

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΕΣ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΧΙΟΝΗ ΕΛΕΑΝΑ

ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ ΣΑΡΑΝΤΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Εννοιολογικές διευκρινίσεις.....	5
1.2 Στόχοι.....	7
1.3 Πρόβλημα.....	10
1.4 Σκοπός της Μελέτης.....	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥΣ

Εισαγωγή

2.1 Η εξέλιξη της Ψυχιατρικής Επιστήμης.....	13
2.2 Επιδημιολογία του φαινομένου.....	19
2.3 Η Ιατρογένεση του στίγματος.....	52
2.4 Η ασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.....	58
2.4.1 Χαρακτηριστικά και κατηγορίες των ιδρυμάτων.....	65
2.4.2 Συνέπειες του ασύλου στον ψυχικά ασθενή.....	69
2.4.3 Συνέπειες του ασύλου στο προσωπικό.....	72
2.5 Ψυχιατρική και προβλήματα στην πράξη.....	74

Ανακεφαλαίωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ , Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ

Εισαγωγή

3.1 Παραδοσιακή και σύγχρονη ψυχιατρική.....	79
3.2 Η ιδεολογία του αποιδρυματισμού.....	82
3.3 Αποκαταστασιακές δομές μέσα στο ίδρυμα.....	83
3.4 Προϋποθέσεις για επιτυχημένη επανένταξη στην κοινότητα.....	84

3.5 Ο αποιδρυματισμός στην πράξη.....	87
3.6 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.....	89
3.6.1 Κοινωνική ψυχιατρική.....	89
3.6.2 Μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα: Εοκ 815/84.....	94
3.6.3 Το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.....	96
3.6.4 Πράσινη βίβλος: Βελτίωση της Ψυχικής Υγείας του πληθυσμού.....	97
3.6.5 Εκούσια και ακούσια νοσηλεία.....	100
3.7. Πρόδρομοι της ψυχιατρική μεταρρύθμισης.....	106
3.8 Παραδείγματα προς αποφυγή	112
3.8.1 Δρομοκαΐτειο	112
3.8.2 Η περίπτωση της Λέρου.....	115
3.9 Η συμβολή του ψυχιατρικού τομέα στην αποιδρυματοποίηση.....	122
3.10 Κριτική της αποασυλοποίησης.....	124
Ανακεφαλαίωση	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
Εισαγωγή	
4.1 Τι είναι μια πολιτική, το σχέδιο δράσης, το πρόγραμμα για την ψυχική υγεία.....	130
4.2 Πως καταστρώνονται συνήθως οι πολιτικές και ο θεσμός που αναλαμβάνει την ευθύνη για την πολιτική ψυχικής υγείας.....	131
4.3 Ανάπτυξη μιας πολιτικής για την ψυχική υγεία : τα βασικά βήματα.....	133
4.4 Ανάπτυξη σχεδίου δράσης και προγράμματος για την ψυχική υγεία.....	138
4.5 Ζητήματα σχετικά με την εφαρμογή πολιτικών. Σχεδίων δράσης και προγραμμάτων.....	143

4.6 Συγκεκριμένα παραδείγματα πολιτικών, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων ψυχικής υγείας.....149

4.7 Προβλήματα και λύσεις στην υποστήριξη της συνηγορίας.....154

Ανακεφαλαίωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Εισαγωγή

5.1 Νέα προγράμματα στην Ευρώπη.....163

5.2 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....192

5.3 Ένα άλλο παράδειγμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης- Ψυχαργός.....212

5.4 Προβλήματα στην ελληνική πραγματικότητα.....225

Ανακεφαλαίωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ

Εισαγωγή

6.1 Παραδείγματα ομαδικής παρέμβασης σε ανθρώπους με ψυχική ασθένεια.....231

6.2 Ομαδική συνεδρία για συνυπάρχουσα ψύχωση και διαταραχές από χρήση ουσιών στην αστική Αυστραλία: αποτελέσματα σε τρία χρόνια.....235

6.3 Συγκριτική μελέτη ομαδικής- ατομικής ψυχοθεραπείας σε εξωτερικούς ασθενείς με χρόνια και σταθερή συμπτωματολογία.....255

6.4 Η αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη.....270

Ανακεφαλαίωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Εισαγωγή

7.1 Δραματοθεραπεία.....	280
7.2 Μουσικοθεραπεία.....	285
7.3 Εικαστική Θεραπεία(Art-therapy).....	291
7.4 Χοροθεραπεία.....	293
7.5 Κλινικά παραδείγματα.....	305

Ανακεφαλαίωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Συμπεράσματα.....	311
8.2 Προτάσεις.....	316

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	318
-------------------	-----

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	324
-----------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	326
----------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

Στίγμα : ανεξίτηλο σημάδι στο δέρμα από χτύπημα ή χάραγμα με οξύ όργανο ή με καυτηρίαση, κηλίδα πάνω σε οποιαδήποτε επιφάνεια, λεκές (μτφ.) Ηθική κηλίδα (ιατρ.) σύμπτωμα νοσηρής καταστάσεως όχι φανερά.

στιγματίζω : σημαδεύω με στίγματα, προκαλώ στίγματα κηλίδες (μτφ.) προσάπτω ηθική μομφή, κατηγορώ κάτι το επονείδιστο.

στιγματισμός : πρόκληση στιγμάτων στο δέρμα με καυτηρίαση, τατουάζ (μτφ.) ηθική μομφή, έντονη κατάκριση : «η διαγωγή του ήταν άξια για δημόσιο στιγματισμό» (Μ.ΚΑΡΑΓΑΤΣΗΣ)

προκατάληψη : γνώμη διαμορφωμένη εκ των προτέρων από επηρεασμό και χωρίς μελέτη του θέματος, κακή διάθεση απέναντι σε ορισμένο πρόσωπο ή ομάδα, ρητορικό σχήμα κατά το οποίο ανασκευάζεται ενδεχόμενη αντίρρηση.

Ειδήμονες και μη διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα της ψυχικής νόσου, δομημένη στη βάση ισχυρών προκαταλήψεων.

Η μεταβολή του κέντρου βάρους της αντιμετώπισης, από το νοσοκομείο στην κοινότητα, συχνά αναφέρεται και στην χώρα μας ως

Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Ο όρος υποδηλώνει κάτι θετικό, ότι δηλαδή με την αλλαγή αυτή θα ικανοποιηθούν καλύτερα οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Ψυχική διαταραχή: είναι κάθε διαταραχή που επηρεάζει τις ανώτερες λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (προσοχή, συγκέντρωση, σκέψη, αντίληψη, συναίσθημα, κρίση, ικανότητα σχεδιασμού και εκτέλεσης κ.λ.π.) και γίνεται εμφανής στην συμπεριφορά του ατόμου ή επιδρά στο επίπεδο λειτουργικότητάς του.

Άσυλο : σημαίνει βασικά καταφύγιο, είναι ένας χώρος που προσφέρει μια ασφάλεια από καταδίωξη, κακουχία η ανημπορία , σωματική, ψυχική, ιδεολογική η όλα μαζί πρόκειται με άλλα λόγια για ένα φιλανθρωπικό, ανθρωπιστικό ίδρυμα, που πρότυπο του είναι ο αρχαίος ελληνικός λαός. Και σαν τέτοιο, το άσυλο έχει εθελοντικό χαρακτήρα. (Χαρτοκόλλης, 1984)

Ο E. Goffman, στο βιβλίο του Τα Άσυλα, ορίζει ως άσυλο "...ένα μέρος διαμονής και εργασίας, όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων διαχωρίζονται από την ευρύτερη κοινότητα για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και διάγουν ένα περιοριστικό και αυστηρά διαχειριζόμενο τρόπο ζωής" (Goffman,σελ. 11).

Ιδρυματισμός: ορίζεται η «κάθε αλλαγή στην στάση των ανθρώπων, που μπορεί να επηρεάζεται από το γεγονός ότι εργάζονται σε ανώνυμους, συνήθως πολυπληθείς οργανισμούς και ασχολούνται διαρκώς και αποκλειστικά με ένα θέμα της παθολογίας π.χ. σε άσυλα, νοσοκομεία ή ψυχιατρεία.

Ο όρος χρησιμοποιήθηκε αρχικά στην περιγραφή των συμπτωμάτων των ατόμων που περνούν μεγάλα χρονικά διαστήματα σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, όπως είναι τα νοσοκομεία, τα ψυχιατρεία, τα ορφανοτροφεία κ.λ.π.

Ο αποιδρυματισμός είναι μια φιλοσοφία που έχει τις ρίζες της στην αντιψυχιατρική κίνηση του 1950 και του 1960. ο ψυχικά άρρωστος θεωρείται θύμα που θα δεχτεί «ανθρώπινη» φροντίδα μόνο αν τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα δεν υπάρχουν πλέον.

Ο αποιδρυματισμός είναι μια διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από τον προσανατολισμό της φροντίδας των ψυχικά αρρώστων που βασίζεται στον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα(άσυλα) προς την μέριμνα των αρρώστων στην κοινότητα σε συνθήκες ισότητας.

Πολιτική ψυχικής υγείας: Ένα οργανωμένο σύνολο αξιών, αρχών, στόχων και τομέων δράσης για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

Σχέδιο δράσης ψυχικής υγείας: Μια λεπτομερής ολοκληρωμένη μελέτη για την εφαρμογή στρατηγικών, οι οποίες προάγουν την ψυχική υγεία, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση.

Πρόγραμμα ψυχικής υγείας: Μια λογική σειρά ολοκληρωμένων παρεμβάσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση.

Εμπλεκόμενοι στην ψυχική υγεία: Άτομα και οργανώσεις που επιζητούν τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Συμπεριλαμβάνονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα μέλη των οικογενειών τους, οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας και ψυχικής υγείας, οι πολιτικοί, οι χρηματοδότες και άλλοι ενδιαφερόμενοι.

Παρέμβαση ψυχικής υγείας: Μια δραστηριότητα με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, την παροχή θεραπείας και τη διευκόλυνση της αποκατάστασης.

Παροχέας: Μια οργάνωση, ομάδα ψυχικής υγείας ή θεσμός που παρέχει παρεμβάσεις ψυχικής υγείας στον πληθυσμό.

1.2 ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας είναι η παροχή χρήσιμων πληροφοριών σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, με τις νεότερες προσεγγίσεις στην ψυχιατρική καθώς και σε ό,τι αφορά την ομαδική ψυχοθεραπεία. Συγκεκριμένα οι στόχοι περιλαμβάνουν τα εξής :

- Να παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών, τον ιδιαίτερο τρόπο που αντιμετωπίζονται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και την προκατάληψη που δέχονται αυτά τα άτομα.
- Να γίνει ανάλυση του ασυλιακού θεσμού, καθώς και να εξετάσουμε τις συνέπειες των ασύλων στους ψυχικά ασθενείς και στο προσωπικό.

- Να παρέχουμε πληροφορίες για την εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης.
- Να αναλύσουμε τις ασθένειες που χρίζουν την παρέμβαση της ψυχιατρικής επιστήμης.
- Να αναλύσουμε την παραδοσιακή και την σύγχρονη ψυχιατρική και να αναπτύξουμε την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.
- Να αναπτύξουμε την ιδεολογία του αποιδρυματισμού και την συμβολή του ψυχιατρικού τομέα στην αποιδρυματοποίηση.
- Να εξετάσουμε πόσο σημαντική είναι η έξοδος των ψυχικά ασθενών από τα ιδρύματα καθώς και πόσο δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία είναι η αποασυλοποίηση.
- Παραθέτουμε σημαντικά στοιχεία για δυο μεγάλα ψυχιατρεία του ελλαδικού χώρου, το Δρομοκαίτειο, και για το άσυλο της Λέρου.
- Να αναλύσουμε την πολιτική για την ψυχική υγεία, τα σχέδια δράσης καθώς και τα προγράμματα.
- Να εξετάσουμε πόσο σημαντική είναι η ύπαρξη μιας σαφώς διατυπωμένης πολιτικής για την ψυχική υγεία και να διαπιστώσουμε αν και κατά πόσο η πολιτική για την ψυχική υγεία, τα σχέδια δράσης και τα προγράμματα είναι μια πολύπλοκη και χρονοβόρα διαδικασία.
- Να παρέχουμε σημαντικές πληροφορίες για τις νεότερες προσεγγίσεις στην ψυχιατρική όσον αφορά την Ελλάδα και την Ευρώπη.
- Να παρατηρήσουμε κατά πόσο η ομαδική θεραπεία με ασθενείς σε ψυχιατρικά πλαίσια μπορεί να είναι ένας βοηθητικός παράγοντας και να συνδράμει αποτελεσματικά στην βελτίωση της ψυχικής τους υγείας.
- Να αναπτύξουμε εναλλακτικές μορφές θεραπείας για τους ψυχικά ασθενείς, όπως δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, χοροθεραπεία.

- Να δείξουμε μέσα από κλινικά παραδείγματα την σημασία των εναλλακτικών μορφών θεραπείας και την βελτίωση της ψυχικής υγείας των ασθενών.

Στην πτυχιακή μας εργασία, η οποία πραγματεύεται το θέμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τις νεότερες προσεγγίσεις στην ομαδική ψυχοθεραπεία κρίθηκε σκόπιμο αρχικά να αναφερθούμε στον στιγματισμό που υποβάλλονται οι ψυχικά ασθενείς λόγω της κοινωνικής προκατάληψης που υπάρχει. Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφουμε επίσης τον ασυλιακό θεσμό και τα χαρακτηριστικά του.

Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στον ρόλο του αποιδρυματισμού και γίνεται περιγραφή δυο μεγάλων ψυχιατρείων στον ελλαδικό χώρο, στο Δρομοκαίτειο, και στο άσυλο της Λέρου.

Ακολουθεί το κεφάλαιο με θέμα πολιτική, σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας. Αναλύεται η σημασία ύπαρξης μιας σαφώς διατυπωμένης πολιτικής και πώς με τα κατάλληλα σχέδια και προγράμματα, η πολιτική μπορεί να επηρεάσει αισθητά την ψυχική υγεία του πληθυσμού.

Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στις νεότερες προσεγγίσεις στην ψυχιατρική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Στην συνέχεια παραθέτουμε κάποια παραδείγματα ομαδικής θεραπείας με ασθενείς σε ψυχιατρικά πλαίσια.

Η εργασία μας ολοκληρώνεται με την ανάλυση διαφόρων εναλλακτικών θεραπειών, δηλαδή δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, εικαστική θεραπεία και χοροθεραπεία καθώς και την σημασία αυτών στην βελτίωση της ψυχικής υγείας των ασθενών μέσα από κλινικά παραδείγματα.

1.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μία προσπάθεια βελτίωσης της νομοθεσίας που ίσχυε στην Ελλάδα στον ψυχιατρικό τομέα σε σχέση με την αλλαγή της ανάθεσης της ευθύνης από το κλειστό ίδρυμα στην κοινότητα.

Τα προβλήματα που απέρρεαν από τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών ήταν αρκετά. Παρατηρήθηκε έντονος στιγματισμός από το κοινωνικό σύνολο απέναντι στην ψυχική ασθένεια., τα άτομα που νοσούσαν οδηγήθηκαν στον εγκλεισμό σε μεγάλα ψυχιατρεία και αποκόπηκαν εντελώς από την κοινωνία. Η απομόνωση αυτή επηρέασε τόσο τους ίδιους τους ασθενείς όσο και τα άτομα που εργάζονταν στα ιδρύματα.

Οι άθλιες συνθήκες που συνόδευαν τον εγκλεισμό των ψυχικά πασχόντων έκαναν την Ελλάδα παγκοσμίως γνωστή με το χαρακτηριστικό παράδειγμα της Λέρου. Με την χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε συνδυασμό με την αποτρόπαια κατάσταση που επικρατούσε ,δημιουργήθηκαν οι προδιαγραφές για την πραγματοποίηση του οράματος όσων ασχολούνταν ουσιαστικά με την ψυχική υγεία, την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση με κωδική ονομασία Ψυχαργός. Σύμφωνα αυτό το πρόγραμμα δημιουργήθηκαν κοινοτικές δομές με βάση την αρχή της τομεοποίησης. Αυτό σημαίνει πως οι συνθήκες για τους ασθενείς ήταν ευνοϊκότερες εφόσον παρέμεναν ενεργά μέλη της κοινότητας, πράγμα το οποίο συντέλεσε σημαντικά στην βελτίωση της ψυχικής υγείας.

Παρόλα αυτά προέκυψαν προβλήματα τα οποία παρεμπόδισαν τη σωστή λειτουργία, την ολοκλήρωση και την εξέλιξη του προγράμματος. Ένα απ' αυτά είναι η ελλιπής χρηματοδότηση με αποτέλεσμα να υπολειτουργούν οι δομές αυτές και να μην είναι αρκετές σε σχέση με τον πληθυσμό που νοσούσε. Επίσης, σε βάθος χρόνου οι δομές αυτές πήραν χαρακτηριστικά κλειστού ιδρύματος. Δηλαδή δεν ευνοούσαν την επανένταξη των ασθενών αλλά αντίθετα αντί να νοσηλεύονται σε μεγάλα ιδρύματα παρέμεναν σ' ένα ξενώνα ή ένα

προστατευμένο διαμέρισμα πχ λόγω του ότι δεν υπήρχαν οι συνθήκες να ενταχθούν στην κοινωνία.

Μέσα στα πλαίσια της βελτίωσης της ψυχικής υγείας δημιουργήθηκαν ομάδες ψυχοθεραπείας από ειδικούς, εντός και εκτός νοσοκομείων καθώς επίσης και εναλλακτικές θεραπείες (δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, χοροθεραπεία) χρησιμοποιώντας καινοτόμους τρόπους θεραπείας μέσω της ομάδας και της τέχνης. Με την πάροδο του χρόνου αποδείχτηκε ότι η διαδικασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης απέτυχε λόγω της κακής οργάνωσης και της λανθασμένης διαχείρισης των οικονομικών πόρων.

Η κατάσταση μπορεί να μην είναι όπως πριν το 1984 που ψηφίστηκε ο νόμος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση αλλά σίγουρα παρέμειναν πολλά προβλήματα άλυτα για τα οποία θα πρέπει να μεριμνήσουν όλοι όσοι εμπλέκονται στο χώρο της ψυχικής υγείας.

1.4 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η κατανόηση και καταγραφή της ψυχιατρικής κατάστασης που ίσχυε πριν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση αλλά και μετά από αυτήν. Επιπλέον, γίνεται εκτενής αναφορά στην ομαδική ψυχοθεραπεία και τις εναλλακτικές θεραπείες με σκοπό να παραθέσουμε την σημαντική συμβολή αυτών στην εξέλιξη της ψυχιατρική μεταρρύθμισης.

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι είναι οι εξής:

1. Να παραθέσουμε μια Ιστορική αναδρομή της Ψυχιατρική μεταρρύθμισης
2. Να μελετήσουμε το στιγματισμό των ψυχικά ασθενών και τις συνέπειες αυτού
3. Να μελετήσουμε την αποασυλοποίηση και τις συνθήκες λειτουργίας των ιδρυμάτων

4. Η μελέτη του προγράμματος Ψυχαργώς- Ψυχιατρική μεταρρύθμιση
5. Η αναφορά της κατάστασης που επικρατεί στον ψυχιατρικό τομέα στην Ευρώπη
6. και τέλος να εξετάσουμε τη συμβολή της ομαδικής ψυχοθεραπείας, της χοροθεραπείας, της δραματοθεραπείας, της μουσικοθεραπείας και art-therapy.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχιατρική επιστήμη έχει ν'αντιμετωπίσει τις ψυχικές ασθένειες ,οι οποίες έχουν μια ιδιαιτερότητα σε σχέση με τους υπόλοιπους κλάδους της ιατρικής. Η ιδιαιτερότητα αυτή έχει να κάνει με την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η διαδικασία του στιγματισμού στην οποία υποβάλλονται λόγω της κοινωνικής προκατάληψης είχε ως αποτέλεσμα την απομόνωσή τους ,τις περισσότερες φορές με μορφή εγκλεισμού για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Στο παρόν κεφάλαιο θα περιγράψουμε τη γένεση του στίγματος και τους λόγους για τους οποίους συντηρείται σε μεγάλο βαθμό , ακόμα και σήμερα στις πεποιθήσεις κάθε κοινωνίας . Στη συνέχεια θ'αναλύσουμε τον ασυλιακό θεσμό, τα χαρακτηριστικά του και τις συνθήκες που επικρατούσαν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Τέλος, θ'αναφερθούμε στις συνέπειες των ιδρυμάτων αυτών όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για το προσωπικό που εργαζόταν μέσα σ'αυτά.

2.1 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η μελέτη της ιστορίας της ψυχιατρικής καθιστά εμφανή την πολυπλοκότητα του αντικειμένου. Αφορά τα υπάρχοντα ιδρύματα ,τις κοινωνικές αντιλήψεις και πρακτικές όταν εμφανίστηκε η ψυχιατρική, την ιδιαιτερότητα του θεωρητικού της λόγου και της πρακτικής της, την συγκρότηση του επιστημονικού της πεδίου από αντιλήψεις που προέρχονται από διαφορετικά επιστημονικά πεδία ,τα δάνεια από τον φιλοσοφικό λόγο ,την λειτουργία της σαν κοινωνικού θεσμού, την ένταξή της στη νομοθεσία και τις σχέσεις της με την δικαιοσύνη και την διοίκηση, την διαπλοκή του θεραπευτικού με το ομαλοποιητικό-κανονιστικό στοιχείο μέσα στην καθημερινή πρακτική.

Η ισορροπία ανάμεσα στο θεραπευτικό και ομαλοποιητικό στοιχείο όρισε σε σημαντικό βαθμό και την ιδιαίτερη φυσιογνωμία , της ψυχιατρικής σαν θεσμού σε διάφορες εποχές και σε διάφορες χώρες . Όσο λιγότερο μπορεί η ψυχιατρική να διεκδικήσει και να επιβάλλει τον θεραπευτικό της ρόλο (που είναι όρος ύπαρξης της),τόσο περισσότερο η χρήση της μπορεί να γίνει ομαλοποιητική, ακόμα και αν χρησιμοποιεί τις πιο προωθημένες τεχνικές. (Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα Πλουμπίδης Δ.1995 σ.10)

Η ψυχιατρική ,δηλαδή η αντιμετώπιση της τρέλας στα πλαίσια της ιατρικής ,υπάρχει με κάποιες μορφές από τα αρχαία χρόνια αλλά παγιώθηκε και ενοποιήθηκε στη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα.

Τα ειδικά ιδρύματα , τα ψυχιατρεία (ή φρενοκομεία), εμφανίστηκαν από την αρχή του 19^{ου} αιώνα , στηριγμένα στην αρχή της θεραπευτικής απομόνωσης και της φιλόφρων συμπεριφοράς προς τους ασθενείς.

Επιστημονικά, η φυσιογνωμία της ψυχιατρικής διαμορφώθηκε από τις αλληλεπιδράσεις της κλινικής μεθόδου με τα ευρήματα από άλλους κλάδους της ιατρικής, των βασικών και των κοινωνικών επιστημών.

Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρικά ιδρύματα , ως κύρια θεραπευτική μέθοδος, ο νόμος για το ακαταλόγιστο - δηλαδή η διακοπή της ποινικής δίωξης και ο θεραπευτικός εγκλεισμός σε ψυχιατρείο ατόμων τα οποία διέπραξαν αδίκημα υπό το κράτος ψυχικού νοσήματος – και η μεγάλη αύξηση του πληθυσμού των πόλεων συντέλεσαν στην εμφάνιση τεράστιων ιδρυμάτων. Στη συνέχεια, συνειδητοποιήθηκαν τα φαινόμενα της χρονιότητας και του ιδρυματισμού.

Η εσωτερική οργάνωση των ιδρυμάτων και οι διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι προσπάθησαν να ενισχύσουν , με τεράστιες δυσκολίες, το θεραπευτικό ρόλο των ιδρυμάτων. Μέθοδοι όπως η καλλιτεχνική έκφραση ,η θεραπευτική απασχόληση και η εργασία χρησιμοποιήθηκαν από την αρχή και ακολουθώντας την εξέλιξη των ιδρυμάτων υπάρχουν ως τις μέρες μας.

Από τις θεραπευτικές μεθόδους των δεκαετιών 1920-1930 έχει εγκαταλειφθεί το ινσουλινικό και το καρδιαζολικό σοκ, καθώς και η ψυχοχειρουργική, η οποία εφαρμόζεται πλέον σε πολύ επιλεγμένα περιστατικά.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία άντεξε στο χρόνο, λόγω της αναμφισβήτητης αποτελεσματικότητάς της, σε ορισμένες περιπτώσεις.

Η έμπρακτη αμφισβήτηση του εγκλεισμού σε ψυχιατρικά ιδρύματα άρχισε από τη δεκαετία του 1950.

Τεράστιο ρόλο έπαιξε η σύγχρονη ψυχοφαρμακολογία. Οι κλινικές εικόνες και η διάρκεια παραμονής σε ψυχιατρεία τροποποιήθηκαν ριζικά. Το πρώτο ψυχοφάρμακο που κυκλοφόρησε ήταν η χλωροπρομαζίνη το 1954.

Η εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική άρχισε να διαμορφώνεται σταδιακά από το δεύτερο ήμισυ του 1950 και ιδίως από τη δεκαετία του 1960.

Αναλυτικότερα,

στο Βυζάντιο τους τρελούς τους έκλειναν σε κοινά νοσοκομεία. Αν ύστερα από τρία χρόνια δεν είχαν γίνει καλά τους έκλειναν σε ξενώνες μοναστηριών. Πριν από τη δημιουργία του σύγχρονου Ελληνικού κράτους και για αρκετά χρόνια αργότερα, οι ψυχικά άρρωστοι έβρισκαν καταφύγιο, ή πιο συχνά απομακρύνονταν σε κάποιο από τα διάφορα μικρά ή μεγάλα μοναστήρια που υπάρχουν διάσπαρτα στην Ελληνική ύπαιθρο. Το γνωστό μοναστήρι του Δαφνιού, στα περίχωρα της Αθήνας, που κατά τον ιστοριοδίφη Δημ. Γρ. Καμπούρογλου χρησίμευσε ως επίσημο ψυχιατρικό άσυλο από το 1833 ως το 1885, λέγεται ότι δεχόταν άτομα που χρειάζονταν ψυχιατρική περίθαλψη (‘‘ψυχής ιατρείαν’’) από τον καιρό που ιδρύθηκε η μονή, γύρω στον ενδέκατο αιώνα.

Η ψυχιατρική στην Ελλάδα οργανώθηκε με βάση τις αρχές και τις μεθόδους της Ευρωπαϊκής ψυχιατρικής. Ουσιαστικά, εμφανίστηκε μετά το 1850.

1838:Ίδρυση του "φρενοκομείου" της Κέρκυρας. Το 1864, με την Ένωση των Ιονίων νήσων, ήταν το μοναδικό στην Ελλάδα.

1862:Πρώτη σοβαρή εκδήλωση ενδιαφέροντος από μέρους της Ελληνικής πολιτείας ήταν ο Νόμος ΨΜΒ για την οργάνωση των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Νόμος παρμένος από τον αντίστοιχο Γαλλικό του 1838 που ήταν αρκετά προοδευτικός για την εποχή του αλλά έμεινε ανενεργός για πολλά χρόνια λόγω των δυσμενών καταστάσεων στις οποίες βρισκόταν η χώρα μας εκείνη την περίοδο. Στην Ελλάδα δεν λειτουργούσαν ακόμα ιδρύματα.

1887:Ίδρυση του "Δρομοκαΐτειου" Νοσοκομείου.

1900: Θεμελίωση του "Αιγινήτειου" Νοσοκομείου

1904: Ίδρυση του Αιγινήτειου Νοσοκομείου

1904: Ίδρυση της πρώτης ιδιωτικής κλινικής στην Αθήνα. Γρήγορα ακολούθησαν και άλλες. Το 1918 υπήρχαν οκτώ, το 1940 δώδεκα και σήμερα στην Αττική, δεκαπέντε. Περιοχές όπως η Θεσσαλία (με εξαίρεση τα ελάχιστα κρεβάτια του Νοσοκομείου του Βόλου) διαθέτουν και σήμερα μόνο ιδιωτικά κρεβάτια.

1910-1914 : Ίδρυση ασύλων για ψυχικά ασθενείς στη Σούδα της Κρήτης, την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, τα οποία στη συνέχεια εξελίχθηκαν στα ομώνυμα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οργανώθηκαν ουσιαστικά ως ψυχιατρικά νοσοκομεία στη δεκαετία του 1930.

1954: Ίδρυση πανεπιστημιακής ψυχιατρικής κλινικής στη Θεσσαλονίκη. Σήμερα, λειτουργούν τρεις πανεπιστημιακές κλινικές . Δύο στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και μία στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

1956: Πρώτες αμιγείς εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΚΨΥΕ) στην Αθήνα.

1958: Ίδρυση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Νταού Πεντέλης).Ίδρυση της αποικίας ψυχοπαθών Λέρου (το σημερινό Κρατικό

Θεραπευτήριο Λέρου), με σκοπό την αποσυμφόρηση των μεγάλων ψυχιατρείων από τα χρόνια περιστατικά.

1967:Ίδρυση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

1972:Ίδρυση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου

1973: Νομοθετικό διάταγμα 104/73.Καταργήθηκε ο νόμος ΨΜΒ. Συζητήσιμες διατάξεις για την αναγκαστική νοσηλεία, αλλά για πρώτη φορά αναγνωρίστηκε η εκούσια νοσηλεία . Ο νόμος αφορούσε τόσο τα δημόσια όσο και τα ιδιωτικά ιδρύματα.

1979-1981:Πρώτες πειραματικές εξωνοσοκομειακές μονάδες, από την Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Αθηνών και στη συνέχεια από το Πανεπιστήμιο Θράκης στην Αλεξανδρούπολη, και την Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγιεινής στην Άμφισσα και αργότερα στο νομό Έβρου.

1980-1990:Όργάνωση ψυχιατρικών κλινικών σε Ιωάννινα, Πάτρα, Αλεξανδρούπολη και Ηράκλειο από τα αντίστοιχα Πανεπιστήμια.

1983:Νόμος 1397 για το ΕΣΥ. Τίθενται οι βάσεις για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας Ψυχιατρικής. Προχώρησε άνισα και με βραδείς ρυθμούς.

1984:Κανονισμός 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη χρηματοδότηση της μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής. Οι περισσότερες σύγχρονες μονάδες ιδρύθηκαν με συγχρηματοδότηση από τον κανονισμό αυτό. Μετά το πέρας του κανονισμού 815/84, στο τέλος του 1994, πολλές από τις πιο σύγχρονες μονάδες βρέθηκαν οικονομικά και θεσμικά μετέωρες.

1992: Νόμος 2071/92, του οποίου αρκετά άρθρα αφορούν την άσκηση της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Προσπάθεια εναρμονισμού του πλαισίου άσκησης της Ψυχιατρικής με τις πρόσφατες επιστημονικές εξελίξεις και το νομικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

1997:Νόμος 2716/17 Μαΐου 1999 "Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας". Οι υγειονομικές περιφέρειες της χώρας διαιρούνται σε τομείς οι οποίοι εξυπηρετούνται από μονάδες ψυχικής υγείας. Θεσμοθετείται, δηλαδή, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και όλες οι νέες μορφές άσκησης της Ψυχιατρικής που λειτουργούν στη χώρα μας τα τελευταία 15-20 χρόνια.(Χριστοδούλου Γ.Ν. «Ψυχιατρική»2002 σ.967,968)

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ: Αναπτύχθηκαν γρήγορα και προσαρμόστηκαν στα συστήματα κοινωνικών ασφαλίσεων προσφέροντας υπηρεσίες διαφόρων ποιοτήτων σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών ομάδων. Στις μέρες μας περιοχές όπως η Θεσσαλία και η Ανατολική Μακεδονία καλύπτονται ουσιαστικά από ιδιωτικές κλινικές . Είναι επίσης σημαντικό ότι ως τις μέρες μας οι ιδιωτικές κλινικές θεωρούνται από το μεγαλύτερο μέρος του κοινού ως οι μόνες θεραπευτικές.

Οι ιδιωτικές κλινικές με τη σημερινή τους μορφή δεν ανταποκρίνονται παρά στην ύφεση της οξείας συμπτωματολογίας με τη βοήθεια των φαρμάκων και της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, δηλαδή επεμβαίνουν αφού εκδηλωθεί η κρίση. Μένουν δηλαδή έξω από την οπτική τους καίρια ζητήματα όπως η πρόληψη, η οικογενειακή – κοινωνική διάσταση των συμπτωμάτων και η θεραπευτική συνέχεια μετά την ύφεση της συμπτωματολογίας και την έξοδο.

Και αν δηλαδή λειτουργούν άρτια από "τεχνική" άποψη αφήνουν ακάλυπτα σημαντικότερα προβλήματα που βαραίνουν την πρόγνωση των πασχόντων σε μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη προοπτική, αν άλλοι φορείς δεν ασχοληθούν στη συνέχεια.

ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ: Έπαιξαν σημαντικό ρόλο σε τομείς που τα δημόσια ιδρύματα άφησαν σχεδόν ακάλυπτους ιδιαίτερα στην αγωγή και τη φύλαξη των καθυστερημένων και απροσάρμοστων παιδιών. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες δεν είναι όμως πάντα παραδεκτού επιπέδου. Οι

ιδιωτικοί οργανισμοί κοινής ωφέλειας υπήρξαν πρωτοπόροι στο πρόβλημα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Σήμερα λειτουργούν αρκετά κέντρα εναλλακτικής περίθαλψης(στο άσυλο και τη συμπτωματική μόνο αντιμετώπιση της οξείας φάσης) από πανεπιστημιακούς, δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς κοινής ωφέλειας. Δεν καλύπτουν παρά τις ανάγκες ενός μικρού μέρους του πληθυσμού. Η μεταρρύθμιση του συστήματος περίθαλψης και πρόληψης των ψυχικών ασθενειών παρά τις προσπάθειες που έχουν ήδη δρομολογηθεί, δεν έχει ακόμα εδραιωθεί, για τρεις κύριους λόγους (οικονομικούς, επάνδρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού και ελλιπούς επεξεργασίας) με βάση τις ελληνικές συνθήκες, ενός ή περισσότερων προτύπων οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που να μην είναι "μετάφραση" ξένων μοντέλων.(Ιστορία της ψυχιατρικής Πλουμπίδης Δ.1995 σ.224,225)

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Σ' αυτό το σημείο θ' αναφερθούμε στις περισσότερες από τις ασθένειες που χρίζουν την παρέμβαση της ψυχιατρικής επιστήμης. Καταγράφονται με ποσοστά που αφορούν το μέγεθος του πληθυσμού που νοσεί και αποδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη ολοκληρωμένης φροντίδας για την επιθυμητή εξέλιξή τους, ειδικά όταν κάποιες απ' αυτές έχουν την ανάγκη ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στα συμπτώματα και την αιτιολογία για την καθεμία από αυτές.

ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Σχιζοφρένεια:

Συμπτώματα: θετικά

- Ψευδαισθήσεις :Οπτικές και ακουστικές

- Παραληρητικές ιδέες
- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

Συμπτώματα: αρνητικά

- Συναισθηματική απόσυρση
- Πτωχές διαπροσωπικές σχέσεις
- Αλογία
- Ανεργία
- Κοινωνική απόσυρση
- Επιπεδωμένο συναίσθημα
- Απώλεια αυθορμητισμού και ροής του λόγου
- Στερεοτυπική σκέψη
- Διαταραχές προσοχής
- Πτωχή αφαιρετική ικανότητα
- Αβουλία-απάθεια
- Ανηδονία

Επιδημιολογία

- Συχνότητα 1% στο γενικό πληθυσμό
- 30 νέα περιστατικά για κάθε 100.000 πληθυσμού κάθε χρόνο
- Ηλικία έναρξης κατά τη μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικίωση
- Το πρώτο επεισόδιο συνήθως εμφανίζεται προ των 40 χρόνων (15-45)
- Αναλογία φύλων 1:1
- Πιο συχνή στους ανύπανδρους

-Πιο συχνή στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (social drift theory)

Αναλυτικότερα ,

Περίπου το 1% του πληθυσμού αναπτύσσει ΣΧ. κατά την διάρκεια της ζωής του. Κατά την διάρκεια ενός έτους περίπου 0,11 - 0,14 ανά 1000 άτομα θα εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια. Μια δεδομένη χρονική στιγμή, 2,5 - 5 ανά 1000 άτομα έχουν την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα αυτά αναγόμενα στον Ελληνικό πληθυσμό σημαίνουν ότι κάθε χρόνο περιμένουμε στην Ελλάδα 1000 - 1500 περίπου άτομα να εμφανίσουν για πρώτη φορά ΣΧ., 25000 - 50000 άτομα πάσχουν από αυτή μια δεδομένη χρονική στιγμή και 100000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν ΣΧ. κατά την διάρκεια της ζωής τους. Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άντρες και γυναίκες και οι πληροφορίες αυτές ισχύουν και για τα δύο φύλα. Μια διαφορά μεταξύ των δύο φύλων αφορά την ηλικία εμφάνισης των πρώτων ψυχωτικών εκδηλώσεων : οι άντρες νοσούν πιο συχνά μεταξύ 15 - 25 ετών και οι γυναίκες μεταξύ 25 - 35 ετών. Η εμφάνιση της ΣΧ. πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Αιτιολογία

Κληρονομικότητα

Περιγεννητικοί παράγοντες (εποχή γέννησης, λοιμώξεις ιού γρίπης Α, διαταραχές της κύησης)

Ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής

Κοινωνικοί επιβαρυντικοί παράγοντες

Γονιδιακά Και Νευρωνικά Λειτουργικά Ευρήματα Σε Σχιζοφρενείς

Υπάρχουν 100.000 γονίδια στο γονιδίωμα

Στο χρωμόσωμα 1 υπάρχει γονίδιο/α που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας

Δίδυμοι 100%

1ου βαθμού συγγενείς 50%

2ου βαθμού συγγενείς 25%

3ου βαθμού συγγενείς 12,5%

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Διπολική διαταραχή/Μανιοκατάθλιψη:

Διάγνωση

- Ένα τουλάχιστον επεισόδιο μανίας
- Επεισόδια κατάθλιψης κατά το παρελθόν
- Επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας στο μέλλον
- Μικτά επεισόδια
- Υπομανιακά επεισόδια (DSM-IV American Psychiatric Association, 1994)

Πορεία, Πρόγνωση

Ισόβια διαταραχή

85-90% των ασθενών έχουν πολλαπλά (πέραν του ενός) επεισόδια

Με το πέρασμα του χρόνου τα διαστήματα νορμοθυμίας βραχύνονται και οι φάσεις διαρκούν περισσότερο

10-15% των ασθενών καταλήγουν από απόπειρα αυτοκτονίας (κάποιοι εκτιμούν τον κίνδυνο αυτό στο 25%)

10-15% παρουσιάζουν ταχεία εναλλαγή (rapid cyclers/ συνήθως γυναίκες) (Epidemiological Catchment Area study, 5 sites, USA)

Προσφυγή στον ειδικό

35% των ασθενών δεν αναζητούν βοήθεια μέχρι και 10 έτη μετά την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων

60% των ασθενών δεν έχουν θεραπευτική αντιμετώπιση πριν περάσουν 6μήνες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων

Αυξημένος Κίνδυνος Υποτροπής

- Μικτό επεισόδιο
- Ταχεία εναλλαγή
- Ύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων (47-75% των ασθενών)
- Συννοσηρότητα –αλκοολισμός

Υποκλινικά συμπτώματα ανάμεσα στα επεισόδια (M.Tohen et al. Mania. In Sederer LI, Rotchild AJ (Eds) Acute Care Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins, 1997)

Κοινωνική Λειτουργικότητα

Μη αντιμετωπιζόμενη θεραπευτικά η διπολική διαταραχή είναι δυνατόν να επιφέρει καταστροφικές συνέπειες σε όλους τους τομείς της ζωής των ασθενών και των οικογενειών των

66% των ασθενών έχουν πολύ σημαντικά επηρεασμένη την ικανότητα για εργασία.

Μερικοί δεν είναι σε θέση να ζουν ανεξάρτητα

45% των διπολικών που παντρεύονται χωρίζουν (18% στους υγιείς) (Coryel W., Keller W., Edincot J. et al: The enduring psychosocial consequences of mania and depression. Am.J.Pschiatry, 1993;150:720-727)

Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά

Διπολική Διαταραχή Τύπου I (ισόβια επικράτηση 0,4-1,6%)

Διπολική Διαταραχή Τύπου II(ισόβια επικράτηση 0,5%)

Παρά την διαθεσιμότητα αποτελεσματικών θεραπειών, μόνο 27% των ασθενών λαμβάνουν αγωγή.

Αναλυτικότερα,

Ο κίνδυνος νόσησης από μανιοκατάθλιψη ανέρχεται, κατά μέσο όρο, στο 1% στην διάρκεια τη ζωής. Μια δεδομένη χρονική στιγμή, 0.3%-0.5% του γενικού πληθυσμού μπορεί να πάσχει από μανιοκατάθλιψη. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα μπορεί να πάσχουν από 10.000-20.000 από το πρόβλημα αυτό. Εμφανίζεται συνήθως περί το τέλος της εφηβείας ή ενωρίς στην ενήλικη ζωή, ενώ δεν αποκλείεται τα πρώτα συμπτώματα να παρουσιαστούν κατά την παιδική ηλικία ή ακόμη και πολύ αργότερα στη ζωή. Συνήθως δε γίνεται άμεσα αντιληπτή η νοσηρότητα των συμπτωμάτων. Πολλοί άνθρωποι υποφέρουν χρόνια, πριν γίνει η διάγνωση και εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπεία. Όπως και με τον σακχαρώδη διαβήτη ή κάποια καρδιολογικά νοσήματα, η διπολική διαταραχή έχει χρόνιο χαρακτήρα και απαιτεί προσεκτική αντιμετώπιση καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Κατάθλιψη:

Κλινική εικόνα - Συμπτώματα

Αυτό που έχει σημασία για τους ανθρώπους που υποφέρουν από την Κατάθλιψη δεν είναι η αιτιολογία της (αν και συνήθως αναλώνονται στην άγονη αναζήτηση του "τι φταιει;" άλλοτε με αυτομομφή και άλλοτε με ετερομομφή) , αλλά η έγκαιρη αναγνώριση του ότι αυτό που αισθάνονται δεν οφείλεται σε κόπωση , αναξιότητα ή ότι άλλο, αλλά πάσχουν από μία θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση (ένα "στενάχωρο" συναίσθημα κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας) , άγχος (δυσφορία στο στήθος, ανησυχία, νευρικότητα), απελπισία και ανηδονία (δηλαδή πρότερα ευχάριστες δραστηριότητες δεν ικανοποιούν πλέον τον ασθενή), έλλειψη ενέργειας και κόπωση στην ελάχιστη προσπάθεια, καθώς και επιβράδυνση των ψυχοκινητικών λειτουργιών (αργές κινήσεις και βάδισμα, ο ασθενής δυσκολεύεται να σκεφθεί). Συνυπάρχουν διαταραγμένος ύπνος (ο ασθενής κοιμάται αργά, με διακοπές και άσχημα όνειρα και, χαρακτηριστικά ξυπνά νωρίς τα ξημερώματα με άσχημη διάθεση και αρνητικές σκέψεις), ανορεξία και άλλοτε βουλιμία, απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, παραπονείται για αμνησία, ενώ πλήθος δυσάρεστων σκέψεων κατακλύζουν τον νου, ενίοτε και σκέψεις αυτοκτονίας. Παράλληλα ποικίλα σωματικά ενοχλήματα (πχ δυσκοιλιότητα) συμπληρώνουν την εικόνα.

Αιτιολογία

Δεν είναι ακριβώς γνωστή. Είναι πλέον σαφές ότι συμμετέχουν πολλοί παράγοντες. Μεγάλη σημασία έχουν οι γενετικοί (δηλαδή η κληρονομικότητα) και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής , απώλεια και πένθος κλπ) Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στις νευροβιολογικές θεωρίες καθότι υπάρχουν σαφή ευρήματα που αφορούν διαταραχές στην λειτουργία του εγκεφάλου (ιδίως στο επίπεδο της νευροδιαβίβασης στα συστήματα των καταχολαμινών και της 5 Υδροξυτρυπταμίνης) , διαταραχές της νευροφυσιολογίας του ύπνου και της νευροενδοκρινικής λειτουργίας (πχ υπερέκκριση κορτιζόλης) .Επίσης, η κατάθλιψη μπορεί να είναι και αποτέλεσμα ενός μεγάλου πλήθους σωματικών νοσημάτων και συνδρόμων (πχ υποθυρεοειδισμού, εγκεφαλικού επεισοδίου, νόσου του Parkinson, χρόνιου αλκοολισμού κα), αλλά ακόμα και τότε ο ακριβής μηχανισμός παθογένεσης δεν είναι γνωστός.

Θεραπευτικά Στοιχεία , η κατάθλιψη :

Υποδιαγιγνώσκεται

Λιγότεροι από 1/2 των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη, αναγνωρίζονται με σαφήνεια ως καταθλιπτικοί

Μόλις περί το 1/2 όλων των καταθλιπτικών ασθενών λαμβάνουν κάποια μορφή θεραπείας για τη νόσο τους

Μόλις περί το 1/4 των καταθλιπτικών ασθενών λαμβάνουν επαρκούς δόσεως και διάρκειας αντικαταθλιπτική θεραπεία

Επικράτηση της κατάθλιψης σε χρόνιες σωματικές νόσους

Η Κατάθλιψη αποτελεί μια από τις τρεις κυριότερες αιτίες ανικανότητας και θνησιμότητας τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. (WHO, 1999)

Επιδημιολογία

20% εως 30% των ασθενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας εμφανίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα

Η αναλογία της κατάθλιψης στις γυναίκες, είναι διπλάσια αυτής των ανδρών

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι, για πολλούς ασθενείς, δια βίου διαταραχή

Αναλυτικότερα ,

Η κατάθλιψη βασανίζει ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού· υπολογίζεται πως ο κίνδυνος να νοσήσει οποιοσδήποτε από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 10%- 25% για τις γυναίκες και 5%- 12% για τους άντρες, ενώ κάθε στιγμή το 5%- 9% των γυναικών και το 2%- 3% των ανδρών υποφέρουν από αυτή. Τα ποσοστά αυξάνονται αν υπολογίσουμε και την Δυσθυμία, Άτυπες μορφές και Δευτεροπαθείς Καταθλίψεις (πχ σε Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο).

Επιδημιολογικά στοιχεία κατάθλιψης

- Δια βίου επικράτηση: άνδρες=15%, γυναίκες= 24%
- 48-67% δεν λαμβάνει αγωγή, παρά την ύπαρξη κατάθλιψης >20 χρόνια
- 6,6-13,5% των ασθενών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη
- 65-70% διαγιγνώσκονται ως “πιεσμένοι ψυχολογικά”
- Οι ψυχίατροι συνταγογραφούν αντικαταθλιπτικά μόνο στο 34% των ασθενών που τα έχουν ανάγκη , οι άλλοι γιατροί μόνο στο 16%
- Μόνο 41% του συνόλου λαμβάνει κατάλληλη δόση

Κατάθλιψη και ηλικιωμένοι:

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία. Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι: α) η δυσκολία στην αναγνώριση και διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους, β) η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων, γ) η υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.α

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Διαταραχή πανικού:

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα διαφέρουν από άτομο σε άτομο συνήθως όμως η διαταραχή πανικού εκδηλώνεται ως εξής: ταχυπαλμία, ναυτία, ζαλάδα, εφίδρωση, αίσθηση πνιγμού, πόνο στο στήθος, αίσθηση μη πραγματικού (αποπραγματοποίηση). Εμφανίζει ακόμη φόβο απώλειας του ελέγχου, τρέλας ή και θανάτου (δευτερογενές σύμπτωμα). Κατά τη διάρκεια των κρίσεων αυτών το άτομο βιώνει κλιμάκωση του άγχους και όλων των συμπτωμάτων που το συνοδεύουν, αποφυγή κλειστών χώρων με έντονη επιθυμία να βρεθεί σε ανοιχτούς χώρους, φόβος για τυχόν επαναβίωση των κρίσεων, και ακολούθως βαθμιαία απομόνωση.

Επιδημιολογία

Ένα άτομο που θα πάθει μια κρίση πανικού στην ζωή του (κι αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη και στο 5% του πληθυσμού) τις περισσότερες φορές δεν θα αντιμετωπίσει ξανά παρόμοιο πρόβλημα. Σε μερικούς όμως ανθρώπους η δυσάρεστη αυτή εμπειρία μπορεί να επαναλαμβάνεται αρκετά συχνά και έτσι να προκαλέσει ένα πρόβλημα που πολλές φορές το ονομάζουμε διαταραχή πανικού (για να το διαχωρίσουμε από τις μεμονωμένες κρίσεις). Σε διάφορες εργασίες έχει βρεθεί ότι διαταραχή πανικού μπορεί να παρουσιάζει το 1%-1.5% του πληθυσμού και είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Το πρόβλημα αρχίζει συνήθως σε νεαρή ηλικία (μεταξύ 20-30 ετών). Βασικό κλινικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι οι επαναλαμβανόμενες κρίσεις έντονου άγχους και πανικού, οι οποίες όμως δεν σχετίζονται με κάποια συγκεκριμένη κατάσταση και για το λόγο αυτό είναι απρόβλεπτες.

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή:

Συμπτώματα

Τα χαρακτηριστικότερα συμπτώματά είναι οι ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί. Συνήθως συνυπάρχουν άγχος, ανησυχία και ενδεχομένως διαταραχές ύπνου, όρεξης και συναισθήματος. Με τον όρο ιδεοληψίες αναφερόμαστε σε επίμονες σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις οι οποίες (όπως χαρακτηριστικά περιγράφεται από τους ασθενείς) 'κολλάνε' στο μυαλό και γίνονται εμμονές. Το περιεχόμενο των σκέψεων, των παρορμήσεων ή των εικόνων αυτών είναι συνήθως ενοχλητικό για το άτομο, με αποτέλεσμα να του δημιουργείται έντονο άγχος. Το άτομο αναγνωρίζει αυτές τις σκέψεις και παρορμήσεις ως ξένες προς τον εαυτό του και την προσωπικότητά του και ως απαράδεκτες και μη λογικές και προσπαθεί να τις διώξει από το μυαλό του, συχνά χωρίς αποτέλεσμα με επακόλουθη επιδείνωση του άγχους του. Στην προσπάθεια απαλλαγής του από τις βασανιστικές ιδεοληψίες, ανακαλύπτει κάποιους τρόπους (φράσεις, σκέψεις, αποφυγές, τελετουργίες) με τους οποίους ανακουφίζει προσωρινά το άγχος που αυτές του δημιουργούν. Οι τρόποι αυτοί, που συχνά έχουν έντονο το τελετουργικό στοιχείο, λέγονται ψυχαναγκασμοί και αυτό διότι σύντομα το άτομο νιώθει καταναγκασμένο να τους επαναλαμβάνει τακτικά για να εξασφαλίζει προσωρινή ηρεμία.

Παράδειγμα συχνών ιδεοληψιών και ψυχαναγκασμών είναι το ακόλουθο: Κάποια μητέρα στη θέα μαχαιριών αισθάνεται μέσα της την παρόρμηση να αρπάξει το μαχαίρι και να το καρφώσει στο παιδί της (ιδεοληψία), το οποίο υπεραγαπά. Η συνειδητοποίηση της απαράδεκτης αυτής παρόρμησης την οποία η μητέρα συνειδητά αποδοκιμάζει και την αισθάνεται ως ξένη της δημιουργεί τεράστιο άγχος. Για να είναι σίγουρη ότι ποτέ δεν θα πραγματοποιήσει αυτή την παρόρμηση, αποφεύγει όσο μπορεί τα μαχαίρια, συχνά τα εξαφανίζει εντελώς από το σπίτι (ψυχαναγκασμός).

Επιδημιολογία

Για πάρα πολλά χρόνια οι ψυχίατροι πίστευαν ότι η ΙΨΔ ήταν ένα σπάνιο πρόβλημα, διότι μόνο λίγοι από τους ασθενείς αναζητούσαν επαγγελματική βοήθεια. Αυτό γινόταν κυρίως λόγω του ' παράξενου ' περιεχομένου των ιδεοληψιών, που οι ασθενείς προσπαθούσαν να αποκρύψουν από τους άλλους, όσο και λόγω της έλλειψης κατάλληλης θεραπείας. Το αποτέλεσμα ήταν η νόσος να υποεκτιμηθεί μέχρι την διενέργεια ειδικών επιδημιολογικών μελετών στον γενικό πληθυσμό , πρώτα στις ΗΠΑ και μετά και σε άλλες χώρες , που ξεκίνησαν στις αρχές της δεκαετίας του '80. Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι ένα ποσοστό 2% του πληθυσμού πάσχει από ΙΨΔ. Το νούμερο αυτό περιλαμβάνει βεβαίως όλες τις μορφές από τις πιο ελαφριές που είναι και οι περισσότερες έως και τις πιο βαριές που είναι οι λιγότερες, ωστόσο ανεβάζει την ΙΨΔ ως την τέταρτη πιο συχνή ψυχική διαταραχή, μετά την κατάθλιψη, τις φοβίες και την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Η ΙΨΔ σύμφωνα με αυτές τις έρευνες είναι 5 φορές πιο συχνή από την σχιζοφρένεια και την μανιοκατάθλιψη και δύο φορές πιο συχνή από την διαταραχή πανικού. Με βάση το νούμερο αυτό υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα πάνω από 100.000 άνθρωποι πρέπει να πάσχουν αυτή την στιγμή από ΙΨΔ ποικίλης βαρύτητας. Οι γυναίκες φαίνεται να πάσχουν λίγο πιο συχνά αλλά όχι σε μεγάλο βαθμό, αν και το εύρημα αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί από άλλες έρευνες που έχουν δείξει ίδια αναλογία. Αν και τα συμπτώματα της ΙΨΔ τυπικά αρχίζουν κατά την διάρκεια της εφηβείας ή της νεαρής ενήλικης ζωής, η νόσος μπορεί να αρχίζει ακόμη και από την παιδική ηλικία. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι το 30% των ΙΨΔ στους ενηλίκους έχει αρχίσει στην παιδική ηλικία. Δεδομένου ότι η ΙΨΔ μπορεί να επιφέρει μεγάλα προβλήματα στην υγιή ανάπτυξη ενός παιδιού, είναι πολύ σημαντικό, εάν επισημανθεί κάποιο πρόβλημα, το παιδί να εκτιμηθεί από κάποιον ειδικό γιατρό για να περιορισθούν στο ελάχιστο οι πιθανές συνέπειες στο μέλλον. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των αγχωδών διαταραχών. Πρόκειται για αρκετά συχνή νόσο, καθώς προσβάλλει το

2% του πληθυσμού. Είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες και η εμφάνισή της γίνεται συνήθως στις ηλικίες 25 – 35 ετών. Τα αίτια της ΙΨΔ είναι σύνθετα. Έχει τεκμηριωθεί η συμμετοχή παραγόντων γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών.

Διαταραχή γενικευμένου άγχους:

Βασικό στοιχείο και εδώ αποτελεί το άγχος το οποίο είναι επίμονο και γενικευμένο, ακαθόριστης διάρκειας αλλά δεν συνδέεται αναγκαστικά με συγκεκριμένες συνθήκες άγχους. Ο ασθενής εκφράζει παράπονα για νευρικότητα και ανησυχία, ταχυπαλμία, υπερένταση ενώ παρατηρούνται και στομαχικές διαταραχές. Εκφράζονται συχνά ανυπόστατοι φόβοι για μελλοντική εμφάνιση ασθένειας θανάτου ή δυστυχήματος για το άτομο ή για το άμεσο περιβάλλον του συνοδευόμενοι από γενικότερα αρνητικά συναισθήματα. Η διαταραχή είναι συνηθέστερη στο γυναικείο πληθυσμό και συνδέεται με χρόνια περιβαλλοντικό στρες.

Διαταραχή μετά απο ψυχοτραυματικό στρες

Η κατηγορία αυτή όπως και η ακόλουθη αποτελούν διαταραχή που έχουν ως κοινή τάση την εμφάνιση ενός ψυχοπιεστικού γεγονότος ή μιας σημαντικής μεταβολής στη ζωή του ατόμου, που του δημιουργούν έντονο αίσθημα δυσφορίας και στρες, και οδηγούν σε διαταραχή προσαρμογής. Εντούτοις η αιτιολογική σημασία των στρεσογόνων παραγόντων δεν είναι πάντα σαφής και εξαρτάται από την ψυχική κατάσταση και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου εάν τελικά θα εμφανίσει και σε ποιο βαθμό διαταραχή.

Συγκεκριμένα, η νεύρωση που προκύπτει κατόπιν ψυχοτραυματικού στρες παρουσιάζεται σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραυματικές εμπειρίες όπως φυσικές καταστροφές (π.χ. σεισμοί), ατυχήματα, βιασμό, υποβολή του ατόμου ή ακόμη σε βασανιστήρια και γενικά σε επώδυνες εξωτερικές εμπειρίες και εκδηλώνεται με τα ακόλουθα συμπτώματα συνεχής κατάσταση υπερδιέργειας υπεργρήγορης, αυξημένη αντίδραση αιφνιδιασμού, συνεχής επαναβίωση

ψυχοτραυματισμού ("Flashbacks"). Συνοδευτικά συμπτώματα όπως άγχος ή κατάθλιψη δημιουργούν περαιτέρω επιπλοκές στην ήδη διαταραγμένη συμπεριφορά. Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι η διάγνωση της διαταραχής από τον ειδικό πρέπει να γίνεται εφόσον η διαταραχή αυτή εκδηλωθεί μέσα στους πρώτους έξι μήνες μετά την πάροδο του ψυχοτραυματικού γεγονότος.

Οξεία διαταραχή στρες :

Η βάση της οξείας διαταραχής στρες είναι κοινή με την παραπάνω διαταραχή είναι κοινή καθώς αιτιολογικός παράγοντας είναι μια ψυχοτραυματική εμπειρία. Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει μια αρχική κατάσταση "θόλωσης", διάσπαση προσοχής, ανικανότητα αντίληψης και ερεθισμάτων αποπροσανατολισμού, απόσυρση από το περιβάλλον ή υπερδραστηριότητα, και συνήθως εξαφανίζεται μέσα σε λίγες ώρες ή το πολύ σε 2-3 ημέρες. Υψηλή επικινδυνότητα εμφάνισης της διαταραχής αποτελούν διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως σωματική εξάντληση ή κάποιος οργανικός παράγοντας (π.χ. σε ηλικιωμένα άτομα).

ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

ΦΟΒΙΕΣ

Ο όρος «φοβία» πολύ συχνά χρησιμοποιείται λάθος στις ημέρες μας. Οπότε, το πρώτο πράγμα που θα κάνουμε είναι να διαφοροποιήσουμε τη λέξη «φοβία» από τη λέξη «φόβος». Η «φοβία» δεν έχει ένα άμεσο και υπαρκτό αντικείμενο. Ο «φόβος» έχει ένα άμεσο και υπαρκτό αντικείμενο. Όταν λοιπόν βλέπουμε π.χ. ένα σκύλο στο δρόμο και τρέχουμε μακριά, αυτό είναι «φόβος» (φόβος για πιθανές σωματικές βλάβες). Όταν όμως κλείνει η πόρτα του ασανσέρ και αισθανόμαστε ότι δεν μπορούμε να αναπνεύσουμε ή έχουμε άλλης μορφής σωματική δυσλειτουργία τότε μιλάμε για «φοβία». Ο κίνδυνος σε αυτήν την περίπτωση είναι ιδεατός και είναι μέσα μας. Αυτή είναι η «φοβία». Είναι ένας επίμονος φόβος που ο πάσχων μοιάζει χωρίς εξήγηση, να τον γονατίζει

κοινωνικώς, εννοώντας με αυτό ότι πολλές φορές ο πάσχων αδυνατεί να εκτελεί και τις πιο απλές κοινωνικές του υποχρεώσεις. Ο φόβος αυτός είναι δυσανάλογος με το αντικείμενο ή την κατάσταση που τον προκαλεί.

Αιτιολογία

Στον επιστημονικό αυτό χώρο υπάρχουν διάφορες απόψεις. Ακόμη δεν υπάρχει μία και μοναδική προσέγγιση για την εξήγηση της προέλευσης των φοβιών. Υπάρχουν επιστημονικές μελέτες οι οποίες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει κληρονομικό υπόβαθρο από την στιγμή που συχνά βρίσκεται ακόμη και το ίδιο είδος φοβίας σε περισσότερο από ένα μέλη της ίδιας οικογένειας. Μπορεί βέβαια να πρόκειται για ταύτιση με τον γονέα. Το ψυχαναλυτικό περιβάλλον αποδίδει την αιτία σε άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας: αυτό δημιουργεί μια εσωτερική συσσώρευση αρνητικής ενέργειας. Όταν ο ψυχικός κόσμος του πάσχοντος δεν καταφέρνει πλέον να απωθεί την σύγκρουση αυτή, τότε εκείνη μετατίθεται πάνω σε μια κατάσταση ή σε ένα αντικείμενο (ανάλογα με το είδος της κατάστασης ή του αντικειμένου είναι και η μορφή της φοβίας). Σε αυτή την περίπτωση, πιο απλά, θα λέγαμε ότι η φοβία επιτρέπει στον πάσχοντα την προβολή προς τα έξω μιας εσωτερικής σύγκρουσης μεταξύ εκείνου και του υπερεγώ, κάνοντας έτσι κάπως πιο υποφερτή την ψυχική οδύνη. Η ψυχική οδύνη οφείλεται στην συνεχή ενασχόληση με το πραγματικό αντικείμενο της φοβίας.

Συμπτώματα

- Αισθήματα φόβου, πανικού, τρόμου, φρίκης
- Αναγνώριση του γεγονότος ότι ο φόβος που εκδηλώνεται, επεκτείνεται πέραν από τα κανονικά όρια για τη συγκεκριμένη απειλή που βιώνει ο ασθενής
- Οι αντιδράσεις είναι αυτόματες, εκτός ελέγχου του ασθενούς και στην ουσία κυριαρχούν στις σκέψεις του ασθενούς

- Ταχυκαρδία, δύσπνοια, τρέμουλο και μια ακατανίκητη επιθυμία γρήγορης απομάκρυνσης από την κατάσταση που προκαλεί τη φοβία
- Ακραία, υπερβολικά μέτρα για την αποφυγή αντιμετώπισης της κατάστασης ή του αντικειμένου που προκαλεί τη φοβία

Επιδημιολογία

Οι φοβίες χαρακτηρίζονται από αδικαιολόγητο, υπερβολικό και παράλογο φόβο οι οποίες οδηγούν ένα άτομο στο να αποφεύγει συγκεκριμένες καταστάσεις ή όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με αυτές να τις βιώνει με πολύ έντονο άγχος. Πρόκειται για μια μορφή αγχώδους διαταραχής που μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι φοβίες αποτελούν τη συνηθέστερη ψυχιατρική διαταραχή μεταξύ των γυναικών. Μεταξύ των ανδρών άνω των 25 ετών, οι φοβίες καταλαμβάνουν τη δεύτερη θέση μεταξύ των πιο συχνών ψυχιατρικών παθήσεων. Συνολικά υπολογίζεται ότι μέχρι 12% του πληθυσμού παρουσιάζουν τουλάχιστο μία φοβία. Οι περισσότεροι ασθενείς με φοβίες, θα κάνουν ότι μπορούν για να αποφύγουν να βρεθούν στην κατάσταση που τους προκαλεί τρόμο. Όταν οι προσπάθειες για αποφυγή της κατάστασης που ευθύνεται για τη φοβία, επηρεάζουν τη ζωή του ασθενούς, τότε επιβάλλεται να ζητηθεί βοήθεια από επαγγελματίες της υγείας με εξειδίκευση στο πρόβλημα. Για παράδειγμα εάν η φοβία για τους σκύλους, αναγκάζει τον ασθενή να μη βγαίνει από το σπίτι του λόγω του ότι φοβάται μήπως συναντήσει το γείτονα που βγάζει έξω το σκύλο του για περίπατο, τότε χρειάζεται βοήθεια από τον ψυχίατρο ή και τον ψυχολόγο.

Κοινωνική φοβία:

Η κοινωνική φοβία είναι ο υπερβολικός φόβος για λεπτομερή εξέταση και αρνητικής εκτίμησης σε κοινωνικές καταστάσεις. Το άτομο με κοινωνική φοβία έχει υπερβολικό φόβο ότι μπορεί να παρακολουθείται ή να εξευτελιστεί όταν κάνει κάτι ενώπιον άλλων. Είναι δυνατόν να βιώνει τη φοβία αυτή όταν κάνει

πράγματα απλά όπως για παράδειγμα να υπογράψει μια επιταγή ή όταν τρωει ένα φαγητό. Η πιο κοινή μορφή κοινωνικής φοβίας, είναι ο φόβος ομιλίας σε δημόσιο χώρο. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν μια γενικευμένη μορφή κοινωνικής φοβίας με φόβο και αποφυγή διαπροσωπικών σχέσεων. Το γεγονός αυτό τους εμποδίζει από του να πηγαίνουν στη δουλειά τους, στο σχολείο ή να έχουν κοινωνικές σχέσεις. Οι κοινωνικές φοβίες αναπτύσσονται συνήθως μετά την εφηβεία. Επηρεάζουν το 13% του πληθυσμού. Χωρίς θεραπεία διαρκούν για όλη τη ζωή.

Μερικοί άνθρωποι δυσφορούν τόσο πολύ εξαιτίας τη κοινωνικής τους φοβίας, που αναπτύσσουν μια δευτερογενή κατάθλιψη. Θα χρειαστεί λοιπόν θεραπεία και γι' αυτήν εκτός από τη θεραπεία που απαιτείται για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας. Άλλοι μπορεί να κάνουν χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών ή ηρεμιστικών που έχουν συνταγογραφηθεί από γιατρούς για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματά τους. Ο κίνδυνος εθισμού στις ουσίες αυτές και κυρίως στο αλκοόλ είναι ιδιαίτερα αυξημένος. Είναι σημαντικό ωστόσο να αναφερθεί ότι οι ασθενείς με κοινωνική φοβία παρά το άγχος τους και τα άλλα συμπτώματα που εμφανίζουν, δεν έχουν αυξημένο κίνδυνο να πάθουν κάτι σωματικό στο μέλλον, π.χ. καρδιακή προσβολή.

Αγοραφοβία

Είναι ο φόβος που έχει ο ασθενής για να παραμένει μόνος σε οποιοδήποτε χώρο ή κατάσταση από την οποία θα του ήταν δύσκολο να φύγει ή δεν θα μπορούσε να έχει βοήθεια εάν προέκυπτε η ανάγκη. Τα άτομα με αγοραφοβία μπορεί να αποφεύγουν να πηγαίνουν σε καταστήματα με πολύ κόσμο, σε πολυσύχναστους εμπορικούς δρόμους ή σε γεφύρια. Μερικοί ασθενείς με αγοραφοβία υποφέρουν τόσο πολύ που είναι δυνατόν να μη θέλουν να βγαίνουν από το σπίτι τους. Όταν βγαίνουν, το κάνουν με μεγάλη δυσκολία ή όταν συνοδεύονται από ένα μέλος της οικογένειάς τους ή ένα φίλο τους. Το 67% των ασθενών που πάσχουν από αγοραφοβία είναι γυναίκες. Η διαταραχή μπορεί να

αρχίσει απότομα ή να εγκατασταθεί σταδιακά. Τα συμπτώματα αρχίζουν συνήθως κατά το τέλος της εφηβείας και μεταξύ 30 έως 40 ετών.

Ειδικές φοβίες

Χαρακτηρίζονται από υπερβολικό, παράλογο φόβο για ορισμένα αντικείμενα ή καταστάσεις. Η πιο συνηθισμένη μορφή ειδικής φοβίας, είναι η φοβία για τα ζώα (σκύλοι φίδια, έντομα, ποντίκια). Άλλες μορφές ειδικής φοβίας είναι η κλειστοφοβία (ο φόβος για κλειστούς χώρους) και η ακροφοβία (φόβος του ασθενούς να βρίσκεται σε ψηλά σημεία).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

Νευρογενής Ανορεξία:

Οι τύποι και τα αίτια

Περιγράφονται δύο τύποι νευρογενούς ανορεξίας. Ο ένας αφορά στη στέρηση τροφής όπου επικρατεί η δίαιτα, η νηστεία και συχνά παράλληλα η υπερβολική άσκηση για να επιτύχει ο ασθενής μεγάλη απώλεια θερμίδων. Αντίθετα, στον άλλο τύπο υπερβολικής λήψης τροφής και στη συνέχεια αποβολής και κάθαρσης επικρατεί η πρόκληση εμετού, η λήψη διουρητικών ή/και καθαρικών, καθώς και ο εμετός έπειτα από υπερβολική, σχεδόν βουλιμική, λήψη τροφής. Η υπερβολή καμιά φορά οδηγεί αυτά τα άτομα στον εμετό ακόμα και μετά τη λήψη ελάχιστης ποσότητας τροφής.

Αιτιολογία

Δεν είναι απόλυτα γνωστή. Έχουν αναφερθεί γενετικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί και κυρίως ψυχολογικοί μηχανισμοί που προσπαθούν να εξηγήσουν την αιτιολογία της νευρογενούς ανορεξίας.

Το σώμα μας, κατά τους ανθρωπολόγους, το τι τρώμε ή τι δεν τρώμε, το πώς ντυνόμαστε, οι καθημερινές τελετουργίες μέσα από τις οποίες το υπηρετούμε, είναι ένα ισχυρό διάμεσο, μία παντοδύναμη συμβολική φόρμα πάνω στην οποία εγγράφονται οι ιεραρχήσεις, οι κανόνες, οι αξίες μας.

Η νευρογενής ανορεξία αποτελεί διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς σε σχέση με τον έλεγχο του βάρους, η οποία ουσιαστικά βλάπτει τη σωματική υγεία και την ψυχοσωματική λειτουργία. Το άτομο αρνείται να διατηρήσει το ελάχιστο -για την ηλικία και το ύψος του- σωματικό βάρος, παρουσιάζει έντονο φόβο για την παχυσαρκία και την αύξηση βάρους, ώστε το βάρος του να υπολείπεται 15% με 20% του φυσιολογικού. Ενώ το βάρος του υπολείπεται του φυσιολογικού, αισθάνεται παχύσαρκος.

Συμπτώματα

Τα κορίτσια που παρουσιάζουν νευρογενή ανορεξία εμφανίζουν διαταραχές της περιόδου και φτάνουν γρήγορα στην αμηνόρροια. Το δέρμα ξεραίνεται, παρουσιάζεται υπόταση, αδυναμία, βραδυκαρδία, αναιμία, λευκοπενία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης, υποκαλιαιμία, υπονατριαιμία, δυσκοιλιότητα, χαμηλή θυροξίνη, αύξηση της κορτιζόλης στο πλάσμα και οστεοπόρωση. Συχνά πλησιάζουν στον θάνατο. Στην ουσία, η μόνη τους ασχολία είναι το πώς θα ελέγξουν το βάρος τους.

Επιδημιολογία

Η νευρογενής ανορεξία παρουσιάζεται κυρίως σε νεαρά κορίτσια (14 - 18 ετών) και σπανιότερα σε αγόρια (1/10 των περιπτώσεων). Είναι άτομα που παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα και χρησιμοποιούν τη σίτιση για να τα αντιμετωπίσουν και ενδεχόμενα να τα λύσουν. Αφορά κυρίως στη λευκή φυλή, πρόκειται συχνότατα για χαρισματικά άτομα και για καλούς μαθητές που ανήκουν σε εύπορες και ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις

Τελευταία, η νευρογενής ανορεξία έχει επεκταθεί και σε άλλες φυλές και σε διαφορετικά κοινωνικά στρώματα. Ένας διαρκώς αυξανόμενος αριθμός γυναικών παρουσιάζει έντονα προβλήματα στη σχέση του με το φαγητό. Τα άτομα αυτά αυτοεπιβάλλουν την άρνηση τροφής και με την απόλυτη θέλησή τους περιορίζουν τη λήψη της με μόνη δικαιολογία το πάχος.

Η διαταραχή αυτή δεν αφορά σε αυτή καθαυτή την όρεξη, αφορά κυρίως στο σωματικό σχήμα, όπως το αντιλαμβάνεται ο ασθενής. Πρόκειται για βαριά ασθένεια που μπορεί σε ένα ποσοστό 10% να καταλήξει στον θάνατο ύστερα από 10 - 15 χρόνια διάρκειας.

Νευρική ανορεξία:

Πρόκειται για ψυχογενή κατάσταση, ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας. Ο ασθενής εκουσίως περιορίζει την πρόσληψη τροφής φοβούμενος την αύξηση του βάρους. Η νευρική ανορεξία είναι η ασθένεια που συνίσταται στον παράλογο φόβο του πάχους και εκδηλώνεται με την ψυχαναγκαστική άρνηση να δεχτεί κανείς τροφή. Ας τονιστεί ότι η λέξη 'ανορεξία' είναι αποπροσανατολιστική στο μέτρο που το σύνδρομο δεν αφορά σε διαταραχή της όρεξης του ασθενή (η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στην πορεία της νόσου).

Συμπτώματα

- Απώλεια βάρους (πάνω από 10% του αρχικού) σχετιζόμενη με μία έντονη επιθυμία ισχύτητας
- Εσφαλμένη εκτίμηση (διαστρέβλωση) για το βάρος και τη μορφή του σώματός της σε βαθμό που να μπορεί να δει το 'λίπος' της ακόμα και όταν το σώμα της είναι αποστεωμένο.
- Αμηνόρροια (απουσία 3 τουλάχιστον εμμήνων ρύσεων)

Πιο ειδικά συμπτώματα συμπληρώνουν την εικόνα της νευρικής ανορεξίας (σε ανάλογα χρονικά στάδια της νόσου, δηλ. όχι όλα εξ' αρχής). Η ασθενής μπορεί να εμφανίσει: Καταθλιπτική διάθεση, απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας αλλά και καθαρά σωματικά συμπτώματα, όπως κοιλιακοί πόνοι, δυσκοιλιότητα, δυσανεξία στο ψύχος.

Τέλος, το κατεξοχήν χαρακτηριστικό που εμφανίζεται με συνέπεια σε όλες τις ασθενείς είναι η άρνηση να διατηρήσουν το κανονικό βάρος τους σύμφωνα

με την ηλικία και το ύψος τους αλλά και η άρνηση να δεχτούν τους κινδύνους που συνεπάγεται το ιδιαίτερα χαμηλό βάρος. Εκτός από ορισμένους 'πραγματικούς' παράγοντες που ενοχοποιούνται για την νευρική ανορεξία, όπως οι συνεχείς, δραματικά ολιγοθερμικές δίαιτες ή οι άστατες διατροφικές συνήθειες μίας οικογένειας, συχνά αναφέρονται οι υπερπροστατευτικές ή πολύ αυστηρές οικογένειες ως ενισχυτικές της παθολογίας της ανορεξικής ασθενούς.

Επιδημιολογία

Η νευρική ανορεξία μπορεί να εκδηλωθεί σε όλες τις ηλικίες, εντούτοις είναι συχνότερη στην εφηβεία μεταξύ 13 και 20 ετών (1 αγόρι στα 10 κορίτσια που πάσχουν).

Ψυχογενής ανορεξία:

Η πρώτη περιγραφή της διαταραχής αυτής επιχειρήθηκε το 1689 στην Αγγλία από τον Richard Merton. Έγινε επίσημη κλινική ενότητα το 1873 από τον Lesegue στην Γαλλία υπό τον όρο "anorexe nysterique" και από τον Gil στην Αγγλία με την ονομασία "anorexia nervosa". Τα τελευταία 30 χρόνια μελετάται πολύ διεξοδικά, και αυτό αποδεικνύεται από την κυκλοφορία εξειδικευμένου περιοδικού, του "Journal of Eating disorders", το οποίο ασχολείται μόνο με την μελέτη των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής.

Διαγνωστικά κριτήρια

- Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει του βάρους του σώματος άνω από ένα ελάχιστο φυσιολογική βάρους για την ηλικία και του ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο.

- Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

- Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος, το μέγεθος ή το σχήμα του σώματός του, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι "πολύ παχιά", ακόμη κι όταν το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό.

- Σε γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιών, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

Η διαταραχή αυτή ξεκινά συχνά με δίαιτα, αν και το άτομο έχει φυσιολογικό βάρος ή λίγο περισσότερο. Αν και χάνει βάρος, το άτομο υποβάλλεται σε όλο και πιο εξαντλητικές δίαιτες, περνώντας ακόμα και τα όρια του χαμηλότερου ανεκτού βάρους για το σωματότυπό του. Αυτό πιστεύει ωστόσο ότι πρέπει να χάσει κι άλλο βάρος. Συνέχεια μετρά τις θερμίδες που καταναλώνει και υπολογίζει τι έχει φάει. Αν και αισθάνεται πείνα (δεν ανταποκρίνεται ακριβώς λοιπόν ο όρος "ανορεξία"), δεν τρώει, φοβούμενο μήπως παχύνει. Αυτός ο φόβος είναι και το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής, καθώς φτάνει σε υπερβολικά επίπεδα, χωρίς μάλιστα το άτομο να μπορεί να τον ερμηνεύσει. Καταλήγει να παρουσιάσει συχνά ακόμα και συμπτώματα παρανοϊκού τύπου σε σχέση με την τροφή, όπως σκέψεις ότι οι άλλοι προσπαθούν να το παχύνουν ακόμα και με ενέσεις όταν κοιμάται. Αυτός ο φόβος έχει βέβαια συχνά κάποια βάση πραγματικότητας. Οι άλλοι όντως θέλουν να τρώει, αλλά αυτό αντιδρά με πείσμα και φόβο. Πάσχει από μία σοβαρή διαστροφή σε σχέση με την εικόνα του σώματος, σε συνειδητό και ασυνειδητό επίπεδο. Πιστεύει ότι είναι παχύ, αν και είναι πολύ αδύνατο έως και καχεκτικό. Κάνει συχνά και έντονη γυμναστική. Υπάρχει ευρύ φάσμα ως προς τη σοβαρότητα της διαταραχής. Κάποιοι ασθενείς είναι απλά πολύ αδύνατοι ενώ άλλοι φτάνουν να δείχνουν σαν "ζωντανό σκελετό". Ίσως να φτάσουν και ως την απειλή θανάτου. Σε τόσο ακραίες περιπτώσεις απαιτείται και νοσηλεία σε νοσοκομείο. Τα άτομα αυτά σπάνια

αναζητούν από μόνα τους θεραπεία ή βοήθεια. Κάποιοι από το άμεσο περιβάλλον τους, τους αναγκάζουν να αποτανθούν σε ειδικευμένες ψυχιατρικές δομές. Ακόμα και εκεί όμως δείχνουν μεγάλη αντίσταση και δεν είναι συνεργάσιμοι, συχνά γιατί φοβούνται ότι θέλουν να τους παχύνουν. Η διαταραχή μπορεί να εμφανίζεται κατά επεισόδια στη ζωή του ατόμου σε διάφορες φάσεις της ζωής του. Μπορεί όμως να είναι και συνεχής, μέχρι και το τέλος της ζωής του.

Αιτιολογία

Σύμφωνα με τη σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία εκφράζει κυρίως ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις κυρίως σε σχέση με την σεξουαλικότητα και ιδίως με την εγκυμοσύνη, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα (στοματική σεξουαλικότης). Αυτά τα συγκρουσιακά στοιχεία εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ερωτική επιθυμία, καθώς και αυτή της εγκυμοσύνης συνδέεται με την λήψη της τροφής, κι έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι την άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιαδήποτε σεξουαλική ορμή. Άλλοι ψυχαναλυτές θεωρούν ότι η διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να εκφράζει διάφορες ρήξεις στον ψυχικό δεσμό του ατόμου με τη μητέρα. Το φαγητό συμβολίζει ασυνείδητα τη σχέση με τη μητέρα που ανάγεται στην περίοδο του θηλασμού από το μαστό. Επομένως, η αντιμετώπιση της διαταραχής επιχειρείται μέσα από την διερεύνηση αυτής της σχέσης. Η θεωρία της Hilde Bruche (1974) προτείνει μία νέα θεώρηση στην αιτιολογία της διαταραχής. Το άτομο υποφέρει από την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει το περιβάλλον του καθώς και από σύγχυση ταυτότητας, ενώ δεν έχει καλή επαφή με το σώμα και τις αισθήσεις του. Μέσω της διαταραχής επιχειρεί να οριοθετήσει τον ψυχισμό του και το σώμα του. Οι δυσλειτουργίες αυτές προέρχονται από προβληματικές σχέσεις με τα σημαντικά άτομα κατά την παιδική ηλικία. Κατά την συμπεριφοριστική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία

οφείλεται στην εκμάθηση αρνητικών συμπεριφορών. Αν αλλάξουν οι συνεξαρτήσεις του φαγητού, μπορεί να βελτιωθεί και η σχέση του ατόμου με το φαγητό. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, το πρόβλημα είναι οικογενειακό και όχι ατομικό. Ο Minuchin (1974) θεωρεί ότι πρέπει να αναφερόμαστε σε "ανορεκτικές οικογένειες" και όχι άτομα. Συνήθως υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των γονέων, ή κάποιο πρόβλημα που δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί, δισειθανόμενο την ένταση, "θυσιάζεται", εκδηλώνοντας την διαταραχή και γίνεται το επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος. Οι γονείς έτσι αποστρέφουν την προσοχή τους από τις δικές τους εντάσεις και ασχολούνται κυρίως με το παιδί και έτσι ενώνονται. Συχνά τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα για να αντιδράσουν στον αυταρχισμό ή την αδιαφορία των γονέων.

Νευρική βουλιμία:

Αιτιολογία

Οι διατροφικές διαταραχές είναι πρόβλημα συναισθηματικό και σωματικό. Συσχετίζονται με έμμονες ιδέες για το φαγητό, το βάρος και το σχήμα σώματος.

Η νευρική βουλιμία όπως και η ανορεξία, προκύπτουν από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί έχουν σχέση με:

- Διαταραχές της προσωπικότητας
- Προβλήματα του συναισθηματικού κόσμου
- Οικογενειακές πιέσεις
- Γενετική ή βιολογική προδιάθεση
- Πολιτισμικούς παράγοντες και υπεραφθονία τροφών
- Έμμονες ιδέες για ισχύτητα σώματος

Συμπτώματα - συνέπειες

Η νευρική βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και προκλητού εμετού.

Αρχίζει συνήθως στην εφηβική ηλικία. Συχνά η αιτία έναρξης της, είναι η αποτυχία μιας νεαρής κοπέλας να ακολουθήσει μια περιοριστική δίαιτα. Αντιδρά τρώγοντας υπερβολικά με κρίσεις υπερφαγίας.

Τα επεισόδια υπερφαγίας χαρακτηρίζονται από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφών πολύ γρήγορα σε μικρό χρονικό διάστημα. Ο ασθενής νιώθει ότι δεν μπορεί να έχει έλεγχο στις ποσότητες φαγητών που τρώει κατά το επεισόδιο υπερφαγίας.

Το άτομο με νευρική βουλιμία νιώθει στη συνέχεια άσχημα για την υπερβολική λήψη τροφής. Καταφεύγει στην πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών, διουρητικών και στην υπερβολική σωματική άσκηση (συμπεριφορά ακύρωσης. Ακολούθως ο κύκλος επαναλαμβάνεται με διαδοχικά επεισόδια υπερφαγίας και διορθωτικής ή ακυρωτικής συμπεριφοράς (προκλητός εμετός, χρήση καθαρτικών και διουρητικών, υπερβολική άσκηση). Τα βουλιμικά άτομα έχουν συνήθως κανονικό ή περίπου κανονικό βάρος σώματος. Εάν συνυπάρχει και νευρική ανορεξία τότε παρατηρείται απώλεια βάρους. Τα άτομα με νευρική βουλιμία, φοβούνται να κερδίσουν βάρος, επιθυμούν να χάσουν βάρος και αισθάνονται πολύ άσχημα για το σώμα τους. Επίσης νιώθουν πολύ άσχημα και ντρέπονται για τα επεισόδια βουλιμίας που παρουσιάζουν. Κρατούν μυστική την εν λόγω συμπεριφορά τους. Μετά από τη συμπεριφορά ακύρωσης που ακολουθεί το βουλιμικό επεισόδιο, νιώθουν καλύτερα.

Υπάρχουν περιγραφές ασθενών με νευρική βουλιμία που παρουσίαζαν μέχρι και 14 επεισόδια υπερφαγίας εβδομαδιαίως. Για τη διάγνωση της νευρικής βουλιμίας πρέπει ο ασθενής να παρουσιάζει τουλάχιστο δύο επεισόδια υπερφαγίας με επεισόδια ακύρωσης εβδομαδιαίως, για τρεις μήνες.

Υπάρχουν και ειδικοί που πιστεύουν ότι μόνο ένας κύκλος υπερφαγίας και προκλητού εμετού την εβδομάδα είναι αρκετός για τη διάγνωση.

Η βουλιμία μπορεί να απειλήσει τη ζωή όπως και η ανορεξία. Εάν δεν αντιμετωπιστεί η βουλιμία μπορεί να προκαλέσει τα ακόλουθα:

- Διαταραχές στο στομάχι
- Καρδιακά προβλήματα
- Νεφρικά προβλήματα
- Οδοντικά προβλήματα λόγω των οξέων του στομαχιού από τους εμετούς
- Αφυδάτωση

Οι διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική βουλιμία και ανορεξία, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στη σωματική υγεία. Μπορούν μάλιστα να απειλήσουν τη ζωή.

Έχουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία και εμποδίζουν αυτούς που πάσχουν από το να έχουν μια ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή.

Επιδημιολογία

Τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας και οι νεαρές γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από τη νευρική ανορεξία και βουλιμία. Από το σύνολο των ασθενών που παρουσιάζουν βουλιμία ή ανορεξία, μόνο 10% έως 15% είναι άνδρες. Υπολογίζεται ότι 1,1% έως 4,2% των γυναικών παρουσιάζουν νευρική βουλιμία σε κάποια φάση της ζωής τους.

Όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση της νευρικής βουλιμίας και αρχίσει η θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Χρειάζονται ψυχολογικές και κοινωνικές παρεμβάσεις, διατροφική αποκατάσταση και φάρμακα. Η θεραπεία των προβλημάτων της ψυχικής διάθεσης και των αγχωδών διαταραχών, αποτελεί ένα από τους βασικούς στόχους της αντιμετώπισης. Η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά. Σε άτομα

με κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές που δεν έχουν ανταποκριθεί στην ψυχολογική θεραπεία, ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν και να αποτρέψουν υποτροπές του προβλήματος.

Είναι σημαντικό να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην έγκαιρη ανίχνευση, διάγνωση και αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες.

Ψυχογενής βουλιμία:

Διαγνωστικά κριτήρια

- Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας (ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής μέσα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο).
- Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής.
- Το άτομο τακτικά χρησιμοποιεί είτε προκλητό έμετο, καθαρικά ή διουρητικά, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία, είτε εντατική άσκηση για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.
- Ένας ελάχιστος μέσος όρος δύο επεισοδίων υπερφαγίας την εβδομάδα για τρεις τουλάχιστον μήνες.
- Επιμονή υπερβολική ενασχόληση για το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Σε αντίθεση με την ανορεξία η βουλιμία δεν συνοδεύεται αναγκαστικά από έλλειψη βάρους. Συχνά οι βουλιμικοί έχουν και περιττά κιλά. Το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι εδώ το φαγητό συνδέεται με έντονη αίσθηση ντροπής. Κατά τα βουλιμικά επεισόδια, επιδιώκουν να είναι μόνοι τους και να κρύβουν τις αντιδράσεις τους (π.χ. έμετοι) από τους άλλους. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να προκαλέσουν περιορισμό στην κοινωνική ζωή του ασθενούς (λόγου χάριν αποφεύγει να βγαίνει για φαγητό, από φόβο μήπως συμβεί κάποιο

βουλιμικό επεισόδιο). Η διαταραχή μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη για τον ασθενή, ειδικά σε περιπτώσεις με μεγάλη συχνότητα επεισοδίων και εμετών, καθώς ο οισοφάγος μπορεί να γίνει πολύ αδύναμος και να σπάσει. Οι βουλιμικοί σπάνια ζητούν από μόνοι τους θεραπεία. Ωστόσο, είναι πιθανόν να μπουν σε θεραπευτική διαδικασία μέσα από κάποιο άλλο θεραπευτικό αίτημα.

Αιτιολογία

Σύμφωνα με την συμπεριφοριστική θεώρηση η βουλιμία οφείλεται και αυτή σε αρνητικές μαθημένες συνεξαρτήσεις με το περιβάλλον. Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες αναζητούν τα βαθύτερα αίτια της διαταραχής σε πεδία ασυνείδητων συγκρούσεων παρόμοια με αυτά της ανορεξίας. Η ψυχογενής βουλιμία εκφράζει συγκρούσεις σε σχέση με απωθημένες σεξουαλικές επιθυμίες, επιθυμίες για εγκυμοσύνη ή διαταραχή στον έλεγχο του εαυτού.

Παχυσαρκία:

Επιδημιολογία - Αιτιολογία

Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτηρίζει την παχυσαρκία ως τη νέα παγκόσμια επιδημία του 21^{ου} αιώνα. Εξίσου αποθαρρυντικά είναι τα ερευνητικά δεδομένα και στον ελλαδικό χώρο: ένας στους τέσσερις έλληνες έχει περισσότερα κιλά απ' όσα του/ της αναλογούν, και η αναλογία αυτή αναμένεται να αυξηθεί δραματικά τα επόμενα χρόνια.

Από τη μια πλευρά, η μαζική στροφή τα τελευταία χρόνια στην εύκολη 'λύση' του γρήγορου φαγητού (fast food) κι ο βομβαρδισμός των μέσων μαζικής ενημέρωσης με επιτυχημένα, κοινωνικά και συναισθηματικά καταξιωμένα καλλίγραμπα κορμιά-πρότυπα, κι απ' την άλλη η συνεχώς αυξανόμενη διαφημιστική προπαγάνδα των ινστιτούτων αδυνατίσματος, η προβολή των 'θαυματουργών' μηχανημάτων παθητικής γυμναστικής, των επαναστατικών χαπιών, και οι δίαιτες εξπρές, όχι μόνο αποπροσανατολίζουν τους καταναλωτές

από την ουσιαστική λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας, αλλά -κυρίως- επιδεινώνουν το ήδη υπάρχον πρόβλημα.

Όπως όλοι γνωρίζουμε η πρόσληψη παραπανίσιων κιλών στο σώμα μας συνδέεται άμεσα με τον μεταβολισμό μας. Με άλλα λόγια, η ποσότητα τροφής που χρειάζεται ο καθένας μας για να συντηρεί το βάρος του στα φυσιολογικά του όρια εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα και την ταχύτητα που ο οργανισμός μας 'καιει' (δηλ μεταβολίζει) την ενέργεια που παίρνει από τις τροφές. Ο μεταβολισμός κάθε ανθρώπου βέβαια είναι διαφορετικός. Οι διαφορές αυτές του μεταβολισμού που υπάρχουν ανάμεσα στους ανθρώπους οφείλονται σε πολλούς παράγοντες:

- Γενετικοί : η κληρονομικότητα θέτει τα όριά της στη μεταβολική ικανότητα του ατόμου, αφού ο καθένας μας είναι μέλος μιας συγκεκριμένης οικογένειας και είναι φορέας των γονιδίων αυτής της οικογένειας,
- Περιβαλλοντικοί : το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας, οι προσωπικές επιλογές τροφών, ο αριθμός των γευμάτων ημερησίως επηρεάζουν το βάρος του ατόμου,

Ασθένειες που μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση του βάρους (π.χ. υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο του Cushing, η κατάθλιψη, και ορισμένα νευρολογικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν στην υπερκατανάλωση τροφής) και

Η φαρμακοθεραπεία: κάποια αντικαταθλιπτικά χάπια και τα στεροειδή μπορούν να προκαλέσουν αύξηση βάρους.

Ψυχολογικοί παράγοντες

Ένας βασικός παράγοντας, που μπορεί σε μεγάλο βαθμό να επηρεάσει τις συνήθειες κατανάλωσης τροφής είναι ο ψυχολογικός παράγοντας. Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε ότι το 70% των ανθρώπων, όταν αγχώνονται, καταφεύγουν στο ψυγείο καταναλώνοντας μεγαλύτερη ποσότητα τροφών απ' ό,τι έχει

πραγματικά το σώμα τους ανάγκη. Ο μεταβολισμός, όπως και όλες οι άλλες αυτόνομες βιολογικές λειτουργίες ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από το κομμάτι εκείνο του νου μας που λειτουργεί ασυνείδητα. Το πρόβλημα της παχυσαρκίας, όπως και οι διαταραχές ελέγχου πρόσληψης τροφής (βουλιμία, και ανορεξία) οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στις επιδράσεις που έχει δεχτεί το ασυνείδητο κομμάτι του νου μας, δηλ. σε ψυχολογικούς προγραμματισμούς οι οποίοι εξυπηρετούν στόχους που δεν είναι ακόμα συνειδητοί από μας, και με βάση τους οποίους καθορίζεται αυτόματα τόσο ο ρυθμός και οι λειτουργίες του μεταβολισμού, όσο και οι συνήθειες κατανάλωσης τροφής. Μια από τις βασικές λειτουργίες του ανθρώπου, που συμβάλλει άμεσα στην επιβίωση του είδους είναι η κατανάλωση της τροφής.

Η αναζήτηση και κατανάλωση της τροφής παράγει, από την πρώτη κιόλας βρεφική ηλικία, μια ισχυρή εξαρτημένη αντίδραση, που συνδέει άμεσα την κατανάλωση τροφής με την αίσθηση ασφάλειας, ευδαιμονίας, κι ελέγχου. Κατά την πρώτη περίοδο ανάπτυξης του παιδιού –που ο Freud ονόμασε ως 'στοματικό – αισθητηριακό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης'- ο αναπτυσσόμενος άνθρωπος τείνει σταδιακά να ταυτίζει την ικανοποίηση της ανάγκης του/της για τροφή με βασικά αισθήματα ασφάλειας, άνεσης, ευδαιμονίας, καθώς η κάλυψη αυτής της πρωτογενούς ανάγκης για θρέψη συνδέεται με μια σημαντική συναισθηματική κάλυψη (δηλ. ότι τα σημαντικά άτομα του περιβάλλοντος του/της, και ιδίως η μητέρα του/της, τον/την αγαπούν, τον/την φροντίζουν και τον/την αποδέχονται. Η εξαρτημένη αυτή λοιπόν στάση απέναντι στην τροφή, που αναπτύσσει το βρέφος καθώς θηλάζει τη μητέρα του, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις συναισθηματικές του στάσεις και το ρεπερτόριο των συμπεριφορών του στο υπόλοιπο της ζωής του, σε μια σειρά από ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης και της σχέσης του με το φαγητό. Οι ασυνείδητοι λόγοι που σπρώχνουν τον παχύσαρκο να φάει υπερβολικά είναι πολύ πιο ισχυροί και γι' αυτό πάντα υπερισχύουν της συνειδητής του προσπάθειας και της αποφασιστικότητάς του. Για να επιτύχει η προσπάθεια για οποιαδήποτε αλλαγή

σε ζητήματα συμπεριφοράς και στάσης μας απέναντι στη ζωή –κατά τον ίδιο τρόπο και η διατροφική μας συμπεριφορά- δεν πρέπει να υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στο συνειδητό και το ασυνείδητο κομμάτι του ψυχισμού μας. Αντίθετα, χρειάζεται να υπάρχει σύμπνοια και ομοφωνία ανάμεσα τους. Μόνο λοιπόν όταν τροποποιηθεί ο ασυνείδητος μηχανισμός στην ίδια του τη ρίζα, έτσι ώστε να μην χρειάζεται να επιτελεί τον στόχο που επιτελούσε μέχρι τώρα (π.χ. αναζήτηση ασφάλειας, ανακούφισης στον πόνο του αποχωρισμού, κ.λ.π.) μέσω της υπερβολικής κατανάλωσης τροφών, τότε μόνο οι διατροφικές ανάγκες και συνήθειες θα οδηγήσουν το άτομο αβίαστα στο φυσιολογικό του βάρος, αφού θα συμβαδίζουν με τις ψυχολογικές του ανάγκες. Το παραπάνω αποτέλεσμα μπορεί να επιτευχθεί με επιτυχία μέσα από την ατομική κι ομαδική ψυχοθεραπεία συνθετικής κατεύθυνσης.

Μερικοί, λοιπόν, από τους ψυχολογικούς παράγοντες που οδηγούν ασυνείδητα τα άτομα στην υπερφαγία, την πρόσληψη και διατήρηση υπερβολικού βάρους είναι οι εξής:

Ασφάλεια: Όπως είπαμε, ένα από τα βασικά συναισθήματα που προξενεί στο βρέφος ο θηλασμός, κι αργότερα στο παιδί η κατανάλωση τροφής, είναι το αίσθημα της ασφάλειας. Οι ενήλικες λοιπόν που αισθάνονται ανασφαλείς είναι πιθανόν να καταφεύγουν στην κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων τροφής (υπερφαγία) για να ξαναιώσουν αυτό το σημαντικό και καταπραϊντικό αίσθημα ασφάλειας που αισθάνονταν όταν ήταν παιδιά καθώς τρέφονταν από την μητέρα τους. Σ' αυτήν την περίπτωση το αίσθημα του κορεσμού που επιχειρεί ο/η ενήλικας μέσα από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής εξυπηρετεί την παλινδρόμηση σε μια παιδική αίσθηση ασφάλειας και ευδαιμονίας.

Απόρριψη: Η αίσθηση της απόρριψης από σημαντικά πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος μπορεί επίσης να ενεργοποιήσει την ανάγκη παλινδρόμησης στα

συναισθήματα ασφάλειας, αποδοχής κι επιδοκιμασίας που παίρναμε όταν ήμασταν παιδιά, έμμεσα από τη μαμά ή τον μπαμπά, μέσω της τροφής.

Ματαιώση: Όταν οι προσπάθειες που κάνει κάποιος για να εκπληρώσει ένα στόχο ματαιώνονται, εμποδίζονται, ή εξουδετερώνονται από έναν εξωτερικό παράγοντα, τότε είναι φυσικό να αισθάνεται ενόχληση, αίσθημα κενού, θυμό, απογοήτευση, πικρία, οργή, και σύγχυση. Παρόλο που το πιο σύνηθες είναι τα παραπάνω συναισθήματα να βιώνονται ως περιστασιακές αντιδράσεις σε μεμονωμένα γεγονότα, σπανιότερα μπορεί να αποτελέσουν μόνιμη κατάσταση για ορισμένους ανθρώπους, λόγω περιοριστικών συνθηκών, ή λόγω κάποιων εσωτερικών τους προβλημάτων.

Το αίσθημα της ματαιώσης είναι δυνατόν να ακινητοποιήσει έναν άνθρωπο σε τέτοιο βαθμό που ο μόνος τρόπος για να αντλήσει λίγη ανακούφιση και να αισθανθεί 'καλά με τον εαυτό του' είναι το φαγητό. Φυσικά, όταν αυτό συμβαίνει σπάνια δεν αποτελεί πρόβλημα. Αν όμως η ματαιώση αποτελεί μόνιμη κατάσταση στη ζωή ενός ανθρώπου, ή το συγκεκριμένο άτομο έχει δυσκολία να επιλέξει άλλο τρόπο αντίδρασης στο αίσθημα ματαιώσης εκτός από το φαγητό, τότε ο άνθρωπος αυτός μπορεί να στραφεί στην πολυφαγία σαν μόνιμη λύση στα προβλήματά του.

Αυτοτιμωρία – Αυτοκαταστροφή: Άτομα που κατά την παιδική τους ηλικία εσωτέριευσαν αρνητικά μηνύματα από τους σημαντικούς ανθρώπους του άμεσου περιβάλλοντός τους, όπως το ότι 'δεν αξίζω τίποτα', 'δεν είμαι όμορφος/η', 'δεν θα πετύχω στη ζωή μου', 'πρέπει να τιμωρηθώ για τις αμαρτίες μου', άτομα δηλαδή με βαθιά αισθήματα ενοχής και μίσους για τον ίδιο τους τον εαυτό, προσπαθούν ασυνείδητα να βλάψουν τον εαυτό τους αποκτώντας περιττό βάρος. Εξάλλου, το πάχος που, όπως γνωρίζουμε, θεωρείται στις δυτικές κοινωνίες ανεπιθύμητο κι αντιαισθητικό εξωτερικό γνώρισμα που τείνει να στιγματίζει αρνητικά τους παχύσαρκους, μπορεί να 'επιλεγεί' ως 'λύση' από ένα

άτομο που θέλει ασυνείδητα να τιμωρήσει τον εαυτό του, επιβεβαιώνοντας μ' αυτόν τον τρόπο την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του.

Πάγιες αρνητικές σκέψεις: Αντιλήψεις που είχαν οι γονείς του παχύσαρκου, όταν αυτός ήταν παιδί (π.χ. 'θα είσαι πάντα χοντρός όπως ο πατέρας σου', 'πρέπει να τρως όλο το φαΐ σου, γιατί το πολύ φαγητό είναι υγεία!', 'αφού μοιάζεις σε όλα στη μητέρα σου, θα γίνεις κι εσύ παχιά όπως είναι αυτή...'), καταγράφονται στον ασυνείδητο νου του παιδιού και είναι πιθανό να επηρεάσουν την μελλοντική αυτο-αντίληψή του και την εικόνα που θα έχει ως ενήλικας για το σώμα του, μολονότι σκέψεις όπως οι παραπάνω μπορεί να είναι μη ρεαλιστικές, ανακριβείς, αυθαίρετες, ή ακόμα και παράλογες.

Υπερاناπλήρωση ή αποφυγή του σεξ: Παιδικές τραυματικές εμπειρίες που σχετίζονται με το σεξ (σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση), ή ακόμα κι ο φόβος μιας γυναίκας να μείνει έγκυος, μπορεί να οδηγήσουν τον/ την ενήλικα στο να αποφεύγει τις σεξουαλικές επαφές με το άλλο φύλο. Αυτή η ασυνείδητη πρόθεση και επιθυμία αποφυγής επιτυγχάνεται με πολλούς τρόπους, ένας από τους οποίους είναι και η παχυσαρκία, αφού τα παχύσαρκα άτομα γίνονται πιο δύσκολα σεξουαλικά επιθυμητά ως σύντροφοι από το άλλο, ή και το ίδιο φύλο.

Επίσης, σε άλλες περιπτώσεις, παρόλο που η σεξουαλική επιθυμία είναι παρούσα, η -για διαφορετικούς λόγους- ελλιπής σεξουαλική ζωή προκαλεί ματαίωση, κατάθλιψη και έντονο στρες. Αυτή η χαμένη σεξουαλική ικανοποίηση συχνά υποκαθίσταται από την υπερβολική κατανάλωση φαγητού, αφού το αίσθημα κορεσμού που προκαλεί η υπερφαγία κατευνάζει παροδικά το άγχος και ηρεμεί τον/ την παχύσαρκο. Παράδειγμα είναι η ανικανοποίητη σεξουαλικά σύζυγος από την φτωχή ερωτικής της ζωή μέσα στο γάμο της, που μη θέλοντας να απατήσει το σύζυγό της, βρίσκει εύκολη και αποτελεσματική διέξοδο στην υπερβολή κατανάλωση τροφής προκειμένου να αναστείλει την ανησυχία της.

2.3 Η ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

«Έχουμε πολύ βασανίσει τους τρελούς. Τους κάψαμε στην πυρά, τους εξορίσαμε, τους φυλακίσαμε. Τους αλυσοδέσαμε και μετά τους φορέσαμε τον ζουρλομανδύα. Με χιλιάδες μεθόδους, με μια καλυμμένη βία θελήσαμε να τους κάνουμε να ομολογήσουν δημόσια το λάθος τους, να απαρνηθούν το παραλήρημά τους, να εγκαταλείψουν τις ψευδαισθήσεις τους, να ομολογήσουν και να κριτικάρουν τις μυστικές ενασχολήσεις τους. Απαιτήσαμε να επανορθώσουν την συμπεριφορά τους, επιτεθήκαμε στα κορμιά τους με χτυπήματα, με σκληρές φαρμακοθεραπείες, με αιματηρές βεντούζες, με εξαντλητικές δίαιτες, με ηλεκτροσόκ. Φτάσαμε μέχρι του σημείου να ανοίξουμε το κρανίο τους για να βγάλουμε από μέσα το "λίθος της τρέλας"... Λίγο αργότερα ακρωτηριάσαμε τον εγκέφαλό τους». (J.Hochmann, 1982).

Η ψυχική ασθένεια προυπήρχε κάθε οργανωμένης προσπάθειας συγκρότησης της ψυχιατρικής γνώσης σε επιστημονικό σώμα. Το ίδιο ισχύει φυσικά και για το στίγμα απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες.

Η παρουσία του ψυχικά ασθενούς εμπνέει αισθήματα δέους εχθρότητας και έναν αρχέγονο φόβο, συναισθηματικό κατάλοιπο ενός πρωτογονισμού που επιβιώνει ακέραιος στη σύγχρονη κοινωνία μας, η οποία αδυνατεί να περιβάλλει στους κόλπους της και απορρίπτει στο περιθώριο οτιδήποτε καθορίζεται από ένα διαφορετικό τρόπο ύπαρξης. Η περιθωριοποίηση και ο στιγματισμός που ακολουθούν, επικυρώνουν σε ένα ασυνείδητο συλλογικό επίπεδο τη φυσιολογικότητα της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας.

Η επικινδυνότητα και η τρέλα αποκλείονται σε έναν άλλο χώρο. Η σημασία τους ως συστατικά στοιχεία του καθενός μας ακυρώνονται καθώς προβάλλονται ως χαρακτηριστικές ιδιότητες μιας σαφώς διαφοροποιημένης από εμάς, άλλης κατηγορίας. "Δεν είμαι εγώ, είναι πάντα ο άλλος. Αυτός ο απειλητικός και ενδόμυχα επιθυμητός άλλος, που η δραματοποιημένη του παρουσία εγγυάται τη δική μου επισφαλή ομαλότητα, και όπως μέσα στο όνειρο η επιθυμία

προβάλλει μεταμφιασμένη για να μπορέσει ο ονειρευόμενος να συνεχίσει τον ύπνο του έτσι και η κοινωνική κατασκευή του επικίνδυνου ψυχικά ασθενούς , μέσα απο τη μυθολογία που παράγει , συμβάλλει στην απρόσκοπτη διαιώνιση ενός καθησυχαστικού και αδιατάραχτου ύπνου". (Thomas Szasz ,1982) .

Ας αναφέρουμε σε αυτό το σημείο κάποιους μύθους σε σχέση με την ψυχική υγεία οι οποίοι είναι αντιλήψεις του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου: Οι ψυχικά ασθενείς πάσχουν απο μια νόσο η οποία δεν αντιμετωπίζεται, μπορούν να μολύνουν τους γύρω τους με την τρέλλα τους , είναι άτομα αναξιόπιστα , απρόβλεπτα και ανίκανα για οποιαδήποτε απόφαση , δεν μπορούν να εργαστούν και ο,τι λένε είναι ανόητο.

Απο το μεσαίωνα και το κυνήγι μαγισσών , στη γαλική επανάσταση και τις ιδέες του διαφωτισμού στους Pinel, Esquirol, Krepelin, και Bleuler και τη σύγχρονη ψυχιατρική πρακτική ο ψυχικά ασθενής χάνει σταδιακά το μεταφυσικό του περίβλημα και απο το δαιμονισμένο του παρελθόντος και μετασχηματίζεται σε ένα βιολογικά άρρωστο άτομο ή σε ένα άτομο που πάσχει απο έντονες ψυχικές-κοινωνικές συγκρούσεις. Συνεχίζει ωστόσο να αποτελεί "δέκτη στιγματιστικών επιθέσεων".

Παρά την τόση επιστημονική γνώση και την τεράστια πρόοδο στο χώρο της ψυχικής υγείας , κυριαρχεί ο φόβος και η προκατάληψη σε ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού γεγονός που έρχεται να εξηγήσει τη φυσική , αυθόρμητη ροπή του ανθρώπου στη διατύπωση προκατειλημμένων και στερεότυπων εκτιμήσεων.

Ο ανθρώπινος νους απέχει πολύ απο το να είναι ένα όργανο παραγωγής προτάσεων σύμφωνα με τους κανόνες του "ορθού λόγου". Αντίθετα συχνά οδηγείται σε αυθαίρετες εκτιμήσεις της πραγματικότητας , ιδιαίτερα υπο το καθεστώς έντονου φόβου.

Προϊόν της παραπάνω διαδικασίας η προκατάληψη (γνώμη διαμορφωμένη εκ των προτέρων απο επηρεασμό και χωρίς μελέτη του θέματος, κρίση η οποία χει συναχθεί αυθαίρετα, χωρίς επαρκείς αποδείξεις, ενίοτε μάλιστα παρά την

ύπαρξη αποδείξεων περί του αντίθετου) και τα στερεότυπα (κρίσεις σύμφωνα με τις οποίες διάφορα χαρακτηριστικά αποδίδονται αυθαίρετα σε ομάδες ατόμων) απέναντι στην ψυχική νόσο (θεμελιώδη συστατικά και τα δύο της διαδικασίας του στιγματισμού).

Σε κάθε περίπτωση ωστόσο θα πρέπει να γίνει κατανοητό, πως οι προκαταλήψεις αποτελούν συμπτώματα. Αποφασιστικής σημασίας έννοιες είναι ο φόβος και η εχθρότητα έναντι του άλλου, του διαφορετικού.

Οι περισσότεροι άνθρωποι υπο το καθεστώς έντονων ψυχοσυναισθηματικών συγκρούσεων παλινδρομούν σε ένα προηγούμενο στάδιο ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης, χρησιμοποιώντας πάλι για να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις αυτές πρωτόγονους αμυντικούς μηχανισμούς.

Για την ιατρογένεση του στίγματος συντελούν και τα στοιχεία που ακολουθούν:

- Οι ψυχικά πάσχοντες απομονώθηκαν σε ψυχιατρικά άσυλα, μακριά από τα όρια αντοχής και ανοχής της υπόλοιπης κοινωνίας. Αξίζει να αναρωτηθούμε σχετικά με το ποιός θεραπεύει αυτή η πραγματικότητα.

- Η λειτουργία των ασύλων αυτών στη καθημερινή θεραπευτική πρακτική των οποίων δέσποζε και δεσπόζει σε αρκετές περιπτώσεις και σήμερα ακόμη η βία και ο ακούσιος εγκλεισμός, οδήγησε μέσα από ένα σύνολο νοσηματοδοτήσεων στην αλλαγή της ίδιας της υπόστασής τους, από κάτι ιερό και άβιο σε ένα θεραπευτικό θεσμό όπου κυριαρχεί ο ιδρυματισμός και η αυτιστική αναδίπλωση ενοίκων και εργαζομένων.

- Η επίσημη ψυχιατρική για αρκετά μεγάλο διάστημα αποτέλεσε την ναυαρχίδα της επίσημης πολιτείας στην προσπάθειά της να καταστείλει την έμφυτη επιθετικότητα των ψυχικά ασθενών. Στα θεραπευτικά της μέσα συγκαταλέγονται οι αλυσίδες, οι ζουρλομανδύες, το ηλεκτροσόκ, η χορήγηση αντιθεραπευτικών δοσολογιών ψυχοφαρμάκων(εξωπυραμυδικά συμπτώματα,

παχυσαρκία, καταστολή της σεξουαλικής διάθεσης των ψυχικά ασθενών – συμπεριφορών που σε καθε περίπτωση ενισχύουν το στίγμα) .

- Η χρήση των ψυχιατρικών διαγνωστικών εγχειριδίων, όπου απο απαραίτητος κώδικας μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, μετατράπηκε σε φετιχιστικό αντικείμενο διαγνωστικής μεγαλομανίας, ικανό να αναγνωρίσει μόνο ψυχιατρικά συμπτώματα διαταραχών της διάθεσης και των γνωστικών λειτουργιών αφαιρώντας από το άτομο την ίδια την βιο-ψυχοκοινωνική του υπόσταση. Ένα από τα πιο δυσάρεστα κατάλοιπα της μονοδιάστατης θετικιστικής προσέγγισης στο χώρο της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας (ψυχομετρία, μέτρηση νοητικού πηλίκου).

- Η ψυχιατρική είναι η μόνη ίσως από τις ιατρικές ειδικότητες που από πολύ νωρίς ζήτησε την βοήθεια των επίσημων φορέων καταστολής στην προσπάθεια της να θεραπεύσει τους ψυχικά πάσχοντες (αστυνομία, συνδρομή περιπολικών για την μεταφορά ασθενών).

- Η επίσημη ψυχιατρική από πολύ νωρίς επιχείρησε να εισέλθει στα χωρικά ύδατα άλλων γνωστικών πεδίων , με αποκορύφωμα τη δικαστική επιστήμη , με πρόσχημα την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα, η περίπτωση του «Πιερ Ριβιέρ» το 1836 (μια περίπτωση μητροκτονίας –αδερφοκτονίας το 19^ο αιώνα) , μια προσπάθεια συσχετισμού δυνάμεων μεταξύ δικανικού και ψυχιατρικού λόγου στο βωμό της υπέρτατης επιστημονικής αλήθειας. Η επίσημη ψυχιατρική ανοίγοντας τη συζήτηση περί απόδοσης ευθυνών και πρόθεσης στις πράξεις ενός ψυχικά ασθενούς , έθεσε τα θεμέλια στη καθιέρωση μιας εκ των σημαντικότερων προκαταλήψεων περί ακαταλόγιστου στις πράξεις ενός σχιζοφρενούς (μια διαμάχη η οποία σε καμία περίπτωση δεν έχει λάβει αίσιο τέλος για καμία εκ των δύο επιστημονικών κλάδων, κάτι που αποτυπώνεται στα Μ.Μ.Ε. κάθε φορά, από τις σπάνιες πραγματικά, όπου κάποιος ψυχικά ασθενής διαπράττει ένα έγκλημα).

- Η ψυχιατρική στην επίσημη έκφρασή της, όπως τουλάχιστον διδάσκεται στα περισσότερα πανεπιστήμια του κόσμου, ακολουθώντας τα προστάγματα της συνεχιζόμενης και ακμάζουσας νευρολογικής /γονιδιακής επανάστασης , προσεγγίζει σε μεγάλο βαθμό μονοδιάστατα κάθε ψυχικά πάσχοντα, αποκλείοντας τεράστια κομμάτια της κοινωνικής και οικογενειακής του ζωής, υπερτονίζοντας την βιολογική/γονιδιακή προέλευση κάθε ανωμαλίας. Η πραγματικότητα αυτή καλλιεργεί μια ιδιαίτερα απαισιόδοξη προοπτική αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια κάθε ψυχικής νόσου , αποκόπτοντας με τον τρόπο αυτό κάθε έννοια συνεχούς μεταξύ φυσιολογικότητας και παθολογίας (μια προσπάθεια ψυχοδυναμικής θεώρησης των πραγμάτων –η «ψύχωση» ως άμυνα στο έντονο άγχος κατακερματισμού/αφανισμού του ασθενούς).

- Η a priori άρνηση/αδυναμία των περισσότερων επαγγελματιών ψυχικής υγείας να προσδώσουν νόημα στην ψυχωτική προβληματική και το λόγο, ανάγοντας κάθε τι που εκφέρεται απο το ψυχωτικό υποκείμενο στη φύση της ψυχικής ασθένειας και του ακατανόητου που την περιβάλλει. Αυτό έρχεται ως αποτέλεσμα της άρνησης μεγάλου μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να εμπιστευτούν τα αποτελέσματα και τις κατακτήσεις συναφών επαγγελματικών κλάδων (της κοινωνιολογίας, της γλωσσολογίας, της ψυχανάλυσης). (Γαλάνης Ευάγγελος , 2007)

Τα τελευταία χρόνια ο περιορισμός του στίγματος της ψυχικής νόσου άρχισε να απασχολεί σοβαρά τις οργανώσεις υγείας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Τώρα πλέον γνωρίζουμε οτι η ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα στοχεύουν όχι μόνο στην ανακούφιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων αλλά και στην αντιμετώπιση του στίγματος θα είναι αποτελεσματικότερες και διαρκέστερες σε συνδυασμό βέβαια με τη σημαντικότερη βοήθεια που μπορεί να προσφέρουν οι οργανωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις οικογένειες των ασθενών διότι το στίγμα της ψυχικής νόσου μπορεί να επηρεάζει ακόμα και

ους συγγενείς των ασθενών οι οποίοι αναφέρουν προσωπικά βιώματα στιγματισμού σε ποσοστό έως 50%.

Ο Thomas Szasz (1982) , μιλώντας ιδιαίτερα αφοριστικά, αναφέρει πως κάθε συνηθισμένη ασθένεια που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος μπορεί επίσης να έχει και ένα πτώμα. Έτσι μπορούμε να πούμε ότι ένα πτώμα έχει καρκίνο, πνευμονία ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η μόνη ασθένεια που ένα πτώμα σίγουρα δεν μπορεί να έχει είναι η διανοητική ασθένεια...

Η σωματική ασθένεια είναι κάτι που έχει ο ασθενής, ενώ η διανοητική είναι στην ουσία κάτι που ο ασθενής είναι ή κάνει. Αν η νεύρωση και η ψύχωση είναι ασθένειες όπως η πνευμονία ή ο καρκίνος , θα μπορούσε κάποιος να έχει και νεύρωση και ψύχωση ταυτόχρονα. Αλλά οι κανόνες του ψυχιατρικού συντακτικού θεωρούν παράλογο ένα τέτοιο διαγνωστικό συνδυασμό. Στην πραγματικότητα χρησιμοποιούμε τις λέξεις νευρωτικός και ψυχωτικός (καθως και πλήθος άλλων ψυχιατρικών διαγνωστικών όρων) για να χαρακτηρίσουμε άτομα και όχι για να ονομάζουμε ασθένειες.

Ασθένεια σημαίνει σωματική ασθένεια...ορίζεται μάλιστα σαν μια διαταραχή της δομής ή της λειτουργίας ενός οργάνου ή ενός μέρους του σώματος. Ο νους δεν είναι ούτε όργανο ούτε μέρος του σώματος. Επομένως δεν μπορεί να αρρωστήσει με την ίδια έννοια που μπορεί να αρρωστήσει το σώμα. Οπότε όταν μιλάμε για διανοητική ασθένεια μιλάμε μεταφορικά. Όταν η μεταφορά μπερδεύεται με την πραγματικότητα και χρησιμοποιείται για κοινωνικούς σκοπούς ,τότε αρχίζει η κατασκευή του μύθου.

Οι έννοιες της διανοητικής ασθένειας και διανοητικής υγείας είναι έννοιες μυθολογικές που χρησιμοποιούνται στρατηγικά για να εξυπηρετήσουν ορισμένα κοινωνικά συμφέροντα και να παρεμποδίσουν άλλα.

Είναι απαραίτητο , πολύ πριν οδηγηθούν στη φυσιολογικότητα οι ψυχικά πάσχοντες να γίνει όσο περισσότερο κατανοητό γίνεται το παθολογικό της

συμεριφοράς τους. Θα πρέπει να δοθεί νόημα ακόμα και εκεί που φαίνεται να μην υπάρχει.

«Πολύ πριν θεραπεύσουμε τους ασθενείς μας θα πρέπει να κατανοήσουμε την τρέλα μας απέναντι στην τρέλα τους.» (Thomas Szasz, 1982)

2.4 Η ΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

«Τον παλιό καιρό οι ψυχωτικοί άρρωστοι, όταν δεν καταδιώκονταν η δεν εγκαταλείπονταν στην τύχη τους, κλείνονταν σε σκοτεινά υπόγεια, φυλακές η μοναστήρια. Μα συνήθως, σε τέτοια και άλλα πιο ειδικά άσυλα, κλείνονταν ψυχοπαθείς - και κατά κανόνα ακόμη δεν ζητούν βοήθεια εθελοντικά - που παρουσίαζαν μια αυξημένη επιθετικότητα. Όταν ο περιορισμός σε τέσσερις τοίχους δεν τους καθησύχαζε, τους έδερναν ή τους έβαζαν αλυσίδες. Με τέτοια μεταχείριση επόμενο ήταν να κάνει την επιθετικότητά τους κατάσταση χρόνια, που απαιτούσε σχεδόν συνεχή μεταχείριση βίας. Φυσικά, υπήρξαν άνθρωποι και εποχές που κράτησαν μια πιο φωτισμένη στάση απέναντι σε τέτοιους αρρώστους, άνθρωποι που κατάλαβαν πως η βία και ο καταναγκαστικός περιορισμός, όχι μόνο δεν ωφελούσε, αλλά έκανε το πράγμα χειρότερο, και φρόντισαν να δοθεί στους αρρώστους αυτούς κάτι περισσότερο από ένα άσυλο, μια ψυχοθεραπευτική αγωγή και ένα ανθρώπινο περιβάλλον, ένα ψυχοθεραπευτήριο». (Χαρτοκόλλης, 1984)

Το 19ο αιώνα ο ασυλιακός θεσμός αποκτά την κυριολεκτικά διττή σημασία του: Από την μια, άσυλο για την κοινωνία προκειμένου να την προστατέψει από τους ενοχλητικούς και τους παρείσακτους και από την άλλη, άσυλο για τους φρενοβλαβείς για να τους προστατέψει από τις βλαβερές επιδράσεις της κοινωνίας. Το έργο του Pinel, με το οποίο σηματοδοτείται η επιστημολογική τομή που εισάγει τις νεωτερικές κοινωνίες στην εποχή της ψυχιατρικής, θεμελιώνεται πάνω στο άσυλο ως τόπο εφαρμογής της κλινικής πράξης. Ο θεσμός αυτός, ο οποίος βρίσκει τις ρίζες του στον 17ο αιώνα, θα

μετασχηματιστεί από τον Pinel ριζικά. Όχι επειδή αυτός θα απελευθερώσει τους έγκλειστους από τα δεσμά τους, αλλά κυρίως επειδή θα προτείνει μια νέα θεραπευτική πρόταση, βασισμένη στην «ηθική Θεραπεία» (treatment moral), δηλαδή το αντίθετο της φυσικής θεραπείας (treatment physique), των παραδοσιακών ιατρικών θεραπευτικών μέσων, όπως η αφαίμαξη, οι υποκλυσμοί, διάφορα φάρμακα κλπ. Εν ολίγοις, η «ηθική θεραπεία» συνίστατο στη απλόχερη χρήση μεθόδων που αποσκοπούσαν στη άμεση δέσμευση του νου και των συναισθημάτων, σε αντίθεση με τις παραδοσιακές μεθόδους που κατευθυνόταν απευθείας στο σώμα των εγκλειστών.

Αν και η «ηθική θεραπεία» αποτελούσε μια πρακτική με μακρά παράδοση, ο Pinel την επιστημονικοποιεί, καθιστώντας την βασικό θεραπευτικό μέσο. Με τη θεραπευτική του πρόταση, ο Pinel έθεσε τις βάσεις για την ιατρική προσέγγιση της τρέλας μέσω της συστηματικής παρατήρησης στην καθημερινότητα, ενεργοποιώντας στο χώρο της ψυχιατρικής, μια μακρά γαλλική ιατρική παράδοση (ανατομικό-κλινική μέθοδος, σύμφωνα με την οποία το σώμα του ασθενούς προσφέρεται στο ιατρικό βλέμμα κατά το δυνατόν περισσότερο αντικειμενικοποιημένο).

Οι Pinel και Tuke, κατήργησαν τον κτηνώδη σωματικό περιορισμό, για να εφαρμόσουν στη θέση του μια σειρά μορφών ελέγχου, τιμωριών όπου κρινόταν απαραίτητο, και τυποποιημένων δραστηριοτήτων που στόχο είχαν την επιβολή και εσωτερίκευση συγκεκριμένων ηθικών αξιών και κωδίκων συμπεριφοράς. Τα μέτρα αποσκοπούσαν στην αυτοσυγκράτηση μέσω της εργασίας και της παρατήρησης, στον περιορισμό της τρέλας μέσω ενός συστήματος «ανταμοιβής και τιμωρίας, απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία του οποίου ήταν η συνεργασία και η υποταγή των ψυχοπαθών».

Περνάμε, σύμφωνα με τον Foucault, από “έναν κόσμο της αποδοκιμασίας σε ένα σύμπαν της Κρίσης”, μια ψυχολογία της τρέλας αναδύεται μέσα από ένα βλέμμα που την παρατηρεί και την κρίνει από τις πράξεις της. “Η τρέλα υπάρχει

πια μόνο σαν κάτι θεατό”, το πλησίασμα που καθιερώνεται μέσα στο άσυλο δεν είναι διόλου του είδους που θα επιτρέψει την αμοιβαιότητα: είναι απλά γειτόνεμα με το βλέμμα που επιτηρεί, που κατασκοπεύει, που πλησιάζει για να βλέπει καλύτερα. Η επιστήμη των διανοητικών παθήσεων, έτσι όπως διαμορφωνόταν στα άσυλα, δεν μπορούσε να ανήκει παρά στην τάξη της παρατήρησης και της ταξινόμησης”. Μέσα από το δίδυμο, λοιπόν, των τεχνολογιών επιτήρησης και κρίσης αναδύεται ανάμεσα στους φύλακες και τους ασθενείς η μορφή ενός φορέα λογικής και όχι σωματικής καταπίεσης: αυτή του “επόπτη” και αργότερα του “ψυχιάτρου”. Η παρέμβαση του γιατρού αρχικά δεν προϋπέθετε καν την κατοχή ειδικών ιατρικών ικανοτήτων ή σχετικών αντικειμενικών γνώσεων, το εξουσιαστικό κύρος του γιατρού απέρρεε μάλλον από χαρακτηριστικά “σοφού” ή “ενάρετου”. Δεν πρόκειται λοιπόν για την είσοδο στο άσυλο της ιατρικής επιστήμης, αλλά μιας συγκεκριμένης προσωπικότητας. Η ψυχιατρική πρακτική του γιατρού δεν οδηγούσε στην θεραπεία μέσα από την ιατρική γνώση. Βάση της θεραπευτικής δύναμης ήταν το ηθικό του κύρος: “[...] Πατέρας και Κριτής, Οικογένεια και Νόμος η ιατρική πρακτική του για πολύ καιρό δεν ήταν τίποτε άλλο πέρα από ένα συμπλήρωμα στα παλιά λατρευτικά έθιμα της Τάξης, της Εξουσίας και της Τιμωρίας”. Έτσι, η θεραπευτική εξουσία του γιατρού πήγαζε ουσιαστικά από τις δομές και τις αξίες της αστικής εξουσίας.

Η ηθική θεραπεία και το άσυλο αποτελούν δυο πόλους μιας ενιαίας θεραπευτικής στρατηγικής. Βέβαια, σε αυτό το θεραπευτικό προσανατολισμό δεν ανταποκρίνονταν τα διαθέσιμα μέσα της εποχής. Για την εφαρμογή του απαιτούνταν ένα ευρύ δίκτυο ασυλιακών ιδρυμάτων που εκείνη την εποχή δεν υπήρχε. Η διάδοση του θεραπευτικού προσανατολισμού που βασιζόταν στην ηθική θεραπεία έγινε δυνατή μόνο με την γενίκευση του θεσμού των ασύλων στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα. Η αρχή της ασυλιακής απομόνωσης θεσμοθετήθηκε με τον γαλλικό νόμο του 1835, στον οποίο πρωτοστάτησαν δυο μαθητές του Pinel, ο διάσημος μετέπειτα Esquirol και ο Ferrus. Ο νόμος αυτός

επηρέασε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και την Ελλάδα (στη βάση του οποίου συντάχθηκε ο νόμος ΨΜΒ΄ του 1862, που αποτέλεσε τον βασικό ψυχιατρικό νόμο για πάνω από έναν αιώνα), διαδίδοντας μια γενικότερη θεραπευτική πρακτική θεμελιωμένη στην λογική εισόδου-εξόδου σε ένα εξειδικευμένο ίδρυμα, θεσμοθετημένο και ελεγχόμενο από το κράτος.

Ο περιορισμός στο άσυλο, που θα ονομαστεί ψυχιατρικό νοσοκομείο πολύ αργότερα, μόλις στα τέλη της δεκαετίας του 1930, δεν είχε εφεξής την έννοια της τιμωρίας και του στυγνού εγκλεισμού, αλλά αποσκοπούσε στην θεραπεία, συνώνυμη της απελευθέρωσης του ατόμου από την τρέλα του.

« Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα η ιατρική πραγματοποιεί σημαντικές προόδους στα γενικά νοσοκομεία. Η απομόνωση λοιπόν των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, που ήταν δικαιολογημένη στις αρχές του αιώνα, αρχίζει να παρουσιάζεται τελείως περίεργη στο τελευταίο τρίτο του αιώνα. Την στιγμή της κατασκευής τους τα περισσότερα ιδρύματα είναι ήδη αναχρονιστικά. Πρόκειται για μεγάλα ιδρύματα απομονωμένα στην εξοχή που λειτουργούν με κλειστή οικονομία και οι οικονομικές τους σχέσεις με τον έξω κόσμο στηρίζονται στην ανταλλαγή. Βρίσκονται στους αντίποδες δηλαδή της βιομηχανοποιημένης κοινωνίας, η οποία είναι σε συνεχή ανάπτυξη, στηριζόμενη στην διαίρεση της εργασίας και την υψηλή απόδοση. Αποτελούν έναν «αντί-κοσμο» σε σχέση με τον πραγματικό κόσμο. Η ίδια ιδεολογία τους φυσικά αλλάζει. Οι θεραπευτικές τους ανησυχίες παραμερίζονται και επιβάλλονται θεωρήσεις οικονομικής απόδοσης και επιβίωσης των ιδρυμάτων, λειτουργώντας βέβαια πάντα σε κλειστό κύκλωμα. Οι CONSTANS, LUNIER και DUMESNIL σημειώνουν στην αναφορά τους το 1874: ως προς τις καλλιέργειες, αυτό που κοστίζει περισσότερο είναι τα λιπάσματα και τα εργατικά χέρια. Στα άσυλα τα εργατικά χέρια είναι δωρεάν και τα λιπάσματα δεν λείπουν ποτέ χάρη στο άδειασμα των βόθρων και των στάβλων. Με τέτοια ιδεολογία δεν υπάρχει πλέον κανένα σοβαρό εμπόδιο και από την πλευρά της υγιεινής και από την πλευρά της

ιατρικής υπηρεσίας στην αύξηση του πληθυσμού των ασύλων που μπορεί να φτάσει και τους 1200 αρρώστους. Επιπλέον, ο μεγάλος αριθμός αρρώστων θεωρείται πλεονέκτημα γιατί εξυπηρετεί στην δημιουργία τμημάτων κατά κατηγορίες ασθενών και έχει και οικονομικά οφέλη. Χάνεται έτσι λοιπόν σταδιακά η αρχική θεραπευτική επιχειρηματολογία των ιδρυμάτων.»(Αμπατζόγλου, 1991)

Στα πρώτα βήματα της ψυχιατρικής, οι ψυχικές διαταραχές και ασθένειες υπάγονταν στην αρμοδιότητα της ιατρικής επιστήμης, με συνέπεια να εφαρμόζονται στους ψυχωτικούς ασθενείς, απόψεις οι αντιλήψεις για την θεραπευτική αγωγή, αυτές δηλαδή που επικρατούσαν και στους άλλους κλάδους της ιατρικής. Επομένως αφού ο ψυχωτικός ήταν ένας άρρωστος, έπρεπε να θεραπευτεί, να μείνει και αυτός στο κρεβάτι, όπως και κάθε "παθολογικός" άρρωστος. Η παραδοσιακή εικόνα της τρέλας καταρρέει, ο τρελός παύει να είναι ριζικά αλλιώτικος από τους υπόλοιπους ανθρώπους αλλά συγχρόνως μετατρέπεται σε άρρωστο, μπαίνει σε μία απόσταση αντικειμένου. Η φαινομενικά λογική αυτή συνέπεια με την "κλινοθεραπεία" είχε σαν αποτέλεσμα στην επαναφορά της βίας στα ψυχιατρεία και τελικά στην μετατροπή των ψυχιατρείων σε άσυλα, παρά την θεραπευτική πολυπραγμοσύνη. Η ελληνική λέξη άσυλο στην διεθνή της χρησιμοποίηση έχασε την αρχική της σημασία και κατάντησε να σημαίνει ένα θλιβερό και απαίσιο χώρο για κάθε απόκληρο της ζωής, κάτι σαν αποθήκη αχρήστων ανθρωπίνων υλικών. Οι αποτυχημένες προσπάθειες στο να βρεθούν αποτελεσματικές θεραπείες για τους ψυχωτικούς κατέληξαν στην επικράτηση του δόγματος για το "ανίατο" των ψυχικών νοσημάτων. Μία νέα ιατρική ειδικότητα δημιουργήθηκε η οποία όμως είχε ανάγκη να απομακρυνθεί από την υπόλοιπη Ιατρική για να μπορέσει να υπάρξει. Παρ' όλα αυτά δεν έκοψε ποτέ τους δεσμούς της με αυτήν. Αυτή η πολυπλοκότητα δεν θα πάψει να συνοδεύει την ψυχιατρική μέχρι σήμερα. (Στριγγάρης, 1987 και Αμπατζόγλου, 1991)

Ωστόσο στα μέσα της δεκαετίας του 1950, πραγματοποιήθηκε η ανακάλυψη και εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων. Το γεγονός αυτό, προκάλεσε μεγάλη αλλαγή καθώς τότε ουσιαστικά τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ξεκλείδωσαν τις πόρτες τους και έγινε δυνατή η έξοδος η μάλλον η απόλυση ενός σημαντικού αριθμού χρόνιων αρρώστων, η δημιουργία των κέντρων ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα, και η προώθηση των ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία. (Χαρτοκόλλης, 1984)

Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τις συνθήκες διαβίωσης των ψυχωτικών ασθενών στα άσυλα. Έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς η κατάσταση των ασύλων και ο τρόπος διαβίωσης των ασθενών . Παρακάτω παραθέτουμε ένα απόσπασμα από υπόμνημα του Esquirol, που έγραψε το 1818 προς το υπουργείο εσωτερικών για τους αρρώστους στα γαλλικά «τρελοκομεία»: «τους είδα γυμνούς ή σκεπασμένους με κουρέλια, προφυλαμένους από το πλακόστρωτο δάπεδο με άχυρα, πάνω στα οποία κείτονταν, τους είδα να τρώνε χαλασμένη τροφή, να τους λείπει το νερό για να ξεδιψάσουν, ο φρέσκος αέρας και τα πιο στοιχειώδη πράγματα για τη ζωή. Τους είδα παραδομένους στη βάνανση επιτήρηση αληθινών δεσμοφυλάκων, τους είδα σε βρώμικες αποθήκες δίχως αέρα και φως, αλυσοδεμένους σε τρώγλες, όπου δεν θα κλείδωναν ούτε άγρια θηρία.» Παρόμοιες περιγραφές έχουν γίνει και στην Αγγλία. Το 1814 μερικοί ασθενείς στο άσυλο της Υόρκης, που τους είχαν απαγορέψει να τους επισκεφτούν οι συγγενείς τους, πέθαναν και εξαφανίστηκαν χωρίς να αφήσουν κανένα ίχνος και στην συνέχεια όλοι οι φάκελοι και τα έγγραφα του ασύλου καταστράφηκαν από μια πυρκαγιά. Το γεγονός αυτό προκάλεσε μεγάλη αναστάτωση και έτσι διορίστηκε εξεταστική επιτροπή. Ένα από τα μέλη του ιατρικού συλλόγου, ο G. Higgins αναφέρει: «προχώρησα σ' ένα διάδρομο και βρήκα τέσσερα κελιά, 2 ½ τ.μ. το καθένα, σε μια φρικιαστική κατάσταση.(...)ρώτησα έναν φύλακα, αν έμεναν μέσα σε αυτά άρρωστοι και έμαθα, ότι τα χρησιμοποιούσαν για διανυκτέρευση (...). Ανέβηκα στον επάνω όροφο των γυναικών με την συνοδεία του φύλακα, που με οδήγησε σε έναν

χώρο, όπου τον έβαλα να μετρήσει τις διαστάσεις- ήταν 3,65 επί 2,40 τ.μ. και μέσα σε αυτόν έμεναν δεκατρείς γυναίκες(...) Παρακάλεσα τον διευθυντή να έρθει μαζί μου και ανακάλυψα για πρώτη φορά, ότι τα κελιά του ήταν ολότελα άγνωστα...» Ο Higgins ξαναπήγε στο άσυλο ύστερα από λίγο καιρό και διαπίστωσε την ίδια κατάσταση.(Στριγγάρης, 1987)

Στην Προύσα λειτουργούσε ένα άσυλο ψυχοπαθών, που βρισκόταν στην Ακρόπολη της περιοχής. Το 1910-11 ο Γάλλος ψυχίατρος L. Libert, που επισκέπτονταν με επίσημη αποστολή της γαλλικής κυβέρνησης, τα νοσοκομεία των μουσουλμάνων γράφει για το άσυλο αυτό ότι ο διευθυντής του ιδρύματος δεν έχει καμιά γνώση της ψυχιατρικής και ότι χρησιμοποιούσαν για θεραπευτικούς σκοπούς τον ζουρλομανδύα, το σιδερένιο περιλαίμιο και τους χαλκάδες. Στα κελιά υπήρχαν κρίκοι άλλοτε στις τέσσερις γωνιές για δέσιμο χειροπόδαρα, κι άλλοτε στη μέση, για δέσιμο από τον λαιμό. (Χαβιάρα-Καραχάλιου, 1987)

Παρόμοιες συνθήκες διαβίωσης αντιμετώπιζαν οι ψυχωτικοί ασθενείς και στην Ελλάδα. Το 1945 η ζωή των τροφίμων το Δρομοκαϊτείου όπως και των άλλων ψυχιατρείων ήταν άθλια. Άνδρες και γυναίκες γυμνοί η ρακένδυτοι, ακάθαρτοι, ζούσαν απομονωμένοι και κλειδωμένοι στους σιδηρόφρακτους θαλάμους τους. Αναγκαστικοί σωληνισμοί για την διατροφή των αρρώστων ήταν στην ημερήσια διάταξη. Πολύ διεγερτικοί δονόντουσαν με μανδύες. Πολλοί περνούσαν την ζωή τους κλεισμένοι σε σιδερένια κλουβιά- κρεβάτια. Καθημερινά εξελίσσονταν σκηνές μεγάλης βαρβαρότητας και χυδαιότητας. (Λυκέτσος, 1987)

Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται εκτεταμένη ανάφορά στο ψυχιατρικό άσυλο της Λέρου και του Δρομοκαϊτείου.

2.4.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τον Goffman τα «ολοπαγή ιδρύματα της κοινωνίας μας μπορούμε να τα καταγράψουμε αδρομερώς σε πέντε ομάδες. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν τα ιδρύματα που έχουν συσταθεί με σκοπό να μεριμνούν για πρόσωπα που θεωρούνται ταυτόχρονα ανίκανα και ακίνδυνα, αυτά είναι οι εστίες τυφλών, τα γηροκομεία, τα ορφανοτροφεία και τα πτωχοκομεία. Στην δεύτερη ομάδα ανήκουν οι χώροι που έχουν συσταθεί με σκοπό να μεριμνούν για πρόσωπα που θεωρούνται ανίκανα να φροντίσουν τον εαυτό τους και ταυτόχρονα αντιπροσωπεύουν απειλή αν και απροαίρετη, για την κοινότητα, σανατόρια, ψυχιατρεία και λεπροκομεία. Ένας τρίτος τύπος ολοπαγών ιδρυμάτων έχει οργανωθεί για να προστατεύσει την κοινότητα από ότι η ίδια θεωρεί ως κινδύνους που εκ προθέσεως στρέφονται εναντίον της, χωρίς το άμεσο ζητούμενο να είναι η ευημερία των προσώπων που απομονώνονται με αυτό τον τρόπο: φυλακές, σωφρονιστήρια, στρατόπεδα αιχμαλώτων και στρατόπεδα συγκέντρωσης. Στην τέταρτη ομάδα ανήκουν ιδρύματα που λέγεται ότι είναι συγκροτημένα με τον καλύτερο τρόπο ώστε να φέρουν εις πέρας κάποια εργασιακή αποστολή, δικαιολογώντας την ύπαρξη με εργαλειακά αποκλειστικώς κριτήρια: στρατιώτες, πλοία, σχολές με οικοτροφεία, στρατόπεδα εργασίας, οικισμοί των αποικιών, καθώς και τα μεγάλα αρχοντικά από την οπτική γωνιά αυτών που ζουν στα καταλύματα των υπηρετών. Τέλος υπάρχουν τα ιδρύματα εκείνα που προορίζονται για αναχωρητήρια από τον κόσμο, παρόλο που συχνά χρησιμεύουν παράλληλα ως κέντρα εκπαίδευσης για τους θρησκευόμενους: παράδειγμα είναι τα αβαεία, τα μοναστήρια, οι γυναικείες μονές και άλλες μοναστικές κοινότητες». (Goffman , 1994)

Σύμφωνα με τον Heckman (1990), «τα ψυχιατρικά ιδρύματα διακρίνονται σε :

- 1) εκείνα τα λεγόμενα της «θείας χάριτος», όπου όλα γίνονται από φιλανθρωπικά αίτια χωρίς να υπάρχει εξήγηση, αφού έχουν παγιωθεί πριν από δεκάδες χρόνια
- 2) τα «χαρισματικά» ιδρύματα, των οποίων ο διευθυντής είναι

χαρισματικός. Ως εκ τούτου, όλοι ταυτίζονται με αυτόν μέσα από ένα ναρκισσισμό που έχει επιπτώσεις και στο θεραπευτικό σκέλος, ευνοώντας την προβολή των επιτυχιών προς τα έξω. Η εξιδανίκευση αυτή προκαλεί ίσως την απόρριψη του προτύπου αυτού από τους εκτός του ιδρύματος ευρισκόμενους, με αντίστοιχη συνέπεια την δημιουργία επιθετικότητας 3) τέλος, μια τρίτη κατηγορία είναι τα διαπραγματευτικά ιδρύματα, τα οποία μέσα από τις συναλλακτικές διεργασίες μπορούν να επιφέρουν την μεταρρύθμιση». (Μαδιανός, 2005)

Στα άσυλα διακρίνουμε έναν περικλειστικό χαρακτήρα και συμβολίζεται στον φραγμό που περικλείει τις κοινωνικές επαφές με τον έξω κόσμο και την αναχώρηση, ο οποίος αποτελεί μέρος των ίδιων των υλικών εγκαταστάσεων, όπως οι κλειδωμένες πόρτες, οι ψηλοί τοίχοι, το συρματοπλέγμα, οι απόκρημνοι βράχοι, το νερό, τα δάση ή τα έλη.

Η διαχείριση πολλών ανθρωπίνων αναγκών μέσω της γραφειοκρατικής οργάνωσης ανθρώπων, ασχέτως αν αυτό αποτελεί ή όχι ένα αναγκαίο ή τελέσφορο μέσο κοινωνικής οργάνωσης στις συγκεκριμένες περιστάσεις, είναι το καίριο γεγονός των κλειστών ιδρυμάτων. Από αυτό απορρέουν ορισμένες σημαντικές συνέπειες. Όταν πρόσωπα κινούνται κατά ολόκληρες, μπορούν να εποπτεύονται από προσωπικό που η κύρια δραστηριότητά του δεν είναι η καθοδήγηση ή ο περιοδικός έλεγχος αλλά μάλλον η επιτήρηση, η μέριμνα όλοι να κάνουν αυτό που τους έχει ξεκάθαρα ειπωθεί ότι απαιτείται από αυτούς, έτσι ζουν με κάποιο συγκεκριμένο τρόπο και με παρόμοιες συνθήκες διαβίωσης.

Σύμφωνα με τον Goffman, οι τρόφιμοι κατά κανόνα, μέσα στο ίδρυμα έχουν περιορισμένη επαφή με τον κόσμο έξω από τους τοίχους. Επιπλέον είναι αποκλεισμένοι από την ενημέρωση σχετικά με τις αποφάσεις που αφορούν την τύχη τους. Ο τρόφιμος δεν είναι ποτέ εντελώς μόνος του, βρίσκεται πάντα μέσα στο οπτικό και συχνά ακουστικό πεδίο κάποιου, έστω των συντροφίμων του.

Υπάρχουν ορισμένες σημαντικές, για το άτομο, υλικές ανέσεις που τείνουν να χαθούν με την είσοδό του σε ένα κλειστό ίδρυμα π.χ. ένα μαλακό κρεβάτι, ή η ησυχία τη νύκτα. Η απώλεια αυτού του είδους ανέσεων ενδέχεται να αντανακλά εξίσου μια απώλεια αυτεξουσιότητας.

Σημαντικό επίσης στοιχείο μπορούμε να θεωρήσουμε το γεγονός ότι οι τρόφιμοι των κλειστών ιδρυμάτων έχουν άλλους να προγραμματίζουν ολόκληρη την ημέρα τους για λογαριασμό τους. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι όλες οι βασικές ανάγκες τους πρέπει να ρυθμιστούν προκαταβολικά. Επομένως, όποια κι αν είναι τα κίνητρα που δίνονται για εργασία, αυτά δεν θα έχουν τη δομική σημασία που έχουν στον έξω κόσμο .

Επιπλέον , βασικό στοιχείο είναι το γεγονός ότι αν η παραμονή του τροφίμου είναι μακροχρόνια, μπορεί να συμβεί αυτό που ονομάστηκε «αποπαίδευση» με άλλα λόγια μια «απομάθηση», που τον καθιστά προσωρινά ανίκανο να χειρισθεί ορισμένα γνωρίσματα της καθημερινής ζωής στον έξω κόσμος, εφόσον και όταν επιστρέψει σε αυτόν.

Σε όλα τα κλειστά ιδρύματα σύμφωνα με τον υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που μπορούμε να διακρίνουμε και να περιγράψουμε. Τα χαρακτηριστικά αυτά δεν ωφελούν τους τροφίμους που διαμένουν στα ιδρύματα αυτά, ούτε αποτελούν χώρους θεραπείας. Παρακάτω παραθέτουμε χαρακτηριστικά των κλειστών ιδρυμάτων.

-Σε ένα κλειστό ίδρυμα, ωστόσο, ακόμη και ελάχιστα τμήματα της γραμμής δράσης ενός προσώπου, μπορεί να υποβληθούν σε κανονισμούς και κρίσεις από το προσωπικό, μια διαρκής κυρωτική αλληλενέργεια διεισδύει εκ των άνω στη ζωή του τροφίμου, ιδιαίτερα την πρώτη περίοδο της διαμονής του, πριν ο τρόφιμος αποδεχτεί τους κανονισμούς μηχανικά.

-Τα κλειστά ιδρύματα αποδιοργανώνουν ή σπιλώνουν εκείνες ακριβώς τις ενέργειες που στην κοινωνία των πολιτών έχουν τον ρόλο να πιστοποιούν στον πράττοντα και στους συμπαρευρισκομένους ότι αυτός διατηρεί κάποιον έλεγχο

πάνω στον κόσμο του , ότι είναι ένα πρόσωπο που διαθέτει την αυτεξουσιότητα, την αυτονομία και την ελευθερία δράσης ενός ενήλικου.

-Στα κλειστά ιδρύματα οι διάφορες αιτιολογίες για τον ευτελισμό του εαυτού είναι πολύ συχνά απλώς εκλογικεύσεις, που απορρέουν από τις προσπάθειες να χειραγωγηθεί η καθημερινή δραστηριότητα ενός μεγάλου αριθμού προσώπων σε έναν περιορισμένο χώρο με χαμηλή δαπάνη πόρων.

-Στα περισσότερα κλειστά ιδρύματα οι περισσότεροι τρόφιμοι ακολουθούν την τακτική που μερικοί από αυτούς αποκαλούν «να τη βγάζεις καθαρή». Αυτό περιλαμβάνει έναν κάπως ομορτωτικό συνδυασμό δευτερογενών εναρμονίσεων, μεταστροφής, εποίκισης και νομιμοφροσύνης στην ομάδα των τροφίμων, έτσι ώστε ένας τρόφιμος να έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα, κάτω από τις συγκεκριμένες περιστάσεις, να βγει τελικά σωματικά και ψυχολογικά αβλαβής.

- Σε ένα κλειστό ίδρυμα υπάρχουν διάφοροι κανόνες που οι τρόφιμοι υποχρεούνται να υπακούουν και να σέβονται. Υπάρχουν, πρώτον, οι «εσωτερικοί κανόνες», ένα σύνολο σχετικά ρητών και τυπικών υπαγορεύσεων και απαγορεύσεων που εκθέτουν τις βασικές απαιτήσεις σε σχέση με τη διαγωγή του τροφίμου. Οι κανόνες αυτοί διατυπώνουν με σαφήνεια και λεπτομέρειες την ασκητική καθημερινή ρουτίνα του τροφίμου. Οι διαδικασίες εισδοχής, που απογυμνώνουν τον νεοεισερχόμενο από τα προγενέστερα στηρίγματά του, μπορούν να θεωρηθούν ως ο τρόπος του ιδρύματος να τον ετοιμάζει για να αρχίσει να ζει σύμφωνα με τους εσωτερικούς κανόνες. Δεύτερον, σε αντίθεση με αυτό το άτεγκτο κλίμα, προσφέρονται λιγοστές, σαφώς προσδιορισμένες ανταμοιβές ή προνόμια, σε αντάλλαγμα για την υπακοή στο προσωπικό, στην πράξη και στο πνεύμα.

Παρόλο που το σύστημα τιμωρία-ανταμοιβή μπορεί να αντιμετωπίσει ατομικές παραβάσεις των οποίων η προέλευση μπορεί να εντοπιστεί, η αλληλεγγύη των τροφίμων μπορεί να είναι αρκετά ισχυρή ώστε να στηρίζει

σύντομες χειρονομίες ανώνυμης ή μαζικής αντίστασης. Παραδείγματα είναι: η αναφώνηση συνθημάτων, γιουχάισμα, το βροντοχτύπημα των δίσκων, η μαζική άρνηση και ελάσσονες δολιοφθορές. Μερικές φορές ειδικές μορφές αλληλεγγύης συνέχουν μια φυσικά κλειστή περιοχή όπως ένας θάλαμος, οι κάτοικοι του οποίου αντιλαμβάνονται ότι διοικούνται ως ενιαία μονάδα και κατά συνέπεια έχουν ζωντανό το αίσθημα της κοινής μοίρας (Goffman, 1994).

2.4.2 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

«Ο ιδρυματισμός ή ιδρυματική νεύρωση είναι όροι που έχουν καθιερωθεί από τους Wing (1962) και Barton (1966), αντίστοιχα, και εμφανίζεται ως ψυχοπαθολογική κατάσταση μετά από μακρόχρονη νοσηλεία του ασθενή σε άσυλο. Χαρακτηρίζεται από απάθεια, αδιαφορία, παθητική συμπεριφορά, αδιαφορία για τον εαυτό του. Μια παρόμοια κλινική εικόνα είναι εκείνη του συνδρόμου της κοινωνικής αποδόμησης (social breakdown syndrome), που περιγράφηκε από τους Gruenberg et al (1962, 1967) και περιλαμβάνει παράλληλη συμπεριφορά με εκείνη του ιδρυματισμού, όπως άρνηση εργασίας και διασκέδασης, απομόνωση, επιθετικότητα ή τάσεις αυτοκαταστροφής, αδυναμία συζήτησης, άρση αναστολών.» (Μαδιανός, 1989)

Το φαινόμενο του ιδρυματισμού προκαλείται έπειτα από μακρόχρονο εγκλεισμό και μακρόχρονη νοσηλεία ενός ψυχικά αρρώστου σε ένα ψυχιατρείο. «Ο Barton(1959) αποκαλεί «ιδρυματική νεύρωση» μια κατάσταση που παρατηρείται στα ψυχιατρικά ιδρύματα, με συμπτώματα απάθειας, έλλειψης κινήτρων και απώλεια ενδιαφέροντος. Ο Goff man(1961) ανέπτυξε την έννοια του «ολοκληρωτικού ιδρύματος», κεντρικό σημείο του οποίου ήταν το ότι οι έγκλειστοι ενδύθηκαν τον ρόλο του ψυχασθενούς από τις ισοπεδωτικές ιδιότητες του ιδρύματος, όπως το να τους χειρίζονται μαζικά αντί να αντιμετωπίζουν τις μεμονωμένες ανάγκες τους. Ο Gruenberg (1965) περιέγραψε

το Social Breakdown Syndrome ως μια αποδομητική διεργασία της προσωπικότητας του εγκλείστου.» (Μαδιανός, 2005)

«Η εισαγωγή των αντιψυχωτικών φαρμάκων, πριν από 45 χρόνια περίπου, έκανε δυνατή την έξοδο πολλών αρρώστων. Αλλά όταν ένας ασθενής μένει κλεισμένος σε ένα ίδρυμα για πολλά χρόνια, αποκτά καινούργιες συνήθειες, που κάθε άλλο παρά εποικοδομητικές είναι για μια επάνοδο στην ανοικτή κοινωνία. Ο χρόνιος τρώφιος ψυχιατρικού νοσοκομείου γίνεται παθητικός στις σχέσεις του και εξαρτημένος, μηχανιστικός στις πράξεις του, μονότροπος και ξενόφοβος. Μέχρι και το πεπτικό του σύστημα συνηθίζει τόσο πολύ στην διαίτα της ρουτίνας, που να αντιδρά με ιδιάζουσες βιοχημικές ενώσεις, κάτι που είχε γίνει αιτία να παραπλανηθούν πειραματικοί ερευνητές, νομίζοντας πως ανακάλυψαν χαρακτηριστικές αλλοιώσεις στο αίμα ή στα ούρα ψυχωτικών ασθενών, ενώ δεν επρόκειτο παρά για πάρεργα της μιας ή της άλλης μακροχρόνιας διαίτας του ασύλου.

Η ευεργετική επίδραση των ψυχοφαρμάκων, τόσο στην σχιζοφρένεια όσο και στις άλλες ψυχικές διαταραχές, συνήθως δεν επεκτείνεται σε ολόκληρο το φάσμα της προσωπικότητας του αρρώστου. Ενώ μεν δεν παρουσιάζει έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ψευδαισθήσεις ή παραλήρημα, ο άρρωστος που βασίζεται στα ψυχοφάρμακα εξακολουθεί να δείχνει μια έλλειψη πρωτοβουλίας, μιαν αδιαφορία ή ασυνέπεια στην συμπεριφορά του, χαρακτηριστικά της χρόνιας αδιαφοροποίητης σχιζοφρένειας. Και τα ψυχοφάρμακα πιθανόν να προκαλέσουν μια προσθετή αναπηρία, που είναι δύσκολο να προληφθεί, κι όταν εγκατασταθεί να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά, την όψιμη δυσκινησία.

Πιθανό να ακούγεται σαν αντίφαση, αλλά αυτός ο ίδιος άνθρωπος με την σχετικά μειωμένη θέληση, όταν πρόκειται να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα του μεγάλου κόσμου, συμπεριφέρεται με μια αυτοπεποίθηση και μια αισιοδοξία που δεν δικαιολογούνται από την ατομική του κατάσταση

και πραγματικότητα. Ο ψυχικά ασθενής τείνει να υπερτιμά τις ικανότητες του, ευφυΐα και ταλέντο, και να υποτιμά τις δυσκολίες που τον περιμένουν, εμπόδια ή κινδύνους. Μια τέτοια ανεπάρκεια και έλλειψη αυτεπίγνωσης οφείλεται από την μια μεριά στην ελαττωματική κρίση του ψυχικά αρρώστου, και από την άλλη στην μακροχρόνια απουσία του από την κοινωνική πραγματικότητα που του επιβάλλει ο εγκλωβισμός του σε ένα παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η εμπειρία και η προσαρμογή στις συνθήκες διαβίωσης σε ένα τέτοιο περιορισμένο περιβάλλον κάθε άλλο παρά τον προετοιμάζουν για τις απαιτήσεις και τα προβλήματα μιας ανεξάρτητης ζωής μέσα στην κοινωνία. Οι λόγοι αυτοί, που συντείνουν στο να διατηρείται το στίγμα χωρίς φυσικά να το δικαιολογούν ηθικά, προκαλούν προβλήματα στην αποκατάσταση του ψυχικά αρρώστου. Κι αυτά πρέπει να αντιμετωπιστούν αντικειμενικά, με παρρησία και κατανόηση, τόσο της κατάστασης και των αναγκών του αρρώστου, όσο και του νέου περιβάλλοντος, εκείνων δηλαδή που θα παραδεχθούν να συμβάλλουν στην κοινωνική του αποκατάσταση.»(Χαρτοκόλλης, 1984)

Το άσυλο λοιπόν επιφέρει αρνητικές συνέπειες στους ασθενείς, καθώς «επειδή παραμένουν στο άσυλο για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, βαθμιαία χάνουν την λειτουργικότητά τους, όση τους έχει απομείνει από την πορεία της αρρώστιας. Ο άρρωστος είναι κλεισμένος, αδιαφοροποίητος και έτσι ενισχύεται η ψυχωσική του ομογενοποίηση, δηλαδή η έλλειψη διάκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους, πράγματα και χώρους. Επομένως υπάρχει μια αντίφαση στο ότι το ψυχιατρείο είναι ένας θεραπευτικός χώρος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών και όχι ένας χώρος όπου οι ασθενείς να παρουσιάζουν και άλλα συμπτώματα και να γίνονται απαθείς και αδιάφοροι.» (Μαδιανός, 2005)

Τα ιδρυματιζόμενα άτομα παρουσιάζουν σταδιακή απόσυρση, με έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνικές δραστηριότητες και για συναισθηματική σχέση με άλλους ανθρώπους. Αν η παραμονή τους στο ίδρυμα είναι πολύ

παρατεταμένη, μπορεί να παρουσιάσουν και διαταραχή του συναισθήματος (κατάθλιψη, συναισθηματική ένδεια), διαταραχή της συμπεριφοράς, νοητική έκπτωση και σωματική διαταραχή (αϋπνία, ανορεξία κ.λ.π). Στα μικρά παιδιά μπορεί να παρατηρηθεί και σημαντική παλινδρόμηση στην όλη ψυχοκινητική, νοητική και συναισθηματική εξέλιξη, ένας γενικός ψυχικός μαρασμός, που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στον θάνατο.» (Εκπαιδευτική Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, 1997)

Θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε σε έναν πολύ σημαντικό παράγοντα ιδρυματισμού. Αυτός είναι ο χρόνος στο ίδρυμα. « Ο ιδρυματικός χρόνος στο χώρο του ασύλου είναι δυο ειδών: 1) ο χρόνος του έγκλειστου αρρώστου, δίχως όρια, ακαθόριστος, και 2) ο χρόνος (διοικητικά καθορισμένος) του θεραπευτή που πρέπει να έχει θεραπευτικά όρια. Ο στόχος του θεραπευτή προκειμένου να προλάβει τον ιδρυματισμό του και τον ιδρυματισμό των ψυχωσικών ασθενών, έγκειται στο να διαφοροποιήσει τον ασυλιακό από τον θεραπευτικό χρόνο. Η διαφοροποίηση αυτή, θα επιτευχθεί με την δόμηση του χρόνου του αρρώστου σε μια σειρά θεραπευτικών δραστηριοτήτων ποικίλου φάσματος. Βέβαια η διάρθρωση του χρόνου των εγκλείστων δεν είναι αρκετή ώστε να προλάβει τον ιδρυματισμό, αποτελεί ωστόσο τον βασικό άξονα στον οποίο κινούνται και άλλοι παράγοντες.»(Μαδιανός, 2005)

2.4.3 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Το άσυλο, επιφέρει αρνητικές συνέπειες και στο προσωπικό του ιδρύματος. «Οι εργαζόμενοι στο άσυλο στοχεύουν στην θεραπεία του ψυχωσικού αρρώστου. Εκ των πραγμάτων βιώνουν την ψυχωσική διάχυση στο προσωπικό τους επίπεδο, δηλαδή μια ψυχωσική «κένωση» από τα ψυχονοητικά τους περιεχόμενα, με αποτέλεσμα να μην «κρατούν» τίποτα καλό και το δημιουργικό. Οι εργαζόμενοι έχουν επίσης ένα συναίσθημα εισβολής με την

προβλητική ταύτιση, όπως λέει ο Hockman(1982), κάτι δηλαδή που θα μπορούσε να παρομοιαστεί με «μόλυνση» από την τρέλα.

Ο ιδρυματιζόμενος εργαζόμενος αμύνεται με διάφορους τρόπους:

- μέσα από φοβικές άμυνες(ο φόβος για τον ίδιο τον νοσηλευόμενο)
- μέσα από τελετουργικές λειτουργίες (άσπρες μπλούζες, ειδικοί χώροι φαγητού κτλ.),
- μέσα από τον κοινωνικό ακτιβισμό, μια «υπομανία» των θεραπειών,
- μέσα από την διάσπαση του θεραπευτικού χώρου του ασύλου,
- μέσα από την πρακτική της αναγκαστικής προσαρμογής σε ένα προκατασκευασμένο εκμαγείο,
- μέσα από την αυτάρκειά του και την δημιουργία κλειστών και αυτόνομων ομάδων, συνήθως ανταγωνιστικών,
- μέσα από την καλά οργανωμένη δομή του ιδρύματος που αποστειρώνει τους αρρώστους. Αντίθετα, ένα ίδρυμα με ελλείψεις προσφέρει την εμπειρία ώστε να καλυφθούν οι ελλείψεις με δημιουργικότητα και φαντασία. Η έλλειψη υλικών πόρων δεν σημαίνει απαραίτητα εγκατάλειψη του αρρώστου.

Η πρόληψη του ιδρυματισμού του προσωπικού επιτυγχάνεται με μια καθορισμένη λειτουργία του ιδρύματος, η οποία ευνοεί την δημιουργική αυτονομία των θεραπειών. Έτσι οι θεραπευτές με την σειρά τους είναι σε θέση να ενισχύουν τον άρρωστο για να γίνει αυτόνομος και δημιουργικός, με την τροποποίηση των ψυχοπαθολογικών δομικών στοιχείων της σκέψης, προς την ομαλοποίηση , ώστε οι νοητικές του λειτουργίες να αποβαίνουν πηγή ευχαρίστησης». (Μαδιανός, 2005)

2.5 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Η ψυχιατρική σήμερα, δοκιμάζεται απο μια βαθιά κρίση όπως αυτή εκδηλώνεται με τον άκρατο βιολογισμό, τον ταξινομιτισμό, την μηχανική προσέγγιση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, την κατηγοριοποίηση του πάσχοντος υποκειμένου σε ένα σύνολο συμπτωμάτων, την κυριαρχία της νεοφιλελεύθερης αρχής του "κόστους αποδοτικότητας", την ψυχιατρικοποίηση και ψυχολογικοποίηση κοινωνικών φαινομένων και συμπεριφορών, τον κοινωνικό έλεγχο, τις έκδηλες σε κάποιες περιπτώσεις τάσεις κοινωνικού δαρβινισμού.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έτσι όπως επιχειρήθηκε τα προηγούμενα δεκαπέντε χρόνια ως υλοποίηση των προγραμμάτων του κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ ήταν για την Ελληνική ψυχιατρική πραγματικότητα μια ευκαιρία που χάθηκε.

Αφού οι νέες δομές ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν λειτουργούν ασυντόνιστα και εν πολλοίς ανταγωνιστικά μεταξύ τους και με το άσυλο, με το δικό τους ιδιότυπο καταστατικό επιλέγοντας τα "καλά" περιστατικά και κατευθύνοντας το ψυχιατρείο τα "ανεπιθύμητα" με αποτέλεσμα να ενισχύουν και με αυτό τον τρόπο τον ηγεμονικό χαρακτήρα του ψυχιατρείου και να αναπαράγουν στο όνομα του "νέου" τη χρονιότητα σε όλα τα επίπεδα.

Αφού και σε αυτές τις νέες δομές διαμορφώνονται όροι περιχαράκωσης, κατάχρησης εξουσίας, επιλογής και έτσι ανάπτυξης ασυλιακού πνεύματος που ενισχύεται απο την προκατάληψη και κάποιες φορές τον ρατσισμό των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων απέναντι τόσο στον ψυχικά πάσχοντα όσο και στους λειτουργούς της ψυχικής υγείας (επισημάνθηκαν φαινόμενα άκρατης ψυχιατρικοποίησης στα Γενικά νοσοκομεία με τραγική πολλές φορές κατάληξη για τον πάσχοντα). Το ίδιο ασυντόνιστα και συχνά ανταγωνιστικά λειτουργούν και τα μεγάλα ψυχιατρεία.

Αφού δεν υπήρξε μέχρι τώρα ένας κεντρικός σχεδιασμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη βάση των πραγματικών αναγκών ούτε τομεοποίηση.

Αφού η ψυχιατρική πραγματικότητα είναι τριών ταχυτήτων. Αυτή των μεγάλων ψυχιατρείων-ασύλων, αυτή των εξωνοσοκομειακών δομών και αυτή των ιδιωτικών κλινικών με τεράστιο το βάρος πάνω σε όλα αυτά της ακαδημαϊκής ψυχιατρικής.

Αφού η κρίση και η καταστροφή του κράτους πρόνοιας δημιουργεί όρους ασφυξίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Αφού η πολιτική "μείωσης του κόστους" οδηγεί τα δημόσια ψυχιατρεία στην οικονομική χρεοκοπία με τραγικές συνέπειες στους όρους διαβίωσης 5.500 νοσηλευομένων.

Αφού οξύνεται διαρκώς η αντίφαση στην ενίσχυση αφενός του ρόλου του ψυχιατρείου και στην υποβάθμιση σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών του.

Αφού όλες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παλιές και νέες, εξακολουθούν ακόμα να λειτουργούν με τη λογική της κανονικοποίησης της προσαρμογής δηλαδή του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου σε κοινωνικά διαμορφωμένες νόρμες, τη λογική του εγκλεισμού, του κοινωνικού ελέγχου και του κοινωνικού αποκλεισμού κάθε διαφορετικού.

Η αποτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων.

Των κρατικών επιλογών, της απουσίας μιας κεντρικά σχεδιασμένης πολιτικής για την ψυχική υγεία που να εμπνέεται από τις αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Είναι πια φανερό ότι όταν η επίσημη Ελληνική πολιτεία μιλούσε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση εννούσε βασικά μια διαδικασία εξασφάλισης της Ευρωπαϊκής χρηματοδότησης από τη μία και των ευμενών σχολίων του ξένου αλλά και του Ελληνικού τύπου από την άλλη.

Του αρνητικού πολιτικού κλίματος το οποίο κυριάρχησε εμποδίζοντας οποιασδήποτε σε βάθος συζήτηση, του αρνητικού στην πλειοψηφία τους ρόλου των ΜΜΕ

Των επιλογών της επίσημης, της ακαδημαϊκής ψυχιατρικής, που παραμένει δέσμια του νομοθετικού μοντέλου, της ψυχοφαρμακολογίας, του βιολογικού τύπου θεραπειών.

Της έλλειψης εκπαίδευσης και εξειδίκευσης των στελεχών της ψυχικής υγείας όλων των κλάδων με κουλτούρα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Της απουσίας του κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου που να ρυθμίζει την τομεοποίηση, να θεσμοθετεί τις νέες δομές, να επιτρέπει το σχεδιασμό υπηρεσιών με βάση τις πραγματικές ανάγκες και όχι από τα πάνω ερήμην όσων καλούνται να υλοποιήσουν συγκεκριμένα σχέδια σε επίπεδο λειτουργών της ψυχικής υγείας αλλά και τοπικής κοινότητας.

Της τραγικά ανεπαρκούς παρέμβασης στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας πρόληψης. Η κοινότητα έμεινε έξω από τις διαδικασίες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης χωρίς καν μια στοιχειώδη ενημέρωση.

Της καθυστέρησης της Ελληνικής ψυχιατρικής πραγματικότητας που ενίσχυε ακόμα περισσότερο την αδράνεια των ασυλειακών δομών.

Της στάσης της επιστημονικής κοινότητας συνολικά.

Λίγοι συσπειρώθηκαν κάτω από τη σημαία των ριζικών αλλαγών στον χώρο της ψυχικής υγείας με αντιδρυσματική φιλοσοφία και πρακτική. Πολλοί από αυτούς που ανέλαβαν να υλοποιήσουν προγράμματα του Καν. 814/84 λειτούργησαν τελικά κάτω από το βάρος της πίεσης του κράτους και των μηχανισμών του στη βάση της λογικής του "εφικτού", ανίκανοι να εμπνεύσουν και να συσπειρώσουν τους πολλούς, που παρέμειναν αμέτοχοι, αδρανείς, ανοιχτά ή καλυμμένα αντίθετοι, πνιγμένοι στην αποθάρρυνση και τον πεσσιμισμό.

Στο μεταξύ η απρόσωπη γραφειοκρατία και το δημόσιο λογιστικό, ιδιαίτερα μέσα στα άσυλα, άλεθαν στις μυλόπετρές τους όνειρα, συνειδήσεις, αντοχές.

Μέσα σε αυτούς τους όρους η ψυχιατρική μεταρρύθμιση εξαντλήθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις, σε έργα βιτρίνας, ξενοδοχειακού τύπου βελτιώσεις και εξωραισμού των ασύλων. Οι συγκρούσεις που προκάλεσε αφορούσαν εν πολλοίς διαδικαστικά, οργανωτικά ζητήματα τεχνοκρατικής διαχείρισης κονδυλίων και όχι επιστημονικά και ιδεολογικά ζητήματα. Το μοντέλο της κλασσικής ψυχιατρικής παρέμεινε κυρίαρχο, συνθλίβοντας κάτω από το βάρος του κάθε διαφορετική αντίληψη και πρακτική. Όλοι μιλούσαν στο όνομα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης εννοώντας βεβαίως ο καθένας, διαφορετικά πράγματα.

Η αποτυχία λοιπόν της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα συνδέεται με όλα αυτά, χωρίς όμως να εξαντλείται σε αυτά. Αντανακλά πάνω απο όλα την κρίση αυτού του εγχειρήματος σε Ευρωπαϊκό, πάνω απο όλα επίπεδο, γιατί και η Ευρωπαϊκή ψυχιατρική όπως και όλη η διάρθρωση των συστημάτων υγείας της Ευρώπης εξακολουθεί να μένει δέσμια μιας νοσοκομειακής αντίληψης και πρακτικής. Γιατι η καταπιεστική και εν πολλοίς αντιθεραπευτική λειτουργία του ψυχιατρείου, ο εγκλεισμός, η απομόνωση του ψυχικά πάσχοντος από την κοινωνία συμπυκνώνει τον εγκλεισμό από την κρατούσα ψυχιατρική της ολότητας, της ύπαρξής του, την αναγωγή του σε ένα σύνολο συμπτωμάτων, κατηγοριοποιημένων με βάση κάποιο ταξινομητικό σύστημα, τον αποχωρισμό της αρρώστειας από τον άρρωστο άνθρωπο και του ανθρώπου από το κοινωνικό σύνολο.

Είναι γεγονός πλέον οτι δεν μπορεί να γίνει δεκτή η θεραπεία ψυχικά πασχόντων μέσα σε αποδεδειγμένα αντιθεραπευτικούς και καταπιεστικούς θεσμούς . Δεν είναι δυνατόν να γινεται δεκτό να παραπέμπεται, να αποκλείεται και να εγκλείεται ο σοβαρά ψυχικά πάσχων σε τέτοια ιδρύματα τη στιγμή που η

στοιχειώδη ιατρική δεοντολογία θα επέβαλε την περίθαλψη του στις υψηλότερου δυνατού επιπέδου θεραπευτικές συνθήκες.

Θα πρέπει να αναλάβουν την πλήρη κάλυψη όλου του φάσματος του ψυχιατρικού αιτήματος οι νέες μονάδες ψυχικής υγείας που υπάρχουν καθώς και άλλες που πρέπει να δημιουργηθούν και των οποίων διακηρυγμένος στόχος είναι η αναβάθμιση του διακεκριμένου υλικού της ψυχιατρικής.(Μάτσα Κατερίνα,1998)

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η πορεία της ψυχιατρικής επιστήμης από την πρωτογενή εφαρμογή της ως τις πλέον σύγχρονες τεχνικές είχε να αντιμετωπίσει πολλές δυσκολίες στην εφαρμογή της, δυσκολίες που πολλές φορές προήλθαν εκ των έσω. Εφόσον οι κοινωνικοί ιστοί αναδομούνται και εξελίσσονται, εξυπακούεται ότι οι γενικότερες προσπάθειες για τη συνεχή αναπροσαρμογή του ψυχιατρικού συστήματος ,υποχρεούνται να αναπτύσσονται και να βελτιστοποιούνται με μοναδικό στόχο την ομαλή αντιμετώπιση και πιθανώς επανένταξη των ψυχικά ασθενών στις κοινωνικές ομάδες. Είναι μια διαδικασία που απαιτείται να γίνει πραγματικότητα, διότι στο κεφάλαιο αυτό γίνεται φανερή η άθλια αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών τόσο από το κράτος και το κοινωνικό σύνολο, όσο και από την ίδια την επιστήμη της ψυχιατρικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο :Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η αποιδρυματοποίηση και το ψυχιατρείο της Λέρου έχουν αποτελέσει θέματα για πολλές επιστημονικές μελέτες.

Στο παρόν κεφάλαιο αυτό που επιδιώκουμε είναι να διαπιστώσουμε πόσο σημαντική και απαραίτητη είναι η έξοδος των ψυχικά ασθενών από τα ιδρύματα καθώς και πόσο δύσκολο και περίπλοκο μπορεί να είναι αυτό.

Επομένως θεωρήσαμε χρήσιμο να περιγράψουμε πρώτα την παραδοσιακή και την σύγχρονη ψυχιατρική , να αναλύσουμε τον αποιδρυματισμό , να μιλήσουμε για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τέλος να αναφερθούμε στο ψυχιατρείο της Λέρου. Έτσι λοιπόν πρώτα γίνεται περιγραφή της παραδοσιακής και σύγχρονης ψυχιατρικής και εντοπισμός των πιο σημαντικών διαφορών τους. Στην συνέχεια αναλύουμε τον όρο του αποιδρυματισμού και παραθέτουμε τις προϋποθέσεις για επιτυχημένη επανένταξη στην κοινότητα. Έπειτα γίνεται περιγραφή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και μια κριτική της αποασυλοποίησης στην Ελλάδα.

Τέλος, γίνεται αναφορά σε δυο μεγάλα ψυχιατρεία της Ελλάδας, σε αυτό της Λέρου και στο Δρομοκαίτειο και βλέπουμε την εξέλιξη τους μέσα στον χρόνο.

3.1 ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στην παραδοσιακή και στην σύγχρονη ψυχιατρική καθώς θα εντοπίσουμε και τις διαφορές τους. Η παραδοσιακή ψυχιατρική αναπτύχθηκε τον 19 αιώνα και στις αρχές του 20 αιώνα με τους μεγάλους κλινικούς ψυχιάτρους. Η σύγχρονη ψυχιατρική, χρησιμοποιώντας

μεθόδους διάγνωσης της κλασσικής ψυχιατρικής και αυτές της θεραπείας-σύγχρονη φαρμακολογία- και επιπλέον τις μεθόδους που πήγασαν από την ψυχανάλυση, και βασιζόμενοι στην μεθοδολογία της κοινωνικής ψυχιατρικής, οργάνωσε εντελώς καινούργιες μονάδες και νέους τρόπους αξιολόγησης για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών παθήσεων. (Χαρτοκόλλης, 1984)

Στόχος της παραδοσιακής ψυχιατρικής ήταν μόνο η θεραπεία ατόμων, ενώ στην σύγχρονη ψυχιατρική οι στόχοι περιλαμβάνουν την πρόληψη, την θεραπεία ασθενών, και την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας όχι μόνο ατόμων αλλά και ολόκληρων οικογενειών και ομάδων πληθυσμού. Όσον αφορά την θεραπεία, η παραδοσιακή ψυχιατρική χρησιμοποιεί κυρίως φάρμακα και ηλεκτροσόκ, συμβουλές και καθοδήγηση. Επιπλέον συστήνει στους ασθενείς ανάπαυση. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή ψυχιατρική η σύγχρονη χρησιμοποιεί ως το πιο πολύτιμο μέσο τα φάρμακα. Επίσης αντί για συμβουλές και καθοδήγηση χρησιμοποιεί την υποστηρικτική ή την ψυχαναλυτική θεραπεία και αντί για την ανάπαυση, την απασχολησιοθεραπεία. Η παραδοσιακή ψυχιατρική εξασκείται κυρίως στα ιατρεία ή στα δημόσια ψυχιατρεία και τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Η σύγχρονη ψυχιατρική εξασκείται στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, στα νοσοκομεία ημέρας και στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων. Η ατμόσφαιρα των παραδοσιακών ιδρυμάτων είναι ασυλιακή, κουστωδιακή και περιοριστική, σε αντίθεση με τα σύγχρονα ιδρύματα τα οποία είναι ανοικτά, είναι μονάδες που διοικούνται με την συμμετοχή των ασθενών και αποτελούν μια θεραπευτική κοινότητα. Αλλά και στην ίδια την επίσημη διοίκηση, η σύγχρονη ψυχιατρική έχει αντικαταστήσει την πυραμίδα της ιεραρχίας με την συνεργασία ισότιμων ειδικών. Άλλωστε μόνο στην σύγχρονη ψυχιατρική προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εκτός από τους ειδικούς ψυχιάτρους και άλλες ειδικότητες όπως π.χ., οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, απασχολησιοθεραπευτές και ειδικοί παιδαγωγοί. Τέλος από γεωγραφική σκοπιά, τα χαρακτηριστικά των παραδοσιακών ιδρυμάτων είναι η συγκέντρωση των ιατρείων σε μεγάλα αστικά κέντρα ενώ οι σύγχρονες μονάδες

είναι αποκεντρωμένες και βρίσκονται μέσα στην κοινότητα.(Χαρτοκόλλης, 1984)

Η παραδοσιακή ψυχιατρική προκειμένου να επιβιώσει από την εισβολή άλλων πιο σύγχρονων θεωριών και μεθόδων, αποδύθηκε σε μια προσπάθεια αναζήτησης αντιστηριγμάτων ώστε να διασφαλίσει την θέση της στον ψυχιατρικό χώρο. Οι προσπάθειες που έκανε περιλαμβάνουν τον χώρο της ιατρικής τεχνολογίας, της νευρολογίας, τον χώρο της βιολογίας, της νευροχειρουργικής, της νευροφυσιολογίας, και της ψυχο-φαρμακολογίας. Στον χώρο της ιατρικής τεχνολογίας εισήγαγε τον ηλεκτροεγκεφαλογράφο για την μελέτη της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου. «Η εγκεφαλική βιοηλεκτρική δραστηριότητα που καταγράφεται στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, δεν καταδειχνει καμία απολύτως σχέση ανάμεσα σε αυτήν και την ψυχική ασθένεια. Στον χώρο της νευρολογίας ανοίγει το κεφάλαιο της ψυχιατρικής «θεραπείας με σοκ». Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε για να αντιμετωπιστούν η σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές διαταραχές. Η μέθοδος αυτή δεν έχει κανένα θεραπευτικό αποτέλεσμα(αν και εφόσον δεν θεωρείται θεραπευτικό αποτέλεσμα, η καταστολή). Επιπλέον προκαλεί μια πλειάδα σημαντικών παρενεργειών(καρδιαγγειακών, αναπνευστικών, σκελετικών, νευρικών, ψυχικών και βιοχημικών) κι έχει πολλές αντενδείξεις. Με αποτέλεσμα το αναμενόμενο όφελος να μην αντισταθμίζει την προκαλούμενη βλάβη, ακόμα και στην περίπτωση που γίνει αποδεκτή η υπόθεση της όποιας χρησιμότητάς της. Σύμφωνα με τον καθηγητή ψυχιατρικής Th. Szasz: «τα ηλεκτροσόκ είναι «θεραπευτικά» μέσα που αλλοιώνουν ύπουλα την θέληση του Άλλου...είναι στην κυριολεξία έγκλημα που διαπράττεται σε βάρος του δυστυχισμένου ατόμου που το υφίσταται. Κι αυτό όχι μόνο εξαιτίας της οδύνης που δοκιμάζει το θύμα τη στιγμή του σοκ, αλλά κυρίως λόγω της ανήκεστης βλάβης που προκαλεί...» Στον χώρο της ψυχο-φαρμακολογίας, τα ψυχοτρόπα φάρμακα παρόλη την τρομακτική διάδοση τους, όχι μόνο δεν έλυσαν αλλά αντίθετα επιδείνωσαν το πρόβλημα «ψυχική αρρώστια». Έτσι, ενώ

από την μια μεριά το ψυχοφαρμακολογικό οπλοστάσιο συνεχώς πλουτίζεται και ανανεώνεται, από την άλλη τα κρούσματα των «ψυχικών διαταραχών» ακολουθούν μια ανησυχητική αυξητική πορεία καταδείχνοντας ότι ανάμεσα στον σταθερά αυξανόμενο αριθμό των διαθέσιμων ψυχοτρόπων φαρμάκων και στον συνεχώς διογκούμενο αριθμό των διαγνωσμένων «ψυχικών διαταραχών». Υπάρχει μια πασιφανής και ευαπόδεικτη αναλογική σχέση. Τα ψυχοφάρμακα δεν άδειασαν τα ψυχιατρεία. Η σταθερή αύξηση των ψυχιατρικών κρεβατιών σε σχέση με το σύνολο των νοσοκομειακών κρεβατιών, σε παγκόσμια κλίμακα, αποδειώνει πως τα ψυχοτρόπα όχι μόνο δεν άδειασαν τα ψυχιατρεία, αλλά αντίθετα τείνουν να ψυχιατροποιήσουν και τα νοσοκομεία. Κι ακόμα τα ψυχοφάρμακα δεν θεραπεύουν τις «ψυχικές αρρώστιες». Η συνεχής ραγδαία αυξητική πορεία των ψυχικών διαταραχών που διαπιστώνεται σε παγκόσμια κλίμακα, αποτελεί μια αδιάψευστη απόδειξη για αυτό.»(Γρίβας, 1985)

3.2. Η ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Σύμφωνα με τον Rotelli (1989), ο αποιδρυματισμός των ψυχιατρικών θεσμών ή της παραδοσιακής λογικής προηγείται εκείνου του αποιδρυματισμού του ίδιου του ασύλου. Οι ψυχιατρικοί θεσμοί περικλείουν την παραδοσιακή ιατροκεντρική λογική της σχέσης άρρωστος (νοσηλεύόμενος)- υγιής (θεραπευτής ή συγγενής ή οποιοσδήποτε τρίτος).» (Μαδιανός, 2005)

« Η ιδεολογία της χειραφέτησης θέτει την προϋπόθεση για μια υπονόμηση και ανατροπή της παραδοσιακής ψυχιατρικής λογικής με την χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη ενός διαφορετικού τύπου σχέσεων μεταξύ θεραπευμένων και θεραπευτών μέσα στο πλαίσιο της πραγματικότητας της σχέσης υγείας- αρρώστιας, όπου θεραπευμένοι και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς διαχωριστικά όρια μεταξύ τρέλας και υγείας, αφού και οι δυο αυτές έννοιες είναι ρευστές, μεταβλητές καταστάσεις. Η τοποθέτηση αξεπέραστων ορίων μεταξύ των λεγόμενων υγιών και των

λεγόμενων τρελών διαιώνίζει τον τεχνητό ιδρυματισμό με τους μηχανισμούς του στιγματισμού, της ετικετοποίησης, της απαισιοδοξίας και της παραίτησης από κάθε αλλαγή.» (Μαδιανός,2005)

«Η ομαλοποίηση της ζωής ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες στην κοινότητα απαιτεί την ομαλοποίηση των ιδεών και των σχέσεων. Η κουλτούρα της αυτάρκειας, κατά τον Rotelli, διαιώνίζει την ύπαρξη των ασύλων, δηλαδή την ύπαρξη δομών περιχαρακωμένων ή νησίδων εξορίας εγκλείστων, συμβολικών ή ουσιαστικών, που εμφανίζουν αυτάρκεια οικονομική, πολιτική και ιδεολογική. Η κουλτούρα της αυτάρκειας ενυπάρχει και στους μη εγκλείστους.»(Μαδιανός,2005)

«Σύμφωνα με τον Dell Aqua, ψυχίατρο της ιστορικής ομάδας Basaglia, ο αποιδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του ψυχιατρείου. Αποιδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητήσουμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει. Αποιδρυματισμός είναι το να έρθουμε στην θέση του αρρώστου, να του δώσουμε την δυνατότητα να διαπραγματευθεί την θεραπεία του. Ιδρυματισμός είναι όταν λέμε ο άρρωστος μου, ο γιατρός μου ακόμα κι αν εργαζόμαστε στην κοινότητα.» (Μαδιανός,2005)

3.3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

«Ο πληθυσμός των χρόνιων ψυχικά αρρώστων, εγκλείστων συνήθως, εμπλέκεται σε δραστηριότητες μέσα στο ίδρυμα που έχουν ως στόχο την κινητοποίηση του, την ενίσχυση γνωσιακών λειτουργιών και την αύξηση του επιπέδου αυτοφροντίδας. Οι δραστηριότητες αυτές, με την ευρεία έννοια, είναι αποκαταστασιακές, ενώ, αντίθετα, κάθε εργασία που παρέχει ο άρρωστος με την μορφή αγγαρείας δε θεωρείται <<αποκατάσταση>>. Η ψυχιατρική αποκατάσταση στο ίδρυμα βασίζεται στην εργοθεραπεία.

Η εργοθεραπεία είναι πολυδύναμη με χρήση απλών υλικών (όπως χαρτόνι, χαρτί, γυαλί, ξύλο) και ελεγχόμενων εργαλείων με στόχο την αύξηση του οπτικοκινητικού συντονισμού της συγκέντρωσης και της προσοχής. Παράλληλα γίνονται ομαδικές ψυχαγωγικές δραστηριότητες που τείνουν να ενισχύσουν την κρίση, το απόθεμα των γνώσεων και άλλες γνωσιακές λειτουργίες. Πιο οργανωμένα προγράμματα στοχεύουν στην χρήση συγκεκριμένων επαγγελματικού τύπου εργαλείων σε εργαστήρια ξυλουργικής, ραπτικής, μικροτεχνίας, βιβλιοδεσίας, μικροκατασκευών, ενώ άλλος αριθμός νοσηλευόμενων μπορεί να ασχολείται με κηπουρικές εργασίες και την ανθοκομεία. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να ενταχθούν ακόμη και σε πλαίσια συνεργατικών. Τέτοιες συνεργατικές , λειτούργησαν και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και στο αντίστοιχο της Θεσσαλονίκης.

Τέλος ,υπάρχουν παραδείγματα ψυχιατρείων στα οποία λειτουργούσαν ομάδες μουσικής, χορού και θεάτρου, με κλασσικό παράδειγμα τις παραστάσεις αρχαίου δράματος στη δεκαετία του 1970 στο Δρομοκαίτειο.

Η ψυχιατρική αποκατάσταση στο Ψυχιατρικό Ίδρυμα ασκείται στο πλαίσιο της προετοιμασίας των εγκλείστων για μελλοντική έξοδο στην κοινότητα μέσα από το πρόγραμμα αποιδρυματισμού.»(Μαδιανός, 2005)

3.4. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

«Ο κύριος στόχος του αποιδρυματισμού είναι η επανένταξη των εγκλείστων στην κοινότητα.

Η επιτυχημένη επανένταξη απαιτεί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. συναίνεση του εγκλείστου να αποιδρυματιστεί.

Έχει παρατηρηθεί σε πολλές περιπτώσεις στο εξωτερικό αλλά και στην Ελλάδα ένα ποσοστό αρρώστων να επιστρέφουν στο ψυχιατρείο γιατί δεν άντεξαν την αλλαγή στην ζωή τους.

2. κατάλληλη προετοιμασία των υποψηφίων ώστε να είναι επιτυχής η παραμονή τους στην κοινότητα με δοκιμαστικές εξόδους και μικρής διάρκειας παραμονής στην κοινότητα

3. διερεύνηση των αδυναμιών και προβλημάτων που έχουν οι πιο «δύσκολοι» στην επανένταξη στην κοινότητα.

4. επιλογή κατάλληλων χώρων διαμονής σε περιοχές που έχουν ελεγχθεί ως προς τυχόν αντιδράσεις της κοινότητας.

5. διασύνδεση των στεγαστικών δομών με υπηρεσία ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

6. ίσως οι πιο σοβαρές περιπτώσεις χρόνιων αρρώστων να τοποθετούνται σε νοσοκομειακούς ξενώνες και να νιώθουν ασφάλεια.

7. ο αποιδρυματισμός να είναι σταδιακός και όχι βίαιος, γιατί οδηγεί στο γνωστό φαινόμενο των αστέγων, κάτι που συνέβη στις ΗΠΑ και σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες.» (Μαδιανός, 2005)

Τα προβλήματα της αποκατάστασης ενός ψυχικά αρρώστου συνεχίζουν και με την ανυπαρξία ενός κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος ή την απροθυμία της υπάρχουσας οικογένειας να τον συμπεριλάβει στον κύκλο της ως ισότιμο και άξιο σεβασμού και εμπιστοσύνης μέλος της. «Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι για ένα σημαντικό αριθμό χρόνιων αρρώστων σε δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα δεν υπάρχει τρόπος να γίνει επανασύνδεση με τους δικούς τους, που συχνά τους εγκαταλείπουν εκεί και εξαφανίζονται.» (Χαρτοκόλλης, 1984)

«Όπου υπάρχει οικογένεια και ενδιαφέρεται η ιδέα της αποκατάστασης του αρρώστου, πρέπει να αντιμετωπίζεται κυριολεκτικά από την πρώτη μέρα της

νοσηλείας του, να γίνεται όρος και σκοπός συναρτημένος με την είσοδο του στο νοσοκομείο. Από την πρώτη επαφή η οικογένεια του αρρώστου θα πρέπει να καταλάβει πως η συμμετοχή της στην απόφαση να νοσηλευτεί ο άνθρωπος της σημαίνει κάτι το πολύ πιο προσωπικό και υπεύθυνο από την απόφαση να τον αποχωριστεί. Θα πρέπει η οικογένεια να καταλάβει ότι η συνεργασία της κατά την διάρκεια νοσηλείας του αρρώστου, αρχίζοντας από την χωρίς επιφύλαξη αναφορά στο προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του και συνεχίζοντας

με την τακτική συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις με τον άρρωστο και τον γιατρό του ή άλλα μέλη του κλινικού προσωπικού, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ψυχιατρικής περίθαλψης, που απαιτείται για μια ευνοϊκή έκβαση της πορείας του αρρώστου, τόσο κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, όσο και για την περίοδο της ανάρρωσης. Θα πρέπει να προβλεφθεί ότι η ανάρρωση αυτή θα απαιτήσει την εξακολούθηση της θεραπείας με φάρμακα, με ψυχοθεραπεία και με τα δυο, για αρκετό καιρό στο σπίτι, κι όχι στο νοσοκομείο. Με άλλα λόγια, είναι ανάγκη οι συγγενείς να καταλάβουν ότι ο άρρωστος πρέπει να ξαναγυρίσει στο οικογενειακό του περιβάλλον και στην ανοικτή κοινωνία όσο το δυνατό νωρίτερα, δηλαδή μόλις το επιτρέψει η κατάσταση του και οι συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι. Μια τέτοια έγκαιρη επιστροφή θα εξαρτηθεί πολύ από την αλληλοκατανόηση που θα επιτευχθεί με την βοήθεια του ψυχιάτρου και των συνεργατών του στο νοσοκομείο. Και εδώ ακριβώς είναι βέβαια που η ανεπάρκεια του προσωπικού, αριθμητικά αλλά και στην ικανότητα του να αντιμετωπίζει τον άρρωστο ψυχοθεραπευτικά ή απλώς ανθρωπιστικά, σαν άρρωστο και όχι σαν σημαδεμένο ή αντικείμενο καταφρόνιας και φόβου, κάνει το ίδρυμα άσυλο και τους αρρώστους ανάπηρους δια βίου.» (Χαρτοκόλλης, 1984)

Ένας τρόπος προκειμένου να καταπολεμηθεί ο στιγματισμός του ψυχιατρικού αρρώστου από την κοινωνία είναι και η ύπαρξη των ψυχιατρικών μονάδων στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Όσον αφορά για την αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων που δεν έχουν την δυνατότητα να ξαναγυρίσουν στην οικογένεια τους, ή όπου η οικογένεια εξακολουθεί να παραμένει παθογόνος, είναι ανάγκη να βρεθεί καινούργιο κατάλληλο για μια τέτοια αποκατάσταση περιβάλλον. Η ύπαρξη φορέων ανοικτής περίθαλψης (όπως ιατρεία αποθεραπείας, νοσοκομεία ημέρας και εργαστήρια προστατευμένης εργασίας κτλ.) θα μπορούσε να προσφέρει μια τέτοια λύση. Παρόλα αυτά έχουν γίνει πολλές προσπάθειες με την ανάπτυξη των κέντρων ψυχικής υγιεινής, που όμως δεν απέδωσαν και η αποκατάσταση ενός μεγάλου αριθμού ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα δεν επιτεύχθηκε. Πολλοί εγκαταλείφθηκαν σε ένα αφιλόξενο και επικίνδυνο περιβάλλον και άλλοι μπεινοβγαίνουν στα ίδια νοσοκομεία, μεταβάλλοντας την στατιστική της μακροχρόνιας νοσηλείας και την κατηγορία της ασυλοποίησης σε μια στατιστική πολλαπλών, σύντομων περιόδων νοσηλείας, που ουσιαστικά δεν προσφέρουν θεραπεία παρά μόνο πρόσθετη ταλαιπωρία και κίνδυνο τόσο για τους αρρώστους όσο και στην κοινωνία. (Χαρτοκόλλης, 1984)

3.5. Ο ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

«Ο αποιδρυματισμός των ψυχιατρικών αρρώστων, από τους οποίους το 50 έως 70% ήταν χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι, έκανε ορατή την ύπαρξη τους μέσα στην κοινότητα.

Για παράδειγμα στις ΗΠΑ στο τέλος της δεκαετίας του 1980 υπολογίζεται ότι 4-5 εκατομμύρια ενήλικες υπέφεραν από τις επιπτώσεις σοβαρής ψυχιατρικής νόσου, η οποία είχε χρόνια πορεία και στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν κάποια σχιζοφρενικού τύπου ψύχωση.

Ένας αριθμός ερευνών στις ΗΠΑ και την Μεγάλη Βρετανία κατά την δεκαετία του 1960, γύρω από την επάνοδο των αρρώστων στην κοινότητα, απέδειξε ότι ένα ποσοστό ψυχιατρικών αρρώστων μεγαλύτερο από το 6,5% επιστρέφει στην οικογένεια του.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 μόνο 50-60000 ψυχικά άρρωστοι παρέμεναν σε ψυχιατρεία στις ΗΠΑ από τα 4-5 εκατομμύρια αρρώστους, ενώ περίπου ένα εκατομμύριο διέμεναν σε οικοτροφεία.

Μερικές ακόμη έρευνες κατέληξαν στα ίδια περίπου ευρήματα με τις προηγούμενες.

Από τις έρευνες αυτές, που όλες είχαν στόχο την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων στην κοινότητα, προέκυψαν ορισμένα γενικά κοινά συμπεράσματα: 1) οι περισσότεροι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι, αν και φαίνεται ότι λειτουργούν, στην πραγματικότητα λειτουργούν περιθωριακά. 2) η επαρκής και συνεχής παροχή υπηρεσιών στα κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής με ιδιαίτερη έμφαση στην επανένταξη, σχετίζεται άμεσα με το προηγούμενο δεδομένο. 3) η αποδοχή ή όχι του αρρώστου από την οικογένεια και την κοινότητα είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την παραμονή του χρόνιου ψυχωσικού έξω από το άσυλο. 4) η προ-νοσηρή κατάσταση του χρόνιου ψυχωσικού, από άποψη εκπαίδευσης, επαγγέλματος, απασχόλησης ή οικογενειακής κατάστασης, δεν βρέθηκε να επηρεάζει την πρόγνωση για επανεισαγωγή στο άσυλο, όσο η κατάστασή του, από πλευράς κοινωνικής λειτουργικότητας, από την στιγμή της έναρξης της νόσου μέχρι την εγκατάσταση του στην κοινότητα. 5) η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής σε δόσεις συντήρησης προλαμβάνει τις τυχόν υποτροπές σε σημαντικό ποσοστό. 6)

απαραίτητη είναι η ανοχή των αρρώστων σε ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής όπως επίσης και 7) η αποδοχή της πραγματικότητας από τον άρρωστο, ότι δηλαδή αντιμετωπίζει δυσκολίες στην καθημερινή του ζωή και αγωνίζεται να τις υπερνικήσει.» (Μαδιανός, 2005)

3.6. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

3.6.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε πολλές χώρες, ιδίως στη Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική έχουν γίνει ριζικές αλλαγές στο σύστημα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Παραδοσιακά οι ψυχιατρικοί ασθενείς είτε νοσηλεύονταν σε νοσοκομεία και κλινικές, που είχαν συνήθως τη μορφή ασύλου, είτε παρακολουθούνταν από ψυχιάτρους σε δημόσια ή ιδιωτικά ιατρεία. Στις νοσοκομειακές δομές συγκεντρώνονταν (συχνά στοιβάζονταν κατά κυριολεξία) και παρέμεναν έγκλειστοι, μερικές φορές δια βίου, ασθενείς με σοβαρές διαταραχές που προέρχονταν από τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού. Τα δημόσια ιατρεία δέχονταν ασθενείς με ελαφρότερες διαταραχές, ασφαλισμένους σε ταμεία. Σε πολλές περιπτώσεις η επιστημονική δραστηριότητα που αναπτυσσόταν σε αυτά περιοριζόταν σε συνοπτική εξέταση και κατά κόρον συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων. Τα ιδιωτικά ιατρεία ήταν προσιτά μόνο σε ασθενείς από τα πλουσιότερα κοινωνικά στρώματα, οι οποίοι υποβάλλονταν εκεί μερικές φορές σε μακροχρόνιες ψυχοθεραπείες. Η παραδοσιακή Ψυχιατρική αντιμετώπιζε τις ψυχικές διαταραχές είτε ως οργανικές βλάβες (οι σοβαρότερες από τις οποίες θεωρούνταν δυσίατες ή ανίατες), είτε ως εκφράσεις έντονων εσωτερικών ψυχοσυγκρούσεων του ατόμου. Πολύ λίγο λαμβανόταν υπόψη οι παρούσες και οι πρόσφατες περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιδράσεις. Η θεραπεία αναλαμβανόταν εξ ολοκλήρου από τον ψυχίατρο. Οι νοσηλευτές συνήθως ήταν ανειδίκευτοι και λειτουργούσαν ως εκτελεστικά όργανα, ή ως φύλακες των έγκλειστων ασθενών. Η θεραπευτική παρέμβαση αποσκοπούσε στον περιορισμό ή την εξάλειψη των θεωρούμενων ως παθολογικών συμπτωμάτων, ή (σε ορισμένες περιπτώσεις ψυχοθεραπείας) στην αναδόμηση της προσωπικότητας του ασθενούς. Συνήθως λίγη σημασία δινόταν στην πρόληψη της εκδήλωσης και της υποτροπής των διαταραχών και στην κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών.

Από τα μέσα περίπου του 20ού αιώνα αναπτύχθηκε η Κοινωνική Ψυχιατρική(ως μεταρρυθμιστικό κίνημα και ως επιστημονικός κλάδος).Στα πλαίσια της νέας αντίληψης το παραδοσιακό σύστημα οργάνωσης και λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών εκτιμήθηκε ως ανορθολογικό, πολυδάπανο, αντιεπιστημονικό, άδικο, απάνθρωπο. Ο δια βίου εγκλεισμός των ασθενών, η περιθωριοποίηση τους, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των ψυχιατρικών υπηρεσιών και σύνδεσης με την κοινότητα στην οποία ζει ο ασθενής, η αδυναμία οργάνωσης προγραμμάτων πρόληψης, θεωρήθηκαν θεμελιώδεις αδυναμίες του παλαιού συστήματος.

Η κίνηση για τη μεταρρύθμιση του τρόπου παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών ενισχύθηκε από ορισμένες κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις όπως :

A) Η εξάπλωση των σοσιαλιστικών ιδεών και προτύπων, τα οποία προβάλλουν την κοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Δεν είναι τυχαίο ότι από τις πρώτες χώρες που προώθησαν, πριν από αρκετές δεκαετίες, πρωτοπόρα για την εποχή τους προγράμματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ήταν η Σοβιετική Ένωση.

B) Η ευαισθητοποίηση της παγκόσμιας κοινής γνώμης, για τα δικαιώματα των ανθρώπων, ιδίως των κοινωνικών μειονοτήτων, των μειονεκτούντων ατόμων, αυτών που παρουσιάζουν εκδηλώσεις αποκλίνουσας συμπεριφοράς.

Γ) Η βελτίωση του βιοτικού και του πολιτιστικού επιπέδου μεγάλων στρωμάτων του πληθυσμού.

Δ) Η ανακάλυψη μετά των 1950 διαφόρων κατηγοριών ψυχοφαρμάκων, τα οποία άλλαξαν ριζικά την κλινική εικόνα και την πρόγνωση αρκετών ψυχικών διαταραχών.

Οι κυριότεροι επιστημονικοί κλάδοι της Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι : Ψυχιατρική Επιδημιολογία, Προληπτική Ψυχιατρική, Κοινωνική Ψυχιατρική, Διοικητική Ψυχιατρική, Διαπολιτιστική Ψυχιατρική.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική στηρίζεται στην οργάνωση ενός νέου συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών, το οποίο δίνει έμφαση στην προσέγγιση και την ενεργοποίηση της κοινότητας. Ως κοινότητα συνήθως ορίζεται κάθε σύνολο ατόμων που έχουν άτυπες, άμεσες και προσωπικές σχέσεις μεταξύ τους, ενώ παράλληλα καθένα από αυτά έχει επίγνωση ότι συνδέεται με τα άλλα σε ένα ιδιαίτερο σύνολο.

Τα μέλη μιας οικογένειας, οι μαθητές μιας τάξης, οι εργαζόμενοι ενός εργοστασίου, οι κάτοικοι μιας γειτονιάς ή ενός χωριού μπορεί να αποτελούν κοινότητα.

Χωρίς αμφιβολία, λοιπόν μια από τις πιο ριζοσπαστικές κινήσεις σε πολιτικό-κοινωνικό επίπεδο ήταν η αποασυλοποίηση και το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων, τουλάχιστον στις χώρες της δύσης. Στη Μ. Βρετανία, από το 1950 πάνω από 45 μεγάλα ψυχιατρεία έκλεισαν οριστικά . Στην Αμερική, ο πληθυσμός των χρόνιων ασθενών στα κρατικά ψυχιατρικά νοσοκομεία έπεσε περισσότερο από 90% τις τελευταίες 4 δεκαετίες. Στην Ιταλία ο περίφημος νόμος 180 που ψηφίστηκε το 1978 απαγόρευσε στην ουσία τις νέες εισαγωγές και προέβλεψε την δημιουργία καινούργιων "δομών" στη κοινότητα.

Παρόμοιες πρωτοβουλίες έλαβαν όλα τα κράτη της Δύσης. Στην χώρα μας, ύστερα από την δραματική δημοσιότητα που έλαβε η κατάσταση που επικρατούσε στην 'αποικία ψυχοπαθών της Λέρου', δημιουργήθηκε τα τελευταία 15 έτη μια σημαντική υποδομή που εγγυάται τόσο την συνέχεια και ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης όσο και την δημιουργία εναλλακτικών μορφών φροντίδας, που να είναι αφενός αποτελεσματικές και αφετέρου θα σέβονται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών.

Αυτή η μεταβολή του κέντρου βάρους της αντιμετώπισης, από το νοσοκομείο στην κοινότητα, συχνά αναφέρεται και στην χώρα μας ως 'Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση'. Ο όρος υποδηλώνει κάτι θετικό, ότι δηλαδή με

την αλλαγή αυτή θα ικανοποιηθούν καλύτερα οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Προϋποθέτει όμως δύο τουλάχιστον πράγματα : Πρώτο, να ορίσουμε τι σημαίνει 'ψυχική διαταραχή' και δεύτερο να ξεδιαλύνουμε το επιδημιολογικό πρότυπο των ψυχικών διαταραχών ώστε να κατανοήσουμε την 'ανάγκη' για φροντίδα.

Με μια διάθεση υπεραπλούστευσης, θα μπορούσαμε να ορίσουμε ως 'ψυχική διαταραχή' κάθε διαταραχή που επηρεάζει τις ανώτερες λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (προσοχή, συγκέντρωση, σκέψη, αντίληψη, συναίσθημα, κρίση, ικανότητα σχεδιασμού και εκτέλεσης κ.λ.π.) και γίνεται εμφανής στην

συμπεριφορά του ατόμου ή επιδρά στο επίπεδο λειτουργικότητάς του.

Η αληθινή διάσταση του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών φάνηκε από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν στην κοινότητα και δευτερευόντως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) σε διάφορες χώρες του κόσμου.

Το πρώτο σημαντικό επίτευγμα των μελετών αυτών ήταν η αναγνώριση ότι υπάρχουν πολλών ειδών ψυχικές διαταραχές. Αν και στις μέρες μας θεωρείται αυτονόητο να μιλάμε για 'ψυχικές διαταραχές' (στο πληθυντικό), πριν από λίγες δεκαετίες (αλλά και πιθανότατα ακόμα και σήμερα στην λαϊκή αντίληψη της 'ψυχασθένειας') η ιδέα αυτή δεν ήταν απόλυτα εδραιωμένη και ένα είδος συνεχούς που μπορούσε να οδηγήσει από την νεύρωση στην ψύχωση ήταν ευδιάκριτο στην επιστημονική γραφή της εποχής.

Ήταν επιτυχία της Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας η κατάδειξη του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου ποικίλων ψυχικών διαταραχών, όσον αφορά τόσο τον επιπολασμό τους στην κοινότητα όσο και τους διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου και την φυσική τους ιστορία / πρόγνωση.

Το δεύτερο σημαντικό επίτευγμα της ψυχιατρικής επιδημιολογίας ήταν η σωστή αποτύπωση της εικόνας που παρουσιάζουν οι ψυχικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό αλλά και στην Π.Φ.Υ.

Σχεδόν όλες οι μελέτες στον κόσμο, έδειξαν ότι οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές είναι εκείνες που προκαλούν τη μεγάλη επιβάρυνση στη Δημόσια Υγεία. Σοβαρές διαταραχές όπως η Σχιζοφρένεια ή η Μανιοκατάθλιψη, αν και προκαλούν σημαντικό βαθμό ανικανότητα σε ατομικό επίπεδο, λόγω της σπανιότητάς τους δεν επιβαρύνουν συνολικά την Δημόσια Υγεία στον βαθμό που το κάνουν οι συχνές ψυχικές διαταραχές.

Η επισήμανση αυτή είχε σημαντικές συνέπειες. Οι ψυχίατροι, παραδοσιακά ασχολούμενοι με την ψύχωση και γενικότερα με τον ασθενή που παρουσιάζει σοβαρή ψυχική διαταραχή, δεν ήταν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τα ήπια και πιθανότατα αυτό-περιοριζόμενα προβλήματα που απασχολούν τους πολλούς.

Από την άλλη, η έλλειψη ερευνητικών δεδομένων ιδιαίτερα στον τομέα της διάγνωσης και της θεραπείας ήταν εμφανής. Αυτό το κενό έχει σήμερα περιοριστεί σημαντικά. Ένα μεγάλο ερευνητικό σώμα έχει ήδη συσσωρευτεί γι' αυτό που συνήθως αποκαλείται 'Κοινές Ψυχικές Διαταραχές' (common Mental Disorders). Οι διαταραχές αυτές αφορούν περίπου το 15% έως 20% του γενικού πληθυσμού και το 25% των ασθενών στην Π.Φ.Υ.

Τονίζεται ιδιαίτερα, η σημαντική συμβολή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αιτιολογία, η συχνή αυτοίαση, η σημαντικού βαθμού επικάλυψη με άλλες κοινές διαταραχές και η συχνή αντιμετώπιση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο χωρίς καταφυγή σε ειδικό ψυχίατρο.

Οι πιο σημαντικές διαγνώσεις που απαρτίζουν τις κοινές ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού / η κοινωνική φοβία, οι ειδικές φοβίες, η χρόνια κόπωση ('νευρασθένεια'), και οι μη ψυχωτικές καταθλιπτικές διαταραχές.

Το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συχνά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

3.6.2. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΕΟΚ 815/84

Ακολουθεί νομοθετικό πρόγραμμα που αφορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83). Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 ακούγονται εντονότερα ορισμένες φωνές διαμαρτυρίας για την εξαθλίωση της ιδρυματικής ψυχιατρικής. Εμφανίζονται οι πρώτες συστηματικές μελέτες, είτε σχετικά με την ιστορία της ψυχιατρικής είτε αναφορικά με την ιδρυματική ψυχιατρική περίθαλψη και τις συνθήκες των εγκλειστών στα ελληνικά ψυχιατρεία.

Το 1979 καταγράφονται σε οκτώ δημόσια ψυχιατρεία 7.276 έγκλειστοι (4.446 άνδρες, 2.830 γυναίκες). Το 50% είναι άνω των 50 ετών, ενώ 75% του συνόλου δεν έχει κατά την διάρκεια του εγκλεισμού του καμία ενδιάμεση έξοδο από τα ψυχιατρεία. Σε 6.797 έγκλειστους, το 18,6% παραμένει μέχρι τρία

χρόνια σε ψυχιατρεία, το 24,4% από τρία έως δέκα χρόνια ,το 27,2% από δέκα έως είκοσι χρόνια και το 29,7% πάνω από είκοσι χρόνια.

Διαπιστώνεται ότι οι συνθήκες στα ελληνικά ψυχιατρεία είναι απάνθρωπες. Υλικοτεχνική υποδομή και συνθήκες διαβίωσης φτάνουν σε ακραία όρια υποβάθμισης. Η ολοκληρωτική εγκατάλειψη και παραμέληση των εγκλείστων είναι το κοινό χαρακτηριστικό των δημόσιων ψυχιατρείων. Η φύλαξη και η διατήρηση της ιδρυματικής τάξης αποτελούν τους βασικούς <<θεραπευτικούς>> στόχους. Το μεγαλύτερο μέρος των οικονομικών πόρων διατίθεται για λειτουργικά έξοδα και ψυχοφάρμακα. Το ειδικευμένο προσωπικό συγκεντρώνεται στα αστικά άσυλα χωρίς όμως αυτό να διαφοροποιεί σημαντικά τις συνθήκες από τα περιφερειακά ψυχιατρεία.

Οι συνθήκες στη Λέρο , ακραία έκφραση της ιδρυματικής αθλιότητας, ενεργοποιούν τις πρώτες οργανωμένες διαμαρτυρίες υποκινούμενες από ομάδα αγροτικών ιατρών και άλλων επιστημόνων που συγκροτούν την <<Ομάδα της Λέρου>>.

Ξεκινά συστηματική προσπάθεια καταγγελίας των συνθηκών και ενημέρωσης διαφόρων οργανισμών και του κοινού εντός και εκτός της χώρας.

Το <<Ελληνο-Γαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής>>, που πραγματοποιήθηκε το 1981, αναδείχθηκε σε βήμα συστηματικής προσέγγισης των μεταρρυθμιστικών αναγκών, συζήτησης γύρω από την υποβαθμισμένη πραγματικότητα της ιδρυματικής ψυχιατρικής και συζήτησης για νέες εξωνοσοκομειακές ψυχιατρικές δομές.

Η επεξεργασία του <<Εθνικού Συστήματος Υγείας>> και η ένταξη της Ελλάδας στην ΕΟΚ στη συνέχεια, αναδεικνύονται σε δύο σημαντικά γεγονότα γι' αυτό και το 1984 θα χαρακτηριστεί ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Το ειδικό μνημόνιο της ελληνικής κυβέρνησης προς την ΕΟΚ, η συγκρότηση με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας επιτροπής εμπειρογνομόνων για

την διερεύνηση της ψυχιατρικής κατάστασης και η βούληση της ήδη ευαισθητοποιημένης στο θέμα Κοινότητας οδηγούν στην έγκριση του ειδικού χρηματοδοτικού κανονισμού 815/84, συνολικού προϋπολογισμού 120 εκ. ECU.

Από αυτά τα 60 εκ. ECU προορίζονται για την <<αναμόρφωση των ψυχιατρείων>>, την δρομολόγηση παρεμβάσεων ιδιαίτερα στον τομέα της επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξης χρονίων ψυχικά πασχόντων και τη δημιουργία εξω-νοσοκομειακών δομών.

3.6.3.ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Το συμβούλιο των ευρωπαϊκών κοινοτήτων της 26ης Μαρτίου 1984(Βρυξέλλες) για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα έχοντας υπόψη:

τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας, και ιδίως το άρθρο 235,

την πρόταση της Επιτροπής, τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, τη γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής,

Εκτιμώντας:

ότι οι ιδιομορφίες της ελληνικής οικονομίας, τόσον όσον αφορά το βαθμό ανάπτυξης της όσο και τις δομές της, καθιστούν αναγκαία τη χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την Κοινότητα κυρίως στον κοινωνικό τομέα,

ότι πρέπει να εξασφαλιστεί οικονομική ενίσχυση στην Ελληνική Δημοκρατία για την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης αφενός, και κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από Ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αφετέρου

ότι, όσον αφορά τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, η οικονομική ενίσχυση πρέπει να περιορίζεται στις αστικές περιοχές με τη μεγαλύτερη πυκνότητα πληθυσμού (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) όπου το Ευρωπαϊκό

Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης δεν μπορεί να παρέμβει .

ότι, για να εξασφαλισθεί ένας συνεκτικός σχεδιασμός και για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων, πρέπει τα σχέδια τα οποία θα κληθεί να ενισχύσει η Κοινότητα να εντάσσονται στα πλαίσια προγραμμάτων .

ότι η ανέγερση, η διαρρύθμιση και ο κατάλληλος εξοπλισμός των κέντρων επαγγελματικής αποκατάστασης συμβάλλουν στην πραγματοποίηση των στόχων της Κοινότητας στον κοινωνικό τομέα, και στη βελτίωση των όρων πρόσβασης της Ελληνικής Δημοκρατίας στη συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου .

ότι η συνθήκη δεν προβλέπει τις ειδικές εξουσίες δράσης για την έκδοση του παρόντος κανονισμού,εξέδωσε 13 αρθρα για τη διευθέτηση του (παραπομπή στο παράρτημα οπου αναφέρονται)

3.6.4.ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ: ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Είκοσι χρόνια από την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, με τον Κανονισμό 815 του 1984 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, μετά την παγκόσμια κατακραυγή για τις άθλιες συνθήκες που κυριαρχούσαν στα δημόσια ψυχιατρεία, οι χρόνια ψυχικά πάσχοντες κινδυνεύουν να επιστρέψουν στα ψυχιατρεία, λόγω της αδυναμίας λειτουργίας των αποκαταστασιακών δομών, εξ αιτίας της έλλειψης χρηματοδότησης της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας από το Υπουργείο Οικονομικών.

Κατά την διάρκεια των είκοσι αυτών χρόνων, με την υλοποίηση του προγράμματος ‘Ψυχαργός’ έχουν γίνει σημαντικά βήματα προόδου: έχουν πολλαπλασιαστεί οι ενδιάμεσες δομές και έχουν μειωθεί τα δημόσια ψυχιατρικά κρεβάτια.

Δυστυχώς όμως το πρόγραμμα ‘Ψυχαργός’ δίνει περισσότερο βάρος στη δημιουργία δομών και λιγότερο στη λειτουργία τους, ενώ δεν υπάρχει και σύστημα αξιολόγησης.

Επομένως, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα κινδυνεύει γιατί,

1) Σε θεωρητικό επίπεδο, δεν υπάρχει ένα γενικό σχέδιο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και λείπει το σύστημα αξιολόγησης και παρακολούθησης.

2) Σε πρακτικό δε επίπεδο, κινδυνεύει από τη μη εφαρμογή της τομεοποίησης, από τα προβλήματα στη χρηματοδότηση των ενδιάμεσων δομών που ήδη υπάρχουν και από την συνεπακόλουθη επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.

Για τους παραπάνω λόγους, τέθηκε το ερώτημα προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τι ενέργειες έχουν προβλεφθεί για παρεμβάσεις, ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια του προγράμματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και να μην εξαναγκαστούν σε κλείσιμο οι ενδιάμεσες δομές επανένταξης με αποτέλεσμα να επιστρέψουν οι χρόνια ψυχικά πάσχοντες στα ψυχιατρεία.

Η απάντηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αντικατοπτρίζεται στο ‘Πράσινο Βιβλίο «Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού: Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση»’ που εγκρίθηκε από την Επιτροπή τον Οκτώβριο του 2005. Σύμφωνα με την οποία η επένδυση στην δημόσια ψυχική υγεία δύναται να υποστηρίξει ορισμένους από τους κεντρικούς στόχους πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμπεριλαμβανομένης της δέσμευσης της Ευρώπης στην αλληλεγγύη και την κοινωνική δικαιοσύνη καθώς

και στην βελτίωση οφελών της ποιότητας ζωής των πολιτών. Επιπλέον, το έγγραφο αποτέλεσε απάντηση στο αίτημα που υποβλήθηκε στην Επιτροπή για την υποστήριξη των κρατών μελών στην εφαρμογή της Ευρωπαϊκής Διακήρυξης και του σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), με την οποία θεσπίζονται συστάσεις για την μεταρρύθμιση των συστημάτων ψυχικής υγείας στα κράτη μέλη.

Μία από τις προτάσεις που έγιναν στο Πράσινο Βιβλίο είναι η δημιουργία ενός πλαισίου ανταλλαγής και συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών σε θέματα ψυχικής υγείας. Κάθε στρατηγική θα πρέπει να συγκροτηθεί με βάση την εντολή που προβλέπεται στο άρθρο 152 παράγραφος 4 της συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για δράση σε κοινοτικό επίπεδο σε θέματα της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 152 παράγραφος 5, τα κράτη μέλη διαθέτουν την αποκλειστική αρμοδιότητα για τη οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και την ιατρική περίθαλψη. Η Κοινότητα, ως εκ τούτου, δεν έχει αρμοδιότητα να παρεμβαίνει στα θέματα που αφορά η γραπτή ερώτηση, όπως την ύπαρξη γενικού σχεδίου ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ή ενδιάμεσων δομών αποκατάστασης. Εντούτοις, κατά τη διάρκεια περιόδου προγραμματισμού (2000-2006), στη βάση των διατάξεων του τρίτου Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (ΚΠΣ3), το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο συγχρηματοδοτεί ορισμένο αριθμό σχεδίων που περιλαμβάνονται στο επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία και Πρόνοια» όπως και τη δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία καθώς και την υλοποίηση δομών (οίκων φιλοξενίας, διαμερισμάτων) για την αποιδρυματοποίηση ασθενών ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Τα σχέδια αυτά εγγράφονται στο πλαίσιο της στρατηγικής του «Πράσινου Βιβλίου» που αναφέρθηκε παραπάνω και συμβάλλουν στην υλοποίηση του δεκαετούς εθνικού προγράμματος «Ψυχαργός» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.

Στο πλαίσιο των συζητήσεων μεταξύ της Επιτροπής και των κρατών μελών την προσεχή περίοδο προγραμματισμού (2007-2013), η Επιτροπή θα εξετάσει κάθε πρόταση συνέχειας της προσπάθειας αυτής βάσει των νέων κανονισμών των διαρθρωτικών ταμείων, του εθνικού στρατηγικού σχεδίου αναφοράς, των προτάσεων επιχειρησιακών προγραμμάτων που σχετίζονται με αυτό καθώς και στη βάση των διδαγμάτων που ελήφθησαν από την εφαρμογή του ισχύοντος προγράμματος .

3.6.5.ΕΚΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η περίοδος δράσης του προγράμματος ήταν από τη 1η Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου του 1989.Ο ρυθμός εφαρμογής όμως παρουσίαζε καθυστερήσεις σε σχέση με το χρονοδιάγραμμα, αφενός λόγω διοικητικών δυσκολιών ,αφετέρου λόγω της φύσης των θεμελιωδών αλλαγών που απαιτούνταν για τη μετάβαση από την παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, στο ψυχιατρικό νοσοκομειακό περιβάλλον, στις δομές που προβλέπονταν στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου μοντέλου που στρέφεται γύρω από την κοινότητα . Ο τροποποιημένος Κανονισμός Αρ. 4130/88 του Συμβουλίου πρόσφερε την ευκαιρία επέκτασης της περιόδου εφαρμογής και υλοποίησης του προγράμματος.

Καταρτίστηκε ένα νέο, τροποποιημένο πρόγραμμα δράσης και, κατόπιν της συμφωνίας της Επιτροπής, ξεκίνησε να υλοποιείται το 1991.

Επετεύχθη σημαντική επιτάχυνση του ρυθμού υλοποίησης του νέου προγράμματος. Εφαρμόσθηκε προγραμματισμός με στόχους και χρονοδιαγράμματα και θεσπίστηκε ένα σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης, με υποστήριξη ανεξάρτητων εξωτερικών εμπειρογνομόνων, που αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες για το ρυθμό προόδου που επετεύχθει.

Ανακοινώθηκαν τρεις ευρείες κατηγορίες δράσεων που περιλάμβαναν έργα υποδομής, κυρίως την ανάπτυξη κοινοτικών δομών, ενώ λήφθηκαν κατάλληλα μέτρα για τη βελτίωση των εγκαταστάσεων στα δημόσια ψυχιατρεία.

Εφαρμόστηκαν πιλοτικά σχέδια για την ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων παρέμβασης και θεραπείας, και παράλληλα διευρύνθηκε η παροχή κλινικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα.

Ο τρίτος τομέας μέτρων συμπεριλάμβανε εκτεταμένο πρόγραμμα εσωτερικής κατάρτισης του προσωπικού και προγράμματα συνεχούς βελτίωσης δεξιοτήτων, τα οποία παρέχονταν σε όλη τη χώρα.

Η πραγματοποίηση όμως της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συνδυάστηκε και με την ψήφιση ορισμένων νόμων που διακήρυσσαν την πολιτική βούληση για ένα νέο είδος οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έπαιρναν συγκεκριμένα πρακτικά μέτρα, και ρύθμιζαν ζητήματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

Χαρακτηριστικοί είναι οι νόμοι 180 και 833 του 1978 στην Ιταλία, 30/6/1839 και 27/6/93 στην Γαλλία η Mental Health Act 1953 στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στην Ελλάδα το 1992 ψηφίσθηκαν στα πλαίσια του νόμου 2077/92 ορισμένες αποσπασματικές τροποποιήσεις στην οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και δραστηριοτήτων που αφορούσαν την ακούσια και εκούσια νοσηλεία των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Η νέα νομοθεσία εκφράζει έναν νέο τρόπο αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου (αποφυγή του ιδρυματισμού, σεβασμό των δικαιωμάτων του ασθενούς, υπευθυνοποίηση του, έμφαση στην ψυχοθεραπευτική σχέση, διατήρηση και περαιτέρω ανάπτυξη των δεσμών του με την κοινότητα).

Η υποβολή ενός ασθενούς σε ακούσια νοσηλεία αποτελεί ένα μέσο θεραπευτικής παρέμβασης, η εφαρμογή του οποίου έχει εγείρει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις και σε ηθικό-πολιτικό και σε ιατρικό-επιστημονικό επίπεδο.

Ορισμένες, από αυτές αφορούν την αναγκαστική νοσηλεία όχι μόνο των ψυχικά ασθενών αλλά και άλλων ατόμων.

Η επιβολή της αναγκαστικής νοσηλείας, αποτελεί ενέργεια η οποία κατ αρχήν περιορίζει το συνταγματικό δικαίωμα, της προσωπικής ελευθερίας. Όμως κανένα δικαίωμα δεν είναι απόλυτο.

Το σύνολο των συνταγματικών κανόνων κάθε πολιτείας προσδιορίζει το πλαίσιο και τα όρια άσκησης κάθε δικαιώματος.

Έτσι π.χ. η αξία του ανθρώπου (ως σημαντικό ηθικό ιδανικό και πρωταρχικός στόχος κάθε πολιτικής τάξης), το δικαίωμα στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, στην υγεία (και η υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία), μπορεί να επιβάλλουν (υπό κατάλληλες εγγυήσεις) τη λήψη μέτρων θεραπείας παρά τη θέληση του ατόμου.

Όταν ένα άτομο λόγω ηλικιακής ανωριμότητας, παροδικής ή μόνιμης διατάραξης των ψυχικών του λειτουργιών, δεν έχει επαρκή (σε σύγκριση με το μέσο ενήλικο πολίτη) ικανότητα να κρίνει την ποιότητα και τις συνέπειες μιας επιλογής του, και τίθεται εξαιτίας της επιλογής αυτής σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία του, το κράτος έχει όχι μόνο δικαίωμα αλλά και υποχρέωση να παρεμβαίνει.

Ο άνθρωπος δεν είναι μόνο ένα σύνολο από παρούσες κάθε φορά επιθυμίες ή αποφάσεις. Η ύπαρξη του και οι δυνατότητες ανάπτυξης και πραγματώσεων που έχει, εκτείνονται σε όλο το μήκος της ζωής του. Συνεπώς πρέπει να προστατεύεται αυτός που εξαιτίας μιας παρούσας διατάραξης καταστρέφει τις δυνατότητες που διαθέτει.

Συχνότερα σε παλαιότερες εποχές, σπανιότερα σήμερα, ο αναγκαστικός εγκλεισμός (ακόμα και δια βίου) στα ψυχιατρεία χρησιμοποιήθηκε καταχραστικά ως μέσο είτε απαλλαγής από τη φροντίδα ενοχλητικών συγγενών

και ιδιοποίησης της περιουσίας τους, είτε και ως τρόπος στιγματισμού και εξουθένωσης πολιτικών αντιπάλων από αυταρχικά καθεστώτα.

Η απόφαση για αναγκαστική νοσηλεία συνήθως προϋποθέτει τη στάθμιση διαφορετικών συμφερόντων, όπως το δικαίωμα του ασθενούς για προσωπική ελευθερία, αλλά και για υγεία και ευεξία, το δικαίωμα όλων των ατόμων (π.χ. των μελών της οικογένειας του ασθενούς) για γαλήνια και ασφαλή διαβίωση. Έτσι ο θεραπευτής, ο οποίος θα λάβει μια απόφαση ακούσιας νοσηλείας πρέπει συχνά να συνυπολογίσει και παράγοντες που δεν αφορούν την ψυχική υγεία του ασθενούς.

Συχνά η νομοθεσία προβλέπει ότι η τελική απόφαση λαμβάνεται από εκπροσώπους της δικαστικής εξουσίας, όμως σχεδόν πάντα η άποψη του ειδικού είναι η βαρύνουσα.

Ορισμένες άλλες ιατρικού χαρακτήρα αντιρρήσεις προς την καταναγκαστική νοσηλεία στηρίζονται στην πεποίθηση ότι η θεραπευτική πράξη υπό συνθήκες στέρησης της ελευθερίας είναι αναποτελεσματική. Αυτό ισχύει ιδίως για θεραπευτικές δραστηριότητες ψυχιατρικού χαρακτήρα, όπου έχει κεφαλαιώδη σημασία η ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικής συναισθηματικής σχέσης διάρκειας, η εμπιστοσύνη, η πειθώ.

Έτσι, συχνά η αναγκαστική νοσηλεία του ψυχοπαθούς ενώ προσωρινά φαίνεται να λύνει ορισμένα προβλήματα (π.χ. να αποτρέπει τον κίνδυνο μιας βίαιης πράξης), μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μπορεί να τα επιδεινώνει. Οι ψυχωσικοί ασθενείς που έχουν υποστεί τη δοκιμασία μιας ή περισσότερων αναγκαστικών νοσηλειών (και μάλιστα συχνά με διαδικασίες ,προσβολής, σωματικής βίας, εξευτελισμού) εμφανίζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και υπευθυνότητα, αντιμετωπίζουν με καχυποψία ή και με εχθρότητα τους συγγενείς, τις αρχές, το σύστημα ψυχικής υγείας που συνήργησαν στον εξαναγκασμό τους.

Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους παρανοϊκούς ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν και τη μεγαλύτερη επικυδυνότητα. Στην επόμενη μετά την ακούσια νοσηλεία υποτροπή, συχνά είναι περισσότερο δύστροποι, επιθετικοί και επικίνδυνοι.

Συνεπώς, ένα μέτρο που λαμβάνεται για την αποτροπή της επικυδυνότητας μπορεί τελικά να οδηγήσει στην αύξησή της.

Πρέπει όμως να επισημανθεί ότι αρκετοί ειδικοί επιμένουν ότι η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον εφαρμόζεται με ορθό τρόπο μπορεί να είναι αποδοτικό θεραπευτικό μέσο. Υποστηρίζουν ότι βελτιώνει σε λίγες εβδομάδες τα παραγωγικά συμπτώματα (περίπου στο 70 % των ασθενών). Επίσης, συμβάλλει στον περιορισμό του άγχους και της αμφιθυμίας πολλών ψυχωσικών, οι οποίοι υποφέρουν, επιζητούν τη θεραπεία, φοβούνται όμως να αποδεχθούν μια παρέμβαση, που μπορεί να ανατρέψει ριζικά τον (παθολογικό μεν και δυσάρεστο, πλην όμως δοκιμασμένο και υπαρκτό) τρόπο οργάνωσης της ψυχικής τους ζωής και των σχέσεών τους.

Έτσι ζουν σε μια κατάσταση, όπου αυτό που τους συμβαίνει δεν τους ικανοποιεί, και αυτό που τους προτείνεται (η θεραπευτική προοπτική) είναι άγνωστο και το φοβούνται. Η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον πραγματοποιείται με διαδικασίες και υπό συνθήκες, που δεν είναι προσβλητικές, ταπεινωτικές, ή απάνθρωπες συνιστά μια εξωτερική παρέμβαση στο εσωτερικό τους δίλημμα, μια διέξοδο.

Στα πλαίσια της ακούσιας νοσηλείας σε ασθενείς ιδιαίτερα διεγερτικούς ή βίαιους εφαρμόζεται το μέτρο της απομόνωσης ή και της καθήλωσης (π.χ. δέσιμο στο κρεβάτι).

Τα μέτρα αυτά γίνονται αναγκαία συνήθως όταν το προσωπικό είναι λίγο, ανεκπαιδευτο και η οργάνωση του χώρου ακατάλληλη. Πρέπει να εφαρμόζονται με μεγάλη φειδώ για πολύ λίγο χρόνο (στις περισσότερες περιπτώσεις για ώρες

μόνο), γιατί συχνά έχουν σοβαρές παρενέργειες (π.χ. επιδείνωση της διέγερσης, των παραγωγικών συμπτωμάτων, αυτοκτονία)

Το Συμβούλιο της Ευρώπης έχει θεσπίσει κάποιες αρχές για το φυσικό περιορισμό ψυχικά πασχόντων. Αυτός πρέπει να γίνεται ύστερα από ψυχιατρική εκτίμηση, σε ειδική μονάδα ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχιατρική κλινική) υπό θεραπευτικά κατάλληλες συνθήκες. Ο ασθενής πρέπει να έχει τη δυνατότητα εύκολης πρόσβασης προς τη δικαστική εξουσία.

Πρέπει γενικότερα να δημιουργούνται συνθήκες που να καθιστούν την αναγκαιότητα του μέτρου αυτού όσο το δυνατόν σπανιότερη.

Η έγκαιρη επισήμανση και αντιμετώπιση της υποτροπής σε συνδυασμό με εντατικοποίηση της θεραπευτικής αγωγής περιορίζουν την ένταση της διέγερσης και της επικινδυνότητας και αποφορτίζουν την κατάσταση. Όταν τα μέτρα αυτά αποτύχουν τότε ως έσχατο μέτρο εφαρμόζεται η αναγκαστική νοσηλεία.

Στην Ελλάδα η εκούσια και η ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών ρυθμίζεται από το νόμο 2071/92 (Άρθρα 94-100). Σύμφωνα με το νόμο αυτό, η ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του είναι απαραίτητη προϋπόθεση για το χαρακτηρισμό μιας νοσηλείας σε μονάδα ψυχικής υγείας ως εκούσιας, ως προς τα υπόλοιπα ζητήματα ο εκούσια νοσηλευόμενος ψυχικά ασθενής εξομοιώνεται με τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους.

Προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας είναι η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα κρίσης του ασθενούς για το συμφέρον της υγείας του, οι κίνδυνοι που προκύπτουν (από την μη υποβολή σε θεραπεία) είτε να επιδεινωθεί η υγεία του πάσχοντος, είτε αυτός να διαπράξει βίαιες ή καταστροφικές ενέργειες.

Την εισαγωγή μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγος, ορισμένοι πολύ στενοί συγγενείς ή ο επίτροπος και αν λείπουν αυτά τα άτομα, σε επείγουσα

περίπτωση, αυτεπάγγελα ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από γνωματεύσεις δύο ιατρών (από τους οποίους ο ένας τουλάχιστον να είναι ψυχίατρος). Αν αυτό είναι ανέφικτο, ο Εισαγγελέας δικαιούται να διατάξει τη βίαιη προσαγωγή του φερόμενου ως ασθενούς για εξέταση σε μια κλινική, όπου μπορεί να μείνει προς παρατήρηση μέχρι 48 ώρες. (Ψυχιατρική και Δίκαιο Λειβαδίτης Μ. 1994 σ. 434)

Η σωστή εφαρμογή του θεραπευτικού μέσου της ακούσιας νοσηλείας δεν είναι πρώτιστα νομικό ζήτημα.

Η στήριξη μιας κοινωνίας σε πολύπλοκα και συνήθως αλυσιτελή μέτρα ελέγχου φανερώνει την ανεπαρκή ανάπτυξη, οργάνωση και εκπαίδευση των ειδικών υπηρεσιών (αστυνομικών και ψυχιατρικών ιδίως), και την αμφιθυμική, παρανοειδή στάση τμημάτων της κοινωνίας προς τις υπηρεσίες αυτές. Αν τα ζητήματα αυτά δεν αντιμετωπισθούν με την κατάλληλη εκπαίδευση των εργαζομένων, την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού, οποιαδήποτε νομική ρύθμιση θα συναντά σημαντικά προβλήματα στην εφαρμογή της.

3.7. ΠΡΟΔΡΟΜΟΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Ακολουθούν το 1^ο Πανελλαδικό Συνέδριο και το 2^ο Πανελλαδικό Συνέδριο με θέμα την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Στις 12 και 13 Ιούνη 1998 πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία το πρώτο Πανελλαδικό συνέδριο για την ψυχική υγεία με θέμα "Ψυχιατρική μεταρρύθμιση".

Οργανώθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή του Ψ.Ν.Α. Το παρακολούθησαν περισσότεροι από 600 λειτουργοί της ψυχικής υγείας που έχουν εμπλακεί στη διαδικασία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Την Ευρωπαϊκή και ιδιαίτερα την Γαλλική εμπειρία μετέφερε αναπτύσσοντας την

πιο ενδιαφέρουσα προβληματική ο ψυχίατρος Claude Louzoun, ο πρόεδρος του CEDEP. Σε ένα κλίμα μαχητικότητας που διαμορφώθηκε κατά τη διάρκεια των δεκατριών στρογγυλών τραπεζιών και των εξήντα εισηγήσεων αναλύθηκε σε βάθος και σε όλες τις διαστάσεις της η δεκαπεντάχρονη εμπειρία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Το αίτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η αντικειμενική ανάγκη της ελληνικής ψυχιατρικής πραγματικότητας που όμως δεν διαμεσολαβήθηκε μέχρι τώρα για πολλούς λόγους στο επίπεδο κοινωνικής συνείδησης και αντικειμενικής δράσης πλατειών μαζών διαμορφώνοντας κοινωνικό κίνημα.

Παρέμεινε όραμα των πιο πρωτοπόρων στοιχείων με έντονη πάνω του την ακτινοβολία μεγάλων μεταρρυθμιστικών κινήματων σε γειτονικές χώρες (Ιταλία και αλλού) που αναπτύχθηκαν στα πλαίσια κοινωνικών και πολιτικών κινήματων που έθρεψε ο Μάης του '68 στην Ευρώπη.

Μέσα σε κλίμα έντονων κοινωνικών και άλλων αντιπαραθέσεων με κοινωνική παρρησία και συγκρουσιακή δυναμική, στον παλμό των συντελούμενων αλλαγών της εποχής, δημιουργήθηκαν νησίδες εναλλακτικές στην ασυλιακή νοοτροπία και πρακτική στη Θεσσαλονίκη, τη Λερο, το Δαφνί, το Δρομοκαϊτειο.

Τα τετράδια Ψυχιατρικής έγιναν το βήμα του πιο σοβαρού διαλόγου και προβληματισμού γύρω από την ανάγκη ριζικών αλλαγών στο χώρο της ψυχικής υγείας με άξονα το αίτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ένα ζήτημα πολυπαραγοντικό με παραμέτρους επιστημολογικές, ιδεολογικές, πολιτικές και άλλες. Δεν εξαντλείται απλά και μόνο στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συνυφαίνεται με τα μεγάλα ζητήματα της ψυχιατρικής και αλληλοσυνδέεται με την κρίση της.

Το όραμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης διαψεύθηκε διότι ,αυτό το όραμα συνυφαίνεται:

i) με μια άλλη θεωρία και πράξη ψυχιατρικής, κοινωνική, ολιστική, ανθρωποκεντρική

ii) μία άλλη προσέγγιση και έτσι μια άλλη εικόνα του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου

iii) μια άλλη εκπαίδευση και μετεκπαίδευση διαρκείας των λειτουργών της ψυχικής υγείας

iv) μια άλλη θεραπευτική κουλτούρα και μια άλλη στάση ζωής

v) μια άλλη οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με κοινωνικούς προσανατολισμούς, στροφή στην κοινότητα, έμφαση στην πρωτοβάθμια πρόληψη αλλά και στη συνέχεια της φροντίδας και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου

άλλες θεσμικές και θεραπευτικές συνθήκες, μέσα στις οποίες ο κοινωνικά αποκλεισμένος ασθενής ιδιαίτερα ο ψυχωτικός, να μπορεί να αναγνωρίζεται από την θεραπευτική ομάδα και όσους καλούνται να συμβάλλουν σε όλα τα επίπεδα, στο έργο της ψυχοκοινωνικής του αποκατάστασης ως κοινωνικό υποκείμενο με πλήρη δικαιώματα, μέσα στην διαλεκτική των αναγκών και των επιθυμιών του

vi) μια ηθική της ψυχιατρικής και μια ηθική στην ψυχιατρική

τη δημιουργία των όρων της άρσης του εσωτερικού ασύλου, της αποξένωσης και του εσωτερικού αποκλεισμού, που παγιδεύει τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας που βρίσκονται σε παλιές και νέες δομές.

vii) Την κατά το δυνατό αρτιότερη επιστημονικά αξιολόγηση όλων των εμπειριών σε διαρκή βάση

viii) Την ενεργητική και αποφασιστική συμμετοχή, σε όλα τα επίπεδα, όλων των λειτουργών της ψυχικής υγείας στις διαδικασίες σχεδιασμού, υλοποίησης,

φροντίδας, θεραπείας και αποκατάστασης, μέσα από την εξασφάλιση ριζικά αλλαγμένων όρων εργασίας για όλους.

viii) Την υπέρβαση τέλος του ρόλου του ψυχιατρού και την υποκατάσταση του από ένα ολοκληρωμένο δίκτυο τομεοποιημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το πρώτο πανελλαδικό συνέδριο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αναπτύσσοντας τον ευρύτερο δυνατό προβληματισμό πάνω σε όλα αυτά τα κρίσιμα ζητήματα, ανέπτυξε εκείνους τους όρους διαλόγου, που επιτρέπουν την πληρέστερη δυνατή ανάλυση των μέχρι σήμερα ιστορικών εμπειριών, το ξεπέρασμα τραυμάτων, που δημιουργήθηκαν σε αυτή την δύσκολη δεκαπεντάχρονη πορεία, τη χάραξη προοπτικών. Και αυτές οι προοπτικές συνυφαίνονται με όλα όσα σηματοδοτεί το όραμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που μπορεί να ξαναζωντανέψει σήμερα μέσα σε καινούριους αγώνες.

Γιατί έχουν δημιουργηθεί πια εκείνοι οι όροι της αντίστασης σε όλα τα επίπεδα, που μας δίνουν τη δυνατότητα μέσα από ρίζεις και ανατροπές στη θεωρία και στην πράξη, να πραγματοποιήσουμε αυτό το όραμα.

Σε αυτό το συνέδριο διαμορφώνονται οι όροι για ένα στρατηγικό άνοιγμα προώθησης των δυνάμεων και των διεκδικήσεων της κοινωνικής χειραφέτησης. Και αυτό το άνοιγμα δεν μπορεί παρά να έρθει σε σύγκρουση με τις κυρίαρχες πολιτικές επιλογές τη λιτότητα, τον οικονομικό στραγγαλισμό των ψυχιατρικών και όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την αρχή της μείωσης πάσα θυσία του οικονομικού κόστους, τις διακρίσεις, την προκατάληψη, τον κοινωνικό αποκλεισμό. Σε σύγκρουση με τη λογική της υποκατάστασης των ευθυνών του κράτους από φιλανθρωπικού και άλλου τύπου πρακτικές. Σε σύγκρουση με τη λογική της ιδιωτικοποίησης έστω και αν αυτή παρουσιάζεται ως "νέου τυπου", "ρίζοσπαστική" πρακτική. Σε σύγκρουση τέλος με όσους αντιμάχονται

την αρχή ότι ο άνθρωπος, έστω και κατακερματισμένος από την αρρώστια του, παραμένει η υπέρτατη αξία.

Σύμμαχους μας έχουμε όλους τους συνειδητούς ανθρώπους, όπως εκφράζονται στον χώρο των κοινωνικών και πολιτικών αγώνων, της τέχνης, του λόγου, της επιστήμης, της εργασίας, όλους όσους δίνουν τη μάχη για την αναβάθμιση του δημόσιου τομέα της ψυχικής υγείας, για ένα Ε.Σ.Υ που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του λαού, όλους όσους αντιστέκονται στην εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο, όλους όσους αισθάνονται την ανάγκη να πλαισιώσουν ένα κοινωνικό κίνημα για την ψυχική υγεία, με στόχους και προοπτικές, για να αποκτήσει επιτέλους υλική υπόσταση η ελπίδα της αλλαγής.

Γιατί η ψυχική υγεία των ανθρώπων είναι μια πολύ σοβαρή υπόθεση για να μείνει μόνο στα χέρια των ειδικών

Γιατί η ψυχική υγεία πρέπει να αποτελέσει πρώτη προτεραιότητα. Πρέπει να χρηματοδοτηθεί γενναία από τον κρατικό προϋπολογισμό και να μην αφήνεται στο έλεος ξένων χρηματοδοτήσεων, αν και όποτε αυτές δοθούν.

Γιατί πρέπει να δοθεί έμφαση και προτεραιότητα στην επεξεργασία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης στην κοινότητα, στη βάση θεωρητικών αρχών και με σεβασμό στις τοπικές ιδιαιτερότητες.

Οι τελικές αποφάσεις του συνεδρίου, που πάρθηκαν με φόντο το νέο νομοσχέδιο για την ψυχική υγεία έχουν ως θεμέλιό τους το κεντρικό αίτημα που απευθύνεται στην κυβέρνηση και στις αρμόδιες υπηρεσίες και αφορά τη λήψη εκείνων των μέτρων και που θα επιτρέψουν το ξεπέραςμα του θεσμού του ασύλου με πρώτο βήμα το κλείσιμο των ψυχιατρείων ή και την διακοπή των εισαγωγών στα ψυχιατρεία .

Μια τέτοια απόφαση σημαίνει ότι θα δημιουργηθούν όλοι εκείνοι οι όροι που θα κάνουν τις εξωνοσοκομειακές δομές πραγματικά εναλλακτικές των

ψυχιατρείων με μια τέτοια οργάνωση των υπηρεσιών που αφ ενός θα καταργεί τον εγκλεισμό και αφετέρου θα αποφεύγει την εγκατάλειψη.

Οι εργασίες του συνεδρίου έληξαν με την απόφαση να γίνουν νέες συναντήσεις και ανταλλαγή εμπειριών ανάμεσα σε ομάδες εργασίας που επεξεργάζονται κρίσιμα ζητήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καταλήγοντας στο δεύτερο πανελλαδικό συνέδριο. (Μάτσα Κατερίνα,1998)

Στις 14 και 15 Μάη 2002 πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα το 2ο Πανελλαδικό συνέδριο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση που οργάνωσαν από κοινού η Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Ε.Υ.Ν.Α.Π. η ομοσπονδία τους Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. και η ένωση ψυχολόγων ΠΕ.ΝΟ.ΨΥ.

Συμμετείχαν 427 σύνεδροι την πρώτη ημέρα και 470 την δεύτερη. Εκπροσωπήθηκε τόσο η παλαιότερη γενιά των ψυχιάτρων και των άλλων λειτουργών της ψυχικής υγείας που έχουν δώσει τις προηγούμενες δεκαετίες σημαντικές μάχες για την αποασυλοποίηση και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στα πλαίσια του νοσοκομειακού κινήματος όσο και η νεότερη γενιά που έλκεται από αυτό το όραμα και βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης μέσα στο δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας.

Η απόφαση του συνεδρίου που ψηφίστηκε ομόφωνα αναφέρει:

Οι δυνάμεις που οργάνωσαν αυτό το συνέδριο, η ΕΙΝΑΠ, η ΠΕΝΟΨΥ, η ΟΕΝΓΕ, εκπροσωπώντας το νοσοκομειακό κίνημα των λειτουργών της ψυχικής υγείας στο σύνολο τους βρίσκονται σε ρήξη τόσο με αυτό το σύστημα οργάνωσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών που λειτουργεί νοσοκομειοκεντρικά, ιατροκεντρικά, φαρμακοκεντρικά,όσο και με το κυρίαρχο επιστημολογικό μοντέλο της ακαδημαϊκής Ψυχιατρικής.

Ο ψυχικά ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα με σεβασμό στις ανάγκες, τις επιθυμίες και τα κοινωνικά και πολιτικά

δικαιώματα του με μια θεωρία και κλινική πράξη της ψυχιατρικής, ολιστική, κοινωνική και ανθρωποκεντρική.

Με μια οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όχι ιατροκεντρική, όχι νοσοκομειοκεντρική, όχι φαρμακοκεντρική αλλά ανοιχτή στην Κοινότητα, Δημόσια, Δωρεάν, υψηλού επιστημονικού επιπέδου, με ικανά σε αριθμό, εμπειρία και εξειδικευμένα στελέχη, που θα μπορεί να κάνει ένα πραγματικό άνοιγμα στην κοινότητα και θα στηρίζεται σε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών και θα δίνει έμφαση στην πρόληψη και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και δεν εκχωρεί αυτές τις διαδικασίες στον ιδιωτικό τομέα.

Γι αυτήν την ψυχιατρική η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία που θεμελιώνεται στη διαλεκτική σχέση ατόμου-οικογένειας-κοινωνίας που δεν ανάγεται απλά και μόνο στην εξάλειψη ή την ύφεση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και την κατάκτηση επιμέρους δεξιοτήτων.

Είναι μια διαδικασία χειραφετική που δημιουργεί στην πράξη όλους τους όρους(επαγγελματικούς, στεγαστικούς και άλλους) ισότιμης επανένταξης του ασθενούς στο κοινωνικό σύνολο και αποκατάστασης όλων των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του. (Πρακτικά Συνεδρίου, 2002)

3.8.ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗ

3.8.1ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ

Παρακάτω αναλύουμε την πορεία και την εξέλιξη του Δρομοκαϊτείου και τις μεγάλες προσπάθειες που έκανε για αποιδρυματισμό και τον προσανατολισμό της προς την εξωνοσοκομειακή κοινότητα.

«Η μεταμόρφωση ενός ασύλου σε θεραπευτική κοινότητα απαιτεί:

1) Συνεργασία πλειάδας παραψυχιατρικών επαγγελματιών και συμμετοχή όλων των κατοίκων και των εργαζομένων στο ψυχιατρείο.

2) Την αλλαγή του θεραπευτικού προσανατολισμού των ψυχιάτρων από τις ατομικές, πρόσωπο με πρόσωπο, θεραπείες στο γραφείο τους σε ομαδικές ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές μεθόδους μέσα στην κοινότητα του ψυχιατρείου.

Το 1953, για πρώτη φορά σε ελληνικό ψυχιατρείο, προσελήφθησαν κοινωνικές λειτουργοί και ψυχολόγος και το 1955 προσελήφθη η καθηγήτρια εργασιοθεραπείας του Πανεπιστημίου της Iowa, Dr. Lawrence, που δίδαξε για ένα χρόνο και αναδιοργάνωσε τη εργασιοθεραπεία του ιδρύματος. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1950 εγκαταστάθηκε βαθμιαία στενή συνεργασία των ψυχιάτρων με το νοσηλευτικό προσωπικό, τις κοινωνικές λειτουργούς, την εργασιοθεραπεία, το τεχνικό και το βοηθητικό προσωπικό, που πρόθυμα συνέβαλαν στη δημιουργία της κοινωνικής ατμόσφαιρας του θεραπευτηρίου.

Το 1953 πριν ακόμα εισαχθούν τα ψυχοφάρμακα, μετά από εξάμηνη ομαδική ψυχοθεραπεία άνοιξαν οι πόρτες και καταργήθηκαν τα σιδερένια κιγκλιδώματα των παραθύρων στους θαλάμους του τμήματος Ελλήνων Αμερικής. Με τον καιρό άνοιξαν και άλλες πόρτες τμημάτων και καταργήθηκαν και άλλα σίδηρα από τα παράθυρα. Είναι αξιοσημείωτο ότι όλα τα αποκλειστικά τμήματα μιας κλινικής είχαν ανοίξει από το 1958. Από τότε, μεγάλος αριθμός αρρώστων κυκλοφορούσαν ελεύθεροι στον περίβολο του Δρομοκαϊτείου. Μέσα στα τμήματα η ζωή των αρρώστων άλλαξε. Θάλαμοι χωρίστηκαν σε μικρότερους χώρους, ώστε να εξασφαλίζεται ιδιαίτερος χώρος για κάθε άρρωστο, τραπεζαρίες απέκτησαν μικρά τραπέζια και καθίσματα (αντί πάγκους), πόρτες για τις ανοίγουν, και οι άρρωστοι χρησιμοποιούσαν κουταλομαχαιροπήρουνα και ξυριστικές μηχανές χωρίς επεισόδια τραυματισμών.» (Λυκέτσος, 1987)

«Επιπλέον εφαρμόστηκαν διάφορες ψυχοκοινωνικές μέθοδοι που βοήθησαν στην ανάπτυξη του Δρομοκαϊτείου. Αναφέρονται ενδεικτικά οι .ψυ.χοθεραπείες: η απασχολησιοθεραπεία, το ψυχόδραμα και οι τρισεβδομαδιαίες συγκεντρώσεις των ασθενών του θαλάμου, οι κοινωνική λέσχη, οι ποδοσφαιρικές συναντήσεις

και οι πάσης φύσεως ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, οι θεατρικές παραστάσεις και οι διδασκαλίες και παραστάσεις αρχαίων δραμάτων από σχιζοφρενείς.

Οι σύγχρονες αντιλήψεις της ψυχιατρικής απαιτούν οι ψυχικά άρρωστοι να θεραπεύονται σπίτι τους οι σε ειδικές δομές της κοινότητας: νοσοκομεία ημέρας η νύχτας, στέγες προσωρινής διαμονής, εξωτερικά ιατρεία, δομές επείγουσας περίθαλψης, εργασιοθεραπείας, προετοιμασίας επαγγελματικής αποκατάστασης κ.ο.κ. Τα υπάρχοντα ψυχιατρεία είναι ανάγκη να προσανατολιστούν προς την εξωνοσοκομειακή κοινότητα.

Το Δρομοκαΐτιο προσανατολίστηκε προς την κοινότητα πολύ νωρίς. Άρρωστοι μόνοι τους η σε μικρές ομάδες έβγαιναν από το νοσοκομείο για ψώνια, για να επισκεφτούν συγγενείς η για ψυχαγωγία. Μερικοί άρρωστοι εργαζόντουσαν έξω από το θεραπευτήριο (κτίστες, ράπτες, μικροπωλητές), στο οποίο μόνο διανεκτέρευαν, Άλλοι κοιμόντουσαν σπίτι τους και ερχόντουσαν την ημέρα για να πάρουν μέρος στις ψυχοθεραπευτικές τους συγκεντρώσεις και την εργασιοθεραπεία.

Από νωρίς σύγχρονες και πρότυπες μέθοδοι εφαρμόστηκαν στο Δρομοκαΐτιο με σκοπό την σταθεροποίηση της αποκατάστασης των αρρώστων: οι βαριά ψυχικά άρρωστοι, που είχαν χάσει της καλές συνήθειες της καθημερινής ζωής, μαθαίναμε συστηματική και ελεγχόμενη καθοδήγηση, να πλένονται, να ντύνονται, να κάθονται σε καθίσματα, να τρώνε με κουταλοπήρουνα, να μην λερώνονται, να πηγαίνουν στο αποχωρητήριο κ.ο.κ. Σχέδια αποκατάστασης από την ημέρα εισαγωγής των αρρώστων στο νοσοκομείο αναθεωρούμενα κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, τήρηση ημερολογίων από τους συγγενής των αρρώστων για την ζωή στα σπίτια τους κατά την διάρκεια πολυάριθμων δοκιμαστικών εξόδων, συστηματική ψυχοδυναμική καθοδήγηση συγγενών και αρρώστων για την εξομάλυνση των αναδυόμενων προβλημάτων στο σπίτι και στην κοινότητα και ιατρική

παρακολούθηση των αρρώστων χάρη στην εφαρμογή συγχρόνου συστήματος αποκατάστασης χρόνιων ψυχωτικών.»(Λυκέτσος, 1987)

3.8.2 Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ

Δεν θα μπορούσε να λείπει, η αναφορά και η περιγραφή μας για το άσυλο της Λέρου. Θα αναφερθούμε σε κάποια ιστορικά στοιχεία, στην νοσηλευτική κατάσταση, στις συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά ασθενών καθώς και στην υλοποίηση προγραμμάτων με στόχο την αποασυλοποίηση.

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μία παράδοση, που χάνεται στην ιστορία και τους αιώνες, θέλει πολλά από τα ελληνικά νησιά να είναι οι τόποι επιλογής για την εξορία ("εξοστρακισμό", στην αρχαία Ελλάδα) των πολιτικών αντιπάλων, αλλά, στον 20ο αιώνα, και των λεπρών και των τρελών.

Μικρά, συνήθως άγονα, πετρώδη και απόμακρα νησιά προσφέρονται για τον στρατωνισμό και την ασφαλή απομάκρυνση των κάθε είδους αποβλήτων από το οργανωμένο και ελεγχόμενο κοινωνικό σώμα.

Τα κλειστά όρια του νησιού, η θάλασσα που παρεμβάλλεται, η ερημιά και η έλλειψη κάθε επικοινωνίας, πέρα από αυτή που ελέγχουν απόλυτα οι φύλακες του στρατοπέδου, είναι τα ιδεώδη στοιχεία για την ασφαλή απομόνωση του κινδύνου, για το σπάσιμο των αντιφρονούντων, την καθυπόταξη και εξουδετέρωση του ψυχικού και ιδεολογικού σθένους και αντίστασης - είναι ο αποτελεσματικός φράκτης και η άμυνα κατά του Άλλου, σαν αλλότριου ή ξένου.

Το αφορισμένο από τη θάλασσα νησί είναι πέρα από τα όρια της κατεστημένης κοινωνίας, όχι απλά στην περιφέρεια της πόλης, στις απομονωμένες ζώνες των ορίων μιας κοινωνίας κυριαρχούμενης από την

κατεστημένη κανονικότητα, αλλά πολύ μακριά, πέρα από κάθε δυνατότητα πρόσβασης εκατέρωθεν. Υπάρχουν ονόματα με τεράστιο ιστορικό φορτίο, που καμιά μεταμοντέρνα προσέγγιση δεν μπορεί ν' αποφορτίσει: Ανάφη, Φολέγανδρος, Μακρόνησος, Κύθηρα, Τζια, Ικαρία, Λέρος...

Η Λέρος, μόλις το 1947, ενώθηκε με την Ελλάδα, στα πλαίσια της ενσωμάτωσης των Δεδεκανήσων στην Ελλάδα, μετά 50 περίπου χρόνια ιταλικής κατοχής. Για πολλά χρόνια πριν το 1947, η Λέρος είχε χρησιμοποιηθεί από το φασιστικό ιταλικό καθεστώς σαν μια μεγάλη ναυτική βάση (λόγω των σημαντικών φυσικών λιμανιών που διέθετε), όπου διατηρούνταν μεγάλες στρατιωτικές δυνάμεις (πάνω από 7.000 στρατός). Ο στρατός αυτός κατοχής και οι ανάγκες του έδωσαν μεγάλη ώθηση σε μια οικονομία εξαρτημένη από τις δραστηριότητες και τη ζωή των κατακτητών στο νησί (κυρίως εμπορικές δραστηριότητες και οικοδομικές εργασίες). Το 1949, σε τμήμα των εγκαταλελειμμένων ιταλικών στρατώνων, ιδρύονται οι λεγόμενες "βασιλικές τεχνικές σχολές", που ήταν κέντρο εθνικής διαπαιδαγώγησης νεαρών ανταρτών και παιδιών που για ποικίλους λόγους, μέσα στον εμφύλιο πόλεμο βρέθηκαν χωρίς οικογένεια. Εκτός από την εκμάθηση κάποιας τέχνης για μελλοντική επαγγελματική απασχόληση, γινόταν κυρίως προσπάθεια ιδεολογικής και πολιτικής προσαρμογής στο όνομα του τότε επίσημου δόγματος, που ήταν ο αντικομμουνισμός. Περίπου 5.000 νεαροί πέρασαν από τις σχολές αυτές της Λέρου, ζώντας σε συνθήκες στρατοπεδικές, ενώ 200 περίπου άτομα από τον ντόπιο πληθυσμό εργάζονταν σαν εκπαιδευτές στις διάφορες τέχνες και για τη συντήρηση των σχολών. Η λειτουργία τους κράτησε, με φθίνουσα πορεία, μέχρι το 1960. Καθώς η οικονομία του νησιού είχε μπει σε κρίση μετά την Ένωση με την Ελλάδα και καθώς σ' όλη τη χώρα υπήρχε οικονομική δυσπραγία και έλλειψη επενδύσεων, έγινε προσπάθεια από πολιτικούς, που εκλέγονταν βουλευτές στα Δωδεκάνησα, να αδραχτεί η ευκαιρία, που πρόκυπτε εκείνη την περίοδο από την ανάγκη του Ψυχιατρικού συστήματος, να αποσυμφορήσει τα υπάρχοντα Ψυχιατρεία.

Το τέλος του εμφύλιου πολέμου βρήκε τα ψυχιατρεία με ένα εξαιρετικά πλεονάζοντα αριθμό εγκλείστων (ψυχιατρείο Δαφνίου, κυρίως, αλλά και Δρομοκαΐτειο, ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης, Κρήτης κλπ.), που κοιμούνταν 3-4 πάνω σε ένα κρεβάτι, σε πολλές περιπτώσεις.

Όπως γινόταν με τους πολιτικούς εξόριστους, που κλείνονταν στα διάφορα νησιά, είχε ήδη αρχίσει η δημιουργία μικρών αποικιών, όπως ονομάζονταν, ψυχασθενών, που χρησίμευαν για την αποσυμφόρηση των υπαρχόντων Ψυχιατρείων (Αγ. Γεώργιος στο Πέραμα, Βέγειο Κεφαλληνίας κλπ).

Μπροστά στο πρόβλημα της αθλιότητας της ιδρυματικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα, εμφανίστηκαν προτάσεις ξένων συμβούλων και ιδιαίτερα ενός Ελβετού, που πρότεινε να γίνουν και στην Ελλάδα αγροτικές αποικίες ψυχασθενών, που λειτουργούσαν από καιρό (ήδη από το 19ο αιώνα) στην Ελβετία και στη Γερμανία. Η πρόταση αυτή έγινε το "φύλλο συκής" της πιο γιγάντιας μεταφοράς στην ακραία εξορία πάνω από 4.000 ψυχασθενών και ατόμων με διανοητική καθυστέρηση, από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, με βασικό κριτήριο το "ανίατο" και την έλλειψη επισκεπτηρίου για ένα ή δύο χρόνια.

Οι ήδη έτοιμοι ιταλικοί στρατώνες ήταν μια φτηνή λύση για το κράτος και τους ψυχιάτρους συμβούλους του, άσχετα αν οι εγκαταστάσεις ήταν ακατάλληλες ακόμα και για ζώα. Δε χρειάστηκαν παρά οι υπογραφές των υπευθύνων ψυχιάτρων - θεραπόντων στα διάφορα ψυχιατρεία και το στρίμωγμα εκατοντάδων, κάθε φορά, ανίδεων εγκλείστων των ψυχιατρείων, μέσα σε αρματαγωγά του πολεμικού ναυτικού, με ένα αριθμό στο στήθος - που ανταποκρινόταν σε ένα όνομα πάνω σ' ένα χαρτί - και το ξεφόρτωμά τους σε μια Λέρο, που στην αρχή είχε ετοιμάσει υποδοχή, αλλά εξακολουθούσε να είναι αμήχανη και ανίδη για το τι επρόκειτο να ακολουθήσει, όσον αφορά την εξάρτηση του νησιού από ένα ίδρυμα, που έμελλε να πάρει γιγαντιαίες διαστάσεις.

Μερικοί από τους καρφίτσωμένους αριθμούς στο στήθος των μεταφερομένων χάθηκαν στο δρόμο και μέχρι σήμερα μερικοί στο ψυχιατρείο της Λέρου δεν έχουν όνομα. Από τον αρχικό αποκλεισμό του ψυχικά πάσχοντα και την αντικειμενοποίησή του σε μια αφηρημένη αρρώστια, αποκομμένη από την κοινωνική του ύπαρξη, μέσα από την ιδρυματική εκμηδένιση και απανυρωποποίησή του, στον ουσιαστικό ψυχικό, υπαρξιακό και κοινωνικό του θάνατο, μέσα σε μια ζώωδη κατάσταση και μεταχείριση. Δεν υπάρχει, ίσως, πιο απλός και καθαρός χαρακτηρισμός για το τι ήταν στο βάθος η επιχείρηση μεταφοράς των χιλιάδων ασθενών στη Λέρο, από τη δήλωση, πριν μερικά χρόνια, ψυχιάτρου, που εργαζόταν στο Ψυχιατρείο: "Εμείς τους αγαπήσαμε και τους περιθάλαψαμε τους ασθενείς. Επί Χίτλερ θα τους είχαν κάνει σαπούνι...". Ήταν, πράγματι, αυτή η μαζική εξορία αντίστοιχη με την αντιμετώπιση των αποκληθέντων "ζώων ανάξιων να ζουν" των χιτλερικών στρατοπέδων, με τη μέθοδο της ευθανασίας στους θαλάμους των αερίων.

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

«Το Κ.Θ.Λ. ποτέ δεν υπήρξε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Από την σύστασή του λειτούργησε ως άσυλο, χωρίς όμως την αγαθή έννοια του όρου. Έγιναν πολλές φιλότιμες προσπάθειες αλλά όμως ασυντόνιστες και αποσπασματικές από μέρους των λίγων υπηρετούντων ψυχιάτρων, δεν στάθηκαν παρόλα αυτά ικανές να αλλάξουν τον εξαρχής αντιθεραπευτικό προσανατολισμό του. Το νησί των 6500 περίπου κατοίκων, ζει σχεδόν αποκλειστικά από την μισθοδοσία και τις εμπορικές συναλλαγές με το ίδρυμα. Ο κρατικός προϋπολογισμός δαπανά 4,5 δις ετησίως για την μισθοδοσία των 830 υπαλλήλων, για την διαβίωση των ασθενών και την συντήρηση των άθλιων καταλυμάτων. Το 70% του εργατικού δυναμικού του νησιού (κατά μέσο όρο ένα μέλος ανά οικογένεια) αποτελούσε το προσωπικό του ασύλου. Υπήρχαν και οικογένειες που όλα τα μέλη τους εργάζονταν σε αυτό. Το προσωπικό αγνοούσε –σχεδόν στο σύνολό του- το ρόλο

και τα καθήκοντα του νοσηλευτή και περιοριζόταν μόνο στον ρόλο του φύλακα. Οι φύλακες-νοσηλευτές έκαναν μεγάλη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων για να μπορούν να αντέχουν το δικό τους ιδρυματισμό. Είχαν ξεχωρίσει τους ασθενείς σε δυο κατηγορίες σε ιστάμενους (ασθενείς που μπορούσαν να σταθούν όρθιοι, να αισθανθούν και να επικοινωνήσουν μαζί τους) και σε κατάκοιτα (το ουδέτερο γένος δεν είναι τυχαίο, ασθενείς δηλαδή που τους θεωρούσαν σαν ζώα) και οι φροντίδες που τους παρείχαν περιοριζόταν στις απόλυτα αναγκαίες ξενοδοχειακού χαρακτήρα.»

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

«Οι ασθενείς –σχεδόν στην πλειοψηφία τους- έμεναν, ανεξάρτητα από ηλικία και διάγνωση, σε μουντά, θλιβερά κτίρια, με επίγειο ανοικτό αποχετευτικό σύστημα, σε μεγάλους θαλάμους των 50 έως 90 κρεβατιών. Σε ξεχωριστά περίπτερα ζούσαν οι άντρες από τις γυναίκες. Και κάθε περίπτερο στο Λακκί ήταν ασφαλισμένο με πλέγμα σίτας και αμπαρωμένη πόρτα. Οι ασθενείς είχαν τα κρεβάτια τους πλάι-πλάι, χωρίς να μεσολαβούν έπιπλα, όπου θα μπορούσαν να τοποθετήσουν και να φυλάξουν προσωπικά τους αντικείμενα. Έτσι δεν είχαν τίποτα δικό τους, δεν είχαν ένα ποτήρι, μια πετσέτα, μια φωτογραφία προσφιλών προσώπων. Δεν τους ανήκαν ούτε τα ρούχα που φορούσαν. Στα περίπτερα δεν υπήρχαν αίθουσες αναψυχής και στους θαλάμους δεν υπήρχαν καθρέφτες. Οι ασθενείς δεν γνώριζαν το πρόσωπο τους, αφού για χρόνια δεν το είχαν δει. Έτρωγαν-όσοι μπορούσαν- με τα χέρια, γιατί δεν υπήρχαν πιρούνια ή κουτάλια από τον φόβο των τραυματισμών. Ο χρόνος του φαγητού ήταν ελάχιστος. Όσοι δεν μπορούσαν από μόνοι τους να φάνε γρήγορα, ή έμεναν νηστικοί ή τους τάιζαν οι «νοσηλευτές» με έναν τρόπο επιθετικό και παντελώς ακατάλληλο. Η ατομική καθαριότητα των ασθενών ήταν ανεπαρκής και ομαδική, γινόταν από τους καθαριστές στους διαδρόμους ή στην τραπεζαρία ή στην αυλή των περιπτέρων με πρωτόγονα μέσα.

Οι ασθενείς ζούσαν χωρίς αίσθηση του χρόνου, χωρίς εναλλαγές παραστάσεων, με ένα μονότονο καθημερινό πρόγραμμα ζωής, που προσδιοριζόταν από κάποιες απολύτως αναγκαίες δραστηριότητες. Ξύπνημα, πρωινό, μπάνιο, λήψη φαρμάκων, μεσημεριανό φαγητό, βραδινό φαγητό, ύπνος.

Το περιβάλλον του ασύλου ήταν αποπροσωποποιητικό και κυριαρχούσαν οι διαδικασίες εξάρτησης και όχι οι διαδικασίες επικοινωνίας, κινητοποίησης, κοινωνικοποίησης και επαφής με την πραγματικότητα. Επίσης η στρατηγική διαχείρισης του ασύλου ήταν προσανατολισμένη στις απαιτήσεις των εργαζομένων και όχι στις ανάγκες των ασθενών. Οι ασθενείς στο σύνολό τους δεν ήταν μόνο έγκλειστοι, αλλά και όμηροι των εργαζομένων, ανταλλάξιμη μάζα στην διαπραγματευτική τους τακτική με την κυβέρνηση, προκειμένου να διασφαλίσουν και να εξασφαλίσουν προσωπικό όφελος.»

ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΡΟΥ

Στο διάστημα 1991-1996 υλοποιήθηκαν στο Ψυχιατρείο της Λέρου προγράμματα, χρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση, που άλλαξαν ριζικά την κατάσταση των ψυχιατρικών εγκλείστων. Το εκπληκτικό ήταν τα ανθρώπινα αποθέματα και η προσωπική δύναμη και αντίσταση, που κράτησε ο καθένας από τους εγκλείστους βαθιά μέσα του, παρ' όλη την ιδρυματική βία που υπέστη και που έγινε δυνατό να εκφραστούν, όταν τους δόθηκε η ευκαιρία και η ελευθερία. Εκατοντάδες "ασθενείς" ζούσαν στο εξής σε διαμερίσματα μέσα στην κοινότητα της Λέρου ή σε ξενώνες διάσπαρτους στην υπόλοιπη ηπειρωτική Ελλάδα. Το περίπτερο των "γυμνών", το γνωστό "160", έκλεισε και πολλοί από αυτούς ζούσαν σε εξωνοσοκομειακά διαμερίσματα. Η μεγάλη πλειοψηφία των "ασθενών" ζούσε ή έζησε στη συνέχεια σε μικρές δομές, πολλές από αυτές στο χώρο ιδιοκτησίας του ψυχιατρείου. Σήμερα δεν υπάρχει ούτε ένα ψυχιατρικό τμήμα, με την παραδοσιακή έννοια του όρου.

Η έννοια και η πρακτική των δικαιωμάτων των "ασθενών" ή πρώην "ασθενών", σαν πολιτών, ήρθε για πρώτη φορά στο προσκήνιο. Βέβαια και ο επανενταγμένος ένοικος του ομαδικού διαμερίσματος παραμένει ένας φτωχός πολίτης, που δεν έχει ακόμα κατοχυρωμένα όλα τα δικαιώματα του πολίτη, για τον οποίο γίνεται προσπάθεια να ενσωματωθεί πραγματικά μέσα στη σημερινή κοινωνία - μια κοινωνία που δεν έχει αλλάξει ή μάλλον έχει επιδεινωθεί, στις βασικές της παραμέτρους: τις ταξικές, ανταγωνιστικές σχέσεις, τις ρατσιστικές διακρίσεις, τις αέναες διαδικασίες του κοινωνικού αποκλεισμού ολοένα και περισσότερων ομάδων, τη φτώχεια και την ανεργία.

Οι ίδιες οι συνεταιριστικές δραστηριότητες, που έχουν ξεκινήσει στο ψυχιατρείο της Λέρου, προσπαθούν μέσα από πολύπλοκες συμπληγάδες, να ορθοποδήσουν και ν' αναπτυχθούν σε κοινωνικές επιχειρήσεις - έγγραφα το 1996 -. Η ζωή των ανθρώπων έχει αλλάξει. Δεν είναι, όμως, σίγουρο ότι το έγκλημα που διαπράχθηκε τα προηγούμενα χρόνια κατά χιλιάδων ανθρώπων, έχει πραγματικά κατανοηθεί και ότι έχουν βγει τα αναγκαία μαθήματα. Πάνω απ' όλα οι ίδιοι οι έγκλειστοι δεν είναι πρόθυμοι να ξεχάσουν. Αντίθετα, η επαφή τους με την κοινωνία, με το δίκτυο των κοινωνικών συναλλαγών, τους κάνει να θυμούνται. Να θυμούνται και να νοσταλγούν. Να νοσταλγούν και να επιθυμούν. Να επιθυμούν και να είναι ανικανοποίητοι. Πολλοί αισθάνονται ότι και στο διαμέρισμα είναι εξόριστοι. Θυμούνται το σπίτι τους, θυμούνται τη ζωή που έχασαν. Η έξοδος από το ψυχιατρείο δεν είναι, πολλές φορές, παρά η δραστηριοποίηση μιας οδυνηρής μνήμης. Από τον εγκλεισμό και τον ψυχικό και υπαρξιακό θάνατο, από την έλλειψη κάθε ελπίδας, στην ελευθερία, την ελπίδα, τη νοσταλγία, την επιθυμία, τη βίωση των αφόρητων κοινωνικών αντιφάσεων. Το αίσθημα του εξόριστου, αυτού που ζει ελεύθερος πάνω σ' ένα νησί, από το οποίο επιθυμεί, αλλά δεν μπορεί να φύγει, κυρίως γιατί δεν έχει πού να πάει, αυτό το αίσθημα του ξεριζωμένου, θέτει υπό αμφισβήτηση και την ίδια τη νεοαποχτημένη ελευθερία. Ανάλογη είναι η εξορία αυτού που φυτοζωεί στο χώρο του κοινωνικού αποκλεισμού μέσα στην πόλη, στα κράσπεδα του

οργανωμένου κοινωνικού ιστού. Η "φυλακή" που βιώνει κανείς μέσα στην κοινωνία, μπορεί, μερικές φορές, να είναι πιο οδυνηρή και πιο ασφυκτική, αλλά συνάμα, ο βαθμός συνειδητοποίησης των κοινωνικών αντιφάσεων και της θέσης του καθενός μέσα σ' αυτές είναι πιο υψηλός. Αυτό που θέτουν, εξ αντικειμένου, οι έγκλειστοι και πρώην έγκλειστοι της Λέρου είναι το πώς ξεπερνιέται η εξορία, σαν προϊόν αλλοτριωμένων και αλλοτριωτικών κοινωνικών σχέσεων, πώς αναλαμβάνει κανείς τις ευθύνες του και την ελευθερία του, σαν υποκείμενο, ατομικό και συλλογικό, στη διαδικασία ενός κοινωνικού μετασχηματισμού, που δε θα έχει πια ανάγκη από στρατόπεδα "κοινωνικών αποβλήτων".

3.9. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Σ' αυτό το σημείο θα κάνουμε μια αναφορά στην συμβολή του ψυχιατρικού τομέα στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τον Ψυχίατρο κ. Ρόντο:

« Οι συνθήκες παραδοσιακής νοσηλείας σε ασυλιακού τύπου δομές (όπως είναι τα μεγάλα ψυχιατρεία) όχι μόνο συντηρούν τα εγγενή χαρακτηριστικά της νόσου αλλά και τα ενισχύουν προκαλώντας μία κατάσταση που ονομάζεται ιδρυματισμός.

Κατά τον τρόπο αυτό μετά από μία μακρά σε διάρκεια νοσηλεία μετά την «αποθεραπεία», ο ασθενής δε μπορεί να προσαρμοστεί και να ζήσει αυτοτελώς στο κοινωνικό περιβάλλον πολύ περισσότερο όταν έχει αποκοπεί από την οικογένειά του , έχει ξεχαστεί από συγγενείς και φίλους και έχει φορτωθεί στο στίγμα της ψυχικής αρρώστιας.»

«Οι Ψυχιατρικοί Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων» είναι θεσμός σχετικά νέος στη χώρα μας παρ' όλο που σε άλλες χώρες έχει καθιερωθεί εδώ και πάρα πολλά χρόνια. Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας

Πειραιά (ΓΝΝΠ) υπήρξε πρωτοπόρος και ήταν ο πρώτος που λειτούργησε με εσωτερικούς ασθενείς στο λεκανοπέδιο Αττικής πριν είκοσι χρόνια. Είχαν προηγηθεί οι Πανεπιστημιακές Κλινικές Αλεξανδρούπολης και Ιωαννίνων.

Οι Ψυχιατρικοί Τομείς δε σχετίζονται άμεσα με την αποϊδρυματοποίηση και την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχωσικών ασθενών αλλά με τη λειτουργία τους συμβάλλουν στην πρόληψη του ιδρυματισμού, του στίγματος και κατά το δυνατόν της χρονιοποίησης των ψυχωσικών ασθενών.

Ο στόχος τους είναι να νοσηλεύουν τους ασθενείς που επιδέχονται βραχεία και εντατική νοσηλεία μέσα στο περιβάλλον του Γενικού Νοσοκομείου όπου οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται όπως όλοι οι άλλοι άρρωστοι με σωματικά νοσήματα.

Η σύντομη νοσηλεία αποτρέπει τον ιδρυματισμό, ο ασθενής δεν αποκόπτεται από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και οι συγγενείς δεν προλαβαίνουν να συνηθίσουν να ζουν χωρίς αυτόν. Εξ' άλλου σε πολλούς ψυχιατρικούς τομείς και στο δικό μας η συμμετοχή των συγγενών στη νοσηλεία ενθαρρύνεται όταν η παρουσία τους δεν κρίνεται επιβλαβής. Έτσι συντηρείται η επαφή και η σχέση του αρρώστου με την οικογένεια, ενώ ταυτόχρονα παρέχεται υποστήριξη στους συγγενείς ώστε να μην εξουθενώνονται από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Ακόμη, η νοσηλεία σε ένα συνήθως ανοικτό ψυχιατρικό τμήμα κοντά σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς και με τις ίδιες περίπου συνθήκες με αυτούς μειώνει το κοινωνικό στίγμα και την τάση να εγκαταλείπεται ο άρρωστος από τους δικούς του που είναι η κυριότερη αιτία μακρόχρονης παραμονής σε ιδρύματα που επιφέρει τον ιδρυματισμό.

Εξ' άλλου ένας άλλος σημαντικός στόχος της σημερινής ψυχιατρικής η πρόληψη της χρονιότητας είναι μία από τις προτεραιότητες των ψυχιατρικών τομέων. Αυτός επιτυγχάνεται με την εντατική παρακολούθηση των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, με την πρόληψη των υποτροπών (με

συστηματική παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία) και την πρόωμη ανίχνευση της νόσου, αφού στα Γενικά Νοσοκομεία προσέρχονται πολλοί ψυχωσικοί ασθενείς σε αρχόμενο στάδιο. Το πρόβλημα όμως της χρονιοποίησης των ασθενών είναι σύνθετο και πολυπαραγοντικό και τα αποτελέσματα δεν είναι πάντα καλά.

Η μεγαλύτερη συμβολή πάντως του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου στην πρόληψη του ιδρυματισμού είναι ότι με την παρουσία του μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο βοηθάει στην αποδοχή του ψυχικά αρρώστου, των ψυχιάτρων και της ψυχιατρικής από τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων, το προσωπικό και τους ασθενείς με σωματικά νοσήματα και απομυθοποιεί την ψυχική αρρώστια και την ψυχιατρική.

Με τον τρόπο αυτό γίνεται ένα σημαντικό βήμα για την αλλαγή της στάσης της κοινωνίας. Είναι φανερό ότι χωρίς την αλλαγή αυτή κανένα πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης δε μπορεί να πετύχει.»

3.10. ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο ψυχίατρος κ. Ρόντος ασκεί μια κριτική στην αποασυλοποίηση που έχει γίνει στην Ελλάδα και τονίζει: «Οι Ψυχιατρικοί Τομείς στην εικοσάχρονη περίπου διαδρομή τους στην Ελλάδα αντιμετώπισαν και συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στο έργο τους. Το κυριότερο πρόβλημα είναι η έλλειψη ενδιαμέσων δομών όπως οι ξενώνες, τα κέντρα ψυχικής υγείας, τα νοσοκομεία ημέρας, τα κέντρα επαγγελματικής αποκατάστασης κ.λ.π. Οι Ψυχιατρικοί Τομείς έμειναν μόνοι και αβοήθητοι και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν ολοκληρώθηκε ποτέ.

Η βίαιη και απρογραμματίστη αποσυλοποίηση άφησε ακάλυπτους αρκετούς ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί πολιορκούν κατά την εφημερία τους Ψυχιατρικούς Τομείς ζητώντας ένα κρεβάτι. Πολλές φορές πάλι με το πρόσχημα του

επείγοντος διακομίζονται στα Γενικά Νοσοκομεία από το ΕΚΑΒ, συχνά και με εισαγγελική εντολή. Τα «ψευδοεπείγοντα» αυτά περιστατικά αποτελούν πρόβλημα για τους Ψυχιατρικούς Τομείς διεθνώς.

Τα κρεβάτια που έκλεισαν στα μεγάλα ψυχιατρεία έχουν μετατραπεί σε ράντζα στα Γενικά Νοσοκομεία. Η ψυχική αρρώστεια δεν καταργείται με νομοθετικές ρυθμίσεις και χρόνιοι αυτοί άρρωστοι είναι υπαρκτοί.

Οι Ψυχιατρικοί Τομείς στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα μειώνουν συνεχώς το μέσο όρο νοσηλείας και μια που δεν υπάρχουν ξενώνες και νοσοκομεία ημέρας να τους υποστηρίζουν οι ασθενείς θεραπεύονται ατελώς, με αποτέλεσμα να υποτροπιάζουν και να δημιουργείται το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας. Οι ασθενείς δηλαδή βγαίνουν από τη μία ψυχιατρική μονάδα και μπαίνουν στην άλλη.

Τα παραπάνω γίνονται εμφανή αν παρατηρήσει κανείς τις εισαγωγές του Ψυχιατρικού Τομέα του Γ.Κ.Ν. Νίκαιας Πειραιά και την κίνηση των εξωτερικών ιατρείων τακτικών και εκτάκτων κατά τα έτη 1997-2004.

Το πρόβλημα θα γίνει οξύτερο όταν κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρεία όπως έχουν προγραμματιστεί αν δεν έχει ολοκληρωθεί η δημιουργία των νέων δομών. Τότε υπάρχει κίνδυνος περιθωριοποίησης των «αποσυλοποιηθέντων» ασθενών οι οποίοι θα καταλήξουν άστεγοι να κοιμούνται στα πεζοδρόμια και κάτω από τις γέφυρες.

Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι δεν είναι κατάλληλοι όλοι οι ασθενείς για τους ξενώνες. Μερικοί δεν προσαρμόζονται, υποτροπιάζουν και θα πρέπει να μπορούν κάπου να επιστρέψουν και μερικοί να ξαναδοκιμάσουν. Έχουν ακουστεί παραδείγματα ότι τέτοιοι άρρωστοι αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό και μερικές φορές δε γίνονται δεκτοί διότι αυτό θεωρείται πισωγύρισμα.»

Αν κλείσουν τα ιδρύματα για τους αρρώστους αυτούς θα είναι δρόμος χωρίς επιστροφή και η περίπτωση θα θυμίζει κάποιους αρχαίους Έλληνες που όταν

ίδρυναν μια καινούργια αποικία έκαμαν τα καράβια τους για να μη μπορούν να γυρίσουν πίσω.

Θα πρέπει λοιπόν η αποσυλοποίηση να γίνει με προσεκτικά βήματα, να ολοκληρωθεί η δημιουργία νέων δομών, να γίνει επιτέλους η τομεοποίηση, να ληφθεί μέριμνα ώστε οι ξενώνες να μη γίνουν μικρά άσυλα (νεοασυλοποίηση), να διατηρηθούν έστω συρρικνωμένα και με άλλη φιλοσοφία μερικά από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία για ένα διάστημα ώστε το κλείσιμό τους να μην αφήσει πίσω του ερείπια.»

Για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση ασκεί κριτική και ο καθηγητής Ψυχιατρικής και πρόεδρος του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας και Ερευνών κ. Γιώργος Χριστοδούλου ο οποίος τονίζει:

«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μια υπόθεση με αγαθές προθέσεις, αλλά για να υλοποιηθεί σε μαζικό πλαίσιο χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός, διαχρονική συνέπεια και προσαρμογή κατά τακτά χρονικά διαστήματα στις προκύπτουσες ανάγκες.

Μεγάλη σημασία έχει η διαχρονική στήριξη των δομών αποασυλοποίησης που συνεπάγεται και την επαρκή χρηματοδότησή τους. Κι εκεί δεν τα έχουμε καταφέρει καλά στην Ελλάδα. Φαίνεται δηλαδή, ότι έγινε βραχυπρόθεσμος σχεδιασμός, για όσο διάστημα υποστηρίζονταν οικονομικά οι δομές από κοινοτικά κονδύλια. Όταν αυτά τελείωσαν, το ελληνικό κράτος βρέθηκε ανέτοιμο να αναλάβει το κόστος συνέχισης της προσπάθειας. Θα πρέπει όμως ειδικά γι' αυτό τον σκοπό να βρεθούν χρήματα. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν μπορεί να μείνει στη μέση».

Για τις επιπτώσεις της υποχρηματοδότησης του προγράμματος ο κ. Χριστοδούλου τονίζει ότι «υπάρχει κίνδυνος να μετατραπουν οι δομές στη κοινότητα σε μικρά άσυλα. Η ασυλοποίηση στην κοινότητα είναι σαφώς χειρότερη από την ασυλοποίηση μέσα στο... άσυλο, με δεδομένο ότι πρόκειται για πολλές μικρές δομές που είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ελεγχθούν».

Και καταλήγει: «Είμαι υπέρ του κλεισίματος των ψυχιατρείων, υπό τον όρο ότι έχουν δημιουργηθεί οι εναλλακτικές δομές που θα υποδεχθούν τους ασθενείς. Ωστόσο, το κριτήριο πρέπει να είναι πάντα η ποιότητα ζωής του ασθενούς. Εάν είναι καλύτερο γι' αυτόν να μείνει μέσα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, τότε πρέπει να μείνει, με την προϋπόθεση ότι τα ψυχιατρεία θα αναμορφωθούν».

Ποιες είναι οι προϋποθέσεις για να κλείσουν τα ψυχιατρεία επισημαίνει ο διευθυντής του Παιδοψυχιατρικού Τομέα στο νοσοκομείο «Αγία Σοφία» κ. Ι. Τσιάντης, ο οποίος υποστηρίζει ότι «μολονότι έχουν γίνει προσπάθειες εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εν τούτοις η τάση παραμένει προς την ιδρυματική περίθαλψη».

Σύμφωνα με τον κ. Τσιάντη, για να κλείσουν τα ψυχιατρεία πρέπει να εφαρμοστούν προγράμματα που θα εμποδίζουν την εισαγωγή των ασθενών σε άσυλο και παράλληλα θα βοηθούν τους «εγκλειστούς» να βγαίνουν σταδιακά απ' αυτό. Πρέπει δηλαδή να εφαρμοστούν προγράμματα κοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής κατάρτισης και να δημιουργηθούν δομές τέτοιες (ξενώνες, οικοτροφεία) που θα υποδεχθούν τους ασθενείς.

«Κατ' αρχήν», συνεχίζει ο κ. Τσιάντης, «πρέπει να γίνει τομεοποίηση, δηλαδή να χωριστεί η χώρα σε περιοχές ευθύνης. Σε κάθε περιοχή θα πρέπει να παρέχεται ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς όλων των ηλικιών. Το σημαντικό είναι ότι οι ασθενείς θα έχουν κοντά τις οικογένειές τους, οι οποίες δεν θα χρειάζεται να διανύουν χιλιόμετρα για να τους επισκέπτονται, όπως συμβαίνει σήμερα. Αυτό προϋποθέτει ότι σε κάθε περιοχή θα πρέπει να δημιουργηθούν υπηρεσίες στελεχωμένες με κατάλληλα εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό, για να παρέχουν υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, δηλαδή από τη διάγνωση ως την αποκατάσταση. Επίσης πρέπει να υπάρχει θεραπευτική συνέχεια και να γίνουν έρευνες σε κάθε περιοχή, ώστε να καταγραφούν οι ανάγκες για την ανάπτυξη

των κατάλληλων προγραμμάτων».

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύσαμε την παραδοσιακή και σύγχρονη ψυχιατρική, περιγράψαμε τους στόχους τους και εντοπίσαμε τις διαφορές τους. Έγινε ανάλυση της ιδεολογίας του αποιδρυματισμού και παραθέσαμε τις προϋποθέσεις για επιτυχημένη επανένταξη στην κοινότητα. Αναλύσαμε επίσης την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και περιγράψαμε δύο από τα μεγαλύτερα ψυχιατρεία στον ελλαδικό χώρο, το Δρομοκαίτειο και το ψυχιατρείο της Λέρου.

Από την μελέτη αυτών, διαπιστώσαμε ότι η έξοδος των ψυχικών νοσούντων από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και η επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο είναι ένα περίπλοκο ζήτημα που απαιτεί την μέριμνα της κοινωνίας και την εφαρμογή προγραμμάτων που θα εμποδίζουν την εισαγωγή ασθενών σε άσυλα και παράλληλα θα βοηθούν τους εγκλείστους να βγαίνουν σταδιακά από αυτό. Πρέπει δηλαδή να εφαρμοστούν προγράμματα κοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής κατάρτισης και να δημιουργηθούν δομές τέτοιες, π.χ. ξενώνες που θα υποδεχθούν τους ασθενείς. Η βίαιη και απρογραμματίστη αποασυλοποίηση που έχει γίνει μέχρι σήμερα δεν έχει βοηθήσει τόσο πολύ την όλη κατάσταση, επομένως θα πρέπει να δείξουμε περισσότερη βαρύτητα στο θέμα και η αποασυλοποίηση να γίνει με πιο προσεκτικά και μεθοδικά βήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία της ψυχικής υγείας, η αλληλεξάρτησή της με τη σωματική υγεία και η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο αποκτά αυξανόμενη αναγνώριση, τόσο από τους υπεύθυνους για τη διαμόρφωση πολιτικής, όσο και από το ευρύ κοινό.

Η ύπαρξη μιας σαφώς διατυπωμένης πολιτικής για την ψυχική υγεία είναι πολύτιμο εργαλείο παρέμβασης για τη διεύθυνση ψυχικής υγείας, οποιουδήποτε υπουργείου υγείας. Εφόσον καταστρωθεί σωστά και εφαρμοστεί με κατάλληλα σχέδια δράσης και προγράμματα, η πολιτική μπορεί να επηρεάσει αισθητά την ψυχική υγεία του πληθυσμού. Τα θετικά αποτελέσματα που έχουν περιγραφεί σε μελέτες περιλαμβάνουν βελτίωση στην οργάνωση και ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, στην προσβασιμότητα, στην κοινοτική φροντίδα και στην καλύτερη συμμετοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και όσων τα φροντίζουν. Βελτιώνονται, επίσης, αρκετοί δείκτες της ψυχικής υγείας.

Παρά το ότι αναγνωρίζεται ευρέως ότι η εθνική πολιτική για την ψυχική υγεία έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από τον Π.Ο.Υ. δείχνουν ότι το 40,5% των χωρών δεν έχει πολιτική για την ψυχική υγεία και ότι το 30,3% δεν έχει πρόγραμμα.

Τα τελευταία χρόνια έχει σωρευτεί αρκετή πείρα από την ανάπτυξη πολιτικών, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων για την ψυχική υγεία.

Υπουργεία υγείας, τα οποία είχαν μια εθνική πολιτική για την ψυχική υγεία, καθώς και σχέδια δράσης και προγράμματα, επηρέασαν σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία των πληθυσμών σε μερικές χώρες. Ορισμένα από τα αποτελέσματα είναι και τα εξής: βελτίωση στην οργάνωση και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, προσβασιμότητα, κοινοτική φροντίδα, συμμετοχή

των χρηστών των υπηρεσιών και όσων τους φροντίζουν, βελτίωση αρκετών δεικτών της ψυχικής υγείας. Η απουσία πολιτικής για την ψυχική υγεία και της αρμόδιας διεύθυνσης ψυχικής υγείας σε ένα υπουργείο υγείας μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις.

Επιπροσθέτως, υπάρχει τεράστια ανομοιογένεια στη μορφή και στο περιεχόμενο των πολιτικών και των σχεδίων δράσης για την ψυχική υγεία σε διάφορες χώρες.

4.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ, ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΠΟΛΙΤΙΚΗ:

Μία πολιτική για την ψυχική υγεία είναι ένα οργανωμένο σύνολο αξιών, αρχών και στόχων με προορισμό τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και τη μείωση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό. Ορίζει ένα όραμα για το μέλλον και βοηθάει ώστε να δημιουργηθούν εφαρμόσιμοι μέθοδοι ανάληψης δράσης. Επίσης, η πολιτική καθορίζει την προτεραιότητα την οποία μια κυβέρνηση αποδίδει στην ψυχική υγεία, σε σχέση με άλλες πολιτικές που αναφέρονται στην υγεία γενικά και σε άλλα κοινωνικά ζητήματα. Γενικά, η πολιτική καταρτίζεται με μακρό χρονικό ορίζοντα συνήθως 5 έως 10 ετών.

Τα σχέδια δράσης και τα προγράμματα συμπληρώνουν τις πολιτικές και παρέχουν τα μέσα ώστε να επιτευχθούν οι ευρείς στόχοι που θέτει η πολιτική.

ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ:

Το σχέδιο δράσης είναι μια λεπτομερής ολοκληρωμένη μελέτη για την ανάληψη στρατηγικών δράσεων, οι οποίες ωφελούν την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Το σχέδιο δράσης καθιστά δυνατή την εφαρμογή του οράματος, των αξιών, των αρχών και των στόχων, που η πολιτική καθορίζει. Συνήθως

περιλαμβάνει στρατηγικές, χρονοδιαγράμματα και πόρους. Ένα σχέδιο δράσης μπορεί να αντιστοιχεί στις ίδιες διοικητικές περιφέρειες και χρονικές περιόδους που καθορίζει η πολιτική. Εντούτοις, αυτό δεν είναι υποχρεωτικό, αφού είναι δυνατό να αναπτυχθεί για μια μικρότερη διοικητική περιφέρεια ή για συντομότερη χρονική περίοδο, από ότι η πολιτική καθορίζει.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:

Το πρόγραμμα είναι μια λογική αλληλουχία συγκροτημένων παρεμβάσεων με στόχο τις ψυχικές διαταραχές ή τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Ένα πρόγραμμα καθορίζει τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν ως αποδέκτη τον πληθυσμό, και αναλαμβάνονται σύμφωνα με τις στρατηγικές προσεγγίσεις που έχουν προηγουμένα τεθεί από την πολιτική και τον σχεδιασμό. Σε αντίθεση με την πολιτική και το σχέδιο δράσης, το πρόγραμμα συχνά εφαρμόζεται σε μικρότερη διοικητική περιφέρεια και για συντομότερη χρονική περίοδο.

Οι κύριες διαφορές μεταξύ μιας πολιτικής, ενός σχεδίου δράσης και ενός προγράμματος, δεν πρέπει να θεωρηθούν απόλυτες. Στις περισσότερες χώρες συχνά επικαλύπτονται τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τις πολιτικές, τα σχέδια δράσης και τα προγράμματα.

4.2. ΠΩΣ ΚΑΤΑΣΤΡΩΝΟΝΤΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πολιτική για την ψυχική υγεία συνήθως ενσωματώνεται σε ένα σύνθετο πλέγμα, στο οποίο εμπλέκεται η υγεία γενικά, η κοινωνική πρόνοια και η ευρύτερη κοινωνική πολιτική. Ο τομέας της ψυχικής υγείας επηρεάζεται από πολλές πολιτικές, αξίες και ιδεολογικές αναφορές, που δε σχετίζονται αναγκαστικά με την ψυχική υγεία ευθέως. Για να μεγιστοποιηθούν τα θετικά αποτελέσματα, είναι αναγκαίο να ληφθεί υπόψη το κοινωνικό και οικονομικό

περιβάλλον, στο οποίο καταστρώνεται μια πολιτική για την ψυχική υγεία. Είναι επίσης αναγκαίο να διασφαλιστεί διατομεακή συνεργασία, ώστε να υπάρξει όφελος από τα εκπαιδευτικά προγράμματα, από τις πολιτικές για την απασχόληση, την κοινωνική πρόνοια και την υγεία γενικά, από τις δραστηριότητες των δικαστικών και αστυνομικών αρχών, από πολιτικές που αφορούν ιδιαίτερα τα νεότερα και γηραιότερα στρώματα του πληθυσμού, από την στεγαστική και οικιστική πολιτική και από τις δημοτικές υπηρεσίες.

Μια χώρα έχει πολλούς τρόπους να καταστρώσει μια πολιτική για την ψυχική υγεία, ανάλογα με πολιτισμικούς παράγοντες, την πολιτική και κοινωνική οργάνωση, και την βαρύτητα που αποδίδουν οι κυβερνήσεις στην ψυχική υγεία. Μερικές από τις μεταβλητές που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι ο θεσμός ή ο μηχανισμός που θα αναλάβει την πολιτική ευθύνη, το πεδίο δράσης της πολιτικής και η δομή της πολιτικής.

Κάθε κυβέρνηση πρέπει να έχει μια πολιτική για την ψυχική υγεία. Η πολιτική ευθύνη για την πολιτική αυτή πρέπει να αναλαμβάνεται από τα πλέον υψηλά κλιμάκια. Αυτό σημαίνει ότι είναι σκόπιμο να αναλαμβάνεται από την κυβέρνηση του κράτους. Οι λόγοι είναι οι εξής:

- > Η ψυχική υγεία σχετίζεται στενά με την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και την ποιότητα ζωής.
- > Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών είναι υψηλός και η επιβάρυνση που προκαλούν είναι σημαντική, παγκοσμίως.
- > Η εφαρμογή παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία απαιτείται συμμετοχή διαφόρων κρατικών τομέων.

Στις περισσότερες χώρες, την ευθύνη της πολιτικής για την ψυχική υγεία έχει το υπουργείο υγείας. Το πλεονέκτημα αυτής της κατάστασης είναι ότι η πολιτική εφαρμόζεται αποκλειστικά από έναν τομέα, οπότε υπάρχει μεγαλύτερη συνέπεια και συνοχή. Εντούτοις, υπάρχουν και μειονεκτήματα, εφόσον ο τομέας

της υγείας δεν είναι σε θέση να παρέχει όλες τις υπηρεσίες που χρειάζονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις που θέτει η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Τα μειονεκτήματα αυτά είναι δυνατόν να αποφευχθούν, εν μέρει, με τη δημιουργία ενός εθνικού συμβουλίου, το οποίο συνήθως συνεδριάζει με πρωτοβουλία του υπουργείου υγείας και στο οποίο συμμετέχουν πολλοί από τους εμπλεκόμενους (κοινωνική πρόνοια, εκκλησία, εκπαίδευση, στέγαση, εργασία, ποινική δικαιοσύνη, αστυνομία και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες).

Σε μερικές χώρες η πολιτική για την ψυχική υγεία δεν στηρίζεται κεντρικά από το υπουργείο υγείας, αλλά καταρτίζεται από τη διεύθυνση ψυχικής υγείας. Στις περιπτώσεις αυτές, η πολιτική επηρεάζει πολύ λιγότερο τις υπηρεσίες που παρέχονται στον πληθυσμό, αν και έχει την χρησιμότητά της, αφού κλιμακώνει τις προτεραιότητες και οργανώνει τις εκτελεστικές λειτουργίες των διαφόρων ομάδων, που εργάζονται για την ψυχική υγεία σε διάφορα επίπεδα του συστήματος υγείας.

4.3. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΒΗΜΑΤΑ

Η εμπειρία διαφόρων χωρών καθιστά εφικτό τον προσδιορισμό αρκετών βασικών βημάτων, που οδηγούν στην ανάπτυξη μιας επιτυχούς πολιτικής για την ψυχική υγεία. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιεί κανείς, ότι χρειάζεται ένα χρονοδιάγραμμα όταν προσεγγίζει το ζήτημα της πολιτικής για την ψυχική υγεία. Τα, κατά πάσα πιθανότητα, ρεαλιστικά χρονικά διαστήματα είναι ένα έως δύο χρόνια για την ανάπτυξη και πέντε έως δέκα για την εφαρμογή και την επίτευξη των προσδοκώμενων αλλαγών. Μία συντομότερη περίοδος είναι πιθανότατα ανέφικτη, ενώ ένας σχεδιασμός σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου μπορεί να μην ικανοποιεί πολλούς από τους εμπλεκόμενους, καθώς και το γενικό πληθυσμό. Διάφορα στοιχεία των πολιτικών, σχεδίων δράσης και

προγραμμάτων μπορεί να απαιτούν διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τον χρόνο.

Τα στελέχη που έχουν υπό την εποπτεία τους τον τομέα της ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας και στις υγειονομικές περιφέρειες, πρέπει να είναι ικανά, επίμονα και κινητοποιημένα, ώστε να υπερπηδηθούν τα πολλαπλά προβλήματα, τα οποία αναπόφευκτα αναφέρονται κατά την εκτέλεση του έργου τους.

Ακολουθούν τα βήματα για την ανάπτυξη μιας πολιτικής για την ψυχική υγεία.

1ο βήμα. Εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού

Οι ανάγκες μπορούν να εκτιμηθούν με τις ακόλουθες μεθόδους:

α) Επιστημονική έρευνα: Επιδημιολογικές μελέτες του γενικού πληθυσμού και ειδικών πληθυσμών (π.χ. σχολείων και χώρων εργασίας), απλές επιδημιολογικές μελέτες των ατόμων που επισκέπτονται τις υπηρεσίες, μελέτες της επιβάρυνσης των νόσων με χρήση των ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα, λεπτομερείς συνεντεύξεις και ομάδες επικέντρωσης.

β) Ταχεία εκτίμηση: Δευτερογενής ανάλυση των δεδομένων στα ήδη υπάρχοντα πληροφοριακά συστήματα, σύντομες συνεντεύξεις με άτομα σε θέσεις κλειδιά και συζητήσεις με άτομα που έχουν ψυχικές διαταραχές, τις οικογένειές τους και το υγειονομικό προσωπικό.

2ο βήμα. Συλλογή στοιχείων για μια αποτελεσματική πολιτική

Τα στοιχεία μπορούν να συλλεχθούν με επισκέψεις στις τοπικές υπηρεσίες και με μελέτη των δημοσιευμένων επιστημονικών εργασιών στη χώρα και διεθνώς.

α) Στοιχεία από μία χώρα ή περιφέρεια: Τα κύρια στοιχεία προέρχονται από την αξιολόγηση προηγούμενων πολιτικών, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων. Τα πιλοτικά προγράμματα και η εμπειρία από τοπικές παρεμβάσεις είναι επίσης θαυμάσια πηγή πληροφοριών.

β) Στοιχεία από άλλες χώρες ή περιφέρειες: Τα πλέον χρήσιμα στοιχεία προέρχονται από χώρες ή περιφέρειες με παρόμοια πολιτισμικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.

γ) Στοιχεία από την βιβλιογραφία: Αξιολογήσεις εθνικών ή περιφερειακών πολιτικών για την ψυχική υγεία.

3ο βήμα. Διαβούλευση και διαπραγμάτευση

Η διαδικασία της συγκρότησης και εφαρμογής μιας πολιτικής για την ψυχική υγεία είναι κατά κύριο λόγο πολιτικής φύσης. Κατά δεύτερο λόγο, είναι θέμα, αφενός, ανάληψης δράσης η οποία έχει τεχνικά χαρακτηριστικά και, αφετέρου, εξασφάλισης των αναγκαίων πόρων. Ο ρόλος ενός υπουργείου υγείας είναι να ακούσει τους διάφορους εμπλεκόμενους και να κάνει προτάσεις, οι οποίες συνθέτουν τις διάφορες απόψεις που αυτοί εκφράζουν, με τα στοιχεία τα οποία παρέχει η εμπειρία σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Για να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί μια πολιτική για την ψυχική υγεία είναι πιθανό να προαπαιτείται ένας συνειδητός συμβιβασμός των απόψεων της πλειοψηφίας των κυρίως εμπλεκόμενων. Τέλος, είναι σημαντικότερο να υπάρχει πολιτική υποστήριξη.

4ο βήμα. Ανταλλαγή πληροφοριών με άλλες χώρες

Η ενημέρωση για τις εμπειρίες άλλων χωρών μπορεί να βοηθήσει μια χώρα να μάθει τις τελευταίες προόδους που επιτεύχθηκαν σε πιο αναπτυγμένες χώρες, όπως και τις επιτυχίες και τις χαμηλού κόστους παρεμβάσεις που έγιναν σε λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Οι ειδικοί με διεθνή εμπειρία μπορούν επίσης να βοηθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση.

5ο βήμα. Ορισμός του οράματος, των αξιών, αρχών και στόχων της πολιτικής

Εφόσον έχουν συλλεχθεί οι πληροφορίες από τις διάφορες πηγές, όπως αναφέρονται στα βήματα 1 έως 4, είναι πλέον δυνατό να καθοριστεί ο βασικός προσανατολισμός της πολιτικής για την ψυχική υγεία, περιγράφοντας το όραμα, τις αξίες, τις αρχές και τους στόχους της πολιτικής αυτής.

α) Όραμα: Το όραμα συνήθως δημιουργεί μεγάλες προσδοκίες, αφού περιγράφει τι είναι επιθυμητό να γίνει στη χώρα ή την περιφέρεια. Εντούτοις, θα πρέπει να είναι ρεαλιστικό και να αφορά ανάγκες που είναι δυνατό να καλυφθούν με τους διαθέσιμους πόρους και τεχνολογία.

β) Αξίες και αρχές: Οι διάφορες χώρες και περιφέρειες έχουν τις δικές τους αξίες όσον αφορά την ψυχική υγεία και τις ψυχικές διαταραχές. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας κατάρτισης της πολιτικής για την ψυχική υγεία, είναι αναγκαίο να συζητηθεί ποιες αξίες και καθοδηγητικές αρχές θα υιοθετηθούν.

γ) Στόχοι της ψυχικής υγείας: Η πολιτική για την ψυχική υγεία θα πρέπει να ενσωματώνει τους τρεις κύριους στόχους μιας οποιασδήποτε πολιτικής για την υγεία.

1. Βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η πολιτική θα πρέπει να παρουσιάζει με σαφήνεια τους στόχους που αφορούν τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Το ιδανικό θα ήταν, να χρησιμοποιούνται δείκτες που αφορούν το επίπεδο της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, όπως είναι η ποιότητα ζωής, η ψυχική λειτουργικότητα, η ανικανότητα, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, μπορούν να χρησιμοποιηθούν δείκτες που αφορούν την προσβασιμότητα και τη χρήση των υπηρεσιών από τον πληθυσμό.

2. Ανταπόκριση στις προσδοκίες των ανθρώπων. Όσον αφορά την ψυχική υγεία, ο στόχος αυτός συμπεριλαμβάνει τον σεβασμό των ατόμων και την εστίαση του συστήματος στις ανάγκες των ασθενών.

3. Παροχή οικονομικής προστασίας από το κόστος της ασθένειας. Μεταξύ των θεμάτων που αφορούν την ψυχική υγεία είναι και τα εξής: ισόρροπη διανομή των πόρων στις διάφορες γεωγραφικές περιφέρειες, διαθεσιμότητα των βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων, ισότιμη αντιμετώπιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας, και ανάλογη χρηματοδότηση.

6ο βήμα. Καθορισμός πεδίων ανάληψης δράσης

Το επόμενο βήμα είναι η μετάβαση από τους στόχους της πολιτικής για την ψυχική υγεία στην ανάληψη δράσης. Μία πολιτική για την ψυχική υγεία, για να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να επιχειρήσει την ταυτόχρονη ανάληψη δράσης σε διάφορα πεδία. Το ποια θα είναι τα πεδία αυτά μπορεί να εξαρτάται από τη χώρα και τη χρονική στιγμή. Στις περισσότερες πολιτικές, οι οποίες αναπτύχθηκαν τα τελευταία 20 έτη, ενεπλάκησαν οι παρακάτω τομείς:

- Χρηματοδότηση
- Νομοθεσία και ανθρώπινα δικαιώματα
- Οργάνωση των υπηρεσιών
- Ανθρώπινοι πόροι και εκπαίδευση
- Προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση
- Εφοδιασμός με βασικά φάρμακα και διανομή τους
- Συνηγορία
- Βελτίωση ποιότητας
- Πληροφοριακά συστήματα
- Έρευνα και αξιολόγηση πολιτικών και υπηρεσιών
- Διατομεακή συνεργασία

7ο βήμα. Προσδιορισμός των βασικών ρόλων και ευθυνών

των διαφόρων εμπλεκόμενων τομέων

Οι κύριοι τομείς που απαιτείται να αναλάβουν καθορισμένους ρόλους και ευθύνες περιλαμβάνουν τους εξής:

- Κυβερνητικές υπηρεσίες (υγείας, παιδείας, απασχόλησης, κοινωνικής πρόνοιας, στέγασης, δικαιοσύνης).

- Ακαδημαϊκά ιδρύματα.
- Επιστημονικές - επαγγελματικές οργανώσεις.
- Εργαζόμενοι στη γενική και ψυχική υγεία.
- Ομάδες χρηστών των υπηρεσιών και οικογενειών.
- Παροχείς υπηρεσιών.
- Μη κυβερνητικές οργανώσεις.
- Παραδοσιακοί θεραπευτές.

8ο βήμα. Εκτέλεση πιλοτικών προγραμμάτων

Πριν ή και κατά την διάρκεια της ανάπτυξης μιας πολιτικής για την ψυχική υγεία, το υπουργείο υγείας μπορεί να συνεισφέρει σε αυτή τη διαδικασία εκτελώντας πιλοτικά προγράμματα, τα οποία παρέχουν χρήσιμα στοιχεία. Μπορεί να δείξουν ότι καινούργιες στρατηγικές λειτουργούν αποδοτικά σε κάποια σημεία της χώρας και ότι αξίζει να εφαρμοστούν σε όλη τη χώρα. Οι εμπειρίες από τα πιλοτικά προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν στην κατάρτιση καλύτερης πολιτικής, εάν δείξουν ότι κάποιες υπηρεσίες δεν είναι πολύ αποτελεσματικές. Παρέχουν επίσης στοιχεία, ώστε να είναι δυνατό να υπολογιστεί το πραγματικό κόστος εφαρμογής μιας πολιτικής.

4.4. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1ο βήμα. Ορισμένες προτεραιότητες ως προς τις κύριες στρατηγικές

Οι στρατηγικές ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία πρέπει να αντιστοιχούν στα πεδία δράσης τα οποία ορίζει η πολιτική. Οι στρατηγικές αποτελούν ένα σύνολο δραστηριοτήτων οι οποίες πρέπει να εκτελεστούν, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι επιμέρους δράσεις θα εφαρμοσθούν επιτυχώς. Γενικά, οι στρατηγικές καταρτίζονται και κλιμακώνονται σε συνεργασία με τους

εμπλεκόμενους και λαμβάνοντας υπόψη:

— Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του υπάρχοντος συστήματος ψυχικής υγείας.

— Τις δυνατότητες, αλλά και τους κινδύνους, ανάπτυξης πολιτικών και σχεδίων δράσης για την ψυχική υγεία στη συγκεκριμένη χώρα ή περιφέρεια.

2ο βήμα. Καθορισμός χρονοδιαγράμματος και πόρων

Για κάθε στρατηγική θα πρέπει να υπάρχει ένα χρονοδιάγραμμα, το οποίο θα ορίζει το έτος έναρξης και τη διάρκεια λειτουργίας της. Μερικές στρατηγικές είναι ανάγκη να λειτουργούν συνεχώς και επ' αόριστον, ενώ άλλες μόνο για περιορισμένο χρόνο. Μία στρατηγική συμβαίνει συχνά να μην είναι δυνατό να εφαρμοστεί πλήρως από την έναρξη εφαρμογής της, λόγω ανεπάρκειας πόρων και μέσων.

Η εφαρμογή των στρατηγικών με την αλληλουχία η οποία έχει αποφασιστεί, εξαρτάται ουσιωδώς από τους πόρους που είναι διαθέσιμοι για την ψυχική υγεία σε κάθε χώρα ή περιφέρεια. Οι τρεις κύριοι πόροι, οι οποίοι χρειάζονται για να εφαρμοστεί μια στρατηγική, είναι οι ανθρώπινοι πόροι, οι υλικοί πόροι και τα αναλώσιμα. Για να εξασφαλιστούν, μπορεί να χρειαστεί μια αρχική επένδυση ή μια συνεχής ροή κεφαλαίων.

Ένα σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία θα πρέπει να ορίζει, επίσης, ποιος είναι ο χρηματοδότης. Σήμερα, οι περισσότερες χώρες έχουν μεικτές δομές για την χρηματοδότηση της υγείας, με διάφορες αναλογίες κρατικής χρηματοδότησης από φορολογικά έσοδα, κοινωνική ασφάλιση, δωρητές, ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές από τους χρήστες των υπηρεσιών. Είναι επίσης σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ότι η ψυχική υγεία απαιτεί δαπάνες από διάφορους κυβερνητικούς τομείς (εκπαίδευση, απασχόληση, δικαιοσύνη, στέγαση κ.λπ.), όπως και από μη κυβερνητικούς οργανισμούς, οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών, καθώς και από

ιδιωτικά ιδρύματα.

Εφόσον έχουν οριστεί οι γενικοί στόχοι και τα πεδία δράσης, και έχουν σχεδιαστεί οι κύριες στρατηγικές και οι πόροι, η πολιτική και το συνακόλουθο σχέδιο δράσης μπορούν πλέον να εξελιχθούν σε ένα ή περισσότερα προγράμματα. Ένα πρόγραμμα ορίζει τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις, αποδέκτης των οποίων είναι ο πληθυσμός. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν στόχο προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία μπορεί να αφορούν την προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία ή αποκατάσταση, και γίνονται σε διάφορα σημεία του συστήματος υγείας ή και έξω από το σύστημα αυτό (π.χ. σε χώρους εργασίας και σχολεία).

Το υπουργείο υγείας ή μια περιφερειακή επιτροπή υγείας, μπορεί να έχει την ευθύνη για την κατάρτιση, κεντρική διαχείριση, συντονισμό και αξιολόγηση ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία. Είναι, εντούτοις, ευκαταίω να λαμβάνονται πρωτοβουλίες και σε τοπικό επίπεδο, ώστε να αναπτύσσονται προγράμματα τα οποία ανταποκρίνονται στις προσδοκίες της κοινότητας.

Κατά την κατάρτιση ενός προγράμματος θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:

1ο βήμα. Προσδιορισμός του θέματος ή προβλήματος που θα αντιμετωπιστεί

Το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία είναι να προσδιοριστεί το συγκεκριμένο θέμα ή πρόβλημα το οποίο θα αντιμετωπίσει το πρόγραμμα. Το θέμα ή το πρόβλημα μπορεί να προσεγγιστεί από διάφορες πλευρές, όπως, για παράδειγμα, είναι οι παρεμβάσεις για άτομα με ειδικές διαταραχές, για ευπαθείς ομάδες, για άτομα τα οποία διατρέχουν ιδιαίτερους κινδύνους λόγω ειδικών συνθηκών και για άτομα που χρειάζονται προστασία.

Εφόσον προσδιοριστεί ένα θέμα που χρήζει αντιμετώπισης, είναι ουσιώδες να εξηγηθεί γιατί είναι σημαντικό, και πώς θα βοηθήσουν οι παρεμβάσεις που θα

αναληφθούν. Με αυτό τον τρόπο δικαιώνεται ορθολογικά η ύπαρξη του προγράμματος.

2ο βήμα. Ορισμός των στόχων του προγράμματος

Οι στόχοι θα πρέπει να καθορίζουν τι ακριβώς ελπίζεται να επιτύχει το πρόγραμμα και ποιοι θα ωφεληθούν. Στους στόχους μπορεί να περιλαμβάνονται:

- > Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.
- > Η ανταπόκριση στις προσδοκίες του πληθυσμού.
- > Η παροχή οικονομικής προστασίας από το κόστος της ασθένειας.

3ο βήμα. Επιλογή των κατάλληλων προγραμματικών παρεμβάσεων

Η επιλογή των παρεμβάσεων πρέπει να βασίζεται σε πρακτικές τεκμηριωμένες με στοιχεία, δηλαδή σε πρακτικές οι οποίες γνωρίζουμε ότι έχουν αποτέλεσμα. Για την επιλογή πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη αφενός ότι είναι γνωστό για τις υπάρχουσες ανάγκες και αφετέρου η πείρα που έχει σωρευτεί από τις υπάρχουσες υπηρεσίες και τα πιλοτικά προγράμματα. Οι αξιολογήσεις που έχουν γίνει για τις υπάρχουσες υπηρεσίες και τα πιλοτικά προγράμματα αποτελούν εξαιρετικά πολύτιμα στοιχεία.

Εάν δεν υπάρχουν πληροφορίες από τοπικές πηγές, θα πρέπει να ανατρέξει κανείς στη βιβλιογραφία και σε οδηγίες για την κλινική πρακτική. Πέραν όλων αυτών, η επιλογή των παρεμβάσεων πρέπει να αποφασιστεί αφού ληφθούν υπόψη οι διαβουλεύσεις, οι οποίες θα γίνουν με όσο το δυνατόν περισσότερους από τους εμπλεκόμενους.

4ο βήμα. Περιγραφή των δράσεων του προγράμματος

Κατά την κατάρτιση ενός προγράμματος, πρέπει να ορίζονται όλες οι δραστηριότητες που καταλήγουν στην υλοποίηση των παρεμβάσεων. Προς διευκόλυνση αυτής της διαδικασίας τα 11 πεδία ανάληψης δράσης μπορούν να

ελεγχθούν ένα προς ένα, ώστε να καθοριστεί ποιες δράσεις είναι αναγκαίες. Κατά την περίοδο που λαμβάνουν χώρα δραστηριότητες του προγράμματος, είναι ουσιώδες να διασφαλιστεί ότι αυτές συμμορφώνονται με αποδεκτά κριτήρια για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας.

5ο βήμα. Προσδιορισμός των υπευθύνων για την υλοποίηση του προγράμματος

Η αποτελεσματική εφαρμογή ενός προγράμματος και η ανάπτυξη των διαφόρων λειτουργιών του στηρίζονται σε πολλούς παράγοντες. Μέσω αυτών των παραγόντων εξασφαλίζεται η παροχή υψηλής ποιότητας παρεμβάσεων προς όφελος του πληθυσμού.

Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν:

- | | |
|---------------------|------------------------|
| α) τη διεύθυνση | δ) τομείς εκτός υγείας |
| β) τη χρηματοδότηση | ε) τον έλεγχο |
| γ) τη φροντίδα | στ) τη συνηγορία |

6ο βήμα. Καθορισμός χρονοδιαγράμματος

Κάθε προγραμματική δραστηριότητα απαιτεί τον ορισμό ενός χρονοδιαγράμματος σύμφωνα με τους πόρους και τις τεχνικές δυνατότητες. Ένα πρόγραμμα μπορεί να διαρκέσει λιγότερο χρόνο από ότι μια πολιτική ή ένα σχέδιο δράσης (ένα έως πέντε χρόνια). Τα περισσότερα προγράμματα εφαρμόζονται με πόρους που δεν είναι δυνατόν να καλύψουν όλους όσους έχουν ανάγκη. Επίσης, κάποιες παρεμβάσεις που προβλέπονται από το πρόγραμμα δεν υλοποιούνται. Επομένως, ένα χρονοδιάγραμμα που να καθορίζει την προοδευτική υλοποίηση του προγράμματος είναι επίσης αναγκαίο.

7ο βήμα. Σχεδιασμός προϋπολογισμού

Για να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα είναι αναγκαίο να υπάρχει ένας λεπτομερής προϋπολογισμός, με ακριβή στοιχεία εσόδων - εξόδων. Ένα από τα πλεονεκτήματα της ανάπτυξης ενός προγράμματος είναι ότι διευκολύνει τον

ακριβή υπολογισμό των ανθρώπινων, υλικών και αναλώσιμων πόρων. Τα δεδομένα που απαιτούνται για την κατάστρωση του προϋπολογισμού ενός προγράμματος για ένα έτος περιλαμβάνουν τον αριθμό των ατόμων ανά έτος υπέρ των οποίων γίνονται παρεμβάσεις και το μέσο κόστος κατ' άτομο σε ανθρώπινους πόρους, φάρμακα, και εργαστηριακούς και υλικούς πόρους (κτίρια, οχήματα κλπ). Κατά περίπτωση, ο προϋπολογισμός του προγράμματος πρέπει να προσαρμόζεται με τους διαθέσιμους πόρους.

8ο βήμα. Αξιολόγηση του προγράμματος

Ένα πρόγραμμα αφού εφαρμοστεί πρέπει και να αξιολογηθεί. Αυτό είναι σημαντικό διότι όχι μόνο εκτιμάται ο αντίκτυπος και το κόστος του προγράμματος, αλλά και διότι συλλέγονται πληροφορίες για την ανάπτυξη μελλοντικών προγραμμάτων. Οι μέθοδοι καταγραφής, ελέγχου και αξιολόγησης των προγραμμάτων συμπεριλαμβάνουν:

- > Τη χρήση κριτηρίων για την εκτίμηση του προγράμματος.
- > Τη χρήση διαδικασιών πιστοποίησης.
- > Τη χρήση υπαρχόντων συστημάτων πληροφόρησης.
- > Διαβουλεύσεις με ομάδες χρηστών των υπηρεσιών, οικογενειών και συνηγορίας.

4.5. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ, ΣΧΕΔΙΩΝ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Μία πολιτική για την ψυχική υγεία μπορεί να εφαρμοστεί δια των στρατηγικών, όπως κατά προτεραιότητα καθορίστηκαν από το σχέδιο δράσης, και δια των παρεμβάσεων, όπως κατά προτεραιότητα καθορίστηκαν από το πρόγραμμα. Για να γίνει δυνατή η εφαρμογή αυτών των στρατηγικών και των παρεμβάσεων απαιτούνται πολλές δράσεις.

1ο βήμα Διάδοση της πολιτικής

Το υπουργείο υγείας και οι περιφέρειες πρέπει να διαδώσουν τις νέες πολιτικές ευρέως, σε όλους τους εμπλεκόμενους.

2ο βήμα Δημιουργία προϋποθέσεων πολιτικής στήριξης και χρηματοδότησης

Μετά την κατάρτιση μιας πολιτικής, θα πρέπει να επιδιωχθεί η δραστήρια συμμετοχή των εμπλεκόμενων, καθώς και να αρχίσουν δραστηριότητες επικοινωνιακής υφής. Ο σκοπός των δραστηριοτήτων αυτών είναι να εξασφαλιστεί αρκετή πολιτική υποστήριξη και χρηματοδότηση για την εφαρμογή της πολιτικής. Οι ηγέτες της χώρας πρέπει να γνωρίζουν ότι οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν σημαντικό ποσοστό της συνολικής επιβάρυνσης των νόσων και ότι δημιουργούν ανάγκες και απαιτήσεις. Πρέπει να αντιλαμβάνονται ότι υπάρχουν αποτελεσματικές στρατηγικές και ότι όλοι οι τομείς μπορούν να συνεισφέρουν για την βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

3ο βήμα. Ανάπτυξη υποστηρικτικής οργάνωσης

Η εφαρμογή της πολιτικής για την ψυχική υγεία πρέπει να στηριχτεί σε μια ικανή ομάδα επαγγελματιών με ειδίκευση και στη δημόσια και στην ψυχική υγεία. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να έχει την ευθύνη της διεύθυνσης του σχεδίου δράσης και του προγράμματος ή των προγραμμάτων. Θα πρέπει επίσης να έχει σκοπό να διευκολύνει την ενεργό συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών σε όλους τους τομείς του δικτύου της ψυχικής υγείας και να καθιερώσει τη διατομεακή συνεργασία με συγκεκριμένες δράσεις.

— Στο επίπεδο του υπουργείου υγείας: Σε πολλές χώρες αποδείχθηκε πολύ χρήσιμη μία ομάδα ατόμων διαφόρων ειδικοτήτων. Το μέγεθος της ομάδας μπορεί να ποικίλει από 2 άτομα μερικώς απασχολούμενα σε μικρές χώρες ή περιφέρειες, μέχρι 10 ή περισσότερα άτομα πλήρους απασχόλησης σε μεγαλύτερες χώρες. Οι επαγγελματίες που μπορεί να μετέχουν μπορεί να είναι,

μεταξύ άλλων, ψυχίατροι, γιατροί της δημόσιας υγείας, ψυχολόγοι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και εργοθεραπευτές.

— Στο επίπεδο της υγειονομικής περιφέρειας: Ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας, ή, στην καλύτερη περίπτωση, μία ομάδα παρόμοια με εκείνη του υπουργείου υγείας.

— Στο επίπεδο των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας: Συνιστάται κάθε ομάδα να έχει ένα συντονιστή, ο οποίος να αφιερώνει λίγες ώρες κάθε εβδομάδα στη δημόσια υγεία και σε διοικητικά θέματα.

— Στο επίπεδο των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Είναι σκόπιμο κάθε ομάδα ή εγκατάσταση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να έχει ένα συντονιστή για τα θέματα της ψυχικής υγείας.

4ο βήμα. Οργάνωση περιβάλλοντος για τη δοκιμασία και επίδειξη των παρεμβάσεων

Αυτό το περιβάλλον μπορεί να είναι μια γεωγραφική περιφέρεια ή ένας τομέας μιας μεγάλης πόλης, όπου η σύνθεση του πληθυσμού προσομοιάζει με την πλειοψηφία της χώρας. Η γνώση που αποκτάται από ένα τέτοιο περιβάλλον, είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της πολιτικής σε εθνικό επίπεδο. Λειτουργεί επίσης ως κέντρο εκπαίδευσης και προσανατολισμού για το προσωπικό.

5ο βήμα. Ενδυνάμωση όσων παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Οι παροχές είναι ομάδες ή φορείς που εντάσσονται σε ένα σύστημα υγείας και υλοποιούν τις υγειονομικές παρεμβάσεις προς όφελος του πληθυσμού. Οι παρεμβάσεις που αφορούν την ψυχική υγεία προσφέρονται από παροχές ειδικευμένους στον τομέα αυτό, αλλά και από όσους παρέχουν γενική φροντίδα. Μερικές παρεμβάσεις γίνονται και από φορείς εκτός του τομέα υγείας.

Τα χαρακτηριστικά των παροχών μπορεί να επηρεάζουν έντονα τον τρόπο με τον οποίο υλοποιούνται οι παρεμβάσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι

ιδανικοί παροχείς είναι μικρές ομάδες επαγγελματιών με διάφορες ειδικότητες, οι οποίοι συνδυάζουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις τους, ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις σύνθετες ανάγκες του πληθυσμού στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Είναι δυνατό να διακρίνουμε έξι είδη παροχών υγείας, και το κάθε είδος απαιτεί ιδιαίτερη στήριξη:

- Παροχείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας δημόσιου χαρακτήρα.
- Παροχείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα.
- Παραδοσιακούς θεραπευτές.
- Ομάδες αλληλοβοήθειας.
- Μη κυβερνητικές, εθελοντικές και φιλανθρωπικές οργανώσεις.
- Χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οικογένειες ως παροχείς φροντίδας.

6ο βήμα. Ενδυνάμωση του διατομεακού συντονισμού

Το έργο που επιτελούν τα στελέχη της διεύθυνσης ψυχικής υγείας του υπουργείου υγείας είναι να:

- > Συντονίζουν δραστηριότητες από κοινού με στελέχη άλλων υπουργείων, ώστε να καταστρώνουν, να εφαρμόζουν και να αξιολογούν παρεμβάσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας.
 - > Στηρίζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις υγειονομικές περιφέρειες, ώστε να εφαρμόζουν περιφερειακές διατομεακές παρεμβάσεις.
 - > Στηρίζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις υγειονομικές περιφέρειες, ώστε να διευρύνουν τον συντονισμό μεταξύ των τοπικών ομάδων υγείας και των ομάδων άλλων τομέων.

7ο βήμα. Προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκομένων

Για να διασφαλιστεί η υλοποίηση παρεμβάσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας, οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού, πρέπει να υπάρχουν πολλαπλοί δίαυλοι επικοινωνίας και δυνατότητες αλληλεπίδρασης των διαφόρων εμπλεκομένων, σε όλα τα επίπεδα των ιεραρχικών δομών της χώρας ή της περιφέρειας.

7.1 Επικοινωνία μεταξύ του υπουργείου υγείας και άλλων τομέων

— Εμπλεκόμενοι υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση: υπουργείο οικονομικών, κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση, δωρητές και φιλανθρωπικές οργανώσεις.

— Εμπλεκόμενοι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών: εθνικής κλίμακας οργανώσεις των παροχέων, άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειες, ομάδες αλληλοβοήθειας, επαγγελματικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, εργαζόμενοι στον τομέα υγείας και παραδοσιακοί θεραπευτές.

— Εμπλεκόμενοι υπεύθυνοι για τον έλεγχο του συστήματος:

επιστημονικοί - επαγγελματικοί σύλλογοι και ομάδες συνηγορίας.

7.2 Επικοινωνία μεταξύ του υπουργείου υγείας και των υγειονομικών περιφερειών

Ένα από το πιο σημαντικά ζητήματα που πρέπει να καθορίζουν το είδος της επικοινωνίας σε αστό το επίπεδο είναι ο βαθμός αποκέντρωσης που χρειάζεται η χώρα ή η περιφέρεια, ο οποίος εξαρτάται από τις γενικές διοικητικές δομές, το επίπεδο ανάπτυξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού.

> Πολιτική, σχέδιο δράσης και πρόγραμμα ή προγράμματα σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο:

Κάθε χώρα ή περιφέρεια θα πρέπει να αξιολογεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ανάπτυξης πολιτικών, σχεδίων δράσης

και προγραμμάτων σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο, ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες.

> Μετατόπιση της χρηματοδοτικής ροής από το εθνικό στο περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο: Αυτό μπορεί να επιτευχθεί χρησιμοποιώντας ποικίλους μηχανισμούς.

> Ανάθεση έργου στις υγειονομικές περιφέρειες από το υπουργείο υγείας:

Το υπουργείο μεταβιβάζει ορισμένες πιστώσεις και τεχνική υποστήριξη και οι υγειονομικές περιφέρειες αναλαμβάνουν ορισμένες παρεμβάσεις στην ψυχική υγεία με συγκεκριμένες προδιαγραφές.

7.3 Επικοινωνία μεταξύ υγειονομικών περιφερειών και παροχέων υπηρεσιών

Διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Η διοίκηση μπορεί να ασκείται άμεσα, μέσω των σχεδίων δράσης και των προγραμμάτων, ή έμμεσα, με ανάθεση έργου.

> Αγορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Στην περίπτωση αυτή η υγειονομική περιφέρεια συνάπτει συμβόλαιο με έναν ιδιώτη παροχέα υπηρεσιών, ώστε να έχει έναν αριθμό παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία με συγκεκριμένες προδιαγραφές.

> Έλεγχος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Εφόσον οι περιφέρειες είναι παροχείς υπηρεσιών, πρέπει να διαθέτουν εναλλακτικούς ελεγκτικούς μηχανισμούς.

Αυτό είναι δυνατόν να επιτευχθεί με τη συνεργασία των ομάδων χρηστών των υπηρεσιών, οικογενειών και εργαζομένων στον τομέα, ώστε να καλλιεργηθεί η έννοια της ποιότητας.

> Συντονισμός με άλλους τομείς, οι οποίοι παρέχουν παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία: Τα στελέχη που διευθύνουν τον τομέα της ψυχικής υγείας στην υγειονομική περιφέρεια πρέπει να καταγράψουν τις κύριες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες παρέχονται από φορείς άλλων τομέων. Αστές μπορεί να είναι

παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία υπό την ευθύνη άλλων τομέων, δραστηριότητες των εργαζομένων στην υγεία οι οποίες αφορούν άλλους τομείς, δραστηριότητες που μπορούν να αναλάβουν οι εργαζόμενοι στην υγεία για να θεραπεύσουν ανάγκες τις οποίες διέκριναν άλλοι τομείς, και βοήθεια που τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορούν να λάβουν από άλλους τομείς.

7.4 Επικοινωνία μεταξύ χρηστών των υπηρεσιών και παροχών υπηρεσιών

> Συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Μπορεί να επιτευχθεί με τακτικές συναντήσεις των ομάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με ομάδες ψυχικής υγείας, καθώς και με συναντήσεις αυτών των ομάδων και των αντιπροσώπων άλλων τομέων.

> Στήριξη των ομάδων χρηστών των υπηρεσιών και οικογενειών: Η ενδυνάμωση των οργανώσεων των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών θα βελτιώσει την προσβασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και θα αποδυναμώσει την πατερναλιστική στάση ορισμένων παροχών υπηρεσιών.

> Συνηγορία για την ψυχική υγεία και τις ψυχικές διαταραχές: Το στίγμα, που συνοδεύει την ψυχική υγεία και τις ψυχικές διαταραχές, καθιστά αναγκαία

την ανάπτυξη ενός συνηγορητικού κινήματος, ώστε να επέλθει μια αλλαγή στάσης των τοπικών κοινωνιών.

4.6.ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ, ΣΧΕΔΙΩΝ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γουινέα – Μπισσάου

Η Γουινέα - Μπισσάου, ανεξάρτητο κράτος από το 1974, κληρονόμησε ένα σύστημα υγείας που ήταν συγκεντρωτικό, προσανατολισμένο στη θεραπεία

μόνο και όχι στην πρόληψη και βασισμένο στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Μέσα σε λίγα χρόνια οργανώθηκε ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε εθνικό επίπεδο. Ο τομέας της ψυχικής υγείας αναπτύχθηκε, από το 1983, με τη βοήθεια ενός ειδικού προσκεκλημένου από το εξωτερικό. Αυτός ο τομέας του συστήματος αποτελούταν, κυρίως, από μια διαγνωστική φάση, που περιελάμβανε συμμετοχική παρατήρηση των παραδοσιακών θεραπειών, με σκοπό να αποσαφηνιστεί κατά πόσο μπορούσαν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά στην ψυχιατρική, και μια επιδημιολογική έρευνα στα άτομα που επισκέπτονταν τις εγκαταστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η δεύτερη φάση αφορούσε την εκπαίδευση 850 εργαζόμενων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, την εποπτεία τους κάθε τρεις μήνες, και την παροχή βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Δεν υπήρξαν κοινωνικό-πολιτισμικά κωλύματα σε αυτή την προσέγγιση της δημόσιας υγείας. Το κόστος μιας τέτοιας πολιτικής είναι χαμηλό, εάν λειτουργεί ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και εάν τα κτίρια και οι μισθοί παρέχονται ήδη. Το 1994, οι ανάγκες κάθε 54 κατοίκων καλύπτονταν με ένα δολάριο ΗΠΑ. Οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπόρεσαν να αυξήσουν τα ποσοστά αναγνώρισης ψυχικών διαταραχών από 31% σε 85%, και 82% των ασθενών έλαβαν σωστή βασική φαρμακολογική θεραπεία για μείζονα κατάθλιψη, ψύχωση και επιληψία. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους ήταν ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που έλαβαν και ανέφεραν μείωση των συμπτωμάτων. Οι δραστηριότητες διατηρήθηκαν για 10 χρόνια.

Σχόλια:

Παρόλο που δεν διατυπώθηκε μια σαφής πολιτική, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν μερικά στοιχεία από τα βήματα που περιγράψαμε στο κεφάλαιο 4.3.(Ανάπτυξη μια πολιτικής για την ψυχική υγεία):

— πληροφορίες για τις ανάγκες του πληθυσμού από την επιδημιολογική έρευνα στα άτομα που επισκέπτονται τις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας,

— συλλογή στοιχείων από τη συμμετοχική παρατήρηση των παραδοσιακών θεραπειών,

— εμπλοκή ενός ειδικού από άλλη χώρα,

— μερικοί τομείς δράσης, δηλαδή οι οικονομικές πλευρές, το βασικό σύστημα πληροφόρησης, η οργάνωση υπηρεσιών, η έγκαιρη θεραπεία, η προμήθεια βασικών φαρμάκων και η εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού.

Επιπροσθέτως, μερικά στοιχεία από το Κεφάλαιο 4.6. (Ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία) και το Κεφάλαιο 4.7. (Ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ψυχική υγεία) μπορούν επίσης να αναγνωριστούν:

— ορισμός προτεραιοτήτων βασικών στρατηγικών, δηλαδή η διαγνωστική φάση, η παρέμβαση στο σύστημα υγείας (π.χ. εκπαίδευση) και η παρέμβαση σε άτομα (εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια υγεία, με εποπτεία κάθε τρεις μήνες),

— χρονοδιάγραμμα και πόροι,

— ορισμός προτεραιοτήτων για τρία βασικά προβλήματα ψυχικής υγείας, δηλαδή την κατάθλιψη, την ψύχωση και την επιληψία.

Πακιστάν

Το Πακιστάν είναι μια μεγάλη χώρα περίπου 140 εκατομμυρίων ανθρώπων, από τους οποίους το 72% ζει σε αγροτικές περιοχές. Το ποσοστό εγγράμματων είναι περίπου 30%. Υπάρχουν πέντε ψυχιατρεία και σχεδόν 200 ψυχίατροι. Το 1986, με την υποστήριξη του Π.Ο.Υ., πάρθηκε η πολιτική απόφαση να ενσωματωθεί η ψυχική υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, να αναπτυχθεί το ανθρώπινο δυναμικό έτσι ώστε να παρέχεται φροντίδα ψυχικής υγείας, να μειωθεί το στίγμα που σχετίζεται με τις ψυχικές δια-ταραχές και να αναπτυχθούν μοντέλα κοινοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία.

Επιτυχή εκπαιδευτικά σεμινάρια για εργαζόμενους στην ψυχική υγεία, για

παραδοσιακούς θεραπευτές και για εκπαιδευτικούς ολοκληρώθηκαν σε μερικές περιοχές, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και να μειωθεί το στίγμα. Ένας νόμος του 1912 αντικαταστάθηκε το 1992 από ένα νέο Νόμο για την Ψυχική Υγεία. Ο αριθμός των ψυχιάτρων αυξήθηκε από 120 το 1987 σε 197 το 1997. Αναπτύχθηκε ένα εκπαιδευτικό πακέτο για ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με στόχο να τους καταστήσει ικανούς να κάνουν διάγνωση, να αντιμετωπίζουν και να παραπέμπουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα μαθημάτων για ψυχιατρικούς νοσηλευτές και ξεκίνησαν μεταπτυχιακά μαθήματα. Στο Rawalpindi δημιουργήθηκε ένα κέντρο αξιολόγησης κοινοτικών μοντέλων φροντίδας για την ψυχική υγεία και έχει γίνει το ίδιο και σε άλλες περιοχές της χώρας.

Σχόλια

Η εφαρμογή μιας εθνικής πολιτικής για την ψυχική υγεία στο Πακιστάν δείχνει ξεκάθαρα τη σημασία της ανάπτυξης διαφορετικών τομέων δράσης με έναν ολοκληρωμένο τρόπο :

- διατομεακή συνεργασία - εκπαίδευση εκπαιδευτικών,
- νομοθεσία - ένας νέος νόμος για την ψυχική υγεία εγκρίθηκε,
- συνηγορία - αυξημένη κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και μείωση στίγματος,
- έρευνα και αξιολόγηση - δημιουργήθηκε ένας χώρος επίδειξης για την αξιολόγηση των κοινοτικών μοντέλων,
- οργάνωση υπηρεσιών - ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη,
- ανθρώπινοι πόροι - εκπαίδευση στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων στην υγεία και των παραδοσιακών εργαζόμενων στην υγεία, αυξημένος αριθμός ψυχιάτρων, εκπαίδευση ψυχιατρικών νοσηλευτών.

Ισπανία

Το 1986 ψηφίστηκε ο Νόμος για τη Δημόσια Υγεία, ο οποίος συμπεριλάμβανε ένα κεφάλαιο για την ψυχική υγεία. Αυτός ο νόμος διευκόλυνε τις αλλαγές στα ψυχιατρεία, τον αποϊδρυματισμό, και το συντονισμό της ψυχικής υγείας με τις δεσπόζουσες τάσεις προς την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των κοινοτικών προγραμμάτων. Αναπτύχθηκαν κέντρα ψυχικής υγείας για εξωτερικούς ασθενείς, άνοιξαν κλινικές σε γενικά νοσοκομεία και δημιουργήθηκαν θεραπευτικές κοινότητες για τη θεραπεία και αποκατάσταση ατόμων με τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

Μετά από 10 χρόνια εφαρμογής αυτής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μεγάλες αλλαγές έλαβαν χώρα σε κάποιες από τις αυτόνομες κοινότητες, π.χ. την Ανδαλουσία, την Αστουρία και τη Μαδρίτη. Σε αυτές τις περιφέρειες ο αριθμός κλινών στα ψυχιατρεία μειώθηκε από περίπου 100 σε λιγότερες από 25 ανά 100.000 κατοίκους. Μετά από παραμονή κατά μέσο όρο 21 ετών σε νοσοκομείο, οι άνθρωποι μπόρεσαν να επιστρέψουν στις οικογένειές τους στο 25% των περιπτώσεων, ενώ 50% εξ αυτών μπόρεσαν να ζήσουν σε προστατευόμενα σπίτια. Περίπου 500 κέντρα ψυχικής υγείας έχουν ανοίξει, καλύπτοντας κατά μέσο όρο 87.000 ανθρώπους. Έχουν δημιουργηθεί 95 ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία και 108 νοσοκομεία ημέρας. Σε αρκετές περιφέρειες, οι κοινωνικές υπηρεσίες έχουν αναπτύξει προγράμματα αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων κοινωνικών επιχειρήσεων με αμειβόμενη εργασία για άτομα με ψυχικές διαταραχές. Έχουν οργανωθεί κλινικά εκπαιδευτικά προγράμματα για ψυχιάτρους και ψυχολόγους, επιτρέποντας μια σημαντική αύξηση στον αριθμό αυτών των επαγγελματιών.

Σχόλια:

Η Ισπανία είναι ένα καλό παράδειγμα χώρας που μπόρεσε να κάνει ριζικούς μετασχηματισμούς στην οργάνωση των υπηρεσιών, χρησιμοποιώντας πόρους της ψυχικής υγείας, οι οποίοι προηγουμένως ήταν συγκεντρωμένοι σε μεγάλα

ψυχιατρεία. Τα κέντρα ψυχικής υγείας, τα νοσοκομεία ημέρας, και οι ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία είναι συντονισμένα σε καλά οργανωμένα δίκτυα υπηρεσιών. Υπάρχει επίσης διατομεακή συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχουν στέγαση, προγράμματα αποκατάστασης και κοινωνικές επιχειρήσεις.

Η Ισπανία επίσης αποδεικνύει τη σημασία της διαβούλευσης και διαπραγμάτευσης μεταξύ των εμπλεκόμενων, όταν αναπτύσσεται και εφαρμόζεται η πολιτική. Παρόλο που η εθνική πολιτική για την ψυχική υγεία ανακοινώθηκε μέσω του Νόμου για τη Δημόσια Υγεία, υπήρξαν αποκλίσεις στο ρυθμό και το εύρος της εφαρμογής της στις διάφορες αυτόνομες κοινότητες, ανάλογα με τα τοπικά πολιτικά δεδομένα και την επιρροή των διαφόρων εμπλεκόμενων.

4.7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΣΥΝΗΓΟΡΙΑΣ

Παρακάτω περιγράφουμε μερικά από τα κύρια προβλήματα που είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν τα στελέχη ψυχικής υγείας στα υπουργεία υγείας κατά τη διαδικασία διατύπωσης και εφαρμογής μιας νέας πολιτικής, σχεδίων δράσης και προγραμμάτων ψυχικής υγείας, και παραθέτουμε τρόπους, με τους οποίους μπορούν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες.

> Οι εμπλεκόμενοι αντιστέκονται:

Σε οποιαδήποτε κοινωνική διαδικασία που προκαλεί αλλαγές στη δομή μιας συγκεκριμένης κοινωνίας, ιδιαίτερα σε σχέση με τη δομή εξουσίας, υπάρχουν άνθρωποι που αισθάνονται ότι απειλούνται επειδή αναμένουν απώλειες σε εξουσία, χρήματα ή άλλους τομείς. Η διαδικασία του μετασχηματισμού των ψυχιατρείων είναι μια κλασική περίπτωση, όπου οι ψυχίατροι και το προσωπικό από τη μία πλευρά, και οι ασθενείς και οι οικογένειές τους από την

άλλη αισθάνονται ότι πιθανόν να χάσουν κάτι (π.χ. χρόνο για έρευνα, γεύματα κατά το χρόνο εργασίας, ένα ασφαλές μέρος για να κρυφτούν, ένα ήρεμο κατάλυμα).

Για να προστατευθούν από αυτή την απειλή, είναι αναγκαίο όλοι οι βασικοί εμπλεκόμενοι να πεισθούν ότι η νέα πολιτική θα φέρει οφέλη σε όλους. Τα στελέχη ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας θα πρέπει να ακούσουν προσεκτικά την έκφραση των αναγκών των εμπλεκόμενων και θα πρέπει να προσπαθήσουν να διαπραγματευτούν συμφωνίες που θα μπορούσαν να αυξήσουν τη στήριξη της πολιτικής. Είναι επίσης αναγκαίο να αποφευχθούν οι κεκαλυμμένοι προγραμματισμοί, π.χ. η χρησιμοποίηση της νέας πολιτικής ως πρόσχημα για να απολυθεί προσωπικό. Γενικά, οι εμπλεκόμενοι θα είναι πιο ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους, ή με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, όταν εισαχθεί μια νέα πολιτική για την ψυχική υγεία του είδους.

> Οι υγειονομικές αρχές δεν ενδιαφέρονται για την ψυχική υγεία:

Οι υγειονομικές αρχές, όπως και ο περισσότερος πληθυσμός, δεν έχουν ιδιαίτερη γνώση των ψυχικών διαταραχών και πιστεύουν πολυάριθμους μύθους για αυτές. Μία από τις πιο προβληματικές παρεξηγήσεις είναι ότι οι παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία είναι αναποτελεσματικές και ότι, συνεπώς, η χρηματοδότηση που παρέχεται σε αυτές δεν θα ωφελήσουν τον πληθυσμό.

Μερικές στρατηγικές για την ευαισθητοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών περιγράφονται στο εγχειρίδιο για τη Συνηγορία. Επιπροσθέτως, τα στελέχη ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας μπορούν να αφιερώσουν μέρος του χρόνου τους για να υποστηρίξουν πιλοτικά προγράμματα σε κάποιες περιφέρειες υγείας, όπου τα αποτελέσματα και η ικανοποίηση των χρηστών

υπηρεσιών μπορούν να αξιολογηθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι αρχές μπορούν να κληθούν να επισκεφθούν τα προγράμματα και να τους παρουσιαστούν τα αποτελέσματα.

> Ο πληθυσμός δεν είναι ευαισθητοποιημένος για την ψυχική υγεία:

Οι χώρες περνούν από ποικίλες ιστορικές διαδικασίες. Σε κάποιες περιόδους μπορεί να υπάρχουν πολλά θέματα, εκτός της ψυχικής υγείας, που τραβούν την προσοχή των ανθρώπων, ελκύουν το ενδιαφέρον τους και τους κινητοποιούν. Υπάρχουν περίοδοι κατά τις οποίες μειώνεται το ενδιαφέρον για τα θέματα ψυχικής υγείας.

Υπ' αυτές τις συνθήκες τα στελέχη ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας πιθανόν να αποφασίσουν να διεξάγουν μια έρευνα για το εύρος και τη σοβαρότητα του προβλήματος. Η επιστημονική έρευνα, ή η ταχεία εκτίμηση της κατάστασης μπορεί να διεξαχθεί σε συμφωνία με τους διαθέσιμους πόρους και τις τεχνικές δυνατότητες.

> Ανεπαρκείς πόροι για την ψυχική υγεία:

Αυτή είναι η πιο συχνή περίπτωση στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Τα στελέχη ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτό το εμπόδιο συγκεντρώνοντας τους λίγους πόρους σε μια περιοχή επίδειξης, όπου το όραμα και οι κύριες στρατηγικές της πολιτικής για την ψυχική υγεία μπορούν να εφαρμοστούν και να αξιολογηθούν. Είναι σημαντικό να γίνουν έρευνες για το κόστος σε αυτή την περιοχή και τα αποτελέσματα να χρησιμοποιηθούν για να πεισθούν όσοι λαμβάνουν αποφάσεις να επενδύσουν στην ψυχική υγεία. Μια άλλη επιλογή είναι να χρησιμοποιηθούν κάποιοι πόροι για να υποστηρίξουν ομάδες χρηστών υπηρεσιών και άλλες συνηγορητικές ομάδες έτσι ώστε να φτάσουν ένα υψηλότερο επίπεδο εξέλιξης και να πείσουν τις εθνικές αρχές να χορηγήσουν περισσότερους πόρους στην πολιτική ψυχικής υγείας.

> Το ανθρώπινο δυναμικό που εκπαιδεύεται στην ψυχική υγεία είναι ανεπαρκές:

Αυτό μπορεί να είναι σοβαρός περιορισμός στις αναπτυσσόμενες χώρες,

ιδίως σε αυτές που έχουν ιδιαίτερα χαμηλά εισοδήματα και των οποίων οι ψυχίατροι, για παράδειγμα, πρέπει να εκπαιδευτούν σε αναπτυγμένες χώρες. Πολλοί από αυτούς δεν επιστρέφουν, επειδή επωφελούνται των επαγγελματικών ευκαιριών που προσφέρονται στις αναπτυγμένες χώρες.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους τα στελέχη ψυχικής υγείας στο υπουργείο υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτή τη δυσκολία. Πρώτον, χρηματοδότηση από το υπουργείο μπορεί να χορηγηθεί στις υγειονομικές περιφέρειες για την εκπαίδευση ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας για την πρόληψη και θεραπεία των πιο κοινών ψυχικών διαταραχών και για την αύξηση των δεσμών μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Δεύτερον, μπορεί να δοθεί οικονομική και τεχνική υποστήριξη σε ομάδες χρηστών υπηρεσιών και αλληλοβοήθειας, ώστε να ενδυναμωθούν, και να διευκολυνθεί η ανάπτυξη του συνηγορητικού κινήματος και των κοινωνικών δικτύων. Έχει αποδειχθεί ότι όλα αυτά τα μέτρα μειώνουν τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τρίτον, σε πολλές χώρες οι παραδοσιακοί εργαζόμενοι στην υγεία αποτελούν ένα εξαιρετικό μέσο κάλυψης των αναγκών σε προσωπικό υγείας. Σωστά εκπαιδευμένοι, μπορούν να μάθουν να διαχωρίζουν τα ήπια συναισθηματικά προβλήματα, τα οποία μπορούν να θεραπεύσουν αποτελεσματικά, από τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές που απαιτούν θεραπεία σε υγειονομικά κέντρα.

Τέταρτον, μπορούν να προστεθούν όροι στη χορήγηση υποτροφιών για σπουδές στο εξωτερικό. Για παράδειγμα, οι εκπαιδευόμενοι μπορεί να υποχρεώνονται να επιστρέψουν στη χώρα καταγωγής τους, για να υπηρετήσουν για κάποιο χρονικό διάστημα, όταν ολοκληρώσουν την εκπαίδευσή τους στο εξωτερικό.

> Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αντιδρούν:

Κατά κανόνα τα μέλη αυτών των ομάδων είναι ήδη επιβαρηνμένα από τις

δραστηριότητες για τη γενική υγεία και συχνά εκλαμβάνουν τα προγράμματα ψυχικής υγείας ως επιπρόσθετο βάρος. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα εκεί όπου η εκπαίδευση των τεχνικών και των επαγγελματιών υγείας δε συμπεριλαμβάνει επαρκή έμφαση στην ειδίκευση στην ψυχική υγεία.

Τα στελέχη στα υπουργεία υγείας, ή στις υγειονομικές περιφέρειες, θα πρέπει να αφιερώνουν χρόνο επικοινωνώντας με τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να αντιληφθούν τις ανάγκες τους, τους λόγους που αντιστέκονται και τα κίνητρά τους. Ένα κίνητρο που μπορεί να ενθαρρύνει τους τεχνικούς και τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας να ενσωματώσουν την ψυχική υγεία στην καθημερινή δουλειά τους, είναι η συνεχής εκπαίδευση στο θέμα. Αυτό ευνοεί την εξέλιξη της καριέρας τους και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών σε συνεχή βάση.

> Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αμφιβάλλουν για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία:

Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας συνήθως διατηρούν τις ίδιες παρανοήσεις για τις ψυχικές διαταραχές με το γενικό πληθυσμό. Δεν γνωρίζουν την αποτελεσματικότητα των φαρμακολογικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων.

Η στρατηγική που έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για να εισαχθεί η ψυχική υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι να διατίθεται χρόνος για τακτική επαφή μεταξύ των εργαζόμενων στην πρωτοβάθμια φροντίδα και των ειδικών ψυχικής υγείας. Ένας τρόπος να γίνει αυτό είναι ένας ψυχίατρος, ψυχολόγος ή οποιοσδήποτε άλλος εργαζόμενος στην ψυχική υγεία να επισκέπτεται μια εγκατάσταση πρωτοβάθμιας φροντίδας περιοδικά, δηλαδή μία ή δύο φορές κάθε μήνα. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, εκτελούν μαζί δραστηριότητες προαγωγής και πρόληψης, εκτιμώνται και αντιμετωπίζονται από κοινού άτομα με ψυχικές διαταραχές, συζητώνται θεωρητικές και κλινικές περιπτώσεις, καταλήγουν σε συμφωνίες για τις διαδικασίες παραπομπών, και λύνονται διοικητικά θέματα.

> Ανεπαρκής σύνδεση ανάμεσα στην πρωτοβάθμια και την εξειδικευμένη φροντίδα:

Οι υπερφορτωμένες ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας κάποιες φορές παραπέμπουν όλα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές σε ειδικούς. Δεν προσπαθούν να θεραπεύσουν τα άτομα με ήπιες διαταραχές, ή να υλοποιήσουν παρεμβάσεις προαγωγής και πρόληψης. Αυτό υπερφορτώνει τους ειδικούς ψυχικής υγείας, και παρατηρείται μεγάλος χρόνος αναμονής και /ή εγείρονται εμπόδια, τα οποία δυσχεραίνουν τη χορήγηση των απαιτούμενων θεραπειών. Επιπροσθέτως, τα άτομα που λαμβάνουν ψυχιατρική θεραπεία συχνά δεν παραπέμπονται πίσω στην πρωτοβάθμια φροντίδα, και αυτό προσθέτει στο φόρτο των ειδικών.

Τα στελέχη ψυχικής υγείας στα υπουργεία υγείας θα πρέπει να ενδυναμώσουν την υποστηρικτική οργάνωση της ψυχικής υγείας στις υγειονομικές περιφέρειες έτσι ώστε να μπορούν να συντονίσουν τις δραστηριότητες της πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης φροντίδας. Αυτό απαιτεί συχνές συναντήσεις με εκπροσώπους και των δύο επιπέδων. Θα πρέπει να επιτύχουν βασικές συμφωνίες για τις διαδικασίες παραπομπής. Η πολιτική, τα σχέδια δράσης και τα προγράμματα ψυχικής υγείας μπορούν να βοηθήσουν να ξεπεραστεί αυτό το εμπόδιο, εάν αποσαφηνίσουν αφενός τις λειτουργίες των δύο επιπέδων, και αφετέρου τους μηχανισμούς που συνδέουν αυτά τα δύο επίπεδα.

> Οι ειδικοί ψυχικής υγείας δεν δεσμεύονται ως προς το κοινοτικό μοντέλο:

Πολλοί ψυχίατροι, κλινικοί ψυχολόγοι και άλλοι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία έχουν εκπαιδευτεί να δουλεύουν σε νοσοκομεία, και πιο συχνά σε ψυχιατρεία. Γενικά έχουν μονομερή οπτική της διαδικασίας, και υιοθετούν ένα μοντέλο ασθένειας περιορισμένο στις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές κατά την οξεία φάση τους. Επίσης, σε αυτούς τους επαγγελματίες προσφέρονται

κίνητρα για να δουλεύουν σε νοσοκομεία, όπως, για παράδειγμα, υψηλότεροι

μισθοί, ευκαιρίες για έρευνα, περαιτέρω εκπαίδευση και ακαδημαϊκή καριέρα. Δεν είναι σπάνιο η πλειοψηφία τους να προτιμά να συνεχίσει να εργάζεται σε νοσοκομεία.

Τα στελέχη στα υπουργεία υγείας και στις υγειονομικές περιφέρειες θα πρέπει να εξετάσουν τη δυνατότητα παροχής κινήτρων στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δουλεύουν σε κοινοτικές εγκαταστάσεις και στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα κίνητρα μπορεί να είναι χρηματικά, ή να σχετίζονται με την προώθηση της καριέρας τους. Είναι επίσης σημαντικό να υπάρχουν πόροι για την υποστήριξη της έρευνας για την κοινοτική φροντίδα, πράγμα που μπορεί να κάνει αυτόν τον τομέα πιο ελκυστικό.

Εάν δεν υπάρχει εμπειρία στην κοινοτική φροντίδα στη χώρα ή στην περιφέρεια, το υπουργείο υγείας μπορεί να εξετάσει τις ακόλουθες εναλλακτικές λύσεις:

- να φέρει ειδικούς στην κοινοτική φροντίδα από άλλες περιφέρειες ή χώρες,

- να αναπτύξει πιλοτικά προγράμματα και / ή περιοχές επίδειξης της κοινοτικής φροντίδας, οι οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως εκπαιδευτικά κέντρα για αυτού του τύπου τις δράσεις,

- να σταλούν επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε άλλες περιφέρειες ή χώρες για εκπαίδευση στην κοινοτική φροντίδα.

> Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι υπερπλήρεις:

Αυτό συμβαίνει συνήθως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι αριθμοί των ειδικών στην ψυχική υγεία είναι ανεπαρκείς για τις ανάγκες των πληθυσμών. Οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι πρέπει να φροντίζουν πάρα πολλούς ανθρώπους και δεν έχουν το χρόνο να συνεργαστούν με τις ομάδες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Οι υγειονομικές περιφέρειες μπορούν να βοηθήσουν τις ομάδες ψυχικής

υγείας να βελτιώσουν την οργάνωση των λειτουργιών τους και του χρόνου τους. Αυτές οι ομάδες θα πρέπει να αναθέτουν μέρος της δουλειάς τους στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, στις ομάδες χρηστών των υπηρεσιών, οικογενειών και αλληλοβοήθειας, και στους παραδοσιακούς εργαζόμενους στην υγεία και σε άλλους, που πιθανόν να είναι διαθέσιμοι. Κατά αυτό τον τρόπο οι ομάδες ψυχικής υγείας μπορούν να βρουν χρόνο να συν-δεθούν με τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και να τις βοηθήσουν να αυξήσουν τις δυνατότητές τους. Οι ομάδες ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενημερώνονται ότι αυτή η στρατηγική μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση, την ποιότητα και την ικανοποίηση των ατόμων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

> Τα σωματεία εργαζομένων στα ψυχιατρεία αντιδρούν:

Αυτό είναι ένα συχνό εμπόδιο στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση σε αρκετές χώρες. Όταν εφαρμόζεται η κοινοτική φροντίδα, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία φοβούνται ότι θα χάσουν τη δουλειά τους ή τα προνόμια τους. Η απειλή είναι μεγαλύτερη εάν ο αριθμός των κλινών μειωθεί ή το νοσοκομείο κλείσει. Η υιοθέτηση ιδεολογικών θέσεων εναντίον του ιδρυματισμού μπορούν επίσης να περιπλέξουν αυτή την κατάσταση, εάν αποδοθεί η ευθύνη για τον ιδρυματισμό στους εργαζόμενους στα νοσοκομεία.

Τα στελέχη στα υπουργεία υγείας θα πρέπει να εγγυηθούν ότι κανείς εργαζόμενος σε νοσοκομεία δε θα χάσει τη δουλειά ή το μισθό του, λόγω της εφαρμογής πολιτικών για την ψυχική υγεία. Καθώς η διαδικασία του αποϊδρυματισμού συνεχίζεται και δημιουργούνται κοινοτικές εγκαταστάσεις, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να επανεκπαιδευτούν στην κοινοτική φροντίδα. Υπάρχουν αρκετά παραδείγματα εργαζομένων στην ψυχική υγεία σε νοσοκομεία, που έγιναν άριστοι εργαζόμενοι στην κοινότητα. Επειδή, όμως, αυτό δεν συμβαίνει πάντα, θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα για να μεταφερθούν κάποιοι σε άλλες θέσεις στο σύστημα υγείας.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύσαμε την πολιτική, τα σχέδια δράσης και τα προγράμματα για την ψυχική υγεία. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή της πολιτικής, των σχεδίων δράσης και των προγραμμάτων για την ψυχική υγεία σε μια χώρα ή περιφέρεια, είναι μία πολύπλοκη διαδικασία. Πολλοί παράγοντες και οι ανάγκες των διαφόρων εμπλεκομένων πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Παρόλο που υπάρχει ποικιλία μεταξύ των χωρών, είναι βασικό όλες οι χώρες να αναπτύσσουν πολιτική, σχέδια δράσης και προγράμματα. Εξοπλισμένη με αυτά μια χώρα έχει την υποδομή για να βελτιώσει συστηματικά την ψυχική υγεία του πληθυσμού της.

Στο επίκεντρο της προαγωγής της ψυχικής υγείας, της πρόληψης των διαταραχών, και της θεραπείας και αποκατάστασης βρίσκονται άνθρωποι με διαφορετικές ανάγκες. Άσχετα με την πολυπλοκότητα της διαδικασίας και των πολλών εμποδίων που παρουσιάζονται, οι βελτιώσεις στην ψυχική υγεία, την λειτουργικότητα, και την ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές παρέχουν ένα επαρκέστατο κίνητρο για την ανάπτυξη και ολοκλήρωση της πολιτικής, των σχεδίων δράσης και των προγραμμάτων για την ψυχική υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Νεότερες προσεγγίσεις στην Ψυχιατρική στην Ελλάδα και Ευρώπη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό αρχικά αναλύουμε , τις δομές που λειτουργούν στην Ευρώπη μέσα από τρία παραδείγματα: αυτό της Ιταλίας(Τεργέστη), της Ιρλανδίας και τέλος εκείνο της Γενεύης.

Επίσης μέσα από μία σύντομη Ιστορική αναδρομή, το πρόγραμμα Ψυχαργός και τις φάσεις του , το οποίο δημιουργήθηκε με την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ύστερα από τον κανονισμό 815/84 και ισχύει μέχρι και σήμερα. Ενώ τέλος κλείνουμε παραθέτοντας τις διάφορες δομές και τον τρόπο λειτουργίας τους , οι οποίες λειτουργούν στον Ελλαδικό χώρο.

5.1. ΝΕΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

ΤΕΡΓΕΣΤΗ:Απο το κλείσιμο του ψυχιατρείου στα κέντρα ψυχικής υγείας.

Η Τεργέστη είναι η πόλη όπου ξεκίνησε για πρώτη φορά και στέφθηκε με επιτυχία η κατάργηση του ψυχιατρικού ασύλου και η ολοσχερής αντικατάστασή του από εξωνοσοκομειακές δομές που καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων.

Το κλείσιμο του ψυχιατρείου, που πραγματοποίησε η ομάδα με επικεφαλής τον Φράνκο Μπαζάλια, αποτελεί μια έμπρακτη απόδειξη ότι το ψυχιατρείο δεν είναι ένας αιώνιος και φυσικός θεσμός για την αντιμετώπιση της λεγόμενης ψυχικής νόσου. Στη Τεργέστη μπορεί κανείς να δει την πραγματικότητα μιας τελείως διαφορετικής στάσης απέναντι στο ψυχικά πάσχοντα, την αντιμετώπισή του όχι σαν ένα σύμπτωμα που χρειάζεται να κατασταλεί, όχι σαν μια κοινωνική ενόχληση που πρέπει να εγκλειστεί, όχι σαν ένα αντικείμενο απαλλοτριωμένο από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, αλλά σαν ένα

υποκείμενο με πλήρη δικαιώματα και υποχρεώσεις όπως όλοι οι άνθρωποι, που έχει ανάγκη αντιμετώπισης των βασικών αναγκών του.

ΤΟ ΞΕΠΕΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ: Μιλώντας για την εμπειρία της Τεργέστης, αναφερόμαστε στο ξεπέρασμα του Ψυχιατρείου, γιατί δεν πρόκειται εδώ για μία απλή συρρίκνωση της δύναμης σε κλίνες, ούτε για την παράλληλη ύπαρξη ψυχιατρείου και εξωνοσοκομειακών δομών, ούτε ακόμα για απλή κατάργηση του ψυχιατρείου και εγκατάλειψη των ασθενών στην τύχη τους. Πρόκειται για την άρνηση του ψυχιατρείου σαν μορφή ψυχιατρικής περίθαλψης, για την άρνηση της πολιτιστικής και κοινωνικής πρακτικής που αντιπροσωπεύει σαν θεσμός και τη μετάβαση, μέσα από τη διαδικασία της κατάργησης του ψυχιατρείου και της αποϊδρυματοποίησης, σ' ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, έξω από το ίδρυμα. Η κατάργηση του ψυχιατρείου της Τεργέστης έγινε μέσα σε ένα κλίμα έντονων κοινωνικών αγώνων στην Ιταλία, μετά τα τέλη της 10ετίας του '60, που είχαν σαν στόχο την αλλαγή των θεσμών.

Η δουλειά του Φράνκο Μπαζάλια, ήταν η πρώτη στο μεταρρυθμιστικό ψυχιατρικό χώρο που είχε μεγάλη κοινωνική απήχηση. Δουλεύοντας πρώτα στο ψυχιατρείο της Γκορίτσια, προώθησε ριζοσπαστικές πρακτικές, που ήρθαν σε σύγκρουση με τις παραδοσιακές δομές του ασύλου. Από την κριτική των απάνθρωπων πρακτικών του ασύλου, που αντικειμενοποιούν τον ψυχικά πάσχοντα, προχώρησε στην κριτική της ίδιας της ψυχιατρικής, που κατ' αυτόν δεν σκοπεύει μόνο στην προαγωγή της ψυχικής υγείας αλλά αποτελεί και θεματοφύλακα του νόμου και της τάξης. Είναι η κυρίαρχη ιδεολογία της ψυχιατρικής, μέσα σε συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και με την κυριαρχία του ιατρικού μοντέλου, που παρήγαγε το άσυλο.

Ο Μπαζάλια προωθεί αρχικά τις αρχές της Θεραπευτικής Κοινότητας. Οι κλειστές πόρτες ανοίγουν, τα ηλεκτροσόκ καταργούνται, γιατροί και νοσηλευτές βγαίνουν έξω με τους ασθενείς, προωθούνται γενικές συνελεύσεις με εθελοντική συμμετοχή, όπου αναπτύσσεται η σύγκρουση με τα ζητήματα

που θέτει η πραγματικότητα, στην κατεύθυνση της κοινωνικής επανεκπαίδευσης.

Η ιδιαιτερότητα της ιταλικής εμπειρίας είναι ότι η άρνηση του θεσμού του ψυχιατρείου δεν καταλήγει σ' ένα αποκρυσταλλωμένο μοντέλο, αλλά στην επινόηση θεσμών(κέντρα ψυχικής υγείας) ικανών ν' αναδείξουν την πολυπλοκότητα του πάσχοντος υποκειμένου, δικτυωμένων μέσα στον κοινωνικό ιστό και ανοικτών στην αλλαγή- μια θεώρηση δλδ όχι εκσυγχρονιστική αλλά ριζοσπαστική. Όταν η διοίκηση του ψυχιατρείου της Γκορίτσια έβαλε φρένο την τελευταία στιγμή και εμπόδισε τη αποιδρυματοποίηση, ο Μπαζάλια και η ομάδα του παραιτούνται. Αυτή η ενέργεια έχει αντίκτυπο. Το 1971 καλείται ο Μπαζάλια από τον έπαρχο της Τεργέστης ν' αναλάβει την διεύθυνση του ψυχιατρείου της πόλης. Οι τοπικές αρχές προσπαθούν να εκμοντερνίσουν και να ζωντανέψουν μία φθίνουσα, από δεκαετίες, πόλη, που από το τέλος του πρώτου, αλλά ιδιαίτερα μετά το τέλος του δεύτερου παγκόσμιου πολέμου γνωρίζει μια ραγδαία αποβιομηχανοποίηση, συρρίκνωση της εμπορικής δραστηριότητας, κλείσιμο των ναυπηγείων το 1967 καθώς και έντονα προβλήματα εθνικής ταυτότητας. Η ομάδα του Μπαζάλια(20μελής περίπου) εκμεταλλεύεται τις ευνοϊκές συνθήκες στο πεδίο των κοινωνικών αγώνων, αλλά βασίζει την επιτυχία της πάνω απ' όλα στην δική της προσπάθεια ν' απευθυνθεί στο κοινωνικό σύνολο, στην ανάπτυξη των σχέσεων με όλους τους κοινωνικούς φορείς που βαθμιαία δραστηριοποιούνται για την αποιδρυματοποίηση. Η όλη προσπάθεια βασίζεται σε τρία ιδεολογικά-πρακτικά σκέλη:

1. Αναγνωρίζεται η διπλή φύση της ψυχοπαθολογίας δλδ εκτός από την ψυχοπαθολογία της αρρώστιας, αναγνωρίζεται και η ψυχοπαθολογία του θεσμού- ιδρύματος που καθορίζει την πρώτη. Χωρίς την άρση των όρων που δημιουργούν ψυχοπαθολογία του θεσμού, λέει ο Μπαζάλια, δεν μπορούμε να μιλάμε για ψυχοπαθολογία της αρρώστιας.

2. Αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα ν' αντιμετωπίζεται ο άρρωστος όχι σαν αντικείμενο, αλλά σαν ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ. Δηλαδή σαν ένα πλήρες άτομο, όπως όλοι μας, με δικαιώματα και εξουσία πάνω στα του εαυτού του. Υποκείμενο σημαίνει πως δεν μπορεί αυθαίρετα να στερείται την ελευθερία του με την διαδικασία της αναγκαστικής νοσηλείας, δεν μπορεί να στερείται την δυνατότητα να διαθέτει τον εαυτό του και την εργατική του δύναμη ισότιμα και όπως ο ίδιος θέλει, δεν μπορεί να στερείται των στοιχειωδών συνθηκών στέγασης, ένδυσης, διαβίωσης και οικονομικών πόρων, δεν μπορεί να στερείται της δυνατότητας για ισότιμη σχέση και συναίνεση στη θεραπεία του από το γιατρό και το νοσηλευτή. Στη βάση των παραπάνω η τρέλα, η λεγόμενη ψυχική νόσος, είναι μια ακραία έκφραση αλλοτρίωσης, ανελευθερίας(ανεξάρτητα από την υποκειμενική αιτία της ή αιτίες της).

3. Αναγνωρίζεται η επείγουσα ανάγκη για πολιτιστική αλλαγή του κοινωνικού πλαισίου, μέσα από τη προσπάθεια της ομάδας ν' ανακαλύψει η κοινωνία την ντροπή του ασύλου, τις απάνθρωπες πρακτικές του, τη μετατροπή του ατόμου- ασθενή σε αντικείμενο, χωρίς ιστορία, απολιθωμένο στο χρόνο, σε ένα χρόνιο ασθενή, δηλαδή χωρίς προοπτική αποκατάστασης και επανένταξης. Ένα μεγάλο κεφάλαιο της αλλαγμένης πρακτικής είναι η εργασία. Το 1973 δημιουργείται ο πρώτος συνεταιρισμός για να χτυπήσει τη μυθοποίηση της εργασιοθεραπείας. Η εργασιοθεραπεία και στα πλαίσιά της, η λεγόμενη βοηθητική δουλειά στα τμήματα, θεωρείται ότι αποτελεί μια διπλή εξάσκηση βίας κατά του ασθενή : Πρώτο ότι πρέπει να είναι κανείς καλός και ικανός για να δουλέψει και επομένως για να έχει το προνόμιο να βγαίνει έξω και δεύτερο καλλιεργεί την αντίληψη ότι η εργασιοθεραπεία είναι θεραπευτική και γι' αυτό πρέπει να γίνεται τζάμπα και όχι ότι η προσφερόμενη εργασία απαιτεί μια ανάλογη και αξιοπρεπή αμοιβή.

Σημαντικό πρακτικό βήμα στη μετάβαση από την εργασιοθεραπεία στην αμοιβομένη εργασία, ήταν η απεργία των ασθενών που οργανώθηκε στο

ψυχιατρείο του San Jocani το 1971 με την παρακίνηση της ψυχιατρικής ομάδας, όταν απορρίφθηκαν αιτήματα για αμοιβή της προσφερόμενης εργασίας. Με την απεργία έγινε φανερό ότι το Ψυχιατρείο δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς την αυτονοήτως δωρεάν προσφερόμενη εργασία των ψυχασθενών. Αυτό το γεγονός έδωσε ώθηση στη δημιουργία μιας σειράς από συνεταιρισμούς, στη βάση της αυτοοργάνωσης και αυτοδιαχείρισης. Ο πρώτος συνεταιρισμός ήταν για την καθαριότητα, μετά φτιάχτηκαν ένας οικοδομικός, ένας αγροτικός, ενώ υπάρχουν ακόμα κομμωτήριο, υπηρεσία ξεναγών, ατελιέ που φτιάχνει τσάντες κ.λπ. Στα πλαίσια των συνεταιρισμών υπάρχουν σχολές επαγγελματικές όπου οι εκπαιδευόμενοι παίρνουν ένα επίδομα.

Η δομή του ψυχιατρείου αλλάζει: γίνεται γεωγραφική τομεοποίηση του νοσοκομείου. Δηλαδή δεν υπάρχει πλέον νοσογραφικός χωρισμός ανάλογα με τη βαρύτητα αλλά κάθε τομέας νοσηλεύει ασθενείς από ένα ορισμένο διαμέρισμα της πόλης, ανεξάρτητα από την ψυχοπαθολογία τους, από το εάν είναι νέες εισαγωγές ή παλιοί άρρωστοι. Προϊδεάζεται έτσι ο τρόπος δουλειάς στα Κ.Ψ.Υ

ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: Μέσα από τη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης προέκυψαν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Όλη η Τεργέστη εξυπηρετείται από 7 ΚΨΥ πλήρως τομεοποιημένα, που αφορούν περιοχές με 45.000 περίπου κατοίκους. Στα κτήρια του πρώην ψυχιατρείου φιλοξενούνται 250 πρώην τρόφιμοι, σε μια σχέση όχι νοσηλευόμενου, αλλά φιλοξενούμενου. Μόνο 40 από αυτούς είναι κλινήρεις. Τα 160 άτομα ζουν σε διαφορετικού βαθμού προστασίας διαμερίσματα(6-12 άτομα ανά διαμέρισμα)

Τα διαμερίσματα είναι 21 σ' όλη την πόλη μέσα σε πολυκατοικίες. Είναι νοικιασμένα είτε από λειτουργούς των υπηρεσιών, είτε από τους ίδιους τους ασθενείς συνήθως από τον Οργανισμό Λαϊκή Κατοικίας. Το ενοίκιο πληρώνεται από τους ίδιους τους διαμένοντες. Υπάρχουν ακόμα συνεταιρισμοί. Συμπληρωματικά προς τη δουλειά των ΚΨΥ υπάρχει η υπηρεσία Διάγνωσης

και Θεραπείας, δηλαδή ένας Ψυχιατρικός Τομέας στο Γενικό νοσοκομείο της Τεργέστης, που λειτουργεί με διαφορετικό τρόπο απ' ότι οι αντίστοιχοι τομείς στην υπόλοιπη Ιταλία. Δεν παραμένουν οι ασθενείς αλλά αντιμετωπίζονται έκτακτα περιστατικά. Η υπηρεσία αυτή παίζει ρόλο διανομέα στα ΚΨΥ ενώ την νύχτα εφημερεύει, αντιμετωπίζοντας τα επείγοντα όλης της κοινότητας.

Στην αντιμετώπιση των συνολικών αναγκών του ατόμου η στενή διαγνωστική- κλινική πρακτική, χάνει την πρωταρχική της σημασία. Όταν ένας λειτουργός του ΚΨΥ έρχεται σε επαφή με κάποιον αυτό που μπαίνει πρώτα δεν είναι το θέμα της διάγνωσης, αλλά η δημιουργία σχέσης, η γνωριμία, πάνω στην οποία βασίζεται η όλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στη δουλειά του ΚΨΥ οι ανάγκες του ατόμου μπαίνουν πρώτα και ο θεσμός πρέπει να προσαρμοστεί σ' αυτές. Δουλειά του είναι να μπει μέσα στις συνθήκες μέσα στις οποίες ζει ο άρρωστος και μέσα στις οποίες αναπτύσσεται η αρρώστια(οικογένεια, κοινωνικές σχέσεις κτλ). Για την δουλειά του ΚΨΥ, το αν έχει παραλήρημα ένας άρρωστος ή αν παίρνει σύνταξη είναι εξίσου σημαντικά, είναι και τα δύο μέρη της ύπαρξής του. Για κάθε άτομο γίνεται προσπάθεια να φτιάχεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα, που αφορά όλη την υπαρξιακή του συνθήκη. Σ' αυτό το πρόγραμμα ο ασθενής καλείται να πάρει μέρος ισότιμα μαζί με το λειτουργό. Δεν επιβάλλεται σ' ένα παθητικό άτομο αλλά μαζί με την ενεργό συμμετοχή του. Η όλη προσπάθεια είναι η χειραφέτηση, η ανεξαρτητοποίηση του ατόμου, η επαναπόκτηση των εξουσιών στα του εαυτού του. Σ' αυτό αποσκοπεί η προσπάθεια για οικονομική ανεξαρτησία, συναίνεση στη θεραπεία, στέγαση, εργασία. Όχι μια τυπική επιφανειακή ελευθερία, αλλά μια ανεξαρτησία με μία κοινωνική- οικονομική βάση.

Είναι βασικό για τα ΚΨΥ της Τεργέστης να λειτουργούν σε 24ωρη βάση. Αναλαμβάνουν δηλαδή πλήρη ευθύνη για τον τομέα τους στη διάρκεια του

χρόνου, αλλά και πλήρη ευθύνη για την αντιμετώπιση κάθε είδους περιστατικού ανεξάρτητα από βαρύτητα. Βασικά στη λειτουργία του ΚΨΥ είναι τα εξής:

1. Χρησιμοποιήθηκε το προσωπικό αλλά και οι πόροι του ψυχιατρείου για την δημιουργία των δομών. Όχι παράλληλη ύπαρξη δομών και ψυχιατρείου, αλλά μετάβαση από το ένα στο άλλο. Δεν έγιναν αυτόνομες δομές, ανεξάρτητα από ψυχιατρείο, αλλά προέκυψαν μέσα από διαδικασία αποϊδρυματοποίησης.

2. Το ξεπέραςμα του ψυχιατρείου δεν είπαν ότι ήταν μια απλή διαδικασία εξιτηρίων, αλλά διαδικασία μετατροπής της ζωής μέσα στο ψυχιατρείο σε ζωή έξω από αυτό.

3. Η ιεραρχία της ψυχικής ομάδας έχει μπει κάτω από οριστική αμφισβήτηση. Το στυλ δουλειάς προσβλέπει στην αυτονομία του καθενός που εργάζεται.

Το ΚΨΥ έχει 7-8 κλίνες. Η χρήση τους είναι ελαστική. Δεν γίνονται εισαγωγές με εισιτήριο. Η χρήση των κρεβατιών δεν είναι κλινική-ψυχιατρική αποκλειστικά αλλά για κοινωνικές ανάγκες. Το προσωπικό είναι: 3-4 Ψυχίατροι, 20-22 νοσηλευτικοί, 2 Κοινωνικοί λειτουργοί, 1 ψυχολόγος, 1-2 Διοικητικοί.

Συμπερασματικά, η δουλειά του ΚΨΥ είναι τόσο η αντιμετώπιση της κρίσης και η νοσηλεία, η παρακολούθηση, εξωτερικά ιατρεία, αποκατάσταση, οικονομική ενίσχυση μέσω βοηθημάτων, λειτουργία νοσοκομείου ημέρας, απασχόληση σε συνεταιρισμούς κ.λπ.

Σε μελέτη που αξιολογεί τα αποτελέσματα του κλεισίματος του ψυχιατρείου στην Τεργέστη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 115 πρώην τροφίμων του ψυχιατρείου (πάνω από 5 χρόνια νοσηλείας) βρέθηκε ότι ο μέσος όρος ζωής και οι αιτίες θανάτου είναι οι ίδιες όπως και του λοιπού πληθυσμού της πόλης (υπήρξε μόνο μία αυτοκτονία και ένας θάνατος από εγκατάλειψη). Η παρούσα ψυχιατρική κατάσταση δείχνει σημαντική βελτίωση μέχρι και πλήρη έλλειψη συμπτωμάτων στο 55% και επιδείνωση 24%. Το 44% δεν παίρνει καθόλου

φάρμακα. Η κοινωνική ενσωμάτωση καλυτέρευσε στο 67% και επιδεινώθηκε στο 26.5%. Το 6 % δουλεύει και το 61% μένει σε δικό του σπίτι. Το 22% ζουν μόνοι με υψηλό επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης, το 24% σε προστατευμένα διαμερίσματα και 39% πήγαν στις οικογένειές τους. Σε όλη την Ιταλία μόνο 4 Τριεστίνοι ψυχοπαθείς έχουν καταδικαστεί για διάφορα αδικήματα από το 1978. Οι ακούσιες εισαγωγές στην Τεργέστη έχουν την παρακάτω πορεία: το 1971:830, το 1974:100, το 1977: 33, το 1980-81: 2 ή 3.

(Επιστημονική επιτροπή ΨΝΑ Δαφνί 1987)

Το Ιρλανδικό Μοντέλο στην Ψυχιατρική μεταρρυθμιση

Το ιρλανδικό Υπουργείο Υγείας τον Οκτώβρη του 1981 αποφασίζει να εξετάσει τις ισχύουσες μέχρι τότε ψυχιατρικές υπηρεσίες ώστε να σχεδιάσει το μετασχηματισμό τους για το μέλλον, στο πλαίσιο ενός κοινοτικού μοντέλου. Έτσι διορίζει μια 12μελή επιτροπή, η οποία το Δεκέμβρη του 1984 τελειώνει το έργο της και το 1989 η εισήγησή της γίνεται δεκτή από την Ιρλανδική κυβέρνηση με τίτλο: << Οι Ψυχιατρικές Υπηρεσίες. Σχεδιασμός για το μέλλον>>.

Κατά τον 19ο αιώνα η Ιρλανδία στηριζόταν στα άσυλα για την νοσηλεία ψυχιατρικών περιστατικών. Η αλλαγή έρχεται από το 1945 και μετά όπου κατοχυρώθηκε η άδεια των ασθενών που ήταν εσωτερικοί επιτρέποντας έτσι την εξωασυλιακή νοσηλεία και εισάγοντας τον θεσμό της εθελούσιας εισαγωγής. . Το 1950 δημιουργούνται κλινικές(60) σε Γενικά Νοσοκομεία για να αντιμετωπίσουν τους πάσχοντες από ψυχιατρικά προβλήματα δημιουργώντας έτσι μια άλλη δομή από την ασυλική που μέχρι τότε ίσχυε. Την ίδια χρονιά σημαντική εξέλιξη στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών αποτέλεσε η πρόοδος της ψυχοφαρμακολογίας καθώς επίσης και οι ψυχολογικές και κοινωνικές θεραπείες που εισήχθησαν. Από το 1960 και μετά αρχίζουν να δημιουργούνται ξενώνες, νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας, προστατευμένα

εργαστήρια. Το 1966 η περίθαλψη στην κοινότητα είναι πλέον υπαρκτή μέσω νόμου. Παράλληλα δημιουργούνται ομάδες αποτελούμενες από διάφορες ειδικότητες όπως ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και συμβούλους ώστε να επιτευχθεί η σφαιρικότερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Από το 1968 επικρατεί η αρχή : η ψυχιατρική υπηρεσία για ασθενείς με μικρή παραμονή πρέπει να παρέχεται σε γενικό νοσοκομείο.

Οι προτάσεις για το μετασχηματισμό της Ψυχιατρικής περίθαλψης είναι περιληπτικά όπως παρουσιάζονται στο άρθρο " Εθνικός σχεδιασμός Ψυχιατρικών Υπηρεσιών . Το Ιρλανδικό μοντέλο " , στα τετράδια Ψυχιατρικής (No 56,σελ 94-98), οι εξής :

Περιεκτική Ψυχιατρική Περίθαλψη

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη πρέπει να είναι περιεκτική και να περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες των ψυχικά πασχόντων.
2. Η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου πρέπει να είναι πολυειδική
3. Συνεχής θεραπεία πρέπει να παρέχεται μέσα από διάφορες υπηρεσίες που ανήκουν σε κάθε ψυχιατρική ομάδα
4. Τα διάφορα τμήματα του περιεκτικού συστήματος πρέπει να εναρμονίζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε οι ασθενείς να διοχετεύονται στις υπηρεσίες που είναι καταλληλότερες γι' αυτούς.

▼ Υπηρεσίες επικεντρωμένες στο Κοινοτικό Μοντέλο

1. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες πρέπει να είναι επικεντρωμένες στην κοινότητα προσφέροντας στους ασθενείς ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και τη δυνατότητα να διαβιούν στα σπίτια τους

2. Η ψυχιατρική ομάδα πρέπει να υποστηρίζει τις οικογένειες των ασθενών και να παρέχει ενεργό οικογενειακή θεραπεία (επέμβαση στην κρίση, δυνατότητα διακοπών των οικογενειών, συνεργασία με συγγενείς, ψυχιατρική νοσηλεύτρια κτλ)

3. Δημιουργία υπηρεσιών στεγασμένων στην κοινότητα με εύκολη μετακίνηση από τη μία στην άλλη(συνεργασία με γενικούς γιατρούς, νοσοκόμους, ημερήσια περίθαλψη, συμβουλευτική, επέμβαση στην κρίση, ειδικές κλινικές, ξενώνες, υποστήριξη οικογενειών ψυχικά πασχόντων κ.λ.π)

▼ Τομεοποίηση

1. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες πρέπει να οργανωθούν στη βάση της τομεοποίησης . Αυτό σημαίνει οτι μια ψυχιατρική ομάδα πρέπει να παρέχει περιεκτικές- ολοκληρωμένες υπηρεσίες στον πληθυσμό που διαβιώνει σε ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό τομέα

2. Προτιμητέα είναι η τομεοποίηση ανα 25000-30000 πληθυσμού.

3. Οι πλέον εξειδικευμένες υπηρεσίες πρέπει να αναπτύσσονται για περισσότερους του ενός, τομείς.

4. Καλό είναι, η υπεύθυνη ψυχιατρική ομάδα, να εγκαθίσταται στη γεωγραφική περιοχή του τομέα

5. Κάθε τομέας πρέπει να έχει πρόσβαση σε νοσοκομειακές υπηρεσίες(άσυλο, γενικό νοσοκομείο) οι οποίες θα εξυπηρετούν ένα αριθμό τομέων, οι οποίοι με τη σειρά τους θα συναποτελούν ένα Ευρύτερο Τομέα

6. Οι ψυχιατρικοί τομείς, όπου είναι δυνατόν, πρέπει να έχουν τα ίδια γεωγραφικά όρια με τους υπάρχοντες ιατρικούς τομείς.

7. Κάθε Συμβούλιο Υγείας πρέπει να σχεδιάσει τομείς, να ορίσει ψυχιατρική ομάδα για κάθε τομέα και να αποφασίσει για τη δημιουργία υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.

▼ Πρωτογενής Περίθαλψη

1. Η επιστημονική ομάδα του ψυχιατρικού τομέα πρέπει να αναγνωρίζει το κεντρικό ρόλο των γενικών ιατρών και να προάγει τη συνεργασία μαζί τους για την πρόληψη και θεραπεία της ψυχιατρικής νόσου.
2. Στη περίπτωση που ασθενείς παραπέμπονται από γενικούς ιατρούς, οι ειδικοί πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες και να παραπέμπουν ξανά τους ασθενείς στους οικογενειακούς ιατρούς για συνέχιση της θεραπείας τους.
3. Πρέπει να ανασκευασθεί η μέθοδος πληρωμής των γενικών ιατρών ούτως ώστε να διαθέτουν περισσότερο χρόνο σε ψυχονευρωτικούς ασθενείς.
4. Ειδική εκπαίδευση πρέπει να παρέχεται στους φοιτητές ιατρικής και γενικούς γιατρούς.
5. Τα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας πρέπει να παρέχουν συμβουλευτική στους γενικούς ιατρούς και άλλους κοινοτικούς λειτουργούς
6. Υπηρεσία Επέμβασης στην κρίση, πρέπει να είναι διαθέσιμη σε κάθε τομέα.
7. Κάθε Τομεακή Εργασιακή Ομάδα, πρέπει να διαθέτει κτιριακή συμβουλευτική υπηρεσία

▼ Υπηρεσίες Ημέρα

1. Πρέπει να αυξηθούν οι υπηρεσίες ημέρας
2. Η ψυχιατρικά ομάδα πρέπει να δημιουργήσει εθελοντικούς φορείς
3. Οι υπηρεσίες ημέρας πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες του τομέα.
4. Η σχέση υπηρεσιών ημέρας ως προς τον πληθυσμό πρέπει να είναι 0.75 Day places ανά 100 άτομα
5. Η αμοιβή ασθενών κέντρων ημέρας, τους ενθαρρύνει για συνέχιση της συνεργασίας τους με αυτά

6. Πρέπει να υπάρχει συνεχής εκτίμηση των κέντρων ημέρας, ούτως ώστε να αξιολογείται η προσφορά τους.

▼ Ενδονοσοκομειακές Υπηρεσίες

Το Δεκέμβρη του 1983 η κατανομή ψυχιατρικών ασθενών στην Ιρλανδία είχε ως εξής:

1. Ψυχιατρικές ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται σε κάθε Ευρύτερο Τομέα

2. Οι Ψυχίατροι των ψυχιατρικών μονάδων Γενικών Νοσοκομείων πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες διασυνδεδετικής ψυχιατρικής εντός του Γενικού Νοσοκομείου.

3. Τα διαθέσιμα κρεβάτια για ασθενείς με μικρή ή μεσαία παραμονή πρέπει να είναι 0.5 κρεβάτια ανά 1.000 άτομα γενικού πληθυσμού.

4. Κάθε Δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο(άσυλο) πρέπει να υπολογίσει τα απαιτούμενα κρεβάτια για χρόνιους ασθενείς που πρέπει να διαθέτει μέχρι το τέλος του αιώνα

5. Πρέπει να ερευνηθεί η δυναμική των υπηρεσιών στη κοινότητα για χρόνιους ασθενείς που προωθούνται εκτός ασύλων.

6. Η ενδονοσοκομειακή υπηρεσία για ασθενείς που απαιτούν μακρά νοσηλεία πρέπει να μεταφερθεί σε ξενώνες υψηλής υποστήριξης (high support hotels).

7. Ψυχασθενείς που απαιτούν ενδονοσοκομειακή νοσηλεία υψηλής ασφάλειας, πρέπει να προωθούνται σε αντίστοιχα τοπικά κέντρα.

8. Οι νέοι ασθενείς μακράς νοσηλείας κάτω των 65 ετών πρέπει να βρίσκουν κρεβάτια σε αναλογία 0.2 κρεβάτια ανα 1.000 άτομα γενικού πληθυσμού, ενώ άνω των 65 ετών, 0.3 κρεβάτια ανά 1.000 άτομα γενικού πληθυσμού.

9. Οι Διανοητικά Καθυστερημένοι πρέπει να χωρισθούν από τους ψυχασθενείς και να τους παρέχονται ειδικά προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

10. Οι υπερήλικες των ψυχιατρικών νοσοκομείων με ανάγκες κυρίως γηριατρικές, πρέπει να νοσηλεύονται ξεχωριστά από τους ψυχασθενείς. Οι γηριατρικές υπηρεσίες πρέπει να οργανώνουν ειδικά προγράμματα γι' αυτούς τους ασθενείς.

11. Ιδανικά, η ενδονοσοκομειακή υπηρεσία για κάθε τύπου εισαγωγή, πρέπει να παρέχεται από το γενικό νοσοκομείο.

12. Αυστηρά κριτήρια εισαγωγής, πρέπει να θεσπιστούν σε όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

13. Ανοικτές Κλινικές

1. Κάθε ψυχιατρικός γεωγραφικός τομέας πρέπει να διαθέτει ανοικτές κλινικές για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς λόγους.

2. Μία από τις πρωταρχικές λειτουργίες τέτοιων κλινικών είναι η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών στους γενικούς γιατρούς και στο υπόλοιπο κοινοτικό προσωπικό για θέματα υγείας.

3. Ασθενείς μακροχρόνιας θεραπείας που ζουν στην κοινότητα, πρέπει να παρακολουθούνται σ' αυτές τις κλινικές.

4. Η δωρεάν παροχή φαρμάκων στις ανοιχτές κλινικές πρέπει να επανεξετασθεί ούτως ώστε να μην ενθαρρύνονται ασθενείς για νοσηλεία που δε χρειάζεται .

5. Κεντρική Γραμματεία πρέπει να συντονίζει τη διασύνδεση των ασθενών με τις κλινικές.

6. Οι ανοιχτές κλινικές πρέπει να είναι όμορφες και διακοσμημένες ανάλογα.

7. Οι ανοιχτές κλινικές πρέπει να βρίσκονται στις κυριότερες πόλεις κάθε τομέα

8. όπου είναι δυνατόν, πρέπει να υπάρχουν εγκατεστημένες πολλές ανοικτές κλινικές σε κάθε κεντρική περιοχή και όχι σε απομακρυσμένες περιοχές.

▼ Στεγαστικές Υπηρεσίες εγκατεστημένες στην Κοινότητα

1. Κάθε Τομέας πρέπει να διαθέτει ξενοδοχειακό-νοσηλευτικό εξοπλισμό στην Κοινότητα για να στεγάζει, πρώην νοσοκομειακούς ασθενείς και να εξασφαλίζει τις ανάγκες ψυχικά πασχόντων που ζουν κάτω από μη ικανοποιητικές στεγαστικές συνθήκες στην Κοινότητα.

2. Πρόγραμμα για επαναστέγαση ψυχικά πασχόντων πρέπει να εκπονηθεί και εφαρμοστεί από κάθε τομέα υγείας. Δημιουργία εκπαιδευτικών ξενώνων πρέπει να γίνουν σε όλα τα νοσοκομεία , σαν μέρος αυτού του προγράμματος.

3. Ο Τομέας πρέπει να φροντίζει ούτως ώστε όλοι οι φιλοξενούμενοι του προγράμματος να απασχολούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας είτε σε ανοικτές είτε σε προστατευμένες εργασίες.

4. Τομείς 100.000 ατόμων πρέπει να διαθέτουν 100 θέσεις για ασθενείς μακράς παραμονής και 100 θέσεις για ασθενείς βραχείας παραμονής.

▼ Επανάταξη

5. Κάθε ασθενής πρέπει να λαμβάνει θεραπεία ειδικά σχεδιασμένη για να ανακουφίσει τις προσωπικές του δυσκολίες.

6. Πρέπει να γίνεται εμπειρισταωμένη εκτίμηση κάθε ασθενούς και στη συνέχεια σχεδίαση ειδικού προγράμματος επανένταξης.

7. Κάθε νοσοκομείο πρέπει να διαθέτει τομέα επανένταξης.

8. Συγκεκριμένα άτομα από το νοσοκομειακό προσωπικό πρέπει να είναι υπεύθυνα γι' αυτά τα προγράμματα.

9. Ψυχιατρικοί νοσηλευτές πρέπει να μετέχουν ενεργά σ' αυτά τα προγράμματα, μαζί με άλλα μέλη του ψυχιατρικού νοσοκομειακού προσωπικού.

10. Η τρέχουσα εκπαίδευση των ψυχιατρικών νοσηλευτών πρέπει να ανακατασκευασθεί ούτως ώστε το προσωπικό να είναι σε θέση να εργασθεί σε τέτοια προγράμματα.

11. Ο πληθυσμός κάθε τομέα πρέπει να έχει δυνατότητα σύνδεσης με μια αλυσίδα υπηρεσιών(από ένα κέντρο ημέρας που να διαθέτει εργοθεραπεία και άλλες δραστηριότητες, έως ένα κοινοτικό εργαστήριο με τη πιθανότητα ανοικτής εργασίας).

12. Οι ψυχιατρικά πάσχοντες πρέπει να έχουν ειδική υποστήριξη και βοήθεια για εξασφάλιση εργασίας στην ανοικτή αγορά.

▼ Ανάγκες Ειδικών Ομάδων

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων, παιδιών και εφήβων, ατόμων με προβλήματα σχετιζόμενα με αλκοόλ ή τοξικές ουσίες πρέπει να εξετάζονται ξεχωριστά. Επιλεκτικά και μόνο, αναφέρουμε χάριν συντομίας τα εξής:

1. Οι ανοϊκοί γέροντες δεν πρέπει να αποστέλλονται στα ψυχιατρεία. Η πρωτογενής περίθαλψη πρέπει να παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην πρόληψη της ψυχιατρικής νόσου στην Τρίτη ηλικία. Τα ψυχογηριατρικά κρεβάτια για νέους ασθενείς άνω των 65, πρέπει να είναι 0.3 ανά 1.000 άτομα πληθυσμού. Τα 2/3 από αυτά να ανήκουν σε υψηλά προστατευμένους ξενώνες και το 1/3 σε μικρές μονάδες για ηλικιωμένους που είναι ανοϊκοί και έχουν σοβαρές συμπεριφερειολογικές διαταραχές.

2. Η παιδοψυχιατρική ομάδα πρέπει να δρα απευθείας προληπτικά, μέσω της διασυνδετικής, συμβουλευτικής και επέμβασης στην κρίση ψυχιατρικής στα διάφορα επίπεδα. Ψυχολογική υπηρεσία πρέπει να υπάρχει στα πρωτοβάθμια σχολεία και οι ψυχολόγοι πρέπει να αποτελούν τμήμα των Καθοδηγητικών ομάδων Ψυχιατρικής Υγείας Παίδων. Κάθε Τομέας πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια καθοδηγητική Ομάδα Ψυχικής Υγείας Παίδων ανά 200.000 άτομα πληθυσμού και τουλάχιστον ένα Παιδοψυχιατρικό κέντρο για τα παιδιά και την οικογένεια. Ξενοδοχειακή υποδομή για την αντιμετώπιση εφήβων, πρέπει να υπάρχουν τις μεγάλες πόλεις. Ξενώνας για άστεγους εφήβους πρέπει να δημιουργηθούν. Η νομοθεσία για δίκες εφήβων ψυχικά διαταραγμένων, πρέπει να τροποποιηθεί, και να δημιουργηθούν κέντρα εργασίας γι' αυτά τα άτομα.

3. Η προσέγγιση στα θέματα που έχουν σχέση με τον αλκοολισμό πρέπει να βασίζεται στην πρόληψη και όχι στην θεραπεία.. Για το λόγο αυτό, η εθνική πολιτική πάνω στα θέματα της κατανάλωσης αλκοόλ πρέπει να προσαρμοστεί αναλόγως. Η έμφαση στην αντιμετώπιση τέτοιου είδους προβλημάτων πρέπει να δίδεται στην επέμβαση στην κοινότητα και όχι στην εξειδικευμένη νοσοκομειακή περίθαλψη. Ένα σύνθετο σώμα αποτελούμενο από αντιπροσώπους των Υπουργείων Υγείας, Κοινωνικών Υπηρεσιών, Εμπορίου, Παιδείας, Περιβάλλοντος, Τουρισμού όπως και της συμμετοχής αντιπροσώπου των Ανώνυμων Αλκοολικών, πρέπει να χαράσσει την εθνική πολιτική στο θέμα του αλκοόλ και της κατανάλωσης του.

4. Η προσέγγιση στο πρόβλημα της τοξικομανίας πρέπει να εντοπίζεται στην κοινότητα με ενεργό συμμετοχή των γενικών ιατρικών, κοινωνικών λειτουργών και εθελοντικών οργανισμών.

✓ Οργάνωση και Διαχείριση

1. Η ομάδα κάθε τομέα πρέπει να είναι πολύ ειδική

2. Ψυχολόγος και Κοινωνικός λειτουργός πρέπει να αποτελούν τμήματα της ψυχιατρικής υπηρεσίας.

3. Πρέπει να υπάρχουν: Γενικός Διευθυντής Ψυχίατρος, Ψυχίατροι τομέων, Γενικό Διευθυντή Νοσηλευτικής, Διοικητικό Διευθυντή, Διευθυντή Ψυχολόγο, Διευθυντή Κοινωνικής Υπηρεσίας, Διευθυντή Εργοθεραπείας, αντιπροσώπους των ομάδων περίθαλψης της κοινότητας.

▼ Οικονομικός Προϋπολογισμός

Τα οικονομικά αποθέματα τα οποία προορίζονταν μέχρι τώρα για τα νοσοκομεία, πρέπει σταδιακά να δίδονται στην κοινότητα. Παράλληλα πρέπει να γίνει και αντίστοιχη μετακίνηση προσωπικού από τα νοσοκομεία στην κοινότητα.

▼ Προγραμματισμός των Υπηρεσιών

Κάθε τομέας υγείας πρέπει να καταρτίσει ένα πρόγραμμα- σχέδιο για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει στόχους που πρέπει να καταντηθούν σε διαστήματα 10-15 ετών σε πενταετής φάσεις.(Επαμεινώνδας Παπαμιχαήλ,1996).

Η Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία Γενεύης

Η Γαλλική επανάσταση ήταν η απαρχή της μεταρρύθμισης του καθεστώτος αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών θεσμοθετώντας ένα ειδικό καθεστώς ένα ειδικό καθεστώς για τους φρενοβλαβείς. Αλλα αυτή καθαυτή ιστορία του ψυχιατρικού τομέα δεν αρχίζει παρά μόλις μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο στην Γαλλία, αν και κατά κάποιο τρόπο μπορούμε να βρούμε κάποια πρόδρομα στοιχεία ήδη στον 18^ο αιώνα. Αληθινό επαναστατικό κίνημα μιάς γενιάς

ψυχιάτρων στην Γαλλία, βαθιά σηματοδεδωμένων από το Λαϊκό μέτωπο και την κοινωνική ιατρική(αγώνας κατά της κοινωνικής εξαθλίωσης και της φυματίωσης με κινητές μονάδες ιατρών και κοινωνικών λειτουργών), τον πόλεμο και την αντίσταση, την απελευθέρωση και την προσέγγιση τους με την εξουσία, η ιστορία της ψυχιατρικής του τομέα είναι προσπάθεια οργάνωσης της ψυχιατρικής και εξόδου της από το "κάστρο" του ασύλου.

Σε στενή παραδοσιακά πολιτισμική σχέση με τη γειτονική Γαλλία, η Γενεύη ακολουθεί παράλληλα μ' αυτή τις εξελίξεις στην διάρθρωση της ψυχιατρικής και οργανώνει από το 1960 την Ιατροπαιδαγωγική της Υπηρεσία σε τομείς.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ: Η πολιτική της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων στη Γενεύη στοχεύει στην προσφορά μιας πολυδύναμης και υψηλής εξειδίκευσης επιστημονικής ομάδας(παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, λογοπαιδικοί, ειδική της ψυχοκινητικής θεραπείας, κοινωνικοί λειτουργοί), εύκολης στην πρόσβαση για τα παιδιά και τους γονείς τους, με μεγάλη αυτονομία δράσης αλλά με κοινή επιστημονική και διοικητική διεύθυνση, κοινό πρόγραμμα μεταπτυχιακής και συνεχούς κλινικής εκπαίδευσης και με συχνότατη επαφή και συνεργασία των τομέων.

Ο στόχος αυτός υλοποιείται με τον καταμερισμό μιας ευρύτερης γεωγραφικής περιοχής, σε μικρότερες περιοχές- τομείς 2-3 δήμων που καλύπτουν ένα πληθυσμιακό εύρος 30.000-50.000 κατοίκων και την εγκαθίδρυση ενός ιατροπαιδαγωγικού τομέα σε καθεμιά απ' αυτές.

Η Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία της Γενεύης έχει σαν αποστολή της την πρόληψη, τη διάγνωση και θεραπεία των αναπτυξιακών, ψυχικών, ψυχοκινητικών και αισθητηριακών διαταραχών των παιδιών και των εφήβων. Προσφέρει βοήθεια και περίθαλψη σε παιδιά 0-18 και στις οικογένειές τους. Δέκα τομείς της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας, τρεις για εφήβους και νέους και επτά γενικής ψυχιατρικής παιδιού και εφήβου, καλύπτουν την περιοχή της Γενεύης.

Περιγραφή Δραστηριοτήτων ενός Ιατροπαιδαγωγικού κέντρου:

1. Εβδομαδιαία συνεδρίαση του προσωπικού του τομέα: Μετά από σύντομη ανακοίνωση διοικητικών γραφειοκρατικών θεμάτων και ανακοινώσεων της διεύθυνσης, γίνεται συζήτηση και διανομή των νέων περιστατικών, παρουσίαση και συζήτηση μιας κλινικής κατάστασης και περιοδική θεωρητική δουλειά(συλλογική ανάγνωση, περίληψη αρθογραφία κλπ)

2. Διαγνωστική προσέγγιση: Κάθε θεραπευτική πρόταση απαιτεί ένα έγκυρο εργαλείο διαγνωστικής προσέγγισης. Η εκτίμηση αυτή σύμφωνα με την πρακτική της υπηρεσίας, παίρνει ταυτόχρονα υπ' όψη της τα οικογενειακά και κοινωνικά δεδομένα στο βαθμό που συμμετέχουν στις παθολογικές εκδηλώσεις, αλλά και την ίδια την οργάνωση της προσωπικότητας του παιδιού και του εφήβου. Η μελέτη της ενδοψυχικής οργάνωσης- της δομής της προσωπικότητας του παιδιού- με την εκτίμηση των αρνητικών αλλά κυρίως των θετικών της στοιχείων, θεωρείται ότι αποτελεί την πιο στέρεα βάση για την πρόταση της θεραπευτικής μεθόδου που ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες του παιδιού. Είναι επίσης η απαραίτητη συνθήκη για την ανάλυση και την επικύρωση των αποτελεσμάτων των θεραπειών. Μ' αυτό τον τρόπο μπορεί καλύτερα ν' αποφευχθεί η παγίδα μιας διάγνωσης προσανατολισμένης αποκλειστικά στο σύμπτωμα καθώς και η "μονοθεραπεία", συχνά καταδικασμένη σ' αποτυχία.

3. Μορφές Θεραπείας: Η παιδοψυχιατρική μεταγενέστερος κλάδος της ψυχιατρικής ενηλίκων, συνάντησε δυσκολίες για να συγκροτηθεί γύρω από ένα συνεκτικό θεωρητικό corpus , δεδομένου ότι προέρχονταν από διαφορετικούς ορίζοντες: την παιδαγωγική, την παιδιατρική και την κλασσική ψυχιατρική. Οι άξονες αναφοράς της παρέμειναν σχετικά ετερογενής στην Γενεΰη όπως κι αλλού, μέχρις ότου η ψυχανάλυση πρότεινε ένα μοντέλο θεωρητικής προσέγγισης και πρακτικής που επέτρεψε αν μη τι άλλο την ολοκλήρωση απόψεων και μεθόδων. Έτσι μπορούμε σήμερα να πούμε ότι υπάρχει μια ψυχαναλυτική σχολή ψυχιατρικής του παιδιού, που επιτρέπει την συγκροτημένη

προσέγγιση της ψυχικής λειτουργίας και της ψυχοπαθολογίας και ασκεί πάνω απ' όλα βαθιά επίδραση σ' όλη την "παλέττα" των θεραπειών. Οι ιδρυματικές προσεγγίσεις(κέντρα ημέρας), οι ειδικές θεραπευτικές όπως η λογοπαιδική, η ψυχοπαιδαγωγική, η ψυχοκινητική θεραπεία, η διασυνδετική παρέμβαση με παιδιάτρους, παιδικούς σταθμούς, δικαστικές υπηρεσίες κ.λπ, όλες αυτές οι πρακτικές έχουν πλέον σημαδευτεί απ' αυτά που είναι τα θεμέλια της ψυχανάλυσης: την μεταβίβαση, το ασυνείδητο, τις ενδοψυχικές συγκρούσεις, το σύμπτωμα σαν σημαίνον κ.λπ. Αναφέρεται παρακάτω επιγραμματικά το φάσμα των θεραπειών που προσφέρονται στα πλαίσια του τομέα :

- Η ατομική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία βρίσκει συνήθως τις εφαρμογές της στις διαταραχές της προσωπικότητας, κάποιες βαριές νευρωτικές οργανώσεις προσωπικότητας και σε ορισμένες περιπτώσεις ψυχωτικής και οριακής κατάστασης.
- Η βραχεία ψυχοθεραπεία επιλέγεται συνήθως σε ορισμένες νευρωτικές διαταραχές που δεν είναι άκαμπτα οργανωμένες.
- Η θεραπευτική συνεδρία παιδιών – γονέων είναι δυνατή χάρη στην ύπαρξη ενός είδους σχέσης που μπορούμε να ονομάσουμε θετική προ-μεταβίβαση, παίρνει υπ' όψη της τα φαινόμενα αλληλεπίδρασης παιδιών-γονέων και είναι η ιδανική συνθήκη ερμηνείας των συγκρουσιακών πλευρών της φαντασιακής αλληλεπίδρασης γονέων- παιδιών. Η τεχνική διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.
- Οι θεραπείες ομάδας και ψυχοδράματος χρησιμοποιούνται ευρέως στο Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, κυρίως σε περιπτώσεις εκείνες που η φύση της αμυντικής οργάνωσης του παιδιού ή του εφήβου οδηγεί στην αναστολή της φαντασιακής έκφρασης του.
- Η σημερινή εμπειρία των λογοθεραπειών(ατομικών, ομάδας, μητέρας-παιδιού κ.λπ) έχει ξεπεράσει την καθαρά οργανιστική προσέγγιση και

ρίχνει το βάρος στην επικοινωνία. Οι ενδείξεις για την λογοθεραπεία, μέσα στα πλαίσια συνεργασίας μιας πολυδύναμης ομάδας, είναι πιο ακριβείς και συχνά συμπληρωματικές άλλων θεραπειών.

- Το ίδιο και οι ψυχοκινητικές ψυχοθεραπείες που αναπτύχθηκαν όχι μόνο βασιζόμενες στα όργανα κινητικού ή αισθητηριακού τύπου, αλλά παίρνοντας υπ' όψη τη σχέση του παιδιού στο σύνολό της.

- Οι κάθε είδους μαθησιακές διαταραχές, συνήθως πολλαπλής ή ποικίλης αιτιολογίας, που είναι και ο πιο συχνός τύπος προσφυγής στο Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, χρήζουν μεταξύ άλλων και συμπτώματα αντιμετώπισης, διαφορετικά μπορεί να έχουν δυσμενείς συνέπειες στην ανάπτυξη του παιδιού. Διάφοροι τρόποι ψυχοπαιδαγωγικής αντιμετώπισης προτείνονται, μέρος των οποίων σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, όπως θ' αναφερθεί παρακάτω.

- Στις καταστάσεις εκείνες που οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι καθοριστικοί, πολλές φορές η παρέμβαση της κοινωνικής λειτουργού αρκεί για να κινητοποιήσει θετικά την δυναμικότητα μιας οικογένειας.

- Φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται σ' ορισμένες περιπτώσεις, συχνά σε συνδυασμό με άλλου τύπου προσέγγιση.

- Η πρόληψη είναι επίσης στο κέντρο του ενδιαφέροντος της Ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας.

4. Εποπτεία: Στα θεσμικά πλαίσια του δημόσιου τομέα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, η εποπτεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κλινικής εκπαίδευσης των ψυχιάτρων, ψυχολόγων και λογοπαιδικών της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας εξ' αιτίας κυρίως του επιβαλλόμενου όγκου κλινικού υλικού που χρειάζεται να συγκρατήσουν οι θεραπευτές. Με στόχο την ανατροφοδότηση του εποπτευόμενου θεραπευτή με τ' απαραίτητα θεωρητικά

και κλινικά ``εργαλεία``. Που θα βοηθήσουν ν' αποδώσει ένα νόημα στην επίμονη πραγματικότητα της καθημερινής κλινικής πράξης.

5. Συνεργασία με σχολεία: Η συνεργασία με τα σχολεία της Γενεύης υπάρχει από την απαρχή της ίδρυσης ιατροπαιδαγωγικής μονάδας στην πόλη και σ ένα μεγάλο βαθμό αποτελεί έναν από τους βασικότερους πυλώνες της πολιτικής της πρόληψης της ψυχικής διαταραχής στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό. Υλοποιείται σε πολλά διαφορετικά επίπεδα. Στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση που η συνεργασία με το σχολείο κινείται γύρω από 3 βασικούς άξονες σε ότι αφορά την βοήθεια που προσφέρει η ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση.1)Δυνατότητα των εκπαιδευτικών να προτείνουν μια αξιολόγηση του παιδιού στο Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο της περιοχής. Στην περίπτωση αυτή ο εκπαιδευτικός συνεργάζεται με τους γονείς με σκοπό να τους ευαισθητοποιήσει και να τους κατατοπίσει σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού που παρατήρησε ο ίδιος στα πλαίσια του σχολείου αλλά σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να επιβάλλει αυταρχικά την επαφή του παιδιού και της οικογένειάς του με την ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία. Εναπόκειται συνήθως στο γονιό να πάρει την πρωτοβουλία της πρώτης επαφής με το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο.2)Ο εκπαιδευτικός στην άσκηση του επαγγέλματός του έχει την δυνατότητα να ζητήσει συμβουλευτική ή θεωρητική βοήθεια από το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο.3) Συνεργασία μεταξύ επιθεωρητών κανονικών και ειδικών σχολείων γύρω από την ανάγκη ένταξης μαθητών στις τάξεις ειδικής εκπαίδευσης ή σε κάποιο κέντρο ημέρας. Στην Γενεύη όλες οι υπάρχουσες δομές για παιδιά με ειδικές ανάγκες εντάσσονται στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία. Στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ορισμένοι ψυχολόγοι του Ιατροπαιδαγωγικού κέντρου είναι αποσπασμένοι στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, όπου μια ολόκληρη ψυχοκοινωνική ομάδα είναι στη διάθεση των εφήβων. Έτσι η επαφή με τους νέους γίνεται πιο αυθόρμητα.

6. Συνεργασία με παιδιάτρους: Η υπηρεσία συμφώνησε με την εταιρία παιδιατρικής να κοινοποιεί γραπτά στον παιδίατρο κάθε παιδιού, μετά από άδεια των γονέων, την αρχή μιας καινούργιας θεραπείας. Σε τακτά χρονικά διαστήματα παραχωρούνται στο σύνολο των παιδιάτρων της περιοχής ενημερωτικές διαλέξεις σχετικά με την ψυχοπαθολογία και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στα παιδιά και στους εφήβους.

7. Συμμετοχή στο πλέγμα των κοινωνικών φορέων της περιοχής: Μέσα από μια ψυχοδυναμική προσέγγιση, αλλά και με βάση τις γνώσεις και την εμπειρία της ανάλυσης ανώνυμων περιστατικών, με γνώμονα την διερεύνηση των παραγόντων της κρίσης, προτείνουν την εμβάθυνση και καλύτερη κατανόηση των νέων κοινωνικών φαινομένων και προβλημάτων στη συνοικία και στα σχολεία.

8. Κέντρα Ημέρας: Δομές διατομεακές αλλά με ιδιαίτερη μέριμνα να επιλέγεται το πιο κοντινό στην κατοικία του παιδιού. Είναι χώροι θεραπευτικοί και ταυτόχρονα παιδαγωγικοί αφού αποτελούνται από θεραπευτικούς υπευθύνους και παιδαγωγικούς. Τα κέντρα ημέρας προτείνονται όχι μόνο για τις πρόωρες παιδικές ψυχώσεις αλλά και για μια ολόκληρη γκάμα σοβαρών διαταραχών της προσωπικότητας.

9. Διατομεακές Δομές: -Μονάδα κρίσης και επείγουσας παρέμβασης στα σχολεία και οικοτροφεία. Πρόκειται για μία μικρή κινητή μονάδα αποτελούμενη από παιδοψυχιάτρους και ψυχολόγους, ικανή να δώσει απάντηση μέσα σε 24ώρες.

- Κέντρο ανένταχτων εφήβων. Εντάσσονται στο πρόγραμμά του νέοι σε κρίση, συνήθως σε ρήξη με το σχολείο και/ ή την οικογένεια. Ο στόχος είναι να τους προσφερθεί ένας μεταβατικός θεραπευτικός χώρος καθημερινής δραστηριότητας, με απώτερο σκοπό τη σταδιακή επανένταξη.

Οι αρχές της Brasilia- Οι κατευθυντήριες αρχές για την ανάπτυξη της Ψυχικής Υγείας στην Αμερική

Τώρα θα αναφερθούμε σε κάποιες αρχές που έχουν προταθεί στην Αμερική για την ανάπτυξη της Ψυχικής Υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Μπραζιλία, ο Οργανισμός Υγείας της Αμερικής και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(WHO) συγκάλεσαν τους Κυβερνητικούς Υπαλλήλους της Ψυχικής Υγείας, οργανισμούς της αστικής κοινωνίας, καταναλωτές και μέλη των οικογενειών, στη "ΤΟΠΙΚΗ ΣΥΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ- 15 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΑΚΑΣ(CARACAS) "

Οι συμμετέχοντες θυμούνται ότι η διακήρυξη του Καρακάς ήταν το αποτέλεσμα μιάς κριτικής ανάλυσης για την Ψυχική Υγεία στην Αμερική, όπου ήταν αναπόφευκτη η μεταρρύθμιση. Υπογραμμίστηκε ότι η καλύτερευση της φροντίδας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας θα ήταν εφικτή με την αντικατάσταση του μοντέλου Υπηρεσιών που είναι βασισμένο στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία από την εναλλακτική Κοινωνική Φροντίδα και διαμέσου ενεργειών που διασφαλίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των Ψυχικά Ασθενών, συνυπολογίζοντας δε και την κοινωνική ένταξη των ατόμων αυτών.

Σημειώθηκε πως η νέες εξελίξεις έχουν γίνει τα τελευταία 15 χρόνια που έδωσαν την δυνατότητα στις χώρες να βελτιώσουν την παροχή της Ψυχιατρική Φροντίδας. Επίσης σημειώθηκε πως οι αποφάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας μεταξύ 1997- 2001 υποστήριξαν της αρχές του Καρακάς και ότι τα κράτη- μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υιοθέτησαν τις αρχές του Μοντεβιδέο(Σεπτέμβρης 2005), οι οποίες αναφέρονται σε νέους προσανατολισμούς στην πρωτογενή υγειονομική φροντίδα όπως τη δημιουργία συστημάτων υγείας βασισμένων σε κοινωνικά κριτήρια, στη δικαιοσύνη, στη προαγωγή της υγείας και στην ποιότητα της Υγειονομικής Περίθαλψης. Τέλος

σημειώθηκε πως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει κάποιες αρχές που στοχεύουν στην μεταρρύθμιση του Ψυχιατρικού Συστήματος. Αυτές οι αρχές συμπεριλήφθηκαν στην Παγκόσμια Έκθεση Υγείας το 2001 καθώς και σε άλλα προγράμματα και πρωτοβουλίες.

Λήφθηκε υπόψη πως οι αρχές του Καρακάς έχουν επιτυχώς εφαρμοστεί σε πολλές χώρες όπου μέσα από τις επιτυχίες και τα εμπόδια που συναντήθηκαν υπάρχει πλέον μεγάλη πείρα. Ακόμα λήφθηκε υπόψη ότι οι αρχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί από τη διαμερικανική επιτροπή ανθρωπίνων δικαιωμάτων για την ερμηνεία της Αμερικανικής Σύμβασης για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Τέλος, η επιτυχής εμπειρία διεξάχθει από κάποιες χώρες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το παράδειγμα της Μπραζιλία που προέβλεπε τον σεβασμό στην κουλτούρα, τη σημαντική μείωση των κρεβατιών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και την καθιέρωση δικτύων για κοινοτική φροντίδα. Άλλο παράδειγμα αποτελεί η Χιλή που ολοκλήρωσε το δίκτυο Ψυχικής Υγείας.

Σε αντίθεση υπάρχουν παραδείγματα τα οποία δεν είχαν επιτυχία όπως 1) η πρωτογενής ψυχιατρική φροντίδα και η ανάπτυξη υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους στην Κούβα. 2) Επίσης η ανάπτυξη του Εθνικού μοντέλου για την Ψυχική Υγεία του Miguel Hidalgo που περιλαμβάνει πρόληψη ,βραχεία εισαγωγή στο Νοσοκομείο και επανακοινωνικοποίηση στο Μεξικό, ακόμα 3) η ανάπτυξη των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών Υγείας βασισμένο σε καταρτισμένες νοσοκόμες στη Τζαμάικα και την Μπελίζε(Μπελίσε) 4) η φροντίδα των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων στο Ελ Σαλβαδόρ , στη Γκουατεμάλα και στη Νικαράγουα ενώ τέλος χαρακτηριστικό παράδειγμα για την μη επιτυχία του αποτελεί η ανάπτυξη της αποκέντρωσης του Ψυχιατρικού συστήματος φροντίδας στον Παναμά.

Οι αρχές του Καρακάς λοιπόν έχουν να κάνουν με την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την ελευθερία των ψυχιατρικά ασθενών καθώς επίσης και με την αναγκαιότητα να δημιουργηθούν δίκτυα που αντικαθιστούν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και βεβαιώνεται ότι:

1. Θα παρέχεται περιεκτική και προσεκτική φροντίδα για τους ψυχιατρικά ασθενείς και ανθρώπους σε κρίση, συμπεριλαμβάνοντας και την εισαγωγή σε Γενικά Νοσοκομεία, όταν αυτό κριθεί απαραίτητο

2. Οι δυνατότητες των παρεχόμενων υπηρεσιών θα εστιάζονται στην πρόληψη

3. Θα υπάρχει η δυνατότητα συνεργασίας με υπηρεσίες περίθαλψης, οι οποίες έχουν μεγάλη δυνατότητα επίλυσης

4. Αυτοί που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες και οι οικογένειές τους, συμμετέχουν στο σχεδιασμό και τη διαχείριση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και των προγραμμάτων

5. Τέλος, καθιερώνεται η συνεργασία ανάμεσα στους κοινωνικούς φορείς για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού

Παρ' όλες τις προόδους χρειάζονται ακόμα πολλά να γίνουν π.χ υπάρχουν πολλά κρεβάτια στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και πολύ λιγότερες Κοινωνικές Υπηρεσίες είναι διαθέσιμες, ενώ ο έλεγχος και αξιολόγηση των υπηρεσιών και των προγραμμάτων παραμένουν ελλειμματικοί.

Ακόμα παρατηρήθηκε πως τα τελευταία 15 χρόνια οι Υπηρεσίες καλούνται να αντιμετωπίσουν νέες προκλήσεις όπως προβλήματα που έχουν άμεση σχέση με την αστικοποίηση, το συνεχώς αυξανόμενο μέγεθος των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που έχουν επιπτώσεις τα παιδιά και στους εφήβους, τη συνεχόμενη κοινωνική πίεση που οδηγεί σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και σε καταχρήσεις με αποτέλεσμα να κάνει αδύνατη την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης καθώς επίσης και την αύξηση των διαφορετικών μορφών

βίας που απαιτούν μια ενεργό συμμετοχή εκ μέρους των Υπηρεσιών με έμφαση στην φροντίδα των θυμάτων.

Οι πρόεδροι λοιπόν αυτής της διάσκεψης έχουν αποφασίσει να ενώσουν τις προσπάθειές τους:

1. Για να εργασθούν προς μία κατεύθυνση για να διατυπωθεί ένα περιφερειακό σχέδιο δράσης με τους ακριβείς στόχους και σκοπούς
2. Για να βελτιώσουν την πληροφόρηση των Κυβερνήσεων σχετικά με την ανάγκη για χρηματοδότηση
3. Για να συλλέξουν , να τεκμηριώσουν και να διαδώσουν την εμπειρία της περίθαλψης (έχοντας χρησιμοποιήσει τους δείκτες και τα πρότυπα που προωθούνται από τον WHO
4. Για να ενθαρρύνουν τη διακρατική συνεργασία όσον αφορά τα προγράμματα για ανάπτυξη, κατάρτιση και έρευνα.

Οι οργανώσεις, οι αρμόδιες για την υγεία αρχές, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι νομοθέτες, και δικηγόροι συγκεντρωμένοι στην περιφερειακή διάσκεψη για την αναδιάρθρωση Ψυχιατρική φροντίδας στη Λατινική Αμερική μέσα στο τοπικό πρότυπο συστημάτων υγείας

Σημειώθηκε:

1 Ότι οι συμβατικές ψυχιατρικές υπηρεσίες δεν επιτρέπουν την επίτευξη των στόχων συμβατών με τη αποκέντρωση, τη συμμετοχή, τη ενσωμάτωση, τη συνέχιση, και πρόληψη σε κοινοτικό επίπεδο.

2. Ότι το ψυχιατρικό νοσοκομείο, όταν είναι ο μόνος τρόπος ψυχιατρικής φροντίδας παρακωλύει την εκπλήρωση των προαναφερθέντων στόχων δεδομένου ότι αυτό:

α) απομονώνει τους ασθενείς από το φυσικό περιβάλλον τους, έτσι δημιουργείται μεγαλύτερη κοινωνική ανικανότητα

β) δημιουργεί τους δυσμενείς όρους που θέτουν σε κίνδυνο τα ανθρώπινα και αστικά δικαιώματα των ασθενών

γ) απορροφά τον όγκο οικονομικών και των ανθρώπινων δυναμικών που έχει μοιραστεί από τις χώρες για τη ψυχιατρική περίθαλψη και

δ) αποτυγχάνει να παρέχει την επαγγελματική κατάρτιση που συνδέεται άμεσα με τις ανάγκες της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, τις γενικές υπηρεσίες υγείας, και άλλους τομείς.

Εξετάσθηκε:

1. Ότι η πρωτογενής περίθαλψη είναι η στρατηγική που έχει υιοθετηθεί από τον WHO και τον PAHO και είναι επικυρωμένη από όλα τα κράτη μέλη ως μέσο για επίτευξη του στόχου της υγείας για όλους μέχρι το έτος 2000

2. Ότι το τοπικό υγιές σύστημα έχει εφαρμοστεί από χώρες αυτής της περιοχής για να φθάσει σε εκείνο τον στόχο μέσω της διάταξης καλύτερων όρων για την ανάπτυξη των προγραμμάτων που είναι βασισμένα οι ανάγκες της υγείας του πληθυσμού και αυ χαρακτηρίζεται από αποκέντρωση, κοινωνική συμμετοχή, και μια προληπτική προσέγγιση και τέλος

3. ότι τα προγράμματα ψυχικής υγείας πρέπει να υιοθετήσουν τις αρχές και τις οδηγίες στις οποίες οι στρατηγικές και τα μοντέλα φροντίδας είναι βασισμένες.

Έγινε Δήλωση :

1. Ότι η αναδιάρθρωση της ψυχιατρικής φροντίδας συνδέθηκε με την πρωτογενή περίθαλψη και στα πλαίσια των συστημάτων της τοπικής υγείας θα επιτραπεί η προώθηση των μοντέλων εναλλακτικών υπηρεσιών που είναι βασισμένες σε κοινοτικό επίπεδο και ενσωματωμένες στα κοινωνικά δίκτυα

2. Ότι η αναδιάρθρωση της ψυχιατρικής φροντίδας στην περιοχή υπονοεί μια κρίσιμη αναθεώρηση του κυρίαρχου και συγκεντρωτικού ρόλου που διαδραματίζεται από το ψυχιατρικό νοσοκομείο στη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

3. Ότι οι πόροι, η περίθαλψη, και η παρεχόμενη θεραπεία πρέπει:

α) Να προστατεύει την προσωπική αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα και αστικά δικαιώματα,

β) να βασίζεται στα λογικά και τεχνικά κατάλληλα κριτήρια και

γ) να προσπάθεια να εξασφαλιστεί ότι οι ασθενείς παραμένουν στις κοινότητές τους.

4. Ότι η εθνική νομοθεσία πρέπει να αναδιαμορφωθεί έτσι ώστε:

α) τα ανθρώπινα και αστικά δικαιώματα των ψυχασθενών προστατεύονται και

β) να προωθηθεί η οργάνωση που παρέχει υπηρεσίες σε κοινοτικό επίπεδο που εγγυάται την επιβολή αυτών των δικαιωμάτων

5. Αυτός που εκπαιδεύει στην ψυχική υγεία πρέπει να στηριχθεί σε ένα μοντέλο υπηρεσιών που είναι βασισμένο σε κοινοτικό επίπεδο και

ενθαρρύνει τα ψυχιατρικά φροντίδα σε νοσοκομεία γενικά, σύμφωνα με τις αρχές που κρύβονται κάτω από την αναδιάρθρωτική κίνηση

6. Ότι οι οργανώσεις και άλλοι συμμετέχοντες σε αυτήν την διάσκεψη αναλαμβάνουν με το παρόν έγγραφο από κοινού και χωριστά να υποστηρίζουν και αναπτύσσουν τα προγράμματα στις χώρες που πραγματοποιείται αναδιάρθρωση της ψυχιατρικής φροντίδας, και να ελέγξουν και να υπερασπίσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ψυχασθενών σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες και τις διεθνείς συμφωνίες.

Για αυτόν τον λόγο, ζητούν από:

Τους υπουργούς Υγείας και η δικαιοσύνης , τα Κοινοβούλια, τα Εθνικά Συστήματα Ασφαλείας και άλλες υπηρεσίες υγείας, επαγγελματικές οργανώσεις, ενώσεις καταναλωτών, πανεπιστήμια και άλλες εγκαταστάσεις κατάρτισης, και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για να υποστηρίξουν την αναδιάρθρωση της ψυχιατρικής φροντίδας, για να βεβαιωθεί η επιτυχής ανάπτυξή προς όφελος των πληθυσμών στην περιοχή.(Μετάφραση Άρθρου, **"THE BRASILIA PRINCIPLES** Guiding Principles on the Development of Mental Health Care in the Americas"

[.http://www.msu.gr/files/DeclarationBrazil.pdf](http://www.msu.gr/files/DeclarationBrazil.pdf))

5.2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο

Παρέχει τις υπηρεσίες του σε παιδιά και εφήβους καθώς επίσης και στις οικογένειές τους. Λειτουργεί πρωί απόγευμα και περιλαμβάνει θεραπεία, συμβουλευτική, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες , ψυχοκοινωνική βοήθεια και πρόωμη παρέμβαση. Συγκεκριμένα το Ιατροπαιδαγωγικό ασχολείται με:

- Ø Συμβουλευτική
- Ø Λογοθεραπεία
- Ø Εργοθεραπεία
- Ø Ειδική Διαπαιδαγώγηση
- Ø Σχεδιασμός παρέμβασης στην Κοινότητα
- Ø Ευαισθητοποίηση εκπαιδευτικών σε θέματα υγείας
- Ø Δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Ø Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας
- Ø Διάγνωση παιδιών, εφήβων και οικογενειών
- Ø Ψυχολογική προσέγγιση
- Ø Παιδοψυχιατρική προσέγγιση
- Ø Δράσεις για πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
- Ø Συνεργασία και με άλλους φορείς

2. Ψυχιατρικά Τμήματα (Περιφερειακά / Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία)

Είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας (ανάλογο της παθολογικής, χειρουργικής, κτλ. Κλινικών) που σκοπό έχει α)την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη καθώς και β)την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Γενικές λειτουργίες:

1. Εξυπηρετεί τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου υπηρεσιών υγείας.

2. Έχει περιορισμένη δυναμικότητα κλινών
3. Δέχεται και εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες
4. Νοσηλεύει συνήθως ασθενείς με οξέα παρά με χρόνια συμπτώματα
5. Συνεργάζεται με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα.
6. Έχει στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του ΤοΨΥ.

Μονάδες του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου είναι:

∅ Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων(MNE): Σ' αυτή τη μονάδα δεν υπάρχουν δωμάτια απομόνωσης, τα παράθυρα και οι πόρτες είναι ανοιχτά και δεν υπάρχει διαχωρισμός σε σχέση με το φύλλο όπως συμβαίνει στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Έχει δωμάτια ομαδικών δραστηριοτήτων, δωμάτιο σεμιναρίων, εστιατόριο και δωμάτια συνεδριών. Οι εκούσιοι νοσηλευόμενοι είναι ελεύθεροι να βγουν έξω , να φύγουν για το Σαββατοκύριακο ή τις αργίες με ή χωρίς συνοδεία ή να δεχτούν επισκέψεις .

Βοηθάει: Ασθενείς με μεγάλο εύρος διαταραχών όπως :

- Ψυχώσεις
- Νευρώσεις
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Απόπειρες αυτοκτονίας
- Κτλ

Δεκτές γίνονται τόσο ο ακούσιες όσο και εκούσιες εισαγωγές, ενώ βασικό είναι ο τύπος διαμονής του ασθενούς να ανήκει στη περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου. Δεν γίνονται δεκτά άτομα με προβλήματα τοξικοεξαρτήσεων και αλκοολισμού. Η διάρκεια νοσηλείας εξαρτάται από την ψυχιατρική του κατάσταση αλλά συνήθως δεν ξεπερνά τους δύο(2) μήνες.

Ø Μονάδα βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων(MBNE): Βρίσκεται μέσα στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου. Ως προς το διάστημα νοσηλείας διαφέρει από τη Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων , αφού είναι πιο περιορισμένο και δεν ξεπερνά τις δέκα με δεκαπέντε ημέρες.

Η χρονική διάρκεια νοσηλείας εξαρτάται από τη φύση της ασθένειας, την παρουσία υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος και από την δυνατότητα συνεργασίας και με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Ø Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων(MOΠΕ): Βρίσκεται μέσα στο χώρο του Ψυχιατρικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου και δέχεται κυρίως περιστατικά επείγοντα, σε οξεία φάση ,που για πρώτη φορά αιτούνται των υπηρεσιών και επανεισαγωγές ασθενών που η υποτροπή τους απαιτεί κλειστή νοσηλεία.

Οι ασθενείς προσέρχονται χωρίς ραντεβού κατά τη διάρκεια της εφημερίας του Νοσοκομείου. Πολλές φορές μάλιστα απευθύνονται σε γιατρούς σωματικών ειδικοτήτων και ύστερα παραπέμπονται από αυτούς- μέσω της διασυνδετικής του Νοσοκομείου- στους εφημερεύοντες Ψυχιάτρους.

Στη Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων αρχικά γίνεται αξιολόγηση του περιστατικού και εκτίμηση του προβλήματος από τον Ψυχίατρο που εφημερεύει και ύστερα με συνεργασία ασθενή και συγγενών αποφασίζεται η αντιμετώπιση.

Τέλος γίνονται δεκτοί ασθενείς με εισαγγελική εντολή, όπου μετά την οξεία φάση μπορούν να μετακινηθούν στην Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας(MBN), με ειδικά μέτρα να εφαρμόζονται ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους.

Ø Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων: Βρίσκεται μέσα στη κτιριακή υποδομή του Γενικού Νοσοκομείου και η δυναμικότητά του είναι περιορισμένη.

Φιλοξενεί ασθενής που έχουν ήδη παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα στο τμήμα νοσηλείας ενηλίκων του Ψυχιατρικού τομέα του Νοσοκομείου και βρίσκονται στην τελευταία φάση της νοσηλείας τους. Οι ασθενείς μένουν στον Ξενώνα για μικρό χρονικό διάστημα προκειμένου να προετοιμαστούν για την μετάβασή τους σε μονάδες και προγράμματα αποκατάστασης(Ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, κτλ)ή για την επιστροφή τους στην κοινότητα.

Ø Εξωτερικά ιατρεία: τα οποία διακρίνονται σε Τακτικά(ΤΕΙ) και Έκτακτα(ΕΕΙ).

Οι υπηρεσίες υποστηρίζονται από νοσηλευτική υπηρεσία, ψυχολογικό εργαστήριο και ομάδα κοινωνικών λειτουργών. Η πρόσβαση και η επαφή του ασθενούς και των συγγενών του με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του γενικού νοσοκομείου είναι ευκολότερη από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του ψυχιατρείου. Επίσης η νοσηλεία σ' ένα γενικό νοσοκομείο δεν προκαλεί τον κοινωνικό αποκλεισμό όπως συμβαίνει στο ψυχιατρείο. Η ψυχιατρική μονάδα των γενικών νοσοκομείων διερευνά επίσης και κατ' επέκταση αντιμετωπίζει τα τυχόν ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων.

3. Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.)

Η παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κέντρα ψυχικής υγιεινής αφορά τον κλάδο της Ψυχιατρικής που λέγεται Κοινοτική Ψυχιατρική.

Κοινοτική Ψυχιατρική αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων , δυνάμεων και τεχνικών. Η κοινοτική Ψυχιατρική στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών με την παράλληλη κινητοποίηση των αναγκαίων πόρων με στόχο την αλλαγή στάσεων και μείωση στίγματος. Το τμήμα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Columbia της Ν. Υόρκης παραθέτει τον

παρακάτω ορισμό: "Ο όρος Κοινωνική Ψυχιατρική αναφέρεται σε μία υποειδικότητα της ψυχιατρικής ειδικότητας. Ως υποειδικότητα, βασίζεται στην κλινική ψυχιατρική, αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου, στον οποίο λειτουργούν. Η κοινωνική ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών. Η Ψυχιατρική δίνει, αντίθετα, αποκλειστική έμφαση στην θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών".

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ:

Ø Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών με μέγιστο αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα με μικρό κόστος.

Ø Αρχή της τομεοποίησης δλδ της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικά χώρο.(η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το κέντρο ψυχικής υγιεινής κυμαίνεται 1-15λεπτα).

Ø Η Αρχή του θεραπευτικού συνεχούς, από τον ίδιο θεραπευτή σε όλες τις φάσεις τις αρρώστιας, η οποία σε κάποιες παθήσεις βοηθάει στην αποφυγή υποτροπής και εγκλεισμού στο άσυλο.

Ø Η Αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών, που γίνεται μέσα από την συνεργασία του κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας.

(Μιχάλης Γ.Μαδιανός,2000)

Το κέντρο ψυχικής υγιεινής είναι καθιερωμένος θεσμός, με την βοήθεια του οποίου έγινε η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Έτσι η άμεση παρέμβαση(δευτεροβάθμια πρόληψη) και η διατήρηση της λειτουργικότητας

ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου ,ώστε να διασφαλιστεί η παραμονή του στην κοινότητα και η αποδοχή του από αυτή(τριτοβάθμια πρόληψη).

Ένα Κ.Ψ.Υ. περιλαμβάνει ένα πλήθος υπηρεσιών όπως: κλινική άμεσης προσπέλασης και επανεξετάσεων, τμήμα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπειών, μονάδα ημερήσιας περίθαλψης και αποκατάστασης, παιδοψυχιατρική υπηρεσία.

Σκοποί του ΚΨΥ είναι:

- Ψυχοκοινωνική Φροντίδα, Κοινωνική Συμβουλευτική, Παρέμβαση και Ευαισθητοποίηση, Πρόληψη, Θεραπεία και Αποκατάσταση.
- Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κοινοτικό πλαίσιο
- Ο πρώτος ηθμός στη νοσηλεία
- Εφαρμογή της αρχής της τομεοποίησης

Οι λειτουργίες του ΚΨΥ είναι:

- Πρόληψη, πρώιμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών .Παρέμβαση στην κρίση. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες. Βιο-Ψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών.
- Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, πρόληψη, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση.
- Ευαισθητοποίηση Κοινότητας σε ζητήματα γύρω από θέματα Ψυχικής Υγείας.
- Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας.
- Έρευνα και περιοδική αξιολόγηση της λειτουργίας του.

Ένα παράδειγμα κέντρου ψυχικής Υγιεινής είναι το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής της ψυχιατρικής κλινικής του πανεπιστημίου Αθηνών.

Το κέντρο ιδρύθηκε το 1979 από την ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημίου Αθηνών και είναι τμήμα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που ξεκίνησε να προσφέρει είναι:

Ø Υπηρεσία Ανοιχτής Ψυχοκοινωνικής φροντίδας Ενηλίκων(Εξωτερικά Ιατρεία)-μπορούν να απευθυνθούν όλοι οι ενήλικες των περιοχών Καισαριανής, Βύρωνα, Ηλιούπολη, Ζωγράφου. Παρέχει ψυχιατρική βοήθεια και κοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική(ατομική, ομαδική ή οικογενειακή) και τακτική θεραπευτική και φαρμακευτική παρακολούθηση χρόνιων ασθενών με χορήγηση φαρμάκων.

Ø Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων: Απευθύνονται οι γονείς των παιδιών και εφήβων αλλά και οι ίδιοι οι έφηβοι , όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες που αφορούν τις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειά τους, τη σχολική αλλά και την προσωπική τους ζωή. Έτσι παρέχεται Ψυχολογική υποστήριξη και θεραπεία, Συμβουλευτική γονέων, αντιμετώπιση μαθησιακών προβλημάτων, αντιμετώπιση διαταραχών του λόγου, ψυχολογικών ή ψυχιατρικών προβλημάτων και τέλος συνεργασία με γονείς και σχολείο για τη σωστότερη αντιμετώπιση. Τέλος στην υπηρεσία αυτή λειτουργεί πρόγραμμα Πρώιμης Αντιμετώπισης για παιδιά προσχολικής ηλικίας με ειδικές εξελικτικές διαταραχές λόγου, κίνησης κλπ.

Ø Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

- Πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας: απευθύνεται σε άτομα με χρόνιες και σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. παρέχει θεραπεία, υποστήριξη και φροντίδα σε καθημερινή βάση.

- Πρόγραμμα προκατάρτισης: απευθύνεται σε άτομα με χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή που έχουν τη δυνατότητα και το κίνητρο για εκπαίδευση και εργασία. Εξοικειώνονται με διάφορα επαγγελματικά αντικείμενα. Λειτουργούν εργαστήρια Ζωγραφικής , Κεραμικής, Γενικών διακοσμητικών κατασκευών, Κοπτικής- Ραπτικής.

- Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης: παρέχουν ένα συστηματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης. Λειτουργούν εργαστήρια Δακτυλογράφηση-χειρισμού Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, Δερματοτεχνίας, Κοπτικής-Ραπτικής και Κατασκευή Επίπλων.

- Συνεργατική ΛΩΤΟΣ: προσφέρει η δυνατότητα για δουλειά σε παραγωγικά εργαστήρια, λειτουργούν τμήματα: κατασκευής επίπλων BAMBOO, Κοπτικής- Ραπτικής, Φωτοτυπιών- Βιβλιοδεσίας, Κεραμικής και Κατασκευής ειδών δώρου.

- Κατάστημα ΛΩΤΟΣ :Εκτίθενται και πωλούνται τα προϊόντα τους.

- Κοινωνική Λέσχη: δίνει τη δυνατότητα στα μέλη να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικοποίηση, ψυχαγωγία και δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

- Πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας: παρέχει ενημέρωση, υποστήριξη και θεραπείας στους συγγενείς των ατόμων που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή.

Ø Εκπαίδευση στελεχών Ψυχική Υγείας: πραγματοποιούνται σεμινάρια και εκπαιδεύονται φοιτητές και προσωπικό.

4. Ξενώνες – Οικοτροφεία

Ξενώνας:

Είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση,

θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη της ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σ' ένα ξενώνα φιλοξενούνται άτομα για τα οποία κρίνεται θεραπευτική, η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα ή τέλος άτομα τα οποία δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον. Η δυναμικότητα ενός ξενώνα κυμαίνεται από 15 -20 άτομα. Ο χρόνος παραμονής είναι συγκεκριμένος συνήθως 6-12 μήνες. Η λειτουργία του είναι ανοιχτή στην κοινωνία.

Οι ξενώνες διαβαθμίζονται σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής, ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ενοίκων σ' αυτούς. Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς έτσι έχουμε τους υψηλού βαθμού Ξενώνες (24ωρη παρουσία προσωπικού), τους μέσου βαθμού Ξενώνες (κατώτερη του 24ωρου παρουσία προσωπικού) και τέλος χαμηλού βαθμού Ξενώνες(περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων). Τέλος λειτουργούν προγράμματα κοινωνικοποίησης, αποκατάστασης ή εργασίας.

Οικοτροφεία:

Είναι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στα οποία φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων τους με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα Οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπεράσει τα 25 άτομα. Τα άτομα αυτά είτε είναι:

α) άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα

β) είτε άτομα με νοητική στέρηση και δευτερογενείς ψυχιατρικές διαταραχές

γ)είτε τέλος είναι άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας.

Η διαφορά από τους Ξενώνες έγκειται στο γεγονός ότι ο χρόνος παραμονής είναι μεγαλύτερος και οι φιλοξενούμενοι έχουν ενεργότερη συμμετοχή στην λειτουργία του. πχ μαγείρεμα, καθαριότητα.

5.Προστατευόμενα Διαμερίσματα

Είναι χώροι στέγασης ,σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική στέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές , τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Οι ίδιοι αναλαμβάνουν τη λειτουργία του διαμερίσματος με ορισμένη βοήθεια από κοινωνικούς λειτουργούς ή νοσηλευτές(για τα σύνθετα προβλήματα). Η δυναμικότητα αυτών των διαμερισμάτων δεν υπερβαίνει τα 6 άτομα.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής:

α) ανεξαρτησίας

β) αυτονομίας

γ) και αποτελεσματικότητάς τους έτσι ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

6.Τμήματα Παιδιών / Εφήβων

Γενικού Νοσοκομείου: Το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου περιλαμβάνει μονάδες αντίστοιχες με αυτές των ενηλίκων, οι οποίες απευθύνονται σε εφήβους.

Το τμήμα εφήβων του Ψυχιατρικού τομέα παρέχει υπηρεσίες :

- Διαγνωστικές

- Συμβουλευτικές
- Θεραπευτικές
- Και νοσηλεία σε εφήβους με ψυχιατρικά προβλήματα και σε ασθενείς εφηβικής ηλικίας όλων των άλλων κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης(πχ. απόπειρες αυτοκτονίας, διατροφικές διαταραχές κτλ)

Στο τμήμα προσέρχονται έφηβοι ηλικίας 14 έως 18 ετών, οι οποίοι πρέπει να συνοδεύονται από τουλάχιστον έναν από τους δύο γονείς για να γίνουν δεκτοί. Οι γονείς πρέπει να συμμετέχουν στην όποια παρέμβαση αφού πρώτα έχουν συμφωνήσει με αυτήν.

Το τμήμα εφήβων περιλαμβάνει:

- Ø Μονάδα Νοσηλείας Εφήβων
- Ø Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων
- Ø Μονάδα Οξέων Περιστατικών Εφήβων
- Ø Δορυφορικό Ξενώνα Εφήβων.

(οι μονάδες αυτές λειτουργούν με αντίστοιχο τρόπο με εκείνο του τμήματος ενηλίκων-λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες από τις οποίες η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται).

7. Κινητές Μονάδες

Η κινητή μονάδα αποτελεί μονάδα του νοσοκομείου ή άλλων φορέων. Είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου(Ν.Π.Ι.Δ.), μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Το έργο της είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης, νοσηλείας, ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον ,ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής της κοινότητας, εξυπηρετώντας πληθυσμό δυσπρόσιτων περιοχών. Η κινητή μονάδα αποτελείται από Ψυχολόγο, Ψυχίατρο, Κοινωνικό Λειτουργό. Νοσηλεύτη. Διοικητικούς Υπαλλήλους, οι οποίοι λειτουργούν σαν ομάδα

Αναλυτικά το έργο της Κινητής Μονάδας είναι:

- ✓ Η έγκαιρη διάγνωση για την αποφυγή έναρξης της νόσου αλλά και της Υποτροπής
- ✓ Αντιμετώπιση της κρίσης με κατ' οίκον επίσκεψη
- ✓ Η κατ' οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς
- ✓ Εκμάθηση δεξιοτήτων με στόχο την αυτόνομη διαβίωση
- ✓ Συμβουλευτική οικογένειας ώστε να αποφορτιστούν οι ίδιοι και κατ' επέκταση και ο ασθενής
- ✓ Προγράμματα αγωγής της κοινότητας για το στίγμα
- ✓ Εκπαίδευση Εθελοντών

8. Νοσοκομεία Ημέρας

Είναι μία από τις πρώτες μορφές ψυχιατρικής οργάνωσης που παύει να αποτελεί απλή ασφαλιστική δικλείδα ανάμεσα στον άρρωστο και την κοινότητα και γίνεται φορέας κοινωνικοποίησης της ψυχιατρικής μέριμνας. Αποτελεί μία ενδιάμεση δομή ανάμεσα στην κλειστή νοσηλεία και στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η νοσηλεία του αρρώστου γίνεται για ένα μέρος μόνο του 24ώρου. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του διατηρεί τη σχέση του με το οικογενειακό περιβάλλον αφού και αυτό θεωρείται θεραπευτικό. Δεν απομονώνεται σε ένα χώρο ελεύθερο από βλαπτικές επιδράσεις ώστε να επιστέψει πάλι στο ίδιο αρχικό περιβάλλον που δεν θα έχει υποστεί καμία διορθωτική επίδραση και θα λειτουργήσει πάλι ως παράγοντας νόσησης.

Το νοσοκομείο Ημέρας ξελαφρώνει τις οικογένειες των ψυχικά ασθενών αφού αναλαμβάνει την φροντίδα και απασχόλησή τους τη μισή μέρα, επιτρέποντας έτσι στον άρρωστο να διατηρεί το κοινωνικό, οικογενειακό, αλλά

και πολλές φορές επαγγελματικό του ρόλο, εμποδίζοντας έτσι το στιγματισμό του ασθενή που το ψυχιατρείο επέφερε.

Το Νοσοκομείο Ημέρας νοσηλεύει γύρω στα 30- 40 άτομα, ηλικίας 18-40 τα οποία προσέρχονται καθημερινά(από Δευτέρα ως Παρασκευή) στις 9 το πρωί και αποχωρούν στις 2(σε μερικά Νοσοκομεία Ημέρας αποχωρούν και στις 5) το μεσημέρι αφού γευματίσουν. Το αντικείμενο της θεραπείας δεν είναι μόνο οι διαταραχές του αρρώστου αλλά και όσες εμφανίζονται στο περιβάλλον του ως αίτιο ή ως αποτέλεσμα της νόσου του. Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει ψυχοθεραπείες-καθημερινή ομαδική ψυχοθεραπεία και υποστηρικτικές συνεδρίες με την οικογένεια, κοινωνικοθεραπείες-δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, art therapy και βιολογικές προσεγγίσεις-φαρμακοθεραπεία, παρέχει τα φάρμακα της μεσημβρινής δόσης.

Στο Νοσοκομείο Ημέρας του Αιγινήτειου πχ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην καθημερινή ομαδική ψυχοθεραπεία, στην θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών, στη φαρμακοθεραπεία και στην προσπάθεια επαγγελματικής αποκατάστασης. Εβδομαδιαία πραγματοποιούνται ομάδες θεατρικού παιχνιδιού, τέχνης, εργοθεραπεία, συνεδρίες χαλάρωσης κ.α(κοινωνικοθεραπευτική προσέγγιση).

Η επιλογή γίνεται ανάλογα με την διάθεση του αρρώστου για συμμετοχή, πράγμα το οποίο φαίνεται από την καθημερινή του ή όχι προσέλευση στο Νοσοκομείο Ημέρας.

Άτομα που δεν γίνονται δεκτά-και κυρίως εξ αιτίας της όχι 24ωρης λειτουργίας του είναι:

- Διεγερτικούς
- Συγχυτικούς
- Καταθλιπτικούς με έντονες τάσεις αυτοκαταστροφής.

Μέγιστος χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα είναι 6 μήνες. Ο πρώτος μήνας είναι χρόνος προσαρμογής , καθορισμού στόχου, προγραμματισμού και οριστικοποίησης ή μη της θεραπευτικής συνεργασίας

Σκοποί λοιπόν του προγράμματος είναι:

- ⇒ Η αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των θεραπευομένων
- ⇒ Η βελτίωση της συνεργασιμότητας με τη φαρμακευτική αγωγή
- ⇒ Η βελτίωση και σταθεροποίηση της λειτουργικότητας
- ⇒ Η υποστήριξη, ψυχοεκπαίδευση και η επαύξηση των δεξιοτήτων της οικογένειας
- ⇒ Ο ρεαλιστικός σχεδιασμός της κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης των θεραπευομένων.

9. Κέντρο Ημέρας

Το κέντρο Ημέρας αποτελεί μονάδα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης απευθύνεται σε αυτά τα άτομα(18-45) με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή προβλήματα σωματικής υγείας και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, τα οποία έχουν ανάγκη να συμμετέχουν σε προγράμματα ώστε να βελτιώσουν τις καθημερινές δεξιότητές τους . Στις δραστηριότητες συμμετέχουν διάφοροι επαγγελματίες που βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει πολλές από τις καθημερινές δυσκολίες .Οι δραστηριότητες αφορούν: την αυτοφροντίδα, την κοινωνικοποίηση, την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και τέλος την προετοιμασία του ατόμου για συμμετοχή σε εργασιακού τύπου δραστηριότητες.

Η λειτουργία του Κέντρου Ημέρας (για ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές) αποσκοπεί:

- Στην ψυχοκοινωνική επανένταξη μέσα από ευκαιρίες απασχόλησης, έκφρασης και επικοινωνίας. Τα μέλη έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τις

εμπειρίες τους για να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές δυσκολίες μέσα από τη θεραπευτική ομάδα την οποία αποτελούν τα μέλη .

- Στην πρόληψη μίας πιθανής υποτροπής αφού προσφέρεται ψυχοθεραπευτική υποστήριξη , η οποία σε συνδυασμό με τη συνεπή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής είναι σημαντική για τη σταθεροποίηση της κατάστασής.
- Στη βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσα από ευκαιρίες για πρωτοβουλίες και νέες δράσεις προωθώντας έτσι την ενδυνάμωση των ικανοτήτων, δεξιοτήτων και αυτονομίας.

Πολύ σημαντικές είναι οι δράσεις που έχει αναπτύξει στη κοινότητα τόσο για την ενημέρωση των κατοίκων της περιοχής όσο και τη γενικότερη πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση τους πάνω στην ψυχική υγεία έτσι:

- Πραγματοποιούνται ενημερωτικές συναντήσεις με τους κατοίκους της περιοχής σχετικά με τη λειτουργία του Κέντρου Ημέρας και τους τυχόν προβληματισμούς για τις ψυχικές διαταραχές γενικά.
- Διοργανώνει κοινωνική λέσχη για κάποια απογεύματα της εβδομάδας όπου μέλη συγγενείς και φίλοι ενημερώνεται για θέματα που αφορούν τη ψυχική υγεία , μοιράζονται εμπειρίες και εκφράζουν απόψεις και ανησυχίες . Πραγματοποιούνται ακόμα εκδηλώσεις και σεμινάρια για διάφορα θέματα. Ο σκοπός της λέσχης είναι η επίτευξη της κοινωνικοποίησης των μελών και η ενημέρωση του κοινού για τα θέματα ψυχικής υγείας.

Η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, νοσηλεύτριες, ψυχίατρους, επισκέπτες υγείας, γυμναστές, σύμβουλο επαγγελματικού προσανατολισμού. Οι δραστηριότητες χωρίζονται σε ομάδες δημιουργικής απασχόλησης όπως κατασκευές, μαγειρική-ζαχαροπλαστική, γυμναστική, ομάδα ζωγραφικής και σε ομάδες ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης όπως ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων, δραματοθεραπείας, και ομάδα έκφρασης- λογοθεραπείας.

Δεν παρέχονται υπηρεσίες σε ενήλικες που παρουσιάζουν:

- Οξεία ψυχιατρική συμπτωματολογία σε περίοδο κρίσεων, των οποίων η αντιμετώπιση απαιτεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία
- Μέτρια ή σοβαρή νοητική ανεπάρκεια
- Βαριά αυτιστική συμπτωματολογία, αντιμετώπιση της οποίας απαιτεί εξειδικευμένο πρόγραμμα
- Προβλήματα εξάρτησης από τοξικές ουσίες, τα οποία χρήζουν εξειδικευμένης αντιμετώπισης
- Υψηλού βαθμού παραβατική συμπεριφορά

Οι υπηρεσίες που παρέχει είναι :

- Ψυχιατρική κ ψυχολογική εκτίμηση
- Δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης(ατομική/ομαδική ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία, θεατρικό παιχνίδι, γυμναστική, επαγγελματικός προσανατολισμός)
- Συμβουλευτική και υποστήριξη οικογενειών των ασθενών
- Ευαισθητοποίηση της κοινότητας και πολιτών για θέματα ψυχικής υγείας.

Τα κέντρα ημέρας θεωρούνται κατάλληλα για αρρώστους που έχουν ανάγκη μόνο από υποστηρικτική φροντίδα και για αρρώστους που χρειάζονται ένα μακράς διάρκειας πρόγραμμα κοινωνικής αποκατάστασης με στόχο την προαγωγή των επαγγελματικών και κοινωνικών τους ικανοτήτων.

10. Ανάδοχες Οικογένειες

Είναι μία μέθοδος που ξεκίνησε στην χώρα μας το 1991 από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Σημαντικό ρόλο παίζει η ομάδα στήριξης των ασθενών και των οικογενειών τους, η οποία αποτελείται από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας

Κλείνοντας όλες αυτές οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι υπηρεσίες που διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. Για να λειτουργήσει θεραπευτικά όμως όλη αυτή η διαδικασία είναι απαραίτητη η κατανόηση των όρων στέγασης(χρονικό διάστημα, υποχρεώσεις στεγαζομένου).

11. Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης

Οι υπηρεσίες αυτές ανήκουν στο τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αναφέρονται σε ασθενείς με μείζονα ψυχοπαθολογία. Βασικές αρχές της εκπαίδευσης είναι η εξατομίκευση-δλδ η προσαρμογή της στους ρυθμούς .στο επίπεδο και τη θεραπευτική πρόοδο του κάθε ασθενούς, και την αρχή της αξιολόγησης που βοηθάει στη βελτίωση των μεθόδων εκπαίδευσης .

Προεπαγγελματική εκπαίδευση: Δέχεται παραπομπές από νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ψυχικής υγείας, νοσοκομεία και κοινωνικές υπηρεσίες και την εκπαίδευση παρέχει σε ειδικά κέντρα. Οι εκπαιδευόμενοι προωθούνται προς την επαγγελματική εκπαίδευση αλλά και σε θέσεις εργασίας. Στόχοι την προεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι: 1)μείωση των συνεπειών της νόσου(αδυναμία συγκέντρωσης και απομνημόνευσης, αδιαφορία, απόσυρση) 2) βελτίωση ελλειμμάτων τα οποία οφείλονται στην νόσο και υπάρχουν πολλά χρόνια(πχ. Μαθησιακές δυσκολίες, αλλοίωση της αίσθησης της πραγματικότητας). Αυτό επιτυγχάνεται με ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής, με άσκηση δεξιοτήτων-οι οποίες έχουν υποστεί βλάβη από την ασθένεια, με ομαδική αλλά και ατομική ψυχοθεραπεία.

Η κοινωνικοποίηση είναι πολύ βασικό και γίνεται σε διάφορα στάδια ανάλογα με την ψυχική αντοχή του ασθενούς. Περιλαμβάνει λοιπόν:

- Την εκμάθηση του κοινωνικού χώρου. Πχ . ψώνια, χρήση δημόσιων υπηρεσιών, συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις

- Ομάδες δραστηριοτήτων. Πχ. Ψυχαγωγία, επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων, έκφραση συναισθήματος.
- Οι ίδιοι οι ασθενείς πραγματοποιούν κάποιες δραστηριότητες όπως κυλικείο.

Γίνεται ακόμα εκπαίδευση στις συνθήκες εργασίας εφόσον οι ασθενείς εκπαιδεύονται στην τήρηση ωραρίου, στην προσήλωση σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο εργασίας , συνεργασία με άλλους εκπαιδευόμενους και με τον εκπαιδευτή. Το αντικείμενο εργασίας θα πρέπει να επιλέγεται σύμφωνα με τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς.

Επαγγελματική Εκπαίδευση: Αφού οι ασθενείς έχουν ολοκληρώσει την προεπαγγελματική εκπαίδευση παραπέμπονται στην επαγγελματική. Για να γίνουν όμως δεκτοί πρέπει να συνεχίζουν τη θεραπεία τους κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, η διαδικασία της κοινωνικοποίησης και της εκπαίδευσης στις συνθήκες εργασίας να συνεχιστεί ενώ τέλος το αντικείμενο εκπαίδευσης που έχει επιλεγεί να έχει αντίκρισμα στην αγορά εργασίας ώστε να έχουν οι ασθενείς μετά δυνατότητες απασχόλησης.

Προστατευμένη Εργασία: Τα προστατευμένα εργαστήρια είναι η πρώτη μορφή απασχόλησης των ψυχικά ασθενών. Οι συνθήκες εργασίας είναι πιο ελαστικές από αυτές στην ελεύθερη αγορά. Αυτού του είδους η απασχόληση είναι απαραίτητη για τους λειτουργικά υποδεέστερους ασθενείς.

Υποστηριζόμενη εργασία: Εννοούμε την ένταξη ενός ασθενούς στην ελεύθερη αγορά εργασίας πάντα όμως με τη στήριξη μίας ομάδας επαγγελματιών και τη διαπραγμάτευση για κάποιο χρονικό διάστημα ευνοϊκότερων όρων εργασίας.

12. Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Στο ειδικό ψυχιατρικό Νοσοκομείο παραπέμπονται για νοσηλεία από τα εξωτερικά ιατρεία ή από κάποια άλλη μονάδα ψυχικής υγείας. Θα πρέπει εκεί να έχει εξεταστεί ο ασθενής και σωματικά ώστε σε περίπτωση σωματικής νόσου

να ελεγχθεί κατά πόσο είναι συνδεδεμένη με τη ψυχική νόσο. Αμέσως μετά την εισαγωγή ,μια ομάδα του προσωπικού υποδέχεται τον ασθενή και τον ενημερώνει ώστε να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί πιο εύκολα. Αν η νοσηλεία έχει γίνει με τη νομική διαδικασία ο ασθενής ενημερώνεται από το γιατρό για το δικαίωμά του να διακόψει τη νοσηλεία ,ζητώντας το από το δικαστήριο.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του γίνεται προσπάθεια δημιουργίας καλύτερων σχέσεων με το περιβάλλον του, προς τους οποίους συχνά νιώθει θυμό επειδή για να τον πείσουν να νοσηλευτεί του είπαν ότι θα είναι μόνο για λίγες ημέρες , για να κάνει κάποιες εξετάσεις.

Όταν θα εισαχθεί θα γίνουν κάποιες εξετάσεις για σωματικό έλεγχο και ταυτόχρονα εξετάζεται ψυχιατρικά(συμπλήρωση ψυχιατρικού ιστορικού από γιατρό) και συμπληρώνεται το κοινωνικό ιστορικό(από κοινωνικό λειτουργό). Αφού λοιπόν ολοκληρωθεί η διαγνωστική διαδικασία σχεδιάζεται και ξεκινάει η θεραπεία, έχοντας πρώτα ενημερώσει τον ασθενή για αυτή και τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Θεραπείες που το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο προσφέρει:

⇒ Βιολογικές θεραπείες, όπως ψυχοφαρμακοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία, στέρηση ύπνου και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

⇒ Ειδικές ψυχολογικές θεραπείες.

Τέλος άδειες εξόδου παρέχονται στους νοσηλευόμενους αφού αυτό τους βοηθάει να διατηρήσουν την επαφή με το περιβάλλον του αλλά και μείωση του στίγματος.

13. Κέντρο Ψυχικής Υγείας για Ημι-αστικές ή Αγροτικές περιοχές

Τα βασικά χαρακτηριστικά του είναι:

Ø Έχει στενή συνεργασία με Κέντρα Υγείας, τα οποία αναλαμβάνουν ένα μέρος της ευθύνης της θεραπευτικής παρακολούθησης των ασθενών(αφού εκπαιδευτεί κατάλληλα το προσωπικό).

Ø Ανάπτυξη Κινητών Μονάδων

14.Μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δομές διαμονής

Διακρίνονται ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές σε Ξενώνες , Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα. Οι δομές αυτές είναι χρήσιμες:

- Ø Μετά από μακροχρόνια νοσηλεία
- Ø Σε προσωρινή απώλεια κατοικίας εύθραυστων ψυχικά αρρώστων
- Ø Σε γεμάτα συγκρούσεις οικογενειακά περιβάλλοντα
- Ø Σε αυτονόμηση ασθενών

5.3. ΕΝΑ ΑΛΛΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ-ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Στην Ελλάδα, μέχρι και τις αρχές τις δεκαετίας του 1980, η μοναδική επιλογή για την φροντίδα των ανθρώπων που αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, ήταν η κλειστή και πολλές φορές ασυλική περίθαλψη. Το σύστημα ψυχικής υγείας εκείνη την περίοδο χαρακτηριζόταν ως συγκεντρωτικό, στάσιμο, και αναποτελεσματικό. Η κατάσταση αυτή απασχόλησε τον εθνικό και διεθνή τύπο μετά από καταγγελίες για τις συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία και ειδικότερα τις μεθόδους διαχείρισης των νοσηλευόμενων στο ψυχιατρικό άσυλο της Λέρου. Ύστερα λοιπόν από τον διεθνή διασυρμό μας για την απάνθρωπη κατάσταση των ασθενών στο ψυχιατρείο της Λέρου, η χώρα μας βρίσκεται σε φάση ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ,δηλαδή σε μια φάση σταδιακής αλλαγής του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης και οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έτσι η Ελλάδα, με τον κανονισμό 815/84, έλαβε από την ΕΟΚ οικονομική και τεχνική υποστήριξη για τον εκσυγχρονισμό της παραδοσιακής ψυχιατρικής περίθαλψης

,δίνοντας έμφαση στον αποιδρυματισμό των χρόνιων εγκλείστων ψυχικά αρρώστων. Η πορεία του προγράμματος χαρακτηρίστηκε από δυσλειτουργίες και καθυστερήσεις και έληξε το 1995 με την εκτίμηση της Επιτροπής Παρακολούθησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης του κανονισμού 815/84 επισημαίνοντας ότι : αν και έχει εξασφαλιστεί μία δυναμική αλλαγής, δεν έχει ακόμα εδραιωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Η υλοποίηση βέβαια του προγράμματος αυτού επέφερε σημαντικές αλλαγές προς την αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, τον αποιδρυματισμό και την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο ρόλος του ψυχιατρείου μειώθηκε, ενώ η μείωση των εγκλείστων αρρώστων συνεχίστηκε ιδιαίτερα με το πρόσφατο νέο ειδικό πρόγραμμα του ψυχαργός.

Το 1997 μπήκαν οι βάσεις για το ψυχαργός που προέβλεπε την κατάργηση πέντε ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη δραστική μείωση του αριθμού των νοσηλευομένων στα υπόλοιπα, με στόχο την οριστική κατάργησή τους . Με το νόμο 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" θεσμοθετήθηκαν η τομεοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και οι δομές ψυχικής υγείας(οικοτροφεία, ξενώνες, υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους , κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες σε απομακρυσμένες περιοχές, ανάδοχες οικογένειες και κέντρα παρέμβασης στην κρίση).

Το ΨΥΧΑΡΓΩΣ ως γλωσσολογικός νεολογισμός εμπεριέχει την ποιητική διάσταση της ψυχικής νόσου και τους απαραίτητους συνειρμούς γύρω από το ταξίδι από το χώρο του ασύλου προς το χώρο της κοινότητας(οικειότητα) μέσα από τη μυθοπλασία αναζήτησης του Χρυσόμαλλου Δέρατος.

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με κωδική ονομασία "Ψυχαργός " είναι ένα διαρκές – δεκαετές εθνικό σχέδιο που αφορά όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παρεχόμενη ασυλική τύπου περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα.

Στόχος είναι: να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να μπορεί να τα αντιμετωπίσει, στο τόπο που ζει και εργάζεται , μέσα στην κοινότητα και όχι στο ασυλικού τύπου Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού με αποτέλεσμα την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη και επανένταξη.

Το πρόγραμμα αυτό χωρίστηκε σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση του προγράμματος υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000- 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρησή του Ψυχαργός , ώστε να ισχύει για την δεκαετία 2001- 2010(δεύτερη φάση).

Η φάση Α΄ τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο ενός προγράμματος συγχρηματοδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η φάση αυτή του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας.

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της φάσης αυτής ήταν το γεγονός ότι για πρώτη φορά ξεκίνησε η δημιουργία συνεργασιών μεταξύ των ψυχιατρείων και των γενικών περιφερειακών ή νομαρχιακών νοσοκομείων, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή όλων των παραγόντων των αρχών υγείας και πρόνοιας.

Τα αποτελέσματα αυτής της φάσης του Ψυχαργός ήταν:

- Ø Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Ø Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών

Ø Προκατάρτιση, Κατάρτιση 973 ασθενών , που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Ø Αποϊδρυματισμός , διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών

Ø Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών

Ø Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Άλλες δράσεις της Α' φάσης του προγράμματος υλοποιήθηκαν με εθνικούς πόρους. Αυτές οι δράσεις αφορούσαν την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών "Δρομοκαϊτειο"(πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης Δρομοκαϊτείου), την έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικής ομάδες πληθυσμού(όπως ρομ, μουσουλμάνους, πρόσφυγες) καθώς και μικρού αριθμού κέντρων ημέρας. Μέχρι το τέλος του 2001, που συμπίπτει με το τέλος της Α' φάσης του Προγράμματος Ψυχαργώς, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στη χώρα μας αποτυπώνονται παρακάτω:

Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001	
Ξενώνες αποασυλοποίησης/ αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία αποασυλοποίησης/ αποκατάστασης	13
Προστατευμένα Διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί Ξενώνες αποκατάστασης	3

Πηγή: α)Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας β) Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης Ψυχαργώς – Α΄ φάση.

Στο πλαίσιο της Α΄ φάσης του Ψυχαργώς, είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ. Ε.Π.) των φορέων του προγράμματος. Στόχος την Μονάδας αυτής ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης. Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής(Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοιχτό διαγωνισμό. Η Μονάδα δραστηριοποιήθηκε στους εξής τομείς:

- Ø Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων
- Ø Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος
- Ø Εντοπισμός, ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας
- Ø Ενέργειες διάδοσης- ευαισθητοποίησης
- Ø Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
- Ø Εμπύχωση και τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ.Υγείας- Πρόνοιας.
- Ø Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών (Το έργο της Μ.ΥΠ.Ε.Π. ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων- Αξιολογητών).

Η Β΄ φάση του προγράμματος ψυχαργώς τέθηκε σε εφαρμογή ως συνέχεια της φάσης Α΄ κατά την περίοδο 2001-2006 και επικεντρώθηκε στη συνέχιση τη διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας. Η φάση αυτή συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία- Πρόνοια" του Γ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, ενώ αφορά στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους και σε ενήλικες. Η ανάπτυξη των δομών έχει σχεδιαστεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής . Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη(3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα ψυχιατρεία) και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου. Συνοπτικά λοιπόν η δεύτερη αυτή φάση του προγράμματος επικεντρώνεται στο: Α) προγραμματισμό των δράσεων αποασυλοποίησης που είχαν ξεκινήσει ήδη από τη δεκαετία του '80 και Β)στην ανάπτυξη κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας ικανών να καλύψουν , σε εθνικό επίπεδο, τις ανάγκες ψυχικής υγείας των πολιτών.

Οι μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν αναπτυχθεί είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ø Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία(Περιλαμβάνουν κλασσικά Τμήματα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων περιστατικών και βοηθητικό υποστηρικτικό ξενώνα).

Ø Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδικά και εφήβους(κυρίως για την διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών).

- Ø Προκατάρτιση, κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών
- Ø Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Ø Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- Ø Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου(περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας).
- Ø Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης(κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).
- Ø Κέντρα Ημέρας για ενήλικες ,παιδιά και εφήβους.
- Ø Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής που είναι διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.
- Ø Μονάδες Επαγγελματικής Επανένταξης.
- Ø Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την Οικογένεια.
- Ø Ξενώνες- Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.
- Ø Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Ø Κέντρα Ψυχικής Υγείας.
- Ø Κέντρα Ημέρας.
- Ø Μονάδες Επαγγελματικής Επανένταξης.

Ψυχαργώς-β' φάση: Κοινοτικές Δομές ψυχικής υγείας, που δημιουργήθηκαν και λειτουργούν από το 2002 έως το 2005.		
ΤΥΠΟΣ ΔΟΜΗΣ	ΠΛΗΘΟΣ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	2	21
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	1	11
Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	1	17
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	4	44
Κέντρα Ημέρας	14	110
Μονάδες αντιμετώπισης Νόσου Alzheimer	2	71
Ξενώνες για άτομα με Αυτισμό	1	22
Ολοκληρωμένο Κέντρο αντιμετώπισης Αυτισμού	1	40
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	3	34

ΣΥΝΟΛΑ	29	370
--------	----	-----

Πηγή: α)Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας β) Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργός –Β΄ φάση, Βάση Δεδομένων Έργων.

Ακρογωνιαίος λίθος του κοινοτικού συστήματος ψυχικής υγείας είναι ο Τομέας Ψυχικής Υγείας(ΤοΨΥ).Σύμφωνα με το ν.2716/99, οι Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας μας διαιρούνται σε ΤοΨΥ, με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά και Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας(Τ.Ε.Ψ.Υ) 5μελούς σύνθεσης σε κάθε Τομέα, η οποία εποπτεύει, συντονίζει, γνωμοδοτεί και εισηγείται για τις σχετικές δραστηριότητες στο επίπεδο του Τομέα. Ο κάθε ΤοΨΥ αποτελείται από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας(εξωνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, δημόσιες ή ιδιωτικές) οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Ο ΤοΨΥ λειτουργεί σύμφωνα με τις γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σαν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές. Ο ΤοΨΥ εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο πληθυσμό μιας οριοθετημένης γεωγραφικής περιοχής. Οι υπηρεσίες που παρέχει το δίκτυο των Μονάδων του ΤοΨΥ περιλαμβάνουν:

- Ø Πρόληψη και πρόωμη παρέμβαση
- Ø Διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών
- Ø Συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Ø Ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη
- Ø Υποστήριξη οικογενειών

- Ø Στεγαστικές λύσεις στην κοινότητα
- Ø Επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση
- Ø Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας.

Η αποασυλοποίηση δεν περιορίστηκε μόνο στην έξοδο των ασθενών από τα ψυχιατρεία και τη μεταφορά τους σε διάφορες δομές στην κοινότητα, αλλά έδωσε και ώθηση στην ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα και με τη μορφή των ιδιωτικών κλινικών.

ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΙΣΑΧΘΕΙ:

Το ΨΥΧΑΡΓΩΣ αποτελεί στάση ζωής. Οι αλλαγές που εισάγει το ΨΥΧΑΡΓΩΣ μπορούν να αναφερθούν σε διάφορα επίπεδα:

Α) Για τον ψυχικά πάσχοντα:

ήδη με τη λειτουργία των πρώτων ξενώνων στην Ελλάδα και με την ολοκλήρωση των υπολοίπων του προγράμματος θα έχουμε ένα σημαντικό πλήγμα στον στιγματισμό του ψυχικά πάσχοντα.

Ο στιγματισμός του ενισχύεται με την ύπαρξη μεγάλων ψυχιατρείων ως χώροι απομονωτισμού και περιθωριοποίησης. Γνωρίζουμε όλοι πόσες δυσχέρειες προκαλεί ο στιγματισμός στο έργο της αποκατάστασης.

Η κοινωνική τους ενσωμάτωση ακόμη θα συμβάλλει στην απομυθοποίηση του μύθου της επικυνδινότητας.

Μπορεί οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να γνωρίζουν το άτομο της επικυνδινότητας για τους ψυχικά πάσχοντες, η κοινωνία όμως συντηρεί αυτόν τον μύθο και τον προβάλλει σαν επιχείρημα απέναντι στο έργο της αποκατάστασης. Στην πραγματικότητα όμως συντηρεί τις δικές της ενοχές και αδικαιολόγητες φοβίες.

Η ποιότητα ζωής των ίδιων των ψυχικά πασχόντων θα ανέβει κατακόρυφα σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις και επιστημονικές μελέτες. Οι δυνατότητες τους θα αναπτυχθούν, οι δεξιότητές τους θα εκφραστούν, οι προσωπικές τους επιθυμίες θα λειτουργήσουν στους χώρους των ξενώνων, χώροι οικογενειακής αίσθησης, εστίες φυσιολογικής ζωής.

β) Για την ψυχιατρική: με το ΨΥΧΑΡΓΩΣ ανοίγεται μια μοναδική ευκαιρία στην ψυχιατρική να προσλάβει ένα θετικό κοινωνικό πρόσημο και δεν πρέπει να αφήσει αυτή την ευκαιρία να προσπεράσει. Μπορεί να αναδειχθεί ο βαθιά κοινωνικός και ανθρωπιστικός της ρόλος και να αποβάλλει τα κοινωνικά στερεότυπα περί αναποτελεσματικότητας και στενού διαχειριστικού ρόλου.

Σήμερα έχει την ευκαιρία να εστιάσει στο πάσχον υποκείμενο και όχι τόσο στα συμπτώματά του, να απομακρυνθεί από τα υπονοούμενα περί κατασταλτικού μηχανισμού που της επισυνάπτουν και να συμβάλλει στην αποδοχή του διαφορετικού ως μια "θέαση" κοινωνικού πλούτου.

Έτσι, μέσα από το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ η ψυχιατρική θα αποδείξει ότι η ψυχική νόσος είναι δυνητικά ιάσιμη στο βαθμό που η κοινωνία ενσωματώνει την διαφορετικότητα με τη βοήθεια της και οι ψυχικά πάσχοντες ανταποκρίνονται λίγο ή πολύ στις προσδοκίες της ίδιας της κοινωνίας.

Γ) Για τα Ψυχιατρεία: Εδώ οι αλλαγές που αναδύονται είναι συγκλονιστικές. Μέχρι τέλους του 2000 τα ψυχιατρεία θα έχουν συρρικνώσει τη δύναμη τους κατά 1000 περίπου κρεβάτια. Αυτό και μόνο συνιστά μια άλλη πραγματικότητα. Η μονομέρεια της ψυχιατρικής περίθαλψης υποχωρεί άρδην θεραπευτικός χώρος και χρόνος τροποποιείται. Ήδη τα ψυχιατρεία γέννησαν νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Οι σχέσεις θεραπευτή-θεραπευόμενου αλλάζουν. Παίρνουν έναν ενεργητικό χαρακτήρα. Ανανεώνεται η έννοια της θεραπευτικής ομάδας. Ξεκινούν κοινωνικές δραστηριότητες που ήταν αδύνατον να αναπτυχθούν σε συνθήκες ασύλου.

Αλλάζουν οι τρόποι διοίκησης και οι διοικητικές συμπεριφορές. Αναδύκνείονται μέθοδοι και στοιχεία που διαμορφώνουν ένα νέο μοντέλο διαχείρισης πόρων. Υποχωρεί η ιατροκεντρική αντίληψη που έχει μέχρι σήμερα αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Δίνεται η ευκαιρία στα ψυχιατρεία να αναπτύξουν τις νέες δομές ψυχικής υγείας που δεν λειτουργούν ή υπολειτουργούν για να υποστηρίξουν ακόμη περισσότερο τους ξενώνες. Το ΨΥΧΑΡΓΩΣ θα συμβάλλει στην κατεύθυνση άμεσης λειτουργίας νέων δομών ψυχικής υγείας.

Ακόμα τα ψυχιατρεία θα επικοινωνήσουν με τα γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία. Αυτό το δίκτυο επικοινωνίας διαμορφώνει ένα περιβάλλον νοσοκομειακής, περιφερειακής αυτοτέλειας και πραγματώνεται ένα πάγιο αίτημα.

Ο απομονωτισμός των ψυχιατρείων και η κυρίαρχη αντίληψη ως χώροι "κοινωνικών αποβλήτων" ανατρέπονται και σηματοδοτούνται δράσεις κοινωνικής αναγνώρισης. Τα Γενικά νοσοκομεία χάνουν την υπεροπτική ή υποτιμητική τους στάση απέναντι στα ψυχιατρεία και συναινούν σε ένα κλίμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Τα ψυχιατρεία έχουν να ωφεληθούν πολλά από το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Μπορούν να αναπνεύσουν στους χώρους, να σχεδιάσουν πολιτικές ψυχικής υγείας, να αποσυμφορήσουν το στελεχιακό τους δυναμικό από τα θεραπευτικά τους αδιέξοδα και να συνδεθούν άμεσα με τις τοπικές κοινωνίες. Το ΨΥΧΑΡΓΩΣ για τα ψυχιατρεία μπορεί να αποτελέσει ένα ψυχιατρικό πρωθύστερο αλλά και να διευρύνει την δημοκρατική τους λειτουργία και τη θεραπευτική τους δυνατότητα.

Δ) Για την κοινωνία: Μέχρι σήμερα η κυρίαρχη τάση της κοινωνίας και της εποχής μας εκφράζεται στο ότι η μοίρα του ψυχικά πάσχοντα βρίσκεται στο ψυχιατρείο. Ο εγκλεισμός είναι η μέθοδος αντιμετώπισής του. Η ιδρυματική αντίληψη εδραιώνεται από κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις. Το

ΨΥΧΑΡΓΩΣ ανατρέπει αυτά τα δεδομένα. Θα αντισταθεί σε αυτές τις πεποιθήσεις και θα κινητοποιήσει τις δυνάμεις της κοινωνίας σε μια διαφορετική στάση. Το πρόγραμμα μέσα από την ουσιαστική στεγαστική και εργασιακή του υπόσταση για τον ψυχικά πάσχοντα θα απαντήσει στην παραπάνω αρνητική ατμόσφαιρα με αποδεικτικά στοιχεία και πράξεις.

Η κοινωνία απαλλάσσεται σταδιακά και αληθινά από τις συμπυκνωμένες ενοχές της για τα άσυλα, από την παθητικότητα της και θα αρχίσει να διαδραματίζει ένα πιο ενεργητικό ρόλο στα ζητήματα ψυχικής υγείας. Θα συναισθανθεί μέσα από το ΨΥΧΑΡΓΩΣ την κοινωνική ευθύνη που της αναλογεί ιστούς ή δεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η ανάπτυξη των τοπικών κοινωνιών. Οι ξενώνες και τα εργαστήρια θα αναπτύξουν κοινωνικές δραστηριότητες θα δημιουργηθούν συναλλαγές, θέσεις εργασίας, κοινωνικό έργο και θα ενισχύσουν τις τοπικές οικονομίες.

Η λειτουργία των ξενώνων θα ενδυναμώσει και θα εμπλουτίσει τις γειτονιές. Θα εξουδετερώσει τις φοβικές συμπεριφορές και θα βάλει επιπλέον το ανθρώπινο στοιχείο.

Η ύπαρξη του ξενώνα είναι μια δομή υγείας στη γειτονιά. Αυτή εμπεριέχει μια αίσθηση ασφάλειας στους κατοίκους που θα τους διευκολύνει ουσιαστικά στα αιτήματα υγείας που τυχόν εμφανίζονται.

Η πορεία υλοποίησης του προγράμματος χαρακτηρίζεται ομαλή και με μεγάλη κοινωνική ανταπόκριση. Το ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, αναφέρεται στους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες που βρίσκονται(στοιβάζονται) στα ψυχιατρεία και αδυνατούν μέχρι σήμερα στον κοινωνικό ιστό, προσφέρει στεγαστική αποκατάσταση (ξενώνες, οικοτροφεία) αλλά και εργασιακή απασχόληση μέσα από συγκεκριμένα αντικείμενα κατάρτισης (εργαστήρια). (Αντώνης Λιοδάκης ψυχίατρος επιμελητής Α. Ε.Σ.Υ.)

5.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η αποασυλοποίηση μέσα από τα Ευρωπαϊκά συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα κατάφερε να επιτύχει το στόχο της μείωσης του αριθμού των κλινών των μεγάλων ψυχιατρείων κατά 70% και το κλείσιμο δύο από αυτά (Ψυχιατρείο Πέτρας Ολύμπου και το ψυχιατρείο των Χανίων). Σύμφωνα με τον Μ. Μαδιανό «Είναι πλέον πραγματικότητα η συρρίκνωση των δημόσιων ψυχιατρείων, που από 8,387 κρεβάτια το 1984 έφτασαν τα 2,632 το 2004, με παράλληλη έξοδο πάνω από 3,000 χρόνιων αρρώστων, κυρίως με οργανικότητα και γνωσιακά ελλείμματα, υπολειμματική σχιζοφρένεια ή συναισθηματικές διαταραχές.. Όλοι αυτοί οι εξελθόντες από τα ιδρύματα διαμένουν σε πολυάριθμα οικοτροφεία ή ξενώνες και σε μικρότερο αριθμό διαμερισμάτων, σε δομές εγκατεστημένες σε ολόκληρη τη χώρα».(Μαδιανός 2005)

Με βάση τα στοιχεία που ανακοινώθηκαν στο συνέδριο Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη για τις δομές τις αποασυλοποίησης υπάρχει μεγάλη απόσταση ανάμεσα στο σχεδιασμό και την υλοποίησή τους. Συγκεκριμένα σχεδιάστηκαν 270 στεγαστικές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα) από τα οποία λειτουργούν τα 152(Δ. Χονδρός, 2006). Παράλληλα έχει διαπιστωθεί ότι στην διαδικασία της αποιδρυματοποίησης τις περισσότερες φορές δεν εμπλέκονται οι οικογένειες και συγγενείς των ασθενών αλλά ούτε η ίδια η τοπική κοινωνία, η οποία παραμένει χωρίς ευαισθητοποίησης επομένως και εχθρική. Επίσης έχει παρατηρηθεί πως η διαδικασία αυτή της ανάπτυξης νέων δομών όπως οι ξενώνες και τα οικοτροφεία ουσιαστικά διαμορφώνουν τέτοιους όρους ανάπτυξης του νεοιδρυματισμού. Το μέλλον αυτών των δομών είναι αβέβαιο αφού δεν είναι σίγουρο ότι θα εξακολουθούν να καλύπτονται τα έξοδα λειτουργίας τους από τον κρατικό προϋπολογισμό όταν θα τελειώσουν τα

κεφάλαια που προβλέπονται από το Ψυχαργός. Ήδη το 2006 ξεκίνησαν μεγάλες περικοπές σε ποσοστό 62% του προβλεπόμενου προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία δηλαδή από τα 57 εκατομμύρια ευρώ εγκρίθηκαν μόνο τα 22.

Παρόμοια εικόνα δημιουργείται και στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπου το χρονικό διάστημα 2002-2007 σχεδιάστηκαν 55 ΚΟΙΣΠΕ(Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί) από τους οποίους λειτουργούν μόνο οι 11.(Δ.Χονδρός ,2006) .Κάτι ανάλογο συμβαίνει σε όλες τις κοινοτικές δομές (ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, Παιδοψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, ξενώνες βραχείας παραμονής, νοσοκομεία ημέρας, κινητές μονάδες κτλ) όπου σχεδιάστηκαν 249 δομές για το διάστημα 2002-2007 και λειτουργούν μόνο οι 31(Δ.Χονδρός,2006)

Κατά τον Μαδιανό λοιπόν η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καλύπτει περίπου το 25% των πραγματικών αναγκών αφού η ελλείπουσα υποδομή κυμαίνεται από το 81% που αφορά κρεβάτια σε γενικά νοσοκομεία, 80,6% για θέσεις αποκατάστασης (στεγαστικές και επαγγελματικές), 73,8% για θέσεις μερικής νοσηλείας και 62,2 % για κέντρα Ψυχικής Υγείας.(Μαδιανός 2006) Τέλος οι φτωχές περιφέρειες της χώρας εξακολουθούν να παραμένουν ακάλυπτες από υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα το 1988 9 νομοί της χώρας με πληθυσμό 455.00 κατοίκους δεν είχαν καθόλου υπηρεσίες ψυχικής υγείας του ΕΣΥ(Μαδιανός, 2005), ενώ οι υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης το 2006 υπήρχαν μόνο σε 17 από τους 51 νομούς της χώρας.

Κατά τον Στυλιανίδη και τους συνεργάτες του(Σ.Στυλιανίδης , 2006) δύο στοιχεία είναι χαρακτηριστικά: α) δεν υπάρχει προκαθορισμένος ετήσιος προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία και β) το ποσοστό απορρόφησης από το επιχειρησιακό πρόγραμμα Υγεία –Πρόνοια -2006 στον άξονα ψυχικής υγεία είναι 23.5%, το χαμηλότερο σε σχέση με τους άξονες που αφορούν την υγεία,

την Πρόνοια, τους ανθρώπινους πόρους(5η επιτροπή παρακολούθησης 29/11/05)

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση λοιπόν βρίσκεται σε μία κρίση της οποίας τα αίτια μπορεί να είναι πολλά. Όπως η αδράνεια των ασυλικών δομών, η απουσία μιας κουλτούρας Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, η απουσία μιας κεντρικά σχεδιασμένης πολιτικής στρατηγικής για την Ψυχική Υγεία στη βάση της φιλοσοφίας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, της υπέρβασης των ψυχιατρικών ασύλων, της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της ανάπτυξης της κοινοτικής φροντίδας και της πρόληψης. Άλλο αίτιο μπορεί να είναι ο ανορθολογικός τρόπος διαχείρισης των Ευρωπαϊκών κονδυλίων που διατέθηκαν για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση ή ακόμα και η γενικότερη κυβερνητική πολιτική για την υγεία, που επιτείνει τα αδιέξοδα.

(Κατερίνα Μάτσα,2006)

Από τη μια, η «κοινωνική επανένταξη» έχει αναχθεί σε απλή «μεταστέγαση» από το άσυλο σε μικρότερες μονάδες μέσα στην κοινότητα (αλλά, ταυτόχρονα, έξω απ' αυτήν), με τη διαμονή στις δομές να μοιάζει, όλο και περισσότερο, με «αναγκαστική στέγαση» σε «χώρους ενός αέναου ιδρυματισμού». Από την άλλη, ο εγκλεισμός εξακολουθεί ν' αποτελεί την κατάληξη της κύριας διαδρομής μέσω της οποίας ένας ψυχικά πάσχων με σοβαρή ψυχική διαταραχή «συναντά» το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας – ο εγκλεισμός σε χώρους όπου εξακολουθούν να βασιλεύουν οι κλειδωμένες πόρτες, οι μηχανικές καθηλώσεις, η κλασική ιδρυματική βία. Ένα σύστημα υπηρεσιών που, καθαυτό, διαιωνίζει τα φαινόμενα προκατάληψης (του λεγόμενου «στίγματος») κατά των ψυχικά πασχόντων.

Η εμπειρία, για πάνω από είκοσι χρόνια, αγώνων για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η συσσώρευση αδιέξοδων στο χώρο της ψυχικής υγείας, έχει κάνει να εννοείται η «μεταρρύθμιση» ως αναπαλαίωση του ιδρυματικού

συστήματος μέσω της διασποράς του ασύλου, υπό μορφήν εκατοντάδων στεγαστικών δομών, στην κοινότητα.

Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του Ψυχαργός προέκυψαν, παράλληλα με τα θετικά του, και οι αρνητικές πλευρές όπως :

Η ασυνέχεια η φάση προετοιμασίας και εφαρμογής των προγραμμάτων σε άνετες συνθήκες προσωπικού και χρηματοδότησης και μετά η φάση της δύσκολης επιβίωσης , τόσο από οικονομική όσο και από οργανωτική άποψη. Η ασυνέχεια αποτελεί βέβαια χαρακτηριστικό της κοινωνικής μας οργάνωσης που ξεπερνά τα όρια της ψυχιατρικής. Ο τομέας της ψυχο-κοινωνικής αποκατάστασης υπέστη τις συνέπειές της σε συνδυασμό με άλλους κοινωνικούς παράγοντες , που αφορούν την αγορά εργασίας. Οι ελάχιστες πλέον δυνατότητες απασχόλησης έχουν απομακρύνει από τα προγράμματα τους λειτουργικούς ασθενείς , με συνέπειες στους στόχους .

Οι ανοιχτές δομές: Η δημιουργία τους αποτελεί το κύριο σημείο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που αποτελούν το στήριγμα των άλλων είναι πολύ λιγότερα από αυτά που θα έπρεπε να υπάρχουν. Αντίθετα έχουν δημιουργηθεί πολλές δεκάδες στεγαστικών δομών στα πλαίσια της αποασυλοποίησης. Αποτελούν βέβαια παράγοντα αναμφισβήτητης αναβάθμισης της ζωής των χρόνιων ασθενών, μένει όμως ανοιχτό το ζήτημα της δικτύωσης αυτών των δομών διότι αν παραμείνουν απομονωμένα κινδυνεύουν να γίνουν μικρά άσυλα.

Σε συνδυασμό με τα προηγούμενα τίθεται το ερώτημα της τομεοποίησης και των αναγκαίων κλινών νοσηλείας στην ψυχιατρική. Οι τομείς το 250- 300 χιλιάδων κατοίκων είναι νοητοί μόνο ως ένα αρχικό πλαίσιο σχεδιασμού των υπηρεσιών, καθώς με το μέγεθός τους δυσχεραίνουν τις επαφή με τον περιβάλλοντα κοινωνικό ιστό, και κατά συνέπεια και την πρόληψη και την φροντίδα της μείζονος ψυχοπαθολογίας. Η νοσηλεία στο μέλλον θα αποτελεί μια μορφή απαραίτητης ψυχιατρικής φροντίδας για ένα μεγάλο ποσοστό

ασθενών. Η ένταξη της όμως στο ανοιχτό στο ανοιχτό σύστημα φροντίδας είναι ασαφής. Για παράδειγμα το κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου της Πέτρας Ολύμπου, της Κέρκυρας και της Τρίπολης αν δεν συνοδευτεί από την πλήρη λειτουργία μονάδων νοσηλείας για τις περιοχές που εξυπηρετούν , απλώς επιβαρύνει αυτές των μεγαλύτερων πόλεων. (Δ.Ν.Πλουμπίδης, 2005)

Οι σοβαρές ψυχικές νόσοι που σε ένα σημαντικό ποσοστό έχουν σαν αποτέλεσμα ψυχιατρική αναπηρία πλήττουν ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού με σοβαρές επιπτώσεις στα ίδια τα άτομα που πάσχουν αλλά και στις οικογένειές τους που τα στηρίζουν.

Σήμερα υπάρχουν στοιχεία για το υψηλό οικονομικό κόστος της ψυχικής νόσου για την Ευρώπη που ανέρχεται σε 240 δις ευρώ ανά έτος ενώ το κοινωνικό κόστος δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί

Σοβαρά ελλείμματα στον τομέα είναι:

- Η μη έγκαιρη διάγνωση και μη έγκαιρη αντιμετώπιση που θα ελάττωνε σε μεγάλο βαθμό την περιθωριοποίηση των ατόμων με ψυχική νόσο.
- Η μη δυνατότητα ένταξής τους στην απασχόληση σε μεγάλο ποσοστό λόγω της μη κατάλληλης προετοιμασίας τους και επαγγελματικής κατάρτισης και λόγω στίγματος και προκαταλήψεων.
- Η μη ουσιαστική οικονομική τους υποστήριξη.
- Η σχεδόν ανύπαρκτη υποστήριξη της οικογένειας που αποτελεί το κύριο στήριγμά τους, έχοντας ως αποτέλεσμα μεγάλο κοινωνικό και οικονομικό κόστος για την οικογένεια.
- Η αντιμετώπιση του προβλήματος είναι πολύπλοκη και ασφαλώς αφορά πολλά υπουργεία τα οποία θα έπρεπε να συνεργάζονται για την επίλυσή του.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ,έστω και με κάποιες ελλείψεις, ήταν μια σημαντική συμβολή στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Είναι πιθανό πως χωρίς τον νόμο 815/84 πολύ λίγα πράγματα θα είχαν γίνει. Θα μπορούσαν όμως να είχαν γίνει πολύ περισσότερα αν υπήρχε κεντρικός σχεδιασμός και καλύτερη παρακολούθηση. Είναι απαραίτητο λοιπόν να γίνουν και άλλα, πιο οργανωμένα, βήματα με στόχο τον ψυχικά πάσχοντα και την όσο καλύτερη αποκατάσταση του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο : ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και μέσα απο τις προσπάθειες των ειδικών στο χώρο της ψυχικής υγείας να εντάξουν τους ασθενείς στη κοινωνία, να επικοινωνούν μέσα απο τις ανάγκες τους και να μάθουν να τις ικανοποιούν , χρησιμοποιήθηκαν οι ομαδικές συνεδρίες εντός και εκτός νοσοκομείων. Αποδεικνύεται ως ένας εξαιρετικός τρόπος θεραπείας σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία που απαιτεί η κάθε ασθένεια. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφέρουμε σύντομα τρία παραδείγματα ομαδικής παρέμβασης, ένα γνωσιακής κατεύθυνσης και δύο διαμεσολάβησης και μεταβατικότητας στην αναλυτική ομαδική θεραπεία. Επίσης, θα περιγράψουμε αναλυτικά μια μελέτη για συνυπάρχουσα ψύχωση και διαταραχές απο χρήση ουσιών σε σχέση με τις ομαδικές συνεδρίες και επιπλέον θα παρουσιάσουμε μια έρευνα που αφορά τη σύγκριση μεταξύ ομαδικής και ατομικής ψυχοθεραπείας σε εξωτερικούς ασθενείς με χρόνια και σταθερή συμπτωματολογία. Τέλος, θα γίνει μια αναφορά στη αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη.

6.1 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Σ' αυτό το κεφάλαιο θ' αναφέρουμε σύντομα, κάποια παραδείγματα ομαδικής παρέμβασης.

Γνωσιακή – συμπεριφοριστική κατεύθυνση: Ξεκινώντας, θα αναφέρουμε το έργο των Flannery-Schroeder και Kendall (2000). Η παρέμβαση τους αφορούσε

παιδιά ηλικίας 8-14 ετών με αγχώδεις διαταραχές. Το πρόγραμμα παρέμβασης αποτελούνταν από 18 εβδομαδιαίες ενενηντάλεπτες συναντήσεις. Στη 2^η συνάντηση γινόταν αναγνώριση και εκπαίδευση συναισθημάτων, στη 4^η ιεράρχηση των στρεσογόνων καταστάσεων, στη 5^η ασκούνταν στη χαλάρωση, στην 6^η εισάγονταν στην έννοια των οδηγιών προς τον εαυτό σε στιγμές έντασης, στην 7^η άρχιζε η εκπαίδευση στη χρήση στρατηγικών διαχείρισης του στρες εστιασμένες στην αντιμετώπιση του προβλήματος, στην 10^η οργανωνόταν ένα κοινωνικό γεγονός για περαιτέρω ενίσχυση της συνοχής μεταξύ των μελών της ομάδας. Μεταξύ 4^{ης} και 6^{ης} συνάντησης παραγματοποιούνταν μια συνάντηση με τους γονείς των παιδιών προκειμένου αυτοί να πληροφορηθούν τους στόχους και τον τρόπο λειτουργίας της ομάδας, αλλά και προκειμένου να αντληθούν πληροφορίες και να αξιολογηθεί η συμπεριφορά των παιδιών εκτός ομάδας. Από την 11^η έως την 18^η συνάντηση εφαρμόζονταν και ελέγχονταν οι δεξιότητες στις οποίες εκπαιδεύτηκαν τα μέλη στο πρώτο μισό της παρέμβασης. Αρχικά, αυτό λάμβανε χώρα στη φαντασία και στη συνέχεια *in vivo*.

Διαμεσολάβηση και μεταβατικότητα στην αναλυτική ομαδική θεραπεία: Σε αυτή την κατεύθυνση θεματοποιούνται στην ομάδα ποικίλα γεγονότα ή ψευδογεγονότα της επικαιρότητας και τροφοδοτούν το κοινό με αντικείμενα προβληματισμού και συζήτησης, που του επιτρέπουν να τα χρησιμοποιεί ως διαμεσολαβητικά και μεταβατικά αντικείμενα και να επεξεργάζεται μέσα από αυτά συναισθήματα και σχέσεις, τόσο σε ατομικό όσο και στα επίπεδα της διατομικής και κοινωνικής επικοινωνίας.

Γενικά, το θέμα διαμεσολαβεί ανάμεσα στην ομάδα ως ψυχικό και διαψυχικό αντικείμενο (Anzieu, Kaes) και στην ομάδα ως μήτρα (Foulkes), ανάμεσα στα πεδία της αναπαράστασης και του φανταστικού, από ένα μέρος, και σε εκείνο των ομαδικών συνειρμικών αλυσίδων (Kaes, 1985), από το άλλο. Το θέμα στις θεραπευτικές ομάδες αποτελεί τον κεντρικό νοηματικό άξονα πάνω στον οποίο αναπτύσσονται οι συνειρμικές αλυσίδες ή λειτουργεί υπόρρητα στο πεδίο της

συνύφανσής του. Είναι το όργανο που τις διαπλέκει. Αποτελεί δε ένα ιδιαίτερο , ενδιαμέσο , προ-συνειδητό , κατεξοχήν μεταφορικό-σημασιολογικό επίπεδο , πιο πραγματικό όμως από εκείνες (τις συνειρμικές αλυσίδες) , λόγω ακριβώς της μεγαλύτερης εξωστρέφειάς του ως προς την ομάδα και της διυποκειμενικής του υπόστασης, εξαιτίας δηλαδή του γεγονότος , ότι δεν ανήκει σε ένα αλλά το μοιράζονται περισσότερα μέλη της ομάδας.

Πραθέτουμε δύο χαρακτηριστικά παραδείγματα που έχουν να κάνουν με την κατασκευή και τη λειτουργία- τη χρήση κατά Winnicott- ενός θέματος μέσα στην ομάδα.

Πρώτο παράδειγμα: Στην πρώτη ομαδική συνεδρία ενός πολυήμερου μαραθωνίου , τα μέλη της ομάδας συζητούν ζωηρά και για αρκετή ώρα, αναφέροντας διάφορες προσωπικές τους εμπειρίες , για κλέφτες που μπήκαν στο σπίτι , για το πορτοφόλι τους που κλάπηκε μέσα από τη τσάντα ή το κινητό μέσα από το σακάκι , για το αυτοκίνητο που τους διέρρηξαν και πήραν το ραδιοκασετόφωνο κτλ. Είναι σχεδόν φανερό η σχέση που μπορεί να υπάρχει με το εδώ-και-τώρα . Βρισκόμαστε στο ξεκίνημα και η ομάδα , ανυποψίαστη, «χτίζοντας» αυτό το θέμα, εκφράζει , επικοινωνεί και επεξεργάζεται λεκτικά ασυνείδητες , από το ένα μέρος , επιθυμίες της για παθητική διείσδυση , και παρανοειδείς φόβους και άγχος , από το άλλο , ότι διεισδύοντας κρυφά ο αναλυτής της ομάδας στο κάθε μέλος αλλά και σε εκείνη την ίδια θα καταφέρει να αποσπάσει , παρά τη θέλησή τους, να κλέψει δηλαδή , τα πιο απόκρυφα και πολύτιμα συναισθηματικά τους μυστικά.

Δεύτερο παράδειγμα: Σε μια πολύ δύσκολη ομάδα με Τσιγγάνους είχαν προηγηθεί μερικές πρώτες συνεδρίες γεμάτες παρανοειδές άγχος και εντονότατα συναισθήματα ντροπής και επιθετικότητας απέναντι στον θεραπευτή , που καλυπτόταν όμως κάτω από τις πιο ακραίες εκδηλώσεις θαυμασμού. Ανάμεσα στα μέλη επικρατούσε μια υπερβολική ευθιξία , ανακατεμένη με μια σχεδόν σαδιστική διάθεση να πειράζει ο ένας τον άλλον πολύ ενοχλητικά. Αυτό

κορυφώνονταν σχεδόν πάντα με ξαφνικές εκρήξεις αγανάκτησης και «δολοφονικής» οργής απο τη μεριά του εκάστοτε μέλους-στόχου. Μετά απο αλλεπάλληλες προσπάθειες να ερμηνευτεί η κατάσταση ως δυσκολία της ομάδας να εκδηλώσει πιο άμεσα τα συναισθήματα της προς τον θεραπευτή , δηλαδή το άγχος και την οργή , που πιθανόν προκαλούνταν απο βαθιά συναισθήματα αυτο-υποτίμησης και ενοχής , μαζί με μια στοματική ανάγκη της ομάδας για «τροφή»(κάθε λίγο και λιγάκι έβγαине ένα μέλος στον προθάλαμο και έφερνε πορτοκαλάδα, κουλουράκι κτλ) και την ανάγκη της να αγαπηθεί και να είναι αποδεκτή , ως διαμαγείας τα πνεύματα ηρέμησαν και η ομάδα άρχισε να συζητά για τις διατροφικές συνήθειες των Τσιγγάνων.

Εξηγούσαν στον θεραπευτή πως καθαρίζουν και τρώνε ορισμένα αγκάθια, κάτι σαν τα δικά μας γαιδουράγκαθα , τα γκεγκέλα και το σκαντζόχοιρο , που τον λένε καντζαούρι ή καντζαβούρι. Του έμαθαν ακόμα, πως κυνηγούν και πως καθαρίζουν το σκαντζόχοιρο απο τα αγκάθια πριν τον μαγειρέψουν. Του έλεγαν επίσης , οτι η χριστιανική εκκλησία απαγορεύει να τρώμε το σκαντζόχοιρο , αλλά οτι σε μερικούς παπάδες αρέσει να απολαμβάνουν το κρέας του (μοιάζει με κοτόπουλο) κρυφά μαζί με τους Τσιγγάνους.

Το θέμα του φαγητού λειτουργούσε ξαφνικά σαν ένα είδος διπλής γέφυρας : απ το ένα μέρος τους συνέδεε μεταξύ τους, τους γεφύρωνε ως μέλη μιας κοινωνικής ομάδας που μοιράζεται τις ίδιες συνήθειες , και απο το άλλο μέρος τους γεφύρωνε με τον θεραπευτή με αυτή την αντιστροφή της σχέσης «δάσκαλος-μαθητές» μέσα απο την οποία τον δίδασκαν αυτά που τους αρέσουν να τρώνε. Ηταν σαν να τον έχουν προσκαλέσει σπίτι τους για φαγητό και παρόλο που οι τροφές τους μπορεί να έχουν αγκάθια , δηλαδή να φαίνονται επιθετικές και επικίνδυνες , ή να είναι αμαρτωλές και απαγορευμένες ,κατα βάθος δεν είναι «κακές» , αλλά πολύ νόστιμες.

6.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΓΙΑ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΨΥΧΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΤΙΚΗ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΤΡΙΑ ΧΡΟΝΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Οι συνεδρίες σε ομάδες εξωτερικών ασθενών έχουν δείξει να είναι αποτελεσματικές στη ελάττωση της χρήσης ουσιών μεταξύ των ανθρώπων με ψύχωση. Αυτή είναι η πρώτη έρευνα στην Αυστραλία που αναφέρει την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων σε μία αστική περιοχή από ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας, αλκοόλ, και ναρκωτικών με παρακολούθηση τριών χρόνων. Ο πρωταρχικός στόχος ήταν να ερευνηθεί αν μια εβδομαδιαία ομαδική συνεδρία η οποία περιείχε συνεντεύξεις κινητοποίησης (MI) και γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT) ήταν αποτελεσματική στην ελάττωση της χρήσης ουσιών και στην καλύτερευση της συμπτωματολογίας και της γενικής λειτουργικότητας μεταξύ των ατόμων με ψύχωση.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Αυτή ήταν μια εργασία αξιολόγησης υπηρεσιών με βαθμολογίες που εποπτεύονταν από κλινικούς για τέσσερις τρίμηνες αναδρομικές παρατηρήσεις και μέχρι δώδεκα τρίμηνες παρατηρήσεις μεταναζήτησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τριανταεννιά συμμετέχοντες παρακολούθησαν την ομαδική συνεδρία με ένα μέσο όρο παρακολούθησης 28,51 συνεδριών (SD=24,61). Συγκρινόμενοι με μια βασική περίοδο ενός χρόνου η ομαδική θεραπεία σχετίστηκε με σημαντικές βελτιώσεις στη χρήση των ουσιών, στη συμπτωματολογία, στην άρνηση της θεραπείας, στη ενγένη λειτουργικότητα και στην μη προγραμματισμένη χρήση της υπηρεσίας. Η μελέτη της παρακολούθησης της ομαδικής θεραπείας έδειξε ότι δεν υπήρχε διαφορά στην βελτίωση της γενικότερης κατάστασης αυτών που παρακολούθησαν λιγότερες

(10,63) και αυτών που παρακολούθησαν περισσότερες (45,50) συνεδρίες ,αλλά υπήρχε μείωση στην χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανάμεσα σε αυτούς που παρακολούθησαν περισσότερες συνεδρίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντική αλλαγή στην λειτουργικότητα (στην χρήση ουσιών και στη συμπτωματολογία) μπορεί να συμβεί μεταξύ των ορίων μιας προγραμματισμένης αλλά σχετικά σύντομης ομαδικής συνεδρίας η οποία πραγματοποιείται παράλληλα με τη συνήθη θεραπεία. Πάντως η εκτεταμένη παρακολούθηση της ομάδας για πάνω απο ένα χρόνο ίσως να είναι περαιτέρω συνυφασμένη με την πρόληψη της υποτροπής και την ελάττωση της χρήσης μη προγραμματισμένων υπηρεσιών.

Υψηλά ποσοστά διαταραχών απο χρήση ουσιών έχουν αναφερθεί στην Αμερική , στην Μ.Βρετανία και στην Αυστραλία. Μεταξύ των ανθρώπων με ψυχωτικές διαταραχές στην Αυστραλία διάγνωση για διαταραχές απο χρήση αλκοόλ βρέθηκαν στο 39% των ανδρών στο 17% των γυναικών με τα αντίστοιχα στοιχεία για χρήση ναρκωτικών να είναι 36% για τους άνδρες και 16% για τις γυναίκες. Ελαφρώς μεγαλύτερους δείκτες είχε παρουσιάσει μια προγενέστερη έρευνα στην Αυστραλία σε αθενείς με σχιζοφρένεια. Οι πιθανότητες να υπάρχει διαταραχή χρήσης ουσιών στα πλαίσια της θεραπείας της ψυχικής υγείας είναι περίπου διπλάσια απο αυτή του πληθυσμού με ψυχικές διαταραχές που δεν υποβάλλεται σε θεραπεία. Ένα εύρος ψυχοκοινωνικών ευρυμάτων έχει συσχετιστεί με τις δυσλειτουργίες που προκαλούνται απο παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης πολλών και διαφορετικών ναρκωτικών και του εγκλήματος στους τομείς της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και της κοινωνικής δυσλειτουργίας. Το συμπέρασμα είναι, οτι οι παρέμβασεις σ' αυτές τις δυσλειτουργίες θα πρέπει να είναι ο πυρήνας των υπηρεσιών υγείας και η ικανότητα στην πρακτική τους θα πρέπει να είναι πρωταρχικό στοιχείο των ψυχοθεραπευτών.

Τρεις ελεγχόμενες τυχαίες δοκιμασίες (RCT), έχουν διενεργηθεί με τον σκοπό την ελάττωση της χρήσης ουσιών μεταξύ των ατόμων με ψυχωτικές διαταραχές . Δυο RCT ανεξάρτητης κινητοποίησης (MI) και γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT) μεταξύ των ανθρώπων με ψυχωτικές διαταραχές, έχουν αναφέρει μέτρια αποτελέσματα όσον αφορά τη χρήση ουσιών, με καλύτερη γενική λειτουργικότητα σ' αυτούς που παρακολούθησαν συνεδρίες MI – CBT σε σχέση μ' αυτούς που παρακολούθησαν τη συγκεκριμένη θεραπεία περίπου εννιά μήνες μετά απ' αυτήν. Βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα απο ένα τρίτο RCT μεταξύ των ανθρώπων με ψυχωτικές διαταραχές που χρησιμοποίησαν ομαδική MI και CBT για περίπου έξι συνεδρίες των ενενήντα λεπτών ήταν ενθαρρυντικά. Σε σύγκριση με μια κατάσταση ελέγχου σε μια ομάδα που παρακολούθησε μια συνεδρία μιας ώρας - επιμόρφωσης σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών , η MI-CBT συνεδρία έδειξε σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στη γενική ψυχοπαθολογία, τη χρήση ουσιών, την εξάρτηση , την αντιψυχωτική θεραπευτική αγωγή καθώς και χαμηλότερο δείκτη ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης, τρεις μήνες μετά τη συνεδρία. Πιο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα δεν έχουν αναφερθεί.

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για την πραγματοποίηση ομαδικών συνεδριών μεταξύ των ανθρώπων με ψυχωτικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών συμπεριλαμβανομένων των:

- α) προαγωγή της εξερεύνησης των κοινωνικών και άλλων πλεονεκτημάτων και των αρνητικών συνεπειών της χρήσης ουσιών,
- β) ευκαιρίες ανταλλαγής εμπειριών και στρατηγικών συνεργασίας όπως επίσης και περισσότερες επαφές με φίλους που δεν χρησιμοποιούν ναρκωτικά και αλκοόλ,
- γ) εξοικονόμηση κόστους σε σχέση με τη διάρκεια της θεραπείας.

Μια εξέταση τριανταέξι πρόσφατων ερευνών σε σχέση με τις ομαδικές συνεδρίες για ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών έδειξαν ότι οι πιο ενθαρρυντικές παρεμβάσεις συμπεριλαμβάνουν τα εξής χαρακτηριστικά: ΜΙ για την χρήση ουσιών, την παρακολούθηση και την φροντίδα, για πάνω από ένα χρόνο, ώστε να επιτευχθούν κλινικές μειώσεις στη χρήση ουσιών. Η παρέμβαση που αναφέρεται στην παρούσα έρευνα περιλάμβανε αυτά τα στοιχεία και είναι η πρώτη έρευνα στην Αυστραλία που το κάνει αυτό. Επιπρόσθετα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια αστική περιοχή από θεραπευτές και κλινικούς ειδικευμένους στη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ και τα αποτελέσματα έχουν βάση για κλινική χρήση εντός αστικών περιοχών .

Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της εργασίας, είναι να αξιολογήσει εάν οι εβδομαδιαίες συνεδρίες ήταν αποτελεσματικές στην ελάττωση της χρήσης ουσιών , στην καλύτευση της συμπτωματολογίας και στη γενική λειτουργικότητα των ψυχωσικών. Εγινε η υπόθεση, πως το αποτέλεσμα της παρέμβασης θα σχετιζόταν με χαμηλότερα ποσοστά αρνητικών συνεπειών από τη χρήση ουσιών, θα είχε βελτιωμένα ποσοστά στη συμμετοχή της θεραπείας , θα υπήρχε έλεγχος των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, θα ήταν λιγότεροι οι εσωτερικοί ασθενείς, λιγότερες οι επαφές εκτός προγράμματος και γενικά καλύτερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Τέλος, ότι οι συμμετέχοντες που παρέμειναν στην ομάδα περισσότερο, θα παρουσίαζαν σημαντικά καλύτερη βελτίωση σε αυτές τις μεταβλητές σε σχέση μ'αυτούς που παρακολούθησαν λιγότερες συνεδρίες.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μέθοδος πραγματοποιήθηκε στην περιοχή MID NORTH COAST MENTAL HEALTH (ΒΟΡΕΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ) στο NEW SOUTH WALES της Αυστραλίας περίπου 500 χλμ βόρεια του Σίδνι. Η ομάδα ψυχικής υγείας Coffs Harbour εξυπηρετούσε ένα πληθυσμό 80.000 ανθρώπων σε μια περιοχή περίπου 450 τ.χλμ. Οι συμμετέχοντες αναζητήθηκαν από τα τρία

κέντρα ψυχικής υγείας της περιοχής μεταξύ του Ιουνίου του 1992 και του Ιουνίου του 1998. Τα κριτήρια της επιλογής ήταν α) μια κλινική διάγνωση του άξονα 1 του DSM IV ψυχωτικής διαταραχής ή διπολικής διαταραχής επιβεβαιωμένη απο ψυχίατρο και παρούσα για τουλάχιστον δυο χρόνια πριν την έρευνα β) μια διάγνωση του DSM IV χρήσης ουσιών, εξάρτησης ή περιοδική χρήση ουσιών που είχε ως αποτέλεσμα πρότυπα συνήθειας , προβληματικής ψυχοκοινωνικής κατάστασης, συμπεριλαμβανομένων των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, και αντικοινωνικών συμπεριφορών για τουλάχιστον δύο χρόνια πριν τη έρευνα. Ατομα τα οποία πληρούσαν προηγουμένως αυτά τα κριτήρια αλλά ήταν σε ύφεση την χρονική περίοδο της αναζήτησης , έγιναν δεκτοί. Αυτή η μεθοδολογική προσέγγιση του ορισμού των προβλημάτων της χρήσης ουσιών απο το αποτέλεσμά τους, αντί για την αυστηρή παραπομπή σε διαγνωστικά κριτήρια, έχει πρόσφατα χρησιμοποιηθεί απο πολλούς ερευνητές . Τα κριτήρια μη συμμετοχής ήταν διάγνωση του άξονα II για την απουσία δεισλειτουργίας του άξονα I , δηλαδή ανικανότητα να επωφεληθούν απο την ομαδική θεραπεία λόγω βαριάς συμπτωματολογίας. Όπου πληρούνταν τα κριτήρια, οι συμμετέχοντες προσκλήθηκαν να παρακολουθήσουν τις εβδομαδιαίες συνεδρίες. Επειδή αυτή ήταν κυρίως μια έρευνα εκτίμησης, επίσημη αποδοχή απο την τοπική επιτροπή ηθών δεν ήταν απαραίτητη, με τα κλειδιά των μετρήσεων να βασίζονται σε αξιολογήσεις κλινικών απο τις συμμετάσχουσες υπηρεσίες.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Οι έρευνες των κλινικών συμπληρώθηκαν απο τέσσερεις αναδρομικές, τρίμηνες παρατηρήσεις και μέχρι δώδεκα τρίμηνες παρατηρήσεις μετά το στάδιο της αναζήτησης, για μια περίοδο τριών ετών που διήρκεσαν οι συνεδρίες. Η κάθε συνεδρία ήταν συνεχής , εβδομαδιαία και διαρκούσε απο

εξήντα έως ενενήντα λεπτά. Στην κάθε ομάδα συμμετείχαν έμπειροι θεραπευτές, ειδικοί κλινικοί για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ, ένας ψυχολόγος ή σύμβουλος περί των ουσιών και μια νοσοκόμα, επαιδευμένη στην ομαδική παρέμβαση. Ο σκοπός του ΜΙ στις ομάδες ήταν να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να καταλάβουν περισσότερα για την ψυχική τους κατάσταση, τις δυσλειτουργίες από την χρήση ουσιών και να κάνουν επιλογές κατόπιν ενημέρωσης για την θεραπεία. Οι επικεφαλείς των ομάδων εργάστηκαν πάνω στις τέσσερις γενικές αρχές που περιγράφονται από τον Miller και τον Rollnick (εκφράσεις ενσυναίσθησης, ανάπτυξη εχεμύθειας, ανάπτυξη αντοχών και αποτελεσματική υποστήριξη). Οι στόχοι για την μείωση της χρήσης ουσιών αποφασίστηκαν συνενετικά με κάθε ασθενή. Ο ασθενής με τα μεγαλύτερα επίπεδα χρήσης γινόταν στην αρχή το κέντρο, με σκοπό την ελάττωση της χρήσης σε μη προβληματικά επίπεδα κατανάλωσης. Κάθε μέλος της ομάδας ενθαρρύνθηκε να αναγνωρίσει τις ουσίες που είχε ποτέ χρησιμοποιήσει και τα επίπεδα χρήσης και τη συσχέτισή τους με ψυχιατρικά συμπτώματα, κοινωνικές και νομικές συνέπειες που υπήρχαν σαν αφετηρία. Οι στρατηγικές πρόληψης της ψυχιατρικής υποτροπής που σχετίζεται με την χρήση ουσιών, αγχώδεις συνθήκες και άλλες συμπεριφορές, αναπτύχθηκαν και ενισχύθηκαν σε ατομικές περιπτώσεις. Πλάνα αποφυγής της υποτροπής στη χρήση ουσιών ακολουθήθηκαν αν και δεν είχαν αναπτυχθεί για ανθρώπους με ψυχωσικές διαταραχές. Με αυτόν τον τρόπο τα συμπεριφοριστικά μοντέλα των στρατηγικών για αποτελεσματική πρόληψη, προσαρμόστηκαν σε κάθε μέλος της ομάδας και ενισχύθηκαν ταυτόχρονα από αναφερόμενες επιτυχίες και ολισθήματα. Σε κάθε συνεδρία υπήρχε μια ευκίνητη ημερήσια διάταξη που επέτρεπε στους επικεφαλείς των ομάδων να μειώσουν τον ανταγωνισμό και να διατηρήσουν το ενδιαφέρον και την συμμετοχή των συμμετεχόντων. Λόγω του χαμηλού χρόνου προσοχής κάποιων συμμετεχόντων τα μέλη ήταν ελεύθερα να εισέλθουν και να εξέλθουν από κάθε συνεδρία ενώ βρισκόταν σε εξέλιξη αν ένιωθαν ότι το χρειάζονταν. Οι πληροφορίες ήταν απλές, σύντομες και

συγκεκριμένες με τα συμπεράσματα και τις συμπεριφοριστικές προτάσεις να επεξηγούνται επαρκώς.

ΜΕΤΡΑ

Αρχεία της υπηρεσίας χρησιμοποιήθηκαν για να μετρηθεί η διάρκεια του χρόνου σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και απρογραμματίστες και εκτός των ωρών λειτουργίας , επαφές με την υπηρεσία. Η λειτουργικότητα των συμμετεχόντων καταγραφόταν σε τρία αξιολογητικά προγράμματα. Την κλίμακα αξιολόγησης του επικεφαλή των υποθέσεων (CMRS) , τη φόρμα αξιολόγησης του επικεφαλή των υποθέσεων (CMRF) και το προφίλ ικανοτήτων (LSP) . Όλες οι μετρήσεις κωδικοποιήθηκαν προς την ίδια κατεύθυνση έτσι ώστε υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν φτωχή λειτουργικότητα ή υψηλή χρήση της υπηρεσίας.

CMRS (ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΚΕΦΑΛΗ ΤΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ)

Η CMRS , η οποία έχει σχεδιαστεί για εφαρμογή απο έμπειρους διαχειριστές υποθέσεων αξιολογεί τα επίπεδα των προβλημάτων σχετικά με τη χρήση ουσιών που βρίσκονται μεταξύ των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές , τα οποία ζουν στην κοινότητα. Έχει να παρουσιάσει πολύ μεγαλύτερη αξιοπιστία , μεγαλύτερη ορθότητα αποτελεσμάτων απο τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Τα επίπεδα αναφοράς αρχικά φτιάχτηκαν για κάθε έναν απο τους ασθενείς με ανταπόκριση σε συγκεκριμένα κριτήρια που αντανακλούσαν αρνητικές , φυσικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες της χρήσης, αντί να εξετάζουν την ποσότητα και τη συχνότητα της χρήσης . Υπήρχαν πέντε κατηγορίες μέτρησης της χρήσης ουσιών κάθε μια με λεπτομερή στοιχεία περιγραφής.

i) καθόλου, ii) ελαφριά , iii) μέση, iv) βαριά , v) εξαιρετικά βαριά

Τέτοιες αξιολογήσεις χρησιμοποιούνται για να εντοπίσουν πιθανές ενοχλήσεις στη λειτουργικότητα που έχουν να κάνουν με χαμηλά επίπεδα χρήσης του ασθενή. Στις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των αξιολογήσεων CMRS.

CMRF (ΦΟΡΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΚΕΦΑΛΗ ΤΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ)

Οι τρεις διαστάσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν η βαρύτητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, η χρήση των ουσιών και το επίπεδο της μη συνεργασίας στη θεραπεία. Κάθε ένα σε κλίμακα αξιολόγησης απο το ελάχιστο, στο πιο σοβαρό (1-7) . Το CMRF δείχνει αξιόπιστα αποτελέσματα και

ικανοποιητική εσωδιάστατη συσχετικότητα όταν μετράται σε ανεξάρτητους δείκτες διάγνωσης και απαιτούμενες πηγές θεραπείας.

LSP (ΠΡΟΦΙΛ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ)

Το LSP είναι μια κλίμακα τριανταεννιά αντικειμένων γενικότερων ψυχοκοινωνικών λειτουργιών με τη βαθμολογία της πλήρης κλίμακας ν'αναφέρεται στην παρούσα έρευνα. Το LSP περιέχει αντικείμενα με χαμηλή υποκειμενικότητα, είναι ευαίσθητο σε μικρές διακυμάνσεις στα επίπεδα της λειτουργικότητας ανά περίοδο , έχει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής διαβάθμισης , έχει μετρηθεί σε ανθρώπους με σχιζοφρένεια και μπορεί να αισθανθεί τις διαφοροποιήσεις στα επίπεδα της λειτουργικότητας μεταξύ των ασθενών στην κοινότητα.

ΟΜΑΔΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ο αριθμός και η διάρκεια της παραμονής εσωτερικών ασθενών και ο τύπος της θεραπείας των εξωτερικών ασθενών (προγραμματισμένη και εντός των ωρών, απρογραμματίστη και εντός των ωρών, απρογραμματίστη και εκτός των ωρών) βρέθηκε απο τα ιατρικά αρχεία. Η παρακολούθηση των συνεδριών της ομάδας προσδιορίστηκε ως ο αριθμός που ο συμμετέχοντας ήταν παρόντας στην εβδομαδιαία συνεδρία των εξήντα – ενενήντα λεπτών.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι αναλύσεις αναφέρονται στη βασική περίοδο και τα ακόλουθα τρία χρόνια. Για να μειωθεί το κόστος των απολεσθέντων δεδομένων εντός της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου (που αποτελούν το 18,8% των δεδομένων) τα συνολικά ποσοστά για κάθε χρόνο υπολογίστηκαν με τον μέσο όρο των δεδομένων κάθε ατόμου για όλα τα διαθέσιμα χρονικά διαστήματα. Γι'αυτό οι μέσοι όροι για κάθε χρονικό διάστημα υπολογίστηκαν για τον βασικό χρόνο και για τα χρόνια 1, 2 και 3. Τα δεδομένα που έλειπαν για τον χρόνο 3 (n=12) εκτιμήθηκαν μεταφέροντας τα συνολικά δεδομένα του χρόνου 2.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα SPSS for Windows (version 12.0 ,SPSS , Chicago , IL , USA). Για τις συνεχείς μεταβλητές , τις αναλύσεις της διακύμανσης (ANOVAs), χρησιμοποιήθηκαν για να εξετάσουν τα σχέδια των αλλαγών στη διάρκεια της χρονικής περιόδου. Ξεχωριστές αναλύσεις έγιναν για κάθε ένα απο τα επτά επιλεγμένα μέτρα αποτελεσμάτων: η βαρύτητα των προβλημάτων που σχετίζονται με το υποκείμενο (ανώτατες κλίμακες CMRS, τα νούμερα CMRF για την χρήση

ουσιών , τα ψυχιατρικά συμπτώματα και τη μη συνεργασία στη θεραπεία , ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα , αριθμός των ημερών εντός ψυχιατρικών εγκαταστάσεων για εσωτερικούς ασθενείς και χρήση των υπηρεσιών εκτός προγράμματος. Επιπρόσθετα, αυτά τα μέτρα συμπεριλήφθηκαν σε μια τεχνική T, ανάλυσης παραγόντων χρησιμοποιώντας δεδομένα απο όλες τις τέσσερις φάσεις (βασικό χρόνο, χρόνια 1-3 , n=156 εγγραφές). Μια λύση δύο παραγόντων επιτεύχθηκε , η οποία μέτρησε για το 59,8 % της μεταβολής . Ο πρώτος παράγοντας είχε ονομαστεί «Π1 συνολική βαρύτητα» και περιείχε πέντε μέτρα. Τους δύο δείκτες χρήσης ουσιών (απο το CMRS και το CMRF) , ψυχιατρικά συμπτώματα , μη συνεργασία στη θεραπεία και την συνολική βαθμολογία του LSP. Ο δεύτερος παράγοντας ονομάστηκε «Π2 χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας» και αποτελούνταν απο δύο μέτρα: μέρες ψυχιατρικής παρακολούθησης εσωτερικών ασθενών και μη προγραμματισμένη χρήση υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα σ'αυτούς τους δύο παράγοντες αποκτήθηκαν καθορίζοντας τα μέτρα που αποτελούν τον κάθε παράγοντα και μετά παίρνοντας τον μέσο όρο αυτών των καθορισμένων αποτελεσμάτων. Τα προφίλ των δύο αυτών παραγόντων, αναφέρονται επειδή παρέχουν μια βολική περίληψη των ευρυμάτων της έρευνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σαρανταεννέα άτομα παραπέμφθηκαν στην ομάδα εκ των οποίων δέκα, αποκλείστηκαν απο την εργασία (τρία με βαριά και χρόνια δυσλειτουργία συμπεριφοράς , τρία που ζούσαν σε απομακρισμένες περιοχές και είχαν πρόβλημα μεταφοράς και τέσσερις που βρίσκονταν εκτός της στοχοποιημένης

περιοχής, Έτσι, τριανταεννέα άτομα αποτέλεσαν την ομάδα. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 33,42 χρόνια (SD=8,95) και η πλειοψηφία ήταν : αρσενικά (73,7 %), Αυστραλιανής ιθαγένειας (100,0%), ανύπαντροι (97,4%) και λαμβάνοντες το επίδομα Πρόνοιας (100,0%). Η μέση ηλικία στις αρχές της ψυχικής διαταραχής ήταν 22,69 ετών (SD=4,83). Η σχιζοφρένεια ήταν η αρχική διάγνωση (79,5 %) , ακολουθούμενοι απο διπολική διαταραχή (12,8 %) και σχιζοειδή διαταραχή (7,7 %). Το ένα δέκατο του δείγματος (10,3 %) , διάγνωση στον άξονα II του DSM IV (διαταραχή προσωπικότητας) , μαζί με μία διάγνωση του άξονα I. Περίπου το ένα τρίτο του δείγματος (30,8 %), είχε μία διάγνωση του άξονα III (γενική ιατρική κατάσταση) , η πιο συνηθισμένη ήταν η χρόνια φοβία για τις αερομεταφορές (12,8 %). Εκτός απο έναν συμμετέχοντα (2,6 %), το δείγμα ανέφερε προβληματική χρήση ουσιών (όπως ορίστηκε παραπάνω) με τις κυριότερες χρησιμοποιούμενες ουσίες, να είναι βασικά το αλκοόλ (43,6 %) , η κάνναβη (28,2 %) και χρήση πολλών ουσιών (25,6 %). Σε σχέση με τη σοβαρότητα της χρήσης ουσιών σε βασικές γραμμές (βασική προτεραιότητα των μετρήσεων του CMRS) , το 10,3 ήταν "ήπιες" , το 53,8 ήταν "μέτριες" (το αντίστοιχο "της χρήσης ουσιών" του DSM IV), το 28,2% ήταν "σοβαρές" και το 7,7% ήταν "πολύ σοβαρές" (με τις δύο τελευταίες κατηγορίες που αντιστοιχούν στο DSM IV "εξάρτηση απο ουσίες") .

Οι αριστερές στήλες της αναφοράς του Πίνακα 1 σημαίνουν χρήση ουσιών, συμπτωματολογία και βασική χρήση υπηρεσιών για την ομάδα. Μεταφράζοντας τις τιμές αυτές με όρους αρχικής βαθμολογικής κλίμακας , το δείγμα έδειξε : προβλήματα που έχουν σχέση με χρήση ουσιών σ'ένα επίπεδο μέτριας σοβαρότητας (π.χ στοιχεία μόνιμων προβλημάτων ή επικίνδυνης χρήσης σε μία μέγιστη κλίμακα 3,21 του CMRS με τιμή απο 1 – 5) , τρέχουσα χρήση ουσιών για παραπάνω απο μία φορά την εβδομάδα (μικρή ποσότητα , που σημαίνει στην κλίμακα χρήσης ουσιών του CMRF 6,16 με τιμή 3 -7) , θετικά ή αρνητικά ψυχιατρικά συμπτώματα τα οποία ήταν σημαντικά αλλά διακοπτόμενα

(ή ήπια αλλά μόνιμα που σημαίνει 5,44 στην κλίμακα CMRF με τιμή απο 2,7) , μέτρια συμμόρφωση στη θεραπεία με το ν'ακολουθούνται γύρω στο 60-70 % των συστάσεων της θεραπείας (4,18 της κλίμακας CMRF με τιμή 1-7) και μέτρια ψυχοκοινωνική λειτουργία (δηλαδή 83,68 συνολική τιμή του LSP με τιμές να κυμαίνονται απο 58,33 – 137). Επίσης πέρασαν ένα σύνολο 5,48 ημερών ανά τρίμηνο σε μια ψυχιατρική μονάδα εσωτερικών ασθενών (με τιμή απο 0 - 55,75) και έκαναν ένα σύνολο 4,12 απρογραμματίστων επαφών (με τιμή 0 – 17,50).

Διεξήχθη επίσης μία προκαταρτική σειρά αναλύσεων με τη χρησιμοποίηση τιμών και στοιχείων χρήσης υπηρεσιών και απο τα τέσσερα τέταρτα του βασικού έτους. Χρησιμοποιήθηκαν κατ'επανάληψη μέτρα ANOVA (ανάλυση μεταβλητών) για την εξέταση των διαφορών μεταξύ των τεταρτημορίων για κάθε ένα απο τα επτά μέτρα, στα οποία κατέληξαν και για τους δύο ομαδικούς παράγοντες (π.χ συνολική σοβαρότητα και έντονη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας). Δεν υπήρχαν σημαντικές στατιστικές διαφοροποιήσεις σε καμία απο αυτές τις αναλύσεις , που να προωθούν την απόφαση να βρεθεί ο μέσος όρος των τεσσάρων τετάρτων για τη λήψη πληροφοριών απο τις μετρήσεις του βασικού έτους , αλλά επίσης προτάθηκε οτι, κατά μέσο όρο, οι πελάτες που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη βρίσκονταν σε σταθερή τροχιά ασθενειών (π.χ ούτε βελτιώθηκαν, ούτε χειροτέρεψαν).

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο μέσος όρος του αριθμού των ομαδικών θεραπειών που παρακολούθηθηκαν ήταν 28,51 (SD = 24,61 με τιμή 1 – 116). Παίρνοντας ως βάση μια μέση διασπορά παρακολούθησης ομαδικής θεραπείας χωρίστηκαν σε δύο υποομάδες: σ'αυτούς που παρακολούθησαν λιγότερες συνεδρίες (n = 19) , οι οποίοι συμμετείχαν σε ένα 10,63 κατά μέσο όρο συνεδριών (SD = 7,26 με τιμή 1 – 21)

και σ'αυτούς που παρακολούθησαν περισσότερες συνεδρίες ($n = 20$), οι οποίοι συμμετείχαν σε 45,50 κατά μέσο όρο συνεδρίες ($SD = 23,18$ με τιμή 23 – 116). Επιπροσθέτως, για την παρακολούθηση λιγότερων συνεδριών η πρώτη υποομάδα διεξήγαγε λιγότερη κανονική παρακολούθηση με μία κατά μέσο όρο τιμή παρακολούθησης κατά τη διάρκεια των τριμήνων σε 30,5 % θεραπείας , συγκρινόμενη με το 57,6 % της άλλης ομάδας. Δεν υπήρξαν διαφορές μεταξύ της παρακολούθησης θεραπείας των υποομάδων στη ηλικία , το γένος , τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά ή στη συνολική σοβαρότητα των βασικών τους συμπτωμάτων ή της χρήσης ουσιών (Παράγοντας 1).

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ, ΣΤΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Οι δεξιές στήλες του Πίνακα 1 παρουσιάζουν τις μέσες τιμές για την επιλεγμένη χρήση ουσιών, τη συμπτωματολογία και τα μέτρα για τη χρήση υπηρεσιών για τα έτη 1, 2 και 3. Μια σειρά από ομάδες (λιγότερες εναντίον περισσότερων συνεδριών) επί τον χρόνο (βασικός χρόνος και τα έτη 1-3) της Ανάλυσης των Μεταβλητών διεξήχθησαν για την εξέταση των αλλαγών στη χρήση ουσιών, της συμπτωματολογίας και της χρήσης υπηρεσιών. Μέσα στις αναλύσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν αντιθέσεις στους τρόπους εξέτασης των διαφορών μεταξύ των φάσεων, οι οποίες θεωρήθηκαν ότι είναι μια κατάλληλη στρατηγική για τη φύση της παρεμβατικής θεραπείας. Δεν υπήρξαν σημαντικές επιδράσεις για τις ομάδες σε καμία από αυτές τις αναλύσεις και η μόνη σημαντική αντίθεση της αλληλεπίδρασης της ομάδας επί τον χρόνο αναφέρεται στα μοντέλα της χρήσης των υπηρεσιών. Όπως όμως, φαίνεται στον Πίνακα 1 υπήρξαν σημαντικές επιδράσεις στο χρόνο (βελτιώσεις) για όλες τις μεταβλητές εκτός από τις ημέρες, για τους εσωτερικούς ασθενείς. Ειδικότερα, υπήρξαν σημαντικές γραμμικές μειώσεις για τα δύο μέτρα της χρήσης ουσιών, για την

απρογραμματίστη χρήση υπηρεσιών και για τη συνολική έντονη χρήση υπηρεσιών ΜΗ (ψυχικής υγείας) (Παράγοντας 2). Για δύο από τα μέτρα που παραμένουν υπήρξαν επιδράσεις ($p=0,02$) που πλησίασαν το κατώφλι για τη στατιστική σπουδαιότητα. Για την επίλυση των επιδράσεων αυτών και τις παραμένουσες σημαντικές επιδράσεις που αναφέρονται στον Πίνακα 1 ως ένα μεγάλο κομμάτι, υπήρξαν σημαντικοί περιορισμοί στην καμπύλη (π.χ. γραμμικές και τετραγωνισμένες επιδράσεις) στην ψυχιατρική συμπτωματολογία, στην θεραπεία μη συμμόρφωσης, στην ψυχοκοινωνική λειτουργία και στη συνολική σοβαρότητα (Παράγοντας 1) με τις μεγαλύτερες βελτιώσεις στα μέτρα αυτά που ελήφθησαν μεταξύ του βασικού έτους και του έτους 1.

Υπήρξε μια σημαντική αντίθεση στην αλληλεπίδραση της ομάδας επί της κυβικής τάσης για τη συνολική εύστοχη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Παράγοντας 2, $F(1,37)=8,55$, $p<0,01$) και μια συγκριτική επίδραση για μία από τις συντακτικές μεταβλητές, την απρογραμματίστη χρήση των υπηρεσιών ($F(1,37)=6,56$, $p=0,02$). Οι διαφορές αυτές φαίνονται στον Πίνακα 1, η οποία παρουσιάζει τις αλλαγές στη συνολική βαρύτητα (Παράγοντας 1) και τη συγκεκριμένη χρήση των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας (Παράγοντας 2) για τα δύο υποσύνολα που ορίζει η συνολική παρακολούθηση των θεραπευτικών συνεδριών. Αυτοί οι οποίοι παρακολούθησαν περισσότερες συνεδρίες είχαν ως αποτέλεσμα μια αρχική ελάτωση στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (από το αρχικό έτος ως τον 1^ο χρόνο), το οποίο αντικατοπίστηκε και στο χρονικό διάστημα από τον χρόνο 1 στον χρόνο 2 και στη συνέχεια εξισορροπίστηκε. Από την άλλη, το αντίθετο μοντέλο παρατηρήθηκε μεταξύ αυτών που παρακολούθησαν λιγότερες συνεδρίες με μικρή διαφοροποίηση μεταξύ του βασικού χρόνου και του χρόνου 1, όπως επίσης μεταξύ των ετών 2 και 3 επιφέροντας όμως μία σταδιακή μείωση μεταξύ των ετών 1 και 2.

Αγνοώντας τις διαφορές μεταξύ των υποσυνόλων, και 'όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1 και στο Σχήμα 1 υπήρχε μια πιο αξιοσημείωτη μείωση κατά μήκος της θεραπείας στη συνολική σοβαρότητα (Παράγοντας 1:0,48 - -0,24), που είχε να κάνει με την εύστοχη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Παράγοντας 2: 0,27 - -0,17) που αντικατοπτρίζεται στις δικτυακές ελαττώσεις της τάξεως του 0,72 και του 0,44 όπως ορίζονται οι μονάδες (ή το μέγεθος του αποτελέσματος). Επιπρόσθετα, τα τρία τέταρτα της παρατηρημένης ελάττωσης στη συνολική σοβαρότητα συνέβη τον 1^ο χρόνο (0,55/0,72), συγκρινόμενη με το μισό της ελάττωσης στη χρήση των υπηρεσιών (0,22/0,44). Η αντιστοιχία μεταξύ της συνολικής σοβαρότητας και της ευστοχίας της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας (π.χ. τα αποτελέσματα στους δύο παράγοντες) ήταν σχετικά αδιάφορη για τον βασικό χρόνο και τον χρόνο 1 ($r=0,18$ και $0,10$) αλλά σχετικά υψηλότερη στους χρόνους 2 και 3 ($r=0,25$ και $0,47$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΟΥΣΙΩΝ, ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΦΑΣΗ (ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΤΙΜΩΝ ΑΝΑ ΤΕΤ/ΙΟ)		ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΑΠΤ/ΤΑ ΤΩΝ ΑΝΑΛ/ΩΝ			
	ΒΑΣΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ	ΧΡΟΝΟΣ 1	ΧΡΟΝΟΣ 2	ΧΡΟΝΟΣ 3	ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΤΑΣΗ	ΤΑΣΗ ΕΞΙΣΩΣΗΣ 2 ^{ου} ΒΑΘΜΟΥ
Σοβαρότητα των προβλημάτων με τη χρήση ουσιών	3.21+-0.82	2.78+- 0.66	2.72+- 0.77	2.61+-0.8	F=13.82	
	6.16+-1.10					

Κλίμακες CMRF:		5.72+-	5.54+-	5.31+-	F=14.54	
Χρήση Ουσιών	5.44+-1.12	1.16	1.28	1.50		
Ψυχιατρικά Συμπτώματα	4.18+-1.46	4.72+- 1.27	4.50+- 1.29	4.49+- 1.22	F=16.75	F=7.88
Μη συμμετοχή στη θεραπεία	83.68+- 17.31	3.33+- 1.40	3.38+- 1.55	3.40+- 1.59	(F=6.55, p=0.02)	F=7.58
Ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα	0.48+-0.68	71.78+- 9.96	69.99+- 13.56	69.77+- 14.79	F=18.34	F=14.17
Παράγοντας 1: Συνολική Σοβαρότητα	5.48+- 10.90	-0.07+- 0.57	-0.17+- 0.73	-0.24+- 0.79	F=21.70	(F=6.40, p=0.02)
Ημέρες Περίθαλψης		4.97+- 14.95	2.05+- 3.49	2.34+- 4.00		
Μη προγραμματισμένη χρήση υπηρεσιών	0.27+-0.94	2.74+- 2.66	2.33+- 3.53	2.15+- 3.50	F=12.34	
Παράγοντας 2: Εύστοχη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας		0.05+- 0.89	-0.16+- 0.57	-0.17+- 0.59	F=14.09	

(Australian and New Zealand Journal of Psychiatry- Publication details,
including instructions for authors and subscription information)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα πρόσφατα αποτελέσματα προάγουν την άποψη ότι οι εκτεταμένες ομαδικές συνεδρίες είναι κατορθωτές για ένα μέρος του δείγματος με ψυχωτικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της ασθένειας και χρήσης ουσιών αναφερόμενες σε τέτοια προγράμματα. Επειδή ο μέσος όρος του αριθμού των ομαδικών συνεδριών που παρακολούθηθηκαν ήταν 28,51, φαίνεται ότι οι άνθρωποι με ψυχωτικές διαταραχές, οι οποίοι αξιολογήθηκαν από τους κλινικούς σαν να έχουν (κατα μέσο όρο) μέτρια επίπεδα χρήσης ουσιών και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, έχουν την πρόθεση να παρακολουθήσουν για πολλούς μήνες ομαδικές συνεδρίες για εξωτερικούς ασθενείς. Περαιτέρω, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επίσης προάγουν την άποψη ότι οι ομαδικές συνεδρίες για εξωτερικούς ασθενείς, μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της χρήσης ουσιών μεταξύ των ατόμων με ψυχωτικές διαταραχές, όταν διεξάγονται μέσα στο πλαίσιο εντός των ορίων της παρεχόμενης υποστήριξης, των ολοκληρωμένων θεραπειών, ΜΙ για χρήση ουσιών και με δυνατή τη παρακολούθηση για πάνω από ένα έτος. Συγκρινόμενη, με μια περίοδο ενός έτους ως βάση, η παρούσα ομαδική συνεδρία είναι σχετική με σημαντική πρόοδο των μέτρων για τη χρήση ουσιών, της συμπτωματολογίας, της θεραπείας για την άρνηση της θεραπείας και τη συνολική ψυχοκοινωνική λειτουργία (συμπεριλαμβανομένου του Συντελεστή 1), καθώς επίσης και στους περιορισμούς της χρήσης των εύστοχων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Συντελεστής 2) και συγκεκριμένα στην απρογραμμάτιστη χρήση υπηρεσιών.

Σε σχέση με άλλες πρόσφατες έρευνες, φαίνεται ότι η ελαττωμένη χρήση ουσιών μεταξύ των ανθρώπων με ψυχωτικές διαταραχές είναι συσχετισμένη με σημαντικά οφέλη σε άλλα συμπεριφοριστικά πεδία και ότι οι προσεγγίσεις της ελάττωσης είναι εφικτές. Άλλοι ερευνητές έχουν διαφωνήσει για την

δυνατότητα των ανθρώπων με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές στη χρήση ουσιών, να διαλέγουν τους στόχους ελάττωσης όπως και για το ότι με τη πραγματοποίηση αυτού, περισσότεροι συμμετέχοντες ειδικά νέοι θα μπορούσαν να συμμετέχουν σε θεραπεία. Στην παρούσα έρευνα σημαντικές γραμμικές ελαττώσεις στα ποσοστά της χρήσης ουσιών συνοδεύτηκαν από σημαντικές αλλαγές σε μορφή καμπύλης στην συμπτωματολογία, την άρνηση της θεραπείας και την συνολική λειτουργικότητα με την τελευταία να είναι αξιοσημείωτη κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου. Αυτές οι διαφοροποιήσιμες τιμές της αλλαγής μεταξύ των μεταβλητών δείχνουν ότι κάποια συμπεριφοριστικά πεδία ίσως ανταποκρίνονται πιο ραγδαία από άλλα, στη συνεδρία. Κατά την διάρκεια των ετών στα οποία τα υψηλότερα επίπεδα - χρήσης ουσιών, παρακολούθησης της θεραπείας, αξιολογήσεις στη συνολική σοβαρότητα και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας - ήταν σχετικά ανεξάρτητα αλλά ήταν σε μέτριο επίπεδο συσχετισμένα μεταξύ πιο σταθερών περιόδων. Αυτό το σχέδιο παρουσιάζει ότι η παρακολούθηση της θεραπείας θα μπορούσε να έχει συνεισφέρει σε μία πιο σταθερή ή πιο προβλεπόμενη χρήση των υπηρεσιών ή απλά θα μπορούσε να αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας αυτού του συγκεκριμένου δείγματος. Μια πρόσφατη έρευνα με τις δεκαετίες αξιολογήσεις ασθενών με συνυπάρχουσα σχιζοφρένεια και διαταραχή στη χρήση ουσιών φανερώνει επίσης ότι η ανάρρωση είναι μια πολυδιάστατη ιδέα, με σταθερή συνολική βελτίωση αλλά και με σχετική ανεξαρτησία μεταξύ των διάφορων πεδίων των αποτελεσμάτων.

Επιπροσθέτως, φαίνεται ότι σημαντική αλλαγή στη λειτουργία (συμπεριλαμβανομένων της χρήσης ουσιών και της συμπτωματολογίας) μπορεί να συμβεί μέσα στο πλαίσιο μιας κανονικής αλλά σχετικά σύντομης συνεδρίας σε ομάδα εξωτερικών ασθενών. Αυτοί οι συμμετέχοντες που παρακολούθησαν ένα μέσο όρο 10,63 συνεδριών (το υποσύνολο με τις λιγότερες συνεδρίες) βίωσαν συγκρίσιμες βελτιώσεις στη χρήση των ουσιών, τη συμπτωματολογία και τη λειτουργικότητα αναφορικά με αυτούς που παρακολούθησαν ένα μέσο

όρο 45,50 συνεδριών (στο υποσύνολο με τις περισσότερες συνεδρίες). Πάντως, τα αποτελέσματα της κυβικής τάσης της ανάδρασης στην ομάδα ήταν συσχετισμένα με μια ελαττωμένη πιθανότητα υποτροπής. Στη βάση αυτών των αποτελεσμάτων οι κλινικές προτάσεις θα ήταν ότι η παρακολούθηση τουλάχιστον 10 συνεδριών θα συσχετιζόταν με σημαντικές ελαττώσεις στη χρήση των ουσιών και στη συμπτωματολογία και ότι η παρακολούθηση για μια χρονική περίοδο ενός έτους ίσως να ήταν πλήρως συσχετισμένη με την πρόληψη της υποτροπής και συγκριτικά ελαττωμένη χρήση των υπηρεσιών εκτός του προγράμματος.

Όσο γνωρίζουμε, η παρούσα είναι η πρώτη αναφορά στην αποτελεσματικότητα μιας ομαδικής παρέμβασης για αυτό τον πληθυσμό, που έλαβε χώρα σε αστικό περιβάλλον και με τις ομάδες να καθοδηγούνται απο τοπικούς κλινικούς υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπως επίσης και από τις υπηρεσίες ελέγχου ναρκωτικών και αλκοόλ, συμπεριλαμβάνοντας τους επιμέρους επικεφαλείς, οι οποίοι δεν ήταν φορείς της αρχικής ιδέας αυτού του μοντέλου παρέμβασης. Οι συνεδρίες που πραγματοποιήθηκαν εδώ θα έπρεπε να γίνουν γενικού χαρακτήρα και σε άλλες κλινικές συνθήκες, όσον αφορά το προσωπικό και τους ασθενείς, ειδικά αν σκεφτούμε την ελεύθερη φύση της ομάδας, η οποία επέτρεπε την είσοδο σε οποιοδήποτε σημείο και την ελαστική απόδοση των παρεμβάσεων MI και RP, χρησιμοποιώντας δημοσιευμένες στρατηγικές θεραπείας.

Οι περιορισμοί της αξιολόγησης της υπηρεσίας συμπεριλαμβάνουν μικρό αριθμό ομάδων, την έλλειψη των συνθηκών ελέγχου της παρέμβασης, τη βάση σε κλινικές αξιολογήσεις της συμπτωματολογίας και της χρήσης ουσιών και την απουσία της ατομικής αξιολόγησης και των μετέπειτα διαδικασιών, που τείνουν να χαρακτηρίσουν τις επίσημες έρευνες. Όπως και να έχει αυτοί οι περιορισμοί γενικότερα αντικατοπτρίζουν την κλινική και αστική φύση του δείγματος. Η απουσία των αλλαγών εντός του βασικού χρόνου της θεραπείας φανερώνει

επίσης το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς είχαν σταθερή πορεία στην ασθένεια, που διαφορετικά θα μπορούσε να επωφεληθεί από μια στοχοποιημένη παρέμβαση, παρόλο που οι συσχετισμοί μεταξύ των κλινικών μετρήσεων σε κλινικά επίπεδα, χαρίζει ευελιξία και επιπρόσθετα μέτρα αυτοαξιολόγησης στα ευρήματα, έχουν επιτρέψει την εκτίμηση αλλαγών μεταξύ των τάξεων της χρήσης ουσιών, επιτρέποντας έτσι την ανάλυση της πιθανώς διαφοροποιημένης αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, μεταξύ των ουσιών.

Ολοφάνερα η αξιολόγηση της ομαδικής παρέμβασης, η οποία καθοδηγείται από κλινικούς ψυχικής υγείας και ειδικούς σε θέματα ναρκωτικών και αλκοόλ μεταξύ των ορίων της συνήθους κλινικής φροντίδας απαιτεί αναδιαμόρφωση για να εφαρμοστεί σε μεγαλύτερα δείγματα χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο RCT, σε ποικίλες συνθήκες με τυφλό σύστημα αξιολόγησης και επίβλεψη κλινικού καθώς επίσης και όργανα αυτοαξιολόγησης. Όμως, θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο να υποστηριχθεί μια μακροπρόθεσμη παρακολούθηση εντός των ορίων ενός RCT και για παράδειγμα να αποκλεισθούν άνθρωποι από τη θεραπεία για μια εκτεταμένη περίοδο. Έτσι, σε ένα ιδεατό περιβάλλον οι υπηρεσίες που βασίζονται σε προγράμματα αξιολόγησης, καθώς επίσης και οι πιο επίσημες έρευνες χρειάζεται να πραγματοποιούνται παράλληλα κατά προτίμηση, χρησιμοποιώντας συγκριτική αναζήτηση ασθενών και διαδικασίες αξιολόγησης παρέμβασης και ανάλυσης.

6.3 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΜΑΔΙΚΗΣ – ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη αυτή, συνέκρινε την αποτελεσματικότητα της ομαδικής σε σχέση με την ατομική ψυχοθεραπεία σε εξωτερικούς ασθενείς με χρόνια και σταθερή συμπτωματολογία.

Οι ασθενείς προέρχονταν από μέσα και κατώτερα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα, ήταν μεσήλικες και είχαν μέσο και κατώτερο μορφωτικό επίπεδο. Οι κλίμακες περιλάμβαναν μια ανεξαρτητοποιημένη κλίμακα (target complaint scale), μια επιμέρους μέτρηση της αυτοεκτίμησης και της ετοιμότητας για ενεργή συμμετοχή (Shanan sentence completion test) καθώς και δύο δομημένα αντικείμενα τύπου κλίμακας Likert για να εκτιμηθεί η ψυχική υγεία και στις δύο εκδηλώσεις της: την παθολογική (Brief Symptom Inventory and Mental Health Inventory [MHI]) και την θετική ευεξία (MHI).

Τα κέρδη που επιτεύχθηκαν στην ατομική θεραπεία ήταν σημαντικά μεν, ελαφρώς δε καλύτερα από εκείνα που επιτεύχθηκαν στην ομαδική θεραπεία. Παρατηρώντας καλύτερα βλέπουμε ότι η συμμετοχή στην ομαδική θεραπεία μπορεί και να είναι ένα μέσο για την ενδυνάμωση των διαπροσωπικών σχέσεων τονίζοντας ταυτόχρονα και την διαφορά σε σχέση με την ατομική, σε οικονομική βάση.

Η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία στην αντιμετώπιση ασθενών με σταθερή συμπτωματολογία είναι η υποστηρικτική –εκφραστική (SE). Είναι δε τόσο ευρέως γνωστή που ο Herz την όρισε ως ‘συνήθη θεραπεία’. Η τεχνική αυτή επικεντρώνεται στο ‘εδώ και τώρα’ με ελάχιστη αναφορά στο παρελθόν και καμία στην μετάβαση. Παρ’ ότι είναι τόσο δημοφιλής, ελάχιστες εμπειρικές έρευνες έχουν μελετήσει την αποτελεσματικότητά της στα όρια της ομαδικής έναντι της ατομικής θεραπείας που είναι και ο σκοπός αυτής της έρευνας.

Οι Mohr, Baudewyn, Goodkin, Bostrom, and Epstein (2001) ανακάλυψαν ότι η ομαδική υποστηρικτική – εκφραστική θεραπεία ήταν λιγότερο αποτελεσματική στην ανακούφιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με βαριάς μορφής κατάθλιψη απ’ ότι η ατομική γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία.

Και οι δύο μορφές θεραπείας ήταν υπό εποπτεία για 16 εβδομάδες αλλά κάποιος μπορεί εύκολα να κρίνει το αποτέλεσμα αυτής της έρευνας καθώς η

τεχνική που χρησιμοποιήθηκε στην ατομική θεραπεία ήταν διαφορετική από αυτήν που εφαρμόστηκε στην ομαδική.

Ο Herz σύγκρινε την ατομική υποστηρικτική θεραπεία με ένα πρόγραμμα πρόληψης της υποτροπής σε σχιζοφρενείς και σε ασθενείς με σχιζοειδή διαταραχή.

Αν και τα ευρήματα είναι κρίσιμα για τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην πρόληψη της υποτροπής, η μορφή τους δεν δίνει απαντήσεις στο θέμα της έρευνάς μας καθώς και πάλι δύο διαφορετικές τεχνικές χρησιμοποιήθηκαν στους δύο τομείς.

Το πρόγραμμα που εφάρμοσε ο Herz στην ομάδα ήταν η ψυχοεκπαίδευση, η παρακολούθηση των συμπτωμάτων και η εβδομαδιαία θεραπεία στους ασθενείς και στις οικογενειές τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη υποτροπή και επανεισαγωγή στο νοσοκομείο στην ατομική υποστηρικτική τεχνική σε σχέση με το ομαδικό πρόγραμμα πρόληψης.

Συγκρίθηκε η ατομική με την ομαδική θεραπεία σε χρόνιους μη συμπτωματικούς ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε η υποστηρικτική αντιμετώπιση, η οποία ήταν υπό επίβλεψη από κλινικούς της ίδιας κλινικής ομάδας, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν της ίδιες τεχνικές επίβλεψης.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Εικοσιτρείς ασθενείς συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα, δώδεκα στην ομαδική και έντεκα στην ατομική θεραπεία. Και στα δύο προγράμματα οι συνεδρίες γίνονταν μία ώρα την εβδομάδα για ένα χρόνο. Οι ασθενείς τοποθετούνταν στην ατομική ή στην ομαδική θεραπεία τυχαία. Οι ασθενείς ήταν μεσήλικες και

χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με μέσο ως χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Δεν υπήρχαν δημογραφικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ(v=12)	ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ(v=11)
ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)		
Μ	53.42	49.82
Σ	10.22	13.06
ΦΥΛΟ		
ΑΝΔΡΕΣ	4	6
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	8	5
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΕΤΗ)		
Μ	11.25	11.64
Σ	3.82	4.59
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
ΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΤΟΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	11	7
ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	1	4
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
ΕΓΓΑΜΟΙ	9	9
ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΙ	1	1

ΣΕ ΧΗΡΕΙΑ	2	0
ΑΓΑΜΟΙ	0	1
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ		
ΝΑΙ	9	5
ΟΧΙ	3	6
ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΕΤΗ)		
Μ	34.2	39.33
Σ	14.82	11.73

(Psychotherapy Research- Publication details, including instructions for authors and subscription information)

Σημείωση:

Μ: Μέσες τιμές

Σ: Σταθερές τιμές

Τους έντεκα ασθενείς που παρακολούθησαν την τεχνική της ατομικής θεραπείας τους χειρίστηκαν τρεις θεραπευτές. Οι δύο παρακολουθούσαν από τέσσερεις ασθενείς ο καθένας και ο τρίτος παρακολουθούσε τρεις ασθενείς . Όλοι οι θεραπευτές ήταν κλινικοί ψυχολόγοι, οι οποίοι όμως δεν είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς. Την ομάδα επιμελούνταν δύο άλλοι θεραπευτές. Ένας κλινικός ψυχολόγος και ένας κλινικός κοινωνικός λειτουργός.

Όλοι οι ασθενείς είχαν την πρώτη τους επαφή με την ψυχιατρική επιστήμη μετά την ηλικία των 35. Η μέση διάρκεια της επαφής με ψυχιατρικές εγκαταστάσεις ήταν 7,5+-2,9 χρόνια και όλοι λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή γι' αυτό το μέσο χρόνο. Δεκαεφτά από τους εικοσιτρείς είχαν προηγούμενες ατομικές ή ομαδικές θεραπείες . Έντεκα από τους εικοσιτρείς ασθενείς είχαν νοσηλευτεί κατά μέσο όρο για 5,5 +- 1,8 μήνες. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων χάρη σ' αυτές τις μεταβλητές. Με βάση τα κριτήρια του "Διαγνωστικού και στατιστικού οδηγού ψυχικών ασθενειών DSM IV της Αμερικανικής ψυχιατρικής ένωσης 1994" η διάγνωση των ασθενών ήταν σχιζοφρένεια (n=7), σχιζοειδείς διαταραχές (n=3), διπολικές διαταραχές(n=4), μετατραυματικές αγχώδεις διαταραχές(n=6) και χρόνια παθολογική κατάθλιψη(n=3).

Δεν υπήρχε διαφορά στις ομάδες όσον αφορά την κατανομή αυτών των διαταραχών. Παρ' όλο που οι ασθενείς είχαν ταξινομηθεί σε πέντε διαγνωστικές κατηγορίες, ήταν σχεδόν πανομοιότυποι στα πλαίσια της καθημερινής λειτουργικότητάς τους, όπως αυτό μπορεί να διαπιστωθεί από τα αποτελέσματα που είχαν στον άξονα V του DSM IV. Όλοι οι ασθενείς είχαν αποτελέσματα που εκτίνονταν από 41 ως 45 στην παγκόσμια κλίμακα λειτουργικότητας (GAF).

Κανένας από τους ασθενείς δεν εργαζόταν στην αρχή της θεραπείας. Επειδή η εύρεση εργασίας ήταν ένας από τους σκοπούς των δύο θεραπειών, ασθενείς

και από τις δύο ομάδες (τρεις από την ατομική και τέσσερεις από την ομαδική θεραπεία) ξεκίνησαν έστω ημιαπασχόληση προς το τέλος της θεραπείας .

ΟΡΓΑΝΑ

Τέσσερεις κλίμακες εκτίμησης χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή την έρευνα. Η ανεξαρτητοποιημένη κλίμακα παραπόνων (TCS) ζητούσε από τον ασθενή να συγκεκριμενοποιήσει τα παράπονά του. Οι ασθενείς συμπλήρωναν επίσης τη δοκιμασία ολοκλήρωσης προτάσεων(SCT), μία σεμνή μέτρηση στην οποία ο ασθενής δεν γνωρίζει πως εκτιμώνται οι απαντήσεις του. Δύο δομημένα αντικείμενα της κλίμακας LIKERT εκτιμούν την ψυχική υγεία και στις δύο εκδηλώσεις της. Την παθολογική (BSI)και (MHI) και την φυσιολογική (MHI).

TCS(Battle,Imber&Hoehn-Saric,1966). Σε αυτή την κλίμακα ζητείται απο τον ασθενή να ορίσει τρία κεντρικά παράπονα και να αξιολογήσει την βαρύτητα του καθενός. Οι Mintz και Kiesler (1981) ανέφεραν μια βάση εξέτασης –επανεξέτασης της τάξεως του .68 για αυτή την κλίμακα. Ένα χαμηλότερο αποτέλεσμα δείχνει επαρκή λειτουργικότητα σε αυτή την κλίμακα.

SCT(Shanan,1967). Αυτή η κλίμακα είναι μια δοκιμασία ημιπροβολής που αξιολογεί την ποιότητα της ενεργής συνεργασίας του ασθενούς. Το όργανο αποτελείται από σαράντα ατελείς προτάσεις που ο ασθενής καλείται να συμπληρώσει. Η βάση της διαρίθμησής είναι .88 ($p<.01$)και η βάση της εξέτασης-επανεξέτασης είναι .60 ($p<.05$ Shanan 1967-1973). Ένα υψηλότερο αποτέλεσμα δείχνει καλύτερη λειτουργικότητα. Η δοκιμασία αξιολογήθηκε από έναν ανεξάρτητο κριτή ειδικά εκπαιδευμένο στην αξιολόγησή του. Επιπρόσθετα στο αποτέλεσμα της πλήρους κλίμακας παρουσιάζονται επίσης, δύο κατηγορίες του SCT :την κατηγορία 3 που εξετάζει απευθείας την ετοιμότητα για ενεργή συμμετοχή και την κατηγορία 4 που έχει να κάνει με την αυτοεκτίμηση. Αυτές

οι δύο κατηγορίες συμπεριλήφθηκαν επειδή η έμφαση στην αυτοεκτίμηση και η ενθάρρυνση για τη "μάχη" στις προκλήσεις της ζωής (π.χ δουλειά) ήταν μεταξύ των σκοπών των θεραπειών.

Αυτή η δοκιμασία, έχει εγκριθεί για έναν ισραηλινό πληθυσμό. Η αξιοπιστία της στους τομείς της πρόβλεψης, της αντοχής σε πολύ δύσκολες συνθήκες (Bachar & Shanan,1995,Shanan 1973) και η επίτευξη υψηλότερων αποτελεσμάτων μετά απο πετυχημένη ψυχοθεραπεία (Shefler,Dasberg & Ben-Shakhar,1995) παρουσιάστηκαν στο κοινό.

BSI(Derogatis & Melisaratos ,1983). Αυτή η λίστα ελέγχου συμπτωμάτων είναι μια σύντομη επανέκδοση της λίστας ελέγχου συμπτωμάτων -90 του Derogatis,Li rman,Covis ,1973.Αυτή η κλίμακα μετράει τα ψυχιατρικά συμπτώματα σε πέντε επίπεδα και δέκα κατηγορίες . Παρουσιάζεται το γενικό ευρετήριο συμπτωμάτων (GSI) ,το οποίο θεωρείται σταθερά για ολόκληρη τη δοκιμασία. Το GSI αντικατοπτρίζει την αυστηρότητα στο γενικό επίπεδο συμπτωμάτων του ασθενή. Ο Derogatis και ο Spencer(1982) αναφέρουν την βάση εξέτασης –επανεξέτασης στο .90 . Χαμηλότερη βαθμολογία δείχνει καλύτερη λειτουργικότητα σε αυτή την κλίμακα.

MHI(Veit & Ware,1983). Αυτή είναι μια μέτρηση που αποτελείται από 88 αντικείμενα και ασχολείται με την κατάθλιψη και την ευεξία. Ο Veit και ο Ware ανέφεραν μια καλή βάση εξέτασης –επανεξέτασης. Υψηλότερα αποτελέσματα σ' αυτή την κλίμακα δείχνουν καλύτερη λειτουργικότητα.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Όλοι οι ασθενείς οι οποίοι παραπέμφθηκαν στην ψυχιατρική κλινική ενός γενικού νοσοκομείου και των οποίων το δημογραφικό προφίλ περιγράφηκε προηγουμένως πέρασαν από αρχικές ψυχιατρικές συνεντεύξεις για να

αποφασιστεί η καταλληλότητά τους γι' αυτή την έρευνα. Όλοι οι ασθενείς υπέγραψαν για να συμμετάσχουν.

Οι ψυχίατροι παρακολούθησαν το συμπτωματικό τους επίπεδο και οι ασθενείς που δεν ήταν σταθεροί συμπτωματικά παραπέμπονταν για μια περίοδο τριών με πέντε εβδομάδων σε σταθεροποίηση αποκλειστικά με φαρμακοθεραπεία.

Οκτώ από τους εικοσιτρείς ασθενείς χρειάστηκαν αυτή την σταθεροποίηση πριν συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι υπόλοιποι ήρθαν στην κλινική με ψυχοκοινωνικά παράπονα χωρίς καμία ανάγκη για αλλαγή στην φαρμακευτική τους αγωγή. Η διαδικασία τυχαίας τοποθέτησης που πραγματοποιήθηκε μετά την ψυχιατρική αξιολόγηση έστειλε πέντε από αυτούς τους ασθενείς σε ατομική θεραπεία και τρεις σε ομαδική. Κατά την διάρκεια του ενός χρόνου της έρευνας κανένας από τους εικοσιτρείς ασθενείς δεν χρειάστηκε αλλαγές στην φαρμακευτική αγωγή ή κάποια μεγάλη αλλαγή στην δοσολογία. Η φαρμακευτική αγωγή συνεχίστηκε κατά την διάρκεια της έρευνας και μετά.

Τις κλίμακες της έρευνας των συμμετεχόντων παρακολουθούσε ένας αξιολογητής ο οποίος δεν ήταν θεραπευτής σε καμία ομάδα. Αξιολογήθηκαν δύο φορές από τον ίδιο αξιολογητή . Αυτό ίσχυσε και για τις δύο μέρες και πριν την εκκίνηση της ψυχοθεραπείας και κοντά στην ολοκλήρωσή της.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για να εξασφαλιστεί η ισότητα των ασθενών στις δύο ομάδες εξετάστηκαν οι διαφορές τους σε όλα τα προθεραπευτικά κριτήρια εκτίμησης πριν την έναρξη της θεραπείας . Γι' αυτή τη σύγκριση χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικά και μη παραμετρικά τεστ όπως έχουν γίνει για όλες τις αναλύσεις σε αυτή την έρευνα αφού δεν ήταν σίγουρο ότι όλες οι υποθέσεις που χρειάστηκαν για τα

παραμετρικά τεστ θα εκπληρώνονταν. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των τεστ εξετάσεων και των μη παραμετρικών wilcoxon ή του μη παραμετρικού mann-whitny. Για την διαύγεια της παρουσίασης παρουσιάζονται στον πίνακα 2 οι μέσες και οι σταθερές παρεκκλίσεις και οι σταθερές και τα επίπεδα p των μη παραμετρικών τεστ. Ο πίνακας 2 αποκαλύπτει ότι και στις δυο μορφές θεραπείας, οι διαφορές πριν και μετά την θεραπεία ήταν στην κατεύθυνση της βελτίωσης.

Στην ατομική θεραπεία και στις τέσσερις μετρήσεις βρέθηκαν σημαντικά αποτελέσματα στα πρώτα δυο TCS, στο σύνολο του MHI (και στις 4 από τις 5 υποκλίμακες) στο GCI και στις κατηγορίες 3 και 4 του SCT. Στην ομαδική θεραπεία σημαντικά αποτελέσματα βρέθηκαν μόνο στις 3 από τις 4 μετρήσεις: στο πρώτο TCS, στο GSI και των τεσσάρων μετρήσεων εξετάστηκαν.

Έγινε σύγκριση για τις διαφορές αυτές χρησιμοποιώντας δοκιμασία mann-whitny τα οποία πραγματοποιήθηκαν στα αποτελέσματα που υπολογίστηκαν για τις μετρήσεις. Η ανάλυση αποκάλυψε ότι σε δύο από τις μετρήσεις MHI (συνολικά και στις 3 από τις 5 υποκλίμακες) και στην κατηγορία 3 του SCT τα αποτελέσματα που κερδίθηκαν από την ατομική θεραπεία ήταν σημαντικά μεγαλύτερα από αυτά στην ομαδική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.ΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΤΕΛΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ: ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

	ΟΜΑΔΙΚΗ				ΑΤΟΜΙΚΗ				
	ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ				ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ				
	ΠΡΙΝ	ΜΕΤΑ	Z	p	ΠΡΙΝ	ΜΕΤΑ	Z	p	
TCS1				-	.04			-	.02
M	11.09	8.73		2.02	12.00	8.91		2.37	
Σ	2.78	4.32			1.73	3.62			
TCS2									.01
M	9.78	8.00		-	11.09	6.73		-	
Σ	3.63	4.82		1.35	2.47	3.44		2.49	
TCS3									
M	8.13	7.00			8.25	7.25			
Σ	4.02	5.35		-	3.73	5.15		-	
				0.81				1.05	
MHI									.03
M	118.1	128.3			107.1	140.6			
Σ	29.6	53.0			28.0	44.5			
				-				-	
BSI				0.27	.02			2.22	.04
M	2.14	1.53			1.77	1.38			
Σ	0.62	1.06			0.73	0.87			
SCT				-	.03			-	

1		2.10	3.50	2.35		2.63	4.25	1.78	.03
	M	1.79	2.17			1.92	2.49		
	Σ								
	SCT	2.70	2.80	-		1.88	3.88	-	
2		2.06	2.49	1.95		0.99	2.23	1.82	.03
	M								
	Σ								
	SCT	13.50	14.50	-		12.38	14.88	-	
3		5.30	5.13	0.13			5.49	1.82	
	M					2.45			
	Σ								
				-				1.27	
				0.89					

(Psychotherapy Research- Publication details, including instructions for authors and subscription information)

Σημείωση:

M : Μέσες παρεκκλίσεις, μη παραμετρικών τεστ

Σ : Σταθερές παρεκκλίσεις, μη παραμετρικών τεστ

Z : Σταθερές, μη παραμετρικών τεστ

p : επίπεδα, μη παραμετρικών τεστ

SCT 1: Self-Esteem

SCT 2: Active Coping

SCT 3: total

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ένας χρόνος ατομικής θεραπείας για χρόνιους, συμπτωματικούς ασθενείς βρέθηκε να έχει ελαφρώς καλύτερα αποτελέσματα εντός των ορίων που συγκρίθηκαν αναλυτικά με την ομαδική ψυχοθεραπεία. Επειδή οι εγκαταστάσεις της δημόσιας υγείας είναι περιορισμένες σε όλες τις Δυτικές χώρες η ερώτηση που μπορεί να υπάρξει είναι αν αυτά τα μικρά πλεονεκτήματα της ατομικής θεραπείας δικαιολογούν την πολύ μεγαλύτερη επένδυση στην ατομική από την ομαδική θεραπεία.

Σε αυτήν την πρωτοποριακή εργασία της σύγκρισης της ίδιας θεραπευτικής τεχνικής (SE) στην ατομική έναντι της ομαδικής θεραπείας εξετάστηκαν οι κύριες μεταβλητές της ψυχικής υγείας (τα παράπονα των ασθενών, τα ψυχιατρικά συμπτώματα και η ψυχική υγεία) , καθώς και σεμνά και εφαρμόσιμα μέτρα αυτοεκτίμησης και ετοιμότητας για ενεργή συνεργασία.

Αφού η έρευνα έδειξε ότι η ομαδική θεραπεία δεν υπολείπεται της ατομικής σε μεγάλο βαθμό, σ' αυτές τις κύριες μεταβλητές, μια εκτεταμένη μελλοντική έρευνα ίσως να έχει να αναφέρει αποτελέσματα σε ειδικούς τομείς (διαπροσωπική ικανότητα και επικοινωνία), στις οποίες η ομαδική θεραπεία μπορεί να παρέχει εξαιρετική συνεισφορά.

Στους ασθενείς και των δύο ομάδων παρέχόταν φαρμακευτική αγωγή για ένα μέσο όρο 7,3 ετών. Είναι απίθανο ότι ειδικά στη διάρκεια αυτού του ενός χρόνου της θεραπείας η βελτίωση να οφειλόταν στην φαρμακευτική αγωγή και όχι στην ψυχοθεραπεία. Επιπρόσθετα το γεγονός ότι υπήρχε διαφορετική δράση της ατομικής έναντι της ομαδικής θεραπείας υποστηρίζει το συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία ήταν αποτελεσματική. Μια πιο πειστική απάντηση στο θέμα θα έδινε η μελέτη μιας ελεγχόμενης ομάδας που δεν θα δεχόταν κανενός είδους ψυχοθεραπεία.

Ένα άλλο προτεινόμενο θέμα μελλοντικής έρευνας θα μπορούσε να είναι η φαρμακευτική θεραπεία έναντι πολλών ομάδων ψυχοθεραπείας.

Η ένταξη πολλών ομάδων θα έκανε δυνατή την έρευνα των διαδικασιών μέσα σε αυτές οι οποίες μπορούν να διερευνηθούν συγκρίνοντας έναν αριθμό ομάδων που εφαρμόζεται η ίδια θεραπευτική τεχνική.

Δεν υιοθετήσαμε τεχνικές που έχουν προηγουμένως διερευνηθεί επειδή η υποστηρικτική θεραπεία δεν έχει υπάρξει αρκετά ελκυστική για τους ερευνητές και τους θεωρητικούς ώστε να αναπτυχθούν τέτοιες τεχνικές. Κανένας ασθενής δεν παραιτήθηκε της θεραπείας μετά την τέταρτη αρχική συνεδρία και έτσι δεν χρειάστηκε να γίνει περαιτέρω ανάλυση στον συγκεκριμένο τομέα.

6.4 Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Πραγματοποιήθηκε μια εκ των υστέρων ανάλυση σαρανταοκτώ αναφορών για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη. Σε δεκαπέντε μελέτες, στις οποίες οι συμμετέχοντες που θεραπεύονταν συγκρίθηκαν με μη θεραπευόμενους ασθενείς, το μέγεθος της επιτυχίας ανήλθε σε 1,03 κατά μέσο όρο, έτσι ώστε ο μέσος όρος των θεραπευμένων συμμετεχόντων ήταν καλύτερος από το 85% περίπου των μη θεραπευόμενων. Οι αναλύσεις έδειξαν σημαντική αλλαγή, με σημαντική βελτίωση των θεραπευμένων συμμετεχόντων. Οόμως ακόμα και μετά τη θεραπεία οι συμμετέχοντες είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τα κανονικά επίπεδα των συμπτωμάτων κατάθλιψης, που είχαν άνθρωποι χωρίς κατάθλιψη. Το συμπέρασμα είναι ότι η ομαδική θεραπεία είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για καταθλιπτικούς ασθενείς. Παρόλα αυτά πάρα πολλά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα. Για παράδειγμα λίγη εμπειρική εργασία ερευνήθηκε για το ποια πλεονεκτήματα θα μπορούσε να έχει η ομαδική θεραπεία επιπλέον της ατομικής θεραπείας.

Υπάρχουν και επιστημονικοί και οικονομικοί παράγοντες που ερευνούν τη ψυχική υγεία και το κατά πόσο η ομαδική θεραπεία είναι αποτελεσματική για την κατάθλιψη. Πολλές επιστημονικές έρευνες έχουν γραφτεί τις τελευταίες δυο δεκαετίες για τη περαιτέρω κατανόηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας για την κατάθλιψη. Πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν πως ένας ικανός αριθμός ασθενών δεν ανταποκρίνεται ή ανταποκρίνεται ατελώς στη θεραπεία, είτε αυτή είναι φαρμακοθεραπεία είτε ψυχοθεραπεία.

Πρέπει να διευρυνθεί η αποτελεσματικότητα εναλλακτικών λύσεων και στην ιατρική και στην ατομική ψυχοθεραπεία. Η ομαδική θεραπεία είναι μια επιλογή για περαιτέρω μελέτη δεδομένου ότι υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι μπορεί

να είναι αποτελεσματική για ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και έχει φανεί ότι είναι τόσο αποτελεσματική όσο η ατομική ψυχοθεραπεία.

Έχουν πραγματοποιηθεί πολύ περισσότερες μελέτες για την ατομική ψυχοθεραπεία και έχουν γραφτεί για αυτή πολλά άρθρα και αναλύσεις σε αντίθεση με την ομαδική ψυχοθεραπεία, λόγω αυτού είναι δύσκολο να συγκριθούν οι δυο αυτές θεραπείες.

Ένα επιστημονικό συμπέρασμα, σύμφωνα με άρθρα και μελέτες, δείχνει ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη έχει το πλεονέκτημα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και της διαπροσωπικής σχέσης, έτσι ώστε μπορεί να επιφέρει μακροχρόνια αποτελέσματα για την κατάθλιψη σε περιπτώσεις που οι ατομικές θεραπείες αποτυγχάνουν. Από οικονομική άποψη η κατάθλιψη είναι ένα πολύ μεγάλο βάρος για το σύστημα υγείας και την οικονομία. Το ετήσιο κόστος της κατάθλιψης για την οικονομία ως σύνολο υπολογίστηκε σε δισεκατομμύρια δολάρια. Σύμφωνα με κάποιες αναλύσεις η ομαδική θεραπεία είναι λιγότερο δαπανηρή από την ατομική. Ο κεντρικός στόχος της έρευνας ήταν να φανεί η αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε σχέση με τις αλλαγές στα καταθλιπτικά συμπτώματα αυτών, που δεν είχαν θεραπευτεί. Συγκρίθηκαν επίσης η συμπεριφορική και η ψυχοδυναμική θεραπεία.

Συνεχίζοντας, γίνεται μια αναλυτικότερη αναφορά στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Είδη ομαδικής ψυχοθεραπείας: Από τις σαρανταοκτώ μελέτες που εξετάστηκαν μόνο μια δεν περιλαμβάνει συμπεριφορική – γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Από τις σαρανταεφτά μελέτες που διεξήχθησαν οχτώ μελέτες περιλαμβάνουν ψυχοδυναμική ή διαπροσωπική ομαδική θεραπεία.

Ποιοτική περίληψη αποτελεσμάτων: Σαρανταπέντε από τις σαρανταοκτώ αναφορές συμπεραίνουν ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία ήταν αποτελεσματική στη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Εκτός από δυο μελέτες που δεν είχαν στατιστικές αναλύσεις, οι σαραντατρεις από τις σαρανταέξι αναλύσεις

έδειξαν ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μετά τη θεραπεία. Τρεις από τις σαρανταέξι μελέτες έδειξαν ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία δεν είχε σημαντικό αποτέλεσμα.

Μέγεθος αποτελεσμάτων, ομαδική θεραπεία αντί για μη θεραπεία:

Δεκαπέντε από τις σαρανταοκτώ μελέτες ανέφερε αποτελέσματα των συμμετεχόντων στην ομαδική θεραπεία για τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία και για μια ομάδα μη θεραπευόμενων ασθενών. Συγκρίθηκε η βελτίωση των αποτελεσμάτων για τις ομάδες που μπήκαν σε θεραπεία σε σύγκριση με τις ομάδες που δεν μπήκαν σε θεραπεία.

Κλινικά σημαντική αλλαγή: Γνωρίζοντας το μέγεθος της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας δεν εξασφαλίζεται και η κατανόηση της κλινικής σπουδαιότητάς της. Κάποιοι επιστήμονες κατέληξαν ότι η κλινική σπουδαιότητα των μελετών που έχουν να κάνουν με τα συμπεράσματα της θεραπείας μπορεί να καθοριστεί με τη σύγκριση της ικανότητας των συμμετεχόντων στη θεραπεία σε σχέση με τις νόρμες που ισχύουν για το γενικό πληθυσμό. Αυτή η μορφή ανάλυσης απαιτεί τη χρήση ενός μέτρου το οποίο να χρησιμοποιείται σε ευρεία κλίμακα στις μελέτες θεραπείας και για το οποίο να υπάρχουν διαθέσιμα πάρα πολλά στοιχεία της νόρμας. Έτσι, χρησιμοποιώντας τις νόρμες ως μέτρο για τη σπουδαιότητα της κλινικής βελτίωσης ακόμα και μετά την ομαδική ψυχοθεραπεία, οι συμμετέχοντες διαχωρίζονται από τα άτομα που δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Μια ακόμα μέθοδος για τη πρόσβαση στις κλινικές αλλαγές περιλαμβάνει τον καθορισμό του πόσο κοντά είναι οι θεραπευμένες ομάδες με αυτούς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Ένας ακόμα τρόπος καθορισμού της κλινικής σπουδαιότητας είναι απλά ο καθορισμός του ποσοστού επί τις εκατό της κλινικά σημαντικής βελτίωσης μετά τη θεραπεία. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ομαδική θεραπεία ήταν 2,6 φορές πιο πιθανό να δείξουν σημαντική βελτίωση από ομάδες που δεν είχαν θεραπευτεί.

Ατομική θεραπεία κατά ομαδικής: Η διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων της ομαδικής έναντι της ατομικής θεραπείας προήλθε από εννέα μελέτες που χρησιμοποίησαν και τα δυο είδη θεραπείας. Ένας ικανός αριθμός έδειξε την υπεροχή της ομαδικής θεραπείας. Κάποιες άλλες μελέτες έδειξαν ως πιο αποτελεσματική την ατομική θεραπεία. Τελικά, δεν είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά μεταξύ ατομικής και ομαδικής θεραπείας.

Γνωσιακή και συμπεριφορική κατά ψυχοδυναμικής θεραπείας: Ένας ικανός αριθμός μελετών έδειξε υπεροχή της ΓΣΘ.

Μεθοδολογική ποιότητα: Μεταξύ των σαρανταοκτώ μελετών υπάρχει ένα ευρύ φάσμα μεθοδολογικής ποιότητας. Αν εξαιρεθούν οι μελέτες που δεν περιλαμβάνουν στοιχεία από ομάδα ελέγχου, που είναι σε λίστα αναμονής ο αριθμός των μελετών, πέφτει στα δυο τρίτα. Αν εξαιρεθούν οι μελέτες που δεν περιλαμβάνουν διάγνωση των συμμετεχόντων σύμφωνα με τις γενικά αποδεκτές διαγνωστικές οδηγίες φτάνει στις οχτώ μελέτες. Ακόμα και όταν περιορίζεται η ανάλυσή στις πιο μεθοδολογικές μελέτες μόνο τα αποτελέσματα είναι στην ουσία τα ίδια και υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτή η εκ των υστέρων ανάλυση έδειξε πως η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι μια επιτυχής μορφή θεραπείας για την μονοπολική μη ψυχωτική κατάθλιψη. Παρά το γεγονός ότι η ανάλυση αυτή βασίστηκε σε εννέα μόνο μελέτες και κάθε συμπέρασμα θα πρέπει να είναι πολύ προσεχτικό, το γεγονός ότι η ομαδική θεραπεία είναι λιγότερο δαπανηρή και πιο αποτελεσματική από πλευράς χρόνου οδήγησε κάποιους συγγραφείς να συμπεράνουν ότι η ομαδική θεραπεία για τη κατάθλιψη θα πρέπει να βρίσκεται στην πρώτη γραμμή

θεραπείας για τους εξωτερικούς ασθενείς. Η ομαδική θεραπεία δεν θα πρέπει να αναμένεται ότι θα μειώσει την ανάγκη για ατομική θεραπεία ή για ιατρική αλλά θα χρησιμεύσει σαν αρχική πρόταση σε ένα σύστημα που κινείται προσεχτικά.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, αλλά και σε παραδείγματα ομαδικής ψυχοθεραπείας σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Καθόλη τη διάρκεια των ερευνών που παρουσιάζουμε αλλά και των απόψεων που καταγράφουμε ειδικών επιστημών στο χώρο, κατανοούμε την σημαντική προσφορά της ομαδικής θεραπείας σε εξωτερικούς ή μη ασθενείς. Στη σύγκριση με την ατομική ίσως σε κάποιους τομείς μπορεί να υστερεί αλλά και σίγουρα σε κάποιους άλλους υπερτερεί. Δεν είναι αντικειμενικά απόλυτα παραδεκτό όμως ότι έχουν παρόμοια αποτελέσματα, διότι η ατομική έχει μελετηθεί πολύ περισσότερο σε αντίθεση με την ομαδική ψυχοθεραπεία. Τέλος, είναι φανερό πως υπάρχει ανάγκη για εναλλακτικές θεραπείες για τους ψυχικά ασθενείς, διότι η ατομική ψυχοθεραπεία και η φαρμακοθεραπεία δεν είναι αρκετές για όλες τις περιπτώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Θεραπεία μέσω τέχνης : «Είναι μια επιθυμία που αγνοήθηκε, ένα ποίημα που δεν έχουμε γράψει, μια μουσική που απαρνηθήκαμε, μία νερομπογιά που δεν ζωγραφίσαμε, ένας χορός που δεν χορέψαμε. Είναι μια κραυγή από το ανθρώπινο "είναι" για μια πηγή χαράς που δεν ανέβλυσε».(John Ciard)

Η τέχνη με τους συμβολισμούς της συμβάλλει στην ανακάλυψη, την ανάπτυξη και την έκφραση πτυχών που περιέχουν δημιουργική δύναμη. Στην έκφραση αυτή σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η φαντασία, αυτό το ανθρώπινο δημιουργικό στοιχείο που οφείλουμε να αναπτύξουμε με την κατάλληλη εκπαίδευση από την παιδική ηλικία και να ενισχύσουμε στην συνέχεια ως ενήλικοι μέσα από τη θεραπεία. Η φαντασία είναι αυτή που αρχικά συλλαμβάνει μια ιδέα, που η λογική αναλαμβάνει να κάνει πράξη: ο άνθρωπος πρώτα οραματίζεται το πέταγμα και έπειτα το πραγματοποιεί. Η φαντασία είναι αυτή που θα βοηθήσει να βρεθούν εναλλακτικές λύσεις σε προβλήματα και αδιέξοδα. Η τέχνη έχει εξασφαλίσει την αθανασία της επειδή διασώζει τον άνθρωπο, συνδέει το παρελθόν με το παρόν και γίνεται γέφυρα επικοινωνίας του ατόμου με τους συνανθρώπους του. Εκφράζει την ελπίδα, τα όνειρα, το φόβο, τη δημιουργικότητα και άλλα χαρακτηριστικά απόλυτα ανθρώπινα. Γι' αυτό είναι πιο εύκολο να την εμπιστευτούμε και να κατανοήσουμε τις θεραπευτικές της ιδιότητες.(Ράνια Ευδοκιμου- Παπαγεωργίου, 1999)

Τέχνη και Ψυχιατρική

(Το παρακάτω κείμενο αποτελεί μαρτυρία ερευνητή από σχετικό αφιέρωμα της Ελευθεροτυπίας)

«Ήταν ένα φθινοπωρινό πρωινό, όταν για πρώτη φορά επισκέφθηκα το Δρομοκαίτειο, όπου θα έβλεπα από κοντά το Εργαστήριο ζωγραφικής που έχει δημιουργηθεί εκεί για τροφίμους του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. Ουσιαστικά, η πρώτη επαφή μου με έργα ψυχικά ασθενών ήταν στην έκθεση «Τέχνη στην Ψυχιατρική» που είχε παρουσιαστεί την προηγούμενη άνοιξη στο Ίδρυμα Γουλανδρή-Χορν στην Πλάκα, όπως και κάποια θεωρητικά βιβλία που είχαν πέσει κατά καιρούς στα χέρια μου. Το επόμενο βήμα ήταν να συζητήσω με τον επιμελητή της έκθεσης, κριτικό τέχνης Χάρη Καμπουρίδη, που είχε ήδη πάει σχεδόν σε όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και είχε ερευνήσει πολλές περιπτώσεις ψυχικά ασθενών που εκφράζονται με τη ζωγραφική. Το υλικό ήταν τεράστιο και ήδη πολλοί ψυχίατροι, ψυχοθεραπευτές, ειδικό προσωπικό εργαζόταν προς αυτή την κατεύθυνση. Σιγά-σιγά αποκαλύφθηκε ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν είχαν μόνο σχέση με τη ζωγραφική, αλλά με το θέατρο, τη λογοτεχνία, τον χορό, τη μουσική. Μερικά πολυσυζητημένα ονόματα της τέχνης, είχαν ζήσει και δημιουργήσει μέσα σε ψυχιατρικά καταστήματα. Έτσι, γεννήθηκε η ιδέα αυτού του ένθετου των «Επτά Ημερών».

Αν τα τελευταία χρόνια ανακαλύπτουμε αυτού του είδους την τέχνη στην Ελλάδα, στην Ευρώπη έχει προϊστορία σχεδόν ενός αιώνα. Οι πρώτες έρευνες άρχισαν στο Πανεπιστήμιο της Χαϊλδεβέργης στις αρχές της δεκαετίας του '20, από τον ψυχίατρο Hans Prinzhorn που έγραψε και το πρώτο βιβλίο «Η τέχνη των ψυχικά ασθενών». Αναφερόταν σε ένα μεγάλο αριθμό καλλιτεχνών που ζούσαν εκείνη την εποχή σε ψυχιατρεία των γερμανόφωνων χωρών. Δημιούργησε, ταυτόχρονα, την πρώτη συλλογή έργων τέχνης ψυχικά ασθενών. Δεν δίσταζε, μάλιστα, να κάνει αναφορές για τη σχέση που υπήρχε ανάμεσα στα

έργα των Μαξ Ερνστ, Πολ Κλέε και Ζαν Ντιμπιφέ με τη συγκεκριμένη τέχνη. Εδώ, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο Hans Prinzhorn λίγο αργότερα εντάχθηκε στο Ναζισμό και η συλλογή του χρησιμοποιήθηκε ως μέτρο σύγκρισης με τη Σύγχρονη Τέχνη, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ο πολυσυζητημένος όρος «Εκφυλισμένη Τέχνη», που έριξε στον Καιάδα πολλούς σύγχρονους καλλιτέχνες. Πολλά σπουδαία έργα εκείνης της εποχής καταστράφηκαν, αφού «εντάχθηκαν» από τον Χίτλερ και τους ομοϊδεάτες του στη λεγόμενη «Εκφυλισμένη τέχνη».

Αν η συλλογή του Hans Prinzhorn χρησιμοποιήθηκε ιδεολογικά από τους Ναζί, το βιβλίο του, όμως, παραμένει ακόμη και σήμερα σημαντικό. Λειτουργήσε, μάλιστα, ως ερέθισμα σε μετέπειτα ψυχιάτρους να ερευνήσουν τη συγκεκριμένη γκρίζα περιοχή της τέχνης, ιδιαίτερα μετά τον πόλεμο. Αποκαλύφθηκε ότι υπήρχαν προγενέστερες συλλογές, στην Ιταλία, τη Γαλλία και την Αγγλία. Η μελέτη τους από τους επιστήμονες άλλαξε τα δεδομένα για τους ψυχικά ασθενείς και τις αισθητικές παραμέτρους που χαρακτήριζαν τα έργα τους. Καθώς τα χρόνια περνούσαν και οι ειδήμονες όλο και συγκέντρωναν περισσότερο εικαστικό υλικό, άρχισαν να δημιουργούνται μουσεία σε όλο τον κόσμο. Ας μην ξεχνάμε ότι η ιδέα ενός μουσείου με έργα ψυχικά ασθενών γεννήθηκε για πρώτη φορά σε άσυλο της Βρέμης το 1909.

Αν επιμένουμε περισσότερο στην εικαστική δημιουργία των ψυχικά ασθενών, είναι γιατί οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι ένας μεγάλος αριθμός αυτών των ανθρώπων εκφράζεται μέσω αυτής. Κι ακόμη, είναι πια φανερό, ότι οι εικαστικές τέχνες όπως και τα όνειρα απεικονίζουν σε μεγάλο βαθμό τον ψυχικό κόσμο των ανθρώπων, μορφοποιούν τους φόβους, τις ελπίδες και τις προσδοκίες τους. Πολλές φορές οι εικόνες που παράγονται ξεπερνούν τα στενά ατομικά πλαίσια των δημιουργών τους και επεκτείνονται στο συλλογικό υποσυνείδητο, γεγονός που διαπιστώνεται, αν παρατηρήσουμε με προσοχή έργα καλλιτεχνών που έζησαν στις παρυφές της «κανονικής ζωής».

Τα τελευταία χρόνια άρχισε και στην Ελλάδα η μελέτη αλλά και η συλλογή της τέχνης των ψυχιατρείων, γεγονός που επικυρώθηκε από την πρωτοβουλία της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, η οποία έθεσε υπό την αιγίδα της την περσινή έκθεση «Τέχνη στην Ψυχιατρική», συμμετέχοντας μ' αυτήν στον εορτασμό της Παγκόσμιας Ημέρας της Υγείας. Ήταν μια πρωτοβουλία που έφερε στο φως μια ενδιαφέρουσα εικαστική πραγματικότητα και έδωσε τη δυνατότητα σε πολλούς ψυχικά ασθενείς, ανθρώπους ξεχασμένους τόσο από τους συνανθρώπους τους όσο και από την ίδια την κοινωνία, να δείξουν τις δημιουργικές τους ικανότητες. Οι εκθέσεις που μέχρι σήμερα έχουν διοργανωθεί, περιόδευσαν σε περισσότερες από είκοσι ελληνικές επαρχιακές πόλεις και βοήθησαν σε μεγάλο βαθμό στο να εξοικειωθεί το κοινό με τους ψυχικά ασθενείς. Συνέβαλαν, επίσης, στο να σπάσει η προκατάληψη, να ιδωθούν με διαφορετικό μάτι οι ευαίσθητα διατυπωμένες ανησυχίες ανθρώπων που χωρίς να είναι εντελώς εγκαταλελειμμένοι στη μοίρα τους, παραμένουν οι περισσότεροι κοινωνικά εξόριστοι, εγκλωβισμένοι στα στενά όρια ενός ασύλου.

Μέσα απ' αυτές τις εκθέσεις αποδείχτηκε η αναγκαιότητα της δημιουργίας ενός μουσείου έργων ψυχικά ασθενών και στην Ελλάδα. Ένα μουσείο που θα στεγάσει τα έργα άγνωστων καλλιτεχνών που στο πλαίσιο της εργασιοθεραπείας δημιουργούν καθημερινά, αλλά και κάποιων επωνύμων καλλιτεχνών, που για διαφορετικούς λόγους, αλλά πολύ ανθρώπινους, πέρασαν μέρος της ζωής τους σε δημόσια ψυχιατρικά καταστήματα σ' όλη την Ελλάδα.

Τέλος, μιας και μιλάμε για το μουσείο θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί το ήδη υπάρχον στο Δρομοκαίτειο. Μια συγκινητική προσπάθεια που στεγάζει ενθυμήματα ασθενών που τέλειωσαν τη ζωή τους εκεί, ενώ σε ένα μικρό παράρτημά του εκτίθενται πίνακες ασθενών που έζησαν για πολλά χρόνια στο Δρομοκαίτειο».

Μοντέλα εικαστικής θεραπείας

Τα μοντέλα (οι πρακτικές και μεθοδολογίες που ακολουθεί ο εκάστοτε εικαστικός θεραπευτής) ποικίλλουν, καθ' ότι, όπως και στην ψυχολογία, απαντώνται διάφορες τεχνικές, ανάλογα με το θεωρητικό υπόβαθρο του θεραπευτή και τις ανάγκες του ασθενούς. Τα πιο βασικά από αυτά τα μοντέλα είναι:

1. Η τέχνη ως θεραπευτική διαδικασία

Σε γενικές γραμμές, αν δεν αντιμετωπίζετε κάποια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή και ανήκετε σε εκείνη τη μερίδα των ανθρώπων που το στρες και οι πιέσεις της καθημερινότητας σας ώθησαν στην πόρτα του εικαστικού θεραπευτή, οι θεραπευτικές συνεδρίες θα επικεντρωθούν κυρίως στη δημιουργική διαδικασία και στις θεραπευτικές ιδιότητες που από μόνη της προσφέρει η καλλιτεχνική έκφραση. Σε αυτήν την περίπτωση, ο θεραπευτής δεν έχει ενεργό ρόλο παρά μόνο υποβοηθητικό (προκειμένου να σας δώσει κατευθύνσεις και ερεθίσματα) και οι συνεδρίες δεν επικεντρώνονται στην ανάλυση των έργων – προϊόντων της δημιουργίας σας.

2. Ψυχοαναλυτική εικαστική θεραπεία

Ένα μοντέλο που επικεντρώνεται εξίσου στη δημιουργική διαδικασία και στο τελικό προϊόν της διαδικασίας αυτής, με σκοπό την παρατήρηση και ανάλυση και των δύο. Εδώ ο θεραπευτής λαμβάνει υπόψη του και αναλύει τόσο τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής δημιουργεί (την προθυμία του, τη στάση του, τις κινήσεις του και τη συμπεριφορά του), όσο και το ίδιο το έργο (την επιλογή της θεματολογίας, των χρωμάτων, της τοποθέτησης του σχεδίου στο χαρτί κλπ).

3. Νευροθεραπεία μέσω της τέχνης (Neuroarththerapy)

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο επεμβατικής εικαστικής θεραπείας, ο θεραπευτής δίνει συγκεκριμένες κατευθύνσεις στον ασθενή όσον αφορά το θέμα που καλείται να δημιουργήσει, προκειμένου - μέσα από τη συστηματική επανάληψη της δημιουργίας εικόνων που παρουσιάζουν μια βελτιωμένη πραγματικότητα από αυτήν του ασθενούς- να μεταβληθεί η συναισθηματική του κατάσταση σε σχέση με τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος.

4. Εικαστική ψυχοθεραπεία

Ένας συνδυασμός όλων των παραπάνω, η εικαστική ψυχοθεραπεία θεωρείται το πιο ολοκληρωμένο μοντέλο εικαστικής θεραπείας, καθ' ότι επιτρέπει την ευελιξία στο θεραπευτή να προσαρμόσει τη συνεδρία και να μετατοπίσει το βάρος της ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Σε όλες τις εκφάνσεις της πάντως, η εικαστική θεραπεία βασίζεται στην από κοινού συνεργασία θεραπευτή και ασθενούς, προκειμένου να καλλιεργηθεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς προς το θεραπευτή, και να επιτευχθεί με αυτόν τον τρόπο η αυθόρμητη έκφραση πηγαίων συναισθημάτων και σκέψεων του ασθενούς, μέσω της καλλιτεχνικής δημιουργίας.

7.1. ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια μορφή τέχνης που άνθισε στην αρχαία Ελλάδα που έχει σχέση με την δραματοθεραπεία ήταν η αρχαία τραγωδία. Στα έργα των Ελλήνων τραγωδών όπως ο Αισχύλος, ο Σοφοκλής και ο Ευριπίδης διαφαίνεται όλο το ανθρώπινο

μεγαλείο. Σ' αυτές τις τραγωδίες αναλύονται οι εσωτερικές συγκρούσεις, τα κάθε λογής συναισθήματα και οι αδυναμίες που ενισχύονται από την μουσική η οποία συνόδευε τα δραματικά κείμενα.

Πριν την εξέλιξη του αρχαίου δράματος σε θεατρική μορφή, οι αρχαίοι Έλληνες είχαν αναπτύξει δραματοποιημένες σκηνές, μικρά ή μεγάλα δρώμενα, που συνοδεύονταν και ενισχύονταν από τη μουσική ως μέσο θεραπείας. Σχεδόν 3.000 χρόνια πριν, στο ελληνικό αρχαίο θέατρο η λατρεία του Διονύσου είχε τελετουργική μορφή. Το δράμα και το θέατρο δεν ήταν τρόποι καθαρής διασκέδασης αλλά μορφές έκφρασης οι οποίες είχαν σκοπό

- ▼ να διδάξουν το θεατή
- ▼ να προκαλέσουν αλλαγές
- ▼ να επηρεάσουν τα γεγονότα.

Η δραματική έκφραση αποτελούσε αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής τους. Πχ είχαν τελετές για τη αλλαγή των εποχών, για τη συγκομιδή, την αρρώστια, την λατρεία των θεών τελετουργίες δηλ που σηματοδοτούσαν όλο τον κύκλο της ζωής . Αυτές οι τελετουργίες συνοδεύονταν από χορό, μίμηση, μουσική και δράμα δίνοντας έτσι την ευκαιρία στους συμμετέχοντες και τους θεατές να βιώσουν τις αλλαγές της ζωής και να εκτονώσουν τη συναισθηματική τους φόρτιση.(Ράνια Ευδοκίμου- Παπαγεωργίου, 1999)

Η δραματοθεραπεία εμφανίστηκε το 1940-1950 ως αποτέλεσμα των ιδεών περί εξανθρωπισμού της ψυχικής θεραπείας και ύστερα υιοθετήθηκε από την ψυχιατρική και τα ειδικά σχολεία. Ανήκει στις ψυχοδυναμικές θεραπείες που χρησιμοποιεί μέσα από το χώρο της τέχνης. Χρησιμοποιεί τη δυναμική του δράματος για να θεραπεύσει το δράμα της ψυχής όπως χρησιμοποιεί και τη δυναμική της μουσικής και των εικαστικών τεχνών. Πολλά συναισθήματα που βρίσκονται μέσα μας και δεν μπορούν να εκφραστούν με λόγια παίρνουν μορφή με την βοήθεια της δραματοθεραπείας, η οποία σταδιακά μπορεί να μετατραπεί

σε λεκτικές εκφράσεις, σε λόγο. Η σχέση ανάμεσα στη δραματική έκφραση και στη θεραπευτική διαδικασία είναι η δραματοθεραπεία η οποία επικεντρώνεται στη δημιουργική έκφραση, σε συγκεκριμένο σκοπό και στην ψυχοθεραπεία.

Το δράμα προέρχεται από την ελληνική λέξη δράω-δρω. Ετυμολογικά υποδηλώνει την δράση ,την κίνηση, την πράξη. Με τον όρο αυτό λοιπόν εννοούμε την άσκηση με το σώμα ή τη φωνή ή τη θεατρική πράξη. Παίρνει μέρος όλη η ανθρώπινη ύπαρξη δίνοντας μεγάλη βάση στην φαντασία.

Από πού αντλεί τις γνώσεις της:

Η δραματοθεραπεία αντλεί τις γνώσεις της κυρίως από την Ψυχοθεραπεία την κοινωνική ανθρωπολογία και την εξελικτική ψυχολογία καθώς επίσης από το δράμα και το θέατρο. Ακόμα από τη φιλοσοφία, τη θεολογία, την ψυχολογία κλπ.

Η δραματοθεραπεία βοηθάει:

να ξεπεραστούν δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο στον συναισθηματικό, νοητικό και κοινωνικό τομέα.

να ενισχυθεί η ανάπτυξη του εσωτερικού δυναμικού του ανθρώπου μέσω της αναγνώρισης και της ανάπτυξης των δυνατοτήτων του ανθρώπου , μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων και της αντιμετώπισης των συγκρούσεων και μέσω της αναζήτησης της χαράς.

Η θεραπεία μέσω δράματος έρχεται αβίαστα γιατί δρώντας ξεχνιέται από πού συμβαίνει με αποτέλεσμα να εκφράζεται ελεύθερα. Η τέχνη χρησιμοποιείται σ όλες της τις μορφές - μουσική, χορός, ζωγραφιά, γλυπτική κατασκευές(μάσκας). Μέσα από την τέχνη το άτομο μπορεί να πειραματιστεί

και να εκφράσει ιδέες και συναισθήματα , να χρησιμοποιήσει άψυχα υλικά, τα οποία μπορεί να χειριστεί με τον τρόπο που θέλει και να αποκτήσει την αίσθηση και την εμπειρία της δύναμης και την υπεροχής , χωρίς να διακινδυνεύσει την απόρριψη.

Η δραματοθεραπεία αποτελεί μια ομαδική διεργασία που εξερευνά σε πολλά επίπεδα τη δραματική συναλλαγή των μελών. Μπορεί όμως να εφαρμοστεί και σε μεμονωμένα άτομα αφού τα απόντα μέλη γίνονται παρόντα με τη φαντασία.

Τα διάφορα μοντέλα δραματοθεραπείας που καθορίζουν και τη διαδικασία της θεραπείας είναι

Μοντέλο δημιουργίας ιστορίας, από το θεραπευόμενο ή την ομάδα

Μοντέλο χρήσης ρόλων για δραματοποίηση

Τελετουργικό μοντέλο για την διευκόλυνση της εκτόνωσης των συναισθημάτων

Αισθητικό μοντέλο που δίνει έμφαση στο καλλιτεχνικό μέρος

Συνειρμικό μοντέλο που γίνεται χρήση παραμυθιών και ιστοριών.

Σε ποιους απευθύνεται και πως μπορεί να βοηθήσει:

1. Σε ενήλικες κάθε ηλικίας που επιθυμούν να έρθουν σ' επαφή με την δημιουργικότητα τους, με τον εαυτό και τα συναισθήματα τους. Σ' αυτούς που θέλουν να μάθουν περισσότερα για τους διάφορους ρόλους που παίζουν στη καθημερινή ζωή κι ιδιαίτερα γι' αυτούς που τους έχουν καθηλώσει σε μη-βοηθητικά σχήματα συμπεριφοράς. Σε μια Δραματοθεραπευτική ομάδα θα βοηθηθούν να πειραματιστούν, μέσα στο ασφαλές πλαίσιο που η ομάδα κι ο Δραματοθεραπευτής παρέχουν, με εναλλακτικούς ρόλους βρίσκοντας έτσι λύσεις σε τυχόν προβλήματα τους, βελτιώνοντας την επικοινωνία τους με τον

εαυτό τους και με τους άλλους, κι ανακαλύπτοντας το λανθάνον δυναμικό μέσα τους ικανό να διευρύνει τους ορίζοντες και την οπτική γωνία που βλέπουν τα πράγματα.

2. Σε εφήβους και παιδιά, μέσα ή έξω από εκπαιδευτικό πλαίσιο, βοηθώντας τους για καλύτερες επιλογές ζωής, ωρίμανση της προσωπικότητας, ανάπτυξη της δημιουργικότητας τους κι αναγνώριση και αποδοχή της διαφορετικότητας από τους άλλους σαν κάτι το απόλυτα φυσιολογικό.

3. Σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά με διάφορα ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, φοβίες, δυσκολίες στην επικοινωνία κ.ά.), αλλά και με σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές (άτομα που βρίσκονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα, παιδιά με ειδικές ανάγκες κ.ά.).

4. Σε οικογένειες (μέσα ή έξω απ' το πλαίσιο μιας οικογενειακής ή συστημικής θεραπείας).

5. Σε ομάδες ανθρώπων με κάποιο κοινό πρόβλημα όπως για παράδειγμα άτομα σε διαδικασία απεξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, νεαρές μητέρες που αντιμετωπίζουν για πρώτη φορά μια εγκυμοσύνη, καρκινοπαθείς, φορείς ή πάσχοντες από AIDS, κ.ά.

6. Σε ομάδες ανθρώπων σε κοινό εργασιακό περιβάλλον, π.χ. στελέχη επιχειρήσεων, εργαζόμενους σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.ά. για βελτίωση των σχέσεων και επικοινωνίας τους. Όπως επίσης σε καλλιτέχνες κι ειδικότερα ηθοποιούς για αύξηση της αυτεπίγνωσης και δημιουργικότητας στον χώρο της δουλειάς τους.

Η δραματοθεραπεία έχει αυξημένη θεραπευτική δύναμη επειδή αντιμετωπίζει το πρόβλημα ολιστικά, λαμβάνοντας υπόψη και χρησιμοποιώντας ανάλογα την εμπειρία ζωής του θεραπευόμενου.

Δραματοθεραπεία και ψυχική Υγεία:

Τη δεκαετία 1960-1970 το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο χρησιμοποίησε την αρχαία τραγωδία για θεραπευτικούς λόγους. Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν θεατρικές ομάδες με κοινωνικοθεραπευτικό σκοπό σε διάφορες ψυχιατρικές δομές της χώρας και εστιάστηκαν στη συμμετοχή των ψυχικά ασθενών σε θεατρικές παραστάσεις όπως η θεατρική ομάδα Σχοινοβάτες του θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανιών(Λιοδάκης,2003). Στο ελληνικό δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας εφαρμόστηκε αρχικά η ψυχοθεραπεία μέσω τέχνης ή εικαστική ψυχοθεραπεία και η Δραματοθεραπεία σε ομάδες ασθενών με ψύχωση στο Νοσοκομείο Ημέρας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και στο χώρο της απεξάρτησης από τα ναρκωτικά η δραματοθεραπεία.(Λ. Γιώτης, 2004).

7.2. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

"Εκεί που τελειώνει η ισχύς των λέξεων αρχίζει αυτή της μουσικής"

P.Βαγκνερ

"Η μουσικοθεραπεία είναι επιστήμη, διαπροσωπική σχέση και τέχνη"

K.Bruscia

Η μουσική είναι ηθικός νόμος.

Δίνει ψυχή στο σύμπαν

Φτερά στο νου

Φυγή στην φαντασία

Σαγήνη στην λύπη

Ευθυμία και ζωή στα πάντα.

(Πλάτων)

Πριν ακόμη αρχίσει να μιλάει ο άνθρωπος ζωγράφισε. Χάραζε σύμβολα στα τοιχώματα των σπηλιών για να ξορκίσει τους φόβους του, να εκδηλώσει τη χαρά του, να πάρει δύναμη.

Η λέξη μουσικοθεραπεία είναι σύνθετη και αποτελείται από την λέξη μουσική, η οποία περιλαμβάνει όλα τα ηχητικά ερεθίσματα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν δημιουργικά και από την λέξη θεραπεία, η οποία έχει την έννοια, της επιστημονικά επιβεβαιωμένης ίασης μιας οποιασδήποτε πάθησης του ανθρώπινου οργανισμού. Κατά συνέπεια ο όρος μουσικοθεραπεία δηλώνει πως προσπαθούμε να επιτύχουμε την ίαση μιας ασθένειας – πάθησης – ή την βελτίωση ή την εξάλειψη μιας δυσλειτουργίας του οργανισμού με την χρήση της μουσικής.

Η χρήση της μουσικής σαν θεραπεία είναι πολύ παλαιά. Υπάρχουν μαρτυρίες για την θεραπευτική δύναμη της μουσικής σε κινέζικα, αραβικά, τουρκικά, ινδικά, ελληνικά κα συγγράμματα μερικά από τα οποία χρονολογούνται πολλές εκατοντάδες χρόνια πριν την γέννηση του Χριστού.

Στην αρχαία Ελλάδα η θεραπεία μέσω μουσικής, αναφέρεται από τον Όμηρο, τον Πυθαγόρα, τον Πλάτωνα, τον Αριστοτέλη, τον Αθήναιο όπως και από αρκετούς άλλους συγγραφείς, οι οποίοι είχαν κάνει αναφορές για την επίδραση που έχει η μουσική για την ίαση των ασθενών αλλά για την βελτίωση της συμπεριφοράς. Τον Μεσαίωνα η μουσική εκτός από την θεραπεία των σωματικών και των ψυχικών παθήσεων χρησιμοποιείται και σαν μέσο προφύλαξης και διατήρησης της καλής υγείας. Από τον 19ο αιώνα και μετά, που πραγματοποιείται και η ανάπτυξη της ανατομίας, διεξάγονται έρευνες σε σχέση με την επίδραση της μουσικής στην λειτουργία των διαφόρων συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού και αρχίζει να χρησιμοποιείται ως θεραπευτική μέθοδος σε διάφορες κλινικές.

Στην σύγχρονη ιστορία η μουσικοθεραπεία στην Ελλάδα εφαρμόζεται από την πρώτη δεκαετία του 20ου αιώνα από ιατρούς σε πλήθος παθήσεων,

συγκεκριμένα υπάρχουν αναφορές για τα « μουσικά συνταγολόγια » της εποχής. Σήμερα η μουσικοθεραπείας εφαρμόζεται σε κλινικό χώρο αλλά και στην εργαστηριακή έρευνα , όπου απαραίτητη είναι η συνεργασία ειδικών επιστημόνων από διάφορες επιστήμες όπως της Ιατρικής, της Μουσικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Ψυχοακουστικής, της Πληροφορικής, ενώ σε κάποιες έρευνες χρήσιμη είναι η επιστήμη της Βιοχημείας, της Φυσικής, της Τεχνολογίας Υλικών, της Περιβαλλοντολογίας κλπ.

Μουσικοθεραπεία είναι: μια μέθοδος ψυχοθεραπείας, στην οποία χρησιμοποιείται η μουσική ως μέσο για να επιτευχθούν ορισμένοι θεραπευτικοί σκοποί. Με τη χρήση της μουσικής ως μέσου επικοινωνίας, δημιουργείται μια σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου η οποία επιτρέπει κάποιες αλλαγές στη κατάσταση ή τη συμπεριφορά του θεραπευόμενου. Με τη βοήθεια αυτής της σχέσης, η μουσικοθεραπεία αποσκοπεί στην αύξηση της ικανότητας του θεραπευόμενου να συμμετέχει πιο ενεργά και δημιουργικά στη ζωή του, αξιοποιώντας τις δυνατότητες του και αναδεικνύοντας την προσωπικότητά του. Ένας άλλος ορισμός λέει: «Η Μουσικοθεραπεία, με επιστημονικές μεθόδους αξιοποιεί τις συναισθηματικές,

επικοινωνιακές και εκφραστικές ιδιότητες της μουσικής για θεραπευτικούς

σκοπούς. Αποβλέπει στην χρήση των ήχων και της μουσικής στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης και έτσι αποσκοπεί στην επαναφορά, στην διατήρηση και στην προαγωγή της ψυχικής, σωματικής και πνευματικής υγείας»

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να γίνει και ατομικά αλλά και ομαδικά. Επίσης ανάλογα με τη στάση του υποκειμένου υπάρχουν 3 κατηγορίες μουσικοθεραπείας:

Πρώτα η ενεργητική μουσικοθεραπεία στην οποία τα άτομα συμμετέχουν ενεργά παράγοντας μουσική με την φωνή τους, με το σώμα τους ή παίζουν μουσική με διάφορα μουσικά όργανα ή με διάφορα αντικείμενα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν μουσικά όργανα.

Επίσης υπάρχει η δεκτική ή παθητική μουσικοθεραπεία. Σε αυτή την μέθοδο τα υποκείμενα ακούν διάφορα ηχητικά ερεθίσματα και μπορούν να εκφράσουν σκέψεις, συναισθήματα και είναι ελεύθερα να συμπεριφερθούν με οποιοδήποτε τρόπο αισθανθούν εκείνη την στιγμή κλπ.

Και η βιωματική μουσικοθεραπεία ακριβώς επειδή έχει έναν πιο δυναμικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα. Σ αυτή τα υποκείμενα έχουν έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο ενεργητικό και παθητικό ρόλο συμμετέχοντας σε ένα δρώμενο όπου το μουσικό στοιχείο είναι δυνατόν να υπάρχει σε οποιαδήποτε μορφή και σε οποιαδήποτε αναλογία.

Η διαδικασία επιλογής του ηχητικού υλικού είναι εξαιρετικά δύσκολη και πρέπει να γίνεται μόνον από ειδικευμένο μουσικοθεραπευτή. Θα πρέπει να είναι καλός γνώστης της παγκόσμιας μουσικής και να είναι σε θέση να διαμορφώνει άμεσα κριτήρια επιλογής μεθόδου και κυρίως υλικού. Εάν δεν γίνει σωστή επιλογή και χρήση του μουσικού υλικού μπορεί να δημιουργηθούν σοβαρές επιπλοκές στην όλη διαδικασία οι οποίες μπορεί είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα να αποβούν επιζήμιες για το υποκείμενο. Στοιχεία τα οποία λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την διαδικασία επιλογής του μουσικού υλικού είναι το είδος της μουσικής, το είδος των μουσικών οργάνων, η ερμηνεία της συγκεκριμένης εκτέλεσης του έργου, το προσωπικό ύφος του δημιουργού, το μουσικό υλικό που χρησιμοποιείται στο έργο, διάφορα πολιτισμικά, κοινωνιολογικά και ανθρωπολογικά στοιχεία της ευρύτερης περιοχής επί της οποίας έδρασε ο δημιουργός και ο ερμηνευτής του έργου κλπ. Ένα χαρακτηριστικό αποτελεί το παρακάτω :τα τύμπανα της ορχήστρας αρμόζουν περισσότερο σε άτομα εξωστρεφή με μεγάλα ενεργειακά αποθέματα, η χρήση της φωνής ενισχύει την αυτοεκτίμηση του υποκειμένου κλπ. (αυτά τα παραδείγματα βασίζονται σε παρατηρήσεις που έχουν γίνει σε κλινικές παγκοσμίως και σίγουρα δεν αποτελούν κανόνα).

Για να επωφεληθεί ένας ασθενής από τη μουσικοθεραπεία δεν χρειάζεται να έχει ιδιαίτερες μουσικές ικανότητες. Στην μουσικοθεραπευτική διαδικασία, ο σκοπός είναι η ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων μέσω της μουσικής. Αυτό σημαίνει ότι εδώ δεν απαιτείται τεχνική γνώση ενός οργάνου αλλά η αυθόρμητη έκφραση μέσω της μουσικής. Η έμφαση λοιπόν είναι στις ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού και η μουσική είναι το μέσο προσέγγισης αυτών των αναγκών.

Σε ποιους απευθύνεται η Μουσικοθεραπεία:

- σε παιδιά, εφήβους, ενήλικες με προβλήματα ψυχικής υγείας
- σε παιδιά με χρόνια νοσήματα, με μαθησιακές δυσκολίες, αναπτυξιακά προβλήματα
- σε ασθενείς με νόσο του Alzheimer
- σε ηλικιωμένους με γεροντική άνοια ή με συναισθήματα μειονεξίας
- σε ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια ή τραυματισμούς του εγκεφάλου
- σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
- σε άτομα με προβλήματα εθισμού σε εξαρτησιογόνες ουσίες (αλκοολικοί, τοξικομανείς)
- σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ή οξύ πόνο
- σε γυναίκες κατά τη διάρκεια τοκετού.
- σε φυλακισμένους μέσω ειδικών προγραμμάτων
- ενώ βοηθάει στην διευκόλυνση της διαδικασίας μάθησης, προάγει την αυτογνωσία, διευκολύνει τον "χειρισμό" των ορίων από την μεριά του ιδίου του υποκειμένου κ.α.

Βρίσκει δλδ εφαρμογή σε διάφορες επιστήμες όπως : Στην ψυχιατρική, την χειρουργική, την νοσηλευτική, την οδοντιατρική, την γυναικολογία - μαιευτική, την γηριατρική κλπ.

Πως βοηθάει η μουσικοθεραπεία:

- Δημιουργεί αυτοέκφραση
- Προκαλεί ευκαιρίες για κοινωνική αναγνώριση, επιβράβευση
- Προκαλεί αυτοπεποίθηση- από τις πετυχημένες μουσικές ενασχολήσεις του ασθενή
- Προκαλεί επικοινωνία με τους άλλους και κοινωνικοποιεί ομαλά τον ασθενή
- Εμπειρία της συνεργασίας
- Διασκεδάζει
- Βοηθάει να μάθει ο ασθενής κανόνες κοινωνικά αποδεκτούς

Μουσικοθεραπεία και Ψυχιατρική

Οι ψυχιατρικές παθήσεις χαρακτηρίζονται από διαταραχές της σκέψης, της διάθεσης και της συμπεριφοράς. Εξαιτίας του μη λεκτικού χαρακτήρα αυτών των εσωτερικών δυσλειτουργιών η μουσική, που έχει επίσης μη λεκτικό χαρακτήρα, είναι σε θέση να χρησιμοποιηθεί ευκολότερα ως εκφραστικό και επικοινωνιακό μέσο από ψυχιατρικούς ασθενής. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα η μουσικοθεραπεία είναι το μοναδικό μέσο που μπορεί να εισχωρήσει στην ψυχωτική κατάσταση, με σκοπό είτε να αναδιοργανώσει τις παλιές συγκρούσεις και να αποτρέψει άλλες καινούργιες, είτε να αναπληρώσει και να ισορροπήσει ιδιαίτερα τα κενά που δημιουργήθηκαν, οδηγώντας τον ασθενή σε ένα αποδεκτό επίπεδο επικοινωνίας με το περιβάλλον.(Παπαδόπουλος, 2000)

7.3. ΕΙΚΑΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ART- THERAPY)

Η Εικαστική Θεραπεία, ως επάγγελμα, αρχίζει να εμφανίζεται γύρω στα 1950. Τόσο ο Freud όσο και ο Yung είχαν αντιληφθεί τις θεραπευτικές ιδιότητες της τέχνης. Όμως, ήδη από τις αρχές του αιώνα προϋπήρξαν αρκετοί Ευρωπαίοι και Αμερικανοί επιστήμονες που μελέτησαν τα καλλιτεχνήματα σχιζοφρενών, διαπιστώνοντας σε αυτά διαγνωστικές και θεραπευτικές ιδιότητες. Στην Ελλάδα, τα πρώτα βήματα έγιναν την τελευταία δεκαετία. Μόλις το 1989 ιδρύθηκε το Κέντρο Τέχνης και Ψυχοθεραπείας στην Αθήνα, με πρωτοβουλία της κ. Νιζέττας Αναγνωστοπούλου-Ψυχολόγου, Ψυχοθεραπεύτριας Μέσω Τέχνης- η οποία συντονίζει ένα ευρύ κύκλο δραστηριοτήτων. Το Κέντρο προσφέρει θεραπεία σε άτομα όλων των ηλικιών, με μικρότερες ή μεγαλύτερες δυσκολίες έκφρασης και οργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια που απευθύνονται κυρίως σε καλλιτέχνες και επαγγελματίες από τον χώρο της Ψυχικής Υγείας και της Εκπαίδευσης. Επίσης προσφέρει τριετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο οδηγεί σε αναγνωρισμένο μεταπτυχιακό Δίπλωμα στη Θεραπεία μέσω της Τέχνης.

Η ζωγράφος -Art-Therapist, Γιάννα Κιλίμη, λέει για την συγγένεια των εικαστικών με τη θεραπεία: «Πολλοί ζωγράφοι ανακαλύπτουν μέσω της εκπαίδευσής τους στην Art-Therapy, πόσο αποτελεσματικό θεραπευτικό εργαλείο είναι η Τέχνη. Υπερβαίνουν τον εαυτό τους ως καλλιτέχνη και γίνονται περισσότερο ανθρωποκεντρικοί άλλωστε η ίδια η τέχνη είναι υπέρβαση. Στην πορεία της εκπαίδευσής τους γνωρίζουν ένα τμήμα του πληθυσμού τα άτομα με ειδικές ανάγκες και μαθαίνουν πως μέσα από την Τέχνη η οποία για εκείνους είναι καθημερινό βίωμα, μπορούν να τα φέρουν πιο κοντά στην πραγματικότητα, απελευθερώνοντας τα από την απομόνωση».

Η Art-Therapy ανήκει στα ψυχοκοινωνικά επαγγέλματα., δίνει στα άτομα την ευκαιρία να εξερευνήσει προσωπικά προβλήματα μέσα από τη λεκτικής και εξωλεκτικής έκφρασης. Χρησιμοποιεί δηλ την Εικαστικής Έκφρασης (ζωγραφικής, πηλού, κολλάζ, φωτογραφίας, άμμου) σαν ένα μέσο επικοινωνίας του ατόμου με τον εαυτό του και το περιβάλλον, με στόχο την ανάπτυξη σωματικών και συναισθηματικών ικανοτήτων. Με χρώματα ή άμμο, πηλό ή collage φωτογραφιών, η ψυχή βρίσκει ευκολότερα δίοδο προς την έκφραση. Την απλή αυτή αλήθεια της θεραπευτικής δύναμης της Τέχνης, γνωστής ήδη από την αρχαιότητα-εφαρμόζουν σήμερα συστηματικά οι Θεραπευτές Μέσω Τέχνης (Art-Therapists).

Οι καλλιτεχνικές διεργασίες, οι δομές, το περιεχόμενο και οι συνειρμοί, θεωρούνται καθρέπτες των ικανοτήτων, της προσωπικότητας, των ενδιαφερόντων και των ενασχολήσεων του ανθρώπου. Η θεραπεία μέσω της τέχνης προσφέρεται επίσης και ως διαγνωστικό εργαλείο ψυχολογικής αξιολόγησης για άτομα, ζευγάρια, οικογένειες και ομάδες. Η θεραπεία μέσω τέχνης βρίσκει εφαρμογή σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Νοσοκομεία, Κέντρα Αποκατάστασης και Εκπαίδευσης,

Σε ποιους απευθύνεται:

Η εικαστική θεραπεία πρόκειται πλέον για ευρέως διαδεδομένη θεραπευτική μέθοδο, αναγνωρισμένη παγκοσμίως για τα οφέλη που προσφέρει κυρίως στις κοινωνικές ομάδες που παρουσιάζουν δυσκολίες προφορικής έκφρασης, στα παιδιά, στους ασθενείς με κάποιας μορφής ψυχοπάθεια ή ψυχική διαταραχή, καθώς επίσης και σε οποιονδήποτε νιώθει την ανάγκη να εκφραστεί δημιουργικά ή ψάχνει μια εναλλακτική μέθοδο ψυχοθεραπείας. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις άγχους, ψυχολογικής κόπωσης και άλλων, παρόμοιων προβλημάτων που σχετίζονται με τους γρήγορους ρυθμούς της σύγχρονης ζωής,

η δημιουργία και το «παιχνίδι» με τις μπογιές, τον πηλό ή οποιοδήποτε άλλο μέσο χρησιμοποιήσετε, είναι βέβαιο ότι θα σας χαλαρώσουν και θα επαναφέρουν τις ισορροπίες που χρειάζεστε για να αντιμετωπίσετε το υπόλοιπο της ημέρας.

Στις ΗΠΑ, τον Καναδά, την Αυστραλία και χώρες της δυτικής Ευρώπης, η εικαστική θεραπεία εφαρμόζεται ευρέως σε περιπτώσεις κλινικής ασθένειας, σε συνδυασμό με ψυχιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή, όπου κρίνεται απαραίτητο. Σε ασθενείς με κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, φοβίες, κρίσεις πανικού κ.ο.κ η εικαστική θεραπεία βοηθά τόσο στην προσέγγιση των αιτιών που προκαλούν τη διαταραχή όσο και στη θεραπεία της μέσα από την αύξηση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς. Αυτή η θεραπευτική μέθοδος ενδείκνυται, ακόμα, για άτομα με διανοητική αναπηρία, καθώς επίσης και για τα παιδιά και τους εφήβους που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα. Μην σας ξαφνιάζει, όμως, που η θεραπεία μέσω των τεχνών εφαρμόζεται επικουρικά ακόμα και σε περιπτώσεις σωματικών ασθενειών, όπως ο καρκίνος και η σκλήρυνση κατά πλάκας. Πέρα από μια θαυμάσια ασχολία που βοηθά τον ασθενή να «ξεφύγει» από την πραγματικότητα, οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη ορισμένων σωματικών ασθενειών και η εικαστική θεραπεία θεωρείται από τις καταλληλότερες μεθόδους για το σκοπό αυτό.

7.4. ΧΟΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χοροθεραπεία - κινητική θεραπεία είναι η ψυχοθεραπευτική χρήση της εκφραστικής κίνησης και του χορού μέσα από την οποία το άτομο μπορεί να εμπλακεί δημιουργικά. Η χοροθεραπεία - κινητική θεραπεία ανήκει στην κατηγορία των θεραπειών μέσω τεχνών μαζί με την μουσικοθεραπεία, την δραματοθεραπεία και την εικαστική θεραπεία και είναι η ψυχοθεραπευτική

χρήση της εκφραστικής κίνησης και του χορού μέσα από την οποία το άτομο μπορεί να εμπλακεί δημιουργικά σε μια διαδικασία προσωπικής ολοκλήρωσης και ανάπτυξης. Η χοροθεραπεία όπως ορίζεται από τον American Dance Therapy Association είναι « η ψυχοθεραπευτική τεχνική η οποία χρησιμοποιεί τη κίνηση σαν μια διαδικασία προώθησης της συναισθηματικής, νοητικής και φυσικής ολοκλήρωσης του ατόμου ». Έτσι η χοροθεραπεία επιτυγχάνει αλλαγές στον φυσικό (σωματικό), συναισθηματικό και νοητικό τομέα καθώς και στη κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου. Ο χοροθεραπευτής εστιάζει στην κινητική συμπεριφορά του ατόμου όπως αυτή αποκαλύπτεται μέσα στη θεραπευτική σχέση. Συμπεριφορές έκφρασης, επικοινωνίας και προσαρμογής εξετάζονται είτε πρόκειται για ομαδική, είτε για ατομική θεραπεία.

Η κίνηση του σώματος χρησιμοποιείται από τον χοροθεραπευτή σαν μέσο εκτίμησης - αξιολόγησης και σαν τρόπος θεραπευτικής παρέμβασης. Η κίνηση είναι αυτομάτως ο πιο βασικός και ο πιο άμεσος τρόπος επικοινωνίας μας. Από την αρχή της εμφάνισης του ανθρώπινου είδους το πέρασμα του ατόμου από τη ζωή έχει ισχυροποιηθεί και διευκολυνθεί από τελετουργικούς χορούς - γέννηση, γονιμότητα, συγκέντρωση τροφής, ερωτοτροπία, θεραπεία, θάνατος , κάθε πλευρά της ζωής είχε τον δικό της χορό. Η συμμετοχή σε τέτοιους χορούς έδινε μια δυνατή αίσθηση ταυτότητας, ενίσχυε την αίσθηση την κοινότητας και έδινε την απαραίτητη δύναμη για ανταπόκριση σε δύσκολες καταστάσεις. Οι προσωπικές μας κινήσεις εκφράζουν την στάση μας και την αντίληψή μας για το περιβάλλον, τους άλλους και τον εαυτό μας. Τα συναισθήματά μας, οι αποφάσεις μας και το νοητικό μας στιλ μπορούν να γίνουν κατανοητά από όσους είναι εκπαιδευμένοι στη παρατήρηση της κίνησης.

Η πρωτοποριακή δουλειά του Rudolph Laban στη Γερμανία πριν τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο πρόσφερε μια γλώσσα η οποία έδωσε τη δυνατότητα μιας αντικειμενικής συζήτησης της ανάλυσης της ανθρώπινης κίνησης. Η συνεισφορά του στους τομείς της παρατήρησης της κίνησης, της καταγραφής,

και της εφαρμογής τους σε όλες τις μορφές της ανθρώπινης προσπάθειας συνέβαλε στην θεωρητική και πρακτική βάση της χοροθεραπείας.

Η θεωρητική βάση της χοροθεραπείας αντλείται από τον χορό, την ψυχολογία, την νευροψυχολογία, την ψυχιατρική, την δυναμική των ομάδων και την ανάλυση της κίνησης (π.χ. Laban Movement Analysis, Kestenberg Movement Profile κτλ).

Στην Ελλάδα τα πρώτα βήματα έγιναν το 1987 και το 1993 ιδρύθηκε η Ένωση Χοροθεραπευτών Ελλάδας με στόχο την περαιτέρω διάδοση και καθιέρωση της χοροθεραπείας. Συνεργάζεται με όλες τις Ευρωπαϊκές Ενώσεις και με την Αμερικανική Ένωση Χοροθεραπευτών και έχει αναπτύξει πολλαπλές δραστηριότητες.

Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της Χοροθεραπείας έχει αποδειχθεί στην πράξη και στον Ελλαδικό χώρο, μέσα από τη δουλειά που έχει γίνει από τους χοροθεραπευτές /τριες την τελευταία δεκαετία. (www.xorotherapia.gr, Ένωση Χοροθεραπευτών Ελλάδας)

Τα βασικά χαρακτηριστικά της χοροθεραπείας είναι ότι χρησιμοποιείται η γλώσσα του σώματος και η μη λεκτική διάσταση της επικοινωνίας - η οποία αποτελεί τρόπο έκφρασης - για να παρακινηθεί η επικοινωνία. Η κίνηση από κοινού μέσα σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον βοηθά να επανακαθιερωθούν ενσωματωμένα κινητικά μοτίβα, κινεί και υποστηρίζει την ολοκλήρωση συναισθημάτων, σκέψεων και πράξεων. Η χοροθεραπεία λειτουργεί εξελικτικά συνδέοντας το φυσικό με το συναισθηματικό επίπεδο και βοηθώντας τη δημιουργία της εικόνας του σώματος και της αίσθησης της ταυτότητας όπως επίσης αποτελεί δημιουργική διεργασία η οποία εκφράζει συμβολικές διαδικασίες και κινητικές μεταφορές και εξερευνάει νέους τρόπους αντιμετώπισης.

Η χοροθεραπεία στηρίζεται σε πέντε θεμελιώδεις αρχές:

1) Ότι υπάρχει συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ σώματος και πνεύματος και όταν συμβεί μια σημαντική αλλαγή στο κινητικό επίπεδο μπορεί να επηρεάσει το νοητικό ή το συναισθηματικό και αντίστροφα.

2) Ότι πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου αντικατοπτρίζονται στην κίνηση. Αυτές οι πλευρές μπορεί να περιλαμβάνουν τρόπους , μοτίβα κοινωνικής συσχέτισης, ψυχολογικές εξελικτικές διαδικασίες, ψυχοπαθολογία κ.ά.

3) Η θεραπευτική σχέση ασθενή –θεραπευτή έχει μεγάλη σημασία. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί κυρίως μη-λεκτική ανταπόκριση και αλληλεπίδραση με τον ασθενή όπως καθρεπτισμός της κίνησης, συγχρονισμός, σωματική επαφή κ.ά.

4) Η κίνηση μπορεί να αποτελεί ένδειξη ασυνείδητης διαδικασίας. Κινητικά σύμβολα και κινητικές μεταφορές που χρησιμοποίησε ο ασθενής κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας τον βοηθούν να αποκτήσει πρόσβαση στο ασυνείδητο του. 5) μεγάλη θεραπευτική αξία έχει η εμπλοκή σε μια δημιουργική διαδικασία κίνησης μέσα από αυτοσχεδιασμό έχει. Το άτομο μέσα από νέους τρόπους κίνησης του σώματος του , βιώνει νέες εμπειρίες. Η χοροθεραπεία - κινητική θεραπεία απευθύνεται και σε παιδιά και σε ενήλικες, και εφαρμόζεται είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο.

Διαφορές μεταξύ χοροθεραπείας και των άλλων τύπων φυσικών δραστηριοτήτων πχ. πρωτόγονη έκφραση, θεραπευτικός χορός κτλ.:

1. Στόχος της χοροθεραπείας δεν είναι να κάνει τον πελάτη - ασθενή να κινηθεί πιο ελεύθερα ή πιο τέλεια αλλά να πειραματιστεί μέσα από την κίνηση, να εξερευνήσει νέους τρόπους να ζει και να αισθάνεται και να έλθει σε επαφή με συναισθήματα τα οποία δεν μπορεί να λεκτικοποιήσει.

2. Ο δάσκαλος της κίνησης / χορού χρησιμοποιεί συγκεκριμένες κινήσεις για να κατευθύνει τους μαθητές να αισθανθούν σε ένα συγκεκριμένο τρόπο πχ

μπορεί να τους ζητήσει να πηδήξουν ή να κουνήσουν τα χέρια τους ελεύθερα κτλ ενώ αντίθετα ο χοροθεραπευτής δεν κατευθύνει την κίνηση ούτε περιγράφει τα συναισθήματα που πρόκειται να εκφράσει ο πελάτης / ασθενής.

3. Ο χοροθεραπευτής αντίθετα από τον δάσκαλο έχει γνώσεις θεωριών ψυχολογίας και ψυχοθεραπείας και είναι εκπαιδευμένος να χρησιμοποιεί την κινητική αλληλεπίδραση για το όφελος του ασθενή

4. Ο χοροθεραπευτής δεν διορθώνει την κίνηση όπως ο δάσκαλος.

5. Η διαδικασία της χοροθεραπείας ξεκινά από την κίνηση προς τα σύμβολα και τις μεταφορές (στοιχεία του ασυνείδητου) και φτάνει στην ερμηνεία.

Σε ποιους απευθύνεται η χοροθεραπεία

Στον καθένα που βιώνει συναισθηματικά προβλήματα, πίεση, άγχος Σε ανθρώπους που θέλουν ν' αναπτύξουν τις ικανότητες επικοινωνίας, την εξερεύνηση ή την κατανόηση του εαυτού τους Σε ανθρώπους που ίσως κάποια συναισθήματα ή εμπειρίες τους βρίσκουν πολύ δύσκολο να τα εκφράσουν μόνο με λέξεις, ή σε αυτούς που αποφεύγουν το συναίσθημα ή συγχέουν τα ζητήματα όταν χρησιμοποιούν τις λέξεις Σε ανθρώπους που τα προβλήματά τους επιδρούν σε σωματικό επίπεδο, σε διαταραχή της εικόνας του σώματος, σε δυσκολίες στην κίνηση όπως ένταση ή μπλοκάρισμα σε κάποιες περιοχές του σώματος, ασυνήθιστες κινήσεις ή άγχος σχετικά με την απόσταση, σωματική επαφή ή εμπιστοσύνη Σε ανθρώπους που διανύουν συγκεκριμένες περιόδους πίεσης και άγχους όπως αυτές που σχετίζονται με απώλεια προσώπων ή μεταβατικές περίοδοι ή περίοδοι αλλαγής Σε ανθρώπους που ανησυχούν ότι τα προβλήματα που αισθάνονται συνεχίζονται για πάρα πολύ καιρό, ή σε αυτούς που αισθάνονται ότι «τα πράγματα δεν πάνε καλά» γι' αυτούς, την σχέση τους ή την οικογένειά τους

Ποια είναι τα οφέλη από την χοροθεραπεία

- 1) Βελτίωση της αυτογνωσίας, της αυτοεκτίμησης και της προσωπικής αυτονομίας
- 2) Κατανόηση των δεσμών μεταξύ σκέψης, συναισθημάτων και συμπεριφοράς
- 3) Βελτίωση προσαρμοστικότητας
- 4) Έκφραση και διαχείριση επίπονων σκέψεων και συναισθημάτων
- 5) Μεγιστοποίηση πηγών επικοινωνίας
- 6) Διαχείριση των εσωτερικών αποθεμάτων μέσα από το δημιουργικό παιχνίδι
- 7) Κατανόηση της επίδρασης του εαυτού μας στους άλλους
- 8) Συσχέτιση της εσωτερικής με την εξωτερική πραγματικότητα
- 9) Συναισθηματικές, νοητικές και/ή φυσικές αλλαγές
- 10) Ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης
- 11) το άτομο διαχειρίζεται συναισθήματα που εμποδίζουν την μάθηση
- 12) Αναπτύσσουν ικανότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης

Χοροθεραπεία και Ψυχιατρική

ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Οι κινητικοί θεραπευτές δουλεύουν απευθείας με το σώμα και την κίνηση σε άτομα τα οποία δεν μπορούν να συσχετιστούν με το περιβάλλον τους και να

επικοινωνήσουν με φυσιολογικά αποδεκτούς τρόπους. Οι ακραίες συναισθηματικές διαταραχές είναι εμφανείς στην κινητική συμπεριφορά του ατόμου. Παραδείγματος χάρη, η σοβαρή αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, χαρακτηριστικό της σχιζοφρένιας, αντανακλάται στις διασπασμένες και χωρίς ροή χειρονομίες και στάσεις του σώματος ενώ ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί να βυθιστεί στην νωθρότητα και την ακινησία. Ο κινητικός θεραπευτής δουλεύει απευθείας πάνω σ' αυτές τις δυσπροσάρμοστες κινητικές καταστάσεις.

Μέσω των ομαδικών κινητικών αλληλεπιδράσεων και σε ένα ασφαλές περιβάλλον, η σωματική έκφραση των βαθύτερων υψηλά φορτισμένων συναισθημάτων μπορεί να γίνει μια κατάλληλη λεκτική έκφραση καθώς το άτομο προχωρά σε ένα υψηλότερο λειτουργικό επίπεδο. Περαιτέρω, οι κινητικές εμπειρίες εκμαιεύουν καταπιεσμένη ενέργεια, προσωπικούς οραματισμούς και εικόνες τις οποίες το άτομο αναπτύσσει και εξερευνά στην θεραπεία. Επίσης, αποκαλύπτονται μοτίβα συμπεριφοράς και πολύ συχνά οι ασθενείς αποκτούν την ικανότητα να μορφώνουν αντίληψη και να ανακαλύπτουν τις σχέσεις μεταξύ αυτής της συμπεριφοράς και του εσωτερικού τους κόσμου.

Στις περιπτώσεις όπου το «εγώ» των ασθενών είναι ισχυρότερο, ο κινητικός θεραπευτής εστιάζει στην ανάπτυξη της ευαισθησίας των συναισθηματικών καταστάσεων και αυξάνει την γνώση των αλληλεπιδράσεων και σχέσεων του ασθενή με τους άλλους. Μέσω νέων κινητικών δυναμικών προσφέρονται στον ασθενή πηγές για εναλλακτικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης. Επίσης, η λεκτική διαδικασία ενοποιεί τις σκέψεις, τα αισθήματα και την δραστηριότητα καθιστώντας ικανό το άτομο να αφομοιώνει νοητικά το νόημα το οποίο έχει ανακαλύψει πρακτικά μέσω της κίνησης.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Χαρακτηριστικό των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές της διατροφής (π.χ. ανορεξία, βουλιμία) είναι η παραμόρφωση της εικόνας που έχουν για το σώμα τους, και η λανθασμένη αντίληψη όσο αφορά το σωματικό τους μέγεθος και τα σωματικά τους όρια. Σαν αποτέλεσμα έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση με αντίκτυπο σε προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων. Αυτά τα άτομα συχνά έχουν δυσκολία στο να αναγνωρίζουν την συναισθηματική τους κατάσταση. Επίσης, προσπαθούν να διαχωρίσουν τις σωματικές τους αισθήσεις και το επακόλουθο χάσιμο των σωματικών τους λειτουργιών. Η κινητική θεραπεία δουλεύει απευθείας με το σώμα, χρησιμοποιεί την κινητική δράση και αλληλεπίδραση για να αναπτύξει το άτομο μια πιο ρεαλιστική αντίληψη για το σώμα και για τον εαυτό του. Τα άτομα βοήθονται να αναγνωρίσουν την ένταση στο σώμα τους το σημάδι μιας προβληματικής κατάστασης με αποτέλεσμα να αντικαταστούν τις αυτοκαταστροφικές τους πράξεις με πιο υγιείς επιλογές και ελέγχους των καταστάσεων.

Ο ευχάριστος αυθορμητισμός της κινητικής θεραπείας προσφέρει μια ευκαιρία στο άτομο να βιώσει το σώμα του σαν μια πηγή σημαντικής ικανοποίησης παρά σαν μια πηγή συνεχών προβλημάτων. Επιπροσθέτως, τα άτομα αποκτούν μια εμπειρία στενής σχέσης μέσα στην θεραπεία η οποία προσφέρει μια διαφορετική άποψη των διαπροσωπικών σχέσεων από την απομόνωση που συνήθως νιώθουν.

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών προστατεύουν τους εαυτούς τους από οδυνηρά εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα χρησιμοποιώντας ναρκωτικές ουσίες.

Γενικά, δεν μπορούν να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και συχνά οι πιο αρχέγονες δυνατότητες για ευχαρίστηση αναστέλλονται. Μέχρι την στιγμή που θα φτάσουν σε κάποια κέντρα θεραπείας και απεξάρτησης οι χρήστες υποφέρουν από τις συνέπειες των ουσιών που χρησιμοποιούν και σε σωματικό και σε ψυχικό επίπεδο. Κατά την διάρκεια της απεξάρτησης χρειάζεται άμεση και εποικοδομητική εξέταση και έκφραση του σωματικού αλλά και του ψυχικού πόνου.

Η κινητική θεραπεία σε ομάδες προσφέρει στα άτομα μια πολύπλευρη ευκαιρία εξέτασης και έκφρασης καθώς τα άτομα αναφερόμενα στο σώμα και στο πνεύμα μέσα από μια εντατική έρευνα πρώτα κατανοούν και αργότερα αλλάζουν τέτοιες συμπεριφορές οι οποίες νωρίτερα τους οδήγησαν στην αυτοκαταστροφή. Μερικοί χρήστες έχουν αναπτύξει τέτοιες λεκτικές ικανότητες τις οποίες χρησιμοποιούν για να αποφύγουν την ευθύνη των πράξεών τους. Η μη λεκτική ευθύτητα της κινητικής θεραπείας δεν επιτρέπει αυτή την αποφυγή ενώ ταυτόχρονα κρατά τα άτομα προσγειωμένα στην πραγματικότητα όταν αυτά διαμορφώνουν νέες συμπεριφορές αντιμετώπισης των καταστάσεων. Άλλοι πάλι που οι λεκτικές τους άμυνες δεν είναι τόσο ανεπτυγμένες, μπορούν να δουλέψουν πλάι με άλλα μέλη της ομάδας που είναι πιο ικανά να εκφράζονται με μεγαλύτερη σαφήνεια. Η κινητική θεραπεία, της οποίας βασικό αξίωμα είναι ότι το σώμα και το πνεύμα αποτελούν μια ολότητα και δεν διαχωρίζονται, προσφέρει μια μοναδική θεραπευτική ευκαιρία για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών.

[\(http://www.dimitrioszaxos.com/articles.php?subaction=showfull&id=1186857021&archive=&start_from=&ucat=3&\)](http://www.dimitrioszaxos.com/articles.php?subaction=showfull&id=1186857021&archive=&start_from=&ucat=3&)

Ο κύριος Δημήτριος Ζάχος, Χοροθεραπευτής-Κιν.θεραπευτής με Master of Arts in Dance Movement Therapy, πραγματοποιώντας μια έρευνα, έκανε χοροθεραπεία σε ψυχικά ασθενείς, χρησιμοποιώντας τον παραδοσιακό χορό.

Παραθέτουμε την παρακάτω συνέντευξη, η λήψη της οποίας πραγματοποιήθηκε με δημοσιογραφικό μαγνητόφωνο.

Τι είναι τα στηρίγματα : «Τα στηρίγματα είναι κάποια αντικείμενα (πχ. μπάλες, πανιά, μπαούλα) που, όταν κάποιος δεν μπορεί να κάνει κάτι από μόνος του, δυσκολεύεται, προσπαθείς να βρεις τρόπους για να τον διευκολύνεις να κινηθεί. Θα του πεις π.χ. πάρε μια μπάλα και πέταξέ την σε μένα, θα κάνει μια κίνηση, αυτά τα λέμε στηρίγματα και τα χρησιμοποιούμε είτε στα παιδιά, είτε σε βαριές καταστάσεις όπως είναι οι ψυχωτικοί, για να μπορέσουμε να τους κινητοποιήσουμε.

Οι ψυχωτικοί αυτοί ήταν χρόνια στην Λέρο και με το πρόγραμμα Λέρος, τοποθετήθηκαν σε προστατευμένα διαμερίσματα. Σε βαριές καταστάσεις χρησιμοποιούμε στηρίγματα, τα στηρίγματα δείχνουν την αδυναμία του συμμετέχοντα από μόνος του να κινητοποιηθεί και να κάνει κάτι.

Τώρα ο παραδοσιακός χορός, από μόνος του αποτέλεσε ένα στήριγμα. Καταρχήν πρέπει να δούμε την αξία που έχει ο παραδοσιακός χορός γι' αυτούς. Που πραγματικά έχει γιατί προήλθαν από κάποιες περιοχές πριν φύγουν για τα ψυχιατρεία, που εκείνη την εποχή πριν 60-50 χρόνια, οι χοροί είχαν μεγαλύτερη αξία, χορεύονταν στα πανηγύρια στους γάμους, ήταν ένα βίωμα γι' αυτούς, οπότε θα έπαιρναν μέρος ή εάν δεν έπαιρναν ήταν πολύ κοντά. Αυτός λοιπόν ο χορός όταν ξανακούστηκε, όταν βγήκε στην θεραπεία, σήμαινε κάτι περισσότερο από, το απλά ας πιαστούμε χέρι- χέρι και να κάνουμε γύρω- γύρω. Άρα, ίσως αυτός να είναι κάποιος λόγος, δεν έχουν απαντήσει κάποιο ερωτηματολόγιο οι ίδιοι για να μας πούνε γιατί ακριβώς ο παραδοσιακός χορός αποτέλεσε στήριγμα γι' αυτούς, αλλά κάνουμε κάποιες υποθέσεις, ότι έχει να κάνει με την συναισθηματική και κοινωνική αξία που είχε γι' αυτούς ο χορός, ο παραδοσιακός, αλληλεπιδρούσαν μεταξύ τους μέσω των παραδοσιακών χορών μπορεί μέσα από τους χορούς να παντρεύονταν, να γνώριζαν τους συντρόφους τους και να ερχόταν πιο κοντά, ήτανε κοινωνικά αποδεκτό, αυτό το πράγμα ο

χορός, άρα λοιπόν αυτή η αξία που τους θύμιζε τη ζωή τους πριν το ψυχιατρείο να τους έκανε να έρθουνε κοντά, χωρίς να χρειάζονται άλλο βοήθημα ή ένα άλλο στήριγμα. Για παράδειγμα μια ψυχωτική ασθενής που είχε θετικά συμπτώματα εκείνη την εποχή, η οποία δεν άφηνε κανέναν να την πλησιάσει, στο ένα μέτρο που την πλησίαζες σε χτυπούσε, στο χορό, μέσα στη θεραπεία όχι μόνο άφησε να την πλησιάσουνε αλλά έπιασε και τα χέρια των διπλανών της, που ήταν σημαντικότατο αυτό το πράγμα. Άρα υποθέτουμε ότι το σημαντικότερο είναι η αξία που είχε γι' αυτούς ο χορός πριν μούνε στο ψυχιατρείο. Ο παραδοσιακός χορός μπορεί να χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά στην χοροθεραπεία, βέβαια μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε Έλληνες και μάλιστα σε Έλληνες που έχει κάτι να πει, ίσως στους νέους να μην έχει τόση μεγάλη αξία όσο στους μεγαλύτερους.

Με τους ψυχωτικούς υπάρχει μια δομή συγκεκριμένη που χρησιμοποιούσαν οι πρώτοι χοροθεραπευτές στην Αμερική, καμία σχέση με Ελλάδα και ελληνικούς χορούς, η δομή αυτής της συνεδρίασης ήταν η εξής, πρέπει να μπαίνουν όλοι σε ένα κύκλο και ο θεραπευτής και την αρχηγία θα την μοιραζότανε, δηλαδή, ο κάθε ένας, με τους συμμετέχοντες που είναι στον κύκλο κάνει μια κίνηση και οι άλλοι τον ακολουθούν. Μετά πάει στον διπλανό, ο διπλανός κάνει μια κίνηση και οι άλλοι τον ακολουθούν και πάει λέγοντας και αυτό το κάνουν όλοι. Αυτό το πράγμα εγώ το έχω παρατηρήσει με τον τρόπο που χορεύονται οι παραδοσιακοί χοροί, οι ελληνικοί χοροί, δηλαδή είναι σε κύκλο, σαν τον κύκλο που χρησιμοποιούσαν οι Αμερικάνοι το '60 και υπάρχει ένας πρώτος τον οποίο οι άλλοι τον ακολουθούν, άρα μοιάζουν αυτά τα δύο πολύ. Όταν το βρήκαν αυτό οι Αμερικάνοι για τους ψυχωτικούς, δεν ξέρουν τίποτα για παραδοσιακούς χορούς, αλλά βλέπουμε ότι υπάρχει μια ομοιότητα, αυτό προσπάθησα να αποδείξω στην εργασία. Η αξία λοιπόν του πρώτου όταν μιλάμε για τις ψυχώσεις είναι ότι του δίνεται η πρωτοβουλία να κάνει κάποια πράγματα και οι άλλοι να τον ακολουθήσουν. Είναι σαν αυτός να λέει, παιδιά ας κάνουμε αυτό και να τον ακολουθούν. Είναι κάτι το οποίο δεν είναι μέσα στις

εμπειρίες τις καθημερινές των ψυχωτικών που ήταν μέσα στα ψυχιατρεία, δεν υπήρχε καμία πρωτοβουλία μέσα εκεί. Επίσης την εμπειρία αυτή τη βιώνουν όλοι γιατί όλοι κάποια στιγμή θα γίνουν πρώτοι οπότε από την μια τους δίνεται η ευκαιρία να κάνουν κάτι και οι άλλοι να τους ακολουθήσουν, αλλά μετά και ο ίδιος ακολουθεί κάποιον άλλο, πάλι συνθεραπευόμενο, μέλος της κοινότητας του ψυχιατρείου. Άρα από την μια μαθαίνει να παίρνει πρωτοβουλίες, από την άλλη παρακολουθεί κάποιον άλλον ο οποίος δεν είναι εξουσία αλλά είναι θεραπευόμενος, είναι ασθενής. Το σημαντικό ήταν ότι τους δόθηκε η ευκαιρία σε ένα μέρος ασφαλές γι' αυτούς να συνυπάρξουν, να επικοινωνήσουν μεταξύ τους και να αισθανθούν ότι έχουν μια αξία και αυτοί σαν άτομα ότι μπορούν να πουν κάτι και αυτοί και να τους ακούσουν και κάποιοι άλλοι να το σεβαστούν και να το ακολουθήσουν, αυτός ήταν ο στόχος και το πετύχαμε».

<http://www.iovhellas.gr/greek/magazine.php>

7.5. ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ

1. Στη Νορβηγία υπάρχει μόνο μια ψυχιατρική κλινική για κωφούς. Μια κωφή νέα γυναίκα που παρουσίαζε και πολλά αυτιστικά συμπτώματα, πέρασε όλη της τη ζωή σε διάφορα ιδρύματα. Χρησιμοποιούσε λίγο τη γλώσσα των σημάτων και πολύ σπάνια προσπαθούσε να μιλήσει. Τα έργα που έφτιαχνε έδιναν σ' αυτή και στο προσωπικό μια αρκετά σαφή εικόνα του εσωτερικού της κόσμου. Κατά τις περιόδους που βρισκόταν σε κρίση, τα τοπία της ήταν γεμάτα καταστροφές, θύελλες και βία. Στη διάρκεια της θεραπείας της έτυχε να είναι η θεραπεύτριά της έγκυος. Τη περίοδο αυτή άρχισε να ζωγραφίζει ένα μαύρο μαγιό και ένα πράσινο φόρεμα. Έφτιαξε αυτές τις εικόνες περίπου εκατό φορές. Αρνιόταν να δουλέψει με οποιοδήποτε άλλο τρόπο. Η προσωπική εντύπωση της θεραπεύτριας έλεγε πως το μαγιό ήταν μια κοπέλα και το φόρεμα μια γυναίκα. Η θεραπεύτρια ζωγράφησε μια κοπέλα και μια γυναίκα στα δύο ρούχα και εκείνη αντέδρασε και ζωγράφησε τη μητέρα της και τον εαυτό της. Στην εικόνα όμως υπήρχε μια αλλαγή. Ζωγράφησε μια τουαλέτα και τη μητέρα της να τη δείχνει και να κρατά ένα πακέτο σερβιέτες. Έγραφε τη λέξη βρώμικο.

Η θεραπεύτρια το ερμήνευσε ως μια σύγχυση φαντασίωσης και πραγματικότητας που αφορούσε αυτά που της είχα πει για τις λειτουργίες του σώματος της. Είχε καταλάβει πως εμπεριείχαν πολλή ντροπή, έτσι της ζωγράφησε μια εικόνα με μια σειρά γυναικών σε διάφορες ηλικίες και της είπε ότι όλες είχαν περίοδο. Μετά από αυτό δε ζωγράφησε ποτέ ξανά αυτή την εικόνα και φύλαξε τη ζωγραφιά μου σε θησαυρό. Το παράδειγμα αυτό δείχνει πώς η τέχνη μπορεί να δουλέψει κατευθείαν με το σώμα και ενισχύει την αποσαφήνιση της εμπειρίας

2.Κάθε βδομάδα σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο γινόταν μια ομαδική δραματοθεραπεία για μια μεικτή ομάδα ασθενών, διαφόρων ηλικιών, ασθενειών και σταδίων ανάρρωσης. Επειδή πάντα κάποιος ερχόταν ή έφευγε, έπρεπε κάθε συνεδρία να δομείται με δεδομένο το ότι η ομάδα δε θα είναι η ίδια και την επόμενη βδομάδα. Αρκετά από τα μέλη της ομάδας βιάδιζαν αργά, με αυτοματοποιημένη κίνηση, ή έπασχαν από λήθαργο που οφειλόταν σε φάρμακα. Αποφασίστηκε να γίνει επεξεργασία της δομής της αυτοματοποιημένης κίνησης και να χρησιμοποιηθεί δημιουργικά. Η αρχή έγινε με κινήσεις μηχανών (μοχλοί, γραφομηχανή) και η επεξεργασία συνεχίστηκε ανά δύο άτομα, όπου ο ένας ήταν η μηχανή και ο άλλος ο χειριστής. Έπειτα έγινε ο χωρισμός σε μικρές ομάδες και έγινε ανάλυση διαφόρων ειδών μηχανών(οικιακές, αγροτικές, ιπτάμενες). Το θέμα διέγειρε τη φαντασία της ομάδας και ο συντονισμός και η συγκέντρωση των μελών της βελτιώθηκαν αμέσως μόλις ξεκίνησε η δημιουργία των μηχανών. Επέδειξαν μάλιστα μεγάλο βαθμό εφευρετικότητας και προσοχής στη λεπτομέρεια. Ο θεραπευτής πρότεινε να εφεύρει η ομάδα μια δική της μηχανή. Μετά από λίγη σκέψη ένας νεαρός που έδειχνε πάντα πολύ ταραγμένος και συχνά έφευγε από την ομάδα και περπατούσε ή καθόταν σε μια γωνιά, ρώτησε αν θα μπορούσε να εφεύρει μια μηχανή που έφτιαχνε λουκάνικα. Η ομάδα συμφώνησε και εκείνος αφοσιώθηκε εντελώς στο έργο αυτό. Έβαλε κάποιους ανθρώπους να είναι ψίχουλα ψωμιού, κρέας του λουκάνικου, αρωματικά χόρτα και ένα μπολ με μεγάλες κουτάλες για το ανακάτεμα, μέσα στο οποίο αναμείχθηκαν όλα μαζί. Στη συνέχεια τους οδήγησε στο μηχάνημα που δίνει το σχήμα και κόβει το μίγμα σε μικρά κομμάτια στο σχήμα του λουκάνικου. Το ότι τα μέλη της ομάδας δέχθηκαν να περάσουν όλες αυτές τις διαδικασίες όχι μόνο ως μηχανές αλλά και ως λουκάνικα δείχνει τι βαθμό της εμπιστοσύνης που είχε αναπτυχθεί μέσα στην ομάδα. Ξαφνικά ο νεαρός σταμάτησε τα πάντα, χτύπησε το μέτωπό του και είπε : έχουμε πρόβλημα! Πώς θα βάλουμε στα λουκάνικα τη πέτσα τους; Άρχισε να βηματίζει πέρα δώθε λέγοντας ότι το σχέδιό του ήταν καταδικασμένο σε αποτυχία. Έπειτα γύρισε

ξαφνικά σε όλους και είπε: Ξέρω τι θα κάνουμε. Θα έχουμε λουκάνικα χωρίς πέτσα!

Η ίδια αυτή ομάδα, όταν συναντήθηκε μια βδομάδα αργότερα, ρώτησε αν θα μπορούσε να φτιάξει μια μηχανή που να κόβει τους ψυχιάτρους και να τους κάνει ανθρώπους.

3. Μια ομάδα θεραπείας μέσω των εικαστικών επεξεργάστηκε το θέμα των μεταβατικών αντικειμένων. Μια κοπέλα, είκοσι χρόνων, δυσκολευόταν πολύ να εκφράσει θέματα από την παιδική της ηλικία και δεν μπορούσε να θυμηθεί τίποτα. Η επεξεργασία όμως με τα μεταβατικά αντικείμενα τη βοήθησε να θυμηθεί μια κούκλα. Χάρηκε πολύ που το θυμήθηκε, που ξαναβρήκε τη χαμένη παιδική της ηλικία., και την κατασκεύασε με πηλό και πανιά. Μια μεταιχμιακή ασθενής έπαθε ιδεοληψία μ' αυτή την κούκλα. Ήταν μια γυναίκα που είχε υπερβολικές απαιτήσεις από το προσωπικό. Τίποτα δεν ήταν αρκετό. Θυμόταν μια γάτα που δεν ήταν δική της, αλλά την είχε μαζί με τον αδελφό της. Ζήλευε πολύ την κούκλα και είπε ότι ποτέ δεν είχε κάτι και ότι κανείς δεν την αγαπούσε αρκετά.

Μετά τη συνεδρία πήρε την κούκλα από την πρώτη ασθενή. Έχοντας ακούσει πόσο σημαντική ήταν την ήθελε και αυτή. Η πρώτη ασθενής μπόρεσε να εξερευνήσει πως έδινε πράγματα σημαντικά γι' αυτή ακόμα και τον αυτό της.

Η δεύτερη ασθενής όμως δεν μπόρεσε να βρει τη σχέση ανάμεσα σ' αυτά που είχε ανάγκη και στο να πάρει κάτι τόσο σημαντικό. Η ασθενής αυτή ακόμη προσπαθούσε να συμφιλιώσει τους χωρισμένους της γονείς με ένα πολύ πιεστικό τρόπο. Η μητέρα της φορούσε νεανικά χρώματα και είχε πάρει τα πάντα μαζί της. Η επεξεργασία με το μεταβατικό αντικείμενο αντικατόπτρισε την πρόιμη ανάπτυξη και των δύο ασθενών.

4. Ένας ψυχωσικός νεαρός, είκοσι πέντε ετών, παραπέμφθηκε για θεραπεία μέσω των εικαστικών. Ήταν έντονα παρανοϊκός και πάντοτε βρισκόταν σε επιφυλακή. Μπήκε στην αίθουσα της θεραπείας σα σκιά, έριξε γύρω του μια γρήγορη ματιά και έπειτα πήγε και κάθισε κοντά στο δίσκο με την άμμο. Κάθισε ο θεραπευτής απέναντί του και εκείνος άρχισε να παίζει με την άμμο. Ρώτησε τον θεραπευτή:

Ασθενής: Ξέρεις πώς είναι να περπατάς στην άμμο;

Θεραπεύτρια: Μου αρέσει να περπατάς ξυπόλυτη στη παραλία. Εσένα;

Ασθενής: Δε μ' αρέσει η άμμος μέσα στα παπούτσια μου. Μπαίνει παντού, ανάμεσα στα δάχτυλα, και δεν μπορώ να την βγάλω. Κολλάει πάνω σου. Άμμος, άμμος, ΑΜΜΟΣ. Ίσως χτίσω ένα κάστρο στην άμμο.

Στην επόμενη συνεδρία κατευθύνθηκε πάλι στο δίσκο με την άμμο.

Θεραπεύτρια: Θέλεις να χτίσεις ένα κάστρο από άμμο;

Έφτιαξε ένα κάστρο στην κορυφή ενός βουνού και γύρω έσκαψε μια τάφρο.

Ασθενής: Εδώ πάνω δεν μπορεί να με δει κανείς. Υπάρχουν εφτά πύλες στο κάστρο μου, φτιαγμένες από σίδηρο. Πρέπει να περάσεις την τάφρο με βάρκα, μετά να σκαρφαλώσεις στο βουνό πριν φτάσεις μέχρι τις πύλες.

Θεραπεύτρια: Νιώθεις μοναξιά στο κάστρο σου;

Ασθενής: Τουλάχιστον δεν με φτάνει εκείνη, η μάνα μου.

Αργότερα αποκάλυψε ότι με την μητέρα του είχε αιμομικτική σχέση.

Μετά από οχτώ μήνες το χέρι του άγγιξε εκείνο της θεραπεύτριας μέσα στην άμμο και λέει:

Ασθενής: Ξέρεις ότι οι λέξεις μέσα στην άμμο χάνονται, αλλά στη θάλασσα θάβονται. Οι πληγές μου ίσως έχουν σαρωθεί, αλλά είναι θαμμένες μέσα μου.

5. Ασκήσεις μουσικοθεραπείας:

A) ο θεραπευτής διοχετεύει στο χώρο ηχητικές προκλήσεις: 1. Πρωτόγονους ήχους (ρυθμοί της καρδιάς), ρυθμοί πρωτόγονων φυλών 2. Μελωδικό ήχο (από φλογέρα) 3. Ηλεκτρονική μουσική

Ο θεραπευόμενος καλείται να αντιδράσει με όποιο τρόπο επιθυμεί, χρησιμοποιώντας τα όργανα και τα ηχητικά μέσα που υπάρχουν στο χώρο.

B) Οι θεραπευόμενοι κάθονται σε κύκλο και ακούν ένα μουσικό κομμάτι, σε μικρές ομάδες δημιουργούν μια δική τους ιστορία, επιλέγουν να ζωγραφίσουν μια εικόνα από τη δική τους ιστορία και την εκφράζουν θεατρικά ή με παντομίμα.

Γ) Οι θεραπευόμενοι μπαίνουν στο χώρο και επιλέγουν μόνοι τους τα μουσικά όργανα που θέλουν. Αφήνονται ελεύθεροι να δημιουργήσουν. Ο θεραπευτής ενεργεί ως παρατηρητής. Παρατηρεί τα είδη της συμπεριφοράς που οι θεραπευόμενοι αναπτύσσουν και συνεργάζεται μαζί τους. Είναι ο εγγυητής της ομάδας.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό παραθέτουμε κάποιες εναλλακτικές θεραπείες, ως θεραπευτικές μεθόδους, οι οποίες αναπτύσσονται τα τελευταία χρόνια και στον Ελλαδικό χώρο, όπως η Δραματοθεραπεία, η Μουσικοθεραπεία, η Εικαστική Θεραπεία και η Χοροθεραπεία. Αφού αναφέρουμε μια ιστορική αναδρομή σε κάθε θεραπεία ,κάποια χαρακτηριστικά της, σε ποιες πληθυσμιακές ομάδες απευθύνεται κάθε μία, και πια τα οφέλη της κλείνουμε με κάποια κλινικά παραδείγματα τα οποία βοηθούν στη καλύτερη κατανόηση της εφαρμογής των θεραπειών αυτών στο ψυχιατρικό τομέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια της πτυχιακής εργασίας καταγράφηκαν απόψεις , θέσεις και έρευνες, επιστημών του κλάδου της ψυχικής υγείας. Πληροφορίες και μελέτες οι οποίες συγκεντρώθηκαν και επεξεργάστηκαν για την -όσο το δυνατόν -πιο αντικειμενική γνώση των θεμάτων που παρουσιάζουμε. Με την ολοκλήρωσή της, θα γίνει μια περιεκτική αναφορά στα σημαντικά σημεία όσων προηγήθηκαν .

Παρακολουθήσαμε την ψυχιατρική επιστήμη από την γέννησή της μέχρι και σήμερα. Από τον 19^ο αιώνα που ενοποιήθηκε στα πλαίσια της ιατρικής προκαλεί το θαυμασμό αλλά και την έντονη κριτική. Η παραδοσιακή ψυχιατρική (19^{ος} αιώνας) στόχευε στην θεραπεία των ασθενών και μόνο (στην πορεία , εξελίχθηκε ως σύγχρονη ψυχιατρική η οποία είχε σαν στόχο όχι μόνο τη θεραπεία, αλλά την πρόληψη και την αποκατάσταση).

Με το πέρασμα του χρόνου και μέσα από προσπάθειες της παραδοσιακής ψυχιατρικής να επιβιώσει στο χώρο από την εισβολή άλλων πιο σύγχρονων μεθόδων, αναζήτησε στηρίγματα στην νευρολογία, την βιολογία , την ψυχοφαρμακολογία κτλ. Οι επιστήμες αυτές εισήγαγαν μεθόδους που τελικά είχαν σαν αποτέλεσμα σοβαρές παρενέργειες στους ασθενείς (ψυχοτρόπα φάρμακα, «θεραπεία με σοκ») κá. Επιπλέον, λόγω του ότι οι ψυχικές ασθένειες έχουν προκαλέσει και ακόμα προκαλούν σε μεγάλο βαθμό, τεράστια ποσοστά προκατάληψης και στιγματισμού αναλογικά με τον πληθυσμό, η ψυχιατρική έπρεπε να ανταπεξέλθει και σε αυτή τη σκληρή αντιμετώπιση που επικρατούσε απέναντι στους ασθενείς.

Τα γεγονότα αυτά και σε συνάρτηση με τις διάφορες θεραπευτικές θεωρίες που ίσχυαν τότε, συντέλεσαν στην πλήρη απομόνωση των ψυχικά ασθενών και τον εγκλεισμό τους σε άσυλα μακριά από τον «υγιή πληθυσμό». Έτσι, η ψυχιατρική ενώ είναι μια επιστήμη που ουσιαστικά φροντίζει και θεραπεύει ανθρώπους με ψυχικές ασθένειες (σημαντική προσφορά στο χώρο της ιατρικής) με τις τακτικές που ακολούθησε για την προστασία των ασθενών αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, προκάλεσε εντάσεις στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Οι «ειδικοί» στον χώρο, καταλογίζουν ευθύνες στην ίδια την επιστήμη που καθιερώθηκε και συντηρήθηκε ο στιγματισμός μέχρι και σήμερα, διότι απομόνωσε εξ' αρχής τους ασθενείς, κάτι που συνεχίστηκε για πολλά χρόνια και χρησιμοποίησε αντιθεραπευτικές μεθόδους (ηλεκτροσόκ, ζουρλομανδύες, αλυσίδες) εξαιτίας της «επικυνδινότητας» που θεωρείτο ότι σηματοδοτούν τις ψυχικές ασθένειες. Επίσης, αναζήτησε φορείς καταστολής (αστυνομία) και εμπλέχτηκε στη δικαστική επιστήμη για τα δικαιώματα των ασθενών όπου οι ποινές εξαιτίας του «ακαταλόγιστου» είχαν αντίθετο αποτέλεσμα από το αναμενόμενο, διότι το εκμεταλλεύτηκαν τα Μ.Μ.Ε και άλλοι φορείς και συνεχίζουν μέχρι και σήμερα να προκαλούν τον φόβο απέναντι στις ψυχικές ασθένειες.

Σε αυτή τη βάση και λόγω ότι οι ψυχικές ασθένειες (ψυχώσεις, νευρώσεις, διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές κ.ά.) χρίζουν τη σωστή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ψυχιατρικής για την επιθυμητή πορεία και ίσως την θεραπεία των νόσων αυτών, η ιδρυματοποίηση των ατόμων μετά από αρκετό καιρό προκάλεσε έντονη διαμαρτυρία. Ο εγκλεισμός με τη βία, η απομόνωση σε άσυλα, οι συνθήκες διαβίωσης, ο στιγματισμός, οι συνέπειες στον ασθενή αλλά και στο προσωπικό που εργαζόταν σε αυτά, οι τακτικές που ακολουθούνταν για την καθήλωση τους, οι θάλαμοι, η ατμόσφαιρα των ιδρυμάτων, η σχεδόν ανύπαρκτη καθαριότητα, η παραμέληση και ο

εξευτελισμός τους (συνήθως γυμνοί και ανήμποροι) κλπ., ήταν λόγοι να προκαλούν ντροπή.

Για τους λόγους αυτούς και μετά το κλείσιμο των ψυχιατρείων στην Μ.Βρετανία, την Αμερική, την Ιταλία και μετά την δραματική δημοσιότητα που επικράτησε για την αποικία «ψυχοπαθών της Λέρου» δημιουργήθηκε η υποδομή για την αποασυλοποίηση αλλά και την ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών.

Η αποιδρυματοποίηση έγινε επιτακτική ανάγκη για τους ασθενείς, τις οικογένειες τους (οι οποίες πολλές φορές είχαν έντονη προκατάληψη και οι ίδιοι απέναντι στους ασθενείς), για όσους ασχολούνται με την ψυχική υγεία και είχαν ως στόχο την σωστή και ανθρώπινη φροντίδα και θεραπεία, αλλά και για την ίδια την Ελληνική πραγματικότητα που ακόμα πασχίζει να αποτινάξει το σκάνδαλο της Λέρου.

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84) άρχισε η διαδικασία του αποϊδρυματισμού. Βελτιώθηκαν οι συνθήκες νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, μεταφέρθηκαν οι ασθενείς σε προστατευμένες και σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργήθηκαν νέες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η μεταβολή του κέντρου βάρους της αντιμετώπισης, από το νοσοκομείο στην κοινότητα, αναφέρεται ως ΄Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση΄.

Σημαντική ήταν η συμβολή του προγράμματος Ψυχαργός (κωδική ονομασία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης) όπου οι βάσεις του μπήκαν το 1997.

Το «Ψυχαργός» είναι ένα διαρκές – δεκαετές εθνικό σχέδιο που αφορά όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο στόχος ήταν να δημιουργηθούν κοινοτικές δομές και υπηρεσίες, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να μπορεί να τα αντιμετωπίσει, στην

κοινότητα που ζει και εργάζεται και όχι στο ασυλικού τύπου νοσοκομείο, με τις λιγότερες επιπτώσεις στιγματισμού και απομόνωσης, με αποτέλεσμα την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξή του.

Το πρόγραμμα αυτό χωρίστηκε σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση του προγράμματος υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000- 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρησή του Ψυχαργός , ώστε να ισχύει για την δεκαετία 2001- 2010(δεύτερη φάση).

Με την χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στα πλαίσια του προγράμματος Ψυχαργός δημιουργήθηκαν ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, ψυχιατρικά τμήματα (μονάδες νοσηλείας ενηλίκων, μονάδες βραχείας νοσηλείας ενηλίκων, μονάδες οξέων περιστατικών ενηλίκων , δορυφορικός ξενώνας ενηλίκων , εξωτερικά ιατρεία) , κέντρα ψυχικής υγείας, ξενώνες – οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα, τμήματα παιδιών – εφήβων , κινητές μονάδες, νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας, ανάδοχες οικογένειες, υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης, ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγείας για ημι-αστικές ή αγροτικές περιοχές και μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και δομές διαμονής.

Έτσι ο ρόλος του ψυχιατρείου μειώθηκε σημαντικά, όπως και ο αριθμός των εγκλείστων. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν ήταν εδραιωμένη απόλυτα μεν, αλλά επήλθε ουσιαστική αλλαγή στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Δυστυχώς όμως, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν είχε στη διάρκεια όλων αυτών των ετών τα αποτελέσματα που αναμένονταν . Για αυτή τη διαπίστωση έχουν γίνει διάφορες αναφορές , έχουν δημιουργηθεί εντάσεις στο χώρο της ψυχικής υγείας και έχουν ειπωθεί διάφορες απόψεις για το ότι δεν δημιουργήθηκε ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς . Το γεγονός αυτό έχει προβληματίσει και απασχολήσει ιδιαίτερα όσους βρίσκονται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Ένα από τα σοβαρότερα αίτια είναι η κακή οργάνωση όσων εμπλέχτηκαν.

Γενικότερα, μια σαφώς διατυπωμένη πολιτική για τη ψυχική υγεία (οργανωμένο σύνολο αξιών, αρχών και στόχων) ένα σχέδιο δράσης (ολοκληρωμένη μελέτη για την ανάληψη στρατηγικών δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας) και ένα πρόγραμμα (λογική αλληλουχία συγκροτημένων παρεμβάσεων με στόχο τις ψυχικές διαταραχές ή τα προβλήματα ψυχικής υγείας) θα ήταν ιδιαίτερος χρήσιμο και όσον αφορά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση αλλά και το γενικότερο τρόπο προσέγγισης του θέματος της ψυχικής υγείας που είναι αρκετά ευαίσθητο. Τα στελέχη που ασχολούνται με την ψυχική υγεία στο υπουργείο υγείας και στις υγειονομικές περιφέρειες θα πρέπει να είναι ικανά, κινητοποιημένα και να ακολουθούν πιστά τα βήματα για την πολιτική, το σχέδιο δράσης και το πρόγραμμα για την ψυχική υγεία ώστε να μπορούν να συμμετέχουν αλλά και να καθοδηγούν υπεύθυνα τις εξελίξεις και να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Τέλος , στην εργασία γίνεται μια εκτενής αναφορά στην ομαδική ψυχοθεραπεία καθώς και στις εναλλακτικές θεραπείες (δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, εικαστική θεραπεία και χοροθεραπεία) σε σχέση με την ψυχική υγεία .

Όσον αφορά την ομαδική ψυχοθεραπεία παρουσιάζουμε αναλυτικά δυο μελέτες που πραγματοποιηθήκαν καθώς και κλινικά παραδείγματα. Η πρώτη είναι συγκριτική μελέτη ομαδικής - ατομικής ψυχοθεραπείας σε εξωτερικούς ασθενείς με χρόνια και σταθερή συμπτωματολογία όπου τα αποτελέσματα δείχνουν ελαφρώς καλύτερα για την ατομική ψυχοθεραπεία σε σχέση με την ομαδική.

Η δεύτερη είναι μελέτη για την ομαδική συνεδρία για συνυπάρχουσα ψύχωση και διαταραχές από χρήση ουσιών στην αστική Αυστραλία .Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μπορεί να συμβεί σημαντική αλλαγή στην λειτουργικότητα μεταξύ ορίων μιας προγραμματισμένης αλλά σχετικά σύντομης ομαδικής συνεδρίας η οποία όμως θα πραγματοποιείται παράλληλα με τη συνήθη θεραπεία.

Όσο για τον τομέα των εναλλακτικών θεραπειών, αναπτύχθηκαν στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και τα αποτελέσματα στο χώρο της ψυχικής υγείας αποδεικνύουν πως όσο εφαρμόζονται οι εναλλακτικές αυτές μέθοδοι τόσο οι ασθενείς μαθαίνουν να εκφράζονται, να δημιουργούν, να χρησιμοποιούν την φαντασία τους κά. Φυσικά τέτοιες εκδηλώσεις βοηθούν τους ασθενείς να ξεπεράσουν δυσκολίες που αφορούν το συναισθηματικό, το νοητικό αλλά και το κοινωνικό τομέα.

Η παρούσα εργασία, κάλυψε αρκετούς τομείς της ψυχικής υγείας, εισχώρησε στη φύση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο κλάδος και παρουσίασε παλαιότερα και σύγχρονα στοιχεία που προέκυψαν από εμπειριστατωμένες επιστημονικές έρευνες και διατριβές.

8.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας και σύμφωνα με όλα όσα ήδη έχουν προηγηθεί καταλήγουμε σε κάποιες προτάσεις για την κατάσταση που σήμερα επικρατεί στο Ψυχιατρικό τομέα στην Ελλάδα έτσι προτείνεται:

- Η συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας με την καλύτερη δυνατή διασφάλιση των δικαιωμάτων των ωφελουμένων και των εργαζομένων των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας, καθώς και τη γενικότερη ολοκλήρωση του σχεδίου αποασυλοποίησης με την παράλληλη ολοκλήρωση του Δικτύου Υπηρεσιών στην κοινότητα και την τομεοποίηση τους.
- Σταθερή και επαρκή χρηματοδότηση των μονάδων για την εξασφάλιση της εύρυθμης και ποιοτικής λειτουργίας των Μονάδων
- Συνολική αντιμετώπιση των προβλημάτων της υποχρηματοδότησης

- να διενεργηθεί οικονομική μελέτη, μελέτη αποδοτικότητας και έρευνα αναγκών ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό
- αλλαγή του τρόπου λειτουργίας των διάφορων ξενώνων ώστε να μη παίρνουν χαρακτηριστικά κλειστού ιδρύματος.
- επίσης η διαρκής εκπαίδευση και δράσεις ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού των φορέων.
- Ευνόητο είναι ότι πρέπει να εξασφαλιστεί η καλή λειτουργία των ήδη λειτουργούντων των ξενώνων, προστατευμένων διαμερισμάτων και οικοτροφείων.
- Να υλοποιηθεί η ουσιαστική τομεοποίηση.
- Να λειτουργήσουν ψυχιατρικές κλινικές σε όλα τα Γενικά Νοσοκομεία με το ανάλογο προσωπικό και να αναβαθμιστεί το επίπεδο των ήδη λειτουργούντων.
- Να αυξηθούν οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για παιδιά και εφήβους.
- Να μην έχουν καμιά συμμετοχή στις δαπάνες περίθαλψης εξαιτίας της νόσου τους δηλαδή όχι μόνο στα φάρμακα αλλά και στις λοιπές εξετάσεις.
- Το ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες περίθαλψης στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές να γίνει από 10% στο 0%.
- Τα άτομα με ψυχικές νόσους ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα λόγω λήψης φαρμάκων, καπνίσματος, παχυσαρκίας και πρέπει να προβλέπεται ετήσιος προ-συμπτωματικός έλεγχος. Επίσης να προβλέπεται και προληπτική οδοντιατρική, με αγωγή υγείας.
- Να μην επιτρέπεται η απόλυση σε περίπτωση υποτροπής της νόσου τους αλλά να χορηγείται ειδική άδεια.
- Στα προγράμματα Αγωγής Υγείας να συμπεριληφθεί και η ενημέρωση για την ψυχική υγεία ως αναπόσπαστο κομμάτι της συνολικής υγείας του ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Καράβατος Α. & Ανδρέου Χ. «Το στίγμα της ψυχικής νόσου» Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2004

Szasz Thomas «Το δεύτερο αμάρτημα» , Εκδόσεις Αβραάμ, 1982

Αμπατζόγλου, Γ. «Ψυχιατρική και ιατρική», εκδ. ΟΔΥΣΣΕΑΣ/ΤΡΙΑΨΙΣ, Αθήνα,1991.

Γιαννίρης, Μ, Στριγγάρης, Μ, Χαβιάρα-Καραχάλιου, Σ. «Δρομοκαίτειο θεραπευτήριο»,Αθήνα,1987.

Goffman,E.«Άσυλα»,εκδ. Ευρυαλός, Αθήνα,1994.

Μαδιανός, Μ.«Κοινωνία και ψυχική υγεία», εκδ.Καστανιώτη, Αθήνα,1989.

Χαρτοκόλλης, Π.«Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής», εκδ.Καστανιώτη, Αθήνα,1984.

Εκπαιδευτική Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, 1997

Γαλάνης Ευάγγελος «Ψυχική ασθένεια και στιγματισμός» - «Η ιατρογένεση του στίγματος» , 2007. Αναρτήθηκε στη σελίδα: www.galanisvagelis.blogspot.com

Χριστοδούλου Γ.Ν. «Ψυχιατρική» Δεύτερος τόμος,Ιατρικές εκδόσεις Βήτα,Αθήνα 2002

Γρίβας, «Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός», εκδ. Ιανός, Θεσσαλονίκη, 1985.

Μαδιανός, Μ. «Ψυχιατρική και αποκατάσταση», εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2005.

Χαρτοκόλλης, Π. (1984) Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής, Καστανιώτη, Αθήνα.

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (διευθυντής- ψυχίατρος στο ΨΜΑ), Ελευθεροτυπία 05/ 05/ 2007.

Ζαχαριάς- Ασημόπουλος- Τσιάντης, «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα» ξενώνας προγράμματος «Λέρος» κανονισμός 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Αθήνα 23-24/ 09/ 1994.

Κανδύλης, Δ. «Ο γυρισμός από τα άσυλα της Λέρου στην κοινωνία της Λάρισας», εκδ. Ώρες.

Πλουμπίδης, Δ. «Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα» θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο, 1850-1920, Εξάντας εκδοτική ΑΕ, 1995 Τρίαις Λόγος Β.

Λειβαδίτης, Μ. «Πολιτισμός και ψυχιατρική», εκδ. Παπαζήση, 2003.

Λειβαδίτης, Μ. «Ψυχιατρική και δίκαιο» ιστορικά, κοινωνικά, νομικά προβλήματα: η συμβολή της κοινωνικής ψυχιατρικής, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1994.

Μαδιανός Μιχάλης Γ «Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000.

Μαδιανός Μιχάλης «Κοινωνία και Ψυχική Υγεία»(Α τόμος),εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.

Τετράδια Ψυχιατρικής , τριμηνιαία περιοδική έκδοση της επιστημονικής ένωσης του ΨΝΑ, Απρίλιος- Μάιος- Ιούνιος 2006, No 94.

Γ.Ν Χριστοδούλου και Συνεργάτες, « Ψυχιατρική» Δεύτερος τόμος, Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.

Χριστοδούλου Βλ. Δ. Τομαράς, Μ.Π.Οικονόμου, «Απο το Ψυχιατρείο στην κοινότητα», εκδόσεις ΒΗΤΑ

Μ.Γ. Μαδιανός, Κ.Ν. Στεγανής, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ερευνητικό πανεπιστημιακό ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. «Μονάδα Παρακολούθησης και Αξιολόγησης Ψυχιατρικών Υπηρεσιών, Οδηγός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Υποστήριξης στην Ελλάδα», Ερευνητικό Πανεπιστημιακό ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής 1997.

Τετράδια Ψυχιατρικής, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της επιστημονικής ένωσης του ΨΝΑ, Οκτώβρης- Νοέμβρης- Δεκέμβρης 1996, Νο 56, Επαμεινώνδας Παπαμιχαήλ, , «Εθνικός Σχεδιασμός Ψυχιατρικών Υπηρεσιών, Το Ιρλανδικό μοντέλο», σελίδες 93- 99.

Τετράδια Ψυχιατρικής, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της επιστημονικής ένωσης του ΨΝΑ, Οκτώβρης- Νοέμβρης- Δεκέμβρης 1987, Νο 18 Επιστημονική Επιτροπή ΨΝΑ, «Συμπόσιο για το πείραμα της Τεργέστης στο ΨΝΑ » , σελίδες 13-18.

Τετράδια Ψυχιατρικής, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της επιστημονικής ένωσης του ΨΝΑ, Απρίλιος- Μάιος- Ιούνιος 2004, Νο 86, Σαραφίδου Μαρία, «Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία Γενεύης, ένα παράδειγμα μελέτης για τις μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα», σελίδες 16-26.

Ψυχαργός 2001-2010: Πρόγραμμα ανάπτυξης δομών και Υποδομών στο Τομέα Ψυχικής Υγείας.(2201) Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, επιμέλεια έκδοσης:ΜΥΠΕΠ/ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Μ.Μαδιανός «Η πολιτική οικονομία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα», «Τετράδια ψυχιατρικής» ειδικό τεύχος «20 χρόνια Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», 2005

Δ.Χονδρός « Ψυχαργός β φάση αποτελέσματα 3 χρόνων εφαρμογής» Ανακοίνωση στο Συνέδριο για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ευρώπη και στη Ελλάδα, 7-9 Απριλίου 2006

Μ Μαδιανός «ψυχιατρική και αποκατάσταση», εκδ Καστανιώτης 2005.

Σ.Στυλιανίδης, Π.Χ Χονδρός «Ποιότητα φροντίδας Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ψυχιατρική μεταρρύθμιση: κρίσιμα και επίκαιρα ερωτήματα» , τετράδια ψυχιατρικής Νο 93 2006.

Κατερίνα Μάτσα «Το μέλλον της Δημόσιας Ψυχιατρικής», τετράδια ψυχιατρικής Νο 94,19-28)

Psychotherapy Research- Publication details, including instructions for authors and subscription information: www.informaworld.com

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry- Publication details, including instructions for authors and subscription information: www.informaworld.com

«Ομάδες»Το περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας, έτος ίδρυσης 1992, τόμος 13- τεύχος 1, Μάρτιος 2006, Ελληνικά γράμματα

Clinical psychology: science and practice, Spring 2001, Wilson McDermut, Ivan W.Miller, Richard A. Brown , Brown University School of Medicine

Ράνια Ευδοκίμου- Παπαγεωργίου, «Δραματοθεραπεία- Μουσικοθεραπεία η επέμβαση της τέχνης στην ψυχοθεραπεία θεωρία, ασκήσεις, εφαρμογές», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.

Sue Jennings, Ase Minde, «Μάσκες της Ψυχής», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996, μετάφραση Γιάννα Σκαρβέλη.

Λ. Γιώτης, Ανασκόπηση της σύγχρονης έρευνας στο πεδίο τη Δραματοθεραπείας, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 86, 2004

Λιοδάκης Α., Παπαδάκη Α., Μπουλντουδάκη Ν, Δουρουντάκη Ε., Τάκη Ε, Καζούλη Α., (2003). Η συμβολή του θεάτρου στη διαμόρφωση της Κοινωνικότητας, της Λειτουργικότητας και της Ψυχοπαθολογίας του Ψυχικά πάσχοντα. Πρόγραμμα Περιλήψεων Ψυχιατρικού Συνεδρίου για τη Συμβολή της Τέχνης στις Ψυχιατρικές Θεραπείες, Χανιά, 15-18 Μαΐου.

Παπαδόπουλος Α., Μουσικοθεραπεία, Εκδόσεις Πήγασος, Θεσσαλονίκη 2000.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

- www.iatronet.gr
- www.wikipedia.org
- www.stress.gr
- www.msu.gr

- www.penopsy.gr
- www.politikokafeneio.com
- <http://www.msu.gr/files/DeclarationBrazil.pdf>
- <http://www.posopsi.org/2008/02/blog-post.html>
- http://www.dimitrioszaxos.com/articles.php?subaction=showfull&id=1186857021&archive=&start_from=&ucat=3&
- http://www.peemde.gr/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=105&Itemid=31
- <http://www.iovhellas.gr/greek/magazine.php>)
- <http://www.specialeducation.gr/index.php>
- <http://www.medlook.net.cy/category.asp?category=185>
- <http://e-psychology.gr/content/view/239/77/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Το συμβούλιο Ευρωπαϊκών κοινοτήτων στις 26 Μαρτίου 1984 (Βρυξέλλες) εξέδωσε τον παρόντα κανονισμό:

Άρθρο 1

Ο παρών κανονισμός προβλέπει, για τη χρονική περίοδο από 1ης Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου 1989 μια έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για:

- α) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων αποκατάστασης επαγγελματικής κατάρτισης .
- β) την ενίσχυση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Άρθρο 2

Στα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο διευκρινίζεται :

- α) Ο αριθμός και η τοποθεσία των κέντρων που θα ιδρυθούν και θα διαρρυθμιστούν .
- β) η δυνατότητα κάθε κέντρου εκφραζόμενη σε αριθμό θέσεων:
 - κατάρτισης και στέγασης, ή
 - αποκατάστασης και στέγασης.
- γ) ο προορισμός κάθε κέντρου όσον αφορά τις δραστηριότητές του στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης ή της αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση , καθώς και ο ρόλος κάθε κέντρου στα πλαίσια της πολιτικής επαγγελματικής κατάρτισης ή αποκατάστασης.
- δ) το κόστος κάθε κέντρου και ο τρόπος χρηματοδότησής του.
- ε) για κάθε κέντρο, ο χρόνος που απαιτείται για την ανέγερση ή τη διαρρύθμιση .
- στ) Ο απαραίτητος εξοπλισμός για κάθε κέντρο.
- ζ) Οι ανάγκες σε προσωπικό κάθε κέντρου, οι απαιτούμενες ειδικότητες και η απαιτούμενη κατάρτιση .

Άρθρο 3

1. Πριν από την 1η Ιουνίου 1984, η Ελληνική Δημοκρατία ανακοινώνει στην Επιτροπή τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1.
2. Πριν από την 1η Απριλίου κάθε χρόνου, και για πρώτη φορά το 1985, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει έκθεση στην Επιτροπή για την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην εκτέλεση των προγραμμάτων αυτών, καθώς και για τις τροποποιήσεις που έχουν γίνει σ' αυτά.
3. Η Επιτροπή μπορεί να διατυπώσει συστάσεις προς την Ελληνική Δημοκρατία όσον αφορά τα εν λόγω προγράμματα.

Άρθρο 4

1. Το ποσό που κρίνεται απαραίτητο για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων που αναφέρονται στο άρθρο 1 ανέρχεται σε 120 εκατομμύρια ECU για πέντε χρόνια.
2. Στα πλαίσια των πιστώσεων που εγγράφονται κάθε χρόνο για το σκοπό αυτό στο γενικό προϋπολογισμό των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων , μπορεί να παρασχεθεί οικονομική ενίσχυση με τη μορφή επιδότησης για τα σχέδια ανέγερσης, διαρρύθμισης ή εξοπλισμού κέντρων που εντάσσονται στα πλαίσια ενός από τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, λαμβάνοντας υπόψη τις τυχόν συστάσεις που διατυπώνει η Επιτροπή. Πάντως, όσον αφορά το πρόγραμμα που αναφέρεται στο άρθρο 1 στοιχείο α), από αυτή τη συνδρομή μπορούν να επωφεληθούν μόνον τα σχέδια που εκτελούνται στις ζώνες στις οποίες δεν είναι δυνατή η παρέμβαση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης.

Άρθρο 5

1. Οικονομική ενίσχυση μπορεί να χορηγηθεί μόνον για τις δαπάνες που προορίζονται να καλύψουν.
 - α) την ανέγερση νέων κέντρων καθώς και την επέκταση και τη διαρρύθμιση κτιρίων που υπάρχουν ήδη, συμπεριλαμβανομένων και των αμοιβών αρχιτεκτόνων και μηχανικών, εφόσον αυτό είναι αναγκαίο.
 - β) τον εξοπλισμό των κέντρων .
 - γ) τα προγράμματα δοκιμαστικής εφαρμογής που σκοπό έχουν να αναδείξουν τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους για την εκτέλεση του προγράμματος του άρθρου 1 στοιχείο β).
 - δ) τις περιόδους πρακτικής εξάσκησης για την ειδική κατάρτιση των ιατρών , νοσοκόμων, βοηθών ιατρικών επαγγελματιών και κοινωνικών λειτουργών.
2. Για τα σχέδια τα σχετικά με τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, η οικονομική ενίσχυση της Κοινότητας χορηγείται σε ποσοστό 55% των επιλέξιμων δημοσίων δαπανών.
3. Κατά την έγκριση των σχεδίων πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε η κοινοτική οικονομική ενίσχυση να αφορά περιορισμένο αριθμό κέντρων που θα αξίζει ιδιαίτερα να προωθηθούν.

Άρθρο 6

1. Πριν από την 1η Ιουνίου 1984 και, στη συνέχεια, πριν από την 1η Απριλίου κάθε χρόνου, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει στην Επιτροπή τις αιτήσεις της για τη χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης. Οι αιτήσεις αυτές περιέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες ώστε να διαπιστώνεται αν τα σχέδια για τα οποία ζητείται ενίσχυση συμβιβάζονται με τον παρόντα κανονισμό και με τους στόχους της κοινοτικής πολιτικής στην οποία εντάσσονται, καθώς και τις προβλέψεις των δαπανών και το χρονοδιάγραμμα των αντίστοιχων εργασιών και πληρωμών .
2. Η Επιτροπή μπορεί να ζητήσει οποιαδήποτε πρόσθετη πληροφορία είναι απαραίτητη για την εξέταση των σχεδίων για τα οποία ζητείται οικονομική ενίσχυση, μπορεί δε να διατυπώσει συστάσεις για τα σχέδια αυτά.

Άρθρο 7

1. Η Επιτροπή αποφασίζει για τις αιτήσεις οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 11.
2. Οι αποφάσεις σύμφωνα με τις οποίες χορηγείται οικονομική ενίσχυση δημοσιεύονται στην Επίσημη εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Άρθρο 8

1. Ποσό ίσο με το 60% της χορηγούμενης οικονομικής ενίσχυσης προκαταβάλλεται αμέσως μόλις η Ελληνική Δημοκρατία βεβαιώσει ότι άρχισε η εκτέλεση του σχεδίου.
2. Η Επιτροπή καταβάλλει το υπόλοιπο της οικονομικής ενίσχυσης μετά από αίτηση την οποία υποβάλλει η Ελληνική Δημοκρατία μέσα σε δώδεκα μήνες από την περάτωση του σχεδίου. Η αίτηση αυτή περιλαμβάνει γενική κατάσταση των δαπανών συνοδευόμενη από βεβαίωση της Ελληνικής Δημοκρατίας σχετική με την ακρίβεια των γεγονότων και των στατιστικών στοιχείων της γενικής αυτής κατάστασης. Κατά την καταβολή του υπολοίπου, η Επιτροπή λαμβάνει υπόψη τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην ετήσια έκθεση που αναφέρεται στο άρθρο 3 παράγραφος 2.

Άρθρο 9

1. Η Επιτροπή εξακριβώνει αν κάθε σχέδιο εκτελείται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος κανονισμού και με τις διατάξεις που έχουν θεσπισθεί δυνάμει του άρθρου 209 της συνθήκης. Για το σκοπό αυτό η Ελληνική Δημοκρατία θέτει στη διάθεση της Επιτροπής όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες και λαμβάνει, όσον αφορά τα σχέδια για τα οποία χορηγείται οικονομική ενίσχυση, κάθε μέτρο για να διευκολύνει τους αναγκαίους ελέγχους, συμπεριλαμβανομένων και ελέγχων στον τόπο των έργων. Η Ελληνική Δημοκρατία τηρεί στη διάθεση της Επιτροπής, κατά τη διάρκεια χρονικής περιόδου πέντε ετών μετά την καταβολή του υπολοίπου που αναφέρεται στο άρθρο 8 παράγραφος 2, όλα τα δικαιολογητικά έγγραφα των δαπανών.
2. Αν ένα σχέδιο δεν εκτελεσθεί σύμφωνα με τον Παρόντα κανονισμό ή αν η οικονομική ενίσχυση δεν χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τους όρους που ορίζονται στην εγκριτική απόφαση, η Ελληνική Δημοκρατία είναι υποχρεωμένη να επιστρέψει τα αχρεωστήτως καταβληθέντα ποσά.

Άρθρο 10

1. Συγκροτείται επιτροπή αποτελούμενη από εκπροσώπους των κρατών μελών της οποίας προεδρεύει εκπρόσωπος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
2. Στα πλαίσια της επιτροπής αυτής, οι ψήφοι των κρατών μελών σταθμίζονται όπως προβλέπεται στο άρθρο 148 παράγραφος 2 της συνθήκης. Ο πρόεδρος δεν συμμετέχει στην ψηφοφορία.

Άρθρο 11

1. Στην περίπτωση που γίνεται αναφορά στη διαδικασία του παρόντος άρθρου, η επιτροπή συγκαλείται από τον πρόεδρο της, είτε με δική του πρωτοβουλία είτε με αίτηση εκπροσώπου ενός κράτους μέλους.
2. Ο εκπρόσωπος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων υποβάλλει τα σχέδια αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν. Η επιτροπή διατυπώνει τη γνώμη της για τα σχέδια αυτά μέσα σε προθεσμία που ορίζεται από τον πρόεδρο σε συνάρτηση με τον επείγοντα χαρακτήρα των θεμάτων που εξετάζονται. Αποφασίζει με πλειοψηφία 45 ψήφων.
3. Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων λαμβάνει αποφάσεις αμέσως ισχύος. Αν όμως δεν είναι σύμφωνες με τη γνώμη της επιτροπής, οι αποφάσεις αυτές γνωστοποιούνται αμέσως από την Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στο Συμβούλιο. Στην περίπτωση αυτή, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αναβάλλει την εφαρμογή των αποφάσεων που έλαβε για δύο το πολύ μήνες από τη γνωστοποίηση. Το Συμβούλιο μπορεί, με ειδική πλειοψηφία να λάβει διαφορετική απόφαση εντός προθεσμίας δύο μηνών.

Άρθρο 12

Το αργότερο μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1992, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων θα υποβάλει στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έκθεση σχετικά με την εφαρμογή του παρόντος κανονισμού.

Άρθρο 13

Ο παρών κανονισμός αρχίζει να ισχύει την επομένη της δημοσίευσής του στην Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
Ο παρών κανονισμός είναι δεσμευτικός ως προς όλα τα μέρη του και ισχύει άμεσα σε κάθε κράτος μέλος. (Ο Πρόεδρος M.Rocard)

2.Παρακάτω παρουσιάζουμε τους Φορείς - Υπηρεσίες Ψυχιατρικής Περίθαλψης, Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης και Αποκατάστασης που λειτουργούν στην Αθήνα

Περιγραφή της 9ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής

Ο συνολικός πληθυσμός της Αττικής είναι 3.523.407 χιλ. κάτοικοι και η σύνθεση της είναι 1,4% αγροτικός, 5,2% ημιαστικός και 93,4% αστικός πληθυσμός.

Περιλαμβάνει (4) τέσσερις Νομαρχίες:

Νομαρχία Αθηνών

Νομαρχία Ανατολικής Αττικής

Νομαρχία Δυτικής Αττικής

Νομαρχία Πειραιώς

Η υγειονομική υποδομή της περιφέρειας περιλαμβάνει:

• Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης:

13 Κέντρα Υγείας μαζί με Περιφερειακά Ιατρεία,

19 Κοινωνικές Υπηρεσίες των ΟΤΑ και

Ιδιωτικά Ιατρεία

• Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχιατρικής περίθαλψης:

18 Κέντρα Ψυχικής Υγείας,

32 Μονάδες ΙΚΑ (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία),

4 Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Στήριξης και

3 Συμβουλευτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

• Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης:

- 5 Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία,

- 37 Γενικά Νοσοκομεία, σε 17 από τα οποία λειτουργούν ήδη ψυχιατρικές υπηρεσίες,

- 8 Νοσοκομεία Ημέρας,

11 Ξενώνες - Οικοτροφεία,

19 Προστατευόμενα Διαμερίσματα,

- 5 Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες,

16 Θεραπευτικές Μονάδες Προ & επαγγελματικής Αποκατάστασης,

16 Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές,

22 Κέντρα Ενημέρωσης, Πρόληψης και Αποκατάστασης για εξαρτημένα άτομα,

- 6 Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων,

22 Κέντρα - Ιδρύματα για άτομα με ειδικές ανάγκες και

Μία υπηρεσία υποστήριξης για πάσχοντες από AIDS.

Πρόκειται να λειτουργήσουν, ένα (1) Οικοτροφείο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου στην περιοχή Δήμου Παπάγου, δύο (2) Προστατευόμενα Διαμερίσματα, μία Μονάδα Αποκατάστασης και Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, ένα (1) Κέντρο Ψυχικής Υγείας στον Κορυδαλλό, ένα Αναψυκτήριο - Καφετέρια του Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο», καθώς και μία Μονάδα Κοινωνικής & Επαγγελματικής Επανάταξης του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Συνοπτική Παρουσίαση Φορέων / Υπηρεσιών Ψυχιατρικής Περίθαλψης, Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης και Αποκατάστασης στην 9η Υ.Π. Αττικής

A. ΦΟΡΕΙΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	Αριθμός
Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία - (ΝΠΔΔ)	5
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία	17
Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ)	18
Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης	-
Νοσοκομεία / Κέντρα Ημέρας	8
Ξενώνες - Οικοτροφεία	11
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	19
Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες	5
Θεραπευτικές Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης - (Κέντρα Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης)	16
Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές	16
Ιδιωτικοί Φορείς Ψυχικής Υγείας	11
Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) - Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία	32
Υπηρεσίες για Εξαρτημένα Άτομα	22
Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) - Συμβουλευτικές Υπηρεσίες	19
Κέντρα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης	4
Άλλες Συμβουλευτικές Ψυχοθεραπευτικές Υπηρεσίες	3
B. ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	Αριθμός
Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων - (Ίδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας)	6
Ίδρύματα Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ)	22
Υπηρεσίες Υποστήριξης για πάσχοντες από AIDS	1

Ευρετήριο Φορέων / Υπηρεσιών της 9ης Υ.Π. Αττικής

A. Φορείς /Υπηρεσίες Ψυχιατρικής Περίθαλψης & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:

Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΝΠΔΔ)
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Περιφερειακά / Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία
Κέντρα Ψυχικής Υγείας
Νοσοκομεία / Κέντρα Ημέρας
Ξενώνες - Οικοτροφεία
Προστατευόμενα Διαμερίσματα
Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες
Θεραπευτικές Μονάδες Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης
Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές
Ιδιωτικοί Φορείς Ψυχικής Υγείας
ΙΚΑ (Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία)
Υπηρεσίες για Εξαρτημένα Άτομα
ΟΤΑ (Συμβουλευτικές Υπηρεσίες)
Κέντρα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης
Άλλες Συμβουλευτικές Ψυχοθεραπευτικές Υπηρεσίες

B. Κοινωνική Πρόνοια: Ειδικές Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης & Αποκατάστασης

Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων
Ιδρύματα για άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ)
Υπηρεσίες Υποστήριξης για πάσχοντες από AIDS

Α. ΦΟΡΕΙΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΕΙΔΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (ΝΠΔΔ)

ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ

Δ/νση: Βασ. Σοφίας 72, 115 28 Αθήνα, τηλ.: 72.20.811/2/3, 72.91.322, 72.17.763.

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

α. Πέντε (5) Τμήματα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (Κρεβάτια: 60)

β. Μονάδα Επείγοντων Περιστατικών (Κρεβάτια: 9) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

γ. Εξωτερικά Ιατρεία

Δ/νση: Αιγινήτου 1, 115 28 Αθήνα, τηλ: 72 20 270, 72 20 811/3, 72 20 458, 72 91 322

1. Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία:

Συμβουλευτική

Ψυχομετρία

Διαγνωστική

Κλινική παρακολούθηση

Ψυχοθεραπείες.

2. Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία: (μετά από προσυνεννόηση)

Σεξουαλικών Διαταραχών

Κατάχρησης Τοξικών Ουσιών

Οργανικών Ψυχοσύνδρομων

Διαταραχών Ύπνου

Διαταραχών Διατροφής

Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

3. Ειδικό Ψυχοθεραπευτικό Ιατρείο:

Ιατρείο Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας,

Ιατρείο Ψυχοθεραπειών Συμπεριφοράς,

Θεραπείας Οικογένειας

4. Εξωτερικά Ιατρεία αρρώστων προς κρίση (από Δημόσιες Υπηρεσίες)

Δ/νση: Αιγινήτου 1, 115 28 Αθήνα, τηλ.: 72.20.458

δ. Γενική Εφημερία (24 ώρες)

ε. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική με τα Νοσοκομεία (Αρεταίειο, Αλεξάνδρας, Α.Συγγρού, Σπηλιοπούλειο, Ιπποκράτειο και Ωνάσειο).

στ. Ειδικό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Καρδιολογικών Αρρώστων Θεραπευτικής Κλινικής Γεν. Νοσ. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

ζ. Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS - Νοσοκομείο "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ" Δ/νση: Ίωνος Δραγούμη 5, τηλ.: 72.39.945

η. Νοσοκομείο Ημέρας Δ/νση: Παπαδιαμαντοπούλου 21, 115 28 Ιλίσια - Αθήνα, τηλ.: 72.19.861

θ. Τμήμα Ψυχοθεραπειών

Δ/νση: Δημητρέςσα 10, 115 28 Αθήνα, τηλ.: 72.46.166-Μονάδα Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας

Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας

Μονάδα Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας

- Μονάδα Θεραπειών Συμπεριφοράς - (στο χώρο του νοσοκομείου)

ι. Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Δ/νση: Αργυροκάστρου & Ιωνίας, 156 69 Παπάγος (όπισθεν Νοσ.Σωτηρίας) τηλ.: 77.80.069

Προεπαγγελματικά Εργαστήρια

Επαγγελματικά Εργαστήρια

• Αστική & Αγροτική Συνεργατική

ια. Ξενώνας

Δ/νση: Σούτσου 44 , 115 21 Αθήνα, τηλ.: 64.63.553

ιβ. Ξενώνας (Μακράς Παραμονής)

Δ/νση: Πουλίου 11, 115 23 Αμπελόκηποι, τηλ.: 64.69.689

ιγ. Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] Δ/νση: Δήλου 14, Καισαριανή, 161 21 Αθήνα, τηλ.: 76.40.111, 76.44.705

1. Υπηρεσίες Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας Ενηλίκων και Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων

2. Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:

• Πρόγραμμα Ημερήσιας Φροντίδας / Πρόγραμμα Προκατάρτισης

Δ/νση: Φορμίωνος 150 Α, Βύρωνας τηλ.: 72 43 151

- Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης

Δ/νση: Ανδριανουπόλεως 47, 161 21 Καισαριανή, τηλ.: 76.50.330

- Συνεργατική "ΛΩΤΟΣ"

Δ/νση: Φορμίωνος 150 Β, 161 21, Βύρωνας, τηλ.: 72.43.151

- Κατάστημα «ΛΩΤΟΣ»

Δ/νση: Νικηφορίδου 28-30, Βύρωνας

- Κοινωνική Λέσχη

Δ/νση: Δήλου 14, (2ος όροφος) τηλ.: 76.40.111, 76.44.705

- Πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας Δ/νση: Δήλου 14, (4ος όροφος) τηλ.: 76.40.111

ιδ. Ψυχοκοινωνικό Κέντρο - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Δ/νση: Αργυροκάστρου & Ιωνίας, 156 69 Παπάγος (όπισθεν Νοσ.Σωτηρίας), τηλ.: 65 37 231

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες

Ηλικίες: Από 18 ετών. (Για την Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία του Κ.Κ.Ψ.Υ. ηλικίες μέχρι 17 ετών).

Προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής του Παν/μίου Αθηνών (για όλες της Υπηρεσίες): Ψυχίατροι (30), Ειδικευόμενοι Ψυχίατροι (24), Παιδοψυχίατροι (2), Ψυχολόγοι (7), Κοινωνικοί Λειτουργοί (17), Εργοθεραπευτές (12), Επισκέπτριες Υγείας (4), Λογοθεραπευτής (1), Ψυχοπαιδαγωγός (1), Νοσηλεύτες (107), Τεχνικοί Εκπαιδευτές (12).

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ (Ψ.Ν.Α.) - (ΝΠΔΔ.) Δ/ση: Λ.Αθηνών, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 58 11.701/9

α. Οκτώ (8) Ψυχιατρικοί Τομείς (34 τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας) - (Κρεβάτια: 1700)

β. Μονάδα Οξέων Περιστατικών - (Κρεβάτια: 16) [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

γ. Μεικτός Παθολογικός Τομέας (Παθολογικό, Νευρολογικό τμήμα, Μονάδα AIDS-ΣΕΑΑ)

δ. Χειρουργικός Τομέας: Χειρουργικό Τμήμα

ε. Εφημερία: Εφημερεύει κάθε δεύτερη ημέρα.

στ. Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες, Τακτική παρακολούθηση χρόνιων αρρώστων.

Δ/ση: Ψαρρών 17, Αθήνα, τηλ.: 52.32.359

ζ. Νοσοκομείο Ημέρας (στο χώρο του Νοσοκομείου) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

η. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Δ/ση: Πλούτωνος & Ηφαίστου, 121 35 Περιστερί, τηλ.: 57.56.226, 57.53.234

θ. Ξενώνας Κολωνού - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Δ/ση: Βασιλικών & Δημοσθένους 46, 104 41 Αθήνα, τηλ.: 51.22.276

ι. Ξενώνας Κορυδαλλού (Θέσεις: 18)

Δ/ση: Αγ.Γεωργίου 88 & Ζάππα, 18120 Κορυδαλλός, τηλ.: 49 41 582

ια. Προστατευόμενα Διαμερίσματα - [Καν.(ΕΟΚ)815/8]

ιβ. Μονάδα Αποκατάστασης (στο χώρο του νοσοκομείου) [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Εργαστήρια

Ενδονοσοκομειακές Μορφές Προστατευόμενης Εργασίας

ιγ. Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης (στο χώρο του νοσοκομείου) - [Καν.(ΕΟΚ) 815/84]

ιδ. Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης Δυτικής Αττικής - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Δ/ση: Τερπανάδρου & Καλλιμάχου 5, 121 31 Περιστερί, τηλ.: 51.39.710

ιε. Αγροτική Συνεταιριστική Μονάδα (στο χώρο του Νοσοκομείου) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

ιστ. Κέντρο Οικογενειακής Θεραπείας: Συμβουλευτική, Θεραπεία ζεύγους - Οικογένειας.

Δ/ση: Ελλανίκου 3, 116 35 Παγκράτι, τηλ.: 72.32.213

ιζ. Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών - Αλκοολικών (πρόγραμμα 18 ΑΝΩ)

(Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εξωτερικής & Εσωτερικής Παραμονής)

Δ/ση: Σόλωνος 134 (3ος όροφος), 106 77 Αθήνα, τηλ.: 33 04 571/4, FAX: 33 04 738

1. Συμβουλευτικός Σταθμός Ενηλίκων

Δ/ση: Ασκληπιού 19, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 36 11 803, 36 14 242

2. Τμήμα Εφήβων - Νέων

Δ/ση: Ασκληπιού 19, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 36 38 833, 36 38 895

3. Τμήμα Σωματικής Απεξάρτησης

Δ/ση: Ψ.Ν.Α. Λεωφ. Αθηνών 360, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 58 21 651

4. Τμήμα Ψυχικής Απεξάρτησης Τοξικομανών - 18 ΑΝΩ

Δ/ση: Ψ.Ν.Α. Λεωφ. Αθηνών 360, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 53 21 714, 58 11 701

5. Τμήμα Ψυχικής Απεξάρτησης Αλκοολικών - 18 ΑΝΩ

Δ/ση: Ψ.Ν.Α. Λεωφ. Αθηνών 360, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 53 21 714

6. Τμήμα Κοινωνικής Επανάταξης

Δ/ση: Σόλωνος 134 (3ος όροφος), 106 77 Αθήνα, τηλ.: 33 04 571/4

7. Τμήμα Συμβουλευτικής και Οικογενειακής Θεραπείας Δ/ση: Μάρνη 30, 104 33 Αθήνα, τηλ.: 52 34 951

8. Τμήμα Ανοικτής Τηλεφωνικής Γραμμής

Δ/ση: Ασκληπιού 19, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 36 17 089 (από 10:00 - 18:00)

9. Ξενώνας Εξαρτημένων Γυναικών του 18 ΑΝΩ

Δ/ση: Ταύγετου 21, 154 52 Παλαιό Ψυχικό

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό του Ψ.Ν.Α.: Ψυχίατροι (64), Νευρολόγοι (6), Ειδ. Ψυχίατροι (15), Ειδ. Νευρολόγοι (7), Παιδοψυχολόγος (1), Ψυχολόγοι (7), Κοιν. Λειτουργοί (12), Εργοθεραπευτές (11), Λογοθεραπευτές (3), Επισκ. Υγείας (13), Εκπαιδευτές Αποκατάστασης (10), Παθολόγοι (4), Ειδ. Παθολόγοι (9), Χειρουργοί (2), Ειδ. Χειρουργός (1), Μικροβιολόγοι (2), Ακτινολόγοι (3), Καρδιολόγος (1), Αιματολόγος (1), Οδοντίατροι (3), Νοσηλευτές (435), Πρακτ. Νοσηλευτές (10), Μαίες (3), Τεχνολόγοι (5), Διοικητικοί (120), Βοηθ. προσωπικό (213), Φύλακες (181), Ειδ. Τεχνικοί (66), Λοιπό προσωπικό (37).

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ" - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Ιερά Οδός 343, 124 61 Χαϊδάρη, τηλ.: 53 98 200

Τμήματα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας:
Ψυχιατρικοί Τομείς: (Σύνολο κρεβατιών: 700)
1ος Ψ.Τ.: Τρία (3) Ψυχιατρικά Τμήματα
2ος Ψ.Τ.: Τρία (3) Ψυχιατρικά Τμήματα 3ος Ψ.Τ.: Τρία (3) Ψυχιατρικά Τμήματα
Παθολογικός Τομέας:
Παθολογικό Τμήμα
Νευρολογικό Τμήμα
Διατομεακά Τμήματα:
Δύο Τμήματα Οξέων Περιστατικών / Βραχείας Νοσηλείας (Κρεβάτια: 18)
[Καν.(ΕΟΚ)815/84]
Ψυχογηριατρικό Τμήμα
Μικροβιολογικό Τμήμα
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα
Φαρμακευτικό Τμήμα
Νοσοκομείο Ημέρας (Θέσεις: 25) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]
Κέντρο Ψυχοθεραπειών - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]
Δ/νση: Ιερά Οδός 343, τηλ.: 53 98 200/4
Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική Παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες,
Τακτική Παρακολούθηση χρονίων αρρώστων.
Δ/νση: Κωλέπτη 17, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 36.10.949
Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης (Θέσεις: 50) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] (στο χώρο του
Νοσοκομείου)
Ξενώνας - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]
η. Μετανοσοκομειακή φροντίδα ψυχικά ασθενών - Πρόγραμμα «Ναυσικά»
(Σε συνεργασία με την Εταιρεία.Κοιν.Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας)

Θεραπευτικές Συνεργατικές Μονάδες

1. Μονάδα Συνεργατικής Παραγωγής Αγροτικού Τύπου:

"Το Περβόλι" - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

"MINI MARKET" (οπωροπωλείο)

2. Μονάδα Συνεργατικής Βιοτεχνικής Παραγωγής: - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Περιλαμβάνει: Ραφείο "Η Πηνελόπη", Το Περίπτερο, Κυλικείο "Ο Εξώστης" Εργαστήρια: Πλεκτικής,
Υφαντικής, Ζωγραφικής

Προστατευόμενο Διαμέρισμα

Δ/νση: Κωλέπτη 17, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 33.02.440

Προστατευόμενα Διαμερίσματα (2)

Μονάδα Αποκατάστασης & Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό του Αρομοκαϊτείου.-Ψυχίατροι (26), Ειδικευόμενος Ψυχίατρος (1), Νευρολόγοι (2),
Μικροβιολόγοι (3), Παθολόγος (1), Ακτινολόγος (1), Οδοντίατροι (2), Φαρμακοποιός (1), Ψυχολόγοι
(6), Κοινωνικοί Λειτουργοί (5), Εργοθεραπευτές (7), Νοσηλευτές -ΠΕ - (1), Νοσηλευτές -ΤΕ- (44),
Νοσηλευτές -ΔΕ- (164), Διοικητικοί (39), Διαιτολόγοι (1), Τεχνικοί (5), Βοηθ. Τεχνικό Προσωπικό (47),
Φύλακες (3), Ανειδίκευτο προσωπικό (94), Βοηθοί θαλάμου (3), Επισκέπτριες (1).

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ (ΠΝΑ) - (Ν.Π.Δ.Δ.)

Δ/νση: Διασταύρωση Ραφήνας, 190 09 Ραφήνα Αττικής, τηλ.: 82.31.144, (0294)77777-77791/5

α. Τμήματα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας - (Κρεβάτια: 140) - Πρόβλεψη: 300

Ψυχιατρικός Τομέας: 4 Κλινικές

Νευρολογικό Τμήμα (Κρεβάτια: 8-10)

Παθολογικός Τομέας (Κρεβάτια: 10)

β. Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία: Γυναικολογικό, Παθολογικό, Παιδιατρικό, Χειρουργικό, Νευρολογικό,
Οφθαλμολογικό, Οδοντιατρικό, Καρδιολογικό.

(Εξυπηρετεί Τομέα Ευθύνης: Ραφήνα, Ν.Μάρκη, Παλλήνη, Παιανία, Μαραθώνας, Μάτι & Πικέρμι)

γ. Διαγνωστικά Εργαστήρια: Ακτινολογικό, Μικροβιολογικό &

Ηλεκτροεγκεφαλογράφο

δ. Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών (Μ.Ε.Π.) α) Για παιδιά μέχρι 12 ετών β) Για εφήβους από 12-18
ετών

ε. Κέντρο Προ & Επαγγελματικής Κατάρτισης: Επαγγελματικά Εργαστήρια - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

στ. Ειδικό Δημοτικό Σχολείο (Υπ.Παιδείας) - (Θέσεις: 15) Ηλικίες: Από 5-17 ετών. ζ. Ειδική
Θεραπευτική Μονάδα Αυτιστικών Παιδιών - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

(Λειτουργεί στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Ελληνορώσων) τηλ.: 67 73 442
η. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Νέας Σμύρνης - Κέντρο Ημέρας Παιδιών (Π.Ν.Α.)
Δ/ση: 2ας Μαΐου 5, 171 21 Νέα Σμύρνη, τηλ.: 93.23.493
θ. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Νέου Ηρακλείου (Π.Ν.Α.)
Δ/ση: Σωκράτους 12, 141 21 Ν. Ηράκλειο, τηλ.: 28 16 598, 28 30 312
ι. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Ελληνορώσων (Π.Ν.Α.) Δ/ση: Γαρέφη 4, 115 25 Ν.Ψυχικό, τηλ.: 68.73.442/3
ι.α. Διαγνωστικό Κέντρο Δυσλεξίας-Κέντρο Αποκατάστασης Δυσλεκτικών Παιδιών & Εφήβων
Δ/ση: Ηχους 3,11146 Γαλάτσι, τηλ.: 29.28.333
ι.β. Ξενώνας για εφήβους Νέας Παλλήνης - [Καν.(ΕΘΚ)815/84] Δ/ση: Νέα Παλλήνη (περιοχή Νταμάρια), τηλ.: 60.30.868/9
ιγ. Προστατευόμενο Σπίτι Παλλήνης (Μακράς Παραμονής) - [Καν.(ΕΘΚ)815/84]
Δ/ση: Αθ. Διάκου 36, 153 44 Παλλήνη Αττικής, τηλ.: 66.67.008
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Όλες
Προσωπικό του Π.Ν.Α: Παιδοψυχίατροι (9), Ψυχολόγοι (16), Κοιν.Λειτουργοί (16), Ειδικοί Παιδαγωγοί (3), Βοηθοί παιδαγωγών (20), Λογοθεραπευτής (1), Εργοθεραπευτές (3), Μουσικοθεραπευτής (1), Δασοπόνος (1), Φυσικοθεραπευτής (1), Γιατροί άλλων ειδικοτήτων (12), Οδοντίατροι (3), Εκπαιδευτές (9), Νοσηλευτές (128).

ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ- (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ)

Δ/ση: 181 10 Κορυδαλλός, τηλ.: 49.59.696, 49.54.004
Ενδονοσοκομειακή Νοσηλεία
Κρεβάτια: 160
Προσωπικό: Ψυχίατροι (1) [4 κατ'επίσκεψη], Κοιν.Λειτουργοί (3), Κοινωνιολόγος (1), Νοσηλευτές (4), Βοηθ.προσωπικό (4).

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ / ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ" - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Βασ.Παύλου 1, 166 73 Βούλα Αττικής, τηλ.: 89.58.301/6, 89.53.763
Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Διασυνδεδετική Ψυχιατρική
Εφημερία
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 16 ετών.
Προσωπικό: Ψυχίατροι (4), Κοιν. Λειτουργός (1).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ " Η ΑΓ.ΣΟΦΙΑ"- (ΝΠΔΔ) Δ/ση: Θηβών & Λεβαδείας, (Γουδί), 115 27 Αθήνα, τηλ.: 77.98.748, 77.57.496
Παιδοψυχιατρικός Τομέας (Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής)
Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (Κρεβάτια: 10) - [Καν.(ΕΘΚ)815/84]
Εξωτερικά Ιατρεία (τηλ.: 77.57.496)
Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες, Ψυχομετρία & προβλητικές δοκιμασίες, Λογοθεραπείες.
Μονάδα Συμβουλευτικής - Διασυνδεδετικής Παιδοψυχιατρικής
Ομάδα Ψυχοθεραπείας παιδιών & εφήβων
Διασυνδεδετική Χρονίων Αιματολογικών Νοσημάτων
Εφημερία
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 0-16 ετών.
Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (10), Ειδικ. Παιδοψυχίατροι (7), Ψυχολόγοι (8), Κοιν.Λειτουργοί (8), Ειδικός Παιδαγωγός (1), Ψυχοπαιδαγωγοί (2), Εργοθεραπευτές (5), Λογοθεραπευτές (2), Νοσηλευτές (17), Διοικητικός (1), Άλλες ειδικότητες (4).
Άλλες εξωνοσοκομειακές δομές του Π.Γ.Ν. Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»:
• Κοινοτικό Πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας & Πρόληψης ή Μονάδα Κοινωνικής Παιδοψυχιατρικής
Δ/ση: Στυλ. Λαίου 13 & Σιθωνίας, 115 22 Αμπελόκηποι, τηλ.: 64.61.791
• Κέντρο Εκπαίδευσης & Κοινωνικής Υποστήριξης Νέων (Κ.Ε.Κ.Υ.Ε)
Δ/ση: Βασ.γεωργίου 43, Χαλάνδρι 152 32, τηλ.: 6855289, 6855290

ΠΕΡ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ" - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Λεωφ. Αλεξάνδρας 171, 115 22 Αθήνα, τηλ.: 64.30.811-17

Διασυνδεδετική

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα νοσηλευόμενων αρρώστων του νοσοκομείου. Ηλικίες: Από 18 ετών. Προσωπικό: Ψυχίατροι (2).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Λ. Μεσογείων 154, 115 27 Χολαργός, τηλ.: 77.87.341, 77.01.211/4

Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας Ενηλίκων (Κρεβάτια: 20)- [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Εφημερία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (5), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (3), Ειδικευόμενοι γιατροί (7), Νοσηλευτές (13), Γραμματέας (1).

-> Άλλες εξωνοσοκομειακές δομές του Π.Γ.Ν. Αθηνών «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»:

Τμήμα Ψυχιατρικής Εφήβων και Νέων - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Δ/νση: Λ. Μεσογείων 154, 115 27 Χολαργός, τηλ.: 74 80 901, 74 81 365

• Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]Δ/νση: Μεσογείων και Ζαλόγγου 6, 153 43 Αγία Παρασκευή, τηλ.: 60 15 079,60 16 030.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Υψηλάντου 45 - 47, 115 21 Αθήνα, τηλ.:

72.21.501,72.20.101,72.20.001.

Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (Κρεβάτια: 20) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Ιατρείο χρόνιων αρρώστων

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Εφημερία

Διαγνωστικές κατηγορίες :Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (7), Ψυχολόγος (1), Ειδικευόμενοι γιατροί (13), Κοιν.Λειτουργοί (2), Νοσηλευτές (13), Διοικητικό Προσωπικό (1), Βοηθ.προσωπικό (12).

-> Άλλη εξωνοσοκομειακή δομή του Π.Γ.Ν. Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»:

Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"- (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Μελίσια Αττικής 151 26, τηλ.: 80 39 100, 80 39 001, 80 39 911

1. Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας - (Κρεβάτια: 20) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία στα Κέντρα Υγείας: Νέας Μάκρης, Σπάτων

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Γενική Εφημερία

Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Ανθοκηπουρικής - Θερμοκήπιο. (Θέσεις: 20)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (8), Ειδικευόμενοι Ψυχίατροι (6), Ψυχολόγοι (3), Κοιν. Λειτουργός (1), Εργοθεραπευτές (3), Επισκ.Υγείας (2), Νοσηλευτές (24).

ΠΕΡΙΦ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «ΣΩΤΗΡΙΑ» - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Λ. Μεσογείων 152, 115 27 Αθήνα, τηλ.: 77 78 611/9, 77 09 424

Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (Κρεβάτια: 20) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική , Εφημερία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 16 ετών.

Προσωπικό :Ψυχίατροι (8), Ψυχολόγοι (2), Νοσηλευτές (2), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΠΕΡΙΦ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Πέτρου Ράλλη & Δημ.Μαντούβαλου 3, 184 54 Νίκαια, τηλ.: 49.15.061/8, 49 26 708

Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (Κρεβάτια: 26) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Εφημερία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες πλην εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (7), Ειδ.Ψυχίατροι (5), Ψυχολόγοι (2), Κοιν.λειτουργοί (3), Εργοθεραπευτές (2), Νοσηλευτές (16).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ" - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Μπότσαση 51, 185 37 Πειραιάς, τηλ.: 45.18.410/8, 45.16.233/9

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Εφημερία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (2).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ» - (Ν.Π.Δ.Δ.)

Δ/νση: Τζανή και Αφεντούλη 18536 Πειραιάς, τηλ.: 41.23.552

Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: Νομαρχία Πειραιά - Νησιά Σαρωνικού.

Παιδοψυχιατρικό Τμήμα

Δ/νση: Γρ.Λαμπράκη 83 - 85 Πειραιάς, τηλ.: 41.23.552

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Εξωτερικά Ιατρεία στο Κέντρο Υγείας Δραπετσώνας- Κερατσινίου

Δ/νση: Ελευθ. Βενιζέλου 2 & Αδριανού 11, Δραπετσώνα , Τηλ: 4630100-4630134

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Μέχρι 14 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (3), Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (2).

Άλλη εξωνοσοκομειακή δομή του Π.Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»:

Κέντρο Υγείας Δραπετσώνας - Κερατσινίου

Δ/νση: Ελ. Βενιζέλου και Ανδριανού 11, 187 55 Δραπετσώνα, τηλ.: 46.30.100, 46.30.134

ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ " Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ" - (ΝΠΔΔ.) Δ/νση: Αγ. Όλγας 3-5, 142 33 Νέα Ιωνία, τηλ.: 27.99.265,27.93.211

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Εφημερία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (3), Νοσηλεύτης (1), Ψυχολόγος

(1), Κοιν.Λειτουργός(1), Εργοθεραπευτές(2)

ΝΟΜ. ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" (Ε.Ε.Σ.) - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Ερυθρού Σταυρού 1, 115 26 Αμπελόκηποι, τηλ.: 69.10.512/14

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Εφημερία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 16 ετών. Προσωπικό: Ψυχίατροι (3).

ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ» - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Λεωφ. Γεωργίου Γεννηματά - Μαγούλα, 192 00 Ελευσίνα, τηλ.: 55.51.243/4

Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (20 Κρεβάτια) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Εφημερία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (3), Ψυχολόγος (1), Νοσηλεύτης (3), Κοιν. Λειτουργός (1)

ΝΟΜ. ΓΕΝ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/νση: Περιοχή Καλιφτάκη, 145 64 Κάτω Κηφισιά, τηλ.: 80.76.502

Διασυνδεδετική με τις Κλινικές του Νοσοκομείου.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχιατρικά προβλήματα νοσηλευόμενων αρρώστων του νοσοκομείου.

Ηλικίες: Από 18 ετών. Προσωπικό: Ψυχίατρος (1).

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Λεωφ. Πεντέλης, 152 36 Π. Πεντέλη, τηλ.: 80.30.402, 80.31.402
Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 3-14 ετών. Προσωπικό: Παιδοψυχολόγος (1).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ (Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.) - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Μονής Πετράκη 10, 115 21 Αθήνα, τηλ.: 72.14.141/9, 72.19.661
Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.
Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών. Προσωπικό: Ψυχίατροι (2).

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΒΥΡΩΝΑ - ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο
Δ/ση: Δήλου 14, Καισαριανή, 161 21 Αθήνα, τηλ.: 76.40.111, 76.44.705, 72.62.247

Εξυπηρετεί τους Δήμους: Βύρωνα - Καισαριανής

α. Υπηρεσία Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας Ενηλίκων (Εξωτερικά Ιατρεία)

. Άμεση ψυχιατρική βοήθεια στο χώρο του Κέντρου ή στα σπίτια των κατοίκων του Βύρωνα και Καισαριανής, Ψυχοκοινωνική υποστήριξη, καθώς και τράπεζα πληροφοριών. Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική Παρακολούθηση,

Ψυχοθεραπείες. . Τακτική θεραπευτική & φαρμακευτική παρακολούθηση χρόνιων ασθενών. . Διασυνδεδετική Ψυχιατρική κάλυψη των Κ.Α.Π.Η. των Δήμων Βύρωνα - Καισαριανής.

. Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό : Ψυχίατροι (4), Ψυχολόγος (1), Επισκ. Υγείας (2), Κοιν. Λειτουργοί (2), Διοικητικό προσωπικό (4), Βοηθητικό προσωπικό (2).

β. Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών & Εφήβων (Παιδοψυχιατρική υπηρεσία):

. Συμβουλευτική γονέων

. Αντιμετώπιση μαθησιακών προβλημάτων

. Αντιμετώπιση διαταραχών λόγου, ψυχολογικών ή ψυχιατρικών προβλημάτων . Ομάδες λόγου, μαθησιακών . Συνεργασία με τα σχολεία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 1-17 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι(2), Ψυχολόγοι(2), Κοιν. Λειτουργοί(2), Εργοθεραπευτριά (1), Ψυχοπαιδαγωγός (1), Λογοθεραπευτής (1).

γ. Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:

1. Πρόγραμμα Ημερήσιας Φροντίδας

Δ/ση: Φορμίωνος 150 Α, Βύρωνα τηλ.: 72 43 151

Πρόγραμμα Προκατάρτισης (Εργαστήρια) Δ/ση: Φορμίωνος 150 Α, Βύρωνα τηλ: 7243151

Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης

Δ/ση: Ανδριανουπόλεως 47, 161 21 Καισαριανή τηλ.: 76.50.330)

4. Συνεργατική "ΛΩΤΟΣ"

Δ/ση: Φορμίωνος 150 Β, 161 21, Βύρωνα, τηλ.: 72.43.151

5. Κατάστημα «ΛΩΤΟΣ»

Δ/ση: Νικηφορίδου 28-30, Βύρωνα

6. Κοινωνική - Θεραπευτική Λέσχη

Δ/ση: Δήλου 14, (2ος όροφος) τηλ.: 76.40.111, 76.44.705

7. Πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας

Δ/ση: Δήλου 14, (4ος όροφος) τηλ.: 76.40.111

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Κοιν. Λειτουργοί (2), Εργοθεραπευτές (6), Ειδ. Τεχνικοί (5) Λοιπό Προσωπικό (4).

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Δ/ση: Πλούτωνος 19 & Ηφαίστου, 121 35 Περιστέρι, τηλ.: 57.56.226, 57.56.401, 57.56.664

1. Ιατρεία Ψυχιατρικής: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

2. Ιατρεία Παιδοψυχιατρικής

3.Κέντρο Ημέρας (Θέσεις: 10- 12)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες πλην εξαρτήσεων. Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Ψυχίατροι (4), Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (5), Κοιν.Λειτουργοί (3), Ψυχοπαιδαγωγός(1), Επισκ.Υγείας (3), Διοικητικοί (2).

ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Νέας Σμύρνης (Π.Ν.Α.)

Δ/ση: 2ας Μαΐου 5, 171 21 Νέα Σμύρνη, τηλ.: 93.23.493

Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: Ν.Σμύρνη, Ταύρο, Μοσχάτο, Π.Φάληρο, Αγ.Δημήτριο.

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχομετρία, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Κέντρο Ημέρας Παιδιών (θέσεις: 8)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 3-17 ετών.

Προσωπικό: (από το Π.Ν.Α.): Παιδοψυχίατροι (2), Ειδικ.Παιδοψυχίατροι (2), Ψυχολόγοι (3), Κοιν. Λειτουργός (1), Ειδικ.παιδαγωγός (1), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσωπικό (1).

Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Νέου Ηρακλείου (Π.Ν.Α.)

Δ/ση: Σωκράτους 12, 141 21 Ν. Ηράκλειο, τηλ.: 28 16 598

Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: Ν.Ηράκλειο, Ν.Φιλαδέλφεια, Μεταμόρφωση, Λυκόβρυση, Πεύκη, Νέοι Ιωνία, Νέα Ερυθραία, Κηφισιά (μέρος), Μαρούσι (μέρος).

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχομετρία, Ψυχοθεραπείες.

ΔιασυνδεδετικήΨυχιατρική

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μαθησιακές δυσκολίες, ψυχιατρικά προβλήματα. Ηλικίες: Από 2-16 ετών.

Προσωπικό: (από το Π.Ν.Α.): Παιδοψυχίατροι (2), Ειδικ.Παιδοψυχίατροι (4), Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (2), Διοικητικός (1), Βοηθ. προσωπικό (1).

Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο περιοχής Ν.Ψυχικού (Π.Ν.Α.)

Δ/ση: Γαρέφη 4, 115 25 Ν.Ψυχικό, τηλ.: 68.73.442/3 Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: Μαρούσι, Εκάλη, Ψυχικό, Νέο Ψυχικό)

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχομετρία, Ψυχοθεραπείες.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Ειδική Θεραπευτική Μονάδα Αυτιστικών Παιδιών - [Καν.(ΕΘΚ)815/84] Διαγνωστική, θεραπευτικές παρεμβάσεις. (Θέσεις: 12) - Ηλικίες: Από 3 - 10 ετών

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες, αυτισμός Ηλικίες: Μέχρι 17 ετών.

Προσωπικό: (από το Π.Ν.Α.): Παιδοψυχίατροι (4), Ειδικευόμενοι Παιδοψυχίατροι (5), Ψυχολόγοι (4), Ψυχοπαιδαγωγός (1), Κοιν.Λειτουργοί (3), Μουσικοθεραπευτής (1), Εκπαιδευτές (5), Νοσηλευτές (10), Διοικητικοί (2), Βοηθητικό προσωπικό (1).

Διαγνωστικό Κέντρο Δυσλεξίας-Κέντρο Αποκατάστασης Δυσλεκτικών Παιδιών &Εφήβων (Π.Ν.Α.) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Δ/ση: Ηχους 3, 111 46 Γαλάτσι, τηλ.: 29.28.333

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Λογοθεραπεία, Ψυχοθεραπείες. Θέσεις: 25

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μαθησιακές δυσκολίες, δυσλεξία. Ηλικίες: Από 6-18 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1) από το Π.Ν.Α., Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργός (1), Παιδαγωγοί (3), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ Ή ΜΟΝΑΔΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών «Αγ. Σοφία»

Δ/ση: Στυλ. Λαΐου 13 & Σιθωνίας, 115 22 Αμπελόκηποι, τηλ.: 64.61.791

Ιατρεία Παιδοψυχιατρικής : Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχομετρία, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες, Ειδικές Θεραπείες.

Συμβουλευτική με τα Σχολεία της περιοχής (7ο Διαμέρισμα Δήμου Αθηναίων).

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μαθησιακές δυσκολίες, αναπτυξιακές διαταραχές.

Ηλικίες: Από 14 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν. Λειτουργός (1), Ειδ.Παιδοψυχίατρος (1) μερ. απασχόλησης, Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής (1), Διοικητικό Προσωπικό (1).

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ (Ε.Σ.Υ.) - [Καν. (ΕΟΚ) 815/84] του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ.Γεννηματάς»

Δ/νση: Λ. Μεσογείων 154, 115 27 Χολαργός, τηλ.: 74 80 901, φαξ: 74 81 365

1. Κέντρο Υποδοχής & Ψυχολογικής Βοήθειας για εφήβους και νέους (Εξωτερικά Ιατρεία)
Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχομετρία, Ψυχοθεραπείες.

2. Νοσοκομείο Ημέρας για εφήβους και νέους - (Θέσεις: 10)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχώσεις, Νευρώσεις, Διαταραχές συμπεριφοράς, Μαθησιακές δυσκολίες.
Ηλικίες: Από 14 - 21 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (2), Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εργοθεραπευτές (2), Νοσηλευτές (9), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσωπικό (2).

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ- [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ.Γεννηματάς»

Δ/νση: Λ. Μεσογείων και Ζαλόγγου 6, 153 43 Αγία Παρασκευή, τηλ.: 60 15 079, 60 16 030 Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: Αγία Παρασκευή, Χαλάνδρι & περιοχή Β/Ανατ.Αττικής.

Ιατρεία Ψυχιατρικής: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Ιατρεία Παιδοψυχιατρικής: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες, Ειδικές Θεραπείες.

Κοινωνικές δραστηριότητες (ΚΑΠΗ, Κοινωνικές υπηρεσίες Δήμων, σχολεία, κτλ.)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Ψυχίατροι (4), Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (3), Επισκ.

Υγείας (3), Νοσηλευτές (3), Διοικητικοί (2), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΑΤΙΟΥ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός»

Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: 2ο Διαμέρισμα Δήμου Αθηναίων: Παγκράτι, Ν. Κόσμο, Αγ.Αρτέμιο, Γούβα, Αγ.Ιωάννη, Κυνοσάργους, Κασσιπόδι, Δουργούτι, Αγ.Σώστη.

Τμήμα Ενηλίκων

Δ/νση: Φερεκύδου 5, Πλ.Πλαστήρα, 116 35 Παγκράτι, τηλ.: 70.16.611

Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχομετρία, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (4), Ψυχολόγοι (1), Κοιν.Λειτουργοί (1), Διοικητικοί (2), Βοηθ.προσ.(1)

Τμήμα Παιδιών & Εφήβων

Δ/νση: Φερεκύδου 1, 116 35 Παγκράτι - Αθήνα, τηλ.: 75.19.550

Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχομετρία, Κλινική παρακολούθηση, Κοινωνική Εργασία, Ειδικές Θεραπείες σε παιδιά/εφήβους.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες

Ηλικίες: Μέχρι 17 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (3), Ψυχολόγοι (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Ειδικός Παιδαγωγός (1), Διοικητικοί (2), Βοηθ.προσωπικό (1).

Κοινωνική Λέσχη

Δ/νση: Φερεκύδου 5, Πλ.Πλαστήρα, 116 35 Παγκράτι, τηλ.: 70.16.611

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΑΘΗΝΩΝ (Κεντρικό) - (Ν.Π.Ι.Δ.)

Δ/νση: Νοτάρá 58, 106 83 Αθήνα, τηλ.: 82.31.210, 82.12.944, 82.34.005 φαξ.:82.32.831

Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Ενηλίκων

Δ/νση: Ιουλιανού 18 & Μαυροματαίων, 106 82 Αθήνα, τηλ.: 82.10.222

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 17 ετών

Προσωπικό: Ψυχίατροι (2), Ψυχολόγοι (1), Κοιν.Λειτουργοί (3).

Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία

Δ/νση: Ζαΐμη 2, 106 83 Αθήνα, τηλ.: 38.44.733

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική,

Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες

Ηλικίες: Μέχρι 17 ετών.
Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (2).

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ - Παράρτημα ΑΙΓΑΛΕΩ του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Σούτσου 4, (Πλατεία Δαβάκη), 122 43 Αιγάλεω, τηλ.: 54.49.898

Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: Περιοχή Αιγάλεω, Αγ.Βαρβάρα, Χαϊδάρι.

Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Ενηλίκων

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 17 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (3), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (3).

Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες, Λογοθεραπείες.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Μέχρι 17 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (2), Λογοθεραπευτής (1), Βοηθ. προσωπικό (4).

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ - Παράρτημα ΠΕΙΡΑΙΑ - (Ν.Π.Ι.Δ.)

Δ/ση: Μπουμπουλίνας 15, 185 35 Πειραιάς, τηλ.: 41.70.546

Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: Περιοχή Πειραιά & Νησιά Σαρωνικού.

Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Ενηλίκων

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 17 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (2), Ειδ.Ψυχίατροι (2), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσωπικό (1).

Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία

Εξωτερικά Ιατρεία: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες, Λογοθεραπεία, Συνεργασία με σχολεία.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Μέχρι 17 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Ειδ.Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Λογοπεδικός (1), Διοικητικός (1).

ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ της Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού & Εφήβου (ΕΨΥΠΕ) - (Ν.Π.Ι.Δ.)

Δ/ση: Αγ Ιωάννου Θεολόγου 19, 155 61 Χολαργός, τηλ.: 65.22.396, 65.46.524

Συμβουλευτικός Σταθμός για εφήβους: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Μέχρι 18 - 20 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (2), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Ειδικός Ψυχ. Παιδιών (1), Εργοθεραπευτής (1).

ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ "ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ" - (Ν.Π.Ι.Δ) Δ/ση: Λεωφ. Αμαλίας 42, 105 58 Αθήνα, τηλ.:32.38.807

Ειδική Διαγνωστική Μονάδα

Δ/ση: Καρέα 11, 116 36 Αθήνα, τηλ.: 92.32.347

Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Εργαστηριακός Έλεγχος

Λογοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Ψυχοκινητική αγωγή, Μουσικοθεραπεία, Ψυχοθεραπείες

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Διαγνωστικές κατηγορίες: Αυτισμός, Ψυχώσεις, Νευρώσεις, Ειδικό γλωσσικό πρόβλημα, Νοητική καθυστέρηση.

Ηλικίες: Μέχρι 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Παιδοψυχίατροι (3), Παιδίατρος (1), Παιδονευρολόγος (1), Ψυχολόγοι (6), Κλ. Ψυχολόγοι (2), Ψυχολόγος - Μουσικοθεραπευτής (1), Ψυχογλωσσολόγος (1), Κοιν. Λειτουργοί (2), Λογοπεδικοί (5), Ειδ.Παιδαγωγοί (4), Καθηγήτρια Ειδ.Αγωγής (1), Διοικητικοί (2).

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ : ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ

Τμήμα Ενηλίκων: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες.

Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική Παρακολούθηση, Ψυχοθεραπείες, Ειδική αγωγή, Περίθαλψη στο σπίτι εφήβων σε κρίση.
Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης Ψυχωσικών Ενηλίκων με παράλληλη λειτουργία Εργαστηρίων Κατάρτισης - (Θέσεις: 15 - 20)
Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης Μειονεκτούντων Παιδιών - (Θέσεις: 15-20)
Λέσχη Φιλίας & Κοινωνικοποίησης Ενηλίκων

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Όλες
Προσωπικό: Ψυχίατροι (2), Παιδοψυχίατροι (2), Ψυχολόγοι (4), Λογοπεδικοί (3), Επόπτρια Υγείας (1), Διοικητικό προσωπικό (1).

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ του Αιγινήτειου Νοσοκομείου & του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής
Δ/ση : Αργυροκάστρου & Ιωνίας, 156 69, Παπάγου (όπισθεν Σωτηρίας), τηλ. 6537231
Εργαστήρια Βιολογικής Ψυχιατρικής
Υπηρεσίες Ανοικτής Φροντίδας (πρόκειται να λειτουργήσουν)
Κέντρο Τεκμηρίωσης
Προσωπικό : Καλύπτεται από το Προσωπικό του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ /ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΑΣ- ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ της Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο
Δ/ση: Παπαδιαμαντοπούλου 21, 115 28 Ιλίσια - Αθήνα, τηλ.: 72.19.861
Ομαδικές Κοινωνιοθεραπευτικές και Ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες
Θέσεις: 30
Διαγνωστικές κατηγορίες: Σοβαρές ψυχικές διαταραχές με ελεγχόμενη ψυχοπαθολογία.
Ηλικίες: Από 16-45 ετών.
Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ Κ.Κ.Ψ.Υ. ΒΥΡΩΝΑ - ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ της Ψ.Κ.Π.Α.
Αιγινήτειο Νοσοκομείο
Δ/ση: Φορμίωνος 150 Α, Βύρωνας τηλ.: 72 43 151
Ομαδικές Κοινωνιοθεραπευτικές και Ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες Θέσεις: 15
Διαγνωστικές κατηγορίες: Σοβαρές ψυχικές διαταραχές με ελεγχόμενη ψυχοπαθολογία.
Ηλικίες: Από 18 - 40 ετών.
Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Κέντρου.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Ομαδικές Κοινωνιοθεραπευτικές και Ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες Θέσεις: 25
Διαγνωστικές κατηγορίες: Σοβαρές ψυχικές διαταραχές με ελεγχόμενη ψυχοπαθολογία.
Ηλικίες: Από 18-45 ετών.
Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαΐτειο»
Ομαδικές Κοινωνιοθεραπευτικές και Ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες
Θέσεις: 25
Διαγνωστικές κατηγορίες: Σοβαρές ψυχικές διαταραχές με ελεγχόμενη ψυχοπαθολογία.
Ηλικίες: Από 18 ετών.
Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ) του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής
Δ/ση: 2ας Μαΐου 5, 171 21 Νέα Σμύρνη, τηλ.: 93.23.493
Ομαδικές Κοινωνιοθεραπευτικές και Ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες
Θέσεις: 8
Διαγνωστικές κατηγορίες: Σοβαρές ψυχικές διαταραχές με ελεγχόμενη ψυχοπαθολογία.
Ηλικίες: Μέχρι 9 ετών.
Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1) μερ.απασχόλησης, Κλινική Ψυχολόγος (1), Ψυχοπαιδαγωγός (1), Γυμναστής (1) μερ.απασχόλησης.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ (ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ) του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ.Γεννηματάς».

Δ/ση: Λ. Μεσογείων 154, 115 27 Χολαργός, τηλ.: 74 80 901, 74 81 365

Ομαδικές Κοινωνιοθεραπευτικές και Ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες

Θέσεις: 10

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχωσικές διαταραχές. Ηλικίες: Από 14 - 17 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (2), Νοσηλευτές (8), Κοιν.Λειτουργοί (2), Ψυχολόγοι (2), Εργοθεραπευτές (2).

ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών
Δ/ση: Ζαΐμη 9, 106 82 Αθήνα, τηλ.: 38 35 611, 38 22 500

Ομαδικές Κοινωνιοθεραπευτικές και Ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες

Θέσεις: 30

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχικές διαταραχές με ελεγχόμενη ψυχοπαθολογία.

Ηλικίες: Από 18-65 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εργοθεραπευτής (1), Διοικητικός (1), Απασχολησιοθεραπευτές - Τεχνικοί Εκπαιδευτές (4).

ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής παράρτημα Πειραιά Δ/ση: Μπουμπουλίνας 15, 185 35 Πειραιάς, τηλ.: 41 70 546, 41 70 500, 41 18 733

Ομαδικές Ψυχοθεραπείες, Κοινωνιοθεραπευτικές δραστηριότητες

Εργαστήρια: Ραπτικής, Ηλεκτρολογείας & μονταρίσματος φωτιστικών, Κηπουρικής, Ξυλουργικής, Κορνιζοποιείο, Υφαντικής Ταπητουργίας.

Θέσεις: 45

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχώσεις, Οριακή νοημοσύνη. Ηλικίες: Από 16 - 40 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (3), Εκπαιδευτές (6), Διοικητικοί (4), Βοηθ.προσωπικό (2).

ΝΠΙΔ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ (του Ι.Ψ.Υ.Π.Ε. Πολυδύναμο Κέντρο Καλλιθέας) Δ/ση: Εσπερίδων 85, 176 72 Καλλιθέα, τηλ.: 95.60.196

Ομαδικές Κοινωνιοθεραπευτικές και Ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες Θέσεις:15

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιοι ψυχωσικοί, ελαφρά εγκεφαλική δυσλειτουργία, οριακή νοημοσύνη.

Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Από τις υπηρεσίες του Κ.Ψ. Υ.

ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΕΙΟΝΕΚΤΟΥΝΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

του Ι.Ψ.Υ.Π.Ε., Πολυδύναμο Κέντρο Καλλιθέας

Ομαδικές θεραπευτικές και κοινωνιοθεραπευτικές, Ψυχαγωγικές δραστηριότητες

Θέσεις: 10

Διαγνωστικές κατηγορίες: Αυτιστική ή ευρύτερη ψυχωσική συμπεριφορά, Νοητική καθυστέρηση

Ηλικίες: Από 4-16 ετών.

Προσωπικό: Από τις υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ.

ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ-ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ/ ΞΕΝΩΝΕΣ

ΞΕΝΩΝΕΣ της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο Ξενώνας (Μετανοσοκομειακός)

Δ/ση: Σούτσου 44 , 115 21 Αθήνα, τηλ.: 64.63.553

Θέσεις: 14

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου εύρους ψυχικές διαταραχές, εκτός εξαρτήσεων.

Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

Ξενώνας (Μακράς Παραμονής)

Δ/ση: Πουλίου 11, 115 23 Αμπελόκηποι, τηλ.: 64.69.689

Θέσεις: 12

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές
Ηλικίες: Από 18 ετών.
Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ΞΕΝΩΝΕΣ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.)
Ξενώνας Κολωνού - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]
Δ/νση: Βασιλικών & Δημοσθένους 46, 104 41 Αθήνα, τηλ.: 51.22.276
Θέσεις: 15

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές.
Ηλικίες: Από 18 ετών.
Προσωπικό: Νοσηλεύτες (4), Νοσοκόμες (3), Κοιν.Λειτουργοί (1), Βοηθ. Προσωπικό (1).
Ξενώνας Κορυδαλλού - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]
Δ/νση: Αγ.Γεωργίου 88 & Ζάππα, 18120 Κορυδαλλός, τηλ.: 49 41 582
Θέσεις: 16

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Ηλικίες: Από 25 - 65 ετών.
Προσωπικό: Νοσηλεύτες (6), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εργοθεραπευτής (1).

ΞΕΝΩΝΑΣ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ" -[Καν.(ΕΟΚ)815/84] Δ/νση: Ιερά
Οδός 343, 124 61 Χαϊδάρη, τηλ.: 53 98 200

Προσωπικό: Εξυπηρετούνται από το προσωπικό του Νοσοκομείου
Θέσεις: 16

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Ηλικίες: Από 25 - 65 ετών.

ΞΕΝΩΝΑΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ ΝΕΑΣ ΠΑΛΛΗΝΗΣ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Παιδοψυχιατρικού
Νοσοκομείου Αττικής

Δ/νση: Νέα Παλλήνη (περιοχή Νταμάρια), τηλ.: 60 30 868/9 Θέσεις: 11

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Ηλικίες: Από 12 - 16 ετών.

Μέση Διάρκεια Παραμονής: 1-3 χρόνια. Προσωπικό: Νοσηλεύτες (4), Κοιν.Λειτουργοί (1).

ΞΕΝΩΝΑΣ/ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ (Μακράς Παραμονής) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]" Πρόγραμμα «Λέρος Ι & Π»
του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής

Δ/νση: Πάτμου 61, 112 54 Αθήνα, τηλ.: 22.30 233

Θέσεις: 9

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 50 - 70 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Νοσηλεύτες (3), Μαγείρισσα (1), Διοικ.Προσωπικό (1),
Βοηθ.Προσωπικό (1).

ΞΕΝΩΝΑΣ [Καν.(ΕΟΚ)815/84] - (Πρόγραμμα «Λέρος Ι & ΙΙ») του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής
Αθηνών

Δ/νση: Ιουστινιανού 37, 114 73 Αθήνα, τηλ.: 82 12 634, 82 12 636 Θέσεις: 10

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές.

Ηλικίες: Από 30 - 65 ετών.

Μέση Διάρκεια Παραμονής: > 3 χρόνια

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Εργοθεραπευτής (1), Επισκ.Υγείας (1), Νοσηλεύτες (3).

ΞΕΝΩΝΑΣ (Μονάδα Προστατευμένων Κατοικιών) - Καν.(ΕΟΚ)815/84 Πρόγραμμα «Λέρος Ι & ΙΙ» του
Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αιγάλεω

Δ/νση: Ιερά Οδός 269, 122 44 Αιγάλεω, τηλ.: 59.88.942 Θέσεις: 10

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 40 - 65 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Νοσηλεύτες (2), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσ. (1).

ΝΠΙΔ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΞΕΝΩΝΑΣ/ΔΙΑΔΗΜΟΤΙΚΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ «Η ΘΕΤΙΣ»

[Καν.(ΕΟΚ)815/84] Πρόγραμμα «Λέρος Ι & ΙΙ» της Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού &
Εφήβου

Δ/νση: Αετιδέων 25, 15 61 Χολαργός, τηλ : 6536731

Θέσεις: 11 άτομα (από το πρώην ΚΕΠΕΠ ΠΙΚΠΑ Λέρου) Ηλικίες: Από 20 - 35 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (2), Ειδικός Παιδαγωγός (1),
Εργοθεραπευτής (1), Νοσηλεύτες (7), Διοικητικοί (3), Βοηθ.προσωπικό (4).

ΞΕΝΩΝΑΣ - ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ «ΑΡΓΩ» [Καν.(ΕΟΚ)815/84] -
(Πρόγραμμα Λέρος Ι&ΙΓ) της Ε.Κ.Ψ.Ψ.Υ.
Δ/νση: Ρήγα Φεραίου 36, 176 71 Καλλιθέα, τηλ.: 95.79.368
Θέσεις: 10

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 45 - 70 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (4), Κοιν.Λειτουργός (1), Εργοθεραπεύτρια (1), Οικοδέσποινα (1), Νοσηλεύτρια (1).

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του
Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Δ/νση: Ελλανίκου 3, 116 35 Παγκράτι, - (Θέσεις: 3)

Δ/νση: Αχιλλέως 114, 176 75 Καλλιθέα, - (Θέσεις: 3)

Δ/νση: Νεωσοίκων 17-21, 185 36 Πειραιάς, τηλ.: 42.81.650 - (Θέσεις: 3)

Δ/νση: Γ. Παπανδρέου 18, 157 71 Ζωγράφου - (Θέσεις: 1)

Δ/νση: Πέτρας 50-52, 104 44 Κολωνός - (Θέσεις: 2)

Δ/νση: Αμπλιανής 26, 104 42 Κολωνός - (Θέσεις: 1)

7ο Δ/νση: Τριπόλεως 27, 104 42 Κολωνός - (Θέσεις: 2)

Δ/νση: Ιπποκράτους 131 & Τσιμισκή - Αθήνα - (Θέσεις: 3)

Δ/νση: Καλλιδρομίου 10 & Τηλεμάχου - Εξάρχεια - (Θέσεις: 2)

Δ/νση: Πυθοδώρου 32 Κολωνός - (Θέσεις: 2)

Δ/νση: Κερατσινίου 26 Κολωνός - (Θέσεις: 2)

Δ/νση: Εμμ. Μπενάκη 122 - Εξάρχεια - (Θέσεις: 1)

Δ/νση: Ιουστινιανού 8, Νίκαια - (Θέσεις: 3)

Δ/νση: Θηραμένους 32, Αιγάλεω - (Θέσεις: 6)

Δ/νση: 1η αγροικία εντός του ΨΝΑ - (Θέσεις: 4)

Δ/νση: 2η αγροικία εντός του ΨΝΑ - (Θέσεις: 4)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 20 - 65 ετών.

Προσωπικό: Οι ένοικοι εξυπηρετούνται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαΐτειο» Δ/νση:
Κωλέττη 17, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 33 02 440

Θέσεις: 4

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 49 - 60 ετών.

Προσωπικό: Οι ένοικοι εξυπηρετούνται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΣΠΙΤΙ ΠΑΛΛΗΝΗΣ (Μακράς Παραμονής) –
Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Δ/νση: Αθ. Διάκου 36, 153 44 Παλλήνη Αττικής, τηλ.: 66.67.008

Θέσεις: 8

Ηλικίες: Από 15-18 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1) - μερ.απασχόλησης από το Π.Ν.Α., Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Εργοθεραπευτής (1), Ειδικός παιδαγωγός (1), Γυμναστής (1), Νοσηλευτές (3), Διοικητικός (1) - μερ.απασχόλησης, Βοηθ. Προσωπικό (2) - από το Π.Ν.Α.

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ (1) [Καν.(ΕΟΚ)815/84] - (Πρόγραμμα «Λέρος ΙΙ») του Ερευνητικού
Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής

Δ/νση: Νεοπόλεμου 62, 162 32 Βύρωνα, τηλ.: 72.62.606

Θέσεις: 2

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 50 - 70 ετών.

Προσωπικό: (Οι ένοικοι εξυπηρετούνται από το προσωπικό του Ξενώνα/Οικοτροφείου)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΡΓΑΣΙΑΣ (Κ.Ε.Π.) της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου
Αθηνών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου Αθηνών & Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.

Δ/νση: Αργυροκάστρου & Ιωνίας, 156 69 Παπάγος, τηλ.: 77 80 069, 77 55 359, 72 47 987

Αστική & Αγροτική Συνεργατική

Δραστηριότητες:

Τμήματα: Βιβλιοδεσίας, Ξυλογλυπτικής, Κοπτικής-Ραπτικής, Σφραγιδοποιίας, Γενικών Κατασκευών, Δέρματος, Ανθοκομικής.

Κατάστημα Φωτοτυπείο (στο χώρο των Εργαστηρίων της Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών)

Δ/ση: Μ.Ασίας 75, Γουδί

Θέσεις: 50

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές παθήσεις. Ηλικίες: Από 18-60 ετών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Κ.Ε.Π.

ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗ "ΛΩΤΟΣ" του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.

Δ/ση: Φορμίωνος 150 Β, 161 21, Βύρωνα, τηλ.: 72 43 151

Δραστηριότητες:

Τμήματα: Κατασκευής Επίπλων BAMBOO, Κοπτικής - Ραπτικής, Φωτοτυπικών - Βιβλιοδεσίας, Κεραμικής και Κατασκευής ειδών δώρου.

Κατάστημα «ΛΩΤΟΣ»

Δ/ση: Νικηφορίδου 28-30, Βύρωνα

(Εκτίθενται και πωλούνται τα προϊόντα που παράγονται στα παραγωγικά εργαστήρια).

Θέσεις: Από 20 - 25 χρονών.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Ηλικίες: Από 18-45 χρονών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Κ.Κ.Ψ.Υ.

ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Δ/ση: Λ.Αθηνών, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 58 11.701-9

Δραστηριότητες:

Παραγωγή κρασιού, παραγωγή ανθέων (θερμοκήπιο). Θέσεις: 20

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 40 - 60 χρονών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Κέντρου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαΐτειο»

Δ/ση: Ιερά Οδός 343, 124 61 Χαϊδάρη, τηλ.: 53 98 200

Μονάδα Συνεργατικής Παραγωγής Αγροτικού Τύπου "Το Περβόλι" - Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Δραστηριότητες:

Καλλιέργεια & εμπορία ανθέων, οπωροκηπευτικών.

Mini Market (οπωροπωλείο) - (Θέσεις: 6)

Θέσεις: 10

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 10-65 ετών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

Μονάδα Συνεργατικής Βιοτεχνικής Παραγωγής

Δραστηριότητες:

Ραφείο "Η Πηνελόπη" (Θέσεις: 11) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Το Περίπτερο (Θέσεις: 13)

Κυλικείο "Ο Εξώστης" (Θέσεις: 9)

Εργαστήρια: Πλεκτικής, Υφαντικής, Ζωγραφικής (Θέσεις: 25)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 40 - 65 ετών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΡΓΑΣΙΑΣ(ΚΕΠ) της Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο & Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.

Δ/ση: Αργυροκάστρου & Ιωνίας, 156 69 Παπάγος, τηλ.: 77.80.069, 77.55.359, 72.47.987

1. Προεπαγγελματικά Εργαστήρια: Ευρύ φάσμα ταχύρυθμων εργασιακών δραστηριοτήτων.(Θέσεις: 55) - Ηλικίες: Από 18 ετών.

2. Επαγγελματικά Εργαστήρια: Ξυλογλυπτικής, Δέρματος, Βιβλιοδεσίας, Η/Υ, Σφραγιδοποιίας, Κοπτικής - Ραπτικής. (Θέσεις: 51) - Ηλικίες: Από 18-40 ετών.
Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές παθήσεις. Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα -Καισαριανής της Ψ.Κ.Π.Α., Αιγινήτειο Νοσοκομείο & Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.

Δ/ση: Δήλου 14, Καισαριανή, 16121 Αθήνα, τηλ.: 76 40 111, 76 44 705, 72 62 247

1. Πρόγραμμα Προκατάρτισης - Εργαστήρια: Ζωγραφικής, Κεραμικής, Γενικών Διακοσμητικών Κατασκευών, Κοπτικής - Ραπτικής. (Θέσεις: 15) - Ηλικίες: Από 18 - 35 ετών.

Δ/ση: Φορμίωνος 150 Α, Βύρωνα, τηλ.: 72 43 151

2. Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης: Εργαστήρια Δακτυλογράφησης - χειρισμού Η/Υ, Κοπτικής - Ραπτικής, Δερματοτεχνίας & Κατασκευής Επίπλων BAMBOO. - (Θέσεις: 30)
Ηλικίες: Από 18-35 ετών

Δ/ση: Ανδριανουπόλεως 47, Καισαριανή, τηλ.: 76 50 330.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Κέντρου.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΣΧΗ του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καΐσαριανής της Ψ.Κ.Π.Α., Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Δ/ση: Δήλου 14, (2ος όροφος) τηλ.: 76.40.111, 76.44.705

Κοινωνικοποίηση, Ψυχαγωγία & δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

Θέσεις: 10-12

Διαγνωστικές κατηγορίες: Σοβαρές ψυχικές διαταραχές εκτός εξαρτήσεων.

Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Μονάδα Αποκατάστασης - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] Δ/ση: Λ.Αθηνών, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 58 11.701-9

1. Εργαστήρια: Κηροπλαστικής, Πλυντήριο - Λιπαντήριο Αυτοκινήτων, Αρτοποιείας - Ζαχαροπλαστικής, Κοπτικής - Ραπτικής, Ξυουργείο, Κυλικείο. - (Θέσεις: 8)

Κατάστημα ψιλικών, Κηποτεχνική (Πρόγραμμα HORIZON) - (Θέσεις: 25)

Ενδονοσοκομειακές Μορφές Προστατευμένης Εργασίας: Βιβλιοπωλείο, Ψιλικά - (Θέσεις:5)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες Ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] Δ/ση: Στο χώρο του Νοσοκομείου

Εργαστήρια: Χειροτεχνίας, Ταπητουργίας - Υφαντουργίας, Αγροτικής Καλλιέργειας, Τυπογραφίας, Μουσικοθεραπείας, Πλεκτικής, Κοπτικής - Ραπτικής, Καλών Τεχνών, Υποδηματοποιίας.

Θέσεις: 50

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης Δυτικής Αττικής - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] Δ/ση: Τερπάνδρου & Καλλιμάχου 5, 121 31 Περιστέρι, τηλ.: 51.39.710

Εργαστήρια: Γραμματειακό, Οικοκυρικής, Πλεκτικής, Ξυουργείο.

Θέσεις: 40

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες Ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 40 - 60 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Εκπαιδευτές (4), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΚΕΝΤΡΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Δ/ση: Διασταύρωση Ραφήνας, 190 09 Ραφήνα Αττικής, τηλ.: 82.31.144, (0294) -77777, -77792

Κέντρο Προ & Επαγγελματικής Κατάρτισης - [Καν.(ΕΟΚ)815/84]

Επαγγελματικά Εργαστήρια: Κηπουρικής, Υδραυλικής, Ξυουργικής, Κοπτικής - Ραπτικής, Βιβλιοδεσίας, Χειροτεχνίας και Κεραμικής.

Θέσεις: 40 (εξωτερικοί & εσωτερικοί ασθενείς)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες Ψυχώσεις, ελαφρά νοητική καθυστέρηση.

Ηλικίες: Από 14 - 25 ετών.

Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΕΦΗΒΩΝ (Κ.Ε.Ψ.Υ.Ε) του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών «Αγ.Σοφία»
Δ/ση: Βασ. Γεωργίου 43, Χαλάνδρι 152 32 , τηλ.: 68 55.289, 68 55 290.
Προγράμματα Προκατάρτισης - Κατάρτισης
Εργαστήρια: Εργασιών γραφείου, Φωτογραφίας, Η/Υ, Catering
Θέσεις: 15
Διαγνωστικές κατηγορίες: Νέοι με χρόνια αιματολογικά νοσήματα. Ηλικίες: Από 14 - 25 ετών.
Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εργοθεραπευτής (1), Επόπτης Κλινικών Εφαρμογών (1), Εκπαιδευτές (4), Διοικητικός (1), Βοηθ. προσωπικό (1).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΣΧΗ του Κοινοτικού Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός»
Δ/ση: Φερεκίδου 5, Πλ.Πλαστήρα, 116 35 Παγκράτι, τηλ.: 70.16.611
Κοινωνικοποίηση, Ψυχαγωγία & δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
Θέσεις: 12
Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχωσικές και άλλες σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές.
Ηλικίες: Από 18 ετών.
Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Κέντρου.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «Σισμανόγλειο»
Δ/ση: Μελίσια Αττικής 151 26, τηλ.: 80.39.302
Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Ψυχιατρικού Τομέα Εργαστήρια: Ανθοκηπουρικής - Θερμοκήπιο.
Θέσεις: 20
Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες Ψυχώσεις.
Ηλικίες: Από 18 ετών.
Προσωπικό: Καλύπτεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών
Δ/ση: Ζαΐμη 9, 106 82 Αθήνα, τηλ.: 38.35.611 • Εργαστήρια: Κοπτικής - Ραπτικής, Ξυλογλυπτικής, Γραμματειακό.
Θέσεις: 25
Διαγνωστικές κατηγορίες: Σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Ηλικίες: Από 18 ετών.
Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εκπαιδευτές (3), Διοικητικό Προσωπικό (1), Βοηθ. προσωπικό (1).

- Παραγωγικό Εργαστήρι Μειονεκτούντων Ατόμων σε Φωτοτυπικές εργασίες
Δ/ση: Σπυρίδωνος Τρικούπη 54, 114 73 Αθήνα, τηλ.: 82.29.291
Θέσεις: 10
Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 18 ετών.
Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Εκπαιδευτές (2).

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Παράρτημα Αιγάλεω
Δ/ση: Σούτσου 4, (Πλατεία Δαβάκη), 122 43 Αιγάλεω, τηλ.: 54.49.898
Εξυπηρετεί τομέα ευθύνης: Περιοχή Αιγάλεω, Αγ.Βαρβάρα, Χαϊδάρι.
Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης & Αποκατάστασης - [Καν.(ΕΟΚ)8ϊ5/84]
Εργαστήρια: Γραμματειακό, Κοπτικής-Ραπτικής, Υφαντικής-Ταπητουργίας, Ξυλογλυπτικής.
Θέσεις: 44
Διαγνωστικές κατηγορίες: Ασθενείς με ελεγχόμενη ψυχωσική συμπτωματολογία.
Ηλικίες: Από 18 - 30 ετών.
Προσωπικό: Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εκπαιδευτές (8).
Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπδ/σης & Αποκατάστασης Αυτιστικών Ψυχωσικών Ατόμων
Εργαστήρια: Η/Υ, Βιβλιοδεσίας, Κεραμικής, Υφαντικής-Ταπητουργίας.
Θέσεις: 24
Ηλικίες: Μέχρι 25 ετών.
Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εκπαιδευτές (6), Διοικητικοί (4), Βοηθ.προσωπικό (4).

Προεπαγγελματικά Εκπαιδευτικά Εργαστήρια:

Ξυλουργικής, Γενικής Χειροτεχνίας, Ζωγραφικής & Αλφαριθμητισμό (στην τοπική ΝΕΛΕ)

Θέσεις: 10

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 40 - 70 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Νοσηλευτές (5), Διοικητικός (1), Βοηθ. προσωπικό (1).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΛ/ΣΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής παράρτημα Πειραιά Δ/ση: Μπουμπουλίνας 15, 185 35 Πειραιάς, τηλ.: 41.70.546

Ομαδικές Ψυχοθεραπείες, Κοινωνιοθεραπευτικές δραστηριότητες.

Εργαστήρια: Ραπτικής, Ηλεκτρολογείο & μονταρίσματος φωτιστικών, Κηπουρικής, Ξυλουργικής, Κορνιζοποιείο, Υφαντικής Ταπητουργίας.

Θέσεις: 45

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχώσεις, Οριακή νοημοσύνη. Ηλικίες: Από 16 - 25 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (3), Εκπαιδευτές (6), Διοικητικοί (3), Τεχνικοί (6), Βοηθ.προσωπικό (2).

ΝΠΙΔ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας Παιδιών Ενηλίκων, Πολυδύναμο Κέντρο Καλλιθέας.

Κέντρο Προ & Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.)

Δ/ση: Δοϊράνης 205 - Καλλιθέα

Εργαστήρια: Καλαθοπλεκτικής, Κεραμικής, Κοσμημάτων. Θέσεις: 60

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ψυχώσεις

Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Τεχνίτες εκπαιδευτές (3).

Λέσχη Φιλίας και Κοινωνικοποίησης Ενηλίκων

Δ/ση: Εσπερίδων 85, τηλ.: 95 60 196

Κοινωνικοποίηση, Ψυχαγωγία & δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

Θέσεις: 12

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Εξυπηρετείται από το προσωπικό του Π.Κ.Κ.

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΟΤΑΝΙΚΟΥ του Ελληνικού Κέντρου Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής & Περίθαλψης

Δ/ση: Ελασιδών 30 & Κωνσταντινουπόλεως, 118 54 Αθήνα, τηλ.: 34.24.024, 34 24 024

Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη, Συνεργασία με σχολεία.

Εργαστήρια Κατάρτισης: Αργυροχοοίας, Ραπτικής - Κοπτικής - (Θέσεις: 10-15)

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΖΕΦΥΡΙΟΥ του Ελληνικού

Κέντρου Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής & Περίθαλψης

Δ/ση: Ε. Μακαρίου 2, 134 51 Ζεφύρι Αττικής τηλ.: 26.82.685, 26 84 194

Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχοθεραπευτική.

Εργαστήριο Κατάρτισης: Αναπαλαίωσης επίπλων (πρόγραμμα αποκλεισμού Κ.Ε.Κ.) (Θέσεις: 20)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι. Ηλικίες: Άνω των 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν. Λειτουργοί (3), Εργοθεραπεύτρια (1), Νοσηλευτής (1), Τεχνίτες (4), Διοικητικός (1), Ομάδα Εθελοντών δασκάλων

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

ΓΑΛΗΝΕΙΟΝ ΜΕΛΑΘΡΟΝ

Δ/ση: Αγ. Τριάδος 6, 166 74 Άνω Γλυφάδα, τηλ.: 96.22.746, 96.22.751

Κρεβάτια: 83

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ "ΑΘΗΝΑ" (Νευροψυχιατρική Κλινική)
Δ/νση: Κισσάβου 10, 152 35 Βριλήσσια, τηλ.: 80.43.382, 80.44.002
Κρεβάτια: 280
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Μ. ΒΛΑΣΤΟΥ & ΣΙΑ
Δ/νση: Χειμάρas 8, Παράδεισος Αμαρουσίου, τηλ.: 68.98.860, 68.98.862
Κρεβάτια: 204
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ "ΠΑΛΛΑΔΙΟΝ" - (Β. Τσιπάς & ΣΙΑ Ο.Ε.)
Δ/νση: Αθ. Διάκου & 28ης Οκτωβρίου, 151 27 Μελίσσια τηλ.: 80.40.252,80.44.306
Κρεβάτια: 219
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων.
Ηλικίες : Από 18 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ "ΑΓΙΑ ΤΡΙΑΣ"
Δ/νση: Αμαρουσίου 38, 141 22 Ηράκλειο, τηλ.: 28.17.988,28.18.767
Κρεβάτια: 120
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ "ΑΓΙΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ" - (Γ. Γερολυμάτου & ΣΙΑ)
Δ/νση: Φιλαδέλφειας 104, 136 71 Αχαρναί, τηλ.: 24.67.305, 24.67.192
Κρεβάτια: 40
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες πλην εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ "ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ"
Δ/νση: Διόνυσος Αττικής, 145 65, τηλ.: 62.10.405, 62.11.046
Κρεβάτια: 59
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες πλην εξαρτήσεων.
Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ "ΓΑΛΗΝΗ"
Δ/νση: Χαρ. Τρικούπη 161, Στροφύλι, 145 64 Κηφισιά, τηλ.: 80.70.009, 80.70.558
Κρεβάτια: 98
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΣΤΑΛΙΑ - Ν. Π. Λυμπέρης Α.Ε.
Δ/νση: Ήτα 4-6, 167 77 Ελληνικό, τηλ.: 89.80.633/7,89.47.490
Κρεβάτια: 340
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΥΡΑΚΟΥΑ.Ε.
Δ/νση: Αγ. Σύλλα 7, 151 27 Μελίσσια, τηλ: 80.44.330,80.47.535
Κρεβάτια: 100
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΑΛΠΕΤΡΙΕΡΗ
Δ/νση: Γ. Παπανδρέου 149, 144 52 Μεταμόρφωση, τηλ.: 28.10.310, 28.19.445 Κρεβάτια: 67
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ "ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟΝ" - Δημ.Σαμέλλα Α.Ε.
Δ/νση: Λεωφ.Κηφισίας 276, 152 32 Χαλάνδρι, τηλ.: 68.12.368, 68.21.230
Κρεβάτια: 176
Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

"ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΓΡΗΓΟΡΟΥΣΑ" - Π. Καραγουλιάνος & ΣΙΑ Ε.Ε.
Δ/νση: Ηρακλείου 519, 141 22 Ν.Ηράκλειο τηλ.: 28.17.068, 28.13.724

Κρεβάτια: 112

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

| ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΙΝΟΥΡΗ

Δ/ση: Τατοΐου 74 & Χαρ. Τρικούπη, 145 64 Κηφισιά, τηλ.: 80.70.703, 80.70.771

Κρεβάτια: 91

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΨΥΧΙΚΗ ΔΟΜΗ (Νευροψυχιατρικό Θεραπευτήριο) - Ελευθερίου Τζεράνη Α.Ε.

Δ/ση: Λ.Πεντέλης 1, 152 36 Νέα Πεντέλη, τηλ.: 80.44.340, 80.47.624

Κρεβάτια: 59

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες εκτός εξαρτήσεων. Ηλικίες: Από 18 ετών.

ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΝΠΙΔ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Διοικητικές Υπηρεσίες: Δημητρώσσα 10, 115 28 Αθήνα, τηλ.: 72.93.245, 72.47.873, FAX.: 72.93.244

Επιστημονικές Υπηρεσίες Ιωνίας & Αργυροκάστρου, 156 69 Παπάγος, τηλ. 6537731

Τομέας Δραστηριοτήτων και Υπηρεσιών:

Οργάνωση και διεξαγωγή ερευνών σε βασικούς άξονες του Τομέα Ψυχικής Υγιεινής

Συνεργασία με Ελληνικούς και Διεθνείς αντίστοιχους Ερευνητικούς Φορείς : Συνεργαζόμενο Κέντρο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Σχεδιασμός και ανάπτυξη Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων

Ανάπτυξη Προγραμμάτων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης : Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας, Πρόγραμμα Προκατάρτισης του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καιρασιανής, Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής

Ξενώνας / Οικοτροφείο (Μακράς Παραμονής) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] Πρόγραμμα «Λέρος Ι & ΙΙ»

Δ/ση: Πάτμου 61, 112 54 Αθήνα, τηλ.: 22.30 233

Προστατευόμενο Διαμέρισμα (1) [Καν.(ΕΟΚ)815/84] Πρόγραμμα «Λέρος ΙΙ»

Δ/ση: Νεοπτόλεμου 62, 162 32 Βύρωνα, τηλ.: 72.62.606

Τομέας Αγωγής Υγείας

Δ/ση: Παπαδιαμαντοπούλου 4, Αθήνα 115 28, τηλ/ί&χ : 72 57 881/2

Κέντρο Εκπαίδευσης για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών & την προαγωγή της υγείας

Δ/ση: Παπαδιαμαντοπούλου 4, Αθήνα 115 28, τηλ : 72 57 881/2

Ελληνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία

Δ/ση: Δημητρώσσα 10, 1 15 28 Αθήνα, 7225 109 &χ 7233 690

ΝΠΙΔ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΕΦΗΒΟΥ (ΕΨΥΠΕ) - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Αγ Ιωάννου Θεολόγου 19, 155 61 Χολαργός, τηλ.: 65.22.396, 65.46.524

Συμβουλευτικός Σταθμός για εφήβους

Ξενώνας/Διαδημοτικό Κοινοτικό Κέντρο «Η ΘΕΤΙΣ» - [Καν.(ΕΟΚ.)815/84] Πρόγραμμα «Λέρος Ι & ΙΙ»

Δ/ση: Αειδέων 25, 15 61 Χολαργός , τηλ : 65 36 731

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Μελετίου Πηγά 22, 116 32 Αθήνα, τηλ.: 92.21.739, 92.31.210

1. Ξενώνας - Οικοτροφείο «ΑΡΓΩ» - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] Πρόγραμμα "Λέρος Ι & Π"

Δ/ση: Ρήγα Φεραίου 36, 176 71 Καλλιθέα, τηλ.: 95.79.368

2. Πολυδύναμο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλλιθέας Δ/ση: Εσπερίδων 85, 176 72 Καλλιθέα, τηλ.: 95.60.196

3. Κέντρο Προ & Επαγγελματικής Κατάρτισης Δ/ση: Δοϊράνης 205 - Καλλιθέα

ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ "ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ" - (Ν.Π.Ι.Δ) Δ/ση: Λεωφ. Αμαλίας 42, 105 58 Αθήνα, τηλ.: 32.36.783, 32.38.807

Ειδική Διαγνωστική Μονάδα

Δ/νση: Καρέα 11,116 36 Αθήνα, τηλ.: 92 32 347

ΑΝΟΙΚΤΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ - ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ - (ΝΠΙΔ) - Δ/νση: Σωτ.Χαραλάμπη 1 & Μαυρομιχάλη, 114 72 Αθήνα, τηλ.: 64.45.140

Τομέας Ενηλίκων «Εξωτερικό» Ιατρείο: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.

Τμήμα Ψυχοθεραπείας (Ομαδική, Δυαδική)

Ψυχοθεραπευτικές Κοινότητες

Κοινωνικοθεραπεία - Ψυχόδραμα: (Μουσικοθεραπεία, Χοροθεραπεία, Ομάδες εκφραστικών και δημιουργικών δραστηριοτήτων)

Τομέας Οικογένειας & Ζευγούς: Αξιολόγηση, Συμβουλευτική, Ψυχοθεραπεία

Τομέας Παιδιών & Εφήβων: Αξιολόγηση, Συμβουλευτική Γονέων, Ψυχοθεραπείες

Μεταπτυχιακές Εκπαιδεύσεις

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιες & οξείες ψυχικές διαταραχές, εκτός εξαρτήσεων από ουσίες και αλκοόλ.

Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Ψυχίατροι (17), Ψυχολόγοι (21), Κοιν.Λειτουργοί (5), Εργασιοθεραπευτές (3), Μουσικοθεραπεύτρια (1), Εκπαιδευτικοί (8), Διοικητικοί (7), Τεχνικός (1)

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ - (Ν.Π.Ι.Δ.)

Διαδημοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας των Δήμων: Αλίμου, Αργυρούπολης, Γλυφάδας, Ελληνικού.

Δ/νση: Ανδρούτσου 4, 174 55 Άλιμος, τηλ.: 98.40.341, 98.85.564, 98.85.286

Ιατροπαιδαγωγική, Διαγνωστική Μονάδα για παιδιά, εφήβους & την οικογένεια.

Διαγνωστική, Συμβουλευτική, ψυχοθεραπείες. (Ηλικίες: Μέχρι 17 ετών)

Συμβουλευτικός Σταθμός για χρήστες ουσιών & τις οικογένειες τους

Κέντρο Πρόληψης & Ενημέρωσης ενάντια στις Εξαρτήσεις

Επανεξέταση ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινότητα

Σχολική Ψυχολογική Υπηρεσία στα Σχολεία (Δημοτικά & Γυμνάσια των 4ων Δήμων).

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα , πρόληψη χρήσης ναρκωτικών.

Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (2), Κοινωνιολόγος (1), Λογοθεραπευτής (1), Διοικητικοί (3), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ & ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/νση: Φαιδριάδων 3, 113 64 Πλ. Κυψέλης, τηλ.: 86.12.627, 86.19.577

-Τμήμα Ψυχοθεραπείας (Ατομική και Ομαδική)

-Θεραπευτική Κοινότητα "Κυψέλη": Κοινωνιοψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες ,Πρόγραμμα Ημερήσιας Φροντίδας (Π.Η.Φ.)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό:Ψυχίατρος(1),Ψυχολόγοι(2),Κοιν.Λειτουργοί(1),Εργοθεραπεύτρια (1),Διοικητικός (1)

I.K.A.

(Νευροψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία)

ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ I.K.A.

Δ/νση: Αραχώβης 17 & Ιπποκράτους, 106 80 Εξάρχεια, τηλ.: 36 04 929, 3ο 04 919

Διαγνωστική - Συμβουλευτική - Ψυχομετρία - Ψυχοθεραπείες - Λογοθεραπεία - Ειδικές Θεραπείες.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Μέχρι 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατροι (2), Παιδοψυχίατροι (2), Ψυχολόγοι (3), Κοιν.Λειτουργοί (7), Εργοθεραπευτές (2) ,Λογοπεδικοί (2), Επισκ.Υγείας (1), Ειδ.Παιδαγωγοί (3)

Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ

Δ/νση: Μεσογείων 493, Αγία Παρασκευή, τηλ.: 63.91.106

Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.

Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (2).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΑΓ. ΣΟΦΙΑΣ

Δ/νση: Ασκληπείου 38, 385 43 Πειραιάς, τηλ.: 42.06.931

Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας ΑΘΗΝΩΝ
Δ/νση: Πειραιώς 64, Αθήνα, τηλ.: 52.32.560, 52.21.159
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (13), Νευροχειρουργοί (2).
Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας ΠΕΙΡΑΙΑ
Δ/νση: Μπουμπουλίνας 7-13, 185 35 Πειραιάς, τηλ.: 41.74.338
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ
Δ/νση: Μέσης Ανατολής & Μπίμπιτζα 18, τηλ.: 26.11.382, 26.30.090
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΑΙΓΑΛΕΩ
Δ/νση: Καποδιστρίου 2, τηλ.: 59.05.959
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ
Δ/νση: Λ. Αλεξάνδρας 119, 114 75 Αθήνα, τηλ.: 64.11.960, 64.11.971
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (4).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ
Δ/νση: Χατζηαντωνίου 14, 151 24 Μαρούσι, τηλ.: 80.51.401/2
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΑΧΑΡΝΩΝ
Δ/νση: ΠουράΓμη 13, 136 71 Αχαρνές, τηλ.: 24 69 171
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΒΥΡΩΝΑ
Δ/νση: Ρούμελης 7, 162 32 Βύρωνας, τηλ.: 76.61.672
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ
Δ/νση: Βεΐκου 35, 111 46 Γαλάτσι, τηλ.: 29.32.700, 29.14.735
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (2).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΓΛΥΦΑΔΑΣ
Δ/νση: Φαίδρας 4, 118 51 Γλυφάδα, τηλ.: 89.42.276
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι (2), Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΔΑΦΝΗΣ
Δ/νση: 25ης Μαρτίου & Πηλέως, 173 41 Αγ.Δημήτριος, τηλ.: 97.56.861/3
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ
Δ/νση: Ταξιαρχών 128, 186 48 Δραπετσώνα, τηλ.: 46.11.000
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.

Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ

Δ/νση: Κουτούλη & Δραγούμη, 192 00 Ελευσίνα, τηλ.: 55.49.168
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΖΩΓΡΑΦΟΥ

Δ/νση: Παπαδιαμαντοπούλου 80, 157 71 Ζωγράφου, τηλ.: 77.87.400
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (2).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ

Δ/νση: Μ. Αντύπα & Ναυαρίνου, 163 46 Ηλιούπολη, τηλ.: 99.68.020/1
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγος (1), Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ

Δ/νση: Δαβάκη 11 & Σωκράτους, 176 72 Καλλιθέα, τηλ.: 95.81.116
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΚΑΜΙΝΙΩΝ

Δ/νση: Θηβών 49, 185 42 Πειραιάς, τηλ.: 41.30.778, 42.01.864
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΚΟΡΩΠΙΟΥ

Δ/νση: Βασ. Κων/νου 123, 19 400 Κορωπί, τηλ: 66.22.320
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).
Τοπική Μονάδα Υγείας ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ
Δ/νση: Χρυσ.Σμύρνης 3, 142 34 Ν. Ιωνία, τηλ.: 27.90.232, 27.76.593
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΝΕΑΣ ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ

Δ/νση: Μυριοφύτου 5, 143 41 Ν.Φιλαδέλφεια, τηλ.: 25.31.102
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΝΕΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Δ/νση: Μάχης Αναλάτου & Λαγουμιτζή, 117 44, Ν. Κόσμος, τηλ.: 90.23.222
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγοι (2), Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΝΕΩΝ ΛΙΟΣΙΩΝ

Δ/νση: Αχαΐας & Καλαβρύτων, 131 32 Ν.Λιόσια, τηλ.: 57.59.771
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΝΙΚΑΙΑΣ

Δ/νση: Μούγλων 21 & Ιωνίας, 184 50 Νίκαια, τηλ.: 49.12.363
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΠΑΓΚΡΑΤΙΟΥ

Δ/νση: Κόνωνος 54, 116 33 Αθήνα, τηλ.: 75.12.551
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγοι (2), Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΠΑΤΗΣΙΩΝ

Δ/νση: Ι. Δροσοπούλου 157, 112 56 Αθήνα, τηλ.: 86.28.475
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ Δ/νση: Εθν.Μακαρίου 7, 188 63 Πέραμα, τηλ.: 44.10.161
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ
Δ/νση: Βασ.Αλεξάνδρου 105, 121 35 Περιστερί, τηλ.: 57.19.279
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.
Προσωπικό: Νευρολόγοι(4), Παιδοψυχίατρος(1).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΠΑ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/νση: Τσουδερού 61, 104 45 Αθήνα, τηλ.: 83.20.212, 83.20.211
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

Τοπική Μονάδα Υγείας ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ

Δ/νση: Δημοσθένους 8, 152 34 Χαλάνδρι, τηλ.: 68.40.028
Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση. Προσωπικό: Νευρολόγοι - Ψυχίατροι (3).

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ - ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ (18 ΑΝΩ) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Δ/νση: Σόλωνος 134 (3ος όροφος), 106 77 Αθήνα, τηλ.: 33 04 571/4, fax: 33 04 738

1. Συμβουλευτικός Σταθμός Ενηλίκων

Δ/νση: Ασκληπιού 19, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 36 11 803, 36 14 242, Fάχ: 36 09 816

2. Τμήμα Εφήβων - Νέων

Δ/νση: Ασκληπιού 19, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 36 38 833, 36 38 895, Fάχ: 36 09 816

3. Τμήμα Σωματικής Απεξάρτησης

Δ/νση: Ψ.Ν.Α. Λεωφ. Αθηνών 360, 124 62 Χαϊδάρι, τηλ.: 58 21 651, 53 21 714, Fax: 58 11 700
(Γίνονται δεκτοί χρήστες ναρκωτικών, αλκοολικοί). - (Θέσεις: 12)

4.Τμήμα Ψυχικής Απεξάρτησης Τοξικομανών & Αλκοολικών - 18 ΑΝΩ Δ/νση: Ψ.Ν.Α. Λεωφ. Αθηνών 360, 124 62 Χαϊδάρι, τηλ.: 53 21714, 58 11 701 (Γίνονται δεκτοί χρήστες ναρκωτικών, αλκοολικοί). - (Θέσεις: 40)

5.Τμήμα Κοινωνικής Επανάταξης

Δ/νση: Σόλωνος 134 (3ος όροφος), 106 77 Αθήνα, τηλ.: 33 04 571/4, fάχ: 33 04 738 (Γίνονται δεκτοί απόφοιτοι του τμήματος Ψυχικής Απεξάρτησης).

Περιλαμβάνει:

Εργαστήρια: α. Φωτογραφικό Εργαστήριο Κοινωνικής Επανάταξης

Δ/νση: Ιπποκράτους 131 (2ος όροφος), τηλ.: 36 31 084, fάχ: 36 30 522

β. Κούκλας - Μαριονέτας

Δ/νση: Εμμανουήλ Μπενάκη 100, τηλ.: 33 04 659

γ. Γραμματοθεραπεία, Ομάδες Έκφρασης

Δ/νση: Καλλιρόης 38, τηλ.: 92 18 548,

δ. Τυπογραφείο, Ομάδες Περιοδικού

Δ/νση: Γρηγορίου Αυξεντίου 138-140, Ιλίσια, τηλ.: 77 74 922

6. Τμήμα Συμβουλευτικής και Οικογενειακής Θεραπείας

Δ/νση: Μάρνη 30, 104 33 Αθήνα, τηλ.: 52 34 951, 52 34 737, Ραχ: 52 34 008

7. Τμήμα Ανοικτής Γραμμής

Δ/νση: Ασκληπιού 19, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 36 17 089 (από 10:00 - 18:00)

8. Ξενώνας Εξαρτημένων Γυναικών του 18 ΑΝΩ - (Θέσεις: 10-12)

Δ/νση: Ταυγέτου 21, 154 52 Παλαιό Ψυχικό

ΕΙΔΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ της Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ Νοσοκομείου για Ουσιοεξαρτημένα Άτομα

Δ/νση: Βασ. Σοφίας 72-74, 115 28 Αθήνα, τηλ.: 72 89 400, 72 89 313, Fax: 72 42 032 (Γίνονται δεκτοί εξαρτημένοι και περιστασιακοί χρήστες ναρκωτικών και οιοπνευματωδών).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΙΑΣΩΝ» του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών

Δ/νση: Αγρινίου 33, Κάτω Πατήσια, 104 46 Αθήνα, τηλ.: 86 59 800, fax: 86 53 247

Παρεχόμενες Υπηρεσίες:
Συμβουλευτικός Σταθμός
Κέντρο Ημέρας
Κοινωνική Επανεκπαίδευση
Πρόγραμμα Οικογένειας
Μονάδα Τηλεφωνικής Βοήθειας [τηλ.: 86 56 600 (από 9:00 - 22:00)]

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (ΟΚΑΝΑ) - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/νση: Αριστοτέλους 19, 104 33
Αθήνα, τηλ.: 82 53 756/9, 82 29 198, φάχ: 82 53 760

• Κατάρτιση & υλοποίηση Προγραμμάτων Απεξάρτησης και Πρόληψης

1. Δράσεις Πρωτοβάθμιας Πρόληψης:

Υλοποίηση δράσεων που απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς Β/θμιας Εκπαίδευσης, Συλλόγους Γονέων, μαθητές, στελέχη ΟΤΑ, στελέχη υγείας σε Δήμους της Αττικής, στο Νομό Ηρακλείου Κρήτης και στις Κυκλάδες.

Υλοποίηση δράσεων πρόληψης-εκπαίδευσης σε συνεργασία με μη κερδοσκοπικούς έγκυρους επιστημονικούς φορείς, ειδικευμένους σε θέματα πρόληψης (Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας σε συνεργασία με το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). "

Συνεργασία με τη Νομαρχιακή & Τοπική Αυτοδιοίκηση για την υλοποίηση δράσεων Πρόληψης

Γραφείο Ενημέρωσης - Πληροφόρησης

Επικοινωνιακές Παρεμβάσεις - Δράσεις Ευαισθητοποίησης

2. Δράσεις Δευτεροβάθμιας Πρόληψης:

-Πρόγραμμα Υποκατάστασης Μεθαδόνης

Δ/νση: Ερεσσού 40, Εξάρχεια, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 33 04 265/71, φάχ: 33 04 780 (Γίνονται δεκτοί μακροχρόνιοι εξαρτημένοι χρήστες ηρωίνης). - Θέσεις: 150

Πρόγραμμα Θεραπευτικής Παρέμβασης σε έγκλειστους εξαρτημένους

Εκπαιδευτικό πρόγραμμα Δευτεροβάθμιας Πρόληψης

3. Σταθμός Πρώτων Βοηθειών για Εξαρτημένα Ατομα: Δ/νση: Γ ' Σεπτεμβρίου 21, Αθήνα, τηλ: 5224202 - 5224436

Εξωτερικό παθολογικό Ιατρείο και Οδοντιατρείο

Κινητή Ιατρική Μονάδα Αμεσης Βοήθειας

Υπηρεσία Νομικής Υποστήριξης

Πρόγραμμα « δουλειάς στο δρόμο » και Κοινωνικής Φροντίδας

ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/νση: Σορβόλου 24, Μετς, 116 36 Αθήνα, τηλ.: 92 41 993/6, 92 36 961, φάχ: 92 41 986

Προληπτικά προγράμματα στην πρωτοβάθμια & δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης «ΠΗΓΑΣΟΣ»

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΣΤΡΟΦΗ»

Δ/νση: Φυλής 150, 112 51 Αθήνα, τηλ.: 88 22 122, 88 14 515, fax: 88 42 237

1. Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής Εφήβων

Δ/νση: Μαγνησίας 28, 112 51 Αθήνα, τηλ.: 88^20 277

2. Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα Εφήβων «ΣΤΡΟΦΗ»

Δ/νση: Φυλής 148, 112 51 Αθήνα, τηλ.: 88 30 129, 88 24 089

(Γίνονται δεκτοί χρήστες ναρκωτικών, αλκοολικοί ηλικίας από 13-22 ετών). - Θέσεις: 45

3. Κέντρο Κοινωνικής Δραστηριοποίησης Εφήβων

Δ/νση: Φυλής 150, 112 51 Αθήνα, τηλ.: 88 14 515

Γίνονται δεκτοί απόφοιτοι της Ανοικτής Θεραπευτικής Κοινότητας Εφήβων «ΣΤΡΟΦΗ».

4. Ξενώνας «ΣΤΡΟΦΗΣ»

Δ/νση: Ζολιώτη 2, 112 51 Αθήνα, τηλ.: 88 41 688

5. Κέντρο Δευτερογενούς Πρόληψης

Δ/νση: Φλωρίνης 15Α, 112 51 Αθήνα, τηλ.: 85 63 771

6. Πρόγραμμα Οικογένειας

Δ/νση: Φλωρίνης 15Α, 112 51 Αθήνα, τηλ.: 88 40 862

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΔΙΑΒΑΣΗ»

Δ/νση: Σταυροπούλου 15, Πλ.Αμερικής, 112 52 Αθήνα, τηλ.: 86 26 761, 86 53 960, φαχ: 8651227

1. Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής

Δ/νση: Σταυροπούλου 15, 112 52 Αθήνα, τηλ.: 86 26 761

2. Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα Ενηλίκων «ΔΙΑΒΑΣΗ»

Σταυροπούλου 29, 112 52 Αθήνα, τηλ.: 86 53 960, 86 40 943, φάχ: 86 51 227 (Γίνονται δεκτοί χρήστες ναρκωτικών, αλκοολικοί). - Θέσεις: 45

3. Πιλοτικό Βραδινό Θεραπευτικό Πρόγραμμα

Δ/ση: Σταυροπούλου 15, 112 52 Αθήνα, τηλ.: 86 26 761

4. Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης

Δ/ση: Σταυροπούλου 15, Αθήνα 112 52, τηλ.: 86 26 761, 86 53 960 .Γίνονται δεκτοί απόφοιτοι της Θεραπευτικής Κοινότητας «ΔΙΑΒΑΣΗ».

5. Πρόγραμμα Οικογένειας

Δ/ση: Σταυροπούλου 15, 112 52 Αθήνα, τηλ.: 86 26 761, 86 53 960

ΚΕΝΤΡΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Δ/ση: Βαλτετσίου 60, Εξάρχεια, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 36 47 700, fax: 33 03 903

Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής

Πρόγραμμα Μείωσης της Βλάβης

Πρόγραμμα Φυλακών

Πιλοτικό Πρόγραμμα Υποστήριξης Υποτροπών

Στέκι (δημιουργική απασχόληση χρηστών)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΝΟΣΤΟΣ»

Δ/ση: Ζωσιμάδων 34, 185 31 Πειραιάς, τηλ.: 42 20 708, φάχ: 42 20 709

1. Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής Πειραιά

Δ/ση: Ζωσιμάδων 34, 185 31 Πειραιάς, τηλ.: 42 20 708

2. Θεραπευτική Κοινότητα «ΝΟΣΤΟΣ»

Δ/ση: Πευκών 12, 18 900 Σελήνια Σαλαμίνας, τηλ.: 46 75 347, 46 75 330, φαχ: 46 71 548 (Γίνονται δεκτοί χρήστες ναρκωτικών, αλκοολικοί). - Θέσεις: 50

3. Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης Πειραιά

Δ/ση: Ζωσιμάδων 34, 185 31 Πειραιάς, τηλ.: 42 20 708, φαχ: 42 20709 Γίνονται δεκτοί απόφοιτοι της Θεραπευτικής Κοινότητας «ΝΟΣΤΟΣ»

4. Πρόγραμμα Οικογένειας

Δ/ση: Ζωσιμάδων 34, 185 31 Πειραιάς, τηλ.: 42 20 708, φαχ: 42 20 709

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

Δ/ση: Βαλτετσίου 37, Εξάρχεια, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 33 00 751, 33 00 799, φάχ: 33 00 759

1. Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής

Δ/ση: Βαλτετσίου 37, Εξάρχεια, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 33 00 785, 33 00 748

2. Εναλλακτική Κοινότητα «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

Δ/ση: Ραφήνα 190 09, τηλ.: (0294) 77 180, -77 800, -78 322, -78 323, φαχ: (0294) 77 801 (Γίνονται δεκτοί χρήστες ναρκωτικών, αλκοολικοί) - Θέσεις: 60

3. Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης

Δ/ση: Βαλτετσίου 37, Εξάρχεια, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 33 00 751, 33 00 779, φαχ: 33 00 759 Γίνονται δεκτοί απόφοιτοι της Εναλλακτικής Κοινότητας «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ».

4. Πρόγραμμα Οικογένειας

Δ/ση: Βαλτετσίου 37, Εξάρχεια, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 33 00 751, 33 00 779

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΞΟΔΟΣ»

Δ/ση: (Κεντρικά Γραφεία) Κύπρου 103, 412 22 Λάρισα, τηλ.: (041) 254597, - 537288

Πρόγραμμα Οικογένειας Αθήνας

Δ/ση: Βαλτετσίου 60, 106 81 Αθήνα, τηλ.: 33 00 495, φάχ: 33 00 496

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (ΕΠΙΨΥ)-(ΝΠΙΔ)

Δ/ση: Παπαδιαμαντοπούλου 4, 115 28 Αθήνα, (6ος όροφος) τηλ.: 72 57 881/2

1. Τομέας Αγωγής Υγείας & εκπαίδ/σης στελεχών για την υλοποίηση προληπτικών προγραμμάτων

2. Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών & την Αγωγή Υγείας

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ (Ε.Ε.Σ.) - (Ν.Π.Ι.Δ.)

Διεύθυνση Κέντρου Ενημέρωσης & Πρόληψης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών & του AIDS

Δ/ση: Γ. Σεπτεμβρίου 21, 104 32 Αθήνα, τηλ.: 52 31 577, φαχ: 52 22 469

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ -(Ν.Π.Ι.Δ)

Διαδημοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας των Δήμων :Αλίμου, Αργυρούπολης, Γλυφάδας, Ελληνικού.

Δ/ση:Ανδρούτσου 4, 17455 Άλιμος, τηλ: 9840341,9885564

Συμβουλευτικός σταθμός για χρήστες ουσιών & τις οικογένειές τους
Κέντρο Πρόληψης & Ενημέρωσης ενάντια στις Εξαρτήσεις
(πρόγραμμα πρόληψης στην οικογένεια, στο σχολείο, στους φορείς, στις άτυπες ομάδες νέων)

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ- (Ν.Π.Ι.Δ)
Δ/ση: (Κεντ.Γραφεία)Πλουτάρχου 10,106 76 Αθήνα, τηλ:7221520
α. Μονάδα Βοτανικού Δ/ση: Ελασιδών 30& Κωνσταντινουπόλεως,118 54, Αθήνα, τηλ: 3413 483
β. Μονάδα Βορειοδυτικής Αττικής Δ/ση: Μακαρίου 2, 134 51 Ζεφύρι, τηλ: 2682 685
Συμβουλευτικός χρηστών και οικογενειών
Ενημέρωση μαθητών γονέων, ομάδων πληθυσμού , συνεργασία με Ο.Τ.Α
Εκπαίδευση εκπαιδευτών Αγωγής Υγείας

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ& ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ – ΓΡΑΦΕΙΟ
ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ-(Υπηρεσία του Δήμου)
Δ/ση : Αιόλου 47, Αθήνα. Τηλ:33.10.397
Επιτελικό γραφείο συντονισμού & οργάνωσης προγραμμάτων αγωγής & προαγωγής της Υγείας στην
Σχολική Κοινότητα
Ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της τοπικής κοινωνίας για την αποτροπή της διάδοσης των
εξαρτησιογόνων ουσιών
Ενημέρωση και Πληροφόρηση για τα ναρκωτικά, το αλκοόλ κá.
Πραγματοποίηση Εκπαιδευτικών σεμιναρίων στους καθηγητές της Β/θμιας Εκπαίδευσης
Συνεργασία με φορείς Θεραπείας και πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών
Διοργάνωση Πολιτιστικών και Αθλητικών εκδηλώσεων
Προσωπικό: Ψυχολόγος(1), Κοιν.Λειτουργοί(2)

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΖΩΓΡΑΦΟΥ-(Δημοτική Επιχείρηση). Δ/ση:
Ευρυνόμης & Μαράτου(Βίλλα Βοναπάρτη). Τηλ: 77 93 622, 74 88 382
Πρόληψη στα Σχολεία- Πρόγραμμα Α/βάθμιας & Β/βάθμιας Εκπαίδευσης
Σεμινάρια ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης δασκάλων & καθηγητών Γυμνασίου,
Ομάδες Μαθητών
Πρόληψη στην οικογένεια
Σχολή Γονέων και Ομάδες Γονέων
(λειτουργεί στο κτίριο του Δήμου Ζωγράφου –Χ.Μούσχου 18, πλ.Κύπρου – Άνω Ιλίσια)
Προσωπικό: Ψυχίατρος(1), Ψυχολόγος(1), Κοιν.Λειτουργός(1), Διοικητικό προσωπικό(1)

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ «
ΟΔΥΣΣΕΑΣ »
Δ/ση: Γρηγ. Λαμπράκη 111, Πειραιάς, τηλ: 4115997 Συνεργασία ΟΚΑΝΑ & Τοπικής Αυτοδιοίκησης

ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΔΗΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
Δ/ση: Σαλαμίνας & Ελευσίνων 7, 141 22 Νέο Ηράκλειο Αττικής, τηλ.: 28 40 899, φάξ: 27 16 957
Συμβουλευτική (ατομική & οικογενειών), παραπομπή χρηστών σε ειδικές Θεραπευτικές Μονάδες
Κοινωνική Επανάταξη
Συμβουλευτική γονέων μη εξαρτημένων ατόμων
Σεμινάρια για την πρόληψη, Ενημέρωση ομάδων - μαθητών - εκπαιδευτικών.
Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Διοικητικό προσωπικό (2).

ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΔΗΜΟΥ ΑΝΩ ΛΙΟΣΙΩΝ - (Δημοτική Επιχείρηση) ΓΡΑΦΕΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ση: Πλατεία Ηρώων 1, Άνω Λίοσια 133 41, τηλ.: 24 74 845/9, φάξ: 24 71 989
Ενημέρωση - Αντιμετώπιση εξαρτησιακών καταστάσεων - Παραπομπή χρηστών σε θεραπευτικά
προγράμματα.

ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΔΗΜΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ - (Υπηρεσία του Δήμου) Δ/ση:
Βοσπόρου 2 & Αμερικανίδων Κυριών, 184 50 Νίκαια, τηλ.: 49.12.187
Πρόγραμμα Πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών
Παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης σε μαθητές και γονείς
Ανάπτυξη δικτύου συνεργασίας με φορείς της Κοινότητας
Πληροφόρηση για τις υπάρχουσες υπηρεσίες που μπορούν να βοηθήσουν ήδη εξαρτημένα άτομα

Διοργάνωση εκδηλώσεων ευαισθητοποίησης της Κοινότητας σε θέματα πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της υγείας.
Ειδικά Σεμινάρια για γονείς και εκπαιδευτικούς

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ναρκωτικά. Ηλικίες: Όλες
Προσωπικό: Κοινωνιολόγος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν.λειτουργός (1).

«ΘΗΣΕΑΣ» ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ Δ. ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ -
(Σωματείο) - Δ/ση: Αραπάκη 33, Καλλιθέα, 176 76 Αθήνα, τηλ.: 95 87 117, 95 91 282
Συμβουλευτικός Σταθμός (Ευαισθητοποίηση, συμβουλευτική)
Προγράμματα Αγωγής Υγείας σε Σχολεία

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ - 4Ε - (Σωματείο) Δ/ση: Τροίας 44, 112 51
Αθήνα, τηλ. & φαχ: 88 18 331

Συμβουλευτική εργασία σε απεξαρτημένους και στους γονείς τους.
Προετοιμασία & παραπομπή εξαρτημένων σε ειδικούς φορείς.
Ομιλίες, σεμινάρια σχετικά με την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών.

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ (Σ.Α.Τ.) - (Σύλλογος) Δ/ση: Μαυρομιχάλη 141Β,
114 72 Αθήνα, τηλ.: 64 40 641, 64 67 900, φαχ: 64 11 914

Υποστήριξη χρηστών για κοινωνική επανένταξη, επαγγελματική αποκατάσταση.
Ομάδες στήριξης του οικογενειακού περιβάλλοντος των χρηστών.

ΝΑΡΚΟΜΑΝΕΙΣ ΑΝΩΝΥΜΟΙ - Ν.Α. - (Σύλλογος) τηλ. & φαχ: 34 74 777 (για όλες τις μονάδες)
Καθημερινές ομάδες υποστήριξης με βάση προγράμματος. (Γίνονται δεκτοί χρήστες ναρκωτικών ουσιών, αλκοολικοί).

- Μονάδα Άνω Πετραλώνων
Δ/ση: Υπερίωνος 1 και Δημοφώντος, 118 51 Άνω Πετράλωνα
- Μονάδα Γλυφάδας
Δ/ση: Λεωφ.Αθηνών & Ασκληπιοῦ 62, 166 75 Άνω Γλυφάδα
- Μονάδα Ομόνοιας
Δ/ση: Κτίριο Ερυθρού Σταυρού, 3ης Σεπτεμβρίου 21, (3ος όροφος), 104 32 Αθήνα
- Μονάδα Αμπελοκήπων
Δ/ση: Πανόρμου 59 (ισόγειο), 115 24 Αθήνα
- Μονάδα Ηλιούπολης
Δ/ση: Αγίας Μαρίνης & Μαβίλης 39, 163 45 Ηλιούπολη
- Μονάδα Ταύρου
Δ/ση: Αγαμέμνωνος 20 (ισόγειο), 177 78 Ταύρος
- Μονάδα Νέου Ηρακλείου
Δ/ση: Σαλαμίνος & Ελευσίνιων 7, 141 22 Ηράκλειο

Ο.Τ.Α.(Συμβουλευτικές Υπηρεσίες)

ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΝΕΟΛΑΙΑΣ & ΑΘΛΗΣΗΣ (Ο.Ν.Α.)

Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία

Δ/ση: Χαλκοκονδύλη 33, 104 32 Αθήνα, τηλ.: 52.43.448 Προσωπικό: Κοιν.Λειτουργοί (3), Κοινωνιολόγος (1), Διοικητικός (1).

Συμβουλευτικές Μονάδες της Κοινωνικής Υπηρεσίας

1ο Δημοτικό Διαμέρισμα (ΕΔΡΑ: Πολιτιστικό Κέντρο ΕΞΑΡΧΕΙΩΝ) - τηλ.: 38 35 541 Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2).

2ο Δημοτικό Διαμέρισμα (ΕΔΡΑ: Πολιτιστικό Κέντρο ΝΕΟΥ ΚΟΣΜΟΥ) - τηλ.: 92 47 036 Προσωπικό: Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (2).

3ο Δημοτικό Διαμέρισμα (ΕΔΡΑ: Πολιτιστικό Κέντρο Κ. ΠΕΤΡΑΛΩΝΩΝ) - τηλ.: 34 20 146 Προσωπικό: Κοιν.Λειτουργός (1).

4ο Δημοτικό Διαμέρισμα (ΕΔΡΑ: Πολιτιστικό Κέντρο ΑΚΑΔ. ΠΛΑΤΩΝΟΣ) - τηλ.: 51 48 852 Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2).

5ο Δημοτικό Διαμέρισμα (ΕΔΡΑ: Πολιτιστικό Κέντρο ΓΚΡΑΒΑΣ) - τηλ.: 20 10 985 Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2).

6ο Δημοτικό Διαμέρισμα (ΕΔΡΑ: Πολιτιστικό Κέντρο ΕΥΕΛΠΙΔΩΝ) - τηλ.: 88 26 967 Προσωπικό: Ψυχολόγος (2), Κοιν.Λειτουργός (1).

Ατομική Συμβουλευτική: Ατομικές συναντήσεις με Ψυχολόγο και Κοινωνικό Λειτουργό

Ομάδες συζήτησης - Ευαισθητοποίησης για εφήβους, γονείς, εκπαιδευτικούς . Διαλέξεις - ενημερωτικά σεμινάρια

Προγράμματα Πρόληψης σωματικής & ψυχικής υγείας σε συνεργασία με εξειδικευμένους φορείς

Συνεργασία με σχολεία, νηπιαγωγεία, παιδικούς σταθμούς

Πληροφόρηση για θέματα κοινωνικοπρονοιακά

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ -

Δ/νση: Σοφοκλέους 70 & Πειραιώς, 105 53 Αθήνα, 52 44 128, 52 44 178

1.Γραφείο Ναρκωτικών - Κέντρο Πρόληψης

Δ/νση: Αιόλου 47, 105 60 Αθήνα, τηλ.: 33 10 445

2.Γραφείο Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες

Δ/νση: Σοφοκλέους 70 & Πειραιώς, 105 53 Αθήνα, τηλ.: 52 42 733

3.Γραφείο Ισότητας

Δ/νση: Σοφοκλέους 70 & Πειραιώς, 105 60 Αθήνα, τηλ.: 52.44.657, 52 42 520

4.Ξενώνας για κακοποιημένες γυναίκες

ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΗΜΟΥ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ - (Υπηρεσία του Δήμου) Δ/νση: Λεωφ. Μεσογείων 463, Αγία Παρασκευή, τηλ.: 60.00.248

-Πληροφόρηση του κοινού για τις υπάρχουσες κοινωνικές παροχές

-Συμβουλευτική και Κοινωνική Εργασία σε άτομα, οικογένειες, ομάδες

-Προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας για πρόληψη - αντιμετώπιση αποκατάσταση προβλημάτων ατόμων, οικογενειών, ειδικών ομάδων, μειονοτήτων κ.α.

-Σχολική κοινωνική εργασία στα σχολεία.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Κοιν.Λειτουργοί (3).

ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ (Κ.Ε.Τ.Α.) - (Υπηρεσία του Δήμου)

Δ/νση: Λεωφ. Δημοκρατίας & Ι. Μέγλα, 115 61 Αγ. Ανάργυροι, τηλ.: 26.17.990

Διαγνωστική, Συμβουλευτική (ατομική)

Κοινοτική Παρέμβαση σε σχολεία

Ομάδες Εφήβων, Ομάδα γονέων

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Παιδοψυχολόγος (1), Κοινωνιολόγοι (2), Κοιν. Λειτουργοί (2).

ΔΗΜΟΣ ΑΝΩ ΛΙΟΣΙΩΝ

ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΔΗΜΟΥ ΑΝΩ ΛΙΟΣΙΩΝ - (Δημοτική Επιχείρηση) Δ/νση: Πλατεία Ηρώων, Άνω Λίοσια, τηλ.: 24.74.845/9, fax: 24.71.989

Συμβουλευτική κάλυψη (προβλήματα σχέσεων, εκδηλώσεις άγχους, διαταραχές κ.ά)

Συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη μονογονεϊκών οικογενειών

Αντιμετώπιση εξαρτησιακών καταστάσεων (ενημέρωση - πρόληψη - συμβουλευτική παρέμβαση - σύνδεση με θεραπευτικά προγράμματα)

Συνεργασία με κρατικές και ευρωπαϊκές υπηρεσίες, οργανισμούς και προγράμματα

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μαθησιακές δυσκολίες, ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
Ηλικίες: Όλες
Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Παιδαγωγός (1), Κοινωνιολόγος (1).

ΔΗΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΗΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ - (Υπηρεσία του Δήμου) Δ/ση: Καραολή & Δημητρίου 24, 167 77 Ελληνικό, τηλ.: 96.10.353
Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχολογική υποστήριξη ατόμων - οικογένειας
Συντονισμός δράσης κοινοτικών προγραμμάτων
Ενημέρωση και παραπομπή χρηστών ναρκωτικών σε θεραπευτικά προγράμματα
Κέντρο πληροφόρησης δημοτών για τις υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες
Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ηλικίες: Παιδιά - έφηβοι και γονείς
Προσωπικό: Κοιν.Λειτουργοί (2).

ΔΗΜΟΣ ΖΩΓΡΑΦΟΥ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΖΩΓΡΑΦΟΥ-(Δημοτική Επιχείρηση) Δ/ση: Ευρυνόμης & Μαράτου (Βίλλα Βοναπάρτη), τηλ.: 77 93 622, 74 88 382
Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία: Διάγνωση και αντιμετώπιση συναισθηματικών και μαθησιακών δυσκολιών σε παιδιά και εφήβους, Λογοθεραπεία.
Συμβουλευτική, Βραχεία Ψυχοθεραπεία για ενήλικους, Ομάδες αυτογνωσίας
Επαγγελματικός Προσανατολισμός - Ομάδες Εφήβων
Πρόγραμμα Πρόληψης & Αγωγής Υγείας
Σχολή Γονέων - Ομάδες Γονέων
Διαγνωστικές κατηγορίες:Μαθησιακά προβλήματα (δυσλεξία, σχολική δυσπροσαρμογή, αντικοινωνική συμπεριφορά), προβλήματα λόγου, ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα, εξαρτήσεις.
Ηλικίες: Όλες
Προσωπικό: Ψυχίατρος(1), Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργός (1), Λογοπεδικός (1), Διοικητικό προσωπικό (1).

ΔΗΜΟΣ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ (Κ.Ε.Τ.Α.) - (Υπηρεσία του Δήμου) Δ/ση: Σοφοκλή Βενιζέλου 112 - 114, Ηλιούπολη, τηλ.: 99.33.263
Διαγνωστική - Συμβουλευτική
Ομάδα γονέων
Κοινωνική παρέμβαση σε σχολεία
Πρόληψη χρήσης ναρκωτικών
Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ηλικίες: Όλες
Προσωπικό: Ψυχολόγοι (4), Εργοθεραπευτής (1), Λογοθεραπευτής (1) - εθελοντής.

ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ&ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.
ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ (ΝΠΙΔ) Δ/ση: Βυζαντίου & Δεληγιάννη, 187 56 Κερατσίνι, τηλ.: 43.25.512
Συμβουλευτικός Σταθμός
Συμβουλευτική & Ιατροπαιδαγωγική υποστήριξη, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση
Κοινωνική παρέμβαση, Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη παιδιών και οικογένειας.
Διαγνωστικές κατηγορίες: Ελαφρά ψυχιατρικά περιστατικά, μαθησιακές δυσκολίες
Ηλικίες: Όλες
Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Κλ.Ψυχολόγος (1), Σχολική Ψυχολόγος (1), Εργοθεραπευτής (1), Λογοθεραπευτρια (1).

ΔΗΜΟΣ ΚΗΦΙΣΙΑΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ (ΚΕ.ΚΟΙ.ΠΟ.) - (Υπηρεσία του Δήμου) Δ/ση: Διονύσου 73 & Γορτυνίας, 145 63 Κηφισιά, τηλ.: 80 19 633, 62 31 638
Γραφείο εξυπηρέτησης / πληροφόρησης του δημότη
Συμβουλευτική / Κοινωνική Υποστήριξη
Σχολική Κοινωνική Υπηρεσία
Αξιοποίηση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων (Σχεδιασμός για τη δημιουργία δικτύου μετακίνησης για άτομα με κινητικά προβλήματα, κατάρτιση & στήριξη νέων ανέργων για εύρεση εργασίας, δημιουργία κέντρου προώθησης της γυναικείας απασχόλησης)

Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων κοινοτικής ανάπτυξης και οργάνωσης
Κέντρο Νεότητας (στην περιοχή Κάτω Κηφισιάς)

Εκπαίδευση πρακτικής άσκησης για σπουδαστές κοινωνικής εργασίας
Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Κ.Λειτουργός/Κοινωνιολόγος (1), Ψυχολόγοι (3), Κοιν.Λειτουργοί (2), Ειδ. παιδαγωγός (1)
ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΔΗΜΟΥ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ - (Υπηρεσία του Δήμου) Δ/ση:
Πλατεία Παγκοσμίου Ειρήνης 10Δ (Πλατεία Μέμου) Κορυδαλλός, τηλ.: 49.63.917
Συμβουλευτικός Σταθμός Ενηλίκων: Συμβουλευτική ατομική - οικογενειακή

Ιατροπαιδαγωγική Μονάδα:

Πρόληψη (Ενημέρωση εκπαιδευτικών, συλλόγων γονέων και κηδεμόνων, πολιτιστικών και αθλητικών
συλλόγων κ. α)

Διάγνωση

Θεραπευτική αντιμετώπιση (Συμβουλευτική εργασία σε γονείς, Υποστηρικτική θεραπεία, Ατομική
ψυχοθεραπεία, Ειδική μαθησιακή βοήθεια)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα, Νοητική καθυστέρηση,
Μαθησιακές δυσκολίες, Ψυχοσωματικά προβλήματα, Διαταραχές του λόγου, Προβλήματα συμπερι-
φοράς.

Ηλικίες: Η Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία δέχεται παιδιά και εφήβους από 0-18 ετών. Προσωπικό:
Παιδοψυχίατρος (1), Κλ.Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (2), Ψυχοπαιδαγωγός (1), Ψυχοθεραπευτές
(2), Διοικητικός (1), Ειδικοί Συνεργάτες.

ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΗΜΟΥ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ - (Υπηρεσία του Δήμου) Δ/ση: Αγ. Γεωργίου 40, 142
34 Νέα Ιωνία, τηλ.: 27.55.968, 27.90.296

Πρόληψη για χρήση ναρκωτικών

Συμβουλευτική & Κοινωνική Υποστήριξη σε άτομα, οικογένειες, ομάδες.

Τμήμα Εργοθεραπείας

Κοινοτική παρέμβαση σε σχολεία

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Κοιν.Λειτουργός (1), Εργοθεραπευτής (1).

ΔΗΜΟΣ ΥΜΗΤΤΟΥ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ (Κ.Ε.Τ.Α.) - (Δημοτική Επιχείρηση) Δ/ση: Πλ.
Ηρώων, 172 37 Υμηττός, τηλ.: 76.61.655

Συμβουλευτική (ατομική - γονέων)

Ψυχολογική υποστήριξη στα σχολεία

3.Παραπομπή εξαρτημένων σε Θεραπευτικά προγράμματα

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα, εξαρτήσεις. Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Κλινικοί Ψυχολόγοι (5), Κοιν.Λειτουργοί (2).

ΔΗΜΟΣ ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ (Δημοτική Επιχείρηση) -
Δ/ση: Αγωνιστών Στρατοπέδου & Διογένους 1, 124 61 Χαϊδάρη, τηλ.: 53. 21.294

Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο

Συμβουλευτική γονέων, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση.

Αγωγή κοινότητας,

Λογοθεραπεία

Ομάδες γονέων

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ηλικίες: Από 2,5 - 18 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Κλινικός Ψυχολόγος (2), Κοιν.Λειτουργός (1), Λογοθεραπευτής (1),
Διοικητικός (1).

ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ - (Φιλοσοφική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών)

Πανεπιστημιούπολη, Ιλίσια, τηλ.: 72 49 000, 72.49.192 (εσωτ.2553, 2554)

Συμβουλευτική, Ψυχολογική υποστήριξη

Κοινωνική Εργασία (ατομική, ομαδική)

Ομάδες φοιτητών

Προσωπικό: Κλινικοί Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργός (1), Αναλυτής δεδομένων (1), Διοικητικοί(2)

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Δ/ση: Καραολή και Δημητρίου 80, 185 34 Πειραιάς, τηλ.: 41 33 738, 41 20 751

Συμβουλευτική, Ψυχολογική υποστήριξη (ατομική, ομαδική)

Προσωπική - Οικογενειακή - Κοινωνική Στήριξη

Ομάδες: Έκφρασης & Επικοινωνίας, Κινησιολογίας

Ομάδες ιδιαίτερων ενδιαφερόντων

Διασυνδετική με το Ιατρείο του Πανεπιστημίου

Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Διοικητικός (1).

ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ - Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΙΣΟΤΗΤΑΣ - (Υπηρεσία του Δήμου) Δ/ση: Σοφοκλέους 70 & Πειραιώς, 105 60 Αθήνα, τηλ.: 52.44.657, 52 42 520

Κέντρο πληροφοριών για τις γυναίκες σε θέματα δικαιωμάτων αλλά και ευκαιριών για επαγγελματική κατάρτιση και εξέλιξη.

Εκπόνηση & εφαρμογή επιμορφωτικών προγραμμάτων & σεμιναρίων για εξειδικευμένα άτομα

Συμβουλευτικός Σταθμός για οικογενειακά θέματα (Κοινωνική & Ψυχολογική στήριξη)

Προγράμματα αναπτυξιακής συνεργασίας με χώρες του τρίτου κόσμου, επιμορφωτικά σεμινάρια σε θέματα υγείας, πρόληψης της βίας, συμμετοχή στα κέντρα λήψης αποφάσεων.

Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Διοικητικοί (2).

• Ξενώνας Κακοποιημένων Γυναικών

Στέγη, προστασία, ασφάλεια

Ψυχολογική υποστήριξη και κοινωνική κάλυψη

Νομικές συμβουλές

Πληροφορίες για τη λειτουργία άλλων Κοινωνικών Υπηρεσιών και φορέων που μπορούν να αποτανθούν αναλόγως των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης

Προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης

Θέσεις: 12

Προσωπικό: Υπευθ. Ξενώνα (1), Υπεύθυνος βάρδιας (5), Φύλακες (2), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΙΣΟΤΗΤΑΣ - ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Μάρνης 32, 3ος όροφος, τηλ.: 52.35.250, 52.35.318

Συμβουλευτική - Ψυχοκοινωνική υποστήριξη - Νομική συμπαράσταση.

Προσωπικό: Κοιν.Λειτουργοί (2), Νομικός Σύμβουλος (1), Διοικητικός (1).

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ - (Ν.Π.Ι.Δ.)

Διαδημοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας των Δήμων: Αλίμου, Αργυρούπολης, Γλυφάδας. Ελληνικού

Δ/ση: Ανδρούτσου 4, 174 55 Άλιμος, τηλ.: 98.40.341, 98.85.564, 98.85.286

1. Ιατροπαιδαγωγική - Διαγνωστική Μονάδα για παιδιά, εφήβους & την οικογένεια:

Διαγνωστική, Συμβουλευτική, ψυχοθεραπείες. (Ηλικίες: Μέχρι 17 ετών)

2. Συμβουλευτικός Σταθμός για χρήστες ουσιών & τις οικογένειες τους

3. Κέντρο Πρόληψης & Ενημέρωσης ενάντια στις Εξαρτήσεις

(Προγράμματα πρόληψης στην οικογένεια, στο σχολείο, στους φορείς, στις άτυπες ομάδες νέων).

Επανεκπαίδευση ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Κοινότητα

Σχολική Ψυχολογική Υπηρεσία στα Σχολεία (Δημοτικά & Γυμνάσια των 4ων Δήμων).

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, πρόληψη χρήσης ναρκωτικών. Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος(1), Ψυχολόγοι(2), Κοιν.Λειτουργοί(2), Κοινωνιολόγος (1), Λογοθεραπευτής (1), Διοικητικοί (3), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ - (Ν.Π.Ι.Δ) Δ/ση:
Πλουτάρχου 10, 106 76 Αθήνα, τηλ.: 72.21.707, 72.21.520.

• Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ΒΟΤΑΝΙΚΟΥ

Δ/ση: Ελασιδών 30 & Κωνσταντινουπόλεως, 118 54 Αθήνα, τηλ.: 34.24.024, 34 24 024

1. Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη, Συνεργασία με σχολεία.

2. Εργαστήρια Κατάρτισης: Αργυροχοοιάς, Ραπτικής - Κοπτικής - (Θέσεις: 10-15)

• Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ΖΕΦΥΡΙΟΥ

Δ/ση: Ε. Μακαρίου 2, 134 51 Ζεφύρι Αττικής τηλ.: 26.82.685, 26 84 194

1. Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχοθεραπευτική

2. Εργαστήριο Κατάρτισης: Αναπαλαίωσης επίπλων (πρόγραμμα αποκλεισμού Κ.Ε.Κ.)(Θέσεις: 40)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι. Ηλικίες: Άνω των 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν. Λειτουργοί (3), Εργοθεραπεύτρια (1), Νοσηλεύτης (1), Τεχνίτες (4), Διοικητικός (1), Ομάδα Εθελοντών δασκάλων.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΥΜΑΤΩΝ ΒΑΣΑΝΙΣΤΗΡΙΩΝ –

(Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Λυκαβητού 9, 106 72 Αθήνα, τηλ.: 36.12.273, 36.46.807

Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική παρακολούθηση, Ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μετατραυματικό stress, Αγχώδεις διαταραχές, κρίσεις. Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Ψυχίατρος(1), Ψυχολόγος(1), Κοιν. Λειτουργοί(3), Σωματοθεραπεύτρια (1), Ψυχολόγος (1), Διοικητικό προσωπικό (4).

ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ & ΠΑΙΔΙΟΥ - (Ν.Π.Ι.Δ.) (Φιλανθρωπικό Σωματείο) Δ/ση:

Ελευθερίας 2, 188 63 Πέραμα, τηλ.: 44.10.409

Διαγνωστική, Συμβουλευτική (ατομική - ομαδική)

Ομάδες στήριξης γονέων

Ομάδες απασχόλησης

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μαθησιακά προβλήματα, ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ηλικίες: Όλες

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1) μερικής απασχόλησης, Ψυχολόγος (1), Κοιν. Λειτουργοί (2), Ειδικός Παιδαγωγός (1), Παιδαγωγός (1), Σύμβουλος οικογενειακών σχέσεων (1).

ΚΕΝΤΡΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΓΟΝΕΩΝ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΟΤΗΤΑΣ - (Σωματείο) Δ/ση: Εθνικής Άμυνας 30, Παπάγου, τηλ.: 65.21.465

Τμήμα Αυτογνωσίας, Τμήμα Νηπιακής, Προσχολικής & Σχολικής Ηλικίας, Τμήμα Εφήβων, Συμβουλευτική (ατομική).

Εργαστήρια: Βυζαντινής Αγιογραφίας, Ζωγραφικής, Παραδοσιακό Κέντημα, Κοπτικής-Ραπτικής Γυμναστική

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ποικίλου τύπου ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχολόγοι (2), Κοιν. Λειτουργός (1), Φυσιοθεραπευτής (1).

ΆΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ

Δ/ση: Βασ. Σοφίας 72, 115 28 Αθήνα, τηλ.: 72.20.811/2/3, 72.91.322, 72.17.763.

• Τμήμα Ψυχοθεραπειών

Δ/ση: Δημητρώσσα 10, 115 28 Αθήνα, τηλ.: 72.46.166

Μονάδα Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας

Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας

Μονάδα Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας

Μονάδα Θεραπειών Συμπεριφοράς - (στο χώρο του νοσοκομείου)

• Πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας (του Κ.Κ.Ψ.Υ.Βύρωνα/Καισαριανής) Δ/ση: Δήλου 14, (4ος όροφος) τηλ.: 76 40 111

Συμβουλευτική με οικογένειες, Θεραπεία Ζεύγους, Οικογένειας, Ψυχοεκπαιδευτικές Ομάδες Οικογένειας με μέλος που νοσεί από σχιζοφρένεια

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ (Ψ.Ν.Α.) - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Λ.Αθηνών, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 58 11.701/9

Κέντρο Οικογενειακής Θεραπείας

Δ/νση: Ελληνικού 3, 116 35 Παγκράτι, τηλ.: 72.32.213

Συμβουλευτική με οικογένειες, Θεραπεία Ζεύγους, Οικογένειας, Ψυχοεκπαιδευτικές Ομάδες Οικογένειας με μέλος που νοσεί από σχιζοφρένεια

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ - (Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα)

Δ/νση: Νοταρά 58, 106 83 Αθήνα, τηλ.: 82.31.210, 82.12.944, 82.34.005, &χ.:82.32.831

- Συμβουλευτική Υπηρεσία Αλλοδαπών

Δ/νση: Βασ.Ηρακλείου 8, 106 82 Αθήνα, τηλ.: 82.53.520

Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχοθεραπείες, Υποστηρικτική.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Όλες Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Διοικητικός (1).

- Μονάδα Επείγουσας Τηλεφωνικής Βοήθειας (sos) -Τηλέφωνο 175

Παρέχονται τηλεφωνικά "Πρώτες Βοήθειες", υποστήριξη, συμβουλευτική.

Προσωπικό: Ψυχολόγοι (7), Διοικητικός (1).

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΟΤΙΟ-ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ -(ΚΑΑ-ΝΑ.Α) - (Ν.Π.Δ.Δ.) [πρώην Α' Θεραπευτήριο Χ.Π.Αθηνών]

Δ/ση: Λ.Βουλιαγμένης & Αφροδίτης (πρώην Αμερικάνικη Βάση),166 77 Ελληνικό, τηλ.:96.44.166/7

Ιατρικό Τμήμα

Τμήμα Φυσιοθεραπείας

Τμήμα Εργοθεραπείας

Κοινωνική Υπηρεσία

Ψυχολογική Υπηρεσία

Μονάδα Κλειστής Περιθάλψης: (Νοσηλεία, Φυσική & Ιατρική αποκατάσταση εσωτερικών ασθενών με κινητική αναπηρία ανεξαρτήτως ηλικίας) - Δ/ση: Ν. Ζέρβα 16, Γλυφάδα -(Θέσεις: 80)

Μονάδα Επαγγελματικής Κατάρτισης & Αποκατάστασης ΑΜΕΑ:

Εργαστήρια: Βυζαντική Αγιογραφία, Σταθμός Τροφοδοσίας (0&ϊοπη§), Γραφικά με χρήση Η/Υ. (Θέσεις: 20)

Προγράμματα Κατάρτισης στις νέες τεχνολογίες: Χειρισμός - Προγραμματισμός Η/Υ, Παραγωγή Ραδιοτηλεοπτικών Εκπομπών - Ηχοληψία.

Θέσεις: 100

Διαγνωστικές κατηγορίες: Φυσικές αναπηρίες, νοητική καθυστέρηση (ελαφριάς μορφής) Ηλικίες: Από 18-35 ετών.

Προσωπικό: Ψυχολόγοι (2), Ιατρικό προσωπικό (2), Κοιν.Λειτουργοί (3), Εργοθεραπευτές (2), Φυσιοθεραπευτές (4), Νοσηλευτές(18), Τεχνικό προσωπικό (5), Διοικητικοί (18), Βοηθ.προσ/κό (42)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ Β' - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Παλάσκα 1, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 55.73.406, 55.74.840

Κλειστή Ιατροκοινωνική Περιθάλψη

Φυσιοθεραπεία

Θέσεις: 150

Διαγνωστικές κατηγορίες: Σωματική αναπηρία, νοητική καθυστέρηση (ελαφριάς μορφής). Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Παθολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Φυσιοθεραπευτές (3), Νοσηλεύτης (1), Πρακτικοί Νοσοκόμοι (25), Διοικητικοί (4), Βοηθ.προσωπικό (27).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ Γ - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Βασ.Γεωργίου 60, 121 31 Περιστέρι, τηλ.: 57.11.722

Μορφωτικό Κέντρο Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ)

Δ/ση: Σίμου Θεολόγου 9, 124 62 Χαϊδάρη, τηλ.: 55.78.292 (Αστική Εταιρία)

Κλειστή & Ανοικτή Περιθάλψη

Κοινωνική Υπηρεσία (Συμβουλευτική, υποστήριξη σε γονείς, κατ' οίκον επισκέψεις)

Κέντρο Επαγγελματικής Αποκατάστασης

Εργαστήρια: Κοπτικής - Ραπτικής, Γενικής Χειροτεχνίας, Καλλιτεχνικό Εργαστήριο, Ανθοδετική, Κηροποιείο.

Θέσεις: 35

Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική στέρωση, συναισθηματικές διαταραχές, ψυχωσικά σύνδρομα. Ηλικίες: Από 16 - 30 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Κοιν.Παιδαγωγός (1), Παιδαγωγός (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Εργοθεραπευτής (1), Θεραπευτής (1), Γυμναστής (1), Νοσηλεύτης (1), Τεχνικό προσωπικό (2), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσωπικό (3).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΘΗΝΩΝ - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Λεωφ.Σχιστού 1, 124 62 Σκαρामαγκάς, τηλ.: 55.73.123, 55.73.604/5

Κλειστή περιθάλψη

Τμήμα Εργοθεραπείας, Φυσιοθεραπείας

Πρόγραμμα Επαγγελματικής Κατάρτισης: Κηροποιείο

Θέσεις: 70

Διαγνωστικές κατηγορίες: Βαριά νοητική στέρωση, οργανικά ψυχοσύνδρομα, ψυχικές ασθένειες
Ηλικίες: Από 5-35 ετών.

Προσωπικό: Ψυχολόγοι (2), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εργοθεραπευτές (5), Φυσιοθεραπευτής (1), Κοιν. Επιμελητές (17), Νοσηλευτές (30), Διοικητικοί (15), Βοηθ.προσωπικό (15).

ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ ΠΑΙΔΩΝ ΒΟΥΛΑΣ (ΚΑΑΠΒ) - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση:
Αλκυονίδων 2, 166 73 Βούλα, τηλ.: 89 45 260

Κλειστή Περίθαλψη

Οικοτροφείο(θέσεις: 100)

Ειδικό Νηπιαγωγείο & Δημοτικό σχολείο (Υπ.Παιδείας)

Τμήμα Εργοθεραπείας, Φυσιοθεραπείας, Λογοθεραπείας

Διαγνωστικές κατηγορίες: Κινητική αναπηρία, νοητική στέρωση, εγκεφαλική παράλυση,.

Ηλικίες: Από 3 ετών

Προσωπικό: Ψυχολόγος(1),Κοιν.Λειτουργοί(2),Εργοθεραπευτές(3),

Φυσιοθεραπευτές(4).

ΙΔΡΥΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ-(Ν.Π.Ι.Δ)

Δ/ση: Αγίας Ζώνης 39, 112 56 Κυψέλη Αθήνα, τηλ.:86.70.488

Κλειστή Πρίθαλψη

Φυσιοθεραπευτήριο

Τμήμα Εργοθεραπείας

Θέσεις:420

Διαγνωστικές κατηγορίες: Σωματική, νοητική καθυστέρηση

Ηλικίες: Από 18 ετών

Προσωπικό: Ψυχίατρος- Νευρολόγος(1),μερ.απασχόλησης Παθολόγοι(2),

Κοιν.Λειτουργός(1),Εργοθεραπευτές(2),Φυσιοθεραπευτές(2),Ορθοπαιδικός(1),μερ.απασχόλησης

Οδοντίατρος(1),μερ.απασχόλησης Δερματολόγος(1), μερ.απασχόλησης

Φαρμακοποιός(1),Νοσηλευτές (150),Τεχνικοί(30),Διοικητικοί(30),

Βοηθ.προσωπικό(50).

ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ (ΑΜΕΑ)

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών

Δ/ση: Νοταρά 58, 106 83 Αθήνα, τηλ.: 82.31.210, 82.12.944, 82.34.005 βα.:82.32.831

• Υπηρεσία Ειδικής Παιδαγωγικής "ΣΤΟΥΠΑΘΕΙΟΝ"

Δ/ση: Λεωφ.Πεντέλης 135, 152 34 Χαλάνδρι, τηλ.: 68.15.672, 68.15.256

Προεπαγγελματική Εκπαίδευση

Εργαστήρια: Υφαντικής, Γαζωτικής, Χειροτεχνίας,Οικοκυρικής, Κηπουρικής,

Κεραμικής και Ξυλουργείο.

Θέσεις: 100

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ελαφριά νοητική καθυστέρηση

Ηλικίες: Από 6-12 ετών

Προσωπικό: Ψυχίατρος(1),Ψυχολόγοι(2),Κοι.Λειτουργοί(2), Παιδαγωγοί(5),

Βοηθ.προσωπικό.(5)

Θεραπευτική Μονάδα για Αυτιστικά Παιδιά & Εφήβους-(θεραπευτικό-εκπαιδευτικό πρόγραμμα)

Δ/ση:Σπετσών 4, 153 42 Αγία Παρασκευή, τηλ: 63.96.444

Ειδική θεραπευτική αγωγή για αυτιστικά παιδιά & εφήβους.

Διαγνωστικές κατηγορίες: Αυτισμός και άλλες διαταραχές

Θέσεις: 18

Ηλικίες: 4-16 ετών

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος(1),Ψυχολόγος(1), Κοιν.Λειτουργός(2),Θεραπευτές

Ειδικής Αγωγής(3), Τεχνικοί Ειδικής Αγωγής(2), Διοικητικοί(1), Βοηθητικό

προσωπικό (8)

ΕΙΔΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ - (Ν.Π.Δ.Δ.) Δ/ση: Ανδρομάχης 274, 176 54
Καλλιθέα, τηλ.: 94.22.555

Κοινωνική Υπηρεσία

Επαγγελματικά Εργαστήρια: Κεραμικής, Ραπτικής, Κηπουρικής, Ξυλουργείο,

Υδραυλικό εργαστήριο.

Τμήμα Γυμναστικής, Εργοθεραπείας, Μουσικοθεραπείας

Θέσεις: 200

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μέτρια νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 14 - 17 ετών.

Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Εργοθεραπευτής (1), Ειδικοί

Εκπαιδευτές (8), Εκπαιδευτές Τ.Ε.Ι. (16), Γυμναστές (3), Διοικητικός (1).

ΕΝΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΝΟΗΤΙΚΩΣ ΥΣΤΕΡΟΥΝΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ "ΣΤΕΓΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ" - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο) Δ/ση: Πόντου 5-7, 146 81 Νέα Ερυθραία.

Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης: Πηλοπλαστικής, Ραπτικής, Χειροποίητου χαρτιού

Προστατευόμενα εργαστήρια (2)

Θεραπευτικό εργαστήριο με ειδική παιδαγωγό

Οικοτροφείο - (Θέσεις: 24)

Φυσική Αγωγή

Θέσεις: 56

Διαγνωστικές κατηγορίες: Ελαφρά νοητική καθυστέρηση, οργανικά ψυχοσύνδρομα, αυτισμός. Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1) μερ.απασχόλησης, Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Ειδικός Παιδαγωγός (1), Εκπαιδευτές (7), Γυμναστής (1), Επιμελητές (6), Διοικητικοί (4), Οδηγοί (2), Νοσηλεύτρια (1), Βοηθ. προσωπικό (13).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ "ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ" - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο) Δ/ση: Μεσολογγίου 5, 152 36 Ν. Πεντέλη Αττικής, τηλ.: 80.44.812

Κέντρο Ημέρας - Επαγγελματικής Άσκησης - (Θέσεις: 44)

Επαγγελματική Κατάρτιση:

Τμήμα Προεπαγγελματικής Κατάρτισης & Κοινωνικοποίησης

Εργαστήρια Κατάρτισης: (4ετούς φοίτησης) Υφαντικής, Φυτοτεχνίας, Μεταξοτυπίας, Βοηθών Γραφείου, Βιομηχανικής Εργασίας - (Θέσεις: 32)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μέτρια νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 15-36 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1) μερ.απασχόλησης, Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εκπαιδευτές (11), Θεραπευτής Τέχνης (1).

(ΕΛΕΠΑΑΠ) ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο)

Δ/ση: Κόννου 16, 116 34 Αθήνα, τηλ.: 72.12.780, 72.51.121

1. Ιατρεία: Νευρολογικό, Παιδιατρικό, Ορθοπεδικό, Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, Δερματολογικό, Οφθαλμολογικό, Οδοντιατρικό, Ωτορινολαρυγγολογικό, Χειρουργικό.

2. Κέντρο Ψυχοπαιδαγωγικής Έρευνας

3. Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας

4. Θεραπευτήρια: Εργοθεραπείας, Φυσιοθεραπείας, Θεραπείας Λόγου.

5. Εργαστήρια: Κατασκευής ορθοπεδικών μηχανημάτων & υποδημάτων για τα παιδιά του ΕΛΕΠΑΠ.

6. Θεραπευτικό - Εκπαιδευτικό Κέντρο Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες: Ατομικές & Ομαδικές θεραπείες, Δραστηριότητες Αθλητικές & Κοινωνικοποίησης, Προγράμματα Εκπαιδευτικά με χρήση Η/Υ και Προεπαγγελματικής Κατάρτισης.

7. Ειδικό Δημόσιο Νηπιαγωγείο & Δημοτικό Σχολείο

Θέσεις: 100

Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση, σωματική αναπηρία. Ηλικίες: Από 0-16 ετών.

Προσωπικό: Νευρολόγος - Ψυχίατρος (1), Παιδονευρολόγος (1), Παιδίατρος (1), Ψυχολόγοι (2), Ορθοπεδικοί (2), Οφθαλμίατρος (1), Οδοντίατρος (1),

Ωτορινολαρυγγολόγος (1), Δερματολόγος (1), Φυσιάτρος (1), Κοιν.Λειτουργοί (4), Εργοθεραπευτές & Φυσιοθεραπευτές (40), Λογοθεραπευτές (5), Νηπιαγωγοί (2), Ειδικοί Δάσκαλοι (11), Βοηθ. Ακτινολόγου (1), Επισκ.Νοσοκόμα (1), Ειδικοί Τεχνικοί (4), Διοικητικοί (13), Βοηθ. προσωπικό (23).

• Τμήμα Επαγγελματικής Κατάρτισης Νέων Ατόμων (ΤΕΚΑΝ)

Δ/ση: Μενελάου 76, 173 43 Αγ. Δημήτριος Αθήνα, τηλ.: 97.05.540, 97.05.884

Επαγγελματική Κατάρτιση: Υπαλλήλων Γραφείου, Χειριστών Η/Υ και στελεχών Οικιακής Οικονομίας
Θέσεις: 35

Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση, κινητικές δυσκολίες. Ηλικίες: Από 16-26 ετών.

Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εργοθεραπευτής (1), Εκπαιδευτές (6), Αξιολ. προγράμματος (1), Διοικητικοί (2), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
"ΤΟ ΠΕΡΙΒΟΛΑΚΙ" - (Ν.Π.Ι.Δ., Σωματείο μη κερδοσκοπικό) Δ/ση: Ύδρας 25, 152 33 Χαλάνδρι, τηλ.:
68.14.334, 68.31.705

1. Δύο (2) Ειδικές Μονάδες (Τάξεις)

Μία (1) τάξη για παιδιά από 3 - 7 ετών &

Μία (1) τάξη για παιδιά από 7-14 ετών

2.Θεραπευτικές Υπηρεσίες: Εργοθεραπεία, Συνεδρίες ειδικής αγωγής, Αγωγή κοινωνικοποίησης, Ατομική Ψυχοθεραπεία.

3. Συμβουλευτική & υποστηρικτική εργασία με γονείς

4. Διαγνωστικές εξετάσεις παιδιών που παραπέμπονται από διάφορους φορείς (περίπου 100 παιδιά κάθε χρόνο)

Θέσεις: 30

Διαγνωστικές κατηγορίες: Σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Ηλικίες: Από 3-14 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (5), Ψυχοπαιδαγωγοί (4),

Κοιν.Λειτουργός (1), Διοικητικοί (3), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΕΣΤΙΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο) "Δ/ση Τσόνιας Νικολακοπούλου 13, 154 51 Π.Ψυχικό, τηλ.: 64.78.084

Επαγγελματική Κατάρτιση

Εργαστήρια: Ραπτικής, Κηροπλαστικής, Μικροκατασκευές, Μεταξοτυπίες, Ξυλουργικό.

Θέσεις: 70

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μέτρια νοητική καθυστέρηση.

Ηλικίες: Από 12-18 ετών. I

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Εκπαιδευτές (6), Ειδικός Εκπαιδευτής (1), Γυμναστής (1), Διοικητικοί (4), Βοηθ. προσωπικό (7).

ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ" - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Λ.Μαραθώνος 1, Νέα Μάκρη Αττικής 190 05, τηλ.: (0294) 91206

1. Παιδικός Σταθμός - (Θέσεις: 30)

2. Ειδικό Δημοτικό Σχολείο - (Θέσεις: 56)

3. Επαγγελματική Κατάρτιση:

-Προεπαγγελματικό Τμήμα

-Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης: Κεραμικής, Γεν.Χειροτεχνίας,

Πλεκτομηχανής,Υφαντικής, Ταπητουργίας. - (Θέσεις: 50)

-Βοηθητικά Εργαστήρια: Γαζωπικής, Μαγειρικής, Κηπουρικής - Ανθοκομίας, Ζωγραφικής

4. Οικοτροφείο - (Θέσεις: 62)

Θέσεις: 207

Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 4-26 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (3), Κοιν.Λειτουργοί (2), Λογοπεδικοί (2), Εκπαιδευτές (16), Γυμναστές (3), Μουσικοθεραπεύτρια (1), Θεραπευτής Τέχνης (1), Διοικητικοί (10), Επιστημονική Μονάδα (8),Εκπαιδευτικό προσωπικό (16), Νηπιαγωγός (1), Διάφορες Ειδικότητες (5), Ειδικοί παιδαγωγοί (3), Παιδαγωγοί (9), Επιμελήτριες (2), Βοηθ.προσωπικό (33).

ΙΔΡΥΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΩΝ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΘΕΟΤΟΚΟΣ» - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Θεοτόκου 2, Νέα Λιόσια (Ιλιον Αττικής), 131 22 Αθήνα, τηλ.: 23.11.070

Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Κλινική Παρακολούθηση)

Κοινωνική Υπηρεσία

Παιδαγωγικό τμήμα (Νηπιαγωγείο)

Ειδικό Δημοτικό Σχολείο (Υπ.Παιδείας)

Προεπαγγελματικά τμήματα

Εργαστήρια Επαγγελματική Κατάρτισης: Κεραμικής, Ξυλουργικής, Βιβλιοδεσίας, Κηπουρικής, Ραπτικής, Υφαντικής, Μεταξοτυπίας, Συναρμολόγηση τυποποιημένων ειδών, Τυπογραφείο, Πλυντήριο, Εργαστήριο Η/Υ. - Ηλικίες: Από 18 ετών.

Θέσεις: 380

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μέτρια νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 7-25 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (2) μερ.απασχόλησης, Ψυχολόγοι (4), Κοιν.Λειτουργοί (5), Ειδικοί Παιδαγωγοί (14), Εκπαιδευτές (27), Δάσκαλοι (5), Λογοπεδικός (1) - μερ.απασχόλησης, Γυμναστές (3),Επισκ.Αδελφή (1),Τεχνίτες (5), Διοικητικοί (9),Βοηθ.προσωπικό (15).

ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΥΣΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ "Η ΔΑΜΑΡΙΣ"- (ΝΠΙΔ) Δ/ση:
Λυκαβηττού 10, 145 65 Άνοιξη Αττικής, τηλ.: 62.17.649,81.41.736
Οικοτροφείο Κοριτσιών
Εργαστήρια: Κεραμικής, Μαγειρικής - Ζαχαροπλαστικής, Αργαλειού, Κοπτικής - Ραπτικής (Θέσεις: 24)
Διαγνωστικές κατηγορίες: Μέτρια νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 14 - 20 ετών.
Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργός (1), Παιδίατρος (1), Φυσιοθεραπευτής (1), Επιμελήτριες (4), Βοηθ.προσωπικό (2).

ΚΕΝΤΡΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ "Η ΧΑΡΑ" - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο) Δ/ση:
Λεωφ.Μαραθώνος 50, 153 44 Παλλήνη Αττικής, τηλ.: 66.06.702
Κλειστή Περίθαλψη
Οικοτροφείο
Τμήμα Εργοθεραπείας, Φυσιοθεραπείας
Τμήμα Απασχόλησης
Θέσεις: 34
Διαγνωστικές κατηγορίες: Βαριά νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 7 - 40 ετών.
Προσωπικό: Ψυχίατρος (1) μερ.απασχόλησης, Παθολόγος (1) μερ.απασχόλησης, Κοιν.Λειτουργός (1), Παιδαγωγοί (2),Εργοθεραπευτής (1),Φυσιοθεραπευτής (1), Διοικητικός (1),Βοηθ. προσ/κό (18).

"ΜΙΧΑΛΗΝΕΙΟ" ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ - (ΝΠΔΔ.) Δ/ση: Ακτή Κουντουριώτου 3, 185 34
Καστέλλα Πειραιάς, τηλ.: 41.10.508
Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα: Συμβουλευτική, Διαγνωστική, Ψυχομετρία.
Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης Παίδων με κινητικά προβλήματα - (Ηλικίες: Από 0-6 ετών)
Ειδικό Νηπιαγωγείο - (Θέσεις: 10)
Αναπτυξιακό Κέντρο: Λογοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Φυσιοθεραπεία.
Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Μέχρι 14 ετών.
Προσωπικό: Παιδίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Φυσιοθεραπευτής (1), Εργοθεραπευτής (1), Επισκ. Υγείας (1), Λογοθεραπεύτρια (1), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσωπικό (1).

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ -(Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο) - Δ/ση: Ακαδημίας 78, 106 78 Αθήνα, τηλ.: 38.11.837
Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης: Υφαντικής, Ραπτικής, Κεραμικής, Βιβλιοδεσίας, Ψηφιδωτού, Ελαιοχρωματισμού. (Δ/ση: Καλλιφρονά 5, Μπραχάμι, τηλ.: 97.53.925)
Τμήμα Φυσιοθεραπείας, Λογοθεραπείας
Γυμναστήριο
Θέσεις: 40
Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 10-25 ετών.
Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1) μερ.απασχόλησης, Ψυχολόγος (1), Κοιν. Λειτουργός (1), Λόγοθεραπευτής (1), Φυσικοθεραπευτής (1), Εργοθεραπευτής (1), Ειδικός Παιδαγωγός (1), Ειδικοί Εκπαιδευτές (6), Διοικητικοί (3), Βοηθ.προσωπικό (8).

ΠΡΩΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο) Δ/ση:
Λεωφ. Μαραθώνος 227, 190 05 Νέα Μάκρη, τηλ.: (0294) 95262
Ημερήσια Ειδική Περίθαλψη
Οικοτροφείο - (Θέσεις: 9)
Θέσεις: 35
Διαγνωστικές κατηγορίες: Αυτισμός και πολλές φορές συνυπάρχει & η νοητική καθυστέρηση.
Ηλικίες: Από 5 ετών και άνω.
Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Εργασιοθεραπευτές (16), Γυμναστής (1), Διοικητικός(1), Βοηθ.προσωπικό (3).

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ - ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ (ΠΕΓΚΑΠ - ΝΥ) - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο)
Δ/ση: (Κεντρικά Γραφεία) Λεωφ. Πεντέλης 92, 152 34 Χαλάνδρι, τηλ.: 68.14.125, 68.59.328

Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης & Απασχόλησης: Ξυλουργείο - Επιπλοποιείο, Παραδοσιακής Χειροτεχνίας, Υφαντικής, Ελεύθερης Βιομηχανικής Εργασίας. - (Θέσεις: 50)
Κέντρο Εκπαίδευσης και Εργασίας Αναπήρων (Κ.Ε.Ε.Α. Άνοιξης) - [Καν.(ΕΟΚ)815/84] Θερμοκήπιο, δένδροκομείο, ελαιώνας, αμπελώνας, ανθοκομείο, κηπουρική. (Θέσεις: 120) Δ/ση: Σταματάς 31, 145 65 Άνοιξη Αττικής, τηλ.: 62.16.586/7
Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης και Απασχολησιοθεραπείας (Κ.Ε.Κ.Α.) Δ/ση: Γαλατσίου και Μαρτζώκη 15,11141 Πατήσια - Αθήνα, τηλ.: 22 85 628 Εργαστήρια: Ραπτικής, Λαϊκής Τέχνης, Βιομηχανικής, Πλεκτηρίου, Ξυλουργείο. (Θέσεις: 3 5)
Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 17 ετών.
Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Ειδικός Παιδαγωγός (1), Εκπαιδευτές (10), Γυμναστής (1), Διοικητικό & Βοηθ.προσωπικό (9).

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο) Δ/ση: Β. Μελά 1, 155 62 Χολαργός, τηλ.: 65.18.719., 65.11.432, φαχ: 65.48.174

Ειδικό Δημοτικό Σχολείο (Υπ.Παιδείας)

Οικοτροφείο - (Θέσεις: 30)

Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης: Κεραμικής, Δερματίνων ειδών, Υφαντικής, Γενικής Χειροτεχνίας, Πλεκτικής, Επισκευή & Στίλβωση υποδημάτων. (Θέσεις: 60 - 30 εσωτ. & 30 εξωτ.) • Εκθετήριο προϊόντων

Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση, αυτισμός, ελεγχόμενες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 7-25 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1) μερ.απασχόλησης, Παιδίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Εκπαιδευτές (4), Διοικητικοί (3), Βοηθ. προσωπικό (11).

"Η ΑΓΙΑ ΦΙΛΟΘΕΗ" ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ - (Ν.Π.Ι.Δ., Φιλανθρωπικό Σωματείο)

Δ/ση: Λεωφ. Πεντέλης & Ναυαρίνου 2, 152 36 Π. Πεντέλη, τηλ.: 80.40.982

Κλειστή Περίθαλψη

Οικοτροφείο

Θέσεις: 22

Διαγνωστικές κατηγορίες: Βαριά νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 18 ετών.

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Παθολόγος (1), Ειδικοί Παιδαγωγοί (2), Επιμελητές (7), Διοικητικός (1), Βοηθ.προσωπικό (2).

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΓΟΝΕΩΝ ΝΑΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ "Η ΑΡΓΩ" - (Ν.Π.Ι.Δ.)

Ανοικτή Περίθαλψη

Τμήμα Εργοθεραπείας, Φυσιοθεραπείας

Προ & Επαγγελματικά Εργαστήρια: Ανθοδετικής, Ξυλουργείο, Κηροποιίας.

(Θέσεις: 40) - Ηλικίες: Από 16 ετών

Πρόγραμμα Εκπαίδευσης, Αυτοεξυπηρέτησης - (Θέσεις: 15)

Ομάδες στήριξης γονέων

Ψυχαγωγικές δραστηριότητες

Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση, οργανικά ψυχοσύνδρομα, αυτισμός, κινητικά προβλήματα, ελεγχόμενες ψυχώσεις. Ηλικίες: Από 5-25 ετών. Θέσεις: 60

Προσωπικό: Παιδοψυχίατροι (2), Εργοθεραπευτής (1), Φυσιοθεραπευτής (1), Ειδ.παιδαγωγός (1), Εκπαιδευτές (18), Διοικητικοί (2), Βοηθ.προσωπικό (9).

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ - ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΝΟΗΤΙΚΑ ΥΣΤΕΡΟΥΝΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" - (Ν.Π.Ι.Δ.)

Δ/ση: Αγ. Αναργύρων 1, Μπαλάνα Παλλήνης, 43 200 Παλλήνη, τηλ.: 66.67.180

Πρότυπο Ειδικό Οικοτροφείο

Θέσεις: 50

Διαγνωστικές κατηγορίες: Βαριά νοητική καθυστέρηση.

Ηλικίες: Από 10-40 ετών.

Προσωπικό: Ψυχολόγος (1), Διοικητικοί (3)

"ΣΙΚΙΑΡΙΔΕΙΟΝ" ΙΔΡΥΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ (ΝΓΠΔ) - Δ/ση:
Πεντέλης 58, 151 26 Μαρούσι, τηλ.: 80.21.600,
80.50.433

Ιατροπαιδαγωγικό - Διαγνωστικό Κέντρο: Ψυχιατρική & Ψυχοθεραπευτική Περίθαλψη, Λογοθεραπεία, Χοροθεραπεία, Μουσικοθεραπεία, Υποστηρικτική & Συμβουλευτική βοήθεια στην οικογένεια, Έλεγχος επαγγελματικού προσανατολισμού.

Βασική Σχολική Εκπαίδευση (1ο & 2ο Δημόσιο Ειδικό Σχολείο - Υπ.Παιδείας)

Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης: Υφαντικής, Οικοκυρικής, Ραπτικής, Βιβλιοδεσίας, Κηποτεχνίας, Ξυλουργικής, Κεραμικής, Μεταξοτυπίας, Βιοτεχνικής Συναρμολόγησης.(θέσεις: 93)

4.Υπηρεσία Αποκατάστασης & Επαγγελματικής Ένταξης και Αθλητικής Αγωγής

Θέσεις: 200

Διαγνωστικές κατηγορίες: Μέτρια & ελαφριά νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 6-21 ετών.

Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (1), Ψυχολόγος (1), Κοιν.Λειτουργοί (3), Κοιν. Θεραπευτές (7), Εργασιοθεραπευτές (13), Λογοπεδικός (1), Νοσηλεύτης (1), Διοικητικοί (8), Βοηθ. προσωπικό (25).

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ Α.Μ.Ε.Α. " Ο ΕΡΜΗΣ" - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 13, 164 52 Αργυρούπολη, τηλ.: 99 61 887, 99 62 946

1. Κέντρο Έρευνας Πληροφόρησης & Επαγγελματικού Προσανατολισμού (Κ.Ε.Π.Ε.Π.)

Δ/ση: Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 13

2. Κέντρο Εκπαίδευσης & Λειτουργικής Αποκατάστασης - Ηλικίες: Από 4-14 ετών. Δ/ση: Ιπποκράτους 22, 167 77 Ελληνικό

3. Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης: - Ηλικίες: Από 14-17 ετών.

(α) Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης για ηλικίες 14 - 16 ετών.

(β) Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης για ηλικίες 17 - 25 ετών.

Εργαστήρι Κηπευτικής & Ανθοκομίας Α.Μ.Ε.Α. Δ/ση: Ιπποκράτους 26, Ελληνικό

Εργαστήρι Πλεκτικής & Βιομηχανικής Εργασίας Δ/ση: Κολοκοτρώνη 17, Αργυρούπολη

Εργαστήρι Η/Υ & Οργάνωσης Γραφείου Δ/ση: Κολοκοτρώνη 17, Αργυρούπολη

4. Υπηρεσία "Πολυδιάστατης Συνοδείας"

Γενικού Προσανατολισμού (αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των ορίων του εκπαιδευόμενου)

Γενικής Εκπαίδευσης (γενικές δεξιότητες ζωής)

Γενικής Βοήθειας (νομικές συμβουλές, ασφαλιστική ενημέρωση, επιχορηγήσεις κλπ.)

Επαγγελματικής Ζωής (προετοιμασία, αναζήτηση, παρακολούθηση εργασίας & διατήρησής της)

Ελεύθερου Χρόνου (σπορ, διακοπές, ψυχαγωγία, πολιτιστικές εκδηλώσεις)

Αυτόνομης Διαβίωσης (υποστήριξη στην πρακτική καθημερινή ζωή, υγιεινή, υγεία, κτλ.)

Θέσεις: 70 - 80

Διαγνωστικές κατηγορίες: Νοητική καθυστέρηση με ή χωρίς κινητικές δυσκολίες. Προσωπικό: Παιδοψυχίατρος (3), Ψυχολόγοι (1), Κοιν.Λειτουργοί (2), Εργοθεραπευτής (1), Λογοθεραπευτής (1),Φυσιοθεραπευτής (1), Γυμναστής (1),Εκπαιδευτές (3), Διοικητικοί (2), Ειδ.Παιδαγωγοί (3), Εκπαιδευτές (3), Συνοδοί (6),Γεωπόνος (1), Βοηθ. προσωπικό (6).

ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ & ΠΑΙΔΙΟΥ - (Ν.Π.Ι.Δ.) (Φιλανθρωπικό Σωματείο) Δ/ση:
Σκουφά 75, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 36 37 547

1. Τμήμα Διαγνωστικής και Συμβουλευτικής ενηλίκων

2. Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας

3. Συμβουλευτική & Ομάδες γονέων

4. Τμήμα Ειδικής Αγωγής/ Προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού & επαγγελματικής κατάρτισης

ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ - Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΥΓΕΙΑΣ

Γραφείο Σχεδιασμού & Στήριξης για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες - (Υπηρεσία του Δήμου)

Δ/ση: Σοφοκλέους 70 & Πειραιώς 105 53 Αθήνα, τηλ. 52 42 733

-Κέντρο πληροφόρησης και οδηγιών παραπομπής προς τα αρμόδια όργανα

-Επικοινωνία: Παροχή υπηρεσιών για στήριξη της οικογένειας σε περιόδους κρίσης, Αξιοποίηση του συμβουλευτικού τομέα, Προώθηση της ισότητας των ευκαιριών.

-Ευαισθητοποίηση: Εισήγηση στις αρμόδιες υπηρεσίες για σημαντικά θέματα των ΑΜΕΑ κ.ά.

Υλοποίηση προγραμμάτων για ΑΜΕΑ (σε συνεργασία με φορείς & υπηρεσίες του Δήμου).

-Καταγραφή προβλημάτων και αναγκών

-Συνεργασία - ανταλλαγή πληροφοριών με αντίστοιχες υπηρεσίες

-Μελέτη & οργάνωση για τη δημιουργία ενός κέντρου δικτύου μεταφορών ΑΜΕΑ

ΚΕΝΤΡΟ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ & ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

ΔΗΜΩΝ ΒΥΡΩΝΑ - ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ - (Υπηρεσία του Δήμου)

Δ/ση: Χρ. Σμύρνης 35, 161 21 Καισαριανή (Σκοπευτήριο), τηλ.: 72 32 767, 72 58 250

Πρόγραμμα δημιουργικής απασχόλησης (κατασκευών, χειροτεχνίας, υφαντικής - ραπτικής) και ψυχαγωγίας (χορός, μουσική)

Διαγνωστικές κατηγορίες: Σωματικές αναπηρίες, ελαφρά νοητική καθυστέρηση. Ηλικίες: Από 8 ετών και άνω.

Προσωπικό: Κοιν. Λειτουργός (1), Εργοθεραπευτής (1), Διοικητικό προσωπικό (1).

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ AIDS

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ» & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (Ψυχολογικό Τμήμα) - (Ν.Π.Δ.Δ.)

Δ/ση: Ίωνος Δραγούμη 5, Τ.Κ. 161 21 Αθήνα τηλ.: 72 39 945

- Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS:

Ενημέρωση του κοινού γύρω από τη HIV λοίμωξη: μετάδοση, πρόληψη, εξέταση αντισωμάτων HIV, ιατρικά-νομικά-κοινωνικά/προνοιακά θέματα, συναφείς υπηρεσίες/αρμόδιοι φορείς.

Συμβουλευτική πριν & μετά το διαγνωστικό τεστ

Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη

Ψυχιατρική Παρέμβαση

Ομάδες Στήριξης Οροθετικών

Ομάδες Στήριξης Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού

Εκπαίδευση

Προσωπικό: Ψυχίατρος (1), Ψυχολόγοι (6), Κοιν.Λειτουργός (1), Διοικητικός (1), Στατιστικός (1).

- Τηλεφωνική Γραμμή για το AIDS 72.22.222 (Δευτέρα -Παρασκευή 7:00πμ-23:00 μμ) Παρέχει εμπιστευτική και ανώνυμη πληροφόρηση σε θέματα AIDS

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.) - (Ν.Π.Ι.Δ.) Δ/ση: Μακεδονίας 6 - 8, 104 33 Αθήνα, τηλ.: 82 25466, 83 12 868

Προληπτικά Προγράμματα για το AIDS

Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης: Φιλοξενεί οροθετικά άτομα. - (Θέσεις: 20) Δ/ση: Βασιλικών 7, Καμίνια, 185 40 Πειραιάς, τηλ.: 4111 401

Πρόγραμμα Κατ' οίκον νοσηλείας: Ιατρικές - νοσηλευτικές & ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε ασθενείς με AIDS και στα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος.

Δ/ση: Πατησίων 356 - 358, 111 41 Αθήνα, τηλ.: 21 11 110

(Μ.Γ.Μαδιανός- Κ.Ν. Στεφανής,οδηγός Υπηρεσιών ψυχικής υγείας ,ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και υποστήριξης στην Ελλάδα)