

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

ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΚΟΝΤΖΑΠΙΓΙΚΟΓΛΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ

ΚΤΕΝΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΘΑΝΟΣ

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

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2007

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε τον επόπτη καθηγητή εφαρμογών Παπαδημητρίου Θάνο, για τις κατευθύνσεις και τις υποδείξεις που βοήθησαν σημαντικά στη διεξαγωγή και την συγγραφή της μελέτης αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ 1^ο	5
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ «ΤΡΕΛΑΣ» (ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ)	7
- Αρχαία Ελλάδα	7
- Μεσαίωνα	10
- Αναγέννηση	14
— Σύγχρονη Ελλάδα	20
3. ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΣ	22
ΜΕΡΟΣ 2^ο	23
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	23
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	23
1.1. Ορισμοί και θεωρίες της Ψυχικής Υγείας ΟΡΙΣΜΟΙ	23
1.2. Μορφές ψυχικών διαταραχών	27
1.3. Μύθοι και πραγματικότητες στον τομέα της ψυχικής υγείας	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	37
Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ ΑΝΑ ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ	37
2.1. Ίδρυση των πρώτων ψυχιατρικών νοσοκομείων και ιδρυμάτων στην Ευρώπη	37
2.2. Τα πρώτα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα	38
2.3. Τα κυριότερα ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Ελλάδας που λειτουργούν σήμερα και οι υπηρεσίες τους προς τους ψυχικά ασθενείς	39
2.4. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο ψυχιατρικό νοσοκομείο	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	57
ΠΡΟΛΗΨΗ - ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ	57
3.1 Κοινωνικός ρατσισμός	57
3.2. Οικογενειακός ρατσισμός (Οικογένεια και στίγμα)	59
3.3. Εργασιακός Ρατσισμός	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	65
ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ	65
4.1. Δομές (Ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές)	65
4.2. Οικογενειακή βοήθεια	70
4.3. Προσπάθειες για επαγγελματική αποκατάσταση	72

ΜΕΡΟΣ 3^ο	76
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1^ο	81
Μαρτυρίες ψυχικά ασθενών	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2^ο	84
Φωτογραφικό Υλικό	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3^ο	104
Ιστορικό ψυχοκοινωνικής κατάστασης που λαμβάνεται σε κέντρο ψυχικής Υγιεινής	104

ΜΕΡΟΣ 1^ο

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αναφέρεται στην ψυχική υγεία που είναι απαραίτητη να υπάρχει στη ζωή όλων των ανθρώπων και στην προκατάληψη, περιθωριοποίηση των ψυχικά ασθενών, καθώς και στις προσπάθειες επανένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο, με τη βοήθεια κατάλληλων υπηρεσιών, νοσοκομείων και προγραμμάτων.

Αναλυτικότερα, αρχικά, κάνουμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή για τις αντιλήψεις των ανθρώπων αλλά και τις δομές που υπήρχαν για τους ψυχικά ασθενείς ή αλλιώς «τρελούς» όπως τους αποκαλούσαν στα χρόνια i) της Αρχαίας Ελλάδας, ii) του Μεσαίωνα, iii) της Αναγέννησης και iv) της Σύγχρονης Ελλάδας.

Στο 1^ο Κεφάλαιο ξεκινάμε με το πρώτο υποκεφάλαιο, ορίζοντας την ψυχική υγεία και δίνοντας τα χαρακτηριστικά της σύμφωνα με διάφορους συγγραφείς. Έπειτα, στο δεύτερο υποκεφάλαιο αναλύουμε τις μορφές των ψυχικών διαταραχών και στη συνέχεια, στο τρίτο υποκεφάλαιο αντιπαραθέτουμε κάποιους μύθους που υπάρχουν για την ψυχική υγεία με το τι ισχύει στην πραγματικότητα.

Στη συνέχεια, στο 2^ο Κεφάλαιο γίνεται αναφορά και ανάλυση των ψυχιατρείων. Έχουμε καταγράψει τα πρώτα ψυχιατρικά νοσοκομεία που δημιουργήθηκαν στην Ευρώπη, όπως επίσης και τα πρώτα ψυχιατρεία στην Ελλάδα. Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό, δίνουμε μια σαφή εικόνα των κυριότερων τωρινών ψυχιατρικών νοσοκομείων της Ελλάδος, όπως είναι για παράδειγμα το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων.

Συνεχίζοντας την εργασία, ερχόμαστε στο 3^ο κεφάλαιο όπου εδώ αναφερόμαστε στο ρατσισμό - προκατάληψη που υπάρχει απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί δέχονται κάθε είδους ρατσισμό, ξεκινώντας από την απομόνωση που νιώθουν ακόμα και από τους συγγενείς τους, την οικογένεια τους και στη συνέχεια τον κοινωνικό ρατσισμό και τον επαγγελματικό. Αυτά τα τρία είδη ρατσισμού αναλύουμε σε

αυτό το κεφάλαιο.

Τελειώνοντας φτάνουμε στο 4^ο κεφάλαιο όπου παρουσιάζουμε τις προσπάθειες που γίνονται για επανένταξη αυτών των ατόμων. Αναφερόμαστε σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές, τις προσπάθειες που γίνονται από την οικογένεια και τέλος τις προσπάθειες για την επαγγελματική αποκατάσταση τους.

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ «ΤΡΕΛΑΣ» (ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ)

- Αρχαία Ελλάδα

Τα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα και οι πολυάριθμες ψυχικές ασθένειες δεν είναι αποκλειστικό της εποχής μας. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι και οι προϊστορικοί προγονοί μας βίωναν προβλήματα ψυχολογικής όψης (άγχος, στρες, ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες, δυσλειτουργίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος). Όμως, οι συνθήκες επιβίωσης επέβαλαν στους προϊστορικούς ανθρώπους να ιεραρχούν πολύ χαμηλή τα θέματα ψυχικής ασθένειας (όπως και της σωματικής) (Πιπερόπουλος, 2002).

Έτσι, για τους αρχαίους Αιγυπτίους, Εβραίους, Βαβυλώνιους και Έλληνες, οι Θεοί και δαίμονες ήταν υπεύθυνοι για την πρόκληση ψυχικών και σωματικών ασθενειών (Πιπερόπουλος, 2002).

Με άλλα λόγια πίστευαν ότι οι ασθένειες είχαν εξωγενή προέλευση με αποδέκτη το άτομο και το ανθρώπινο σώμα. Τις δημιουργούσαν, σύμφωνα με την αντίληψη των αρχαίων, οι θεοί, οι δαίμονες, τα πνεύματα του κακού, καθώς υπήρχαν και εξουσίαζαν το ανθρώπινο σώμα, την ψυχή ή το πνεύμα των θνητών. Καθώς τα αντιμαχόμενα πνεύματα έπαιζαν «κρυφτούλι» με την ύπαρξη και την υπόσταση των κοινών θνητών, το σώμα και η ψυχή του ανθρώπου οδηγούσε σε ένα πεδίο μάχης μεταξύ καλού - κακού και οι δαιμονισμένοι (δηλαδή οι ψυχασθενείς) μπορούσαν να θεραπευτούν μόνο με τη θετική παρέμβαση και επικράτηση του καλού (πνεύματος) ή ακόμη χειρότερα τους υπέβαλλαν σε σωματικά βασανιστήρια για να αποβάλλουν το κακό πνεύμα, πράγμα που πετύχαινε σταδιακά αρκεί ο ασθενής να επιβίωνε από τα βασανιστήρια (Πιπερόπουλος, 2002).

Η ζωή και το έργο του Ιπποκράτη (πατέρα της Ιατρικής) αποτελεί μια φωτεινή όαση στη σκοτεινή αντίληψη των αρχαίων για τις σωματικές, ψυχικές και ψυχοσωματικές ασθένειες. Το γεγονός είναι παγκόσμιο αποδεκτό. Ο Ιπποκράτης ήταν ο μόνος που μίλησε για ψυχολογικές παθήσεις, δημιουργώντας μάλιστα μια απλοϊκή θεωρία για την αιτιολογία συγκεκριμένων καταστάσεων, όπως κατάθλιψη, μανία και τις πολυποίικιες

φοβίες (Πιπερόπουλος, 2002).

Η ψυχολογική θεωρία του Πλάτωνα αναίρεσε ουσιαστικά την πρωτοποριακή θεωρία του Ιπποκράτη, καθώς ο αρχαίος μας φιλόσοφος εισήγαγε και πάλι τις διαστάσεις του Θεού και του θνητού στη διαφοροποίηση αυτών που αποκάλεσε μόρια της ψυχής. Ο Αριστοτέλης, απέκλεισε σχεδόν ολικά την επιρροή του περιβάλλοντος στη δημιουργία ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, καθώς θεωρούσε όλες τις ασθένειες (και τις ψυχικές) ως αποτέλεσμα καθαρά οργανικών παθήσεων και αιτιών (Πιπερόπουλος, 2002).

Ο Γαληνός στους ρωμαϊκούς χρόνους (ένας ακόμη κορυφαίος επιστήμονας της εποχής) προώθησε την άποψη ότι η πάθηση ενός μέρους του ανθρώπινου σώματος (με παρουσία κλινικών συμπτωμάτων) δεν ταυτίζεται και με τη γενεσιουργό αιτία της ασθένειας ενός ατόμου. Η παρουσία συγκεκριμένων συμπτωμάτων σ' ένα μέρος του σώματος ή σε άλλο όργανο. Μετά το θάνατο του γύρω στα 200 μ.Χ. οι θεωρίες για τα ψυχικά νοσήματα έπεσαν και πάλι στις αντιλήψεις για τα μάγια, δαίμονες κ.ά.

Συμπερασματικά, στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν τρεις απόψεις για την ψυχική ασθένεια: η λαϊκή άποψη, η ιατρική γνώση και η φιλολογική - φιλοσοφική σκέψη.

Λαϊκή άποψη

Σύμφωνα μ' αυτήν κακά πνεύματα, όπως οι θεές του τρόμου Μανία και Λύσσα καταλαμβάνουν τους ασθενείς και τους κάνουν να περιπλανώνται ή να είναι βίαιοι, τα δύο βασικά στοιχεία τα οποία χαρακτηρίζουν τους ψυχασθενείς. Οι ασθενείς αλυσοδένονται ή περιφρονούνται ή γελοιοποιούνται (Μάνος, 1997).

Ιατρική γνώση (4^{ος} αιώνας π.Χ.)

Εκπροσωπείται από τον Ιπποκράτη, ο οποίος θεωρεί την ψυχική ασθένεια ότι προέρχεται από τη διαντίδραση των τεσσάρων χυμών - αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα, που με τη σειρά τους προέρχονται από τις τέσσερις βασικές ιδιότητες της φύσης - θερμότητα, ψύχος, υγρασία και ξηρασία. Οι άνθρωποι κατατάσσονται σε τέσσερις ιδιοσυγκρασίες -

αιματώδη, χολερική, μελαγχολική και φλεγματική. Ειδικά η μαύρη χολή θεωρείται υπεύθυνη για ψυχική ασθένεια οπότε και χορηγείται κατάλληλο καθαρτικό (Μάνος, 1997).

Ο Ιπποκράτης δίκαια θεωρείται ο πατέρας της ιατρικής ολόκληρης, διότι πρώτος αυτός διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού (Μάνος 1997).

Ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις βασικές διαταραχές - τις λεγόμενες «φρενίτιδες» - με ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα: «υστερία», «μανία», «μελαγχολία», «άνοια», «παράνοια». Ειδικά την υστερία, που τη θεώρησε αποκλειστική πάθηση των γυναικών, την απέδιδε σε υπερκινητικότητα της μήτρας συνδεδεμένη με σεξουαλική διαταραχή γι' αυτό και συνιστούσε ως θεραπεία το γάμο. (Μάνος, 1997)

Φιλολογική - Φιλοσοφική σκέψη

Ιδιαίτερα αναφερόμαστε στον Πλάτωνα και στον Αριστοτέλη. Και οι δύο μιλούν για ψυχικές ασθένειες και για την κάθαρση ως βασικό τρόπο θεραπείας - αλλά ο μεν Πλάτων (428-348 π.Χ.) τονίζει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης, ενώ ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) τη θεωρεί σαν φυσιολογική εκτόνωση για τα πάθη. Φυσικά το θέατρο αποτελεί την ευρύτατη έκφραση αυτής της ιδέας. (Μάνος, 1997).

Στους επόμενους αιώνες οι Ρωμαίοι επικρατούν, αλλά κατά κανόνα επαναλαμβάνουν τις απόψεις των Ελλήνων. Σημαντική πρόοδος επιτελεί τον 1° αιώνα π.Χ. ο Ασκληπιάδης από τη Μ. Ασία, ο οποίος διαχωρίζει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών και προτείνει θεραπεία μουσικής και διέγερση των πνευματικών ενδιαφερόντων των ασθενών. Και τον 1° αιώνα μ.Χ. ο Κέλσος, ο οποίος πρώτος αυτός τονίζει τη σημασία της σχέσης γιατρού - ασθενή και προτείνει ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για να μπορέσουν να ευθυμήσουν οι μελαγχολικοί και να ηρεμήσουν οι μανιακοί. (Μάνος, 1997).

Ο Κικέρων (106-43 π.Χ.) θα αναφερθεί ειδικά γιατί είναι ο πρώτος ο οποίος χρησιμοποίησε τη λέξη *ūbriās* σαν ψυχολογική έννοια (έντονος πόθος) και επίσης ο πρώτος που ισχυρίστηκε ότι ο ασθενής θα πρέπει να υποφέρει για να θεραπευτεί (άποψη που διατύπωσε αργότερα ο ΡΓβυά). (Μάνος, 1997).

Τέλος ο Γαληνός (130-200 μ.Χ.) προτείνει ότι η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία μεταξύ του λογικού, του παραλόγου και του ηδονιστικού τμήματος της (που μοιάζει με το εγώ, το εκείνο και το υπερεγώ του ΡΓβυά). (Μάνος, 1997).

Ίσως η πιο σημαντική προσφορά των Ρωμαίων στην ψυχιατρική, ήταν η δημιουργία νόμων για τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για την ψυχική ασθένεια κ.λ.π. και επί Ιουστινιανού (483-565 μ.Χ.) και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς. (Μάνος, 1997)

Ακόμα θα αναφέρουμε δύο γιατρούς: τον Αρεταίο της Καππαδοκίας (1^{ος} αιώνας μ.Χ.) που ξεχώριζε μελαγχολικούς, μανιακούς, παρανοϊκούς και απομονωμένους ασθενείς και το Sorano (2^{ος} αιώνας μ.Χ.) που περιέγραψε τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και το *stupor* και εισήγαγε ανθρωπιστικές μεθόδους για τους ψυχασθενείς (συμπάθεια, ησυχία, ψυχόδραμα, διάβασμα κ.λ.π.). (Μάνος, 1997)

- Μεσαίωνας

Ο Μεσαίωνας ο οποίος αρχίζει περίπου με τον θάνατο του Γαληνού (200 μ.Χ.) και τελειώνει το 1543 με τη δημοσίευση του έργου του Vesalius, *De Corporis Humani Fabrica*. (Μάνος, 1997)

Χαρακτηριστικά του Μεσαίωνα είναι: α) η συνέχιση των απόψεων της Ελληνικής περιόδου περί χυμών (χολή & μελαγχολία) χρωματισμένων από προλήψεις, ηθικολογίες και φανατική θρησκευτικότητα και β) η συνέχιση της παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τον ψυχασθενή. (Μάνος, 1997)

Στα σκοτεινά χρόνια του Μεσαίωνα, οι ψυχολογικές θεωρίες των αρχαίων Ελληνο-Ρωμαίων φιλοσόφων και επιστημόνων θεωρήθηκαν από την Εκκλησία ως παγανιστικές - ειδωλολατρικές απόψεις και καταδικάστηκαν σε αφάνεια, εφόσον είχαν στιγματισθεί από την εκκλησιαστική δυσμένεια. Μάλιστα η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία με σειρές παπικών βουλευμάτων και εκκλησιαστικών αποφάσεων καταδίκασε ως αντίχριστους όχι μόνο αυτούς που με τις αμαρτίες τους παρουσίαζαν ψυχικά νοσήματα, αλλά και εκείνους που αποτολμούσαν την θεραπεία τους χωρίς την έγκριση τους. (Πιπερόπουλος, 2002).

Εξαίρεση αποτελούν οι Άραβες οι οποίοι, με βάση τη Μουσουλμανική πίστη ότι ο ψυχασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από το Θεό, αναπτύσσουν ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργούν πρότυπα άσυλα για τους ασθενείς. (Μάνος, 1997)

Θα αναφερθούμε επίσης στον Αλβέρτο τον Μέγα (1193-1280 μ.Χ.) και τον Thomas Aquinas (1225-1274 μ.Χ.), οι οποίοι ουσιαστικά είναι οι πρόδρομοι της οργανικής ψυχιατρικής («η ψυχή δεν αρρωσταίνει») η οποία τόσο επικράτησε στη Γερμανία τον 19^ο αιώνα και σήμερα ακόμη. Αλλά οπωσδήποτε τα χαρακτηριστικά της εποχής αυτής είναι η δαιμονολογία - η ψυχική ασθένεια είναι έργο του διαβόλου σύμφωνα με τις διδαχές του Αγίου Αυγουστίνου, η αστρολογία και η θεραπεία του εξορκισμού. (Μάνος, 1997)

Στον Μεσαίωνα η ταύτιση της εικόνα του τρελού με εκείνη του επικίνδυνου εγκληματία είναι δεδομένη, απροκάλυπτη, διαφανής και αδιαμφισβήτητη. Η έννοια του τρελού είναι ισοδύναμη με εκείνη του εγκληματία. Η θεώρηση αυτή αναπαράγει δαιμονολογικές δοξασίες πρωτόγονων εποχών, τότε που, παράλληλα με την αναγωγή του τρελού σε ιερό αντικείμενο λατρείας, επικρατούσε η άποψη ότι οι διαφορές ψυχικές διαταραχές οφείλονται, σε κακά πνεύματα. Τα ευρήματα τρυπανισμένων κρανίων σε αρχαιολογικές ανασκαφές διαφόρων περιοχών αποκαλύπτουν ότι στις απόμακρες εποχές, χειρουργικές επεμβάσεις επιδίωκαν να απελευθερώσουν το σώμα του τρελού από την κυριαρχία των κακών πνευμάτων. (Τσαλίκου, 1987)

Οι προσεγγίσεις της ψυχικής νόσου στην αρχαία Ελλάδα και στην

Ελληνορωμαϊκή εποχή άλλαξαν την σχετική άποψη για την δαιμονολογία θέτοντας τις βάσεις για μια μεταγενέστερη προσέγγιση της παραφροσύνης (επηρεάστηκαν πολύ από φιλοσόφους και ερευνητές γιατρούς όπως ο Ιπποκράτης, ο Αρεταίος, ο Γαληνός). (Τσαλίκογλου, 1987)

Η πρόοδος ανακόπτεται στα χρόνια του Μεσαίωνα όπου δημιουργείται ένα κλίμα ευνοϊκό για την αναζωογόνηση των πρωτόγονων δοξασιών. Στην ιστορική αυτή περίοδο ο κόσμος κυριαρχείται από αντιμαχόμενα καλά και κακά πνεύματα, τροφοδοτεί την ανάπτυξη ενός μεταφυσικού προτύπου της τρέλας που παραπέμπει άμεσα στην επικινδυνότητα. (Τσαλίκογλου, 1987)

Η αποσύνθεση των δομών του ελληνικού κοινωνικού συστήματος, οι δραματικές καταστροφές των πολέμων, των θανατηφόρων επιδημιών και η συνακόλουθη κυριαρχία ενός συναισθήματος φόβου ευνοούν την αναζήτηση ενός περιβάλλοντος προστατευτικού μέσα από τη θεραπευτική πίστη και τις μεταφυσικές ερμηνείες της ανθρώπινης δυστυχίας. Οι επιστήμες σωπαίνουν και η εκκλησία εξαπλώνει την επικυριαρχία της διαδραματίζοντας έως και το 15^ο αιώνα, ένα κοινωνικό και πολιτικό ρόλο. Τότε ακούγεται το φαινόμενο της τρέλας και ειδικότερα της εγκληματικής τρέλας και στηριζόμενο στην Παλαιά Διαθήκη θεωρεί τον ψυχασθενή ως δαιμονοπαθή, κατειλημμένο από πονηρά πνεύματα, ενσάρκωση ενός απόλυτου κακού. (Τσαλίκογλου, 1987).

Η αναφορά στο δαιμονικό στοιχείο ως σύμβολο του απόλυτου κακού χρησιμοποιείται σταθερά για την ερμηνεία της φύσης της παραφροσύνης. Έτσι στην άσκηση εξουσίας της μεσαιωνικής περιόδου το φαινόμενο της παραφροσύνης ορίζεται μέσα από ένα τρίπτυχο της κακίας, επικινδυνότητας, της αμαρτίας. (Τσαλίκογλου, 1987).

Εάν η αμαρτία ορισθεί ως η παράβαση του νόμου του Θεού, τη διεφθαρμένη κατάσταση της ανθρώπινης φύσης όπου ο εαυτός αποξενώνεται από το θεό, τότε ο παράφρονος αποτελεί ένα αμαρτωλό άτομο. Καθοριστική ήταν η επίδραση του μεγάλου πατέρα της δυτικής εκκλησίας Αγίου Αυγουστίνου. Στα γραπτά του κυρίως, που εξαπλώθηκαν σε όλη τη Μεσαιωνική και Αναγεννησιακή Ευρώπη, πιστεύει ότι οι σεξουαλικές σχέσεις, όταν δεν έχουν σκοπό την αναπαραγωγή, βρίσκονται κάτω από την

επίδραση του διαβόλου και γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται. Κάτω από την επιρροή των ιδεών του η ψυχική νόσος περνά στη δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού και επιλύεται με τον εξορκισμό και την καταδίωξη. (Τσαλίκου, 1987).

Η ψυχική ασθένεια κάτω από το πρίσμα της αμαρτίας ερμηνεύεται ως ένα συγκεκριμένο πρότυπο της παραφροσύνης. Την παραφροσύνη την προσδιορίζει ως αμαρτία. Με τα εξής χαρακτηριστικά:

- ✚ Το άτομο επιλέγει τη συμπεριφορά του
- ✚ Η θέση του ατόμου μέσα στην κοινωνία αντανάκλα μια προδιάθεση του ατόμου στην δική του επιλογή της καλής και ή κακής συμπεριφοράς.
- ✚ Το άτομο είναι υπεύθυνο και πρέπει μόνο του να κατηγορηθεί για τη θέση του στην κοινωνία για την επιλογή του κακού
- ✚ Η τιμωρία θα θεραπεύσει το άτομο, εξιλεώνοντας το μέσα από την απόδοση της δικαιοσύνης
- ✚ Το άτομο θα πρέπει να είναι υπεύθυνο για τον εαυτό του, έχοντας πάντα αυξημένη κοινωνική ευθύνη, εν αντιθέσει η κοινωνία δεν ευθύνεται για την κατάσταση του. (Τσαλίκου, 1987).

Μέσα από το πρότυπο αυτό κορυφώνεται η έκφραση ενός απόλυτα αρνητικού κλίματος και η αντίληψη ότι πίσω από οτιδήποτε συμβαίνει ελλοχεύει ένας δαίμονας. Η εικόνα της τρέλας αποκαλύπτεται μέσα από μια σειρά χαρακτηριστικών της εποχής όπου ο τρελός προωθείται ως η ενσάρκωση της αμαρτίας, των πρωτόγονων ενστίκτων, του στοιχείου των δαιμόνων. (Τσαλίκου, 1987).

Γύρω στα τέλη του μεσαίωνα η τρέλα και ο τρελός αποκτούν ιδιαίτερη σημασία μέσα στο διφορούμενο χαρακτήρα τους γίνεται απειλή και εξευτελισμός, ιλιγγιώδης παραλογισμός του κόσμου και καταφρονητική γελοιοποίηση των ανθρώπων. Πρώτα δημιουργείται μια φιλολογία παραμυθιών και ηθικοπλαστικών κειμένων, η καταγωγή τους είναι μακρινή αλλά προς το τέλος του μεσαίωνα παίρνει μια σημαντική έκταση. Η φιλολογία

αυτή γίνεται μια ατέλειωτη σειρά από «τρελές» που μ' αυτές στιγματίζουν τα βίτσια και τα ελαττώματα δίχως όμως να τα αποδίδουν πια σε αλαζονεία ή έλλειψη ανθρωπιάς, αντίθετα τα χρεώνουν σε ένα είδος μεγάλου παραλογισμού που δεν είναι το φταίξιμο κανενός συγκεκριμένα, αλλά βαραίνει τον καθένα σε μια μυστική συμπαιγνία. (Φουκώ, 1964).

- Αναγέννηση

Σε αντίθεση με τα πιστεύω της εποχής αυτής (η τρέλα είναι αποτέλεσμα μαγείας), αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορες σημαντικές μορφές και αρχίζει να αναδύεται ο ανθρωπισμός. (Μάνος, 1997).

Ο Ισπανός Juan Luis Vives γύρω στο 1524 περιγράφει λεπτομερέστατα τον τρόπο λειτουργίας ψυχιατρικών νοσοκομείων που πρέπει να δημιουργηθούν και εισάγει τις έννοιες της αμφιθυμίας, των συνειρμών και της σύνδεσης τους με τα συναισθήματα. Θεωρείται ο πατέρας της εμπειρικής ψυχολογίας. (Μάνος, 1997)

Ο Johann Weyer (16^{ος} αιώνας) Ολλανδο-Γερμανός θεωρείται ο πρώτος ψυχίατρος. Στα βιβλία του περιέγραψε συστηματικά ψυχικές ασθένειες, υπεραμύνθηκε των μαγισσών εξηγώντας τα φαινόμενα τους κάτω από το ψυχιατρικό πρίσμα, περιέγραψε την ανθρωπιστική ψυχοθεραπεία. (Μάνος, 1997).

Αξιόλογη μορφή αποτελεί και ο Παράκελσος (16^{ος} αιώνας), ο οποίος πρώτος αναφέρεται στο ασυνείδητο και υποθέτει ότι σεξουαλικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην παθογένεια της υστερίας και των νευρώσεων. Ο Παράκελσος χρησιμοποίησε σαφείς διαγνωστικές κατηγορίες και σαφείς ψυχοθεραπευτικές μεθόδους όπως (υποβολή, συμβουλή, ενθάρρυνση, κ.λ.π.). Επίσης ο Leonardo da Vinci (1452-1519) που, ανάμεσα σε άλλα, χρησιμοποίησε ένα προσχέδιο του σημερινού ψυχολογικού τεστ Rorschach (αντίδραση του ατόμου σε μια εικόνα αποτελούμενη από κηλίδες και συννεφάκια) και έδωσε έμφαση στο ενστικτώδες στοιχείο του μυαλού. (Μάνος, 1997).

Η ουσία, όμως, είναι ότι οι ψυχικοί ασθενείς θεωρούνται βασικά ότι

κατέχονται από δαίμονες και ότι «θαύματα» μόνον μπορούν να τους σώσουν (παρόμοια άποψη όπως στην αρχαιότητα ότι δηλαδή οι άρρωστοι μπορούσαν να θεραπευθούν με το να κοιμηθούν στα ιερά του θεού Ασκληπιού και ύστερα από ερμηνεία των ονείρων τους από τους ιερείς). (Μάνος, 1997)

17^{ος} και 18^{ος} αιώνας

Οι δύο αυτοί αιώνες χαρακτηρίζονται οπωσδήποτε από αυξανόμενη κλινική αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών και από προοδευτικά και περισσότερες ταξινομήσεις. Δυστυχώς όμως η «μελαγχολία» εξακολουθεί να είναι ο ψυχιατρικός όρος που σημαίνει σχεδόν κάθε ψυχιατρική ασθένεια και η επικράτηση της λογικής έναντι του παραλόγου των προηγούμενων αιώνων αποβαίνει και πάλι σε βάρος των ψυχικά ασθενών των ασύλων - θεωρούνται ότι είναι άτρωτα ζώα που δεν προσβάλλονται από φυσικές αρρώστιες, τους δένουν και τους συμπεριφέρονται με σκληρότητα (τους θεραπεύουν με εναλλασσόμενα κρύα και ζεστά μπάνια, με αφαιμάξεις και με τοπικές λοιμώξεις) και τους εκθέτουν για ένα ρεθυ τις Κυριακές στην κοινή θέα. (Μάνος, 1997)

Τέλη του 18^{ου} και αρχές του 19^{ου} αιώνα

Αν και ο Philippe Pinel (1745-1826) θεωρείται ο ιδρυτής της *ηθικής θεραπείας* των ψυχασθενών και ο εισηγητής της κατάργησης του αλυσοδέματος, εν τούτοις θα' πρεπε να μοιρασθεί την τιμή αυτή με έναν Ιταλό, τον Vincenzo Chiarugi και έναν Άγγλο, τον William Tuke (Μάνος, 1997)

Ο Chiarugi το 1789, ενώ διηύθυνε το Νοσοκομείο Bonifacio όπου οι σκληρές μέθοδοι απαγορεύονταν, είπε: «είναι υπέρτατο ηθικό καθήκον και ιατρική υποχρέωση να σεβόμαστε τον παράφρονα σαν άτομο». (Μάνος, 1997)

Ο Tuke ίδρυσε το 1796 στην Υόρκη το Retreat, ένα αναπαυτήριο για 30 ασθενείς, που τους συμπεριφέρονταν με ιδιαίτερη καλοσύνη σαν φιλοξενούμενους, χωρίς περιορισμούς και με ιδιαίτερη έμφαση στην εργασιοθεραπεία. (Μάνος, 1997)

Ο Pinel, ο οποίος έγινε διευθυντής πρώτα του νοσοκομείου Bicetre και μετά του Salpêtrière και ο οποίος τολμά να απελευθερώσει τους ασθενείς από τις αλυσίδες τους. Αλλά ο Pinel έγινε γνωστός και για άλλους λόγους: Περιέγραψε για πρώτη φορά κλινικά συμπτώματα και κλινικές περιπτώσεις με ιδιαίτερη σαφήνεια και δημιούργησε για πρώτη φορά ορθές ιατρικές κατατάξεις της ψύχωσης: 1) Μελαγχολία (διαταραχή της διανοητικής λειτουργίας) 2) Μανία (υπερβολική νευρική διέγερση με ή χωρίς παραλήρημα) 3) Άνοια (διαταραχή στη λειτουργία της σκέψης) 4) Ιδιωτεία (εξάλειψη των διανοητικών ικανοτήτων και των συναισθημάτων). Επίσης, εισήγαγε, όπως αναφέραμε προηγουμένως, την «ηθική θεραπεία» και κατά την οποία σύμφωνα με τις περιγραφές του ο γιατρός πρώτα αντιμετώπιζε τον άρρωστο με απόλυτη επιβλητικότητα και κοιτώντας τον στα μάτια υπέτασσε την θέληση του και μετά η θεραπεία συνεχιζόταν με ένα συνδυασμό σταθερότητας, καλοσύνης και πίεσης - πειθούς. (Μάνος, 1997)

Με αυτό το επαναστατικό εγχείρημα κατόρθωσε να οδηγήσει την είσοδο του στη σύγχρονη αντίληψη της ψυχασθένειας. Πέτυχε να ελευθερωθούν από τις αλυσίδες που κρατούσαν δέσμιους τους ψυχασθενείς κάτω από άθλιες συνθήκες σε βρωμερά, ανθυγιεινά κελιά και σε ορισμένες περιπτώσεις αλυσοδεμένους, ο Πινέλ τους επέτρεψε να περπατούν στις αυλές και στους διαδρόμους και να συζητούν μεταξύ τους και με το νοσηλευτικό προσωπικό. (Πιπερόπουλος, 2002)

Μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, αμέτρητοι ασθενείς με ψυχική ασθένεια που ήταν καταδικασμένοι να πεθάνουν στο Μπισετρ, όπως και σε παρόμοια ιδρύματα, κατόρθωσαν να θεραπευτούν και αφέθηκαν ελεύθεροι να γυρίσουν πίσω στα σπίτια τους και στις οικογένειες τους, η μέθοδος επεκτάθηκε στην συνέχεια στο ψυχιατρείο του Σαλπετριερ και σε ιδρύματα σ' όλη την Ευρώπη. (Πιπερόπουλος, 2002).

Δεν θα πρέπει να παραλείψουμε τον Franz Anton Mesmer (1734-1815) ο οποίος έγινε διάσημος για λίγα χρόνια με τη θεωρία του περί ενός ειδικού μαγνητικού υγρού (σαν 6^η αίσθηση) που έχει ο άνθρωπος και το οποίο όταν απελευθερωθεί (πράγμα που ισχυριζόταν ότι μπορούσε να κάνει ο ίδιος) ο

άνθρωπος θεραπεύεται. Επρόκειτο για κάποια μορφή ύπνωσης, όπως θεωρούσε ο ίδιος. Ο Mesmer, όμως, και η θεωρία του χαρακτηρίστηκαν ότι δεν είχαν επιστημονική βάση από μια επιτροπή που ερεύνησε τη θεωρία του (και η οποία περιελάμβανε και τον Benjamin Franklin - 1784) κι έτσι ο Mesmer πέθανε ξεχασμένος στην Ελβετία. Η σημασία του Μεσμερισμού για την Ψυχιατρική, πάντως, έγκειται στο ότι αποτέλεσε την πιο αξιόλογη προσπάθεια να στραφεί η προσοχή στα νευρωτικά φαινόμενα κι όχι μόνο στις ψυχώσεις. (Μάνος, 1997)

Η αιτιολογία των ψυχικών νόσων εν τω μεταξύ κυμαίνεται από κληρονομικότητα, υπερβολικό αυνανισμό, πάθη και έντονο στρες μέχρι δυστυχισμένη παιδική ηλικία, λανθασμένη διαπαιδαγώγηση και επίδραση του γενικότερου περιβάλλοντος. (Μάνος, 1997)

Η αρχή του 19^{ου} αιώνα είναι και η πρώτη φορά που η ψυχιατρική αρχίζει να εμφανίζεται σαν ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα και σαν όρος να πρωτοπαρουσιάζεται σε γερμανικά κυρίως περιοδικά. (Μάνος, 1997)

Προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα, όμως, η ηθική θεραπεία του Pinel χάνει έδαφος, καθώς απαισιοδοξία καταλαμβάνει προοδευτικά τους οπαδούς της (η σχιζοφρένεια θεωρείται ανίατη) και τα νοσοκομεία ξαναγυρνούν σιγά - σιγά στην παλιά τους μορφή. (Μάνος, 1997)

Τέλη του 19^{ου} αρχές του 20^{ου} αιώνα

Η σύγχρονη θεώρηση των ψυχολογικών προβλημάτων και των ψυχικών ασθενειών έχει ταυτιστεί με το έργο του πατέρα της ψυχανάλυσης, του Δρος Σίγκμουντ Φρόυντ. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, ο νεαρός τότε Δρ. Φρόυντ, ο οποίος μαθήτευσε κοντά στον Δρα Σαρκώ μαθαίνοντας την τεχνική του υπνωτισμού, την οποία εφάρμοσε για κάποιο διάστημα στη Βιέννη σε άτομα που έπασχαν από υστερικά συμπτώματα. Αργότερα, ο Φρόυντ εγκατέλειψε την τεχνική του υπνωτισμού και ανέπτυξε τη δική του τεχνική, του ελεύθερου συνειρμού - όπου ο πελάτης εκφράζεται ελεύθερα για οτιδήποτε του έρχεται στο νου, καθώς κάθετα αναπαυτικά στην καρέκλα του ή στην πολυθρόνα - ενώ στην πορεία στοιχειοθέτησε την ψυχοδυναμική του θεωρία για τα ψυχικά προβλήματα γνωστή ως Φροϋδικά Ψυχανάλυση. (Πιπερόπουλος, 2002)

Στον 20^ο αιώνα χαρακτηρίστηκε από την οριστική και αμετάκλητη εγκατάλειψη της δαιμονολογίας, της μαγείας, του δέους των εξορκισμών, του στιγματισμού και των προκαταλήψεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και γενικότερα στα ψυχικά προβλήματα. Η εξελικτική πορεία της ψυχολογίας, της νευρολογίας και της ψυχιατρικής, όπως και της ψυχοφαρμακολογίας στη διάρκεια του περασμένου αιώνα, ήταν σίγουρα γεωμετρική. Η σύγχρονη αντίληψη, βασισμένη σε επιστημονικά και κλινικά τεκμηριωμένες θέσεις για τα ψυχολογικά προβλήματα και τις ψυχικές ασθένειες, καθιέρωσε το γεγονός ότι ένας εκπληκτικός ελάχιστος αριθμός καθαρά οργανικών παθήσεων καταδικάζει μερικά άτομα στην κατηγορία των ανιάτων. (Πιπερόπουλος, 2002).

Ένα από τα σημαντικότερα έργα του Sigmund Freud (Freiberg 1856-1939), το οποίο έγραψε το 1900 είναι η ερμηνεία των ονείρων (μεθοδολογία της ερμηνείας των ονείρων που είχαν φέρει σε αμηχανία τους ερευνητές για αιώνες, εισαγωγή της υποκειμενικής παρατήρησης του εαυτού σε αντίθεση προς την αντικειμενική ψυχολογία, πρόταση του συνεχούς μεταξύ φυσιολογικότητας και παθολογικότητας). (Μάνος, 1997)

Το 1896 εισάγει τον όρο ψυχανάλυση.

Το 1916-1917 γράφει τις *Εισαγωγικές Διαλέξεις στην Ψυχανάλυση* (αμυντικοί μηχανισμοί). Το 1920, το *Πέραν της αρχής της ευχαρίστησης*, το 1923 *Το Εγώ και το Εκείνο*.

Αν και πολλά από αυτά που ανακάλυψε ο Freud είχαν αναφερθεί και νωρίτερα, η ευφυΐα του ήταν ότι οργάνωσε μια θεωρία αντίληψης και κατανόησης της ψυχής του ανθρώπου της οποίας η σαφήνεια και η πληρότητα δεν έχουν ακόμη ξεπερασθεί. (Μάνος, 1997)

Alfred Adler (Γεννήθηκε το 1870 από Εβραίους γονείς στη Βιέννη. Πέθανε το 1937 στην Αγγλία, ενώ έδινε διαλέξεις). Η βασική του θέση ήταν ότι η νεύρωση ξεκινάει από αισθήματα κατωτερότητας που οφείλονται σε οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. (Μάνος, 1997)

Ο Alder θεωρείται ιστορικά σημαντικός για τη θεωρία του περί κατωτερότητας ορισμένων οργάνων (ψυχοσωματική ιατρική) και για τις

απόψεις του για τους κοινωνικούς παράγοντες ως αιτιών νεύρωσης και για το σπινζωής που αναπτύσσει κάθε άνθρωπος και μέσα στο οποίο κινείται (υπαρξιακή ψυχιατρική). (Μάνος, 1997)

Jung. Ο Carl Gustav Jung γεννήθηκε το 1875 στην Ελβετία από Προτεστάντες γονείς και πέθανε το 1961 στην Ελβετία.

Προοδευτικά δημιούργησε τη δική του ψυχαναλυτική θεωρία βασισμένη στις αντιθέσεις και την πολυπλοκότητα της προσωπικότητας. Κύρια στοιχεία της θεωρίας του είναι: υπάρχουν δύο αντιθετικές καταστάσεις, η εξωστρέφεια και η ενδοστρέφεια η ψυχική ενέργεια προέρχεται από ένστικτα υπάρχει το συλλογικό ασυνείδητο από το οποίο αναφύονται παγκόσμιοι αρχέτυποι ασχέτως κουλτούρας και ιστορικής περιόδου η ψυχή αποτελείται από την persona (κοινωνική μάσκα), τη σκιά (κρυμμένα προσωπικά χαρακτηριστικά), την anima (η θηλυκή ταυτοποίηση στον άνδρα), τον animus (η αρσενική ταυτοποίηση στη γυναίκα) και τον εαυτό (το εσωτερικότατο κέντρο της προσωπικότητας) η εξατομίκευση είναι η βασική πορεία της ζωής, η οποία επιτυγχάνεται στο δεύτερο μισό της ζωής με την ανάδυση της αρχετύπου εικόνας του εαυτού, οπότε και η συνθετική - ερμηνευτική θεραπεία του αποβλέπει στο να βοηθήσει τον ασθενή να πετύχει την εξατομίκευση του. (Μάνος, 1997)

Otto Rank. (Γεννήθηκε το 1884 στη Βιέννη από Εβραίους γονείς και πέθανε το 1939 στην Αμερική).

Ο Rank ανέπτυξε πολλά άλλα ενδιαφέροντα στοιχεία, όπως την έμφαση στο παρόν στη θεραπεία, την ολότητα της προσωπικότητας, την ψυχολογία της δημιουργικότητας και μάλιστα της καλλιτεχνικής, τα οποία έχουν απορροφηθεί σήμερα στην ψυχαναλυτική θεωρία χωρίς να του αποδοθεί ο ανάλογος φόρος τιμής. Κι αυτό γιατί όπως και ο Alder φρόντισε μόνο να δημιουργήσει, χωρίς να συστηματοποιήσει τα γραφόμενά του. (Μάνος, 1997)

— Σύγχρονη Ελλάδα

(ΜΕΣΑ 20^{ου} ΑΙΩΝΑ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ)

Η διεθνής κοινή γνώμη έχει ήδη αρχίσει να κατανοεί το γεγονός ότι τα πολυποίκιλα ψυχολογικά προβλήματα και οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν καταστάσεις που όχι μόνο επιδέχονται βελτίωση, αλλά και θεραπεύονται αποτελεσματικά με τη χρήση σχετικών ψυχοφαρμάκων, σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτική ή και ψυχαναλυτική αγωγή και συνεπώς έχει μειωθεί πλέον εκείνο το αρχαϊκό πλαίσιο που δημιουργούσε το κοινωνικό - ψυχολογικό στίγματος, για το άτομο και την οικογένεια του. Η προοδευτική αυτή εξέλιξη της κοινής γνώμης σε διεθνές επίπεδο σε θέματα ψυχικής υγείας δεν έχει ακόμη καλύψει την Ελλάδα σε εύρος και βάθος που έχει σε άλλες δυτικές και ανατολικές κοινωνίες, παρά το γεγονός ότι ο μέσος Έλληνας είναι καλύτερα πληροφορημένος από τον πατέρα και τη μητέρα του και σίγουρα καλύτερα από τον παππού του και τη γιαγιά του. (Πιπερόπουλος, 2002).

Η επικινδυνότητα τώρα του ψυχικά ασθενή μοιάζει να αποτελεί το σταθερό σημείο αναφοράς που αναδύεται από τη μακροχρόνια προσπάθεια της ανθρωπίνης σκέψης να κατανοήσει το πρόβλημα της παραφροσύνης. Μέσα από μια εξελικτική πορεία σημαδεμένη από αλληπάλληλες κατασκευές μύθων σε διάφορες περιόδους της ιστορίας μας, υπάρχει ένα πλήθος αντίθετων αντιλήψεων γύρω από τις ψυχικές ασθένειες, ακόμη όμως διαιωνίζεται η σύνδεση της ψυχικής ασθένειας με την επικινδυνότητα, η θεώρηση του τρελού ως αμαρτωλού κακού ανθρώπου ικανού να διαπράξει οποιαδήποτε πράξη (βίαιη, εγκληματική).

Η αντίληψη αυτή είναι ήδη κυρίαρχη πολύ πριν οι έννοιες της ψυχικής ασθένειας και της επικινδυνότητας αποκτήσουν σύγχρονο, θετικιστικό και επιστημονικό περιεχόμενο. Ο βαθμός ορατότητας της σύνδεσης αυτής και η επιχειρηματολογία που τη στηρίζει είναι τα μόνα που μεταβάλλονται ως αποτέλεσμα των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που επικρατούν όσο και του επιπέδου ανάπτυξης της επιστημονικής γνώσης. (Τσαλίκου, 1987).

Όπως και στις άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα η ασυλιακή ψυχιατρική εγκαταστάθηκε στο 19^ο κυρίως αιώνα. Ενώ όμως σε διάφορες χώρες της

Ευρώπης και στην Αμερική ο 20^{ος} αιώνας έφερε την ανάπτυξη καινούργιων διαστάσεων της ψυχιατρικής, όπως η ψυχανάλυση, η κοινωνική - κοινοτική ψυχιατρική, το φάσμα των ψυχοθεραπειών, η δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία και κέντρα ψυχικής υγείας -«ανοιχτή δηλαδή ψυχιατρική περίθαλψη», η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση των διαστάσεων αυτών. Το αποτέλεσμα ήταν η ψυχιατρική περίθαλψη ειδικά και η ψυχιατρική γενικότερα μόνο πολύ πρόσφατα επιτέλους ν' αρχίσουν να κινούνται προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των άλλων χωρών. (Μάνος, 1997).

Έτσι, μόλις στη δεκαετία του 1980, η ψυχιατρική σαν ειδικότητα χώρισε από τη νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη ειδικότητα, η πολιτεία ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία και η νομοθεσία επιτέλους δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, κέντρων ψυχικής υγείας κ.λ.π. (Μάνος, 1997)

3. ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή είχε σαν σκοπό την ενημέρωση των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας για την ψυχική υγεία γενικότερα (για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, για την προκατάληψη που υπάρχει στην κοινή γνώμη κ.α.).

Στόχοι είναι:

- ✚ Να δώσουμε σ' όσους την διαβάσουν την δυνατότητα να πάρουν μια γενική εικόνα για την ψυχική υγεία (π.χ. τι βιώνουν οι ψυχικά ασθενείς, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που υπάρχουν στην Ελλάδα και τι μπορούν να προσφέρουν)
- ✚ Να βοηθήσει τους σπουδαστές μέσα από την ανάγνωση της να μειώσουν όσο το δυνατόν περισσότερο την προκατάληψη που ίσως νιώθουν για τους ψυχικά ασθενείς

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1. Ορισμοί και θεωρίες της Ψυχικής Υγείας ΟΡΙΣΜΟΙ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας όπου το άτομο μπορεί να ζήσει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. (Παπαγεωργίου -Βασιλοπούλου, 2000).

ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ: Θεωρείται ως μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει από τις νόρμες που επιβάλλει η τρέχουσα αντίληψη της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας για τις νόρμες συμπεριφοράς.

ΨΥΧΩΣΗ: Ορίζεται σαν μια μείζονα ψυχική διαταραχή, στην οποία σκέψη, συναίσθημα, επικοινωνία και συμπεριφορά είναι τόσο σοβαρά διαταραγμένα, ώστε η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής παρακωλύεται σημαντικά.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: Θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του.

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ: Είναι καθιερωμένος θεσμός μέσα από τον οποίο κατέστη δυνατή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της Κοινωνικής

Ψυχιατρικής.
(Μαθιανός 2000).

ΣΤΙΓΜΑ: Ορίζεται οι κοινωνικές διακρίσεις έναντι των ατόμων με ψυχική νόσο που οδηγούν στον αποκλεισμό τους από διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής.
(Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ: Ορίζεται ως η αλλαγή στη φιλοσοφία και στην πρακτική αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000).

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το «ανάπηρο» άτομο να φθάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000).

ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: Είναι μορφή κοινωνικού θεσμού που θεμελιώνεται στη φυσική βούληση που πηγάζει από το ένστικτο και τη βούληση. Τα κοινωνικά σύνολο που συνέχονται από αυτό το είδος κοινωνικού δεσμού χαρακτηρίζονται από άτυπες έμμεσες και προσωπικές σχέσεις και από παραδοσιακότητα. (Μαδανός, 2000).

ΘΕΩΡΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), 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 θετική ψυχική υγεία ορίζεται σαν το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περικλείει επτά

χαρακτηριστικά:

- i) την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητας του
- ii) την δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο
- iii) την δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές
- iv) την δυνατότητα αντίστασης στο στρες
- v) την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον
- vi) την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει
- vii) την δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματα του

(Marie Johoda, 1958)

Κατά τους Στεφανή και συν. για να οριστεί η ψυχική υγεία, πρέπει να εφαρμοστούν και συμπληρωματικά αλλά ταυτοχρόνως βασικά κριτήρια. Μερικά από τα κριτήρια τα οποία θεωρούνται βασικά είναι τα εξής:

α) Το στατικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς. Μη υγιής θεωρείται εκείνος του οποίου η συμπεριφορά αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των μελών μιας κοινότητας

β) Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου κλινικά διαπιστωμένης, ορίζει την ψυχική υγεία αρνητικά με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Το κριτήριο αυτό θεωρείται το ασφαλέστερο.

γ) Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής που δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς αγνοώντας την υποκειμενικότητα των ψυχολογικών αιτιάσεων του ατόμου. Το κριτήριο αυτό θεωρείται και είναι αντιδραστικό, γιατί θεωρεί ως καθολικό ό,τι δεν είναι σύμφωνο με τις επικρατούσες αξίες, άρα ότι είναι π.χ. πρωτοποριακό μπορεί να θεωρείται και περιθωριακό.

δ) Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας. Πρόκειται για ένα κριτήριο μικρής αξιοπιστίας, διότι τα άτομα διαφοροποιούνται από την επίγνωση και έκφραση της δυσφορίας.

Όπως είπαμε και πριν, υπάρχουν και τα συμπληρωματικά κριτήρια. Συμπληρωματικά θεωρούνται τα εξής ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου στο συγκεκριμένο κοινωνικό του χώρο και χρόνο:

1. ικανότητα προσαρμογής του στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον έτσι ώστε να επιτρέπεται η ικανότητα βασικών αναγκών
2. συνειδητοποίηση του σκοπού της ζωής και των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις
3. επίγνωση της προσωπικής ταυτότητας
4. επίγνωση του κοινωνικού και φυλετικού ρόλου και
5. αντοχή στο περιβαλλοντικό στρες

Παρ' όλα αυτά, η εννοιολογική αποσαφήνιση της ψυχικής ασθένειας δυσχεραίνεται από τη διαπίστωση της απουσίας ενός σαφούς, καθολικά αποδεκτού ορισμού. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας έχει αποκτήσει στις μέρες μας μια υπεραφθονία σημασιών που προκαλεί σύγχυση. Έτσι μπορεί να σημαίνει:

- βιολογική βλάβη του οργανισμού
- ψυχολογική διαταραχή
- συμπτώματα υπερ-υγείας

Ανεξάρτητα από την αιτιολογία της, η ψυχική ασθένεια θεωρείται εξαρχής μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει από τις νόρμες που επιβάλλει η τρέχουσα αντίληψη της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας για τις νόρμες συμπεριφοράς.

Στο σύνολο τους οι ψυχικές ασθένειες (λειτουργικές ψυχώσεις, νευρώσεις, χαρακτηρολογικές διαταραχές) θίγουν το άτομο στις βιωματικές και κοινωνικές του λειτουργίες και εκδηλώνονται κατά κύριο λόγο στη συμπεριφορά. Κατά συνέπεια αξιολογούνται με αντίστοιχα κριτήρια ψυχολογικά, κοινωνικά και όχι φυσιολογικά όπως στη σωματική ιατρική.

1.2. Μορφές ψυχικών διαταραχών

Οι ψυχώσεις είναι οι πιο βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών. Είναι το είδος των ψυχικών παθήσεων που βρίσκεται πιο κοντά σε αυτό που ο κοινός άνθρωπος αποκαλεί «τρέλα», γιατί χαρακτηρίζεται από τις πιο ακραίες και δραματικές ψυχοπαθολογικές αποκλίσεις. Οι ψυχωσικές διαταραχές παίρνουν ποικίλες μορφές. Κοινό χαρακτηριστικό των διαφόρων μορφών ψυχώσεων είναι ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή με την πραγματικότητα. Διεγείρεται περισσότερο από εσωτερικές καταστάσεις, υπακούει σε μια εξωπραγματική λογική και ζει στο δικό του κόσμο. Παρουσιάζει ένα είδος νοητικής σύγχυσης και συχνά οι συναισθηματικές του αποκρίσεις είναι απρόσφορες. Δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές και κοινωνικές απαιτήσεις. Επίσης, επειδή συχνά είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους, απαιτεί εγκλεισμό και περίθαλψη σε ψυχιατρική κλινική. (Παρασκευόπουλος, 1988).

Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε: α) Οργανικές, όσες δηλαδή έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο (εγκεφαλικό τραύμα, ορμονικές διαταραχές) όπως είναι οι γεροντικές άνοιες, αλκοολικές ψυχώσεις και β) Λειτουργικές, όσες δηλαδή δεν έχουν διαγνωσμένη οργανική αιτία, ιστοπαθολογική αλλοίωση και επομένως μπορούν να αποδοθούν σε ψυχοκοινωνικά αίτια.

Οι συνηθέστερες μορφές ψυχώσεων είναι:

α) Σχιζοφρένεια: Είναι το συνηθέστερο είδος ψύχωσης. Περιλαμβάνει ομάδα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που χαρακτηρίζονται από διαταραχές στη σκέψη, στο συναίσθημα και στην κινητική πραξιακή 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 και αλλόκοτων παραληρηματικών ιδεών. Οι διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές καταστάσεις και απρόσφορες συναισθηματικές αποκρίσεις. Οι διαταραχές στον κινητικό -πραξιακό τομέα συχνά περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα.

Οι σχιζοφρενείς σκέφτονται και μιλούν με τρόπο μη συμβατικό, παράλογο ή αντιφατικό. Αποτραβιούνται από τους άλλους ανθρώπους και κλείνονται βαθιά στον εαυτό τους και δεν αντιδρούν καθόλου στο περιβάλλον τους. Μπορεί απλά να κάθονται, να είναι σιωπηλά, ακίνητοι και αδιάφοροι, βυθισμένα σε βαθιά απάθεια. Έχουν αυταπάτες μεγαλείου (π.χ. θεωρούν τον εαυτό τους αυτοκράτορας) μανία καταδίωξης, παραισθήσεις, ακούνε φωνές, ενώ επικρατεί ησυχία και βλέπουν πράγματα που δεν υπάρχουν. Μιλάνε στον εαυτό τους ή φωνάζουν δυνατά στις φωνές που μόνο αυτοί ακούνε. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται κυρίως στους νέους (το 60% των σχιζοφρενών είναι κάτω των 35 ετών) και ιδιαίτερα στους άνδρες. (Παρασκευόπουλος, 1988).

Ένα άλλο βασικό είδος της ψύχωσης είναι **β) η μανιοκαταθλιπτική διαταραχή**. Το άτομο που παρουσιάζει αυτή τη διαταραχή ταλαντεύεται μεταξύ δύο αντίθετων άκρων όσον αφορά στη διάθεση του. Το ένα άκρο ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα μεγάλης χαράς, διαχυτικότητας, σιγουριάς ή ευφορίας. Τα άτομα μ' αυτή τη διάθεση αστειεύονται συνεχώς, γελάνε και μιλάνε πολύ αν και απέχουν από το να είναι ευτυχισμένα ή ικανοποιημένα. Βρίσκονται συνεχώς σε κίνηση, όχι γιατί το ευχαριστιούνται αλλά επειδή ωθούνται σ' αυτή την κατάσταση από ισχυρή ένταση, η οποία εντοπίζεται μέσα τους. Στην κατάσταση αυτής της υπερενεργητικότητας, κατέχονται από αυταπάτες μεγαλείου θεωρώντας τον εαυτό τους ανώτερο ή θεό, ικανό να πετύχει τα πάντα. Αφού βίωσαν το στάδιο της μανίας, οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να βρεθούν στο αντίθετο άκρο που ονομάζεται κατάθλιψη. Όταν πέφτουν στο καταθλιπτικό στάδιο τα άτομα αισθάνονται υπερβολική απόγνωση, αισθάνονται άχρηστα και σκέφτονται την αυτοκτονία. Έτσι χάνουν την επιθυμία για ομιλία, κίνηση, φαγητό και ύπνο και περνάνε την περισσότερη ώρα κλαίγοντας.

Υπάρχουν, επίσης, και ελαφρός μορφής ψυχικές διαταραχές που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι το υπερβολικό άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία. Αυτές ονομάζονται **νευρώσεις**. Το νευρωσικό άτομο δεν χάνει την επαφή με την πραγματικότητα, συνεχίζει να συμμετέχει και να δρα στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή, αλλά αδιάλειπτα νιώθει μια

δυσάρεστη εσωτερική ένταση, εκνευρισμό, συναισθήματα ενοχής, φόβο. Υποφέρει από συναισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας, δείχνει δυσκαμψία στη σκέψη, αδυνατεί να πάρει αποφάσεις για τα σημαντικά θέματα της ζωής. Οι εκδηλώσεις αυτές συνοδεύονται και από νευροφυτικές διαταραχές. Οι νευρώσεις συνοδεύονται και από νευροφυτικές διαταραχές. Οι νευρώσεις είναι η πιο κοινή μορφή παθολογικής συμπεριφοράς και πρωτοεκδηλώνεται κυρίως κατά την εφηβική και την πρώτη ώριμη ηλικία (ως το 30° έτος). (Παρασκευόπουλος, 1988).

Οι πιο συνηθισμένες μορφές νευρώσεων είναι:

α) Αγχώδης νεύρωση: Χαρακτηρίζεται από έναν αόριστο, αιωρούμενο και γενικευμένο φόβο που μπορεί να ενταθεί ως τον πανικό. Πρόκειται για μια κατάσταση αδιάλειπτης ανησυχίας που δεν σχετίζεται με κάποια συγκεκριμένη απειλή. Το άτομο με αγχώδη νεύρωση παρουσιάζει αδυναμία να συγκεντρωθεί, αϋπνία, υπερκινητικότητα, θυμική καταπόνηση. (Παρασκευόπουλος, 1988)

β) Φοβίες: Χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο, μπροστά σε ορισμένα ερεθίσματα - καταστάσεις, ο οποίος όμως φόβος δεν προέρχεται από πραγματική αιτία. Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, όπως για παράδειγμα ακροφοβία, αγοραφοβία, μονοφοβία, κλειστοφοβία, μυσοφοβία, νυκτοφοβία, ζωοφοβία, πυροφοβία. (Παρασκευόπουλος, 1988).

γ) Νευρωσική κατάθλιψη: Χαρακτηρίζεται από υπερβολική ευαισθησία σε δυσάρεστα γεγονότα, η οποία δημιουργεί βαθιά και παρατεταμένη απελπισία. Τα άτομα με νευρωσική κατάθλιψη ακόμα και σε μικρότερες κακοτυχίες, δείχνουν έντονη μελαγχολική κατάπτωση την οποία δύσκολα ξεπερνούν. (Παρασκευόπουλος, 1988).

δ) Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση: Χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες και επίμονη επανάληψη, κατά τρόπο τελετουργικό μιας σειράς στερεοτυπικών ενεργειών. Ένα άτομο με ιδεοψυχαναγκαστικές τάσεις, για παράδειγμα, μπορεί να ελέγχει συνέχεια αν έχει κλειδώσει ή όχι την πόρτα. (Παρασκευόπουλος, 1988).

ε) Υποχονδρίαση: Χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση με θέματα

σωματικής υγείας. Το άτομο με υποχονδρίαση δείχνει υπερβολική ευαισθησία στην παρουσία ακόμη και του πιο ασήμαντου σωματικού συμπτώματος. (Παρασκευόπουλος, 1988)

στ) Ψυχοσωματικές διαταραχές: Οι διαταραχές του είδους αυτού περιλαμβάνουν οργανικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα πονοκεφάλους, στομαχόπονους. Πρόκειται για σωματοποιητικές διεργασίες που κύριο στοιχείο τους είναι ο πόνος. (Παρασκευόπουλος, 1988).

ζ) Υστερική νεύρωση: Σε βαριές περιπτώσεις έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων, όπως ολική ή μερική αχρηστία των αισθητηρίων οργάνων ή μελών του σώματος, χωρίς να υπάρχει οργανική βλάβη. Οι συνηθέστερες μορφές υστερίας είναι η υστερική τύφλωση, η υστερική κώφωση, η υστερική αμνησία, η υστερική αλαλία. (Παρασκευόπουλος, 1988).

1.3. Μύθοι και πραγματικότητες στον τομέα της ψυχικής υγείας

Είναι, πράγματι, εντυπωσιακά, καθοριστικά και εμφανή τα κατάλοιπα μιας σχεδόν ανεξάντλητης σωρείας μύθων αναφορικά με τις ψυχικές ασθένειες που κατορθώνουν να διατηρούνται στον ατομικό και συλλογικό ψυχισμό του Έλληνα και στη σύγχρονη ελληνική κοινή γνώμη. Προφανώς, η άγνοια τους και ο σκοταδισμός, παρά τις εντυπωσιακές και αλματώδεις προόδους της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, της ψυχιατρικής και της νευρολογίας, μπορούν και συντηρούν ακόμα μύθους και σφαλερές θέσεις σε ό,τι αφορά την ψυχική ασθένεια και τον ψυχοκοινωνικό προβληματισμό! Και έτσι, η διαπίστωση κάποιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης μικρής ή μεγαλύτερης σημασίας σε ένα άτομο επιφέρει ακόμα και σήμερα την άμεση πρόσοψη του σχετικού κοινωνικού στίγματος στο ίδιο το άτομο αλλά και σε μέλη της οικογένειάς του. (Πιπερόπουλος, 2002).

Με γνώμονα τις παραπάνω συνοπτικές διαπιστώσεις, θα επισημάνουμε εδώ μερικούς από τους μύθους σε θέματα ψυχικής υγείας που διατηρούνται ακόμα ζωντανοί και θα αντιπαραθέσουμε τις ψυχοκοινωνικό τεκμηριωμένες

θέσεις που αναιρούν τις αναχρονιστικές προκαταλήψεις και απογυμνώνουν τους μύθους. (Πιπερόπουλος, 2002).

Μύθος - Το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια είναι βίαιο, ακατανόητο, παράξενο και εμφανώς διαφορετικό από μας, τους φυσιολογικούς ανθρώπους. (Πιπερόπουλος, 2002)

Αντιπαράθεση - Μόνο στις ακραίες περιπτώσεις μείζονος ψυχοπαθολογίας και εμφανώς όταν πρόκειται για μανιακά άτομα έχουμε περιστατικά βίαιης συμπεριφοράς. Αλλά και σε αυτές ακόμα τις περιπτώσεις, τα σύγχρονα μέσα της ψυχοθεραπευτικής επέμβασης μπορούν να ελέγξουν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό τις εκρήξεις βίας. Τα περισσότερα, όμως, άτομα που υποφέρουν από κάποιο ψυχολογικό, ψυχοκοινωνικό ή ψυχοπαθολογικό πρόβλημα, ή που αντιμετωπίζουν προβλήματα προσαρμογής στο περιβάλλον και τις απαιτήσεις του, είναι άνθρωποι σαν και μας και η ειδοποιός διαφορά της συμπεριφοράς τους έγκειται περισσότερο στη συχνότητα και την ένταση της παρά στην ποιότητα και την υφή της. (Πιπερόπουλος, 2002)

Μύθος - Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και οι ψυχικές ασθένειες χαρακτηρίζουν άτομα με αδύνατο χαρακτήρα, άβουλα όντα που υποφέρουν από έμφυτες αδυναμίες του νευροφυτικού τους συστήματος. (Πιπερόπουλος, 2002)

Αντιπαράθεση - Ακόμα και τα πιο δυναμικά, όχι μόνο τα πιο ευαίσθητα άτομα, υπόκεινται στις πιθανότητες εκδήλωσης κάποιου είδους νευρωσικής συμπεριφοράς, στη δημιουργία μιας αγχωτικής αντίδρασης ή την εκδήλωση κάποιας φοβίας. Η ψυχική και κοινωνική δυσλειτουργία δεν εξυπακούει, οπωσδήποτε, ασθενές νευροφυτικό σύστημα. Βέβαια, συμβαίνει, όπως φαίνεται από στατιστικά στοιχεία, άτομα με κάποια προδιάθεση για δυσλειτουργική αντίδραση σε έντονες καταστάσεις στρες να εκδηλώνουν συμπτώματα ψυχοκοινωνικού προβληματισμού, εφόσον ζητήσουν πολλές αλληπάλληλες στρεσογόνες εμπειρίες και καταστάσεις, ή μια αλλά καθοριστικά καταλυτική τραυματική εμπειρία. (Πιπερόπουλος, 2002).

Μύθος - Η ψυχική ασθένεια, όπως και τα ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά

προβλήματα, είναι κληρονομικές καταστάσεις. Το άτομο που τις έχει θα τις μεταδώσει αναπόφευκτα και στα παιδιά του. (Πιπερόπουλος, 2002).

Αντιπαράθεση - Στο σημείο αυτό οι αντιλήψεις της ελλαδικής κοινής γνώμης έχουν τις ρίζες τους στο απόμακρο ιστορικό παρελθόν ολάκερης της ανθρωπότητας. Αλλά οι σχετικές επιστημονικές έρευνες απολήγουν, μέχρι σήμερα τουλάχιστον, στη διαπίστωση ότι η κληρονομικότητα στη μεταβίβαση μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης ή μιας συγκεκριμένης ψυχασθένειας περιορίζεται σε ελάχιστες περιπτώσεις, ενώ αποκλείονται σχεδόν οι νευρώσεις, οι αποκλίσεις και δυσλειτουργίες του χαρακτήρα καθώς και τα κάθε λογής προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ατόμου στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του. (Πιπερόπουλος, 2002).

Μύθος - Τα ψυχολογικά προβλήματα, οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις αποτελούν ανίατες περιπτώσεις, ακόμα και όταν εξαλειφθούν τα χαρακτηριστικά τους συμπτώματα με κάποιου είδους ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ή με τη λήψη ψυχοφαρμάκων, το άτομο θα παραμείνει παράξενο, διαφορετικό από μας τους φυσιολογικούς ή νορμάλ ανθρώπους και, φυσικά, θα είναι αμφίβολης ποιότητας. (Πιπερόπουλος, 2002).

Αντιπαράθεση - Τα περισσότερα ψυχολογικά, ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως και οι ψυχασθένειες, θεραπεύονται και η θεραπεία τους είναι, συνήθως, μόνιμη σε διαχρονική θεώρηση. Βέβαια, σε περιπτώσεις μόνιμης και αμετάκλητης καταστροφής εγκεφαλικών κυττάρων ή κέντρων, όπως και σε περιπτώσεις χρόνιας ψυχοπαθολογίας, η θεραπεία δεν μπορεί να ξεπεράσει τα όρια όπου βοηθούμε το άτομο να λειτουργήσει, ελέγχοντας την ένταση των συμπτωμάτων του, έστω και μερικώς. Ακόμη και σε αυτήν, όμως, την περίπτωση της συνδρομής προς τη μερική λειτουργία του ατόμου, είναι προτιμότερη η εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης από την τάση του εγκλεισμού του ατόμου σε κάποιο ψυχιατρικό νοσηλευτικό ίδρυμα εφ' όρου ζωής. (Πιπερόπουλος, 2002).

Μύθος - Το άτομο που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να θεραπευτεί μόνο του, αρκεί να ασκήσει επάνω στο πρόβλημα του ολάκερη τη

θέληση του και τη δύναμη της βούλησης του, ή, αντίστροφα, κανένα άτομο δεν μπορεί να θεραπεύσει ή να επιλύσει μόνο του τα ψυχολογικά του προβλήματα, αν δεν το φροντίσουν κάποιοι εξειδικευμένοι επιστήμονες με ψυχοθεραπεία ή με ψυχοφάρμακα, ή με νοσηλεία και εγκλεισμό σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα. (Πιπερόπουλος, 2002).

Αντιπαράθεση - Και οι δύο αντίθετες αυτές αντιλήψεις είναι λανθασμένες, έστω και αν εκπροσωπούν από τη μια κάποια φωτεινή και από την άλλη κάποια σκοτεινή πλευρά της διχογνωμίας που διακατέχει την κοινή γνώμη. Τα νευρωσικά άτομα, αυτά που υποφέρουν από άγχος, φοβίες, ψυχαναγκασμούς, σεξουαλικές διαταραχές ή από προβλήματα προσαρμογής, ίσως επιθυμούν και πολύ έντονα και πολύ συνειδητά να εξαλείψουν τα συγκεκριμένα ψυχικά τους προβλήματα, αλλά ο έλεγχος των συμπτωμάτων που σχετίζονται με λειτουργίες του αποκαλούμενου Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, καθώς και η κατανόηση υποσυνείδητων συγκρούσεων, είναι πράγματα σχεδόν ακατόρθωτα, όταν το άτομο διαθέτει ως μοναδικό του όπλο αποκλειστικά τη... θέληση του ή τη βούληση του! (Πιπερόπουλος, 2002)

Από την άλλη πάλι πλευρά, το άτομο που αποζητά τη βοήθεια ενός ειδικού και μαζί του οι συγγενείς και φίλοι του περιμένουν καμιά φορά την άμεση - τη σχεδόν μαγική - επίλυση του προβλήματος του, και, μεταξύ άλλων, αυτή η προσμονή είναι που οδηγεί πολλά άτομα να επιλέξουν τη μέθοδο της λήψης ψυχοφαρμάκων και όχι την επιλογή μιας έστω βραχύχρονης ψυχοθεραπείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο - ψυχοθεραπευτή, ο οποίος θα ζητήσει χρόνο για να επιλύσει χωρίς φάρμακα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο. (Πιπερόπουλος, 2002).

Μύθος - Τα ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα και οι ψυχικές ασθένειες είναι, συνήθως, χαρακτηριστικά ατόμων με πολλά πνευματικά προικίσματα, ή αντίστροφα, οι ιδιοφυΐες και οι μεγάλοι δημιουργοί την έχουν και λίγο... ψωνισμένη.

Αντιπαράθεση - Οι επιστημονικές έρευνες που υπάρχουν μέχρι σήμερα και που έχουν ως κύριο στόχο τους τον προσδιορισμό της σχέσης ανάμεσα

στην ευφυΐα και τον ψυχικό προβληματισμό δεν τεκμηριώνουν μια τέτοια διαπίστωση. (Πιπερόπουλος, 2002)

Οπωσδήποτε πολλοί καλλιτέχνες και πολλά δημιουργικά άτομα συμπεριφέρονται με τρόπους που δεν είναι άμεσα κατανοητοί από τη κοινή γνώμη, αλλά αυτό δεν μπορεί να ταυτισθεί με την ύπαρξη στα άτομα αυτά κάποιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης. Τουναντίον, πολλές έρευνες απολήγουν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα αυτά που είναι προικισμένα με έντονη δημιουργικότητα και με ικανότητες στις τέχνες ή τις επιστήμες, όπως και στο εμπόριο, διαθέτουν, συνήθως, και υγιείς μηχανισμούς προσαρμογής στις απαιτήσεις του ψυχοκοινωνικού τους περιβάλλοντος. Αλλά και αυτές, πάλι, οι απόψεις δεν έχουν παγιώσει σε επιστημονικό κανόνα τη συγκεκριμένη σχέση ανοσίας σε ψυχολογικό προβληματισμό και ψυχοπαθολογία, εξαιτίας του υψηλού δείκτη νοημοσύνης ή της έντονης τάσης δημιουργικότητας. (Πιπερόπουλος, 2002).

Μύθος - Τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχικές ασθένειες είναι, συνήθως, άτομα που τα διακρίνει κάποια λιγότερο ή περισσότερο έντονη μορφή πνευματικής ή διανοητικής καθυστέρησης. (Πιπερόπουλος, 2002)

Αντιπαράθεση - Εδώ έχουμε την αντίστροφη όψη της εσφαλμένης αντίληψης της κοινής γνώμης που αναφέρθηκε παραπάνω. Τα έντονα ψυχολογικά προβλήματα και οι ψυχασθένειες απολήγουν στον κατακερματισμό των σωματικών, ψυχικών και διανοητικών ικανοτήτων και λειτουργιών του ατόμου, με αποτέλεσμα αυτό να δίνει την εντύπωση ότι βρίσκεται εκτός πραγματικότητας, ανήμπορο να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής του. Από έρευνες με άτομα που παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα προκύπτει ότι αυτά δεν υστερούν σε νοημοσύνη από το μέσο όρο των συνανθρώπων τους που δεν παρουσιάζουν ψυχοκοινωνικό προβληματισμό. (Πιπερόπουλος, 2002)

Μύθος - Όλα τα άτομα που εκδηλώνουν ψυχολογικά προβλήματα και συμπεριφορά που μπορεί να διαγνωσθεί και να υπαχθεί σε μια από τις καθιερωμένες διαγνωστικές κατηγορίες ψυχοπαθολογίας είναι παράλογα

άτομα. (Πιπερόπουλος, 2002)

Αντιπαράθεση - Ο μύθος αυτός συντηρείται από το γεγονός ότι, σε κάποιον τύπο σχιζοφρένειας ή σε άλλη μορφή ψύχωσης, το άτομο εξωτερικεύει την υποκειμενική σύγχυση που το διακατέχει (παρουσιάζει δηλαδή διαταραχές σκέψης) με άμεσο αποτέλεσμα τη διαπίστωση του παραλογισμού του από τρίτα πρόσωπα, οικεία ή ξένα. Από τέτοιες περιπτώσεις η κοινή γνώμη έχει γενικεύσει την εντύπωση ότι η διάγνωση ή ο εντοπισμός ψυχοπαθολογικής κατάστασης ή ψυχικών προβλημάτων σε ένα άτομο είναι συνώνυμη με τον παραλογισμό του. Στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχολογικού προβληματισμού και ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, τα άτομα διατηρούν σημαντικά στοιχεία της διανοητικής τους ικανότητας ανέπαφα και μπορούν να αξιολογήσουν και να αναλύσουν τον προβληματισμό τους με λογική συνέπεια. Όμως, η συμπεριφορά και οι ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες ή τα ψυχοσωματικά τους συμπτώματα που προέρχονται από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό), δεν υπόκεινται σε έλεγχο της βούλησης, ή, αν θέλετε, σε λογικό έλεγχο. (Πιπερόπουλος, 2002).

Μύθος - Οι ψυχασθένειες και τα ψυχολογικά προβλήματα είναι αποτελέσματα του έντονα απρόσωπου τρόπου ζωής στα σύγχρονα πολύβουα, πολυάνθρωπα αστικό - βιομηχανικά κέντρα του πλανήτη μας. (Πιπερόπουλος, 2002).

Αντιπαράθεση - Αναμφίβολα, η ένταση της ζωής στη σύγχρονη τσιμεντούπολη, η αλλαγή της δομής της οικογένειας, ο εγκλωβισμός μας στα ασφυκτικά διαμερίσματα των πολυκατοικιών, η αλλοίωση θεσμών, ηθών και εθίμων, η ραγδαία αλλαγή στα συστήματα των αξιών μας δημιουργούν συνεχές στρες και άγχος που φορολογούν επίμονα τον καθένα μας σε καθημερινή βάση. Όσο και αν θα το 'θελε κάποιος τμήμα της κοινής γνώμης, δεν μπορούμε να φορτώσουμε όλα τα ψυχολογικά προβλήματα και τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις στους ώμους της σύγχρονης - καταναλωτικής μας - κοινωνίας. Καμία ανθρωπολογική έρευνα δεν εντόπισε κάποιον πρωτόγονο λαό απόλυτα απαλλαγμένο από το ψυχολογικό προβληματισμό

και τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, μολονότι έχουν εντοπιστεί φυλές που είναι απαλλαγμένες από συγκεκριμένες οργανικές παθήσεις. Τα ψυχολογικά προβλήματα και οι ψυχασθένειες υπήρχαν από αρχαιοτάτων χρόνων και συνεχίζουν να υπάρχουν και σήμερα, αλλά σήμερα, όπως δηλώθηκε παραπάνω, πάρα πολλές μορφές τους θεραπεύονται με επιτυχία. (Πιπερόπουλος, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ ΑΝΑ ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ

2.1. Ίδρυση των πρώτων ψυχιατρικών νοσοκομείων και ιδρυμάτων στην Ευρώπη

Από τον 10^ο - 11^ο αιώνα δημιουργούνται προοδευτικά νοσοκομεία, αν και εκεί μέσα οι ασθενείς μένουν αλυσσοδεμένοι και παραμελημένοι.

Κατά τα φαινόμενα, το πρώτο ψυχιατρικό ίδρυμα στην Ευρώπη ήταν το Νοσοκομείο Βηθλεέμ στο Λονδίνο. Είναι περισσότερο γνωστό ως Μπέντλαμ, ιδρύθηκε το 1247 και άρχισε να δέχεται ψυχιατρικούς αρρώστους το 1377. Διατηρήθηκε για πολλούς αιώνες, αλλά κατάντησε να γίνει κακόφημο άσυλο όπου επικρατούσε η εκμετάλλευση και η κακομεταχείριση των ψυχιατρικών αρρώστων, τους οποίους η διεύθυνση επιδείκνυε με εισιτήριο τις Κυριακές σαν περίεργα ζώα σε θηριοτροφείο. Η λειτουργία και συντήρηση εντός τέτοιου ιδρύματος (φρενοκομείου) είχε από την αρχή ως σκοπό την απαλλαγή της κοινωνίας από την ενοχλητική παρουσία των τρελών ανάμεσα τους και κατά δεύτερο λόγο την προστασία και συντήρηση τους κάτω από υποφερτές συνθήκες. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Όμως, από τον Μεσαίωνα κιόλας, υπάρχει μια πόλη, η πόλη ΟΗΘΒΙ του Βελγίου που λειτουργούσε σαν πρότυπο κέντρο θεραπείας ψυχικών ασθενών. Εκεί όλη η πόλη φρόντιζε τους ψυχασθενείς και υπήρχε η εκκλησία της Αγίας Δάγνης που φημιζόταν για θαύματα σε ψυχασθενείς. Η ουσία πάντως ήταν και είναι η κοινοτική και ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχασθενών. (Μάνος, 1997)

Άλλοι θεωρούν ότι το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1409 στην Βαλέντσια από τον ιερέα υοίτβ και γενικά θεωρούν ότι η Ισπανία πρωτοπόρησε στην ίδρυση ψυχιατρικών και στη χώρα της και στο Μεξικό σε συνδυασμό με την επίδραση των Αράβων. (Μάνος, 1997)

Πολύ αργότερα, το 1748 ιδρύθηκε το νοσοκομείο της Σμύρνης από τον Παντολέοντα Σεβαστόπουλο. Αναφέρεται επίσης ότι στο ίδιο σημείο υπήρχε

από το 1723 ένας ξενώνας για τους αρρώστους Έλληνες. (Πλουμπίδης, 1955)

Το 1833 ιδρύθηκε το Αρμένικο νοσοκομείο της Κωνσταντινούπολης, όπως αναφέρεται από τον Ι. Ιιββίλ. Από την αρχή της ίδρυσης δεχόταν γέροντες και ψυχοπαθείς καθώς και ορφανά και φαυλόβια παιδιά. (Πλουμπίδης, 1955)

Το 1855 ιδρύθηκε το άσυλο ψυχοπαθών I_3 Κζίχ στην Κωνσταντινούπολη και από το 1882 είχε μεταβληθεί σε άσυλο ψυχοπαθών. Ιδιοκτήτριες και διευθύντριες ήταν γαλλίδες καλόγριες. (Πλουμπίδης, 1955)

Το 1927 ιδρύεται η πρώτη εξωνοσοκομειακή μονάδα στο Παρίσι. Το 1938 δημιουργούνται νομοθετικά οι δυνατότητες για την ίδρυση και άλλων εξωτερικών ιατρείων. Το 1945 ο Daumezon χρησιμοποιεί τον όρο «τομεοποίηση» και το 1945-1947, το Συνδικάτο των Ψυχιατρείων, από τους Bonafe, Civadon ενεργοποιείται για να ζητήσει ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις. Την ίδια εποχή, ιδρύονται δύο πρότυπες ανοιχτές ψυχιατρικές κλινικές. Το 1952 ο Daumezon επιβάλλει την τομεοποίηση σε κάθε ψυχιατρείο, ενώ το 1958 ιδρύεται ο Πρότυπος Ψυχιατρικός Τομέας του 13^{ου} διαμερίσματος του Παρισιού από τον Paumelle με πλήρες φάσμα υπηρεσιών. (Paumelle και Lebonici 1966 Αμπατζόγλου και Πλουμπίδης, 1985)

Το 1961, μετά από μια υπουργική εγκύκλιο του 1960, η οποία ρύθμιζε τα της ψυχιατρικής τομεοποίησης με μοντέλο την υπάρχουσα οργάνωση του αντιφυματικού αγώνα, αναπτύχθηκαν παραπάνω από 300 τομείς καλύπτοντας σχεδόν τη μισή χώρα. (Μαδιανος, 2000).

2.2. Τα πρώτα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα

Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1838 από την αγγλική κατοχική διοίκηση στην Κέρκυρα, σε κτίριο που στέγαζε στρατιωτικές φυλακές και λειτουργεί ακόμα εκεί. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Το 1862 το ελληνικό κράτος αποφάσισε την ίδρυση «φρενοκομείων προς συντήρηση και θεραπεία των φρενοβλαβών». Έτσι, το 1887, ιδρύθηκε ένα πρωτοποριακό ψυχιατρικό ίδρυμα, το Δρομοκάϊτειο θεραπευτήριο, ίδρυμα δημοσίου δικαίου, που άνοιξε στην περιοχή του Δαφνιού. Το 1905, με

κληροδότημα του καθηγητή της Αστρονομίας Δημητρίου Αιγινήτη, ιδρύθηκε η πρώτη Πανεπιστημιακή κλινική, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, που τώρα βρίσκεται στο κέντρο της Αθήνας. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Το 1914 ιδρύεται το άσυλο Θεσσαλονίκης το οποίο αργότερα μετονομάστηκε σε Δημόσιο Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

Πολύ αργότερα, το 1928, ιδρύθηκε το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, μια σειρά από ξύλινα παραπήγματα απέναντι από τη μονή Δαγνιού που δέχθηκε τους πρώτους τους αρρώστους με μεταφορά από το δυσωνυμο άσυλο της Αγίας Ελεούσας. Το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών ονομάζεται σήμερα Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών και σχεδιάστηκε με πρότυπο τη φημισμένη Κλινική Μπουργκχόζλι της Ζυρίχης, ως αγροτικό άσυλο με προοπτική προγράμματος εργασιοθεραπείας. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Το 1965 δημιουργήθηκε στο Νοτιοανατολικό Αιγαίο η Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου. Άλλα αξιόλογα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι τα εξής: 1920 ίδρυση Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στη Θεσσαλονίκη και δημόσιου νοσοκομείου στα Χανιά, 1981 λειτουργία ψυχιατρικής κλινικής στα Πανεπιστήμια Ιωαννίνων και το 1987 λειτουργία ψυχιατρικής κλινικής στο Πανεπιστήμιο της Πάτρας.

2.3. Τα κυριότερα ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Ελλάδας που λειτουργούν σήμερα και οι υπηρεσίες τους προς τους ψυχικά ασθενείς

Τώρα, πλέον, μπορούμε να πούμε ότι οι δομές στον Ελλαδικό χώρο σχετικά με την ψυχική υγεία, είναι αξιόλογες. Υπάρχουν αρκετά ψυχιατρικά νοσοκομεία και κλινικές που προσφέρουν αξιόλογες υπηρεσίες στους ψυχικά ασθενείς. Τα κυριότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία και οι υπηρεσίες τους αναλύονται παρακάτω:

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης

- Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Σανατόριο από το 1947, Ψυχιατρείο από το 1967 το κεντρικό κτίριο των δομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης φιλοξενεί σήμερα εννέα Κλινικά Τμήματα με 264 κρεβάτια:

- ✚ Εφημερείο, με 6 κρεβάτια που λειτουργεί από τα τέλη του 1997.
- ✚ Διακλινικό Τμήμα Οξέων με 24 κρεβάτια, που λειτουργεί από το 1997
- ✚ Δύο τμήματα Ενδιάμεσης Νοσηλείας με 24 και 30 κρεβάτια. Το πρώτο διαμορφώθηκε και λειτουργεί από το 1994 και το δεύτερο λειτουργεί από το Μάιο του 1997.
- ✚ Το Τμήμα Αποασυλοποίησης που φιλοξενεί 24 χρονίως διαβιούντες στο ψυχιατρείο ασθενείς απομονώθηκε λειτουργικά και κτιριακά στο νότιο τμήμα του κτιρίου το 1988.
- ✚ Τρία Τμήματα που φιλοξενούν 130 χρονίως διαβιούντες στο ψυχιατρείο ασθενείς Διαμορφώθηκαν σαν χώροι το 1993 και 1994, δεν έχουν όμως ολοκληρωθεί τα έργα.
- ✚ Το νοσηλευτικό Τμήμα της Νευρολογικής Κλινικής
- ✚ Τέλος προσαρτημένο στο βόρειο τμήμα του κτιρίου, χτίστηκε το 1988 ένα ακόμη Κλινικό Τμήμα, η Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας με 10 κρεβάτια.

Σήμερα, η παλαιά δομή του Ψυχιατρείου φιλοξενεί μόνο 154 χρονίως διαβιούντες ασθενείς, ενώ τα υπόλοιπα τμήματα υποδέχονται με ιδιαίτερα άνετες συνθήκες τους ασθενείς που εισέρχονται καθημερινά στις εφημερεύουσες κλινικές που δέχονται ασθενείς από την Πελοπόννησο, την Αιτωλοακαρνανία, την Κεφαλληνία και τη Λευκάδα.

Το κεντρικό κτίριο φιλοξενεί ακόμη τα γραφεία της διοίκησης και τις υπηρεσίες του νοσοκομείου (οδοντιατρείο, φαρμακείο κ.τ.λ.).

Εργοθεραπευτικές και Επαγγελματικές Δραστηριότητες

Η απασχόληση των ασθενών ήταν το τέταρτο, μετά τη διαμόρφωση των χώρων, την αλλαγή του περιβάλλοντος και τη μεταφορά υπηρεσιών στην κοινότητα, μέλημα του ψυχιατρείου στην προσπάθεια που γίνεται να βελτιωθούν και να επεκταθούν οι υπηρεσίες για τους ασθενείς.

Σε μια περίοδο δύσκολη για κάθε άνθρωπο που ζητάει δουλειά, ιδρύθηκε ο Συνεταιρισμός «Η Υποστήριξη», που φιλοδοξεί να αγκαλιάσει τους ασθενείς που διαβιούν στις δομές του Ψυχιατρείου, αλλά και όσα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα ζουν ανεξάρτητα στην περιοχή.

Σε μια υποδομή παραδοσιακής εργοθεραπείας (κέντημα, ζωγραφική) που καλλιεργούσε από χρόνια το Ψυχιατρείο, λειτουργούν από τα μέσα του 1996 και συνεχώς θα επεκτείνονται, αρκετά αντικείμενα απασχόλησης των ασθενών.

Έτσι, πέρα από τις πολλές υπηρεσίες του ψυχιατρείου στις οποίες προσφέρουν βοήθεια και οι ασθενείς (καφετέριες, κηπευτική, κομμωτική, τραπεζαρίες, καθαρισμός χώρων, καθαριστήρια) ήδη λειτουργούν:

■ Μέχρι το 1993

Παραδοσιακή ερνοθεραπεία (περιλαμβάνει: κέντημα, ζωγραφική, υφαντική και εργόχειρο)

■ Εργαστήρια και Μονάδες που δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν από το 1994 και μετά

Παρανωικά εργαστήρια (περιλαμβάνει: κοπτική - ραπτική, ανθοδετική, ξυλογλυπτική, αγγειοπλαστική, κηροπλαστική, ξυλουργείο, πλεκτική και υφαντική με 3 αργαλειούς)

Κτηνοτροφικές μονάδες (περιλαμβάνει: κυνοτροφείο, κονικλοτροφείο, πτηνοτροφείο και εποχιακή εκτροφή γαλοπούλας - αρνιών)

Ανροτικές μονάδες (περιλαμβάνει: θερμοκήπιο, ανθοκήπιο και αγροτικές καλλιέργειες)

ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Το Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης χτίσθηκε το 1996 και είναι ο χώρος εκτίμησης των δυνατοτήτων των ασθενών και προεπιλογής τους για τις επαγγελματικές ενασχολήσεις τους, στο μέτρο που αυτό παραμένει αναγκαίο.

Δεδομένου ότι το έργο αξιολόγησης των δυνατοτήτων των ασθενών έγινε το 1994 στα πλαίσια του κοινοτικού προγράμματος HORIZON, ενώ η εκτίμηση για τους μη νοσηλευόμενους ασθενείς γίνεται σε χώρους του Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Επίσης είναι χώρος επιπλωμένος και διαμορφωμένος για σεμινάρια καθώς και θεωρητική εκπαίδευση στα πλείστα των μορφωτικών προγραμμάτων καταπολέμησης του αποκλεισμού από εργασίες των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΪΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Το Κέντρο Εργοθεραπείας και Επαγγελματικής Κατάρτισης είναι ένα ιδιαίτερα όμορφο κτίριο που κτίσθηκε το 1987.

Σήμερα φιλοξενεί ένα σύγχρονο ξυλουργείο, μερικές παραδοσιακές εργοθεραπευτικές δραστηριότητες και ορισμένα παραγωγικά εργαστήρια (αργαλειούς, κέντημα / εργόχειρο, πλεκτική, ζωγραφική, ξυλογλυπτική, αγγειοπλαστική, εργαστήριο ανθοδετικής).

Σημαντικό δυναμικό του Ψυχιατρείου απασχολήθηκε σε διαφορετικές ειδικότητες και αξιοποιήθηκε ουσιαστικά προκειμένου να λειτουργήσουν οι δομές.

Οι δυσκολίες ήταν και παραμένουν πολλές σε ορισμένα αντικείμενα, δεδομένων των δυνατοτήτων των ασθενών. Για παράδειγμα: Το ξυλουργείο είναι σύγχρονο, λειτούργησε μεν από τις αρχές του 1983, αλλά δεν έχει ακόμα φτάσει τους στόχους του, της ενασχόλησης αρκετών ασθενών ώστε να αποτελεί ουσιαστική επαγγελματική διέξοδος γ' αυτούς.

Ανάλογες δυσκολίες έχει και η ξυλογλυπτική / κορνιζοποιία, που αναπτύσσεται από το 1996, ιδιαίτερα δύσκολο αντικείμενο που απαιτεί και γνώσεις και ταλέντο.

Η ανθοδετική, αντίθετα, είναι τομέας πιο προσιτός στους ασθενείς και με περισσότερα περιθώρια επαγγελματικής διεξόδου. Γι' αυτό και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση και από πλευράς κατάρτισης και ανάπτυξης εργαστηρίων στο ψυχιατρείο και στην πόλη.

Το Τμήμα Αποασυλοποίησης που απομονώθηκε από το υπόλοιπο κτίριο, με ξεχωριστή πρόσβαση, χρησιμοποιήθηκε στην πρώτη προσπάθεια του νοσοκομείου να μάθουν οι ασθενείς τις κοινωνικές εκείνες δεξιότητες που θα τους επέτρεπε να αποασυλοποιηθούν.

Εκεί οι ασθενείς μάθαιναν να μαγειρεύουν, ενώ άρχισαν στη συνέχεια να πλένουν τα ρούχα τους και να έχουν περισσότερο ιδιωτικό χώρο σε σχέση με τον μέχρι τότε τρόπο λειτουργίας του ψυχιατρείου.

Οι ανάγκες του ψυχιατρείου οδήγησαν σε ποικιλία χρήσεων το Τμήμα Αποασυλοποίησης κατά την δετή λειτουργία του, για να καταλήξει σήμερα πάλι στο ρόλο για τον οποίο δημιουργήθηκε,

Οι συνθήκες διαβίωσης για τους ασθενείς του τμήματος αποασυλοποίησης είναι σαφώς διαφοροποιημένες σε σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα (δίκλινα και τρίκλινα δωμάτια, ξύλινα έπιπλα, 4 σαλόνια, κουζίνα, πλυντήριο...)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΧΑΝΙΩΝ

Ιστορική αναδρομή

Ιστορικές πηγές αναφέρουν την αρχική ίδρυση δημόσιου φρενοκομείου στην πόλη των Χανίων τον Αύγουστο του 1900 και το οποίο τοποθετείται στην συνοικία Καινούργια Χώρα.

Το Ψυχιατρείο Χανίων ιδρύεται επίσημα στις 9 Απριλίου του 1910 με το υπ' αριθμ. 63 / άρθρο 1, διάταγμα της Κρητικής Πολιτείας με την επωνυμία «Άσυλο φρενοπαθών της Σούδας». Στις 3 Αυγούστου του 1913 στην Εφημερίδα «Ανεξάρτητος» αναφέρεται ότι από επιτροπή κρίθηκε ως κατάλληλος χώρος για την ανέγερση του φρενοκομείου η περιοχή του Αγίου Ιωάννη, πλησίον της δεξαμενής της πόλης των Χανίων.

Η λειτουργία του «Ασύλου φρενοπαθών της Σούδας» τα πρώτα χρόνια δεν ήταν ούτε κατ' όνομα ιατρική. Επίσημα ονομάστηκε «Δημόσιο

Ψυχιατρείο Σούδας» χωρητικότητας 150 κλινών με το νομοθετικό διάταγμα της 31-7-1925, ενώ η φυσιογνωμία του σε ότι αφορούσε την εσωτερική οργάνωση, τη διοίκηση και τις κατηγορίες του προσωπικού, αποκρυσταλλώθηκε πολύ αργότερα με τον Νόμο 6077 του 1934. Στις 20 Ιανουαρίου του 1929 μεταφέρθηκε στην περιοχή Τερσανά Σούδας (εκεί που σήμερα βρίσκεται ο Ναύσταθμος Κρήτης) και τον Φεβρουάριο του ίδιου έτους ο νομοαρχιτέκτων Χανίων κ. Σταυρίδης εκπονεί το σχέδιο του νεοαναγειρόμενου ψυχιατρείου. Το 1930 μεταστεγάστηκε στα ιδιόκτητα οικήματα Λυγκουνη (ελαιουργείο), εκεί που σήμερα βρίσκεται ο Ναυταθλητικός Σούδας, και τα οποία αγοράσθηκαν από το Ελληνικό Δημόσιο.

Κατά το έτος 1937, σύμφωνα με το Α.Ν. 965, το «Δημόσιο Ψυχιατρείο Σούδας» οργανώνεται ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με 330 κλίνες και η λειτουργία του διέπεται έκτοτε από το νομοθετικό διάταγμα 2592 του 1953. Κατά την διάρκεια του δεύτερου Παγκόσμιου πολέμου, λόγω των συνεχών αεροπορικών επιδρομών, το ψυχιατρείο μεταφέρθηκε, αρχικώς (15/01/1941) στο κτήμα Βερίτ Μπέη στην περιοχή Μουρνιές Χανίων, και αργότερα (Φεβρουάριος του 1942) στο κτήμα Σακήρ Βέη, ενώ επανεγκαταστάθηκε στην περιοχή της Σούδας μετά την αποχώρηση των γερμανικών δυνάμεων από την Κρήτη.

Κατά την ίδρυση του το «Άσυλο φρενοπαθών της Σούδας» ήταν υπό τη διεύθυνση Αδελφάτου Κυριών, ενώ από το 1925 η διεύθυνση του δόθηκε σε διοικητικό συμβούλιο, το οποίο οριζόταν τμηματικώς από το Υπουργείο Πρόνοιας, σύμφωνα με το Α.Ν. 1965 του 1937.

Πρώτος διευθυντής διετέλεσε ο ιατρός Καψάλης και εν συνεχεία διετέλεσαν διευθυντές οι ιατροί Βουράκης και Ζωγράφος. Κατά το 1925 ανέλαβε τη διεύθυνση του «Δημόσιου Ψυχιατρείου Σούδας» ο εν αποστρατεία στρατιωτικός ιατρός Βουλγαρίδης, μετά το θάνατο του οποίου τον διαδέχθηκε ο κ. Μεταξάκης περίπου το 1933.

Το 1965 έγινε νέα τροποποίηση του οργανισμού λειτουργίας του ψυχιατρείου και μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων». Από

το 1950 μέχρι το 1970 περίπου, γιατρός ήταν ο κ. Χατζηλιάς Αγαπητός, πρώτος ψυχίατρος στον συγκεκριμένο χώρο. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων, αυτήν την χρονική περίοδο, αντιμετώπισε πολλά προβλήματα όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και τους εργαζόμενους των άλλων ειδικοτήτων. Οι εργαζόμενοι ήταν ανειδίκευτοι π.χ. πρακτικοί νοσοκόμοι, ο διορισμός τους σ' αυτό το ίδρυμα ήταν κάτι που προσπαθούσα να αποφύγουν και συνήθως αποτελούσε την έσχατη επιλογή τους για εργασία. Από το ιατρικό προσωπικό υπήρχε μόνο ένας ψυχίατρος ο οποίος ήταν υπεύθυνος για την θεραπεία ενός μεγάλου αριθμού ασθενών (περίπου 300).

Το 1971 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων μεταστεγάζεται στην σημερινή του θέση (Βοηθητική οδός Σούδας 27 στην περιοχή Μελισσόκηποι Σούδας), όπου κτίσθηκε σε έκταση 75 στρεμμάτων.

Από το 1966 μέχρι και το 1985 υπεύθυνος ψυχίατρος ήταν ο κ. Καρτάκης Δημήτριος. Παράλληλα από το 1974 μέχρι το 1985 εργάστηκε στο ψυχιατρείο ο ψυχίατρος κ. Δοξάκης Στυλιανός.

Το 1986 με νέα τροποποίηση του κανονισμού λειτουργίας του θα πάρει την σημερινή του ονομασία ως «Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων».

Ιστορική αναδρομή στις κτιριακές εγκαταστάσεις του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

Από το 1970 έως το 1986

Η αύξηση του πληθυσμού των ασθενών και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης τους σε ένα τόσο μικρό χώρο, οδήγησε το 1970 στην η μεταστέγαση στο σημερινό Ψυχιατρείο.

Η αντιστοιχία ιατρικού προσωπικού - ασθενών είναι μεγαλύτερη και προστίθεται η παρουσία των φαρμάκων στην θεραπευτική πρακτική της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων.

Από την δεκαετία του 1980 με την εφαρμογή του ΕΣΥ, διορίζονται επίσης ειδικευμένοι επαγγελματίες από το χώρο της ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές κ.λ.π.) χωρίς ωστόσο να καλύπτουν

επαρκώς τις υπάρχουσες ανάγκες.

Το νέο κτίσμα έχει μεγαλύτερη έκταση και διαθέτει περισσότερους λειτουργικούς χώρους. Όμως εξακολουθεί να υπάρχει απόσταση του ψυχιατρείου από την πόλη, απομόνωση από τον υπόλοιπο κοινωνικό ιστό και κλείσιμο των ασθενών εντός των τειχών.

Τα τμήματα είναι μεγάλα, χωρητικότητας 60 κλινών το κάθε ένα. Υπάρχουν δωμάτια 3κλινα, μονόκλινα που αποτελούν τις απομονώσεις και κάποιοι θάλαμοι των 8-10 ατόμων. Δυνατότητα για προσωπικό χώρο δεν υπάρχει με συνέπεια κυρίως οι χρόνιοι ασθενείς να παραμένουν σε κατάσταση ακινησίας. Το Ψυχιατρείο παραμένει ένας χώρος συγκέντρωσης, ένας τεράστιος χώρος φύλαξης, όπου η ρουτίνα έρχεται γρήγορα να καλύψει και να διαστρέψει κάθε πρωτοβουλία.

Η συμβιωτική μορφή ζωής που τους προσφέρεται τους καθιστά ανίκανους να ξαναζήσουν μέσα στις τρέχουσες κοινωνικές συνθήκες.

Η ομοιότητα της αρχιτεκτονικής του Ψυχιατρείου με κτιριακές δομές στρατοπέδων, φυλακών και άλλων σωφρονιστικών ιδρυμάτων μας παραπέμπει σε καταστάσεις όπου η εσωτερική τάξη έρχεται να λειτουργήσει ως αντίδοτο στην «αναρχία», στην προκειμένη περίπτωση την «αναρχία» της τρέλας.

Από το 1986 έως και σήμερα

Στην περίοδο αυτή, προτεραιότητα έχει οι κτιριακές δομές να βρίσκονται εντός του κοινωνικού ιστού και να πληρούν προδιαγραφές που εξασφαλίζουν υψηλότερο επίπεδο διαβίωσης και λειτουργικότητας των ασθενών, σε σχέση με τις προηγούμενες χρονικές περιόδους.

Η εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική έχει αναγνωριστεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ως η κύρια μορφή άσκησης της ψυχιατρικής αλλά και στην χώρα μας με το νόμο 2071 του Ιουλίου 1992.

Χαρακτηριστικά κτιριακών δομών

Βρίσκονται ενσωματωμένες στην κοινότητα. Τα κτίρια δεν διαφέρουν από τις συνήθεις κατοικίες.

Οι νέες συνθήκες διαβίωσης επιτρέπουν την επανάκτηση της αυτονομίας των ενοίκων μέσω της δυνατότητας για προσωπικό χώρο και χρόνο. Διαμένουν δύο σε κάθε ένα δωμάτιο, το οποίο είναι πλήρως εξοπλισμένο με ατομικούς χώρους και είδη για τον κάθε ένοικο. Η διαρρύθμιση του εσωτερικού του κτιρίου αλλά και η θέση του στην κοινότητα είναι βοηθητική για την αυτοεξυπηρέτηση τους, αλλά και για την δυνατότητα ανάπτυξης ατομικών πρωτοβουλιών. Οι επαγγελματίες που εργάζονται στις εξωνοσοκομειακές δομές παίζουν επίσης καθοριστικό ρόλο. Είναι περισσότερο εκπαιδευμένοι και ικανοί στο να συνοδέψουν τον χρόνιο ψυχωτικό ασθενή στην διαδρομή που έχει να κάνει για να ξανακτίσει την αυτονομία του και ένα υποστηρικτικό δίκτυο κοινωνικών σχέσεων γύρω του.

Θεραπευτικός στόχος: Πρωτεύων στόχος δεν είναι τόσο η ύφεση της συμπτωματολογίας όσο και ο προσανατολισμός στις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή. Ο προσδιορισμός των δυνατοτήτων του στην κάθε χρονική στιγμή και η στήριξη του από τους θεραπευτές, έτσι ώστε να προσεγγίσει τη μεγαλύτερη δυνατή αυτονομία του. Ο τελικός θεραπευτικός στόχος είναι η απόκτηση δεξιοτήτων που εξασφαλίζουν τη δυνατότητα για ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα.

ΕΙΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (ΨΝΘ)

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης συνιστά Ειδικό Νοσοκομείο με εκτεταμένη δραστηριότητα στην παροχή υπηρεσιών στον ιδιότυπο χώρο της ψυχικής υγείας, τόσο μέσα από το Δίκτυο των Κοινοτικών Υπηρεσιών του που λειτουργούν στο Νομό Θεσσαλονίκης όσο και με τη λειτουργία του ως φορέας Εκπαίδευσης.

Ο χαρακτήρας του αυτός έχει ως σημείο αναφοράς τη δραστηριοποίηση του στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Από τα μέσα της δεκαετίας του '80 το ΨΝΘ προχώρησε σε μια σειρά από επανενταξιακές δράσεις δημιουργώντας θέσεις απασχόλησης, παρέχοντας υπηρεσίες που αποσκοπούν στη διαμόρφωση ποιοτικού επιπέδου διαβίωσης για άτομα με ψυχικές διαταραχές στην κοινωνία όπου όλοι μας ζούμε και εργαζόμαστε, καταλύοντας το

λεγόμενο στίγμα, την κοινωνική προκατάληψη που όμως εξακολουθεί να υφίσταται. Ωστόσο, η αποασυλοποίηση γίνεται πράξη και αποτελεί μέρος μιας πορείας που διαρκώς διευρύνεται. Η ανάπτυξη και άλλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας, με τη μορφή μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ξενώνες, μονάδες κοινωνικής - επαγγελματικής επανένταξης) είναι ένας από τους βασικούς στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που θα έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή μείωση των κλινών. Στο ΨΝΘ σήμερα εργάζονται 940 άτομα, εκ των οποίων 137 ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό και 403 στο νοσηλευτικό, στελεχώνοντας ένα ιδιαίτερα ανεπτυγμένο δίκτυο εξωνοσοκομειακών - κοινοτικών δομών. Από τον Οκτώβριο του 2004 τελεί υπό τη διοίκηση του Δρ. Κωνσταντίνου Πουλιού.

Με άξονα τη δημιουργία και λειτουργία Μονάδων Ψυχικής Υγείας στελεχωμένων από επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο Νομό Θεσσαλονίκης και, ευρύτερα, στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, το ΨΝΘ έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην υλοποίηση της πολιτικής για την ψυχική υγεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Διάρθρωση

Η διάρθρωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με βάση το γενικότερο σχεδιασμό στο χώρο της υγείας είναι η εξής:

Υπηρεσίες

Διοικητική Υπηρεσία

Ο συντονισμός των λειτουργιών, οικονομικών και διοικητικών, γίνεται από τη διοικητική υπηρεσία του νοσοκομείου, καθώς και μεγάλο μέρος της συναλλαγής με τον πολίτη. Στεγάζεται στο κτίριο Διοίκησης του νοσοκομείου και οι χώροι του περιλαμβάνουν επίσης δύο αμφιθέατρα που χρησιμοποιούνται για ημερίδες, ομιλίες, συγκεντρώσεις κ.ά.

Ιατρική Υπηρεσία

Το σύνολο των γιατρών (ψυχιάτρων και γιατρών λοιπών ειδικοτήτων) καθώς και ειδικευομένων γιατρών συνιστά τον κορμό της ιατρικής υπηρεσίας που εργάζεται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές του ΨΝΘ.

Στο προσωπικό του συγκαταλέγονται επίσης το παραϊατρικό προσωπικό, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Νοσηλευτική υπηρεσία

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διεπιστημονικής ομάδας που εργάζεται για την πρόληψη, την ιατρική περίθαλψη και την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικών διαταραχών. Οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες του ΨΝΘ, εκ των οποίων μεγάλο μέρος έχει αποκτήσει την ειδικότητα του ψυχιατρικού νοσηλευτή, στελεχώνουν κάθε δομή του ΨΝΘ. Οι Επισκέπτριες Υγείας, ανήκουν επίσης στο προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας και ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας μιας δομής παίζουν σημαντικό ρόλο στο στάδιο που ακολουθεί μετά από την έξοδο ενός ασθενή από το νοσοκομείο.

Τεχνική υπηρεσία

Με οργανωμένα συνεργεία και προσωπικό που καλύπτει όλες τις ειδικότητες, η Τεχνική Υπηρεσία παρακολουθεί και συντηρεί κάθε κτίριο και χώρο του ΨΝΘ σε επίπεδο πρόληψης βλαβών, αντιμετώπισης, επισκευής. Μια σειρά από δράσεις που υλοποιούνται σταδιακά διασφαλίζουν την υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο εργασίας.

Ενδονοσοκομειακές δομές

Νοσηλεία - Εργαστήρια- Εξωτερικά Ιατρεία

Για Ψυχιατρική Νοσηλεία στο ΨΝΘ λειτουργούν:

- Τέσσερα τμήματα βραχείας νοσηλείας
- Δύο πανεπιστημιακές κλινικές (Α' και Β') βραχείας νοσηλείας
- Τέσσερα τμήματα μακράς νοσηλείας
- Μια πανεπιστημιακή κλινική μακράς νοσηλείας
- Δύο ψυχογηριατρικά τμήματα
- Κλινική οργανικών ψυχοσυνδρόμων

Επείγοντα περιστατικά

Απογευματινά ιατρεία

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχιατρικής

Εντός του ΨΝΘ λειτουργούν επίσης οι επανενταξιακές δομές: Μονάδα Επανεξέταξης Νοσοκομείο Ημέρας

Για περιστατικά ειδικοτήτων λειτουργούν:

Για Νοσηλεία

Παθολογική Κλινική

Στην Παθολογική Κλινική λειτουργεί επίσης καρδιολογική μονάδα με εργαστήριο υπερήχων καρδιάς.

Εργαστήρια:

Νευροφυσιολογικό

Ενδοσκοπικό εργαστήριο πεπτικού συστήματος

Ακτινοδιαγνωστικό

Βιοπαθολογικό (πρώην μικροβιολογικό)

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Ειδικοτήτων για νοσηλευόμενους του ΨΝΘ και εξωτερικούς ασθενείς.

Χώροι άθλησης

Στους χώρους του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης λειτουργεί γυμναστήριο πλήρως εξοπλισμένο καλύπτοντας τη σημαντική ανάγκη για τη διατήρηση ή την ανάκτηση της φυσικής κατάστασης ανθρώπων στους οποίους παρέχονται οι υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Η φροντίδα για τη λειτουργία του γυμναστηρίου ανήκει στους γυμναστές του ΨΝΘ. Στο ΨΝΘ υπάρχει επίσης διαμορφωμένο γήπεδο ποδοσφαίρου και καλαθοσφαίρισης.

Βιβλιοθήκη ΨΝΘ

Η βιβλιοθήκη του ΨΝΘ είναι δανειστική για ενδιαφερόμενους εντός και

εκτός του ΨΝΘ. Διαθέτει περίπου 2000 τόμους βιβλίων. Καλύπτει θέματα ψυχολογίας, ψυχιατρικής, νευροεπιστημών, καθώς και άλλων ιατρικών τομέων, βιβλία νοσηλευτικής και παραϊατρικών ειδικοτήτων. Στόχος της βιβλιοθήκης είναι η κάλυψη των επιστημονικών αναγκών του προσωπικού του νοσοκομείου, ωστόσο είναι ανοιχτή και στο ευρύτερο κοινό (φοιτητές, επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, κ.ά.).

Στις υπηρεσίες της περιλαμβάνονται: αναγνωστήριο, δανεισμός, παραγγελίες άρθρων μέσω του πανελλήνιου δικτύου συνεργασίας επιστημονικών βιβλιοθηκών του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης προσφέροντας τη δυνατότητα εύρεσης και παραγγελίας άρθρων περιοδικών που δεν υπάρχουν στη συλλογή της. Η βιβλιοθήκη είναι συνδρομήτρια σε 178 ξενόγλωσσα περιοδικά (κυρίως αγγλόφωνα) και 23 ελληνικά περιοδικά.

Εξωνοσοκομειακές δομές

- ✚ Συμβουλευτικός σταθμός για τοξικοεξαρτημένους
- ✚ Σταθμός καθοδήγησης προγράμματος «ΑΡΓΩ»
- ✚ Θεραπευτική κοινότητα Καρτερών
- ✚ Εναλλακτικό θεραπευτικό πρόγραμμα «ΑΡΓΩ»
- ✚ Συμβουλευτικός Σταθμός για άτομα εξαρτημένο από αλκοόλ και φάρμακα
- ✚ Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- ✚ Κέντρο Ημέρας
- ✚ Τμήμα Ψυχοθεραπείας και στήριξης της οικογένειας
- ✚ Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο
- ✚ ΟΨΣΑΤ Α' και Β'
- ✚ ΟΨΣΕΤ Α' και Β'
- ✚ Κοινωνική Λέσχη
- ✚ Εργαστήρια Κατάρτισης και Απασχόλησης
- ✚ Διαμονή στην κοινότητα

- ✚ Πολυχώρος «ΑΠΟΓΕΙΟ»
- ✚ Ταβέρνα «Κιβωτός», «Ληνός»
- ✚ Κέντρο Ημερησίας Απασχόλησης ατόμων με διαταραχές μνήμης

2.4. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο ψυχιατρικό νοσοκομείο

Η άσκηση της Ψυχιατρικής στα πλαίσια του Γενικού Νοσοκομείου έχει αρχίσει την τελευταία δεκαετία να αποτελεί μια πραγματικότητα για τη χώρα μας. Οι προσπάθειες της στρέφονται στην προσφορά υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές πριν αυτές γίνουν χρόνιες, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που τις επηρεάζουν. Ακόμη διερευνά τις ελάσσονες ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται στους αρρώστους με σωματική νόσο, έτσι ώστε να μη δημιουργηθεί μεγαλύτερο πρόβλημα. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Ο θεσμός του ψυχιατρικού Τομέα Γενικού Νοσοκομείου (Ψ.Τ.Γ.Ν) καθιερώθηκε αρχικά για να αποφευχθεί ο «ιδρυματισμός» των αρρώστων από τη νοσηλεία στα τεράστια και απρόσωπα δημόσια Ψυχιατρεία - Άσυλα. Ο σύγχρονος αυτός τρόπος νοσηλείας παρέχει καλύτερες συνθήκες περίθαλψης, βρίσκεται μέσα στην κοινότητα και όχι απομονωμένος από αυτήν, διαθέτει πολλαπλότητα υπηρεσιών και εύκολη πρόσβαση σε άλλες υπηρεσίες, διασυνδέεται με τα άλλα Τμήματα του Νοσοκομείου, προσφέρει ταχύτητα εξυπηρέτησης και προπαντός αποφυγή του κυριότερου μειονεκτήματος των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων, του «στίγματος». (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Για να γίνει δυνατή και επιτυχής μια τέτοια περίθαλψη, για τη διερεύνηση των διαφόρων ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, καθώς και για τη γρήγορη κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, έγινε φανερό ότι χρειάζονται, εκτός από ψυχιάτρους και άλλου είδους επαγγελματίες στον χώρο της ψυχικής υγείας, ειδικοί στον τομέα τους, οι οποίοι, έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις και συντονιζόμενοι μεταξύ τους, μπορούν να προσφέρουν πολλά και σημαντικά, βραχυπρόθεσμα αλλά και

μακροπρόθεσμα, στον ψυχικά ή σωματικά άρρωστο και στην οικογένεια του. Ένα σημαντικό ρόλο στα παραπάνω καλείται να διαδραματίσει και ο κοινωνικός λειτουργός που επιλέγει να εργασθεί σε ένα τέτοιο πλαίσιο. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Τυπικά ο σκοπός του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται σε οποιοδήποτε πλαίσιο είναι να επηρεάσει (ή να δημιουργήσει, αν δεν υπάρχει) την ισορροπία μεταξύ της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου και των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων που επιδρούν πάνω σε αυτή. Τα παραπάνω ισχύουν και για τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε ψυχιατρικά πλαίσια με την πρόσθετη διαπίστωση ότι χρειάζονται επιπλέον γνώσεις και εμπειρία για να αντιμετωπίσουν το άτομο που πάσχει ψυχικά. Το ίδιο ισχύει και για το περιβάλλον εντός τέτοιου ατόμου, για το οποίο είναι γνωστό ότι καθημερινές, τωρινές αλλά και παλαιότερες, πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις είναι δυνατό να έχουν επηρεάσει, αρνητικά κυρίως, τον ψυχισμό του. Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων και η παρέμβαση σε αυτούς στη συνέχεια μπορεί να επιδράσει θετικά στην εξέλιξη της ψυχικής διατάραξης. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Κάθε σημείο αλληλεπίδρασης του ατόμου - ασθενή με το περιβάλλον του μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού. Τυπικές περιπτώσεις που ο κοινωνικός λειτουργός συναντά σε έναν Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι αυτές της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, η οποία παίρνει τη μορφή παραπτωματικότητας ή οικογενειακής βίας, προβλημάτων που απορρέουν από ψυχικές, οικογενειακές ή κοινωνικό - οικονομικές πιέσεις, ακόμη και προσαρμοστικών προβλημάτων στην καθημερινή ζωή, όπως π.χ. στις περιπτώσεις κοινωνικής απομόνωσης και κατάθλιψης, στις απόπειρες αυτοκτονίας, κ.λ.π. Ο κοινωνικός λειτουργός θα συναντήσει ακόμη τις διάφορες μορφές ψυχώσεων, λειτουργικές και οργανικές, καταθλίψεις, νευρώσεις, διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, νοητικές καθυστερήσεις με ψυχικές διαταραχές, άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ ή τοξικές ουσίες και όλες τις προβληματικές καταστάσεις που πηγάζουν από την ύπαρξη τέτοιων νόσων, τόσο στο οικογενειακό όσο και στο ευρύτερο συγγενικό και εργασιακό περιβάλλον του ασθενή. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Μέσα στον Ψυχιατρικό Τομέα τα μέλη όλων των ειδικοτήτων ψυχικής υγείας συγκροτούν τη διεπιστημονική ομάδα (multi – disciplinary team) και εργάζονται σε ομαδικό επίπεδο. Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από όλο το φάσμα των ειδικοτήτων που εργάζονται για τη διαφύλαξη της ψυχικής υγείας και συμπεριλαμβάνει τους ψυχιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργασιοθεραπευτές και σε μεγαλύτερα και καλύτερα επανδρωμένα πλαίσια, ακόμη και ψυχοθεραπευτές, γυμναστές, ιερωμένους ή και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας διατηρούν στενές σχέσεις, συγκεντρώνονται σε εβδομαδιαία βάση ή συχνότερα (ανάλογα με τις ανάγκες) για να παρατηρούν και να ελέγχουν τη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή, την αντίδραση του σε αυτή και την εξέλιξη της νόσου του. Την τελική ευθύνη για τη νοσηλεία και φροντίδα του αρρώστου έχει ο διευθυντής του Τμήματος, ο οποίος είναι ιατρός - ψυχίατρος. Τα καθήκοντα του κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας αλληλοσυμπληρώνονται, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, υποστήριξης και θεραπείας στον ασθενή. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Ο κοινωνικός λειτουργός του Ψ.Τ.Γ.Ν. κινείται και στις τρεις βαθμίδες της πρόληψης, προσφέροντας τις υπηρεσίες και τις γνώσεις του στον ίδιο βαθμό και χωρίς να υποτιμά τη σημασία και τη σοβαρότητα καμιάς από αυτές. Η φύση της κάθε περίπτωσης διαμορφώνει το εύρος, την κατεύθυνση και την έμφαση της παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991).

Ειδικότερα, στην **πρωτογενή πρόληψη** (πρόληψη εκδήλωσης της νόσου), επιδίωξη του κοινωνικού λειτουργού είναι να περιορίσει μια νοσηρή κατάσταση ή νόσο, πριν ακόμη αυτή εμφανισθεί χρησιμοποιώντας τις σχετικές του γνώσεις. Ο συνηθέστερος τρόπος για να γίνει αυτό είναι η απαραίτητη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού των άλλων Τμημάτων του Νοσοκομείου ή των Κέντρων Υγείας μιας περιοχής, του εκπαιδευτικού προσωπικού των διαφόρων φορέων της περιοχής που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της κοινής γνώμης (π.χ. ραδιόφωνο, Τύπος κ.λ.π.). Ένα μέσο που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο κοινωνικός λειτουργός

για τον σκοπό αυτό είναι οι ομιλίες πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας που αφορούν και ενδιαφέρουν τον κόσμο (π.χ. έννοιας της ψυχικής ασθένειας, εφηβεία, κατάθλιψη, τοξικομανία, κ.λ.π.). Σκοπός των ομιλιών είναι να εξοικειωθεί ο κόσμος με την ψυχική ασθένεια, να μπορεί να αναγνωρίζει κάποια πρώτα σημάδια, να μειωθεί η προκατάληψη και το κοινωνικό στίγμα που υπάρχει και έτσι να προωθηθεί η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στα πρώτα στάδια εκδήλωσης της νόσου. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Στη **δευτερογενή πρόληψη**, δηλαδή όταν πλέον η νόσος έχει διαγνωσθεί και ο ασθενής εισάγεται για θεραπεία, ο κοινωνικός λειτουργός εμπλέκεται σημαντικά στην εισαγωγή του. Αν και στην ελληνική πραγματικότητα ο ψυχίατρος είναι εκείνος που προτείνει και αποφασίζει για την εισαγωγή του αρρώστου, η γνώμη του κοινωνικού λειτουργού λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στις περισσότερες περιπτώσεις. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να αξιολογήσει την προσωπική και οικογενειακή κατάσταση του ασθενή, να εκτιμήσει τις κοινωνικές περιστάσεις και να εκφέρει γνώμη για τον καλύτερο τρόπο δράσης που θα ακολουθηθεί, καθώς και για τυχόν άλλους παράγοντες που επιδρούν σε αυτή. Αυτός ο βαθμός ευθύνης απαιτεί ένα υψηλό επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων από τον κοινωνικό λειτουργό. Γι' αυτό η πρώτη συνέντευξη πριν την εισαγωγή θα πρέπει να είναι προσεκτική, τα στοιχεία ακριβή, τα γεγονότα εξακριβωμένα και ο κοινωνικός λειτουργός αντικειμενικός, ώστε να καταλήξει σε ένα συμπέρασμα που θα είναι πάντα προς όφελος του πελάτη του. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Όταν πια αποφασισθεί η εισαγωγή του ασθενή στον Ψ.Τ.Γ.Ν. ο κοινωνικός λειτουργός προετοιμάζει τον άρρωστο. Θα πρέπει να του εξηγήσει τι πρέπει να περιμένει από την εκεί παραμονή του, τις συνθήκες λειτουργίες του Τομέα, τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα του ως εσωτερικού ασθενή, να διαλύσει τυχόν λαθεμένες αντιλήψεις του γύρω από το πλαίσιο και γενικά να προσπαθήσει να μειώσει το φόβο και την ένταση που νοιώθει ο ασθενής για την εισαγωγή του σε καινούργιο, άγνωστο, ιατρικό περιβάλλον. Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εξηγήσει τα ίδια πράγματα στους συγγενείς του ασθενή, να τους ενημερώσει για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα τους και ίσως να τους υποστηρίξει και να τους βοηθήσει να

αποδεχθούν την εισαγωγή του αγαπημένου τους προσώπου στο ψυχιατρικό τμήμα. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Όταν η παραμονή του αρρώστου πλησιάζει προς το τέλος της και αποφασισθεί από την Ομάδα η έξοδος του, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει να προετοιμάσει τον ασθενή και την οικογένεια του για το γεγονός αυτό και να του ανακοινώσει την ημερομηνία εξόδου του. Φροντίζει για την αποκατάσταση του, πράγμα που συζητά μαζί του, τον βεβαιώνει ότι η παρακολούθηση θα εξακολουθήσει και μετά την έξοδο του και γενικά προσπαθεί να αμβλύνει το άγχος που προκαλεί στον ασθενή η έξοδος από το προστατευμένο περιβάλλον του Τμήματος και η επανείσοδος του στον κοινωνικό του περίγυρο. Όταν ο ασθενής εξέρχεται, ο κοινωνικός λειτουργός ορίζει το επόμενο ραντεβού που θα είναι στα πλαίσια της παρακολούθησης, δίνοντας συγκεκριμένο τόπο και χρόνο. Μετά την αποχώρηση του ατόμου από τον Ψυχιατρικό Τομέα είναι μέσα στα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού να ελέγχει και την τήρηση αυτών που συμφωνήθηκαν (με τον πελάτη) και προπαντός εκείνων που έχουν σχέση με τη συνέχιση της φροντίδας του. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός εμπλέκεται και στην **επείγουσα ψυχιατρική**. Λέγοντας «επείγον ψυχιατρικό περιστατικό» εννοούμε ασθενείς με διαταραχές της σκέψης, της συμπεριφοράς ή του συναισθήματος, των οποίων η κατάσταση επιβάλλει άμεση διάγνωση και θεραπεία. Ακόμη πολλές φορές τα άτομα αυτά βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης, η οποία μπορεί να προκαλείται και από περιβαλλοντικές συνθήκες. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί ακόμα να αφιερώσει μεγάλο μέρος του χρόνου του και στη **συμβουλευτική - διασυνδεδετική ψυχιατρική**, η οποία ασχολείται με (1) τη διάγνωση, θεραπεία, μελέτη και πρόληψη της ψυχιατρικής νοσηρότητας ανάμεσα στους σωματικούς ασθενείς, και (2) την παροχή ψυχιατρικής συμβουλευτικής και διδασκαλίας στους μη ψυχιατρικούς λειτουργούς υγείας σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. (ΕΚΛΟΓΗ, 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΠΡΟΛΗΨΗ - ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

3.1 Κοινωνικός ρατσισμός

Οι σωματικά και οι ψυχικά «ανάπηροι» άνθρωποι συχνά γίνονται στόχος προκαταλήψεων ή διακρίσεων. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η διάκριση είναι πιο μικρή στις πιο απρόσωπες καταστάσεις και πιο έντονες όταν αντιμετωπίζονται στις διαπροσωπικές σχέσεις ή σχέσεις συναλλαγής, όπως π.χ. ο γάμος ή η εργασία. Φαίνεται ότι η κοινωνία μας δεν είναι ανεκτική απέναντι στον ανάπηρο ασθενή και ειδικότερα στην κοινωνία μας που έχει μεγάλη σημασία για την ψυχική υγεία. (Εκλογή, Απρίλιος 1981)

Με το έντονο αυξανόμενο ενδιαφέρον για προληπτική και κοινωνική ψυχιατρική, οι ασχολούμενοι με τη ψυχική υγεία ενδιαφέρονται για την επίδραση για προληπτική και κοινωνική ψυχιατρική, οι ασχολούμενοι με την ψυχική υγεία ενδιαφέρονται για την επίδραση των αρνητικών στάσεων της κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά και σωματικά ανάπηρους. Πολλοί μελετητές ανέπτυξαν τη θεωρία ότι η στάση της κοινωνίας απέναντι στον σωματικά και ψυχικά ανάπηρο είναι ιδιαίτερα σημαντική στη διατήρηση της ψυχικής υγείας του σωματικά αναπήρου και στην αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ψυχικά διαταραγμένου.

Αν και η στάση της κοινωνίας είναι τόσο σημαντική για τη λειτουργικότητα του σωματικά και ψυχικά αναπήρου, μοιάζει απόλυτα αναγκαίο οι ασχολούμενοι με τη ψυχική υγεία να προσπαθήσουν να επηρεάσουν αυτή τη στάση προς θετικές κατευθύνσεις. (ΕΚΛΟΓΗ, Απρίλιος 1981)

Η κοινωνική αποκατάσταση, σαν όρος αναφέρεται στις προσπάθειες που έχουν στόχο να ελαττώσουν τις στάσεις προκατάληψης του κοινού απέναντι στο ανάπηρο άτομο. Η κοινωνική αποκατάσταση πρέπει να διαφοροποιείται από την ατομική αποκατάσταση που έχει στόχο την ενσωμάτωση του ανάπηρου στην κοινωνία. (Jacques, 1970) («Εκλογή» Απρίλιος 1981)

Ανασκόπηση προηγούμενων μελετών

Πραγματοποιήθηκε μια έρευνα από το Nurrally όπου από αυτή την έρευνα διαμορφώθηκαν δέκα παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν τη γενική στάση της κοινής γνώμης για την ψυχική αρρώστια. Αυτοί οι δέκα παράγοντες είναι:

1. Οι ψυχικά ασθενείς χαρακτηρίζονται από το ότι ξεχωρίζουν με βάση την εμφάνισή τους και τη δραστηριότητα τους.
2. Οι μεγάλοι σε ηλικία είναι πιο επιρρεπείς στην ψυχική ασθένεια.
3. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να αποδοθεί σε οργανικό παράγοντα.
4. Η δύναμη της θελήσεως είναι η βάση για την προσωπική προσαρμογή.
5. Οι γυναίκες έχουν μια μεγαλύτερη προδιάθεση προς τις ψυχικές αρρώστιες, σε σχέση με τους άνδρες.
6. Αν κάποιος μπορεί να αποφύγει τις νοσηρές σκέψεις θα μπορέσει να αποφύγει και την ψυχική ασθένεια.
7. Ο ψυχικά άρρωστος κατέχει ασήμαντη κοινωνική θέση.
8. Οι συναισθηματικές δυσκολίες δεν είναι θέματα για τα οποία πρέπει ιδιαίτερα να ενδιαφερόμαστε.
9. Τα ψυχικά νοσήματα έχουν την αιτιολογία τους στην πίεση του περιβάλλοντος.
10. Αν κάποιος μπορεί να έχει την υποστήριξη και την πρωτοβουλία από μια δυνατότερη προσωπικότητα θα αποφύγει την ψυχική ασθένεια («Εκλογή», Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος, 1993)

Οι παρακάτω έρευνες παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον για τις στάσεις του κοινού απέναντι στους ψυχασθενείς. Ωστόσο ο κάθε ερευνητής χρησιμοποιεί διαφορετική μεθοδολογία, διαφορετικά ερευνητικά εργαλεία, σε διαφορετικά δείγματα και επομένως δεν μπορεί να γίνει μεταξύ τους καμία άμεση σύγκριση. Εξακολουθούν να είναι μεμονωμένες έρευνες με τα αποτελέσματα και συμπεράσματα τους.

Ο Phillips, επιβεβαιώνει ότι τον γενικό πληθυσμό ανησυχεί λιγότερο το παθολογικό στη συμπεριφορά και περισσότερο, είναι φανερό οι

οφθαλμοφανείς διαταραχών των διαπροσωπικών σχέσεων. Η αρρώστια, αλλά γιατί η συμπεριφορά έχει ήδη χαρακτηριστεί ως νοσηρή, απορρίπτεται. Αλλά, πάλι, η απόρριψη δεν εξαρτάται από τη σοβαρότητα της παθολογικής καταστάσεως, αλλά από την οφθαλμοφανή, φανερή απόκλιση από την κοινωνικά επιτρεπτή συμπεριφορά.

Περισσότερο θα απορριφθεί π.χ. η νευρωσική μελαγχολία παρά το σχιζοφρενικό σύμπλεγμα, αν και το δεύτερο είναι, από ιατρικής πλευράς σοβαρότερο. Δεύτερο σημαντικό συμπέρασμα είναι ότι κάποιο άτομο απορρίπτεται περισσότερο όταν υπάρχει πληροφορία ότι το άτομο έλαβε ιατρική βοήθεια. («Εκλογή», Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 1993)

Οι Lemkau και Crocetti πραγματοποίησαν μια έρευνα με αισιόδοξα αποτελέσματα. Ο γενικός πληθυσμός ξέρει να αναγνωρίζει την ψυχική αρρώστια. Επίσης είναι μεγάλο το ποσοστό που δέχεται τους ψυχασθενείς. Ο Farina με τους συνεργάτες κατέληξαν στο ότι η ψυχική ασθένεια θεωρείται ως είδος στίγματος, δηλ. κατάσταση η οποία δυσφημεί και μειώνει το κύρος του ατόμου.

Οι Dohrenwend και Chin-Shong σε δική τους έρευνα βρήκαν ότι αρρωστημένη συμπεριφορά θεωρείται αυτή που συνεπάγεται κινδύνους για τους υπολοίπους. Δεν θα απορριφθεί κάθε συμπεριφορά για την οποία οι ειδικοί θεωρούν ότι είναι ψυχικό νόσημα. Το ζεύγος Cummings παρατήρησε ότι οι απλοί άνθρωποι δείχνουν ελαστικότητα σε συμπεριφορά την οποία οι ειδικοί έχουν χαρακτηρίσει ψυχοπαθολογική.

3.2. Οικογενειακός ρατσισμός (Οικογένεια και στίγμα)

1. Φοβούνται μπροστά σε κάποιον που σκέπτεται με παράλογο τρόπο.
2. Φοβούνται μην επηρεαστεί η κοινωνική τους θέση.
3. Η άγνοια και ο φόβος κάνουν τα μέλη της οικογένειας να μην επιθυμούν να φροντίσουν το άρρωστο μέλος τους μέσα στο σπίτι τους για μεγάλο χρονικό διάστημα.
4. Φοβούνται μην αποκαλυφθεί ότι η οικογένεια έχει ένα μέλος της που

πάσχει από ψυχική αρρώστια

Κάτι που το κρατούσαν μυστικό όχι μόνο από την κοινωνία που ζούσαν αλλά και από νύφες, πεθερικά, εγγόνια κ.λ.π. (Στίγμα και Προκατάληψη της Σχιζοφρένειας μια γενική άποψη της Παπαδοπούλου Χρυσής)

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι τα περισσότερα προβλήματα αποκατάστασης του ψυχικά ασθενή αρχίζουν από την ανυπαρξία ενός οικογενειακού περιβάλλοντος που να είναι κατάλληλο για να βοηθήσει στην αποκατάσταση ή υπάρχει απροθυμία της υπάρχουσας οικογένειας να τον συμπεριλάβει στον κύκλο της ως ισότιμο, αν όχι ισοδύναμο, άξιο εμπιστοσύνης και σεβασμού. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι για ένα σημαντικό αριθμό χρόνων αρρώστων σε δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα δεν υπάρχει τρόπος να γίνει επανασύνδεση με τους δικούς τους, που συχνά τους εγκαταλείπουν εκεί και εξαφανίζονται. Σε άλλες περιπτώσεις, ιδίως παιδιών και εφήβων, η τυχόν υπάρχουσα οικογένεια - μητέρα χωρίς άντρα, ή αδιάφοροι συγγενείς - αντεδείκνυται για μια τέτοια επανασύνδεση. (Εκλογή - Δεκέμβριος 1981)

Αν γυρίσουμε λίγα χρόνια πιο πίσω τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ήταν γεμάτα με χρόνιους αρρώστους που δεν μπορούσαν να γυρίσουν στα σπίτια τους. Οι περισσότεροι απ' αυτούς ήταν καταδικασμένοι να περάσουν το υπόλοιπο της ζωής τους ως τρόφιμοι κάποιου ψυχιατρικού νοσοκομείου που στην πραγματικότητα χρησίμευε ως άσυλο παρά ως νοσοκομείο κάτω από άθλιες συνθήκες (αλυσοδεμένοι, κάτω από την επήρεια ψυχοφαρμάκων κ.τ.λ.). («Εκλογή» - Δεκέμβριος 1981)

3.3. Εργασιακός Ρατσισμός

Η εργασία έχει κατά καιρούς περιγραφεί με διάφορους τρόπους άλλοτε ως δραστηριότητα, άλλοτε ως παραγωγή και άλλοτε ως επάγγελμα. Άλλοι την αντιλαμβάνονται ως κάτι ανεπιθύμητο και επίμονο, άλλοι ως αναγκαίο κακό και άλλοι ως κάτι ευχάριστο και δημιουργικό. Για τους περισσότερους ενήλικες, η εργασία ή το επάγγελμα αποτελεί βασικό στοιχείο, τόσο για τον προσδιορισμό του συνολικότερου ρόλου του στην κοινωνία, όσο και για την

εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής. (Τομαράς, 2001)

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο αιώνων, η φύση και η λειτουργία της εργασίας υπέστησαν δραματικές αλλαγές λόγω των πολιτικών, οικονομικών και τεχνολογικών εξελίξεων, οι οποίες προκλήθηκαν κυρίως από τη βιομηχανική επανάσταση, την επιστημονική διαχείριση, την τεχνολογία της πληροφορικής στην ιατρική επιστήμη και την πρόοδο.

Παρά τις αλλαγές υπάρχουν κάποιες βασικές αρχές στη σχέση εργασίας και υγείας, που παρέμειναν αναλλοίωτες. Πρώτη αρχή ότι οι κακές συνθήκες εργασίας μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμούς και ασθένειες. Δεύτερη, ότι η εργασία συμβάλλει στην ανθρώπινη επιτυχία μόνοι όταν έχει νόημα για το άτομο, παρέχει ανταμοιβή και δεν είναι εξουθενωτική. Τρίτη, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικής και σωματικής υγείας. Τελειώνοντας, η εργασία μπορεί να είναι τόσο το μέσο όσο και ο σκοπός της διαδικασίας αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών, μια και από έρευνες παρατηρήθηκε ότι η εργασία ενισχύει τόσο την αίσθηση της ταυτότητας, της πραγματοποίησης επιτευγμάτων και προσμονής για κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα, όσο και την αυτοεκτίμηση και τη δυνατότητα αυτοπροσδιορισμού. (Τομαράς, 2001)

Εργασία - Εύρεση εργασίας, εργασιακή υποστήριξη, ανεργία, απραξία

Η εργασία για όλους και ειδικότερα για τους χρήστες Υπηρεσιών Ψυχικών Υγείας (Χ.Υ.Ψ.Υ.) είναι εκτός του βιοπορισμού και ένα μέσο που συμβάλλει κατά πολύ στην αυτοεκτίμηση, σε ένα επίπεδο ζωής, σε κοινωνικές δραστηριότητες στην ενσωμάτωση στο σύνολο ως ισότιμο μέλος του. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Όμως λόγω προκατάληψης το γνωστό «στίγμα» - «στιγματισμός» και της ελλιπούς ενημέρωσης υπάρχουν πολλές δυσκολίες στην εύρεση εργασίας.

Η λέξη ψυχική ασθένεια είναι αποτρεπτικός παράγοντας για πρόσληψη. Δεν υπάρχει εμπιστοσύνη και φερεγγυότητα των πολιτών με ψυχική διαταραχή οποιουδήποτε επιπέδου κι αν είναι αυτή. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Από την άλλη πλευρά, όταν ένας εν δυνάμει εργοδότης τροφοδοτείται καθημερινά από τον κινηματογράφο, την τηλεόραση, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης γενικά, με απόψεις που παρουσιάζουν τους ψυχικά πάσχοντες με ένα ορισμένο δυσφημιστικό τρόπο που υιοθετείται προοδευτικά μια λανθασμένη άποψη σχετικά με αυτούς. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Αν σε όλα αυτά προσθέσουμε και τις προκαταλήψεις αιώνων, καταλαβαίνει κανείς πόση προσπάθεια και χρόνος χρειάζεται για να αλλάξει αυτή η εικόνα που έχει ο μέσος πολίτης για τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα. Όταν τροφοδοτείται κανείς με λάθος στοιχεία θα βγάξει και λάθος συμπεράσματα.

Σε πολύ κόσμο υπάρχει η άποψη ότι όποιος έχει ψυχολογικά προβλήματα είναι και διανοητικά κατώτερος, μέχρι και ηλίθιος και αντιμετωπίζεται ως τέτοιος μάλιστα από ορισμένους, με περιπαικτικό έως άκρως υποτιμητικό τρόπο. Αυτό το εμπεδώνει όποιος Χ.Υ.Ψ.Υ. έχει δοσοληψίες με άτομα αυτής της νοοτροπίας που τυχάνει να βρίσκονται σε θέσεις ισχύος απέναντι του, όπου αρκετοί από αυτούς τους βγάζουν στην επιφάνεια ό,τι πιο χαμερπές έχουν μέσα τους. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Το να προσπαθήσει κανείς να αλλάξει τη γνώμη τέτοιων ανθρώπων είναι χαμένος χρόνος. Και άλλωστε δεν υπάρχει και λόγος γ' αυτό. Ο καθένας ζει στον κόσμο του. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Η εργασία, η δουλειά, είναι για έναν Χ.Υ.Ψ.Υ. ένας τρόπος για την απόκτηση και οικονομικής ανεξαρτησίας, αυτοπεποίθησης που αυτή η ανεξαρτησία χαρίζει, μια σταδιακά κοινωνική ενσωμάτωση, ένας τρόπος εκτόνωσης από ψυχικές εντάσεις και μια δραστηριότητα να γεμίζει το χρόνο του. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Ατυχώς, μια δραστηριότητα με προοπτικές επαγγελματικής και κοινωνικής εξέλιξης, ανάλογες με τους μη έχοντες παρουσιάσει ψυχολογικά προβλήματα, είναι προς το παρόν και σε αυτό το κοινωνικό πλαίσιο που ζούμε σχεδόν απαγορευτική για τους περισσότερους Χ.Υ.Ψ.Υ. και θα πρέπει δυστυχώς να είναι ευχαριστημένοι με μια απασχόληση σχεδόν υπηρετικού τύπου θα έλεγα. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Οι τυχόν εξαιρέσεις επιβεβαιώνουν τον κανόνα αυτό.

Αλλά και πάλι ο περισσότερος κόσμος, όχι μόνο οι Χ.Υ.Ψ.Υ., συμβιβάζονται στο θέμα της εργασίας. Προκειμένου να βρεθεί μια εργασία, όχι σκέτο χαμαλίκι που χειροτερεύει μια ήδη ασταθή και ευαίσθητη προσωρινώς ψυχική κατάσταση και μάλιστα με την ανεργία που υπάρχει σήμερα θα χρειαστεί όλη η βοήθεια και η υποστήριξη που μπορεί να δοθεί από οποιαδήποτε πλευρά. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Το ίδιο το κράτος αναγνωρίζοντας αυτή την ιδιαιτερότητα επιδοτεί τους εργοδότες που προσλαμβάνουν έναν Χ.Υ.Ψ.Υ. για ένα χρονικό διάστημα, μέχρις αυτό το άτομο να ενσωματωθεί στη ροή των πραγμάτων. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Η ανεργία και ό,τι αυτή συνεπάγεται, απασχολεί ένα μεγάλο μέρος του ενεργού πληθυσμού σήμερα. Ειδικά όμως για άτομα με ψυχικά προβλήματα η εργασία είναι κάτι πολύ περισσότερο από τρόπο βιοπορισμού. Είναι τρόπος εκτόνωσης των εντάσεων, τρόπος για ψυχική πειθαρχία, τρόπος για να βγουν από την κοινωνική απομόνωση, αυτοπεποίθηση, εμπιστοσύνη στις δυνατότητες τους, αναγνώριση κ.τ.λ. Αν ένας Χ.Υ.Ψ.Υ. δεν έχει κάποια απασχόληση ή κάποια εργασία, τότε απλώς χειροτερεύει. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Βεβαίως αν έχει οικονομική άνεση μπορεί ευκολότερα να διαχειριστεί τις εντάσεις και τα προβλήματα του.

Στις άλλες περιπτώσεις ανεργία - απραξία σημαίνει έλλειψη αυτοπεποίθησης, χρηματική πενία με ό,τι αυτό συνεπάγεται, αυτοπεριορισμός, αυτολύπηση, απομόνωση, χειροτέρεμα, υποτροπή, ψυχιατρείο, φάρμακα και πάλι από την αρχή. Πράγμα που εκτός των άλλων επιβαρύνει οικονομικά και τον ίδιο και την οικογένεια του και τα ασφαλιστικά ταμεία και το κράτος. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Καταλαβαίνετε ποια είναι η θέση ενός Χ.Υ.Ψ.Υ. όταν δεν έχει δουλειά, δεν έχει χρήματα, παίρνει ψυχοφάρμακα και βρίσκεται στο ψυχικό και πολλές φορές στο κοινωνικό περιθώριο, χωρίς την αυτοεκτίμηση που χαρίζει ένα επίπεδο ζωής και δραστηριοτήτων.

Να ψάχνει για δουλειά και να τον αντιμετωπίζουν στην καλύτερη των περιπτώσεων με συγκατάβαση και όχι λίγες φορές με περιφρόνηση. Όπως έχω αναφέρει και αλλού, νιώθει ότι ζει και κινείται σε ένα εχθρικό περιβάλλον και υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να ξεπέσει σε ψυχική ζητιανιά, πράγμα που από μόνο του είναι αποτρόπαιο. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Φυσικά όσοι έχουν τις προϋποθέσεις μπορούν να πάρουν σύνταξη αναπήρου από τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Δεν φτάνουν τα χρήματα αλλά κάτι είναι και αυτό.

Αλλά όταν κάποιος δεν έχει φτάσει ούτε καν στην μέση ηλικία και νιώθει ότι η μόνη διέξοδος στη κατάσταση του είναι να πάρει αναπηρική σύνταξη και να γίνει απόμαχος τότε δεν φταίει μόνο ο ίδιος, φταίνει και όλοι οι άλλοι όσοι του άφησαν αυτή τη διέξοδο. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Αν δεν αλλάξει η νοοτροπία, η αντίληψη που έχει ο πολύς κόσμος για τις Ψυχικές Παθήσεις, δεν υπάρχει καμία περίπτωση να μπορέσει ένας Χ.Υ.Ψ.Υ. να βγει από το περιθώριο που βρίσκεται, όσα προγράμματα και αν φτιάξει το κράτος, όσα χρήματα κι αν ξοδευτούν γι' αυτό και όση καλή διάθεση και αν έχουν ορισμένοι πολίτες ή εργοδότες. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Σήμερα ο τρόπος ζωής, οι κοινωνικές πιέσεις, η ανασφάλεια και άλλοι παράγοντες έχουν κάνει να αυξηθεί ο αριθμός των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα και από ότι φαίνεται υπάρχει τάση ο αριθμός αυτός να αυξηθεί στο μέλλον.

Είναι γνωστό ότι τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, οποιασδήποτε φύσεως και αν είναι αυτά, αποκλείονται από θέσεις ευθύνης τόσο στον ιδιωτικό όσο ιδίως στο δημόσιο τομέα. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

Τον τελευταίο καιρό υπάρχουν δημοσιεύματα στον τύπο σχετικά με τις προθέσεις της Ε.Ε. να χορηγήσει ειδική ταυτότητα στα καταγεγραμμένα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, ταυτότητα που έχει ισχύ αστυνομικής ταυτότητας.

Σήμερα ο πολίτης με ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζεται το λιγότερο με επιφύλαξη. (Γιαννουλόπουλος, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

4.1. Δομές (Ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές)

1. Παραδοσιακά ή ειδικά ψυχιατρεία, δυνατότητα έως 500 κλινών.
2. Ψυχιατρικός τομέας του γενικού νοσοκομείο (Ψ.Τ.Γ.Ν.)

Είναι ένας θεσμός που καθιερώθηκε μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο θεσμός του Ψ.Τ.Ν.Θ. δημιουργήθηκε κατ' αρχήν για να αποτραπεί ο ιδρυματισμός του ψυχικά ασθενή, που προκαλείται από τη νοσηλεία στα μεγάλα νοσοκομεία/άσυλα. Παρά τη βελτίωση των συνθηκών (νοσοκομεία/άσυλα), παρατηρήθηκε ότι τόσο ο ασθενής όσο και οι συγγενείς αποδέχονται πιο εύκολα τη νοσηλεία στο ψυχιατρικό τμήμα ενός νοσοκομείου απ' ότι στο ψυχιατρείο.

3. Εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

Υπάρχουν σε ειδικό ή γενικό νοσοκομείο και εξυπηρετούν ασθενείς ολόκληρου του ψυχιατρικού φάσματος, που απευθύνονται σε αυτά αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα της πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000).

4. Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ)

Το ΚΚΨΥ προσφέρει τη δυνατότητα να εφαρμοστούν όλα εκείνα τα προγράμματα που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (πρωτοβάθμια πρόληψη). Με την διαδικασία αυτή είναι δυνατή η έγκαιρη και άμεση παρέμβαση του ατόμου που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη) ή η διατήρηση της λειτουργικότητας ενός χρόνιου ψυχικά ασθενή σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτήν (τριτοβάθμια πρόληψη). (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

Ο θεσμός θεωρήθηκε το βασικότερο στοιχείο της αποκέντρωσης. Λειτουργεί εναρμονισμένο με το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής που

αποτελείται από την ψυχιατρική μονάδα στο γενικό νοσοκομείο, το κέντρο ημερήσιας φροντίδας, το κέντρο αποκατάστασης, το μετανοσοκομειακό ξενώνα και σε μερικές περιπτώσεις το κρατικό ψυχιατρείο. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

Τα κέντρα αυτά είναι συνδεδεμένα

✚ Ιατροπαιδαγωγικός σταθμός

Παρέχει διαγνωστικές, συμβουλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες.

✚ Διασυνδεδετική υπηρεσία

Κυρίως αναλαμβάνει ασθενείς που ταυτόχρονα με το οποιοδήποτε παθολογικό πρόβλημα εμφανίζουν και ψυχιατρική συμπτωματολογία και το αντίστροφο. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

✚ Νοσοκομείο ημέρας ή κέντρο ημέρας ή μονάδα ημερήσιας περίθαλψης.

Το νοσοκομείο ημέρας παρέχει θεραπεία, υποστήριξη και φροντίδα σε καθημερινή βάση, σε δομημένο πλαίσιο με μεγάλο εύρος ψυχοκοινωνικών δραστηριοτήτων. Η μονάδα μπορεί να ανήκει σε νοσοκομείο ή σε ΚΚΨΥ και έχει βασικούς στόχους.

α. Να αποτρέπει την εισαγωγή ψυχικά ασθενών στη ψυχιατρική κλινική.

β. Να συμβάλλει στην ταχεία έξοδο του ασθενούς από την παραδοσιακή κλινική, 24ωρης νοσηλείας.

γ. Να εμποδίζει το στιγματισμό, να μπορεί να διατηρεί ένα μέρος από το κοινωνικό, οικογενειακό ίσως και επαγγελματικό ρόλο, ελαττώνοντας έτσι τις πιθανότητες οπισθοδρόμησης και λειτουργικής ανικανότητας.

δ. Περιλαμβάνει δραστηριότητες αυτοφροντίδας, κοινωνική συμμετοχή, ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου 2000)

✚ Νοσοκομείο νύχτας

Οι ασθενείς παραμένουν μόνο τη νύχτα και αυτό βοηθάει στην ομαλή μετάβαση των ασθενών από το νοσοκομείο στην κοινότητα.

Παροχή Υπηρεσιών προς τους Πολίτες: Κινητές Μονάδες

ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σκοπός της κινητής μονάδας είναι η θεραπευτική συνέχεια, η πρόληψη και η μείωση των εισαγωγών καθώς επίσης και η συνεργασία με υγειονομικές υπηρεσίες άλλων φορέων (π.χ. Δ/ση Υγείας Νομαρχίας Χανίων) για διευκόλυνση των υπηρεσιών των χρηστών ψυχικής υγείας.

Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την κινητή μονάδα περιλαμβάνει Ψυχίατρο, Επισκέπτρια Υγείας, Κοινωνική Λειτουργό και Ψυχολόγο. Μέχρι τον Ιανουάριο του 2005 η κινητή μονάδα εξορμεί σε μηνιαία βάση στα: Κέντρο Υγείας Καστελιου, Κέντρο Υγείας Βάμου, Αγροτικό Ιατρείο Αλικιανου και Γηροκομείο Καστελιου, ενώ κατ' οίκον επισκέψεις πραγματοποιούνται εντός Νομού Χανίων, δύο φορές τον μήνα.

Στον εξοπλισμό της κινητής μονάδας περιλαμβάνονταν το αυτοκίνητο, το οποίο το παρείχε το νοσοκομείο.

Οι ημερομηνίες επισκέψεων είναι γνωστές εκ των προτέρων στις υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας του Νομού, στα αγροτικά ιατρεία και στα σπίτια των ασθενών.

Η κινητή μονάδα εξετάζει και παρακολουθεί ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Πραγματοποιείται ψυχιατρική εκτίμηση, χορήγηση και παρακολούθηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, επίλυση των προβλημάτων και παρακολούθηση του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του σακχάρου. Επιπλέον, η κινητή μονάδα:

- ✚ Πραγματοποιεί παρεμβάσεις προς τα μέλη της οικογένειας με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς.
- ✚ Προσφέρει την εξυπηρέτηση του ασθενούς όταν κρίνεται αναγκαίο από τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας και από άλλους φορείς (π.χ. θέματα συνταξιοδότησης, επιδόματα κ.λ.π.) και

συνεργάζεται με δήμους και κοινότητες

- ✚ Ασκήν συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη στους ίδιους και στις οικογένειες τους.
- ✚ Υπερασπίζει τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα των ασθενών συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.
- ✚ Εκπαιδεύει την οικογένεια σε θέματα που αφορούν την πρόληψη των υποτροπών και τη στήριξη του ασθενούς.

Ο ψυχικά ασθενής που δε χρειάζεται την άμεση επίβλεψη και θεραπεία του νοσοκομείου μεταβιβάζεται σ' ένα είδος οικοτροφείου (προστατευμένο διαμέρισμα) όπου σε συνεργασία με άλλους ψυχικά ασθενείς φροντίζει για την κανονική λειτουργία του σπιτιού και του κοινού νοικοκυριού, διατροφής σε τύπο συσσιτίου, που ετοιμάζεται εκ επιτροπής από τους ίδιους ασθενείς. («Εκλογή», Δεκέμβριος 1981).

- ✚ Το προστατευμένο διαμέρισμα

Η παραμονή στο διαμέρισμα βοηθά τον ασθενή να ζήσει αυτόνομα, αποτελεσματικά και όσο μπορεί μέσα σε πραγματικές συνθήκες διαβίωσης στην κοινότητα. Για να γίνει η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ενοίκων καλύτερη. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

- ✚ Οικογένειες υιοθεσίας ή μονάδες ανάδοχων οικογενειών

Ο ρόλος των οικογενειών που φιλοξενούν ένα άτομο είναι εξαιρετικά σημαντικό γιατί παρέχει στον ασθενή τα πλεονεκτήματα μιας οικογένειας όταν αυτό δεν έχει τη δυνατότητα να είναι στη φυσική του. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

- ✚ Μονάδες αποκατάστασης

Στόχοι των μονάδων αποκατάστασης είναι κυρίως η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών και η πλήρης και ισότιμη ένταξη τους στην κοινότητα. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

§ Εργαστήρια προεπαγγελματικής εκπαίδευσης: Τα μέλη

εξοικειώνονται με διάφορα εργασιακά αντικείμενα και δραστηριότητες και προετοιμάζονται επαγγελματικά.

§ Εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης: Παρέχουν συστηματική εκπαίδευση για ένα ή δύο χρόνια σε συγκεκριμένες ειδικότητες.

§ Παραγωγικά εργαστήρια: Λειτουργούν σε συνεργατική βάση. Οι ασθενείς με βάση αυτό που παράγουν, ενώ τα αντικείμενα εργασίας τους ποικίλλουν. (Παπαγεωργίου -Βασιλοπούλου, 2000)

Η αποκατάσταση παλαιότερα - αλλά ακόμα και σήμερα σε αγροτικές περιοχές - γινόταν κυρίως μέσα από την παραδοσιακή κοινωνία και τις γεωργικές εργασίες.

Το 1993 ιδρύθηκε η Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και η επαγγελματική επανένταξη η οποία από το 1997 λειτουργεί με νομική μορφή.

✚ Κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης (ΚοιΣΠΕ)

Οι ΚοιΣΠΕ αποβλέπουν στην ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα συμβάλλοντας στην θεραπεία και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια.

✚ Σύλλογοι συγγενών, ασθενών, πολιτών ή ομάδες ευαισθητοποιημένων ατόμων.

Οι σύλλογοι καλλιεργούν τις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης και εθελοντισμού και παρεμβαίνουν με σκοπό την αλληλοβοήθεια για άτομα με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία, ο οποίος ιδρύθηκε το 1993. Αποτέλεσε μια καινοτόμο πρωτοβουλία για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2000)

4.2. Οικογενειακή βοήθεια

Όπου και όταν υπάρχει οικογένεια που να ενδιαφέρεται, η ιδέα της αποκατάστασης του αναπήρου πρέπει να υλοποιείται και αντιμετωπίζεται κυριολεκτικά από την πρώτη μέρα της νοσηλείας του, να γίνεται όρος και σκοπός συναρτημένος με την είσοδο του ως ψυχικού αρρώστου στο νοσοκομείο. Από την πρώτη επαφή, οι συγγενείς που συνοδεύουν τον άρρωστο θα πρέπει να καταλάβουν πως η συμμετοχή τους στην απόφαση να νοσηλευτεί ο άνθρωπος τους σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να τον αποχωριστούν (απόφαση πολύ εύκολη και συνήθως ανακουφιστική όταν πρόκειται για ψυχωτικό άρρωστο που αναστατώνει το σπίτι με τις ιδεοληψίες του, τις κρίσεις άγχους και την αυθαίρετη ή προκλητική συμπεριφορά του). Θα πρέπει οι συγγενείς να καταλάβουν ότι η συνεργασία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου, αρχίζοντας από το ιστορικό του ίδιου του ατόμου και στην συνέχεια της οικογένειας του και συνεχίζοντας με την τακτική συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις με τον άρρωστο και τον γιατρό του αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ψυχιατρικής περίθαλψης. Με άλλα λόγια, είναι ανάγκη οι συγγενείς να καταλάβουν ότι ο άρρωστος πρέπει να ξαναγυρίσει στο οικογενειακό του περιβάλλον και στην ανοικτή κοινωνία όσο γίνεται πιο γρήγορα. («Εκλογή» -Δεκέμβριος 1981)

Κατά κανόνα, η ψυχιατρική αρρώστια συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με τα προβλήματα σχέσεων μεταξύ αρρώστου και μελών της οικογένειας του, παιδιού και γονέων, γυναίκας προς τον άντρα της ή και τ' αντίστροφο.

Το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να καταλάβει ότι δεν είναι αμέτοχοι και ούτε μπορούν να παραμείνουν αμέτοχοι στην αρρώστια του ανθρώπου τους και τη θεραπεία τους. Το ότι υπάρχουν άλλοι παράγοντες που δεν αφορούν προσωπικά π.χ. μια ευαίσθητη ιδιοσυγκρασία που ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, ενώ μια λιγότερη ευαίσθητη ιδιοσυγκρασία θα ανταποκρινόταν με ένα ρεαλιστικό τρόπο θα τους υποδειχθεί επίσης για να καταλάβουν ότι δε χρειάζεται να αισθάνονται ένοχοι, εφόσον παραδεχθούν τη συμμετοχή τους και να συνεργαστούν

ψυχολογικά στην περίθαλψη του αρρώστου. Μια τέτοια υπόδειξη έχει μεγάλη σημασία διότι εξηγεί κατά κάποιο αντικειμενικό τρόπο την ωφελιμότητα των ψυχοφαρμάκων, χωρίς όμως να τα παρουσιάζει ως πανάκεια, από την αρχή ως το τέλος της θεραπείας.

Φυσικά, οι εξηγήσεις και υποδείξεις που προσφέρονται στους συγγενείς είναι ανάγκη, να μεταδοθούν στον άρρωστο όταν και όποτε είναι σε θέση να τις ακούσει. («Εκλογή», 1981)

Μια εναλλακτική λύση είναι οι οικογένειες «υιοθεσίας» ή μονάδες ανάδοχων οικογενειών.

Οι οικογένειες «υιοθεσίας» ή φιλοξενούσες οικογένειες, ανήκουν στις μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής και αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Επιχειρείται η «υιοθεσία» ή «αναδοχή» των χρόνιων ψυχωσικών, οι οποίοι στερούνται φυσικής οικογένειας ή απορρίπτονται από αυτή.

Επιλέγονται οικογένειες, έτσι ώστε:

- ✚ Να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών.
- ✚ Να μειωθεί η ένταση των υποτροπών, ο αριθμός και οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών.
- ✚ Να αυξηθεί η λειτουργικότητα και η αυτονομία των ασθενών για να μπορούν στο μέλλον να ζουν με μειωμένη βοήθεια ή και χωρίς αυτή.

Για να γίνει δυνατή μια τέτοια αποκατάσταση, που σκοπός της θα είναι σε κάποια στιγμή να ανεξαρτητοποιηθεί με την έξοδο του ανάπηρου από τη θετή οικογένεια ή το οικοτροφείο (half-way house) και τη δημιουργία δικής του ιδιωτικής κατοικίας και παραγωγικής ασχολίας, χρειάζεται προετοιμασία, ειδική εκπαίδευση ή μετεκπαίδευση σε είδος εργασίας που να είναι στο μέτρο των δυνατοτήτων του ατόμου, εάν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα ταλέντο τόσο το καλύτερο και συνάμα θα πρέπει να προκαλεί το ενδιαφέρον του ασθενή. («Εκλογή» -Δεκέμβριος 1981)

Οι ψυχικά ασθενείς που επιλέγονται για τα προγράμματα αυτά συνήθως είναι νέοι σε ηλικία, συνεργάσιμοι και ικανοί να αυτοϋπηρετούνται. Η αναδοχή αποφεύγεται να αποφεύγεται να γίνει από άτομα με συγγένεια πρώτου

βαθμού. Μερικές τέτοιες μονάδες είναι για παράδειγμα, η πρώτη μονάδα που ιδρύθηκε το 1989 από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθήνας με την επωνυμία «επανένταξη ψυχικά αρρώστων στην κοινωνική ζωή - ανάδοχες οικογένειες». Το 1997, η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, επεκτείνοντας τα προγράμματα αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, σχεδίασε και λειτούργησε τη Μονάδα Ανάδοχων Οικογενειών.

4.3. Προσπάθειες για επαγγελματική αποκατάσταση

Αποτελεί το μακροπρόθεσμο στόχο για την πλήρη αποκατάσταση ενός ψυχικά αρρώστου μέσα από την έκθεση του σε επαγγελματικού τύπου εργασιακά πλαίσια και προκαταρκτική εκπαίδευση σε πολλές και διάφορες επαγγελματικές περιοχές για την ανάπτυξη ή απόκτηση νέων επαγγελματικών δεξιοτήτων. Στον τομέα αυτό ανήκουν το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και η Προστατευμένη Εργασία σε διάφορα εργασιακά πλαίσια.

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

1. Επαγγελματικός προσανατολισμός

Η διερεύνηση των δυνατοτήτων ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες για την επαγγελματική του αποκατάσταση αρχίζουν από τη διαδικασία του επαγγελματικού προσανατολισμού. Η διαδικασία αυτή γίνεται από τον ειδικό επαγγελματικό σύμβουλο και ξεκινάει από την πρώτη συνέντευξη με το άτομο.

Ο επαγγελματικός σύμβουλος συνεργάζεται με τον εργοδότη του ατόμου που έχει εκπαιδευτεί. Τον ενημερώνει για τις δυνατότητες - ικανότητες και για τα προβλήματα χωρίς όμως να προχωρήσει σε λεπτομέρειες, αυτό γίνεται για να είναι γνωστής των τυχόν αναγκών του ατόμου ο εργοδότης του.

Η προετοιμασία του εργοδότη γίνεται σε συμβουλευτική βάση. Ο σύμβουλος έχει μια μόνιμη επαφή με τον εργοδότη.

2. Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης - Αποκατάσταση

Βασικός στόχος της προεπαγγελματικής αποκατάστασης είναι ο έλεγχος, κυρίως από τον εργοθεραπευτή, των ικανοτήτων και επιδεξιότητων του ατόμου με ειδικό πρόβλημα και η προσαρμογή του σε συνθήκες εργασίες (ωράριο, αμοιβή, παραγωγή εργασίας). (Καρύδη 1984).

Ελέγχεται η ικανότητα και αποδοτικότητα του ατόμου σε κάθε διαφορετικό στάδιο και τέλος σε συνθήκες εργασίας. Βασικά κριτήρια για τη συμμετοχή του ατόμου σε προγράμματα εκπαίδευσης είναι η ηλικία (να μην υπερβαίνει τα 35 έως 40 χρόνια). Η ύφεση των ψυχωσικών συμπτωμάτων ή κάθε ψυχοπαθολογικής κατάστασης, το κίνητρο να συμμετέχει και ένα επίπεδο λειτουργικότητας που να του επιτρέπει την αυτοεξυπηρέτηση και ανεξαρτησία.

Πρέπει να τονισθεί ότι τα μέλη που μετέχουν σε ένα πρόγραμμα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, επειδή έχουν ακολουθήσει όλα ή μέρος από τα προηγούμενα στάδια της αποκατάστασης, συνήθως εμφανίζουν ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας. Ο χρόνος της εκπαίδευσης διαρκεί λίγους μήνες.

3. Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης - Αποκατάστασης

Ένα ποσοστό ατόμων που ακολούθησαν την προεπαγγελματική εκπαίδευση, αλλά δεν βρέθηκε ότι ήταν ικανά να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά εργασίας παραπέμπονται στο Κ.Ε.Ε. όπου η εκπαίδευση επικεντρώνεται σε ένα επαγγελματικό αντικείμενο. Συνήθως ένα Κ.Ε.Ε. περιέχει 2 ή 3 επαγγελματικά αντικείμενα. Η χρονική διάρκεια της εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερη (12 έως 18 μήνες). Το μεγαλύτερο βάρος της εκπαίδευσης πέφτει στους ειδικούς εκπαιδευτικούς που εισάγουν τον εκπαιδευόμενο στα μυστικά του επαγγέλματος. Τα κριτήρια για την παρακολούθηση στο Κ.Ε.Ε. είναι τα ίδια με εκείνα που έχουν ήδη αναφερθεί, η λειτουργικότητα όμως των μελών είναι μικρότερη αφού τα άτομα δεν μπόρεσαν να εργαστούν στην ελεύθερη αγορά και χρειάστηκαν ειδικά παρατεταμένη επαγγελματική εκπαίδευση. (Tomaras et al, 1984)

Το διάστημα της εκπαίδευσης διαιρείται: 1) στο προκαταρκτικό στάδιο

κατά το οποίο το άτομο εξοικειώνεται με το αντικείμενο της εκπαίδευσης του (μαθαίνει τη χρήση των ειδικών εργαλείων κ.λ.π.), 2) στο κύριο στάδιο της εκπαίδευσης όπου το άτομο εξειδικεύεται στην παραγωγική εργασία μέσα στα πλαίσια του εκπαιδευτικού αντικειμένου. (Τομαρας και συν. 1984, Τομαράς και 1986, Μαδιανός 1987)

Μετά το τέλος της εκπαιδευτικής περιόδου οι εκπαιδευόμενοι τοποθετούνται σε εργασίες παρόμοιες με εκείνες στις οποίες εκπαιδεύτηκαν ή στην περίπτωση μιας κάποιας δυσκολίας για την προσαρμογή τους στο τυπικό εργασιακό πλαίσιο ή μιας μειωμένης αποδοτικότητας, προωθείται η λύση της προστατευμένης εργασίας. (Antoniuy, Jansen, 1984)

4. Προστατευμένη εργασία

Πρόκειται για παραγωγική εργασία που επιχορηγείται, ενώ η αμοιβή του εργαζομένου είναι ανάλογη με την παραγωγή του. Η εργασία μπορεί να γίνεται στο σπίτι, στο Προστατευμένο Εργαστήριο ή ακόμη και μέσα στο Εργοστάσιο σε ειδικό τμήμα. (Eisenberg 1985, Hill 1987, Lobister et al, 1987)

5. Το προστατευμένο εργαστήριο

Προσφέρει, ως χώρος, τη δυνατότητα για δουλειά σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρά μειονεκτήματα στην αποδοτικότητα τους και δεν μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί σε σύγκριση με άλλους συναδέλφους τους. Την ευθύνη του εργαστηρίου συνήθως έχει ο εργοθεραπευτής. Σε μερικές περιπτώσεις το εργαστήριο παίρνει τη μορφή Συνεργατικής Επιχείρησης με περισσότερο ανεξάρτητο χαρακτήρα.

6. Οι Συνεργατικές Επιχειρήσεις ή τα λεγόμενα Παραγωγικά Εργαστήρια ή Κοινωνικές Επιχειρήσεις (Πρωτόπαπας, 1988)

Οι Συνεργατικές επιχειρήσεις αποτελούν το πλέον προωθημένο τύπο αυτόνομης ή ημιαυτόνομης αποκατάστασης και επανένταξης του ατόμου με ειδικές ανάγκες. Η κατασκευή των προϊόντων πρέπει να είναι τυποποιημένη και ποιοτικά υψηλή, ώστε τα παραγόμενα προϊόντα να είναι ανταγωνιστικά προς εκείνα της ελεύθερης αγοράς. Η αμοιβή γίνεται ανάλογα με το ποσοστό παραγωγής του προϊόντος και όχι σύμφωνα με τις ανάγκες των

εργαζομένων, εκτός αν υπάρχει άλλη συμφωνία.

Η συνεργατική βιοτεχνία επιχείρηση είναι μια τυπική μικρή ή μεγάλη επιχείρηση. Βασικά στοιχεία επιτυχημένης επιχείρησης αποτελούν η σωστή διοικητική στελέχωση, οι διαθέσιμοι πόροι κεφαλαίου, η μελέτη της αγοράς, το χαμηλό κόστος διαχείρισης της επιχείρησης, ο προγραμματισμός και οι στρατηγικές των στόχων, ο έλεγχος και η αξιολόγηση, η ικανότητα των διαρθρωτικών παρεμβάσεων και τέλος ο ευχαριστημένος πελάτης. Στη χώρα μας υπάρχουν ελάχιστα παραδείγματα συνεργατικών για άτομα με χρόνιο ψυχικό νόσημα με εξαίρεση τη Θεσσαλονίκη (Πρόγραμμα Επανεξέλιξης του Ψυχιατρείου), στην Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής και Κ.Ε.Π. τον Αιγινήτειο Νοσοκομείου, στο Δρομοκάττειο) και στο Ψυχιατρείο Χανίων.

7. Η τοποθέτηση σε θέση εργασίας

Αποτελεί την τελική και πιο λεπτή φάση όλης της διαδικασίας της αποκατάστασης. Εδώ η ευθύνη ανήκει κυρίως στον επαγγελματικό σύμβουλο, στον κοινωνικό λειτουργό και στον εργοθεραπευτή. Είναι αναγκαίες ορισμένες λεπτές και προσεκτικές διαδικασίες πριν από την τοποθέτηση όπως: 1) η επιλογή των θέσεων εργασίας, 2) η ευαισθητοποίηση - προετοιμασία του εργοδότη και των μελλοντικών συναδέλφων του, 3) η ρύθμιση των γραφειοκρατικών διαδικασιών όπως είναι η επιδότηση του μισθού από το κράτος, ώστε το άτομο να γίνει αποδεκτό ως ισότιμο μέλος στη μικρή κοινότητα του εργοστασίου ή της επιχείρησης.

Αρνητική επίπτωση στις τοποθετήσεις ατόμων με ειδικά προβλήματα έχει το υψηλό επίπεδο ανεργίας. Είναι βασική υποχρέωση της ομάδας αποκατάστασης να παρακολουθούν το εργαζόμενο άτομο, το οποίο επίσης μπορεί να συμμετέχει στην Κοινωνική Λέσχη ή σε κάποια ομάδα αυτοβοήθειας. Επίσης η ομάδα πρέπει να βρίσκεται σε τακτική επαφή με τους συναδέλφους ή τον εργοδότη ή τον προϊστάμενο του ατόμου για την πρόληψη προβλημάτων που μπορεί να δημιουργήσουν δυσάρεστο κλίμα στο άτομο και στο προσωπικό της επιχείρησης. (Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα). (Μιχάλης Γ. Μαδιανός).

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τελειώνοντας αυτή την εργασία για την ψυχική υγεία και για τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες καταλήξαμε στο εξής γενικό συμπέρασμα: Οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται ακόμα και σήμερα σαν ένας παθητικός δέκτης «ξένων» δυνάμεων, είτε εσωτερικών, είτε εξωτερικών που προσδιορίζουν αποφασιστικά τη συμπεριφορά τους, δίχως οι ίδιοι να μπορούν να τους ελέγξουν ή να τους μεταβάλλουν. Εμφανίζονται δηλαδή σαν έρμαιο τυφλών δυνάμεων, που τείνουν εξ' ολοκλήρου να τους εξουσιάσουν. Επίσης, βιώνουν το πρόβλημα τους απομονωμένοι στο περιθώριο της ελληνικής κοινωνίας, παρ' όλο που τα τελευταία χρόνια γίνονται αρκετές προσπάθειες προκειμένου να ενσωματωθούν οι άνθρωποι αυτοί στην ελληνική κοινωνία. Δυστυχώς, οι πιθανότητες για την ενσωμάτωση τους παραμένουν να είναι ελάχιστες.

Οι ψυχικά ασθενείς, φαίνεται να είναι η ομάδα που υφίσταται τον κοινωνικό αποκλεισμό που τους στερεί και το δικαίωμα του λόγου, περισσότερο από κάθε άλλη ομάδα.

Οι περισσότερες προσπάθειες γίνονται κυρίως από την κοινωνία και έχουν σαν στόχο την έξοδο των ψυχικά ασθενών από το ψυχιατρείο «αποασυλοποίησης» και την επαγγελματική αποκατάσταση. Πρέπει όμως να καταλάβουμε όλοι μας ότι είναι αρκετά δύσκολο τα άτομα που ζουν σε κάποιο ψυχιατρείο να προετοιμαστούν κατάλληλα για να είναι ανταγωνιστικά σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους για να αποκατασταθούν επαγγελματικά και να ενσωματωθούν στην κοινωνία. Επειδή, όμως, είναι μάλλον αδύνατο όλοι οι άνθρωποι με ψυχική ασθένεια να εκπαιδευτούν τόσο καλά, ώστε να μπορέσουν από μόνοι τους να διεκδικήσουν το δικαίωμα τους για συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες και επειδή η ενσωμάτωση τους στην ελληνική κοινωνία είναι γι' αυτούς υπόθεση ζωής, βασική προϋπόθεση είναι η συναίνεση και η αλληλεγγύη και η πλειοψηφία των Ελλήνων. Έτσι οι ψυχικά ασθενείς δεν θα νιώθουν τόσο περιθωριοποιημένοι και θα κάνουν μια

προσπάθεια έχοντας δίπλα τους όλους εμάς για μια καινούργια, καλύτερη και ομορφότερη ζωή χωρίς διακρίσεις.

Μόνο όταν οι πιο ικανοί Έλληνες ανακαλύψουν ότι υπάρχει η δυνατότητα να συνυπάρχουν όλοι στην ίδια γειτονιά, στο ίδιο σχολείο, στον ίδιο χώρο εργασίας και ίσως ακόμη και στο ίδιο σπίτι, μόνο τότε οι άνθρωποι αυτοί θα απαλλαχθούν από τις σε βάρος τους προκαταλήψεις και θα μπορέσουν να δείξουν ότι και αυτοί είναι ισάξιοι με όλους τους άλλους πολίτες να συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες της κοινωνίας.

Συμπερασματικά αυτά που κατά τη γνώμη μας πρέπει να γίνουν, είναι τα εξής:

- ✚ Ενημέρωση των πολιτών για τους ψυχικά ασθενείς (ότι π.χ. δεν είναι όλοι επικίνδυνοι)
- ✚ Δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης της ψυχικής ασθένειας
- ✚ Ίδρυση αρκετών ψυχιατρικών νοσοκομείων κατάλληλα εξοπλισμένων.
- ✚ Παροχή επαρκών και κατάλληλων υπηρεσιών για τη θεραπεία και τη φροντίδα του ψυχικού πόνου.
- ✚ Δημιουργία προγραμμάτων επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Μαδιανός Μιχάλης .Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή, εκδόσεις : Καστανιώτη, Αθήνα 2000.
2. Μαδιανός Μιχάλης , Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα ,Εκδόσεις : Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
3. Μάνος Νίκος. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, αναθεωρημένη έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
4. Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου, Κοινωνική- Κοινοτική ψυχικής υγείας ,Εκδόσεις :Βήτα, Αθήνα 2005.
5. Παρασκευόπουλος Ιωάννης , Κλινική ψυχολογία: Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, Αθήνα 1988.
6. Πιπερόπουλος Γιώργος , Εξαρτήσεις και αποκλίσεις, Εκδόσεις : Πανεπιστημίου Μακεδονίας ,Θεσσαλονίκη 2002.
7. Πλουμπίδης Δημήτρης, Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850- 1920, εκδόσεις : εξάντας ,τρίαψις λόγος, 1995.
8. Thio Alex, Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, τέταρτη έκδοση, Εκδόσεις: Έλλην, 2003.
9. T. Lempriere – A. Feline & συνεργάτες ,Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ανηλίκων: Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Α τόμος ,Εκδόσεις : Παπαζηση,1995.
10. Τομαράς Δ .,Οικονόμου Μ.Π. ,Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα: Το πρόγραμμα της ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας., εκδόσεις : Βήτα, 2001.
11. Τσαλίκου Φωτεινή, Ο Μύθος του Επικίνδунου Ψυχασθενή, Εκδόσεις : Παπαζήση, Αθήνα 1987.

12. Φουκώ Μισέλ, Η Ιστορία της Τρέλας , Εκδόσεις : Ηριδανός, 1964.
13. Χαρτοκόλλης Πέτρος, Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Εκδόσεις : Θεμέλιο, 1991.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- ✚ Τσαχαλίδης Ιωάννης, Εκλογή, Ιανουάριος -Φεβρουάριος - Μάρτιος 1993, Αρ.96.
- ✚ Χαρτοκόλλης Πέτρος, Εκλογή, Δεκέμβριος 1981, Αρ.56
- ✚ Τσαχαλίδης Ιωάννης, Εκλογή , Ιανουάριος- Φεβρουάριος- Μάρτιος 1993, αρ. 96
- ✚ Κοινωνία και ψυχική υγεία, Ιανουάριος 2007, τεύχος 2, επιστημονική έκδοση για θέματα υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού:
- ✚ Άρθρο 91. η κοινωνική εργασία στο ψυχιατρικό τομέα του γενικού νοσοκομείου.
- ✚ Τσαχαλίδης Ιωάννης, Άρθρο 96. Διερεύνηση των στάσεων της ελληνικής κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς , στους τοξικομανείς και αλκοολικούς.
- ✚ Χαρτοκόλλης Πέτρος, Άρθρο 56. Πρόβλημα γύρω από την κοινωνική αποκατάσταση ψυχικών αναπήρων.
- ✚ Άρθρο 54 . Κοινωνική αποκατάσταση.
- ✚ Τσαχαλίδης Ιωάννης Άρθρο 96. Έρευνες των στάσεων απέναντι στους ψυχασθενείς στην Ελλάδα

INTERNET

www.google.com

www.ψυχιατρικά νοσοκομεία.gr

www.Ψυχιατρική μεταρύθμιση.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Μαρτυρίες ψυχικά ασθενών
2. Φωτογραφικό υλικό
3. Ιστορικό Ψυχοκοινωνικής κατάστασης που λαμβάνεται σε κέντρο ψυχικής υγιεινής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1^ο

Μαρτυρίες ψυχικά ασθενών



Μαρτυρίες*

Τρέλα είναι: Να ξυπνός την νύχτα με το μυαλό σου να σφυροκοπιέται από φωνές που σε απειθούν. Να ζητάς βοήθεια και να βρίσκεσαι καθηλωμένος με λουριό. Τιμωρημένος. Καταδίκη χωρίς αδίκημα. Χωρίς δικαστές. Χωρίς συνήγορο υπεράσπισης!

1+1=1 Χ.Μ.

Αν θα μπορούσε
ο ήλιος να κλάψει
δε θα υπήρχαν
οθυσίες,
χρέος πρώτα.
Κάνε τον ήλιο
να κλάψει.

Γιώργος Κακκινίδης

Αρεσιός και περιζήτητος, κάποιε!...
Απορριπτός και ανεπιθύμητος, τώρα!
Αποκλειστικά μόνος,
Αναθεματίζω την ψύχωση
Με αίσθηση πίκρας.
Αδύναμος να αγωνιστώ.

1+1=1 Χ.Μ.

Ακόμα και η σιωπή σου
Σαν βρίσκεσαι δίπλα μου
Αξίζει όσο χίλιες λέξεις.

Αντιστοία

Είχα τα νιάτα και το πιστεύω,
τώρα τι έχω, τι να σας πω,
έχω χαμένη την ευτυχία
μα περιμένω πως θα τη βρω.
Ήμουν το κάτι, ήμουν ο κάποιος,
τώρα φωνάζουν να ο τρελός,
ένα μονάχα εγώ πιστεύω,
πως τη χαρά μου θα ξαναβρω.
Πονείς ψυχή μου, όμως θ' υνιέξω
δύναμη έχω, γερά κρατώ,
και το πιστεύω πως τη χαρά μου
μέρα τη μέρα θα ξαναβρω.

Μανώλης Δρακόκης

Ποιος τόλμησε να θρυμματίσει
το ριζικά του σαν τζάμι ευκοιλόσπαστο;
Ποιος τόλμησε να ξεριζώσει τα ρουθούδια
από την ψυχή του, κι ας ήταν ξερά;

Γιώργος Κακκινίδης

* Οι μαρτυρίες προέρχονται από τις ακόλουθες πηγές: α) Άλμα του Διονυσίου: έκδοση του Ο.Π.Λ. Χανίων, που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος «Ανοιχτά Ταξίδια», β) Αυτοσηματοδότηση από τα πρακτικά της ημερίδας που οργάνωσε η εταιρεία μη κερδοσκοπική εταιρεία «Καθηδοσκόπιο» σε συνεργασία με το Κ.Π.Υ. Αγιάς, στην Αθήνα στις 18/05/2001, γ) Κακκινίδης, Γ. [1995]. Το σκληρό μιας οπίας. Έκδοση περιοδικού Νέοις, Χανιά 5] Μαζί, 2006, τεύχος 2α: περιοδικό επικοινωνίας των ψυχικά ασθενών μεταξύ τους και με την κοινωνία που εκδίδεται στην Αθήνα, ε) Αναρρέθραμα, 2004: έκδοση του Σ.Ε.Ο.Π.Υ. Παριού Σερρών, στ) Ουτοσηματοδότηση, 2006, ζ) Βοήματα β', 1995: έκδοση του τμήματος Εργασιοθεραπείας του Ο.Π.Λ. Χανίων (εισαγωγή-επιμέλεια: Ευδοκία Έκαρα-Κακαλιούκη), η) Κοινωνικός Λόγος β', 2003: συλλογή ποιημάτων των ασθενών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Έκδοση: Οργανισμός Πρεσβήτης Ελληνικού Ποίησης Α.Ε., θ) Φεφθαίου Μ., [1995]. *Μερά 050ς 343-Μαρτυρίες από το Δραμακόπειο*. Αθήνα: Κέδρος. ι) Ο σύνδρομος που ανέπτυξε το σύμπαν (υπεκμενέω). Επιμελοθεσία: Σπύρος Φιλιάκης, Παραγωγή: Ελληνικό Κέντρο Κινηματογράφου, 1999.

και το φυτό έχει ψυχή. Μπορεί εμείς να μη το καταλαβαίνουμε... Ακόμα κι η πέτρα καμιά φορά... Θα μου πεις από πού έβγαλα αυτό το συμπέρασμα; Γιατί είχα πάει στη Μυτιλήνη, στα απολιθωμένα. Το ξύλο έγινε πέτρα. Κι η πέτρα γίνεται από κάτι ζωντανό... Δεν ξέρω, μπορεί νάναι τρελά αλλά εγώ έτσι το βλέπω.

[...]

Εγώ νομίζω ότι για να τρελαθείς ή πολύ έξιπνος πρέπει να είσαι διανοητικά ή πολύ ευαίσθητος, ή και τα δυο μαζί. Έτσι νομίζω εγώ. Ένας που δεν έχει ευαισθησίες δεν νομίζω ν' αρρωσταίνει ποτέ.

Αιμιλία

████████████████████

Στο ψυχιατρείο δεν μπορούσα να διαβάσω, δεν μπορούσα να δω τηλεόραση, δεν πήγαινα καθόλου στον κινηματογράφο. Παρ' όλες τις μεγάλες προσπάθειες των θεράποντων γιατρών δεν μπορούσα, ήταν το περιβάλλον τέτοιο που δεν με ενέπνεε να ασχοληθώ μ' αυτά τα πράγματα που κάποτε μου άρεσαν. Είχα αποξενωθεί. Η κοινωνική μου επιφάνεια ήταν ελάχιστη, δεν διάβαζα ούτε εφημερίδα ούτε περιοδικά, δεν ήξερα τι γίνεται στον κόσμο.

Τώρα, στον ξενώνα, το κυριότερο κατ' αρχάς είναι ότι έγινε η προσπάθεια να ενεργοποιηθούμε. Γιατί μέσα στο ψυχιατρείο πέφτεις σ' έναν λήθαργο, σε μια κατάσταση παθηική εντελώς. Αισιόν, το πρώτο πράγμα είναι να ενεργοποιηθείς. Αυτό φαίνεται πολύ απλό αν δεν έχεις περάσει 10 και 15 χρόνια μέσα στο ψυχιατρείο χωρίς να κάνεις τίποτα.

Δημήτρης Β.

████████████████████

Είναι μεγάλο πρόβλημα ο χρόνος όταν μπεις στην κατάσταση της ψύκωσης. Κατ' αρχάς, έστω και λίγο, είχε κάποιο προγραμματισμό η ζωή μου πριν τρελαθώ, είχε γιατί κάποια περίοδο το πρόγραμμα ήταν να παίζω σκάκι, τάβλι μόνος μου. Μετά τη ψύκωση, ειδικά μετά το θάνατο του πατέρα μου, ο χρόνος μου έγινε απεριόριστος, δηλαδή με πιέζει.

Είναι όπως λέμε ο Κρόνος που τρώει τα παιδιά του δηλαδή πιέζομαι, ο χρόνος με πιέζει. Εδώ μέσα [στο ψυχιατρείο] κυλάνε οι ώρες, και δεν ξέρω, όταν κοιμάμαι είμαι καλά, όταν ξυπνάω δεν μπορώ να προγραμματίσω, δεν είμαι σαν εσένα που έχεις κάποια υποχρέωση, κάτι να δημιουργήσεις... Εδώ μέσα είμαστε... Τα λιοντάρια στα κλουβιά του ζωολογικού κήπου προγραμματίζουν το χρόνο τους; Έτσι δεν είναι; Κάπως έτσι είναι... Εξάλλου μην ξεχνάς ότι το χρόνο δεν τον όρισε κανείς.

Γιώργος Κακκινίδης

████████████████████

Παγωμένο ερημικό τοπίο
επιφανειακά νεκρό.
Κάποια μπαλοθήακα έκλαιγε
στα χέρια ενός ψυχασθενή.
Ένας χορευτής χόρευε,
Μοναδικό κοινό ένας ψυχίατρος.
Η παράσταση τελείωσε
χωρίς χειροκροτήματα.
Ο χορευτής υποκλίθηκε
ευγενικά στο κοινό
και πήρε την άδεια
να επισκεφτεί και άλλα τοπία.

Νίκος Καζάκης

████████████████████

Γιατροί;
Πρώτος ρόλος στην παράσταση της ψύκωσής μας.
Ο δικός μας ρόλος; Ποιός; Τι;
Αύξοντες αριθμοί στα πελατολόγιά τους.
Ανώνυμα αντικείμενα επί σκηνής.

1+1=1 X.N.

████████████████████

Οι γιατροί μας βλέπουν σαν σταυρόλεξα που προσπαθούν να λύσουν, οριζοντίως και καθέτως.

Παύλος

Γυρίζω χαμένος μες το πλήθος
Η μοναξιά μου είναι απέραντη
Η καρδιά μου ποτόμι δίχως γυρισμό,
Στο θλιβερό τραγούδι μου
Οι φωνές χαμηλώσαν

Λευτέρης

Προτού αρχίσω να εργάζομαι στον Συνεταιρισμό υπέφερα όχι μόνο λόγω της ασθένειάς μου αλλά και εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια. Ντρεπόμουν να βγω έξω να πάω στους συγγενείς μου, να δω τους φίλους μου. Γενικά είχα αποκαπεί. Τώρα αισθάνομαι πολύ καλά. Η απασχόληση που έχω με βοηθάει πολύ. Αυτό το έξω, το να μπω στο λεωφορείο, το να πληρώσω λογαριασμούς, το να δω ένα φίλο, το να δουλέψω και να μιλήσω με έχει κάνει να αισθάνομαι πολύ καλά... Με τη δουλειά αυτή απορροφώμαι και ξεχνιέμαι από τους φόβους μου και τις αρνητικές και δυσάρεστες σκέψεις που με βασανίζουν. Έτσι, παράλληλα με τα φάρμακα που παίρνω και τη δουλειά, βελτιώνεται η ψυχική υγεία μου.

Κυριάκος Γεωργιάδης

Θέλω τόσο πολύ να κάνω κάτι χρήσιμο, βαρέθηκα να κάθομαι εδώ... Βάθηλα να διδάξω χορό.

Μαρία Μ.

Διαγράφω τον εφιάλτη του χθες
και αντικρίζω το σήμερα αισιοδοξώντας
για καλύτερο αύριο, για λιγότερες υποτροπές,
για ζωή χωρίς στίγμα.
Αισιοδοξώ, αγγίζοντας το όνειρο.

Χρίστο

[Στους παλιούς συντρόφους του ψυχιατρείου:]

Άξιον λόγου νά 'ρθω
Βρίσκω κοντά σας,
Να μείνω είτε σαν εσάς,
είτε σαν επισκέπτης,
Δεν αναζητώ ακριβώς
Το παρελθόν μου.
Ψάχνω να το βελτιώσω
και να το ονομάσω μέλλον.
Σαθηνγκτής του σνείρου να γίνω
τα δύσκαλα ηρωινά
με τις ενωρίς παραγγελίες σας
στον έξω κόσμο.
Μα το ξέρω
εγώ θεωρούμαι ξένος
τώρα από εσάς.
Και το λιπούμαι
που δε γίνεται
μαζί να ταξιδέψουμε.
Και είναι οι ψευδαισθήσεις μου μια αλήθεια.
Γιατί βγαίνοντας απ' το χώρο σας
αισθάνομαι
σαν απηώς να τον μεγάλωσα κρατώντας τον
όπου κι αν πάω μέσα μου.

Γιώργος Κακκινίδης

Το ψυχιατρείο θα είναι ο τόπος που θα έρχομαι
συχνά ν' αναπνέω.
Τις παλιές αθυσίδες μου σκουριασμένες
να βλέπω.

Γιώργος Κακκινίδης

Το παρελθόν μου γκρεμός θεόρατος,
το μέλλον μου
χιλιάδες ελπιδες,
Κι εγώ
μετέωρος θικνίζομαι
στο τώρα.

Γιάννης Πισσαλάκης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2^ο

Φωτογραφικό Υλικό



CHI SI' CREDE ESSERE PIU' SAVIO DE' GLI ALTRI, QUELLO
E' PIU' PAZZO DI TUTTI.

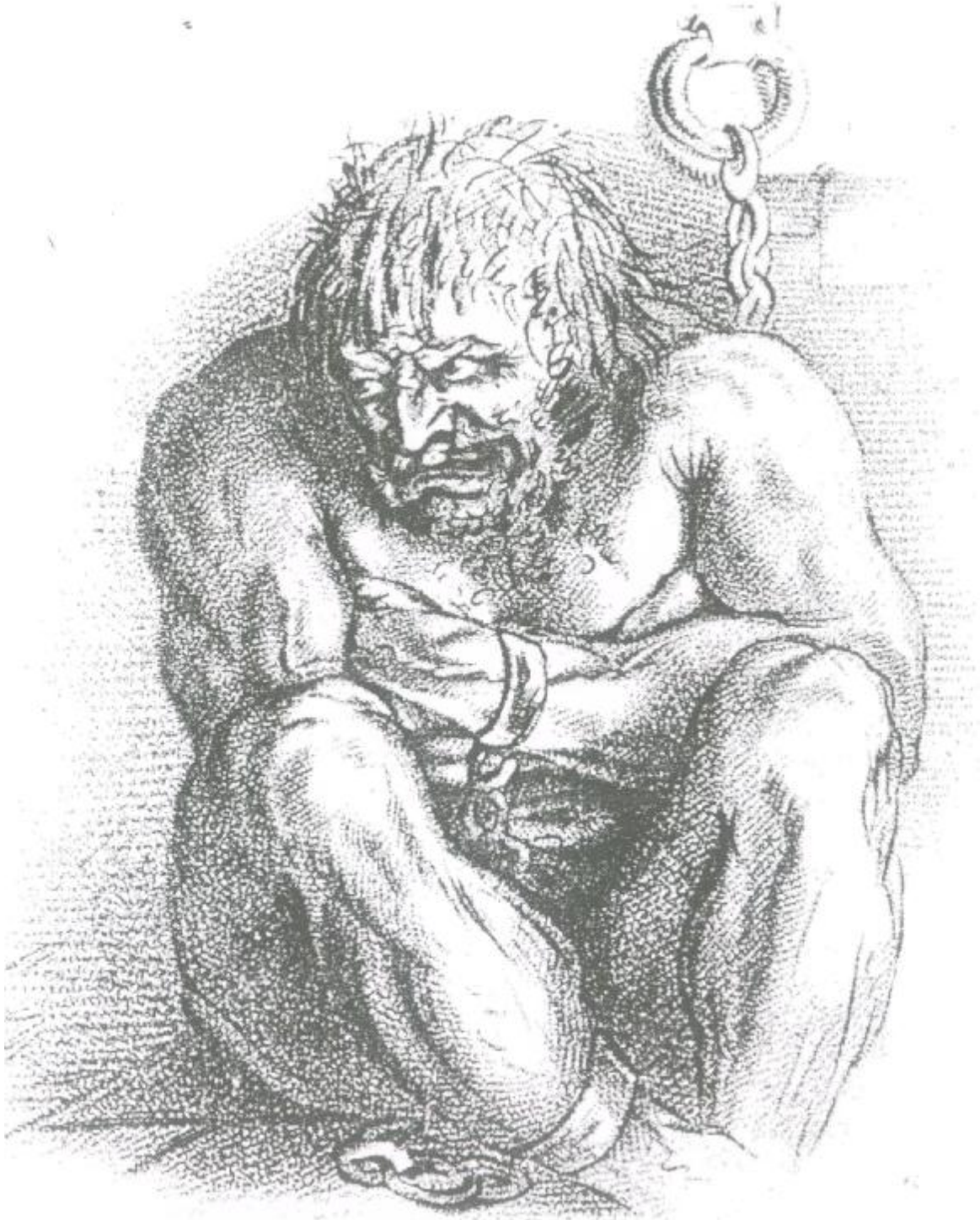


Ο τρελός ως
ενσάρκωση του
ξεπεσμού και της
γελοιοποίησης.

Από το Proverbi
Figurati, του
Giuseppe Maria
Mitelli (1678).

(Τσαλικόγλου Φωτεινή, 1987)

Η φοβηγόνος και πανικογόνος αναπαράσταση της παρουσίας του τρελού.



Charles Bell: "Madness", από το *Essays on the Anatomy of Expression in Painting* (1806).

(Τσαλικόγλου, 1987)

The Portfolio,

OF
AMUSEMENT AND INSTRUCTION

IN

History, Science, Literature, the Fine Arts, &c.

No. 116.]

SUPPLEMENTARY NUMBER.

[Price 3d.]



PATHETIC TALE OF MAD MARY.

*Tal. Away! thou'rt mad,
See, I've privilege for that—
I've been in love.*

Cumberland's Elder Brutus, Act. 1, Sc. 2.

How sweet is the mother's smile when she beams over her new-born infant! How cruel the loss when she must cast him into the flood, and take away the life of her first-born; the innocent creature so beautiful, but illicit love. . . . Dig, my son; die once for all, to escape a thousand deaths!

Songs of the Madagascars.

'Who is she, with her basket of osier filled with May blossoms of Flora, where the infant joyous flowers of spring smile at each indolent passenger, and deepen the air with their wild and mellifluous fragrance?'

See how her hands, once soft as the down of the eider, and fine as the pearl of Asia; but now, hardened and dark with the work of adversity and time;—see how her hands run thro' the sweet mazes of her basket,

No. 116.—N.S.

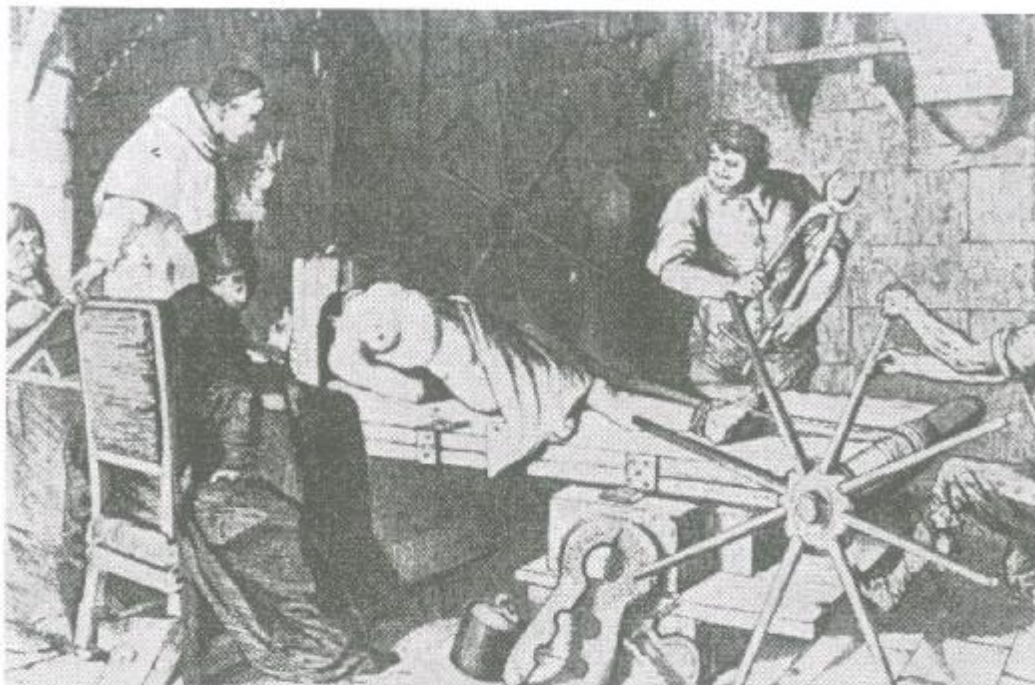
wreathing the luxuriant gems into bouquets of her fancy. She is seated, surrounded by her delicate wares, on the steps of a towering mansion frowning in cold splendour at her artless doings.

Hark! she is singing some lines of her own mad creation;

'Blooming beings, blooming beings,
People of the grassy glade,
Sunny beings, sunny beings,
As a shadow ye all fade.'

Η παραφροσύνη με τη μορφή της μητροκτονίας.

(Τσαλικόγλου, 1987)



Μεσαιωνική περίοδος: Ειδικές «θεραπείες» για να ομολογήσουν οι παράφρονες τη μυστική τους σχέση με το διάβολο.



(Τσαλικόγλου, 1987)

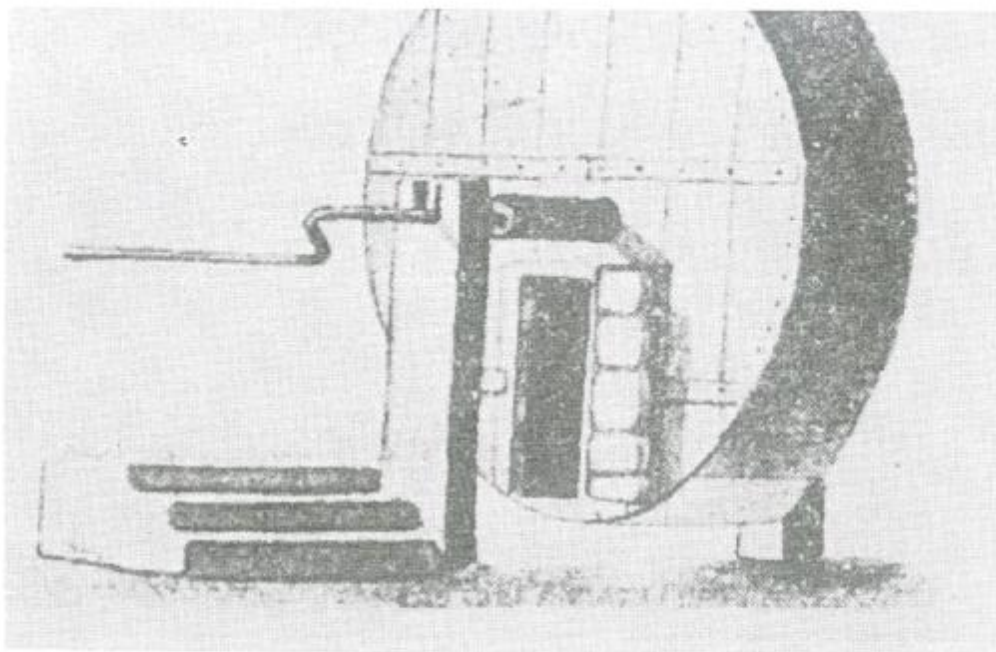


(Τσαλικόγλου, 1987)

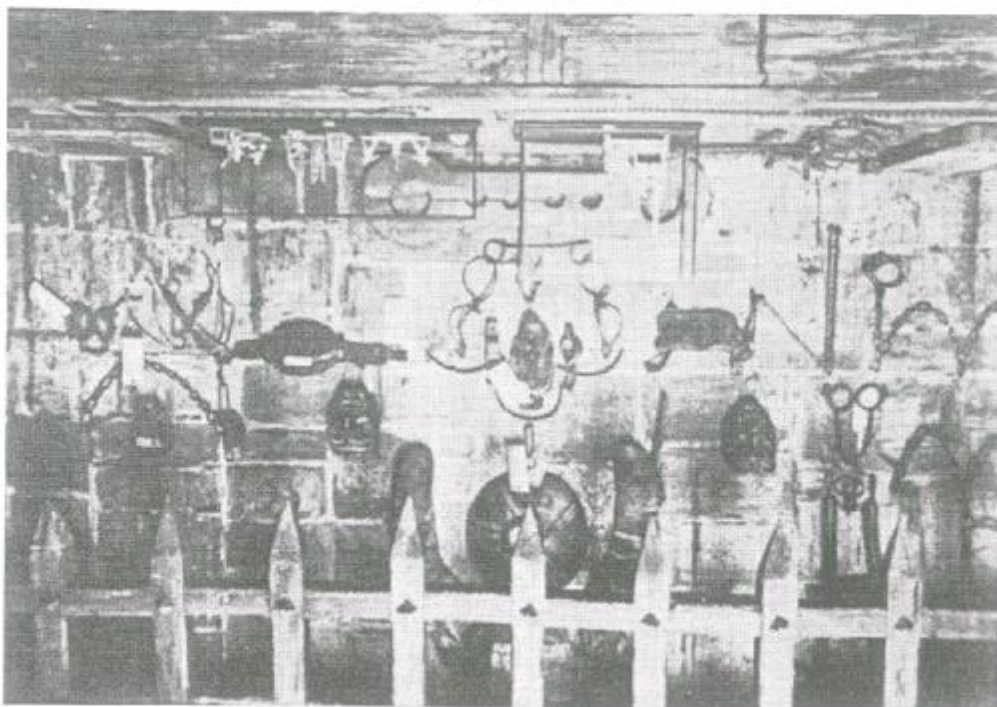


(Αριστερά και επάνω): Η πολυμορφία της «θεραπευτικής αγωγής» των τρελών το 16ο αιώνα.

(Τσαλικόγλου, 1987)



Μηχανισμός «θεραπείας» βίαιων ψυχασθενών. 18ος αιώνας. Από το *Ciba Symposium*, 1950.



«Οπλοστάσιο μεταχείρισης» ψυχασθενών. Wellcome Museum.

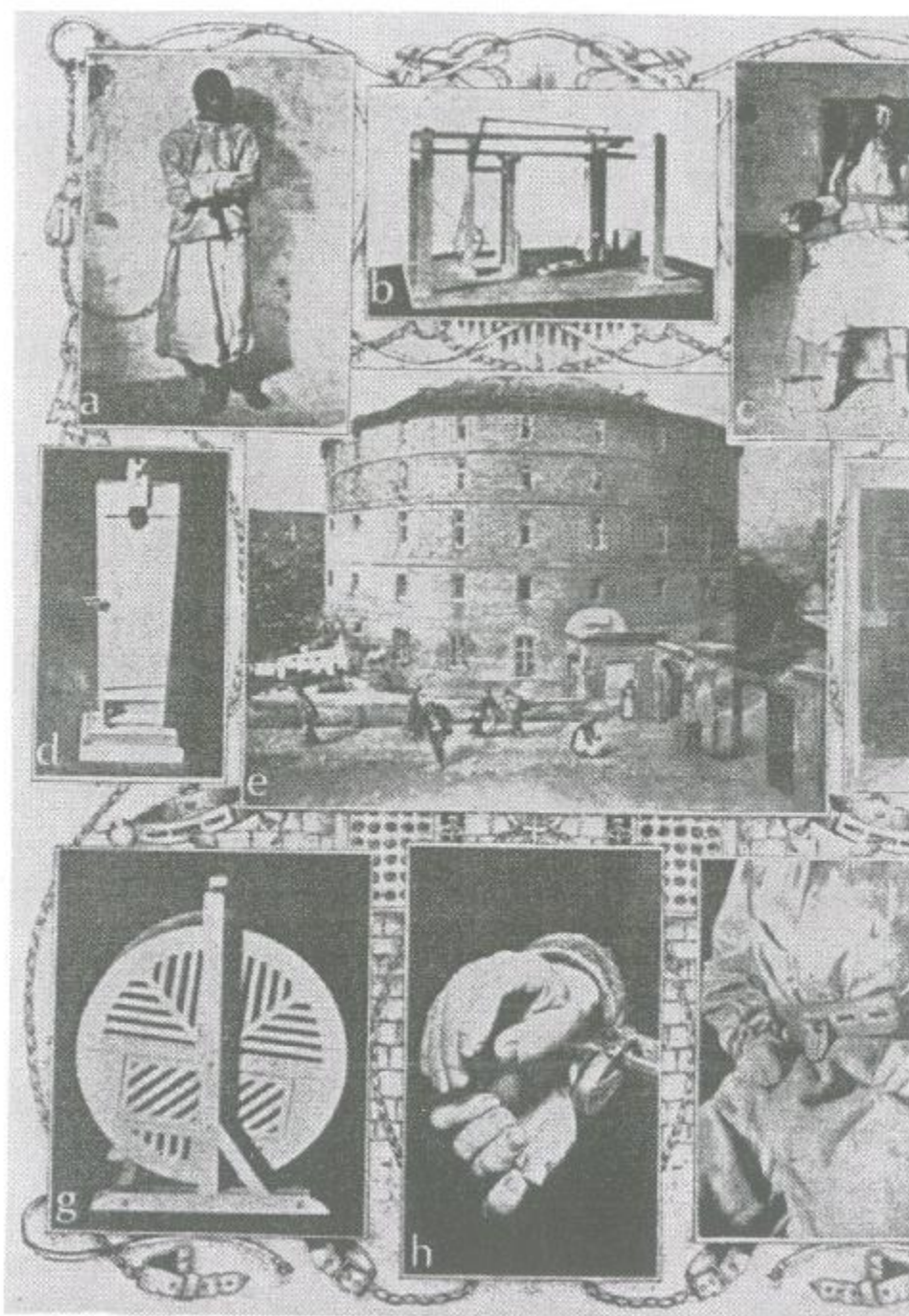
(Τσαλικόγλου, 1987)

Απεικονίσεις του τρελού σε χαρακτηριστικά μεσαιωνικής και μεταγενέστερων περιόδων (κάτω και στις επόμενες τρεις σελίδες).



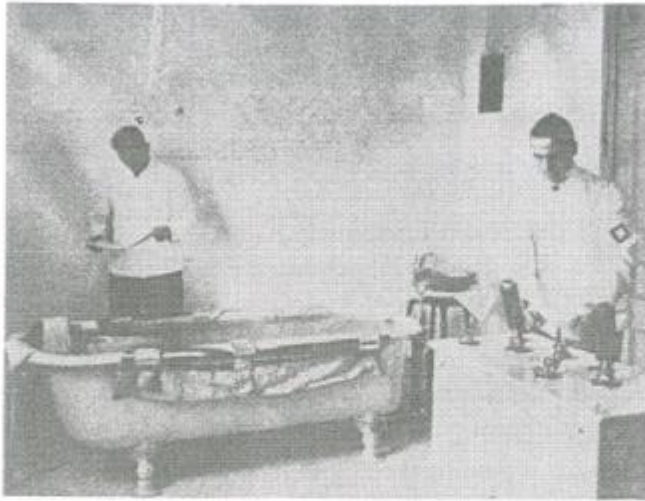
Ο τρελός ως άγριο θηρίο. Από το Bedford, *Book of Hours*, 14ος αιώνας.

(Τσαλικόγλου, 1987)



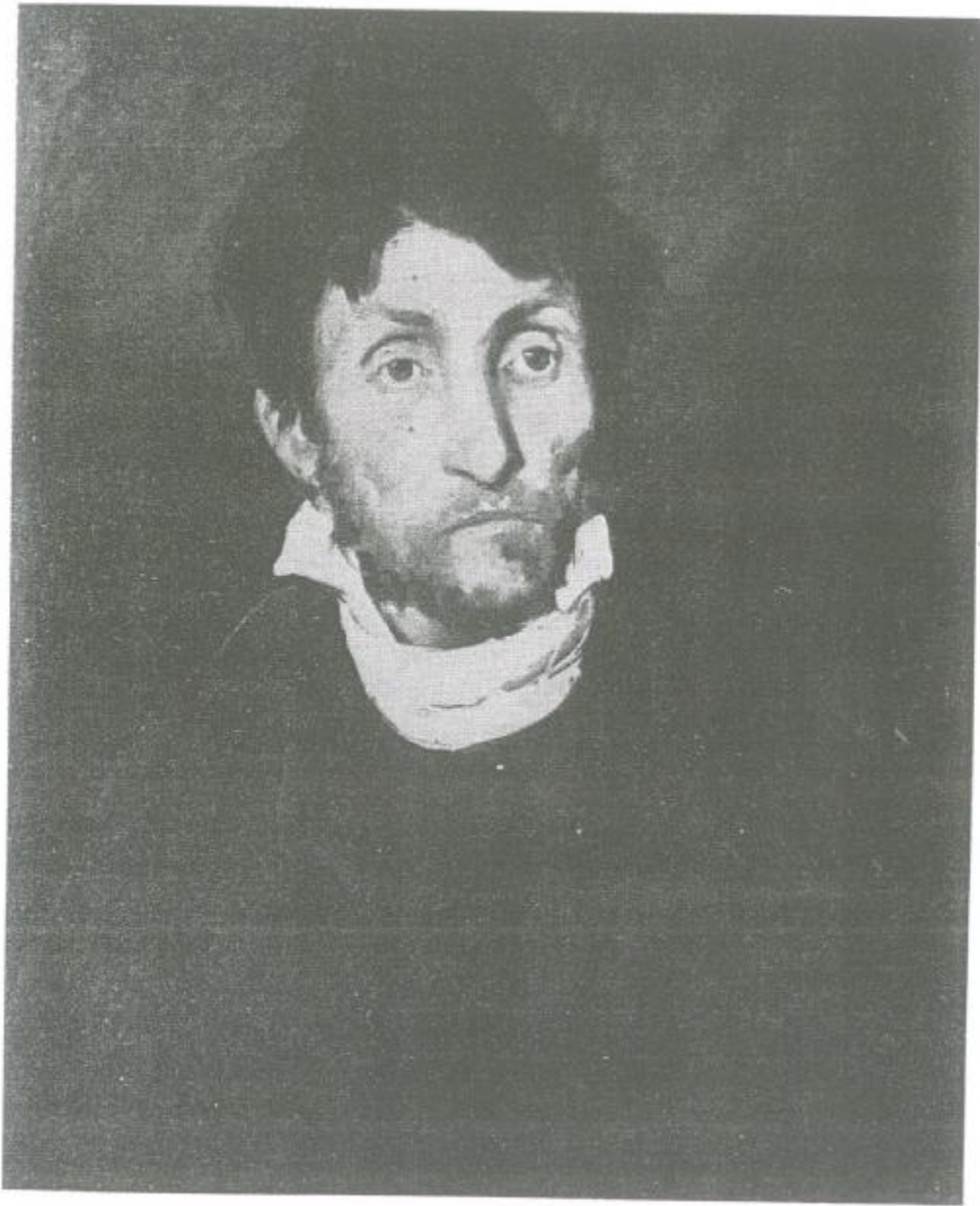
Από τον Πύργο των Τρελών, στη Βιέννη. Συλλογή αλλόκοτων επινοήσεων τη «θεραπεία» των παραφρόνων.

(Τσαλικόγλου, 1987)



Νεότερες εκδοχές των
ψυχιατρικών ασύλων
του αιώνα. Η καταστ
περιθωριοποίηση, το
καταθλιπτογενές περι
επιβιώνουν ως αναλλε
γνωρίσματα του ολοκ
αυτού θεσμού.

(Τσαλικόγλου, 1987)



Το πορτρέτο ενός μονομανιακού ανθρωποκτόνου, τρόφιμου της Salpêtrière, από τον Géricault. Théodore Géricault "Μονομανία. L'assassin".

(Τσαλικόγλου, 1987)



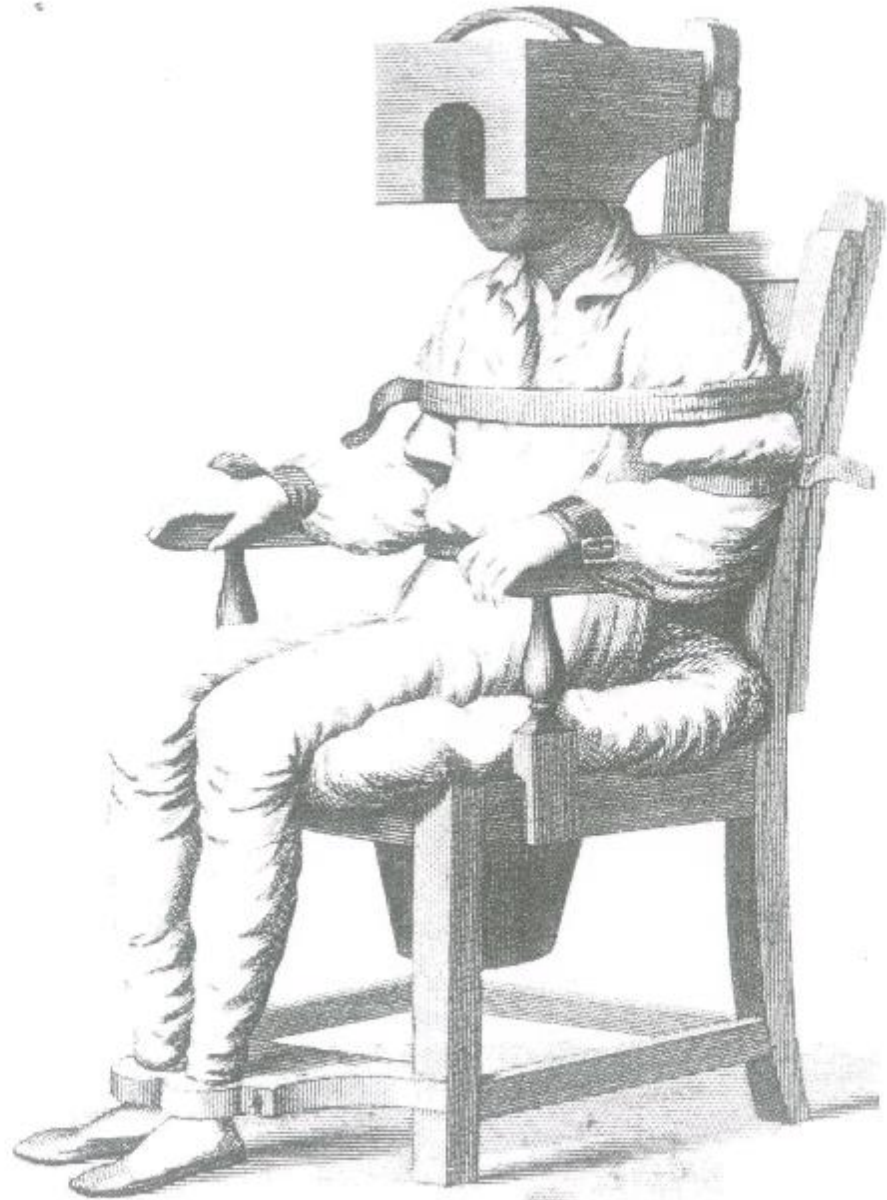
Η ψυχοπαθολογική κατάσταση άνοιας, όπως απεικονίζεται στο βιβλίο του Esquirol: *Des Malades Mentales Considérées sous les Rapports Medical, Hygiénique et Médico-légal* (Paris: Baillière, 1838)



(Τσαλικόγλου, 1987)

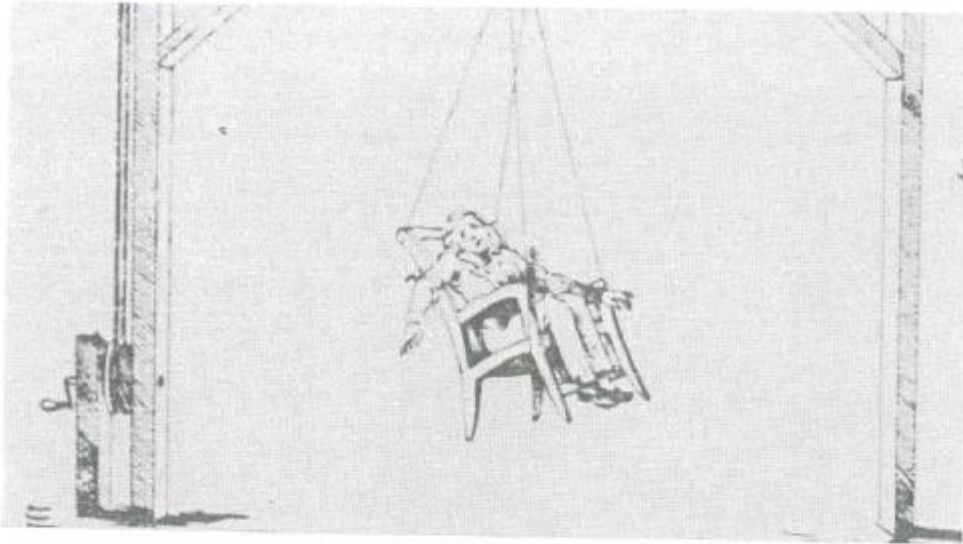


Τρόφιμος του ασύλου Bedlam. Έμεινε στη θέση αυτή για δώδεκα χρόνια. 1815.
(Τσαλικόγλου, 1987)

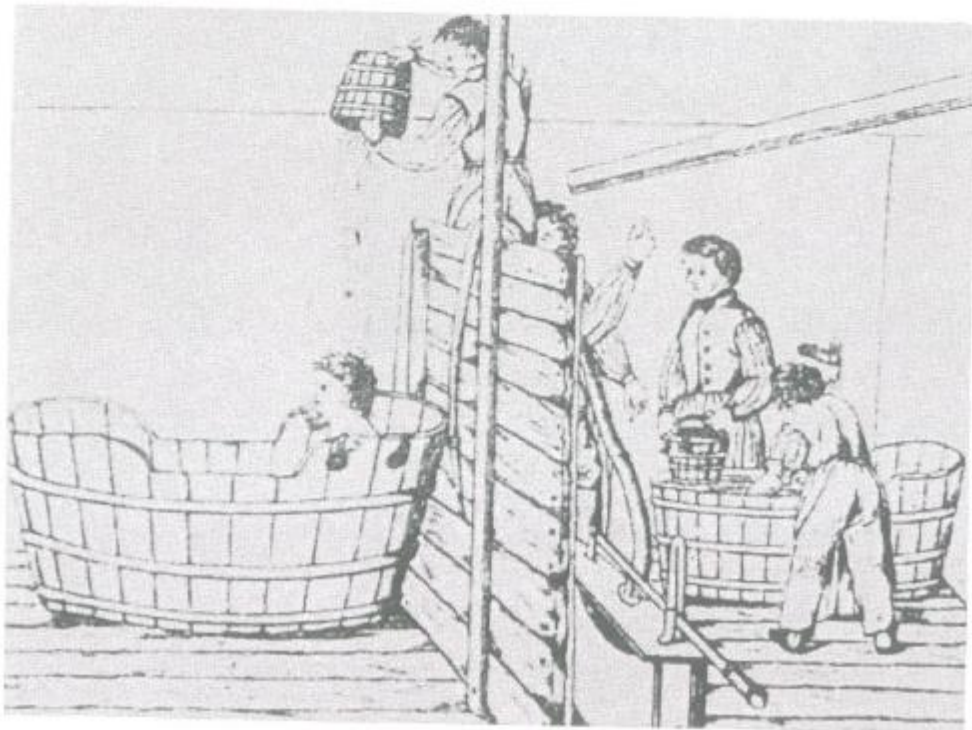


Η «ηρεμιστική» καρέκλα του Benjamin Rush για τη θεραπευτική αγωγή βί ψυχασθενών. Αρχές 19ου αιώνα.

(Τσαλικόγλου, 1987)



Περιστρεφόμενος μηχανισμός για τη μεταχείριση του ψυχασθενούς. Από το *Cares of Mental Disease* του A. Morison, 1828.



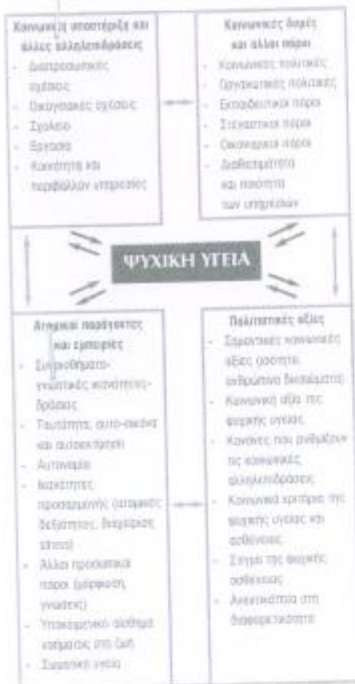
Καταιόνιση με ψυχρό νερό για τον κατευνασμό των βίαιων ψυχασθενών. 19ος αιώνας. Από το Ciba Symposium, 1950.

(Τσαλικιάνη, 1987)

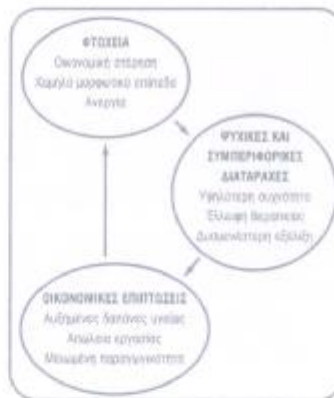
(Τσαλικιάνη, 1987)



Σχήμα 1. Παράγοντες που καθορίζουν την ψυχική υγεία
(Προσαρμοσμένο από Leikinen και ούκ., 2001)



Σχήμα 2. Ο φαύλος κύκλος της φτώχειας και των ψυχικών διαταραχών
(Τροποποιημένο από ΠΟΥ, 2002)

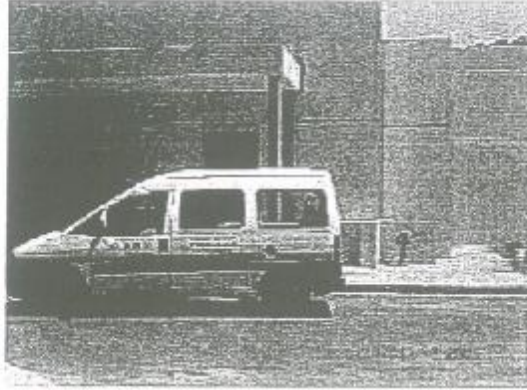






Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης





Η ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ Θ.Ψ.Π.Χ.



Η ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ Θ.Ψ.Π.Χ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3^ο

*Ιστορικό ψυχοκοινωνικής κατάστασης που λαμβάνεται σε
κέντρο ψυχικής Υγιεινής*

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

Υ. Ε. Ε. Α.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ :.....

ΟΝΟΜΑ :

ΕΝΑΡΞΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:.....

ΛΗΞΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Όνομα:.....Επώνυμο:.....

1) ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Γονείς:.....

Αδέρφια:.....

.....

.....

.....

Άλλοι:.....

.....

2) ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Τόπος διαμονής - τρόπος διαμονής, κ.λ.π.).

Εύζυγος:.....

Παιδιά:.....

Άλλοι:.....

.....

3) ΕΞΩΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΡΡΟΕΣ - ΣΧΕΣΕΙΣ

.....

.....

.....

.....

.....

β) Συνθήκες διαβίωσης:.....
.....

8) ΠΟΙΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ

α) Από τ... υδ...:
.....
.....
.....
.....
.....

β) Από την οικογένεια:.....
.....
.....
.....
.....

9) ΠΟΙΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΧΕΙ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ Η ΨΥΧΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩ-
ΝΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ Τ... ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝ...

.....
.....
.....
.....

