονάδων για παιδιά και εφήβους. Ειδικά για τα άτομα άνω των 15 ετών που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα προβλέπεται η δημιουργία Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης, οι οποίες συνιστώνται με Υπουργική Απόφαση, μετά από πρόταση της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Οι Ειδικές Μονάδες μπορούν να λειτουργούν υπό τη μορφή Προστατευμένων Εργαστηρίων και Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης που συνιστώνται με Υπουργική Απόφαση, μετά από πρόταση της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής. Στα εργαστήρια αυτά παρέχονται ειδικές υπηρεσίες λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων "με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανάταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή στους κοινωνικούς συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης (βλ. άρθρο 12 κατωτέρω) ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων". Τα θέματα λειτουργίας και οργάνωσης ρυθμίζονται με Υπουργική Απόφαση. Το άρθρο 11 ρυθμίζει την ίδρυση Μονάδων Ψυχικής Υγείας από μη κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου. Ειδικότερα προβλέπει ότι αυτά μπορούν να συστήσουν μόνο Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Οικοτροφεία και Ξενώνες. Σχετικά απαιτείται η απόκτηση ή χορήγηση αδείας ίδρυσης από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από έλεγχο σκοπιμότητας και

γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Μέσα σε τρεις μήνες από την απόκτηση άδειας ίδρυσης πρέπει να υποβληθούν τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την απόκτηση άδειας λειτουργίας τέτοιων Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Οι σχετικές διαδικασίες και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά καθορίζονται με Υπουργική Απόφαση. Η απόκτηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας απαιτείται και για όσες τέτοιες μονάδες ήδη λειτουργούν. Τέλος, προβλέπονται κωλύματα ασυμβίβαστα για τους νόμιμους εκπροσώπους των εν λόγω νομικών προσώπων (ποινικές καταδίκες, ιατροί ή ψυχολόγοι του Ε.Σ.Υ., ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας με δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα).

Το άρθρο 12 αναφέρεται στους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) και περιέχει λεπτομερείς διατάξεις (καλύπτει δέκα σελίδες και περιλαμβάνει 23 παραγράφους) για τον τρόπο ίδρυσης, διοίκησης και εν γένει λειτουργίας τους. Οι συνεταιρισμοί αυτοί ιδρύονται από 15 τουλάχιστον άτομα εκ των οποίων το 35% τουλάχιστον πρέπει να είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές χρήζοντα κοινωνικής αποκατάστασης. Τέτοια μέλη μπορούν να είναι, κατά παρέκκλιση του αστικού δικαίου, ακόμη και άτομα που δεν διαθέτουν δικαιοπρακτική ικανότητα. Επίσης, ένα ποσοστό μελών που δεν υπερβαίνει το 45% μπορεί να προέρχεται από άτομα που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας και ένα 20% (επίσης ως ανώτατο όριο) μπορεί να είναι άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα.

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι ενώσεις προσώπων με οικονομικό σκοπό, οι οποίες έχουν ως προορισμό την κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι συνεταιρισμοί αυτοί μπορούν να αναπτύσσουν δραστηριότητες σε οποιοδήποτε κλάδο της οικονομίας (στο νόμο καταγράφονται οι εξής κλάδοι της οικονομίας: αγροτική, κτηνιατρική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική,

παροχή υπηρεσιών, κοινωνική ανάπτυξη). Στο πλαίσιο της δραστηριότητάς τους αυτής, μπορούν να ιδρύουν υποκαταστήματα στην έδρα τους, στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφελείας ή δημοσίου συμφέροντος (στο νόμο αναφέρονται οι Ευρωπαϊκοί Όμιλοι Οικονομικού Σκοπού, Κοινοπραξίες, Ε.Π.Ε., Α.Ε. και δημοτικές επιχειρήσεις), να υλοποιούν ή να συμμετέχουν στην υλοποίηση αναπτυξιακών προγραμμάτων κ.λπ. Από τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. που απασχολούνται στην υλοποίηση αυτών των στόχων, αμείβονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ενώ στα υπόλοιπα μέλη καλύπτονται μόνο οι δαπάνες που αυτά πραγματοποιούν κατά την άσκηση της δραστηριότητάς τους.

Από τις διατάξεις που αφορούν στη διοίκηση του συνεταιρισμού, χρήζουν ιδιαίτερης μνείας αυτές που αφορούν στη σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου, καθώς διαφοροποιούνται από τα γενικώς ισχύοντα για τους συνεταιρισμούς. Από τα επτά (7) μέλη του Δ.Σ., τα πέντε (5) πρέπει να προέρχονται από τη δεύτερη και τρίτη ομάδα μελών και μόνο δύο (2) να είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές. Τέτοια άτομα δεν μπορούν να καταλάβουν τις θέσεις του Προέδρου, του Γραμματέα και του Ταμιά, ούτε να εκλεγούν μέλη του τριμελούς Ελεγκτικού Συμβουλίου.

Πέντε τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να συστήσουν μία Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε., ενώ παράλληλα προβλέπεται και η δυνατότητα σύστασης Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Κοινωνικών Συνεταιρισμών.

Αγροτικοί ή αστικοί συνεταιρισμοί που λειτουργούν σήμερα και έχουν ως κύριο σκοπό την κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική ένταξη ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ή οι ενώσεις που λειτουργούν ατύπως ως συνεταιρισμοί σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας υποχρεούνται εντός ενός έτους από της δημοσίευσής του νόμου να προσαρμόσουν τα Καταστατικά τους και να μετατρέψουν τη νομική τους μορφή σε

Κοι.Σ.Π.Ε.

Το Δ΄ Κεφάλαιο αντιμετωπίζει οικονομικής φύσεως θέματα. Ειδικότερα, το άρθρο 13 αφορά στους πόρους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και προβλέπει τον καθορισμό ειδικού νοσηλίου για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με κοινή Απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την απόφαση αυτή καθορίζεται και το αποδοτέο στην ανάδοχη οικογένεια μέρος του ειδικού νοσηλίου.

Προβλέπεται επίσης η χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, για την παροχή υπηρεσιών σε ανασφάλιστα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Τέλος, ορίζεται ότι το ειδικό νοσήλιο καταβάλλεται και στα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου.

Με Υπουργική Απόφαση μπορεί να χορηγείται σε άτομα με μακρόχρονη παραμονή για νοσηλεία θεραπευτικό κίνητρο ή κίνητρο επανένταξης στο πλαίσιο οργανωμένου προγράμματος αποκατάστασης και σε βάρος του προϋπολογισμού του προγράμματος αυτού (άρθρο 14).

Το Ε΄ Κεφάλαιο ρυθμίζει διάφορα θέματα. Στο άρθρο 15 προβλέπεται η δυνατότητα μετακίνησης, με Υπουργική Απόφαση, ιατρών, οδοντιάτρων και λοιπού προσωπικού μεταξύ Μονάδων Ψυχικής Υγείας του ιδίου ή διαφορετικών Τομέων, για την κάλυψη εφημεριών και αναγκών για την περίθαλψη, αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Το άρθρο 16 περιλαμβάνει διάφορες διατάξεις. Με την πρώτη προβλέπεται η υποχρέωση των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που έχουν ιδρύσει και λειτουργούν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης στο πλαίσιο του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/84, να δηλώσουν εντός δύο μηνών από τη θέση σε ισχύ του παρόντος νόμου εάν επιθυμούν τη συνέχιση της λειτουργίας των Μονάδων αυτών. Σε θετική περίπτωση, αναλαμβάνουν την ευθύνη

λειτουργίας επί διετία των μονάδων αυτών (με δυνατότητα ανανέωσης), ενώ σε αρνητική, την ευθύνη αναλαμβάνουν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Με τη δεύτερη διάταξη προβλέπεται η κατάργηση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (ιδρυθέν με το Ν.Δ. 572/1970) και η συγχώνευση των υπηρεσιών του με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Το μη ιατρικό προσωπικό μετατάσσεται στις μονάδες αυτές, ενώ το ιατρικό συνεχίζει την προσφορά των υπηρεσιών με το ίδιο καθεστώς μέχρι τη σύσταση και πλήρωση των αντίστοιχων θέσεων των ιατρών του Ε.Σ.Υ. Με Υπουργική Απόφαση ορίζεται η ημερομηνία αποχώρησης του ιατρικού προσωπικού. Τέλος, με Υπουργική Απόφαση καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς για ακούσια νοσηλεία. Η ίδια απόφαση καθορίζει και τα θέματα ελέγχου των κλινικών αυτών από την Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

1 Λόγω της έκτασης του νομοσχεδίου, αλλά και της δυσκολίας του θέματος για όσους δεν είναι εξοικειωμένοι με την προβληματική του, η παρουσίαση του περιεχομένου των διατάξεων είναι αρκετά αναλυτική ώστε να διευκολύνεται ο αναγνώστης στην κατανόηση των παρατηρήσεων που ακολουθούν.

2 Ειδικότερα απαριθμούνται οι εξής μονάδες : Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας Κατ' Οίκον, Κινητές Μονάδες, Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, Ιδιωτικές

Κλινικές, Ειδικά Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Ειδικά Κέντρα ή Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανένταξης και Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

3 Ειδικότερα απαγορεύεται η χρήση των εξής όρων : Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυπαροχικά Ψυχιατρικά Ιατρεία, Πολυπαροχικά Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας Κατ' Οίκον, Ανάδοχες Οικογένειες, Ειδικά Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης και Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανένταξης.

Β. Εξέλιξη και παρούσα κατάσταση του συστήματος φροντίδας της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η κλειστή και πολλές φορές ασυλική ιδρυματική περίθαλψη παρέμενε σχεδόν η μοναδική επιλογή για την φροντίδα των ανθρώπων που αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Το σύστημα ψυχικής υγείας χαρακτηριζόταν συγκεντρωτικό, στάσιμο και αναποτελεσματικό για την κάλυψη των αναγκών. Η κατάσταση αυτή απασχόλησε τον εθνικό και διεθνή τύπο μετά από καταγγελίες για τις συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία, που άμεσα έθεταν και ζητήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι καταγγελίες που αφορούσαν ειδικότερα τις μεθόδους διαχείρισης αυτών που ζούσαν στο ψυχιατρικό άσυλο της Λέρου, κινητοποίησαν την ελληνική και διεθνή επιστημονική κοινότητα.

Μετά από ελληνικό αίτημα, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενέκρινε τον Κανονισμό 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και παρείχε γι' αυτό το σκοπό 60.000.000 ECU για χρονικό διάστημα πέντε ετών και με στόχους:

- την αποασυλοποίηση,
- τη βελτίωση των συνθηκών στα ψυχιατρεία,

- την ανάπτυξη ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία,
- την ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας,
- την ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών,
- την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα,
- την ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας,
- την ενίσχυση προγραμμάτων υποδομής, και
- την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ανειδίκευτο και ειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας.

Η πορεία του προγράμματος χαρακτηρίστηκε από δυσλειτουργίες και καθυστερήσεις και έληξε το 1990 με χαμηλή απορρόφηση κονδυλίων και χαμηλό βαθμό αποτελεσματικότητας⁴. Μετά από αναστολή ενός έτους, το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε την επανεργοποίηση του Κανονισμού 815/84, στη βάση ενός νέου και πιο ευέλικτου λειτουργικού προγράμματος μέχρι το 1994. Στη φάση αυτή έγιναν ουσιαστικές παρεμβάσεις στο Ψυχιατρείο και στο ΠΚΠΑ της Λέρου και αναπτύχθηκαν 14 ξενώνες στην κοινότητα για άτομα που ζούσαν σε αυτά τα ιδρύματα. Η Επιτροπή Παρακολούθησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης του προγράμματος του Κανονισμού 815/84, σε εκτίμησή της μετά τη λήξη του το 1995, επισημαίνει ότι "αν και έχει εξασφαλισθεί μία δυναμική αλλαγής, δεν έχει ακόμα εδραιωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση".

Στον Πίνακα 1 στο τέλος του κειμένου εμφανίζονται συνοπτικά τα στοιχεία των αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν την περίοδο 1982-1995. Οι δείκτες που αναφέρονται περιγράφουν τις δυνατότητες που παρέχει το σύστημα φροντίδας της ψυχικής υγείας στην υποστήριξη του ατόμου για την έξοδό του από το ψυχιατρείο και την ένταξη και παραμονή του στην κοινωνική ζωή.

Για την αντιμετώπιση των χρόνιων ανεπαρκειών του συστήματος φροντίδας της ψυχικής υγείας, εισήχθησαν για πρώτη φορά στην ελληνική πραγματικότητα, σε μικρή όμως έκταση, ψυχιατρικοί τομείς σε γενικά νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες και πλαίσια αποκατάστασης και αναπτύχθηκαν εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό ψυχικής υγείας. Παρόλες τις εξελίξεις και την πορεία προς την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, σημειώνεται, ωστόσο, ότι ακόμα παρατηρούνται και καταγγέλλονται ιδρυματικά φαινόμενα στα ψυχιατρεία της χώρας.

Η πολιτική της ψυχοκοινωνικής φροντίδας των αναγκών των ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας φαίνεται ότι ακόμα δεν έχει υιοθετηθεί σαν κοινωνική πολιτική, μέσω της ανάπτυξης του αναγκαίου αριθμού υπηρεσιών στην κοινότητα, καθώς παρατηρούνται ελλείψεις σε τέτοιου είδους υπηρεσίες.

Σημειώνεται ότι οι 1.000 θέσεις "ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης" που αναφέρεται από τα επίσημα στοιχεία ότι έχουν δημιουργηθεί, δεν είναι μόνιμες, αλλά είναι διαρκώς επισφαλείς ως προς τη διατήρησή τους, καθώς λειτουργούν στη βάση των περιοδικών και παροδικών ευρωπαϊκών κοινοτικών επιχορηγήσεων. Σύμφωνα με μελέτες, αυτός ο αριθμός θέσεων υπολείπεται κατά πολύ της κάλυψης των πραγματικών συνολικών αναγκών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που υπολογίζονται σε 9.500 θέσεις, παρά τα θετικά βήματα που έγιναν από το 1984 και μετά (για την πρόοδο που επιτελέστηκε, αλλά και τις σημαντικές ελλείψεις που εξακολουθούν να υφίστανται σε σχέση με τις προδιαγραφές της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, βλ. Πίνακα 2 στο τέλος του κειμένου). Τα παραπάνω θα πρέπει να συσχετισθούν με τις γενικότερες ελλείψεις του οργανωτικού και νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών. Ενδεικτικό είναι ότι μέχρι σήμερα δεν είχαν θεσμοθετηθεί νομικά οι επί ετών λειτουργούσες μονάδες ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα,

οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι δομές στέγασης, κατάρτισης και απασχόλησης των ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και τα ανάλογα κοινωνικά και ασφαλιστικά δικαιώματά τους και η τομεοποίηση των υπηρεσιών συνεχιζόταν να αναφέρεται σαν γενικόλογη εξαγγελία.

Επίσης, δεν έχουν θεσπισθεί ακόμα κριτήρια αναφορικά με την ποιότητα φροντίδας, διαδικασίες επίσημης έγκρισης των υπηρεσιών, αξιολόγησης του επιπέδου λειτουργίας τους και διαδικασίες διασφάλισης και ελέγχου της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Φαίνεται ότι στη χώρα μας εξακολουθεί να παρατηρείται ένας βαθμός υστέρησης στην παρακολούθηση των σύγχρονων εξελίξεων που υιοθετούνται από τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τα θέματα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4 Υπολογίζεται ότι στο τέλος της πρώτης φάσης, δηλαδή έως το 1990, είχαν δημιουργηθεί μόνο το 35,9% των ψυχιατρικών τμημάτων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία από όσα είχαν προγραμματισθεί, το 17,4% των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και μόνο το 29,4% των θέσεων σε δομές στέγασης στην κοινότητα (π.χ. ξενώνες). Βλ. Madianos M., Yfantopoulos I. (1990), *The first monitoring report on greek psychiatric reform* (Brussels, Commission of the European Communities).

Γ. Γενική αξιολόγηση του Σχεδίου Νόμου

Το προτεινόμενο Σχέδιο Νόμου επιχειρεί, όπως αναφέρει, να καλύψει χρόνιες καθυστερήσεις και να θεσμοθετήσει σημαντικά ζητήματα για τη μετεξέλιξη του συστήματος φροντίδας της ψυχικής υγείας. Η αναβάθμιση του συστήματος αυτού αποτελεί κοινωνική ανάγκη υψηλής ιεράρχησης, καθώς αφορά άμεσα ή έμμεσα (οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον) σημαντικά τμήματα του πληθυσμού⁵.

Η Ο.Κ.Ε. εκτιμά ότι σε επίπεδο γενικών αρχών, το Σχέδιο Νόμου κινείται σε θετική κατεύθυνση. Ως θετικά στοιχεία του επισημαίνονται

συνοπτικά τα εξής:

α. Αναγνωρίζει ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να διαρθρώνονται βάσει των αρχών της τομεοποίησης, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινωνικής επανένταξης, αρχές που έρχονται σε αντίθεση με την κλειστή ιδρυματική περίθαλψη που χαρακτήριζε, και έως ένα βαθμό ακόμα χαρακτηρίζει, το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας (άρθρο 1).

β. Αντιμετωπίζει το πρόβλημα της παραβίασης των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας, συστήνοντας παράλληλα ειδική υπηρεσία και μηχανισμούς για τον έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων τους (άρθρο 2).

γ. Θεσμοθετεί τις υπηρεσίες φροντίδας κοινοτικού τύπου (Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης), καλύπτοντας έτσι ένα κενό δεκαετίας, καθώς τέτοιου τύπου υπηρεσίες λειτουργούσαν χωρίς νομική κατοχύρωση και αποσπασματικά. Επιπλέον, επιχειρεί να εισαγάγει και να ορίσει το διοικητικό και οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας τους, δημιουργώντας έμμεσα την υπόσταση ενός συστήματος κοινοτικού τύπου υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής φροντίδας που εν δυνάμει μπορεί να λειτουργήσει σαν πόλος αποϊδρυματισμού και μη ιδρυματισμού (άρθρο 9).

δ. Θεσμοθετεί τη συνεργασία με τις μη κυβερνητικές οργανώσεις (Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικά) στο σύστημα φροντίδας της ψυχικής υγείας, εντάσσοντας τις δραστηριότητές τους στον Τομέα Ψυχικής Υγείας. Αναγνωρίζεται με τον τρόπο αυτό ο ρόλος που αυτές διαδραματίζουν επί μία δεκαετία στις προσπάθειες που επιχειρήθηκαν στο πλαίσιο του Κανονισμού 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα (άρθρο 4 και άρθρο 11).

ε. Προτείνει ένα οργανωμένο, συστηματικό και πλήρες πλαίσιο

λειτουργίας δομών επαγγελματικής ένταξης και απασχόλησης ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης - ΚοιΣΠΕ) (άρθρο 12).

στ. Αναγνωρίζει έμμεσα την ανάγκη της οικονομικής ενίσχυσης των ανθρώπων που έχουν μακρά παραμονή σε ψυχιατρικά ιδρύματα και διαβιούν σε συνθήκες εξαθλίωσης, θεσμοθετώντας ειδική οικονομική παροχή (κίνητρο επανένταξης ή θεραπευτικό κίνητρο) (άρθρο 14).

ζ. Παρέχει το αναγκαίο νομικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Κοινωνικής Επανένταξης και προβλέπει τη δυνατότητα δημιουργίας σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία πρόσθετων Κέντρων Εξειδικευμένης Περίθαλψης.

Παρά όμως τα παραπάνω θετικά σημεία, που πρώτη φορά στην Ελλάδα τίγονται και κατοχυρώνονται νομικά με συγκεκριμένες ρυθμίσεις, το Σχέδιο Νόμου παρουσιάζει αδυναμίες και ελλείψεις οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο την υλοποίηση των αρχών που διακηρύσσει στο 1ο άρθρο του για αποϊδρυματισμό, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και κοινωνική επανένταξη.

Ως τέτοιου είδους σημεία, η Ο.Κ.Ε. συνοπτικά επισημαίνει τα εξής:

α. Παρά τις διακηρυγμένες αρχές του Σχεδίου Νόμου περί αποϊδρυματισμού και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, και 15 έτη μετά την πρώτη διακήρυξη για την ανάγκη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, στο Σχέδιο Νόμου δεν συμπεριλαμβάνεται ρητά και με σαφήνεια ο σκοπός του μετασχηματισμού των αντιθεραπευτικών μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων - ασύλων σε μία μεσοπρόθεσμη χρονική περίοδο και στη βάση ενός οργανωμένου προγράμματος αποϊδρυματισμού. Αντικείμενο ενός τέτοιου προγράμματος, θα πρέπει να είναι ο συστηματικός, σταδιακός μετασχηματισμός των μεγάλων ψυχιατρείων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία μικρού μεγέθους που θα παρέχουν νοσηλεία, περιορισμένης χρονικής διάρκειας, σε αξιοπρεπείς

θεραπευτικές συνθήκες. Παράλληλα, θα πρέπει να αναπτυχθούν μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (ψυχιατρικοί τομείς γενικών νοσοκομείων, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες και γενικά ενδιάμεσες δομές φροντίδας.

β. Το Σ/Ν δε ρυθμίζει, δεν προτείνει διαδικασίες και δε συστήνει μηχανισμούς για θέματα ορισμού δεικτών προστασίας, διασφάλισης και ελέγχου της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, της ποιότητας φροντίδας της ζωής των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας (βλ. και κατωτέρω την παρατήρηση υπ' αριθμ. 5 στο άρθρο 2). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας συμπεριλαμβάνει όλες τις αρχές που διακηρύσσονται σε αυτό το Σχέδιο Νόμου και αποτελεί βασική κατεύθυνση στην ανάπτυξη των υπηρεσιών, τόσο από την Ευρωπαϊκή Ένωση, όσο και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

γ. Απουσιάζει μία πλήρης και εμπειριστατωμένη οικονομοτεχνική μελέτη για την υλοποίηση των ρυθμίσεων του Σ/Ν που να θέτει ρεαλιστικό από οικονομική άποψη αλλά και ιεραρχημένο από πλευράς προτεραιοτήτων χρονοδιάγραμμα υλοποίησης των μέτρων. Θα πρέπει να προβλεφθεί η σύσταση ειδικής επιτροπής, η οποία εντός τακτού χρονικού διαστήματος θα εκπονήσει τη μελέτη αυτή.

δ. Συναφώς παρατηρείται ότι δεν υπάρχει πρόβλεψη σταθερών πηγών χρηματοδότησης. Η μοναδική πρόνοια της επιχορήγησής τους περιορίζεται στα νοσήλια και τις επιδοτήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης από ειδικά κοινοτικά προγράμματα. Καθώς τα νοσήλια είναι ανεπαρκή και τα ευρωπαϊκά κοινοτικά προγράμματα παροδικά, είναι σαφής ο κίνδυνος οι διακηρύξεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών να παραμείνουν απλά προθέσεις (άρθρο 13).

ε. Συναφής με την ανωτέρω παρατήρηση είναι και η έλλειψη πρόβλεψης για τον τρόπο στελέχωσης των υπηρεσιών που θα δημιουργηθούν στο πλαίσιο του Συστήματος Ψυχικής Υγείας. Η λειτουργία των συστήματος

αυτού και ιδιαίτερα των συνιστώμενων νέων υπηρεσιών θα απαιτήσει νέες θέσεις ψυχιάτρων, αλλά και άλλων επαγγελμάτων του χώρου, για τις οποίες δεν προβλέπεται τίποτε στο Σ/Ν. Ομοίως, απουσιάζει κάποια πρόβλεψη για την εκπαίδευση και επανεκπαίδευση όσων ήδη απασχολούνται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι καινοτόμες υπηρεσίες που προβλέπονται στο υπό κρίση Σ/Ν, αλλά και οι συνεχείς επιστημονικές εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας, απαιτούν συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού, ανάγκη που δε δείχνει να αντιμετωπίσθηκε στο Σ/Ν.

στ. Η τομεοποίηση, που εξαγγέλλει το Σχέδιο Νόμου, προσεγγίζεται με τρόπο περιορισμένο στη βάση της γεωγραφικής/περιφερειακής λειτουργικής οργάνωσης των υπαρχουσών υπηρεσιών και μόνο. Δεν υπάρχουν, στο πλαίσιο της τομεοποίησης των υπηρεσιών και σε σχέση με τις σημαντικές ελλείψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας που εμφανίζονται σε πολλές περιφέρειες της χώρας, οι αναγκαίες προτάσεις για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας σε όλο το φάσμα του πληθυσμού, στη βάση ενός οργανωμένου προγράμματος και σε μεσοπρόθεσμη χρονική περίοδο. Ειδικά για τον τομέα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων και τον τομέα ψυχικής υγείας των υπερηλίκων, το Σχέδιο Νόμου είναι ανεπαρκές, καθώς προβλέπει σύσταση Τομέων για τα παιδιά και τους εφήβους μόνο στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη (βλ. κατωτέρω παρατήρηση υπ' αριθμ. 3 στο άρθρο 3). Τέλος, δε γίνεται καμία αναφορά στην κατηγορία των ατόμων με διπλή διάγνωση (νοητική καθυστέρηση και προβλήματα ψυχικής υγείας), τα οποία αποτελούν ένα υψηλό ποσοστό ασθενών στα μεγάλα ψυχιατρεία.

ζ. Το Σχέδιο Νόμου, γενικότερα, δεν έχει το χαρακτήρα συγκεκριμένων ρυθμίσεων που άμεσα θα μπορούσαν να τεθούν σε πράξη στην καθημερινή λειτουργία των υπηρεσιών του συστήματος φροντίδας της ψυχικής υγείας. Στα περισσότερα άρθρα του προσεγγίζει τα θέματα που

επιχειρεί να ρυθμίσει με γενικές αναφορές, παραπέμποντας ουσιαστικά σε μελλοντικές ρυθμίσεις μέσω 37 περίπου υπουργικών και κοινών υπουργικών αποφάσεων (βλ. Παράρτημα). Η διάταξη για τους Κοι.Σ.Π.Ε. αποτελεί καλό παράδειγμα για το πώς μία ενδεδειγμένη επεξεργασία ενός άρθρου μπορεί να δώσει λύσεις χωρίς την εύκολη λύση της παραπομπής στην έκδοση Υπουργικής Απόφασης. Πέραν όμως της απουσίας κάποιων κατευθύνσεων ως προς το περιεχόμενο των υπουργικών αποφάσεων είναι η απουσία οποιουδήποτε χρονοδιαγράμματος έκδοσής τους. Έχοντας την εμπειρία της μη έκδοσης αναγκαίων υπουργικών αποφάσεων σχετικών με τον τελευταίο νόμο για την ψυχική υγεία (Ν. 2071/1992) από το 1992, είναι εύλογοι οι προβληματισμοί για την τύχη της ρύθμισης των θεμάτων του συγκεκριμένου Σχεδίου Νόμου που απαιτεί δεκάδες υπουργικές αποφάσεις για να τεθεί σε πλήρη εφαρμογή. Προτείνεται να τεθεί συγκεκριμένη χρονική προθεσμία για την έκδοση των σημαντικότερων από αυτές (βλ. το προαναφερθέν Παράρτημα).

η. Τέλος, θα πρέπει να γίνει μνεία στο Σ/Ν για τις νέες μορφές θεραπευτικής παρέμβασης (όπως π.χ. οι ψυχοθεραπείες) που προχωρούν πέραν των παραδοσιακών θεραπειών φαρμακευτικής μορφής. Δυστυχώς, αυτές οι μορφές δεν παρέχονται σήμερα συστηματικά και από άτομα που διαπιστωμένα έχουν τα απαιτούμενα προσόντα. Θα πρέπει να υπάρξει πρόβλεψη α) για έκδοση Υπουργικής Απόφασης, με την οποία θα ρυθμίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις άσκησης του σχετικού επαγγέλματος, καθώς και να καθορίζονται τα Κέντρα και οι Οργανισμοί που παρέχουν τη σχετική εκπαίδευση, και β) για τη δημιουργία θέσεων ειδικών θεραπευτών στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Πριν προχωρήσουμε στις κατ' άρθρον παρατηρήσεις, πρέπει να γίνει και μία επισήμανση ως προς τη χρησιμοποιούμενη από το Σ/Ν ορολογία, ιδιαίτερα στο βαθμό που ίσως υποδηλώνει και συγκεκριμένη

επιστημονική/φιλοσοφική προσέγγιση. Στο υπό κρίση νομοθέτημα, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας αναφέρονται ως "ασθενείς" ή "άτομα με ψυχικές διαταραχές". Οι όροι αυτοί δίνουν έμφαση στις δυσκολίες τους και όχι στις δυνατότητές τους. Οι όροι "ψυχικά ασθενείς" ή "άτομα με ψυχικές διαταραχές" δε χρησιμοποιούνται σε πολλές άλλες χώρες πλέον και δε συμβαδίζουν με τις σύγχρονες παραδοχές στον τομέα της ψυχικής υγείας. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο όρος "άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας".

Στη συνέχεια, η Ο.Κ.Ε διατυπώνει τις Παρατηρήσεις της κατ' άρθρον.

5 Υπολογίζεται ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας -μικρά ή μεγάλα- αποτελούν το 15% του ενήλικου πληθυσμού της χώρας και το 10% του ανήλικου. Στο ποσοστό αυτό δεν περιλαμβάνονται τα άτομα που πάσχουν από νοητικές υστερήσεις, κινητικές αναπηρίες και αισθητηριακές μειονεξίες. Σχετικά με τα ποσοστά του ενήλικου πληθυσμού, βλ. Madianos M., Stefanis C., Madianou D. (1987).

Prevalence of Mental Disorders and Utilization of Mental Health Services in Two Areas of Greater Athens. In : Cooper, B. (ed). Psychiatric Epidemiology : Progress and Prospects. London, Croom Helm, pp. 372 - 386, ενώ για τους ανηλικούς βλ. Graham, P. (1977) : Epidemiological approaches in child psychiatry, Academic Press, London.

6 Με τον όρο αυτό εννοούνται οι υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που λειτουργούν μέσα στην κοινότητα, δηλαδή στο χώρο του άμεσου περιβάλλοντος κάθε ατόμου.

Δ. Κατ' άρθρον παρατηρήσεις

Κεφάλαιο Α'

Άρθρο 1

Γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας

1. Στο άρθρο αυτό πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προοδευτική και βάσει χρονοδιαγράμματος αποασυλοποίηση της παροχής υπηρεσιών

ψυχικής υγείας.

Ταυτόχρονα, προτείνεται να προστεθεί μία τρίτη παράγραφος, στην οποία να γίνεται αναφορά στην ανάγκη ενημέρωσης των πολιτών για τα θέματα ψυχικής υγείας. Η ενημέρωση αυτή είναι αναγκαία, προκειμένου να καταργηθούν στερεότυπα, δοξασίες και προκαταλήψεις που είναι βαθιά ριζωμένες στην κοινή γνώμη και δρουν ανασταλτικά σε κάθε προσπάθεια ανατροπής του σημερινού καθεστώτος της αποασυλοποίησης.

2. Προτείνεται να αντικατασταθεί η φράση "με ψυχικές διαταραχές", από τον όρο "άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας".

3. Για να δοθεί έμφαση και στην κοινωνική διάσταση των αναγκών και δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, προτείνεται να προστεθούν στις αρχές διάρθρωσης των υπηρεσιών και οι αρχές της προστασίας των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, της κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας και της εξασφάλισης αξιοπρεπούς ποιότητας φροντίδας και ποιότητας ζωής.

Άρθρο 2

Γραφείο και Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

1. Η Ο.Κ.Ε. θεωρεί σωστή και συμφωνεί με τη διάταξη αυτή που είναι ιδιαίτερα σημαντική για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Θα έπρεπε όμως να υπάρχει μία ενδεικτική έστω καταγραφή των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών.

2. Στη συνιστώμενη όμως Επιτροπή ανατίθεται ένα υπερβολικά μεγάλο έργο και πολλές αρμοδιότητες με υποχρέωση πανελλαδικής εμβέλειας, στοιχεία που δημιουργούν προβληματισμούς και αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τους σκοπούς που συστήνεται.

3. Θα πρέπει στην αρμοδιότητα υπό στοιχείο (ζ), που είναι η υποβολή του πορίσματος για τυχόν παραβίαση των δικαιωμάτων των ψυχικά

ασθενών στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του Ν.2519/97, να προστεθεί ότι το πόρισμα κοινοποιείται και στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Με αυτό τον τρόπο θα αποφευχθούν καθυστερήσεις στη λήψη μέτρων.

4. Επιφυλάξεις εκφράζονται ως προς τη σύνθεση της Ειδικής Επιτροπής. Στην εν λόγω Επιτροπή είναι αναγκαία η συμμετοχή και ενός ιατρού με πείρα σε θέματα δικαιοπρακτικής ικανότητας, καθώς η Επιτροπή αυτή θα καλείται συχνά να αντιμετωπίσει τέτοια ζητήματα που θα έχουν σημαντικές ηθικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους για το άτομο που (δεν) έχει προβλήματα ψυχικής υγείας και τον περίγυρό του (οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό).

5. Πρέπει επίσης να προστεθεί στις αρμοδιότητες της Ειδικής Επιτροπής η ενημέρωση της κοινής γνώμης για τα προβλήματα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και η ενεργοποίηση των κοινωνικών φορέων για την κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων αυτών.

6. Δεν είναι σαφές αν τα μέλη του Γραφείου θα είναι υπάλληλοι με πλήρη απασχόληση ή αν θα μπορούν να κατέχουν και άλλες θέσεις, όπως συμβαίνει και με άλλες επιτροπές. Στη δεύτερη περίπτωση και λόγω της σημαντικότητας του έργου αυτής της Επιτροπής, τα Γραφεία είναι πιθανόν να υπολειμθούν.

Προτείνεται να υπάρχει μία 4μελής Γραμματεία από ειδικούς με καθεστώς πλήρους απασχόλησης (ένας εξ αυτών νομικός), των οποίων η πρόσληψη να γίνεται, μετά από προκήρυξη, από μικτή επιτροπή πανεπιστημιακών και διευθυντών ιατρών Ε.Σ.Υ.

7. Ένα άλλο ζήτημα αφορά την ανεπάρκεια της στελέχωσης ορισμένων υπηρεσιών. Εξ αιτίας αυτού του λόγου, οι ρυθμίσεις που περιέχει το Νομοσχέδιο δεν είναι πάντα εύκολο να εφαρμοσθούν. Εν τούτοις, αναγνωρίζεται δικαίωμα στους πολίτες να κάνουν καταγγελίες κατά των

λειτουργιών υγείας, ενώ το πρόβλημα μπορεί να έγκειται στην ατελή ή πλημμελή οργάνωση των υπηρεσιών. Η ποινικοποίηση της πλημμελούς παροχής υπηρεσιών μπορεί να μην είναι το πλέον αποτελεσματικό μέτρο για την αποκατάσταση της εύρυθμης λειτουργίας των υπηρεσιών.

8. Προκειμένου να διασφαλισθεί ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η ποιότητα της λειτουργίας τους και της φροντίδας που παρέχουν, προτείνεται η προσθήκη άρθρου με τίτλο "Τμήμα διασφάλισης και ελέγχου της ποιότητας φροντίδας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής φροντίδας".

Στο άρθρο αυτό θα πρέπει να θεσπίζεται η σύσταση, στο πλαίσιο της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Τμήματος διασφάλισης και ελέγχου της ποιότητας φροντίδας των παρεχόμενων υπηρεσιών του συστήματος φροντίδας της ψυχικής υγείας. Το Τμήμα θα μπορεί να συγκροτείται από ειδικούς ψυχικής υγείας, διοίκησης και οικονομικών με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και ειδικότητα στον τομέα της έρευνας και της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών.

Αρμοδιότητες του τμήματος αυτού προτείνεται να είναι:

- ο ορισμός δεικτών αποδεκτής ποιότητας φροντίδας,
- η συλλογή και μελέτη στοιχείων της λειτουργίας των υπηρεσιών,
- η τακτική επιθεώρηση των υπηρεσιών,
- ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών,
- η κατάρτιση εκθέσεων και η αναφορά των αξιολογήσεων στους εποπτευόμενους φορείς των υπηρεσιών, καθώς και στις ίδιες τις αξιολογούμενες υπηρεσίες, και
- η παροχή οδηγιών και προτάσεων προς τις υπηρεσίες για την υλοποίηση του έργου.

Κεφάλαιο Β΄

Άρθρο 3

Τομείς Ψυχικής Υγείας

- Ένταξη των Μονάδων

Ψυχικής Υγείας στους

Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Είναι μεγάλη η σημασία της αρχής της τομεοποίησης στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο μεγάλος αριθμός όμως των προβλεπομένων υπουργικών αποφάσεων και η πλήρης απουσία καθορισμού κάποιων κριτηρίων ως προς τα όρια και την έδρα ή προσδιορισμού των ελάχιστων ανά τομέα απαραίτητων Μ.Ψ.Υ. καθώς και του τρόπου διασύνδεσής τους δημιουργεί ερωτηματικά ως προς τον τρόπο υλοποίησης της αρχής αυτής. Η αρχή της τομεοποίησης είχε διακηρυχθεί και με το Ν. 2071/92, παρέμεινε όμως κενό γράμμα, ακριβώς γιατί και σε εκείνο το νομοθέτημα πολλές προβλεπόμενες υπουργικές αποφάσεις ουδέποτε εξεδόθησαν.

2. Γενικά, το άρθρο περί τομεοποίησης αναλώνεται περισσότερο στον τρόπο και τη ρύθμιση της σύστασης και της λειτουργίας επιτροπών ανά τομέα ψυχικής υγείας που τους αποδίδεται μόνο ρόλος συμβουλευτικός - γνωμοδοτικός, και όχι με ουσιαστικά θέματα της τομεοποίησης, όπως ο καθορισμός της οργάνωσης και της ανάπτυξης των αναγκαίων υπηρεσιών ανά τομέα ψυχικής υγείας. Προτείνεται η προσθήκη παραγράφου που θα αναφέρει ότι εντός έξι μηνών από την ψήφιση του νόμου, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας σε συνεργασία με τις ανά υγειονομική περιφέρεια υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής φροντίδας, τους επιστημονικούς και εκπαιδευτικούς φορείς των ειδικών ψυχικής υγείας θα υποβάλει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο ανάπτυξης υπηρεσιών ανά τομέα ψυχικής υγείας. Το σχέδιο ανάπτυξης υπηρεσιών ανά τομέα σε σχέση με τις τοπικές ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς

τους χρειάζεται:

- να προτείνει υπηρεσίες ψυχικής υγείας ολοκληρωμένες και αποτελεσματικές, ικανοποιητικού ποιοτικού επιπέδου,
- να εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας από ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας που να καλύπτει όλο το φάσμα των ηλικιών,
- να προτείνει την ανάπτυξη μονάδων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ώστε να αποφεύγονται οι εισαγωγές στα ψυχιατρεία,
- να προτείνει το σχεδιασμό της αντιμετώπισης των κρίσεων σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου, και
- να εξασφαλίζει τις αναγκαίες ρυθμίσεις για τις αναγκαστικές νοσηλείες.

3. Η πρόβλεψη της παραγράφου 12 ότι "οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται στον τόπο κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές..." θα πρέπει να θεωρηθεί ότι αφορά το στόχο να υπάρχουν τέτοιες υπηρεσίες σε κάθε τομέα και δεν αναιρούν το δικαίωμα του ατόμου να επιλέξει τον ιατρό ή τη μονάδα στην οποία θα προσφύγει για περίθαλψη και αποκατάσταση. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να γίνει σχετική διευκρίνιση στη διάταξη.

4. Ένα άμεσο μέτρο που πρέπει να προταθεί είναι η τομεοποίηση των ψυχιατρείων της χώρας και ιδιαίτερα στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

5. Στην παρ. 2β αναφέρεται ότι μόνο στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης μπορεί να συσταθούν τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΟΨΥΠΕ).

Η εξαίρεση αυτή δε διευκολύνει καθόλου την ανάπτυξη των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, η οποία είναι τόσο σημαντική σε ζητήματα προώθησης της ομαλής ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου και γενικότερα της πρόληψης ιδίως με την απαραίτητη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Να

σημειωθεί επίσης ότι σε αρκετές περιοχές της χώρας λειτουργούν κρατικές ή/και πανεπιστημιακές παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Αυτές είναι: Πάτρα, Ηράκλειο, Ιωάννινα, Λάρισα, Βόλος. Προτείνεται δηλαδή να δημιουργηθεί η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας σε κάθε νομό ή ευρύτερη περιοχή αρχίζοντας τουλάχιστον από τις περιοχές όπου υπάρχουν υπηρεσίες. Κατά τα άλλα να ισχύσουν για τους τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ότι ισχύει για τους ενήλικες.

6. Προτείνεται να δημιουργηθούν αντίστοιχα Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων σύμφωνα με τις παραγράφους 6 και 7. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων είναι 5μελείς και συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ από:

α) Τους Επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπεύθυνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομοθετικού Διατάγματος 2592/53 και του Νόμου 1397/83 του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων με τους νόμιμους αναπληρωτές τους, ή κατά περίπτωση των Παιδοψυχιατρικών Κλινικών, ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ή των Πολυδύναμων Ιατροπαιδαγωγικών Ιατρείων που αναφέρονται στο άρθρο 5. Ένας εξ αυτών είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των Μονάδων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων.

β) Τους λοιπούς επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (όπως προσδιορίζονται στην περίπτωση β' της παρ. 6 του άρθρου 3) ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Παιδοψυχιατρικών Κλινικών.

γ) Τους Παιδοψυχιάτρους ή λοιπούς επαγγελματίες, Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (όπως προσδιορίζονται στην περίπτωση γ' της παρ. 6 του άρθρου 3) ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Παιδοψυχιατρικών Κλινικών.

Οι παράγραφοι 7, 9,10,11,12 να διαμορφωθούν ανάλογα και για τις

Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΕΨΥΠΕ).

Κεφάλαιο Γ'

– Άρθρο 4

Μονάδες Ψυχικής Υγείας - Γενικές Διατάξεις

1. Είναι διαπιστωμένη η ανάγκη άσκησης ενιαίας πολιτικής στο χώρο της ψυχικής υγείας και για το λόγο αυτό είναι ορθή η υπαγωγή όλων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2. Στην παρ. 1 προτείνεται να προστεθούν οι εξής Μ.Ψ.Υ:

Πανεπιστημιακές Παιδοψυχιατρικές Κλινικές, Μονάδες Εφήβων, Ξενώνες Παιδιών ή Ξενώνες Εφήβων και Νοσοκομεία Ημέρας Ενηλίκων ή Παιδιών ή Εφήβων.

3. Στην παρ. 4 να προστεθεί στην τρίτη σειρά "... και Παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών".

4. Η δημιουργία υπηρεσιών στην κοινότητα, όπως συμβουλευτικών σταθμών ενηλίκων, παιδιών και εφήβων από Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, οι οποίοι μπορεί να παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας και γενικά Προληπτικών δραστηριοτήτων, όπως εξαγγέλλει και το Νομοσχέδιο, απαγορεύεται. Προτείνεται να μην ισχύει αυτή η απαγόρευση και να επιτρέπεται η λειτουργία τους μετά την έγκριση αδειάς από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας. Είναι επίσης απαραίτητο οι μονάδες αυτές να έχουν εποπτεία και έλεγχο από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας.

5. Ως προς τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δεν πρέπει να παραγνωρίζεται ότι ο κύριος προσανατολισμός τους είναι εκπαιδευτικός και ερευνητικός. Θα πρέπει συνεπώς να ληφθεί μέριμνα ώστε η διασύνδεση με το ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας να μην επιδράσει ανασταλτικά στο εκπαιδευτικό και ερευνητικό τους έργο.

Άρθρο 5

Κέντρα Ψυχικής Υγείας - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα - Πολυδύναμα
Ψυχιατρικά Ιατρεία - Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία

1. Η διάταξη ορίζει ότι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του Νομοθετικού Διατάγματος 2592/53 και του Νόμου 1393/83, καθώς και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένα ερώτημα που τίθεται σε σχέση με αυτήν τη ρύθμιση είναι ότι οι αποκεντρωμένες αυτές μονάδες πρέπει να λειτουργήσουν με βάση τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής και της αποασυλοποίησης, δηλαδή εκτός των μεγάλων ασυλικών ιδρυμάτων.

2. Απουσιάζει οποιαδήποτε αναφορά στον τρόπο στελέχωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Η αναφορά σε Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και Ιατρεία αλλά και η σε όλο το υπό κρίση Σ/Ν συχνή αναφορά στα παιδιά και τους εφήβους δε συνοδεύεται από έναν προσδιορισμό του τρόπου αντιμετώπισης των περιπτώσεων αυτών, καθώς και των ιδιαίτερων μέτρων που πρέπει να λαμβάνονται σε σχέση με τα δικαιώματά τους, την επαφή με το οικογενειακό τους περιβάλλον, τις συνθήκες διαβίωσης/περίθαλψης με συνομηλίκους τους κ.λπ.

Άρθρο 6

Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' οίκον

Για μία ακόμη φορά, ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα, όπως η κατ' οίκον νοσηλεία, παραπέμπεται καθ' ολοκληρίαν σε έκδοση σχετικής Υπουργικής Απόφασης και έτσι δεν υπάρχει δυνατότητα ουσιαστικής αξιολόγησης της διάταξης. Σε κάθε περίπτωση, θα έπρεπε να υπάρχει χρονοδιάγραμμα για την έκδοση της απόφασης αυτής. Η αποτελεσματική

ρύθμιση της κατ' οίκον νοσηλείας θα προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες στο όλο σύστημα ψυχικής υγείας στη χώρα μας.

Άρθρο 7

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Ισχύουν οι παρατηρήσεις επί του προηγούμενου άρθρου.

Άρθρο 8

Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης

Η διάταξη κρίνεται θετικά, καθώς μέχρι τώρα δεν υπήρχε νομικά η δυνατότητα ίδρυσης τέτοιων Κέντρων από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Εκφράζεται αμφιβολία ως προς τη δυνατότητα ίδρυσης τέτοιων Κέντρων για παιδιά και εφήβους, δεδομένης της σημερινής υποδομής και του προσωπικού των νοσοκομείων.

Άρθρο 9

Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

1. Η διάταξη κρίνεται θετικά, καθώς παρέχει το αναγκαίο νομικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Οικοτροφείων, Ξενώνων, Προστατευόμενων Διαμερισμάτων και Ανάδοχων Οικογενειών. Οι θεσμοί αυτοί έχουν λειτουργήσει εμβρυακά στην Ελλάδα και είναι ανάγκη το παρόν νομοθέτημα να δώσει την αναγκαία ώθηση για τη συστηματικότερη και ευρύτερη λειτουργία τους. Πολλά βεβαίως θα εξαρτηθούν και από την άμεση έκδοση των προβλεπόμενων υπουργικών αποφάσεων.

2. Στο άρθρο αυτό αναφέρεται ότι για την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση παιδιών και εφήβων σε Οικοτροφεία, Ξενώνες και σε Ανάδοχες Οικογένειες, προϋπόθεση είναι και η απόφαση αρμόδιου Εισαγγελέα Ανηλίκων. Οι λόγοι αυτής της ρύθμισης δεν επεξηγούνται και έτσι δεν είναι δυνατόν να κατανοηθεί το σκεπτικό της. Στον τομέα της κλινικής πρακτικής καθώς και στις διαδικασίες τοποθέτησης παιδιών και εφήβων σε πλαίσια παιδικής προστασίας και πρόνοιας, αυτό το μέτρο δε θεσπίζεται όταν υπάρχει σύμφωνη γνώμη του κηδεμόνα του ανηλίκου.

Μόνο όταν υπάρχουν οι ενδείξεις παραμέλησης ή κακοποίησης ανηλίκων τότε η νομοθεσία προβλέπει την εμπλοκή δικαστικών υπηρεσιών και ειδικότερα αποφάσεις της Εισαγγελίας Ανηλίκων. Για τους παραπάνω λόγους προτείνεται να τροποποιηθούν οι παράγραφοι 3 και 5 στο σημείο της απαιτούμενης διαδικασίας τοποθέτησης ανηλίκων, να απαλειφθεί το "μετά από απόφαση του αρμόδιου εισαγγελέα" και να αντικατασταθεί με το "μετά τη σύμφωνη γνώμη του κηδεμόνα του και τη γνωμοδότηση του θεράποντος παιδοψυχιάτρου ή της διεπιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων".

3. Όσον αφορά στην εξαίρεση συγγενών πρώτου βαθμού από τη δυνατότητα να θεωρηθούν Ανάδοχες Οικογένειες προτείνεται να συμπληρωθεί διάταξη που να προβλέπει την καθιέρωση οικονομικής ενίσχυσης στους συγγενείς πρώτου βαθμού, όταν το εισόδημά τους είναι χαμηλό, στην περίπτωση που επιθυμούν την επιστροφή στην οικογένεια παιδιού ή αδελφού με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας και παρατεταμένη παραμονή σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Άρθρο 10

Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης - Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης

Για τα Ειδικά Κέντρα δε δίδεται κανένα περίγραμμα των δραστηριοτήτων τους, καθώς και του τρόπου λειτουργίας και στελέχωσής τους. Αντίθετα, κάποια στοιχεία δίδονται για τις Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στον τρόπο στελέχωσης των Κέντρων και των Μονάδων αυτών.

Άρθρο 11

Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα

1. Με την πρώτη παράγραφο επιτρέπεται στα Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα η παροχή ορισμένων μόνο υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Οικοτροφεία και Ξενώνες). Θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα για όσα τέτοια ιδρύματα παρέχουν ήδη υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στις προαναφερθείσες. Ειδικότερα, θα πρέπει να επιτραπεί η συνέχιση της λειτουργίας τους, εφ' όσον όμως διασφαλισθεί ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, θα πρέπει να ρυθμισθεί η διασύνδεσή τους με τις μονάδες του εθνικού συστήματος ψυχικής υγείας.
2. Επισημαίνεται η απουσία ρύθμισης για τους όρους και τις διαδικασίες ανάκλησης της άδειας λειτουργίας, εφ' όσον δεν εκπληρούνται οι σκοποί ιδρύσεώς τους, ή εκλείπουν οι προϋποθέσεις με τις οποίες αυτή αρχικά χορηγήθηκε.
3. Τέλος, πρέπει να γίνει σαφές ότι ο έλεγχος και η ουσιαστική επίβλεψη του τρόπου λειτουργίας και στελέχωσης των Μ.Ψ.Υ. αφορά και όσες ανήκουν στο Δημόσιο Τομέα. Η Διοίκηση πρέπει να αντιμετωπίζει και τις δημόσιες Μ.Ψ.Υ. με την αναγκαία αυστηρότητα ως προς την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, οι οποίες αφορούν σε πληθυσμιακές ομάδες που λόγω των προβλημάτων τους διατρέχουν τον κίνδυνο είτε παραμέλησης είτε, ακόμη χειρότερα, εκμετάλλευσης.

Άρθρο 12

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)

Είναι το πιο καινοτόμο και πιο καλά επεξεργασμένο άρθρο του υπό κρίση Σ/Ν. Η διεξοδικότητα με την οποία έχει διατυπωθεί θα συμβάλει στην αποφυγή αμφισβητήσεων κατά την εφαρμογή του σημαντικού αυτού θεσμού. Θα πρέπει να υπάρξει επαρκής ενημέρωση όλων των εμπλεκόμενων πλευρών αλλά και της κοινής γνώμης (και ιδιαίτερα των παραγωγικών τάξεων), ώστε ο θεσμός αυτός να βρει την εφαρμογή και την ανταπόκριση που πρέπει.

Επίσης προτείνεται να προστεθεί στην παράγραφο 14 περί των πόρων των συνεταιρισμών και η επιχορήγηση σε ένα ποσοστό από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, γιατί τουλάχιστον σε μία πρώτη φάση λειτουργίας τους φαίνεται αδύνατον να ανταπεξέλθουν οικονομικά μόνο αυτοχρηματοδοτούμενοι ή από επιχορηγήσεις κοινοτικών προγραμμάτων. Τα καινοτόμα αυτά προγράμματα, οι συνεταιρισμοί, θα πρέπει να υποστηριχθούν ουσιαστικά, ώστε να λειτουργήσουν.

Κεφάλαιο Δ΄

Άρθρο 13

Πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Ένα γενικότερο ζήτημα που εμφανίζεται στο Σχέδιο Νόμου αφορά στην κάλυψη του κόστους λειτουργίας των υπαρχόντων υπηρεσιών και των υπηρεσιών που χρειάζονται να αναπτυχθούν. Οι μοναδικοί πόροι που προτείνονται στο Σχέδιο Νόμου είναι τα νοσήλια και η εθνική συμμετοχή στις επιχορηγήσεις ευρωπαϊκών κοινοτικών προγραμμάτων. Οι πόροι αυτοί και μόνο, αδυνατούν να καλύψουν το κόστος ενός εκσυγχρονισμού του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αντίθετα θα πρέπει να εξευρεθούν πρόσθετοι εθνικοί πόροι.

Για τους λόγους αυτούς προτείνεται να προστεθεί ότι οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας επιχορηγούνται από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, και για την ανάπτυξη των πρόσθετων αναγκαίων Μονάδων Ψυχικής Υγείας, να καθοριστούν πρόσθετοι πόροι (ποσοστό από τα κρατικά λαχεία ή από άλλες κρατικές οικονομικές πηγές).

Άρθρο 14

Κίνητρα επανένταξης

Δε συγκεκριμενοποιείται το κίνητρο επανένταξης των ατόμων που παραμένουν σε νοσηλεία για μεγάλο χρονικό διάστημα, και ειδικότερα υπάρχει ασάφεια ως προς τις προϋποθέσεις χορήγησής του.

Προτείνεται να προβλεφθεί ρητά η χορήγηση μηνιαίου επιδόματος

οικονομικής ενίσχυσης για απόρους με χρόνια νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα, ή χρόνια παραμονή σε κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας στέγασης.

Άρθρο 15

Μετακίνηση του προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Η μετακίνηση του προσωπικού μεταξύ των Μ.Ψ.Υ. του ιδίου ή διαφορετικού Τομέα πρέπει να γίνεται όταν υπάρχουν έκτακτες ανάγκες και να έχει ανώτατο χρονικό όριο ισχύος. Δεν πρέπει να λειτουργήσει ως μέσο κάλυψης παγίων αναγκών λόγω μακροχρόνιας έλλειψης προσωπικού.

Άρθρο 16

Μεταβατικές διατάξεις

Η πρώτη παράγραφος αφορά τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Ξενώνες, Οικοτροφεία, 14 τον αριθμό, τα οποία φροντίζουν και περιθάλπουν ασθενείς από το ψυχιατρείο και το πρώην ΠΚΠΑ Λέρου. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν από Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα από το 1991.

Ενώ λαμβάνεται μέριμνα ώστε οι μονάδες αυτές να επιλέξουν αν θα συνεχίσουν την παροχή των υπηρεσιών τους και ρυθμίζονται οι σχετικοί όροι, αφήνεται μετέωρο το προσωπικό όσων δηλώσουν ότι δεν επιθυμούν να συνεχίσουν. Το προσωπικό αυτό διαθέτει εκπαίδευση, πολύχρονη εμπειρία και ειδικές τεχνικές ικανότητες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση κυρίως χρόνιων ασθενών. Η μη μετάταξή τους στο δημόσιο είναι κοινωνικά άδικη, καθώς παραβλέπει τη μέχρι τώρα προσφορά τους στον τομέα αυτό και στερεί, ταυτόχρονα, και τα Δημόσια Νοσοκομεία, στα οποία μεταφέρονται οι παραπάνω υπηρεσίες, από έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό.

Προτείνεται να ισχύσει για το προσωπικό αυτό ό,τι προβλέπεται για το προσωπικό των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής της παρ. 3 του ιδίου άρθρου.

Με τον τρόπο αυτό, θα αρθεί η ανισότητα στη μεταχείριση με την οποία αντιμετωπίζει ο νομοθέτης στο ίδιο κείμενο δύο όμοιες καταστάσεις.

Η δεύτερη και η τρίτη παράγραφος προβλέπουν τη συγχώνευση των υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και τη μετάταξη του μη ιατρικού προσωπικού σε αντίστοιχες θέσεις των Μονάδων αυτών. Για το ιατρικό προσωπικό προβλέπεται η συνέχιση απασχόλησης με την ίδια σχέση εργασίας μέχρι της συστάσεως και πλήρωσης των αντίστοιχων θέσεων ιατρών κλάδων του Ε.Σ.Υ. Η υποβολή των επί πολλά έτη υπηρετούντων ιατρών του Κ.Ψ.Υ. (του οποίου η προσφορά στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντική) στην ανταγωνιστική διαδικασία της πλήρωσης των θέσεων του Ε.Σ.Υ. δείχνει άδικη. Προτείνεται η απάλειψη της φράσης "πλην του ιατρικού προσωπικού" από το πρώτο εδάφιο της τρίτης παραγράφου και η προσθήκη πρόβλεψης ότι η ένταξη των ιατρών στο Ε.Σ.Υ. γίνεται μετά εσωτερική επανάκριση.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ Ο.Κ.Ε.

Καθηγητής Β. ΣΚΟ

Βιβλιογραφία

Βιβλία:

1. Αλεβιζόπουλος Γ., «Δικαστική Ψυχιατρική», Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα, 1989
2. ΑΠΟΨΥ, Εταιρεία για τον αποϊδρυματισμό και την ψυχική υγεία, Αθήνα 1989
3. Μαδιανός Γ. Μιχ., «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Από το άσυλο στην κοινότητα», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994
4. Μαδιανός Γ. Μιχ., «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της από τη θεωρία στην πράξη», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994
5. Μαδιανός Γ. Μιχ., «Κοινοτική Ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000
6. Μαδιανός Γ. Μιχ., «Κοινωνία και ψυχική υγεία» Α' Τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1989
7. Μάνος Νίκος, «Βασικά στοιχεία Ψυχιατρικής», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1988
8. Μάνος Νίκος, «Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων αγγλοελληνικό – ελληνοαγγλικό», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1987
9. Μπαϊρακτάρης Κώστας, «Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση», Εκδόσεις Εναλλακτικές, Αθήνα, 1994
10. Παρασκευόπουλος Ιωάννης, «Κλινική Ψυχολογία», Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 1988
11. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, «Νοσηλευτική ψυχικής υγείας – Ψυχιατρική νοσηλευτική» Β' Έκδοση, Αθήνα, 1999

12. Rolland Jaccard, «Η τρέλα», Μετάφραση Μαρία Τσοκούνογλου, Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα, 1986
13. Σακελλαρόπουλος Π., «Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ανηλίκων» Β' Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995
14. Σακελλαρόπουλος Π. – Lebonici S., «Ελληνογαλλικό συμπόσιο», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984
15. Τεγόπουλος – Φυτράκης, «Ελληνικό λεξικό», Εκδόσεις Τεγόπουλος – Φυτράκης, Αθήνα, 1993
16. Τουρνά Johnson Αμαλία, «Προκατάληψη ποιος, εγώ; Η δυναμική ανάμεσα στην προκατάληψη και την ψυχολογική ωριμότητα», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998
17. Τσαλίκογλου Φ., «Σχιζοφρένεια και φόνος», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1984
18. Τσαλίκογλου Φ., «Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχοσθενή», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1987
19. Φουκώ Μ., «Η ιστορία της τρέλας», Εκδόσεις Ηριδανός, Αθήνα, 1975
20. Χαρτοκόλλης Π., «Εισαγωγή στην ψυχιατρική», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1986
21. Χριστοδούλου Ν. Γ. και συν, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «Ψυχιατρική», Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Β' Τόμος, Αθήνα, 2000
22. Ψυχιατρικό νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, «Ζώντας με τη σχιζοφρένεια στο σπίτι και τη δουλειά», Κατερίνη, 1997

Επιστημονικά άρθρα από περιοδικά:

23. Anthon W., Μεταφ.: Παυλίνα Ματαθία, «Κοινωνιακή αποκατάσταση: Πως αλλάζουν οι στάσεις της κοινωνίας απέναντι στον σωματικά και ψυχικά ανάπηρο», Εκλογή, Απρίλιος 1981
24. Αστρινάκης, «Ενδιάμεσες δομές προς την κοινότητα ή προς το άσυλο», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 40, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος, 1992
25. Γκουρτζιάν Μαρία, «Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη στάση των ανθρώπων απέναντι στα άτομα με ψυχικές και άλλες ανικανότητες», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 35, 1994
26. Διοχάντη Λουμίδα Καραμόσχολου, «Ψυχική Υγεία. Η αντιμετώπιση και φροντίδα της μέσα στην κοινωνία», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 29, 1993
27. Εμφύχωση Νο 8, Ιούλιος 2001, Διμηνιαία έκδοση της μονάδας υποστήριξης – εμφύχωσης και παρακολούθησης των φορέων υλοποίησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Α' φάση
28. Ιωαννίδου Johnson Τουρνά Αμαλία, «Η χρήση του συναισθήματος στη θεραπεία σχιζοφρενών εφήβων και η συμβολή του στη διάρκεια της ψυχολογικής ωρίμανσης», Ψυχολογικά Θέματα, Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων, Τόμος 3, Τεύχος 4, 1990
29. Καλομοίρη Α., «Η αξιολόγηση της επικινδυνότητας και ο ρόλος του επιστήμονα της ψυχικής υγείας», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 23, 1991
30. Καραστεργίου, «Οικογένεια και σχιζοφρένεια», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 31, 1993
31. Κοκκινάκος Γ., «Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 66, Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος, 1999

32. Κονδύλης, «Το σύνδρομο της περιστρεφόμενης θύρας στον ψυχιατρικό τομέα του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Βόλου», Ελληνική Ιατρική, Τόμος 60, Τεύχος 5, Αθήνα, 1994
33. Κουτουβίδης Ν., «Ψυχιατρική και κοινωνία», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 48, Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος, 1995
34. Μαγριπλής Δ. Γ., «Το στίγμα και ο κοινωνικός στιγματισμός από την αρχαιότητα και το Βυζάντιο ως σήμερα», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 59, 2000
35. Μαδιανός Γ. Μιχ. – Μαδιανού Δ., «Η δομή της ελληνικής οικογένειας είναι πηγή συγκρούσεων και ψυχοπαθολογίας;», Εγκέφαλος, Τόμος 24, Τεύχος 2, 1987
36. Μαδιανός Γ. Μιχ., «Οι βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής αναθεωρημένες: Από τη θεωρία στην πράξη», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 44, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος, 1993
37. Μάνος Νίκος, «Η αναγκαιότητα ψυχιατρικών κοινωνικών λειτουργιών», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 6, 1987
38. Μεγαλοοικονόμου Θ., «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση 1990-1993. Ανάμεσα στον εκσυγχρονισμό και την αναπαλαίωση. Προβλήματα στρατηγικής, σχεδιασμού και δημοκρατίας», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 44, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος, 1993
39. Μουζακίτης Χ., «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 12, 1988
40. Μπασδάρης Γ., Φασούλη Π., Νηματούδης, Καπρίνης Ι., «Μελέτη κοινωνικών παραμέτρων και αντιλήψεων των οικογενειών χρόνιων ασυλοποιημένων ασθενών», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 34, 1996

41. Μώρος Νίκος, «Για την αναμόρφωση της ψυχιατρικής περίθαλψης», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 54, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1996
42. Ούλης Παναγιώτης, «Επιθετική συμπεριφορά νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 61, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1998
43. Παπαδάτος Γιάννης, «Η ψυχιατρική πράξη και τα δικαιώματα του ατόμου», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 4, 1989
44. Steadman H., Morrissey Joseph P., «ψυχική μεταρρύθμιση και δικαιοσύνη», Τετράδιο Ψυχιατρικής, Ιούλιο – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1989
45. Τουρνάς, Καψάλη, Μαδιανός, Στεφανής, Τομαράς, «Οικογενειακή ατμόσφαιρα χρόνιων ψυχωσικών», Εγκέφαλος, Τόμος 25, Τεύχος 4, 1988
46. Τσαχαλίδης Ι., «Διερεύνηση στάσεων της ελληνικής κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς», Εκλογή, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος, 1993
47. Χαμπεσής Θ., «Στίγμα: Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις», Αρχεία ΕΨΨΕΠ, Τόμος 3, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος, 1996
48. Χαραλαμπίκη Κάτια, «Οικογένεια και θεραπεία, ψυχιατρείο και οικογένεια, μία συνάντηση που δεν ρυθμίστηκε ποτέ», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 45, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος, 1994

Ομιλίες – συνέδρια:

49. Αλεξανδρής, Στφεανουδάκης, Πετρίδη, Βασιλάκη, «Εργασία με την κοινότητα», 1990

50. Δαμίγος, «Αγωγή κοινωνικής ομάδας: Διαδικασία παρέμβασης και ενεργή συμμετοχή πληθυσμού», 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Βόλος, 18-21/4/91
51. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ηράκλειο Κρήτης, 30/3 – 3/4 1996
52. Παναγούτσος, «Περίθαλψη στο σπίτι, κρίση και επικινδυνότητα», 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Βόλος, 18-21/4/91
53. Πάριος Α., «Οικοτροφείο, ξενώνας χρόνιων ψυχωσικών και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην αποσυλοποίηση», 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ελληνική Ψυχολογική Εταιρεία, Αθήνα, 29/5 – 2/6 1991
54. Σακελλαρόπουλος Π., Ζήκος Ν., Φραγκούλης, Βγότζας Α., «Κοινωνική Ψυχιατρική σε αγροτική περιοχή. Ο ρόλος της κινητής μονάδας», 9^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα 1985
55. Σακελλαρόπουλος Π., «ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και επικινδυνότητα», 2-4 Δεκεμβρίου 1984
56. Σακελλαρόπουλος Π., Παναγούτσος, Λουτσάκη Μ., «Η κινητή μονάδα και η επίδρασή της στην αλλαγή της στάσης της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο», Συνέδριο για Τοπική Αυτοδιοίκηση και Ψυχική Υγεία, Ίδρυμα Ερευνών, 1987
57. Σακελλαρόπουλος Π., «Κινητή μονάδα και χρόνιος ψυχωσικός», 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Βόλος, 18-21/4/91
58. Τανταλάκη Τούλα, «Πρόγραμμα χρόνιων ψυχιατρικά αρρώστων, αποσυλοποίηση, επαγγελματική αποκατάσταση», Αλεξανδρούπολη 1987
59. Τζούλης, Φραγκούλη, Παπαγιάννης, «Αγωγή κοινότητας», 1992

Σημειώσεις από μαθήματα του ΤΕΙ:

60. Αποστολόπουλος, «Πληθυσμιακή υγιεινή 2», Έκδοση ΤΕΙ, Πάτρα, 1998
61. Παπαδοπούλου Καλπίνη Χρυσή, «Τομέας κοινοτικής ψυχικής υγείας: Ψυχοκοινωνική φροντίδα των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα», Έκδοση ΤΕΙ, Πάτρα, 1998
62. Ζαγούρα Σ, «Σημειώσεις για το μάθημα Κοινωνική εργασία σε Ιδρύματα», Έκδοση Πάτρα

Ενημερωτικά φυλλάδια:

63. Ενημερωτικό φυλλάδιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Πρόγραμμα Horizon
64. Ενημερωτικό φυλλάδιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Ομάδα ψυχοκοινωνικής στήριξης αστικού τύπου
65. ΠΟΥ, «Η ψυχική υγεία στον κόσμο», Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Ιούλιος 2001

Πηγή Internet:

66. Γνώμη της ΟΚΕ, «Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό της ψυχικής υγείας», Αθήνα 16 Σεπτεμβρίου 1998, <http://www.oke.gr>
67. Σύλλογος οικογενειών για την ψυχική υγεία ΣΟΨΥ, 4/12/2000, e-online Ελλάδα, <http://www.hri.org>

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1. Ι.ΑΚ.Ε (Ινστιτούτο Ανάπτυξης Κοινωνικής Εργασίας)
Μαντζάρου 6
2. Βιβλιοθήκη Πάντειου Πανεπιστημίου
Λεωφόρος Συγγρού 136
3. Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Μελετίου Πηγά 22
4. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών
Βασιλέως κωνσταντίνου 48
5. Βιβλιοθήκη Νοσοκομείου Ευαγγελισμός
6. Βιβλιοθήκη Τ.Ε.Ι Πατρών
Κουκούλι Πάτρας
7. Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών
Μαιζώνας
8. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δρομοκαίτειο
Α) Κέντρο Πολλαπλών Ψυχοθεραπειών
Β) Βιβλιοθήκη Γεώργιος Βιζυινός
Ιερά οδός 343
9. Βιβλιοθήκη Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αιγινήτειο
Διονύσιου Αεροπαγίτου 27
10. Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας
Δήλου και Μικράς Ασίας, Γουδί

